



إظهار ان الشبه النابذة للظومة من منظور عربي -2-

رياض ذ محمود صيد م
 عبد العزيز تابت
 سمير كوتيم
 ناضل شمس
 علي كاظم السعدي
 يحيى الرضاوي
 قادي كفتي
 اسعد الامبارقة
 ميسون ضاري المعيني
 صلاح عصفور
 اشرفه موفقه فليد
 ايمان محمد عاشور
 احمد فؤيد جبر
 طلال غالب علوان
 ناطقه فضل الكبيسي
 امل م عليوي الا سدي

Arabpsynet e.JOURNAL

ELECTRONIC ARAB PSY REVIEW QUARTLY EDITION

Subscription For Arabpsynet Services Pack

REGISTRATION FOR 2007

APN Services Pack

■ APN PACK N°1

- Protected Links & APN Mailing List
- **SUBSCRIPTION FEES** : Free for Psychiatrists & Psychologists After Send CV Via Cv Form:
- **REGISTRATION BULLETIN**: www.arabpsynet.com/cv/cv.htm

■ APN PACK N°2

- Protected Links
- APN Mailing List
- Subscription for "APN e.Journal"
- Subscription for APN e.Books
- Subscription for 4 Letters to ePsydict (epsydict Arabi Edition; English Edition & French Edition)
- **SUBSCRIPTION FEES** : 50 Euro Or equivalent (Internaional/arab currencies & Tunisian currency)
- **REGISTRATION BULLETIN**: www.arabpsynet.com/subscription/subscribe.htm

ARAB COUNTRIES CURRENCIES

RYAL SAOUDIEN = 250 SAR / RYAL OF QATAR = 245 QAR
DINAR KOWEÏTIEN = 20 KWD / DIRHAM OF UAE = 245 AED

TUNISIAN CURRENCY

DINAR TUNISIEN = 85 DN

INTERNATIONAL CURRENCIES

DOLLARS OF USA = 70 USD / JAPANESE YEN = 7700 JPY
CANADIAN DOLLAR = 75 CAD / SWISS FRANC = 80 CHF
POUND STERLING = 35 GBP / DANISH CROWN = 375 DKK
NORWEGIAN CROWN = 410 NOK / SWEDISH CROWN = 450 SEK

MODALITY OF PAYMENT

- **MONEY SHOULD BE SENT ONLY BY BANK CHECK TO THE ORDER OF CISEN COMPUTER.**
- **SEND CHECK & THIS FORM BY POSTAL ADDRESS TO DOCTOR JAMEL TURKY SECRETARY .**

*Postal Address:

Doctor Jamel TURKY Secretary
28 Habib Maazoun Street-TAPARURA
Building Block "B" N°3 3000
SFAX - TUNISIA

JOURNAL CORRESPONDENCE

E.MAIL : APNJOURNAL@ARABPSYNET.COM

F.MAIL: TAPARURA BUILDING - BLOC «B» N° 3

3000 SFAX - TUNISIA

مجلة شبكة العلوم النفسية العربية

مجلة فصلية طب نفسية و علم نفسية محكمة

الإشتراكات في خدمات الشبكة

إشتراكات سنة 2007

مجموعة سلسلة خدمات الشبكة

■ خدمات السلسلة 1

- اشتراك في قائمة المراسلات + تصفح الارتباطات المحمية
- رسوم الإشتراك: مجاناً للأطباء وأساتذة علم النفس + إرسال السيرة الذاتية حسب النموذج التالي/www.arabpsynet.com/cv/cv.htm

■ خدمات السلسلة 2

- اشتراك في قائمة المراسلات
- تصفح الارتباطات المحمية
- اشتراك سنوي في إصدارات المجلة الإلكترونية
- اشتراك سنوي في إصدارات الكتب الإلكترونية
- اشتراك سنوي في إصدارات المعجم الإلكتروني (مصطلحات نفسية للأربع أحرف من المعجم بمعدل مصطلح حرف واحد كل ثلاثة أشهر من المعاجم العربية، الفرنسية و الإنجليزية).
- رسوم الإشتراك: 50 أورو أو ما يعادلها بالعملة الصعبة (العملة الصعبة الدولية- العربية والعملة التونسية)
- قسيمة الإشتراك: www.arabpsynet.com/subscription/subscribe.htm

العملات العربية

الريال السعودي = 250 ر.س / الريال القطري = 245 ر.ق
الدينار الإماراتي = 20 د.إ / الدينار الكويتي = 245 د.ك

العملة التونسية

الدينار التونسي = 85 د.ت

العملات العالمية

الدولار الأمريكي = 70 د.أ / الين الياباني = 7700 ي.ي
الدولار الكندي = 75 د.ك / الفرنك السويسري = 80 ف.س
الجنيه الأسترالي = 35 ج.إ / الكورون النمساوي = 375 ك.ن
الكورون النورفاجي = 410 ك.ن / الكورون السويدي = 450 ك.س

وسيلة الدفع

- الإشتراك بواسطة حوالة بنكية (شيك مصرفي) قابلة للصرف بأحد العملات الصعبة (المذكورة) لحساب مؤسسة "سيزن كبيوتر".
- يرسل الشيك المصرفي بالبريد الورقي مضمون الوصول على عنوان "سكرتيرية الدكتور جمال التركي" * مصحوبا بنسخة مصورة من هذه الفاتورة

*العنوان البريدي:

"سكرتيرية الدكتور جمال التركي"
28 نهج الحبيب المعزون
عمارة ثرورة مدرج ب عدد 3 3000
صفاقس - تونس

مراسلات المجلة

بريد إلكتروني: APNJOURNAL@ARABPSYNET.COM

بريد ورقية: عمارة تبثرورة- عدد 3

3000 صفاقس- تونس

مجلة شبكة العلوم النفسية العربية

تحت إشراف مدرسة عربية للعلوم النفسية

مبادرة فعلية محكمة في علم النفس

رئيس التحرير

جمال التركيبي (تونس)

المستشار و نائب الرئيس

أ.د. محمد أحمد النابلسي (لبنان)

الرئيس الشرفي

يحيى الرخاوي (مصر)

الهيئة العلمية

علم النفس

- قـدري حـفـنـي (مصر)
عـبـد الـسـتـار إـبـرـهـيـم (مصر)
بـشـيـر مـعـمـريـة (الجزائر)
بـو فـولـة بـو خـمـيـس (الجزائر)
نـبـيـل سـفـيـان (اليمن)
عـبـد الحـافـظ الخـامـري (اليمن)
مـسـاعـد النـجـار (الكويت)
د. عـدـنـان فـرح (الأردن)
سـامـر رـضـوان (سوريا/عمان)
سـوسـن شـاكر الجـلـبي (العراق)
عـمـر هـارون الخـلـيفة (السودان)

الطب النفسي

- أ.د. قـتـيـبة جـلـبي (العراق)
أ.د. طـارـق عـكـاشـة (مصر)
د. غـيـثـاء الخـيـاط (المغرب)
د. وـليـد سـرـحـمان (الأردن)
أ.د. الزـين عـمـارة (الإمارات)
أ.د. أـديـب العـسـالـبي (سوريا)
د. حـسـان المـالـح (السعودية)
د. خـلـيل فـاضـل خـلـيل (مصر)
أ.د. عـبـد الرحـمان إـبـرـهـيـم (سوريا/لبنان)

مراسلون

- د. جـمـال الخـطـيب (الأردن)
د. صـبـاح صـلـيـبـا (لبنان)
د. رـضـوان كـرم (الولايات المتحدة)
د. فـارس كـمال نـظـمي (العراق)
د. بـسـام عـويـل (بولندا/سوريا)
د. سـلـيـمان جـار اللـه (الجزائر)
د. رـضـا أبـو سـريـع (السعودية)
د. وائل أبو هندي (مصر)

السكرتيرية: إيمان الفقي و سـلـوى الـورثـاني

إصدار مؤسسة العلوم النفسية العربية - تونس

5 المؤلف : إضطرابات الشدة التالية للصدمة من منظور عربي (الجزء 2)

- 5 الصدمات النفسية للاحتلال وأثرها على الصحة النفسية للطلبة - ر.خ.م. صيدم-ع. ثابت
17 Samir QOUTA, PALESTINE - ON-GOING TRAUMA, PTSD & (OTSD)
24 الصدمات النفسية للاحتلال وأثرها على الحزن وكرب ما بعد الصدمة - ن. شعث -ع. ثابت
39 قياس الرضا المهني والقلق المهني لدى الشرطة العراقية - علي كاظم الشمري

50 قراءات في المؤلف ...

- 50 المرب والجديسة والاستسمة - محيي الرخاوي
- 51 ثقافة السلام وثقافة الحياة !!! - محيي الرخاوي
- 51 ثقافة المقاومة بالسلام - قنذري حنفي
- 52 تربية الأعداء... نحو أنسنة الإنسان - اسعد الامارة
- 53 التحصيل الدراسي واضطراب ما بعد الضغوط الصدمية - م. ك. ضاري المعيني
- 54 نعم - بل سوي - صلاح عمفور
- 55 ا.ش. ت. ص. وعلاقته بالسلم والعدوانية - اشرف موفق فليح
- 56 سموات ودوافع الاستشهادية - ا.ع. عاشور، أ.ف. جبر
- 58 قياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية - طلل غالب علوان
- 59 ا.ش. ت. ص. لدى طالبات كلية التربية - ن. الكبيسي، أ. الأسدي

60 تكريم: الحارث عبد الحميد حسن / HONORING: ELHARETH ABDELHAMID HASAN**60 صرحا هوي ...**

- 60 نداء عائلة الشهيدي
- 60 أيادي الظلام تغتال عالمنا من الطب النفسي
- 51 نجم اخري سقط ... وما زال العراق يندفد
- 62 محطات مسيرة علمية مميصة
- 63 مراسلاته مع شبكة العلوم النفسية العربية

64 فكري أصيل ...

- 64 بغداد تعاتب أبناءها ..
- 65 ثقافة التسامح... الأبعاد النفسية والاجتماعية
- 66 الشخصية العراقية *
- 74 العقلانية العراقية... قراءة في سبب أغوارها
- 76 قلنت "لا" شرقية... فخرت "عشاء" غربية *

78 مسيرة أجهضت ...

- 78 إضطراب ما بعد الضغوط الصدمية
- 80 الادراكات الحسية المترابطة *
- 81 المختبر النفسي في عالم اليوم... ضرورة وحاجة *
- 83 المواقف القيادية العليا... سيكولوجية الانتقال والاختيار *
- 85 الأدباء النفسيين للسياسيين والدبلوماسيين *
- 88 الشخصية الاتكالية والانسان العربي *
- 90 اللغة السيكلوجية في العمارة... نحو علم النفس المعماري *
- 91 مفاهيم خاطئة عن العلاج النفسي *

93 أبحاث ومقالات PAPERS & ARTICLES

- 93 الإنسان... النجم غايمة ام وسيلامة - محيي الرخاوي
96 خبرات الإسائة للطفل وعلاقتها بالاضطرابات النفسية - بشير معمريه
114 الثورة المعرفية وإشكالية السيكلوجيا في العالم العربي - الغالي أحرشواو
120 المقاربة المعرفية للاضطرابات الذهنية - أحمد الزاهر

- 125 السببونات المعرفية المستعملة أثناء الترجمة - بوفولة بوخميس
 130 اليبأس وعلاقتة به ببعض المتغيرات - فؤاد فريخ الجابري
 141 Houda KECHROUD - COMPORTEMENT PARENTAL, DÉPRESSION ET STRATÉGIES DE COPING
 149 Ehab A. SORKETTI - REASONS AND PSYCHOSOCIAL STRESSORS IN PARASUICIDES

155 مقالات موجزة ... قرارات

- 155 الصدمة العقلية لإنسان عصر المعلومات - يحيى الرخاوي
- 156 الهوية بين التذويب والتفتيت - قنري حفني
- 157 ومن المبرر ما قتيل - قنري حفني
- 158 كل عام وأنتم ونحن ونهـم ببخير* - قنري حفني
- 159 التوتير النفسي وعلاقتة ببفعلية الذات - ب.م.ح. الزبيدي
- 160 التطرف ققراة في المكونات الأولى - ن.محمد العبيدي
- 161 مدخل سيكولوجي لدراسة الشخصية - ه.محمد علي
- 162 J. Fatayer' - GENDER DIFFERENCES AMONG UAE UNIVERSITY
- 164 التخطط لرلدى شباب عراقى - غ.الاسدي، ط.علوان
- 165 تطوير برنامج حاسوب لقياس مركز الضبط في الشخصية - س.جابرعطرائي
- 165 صورة الرجل والمرأة كما يراها الشباب الجامعى - ا.رؤوف م.محمد

167 مراجعة كتب / BOOKS REVIEW

- 167 الملاج النفسي الي يوم - جمعية ممارسي النفسلاج والإستشارات النفسية
 175 الملاج النفسي السلوكى - فيصل محمد خير الزراد - سوريا

179 مراجعة مجلات / JOURNALS REVIEW

- 179 الثقافة النفسية المتخصصة - م 17 العدد 67
 183 المجلة العربية للطلب النفسي - م 17 العدد 02
 187 مجلة الطفولة العربية - م 7 العدد 28

191 مؤتمرات نفسية / PSY CONGRESS

- 191 الوضعية الراهنة لأبلب جاث القصام - المنستير، تونس
 195 المنى لدى التونسي للإططراب الثناقطبى - تونس
 196 أفئاق جديدة في خدمات الطلب النفسى - السعودىة
 198 العلاج بالققرآن بين الدين والطلب - أبو ضبى
 200 الملتقى الوطنى لأول للطلب النفسى بجامعة بجاية - بجاية، الجزائر
 202 المؤتمر الدولى الثالث للطلب النفسى - جدة، السعودىة

209 استببان / QUESTIONNAIRE

- 209 أخصائى الصحة العقلية العرب واساة معاملة الزوجة - ابراهيم مكواي

215 انطباعات / APPRECIATIONS

- 215 أطباء نفسانيون وأساتذة علم النفس

222 مستجدات الطلب النفسى / NEW PAPERS OF PSYCHIATRY

- 222 GENERALIZED ANXIETY DISORDER - POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER
 225 PANIC DISORDER - BIPOLAR DISORDERS - MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

245 مصطلحات نفسية / PSY TERMINOLOGIES

- 245 المعجم الإلكتروني للعلوم النفسية العربية "ذ" (الإصدار العربى)
 249 (English Edition) "C" E.DICTIONARY OF PSYCHOLOGICAL SCIENCES
 253 (Edition Francais) "C" E.DICTIONNAIRE DES SCIENCES PSYCHOLOGIQUES

الصدمة النفسية للاحتلال و أثرها على الصحة النفسية للطلبة

(في قطاع غزة)

رياض خضر محمود صيدم علم النفس - غزة، فلسطين
د. عبد العزيز ثابت علم النفس - غزة، فلسطين

thabet@gcmhp.net

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الخبرات الصادمة و أنواعها التي تنشأ عند طلبة الجامعات الفلسطينية في قطاع غزة جراء ممارسات الاحتلال وعلاقتها ببعض متغيرات الصحة النفسية مثل: كرب ما بعد الصدمة , القلق و الاكتئاب.

اشتملت العينة على 360 من الطلبة (195 ذكور, 165 إناث) من الجامعات الأربعة في قطاع غزة حيث تم اختيار عينة عشوائية طبقية من تتراوح أعمارهم بين 18 - 24 سنة, كما استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي, و استخدم الباحث عدة مقاييس مثل: مقياس غزة للخبرات الصادمة: وكانت درجة الثبات باستخدام التجزئة النصفية 0.8447 و قيمة ألفا كرونباخ 0.8571. ومقياس كرب ما بعد الصدمة لـ دافيدسون وكانت درجة الثبات باستخدام التجزئة النصفية 0.71 و قيمة ألفا كرونباخ 0.82. ومقياس أعراض القلق و الاكتئاب لهو بكنز وكانت درجة الثبات باستخدام التجزئة النصفية 0.73 و قيمة ألفا كرونباخ 0.90.

أظهرت النتائج أن نسبة الطلبة الذكور اللذين قد تعرضوا للصدمة بلغت 51.4%, بينما بلغت نسبة الطلبة من الإناث اللواتي تعرضن للصدمة 48.6%. كما أشارت النتائج إلى أن 56.4% من الطلبة الذكور لديهم خبرات صادمة متوسطة, بينما الإناث بنسبة 52.4%, أظهرت الدراسة أن 34.9% من الطلبة الذكور لديهم خبرات صادمة شديدة, في حين أن 24.4% من الإناث لديهم خبرات صادمة شديدة. أيضا أظهرت النتائج أن أعراض القلق و الاكتئاب المرضية لهوبكنز عند الذكور بنسبة 70.8%, بينما الإناث بنسبة 48.6%. كما وجدت النتائج فروق دالة في مستوى الخبرات الصادمة تعزى للجنس وذلك لصالح الذكور من أفراد العينة, بينما توجد فروق في مستوى استعادة الخبرة الصادمة تعزى للجنس وذلك لصالح الإناث من أفراد العينة, وتوجد فروق تبعاً لمتغير الجامعة في الخبرات الصادمة لصالح طلبة القدس المفتوحة, وفي مستوى الصدمة لصالح طلبة القدس المفتوحة وطلبة جامعة الأقصى, وفي كرب ما بعد الصدمة لصالح طلبة الجامعات الثلاث "الأزهر - القدس - الأقصى". وأيضا توجد فروق دالة في أعراض هوبكنز (القلق, و الاكتئاب) تعزى للجنس وذلك لصالح الإناث من أفراد العينة.

كما بينت الدراسة انه لا توجد فروق في مستوى الصدمة النفسية تعزى للجنس, لنوع السكن, عدد الإخوة, أو لمستوى الدخل الشهري للأسرة. كما انه لا توجد فروق دالة في مستويات كرب ما بعد الصدمة أو التجنب, أو اليقظة الزائدة تعزى للجنس.

1 - المقدمة

3500

" 2001 "98

(1990 ,

(1997)

"

%21 , %15
%61

%74 " (Auger, 2004)

"

%74

%58 (1987)

11
(Edward et al, 2004)

" 11

"

(1994)

2 - العينة والأدوات
1.2 - عينة الدراسة

45814

45814 EPI-6 (Oweini, 1996)

" ()

2004 -2003 %50

%40 %35

346

14 " (1998)

360

"

(360)

(165) ، (195)

2005/2004

"

(Elbedour et al, 1999)

%34.4

(%23.1 , %39.1 , %50)

" (Sally, 2003)

814

%60

Blair et al,)

%65.9

" (2004)

1.2.2 - مقياس غزوة للحالة الاجتماعية الاقتصادية

17 = (0.82)

(0.55=)

()
(0.71 = -)

4.2.2 - مقياس الصحة النفسية "القلق والاكتئاب" (أعراض هوبكنز)

2.2.2 - مقياس غزوة للخبرات الصادمة (Thabet et al, 2004)
20 : ()

(x)

()

96 -25

24 = 1.75

20 =

(0.85)

.0.01

24 =

(0.90)

(0.73 =)

0.84 = -)

(0.01)

(0.73 = -)

3.2.2 - مقياس كرب ما بعد الصدمة إعداد دافيدسون 1987 Davidson وترجمة وتقتين د. عبد العزيز ثابت

3 - جمع وتحليل المعلومات
1.3 - طرق جمع المعلومات

20

(x)

68

2005 -3-1

2005-3-15

2.3 - طرق تحليل المعلومات

SPSS

,2,1

,10,9,8,7,6,5

.16, 15, 14, 13, 12

(4 -) 5

.17, 4, 3

,11

136

4 - النتائج

الخصائص الديموغرافية لأفراد العينة

3

الجدول رقم 1

13.3	48	رفح
		نوع السكن
59.2	213	مدينة
10.8	39	قرية
30.0	108	خيم
		عدد الأفراد
15.8	57	4 فأقل
36.7	132	5-7
47.5	171	8 فأكثر
		حجم الدخل
48	173	300 دولار فأقل
29.2	105	301 - 500
8.9	32	501 - 750
13.9	50	أكثر من 750
		مستوى التعليم
5.6	20	لم يتعلم
5.3	19	ابتدائي
11.9	43	إعدادي
29.7	107	ثانوي
9.7	35	دبلوم متوسط
30.6	110	جامعة
7.2	26	دراسات عليا
		مستوى تعليم الأم
10.6	38	غير متعلمة
3.1	11	ابتدائي
11.9	43	إعدادي
44.7	161	ثانوي
9.4	34	دبلوم متوسط
16.4	59	جامعة
3.9	14	دراسات عليا
		نوع عمل الأب
28.3	102	لا يعمل
7.2	26	عمل عادي
7.8	28	مهني
38.6	139	موظف
6.9	25	تاجر
11.2	40	أخري
		نوع عمل الأم
85.3	307	ربة بيت
1.4	5	عمل عادي
11.7	42	موظفة
0.5	2	تجارة
1.1	4	أخري

45.8%	165	54.2%	195
	24 - 18		
		13.3%	48
56		36.7%	132
21.1%	76		15.6%
	13.3%	48	
	213		
		10.8%	39
4			59.2%
			30%
		15.8%	57
		36.7%	132
		47.5%	171
		48%	173
105			
			29.2%
			32
8.9%			
			50
		13.9%	
		5.6%	20
43		5.3%	19
	107		11.9%
			29.7%
			35
		30.6%	110
		7.2%	26
		10.6%	38
		3.1%	11
		11.9%	43
		44.7%	161
34			9.4%
59			16.4%
			(1)
			28.3%
	26		102
		7.8%	28
			7.2%
			139
		6.9%	25
		11.2%	40
		85.3%	307 ()
	5		
2		11.7%	42
			1.4%
		1.1%	4
			0.5%

جدول (1): توزيع أفراد العينة حسب الجنس

النسبة المئوية	العدد	الجنس
54.2	195	ذكر
45.8	165	إناث
		المحافظة
13.3	48	شمال غزة
36.7	132	غزة
15.6	56	الوسطى
21.1	76	خان يونس

2.4 - أنواع الخبرات الصادمة التي تعرض لها طلبة الجامعات

94.7%	341	الجدول (2)
91.9%	331	
		23.9%
		25%
		86
		90

جدول (2): أنواع الخبرات الصادمة التي تعرض لها طلبة الجامعات (عدد = 360)

الرقم	الحدث أو الخبرة الصادمة	التكرار	النسبة
1	مشاهدة مناظر وصور الجرحى والشهداء في التلفزيون	341	94.7
2	مشاهدة قصف البيوت والشوارع بالصواريخ من الطائرات	331	91.9
3	سماعك لاستشهاد صديق لك من الجيش	287	79.7

$(\chi^2 = 0.17, df = 2, p = ns)$

$(\chi^2 = 3.94, df = 6, p = ns)$

$(\chi^2 = 1.77, df = 3, p = ns)$

0.001

- 8.22)
(9.96

- 11.45 - 7.06

4.4 - أعراض كرب ما بعد الصدمة

الجدول رقم 4

18.9%

5.3%

27.8%

1.9%

جدول (4): أعراض كرب ما بعد الصدمة لدى أفراد العينة
(عدد = 360)

الرقم	عبارات كرب ما بعد الصدمة	أبدأ %	نادراً %	أحياناً %	معظم الوقت %	دائماً %
1	هل تنتابك صور متكررة، وذكريات، وأفكار عن الخبرة الصادمة التي تعرضت لها؟	10.8	16.9	44.2	16.4	11.7
2	هل تنتابك أحلام مزعجة وكوابيس عن الخبرة الصادمة؟	21.1	33.6	27.5	9.7	8.1
3	هل تنتابك مشاعر جياشة وفجائية بأن ما حدث لك سوف يحدث مرة أخرى؟	15.8	25.3	32.5	14.7	11.7
4	هل تتضايق عند مشاهدة الأشخاص، و الأماكن التي تذكر بالخبرة الصادمة؟	13.9	16.4	24.7	17.2	27.8
5	هل تتجنب الأفكار، و المشاعر التي تذكر بالحدث الصادم؟	15.8	16.4	28.9	18.9	16.9
6	هل تتجنب المواقف و الأشياء التي تذكر بالحدث الصادم؟	19.4	18.9	25.0	16.4	20.3
7	هل لديك فقدان للذاكرة للأحداث الصادمة التي تعرضت لها (فقدان ذاكرة نفسي محدود)	64.7	14.2	13.9	5.3	1.9
8	هل لديك صعوبة في الاستمتاع بالحياة والنشاطات اليومية التي تعودت عليها؟	20.3	18.6	27.2	17.2	16.7
9	هل تشعر بالعزلة، وبأنك بعيد عن الآخرين، ولا تشعر بالحب، و الانبساط؟	26.7	22.8	24.2	13.4	13.1
10	هل فقدت القدرة على الإحساس بمشاعر الحزن، و الحب وانك متباعد الإحساس	47.5	15.0	21.1	9.2	7.2

4	التعرض لساعات طويلة من الانتظار في الحواجز	257	71.4
5	سماع لاستشهاد أب أو أخ أو أخت أو قريب لك من الجيش	211	58.6
6	مشاهدة بيت أحد أصدقائك يهدم و يدمر	210	58.5
7	مشاهدة إصابة صديق لك بالرصاص	185	51.4
8	مشاهدة ضرب أحد أصدقائك من الجيش	130	36.1
9	مشاهدة أب أو أخ أو أخت أو قريب لك يستشهد أمامك من الجيش	125	34.7
10	التعرض للإهانة و الضرب من الجيش	121	33.6
11	مشاهدة قوات الجيش تدهم بيتك نهراً	120	33.3
12	مشاهدة قوات الجيش تدهم بيتك ليلاً	118	32.9
13	مشاهدة صديق يعتقل أمامك من الجيش	115	31.9
14	مشاهدة إصابة أب أو أخ أو أم أخت بالرصاص	114	31.7
15	مشاهدة بيتك يقصف بالمدفعية والرشاشات الثقيلة	104	28.9
16	مشاهدة بيوت الجيران وهي تقصف بالمدفعية والرشاشات	104	28.9
17	مشاهدة أب أو أم أو أخت يعتقل أمامك من الجيش	103	28.7
18	مشاهدة ضرب أب أو أم أو أخت أمامك من الجيش	99	27.5
19	التعرض للإصابة بالرصاص	90	25
20	مشاهدة بيتك يهدم ويدمر	86	23.9

3.4 - شدة الخبرات الصادمة

9.01) (4.43 =

9.70) (4.3 = 8.18
(4.43 =)
(0.001 = ,3.25 =)
(10-5) (4-0)
%8.7) 17 : (11
(38 ، ()
(110)
(%52.4) 86 (%56.4)
(%24.4) 68 ،
(%34.9) 40 ،

11	هل تجد صعوبة في تحيل بأنك ستعيش لفترة طويلة لتحقق أهدافك في العمل، الزواج إنجاب أطفال؟	22.2	18.3	28.6	18.3	12.5
12	هل لديك صعوبة في النوم أو البقاء نائماً كالمعتاد؟	20.6	25.6	27.8	12.8	13.3
13	هل تتنابك نوبات من التوتر، والغضب الشديد الفجائية؟	20.6	18.9	31.4	16.7	12.5
14	هل تعاني من صعوبات في التركيز؟	12.8	20.8	41.1	15.3	10.0
15	هل تشعر بأنك على حافة الانهيار (واصلة معاك على الأخر)، ومن السهل تشتيت انتباهك؟	25.6	27.0	25.3	14.5	7.8
16	هل تستثار لاتفه الأسباب ودائماً تشعر بأنك متحفز؟	23.3	27.8	28.1	12.8	8.1
17	هل الأشياء أو الأشخاص الذين يذكرونك بالخبرة الصادمة تجعلك في نوبة من ضيق التنفس، الرعشة، العرق الغزير وسرعة في ضربات القلب؟	38.2	23.1	21.4	10.0	7.5

4.4 - مدى انتشار كرب ما بعد الصدمة

137	(%71)	111
56	(%29)	53
DSM-IV		

($\chi^2 = 0.45, df = 1, p = NS$)

0.001

.5

جدول (5): اختبار (ت) للفروق بين متوسطات حالات كرب ما بعد الصدمة تبعاً للجنس

المتغيرات النفسية	الذكور (ن = 195)		الإناث (ن = 165)		قيمة ت.د.ح = 358
	ع	المتوسط	ع	المتوسط	
كرب ما بعد الصدمة	10.193	27.759	10.777	29.327	1.41 -
استعادة الخبرة الصادمة	3.852	8.273	4.246	9.545	2.97 - **
التجنب	4.688	11.230	4.951	11.091	0.27
اليقظة الزائدة	4.102	8.299	4.368	8.757	1.02 -

** >0.00 دالة *** >0.01 دالة **

0.01

0.05

-44.31

-44.00

(44.54)

41.33

جدول (6)

تحليل التباين الأحادي (ف) للفروق بين حالات كرب ما بعد الصدمة تبعاً لمتغير الجامعة "الأزهر-الإسلامية-القدس المفتوحة-الأقصى"

المقياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة اختبار ف
كرب ما بعد الصدمة	بين المجموعات	652.517	3	217.506	2.79*
	داخل المجموعات	27664.638	356	77.710	
	المجموع	28317.156	359		
بعد استعادة الخبرة الصادمة	بين المجموعات	187.264	3	62.421	3.84**
	داخل المجموعات	5778.491	355	16.277	
	المجموع	5965.755	358		
بعد التجنب	بين المجموعات	82.041	3	27.347	1.18
	داخل المجموعات	8179.931	355	23.042	
	المجموع	8261.972	358		
بعد اليقظة الزائدة	بين المجموعات	30.188	3	10.063	0.56
	داخل المجموعات	6367.528	355	17.937	
	المجموع	6397.716	358		

** >0.001 دالة *** >0.01 دالة **

5.4 - أعراض الصحة النفسية لهوبكنز "القلق والاكتئاب"

31.9%

7.8%

17.8%

3.3%

جدول (7): أعراض الصحة النفسية لهوبكنز "القلق والاكتئاب" (عدد = 360)

الرقم	العبارات	أبدأ %	قليلاً %	كثيراً %	كثيراً جداً %
1	هل تشعر بالخوف فجأة دون سبب	36.4	48.1	11.9	3.6
2	هل شعرت بالرهبة أو الفزع	23.3	58.3	14.2	4.2

3.4	9.2	37.9	49.9	هل شعرت بالإغماء بالدوار وبضعف عام	3
6.1	20.3	42.8	30.8	هل شعرت بالعصبية ورعشه داخلية	4
8.6	22.8	43.3	25.3	هل شعرت بسرعة خفقان القلب	5
5.0	14.4	40.0	40.6	هل شعرت برجفة - رعد	6
10.0	25.8	44.7	19.4	هل شعرت بالتوتر والإثارة	7
13.9	31.9	41.4	12.8	هل تشعر بالصداع	8
4.2	14.2	37.5	44.2	هل شعرت بنوبات ذعر و هلع	9
9.5	25.8	49.4	15.3	هل شعرت بالقلق وعدم الهدوء	10
3.3	18.6	50.3	27.8	هل شعرت بانخفاض في الحيوية وبطئ في الحركة	11
12.2	23.9	44.4	19.4	هل تلقي اللوم على نفسك في الأمور	12
17.8	21.4	33.1	27.8	هل تبكي بسهولة	13
10.9	22.2	46.9	20.0	هل ضعفت شهيتك للطعام	14
11.1	23.1	40.8	25.0	هل تجد صعوبة في النوم والاستمرار به	15
14.7	19.7	35.3	30.3	هل شعرت بفقدان الأمل في المستقبل	16
13.1	19.7	36.7	30.6	هل شعرت بالكآبة أو اليأس	17
12.5	21.9	34.7	30.8	هل شعرت بالوحدة	18
7.2	10.8	22.5	59.4	هل فكرت بإنهاء حياتك	19
12.2	17.5	35.3	35.0	هل شعرت بأنك مقيد في حياتك ولا تستطيع أن تغير أي شيء	20
11.7	30.6	40.8	16.9	هل تشعر بالقلق كثيرا نحو الأمور	21
5.3	17.5	45.0	32.2	هل فقد اهتمامك بالأمور	22
8.6	24.4	44.2	22.8	هل تشعر بالجهد بكل ما تقوم به	23
6.9	7.8	23.6	61.7	هل تشعر بعدم قيمتك	24

6.4 - انتشار القلق و الاكتئاب حسب مقياس هوبكنز للأعراض النفسية
1.75

11.9%	57.8%	30.3%	131	(%70.8)	138	(%48.6)
(2004)		Edward	$\chi^2 = 3.52, df =$			
						(1, p > 0.05)
		Basaglu (2004)				.001
23%	8%	14%	16%			.001

(, 2003)

12 48

%32.3 %29 %47.7 7-5 %35.7 4 %16.5
8

(2004)

(2004)

Krenawi (2004)

Paul (2004) 1059 %74 2004
%36

Russoniello (2002)

%58.9 Frans (2003)

%87 Gray (2004)
%4.5

%74.6 Dunn (2004)

300 %49.5 :
750 750-501 %9.2 500-301 %31.2
%5.1

%49.5 300
Shannon (1999)

Fukuda (1999)

(2004)

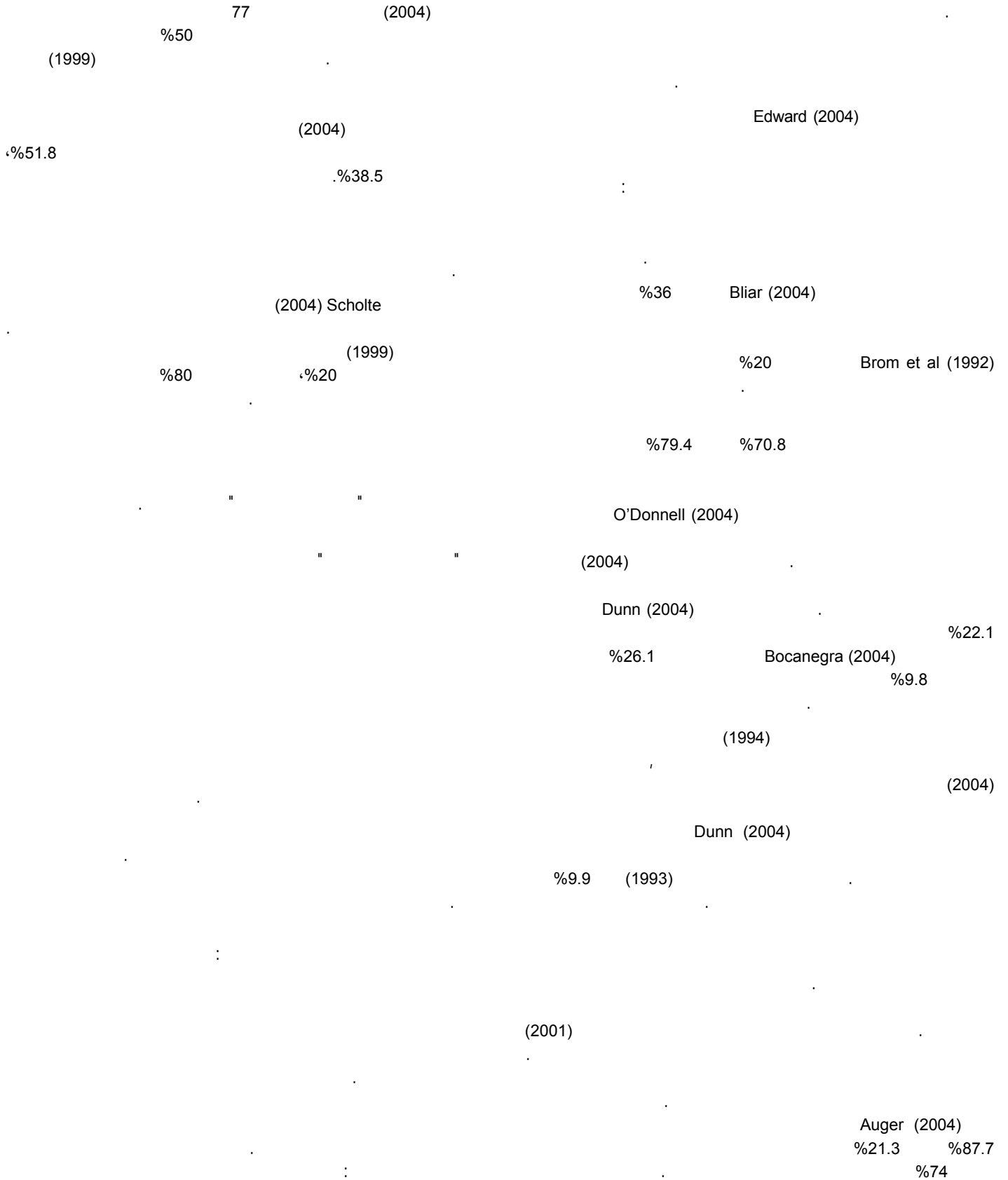
%7.8

90 Hymen

%8.2

237.000

1200 2000



- 1-) - -
- 2- .(
- 3- .
- 4- .
- 5- .
- 6- .
- و العلاج النفسي, عام الكتب, القاهرة .
- حويج, مروان و الصفدي, عصام: (2001) المدخل للصحة النفسية, الطبعة الأولى, دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة. عمان
- الخالدي, وليد : (1997) كي لاننسى, مؤسسة الدراسات الفلسطينية, بيروت.
- الخواجة, جاسم : (1996) دراسة علاقة الصدمات الحياتية بسمة القلق و الاكتئاب باستخدام قائمة اضطراب الضغوط التالية للصدمة وهو بكنز-235, مجلة بحوث كلية الآداب جامعة المنوفية, العدد22, ص ص191-209, مصر.
- الخواجة, جاسم: (1996) بناء مقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة في المجتمع الكويتي. دراسات نفسية, 6, ص ص 313-330, القاهرة.
- داوود, عزيز و الطيب, محمد و العبيدي, ناظم : (1991) الشخصية بين السواء والمرض, مكتبة الأنجلو المصرية, القاهرة.
- الرخاوي, يحيى : (1970) دراسة في علم السيكوباثولوجي, شرح, سر اللعبة, جمعية الطب النفسي بالاشتراك مع دار المقطم للصحة النفسية, المكتبة العلمية, دار عطوة للطباعة.
- الرفاعي, نعيم: (1987) الصحة النفسية, دراسة في سيكولوجية التكيف, الطبعة السابعة, دمشق.
- سرمك, حسين: (1995) المشكلات النفسية لأسرى الحرب وعائلاتهم, الطبعة الأولى, مكتبة مدبولي, القاهرة.
- السلطة الوطنية الفلسطينية, الجهاز المركزي للإحصاء, (2000) كتيب الجيب, التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت, غزة.
- الشريف, محمد يوسف : (2002) المساندة الاجتماعية وتقدير الشخصية كعوامل مخففة لاضطرابات ما بعد الصدمة لدى اسر فلسطينية عانت من الفقد. جامعة الزقازيق, كلية الآداب, قسم علم النفس. رسالة دكتوراة غير منشورة, مصر.
- الشناوي, محروس و عبدا لرحمن, محمد: (1998) العلاج والسلوك الحديث. دار القباء للطباعة والتوزيع. القاهرة.
- الشناوي, محمد و عبد الرحمن, محمد : (1994) المساندة الاجتماعية والصحة النفسية مراجعة نظرية ودراسات تطبيقية. الطبعة الأولى, القاهرة.
- الشنيداني, محمد عمر: (1987) الاسس النفسية والتربوية لرعاية الشباب, الدار العربية للكتاب, الطبعة الثالثة, ليبيا.
- شكري, محمد عزيز : (1990) الموسوعة الفلسطينية, دراسات القضية الفلسطينية, المجلد السادس, الطبعة الأولى, بيروت.
- عبد الخالق, : (1998) الصدمة النفسية. الكويت. مطبوعات جامعة الكويت.
- عبد الخالق, احمد محمد: (2000) الدراسة التطورية للقلق, دار المعرفة الجامعية. الإسكندرية.
- عبد المعطي, حسن و عبد الله, هشام: (2001) دراسة لأنماط القلق المرتبط بإحداث العنف و الإرهاب, مجلة كلية التربية-العدد الخامس والعشرون (الجزء الخامس).
- عبيدات, واخرون, ذوقان : (1984) البحث العلمي مفهومه وادواته اساليب, دار الفكر للنشر والتوزيع, عمان, الأردن.
- عكاشة, احمد: (2003) الطب النفسي المعاصر, مكتبة الأنجلو المصرية, القاهرة.
- فرج, صفوت: (1997) القياس النفسي, مكتبة الأنجلو المصرية طبعة3, القاهرة.
- المراجع العربية:**
- ابن شرف النووي, محي الدين أبي زكريا : (1955) رياض الصالحين من كلام سيد المرسلين, مطبعة دار أحياء الكتب العربية, القاهرة.
- ابن منظور: (1984) لسان العرب, المجلد الثاني عشر: دار الفكر, حرف ص, القاهرة.
- أبو طواحينه, احمد: (1999) الآثار النفسية للتعذيب: دراسة امبيريقية للمعتقلين السياسيين الفلسطينيين الذين تعرضوا للتعذيب داخل السجون الإسرائيلية, رسالة دكتوراة غير منشورة, القاهرة.
- ابوزيد, إبراهيم احمد: (1987) سيكولوجية الذات والتوافق, دار المعرفة الجامعية, الإسكندرية.
- الأنصاري, بدر محمد: (1994) اثر العدوان العراقي في سمات شخصية طلاب جامعة الكويت من الجنسين, المؤتمر الدولي عن آثار العدوان العراقي على دولة الكويت, جامعة الكويت.
- الأنصاري, بدر محمد: (1997) دراسة مقارنة لبعض الحالات النفسية لدى طلاب الثانوي طلاب الجامعة. دولة الكويت, الديوان الأميري, مكتب الإنماء الاجتماعي: إدارة البحوث و الدراسات. الكويت.
- بانر سون, س.هـ.: (1990) نظريات الإرشاد والعلاج النفسي (ترجمة: عبد العزيز حامد), دار التعليم للنشر والتوزيع. الكويت.
- بونامياكي, رايما : (1988) الصحة النفسية لنساء الفلسطينيات تحت الاحتلال الإسرائيلي, جمعية الدراسات العربية. (دراسة-منشورة). القدس.
- ثابت, عبد العزيز : (2004) الخبرات الصادمة وتأثيراتها المختلفة على الأطفال والمراهقين: مركز الطفل والأسرة للإرشاد والتدريب, (نشرة), غزة.
- جريدة الوطن سلطنة عمان.: (2004) <http://www.mostakbaliat.com/congres.htm> (access on 4/4/2005)
- حامد عبد السلام زهران: (1997) الصحة النفسية

- Becker-Blease, K.A., Freyed, J.J. (2005). Beyond PTSD An Evolving Relationship Between Trauma Theory and Family Violence Research. *Journal of Interpersonal Violence*, 20, 403-411.
- Berger, J. (2004). A war of Ghosts: Trauma theories, Traumatic histories, and the Middle East -Book review. [http:// www.looksmart.com](http://www.looksmart.com)
- Blair, E.H., Torabi, M.R., Kaldahl, M.A. (2004). Lifestyle and perceptual changes among college students since September 11. *American Journal of Health Studies*. [http:// www.looksmart.com](http://www.looksmart.com)
- Blanchard, E.B., Kuhn, E., Rowell, D.L., Hickling, E.J., Wittrock, D., Rogers, R.L. Johnson, M.R., and Steckler, D.C. (2004). Studies of the vicarious traumatization of college students by the September 11th attacks: effects of proximity, exposure, and connectedness. *Journal of Behavioral Research and Therapy*, 42, 191-205.
- Bocanegra, H.T., and Brickman, E. (2004). Mental health impact of the world Trade centre attacks on displaced Chinese workers. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 55-62.
- Breslau, N., Lucia, V.C., and Davis, G.C. (2004). Partial PTSD versus full PTSD: an empirical examination of associated impairment. *Psychological Medicine Journal*, 34, 1205-1214.
- Brom, D., Kleber, R.J. Witztum, E. (1992). The prevalence of posttraumatic psychopathology in the general and clinical population. *Journal of Israel Psychiatry and Related Science*, 28, 53-63.
- Ciechanowski, P.S., Walker, E.A., Russo, J.E., Newman, E., and Katon, W.J. (2004). Adult health status of women HMO members with posttraumatic stress disorder symptoms. *Journal of General Hospital Psychiatry*, 26, 261-286.
- Dunn, NJ, Yanasak, E., Schilliacci, J., Simotas, S., Rehm, LP, Soucheck, J., menke, T., Ashton, C., and Hamilton, J.D. (2004). Personality disorders in veterans with posttraumatic stress disorder and depression. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 75-82.
- El bedour, S., Baker, A., Shalhoub, N., and Irwin, M. (1999). Psychological Responses in family members after the Hebron massacre depression and anxiety, 9, 27-30.
- Farhood, L., et al (1993). The impact of war on the physical and mental health of the family: the Lebanese experience. *Journal of Social Science Medicine*, 36, 1555-1567.
- France, O. (2003). Posttraumatic stress disorder (PTSD) in the general population. *Acta universitatis Upsaliensis. Comprehensive summaries of Uppsala Dissertations from the faculty of Social Sciences* 129.
- Fukuda, S., Mormito, K., Mure, K., and Maruyama, S. (1999). Posttraumatic stress and change in lifestyle among the Hanshin-Awaji Earthquake victims. *Journal of Preventive Medicine*, 29, 147-151.
- كفاي، علاء الدين: (1984) الصحة النفسية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- المؤتمر العالمي لمناهضة العنصرية: (2001) دربان جنوب أفريقيا، ترجمة ونشر المركز الفلسطيني لحقوق الإنسان، غزة.
- المنجد في اللغة والاعلام، الطبعة السابعة والعشرون، المكتبة الشرقية، دار المشرق، بيروت.
- موسى، رشاد و الدسوقي، مدحة: (2000) المشكلات والصحة النفسية، الحديثة للطباعة والنشر، القاهرة.
- مياسا، محمد: (1997) الصحة النفسية والإمراض النفسية والعقلية وقاية وعلاج، الطبعة الأولى، دار الجيل، بيروت.
- النابلسي، محمد احمد: (1995) نحو سيكولوجية عربية. دار الطليعة، بيروت.
- النابلسي، ومجموعة من الباحثين: (1990) الصدمة النفسية، دار النهضة العربية، بيروت.
- يعقوب، غسان: (1999) سيكولوجيا الحروب والكوارث ودور العلاج النفسي، الطبعة الأولى، دار الفارابي بيروت، لبنان.
- يونس، إبراهيم: (2005) المشكلات النفسية والاجتماعية لدى مرضى السكر وتأثيرها على جودة الحياة في محافظات غزة. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الصحة، غزة.

المراجع الأجنبية:

- Ahmed, A., Sundelin-Wahlsten V., A. Sofi. M, & von Knorring A.L (1999). Post Traumatic Stress Disorder in children after the military operation "Anfal" in Iraqi Kurdistan.
- American psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorder, 4th ed. (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Davies, Teifion, Craig, T. (1998). ABC of mental health. BMJ books, BMA house, Tavistock Square: London WC1H9JR.
- Al -Krenawi, A., Graham, J.R., Sehwill, M. A. (2004). Mental health and violence / trauma in Palestine: implication for helping professional practice. *Journal of Comparative Family Studies*, 35, 185-220.
- Alat, K. (2002). Traumatic events and children: how early childhood educators can help. *Childhood education; Career and Technical Education*; 79, 1.
- Al-khowaja, J. (1997). The impact of traumatic event on the psychological well-being of Kuwait's who lived in Egypt and England the Iraqi invasion of Kuwait. *Journal of Derasat Nafseyah*, 7, 628-641.
- Auger, R.W. (2004). Responding to terror: the impact of Septembers 11 on K-12 schools and schools' responses. *Journal of Professional School Counseling*. <http://www.looksmart.com>
- Basoglu, M., Kilic, C., Salcioglu, E., and Livanou, M. (2004). Prevalence of posttraumatic stress disorder and co morbid depression in Earthquake survivors in turkey: An Epidemiological Study. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 133-141.

- Punamaki, Raija Lena. (1990) political violence and psychological responses. Final and Temper Peace Reports Research Institute, No.1.
- Ray, M.K. (2004). Post -Traumatic stress Disorder -A etiologic and Psychological process. Liverpool University, UK.
- Reber, A. S. (1995). The penguin dictionary of psychology. London penguin, 2nd ed.
- Russoniello, C.V. (2002). Childhood post - traumatic stress disorder and efforts to cope after hurricane Floyd. Behavioral Medicine Journal. <http://www.looksmart.com>
- Salter, E., and Stallard, P. (2004). Posttraumatic growth in Child Survivors of Road Traffic Accident. Journal of Traumatic Stress, 17, 335-340.
- Scholte, W.F., olff, M., Ventevogel, P., Vries, G.J., Et al (2004). Mental health symptoms following war and repression in eastern Afghanistan. Journal of American Medicine Association, 292, 585-294.
- Terr, L.C. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. American Journal of Psychiatry, 148, 1102-3.
- Thabet, A.A.& Vostanis, P. (2000). Post traumatic stress reaction in children of war. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40, 385-391.
- Thabet A.A, Khalid, K. & Vostanis, P. (2004). Trauma in preschool children in war zone. British Journal of Psychiatry; (in press).
- Tucker, P., Pfefferbaum, B., Nixon, S.J., Dickson, W. (2000). Predictors of post -traumatic stress syndrome in oklahoma City: Exposure, social support, peri traumatic responses. Journal of Behavioral Health Services and Research, 27, 406-417.
- Weine, S.M., Kuc, G., Dzudza, E., Razzano, L., and Pavkovic, I. (2001). PTSD among Bosnian refugees: A survey of providers' knowledge, attitudes and service patterns. Community Mental health Journal, 37, 261-272.
- <http://www.rkh-nursing.com/vb/archive/index.php/t2072> (access on 1/4/2005).
- Gray, M.J., Bolton, E.E., and Litz, B.T. (2004). A longitudinal Analysis of PTSD symptoms course: delayed -onset PTSD in Somalia Peacekeeper. Journal of Counseling and Clinical Psychology, 72, 909-913.
- Hardin, and Brosz, S. (2003). Impact of war on American adolescents. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing. <http://www.looksmart.com>
- Hyman, O. (2004). Perceived social support and secondary traumatic stress symptoms in emergency responders. Journal of Traumatic Stress, 17, 149-156.
- Jankowski, M.K., Schnurr, P.P., Adams, G.A., Green, B.L., Ford, J.D., and Friedman, M.J. (2004). A Mediation model of PTSD in World War II veterans Exposed to mustard gas. Journal of Traumatic Stress, 17, 303-310.
- Jong, K.J., Mulhern, M., Ford, N., Kam, S., Kleber, R. (2000). The trauma of war in Sierra Leone. The Lancet, 355, 9220.
- Kilic, EZ, Ozguven, HD, Sayil, I. (2003). The psychological effects of parental mental health on children experiencing disaster: the experience of Bolu earthquake in turkey. Journal of family Process, 42, 485-495.
- Linley, P.A. (2003). Positive adaptation to trauma: wisdom as both process and outcome. Journal of Traumatic Stress, 16, 601-610.
- Major, E.F. (2003). Health Effects of War Stress on Norwegian World War II Resistance Groups: A Comparative Study. Journal of Traumatic Stress, 16, 595-599.
- Mechen Baum, D. (1994). A clinical handbook/ practical therapist manual for assessing and treating adult with post-traumatic stress disorder (PTSD) Waterloo, Ontario: Institute press.
- Michael, H., Teddy, W. D., Nityamo, L., Barry, K., Janis, J., James, K., jayne, S., and Joseph, W. (2002). Measuring Trauma and health status in refugees: A critical review. Journal of American Medical Association, 288, 611-621.
- Neylan, T.C., Lenoci, M., Rothlind, J., Metzler, T.G., Schuff, N., Du, A.T., Franklin, K.W., Weiss, D.S., Weiner, M.W., and Marmar, C.R. (2004). Attention, Learning, and Memory in Posttraumatic Stress Disorder. Journal of Traumatic Stress, 17, 41-46.
- O'Donnel, M.L., Creamer, M., Pattison, P. (2004). Posttraumatic stress disorder and depression following trauma: understanding co morbidity. The American Journal of Psychiatry, 161, 1390-1297.
- Oweini, A. (1996). Stress and Coping: the experience of students at American university of Beirut during the Lebanese Civil war. Journal of Arab Studies Quarterly (ASQ). <http://www.looksmart.com>
- Pitman, R. (1997). Post -Traumatic Stress, Irvine Health Foundation Lectures.

ARABPSYNET PAPERS SEARCH By ARABIC, ENGLISH & FRENCH words

www.arabpsynet.com/paper/default.asp

Form Add Papers (For Subscribers)
<http://localhost/paper/PapForm.htm>

ON-GOING TRAUMA, PTSD & (OTSD) THE PALESTINIAN EXPERIENCE

SAMIR QOUTA - PHD; PSYCHOLOGY, GAZA; PALESTINE

sqouta@mail.iugaza.edu

Abstract: This research study aimed to get acquainted with the prevalence of PTSD, and other psychological suffering among Palestinian children living under severe conditions during Al-Aqsa Intifada. The sample consists of 944 children whom age ranged between 10-19 years. The group excluded those with previous mental health problems. In this research, trauma scale, PTSD scale, the Child Posttraumatic Stress Index had been used as tools. The results indicated that 32.7% of the children started to develop acute PTSD symptoms that need psychological intervention, while 49.2% of them suffered from moderate level of PTSD symptoms. Also the results showed that the most prevalent types of trauma exposure for children are for those who had witnessed funerals (94.6%), witnessed shooting (83.2%), saw injured or dead who were not relatives (66.9%), and saw family members injured or killed (61.6%). Also results of factor analysis revealed four factors that interpret 39% of the total variance, re-experience factors and avoidance were not existed.

In September, 2000, a new Palestinian uprising began against the now 37-year old Israeli military occupation. The immediate cause was the visit of then Israeli Knesset Member Ariel Sharon accompanied by over 1000 fully armed Israeli riot police to what Jews call the Temple Mount and Muslims, the Noble Sanctuary ("El-Haram A-Sharif") on which sits Al-Aqsa Mosque. Palestinians' protest of the violation of their holy place resulted in Israeli police shooting several unarmed protesters. This event provided the immediate spark for Palestinian protests throughout the West Bank and Gaza Strip, as well as the name for an uprising that continues at this writing, "The Al-Aqsa Intifada." The more distant cause for this second and more violent Intifada was the evident failure of the Oslo peace process. Instead of a lasting peace between Israelis and Palestinians, Oslo agreement has followed by a 50% increase in Israeli settlement building and land confiscation (KUKA), a decrease in Palestinian freedom of movement and lack of civil liberties (KUKA), and economic de-development including high unemployment.

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

When families witness the destruction of their own homes by enemy soldiers, the psychological effects can be serious. Loss

of home can be a traumatic experience for not only material loss but for psychological meaning. The home means a shelter and heart of family life. It contains memories of joy and pain as well as attachment to the families' objects. Home is associated with feelings of security and consolation.

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

A substantial amount of research is available on the severity of PTSD symptoms and predictive factors among Middle Eastern children, especially of Kuwaiti children during the nine-months of Iraqi occupation (Hadi, & Llabre, 1998; Llabre & Hadi, 1994; Macksoud & Aber, 1996; Nader, & Pynoos, 1993; Pynoos, 1994; Nader, Fairbanks, Punamaki, 1984) and Israeli children during the Iraqi scud missile bombardment (Klingman, 1992;

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

The physical and emotional proximity, severity and nature of the traumatic event prescribe the nature and severity of psychological problems (Macksoud & Aber, 1996; Qouta, Punamäki, & El-Sarraj, 1996; Punamaki, 1998; Pynoos, et al., 1987; Klingman, 1992). For example, Bryce et al. (1989) found that especially displacement from home increased depression among Lebanese children and women during the 1982 Israeli invasion. Laor et al., (1997; 2001) found among Israeli children that while posttraumatic stress symptoms decreased generally after the Iraqi shelling, the symptoms increased among displaced children.

The present study examines the levels of PTSD among Palestinian children during the current Intifada. We guess that the nature of ongoing trauma will have its impact on the dimension on PTSD.

1 - METHOD 1

1.1 - The Sample

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

1.2 - Measurements

1.2.1 - Trauma questionnaire scale:

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

). Reliability by Alpha Cronbach was .82.

1.2.2 - PTSD Scale (Posttraumatic Stress Disorder Scale) (DSMIV, American Psychiatric Association, 1994).

For the purposes of this study, PTSD refers to chronic and not acute PTSD since the events described by the youths were

associated with lifetime trauma exposures. The scale was based the Clinician Administered PTSD published in the Journal of Traumatic Stress. **The Child Posttraumatic Stress Reaction Index (CPTS-RI)** : this follows DSMIV criteria, developed by Nader and used to measure PTSD in youths aged 12 and over.ⁱ Children's PTSD-symptoms were assed by the Child Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index (CPTS_RI).ⁱⁱ The 20-symptom scale is used to assess the degree of a child's reactions to a selected traumatic event, and covers the intrusive re-experiencing of the event, avoiding related memories and numbing feelings and increased hyper-arousal. The older children (13-16) reported themselves and the interviewer estimated together with younger children the occurrence of the symptoms on a five-point scale: (0) none of the time, (1) little of the time, (2) some of the time, (3) much of the time, and (4) most of the time.

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

2 - RESULTS

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

Table No (1)

Shows the Prevalence rate of the traumatic experiences among children in the community areas

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

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

Table No (2)

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

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

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

Results of factor analysis revealed 5 Factors that interpret 47% from variance. Re-experience Factor was dropped (see table 4).

Table No (3)

Shows the severity of PTSD according to the child's gender PTSD score

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

Table No (4)

Shows the results of Factor structure of PTSD scale with loading N=947

Item No	Item description	Loading
Factor 1		
2	Do you get scared, afraid or upset when you think about (event)?	.59
5	Do you have good or bad dreams about (the event)?	.53
9	Do you feel more alone inside or more alone with your feelings - like other people really don't understand how you feel about what you went through?	.57
10	Have you felt so scared, upset, or sad that you couldn't even talk or cry?	.58
11	Do you startle more easily or feel more jumpy or nervous than before (the event)?	.62

14	Do thoughts or feelings about what happened get in the way of remembering things, like what you learned at school or at home?	.52
19	Do you have more stomach aches, headaches or other sick feelings since (the even) than you did before?	.62
20	Is it harder for you to keep from doing things you wouldn't have done before? For example, getting into fights, disobeying more, bike riding you take more recklessly, taking other kinds of chances, climbing on things, swearing at someone, not being carefully when you cross the street or during play?	.49
Factor variance explained		16.84
Factor 2:		
1	Is (event/ what happened) something that would upset, or bother, most children your age a lot?	.63
3	Do you go over in your mind what happened that is, do you see pictures in your mind or hear sounds in your mind about (the event)?	.49
6	Do things sometimes make you think it might happen again?	.74
Factor variance explained		8.29
Factor 3		
16	Do you want to stay away from things that make you remember what happened to you? (What you went though)?	.82
17	When something reminds you, or makes you think about (event) do you get tense or upset?	.41
Factor variance explained		7.03
Factor 4		
12	Do you sleep well?	.63
15	Is it as easy to pay attention (concentration) as before (the event)?	.70
Factor variance explained		6.67

3 - DISCUSSION

Trauma is a field which has grown immensely, particularly in the wake of theory of posttraumatic stress disorder. As theories have become solidified in this field, however, societal and cultural considerations still constitute a large and important area of exploration, and there still exists an urgent need to develop new perspectives on coping with trauma which take these considerations into account.

At the same time as trauma has taken a preeminent role in psychiatry and psychology (mainly since the advent of posttraumatic stress disorder in 1980), it has also caused what can be seen as a paradigmatic break in both fields. While psychologists and psychiatrists were previously considered with the individual him/herself as a starting point, the study of trauma gives primacy to an event. The assumption in any case of traumatic stress is that the individual has experienced some event outside the range of usual human experience that makes it remarkable. The person then suffers a well-defined type of disorder which can be analyzed. Several questions are still raised, however:

- To which events do the concepts of "trauma" and "posttraumatic stress disorder apply"? What are the characteristics of the specific stressor?
- What is the precise relation between the event and its consequences?
- Is disorder the necessary result of an extreme event? Is anyone who has been confronted with the particular event by definition a patient?
- To which persons does the term apply – victims in the literal sense, bystanders, rescue workers and other professionals, or family members?
- Are "trauma" and "posttraumatic stress disorder" universal concept in the sense that they allow us to understand the behavior of people in other cultures?

Key to answering all of these questions is recognizing one very important fact:

Contextual and circumstantial factors in the traumatizing experience and in their aftermath have to be taken into serious consideration. To this end, Summerfield argues in his essay that behavior is as much socially constructed as it is a function of the psychological attributes of an individual. Most models in medicine and psychology are limited because they do not embody a socialized view of mental health. However, exposure to trauma and its aftermath is generally not a private experience, and the social and cultural context in which it takes place must be considered. MacFarlane argues to the same end that the tools of measurement in this field are often significantly flawed. He shows that the reliability and validity of measures of the intensity of an individual's exposure have not been systematically examined, and the methods of statistical analysis contain a series of built-in assumptions that are seldom questioned. What these authors demonstrate is that trauma is indeed context-bound, and as a result we have the enormous task of carefully constructing context-bound definitions of illness, trauma, and expectable symptomatology.

This article reports the level of PTSD among Palestinian children currently exposed to war and bombardment, and the role of children trauma perspective to the future outlook. The results revealed a high level of PTSD: more than a half (32.7%) of the children suffered from severe level of PTSD symptoms. The percentage corresponds with the levels of PTSD among the

Cambodian (Kinzie, et al., 1996; Sack et al., 1995), and Bosnia-Herzegovian (Smith et al., 2002) refugee children fleeing atrocities in their home countries. The level of PTSD was considerably higher than was reported among Lebanese and Israeli children, 22% (Laor et al., 1997), but lower than was reported among Iraqi children, 84% (Dyregrov et al., 1993).

There are some context-specific characteristics of the current trauma that may explain the children's high level of PTSD. First, the long duration for the conflict means more than an acute disaster for Palestinians as the children exposed to ongoing traumatic experiences, and that means the continuation of the stress for long periods, which damage the child psyche, and increased the rate of PTSD, and the results of the factor analysis revealed that the continuous trauma has specific characteristics, as the re-experience and avoidance factors did not exist, so we can say that we have new disorder can be called on-going traumatic Stress disorder (OTSD) which can be applicable on the Palestinian context, as the child here has certain suffering that the concept of PTSD, not fit to be used

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

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

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

Children living in conditions of political violence and war have been described as "growing up too soon", "losing their childhood", and taking political responsibilities ample maturation

(Boothby, Upton, & Sultan, 1992). This development is predicting to result in negative psychological consequences (Garbarino, Kostelny, & Dubrow, 1991).

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

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

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

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

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

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

We as a professionals had some questions about future of the Palestinian children and we asked ourselves at that time what kind of teachers, mothers and fathers they will be. We are very afraid to have next lost generation but unfortunately the

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

References

1. Baker, A., (1990). Psychological Responses of Palestinian Children to the Environmental Stress Associated with Military Occupation, Journal of Refugee Studies, 4, 237-247.
2. Brander, T. (1941). Kinderpsychiatrische Beobachtungen während des Krieges in Finland 1939-1940. Zeitschrift für Kinder Psychiatrie, 7, 177-187.
3. Boothby, N., Upton, P., & Sultan, A. (1992). Children of Mozambique: The cost of survival (Special issue paper). Washington, DC: U.S. Committee for Refugees.
4. Bryce, J., & Walker, N. (1986) Family functioning and child health: A study of families in West Beirut (Final report submitted to UNICEF, December 31, 1986). New York: UNICEF.
5. Bryce, J., & Walker, N., Ghorayed, F., and Kanj, M. (1989). "Life Experiences, Response Styles and Mental Health Among Mothers and Children in Beirut, Lebanon". Social Science and Medicine, 28 (7), 685-695.
6. Cliff, J. (1993). The Impact of War on Children: Health in Mozambique. Social Science Medicine, 36, 7, 843, 848.
7. Dawes, A. (1992). Mental Health in South Africa. South African Journal of Psychology, 22, 28-33.
8. Dunsdon, M.I. (1941). A Psychologist's Contribution to Air Raid Problems. Mental Health, 2, 37-41.
9. Dyregrove, A., & Raundalen, M. (1993). A longitudinal Study of War-Exposed Children. in Iraq, Presented at the International

- GCMHP Conference Mental Health and the Challenge of Peace, 13-15 September 1993.KS
10. Dyregrove, A., Gjestad, R., & Raundalen, M. (2002). Children exposed to warfare: A longitudinal study. *Journal of Traumatic Stress, 15*, 59-68.
 11. Freud, A. & Burlingham, D.T. (1943). *War and Children*. New York: Medica War Books, Ernest Willard.
 12. Garbarino, J., Kostelny, K. and Dubrow, N. (1991). *No Place to Be a Child: Growing Up in a War Zone*. Lexington, Mass.: Lexington Books.
 13. Garbarino, J., Kostelny, K. (1993). Children's response to war: what do we know? In L.A. Leaved & N.A. Fox (Eds.). *The Psychological Effects of War and Violence on Children* (pp. 23-39). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
 14. Hadi, F.A., & Llabre, M.M. (1998). The Gulf crisis experience of Kuwaiti children: Psychological and cognitive factors. *Journal of Traumatic Stress, 11*, 45-56.
 15. Kinzie, J. D., Sack, W.H., Angel, R.H., Manson, S, & Rath, B. (1996). The psychiatric effect of massive trauma on Cambodian children: I the children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 25*, 370-376.
 16. Klingman, A. (1992). Stress Reaction of Israeli Youth during the Gulf War: A Quantitative Study. *Professional Psychology, Research Practice, 23*(6), 521-527.
 17. Kuttab, D. (1988). A profile of the stonethrowers. *Journal of Palestinian Studies, 17*, 14-23.
 18. Laor, N., Wolmer, L., Mayes, L.C., Gershon, A., & Weizman, R., & Cohen, D.J. (1997). Israeli preschools under Scuds: a 30-month follow-up. *Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry, 36*, 349-356.
 19. Laor, N., Wolmer, L., & Cohen, D.J. (2001). Mother's functioning and children's symptoms 5 years after scud missile attack. *American Journal of Psychiatry, 158*, 1020-1026.
 20. Lavee, Y., & Ben-David, A. (1993). Families under war: stress and strains of Israeli families during the Gulf war. *J. Traumatic Stress 6*: 239-254
 21. Llabre, M.M., & Hadi, F.A. (1994). Health related aspects of the Ggulf crisis experience of Kuwaiti boys and girls. *Anxiety, Stress and Copying 7*:217-228.
 22. Macksoud, M., & Aber, J. (1996). The War Experience and Psychological Development of Children in Lebanon. *Child Development, 67*, 72-88.
 23. Milgram, R., Milgram, N. (1976). The Effect of the Yom-Kippur War on Anxiety Level in Israeli Children, *Journal of Psychology, 94*, 107-113.
 24. Nader, K.O., & Fairbanks, Punamäki, R.L., (1984) Reactions of Palestinian and Israeli Children to War and Violence. Arab Studies Institute.
 25. Nader, K.O., & Pynoos, R.S. (1993). Preliminary Study on Grief Among the Children of Kuwait Following the Gulf Crisis, *British Journal of Clinical Psychology, 32*, 407-416.
 26. Punamäki, R.L., Qouta, S., & El Sarraj, E. (1997) Models of Traumatic Experiences and Children's Psychological Adjustment: The Role of Perceived Parenting and the Children's own Resources and Activity. *Child Development, 64* (4), 718-728.
 27. Punamaki, R., Qouta, S., & El Sarraj, E. (1997). Models of experiences and children's psychological adjustment: the roles of perceived parenting and the children's own resources and activity. *Child Development, 64* (4), 718-728.
 28. Punamaki, R., Qouta, S., & El Sarraj, E. (1997). Relationships between traumatic events, children's gender, and political activity, and perceptions of parenting styles. *International Journal of Behavioral Development, 21*, 91-109.
 29. Punamäki, R.L. (1998). The role of dreams in protecting psychological well-being in traumatic conditions. *International Journal of Developmental Behaviour, 22*, 559-588.
 30. Punamäki, R. L., Qouta, S., & El Sarraj, E. (2001). Resiliency factors predicting psychological adjustment after political violence among Palestinian children. *International Journal of Developmental Behaviour, 25*, 256-267.
 31. Pynoos, R.S., Frederick, C. and Nader, K. (1987). Life Threat and Post-Traumatic Stress in School-Age Children. *Archives of General Psychiatry, 44*, 1057-1063.
 32. Pynoos, R. S. (1994). Traumatic stress and developmental psychopathology in children and adolescents. In R.S. Pynoos et al. (Eds.) *Posttraumatic stress disorder. A clinical review* (pp. 65-98). Lutherwille: Sidran press.
 33. Palestinian Central Bureau of Statistics (PCBS) 2001
 34. Qouta, S., Punamaki, R., & El Sarraj, E. (1995). The relation between traumatic experiences, activity, and cognitive and emotional responses among Palestinian children. *International Journal of Psychology, 30*, (3), 289-304.
 35. Qouta, S., Punamaki, R., & El Sarraj, E. (1995). The impact of the peace treaty on psychological well-being: a follow-up study of Palestinian children. *Hild Abuse and Neglect, 19* (10), 1197-1208.
 36. Qouta, S., Punamaki, R., & El Sarraj, E. (1996) Relationships between Traumatic Experiences, Activity, and Cognitive and Emotional responses among Palestinians. *International Journal of Psychology, 30*, 289-304.
 37. Qouta, Q., Punamäki, R.L., El-Sarraj, E. (2001). Mental flexibility as resiliency factor in traumatic stress. *International Journal of Psychology, 36*, 1-7.

38. Qouta S., El Sarraj E., and Punamaki, R., (2003). Prevalence and determinants of PTSD among Palestinian children exposed to bombardment and loss of home. Accepted to European Journal of Child and Adolescent Psychiatry.
39. Qouta S., El Sarraj E., and Punamaki, R., (2003). Prevalence of PTSD among Palestinian mothers and children exposed to shelling and loss of home.
40. Rahav, G., & Ronen, T. (1994). Children's perceptions of their behavior problems during the Gulf war. *Anxiety, Stress and Coping* 7:241-252.
41. Rosenthal, M.K., & Levy-Shiff, R. (1993). Threat of missile attacks in the Gulf war: mothers' perceptions of young children's reactions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63, 241-249.
42. Sack, W.H., Clarke, G.N., & Seeley, J. (1995). Posttraumatic stress disorder across two generations of Cambodian refugees. *Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 34, 1160-1166.
43. Saigh, P.A. (1991). The development of post-traumatic stress disorder. *Behavioral Research and Therapy*, 29, 213-216.
44. Smith, P., Perrin, S., Yule, W., & Rabe-Hasketh, S. (2001). War exposure and maternal reactions in the psychological adjustment of children from Bosnia-Herzegovina. *Child Psychol Psychiatry & Allied Disciplines* 42:395-404.
45. Smith, P., Perrin, S., Yule, W., Hacam, B., & Stuvland, R. (2002). War exposure among children from Bosnia-Herzegovina: psychological adjustment in a community sample. *J. Trauma Stress* 15: 147-156
46. Thabet, A.A.M., & Vostanis, Y. (1999) Posttraumatic stress reactions in children of war. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 40, 385-391.
47. Weisenberg, M., Schwarzwald, J., Waysman, M., Solomon, Z., & Klingman, A. (1993). Coping of school-age children in the sealed room during scud missile bombardment and postwar stress reactions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 462-467.
48. Ziv, A. & Israeli, R. (1973). Effects of Bombardment on the Manifest Anxiety Levels of Children Living in the Kibbutz. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, 287-291.
49. Yule, W. (2002). Alleviating the Effects of War and Displacement on Children. *Traumatology*, 10, 1-71.

ARABPSYNET Books SEARCH

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

Send your books summaries via BOOKS FORM

www.arabpsynet.com/book/booForm.htm

بحث عن الكتب النفسية العربية

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

Send your books summaries via BOOKS FORM

www.arabpsynet.com/book/booForm.htm

الكتاب الذهبي للأطباء النفسانيين

www.arabpsynet.com/propositions/ConsPsyGoldBook.asp

شارك برأيك

www.arabpsynet.com/propositions/PropForm.htm

الكتاب الذهبي لأساتذة علم النفس

www.arabpsynet.com/propositions/ConsGoldBook.asp

شارك برأيك

www.arabpsynet.com/propositions/PropForm.htm

الصدمة النفسية للاحتلال وأثرها على الحزن وكرب ما بعد الصدمة

(لدى الأطفال في قطاع غزة)

ناضل شعش

د. عبد العزيز ثابت - علم النفس - غزة، فلسطين

thabet@gcmhp.net

ملخص الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم تأثير الأحداث الصادمة التي تعرض لها الأطفال الفلسطينيون خلال انتفاضة الأقصى على تطور كرب ما بعد الصدمة و الحزن بين الأطفال .

منهجية الدراسة

هذه الدراسة هي دراسة و صغية تحليلية درست الأطفال بصورة مقطعية (عرضية)، تكونت عينة الدراسة من 405 طفل (209 إناث ، 196 ذكور) تم اختيارهم بصورة عشوائية منتظمة من ست مدارس إعدادية موزعة على محافظة خان يونس و مدينة رفح (أربع مدارس حكومية و مدرستان تابعة لوكالة الغوث الدولية) ، وعلى أساس التمثيل النسبي المتساوي لعينة الدراسة من حيث الجنس ، العمر و موقع السكن .

جمع المعلومات

تم جمع البيانات بطريقة مباشرة من الأطفال و بإشراف الباحثين المباشر لعملية جمع البيانات، وذلك باستخدام استبانة الدراسة الأربع وهي : استبانة المعلومات الشخصية و الديموغرافية ، مقياس غزة للخبرات الصادمة، و مقياس ردود الفعل لكرب ما بعد الصدمة للأطفال، و مقياس الحزن للأطفال.

نتائج الدراسة

تعرض الأطفال الفلسطينين خلال انتفاضة الأقصى إلى خبرات صادمة شديدة حيث بلغ متوسط الخبرات الصادمة التي تعرض لها الأطفال 9 خبرات صادمة، و تعرض كل طفل على الأقل لأربع خبرات صادمة ووجد أقصى بلغ 14 خبرة . بلغ معدل انتشار كرب ما بعد الصدمة بين الأطفال 19.5 %، أيضا أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة بين فئات العمر من حيث تطور ردود الفعل لكرب ما بعد الصدمة لصالح الأطفال الأكبر سنا ، بينما لم توجد فروق ذات دلالة بين الجنسين و مكان السكن من حيث تطور ردود الفعل لكرب ما بعد الصدمة . بلغ معدل انتشار الحزن بين الأطفال 47.9 %، كما أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أماكن السكن من حيث تطور أعراض الحزن لصالح خان يونس، بينما لم توجد فروق ذات دلالة بين الجنسين و فئات العمر من حيث تطور أعراض الحزن .

أظهرت النتائج وجود علاقة معنوية طردية بين شدة الصدمة النفسية و تطور ردود الفعل لكرب ما بعد الصدمة و الحزن ، ووجود علاقة ارتباط بين نوع الخبرات الصادمة التي تتضمن المشاهدة و السمع و تطور كرب ما بعد الصدمة و الحزن .

التوصيات

ضرورة الاهتمام ببرامج الصحة النفسية المجتمعية كجزء هام من الرعاية الصحية الأولية و ذلك من خلال إنشاء مراكز صحة نفسية مجتمعية خاصة بالأطفال، وذلك بهدف الحد من انتشار الأمراض النفسية بشكل عام و الاضطرابات الناجمة عن الصدمة النفسية بشكل خاص في المجتمع الفلسطيني .

1 - المقدمة

2000-9-28

2005

(PCBS)	
2003-12-5000	2000-9-28 () 2100 31
548	2004 3500
	670
	(2004)

()

. (Pfefferbaum, 1997)

(Smith et al , 2002) (Punamaki, 1982) (PTSD)

2976

14-9

(Lonigan, 1991; Goenjian et al, 1995 ; Thabet et al , 1997; Wenar and Kerig , 2000) .

1948

(Goldstien et al, 1997)

364

. (Abu Hein et al , 1993)

()

%90 (DSM-IV) %94 %95

20 (Weine et al, 1995)

65%

35%

(Nader et al , 1993)

98%

(Allodi ,1982; Ablidgaard et al , 1984; Genefke, 1986; Mollica, et al , 1987; Weine et al , 1995 ; Thabet , et al 1999 , 2000 , 2001, 2002, 2004 ; Abu-Nada, 2003).

2 - العلاقة بين الخبرات الصادمة و الحزن

2004.

