



EDITORIAL LETTER

رسالة المحرر

الشبكة ... المجلة ... خطوات للمساهمة في تطور العلوم النفسية العربية .د. جمال التركي - تونس - 3

ORIGINAL PAPERS

أبحاث أصيلة

- ظواهر التزامن كهثال على قصور علم النفس اليونغي الجزء الأول .د. جمال حسين - 5
أثر الحصار الاقتصادي على الجوانب الصحية للأطفال في العراق أ.د. سوسن الجبلي - العراق - 11
أثار العنف وإساءة معاملة الأطفال على الشخصية المستقبلية أ.د. سوسن الجبلي - العراق - 25
"Abu-Dhabi Psychiatric Day Hospital Efficacy & Acceptability " Dr F. Al ZARRAD - EUA - 29
"Les TPAE et la Psychothérapie intégrative " Dr Christine Nassar - Beyrut - LEBANON - 31

THESIS REVIEW

مراجعة أطروحات

الإيدز ليس رعبا.. مرعب مادونا نجله م. سيف فاضل أخصائي نفسي إكلينيكي - بولندا - 38

VIEW POINTS

وجهات نظر

- خيانة المثقفين ... سيكولوجية خاصة - د. خليل فاضل .استشاري الطب النفسي - 41
"Responses to Dr.khalil : Intellectuals Trahison..Particular psychology" N. Gharaibeh -41
بكاء أفهمه ولا أفهمه - الدكتور عبد الستار إبراهيم مصر - السعودية - 43
الابن الضال د. جيمي بشاي - بنسلفانيا - الولايات المتحدة الأمريكية - 43
إرث الاستشراق باق بعد رحيل إدوارد سعيد 1935- 2003 د. جيمي بشاي - بنسلفانيا - 46
عرب يكرهون أنفسهم أ.د. محمد أحمد النابلسي - طرابلس - لبنان - 48

PSY ASSOCIATIONS

جمعيات نفسانية

Gaza Community Mental Health Program : Summary of Annual Report 02 - 49

CONGRESS

مؤتمرات

- Séance thématique : les troubles affectifs bipolaires - Sfax - TUNISIE - 12/03/2004- 52
Séminaire de formation en psychiatrie biologique - CHU Sousse- TUNISIE - Année univ. 03/04- 53
Séminaire sur Les psychothérapies - CHU Sfax- TUNISIE - Année universitaire 03/04- 54
Séminaires de psychiatrie légale pour l'année universitaire 03/04 -CHU Mahdia- TUNISIE- 54

BOOKS REVIEW

مراجعة كتب

الطب النفسي المعاصر أ.د. أحمد عكاشة - مكتبة الأنجلو المصرية - جوان 2003 - 55

JOURNALS REVIEW

مراجعة مجلات

المجلة العربية للطب النفسي المجلد 14 - العدد الثاني - تشرين ثاني (نوفمبر) 2003 - 61

Arabpsynet e.Journal

ELECTRONIC ARAB PSY REVIEW QUARTLY EDITION

TOWARDS AN INTER-ARAB PSY ACADEMIC COLLABORATION

EDITED BY WEBPSYSOFT ARAB COMPANY

EDITOR IN CHIEF **DR. JAMEL TURKY** (TUNISIA)
 HONOROUR PRESIDENT **PR. YAHIA RAKHAWI** (EGYPT)
 ADVISER & VICE PRESIDENT **PR. MD NABOULSI** (LEBANON)
 SCIENTIFIC BOARD :

PSYCHIATRY :

PR. KUTAIBA DJLABI (IRAQ)
PR. TARAK OKASHA (EGYPT)
DR. RITA KHAYAT (MOROCCO)
DR. WALID SARHAN (JORDAN)
PR. ZINE OMARA (UAE)
PR. ADIB ESSALI (SYRIA)
DR. HASSEN MALEH (KSA)

PSYCHOLOGY :

PR. KADRI HEFNY (EGYPT)
PR. ABD. IBRAHIM (KSA)
DR. BECHIR MAAMRIA (ALGERIA)
DR. NABIL SOFIANE (YEMEN)
DR. MUSSAED NAJJAR (KUWAIT)
DR. ADNENE FARAH (JORDAN)
PR. SAMER RUDWAN (SYRIA/OMAN)
DR. SAWSSAN DJALABI (IRAQ)

CORRESPONDENTS :

DR. BASSAM AOUIL (POLANDE/SYRIA)
DR. SUMAN JARALLAH (ALGÉRIE)
DR. RIDHA ABOUSARI (KSA)
DR. WAEL ABOUHENDI (EGYPT)
DR. JAMEL ALKHATIB (JORDAN)
DR. SABAH SALIBA (LEBANON)
DR. RADWAN KARAM (USA)
DR. FARES K. NADHMI (IRAQ)

JOURNAL SECRETARY :

AMEL GARGOURI & SVETLANA KOSTROVA TRIGUI

ANNUAL Subscription & Correspondence

ARABPSYNET SERVICES SUBSCRIBE FOR 2005

(Surf to protected links, Mails of mailing list, APN e.Journal download)

50 € / 65 \$ FOR PSYCHIATRISTS, PSYCHOLOGISTS &
 UNIVERSITIES - (30 € / 40 \$ FOR PSY STUDENTS)

E.MAIL : APNJOURNAL@ARABPSYNET.COM

P.MAIL : TAPARURA BUILDING - BLOC «B» N° 3 - 3000 Sfax - TUNISIA

مجلة شبكة العلوم النفسية العربية

مجلة فصلية نفسية و علم نفسية محكمة

تحت إشراف أكاديمي نفسي و علم نفسي عربي
 إصدار المؤسسة العربية لمعلوماتية العلوم النفسية

رئيس التحرير **د. جمال التركي** (تونس)
 الرئيس الشرفي **أ.د. يحيى الرضاوي** (مصر)
 المستشار ونائب الرئيس **أ.د. محمد أحمد النابلسي** (لبنان)
 الهيئة العلمية :

الطب النفسي :

أ.د. فتحيبة جلبلي (العراق)
أ.د. طارق عكاشة (مصر)
د. غيثاء الخياط (المغرب)
د. وليد سرحمان (الأردن)
أ.د. الزين عمارة (الإمارات)
أ.د. أديب المسالي (سوريا)
د. حسان المالح (السعودية)

علم النفس :

أ.د. قمرى حفني (مصر)
أ.د. عبد الستار إبراهيم (السعودية)
د. بشير محورية (الجزائر)
د. نبيل سفيان (اليمن)
د. مسعود النجار (الكويت)
د. عدنان نمر (الأردن)
أ.د. سامر رضوان (سوريا/عمان)
د. سوسن شاكر الجبلي (العراق)

مراسلون :

د. بسام عوييل (بولندا/سوريا)
د. سليمان جاز الله (الجزائر)
د. رضا أبو عريم (السعودية)
د. وائل أبو فندي (مصر)
د. جمال الفطيب (الأردن)
د. صباح صليبا (لبنان)
د. رضوان كرم (الولايات المتحدة)
د. فارس كمال نظمي (العراق)

سكرتيرية التحرير :

أمال القرتوي و سافانا كستروفا الطربقي

الإشتراك السنوي والمراسلات

الإشتراك في خدمات شبكة العلوم النفسية العربية لسنة 2005
 (تصفح الارتباطات المحمية، بريد مراسلات الشبكة، تنزيل المجلة الإلكترونية)

للأطباء والأخصائيين والمؤسسات : 50 € / 65 \$ - (الطلبة : 30 € / 40 \$)

بريد إلكتروني : APNJOURNAL@ARABPSYNET.COM

بريد ورقي : عمارة تبرورة - عمدة 3 - 3000 سفاقس - تونس

الشبكة ... المجلة ... خطوات للمساهمة في تطور العلوم النفسية

د. جمال التركي - الطب النفسي / تونس

ببريد إلكتروني : turky.jamel@gnet.tn

عمارة تهرورة مدرج "ب" عدد 3-3000 صفاقس - تونس

"...إننا عندما نضف تصرفات الإنسان الغربي من منطلق التقاليد و الأعراف العربية فإننا نجد بأن هذا الإنسان مضطرب سلوكيا و أخلاقيا . و العكس صحيح، فعندما يتيسر الغربي الشخص العربي فإنه يجد أيضا مضطربا و للأسباب عينها . فمن جهة يحكم العربي باضطراب سلوك الغربي لأنه يعاطى الحس و يساهم في الفكك العائلي و يرتكب العديد من الممارسات غير اللائقة . و الغربي بدوره يحكم باضطراب سلوك العربي لأنه لا يقوم بمثل هذه الممارسات . هذه الطريقة المسطحة تكون قد أجزنا نقطة أساسية في الاختلاف الذي يؤكد ضرورة وجود المدرسة العربية للطب النفسي . فعن إذا ما اعتمدنا المقاييس الغربية لعرف الشخصية المرضية لحننا بنتيجة مفادها أننا كلنا مضطربو الشخصية . لقد آن الأوان لنضع أسس هذه المدرسة الكفيلة بوضع حد للاهتانات الموجهة بشكل جماعي و عام دون ملاحظة النواحي الاجتماعية و الدينية و الاثنية...."

نحوسيكولوجية عربية - أ. د. محمد أحمد النابلسي

هذا المتخلف الموهب و المعبر عن ضرورة تأسيس المدرسة العربية للعلوم النفسية ففتح على بن كثة الله العدد الأول من مجلة شبكة العلوم النفسية العربية بعد ثمانية أشهر من إطلاق بوابة الشبكة على الويب ساعين أن تكون نافذة مفتوحة لأبحاث الزملاء العرب في ميداني الطب النفسي و علم النفس بشوع اتجاهاتهم و انما اظهر المدرسة في حقل العلوم النفسية، ساعين إلى إبراز الخصائص المميزة للممارسة الطبفسية و العلمفسية العربية لمساهمة في تطوير هذا الفرع من العلوم الذي تأخر في أوطاننا مقارنة بمدى تطور العلوم الأخرى و هو تأخر ملفت أيضا مقارنة بمدى تقدم العلوم النفسية في أماكن أخرى من العالم، إننا و نحن نقدم على تأسيس هذه المجلة الإلكترونية المختصة ندرك جيدا المعوقات التي تعترض أي عمل جاد في عالمنا العربي خاصة و نحن في زمن يعتبر من أخطى و أحلك الفترات التي مر بها عالمنا العربي على جميع المستويات ... و لا سيبل لهضة حضارية دون تقدم علمي و إبداع و خلق و ابتكار، إنه لا مكان لنا في هذا العالم ما لم نفتك لنا موقعا متميزا في حلبة الصراع الحضاري، إننا بتقدم ما نعي هذه الحقائق بتقدم ما ندرك جسامته المسئولية و ثقل تبعاتها و ما يوجب علينا من جهود لرفع مخلفات عصور الاخطاط و الخلف و لن يكون ذلك إلا عن طريق الواقع بالدراسات و الأبحاث الميدانية استشرافا لمستقبل نضعه طبقا لمواصفات تجذير الهوية و الشخصية، معززة الأنا في قناتنا .

...

يأتي العدد الأول من هذه المجلة حافلا بمجموعة من الأبحاث الأصيلة التي ساهم بها نخبة من الأساتذة و الأطباء من مختلف الأقطار العربية : من الأردن نعرض بحث الدكتور جمال نصار حسين حول "ظواهر التزام كمنال على قصور علم النفس اليوغني" (جزء أول)، و من العراق نعرض بحثين للدكتورة سوسن جليبي الأول حول "أثر الحصار الاقتصادي على الجوانب الصحية للأطفال في العراق" و الثاني حول "آثار العنف و إساءة معاملة الأطفال على الشخصية المستقبلية" و من لبنان تشارك الدكتورة كريسيتين نصار ببحث حول "المعالجة النفسية المدعمة من خلال النجربة" كما يشاركنا الأستاذ فيصل الزمراد ببحث عن تجربة "المشغى النفسي الهامري في أبو ظبي" . أما في مكن مراجعة أطروحات يعرض الدكتور حافظ سيف فاضل (اليمن/بولونيا) أهما ما جاء في رسالة الدكتوراه التي قدمها حول الإيدز "الإيدز ليس مرعبا . . . مرعب ما دمنا نجهدله" .

نشهل باب وجهات نظر يعرض مقالة الزميل الدكتور خليل فاضل حول "سيكولوجية المثمن الحائض" التي أثارته جدلا و اسعا بين الزملاء مع مرد الدكتور نعمان غربية على هذه المقالة، كما نعرض أيضا لمقالة الدكتور عبد الستار إبراهيم حول المعنى النفسي لبيكا. الرئيس الأمريكي

بوش عند استقباله بعض الجنود المشاركين في حرب العراق إلى جانب قراءة نفسية متميزة لمعنى هذا البكاء بالاعتماد على أسطورة الابن الضال للدكتور جيمي يشاي. وشاركنا أيضا الدكتور محمد نابلسي من لبنان بمقالة عن "العربي الكارم نفسه" و الدكتور جيمي يشاي (الولايات المتحدة - بنسلفانيا) بمقالة عن الاستشراق الذي عمل إدوارد سعيد على إبراز خفاياه خلال مسيرته العلمية.

كما نعرض في مراجعة مجلات ملخصات العدد الثاني المجلد 14 (نوفمبر 2003) من **المجلة العربية للطب النفسي** الذي جاء منضمنا افتتاحية للأستاذ أحمد عكاشة حول "المعوقات النفسية لعملية السلام" إضافة إلى أغاث الزملا أ. د. وليد سرحان "الاكتئاب وأمراض الشريان التاجي"، أ. د. عبد الرزاق الحمد "عقار الكلوزابين كمثبت للمزاج في الحالات المزمنة والمقاومة لمرض الاضطراب الوجداني ثنائي القطب"، د. جمال الخطيب "الانزعاج في مرض السرطان"، د. فهد عبد الله الدليمير "العلاقة بين القلق والمعاملة الوالدية".

في آخر أبواب المجلة مراجعة الكتاب المرجع "أصول الطب النفسي" للبروفيسور أحمد عكاشة في إصداره الحديث والذي يعتبر الحدث المميز للإصدارات الطب نفسية الحديثة.

: 2005 ...

تشهد المنطقة العربية وإفريقيا لأول مرة في تاريخهما اعتماد **المؤتمر العالمي للطب النفسي** بمصر (القاهرة 10-15 سبتمبر 2005) وذلك بعد نجاح الجهود المكثفة التي بذلها البروفيسور أحمد عكاشة وفريقه على مستوى الجمعية العالمية لاستضافة المؤتمر رغم منافسة عديد الدول. إن شرف الاستضافة لا يضاويه إلا شرف نجاح هذا المؤتمر ولن يتحقق هذا إلا ببنكاتف جهود جميع الأطباء النفسيين العرب إلى جانب زملائهم الأطباء النفسيين في مصر، وسعيًا للمساهمة في هذا المجهود يشرفني دعوة الأطباء النفسيين في كافة الوطن العربي للعمل على تكوين لجان خاصة على مستوى كل قطر لإعداد المشاركة الفعالة في المؤتمر ويكون هدفها:

- 1- تحسيس الأطباء النفسيين داخل الوطن العربي والمغتربين بأهمية هذا المؤتمر العلمي العالمي.
- 2- دعوة أكبر عدد من الأطباء النفسيين العرب للمشاركة في المؤتمر.
- 3- تشجيع المساهمات العلمية العربية بالمؤتمر وذلك بتقديم أغاث ميدانية أصيلة.
- 4- تكوين هيئة علمية على مستوى كل لجنة تعمل لمناقشة أوراق البحث المرشحة قبل إرسالها إلى سكرتيرة المؤتمر حرصًا على القيمة العلمية للأغاث الطب نفسية العربية.

نأمل أن تلقى هذه الدعوة العناية والاهتمام من الأطباء النفسيين العرب للمساهمة في تقديم صورة مشرفة عن تطور هذا الاختصاص في أوطاننا.

: 2004 ...

شهدت قائمة مراسلات الشبكة مؤخرا حوارا ثريا على إثر دعوة الدكتور نعمان غربية (الولايات المتحدة/الأردن) لإحداث جائزة "شخصية العام العربية" منحه للشخصيات المميزة التي ساهمت من خلال أبحاثها وأعمالها في إرساء **فكر مستشرق يميز بالأصالة والحداثة بعيدا عن مناهات الظرف والانغلاق** وأقترح ترشيح بعض الشخصيات لعام 2004. و إنني إذ أؤيد تأسيس مثل هذه الجائزة أدعو للعمل على بلورتها وصياغتها بعيدا عن توازنات السلطة والمصالح الشخصية إرساء لتقاليد حضارية تساهم في تقدم مجتمعاتنا العربية.

...

في الختام أقدم بالشكر الجزيل إلى كل من ساهم معنا في تحرير هذا العدد داعيا زملاء العرب مشاركتنا إثراء المجلة بأغاثهم الأصيلة وجهات نظرهم تأسيسا لحوار علمي بناء ومساهمة في دفع مسيرة العلوم النفسية في أوطاننا آملا أن تحظى هذا العدد بالاهتمام نقدا و تحليلا وألا تبخلوا علينا بانطباعاتكم وآرائكم لنجاز النقائص تطورا نحو الأفضل.

د. جمال التركي - تونس

ظواهر التزامن كمثال على قصور علم النفس اليونغي "الجزء الأول"

د. جمال نصار حسين - علم النفس / الأردن

بريد إلكتروني : r.hussein@index.com.jo

ص.ب. 941342 الشبيسانبي، عمان 11194، الأردن.

بقي عالم النفس السويسري كارل غوستاف يونغ لمدة عشرين سنة يشير بشكل متناثر في كتاباته إلى نظريته إلى مشكلة التزامنات قبل أن يبادر إلى الكتابة عنها بشكل تفصيلي ومباشر. ولذلك كان يسهّل عنه عن هذا الموضوع بقوله: «بكتائبي لهذا البحث، فأني أكون، إذا جاز التعبير، قد فُذتُ وعدا بقيت لسنوات عديدة أفقد الشجاعة لتفيلد». بدت لي صعوبات المشكلة وكيفية عرضها هائلة؛ والمسؤولية الفكرية هي أيضا هائلة، والتي بدونها لا يمكن معالجة هذا الموضوع» (Jung, 1977a: 419). والسبب في هذا التردد هو أن التزامنات بشكل عام ليست بالظواهر التي تسهل حراسها على الإطلاق، كما أن نظرية يونغ هو بالذات إلى هذه الظواهر ليست بالنظرية المألوفة التي يمكن أن تتقبّل بسهولة. لذلك نجد يونغ يطلب من القارئ في مقدمته عنه بأن يتزوّد «تفتح ذهني ووجدية» ليس فقط لأنه يتوقع من القارئ «أن يغوص في أماكن للخبرة البشرية مظلمة ومربية ومحاطة بسياج من الحكم المُسبق»، و«ماكن أيضا لأن «الصعوبات الفكرية هي كبيرة بالقدر الذي تخنمه معالجة وتوضيح موضوع هذه الدرجة من التجريد abstraction» (Jung, 1977a: 419). ثم يكمل يونغ مشيرا إلى أنه يعالج موضوع التزامنات فإنه لا يدعي تقدير وصف وتفسير كاملين لهذه المشكلة المعقدة وإنما يحدّد طموحه بأن تكون الدراسة التي يقدمها هي «محاولة لترك الموضوع بشكل يكشف عن بعض مظاهره وارتباطاته المتعددة، وينفتح مجالا غامضا جدا ذا أهمية عظيمة من الناحية الفلسفية» (Jung, 1977a: 420). إلا أن نعمة النواضع هذه سرعان ما تخفي من نص البحث حين يعالج يونغ العديد من المواضيع بثقة لا مبرر لها. إن الصعوبة التي وجدها يونغ في معالجة موضوع التزامنات يمكن إدراكها من ملاحظة أنه وعلى الرغم من كونه كاتباً غزير الإنتاج فإنه لم تخصص للتمزامنات غير بحث واحد فقط لا شك أن سبب تخصيص يونغ لجزء محدود جدا من كتاباته للتمزامنات هو أنه لم يكن لديه الكثير ليقوله عن هذه الظواهر الغامضة للغاية، إذ يبدو أن يونغ وضع في البحث الذي كتبه كل ما أراد ويمكن من قوله عن هذا الموضوع.

«

« »

coincidence

»

(1)

« (Jung, 1977a: 425).

» « meaningless (Jung,)

(1977a: 426).

» « meaningful

« »

« »

»

«

» «

»

» :

»

» « synchronicity

[]

synchronistic «

»

»

»

»

»

» « .phenomena

» « (Jung,)

» «

»

(1977a: 518-519).

«

»

« (Jung, 1977a: 519) !

»

« (Jung, 1977a: 424) »

« »

acausal orderedness

(3)

(Franz, 1992:)

(Jung, 1977a: 516-517; 213-214)

(Franz, 1992: 303-304)

!

»

[]

« (Jung, 1977a: 424) »

« »

.archetypes

psyche

consciousness « »

»

personal « »

unconscious

) «

(Jung, 1977a: 424)

« »

collective unconscious

« »

« »

(Jung, 1977c: 151-152)

:

«

»

«

»

inconceivable and unthinkable

projection

» :

]

(Jung, 1977c: 158)

[.....]

(Jung, 1977c: 152-153) .

!

»

) «

(Jung, 1977c: 153

« »

.archetypes

»

(Jung, 1977b: 227) «

»

(Jung, 1977b: 231) «
irrepresentable

« »

« »

Jung, 1953a: 97-98)

»

.(

(Jung, 1953a: 68) «

!

psychoid

Plato

St

)

(430-354) Augustine

(Storr, 1986: 26)

(Jung, 1977g: 135-136

1919

»

(Jung, 1977g: 133) primordial image «

archaic « »

(Freud, 1939: 127; Frey-Rohn, 1974: 126-132) remnants

«

(Jung, 1977a: 481)

« »

Jung,)

(1977a: 440

:

:

]

[

[]

»

Jung,) « (1977a: 447 Jung, 1977a:) . (438

« » (7)

» « » «

» « » «

» « » (5) (6) Cartisian

threshold !

rebirth « » « »

absolute « » knowledge

Marie- - » Louise von Franz

Franz,) « « » (1992: 212

Jung, 1977a: 494) « » (!« »

»

) () (

.(Jung, 1977a: 447) «

fundamental

priori knowledge a « »

!