4 - أدوات الدراسة

1.4 - مقياس الحالة الاجتماعية والاقتصادية للأسرة

2.4 - قائمة غزاة للخبرات الصادمة.
(2000/1999)

3 - العينة وطرق البحث

17

15-13

(Thabet et al 2001)

19

4-0

11

10-5

4500

()

210

196

405

132

210

209

137

136

1.2.4 - مقياس كرب ما بعد الصدمة للأطفال

Child post traumatic stress reactions – Index

0.87

(Pynoos et al, 1987)

(Pynoos et al, 1987)

:

96.4%

(1999)

0.71

المتغير	النسبة المئوية (%)	العدد	المتغير	النسبة المئوية (%)	العدد
(Chi-Square)	0.70		(DSM-III-R)	0.01	
(One-Way ANOVA)			(DSM-III-R)		20، 15، 12
(T-Independent Test)			(DSM-III-R)		20
(Pearson Correlation)					17-13
6 - الاعتبارات الأخلاقية					12-8
					7-1
					16-6
					18، 19، 20
					4-0
					60
					39-25
					59-40
					11-0
					24-12
					40
					(Goenjian et al, 1995)
					Grief Index - مقياس الحزن للأطفال
					1993
					(Nader and Pynoos, 1993)
7 - النتائج					
1.7 - الصفات الديموغرافية لعينة الدراسة					
جدول رقم (1)					
		420			405
		%96.4			
		% 48.4			196
		% 51.6			209
		.0.81 =			14
		132			
		%33.7			% 32.6
					137
		136			% 33.5
					7-5 ،
					4-2
					1-0 :
					9-8
		% 41.4			5
		% 23.4			
		% 10.2			
					41
					% 9.2
					% 6.5
		% 6.4			26 (
					15
					(SPSS- Version-11)

8.4	34	ابتدائي
3.6	15	دراسات عليا
1.2	5	لم يتعلم
		المستوى التعليمي للأم
41.4	168	ثانوي
32.1	130	إعدادي
10	40	جامعة
8.2	33	ابتدائي
5.5	22	دبلوم متوسط
0.3	2	دراسات عليا
2.4	10	لم يتعلم

2.7 - أنواع الخبرات الصادمة التي تعرض لها الأطفال
جدول رقم (2)

390	(% 96.3)
380	(% 93.8)
355	(% 87.7)
327	(% 80.7)
306	(% 75.6)
265	(% 65.4)
218	(% 53.8)
188	(% 46.4)
160	(% 39.5)
141	(% 34.8)
130	(% 32.1)
123	(% 30.4)
122	(% 30.1)
117	(% 28.9)
78	(% 19.3)
78	(% 19.3)
53	(% 13.1)
34	(% 8.4)
31	(% 7.7)

جدول رقم (2)
الخبرات الصادمة التي تعرض لها الأطفال خلال انتفاضة الأقصى

م	أنواع الخبرات الصادمة	العدد	النسبة المئوية
1	سماع عمليات اجتياح من الجيش الإسرائيلي	390	96.3
2	مشاهدة صور الشهداء و الجرحى في التلفزيون	380	93.8
3	مشاهدة تفجير البيوت في التلفزيون	355	87.7
4	مشاهدة عمليات اقتحام الجيش الإسرائيلي للبيوت	327	80.7
5	مشاهدة قصف البيوت والمقرات المختلفة بالصواريخ	306	75.6
6	سماع نيا استشهاد صديق	265	65.4
7	مشاهدة عملية اغتيال بالصواريخ	218	53.8
8	مشاهدة بيوت الجيران تقصف بالمدفعية و الرشاشات	188	46.4
9	مشاهدة إصابة صديق بالرصاص	160	39.5
10	تعرض أرضه للتجريف	141	34.8
11	مشاهدة اقتحام منزله أو منزل الجيران ليلا	130	32.1
12	مشاهدة بيت أحد الأقرباء وهو يهدم	123	30.4

12	2.9%
377	93%
21	5.3%
7	1.7%
140	34.5%
108	27%
69	17%
34	8.4%
15	3.6%
5	1.2%
168	41.4%
130	32%
40	10%
33	8.2%
22	5.5%
10	2.4%
0.3%	

جدول رقم (1)
المعلومات الديموغرافية لعينة الدراسة (عدد= 405)

النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية
		الجنس
51.6	209	إناث
48.4	196	ذكور
		العمر
33.3	135	13 سنة
34.6	140	14 سنة
32.1	130	15 سنة
		مكان السكن
33.6	136	مدينة رفح
33.8	137	قرية القرارة
32.6	132	خيم خانيونس
		مهنة الأب
41.4	168	لا يعمل
23.5	95	موظف
10.2	41	عامل
9.2	37	مزارع
6.5	26	تاجر
6.5	26	صنا يعي
2.9	12	رجل أمن
		مهنة الأم
93	377	ربة بيت
5.3	21	موظفة
1.7	7	عاملة
		المستوى التعليمي للأب
34.5	140	ثانوي
27	108	إعدادي
17	69	جامعة
8.4	34	دبلوم متوسط

$(X^2 = 31.60, df = 2, p = 0.00)$

13	(9.6 %)	7	(4-1)	13	(5 %)
15	(10 %)	13		14	
13	(70.3 %)	95	(10-5)	14	
96	(68.6 %)	14		15	(%)
76	(58.5 %)	13		13	(%)
27	(20.1 %)	14	(% 26.4)	37	
11		15	(% 31.5)	41	
		15		15	

$(X^2 = 3.99, df = 4, P = 0.40)$

52	% 43.2	57	
		45	% 38.2
	% 32.7	82	
67	% 60	66	
18	% 48.6	10	% 50.8
	(% 7.3)	8	(% 13.2)
			(% 6)

(ANOVA)

$8.37 =$
 $8.26 =$
 $3.01 =$
 $3.05 =$
 $9.28 =$
 $(F = 4.71, P = 0.00) \cdot 2.91 =$

(Tukey)

$p=0.03$
 $p=0.01$
 $p=0.95$

3.7 - انتشار كرب ما بعد الصدمة

جدول رقم (5)

339	(% 83.7)
186	(% 45.9)

13	122	30.1	مشاهدة أحد الأصدقاء وهو يقتل بالرصاصة
14	117	28.9	مشاهدة بيته يقتل بالمدفعية و الرشاشات
15	78	19.3	مشاهدة بيته وهو يهدم من الجيش
16	78	19.3	مشاهدة أحد الأصدقاء وهو يقتل من الجيش
17	53	13.1	إصابته شخصيا بالرصاصة
18	34	8.4	سماعه لمقتل أو استشهاد أحد أفراد الأسرة
19	31	7.7	مشاهدة استشهاد أحد أفراد الأسرة

3.7 - شدة الخبرات الصادمة التي تعرض لها الأطفال

جدول رقم (3)

14	3.025 =	8.632 = (mean)
4		(median=9)
11	()	4-1 ()
267	% 65.9	()
105		% 25.9
33	% 8.1	

جدول رقم (3)

شدة الخبرات الصادمة التي تعرض لها الأطفال (العدد=405)

النسبة المئوية	العدد	شدة الخبرات الصادمة
8.2	33	بسيطة
65.9	267	متوسطة
25.9	105	شديدة

جدول رقم (4)

10	(4-1)	33 (8.2 %)
		23 (11 %)
		(% 5.1)
	(% 65.9)	267 (10-5)
156	(% 74.6)	111 (% 56.6)
105	(10)	(% 25.9)
75	(% 14.4)	30
38.3		(%)

$(X^2 = 31.60, df = 2, p = 0.00)$

جدول رقم (4) : العلاقة بين الجنس وشدة التعرض للخبرات الصادمة (العدد=405)

الجنس	شدة الخبرات الصادمة					
	شديدة		متوسطة		بسيطة	
	العدد	%	العدد	%	العدد	%
أنثى	30	14.4	156	74.6	23	11
ذكر	75	38.3	111	56.6	10	5.1

	%2.4	(% 19.3)	78	39 -25
	%2.4	59- 40		
% 54.5	% 3.2	(% 18.3)	74	
	% 8.8	(%0.2)		24- 12
	%25.4			
% 37.3	%10.8	66		59
	%9.4		11- 0	
	% 0.2			
	%10.3			
	%18			
	%4.9			
	%3.7			

(X2 = 36.44, df = 8 , p = 0.00)

جدول رقم (6): العلاقة بين شدة الصدمة النفسية و تطور كرب ما بعد الصدمة (العدد=405)

شدة الخبرات الصادمة			ردود الفعل لكرب ما بعد الصدمة
شديدة	متوسطة	بسيطة	
%3.7	%9.4	%3.2	لا يوجد اضطراب
%4.9	%10.8	%2.4	ردود فعل بسيطة
%18	%25.4	%2.4	ردود فعل متوسطة
%10.3	%8.8	%0	ردود فعل شديدة
%0.2	%0	%0	ردود فعل شديدة جدا

(X2 = 36.447, df = 8 , p = 0.00)

جدول رقم (5): تصنيف ردود الفعل لكرب ما بعد الصدمة النفسية (العدد=405)

%	العدد	ردود الفعل لكرب ما بعد الصدمة
16.3	66	لا يوجد اضطراب
18.3	74	ردود فعل بسيطة
45.9	186	ردود فعل متوسطة
19.3	78	ردود فعل شديدة
0.2	1	ردود فعل شديدة جدا

		37	
	% .717		
	172		
		42	% 82.3
		% 21.4	
	%78.6	154	
(X2 =			0.89, df =1, p = 0.34)
	(% 22.3)	29	
101	(% 20.7)	29	(% 77.7)
	(% 79.3)	111	
	(% 15.5)	21	
	(% 84.5)	114	
(X2 = 2.12 , df =			2 , p = 0.36)
	(% 17.7)	24	
	(% 82.3)	111	
	(% 18.1)	25	
	(% 81.9)	113	
	(% 22.7)	30	
(% 77.3)		102	
			(X2 = 1.29 , df = 2, p = 0.52)

.286 =

0.01 =

	37		
)	37 (% 18.8)		
	(% 47.4)	99	(% 17.7
(% 44.4)	87		

(% 21.4)	42	(% 17.2)	36
	(% .4)		
30	(% 17.2)	36	
	(X2 = 2.366, df = 4 , P = 0.66)	(% 15.3)	

	15		
	13,14		
30.961	15		
	14	11.573 =	
13.914		28.042	
		13	

جدول (6) % 8.1

					14.092	26.274
	0.080					
						(F= 3.89, p = 0.02)
				0.05		
		(19)				
	0.090					
4.7 - أعراض الحزن الأكثر انتشارا بين الأطفال					29.659	
جدول رقم (7)						13.156
%48.4	(1)			13.016 =	28.264	
		%34	(2)	13.984=	27.233	
(3)						
		%54.3				(One-Way ANOVA)
(5)		%30.6	(4)			(
		%52.1				(F= 1.119, p = 0.33)
	%39	(6)				(Tukey)
		%23	(7)			
%49	(8)					
	%36.3	(9)				
					0.01	.215

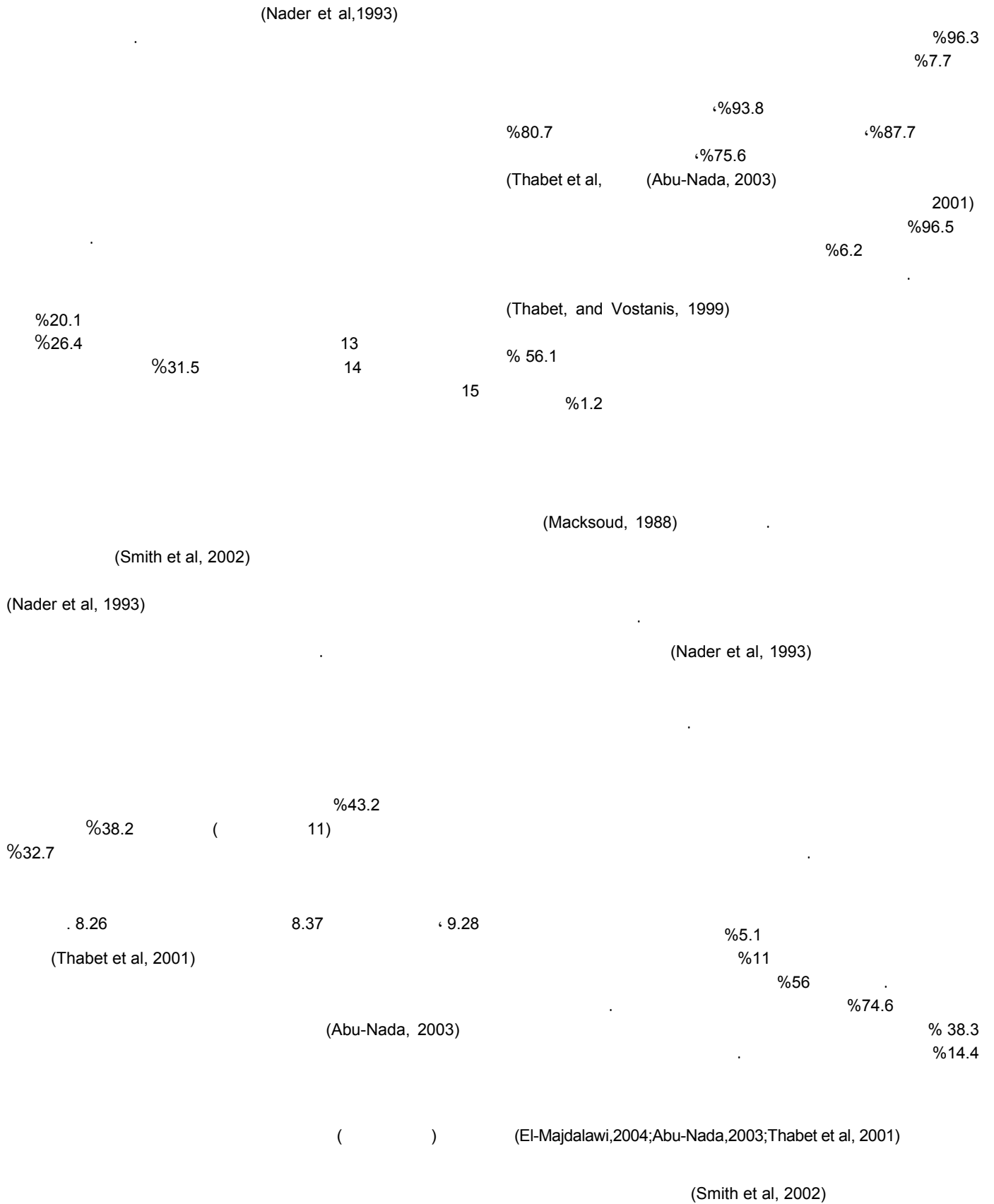
جدول رقم (7)
أعراض الحزن الأكثر شيوعا بين الأطفال (العدد=405)

الرقم	أعراض الحزن	نعم	%	لا	%
1	أحلام تتعلق بالشخص الميت	196	48.4	209	51.6
2	رؤية شكل يشبه الشخص الميت في حالة الوعي	138	34	267	66
3	اليكاه علي الميت	220	54.3	185	45.7
4	عدم قبول الواقع أو إنكار فكرة الموت	124	30.6	281	69.4
5	أفكار تتعلق بالشخص الميت	211	52.1	194	47.9
6	تغير طريقة اللعب أو النشاطات التي من الممكن أن تذكر بالشخص الميت	158	39	247	61
7	أفكار تتميز بالغضب من الشخص الميت	93	23	312	77
8	الرغبة في الموت و اللحاق بالشخص الميت	198	49	207	51
9	الشعور بالكآبة وضيق المستقبل	147	36.3	258	63.7

1-0 :

	9-8	7-5	4-2
402			
	(% 3.2)	13	(% 99.3)
65			66
	(% 16.3)	66	(% 16)
13.6)	55	(% 20.2)	82
35			(%

	(2.3.4.6)	(% 4.4)	18	(% .5)	2	(% 8.6)
		(% 0.7)	3			
	0.050 =			(% 47.3)	99	
	(19)	(%52.7)	110	(% 48.4)	95	
	0.099 =		101			
	8 - المناقشة					(% 51.6)
				(X2 = 0.63, df = 1, p = 0.42)		
		(15 ، 14 ، 13)				
		13	(% 39.2)	53		
		(% 52.1)	73			
					14	
				15	(% 52.3)	68
4	14	(15 ، 13)			14	
					(X2 = 6.08, df = 2, P = 0.047)	
					0.05	
	14		%31.8	% 53.3		
	4			% 59		
				(X2 = 26.61, df = 2 , p = 0.00)(
(El-Majdalawi, 2004 ; Abu-						
Nada, 2003 ; Thabet, 2001)						0.201
	9			(1.13.18)		
	14 - 4					
	4			0.251=		
					0.01	
						(14.15.16.17
(Thabet				0.01		0.209 =
et al, 2001)						
4						(11.12)
(Nader et al	10-0					
,1993)				0.111 =		
	5.2					0.05
(Macksoud, 1992)						
						(5.7.8.9.10
	6					
				0.05		0.112 =



المرحلة	الدراسة	النسبة المئوية (%)	المرجع
EL-	(Majdalawi, 2004)	(DSM-III-Revised) % 19.5	(Lazarus and Folkman, 1984)
	(Nader et al, 1993)		
	(Abu-Nada, 2003)	%71.2	(Majdalawi, 2004)
	(Abu-Nada,2003; Macksoud,1996;Punamaki et al,1997).	%38.5	
	(Quta et al, 1993)		
	(Thabet et al, 2001)		
	(Thabet et al,1997)		
9-6	(Maksoud, 1992)		
	(Nader et al,1993)		
	(Hubbard et al , 1995)	%59	
	(Ahmed et al, 2000)		
	(Thabet et al, 1994)	%87	
(Abu-	(Nada, 2003)	%38	
	(El-majdalawi , 2004)		
	(Abdin et al, 1994)	%70	
	(Macksoud, and Aber, 1996)		

				(Ajdukovic, 1998)		
%19				-		
	%28.6			%52.4		...
	(Abdin et al, 1994)					
	%70			%48		
	%40.6			%11.4		
(Thabet et				al, 2004)		
				%52)	
				%23	(
	%47.9					
				(Nader		
						et al, 1993)
-8	7-5	4-2	1-0 :)	
	5			9		.(
(Nader et al,						
				1993)		
				-	(Macksoud and	
				%98		Aber, 1996)
				(Elizur and Kaffman, 1982)		
				%40		(Nader et al ,1993)
				(Zivcic, 1993)		
				(Weine et al, 1995)		
				%65		
				%35	(Thabet	
						et al, 2002)
				...		(Nader et al, 1993)
				%45.9		% 18.3
				(Nader et al, 1993)		%19.5

(ANOVA)

(Nader et al, 1993)

(18.1.13)

(14.15.16.17)

(19)

(2.3.4.6)

(Dyregrov and Raundalen, 1991)

(Elizur and

%40

Kaffman,1982)

(Punamaki,1982)

(Raundalen et al, 1987)

(Anthony, 1986)

(Thabet et al, 2004)

(Nader

et al, 1993)

()

9 - التضمينات والتوصيات

(Nader et al,1993)

(Smith et al,

2002)

, V., & Von Knorring, A.L. (2000). Posttraumatic stress disorder in children after the military operation " Anfal " in Iraqi Kurdistan. *Child Adolescent Psychiatry*, 9, 235-243.

- Ajdukovic, M., (1998). Displaced adolescents in Corroatia: sources of stress and posttraumatic stress reaction. *Adolescence*, 33, 209-217.

- Allodi, F. (1982). Psychiatric sequelae of torture and implication for treatment. *Journal of the World Medical Association*, 29, 71-75.

- Anthony, E. (1986) . Children's reactions to severe stress: Some introductory comments . *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25 (3), 299-305.

- Dyregrov, A. & Raundalen, M. (1991). The impact of the Gulf Crisis on Children in Iraq. Paper presented at Ist International Conference "Palestine and Peace" Gaza Strip.

- El-Majdalawi, A. (2004). Effect of Al-Aqsa Intifada Psychic Trauma on School Performance Among Preparatory School Children in Gaza Strip, master thesis, School of Public Health, Gaza.

- Elizur, E., & Kaffman, M., (1982). Children bereavement reactions following death of the father. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 21, 474-480.

- Genefke, I.K., & Somnier, M . (1986). Psychotherapy for victims of torture. *British Journal of Psychiatry*, 149, 323-329.

- Goenjian, A., Pynoos, R., Steinberg, A., Najarian, L., Asarnow, J., Karayan, I., Ghurabi, M. & Fairbanks, L. (1995). Psychiatric comorbidity in children after the 1988 earthquake in Armenia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 368-377.

- Goldstein, R., Wampler, N. & Wise, P., (1997). War experiences and distress symptoms of Bosnian children . *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 100, 873-878 .

- Hubbard, J., Realmuto, G.M., Northwood, A.K., & Masten, A.S., (1995). Comorbidity of psychiatric diagnosis with posttraumatic stress disorder in survivors of childhood trauma. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1167-1173.

- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York , Springer.

- Lonigan, C. J., et al , (1991). Children's reaction to natural disaster, symptom severity and degree of exposure. *Advance in Behavior Research and Therapy*, 13, 135-154.

- Macksoud, M., & Aber, L . J. (1996) The experience and psychological development of children in Lebanon. *Child Development Journal*, 32, 70-88.

1.9 - تضمينات (توصيات) للمؤسسات الحكومية و الغير حكومية

2.9 - تضمينات (توصيات) للعاملين المهنيين (الفنيين) في مجال الصحة النفسية

المراجع / References

- Ablidgaard, U., Daugaard, G., & Marcussen, H. (1984). Chronic organic psycho-syndrome in Greek torture victims. *Danish Medical Bulletin*, 31, 239-242.

- Abu Hein, F., Qouta, S., Thabet, A., & El Sarraj, E. (1993). Trauma and mental health of children in Gaza. *British Medical Journal*, 306, 1129-1130.

- Abu-Nada, I. (2003) The Impact of Parenting Support on Posttraumatic Stress Disorder among Palestinian Children in Gaza Strip, master thesis. School of Public Health, Gaza.

- Ahmed, A., Sofi, M., Sundelin-Wahlsten,

children in Uganda, pp.83-108. Oslo , Norwegian University Press.

- Smith, P., Perrin, S., Yule, W., Hacam, B., & Stuvland, R. (2002). War exposure among children from Bosnia-Hercegovina: Psychological adjustment in a community sample . Journal of Traumatic Stress, Vol.15, No.2, April 2002, pp. 147-156.

- Thabet, A. (1996). Notes in General Psychiatry, 1th ed. Gaza . pp. 73-78.

- Thabet, A. & Vostanis, P. (1998). Social adversities and anxiety disorders in the Gaza strip. Archives of Disease in Childhood, 78, 439-442.

- Thabet, A. & Vostanis, P. (1999) Post traumatic stress reactions in children of War. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40, 385-391.

- Thabet, A. & Vostanis, P. (2000). Posttraumatic stress disorder reactions in children of war: a longitudinal study. Child Abuse and Neglect, 24, 291-298.

- Thabet, A., Abed, Y., & Vostanis, P. (2001). Effects of trauma on mental health of Palestinian children and mothers in Gaza Strip. Eastern Mediterranean Health Journal, 7, 413-421.

- Thabet, A., Abed, Y., & Vostanis, P. (2002). Emotional problem in Palestinian children living in war zone. The Lancet, 359, 1801- 1804.

- Weine, S., Becker, D., McGlashan, T., Vojvoda, D., Hartman, S., & Robbins, J. (1995). Adolescent survivors of ethnic cleansing on the first year in America. Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry, 34, 1153-1159.

- Wenar, C. & Kerig, P. (2000). Developmental Psychopathology: From Infancy through Adolescence, fourth ed. New York: McGraw-hill, Inc. pp. 185-188.

- Macksoud, M. (1992). Assessing war trauma in children: A case of

- Lebanese study. Journal of Refugee Studies, 5, 74-85.

- Macksoud, M. (1988) The War Traumas of Lebanese Children. Lincoln, England .

- Mollica, R.F., Wyshak, W. & Lavelle, J. (1987). The psychosocial impact of war trauma and torture on Southeast Asian refugees. American Journal of Psychiatry, 144, 1567-1572.

- Nader, K., Pynoos, R., Fairbanks, L., Al-Ajeel, M. & Al-Asfour, A., (1993). Preliminary study of PTSD and Grief among the children of Kuwait following the Gulf Crisis. British Journal of Clinical Psychology, 32, 307-416.

- Pfefferbaum, B. (1997). Posttraumatic stress disorder in children , A review of the past ten years. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, 1503-1511.

- Punamaki, R., Quota, S., & El-Sarraj, E., (1997). Relationship between traumatic events, children's gender, and political activity, and perception of parenting styles. International Journal of Behavioral Development, 21, 91-109 .

- Punamaki, R.I. (1982). Children in the Shadow of War . A psychological study in attitudes and emotional life of Israeli and Palestinian Children. Current research on Peace and Violence. 5:26-41.

- Pynoos, R.S., Frederick, C. & Nader, K. (1987). Life threat and Posttraumatic stress in school-age children . Archives of General Psychiatry, 44, 1057-1063.

- Raundalen, M., Lwanga, J., Magisha, C., & Dyregrov, A. (1987). Four Investigations on Stress Among Children in Uganda. In C.P. Dodge and M. Raundalen , War, Violence and

ARABPSYNET PSYCHIATRISTS SEARCH



www.arabpsynet.com/CV/default.asp

ARABPSYNET PSYCHOLOGISTS SEARCH



www.arabpsynet.com/CV/defaultPsychologists.asp

ARABPSYNET THESIS

Send Your Book Summary Via This Form



<http://www.arabpsynet.com/these/ThesForm.htm>

ARABPSYNET PROPOSITIONS FORM

Send Your Propositions Via This Form



www.arabpsynet.com/propositions/PropForm.htm

قياس الرضا المهني والقلق المهني لدى الشرطة العراقية

أ. م. علي كاظم عجة الشمري

alikadhim70@yahoo.com

الملخص

يعدّ تغير الحياة السياسية في العراق على إثر أحداث نيسان 2003، حدثاً غاية في الأهمية والأثر محلياً وعربياً بل وحتى عالمياً. فقد حصلت تغيرات وتداعيات في مختلف ميادين الدولة واجتمع ومنها أجهزة الشرطة والجيش. إذ تطلب الحال بناء أجهزة شرطة وجيش جديدة تأخذ على عاتقها مهمة فرض القانون على الساحة العراقية التي أصبحت زاخرة بشتى أنواع الجريمة وعلى رأسها الإرهاب. وتشير أكثر من جهة عامة ومتخصصة إلى ضعف تلك الأجهزة في السيطرة على الوضع القائم. لذا جاء البحث الحالي متناولاً بعض المتغيرات التي يعتقد إنها ذات أثر على مستوى الأداء في المهنة والاندفاع في عمل تلك الأجهزة وهي كل من متغير: الرضى المهني والقلق المهني، ويهدف البحث إلى التعرف على عوامل الرضى المهني والقلق المهني لدى منتسبي الشرطة العراقية الجديدة. كما يهدف للتعرف فيما إذا كانت هناك فروق في تلك العوامل على وفق الرتبة.

اختيرت عينة عشوائية من منتسبي الشرطة لمدينة الكوت، بلغت (100) فرد (50) ضباط، و (50) مراتب. جميعهم ذكور، وبعمر بين (25-40) سنة.

كما أعدّ مقياسين، واحداً للرضى المهني، وآخر للقلق المهني.، بلغ للرضى (14) فقرة، بينما بلغ للقلق (11) فقرة. كما تم تحقيق عوامل الصدق والثبات للمقياسين.

النتائج: ظهر إن منتسبي الشرطة يشعرون بالرضى بمهنتهم. كما ظهر إن الضباط أكثر رضا في المهنة من المراتب. كذلك تبين إن منتسبي الشرطة يشعرون بالقلق بمهنتهم. كما ظهر إن الضباط أكثر قلقاً أثناء إثناء الواجب من المراتب.

المقترحات: *دراسة متغيرات نفسية واجتماعية عدة في علاقتها بمتغير الرضى والقلق المهني مثل: نط الشخصية الاندفاعية، رسة الوطنية، اضطراب ما بعد الصدمة.

*دراسة عدد من المتغيرات الديموغرافية في علاقتها بمتغيرات البحث: الرضى المهني. القلق المهني مثل: مستوى التحصيل، العقيدة الدينية، الحالة الاجتماعية.

التوصيات

1. مجلس الرئاسة لتبني إقامة برنامج وطني شامل يتألف من مختصين في مجالات عديدة اقتصادية، أمنية، إدارية، نفسية، اجتماعية، يضعون على عاتقهم مهمة تأسيس أجهزة أمن وجيش وفق أحدث المعايير العلمية المتبعة في هذا المجال.

2. وزارة الداخلية بضرورة تأليف لجنة من المختصين في علم النفس والطب النفسي تُشرف على فحص واختيار المتقدمين للعمل في أجهزة الشرطة من المراتب والضباط على وفق الأسس والمعايير العلمية.

3. قيادة شرطة واسط بضرورة التعاون والاستفادة من خبرات المختصين في جامعة واسط، وكذلك التعاون مع بقية الدوائر الإدارية والإعلامية خدمة للعمل الأمني لأنه مهمة الجميع

(UNpublication,1997,P.11)

(2004 3)

1.1 - مشكلة البحث:

(UNreport,1998,P.4)

(ODCCP.1999.P.16)

ODCCP,1998,P.11))

" " "

1.2 - أهمية البحث والحاجة إليه

(Marimmani,1998,P.33)

(46)

(UN publications. 2000, P.3)

(150)

(ODCCP.1999,P.8)

(2004)
2003

(24%)

(UNpublication,1997,P.4)

(Gabbard.2000.P.338)

2003

(2003

)

(1998, 53)
()

:

(1996, 24)
()

(العتيبي 2004 ص28) .

((13-40

(2003 24)

(70%)

(2004 25)

" " " "

(2001)

()

(غسان 1996 ص11) .

3.1 - أهداف البحث

.1

.2

(محمو ,1996, 112) .

.3

.4

(Kandel,1982.P.43).

4.1 - حدود البحث

. 2005

1.4.1 - تحديد المصطلحات

1.1.1.2- وجهة النظر السلوكية

1.1.4.1 - الرضى المهني
• تعريف (عافل, 1988) للرضى المهني

(1983 38).

• كما يعرف (تايلر، 1968)، الرضى المهني :

(2000 63)

2.1.4.1 - القلق والقلق المهني

()

()

).

• تعريف منظمة الصحة العالمية (WHO) للقلق :

(2000 48).

3.1.4.1 - القلق المهني

• تعريف القلق أثناء المهنة لدى (كامبل، 1995) :

()

(2004).

• التعريف النظري

(1968,)

(1995)

• التعريف الإجرائي

(Miller, et.al,1994,P111-112).

2.1.1.2 - التحليل النفسي

()

()

()

الفصل الثاني

1.2 - الإطار النظري
1.1.2 - الرضى المهني

)

(

(Kaplan&Sadock ,1998, P. 75)

3.1.1.2 - المنظور المعرفي

(1999,)

(2006) .

2.2.1.2 - المنظور المتعدد العوامل

()

)

((

(Carver ,et.al1989,P.267)

(Harell ,et.al,1991, P.415)

(1998,)

2.1.2 - القلق المهني
1.2.1.2 - بين السلوكية والتحليل النفسي

. (Kohen ,et.al,1985, P. 99)

(1997)

. (Donovan ,1999,P.253-256)

2.2 - الدراسات السابقة
1.2.2 - دراسة الشلال (2000)

)

((

(235)

(3-16 2001)	(50%)	()	()
2.2.2 - دراسة حميـز ، 2005 (دراسة وصفية) 1.3.2.2- الرضى فى العمل			
	(50%)	(43.1)	(30%) (34%)
(2005)			
الفصل الثالث			
1.3 - إجراءات البحث :	()	()	3.2.2 - دراسة النعمي، 2001 ()
()			
2.3 - مجتمع وعينة البحث			
(50) ، (100) (50)			
			8%
			22%
3.3 - أدوات البحث			
1.3.3 - جمع الفقهات وصياغتها:			
			56%
			24%
(50) (50) (100)			

الجدول (1ب): قيم (ت) لعينتين مستقلتين للضباط والمراتب في القلق المهني على وفق متغير الرتبة

ت	المقياس	ت	المتوسط		الانحراف المعياري		القيمة T	مستوى الدلالة
			ظباط	مراتب	ظباط	مراتب		
1	مقياس القلق المهني	1	2.76	2.18	0.77	0.66	2.99	0.05
2		2	1.86	1.14	0.36	0.45	3.11	0.05
3		3	2.96	2.48	0.55	0.59	3.10	0.05
4		4	2.16	1.12	1.13	1.43	4.92	0.01
5		5	2.24	1.88	1.04	0.77	3.09	0.05
6		6	2.14	1.10	0.80	0.95	5.02	0.01
7		7	3.14	2.02	0.99	0.92	4.95	0.01
8		8	2.88	2.44	0.38	0.92	3.08	0.05
9		9	2.20	1.84	1.08	0.79	3.04	0.05
10		10	2.16	1.82	1.13	0.43	3.01	0.05
11		11	2.24	1.38	1.04	0.77	4.71	0.01

2.2.3.3 - صدق المقاييس / The Validity of Scales

(Adams, 1966, P.144)

(Tyler &

Walsh, 1979, P.24)

(Harrison, 1983, P.11) (Salviam, 1978, P.106)

• الصدق الظاهري Face Validity

(Anderson, 1965, P.13)

(10)

(25)

(1)

10) (8

(80%)

(2)

(25)

(52) (1200)

(27)

(4)

(25)

(0-6).

(0-5)

2.3.3 - تحليل الفقرة :

(Anastasia, 1988, P. 210-213).

1.2.3.3 - التمييز :

(Discrimination)

(Winters, 1996, P.4) (27%)

(T-Test)

(1)

(0.01)

الجدول (1 أ) : قيم (ت) لعينتين مستقلتين للضباط والمراتب في الرضا المهني على وفق متغير الرتبة

ت	المقياس	ت	المتوسط		الانحراف المعياري		القيمة T	مستوى الدلالة
			ظباط	مراتب	ظباط	مراتب		
1	مقياس الرضا المهني	1	1.28	0.94	0.14	0.25	3.15	0.05
2		2	0.79	0.66	0.14	0.21	3.13	0.05
3		3	2.56	1.82	0.19	0.18	5.08	0.01
4		4	2.96	2.14	0.19	0.22	7.42	0.01
5		5	0.78	0.12	0.45	0.47	7.82	0.01
6		6	2.96	2.60	0.49	0.53	2.99	0.05
7		7	2.62	2.37	0.66	0.60	2.97	0.05
8		8	1.98	1.65	0.11	0.9	3.02	0.05
9		9	2.32	2.20	0.95	0.97	2.94	0.05
10		10	3	2.73	1.04	1.05	2.90	0.05
11		11	1.98	1.80	1.26	1.67	2.85	0.05
12		12	2.88	2.44	0.88	0.92	2.93	0.05
13		13	2.20	1.34	1.08	1.09	3.74	0.01
14		14	2.94	2.72	0.63	0.70	3	0.05

• صدق البناء Construct validity

(Helmstejter, 1966, P. 134)

(Allen &

yen, 1979, P. 108)

الفصل الرابع

1.4 - عرض النتائج ومناقشتها

-:

1.1.4 - الهدف الأول

(99) (1,96) (2,57)
(60) (0) (01) (0,92) (0,69)

(49) (1) (0,01 - 0,05)

2000

• الثبوتات

2.1.4 - الهدف الثاني

(Winters, 1996 P. 13)

(98) (2,21) (2,83)
(0,05)

(0,78)

(0,82)

الجدول رقم (1) معاملات ارتباط كل فقرة بالدرجة الكلية لمقياسي الرضا والقلق المهني

2001

3.1.4 - الهدف الثالث

(1,96) (2,44) (99)
(0,05) (42)
(35)

4.1.4 - الهدف الرابع

() (0,05) (2,99) (98) (2,32)
(1995)

2.4 - الاستنتاجات

.1

.2

.3

المقاييس	ت	مقاييس	ت	مقاييس	ت	مقاييس	ت
1	مقياس الرضا المهني	1	0,89	2	مقياس القلق المهني	15	0,86
		2	0,69*			16	0,91
		3	0,88			17	0,82
		4	0,90			18	0,92**
		5	0,84			19	0,89
		6	0,89			20	0,73
		7	0,89			21	0,70
		8	0,77			22	0,80
		9	0,90			23	0,82
		10	0,91			24	0,89
		11	0,87			25	0,83
		12	0,90				
		13	0,79				
		14	0,81				

4.3 - الوسائط الإحصائية

()

8. العبيدي ، د .كمال محمود (1990) الخصائص النفسية لشخصية الطيار المقاتل ،مقالة منشورة ،مجلة الجامعة المستنصرية ،المجلة 24، العدد 5 .
9. العتيبي ،العميد سلمان، أنماط الجريمة المنظمة اليوموكيفية مواجهتها ، دراسة ميدانية، مجلة الشرطة ،العدد 65،(2004)، تصدر من مديرية الشرطة والأمن العام ، الإمارات .
10. العيسوي، د .عبد الرحمن،2003، علم النفس والأمن العام، مطبعة الإسكندرية .
11. فرحات ، مارون 2001،عوامل نفسية مؤثرة في مسار التوجيه والإرشاد المهني ، دراسة منشورة ، نت .
12. الفلاحى ،إبراهيم حسن ،(1996)، السمات الشخصية لضباط الشرطة في العراق ،مجلة الشرطة ،المجلة 56العدد 12. دار الطباعة ،وزارة الداخلية .
13. الماخ ، د .حسان ، 2006 ، المهنة والاضطرابات النفسية ، دراسة منشورة ، نت .
14. متولي ، د .مصطفى احمد (2000) ، أثر بعض المتغيرات النفسية المهنية لدى عمال المصانع ، دراسة دكتوراه منشورة ، دار الإسكندرية للنشر.
15. محمود ، د .عثمان ، 1996،عوامل الضغط الاجتماعية وأثرها على مستوى أداء منتسبي جهاز الأمن في القطر الليبي ، دراسة علمية ميدانية ، مجلة المعرفة ، المجلد الرابع ، العدد 19، ص . (112) .
16. النعيمي ، د .احمد طه ، (2001) ،محددات الرضا الوظيفي للعاملين في المنظمات الحكومية ،وزارة الثقافة والاعلام ، بغداد .
- 17.Anastasia , A. (1988). Psychological Testing (6ed.). Macmillan Publishing Company , New York , P. 210-11 .
- 18.Adams, Georgia (1966) Measurement and Evaluation Education and Guidance . New York .
- 19.Allen M.J & Yen .W.N, (1979) , Introduction to Measurement Theory California : Brooklyn .
- 20.Anderson J.E (1965) The effect of the item Analysis upon the Discriminative Power of an Examination , Journal of Applied Psychological .Vol .19 .
21. Carver , C. S. ; Scheier , M. F. & Weintraub , J. K. (1989) . Assessing coping strategies: A theoretically based approach. Journal of Personality and Social Psycholgy , 56 , 267-283 .
22. Donovan ,1999 P.253-256 in McCrady S. B. & Epstein , E. E. (1999) . A comprehensive guide book of addiction, Oxford University Press , New York , PP. 187-212.
- 23.Gabbard , G. O. (2000) . Psychodynamic psychiatry in clinical practice . 3ed., American Psychiatric Press , Inc. Washington .
- 24.Harrison .A. (1983) Language testing I land. book, London the Macmillan press.

3.4 - المقترحات

*

1.

2.

3.

*

4.4 - التوصيات

1 .

2 .

3 .

المصادر

1. التقرير السنوي، مقدم من قبل وزارة الخارجية في مؤتمر التنمية والبناء، بغداد ، 2003 .
2. حسين، د .غسان، 1996، أثر بعض المتغيرات المهنية على عمال مصانع النسيج ، بحث منشور ، مجلة الجامعة المستنصرية ، العدد23، ص. 11
3. حميز ، احمد حميد (2005)، الرضا في العمل ،دراسة وصفية ، منشورة على الـ (نت.)
4. رضا ، د .منى ، 2004، القلق النفسي / تعريفه / أعراضه /وعلاجه ، دراسة منشورة ، نت
5. الزبيدي، د .كامل علوان،1998، قياس الرضا النفسي لدى أساتذة الجامعات ، دراسة دكتوراه غير منشورة ، كلية الآداب جامعة بغداد .
6. الشلال ، خالد أحمد،2000، العلاقة بين الرضا المهني والتقاعد الإداري المبكر لدى الموظفين الكويتيين،دراسة منشورة، نت .
7. عاقل ، د .فاخر،1983، علم النفس الاجتماعي ، مطبعة العلمين ، بيروت ، ص.38

- of self-Efficacy and the prediction of alcohol relapse. Journal of Psychopathology and Behavioral assessment 16 , 111-120 .
32. ODCCP Journal , statistics and data for the crime in the world .Vol.11, NO.2. P.11,1998.
33. ODCCP Journal, social deprivation and drug Abuse.Vol.2.NO.4, P.8-16. 1999.
34. Slavism ,V. (1978) Assessment in Special And Remedial, Education Loughton Miffing Company
- 35.Tyler, L.N & Walsh, W.B. (1979) Testing and Measurement, 3ed .New Jersey, 36.Englewood, Cliffs :Prentice- Hall, Inc .
- 37.UN Publication ,Facing In challenge , Print in Geneva, Vol .3. No.1.1997 .
- 38.UN report, 1998, UN Annual conference in General Agenize .New York.
- 39.UN Publication , Assessment for the drug dependents, 2000. P. 3.
- 40.Winters , K.C.(1996).Personal Experience Inventory for Adults Manual (PEI-A). Published by Western Psychological Services (WPS) , Los Angeles , PP. 13 , 40 .
- 25.Helmstejter,G.C,1966.Principlesof Physiological (Measurement),Landon: Methuen & Co. Ltd.
- 26.Kandel , D. B. (1978) . Longitudinal Research on drug use : Empirical findings and methodological issues , John Wiley & sons , New York , PP. (18-23) .
- 27.Kaplan , H. & Sadock , B. J. (1995) . Comprehensive textbook of psychiatry VI , Vol. 1 , (6th. ed) , Williams & Wilkins , Baltimore , PP. 73-76 . .
- 28.Kaplan , H. & Sadock , B. J. (1998) . Concise textbook of Clinical Psychiatry , Williams & Wilkins , New York , P. 75-119
- 29.Kohen , P. M. & Coulas , J. T. (1985) . Sensation seeking , Augmenting - Reducing and the perceived and preferred effects to drugs, Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 48 , No. 1 , P. 99-106 .
30. Maremmani, I. (1999). Heroin addiction and related clinical problems, the official Journal of Europe , Vol.1,No. 2 .December. European Opiate Addiction Treatment Association , Published by Italy
31. Miller, K. J.; McCrady, B. S.; Abrams, D. B. & Labouvie, E. W.(1994). Taking an Individualized approach to the assessment

ملحق (1) أسماء السادة الخبراء على مقياسي الرضى المهني والقلق المهني

ت	الاسم الكامل	الدرجة العلمية	موقع العمل
1	خليل إبراهيم رسول	أ. د.	قسم علم النفس / آداب / جامعة بغداد
2	وهيب مجيد الكبيسي	أ. د.	قسم علم النفس / آداب / جامعة بغداد
3	احمد عبد اللطيف السامرائي	أ. د.	قسم علم النفس / آداب / جامعة بغداد
4	قاسم حسين صالح	أ. د.	قسم علم النفس / آداب / جامعة بغداد
5	عبد الله الموسوي	أ. د.	جامعة بغداد / كلية التربية (ابن رشد) / قسم العلوم التربوية والنفسية
6	كامل الكبيسي	أ. د.	جامعة بغداد / كلية التربية (ابن رشد) / قسم العلوم التربوية والنفسية
7	صباح العجيلي	أ. د.	جامعة بغداد / كلية التربية (ابن رشد) / قسم العلوم التربوية والنفسية
8	سعاد محمد الدوري	أ. م. د.	قسم علم النفس / آداب / جامعة بغداد
9	خلدون العبيدي	م. د.	قسم علم النفس / آداب / جامعة بغداد
10	فارس كمال عمر نظمي	مدرس	قسم علم النفس / آداب / جامعة بغداد

ملحق (2): مقياسي الرضى المهني والقلق المهني بصورتها النهائية

فيما يلي بعض الفقرات التي تستفسر عن شعورك تجاه مهنتك ,يرجى منك وضع علامة (√) في الاختيار الذي تعتقد بأنه أكثر انطباقاً على ما تشعر به فعلياً . علماً انك لست مطالب بذكر الاسم

ت	الفقرات	موافق جداً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق إطلاقاً
1	اشعر بالرضا عن نفسي وأنا أمارس مهنتي					
2	اعتقد إن أدائي في المهنة بالمستوى المطلوب					
3	يزعجني وجود بعض الأشخاص غير المؤهلين في سلك الشرطة					

					أرى ضعف الضبط والالتزام من بعض منتسبي الشرطة	4
					ما أعاني منه حالياً هو الضعف في وجود نظام قضائي حازم ومستقر يحمي عمل رجل الشرطة	5
					أرى أن مهنتي توفر لي دخلاً جيداً	6
					أعاني من عدم توفر التجهيزات والتقنيات المطلوبة لمواجهة النمط الجديد من الجرائم في الشارع	7
					اعتقد انه تحققت لي أشياء لا بأس بها من خلال مهنتي	8
					ما يزعجني أكثر الأحيان هي نظرة الكره لدى الناس إلى جهاز الشرطة	9
					أعاني حالياً من ضعف احترام المواطنين لعمل رجل الشرطة	10
					اشعر بالامتعاض من سمعه الرشوة الطاغية على جهاز الشرطة	11
					هنالك مواقف قمت بها في مهنتي اشعر أمامها بالفخر	12
					أرى إن مهنتي الحالية كانت تمثل طموحي وقد حصلت عليها	13
					اعتقد أن طبيعة ظروف مهنتي حالياً ليست أسوأ مما كانت عليه في الماضي	14

ما هي الحالات التي تقلقك عند الخروج في الواجبات ؟

ت	الفقرات	دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	أبداً
1	أن يتمكن منك المجرم قبل أن تتمكن منه					
2	أن تفاجئ عيوة ناسفة أثناء الواجب					
3	أن تكون في مواجهة مع مجرم قريب لك أو صديق					
4	أن يخذلك رفاقك					
5	أن تخرج بواجب أثناء الليل					
6	أن تتعرض لإغراء مادي أو جنسي					
7	أن لا يحفظ لك زملائك أسرارك في العمل					
8	أن تضعف وتنصاع للطلبات غير المشروعة					
9	الاصطدام بالجماعات الدينية والسياسية المحلية					
10	أن تضعف ثقتك بنفسك في بعض الحالات					
11	أن تضعف وتنصاع للطلبات غير المشروعة					

قراءات... مقالات موجزة

الحرب والجديفة والاستسمال
ثقافة السلام وثقافة الحياة !!!
ثقافة المقاومة بالسلام
تربية اللا عنف... نحو أنسنة الإنسان
التحصيل الدراسي واضطراب ما بعد الضغوط الصدمية
نعم... بل سوي...
أ. ش. ت. ص. وعلاقته بالسلاوك العدوانية
سمات ودوافع الاستشهادية
قياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية
أ. ش. ت. ص. لدى طالبات كلية التربية

أ. د. يحيى الرخاوي - الطب النفسي - القاهرة، مصر
أ. د. يحيى الرخاوي - الطب النفسي - القاهرة، مصر
أ. د. قـدرى حفنى - علم النفس - القاهرة، مصر
د. اسعد الأمارة - استاذ جامعي - السويد
م. م. ميسون كريم ضاري المعيني - علم النفس - العراق
ص. ل. م. عصفور - الطب النفسي - بيروت، لبنان
أ. م. اشرف موفق فليح
إيمان عدنان محمد عاشور - أ. د. أحمد فهمي جبر
أ. م. طلل غالب علوان
د. ناطق فحل الكبسي - أ. م. أمال محسن عليوي الأسدي

الحرب والجديفة والاستسمال

أ. د. يحيى الرخاوي - الطب النفسي - القاهرة، مصر

yehiarakhawy@yahoo.com - www.rakhawy.org

من أهم ما يمكن أن نخرج به من تجربة الحرب الباهظة هذه: هو إعادة النظر في كل شيء.

هل نحن جادون في حياتنا فعلا؟ هل آن الأوان أن نعرف أن وقتنا - فردا فردا - محسوب علينا فردا فردا؟ ثم على الأمة مجتمعة؟ في السلام كما في الحرب؟ هل آن الأوان أن نعرف معنى العمل، حتى نعرف معنى الراحة؟ نعرف معنى الحرب حتى نعرف معنى السلام؟ نعرف معنى الحياة حتى نعرف معنى الموت في سبيلها؟ نعرف أن ما نملأ به الوقت أثناء ما نسميه السلام، كمًا وكيفاً هو عتادنا أيضاً وأساساً أثناء الحرب وبعد الحرب؟

1940

1967

12)

2006 (99.7 %)

الدستور - 23.08.2006

... ثقافة السلام وثقافة الحياة !!!

أ.د. يحيى الرخاوي - الطب النفسي - القاهرة، مصر

yehiarakhawy@yahoo.com - www.rakhawy.org

..سألتني المذيعة الطيبة عن كيف نربي أولادنا على "ثقافة السلام؟"، استفست منها عما تعنى بثقافة السلام؟ وما علاقتها بثقافة الحرب؟ أرتج عليها، ولم تقل لي أن هذا تكليف من رئيسها؟ اعتذرت، وأكدت لها أنني لست ضد السلام، كما أنني لست ضد الحرب، فقط علينا أن نحدد ما نريد مما نردده.

" "

" (!) "

(2006)

)
!! (")
!!)

الدستور - 30.08.2006

ثقافة المقاومة بالسلام

أ.د. قـدري حفني - علم النفس - القاهرة، مصر

kadrymh@yahoo.com

مضت أعوام طوال على بدء ما اصطلح على تسميته بعملية السلام في الشرق الأوسط، و أصبح مصطلح "ثقافة السلام" يتردد على شفاه الجميع بكثافة غير مسبوقه، و لم تنقطع التساؤلات المتبادلة منذ افتتاح مؤتمر مدريد في أواخر أكتوبر عام 1991 حول ماذا نعني، وماذا يعنون، وماذا تعنون بمصطلح "ثقافة السلام"؟ و هل ينبغي أن يكون السلام مقابل الأرض؟ أم السلام مقابل السلام؟

!!

تربية اللا عنف... نمو أنسنة الإنسان

د. اسعد الامارة - استاذ جامعي وباحث سيكولوجي، السويد

elemara_32@hotmail.com - asaad_elemara@yahoo.com

1991 23

1991

إذا كانت التربية هي عملية التكيف والتفاعل بين المتعلم " الفرد " وبيئته التي يعيش فيها ، فهي في الأساس عملية تطبيع مع الجماعة وتعايش مع الثقافة ، وهي بالتالي حياة كاملة في أي مجتمع ، وتحت أي ظروف معينة ، أذن هي عملية تشكيل ومقل للإنسان وهي في النهاية النتاج الذي نشكل به انفسنا . اما اللا عنف فيعرف بأنه سلوك انساني لا يمكن فصله عن القدرة الداخلية والروحية على التحكم بالذات وهي المعرفة الصارمة والعميقة للنفس .

() : "عاب اخاك بالاحسان اليه ، واردد شره بالانعام عليه".

() ()

()

: "افاضلكم ا حسنكم اخلاقاً ، الموطئون اكنافاً ، الذين يألّفون ويؤلّفون وتوطأ رحالهم".

() : " تصل من قطعك ،
وتعطي من حرمك ، وتعفو عمن ظلمك ، فانك اذا
فعلت ذلك كان لك من الله عليهم ظهيراً " .

()

" طوبى للرحماء ... طوبى
لانقياء القلب ... طوبى لصانعي السلام " .

()

: " اقول لكم ايها السامعون : احبوا
اعداءكم ، احسنوا الى مبغضيكم ، باركوا لاعدائكم
، وصلوا لاجل الذين يسيئون اليكم " .

()

...

()

التحصيل الدراسي واضطراب ما بعد الضغوط الصدمية

م.م. ميسون كريم ضاري المعيني

www.Psychocenteriraq.com

مشكلة البحث: منذ ان أصبحت حالات
اضطراب الشدة عقب الصدمة Post- Trumatic
Stress disorders من الاضطرابات النفسية
المعروفة واضحة المعالم وهي تعتبر أحد أهم
الموضوعات والتي تنشأ من التعرض لأحداث
وأزمات غير عادية ، وعرفت في تاريخ الطب
النفسى تحت مسميات عديدة منها عصاب الرعب
Fright Neurosis ، وصدمة القذائف Shell
Shock ، وعصاب الصدمة Traumatic
Neurosis ، وتعب القتال Combat Exhaustion ،
ولقد أدت المعاناة النفسية والجسدية
الناجمة عن تزايد الأزمات سواء كانت من
صنع الإنسان كالعدوان والحرب او نتيجة
الكوارث الطبيعية ، الى وجود أعداد كبيرة
من الضحايا الذي يؤدي تعرضهم للضغوط
الهائلة الى التأثير الكامل النفسى والجسدى
لهم وتكون الحصلة النهائية هي الإعاقة
الجسدية والنفسية .

(reduce impulse control)

(1997 39)

(1991)

الاستنتاج

.1

.2

.3

.4

اهداف البحث

-:

-:

-:

نعمل سويًا

صلاح عصفور

dr_asfo46@yahoo.com

"نعمل سويًا" جمعية أهلية غير حكومية تعني أساساً بالصحة العقلية والنفسية ضمن شرائح عديدة من المجتمع اللبناني. كذلك تولى شأننا "متقدماً" في المحافظة على البيئة الحلية للوطن وحماتها.

في الشأن الصحي العقلي والنفسي:

: "اضطرابات ما بعد

الصدمة / Post Traumatic Stress Disorder "و لا زالت الحرب تفتك بنا حتى كتابة هذه السطور.

"

"

"

(PSC-P)

(%0.80-)

1982

- 1
-2
-3
-4

أرقام هامة

المنظمة : " نعمل سويا / WORKING TOGETHER
" علم وخبر رقم 170/أد
العنوان: ص ب / 5259 / 113 الحمراء - رمز
بريدي 1103 - 20 30 - بيروت، لبنان
التلفون: 9611/744079 -
9613/423737
بريد الكتروني: dr_asfo46@yahoo.com
- asfour467@hotmail.com

الضوابط العملية:

" وحدة نفسية، عقلية، اجتماعية، تأهيلية كفاءة و متقدمة".

فريق العمل / Team Work

الرئيس / الدكتور صلاح عصفور
العنوان: ص ب / 5259 / 113 الحمراء - بيروت - رمز بريدي
1103 - 20 30
POB 113/5259 - 20 30 1103 Hamra - Beirut
تلفون: 01/744079 - 03/423737
E mail : dr_asfo46@yahoo.com

"Psychiatrists" -

"Neurologists" -

" Social Workers " -

أ. ش. ت. ص. وعلاقته بالسلوك العدواني

(لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية)

أ.م. اشرف موفق فليح

ashraaff2005@yahoo.com

خطوة العمل / Working Plan :

بعد اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية من
أكثر الاضطرابات النفسية الشائعة بعد
تعرض الافراد الى الحوادث الصدمية مثل
الكوارث الطبيعية او الكوارث من صنع
الانسان مثل الحروب والحوادث والاعتصاب

وبالرغم من ان الاكليينكيين والاطباء
النفسيين والممارسين في حقل الصحة النفسية
قد تنبهوا لهذا العرض منذ فترة مبكرة، الا
انهم اقتصروا في استخدامه على وصف ما يسمى
بعصاب الحرب الذي كان يقتصر على وصف حالات
الانهيار النفسي في المواقف الحربية والمعارك
العسكرية، اما الاعتراف الرسمي بهذا الاضطراب
كاضطراب نفسي شامل له اعراضه ومحدداته
الخاصة المتنوعة، فقد تم في سنة 1980 الى
ظهور الدليل التشخيصي الثالث الصادر عن
جمعية الطب النفسي الامريكية وبظهور هذا
الاعتراف الرسمي بهذا الاضطراب امتد التعريف
بهذا المفهوم ليشمل مجموعة متنوعة من المرضى
الذين يتعرضون لكثير من المواقف الصارمة
بما فيها الحروب والاعتصاب الجنسي والامتهان
وسوء المعاملة النفسية والاجتماعية.

(APA.1994)

- 1
-2
-3
-4
-5

الملحق / الملاحق

Post Traumatic stress Disorder

- 1
-2
-3
-4
-1
-2
-3
-4

- 1
-2
-3
-4
-5

سمات ودوافع الاستشهاديين

(من وجهة نظر أسرهم وأقاربهم)

إيمان عدنان محمد عاشور
إشراق: أ.د. أحمد فهمي جبر

iashoor@yahoo.com

الملخص : هدفت الدراسة التعرف إلى فحص

سمات ودوافع الاستشهاديين في الضفة الغربية وذلك من وجهة نظر أسرهم وأقربائهم. وقد تم استخدام الاستمارة التي أعدتها الباحثة لموضوع الدراسة بالاستعانة بمقاييس ذات علاقة بالمجال، ومن ثم عرضها على مجموعة من المحكمين للتحقق من صدق الأداة إلى جانب التحقق من الصدق بحساب مصفوفة ارتباط فقرات الأداة مع الدرجة الكلية لأداة الدراسة، ومن ثم تم حساب الثبات لأداة الدراسة بأبعادها المختلفة بطريقة الاتساق الداخلي بحساب معادلة الثبات كرونباخ ألفا "Cronbach Alpha"، وقد تم أخذ عينة قصديه مكونة من (60) استشهاديا موزعة على المناطق: جنين، نابلس، طولكرم، رام الله، الخليل وبت لحم، وُزعت على أسرهم والمقربين لهم الاستمارة المعدة لذلك، إلى جانب عقد مقابلات مع (51) منهم باستخدام مجموعة من الأسئلة الموجهة التي تناولت حياة الاستشهادي منذ مراحل الطفولة حتى الاستشهاد والتي تم وضعها بالاستعانة بمجموعة من القراءات للدراسات السابقة وعرضها بعد ذلك على مجموعة من المتخصصين، وذلك من أصل (150) استشهادي منذ بداية انتفاضة الأقصى حتى أواسط (2006). ولتحليل النتائج تم حساب النسب المئوية، المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية، اختبار توكي "Tuky" test، ومعادلة الثبات حسب كرونباخ ألفا "Cronbach Alpha"، ومن تحليل النتائج تم التوصل للنتائج الآتية:

- 1
-2
-3
-4
-5

13-11
2004- 2003 (100)

- 1
-2

(PSC-O)

(100)

-1

After the researcher was examined other scale relate to the topic, she developed a questioner and measured the validity and reliability methods.

The questioner was administered on a sample of sixteen from the martyrs families, and friends using the random stratified method.

The sample constituted 40% of the total families and friend (population study). The study used also the interview method to collect the data. Where by 51 interviews with the martyrs families were done asking them directed questioned that dealt with the lives of the martyrs from childhood to the day when he or she was martyred.

After the data was collected , it was analyzed.

The results of the study showed the following:

1. The most prominent traits that the martyrs qualify with : difficulties in concentration, impulsive emotions, good hearted, consistency in their situation and opinion, repression of their needs during childhood and adolescent, their physical looks were close to Europeans than to easterners, simplicity were prominent in their personalities, followed by their good social relationships with their families and those around, their promote prayer times , listening to religious tapes, followed by their hatred and anger on what is happening in Palestine and their great love for the place they live at . The least traits that martyrs posses were: feeling of anxiety and uncomfortable anger at the living conditions, the talk about death continually, psychosomatic symptoms, stubbornness, to be recognized, the tendency to imitate others deprivation during childhood and adolescence and youth, they were also careful that they spend enough time with their families and converse with them, and make sure that they helped others solve their problems. They also consulted with their families problems matching sure the daily reading of the Qur'an, participate in religious ceremonies, attending religious seminars, attending the prayer in the mosque, and additional spending most of the time in the mosque, keeping the photos of other martyrs, refusing to travel to other countries, political activities, Finally they were also wanted by the Israeli army whether for detention or assassinated.

2. The results of the study showed that the most prominent behavioral changes they took place before being martyred (one week two month): listening to long nationalistic, too much prayers, noticeable quietness, tendency to be silent, followed by being careful to show that they are happy. The least behavioral changes that appeared: too much forgetting, nervousness and cigarette smoking.

3. The most prominent motives Behind Martyrdom operation according to their wills religious motive which formed the primary motive, nationalistic motive followed by the Israeli violent actions then revenge for a dear that was martyred., and finally social motive.

4. After analyzing the hypothesis of this study the following results of the study:There are statistical differences at the ($\alpha=0.05$)in the traits of the martyrs from the view points of parents and relatives due to the district.

- There are statistical differences at the ($\alpha=0.05$) in the traits of the martyrs from the view points of parents and relatives due to the place of residence.
- There are no statistical differences at the ($\alpha=0.05$) in the traits of the martyrs from the view points of parents

-2
(-)

-3

(0.05= α) -4

(0.05= α) •

(0.05= α) •

(0.05= α) •

(0.05= α) •

-5

Abstract
Motives and Traits of Martyrs as viewed families and relatives in The West Bank

The aim of this study was to identify the traits and motive of the martyrs in the west bank from their families and friends, point of view.

لإقامة دولة فلسطينية إسلامية حرة من الاحتلال، تأسست في أوائل الثمانينيات على يد الدكتور فتحي الشقاقي (سواحل، 2003).

كتائب شهداء الأقصى: مجموعة مسلحة من حركة (1967). فتج، تأسست عام (2000- سبتمبر)، تقوم على أساس الوطنية والقومية أكثر من الدينية، المؤسس الفعلي لها مروان البرغوثي (سواحل، 2003).

الجبهة الشعبية لتحرير فلسطين: منظمة مدنية أقل شعبية من السابقات بسبب الفكر الاجتماعي لها، أسسها جورج حبش في أواخر الستينيات (عودة وجمعة، 2002).

* بكالوريوس علم نفس من جامعة بيرزيت، القدس - فلسطين 1427هـ/2007 م

* عمادة الدراسات العليا قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي من قسم الإرشاد النفسي / عمادة الدراسات العليا / جامعة القدس 1427هـ/2007 م إجازة الرسالة الرقم الجامعي: (20311527) نوقشت هذه الرسالة وأجيزت بتاريخ: 14/1/2007 م من لجنة المناقشة

1- ا.د أحمد فهميم جبر رئيس لجنة المناقشة
2- د.عفيف زيدان ممتحناً داخلياً
3- د.جمال أبو مرق ممتحناً خارجياً

قياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية

(من تعرضوا لصدمة الحرب)

أ.م. طلال غالب علوان

نتيجة لجو التوتر الذي نحياه كل يوم عبر أجهزة التلفزيون والاعلام ومشاهد الحرب في مناطق المواجهة المباشرة، وبسبب الحروب المتعددة التي مر بها العراق والمعاناة التي عاشها افراد المجتمع العراقي ولدت ضغوط نفسية نتج عنها تدهور في العديد من جوانب شخصية الفرد بمستوياتها الفسيولوجية والبيئية والانفعالية والمعرفية والعقلية، وبالتأكيد ليس الكبار وحدهم من يعانون من ويلات الحروب وقسوة تبعاتها لكن قد يصل الأمر الى اطفالنا فنجدهم يعانون من اضطرابات في النوم والاحلام المزعجة اضافة الى اوجاع في الرأس او قد لا يظهر الطفل مشاعره او شعوره بالحزن والتوتر والغضب. وحسب تعريف جمعية الطب النفسي الأمريكي (1994) Dsmiv لاضطراب ما بعد الصدمة انه اضطراب ينتج عن تعرض الفرد الى صدمة نفسية يتميز باستمرار الحدث الصدمي وتجنب متواصل للمثيرات المرتبطة بالصدمة من افكار ومشاعر واماكن او اشخاص او تراخ في القدرة على الاستجابة وقصور في المشاعر الوجدانية وزيادة التوتر والتيقظ ومن المعروف ان الاطفال كائنات تنمو بسرعة وتواجه باستمرار تحديات نمو جديدة وهذه التحديات تسبب القلق والتناقض حتى للاطفال

- and relatives due to relatives relations.
- There are no statistical differences at the ($\alpha=0.05$) in the traits of the martyrs from the view points of parents and relatives due to the level of educational qualification.
- There are statistical differences at the ($\alpha=0.05$) in the traits of the martyrs from the view points of parents and relatives due to the economic conditions.

Based on the results of the study the researcher recommends the importance of establishing programs of guidance and counseling to the adolescence and the youth to direct their energies and to study the results of the martyrdom operations on their families and friends and to establish guidance programs to help them. And Finally the researcher recommends studying the affects of the Israeli violence on the personality of the Palestinian youth and to direct this affect positively.

مصطلحات الدراسة:

الحركات السياسية: ويقصد بها الحركات التالية: حركة المقاومة الإسلامية (حماس) بجناحها العسكري عز الدين القسام، الجهاد الإسلامي بذرعاها العسكري (سرايا القدس)، كتائب شهداء الأقصى - الجناح العسكري لمنظمة التحرير الوطني الفلسطيني (فتح) (القسام، 2003).

الاستشهادي: هو مصطلح فلسطيني ذو أساس ديني شعبي يستخدم لتسمية الشخص الذي أقدم على وضع حزام ناسف على جسمه أو وحمل حقيبة ملغومة أو قاد سيارة ملغومة أو اقتحم مستوطنة بهدف التفجير وأوقع أكبر عدد من القتلى والدمار (مصطفى، 2003).

العمليات الاستشهادية: مصطلح شعبي يستخدم للدلالة على عملية تفجيرية وليست عسكرية بالمعنى التقليدي، يقوم بها شخص بتفجير نفسه بقصد تفجير الأعداء ثأراً وانتقاماً وجهاداً في سبيل الله، ويختلف الأسلوب المستخدم حسب طبيعة الهدف (مصطفى، 2003).

الدافعية: هي حالة داخلية جسمية أو نفسية تدفع الفرد نحو سلوك معين في ظروف معينة، وتوجهه نحو إشباع حاجة أو هدف محدد، فهي بمثابة قوة حركة منشطة وموجهة بوقت واحد (الطبيب، الشخصية: هي التفاعل المتكامل للخصائص الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية التي تميز الشخص وتجعل منه نمط فريد في سلوكه ومكوناته النفسية (الحجوج، 2004).

السمة: أي صفة أو خاصية ذات دوام نسبي يمكن أن يختلف فيها الاهتمام بأي نوع من التفسير التصوري لها (منصور، 1996).

الجهاد: بذل الوسع والطاقة في سبيل الله عز وجل بالنفس والمال واللسان أو غير ذلك والمبالغة في ذلك (الرفاعي، 2003).

حركة المقاومة الإسلامية (حماس): جماعة إسلامية عسكرية تسعى لإقامة دولة فلسطينية إسلامية حرة من الاحتلال الإسرائيلي، الجناح العسكري لها: كتائب عز الدين القسام، تأسست الحركة في أواخر الثمانينيات على يد الشيخ أحمد ياسين (النيرب، 2003).

منظمة الجهاد الإسلامي: حركة عسكرية أصغر من حماس وأقل قاعدة جماهيرية منها، تسعى مثل حماس

الذين يعيشون في بيئات طبيعية ولكن يعيشون في بيئة تحمل معها العديد من التحديات الخارجية او الاضطرابات أو الصراعات الداخلية هم أكثر لتأعب عقلية ونفسية متعددة.

()
3- إجراءات البحث :
:

1994 (88)

(300)
(36 - 17)
(1.867)

(20.643)

4- النتائج ج :

(187) :

(%62)

(155) :

(%51)

PTSD

(187)

(%82)

70)

(12- 11- 10)

(72)

(118) :

%63)

(%39)

PTSD

37)

(187)

Partial PTSD

(%20)

(%12)

(187)

118)

Acute PTAD

)

Chronic

(%008)

(115

PTSD

(%97)

Delayed PTSD

(%016)

PTSD>

5- التوصيات

1. ش. ت. ص. لدى طالبات كلية التربية

د. ناطق فضل الكبيسي - بغداد

أ.م. أمال محسن عليوي الأسدي

1- المقدمة

(Post Traumatic Stress)

(Disorder)

2- الأهداف

)

(

Arabpsynet Dictionaries Arabic Edition



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



الحوارث عبد الحميد حسن ... صرحا لـ وى

نداء عائلة الشهيد
أيادي الظلام تغتال علما من الطب النفسي
نجم اخري سقط ... وما زال العراق ينزف
محطات مسيرة علمية مميّزة
مراسلاته مع شبكة العلوم النفسية العربية

اغتيال مسلمون مجهولون، الإربعاء 6 كانون الأول (ديسمبر) 2006

الأستاذ الدكتور الحوارث عبد الحميد حسن

**مدير "مركز البحوث النفسية والتربوية" في جامعة بغداد، وقالت
مصادر أمنية عراقية أن مجهولين أطلقوا
النار على الدكتور الحوارث أثناء توجهه إلى الجامعة
في "منطقة الجارية" وسط بغداد...**

بكلمات صادقة حقّة.. فأحدى أحلامه
وتطلعاته التي لم يسعفه القدر بتحقيقها، هو
كتاب يخطه بيده حول مسيرته ومشواره الطويل في
هذه الدنيا.. كتاب أسماه قبل أن يرحل:
((مهني كإنسان)).

والآن والحوارث في عالم الآخرة... بودنا
أن نخط هذا الكتاب بكلمات مهداة إلى روحه
الطاهرة.. بودنا أن نخط أيدي من عرفه و
صاحبه و زامله، وبكلمات تنبع من القلب حول
من هو الحوارث عبد الحميد.. كيف عرفتموه ..
وكيف وجدتموه.. وأي تجربة أو خبرة أو حدث
مررتم به معه.. وبالشكل الذي تراءوه
مناسبا، كأن يكون قصيدة شعر أو قطعة
نثرية..

نتمى من أعماق قلوبنا أن تلقى
دعوتنا للكتابة حول الحوارث عبد الحميد شهيد
العلم والحببة إستجابة منكم.. تخليداً وتكريماً
له..

**مع دعائنا لكم بالتوفيق والامان والصحة
والسلامة..**

عائلة الشهيد
الدكتور الحوارث عبد الحميد حسن
كانون الثاني 2007
alharith67@hotmail.com
alharith555@yahoo.co.uk

أيادي الظلام تغتال علما من الطب النفسي*

1987

1993

Arabpsynet Journal: N°13 – WINTER 2007

60

نداء عائلة الشهيد

بسم الله الرحمن الرحيم
الأساتذة و الأطباء أعضاء شبكة العلوم النفسية
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته..
بكل حزن وألم وحسرة، رحل عنا إلى لقاء
ربه إنسانٌ.. طبيبٌ.. عالمٌ.. مفكرٌ.. ومثقف
عراقي ندر مثله في هذا الزمان..

الأستاذ الدكتور الحوارث عبد الحميد حسن
الذي اغتالته يد الغدر والجهالة في
السادس من كانون الأول 2006م، رحل عنا بجسده،
أما روحه وعلمه الغزير وأعماله الصالحة
فباقية إن شاء الله.. باقية كما كان يقول
(إزرع الحب في كل مكان... تحصد الخير في كل زمان).
هذا هو شعاره ودينته.. وهو الطريق الذي
سلكه طيلة حياته.

فهو كما قال عن نفسه: إنسانٌ من أرض
سومر، وبابل، وآشور، وأكد... ابن بغداد،
والعمارة، والناصرية، والموصل، والكوفة،
والأنبار... ينتمي إلى كوكب الأرض كله...
الذي كرمه الله تبارك وتعالى.. ويعشق كل
الكواكب والنجوم والشموس والأقمار في كل مجرات
الكون.. عقيدته الإيمان بالله... وسبيله هو
الحوار مع الآخر... عاش ومات للحب وبالحب
وإلى الحب...

هو كما قال عن نفسه: مؤمن أن الحياة
الصافية والنقية... هي الطريق الأمثل لحل كل
النزاعات والصراعات... وهي السبيل إلى
السلام.. عاش وحتى الرمق الأخير... خادماً للعلم
والمعرفة.. مُعلماً ومتعلماً.. فالعلم عنده ألد
أعداء الجهل... ولا رفعة أو سمو لأمة إلا بالعلم
والبحث والمعرفة الحقّة.. باحثاً عن الحقيقة
دائماً عن طريق البحث والاستقصاء... بحكمة
وعقلانية من أجل عالم يسوده الحق والخير
والجمال..

هذا هو الحوارث عبد الحميد، وإن كانت الكلمات
لا توفيه حقه.. فبودنا أن نُخلد ذكرى رسول
العلم والمعرفة والحببة والسلام..

مجلة شبكة العلوم النفسية العربية: العدد 13 - شتاء 2007

1966
1970
1973
1977
1982

فكرة الابتكار
ليست اختراع آلة واكتشاف جهاز بل هي تنصب
على جوهر التفكير في الانسان: كيف يفكر وأين
ومتى وفي أي مستوى وكيف يؤسس له طريقة مستقلة
في التفكير،

* الشرقية

نجم اخري سقط ... وما زال العراق ينزف*

:
وجود علاقة بين العقل والنفس والروح، ووجود
صلة بين الجانب المادي والروحي في حياة الكائن
البشري..

: كشفه عن
العلاقة بين وظيفة الغدة الصنوبرية في الدماغ
والقدرات فوق الحسية عند الانسان

()

استهدف الحارث

الاستاذ والطبيب النفسي المرموق

1950

()

1942

()

من لمرضاي

مقالات وتقارير (170) (100) وطلبتني بعد ان اغادر، ان البسمه التي ازرعها على محيي وجه مريض واحد من مرضاي تعادل كنوز الدنيا.

قائمة بالبحوث

• أعضاء مركز البحوث النفسية

محطات مسيرة علمية مميّزة

المؤلفات وتراجيم	المؤلفات وتراجيم
- / ()	1989
/ ()	1990 -
/ - ()	1991
/ ()	1992 -
/ -	1996
() - ()	1998 -
- / / /	1999
/ ()	1999 -
- / 2000-1996	2001
- ()	2002 -
()	2002 -
()	2004 -
- ()	()
() -	()
2000 /	2000
2000	2000
/	2003
/	/
/	/
2005 /	2005 /
	بحوث علمية و دراسات (75)

Salam from Baghdad

Dear Dr. Jamal TURKY,
Greetings

I hope this e-mail finds you in good health.
I am heading a team of research to perform a wide survey about the substance abuse in Iraq which has become a problem equal to terrorism in BAGHDAD and other areas in this country.

I should be most grateful if you will lead me to a webs. Which deal with recent researchs and studies about DRUG ABUSE AND SUBSTANCE ABUSE, also i should be glad if you could supply me with recent studies about this problem in the Arab World.

Waiting eagerly for your reply .Kindly if you send me a big overloading you may use my yahoo e-mail because of its wide capacity.

BLESSING AND REGARDS

Dr. Alahrith A. HASSAN - IRAQ

consultant psychiatrist and psychotherapist

Date : dim 23 avr 2006 09:35:41 CET

مداخلة من العراق

رجاء توجيه هذه الرسالة إلي الدكتور خالد العليج حول مشاركتي مؤتمر التحليليين النفسيين بالمغرب.

الاخ الدكتور خالد العليج المحترم ، سبق ان ارسلت مداخلة للمشاركة في مؤتمر التحليليين النفسيين المزمع عقده في نوفمبر 2006 وكانت حول "دور الدين في تشكيل الهوية الحضارية للمرأة في المجتمعات العربية"، ولم احصل على اي ردٍ منكم حتى الان حول قبول او رفض المداخلة للمشاركة في هذا الملتقى العلمي. ارجو إعلامي بأسرع وقتٍ ممكن لاتمكن من ترتيب الموعد مع الالتزامات المتعددة من طرفي.. مع جزيل الشكر والتقدير .. وابتظار ردكم وان شاء الله المشاركة في مؤتمركم.

الأحد ، 02 تموز ، 2006 10:51 صباحا

()
An overall Psychological Picture of Slow learning
and emotional disorders, including diagnosis
and therapy

مراسلاته مع شبكة العلوم النفسية

رسالة محبة وتعارف

الثلاثاء ، 02 آب / أغسطس ، 2005 10:07 صباحا

Happy New Year 2006

Dear friends ,

Happy New Year.. Wish that 2006 will bring all peace, happiness and prosperity for all of you.. Also wish that 2006 will heal the wounds of Iraq and countries all over the world bringing tranquility and harmony after such difficult times of conflict and pain ..
God bless you all ,

Blessings ,

Dr. Alahrith A. HASSAN - IRAQ

Date : sam 31 déc 2005 10:43:45 CET

ببالغ الحزن والأسى تنعى شبكة العلوم النفسية العربية إلى أساتذة علم النفس والطب النفسي وفاة المغفور له الأستاذ الدكتور:

الشهيد الدكتور البارث عبد الحميد حسن

بهذه المناسبة الأليمة ، أتقدم أصالة عن نفسي و نيابة عن زملائي في شبكة العلوم النفسية، إلى أسرة الفقيد و ذويه و أصدقائه و إلى جميع الأطباء النفسانيين و أساتذة علم النفس العرب، بأحر التعازي ، سائلا الله العلي القدير أن يتغمده برحمته الواسعة و يسكنه فراديس جنانه و يرفع درجاته في العليين و أن يرزق أهله و ذويه جميل الصبر و السلوان و إنا لله و إنا إليه راجعون

"يا أيها النفس المطمئنة ارجعي إلى ربك راضية مرضية فأدخلي في عبادي وأدخلي جنتي"

د. جمال التركي

عن شبكة العلوم النفسية العربية

العنف هو المنبع الأساس للخطأ والإيذاء، ولا يمكن للتوبة أن تتحقق إلا بالاعتذار والتسامح حيث تتحول الرذيلة إلى فضيلة، وهذا ما يتطابق مع المقولة المشهورة «الاعتراف بالخطأ فضيلة». وما يؤكد أن الخطأ فينا جميعاً، قول عيسى، عليه السلام: «من كان منكم بلا خطيئة فليرمها بحجر». فليرمها بحجر.

!.. ..
.. ..
.. ..
.. ..
!..! ..
!!.. ..

ثقافة التسامح... الأبعاد النفسية والاجتماعية

مدخل: إن الحديث عن «التسامح» وثقافته، هو حديث ينبع من العقل الفردي وينتهي بالعقل الجمعي، أي بمعنى آخر، يبدأ بالإنسان الفرد وينتهي بالمجتمع الكبير. وجوهر هذا النمط من الحديث، هو النضج الانفعالي والتوازن الفكري، والإيمان الذي يستمد قوته من التقوى والعمل الصالح للفرد داخل الأسرة والمجتمع. يقول الشيخ محمد عبده «إن الشيء الذي تميز به الإسلام عن غيره احترامه للعقل ودعوته للنظر والتفكير، وحثه على العلم والتعلم وإشادته بالعلماء وأصحاب العقول ومملته على الجمود والجهل، وتمجيده للقراءة والكتابة والقلم، منذ أول آيات أنزلت من القرآن.»

لذلك.. وقبل أن نبدأ بالحديث عن الأبعاد النفسية والتربوية والاجتماعية لثقافة التسامح، لا بد لنا أن نوظف عقولنا وأفكارنا وعلومنا بقلوب صافية ونقية، لفهم المعاني الحقيقية لهذه الثقافة وما يمكن أن يحققه في مجتمعاتنا العربية من خير وحب وسلام ورفاهية وتقدم. ويتساءل الفيلسوف الفرنسي فولتير قائلاً: «ما هو التسامح؟ إنه نتيجة ملازمة لكيونتنا البشرية، إننا جميعاً من نتاج الضعف، كلنا هشون وميالون للخطأ، ولذا دعونا نسامح بعضنا البعض ونتسامح مع جنون بعضنا البعض بشكل متبادل.»

وهذا شاهد آخر يدعونا إلى أعمال الفكر والعقل والعاطفة عل حد سواء للتعامل مع الحياة. فمن منا لا يخطأ، ومن منا لا يضعف أمام هزات الحياة ومشكلاتها. ولكن كيف نتعامل مع أخطائنا؟ وكيف نتعامل مع الآخر الذي تسببنا في إيذائه نتيجة أخطائنا؟ كلنا يتذكر قول الرسول الكريم محمد صلى الله عليه وسلم: «كل ابن آدم خطاء، وخير الخطائين التوابون». وما التوبة؟ أليست هي دعوة إلى الباري تبارك وتعالى بقبول التوبة من جرم أو إيذاء أو خطيئة؟ ولكن كيف يقبل الله تبارك وتعالى التوبة، دون طلب الاعتذار من الشخص الذي تعرض للإيذاء أو الألم. إن جوهر الأديان السماوية، وفي مقدمتها الإسلام، يدلنا في هذا المضمار، على آلية عقلية وسلوكية في آن، تقول إن النفس إذا ما ارتكبت خطيئة، تخاصم ذاتها، لذا فإن أول سلوك نلجأ إليه هو التصالح مع النفس قبل أن نتصالح مع الآخر، وإذا ما تم التصالح مع النفس ومع الآخر، فإن الدعوة للتوبة إلى الله تصبح حقيقة لا مرد لها، لأن الغاية الإلهية القصوى خليفة الله في الأرض، الإنسان، هي أن يحيا حياة كريمة وسعيدة وهانئة، ولا سعادة طبعاً لفرد أو جماعة مع وجود العنف والعدوان والتطرف، لأن الميل إلى

الأبعاد التربوية

» »

: «إن التعليم في مجال التسامح يجب أن يستهدف مقاومة تأثير العوامل المؤدية إلى الخوف من الآخرين واستبعادهم، ومساعدة النشء على تنمية قدراتهم على استقلال الرأي والتفكير النقدي والتفكير الأخلاقي.»

الأبعاد النفسية

الشخصية العراقية *
المقدمة:

إن يجيز لنفسه تناول موضوع خطير وكبير مثل الشخصية العراقية ، خاصة إذا كان هو عراقي ، ولد وترعرع وعاش على ارض العراق وعلى مدى خمسة عقود من الزمان ، لم يغادره إلا طلباً للعلم والمعرفة ولعدد محدود من السنين ، فعاش الوطن بسرائه وضرائه ، وأفراحه وأتراحه، وأحزانه وآلامه، وشهد التغيرات تلو التغيرات، وتعلم الصبر والمثابرة بعد دراسة تاريخ هذا البلد العزيز وحضارته الشاخنة، وصار يحكم ويلات الزمن وضغوطه مُعلماً لشي واحد يعلو صوته فوق كل الأصوات، ذلك هو حب العراق.. أرضاً وناساً وتاريخاً وحضارة.

لكن ما يُهَوِّنُ المصاعب في الكتابة عن الشخصية العراقية، ويُذلل بعضها من تداعياتها، أن يكون الكاتب باحثاً ودارساً، يتحرك في مساحات الزمان والمكان بشفافية الباحث وموضوعيته، والتزامه بالمنهجية العلمية التي لا مفر منها، وهو يتناول بالبحث والدراسة هذا الموضوع الحساس والمثير. وهذا ما أدعته في الكتابة عن الشخصية العراقية في مجلتنا الغراء والشجاعة: المعرفة.

الأبعاد الاجتماعية

لقد كَثُرَتْ في الآونة الأخيرة ، الطروحات والمقالات والتحليلات التي تتناول المجتمع العراقي والفرد العراقي، وهي في مجموعها، محاولات جادة ووجهات نظر تُعبرُ عن آراء كتابها، وبغض النظر عن صوابها أو خطأها. وهذا يذكرني بالكم الهائل من الكتابات والتصريحات التي ظهرت بعد نكسة الخامس من حزيران عام 1967 والتي تجاوزت في أحكامها أنظمة الحكم السائدة في ذلك الزمان الى تناول الشخصية العربية ومدى مصداقيتها ووعيها وإرادتها وقدرتها على المقاومة والصمود والدفاع عن الأرض والكرامة.

إن المُحرِّكَ الأساس، عراقياً وعربياً ودولياً لهذه الكتابات والطروحات، هو سقوط النظام السياسي السابق في العراق والذي كان يتسم بالديكتاتورية والقسوة والاستبداد، هذا من جهة، والاحتلال الأمريكي - البريطاني للعراق، من جهة أخرى، لكن من الحزن، إن بعض هذه الكتابات، صارت تُطلق على الشخصية العراقية والفرد العراقي والمجتمع العراقي، مُسميات وألقاب وكُنَى، مستمدة من نظرية هنا أو هناك، أو تحليل نظري - أكاديمي هنا أو هناك، فيها الكثير من التجني والحيف، بل السادية أحياناً ... فمن " العراقيةوية " إلى " ثقافة الهزيمة "، ومروراً بـ " القابلية للاستعمار " أو حتى الانفصال بين الأمة وروحها، وأزمة الهوية والمواطنة والانتماء.

في هذه المقالة، سنحاول مجدية ومنهجية ومرونة وعقلانية أن نتناول أبعاد الشخصية العراقية في ماضيها وحاضرها ومستقبلها، دون أن نخوض معركة الجدل مع الآخر في هذا القول أو ذاك. وحتى نكون أكثر مصداقية في تعرضنا لهذه الشخصية العراقية، أجد من الأهمية بكان، استعراض بعض الأسس النظرية لمعنى الشخصية عموماً، سماتها وخصائصها، وعلاقة ذلك بالثقافة والبيئة والحضارة التي تعيش فيها تلك الشخصية. وبعد تناول الشخصية العراقية تحديداً، على مستوى منظومة القيم والأعراف المجتمعية، نُخرجُ إلى التغيير في الشخصية العراقية، ماضياً وحاضراً، ثم نُخرجُ بعد ذلك بعدد من الاستنتاجات المنطقية حول هذه الشخصية وآفاقها المستقبلية.

الشخصية في منظور علم النفس

()
()
()
()
()
()

..

.()

()

(4).

:

() ()

(2).

()

(5)

:()

(3).

()

()

:

(6).

(7).

نظريات الثقافة والشخصية

)

(

الشخصية العراقية - تكوينها ... وطبيعتها

(. 331)	(. 323)	()	(636)		
-224)	()	()	(635)		
	(660)	()			
		(750)			
(1258)	(37)				
		(1338-1258م)			
		(1411-1338م)			
-1411)		(1508م)			
(1508)					
(.1638) (1508م)		(1640م)		(8)	
1921	(1917م)	(1631)		5	100
	(1958م)	(1932م)	-3500)		(
1979					3000ق.)
	1963م	1958			(. 5)
2003/4/9م	1968م	1966م			(. 2120-2222)
()	()	()	(. 2006)		
			(. 1595)		(. 1751-1793)
					(. 1770)
					(. 1157-1595)
					(. 1157)
					(. 1025-1156)

() () .

نقد نظرية الورد والاعتراضات عليها

1995

1987

نظرية الدكتور علي الورد في الشخصية العراقية

() ()

(

:

00

(9).

()

() ()

(

1969

297

()

60

العراق في خمسة عقود

":

"

":

!"

":

...
"

()

()

طبيعة المرحلة الراهنة

()

. 2003/4/9

()

()

المصادر:

1. Introduction to psychology, Hilgard, p.p. 447, 2002
2. الوردى، علي حسين، شخصية الفرد العراقي، ص4، دار اليقظة، بغداد، 1951
3. نفس المصدر السابق، ص4،5،6.
4. موفق ويسى محمود، سمات الشخصية العراقية، رسالة ماجستير مقدمة الى كلية الآداب/ جامعة بغداد/1989، ص73.
5. الساعاتي، سامية، الثقافة والشخصية، بغداد/دار الرشاد،1969، ص240 - 241.
6. عاطف، وصفي، الثقافة والشخصية، بيروت 1979.
7. النوري، قيس، الحضارة والشخصية، بغداد، دار الرشاد 1982، ص127.
8. جورج عزيز ياقو، التسلسل الزمني للوقائع والاحداث الرئيسية في العراق قديماً وحديثاً، مقالة في مجلة بين النهرين، العدد 123 السنة 31، 2003م.

()

9. نفس المصدر السابق في (4) أعلاه، ص: 99.

* المعرفة

3 2/4/9

!!

العقلانية العراقية... قراءة في سبر أغوارها

دعونا الآن نتحرك قليلا في سبر أغوار العقلانية العراقية، وماذا تريد لهذا البلد العزيز..! نريد للعراق أن يكون: حرا، ديمقراطيا، إتحاديا، موحدا، ومستقلا.

1- لماذا حرا؟

:

" " " :

" "

" "

" "

:

!!

3 - لماذا إتحاديا؟

" "

2- لماذا ديمقراطيا؟

!!

4 - لماذا موحداً ؟

ثالثاً.
: قويّ أولاً، ديمقراطيّ ثانياً، ومسلم

5 - لماذا مستقلاً ؟

- 7
- 8
- 9
- 5 2
- 2
- 5
- 1
- 2
- 3
- 4
- 4
- 5
- 6
- 6
- !!!

قلت "لا شرقية... فخرت" عشاء "غريباً"*

المنار عبد الحميد حسن ... مسيرة أجهضت



إضطراب ما بعد الضغوط الصدمية

- * الإدراكات الحسية المترابطة
- * المُتعبّر النفسي في عالم اليوم... ضرورة وحاجة
- * المواقع القيادية العليا... سيكولوجية الانتقاء والاختيار
- * الأعداد النفسية للسياسي والدبلوماسي
- * الشخصية الاتكالية والانسان العربي
- * اللغة السيكولوجية في العمارة... نحو علم النفس المعماري
- * مفاهيم خاطئة عن العلاج النفسي

اغتيال مسلمون مجهولون، الإربعاء 6 كانون الأول (ديسمبر) 2006

الأستاذ الدكتور المنار عبد الحميد حسن

مدير "مركز البحوث النفسية والتربوية" في جامعة بغداد. وقالت مصادر أمنية عراقية أن مجهولين أطلقوا النار على الدكتور المنار أثناء توجهه إلى الجامعة في "منطقة الجادرية" وسط بغداد...

إضطراب ما بعد الضغوط الصدمية

الطبيعية التي مرت بها الشعوب والأمم على مدى سنين القرن العشرين ، فأفردت عنوانا خاصا لأضطرابات ما بعد الضغوط الصدمية POST TRAUMATIC STRESS DISORDER ، بعد أن كان التشخيص لهذه الاضطرابات يتوزع حسب طبيعة الأعراض المرضية التي يعاني منها المصاب والتي تتوزع على عناوين مثل : القلق ، الأكتئاب ، الرهاب أو الاضطرابات السلوكية .

لقد شهد العراق في آذار من عام 2003 م حربا واسعة وكبيرة ، شملت الأرض وما عليها والأنسان وما فيه واستمرت العمليات العسكرية التي قادتها وحدات عسكرية من أمريكا وبريطانيا بشكل مكثف حتى العاشر من نيسان 2003 م . إن آثار العمليات العسكرية الكبيرة والمتعددة ، تتوزع على العديد من الجوانب ، ولكن ما يهمننا هنا ، هو الأنسان والآثار النفسية التي تقع عليه من جراء هذه الكوارث . علماً أن الأنسان العراقي وعلى مختلف شرائحه وفئاته العمرية ، كان قد تعرض الى العديد من الكوارث والنكسات وعلى مدى اكثر من ثلاثة عقود . فمنذ عام 1958 وهو يعاني ، الكثير من الهزات والانتهاكات والمحبطات ومن ثم الثورات (كما يسمونها) . وقد عانى العراقي الشريف ، المغلوب على أمره منذ عام 1973 وحتى عام 2003 من ستة حروب مرعبة ومزرية، افرزت من ثمارها السلبية، الشهيد والمفقود، والاسير، والقنيل، وتركت الآلاف من الاطفال والنساء والشيوخ والشباب، يعانون ويتألمون ويقاسون على ذويهم واقاربهم، فضلاً عن المقابر الجماعية التي توضحت لابناء الشعب العراقي بعد زوال

منذ بدء الخليقة والانسان يحاول الحفاظ على وجوده وكيونوته وبقائه. وعلى الرغم من تطور الفكر لدى الانسان وانتقاله من البدائية فالهجمية فالبربرية ومن ثم العقلانية ، الا أن فكرة المقاتلة والخصام والعراك ظلت تدور وتدور في مخياله العقلي، ولم تتغير فيها الأهداف والنوايا ، بل تغيرت الوسائل والطرائق . فاستبدلت الحجارة بالصاروخ والعربة بالدبابة ، والمنجنيق بالمدفع وهكذا . وهذا يعني أن فكرة الحرب ، كانت وما زالت وستبقى هاجسا يقض مضجع الأنسان في كل زمان ومكان . ولكن، تبقى الحرب ، أهدافا ووسائل ، من صنع الانسان ونتاج الجزء العدواني من شخصيته . ومن ناحية أخرى، ظل الأنسان عبر العصور ومنذ وطأت قدماه فوق هذا الكوكب ، يصارع الطبيعة . فمزةً ينتصر عليها بعقله ودرايته ، ومره تنتصر عليه ببروتها وقوتها ، فتحدث الكوارث الطبيعية ، مثل الزلازل والهزات الأرضية والانفجارات البركانية والفيضانات وغيرها .

وفي كلتا الحالتين : عندما تكون الكارثة طبيعية أو اصطناعية ، فإن المتضرر الأول والأهم ، هو الأنسان الفرد ، طفلا أو شابا أو شيخا ، وهو الأكثر تأثرا بالحرب أو الزلزال أو الفيضان والى ما غير ذلك من آثار تدميرية، له ولممتلكاته وأهله وأقرباءه وأصدقاءه وجيرانه .