»

- Fordham & G. Adler, Translated by R. F. C. Hull, London: Routledge & Kegan Paul.
- Jung, C. G. (1977g). *Instincts And The Unconscious; CW 8: The Structure and Dynamics of the Psyche*, Edited by H. Read, M. Fordham & G. Adler, Translated by R. F. C. Hull, London: Routledge & Kegan Paul.
- Lindorff, D. (1995b). Psyche, Matter and Synchronicity: A Collaboration Between C. C. Jung and Wolfgang Pauli. *Journal of Analytical Psychology*, 40, 571-586.
- Mansfield, V. (1995). *Synchronicity, Science, and Soul-Making: Understanding Jungian Synchronicity Through Physics, Buddhism, and Philosophy*, Illinois: Open Court.
- Padfield, S. (1980). Mind-Matter Interaction in the Psychokinetic Experience. In: B. D. Josephson & V. S. Ramachandran (Eds.), *Consciousness and the Physical World*, Oxford, Pergamon Press, 165-170.
- Padfield, S. (1981). Archetypes. Synchronicity and Manifestation. *Psychogenetics*, 4, 77-81.
- Rhine, J. B. (1934). *Extra-sensory Perception*, Boston: Boston Society for Psychic Research.
- Rhine, J. B. (1937). *New Frontiers of the Mind*, New York: Farrar & Rinehart.
- Rhine, J. B. (1947). *The Reach of the Mind*, New York: W. Sloane Associates.
- Rhine, J. B. (1950). An Introduction to the Work of Extra-sensory Perception. *Transactions of the New York Academy of Science*. Series II, 12, 164-168.
- Rhine, J. B. & Humphrey, B. M. (1942). The Transoceanic ESP Experiment. *Journal of Parapsychology*, 6, 52-74.
- Shallis, M. (1982). *On Time*, London: Burnett Books.
- Soal, S. G. & Bateman, F. (1954), *Modern Experiments in Telepathy*, New Haven, Conn.: Yale University Press.
- Storr, A. (1986). *Jung: Selected Writings*, London: Fontana Press.
- Tyrrell, G. N. M. (1947). *The Personality of Man*, Middlesex: Penguin.
- Wilhelm, R. (1950). *The I Ching or Book of Changes*, Translated by C. F. Baynes, Princeton: Princeton University Press.
- Wilson, C. (1991). *Beyond the Occult*, London: Corgi Books.
- Zabriskie, B. (1995). Jung and Pauli: A Subtle Asymmetry. *Journal of Analytical Psychology*, 40, 531-553.

www.arabpsynet.com

شبكة العلوم النفسية العربية



Arab psychological sciences Network

- «)
(Jung, 1977a: 481
» :
[]
] () [(Jung, 1977a: 516) « []
-
[] »
Franz,) «
« » (1992: 231
Franz, 1992:) « [] « » (237)

- 1- بول كامبرير عالم نبات نمساوي هو أول من اهتم بتوثيق حدوث ظواهر التوافق في الحدوث
2- هي نفسها العادة التي تعرف ب «كذبة نيسان» أو «أحمق نيسان» والتي تمارس في مختلف أنحاء العالم في يوم الأول من نيسان.
3- سنتطرق لهذا الموضوع بالتفصيل في مقال قادم إن شاء الله
4- يتحاور الأطباء النفسانيون مع مرضاهم في بعض الأحيان في غرفة مظلمة أو شبه مظلمة لجعل المريض يشعر باسترخاء وراحة نفسية أكبر.
5- النظرة الديكارتية للواقع: هي النظرة التي تراه واقعاً لا علاقة لما هو ذاتي بما هو موضوعي فيه.
6- ال «الشخصية الذكرية» animus في السايكولوجيا اليونانية: هي الجانب الذكري من نفس الأنتي.
7- في اللغة الإنكليزية وفي سياقات هذا الموضوع يتم عادة استخدام كلمة space وكلمة distance بشكل متبادل، لذلك فإن تعبير «المكان» و «المسافة» سيستخدمان للدلالة على نفس المعنى المشترك الذي يحمله المصطلحان الإنكليزيان أعلاه

- Bolen, J. S. (1979). *The Tao of Psychology: Synchronicity and the Self*, New York: Harper & Row.
- Braude, S. E. (1979). *ESP and Psychokinesis: A Philosophical Examination*, Philadelphia: Temple University Press.
- Franz, M.-L. von (1992). *Psyche and Matter*, Boston: Shambhala Publications.
- Freud, S. (1939). *Moses and monotheism*, New York: Random House.
- Jung, C. G. (1953a). *The Psychology of the Unconscious; CW 7: Two Essays on Analytical Psychology*, Edited by H. Read, M. Fordham & G. Adler, Translated by R. F. C. Hull, London: Routledge & Kegan Paul.
- Jung, C. G. (1953b). *The Relations Between the Ego and the Unconscious; CW 7: Two Essays on Analytical Psychology*, Edited by H. Read, M. Fordham & G. Adler, Translated by R. F. C. Hull, London: Routledge & Kegan Paul.
- Jung, C. G. (1977a). *Synchronicity: An Acausal Connecting Principle; CW 8: The Structure and Dynamics of the Psyche*, Edited by H. Read, M. Fordham & G. Adler, Translated by R. F. C. Hull, London: Routledge & Kegan Paul.
- Jung, C. G. (1977b). *On the Nature of the Psyche; CW 8: The Structure and Dynamics of the Psyche*, Edited by H. Read, M. Fordham & G. Adler, Translated by R. F. C. Hull, London: Routledge & Kegan Paul.
- Jung, C. G. (1977c). *The Structure of the Psyche; CW 8: The Structure and Dynamics of the Psyche*, Edited by H. Read, M. Fordham & G. Adler, Translated by R. F. C. Hull, London: Routledge & Kegan Paul.
- Jung, C. G. (1977d). *On the Nature of Dreams; CW 8: The Structure and Dynamics of the Psyche*, Edited by H. Read, M.

أثر الحصار الاقتصادي على الجوانب الصحية للأطفال في العراق

أ.د. سوسن شاكر الجبلي - علم النفس / العراق

بريد إلكتروني : sawsanshakil@yahoo.com

كلية التربية - ابن الهيثم جامعة بغداد

قبل أثنى عشر عاماً أخذ زعماء العالم على عاتقهم في مؤتمر التمتع العالمي من أجل الطفل الذي أُنعت في نيويورك في مقر الأمم المتحدة 29 - 30 / أيلول 1990 التزاماً "مشتركاً"، وأصدروا ندماً "عالمياً" عاجلاً طالبوا فيه بضمان مستقبل أفضل لكل طفل وأكدوا على التزامهم في تقرير وحماية ومرفاهة كل طفل (أي كل إنسان عمره أقل من 18 سنة) إقراراً بأحكام اتفاقية حقوق الطفل. وأن الأطفال أرباباً وضعفاء ويعتمدون على غيرهم وهم أيضاً "مجبون للاستطلاع بالأمل فمن حقهم علينا أن نوفر لهم الوسائل للتمتع بأوقاتهم في جو من المرح والسلام وأن نتيح لهم الفرص الملائمة للعب والتعليم والنمو، وأن نوجههم نحو الانسجام والتعاون وأن نساعدهم على النضج من خلال توسيع مداركهم وإكسابهم خبرات جديدة. وأخذت الدول على عاتقها مهمة تحسين صحة الطفل وتغذيته وإتقاده حياة عشرات الألوف من الأطفال وتوجيه الاهتمام إلى الأطفال المعوقين والذين يعيشون في ظروف بالغة الصعوبة وتوفير التعليم الأساسي ومحور الأمية للجمع وتوفير الفرص للأطفال لاكتشاف ذواتهم وأدراك أهليتهم في ظل بيئة آمنة مكفولة وحمايتهم من الأذى والاستغلال وتنشيط النمو الاقتصادي والتنمية بصورة مطردة في جميع البلدان.

ولكن الأمم المتحدة التي تبنت حقوق الطفل ومرعت مؤتمر التمتع بشأن الأطفال هي ذاتها التي أصدرت في نفس السنة القرار 661 في 6 / 8 / 1990 والقاضي بفرض الجزاءات الدولية ضد العراق والتي مازالت هذه الجزاءات مستمرة لغاية أعداد هذه الدراسة.

كما أن الأمم المتحدة عقدت مؤتمر الطفولة العالمي للجمعية العامة المعنية بالطفل في دورتها الاستثنائية في نيويورك أيار / 2002 لاستعراض التقدم المحرز ومناقشة قرارات حقوق الطفل واتخاذها للإجراءات الموجهة من أجل المستقبل. وأخذت على عاتقها تحقيق الكثير من الأهداف والغايات المتعلقة من أجل بلوغ الأهداف الإنمائية الدولية لعام 2015 وأهداف المؤتمر العالمي لقيمة الألفية.

أن الدراسة الحالية ستنسلط الضوء على معاناة أطفال العراق جراء فرض الحصار الاقتصادي منذ عام 1990 وما تركه من آثار صحية وتربوية ونفسية واجتماعية عليهم في ضوء اتفاقية حقوق الطفل والإعلان العالمي لبقاء الطفل وحمايته ومآله والأهداف والقرارات التي تبنتها الجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن الأطفال في دورتها الاستثنائية. وستكون هذه الدراسة خير دليل ومؤشر للجهات الإعلامية والسياسية الخارجية لوضع أوجه معاناة أطفال العراق جراء الحصار على المؤسسات والمنظمات والوكالات الدولية ذات الصلة بالأطفال والطفولة من أجل الضغط على الأمم المتحدة لرفع الحصار على العراق والاستجابة لنبود اتفاقية حقوق الطفل والإعلان العالمي لحماية الطفل ومآله في الشيعيات وأهداف العقد الجديد 2000 - 2010. كما أن هذه الدراسة ستساعد الجهات التربوية والنفسية والمؤسسات المعنية بالأطفال من أجل تدارك جوانب المعاناة التي يتعرض لها الأطفال والوقوف بوجه احتمالات تأثير هذه الظواهر على شخصية الأطفال عند الكبر وقد تكون هذه الدراسة مفيدة أيضاً للجهات المعنية بالتخطيط للجمع ما بعد الحصار.

:

1990	(30)				
(30).			2000 -		
		.2	:		2010
					.1
(30) / 1989					.2
	2010-2000	.3			.3
	2002 /				.4
(11).		.4			
			:		.1
661					

- 1990 . 1
:
- (30).
- 1 .
2 .
3 .
4 .
- 2-1**
- :
- () (39)
- "
- " (36)
- " (32)
- "
- 2010-2000
- 182
- "
- "
- " (30 21) .
- "
- " (86)
- " (24)
- "
- 24) (15) -2000
- " (19-17 11)
- "
- " 2010

(39) (36) (32) (19)

2-2

1987 (442349) 1990 %8,3 %91,7 (19)

25) (17-15)

(200) (17-5)

%85 2001

%64 %73 (10-7)

%45

%78

%22

%25

66 %

2-3

1990 (10)

2001

child abuse

(18-13 6)

(31)

2,47

"

. (67 5).

(27869) 1990 (671)

2000/1999

"

. (96 2)

"

:

(2000)

(10 3)

:

)

-1

%223

. 2,22

4,94

-21 9)

. (24

1991/1/17

"

1994

"

" (152)

"

)

(

"

"

. (13 8)

. (30-20 4) .

(19)

2-4

"

"

7)

.(29-28

%194

-2

4,78

		2000	(97)	2000
		1995/1990		
-	1991/1990	(8917)		
-	8035)	(3,328,212)		
-) 1995/1994		(
-	/1999		(3,277,387	
-		"	(3,634,095)	2000
-		(8613)		
	(3 26) (59-58 5)			"
				(5132)
3-3	25)			(79)
		% 91,7	(11-6)	
	"	% 98	"	"
(3098)	(484) 2000/1999	(14-12)	% 39,2	
	"	%65	"	
	"	(17-15)	%16,8	
	"	%44	"	
	1990	%55,7	(23-6)	
	"		1998-1997	%37,6
	"	(78 25)		
		(28)	()	3-2
				"
				"
	(77-69 2)			"
		(1)		
		1990/1989		2000/1999
(242 10)				
	(61 5)			
3-4				

الإعدادية	المتوسطة	الابتدائية	المسجلة الدراسية
عدد الطلاب	عدد الطلاب	عدد التلاميذ	السنة
2442	33577	59673	1990/1989
2898	39078	56326	1991/1990
3260	48605	93750	1992/1991
4085	52731	67706	1993/1992
3803	49374	71705	1994/1993
4079	58465	86412	1995/1994
4969	53056	89531	1996/1995
5316	51125	75217	1997/1996
5131	42564	72598	1998/1997
5746	37607	70185	1999/1998
7098	37976	71092	2000/1999

2010 . (33 29) (5) "

2000 - 2010

2000-1999) 1990-1989 " (513)
 (3098) " (4311)
 " (484)

(99 ، 25).

2010-2000

()

)

.

4-1

:

" " " " " (6)

) 1990 " (24)

(17,890,400
) (18-)

1994 . %53,5

20,007,000

1997 %51,4

. %49,6

(2010-2000)

: 2002

(2)
 . (15 25) . 1997-1990

السنوات	نسبة الفئة العمرية (خمس-18) إلى السكان
1990	53,5
1991	52,9
1992	52,4
1993	51,9
1994	51,4
1995	51
1997	49,9

2010

A

2005

2005

. 1999-1989

(3)

عدد الحالات عام 1999	عدد الحالات عام 1989	اسم المرض
142	96	الخنثى
466	368	السعال الديكي
4127	514	الخصبة الألمانية
25554	9639	النكاف
2398	صفر	الكوليرا
23392	1812	التيفوئيد
535140	73416	الجيارديا
609920	19615	الزحار الأميبي
13150	1816	التهاب الكبد الفيروسي
744	491	الحمى السوداء
7083	2464	حمى مالطا
3506	372	داء المقوسات
440	370	الأكياس المائية
35343	صفر	الجرب
27	25	داء الكلب

()

4-3

" "

1993 (%58,7) 1990
 . %81 1998 %53,1 1994 %44,3
 %54,3 1990 %66,1
 . 1994 %56,6 1993

(186) " 2000
 (31) 1993 (57) 1991
 . 2000 (4) 1997
 2000 (726) 1991 (11358)
 . (7-1 27) (33-32 25)

4-4

1360
) ()
 (18-15) (3060)
 " (2436)
 ()

" "

-

1990 1985

1990

) (25)

%96 (BCG)

%90

%90

%62

2,5

1991

1990

: 1991

92

(128)

4,5 2,5

%22,05 1992

)

107,9

52905) (1991 27473) (1990 7110)

130,6 (2001 84012) (1994

(2)

27334)

. (2002

:

. (7-1 26)

4-2

(3)

(800-700)

80 025 (10-9 28)

.(

4-6-4

1907 1899
" 1949 1925

:

-

-

-

) (1956

)

(7 28

4500

2001

5 14)

(54)

(21,13,18)

)

()

(

(5-1 28 (5 27) .

(4)

(10 9)

4-6-5

نسبة الزيادة	عدد الحالات عام 1997	عدد الحالات عام 1989	الأمراض
1,7	10931	6555	السرطان
1,8	869	477	العقم
1,9	10165	5199	عجز الكليتين
2,1	449	211	تقرن الجلد
1,7	216	123	ضمور الغدة الدرقية
1,6	43429	27680	الإسقاط
1,8	1434	810	التشوهات الجنينية
1,96	10165	5199	زيادة البوريا في الدم
1,79	25560	14215	انقسام الشبكية

1997

15

(9-1 28) : (5)

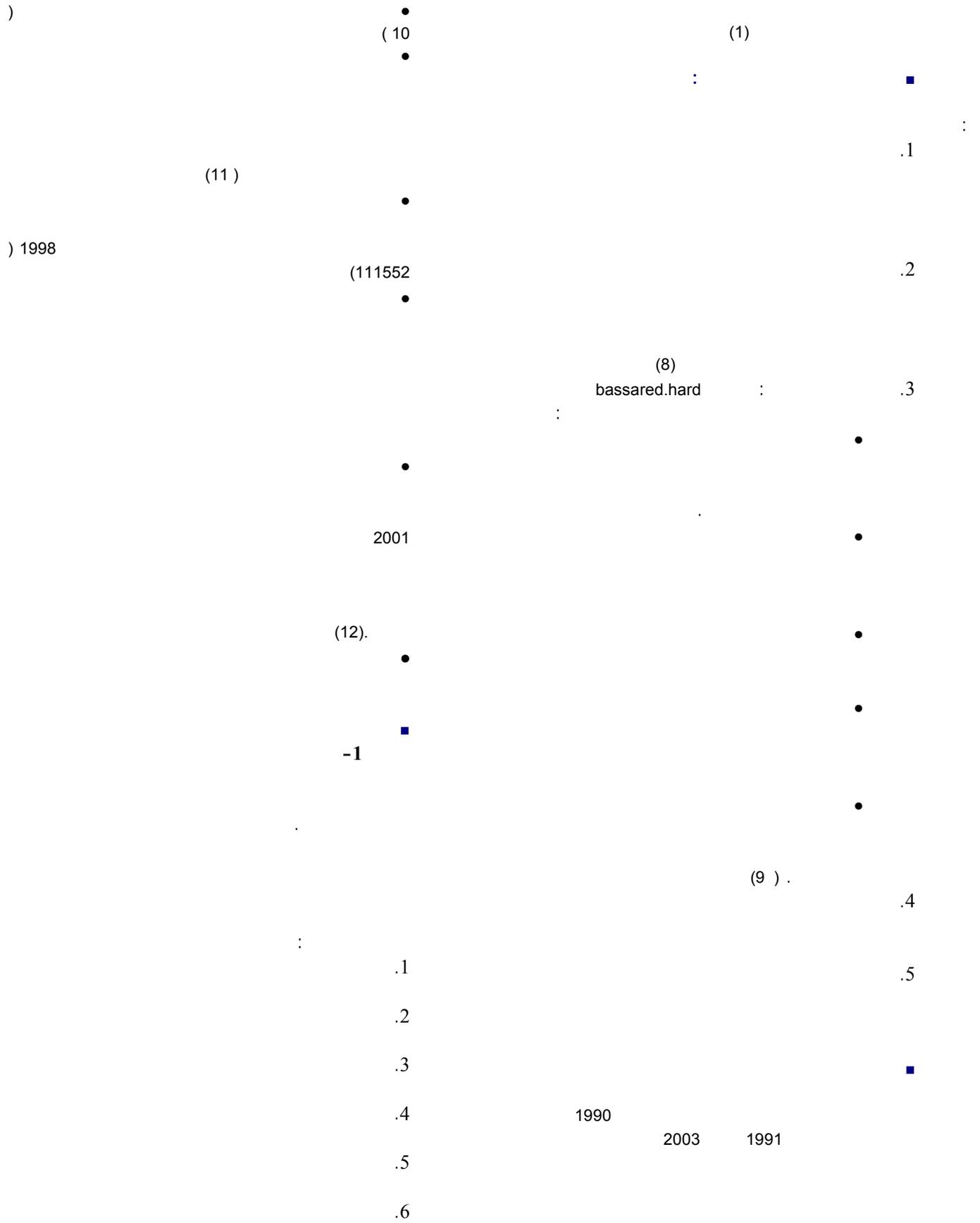
النسبة	أنواع السرطانات
42,9	سرطان الدم
17,2	سرطان الغدد اللمفاوية
16,5	سرطان
12,7	سرطان الكلية
5,4	سرطان العظام
21,8	أخرى (القنصات ، الجلدية ، البلعوم ...)

(88)

(300)

2010-2000

1. أوجيني ، مدانات ، الطفل ومشكلاته القرائية ، دار مجدلاوي ، الأردن 1985 .
2. الديواني ، مصطفى ، حياة الطفل ، مكتبة النهضة المصرية ، الطبعة التاسعة 1975.
3. الجليبي ، سوسن ، آثار العنف وإساءة معاملة الأطفال على الشخصية المستقبلية دراسة في زمن الحصار ، عام 2002 .
4. الجليبي ، سوسن ، وسميرة البدري ، الطواهر النفسية التي يعاني منها الأطفال جراء فصف ملجأ العامرية ، مجلة العلوم التربوية والنفسية ، 1994 .
5. الجليبي ، سوسن وصادق التميمي ، اثر الحصار الاقتصادي على الجوانب النفسية والاجتماعية والتربوية والصحة للأطفال في ضوء اتفاقية حقوق الطفل وحمائته ونماثه في التسعينات ، وزارة الثقافة والإعلام ، مركز أبحاث ام المعارك 1995 .
6. الجليبي ، سوسن ، العمل المبكر للأطفال في ظل ظروف الحصار الاقتصادي ، دراسة منشورة ، 2001 .
7. جرجيس ، ملاك ، مشاكل الصحة النفسية للأطفال ، الدار القومية للكتاب 1985 .
8. جواشين ، مفيد نجيب وآخرون ، النمو الانفعالي عند الأطفال ، دار الفكر للنشر والطبع ، عمان 1989 .
9. الحداد ، سلمى ، تأثير اليورانيوم المنضب على الحالات السرطانية في العراق ، بحث منشور 2001 .
10. الحمداني ، موفق ، الطفولة ، وزارة التعليم العالي والبحث العلمي ، جامعة بغداد ، 1989 .
11. الأمم المتحدة ، اللجنة التحضيرية للدورة الاستثنائية للجمعية العامة المعنية بالطفل ، مشروع الوثيقة الختامية ، حزيران / 2001 .
12. صالح ، قاسم حسين ، الآثار النفسية والسلوكية للحصار على العراق ، جريدة الجزيرة 2000 .
13. عبد الودود ، ساهرة ، الحرمان من رعاية الوالدين وأثره في نمو بعض المظاهر السلوكية لدى الأطفال في محافظة بغداد ، مجلة المرأة العربية ، العدد 3 السنة 1986 .
14. العنكي ، نزار ، تأثير الحصار على القطاع الصحي في العراق ، دراسة غير منشورة 2001 .
15. غيدان ، كاظم وآخرون ، أوضاع الأطفال التعليمية تحت وطأة الحصار ، وزارة التربية 2001 .
16. فريجات ، حكمت وآخرون ، صحة الطفل وتغذيته ، المطبعة الأهلية للنشر والتوزيع ، الأردن 1989 .
17. قطامي ، نايفة وآخرون ، نمو الطفل ورعايته ، مطبعة الكويت 1988 .
18. كمال ، علي ، النفس ، انفعالاتها وأمراضها وعلاجها ، الجزء الثاني ط 1989 4 .
19. مجلة الطفولة والتنمية ، نمو استراتيجي الطفل من سوء المعاملة والإهمال 2001 .
20. المؤمن ، محمد حسين ، مشكلات الطفل النفسية ، دار الفكر الجامعي ، الأزايطة 1986 .
21. نشات ، اكرم ، عوامل جنوح الأحداث ، سلسلة الدفاع الاجتماعي ، المنظمة العربية للدفاع الاجتماعية ، العدد الثالث 1981 ، الرباط .
22. نسيمية ، داود ونزيه حمدي ، مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها ، الطبعة الأولى ، عمان ، مطبعة الجامعة الأردنية ، 89
23. هيئة التخطيط ، الجهاز المركزي للإحصاء ، مجلس الوزراء ، الخطة الوطنية للطفولة لغاية العام 2000 .
24. وزارة العمل والشؤون الاجتماعية ، قانون الأحداث ، 1982 .
25. وزارة التربية ، التقرير الوطني حول متابعة القمة العالمية من اجل الطفولة / أيار 2001 .
26. وزارة التربية ، بعد عشر سنوات ، آثار الحصار على قطاع التربية - شبكة الإنترنت .
27. وزارة الصحة ، نوعية مياه الشرب من الناحية البكتريولوجية لمحافظة القطر 2000 ، شبكة الإنترنت .
28. وزارة الخارجية ، التقارير الخاصة بالحصار الاقتصادي على العراق ، شبكة الإنترنت 2002
29. يوسف ، ياسيل ، نحو تطبيق اتفاقية حقوق الطفل في العراق ، الواقع والمعوقات ، دراسة تحليلية ، 1995 ، منظمة اليونيسف .