وقد تنبعت المؤسسات العلمية العالمية المختصة بتصنيف الاضطرابات النفسية لهذا الموضوع وذلك بعد الاعداد الكبيرة من الاصابات النفسية التي أعقبت الحروب والكوارث

%30
PTSD

%80

النظام السابق. لذلك فان اضطرابات ما بعد الضغوط الصدمية لا تتحدد بالحرب الاخيرة على العراق ولكنها تمتد في اثارها وتبعاتها الى اكثر من ثلاثين سنة مضت. لقد تراكمت الاعراض المرضية وتحولت عبر الزمن من حادة الى مزمنة ، وهذا هو قدر العراقيين وواقع ما يشعرون به.

1 - الدراسات المسحية

PTSD

- (1)
(2)
(3)

- (1)
(2)
(3)

()

- (1)
(2)
(3)

- (4)
(5)
(6)

مسيرة المرض والمآل

6
6

2 - طبيعة المريض

6

* الإدراكات الحسية المترابطة *

() .

1- لتقنيات السلوكية

()

2- العلاج الدوائي

()

()

()

()

3- العلاج النفسي

4- إعادة التأهيل

() :

synesthesia

"Joined perception "

Synesthesia

Together

syn

perception

synesthesia

Aesthesia

Joined perception

()

crossed connection
sensory system

synesthesia
limbic system

:

1- غير إرادية:

2- اسقاطية:
"

)

(

3- محببة وفاعلة:

4- ما يختص بالذاكرة:

()

5- انفعالية:

1:200

100000:/

المُختبر النفسي في عالم اليوم... ضرورة وحاجة *

وأفاتها، وبالتالي

cognitive

psychology

(MRI) (EEG) (ct-Scan)

.1988

.1989

الاختبارات المتوافرة عالمياً، تنطوي على العديد من المحددات ويجب إستخدامها بدقة واهتمام ومن قبل مختصين محايدين.

(1992)

(1996)

()

()

01- تكون الاختبارات والتقييمات موضوعية objective

02 - صممت هذه الاختبارات لتكشف بشكل منظم عن المفاتيح الأساسية لقابلية القيادة.

03 -

لأختبار أعداد كبيرة من المرشحين

للمناصب القيادية العليا

(Management & Leadership)

اختبار Benchmarks في

الأفاق والتوجهات الادارية

Leadership Practices Inventory

الموضوع والحاجة إليه يمثل ضرورة أساسية لتدعيم وإسناد هذه الطروحات.

* المواطن

المواقف القيادية العليا... سيكولوجية الانتقاء والاختيار*

مدخل: يعدّ موضوع القيادة واحداً من المفردات الأساسية في علم التنمية البشرية وعلم النفس الاجتماعي. وبما ان القيادة تحتاج الى العنصر البشري بوصفه الشخص الذي يتحمل مسؤولية القيادة لأي نشاط في هيكل الدولة التنظيمي أو في القطاع الخاص، لذلك فقد اهتم علماء النفس في مجالات الانتقاء والتصنيف للأفراد، بدراسة هذا الموضوع اكااديمياً، نظرياً وتطبيقياً من خلال البحوث الميدانية، بهدف الوصول الى أفضل الوسائل التي تمكن صاحب القرار من اختيار الشخص المناسب للمنصب القيادي المطلوب، بعيداً عن التحيز والذاتية أو أي من الاعتبارات الاخرى التي تقع خارج اطار القدرة والقابلية والإمكانية لتبؤ هذا الموقع القيادي.

وغالبا ما يعتقد الناس على اختلاف مستوياتهم، أنهم قادرون على تمييز "القائد" من النظرة الأولى، لكن الادبيات التاريخية، تكشف لنا خطأ هذا الاتجاه الذي يرتبط بالوجدانيات أكثر من إرتباطه بالحكمة والاختيار السليم، لذلك فإن إهتمام الباحثين المتخصصين في مجال الانتقاء، ينصب دائماً في إعداد الوسائل العلمية المقبولة في اختيار القادة المؤثرين في مجالات العمل المختلفة. واليوم تتوافر العشرات من الاختبارات التي تقيس القابليات القيادية الكامنة والظاهرة. ومن الجدير بالذكر فإن كل

(LSI)

- .1
- .2
- .3
- .4

)

(

The Leadership Skills Inventory (LSI) اختبار المهارات القيادية

(50)

- .1
- .2
- .3
- .4

(WAIS)

(MMPI)

(Flanagan Tests)

(Guilford and Torrans tests)

.1

Self-Management skills for self-control and Development

.2

Interpersonal skills for Building Positive Relationships"

.3

"Counseling Skills for Problem Management"

.4

"Consulting skills for Group and Organization Development"

.5

Style, Role, and skill shifting to Develop versatility and Effectiveness"

"Leadership Skills Inventory- Others, (LsL-o)

* المواطن

الأعداد النفسية للسياسي والدبلوماسي *

تمهيد: ربما كانت كلمة " السياسة " أكثر الكلمات تداولاً بين الناس في أحاديثهم ومجالسهم ومحاضراتهم وندواتهم ولقاءاتهم وخاصة في المجتمعات العربية. ومن الملاحظ أن الناس على اختلاف أعمارهم ومواقفهم وثقافتهم ودياناتهم وانتماءهم، ينظرون إلى مفهوم السياسة باختلاف واضطراب أحياناً نتيجة لاختلاف الرؤية وتباين وجهات النظر مما يجعلنا مضللين في فهم المعنى الحقيقي لهذا المفهوم.

ومن جانب آخر، نجد أن كلمة " النفس " تحتل مساحة واسعة أيضاً من أحاديث الناس وكلامهم وبشكل ملفت للنظر. مع أننا لو دققنا في المعنى المقصود لاستخدام هذه الكلمة التي تتردد على لسان الصغير والكبير، المثقف وغير المثقف، القارئ وغير القارئ، لوجدنا أنها تستعمل في مقاصد شتى ومعان مختلفة. فمرة تعنى الذات الإنسانية في كليتها.. وأخرى تعنى الروح، وثالثة تعنى العقل وأخرى تعنى القلب والعواطف. وهذا يؤسس بطبيعة الحال إلى تضليل وشك في التعرف على المعنى الحقيقي لهذا المفهوم رغم استخدامنا الواسع له في لغتنا العربية الفصحى ولهجاتنا المحلية التي تنطق بها الشعوب العربية.

وبهدف التعرف على طبيعة الأعداد النفسية للسياسي الجيد، وبغية الإلمام بالجوانب النفسية التي تمثل الطريق الأحسن لأداء جيد للدبلوماسي، لا بد لنا أن نتوقف ولو قليلاً على استعراض المعاني الحقيقية والصحيحة لمفهوم " السياسة " و " النفس ". كذلك فإن طبيعة هذه المقالة وأهميتها في عرض الأسس السليمة للأداء الجيد والكفاءة المطلوبة للسياسي والدبلوماسي من وجهة نظر نفسية، تحتاج إلى ترسيخ معاني بعض المصطلحات والمفاهيم التي أجدها ضرورية لبناء قاعدة فكرية ومعرفية للعقل السياسي الذي يتبؤ موقعا دبلوماسياً كما في توضيح العلاقات الترابطية بين مفهوم " الإنسان " وكل من " السياسة " و " الدبلوماسية " وكما في توضيح معنى الموهبة والعقل السياسي وما ينطوي عليه من شعور ولا شعور فردي وجمعي.

1- ما معنى مفهوم السياسة :**2- مفهوم الدبلوماسية :**

Insight

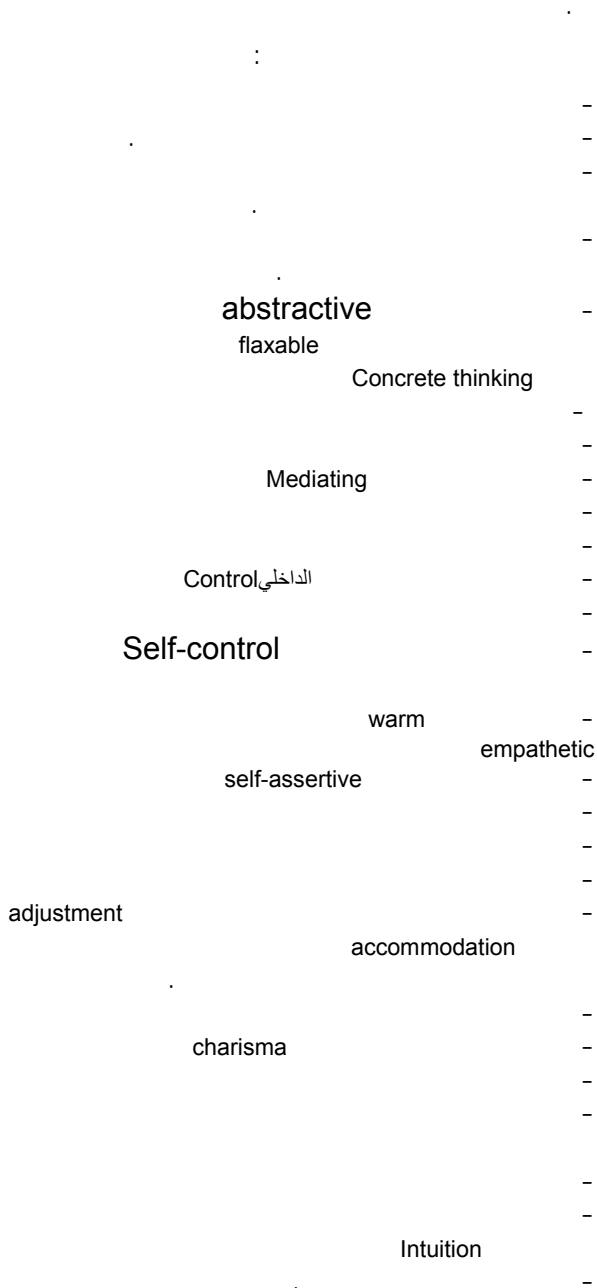
3- النفس وأهميتها في بناء الشخصية :

!!

4- السياسي والدبلوماسي، موهبة.. أم إعداد وتدريب؟؟

Mind

Brain



5 - الأعداد النفسية للسياسي والدبلوماسي الجيد:

conflict Transformation

Communication

خاتمة

()

مجلة الدبلوماسية

الشخصية الاتكالية والانس ان العربي *

()

) :159

.(

()

!...

!..

اللغة السايكولوجية في العمارة... نحو علم النفس المعماري *

(mind)

.(brain)

(subject matter)

.(insight)

comfortability

affect &

. consciousness

. ()

(() ونفيس وما سواها فألهمها فجورها و تقواها
..))

مفاهيم خاطئة عن العلاج النفسي *

" " " "

*

- .1
- .2
- .3 اي
- Concrete thinking Abstract
- Subjective: .4
- Meditating .5
- Visualization & imagination .6
- Self- control .7
- Warmth .8
- Self- assertive .9
- Submissive .10
- Adaptive .11
- Smart & intelligent .12
- Adventuring .13
- .14
- .15

. Thinking process

*جريدة المواطن

المجلة الإلكترونية لشبكة العلوم النفسية دعوة للمشاركة في محاور الأعداد القادمة

مواضيع الملفات الرئيسية للأعداد القادمة:

صيف 2007: "مظاهر الإكتئاب في المجتمع العربي"

آخر أجل لقبول الأبحاث 30 جوان 2007

خريف 2007: "سيكولوجية التطرف العقائدي ... وهم القوة وقوة الوهم"

آخر أجل لقبول الأبحاث 30 سبتمبر 2007

شتاء 2008: "السيكولوجيا من منظور عربي"

المشرف: أ.د. الغالي أحروشاو - فاس، المغرب: aharchaou_rhali@yahoo.fr - a-rhali@caramail.com

آخر أجل لقبول الأبحاث 31 ديسمبر 2007

مقترحات لمحاور أعداد 2008

- الانتحار في المجتمعات العربية
- الرهاب الإجتماعي من منظور عربي
- صورة المستقبل في الذهنية العربية
- التحليل النفسي للشخصية العربية

بهذه المناسبة، يشرفني و أعضاء أسرة الشبكة دعوة زملائنا الكرام مشاركتنا ترأس الإشراف على إعداد ملفات هذه المحاور حتى نرقى بأبحاث المجلة إلى مستوى المجلات الدولية المحكمة. دمتم ذخرا للعلم و المعرفة

تفضلوا حضرة الزميل المحترم تقبل أسمى عبارات المودة و التقدير.
في حفظ الله و رعايته دمتم.

ملاحظة: ترسل الأبحاث على عنواني المجلة الإلكترونية ورئيس التحرير / turky.jamel@gnet.tn - APNjournal@arabpsynet.com

الإنسان... النجم غايية أم وسيلة

(الجزء السادس)

أ.د. يحيى الرخاوي - الطب النفسي - القاهرة، مصر

yehiarakhawy@yahoo.com – www.rakhawy.org

أما قبل

في حديث الامام الشيخ محمد عبده مع الفيلسوف هربرت سبنسر (1820 - 1903) غلق الإمام على نقد سبنسر لمادية الحضارة الغربية قائلاً "...هؤلاء الفلاسفة والعلماء (يقصد: العلماء الغربيين) الذين حققوا كل هذه الاكتشافات في الطبيعة والمادة "... (وعدد بعضها في الكيمياء والفيزياء .. وغيرهما) ... أفلا يتيسر لهم أن يجلوا ذلك الصدا الذي غشى الفطرة الانسانية ليصقلوا تلك النفوس ...؟"

ثم أشار إلى دور الدين والايان في الإسهام في جلاء هذا الصدا الذي غشى الفطرة البشرية.

لن نجلو الصدا الذي حل على الفطرة البشرية بأن نفسر نبض الدين بظاهر العلم، أو أن نقرأ آيات تصف من لا يحكم بما أنزل الله، فنختزل فهمها إلى صفة تهدف إلى "إدارة الدولة"، وصلى أن الحكم بما أنزل الله - استلهاما لا تفسيرا - هو أن نحسن فهم الطبيعة كما خلقها، الطبيعة البشرية، والطبيعة الكونية، فكل هذا من عنده سبحانه، فهو أنزله، والحكم به هو أن نوجهه "إلى أحسن ما هو"، لعل هذا هو الذي دعى أحد المتصوفة أن يعرف طريقه إلى الله بأنه: "...أن عملاً الوقت بما هو أحق بالوقت". نحن أيضا نتعرف على الفطرة كما خلقها الله من الطفولة في نقائها، ومن الطبيعة في اتساقها وجمالها، وذلك من خلال كل وسائل المعرفة وقنواتها دون خلط أو استسهال أو تسطيح أو تعسف أو احتكار لأحد المصادر دون غيرها.

حين أقول إن الله أنزل قوانين الفطرة لا أقصد تحديد أي نص إلهي بذاته، وإنما أقصد أن كل علم أو معرفة أو إبداع حقيقيين هو من عند الله، بمعنى أن إبداع المبدع، وإنتاج العالم، هو من عند الله من حيث المبدأ، وهو لإزالة الغشاوة عن الفطرة، بغض النظر عن معتقد المبدع أو العالم. هذا الرأي مخالف تماما للتفسير الذي يسمى الإعجاز العلمي للنص الإلهي، لأنه لا يضيف إلى العلم أو إلى المعرفة إلا مغالاة في التأويل، وتسطيحا للمعرفة، وتشويها للإيمان، اللهم إلا إذا كان إشارة إلى استلهام متجدد لمعنى مواز، وليس متعسفا قاصراً على آية نابضة بمعلومة لا تؤخذ إلا في سياقها الإيماني.

أين يقع النجاح كما نعرفه اليوم من نبض الفطرة وغايتها؟ هذا هو سؤال اليوم؟.

حكايات وأغانى رمضان: عن الفطرة والأطفال (2) النجاح: غايية أم وسيلة؟

- "مالاقيش فرحان في الدنيا قد الفرحان بنجاحه"، - "النجاح يرفع إيداه" ..

قالوا: وكيف كان ذلك؟

" "

!!!

"مسألة حياة أو موت"

أنا طبعاً نفسي أنجح
عايز افرخ .
بس ما يجلس محلي: "إني ناجح"
إنت مش واخذلي بالك، إنت سارح .
في اللي نفسك اني اجبيه لحد عندك .
أنا باعئد رينا .
ليه عايزني أبقي عبدك؟
أنا عبده هوّه وحده
يعني حاسعي لحد حدّه
بس هوّه تعالي خارج كل حد
وانا باسعي له ومش قايل لحد
طبّ حاقولك:
أنا طول عمري هنا من قبل ما انجح
أنا موجود بعد ما انجح
يعني لو تعترفوا بي لو سقطت
أو غلطت
حاعرف اني قد كبرت
أرجع أنجح شكل تاني
مش بعيد مالاولاني
بس أهمل
أصل هوّه الأصل يا با ، تبقى تعقل
تنتبهلي تشوف طريقي ، واللي خلقك
حاتلاقيني وصلت قبلك
أنا رايج ناحيئّه
زي ما هوّا خلقني بحكمئّه
يعني مش محدود بوهمي إنّ "أنا"
أو كما رسئني أوهامكم هنا
أنا حانجح مش عشانكم
مش عشان خاطر عيونكم
النجاح دا هوّا ليّا، وأنا منكم
النجاح الخلو يعني:
هوّا إني:
أنتفع بنجاحي لينا، يعني ليّا
إني أسعد لينا فيكم، يعني بيّا
إني أفئهم نفسي أكتر
يعني أفهمكم واقدّر
يعني أكبر
النجاح دا زي عربيّة حميلة،
تبقى حلوة، لو أسوقها، مش تدوسني
نغسي مرّة في عواطف مالأصيلة
مش تبوسني:
لما أنجح ،
وامّا ما انجحشي كإني، مش تبعكم
أنا حانجح شكل تاني، واشترى حتى اللي باعكم
ليكم انتم
وأنا معكم

القراءة

أزمة الثانوية، والابن المشروع الاستثماري

قراءة من الداخل

النص:

هوّا حدّ يجب يسقط؟
هوّا حدّ يجب يغلط؟

أزمة منتصف العمر

)....

(

()

دعوة رمضانية

موقع البروفيسور يحيى الرخاوي



www.rakhawy.org

خبرات الإساءة في مرحلة الطفولة وعلاقتها بالاضطرابات النفسية (في مرحلة الرشد المبكر)

دراسة ميدانية على عينة من الشباب

أ.د. بشير معمرية - علم النفس، الجزائر

maamria03@yahoo.fr - bashir_psy@hotmail.com

مقدمة: الطفولة مرحلة هامة من الناحية النفسية, وقد أشار علماء النفس إلى أن الطفولة المبكرة هي أساس بناء الشخصية, وفيها تتحدد السمات التي سوف يكون عليه الفرد في الكبر. ويحتاج الطفل إلى الرعاية والحماية, وإلى حقوق خاصة مادية ونفسية تتوافر له في كل مراحل نموه, لكي ينمو نموا سليما خاليا نسبيا من الحرمان والإساءة من والديه وإخوته وأفراد مجتمعه. ويظل الطفل في حاجة إلى هذه الحقوق من الأمن والحماية في التغذية وفي السكن وفي العناية, لكي ينمو ويحقق مطالب النمو السوي.

وقد نالت الطفولة أكبر حظ من الاهتمام في الوقت الحالي, نظرا لظهور رابطات اجتماعية وقضائية تنادي بتوجيه العناية إلى الطفل وحمايته. وكذلك ما ساهمت به البحوث العلمية الطبية والنفسية والاجتماعية في إبراز الآثار السيئة الجسمية والنفسية والاجتماعية في الكبر التي تتركها الإساءات التي يتعرض لها الأفراد في طفولتهم.

ويعتبر الباحثون مرحلة الطفولة ليست مجرد مرحلة إعداد للحياة المستقبلية, بل هي مرحلة هامة من مراحل الحياة يجب أن يسعد بها الطفل. وتتوقف سعادة الطفل على مدى شعوره بإشباع حاجاته من قبل ذويها؛ الوالدين والإخوة والأقارب. وتعتبر الحاجات إلى الأمن والحماية والرعاية من أهم ما يحتاج إليه الطفل لينمو نموا سليما. (أماني عبد المقصود عبد الوهاب, 1999, 691).

وفي المراحل الأولى من عمره يرتبط الطفل بوالديه ارتباطا كبيرا. فيشعر أنهما الملجأ الوحيد له من أي خطر يهدده. وعندما يشعر بوجود الأمن والحماية والرعاية معهما, يصبح مستعدا لمواجهة تحديات النمو, وتتوثق علاقاته بأفراد أسرته مما يشعره بالسعادة, ويسهم ذلك في نمو شخصيته في طريق السواء في بقية مراحل حياته.

ولكن في بعض الأحيان لا تسير الأمور بهذا الشكل الإيجابي, فقد يتعرض الطفل للخطر والأذى والإساءة بأنواعها المختلفة. ويحدث هذا كثيرا للأطفال في كل مجتمعات العالم, حيث يتعرض الأطفال لأنصاف التعذيب والإهمال الوالدي والحرمان والإهانة, مما يؤثر سلبا على إشباع حاجاتهم الأساسية جسديا ونفسيا. وكشف العديد من الدراسات تعرض الأطفال إلى إساءات بدنية ولفظية وانفعالية وجنسية, وإلى حرمان وإهمال. كما بينت دراسات أخرى وجود علاقة بين هذه الإساءات التي يتعرض لها الأطفال والاضطرابات النفسية والشخصية التي يصابون بها في كبرهم. حيث تؤثر الإساءة في مرحلة الطفولة على المدى البعيد من حياة الفرد. فالفرد الذي يتعرض للإساءة في طفولته, قد يصبح عنيفا مشاغبا حركيا قلقا مكتئبا خائفا. (سعاد عبد الله البشر, 2005, 400).

ويشير الباحثون إلى أن للطفل حقوقا أساسية ينبغي الوفاء بها, مثل حق الغذاء وحق العناية بنظافته ومظهره وحق اللعب وحق الأمان من أي شكل من أشكال العدوان البدني والجنسي, وحق الأمن النفسي ألا يقع الطفل فريسة لأشكال الإساءة النفسية والانفعالية من رفض وإهمال وعدم رعاية وتهديد بسحب الحب, وإغاظه وتهديد بالتخلص منه ومعايرته بعيوبه ومقارنته بأقرانه. وكذلك حق الطفل في أن يقدره الآخرون ويحترمونه ويشعرونه بأنه محبوب. وأن عدم تلبية هذه الحقوق الأساسية للطفل والتي نصت عليها المواثيق العالمية لحماية الطفل, تمثل إساءة للطفل وتنبئ باضطراب في صحته الجسمية والنفسية مستقبلا. (راتشيل كالام, كريستينا فرانشي, 1991, 6 - 14).

يذكر السيكلوجي الإنجليزي جون بولبي John Bowlby أن من أهم أسس الصحة النفسية للطفل, أن تكون له علاقة دافئة حميمة ومستمرة مع الأم. وتلك العلاقة مع الأم أو من يقوم مقامها وراء نمو شخصية الطفل وصحته النفسية. أما الإساءة من الوالدين ومعاناة الأبناء من العقاب والرفض والإهمال, فترتبط بزيادة السلوك المضاد للمجتمع (السيكوباتية) لدى الأبناء. (عماد محمد مخيمر, عماد علي عبد الرازق, 1999, 316)

وبينت كذلك دراسة ج. جلادستون وآخرون G. Gladstone & al 2004 وجود ارتباطات دالة بين التعرض للإساءة الجنسية والإساءة الانفعالية في مرحلة الطفولة, وبعض المشكلات النفسية كالكتئاب والقلق وإيذاء الذات والعنف واضطرابات الهلع. (سعاد عبد الله البشر, 2005, 400).

وفي أواخر مرحلة المراهقة وبداية الرشد، وهو العمر الذي يميل فيه بناء الشخصية إلى التكامل، تتزايد احتمالات التعرض للإصابة بالاضطرابات النفسية بالنسبة للفرد الذي تعرض للإساءة في الطفولة.

وقد أراد الباحث الحالي أن يتعرف عن العلاقة بين التعرض لخبرات الإساءة في مرحلة الطفولة والإصابة بالاضطرابات النفسية في بداية الرشد في المجتمع الجزائري.

أهداف البحث

1898. (صالح

حزين السيد, 1993, 503).

20

Battered child syndrome. (راتشيل كالام, كريستينا فرانشي, 1987, 7)

أهمية البحث

1953

(عماد محمد

خيمر, عماد علي عبد الرازق, 1999, 317).

C. H. Kempe & al

The Battered 1962

child (إيمان محمد صبري, 2000, 26).

2.1 - تعريف الإساءة للطفل

1 - الإطار النظري للبحث

1.1- الإساءة للطفل تاريخيا

The abuse

(عماد محمد خيمر,

عماد علي عبد الرازق, 1999, 317) (جمال مختار

حمزة, 2000, 153) (إيمان محمد صبري, 2000, 27).

(1987, 9).

Child abuse

Mary Allen

- الإساءة الجنسية Sexual abuse :

" (في :
عماد محمد خمير, عماد علي عبد الرازق, 1999, 331) .

- الإهمال The Negligence :

- الإساءة الانفعالية Emotional abuse :

" (السيد أحمد إسماعيل, 2001, 270) .

- الحرمان The Deprivation :

(2734 - 271, 2001 ,
(401 - 400, 2005)) .

4.1 - حقوق الطفل وحاجاته

" (في : إيمان محمد صري,
(27 , 2000) .

(13 - 12, 1987) .

5.1 - خصائص الأبناء المسيئين لأطفالهم

" (في : صالح حزين
السيد, 1993, 505) .

1962 :

") .

(504, 1993 ,

(277 - 276, 2001) .

3.1 - مفهوم الإساءة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع :

American Psychiatric

Association

Diagnostic Statistical Manual 4 Of Mental Disorders

1994

(404 - 403, 2005 ,) .

J. David 1997

287

% 20 - 19

- الإساءة الجسدية Physical abuse :

(:) . (252 , 2004 ,) .

(412 , 2005 ,) .

:

.

() .

(453 , 2003 ,) .

(149 , 1993 ,) .

6.1 - خصائص الأطفال المساء معاملتهم

) .

(520 - 512 , 1993 ,) .

) .

B. Andrews 1995

(277 , 2001 ,) .

289

(237 - 236 , 2005 ,) .

(254 - 252 , 2004 , :) .

35

21 - 16

(470 , 2003 ,) .

) .

(320 - 319 , 1999 ,) .

A. ,H. P. Martin 1980 :

,P. M. Coons 1986 ,H. Green 1981

7.1 - الإساءة في الطفولة وعلاقتها بالاضطرابات النفسية في الكبر

(150 - 149 , 1993 , :) .

2 - مشكلة البحث وأسئلته وفروضه

Y. M. Vissing & al 1991

1.2 - مشكلة البحث

(237 , 2005 , :) .

M. Helgeland & al 2004

(407 , 2005 , :) .

42 , 55

32 - 18

27	135	.1996	
			.2005
.1987 (ICD 10)	(DSM 3 R)		
	.1990		
	.2 = ,1 = , = :		
			2.2 - أسئلة البحث
			-
	Addiction : الإدمان	♦	-
	Adjustment disorder : اضطراب التوافق	♦	-
	Identity disorder : أزمة الهوية	♦	-
			-
	Post – Traumatic stress disorder	♦	-
			-
	Separation Anxiety disorder : قلق الانفصال	♦	-
	Generalised Anxiety disorder : القلق العام	♦	3.2 - فروض البحث
			-
	Phobias : الخوف	♦	-
			-
	Depression : الاكتئاب	♦	-
			-
	Schizophrenia : الفصام	♦	-
			-
			3 - الإجراءات الميدانية للبحث
			♦ المنهج :
			♦ العينة :
		232 232 ,465	
		27 - 18	
		.1.84	21.65
			♦ أداتا البحث :
			أ - قائمة خبرات الإساءة في مرحلة الطفولة :
			57
		15 17	
		7 10 7	
			= :
			.2 = ,1 = ,
			" "
		(273 =)	7.10 - 9.54 :
		.0.01	
		0.53 :	(273 =)
			0.62
			ب - مقياس الحالة النفسية للشباب :
			♦ الاضطراب الضلالي (البارانويا) (Delusional (Paranoia)

1.1.5 - عينة الذكور

جدول رقم (1) يبين ترتيب أشكال الإساءة في مرحلة الطفولة من حيث الأبعاد ومصادرها لدى عينة الذكور وفقا للمتوسطات الحسابية .

الاخرافات المعيارية	المتوسطات الحسابية	أشكال الإساءة في مرحلة الطفولة من حيث الأبعاد ومصادرها
4.61	4.26	1 - الإساءة اللفظية (الإخوة)
4.56	4.14	2 - الإساءة اللفظية (الأب)
4.82	3.98	3 - الإساءة اللفظية (الأم)
3.37	3.10	4 - الإساءة البدنية (الأب)
3.20	2.69	5 - الإساءة البدنية (الأم)
3.07	2.29	6 - الإساءة البدنية (الإخوة)
3.10	2.02	7 - الإهمال (الإخوة)
2.79	1.97	8 - الإهمال (الأب)
2.18	1.75	9 - الحرمان (الأب)
2.50	1.64	10 - الحرمان (الإخوة)
1.98	1.45	11 - الحرمان (الأم)
2.03	0.95	12 - الإهمال (الأم)
1.14	0.29	13 - الإساءة الجنسية (الإخوة)
0.49	0.14	14 - الإساءة الجنسية (الأم)
0.46	0.12	15 - الإساءة الجنسية (الأب)

(1)

جدول رقم (2) يبين ترتيب الإساءة البدنية واللفظية والجنسية والإهمال والحرمان حسب حجم تكراراتها لدى عينة الذكور .

أشكال الإساءة	الإساءات	ترتيبها		
		لدى الأب	لدى الأم	لدى الإخوة
1 - يصفعوني على وجهي		8	3	2
2 - يضربون رأسي إلى الجدار		14	17	15
3 - يقطعون عني الأكل		11	9	14
4 - يعزلونني داخل البيت		4	5	12
5 - ينزعون عني ملابسني ويعرضونني للبرد		15	15	-
6 - يحرقونني بالنار		16	12	16
7 - يقيّدونني بأخيل		13	11	13
8 - ينتفون شعر رأسي		9	8	9
9 - يتفلون (يبصقون) على وجهي		5	6	8
10 - يضربونني على فمي حتى يسيل دمي		12	16	10
11 - يضربونني بالعصا		1	2	3
12 - يركلونني بأرجلهم		2	14	1
13 - يضربونني بأي شيء يوجد في أيديهم		3	4	4
14 - يقرصونني من جسمي ووجهي		7	1	6
15 - يقرصونني من أذني حتى يكادوا يقلعوها		6	7	7
16 - يدفعونني بقوة حتى أسقط		10	10	5
17 - يعضونني حتى يكادوا يمزقون لحمي		17	13	11
18 - يسخرون مني		4	6	1
19 - يشتمونني بألفاظ قبيحة		8	8	5

: disorder

♦ اضطراب العناد : Oppositional defiant disorder

♦ اختلال الأنية : Depersonalization disorder

♦ الصرع (النوبات العظمى والنفس حركية) : Grand mal and psychomotor Epilepsies

♦ اضطراب الهوية الجنسية : Gender identity disorder

♦ الوسواس القهري : Obsessive compulsive disorder

♦ فزع ليلي : Night terrors

♦ اضطراب الإخراج : Elimination disorders
Functional encopresis

Functional enuresis

♦ اضطراب القهيم العصابي : Anorexia Nervosa

♦ الشذوذ الجنسي : Sexual Deviation

) .

(6 - 5 , 1996 ,

273 =)

.0.01

7.51 - 10.67 :

(

(273 =)

.0.01

0.61 0.43 :

4 - المعالجات الإحصائية :

1.4 - الإحصاء الوصفي :

- 1

- 2

- 3

2.4 - الإحصاء الاستدلالي :

.1

.2

.3

(187 - 185 , 1995)

(131 , 1995)

(177 - 176 , 1987 ,

5 - عرض نتائج البحث

1.5 - السؤال الأول :

الاخراقات المعيارية	المتوسطات الحسابية	أشكال الإساءة في مرحلة الطفولة ومصادرها
4.79	4.59	1 - الإساءة اللفظية (الإخوة)
3.81	3.83	2 - الإساءة اللفظية (الأم)
2.64	2.25	3 - الإساءة البدنية (الأم)
2.77	2.14	4 - الإساءة اللفظية (الأب)
3.35	2.10	5 - الإهمال (الإخوة)
2.82	2.04	6 - الإساءة البدنية (الإخوة)
2.59	1.92	7 - الحرمان (الإخوة)
2.40	1.36	8 - الإهمال (الأب)
1.59	1.21	9 - الحرمان (الأم)
2.32	1.20	10 - الإساءة البدنية (الأب)
1.89	1.17	11 - الحرمان (الأب)
1.83	1.10	12 - الإهمال (الأم)
0.55	0.15	13 - الإساءة الجنسية (الإخوة)
0.24	0.04	14 - الإساءة الجنسية (الأم)
0.21	0.03	15 - الإساءة الجنسية (الأب)

(3)

جدول رقم (4) يبين ترتيب الإساءة البدنية واللفظية والجنسية والإهمال والحرمان حسب حجم تكراراتها لدى عينة الإناث.

أشكال الإساءة	ترتيبها		
	الأب	الأم	الإخوة
1 - يصفونني على وجهي	3	4	1
2 - يضربون رأسي إلى الجدار	16	16	13
3 - يقطعون عني الأكل	14	9	14
4 - يعزلوني داخل البيت	8	7	10
5 - ينزعون عني ملابسني ويعرضوني للبرد	15	-	15
6 - يحرقوني بالنار	12	14	16
7 - يقيّدوني بالحبل	17	11	17
8 - ينتفون شعر رأسي	9	5	8
9 - يتفلون (يبصقون) على وجهي	4	6	5
10 - يضربونني على فمي حتى يسيل دمي	11	13	11
11 - يضربونني بالعصا	1	2	7
12 - يركلونني بأرجلهم	6	12	2
13 - يضربونني بأي شيء يوجد في أيديهم	2	3	3
14 - يقرصونني من جسمي ووجهي	5	1	6
15 - يقرصونني من أذني حتى يكادوا يقلعوها	7	8	9
16 - يدفعونني بقوة حتى أسقط	10	10	4
17 - يعضونني حتى يكادوا يمزقون لحمي	13	15	12
18 - يسخرون مني	5	10	1
19 - يشتمونني بالفاظ قبيحة	3	5	4
20 - يوجونني	1	1	3
21 - يقللون من شأنني	8	8	5
22 - ينادونني بأسماء لا تليق	12	12	7
23 - يذكرونني بنقائمي	6	3	2
24 - يلغون عليّ بالمسؤولية في كل شيء	2	2	6

20 - يوجونني	1	1	4
21 - يقللون من شأنني	3	5	6
22 - ينادونني بأسماء لا تليق	12	10	7
23 - يذكرونني بنقائمي	5	3	2
24 - يلغون عليّ بالمسؤولية في كل شيء	2	2	3
25 - يشتمونني بأنني أقل شأنًا من الآخرين	9	7	10
26 - يفضلون عليّ إخوتي	13	14	12
27 - يغضبون مني دون سبب	10	11	11
28 - يهددونني بالقتل	14	15	16
29 - يهددونني بأن يتركوني وحدي	11	12	13
30 - يهددونني بالطرد من البيت	6	13	14
31 - يطلبون مني عمل أشياء لا أطيعها	7	9	9
32 - يقولون لي بأنهم يكرهونني	16	16	15
33 - يخوفونني	15	4	8
34 - يشتمونني بالفاظ جنسية	1	1	1
35 - يظهرن أمامي أعضاءهم الجنسية	-	2	-
36 - يطلبون مني لمس أعضاءهم الجنسية	-	-	2
37 - يحاولون الاعتداء عليّ جنسياً	-	-	3
38 - يظهرن لي صوراً جنسية	-	-	4
39 - يعتدون عليّ جنسياً	-	-	-
40 - يللمسونني من أماكن حساسة من جسمي	2	-	-
41 - يطردونني من البيت	5	3	10
42 - يتجاهلونني في البيت	4	4	4
43 - يتجاهلون نتائج الدراسة	1	1	1
44 - يرفضون مصاحبتي إلى التنزه	3	2	3
45 - يتجنبون الحديث معي	9	5	2
46 - يرفضون شراء ملابس لي في الأعياد	2	6	5
47 - يرفضون أخذني إلى الطبيب في مرضي	6	8	8
48 - يهملونني دائماً	7	7	6
49 - يرفضون شراء أدوات مدرسية لي	8	10	9
50 - يكرهون أن أقترب منهم	10	9	7
51 - يجرمونني من اللعب بأصدقائي	1	2	1
52 - يجرمونني من الاتصال بأصدقائي	2	1	5
53 - يجرمونني من مشاهدة برامج التلفزيون التي أفضّلها	3	3	2
54 - يجرمونني من حبهم وحنانهم	5	4	4
55 - يجرمونني من الحديث معهم	4	5	3
56 - يجرمونني من النوم	6	6	6

2.1.5 - عينة الإناث

جدول رقم (3) يبين ترتيب أشكال الإساءة في مرحلة الطفولة ومصادرها لدى عينة الإناث وفقاً للمتوسطات الحسابية

1.59	4	2.84	4 - الوسواس القهري
2.55	5	2.60	5 - أزمة الهوية
1.97	6	2.55	6 - الهوس
2.47	7	2.45	7 - الاكتئاب
2.35	8	2.42	8 - اضطراب ضلالي (بارانويا)
2.03	9	2.27	9 - القلق العام
2.21	10	2.14	10 - الانعصاب بعد الصدمة
1.85	11	2.02	11 - اضطراب السلوك
1.97	12	2.00	12 - الشذوذ الجنسي
1.72	13	1.74	13 - الفصام
2.70	14	1.72	14 - الإدمان
2.58	15	1.71	15 - الخوف
1.98	16	1.61	16 - التهتهة
1.56	17	1.58	17 - القهم العصابي
1.85	18	1.38	18 - الفزع الليلي
1.87	19	1.36	19 - اختلال الآتية
1.70	20	1.16	20 - اضطراب الحركة (توريت)
1.60	21	1.16	21 - قلق الانفصال
1.58	22	1.14	22 - اضطراب الأكل (النهام)
1.58	23	0.92	23 - هستيريا وتوهم مرض
0.90	24	0.68	24 - الصرع
1.38	25	0.68	25 - اضطراب الإخراج
0.85	26	0.48	26 - المشي أثناء النوم
0.75	27	0.21	27 - اضطراب الهوية الجنسية

2.2.5 - عينة الإناث :

جدول رقم (6) يبين ترتيب الاضطرابات النفسية لدى عينة الإناث وفقا للمتوسطات الحسابية .

الاضطرابات النفسية	المتوسطات الحسابية	الرتبة	الاحرفات المعيارية
1 - اضطراب التوافق	4.00	1	2.17
2 - الوسواس القهري	3.79	2	1.88
3 - أزمة الهوية	3.40	3	2.41
4 - الاكتئاب	3.34	4	2.33
5 - نقص الانتباه وفرط الحركة	3.33	5	2.00
6 - الانعصاب بعد الصدمة	3.29	6	2.48
7 - القلق العام	3.28	7	2.15
8 - قلق الانفصال	3.23	8	2.42
9 - اضطراب القهم العصابي	2.71	9	2.01
10 - اضطراب العناد	2.70	10	1.91
11 - الهوس	2.68	11	1.91
12 - الخوف	2.57	12	2.24
13 - اضطراب ضلالي (بارانويا)	2.35	13	1.88
14 - الفزع الليلي	2.27	14	2.17
15 - الفصام	2.25	15	1.92
16 - التهتهة	1.97	16	2.10
17 - اختلال الآتية	1.56	17	1.71
18 - اضطراب السلوك	1.47	18	1.50
19 - الشذوذ الجنسي	1.41	19	1.45
20 - اضطراب الحركة (توريت)	1.34	20	1.4
21 - اضطراب الهوية الجنسية	1.16	21	3.74
22 - نقص الانتباه	0.98	22	1.55

الاضطرابات النفسية	المتوسطات الحسابية	الرتبة	الاحرفات المعيارية
25 - يشعرون بأنهم أقل شأنًا من الآخرين	9	4	9
26 - يفضلون عليّ إخوتي	4	6	12
27 - يغضبون مني دون سبب	11	11	10
28 - يهددونني بالقتل	13	14	15
29 - يهددونني بأن يتكروني وحدي	14	13	13
30 - يهددونني بالطرد من البيت	15	15	14
31 - يطلبون مني عمل أشياء لا أطيعها	7	7	11
32 - يقولون لي بأنهم يكرهوني	16	16	16
33 - يخوفوني	10	9	8
34 - يشتمونني بألفاظ جنسية	1	1	1
35 - يظهرون أمامي أعضاءهم الجنسية	-	2	4
36 - يطلبون مني لمس أعضاءهم الجنسية	-	-	6
37 - يحاولون الاعتداء عليّ جنسياً	-	3	3
38 - يظهرون لي صوراً جنسية	-	-	-
39 - يعتدون عليّ جنسياً	-	4	5
40 - يلتمسونني من أماكن حساسة من جسمي	2	5	2
41 - يطردونني من البيت	10	10	10
42 - يتجاهلونني في البيت	8	5	7
43 - يتجاهلون نتائج الدراسية	3	1	3
44 - يرفضون مصاحبتني إلى التنزه	1	2	1
45 - يتجنبون الحديث معي	4	3	2
46 - يرفضون شراء ملابس لي في الأعياد	2	4	6
47 - يرفضون أخذني إلى الطبيب في مرضي	5	6	5
48 - يهملونني دائماً	6	7	4
49 - يرفضون شراء أدوات مدرسية لي	7	8	9
50 - يكرهون أن أقترب منهم	9	9	8
51 - يجرمونني من اللعب	3	1	4
52 - يجرمونني من الاتصال بأصدقائي	1	2	2
53 - يجرمونني من مشاهدة برامج التلفزيون التي أفضلها	4	3	1
54 - يجرمونني من حبهم وحنانهم	2	4	3
55 - يجرمونني من الحديث معهم	5	5	5
56 - يجرمونني من النوم	7	6	6

2.5 - السؤال الثاني :

1.2.5 - عينة الذكور :

جدول رقم (5) يبين ترتيب أشكال الإساءة في مرحلة الطفولة عند عينة الإناث وفقاً للمتوسطات الحسابية .

الاضطرابات النفسية	المتوسطات الحسابية	الرتبة	الاحرفات المعيارية
1 - اضطراب العناد	3.11	1	2.31
2 - اضطراب التوافق	3.09	2	3.50
3 - نقص الانتباه	3.02	3	2.20

مصادر الإساءة	الذكور		الإناث		أشكال الإساءة في مرحلة الطفولة
	ع	م	ع	م	
الأب	3.1	3.3	1.1	2.3	1- الإساءة البدنية
	4.1	4.5	2.1	2.7	2- الإساءة اللفظية
	0.1	0.4	0.0	0.56	3- الإساءة الجنسية
	1.9	2.9	1.3	2.4	4- الإهمال
	1.7	2.1	1.1	1.8	5- الحرمان
الأم	2.7	3.2	2.2	2.6	1- الإساءة البدنية
	3.9	4.8	3.8	3.8	2- الإساءة اللفظية
	0.1	0.4	0.0	0.2	3- الإساءة الجنسية
	0.9	2.0	1.1	1.8	4- الإهمال
	1.4	1.9	1.2	1.5	5- الحرمان
الإخوة	2.2	3.0	2.0	2.8	1- الإساءة البدنية
	4.2	4.6	4.5	4.8	2- الإساءة اللفظية
	0.2	1.1	0.1	0.5	3- الإساءة الجنسية
	2.0	3.1	2.1	3.3	4- الإهمال
	1.6	2.5	1.9	2.5	5- الحرمان

0.05 * 0.01 **

(9)

0.05

0.01

5.5 - الفرضية الثالثة :

جدول رقم (10) يبين قيم " ت " لدلالة الفروق بين متوسطات الذكور والإناث في الاضطرابات النفسية .

قيم " ت "	إناث ن = 232		ذكور ن = 232		العينة الاضطرابات النفسية
	ع	م	ع	م	
**6.63	0.97	0.47	2.70	1.73	1 - الإدمان
-	2.17	4.00	3.50	3.10	2 - اضطراب التوافق
**3.33	2.41	3.40	2.55	2.60	3 - أزمة الهوية
**3.48	2.47	3.28	2.21	2.14	4 - اضطراب بعد الصدمة
-	2.42	3.23	1.61	1.16	5 - قلق الانفصال
**10.89	2.15	3.28	2.03	2.27	6 - القلق العام
**5.32					

1.25	23	0.92	23 - اضطراب الأكل (النهام)
1.08	24	0.79	24 - الصرع
1.30	25	0.59	25 - المشي أثناء النوم
0.92	26	0.55	26 - اضطراب الإخراج
0.96	27	0.47	27 - الإدمان

3.5 - الفرضية الأولى :

1.3.5 - عينة الذكور :

جدول رقم (7) يبين نتائج تحليل التباين الأحادي لحساب قيمة " ف " لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية لعينة الذكور .

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات (التباين)	قيمة " ف "
بين المجموعات داخل المجموعات (الخطأ الكلي)	3547.47	14	253.39	**27.30
	18237.96	1965	9.28	دالة عند 0.01
	21785.43	1979		

" " (7)

.001

.1.89

2.3.5 - عينة الإناث :

جدول رقم (8) يبين نتائج تحليل التباين الأحادي لحساب قيمة " ف " لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية لعينة الإناث .

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات (التباين)	قيمة " ف "
بين المجموعات داخل المجموعات (الخطأ الكلي)	3008.79	14	214.91	166.5 **9
	2559.58	1980	1.29	دالة عند 0.01
	5568.37	1994		

" " (8)

.001

.1.73

4.5 - الفرضية الثانية :

" " (9)

0.480	0.483	0.326	0.445	0.348	3 - أزمة الهوية
0.332	0.367	0.328	0.399	0.277	4 - اضطراب بعد الصدمة
0.229	0.265	0.169	0.139	0.120	5 - قلق الانفصال
0.429	0.308	0.322	0.412	0.231	6 - القلق العام
0.230	0.200	0.298	0.280	0.114	7 - الخوف
0.491	0.481	0.318	0.490	0.265	8 - الاكتئاب
0.398	0.406	0.173	0.400	0.255	9 - الغصام
0.303	0.322	0.301	0.305	0.232	10 - الهوس
0.344	0.319	0.214	0.351	0.213	11 - نقص الانتباه
0.379	0.337	0.233	0.329	0.177	12 - هستيريا وتوهم مرض
0.302	0.363	0.327	0.452	0.349	13 - اضطراب السلوك
0.231	0.229	0.036	0.168	0.238	14 - التهته
0.011	0.086	0.181	0.031	0.070	15 - المشي أثناء النوم
0.327	0.216	0.206	0.299	0.188	16 - اضطراب الأكل
0.214	0.226	0.314	0.249	0.137	17 - اضطراب الحركة
0.314	0.367	0.368	0.382	0.205	18 - اضطراب ضلالي
0.390	0.402	0.380	0.530	0.319	19 - اضطراب العناد
0.355	0.420	0.241	0.436	0.302	20 - اختلال الآتية
0.219	0.178	0.111	0.252	0.318	21 - الصرع
0.214	0.225	0.057	0.314	0.290	22 - اضطراب هوية جنسية
0.199	0.100	0.161	0.199	0.239	23 - الوسواس القهري
0.225	0.237	0.302	0.208	0.199	24 - الفزع الليلي
0.257	0.189	0.037	0.233	0.389	25 - اضطراب الإخراج
0.274	0.220	0.113	0.260	0.208	26 - القهم العصبي
0.355	0.276	0.369	0.382	0.270	27 - الشذوذ الجنسي

-	2.24	2.57	2.58	1.71	7 - الخوف
**3.90	-	-	-	-	8 - الاكتئاب
**4	2.33	3.33	2.48	2.45	9 - الغصام
**3	1.92	2.25	1.72	1.74	10 - الهوس
0.72	1.91	2.68	1.97	2.55	11 - نقص الانتباه
*1.68	2.00	3.34	2.21	3.02	12 - هستيريا وتوهم مرض
0.43	1.55	0.98	1.58	0.92	13 - اضطراب السلوك
**3.66	1.50	1.47	1.85	2.02	14 - التهته
*1.89	2.10	1.97	1.98	1.61	15 - المشي أثناء النوم
1.10	1.30	0.59	0.85	0.48	16 - اضطراب الأكل
*1.69	1.25	0.92	1.59	1.14	17 - اضطراب الحركة
1.20	1.64	1.34	1.70	1.16	18 - اضطراب ضلالي
0.35	1.88	2.35	2.35	2.42	19 - اضطراب العناد
**2.05	1.91	2.70	2.31	3.11	20 - اختلال الآتية
1.25	1.71	1.56	1.87	1.36	21 - الصرع
1.22	1.08	0.79	0.90	0.68	22 - اضطراب هوية جنسية
-	3.74	1.16	0.75	0.21	23 - الوسواس القهري
**3.80	1.88	3.79	1.59	2.84	24 - الفزع الليلي
-	2.17	2.28	1.85	1.39	25 - اضطراب الإخراج
**4.94	0.92	0.56	1.38	0.68	26 - القهم العصبي
1.09	2.01	2.71	1.56	1.58	27 - الشذوذ الجنسي

0.05

* 0.01

**

(10)

0.01

0.05

: 230 = 0.01
0.224 0.174 0.05 0.225

(11)

6.5 - الفرضية الرابعة :

1.6.5 - عينة الذكور

1.1.6.5 - صورة الأب :

جدول رقم (11) يبين معاملات الارتباط بين الاضطرابات النفسية وخبرات الإساءة في مرحلة الطفولة صورة الأب لدى عينة الذكور ن = 232.

الإساءات الحالات النفسية	الإساءة البدنية	الإساءة اللفظية	الإساءة الجنسية	الإجمالي	الحرمان
1 - الإدمان	0.143	0.014-	0.106	0.051	0.074-
2 - اضطراب التوافق	0.114	0.254	0.190	0.290	0.249

0.01

(1) الإساءة البدنية :

0.05

0.01

(2) الإساءة اللفظية :

0.318	0.449	0.354	0.401	0.309	20 - اختلال الآتية
0.206	0.248	0.194	0.195	0.259	21 - الصرع
0.142	0.204	0.285	0.213	0.155	22 - اضطراب هوية جنسية
0.221	0.225	0.182	0.294	0.347	23 - الوسواس القهري
0.289	0.293	0.372	0.246	0.226	24 - الفزع الليلي
0.408	0.347	0.350	0.474	0.370	25 - اضطراب الإخراج
0.287	0.223	0.245	0.216	0.193	26 - القهيم العصابي
0.197	0.258	0.198	0.260	0.179	27 - الشذوذ الجنسي

: 230 = 0.01
0.224 0.174 0.05 0.225
(13)

0.01 : (1) الإساءة البدنية :

0.05

0.01 : (2) الإساءة اللفظية :

0.05

0.01 : (3) الإساءة الجنسية :

0.05

0.01 : (4) الإهمال :

0.05

0.01 : (4) الإهمال :

0.05

0.01 : (5) الحرمان :

0.05

3.1.6.5 - صورة الإخوة :

جدول رقم (13) يبين معاملات الارتباط بين الاضطرابات النفسية وخبرات الإساءة في مرحلة الطفولة صورة الإخوة لدى عينة الذكور = 232.

الإساءات / الحالات النفسية	الإساءة البدنية	الإساءة اللفظية	الإساءة الجنسية	الإهمال	الحرمان
1 - لإدمان	0.043	- 0.035	0.232	0.151	0.069
2 - اضطراب التوافق	0.106	0.206	0.177	0.257	0.165
3 - أزمة الهوية	0.311	0.443	0.351	0.422	0.360
4 - اضطراب بعد الصدمة	0.260	0.298	0.283	0.368	0.241
5 - قلق الانفصال	0.247	0.276	0.368	0.354	0.259
6 - القلق العام	0.256	0.361	0.333	0.375	0.356
7 - الخوف	0.087	0.136	0.214	0.218	0.086
8 - الاكتئاب	0.266	0.362	0.322	0.370	0.364
9 - الفصام	0.261	0.372	0.385	0.441	0.338
10 - الهوس	0.144	0.303	0.207	0.358	0.258
11 - نقص الانتباه	0.212	0.408	0.293	0.398	0.322
12 - هستيريا وتوهم مرض السلوك	0.232	0.268	0.184	0.238	0.209
13 - اضطراب السلوك	0.207	0.322	0.233	0.411	0.278
14 - التنهية	0.371	0.297	0.162	0.337	0.236
15 - المشي أثناء النوم	0.312	0.209	0.180	0.187	0.166
16 - اضطراب الأكل	0.139	0.338	0.025	0.248	0.210
17 - اضطراب الحركة	0.284	0.308	0.209	0.261	0.141
18 - اضطراب ضلالي	0.151	0.292	0.198	0.331	0.228
19 - اضطراب العناد	0.229	0.360	0.168	0.357	0.239

0.278	0.131	0.069	0.205	0.140	25 - اضطراب الإخراج
0.031	-	0.122-	0.159-	0.049	26 - القهم العصبي
0.007-	0.020	0.091-	0.121-	0.152	27 - الشذوذ الجنسي

: 230 = 0.01
0.224 0.174 0.05 0.225

(14)

0.01 : (1) الإساءة البدنية :

0.05

0.05 : (2) الإساءة اللفظية : 0.01

0.05 : (3) الإساءة الجنسية : 0.01

0.01 : (4) الإهمال : 0.05

0.01 : (5) الحرمان : 0.05

0.01 : (5)

0.05

2.6.5 - عينة الإناث :

1.2.6.5 - صورة الأب :

جدول رقم (14) يبين معاملات الارتباط بين الاضطرابات النفسية وخبرات الإساءة في مرحلة الطفولة صورة الأب لدى عينة الإناث ن = 232.

الإساءات / الحالات النفسية	الإساءة البدنية	الإساءة اللفظية	الإساءة الجنسية	الإجمالي	الحرمان
1 - الإدمان	0.111	0.036-	0.069-	-	0.028
2 - اضطراب التوافق	0.104	0.053-	0.066-	0.009	0.004-
3 - أزمة الهوية	0.005	0.120-	0.098-	-	0.053
4 - اضطراب بعد الصدمة	0.109	0.035	0.118	-	0.054
5 - قلق الانفصال	0.034-	0.050-	0.001	-	0.058-
6 - القلق العام	0.125	0.097-	0.119-	-	0.004-
7 - الخوف	0.250	0.147	0.101-	0.022	0.068
8 - الاكتئاب	0.278	0.102	0.159-	0.043	0.181
9 - الفصام	0.227	0.030	0.131-	0.013-	0.078
10 - الهوس	0.108	0.062-	0.005	-	0.041-
11 - نقص الانتباه	0.186	0.025	0.006-	0.049	0.060
12 - هستيريا وتوهم مرض	0.438	0.139	0.068-	0.048	0.220
13 - اضطراب السلوك	0.350	0.018	0.069-	0.111	0.179
14 - التهتهة	0.115	0.053	0.101-	-	0.047
15 - المشي أثناء النوم	0.021	0.057-	0.065-	-	0.033-
16 - اضطراب الأكل	0.307	0.095	0.076-	0.055	0.191
17 - اضطراب الحركة	0.192	0.113	0.074-	0.023	0.101
18 - اضطراب ضلالي	0.282	0.086	0.046-	0.042	0.110
19 - اضطراب العناد	0.234	0.082	0.090-	0.049	0.142
20 - اختلال الآلية	0.265	0.103	0.047-	0.079	0.206
21 - الصرع	0.206	0.075	0.071-	0.015	0.091
22 - اضطراب هوية جنسية	0.071	0.013-	0.035-	-	0.056
23 - الوسواس القهري	0.117-	0.106-	0.003-	-	0.149-
24 - الفزع الليلي	0.306	0.124	0.051-	0.059	0.077

0.01 (1) الإساءة البدنية :

0.05

0.01

(2) الإساءة اللفظية :

0.05

(3) الإساءة الجنسية :

0.05 0.01

0.01

(4) الإهمال :

0.05

0.01

(5) الحرمان :

0.05

3.2.6.5 - صورة الإخوة :

جدول رقم (16) يبين معاملات الارتباط بين الاضطرابات النفسية وخبرات الإساءة في مرحلة الطفولة صورة الإخوة لدى عينة الإخوة ن = 232.

الخرمان	الإهمال	الإساءة الجنسية	الإساءة اللفظية	الإساءة البدنية	الإساءات الخلات النفسية للشباب
0.048-	-	0.024	0.072	0.018-	1 - الإدمان
0.095	0.004	0.076	0.045	0.017	2 - اضطراب التوافق
0.201	0.055	0.022-	0.098	0.081	3 - أزمة الهوية
0.149	0.103	0.092-	0.162	0.078	4 - اضطراب بعد الصدمة
0.084-	0.014	0.099-	0.111-	0.154-	5 - قلق الانفصال
0.115	0.149	0.034	0.065	0.010-	6 - القلق العام
0.115	0.164	0.119	0.189	0.076-	7 - الخوف
0.204	0.168	0.002	0.163	0.081	8 - الاكتئاب

2.2.6.5 - صورة الأم :

جدول رقم (15) يبين معاملات الارتباط بين الاضطرابات النفسية وخبرات الإساءة في مرحلة الطفولة صورة الأم لدى عينة الإناث ن = 232.

الخرمان	الإهمال	الإساءة الجنسية	الإساءة اللفظية	الإساءة البدنية	الإساءات الخلات النفسية للشباب
0.049	0.025	0.039	0.124	0.100	1 - الإدمان
0.154	-	0.087-	0.090	0.195	2 - اضطراب التوافق
0.198	0.003	0.018-	0.044	0.120	3 - أزمة الهوية
0.277	0.084	0.009-	0.173	0.168	4 - اضطراب بعد الصدمة
0.074	0.029	0.147-	0.022	0.139-	5 - قلق الانفصال
0.213	0.085	0.010-	0.114	0.085	6 - القلق العام
0.115	0.186	0.062-	0.248	0.088	7 - الخوف
0.382	0.177	0.107-	0.324	0.332	8 - الاكتئاب
0.315	0.194	0.008	0.323	0.255	9 - الفصام
0.184	0.094	0.162	0.239	0.206	10 - الهوس
0.341	0.103	0.063	0.316	0.287	11 - نقص الانتباه
0.228	0.217	0.119-	0.266	0.359	12 - هستيريا وتوهم مرض السلوك
0.241	0.204	0.025	0.279	0.444	13 - اضطراب السلوك
0.088	0.096	0.048	0.152	0.066	14 - التهتهة
0.042	0.075	0.062	0.020	0.146	15 - المشي أثناء النوم
0.115	0.089	0.087	0.201	0.294	16 - اضطراب الحركة
0.138	0.136	0.038	0.294	0.183	17 - اضطراب الحركة
0.311	0.197	0.015	0.333	0.303	18 - اضطراب ضلالي
0.225	0.065	0.020	0.309	0.349	19 - اضطراب العناد
0.319	0.261	0.048	0.297	0.252	20 - اختلال الآلية
0.183	0.155	0.008	0.180	0.208	21 - الصرع
0.283	0.065	0.041-	0.324	0.264	22 - اضطراب هوية جنسية
0.061-	-	0.071	0.027	0.127-	23 - الوسواس القهري
0.197	0.187	0.038-	0.383	0.338	24 - الفزع الليلي
0.193	0.192	0.022	0.235	0.296	25 - اضطراب الإخراج
0.163	0.014	0.011	0.041	0.166	26 - القهم العصابي
0.126	0.082	0.055	0.113	0.219	27 - الشذوذ الجنسي

: 130 = 0.01
0.224 0.174 0.05 0.225
(15)

0.01 : (4) الإهمال :
0.05

0.01 : (5) الحرمان :

0.05

30)

27)

810

(17)

مصادر الإساءة	أشكال خيرات الإساءة في مرحلة الطفولة	نسبتها المئوية لدى الذكور	نسبتها المئوية لدى الإناث
الأب	1 - الإساءة البدنية	77.78	48.15
	2 - الإساءة اللفظية	85.18	3.70
	3 - الإساءة الجنسية	66.67	0.00
	4 - الإهمال	85.18	3.70
	5 - الحرمان	92.59	22.23
الأم	1 - الإساءة البدنية	33.33	62.96
	2 - الإساءة اللفظية	77.78	59.26
	3 - الإساءة الجنسية	51.19	0.00
	4 - الإهمال	74.07	33.33
	5 - الحرمان	77.78	59.26
الإخوة	1 - الإساءة البدنية	74.07	3.00
	2 - الإساءة اللفظية	92.59	55.56
	3 - الإساءة الجنسية	88.89	0.00
	4 - الإهمال	96.30	33.33
	5 - الحرمان	77.78	55.56
متوسط الارتباطات		76.74	29.34

(17)

0.223	0.280	0.050	0.251	0.092	9 - الغصام
0.149	0.158	0.123	0.242	0.158	10 - الهوس
0.237	0.151	0.019-	0.214	0.082	11 - نقص الانتباه
0.297	0.230	0.117	0.203	0.156	12 - هستيريا وتوهم مرض
0.283	0.162	0.115	0.250	0.203	13 - اضطراب السلوك
0.150	0.127	0.035-	0.193	0.069	14 - التهتهة
0.014-	-	0.009-	0.005	0.008-	15 - المشي أثناء النوم
0.251	0.158	0.072	0.197	0.166	16 - اضطراب الأكل
0.215	0.242	0.023-	0.166	0.062-	17 - اضطراب الحركة
0.302	0.261	0.108	0.267	0.154	18 - اضطراب ضلالي
0.201	0.130	0.100	0.202	0.168	19 - اضطراب العناد
0.278	0.342	0.117	0.304	0.079	20 - اختلال الآتية
0.222	0.288	0.103	0.230	0.037	21 - الصرع
0.276	0.205	0.007	0.319	0.136	22 - اضطراب هوية جنسية
0.035	-	0.009	0.003-	0.041-	23 - الوسواس القهري
0.234	0.226	0.096	0.248	0.108	24 - الفزع الليلي
0.272	0.213	0.130	0.289	0.128	25 - اضطراب الإخراج
0.161	0.035	0.005	0.079	0.122	26 - القهم العصابي
0.169	0.113	0.078-	0.094	0.167	27 - الشذوذ الجنسي

: 230 = 0.01 0.224 0.174 0.05 0.225

(16)

(1) الإساءة البدنية :

0.01

0.05

0.01

(2) الإساءة اللفظية :

0.05

(3) الإساءة الجنسية :

0.05

0.01

6 - مناقشة نتائج البحث

1.6 - السؤال الأول :

(1)

(2)

3.6 - الفرضية الأولى
(5)

2.6 - السؤال الثاني :
(3)

(6)

()

1992
1995

1997

4.6 - الفرضية الثانية
(7)

5.6 - الفرضية الثالثة
(8)

(4)

الشخصية الحدية في الرشد. دراسات نفسية المجلد الخامس عشر العدد الثالث تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم) القاهرة .

11 - صالح حزين السيد (1993) . إساءة معاملة الأطفال : دراسة اكلينيكية. دراسات نفسية المجلد الثالث العدد الرابع تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم) القاهرة .

12 - عبد الوهاب محمد كامل (1993) . سوء معاملة وإهمال الأطفال : دراسة إيدومترية على عينات مصرية. دار النهضة المصرية - القاهرة .

13 - علاء الدين كفاي (1999) . الإرشاد والعلاج النفسي الأسري, المنظور النسقي الاتصالي. الطبعة الأولى دار الفكر العربي - القاهرة .

14 - علاء الدين كفاي (1989) . التنشئة الوالدية والأمراض النفسية : دراسة إمبريقية اكلينيكية. هجر للطباعة والنشر والتوزيع والإعلان - القاهرة .

15 - عماد محمد خمير, عزيز بهلول الظفيري (2003) . خيرات الإساءة التي يتعرض لها الفرد في مرحلة الطفولة وعلاقتها باضطراب الهوية الجنسية. دراسات نفسية المجلد الثالث عشر العدد الثالث تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم) القاهرة .

16 - عماد محمد خمير, عماد علي عبد الرازق (1999) . خيرات الإساءة التي يتعرض لها الفرد في مرحلة الطفولة وعلاقتها بخصائص الشخصية : دراسة مقارنة بين الجانحين وغير الجانحين. المؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسي جامعة عين شمس - القاهرة .

17 - فؤاد البهي السيد (1978) . الجداول الإحصائية لعلم النفس والعلوم الإنسانية الأخرى. دار الفكر العربي - القاهرة .

18 - محمود السيد أبو النيل (1987) . الإحصاء النفسي والاجتماعي والتربوي. دار النهضة العربية - بيروت .

19 - محمود عبد الرحمن حمودة , إلهامي عبد العزيز إمام (1995) . دراسة المرض النفسي في ضوء بعض المتغيرات الاجتماعية والديمغرافية لدى المصريين. دراسات وبحوث في علم النفس دار الفكر العربي - القاهرة .

20 - محمود عبد الرحمن حمودة , إلهامي عبد العزيز إمام (1996) . مقياس الحائسة النفسية للمراهقين والراشدين. الطبعة الأولى دار الفكر العربي - القاهرة .

21 - وحيد محمد كامل (2005) . فعالية برنامج إرشادي في تحسين التوافق النفسي لدى الأمهات المسينئات لأطفالهن المعاقين عقليا. دراسات نفسية المجلد الخامس عشر العدد الثاني تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم) القاهرة .

5 -
6 -
(157 - 156) .
(1989, 35 - 38)
, 1999 ,

المراجع

1 - أحمد السيد إسماعيل (2001) . الفروق في إساءة المعاملة وبعض متغيرات الشخصية بين الأطفال المحرومين من أسرهم وغير المحرومين من تلاميذ المدارس المتوسطة بمكة المكرمة. دراسات نفسية المجلد الحادي عشر العدد الثاني تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم) القاهرة .

2 - السيد محمد عبد المجيد (2004) . إساءة المعاملة والأمن النفسي لدى عينة من تلاميذ المدرسة الابتدائية دراسات نفسية المجلد الرابع عشر العدد الثاني تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم) القاهرة .

3 - أماني عبد المقصود عبد الوهاب (1999) . الشعور بالأمن النفسي وعلاقته ببعض أساليب المعاملة الوالدية لدى تلاميذ المدرسة الابتدائية. المؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسي جامعة عين شمس - القاهرة .

4 - إيمان محمد صبري (2000) . إساءة معاملة الأطفال : دراسة استطلاعية عن الأطفال المتسولين. مجلة علم النفس العدد الثالث والخمسون تصدر عن الهيئة المصرية العامة للكتاب - القاهرة .

5 - جمال مختار حمزة (2004) . سلوك الوالدين الإيذائي للطفل وأثره على الأمن النفسي له. مجلة علم النفس العدد الثامن والخمسون تصدر عن الهيئة المصرية العامة للكتاب - القاهرة .

6 - دافيد ف. شيهان (1988) . مرض القلق. ترجمة : عزت شعلان. مراجعة : أحمد عبد العزيز سلامة. العدد 124 سلسلة عالم المعرفة تصدر عن المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب - الكويت .

7 - رشدي عبده حنين (1986) . الفصام والمحيط الأسري. الكتاب السنوي في علم النفس تصدره الجمعية المصرية للدراسات النفسية المجلد الخامس .

8 - رانشيل كالام , كريستينا فرانشي (1991) . الإساءة للأطفال وعواقبها. عرض ملخص : ممدوحة محمد سلامة. مجلة علم النفس العدد العشرون تصدر عن الهيئة المصرية العامة للكتاب - القاهرة .

9 - زكريا الشربيني (1995) . الإحصاء وتصميم التجارب في البحوث النفسية والتربوية والاجتماعية. مكتبة الأنجلو المصرية - القاهرة .

10 - سعاد عبد الله البشر (2005) . التعرض للإساءة في الطفولة وعلاقته بالقلق والاكتئاب واضطراب

المجلة الإلكترونية لشبكة العلوم النفسية

دعوة للمشاركة في محاور الأعداد القادمة

يسعدني إعلامكم مواضيع الملفات الرئيسية للأعداد القادمة :

صيف 2007: "مظاهر الإكتئاب في المجتمع العربي - آخر أجل لقبول الأبحاث 30 جوان 2007
خريف 2007: " صورة المستقبل في الذهنية العربية" - آخر أجل لقبول الأبحاث 30 سبتمبر 2007
شتاء 2008: "السيكولوجيا من منظور عربي" - آخر أجل لقبول الأبحاث 31 ديسمبر 2007

المشرف: أ.د. الغالي أحرشواو - فاس، المغرب: aharchaou_rhali@yahoo.fr - a-rhali@caramail.com
بهذه المناسبة، يشرفني و أعضاء أسرة الشبكة دعوة زملائنا الكرام مشاركتنا ترأس الإشراف على إعداد ملفات هذه المحاور حتى نرقى بأبحاث المجلة إلى مستوى المجلات الدولية المحكمة.
دمتم ذخرا للعلم والمعرفة
تفضلوا حضرة الزميل المحترم تقبل أسمى عبارات المودة والتقدير.
في حفظ الله و رعايته دتم.

رئيس التحرير

ملاحظة :

- ترسل الأبحاث على عنواني المجلة الإلكترونية ورئيس التحرير: APNjournal@arabpsynet.com - APNjournal@gnet.tn

الثورة المعرفية وإشكالية السيكلوجيا في العالم العربي

أ.د. الغالي أحرشواو فاس، المغرب

a-rhali@caramail.com - aharchaou_rhali@yahoo.fr

تتلخص الفكرة التي ندافع عنها في هذا البحث في أن السيكلوجيا التي نتداولها ونتعامل بها في الوطن العربي قد تقادمت وشاخت وربما أفلست من حيث مصادرها ومرجعياتها وتصوراتها إلى الحد الذي أصبح معه الأمر يتطلب تغيير المسعى لصياغتها على أسس جديدة تتماشى ومستجدات السيكلوجيا المعاصرة وخاصة في أبعادها المعرفية.

فالأكد أن انطلاق هذه السيكلوجيا ذات الطابع المعرفي كاتجاه جديد في علم النفس في أوائل الستينات من القرن العشرين قد غير بصورة جذرية طريقة تصور النفس الإنسانية وأسلوب دراستها. فبراديجمها paradigme المعرفي الذي يعتبر الذهن كنوع من البرمجة المعلوماتية المستعملة للرموز المجردة يشير بالوضوح إلى أن ثورة معرفية حدثت فعلا في مجال علم النفس. وهي الثورة التي رافقتها تحولات عميقة وخاصة على مستوى اتخاذ الذهن في معناه الواسع موضوعا أساسيا ومعالجة المعلومات مسعاً منهجياً وبالتالي الإقرار بتجاوز عدد من السيكلوجيات. فالواقع أن هذه السيكلوجيا التي لم تكن تحظى بأي حضور قبل أربعة عقود من الآن، أصبحت هي المهيمنة حاليا على خريطة علم النفس. فقد أضحت تشكل الثورة المعرفية القائمة الذات التي لا يتردد أغلب علماء النفس في اتخاذها إطارا أساسيا للتعبير عن علم النفس بأكمله.

وقصد إضفاء صفة المصادقية على هذا الطرح القائل بتقادم السيكلوجيا المتداولة عندنا ومعرفية السيكلوجيا المعاصرة، نرى ضرورة مقارنة ثلاث قضايا جوهرية نفترض فيها أكثر من غيرها قدرتها ونجاحتها على التعريف المقنع بالفكرة التي ندافع عنها بهذا الخصوص وهي على التوالي:

1. مشاكل السيكلوجيا العربية

(: 1994، 8-15):

1.1. مشكلة التأريخ والهوية

3.1. مشكلة الاستثمار والتوظيف

2.1. مشكلة الإبداع والانتاج

()

tabous " "

()

- تيار الموضوعية التجريبية

2. مقومات وخصائص السيكلوجيا المعاصرة

- تيار التحليل الرياضي للنفس

() (1997: 22-29)

1.2. الخلاصة الأولى:

المرحلة الأولى،

19.

- التيار الإكلينيكي والمرضي

18

18 و 19

- تيار تجديد سيكولوجية الشعور

المرحلة الثانية

19

19

() () () ()

2.2. الخلاصة الثانية :

19

1879

3.2.2. العمق والتنوع في المستويات النفسية المدروسة

Fraisie)

Piaget، 1963، Château، 1977، (1981،

1.2.2. التمييز في تحديد الموضوع

4.2.2. التمييز في الأهداف والتطبيقات

(1)

19 18

(2)

3.2. الخلاصة الثالثة:

2.2.2. التمييز في تحديد المنهج

4.2. الخلاصة الرابعة:

20

(-)

:(1999 ·Dortier)

20

1.4.2. الموضوع والمنهج

Modèle computa-

représentationnel

«généralisation déduction

(assemblage

()

inductif

déductif

Gobi

computation

2.4.2. المشروع والبرنامج

:(2000 ·Roulin ؛1997

3.4.2. التحليل والاشتغال

1.3. الاكتساب كسيرورة موحدة

exogène () neurones
endogène ()

() () ()

2.3. الاكتساب كنظام من المعارف المتفاعلة

3. سيكولوجيا الاكتساب مثال للسيكولوجيا العربية المأمولة

() (2001):

() (2001):

20

3.3. الاكتساب كإطار لتحول المعارف عبر التمدرس

الآلي والمراقب وسيرورات التعلم عند الطفل, **دفاتر (م.ب.د.ن.ج): 1.**

. أحرشاو، الغالي؛ الزاهر، أحمد (2001)، "التمدرس واكتساب المعارف عند الطفل"، **البحرين: مجلة العلوم التربوية والنفسية: 1.**

. ودورت، روبرت (1981)، **مدارس علم النفس، ترجمة كمال دسوقي: بيروت: دار النهضة العربية.**

. Chateau, J, et col, (1977), **Les grandes psychologies modernes**, Bruxelles: Mardaga.

. Dortier, J.F. (1999) **Le cerveau et la pensée**, Paris: Sciences humaines.

. Fraisse, P. et Piaget, G., (1963), **Traité de psychologie experimental**, T1, Paris: P.U.F.

. Roulin, J.-L. et all. (2000), **Psychologie cognitive**, Paris: Bréal

المراجع

. أحرشاو، الغالي (1994)، **واقع التجربة السيكلوجية في الوطن العربي، بيروت: المركز الثقافي العربي.**

. أحرشاو، الغالي (1997)، "العلوم المعرفية وتكنولوجيا المعرفة"، **مجلة معرفية: 1.**

. أحرشاو، الغالي؛ الزاهر، أحمد (1997)، **الاشتغال**

المجلة الإلكترونية لشبكة العلوم النفسية

دعوة للمشاركة في محاور الأعداد القادمة

حضرة الأستاذ و الزميل المحترم

يسعدني إعلامكم مواضيع الملفات الرئيسية للأعداد القادمة:

صيف 2007: "مظاهر الإكتئاب في المجتمع العربي - آخر أجل لقبول الأبحاث 30 جوان 2007
خريف 2007: "صورة المستقبل في الذهنية العربية" - آخر أجل لقبول الأبحاث 30 سبتمبر 2007
شتاء 2008: "السيكولوجيا من منظور عربي" - آخر أجل لقبول الأبحاث 31 ديسمبر 2007

المشرف: أ.د. الغالي أحرشاو - فاس، المغرب

aharchaou rhali@yahoo.fr - arhali@caramail.com

مقترحات لمحاور أعداد 2008

- الانتحار في المجتمعات العربية
- الرهاب الإجتماعي من منظور عربي
- الصور النمطية في العقل العربي
- التحليل النفسي للشخصية العربية

بهذه المناسبة، يشرفني و أعضاء أسرة الشبكة دعوة زملائنا الكرام مشاركتنا ترأس الإشراف على إعداد ملفات هذه المحاور حتى نرقى بأبحاث المجلة إلى مستوى المجلات الدولية المحكمة.

دمتم ذخرا للعلم و المعرفة

تفضلوا حضرة الزميل المحترم تقبل أسى عبارات المودة و التقدير.

في حفظ الله و رعايته دمتم.

رئيس تحرير "المجلة الإلكترونية لشبكة العلوم النفسية"

<http://www.arabpsynet.com/apn.journal/index-apn.htm>

ملاحظة :

- ترسل الأبحاث على عنواني المجلة الإلكترونية ورئيس التحرير.

turky.jamel@gnet.tn - APNjournal@arabpsynet.com

Arabpsynet Psychometry Guide English Edition



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

دليل القياسات النفسية العربية والعالمية

الإصدار العربي



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

(affect positif)

(affect negatif)

" (/) "

(

De)

(1989 ,Nasch ,1995 ,Griffiths ,1993 ,Scherer ,1987 ,souza
.(attitudes propositionnelles) "

()

()

(...)

.K.Popper 1934. A. Grimbaum.)

.(appraisal)

(1996. J. Benestau. 2001. Eynsenck. 1994. C. Meyer. 2005

()

apriori)

(...)

.()

/

)

(

.(apathie)

- ()
- ()
- (automatiques) .() ()
- (interferences)
- Berger.)
- 1 : Posner.(2000)
- 2 ،(shifting)) -3 ()
- ()
- 2- المقاربة المعرفية للاضطرابات الذهنية
- (2000) Besche-Richard
- (Miyake 2000)
- Inhibition) (shifting) -
- () shifting -
-
-
- الذكارة العمل (mémoire de travail) : المقاربة المعرفية: -
- (Baddley. 1996)
- ())
- ()
- الذكارة البعيدة المدى (mémoire à long terme) -
- الذكارة الإجرائية (mémoire procédurale) - ()
-
- الذكارة الدلالية (mémoire sémantique) : -
- (factuelles)
- الذكارة المشهدية (mémoire épisodique) : -
- ()
- (shifting)
- ()
- الذكارة الصريحة (explicite) : (déclarative) (en cascade)
- الذكارة الضمنية (implicite)
- ()
- () (amorçage) .(impenetrable)

	Tulving.)		SPI	(1998)
			(encodage)	-
	((
)			
		(
		-		
			(stockage)	-
			(récupération)	-
stress post)	(dépression nerveuse)			
phobie schizophrenie	(traumatique)			
troubles obsessionnels)	(compulsifs			
	Boulimie			
...(dyslexie)	(anorexie	(
	(autisme)	(addiction)		
	(DSM 4)			
	(comorbidite)			
	(syndromes)			
	1.2 السكيزوفرينيا			
	80	:	(Bentall. 1996)	
				-
)		-
	1.1.2 اضطرابات إدراكية وانتباهية	(-
	(distracteurs)			-
		(déficit cognitif)		
		:		
	2.1.2 اضطرابات ذاكرية	(biais cognitif)		
		(croyances dysfonctionnelles)		
	3.1.2 اضطرابات لغوية	(
		(Van Der Linden. 2000)		

المراجع:

- Andler.D .(1992) . Introduction aux sciences cognitives. Paris . ed Gallimard
- Baddeley, A. (1993). La memoire humaine : theorie et pratique. Grenoble. PUG.
- Benestau, J. (2000). Mensonges freudiens: Enquete sur l`histoire d`une desinformation seculaire. Ed Pierre Mardaga.
- Bentall. R. (1996). At the center of a science of a psychopathology? Characteristics and limitations of cognitive research. Cognitive Neuropsychiatry. 1 (4), 265-273.
- Berger. A. Posner. M. (2000). Pathologies of brain attentional network. Neuroscience Behavioral Review, 24 (1), 3-5.
- Besche-Richard. C. (2000). La psychopathologie cognitive. Paris. PUF collection Nodules.
- De sousa. R.S (1987). The rationality of emotion. Cambridge, MIT. Press.
- Eynsenk. H.J. (1985). Declin et chute de l`empire freudien. Paris De guibert.
- Gardner. H. (1985). The mind's new science : A history of the cognitive revolution. New York. Basic Books
- Griffiths. P. (1995). What emotion really are? The university of Chicago press. Chicago and London.
- Grunbaum. A. (1984). Les fondements de la psychanalyse. Paris. PUF
- Hardy-Bayle. MC. Et Sarfaty. Y (eds). (1998). La psychopathologie peut-elle etre cognitive ? recherches Actuelles. L'encephale. Numero special.
- Meyer. C. (2005). Le livre noir de la psychanalyse: vivre, penser et aller mieux sans Freud. Collectif les arena.coll. Document.
- Miyake.A et al (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex frontal lobe tasks: a latent variable analysis. Cognitive Psychology, 41. 49-100.
- Nasch. R A. (1989). Cognitive theorie of emotion. Nous. 23. Blackwell Publishers Inc.
- Newell. A & siomn. H.A (1972). Human problem solving. Englewood Cliffs. Prentice Hall.
- Popper. K. (1984). L`univers irresolu. Plaidoyer pour l`indeterminisme. Paris Herman.
- Rumelhart.D.E & McClelland. J.L (1986). Parallel distributed processing. Vol 1, Cambridge MA: MIT Press.
- Scherer. K. S. (1993). Studying the emotion-antecedant appraisal process: An expert system approach. Cognition and emotion, 7. 325-355.
- Shannon. C.E. Weaver. W. (1949). The mathematical theory of communication. Urbana. University of Illinois Press.
- Tulving. E (1995). Organisation of memory: Quo Vadis? In M.S Gazzaniga (ed). The cognitive neuroscience. Cambridge MA. MIT Press

4.1.2 اضطرابات في التفكير

2.2 اضطرابات نفسية أخرى

(dépression)

(inhibition)

(schema)

(metacognition)

()

()

()

()

السيرورات المعرفية المستعملة أثناء الترجمة

أ. بوفولة بوخمي - الطيب النمس - عنابة، الجزائر

boufoulab@yahoo.fr

* **ملخص:** الترجمة نشاط إبداعي معقد جدا و منظم ، يستعمل المترجم فيه عمليات عقلية و سيرورات معرفية عديدة كالفهم ، و الإدراك ، و التذكر ، و التركيب ، و التحليل و حل الرموز ، و التركيب النحوي ، و التمايز الدلالي و التماسك المفرداتي و التناسق الجملتي... إلخ ، إن هدف هذه الدراسة الميدانية ، التي أجريت على طلبة جامعيين في تخصص علم النفس ، هو معرفة السيرورات المعرفية التي يستعملونها لما يترجمون نص أو فقرة من نص مقدم لهم . و كان المنهج المتبع هو تحليل مضمون ترجماتهم و الخيل التي يستعملونها عندما يجدون صعوبة في فهم كلمة أو في ترجمتها.

* **الكلمات الأساسية :** سيرورة - سيرورات معرفية - ترجمة - فهم .

***Résumé :** La traduction est une activité créative trop complexe et organisée , au cours de la quelle le traducteur mobilise des opérations mentales et processus cognitifs énormes à savoir :

La compréhension , la perception , le rappel , la synthèse , l'analyse , le décodage , l'agencement syntaxique, la différenciation sémantique , la cohésion lexicale et la cohérence phrastique ..et c.

Le but de cette étude pratique , réalisée avec des étudiants universitaires en psychologie , est la recherche des processus cognitifs qu'ils utilisent quand ils traduisent un texte au une paragraphe donnée.

La méthode utilisée est l'analyse des corpus de leur traduction et le type de résolution qu'ils optent et adoptent quand ils trouvent une difficulté dans la compréhension au la traduction .

* **Mots clés :** -Processus - Processus cognitifs - Traduction - Compréhension .

- .1
- (4)." " (3)" " Process " " Processus " :
- " :
- " :
- .2
- " :
- " :
- " :
- (1)." "
- () ، ()
- (2)." "
- :"

PDP : "

"barallele distributed processing

3. الفرضيات :

: 1

: 2

: 3

3.1.6. فهم الجمل والنصوص:

(9)

1950

" Phrase structure skeleton"

4. أهمية البحث :

*

. (Métalanguage

*

*

DTC : Derivational Theory Of "

"Complexity.

5. دوافع البحث :

" "

(10)

4.1.6. الفهم التحوي:

6. الإطار النظري:

1.6. عناصر الفهم :

(5)

(11)

(12)

5.1.6. الفهم الدلالي :

(13)

(14)

2.6. صعوبات الفهم :

(15)

(6)

1.1.6. فهم الاصوات :

(7)

2.1.6. فهم الكلمات :

(8)

	♦	:	ب-
	♦	De satisfaire à la foi le	":
	♦	Le conscient	Anxiété , ça
	♦	S'efforcent	,Désagréable l'anxiété
	♦		." Le s'endébarrasser enfant
	♦	:	ج -
	♦	:	:
	♦	:	:
	♦	:	د-

ملاحظة : ()

200 : ()

هوامش ومراجع :

- حسين علي (1971) الفهم في الحساب, فهم التلاميذ للعمليات الحسابية الأربعة في المدارس الابتدائية. بيروت: دار العلم للملايين, ص 30-31.
- نفس المرجع, ص 30-31.
- د. محمد علي الخولي, معجم علم اللغة النظري, ط2 بيروت: مكتبة لبنان, 1991, ص 51.
- Dictionnaire de la langue française, T1, Paris : SGED-Encyclopedie Bordas, 1998, P.389.
- Claude Bédard, la traduction technique, Principes et protieue, québec : linguattech, 1986, P.82.
- IBId , pp86-87
- 7-thomas scovel , psycholinguistics ,oxford university press ,2000,p50
- 8-IBID , p55
- 9-IBID , p59
- 10- IBID , p66
- د. جمعة سيد يوسف ، سيكولوجية اللغة والمرض العقلي ، ط2 ، دار غريب ، 1979 ص 90
- نفس المرجع ، ص 91
- نفس المرجع ، ص 92
- داود عبدو ، دراسات في علم اللغة النفسي ، جامعة الكويت : مطبوعات الجامعة ، 1984 ، ص 11
- claud bédard, op. cit , pp76-82
- داود عبدو ، مرجع السابق ، صص 28-37
- claud bédard , op.cit ,pp91-93
- jean delisle , la traduction raisonnée , canada : presse de l'université d'ottawa , 1993p 41
- IBID , pp19,48
- IBID , pp 432,433.