	-3		.7
			.8
			.9
	-4		.10
			.11
			.12
	-5		
)			
()		(2)	
(1)			
	-6	(14) (2)	-2
(1)			
		(13)	
			■
			■
	.1		-1
	.2		
	.3		
	.4	(6)	-2
	.5		
	.6)	(6)

الشخصية المستهدفة المتوقعة للطفل	نوع الإساءة المستخدمة	آثار الحصار والحروب على الأطفال في العراق
ضعف الثقة بالنفس / العدوانية / الرفض في التعبير عن المشاعر / الاضطرابات العصابية / اللامبالاة / التبعية الاجتماعية للآخرين وعدم الاستقلالية / الخوف الشديد / ضعف المبادرة / التفكير بالانتحار	القسوة والعنف البدني واللفظي	الحرمان الغذائي / الهروب من المدرسة / انخفاض المستوى التحصيلي / ترك الدراسة / بطء التعلم / الفشل الدراسي
الشعور بفقدان الأمن / السلوك العدواني والرغبة في الانتقام / الحقد / العناد / الوحدة والعزلة / الخضوع / الخجل / ضعف القدرة على تبادل العواطف مع الآخرين / سوء التوافق الاجتماعي	النيد الصريح للأطفال	خروج المرأة للعمل / غياب الوالدين لساعات طويلة خارج المنزل / ضعف التفاعل الاجتماعي مع الطفل / ترك الطفل لوحده لساعات طويلة / حرمان الطفل من شراء الحاجات والمستلزمات الخاصة به
الشكاوي الجسمية / الكوابيس / الشعور بالتعرض الدائم للهجوم / السلوك العدواني تجاه الآخرين ، الانسحاب / السرقة ، الهروب من المنزل ، استخدام المشروبات الكحولية / استخدام المخدرات / التدخين ، القيام بأعمال غير مشروعة	الإساءة الجنسية للطفل	العمل المبكر للأطفال / جنوح الأحداث / بقاء الطفل لوحده مع الخدم داخل المنزل / طلاق الوالدين / المشاكل الأسرية / وفاة أحد الوالدين
الشعور بالنيد والكراهية للأفراد الذين حول الطفل / الأعراض السيكوباتية / القلق / الجفاء / انخفاض تقدير الذات / الرغبة في الموت / الشعور بالوحدة / عدم القيام بالواجبات المدرسية / مضايقة الزملاء / الرفض الاجتماعي / عدم الأمانة	الإساءة الانفعالية	البطالة / الفقر وسوء التغذية / الإمابة بالأمرافق لأحد أفراد الأسرة / إعاقة أحد أفراد الأسرة / العقاب المدرسي / الأزمات الصحية للأسرة
فقدان الانتماء الأسري / السلوك المضطرب / فقدان الإحساس بالمكانة الاجتماعية داخل الأسرة / عدم الرضا عن المجتمع / السلوك الغريب في الأكل / الخروج المستمر عن القواعد / الميول الانتحارية / مفهوم الذات السلبي / انخفاض المستوى التحصيلي / عدم التوافق مع البيئة	الإهمال	عدم تلبية حاجات الأسرة / انشغال الوالدين / كثرة عدد أفراد الأسرة / الضغوط الأسرية / الفقر / البطالة / عدم تحمل المسؤولية من قبل أحد الوالدين

11- الجلي ، سوسن ، اثر الحصار الاقتصادي على الجوانب النفسية والاجتماعية والتربوية والصحية للأطفال في العراق في ضوء اتفاقية حقوق الطفل ، وزارة الثقافة والإعلام 1994

.7

.8

المجلة الإلكترونية للمعلومات النفسية

قِرص سي دي
commertial@arabpsynet.com



- 1- مجلة الطفولة والتنمية ، نحو استراتيجية لحماية الطفل من سوء المعاملة والإهمال 2001 (ص21-24)
- 2- مجلة الطفولة والتنمية ، سوء المعاملة النفسية للطفل في الأسرة الفلسطينية ، 2001 (ص 249-250)
- 3- مؤتمر العنف ضد المرأة والطفل (من شبكة الانترنت ص1)
- 4- القطامي والرفاعي ، نمو الطفل ورعايته ص51 بيروت - لبنان - 1989
- 5- ناصر ، لميس ، تقرير العنف ضد الأطفال اليونيسيف ص33
- 6- الطراونة ، إساءة معاملة الطفل الوالدية أشكالها ودرجة التعرض لها ، مجلة دراسات العدد 2 (2000) ص414
- 7- ابن ، سهى المتخلفون عقليا بين الإساءة والإهمال ، دار فباء للطباعة والنشر 2000 ص33
- 8- الجلي ، سوسن ، انتهاكات الحصار الاقتصادي لحقوق الأطفال في العراق 2002
- 9- الحداد ، سلمى ، تأثير اليورانيوم المنضب على الحالات السرطانية في العراق 2001
- 10- الجلي ، سوسن ، العمل المبكر للأطفال في ظل ظروف

Abu-Dhabi Psychiatric Day Hospital Efficacy AND ACCEPTABILITY : A SURVEY OF TREATING TEAM, PATIENTS AND FAMILIES

DR. FAISAL, M.KH. AL ZARRAD - CLINICAL PSYCHOLOGIST /SYRIA EMIRAT

E.mail : drzarrad@adnph.com

Abu -Dhabi New Psychiatric Hospital - P.O.Box 43046 U.A.E

Team workers psychiatrists , nurses , psychologists, social workers , as well as patients and their families were surveyed on their experience and attitude to wards day hospital services. Three self - rating instruments were designed for the purpose of the study to evaluate the service quality , satisfaction and attitude of medical team , patients and their families respectively.

The results greatly favours day hospital as a substitute for in-patients and proper facility for treatment as shown by result of attitude measure of team workers, patients and families.

□ Clinical Implication

Day hospital is a debatable issue both to health service planners and professionals in under developed countries. Our study in Abu - Dhabi new psychiatric hospital reveals a remarkable benefit of day hospital service in terms of both psychosocial and economic gain and a suitable place for training and rehabilitation and a step to normal integration in community.

The aim of establishing day hospital is to promote and deliver health service to psychiatric patients out side the traditional hospitals (Lois, E. Passi, Li 1998).

Some consider day center or hospital as partial hospitalisation with limited residency, and as substitute to in patients wards (casino , etal , 1982), and it's multi- facets of therapy is targeted to patients already remitted or partially improved form acute state and so lessen pressures on hospitals services (Frank , J.Ayd , 1995). This will mitigate the impact of social stigma of mental illness and facilitate the transfer of acquired skills to community after discharge (Bierer, 1951) Several of psychiatric patients in hospital can be managed easily in day hospitals instead of being in - patients, and some studies clearly showed that 40% of in- patients can be cared in day centers , (Herz, etal 1971) . Not all patients in day hospital are chronic psychotics and socially disabled , but other diagnostic categories are included such as depression . anxiety disorders , mental retardation and personality disorders (Bender & Pilling 1985), even young people with phobic disorder and lack of social skills can be contained in day hospital to get their chance of improving psycho social abilities , (Gath, etal 1973).

The roles of general hospitals and geriatric departments are still vital and will remain, and there are a lot of patients who are unsuitable for day hospital like acute cases , suicidal behaviour , aggressive and violent patients and organic cases. All these patients need close supervision and intensive care (Bowman , etal 1983).

In Arab Countries, lack of resources and trained specialized personnel's , made health authorities reluctant to think of establishing day hospital units. In Abu Dhabi New Psychiatric hospital , we pioneered in establishing a day hospital in 1996. It is run by trained team of clinical psychologist, social workers, occupational therapist physical therapist and psychiatrists. The unit is headed by consultant psychiatrist who organizes the available facilities and methods of treatment according to patients individual need . The treatment modalities include drug therapy, behavioral therapy, individual and group therapy, counseling & depot

clinic. This study is aimed to look on our short experience and evaluate the opinions of staff, patients and families to the day hospital service and activities .

□ The Study

All patients who attend day center in Abu - Dhabi New Psychiatric hospital (No.66) are the sample of the study (table -1). Most of the patients have been admitted as in -patients several times. Diagnosis, social and psychological assessments were evaluated thoroughly before referral to day hospital and again assessed by day center team. Treatment already advised by consultant was maintained, unless there is clinical change or impending relapse. Diagnostic categories of the sample are depicted below (table - 2).

Table 1 : Distribution of the sample by gender & nationality

	UAE	Arabs	Non-Arabs
Male	15	23	4
Female	11	8	5
	-	-	-
Total	26	31	9

Table 2 : Diagnostic Categories of patients attending day hospital

Diagnosis	Male	Female
Mood disorder (BP1,BP11)	7	9
Schizophrenia	17	6
Shizo affective	1	3
Anxiety	0	2
Phobias	3	1
Delusional disorder	1	1
Schizophrenia	-	-
Mental subnormal	1	1
Speech disorder	0	1
Personality disorder	2	0
Organic Mental disorder	2	0
Obsession. C.D	1	0
Mental retardation	1	0
Drug induced psychosis	1	0
Dysthymia	1	0
Asperger's disease	1	0
Psychosis atypical	1	0
Autism	1	0
Under assessment	1	0
Total	42	24

Three self - rating instruments were designed for the purpose of the study to evaluate the service quality, satisfaction and attitude of medical team, patients and their families respectively (copies of these scales can be obtained from

authors). There was agreement by specialist and experts that these self - rating scales can measure the real objective aim of the study with high significant test - retest reliability , correlation coefficient (0-88). The scale were also provided by instruction and general information with open questions to elicit more information not mentioned in the questionnaire. Percentile results and frequencies were used, with application of correlation coefficient ratio between various variables and X2 to reveal the significance of differences (Al Zarrad, 1988).

Findings

The questionnaire (team scale) was given to the medical team of the day unit and also to specialists who have been in day hospital and transferred to other units of the hospital. This will give us a global picture of the quality of service and plan deemed necessary. Content analysis of response is shown below (table- 3).

Table 3 : Percentage of team attitude

	Positive attitude	Negative attitude
Psychiatrists	58,08%	41,91%
Psychologists	75%	25%
Social workers	80%	20%
Nurses	87,5%	12,5%
Occupational Therapists	66,66%	33,34%
Average	78,97%	21,03%

The main key points mentioned by positive attitude (98.97%) group are:

- 1- Programs and activities given to day patients with the available resources are considered good.
- 2- The day hospital has achieved part of it's goal in medical care and rehabilitation.
- 3- Being in a day hospital reduce the relapse rate and improve the quality of life and suitable for psychosocial skill training necessary for daily activities .

The pessimistic group (negative attitude 21.03%) gave their views on ideal expectation and aims. They mentioned patients heterogeneity and absences of objective methods for assessments. They also mentioned the shortage of training period of staff and the repetitive boring activities and lack of evaluation after discharge. The difference between negative and positive attitude group was significant 2 8.52, P 0.01 in favour of positive group.

Family attitude toward day hospital care and utility to their sick member is of paramount importance. This will reflect his improvement in social and occupational domain as well as psychological stability. Families response to the specially designed scale referred to a bore was , + attitude 80%Vs - attitude 20% . Those who prefer day hospital were impressed by improvement of self - care , participation in home chores and better communication with their sick member. The negative attitude families (20%) gave no clear reason of their opinion and this probably stem from family dynamic with conflict, rejection and misunderstanding with wishes to keep patient in long stay wards.

There was a high percentage of patients (90.35%) who feel happy, satisfied and much better in day hospital. They gain a lot of skills , training and can interact with people in acceptable way. The negative attitude group (9.65%) feels unsatisfied due to frequent change of treating team members, lack of spacy areas, noises of music and lack of privacy to discuss their personal problems. Results of groups attitude were analyzed using the significance of percentile differences there was no significant difference between the groups (table -4)

Table 4 :

	Treatment team (No.29)	Patients (No.66)	Families (No.30)
Positive attitude	78,97%	90,35%	80%
Negative attitude	21,02%	9,65%	20%

Discussion

The published studies about day centers agree about utility of the service in these hospitals and it's suitability for treatment and rehabilitations and helps family to support their sick members to integrate in community.

Vaughan , (1985) appeals for more implementation of day hospitals in health services. Our study clearly showed that the day hospital is a best place for training those patients who have pronounced defective psychosocial skills. The drop rate in our sample was low (10%) Compared with (50%) reported by baek and lundwall (1975) which they attribute to lack of transport personality disorders and depressive illness . This observation is also found in our study with additional factor of poor employment history. Although attitude of our sample was significantly positive , we feel that there is a scope for improvement in programs , training and objective evaluation of function out side hospital. In spite of our limited experience with day hospital , the achievement gained was rewarding and hospital administration is keen to enlarge and maintain a modern standard of health care to patients through training and teaching facilities.

Conclusion

This study of patients (no.66) attending day hospital in Abu Dhabi psychiatric hospital to find out their satisfaction and attitude to the service and also their families (no.30) and team work (no.29) The attitudes of the groups concerned were measured by specially designed scales. Results greatly favours day hospital as a substitute for in- patients and a place for proper training, treatment and rehabilitation. We are looking for ward to improve our service and enlighten our experience in day hospital utility and efficacy in UAE.

Limitations of the study

This study in a small under developed country with high percent of non- locals and small sample size may not represent the views of people at large. Recent introduction of health service insurance system will put great limitation on non-locals to attend day hospital. This bias of interest might be reduced in the future with more homogenous large sample.

Acknowledgements

We wish to thank all the psychiatrist , nurses, social workers psychologists, occupational therapists, patients and families for their participation.

References

- 1- BaekLand , F. Lundwall , L. (1 975) Dropping out of treatment, A critical Psychological Bulletin. No. 82,P.738
- 2- Bender, M.P., Pilling, S. (1985) A study of variables associated with under attendance at psychiatric day center Psychological Medicine, No 15,P. 395
- 3- Bierer,J.(1951) The day hospital -Lewis Co. London, P.69
- 4- Bowman, E.P.etal (1983) Day hospital patients Vs, in -patients , fctors determining selection of acutely ill patients for hospital treatment. British J.Psych. No. 42,P .584
- 5- Casino, J.P., Wilner , M., Maxe, J.T. (1 982). American Association for partial hospitalisation. International journal of partial hospitalization. No. 1, (5-21)
- 6- Faisal Al Zarrad (1988) Edit Advanced Educational & Psychological Statistics . Dar - Al Gallam -Dubai
- 7- Frank , J.,AYD, JR (1995) Lexicon of psychiatry , neurology and neurosciences William and Wakers , USA.P. 185,494
- 8- Gath, D. , Hassal , C., Cross, K.W. (1973) Psychiatric day hospital care. A study of day patients in Birmingham. British M., journal No. 1 , P-94
- 9- Herz, M.I. etal (1971) Day Vs In -patients hospitalization controlled study American J. Psychiatry, No. 127,P.1371
- 10- Lois, E. Passi, L (1 998) A guide to creative group programming in the psychiatric day hospital The Haworth press, Inc Binghamton, NY
- 11- Vaughan, Pj. (1985) Development in psychiatric day care British. Journal of Psychiatry . No 147.(1-41).

LES TPAE ET LA PSYCHOTHÉRAPIE INTÉGRATIVE : DEUX DÉMARCHES COMPLÉMENTAIRES

DR. CHRISTINE NASSAR – PSYCHOLOGIE CLINIQUE / LIBAN

Prof. À l'Univ. Libanaise, chercheur et psychothérapeute

E.mail : chnassar@hotmail.com

Résumé : Face au nombre des thérapies croissant sans cesse et envahissant la profession où chacune se prétend unique et supérieure, une foulée d'efforts s'est déployée, ces trois décennies, afin d'évaluer l'efficacité des traitements psychologiques et leur dissémination.

Ces efforts aboutirent à deux formes d'issues différentes mais complémentaires, voire: les TPAE et la psychothérapie intégrative. En matière d'identification des TPAE (traitements psychologiques appuyés empiriquement), des critères sont définis – l'efficacité, la spécificité et la réduction des coûts sont mentionnés en premier lieu- et exigés pour y inclure un traitement psychologique quelconque. Quant à la psychothérapie intégrative, elle est née de la pratique clinique ayant montré l'incapacité de s'enfermer dans une seule orientation thérapeutique vu qu'aucune approche n'est cliniquement adéquate pour tous les cas, même s'ils semblent souffrir des mêmes problèmes (divers facteurs, personnels en premier lieu, entrent en action); en plus, aucune théorie ou technique ne peut répondre à la complexité des problèmes psychologiques vécus par l'individu: à personnalité originale, complexe et une.

Autrement dit, la meilleure perspective en thérapie consisterait à développer les stratégies du niveau-clé impliqué dans le maintien du problème et de l'impact maximum aidant à intervenir à différents niveaux de changement.

Nous rapportons une expérience de prise en charge psychologique menée auprès d'un jeune homme atteint de bégaiement accompagné d'anxiété sociale. Ce cas clinique illustrera la diversité et la richesse de l'approche intégrative basée sur le développement de la stratégie de l'impact maximum pour travailler avec le patient ayant des problèmes à plusieurs niveaux. Et, en sachant que les interventions psychologiques et les devoirs à domicile lui faciliteront les changements aux différents niveaux de sa symptomatologie, celui-ci investit plus de temps et d'énergie; ce qui précipita la guérison.

Mots-clés : TPAE, Psychothérapie intégrative, bégaiement accompagné d'anxiété sociale, stratégie de l'impact maximum

Face au nombre des thérapies croissant sans cesse et envahissant la profession où chacune se prétend unique et supérieure, une foulée d'efforts s'est déployée ces trois dernières décennies afin d'évaluer l'efficacité des traitements psychologiques et leur dissémination.

Ces efforts aboutirent à deux formes d'issues différentes mais complémentaires: les TPAE⁽¹⁾ et la Psychothérapie Intégrative⁽²⁾.

Le point de départ pour identifier les TPAE fut l'évaluation des interventions psychologiques, aux Etats Unis, en fonction des coûts et de la démonstration empirique de celles-ci, tous deux considérés en tant que critères essentiels pour le remboursement des services psychologiques. D'où la création d'un groupe de travail au sein de la Division 12 (Psychologie clinique) de l'APA (American Psychological Association) appelé, en réponse à l'arrivée de nouvelles données empiriques, à réviser d'une façon continue les critères d'évaluation et des traitements répondant à ces critères ainsi que les méthodes de dissémination privilégiées (Hunsley et coll., 1999 a)⁽³⁾. De même, un autre groupe de travail mettant l'accent sur les TPAE et les programmes de prévention auprès des enfants vit récemment le jour (Spirito, 1999)⁽⁴⁾.

Parallèlement à la première issue (identification des TPAE), une progression vers la découverte des principes intégratifs assimilant ou adaptant le meilleur de chaque école s'est dessinée, au cours de ces dernières décennies, s'affirmant de plus en plus en tant que fruit né de la pratique

propre à d'éminents psychothérapeutes tels: Norcross, Lazarus, Prochaska & Diclemente, Arkowitz, .. etc. Il s'agit de la psychothérapie intégrative où le thérapeute est appelé à utiliser des techniques issues de systèmes thérapeutiques différents sans, nécessairement, accepter les fondements théoriques de ces méthodes. Autrement dit, il s'agit d'une théorisation à minima, d'une sorte de théorie de la pratique⁽⁵⁾ centrée sur l'analyse du processus de changement.

Divergences:

A première vue, ces deux démarches cliniques semblent différentes; en effet, en matière d'identification des TPAE, un traitement psychologique n'est inclus dans la catégorie dont l'efficacité est établie que s'il répond aux critères définis à cet égard⁽⁶⁾. Ce qui exige qu'il doit démontrer non seulement qu'il produit les effets escomptés mais, aussi, mettre en relief la spécificité de ses mécanismes d'action (sa spécificité). Autrement dit, un traitement est efficace et spécifique dans la mesure où ses résultats sont supérieurs à ceux d'une intervention rivale dont l'efficacité est déjà établie (autre traitement psychologique ou médication), ou une intervention placebo qui permet un contrôle des processus non spécifiques, ...

Mais, en ce qui concerne la psychothérapie intégrative, on pourrait dire avec Norcross et Godfried⁽⁷⁾, que ce qui caractérise l'intégration en psychothérapie, c'est le refus de s'enfermer dans une seule orientation théorique et le désir d'aller voir ailleurs ce qu'on peut apprendre d'autres manières de penser la psychothérapie et le changement du

comportement (Norcross & Arkowitz, 1992); l'effet ultime de cette démarche qui, selon Goldfried, Castonguay et Safran (1992), n'est pas encore pleinement atteint, est d'augmenter l'efficacité et les possibilités d'application de la psychothérapie. Ceci va de pair avec le point de vue propre à Discroll (1984) qui se demande: "La centration sur une composante plutôt que sur une autre ne devrait-elle pas se faire en fonction des caractéristiques du patient plutôt que de la formation du thérapeute?"

Convergences

Or, développer les psychothérapies sur des bases empiriques solides fut une cause défendue depuis déjà longtemps par les psychothérapeutes intégratifs tels: Lazarus (1967, 1971), Beutler (1983), Dryden (1984), Feusterheim & Glazer (1983), Garfield (1980), Segraves (1982), .. etc qui prônent, tous, l'efficacité de la thérapie éclectique pour des cliniciens qui voudraient vérifier empiriquement l'utilité d'un ensemble de méthodes. Mais, il faut être très attentif car, selon Fisher (1986), fonder sa pratique sur des bases empiriques peut être pris au moins dans deux sens différents: le premier est l'utilisation de la recherche pour nourrir la pratique, comme le choix des techniques cliniques et des attitudes interpersonnelles; le second est l'évaluation objective et rigoureuse des effets des psychothérapies.

Ainsi, on pourrait dire que les remarques auxquelles les psychothérapeutes intégratifs attirent l'attention rencontrent celles des opposants au mouvement ayant défini les critères utilisés pour l'identification des TPAE pour qui, ces critères souffrent de plusieurs lacunes importantes; même ceux convaincus de la nécessité d'identifier des TPAE, tels Ladouceur et coll.⁽⁸⁾, relèvent certaines lacunes relatives aux critères proposés par le Groupe de travail (issu de la Division 12 de l'APA): d'abord, certains des critères ne sont pas opérationnels et laissent place à beaucoup de subjectivité, par ex., on mentionne la nécessité de deux bonnes études sans définir clairement ce qu'on entend par une bonne étude: s'agit-il nécessairement d'un essai randomisé?⁽⁹⁾ .. etc; puis, l'évaluation empirique des traitements psychologiques pourrait aller loin et restreindre, par là, les diverses possibilités thérapeutiques s'avérant, par ailleurs, efficaces pour certains patients ..etc. De telles conséquences sont non souhaitables et non souhaitées.

Ce qui poussa Ladouceur et ses coll., après avoir remis les critères d'identification des TPAE en question et les avoir critiqués, à conclure que "dans le contexte actuel de réorganisation du système de santé, la psychologie clinique et la psychiatrie ont tout avantage à faire valoir ces connaissances" car "on peut s'attendre à ce que les exigences d'incompatibilité, relativement aux services qu'ils offrent, incitent les cliniciens à accorder une attention croissante aux TPAE"⁽¹⁰⁾ mais, seulement quand ils connaissent dans quelle mesure ceux-ci sont efficaces lorsqu'ils sont appliqués dans des conditions naturelles et, le cas échéant, auprès de quels patients et dans quelles conditions.

Ce point de vue concernant les TPAE rencontre celui de Pagés⁽¹¹⁾ qui, introduisant la trad. fr. Du "Handbook of psychotherapy integrative", attire l'attention aux bénéfices apportés à la psychothérapie grâce à la collaboration engagée entre sociologues et psychologues "dans une exploration des liens entre les conflits et défenses, au sens psychanalytique, et des conflits et défenses d'une autre nature, psychosociaux liés à l'histoire sociale de l'individu et

de sa famille, à l'ascension ou à la déchéance sociale, à la défense du statut social"; tout ceci a conduit, dit-il, à une double analyse, psychologique et sociale, des projets parentaux et de la formation des idéaux chez le sujet. Ainsi, on va au-delà de la prise en compte d'effets du groupe ou du système familial, on va au sens des thérapies systémiques qui reste, pour l'essentiel, dans la sphère psychologique. Ce croisement entre les deux perspectives, psychologique et sociologique, et leur introduction dans une démarche thérapeutique, ont produit des résultats surprenants, en termes de levée de résistances et d'accélération du traitement. Or, il est impossible de tenir compte de la spécificité de ces facteurs dans une évaluation empirique; pourtant, l'évaluation d'un traitement psychologique quelconque demeure incomplète et, même fautive, s'ils ne sont pas pris en considération.

L'essentiel à tirer demeure dans le fait que l'étude du singulier a besoin de catégories générales dans ce sens que: des études par catégories (de clients, de traitements et autres) peuvent fournir des repères utiles pour lire un cas singulier, en même temps que les cas singuliers sont des gisements d'hypothèses pour les études catégorielles: c'est une procédure de recherche commune. Autrement dit, les deux démarches (les TPAE et la psychothérapie intégrative) sont convergentes et se complètent.

En plus, pour améliorer les psychothérapies intégratives, on a besoin d'études comparatives visant à évaluer les avantages, s'il y en a. Il est nécessaire, aussi, de connaître les processus et les schémas du changement: quelles sont les techniques les plus appropriées à chacun des processus du changement ? .. Quels modèles de changement pouvons-nous espérer avec différents problèmes propres à différents patients et à différents niveaux de changement?

Ainsi, les perspectives d'avenir sont aussi, tel que Norcross et Godfried⁽¹²⁾ affirment, de travailler à développer les stratégies du niveau-clé et de l'impact maximum pour intervenir à différents niveaux de changement vu que, plus les thérapeutes pourront identifier le niveau-clé impliqué dans le maintien du problème, plus ils pourront utiliser efficacement avec leurs patients le temps limité dont ils disposent.

On pourrait affirmer, de même, avec Prochaska et Diclemente⁽¹³⁾ qu'un des plus gros défis à notre créativité serait de développer la stratégie de l'impact maximum pour travailler avec des patients ayant des problèmes à plusieurs niveaux (cas souvent rencontrés dans les conditions naturelles du traitement dont le cas que nous allons exposer afin d'illustrer les faits déjà mentionnés); en effet, si les patients savent que les interventions thérapeutiques ou les devoirs à la maison (les tâches assignées) peuvent faciliter le changement aux niveaux symptomatiques: situationnel, cognitif, interpersonnel, familial et intrapsychique, on peut espérer qu'ils seront plus disposés à investir plus de temps et d'énergie. Il s'agit ici d'utiliser notre modèle intégratif pour produire un effet synergique qui peut aider les clients à progresser plus pleinement et plus efficacement à chaque niveau de changement: fait que notre expérience clinique en psychothérapie affirme.

En effet, nous avons toujours adopté, en tant que psychothérapeute, la démarche propre à la psychothérapie intégrative lors de nos traitements psychologiques et ce, pour plusieurs raisons; parmi les plus importantes et qui paraissent les englober toutes; nous citons, en premier lieu, le fait

qu'aucune approche n'est cliniquement adéquate pour tous les cas, même s'ils semblent souffrir des mêmes problèmes vu l'importance de divers facteurs influençant l'intervention thérapeutique tels: les diverses variables liées à la personnalité propre au patient et au psychothérapeute qui déterminent, d'une façon considérable, la relation thérapeutique élaborée différemment entre le psychothérapeute et chacun de ses patients, or celle-ci dépend de l'interaction intime et interpersonnelle liée entre les deux; la co-morbidité diverse rattachée souvent au problème en tant que cause et effets, .. Ce qui complexifie le diagnostic susceptible de représenter les besoins et la réponse au traitement auprès de chacun des patients qui consultent en clinique et qui affichent, généralement, un tableau clinique très complexe.

A cela, faudrait-il ajouter le fait qu'aucune théorie ni technique ne peut répondre à la complexité des problèmes psychologiques vécus par des individus ayant, chacun, une personnalité originale, propre à lui, complexe (complexité comprise dans le sens de richesse et non dans le sens pathologique) et caractérisée par l'interaction intime entre les diverses dimensions: psycho-affectives, socio-culturelles, bio-physiologiques, intellectuelles, cognitives, .. qui la constituent.

Cas clinique

En guise d'illustration, nous exposerons la prise en charge d'un cas complexe propre à un patient atteint de bégaiement accompagné de phobie sociale avec qui le recours aux TPAE et à la démarche intégrative se révéla nécessaire pour pouvoir aborder et traiter sa symptomatologie complexe, ainsi que pour faire face aux multiples aspects de sa personnalité demeurant immature de par l'effet d'une éducation familiale caractérisée par la carence affective (mauvais traitement du père et indifférence de la mère) paraissant responsable du déclenchement de son bégaiement et affectant, par la suite, son potentiel de socialisation.

Histoire de la maladie

Mr B., âgé de 23 ans, est le 2ème d'une fratrie de 5 (3 garçons et 2 filles) et il travaille chez un agent de mobilier. Il souffre du bégaiement depuis l'âge de 8 ans; or, ce trouble affecte, tel qu'il est connu, la communication de l'individu avec son entourage vu les répétitions et les prolongations qui le caractérisent et qui risquent de l'exposer à la risée des autres; ce qui le pousse à éviter les fréquentations sociales et à se priver des expériences vitales à sa socialisation comme à son évolution normale.

On ne note, comme antécédents, aucune affection organique (il parlait normalement jusqu'à l'âge de 8 ans); mais, par contre, on note une enfance très tourmentée et marquée par une forte carence affective parentale (paternelle et maternelle) suite à son évolution au sein d'une atmosphère familiale très perturbée où les disputes entre le père et la mère régnaient et où le père commençait, sous l'emprise de la forte dose d'alcool qu'il buvait, à frapper la mère et tous ceux qui osaient essayer la défendre (Mr B. recevait, lui, le plus grand lot de la brutalité paternelle car il ne supportait pas de voir sa mère frappée par le père); à souligner, à cet égard, un incident qui a fortement marqué le déclenchement du bégaiement et de son acuité chez lui: suite au divorce des parents, il avait fui la maison et s'est caché chez la mère; le père l'avait cherché durant un mois, et en le retrouvant il l'a

brutalement puni (il l'a accroché à une corde de fer et commença à le frapper durement); il se rappelle, qu'à ce temps-là, il fut incapable de prononcer un mot sans déployer un grand effort. La crainte de ce père et l'incapacité de défendre ses propres droits vis-à-vis de lui (jusqu'au temps de la consultation, le père venait toujours toucher tout le salaire de B. sans lui laisser un sous; et celui-ci n'osait pas contester), nés de ce mauvais traitement, apparaissent en tant que première assise à sa souffrance et semblent se généraliser à toutes les autres situations vitales.

En effet, au travail, il est fortement exploité de la part de son employeur qui le maltraitait et l'obligeait à travailler du matin jusqu'à la nuit pendant les 7 jours de la semaine et ce, pour une paie minime; il est toujours le "bouc émissaire" ("je suis habitué à la tristesse la fatigue et l'exploitation", "je suis le bouc émissaire", dit-il à ce propos)

Et, comme si tout cela ne suffit pas, l'indifférence affective que la mère affiche à son égard (cette mère tant défendue par lui et cause de ses problèmes avec le père) active de plus en plus sa souffrance: il vit actuellement avec elle, accompagné de ses deux frères, et elle le traite comme s'il était un locataire: même en ayant trop faim et sans argent, elle ne lui prépare rien à manger ni ne lui donne de l'argent pour en acheter.

Deux autres événements ont marqué, également, l'évolution de son bégaiement: le premier est rattaché à la moquerie des camarades de classe et de certains instituteurs depuis son entrée à l'école; le deuxième est rattaché à la mort de sa 1ère fiancée où il demeura, dit-il, incapable de prononcer un mot durant une semaine.

L'analyse fonctionnelle mit en évidence les faits suivants:

Situation: quand je suis anxieux, tendu et ému, le bégaiement s'intensifie à tel degré que je n'arrive plus à prononcer un seul mot (degré: 100 sur une échelle visuelle de zéro à cent)

Emotion: la colère, la gêne, la nervosité et l'agressivité envers ceux qui se moquent de moi, et mon anxiété augmente à un tel degré que j'ai envie de pleurer

Cognition: les monologues intérieurs sont de type: "comment pourrai-je m'en débarrasser pour que je puisse me reposer et vivre heureux comme les autres"; et par rapport à sa rencontre avec une personne étrangère, son monologue est de type: "le mot ne sortira plus et je n'arriverai pas à parler, la personne se moquera alors de moi et, pour me défendre, je la frapperai"

Comportement: je tends la tête en arrière, j'ouvre la bouche et je remue le pied en parlant

Anticipation: on va se moquer de moi; alors, je ne pourrai pas supporter la situation et je m'y défendrai en agressant les autres.

Les schémas inadaptes apparaissant dominants chez lui sont: le schéma de la carence affective ("maman ne s'intéresse pas à moi et me traite tel un étranger", "les étrangers sont plus affectifs et tendres avec moi que mes parents") et le schéma de dépendance lié au premier ("je sais que mes employeurs m'exploitent, mais je ne pourrai pas les quitter car ils sont plus tendres et affectifs avec moi que mes parents et je ne peux vivre ni savoir comment me comporter sans eux")

Par rapport aux facteurs responsables du déclenchement du trouble chez Mr B. on souligne les faits suivants: pas de prédispositions génétiques; le mauvais traitement de la part des parents, les coups reçus (son père le frappe jusqu'à maintenant devant les gens) et la carence affective déclenchent le trouble tandis que la forte émotion, l'anxiété, la nervosité, l'état de tristesse, la peur de rencontrer une personne étrangère, la peur d'être la risée des autres le précipitent. D'autres facteurs personnels tels le déséquilibre observé chez lui au niveau de la respiration (entre l'inspiration et l'expiration) sont à ajouter.

Il a consulté différents neurologues et a été traité par chimiothérapie (lexotanil, en particulier), mais sans succès.

Enfin, le diagnostic réalisé grâce à: l'observation, les entretiens, la psychométrie et l'analyse fonctionnelle (synchronique et diachronique) décela l'existence d'un bégaiement chez B. (les différentes caractéristiques principales mises en évidence par le DSM IV en ce qui concerne ce trouble se retrouvent chez lui) accompagné d'une phobie sociale, type spécifique vu que l'anxiété sociale est vécue seulement dans les situations où il risque de rencontrer une personne étrangère et que celle-ci découvre qu'il bégaiement.

Le traitement:

Par retour aux principes, mentionnés plus haut quant à l'adjonction des critères propres aux TPAE avec ceux de la psychothérapie intégrative, nécessaire dans les conditions naturelles (en clinique privée, par ex.), nous trouvons que l'intervention thérapeutique multidimensionnelle, développée par Ladouceur à partir des travaux d'Azrin et Nunn (1974) afin de pallier aux limites thérapeutiques des différentes techniques comportementales basées principalement sur l'apprentissage d'un nouveau rythme d'expression dont les résultats furent excellents mais la généralisation et le maintien des gains thérapeutiques posèrent de sérieux problèmes, semble la plus adéquate en tant que traitement pour le bégaiement chez B.: elle constituera, donc, un point de départ pour ce traitement car on est censé, au départ, attaquer directement le trouble de la parole chez lui⁽¹⁴⁾.

Mais, l'anxiété sociale, quoique causée par ce bégaiement, joue un rôle d'importance majeure dans son activation; et le traitement psychologique visant à améliorer la parole en utilisant les techniques adéquates (elles seront exposées un peu plus loin) sans essayer d'aider le patient à se débarrasser de l'anxiété éprouvée par lui lors de sa confrontation aux situations sociales redoutées n'aurait pas de résultats positifs; à cet effet, la "désensibilisation systématique" s'avère la meilleure technique pour diminuer ou faire disparaître l'anxiété.

Le traitement devrait, alors, inclure, d'une façon intercalée, différentes techniques thérapeutiques dont les unes seront adressées au bégaiement et les autres à la phobie sociale:

Le traitement (Déroulement de la thérapie)

Après quatre séances incluant la prise de contact, le diagnostic, l'analyse fonctionnelle et la psychométrie, la thérapie proprement dite débute; elle prendra 15 séances:

Les deux premières séances sont consacrées à: 1- l'entraînement à la prise de conscience (1ère séance), où il fut expliqué au patient qu'il y a quatre critères pour identifier le bégaiement: l'hésitation, la répétition, la prolongation et le blocage (avec des ex. à l'appui), ce qui lui permettra de prendre conscience de ses bégaiements et

lui facilitera sa diminution; puis, il lui fut demandé de lire un texte (qu'on a enregistré) pendant une minute, on lui demanda de le réentendre et d'essayer de définir, par lui-même, le genre de son bégaiement; Mr B. se rend compte, alors, qu'il souffre des quatre genres du bégaiement. Ensuite, son bégaiement fut mesuré selon la formule:

Syllabes bégayées/ Syllabes prononcées x 100 = ... %

A souligner, ici, qu'à partir de 15 %, le bégaiement est très sévère (chez B., le bégaiement est à 29 %, il est donc très très sévère) et que le SPM (syllabes prononcées par minute) mesure le débit verbal: cette variable sera prise comme ligne de base comparative permettant de mesurer l'effet positif du traitement, durant la psychothérapie.

L'observation du patient, durant son débit verbal permet de constater la tension musculaire dans les joues et la perturbation de son rythme respiratoire où l'inspiration dépasse l'expiration (symptômes physiologiques du bégaiement) ainsi que la forte émotion, la nervosité et l'impatience qui renforcent son bégaiement.

La 2ème séance fut consacrée à la technique d'entraînement à la respiration régularisée et à la relaxation dans le but de diminuer sa tension musculaire (la méthode de Jacobson fut utilisée, après avoir expliqué au patient les deux méthodes de relaxation: celle de Schultz et celle de Jacobson), car elle est la plus convenable pour lui. Une fois terminée, des exercices d'entraînement à la bonne respiration (la respiration équilibrée) furent entamés où l'accent fut mis sur la nécessité de rythmer l'inspiration (1-2-3..) avec l'expiration de l'air (...-3-2-1) et où on lui a expliqué l'intérêt de ce genre d'exercices (il lui apprend à être patient.); puis, il lui fut demandé de citer les inconvénients et les inhibitions résultant chez lui du bégaiement et ce, dans le but de nous assurer de sa prise de conscience vis-à-vis des conséquences néfastes de ce bégaiement sur lui et, encore, afin de renforcer sa motivation pour la guérison. Et, comme Mr B. est très motivé et n'ayant pas ressenti la fatigue, la séance fut prolongée par l'entraînement à d'autres exercices: découper un texte de trois phrases en syllabes, puis le lire: syllable par syllable, mot par mot, deux mots par deux mots, phrase par phrase, le texte en entier; on lui rappelait toujours, quand le mot ne sortait plus, qu'il faudrait s'arrêter, inspirer l'air puis reprendre la parole. A la fin de la séance, il lui est demandé d'exécuter ces exercices à la maison comme tâche assignée.

La 3ème séance fut consacrée à l'anxiété sociale accompagnant le bégaiement et renforçant sa fréquence et son acuité; ici, encore, un retour aux TPAE s'impose afin de choisir les techniques les plus propices et ayant montré leur efficacité dans ce domaine. La technique de la "Désensibilisation Systématique" s'avère comme 1er choix dans ce domaine, alors on commence à l'appliquer; or, comme elle est formée de 3 phases: l'entraînement à la relaxation, l'hierarchie de l'anxiété et l'exposition (d'abord, en imagination puis In vivo) et que le patient fut entraîné à la relaxation, cette technique débute, alors, avec l'hierarchie des situations anxiogènes: évaluées sur une échelle de zéro à cent et citées en ordre depuis la moins jusqu'à la plus anxiogène, ces situations sont les suivantes: - faire la connaissance d'un nouveau camarade; -faire la connaissance d'une fille présentée à lui par sa sœur; -entrer dans un nouveau magasin où le vendeur est un jeune homme de son âge; - consulter un docteur pour la 1ère fois; - aller acheter du matériel mobilier; - aller charger le cellulaire (le tél. Mobile) où la fonctionnaire est du sexe opposé;-être confronté

à la moquerie d'un ami; - subir le dédain des amis; - enfin, la situation la plus dure pour lui consiste dans le mauvais traitement des parents.

A la fin de cette séance, une sorte d'analyse fonctionnelle (grille SECCA) fut effectuée afin de remettre en évidence: les émotions qu'il ressent en situation d'angoisse sont: la tension, peur qu'on se moque de lui, incapacité de parler, tremblement des lèvres et sentiment d'infériorité; les sensations corporelles sont: le sentiment d'étouffer, agitation des muscles, difficulté de respiration; les monologues intérieurs sont du type: et si le pire arrive?; maintenant, le mot ne sortira plus, alors on se moquera de moi, je ne supporterai pas cela et j'ai peur de me disputer avec celui qui se moquera de moi (de le frapper) pour me défendre. Fin de la séance suite au résumé fait par le patient de ce qu'il a compris, au feed-back où il dit que rien ne lui a déplu dans la séance et, enfin, à l'agenda fixé pour la séance suivante avec un rappel pour les exercices qu'il a à exécuter comme tâche assignée.

Durant la quatrième séance, un retour aux exercices concernant le bégaiement (exercices de relaxation, de respiration régularisée, de découpage des mots auxquels il fut ajouté de nouveaux exercices concernant la lecture de textes plus longs avec, à la fin, une conversation ordinaire portant sur son travail et rappel permanent en ce qui concerne la nécessité de s'arrêter pour inspirer l'air chaque fois que le mot ne sort pas.

Les 3 colonnes de Beck furent expliquées avec des exemples inspirés du vécu du patient à l'appui, tout en insistant sur la distinction mais, en même temps, la relation existant entre la situation (et le comportement), l'émotion ressentie et la pensée automatique accompagnant, précédant ou suivant l'émotion; ce travail fut proposé au patient en tant qu'auto enregistrement (hors de la séance, au domicile) une fois assurée qu'il l'a compris.

A la 5ème séance, un retour alternatif à la désensibilisation systématique eut lieu et le patient fut exposé, en imagination, à la situation la moins anxiogène: faire la connaissance d'une nouvelle personne présentée à lui par un ami (l'exposition fut répétée 4 fois où l'anxiété diminua, alternativement, de 60 à 50 puis de 50 à 40, à 30, à zéro %; puis, il fut exposé à la deuxième situation mentionnée dans l'hierarchie, voire: faire la connaissance d'une fille présentée à lui de la part de sa sœur (même procédure et après 3 répétitions, l'anxiété diminua jusqu'à 30 %: arrêt de la séance avec rappel concernant les exercices à domicile.

Retour au bégaiement, à la 6ème séance, pour entraîner le patient à l'anticipation du bégaiement (lui apprendre à faire une pause quand il prévoit un bégaiement, avec des exercices à l'appui); puis, l'entraîner à des activités incompatibles avec le bégaiement (lui apprendre à cesser de parler, lors d'un bégaiement, pour expirer et ensuite inspirer lentement; ce qui détend les muscles de sa poitrine et de sa gorge et l'aide à émettre les mots désirés); il lui est demandé, ensuite, de résumer ce qu'il a compris et d'exécuter, à la maison, des exercices l'aidant à maîtriser cette technique.