11. التوصيات:

ملاحظ: النص المطلوب ترجمته:

Les mécanismes de défense

1-Lorsque le moi ne trouve pas les moyens de satisfaire à la fois le ça et le surmoi, une certaine anxiété se glisse dans le conscient. L'anxiété étant un sentiment désagréable, les gens s'efforcent habituellement de s'en débarrasser en faisant jouer leurs mécanismes de défense. Les mécanismes de défense sont des réaction inconscientes du moi qui visent à réduire L'anxiété en créant une distorsion des perceptions de la réalité.

2-Selon Freud, le refoulement est le mécanisme de défense le plus courant, la forme la plus élémentaire de réduction de l'anxiété.

3-Il y a Huit mécanismes de défense :

- le refoulement
- la sublimation.
- la négation.
- la rationalisation.
- L'intellectualisation.
- la projection.
- la formation réactionnelle.
- la régression.

اليأس وعلاقته ببعض المتغيرات

أ. فؤاد محمد فريدم الجابري - علم النفس - جامعة الأنبار، العراق

fuaadfreh@yahoo.com

مدخل: تؤذن الألفية المعاصرة بعصر من الكآبة ، تماما كما بات القرن العشرون عصر التوتر والقلق ، وتبين المعطيات النفسية أن الاكتئاب سوف يكون على ما يبدو وباء عصريا ، ينتشر جنبا إلى جنب مع انتشار أساليب الحياة الحديثة ، فكل جيل يعيش ويكابد من اكتئاب يفوق بكثير ما عاناه آباؤه ، وهذا الاكتئاب ليس مجرد حزن ، بل فتور باعث على الشلل والغم والحسرة ، واليأس أو فقدان الأمل

وإذا كان الاكتئاب يتسم بالشعور باليأس ، والتشاؤم والخط من قدر الذات ، مع الإحساس بالذنب ، فإن استخدامنا لمصطلح الاكتئاب ، يكون غير ذي جدوى ، إذا ما عرفنا عنه دون ذكر مثل هذه الأعراض ، واكتفينا بمجرد وصفه بأنه الحالة المزاجية السيئة أو اليأس الشديد ، إذ أنه مع تزايد العجز وإنعدام القدرة على تحمل الحياة ، أو العمل ، أو المسؤولية العائلية ، أو العثور على علاج فعال لتلك المشكلات ، يصبح ضحايا القلق متشائمين مكتئبين ، ويمر أغلبهم خلال مراحل من الاكتئاب أو الإحساس بالانقباض أو الأسى ، ولهذا يقال أن مشكلتهم هي الاكتئاب . حيث يشيع لديهم الشعور بالذنب ، وضياع الجدارة ، كما يخيم عليهم إجهاد سلبي متشائم حتى نحو الأشياء التي كانوا ينظرون إليها نظرة إيجابية (دويدار، 1992، ص25) . واليأس رد فعل انفعالي بالغ الإيلام باعث على الكآبة والتثبيط بطبيعته إلى حد ينجم عنه هجران أمل تحقيق امنيات المرء وينتج عنه الاكتئاب أو العكس .

ويمكن ان يتخذ اليأس كمعيار تنبؤي للاقدام على الانتحار أو التفكير فيه أو محاولته ، وهو ما اكده بيك وزملاؤه بعد قياسهم للمظاهر الوجدانية والدافعية والمعرفية للتوقعات السلبية لدى الراشدين ، حيث اظهرت النتائج وجود ارتباط موجب ودال احصائيا بين اليأس والانتحار والرغبة في الانتحار .

The Standardized Assessment of Depressive Disorders (SADD)

1. مشكلة البحث

:

M.

Seligman 1980

. (1995 77)

) (1990 511-495)

(1991 300-241)، (Lam et.al, 1987, PP.23-26)، (185-191)
 Cotton & Randy 1993, PP. (Yang&Clum ,1994 , PP.127-139)
 (Engstroem & Aslan et. al. 1996 , PP.215-221) ،
 Traeskman 1999,PP.131-137)

. (2006 73)

) (1990 1992 ، 1993

" (Gupta, et al)

Spangler, al
(,1991

(1985 175)

De charms

(1983)

(470)

: (وَلَا تَيْئَسُوا مِنْ رُوحِ
اللَّهِ إِنَّهُ لَا يَيْئَسُ مِنْ رُوحِ اللَّهِ إِلَّا الْقَوْمُ
الْكَافِرُونَ) [87:] .

: (مَا أَصَابَ مِنْ
مُصِيبَةٍ فِي الْأَرْضِ وَلَا فِي أَنْفُسِكُمْ إِلَّا فِي كِتَابٍ مِنْ
قَبْلِ أَنْ نَبْرَأَهَا إِنَّ ذَلِكَ عَلَى اللَّهِ يَسِيرٌ * لِكَيْلَا
تَأْسُوا عَلَى مَا فَاتَكُمْ وَلَا تَفْرَحُوا بِمَا آتَاكُمْ
وَاللَّهُ لَا يُحِبُّ كُلَّ مُخْتَالٍ فَخُورٍ) [22، 23:] .

(1992 35) ،

: (لَا
تَقْنَطُوا مِنْ رَحْمَةِ اللَّهِ) [53:] .

(1991 ، 199 -)

(218)

ولا تياسن من صنع ربك إنه ..
الله سوف يُدِيل
فإن الليالي إذ يزول نعيمها ..
.. تبشر أن النائبات تزول
ألم تر أن الليل بعد ظلامه ..
.. عليه لإسفار الصباح دليل

: (قَالَ أَبَشَّرْتُمُونِي عَلَى أَنْ مَسَّنِيَ الْكِبَرُ
فِيمَ تَبَشَّرُونَ) [الحجر: 54] . فقالت الملائكة:
(بَشِّرْنَاكَ بِالْحَقِّ فَلَا تَكُنْ مِنَ الْقَانِطِينَ) [الحجر: 55] .
قال عليه السلام: (وَمَنْ يَقْنَطُ مِنْ رَحْمَةِ رَبِّهِ إِلَّا
الضَّالُّونَ) [الحجر: 56] .

(خَتَى إِذَا اسْتَيْئَسَ الرُّسُلُ وَظَنُّوا أَنَّهُمْ قَدْ
كُذِّبُوا جَاءَهُمْ نَصْرُنَا فَنُجِّيَ مَنْ نَشَاءُ وَلَا يُرَدُّ
بِأَسْنَا عَنْ الْقَوْمِ الْمُجْرِمِينَ) [يوسف: 110] . ولا
يغلب عسرٌ يسرين: (فإن مع العسر يسراً * إن مع
العسر يسراً) [الشرح: 5، 6] .

. " (189 1979)

(1981)

)

أعْلَلُ النفس بالآمال أرقبها... .. ما أضيّق العيش لولا فسحة الأمل (www.nafsany.com)

(1988)

2. أهمية البحث :

).

(379 1988

" (1991) " "

. " (118 1991)

" (1991) "

(24 1991) "

" 1987 Beck " "

" "

. (Beck, et al, 1988,P.459) "

(1996)

(72 2006)

1.2 أهداف البحث

:

-1

-2

4. الإطار النظري

-3

Behavioral and cognitive Theories

2.2 حدود البحث

:

. 2006 - 2005

3. تحديد المصطلحات

:

: Hope

(156 1991)

" (1979) " "

1.4. النموذج الأول : (Beck, 1976)

" (Melges & Bowlby, 1969) " Hopelessness

5. منهجية البحث وإجراءاته

(73 ، 2006) .

(1)

جدول (1) سمات اليائسين في مجالات -الذات - الحاضر - المستقبل

1- الشعور بالعجز 2- الكسل 3- كره الذات 4- تحقير الذات 5- قلة الدافعية 6- فقدان السيطرة 7- الانسحاب 8- الشعور باليأس 9- نقص المهارات الاجتماعية	الاتجاه السلبي نحو الذات
1- النظرة السلبية إلى الحياة 2- الشعور بان العالم ظالم 3- سوء العلاقات مع الآخرين 4- لاهداف في الحياة 5- التشاؤم 6- فقدان الاهتمام 7- فقدان معنى الحياة 8- فقدان الامل 9- الشعور بالفراغ	الاتجاه السلبي نحو الحاضر
1- المستقبل الغامض 2- القلق على المستقبل 3- فقدان الأمل في المستقبل 4- التوقع السلبي 5- الخوف من المستقبل 6- تعميم الفشل 7- تشابه الحاضر مع المستقبل	الاتجاه السلبي نحو المستقبل

2.4. النموذج الثاني: (Seligman et al, 1976): Learned helplessness

1.5. مجتمع البحث
2005 - 2006 .
2.5. عينة البحث التطبيقية
(200) (23 -18) (20.5)
3.5. اداة البحث
1.3.5. مقياس يييك للييأس
Beck Hopelessness Scale (BHS) (1974) " " " "
(Beck & Steer, 1974) " " " "
1988
(Beck & Steer, 1988)
(20)
(9) (-)
(19 ، 15 ، 13 ، 10 ، ، 6 ، 5 ، 3 ، 1)
() ()
(16 ، 14 ، 12 ، 11 ، 9 ، 7 ، 4 ، 2) (11)
() () (20 ، 18 ، 17)
() () () (1)
(20) " "

(Nunnally, 1978, P. 260)

(Extreme Groups Method)
(Internal Consistency Method)
أ. أسلوب المقارنة باستخدام العينتين المتطرفتين
: (Extreme Groups Method)

(%27)

(54) (108)
(Kelley)

(%27) (%27)
(Ebel) (641 1979)
(%27)
(Ebel, 1972, P. 385)

(T-test)

(4) (0.001)

جدول (4) يبين القوة التمييزية لمقياس اليأس
باستخدام العينتين المتطرفتين

VAR 00025	N	Mean	Std .Daviation	Std .Error .Mean
فقرة 1 2.00 1.00	54	.3889 .0185	.49208 .13608	.06696 .01852
فقرة 2 2.00 1.00	54	.6111 .3148	.49208 .46880	.06696 .06380
فقرة 3 2.00 1.00	54	.2778 .0370	.45211 .19063	.06152 .02594
فقرة 4 2.00 1.00	54	.7778 .6667	.41964 .47583	.05711 .06475
فقرة 5 2.00 1.00	54	.6852 .3148	.46880 .46880	.06380 .06380
فقرة 6 2.00 1.00	54	.4444 .0000	.50157 00000	.06826 .00000
فقرة 7 2.00 1.00	54	.4259 .0926	.49913 .29258	.06792 .03982
فقرة 8 2.00 1.00	54	.6111 .2593	.49208 .44234	.06696 .06020
فقرة 9 2.00 1.00	54	.7778 .0556	.41964 .23121	.05711 .03146
فقرة 10 2.00 1.00	54	.3148 .0741	.46880 .26435	.06380 .03597
فقرة 11 2.00 1.00	54	.8148 .2037	.39210 .40653	.05336 .05532

(9)
(Heimberg, 1961)
(11)

()
()
()

2.3.5. ترجمة المقياس

(32)

(8)

(10-5)

(20) (1)
(2)

(106 2000)

3.3.5. تحليل فقرات المقياس

(Ebel, 1972, P. 392)

(Shaw, 1976, P.

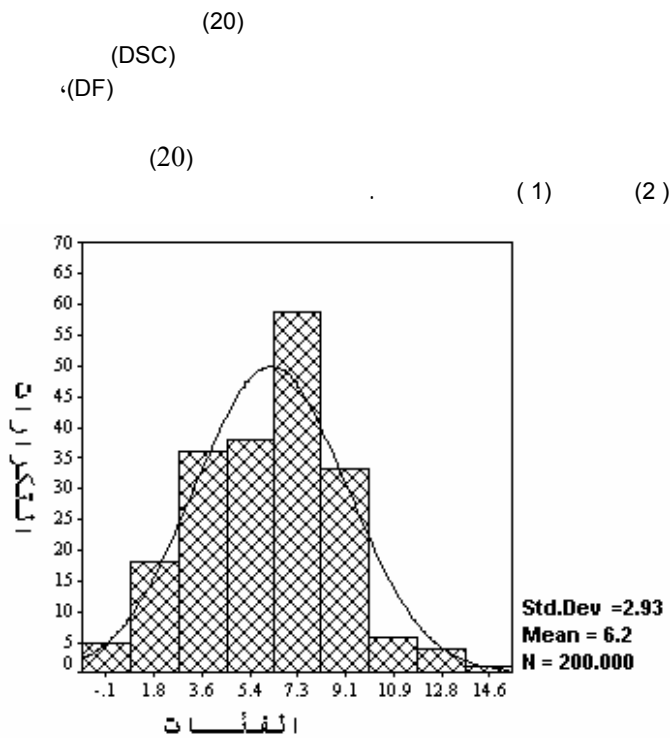
451)

)

(39 1981)

(200)

(Nunnally)



شكل (1)

فقرة 12	2.00	54	.8148	.39210	.05336
1.00			.2407	.43155	.05873
فقرة 13	2.00	54	.4815	.50435	.06863
1.00			.0741	.26435	.03597
فقرة 14	2.00	54	.7778	.41964	.05711
1.00			.2593	.44234	.06020
فقرة 15	2.00	54	.5556	.50157	.06826
1.00			.0741	.26435	.03597
فقرة 16	2.00	54	.7404	.44234	.06020
1.00			.1111	.31722	.04317
فقرة 17	2.00	54	.7037	.46091	.06272
1.00			.2963	.46091	.06272
فقرة 18	2.00	54	.6481	.48203	.06560
1.00			.4630	.50331	.06849
فقرة 19	2.00	54	.5741	.49913	.06792
1.00			.5926	.49597	.06749
فقرة 20	2.00	54	.5000	.50469	.06868
1.00			.4074	.49597	.06749

ب. طريقة الاتساق الداخلي (Internal Consistency Method):
(Internal Consistency)

(51 1985)

(Person Correlation)

(200) (516 1991)

(0.53 - 0.19)

()

مؤشرات الصدق (Validity):

(Allen, 1979,

(Ebel) P. 124)

(0.19)

(5) (Ebel, 1972, P. 399)

جدول (5): معاملات ارتباط درجات كل فقرة من فقرات مقياس اليأس بالدرجة الكلية له

رقم الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة 0.01	رقم الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	0.414	دالة	11	0.474	دالة
2	0.284	دالة	12	0.433	دالة
3	0.259	دالة	13	0.379	دالة
4	0.194	دالة	14	0.388	دالة
5	0.300	دالة	15	0.418	دالة
6	0.405	دالة	16	0.463	دالة
7	0.334	دالة	17	0.321	دالة
8	0.229	دالة	18	0.213	دالة
9	0.530	دالة	19	0.235	دالة
10	0.265	دالة	20	0.277	دالة

تحديد موقع فقرات مقياس اليأس في ضوء القوة التمييزية لكل الأسلوبية:

(Oppenheim, 1973, P. 70)

(360 1980)

:

أ. الصدق الظاهري (Face Validity):

(Content

(Ebel)

Validity)

(Allen)

(Ebel, 1972, P. 79)

(Allen, 1979, P. 96)

5.3.5. تعليمات التصحيح

()
()

(20)

()

19 ، 15 ، 13 ، 10 ، 8 ، 6 ، 5 ، 3 ، 1 :

ب. صدق البناء (Construct Validity) :

(Ebel)

(Ebel, 1972, P. 399)

الثبات (Reliability) :

6. نتائج البحث

(T -

(10)

(2.92)

test)

(6.23)

(Anastasi , 1976 , P.118)

(0.62)

Hinkle , et, al,).

(0.05)

(8.55)

199

(1981 , P.171)

(7)

العينة العدد	الوسط الحسابي	الأخرف المعياري	الوسط الفرضي	القيمة التائية الاحسوية	مستوى الدالة
200	6.23	2.92	10	8.55	0.05

(10)

(0.50)

(Sperman-Brown

(0.66)

Formula)

(6)

(Allen, 1979, P. 79).

جدول (6) معاملات ثبات الاتساق الداخلي لمقياس " بيك " لياس

ت	معامل ألفا "كرونباخ"	التجزئة النصفية " سيرمان - براون "
1	0.62	0.66

(6)

2 +
1 +

%68

%95

2- 2+

1 -

(8) . (Grimm, 1993: pp. 82)

جدول (8) يوضح النسبة المئوية للمؤيدين للحاصلين على أخرف معياري 2+ عن المتوسط

العينة	النسبة المئوية للمؤيدين على أخرف معياري 2+ عن المتوسط الحسابي
ذكور	8.3
اناث	12.2

0.60

(1996 (51 - 50

4.3.5. تعليمات التطبيق

- 5

(20)

10

()

(-)

(1992) " "

" " " " (-) (-)

(55-25 1992) . (3.02) (7.52)

F -2 (5.38) (3.25)

(196) (1) F (64.98)

3.89 0.05 (3.02) (6.08)

5.66 6.80 (5.94)

(9) (3.18)

(10)

جدول (9) يبين الوسط الحسابي والانحراف المعياري للعيينة

Descriptive Statistics

Dependent Variable:

التخصيص الجنس	Mean	Std.Deviation	N
علمي اناث	6.0800	3.02264	50
انساني	5.9400	3.18421	50
Total	6.0100	3.08956	100
علمي ذكور	7.5200	1.52850	50
انساني	5.3800	3.25395	50
Total	6.4500	2.75011	100
علمي Total	6.8000	2.49039	100
انساني	5.6600	3.21681	100
Total	6.2300	2.92573	200

جدول (10): يوضح النتائج التي توصل اليها البحث

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable:

Source	Type III of Squares	df	Mean Square	F	Sig
الجنس	9.680	1	9.680	1.202	.274
التخصيص	64.980	1	64.980	8.067	.005
الجنس*التخصيص	50.000	1	50.000	6.207	.014
Error	1578.760	196	8.055		
Corrected Total	1703.420	199			

F -1

(196) ، (1) F (1.202) 3.89 0.05

" "

Beck & Steer, 1988; Beck, Weissman,)

Lester & Trexler, 1974 Beck, Kovacs & Weissman, 1975

7. مقترحات و توصيات

1.7 مقترحات

-1

-2

-

-3

2.7 توصيات

-1

مراجع عربية

- القران الكريم
- إبراهيم ، عبد الستار 1985 . الإنسان وعلم النفس . الكويت : عالم المعرفة ، العدد 86
- بدر ، إبراهيم محمود ، 1991، مدى فاعلية العلاج الوجودي في شفاء الفراغ الوجودي واللا مبالة اليانسة لدى الطلبة الفاشلين دراسيا ، اطروحة دكتوراه غير منشورة ، كلية التربية جامعة الزقازيق .
- البياتي ، عبد الجبار توفيق وزكريا ، اثناسيوس (1977). الأحصاء الوصفي والأستدلالي في التربية وعلم النفس ، مطبعة مؤسسة الثقافة العمالية ، بغداد .
- جورج ، آي فيركسون (1991) . التحليل الأحصائي في التربية وعلم النفس ، ترجمة هناء العكيلى ، الجامعة المستنصرية ، دار الحكمة للطباعة والنشر ، بغداد .
- دويدار ، عبدالفتاح محمد 1990 : التوقعات السلبية نحو المستقبل وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصية لدى الأطفال ، دراسة سيكومترية ، القاهرة ، المؤتمر السنوي الثالث للطفل المصري ، 495 - 511 .

- Beck, A.T., Riskind, J.H., Brown, G., & Steer, R.A. (1988) Levels of hopelessness in DMS-III disorders : a partial test of content specificity in depression . Cognitive Therapy and Research, 12, 459-469
- Cotton, C., & Range, L., (1993): Suicidality, hopelessness, and attitudes toward life and death in children. Special Issue: prevention and postvention of suicide, Death Studies, . 17, 2, 185-191
- Engstroem, G., & Traeskman, B.L. (1999). Blood folate, vitamin, B-sub-1-sub-2, and their relationships with cerebrospinal fluid monoamine metabolites, depression , and personality in suicide attempters. Nordic Journal of Psychiatry, 53, 2, 131-137
- Ebel , R. L. (1972) . Essential of education measurement , New Jersey , Prentice
- Hall , (2nd. ed.) , U. S. A
- Grimm, L.G. (1993). Statistical Application for the Behavioral Sciences New York: John Wely.
- Guptal, R., Singh, P., & Garg, D., (1991): Standardized assessment of depressive disorders: A replicated study from Northern India, Acta psychiatrica Scandinavica, 4, 310-312
- Hinkle, D. :Wiersma, W. & Turs, S. 1981: Applied statistics for the behavioral science , Rand MC Nally , Chicago .
- Lam, D.H., Brewin, C.R., woods, R.T., & Bebbington, P.E., (1987): Cognition and Social Adversity in the Depressed Elderly, Journal of Abnormal Psychology, 96, 1, 23-26
- Nunnally, J. C. (1978) . Psychometric theory, McGraw-Hill, New York
- Oppenheim , A. N. (1973) . Questionnaire design and attitude measurement , Hieneman Press , London
- Spangler, D.L., Simons, A.D., Monro, S.M., & Thase, M.E., (1993) Evaluating the hopelessness model of depression: diathesis stress and symptom components, Journal of Abnormal Psychology, 102, 4, 592-600.
- Shaw , M. D. (1976) . Scales for the measurement of attitude , McGraw-Hill , New York
- www.nafsany.com
- Yang, B, & Clum, G., (1994): Life stress, social support, and problem solving skills predictive of depressive symptoms, hopelessness, an suicide ideation in an asian student population: A test of a model. Suicide and Life Threatening Behavior, 24, 2, 127-139
- دافيدوف ، لندا ل.، 1983 ، مدخل علم النفس ، ترجمة سيد الطواب واخرون ، دار ماكجروهيل للنشر ، الرياض .
- رزوق ، أسعد ، 1979 . موسوعة علم النفس . بيروت : المؤسسة العربية للدراسات والنشر .
- الزوبعي، عبد الجليل وآخرون (1981). الأختبارات والمقاييس النفسية، جامعة الموصل، دار الكتب للطباعة والنشر .
- سلامة ، ممدوحة محمد 1991 . الاعتمادية والتقييم السلي للذات والحياة لدى المكتئبين . دراسات نفسية ، ك 1 ج 2 ، ص 199 - 218 ، القاهرة ، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية .
- السيد ، فؤاد البهي ، (1979) . الجداول الأخصائية لعلم النفس والعلوم الإنسانية الأخرى، الطبعة الأولى ، دار الفكر العربي ، القاهرة .
- الطويل ، عزت عبد العظيم ، 1981، بحوث ودراسات في علم النفس ، دار المطبوعات الجديدة ، الاسكندرية
- عبد الله ، هشام ابراهيم ، 1995 المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالاكئاب واليأس لدى عينة من الطلاب العاملين ، المؤتمر الثاني لمركز الارشاد النفسي بجامعة عين شمس المنعقد في الفترة من 25 - 27 ديسمبر . القاهرة .
- عبد الرحمن ، محمد السيد ، 1991 : المهارات الاجتماعية وعلاقتها بالاكئاب واليأس لدى الأطفال ، مجلة كلية التربية بطنطا ، العدد الثالث عشر ، 241 - 300 .
- عبد الحميد ، جابر وكفافي علاء الدين 1990 : معجم علم النفس والطب النفسي . القاهرة : دار النهضة العربية ، ط 3 .
- عيسوي ، عبد الرحمن ، (1985) . القياس والتجريب في علم النفس والتربية ، الدار الجامعية ، بيروت .
- عبدالخالق ، احمد محمد ، 2000 ، استخبارات الشخصية ، دار المعرفة الجامعية ، ط 3 ، الاسكندرية .
- عبدالخالق ، احمد محمد ، 1996 ، قياس الشخصية ، ط 1 ، جامعة الكويت ، الكويت .
- فرج ، صفوت (1980) . القياس النفسي ، دار الفكر العربي ، القاهرة .
- كمال دسوقي ، 1988 : ذخيرة علوم النفس ، المجلد الأول ، القاهرة ، الدار الدوية للنشر والتوزيع
- معمريه ، بشير 2006 ، تصميم استبيان لقياس الشعور باليأس لدى الراشدين ، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية ، العدد التاسع مارس .

مراجع أجنبية

- Anastasi, A. (1976) . Psychological Testing , Macmillan , New York .
- Aslan, S.H., Soylu, M.B., Alparslan, Z.N., & Uenal, M. (1996). Psychological factors and Psychiatric findings in Behcet's disease. Tuerk Psikiyatri Dergisi, 7, 3, 215-221
- Allen , M. J. & Wendy , M. Y. (1979) . Introduction to measurement theory , New York , U. S. A.

(ملحق 1) مقياس اليأس بصورته الأولى

تعليمات الإجابة على المقياس

عزيزي الطالب عزيزتي الطالبة :

يرجى التعاون معنا للأجابة على فقرات هذا المقياس خدمة مجتمعنا بشكل عام ، والبحث العلمي بشكل خاص ، وذلك من خلال اختيار أحد البدائل الموجودة بعد كل فقرة والبالغة (20) فقرة والتي تعبر عن مشاعر وسلوك ممكن ان يجربها الفرد في كل لحظة من لحظات حياته بعد قراءة كل فقرة بشكل جيد ووضع علامة (x) تحت البديل (نعم) ان كنت تراه ينطبق عليك وعلامة (x) تحت البديل (لا) ان كنت تراه لاينطبق عليك، علماً أن الأجابه لن يطلع عليها أحد سوى الباحث ، ولن تستخدم لأي غرض آخر سوى البحث العلمي فقط ... مع التقدير .

يرجى تدوين البيانات الآتية :

الجنس :

التخصص :

لا	نعم	الفقرات
		1. أتطلع إلى المستقبل بأمل وحماس .
		2. يمكنني أن أفر بعجزتي لأنني لم أستطيع تحقيق الأفضل بالنسبة لِنفسي .
		3. عندما تسوء الأمور ، فإنه تساعدني معرفتي بأن الأمور لن تدوم كذلك إلى الأبد .
		4. لا أستطيع أن أتخيل ماذا ستكون عليه حياتي بعد عشر سنوات .
		5. عندي الوقت الكافي لأجّاز الأشياء التي تشد رغبتني في القيام بها .
		6. في المستقبل ، أتوقع أن أنجح فيما هو أكثر أهمية بالنسبة لي .
		7. يبدو أن المستقبل مظلم بالنسبة لي .
		8. أتوقع أن أحمل من الأشياء الجيدة في الحياة قدرا أكبر مما ينال الشخص العادي .
		9. لم يكن لي حظ سعيد ، وليس هناك سبب يدعو للاعتقاد بأنني سأحصل عليه في المستقبل
		10. أن خيراتي الماضية قد أعدتني إعدادا جيدا للمستقبل .
		11. كل ما أستطيع رؤيته أمامي ، هو أمور سيئة أكثر مما هي سارة .
		12. لا أتوقع أن أحصل على ما أريده حقيقة .
		13. عندما أتطلع إلى المستقبل ، أتوقع أنني سوف أكون أسعد مما أنا عليه الآن .
		14. لن تحدث الأمور في المستقبل بالطريقة التي أودها .
		15. لدي (عندي) ثقة كبيرة في المستقبل .
		16. أنا لا أحصل أبدا على ما أريد ، ولذلك فمن حماقة أن أرغب في أي شيء .
		17. من غير المتوقع أنني سأحقق أي إشباع حقيقي لرغباتي في المستقبل .
		18. يبدو لي المستقبل غامضا ومشكوكا فيه .
		19. باستطاعتي أن أتوقع أن الأيام الهائلة ستكون أكثر من الأيام السيئة .
		20. لا فائدة من المحاولة الجادة للحصول على شيء ما أريده ، لأنني لن أتمكن من الحصول عليه في الغالب .

الباحث فؤاد محمد فريخ الجابري

(ملحق 1) مقياس اليأس بصورته النهائية

تعليمات الإجابة على المقياس

عزيزي الطالب عزيزتي الطالبة :

يرجى التعاون معنا للأجابة على فقرات هذا المقياس خدمة لمجتمعنا بشكل عام ، والبحث العلمي بشكل خاص ، وذلك من خلال اختيار أحد البدائل الموجودة بعد كل فقرة والبالغة (20) فقرة والتي تعبر عن مشاعر وسلوك ممكن ان يجربها الفرد في كل لحظة من لحظات حياته بعد قراءة كل فقرة بشكل جيد ووضع علامة (x) تحت البديل (نعم) ان كنت تراه ينطبق عليك وعلامة (x) تحت البديل (لا) ان كنت تراه لاينطبق عليك، علماً أن الأجابه لن يطّلع عليها أحد سوى الباحث ، ولن تستخدم لأي غرض آخر سوى البحث العلمي فقط ... مع التقدير .

يرجى تدوين البيانات الآتية :

الجنس :

التخصص :

ت	الفقرات	نعم	لا
1.	أتطلع إلى المستقبل بأمل وحماس .		
2.	يمكنني أن أقر بعجزتي لأنني لم أستطيع تحقيق الأفضل بالنسبة لنفسي .		
3.	عندما تسوء الأمور ، فإنه تساعدني معرفتي بأن الأمور لن تدوم كذلك إلى الأبد .		
4.	لا أستطيع أن أتخيل ماذا ستكون عليه حياتي بعد عشر سنوات .		
5.	عندي الوقت الكافي لانجاز الأشياء التي تشتد رغبتني في القيام بها .		
6.	في المستقبل ، أتوقع أن أجح فيما هو أكثر أهمية بالنسبة لي .		
7.	يبدو أن المستقبل مظلم بالنسبة لي .		
8.	أتوقع أن أعمل من الأشياء الجيدة في الحياة قدرا أكبر مما ينال الشخص العادي .		
9.	لم يكن لي حظ سعيد ، وليس هناك سبب يدعو للاعتقاد بأنني سأحصل عليه في المستقبل .		
10.	أن خبراتي الماضية قد أعدتني إعدادا جيدا للمستقبل .		
11.	كل ما أستطيع رؤيته أمامي ، هو أمور سيئة أكثر مما هي سارة .		
12.	لا أتوقع أن أحصل على ما أريده حقيقة .		
13.	عندما أتطلع إلى المستقبل ، أتوقع أنني سوف أكون اسعد مما أنا عليه الآن .		
14.	لن تحدث الأمور في المستقبل بالطريقة التي أودها .		
15.	لدي (عندي) ثقة كبيرة في المستقبل .		
16.	أنا لا أحصل أبدا على ما أريد ، ولذلك فمن الحماسة أن أرغب في أي شئ .		
17.	من غير المتوقع أنني سأحقق أي إشباع حقيقي لرغباتي في المستقبل .		
18.	يبدو لي المستقبل غامضا ومشكوكا فيه .		
19.	باستطاعتي أن أتوقع أن الأيام الهائلة ستكون أكثر من الأيام السيئة .		
20.	لا فائدة من المحاولة الجادة للحصول على شئ ما أريده، لأنني لن أتمكن من الحصول عليه في الغالب .		

الباحث فؤاد محمد فريح الجابري

المجلة الإلكترونية

شبكة العلوم النفسية

المجلد 2 - العدد السادس 2005



Download All N° 6 eJournal

Full Text Free

<http://www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ6/apnJ6.exe>

SUMMARY

<http://www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ6/apnJ6.exe>

المجلة الإلكترونية

شبكة العلوم النفسية

المجلد 2 - العدد الخامس 2005



Download All N° 5 eJournal

Full Text Free

<http://www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ5/apnJ5.exe>

SUMMARY

<http://www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ5/apnJ5.exe>

Arabpsynet eJournal: N° 13 - WINTER 2007

مجلة شبكة العلوم النفسية العربية: العدد 13 - شتاء 2007

COMPORTEMENT PARENTAL, DÉPRESSION ET STRATÉGIES DE COPING

SELON LE MODÈLE DE VULNÉRABILITÉ

PR. HOUDA KECHROUD – PSYCHOLOGIE, ALGERIE

Kechroud_houda@yahoo.fr

Résumé en français : Le modèle de vulnérabilité comme il a été développé par Perris et al 1987, pour expliquer l'origine du désordre mental, suggère l'hypothèse que les expériences de la phase d'enfance, comme ils sont reflétées dans la perception du comportement parental, constituent aussi des déterminants de stratégies de faire face ou *coping* dans la vie des adultes. En se basant sur ce modèle, la relation entre le comportement parental, dépression et coping a été étudiée sur un échantillon de 246 étudiants de différentes universités et grandes écoles d'Alger avec une moyenne d'âge de 19.89.

English Summary: The vulnerability model as developed by Perris et al 1987, to explain the origin of mental disorders, suggest the hypothesis that childhood experiences as reflected by perceived parental rearing practises, also constitute determinants of coping behaviour in adult life. Within the Perris vulnerability model of psychopathology, the relationships between perceived parental rearing, depression and coping have been investigated in a simple of 246 students from different Algerian universities and high schools with a mean age of 19.89.

Mots clés: Comportement parental, Coping, Vulnérabilité.

Introduction

Dans un contexte social et culturel, la famille, en tant que structure sociale primaire, reste le noyau essentiel de référence qui non seulement détermine le comportement des individus, mais influence, en même temps, les stratégies pour faire face aux situations de stress. Certains auteurs (Perris, 1987), avance même l'hypothèse que l'aspect éducatif, en particulier les qualités des échanges parents-enfants, contribuent et relativisent la fragilité, *vulnerability* des individus. Ce lien a été interprété de diverses façons non exclusive : Le type de comportement au sein d'une famille peut avoir des effets directs sur la stabilité ou l'instabilité psychologiques des individus, comme il peut avoir des effets indirectes sur le choix de certaines stratégies de *faire face*. On connaît assez mal encore les mécanismes par lesquels certaines pratiques éducatives (perception de certaines dimensions du comportement parental) pourraient influencer le choix de l'individu et de ses mécanismes pour faire face aux situations stressantes. Notre recherche se propose de vérifier certaines hypothèses récentes (Perris, 1980-1987) qui mettent l'accent à la fois sur le processus cognitif pour développer des mécanismes d'adaptation adéquats et mettent en évidence l'aspect culturel et éducatif en référence avec la vulnérabilité de l'individu aux manifestations psychopathologiques.

Cadre théorique.

La majorité des psychologues travaillant sur la socialisation, quelque soit leur courant théorique a considéré l'interaction entre les parents et les enfants comme étant d'une importance capitale durant les phases d'âge, il est corrélé fortement à leur degré d'adaptation, toutefois ils ne s'accordent pas sur la manière adéquate de l'étudier. Certains étudient la socialisation à travers certaines attitudes et situations et leur effet sur les traits de personnalité, par contre d'autres chercheurs utilisent des cadres généraux et des dimensions tels que le rejet et la tolérance, en pensant que telle approche est à même de régler un grand nombre de difficultés. Ils est également possible de faire le lien entre le comportement parental et les dimensions de la personnalité.

L'intérêt que les chercheurs en éducation et en psychologie accordent au développement psychosocial de l'enfant remonte à une époque très ancienne. (Locke, 1693), et (Rousseau, 1762), ont attiré l'attention sur la socialisation et les méthodes éducatives dans la formation de personnalité des enfants, toutefois, les études factorielles sur l'effet du comportement parental sur la

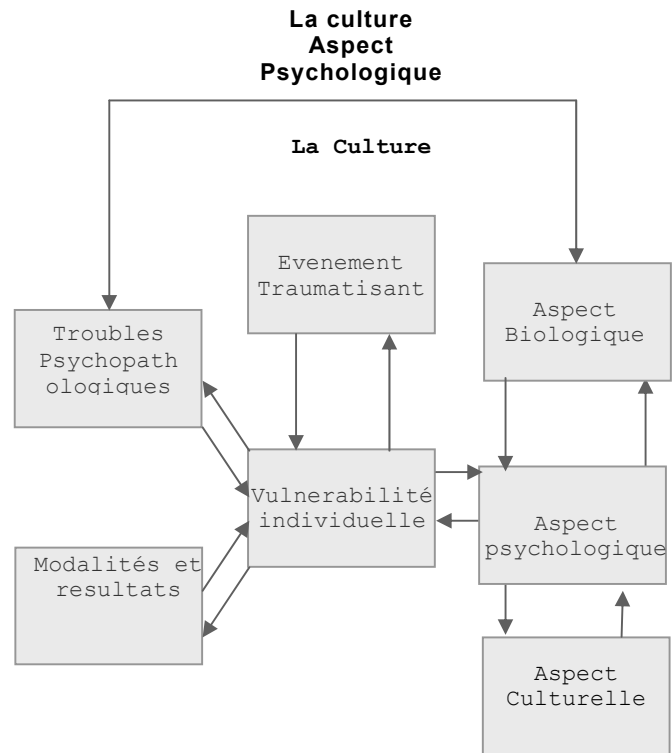
Le concept du comportement parental ne jouit pas d'une diversité de définition il est généralement utilisé comme synonyme de la socialisation. (Dessouki, 1991), considère le comportement parental comme étant le style adopté par les parents pour faire acquérir à leurs enfants différents comportements, valeurs et traditions. Les modes de socialisation diffèrent selon la culture, les classes sociales, le niveau d'instruction des parents et leurs professions.

L'évolution méthodologique de l'étude du comportement parental est marquée par plusieurs phases. Les premières études sont centrées sur des situations particulières de socialisation (exp : l'alimentation, l'apprentissage de la propreté, l'agressivité, la sexualité) (Sears & al., 1957).

Un autre groupe de chercheurs a entamé l'étude d'autres paramètres du comportement parental plus globaux et qui expriment mieux les agissements des parents vis-à-vis de leurs enfants. L'étude d'Anne (Roe, 1957) est un exemple type.

Il est intéressant de relever que l'ensemble des études de ce courant se sont basées sur les rapports (les dires) des parents pour identifier les dimensions du comportement parental, la source principale d'information étant les parents, notamment la maman, est considérée une source unique et fiable d'information sur l'enfant.

De son côté (Perris, 1994), représentant de l'approche interactionnel et vulnérabilité pour l'étude de la relation entre le comportement et la psychopathologie, considère que malgré la cohérence globale des résultats de recherches portant sur le comportement parental et certaines caractéristiques de la personnalité, il demeure que certains aspects deviennent sans explication. Il pense que beaucoup des données disponibles à ce sujet sont issues de généralisations abusives ou extraits de rapport à caractère romancier, ou encore d'enquêtes entachées de fautes méthodologiques. Parmi les erreurs relevées : l'usage d'échelles complexes, l'effectif réduit des échantillons d'études, ambiguïté de la définition du comportement parental, négligence relative de l'apport du père, la non prise en compte de l'aspect culturel. Mais le grief majeur, d'après (Perris, 1987), renvoi à l'absence d'un cadre global en mesure d'interpréter les déterminants en action dans le comportement parental et dans l'apparitions des troubles psychiques. Aussi, Perris adopte une démarche méthodologique nouvelle pour l'étude de la relation entre comportement parental et l'apparition des troubles psychiques. Il se base sur les idées avancées par (Mayer, 1915), dans lesquelles il démontre l'absence de pertinence des hypothèse univoques et des relations causales linéaires dans l'interprétation des facteurs individuels des troubles psychiques. Il propose plutôt un modèle multifactoriel où il suggère un cadre théorique complexe qui prend en compte les interactions des facteurs culturels, biologiques, et psychologiques dans le développement de la vulnérabilité de l'individu à l'atteinte et aux manifestations psychopathologiques. (voir schéma ci-dessous).



Troubles psychopathologiques
Aspect Biologique
Modalités et résultats

Événements
traumatisants
Vulnérabilité individuelle

Déterminants sociaux

dimension temporelle

Modèle global de l'apparition des troubles psychiques selon le concept de vulnérabilité (Perris, 1994).

Ce modèle met l'accent sur le concept de *vulnérabilité* de l'individu, qui est considéré comme le pivot de tous les troubles psychiques, plus que les manifestations pathologiques. Il se base sur l'interaction dialectique entre divers paramètres et le degré de vulnérabilité et l'environnement. Et du fait de cette interaction permanente, le concept de *vulnérabilité* n'est pas un trait statique, bien au contraire, il évolue grâce à cette interaction tout au long de la vie.

Perris avance un point de vue particulier pour l'interprétation des événements traumatisants. Il considère que même si les facteurs de vulnérabilité renforcent la réaction individuelle face aux événements stressants, il n'en demeure pas moins que chaque sujet possède un style particulier de réactions qui le singularise des autres. Le modèle qu'il propose donc, met l'accent d'avantage sur l'hypothèse et la spécificité individuelle dans la vulnérabilité et les styles de faire face aux difficultés et aux problèmes.

Nous tenterons pour notre recherche, à travers ce modèle théorique, d'interpréter la relation entre certains traits du comportement parental et l'atteinte par certains troubles psychiques, en mettant l'accent sur l'aspect interactionnel de la socialisation telle que présentée par la théorie de l'apprentissage social, et qui n'occulte pas les aspects biologiques et génétiques tout en prenant en considération les expériences individuelles et sociales et le rôle actif de l'individu dans ces apprentissages.

Le modèle de vulnérabilité psychologique développé par (Perris et al. 1987, 1988), pour expliquer l'origine du désordre mental suggère l'hypothèse que les expériences de la phase d'enfance, comme elles sont reflétées dans la perception du comportement parental, constituent aussi (en plus de l'aspect psychopathologique) des facteurs déterminants des stratégies de faire face ou coping dans la vie des adultes.

Parmi les rares études qui ont abordé la relation entre les perceptions du comportement parental et les différentes stratégies du coping, l'étude pilote de Richter et (Eismann, 1991), sur un échantillon de 72 patients dépressifs. Les résultats ont révélées des corrélations significatives entre le rejet ou la surprotection parentale et la stratégie de coping émotion ainsi qu'une relation significative entre la chaleur affective et la stratégie du coping orientée vers le problème, d'après la classification du coping de (Folkman et Lazarus, 1988).

En se basant sur le modèle de vulnérabilité de Perris, nous essayons dans ce présent travail de tester la relation possible entre la perception du comportement parental et les manifestations dépressives chez les jeunes adultes d'un côté, et entre la perception du comportement parental et les différentes stratégies de coping de l'autre côté. Entre autres, nous essayons de tester d'autres relations possibles entre la dépression et les différentes stratégies du coping.

Méthode et procédure de la recherche.

A partir du modèle de vulnérabilité, qui vise à expliquer l'origine du désordre mental, (Perris, 1987-1988), suggère l'hypothèse du rôle des expériences néfastes de la prime enfance sur la vulnérabilité de l'individu aux manifestations psychologiques, ainsi que sur les conditions à travers lesquelles se constitue les différentes stratégies du coping.

Dans le but d'explorer et de vérifier ce modèle, nous avons élaboré des hypothèses de recherche, qui visent d'une part, à confirmer ou infirmer une relation possible et significative entre la perception du sujet, de certaines dimensions du comportement parental et les troubles psychologiques (dans notre recherche la dépression), d'autre part l'existence d'une relation significative possible entre la perception de certaines dimensions du comportement parental et les différentes stratégies de coping chez le même sujet et enfin, vérifier une relation possible entre les différentes stratégies de coping et la dépression.

Tout le travail s'est basé sur trois types d'instruments d'investigation plus une fiche de renseignements personnels concernant les sujets :

1. Inventaire du comportement parental, EMBU (Egna

Minnen Betröffande Uppfostrans) de (C.Perris et al. 1980) : est un instrument suédois dessiné à mesurer la perception du comportement des deux parents séparément. (Arrindel et al. 1989).

*Selon Lazarus et Folkman 1984, le coping est défini comme l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu.

Inventaire de coping pour situations stressantes, CISS (Coping Inventory for Stress Situation) de (Endler et Parker, 1990) : est une échelle permettant de mesurer les aspects multidimensionnelles du coping. (Rolland, 1998, adaptation française).

Inventaire de dépression de Beck connu sous l'appellation BDI (Beck Depression Inventory) de (Beck et al. 1961) : est un questionnaire d'auto évaluation destiné à mesurer la sévérité de la dépression chez les sujets diagnostiqués comme dépressifs et à repérer la dépression chez les sujets de la population normale. (Beck et al. 1988).

L'échantillon final de la présente recherche est composé de 246 étudiants et étudiantes de la première année des E.N.S et de quelques instituts de la faculté d'Alger, avec une moyenne d'âge de 19.89 ans

Résultats.

1. la relation entre le comportement parental et les traits dépressifs

Tableau des corrélations entre les facteurs de E.M.B.0 et les traits dépressifs du B.D.I.

	Père	Mère	Contrôle	
			Père	Mère
Traits dépressifs	-0.287**	-0.256**	0.255**	0.202**

** Corrélation significative au seuil de 0.01.

Comme envisagé dans les hypothèses, les résultats de la recherche ont démontré qu'il existe une corrélation négative entre le comportement parental caractérisé par l'amour et le soutien et les manifestations dépressives chez les jeunes. Les coefficients de corrélation pour les deux parents sont respectivement (-0.28) et (-0.25).

D'autre part, une relation significativement positive a été observée entre le comportement parental caractérisé par le contrôle et les traits dépressifs (0.25) pour les pères et (0.20) pour les mères. Ce qui explique que les traits dépressifs vont dans la même direction que le contrôle parentale. Plus il y a de contrôle parental, plus des traits dépressifs sont remarqués chez les jeunes adultes. Par contre une légère différence entre les degrés de corrélation a été observée entre la perception du comportement parental et la dépression. La relation est légèrement plus forte dans le comportement des pères (-0.28) par rapport aux mères (-0.25), pour la dimension chaleur affective, et (0.25) pour les pères contre (0.20) pour les mères, pour la dimension contrôle parental (nous rappelons que le seuil de signification est le même 0.01).

Ces différences ne sont pas sans significations et peuvent être justifiées à partir des observations socioculturelles et psychosociales. En effet, certains auteurs ont longuement parlé d'une étroite relation "symbiose" entre les mères et leurs enfants dans le milieu culturel traditionnel algérien. Cette relation paraît des fois même possessive, mais elle est assez souvent préférée à la relation aux pères, qui à leur tour sont représentés comme rigides et très punitifs (Zerdoumi 1979; Foughali 1984).

Une étude plus récente portant sur une population de 200 lycéens algériens, a révélé de fortes corrélations entre les échelles de contrôle du PARI (Schaeffer) en ce qui

concerne le comportement des pères et la dimension névrotisme (instabilité psychoaffective) d'Eysenk, chez les adolescents (Kechroud, 2000).

Ces résultats confirment notre première hypothèse de recherche concernant la relation entre le comportement parental et la dépression et en même temps vont dans le même sens que certaines recherches précédentes de différents milieux culturels. (Crook et al., 1981; Parker 1981; Perris et al., 1983; Perris et al., 1985; Richter et al., 1991; Eismann et al., 1990; Gelsma et al., 1994; Abdulaziz Moussa 1993; Abdel Rahman Essayed, 1998).

2. La relation entre le comportement parental et les différentes stratégies de coping:

Tableau des corrélations entre les dimensions du comportement parental EMBU et les stratégies du coping CISS.

Coping	Chaleur affective (Affection)		Contrôle	
	Père	Mère	Père	Mère
Tâche	0.166**	0.202**	0.06	0.032
Emotion	-0.001	-0.007	0.28**	0.27**
Évitement	0.198**	0.155*	0.031	-0.056
Distraction	0.119	0.101	-0.054	-0.116
Diversions sociale	0.184**	0.149*	-0.039	-0.011

** corrélation significative au seuil de 0.01. * corrélation significative au seuil de 0.05.

Le tableau ci-dessus, nous montre des corrélations importantes entre les facteurs du EMBU et les échelles du CISS. Le facteur chaleur affective est positivement corrélé à l'échelle tâche du CISS. Ce qui veut dire que tant que l'enfant baigne dans une atmosphère d'amour et de chaleur familiale, tant il est porté à adopter des stratégies d'adaptation orientées vers la tâche pour résoudre le problème, le restructurer sur le plan cognitif, pour tenter de modifier la situation.

Une légère différence dans les degrés de corrélation au profit des mères (0.20) a été relevée par rapport aux pères (0.16), (nous signalons que le seuil de signification pour les deux parents est de 0.01).

D'autres corrélations positives ont été relevées entre le comportement parental caractérisé par le contrôle et l'échelle émotion. Ce qui veut dire que l'enfant qui vit une relation de contrôle et de contrainte a tendance à avoir des réactions émotionnelles orientées vers le moi, dans le but de réduire le stress (mais cela n'aboutit pas toujours).

Les résultats de corrélation entre les deux parents semblent être presque identiques, cela confirme que le comportement parental caractérisé par la rigidité, le contrôle, la préférence des enfants, ainsi que l'excès d'autorité, développent chez les enfants des tendances émotionnelles et impulsives, comme moyen d'ajustement au stress. Parmi les études antérieures (très rares d'ailleurs), l'étude de (Richter et Eismann, 1991). Ces deux derniers ont mis en évidence une forte corrélation entre les facteurs *rejet*, *surprotection* et l'échelle du coping *émotion*, d'après la classification de (Folkman et Lazarus, 1988).

Le tableau ci-dessus nous montre aussi des corrélations positivement significatives entre le facteur chaleur affective du EMBU et l'échelle évitement du CISS (0.19) pour les pères et (0.15) pour les mères d'une part, et sous échelle distraction

sociale d'autre part, qui dépend de l'échelle évitement du CISS (0.18) pour les pères et (0.14) pour les mères.

En général les résultats de cette première partie de la recherche, confirment notre deuxième hypothèse de travail, concernant la relation entre le comportement parental et les différentes stratégies de coping.

3. La relation entre le coping et les traits dépressifs.

Tableau des corrélations entre les échelles du CISS et du BDI

CISS	BDI
T	-0.19**
E	0.38**
A	-0.06
D	-0.04
SD	-0.12

** significative au seuil de 0.01

D'après le tableau ci-dessus une corrélation positive, relativement importante, apparaît entre l'échelle émotion du CISS et les traits dépressifs du BDI (0.38), par ailleurs, une corrélation significativement négative est observée entre l'échelle tâche du CISS et le BDI (-0.16). Par contre, l'analyse statistique ne révèle aucune corrélation entre l'échelle évitement et ses deux composantes distraction et diversion sociale et la dépression.

Cette analyse suggère que le coping orienté vers l'émotion est associé (positivement) à la psychopathologie, tandis que le coping orienté vers la tâche est associé (négativement) à la dépression, par contre le coping orienté vers l'évitement est indépendant (probablement) des autres aspects de la psychopathologie.

Ces résultats confirment notre troisième hypothèse de recherche à ce sujet et vont dans le même sens que plusieurs recherches précédentes (Mitchell et al 1983; Costa et al., 1996; Mayssa Elnayal et Abdellah Hichem, 1997).

Discussion.

Les résultats de l'étude portant sur le comportement parental, la dépression et les stratégies du coping, mettent en évidence l'existence de relations significatives entre les dimensions du comportement parental et la dépression. En effet, la dépression est corrélée négativement avec un comportement parental "normal" caractérisé par la

présence d'une chaleur affective vis-à-vis de l'enfant. A l'inverse, un comportement parental dominé par le contrôle est corrélé positivement avec la dépression, et cela est valable aussi bien pour le comportement des pères que celle des mères.

Ces résultats prouvent que le comportement parental axé sur l'affection, l'acceptation, la compréhension, la volonté de rapprochement avec les enfants, l'encouragement, passer du temps avec eux, les écouter, favorisent un développement harmonieux loin de tout trouble psychique comme la dépression. Par contre, une attitude imprégnée de brutalité, rigidité et contrôle du comportement de l'enfant engendre l'apparition de troubles psychiques.

Les résultats de cette recherche corroborent les résultats des études précédentes sur le même sujet, aussi bien celles conduites dans des sociétés arabes que celles faites sur des sociétés occidentales, citées précédemment ainsi que les interprétations des théories cognitives.

En effet, la théorie de l'incapacité acquise de (Seligman et al. 1979), et la théorie de la dépression de (Beck, 1967-1979) évoquent le modèle dépression-diathèse-stress.

l'individu acquiert à partir des interactions avec l'environnement, notamment avec ses parents, des distorsions cognitives suite à certaines expériences, qui seront réactivées à des phases ultérieures de sa vie. Elles constituent un terrain favorable à l'apparition de la dépression.

Dans leur révision du modèle de l'incapacité acquise, (Abramson et al. 1978) ont mis en évidence les différences individuelles dans les styles d'attribution qui permettent à l'individu d'interpréter les événements, de manière constante et ce, en dépit des changements, ce qui l'expose aux troubles psychiques. Nous pensons donc, que dans le cas de la dépression, l'individu possède des modèles globaux fixes et des attributions internes pour l'ensemble des mauvais résultats ou événements. En cas d'événement spécifique, (Seligman et al. 1979) prévoient l'atteinte par la dépression dans le cadre de la théorie de l'incapacité acquise (Alloy et al., 1988; Abramson et al., 1989).

Au vu des résultats de notre recherche, nous proposons un modèle causal d'explication des effets de l'attitude parentale sur la santé psychique à travers l'apport de ce facteur dans la construction des styles d'attribution.

Il apparaît en effet, que la manière d'interpréter les événements, qui procèdent des styles d'attribution, se développe durant l'enfance, à travers les interactions avec

les parents. Les enfants qui font l'objet de rejet parental sont sujets au dénigrement et aux reproches en cas d'événements négatifs. L'individu intègre ce type d'expériences comme des caractéristiques propres à lui et renforce donc chez lui l'incapacité et l'impuissance psychique.

D'un autre côté, nos résultats mettent en évidence l'existence d'une corrélation entre le comportement parentale et les stratégies de coping. Le facteur chaleur affective des parents, est corrélé positivement avec les stratégies de coping de tâche, alors que le facteur contrôle parental est corrélé avec les stratégies de coping d'émotion. Une corrélation moyenne a été enregistrée entre le facteur chaleur affective et la stratégie d'évitement et une de ses variantes la diversion sociale.

L'ensemble de nos résultats démontre que les attitudes des pères et des mères suscitent chez les enfants des stratégies de coping intra-psychiques, ceci apparaît à travers une corrélation significative entre la chaleur affective et le coping de tâche, entre le contrôle et le coping d'émotion. Quant à la corrélation de la stratégie d'évitement et le facteur de chaleur affective, elle est due aux caractéristiques spécifiques de la socialisation d'une part, et aux caractéristiques inhérentes à l'âge de la population d'étude en l'occurrence l'adolescence, d'autre part.

On peut dire de manière globale que le rejet, la punition, le contrôle, la rigidité de la part des parents créent chez l'enfant un sentiment permanent de perte de l'objet, de la sécurité et de la stabilité. Ce climat inhibe l'activité d'exploration et le comportement actif de l'enfant produisant ainsi une faiblesse des stratégies de coping.

Les expériences sociales et relationnelles que vit l'enfant, notamment ses relations avec ses parents, influent directement sur sa vulnérabilité aux troubles psychiques durant sa vie. Ceci apparaît à travers la corrélation significative enregistrée entre les facteurs E.M.B.0 et le BDI, d'une part, elles participent également, de façon indirecte à la détermination et au développement de défenses psychiques telles que les stratégies de coping d'autre part, ceci étant attesté par la corrélation des facteurs E.M.B.0 et CISS.

En conséquence, le comportement parental, du fait de sa participation à l'apparition de stratégies inopérantes, produit un effet supplémentaire sur la vulnérabilité. Ce facteur intermédiaire entre le comportement parental, les symptômes et les défenses psychiques, interagit continuellement durant toute la vie de l'individu. Les enfants qui grandissent dans un climat familial caractérisé par la stabilité et la compréhension, sont moins exposés à l'atteinte par la dépression. Ils sont plus enclins à utiliser des stratégies de coping rationnelles et performantes dans leur réaction vis-à-vis des événements. Par contre, les enfants qui subissent le contrôle et la brutalité des parents, sont plus exposés

aux troubles névrotiques comme la dépression, ils ont tendance à faire appel à des stratégies émotionnelles comme la colère, le doute face aux difficultés de la vie.

Partant de ces résultats, nos deux premières hypothèses, qui stipulent l'existence d'une corrélation entre le comportement parental et la dépression d'une part, et entre le comportement parental et les stratégies de coping d'autre part, se trouvent confirmées. Ces résultats confortent les conclusions d'autres études notamment le modèle de vulnérabilité de (Perris, 1987) dans l'explication de l'origine des troubles psychiques ainsi que les hypothèses de ce modèle portant sur l'influence du comportement parental dans la détermination des stratégies de coping (Richter et al., 1991).

En outre, les présents résultats mettent en évidence le rôle du père dans le développement de la personnalité des enfants, contrairement aux courants théoriques qui mettent beaucoup plus l'accent sur le rôle de la mère, reléguant le père au second rôle. De ce fait, notre recherche s'inscrit donc dans la même vision que les études de (Siegelman, 1966) qui attestent que le rôle du père est aussi déterminant que celui de la mère dans le développement de l'enfant. Elle s'accorde également avec les résultats des recherches menées sur des populations dépressives qui mettent en évidence la part du père dans l'apparition de ce trouble (Aneas et Targersen 1990; Bornstein et O'Neil 1992).

L'analyse des résultats de l'enquête permet de mettre en évidence le poids des facteurs culturels dans le développement de la personnalité, ceci nous permet de nous démarquer des assertions des courants théoriques axés sur les facteurs liés à la maturation biologiques dans l'apparition des traits de caractère chez l'enfant, à l'exemple du courant "maturation" de (Gesel, 1952). Par contre, nos résultats s'alignent sur les courants théoriques qui accordent une place prépondérante aux facteurs culturels dans la formation de la névrose, notamment les hypothèses de Fromm qui considère que les différences culturelles sont importantes, non pas dans leur influence durant les phases de développement psychogénétiques, mais dans l'influence qu'elles exercent sur l'ambiance générale qui caractérise les relations parents-enfants (Lazarus, 1971). Il considère, en effet, que les troubles psychiques, y compris la dépression, sont la résultante des réactions de l'enfant vis-à-vis du contrôle parental, qui n'est en fait qu'un aspect de l'autoritarisme qui règne dans la société.

Les résultats de notre recherche apportent également de nouvelles preuves sur la forte corrélation entre le comportement des enfants et la perception qu'ils ont du comportement parental. Les significations et sens qu'ils attribuent au comportement parental constituent leur véritable et unique monde interne. De ce fait évaluer le comportement parental tel qu'il est perçu par les enfants est une démarche réaliste et cohérente. (Scheaffer, 1965) a démontré que la perception que se construit l'enfant du comportement de ses parents et leurs agissements à son égard, est corrélée plus fortement avec le degré de son équilibre psychique plus que ne l'est le comportement réel des parents. Avant lui, (Ausubel et al. 1954) ont mis l'accent sur la perception des relations familiales dans l'étude du développement de la personnalité d'avantage que sur les conduites réelles des pères et des mères dans la famille. Plus récemment (Block, 1993) a affirmé que la "perception sociale" est l'expression d'un ensemble de représentations et de jugements que se fait l'individu des autres et de son environnement social, et qui conditionnent son comportement et son développement. Il s'avère donc que les différents facteurs de la personnalité sont liés à la perception (représentation) et par voie de conséquence, il est très pertinent de procéder à l'évaluation des interactions parents-enfants à travers la représentation que s'en font ces derniers.

En effet, et au-delà des différences des populations étudiées et des sociétés d'origine, d'époques et des outils de mesure utilisés, le petit de l'homme a besoin d'affection, d'amour et d'être accepté pour vivre de manière équilibrée quel que soit l'environnement culturel. Nous pouvons donc affirmer que le comportement parental telle que mesurée par l'échelle E.M.B.0 à travers les facteurs de chaleur affective, rejet, hyper protection ainsi que les paires de facteurs chaleur affective versus rejet et contrôle versus protection, qui ont été déjà mis en évidence par d'autres recherches factorielles (Parker 1983; Rohner, 1986), sont des facteurs constants et communs. Ils sont transportables en dépit des différences de culture, de langue, de religion ou d'ethnie.

L'analyse statistique entre les stratégies de coping et la dépression a révélé une corrélation significative entre la dépression et les stratégies portées sur la tâche et sur l'émotion, alors qu'aucune corrélation n'a été enregistrée entre la dépression et la stratégie d'évitement avec ses composantes : la distraction et la diversion sociale.

Ce dernier résultat peut être imputé aux caractéristiques de l'âge de la population d'enquête, âgée en moyenne de 19 ans - adolescents- cette phase de développement est imprégnée de

vitalité, d'action et d'un penchant pour la distraction, les divertissements, et l'établissement de relations avec autrui. Le recours à l'évitement est donc plus présent à des âges plus avancés, alors qu'à l'adolescence, le jeune est beaucoup plus porté sur les loisirs.

A ce sujet, (Abdel Mooti, 1994) a démontré que les stratégies mises en oeuvre pour faire face aux contraintes de la vie diffèrent en fonction de l'âge. Les sujets âgés de moins de 30 ans utilisent plus des stratégies de type évitement et déni, alors que des sujets plus âgés ont tendance à utiliser des stratégies plus actives centrées sur des tâches et des actions à même d'augmenter leurs compétences personnelles. Il apparaît que les activités compensatoires qui accompagnent la stratégie d'évitement (ex: sport, loisirs,...) contribuent à dégager les charges émotionnelles et aident l'individu à s'adapter aux situations stressantes, ceci est probablement à l'origine de l'absence de corrélation entre la stratégie d'évitement et les symptômes dépressifs.

Conclusion.

En dépit de la diversité des études et des approches théoriques adoptées dans l'interprétation de la relation entre le comportement parental et l'adaptation des individus, les conclusions des différents travaux sont unanimes sur l'importance de l'interaction au sein de la famille entre parents et enfants pour le bien être des personnes.

L'enfant a besoin d'expériences affectives positives dans ces premières relations avec ses parents. Il a besoin également d'un cadre pour l'apprentissage des modèles sociaux. A travers son interaction avec les données culturelles, biologiques et psychologiques, il développe comme l'a signalé (Perris, 1994), un capital expérimental et des stratégies de faire face au stress et aux difficultés de la vie courante.

Il nous semble donc, que le modèle interactionniste de la relation parent-enfant, qui attribue un rôle actif à l'individu dans la construction de ses expériences, est le modèle idoine pour l'explication des manifestations normales et pathologiques du comportement des parents envers leurs enfants.

Il semble qu'on ne puisse comprendre les réactions des individus face à certains événements et certaines situations, qu'en se référant à des processus dynamiques et complexes d'auto-régulation (affective, cognitive, comportementale, biologique, végétative et immunologique). Ainsi selon (Stephoe, 1991), le modèle pertinent pour tenter cette compréhension des réactions au stress doit nécessairement être pluridisciplinaire réalisant l'intégration des acquis, tant au niveau physiologique (identification des structures et voies nerveuses et des régulations endocriniennes), et psychologiques (description cognitive et affective des réactions et identification des variables de personnalités influentes), que sociales (identification des éléments stressants de l'environnement et les éléments protecteurs de l'entourage sociale et familiale). A ces concepts nouveaux correspondent des instruments de recherche d'évaluation quantitative et méthodologique valable, pour nous permettre de mieux

comprendre les mécanismes par lesquels le soutien intime parental pourrait influencer l'état de santé psychologique des individus ainsi que sa contribution à l'élaboration des stratégies de faire face coping en situation de stress.

Dans un cadre clinique, un tel modèle peut permettre de démontrer les effets bénéfiques d'une réaction psychologique efficace dans la prévention des troubles psychologiques, leur stabilisation ou même leur guérison, ainsi, on pourrait mieux

contrôler les plaintes physiques et psychiques des individus souffrants.

Bibliographie

1. Abramson, l.y, Metalsky, g.i, Alloy, l.b, (1989), Hopelessness depression: a theory based subtype of depression; *psychological revue*, 96, 358-372.
2. Abramson, l.y, Seligman, m.e.p, Teasdale, j, (1978), Learned helplessness, critics and reformulations; *journal of abnormal psychology*, 87, 49-74.
3. Alloy, l.b, Abramson, l.y, Metalsky, j.i, Hartlage, s, (1988), The hopelessness theory of depression: attributional aspects; *British journal of clinical psychology*, 27, 5-21.
4. Alneas, r, Torgersen, s, (1990), Parental representation in patients with major depression, anxiety disorders and mixed condition; *acta psychiatr.scand*, 81, 518-522.
5. Arrindel, w.a, Methorst, g.j, Kwee, m.g.t, Van de end, j, Pol, e, Moritz, b.g.m, (1989), expending the validity of measure of reported parental rearing practises with psychiatric inpatients: further deutche experiences with the embu; *personality and individual difference*, 10, 493-500.
6. Ausubel, l, Balthazer, e, Rosenthal, l, Blackman, l, Shpoont, s, Welkourtz, j, (1951), Perceived parent attitudes as determinants of children' s ego structure; *child development*, 25, 135-183.
7. Beck, a.t, (1967), *Depression, clinical, experimental and theoretical aspects*, New york, Harper and Roe.
8. Beck, a.t, (1979), *Cognitive therapy and emotional disorders*, new york, American library.
9. Beck, a.t, (1988), *Psychometric properties of the beck depression inventory: twenty five years of evaluation*, *clinical psychology revue*, 8, 77-100.
10. Block, h, (1993), *Dictionnaire de la psychologie*, Paris, Larousse.
11. Bornstein, r.f, O'Neil, r.m, (1992), *parental perceptions and psychopathogy; verve. ment. dis*, 8, 475-483.
12. Costa, p.t, Somerfield, m.r, Mac Crae, r.r, (1996), *Personality and coping: a reconceptualisation in Zeidner, m, Endler, n.s; Handbook of coping: theory research, application; England, willy*.
13. Crook, t, Raskin, a, Elliot, j, (1981), *Parent-child relationships and adults depression; child development*, 52, 950-957.
14. Eismann, m, Gasner, p, Maj, m, Perris, c, Richter, j, (1990), *Reported parental rearing and depression: Further experiences with the embu in different countries in Stephanies, c.n , Soldators, c.r, Rabavilas, a.d; Psychiatry: a world perspective; Amsterdam, Elseiver science publishers*.
15. Folkman, s, Lazarus, r.s, (1988), *The relationship between coping and emotion; social and scientific medicine*, 26, 309-317.
16. Foughali, M, (1984), *L'image du père chez l'enfant algérois*, Alger, opu.
17. Gelsma, c, Emmelkamp, p.m.g, (1994), *How large are gender difference in perceived parental rearing styles?: a meta analytique revue in: Perris, c et al; Parenting and psychopathology; England, willy*.
18. Gesel, a, (1952), *L'ontogenèse du comportement in Karmichaell, l; Manuel de psychologie de l'enfant ; Paris, presse universitaire de France*.
19. Kechroud, h, (2000), *Comportement parental et troubles de la personnalité*, 14, 14-24.
20. Lazarus, r.s, Folkman, s, (1984), *Stress, appraisal and coping*, New York, Springer, Publition company.
21. Locke, J, (1964), *Some thoughts concerning education in Gay, p, John locke on education; New york, Bureau of publication, teachers college, Columbia university Locke, j*.
22. Mitchell, r.e, Hodson, c.a, (1983), *Coping with domestic violence: social support and psychological health among battered women ; American journal of community psychology*, 11, 629- 654.
23. Parker, g, (1981), *Parental reports of depressives; j, affact Dis*, 140-313.
24. Perris, c, Jakobson, l, Luidstrom, h, Von Knovring, l, Perris, h, (1980), *Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behaviour, Acta psychiatr.Scand*, 61, 265-274.
25. Perris, c, Eismann, m, Ericsson, u, Von Knoring, l, Perris, h, (1983), *Parental rearing behaviour and personality characteristics of depressed patients; ACCH.psychiat.nervenker*, 233, 77, 88.
26. Perris, c, Maj, m, Perris, h, Eismann, m, (1985), *Perceived parental rearing behaviour in unipolar and bipolar depressed patients; Acta psychiatr.Scand*, 72, 172-175.
27. Perris, c, (1987), *Towards an integrating theory of depression focusing on the concept of vulnerability; Integr psychiatry*, 5, 27-39.
28. Perris, c, (1988), *A theoretical framework for linking the experience of dysfunctional parental rearing attitudes with manifest psychopathology; Acta psychiatr Scand*, 78, 93-110.
29. Perris, c, (1994), *Linking the experience of dysfunctional parent rearing with manifest psychology: A theoretical framework in Perris, c et al; Parenting and psychopathology; England, Willy*.
30. Roe, a, (1957), *Early determinants of vocational choice; Journal of consultatnt psychology*, 4, 212-217.
31. Rohner, r.p, (1986), *The warmth dimensions: foundation of parental acceptance-rejection theory*, Beverly hills, sage.

32. Rolland, J.P., (1998), Inventaire de coping pour situations stressantes CISS (manuel, adaptation française), Paris, Editions du centre de psychologie appliquée.
 33. Rousseau, J.J., (1984), Emile, or education (b. Foxly transl.), London, Dent and sons.
 34. Sears, Maccoby, Levin, (1957), Pattern of child rearing, New York, Row, Petterson and company.
 35. Scheaffer, E., (1965), A configuration analysis of children's reports of parent behaviour; Journal of consulting psychology, 29, 6, 552-557.

36. Seligman, M.E.P., Abramson, L.Y., Semmel, A., Von Bayer, C., (1979), Depressive attributional style; Journal of abnormal psychology, 88, 252-274
 37. Siegelman, M., (1966), Loving and punishing parental behaviour and introversion tendencies in sons; child development, 37, 985-992.
 38. Steptoe, A., (1991), Adaptation à l'environnement : psychologie à la réaction au stress, Stablon 4, Coll. scientifique.
 39. Zerdoumi, N., (1979), Enfants d'hier, l'éducation de l'enfant en milieu traditionnel algérien, Paris, Maspero.

Arabpsynet e. Journal (Free Online)

N°1 - Winter 2004 :
www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ1/apnJ1.exe
 N°2 - Spring 2004 :
www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ2/apnJ2.exe
 N°3 - Summer 04:
www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ3/apnJ3.exe
 N°4 - Autumn 2004 :
www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ4/apnJ4.exe
 N°5 - Winter 2005 :
www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ5/apnJ5.exe
 N°6 - Spring 2005 :
www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ6/apnJ6.exe

Arabpsynet e. Journal

(For subscribers)

N°7 - Summer 2005 :
www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=7
 N°8 - Autumn 2005 :
www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=8
 N°9 - Winter 2006 :
www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=9
 N°10 -11 - Spring & Summer 2006
www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=1011
 N°12 - Autumn 2006 :
www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=12

الكتاب الإلكتروني لمعجم العلوم النفسية

السادة الأطباء وأساتذة علم النفس
 حضرة الزميل والأستاذ المحترم

يشرفني إعلامكم عزم أسرة شبكة العلوم النفسية العربية إضافة إصدار سلسلة: "الكتاب الإلكتروني لمعجم العلوم النفسية" إلى مجموعة إصدارات الشبكة. و ذلك بمعدل إصدار مصطلحات حرف واحد من معاجم العلوم النفسية التالية: المعجم النفسي العربي، المعجم النفسي الإنكليزي، المعجم النفسي الفرنسي (كل ثلاثة أشهر)

نشرع، على بركة الله بداية من شتاء 2007 في إصدار ترجمة مصطلحات الحرف الثاني من الأبجديات العربية "ب"، الإنكليزية "B" و الفرنسية "B".

بإمكانكم تحميل هذه الإصدارات من الارتباطات التالية:

eBook Psydict (Arabic Edition)

Arabic - English - French

Download All the second letter "ب" (For Subscribers)

http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=2002

eBook Psydict (English Edition)

English - French - Arabic

Download All the second letter "B" (For Subscribers)

http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=3002

eBook Psydict (French Edition)

French - English - Arabic

Download All the second letter "B" (For Subscribers)

http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=4002

يسعدنا تلقي ملاحظتكم و انطباعاتكم، كما نأمل مدنا اقتراحاتكم بإضافة مصطلحات جديدة أو ترجمات مختلفة إثراء لهذه المعاجم.

تفضلوا تقبل أصدق مشاعر المودة والتقدير والاحترام.

رئيس بوابة الشبكة

REASONS AND PSYCHOSOCIAL STRESSORS IN PARASUICIDES: COMPARISON OF SELF-POISONERS AND SELF-CUTTERS.

E. A. SORKETTI,
UNIVERSITY OF MALAYA MEDICAL CENTER, KUALA LUMPUR - MALAYSIA

Abstract:

Objective: To compare motives, reasons and the stressors differences between deliberate self-poisoners and self-cutters.

Method: In a sample of 77 patients admitted to UMMC, who had completed a questionnaire and a self-report, those who had deliberately cut themselves ($n=25$) were compared with those who had taken overdoses or a poison ($n=52$).

Results: More patients who cut themselves than those who took overdoses said that they had wanted to die (56.7% versus 43.2%, $p < .001$) and had wanted to find out if someone loved them (7.7% versus 92.3%, $p = 0.03$). Self-cutters were more likely than self-poisoners to say that they had wanted to punish themselves (66.7.0% versus 33.3%, $p = 0.009$)... and (73.1%) self-Poisoners tried to get relief from a terrible state of mind versus (26.9%) Self-cutters, $p = .018$.

Conclusions: There are differences between the' motives for overdoses and for self-cutting. The often impulsive nature of these acts (especially self-cutting) means that prevention should focus on encouraging alternative methods of managing distress, problem-solving, and help-seeking before thoughts of self-harm develop.

Key words: *Parasuicides, Reasons, Psychosocial Stressors, Self-Poisoners, Self-Cutters.*

Introduction

Suicide is among the ten leading causes of death in most countries around the world. In UK it's the third most important contributor to life years lost after coronary heart disease and cancer. Over the last two decades several countries have reported a considerable increase in the number of young men who kill themselves. This increase has been one of the factors that have led to a series of international initiatives to promote the prevention of suicide and to reverse this trend (1). For every suicide it is estimated that more than 30 non-fatal episodes of self-harm occur.

In UMMC almost every day there is one or two patient admitted to psychiatric or medical ward due to attempted suicide. Rates of suicide have risen in young males in many countries since the 1970s, and despite a slight downward trend in recent years, suicide is now the second or third most frequent cause of death among 15- to 24-year-olds in several countries(2). Worldwide, nonfatal, deliberate self-harm is usually most common in young people, especially young females (3). This is particularly true in the United Kingdom, where adolescents and young adults are involved in more hospital presentations to general hospitals for deliberate self-harm than any other age group, with females in the 15- to 19-year age group being particularly vulnerable (4). Most episodes of deliberate self-harm in adolescents who present to the hospital involve overdoses; hence, most information on this problem

is about self-poisoners, especially females.

Studies of patients who have deliberately harmed themselves and presented to general hospitals have demonstrated that their behavior is often impulsive, in terms of involving little premeditation (5), and usually being precipitated by relationship problems with family or friends, difficulties with schoolwork, or disciplinary crises.(6), but in many cases it also occurs in the context of depressive, anxiety, and behavioral disorders (7). Repetition of self-harm is common, and there is a significant association with eventual suicide(8), Particularly where substance abuse is present (34). An important aspect of understanding the factors that lead to deliberate self-harm is examination of the motives (or intentions) and premeditation involved. Several studies have focused on this (9). The principal findings in a study of adolescents who presented to the hospital after overdoses were that approximately a third said they had wanted to die at the time of the acts and that many acts involved relatively short premeditation (10). The most common motives chosen by the adolescents from a list of possibilities were to get relief from distress, to escape from their situation, and to show other people how desperate they were feeling (11). There is clearly a need for information on the motives of adolescents who engage in deliberate self-harm and who do not receive medical treatment, including those who choose methods other than overdose. Such an investigation will widen our understanding of the motives for this behavior and will provide information that can assist helping agencies and those planning preventive initiatives.

The aim of this study is:

1- To compare the sociodemographic profiles of self poisoners and selfcutters.

2- To compare the clinical presentation of self-poisoners and self cutters.

3- To compare the psychosocial stressors, motives and reasons for attempted suicide between self poisoners and self cutters.

Methods

Virtually all hospital treated parasuicide patients in UMMC between January–April 2005, were selected for the study. UMMC afford a unique opportunity to interview parasuicide patients because it has a consistent policy of admitting all patients referred for parasuicide irrespective of the severity of the attempt. All parasuicide patients admitted to either medical or psychiatric ward were interviewed. The demographic data are collected, reasons and method of self-harm, past and family history of parasuicide, mental illness, as in the performa designed for the study. Diagnoses were established according to the DSM-IV criteria.

Subjects:

-The patients were interviewed by the investigator to complete the Performa.

-A self-report Questionnaire on deliberate self-harm were completed by 77 patient who were admitted to UMMC because of attempted suicide.

Measures:

All patients were asked whether they had ever engaged in deliberate self-harm ("Have you ever deliberately taken an overdose [e.g., of pills or other medication] or tried to harm yourself in some other way [such as cut yourself? If they had done so, they were asked to describe the nature of the act, or the last episode if they had had more than one ("Describe what you did to yourself on that occasion. Please give as much detail as you can—for example, the name of the drug taken in an overdose. The criteria were based on the definition of self-harm used in the WHO/EURO Multi-centre Study of Suicidal Behavior (12). The criteria were an act with a nonfatal outcome in which an individual deliberately did one or more of the following: Initiated behavior (e.g., self-cutting, jumping from a height) that he or she intended to cause self-harm.* Ingested a substance in excess of the prescribed or generally recognized therapeutic dose.* Ingested a recreational or illicit drug that was an act that the person regarded as self-harm.* Ingested a non-ingestible substance or object. The patients were then asked to choose any motives from a list of eight that explained why they had carried out the act. Respondents could choose more than one reason, if more than one applied. The list was based on that used by Bancroft et al. 1976, 1979, (39), where the motives were shown to the patient as in other studies, as in the present investigation, been presented to the patient as a list. The reasons and the motives to be chosen by the patients in the self report were: wanted to show how desperate I was feeling, wanted to die, wanted to punish myself, wanted to frighten someone, wanted to get my own back on someone, wanted to get relief from a terrible state of mind, wanted to find out if someone really loved me, and wanted to get some attention. The purpose of the study was explained to the patients. The patients were told that those who did not wish to participate did not need to do so.

Design and Procedures: The study design was in keeping with the guidelines of the University of Malaya Medical Center ethical committee. It was approved by the University of Malaya Medical Center Research Ethics Committee.

Data Analysis: The analysis was performed using SPSS version 12.0 (SPSS, 2004). Associations of gender, ethnic group and self-harm method and differences in premeditation were explored using $[\text{chi}]^2$ tests. We used the eight reasons as predictor variables to see if the self-cutters and Self-Poisoners could be distinguished by specific motives for their deliberate self-harm episodes.

Results:

Association between Sociodemographic profile and Methods of self-harm:

Sociodemographic profile	method of self-harm		P-value	
	Self-poisoner		self-cutters	
Sex	Male	11	9	0.13
	Female	41	16	
Race	Malay	8	3	0.01
	Chinese	19	18	
	Indian	25	4	
Marital status	Single	34	15	0.415
	Married	18	10	
Education	primary	36	19	0.3
	Tertiary	16	6	
Religion	Muslim/	10	4	0.01
	Christian	9	3	
	Hindu	19	1	
Work	Buddhist	14	7	0.14
	working	27	9	
Residence	Nonworking	25	16	0.53
	alone/parents	28	13	
	Friend/husband	24	12	

Table 2: Association between Clinical domains and Methods of self-harm:

Sociodemographic profile	method of self-harm		P-value	
	Self-poisoner		self-cutters	
Diagnosis	Adjustment disorder	33	5	0.001
	Depression	13	11	
	Others	6	9	
Past hist self-harm	Yes	13	15	0.003
	No	39	10	
Hist of mental-illness	Yes	13	16	0.001
	No	39	9	
FH self-harm	Yes	3	0	0.302
	No	49	25	
FH mental-illness	Yes	2	3	0.19

	No	50	22	
Medical illness	Yes	13	6	0.58
	No	39	19	
Alcohol abuse	Yes	11	5	0.58
	No	41	20	
Drug abuse	Yes	3	4	0.15
	No	49	21	

Table 3: Association between psychosocial Stressors and the Methods of Self-harm

Psychosocial stressors	methods of self-harm		P
	Self-Poisoners	Self-Cutters	
Relationship problem	39	15	0.199
Other reasons	13	10	

OR = 2.0

The odd ratio of some one with relationship problem to self-poisoning relatively is 2 times compare to some with other problems.

Table 4: Reasons and the Motives Chosen by Self-Cutters and Self-Poisoners to explain their episodes of deliberate Self-Harm;

Reasons and motives	method of self-harm		P
	Self-Cutters	Self-Poisoners	
I wanted to show how desperate I was feeling	7 (30.4%)	16 (69.6%)	0.51
I wanted to die	17 (56.7%)	13 (43.3%)	0.001
I wanted to punish myself	8 (66.7%)	4 (33.3%)	0.009
I wanted to frighten someone	1 (50.0%)	1 (50.0%)	0.54
I wanted to get my own back on someone	1 (50.0%)	1 (50.0%)	0.54
I wanted to get relief from a terrible state of mind	14 (26.9%)	38 (73.1%)	0.108
I wanted to find out if someone really loved me	1 (7.7%)	12 (92.3%)	0.03
I wanted to get some attention	3 (13.0%)	20 (87.0%)	0.01

Discussion

Previous investigations of the motives for deliberate self-harm focused only on those who have taken overdoses and been admitted to the hospital (13), thereby excluding a substantial proportion of the self-harming population, in this study we studied them both. The fact that many more of those who had taken overdoses compared to those who had cut

themselves had presented to the hospital explains why, to date, Self-Poisoners have been the focus of most studies of motives for deliberate self-harm. However, by far the most common method of deliberate self-harm in our study was self-poisoning 55 patients compared to 25 patients who cut-themselves.

The focus of this study is to compare the sociodemographic profiles of self-Poisoners and self-cutters (Table 1), to compare the clinical presentation of self-Poisoners and self-cutters (Table 2), to compare the psychosocial stressors of self-Poisoners and self-cutters (Table 3), and to compare the motives and reasons for attempted suicide between self-Poisoners and self-cutters (Table 4).

In term of Association between Socio-demographic profile and methods of self-harm:

In this study we are able to find that the age, race and the religion are the significant socio-demographic factors. (Table 1), in term of ethnic group mostly Indian and they tend to harm themselves by self-poisoning P= 0.01

In this study in term of religion more Buddhist and Hindu tend to harm themselves than the Muslims and Christians P=0.01. This is similar to the findings by Raleigh et al, 1990 that Muslims had relatively lower rates of suicide than Hindus (14).

Professor.T .Maniam "department of Psychiatry, National University of Malaysia, Kuala Lumpur" In his study in Malaysia that, ninety-five cases of suicide and 134 cases of parasuicide that occurred between October 1973 and September 1984 in the hill resort district of Cameron Highlands in Malaysia reported that Eighty-one per cent (81%) of suicides and 78% of parasuicides were Indians, although they only form 25% of the population. The average annual suicide rate for Indians (over 10 years of age) was 157 per 100,000. About 94% of suicides and 66% of parasuicides were by ingesting agricultural poisons. The age- and sex-specific suicide rates for women were highest in the 20-24-year-old age group. Some possible reasons for high suicide rates among Indians are discussed. (15)

In a study of 306 patients who were admitted to the University Hospital in Kuala Lumpur in 1989 after attempting suicide. Fourteen of them succumbed to injuries. Psychosocial data of 296 patients out of the 306 survivors are reported. Suicidal behavior is more common in the young and especially amongst the females. Nearly 45.0% of them are from social class IV and V. Persons of Indian ethnic origin are overrepresented, while in Malays suicidal behavior seemed to be less common. Self-poisoning was reported to be the commonest method in attempting suicide. Diagnosis of adjustment disorder was made in 58.5% of the patients (16).

In a parasuicide study in Singapore it was found that young females appear to be the most vulnerable accounting for 60.5% of the study population. The Indian community has significantly higher risk of parasuicide compared to the Chinese and Malays. Overdose of medication was the most common method with paracetamol being implicated in 48.1% of all overdoses (17).

In a study at Penang General Hospital in Malaysia, as acute poisoning is a significant health problem all over the world. The objectives of that study was to determine the pattern of acute drug and chemical poisoning at Penang General Hospital (PGH), in the northern region of Malaysia, and to compare poisoning characteristics between different ethnic groups. The study was a retrospective case review of all poisoned patients admitted to PGH during the years 2000-2002. They collected

data concerning demographic parameters of patients, information about the agent(s) implicated, and circumstances surrounding the event. There were 493 poisoning incidents. Nearly two-thirds of the poisoned cases involved female patients. The predominant mode of poisoning was intentional (51.5%). The age group 15.1-30 years ranked at the top, constituting 55.2% of all cases. Drugs were the predominant agents implicated. Among cases associated with drugs, Paracetamol was the main causative agent (44.7%). Chinese patients constituted 37.7% of all poisoning cases, followed by the Indians (31.6%) and Malays (26.6%). Between ethnic groups, Indian patients were found to have the highest rate of poisoning admission of 75.2 per 100,000 persons (18).