Avant de terminer la séance, une revue des tâches assignées, durant la séance précédente, eut lieu par rapport aux colonnes de Beck où la discussion prit la forme de la méthode socratique: la situation qu'il avait enregistrée se rapportait à une dispute ayant eu lieu entre lui et sa mère; là, on eut recours à la méthode analytique car elle est la plus apte à rattacher le présent au passé qui est à l'origine de sa pensée automatique "mes parents ne s'intéressent pas à moi"

: alors, on lui explique que ce sentiment est le résultat des circonstances très difficiles qu'il a vécues, étant enfant, et du mauvais traitement qu'il avait reçu. Et, faute de pouvoir changer la situation, on lui explique que ce mauvais traitement est, d'après notre expérience clinique avec les familles, dû à leur croyance comme quoi c'est la meilleure façon d'élever l'enfant; que le père est, probablement, mû par des sentiments de culpabilité face à son échec à jouer son rôle de père et, pour oublier cela, il s'était mis à boire (bien sûr c'est une mauvaise façon de gérer les problèmes, mais il n'en possédait pas une meilleure); ainsi, le cercle vicieux s'est fermé sur lui, et il tomba dans la dépendance à l'alcool; ce qui accentua, de plus en plus, le problème initial, ... S'habituant à réfléchir de cette façon, Mr B. fut capable de gérer la pensée négative qui l'obsédait envers ses parents.

Durant la 7ème séance, on continue le traitement du bégaiement par l'entraînement correctif (apprendre au patient à recommencer les activités incompatibles après un bégaiement où on le lui rappelait lorsqu'il oubliait), puis par l'entraînement préventif (pratiquer les activités incompatibles quand il anticipe un bégaiement); toujours des exercices à l'appui, pendant la séance. A noter, ici, l'effet positif du traitement chez B. observé à travers sa conversation; il affirme, en lui demandant à ce propos, que le degré du progrès réalisé chez lui est de 70 % environ. Puis, une revue de son auto-enregistrement concernant les colonnes de Beck eut lieu: cette fois, une préparation aux 5 colonnes de Beck fut semée sous forme de discussion socratique portant sur la situation problématique enregistrée "mon amie m'a délaissé pour retourner à celui qu'elle aimait avant moi", la pensée automatique "elle m'a trompé, je dois alors me venger d'elle", l'émotion "tristesse": le fait de le tromper constituant une hypothèse parmi tant d'autres hypothèses possibles pour expliquer le délaissement de l'amie, on l'encourage alors à y réfléchir, mais d'une façon plus positive et réaliste; la pensée alternative qu'il émit, après réflexion, fut "elle n'arrive pas à oublier facilement son premier amour", "c'est, peut être, dans mon intérêt"; la tâche assignée pour la semaine suivante consisterait, donc en plus des exercices concernant le bégaiement, à remplacer les 3 colonnes par les 5 colonnes (on lui expliqua qu'il faudrait, en plus des pensées alternatives et leur évaluation sur une échelle de zéro à 8 mises en 4ème colonne, ajouter une 5ème colonne consacrée à réévaluer l'émotion et la pensée automatique)

De nouveau, on revient à la désensibilisation systématique, lors des séances: 8 à 11 pour continuer l'exposition aux situations anxiogènes enregistrées par lui dans l'hierarchie; comme à la séance 5, les scènes sont répétées jusqu'à ce que l'anxiété déclenchée par chacune des situations anxiogènes devienne nulle ou presque.

La tâche attribuée, consistant en la pratique à domicile d'une désensibilisation systématique et d'une exposition prolongée en réalité aux différentes situations anxiogènes pour lui (enregistrées dans l'hierarchie) fut réalisée avec succès de la part de Mr B., sauf en ce qui concerne les deux situations se rapportant aux parents (le père, en particulier) et aux amis. Le travail thérapeutique à réaliser devrait être alors, à ce stade, à polarité affirmative et expressive que les jeux de rôle assurent. Ainsi, le travail débute avec la scène la moins anxiogène, voire: faire la connaissance d'un nouvel ami (séance 12) puis, celle de s'affirmer vis-à-vis du père (séance 13); ces scènes seront répétées avec inversion des rôles, modèle et discussion jusqu'à ce qu'il réussisse le rôle; puis, il

est donné comme tâche attribuée à domicile.

A souligner que les tâches attribuées à domicile ont toujours été effectuées par Mr B., vu sa forte motivation à se débarrasser du trouble qui lui handicape la vie; ce qui accéléra sa guérison.

Ainsi, la séance 14 fut consacrées à assurer une fiche aide-mémoire axée sur le schéma de la carence affective au rôle majeur dans le déclenchement de son bégaiement: "je dois me débarrasser des idées enfantines qui dominent mon esprit à propos du fait que mes parents et les gens se moquent de moi à cause de mon bégaiement; de telles idées ne sont que le résultat de la carence affective dont j'ai été sujet quand j'avais besoin de leur soutien; et, en vérité, mes parents ne me haïssaient pas, mais ils ne savaient pas comment se comporter .."; celle-ci, bien que destinée aux états dépressifs, aiderait beaucoup Mr B., en la lisant souvent et par habitude, à maîtriser ses pensées automatiques issues de ses schémas inadaptés, surtout après avoir pris conscience de son importance suite à l'explication qui a suivi son énoncé.

Et, comme la diminution du bégaiement et de l'anxiété sociale a atteint 65 %, selon l'évaluation du patient qui avoue être bien à l'aise, la technique prévention de la rechute s'impose (à la 15ème séance); ceci consiste à lui demander de définir la situation qu'il considère comme étant la plus problématique et qu'il pourrait rencontrer dans l'avenir, sa réponse fut alors: "perdre la personne que j'aime, tel qu'il m'est arrivé quand j'ai perdu ma première fiancée"; et, en lui demandant qu'est-ce qu'il ferait pour l'affronter, il dit: j'essaierai de penser d'une façon objective et logique: par ex., "au lieu de penser, comme avant, que je porte malheur aux autres et que je n'ai pas de chance avec les filles, je penserai que c'est mon destin et que je devrais m'y adapter. Quant à la tension nerveuse, je m'en débarrasserai grâce à la relaxation, à la respiration régularisée et aux activités incompatibles au bégaiement.

A la fin de cette séance, on ré-enregistra sa relecture pour le même texte enregistré au début du traitement et on repassa les mêmes échelles psychométriques (l'échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton, le questionnaire sur les inquiétudes du Penn State, pourquoi s'inquiéter, l'échelle d'affirmation de soi et le questionnaire des conduites interpersonnelles) déjà passée au début du traitement. L'amélioration apparut, alors, évidente au clair de la comparaison effectuée entre les divers résultats obtenus (avant et à la fin du traitement); en effet, le SB diminua de 29 à 6 % (c'est à dire bégaiement moyen); les résultats se rapportant aux différentes échelles appliqués marquent une amélioration nette: de 62 à 42 (échelle pourquoi s'inquiéter), de 60 à 43 (moyenne normale) (questionnaire du Penn State), de 138 à 86 (l'échelle d'affirmation de soi); de 25 au début du traitement à 43 (fin du traitement) au niveau de l'échelle positive et de 59 à 41 au niveau de l'échelle négative (questionnaire des conduites interpersonnelles). Enfin, la repassation du test d'Erikson qui est une mesure subjective et qui évalue les comportements d'évitement causés par le bégaiement, mit en évidence la disparition de la majorité des symptômes.

Postcure

Un mois après le traitement, Mr B. est revu pour un enregistrement post-thérapeutique. Il se dit amélioré, de plus en plus, au niveau du bégaiement (où le bégaiement a presque disparu) comme au niveau de l'anxiété sociale (où il

s'affirme, maintenant, face à son père à qui il ne permet plus de toucher sa propre paie, ainsi que face à son employeur qui fut obligé de raccourcir le temps du travail et sa durée tout en augmentant sa paie de peur qu'il le quitte).

Trois mois après le traitement, lors de la deuxième séance de postcure, Mr B. dit qu'il va très bien, ce dont on s'est aperçu nous-même ainsi que tous ceux qui le connaissent.

Conclusion

Comme conclusion, nous ne pouvons que ré-affirmer notre position déjà mentionnée: les deux démarches (les TPAE et la psychothérapie intégrative) se complètent; l'exemple illustrative a bien mis ce fait en évidence; en effet, sans recours aux traitements psychologiques appuyés empiriquement tels ceux relatifs au bégaiement et à la phobie sociale, la psychothérapie de Mr B. n'aurait pas été aussi efficace (le traitement a produit les effets escomptés, voire: aider le patient à dépasser son trouble et reprendre le rythme d'une vie normale) et, en même temps, spécifique (l'intervention psychologique réalisée avec Mr B. apparut supérieure à la médication administrée à lui par le neurologue et qui apparut sans effet; de même, laissé sans traitement durant des années, situation pouvant être considérée comme contrôle, le trouble s'aggrava chez lui au lieu de disparaître).

De plus, on pourrait dire que, sans recours à la psychothérapie intégrative qui refuse de s'enfermer dans une seule orientation théorique pour se concentrer sur les caractéristiques du patient, le traitement psychologique de Mr B. n'aurait pas réussi vu la complexité de son cas; en effet, sans intégrer, selon ses besoins et les caractéristiques de sa symptomatologie mis en évidence par le diagnostic, les techniques empruntées aux diverses méthodes thérapeutiques, voire: celles comportementales, cognitives, analytiques, gestaltistes, .., tour à tour, aucune des méthodes thérapeutiques n'aurait abouti, toute seule, à la guérison de Mr B.

Références

- Azrin N.H., Nunn R.C., A rapid method of eliminating stuttering by a regulated-breathing method, *Behav. Res. Ther.*, 1974, 12, 279-286.
- Beutler L.E., Eclectic Psychotherapy: A systematic approach, Elmsford, N.Y.:Pergamon, 1983.
- Caron C., Ladouceur R., A multidimensional behavioral treatment for child stutterers, *Behavior Modification*, 1989, 13, 206-215..
- Chambless D.L., Hollon S.D., Defining empirically supported therapies, *Journal of consulting and clinical psychology*, 1998, 66 : 7-18.
- Dugas M., Ladouceur R., Traitement multidimensionnel et progressif des bégues sévères, *Science et Comportement*, 1989, 18, 231-233.
- Fensterheim H. & Glazer H.I., Behavioral psychotherapy: Basic principles and case studies in an integrative clinical model, New York: Plenum, 1983
- Fisher J., Eclectic Casework, In J.c.Norcross (Ed), *Handbook of eclectic psychotherapy*, New York: Brunner/Mazel, 1986.
- Gatz M., Fiske A., Fox L.S., Kaskie B., Kasl-Godley J.E., McKallum T.J., Wetherell J.L., Empirically validated psychological treatments for older adults, *Journal of Mental Health and Aging*, 1998, 41: 9-46.
- Goldfried M.R., Castonguay L.G. & Safran J.D., Care issues and future directions in psychotherapy integration, In J.C
- Norcross & M. R. Goldfried (Eds), *Handbook of psychotherapy integration*, N.Y.: Basic Books, 1992.
- Hunsley J., Dobson K.S., Johnston C. & Mikail S.F., Empirically supported treatments in psychology: Implications for Canadian professional psychology, *Review of Canadian Psychology*, 1999a 40: 289-302..

Kendall P.C., Chambless D.L. (Eds), Empirically supported psychological therapies (Numéro special), *Journal of consulting & clinical psychology*, 1998, 66: 3-167..

Ladouceur R., Fontaine O., Cottraux J., Thérapie comportementale et cognitive, Masson, Paris, 1993, 100-106.

Ladouceur R., Boisvert J.M., Loranger M., Morin C.M., Pépin M., Blais M.C., Les traitements psychologiques appuyés empiriquement: Etat de la question et critique, *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 2003, 13, 2: 53-65.

Lazarus A.A., In support of technical eclecticism, *Psychological Reports*, 1967, 21, 415-416.

Nathan P.E., Gorman J.M. (Eds) A Guide to treatments that work, N.Y.: Oxford University Press, 1998.

Norcross John C., Goldfried Marvin R. (sous la direction de), Psychothérapie Intégrative, trad. fr. par Francine Bernier et Jean-Gabriel Offroy, Desclée de Brouwer, 1998; titre original: *Handbook of Psychotherapy Integrative*, Harper Collins Publishers, N.Y., 1992.

Sanderson W.C., Woody S.R., Manuals for empirically validated treatments: A Project of the Task Force on Psychological Interventions, *The Clinical Psychologist*, 48: 7-11, 1995..

Seligman MEP, The effectiveness of psychotherapy: The consumer reports study, *American psychologist*, 50: 965-974, 1995.

Spirito A. (Ed), Empirically supported treatments in pediatric psychology (Numéro spécial), *Journal of Pediatric Psychology*, 24: 87-174, 1999.

Westen D., Morrison K., A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic and generalized anxiety disorder: an empirical examination of the status of empirically supported therapies, *Journal of consulting and clinical psychology*, 69: 875-899, 2001.

Woody S.R., Sanderson W.C., Manuals for empirically supported treatments: 1998 update, *The clinical Psychologist*, 51,: 17-21, 1998

Abstract:

Psychological Treatments with an Empirical Basic (TPAE) and Psychotherapy Integration: two complementary Approaches

In front of the flow of therapies growing incessantly and invading the profession where each therapy claims itself single and superior, many efforts were deployed these three decades in order to evaluate the efficacy of the psychological treatments and their dissension.

The issue of these efforts took two different by complementary forms. The TPAE and the Psychotherapy Integration; to identify the TPAE, many criterias (efficacy, specificity, reduction of cost, ..) were defined and required in order to include any psychological treatment. As for the descent of Psychotherapy Integration, it was the disability for the therapist to encluse himself in one therapeutic orientation because any clinical approach is adequate to all cases even when they suffer from the same problems (several factors – personal, first of all – interplay together); besides, any theory or technique can answer to the complexity of the psychological problems lived by a person characterised by an original personality: complex and one.

Otherwise, the best perspective in therapy consists in developing the strategies of Key-level in maintenance of problems which help to intervene about many levels of change.

We report an experience about the treatment of a young man with stuttering accompanying from a social anxiety as an illustration for the diversity and the richness of Integration; approach based on the key-level strategy able to work with patients having different problems.

www.arabpsy.net

دليل المكتبة النفسية العربية

www.arabpsy.net/Psy-books.htm

www.psy-tunisia.com

الجمعية التونسية للطب النفسي

Books Titles	Publisher / Country	Authors	Year
Hand Books			
Contemporary Psychiatry	NEWB Elangulo Library- Egypt	Ahmed Okasha	2003
Psychophysiology	EGYPT	Ahmed Okasha	1998
Treasurus of Psychology	Elahram Company-Egypt	Kamel Dessougui	1995
Psychic and Mental Medicine	Dar Ennawda Elarabia	Kamel Dessougui	
Collected Papers of Psychiatry and Psychology	Dar Ennawda Elarabia	Mustapha Zyouer	
Psychopathologic Study	Dar Elghod	Yahia Reihouou	1979
Sexuality and Psyche in Human Life		Kamel Ali	
Psychiatry Handbook	BERUT	Fakri Dabbagh	1983
Mental Health	Dar Elmastira - Amman	Samir Jemel Radouane	2002
Electronic dictionary of psychological sciences	Cism computer Center	Jamel TURKY	2002
Psychiatry Encyclopeda	Medbouly Library	Abdemonsem Helmi	
Encyclopeda of Famous Psychologists	Medbouly Library	Abdemonsem Helmi	

Arab Psy Books Guide
English VERSION

Bienvenue sur psy-Tunisia

ATvEP

ANNONCES

2èmes Journées Nationales de la psychiatrie, Triola Sousse - 23,24,25 Janvier 2004

Psychiatrie

Psychiatrie (STP) et celui de l'Association Tunisienne des Psychiatres d'Exercice Privé (ATPEP).

Il est destiné à tous les acteurs dans le domaine de la santé mentale.

Home

ATPEP

S.T.P.

Espace Scientifique

MANIFESTATIONS

VIE SYNDICALE

L'espace scientifique est ouvert à toutes les contributions validées par le comité scientifique. Pour pouvoir écrire et publier vos articles, vous devez avoir un **MDT DE PASSE INTERNE** Pour cela il faut directement le demander au webmestre. [Click here](#). Les rubriques publiées sont **librement consultables**.

L'espace associatif est ouvert à toutes les associations scientifiques psychiatriques et psychologiques. La **STP** et **L'ATPEP** y hébergent déjà leurs sites. Si vous voulez faire héberger votre association sur Psy-tunisia [Click here](#).

Séminaire de Formation à la méthodologie de la recherche en psychiatrie INVITATION SYNTHÈME SYNTHÈME

Société Tunisienne de Psychiatrie

الإيدز ليس رعبا ... مرعب مادمننا نجعله

هافد سيف فاضل - علم النفس / بولونيا - اليمن

E.mail : hafedhfadhel@yahoo.com

أخصائي نفسي إكلينيكي - جامعة لودز / بولندا

لقد شاهدنا أنواع جديدة من الفيروسات الفتاكة التي تقتل الإنسان في أيام معدودة مثل فيروس التهاب الرئوي الحاد اللانمطي (سامرس) في الدول الآسيوية الذي أسف عن سقوط (800) قتيل وإصابة (8400) في أنحاء العالم منذ انتشاره في نوفمبر 2002. وهناك (إيبولا) الخطير القاتل في الكونغو وينش بسهولة عبر الاتصال بالمش لسوائل الجسم مما يسبب المرض بسعة ويؤدي إلى نزيف داخلي وصدمة، وتسبب المرض بقتل ما بين 70% إلى 90% من المرضى المصابين به. وفيروس (اتش 5 إن 1) المسبب لأفلونزا الطيور الذي تسبب في مقتل (19) شخصا في مختلف دول آسيا حتى الآن. يخشى العلماء أن يندمج فيروس (اتش 5 إن 1) مع أفلونزا الإنسان العادية فيمكن من الانتقال من إنسان إلى إنسان آخر بعد أن كانت الإصابة عبر الاحتكاك بالمش بالطيور فقط.

ولو قارنا فيروس (اتش 5 إن 1) المسبب لمرض الإيدز بالفيروسات سالف الذكر لاعتبرناه فيروسا أقل خطورة من حيث اللعب على وتر كسب الوقت وظهور الأعراض البطيئة. فالهدف من الوقت وكسبه هو الأمل أن نام ونصحو يوما ما على اكتشاف مصل أو عقار ناجع يوقف تطور المرض ويقضي على الفيروس وهذا مبني على أساس السباق مع الزمن لوقف ضحايا الفيروس. إن الإصابة بمرض الإيدز قد تشكلت في الوعي الإنساني من حيث أسبابها والتي ارتبطت في بداياتها بإصابة جنسي الملتية، مما انسحب هذا الأثر السلبي على التعامل مع كل شخص مصاب على هذا الأساس الغير أخلاقي. ولأن عدم إقص المعرفة والجهل بالفيروس (اتش 5 إن 1) ومرض الإيدز سبب رئيسي في إثارة الذعر في المجتمعات وإقبال بعض المصابين بالفيروس على الانحسار. من هنا لا بد من التركيز على توعية المجتمعات من حيث نشو الوعي والعريف بالمرض والتعامل مع المصاب وتعامل الآخرين وسبل الوقاية، وفق برامج تثقيفية شاملة وإعلانات ورقية وإعلامية سمعية ومرئية إضافة إلى فتح خطوط للهاتف السري المجاني للتعريف عن المصاب وتوضيح أسلوب حياته مع الفيروس، كما يتطلب الدعوة العامة للناس إلى إجراء الفحوصات المخبرية لفحص الدم الطوعية في المستشفيات المجانية وتحت أسماء مسعارة للحفاظ على سريته وخصوصية المصاب.

الأرقام بينت أن القارة الإفريقية هي الأكثر من حيث عدد المصابين وانتشار الوفاة، إذ حصلت 90% من الحصيلة العالمية من عدد المصابين والمرض بالإيدز. وهذا دليل كافي على أن الدول الأقل نموًا وحضارة والتي لم تتمكن من نشو الوعي والمعرفة التثقيفية بالمرض بسبب أوضاعها الداخلية الغير مستقرة أو لأسباب أخرى سياسية واجتماعية، إضافة إلى عدم تمكن الفرد المصاب من شراء العلاج لارتفاع سعر تكلفته الشرائية بسبب تدني دخل الفرد في القارة السوداء واحتمال الشركات الغربية للأدوية التي تقتل من انتشار الفيروس في الجسم وتعمل على تأخير الإصابة بالمرض. إن انتشار الوفاة في أفريقيا وفي بعض دول آسيا بشكل واسع حيث أصبح يشكل الخطر هديدا حقيقيا على الأجيال الفتية والقوة العاملة المنتجة، حيث يعتبر الشباب الركيزة والعامل الرئيسي في العمل والبناء والإنتاج في المجتمع والدولة. ومن هنا هيب بالمجتمعات العربية أن لا تغفل عن التركيز على قيمة نشو الوعي المعرفية بفيروس (اتش 5 إن 1) دون إثارة الرعب والبلبلية، (إفساح المجال لذوي الاختصاص لنشو النوعية) والعمل خوفهم وقبول الشخص المصاب أو المريض والتعامل معه من منطلق إنساني، وإن أي شخص معرض للإصابة بأي من الفيروسات المنتشرة ومنها (اتش 5 إن 1) وليس بالضورة أن ينسحب الأمر على الجانب الخلق والتعامل معهم على أنهم مرضى وهم حقوق. وإن تحظى المصابين بالعاية النفسية الكاملة وإن يمارسوا حياتهم الطبيعية، حيث لا يستبعد إذا دعت الحاجة من إصدار قوانين خاصة تؤكد حقهم في العمل والحصول على الرعاية الطبية والنفسية. لقد أعلن مركز غوث ألماني عن اكتشافه لقاح مضاد لفيروس (اتش 5 إن 1) والحقيقة ليست هذه المرة الأولى التي يعلن فيها مثل هذه (البشارة) الهامة في تأميرغ الإنسانية في القضاء على مرض الإيدز جذريا وملاحظته في خلايا جهاز المناعة. ولكن التجارب للدواء لا بد وأن تسنوي وقتها ليصبح الحل في الغلب على الفيروس حقيقة. واقترح شخصيا أن نتاح بشكل واسع التجارب على المرضى المتقدمين بمرض الإيدز بعد أخذ موافقتهم الشخصية، حيث وهم لا يملكون خيار آخر يؤدي بهم إلى طريق النجاة والشفاء. ولا أمرى ضيرا أن تقوم التجارب الطبية الخادمة للإنسان عموما على قطاع من الناس الخطرين المحكوم عليهم (بالإعدام) بعد أن تلغى هذه العقوبة وتتحول لصالح العام حيث تخفف ويدفع المحكوم عليه بالإعدام جراحا فعلة، خدمة للإنسانية في إقامة التجارب الطبية والنفسية والسلوكية عليه وتسبق وفق قانون. ويبقى تحت تصرف من أكر البحوث العلمية والمختبرات. وهكذا تسفيد الإنسانية من المحكومين بالإعدام كبديل عملي عن قتله. أدرك أي سوف أثير حفيظة جمعيات حقوق الإنسان إلا أنني أقارن هنا فقط من حيث إعدام المحكوم عليه أو الاستفادة منه لصالح البشرية البشري ويدفع من أقراف الجرم في خدمة المجتمع وتسفيد المجتمعات الإنسانية منه كبديل عن هدم دمه ودفنه.

-1 ()

-2 : () - 1
() -
() -

-3 / () -

/ () :
(- / -) : /

/ :
(1984 . .)

/ " -

-4 " " -

-5 () - (1954 . . .)

-6 (1971)
()

(188)

(33) (61) (94)
(78) (16) (94)

()

-22) () (35)

() -)-
:
() -)-
() -)-
() -)-
(6)

This is in Response to DR. KHALIL FADHIL

خيانة المثقفين... سيكولوجية خاصة

NUMAN M. GHARAIBEH - PSYCHIATRIST

د. خليل فاضل - الطب النفسي / مصر

Email : n_gharaibeh@yahoo.com
Glastonbury, CT 06033 – USAE.mail : kmfadel@menanet.net
35 عمارات العيون، صلاح سالم الدور الأول، شقة 3، القاهرة.

This is in response to Dr. Khalil Fadhil's article "Intellectuals Treason...Particular or Special or Private Psychology." Dr. Fadhil refers to the original article by Dr. Mustafa Abdul Ghani "Intellectuals Treason... Private Testimony or Special Testimony." Unfortunately I could not locate through the internet the original Arabic article in Al-Ahram by Dr. Abdul Ghani, but I got some idea about it through the quotations that Dr. Fadhil provided.

I had the following views regarding the opinions of Dr. Fadhil and Dr. Abdul Ghani as quoted in Dr. Fadhil's article.

1- There should have been some reference to "The Treason of the Intellectuals" by Edward Said in Al-Ahram Weekly 24-30 June 1999 Issue No. 435. (Something along the lines that the term was used before but in a different context, etc). Although the articles are not even close, the similarity in the title deserves giving Edward Said some credit for it especially if he truly was the first to come up with the term (I did not look into the origin of this expression in English or Arabic). I don't know if Dr. Mustafa Abdul Ghani may have translated the term to its Arabic equivalent or came up with it (4 years after Edward Said's article) without being aware of Said's article.

2- The article Dr. Fadhil appears to be a political opinion and not a clinical/psychological opinion regarding the "The Intellectual." If it was intended just as an opinion it should not have included "Psychology" in the title and the impression it gives to the reader as " a theoretical analysis or study." There seems to be a reference to a stereotypic "intellectual" or "intellectuals." I believe the Arabs and Moslems, just like all the negatively stereotyped communities, have fought hard against stereotypy and here we are finding some of our own stereotyping a segment of our own

3- gratuitously. The excessive abstractions and adornments leave the article incomprehensible at times under the guise of sophistication.

4- Let me agree for a minute with Dr. Fadhil that there is this hypothetical stereotypical "ArabIntellectual" or "Egyptian Intellectual." I believe his attempt at analysis of this hypothetical "intellectual" is based on generalizations and very little content. A close analysis of the language quickly reveals it is similar to president Bush's empty language.

5- The assumption that Dr. Fadhil brings that "the intellectual" has a predisposition for treason, sedition, collaboration, or whatever fancy terms may be used, has no grounds or foundation to support it. It is brought to us without any introduction or proof.

6- Dr. Fadhil apparently was annoyed by some Ali Salim and made this dissertation to lash back at him and "Intellectuals" like Ali Salim.

7- The level of cognitive distortions and traps is appalling in the article especially the black and white dichotomies.

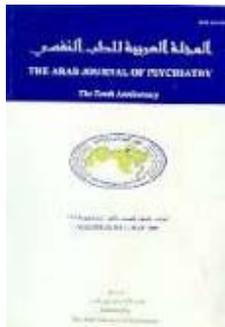
I believe the study of the "psyche of some supposed Arab Intellectual" is a futile pursuit from a scientific point of view. Stereotypes are generalizations to simplify. There are more likely wrong than right and have poor predictive value. The apocalyptic visions in the article are uncalled for, at least not in the context of a clinical/psychological endeavor.

8- At the end of the article I find myself asking: what was the basic idea that Dr. Fadhil wanted me to get from the article? Are we to take home that Arab intellectuals are treasonous, collaborators, not to be trusted, etc, or that "ignorance is a bless?" I wonder if Dr. Fadhil considers himself "an Arab intellectual?"

المجلة العربية للطب النفسي

Vol. 14, No. 2, November (2003)

E.mail : takriti@nol.com.jo



The Arab Journal of Psychiatry

الثقافة النفسية المتكاملة

www.psyinterdisc.com

العدد 57 - المجلد الرابع عشر - جانفي 2004



Interdisciplinary Cultural Psychology

" :
" :
"

"

:"

:

(Lacan.J)
)

.(

.Emotional Intelligence

Holding hands
11/9

()

()

1992

11

OUR BOY

19

GW

:

GHW

!!

BRAHMIN

!

)

!! (

!!

!!

()

15

(!)

11 - 15

إنسان كان له ابنان: فقال أصغرهما لأبيه يا أبي أعطيني القسم الذي يصيني من المال، فقسمه لهما بمعينته وبعد أيام ليست بكثيرة جمع الابن الأصغر كل شيء وسافر إلى كورة بعيدة وهناك بذر ماله بعيش مسرف. فلما أنفق كل شيء حدت جوع شديد في تلك الكورة أنه يحتاج فمضى والنص بواحد من أهل تلك الكورة فأرسله إلى حقوله ليرعى خنازير وكان يشتهي أن يملأ بطنه من الخرنوب التي كان الخنازير تأكله فلم يعطه أحد.

فرجع إلى نفسه وقال كم من أخير لأبي يفضل عن الخبز وأنا أهلك جوعاً، أقوم واذهب إلى أبي وأقول له يا أبي أخطأت إلى السماء وقدامك وليست مستحقاً بعد أن أدعي لك ابناً. اجعلني كأحد أجراك فقام وجاء إلى أبيه وإذ كان لم يزل بعيداً رآه أبوه ينتحي وركض ووقع على عنقه وقبله. فقال له الابن يا أبي أخطأت إلى السماء وقدامك وليست مستحقاً بعد أن أدعي لك ابناً فقال الأب لعبيده أخرجوا أكله الأولى، والبسوه واجعلوه خاتماً في يده وخذاء في رجليه وقدموا العجل المسمن واذبحوا فأكل ونفح لان ابني هذا كان ميتاً فعاش. وكان ضالاً فوجد.

فابتدوا يفرحون وكان ابنه الأكبر في الحقل، فلما جاء وقرب من البيت سمع صوت الآلات الطرب ورقصاً فدعا واحداً من الغلمان وسأله ما عسى أن يكون هذا فقال له أخوك جاء فذبح أبوك العجل المسمن لأنه قبله، سالماً، غضب ولم يرد أن يدخل فخرج أبوه يطلبه إليه فأجاب وقال لأبيه ها أنا أحترمك سنين هذا عددها وقط لم أتجاوز وصيتك وجرياً لم تعطني قط لأفرح مع أصدقائي ولكن لما جاء ابنك هذا الذي أكل بمعيشتك مع الزواني ذبحت له العجل المسمن فقال له يا بني أنت معي في كل حين وكل ما هو لي فهو لك ولكن كان ينبغي أن نفرح ونسر لان أخاك هذا كان ميتاً فعاش وكان ضالاً فوجد

www.arabpsynet.com

المعجم الإلكتروني للعلوم النفسية

www.arabpsynet.com/Psy-Dict.htm

شبكة العلوم النفسية العربية

More than 112000 PSY terms
Equivalent to a book with 5000 pages

Home | Psychiatrists | Psychologists | Associations | Journals | Books | Psychometry | Congress | Links | Forum | Dictionary | Jobs | Hospitals

ARABIC EDITION - FRENCH EDITION

English ePsydict
English - French - Arabic

It is a dictionary reserved for psychological sciences (Psychiatry, Psychology, Psychoanalysis, and Psychotherapy) in three languages: English - French - Arabic.
The complete edition (1.0 version) comprises three dictionaries:

English ePsydict: Electronic dictionary of psychological sciences
This dictionary comprises 44132 English terms with their corresponding translations in all the fields of psychological sciences.
In this dictionary the searches for the translation are made in English and the result is displayed simultaneously in French and in Arabic.

Graphical interface

ePsydict CD
ePsydict C
Samir Elbak

Electronic Psy Dictionary

English Version

مجلة شبكة العلوم النفسية العربية: العدد 1 - جانفي 2004

Arabpsynet Journal : N° 1 - JANUARY 2004

إرث الاستشراق باق بعد رحيل إدوارد سعيد - 1935- 2003

د. جيمي بشاي - علم النفس - بنسلفانيا - الولايات المتحدة الأمريكية

الثقافة النفسية المتخصصة - العدد 57- جانفي 2004

مدير مستشفى المحاربين القدماء - بنسلفانيا - الولايات المتحدة

1935

1960

2003-9-25

1978

Stitches

17

1948

1953

STANDARD

1892-1823

STATIONARY

pnlogy

1981 - 1901

COALITION

MYSTERY

SBARENBOIM

RIVEISIDE CHURCH

UNION

THEOLOGICALSEMINARY
P. TILLICH

ARCHEOLOGEE DU

R. MAY

SAVOIR

RIVERSID

J. FITESGERALD
DANIEL

FORBES

BARENBOIN

NAITIG

FOR THE BARABAIANS
WAITING FOR GODOT

THE ISRAELISATION OF :

AMERICA

36

1978

عرب يكرهون أنفسهم

أ.د. محمد أحمد النابلسي - الطب النفسي - لبنان

E. mail : nabulsy@cyberia.net.lb

مركز الدراسات النفسية والتفسيولوجية الجسدية

€

€ ...

« »

:

:

-1

:

-2

:

-3

:

:

-4

:

-1

:

-2

:

:

-

:

-3

!

:

-

:

-

GAZA COMMUNITY MENTAL HEALTH PROGRAM ANNUAL REPORT 2002

E.mail : webmaster@gcmhp.net
Website : www.gcmhp.net

In September of 2000, the second Intifada, or uprising, began. The 50 years of oppression, combined with the disappointment in the failed Oslo peace process to achieve a true and just peace, resulted in a massive popular movement to resist and reject the occupation. This Intifada has seen even more brutal repression than was seen in the first Intifada. More than 2,000 Palestinians have been killed, 388 of them children, more than 60% now live in poverty due to strict restrictions on movement, 20,000 have been detained, 860,000 dunums of land have been destroyed, 227,995 trees have been uprooted and roughly 1850 homes have been demolished. The Gaza Strip has been particularly affected. The land area of Gaza is about 360 km and 1.2 million Palestinians live in only 60% of that space. With repeated and lengthy closures of the Strip, an already impoverished community is now economically decimated; add to that rampant home demolitions and occasional bombs dropped from war planes, the people of Gaza are highly traumatized. The Gaza Community Mental Health Programme was established in 1990 to meet the extreme need for mental health care in the Gaza Strip that were presented in the first Intifada. Our main objectives were, and continue to be, treatment and empowerment of all in need, and especially those who are most vulnerable- children, women and ex-detainees who have undergone torture.

Community Mental Health Services Department (CMHSD)

The GCMHP was one of the first to offer mental health treatment in the Gaza Strip. We seek to provide a system with standard procedures and a community-based approach to mental health services appropriate to the needs and demands of Palestinian society. Treatment plans routinely involve the family, and patients are often visited in their homes to ensure a supportive and relaxed environment and to emphasize the communal aspects of mental health therapy. From its establishment as a single clinic with three staff members, CMHSD has expanded to include four clinics with 33 professionals, an occupational therapy unit, an electro-encephalographic unit (EEG), a pharmacy, and a physiotherapy unit. In addition to the work conducted regularly, the department's work during the last two years has been influenced by the events of Al-Aqsa Intifada. New activities included visits to hospitals, homes of the injured, schools and places that were bombarded, shelled or bulldozed. Also, the department launched a free telephone counseling service for people unable to reach the clinics due to closures, or those concerned with the potential stigma associated with issues of mental health. The Community Mental Health Services Department operates four clinics located throughout the Gaza Strip. Clients, who include men (mostly victims of violence and torture), women, and children, are mainly self-referrals who come to obtain treatment. This includes individual psychotherapy, physiotherapy, occupational therapy, play and family therapy, and family counseling and parental guidance. The emphasis is not on medication, but when needed psychopharmacological interventions are used. In 2002, we saw 1188 new clients, 2313 follow-up clients and 1788 home visits. We have three special projects with dedicated teams specializing in the mental health of the children of Gaza, empowerment of survivors of human rights violations and trauma counseling.

Mental Health of the Children of Gaza Project

During 2002, 178 children were killed. This represented 22.6% of the total number of Palestinian casualties, an increase of 191% over the number from the year before, in which 93 were killed. These numbers reflect the growing use of lethal force by Israelis against Palestinians. The numbers also hint at the extent of suffering faced by children who are unable to cope with psychological problems that include anxiety, depression and post-traumatic stress disorder (PTSD), and behavioral

problems including aggression, enuresis, nightmares, sleep disturbances and speech problems. The Children's Project (CP) team has provided therapeutic, as well as preventive services, to reduce the level of mental health symptoms and problems. Their work has included community activities with parents, teachers, school counselors and other professionals working with children. To help children cope with their circumstances, the team provided individual therapy, and preventive group sessions which took place in schools, at teenager meetings, and at summer camps. Therapy was offered at GCMHP clinics and in the context of home visits. In 2002, we saw 531 new children in the clinic, we provided 488 home visits for children and saw 760 children in follow up visits. We also believe it is important for the community surrounding the children to be able and ready to deal with issues particular to children's mental health. To do this, we held teaching and discussion sessions in schools with educators and parents, carried out school visits, had parenting training sessions, had neighborhood meetings and training sessions to educate religious leaders in matters of mental health of children.

The Empowerment of Survivors of Human Rights Violations Project

GCMHP has established a special committee to deal with matters relating to violations of human rights in order to better serve the victims and their families. The Human Rights (HR) team intensified its efforts in order to confront the negative psychosocial consequences of imprisonment and torture and to reduce their impact on the victims, their families, and society at large. The main objective of the HR project is to provide an effective contribution in alleviating the impact of torture and organized violence in the Gaza Strip. To fulfill this objective, the HR team has three main focal points: to aid those coping with traumatic experiences, to increase professionals' capacity to deal with the effects of internment and torture, and to work toward preventing human rights violations. The Human Rights team was able to treat 618 new clients who had victims of torture, 2661 return clients, and were also able to carry out 1211 home visits to these men.

We believe that by creating networks of organizations that deal with victims of torture, the treatment and support provided to these people will be better. We have coordinated with local and international organizations to this aim. Some of the local organizations were Al-Mezan Center for Human Rights, the Palestinian Independent Commission for Citizens' Rights, and the Ministries of Health, Detainees Affairs, and Social Affairs. Other institutions were the Union of Palestine Medical Relief Committees, UN Centers for Women's Activities, and Governmental Psychiatric Hospital. To generate increased knowledge of the subject we carried out research studies dealing with a number of topics related to trauma and human rights violations. In addition, we worked toward educating the public regarding our clinically gained knowledge, as well as the information gleaned from our research. We visited prisons and trained law enforcement officials as well. We hope to continue to increase our ability to provide treatment, education and training on measures to prevent human rights violations from ever occurring.

Trauma Counseling Project

This Trauma Counseling (TC) project is comprised of a team of professionals specializing in trauma, who have concentrated their efforts on counseling, treatment, and awareness, and making direct connections with victims of Israeli aggression wherever they may be found, whether at points of clashes, in demolished homes, at schools, or hospitals. Continuing their work through 2002, goals of the crisis team professionals were:

- 1- To strengthen the mental health of individuals affected by the Intifada.
- 2- To protect affected persons against psychological harm.

3- To inform caretakers, teachers, and all interested professionals on their part in this crisis, and to train them on how to deal with children and patients during the current circumstance.

4- To treat those who suffer from psychological problems as a result of the events, and to refer them to the clinics of the Programme when necessary.

Among other services, the Trauma Counseling Team provides immediate crisis intervention, short-term crisis intervention, individual treatment, public awareness, training and education, and telephone counseling. These activities were funded by the British International Development Department, the Canadian representative to the Palestinian National Authority, and United Nations Development Programme (UNDP). In an effort to provide immediate short term care the TC team carried out 63 hospital visits in which 114 injured people and 81 of their relatives were met and counseled. The TC team also conducted 417 home visits, in these visits 1.402 victims of home demolition or shelling were seen. The team also carried out school visits, individual treatment and public awareness measures. A free telephone counseling service was established by the team. In 2002, 1221 telephone calls were received from individuals inquiring about problems that they or their children are facing due to the current situation, including depression, anxiety, and other problems of psychosocial nature. Additionally, a number of these cases were referred to the Programme clinics for further assistance and intervention following the initial telephone consultation.

Women's Empowerment Project

The Women's Empowerment Project (WEP) of the GCMHP was established in 1995. Its overall aim is to improve the quality of life of women victims of domestic, social and political violence, and to improve the lives of their families and community. This is achieved through educating the public on women's issues and providing educational opportunities and training facilities for women victims. The majority of women who utilize WEP have experienced personal trauma, dysfunctional family life and social disruption.

Currently, WEP comprises four centers: the main branch in Gaza City and three other centers in Rafah, Beach Camp and Deir El Balah. The distribution of centers allows WEP to serve the southern, northern and middle areas of the Gaza Strip. All centers offer individual and family services, psychosocial and legal counseling, psychotherapy, court representation, vocational training, and health, social, psychological and legal awareness. The staff of all of our centers work actively in the local community, conducting home visits, as well as organizing regular workshops and public meetings regarding issues of concern within each community. Vocational training provided different courses to participants, such as sewing, embroidery, beauty care, English-language classes and computer training. In addition to the vocational activities, lectures in psychological, social, legal and health issues were arranged by the training unit and implemented by professional staff members. Some of these lectures were arranged by different organizations. During 2002, 263 lectures were conducted on different issues they included an introduction to the concept of mental health and crisis intervention with children and the effects of the Intifada on women and Palestinian people. 402 different public meetings were held, as were 17 workshops all on issues regarding women as individuals and in society. During 2002, WEP staff provided counseling sessions about psychological, social, legal and health issues. During 2002, WEP conducted 1270 counseling sessions.

WEP has provided a number of women from the community as well as participants of training programs with financial and material support. This was in co-ordination with many organizations and individuals. Among the participating organizations were: Ministry of Social Affairs, Ministry of Supplies, Qatar Benevolent Association, the European Ophthalmology Center, El-Zakat Committee, Blossoms of Love and Hope Association, and Al-Aqsa Hospital.

WEP social workers provided 72 job opportunities for women, especially participants in the vocational training programs, in sewing factories, kindergartens, beauty care salons, offices, embroidery factories, and marketing.

Training and Education Department

The Training and Education Department has a specific philosophy of community development and promotion. It provides advanced education and relevant skills to psychologists, physicians, nurses,

social workers, teachers, primary health workers, law enforcement officers, and a wide range of other helping persons and organizations interested in social services, community intervention, human rights and mental health. In 2002 the Training and Education Department provided human rights and mental health education to 70 police officers and representatives of the General Intelligence Department. A combined total of 328 physicians, nurses, psychologists, social workers, counselors, teachers and others participated in various training courses in 2002.

Department Goals

1- To improve skills and increase knowledge among GCMHP team members and staff through comprehensive, concentrated training programs.

2- To increase community awareness about mental health and human rights concepts and related subjects.

3- To inform, educate, and train personnel and professionals working in other institutions and disciplines about GCMHP and fundamental concepts, techniques, and practices in community mental health and human rights.

4- To provide certificates of course completion to highly educated professionals who participate in various GCMHP courses or workshops on mental health and human rights.

A post graduate diploma in community mental health

The idea of a Post Graduate Diploma Program in Community Mental Health at GCMHP in partnership with Gaza Islamic University was first formulated in 1994. The stated goals of this diploma program are to prepare professionals from other disciplines to work in community mental health and to enhance the knowledge and skills of community mental health professionals in Palestine, already working in the field.

Today, there are continuing efforts toward developing such an accredited institute. Educators and experts from the Netherlands are actively engaged in formulating plans and coordinating with international and local universities and educational institutions to be involved. Eighty nine students have registered in the post graduate diploma in Community Mental Health since classes began in 1997. Thirty eight have graduated from the two year program.

GCMHP diploma program

The diploma program requires 48 credits, combining theory and practice. Theoretical study is comprised of twelve (12) modules, with three (3) credits given for each module. The practical training provides 12 credits of carefully supervised and documented fieldwork or clinical practice. Grades given in the practicum are considered a part of the student's accumulated grade point average.

It has been agreed with the Islamic University, Gaza, and Flinders University, Australia, that all 48 credits of the post graduate diploma in Community Mental Health may be applied toward a Master's degree in Educational Psychology at The Islamic University, or may be applied toward a Master's degree in Disability Studies from Flinders University.

Graduating Classes

a. Class 2001-2003

A total of 12 students men and women, participated in the diploma program during 2001 – 2003. Their specialties were as follows: 1 physiotherapist, 1 rehabilitation specialist, 6 nurses and 4 physicians.

b. Class 2002-2004

During February 2002, interviews were conducted of applicants for 2002-2004. Nineteen (19) were selected from different health and social fields including: 9 physicians, 7 nurses and 3 sociologists. Classes began March, 2002, and 4 students have since withdrawn from the program.