Research evidence suggests that young, married South Asian women are a high-risk group for suicide (Bhugra et al, 1999) (19). A survey of hospital admissions in England and Wales for attempted suicide by self-poisoning showed that young South Asian women had rates nearly three times higher than those for young white British women. South Asian women reported marital problems more often than their white counterparts, and commonly identified problems with culture conflict. They were less likely to have a previous diagnosis of mental illness and less likely to have received psychiatric help. Rates for South Asian men were lower than those for their white British counterparts. The age distribution for both Asian women and men was significantly younger than that for the white group (Merrill & Owens, 1986).

An analysis of suicides among Indian immigrants in England and Wales for 1970-1978 showed an excess of suicides among young women (particularly in the 15-24 age group), who were disproportionately more likely to be married. Indian women had significantly higher suicides rates than Indian men. Muslims had relatively lower rates of suicide than Hindus (Raleigh et al, 1990).

A comparison of Asian and Caucasian adolescents who had self-poisoned revealed that 'disciplinary crises with parents' were the most common precipitating factor, with cultural conflict accounting for 89% of such crises among Asian adolescents (Handy et al, 1991).

In term of Association between Clinical domains and methods of self-harm:

In this study the Diagnosis and the previous history of self harm are the most significant factors. Many studies have suggested that the majority (as many as 90%) of young people who complete suicide and those who make serious suicide attempts have at least one diagnosable mental disorder at the time of their suicide attempt (20)

Depression and hopelessness correlated positively and significantly with suicidal behavior (21). In this study we found that self-poisoners tend to be diagnosed as adjustment disorder $P=0.001$. Table 2, we found that twenty-four patients who attempted suicide had major depressive disorder (MDD), and 38 patients who harm themselves are diagnosed as adjustment disorder.

A person with adjustment disorder often experiences feelings of depression or anxiety or combined depression and anxiety. As a result, that person may act out behaviorally against the "rules and regulations" of family, work, or society. In some people, an adjustment disorder may manifest itself in such behaviors as skipping school, unexpected fighting, recklessness, or legal problems. Other people, however, instead of acting out,

may tend to withdraw socially and isolate themselves during their adjustment problems. A person with an adjustment disorder with depressed mood may have mostly a depressed mood, hopeless feelings, and crying spells. Adjustment disorders can occur at any age. People are particularly vulnerable during normal transitional periods such as adolescence, mid-life, and late life. The conditions associated with adjustment disorder develop within three months of the beginning of the stressful problem. An adjustment disorder usually lasts no longer than three to six months. The condition may persist, however, if an individual is suffering from chronic stress such as that caused by an illness, a difficult relationship, or worsening financial problems.

Many people have difficulties adjusting to stressful events. Stressful events include starting a new job, ending an important relationship, or conflicts with work colleagues. As a result, the individual may have difficulty with his or her mood and behavior several months after the event. There are as many different responses to stressful events as there are stressful events. Some who have recently experienced a stressor may be more sad or irritable than usual and feeling somewhat hopeless. Others become more nervous and worried. And other individuals combine these two emotional patterns. The symptoms associated with adjustment difficulties usually subside within about 6 months after the stressful event.

The strongest risk factor for deliberate self-harm and suicide is a history of deliberate self harm (DSH). In the first year after DSH the average rate of repetition of nonfatal DSH has been reported to be 17 % (22). As in this study 13 patient of the Self-poisoners had a history of previous self-harm compared to 15 patient of self-cutters. $p=0.003$ (Table 2). High proportion (23) of self-poisoners had no past history of self-harm i.e. for the 1st time. This may explain that most of the 1st time suicide attempter tends to choose self-poisoning as a method of self-harm

The highest risk was observed within the first 3-6 months after DSH but the risk remains elevated even in long term follow-up studies over 20 years(24). In 5-9 year follow-up studies after attempted suicide, 3-13% of the patients eventually committed suicide. Although the relative risk for suicide after attempted suicide is about 40 times higher than in the general population (25)

Reasons and the Motives Chosen by Self-Cutters and Self-Poisoners to explain their episodes of deliberate Self-Harm ;(Table 4)

In common with the findings of hospital-based studies by Hawton et al. in 1982 (26) and Boegers et al. in 1998 of adolescents who have harmed themselves, the reasons most frequently reported by the patients in this study was to get relief from a terrible state of mind 38(73.1%) of Self-Poisoners and 14(26.9%) of the Self-Cutters. Suggested that many used deliberate self-harm to cope with distress especially most common among those who have relationship problem, as in this study the odd ratio was found to be 2.0 for relationship problems compared to other reasons (table 3)

This is in keeping with findings of earlier hospital-based studies of both adolescents and adult self-poisoners, which also highlighted the more frequent attribution of such motives by clinicians (27). Substantial proportions of both the self-poisoners and the self-cutters said they had wished to die, this study had shown 17(56.7%) Self-Cutters wish to die compared to 13 (43.3%) Self-Poisoners, who wanted to die, $p=0.001$ as in table 4.

It is clear that there are some differences in the reasons patients engage in self-cutting compared to self-poisoning usually give. More self-cutters compared to self-poisoners indicated that they wanted to die, in response to a list of eight reasons. (Table 4)

The less frequent choice by Self-Poisoners of the "wanted to die" motive is in keeping with deliberate self-cutting often being associated with tension reduction especially in repetitive self-mutilators. It is much easier to engage in self-cutting on the spur of the moment using whatever is at hand, while taking an overdose requires a certain amount of planning.

The reasons people give for taking overdoses: In a study by Bancroft JH, Skrimshire AM, Simkin S. they investigate the reasons people give for taking overdoses of drugs. A representative sample of 128 subjects was interviewed immediately after their recovery from an overdose. During the interview they were given alternative reasons for taking overdoses and asked to choose any that applied to them. Spontaneous comments about suicidal intent were also recorded. Of the subjects, 44% indicated that they had wanted to die.

On the basis of their choices 33% were 'seeking help', 42% 'escaping from the situation', 52% 'obtaining relief from a terrible state of mind' and 19% 'trying to influence someone'. The associations between these various reasons and other expected effects or feelings associated with the act were examined by means of multidimensional scaling analysis.

In this study 38(73.1%) they wanted to get relief from a terrible state of mind. In addition, the characteristics of those expressing suicidal intent and other reasons were studied, together with such consequences as toxic effects and psychiatric after-care. The possibility is discussed that a large proportion of those indicating suicidal intent do so either to gain social acceptability for their act or to influence helping agencies.

In this study 20(87.0%) of Self-Poisoners reported that wanted to get some attention compared to 3(13.0%) of Self-Cutters $P=0.01$

The relationship between aggressive drives and suicidal behavior has received extensive attention in the psychoanalytic literature. Freud (28) initially recognized the relationship between aggression and suicidal behavior. He envisaged suicidal acts as anger turned against the self, a notion that was elaborated by Menninger (1938) in his seminal work *Man Against Himself* (29). Menninger proposed that every suicidal act was composed of three basic elements: the wish to kill, the wish to die, and the wish to be killed.

However, this may not be true in every suicidal act, and we attempted to determine whether, in different diagnostic groups of adolescents, the correlates of suicidal behavior might be different. Thus, in some adolescents, the primary associated emotion would be aggression (the wish to kill), and in others, depression (the wish to die).

These ideas have received considerable empirical support from clinical Psychometric and biological research (30,31). There have, however, been studies that have not found such a relationship. A possible explanation for these discrepancies is that aggression is related only to certain types of suicidal behavior, whereas depression is related to other forms of suicidal behavior (32).

A constructivist theory of self-injurious behavior (Deiter,

& Pearlman, 2000) Nicholls, holds that people who self-injure usually have not developed three important self-capacities: the ability to tolerate strong affect, the ability to maintain a sense of self-worth, and the ability to maintain a sense of connection to others. The first of these speaks directly to the affect-regulation role of self-harm; the others are perhaps related to its communicative functions.

Clinical Implications:

The impulsive nature of self-harming behavior means that there is often little time for intervention. In addition, the reasons for deliberate self-harm most commonly endorsed by the patients suggested that they are often trying to escape from an unbearable situation (to get relief from a terrible state of mind or to show how

desperate they were feeling). Prevention should focus on reducing the problems that lead to thoughts of self-harm and helping young people acquire alternative methods of problem-solving and recognizing sources of help. This is something that could be implemented in schools, colleges and universities through discussion or mental health awareness educational programs. It might also be promoted through the media. For the clinician assessing self-harmers after overdoses or deliberate self-injury, the findings of this study highlight the need to include exploration of motives for self-harm. Gaining an understanding of the motivation can be important not only in providing a fuller picture of the nature of self-harm in individual cases, but also in addressing prevention of future episodes. Thus, for example, when a specific motive for an act can be shared between patient and clinician, they can then look at how alternative coping strategies can be used in the future if the patient is confronted by circumstances similar to those that preceded the recent episode.

References

1. Runyan, C W 1. Morocco, K E 2. Dulli, L 1. Butts, J 3. Suicide among North Carolina Women, 1989-93: information from two data sources. *Injury Prevention*. 9(1):67-72 March 2003.
2. Centers for Disease Control and Prevention (1995), Suicide among children, adolescents and young adults, United States, 1980-1992. *MMWR* 44:289-291
3. Platt S, Bille-Brahe U, Kerkhof A et al. (1992), Parasuicide in Europe: the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatr Scand* 85:97-104
4. Hawton K, Fagg J, Simkin S, Bale E, Bond A (1997), Trends in deliberate self-harm in adolescents in Oxford, 1985-1995. *J Adolesc* 23:47-55
5. Hawton K, Cole D, O'Grady J, Osborn M (1982a), Motivational aspects of deliberate self-poisoning in adolescents. *Br J Psychiatry* 141:286-
6. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT (1997), Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37:504-511
7. Kerfoot M, Dyer E, Harrington V, Woodham A, Harrington R (1996), Correlates and short term course of self-poisoning in

- adolescents. *Br J Psychiatry* 168:38-
8. Goldacre M, Hawton K (1985), Repetition of self-poisoning and subsequent death in adolescents who take overdoses *Br J Psychiatry* 146:395-
9. Hawton K, Fagg J, Platt S, Hawkins M (1993), Factors associated with suicide after parasuicide in young people. *Br Med J* 306:1641-
10. Hawton K, Cole D, O'Grady J, Osborn M (1982a), Motivational aspects of deliberate self-poisoning in adolescents. *Br J Psychiatry* 141:286-291
11. Boegers J, Spirito A, Donaldson D (1998), Reasons for adolescent suicide attempts: associations with psychological functioning. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37:1287-1293
12. Platt S, Bille-Brahe U, Kerkhof A et al. (1992), Parasuicide in Europe: the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatr Scand* 85:97-104
13. Boegers J, Spirito A, Donaldson D (1998), Reasons for adolescent suicide attempts: associations with psychological functioning. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37:1287-1293
14. Raleigh V S, Bulusu L & Balarajan R. Suicides among immigrants from the Indian Subcontinent. *British Journal of Psychiatry* 190; 156: 46-50.
15. T Maniam, Department of Psychiatry, National University of Malaysia, Kuala Lumpur, Suicide and parasuicide in a hill resort in Malaysia, *The British Journal of Psychiatry* 153: 222-225 (1988). 1988 The Royal College of Psychiatrists
16. [Habil MH](#), [Ganesvaran T](#), [Agnes LS](#). Attempted suicide in Kuala Lumpur. Department of Psychological Medicine, Faculty of Medicine, University of Malaya. *Asia Pac J Public Health*. 1992-93;6(2):5-7.
17. [Wai BH](#), [Heok KE](#) Parasuicide: a Singapore perspective. *Ethn Health*. 1998 Nov; Department of Psychological Medicine, National University Hospital, Singapore. 3(4):255-63. PMID: 10403107
18. [Fathelrahman AI](#), [Ab Rahman AF](#), [Mohd Zain Z](#) Clinical Pharmacy Program, School of Pharmaceutical Sciences, Universiti Sains Malaysia, Minden, Pulau Pinang, Malaysia. demographic features of drug and chemical poisoning in northern Malaysia. *Clin Toxicol (Phila)*. 2005; 43(2):89-94. PMID: 15822759.
19. Balarajan R. Ethnicity and variations in the nation's health. *Health Trends* 1995; London, British Medical Journal 27:114-119.
19. National Institute of Mental Health. The numbers count: 1998. Report No 01-4584. Bethesda, MD: NIMH, 1 January 2001.
20. National Institute of Mental Health. The numbers count: 1998. Report No 01-4584. Bethesda, MD: NIMH, 1 January 2001.
21. Brent DA, Johnson B, Bartle S, (1993) Personality disorder, personality traits, impulsive violence and repeated suicide in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 33: 1080-1086.
22. Horesh, Netta PhD *+; Orbach, Comparison of the Suicidal Behavior of Adolescent Inpatients with Borderline Personality Disorder and Major Depression. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 191(9):582-588
23. Schmidtke, A, Bille-Brahe, U, Attempted suicide in Europe: Rates, trends, and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 327-338.
24. Bancroft J, Skrimshire AM, Simkin S (1976), The reasons people give for taking overdoses. *Br J Psychiatry* 128:538-548
25. De, Moore GM & Robertson, AR (1996). Suicide in the 18 years after deliberate self-harm a prospective study *British Journal of Psychiatry*, 169, 489-4
26. Psychological and Psychosocial Interventions After Attempted Suicide: An Overview of Treatment Studies, By: Urs Hepp, Lutz Wittmann, Ulrich Schnyder, Konrad Michel, Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 0227-5910, January 1, 2004, Vol. 25, Issue 3 McLeavey B, Daly R, Ludgate J, et al. Interpersonal problem-solving skills training in the treatments of self-poisoning patients. *Suicide Life Threat Behav*. 1994;24:382-
27. Hawton K, Cole D, O'Grady J, Osborn M (1982a), Motivational aspects of deliberate self-poisoning in adolescents. *Br J Psychiatry* 141:286-291
28. Hawton, Keith professor of psychiatry and director 1; James, Anthony consultant in adolescent psychiatry 2 Suicide and deliberate self harm in young people. *BMJ*. 330(7496):891-894, April 16, 2005.
29. Freud S The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (Vol XIV, pp 289-300). London: Hogarth Press.
30. Menninger K (1938) Man against himself. New York: Harcourt Brace.
31. Tardiff K, Swiellan A (1980) Assault, suicide and mental illness. *Arch Gen Psychiatry*. 37: 164-169
32. van Praag HM, Kahn RS, Asnis GM, Wetzler S, Brown SL, Bleich A, Korn ML (1987) Denosologization of biological psychiatry or the specificity of 5-HT disturbances in psychiatric disorders. *J Affect Disord*. 13: 1-8.
33. Koslowsky M, Bleich A, Apter A, Solomon Z, Wagner B, Greenspoon A (1992) Structural equation modelling of some of the determinants of suicide risk. *Br J Med Psychol*. 65: 157-165

قراءات... مقالات موجزة

الصحة العقلية لإنسان عصر المعلومات
الهوية بين التذويب والتفتيت
وممن الحبيب ماقتل...
كل عام وأنتم ونحن وهم بخير*
التوتر النفسي وعلاقته بفاعلية الذات
التطرف قراءة في المكونات الأولى
مدخل سيكولوجي لدراسة الشخصية
Gender Differences Among UAE University
التخاطب لدى شباب عراقي
تطوير برنامج حاسوب لقياس مركز الضبط في الشخصية
صورة الرجل والمرأة كما يراها الشباب الجامعي

أ.د. يحيى الرخاوي - الطب النفسي - القاهرة، مصر
أ.د. قـدري حفني - علم النفس - القاهرة، مصر
أ.د. قـدري حفني - علم النفس - القاهرة، مصر
أ.د. قـدري حفني - علم النفس - القاهرة، مصر
أ.م. براء محمد حسن الزبيدي - علم النفس - العراق
ناظم محمد العبيدي - علم النفس - العراق
أ. هشام محمد علي
AL AIN UAE - J. FATAYER
غالب محمد رشيد الاسدي - أ.م. طالب غالب علوان
أ.م. سعد سابط جابر العطراني
أ.د. ابراهيم عبد الخالق رؤوف - أ.د. محمود كاظم محمود

الصحة العقلية لإنسان عصر المعلومات

أ.د. يحيى الرخاوي - الطب النفسي - القاهرة، مصر
yehiarakhawy@yahoo.com - www.rakhawy.org

ماذا ينبغي أن يقال عن الصحة العقلية في ظروف العصر الجديدة، لقد شعبنا حديثا عن مسائل التوتر، والقلق، والسرعة، والضغط، كلام كثير معاد، وصحيح (للأسف) لكنه أبدا لا يصل إلى مسئولية المواجهة التي ينبغي أن نتحمل مسئوليتها أمام ضمائرنا باعتبارنا بشرا نعيش معا سنة 2007، ومطلوب منا الآن أكثر من أي وقت مضى، أن نساهم في صناعة التاريخ بوعي قادر وإلا..

والسؤال الصدمة الذي لا ينبغي أن يغيب عنا أبدا يقول: هل الإنسان معرض للانقراض؟ نعم !!

هذه هي الصحة الحقيقية التي يمكن أن تكون موضوع هذا الحديث عن الصحة العقلية، وهي الصحة المختصرة والخطيرة في آن، وهي التي يمكن أن تساهم في المسيرة حقيقة وفعلا - وقد تعمدت أن أستعمل لفظ الصحة العقلية، وليس الصحة النفسية، لأن مسألة صحة العقل هي محور الوجود البشري، والعقل ليس عضوا جسديا، بقدر ما هو وعي كلي، صحيح أن محور نشاطه هو الدماغ، إلا أن كلبية حضوره تشمل كل الجسد، وتمتد إلى دوائر التواصل حوله، أقول إن الإنسان المعاصر، وقد غمره فيضان المعلومات قد أصبح في حاجة إلى إعادة صياغة وجوده من الأساس.

لم تعد المسألة مسألة توازن داخلي، وتكيف خارجي.
لم تعد المسألة إنجاز عمل أو تحقيق منفعة.

لم تعد المسألة شكوى من ألم نفسي أو قلة في راحة البال، تصل إلى حد الرخاوة المسماة الرفاهية.

الإشكالية الحديثة التي تواجه إنسان العصر، لتحقيق ما يسمى الصحة النفسية هي إشكالية جوهرية تبدأ بحاجته لتعريف معنى لوجود الفرد البشري في الظروف الجديدة، وكذلك هدف لاستمراره، وسبل بقائه، وكل هذا أصبح يحتاج إلى شكل آخر من الوعي، وشكل آخر من العلاقات، وشكل آخر من الانتاج، الصحة النفسية بقياس الذي يجري الآن إنما تتحقق:

ليس بدرجة التوازن الآمن، وإنما بدرجة التناسق الحركي المناسب،

وهي لا تتحقق بالخلو من الأعراض، وإنما بالقدرة على استيعاب معنى الأعراض، لإعادة تشكيلها في قوة دفع جديدة.

وهي لا تتحقق بالسكون الآمن، وإنما بالحركة المتعددة التوجه.

أولا:

() () - ()

!

ثانيا:

ثالثاً:

تاسعاً:

رابعاً:

عاشراً:

خامساً:

حادي عشر:

سادساً:

الهوية بين التذويب والتفتيت

أ.د. قـدري حـفـنـي - علم النفس - القاهرة، مصر

kadrymh@yahoo.com

تتفق أدبيات علم النفس السياسي على أن جوهر هوية الجماعة هو القاسم المشترك من السمات النفسية لأفرادها كما يدركون أنفسهم و كما يدركهم غيرهم، و أن الجماعة تسعى لغرس إدراك تلك الهوية في أبنائها بالتدريج منذ بداية تكوين الأسرة و حتى اكتمال نضج الفرد و تكوينه أسرة جديدة، و تتولي عملية الغرس هذه مختلف مؤسسات التنشئة الاجتماعية من الأسرة إلى المدرسة إلى المؤسسات الدينية إلى أجهزة الإعلام و غير ذلك، و من خلال تلك المؤسسات يكتسب الفرد وعيه بانتمائه الجنسي و الديني و الوطني و القومي و السياسي إلى آخر قائمة طويلة متداخلة من الانتماءات.

سابعاً:

ثامناً:

من الحب ما قتل ...

أ.د. قـدري حـفـنـي - علم النفس - القاهرة، مصر

kadrymh@yahoo.com

ينفيض الخطاب السياسي للسلطة في بلادنا بالإشادة بوعي "الجماهير" و كيف أن ذلك الشعب المعلم صاحب الحضارة العظيمة قد استطاع بوعيه الثاقب أن يحدد المسار التاريخي الصحيح للأمة فالتف حول ثورة يوليو، ثم حول ثورة مايو و أجمع بحماس استفتائي مشهود علي تأييد كافة القرارات الثورية من حل الأحزاب إلي إباحتها، و من اتخاذ الاشتراكية إطارا للدستور إلى اعتبار الشريعة الإسلامية مصدرا أساسيا للتشريع، فضلا عن قوانين العيب و الوحدة الوطنية و الطوارئ و الخصخصة و إلي آخره.

غير أن ثمة خطاب سياسي آخر يصدر عن نفس السلطة في نفس الوقت و بنفس الحماس مؤداه أن ذلك الشعب العظيم عاجز عن تبين المخاطر و السموم التي تبيثها قلة مغرضة شريرة تسعى لتدمير منجزاته و اجتذابه بعيدا عن مصالحه الحقيقية تحت شعارات رجعية أو يسارية أو إسلامية متطرفة أو حتى صهيونية متخفية، و لذلك لا تتردد السلطة في بذل كل جهد للتصدي بنفسها لما يعجز الشعب عن تبين مخاطره فتتولي هي فرز كل شيء و استبعاد كل تهديد من المنيع باعتبارها الأعلم بالمصلحة من ذلك الشعب الطيب الساذج.

2006

من الكاثوليك و البروتستانت و الأرثوذكس. سوف ترتفع أصوات التراتيل في الكنائس, كما ترتفع أصوات المسلمين بتكبيرات العيد و يتجمع الملايين في الأراضي المقدسة يؤدون مناسك الحج, و خلال ذلك يودع البشر جميعا علي اختلاف معتقداتهم عاما ميلاديا مضي ليستقبلوا عاما جديدا

كل عام وأنتم ونحن وهم بخير *

أ.د. قـدري حـفـنـيـي - عالم النفس - القاهرة، مصر

kadrymh@yahoo.com

تقرر رغما عن الجميع أن تشهد الفترة من 25 ديسمبر إلي 7 يناير عيد الكريسماس, و عيد الأضحى المبارك, و عيد رأس السنة الميلادية, و عيد الميلاد المجيد, إنها أعياد كافة الطوائف و الفرق الإسلامية من السنة و الشيعة, و كذلك كافة الطوائف المسيحية

		(49)	
	(90)	()	
(30)	()	(270)	
()		(156)	
(2002	()	(3٠2٠1)	
(0,001)			
(0,001)	(0,001)		
(0,85)		(0,94)	
		(0,95)	
(0,86)	(0,75)		
(0,01)		(0,83)	
(0,83)		(0,90)	
	(2001	()	
	(11)	(12)	(23)
	()		
(0,01)			
(0,01)			
(4,91)			
(0,78)		(0,80)	
(0,74)			
(0,62)		(0,82)	
(0,01)		(0,78)	
	(0,72)		
	(0,76)		(0,01)
(163,890)		(156)	.1
	(15,790)		
(3,460)	(4,996)		
	(99)	(0,001)	
(/)			.2
(16,23)		(166,941)	
(14,821)		(160,714)	
		(10507)	(100)
		(51)	(%)
		(/)	(/)

الأهرام , 28 ديسمبر 2006

التوتر النفسي وعلاقته بفاعلية الذات

(لدى طلبة الجامعة بغداد)

م.م. براء محمد حسن الزبيدي

تعد ظاهرة التوتر النفسي من أهم المظاهر النفسية التي تواجه الفرد في العصر الحالي ، كما أنها من أكثر الظواهر النفسية المرافقة للسلوك الإنساني ، فالأفراد عادة يتعرضون أي سلسلة من الضغوطات النفسية و الاجتماعية و الأسرية التي قد تكون سبب لآثاره التوتر لديهم ، ويعتمد التوتر النفسي و ما ينجم عنه من آثار جسمية و نفسية و ذهنية أي الكيفية التي يدرك بها الأفراد الظروف و المتغيرات المحيطة بهم و أي توقعاتهم لما يمكن أن ينتج عن ذلك مستقبلا .

()	(2.20)	(0.05)	(2.000)
		.(98)		
				.3
		(65.390)	(69)	(4.990)
		(0.05)	(2.000)	(1.455)
				.(99)
				.4
			(/)	
		(0.05)	(2.000)	(1.25)
				.(98)
()			.5
		(0.001)		(0.55)
				.(98)

التطرف قراءة في المكونات الأولى

ناظم محمد العبيدي

هل يمكن فهم أية ظاهرة إنسانية بعزل عن الموجهات الذاتية والمعرفية التي ساهمت في تشكلها؟ إن الحديث عن ظاهرة التطرف الديني يأخذ عادة الطابع التبسيطي ويقتصر على تجلياتها الاجتماعية والسياسية، ويغفل البعد الذاتي الذي يعد الأساس المطلوب التوقف عنده ودراسته، وهل الظاهرة الاجتماعية سوى محصلة لمجموع أنشطة الأفراد المساهمين فيها؟ وخاصة أن ظاهرة التطرف الديني تنحصر في فئات محددة من الناس تجمع بينهم سمات نفسية تستحق التأمل.

مدخل سيكولوجي لدراسة الشخصية

د. هشام محمد علي

himmunm@yahoo.com

إن إيجاد الطريق المؤدي إلى السعادة وسلوكه حتى الوصول! هي المعضلة الأكبر في حياة الانسان.

حسب هرم ماسلو فإن الطرق المؤدية إلى هذه السعادة تكون عبر تلبية عدة حاجات من بينها حاجتان اجتماعيتان لا تكونان إلا عن طريق الآخرين وهما الحاجة الثالثة (الحاجة إلى الانتماء، الحاجة إلى الحب) والحاجة الرابعة (الحاجة إلى الاحترام والتقدير) ثم المسير نحو الخطوات الأخرى المؤدية إلى السعادة، وهي في قمة الهرم وتدعى (تحقيق الذات)، ويشترط في إشباع حاجة معينة أن تكون الحاجة التي قبلها قد أُشبعَت⁽¹⁾ ليصبح المرء سالكاً نحو الحاجة التي تليها حتى يتم الوصول إلى الحاجة الأخيرة.

لأجل عبور الفرد للحاجة الثالثة والرابعة لا بد له من:

- دراية عالية بطبيعة الشخصيات الأخرى في محيط بيئته.

- معرفة مكامن الضعف والقوة فيهم

- كيفية التعامل معهم

والطريقة الأسلم لذلك يكون من خلال دراسة الشخصية حسب علم النفس الاجتماعي، فما هي الشخصية؟ وما هي سماتها؟

تعريفات الشخصية

التعريف اللغوي⁽²⁾

)

()

(11)

1. السمات الأساسية (Cardinal traits)

(personality)

(persona)

((person alite

2. السمات المركزية (Central traits)

▪ موقع نفسي على شبكة الأنترنت
د. اسعد الأمانة / سايكولوجية الشخصية / الفصل
الثاني / الأكاديمية العربية المفتوحة في الدمارك /
من موقع الأكاديمية على شبكة الأنترنت.

CEF THEORY

J. FATAYER AL AIN UAE

jfatayer@hotmail.com - jfatayer@uaeu.ac.ae

Culture entails every thing man has made out of his physical and mental capacities. Man is, thus the only cultural being there is and his behavior, cognitions and emotions are circumscribed, to a great extent, to the culture he belongs to. Culture provides us with almost every thing. Perhaps we make it and it makes us, an amazing dynamic state that is endless. Culture provides us with language to think and express our emotion through. It provides us with beliefs-scared or mans made-and gives us directions and answers to major life questions. It gives us goals as values to achieve and it provides means to reach them. Culture creates norms, in order to keep us in line with its expectations. All this comes to us through the acculturation process and socialization agents the culture trusted and appointed that they should do the job to make us the social being we are- such as family, school, friends, religion and media. We learn who we are and how we are supposed to act within and through these agents every day. We affect others and others affect us...that social interaction process that makes life meaningful. Culture has relied on those agents in order to inoculate what society wishes, expects, and may be need us to believe, value, present ourselves and act as members.

However, as man is the only cultural being, equipped with very powerful and maybe the most powerful, capacity there is, the Mind, the process of becoming a social being is the most complicated ever. I do not mean, however, to convey that man is an empty container, culture fills up. On the contrary, I mean to convey that man makes culture and culture creates man. And it may be important to clarify-at this point- that I see two major dimensions to culture: material and mental=nonmaterial. When I use the term mind I refer, perhaps, to the nonmaterial mental capacity the makes man unique among all other creatures we see around us in this universe. Mind to me is a process that stems out of social interaction, composed of cognitions and emotions. Thus man is not a robot or an animal, nor an empty container, but a dynamic intellectual being.

I see Culture in a dynamic state, where new elements are added today and a other elements are deleted...a process, which we usually refer to as cultural change...which usually leads to social change.

Culture is the totality of every thing man has made, be it material or non-material. It is the "Paramount Mind" that contains every thing we have already made, saved, and achieved, mental or material of course. From that P.M= paramount mind, you and I were able to build our own "Finite Mind" which mirrors to a great degree the P.M that we belong to...it's our cultural reference. You could easily call it our mental compartment.

Man's behaviors, to me, are a reflection of his mind and self, or say his mental makeup. Again, I refer to the sum and interaction between one's cognitions and emotions. Here, I claim that the relationship between us and the cultures we belong

3. السمات الثانوية (Secondary traits) ()

صفحات السمات (12)

1. :
2. :
3. :
4. :
5. :
6. :
7. :
8. :

(13)

Ego

()

المصادر

- من محاضرات البروفيسور الدكتور قاسم حسين صالح
- في اكثر من موقع عن اللغة العربية على شبكة المعلومات الدولية (الأنترنت)
- موقع الحصن النفسي على شبكة الأنترنت
- د. احمد مجيى الزق / علم النفس / دار وائل للنشر / الطبعة الاولى 2006 / ص 245
- من محاضرات البروفيسور الدكتور قاسم حسين صالح
- مورتن برنس من كتاب "الاشعور" / من موقع على الانترنت
- من محاضرات البروفيسور الدكتور قاسم حسين صالح
- د. جنان سعيد الرحو / اساسيات في علم النفس / الطبعة الاولى / الدار العربية للعلوم / ص 304
- المصدر السابق / ص 304
- المصدر السابق
- د. احمد مجيى الزق / علم النفس / عمان، دار وائل للنشر / طبعة اولى 2006 / ص 257.

fighters, pending on the political cause.

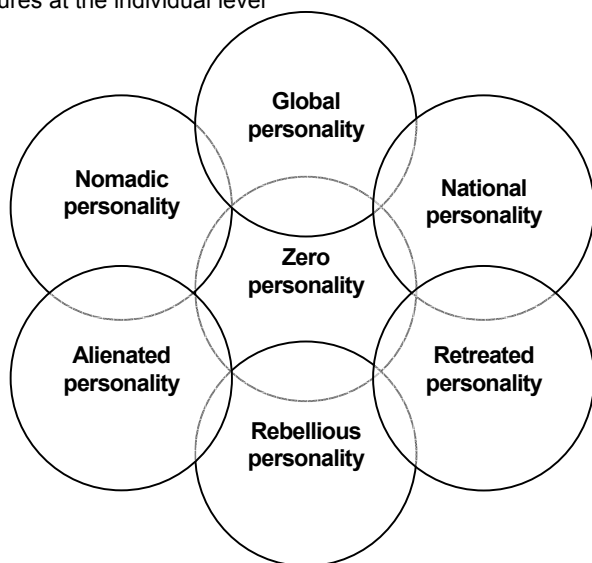
The Nomadic Personality: describes those who lack a great deal of stability and live in uncertainty. They describe their lives as living on the travel mode permanently, and or living on the intersection between two cultures. They feel that they belong to both cultures, yet they are settled in neither one. They lack life stability and literally spend a great deal of their lives jumping between two worlds = two cultures. Their criminal involvements tend to be minimal .

The Retreated Personality: describes a person who is closed to himself due to discomfort and discontent with the way things are regarding the cultural performances. They feel mostly that they do not fit, may be unaccepted or discriminated against. They tend to be unhappy with the way life is set, prefer isolation over being part of, they are conservative in their relationships with others and may be socially passive. Their criminal involvements tend to be mainly ritualistic , such as addiction to drug/alcohol and alike.

The Alienated Personality: describes those who lack strong sense of belonging to the dominant culture. Not only feel separated but also display no concern for it. Sense of hopelessness tends to be strong, social commitments are minimal ,unmotivated to what most members care for. Could be dangerous to themselves and others because usually they do not care. Their criminal involvements tend to be high.

The Zero Personality: describes a person who is living somewhere else other than the reality we describe. Not insane-on the contrary, sound and skilled with extraordinary capabilities. Yet he lives in a world of his own, he greets us just to be nice but most of what turns us on to him is meaningless. Accurate, sharp to what he wants to do. Unemotional or at least unlike others and usually hard to read and predict. Digital person, as you feel him as a robot at times and shows indifference to many issues of common concern. Their criminality, tend to be very severe and inhumane, ", such as random shootings, torture ,gangs ,terrorism, computer- related crimes and alike.

It is important to clarify that no single personality could stand pure or independent from others. I argue that all seven proto types exist in various degree & levels in our lives. One prototype features , however, tend to override, dominate & direct other features at the individual level



J. Fatayer's Personality Paradigm

to is not choice, it was determined even before we had a chance to select or choose...no one chooses what language to speak, name he gets, family etc.. Based on that, I argue that the state of harmony within the culture - whichever ours is, Eastern, Western...does not matter- that culture is represented and is mirrored in mental harmony of its members and can be easily detected through the observations and evaluations of members' acts, decisions and everyday life events...be it the positive or the negative ones. It is reflected on the ways we make and handle life issues. I argue that the deeper the integration and harmony between cultural elements be it mental and material, the lesser we should expect of negative acts out of members...and the opposite of this equation is true.

Here, I introduce to the literature - a newly coined -concept as an additional intellectual tool to explain and interpret this growing global human experience CEF; "Cognitive-Emotive Fission": a process of separating into parts and collisions within one's mind(cognitions& emotions) due to the lack of harmony in the culture/society one belongs to. It is those conflicts, contradictions, double-messages, conflicting messages and mixes up one experience in his own mind/self are assumed to be due to the troubled social reality one belongs to. Such as conflicts between the claimed norms, values, beliefs, emotions, ideals and the every day life practiced patterns of social behavior. Contradictions between what we claim and what we really do in every day life situations are assumed to reflect our mental state. Quite deeper and further than Schizophrenia, CEF refers to a particular Social/Psychological human phenomenon occurs at all levels from micro-individual to a global/societal level

This theory was based on empirical observations first took place , in 1982 in Dallas ,Texas ,USA during attempts to explore into the lives of Arab/American immigrant families .A second stage in the development of this theory took place during 1994-2000 , on a sample of students at the American University in Cairo.

Out of this claimed CEF experience, I have proposed a - seven personality paradigm- expected to emerge. The following is a brief description of these proto types.

The Global Personality: describes those who were able to manage the difference between cultures and deal skillfully with both. They tend to balance out the differences and the contradictions between cultures and benefit from both. They speak at least two languages, exposed and comprehend to great extent, the two cultures differences and able to merge them in one and live happily and perform at extraordinary levels in life...at Personal and professional level. Their criminal involvements tend to be minimal.

The Nationalistic Personality: describes persons who are very particular about their own culture and the society they belong to. This person usually speaks one language and confined to one cultural setting. They tend to be content with the way things are in life and usually defend it. Change and strangers are not comfortable topics. Their criminal involvements tend to be minimal.

The Rebellious Personality: describes a person who is mainly discontent with the way life is put together. They are critical with various cultural elements, specially beliefs, values and norms. They attempt to change the rules of the game and or create new games. They feel separated from the culture, discriminated against or feel rejected. Their criminal involvements tend to be maximized. They tend to display violence and aggression reflecting their disappointments and failures to achieve life goals. A Great deal of crimes against person and against property fall in this type. Martyrdom attacks fall under this category as well as all freedom

التخاطر لدى شباب عراقي**غالب محمد رشيد الأسدي****أ.م. طالب غالب علوان**

-3

-1

-2

:

-1

-2

(-)

-3

() .

نتائج الدراسة:

:

()

106

65

بعد التخاطر من القدرات فوق الحسية التي تحدث بين اثنين بشكل عفوي او مخطط له بشكل مسبق كما في التجارب المختبرية ، اذ يقوم احدهم بارسال افكار تخاطرية فيكون مرسلا ، بينما يتلقى الفرد الاخر هذه الافكار عن بعد مناسب فيكون مستلما .

ان اخضاع تلك الظاهرة للدراسة المختبرية ، عند من يدعي امتلاكها ، ليست بالمهمة اليسيرة بالنسبة للباحثين ، من حيث الدقة والموضوعية العلمية ، وذلك لاسباب عديدة منها : مدى توفر الامكانيات المختبرية والمادية وطرائق القياس العلمي الدقيقة وضمان الاستعداد النفسي لمدي التخاطر للقيام بعملية التخاطر ومخاوف الفشل من عدم نجاح تلك العملية في مواقف او ظروف ما . لذا تعد هذه الاسباب من اصعب المهام التي يواجهها الباحثون الدارسون للقدرات فوق الحسية ومنها قدرة التخاطر .

Basic Visual

spss

NETWORK

أ.م. سعد سابط جابر العطراني

صورة الرجل والمرأة كما يراها الشباب الجامعي

أ.د. إبراهيم عبد الخالق رؤوف
أ.د. محمود كاظم محمود

هدف البحث:

1. /
/

عينة البحث:

(30) (60)
(30) /
(2004-2003)

أداة البحث:

(38) / (27)

(27) /

/

:: (10)

:: (10)

:: (10)

:: (10)

النتائج في ضوء الأهداف:

(10)

تطوير برنامج حاسوب لقياس مركز الضبط في الشخصية

لقد استنتج مفهوم مركز الضبط من تقرير لـ Rotter حيث وصفه في نظريته عن التعلم الاجتماعي Social Learning. وهذا المفهوم حسب Rotter يشير الى نظرة الافراد لانفسهم بوصفهم مسيطرين ومسؤولين عن الاحداث (المرغوبة أو غير المرغوبة) التي يخبرونها (21). كما يفسره Rotter بأنه الدرجة التي يعتقد فيها الافراد ان حدوث التعزيزات محتمل لسلوكهم (22). وينقسم الناس حسب مركز الضبط الى فئتين، الفئة الاولى من ذوي مركز الضبط الداخلي (Internal Locus of Control)، والذي يشير الى المدى الذي يدرك فيه الفرد ان الاحداث السلبية والاجابية في حياته، تحدث نتيجة لانشطته، وهي بذلك تحت سيطرته. اما الفئة الثانية فهم من ذوي مركز الضبط الخارجي (External Locus of Control) والذين يدركون الاحداث السلبية والاجابية على انها غير مرتبطة بسلوكهم في مواقف معينة وهي بذلك خارج سيطرتهم (22).

Rotter -1

-2

∴ (10)	"		.1	.1
	.	.1		.2
		.2		.3
		.3		.4
		.4		.5
		.5		-
	"	(10)	"	
(10)	"			.1
	.	.1		.2
		.2		.3
		.3		.4
		.4		.5
		.5		-

THE WPA CAIRO DECLARATION ON " MASS VIOLENCE AND MENTAL HEALTH "

AHMED OKASHA

THE GENERAL ASSEMBLY OF THE WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION:

- emphasizing that the World Psychiatric Association, being the world's largest psychiatric association, comprising 130 Societies from 113 countries, can speak on behalf of 175,000 members of the profession;
- conscious of the fact that violence is a major public health problem with important mental health implications;
- concerned by the fact that mass violence such as war, terrorism, urban violence and similar acts causes many deaths, material losses and mental health problems in the lives of the survivors and in the population at large;
- cognizant of the fact that violence does not help to solve problems but begets violence and brings with it poverty, hunger, disease and fear;
- underlining that, unless properly addressed, the psychosocial consequences of violence will negatively affect future generations and can destroy the social cohesion that allows people to live together in harmony;
- convinced that psychiatry and behavioural sciences can contribute to the understanding of the complex biological, psychological and social roots of violence and to the formulation of interventions that can prevent violence or alleviate its consequences;
- recalling previous work of the World Psychiatric Association on alleviating consequences of disasters and the prevention of mental disorders;
- recognizing that terrorism, by itself, is not a mental illness but a phenomenon often associated with oppression and absence of opportunities for free expression or redress;
- considering that the alliance of mental health workers and leaders of religions that advocate mercy, compassion and forgiveness might help in the prevention of violence and in the alleviation of its consequences.

- Urges the WPA Member Societies:

- to develop and support research on the causes and consequences of violence and develop training programmes that will help in the prevention of violence and in helping its victims;
- to invite their members to cooperate with other professionals and all those who are working for peace without any ideological or other prejudice.

- Requests the Scientific Sections of the WPA to develop collaborative and multidisciplinary research on the origins of violence :

Requests the Executive Committee of the WPA to:

- find ways to effectively collaborate with governmental and other agencies in the prevention of mass violence and the alleviation of its consequences;
- invite the World Health Organization to strengthen its efforts to enhance the awareness of the public health importance of violence and to convey to its Member States the need for research and action in this area;
- undertake whatever is necessary to ensure that the scientific knowledge stemming from psychiatry and neurosciences and behavioural sciences is used in dealing with problems of violence;
- create a special programme on mental health aspects of violence to facilitate the above tasks and further stimulate research and action in this area of its work;
- report on the steps taken in response to this declaration at the WPA General Assembly in 2008.

العلاج النفسي اليومي

المجلد الرابع - 19-20 نوفمبر 2005

جمعية ممارسي العلاج والإستشارات النفسية

fmajzoub@cyberia.net.lb - dfmajzoub@yahoo.com

Sommaire

Mot de la présidente

- Professeur J. VIVIER, Docteur D. JACQUET : L'expression des émotions : au-delà des limites du « dire »
- Professeur A. MAKKE : Le non-dit en psychanalyse et dans les autres théories psychothérapeutiques
- Docteur N. SAMAHA : Sexualité et perversions : Enfants et adolescents abusés sexuellement
- Docteur A. EL JARI: Infertilité et désir sexuel
- Docteur S. BITAR : Somatisation du non- dit des émotions
- Mme B. DRIESKENS : Etre célibataire à Beyrouth : Les ambiguïtés de la représentation
- Professeur L. CHIKHANI-NACOUZ : Le mensonge qui rompt les liens symboliques de la filiation
- Docteur G. KAZOUR : Schizophrénie et trouble de l'humeur
- Professeur F. MAJZOUR : Résilience et non-dits
- Docteur H. MOUCANAS MEHIO : Pathos et vulgarisation, de l'usage et de la traduction des émotions dans le discours de vulgarisation scientifique
- Professeur C. BOUSTANI : L'inconscient dans les romans au féminin
- Docteur A. ISSA : L'œdipe dans les œuvres de jeunesse de F. Mauriac
- Maître M R. ZALZAL : Le non-dit source du droit
- Mme T. WARD : Les messages véhiculés par les prénoms des prisonniers de guerre

Mot de la présidente

- Docteur E. ELCHAARANI : Le non-dit des sentiments
- Docteur H. ISSA : Le rôle de la mère dans l'inceste adelphe
- Docteur L. BEYDOUN : la découverte des émotions à partir de tests
- la Docteur B. YAHYA : Le non-dit des émotions après la naissance de ma fille
- Mme Z.ISSA : Le non-dit du joueur.

Madames et Messieurs Bonjour et bienvenue à tous à notre quatrième colloque.

Je vous remercie de votre présence si nombreuse. (On vient de me dire que vous êtes plus de 250 présents). Je remercie également au nom de la société des participants en Psychothérapie et consultants, L'UNESCO qui a bien voulu abriter notre colloque et son dynamique directeur M. Antoine Harb.

La SPPC a été légalement fondée en 1997. Nous étions alors dix membres fondateurs. Nous sommes aujourd'hui un peu plus de 150 membres. Ce n'est pas tout, puisque nous recevons tous les mois des appels à candidatures.

Nos activités sont elles aussi de plus en plus nombreuses. Entres autres, les journées d'études annuelles, la publication des actes du colloque, la formation continue ; etc. A ce propos, nous avons reçu cette année MM. . Les professeurs Jacques

Salomé fondateur de la Méthodes ESPERE pour la communication et Elie Doumit, président de l'école Lacanienne de Lille et du Nord de la France.

Nous sommes aujourd'hui dans l'expectative de fonder un ordre de psychothérapeutes et de consultants, qui nous permettra de nous organiser, de travailler, d'évaluer les compétences, de respecter et de faire respecter le code de déontologie de notre profession. Aidez- nous tous à réaliser cet objectif.

Aujourd'hui, comme chaque année, les portes sont ouvertes à notre colloque dont le thème porte sur le non-dit des émotions. Thème qui a intéressé aux côtés d'éminents psychologues, des spécialistes en langue, littérature et sciences juridiques. Les interventions promettent d'être intéressantes.

Je vous souhaite donc une bonne journée et une participation fructueuse.

La présidente : Léla Chikhani Nacouz

▪ **L'expression des émotions : au-delà des limites de dire**

Jean VIVIER : Professeur de psychologie à l'université de Caen (France)

Denis JACQUET : MC-HDR, à L'Université de Caen (France)

Abstract

The emotion experiment and more generally of the emotional life goes beyond limits of said. In the human kind it integrates the desire of saying and sharing; despite language limits, words succeed in suggesting and guiding others in rebuilding emotions meaning. Thanks to the assistance of the analogical sets of displacements on one hand and on the other hand thanks to the complements brought by the prosody, the gestural language. Human nonverbal communication does not have to be reduced to a " agonizing tribe" of the evolution or a remainder of animal life. We postulate that there is a specific operation of the intermodality between history and culture. It is essential to take into consideration of art in this transformation. With the piece of art all the directions can thus be requested to express emotions and to reproduce new ones . the oeuvres from so many psychological instruments for the emotion metamorphosis of whom receives and contemplates them.

ملخص

▪ Le non-dit en psychanalyse et dans les autres théories psychothérapeutiques

Abbas MAKKE : Psychothérapeute et analyste systémique ; Professeur à L'université Libanaise, Vice Président de la SPPC

Abstract

In general, the non-said in psychoanalytical or psychotherapeutically clinic, is the unpleasant one, underlined Freud. It is the supposed or the suspected already being said, considered, felt and told. It's a mistaken recognition and a false impression that all that was said is to save the pain of the unpleasant statement. To say the past in of a series of traumatic events, at the time of simple past or at the present does not exhaust all the secrecy of the account in question. It is always necessary to recompose and rebuild the past: saying and repeating several times and in a different way intend to reconcile the said and the non-said because there are multiple categories of the statement. There is always a work of corroboration and there are always puns and witticism because the thought known as and exteriorized tends always to the infinite. The non-said is often at the hallucinatory side and symbolic system which is worked out by the work of foreclosure. The non-said does not only touch the unpleasant psychic and individual but can also imply the collective and the systemic one. This text analyzes the relation of the said to the non-said through various clinical and systemic demonstrations.

ملخص

(La forclusion)

▪ Sexualité et perversions Enfants et adolescents abusés sexuellement

Nadia SAMAHA :Psychologue consultant, Professeur Assistant ; chef du département de psychologie à l'université Libanaise ; Membre du comité administratif de la SPPC

Abstract

Jad, Yvette and others are sexually abused children. The pedophile is an adult man or woman who in 30% of the cases has been abused as a child. But in fact, the abuser was a child who lived in a family of divorced or separated parents, or in a single- parent family which is most of the time missing moral or authoritative reference.

The sexually abused child keeps silence to himself by fear of the abuser, by culpability or because he does not have anybody with whom to entrust. The consequences of the abuse are

multiple in children: somatic, psychological and behavioral. Very often the running away and the school failure are indicators of the abuse.

In Lebanon, is done for the welfare of the sexual abused children.

الملخص

%30

▪ Infertilité et désir sexuel

Atiqa JARI : Psychothérapeute ; Professeur assistant à l'université Libanaise ; Membre de la SPPC

Abstract

We cannot study sterility without mentioning three axes : Biology, Psychology, and Social.

The aim of this research is to study the connection between sterility and sexual disorders, which conduct mostly to a disharmony conjugal suffering.

Spme husbands feel ashamed towards talking about sexual matters and the disability to express their emotions in words, all of that will lead to unsaid physical symptoms.

Impotency is also a kind of sterility, non-desire in women for sexual relation is a therapy failure especially that the most important symptom is the discovery of sterility due to frigidity and diminution of the libido.

We noticed this in the women dialogue pronouncing repeatedly the work "marriage duties" and "procreation obligations". They believe that the desire of the other is the desire of the husband, family or society... even the sexual relation would be an answer to the husband's demand, so the wife will feel repugnance and refusal to this relation. While refusal is unsaid, the body will express it by sterility and sexual disorders. In fact, procreation desire is the expression of the collective unconscious desire and of frustrated sexual desire that is why it appears in physical symptoms.

ملخص

▪ **Somatization of the unspoken emotions, a specific case of obesity**

Soha BITAR : Gynécologue, Psychothérapeute ;
Membre de la SPPC

Abstract

Asserting that every psycho-emotional traumatism keeps a memorial trace (eventually written in the body a specific code of proteins). This trace can be inhibited or activated and reactivated depending on mechanisms efficacy of auto-regulation set to work by the subjects to maintain its balance.

The neuropeptides released by the gravid mother and transmitted to the fetus keep an informative trace on the total stem cells and not only on the CNS. The body inscription of emotional disharmonies begins since the intra-uterine life.

Combine our medical knowledge to a more precise psychological knowledge of a woman who becomes a mother, and be a new way of necessary delivery in these times of overmedication, where the technique encroach upon psychic.

ملخص

) " "

.(

▪ **Etre célibataire à Beyrouth : les ambiguïtés de la représentation**

Barbara DRIESKENS : Chercheur à l'institut
Français du Proche-Orient (Beyrouth)

Abstract

Middle aged marriage has increased since the end of the war, but the fact that women stay unmarried remains wrongly perceived, they are then subject to strong social pressure in order to found a family. Many of these women work and have a social life, whereas most of them still live with their parents. They are prisoners of contradictions among different value systems, often shown as binary oppositions between traditions and modernity, between west and east, between liberal and conservative

ملخص

▪ **Le mensonge qui rompt les liens symboliques de la filiation**

Un mot (maux) pour un autre

Léila CHIKHANI-NACOUZ : Psychothérapeute, Professeur
des Universités à l'Université Libanaise

Abstract

To think about filiation is an invitation to question the life, the mother's lie who denies the parental coupling witnessed by the child. Because of this denial, the mother castrates the father from this fatherhood and the son from his sonhood. Therefore, the symbolic displacement of the father is not total here, so the end will never reach schizophrenia.

The paternal metaphor is covered with a lie, the mother's lie that pushes the being asking for freedom to stop in between two limits of narcissism and the altruism.

Due to the doubling of the paternal imagoes, a schizewill occur, and the father of the law is cleaved of the sensualist father. The child inherits the name, but also the omnipotence presumably induced by the maternal lie. It is the "non-filiation".

The clinical picture of the "non-filiation" is shown in a non-accomplishment of the identity processes followed by the boy. Its organization would especially look like of the organization of the borderline cases. There is the neurotic fabric which is formed by bearing in its screen a hole, a partial psychotically organization; involving sexual disorders.

Reality reflection, the word also lies. "the tongue is the worst and the best of all"; said esope, giving way to the duality of the human being.

ملخص

Esope

▪ **Schizophrénie paranoïde et troubles de l'humeur**

Gisèle KAZOUR : psychothérapeute, Professeur assistant
à l'Université Libanaise ; Membre de la SPPC

Abstract

The present study aimed to determine associations between paranoid schizophrenia and mood disorders, and to evaluate the impact of these symptoms on the evaluation and the prognosis of schizophrenia. 40 patients, diagnosed as having paranoid schizophrenia, were studied and evaluated by several methods each: clinical interview, medical file, Mania Assessment Scale (MAS), Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), and Global Assessment of Functioning Scale (GAF).

The results show that mood disorders are frequent in schizophrenic patients. Depressive symptoms associated to paranoïde schizophrenia, have negative prognosis, meanwhile hypomanic symptoms in this group of patients can contribute in their amelioration and are therefore a sign of good prognosis.

ملخص

40

" " " "

.

.

▪ Résilience et non-dits

Farouk MAJZOUB : Psychothérapeute ; Professeur à L'Université Libanaise

Abstract

The aim of this research is to study resilience and its relation with the non-utterance. The researcher initiates his research with evoking the maladaptive aspect of the non utterance and its impact during therapeutic sessions. He compares it to a "secondary gestalt"; to present, then, briefly a model of the emotional ability illustrated by two extremely opposing states: alexithymia, a maladaptive non-utterance; and resilience, an adaptive non-utterance.

Through a transposition of the etymological denotation of the term to its psychological and psychoanalytical connotation, the researcher attempts to probe the non-uttered resilient ingredients, attaching significant importance to the role of positive emotions and to the woven relationship accomplished by the child. He ends up his research with his own deductions based on a field research carried out through subtle projective techniques on a sample of Lebanese university students. He concludes that resilience integrates at once constitutional, family, and social ingredients where all of them are held together to attain a model of a "Gestaltist" type.

ملخص

" "

:

▪ L'inconscient du texte dans le roman féminin

Carmen BOUSTANI : Professeur des universités à l'Université Libanaise

Abstract

Arabpsynet Journal: N° 13- Winter 2007

170

Reading fiction through the eyes of psychoanalysis makes it possible to observe the writing in its genesis and its operation. The three novels: Est-ce que je te derang? From Anne HEBERT (Quebec), Lol V Stein from Marguerite DURAS (France) and N'zid from Malika MOKEDDEM (Algeria) have similar situations resulting in the wound or a loss of a tragically finished love. The effects of this situation leave on the female psychism indelible scars. The principal protagonist of each novel is perceived at the borders of the myth and reality. The character representation is done in an eccentric disguise.

The theme of the three novels is the wander. It goes by two periods of time: not recalling the memory and the memory of the failure to remember. As if the three protagonists wander on ground or in sea seeking for their deep being trying to remember the hidden past. The significant bound of the wander phenomenology meets the unconscious work and fixes the boundaries of destructive pleasure through peregrination.

ملخص

Est-ce que je te derang? :

N'zid, () Lol V Stein, ()
()

▪ Les manifestations du moi profond dans un Adolescent d'autrefois un roman de Francois Mauriac (Flammarion, 1969) ; Etude psychocritique

Amira ISSA : Professeur de Littérature et sciences humaines à L'université Libanaise, Chevalier dans l'Ordre des Plumes Académiques

Abstract

In Mauriac's novel we see his life in filigree. To create his work, he draws places where he was born and lived. He updates his deepest layer of his being, and despite the multiplicity of his adolescent heroes, it is often the same personage that recurs from a book to another since it is the writer's childhood and adolescence that are brought into scene.

In these novels the psycho critic has found oedipus' myth and the hatred of the enemy brothers, through the romanced form of the mother-lover.

ملخص

▪ Le non-dit source du droit

Marie-Rose ZALZAL : Avocat à la cour

Abstract

مجلة شبكة العلوم النفسية العربية: العدد 13 - شتاء 2007

The generating phenomena of law, the authorities, change at the society and the culture rhythm. At the hour of the galloping world, of the global economy, of triumphing individualism, surviving evolves at a frenetic rate, and the real society is bursting virtually.

Towards the new reality, society but especially delivered to themselves challenge human rights, and launch a crucial challenge to it: how to answer human rights, to justice and to order, and to adapt to a reality in quantum change, with the new paradigms?

ملخص

▪ Les messages véhiculés par les prénoms des prisonniers politiques

Thérèse WARD : Psychothérapeute ; Membre de la SPPC

Abstract

Affif, Degaule, Kifah and Mohamad are four of hundreds of prisoners who endured horrors in the prison of Khyam Known as "the prison of shame" due to the non-himan treatments. Every one of them holds a family heritage, a history, and transferring letters through generations, which contributes, with geographical and political situations in Lebanon, in building and guiding his future.

From these letters, disguised and unsaid letters, transferred through names of some prisoners and rebellions. Symbolic names, hilding in its unconscious desire for the other, holding a secret and a mission, transported silently years to the receivers.

ملخص

خاتمة

▪ غير المقال في السلوك المقامر

زينب عيسى: مستشارة نفسانية، عضو في الجمعية

Résumé

Le joueur recherche l'objet d'amour perdu. Il aspire à un sein maternel, cet état élationnel vécu avant le sevrage.

La dépendance au jeu semble être une fuite devant l'angoisse éprouvée à l'abandon.

Abstract

The gambler is in search of the loved object he losts. He aspires to a return to the maternal breast; this elationnal states lived before the weaning.

The dependency to gambling seems to be an escape before the anguish experienced toward abandonment.

▪ غير المقال من انفعالاتي بعد ولادة ابنتي

بهاء يحيى: معالجة نفسية، أستاذة مساعدة في الجامعة اللبنانية، عضو في الجمعية

Résumé

Mais que peut-on dire d'un enfant qui naît « malade » ou « différent » ou qui appartient à une « catégorie spéciale », qui doit mener « une autre vie », un « autre destin » ?!

Zeinab ma fille, une enfant trisomique. Avant, après la naissance, les choses ont beaucoup changé, moi également.

Mon destin, c'est elle

Trois ans déjà, et la vie continue. Mon récit est un voyage dans le réel, principe de plaisir. Pourrai-je assumer les deux ?

Abstract

What can we say about a child who is born « sick » or « different » or who belongs to a « special category » ; which leads him to live « another life » ; « anodher destiny » ?

Zeinab my daughter is a Down syndrome child. After her birth, things have changed so much, me too.

She is my destiny

Three years have already passed, and life continues. My story is a journey in reality. It's about the reality principle, and the pleasure principle. Will I be handle the responsibility of both?

Down

Syndrome, Trisomie 21

.Bisexuelles

▪ اكتشاف الانفعالات بواسطة الروائز الإسقاطية "المقال" عن رفض الأنوثة في الرورشاخ

لينا بيضون: معالجة نفسية، أستاذة مساعدة في الجامعة اللبنانية، عضو في الجمعية

Résumé

Je présenterai d'abord le contenu du développement de la personnalité à travers les planches de Rorschach. Puis j'exposerai un cas d'un patient ayant des tendances bisexuelles.

Le développement de la personnalité s'accomplit à travers le structure de l'image de soi, et les représentations relationnelles inconscientes qui organisent les relations de l'individu avec son entourage. L'image de soi comprend la structure de l'image corporelle, l'acquisition de l'identité et l'investissement de l'image de soi, en passant par l'investissement narcissique de cette dernière. L'individu pourra alors saisir la différenciation entre les deux sexes, ainsi que les formes d'identification féminine ou masculine. La structuration de la personnalité normale ne se limite pas seulement au développement de l'image de soi, mais elle exige l'établissement des relations normales avec le monde extérieur, ce qui apparaît clairement dans le rorschach à travers l'impact de l'image maternelle.

Le cas traité d'une jeune fille sur la quelle on a appliqué le test de Rorschach dévoile des tendances bisexuelles et une négation du sexe féminin. L'interprétation du Rorschach facilite la psychothérapie. Elle affaiblit les résistances conscientes de la patiente l'amenant à parler de ses problèmes. D'autre part, l'interprétation du test aide le patient à confronter son inconscient, ce qui constitue un pas dans la guérison.

Abstract

First of all, we have to present the content of personality development through Rorschach cards, and then we study a case suffering from bisexual tendencies.

The personality development is accomplished through the structure of self- image and relationships' representations that organize the relationship between the individual and his surrounding. The self-image consists of the structure of body image, the acquisition of self-identity and the investment of self including its narcissistic investment. Therefore, the individual can reach the level of self differentiation as well as the masculine and the feminine identification forms. The formation of normal personality can't be only limited to the development of self-image but it requires the establishment of normal relationships with the external world, what clearly appears in Rorschach through the impact of maternal image over these relationships and the relationships of love or hate. The treated case of the girl on which we have applied Rorschach test shows the bisexual tendency in her and the negation of her feminine sex. On one hand, the Rorschach interpretation facilitates the psychotherapy; it weakens gradually the conscious resistance of the patient leading her to reveal her problems. On the other hand, the interpretation helps canalizing and the unconscious- the first step towards recovery.

▪ دور الأم في زنى المحارم بين الإخوة

إيلان عيسى: معالجة نفسية، مكلفة بالتدريس في جامعة اليلمنند، عضو في الجمعية

Résumé

Subissant son destin, la fille frustrée et castrée attend avec hâte le moment de réaliser son désir d'avoir l'enfant- pénis du père- tant attendu. La peur du passage à l'acte incestueux l'induit à refouler le désir oedipien. En devenant mère, ce désir refoulé va revivre, reprendre un nouvel élan, et trouver un exutoire.

Face à son fils, nouveau et jeune représentant du père aimé , le désir incestueux renaît de ses cendres. Mais là, l'issue est possible. Elle déplace sur sa fille, ce désir inavoué et inavoué et inassouvi.

Le fils, lumpf de la mère, se tourne vers le substitut ainsi formé, plus jeune et moins effrayant : la sœur, elle même poussée par la force de deux désirs, l'un qui lui est propre- désir du frère- et l'autre hérité de la mère. Le frère et la sœur, les deux adelphiques, s'accouplent, afin de réaliser l'acte impossible du désir, celui de leur mère.

Abstract

Undergoing her destiny, the frustrated girl and castrated girl waits hastily the moment to carry out her desire- the father's penis- so far awaited. The fear of realizing the incestuous act pushes her to repress this incestuous desire. While becoming mother her driven back desire will find the day.

Before her young son, loved father's figure, the incestuous desire reappear. But the outlet is possible. She displaces on her daughter her unsaid and her unsatisfied desire.

The son. Lumpf of the mother, turns towards the substitute already formed. Younger and less scaring: the sister, her self, will be pushed with the force of two desires: the first is appropriate to her and the second is her mother's desire. In addition, the brother by choosing his sister chooses by displacement his mother's substitute. Consequently, brother and sister, both alephs, are coupled, by loyalty, to carry out the act desired by their mother.

خلاصة

(Le soi)

Fantasmatiquement

intériorise

Mécanisme de défense

Projection

Déplacement

غير ()

إلهام الشعرائي: معالجة نفسية، أستاذة مساعدة في الجامعة اللبنانية، عضو وأمينة الصندوق في الجمعية

Résumé

La vie affective tend l'être humain vers la recherche de relations. Afin d'atteindre ce but, l'individu est prêt à des compromis ou des mécanismes complexes et divers. Le sujet se retrouve alors dans une situation de dépendance; dépendance à l'autre vers qui tendent affective à autrui existe dans tous les aspects de la vie, et va du besoin de s'alimenter chez le nourrisson au plaisir sexuel et s'étend quasi à toutes les activités humaines. Cette dépendance, toutefois, peut être ressentie comme dangereuse. Elle implique, en effet, une possibilité de privation, tel est le bébé privé de sein ou du lait maternel; et un sentiment d'impuissance, source de douleur et de frustration, qui se manifeste par la colère et l'agressivité du nourrisson.

Que fera un adulte dans des conditions similaires de dépendance? c'est-à-dire que lié ou attaché par l'amour ou la haine, à une mère, un père, un partenaire, un idéal moral, etc.. l'adulte, avouera-t-il ses sentiments ou niera-t-il ses affects? Il est nécessaire de constater que l'ambiance des sentiments d'amour et de haine et leur interdépendance est un trait fondamental de la vie affective. Le sujet exprimera un aspect ou l'autre et refoulera un aspect ou l'autre. Dans tout sentiment, même déclaré, le non-dit existe et peut-être source de problèmes. Ce non-dit, c'est la haine non exprimée, la colère, la

rancune, la blessure narcissique. Le non-dit est en fait le pont jeté entre l'imaginaire et le refoulé, la terreur et l'envie, le présent et le passé. C'est le lieu des compromis, le point de départ de la pathologie qui peut se transmettre de génération en génération.

Abstract

Affective life motivates the human being towards searching for relations. To attain this goal, the human individual is ready for compromises, or diverse complex mechanisms. He finds himself, thus, in a situation of dependency: dependency on others towards which he projects affect and desire. It is obvious that affective dependency on others exists in all aspects of life, starting with the newly-born baby's need for nourishment, to sexual pleasure, and extending approximately to all human activities. This dependency, however, could be experienced as something dangerous. It implies, in fact, a possibility of deprivation; such is the case of a pain and frustration, manifested through anger and aggressiveness.

What will an adult do in similar conditions of dependency? That is, being attached, by love or hatred, to a mother, or a father, or a partner, or a moral ideal, etc... does the adult reveal his feeling, or will he deny his affects? It is necessary to notice that the ambivalence in the feelings of love and hatred with their interdependence is a fundamental trait of affective life. The human individual will express an affect or another and will repress some others. In each feeling, even the uttered one, we emphasize, is the non expressed hatred, angry, envy, and the narcissitic wound.

Non-utterance is, in fact, the bridge between the imaginary and the repressed, between terror and envy, between the present and the past. It is the compromise position, the pathology starting point of which can be transmitted from generation to generation.

الفهرس

دكتورة ل. ببيزون / اكتشاف الانفعالات بواسطة الروايات الإسقاطية- المقال " عن رفض الأنوثة في الروايات

(Lacan)

) . (350

.1997

150

(ESPERE) " "

مجلة الثقافة النفسية المتخصصة



www.arabpsynet.com/Journals/ICP/index.icn.htm

مجلة الطفولة العربية



www.arabpsynet.com/Journals/JAC/index.jac.htm

Arabpsynet Jobs English Edition



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

ARABPSYNET JobsOffRE FORM



Send Your Jobs OffRE Summary Via This Form
www.arabpsynet.com/joboe/JobsOEFom.htm

المجلة المصرية للطب النفسي



www.arabpsynet.com/Journals/EJP/index.ejp.htm

العلاج النفسي اليومي



إصدارات

جمعية ممارسي العلاج والإستشارات النفسية
www.arabpsynet.com/Books/sppc-vol4.pdf

العلاج النفسي السلوكي

علاج بطريقة الكف بالنقيض لحالات القلق والتوتر النفسي والوسواس القهري

أ.د. فيصل محمد خير الزراد - علم النفس - سوريا، الإمارات العربية المتحدة

دار العلم للملايين - 2005

drzarrad@hotmail.com

المحتوى

الإهداء

المقدمة

الفصل الأول

- معلومات بيوجرافية حول مؤسس العلاج النفسي السلوكي جوزف ولي
- الأصول النظرية التاريخية لطريقة جوزف ولي في العلاج النفسي السلوكي
- تجارب جوزف ولي حول سلوك القطط (العصاب التجريبي).

الفصل الثاني

- موضوعات رئيسية ومفاهيم نفسية لدى جوزف ولي
- 1- التعلم
- 2- الدافع
- 3- القلق
- 4- المخاوف المرضية وتفسيرها
- 5- الوسواس القهري
- 6- مفهوم الحاجة

الفصل الثالث

- تعلم السلوك العصبي (The Learning of Neurotic Behaviour) لدى جوزف ولي
- الشعور والأفكار (Consciousness and Thoughts)
- الكف الرجعي (Reactive Inhibition)
- محو التعلم (Unlearning)
- الكف بالنقيض (أو المتبادل) (Reciprocal Inhibition)
- خصائص السلوك العادي (Characteristics of Normal Behaviour)
- أهداف العلاج (The Goals of Therapy)
- شروط تعديل السلوك
- تدريب المعالجين ومعرفة الاضطراب (Traning of Therapists and Knowledge og Disorder)
- المبادئ التي تؤدي إلى تغيير السلوك (Principles by Wich behaviour change Occurs)
- استجابة تأكيد الذات
- الاستجابات الجنسية
- استجابات الاسترخاء العضلي (Muscular Relaxation Responses)
- الاستجابة التنفسية باستخدام ثاني أكسيد الكربون (Respiratory Responses Using Carbon Dioxide)
- الاستجابات الحركية الشرطية التنافسية (Competitively Motor Responses)
- استجابة التكرير أو التنفير (Aversive Response)
- الاستجابات السارة في مواقف الحياة (Pleasant Responses in Life Situation)
- المقابلات الاجتماعية التي تؤدي إلى استجابات ودية- عاطفية
- استجابات تعمل على تخفيف القلق (Anxiety- Relief Responses)

الفصل الرابع

- جمع البيانات عن حالة المريض
- بناء مدرج القلق أو المخاوف لدى جوزف ولي (Construction of anxiety Hierarchy)
- أمثلة عن بناء مدرجات القلق لحالات عصابية
- سلوك المريض خلال العلاج
- شروط ضرورية من أجل نجاح العلاج
- التحمين المنظم خلال المقابلات Systematic (Desensitization During Interviews)

الفصل الخامس

- 1- استجابة الاسترخاء
 - 2- أساليب التدريب على الاسترخاء
- أ. أسلوب جاكوبسون (الاسترخاء التصاعدي) (Progressive Relaxation)
- ب. أسلوب جوزف ولي في الاسترخاء العضلي
- ج. أسلوب مارتن وبيير في الاسترخاء العضلي
- د. أساليب أخرى للاسترخاء
- الأسلوب الأول للاسترخاء
 - الأسلوب الثاني للاسترخاء
 - الأسلوب الثالث للاسترخاء (أسلوب سوزان سامبتون)
 - الأسلوب الرابع للاسترخاء هو الاسترخاءات المختصرة أو القصيرة (بدائل الاسترخاء)
 - تمارين التنفس (Breathing Training)
 - تمارين التأمل (Meditation)
 - تمارين توليد الأفكار الاسترخائية الذاتي (Autogentic)
 - تدريب وعي الجسم / تدريب وعي الجسم
 - تدريب إرخاء العضل
 - تدريب الاستجابة الاسترخائية المهدئة (تشارلز ستروبل)
 - العلاج النفسي بواسطة اليوغا (Yoga Psychotherapy) (التأمل وتوليد الأفكار): علم الأعصاب اليوغا / الأمراض العصبية / العلاج / العلاج بالتركيز / الاسترخاء/طريقة الريكي في الاسترخاء والتأمل والحفاظ على الطاقة (Reiki) (mrehod).
 - الأسلوب الخامس للاسترخاء: الاسترخاء النفسي المترقى لـ (فولر) (Fuller) (1980)
 - 3- الاسترخاء وعمليات التغذية الراجعة الحيوية (Relaxation and Biofeedback)

الفصل السادس

- استجابة تأكيد الذات (Self assertiveness Response)
- نماذج من المقابلات العلاجية حول (استجابة تأكيد الذات)
- نموذج من المقابلات العلاجية للتدريب على الاسترخاء
- مناقشة

الفصل السابع

- عملية التحصين المنظم (أو التخلص من الحساسية) (Systematic Desensitization)
- التحصين المنظم الواقعي
- التحصين التصوري أو الخيالي

الفصل الثامن

- حالات من العيادة النفسية السلوكية (التدريب على الاسترخاء والتحصين المنظم)
- الحالة الأولى: حالة خوف مرضي من الجثث والموتى
- الحالة الثانية: حالة وسواس قهري للنظافة والخوف من التلوث (Cleaning Obsessions)
- الحالة الثالثة: حالة خوف من المناطق المغلقة (Claustrophobia)
- العلاج النفسي الاستبصاري (Insight Psychotherapy)
- العلاج النفسي السلوكي- المعرفي (Cognitive-Behavioural Psychotherapy)
- التدريب على الاسترخاء والسيطرة على الذات (Relaxation Training and self-Control)

الفصل التاسع

- ملاحظات وتقييم حول طريقة الكف بالنقيض

الفصل العاشر

- تطور العلاج النفسي السلوكي بعد جوزف ولي
- العلاج النفسي السلوكي- المعرفي وإزالة الحساسية عن طريق تحريك العينين وإعادة بناء البنية المعرفية لفرانسيس شابيرو (EMDR)
- اللغز المحير المسمى اختصاراً (Eye Movement Desensitization Reprocessing) The Enigma of (EMDR)
- الافتراضات العلمية لآلية التأثير في طريقة (EMDR)
- الجدل القائم بين المعالجين والعياديين حول مدى فاعلية طريقة (EMDR)
- العيادة النفسية السلوكية "عيادة الطب النفسي السلوكي" Bihaavioural- psychiatric clinic
- العلاقة المهنية بين الطبيب النفسي والاختصاصي النفسي

المراجع العربية

المراجع الأجنبية

- مسرد المصطلحات الأجنبية الواردة في الكتاب الملاحق

■ المقدمة

بسم الله الرحمن الرحيم: "إن الله لا يغير ما يقوم حتى يغيروا ما بأنفسهم" صدق الله العظيم

Group)
 (Psychotherapy
 (Ezreil, A) (1970) (Bion, R) (1961) :
 (Irvin D. Yalom) (1985)

Bihaviour)
 (Theory
 (Conditioning Theory)

() (Antihumanistic) (1960) () (Conditioning Therapy)
 (The Symptoms) (Bihaviour Therapy)
 (The Root)
 () ...
 (Relapsas) .()

... (Habits)
 (Extinction)
 - -
 (Normal)

(Spontaneous Recovery) (Skinner)
 (Operational Conditioning)

... (Mowrer and Mowrer)
 (The Enuresis)
 (H. Eysenck) (1938)

(1960) (Salter)
 Condition) (1949) (Reflex Therapy)
 (Rachman) (Mayer) (1955) (Lazarous)

() (Addiction) (Sexual Abnormalities)
 () (Walton) (Yates)
 (Compulsions acts)
(Tics) (Obsessions)

(....)
 ()

Reforming) (perceptions)
 (Gestalt therapy) Reciprocal) (Systematic Desensitization) (
 ... (Inhibition
 (1950)

(D.H. Ford)	(H.B. Urban)	(1986)	(D. Parlou)	(Behavioural Therapy)
		(...)	(E. Gautela)	(Michelson)
			(Therapy)	
			1977	
			(Behavioural Medecine)	(Pomerleau)
			(Brady)	(Regulation)
			1958	(Reciprocal inhibition)

فيصل الزراد

الكتاب الإلكتروني

شبكة العلوم النفسية

العدد 5

مدخل إلى الطب النفسي



أ.د. الزين عباس عمارة

Full Text

http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=105

Summary

<http://www.arabpsynet.com/apneBooks/eB5>

الكتاب الإلكتروني

شبكة العلوم النفسية

العدد 4

إضطرابات الشخصية



أ. د. عبد الرحمن إبراهيم

Full Text

http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=104

Summary

<http://www.arabpsynet.com/apneBooks/eB4>

الثقافة النفسية المتخصصة

المجلد السابع عشر - العدد السابع والستون - جويلية 2006

مركز الدراسات النفسية و النفسية _ الجسدية - لبنان

Email : ceps50@hotmail.com

محتويات العدد

- الافتتاحية
- قضية العدد
- جلد الذات.. إلى متى؟ / أ.د. يحيى الرخاوي
- علم النفس حول العالم
- اختبار العدد
- سلم القلق لهاميلتون
- الندوات والمؤتمرات
- علم النفس الاجتماعي
- علاقة السحر بالاضطرابات النفسية / أ.د. عبد الفتاح داوودار
- التحليل النفسي
- ما الذي تبقى من المكبوت الفرويدية / أوليفي بوسيلفي- ترجمة: صابر أوبيري
- العلوم النفسية في العالم العربي
- بعض قضايا علم النفس في العالم العربي / أ.د. عمر هارون الخليفة
- علم النفس السياسي
- قضايا من المجتمع العربي / أ.د. عبد الستار ابراهيم
- التراث النفسي العربي
- العطاء والرمز وعظمة الرجال / أ.د. عبد الستار ابراهيم
- مكتبة العدد
- ملف العدد

افتتاحية العدد

HAMILION ANXIETY SCALE :

الندوات والمؤتمرات

- La différence sexuelle : Rencontre du groupe arabophone pour la psychanalyse

10-11 Novembre 2006 à Rabat- Maroc

- Relation thérapeutique et Médicaments en psychiatrie ,7-8-9 Juillet 2006- Hammamet / TUNISIE

/2006

-2006 3-2 /

Nawal.majeed@hct.ac.ac

/

- - -2006 / 22 /

selmabennasr@yahoo.fr

- 9-8 /

/ -2006

2005

fikcairo@yahoo.com - ashor312002@yahoo.co.ukfoart@alaqsa.edu.ps - drmousa@alaqsa.sdu.ps

- 2eme Rencontre International de psychiatrie d'Exercice Privé/ « Aspects Actuels de la Depression »/ Bejaia, Algerie 23 Mars 2006

bouchene-farid@yahoo.fr

■ الجن والعفاريت

/2005

/ 27-25 /

cocegypt@hotmail.com

- XXIV éme Congrès Franco-Magrebien de Psychiatrie (Fr.Ar) (Text pdf)/ « Troubles bipolaires- évolution du concept »/ Association Franco-Magrébine de Psychiatrie/ 25 et 26 Novembre 2005/ France- Eaubonne- Val d'Oise
- Seminar of : Gestalt Therapy in the stream of alternative medicine (Eng. Fr)/ LEBANON 29 October- 2005
- XIII World Congress of Psychiatry (Eng)/ September 10-15 2005 epa@click.com.eg
- The 28th congress of WFMH (Ar.Eng)/ Biennial International Congress/ "Equity and Mental Health"/ EGYPT 4-8 September 2005 Cairo

2006 /

/ 11-10 /

- 19th world Congress of Psychiatry/ In conjunction with : 12th Malasian Conference on Psychological Medicine/ Well Being Across Cultures : Psychotherapy in a Biological Era

■ علم النفس الاجتماعي

■ علاقة السحر بالإضطرابات النفسية

■ التحليل النفسي

■ ما الذي تبقى من المكبوت الفرويدي (1)

مدخل:

(Adolf Grumbaum)

Karl) (3)

(Popper

Reflexs conditioned

■ السحر كسبب للإصابة بالأمراض النفسية

1938 "

Elisabeth)

(Roudinesco

(1914) (La théorie du refoulement)

(Magico- Religious)

1880

(Hypnose)

(Suggestion)

(1917)

(Associations Libres)

(1900)

(Transfert)

(1917)

العلوم النفسية في العالم العربي

■ بعض قضايا علم النفس في العالم العربي / أ.د. عمر هارون الخليفة
ملخص:

علم النفس السياسي

■ قضايا من المجتمع العربي / البروفسور قدري حفني

■ القضايا الكبرى لعلم النفس

التراث النفسي العربي

■ العطاء والرمز وعظمة الرجال / أ.د. عبد الستار ابراهيم
مقدمة:

العلمية في نموذجها الأثنوي "أنثوية المعرفة" /
 الدكتور عماد فوزي شعيب

(Feminism)

(Pallogocentism)

(Gender)

مدخل إلى الجانِب الأثنوي في المعرفة

(Animus)

(Anima)

مكتبة العدد	
العنوان:	
المؤلف:	
الناشر:	
عنوان الكتاب:	
المؤلف:	
الناشر:	
تعليق:	

المعرفة العلمية في نموذجها الأثنوي "أنثوية المعرفة" /
 الدكتور عماد فوزي شعيب

مجلة الثقافة النفسية المتخصصة



www.arabpsynet.com/Journals/ICP/index.icp.htm

مجلة الطفولة العربية



www.arabpsynet.com/Journals/JAC/index.jac.htm

المجلة العربية للطب النفسي

المجلد السابع عشر - العدد الثاني - نوفمبر 2006

اتحاد الأطباء النفسيين العرب - الأردن

Atakriti@wanadoo.jo

the score of AQ do present in a different range in Egiptian students not dissimilar from the british and the Japaneses studies.

The autistic traits have been psitively correlated to psychological distress as expressed by the score of GHQ.

Conclusion: the conclusion of the study suggests that the AQ is a potentially useful tool to assess autistic traits in highly functional individuals in Egyptian subjets. Tracing such individuals can be of significant addition to clinical assessment methods which would enrich our Knowledge of human behaviour.

▪ السمات التوحدية لدى الأفراد ذوي المستوى العقلي العادي والإضطراب النفسي المرتبط بها: دراسة أولية في ثقافة عربية/ أميمة داود، ميك لوفرن، خالد منصور، عبد الشافي خشبة

المقدمة: (Autism)

(ASD)

The (AQ) الأهداف: Questionnaire Autistic Quotient

202 الطريقة:

The Autistic Quotient Questionnaire (GHQ-

(SD 4.44) 22.72 (AQ) النتائج:

(GHQ) 34.43 (SD 13.9)

(AQ) Pearson

(P= 0.36) (GHQ)

AQ

(GHQ)

(AQ) الاستنتاج:

• الفهرس / Content

مقالات و أبحاث / Papers

▪ Autistic Traits in Individuals with Normal Intellectual Level and Associated Psychological Distress: Omaima A Daoud, Mick Loughren, K Mansour, Abdulshafi Khashba

▪ A Family study of Panic disorder in Iraq: Numan S. Ali, Abdulmuhsin

مراجعة مقالات / Review

▪ Life events, Co-morbidity Disorders and physical illnesses: Hamdy F Moselhy and H Abdalla

Meta-Analytic Review

▪ Precipitating Factors Relating to Onset of Medically Unexplained Paresis and Anesthesia: Mohammad Zaubi

▪ Psychosocial Aspects of Diabetes in Children and Adolescents: Fatima Al-Haider

▪ Ibn Sina, and law book, Part II: Walid sarhan

• ملخص / Summary

▪ **Autistic Traits in Individuals With Normal Intellectual Level and Associated Psychological Distress: A pilot Study in an Arabic Culture** / Omaima A Daoud, Mick Loughren, K Mansour, Abdulshafi Khashba

Abstract

Introduction : The advances in the concept of Autism are among the most significant developments in the recent history of psychiatry. Psychiatric literature in the Arab world needs to put more emphasis and to encourage the local research in this area. This pilot study is adopting the wider concepts of the Autistic Spectrum Disorders (ASD).

Aims: This study aims to introduce a new questionnaire i.e. The Autistic Spectrum Quotient Questionnaire (AQ) to the psychiatric literature in the Arab World. The questionnaire has been translated to Arabic and used on Egyptian participants. The questionnaire could not be formally validated as this beyond the scope of this pilot study. The study has also been designed to find out if highly functioning Egiptian students could have some "autistic traits" and if these traits are of any clinical significance.

Method: 202 students from different colleges at Zagazig University in Egypt have fully completed the Autistic- Spectrum Quotient Questionnaire (AQ). The students have also completed the Arabic version of the General Health Questionnaire (GHQ-30) as a measure of any associated psychological distresses.

Results: The average Autistic- Spectrum Quotient (AQ) total score is 22.72 (SD 4.44) Which followed normal distribution. The General health Questionnaire (GHQ) average total score is 34.43 (SD 13.9). A positive correlation has been found between the AQ total scores and GHQ total scores (Person's correlation one taited test: P= 0.036). Result suggest that autistic traits as expressed by

الاستنتاج:

- r Numan S.Ali F.R.C. Psych, DPM, DCN : Consultant psychiatrist and Clinical Tutor- Ibn Rushd Psychiatric Hospital, Baghdad- Iraq

E- mail : numanali@hotmail.com

- Dr. Hayder Abdulmuhsin M.B, Ch.B, FICMS (Psych): Specialist Psychiatrist- Ibn Rushd Psychiatric Hospital, Baghdad- Iraq

▪ **Life events, Co-morbidity of Psychiatric Disorders and Physical illnesses: A review of the Literature/** Hamdy F Moselhy and Amal H Abdalla

Abstract

Objective: The view that co-morbidity of life events, psychiatric disorders and physical illnesses enjoys considerable support by a number of older and recent contributing factors, new approaches and research difficulties, which are of particular interest for planning more effective preventive and treatment strategies.

Method: studies were identified by means of computerized and manual searches.

Results: high rates of co-morbidity suggest that life events, psychiatric disorders, and physical illnesses are functionally related to one another.

Conclusion: inclusion of patients with co-morbid life events, psychiatric be critical for development of effective treatment for this severely symptomatic patient's population.

Key words: Co-morbidity, Life events, physical, psychiatric disorders.

Life events, co-morbidity of psychiatric disorders and physical illnesses: A review of the literature.

▪ الارتباط بين أحداث الحياة، الاضطرابات النفسية والأمراض العضوية/مراجعة للأدبيات/ حمدي مصلحي، أمل عبد الله

ملخص**الأهداف:****النتائج:****الخلاصة:**

- Correspondance
- Hamdy F Moselhy, MBBCh, MSc, MD, MRCPsych, Associate professor, Department of

- **Dr Omaima A Daoud** : Lecturer of psychiatry, Faculty of Medecine, Zagazig University, Egypt.
- Dr. Mick Loughren: Consultant Psychiatrist, Runwell Hospital, Essex, UK.
- Professor Abdulshafi Khashaba: Professor of psychiatry, Faculty of Medecine, Zagazig University, Egypt.
 - Correspondence: Dr Khalid A Mansour; Locum Consultant Psychiatrist, Runwell Hospital, Essex, UK. E-mail: kmansour@btinternet.com

▪ **A Family Study of Panic Disorder In Iraq/** Numan S. Ali, Hayder Abdulmhsin

Abstract

Summary : Panic disorder is a common psychiatric disorder and is slightly higher in women than men, the age range is between 22-44 years, there is increasing evidence of familial transmission of panic disorder with morbidity risk in first degree relative of 17.3%

Objectives: To determine the rate of PD among first degree relatives of both probands and control group among a sample of psychiatric out patients with PD and the sociodemographic characteristics of such patients.

Methods: A sample of sixty probands with their 342 FDRs were assessed by the semi structured psychiatric interview schedule based on diagnostic PD.

Results: The rate of PD was high among FDRs of probands (14.9%) than FDRs of control group (3.1%) with female to male ratio of 2:1; most patients were married and living in urban area and were of good educational status.

Conclusion: PD was higher among FDRs of case probands than FDRs of control group which suggest a genetic aetiology for PD.

▪ **دراسة عائلية لاضطراب الهلع في العراق/** نعمان سرحان علي، حيدر عبد المحسن علي

ملخص

44-22

17.3%

الأهداف:**طريقة البحث:**

(342)

(314)

النتائج:

(%14.9)

1:2

(%3.1)

Adress for Correspondence:

- Dr. Mohammad Zaubi, MD, DPM, JBPsych, MSc in Psychological medicine (UK).
- Departement of Psychiatry, King Hussein Medical Centre, Royal Medical Services, Amman 11185, P.O.Box 851595. Jordan
- Mob: (00962) (0) 777514809
- Email: mzaubi9@yahoo.com
- Percipitating Factors Relating to Onset of Medically Unexplained Paresis and Anesthesia.
- Dr. Mohammad Zaibi, MD.

▪ Psychosocial Aspects of Diabetes Mellitus in Children and Adolescents/ Fatima Al-Haidar

Abstract

Objective : To review the links between psychosocial factors and diabetes mellitus in children and adolescents, trying to look for these factors whether they play a role in the etiology of diabetes or not, and whether there are psychosocial consequences of diabetes or not.

Method: Reviewing the available and relevant published articles, from 1990 to 2005.

Results: Psychosocial factors could precipitate the onset of diabetes and may influence the timing of symptoms presentation.

Stress and family problems may effect children and adolescents compliance with diabetic regimen leading to more medical, psychological and social complications. Presence of psychiatric co-morbidity can result in difficult clinical course of diabetes.

Diabetes can affect childre negatively at different phases of development from infancy to adolescence. Diabetic children have rates of depression, anxiety, adjustment disordersz and disruptive behavioral disorders. Their siblings and families are affected negatively as well.

Management should include psychosocial assessment of diabetic children and adolescents and their families, diabetic education, individual psychotherapy, family counselig, management of psychiatric co-morbidity and issues related to school attendance and achivement.

Conclusion: Links between psychosocial factors and diabetes to exist. The psychosocial component and subsequent rehabilitation.

▪ الجوانب النفسية والاجتماعية لمرض السكري لدى الأطفال والمراهقين مقالة نقدية/ فاطمة الحيدر
الخلاصة
الهدف:

طريقة البحث:

1990 2005.

النتائج:

psychiatry, Faculty of Medecine and Health Sciences. UAE University, Department of psychiatry, Al Ain. PO Box 17666

- Amal H Abdalla, MBBCh, MSc, MRCP, Staff Grad in Haematology, Walsall Manor Hospital, UK

▪ Precipitating Factors Relating to Onset of Medically Unexplained Presis and Anesthesia

Mata-Analytic Review Mohammad Zaubi

American Psychitric Association (APA), Functional and Psychogenic.

Abstract

Objective : The aim of this study is to examine the extent of the existing evidence describing the precipitating factors relating to onset of madically unexplained presis and anaesthesia.

Method: A systematic analysis of the available scientific literature since 1965 was undertaken to examine the rate recorded trigger factors for onset of medically unexplained presis and anesthesia. These factors examined were physical trauma, stressful life events, panic state, organic illness and surgery.

Result: physical trauma was the more frequent percipitating factor 31.6%(Confidence interval CI (28-34) compared to stressful life events 25.4% CI (22-28%).

Conclusion: physical trauma was a more likely precipitant for medically unexplained paresis and anesthesia than purely psychological events. The conclusions are however tentative as many physically traumatic events are associated with fear and panic. Nonetheless these results have implications for current DSM IV and ICD-10 diagnostic criteria of conversion disorder wich insit upon a purely psychological triggering event.

Key Word: Medically unexplained symtoms (MUS), Chronic Fatigue syndrome (CFS), Diagnostic and Statistical Manual (DSMIV),

▪ العوامل المرسية لبدء ظهور أعراض ضعف وخدر غير مفسر طبيًا / محمد الزعي
ملخص

أهداف الدراسة:

() ()

(

طرق البحث:

1965

النتائج:

%31.6

%.25.4

الخلاصة:

DSMIV

ICD-10

■ ابن سينا وكتاب القانون- الجزء الثاني*

الخلاصة:

Correspondence to :

- Dr. Fatima Al Haidar MBBS KSUF Psychiatry
- Associate Professor and Consultant
- Child and Adolescent Psychiatrist
- King Khalid niversity Hospital
- P.O. Box 7805
- Riyadh 11472
- Kingdom of Saudi Arabia
- Office No: +00966 1 4671717
- Fax No: +00966 1 462571

alghaidar@hotmail.com E-mail: -

- كتاب دور العرب والمسلمين في العلوم العصبية (1516م - 500)
- الأستاذ الدكتور أشرف الكردي- عمان- الأردن
- صادر عن مركز الأبحاث
- مستشفى الملك فيصل التخصصي- المملكة العربية السعودية
- اقتباس الدكتور وليد سرحان- نائب رئيس تحرير المجلة
- بريد إلكتروني: sarhan34@wanadoo.jo

المحتويات

-

:

-

:

-

:

-

:

-




مجلة الثقافة النفسية المتخصصة

www.arabpsynet.com/Journals/ICP/index.icp.htm



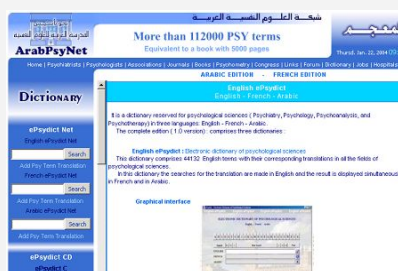
المجلة العربية للطب النفسي

www.arabpsynet.com/Journals/AJP/index.ajp.htm



ARABPSYNET DICTIONARIES
ARABIC EDITION

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



ARABPSYNET DICTIONARIES
FRENCH EDITION

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

مجلة الطفولة العربية

المجلد السابع - العدد الثامن والعشرون - سبتمبر 2006

الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية - الكويت

haa49@qualitynet.net

محتويات العدد

- افتتاحية العدد
- البحوث و الدراسات
 - فاعلية برنامج إرشاد أسري قائم على تطبيق إستراتيجيات تعديل السلوك في تدريب المعاقين إعاقه عقلية متوسطة على بعض المهارات الإستقلالية
 - د.ماجدة السيد عبيد
 - أهمية المعجم الذهني في إنجاز اللغة و إدراكها: المعالجة المعجمية و التحت. معجمية للوحدات اللغوية.
 - د.مصطفى بو عناني
 - البيئة الصفية من الناحيتين: النفسية و الإجتماعية (في مدارس الطلبة ذوي الإحتياجات الخاصة والطلبة العاديين)
 - د.علي مهدي كاظم
 - د.يوسف حسن يوسف
 - أ.إبراهيم الخارثي
 - أ.خولة هلال المعمري
- كتاب العدد
 - استكشاف و تقصي عادات العقل
 - تحرير: آرثل. كوستا، بينا كاليك
 - ترجمة: حاتم عبد الغني، راجع الترجمة: صلاح داود، فوزي جمال
 - عرض و مراجعة: د.علي أسعد وطفة
- تقرير على المؤتمر الثاني و الثلاثين للمنظمة الدولية للقياس و التقويم التربوي - International Association for Educational Assessment، سنغافورة، 21-26 مايو 2006م
- د.فوزية هادي، أ.د.بدر عمر العمر
- أحدث إصدارات الكتب المتعلقة بالطفل

افتتاحية العدد

أسرة التحرير

البحوث والدراسات

■ فاعلية برنامج إرشاد أسري قائم على تطبيق إستراتيجيات تعديل السلوك في تدريب المعوقين إعاقه عقلية متوسطة على بعض المهارات الاستقلالية

د.ماجدة السيد عبيد: محاضرة في الكلية الجامعية المتوسطة. الأردن
الملخص:

(28)

:(14-14)

(ANCOVA)

Physique-

acoustique

▪ The Importance of Mental Lexique in Language Perception and Production: Lexical and Infra-lexical Treatment of Linguistic Unities

Mostafa Bouanani :University of sidy
Mohammed bin Abdullah Dher Imeherz - Fez,
Morocco

Abstract

During the last two decades, the psycholinguistic studies concluded, despite the various cognitive theoretical approaches they adopted, that the process of language perception and production is based, primarily, on lexical mediation.

And if in this paper we focus on mental lexicalization has a major role in language perception. In this frame work, we will try to determine all the specification of mental lexical:

1. Its manner of organization.
2. The nature of information it contains.
3. The procedures that allow access to this information starting from extremely precise and complex cognitive processes.

This will be done through answering important question such as:

- ♦ How do be represent all the linguistic information about the words of our language (Arabic Language)?
- ♦ In what way do we recall this information and use it in every single language production?
- ♦ What are the different stages of language production?
- ♦ How do we move from one stage to another?
- ♦ In what way do we store lexical unities in the mind? Is it according to multi -physical acoustic copies or according to unified phonological defined formulas?
- ♦ What is the relationship between the lexical and infra-lexical treatment of linguistic unities and the different stages through which go both language perception and production?

▪ البيئة الصفية من الناحيتين النفسية والاجتماعية في مدارس الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة والطلبة العاديين

أ.خولة هلال المعمري	أ. إبراهيم الحارثي	د. يوسف حسن يوسف	د. علي مهدي كاظم
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------

قسم علم النفس . كلية التربية . جامعة
السلطان قابوس سلطنة عمان .

الملخص:

:

) ()

(

:

59
(/)

Cognitives

:

132

158)

290

.

Multivariate two-way ANOVA

▪ **Psychosocial Classroom Environment In Special Needs and Normal Students' Schools**

Ali	Yousif	Ibrahim	Kawla
Mahdi	H.	Al-	Al-
Kazem	Yousif	Harity	Mamari

Abstract

The objective of study was to investigate the level of the psychosocial classroom environment in special needs and normal students' Schools in Sultanate of Oman as perceived by the students, and the role of variables such as students' s gender (male, female), and type of school (special needs, normal students' schools) in the levels of classroom environment. A questionnaire of 59 items, divided into eight area in which the response for items is (Yes, No), was developed by the researchers. The questionnaire was administrated to a simple of 290 students (of whom 158 were special needs students, and 132 were normal students). The t-test revealed that level of classroom environment was significantly high in all specified areas, but it was moderate for "involvement" area. The Multivariate two-way ANOVA revealed no significant role for gender in the classroom environment, whereas the role of the type of school was significant in favour of special needs' schools. According to the results, a number of recommendations and suggestions were drawn.

▪ **استكشاف وتقصي عادات العقل**

تحرير: آرثل.كوستا .بيننا كاليك

ترجمة: حاتم عبد الغني

راجع الترجمة: صلاح داود، فوزي جمال

إشراف: مدارس الظهران الأهلية بالملكة العربية السعودية

الناشر: دار الكتاب التربوي للنشر والتوزيع . السعودية

عرض وتعليق: أ. د. علي أسعد وطفة

العرض :

Habits of Mind

(Ascd)

▪ **تقرير عن المؤتمر الثاني والثلاثين للمنظمة الدولية للقياس والتقويم التربوي**
International Association for Education Assessment

من 21-26 مايو 2006

د. فوزية هادي - أ. د. بدر العمر

ملخص التقرير:

2006 26-21

(Multilevel Analysis
Approach for Determining 8th Mathematics Achievement in
kuwait)

- 1.
2. HLM.
3. (37)
4. (865)
- 5.

مجلة الثقافة النفسية المتخصصة



www.arabpsynet.com/Journals/ICP/index.icp.htm

مجلة الطفولة العربية



www.arabpsynet.com/Journals/JAC/index.jac.htm

ARABPSYNET Jobs English Edition



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

ARABPSYNET JobsOffRE FORM



Send Your Jobs Offre Summary Via This Form
www.arabpsynet.com/joboe/JobsoEForm.htm

ACTUALITÉS DE LA RECHERCHE SUR LA SCHIZOPHRÉNIE

JOURNÉES NATIONALES DE LA RECHERCHE EN PSYCHIATRIE

HOTEL GOLDEN BEACH DE MONASTIR 2-3/03/07

gaha.lotfi@ms.tn - www.psy-monastir.org.tn

الوضعية الراجدة لأبحاث الفصام

اليوم الوطني لأبحاث الطب النفسي

نزل قولدن بيتش - المنستير 2-03/03/07

www.psy-monastir.org.tn - gaha.lotfi@ms.tn

Vendredi 02 Mars 15h- 17h

Atelier. « Évaluation et Remédiation cognitive dans la schizophrénie »

Animé par. Professeur Pierre Lalonde MD, FRCPC, FAPA Hôpital Louis- H. Lafontaine, Montréal
Professeur titulaire, Faculté de médecine, Université de Montréal .

Cet atelier constitue -

- Une sensibilisation à l'évaluation cognitive et à l'intervention thérapeutique pour améliorer la cognition des patients souffrant de schizophrénie.
- Une incitation à approfondir une formation pour offrir des soins efficaces.

Les objectifs pour les participants sont d'être capables de: Définir les troubles cognitifs dans la schizophrénie. Utiliser des tests brefs pour évaluer l'attention, la mémoire, les fonctions exécutives, etc.

Décrire quelques méthodes de remédiation cognitive :

- Integrated psychological treatment (IPT) de Brenner & coil.
- Réhabilitation cognitive dans la schizophrénie (RÇCOS) de Vianin & coli.
- Michael's Game de Khazaal & Favrod.

Samedi 03 Mars

- 8h-8h45 Accueil et Inscription
- 8h45-8h50 Mot de bienvenue et introduction. GAHA L.
- 8h50-9h Ouverture

Première séance: Presidents: GALLALIS, HACHMI Z, SKHIRI T.

- 9h-9h20 Les différences entre les genres dans la schizophrénie Implications pratiques et intérêt pour la recherche. DOUKI S. (Tunis)
- 9h20-9h40 Génétique de la schizophrénie : une perspective épidémiologique et moléculaire. JOOBER R. (Montréal)
- 9h40-10h Actualités de l'évaluation standardisée dans la schizophrénie: de la clinique à la recherche. KISSI Y BEN NASR S., BEN HADJ ALI B. (Sousse)
- 10h-10h20 La dépression dans la schizophrénie. BOUZID R. (Nabeul)
- 10h20- 10h50 Discussion

- 10h50-11h20 Pause café

Deuxième séance : Presidents : BEN HADJ ALI B, LABBANE R, PELC I.

- 11h20- 11h40 Les marqueurs de vulnérabilité dans la schizophrénie. d'AMATO T. (Lyon)
- 11h40-12h Psychopharmacologie de la schizophrénie. SAOUD M. (Lyon)
- 12h-12h20 Vulnérabilité à la schizophrénie: corrélations clinico-électrophysiologiques et réponse au stress. MECHRI A, GASSAB L, DOGUI M, GAHA L. (Monastir).
- 12h20-12h40 Discussion
- 12h40-14h Déjeuner
- 14h-15h Présentations des posters

Troisième séance : Presidents : BOUSSETTA A, M'RAD F, NASR M.

- 15h-15h20 La théorie de l'esprit dans la schizophrénie. LALONDE P (Montréal)
- 15h20-15h40 Dysfonctions cognitives dans les troubles psychiatriques de l'enfant et de l'adulte. BOUDEN A TABBANE K. (Tunis) (UR 02/04).
- 15h40-16h Conscience et psychose.
- 16h-16h20 Mémoire de travail et schizophrénie.
- 16h20-16h50 Discussion
- 16h50-17h20 Pause café

Quatrième séance : Presidents : AMAMI O, BOUDEN A, MAALEJ M.

- 17h20-17h40 Le point de la recherche sur les psychoses infantiles précoces (troubles envahissants du développement). GHRIBI F MOALLA Y (Sfax)
- 17h40-18h Schizophrénie :du déficit au handicap. CHEOUR M. (Tunis)
- 18h-18h20 Qualité de vie et schizophrénies. NASR M. (Mahdia)
- 18h20-18h40 Discussion
- 18h40 Clôture et remise des attestations

SÉANCES POSTERS:

'Affichage: vendredi après-midi et samedi de 8h à 9h. 'présentation

samedi de 14h à 15h

Première séance - Recherche étiopathogénique

Présidents -. ATI H. GHACHEM R.

1. Protocole de recherche: cytokines et schizophrénie.

SIDHOM O*, ZITOUNI M**, MAKNI S**, EL HECHMI Z*.

*Service de psychiatrie F Hôpital RAZI, La Monnoub.

** Service d'immunologie, Hôpital La Robta, TUNIS .

2. Cytokines et schizophrénie: revue de la littérature.

DRIDI S, ZAAFRANE FTHABET S, MELKI W, BELHADJ JRAD B, GAHA L.

Laboratoire de recherche «Vulnérabilité aux psychoses»
Service de Psychiatrie, Hôpital Universitaire de Monastir.**3. Protocole de recherche - Maladie coeliaque et schizophrénie.**

SIDHOM O*, BABBA T**, FATNASSI H***, BOUDABBOUS M**, ELHECHMI Z*, AZZOUZ M**, BOUZID R***

*Service de psychiatrie F, Hôpital RAZF, La Mannoub.

** Service de Gastroentérologie, Hôpital Mohammed Taher Mâamouri, Nabeul

*** Service de psychiatrie, Hôpital Mohammed Taher Mâamouri, Nabeul

4. Polymorphisme des genes TNF et TNFR il dans la schizophrénie: etul)e cas-temoins.

TFIABET S, ZAAFRANE F, MAAOUI N, BELHADJ)RAD B, GAHA L.

Laboratoire de recherche « Vulnérabilité aux psychoses »,
Service de Psychiatrie, Hôpital Universitaire de Monastir.**5. Implication du glutathion dans la physiopathologie de la schizophrénie: revue de la littérature.**

RAFFA M, MECHRI A, KERKENI A., GAFIA L.

Laboratoire de recherche « Vulnérabilité aux psychoses »,
Service de Psychiatrie, Hôpital Universitaire de Monastir.**6. Uhomocysteine et les schizophrénies.**

BOUAZIZ N, SIDHOM O, RAFRAFI R, BOUFILEL 5, GHANMI L, KHEMIRI O, EL HECHMI Z.

Service de Psychiatrie « F » Hôpital Razi, La Monnoubc.

7. Complications obstétricales et anomalie physiques mineures dans la schizophrénie.

AYACHI M, MECHRI A, DARDOUR A, MOKNI S, LETAIEF M, GAHA L.

Laboratoire de recherche « Vulnérabilité aux psychoses »
Service de Psychiatrie, Hôpital Universitaire de Monastir.**8. Fluence sémantique « animaux » (données normatives dans une population tunisienne)**

JOHNSON I, BOUAZIZ N, DHOUB S, KEBIR O, BEN AZOUZ O, DELLAGI L, TABBANE K.

Unité de Recherche 02/04 Processus Cognitif dans la pathologie psychiatrique, Service de Psychiatrie B, Hôpital Razi, La Monnoubc.

9. Relations entre complications obstétricales et autres facteurs de risque de la schizophrénie.

MRAD A, MECHRI A, MOKNI S, LETAIEF M, GAHA L

Laboratoire de recherche «Vulnérabilité aux psychoses» Service de Psychiatrie, Hôpital Universitaire de Monastir

10. Le « hopki ns verbal learn ing test - version tunisienne, forme 1 » (données normatives dans une population tunisienne)

DELAGI L, JOHNSON I, BEN AZOUZ O, DHOUB S, BOUAZIZ N, RABEH Y, KEBIR O, TABBANE K.

Unité de Recherche 02/04 Processus Cognitif dans la pathologie psychiatrique, Service de Psychiatrie B, Hôpital Razi, La Mannoub.

11. Corrélations entre ANOMALIES PHYSIQUES MINEURES et CARACTERISTIQUES CLINIQUES DE LA SCHIZOPHRÉNIE.

GASSAB L, AISSI M, MECHRI A, GAHA L.

Laboratoire de recherche « Vulnérabilité aux psychoses »,
Service de Psychiatrie, Hôpital Universitaire de Monastir .**12. Complications obstétricales et anomalies neurologiques mineures dans la schizophrénie.**

SLAMA H, MECHRI A, GASSAB L, MOKNI S, GAHA L.

Laboratoire de recherche. « Vulnérabilité aux psychoses »,
Service de Psychiatrie, Hôpital Universitaire de Monastir .**13. Tache d'empan de chiffres (données normatives dans une population tunisienne)**

CHTIOUI M, BEN ROMDHANE I, KECHAOLJ M, DELLAGI L, JOHNSON I, RABEH Y, KEBIR O, BEN AZOUZ O, TABBANE K.

Unité de Recherche 02/04 Processus Cognitif dans la pathologie psychiatrique, Service de Psychiatrie B, Hôpital Razi, La Mannoub.

14. Tache d'empan visuo-spatial (données normatives dans une population tunisienne)

BEN ROMOHANEI, KECHABU M, CHTIOUI M, JOHNSON I, RABEH Y, DELLAGI L, KEBIR O, BEN AZOUZ O, TABBANE K.

Unité de Recherche 02/04 Processus Cognitif dans la pathologie psychiatrique, Service de Psychiatrie 8, Hôpital Razi, La Monnoub.

15. Troubles du rythme circadien**Activité 1 repos dans la schizophrénie. Revue de la littérature.**

BEN LAMINE I, GASSAB L, MECHRI A, DOGUI M, GAHA L.

Laboratoire de recherche « Vulnérabilité aux psychoses »
Service de Psychiatrie, Hôpital Universitaire de Monastir.**16. Tache du double barrage de signes de zazzo (données normatives dans une population tunisienne)**

KECHAOU M, CHTIOUI M, BEN ROMDHANE I, DELLAGI L, JOHNSON I, RABEH Y, KEBIR O, BEN AZOUZ O, TABBANE K.

Unité de Recherche 02/04 Processus Cognitif dans la pathologie psychiatrique, Service de Psychiatrie B, Hôpital Razi.

Première séance - Recherche étiopathogénique et clinique

Présidents.- AYADI N, ZAAFRANE F.

17. Bioéthiques en Tunisie : structures, lois actuelles et perspectives d'avenir.

SIDHOM O, RAFFAFI R, BOUHLEL S, BOUAZIZ N, GHANMI L, KHEMIRI O, EL HECHMI Z.

Service de psychiatrie F, Hôpital RAZI, La Mannouba.

18. Prevalence de la schizophrénie dans une population de consultants en 1ère ligne dans le gouvernement de sousse

GORSANE M A, HACHANI F, KACEM I, AHMED S, BEN NASR S, BEN HADJ ALI B.

Service de Psychiatrie, CHU Forhat Hached Sousse.

19. Troubles schizophréniques et conduites addictives en milieu hospitalier.

BOURGUIBA H, HADJ AMMAR M, KHAMMOUMA S, MARRAG E, NASR M.

Service de Psychiatrie de Mahdia

20. Tabagisme et schizophrénie.

DARDOUR A, MELKI W, AYACHI M, ZAAFRANE F, GAHA L.

Laboratoire de recherche « Vulnérabilité aux psychoses », Service de Psychiatrie, Hôpital Universitaire de Monastir.

21. Suicide et schizophrénie

BELAID S, EL MOU BARKI A, OU ERF ELLI E, ZAG H DOU Di L, ZGHAL A, LABBANE R.

Service de Psychiatrie C, Hôpital Razi, La Monnoub.

22. Saison de naissance et schizophrénie.

BOUANEN I, ZAAFRANE F, JRIDI S, GAHA L.

Laboratoire de recherche « Vulnérabilité aux psychoses », Service de Psychiatrie, Hôpital Universitaire de Monastir

23. Antécédents familiaux chez les schizophréniques hospitalisés au service de psychiatrie de monastir.

ATIG A, DARDOUR A, KHIARI G, GAHA L.

Laboratoire de recherche « Vulnérabilité aux psychoses », Service de Psychiatrie Hôpital Universitaire de Monastir.

24. La conscience de la maladie dans les troubles schizophréniques, schizo-affectifs et bipolaires. Etude comparative.

LARGUECHE M, ZERAMINI R, ELLOUZE FTRAD A, CHERIF W, ALLOUCHE C, MASMOUDI S, BEN ABLA T, M'RAD M.F.

Service de Psychiatrie « G », Hôpital Razi, La Mannouba.

25. INSIGHT ET SCHIZOPHRENIE.

KETATA W, HACHICHA A, ZOUARI L, ELLEUCH M, FEKI I, BEN JEMAA H, ZOUARI N, MAALEJ M.

Service de psychiatrie « C » CHU Hédi Chaker, Sfax

26. Schizophrénie et insight.- corrélation entre insight et les caractéristiques socio démographiques, les antécédents, le mode et nombre d'hospitalisations, la clinique et l'observance thérapeutique.

ZERAMINI R, LARGUECHE M, ELLOUZE F, CHERIF WTRAD A, ALLOUCHE C, MASMOUDI S, BEN ABLA T, M'RAD M.F.

Service de Psychiatrie « G », hôpital Razi, La Monnoub.

27. Relation de insight avec l'anxiété et la dépression chez le schizophrénique.

ELLEUCH E, SIALA M, BEN THABET J, ALOU LOU J, TRABELSI S, ARIBI L, MAALEJ I, KALLEL R, AMAMI O. Service de psychiatrie « B ». CHU Hédi Chaker. Sfax.

28. Influence de l'âge de début sur la symptomatologie schizophrénique. Etude cas-temoins.

GORCHEN S, MISSAOUI S, MECHRI A, GADDOUR N, GAHA L.

Laboratoire de recherche « Vulnérabilité aux psychoses », Service de Psychiatrie, Hôpital Universitaire de Monastir

29. Schizophrénie : quand le motif de consultation se resume en un trouble de la concentration.

BOUASKER A, LOUATI A, KHALOUI M, ABOUB A, CHEOUR M.

Service des consultations externes et des urgences Hôpital Razi, La Monnoub.

30. Les aspects cliniques et thérapeutiques du trouble schizo-affectif: étude descriptive à propos de 40 cas

ZARROLJK L, KACHOURI R, KHALFAOUI S, BEN HADJ KACEM N, NASR M.

Service de Psychiatrie du CHU Mahdia.

31. Facteurs associés aux différentes formes évolutives de la schizophrénie selon le DSM IV.

H EDDA R, AMARA Gh, BRAHAM S, BEN NASR S, BEN HADJ ALI B.

Service de Psychiatrie, CHU Forhat Hached Sousse.

32. Aspects semiologiques de la schizophrénie de l'enfant.

JELLOULI S, KOSENTINI I, KBAILI R, WALHA A, AYADI H, MOALLA Y, GHRISI F.

Service de Pédiopsychiatrie, Hôpital Hédi Chaker Sfax

33. Aspects évolutifs des troubles envahissants du développement. A propos de 141 cas de suivi en milieu pédiopsychiatrique.

HADJ KACEM I, BOUAICHA H, JELLOULI S, KOSENTINI I, KBAILI R, WALHA A, AYADI H, MOALLA Y, GHRIBI F.

Service de Pédiopsychiatrie, Hôpital Hédi Chaker Sfax.

Troisième Séance Recherche thérapeutique et psychosociale

Présidents.- BEN NASR S, MELKI W.

34. Relation entre durée de psychose non traitée et pronostic dans la schizophrénie: revue de la littérature.

GHANMI L, BOUHLEL S, GHAOUAR M, KHEMIR O, BESBES C, BOUAZIZ N, SIDHOM O, BOUZID R, HACHMI Z.

Service de Psychiatrie « F » Hôpital Razi, La Mannouba.

35. La non adhérence thérapeutique chez les patients schizophréniques. Enquête auprès des psychiatres exerçant à l'hôpital razi.

GAHA N, GHAZALI I, ZALILA H, DAKHLIA N, GHACHEM R, BOUSSETTA A.

Service de Psychiatrie « D », Hôpital Razi, La Monnoub.

36. Comment ameliorer uobservance chez les patients atteints de schizoprenie ?

DAMMAK A, MAHSOULI M, ZAGHDOUDI L, ZGHAL A, LABBANE R.

Service de psychiatrie « C » Hôpital Razi, La Monnoub.

37. Effets des neuroleptiques sur le sommeil des schizoprenes

ABOUB H, BOUASKER A, KHALOUI M, CHEOUR M.

Service des consultations externes et des urgences, Hôpital Razi, La Monnoub.

38. Schizoprenie resistente - definitions et approches therapeutiques.

GHAZALI I, GAHA N, ZALILA H, MOULA O, GHACHEM R, BOUSSETTA A.

Service de Psychiatrie « D », Hôpital Razi, La Monnoub.

39. La schizoprenie resistente: a propos d'une observation.

FEKI I, ZOUARI L, ELLEUCH M, HACHICHA A, KETATA W, BEN JEMAA H, ZOUARI N, MÂALFJ M.

Service de psychiatrie « C » CHU Hédi Chaker, Sfax

40. Place des psychotherapies cognitives et comportementales dans le traitement a long terme de la schizoprenie.

ELLEUCH M, ZOUARI L, FEKI I, HACHICHA A, KETATA W, BEN JEMAA H, ZOUARI N, MÂALEJ M.

Service de psychiatrie « C » CHU Hédi Chaker, Sfax

41. Relation entre qualite de vie des patients schizoprenes et niveau de conscience de la maladie.

HACHICHA A, KETATA W, ZOUARI L, FEKI I, ELLEUCH M, BEN JEMAA H, ZOUARI N, MÂALFJ M.

Service de psychiatrie « C » CHU Hédi Chaker, Sfax

42. Schizophrénie et famille.

CHEIKHROUHOU M R, HAIJKACEM I, AYADI N, CHARFEDDINE F, JAOUA F, WALHA M, RAKKAM A, MASMOUDI J, JAOUA A.

Service de Psychiatrie A, CHU Hédi Chaker de Sfax.

43. Schizoprenie.- le sexe influe-t-il sur le pronostic social ?

MAHBOJLI M, DAMMAK A, ZAGHDOUDI L, ZGHAL A, LABBANE R.

Service de Psychiatrie « C », Hôpital Razi, La Mannoub.

44. Manifestations psychotiques dans le syndrome de prader-willi. A propos de deux cas cliniques.

GORCHEN S, GADDOUR N, MISSAOUI S, HABBACHI W, GAHA L.

Laboratoire de recherche « Vulnérabilité aux psychoses » Service de Psychiatrie, Hôpital Universitaire de Monastir.

45. Manifestations psychiatriques au cours des affections neuro degeneratives - a propos de 2 cas d'adolescents.

BECHEIKH D H, CHAABENE A, AYADI H, WALHA A, MOALLA Y, GHRIBI F.

Service de Pédopsychiatrie, Hôpital Hédi Chaker Sfax.

46. La recidive chez les schizovrenes medico legaux houi a, ridha r.

Service de psychiatrie légale, Hôpital Razi, La Mannoub.

47. Schizophrénie, addiction et parricide.

CHEIKHROUHOU M R, HADJKACEM I, AYADI N, WALHA RAKKAM A, JAOUA F, CHARFEDDINE F MASMOUDI JAOUA A.

Service de Psychiatrie A, CHU Hédi Chaker de Sfax

دليل المؤتمرات النفسية العربية و العالمية الإصدار العربي



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

Send Your Congress Via This Form
www.arabpsynet.com/congre/CongForm.htm

Arabpsynet Congress Guide English Edition



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

Send Your Congress Via This Form
www.arabpsynet.com/congre/CongForm.htm

FORUM BIPOLAIRES TUNISIEN

2^ÉMÉ JOURNÉES DU FORUM

Organisé par
Société tunisienne de recherche sur les troubles bipolaires

9 ET 10 MARS 2006
SHERATION TUNIS

omrani.ade@gnet.tn

المنتدى التونسي للإضطراب الثنائي القطبي الأيام الثانية للمنتدى

تنظيم
الجمعية التونسية للبحث في المرض الوجداني الثنائي القطبي

9 و 10 مارس 2007
شراتون- تونس

anwar-mec@yahoo.fr

Programme/

www.arabpsynet.com/Congress/2JFBT.pdf

Le Forum Bipolaire organise, les 9 et 10 Mars 2007 ; les 2^É Journées du FBT en collaboration avec les Unités de recherche « Santé mentale des femmes » et « Schizophrénies ».

Cette année, nous accueillerons le **Pr. Guy Goodwin** d'oxford (G-B) qui parlera du « **Phénotype bipolaire** » et le **Pr. Marneros de Halle** (REA) qui animera un atelier sur les « **Troubles schizoaffectifs** ». Le Pr Marneros est aussi un éminent historien de la bipolarité.

Tous les confrères sont cordialement invités à participer aux actes de ces journées et à exposer leurs travaux sur la bipolarité. Il est vivement souhaité que les posters soient rédigés en anglais pour permettre un meilleur échange avec nos hôtes. La date limite de soumission des communications est fixée au 4 Février 2007. Les résumés pourront être adressés par email, en pièce jointe ; aux adresses suivantes :

omrani.ade@gnet.tn - anwar-mec@yahoo.fr

9 " " " 2007 10

النمط الأستاذي قودوين
الأستاذ الوراثة الظاهري الثنائي القطبي
مارنروس دو هال
"اضطرابات الفصام الوجداني"

4 . 2007

omrani.ade@gnet.tn - anwar-mec@yahoo.fr

ePsydict EF – English - FRENCH Edition (CD)

English French - English French



تنزيل النسخة التقييمية من الإصدار الإنكليزي الفرنسي

www.arabpsynet.com/HomePage/ePsyEFs.exe

ePsydict C – COMPLETE Edition (CD)

Arabic English French - French English Arabic - English Arabic French



تنزيل النسخة التقييمية من الإصدار الكامل

www.arabpsynet.com/HomePage/ePsyCs.exe

أفاق جديدة في خدمات الطب النفسي الملتقى العلمي السنوي للصحة النفسية والاجتماعية

المنظمون: الجمعية السعودية للطب النفسي، مستشفى الطب النفسي بالمدينة المنورة
وزارة الصحة النفسية، الهيئة السعودية للتخصصات الطبية

12-16/03/1428 هـ. الموافق لـ 31-05 / 03-04 / 2007 م المدينة المنورة؛ السعودية

www.psy700.com - soltan77@gmail.com - psy313@gmail.com

السبت 1428/03/12 الموافق 2007/03/31	
8:00 - 7:30	المحور الأول: الاستشارات الزوجية/ رئيس الجلسة: د. عبد الحميد الحبيب، مساعد رئيس الجلسة د. محمد الزهراني
8:20 - 8	
8:40 - 8:20	
9-8:40	
9:20-9	
9:40-9:20	
10 :9:40	
10:20 - 10:00	
10:20 :10	
10:40 - 10:20	
12-10:40	
8:30 - 8:00	المحور الثاني: دور الجمعيات الخيرية والتطوعية في التوعية النفسية وحل المشاكل الزوجية والأسرية/ رئيس الجلسة د/ محمد شاوش
9:30 - 8:30	
10:00 - 9:30	
10:45 - 10:00	
11:00-10:45	
11:30 - 11:00	
	المحور الثالث: الخدمات الصحية والنفسية والاجتماعية والتعليمية للأطفال واليا فعين: رئيس الجلسة د. مهدي القحطاني، مساعد رئيس الجلسة د. منى السبهاتي
12:15 - 11:30	
12:45 - 12:15	
1:15 - 12:45	
2:15 - 1:15	
2007/04/01	1428/03/13
4:00 - 2:15	

11:00 - 10:30	▪	12:00 - 9:00	▪
12:00 - 11:00	▪	()	
12:20 - 12:00	▪	الإثنين 1428/03/14 هـ الموافق 02 أبريل 2007	
1:30 - 12:20	▪	8:00 - 7:30	▪
		الجلسة الأولى	
2:30 : 1:30	▪	8:30 - 8:00	▪
4:30 - 2:30	▪	9:15 - 8:30	▪
9:00 - 4:30	▪	9:45 - 9:15	▪
12:00 - 9:00	▪	10:30 - 9:45	▪

Arabpsynet e.JOURNAL

Full Text Free

- N°1 - Winter 04 :
www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ1/apnJ1.exe
 N°2 - Spring 04 :
www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ2/apnJ2.exe
 N°3 - Summer 04:
www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ3/apnJ3.exe
 N°4 - Autumn 04 :
www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ4/apnJ4.exe
 N°5 - Winter 05 :
www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ5/apnJ5.exe
 N°6 - Spring 05 :
www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ6/apnJ6.exe
 N°7 - Summer 05 :
www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ7/apnJ7.exe

Arabpsynet e.JOURNAL

For subscribers

- N°8 - Autumn 05 :
www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=8
 N°9 - Winter 06 :
www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=9
 N°10-11 - Spring, Summer 06
www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=1011
 N°12 - Autumn 06:
www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=12
 N°12 - Autumn 06:
www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=1
 N°12 - Autumn 06:
www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=1

محاضرات الإختصاص على الشبكة

السادة الأطباء وأساتذة علم النفس حضرة الزميل والأستاذ المحترم

يشرفني إعلام الزملاء أساتذة الطب النفسي و علم النفس المشتركين في خدمات الشبكة، أن أسرة شبكة العلوم النفسية العربية قررت توسيع خدماتها العلمية استجابة لرغبة العديد من طلبة الطب النفسي و علم النفس، بأن تعرض في بوابة الشبكة **نصوص المحاضرات المقررة في ميادين الإختصاص.**

تضع بوابة الشبكة على ذمة الأساتذة مساحة خاصة لعرض محاضراتهم حتى يتمكن طلبتهم من تنزيلها حسب أجندة تحدّد سلفاً (قد يكون تحميل المحاضرات خاص حيث لا يتمكن من تنزيلها إلا طلبتهم أو مفتوح للعموم و ذلك حسب رغبة كل استاذ). على أن يتم إدراج لوحات اشهارية خاصة بخدمات شبكة العلوم النفسية العربية في قائمة نصوص المحاضرات.

نأمل من الأساتذة الراغبين عرض محاضراتهم في موقع الشبكة تكريم إرسالها بالبريد الإلكتروني في صيغة مستند وورد (لا تقبل النصوص الورقية) مع بيان أجندة جدولتها عرضها على الويب و تحديد ما إن كانت خاصة بطلبتهم أو مفتوحة للعموم. على أن يتم تحويلها إلى مستندات " .pdf " لاحقاً و مدهم عناوين ارتباطاتها لإعلام طلبتهم بها بعد تنزيلها في الشبكة حسب جدولتها متفق عليها .
تفضل حضرة الزميل والأستاذ المحترم تقبل أصدق مشاعر المودة والاحترام.

رئيس بوابة الشبكة

ملاحظة :

- هذه الخدمة خاصة بالأساتذة المشتركين في خدمات الشبكة .
- توجه نصوص المحاضرات على العناوين التالية: webmaster@arabpsynet.com - turky.jamel@gnet.tn

العلاج بالقرآن بين الدين والطب

تنظيم:

مؤسسة التنمية الأسرية

مستشفى الطب النفسي

12-10 إبريل 2007م / الموافق 12-14 ربيع الأول 1428هـ

رعاية المؤتمر

محمد بن زايد آل نهيان

الفئات المستهدفة

رئاسة المؤتمر

فاطمة بنت مبارك

موعد المؤتمر

1428 14 - 12 2007 12 - 10

أهداف المؤتمر

موقع المؤتمر

لغة المؤتمر

الجهات المنظمة

.1

.2

اللجنة العليا للمؤتمر

.1

.2

.3

.4

.5

.6

الأنشطة العلمية

.1

.2

-

-

-

-

-

-

-

-

رئيس اللجنة العلمية

السكرتير العام للمؤتمر

الأهداف التفصيلية للمؤتمر

.1

.2

.3

.4

.5

اليوم الثاني: الثلاثاء 2007/4/11

10-11 صباحا

المحاضرة الافتتاحية :

جلسات وورش عمل: 6 - 11

اليوم الثالث: الأربعاء 2007/4/12

للاستفسار والمراسلة

0097126669982 :

0097126669909 :

info@fdf-events.com :

ceo@fdf-events.com :

آخر موعد للمشاركة بورقة عمل: 20 2007

آخر موعد للتسجيل لحضور فعاليات: 2 2007

التصور المقترح لجلسات المؤتمر

اليوم الأول: الثلاثاء 2007/4/10

الفترة المسائية: الساعة 8 م

1. الجلسة الافتتاحية للمؤتمر تتضمن

2. استراحة قصيرة

المحاضرة الرئيسية للمؤتمر

- د. علي جمعة (

- أ.د. طارق بن علي الحبيب

مأدبة عشاء

الشيخ محمد بن زايد

الكتاب الإلكتروني لمعجم العلوم النفسية

يشرفني إعلامكم عزم أسرة شبكة العلوم النفسية العربية إضافة إصدار سلسلة: "الكتاب الإلكتروني لمعجم العلوم النفسية" إلى مجموعة إصدارات الشبكة. و ذلك بمعدل إصدار مصطلحات حرف واحد من معاجم العلوم النفسية التالية: المعجم النفسي العربي، المعجم النفسي الإنكليزي، المعجم النفسي الفرنسي (كل ثلاثة أشهر)

بإمكانكم تنزيل مصطلحات الحرف الأول من المعجم الإلكتروني: "أ" عربي و "A" إنكليزي و "A" فرنسي، يمكن تحميلها تحميلا حرا دون الحاجة لكلمة عبور:

eBook Psydict (Arabic Edition) - Arabic - English - French

Download All The first letter "أ" (Free)

<http://www.arabpsynet.com/eDictBooks/Alif.aef.pdf> - <http://www.arabpsynet.com/eDictBooks/Alif.aef.exe>

eBook Psydict (English Edition) - English - French - Arabic

Download All The first letter "A" (Free)

<http://www.arabpsynet.com/eDictBooks/A.efa.exe> - <http://www.arabpsynet.com/eDictBooks/A.efa.pdf>

eBook Psydict (French Edition) - French - English - Arabic

Download All The first letter "A" (Free)

<http://www.arabpsynet.com/eDictBooks/A.fea.pdf> - <http://www.arabpsynet.com/eDictBooks/A.fea.exe>

eBook Psydict (English, French) - English - French

Download All The first letter "A" (Free)

<http://www.arabpsynet.com/eDictBooks/A.ef.pdf> - <http://www.arabpsynet.com/eDictBooks/A.ef.exe>

يسعدنا تلقي ملاحظاتكم و انطباعاتكم، كما نأمل مدنا اقتراحاتكم بإضافة مصطلحات جديدة أو ترجمات مختلفة إثراء لهذه المعاجم.

تفضلوا تقبل أصدق مشاعر المودة والتقدير والاحترام.
رئيس بوابة الشبكة

1^{RE} RENCONTRE NATIONALE DE LA PSYCHIATRIE DE BÉJAÏAVULNÉRABILITÉ, SOUFFRANCE ET
TROUBLES PSYCHIQUES

Organisé par :

Amicale des Psychiatres de Béjaia (APsyB)

Béjaia Le 11-12 Avril 2007

tobbacity@yahoo.fr - www.apsyb.org

الملتقى الوطني الأول للطب النفسي بجامعة بجاية

الجروحية، المعانات والاضطراب النفسي

تنظيم

ودادية الأطباء النفسانيون ببجاية

بجاية من 11 إلى 12 أفريل 2007

www.apsyb.org - tobbacity@yahoo.fr

1er Appel a la communication

Cher(e) collègue,

Nous avons le plaisir et l'honneur de vous informer que l'A
Psy B, en collaboration avec :

- l'Université de Béjaia, (U B)
- la Société Algérienne de psychiatrie, (S A P)
- la Société Franco Algérienne de Psychiatrie (S F A P)
- les psychiatres et psychologues du CHU de Brest
- l'Association Algérienne des Psychiatres d'Exercice Privé (AAPEP),

Organise **11/12 Avril 2007** la 1^{re} Rencontre Nationale de la
Psychiatrie de Béjaia autour du thème :« Vulnérabilité, souffrance et troubles psychiques » à
l'Auditorium de l'Université de Béjaia.

Cette rencontre se propose d'observer une halte dans le
but de procéder à une revue des différentes pathologies
psychiatriques les plus fréquentes, mais qui sont
diversement articulées autour de la notion de vulnérabilité,
du concept de la prédictivité et de la souffrance psychique

Nous avons voulu dégager et prioriser quatre grands
axes :

- **Axe 1** : souffrance, troubles, et prise en charge de
l'étudiant.
- **Axe 2** : de la prédictivité de la violence au suicide
- **Axe 3** : devenir des psychoses débutantes ;
- **Axe 4** : thérapies de la dépression ;

Tous les psychiatres, les psychologues, et les médecins
intéressés sont invités à y participer.

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

LE PROGRAMME :

- a. Les communications orales
- b. Les communications lors des Atelier
- c. Les posters.

Nous vous informons qu'un riche programme socioculturel est en préparation :

_ Visite guidée des ruines romaines de Djemila Sétif et de la grotte merveilleuse de ZIAMA

_ Visite de musée, pique nique panoramique à Yemma Gouraya précédé d'une randonnée pédestre, rencontre des artistes à la maison de la culture, visite du centre psychopédagogique Sid Ali l'bhar

_ Pièce théâtrale.

Dans l'attente du plaisir de vous compter parmi nous, je vous prie, cher collègue, de croire à l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Nous vous souhaitons meilleurs voeux pour l'Année 2007

Président de l'A Psy B : Dr Mohand Tahar Amrouche

- **Adresse** : 14, rue Ouabdelkader 06000 Béjaia Algérie

- **Tel/ Fax** : + 034 201 209

- **Courriel** : tobbacity@yahoo.fr

Secrétaire Général : Dr Ahmed Timizar

- **Tel** : + 073 620 606

- **Courriel** : timpsy2001@yahoo.fr

Trésorier général : Dr Ahmed Sfacène

- **Tel** : + 091 871 435

- **Courriel** : kpsy2000@yahoo.fr

- **Tél. /Fax** : +213.34.20.12.09

- **Site Web** : www.apsyb.org

Formulaire de proposition de communication

- Titre de la communication :
- Auteurs :
- Lieu d'exercice :
- Adresse/ tel /fax :
- Résumé :
-
-
- Adresse Email :

مجلة الثقافة النفسية المتخصصة



www.arabpsynet.com/Journals/ICP/index.icp.htm

المجلة العربية للطب النفسي



www.arabpsynet.com/Journals/AJP/index.ajp.htm

3RD INTERNATIONAL CONFERENCE IN PSYCHIATRY

FUTURE OF PSYCHIATRY AS A NEUROSCIENCE

May 01, 2007 - May 03, 2007

Jeddah - Saudi Arabia

www.sghgsite.com

WELCOME MESSAGE

Dear Colleagues

It is our pleasure to invite you to participate with us in the 2nd International Conference on Psychiatry, organized by SGH which will be held in Jeddah, from 2 – 4 May 2006.

We chose the theme this year to be
"Evidence Based psychiatry"

Evidence-based psychiatry is a servant of decision-making by individual clinicians rather than a master. It cannot anticipate all the nuances of a clinical encounter, but it can help clinicians to make sense of the overwhelming deluge of information .

Our aim is to present and discuss comprehensive updated knowledge in the field of psychiatry.

Eminent international, regional and national speakers from USA, UK, Switzerland, Austria, Germany, and Arab countries in the region are invited.

- The congress main speakers will be opinion leaders in the field of psychiatry as well as policy and decision makers.
- Psychiatrists, social workers, psychologists, nurses and mental health professionals are invited to present, participate and listen.
- We will do our best to make your stay in Jeddah as pleasant and profitable as possible.

Dr. Mohamed Khaled :Secretary general of the Symposium

COMMITTEES

Congress President: Dr. Khalid Battergi Vice president SGH Group

Congress Advisor: Prof. Afaf Hamed Khalil Chair, Institute of Psychiatry, Ain Shams University Hospitals

Congress Director: Prof. Samir Moussa Director of Academic Affairs, SGHG

Head Organizing Committee: Dr. Mohamed Shawoosh Ministry of Health, Saudi Arabia

Congress Counsellor: Dr. Mohamed F. Moussa Chief scientific Office Manager, SGHG-Jeddah

Congress Manager: Dr. Mohamed Al-Eraky Deputy Director, Academic Affairs, SGHG

Secretary General: Mohamed Khaled Head of Psychiatric Unit, SGH Group

Organizing Committee

- Amira Al Batrawy Psychiatry Consultant
- Abdul Rahman Al Shimy Psychiatry Specialist

- Nehal El-Badawy Psychiatry Specialist
- Mohamad Mahmoud Clinical Psychologist
- Yasser Mersal Media Services Manager
- Katherine Salas Secretary Academic Affairs
- Flordeliza Iadines & Tess Tadeo Secretary Academic Affairs

SCIENTIFIC COMMITTEE & SPEAKERS

International speakers

Ahmed Okasha.

- Director of WHO Collaborating Center
- Institute of Psychiatry, Ain Shams University
- President Egyptian Psychiatric Association
- Immediate Past President WPA

Pedro Ruiz

- Prof. of Psychiatry University of Texas Medical School at Huston
- President Elect of the American Psychiatric Association
- Sheldon Harrison Preskorn,
- University of Kansas, Kansas City, USA.

Ahmed M. El Kashef

- Professor of Addiction Psychiatry, NIH, NIDA USA
- Richard Rawson.
- University of California, Los Angeles. USA

Thomas Babor,

- University of Conn.; USA
- David Farabee,
- University of California, Los Angeles. USA

Ian Hindmarch

- University of Surrey, Guildford, England

Paul Mackin

- University of Newcastle UK

Francois Alesh

- University of Vienna Austria

Mohamad Omar Salem

- Royal College of Psychiatry, UK

Regional Scientific Committee & Speakers

EGYPT

- | | |
|-------------------|-----------------------|
| Mostafa K. Ismael | Zinab Bishiry |
| Farouk Lotaief | Afaf Hamed Khalil |
| Adel M. Elsheshay | Adel M. G. El-Missiry |
| Mohamed El-Fiky | Momtaz M. Abdulwahab |
| Ahmed Saad | Tarek Assad |
| Mostafa Shahein | Abdel Nasser Omar |
| Tarek A. Gawad | |

National Committee & Speakers
 Abdulrazak Elhamad Mahdi Abu-Madini
 Tarek EL-Habeeb Sheikh Idrees
 Abdullah Al-Sobaie Omar Elmedayfer

SCIENTIFIC ACTIVITY

▪ Important Dates

Last Day for Submission of Abstract : February 1, 2007
 Registration Deadline : March 15, 2007

▪ Call for Paper Details

Conference aim is to present and discuss comprehensive updated knowledge in the field of psychiatry. Conference goal also is to highlight the importance of increase awareness and education in the context of cultural and economic reality, state of the art developments in the biopsychological aspects of mental health.

▪ Preparation of abstracts

Abstracts should clearly type written on the form enclosed. Electronic submission is possible using our address on the worldwide web. Text should be typed in double spaced format within the frame indicated and should not exceed 150 words. Abstracts are concise description of the specific purpose, content, methodology, results and importance of the proposed presentation. Please include a concluding statement to provide a strong summary of the abstract.

Abstracts must include the following information under the headings indicated: Objectives - questions addressed by the study, Method - design of the study, setting, patients, intervention (if any), and main outcome measures, Results - key findings, and Conclusions

▪ Submission/Contact Address

Dr. Mohamed Khalid (Secretary General of the Congress)
 Tel: 966-2-6829000 - Ext. 6367
 Fax: 966-2-6905038
 Email: psy1.jed@sghgroup.net

▪ Additional Information about the event

♦ Proposal for Scientific Activity

If you intend to propose for symposia, forum, debates, panel discussions, meet the expert, round table discussions, training courses, workshops, or video presentations, please contact the organizing secretariat to receive necessary forms before **March 15, 2007**.

♦ Topics: Papers are invited on...

- Challenge in treating Bipolar disorder.
- Treatment of cognitive decline in elderly.
- Management of learning disability and child psychiatry.
- Mental help policy and economics.
- Diagnosis and management of anxiety disorders.
- Brain imaging in psychiatry.
- Management of sexual dysfunction.

- Treatment of Schizophrenia.
- Relapse prevention of addiction.
- Treatment of depression.
- Suicide prevention.
- Training in psychiatry.
- Treatment in Psychiatry

♦ **Training Courses:** will be held during the conference on topics

I. For psychologists:

- Neuro psychological assessment.
- Cognitive Behavioural Therapy

II. For Junior psychiatrists:

- Techniques for relapse prevention of addiction.
- Motivational Interview
- The art of psychiatric interview.
- Child Psychiatry
- Family Counseling
- The role of psychiatric nurses in emergencies

♦ Target Audience:

- Psychiatrists
- Neurologists
- Neurosurgeons
- Internists
- Psychologists
- Psychiatric Nurses

♦ Exhibition

A major technical exhibition will be integrated into the congress. Pharmaceutical, medical supplies and equipment companies, and all other interested parties are invited to exhibit their products during the congress. Please contact the organizing committee for further arrangements.

♦ Website

<http://www.sghgroup.com/sghg-Events-en-Jeddah-32.html>

♦ Call for papers

The Scientific Committee is pleased to invite all interested parties to submit abstract before **March 15, 2007** to the correspondence address.

Download the Registration form

http://www.sghgroup.com/images/3d_psy_registration.doc

Download the Abstract form

http://www.sghgroup.com/images/3d_psy_abstract.doc

PRELIMINARY PROGRAM

Dates, venues and preliminary program

Tuesday 1/5/2007

- 11am To 3 pm: Training Courses - Young psychiatrists, psychologists, psychiatric nurses - SGH Auditorium
- 4 pm To 7 pm : Training Courses - Young psychiatrists, psychologists, psychiatric nurses - SGH Auditorium

9 pm To 11 pm : Opening Ceremony - All Conference Participants - SGH Auditorium

Wednesday 2/5/2007

- 10 am To 2 pm : Satellite Symposium - All Conference Participants - SGH Auditorium
- 10 am To 3 pm : Training Courses - Young psychiatrists, psychologists, psychiatric nurses - SGH Auditorium
- 6.30 pm To 11 pm : Satellite Symposium - Registered participants - Hilton Jeddah Hotel

Thursday 3/5/2007

- 10 am To 2 pm : Satellite Symposium - All Conference Participants - SGH Auditorium
- 10 am To 11.30 am : Plenary Lectures- All Conference Participants - SGH Auditorium
- 6.30 pm To 11 pm : 2 Satellite Symposia - Registered participants - Hilton Jeddah Hotel

PROGRAM AT GLANCE

Thursday 4 May, 2006

- | Time | Location |
|---|--|
| | SGH Auditorium SGH Hall (A) |
| ▪ 09.00 – 11.00 am | Session (4) |
| Hot Topics in Psychiatry | |
| ▪ 9.30– 11.00 | Workshop (3) |
| Psychiatric Genetics: Challenges and Future Perspectives (9-11 am) | |
| Clinical Issue: Challenges of obtaining Sexual History in Arab culture[SGH Hall (B)] (9-11 am) | |
| ▪ 11.00 am – 01.00 pm | Session (5) |
| Dimensions of Management of Psychiatric Disorders | |
| ▪ (11.00 am – 12.30 pm) | Workshop (11) |
| Screening And Brief Interventions For Substance Use | |
| ▪ (11 am -1.00 pm) | |
| ▪ 12.30 – 01.00 pm | Al Duhr Prayer & Coffee Break |
| ▪ 01.00 – 03.00 pm | Session (6) |
| Focus on: Child Psychiatry | |
| ▪ (01:00 – 03:00 pm) | Workshop (8) |
| CBT | |
| ▪ (1.30- 3.30 pm) | |
| ▪ 03.30 – 04.00 pm | AL-Asr Prayer & Lunch Time |
| Time | Location |
| | Hilton Jeddah Hotel |
| ▪ 03.30 -5.30 pm | Workshop Issue |
| ▪ Pharmacological principles to understand the similarities and differences among antidepressants and antipsychotics: | |
| An interactive workshop | |
| ▪ 6.30 – 8.00 pm | Symposium (3) |

Management of Schizophrenia and Bipolar Disorder: Brining Evidence into Practice

- 08.30-10.00 pm Symposium (4)
- Evidence Based Treatment of Depression and Anxiety Disorders

11.00 pm Gala Dinner

Tuesday 2 May, 2006

- 8.00 – 10.00 pm (Auditorium)

SGH

Opening Ceremony

Welcome words

Dr. Mohamed Khaled :Secretary General of the meeting
Head of Psychiatry Department, SGH

Dr. Mohamed Shawoosh: Chief Organizing Committee
Head of Al Amal Hospital

Prof. Afaf Hamed Khalil: Congress Advisor Chairperson
Institute of Psychiatry , Faculty of Medicine, Ain Shams University

Prof. Moustafa Kamel: Honorary Chair of Institute of Psychiatry, Ain Shams University, Egypt

Prof. Pedro Ruiz (USA): Prof. of Psychiatry University of Texas Medical School at Huston ,President Elect of the American Psychiatric Association

Prof. Ahmed Okasha: Director of WHO Collaborating Center, Institute of Psychiatry, Ain Shams University, President Egyptian Psychiatric Association, Immediate Past President WPA

Eng. Sobhi Batargi: President of Saudi German Hospitals

Wednesday 3/5/2006

- 9.30– 11.00 am (Auditorium)

SGH

Session (1)

Clinical Issues in Evidence Based Psychiatry

Chairperson:

Mohamed Shawoosh (Saudi Arabia)

Speakers

Introduction

Evidence based psychiatry: what is it? **Afaf Hamed Khalil (Egypt)**

Religion and Mental Health. (S1.1) **Mostafa Camel (Egypt)**

Integrating neurobiology of anxiety to evidence based management. **Adel El Sheashai (Egypt)**

(S1.2) Evidence Based Pharmacotherapy of Sleep Disorders
(S1.3) **Tarek Asaad (Egypt)**

Questions and Comments

Conclusion and Recommendation

- 11.00am – 12.30 pm (Auditorium)

SGH

Session (2)

Choosing the Right Treatment for Substance Abuse

Chairpersons:

Farouk Lotaief (Egypt) Abdullah AL-Sharqi (Saudi Arabia)

Speakers

- Pharmacological treatment for stimulates and cannabis addiction.
Ahmed El Kashef (USA) S2.1
- Treatment of Methamphetamine Dependence with the Matrix Model
Richard Rawson (USA) S2.2
- Evidence based management of Opiate Dependence.
Tarek Abdel Gawad (Egypt) S2.3

Questions and Comments

Conclusion and Recommendation

- E 12.30-1.00 (Al Duhr Prayer – Coffee Break)D
- 1.00 – 3.00 pm (Auditorium)

SGH

Session (3)

Different Scopes of Intervention in Drug Dependence

Chairpersons:

Mona Al-Sawaf (Saudi Arabia) Abdul-Naser Omar (Egypt)

Speakers

- Addiction treatment for substance abusing offenders.
David Farabee (USA) S3.1
- Screening for substance use disorders in primary care settings brief intervention.
Thomas Babor (USA) S3.2
- Psychiatric comorbidity with substance abuse: The scope of the problem

.Momtaz Abdel Wahab (Egypt) S3.

Comments and Discussion

- E 3.00-4.00 (Prayer – Lunch)D
- 6.30 – 8.00 pm Hilton Hotel

Satellite Symposium (1)

Management of Schizophrenia and Bipolar Disorder:Brining Evidence into Practice

Chairpersons:

Zienab Bishry (Egypt) Abdullah AL-Hazloul (Saudi Arabia)

Speakers

- Optimizing treatment of patients with schizophrenia.
Afaf Hamed (Egypt) SS 1.1
- Does quality of life matter in the management of bipolar disorder? Ahmad Saad (Egypt) SS 1.2

Questions and Comments

- 8.30 – 10.00 pm Hilton Hotel

Satellite Symposium (2)

Evidence Based Treatment of Depression and Anxiety Disorders

Chairpersons:

Mohamed Erfan (Saudi Arabia) Mahdi Abu Madini (Saudi Arabia)

Speakers

- Optimising quality of life with antidepressant therapy
Ahmed Okasha (Egypt) SS 2.1
- Recent Advances in Ethnopsychopharmacology
Pedro Ruiz (USA) SS 2.2
- Pharmacological treatment of the shy brain. Afaf Hamed (Egypt) SS 2.3

Questions and Comments

F (Welcome Dinner) E

Thursday 4 May 2006

- 9.30 – 11.00 am (Auditorium)

SGH

Session (4)

Hot Topics in Psychiatry

Chairpersons

Tarek Al Sherif (Saudi Arabia) Abdel Razak Al Hamad (Saudi Arabia)

Speakers

- Differential aspects of consultation- liaison psychiatry: knowledge and attitude of referring physicians and patients towards psychiatry.
Abdel Razak Al Hamad (Saudi Arabia) S4.1
- The process of new drug development in psychiatry.
Sheldon Harrison (USA) S4.2

Questions and Comments

- 11.00 – 12.30 pm (Auditorium)

SGH

Session (5)

Dimensions of Management of Psychiatric Disorders

Chairpersons:

Ahmad Abdul- Latif (Egypt) Tarek Al Habib (Saudi Arabia)

Speakers

- The cultural dimensions in diagnosis and management of psychiatric disorder.
Farouk Lotaief (Egypt) S5.1
- Group psychotherapy: An effective psychotherapeutic intervention.
Adel Medani (Egypt) S5.2
- Faith healers': view on evil eye, jinn possession, and magic in Saudi Arabia.
Tarek Al Habib (Saudi Arabia) S5.3
- Psychiatric indications for deep brain stimulation.
Francio Alesch (Austria) S5.4

Questions and Comments

- E 12.30-1.00 (Al Duhr Prayer – Coffee Break)D

1.00 – 2.30 pm (Auditorium)

SGH
Session (6)

Focus on: Child Psychiatry

Chairpersons:

Hani Al-Amin (Egypt) Omar Al-Modayfer (Saudi Arabia)

Moderator

Amira EL-Batrawy (Egypt)

Speakers

- Overview on ADHD

Zienab Bishry (Egypt) S6.1

- Childhood maltreatment in Saudi Arabia Cultural Issues

Omar Al-Modayfer (Saudi Arabia) S6.2

Questions and Comments

- 03.30 – 5.30 pm Hilton Hotel

Workshop Issue

Pharmacological principles to understand the similarities and differences among antidepressants and antipsychotics: An interactive workshop

Chairperson:

Ibrahim AL-Khodaier (Saudi Arabia)

WORKSHOP LEADER

Sheldon Harrison (USA)

Background

The clinician has many different options to choose when selecting an antidepressant or antipsychotic for his/her patient. Given the number of drugs in these two therapeutic

classes, it can be a challenge to remember their clinically relevant similarities.

Objectives

1. Provide a conceptual framework for understanding the clinically relevant pharmacology of antidepressants and antipsychotics.
2. Present the clinically relevant pharmacologic similarities and differences amongst different antidepressants.
3. Present the clinically relevant pharmacologic similarities and differences amongst different antipsychotics.

Target audience

All Psychiatrists .

- 06.30 – 8.30 pm Hilton Hotel

New Outcomes In The Treatment Of Schizophrenia Toward Long Term Reintegration Of Patients

Chairperson:

Abdullah El Sobaie (Saudi Arabia)

Speaker:

Satellite Symposium (3)

- Compliance and relapse in schizophrenia : A review

Prof. El Sheikh Idris Abdel Rahim SS 3.1

- Remission in Schizophrenia : A paradigm shift
Ass. Prof. Hany Shafey SS 3.2

Questions and Comments

- 09.00 – 11.30 pm Hilton Hotel

Satellite Symposium (4)

Sigma Enigma

Chairperson:

Tarek EL-Habeeb (Saudi Arabia)

Speakers

- Evidence versus value based in psychiatry.

Ahmed Okasha (Egypt) SS 4.1

- Sigma-1 Receptor: Potential in the Treatment of Neuropsychiatric Disorders

Ian Hindmarch (UK) SS 4.2

Questions and Comments

Training Courses in the Conference

IMPORTANT INFORMATION

Important deadlines

Submission of abstract, symposium, seminars, debates video, papers for presentation1: Feb-2007

Registration and accommodation: 15 March- 2007

Publication

The full text subject to publication with the appropriate payment should be delivered to the Congress Secretariat before March, 15, 2007.

Congress Secretariat

Correspondence

Dr. Mohamed Khalid : Secretary general of the congress

Dr. M. Al-Eraky : Deputy Director, Batterjee Academy

Tel. : 966-2-6829000 - Ext. 6367

Fax. : 966-2-6905038

E-mail : psy1.jed@sghgroup.net

Committee & Speakers:

Imminent international, regional and national speakers from USA, UK, Switzerland, Austria, Germany, and arab countries in the region are invited.

REGISTRATION

Registration Fees in SR

Participant (Full registration) 200

Training Course only 100

Full registration covers:

- Participation in all scientific and commercial exhibitions with congress material, abstract book, congress bag, badge and social events.
- Coffee breaks and meals

Training courses includes:

- Attendance, coffee breaks, training, materials and certificate

▪ **Social events:**

- Old Jeddah Tours.
- Umrah (Makkah).

Jeddah Cornish

ACCOMMODATION

▪ **Accommodation (in SR)**

	Single	Double
Crown Plaza Hotel	300	350
Marriot	300	350

Rates given are quoted per room / night including buffet breakfast

PAYMENT

Appropriate fees should be paid in cash or cheque made payable to: Saudi German Hospital – Jeddah and sent with the registration/accommodation forms to the organizing committee.

▪ **Exhibition.**

A major technical exhibition will be integrated into the congress. Pharmaceutical, medical supplies and equipment companies, and all other interested parties are invited to exhibit their products during the congress. Please contact the organizing committee for further arrangements

▪ **Language**

The official languages of the congress are Arabic and English with no simultaneous translation.

▪ **Letters of Invitation**

The congress will be delighted to issue a formal letter of invitation for participants. It does not entail any financial commitment from the part of the congress.

▪ **Official Carrier (Saudi Air Lines)
Climate**

The official carrier of the congress offers a discount to participants on excursion tickets; upon presentation of a letter from the organizing committee.

The average temperature during the congress between - (32 °C To 38°C).

▪ **Electricity**

The electrical current in Jeddah is both 110 Volts / 220.

Accreditation

The Saudi Council for Health Specialties Accredited this Symposium 21 Hours CME credit

GENERAL INFORMATION

This conference is in collaboration with:

- Ministry of Health KSA
- Saudi Psychiatric Association
- The Saudi Council for Health Specialties

- Academic Affairs Directorate of SGH
- Egyptian Psychiatric Association
- Institute of Psychiatry, Ain Shams University

Registration

Registration Fees in SR

Participant registration 250

Certificate: Certificate of participation and letter of attendance could be obtained from the Registration Desk.

▪ **Badges:**

The Congress Badge will be received upon registration and should be worn during all congress events.

▪ **Groups are distinguished by colour:**

WHITE: All Participants, RED: Speakers, GREEN: Organizing Committee

▪ **Services on Site:**

On site registration desk, Information desk, Secretariat, Business centre.

▪ **Photocopy Service:**

Photocopy service is available with a reasonable charge

▪ **Press Centre:**

Foyer of SGH auditorium. Press conference will be held through out the conference

Slide Delivery Room (Audiovisual Facilities): Slide preview and submission facilities are available from 8.30 a.m. to 6.00 pm. daily in the slide delivery corner.

All speakers making presentations are requested to try their presentation at least Two Hours before the session starts and pick them up afterwards. Video films should be submitted to the Video Desk at least Four Hours before the session of the presentation.

▪ **Message and notices:**

Congress participants can post their messages directly or ask the help of the information desk.

Climate: The average temperature during the congress between (32°C To 38°C).

Electricity: The electrical current in Jeddah is both 110 Volts / 220.

▪ **Exhibition**

An Exhibition of Pharmaceutical Firms will be held in the Foyer of SGH auditorium. You are kindly requested to take time from your busy schedule to visit the exhibition and have the opportunity to view new developments and products in the filed of Psychiatry. The exposition will be from 8.30 till 18.00 O'clock daily.

▪ **ACKNOWLEDGEMENT**

The Congress Committees would like to thank and express the deepest gratitude for the cooperation and assistance of the different ministries, governmental offices,

corporations and individuals for facilitation of this meeting and for their valuable support to the conference.

The Congress Committees also wish to express sincere thanks to the following pharmaceutical companies for their participation in

▪ **Financing and supporting the conference**

Royal sponsors:

- Wyeth
- Solvay

Major sponsors:

- Pfizer
- Lilly
- Janssen-Cilag
- GlaxoSmithKline

- AstraZeneca
- Servier

Official sponsors:

- Riyadh Pharma
- Liptis Pharmaceuticals
- Bristol-Myers Squibb
- Organon

▪ **CORRESPONDENCE**

Dr. Mohamed Khalid Secretary General of the Ccongress

Dr. M. Al-Eraky Deputy Director, Academic Affairs, SGHG
Tel. 966-2-6829000 - Ext. 6367/ 966-2-6829000 - Ext. 5430

Fax. 966-2-6623752

E-mail Psy1.jed@sghgroup.net Congress on line

www.sghg.com

ARABPSYNET PAPERS SEARCH



Search Papers With Arabic, English & French Words
www.arabpsynet.com/paper/defaultWord.asp

ARABPSYNET PAPERS FORM



Send Your Papers Summary Via This Form
www.arabpsynet.com/paper/PapForm.htm

ARABPSYNET eJOURNAL

Full Text FREE

N°1 - Winter 04 :

www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ1/apnJ1.exe

N°2 - Spring 04 :

www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ2/apnJ2.exe

N°3 - Summer 04:

www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ3/apnJ3.exe

N°4 - Autumn 04 :

www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ4/apnJ4.exe

N°5 - Winter 05 :

www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ5/apnJ5.exe

N°6 - Spring 05 :

www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ6/apnJ6.exe

N°7 - Summer05 :

www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ7/apnJ7.exe

FOR SUBSCRIBERS

N°8 - Autumn 05 :

www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=8

N°9 - Winter 06 :

www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=9

N°10-11 – Spring, Summer 06

www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=1011

N°12 – Autumn 06:

www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=12

سلسلة الكتاب الإلكتروني لشبكة العلوم النفسية

العدد 1 : في بيتنا مريض نفسي

أ.د. عادل صادق

Full Text: http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=101

العدد 2 : العلاج النفسي الديناميكي قصير الأمد

ديلموت كولافيك / ترجمة: أ.د. سامر جميل رضوان

Full Text: http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=102

العدد 3 : مدخل إلى سيبرنطيقا التفكير

د. سليمان جار الله

Full Text: http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=103

العدد 4 : إضطرابات الشخصية

أ.د. عبد الرحمن إبراهيم

FullText: http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=104

العدد 5 : مدخل إلى الطب النفسي

أ.د. الزين عباس عمارة

FullText: http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=103

أخصائيي الصحة العقلية العرب و اساءة معاملة الزوجه التصورات والمعتقدات

أ.د. ابراهيم مكاوي جامعة بيرزيت، كلية الآداب - دائرة التربية وعلم النفس

IMakkawi@birzeit.edu

حضرة الدكتور رئيس شبكة العلوم النفسية المحترم

شكراً جزيلاً على تعاونكم بخصوص البحث حول:

أخصائيي الصحة العقلية العرب و اساءة معاملة الزوجه " التصورات والمعتقدات "

نأمل من الزملاء الأخصائيين في مجال الخدمات النفسية والاجتماعية تحميل النسخة الإلكترونية من الاستمارة بواسطة الارتباط التالي:

www.arabpsynet.com/WifeAbuseQuestionnaire.doc

يهمنا جداً الوصول إلى أكبر عينة ممكنة من كافة أرجاء الوطن العربي. مع التنويه إلى ضرورة إعادتها لي على البريد الإلكتروني التالي: imakkawi@birzeit.edu

نشكركم كثيراً على مساعدتكم القيمة

د. إبراهيم مكاوي

Dear Dr. Colleague

I am a faculty member of the department of psychology at Birzeit University.

I am planning to conduct a study about "the perceptions and beliefs of Arab mental health practitioners about wife abuse". We are very interested in reaching a sample of mental health practitioners (psychologists, psychiatrists, counselors, social workers, etc.) cross the Arab world to fill out a questionnaire, which takes approximately 15 minutes to fill it out .

Thank you greatly in advance for your support and cooperation.

Sincerely

Ibrahim MMAKAWI, Ph.D.

Assistant Professor

Department of Education and Psychology

Birzeit University

الإجابات التالية .

- (1) أوافق جداً
- (2) أوافق نوعاً ما
- (3) أعارض نوعاً ما
- (4) أعارض جداً

نرجو تحديد الرقم الذي يعبر عن إجابتك في المربع إلى يسار كل عبارة .

الاستمارة

القسم الأول: العبارات المذكورة أدناه تصف الاتجاهات نحو دور المرأة في المجتمعات المختلفة. لا توجد إجابات صحيحة أو خاطئة وإنما وجهات نظر فقط. نرجو التعبير عن شعورك تجاه كل عبارة من خلال اختيار رقم الإجابة الذي يناسبك من بين إمكانيات

التالية .

- (1) موافق/ة بشدة
 (2) موافق/ة
 (3) محايد /ة
 (4) معارض/ة
 (5) معارض/ة بشدة

نرجو اختيار إجابتك من بين الإجابات الخمس أعلاه ومن ثم أن تضع/ي رقمها في المربع على يسارها لعبارة . **أتوقع في الزواج أن:**

1	إذا كان هنالك اختلاف في الرأي، على الرجل القرار أين تسكن العائلة	2
2	وجهة نظر الزوجة يجب أن تتساوى مع وجهة نظر زوجها في الأمور المالية	2
3	يجب أن يتمكن الزوج من إقامة علاقة جنسية مع زوجته في أي وقت يرغبه هو بموجب حقوقه كزوج	2
4	يجب أن تُترك العناية بالأطفال الرضع إلى الزوجة بشكل مطلق	2
5	على الزوج والزوجة أن يتشاركا بشكل كامل في المسؤولية تجاه الإدارة المنزلية، شراء الحاجيات، وإعداد الطعام إذا كان كلاهما يعمل خارج البيت	1
6	من الأهم أن تكون الزوجة من خلفية عائلية مرموقة بدلا من أن تتمتع بشخصية منسجمة وتتوافق مع الآخرين	4
7	يجب أن يتمتع الزوج والزوجة بنفس الامتيازات مثل الخروج في الليل كل مع أصدقائه/ها	2
8	عطلة نهاية الأسبوع يجب أن تكون فترة راحة للزوج حيث لا يجوز التوقع منه أن يساعد في إعداد الطعام، الاعتناء بالأطفال أو الصيانة المنزلية	2
9	إذا كان الزوج يتقاضى أجراً كافياً لإعالة الأسرة، على الزوجة أن لا تخرج للعمل خارج البيت	4
10	يجب السماح للزوجة أن تعمل خارج البيت إذا كانت تتمتع بالعمل أكثر من البقاء في البيت	2
11	على الزوج والزوجة أن يحترما حق كل واحد منهما في أن تكون له/ها نشاطات واهتمامات خاصة في القضايا المجتمعية	2

1	الشتائم والإهانات تبدو أكثر بغیضة في خطاب المرأة منه في خطاب الرجل	4
2	في ظل الظروف العائلية الحالية، حيث تنشط المرأة خارج المنزل، على الرجال المشاركة فيما يتعلق في المنزل من أعمال مثل الجلي والغسيل	1
3	يجب أن يكون للمرأة نفس حرية الرجل في عرض الزواج عليه	1
4	على النساء الاهتمام أقل بمقوقهن والاهتمام أكثر بأن يكن زوجات وأمهات صالحات	4
5	على النساء تبوء مواقعهن الصحيحة في سوق العمل وجميع المهن الأخرى إلى جانب الرجال	1
6	على المرأة أن لا تتوقع بأن تذهب إلى نفس الأماكن وأن تحصل على نفس درجة الحرية كما الرجل	4
7	إنه من غير المعقول أن تقوم المرأة شاحنة بينما يقوم الرجل بجياكة الملابس	2
8	القيادة الثقافية في المجتمع يجب أن تكون بشكل عام في يد الرجال	3
9	يجب أن تعطى للنساء فرص متساوية مع الرجال في الحرف التجارية المختلفة	1
10	يجب تشجيع الأبناء في العائلة لاستكمال تعليمهم الجامعي أكثر من تشجيع البنات	4
11	بشكل عام، يجب أن يكون للأب أكثر سلطة من الأم في تنشئة الأطفال	2
12	هنالك العديد من الوظائف التي يجب إعطاء حق الأولوية في التوظيف والتقدم الوظيفي بها للرجال	2

القسم الثاني: فيما يلي مجموعة من العبارات حول توقعات الأزواج من زوجاتهم ومن الزواج. نرجو قراءة كل عبارة ثم تحديد درجة موافقتك أو عدم موافقتك معها. تذكر أنه لا توجد إجابات صحيحة أو خاطئة في هذه المواقف. لكل إنسان توقعاته الخاصة وعليه فإن إجاباتك ستحظى بكل الاحترام. عند تحديدك لدرجة موافقتك أو عدم موافقتك مع كل عبارة، نرجو اختيار الإجابة التي تعبر بشكل أفضل عن توقعاتك من بين الخيارات الخمس

0	لكم أو صفع احدهما الآخر	11
0	رفس، عَضْ أو ضرب احدهما الآخر	12
0	ضرب (أو حاول أن يضرب) احدهما الآخر بجسم مؤذي	13
0	أبرح احدهما الآخر ضرباً	14
0	هدد احدهما الآخر باستخدام السلاح الناري أو السكين	15
0	استخدم احدهما السكين أو السلاح الناري	16

القسم الرابع: مستخدماً نفس القائمة في القسم السابق، نرجو العودة بتفكيرك لحياتك العائلية عندما كنت طفلاً ومراهقاً. نرجو تحديد مدى استعمال والدك ووالدتك لكل واحد من هذه الأساليب لمعالجة الصراعات معك. ضع الرقم الذي يناسب اختيارك في المربع إلى يسار كل عبارة. إذا كنت تسكن فقط مع أحد الوالدين (أو مع شخصية والدية أخرى)، نرجو الإشارة فقط إلى ذلك السلوك.

(0) أبداً

(1) مرة واحدة في السنة

(2) مرتين أو ثلاثة في السنة

(3) دارجاً ولكن أقل من مرة في الشهر

(4) حوالي مرة واحدة في الشهر

(5) أكثر من مرة في الشهر ولكن ليس أسبوعياً

(6) أسبوعياً ولكن ليس كل يوم

(7) يومياً

نرجو أن تضع الرقم الذي يعبر عن إجابتك في المربع على يسار كل عبارة

1	تجادل معك بشدة ولكن لم تصرخ	1
0	أهانك، شتمك أو سبك	2
1	قطب جبينه و/أو رفض الحديث معك حول الموضوع	3
0	خرج منتفضاً من الغرفة أو البيت أثناء شجار معك	4
0	بكيت بسبب الجدل معه/ها	5
0	فعل أو قال شيئاً لجرح مشاعرك	6
0	قذف شيئاً (ولكن ليس عليك) أو حطّم شيئاً	7

2	يجب على الزوجة البقاء في البيت والاهتمام بأطفالها وزوجها بدلاً من استغلال وقتها لنشاطات خارج البيت	12
2	يجب على الزوجة ملائمة حياتها لتتناسب مع برامج زوجها	13
2	على الزوجة أن تكون مطلعة وفعالة في النشاطات المجتمعية أو أي مجموعات أخرى تهتمها	14

القسم الثالث: كل إنسان يدخل في جدال، اختلاف وصراع مع الآخرين من حين إلى آخر وكل إنسان له أسلوب مختلف لعلاج هذه المواقف. بعض هذه الأساليب مذكورة أدناه. في المربع إلى يسار كل واحد من هذه الأساليب، نرجو تحديد مدى تكرار سلوك والدك ووالدتك تجاه بعضهم البعض بهذه الطريقة خلال سنوات الطفولة والمراهقة من عمرك.

(0) أبداً

(1) مرة واحدة في السنة

(2) مرتين أو ثلاثة في السنة

(3) دارجاً ولكن أقل من مرة في الشهر

(4) حوالي مرة واحدة في الشهر

(5) أكثر من مرة في الشهر ولكن ليس أسبوعياً

(6) أسبوعياً ولكن ليس كل يوم

(7) يومياً

نرجو أن تضع الرقم الذي يعبر عن إجابتك في المربع على يسار كل عبارة.

2	تجادل بشدة ولكن لم تصرخا	1
0	أهان، شتم أو سب احدهما الآخر	2
2	قطب احدهما جبينه و/أو رفض الحديث حول الموضوع	3
0	خرج احدهما منتفضاً من الغرفة أو البيت	4
0	بكى احدهما بسبب الجدل	5
0	فعل أو قال احدهما شيئاً لجرح مشاعر الطرف الآخر	6
0	قذف احدهما شيئاً (ولكن ليس على الطرف الآخر) أو حطّم شيئاً	7
0	هدد احدهما بأن سيضرب أو سيقذف شيئاً على الطرف الآخر	8
0	قذف احدهما شيئاً على الطرف الآخر	9
0	دفع، أو جرّ أو أزاح احدهما الآخر	10

7	العنف من حين إلى آخر من قبل الزوج تجاه زوجته ربما يساعد في الحفاظ على الزواج	8
1	لا يوجد أي عذر للرجل في أن يضرب زوجته	9
7	المرأة التي ترفض بشكل متواصل إقامة علاقة جنسية مع زوجها تبحث عن ضربه لها	10
7	الرجل الذي يضرب زوجته هي عادة مسؤولية المرأة	11
7	يمكن للزوجة أن تتجنب ضرب زوجها لها إذا أدركت متى تتوقف عن الكلام والثرثرة	12
7	يحق للزوج أن يضرب زوجته إذا كانت لا تحترم أهله	13
7	يحق للزوج أن يضرب زوجته إذا كانت لا تحترم أقاربه	14
7	يحق للزوج أن يضرب زوجته إذا أهانت أصدقائه	15
7	الزوجة التي ترفض بشكل متواصل الانصياع لزوجها والتي لا تسمع أقواله تبحث عن الضرب	16
7	الزوجة التي لا تلتقي توقعات زوجها أحياناً تستحق الضرب	17
7	الزوجة المضروبة تتحمل مسؤولية الإساءة لها لأنها استدعت أن يحصل ذلك لها	18
7	الزوجة المضروبة تتحمل مسؤولية الإساءة لها لأنها كان يجب أن تتوقع حصول ذلك لها	19
7	النساء المضروبات يستدرجن شريكهن لضربهن كوسيلة للحصول على اهتمامه	20

تكملة القسم الخامس...

مرة أخرى نرجو اختيار إجابتك من بين الإجابات السبع التالية ومن ثم أن تضع/ي رقمها في المربع على يسار العبارة:

- (1) موافق/ة بشدة
- (2) موافق/ة
- (3) موافق/ة نوعاً ما
- (4) محايد / ة
- (5) معارض/ة نوعاً ما
- (6) معارض/ة
- (7) معارض/ة بشدة

7	عندما تُضرب الزوجة، فهذا ناجم عن سلوكها خلال الأسابيع التي سبقت	21
7	معظم النساء تتمنى سراً أن يضربهن أزواجهن	22
7	تحاول الزوجات استدراج أزواجهن لضربهن كوسيلة للحصول على تعاطف الآخرين	23

8	هدد بأن سيضربك أو سيقذف شيئاً عليك	0
9	قذف شيئاً عليك	0
10	دفعك، أو جرّك أو أزاحك	0
11	لكمك أو صفحك	0
12	رفسك، عضك أو ضربك	0
13	ضربك (أو حاول أن يضربك) بجسم معين	0
14	أبرحك ضرباً	0
15	هددك باستخدام السلاح الناري أو السكين ضد	0
16	استخدم السكين أو السلاح الناري ضدك	0

القسم الخامس: فيما يلي عبارات ذات علاقة بمواضيع حول الاعتداء على الزوجات والرجال الذين يضربون زوجاتهم. نرجو قراءة كل عبارة جيداً ثم تحديد الرقم الذي يعبر بشكل دقيق عن موقفك من العبارة في المربع على يسارها. إمكانيات الإجابة هي الآتية:

- (1) موافق/ة بشدة
- (2) موافق/ة
- (3) موافق/ة نوعاً ما
- (4) محايد / ة
- (5) معارض/ة نوعاً ما
- (6) معارض/ة
- (7) معارض/ة بشدة

نرجو أن تضع الرقم الذي يعبر عن إجابتك في المربع على يسار كل عبارة.