Training and professional courses outside of the Programme

In addition to the diploma program we provide training to the rest of the community as well. We conducted courses in Loss Psychology, Mental Health and Counseling, Professional Abilities of Social Workers, Mental Health and Human Rights, School Counseling, and a course for midwives in Psychological Counseling.

Resource Center

The year 2002 saw the creation of a GCMHP Resources Center. It includes a specialized library in mental health and human rights, which is electronically connected with its counterparts throughout the world in order to serve various needs of professionals, students and researchers in mental health and human rights. It was agreed that the Resource Center would develop in two phases:

- First, short-term development reflected by immediate local use.
- Second, connecting the Resource Center at the regional and international levels as intermediate and long-term goals.

The Resource Center is striving to increase the number of leadership of community members and to create an electronic GCMHP. Resources Center web page which will carry GCMHP generated articles, research data, books, and Amwaj magazine, as well as material drawn from other resources on mental health, human rights and related subjects.

Research Department

In keeping with the mission of GCMHP to deal hands-on with the issues of psychological trauma facing the Gaza community, the Research Department was established immediately following the inception of the Programme. The Research department (RD) investigates and distributes information about pertinent issues in Palestinian society and provides the vital link between the work that the Programme does and the global academic community. By investigating and analyzing issues of crucial importance to the Palestinian community including human rights, violence, children, and family relationships, the research team provides a broad picture of the mental health of the Gaza community. The Department also shares responsibility for the development and standardization of tools and tests for professional use. In doing so, the Department allows the Programme to communicate that picture to a larger audience both locally and globally, thus drawing attention to the situation of Palestinians. The information provided by the R.D. also allows GCMHP to train teachers, graduate students, and inform consulting clinicians.

Research completed during 2002

- 1- Prevalence and determinants of PTSD among Palestinian children exposed to bombardment and loss of home (accepted, European Journal of Child and Adolescent Psychiatry).

	Child	Mother
Nature of the trauma	percent	percent
Direct personal experience		
Shelling of the home	99.2	99.5
Being tear-gassed	94.9	97.5
Suffering from severe burns	1.7	2.5
Shot by live bullets	0.8	4.2
Shot by plastic bullets	4.2	1.7
Head injury with loss of consciousness	2.5	2.5
Deprivation of medical help	1.7	2.5
Witnessing traumatic events		
Saw shooting, fighting or explosion	96.6	100
Saw stranger being injured or killed	51.7	62.2
Saw friend or neighbor being injured or killed	35.6	50.4
Saw a family member being injured	22.9	32.2
Saw funerals	95.8	95.9

- 2- Prevalence of PTSD among Palestinian mothers and children exposed to shelling and loss of home (submitted)
- 3- Stress and coping among Palestinian people.
- 4- The Relationship between trauma and bedwetting among Palestinian children.

Ongoing research includes studies on the cost-effectiveness of therapy in GCMHP as part of a collaborative effort organized and coordinated by the trans-cultural Psychosocial Organization (TPO), a Dutch NGO working with developing countries. The relation between the different variables in the different countries will be compared to determine the most effective therapeutic techniques for each country. In addition we are studying the prevalence of PTSD in the Palestinian Community. This study will identify the prevalence of PTSD, and other psychological trauma among Palestinians who have been living under severe conditions during the last two years of the Intifada. A third study is being conducted in the Role of Play and Dreams as method of intervention.

Public Awareness and Documentation Unit

The Public Awareness and Documentation Unit has produced many television documentaries, and series of programs, addressing issues or phenomena

relevant to Palestinian society. The Public Awareness and Documentation team created three television shows about Palestinian children. The first discussed about the political pressure the Palestinian people have been going through in the last two years and its impact on the academic achievement of students. The specialists provided advice to the parents and teachers on ways of dealing with children, and how to cope with their children's problems in these difficult circumstances. The second show featured Dr. Khaled Dahlan and a psychiatric nurse, Bushra Abu-Laiyla. The interview concentrated on the impact of the deteriorating Palestinian economic situation and the psychological development of children whose parents have lost their income, either inside Gaza or within Israel proper. Children's aggressive behavior was the topic of the third show. This behavior has become something of a phenomenon and is worthy of attention. It seems to be due to the difficult circumstances and the atmosphere full of aggression that the Palestinian children live in. In this program, advice and guidance was given to the parents about different ways of dealing with their children in relation to the problem of aggressive behavior.

The team also made three documentaries regarding Palestinian Human Rights issues. One was entitled Israeli Violations Rights to Health in Palestine. The program discussed the ongoing Israeli violations of international agreements and laws, especially those related to health situation during war. They also discussed the causes behind the international silence in response to such violations. In a 30 minute program, The Psychosocial Impact of Torture, various torture techniques used against Palestinian prisoners were discussed as well as the ramifications of torture on the individual, family and society. Lastly, the issue of The Psychosocial Impact of Unemployment was covered. The program was focused on the psychosocial impact of unemployment and the problems that are directly influenced by unemployment such as divorce, aggression, and other important issues in the Palestinian community.

Information Technology Unit

The Information Technology (IT) unit is considered one of the core groups of the Programme. The IT unit works to enhance the Programme's work by improving communication and internal exchange of information among the staff. Additionally, IT provides the Programme with the most recent technological advancement and connects the Programme with local and international friends and professionals. Our website also falls under the IT unit and can be found at <http://www.gcmhp.net>.

Public Relations Department

In order to educate the local public and the international community on the Intifada and the psychological effects resulting from it, the Public Relations (PR) department increased its efforts. The PR team continued to issue leaflets and other printed materials and they welcomed visitors, journalists, and international solidarity groups. In addition, the PR team worked to increase its networking and coordination with other organizations.

The Public Relations Department is responsible for the publication of GCMHP's bi-monthly magazine, Amwaj, in addition to the Annual Report, press releases and appeals, and GCMHP monthly reports.

The PR department also hosts all visitors that come to the program. Due to the danger and restrictions imposed during this Intifada, the number of visitors from different countries was much decreased as compared to years prior. The number of visitors in the year 2002 was 365 local and international visitors, which is actually quite a noticeable increase compared with the year 2001 (156 visitors).

The Programme's media activities are also coordinated by the PR department. The PR department continued to meet with local and international media in order to provide them with news and explain the activities of the Programme. In the local media, 226 stories on the Programme were shown and advertisements about the Programme's activities were published. Also, a number of appearances in local media such as TV and Radio were performed. In total, 130 media activities were conducted including interviews, TV and Radio appearances, and documentary films.

We believe that in order to better serve our community; we need to form strong partnerships with local and international organizations. The Public Relations Department continued to expand and solidify ties with different local organizations working in the area of psychological, social, and general human services. Of particular importance is the Palestinian Non-Governmental Organizations Network (PNGO), an umbrella organization that coordinates and connects NGO's in Palestine. The GCMHP welcomes international volunteers. Due to current security measures enforced by the Israelis, the number of volunteers visiting GCMHP has reduced drastically. There were three volunteers for the year 2002. The first was Bergetta Bockman from Germany who conducted a number of field visits and documented cases of those exposed to human rights violation. In addition, she wrote many articles about the stories she heard and cases from her field work. The second volunteer was Dr. James Crossen, a Canadian Psychotherapist who conducted a number of professional supervision courses to specialists from the Programme and students from the post-graduate diploma program. He also gave lectures about trauma and addiction. The third volunteer was Dr. Henry Bang, an Australian who visited the Programme for one and half months. In this period, he became acquainted with the unique experiences of the traumatized Palestinian children.

SÉANCE THÉMATIQUE

LES TROUBLES AFFECTIFS BIPOLAIRES : MISE AU POINT THÉRAPEUTIQUE
12 MARS 2004 – Sfax – TUNISIE

SOCIÉTÉ TUNISIENNE DE PSY. HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
COORDINATEURS : PR. F. GHRIBI - PR. AG. Y. MOALLA

Nous avons le plaisir et l'honneur de vous informer que la Société Tunisienne de Psychiatrie Hospitalo-Universitaire (STPHU), en collaboration avec la Faculté de Médecine de Sfax et l'Unité de Recherche Neuropsychiatrie infanto-juvénile, organise sous l'égide du Collège National de Psychiatrie et de Pédopsychiatrie une séance thématique consacrée à **une mise au point thérapeutique des troubles bipolaires (troubles maniaco-dépressifs)** et ceci le 12 mars 2004 à l'hôtel Syphax de Sfax. Une dizaine de psychiatres et pédopsychiatres de toute la Tunisie animeront cette journée.

Le choix de ce thème nous a été dicté par le constat des remaniements profonds que connaît cette pathologie sur le plan épidémiologique, nosographique et thérapeutique ces dernières années.

Tous les psychiatres ainsi que ceux en formation et tous les médecins intéressés sont invités à y participer.

Nous serons très heureux de vous voir parmi nous et prendre part à l'enrichissement des débats lors de cette manifestation..

Dans l'attente du plaisir de vous revoir, je vous prie cher(e) collègue, de croire à l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Organisateur

Collège National de Psychiatrie et de Pédopsychiatrie
Unité de Recherche « Neuropsychiatrie Infanto-juvénile »

Programme

1^{ère} séance

Présidents : Anouar JARRAYA – Wahid KOUBAA – Héla LARIBI

15H : Ouverture - B. BEN HAJ ALI

15H 10 : An. JARRAYA

Introduction : Les limites de diagnostic des troubles bipolaires à l'adolescence.

15H 25 : F. GHRIBI

Traitement préventif des troubles bipolaires de l'adolescent.

15H 40 : Y. MOALLA

Traitement des épisodes aigus des troubles bipolaires de l'adolescent.

15H 55 : A. BOUSSETTA

Prise en charge thérapeutique des « Rapid cyclers »

16H 10 : O. AMAMI

Troubles cyclothymiques et troubles dysthymiques. Place nosographique et aspects thérapeutiques.

16H 25 : Discussion

16H 45 : Pause café

2^{ème} séance

Présidents : Afif BOUSSETTA – Jamel TURKY - Samir AYADI

17H : A. MECHRI – W. MELKI

Place du lithium dans le traitement préventif des troubles bipolaires.

17H 15 : M. MAALEJ

Alternatives à la lithiothérapie.

17H 30 : A. JAOUA

Abord psychothérapeutique des troubles bipolaires.

17H 45 : N. AYADI – H. AYADI

Thérapies comportementales et cognitives dans les troubles bipolaires.

18h : Discussion

18h 15 : Clôture.

Renseignements

Email : farhat.ghribi@rns.tn

Tel : 74 241 907 - Fax : 74 241384

Arabpsynet JOURNAL : N° 1 - JANUARY 2004

ملتقى علمي

الاضطرابات الوجدانية ثنائية القطب: المستجدات العلاجية الحديثة

12 مارس 2004 – صفاقس - تونس

الجمعية التونسية للأطباء النفسيين الاستشفائيين والجامعيين
المنسقون: أ. فرحات الغربي - أ.د. يسر معلى

() 2004 12

: المعهد الوطني للطب النفسي و طب نفس الأطفال
وحدة البحث " الطب النفس عصبي للأطفال و اليافعين"

-	-	:	
-	-	:	15
:	:	:	10 .15
-	-	:	25 .15
-	-	:	40 .15
-	-	:	55 .15
-	-	:	10 .16
-	-	:	25 .16
-	-	:	45 .16
-	-	:	17س
-	-	:	15 .17س
-	-	:	30 .17س
-	-	:	45 .17س
-	-	:	18س
-	-	:	15 .18س

ب إلكتروني : farhat.ghribi@rns.tn
الهاتف : 74 241 907 الفاكس : 74 241384

مجلة شبكة العلوم النفسية العربية : العدد 1 - جانفي 2004

Méthodologie en Epidémiologie Psychiatrique

المنهجية في الوبائيات النفسية

SÉMINAIRE DE FORMATION EN PSYCHIATRIE

CHU DE SOUSSE - SERVICE DE PSYCHIATRIE- TUNISIE
ANNÉE UNIVERSITAIRE: 2003-2004

حلقة دراسية تكوينية في الطب النفسي الحيوي

المستشفى الجامعي فرحات حشاد - سوسة - تونس
قسم الطب النفسي - السنة الجامعية 2004-2003

Introduction

Ce Séminaire entre dans le cadre du programme de formation des résidents en psychiatrie. Il est toutefois ouvert à toute personne intéressée.

La validation du séminaire se fait par l'assiduité et par l'évaluation d'un exposé présenté par un groupe de participants encadré par un enseignant.

Les cours sont dispensés les jeudi de 15 h 30 à 18 h 30 (voir dates) au Service de Psychiatrie du CHU Farhat Hached de Sousse.

Programme

05/02/04 La recherche épidémiologique en psychiatrie - M.Nasr S.Ben Nasr

12/02/04 Les problèmes de santé les plus fréquents en psychiatrie - S.Douki

26/02/04 Les classifications des troubles mentaux - R.Labbane

04/03/04 L'épidémiologie génétique des maladies psychiatriques -M.F.Poirier

11/03/04 La mesure de la morbidité en psychiatrie - M.Njah

25/03/04 Les facteurs de risque en psychiatrie - M.Ltaief

01/04/04 Les échelles d'évaluation en psychiatrie - A.Mtiraoui

15/04/04 L'élaboration des questionnaires en psychiatrie - H.Ghannem

29/04/04 Les méthodes de dépistage des troubles mentaux - M.Soltani

06/05/04 Méthodologie des conférences de consensus - P.Michel

13/05/04 L'analyse statistique des données - K.Ben Salem

20/05/04 L'évaluation de la qualité des soins en psychiatrie - A.Mtiraoui

05/06/04 Journée de présentation des exposés (à partir de 10h)

- Epidémiologie des troubles schizophréniques - F.M'rad gr.A
- Epidémiologie des troubles dépressifs - B.Ben Hadj Ali gr.B
- Epidémiologie des troubles bipolaires - K.Tabbane gr.C
- Epidémiologie des troubles anxieux (Trb. Panique, TOC) - A.Boussetta gr.D
- Epidémiologie de l'alcoolisme et des toxicomanies - L.Gaha gr.E
- Epidémiologie des troubles psychiatriques du sujet âgé - M.Maalej gr.F

30.18 30.15 ()

04/02/05

04/02/12

04/02/26

04/03/04

04/03/11

04/03/25

04/04/01

04/04/15

04/04/29

04/05/06

04/05/13

04/05/20

04/06/05

(10)

Responsables

Pr. Béchir BEN HADJ ALI - Pr. Ag. Selma BEN NASR
Service de Psychiatrie - CHU Farbat Hached Rue Ibn El
Jazzar 4000 Sousse

Tel : 00216.73.219.508

Fax : 00216.73.226.702

Email : Selma.BenNasr@famso.mu.tn

Selma.BenNasr@famso.mnu.tn :

00216.73.219.508 :

00216.73.226.702 :

SEMINAIRE SUR LES PSYCHOTHERAPIES

CHU DE SFAX : SERVICES DE PSYCHIATRIE - TUNISIE
ANNÉE UNIVERSITAIRE 2003 - 2004

Ce séminaire se déroulera le dernier lundi de chaque mois, de 15 h 30 à 17h à la salle de staff commune de psychiatrie.

La validation du séminaire est tributaire de la présence à toutes les conférences.

Programme

- Lundi 26 /01/04 : Introduction aux psychothérapies
Pr. JARRAYA Anouar et son équipe.
- Lundi 23 /02/04: L'approche analytique
PR. AG. JAOUA ABDELAZIZ.
- Lundi 29 /03/04: Les psychothérapies d'inspiration analytique. - Dr. SELAMI Wassim
- Lundi 26 /04/04: Les thérapies comportementales et cognitives. - PR. AG. AYADI Noureddine.
- Lundi 31 /05/04: L'hypnose éricksonienne - Pr. JARRAYA Anouar et son équipe
- Lundi 28 /06/04: Les psychothérapies en pédopsychiatrie. - PR. GHRIBI Farhat et son équipe.

Ce séminaire, adressé essentiellement aux résidents en psychiatrie, est ouvert à toute personne intéressée. Soyez nombreux à y assister.

Responsables

Pr. Agr. AYADI Noureddine Pr. Agr. AMAMI Othmen

SEMINAIRE DE PSYCHIATRIE LEGALE

LE SERVICE DE PSYCHIATRIE DE MAHDIA - TUNISIE
ANNÉE UNIVERSITAIRE 2003 - 2004

Introduction

Le séminaire entre dans le cadre du programme de formation des résidents en psychiatrie. Il est toutefois ouvert à toute personne intéressée.

Les conférences seront dispensées les samedis 06 et 13 Mars 2004 de 9h à 12h30mn et de 14h à 17h30mn à la salle de réunion du service de psychiatrie de l'Hôpital Universitaire Tahar Sfar Mahdia.

La validation du séminaire est tributaire de la présence à toutes les conférences.

Organisateur

Le Collège national de psychiatrie / La Faculté de Médecine de Monastir

Programme

Samedi 06/03/2004

Droit et Psychiatrie - Pr.Ag. M. NASR , Dr. M.HADJ AMMAR
Organisation Judiciaire en Tunisie - Pr. K. DEBBECH (Juge)
Maladies Mentales Criminogènes - Pr.Ag. R. GHACHEM
Déséquilibre Psychopathique - Pr.Ag. S. BEN NASR
Etats Dangereux - Pr.Ag. R. RIDHA
Responsabilité et Ethique de l'expert - Pr. A. CHADLY

Samedi 13/03/2004

Expertise Psychiatrique en matière pénale - Pr.Ag. M. MAALEJ
Expertise psychiatrique en matière civile - Pr. M. ZEMMNI
Crimes et délits - Pr. K. DEBBECH (Juge)
Psychiatrie pénitentiaire - Dr. F. NACEF
Violences - Dr. M.HADJ AMMAR, Dr.S.KHAMMOUMA
Législation de l'hospitalisation en psychiatrie - Pr. L. GAHA, Pr.Ag. G. KHIARI

Responsables

Responsables : Pr. Ag. M. NASR ; Dr M. HADJ AMMAR. Hôpital Universitaire de Mahdia

Tel : 216.7.671.744 Fax : 216.7.671.579 - Poste : 1569

ARABPSYNET JOURNAL : N° 1 - JANUARY 2004

ملتقى تكويني حول العلاج النفسي

المستشفى الجامعي الهادي شاكر بصفافس - تونس
أقسام الطب النفسي "أ" و "ب" - السنة الجامعية 2003-2004

30 15

17

()

2004/01/26
2004/02/23
2004/03/29
2004/04/26
2004/05/31
2004/06/28

ملتقى تكويني في الطب النفسي الشرعي

المستشفى الجامعي بالمهدية - قسم الطب النفسي - تونس
السنة الجامعية 2003-2004

14 30 12 2004 13 06

30 17

()

المعهد الوطني للطب النفسي / كلية الطب بالمنستير

2004/03/06

2004/03/13

216.7.671.579 : 216.7.671.744 :

مجلة شبكة العلوم النفسية العربية : العدد 1 - جانفي 2004

141 / 1944

PREFACE / 2003

-
-
-
-

• () .. () ..

..

..

)

(1977

1980

1923

()

(1980)

.1992

:

(1)

(2)

:

... ..

)

.(

:

1992

!! "

"

" "

•

() () .()

2003

PREFACE / 1998

□

)

1992 (

%30

20

%

2.3

%10

%..5

%

[4 : 1] () .

...

...

!!"

1977

1985

1923

1980

1992

1992

%5

[4 :] [] .

...

!

() ()

()

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



الجمعية المصرية للطب النفسي
www.imhotep.net/epa.html

EPA The Egyptian Psychiatric Association

Welcome to the EPA Website

The EPA was founded in 1971 as a division of the Egyptian Medical Society with the Objectives of:

- Guiding and promoting the scientific research in Psychiatry
- Upgrading the scientific and professional standard of psychiatrists and developing the spirit of the scientific, intellectual and social cooperation amongst them.
- Making use of the experience of specialists in other branches relating to this specialization
- Spreading the awareness and understanding of Psychiatry
- Establishing independent departments for Psychiatry in all faculties of Medicine
- Creating an Arab Union of Psychiatry

Congratulations Dr. Okasha

The EPA Congratulates its Honorary President for being elected as WPA President Elect

[About Dr. Okasha]

()
 1992

%30

%30

%10

%2.3

The Egyptian Psychiatric Associations

THE ARAB JOURNAL of PSYCHIATRY

Published by THE ARAB FEDERATION of PSYCHIATRISTS

VOL. 14, NO. 2, NOVEMBER (2003)

E.mail : takriti@nol.com.jo
P.mail : P.O.Box 5370 Amman, 11183 Jordan

CONTENTS / SOMMAIRE /

■ Editorial

- Psychological Impediments to the Peace Process in the Middle East / Ahmed Okasha

■ Review Article

- Depression and Ischemic Heart Disease / Walid Sarhan

■ Papers

- Clozapine : A Mood Stabilizer in Chronic Resistant Bipolar Affective Disorder / Abdulrazzak M. Alhamad
- Substance Use Among University and College Students in Jordan / Radwan A. Suleiman, M. Shareef, S. Kharabsheh, M. Abu Danoon
- Distress in cancer in-patients in KHCCA
- Study using the Arabic-modified version of Distress Thermometer in the King Hussein Cancer Center / J. Khatib, R.Salhi, G.Awad
- The Relationship Between Anxiety And Some Parental Treatment Styles / Fahad Abdullah Addelaim

■ Case Report

- Specific Serotonin Reuptake Inhibitors in Organic Personality Disorder / Ros'Leszek MD
- Book Review
- Introduction to the Psychiatry of Ancient Iraq / Walid Abdul-Hamid

SUMMARY / RESUMES /

■ Editorial : Psychological Impediments to the Peace Process in the Middle East / Prof Ahmed Okasha

The World Psychiatric Association produced a statement in May 2002 regarding the escalation of violence in the Middle East and its consequences on mental health. The statement stated that the WPA "has been following with great concern the escalation of violence in the Occupied Territories, in Israel and in the refugee camps in the West bank and Gaza, which represents a new and serious threat to the mental and general health of affected people". The statement acknowledged the psychological trauma being experienced and the psychological consequences to be expected from chronic exposure to violence against civilians both in the Occupied territories and Israel and anticipated an increase in the prevalence of post-traumatic stress disorders and emotional disorders of childhood, in addition to a wide spectrum of stress reactions, both acute and chronic, especially among the most vulnerable groups such as children, women, the elderly and the disabled. In its conclusion the statement appealed to all sides in the conflict to consider the short and long-term psychological consequences of violence and war and to bear their respective responsibility concerning the mental well being of future generations in the region. Less than a year after the issuance of the statement the region witnessed the US military aggression against Iraq, adding yet another conflict to the area which did not only affect the Iraqi people but also spilled over to an accentuation of violence in the Middle East. The statement was met with a positive response from both Palestinian and Israeli psychiatrists encouraging the WPA to initiate a task force to implement its recommendations and called on its member societies to raise public awareness in their respective countries regarding the psychological hazards of war, trauma and mass killings and to lobby their governments to play an active role to break the cycle of violence in the Occupied Territories and Israel. In June 2003 WPA cosponsored a meeting in Malta under the theme "The Role of Health and Culture in Conflict Resolution". The meeting was attended by an audience who were interested in Mental Health in the region and who believed that peace and democracy could play a major role in the development of the Arab countries. My contribution to that meeting was a plenary intervention discussing "the process of negotiation" from a psychological perspective, trying to highlight factors that contribute to the success or failure of the process, the impact of culture on negotiation and suggesting that peace negotiations are an ongoing process that has to be enforced and supported beyond the bilateral or multilateral talks.

Prof. Ahmed OKASHA MD, PhD, FRCP, FRCPsych, FACP (Hon.) / President, World Psychiatric Association - Director, WHO Collaborating Center for Training and Research Institute of Psychiatry Ain Shams University – Cairo

■ Depression and Ischemic Heart Disease / Walid Sarhan

Abstract : The paper reviews the topic of the relationship between depression and Ischemic heart disease, depression has been established as an independent risk factor of myocardial infarction. The high prevalence of depression in chronic diseases is becoming more clear, the diagnosis and treatment of depression has great impact on the prognosis of IHD and many chronic diseases, the clinical implication of these findings are discussed with special emphasis on the use of antidepressants in cardiac patients.

Walid Sarhan / Consultant Psychiatrist - General Manager AL-Rashid Hospital Center ABU-NUSAIR 11973

PO Box 541212 Amman-Jordan

Telfax : 0096265233882

E-mail : [Sarhan@nets.com.jo](mailto: Sarhan@nets.com.jo)

الرجوع إلى فهرس

■ Clozapine : A Mood Stabilizer in Chronic Resistant Bipolar Affective Disorder / Abdulrazzak M. Alhamad

Abstract : Clozapine is an atypical dibenzodiazepine antipsychotic drug, which was approved widely for resistant cases of schizophrenia, but as

yet not for resistant bipolar affective disorder (BAD), despite some researchers suggesting its use in the long-term treatment of resistant bipolar affective disorder. This paper presents a prospective monitored evidence over a five-year period for this claim, using all previously used outcome measures in the same setting in Saudi BAD patients. Eleven patients consecutively admitted with chronic BAD to King Khalid University Hospital (KKUH) were tried on at least two mood stabilizers, separately or in combination, one of them lithium for at least two years. Improvement outcome was assessed using the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), the Clinical Global Impression (CGI), the Quality of Life Scale (QLS) and the Extrapyramidal Symptom Rating Scale (ESRS). Also work status, suicidality, the number of admissions; the number of attendances to accident and emergency (A/E) rooms and the number of relapses were measured before and after treatment.

All above measures showed statistically significant improvement all through the period of the study except the QLS measure.

This report, in spite of the small number of patients studied, presents reasonable evidence for the long-term efficacy of Clozapine monotherapy in chronic resistant BAD patients.

Key words : Clozapine, chronic resistant bipolar affective, Saudi Arabia.

Dr. Abdulrazzak ALHAMAD / Associate Professor and Consultant - Department of Psychiatry Medical College King Saud University

PO Box 7805, Riyadh 11472, Saudi Arabia

Tel : 966-1-467-2362 / Fax : 966-1-467-2571

Email : alhamad@ksu.edu.sa

الرجوع إلى الفهرس

■ Substance Use Among University and College Students in Jordan / Radwan A. Suleiman, M. Shareef, S. Kharabsheh, M. Abu Danoon

Abstract : A random survey of 5064 university and community college Jordanian students aged between 18-25 years was conducted in early 2001 to investigate the extent of the impact of common substances of abuse among this population and the subjects' emotional and attitudinal stance toward illicit drugs. Participants completed a questionnaire of 72 questions relating to emotions, behaviors, relationship with family and friends and substance use behavior during the previous month. Results showed the following self-reported substance use: 2.5% cannabis, 3.3% sedatives; 0.9% opiates, with the most common method of opiate consumption being burning and inhaling; 2.8% Benzhexol; 2.6% stimulants; 12% alcohol, and 29% tobacco. None of the sample reported using cocaine. Throughout, substance abuse was significantly higher in male students. Some risk factors were identified for substance abuse in the group as seeking acceptance, encouragement by friends, having friends involved in substance abuse and poor communication with the family.

Substance	Percentage (%)	Number of Students
Cannabis	2.5%	127
Sedatives	3.3%	167
Opiates	0.9%	46
Benzhexol	2.8%	142
Stimulants	2.6%	131
Alcohol	12%	608
Tobacco	29%	1469
Cocaine	0%	0
Total		5064

الرجوع إلى الفهرس

■ Distress in cancer in-patients in KHCC A study using the Arabic-modified version of Distress Thermometer in the King Hussein Cancer Center / J.Khatib, R.Salhi, G.Awad

Abstract : This is a case review study exploring and examining the quality and quantity of distress associated with cancer in patients at the King Hussein Cancer Center in Jordan using a modified version of the Distress Thermometer developed by the National Comprehensive Cancer Network (U.S.A). The aim is to examine the nature of distress in 100 patients over a 6 week period. The results showed that as many as 70% of the patients are suffering significant distress > 5 on the thermometer. The major components are anxiety, fear, pain, sadness and fatigue. The results of this study encourage the use of the distress thermometer for all cancer patients prior to clinical evaluation of all the cancer patients.

Dr. Jamal Khatib – Psychiatrist / Chief of Psycho-Oncology Dept King Hussein Cancer Center-KHCC

Tel : 0096264610456 - PO Box 5262-11183 / Amman-Jordan

% 70

5

[الرجوع إلى الفهرس](#)

■ The Relationship Between Anxiety And Some Parental Treatment Styles / Fahad Abdullah Addelaim

Introduction : Anxiety disorders are the most common psychological problems reported by children and adolescents, with up to 20% of children being affected and 8% at a level of severity'. Approximately half the children with an anxiety disorder will have a diagnosable disorder eight years after its onset. The chronicity of childhood anxiety is related to their associations with some psychosocial difficulties.

Prior to 1950, only two books had been written about anxiety, one being Freud's "the Problem Of Anxiety" and Kierkgardis » The Concept Of Dread". However, at the start of the second half of the last century a wide range of experimental studies and field research were carried out, especially after Janet Taylor published The Manifest Anxiety Scale.

Many theoretical approaches tried to explain the concept of anxiety. Freud (1959) believes that anxiety is an inevitable aspect of the human condition and it refers to the fear that one's inner impulses cannot be controlled. Horney (1945) thinks that anxiety is created by social forces rather than by the human predicament itself. Specifically, she believes a variety of negative conditions in the environment could produce insecurity entailed in basic anxiety, conditions such as overprotection, parental dominance and discord, hostility and inconsistent behavior. These conditions could be seen clearly in the familial environment where the lack of appropriate parental fostering and socialization may leave children with feelings of frustration, fear and insecurity. Developmental psychologists have been interested in the role of parenting and how it may affect the success or failure of socialization.

Baumrind (1990) classified the parental treatment into four styles: indulgent parents, authoritarian parents, authoritative parents and uninvolved parents. The present study tries to define the nature of the correlations between anxiety and parental treatment styles of their adolescent sons.

331

[الرجوع إلى الفهرس](#)

■ Specific Serotonin Reuptake Inhibitors in Organic Personality Disorder / Ros' Leszek MD

Introduction : It has been found that a significant improvement in personality disturbances of paranoid personality, borderline personality and avoidant personality types, as a response to SSRI specially Sertraline. The serotonergic disturbed functions with the central nervous system could be the basis of impulsive aggression and self - destructive behaviour expressed by patients with personality disorders. Several studies have shown good response to SSRIs

Specially irritability and aggression developed as consequence closed head trauma. This result were replicated by others.

Dr. Ros'Leszek MD – POLAND / Ul. Zablocin'ska 6 m 55 / 01-697 Warszawa

[Return in high](#)

■ Book Review

Made in America

(Bad Science, Bad Medicine, and the Enduring Mistreatment of the Mentally ILL) / By Robert Whitaker, published by perseus publishing in USA, 2002

The writer is a journalist whose articles on the mentally ill and drug industry have won several awards, Including, George Polk award for medical writing, and the National Association of Science Writers award for best magazine article.

The book is three hundred pages of medium size, divided in four parts, part one : The original Bedlam (1750-1900) in 40 pages, in which he describes the words of Pennsylvania Hospital that was opened in 1756, by physicians who carried the ideas from Great Britain, Mr. Whitaker is very critical of the way the patients were described, and the claims of the doctors at the time that they could cure 9 out of 10 patients, by drowning, bleeding, freezing and exhaustion, with the intention to protect the society, the writer is wandering about the better prognosis of Schizophrenic patients in the third world countries, that is still standing until today.

Part two: the darkness era (1900-1950) in one hundred pages, in which he criticize the Mendelian Madness, and the Compulsory sterilization of the severely mentally ill, insulin therapy, electroshock and prefrontal lobotomy.

Part three: Back to Bedlam (1950-1990s) 110 pages in 5 sections, started with the introduction of chlorpromazine and the phenothiazines that were supposed to be insecticides in the nineteenth century.

Mr. Whitaker went on to describe the side-effects of neuroleptics, and the era of drug industry that started to control medicine and science, he is very critical of the clinical studies and FDA approval system, he cited several patients report of their experiences,

and criticize president Kennedy move towards moral and community treatment, in fact as a clinical psychiatrist, I would agree with some of his comments, but definitely not with the notion that nothing is good about psychiatry and psychiatric treatment, in some statements his hostility reaches a pathological intensity, but nevertheless every psychiatrist should be a ware of such views that could be shred by decision makers, patients and their families. Part four: Mad medicine today (1990s-present) fifty pages started by statements made by the American joint commission on mental illness and mental health 1961. (This is a field where fads and fancies flourish, Hardly a year passes without some new claim, for example, that the cause or cure of schizophrenia has been round. The early promises of each of these discoveries are uniformly unfulfilled, successive waves of parents habitually appear to become more resistant to the newest "miracle" cure than was the group on which the first experiments were made). The rest of this part carries very harsh criticism of atypical neuroleptics and consider the whole story of atypicals specially risredonce is a joke.

This book has brought out a lot of the antipsychiatry movement on the surface specially in USA, one would not agree with everything he said, but I am sure it is a valuable reading for everybody interested in mental health.

Walid Sarhan

.. (1516 -500)



()

()

() ()

()

23

276

43

()

!

()

) ()

(

()

313

الرجوع إلى الفهرس

■ Introduction to the Psychiatry of Ancient Iraq- Walid Abdul Hamid

Abstract : Mesopotamia is the Greek name of the land between the two great rivers Tigris and Euphrates which constitute present-day Iraq. It was the cradle of major early civilizations in human history. It was in 3200 BC and in Uruk in southern Iraq that the first text was ever written. From then till the birth of Christ the ancient Iraqis kept almost half a million cuneiform tablets. Several thousands of these tablets covered medical texts. These medical text were mainly consisting of handbooks and collection of prescriptions. Some of these medical text contained information on the diagnosis and treatment of psychiatric disorders. I have tried to explore the psychopathology detailed in these text to compare with current diagnostic practices in Psychiatry.

Dr. WK Abdul-Hamid (MRCPsych, PhD) / Consultant Psychiatrist, Linden Centre, Broomfield Hospital, Chelmsford CM1 7LF
 Email : wabdulhamid@aol.com

(Mesopotamia)

3200

(psychopathology)

الرجوع إلى الفهرس

حياتنا النفسية
 www.hayatnafs.com



Hayatnafs

المركز العربي للعلوم النفسية
 www.arabceps.com



Centre d'etude Psycho Somatique

قواعد النشر بمجلة شبكة العلوم النفسية العربية

تعمل "مجلة شبكة العلوم النفسية العربية" على الإحاطة بمسجلات الاختصاص في كافة فروع العلوم النفسية، ومحاولين بذلك الاستجابة لحاجات المخصصين والمهتمين خصوصاً بعد تداعيل تطبيقات الاختصاص مع مختلف فروع العلوم الإنسانية. وذلك من خلال اطلاع المصنح على اتجاهات البحوث العالمية وتعريفه بأخبار ومسجلات هذه البحوث عبر بعض الترجمات للأبحاث الأصلية. أما بالنسبة للبحوث العربية فإن المجلة تسعى لتقديم الدراسات والبحوث الرصينة المسيرة للمسجلات والمراجعات الفعلية لمجتمعنا العربي .

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

- 1- الأبحاث الميدانية والتجريبية
 - 2- الأبحاث والدراسات العلمية النظرية
 - 3- عرض أو مراجعة الكنب الجديدة
 - 4- التقارير العلمية عن المؤتمرات المعنية بدراسات الطفولة
 - 5- المقالات العامة المختصة
- المجلة مفتوحة أمام كل الباحثين العرب من أطباء، فساينين و أساتذة علم النفس داخل الوطن العربي و خارجه، وهي ترحب بكل المساهمات الملزمة بشروط النش التي حددها الهيئة العلمية للموقع على الشكل التالي:

■ قواعد عامة

- الالتزام بالقواعد العلمية في كتابة البحث.
- الجودة في الفكرة والأسلوب والمنهج، والنوثق العلمي، والخلو من الأخطاء اللغوية والنحوية
- إرسال البحث بالبريد الإلكتروني journal@arabpsynet.com أو بواسطة قرص مرين (لا تقبل الأبحاث الورقية).
- إرسال السيرة العلمية المختصة بالنسبة للكاتب الذين لم يسبق لهم النش في مجلة الشبكة.

■ قواعد خاصة

- 1- كتابة عنوان البحث واسم الباحث ولقبه العلمي والجهة التي يعمل لديها مع الملخصات و الكلمات المفتاحية باللغات الثلاث العربية، الفرنسية أو الإنكليزية.
- 2- براعي في إعداد قائمة المراجع ما يلي : تسجيل أسماء المؤلفين والمترجمين منوعة بسنة النش بين قوسين ثم بعنوان المصدر ثم مكان النش ثم اسم الناشر .
- 3- استيفاء البحث لمطلبات البحوث الميدانية والتجريبية بما ينضمه من مقدمة وإطار النظري والدراسات السابقة ومشكلة البحث وأهدافه وفروضه وتعريف مصطلحاته.
- 4- براعي الباحث توضيح أسلوب اختيار العينة، وأدوات الدراسة وخصائصها السيكومترية وخطوات إجراء الدراسة
- 5- يقوم الباحث بعرض النتائج بوضوح مسبقاً بالجدول الإحصائية أو الرسومات البيانية، متى كانت هناك حاجة لذلك
- 6- خضع الأعمال الطبفسية المعروضة للنش لتكبير اللجنة الاستشارية الطبفسية للمجلة، كما خضع الأعمال العلمفسية لتكبير اللجنة الاستشارية العلمفسية وذلك وفقاً للنظام المعتمد في المجلة ويبلغ الباحث في حال اقتراحات تعديل من قبل المحكمين.
- 7- توجه جميع المراسلات الخاصة بالنش إلى رئيس الموقع على العنوان الإلكتروني للمجلة.
- 8- الآراء الواردة في المجلة تعبن عن رأي كاتبها ووجهات نظرهم.
- 9- لا تعاد الأبحاث المفوضة لأصحابها .
- 10- لا تدفع مكافآت مالية عن البحوث التي تنش.

قواعد التوثيق:

عند الإشارة إلى المراجع في نص البحث يذكّر الاسم الأخير (فقط) للمؤلف أو الباحث وسنة النشر بين قوسين مثل (عكاشة، 1985) أو (Sartorius, 1981) وإذا كان عدد الباحثين من اثنين إلى خمسة تذكر أسماء الباحثين جميعهم للمرة الأولى مثل (دسوقي، النابلسي، شاهين، المصري، 1995)، وإذا تكررت الاستعانة بنفس المراجع يذكّر الاسم الأخير للباحث الأول وآخرين مثل (دسوقي و آخرون، 1999) أو (Sartorius et al., 1981) وإذا كان عدد الباحثين ستة فأكثر يذكّر الاسم الأخير للباحث الأول و آخرون مثل (الدمرداش، و آخرون، 1999) أو (Skinner, et al., 1965)، وعند الاقتباس يوضع النص المتبني بين قوسين صغيرين " " وتذكر أرقام الصفحات المتبني منها مثل: (أبو حطب، 1990: 43)

وجود قائمة المراجع في نهاية البحث يذكّر فيها **جميع المراجع** التي أشير إليها في متن البحث وترتب ترتيباً أبجدياً. دون ترتيب مسلسل. حسب الاسم الأخير للمؤلف أو الباحث وتأتي المراجع العربية أولاً ثم المراجع الأجنبية بعدها وتذكر بيانات كل مرجع على النحو الآتي:

-عندما يكون المرجع كتاباً:

اسم المؤلف (سنة النشر) عنوان الكتاب (الطبعة، أو المجلد) اسم البلد: اسم الناشر، مثال: مراد، صلاح أحمد، (2001) الأساليب الإحصائية في العلوم النفسية والربوية والاجتماعية، القاهرة: الأجلو المصرية،

-عندما يكون المرجع بحثاً في مجلة:

اسم الباحث (سنة النشر) عنوان البحث، اسم المجلة، المجلد الصفحات، مثل: القنطامي، نايبة، (2002). تعليم التفكير للطفل الحليجي، مجلة الطفولة العربية، 12،

87 - 114

ج- عندما يكون المرجع بحثاً في كتاب:

اسم الباحث (سنة النشر) عنوان البحث، اسم معد الكتاب، عنوان الكتاب، اسم البلد: الناشر، الصفحات التي يشغلها البحث

- 1- الإشارة إلى الهوامش بأرقام منسلسلة في متن البحث ووضعها مرتمة على حسب التسلسل في أسفل النص التي وردت لها مع مراعاة اختصار الهوامش إلى أقصى قدر ممكن، وتذكر المعلومات الخاصة بمصدر الهوامش في نهاية البحث قبل الجزء الخاص بالمصادر والمراجع
- 2- وضع الملاحق في نهاية البحث بعد قائمة المراجع

■ الدراسات والمقالات العلمية النظرية:

تقبل الدراسات والمقالات النظرية للنشر إذا لمست من المراجعة الأولية أن الدراسة أو المقالة تعالج قضية من قضايا الطب النفسي أو علم النفس بمنهج فكري واضح يتضمن المقدمة وأهداف الدراسة ومناقشة القضية ومروية الكاتب فيها، هذا بالإضافة إلى التزامه بالآصول العلمية في الكتابة وتوثيق المراجع وكتابة الهوامش التي وردت في قواعد التوثيق

■ عرض الكتب الجديدة ومراجعتها:

تنشر المجلة مراجعات الباحثين للكتب الجديدة ويقدمها إذا توافرت الشروط الآتية:

- 1- الكتاب حديث النشر، ويعالج قضية تخص أحد مجالات الطب النفسي، علم النفس، العلاج النفسي أو التحليل النفسي
- 2- استعراض المراجع لمحتويات الكتاب وأهم الأفكار التي يطرحها وإيجابياته وسلبياته
- 3- عنقوى العرض على اسم المؤلف وعنوان الكتاب والبلد التي نشر فيها واسم الناشر، وسنة النشر، وعدد صفحات الكتاب.

كتابة تقرير المراجعة بأسلوب جيد

■ التقارير العلمية عن الندوات والمؤتمرات المعنية بقضايا الطفولة:

تنشر المجلة التقارير العلمية عن المؤتمرات والندوات والحلقات الدراسية في مجال علم النفس و الطب النفسي التي تعقد في البلاد العربية أو غير العربية بشرط أن يغطي التقرير بشكل كامل ومعظم أخبار المؤتمرات أو الندوة أو الحلقة الدراسية وتصنيف الأبحاث المقدمة ونتائجها وأهم القرارات والنوصيات كما تنشر المجلة محاضرات الحوارات التي تشارك فيها لمناقشة قضايا تتعلق بالاختصاص.

ePsydict



Jamel TURKY MD
د. جمال التركي

Electronic Dictionary of Psychological Sciences
المعجم المعلوماتي للعلوم النفسية
Dictionnaire électronique des sciences psychologiques

Equivalent to
a book
with 5000 pages
مكافئ لكتاب
من 5000 صفحة
Equivalent d'un
livre de
5000 pages

المعجم .ع

PSY

e.DICTIONNAIRE

e.DICTIONARY

ePsydict C 1.0

COMPLETE EDITION

English - French - Arabic
Français - Anglais - Arabe
عربي - إنكليزي - فرنسي

ePsydict EA 1.0

ENGLISH-ARABIC EDITION

English - French - Arabic
عربي - إنكليزي - فرنسي

ePsydict FA 1.0

FRENCH-ARABIC EDITION

Français - Anglais - Arabe
عربي - إنكليزي - فرنسي

ePsydict EF 1.0

ENGLISH-FRENCH EDITION

English - French
Français - Anglais

More than
112000
PSY terms
أكثر من 112000
مصطلحات نفسية
Plus de 112000
terminologies
PSY



95Ar, 98Ar, 11e Ar
2000Ar et NT Ar

PSYCHIATRY - PSYCHOLOGY - PSYCHO-ANALYSIS - PSYCHOTHERAPY
الطب النفسي - علم النفس - العلاج النفسي - التطيل النفسي
PSYCHIATRIE - PSYCHOLOGIE - PSYCHANALYSE - PSYCHOTHERAPIE

DISTRIBUTEUR AGRÉÉ

SOCIÉTÉ LOGIDEF - Av. des Martyrs, Rue Sidi Med EL-Karray, Im. Ben Amor, N°3, 3003, SFAX - TUNISIA
E.mail : ab.hakim@lycos.com

ÉDITEUR

Cisen Computer Center - TUNISIA
E.mail : yanqui@gnet.tn