1	لا يحق للزوج أن يضرب زوجته حتى ولو نقضت اتفاقيات أبرمتها معه	1
1	حتى عندما يشكل سلوك الزوجة تحدياً لرجولة زوجها، فلا يجوز له ضربها	2
1	الزوجة لا تستحق الضرب حتى عندما تكرر تذكير زوجها بنقاط ضعفه	3
1	حتى عندما تكذب النساء على أزواجهن، فهن لا يستحقن الضرب	4
1	الزوجة التي تخون زوجها جنسياً تستحق الضرب	5
1	أحياناً من المقبول على أن يضرب الرجل زوجته	6
7	إنه من المفيد لبعض النساء أن يضربها زوجها	7

1	1	نعاس
1	2	نوم غير مريح
1	3	كابوس
1	4	الاستيقاظ مبكراً وعدم القدرة على العودة إلى النوم
0	5	النزول في الوزن (بدون رجيم)
0	6	الشعور بالعزلة عن الآخرين
0	7	الوحدة
0	8	الحزن
0	9	الإرتجاع (ذكريات فجائية، متكررة ومزعجة)
0	10	الشروذ الذهني
1	11	وجع الرأس
1	12	آلام بالمعدة
0	13	بكاء لا إرادي ومن الصعب عليك السيطرة عليه
0	14	نوبات قلق
0	15	إشكالية في السيطرة على المزاج
0	16	مشاكل في التوافق مع الآخرين
0	17	دوخان
0	18	إغماء
0	19	رغبة في إيذاء نفسي جسدياً
0	20	رغبة في إيذاء الآخرين جسدياً
0	21	خوف من الرجال
0	22	خوف من النساء
0	23	اغسل يداي بتكرار حتى لو لم يكن من الضروري
0	24	شعور بالنقص
0	25	شعور بالذنب
0	26	شعور بأن الأشياء غير حقيقية
0	27	مشاكل في الذاكرة
0	28	اشعر أحياناً بالاغتراب عن جسدي
0	29	الشعور بالاضطراب والتوتر كل الوقت
0	30	مشاكل في التنفس

1	24	النساء تشعرن بالألم وعدم السعادة عندما يتعرضن للضرب من قبل أزواجهن
6	25	إذا سمعتُ امرأة تُهاجم من قبل زوجها فمن الأفضل ألا أفعل شيئاً
6	26	إذا سمعت امرأة تُهاجم من قبل زوجها فسوف أتصل بالشرطة
1	27	ضرب الأزواج لزوجاتهم يجب أن يحظى على أهمية عالية كمشكلة اجتماعية من قبل المؤسسات الحكومية
1	28	على المؤسسات الاجتماعية أن تعمل أكثر على مساعدة النساء المضروبات
1	29	يجب أن تكون النساء محميات من قبل القانون إذا ضربهن أزواجهن
1	30	في حال رفض الزوج العنيف تلقي العلاج ليكف عن عنفه حينها على الشرطة والحكمة التدخل لمساعدة زوجته المضروبة
6	31	إذا تعرضت الزوجة للضرب من قبل زوجها، فعليها طلاقه فوراً
6	32	الطريقة الأفضل لعلاج ضرب الزوج للزوجة هو أن يتم اعتقال الزوج
2	33	الأزواج الذين يضربون زوجاتهم مسئولون عن تصرفاتهم لأنهم تعمدوا حصول ذلك
2	34	حالات ضرب الزوج للزوجة هي مسؤولية الزوج
1	35	الأزواج الذين يضربون زوجاتهم مسئولون عن تصرفاتهم لأنه كان يجب أن يتوقعوا ذلك

القسم السادس: ما هو تقديرك لكثافة او تكرار تجربتك مع كل من الحالات التالية خلال الشهرين الماضيين. نرجو اختيار إجابتك من إمكانيات الأجوبة المذكورة أدناه، وتدوين الرقم المناسب في المربع على يسار كل عبارة.

(0) أبداً

(1) من حين لآخر

(2) بدرجة ملحوظة (بدرجة متوسطة)

(3) بدرجة عالية

القسم السابع: فيما يلي ثلاث عبارات. نرجو قراءة كل واحدة منها ومن ثم نرجو تحديد مدى موافقتك عليها من خلال اختيارك إحدى الإجابات السبع التالية. نرجو أن تضع/ي رقم الإجابة التي اخترتها في المربع على يسار كل عبارة.

5. الديانة: (نرجو أن تضع/ي الإشارة
(X) في المربع تحت الإجابة التي تلائمك)

1. مسلم/ة	x
2. مسيحي/ة	
3. درزي/ة	

6. مكان السكن: (نرجو أن تضع/ي
الإشارة (X) في المربع تحت الإجابة التي
تلائمك):

1. مخيم	
2. قرية	
3. مدينة	x

7. المواطنة (الدولة):

8. هل تعمل في: (نرجو أن تضع/ي
الإشارة (X) في المربع تحت الإجابة التي
تلائمك):

1. وظيفة حكومية	
2. وظيفة في القطاع الخاص	
3. مؤسسة أهلية	
4. عيادة خاصة	x
5. في أكثر من مكان، نرجو التحديد	

9. الحالة الاجتماعية: (نرجو أن تضع/ي
الإشارة (X) في المربع تحت الإجابة التي تلائمك):

1. أعزب/عزباء	
2. خاطبة/ة	
3. متزوج/ة	x
4. مطلق/ة أو منفصل/ة	
5. أرمل/أرملة	

10. حسب تقديرك ما هو المستوى الاقتصادي
لأسرتك؟ (نرجو أن تضع/ي الإشارة (X) في
المربع تحت الإجابة التي تلائمك):

1. مستوى متدني	
2. مستوى متوسط متدني	
3. مستوى متوسط	
4. مستوى متوسط عالي	
5. مستوى عالي	x

11. هل تعلمت أي مساق أو شاركت بدورة
عن العنف بالأسرة؟ (نرجو أن تضع/ي الإشارة
(X) في المربع تحت الإجابة التي تلائمك):

1. لا	2. نعم
	x

1. معارض/ة جداً
2. معارض/ة
3. معارض/ة إلى حد ما
4. محايد/ة
5. موافق/ة إلى حد ما
6. موافق/ة
7. موافق/ة جداً

3	1	الإنسان الذي لا يحالفه الحظ في الحياة عادة يجلب عدم الحظ لنفسه ويكون هو السبب لذلك
5	2	بصورة عامة، يستحق الإنسان ما يحصل معه
3	3	بالأساس، العالم مكان عادل وكل إنسان يحصل على ما يستحقه

القسم الثامن: يضم هذا القسم بعض الاسئلة للتعرف عليك، دون ذكر الاسم، نرجو الإجابة على جميع الاسئلة.

1. العمر (بالسنوات):

2. الجنس (نرجو أن تضع/ي الإشارة
(X) في المربع تحت الإجابة التي تلائمك):

1. ذكر	2. أنثى
x	

3. أعلى تحصيل أكاديمي حصلت عليه
(نرجو أن تضع/ي الإشارة (X) في المربع
تحت الإجابة التي تلائمك)

1. BA	
2. MA	
3. Ph.D	
4. MD	x
5. آخر....	

4. مجال التخصص: (نرجو أن تضع/ي
الإشارة (X) في المربع تحت الإجابة التي
تلائمك):

1. علم النفس العلاجي	
2. الخدمة الاجتماعية	
3. الطب	
4. الطب النفسي	x
5. استشارة نفسية	
6. استشارة تربوية	

Appreciations

انطباعات

PSYCHIATRISTS & PSYCHOLOGISTS

أطباء النفسانيين وأساتذة علم النفس

أ. يحيى الرخاوي / القاهرة، مصر

/1 :

)

()

/2 .

()

.()

// .

" "

" " ()

* : // .

**

/.

أ.د. الزين عباس عماره / أبوظبي، الإمارات

أ.د. معتصم البيب / الخرطوم، السودان

...
...
...
...
أ.د. **عبدالكريم بلحاج** / الرباط، المغرب
" "

أ.د. **الخالبي أحرشواو** / فاس، المغرب

...

-1

-2

أ.د. **خالد الفخراني** / طنطا، مصر

-3

...

-4

-5

//.

-1

أ.د. **أحمد عبد الرحيم مصطفى** / القاهرة، مصر

-2

)

() ()

) () ()

... ()

-3

د. **عبد الحافظ الخامري** / صنعاء، اليمن

أ.د. **سوسن شاكر مجيد** / بغداد، العراق

أ. **علي الشمري** / جامعة واسط ، العراق

د. **علاء سليمان الحوري** / بغداد ، العراق

() .

() .

ريهام **عبد الرازق سالم** / القاهرة ، مصر

أ)

(

أ. **فارس كمال نظمي** / بغداد ، العراق

أ. **فؤاد محمد فريم الجابري** / الانبار ، العراق

د. **أحمد زين الدين بوعامر** / قسنطينة ، الجزائر

2007

د. أحمد زين الدين بوعامر / قسنطنطية، الجزائر

د. عبد الرحمن ابراهيم / بيروت، لبنان

...

المعتز بالله زاهد / جدة، السعودية

د. عامر سعيد جاسم الخيكاني / بابل، العراق

" "

أ. فارس كمال نظمي / بغداد، العراق

...

أ. دليلة زناد / الجزائر

د. سعدون داود احمد الجبوري / كركوك، العراق

د. عبد الله سافر الغامدي / جدة، السعودية

()

أ. د محمد حمدان / سوريا

خديجة جار الله / ليون، فرنسا

د. اسلام عمارة / ابوحماد، شرقيه - مصر

د. نور الدين عراة / غزة، فلسطين

ناديعة أبيت عمارة / فاس، المغرب

أ. محمد بوزاربي / غرداية، الجزائر

السيد السعداوي بقاسم / توغرت، الجزائر

ناديعة أبيت عمارة / فاس، المغرب

محمد بركات / بشارة، الجزائر

أ. بشار محمود مزاربي / اربد، الأردن

د. احمد لطيف جاسم الفهداوي / بغداد - العراق

اماني الدمرداش / الدقهلية، مصر

أ. شريفية بن غزفية / ستيف، الجزائر

د. مستور علي الفقيه / السعودية

د. عبد العزيز المطوع / الدمام، السعودية

إبراهيم بن عبد الرحمن الحلاف / الجوف، السعودية

السيد مصطفى السنباطي - القاهرة، مصر

م. ايمن عرادة / دير البلح، غزة - فلسطين

د. ماهر احمد عاصي العيساوي / بغداد، العراق

عبد المريد قاسم / القاهرة، حلوان

محمد أبوومازن / عمان، الأردن

DR. SALEH EL-HILU / UK

I must say that I am very impressed with your website and the wonderful work you are doing. On behalf of the British Arab Psychiatrists Association (BAPA). I would like to extend our hands to you for more collaboration and cooperation in the field of mental health for the betterment of psychiatric services in the Arab World and among Arab expatriates abroad. Best Wishes.

MS. LINDA L. HOLLAND / MOOLOOLABA, AUSTRALIA

I am thrilled to have found this website, I have often wondered if there are Psychologists in Dubai as it is a place I would love to visit. I would hope to be able to connect with other Psychologists if I did as I feel so strongly that interaction between Psychologists world wide is immensely gratifying and important. Is there a possibility that a jobs vacant site might be worthwhile /?Ms. Linda L. HOLLAND, B.Sci,G.DipPsych.Hons.

DR. ZINEDDINE BOUAMEUR / CONSTANTINE, ALGERIE

A l'evidence je dirais au passage que cet espace nous permet de se connaitre chaque jour un peu plus, et de ce fait nous permettre d'échanger nos points de vues. Bien sûr ce réseau constitue une passerelle d'informations scientifiques énorme qui fera en profiter bien de chercheur arabes en quête de connaissances nouvelles et assoiffés d'informations fraîches. encore une fois le mérite revient particulièrement au Dr. Jamel Turky a qui je lui dois un témoignage de pionnier et de battant dans ce domaine; j'avoue que ce n'est pas une chose aisée de réaliser une oeuvre de cette envergure. ceci étant ,j'ajouterai que cette expérience richissime, devra donner de l'élan a tous les arabes soucieux du devenir de notre nation qui me semble t-il est à la croisée des chemins. il suffit pour s'en rendre compte, de voir ce qui se passe autour de nous a chaque instant a travers l'évolution scientifique constante de par le monde. pensez vous ,cela ne nous réjouit guère. notre richesse est dans notre diversité et notre pluralité est notre force, là est notre terrain de prédilection, il faut l'investir et l'occuper sans pour autant se démarquer de nos valeurs ancestrales et musulmanes. le monde arabe se doit de revoir ses visions globales de l'évolution du temps et des evenements et ne pas assister passivement à l'édification du monde mondialisé. cette équation ne nourit point notre enthousiasme ni notre volonté a changer le cour des choses si cette " chose" nous est donné par les "autres". cela me semble utopique, ne revons pas trop.Cet état d'esprit me fait rappeler une expression que reprenait un ami que j'ai connu jadis dans les moments difficiles, il disait " Fumons du thé et restons éveillés, car le cauchemar continu" . Je pripose d'organiser une journée arabe consacré à la psychologie en générale, sur internet, ou l'ensemble des adhérents communiquent entre eux à travers le Yahoo messenger ou Windows live Messenger. cet evenement donnera l'occasion a tous les réticents et hesitants de se manifester, et de se faire connaitre au grand public arabe

أ. بشار محمد زاربي / إردن، الأردن

www.arabpsynet.com) *

"
* (

منـاوي زكـي / الوادي، الجزائر

السيد عبد الجليل محمد - بنها، مصر

سهام حسن عبد المجيد / القاهرة، مصر

ابراهيم محمد عسيري / جدة، السعودية

د. لطف الشربيني / الإسكندرية، مصر

فراس مجيد عبيد الركابي / بغداد، العراق

د. نور الدين عرادة / غزة، فلسطين

أ.د صلاح أحمد السقا / السعودية

DR. HADEEL FARAS - MONTREAL; CANADA

Dear Doctor, The Arabpsynet is really great website to know and be in touch with the advances in that filed in the Arabic world. It is really a perfect idea. Wish you the best.

possible des études a propos la psychologie de l'enfant. Je suis en train de travailler une étude sous le « d'alhikaya achaabia » j'ai besoin de quelques références sur ce sujet. Merci j'attends vos aides.

DR. DINA JOUBREL ISMAIL / RENNES; FRANCE

Je vous félicite pour ce travail intéressant qui me permet d'avoir une idée sur ce qui se passe dans les pays arabes. Je vous propose de nous donner des informations générales sur les hopitaux. Ainsi que des études sur la morbidité des troubles psychiatriques dans les pays arabes.

MRS. ZAHRA AZIZ / SALÉ; RABAT - MOROCCO

C'est une occasion pour justifier l'importance de cette branche. Je veux bien avoir un coté particulier pour les étudiants de la psycho pour poser leur problèmes dans cette branche. Un grand remerciement à tous les participants

MR. HAMZA LAZAZGA / SETIF ALGERIE

Jamel Turky, voulez vous accepter ma participation sur votre site et j'aimerais bien vous aider dans le champ de traduction des documents en langue française et enfin voulez vous accepter toutes mes salutations et merci encore une fois et au revoir

DR. AHMED ZNEDINE BOUAMEUR / CONSTANTINE, ALGERIE

Il est tout a fait clair que d'emblée ce portail apporte un plus dans la consécration du devenir arabe et son développement. Personnellement je me réjouis de pouvoir naviguer avec fierté et orgueil dans cet espace de libre échange a tout point de vue, et de porter mon opinion toute haute a qui de droit. Je souhaite longue vie a ce forum, et une meilleure prise en charge dans la continuité de ce site, cependant je voudrais apporter tant soit peu des éclaircissements sur l'adhésion au sein du groupe fondateur, ou éventuellement, l'appartenance au conseil scientifique, quels sont les critères... Je PROPOSE dans ce magnifique portail d'échanges scientifiques inter arabes, la création d'une nouvelle rubrique qui sera consacré aux sciences de l'éducation et la psychopédagogie afin de donner l'opportunité aux psychopédagogues que nous sommes d'exprimer nos doléances et avis sur les questions relatives a l'acte éducatif. Bien évidemment je serai volontaire pour toutes formes de coopération et de propositions constructives... Mon collègue Dr. Jamel TURKY, nous lui sont redevable pour son oeuvre bienfaitrice, a bon entendeur Salut.

MR. HEDI BEN MANSOUR / TUNIS ; TUNISIA

Bonjour a tous; merci de vos tous travaux et est ce que

الكتاب الإلكتروني لمعجم العلوم النفسية

السادة الأطباء وأساتذة علم النفس
حضرة الزميل والأستاذ المحترم

يشرفني إعلامكم عزم أسرة شبكة العلوم النفسية العربية إضافة إصدار سلسلة: "الكتاب الإلكتروني لمعجم العلوم النفسية" إلى مجموعة إصدارات الشبكة. و ذلك بمعدل إصدار مصطلحات حرف واحد من معاجم العلوم النفسية التالية: المعجم النفسي العربي، المعجم النفسي الإنكليزي، المعجم النفسي الفرنسي (كل ثلاثة أشهر)

نشرع، على بركة الله بداية من شتاء 2007 في إصدار ترجمة مصطلحات الحرف الثاني من الأبجديات العربية "ب"، الإنكليزية "B" و الفرنسية "B".

بإمكانكم تحميل هذه الإصدارات من الارتباطات التالية:

eBook Psydict (Arabic Edition)

Arabic - English - French

Download All the second letter "ب" (For Subscribers)

http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=2002

eBook Psydict (English Edition)

English - French - Arabic

Download All the second letter "B" (For Subscribers)

http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=3002

eBook Psydict (French Edition)

French - English - Arabic

Download All the second letter "B" (For Subscribers)

http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=4002

يسعدنا تلقى ملاحظاتكم و انطباعاتكم، كما نأمل مدنا اقتراحاتكم بإضافة مصطلحات جديدة أو ترجمات مختلفة إثراء لهذه المعاجم.

تفضلوا تقبل أصدق مشاعر المودة والتقدير والاحترام.
رئيس بوابة الشبكة

Update of Psychiatrie SUMMARIES

JANUARY - FEBRUARY - MARCH 2006

مستجدات الطب النفسي ملخصات

جانفي - فيفري - مارس 2006

GENERALIZED ANXIETY DISORDER (GAD)

GERIATRIC ANXIETY INVENTORY

DEVELOPMENT AND VALIDATION OF THE GERIATRIC ANXIETY INVENTORY.

Authors : Pachana NA, Byrne GJ, Siddle H, Koloski N, Harley E, Arnold E.

Source : Int Psychogeriatr. 2006 Jun 29;:1-12 [Epub ahead of print] Related Articles, Links

Background: Anxiety symptoms and anxiety disorders are highly prevalent among elderly people, although infrequently the subject of systematic research in this age group. One important limitation is the lack of a widely accepted instrument to measure dimensional anxiety in both normal old people and old people with mental health problems seen in various settings. Accordingly, we developed and tested of a short scale to measure anxiety in older people. **Methods:** We generated a large number of potential items de novo and by reference to existing anxiety scales, and then reduced the number of items to 60 through consultation with a reference group consisting of psychologists, psychiatrists and normal elderly people. We then tested the psychometric properties of these 60 items in 452 normal old people and 46 patients attending a psychogeriatric service. We were able to reduce the number of items to 20. We chose a 1-week perspective and a dichotomous response scale. **Results:** Cronbach's alpha for the 20-item Geriatric Anxiety Inventory (GAI) was 0.91 among normal elderly people and 0.93 in the psychogeriatric sample. Concurrent validity with a variety of other measures was demonstrated in both the normal sample and the psychogeriatric sample. Inter-rater and test-retest reliability were found to be excellent. Receiver operating characteristic analysis indicated a cut-point of 10/11 for the detection of DSM-IV Generalized Anxiety Disorder (GAD) in the psychogeriatric sample, with 83% of patients correctly classified with a specificity of 84% and a sensitivity of 75%. **Conclusions:** The GAI is a new 20-item self-report or nurse-administered scale that measures dimensional anxiety in elderly people. It has sound psychometric properties. Initial clinical testing indicates that it is able to discriminate between those with and without any anxiety disorder and between those with and without DSM-IV GAD.

KAVA & GAD

KAVA IN GENERALIZED ANXIETY DISORDER: THREE PLACEBO-CONTROLLED TRIALS.

Authors : Connor KM, Payne V, Davidson JR.

Source : Int Clin Psychopharmacol. 2006 Sep;21(5):249-53. Related Articles, Links

Summary: In this study, we evaluated the efficacy and safety of kava kava (Piper methysticum) in generalized anxiety disorder. Data were analyzed from three randomized, double-blind, placebo-controlled trials of kava, including one study with an active comparator (venlafaxine), in adult outpatients with DSM-IV generalized anxiety disorder. The pooled sample (n=64) included the following number of participants: kava, n=28; placebo, n=30; and venlafaxine, n=6. Given the comparability of the study designs, the data comparing kava and placebo were then pooled for further efficacy and safety analyses. No significant differences were observed between the treatment groups in any of the trials. In the pooled analyses, no effects were found for kava, while a significant effect in favor of placebo was observed in participants with higher anxiety at baseline. No evidence of hepatotoxicity was found with kava, and all of the treatments were well tolerated. Findings from these three controlled trials do not support the use of kava in DSM-IV generalized anxiety disorder.

ANXIETY & PULSE-WAVE VELOCITY

INCREASED PULSE-WAVE VELOCITY IN PATIENTS WITH ANXIETY: IMPLICATIONS FOR AUTONOMIC DYSFUNCTION.

Authors : Yeragani VK, Tancer M, Seema KP, Josyula K, Desai N.

Source : J Psychosom Res. 2006 Jul;61(1):25-31. Related Articles, Links

Summary: Decreased vagal function is associated with vascular dysfunction. In this study, we compared vascular indices and correlated heart rate and QT variability measures with vascular indices in patients with anxiety disorders and normal controls. We compared age- and sex-matched controls (n=23) and patients with anxiety (n=25) using the Vascular Profiler (VP-1000; Colin Medical Instruments, Japan), approved by the US Food and Drug Administration. Using this machine, we obtained ankle and brachial blood pressure (BP) in both arms (brachial), both legs (ankle), and carotid artery, and lead I electrocardiogram (ECG) and phonocardiogram. Using these signals, pulse-wave velocity (PWV), and arterial stiffness index % and preejection period can be calculated. We also obtained ECG sampled at 1000 Hz in lead II configuration in supine posture to obtain beat-to-beat interbeat interval (R-R) and QT interval variability for 256 s. Patients with anxiety had significantly higher carotid

mean arterial pressure (MAP) %, brachial-ankle PWV (BAPWV), arterial stiffness index %, MAP, and diastolic BP of the extremities compared to controls. We found significant negative correlations (r values from .4 to .65; $P < .05$ to .007) between R-R interval high-frequency (0.15-0.5 Hz) power (which is an indicator of cardiac vagal function), and increased BAPWV and systolic BP of the extremities only in patients. We were unable to find such correlations in controls. We also found significant positive correlations between QT variability index (a probable indicator of cardiac sympathetic function) and MAP of the extremities and BAPWV only in the patient group. These findings suggest an important association between decreased vagal and increased sympathetic function, and decreased arterial compliance and possible atherosclerotic changes and increased BP in patients with anxiety.

GAD & Comorbid Disease

▪ GENERALIZED ANXIETY DISORDER: A COMORBID DISEASE.

Authors : Nutt D, Argyropoulos S, Hood S, Potokar J. Psychopharmacology Unit, University of Bristol, Bristol, United Kingdom. david.j.nutt@bristol.ac.uk

Source : Eur Neuropsychopharmacol. 2006 Jul;16 Suppl 2:S109-18. Epub 2006 Jun 5. Related Articles, Links

Summary: Generalized anxiety disorder (GAD) frequently occurs comorbidly with other conditions, including depression and somatic complaints. Comorbid GAD sufferers have increased psychologic and social impairment, request additional treatment, and have an extended course and poorer outcome than those with GAD alone; therapy should alleviate both the psychic and somatic symptoms of GAD without negatively affecting the comorbid condition. The ideal treatment would provide relief from both GAD and the comorbid condition, reducing the need for polypharmacy. Physicians need suitable tools to assist them in the detection and monitoring of GAD patients—the GADI, a new, self-rating scale, may meet this requirement. Clinical data have shown that various neurobiologic irregularities (e.g., in the GABA and serotonin systems) are associated with the development of anxiety. Prescribing physicians must take into account these abnormalities when choosing a drug. Effective diagnosis and treatment should improve patients' quality of life and their prognosis for recovery.

GAD & Early Responce

▪ EARLY RESPONSE AND 8-WEEK TREATMENT OUTCOME IN GAD.

Authors : Rynn M, Khalid-Khan S, Garcia-Espana JF, Etemad B, Rickels K.

Source : *Depress Anxiety*. 2006 Jul 14; [Epub ahead of print] Related Articles, Links

Objective : Our objective was to compare the predictive value of early response to treatment outcome in patients with generalized anxiety disorder (GAD) treated with benzodiazepines, serotonin receptor (5HT-1A) partial agonists, or placebo. Data from two double-blind GAD studies were combined. Subjects were evaluated with the Hamilton Anxiety Scale (HAM-A) and the Clinical Global Impression of Improvement (CGI-I) scale over 8 weeks.

Categories of response at weeks 1 and 2 were defined by the HAM-A total score. Analyses of covariance and Kaplan-Meier survival analyses were the primary analyses used to assess 8-week end point treatment outcomes as a function of early improvement. HAM-A change from baseline to weeks 1 and 2 significantly predicted last observation carried forward (LOCF) response at week 8 for both medications and for placebo ($P < .001$). Early improvement was a strong predictor for treatment outcome irrespective of whether active medication or placebo was the treatment agent. *Depression and Anxiety* 0:1-5, 2006. Published 2006 Wiley-Liss, Inc.

ANXIETY IN MEN & MAX-PC

▪ ASSESSING ANXIETY IN MEN WITH PROSTATE CANCER: FURTHER DATA ON THE RELIABILITY AND VALIDITY OF THE MEMORIAL ANXIETY SCALE FOR PROSTATE CANCER (MAX-PC).

Authors : Roth A, Nelson CJ, Rosenfeld B, Warshowski A, O'Shea N, Scher H, Holland JC, Slovin S, Curley-Smart T, Reynolds T, Breitbart W.

Source : *Psychosomatics*. 2006 Jul-Aug;47(4):340-7. Related Articles, Links

Summary: Identifying which men with prostate cancer might benefit from mental health treatment has proven to be a challenging task. The authors developed the Memorial Anxiety Scale for Prostate Cancer (MAX-PC) in order to facilitate the identification of prostate cancer-related anxiety. A revised version of this scale was tested in a more clinically varied population. Ambulatory men with prostate cancer ($N=367$) completed a baseline assessment packet that included the MAX-PC and other psychosocial questionnaires. The MAX-PC showed high internal consistency and concurrent and discriminant validity. Factor analysis identified three distinct factors for the MAX-PC that corresponded to the intended subscales (General Prostate Cancer Anxiety, PSA (prostate-specific antigen) Anxiety, and Fear of Recurrence). PSA levels were not correlated with anxiety overall; however, anxiety was significantly higher among patients whose PSA levels were changing (i.e., rising, falling, and unstable), versus those with stable PSA levels. Also, in a multivariate analysis, the change in PSA levels was a significant predictor of MAX-PC scores, but not Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) scores. These results indicate that the MAX-PC is a valid and reliable measure of anxiety that assesses aspects of anxiety unique to men with prostate cancer, and it may provide a more sensitive measure of anxiety than the HADS for this population.

GAD & SERTRALINE

▪ SERTRALINE TREATMENT FOR GENERALIZED ANXIETY DISORDER: A RANDOMIZED, DOUBLE-BLIND, PLACEBO-CONTROLLED STUDY.

Authors : Brawman-Mintzer O, Knapp RG, Rynn M, Carter RE, Rickels K.

Source : *J Clin Psychiatry*. 2006 Jun;67(6):874-881. Related Articles, Links

Objective: This study assessed the efficacy and safety of sertraline in the treatment of generalized anxiety disorder (GAD). Method: The study was conducted from April 2000 to May 2002. Outpatients with DSM-IV GAD (N = 326) who satisfied inclusion/exclusion criteria and completed a 1-week screening phase were randomly assigned to 10-week double-blind treatment with flexible dosing of sertraline (50-200 mg/day) or placebo. The primary efficacy measure was change from baseline in Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAM-A) total score. Response was defined as a 50% or greater decrease in HAM-A total score at endpoint. RESULTS: Sertraline produced a statistically significant reduction in anxiety symptoms, as measured by HAM-A total change scores ($p = .032$), HAM-A psychic anxiety subscale ($p = .011$), and Hospital Anxiety and Depression Scale-anxiety subscale ($p = .001$). Response rates were significantly higher ($p = .05$) for the sertraline group (59.2%) compared to the placebo group (48.2%). Sertraline was well tolerated, with only sexual side effects reported significantly more often by subjects receiving sertraline than those receiving placebo. CONCLUSION: Despite the relatively small between-group differences, study findings suggest a role for sertraline in the acute treatment of GAD.

placebo Nevertheless, this effect should be considered marginal since patients still meet the criteria of ED after treatment. Larger, parallel group studies are warranted.

PTSD & SCI

THE ROLE OF NEGATIVE COGNITIVE APPRAISALS IN PTSD SYMPTOMS FOLLOWING SPINAL CORD INJURIES

Abstract : This study aimed to investigate factors associated with persistent Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in people with Spinal Cord Injury (SCI). In the context of a cognitive model, it sought to determine how influential cognitive appraisals were in predicting persistent PTSD when compared to other known predictor variables in the literature such as injury severity. A sample of 50 inpatients receiving rehabilitation for SCI who were 3–24 months post-injury were interviewed using a series of standardized measures of PTSD symptoms and diagnosis, post-traumatic cognitive appraisals, social support, and injury severity. For PTSD symptoms, significant relationships were found for greater injury severity, lower satisfaction with social support and more negative cognitions. Negative cognitions were found to predict variance in PTSD symptoms over and above the non-cognitive variables, although gender and injury severity were also predictors. The only significant predictor of PTSD diagnosis was the cognitive subscale "negative cognitions about the self". Cognitive appraisals were found to be important predictors of persisting PTSD in an SCI population. This supports the cognitive model of PTSD and the development of cognitive therapies for PTSD in this population.

Keywords: PTSD; cognitive appraisals; spinal cord injuries.

EMDR & PTSD

EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING FOR POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER: A PILOT BLINDED, RANDOMIZED STUDY OF STIMULATION TYPE.

Authors : Servan-Schreiber D, Schooler J, Dew MA, Carter C, Bartone P.

Source : Psychother Psychosom. 2006;75(5):290-7. Related Articles, Links

Background: Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) is becoming a recognized and accepted form of psychotherapy for posttraumatic stress disorder (PTSD). Yet, its mechanism of action remains unclear and much controversy exists about whether eye movements or other forms of bilateral kinesthetic stimulation contribute to its clinical effects beyond the exposure elements of the procedure. METHODS: Twenty-one patients with single-event PTSD (average Impact of Event Scale score: 49.5) received three consecutive sessions of EMDR with three different types of auditory and kinesthetic stimulation (tones and vibrations): intermittent alternating right-left (as commonly used with the standard EMDR protocol), intermittent simultaneous bilateral, and continuous bilateral. Therapists were blinded to the type of stimulation they delivered, and stimulation type assignment was randomized and counterbalanced. RESULTS: All three stimulation types resulted in clinically significant reductions of subjective units of distress (SUD). Yet, alternating stimulation resulted in faster reductions of SUD when only sessions starting with a new target memory were considered.

POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD)

Sildenafil, Erectile Dysfunction & PTSD

EFFECTIVENESS OF SILDENAFIL IN TREATING ERECTILE DYSFUNCTION IN PTSD PATIENTS: A DOUBLE-BLIND, PLACEBO-CONTROLLED CROSSOVER STUDY.

Authors : Orr G, Weiser M, Polliack M, Raviv G, Tadmor D, Grunhaus L.

Source : J Clin Psychopharmacol. 2006 Aug;26(4):426-30. Related Articles, Links

Objective: Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) is known to be associated with Erectile Dysfunction (ED). Sildenafil citrate was shown to be effective treatment for ED among different clinical populations. However, to date, no placebo-controlled trial has assessed sildenafil's effectiveness for treating ED in PTSD patients. The goal of the present study was to address this question using a double-blind placebo controlled crossover design. METHODS: A four-week double-blind crossover trial of sildenafil (50 mg up to 100 mg per usage) versus placebo was conducted on 21 outpatients diagnosed with chronic PTSD accompanied by ED. Erectile function was assessed biweekly using the International Inventory of Erectile Function (IIEF). Depressive symptoms, PTSD symptoms and subjective well-being scores were assessed as well. RESULTS: Analysis of IIEF scores revealed a main effect of treatment phase ($E = 33.361$, $df = 2$, $P < 0.000$). Pairwise comparisons showed that sildenafil IIEF scores (mean = 45.19 +/- 15.05) were significantly higher compared to baseline scores (mean = 20.00 +/- 12.32, $P = 0.000$) and placebo scores (mean = 33.04 +/- 12.99). Compared to placebo, a significant improvement was also observed during the sildenafil phase in erectile function, orgasmic function and sexual desire. There was no significant change in depression, PTSD symptoms or subjective well-being. CONCLUSION: The results of this study suggest that sildenafil citrate treatment for ED in PTSD patients was accompanied with improvement of ED symptoms and was found to be significantly better than

Conclusions: There are clinically significant effects of the EMDR procedure that appear to be independent of the nature of the kinesthetic stimulation used. However, alternating stimulation may confer an additional benefit to the EMDR procedure that deserves attention in future studies.

PTSD & Resilience

RESILIENCE: RESEARCH EVIDENCE AND CONCEPTUAL CONSIDERATIONS FOR POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER.

Authors : Hoge EA, Austin ED, Pollack MH.

Source : *Depress Anxiety*. 2006 Aug 4; [Epub ahead of print] Related Articles, Links

Summary: The growing recognition and occurrence of traumatic exposure in the general population has given increased salience to the need to understand the concept of resilience. More than just the "flip side" of a risk factor, the notion of resilience encompasses psychological and biological characteristics, intrinsic to an individual, that might be modifiable and that confer protection against the development of psychopathology in the face of stress. In this review, we provide some perspective on the concept of "resilience" by examining early use of the term in research on "children at risk" and discuss the relationship between risk and resilience factors. We then review psychological and biological factors that may confer resilience to the development of posttraumatic stress disorder (PTSD) following trauma, examine how resilience has been assessed and measured, and discuss issues to be addressed in furthering our understanding of this critical concept going forward. *Depression and Anxiety* 0:1-14, 2006. (c) 2006 Wiley-Liss, Inc.

PTSD & DHEA

CLINICAL CORRELATES OF DHEA ASSOCIATED WITH POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER.

Authors : Yehuda R, Brand SR, Golier JA, Yang RK.

Source : *Acta Psychiatr Scand*. 2006 Sep;114(3):187-93. Related Articles, Links

Summary: Increased plasma dehydroepiandrosterone (DHEA) and dehydroepiandrosterone-sulfate (DHEAS) have been demonstrated in post-traumatic stress disorder (PTSD), but the documented beneficial effects of these steroids in enhancing mood and cognition, as well as neuroprotection, suggest their presence in PTSD may be associated with defensive rather than maladaptive effects. We, therefore, examined plasma DHEA, DHEAS, cortisol, and the DHEA/cortisol ratio in 40 male veterans with or without PTSD, and determined their relationships to PTSD symptom severity and symptom improvement.

The PTSD group showed significantly higher plasma DHEA and non-significantly higher DHEAS levels as well as a significantly lower cortisol/DHEA ratio, controlling for age. Regression analyses demonstrated that DHEA and DHEAS levels could be predicted by symptom improvement and coping whereas the cortisol/DHEA ratio was predicted by severity of childhood trauma and current symptom severity. That greater symptom improvement was related to DHEA levels may suggest for a role for these hormones in modulating recovery from PTSD.

GABA PLASMA & PTSD

RELATIONSHIP BETWEEN POSTTRAUMA GABA PLASMA LEVELS AND PTSD AT 1-YEAR FOLLOW-UP.

Authors : Vaiva G, Boss V, Ducrocq F, Fontaine M, Devos P, Brunet A, Laffargue P, Goudemand M, Thomas P.

Source : *Am J Psychiatry*. 2006 Aug;163(8):1446-8. Related Articles, Links

Objective: Gamma-aminobutyric acid (GABA) exerts a prominent effect on central adrenergic stress responses in times of high stress and has been associated with acute posttraumatic stress disorder (PTSD). The authors examined the association between low posttrauma plasma GABA levels and long-term PTSD.

METHOD: Plasma GABA levels were measured in 78 victims of road traffic accidents who met criteria for trauma exposure on arrival at a trauma department and were admitted for at least 3 days. Patients were assessed for PTSD and major depressive disorder at 6-week and 1-year follow-ups.

RESULTS: At 6 weeks and at 1 year, mean posttrauma GABA levels were significantly lower among subjects who met all or nearly all criteria for PTSD than among those who did not. Among patients who met all or nearly all criteria for PTSD at 6 weeks, 75% of those with posttrauma GABA levels above 0.20 mmol/ml no longer met criteria at 1 year. By contrast, among patients whose GABA levels were below 0.20 mmol/ml, 80% met all or nearly all criteria for PTSD at 1 year. Two-thirds of patients who met all or nearly all criteria for PTSD at 1 year also met criteria for major depressive disorder. **CONCLUSIONS:** A plasma GABA level above 0.20 mmol/ml may protect against chronic PTSD and may represent a marker of recovery from trauma.

Panic Disorder (PD)

Panic Attacks & RTMS

EFFECTS OF REPETITIVE TRANSCRANIAL MAGNETIC STIMULATION (RTMS) ON PANIC ATTACKS INDUCED BY CHOLECYSTOKININ-TETRAPEPTIDE (CCK-4).

Authors : Zwanzger P, Eser D, Volkel N, Baghai TC, Moller HJ, Rupprecht R, Padberg F.

Source : *Int J Neuropsychopharmacol*. 2006 Jul 3;:1-5 [Epub ahead of print] Related Articles, Links

Summary: Low-frequency (LF) rTMS shows beneficial effects in patients with depression and anxiety disorders. To explore its anxiolytic properties we investigated the effects of rTMS on experimentally induced panic attacks. Eleven healthy subjects underwent 1 Hz rTMS or sham rTMS over the right dorsolateral prefrontal cortex in a randomized cross-over protocol. Panic induction with 50 µg CCK-4 was carried out immediately after rTMS. Response to CCK-4 was assessed using the Acute Panic Inventory and the Panic Symptom Scale and measurements of heart rate, plasma ACTH and cortisol. All subjects reported a marked panic response following CCK-4 administration after both real and sham rTMS. Moreover, injection of CCK-4 induced a marked increase in heart rate, cortisol and ACTH concentrations. However, ANOVA showed no significant differences in any of the measures between both conditions. In contrast to the effects of pretreatment with alprazolam on CCK-4-induced panic in healthy subjects LF rTMS does not affect

CCK-4-induced panic and cortisol or ACTH release.

DEPRESSION & CHRONIC PAIN

■ PAIN AND DEPRESSION IN AGING INDIVIDUALS

Authors : Lucia Gagliese, PhD, CIHR

Source : Originally published in: Volume 9, Number 6, June 2006, Pages 403-407

Summary: Depression is highly prevalent among older adults with chronic pain living both in community and institutional settings. It is associated with decreased quality of life, including impairments in physical and social well-being. This article reviews the relationship between pain and depression. The potential mediating role of disability, life interference, and perceived control are described. Routine assessment of both pain and mood, using scales validated for this age group, is advocated. Finally, the importance of integrating pharmacological and psychological interventions for the management of pain and depression in the older adult is highlighted.

Keywords: chronic pain, depression, mood disturbance, assessment, management.

VENLAFAXINE, PAROXETINE & PD

■ A DOUBLE-BLIND STUDY OF THE EFFICACY OF VENLAFAXINE EXTENDED-RELEASE, PAROXETINE, AND PLACEBO IN THE TREATMENT OF PANIC DISORDER.

Authors : Pollack MH, Lepola U, Koponen H, Simon NM, Worthington JJ, Emilien G, Tzanis E, Salinas E, Whitaker T, Gao B.

Source : *Depress Anxiety*. 2006 Aug 7; [Epub ahead of print] Related Articles, Links

Summary: To date, no large-scale, controlled trial comparing a serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor and selective serotonin reuptake inhibitor with placebo for the treatment of panic disorder has been reported. This double-blind study compares the efficacy of venlafaxine extended-release (ER) and paroxetine with placebo. A total of 664 nondepressed adult outpatients who met DSM-IV criteria for panic disorder (with or without agoraphobia) were randomly assigned to 12 weeks of treatment with placebo or fixed-dose venlafaxine ER (75 mg/day or 150 mg/day), or paroxetine 40 mg/day. The primary measure was the percentage of patients free from full-symptom panic attacks, assessed with the Panic and Anticipatory Anxiety Scale (PAAS). Secondary measures included the Panic Disorder Severity Scale, Clinical Global Impressions-Severity (CGI-S) and -Improvement (CGI-I) scales; response (CGI-I rating of very much improved or much improved), remission (CGI-S rating of not at all ill or borderline ill and no PAAS full-symptom panic attacks); and measures of depression, anxiety, phobic fear and avoidance, anticipatory anxiety, functioning, and quality of life. Intent-to-treat, last observation carried forward analysis showed that mean improvement on most measures was greater with venlafaxine ER or paroxetine than with placebo. No significant differences were observed between active treatment groups. Panic-free rates at end point with active treatment ranged from 54% to 61%, compared with 35% for placebo. Approximately 75% of patients given active treatment were responders, and nearly 45% achieved remission. The placebo response rate was 45% achieved remission. The placebo response rate was

slightly above 55%, with remission near 25%. Adverse events were mild or moderate and similar between active treatment groups. Venlafaxine ER and paroxetine were effective and well tolerated in the treatment of panic disorder. *Depression and Anxiety* 0:1-14, 2006. (c) 2006 Wiley-Liss, Inc.

ATTENTIONAL BIAS, PD & SP

■ ATTENTIONAL DISRUPTION IN THE PRESENCE OF NEGATIVE AUTOMATIC THOUGHTS

Abstract: The present study examined attentional disruption in the presence of negative automatic thoughts specific to panic and social anxiety. Participants with panic disorder ($n = 18$), participants with social phobia ($n = 19$), and nonanxious participants ($n = 19$) completed a dichotic listening task in which they shadowed ambiguous passages heard in their dominant ear while ignoring lists of panic-related, social anxiety-related, or control automatic thoughts that were presented in their non-dominant ear. In addition, they completed a simultaneous simple reaction time task. Both patient groups made more shadowing distortions than the nonanxious group. Panic participants committed more shadowing omissions in trials in which they heard panic-related automatic thoughts as compared to trials in which they heard other automatic thoughts. Results suggest that both patient groups experienced some disruption on this demanding task but that only panic patients exhibited an anxiety-specific attentional bias.

Keywords: Attentional bias; dichotic listening; panic disorder; social phobia; cognition.

CEREBRAL GLUCOSE, PD & CBT

■ CHANGES IN CEREBRAL GLUCOSE UTILIZATION IN PATIENTS WITH PANIC DISORDER TREATED WITH COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY.

Authors : Sakai Y, Kumano H, Nishikawa M, Sakano Y, Kaiya H, Imabayashi E, Ohnishi T, Matsuda H, Yasuda A, Sato A, Diks M, Kuboki T.

Source : *Neuroimage*. 2006 Aug 2; [Epub ahead of print] Related Articles, Links

Summary: Several neuroanatomical hypotheses of panic disorder have been proposed focusing on the significant role of the amygdala and PAG-related "panic neurocircuitry." Although cognitive-behavioral therapy is effective in patients with panic disorder, its therapeutic mechanism of action in the brain remains unclear. The present study was performed to investigate regional brain glucose metabolic changes associated with successful completion of cognitive-behavioral therapy in panic disorder patients. The regional glucose utilization in patients with panic disorder was compared before and after cognitive-behavioral therapy using positron emission tomography with (18)F-fluorodeoxyglucose. In 11 of 12 patients who showed improvement after cognitive-behavioral therapy, decreased glucose utilization was detected in the right hippocampus, left anterior cingulate, left cerebellum, and pons, whereas increased glucose utilization was seen in the bilateral medial prefrontal cortices. Significant correlations were found between the percent change relative to the pretreatment value of glucose utilization in the left medial prefrontal cortex and those of anxiety and agoraphobia-related subscale of the Panic Disorder Severity Scale, and between that of the midbrain and

that of the number of panic attacks during the 4 weeks before each scan in all 12 patients. The completion of successful cognitive-behavioral therapy involved not only reduction of the baseline hyperactivity in several brain areas but also adaptive metabolic changes of the bilateral medial prefrontal cortices in panic disorder patients

TEMPERAMENT, PD & SSRI

THE EFFECT OF TEMPERAMENT AND CHARACTER ON RESPONSE TO SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITORS IN PANIC DISORDER.

Authors : Marchesi C, Cantoni A, Fonto S, Giannelli MR, Maggini C.

Source : Acta Psychiatr Scand. 2006 Sep;114(3):203-10. Related Articles, Links

Summary: In this prospective study, temperament and character were evaluated in patients with panic disorder (PD), before 1 year of medication therapy, to verify whether these factors influenced the outcome of treatment. Seventy-one PD patients were evaluated with the SCID-IV, the Temperament and Character Inventory (TCI), the SCL-90, the Ham-A and the Ham-D. Patients were treated with pharmacotherapy and were evaluated monthly over 1 year. Before treatment, non-remitted patients showed higher levels of harm avoidance (HA) and lower levels of persistence (P), self-directedness (SD) and cooperativeness (C), whereas remitted patients showed only higher levels of HA. After controlling the effect of the confounding variables, the likelihood to achieve remission was positively related to SD score (OR = 1.12; P = 0.002), particularly 'self-acceptance' SD dimension (OR = 1.30; P = 0.02). Our data suggest that in PD: i) the evaluation of personality, using the Cloninger's model, confirms the presence of personality pathology as one predictor of non-response to treatment; ii) in patients with low SD a combination of medication and cognitive-behaviour therapy should be the most effective treatment.

PANIC ATTACKS & ADDICTION

PANIC ATTACKS, PANIC DISORDER, AND AGORAPHOBIA: ASSOCIATIONS WITH SUBSTANCE USE, ABUSE, AND DEPENDENCE.

Authors : Zvolensky MJ, Bernstein A, Marshall EC, Feldner MT.

Source : Curr Psychiatry Rep. 2006 Aug;8(4):279-85. Related Articles, Links

Summary: Anxiety and substance use disorders frequently co-occur. Despite the clinical importance of this co-occurrence, theory and research addressing the relations between anxiety-substance use disorder comorbidity remain limited. The present commentary is intended to briefly review and summarize key aspects of this literature, with a specific focus on panic-spectrum psychopathology (panic attacks, panic disorder, and agoraphobia) and its associations with tobacco, alcohol, and marijuana use, abuse, and dependence. A heuristic theoretical model for better understanding the panic-substance use relations also is offered. Extant data suggest clinically meaningful bidirectional associations are evident between panic problems and premorbid risk factors for such problems and various forms of tobacco, alcohol, and marijuana use. Key clinical implications and future directions

are outlined based upon the review.

AFFECTIVE PROCESSING & DECISION-MAKING & PD

DIFFERENTIAL PERFORMANCE ON TASKS OF AFFECTIVE PROCESSING AND DECISION-MAKING IN PATIENTS WITH PANIC DISORDER AND PANIC DISORDER WITH COMORBID MAJOR DEPRESSIVE DISORDER.

Authors : Kaplan JS, Erickson K, Luckenbaugh DA, Weiland-Fiedler P, Geraci M, Sahakian BJ, Charney D, Drevets WC, Neumeister A.

Source : J Affect Disord. 2006 Jun 19; [Epub ahead of print] Related Articles, Links

Summary: Neuropsychological studies have provided evidence for deficits in psychiatric disorders, such as schizophrenia and mood disorders. However, neuropsychological function in Panic Disorder (PD) or PD with a comorbid diagnosis of Major Depressive Disorder (MDD) has not been comprehensively studied. The present study investigated neuropsychological functioning in patients with PD and PD + MDD by focusing on tasks that assess attention, psychomotor speed, executive function, decision-making, and affective processing. **METHODS:** Twenty-two unmedicated patients with PD, eleven of whom had a secondary diagnosis of MDD, were compared to twenty-two healthy controls, matched for gender, age, and intelligence on tasks of attention, memory, psychomotor speed, executive function, decision-making, and affective processing from the Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery (CANTAB), Cambridge Gamble Task, and Affective Go/No-go Task. **RESULTS:** Relative to matched healthy controls, patients with PD + MDD displayed an attentional bias toward negatively-valenced verbal stimuli (Affective Go/No-go Task) and longer decision-making latencies (Cambridge Gamble Task). Furthermore, the PD + MDD group committed more errors on a task of memory and visual discrimination compared to their controls. In contrast, no group differences were found for PD patients relative to matched control subjects. **LIMITATIONS:** The sample size was limited, however, all patients were drug-free at the time of testing. **Conclusions:** The PD + MDD patients demonstrated deficits on a task involving visual discrimination and working memory, and an attentional bias towards negatively-valenced stimuli. In addition, patients with comorbid depression provided qualitatively different responses in the areas of affective and decision-making processes.

PANIC DISORDER & CBT

POVERTY AND RESPONSE TO TREATMENT AMONG PANIC DISORDER PATIENTS IN PRIMARY CARE.

Authors : Roy-Byrne P, Sherbourne C, Miranda J, Stein M, Craske M, Golinelli D, Sullivan G.

Source : Am J Psychiatry. 2006 Aug;163(8):1419-25. Related Articles, Links

Objective: Despite well-established links between poverty and poor mental illness outcome as well as recent reports exploring racial and ethnic health disparities, little is known about the outcomes of evidence-based psychiatric treatment for poor individuals. **METHOD:** Primary care patients with panic disorder (N=232) who were participating in a randomized controlled trial comparing a cognitive behavior therapy (CBT) and pharmacotherapy intervention to usual care were divided into

those patients above (N=152) and below (N=80) the poverty line. Telephone assessments at 3, 6, 9, and 12 months were used to compare the amount of evidence-based care received as well as clinical and functional outcomes. **RESULTS:** Poor subjects were more severely ill at baseline, with more medical and psychiatric comorbidity. The increases in the amount of evidence-based care and reductions in clinical symptoms and disability were comparable in the two groups such that poorer individuals, although responding equivalently, continued to be more ill and disabled at 12 months. **CONCLUSIONS:** The comparable response of poor individuals in this study suggests that standard CBT and pharmacotherapy treatments for panic disorder do not need to be "tailored" to be effective in poor populations. However, the more severe illness both at baseline and follow-up in these poor individuals suggests that treatment programs may need to be extended in order to treat residual symptoms and disability in these patients so that they might achieve comparable levels of remission.

ANXIETY DISORDERS

COPD & ANXIETY OR DEPRESSION

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND COMORBID ANXIETY OR DEPRESSION.

Authors: Cully JA, Graham DP, Stanley MA, Ferguson CJ, Sharafkhaneh A, Soucek J, Kunik ME.

Source: Psychosomatics. 2006 Jul-Aug;47(4):312-9. Related Articles, Links

Summary: The authors examined 179 veterans with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) to determine the relative contribution of clinical depression and/or anxiety (Beck Depression and Beck Anxiety Inventories) to their quality of life (Chronic Respiratory Questionnaire and Medical Outcomes Survey Short Form). Multiple-regression procedures found that both depression and anxiety were significantly related to negative quality-of-life outcomes (anxiety with both mental and physical health quality-of-life outcomes, and depression primarily with mental health). When comorbid with COPD, mental health symptoms of depression and anxiety are some of the most salient factors associated with quality-of-life outcomes.

DEPRESSION ANXIETY & ASTHMA PATIENTS

ASSOCIATION OF DEPRESSION AND ANXIETY WITH HEALTH CARE USE AND QUALITY OF LIFE IN ASTHMA PATIENTS.

Authors: Kullowatz A, Kanniess F, Dahme B, Magnussen H, Ritz T.

Source: Respir Med. 2006 Aug 4; [Epub ahead of print] Related Articles, Links

Introduction: Demographic factors, symptom severity, and psychopathology, in particular anxiety and depression, are known to influence health care use and quality of life in asthma. Because depression and anxiety are typically correlated, we sought to explore whether depression specifically is associated with health care utilization and quality of life when effects of anxiety are controlled for. **METHOD:** In a cross-sectional questionnaire study, 88 asthma patients (46 women; age range 27-70 years) reported on symptoms and treatment of their disease, as well as anxiety and depression

(Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), general quality of life (Short Form 12 Health Survey Questionnaire, SF-12) and asthmatic-specific quality of life (Living with Asthma, LAQ). **RESULTS:** While no considerable associations between anxiety and health care use were found, the associations between higher scores in depression and hospital visits as well as days of corticosteroid intake were significant. Furthermore, considerable variance in all subscales of quality of life questionnaires was explained by higher scores in depression, even when controlling for anxiety. For anxiety scores these associations were comparable, except for physical well-being. **CONCLUSION:** Depression is an important issue in asthma, as it is substantially related to quality of life and intake of corticosteroids, and marginally to hospitalization. Routine screening for depression should be considered in hospital and primary care.

ACUTE STRESS & REWARD RESPONSIVENESS

ACUTE STRESS REDUCES REWARD RESPONSIVENESS: IMPLICATIONS FOR DEPRESSION.

Authors: Bogdan R, Pizzagalli DA.

Source: Biol Psychiatry. 2006 Jun 23; [Epub ahead of print] Related Articles, Links

Background: Stress, one of the strongest risk factors for depression, has been linked to "anhedonic" behavior and dysfunctional reward-related neural circuitry in preclinical models.

Methods: To test if acute stress reduces reward responsiveness (i.e., the ability to modulate behavior as a function of past reward), a signal-detection task coupled with a differential reinforcement schedule was utilized. Eighty female participants completed the task under both a stress condition, either threat-of-shock (n = 38) or negative performance feedback (n = 42), and a no-stress condition.

Results: Stress increased negative affect and anxiety. As hypothesized based on preclinical findings, stress, particularly the threat-of-shock condition, impaired reward responsiveness. Regression analyses indicate that self-report measures of anhedonia predicted stress-induced hedonic deficits even after controlling for anxiety symptoms.

Conclusions: These findings indicate that acute stress reduces reward responsiveness, particularly in individuals with anhedonic symptoms. Stress-induced hedonic deficit is a promising candidate mechanism linking stressful experiences to depression.

STRESS & MULTIPLE SCLEROSIS

RELATIONSHIP BETWEEN STRESS AND RELAPSE IN MULTIPLE SCLEROSIS: PART II. DIRECT AND INDIRECT RELATIONSHIPS.

Authors: Brown RF, Tennant CC, Sharrock M, Hodgkinson S, Dunn SM, Pollard JD.

Source: Mult Scler. 2006 Aug;12(4):465-75. Related Articles, Links

Objective: The aim of this two-year prospective study was to determine which factors were: (i) directly related and/or (ii) indirectly related to multiple sclerosis (MS) relapse. These factors included life-event stressors, disease, demographic, psychosocial and lifestyle factors. **BACKGROUND:** Relatively little attention has been paid to the role of non-clinical relapse

predictors (other than stressful life-events) in MS, or factors that indirectly impact on the stress-relapse relationship. **METHODS:** A total of 101 consecutive participants with MS were recruited from two MS clinics in Sydney, Australia. Stressful life-events, depression, anxiety and fatigue were assessed at study-entry and at three-monthly intervals for two years. Disease, demographic, psychosocial and lifestyle factors were assessed at baseline. Patient-reported relapses were recorded and corroborated by neurologists or evaluated against accepted relapse criteria. **RESULTS:** MS relapse was predicted by acute stressor frequency counts, coping responses that utilized social support, and being born in Australia, but not by chronic stressors, disease, demographic, psychosocial or lifestyle factors. No factors were found to indirectly impact on the stress relapse relationship.

Conclusions: The number rather than severity of stressors was most important in relation to MS relapse risk, along with coping responses that utilized social support, suggesting that MS patients should avoid situations that are likely to generate multiple stressors or which provide few avenues for social support.

STRESS & Multiple Sclerosis

RELATIONSHIP BETWEEN STRESS AND RELAPSE IN MULTIPLE SCLEROSIS: PART I. IMPORTANT FEATURES.

Authors : Brown RF, Tennant CC, Sharrock M, Hodgkinson S, Dunn SM, Pollard JD.

Source : Mult Scler. 2006 Aug;12(4):453-64. Related Articles, Links

Objective: The aim of this two-year prospective study was to examine the relationship between multiple aspects of life-event stress and relapse in multiple sclerosis (MS) patients. **Background:** Few studies have defined the critical features of this life-event stress; for example, stressor duration, frequency, severity, disease-dependency, valency, or stressor constructs, such as the propensity to cause emotional distress/threat or the frustration of life goals. **METHODS:** 101 consecutive participants with MS were recruited from two MS clinics in Sydney, Australia. Stressful life events were assessed at study-entry and at three-monthly intervals for two years. Patient-reported relapses were recorded and corroborated by neurologists or evaluated against accepted relapse criteria. **RESULTS:** Acute events, but not chronic difficulties (CDs), predicted relapse occurrence: acute stressor frequency counts predicted greater relapse risk, along with low disability score (EDSS) and being male. We also confirmed the bi-directional stress-illness hypothesis: stressors predicted relapse, and relapse separately predicted stressors.

Conclusions: Life-event stress impacts to a small degree on MS relapse. The number and not the severity of acute stressors are most important; chronic stressors do not predict later relapse. Males and those with early stage disease are also at greater risk of relapse. MS patients should be encouraged to reduce acute stressors during times of high stress, and feel reassured that disease-related chronic stressors do not increase their relapse risk.

Coping, Adolescence & SPA

COPING WITH SOCIAL PHYSIQUE ANXIETY IN ADOLESCENCE.

Authors : Kowalski KC, Mack DE, Crocker PR, Niefer CB

Fleming TL.

Source : J Adolesc Health. 2006 Aug;39(2):275.e9-16. Related Articles, Links

Summary: To explore how adolescents cope with social physique anxiety. **METHODS:** Participants were 398 female (mean age of 15.4 years, SD = 1.3) and 223 male (mean age of 15.4 years, SD = 1.1) adolescents who provided open-ended responses to a self-identified situation in which they experienced social physique anxiety. A codebook of 24 dimensions was developed to code participants' coping strategies. Measures of state and trait social physique anxiety and coping function were also completed. **RESULTS:** Females had significantly higher mean values than males on social physique anxiety scales and emotion-focused coping function. Females reported a total of 1051 strategies and males reported 473 coping strategies. The most commonly reported coping strategies were behavioral avoidance (reported by 41.5% of females and 33.2% of males), appearance management (39.9% females, 24.4% males), social support (22.1% females, 17.1% males), cognitive avoidance (20.4% females, 18.7% males), and acceptance (19.6% females, 29.0% males). Social physique anxiety in the self-identified situation was related to both trait social physique anxiety ($r = .44$, females; $r = .36$, males) and the number of strategies reported ($r = .21$, females; $r = .23$, males). **CONCLUSIONS:** First, this study provides important insight into the wide range of cognitive and behavioral coping strategies adolescents use to manage social physique anxiety. Second, the development of the codebook that was necessary to code the adolescents' open-ended coping responses has the potential to act as a starting point as a taxonomy for coping in the body domain.

ACUTE PSYCHOLOGIC STRESS & RECTAL MUCOSAL

THE EFFECT OF ACUTE PSYCHOLOGIC STRESS ON SYSTEMIC AND RECTAL MUCOSAL MEASURES OF INFLAMMATION IN ULCERATIVE COLITIS.

Authors : Mawdsley JE, Macey MG, Feakins RM, Langmead L, Rampton DS.

Source : Gastroenterology. 2006 Aug;131(2):410-9. Related Articles, Links

Background & Aims: Recent studies suggest that life events and chronic stress increase the risk of relapse in inflammatory bowel disease. Our aim was to study the effects of acute psychologic stress on systemic and rectal mucosal inflammatory responses in patients with inactive ulcerative colitis (UC). **METHODS:** Twenty-five patients with inactive UC and 11 healthy volunteers (HV) underwent an experimental stress test. Ten patients with UC and 11 HV underwent a control procedure. Before and after each procedure, systemic inflammatory response was assessed by serum interleukin (IL)-6 and IL-13 concentrations, tumor necrosis factor (TNF)-alpha and IL-6 production by lipopolysaccharide (LPS)-stimulated whole blood, leukocyte count, natural killer (NK) cell numbers, platelet activation, and platelet-leukocyte aggregate (PLA) formation. In patients with UC, rectal mucosal inflammation was assessed by TNF-alpha, IL-13, histamine and substance P release, reactive oxygen metabolite (ROM) production, mucosal blood flow (RMBF) and histology. **RESULTS:** Stress increased pulse ($P < .0001$) and systolic BP ($P < .0001$). In UC, stress increased LPS-stimulated TNF-alpha and IL-6 production by 54% ($P = .004$) and 11% ($P = .04$), respectively, leukocyte count by 16% ($P = .01$), NK cell count by 18% ($P = .0008$), platelet activation by

65% ($P < .0001$), PLA formation by 25% ($P = .004$), mucosal TNF-alpha release by 102% ($P = .03$), and ROM production by 475% ($P = .001$) and reduced rectal mucosal blood flow by 22% ($P = .05$). The control protocol did not change any of the variables measured. There were no differences between the responses of the patients with UC and HV.

Conclusions: Acute psychologic stress induces systemic and mucosal proinflammatory responses, which could contribute to exacerbations of UC in ordinary life.

PERSONALITY & ANXIETY DISORDERS

PERSONALITY AND ANXIETY DISORDERS.

Authors : Johns Hopkins

Source : Curr Psychiatry Rep. 2006 Aug;8(4):263-9. Related Articles, Links

Summary: Personality traits and most anxiety disorders are strongly related. In this article, we review existing evidence for ways in which personality traits may relate to anxiety disorders: 1) as predisposing factors, 2) as consequences, 3) as results of common etiologies, and 4) as pathoplastic factors. Based on current information, we conclude the following: 1) Personality traits such as high neuroticism, low extraversion, and personality disorder traits (particularly those from Cluster C) are at least markers of risk for certain anxiety disorders; 2) Remission from panic disorder is generally associated with partial "normalization" of personality traits; 3) Anxiety disorders in early life may influence personality development; 4) Anxiety disorders and personality traits are usefully thought of as spectra of common genetic etiologies; and 5) Extremes of personality traits indicate greater dysfunction in patients with anxiety disorders.

ANXIETY DISORDERS & SERTRALINE

A RANDOMIZED, CONTROLLED TRIAL OF THE EFFECTIVENESS OF COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY AND SERTRALINE VERSUS A WAITLIST CONTROL GROUP FOR ANXIETY DISORDERS IN OLDER ADULTS.

Authors : Schuurmans J, Comijs H, Emmelkamp PM, Gundy CM, Weijnen I, van den Hout M, van Dyck R.

Source : Am J Geriatr Psychiatry. 2006 Mar;14(3):255-63. Related Articles, Links

Objective: This study is the first to investigate the relative effectiveness of cognitive-behavioral therapy (CBT) compared with a selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI; sertraline) in a randomized, controlled trial on the treatment of anxiety disorders in older adults. **METHOD:** Eighty-four patients 60 years of age and over with a principal diagnosis of generalized anxiety disorder, panic disorder, agoraphobia, or social phobia were randomly assigned to one of three conditions: 15 sessions of CBT, pharmacologic treatment with an SSRI (sertraline; maximum dosage 150 mg), or a waitlist control group. Participants completed measures of primary outcome (anxiety) and coexistent worry and depressive symptoms at baseline, posttreatment, and at three-month follow up. **RESULTS:** Attrition rates were high in both treatment groups. Consequently, findings are based on a relatively small sample of completers ($N = 52$). Although both CBT and sertraline led

to significant improvement in anxiety, worry, and depressive symptoms both at posttreatment and at three-month follow up, sertraline showed superior results on worry symptoms. Effect size estimates for CBT were in the small to medium range both at posttreatment (mean $d = 0.42$) and at three-month follow up (mean $d = 0.35$), whereas effect sizes for sertraline fell into the large range (posttreatment mean $d = 0.94$ and three-month follow up mean $d = 1.02$). The waitlist condition showed virtually no effects (posttreatment mean $d = .03$).

Conclusions: Our findings strongly suggest that the pharmacologic treatment of late-life anxiety with SSRIs has not been given the proper attention in research to date.

PREOPERATIVE ANXIETY & CHILDREN

PREOPERATIVE ANXIETY, POSTOPERATIVE PAIN, AND BEHAVIORAL RECOVERY IN YOUNG CHILDREN UNDERGOING SURGERY.

Authors : Kain ZN, Mayes LC, Caldwell-Andrews AA, Karas DE, McClain BC.

Source : Pediatrics. 2006 Aug;118(2):651-8. Related Articles, Links

Objective: Findings from published studies suggest that the postoperative recovery process is more painful, slower, and more complicated in adult patients who had high levels of preoperative anxiety. To date, no similar investigation has ever been conducted in young children.

METHODS: We recruited 241 children aged 5 to 12 years scheduled to undergo elective outpatient tonsillectomy and adenoidectomy. Before surgery, we assessed child and parental situational anxiety and temperament. After surgery, all subjects were admitted to a research unit in which postoperative pain and analgesic consumption were assessed every 3 hours. After 24 hours in the hospital, children were discharged and followed up at home for the next 14 days. Pain management at home was standardized.

RESULTS: Parental assessment of pain in their child showed that anxious children experienced significantly more pain both during the hospital stay and over the first 3 days at home. During home recovery, anxious children also consumed, on average, significantly more codeine and acetaminophen compared with the children who were not anxious. Anxious children also had a higher incidence of emergence delirium compared with the children who were not anxious (9.7% vs 1.5%) and had a higher incidence of postoperative anxiety and sleep problems.

Conclusions: Preoperative anxiety in young children undergoing surgery is associated with a more painful postoperative recovery and a higher incidence of sleep and other problems.

SAD & CHART REVIEW STUDY

CLINICAL FEATURES AND TREATMENT OUTCOME IN JAPANESE PATIENTS WITH SOCIAL ANXIETY DISORDER: CHART REVIEW STUDY.

Authors : Shindo M, Shioiri T, Kuwabara H, Maruyama M, Tamura R, Someya T.

Source : Psychiatry Clin Neurosci. 2006 Aug;60(4):410-6. Related Articles, Links

Summary: The lifetime prevalence of social anxiety disorder (SAD) is high at 3-13%, but there have been only limited reports

investigating the clinical features of this disorder in a large number of Japanese patients. The authors have conducted a retrospective, chart review study of 52 patients with SAD and obtained the following results. (i) The proportion of SAD in first visit outpatients at the Department of Psychiatry, Niigata University Medical and Dental Hospital, Niigata, Japan, was 1.04%. The male : female ratio was 1:0.73, so male patients appeared to be more common in the sample. (ii) With regard to subtype, generalized type (73% of the patients) was more common than non-generalized type (27%). (iii) The mean age of onset was 18.6 +/- 7.8 years, and there was a trend towards onset of disease at a younger age in the generalized type compared to the non-generalized type. (iv) The most common chief complaint was anxiety and tension in front of others (40.4%). (v) Pharmacotherapy resulted in improvement in 63.5% of the patients. Treatment by fluvoxamine and alprazolam resulted in high response rates of more than 70%.

ANXIETY & EXTERNALIZING DISORDERS

▪ RELATIONSHIPS BETWEEN ANXIETY AND EXTERNALIZING DISORDERS IN YOUTH: THE INFLUENCES OF AGE AND GENDER.

Authors : Marmorstein NR.

Source : J Anxiety Disord. 2006 Jul 26; [Epub ahead of print] Related Articles, Links

Summary: Minimal information about the relationship between anxiety disorders and externalizing disorders in youth is available. This study examined relationships between different specific anxiety and externalizing disorders and examined whether these associations varied by age and gender. The Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders (MECA) data set, consisting of youth from ages 9 to 17 recruited at four sites across the United States using a probability sampling method, was used. Results indicated that all externalizing disorders (attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder) were positively related to a range of anxiety disorders. The magnitude of these associations tended to be stronger for males than for females (particularly for associations between social phobia and all externalizing disorders) and at younger, compared to older, ages (particularly for the association between oppositional defiant disorder and overanxious disorder). The cross-sectional positive relationships between externalizing and anxiety disorders vary somewhat based on gender, age, and which specific pair of disorders is examined; this may help explain the discrepant findings of previous research in this area.

ANXIETY & PRIMARY CARE

▪ ANXIETY IN PRIMARY CARE.

Authors : Demertzis KH, Craske MG.

Source : Curr Psychiatry Rep. 2006 Aug;8(4):291-7. Related Articles, Links

Summary: Anxiety disorders are common within primary care (PC) settings and are associated with patient functional impairment, distress, and high utilization of medical care services. Data from PC settings indicate that detection of anxiety disorders is low. Furthermore, adequate psychosocial and pharmacologic treatment of anxiety disorders in accordance with empirically validated guidelines

remains low in PC. When patients do receive treatment or referrals from their PC providers, a bias exists for pharmacologic over psychological interventions despite theoretical strengths, empirical evidence, and long-term cost efficiency supporting the use of psychotherapeutic interventions such as cognitive-behavioral therapy (CBT). Objectives of this article include increasing awareness of the prevalence of anxiety disorders in PC, impairment associated with anxiety disorders, issues of detection of anxiety in PC, treatment model and components of CBT, and data supporting the application of CBT to PC to improve patient functioning.

ANXIETY DISORDERS

▪ NEUROPROTEOMICS: RELEVANCE TO ANXIETY DISORDERS.

Authors : Uys JD, Stein DJ, Daniels WM.

Source : Curr Psychiatry Rep. 2006 Aug;8(4):286-90. Related Articles, Links

Summary: Despite advances in the treatment of anxiety disorders, there is a need for medications with greater efficacy and fewer side effects. Advances in techniques to facilitate high throughput, mass analysis of proteins potentially allows for new drug targets, with a shift in focus from membrane receptor proteins and enzymes of neurotransmitter metabolism to molecules in intracellular signal transduction and other pathways. A computerized literature search was done to collect studies on recently developed proteomic techniques and their application in psychiatric research. Particular techniques, such as two-dimensional electrophoresis, two-dimensional differential gel electrophoresis, isotope-coded affinity tags, and isotope tags for relative and absolute quantification, are reviewed. In addition, a combination of these techniques with MALDI-TOF/TOF and ESI-Q-TOF mass spectrometry analysis is discussed in relation to possible novel signaling pathways relevant to anxiety disorders, and to the development of biomarkers for the evaluation of these conditions.

ANXIETY, DEPRESSION & RUMINATION

▪ SOCIAL ANXIETY, DEPRESSIVE SYMPTOMS, AND POST-EVENT RUMINATION: AFFECTIVE CONSEQUENCES AND SOCIAL CONTEXTUAL INFLUENCES.

Authors : Kashdan TB, Roberts JE.

Source : J Anxiety Disord. 2006 Jul 19; [Epub ahead of print] Related Articles, Links

Summary: Using a self-presentation perspective, we hypothesized that during social interactions in which social attractiveness could be easily appraised by others, more socially anxious individuals would be more prone to ruminate and rumination would have more adverse emotional consequences. After assessing social anxiety and depressive symptoms, unacquainted college students participated in 45-min structured social interactions manipulated to induce personal self-disclosure or mimic superficial, small-talk. Affective experiences were assessed immediately after and 24h after social interactions. Results found that social anxiety was associated with negative post-event rumination more strongly among those with elevated depressive symptoms. Further, at higher levels of social anxiety, post-event rumination was associated with increases in NA following personal disclosure interactions and decreases in NA following small-talk interactions. Individuals with more depressive symptoms

experienced increases in NA following small-talk interactions, but not personal disclosure interactions. Contrary to expectation, positive relations between social anxiety and rumination were not mediated by self-presentation concerns during interactions. Fitting with relevant theory, findings implicated symptom and social contextual variables that moderate the affective consequences of rumination.

CHILDREN, MEMORY DEFICITS & ANXIETY

MEMORY DEFICITS IN CHILDREN WITH AND AT RISK FOR ANXIETY DISORDERS.

Authors : Vasa RA, Roberson-Nay R, Klein RG, Mannuzza S, Moulton JL 3rd, Guardino M, Merikangas A, Carlino AR, Pine DS.

Source : *Depress Anxiety*. 2006 Jul 18; [Epub ahead of print] Related Articles, Links

Summary: There are limited data on the neurocognitive correlates of childhood anxiety disorders. The objective of this study was to examine whether visual and verbal memory deficits of nonemotional stimuli are (1) a shared feature of three common childhood anxiety disorders (social phobia, separation anxiety disorder, and generalized anxiety disorder) or whether these deficits are restricted to specific anxiety disorders, and (2) present in offspring who possess at least one of the following established risk factors for anxiety disorders, parental history of panic disorder (PD), or major depressive disorder (MDD). One hundred and sixty offspring, ages 9-20 years, were recruited from parents with lifetime diagnoses of PD, MDD, PD plus MDD, or neither illness. Different clinicians blindly administered semistructured diagnostic interviews to offspring and parents. Verbal and visual memory subtests of the Wide Range Assessment of Memory and Learning were administered to offspring. The results showed that offspring with ongoing social phobia demonstrated reduced visual but not verbal memory scores compared to those without social phobia when controlling for offspring IQ, separation anxiety disorder, and generalized anxiety disorder. No other offspring anxiety disorder predicted memory performance. Neither parental PD nor parental MDD was associated with offspring memory performance. These findings are relevant to understanding the phenomenology of childhood anxiety disorders and may provide insights into the neural circuits underlying these disorders. *Depression and Anxiety* 0:1-10, 2006. copy;Published 2006 Wiley-Liss, Inc.

ASD & DISTRESSING INFORMATION

THE INFLUENCE OF DISTRESSING INFORMATION ON MEMORY IN ACUTE STRESS DISORDER

Abstract : Acute stress disorder (ASD) is purportedly characterized by impaired encoding of aversive material. In this study ASD, trauma-exposed non-ASD, and non-traumatized control participants (N = 45) were administered intermixed presentations of either distressing (i.e. disfigured) or neutral faces. For each presentation, two words were presented centrally to the image and two were presented peripherally. Participants were subsequently administered recall and recognition tests for the presented words. Participants recalled more words presented centrally to neutral images than those presented centrally to trauma images. Dissociative tendencies were negatively correlated with recognition of words centrally presented with distressing

stimuli. These findings are consistent with the proposal that dissociative reactions are associated with impaired memory for distress-related information.

KeyWords: Memory; trauma; dissociation; emotion.

DISSOCIATION, ASD & HV

DISSOCIATION IN ACUTE STRESS DISORDER AFTER A HYPERVENTILATION PROVOCATION TEST

Abstract : This study investigated the relationship of hyperarousal and dissociation in acute stress disorder (ASD). Civilian trauma survivors with ASD (n = 17) and without ASD (n = 15) and non-traumatized controls (n = 14) completed a hyperventilation provocation test and were administered the Beck Anxiety Inventory, the Anxiety Sensitivity Index, the Dissociative Experiences Scale, the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire, the Physical Reactions Scale, and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. Individuals with ASD demonstrated more panic, dissociation, and maladaptive interpretations about their arousal during the hyperventilation than non-ASD or control participants. Dissociation was associated with anxiety sensitivity and peritraumatic panic attacks. These findings suggest that hyperarousal and dissociation are highly associated in ASD and that catastrophic attributions may play a mediating role in this relationship.

Keywords: ASD; arousal; dissociation; hyperventilation; cognition.

MAGICAL THINKING, OCD & PD

MAGICAL THINKING IN OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER, PANIC DISORDER AND THE GENERAL COMMUNITY

Abstract : Magical Ideation was examined in 71 individuals across four groups matched, where possible, for gender and age. These groups were: (1) Obsessive Compulsive Disorder (OCD) patients with cleaning compulsions (n = 11); (2) OCD patients with checking compulsions (n = 20); (3) panic disorder patients with minimal obsessive compulsive symptoms (n = 19); (4) a "normal" control group with minimal obsessive compulsive symptoms (n = 21). The Magical Ideation Scale (MI, Eckblad and Chapman, 1983), the Obsessive Compulsive Inventory-Short Version (OCI-SV; Foa et al., 2002) and the Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory (MOCI, Hodgson and Rachman, 1977) were administered to all participants. A one-way Anova was conducted with four planned contrasts. As expected, the OCD groups obtained magical ideation scores higher than the normal subjects. This suggests that OCD patients engage in more magical thinking tendencies than non-anxious controls. Similarly, OCD participants obtained a mean magical ideation score significantly higher than the panic disorder group, suggesting that obsessional compulsive patients are more likely to exhibit magical thinking than individuals with panic disorder. Of note, panic disorder and control group means on MI did not differ significantly. Finally, individuals with obsessive cleaning compulsions displayed higher levels of magical thinking compared to individuals with obsessive checking compulsions, despite no difference in severity of their obsessive compulsive symptoms. This observation was counter to previous findings (Einstein and Menzies, 2004a; Einstein and Menzies, 2004b).

Keywords: Schizotypy; obsessive compulsive disorder; magical thinking.

SEROTONIN , P.S.R & AD

▪ **DEPLETING SEROTONIN ENHANCES BOTH CARDIOVASCULAR AND PSYCHOLOGICAL STRESS REACTIVITY IN RECOVERED PATIENTS WITH ANXIETY DISORDERS.**

Authors : Davies SJ, Hood SD, Argyropoulos SV, Morris K, Bell C, Witchel HJ, Jackson PR, Nutt DJ, Potokar JP.

Source : J Clin Psychopharmacol. 2006 Aug;26(4):414-8. Related Articles, Links

Summary: Serotonin-promoting drugs show cardioprotective properties in patients with anxiety or depression, but it is not known if this is a direct effect of increasing serotonin. We aimed to characterize the effect of serotonin manipulation through acute tryptophan depletion on cardiovascular and psychological responses to stress challenge in recovered patients with anxiety disorders (panic disorder treated by selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) or cognitive behavioral therapy, social anxiety disorder treated by SSRIs), we performed a double-blind randomized crossover study. On 2 separate days, the subjects ingested an acute tryptophan-depleting (aTD) or nondepleting (nD) drink in random order and underwent a stress challenge at time of maximum depletion. Systolic blood pressure ($P = 0.007$; diff = 9.0 mm Hg; 95% confidence interval (CI), 2.6-15.3 mm Hg) and diastolic blood pressure ($P = 0.032$; diff = 5.7 mm Hg; 95% CI, 0.6-10.9 mm Hg) responses to stress were significantly greater under aTD than nD, as were the psychological responses to stress (for Spielberger state anxiety, difference in stress response between aTD and nD = 7.11; $P = 0.025$). Blood pressure responses to stress showed no correlation with psychological responses. The significant increases in acute stress sensitivity in both cardiovascular and psychological domains on serotonin depletion suggest that serotonin is involved in the control of both cardiovascular and psychological aspects of the acute stress response. The lack of correlation in the difference between aTD and nD conditions in cardiovascular and psychological responses suggests that serotonin may have distinct effects on these 2 domains, rather than the cardiovascular responses being merely a secondary consequence of psychological changes.

ANXIETY, DEPRESSION & Epilepsy

▪ **INTERICTAL ANXIETY AND DEPRESSION SYMPTOMS IN NIGERIANS WITH EPILEPSY: A CONTROLLED STUDY.**

Authors : Fatoye F, Mosaku KS, Komolafe M, Adewuya AO.

Source : Epilepsy Behav. 2006 Jul 21; [Epub ahead of print] Related Articles, Links

Summary: The goals of this study were to compare symptoms of anxiety and depression between patients with epilepsy and a healthy control group, and to determine the possible factors associated with clinically significant anxiety and depression symptoms in patients with epilepsy. One hundred and four adult Nigerians (52 with epilepsy and 52 matched healthy controls) were assessed with the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). The results obtained indicated a statistically significant difference in anxiety and depression symptoms between patients with epilepsy and controls. The association between anxiety symptoms and polytherapy was significant ($P=0.008$), as was the association between

depression symptoms and duration of epilepsy longer than 10 years ($P=0.04$). Emotional problems are more common in patients with epilepsy than in the general population. Identifying and monitoring those with epilepsy of long duration and rational prescription of antiepileptic drugs are important in reducing the risk of affective problems.

BIPOLAR DISORDERS (BD)

BD&Anxiety Disorders

▪ **PROSPECTIVE 12-MONTH COURSE OF BIPOLAR DISORDER IN OUT-PATIENTS WITH AND WITHOUT COMORBID ANXIETY DISORDERS.**

Authors : Otto MW, Simon NM, Wisniewski SR, Miklowitz DJ, Kogan JN, Reilly-Harrington NA, Frank E, Nierenberg AA, Marangell LB, Sagduyu K, Weiss RD, Miyahara S, Thas ME, Sachs GS, Pollack MH; STEP-BD Investigators.

Source : Br J Psychiatry. 2006 Jul;189:20-5. Related Articles, Links

Summary: The impact of anxiety disorders has not been well delineated in prospective studies of bipolar disorder. AIMS: To examine the association between anxiety and course of bipolar disorder, as defined by mood episodes, quality of life and role functioning.

METHOD: A thousand thousand out-patients with bipolar disorder were followed prospectively for 1 year.

RESULTS: A current comorbid anxiety disorder (present in 31.9% of participants) was associated with fewer days well, a lower likelihood of timely recovery from depression, risk of earlier relapse, lower quality of life and diminished role function over 1 year of prospective study. The negative impact was greater with multiple anxiety disorders.

CONCLUSIONS: Anxiety disorders, including those present during relative euthymia, predicted a poorer bipolar course. The detrimental effects of anxiety were not simply a feature of mood state. Treatment studies targeting anxiety disorders will help to clarify the nature of the impact of anxiety on bipolar course.

DEPRESSION & ZONISAMIDE

▪ **AN OPEN PROSPECTIVE STUDY OF ZONISAMIDE IN ACUTE BIPOLAR DEPRESSION.**

Authors : Ghaemi SN, Zablotsky B, Filkowski MM, Dunn RT, Pardo TB, Isenstein E, Baldassano CF.

Source : J Clin Psychopharmacol. 2006 Aug;26(4):385-8. Related Articles, Links

Objective: To examine the effectiveness and safety of zonisamide in the treatment of acute bipolar depression. **Methods:** An open-label, prospective, nonrandomized, 8-week study conducted in bipolar outpatients (type I, type II, or not otherwise specified) with depressive symptoms. No patient was manic or mixed at study entry. Previous treatments were continued unchanged, but no new treatments were allowed. Montgomery Asberg Depression Rating Scale and the Mania Rating Scale from the Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia-Change Version were used.

Results: Twenty patients (10 men, 10 women) with bipolar disorder (17 type I, 2 type II, 1 NOS), aged 38.1 +/- 8.81 years, received zonisamide at mean dose of 222.5 +/- 85.1 mg/d. Mean Montgomery Asberg Depression Rating Scale scores

improved significantly from baseline to endpoint (mean difference = -8.4, 95% confidence interval [4.1, 12.6], $P = 0.001$). Ten patients (50%) terminated early due to adverse effects, mostly side effects including nausea/vomiting, cognitive impairment, and sedation. One patient experienced increased suicidal ideation, and one patient experienced hypomania.

Conclusions: This study suggests improvement of depressive symptoms in this sample with 8 weeks of open-label zonisamide treatment.

AGITATED UMD

AGITATED "UNIPOLAR" MAJOR DEPRESSION: PREVALENCE, PHENOMENOLOGY, AND OUTCOME.

Authors : Maj M, Pirozzi R, Magliano L, Fiorillo A, Bartoli L.

Source : J Clin Psychiatry. 2006 May;67(5):712-9. Related Articles, Links

Objective: This study aimed to explore how prevalent agitated "unipolar" major depression is, whether it belongs to the bipolar spectrum, and whether it differs from nonagitated "unipolar" major depression with respect to course and outcome.

Method: The study was conducted from January 1, 1978, to December 31, 1996. From 361 patients with major depressive disorder, the authors selected those fulfilling Research Diagnostic Criteria for agitated depression. These 94 patients were compared to 94 randomly recruited patients with nonagitated major depressive disorder regarding demographic and historical features, the clinical characteristics of the index episode, the percentage of time spent in an affective episode during a prospective observation period, and the 5-year outcome. Patients with agitated major depressive disorder who had at least 2 manic/hypomanic symptoms in their index episode were compared to the other patients with agitated major depressive disorder with respect to the same variables.

Results: Patients with agitated major depressive disorder were more likely to receive antipsychotics during their index episode and spent a higher proportion of time in an affective episode during the observation period compared with patients with nonagitated major depressive disorder. The presence of at least 2 manic/hypomanic symptoms in the index episode was associated with a higher rate of family history of bipolar I disorder, a higher score for suicidal thoughts during the episode, a longer duration of the episode, and a higher affective morbidity during the observation period.

Conclusion: The diagnosis of agitated major depressive disorder is not uncommon and has significant therapeutic and prognostic implications. The subgroup of patients with at least 2 manic/hypomanic symptoms may suffer from a mixed state and/or belong to the bipolar spectrum.

BD, OLANZAPINE-FLUOXETINE

A 24-WEEK OPEN-LABEL EXTENSION STUDY OF OLANZAPINE-FLUOXETINE COMBINATION AND OLANZAPINE MONOTHERAPY IN THE TREATMENT OF BIPOLAR DEPRESSION.

Authors : Corya SA, Perlis RH, Keck PE Jr, Lin DY, Case MG, Williamson DJ, Tohen MF.

Source : J Clin Psychiatry. 2006 May;67(5):798-806. Related Articles, Links

Objective: Olanzapine-fluoxetine combination has shown

efficacy in the acute treatment of depressive episodes in patients with bipolar I disorder. The present analyses examined the efficacy and safety of longer term treatment with olanzapine-fluoxetine combination or olanzapine monotherapy in a 6-month open-label extension study.

Method: 376 patients with DSM-IV bipolar I disorder, depressed, who completed an acute trial entered the open-label study and received 1 week of olanzapine monotherapy (5-20 mg/day). At all subsequent visits, patients could choose between olanzapine monotherapy or olanzapine-fluoxetine combination (6/25, 6/50, or 12/50 mg/day). Three treatment groups were defined retrospectively according to the medication course taken from week 1: olanzapine, olanzapine-fluoxetine combination, or switched. The efficacy measures were the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS), Clinical Global Impressions-Bipolar Version, and Young Mania Rating Scale. The study was conducted from July 2000 to May 2002.

Results: Among patients who started in remission, MADRS total scores did not change significantly from baseline to endpoint in the olanzapine-fluoxetine combination (0.8) or olanzapine (0.3) groups, but increased slightly in the switched (2.3, $p = .02$) group. For patients who started in nonremission, MADRS total scores decreased significantly in all groups (olanzapine-fluoxetine combination: -5.7, $p = .001$; olanzapine: -11.6, $p = .004$; switched: -6.4, $p = .015$). The majority of patients who entered the study in nonremission achieved remission (MADRS total score $< \text{or} = 12$) during the trial (olanzapine-fluoxetine combination: 66.7%, olanzapine: 64.7%, switched: 62.5%). The overall rate of depressive relapse was 27.4%, and the overall incidence of mania emergence was 5.9%.

Conclusions: The present findings suggest that long-term treatment with olanzapine-fluoxetine combination may be a useful option for the management of depressive symptoms and carries a low risk of mania emergence.

BD, LAMOTRIGINE & CITALOPRAM

RANDOMIZED, DOUBLE-BLIND PILOT TRIAL COMPARING LAMOTRIGINE VERSUS CITALOPRAM FOR THE TREATMENT OF BIPOLAR DEPRESSION.

Authors : Schaffer A, Zuker P, Levitt A.

Source : J Affect Disord. 2006 Jun 30; [Epub ahead of print] Related Articles, Links

Background: Uncertainty exists regarding the best approach for treating bipolar depression among patients already receiving a first-line mood stabilizer. The aim of this pilot study was to compare adding a second mood stabilizer or an antidepressant at this treatment decision point.

Methods: Twelve-week, randomized, double-blind pilot trial comparing the addition of lamotrigine or citalopram for bipolar depressed patients on mood stabilizer medication. Change in depressive symptoms and risk of switch were examined. **Results:** Twenty subjects were randomized. Each treatment group experienced a significant mean reduction in total MADRS scores (citalopram Delta - 14.2, $p=0.002$; lamotrigine Delta - 13.3, $p=0.001$), and there was no significant difference between treatment groups ($p=0.78$). Total response rates increased from 31.6% at week 6 to 52.6% at week 12. One out of ten patients in each group experienced a switch to hypomania.

Limitations: Small sample size. Lack of a placebo arm.

Conclusions: Results of this small trial suggest that both lamotrigine and citalopram appear to be reasonable choices as add-on acute treatment for bipolar depression, with response rates continuing to rise considerably past 6 weeks of treatment.

MAJOR DEPRESSIVE DISORDER (MDD)

SEVERE DEPRESSION & MST

ANESTHETIC CONSIDERATIONS FOR MAGNETIC SEIZURE THERAPY: A NOVEL THERAPY FOR SEVERE DEPRESSION.

Authors : White PF, Amos Q, Zhang Y, Stool L, Husain MM, Thornton L, Downing M, McClintock S, Lisanby SH.

Source : Anesth Analg. 2006 Jul;103(1):76-80, table of contents. Related Articles, Links

Summary: Electroconvulsive therapy (ECT) is a highly effective treatment for severe depression. However, its use is associated with significant posttreatment cognitive impairment. Magnetic seizure therapy (MST) was developed as an alternative therapy that could reduce postseizure side effects through the induction of more "focal" seizure activity. Using an open-parallel study design, we compared 20 case-matched patients undergoing a series of either ECT or MST procedures with respect to their anesthetic, muscle relaxant, and cardiovascular drug requirements, effects on cardiovascular and electroencephalographic bispectral index (BIS) values, and early recovery times. We found that MST was associated with a reduced time to orientation (4 +/- 1 versus 18 +/- 5 min; $P < 0.01$) compared with ECT. To minimize residual muscle paralysis after MST, a reduction in the succinylcholine dosage (38 +/- 17 versus 97 +/- 2 mg; $P < 0.01$) was required. The BIS values were higher before, and lower immediately after, the stimulus was applied in the MST (versus ECT) group. The Hamilton depression rating scale score was significantly reduced from the baseline value in both treatment groups; however, the posttreatment score was lower after the series of ECT treatments (6 +/- 6 versus 14 +/- 10; $P < 0.05$). We conclude that MST was associated with a decreased requirement for muscle relaxants, reduced variability in the BIS values after seizure induction, and a more rapid recovery of cognitive function compared with ECT. Further studies are required to evaluate the antidepressant efficacy of MST versus ECT when they are administered at comparable levels of cerebral stimulation.

DEPRESSION, TIANEPTINE & MYOCARDIAL INFARCTION

TREATMENT OF DEPRESSION IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION WITH TIANEPTINE

Authors : Kachkovskii MA, Kriukov NN.

AIM: To study efficacy and acceptability of tianeptine in treatment of depression in patients with myocardial infarction (MI). **MATERIAL AND METHODS:** A group of 416 patients (253 men and 163 women) from 35 till 89 years old with MI was studied. Depression was diagnosed in 113 of them (27.2 %) by the use of Zung depression scale and CD-10 criteria. Tianeptine treatment was given to 55 patients (25-37.5 mg/day for 3.3 months), 58 patients were in control group. **RESULTS:** Tianeptine treatment of depression in patients with MI in 3-7 days led to decrease of feeling of depression and lowering of anxiety. Depression decreased in 9.4% patients of this group in 2 months. After 2 months depression was diagnosed in 55.7 % of patients who did not receive the antidepressant. During 1 year patients, who were treated by tianeptine, had 31% lower number of hospitalizations due to exacerbations of

cardiovascular diseases. Patients had a good tolerance of tianeptine treatment independently of age. **CONCLUSION:** Tianeptine treatment of depression in patients with MI is effective, safe, well tolerated by patients and allows to decrease number of hospitalizations because of complications of cardiovascular diseases during 1 year.

DEPRESSION, ADOLESCENT & YOUNG ADULTHOOD

THE OUTCOME OF EPISODIC VERSUS PERSISTENT ADOLESCENT DEPRESSION IN YOUNG ADULTHOOD.

Authors : Steinhausen HC, Haslimeier C, Winkler Metzke C.

Source : J Affect Disord. 2006 Jun 30; [Epub ahead of print] Related Articles, Links

Objective: Study of the impact of episodic and persistent depression on psychosocial and mental functioning of young adults.

Methods: In a longitudinal representative community sample, four groups of subjects were identified who were depressed either in pre-adolescence, late adolescence or young adulthood or persistently depressed across time, and compared among each other and with a young adult control group. The 90th percentile on one or two self-reported symptom scales (i.e., the Center for Epidemiological Depression Scale (CES-D) or the Anxious/Depressed subscale of either the Youth Self-Report (YSR) or the Young Adult Self-Report (YASR)) served as the cut-off for the depression groups. Outcome was studied with regard to various psychosocial variables including life events, coping, self-related cognitions, size and efficiency of the social network, perceived parental behaviour, family relations and mental functioning.

Results: For the large majority of psychosocial variables, the persistent depression group showed the most abnormal scores. The YASR profile of mental functioning at outcome of the persistent depression group was also clearly distinguishable by higher scores from all other groups on the majority of scales. On a few scales, the young adult episodic group was not significantly different from the persistent depression group.

Conclusion: This study shows that persistent rather than episodic adolescent depression carries a risk for abnormal psychosocial and mental functioning in young adulthood. The study also reflects the burden of young adult depression.

COMB, DROPOTUS & CBASP

DROPOUTS VERSUS COMPLETERS AMONG CHRONICALLY DEPRESSED OUTPATIENTS.

Authors : Arnow BA, Blasey C, Manber R, Constantino MJ, Markowitz JC, Klein DN, Thase M, Kocsis JH, Rush AJ.

Source : J Affect Disord. 2006 Jul 18; [Epub ahead of print] Related Articles, Links

Background: Premature termination is common among patients treated for depression with either pharmacotherapy or psychotherapy. Yet little is known about factors associated with premature treatment termination among depressed patients. **Methods:** This study examines predictors of, time to, and reasons for dropout from the 12-week acute phase treatment of nonpsychotic adult outpatients, age 18-75, with chronic major depression who were randomly assigned to nefazadone alone (MED), cognitive behavioral analysis system of psychotherapy alone (CBASP) or both treatments (COMB).

Results: Of 681 randomized study participants, 156 were in

defined as dropouts. Dropout rates were equivalent across the three treatments. Among dropouts, those in COMB remained in treatment (Mean=40 days) significantly longer than those either MED (Mean=27 days) or CBASP (Mean=28 days).

Dropouts attributed to medication side-effects were significantly lower in COMB than in MED, suggesting that the relationship with the psychotherapist may increase patient willingness to tolerate side-effects associated with antidepressant medications. Ethnic or racial minority status, younger age, lower income, and co-morbid anxiety disorders significantly predicted dropout in the full sample. Within treatments, differences between completers and dropouts in minority status and the prevalence of anxiety disorders were most pronounced in MED. Among those receiving CBASP, dropouts had significantly lower therapeutic alliance scores than completers. LIMITATIONS: The sample included only individuals with chronic depression.

Conclusions: Predictors of dropout included baseline patient characteristics, but not early response to treatment. Ethnic and racial minorities and those with comorbid anxiety are at higher risk of premature termination, particularly in pharmacotherapy, and may require modified treatment strategies.

MDD, Reboxetine And Venlafaxine XR

■ COMPARISON OF EFFICACY AND TOLERABILITY OF REBOXETINE AND VENLAFAXINE XR IN MAJOR DEPRESSION AND MAJOR DEPRESSION WITH ANXIETY FEATURES: AN OPEN LABEL STUDY.

Authors : Akkaya C, Sivrioglu EY, Akgoz S, Eker SS, Kirli S.

Source : Hum Psychopharmacol. 2006 Jul;21(5):337-45. Related Articles, Links

Objective: The aim of this study was to compare the efficacy and tolerability of reboxetine in the treatment of major depressive disorder (MDD) and MDD with anxiety features to venlafaxine XR.

Method: Patients with MDD, aging 18 between 65 years, were randomly allocated to two groups receiving either open-label venlafaxine XR capsules (n = 50) or reboxetine tablets (n = 43). Subjects were administered Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) and Hamilton Anxiety Scale (HAM-A) at baseline and 2, 4, 7, 10 weeks after the baseline visit.

Results: Response rates to antidepressant treatment were significantly higher in the venlafaxine XR group at 10th week. When patients having anxious depression were analysed separately; response rate for anxiety of reboxetine group was significantly higher at 7th week only. Mean number of side effects were significantly higher in reboxetine group. Only one subject in each group was dropped out due to side effect.

Conclusion: We may suggest that reboxetine is as effective and tolerable as venlafaxine XR in the treatment of MDD and MDD with anxiety features, and it may be considered a treatment option to venlafaxine XR.

MDD & Duloxetine

■ DULOXETINE FOR THE TREATMENT OF MAJOR DEPRESSIVE DISORDER: SAFETY AND TOLERABILITY ASSOCIATED WITH DOSE ESCALATION.

Authors : Wohlreich MM, Mallinckrodt CH, Prakash A, Watkin JG, Carter WP.

Source : Depress Anxiety. 2006 Jul 14; [Epub ahead of print] Related Articles, Links

Summary: Duloxetine has demonstrated efficacy for the treatment of major depressive disorder (MDD) at a dose of 60mg/day (given once daily). Whereas the target dose for the majority of patients is 60 mg/day, higher duloxetine doses (up to 120 mg/day) have been studied using a twice-daily dosing schedule. To further investigate the pharmacological profile of duloxetine within a once-daily dosing regimen at doses above 60 mg, we examined the safety and tolerability of duloxetine during a dose escalation from 60 mg/day to 120 mg/day. This single-arm, non-placebo-controlled study incorporated a 7-week dose escalation phase, in which patients and investigators were blinded as to timing of dose increases, followed by an open-label extension phase of up to 2 years duration. Patients (age ≥ 18 years) meeting DSM-IV criteria for MDD (n=128) received placebo for 1 week, followed by duloxetine (60 mg/day) titrated after 1 week to 90 mg/day, and after a further week to 120 mg/day. The dose of 120 mg/day was then maintained for 4 weeks. The extension phase comprised an initial 6-week dose stabilization period, during which duloxetine was tapered to the lowest effective dose, followed by continuation therapy at the stabilized dose. We assessed safety using spontaneously reported treatment-emergent adverse events (TEAEs), changes in vital signs, electrocardiograms (ECGs), laboratory analytes, and visual analogue scales (VAS) for gastrointestinal (GI) disturbance. Efficacy measures included the 17-item Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D-17) total score, the Clinical Global Impression of Severity (CGI-S) and Patient Global Impression of Improvement (PGI-I) scales, and VAS assessments of pain severity and interference. The rate of discontinuation due to adverse events during the acute phase of the study was 15.6%. The most frequently reported TEAEs were nausea, headache, dry mouth, dizziness, and decreased appetite. The majority of TEAEs were associated with initial duloxetine dosing; further escalations in dose produced few additional adverse events. VAS measures of GI disturbance worsened significantly compared with baseline values after 1 week of duloxetine treatment. Subsequent assessments of GI disturbance, following dose escalation to 90 mg/day and 120 mg/day, showed either no significant difference or a significant improvement from baseline. Significant improvements ($P < .001$) were observed in all assessed depression efficacy measures, and in five of six VAS pain outcomes, during acute phase treatment. During 2 years of extension phase therapy, the rate of discontinuation due to adverse events was 11.9%, and the only TEAEs reported by $>10\%$ of patients were upper respiratory tract infection (13.1%), headache (10.7%), and insomnia (10.7%). Mean changes from baseline to the end of the extension phase in supine systolic and diastolic blood pressure were 3.8 and 0.5 mm Hg, respectively, and there were no reports of sustained hypertension. Mean increase in heart rate was 5.9 bpm, while patients exhibited a mean weight increase of 3.1 kg over 2 years of treatment. Results from this study suggest that rapid dose escalation of duloxetine (60 mg/day \rightarrow 90 mg/day \rightarrow 120 mg/day) is safe and tolerable. Despite weekly escalation, the majority of adverse events were mild and transient and occurred in the first week of duloxetine dosing (at 60 mg once daily). Long-term treatment at a stabilized duloxetine dose was associated with a relatively low incidence of TEAEs and treatment discontinuation due to adverse events. Time course profiles of body weight and heart rate showed modest increases during 2 years of treatment [ClinicalTrials.gov number, NC T000 42575]. Depression and

Anxiety 0:1-12, 2006. (c) 2006 Wiley-Liss, Inc.

DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY & WHIPLASH

FREQUENCY, TIMING, AND COURSE OF DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY AFTER WHIPLASH.

Authors : Carroll LJ, Cassidy JD, Cote P.

Source : Spine. 2006 Jul 15;31(16):E551-6. Related Articles, Links

Summary: STUDY DESIGN: Population-based incidence cohort. OBJECTIVE: To report the incidence, timing, and course of depressive symptoms after whiplash. SUMMARY OF BACKGROUND DATA: Evidence is conflicting about the frequency, time of onset, and course of depressive symptoms after whiplash.

METHODS: Adults making an insurance claim or seeking health care for traffic-related whiplash were followed by telephone interview at 6 weeks, and 3, 6, 9, and 12 months post-injury. Depressive symptoms were assessed at baseline and at each follow-up.

RESULTS: Of the 5,211 subjects reporting no pre-injury mental health problems, 42.3% (95% confidence interval, 40.9-43.6) developed depressive symptoms within 6 weeks of the injury, with subsequent onset in 17.8% (95% confidence interval, 16.5-19.2). Depressive symptoms were recurrent or persistent in 37.6% of those with early post-injury onset. Pre-injury mental health problems increased the risk of later onset depressive symptoms and of a recurrent or persistent course of early onset depressive symptoms.

CONCLUSIONS: Depressive symptomatology after whiplash is common, occurs early after the injury, and is often persistent or recurrent. This suggests that, like neck pain and headache, depressed symptomatology is part of the cluster of acute whiplash symptoms. Clinicians should be aware of both physical and psychological injuries after traffic collisions.

DEPRESSION & PREDICTION OF RECURRENCE

PREDICTION OF RECURRENCE IN RECURRENT DEPRESSION AND THE INFLUENCE OF CONSECUTIVE EPISODES ON VULNERABILITY FOR DEPRESSION: A 2-YEAR PROSPECTIVE STUDY.

Authors : Bockting CL, Spinhoven P, Koeter MW, Wouters LF, Schene AH; Depression Evaluation Longitudinal Therapy Assessment Study Group.

Source : J Clin Psychiatry. 2006 May;67(5):747-55. Related Articles, Links

Objective: Depression is a recurring disease. Identifying risk factors for recurrence is essential. The purpose of this study was to identify factors predictive of recurrence and to examine whether previous depressive episodes influence vulnerability for subsequent depression in a sample of remitted recurrently depressed patients.

Method: Recurrence was examined prospectively using the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders in 172 euthymic patients with recurrent depression (DSM-IV) recruited from February 2000 through September 2000. Illness-related characteristics, coping, and stress (life events and daily hassles) were examined as predictors.

Results: Risk factors for recurrence were a high number of previous episodes, more residual depressive symptomatology and psychopathology, and more daily hassles. Factors with

both an increasing and decreasing pathogenic effect with increasing episode number were detected.

Conclusion: We found some support for dynamic vulnerability models that posit a change of vulnerability with consecutive episodes. Preventive interventions should be considered in patients with multiple recurrences, focusing on residual symptomatology and specific coping styles.

TREATMENT RESISTANT DEPRESSION & ISTDP

INTENSIVE SHORT-TERM DYNAMIC PSYCHOTHERAPY OF TREATMENT-RESISTANT DEPRESSION: A PILOT STUDY.

Authors : Abbass AA.

Source : Depress Anxiety. 2006 Jul 14; [Epub ahead of print] Related Articles, Links

Summary: This pilot study examined the effectiveness of Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) in treatment-resistant depression (TRD). Ten patients with TRD were provided a course of ISTDP. Clinician and patient symptom and interpersonal measures were completed every 4 weeks, at termination, and in follow-up. Medication, disability, and hospital costs were compared before and after treatment. After an average of 13.6 sessions of therapy, all mean measures reached the normal range, with effect sizes ranging from 0.87 to 3.3. Gains were maintained in follow-up assessments. Treatment costs were offset by cost reductions elsewhere in the system. This open study suggests that ISTDP may be effective with this challenging patient group. A randomized, controlled trial and qualitative research are warranted to evaluate this treatment further and to examine its possible therapeutic elements. Depression and Anxiety 0:1-4, 2006. (c) 2006 Wiley-Liss, Inc.

MDD, SOMATIC SYMPTOMS & FLUOXETINE

SOMATIC SYMPTOMS IN OUTPATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER TREATED WITH FLUOXETINE.

Authors : Denninger JW, Papakostas GI, Mahal Y, Merens W, Alpert JE, Nierenberg AA, Yeung A, Fava M.

Source : Psychosomatics. 2006 Jul-Aug;47(4):348-52. Related Articles, Links

Summary: Among patients with major depressive disorder (MDD), physical and somatic symptoms are associated with a high degree of disability and healthcare utilization. However, little is known regarding the treatment of these symptoms with standard pharmacotherapy. To measure somatic symptoms of depression, the authors administered The Symptom Questionnaire (Kellner) before and after 8 weeks of open-label treatment with fluoxetine, 20 mg/day, in 170 MDD outpatients (mean age: 40.4 years). Somatic symptom scores decreased significantly after fluoxetine treatment. The degree of reduction in somatic symptoms was significantly and positively correlated with the degree of improvement in depressive symptoms as measured by the 17-item Hamilton Rating Scale for Depression (Ham-D). Somatic symptom scores at baseline did not predict the degree of reduction in Ham-D scores during treatment. However, fluoxetine-remitters had significantly lower somatic symptom scores at end-point than responders who did not remit. Taken together, these findings suggest that developing treatment strategies that successfully target somatic symptoms of depression may further improve the ability to treat depression to remission.

MDD & ASTHMA

▪ **AGE AT ONSET OF MAJOR DEPRESSION IN INNER-CITY ADULTS WITH ASTHMA.**

Authors : Solis OL, Khan DA, Brown ES.

Source : Psychosomatics. 2006 Jul-Aug;47(4):330-2. Related Articles, Links

Summary: Depression generally begins before Type II diabetes and coronary artery disease; however, no data are available on whether asthma or major depressive disorder (MDD) have an earlier onset. The age at onset of asthma and depression were collected from 85 adult asthma patients with current MDD. The mean ages at onset of asthma and MDD were 21.0 years and 28.8 years, respectively. Asthma preceded MDD in 62% of cases; MDD preceded asthma onset in 24% of cases; and asthma and MDD had a concurrent onset in 14% of the cases. In asthma patients, unlike patients with Type II diabetes and coronary artery disease, depression appears generally to occur after the onset of asthma.

DEPRESSION, CHF & CPD

▪ **COMPARISON OF MAJOR AND MINOR DEPRESSION IN OLDER MEDICAL INPATIENTS WITH CHRONIC HEART AND PULMONARY DISEASE.**

Authors : Koenig HG, Vandermeer J, Chambers A, Burr-Crutchfield L, Johnson JL.

Source : Psychosomatics. 2006 Jul-Aug;47(4):296-303. Related Articles, Links

Summary: Depressed medical inpatients with congestive heart failure (CHF) and/or chronic pulmonary disease (CPD) were examined to determine characteristics distinguishing major depression (N=413) from minor depression (N=587). Consecutively admitted patients age 50 or over were screened for depressive disorder with the Structured Clinical Interview for Depression (SCID-IV). CHF/CPD patients with major depression differed from those with minor depression not only on number and severity of depressive symptoms but also on race/ethnicity, comorbid psychiatric illnesses, dyspnea, life stressors, social support, and previous antidepressant therapy. CHF/CPD patients with major and minor depression have distinct psychosocial and physical characteristics that distinguish one from another.

Upsloping & Myocardial Ischemia

▪ **THE VALUE OF UPSLOPING ST DEPRESSION IN DIAGNOSING MYOCARDIAL ISCHEMIA.**

Authors : Polizos G, Ellestad MH.

Source : Ann Noninvasive Electrocardiol. 2006 Jul;11(3):237-40. Related Articles, Links

Summary: We evaluated the value of upsloping ST-segment depression in predicting the severity of myocardial ischemia. Comparison of the exercise electrocardiographic changes was made to myocardial perfusion images and coronary angiograms as the criteria for ischemia. We retrospectively reviewed 621 patients who underwent exercise technetium-99m tetrofosmin single photon emission computed tomography (SPECT) for the assessment of suspected or known coronary artery disease followed by coronary angiography within a 3-month period. The test sensitivity and

specificity of 1 mm horizontal or downsloping ST depression in predicting reversible ischemia as assessed by gated SPECT imaging (GSI) were 65% and 87%, respectively. The corresponding values were 67% and 94% compared to coronary angiography. The sensitivity and specificity of gated SPECT imaging compared to coronary angiography were 78% and 89%. On the other hand when 1 mm upsloping ST depression at 70 ms past the J-point was regarded as abnormal, along with horizontal and downsloping, the sensitivity and specificity were 82% and 90% compared to myocardial perfusion imaging, and 77% and 92% as assessed by coronary angiography. We conclude that upsloping ST-segment depression is associated with an increased risk of coronary artery disease and is a valuable predictor of myocardial ischemia.

QRS, ST-SEGMENT & POSTEXERCISE RECOVER

▪ **SIGNIFICANCE OF QRS DURATION CHANGES IN THE EVALUATION OF ST-SEGMENT DEPRESSION PRESENTING EXCLUSIVELY DURING THE POSTEXERCISE RECOVERY PERIOD.**

Authors : Michaelides AP, Fourlas CA, Giannopoulos N, Aggeli K, Andrikopoulos GK, Tsioufis K, Massias SS, Stefanadis CI.

Source : Ann Noninvasive Electrocardiol. 2006 Jul;11(3):241-6. Related Articles, Links

Background: The aim of this study was to evaluate the contribution of QRS prolongation in the diagnosis of coronary artery disease (CAD) in patients with exercise-induced ST-segment depression exclusively during the recovery period. *Methods*: The study population consisted of 107 patients (90 males and 17 females) aged 39-70 (mean 59 +/- 7) years who underwent a treadmill exercise test using Bruce protocol and presented ST-segment depression limited to the recovery period. Angiographic data were available for all studied patients. *Results*: Among studied patients, 74 (69%) were found to have hemodynamically significant CAD, while the remaining 33 (31%) had normal coronary arteries. Concomitant QRS prolongation was revealed in 61 (82%) of the patients with angiographically documented CAD, while in 13 (18%) patients QRS duration remained unchanged. On the contrary, only 4 (12%) of the 33 patients with normal coronary arteries showed prolonged QRS duration during ST depression, while in the remaining 29 (88%) QRS duration remained unchanged.

Conclusions: The evaluation of the concomitant QRS duration changes may discriminate patients with truly ischemia-induced ST-segment depression limited to the recovery period.

MDD, PROLACTIN & FLUOXETINE

▪ **SERUM PROLACTIN LEVELS AMONG OUTPATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER DURING THE ACUTE PHASE OF TREATMENT WITH FLUOXETINE.**

Authors : Papakostas GI, Miller KK, Petersen T, Sklarsky KG, Hilliker SE, Klibanski A, Fava M.

Source : J Clin Psychiatry. 2006 Jun;67(6):952-957. Related Articles, Links

Objective: To determine changes in serum prolactin levels in outpatients with DSM-IV-diagnosed major depressive disorder (MDD) following a 12-week open-label trial of fluoxetine. *Method*: 87 outpatients enrolled in the trial had serum prolactin levels determined at baseline and during their final visit (week 12 or discontinuation visit). In addition, serum testosterone

levels were measured in 44 of the 46 men during these 2 visits. Hyperprolactinemia was defined as a serum prolactin level greater than 16.5 ng/mL or 18.9 ng/mL for men and women, respectively. The study was conducted from September 1997 to March 2002.

Results: Of 80 patients with normal prolactin levels at baseline, 10 (12.5%) developed hyper-prolactinemia following fluoxetine treatment. Specifically, 2 (4.5%) of 44 men and 8 (22.2%) of 36 women with normal prolactin levels at baseline developed hyperprolactinemia following treatment with fluoxetine ($p = .0174$ for between-gender difference). In addition, there was a significant increase in mean \pm SD serum prolactin levels following treatment with fluoxetine in all patients with normal baseline prolactin levels (6.4 \pm 3.4 to 10.0 \pm 7.0 ng/mL, $p = .002$). There were no significant changes from baseline in testosterone levels in men following fluoxetine treatment (448.4 \pm 139.6 to 439.5 \pm 142.1 ng/dL, $p > .05$; normal above 245 ng/dL), while none of the 44 men developed low testosterone levels following fluoxetine treatment.

Conclusion: 4.5% of men and 22.2% of women with MDD developed new onset hyper-prolactinemia following fluoxetine treatment.

MDD & Bupropion XL

▪ EXTENDED-RELEASE BUPROPION FOR PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER PRESENTING WITH SYMPTOMS OF REDUCED ENERGY, PLEASURE, AND INTEREST: FINDINGS FROM A RANDOMIZED, DOUBLE-BLIND, PLACEBO-CONTROLLED STUDY.

Authors: Jefferson JW, Rush AJ, Nelson JC, Vanmeter SA, Krishen A, Hampton KD, Wightman DS, Modell JG.

Source: J Clin Psychiatry. 2006 Jun;67(6):865-873. Related Articles, Links

Objective: This multicenter, double-blind, placebo-controlled study evaluated the efficacy and safety of extended-release bupropion (bupropion XL) in the treatment of major depressive disorder (MDD) with prominent symptoms of decreased energy, pleasure, and interest.

Method: Eligible adult outpatients meeting DSM-IV criteria for MDD were randomly assigned to bupropion XL 300 to 450 mg/day ($N = 135$) or placebo ($N = 139$) for 8 weeks. The primary efficacy measure, change from baseline on the 30-item Inventory of Depressive Symptomatology-Self Report (IDS-IVR-30) total score, was obtained using interactive voice response (IVR) technology. Secondary measures included change from baseline on the 30-item Inventory of Depressive Symptomatology-Clinician-Rated (IDS-C-30) total score and change in domain subset scores for energy, pleasure, and interest; for insomnia; and for anxiety. Response and remission rates were also calculated. Safety was assessed by withdrawal rates, adverse events (AEs), body weight, and vital signs. The study was conducted from June 24, 2003, to June 30, 2004.

Results: Bupropion XL was superior to placebo at endpoint in reducing the IDS-IVR-30 total score ($p = .018$) and the energy, pleasure, and interest domain ($p = .007$) and the insomnia domain ($p = .023$) scores. IDS-C-30 outcomes were also significant ($p < .001$; $p < .001$, and $p = .008$, respectively). Clinician-rated remission rates were significantly higher with bupropion XL than placebo (32% vs. 18%, IDS-C-30; 41% vs.

27%, IDS-IVR-30), as were response rates (50% vs. 35%, IDS-C-30; 53% vs. 38%, Clinical Global Impressions-Improvement of Illness). Most AEs were mild or moderate. The incidence of a $\geq 7\%$ body weight loss was 3.7% with bupropion XL and 1.4% with placebo.

Conclusion: Bupropion XL was effective and well tolerated in MDD patients with decreased energy, pleasure, and interest

MDD, PDs & Problem-Solving Ability

▪ PROBLEM-SOLVING ABILITY AND COMORBID PERSONALITY DISORDERS IN DEPRESSED OUTPATIENTS.

Authors: Harley R, Petersen T, Scalia M, Papakostas GI, Farabaugh A, Fava M.

Source: Depress Anxiety. 2006 Jul 14; [Epub ahead of print] Related Articles, Links

Summary: Major depressive disorder (MDD) is associated with poor problem-solving abilities. In addition, certain personality disorders (PDs) that are common among patients with MDD are also associated with limited problem-solving skills. Attempts to understand the relationship between PDs and problem solving can be complicated by the presence of acute MDD. Our objective in this study was to investigate the relationships between PDs, problem-solving skills, and response to treatment among outpatients with MDD. We enrolled 312 outpatients with MDD in an open, fixed-dose, 8-week fluoxetine trial. PD diagnoses were ascertained via structured clinical interview before and after fluoxetine treatment. Subjects completed the Problem-Solving Inventory (PSI) at both time points. We used analyses of covariance (ANCOVAs) to assess relationships between PD diagnoses and PSI scores prior to treatment. Subjects were divided into three groups: those with PD diagnoses that remained stable after fluoxetine treatment ($N=91$), those who no longer met PD criteria after fluoxetine treatment ($N=119$), and those who did not meet criteria for a PD at any time point in the study ($N=95$). We used multiple chi(2) analyses to compare rates of MDD response and remission between the three PD groups. ANCOVA was also used to compare posttreatment PSI scores between PD groups. Prior to fluoxetine treatment, patients with avoidant, dependent, narcissistic, and borderline PDs reported significantly worse problem-solving ability than did patients without any PDs. Only subjects with dependent PD remained associated with poorer baseline problem-solving reports after the effects of baseline depression severity were controlled. Patients with stable PD diagnoses had significantly lower rates of MDD remission. Across PD groups, problem solving improved as MDD improved. No significant differences in posttreatment problem-solving were found between PD groups after controlling for baseline depression severity, baseline PSI score, and response to treatment. Treatment with fluoxetine is less likely to lead to remission of MDD in patients with stable PDs. More study is needed to investigate causal links between PDs, problem solving, and MDD treatment response. Depression and Anxiety 0:1-6, 2006. (c) 2006 Wiley-Liss, Inc.

MDD & Duloxetine

▪ DULOXETINE EFFICACY FOR MAJOR DEPRESSIVE DISORDER IN MALE VS. FEMALE PATIENTS: DATA FROM 7 RANDOMIZED, DOUBLE-BLIND, PLACEBO-CONTROLLED TRIALS.

Authors: Kornstein SG, Wohlreich MM, Mallinckrodt CH,

Watkin JG, Stewart DE.

Source : J Clin Psychiatry. 2006 May;67(5):761-70. Related Articles, Links

Objective: A number of studies have suggested potential gender differences in the efficacy of antidepressant medications. Pooled data from double-blind, placebo-controlled studies were utilized to compare the efficacy of duloxetine in the treatment of major depressive disorder (MDD) in male and female patients. **Method:** Efficacy data were pooled from 7 randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trials of duloxetine. These studies represent all available data from U.S. acute-phase, placebo-controlled studies of duloxetine for the treatment of MDD. Patients (aged ≥ 18 years) meeting DSM-IV criteria for MDD received duloxetine (40-120 mg/day; men, N = 318; women, N = 578) or placebo (men, N = 242; women, N = 484) for up to 9 weeks. Efficacy measures included the 17-item Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D17) total score, HAM-D17 subscales (core, Maier, anxiety, retardation, sleep), the Clinical Global Impressions-Severity of Illness scale (CGI-S) and Patient Global Impression of Improvement scale (PGI-I), the Quality of Life in Depression Scale (QLDS), and Visual Analog Scales (VAS) for pain. The first patient visit was February 1, 1999, and the last patient visit was November 27, 2002.

Results: In both male and female patients, duloxetine produced significantly greater improvement in HAM-D17, CGI-S, and PGI-I when compared with placebo ($p < .05$). Treatment-by-gender interactions did not reach statistical significance, indicating that the magnitude of duloxetine's treatment effects did not differ significantly between male and female patients. However, there was a trend for female patients to show a more robust response than male patients to both duloxetine and placebo. On the basis of VAS assessments of pain severity, duloxetine-treated female patients appeared to exhibit greater improvement than male patients, while women receiving placebo had smaller responses than placebo-treated men. Improvements in quality of life were significantly greater for both men ($p = .006$) and women ($p = .001$) receiving duloxetine than placebo and showed no significant difference by gender.

Conclusion: In this analysis of pooled data, the efficacy of duloxetine did not differ significantly in male and female patients.

MDD, BPD & PT

COMBINED TREATMENT OF MAJOR DEPRESSION IN PATIENTS WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: A COMPARISON WITH PHARMACOTHERAPY

Authors : Bellino S, Zizza M, Rinaldi C, Bogetto F.

Source : Can J Psychiatry. 2006 Jun;51(7):453-60. Related Articles, Links

Objective: Combined treatment with psychotherapy and antidepressants is more effective than monotherapies. Recent data show that combined therapy has better results in patients with depression and Axis II codiagnosis. The aim of this study was to compare combined treatment using interpersonal psychotherapy (IPT) with pharmacotherapy alone in patients with depression and borderline personality disorder (BPD).

Methods: There were 39 consecutive outpatients diagnosed with BPD who presented with a major depressive episode enrolled in this study. They were randomly assigned to 1 of 2 treatment groups: fluoxetine 20 mg to 40 mg daily or fluoxetine 20 mg to 40 mg daily plus IPT 1 session weekly. Owing to

noncompliance, 7 patients dropped out. We assessed the 32 patients who completed the 24 weeks of treatment at baseline, Week 12, and Week 24, using a semistructured interview for clinical characteristics, the Clinical Global Impression Scale (CGI), the Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), and the Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS), and 2 self-report questionnaires, that is, the Satisfaction Profile (SAT-P) for quality of life and the 64-item Inventory for Interpersonal Problems (IIP-64). We performed statistical analysis, using univariate general linear models with 2 factors: duration and type of treatment. **Results:** Changes in remission rates, CGI, and HARS score did not differ between treatments. According to changes in the HDRS scores; changes in psychological functioning and social functioning scores on the SAT-P; and changes in vindictive or self-centred, cold or distant, intrusive or needy, and socially inhibited scores on the IIP-64, combined therapy was superior to fluoxetine alone.

Conclusions: Combined therapy with IPT is more effective than antidepressant therapy alone, both in treating symptoms of major depression and in improving dimensions of quality of life and interpersonal functioning.

DEPRESSION, FEAR PERCEPTION & CORTISOL

THE ASSOCIATION BETWEEN LEVELS OF CORTISOL SECRETION AND FEAR PERCEPTION IN PATIENTS WITH REMITTED DEPRESSION PREDICTS RECURRENCE.

Authors : Bouhuys AL, Bos EH, Geerts E, van Os TW, Ormel J.

Source : J Nerv Ment Dis. 2006 Jul;194(7):478-84. Related Articles, Links

Summary: This study examines the association between cortisol secretion and fear perception in remitted patients to identify mechanisms underlying risk for recurrence of depression. We hypothesized that the stronger the association between cortisol secretion and fear perception in persons with remitted depression, the more recurrence would be experienced. We also investigated whether high levels of cortisol and fear perception per se predict more recurrence. These effects were assumed to be stronger in women than in men. In a prospective design, we investigated 77 outpatients with remitted depression and related the association between their 24-hour urinary free cortisol secretion and fear perception (from ambiguous faces and from vocal expressions) to recurrence of depression within 2 years. We applied Cox regression models, partial correlations, and Fisher z tests. In 21 patients, depression recurred. Irrespective the channel of perception (eye or ear), the interaction between fear perception and cortisol secretion was significantly related to recurrence of depression. Patients high or low on both variables are more at risk. This increased risk was also reflected by a significant association between cortisol secretion and facial fear perception, but only among subjects who experienced recurrence. A trend in the same direction was found for vocal fear perception. Fear perception and cortisol secretion per se did not predict recurrence. No gender differences were found. The association between cortisol secretion and fear perception (probably indicative for altered fear circuits in the brain) constitutes a mechanism underlying risk for recurrence of depression.

MDD & DSM-IV

DIAGNOSING MAJOR DEPRESSIVE DISORDER V: APPLYING THE DSM-IV

EXCLUSION CRITERIA IN CLINICAL PRACTICE.

Authors : Zimmerman M, McGlinchey JB, Chelminski I, Young D.

Source : J Nerv Ment Dis. 2006 Jul;194(7):530-3. Related Articles, Links

Summary: To be diagnosed with DSM-IV major depressive disorder (MDD), a patient must meet five out of nine symptom criteria, one of which is depressed mood or pervasive loss of interest or pleasure. Once a patient has reached this symptom threshold, there are several exclusionary criteria that need to be passed to receive the diagnosis. The symptoms must cause significant distress or impairment in functioning, the symptoms cannot be caused by substance use or a general medical condition, and the symptoms cannot be better accounted for by bereavement. Finally, the presence of psychotic symptoms not coincident with the depressive symptoms excludes the diagnosis. We are not aware of any studies of psychiatric patients that have examined the impact of all of these exclusionary rules on the diagnosis of MDD in clinical practice. It is important for clinicians to know how often each of these factors might exclude the diagnosis of MDD so that they can be more or less vigilant to their presence. The goal of the present report from the Rhode Island Methods to Improve Diagnostic Assessment and Services project was to examine the impact of the DSM-IV exclusion rules on the diagnosis of MDD. In total, 38 (3.0%) of the 947 patients meeting the DSM-IV symptom inclusion criteria were excluded from a diagnosis of MDD or bipolar depression. These results suggest that the DSM-IV exclusion criteria for MDD had only a modest impact on diagnosis in psychiatric outpatients. It is likely that the results of a study of the impact of the DSM-IV depression exclusion criteria will depend on where the study is conducted. The potential influence of different settings on diagnostic exclusion is discussed.

MDD, Elderly & Cost- Effectiveness

COST-EFFECTIVENESS OF A DISEASE MANAGEMENT PROGRAM FOR MAJOR DEPRESSION IN ELDERLY PRIMARY CARE PATIENTS.

Authors : Bosmans J, de Bruijne M, van Hout H, van Marwijk H, Beekman A, Bouter L, Stalman W, van Tulder M.

Source : J Gen Intern Med. 2006 Jul 7; [Epub ahead of print] Related Articles, Links

Summary: Major depression is common in older adults and is associated with increased health care costs. Depression often remains unrecognized in older adults, especially in primary care. To evaluate the cost-effectiveness of a disease management program for major depression in elderly primary care patients compared with usual care. Economic evaluation alongside a cluster randomized-controlled trial. Consecutive patients of 55 years and older were screened for depression using the Geriatric Depression Scale and the PRIME-MD was used for diagnosis. General practitioners in the intervention group received training on how to implement the disease management program consisting of screening, patient education, drug therapy with paroxetine, and supportive contacts. General practitioners in the usual care group were blind to the screening results. Treatment in this group was not restricted in any way. Severity of depression, recovery from depression, and quality of life. Resource use measured over a 12-month period using interviews and valued using standard

costs. Differences in clinical outcomes between the intervention and usual care group were small and statistically insignificant. Total costs were \$2,123 in the intervention and \$2,259 in the usual care group (mean difference -\$136, 95% confidence interval: -\$1,194; \$1,110). Cost-effectiveness planes indicated that there were no statistically significant differences in cost-effectiveness between the 2 groups. This disease management program for major depression in elderly primary care patients had no statistically significant relationship with clinical outcomes, costs, and cost-effectiveness. Therefore, based on these results, continuing usual care is recommended.

DEPRESSION, DIABETES & MULTIPLE COMPLICATIONS

IMPROVING DEPRESSION CARE IN PATIENTS WITH DIABETES AND MULTIPLE COMPLICATIONS.

Authors : Kinder LS, Katon WJ, Ludman E, Russo J, Simon G, Lin EH, Ciechanowski P, Von Korff M, Young B.

Source : J Gen Intern Med. 2006 Jul 7; [Epub ahead of print] Related Articles, Links

Summary: Depression is common in patients with diabetes, but it is often inadequately treated within primary care. Competing clinical demands and treatment resistance may make it especially difficult to improve depressive symptoms in patients with diabetes who have multiple complications. To determine whether a collaborative care intervention for depression would be as effective in patients with diabetes who had 2 or more complications as in patients with diabetes who had fewer complications. The Pathways Study was a randomized control trial comparing collaborative care case management for depression and usual primary care. This secondary analysis compared outcomes in patients with 2 or more complications to patients with fewer complications. Three hundred and twenty-nine patients with diabetes and comorbid depression were recruited through primary care clinics of a large prepaid health plan. Depression was assessed at baseline, 3, 6, and 12 months with the 20-item depression scale from the Hopkins Symptom Checklist. Diabetes complications were determined from automated patient records. The Pathways collaborative care intervention was significantly more successful at reducing depressive symptoms than usual primary care in patients with diabetes who had 2 or more complications. Patients with fewer than 2 complications experienced similar reductions in depressive symptoms in both intervention and usual care. Patients with depression and diabetes who have multiple complications may benefit most from collaborative care for depression. These findings suggest that with appropriate intervention depression can be successfully treated in patients with diabetes who have the highest severity of medical problems.

DEPRESSION & CQI

IMPACTS OF EVIDENCE-BASED QUALITY IMPROVEMENT ON DEPRESSION IN PRIMARY CARE.

Authors : Rubenstein LV, Meredith LS, Parker LE, Gordon NP, Hickey SC, Oken C, Lee ML.

Source : J Gen Intern Med. 2006 Jul 7; [Epub ahead of print]

Summary: Related Articles, Links Previous studies testing continuous quality improvement (CQI) for depression showed no effects. Methods for practices to self-improve depression care performance are needed. We assessed the impacts of

evidence-based quality improvement (EBQI), a modification of CQI, as carried out by 2 different health care systems, and collected qualitative data on the design and implementation process. Evaluate impacts of EBQI on practice-wide depression care and outcomes. Practice-level randomized experiment comparing EBQI with usual care. Six Kaiser Permanente of Northern California and 3 Veterans Administration primary care practices randomly assigned to EBQI teams (6 practices) or usual care (3 practices). Practices included 245 primary care clinicians and 250,000 patients. Researchers assisted system senior leaders to identify priorities for EBQI teams; initiated the manual-based EBQI process; and provided references and tools. Five hundred and sixty-seven representative patients with major depression. Appropriate treatment, depression, functional status, and satisfaction. Depressed patients in EBQI practices showed a trend toward more appropriate treatment compared with those in usual care (46.0% vs 39.9% at 6 months, $P=.07$), but no significant improvement in 12-month depression symptom outcomes (27.0% vs 36.1% poor depression outcome, $P=.18$). Social functioning improved significantly (mean score 65.0 vs 56.8 at 12 months, $P=.02$); physical functioning did not. Evidence-based quality improvement had perceptible, but modest, effects on practice performance for patients with depression. The modest improvements, along with qualitative data, identify potential future directions for improving CQI research and practice.

DEPRESSION, COGNITIVE IMPAIRMENT & PRIMARY CARE —

▪ BRIEF REPORT: PATIENT COGNITIVE STATUS AND THE IDENTIFICATION AND MANAGEMENT OF DEPRESSION BY PRIMARY CARE PHYSICIANS.

Authors : Crane MK, Bogner HR, Rabins PV, Gallo JJ.

Source : J Gen Intern Med. 2006 Jul 7; [Epub ahead of print] Related Articles, Links

Summary: No known study has examined the role of patients' cognitive impairment in the identification and management of depression by primary care physicians. A cross-sectional survey conducted between 2001 and 2003. A sample of 330 adults aged 65 and older from Maryland primary care practices with complete information on cognitive and psychological status, and physician assessments. Primary care physicians were asked to rate cognition and depression on a Likert scale, as well as report management of depression within 6 months of the index visit. Patient interviews included standardized measures of psychological and cognitive status. Older adults identified as depressed by their physician were more likely to be identified as cognitively impaired (unadjusted odds ratio [OR]=3.71, [95% confidence interval] [CI] [1.93, 7.16]). Older adults identified as cognitively impaired had a tendency to be managed for depression (unadjusted OR=2.62, 95% CI [0.96, 7.19]). In adjusted multivariate models, these associations remained unchanged. When physicians identified a patient as cognitively impaired, they were more likely to identify the patient as depressed and to report treatment of the depression. An understanding of how physicians think about depression in the context of cognitive impairment is important for designing depression interventions for older adults.

MDD Escitalopram & Paroxetine

▪ A COMPARATIVE STUDY OF THE EFFICACY OF LONG-TERM TREATMENT WITH ESCITALOPRAM AND PAROXETINE IN SEVERELY DEPRESSED PATIENTS.

Authors : Boulenger JP, Huusom AK, Florea I, Baekdal T, Sarchiapone M.

Source : Curr Med Res Opin. 2006 Jul;22(7):1331-41. Related Articles, Links

Objective: This randomised, double-blind, fixed-dose study evaluated the efficacy of escitalopram and paroxetine in the long-term treatment of severely depressed patients with major depressive disorder (MDD). RESEARCH DESIGN AND Methods: Patients with a primary diagnosis of MDD and baseline Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) ≥ 30 were randomised to 24 weeks of double-blind treatment with fixed doses of either escitalopram (20 mg) ($n = 232$) or paroxetine (40 mg) ($n = 227$). The primary analysis of efficacy was an analysis of covariance (ANCOVA) of change from baseline to endpoint (Week 24) in MADRS total score (last observation carried forward, LOCF).

Main outcome measures; results: At endpoint (24 weeks), the mean change from baseline in MADRS total score was -25.2 for patients treated with escitalopram ($n = 228$) and -23.1 for patients with paroxetine ($n = 223$), resulting in a difference of 2.1 points ($p < 0.05$). The difference in the change in the MADRS total score (LOCF) was significantly in favour of escitalopram from Week 8 onwards. The proportion of remitters (MADRS ≤ 12) after 24 weeks was 75% for escitalopram and 67% for paroxetine ($p < 0.05$). The results on the primary efficacy scale were supported by significantly greater differences in favour of escitalopram on the Hamilton Anxiety, Hamilton Depression and Clinical Global Impression-Improvement and -Severity scales. For very severely depressed patients (baseline MADRS ≥ 35), there was a difference of 3.4 points at endpoint in the MADRS total score in favour of escitalopram ($p < 0.05$). The overall withdrawal rate for patients treated with escitalopram (19%) was significantly lower than with paroxetine (32%) ($p < 0.01$). The withdrawal rate due to adverse events was significantly lower for escitalopram (8%) compared to paroxetine (16%) ($p < 0.05$). There were no significant differences in the incidence of individual adverse events during treatment. **Conclusion:** Escitalopram is significantly more effective than paroxetine in the long-term treatment of severely depressed patients.

DEPRESSION & THYROID ILLNESS

▪ LOWER TSH AND HIGHER T4 LEVELS ARE ASSOCIATED WITH CURRENT DEPRESSIVE SYNDROME IN YOUNG ADULTS.

Authors : Forman-Hoffman V, Philibert RA.

Source : Acta Psychiatr Scand. 2006 Aug;114(2):132-9. Related Articles, Links

Objective: The relationship of individual thyroid function indices to depression in those without a history of prior thyroid dysfunction is uncertain.

Method: We examined the relationship between thyroid-stimulating hormone (TSH) and thyroxine (T4) levels and current or lifetime history of depressive symptoms using information from 6869 participants, aged 17-39 years, in the Third National Health and Nutrition Examination Survey without history of thyroid-related illness.

Results: We found that lower TSH and higher T4 levels were associated with current depressive syndrome in men, but only higher T4 levels correlated with current depressive syndrome in women. Lifetime depressive syndrome was associated with neither TSH level nor T4 levels in men or women.

Conclusion: These findings suggest that transient or 'state dependent' changes are associated with depression in those without a history of thyroid illness. Further studies to discern whether these depression-associated changes represent distinct endophenotypes of depression should be encouraged.

DEPRESSION & SUICIDE ATTEMPTS

PLANNING OF SUICIDE ATTEMPTS AMONG DEPRESSED INPATIENTS AGES 50 AND OVER.

Authors : Conner KR, Duberstein PR, Beckman A, Heisel MJ, Hirsch JK, Gamble S, Conwell Y.

Source : J Affect Disord. 2006 Jul 8; [Epub ahead of print] Related Articles, Links

Background: Suicidal behavior is heterogeneous; suicide attempts can be impulsive (lower planned) or reflect forethought and preparation (higher planned). Lower planned and higher planned attempts may have different correlates that require different prevention strategies. Based on a model of suicide planning relevant to middle-aged and older adults, we tested the following hypotheses: physical illness burden, decreased functional capacity, hopelessness, and living alone are associated with suicide attempts that are more extensively planned; lower cognitive functioning is associated with suicide attempts that are more impulsive.

Methods: Subjects were 117 inpatients ages 50 and over diagnosed with major depression based on semi-structured clinical research interviews, the medical record, plus other records when available. All subjects had attempted suicide within 1 month of admission. The degree of planning prior to the suicide attempt was quantified using Beck's Suicide Intent Scale. Multivariate linear regression analysis identified correlates of planning.

Results: As hypothesized, lower cognitive functioning was associated with lower levels of planning. Contrary to the hypothesis, impaired physical self-care was associated with lower (not higher) planning. Results pertaining to living alone were equivocal.

Limitations: The study was limited by the cross-sectional research design and unclear generalizability to completed suicide or to racial/ethnic minorities.

Conclusions: Depressed patients with lower cognitive functioning and impairments in physical self-care may be especially vulnerable to impulsive suicidal behavior. The potential role of living alone in higher planned suicidal acts requires further investigation.

UNIPOLAR DEPRESSION & PHARMACOTHERAPY

COMBINATION PHARMACOTHERAPY IN UNIPOLAR DEPRESSION.

Authors : Ng F, Dodd S, Berk M.

Source : Expert Rev Neurother. 2006 Jul;6(7):1049-60. Related Articles, Links

Summary: It is estimated that between 60 and 80% of those with major depressive disorder do not achieve full symptomatic remission from first-line antidepressant monotherapy. Residual depressive symptoms substantially

impair quality of life and add to the risk of recurrence. It is now clear that depression would benefit from more vigorous treatment, in order to ameliorate its disease burden. While there are established algorithms in situations of treatment resistance, the use of combination pharmacotherapy in unipolar depression is a relatively under-investigated area of treatment and may be an effective and tolerable strategy that maximizes the available resources. This paper reviews the current evidence for combination pharmacotherapy in unipolar depression and discusses its clinical applications.

SAD & BRIGHT LIGHT

TREATMENT OF SEASONAL AFFECTIVE DISORDER.

Authors : Winkler D, Pjrek E, Iwaki R, Kasper S.

Source : Expert Rev Neurother. 2006 Jul;6(7):1039-48. Related Articles, Links

Summary: Seasonal affective disorder (SAD), winter type, is characterized by the regular annual onset of major depressive episodes during fall or winter, followed by spontaneous remission and sometimes hypomanic or manic episodes during spring and summer. SAD is clinically important, since approximately 2-5% of the general population in temperate climates are affected. Since the first description of the syndrome, researchers have made attempts to elucidate the pathophysiological background of SAD. Bright light therapy has been proposed as the treatment of choice for this disorder. However, numerous studies have also investigated suitable psychopharmacological treatments for SAD. This report is aimed to provide an overview on the clinical management and current therapeutic options for SAD.

DEPRESSION & BDII

RELIABILITY AND VALIDITY OF THE REVISED BECK DEPRESSION INVENTORY (BDI-II) : RESULTS FROM GERMAN SAMPLES.

Authors : Kuhner C, Burger C, Keller F, Hautzinger M.

Source : Nervenarzt. 2006 Jul 11; [Epub ahead of print] Related Articles, Links

Background : The Beck Depression Inventory (BDI) underwent revision in 1996 (BDI-II) with the goal of addressing DSM-IV depression criteria. The present study assessed psychometric properties of the German version of the BDI-II. Patients and methods: The BDI-II was translated into German and evaluated in a series of studies with clinical and nonclinical samples.

Results: The content validity of the BDI-II has improved by following DSM-IV symptom criteria. Internal consistency was satisfactorily high ($\alpha \geq 0.84$), and retest reliability exceeded $r \geq 0.75$ in nonclinical samples. Associations with construct-related scales (depression, dysfunctional cognitive constructs) were high, while those with nonsymptomatic personality assessment (NEO-FFI) were lower. The BDI-II differentiated well between different grades of depression and was sensitive to change.

Conclusion: The German BDI-II demonstrates good reliability and validity in clinical and nonclinical samples. It may now replace the older version of the BDI for assessing self-rated severity of depression and course of depressed symptoms under treatment.

MDD & EMOTIONAL MEMORY

▪ ABNORMAL SIZE OF THE AMYGDALA PREDICTS IMPAIRED EMOTIONAL MEMORY IN MAJOR DEPRESSIVE DISORDER.

Authors : Weniger G, Lange C, Irle E.

Source : J Affect Disord. 2006 Aug;94(1-3):219-29. Epub 2006 Jun 5. Related Articles, Links

Background: Amygdala and hippocampus show significant structural abnormalities in major depressive disorder (MDD). Individuals with MDD have difficulties in emotional memory. A relationship between emotional memory deficits and structural abnormalities of amygdala and hippocampus in MDD has been proposed but not shown, yet.

Methods: The current study assessed memory for emotional faces in 21 young women with recent-onset MDD and 23 matched control subjects. All subjects underwent structural magnetic resonance imaging (3D-MRI) and a clinical and neuropsychological assessment.

Results: Depressive subjects had significantly enlarged amygdala size and significantly reduced hippocampal size compared with controls. Depressive subjects were significantly impaired in learning emotional facial expressions, with deficits being most pronounced for fearful, surprised and disgusted faces. Depressive subjects with amygdala volumes 1 SD or more above the mean of control subjects showed the strongest impairments. Correlation analyses revealed that larger left amygdala volumes were significantly related to worse memory performance and to higher anxiety scores of depressive subjects. Smaller left hippocampal volumes of depressive subjects were related to higher anxiety scores as well. **Limitations:** All MDD subjects were taking antidepressant medication at the time of the study. Longitudinal studies are needed to clarify whether the behavioral and/or volumetric abnormalities of MDD subjects can be attributed to medication or MDD or both.

Conclusions: It might be speculated that amygdala enlargement in young MDD subjects is correlated with amygdalar over-activation and resolves with antidepressant treatment, as was shown for amygdalar over-activation.

DEPRESSION & CAD

▪ DEPRESSION IN CORONARY ARTERY DISEASE: NOVEL PATHOPHYSIOLOGIC MECHANISMS AND THERAPEUTIC IMPLICATIONS.

Authors : Parissis JT, Fountoulaki K, Filippatos G, Adamopoulos S, Paraskevidis I, Kremastinos D.

Source : Int J Cardiol. 2006 Jul 3; [Epub ahead of print] Related Articles, Links

Summary: Depression is a common comorbid condition in patients with coronary artery disease and a well-documented risk factor for recurrent cardiac events and mortality. The exact mechanisms underlying the interplay between depression and ischemic heart disease remain poorly understood and the same is true for the most effective depression treatment for cardiac patients. This review summarizes current knowledge regarding the prognostic role of depression in patients with coronary artery disease, the pathophysiologic pathways involved, and the effects of antidepressant therapy on cardiovascular disease outcomes. With recent evidence suggesting that selective serotonin reuptake inhibitors may improve survival after myocardial infarction in patients with

depression, diagnosis and treatment of this co-morbidity may be essential for the clinical management of coronary artery disease.

DEPRESSION & PARKINSON DISEASE

▪ DISSOCIATING APATHY AND DEPRESSION IN PARKINSON DISEASE.

Authors : Kirsch-Darrow L, Fernandez HF, Marsiske M, Okun MS, Bowers D.

Source : Neurology. 2006 Jul 11;67(1):33-8. Related Articles, Links

Objective: To examine the hypothesis that apathy is a core feature of Parkinson disease (PD) and that apathy can be dissociated from depression.

Methods: Eighty patients with PD and 20 patients with dystonia completed depression and apathy measures including the Marin Apathy Evaluation Scale (AES), Beck Depression Inventory (BDI), and Centers for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D).

Results: There was a significantly higher severity and frequency of apathy in PD (frequency = 51%, 41/80) than in dystonia (frequency = 20%, 4/20). Apathy in the absence of depression was frequent in PD and did not occur in dystonia (PD = 28.8%, dystonia = 0%).

Conclusions: Patients with Parkinson disease (PD) experienced significantly higher frequency and severity of apathy when compared with patients with dystonia. Apathy may be a "core" feature of PD and occurs in the absence of depression.

DEPRESSION, LIFE EVENTS & SWC

▪ DISRUPTING LIFE EVENTS AND THE SLEEP-WAKE CYCLE IN DEPRESSION.

Authors : Haynes PL, McQuaid JR, Ancoli-Israel S, Martin JL.

Source : Psychol Med. 2006 Jul 12;:1-11 [Epub ahead of print] Related Articles, Links

Background: Social rhythm disruption life events are significant predictors of mood relapse in bipolar patients. However, no research has examined the relationship between these events and their hypothesized mechanism of action: disrupted sleep-wake patterns. The goal of this study was to test whether participants with major depressive disorder have a greater disruption of daily sleep and motor activity following disrupting life events when compared to normal controls. **Method:** Over the course of 2 weeks, 39 normal controls and 39 individuals with major depressive disorder completed life events interviews and wore actigraphs to obtain estimates of sleep/wake activity. **Results:** Statistically significant interactions indicated that the presence of at least one disrupting life event in the previous 4 months correlated with elevations in the amount of time spent awake after sleep onset [$\beta=0.45$, $\Delta F(1,73)=4.80$, $p<0.05$], and decreases in the percentage of time spent asleep [$\beta=-0.53$, $\Delta F(1,73)=6.57$, $p<0.05$], in depressed individuals but not in normal controls.

Conclusions: The results indicated that depressed individuals may be more susceptible to the effects of life events on sleep than normal controls. This is the first study to date to correlate life events with objective measures of sleep. However, prospective longitudinal research is necessary to clarify the temporal relationship among these variables.

المعجم الإلكتروني للعلوم النفسية العربية

مصطلحات عربية : عربي - إنكليزي - فرنسي

الدكتور جمال التركي الطب النفسي - تونس

turky.jamel@gnet.tn

concentrer la souffrance	suffering concentration	تحمل المعاناة
tolérance croisée	crossed tolerance	تحمل متصالب
tolérance acquise	acquired tolerance	تحمل مكتسب
transfert, changement, métamorphisme, transition, métamorphose	transference, change, metamorphism, reversal, Transition, metamorphosis	تحول
conversion d'émotion	emotion conversion	تحول الانفعال
passage à l'acte	action passage	تحول إلى الفعل
métamorphose rétrograde	retrograde metamorphosis	تحول تقهيري
idiovariation	idiovariation	تحول تلقائي (تبدل ذاتي)
transsexualisme	transsexualism	تحول جنسي
biotransformation	transformation vital	تحول حيوي
métamorphose comportementale	behavioral metamorphosis	تحول سلوكي
métamorphose corporelle	corporal metamorphosis	تحول شكلي جسدي
mutation	mutation	تحول فجائي (طفرة)
métamorphose complète	complete metamorphosis	تحول كامل
changement qualitatif	qualitative change	تحول كيفوي
métamorphose rétrogressif	retrogressive metamorphosis	تحول متقهقر
contre transfert	counter- transference	تحول مضاد
transfert hystérique	hysteric transference	تحول هستيري
virage maniaque	maniac twining	تحول هوسي
transposition d'affect	affect transposition	تحول وجداني
déplacement, conversion, transformation, transfert, conversion, transmutation, transduction,	displacement, conversion, transduction, transformation, transmutation, transfer(ence)	تحويل، (إزاحة)
dextroversion	dextroversion	تحويل أيمني
conversion des émotions,	conversion of affect, displacement of affect	تحويل الانفعال
déplacement d'émotion		
transfert de fatigue	transfer of fatigue	تحويل التعب

تحليل - تجمل - تحوّل - تحوي
تخدر - تخلّج - تخلف - تخيل
تداعي - تدريب

psychanalyse	existential	تحليل نفسي وجودي
existentielle	psychoanalysis	
psychanalyse sauvage	wild psychoanalysis	تحليل نفسي وحشي
analyse régressive	regressive analysis	تحليل نكوصي
analyse spécifique	specific analysis	تحليل نوعي
analyse structurale	structural analysis	تحليل هيكلية
analyse existentielle	existential analysis	تحليل وجودي
analyse sauvage	savage analysis	تحليل وحشي
analyse génétique du comportement	behaviourism genetic analysis	تحليل وراثي للسلوك
analyse descriptive,	descriptive analysis,	تحليل وصفي
analyse qualitative	qualitative analysis	
analyse situationnelle,	situational analysis	تحليل وضعي
analyse structurale		
analyse fonctionnelle	functional analysis	تحليل وظيفي
analyse fonctionnelle du comportement	functional analysis of behaviour	تحليل وظيفي للسلوك
analyse jungienne	jungienne analysis	تحليل يونغي
psychanalyse	psychoanalysis	تحليل نفس
anthropologie	psychoanalytic	تحليل نفسي أناسي
psychanalytique	anthropology	
psychanalyse freudienne	Freudian psychoanalysis	تحليل نفسي فرويدي
psychanalyse de l'esprit	thought psychoanalysis	تحليل نفسي للفكر
tolérance	toleration, tolerance	تحمل
		(احتمال، إطاعة)
tolérance de frustration	frustration tolerance	تحمل الإحباط
tolérance des stress	stress tolerance	تحمل الانعصاب
tolérance de tension	stress tolerance	تحمل الضغط (تحمل التوتر)
tolérance médicamenteuse	drug tolerance	تحمل العقار
tolérance de l'ambiguïté	ambiguity tolerance	تحمل الغموض
tolérance de l'anxiété	anxiety tolerance	تحمل القلق

narco-analyse	narcotic analysis	تخدِير تحليلي
narcobiose	narcobiosis	تخدِير حيوي
hémianesthésie	hemian(a)esthesia	تخدِير شقي أو نصفي
galvanonarcose	galvanonarcosis	تخدِير غلفاني
electro-anesthésie,	electroanesthesia,	تخدِير كهربائي
électronarcose	electronarcosis	
cocainisation	cocainization	تخدِير كوكائيني
narcose chimique	chemical narcosis	تخدِير كيميائي
narcose continue	continuous narcosis	تخدِير مستمر
ataxie	ataxia	تخلُج
ataxiaphasie	ataxiahasia	تخلُج الكلام
ataxie de la marche	march ataxia	تخلُج المشية
ataxiophémie	ataxiophemia	تخلُج النطق (هزغ النطق)
ataxie de briquet	Briquet's ataxia	تخلُج بريكي (تخلُج المشية)
ataxie cérébelleuse	cerebellar ataxia	تخلُج مخي
ataxie de Biernond	Biernond's ataxia	تخلُج يموند
retard, arriération,	retardation, debility,	تخلُف
débilité, amentie	amentia, backwardness	
amentie primaire	primary amentia	تخلُف أولي
retard social	social retardation	تخلُف اجتماعي
retard émotionnel	emotional retardation	تخلُف انفعالي
débilité	weakness constitutional	تخلُف بنيوي
constitutionnelle	debility	
amentie secondaire	secondary amentia	تخلُف ثانوي
retard culturel	cultural retardation	تخلُف ثقافي
arriération limite	borderline retardation	تخلُف حدّي
retard psychomoteur	psychomotor retardation	تخلُف حركي نفسي
débilité morale	moral deficiency	تخلُف خلقي
retard scolaire	school backwardness, scholastic retardation	تخلُف دراسي
arriération psychotique	psychotic amentia	تخلُف ذهاني
léprechaunisme,	leprechaunism,	تخلُف ذهني (تخلُف عقلي)
retard intellectuel,	mental retardation	
retard mental		
oligophrénie	phenyl pyruvic amentia	تخلُف ذهني فنيل
phenylpyruvique		بيروفيني
arriération affective	affective retardation, psychinfantilisme	تخلُف عاطفي (وجداني)
pseudodébilité	neurotic pseudodebility	تخلُف عصابي كاذب
névrotique		
débilité mentale	deficiency	تخلُف عقلي ثانوي
secondaire	secondary mental	
débilité mentale	light mental deficiency	تخلُف عقلي خفيف
légère		
retard mental	severe mental retardation	تخلُف عقلي شديد
sévère		
arriération mentale	profound mental	تخلُف عقلي عميق
profonde	retardation	

transfert de	transfer of generalization	تحويل التعميم
généralisation		
transformation de la	thought transformation	تحويل التفكير
pensée		
déplacement de la	drive displacement	تحويل الحافز
motivation		
déplacement	impulse displacement	تحويل الدفعة
d'impulsion		
transfert des principes	principles transfer	تحويل المبادئ
conversion d'affect	affect conversion	تحويل المشاعر
transfert positif,	positive transfer,	تحويل إيجابي
transformation positive	positive transformation	
transfert inter-	interhemispheric	تحويل بين نصفي المخ
hémisphérique	transference	
transnosographique	transnosographic	تحويل تصنيفي
transfert identifié	identification transference	تحويل تعييني
conversion somatique	somatic conversion	تحويل جسدي
conversion sensorielle,	sensory conversion,	تحويل حسي
transfert sensoriel	sensory transduction	
conversion négative,	negative conversion,	تحويل سلبي
transfert négatif,	negative transfer,	
transformation négative	negative transformation	
conversion du	behaviour conversion	تحويل سلوكي
comportement		
extraversion	extraversion	تحويل للخارج
contre-transfert	counter-transference	تحويل مضاد،
		تحويل معاكس
contre transfert	positive counter	تحويل مضاد إيجابي
positif	transference	
contre transfert	negative counter	تحويل مضاد سلبي
néгатif	transference	
conversion hystérique	hysteric conversion	تحويل هراعي (هستيري)
narcose	narcosis	تخدِير، تخدِير (خدر، خدار، تخدير)
psychédélisme	psychedelism	تخدِير تلقائي
ardanesthésie	ardanesthesia,	تخدِير حروري
	thermanesthesia	
auto narcose	autonarcosis	تخدِير ذاتي (تخدِير ذاتي)
baragnosie	baragnosia	تخدِير ضغطي
narcose de base	fundamental narcosis	تخدِير أساسي
prénarcose	prenarcosis	تخدِير أولي (تبنيج تمهيدي)
hypnoanesthésie,	hypnoanesthesia,	تخدِير التتويم (تخدِير
narco-analyse	narcoanalysis	تنويمي)
anesthésie sensorielle	sensorial anaesthesia	تخدِير الحواس
anesthésie mentale	mental anaesthesia	تخدِير العقل
étherisation	etherization	تخدِير بالأثير
anesthésie par	frost anaesthesia	تخدِير بالتثلج
réfrigération		
cocainisation	cocainization	تخدِير بالكوكائين

imagination esthétique	aesthetic imagination	تخيل جمالي	débilité mentale	progressive mental	تخلف عقلي متطور
imagination sexuelle,	sexual imagination,	تخيل جنسي	évolutive	deficiency	
fantasme sexuel	sexual phantasm		débilité mentale	mean mental debility	تخلف عقلي متوسط
imagination	sensory imagination	تخيل حسي	moyenne		
sensorielle			débilité intellectuelle	intellectual deficiency	تخلف فكري
hippanthropie	hippanthropia	تخيل خيلي	débilité	dysharmonic debility	تخلف لا متناسق
imagination défensive	defensive imagination	تخيل دفاعي	dysharmonique		
fantaisie anale	anal fantasy	تخيل شرجي	débilité évolutive	evolutive debility	تخلف متطور
imagination névrotique,	neurotic fiction	تخيل عصابي	débilité harmonique	harmonic debility	تخلف متناسق
fiction névrotique			débilité camouflée	debility camouflaged	تخلف مموه
imagerie eidétique	eidetic imagery	تخيل فائق الوضوح	arriération affective	affection retardation	تخلف وجداني
imagination	paradisical imagination	تخيل فردوسي	imagination,	imagination,	تخيل (صورة وهمية)
paradisique			phantasme,	phantasm, fiction,	
fantasme compulsif	forced fantasy	تخيل قسري	fiction, fantasme,	fantasm, fantasy	
imagination créatrice	creative imagination	تخيل مبدع	fantaisie		
		(تخيل إبداعي)	délire d'imagination	imagination delusion	تخيل (هذيان ال)
imagination émotive	emotive imagination	تخيل مثير الإنفعال	fantasme original	original phantasm	تخيل أصلي
imagination visuelle	visual imagination	تخيل مرئي	fantaisie primaire	primal fantasy	تخيل أولي
imagination morbide	morbid imagination	تخيل مرضي	imagination créative	creative imagination	تخيل إبداعي
imagination terrifiante	terrifying imagination	تخيل مرعب	imagination forcée	forced imagination	تخيل إجباري
imagination dirigée,	oriented imagination	تخيل موجّه	imagination	constructive imagination	تخيل إنشائي تركيبي
imagination orientée			constructive		
imagination	incomplete imagination	تخيل ناقص	imagination	reproductive imagination	تخيل استرجاعي
incomplète			reproductive		
illuminisme	illuminism	تخيل نوراني (نورانية تخيلية)	imagination	masturbatory imagination	تخيل استمنائي
imagination d'évasion	escapist imagination	تخيل هروبي	masturbatoire		
imagination maniaque	maniac imagination	تخيل هوسي	fantaisie cannibale	cannibalistic fantasy	تخيل افتراسي
fantaisie d'affect	affect fantasy	تخيل وجداني	imagination	emotional imagination	تخيل انفعالي
imagerie	hypnagogic imagery	تخيل وضوحي	émotionnelle		
hypnagogique		قبل نومي	imagination émotive	rational-emotive	تخيل انفعالي عقلائي
imagerie	hypnopompic imagery	تخيل وضوحي يقظاني	rationnelle	imagery	
hypnopompique			imagination du viol	rape fantasy	تخيل الإغتصاب
association	association	تداعي (ارتباط)	imagination	sensory imagination	تخيل الحواس
association	immediate association	تداعي آلي	sensorielle		
immédiate			imagination de soi	self imagination	تخيل الذات
association évidente	evidential association	تداعي إثباتي	imagination de la	scene imagination	تخيل المشهد
association des idées	ideas association	تداعي الأفكار	scène		
relâchement	associative relaxing	تداعي الارتخاء	imagination des	imagination of	تخيل المواقف الرهابية
associatif			situations phobogènes	phobogenous situations	
association des	emotions association	تداعي الانفعالات	imagination du	situation imagination	تخيل الموقف
émotions			situation		
association des	remembrance association	تداعي الذكريات	imagination visuelle	visual imagination	تخيل بصري
souvenirs			métamorphose	sexual metamorphosis	تخيل تبدل الجنس
association	retromnesic	تداعي الذكريات السابقة	sexuelle		
rétromnésique	association		imagination	reproductive imagination	تخيل تمثلي
association des	relation association	تداعي الروابط	reproductrice		
relations			imagination	anticipatory imagination	تخيل توقعي
association des	mental operation	تداعي العمليات الذهنية	d'anticipation		

entraînement instrumental	instrumental training	تدريب أدواتي
entraînement relaxant	relaxant training	تدريب استرخائي
initiation de la volonté	training's will	تدريب الإرادة
entraînement de caractère	character training	تدريب الخلق
répétition du comportement	behavior rehearsal	تدريب السلوك
entraînement du patient	patient training	تدريب المتعالج
entraînement initial	initial training	تدريب بدئي
entraînement de conformation de soi	self confirmation training	تدريب تأكيد الذات
entraînement coopératif	co-operative training	تدريب تعاوني
entraînement autogène	autogenous training	تدريب ذاتي المنشأ
entraînement négatif	negative practice	تدريب سلبي
entraînement comportemental	behavioral training	تدريب سلوكي
entraînement auditif	auditory training	تدريب سمعي
entraînement formel	formal training	تدريب شكلي
entraînement spontané	spontaneous training	تدريب عفوي
entraînement de l'évitement conditionnel	conditioned avoidance training	تدريب على التجنب الاشرطي

opérations mentales	association	تداعي الكلمات
association des mots	words association	تداعي المشاعر
association des sentiments	sensation association	تداعي المعاني
association des expressions	expression association	تداعي بديهي
association évidente	evidential association	تداعي بعيد
association lointaine	remote association	تداعي بقع الحبر
association des taches d'encre	spot ink association	تداعي حر
libre association	free association	تداعي زائف
association falsifiée	false association	تداعي طليق
association libre	free association	تداعي عام
association générale	general association	تداعي عقلي
association mentale	mental association	تداعي غير مباشر
association indirecte	indirect association	تداعي فكري
association idéique	ideic association	تداعي لغوي
association linguistique	linguistic association	تداعي مراقب
association contrôlée	controlled association	تداعي مرضي
association pathologique	pathologic association	تداعي مستحث
association induite	induced association	تداعي مقيد
association forcée	constrained association	تداعي موجّه
association dirigée	organized association	تداعي نفسي
association psychique	psychic association	تداعي نفسدي
association psycho-somatique	psychosomatic association	
entraînement, training, initiation	driving, training	تدريب

المعجم الشبكي للعلوم النفسية

ARABPSYNET DICTIONARIES SEARCH :
ePsydictNet

www.arabpsynet.com

ARABPSYNET DICTIONARIES

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

E.DICTIONARY of Psychological Sciences

English PSY TERMINOLOGIES (English - French - Arabic)

Jamel TURKY - TUNISIA

turky.jamel@gnet.tn

C

Compulsive – Condition – Conditional
– Conditioning – Conducting –
Conflict – Confusion – Confusional

Compulsive changing	changement compulsif	تغيير قهري
Compulsive character	caractère compulsif	طبع قسري
Compulsive cleanliness	propreté compulsive	نظافة استحواذية
Compulsive coercion	coercition compulsive	إجباري قهري
Compulsive conduct	conduite compulsive	سلوك قهري
Compulsive criminalism	criminalisme compulsive	إجرام قهري
Compulsive depression	dépression compulsive	اكتئاب قهري
Compulsive disorder	trouble compulsif	اضطراب قهري، اضطراب استحواذي
Compulsive doubt	doute compulsive	شكّ قهري
Compulsive drinker	buveur compulsif	سكير قهري
Compulsive eating	alimentation compulsive	أكل قهري
Compulsive ethylism	éthylisme compulsif	كحولية استحواذية
Compulsive fear	peur compulsive	خوف قسري
Compulsive gambling	jeu compulsive	قمار قهري
Compulsive games	jeux compulsifs	لعاب استحواذي
Compulsive idea	idée compulsive	فكرة قهرية
Compulsive laughter	rire compulsif	ضحكة قهرية
Compulsive magic	magie compulsive	سحر قهري
Compulsive masturbation	masturbation compulsive	استمنا قهري، استمنا قسري
Compulsive mechanism	mécanisme compulsive	إوالية قسرية
Compulsive motivation	motivation compulsive	دافع قهري
Compulsive movement	mouvement compulsive	حركة قهرية
Compulsive neurosis	névrose compulsif	عصاب قهري
Compulsive obsession	obsession compulsive	وسوسة قسرية
Compulsive obsessional idea	idée obsessionnelle compulsive	فكرة وسواسية قسرية
Compulsive obsessional personality	personnalité obsessionnelle compulsive	شخصية وسواسية قهرية
Compulsive obsessional syndrome	syndrome obsessionnel compulsif	تناذر وسواسي قهري، تناذر استحواذي قسري
Compulsive	névrose compulsive	عصاب قهري وسواسي،

obsessive neurosis	obsessionnelle	عصاب استحواذي وسواسي
Compulsive orderliness	ordre compulsif	ترتيب قهري
Compulsive personality	personnalité compulsive	شخصية استحواذية، شخصية قسرية
Compulsive persuasion	persuasion compulsive	إقناع قسري
Compulsive phobia	phobie compulsive	رهاب قسري
Compulsive purchase	achat compulsif	ابتياح قسري، تسوق قهري
Compulsive purchaser	acheteur compulsif	متسوق قسري، مشترق قهري
Compulsive reaction	réaction compulsive	تفاعل قهري
Compulsive repetition	répétition compulsive	تكرار قهري
Compulsive ritual	rituel compulsive	شعائر قسري
Compulsive scratching	grattage compulsif	حكاك قسري
Compulsive self-mutilation	auto mutilation compulsive	تشويه ذاتي استحواذي
Compulsive sexual act	acte sexuel compulsif	فعل جنسي استحواذي
Compulsive sexual activity	activité sexuelle compulsive	نشاط جنسي قهري
Compulsive sexual seduction	séduction sexuelle compulsive	إغراء جنسي استحواذي
Compulsive sleep	sommeil compulsif	نوم قسري
Compulsive tendency	tendance compulsive	نزعة قسرية
Compulsive thinking	pensée compulsive	تفكير قهري
Compulsive tic	tic compulsive	عرة قسرية
Compulsive trait	trait compulsif	صفة استحواذية، سمة قهرية
Compulsive-neurotic criminalism	criminalisme névrotique compulsive	إجرام عصابي قهري
Condition	condition	حالة، شرط
Condition (necessary-)	condition nécessaire	شرط ضروري
Condition (social-)	condition sociale	شرط اجتماعي
Condition (sufficient-)	condition suffisante	شرط كاف
Conditional	conditionnel	شرطي، إشرطي
Conditional act	acte conditionnel	نشاط شرطي
Conditional activity	activité conditionnelle	عمل شرطي
Conditional aversive stimulus	stimulus aversif conditionnel	مثير شرطي منقر
Conditional inhibition	inhibition conditionnelle	تثبيط شرطي
Conditional inhibitor	conditionnel inhibiteur	كابح شرطي
Conditional inhibitory	inhibiteur conditionnel	كابيت شرطي، مثبط شرطي

Conditional insomnia	insomnie conditionnée	أرق شرطي
Conditional probability	probabilité conditionnelle	احتمال إشرطي
Conditional proposition	proposition conditionnelle	قضية شرطية
Conditional reaction	réaction conditionnelle	استجابة شرطية
Conditional reflectivity	reflectivité conditionnelle	انعكاس شرطي
Conditional reflex	réflexe conditionnel	ارتكاس إشرطي
Conditional signal	signal conditionnel	إشارة شرطية
Conditional therapy	thérapie conditionnelle	علاج إشرطي
Conditioning	conditionnement	تكييف، إشرط
Conditioning (approximation-)	conditionnement approximative	إشرط تقريبي
Conditioning (approximate-)	conditionnement approximative	إشرط تقريبي
Conditioning (autonomic-)	conditionnement autonome	إشرط مستقل
Conditioning (aversion-)	conditionnement aversif	إشرط منقر
Conditioning (avoid-)	conditionnement évité	تكييف اجتنابي
Conditioning (backward-)	conditionnement rétrograde	إشرط رجعي
Conditioning (classical-)	conditionnement classique	إشرط عتيق
Conditioning (decorticate-)	conditionnement décortiqué	إشرط مقشور
Conditioning (differential-)	conditionnement différentiel	إشرط الفارق
Conditioning (direct-)	conditionnement direct	إشرط مباشر
Conditioning (environmental-)	conditionnement environnemental	تكييف بيئي
Conditioning (instrumental-)	conditionnement instrumentale	إشرط آلي
Conditioning (inverted-)	conditionnement inversé	إشرط عكسي
Conditioning (negative-)	conditionnement négatif	إشرط سلبي
Conditioning (precocious-)	conditionnement précoce	إشرط مبكر
Conditioning (psychic-)	conditionnement psychique	إشرط نفسي
Conditioning (reflex-)	conditionnement réflexe	إشرط انعكاسي
Conditioning (semantic-)	conditionnement sémantique	إشرط الكلمات
Conditioning (sensory-)	conditionnement sensorielle	إشرط حسي
Conditioning (simultaneous-)	conditionnement simultané	إشرط متزامن
Conditioning (social-)	conditionnement social	إشرط اجتماعي
Conditioning (verbal-)	conditionnement verbal	إشرط لفظي
Conditioning factor	facteur de conditionnement	عامل إشرطي
Conditioning inhibition	inhibition conditionnée	كبح إشرطي

Conditioning mechanism	mécanisme de conditionnement	آلية التجهيز
Conditioning operating	conditionnement opérationnelle	إشرط إجرائي
Conditioning positive	conditionnement positif	إشرط إيجابي
Conditioning process	processus de conditionnement	عملية شرطية
Conditioning response	réponse conditionnelle	استجابة شرطية
Conditioning theory	théorie de conditionnement	نظرية الإشرط
Conditioning therapy	thérapie par conditionnement	علاج بالإشرط
Conditioning type	type de conditionnement	نوع الإشرط
Conducting	conduite	مسار، تصرف، نقل، توصيل، مسلك
Conducting (agitation-)	conduite d'agitation	تصرف هياجي
Conducting (alcoholic-)	conduite alcoolique	تصرف كحولي
Conducting (alimentary-)	conduite alimentaire	تصرف غذائي
Conducting (ambiguous-)	conduite ambiguë	تصرف غامض
Conducting (anal-)	conduite anale	تصرف شرجي
Conducting (antisocial-)	conduite antisociale	تصرف ضد اجتماعي
Conducting (anxious-)	conduite anxieuse	تصرف قلق
Conducting (auto-erotic-)	conduite auto-érotique	تصرف شهوي ذاتي
Conducting (auto-mutilation-)	conduite d'automutilation	تصرف جرح الذات
Conducting (automatic-)	conduite automatique	تصرف آلي
Conducting (bizarre-)	conduite bizarre	تصرف غريب
Conducting (contraphobic-)	conduite contraphobique	تصرف مضاد للرهاب
Conducting (defence-)	conduite de défense	تصرف دفاعي
Conducting (dissimulation-)	conduite de dissimulation	تصرف متباين
Conducting (excremental-)	conduite excrémentielle	تصرف غائطي
Conducting (failed-)	conduite d'échec	تصرف فاشل
Conducting (feminine-)	conduite féminine	تصرف أنثوي
Conducting (fugue-)	conduite de fugue	تصرف هروبي
Conducting (human-)	conduite humaine	تصرف إنساني
Conducting (immoral-)	conduite immorale	تصرف لا أخلاقي
Conducting (inadequate-)	conduite inadéquate	تصرف لا متوافق
Conducting (infantile-)	conduite infantile	تصرف صبياني
Conducting	conduite d'inhibition	تصرف لجمي

(inhibition-)		تصرف كبتى	Conflict (double avoidance-)	conflit « double évitement »	صراع "إحجام مزدوج"
Conducting (intellectual-)	conduite intellectuelle	تصرف فكري	Conflict (duties-)	conflit des devoirs	صراع الواجبات
Conducting (mythomaniac-)	conduite mythomaniac	تصرف مهوس بالكذب	Conflict (emotional-)	conflit émotionnel	صراع انفعالي
Conducting (nervous-)	conduite nerveux	مسلك عصبي	Conflict (essential psychic-)	conflit psychique essentiel	صراع نفسي أساسي
Conducting (nontypical-)	conduite atypique	تصرف لا نموذجي	Conflict (external-)	conflit externe	صراع خارجي
Conducting (oral-)	conduite orale	تصرف شفهي	Conflict (extra-psychic-)	conflit extra psychique	صراع خارج النفس
Conducting (reassuring-)	conduite rassurante	تصرف مطمئن	Conflict (homosexual-)	conflit homosexuel	صراع الجنسية المثلية
Conducting (reflection-)	conduite de réflexion	تصرف انعكاسي	Conflict (id-ego-)	conflit moi-ça	صراع الأنا-الهو
Conducting (seductive-)	conduite séductrice	تصرف غواية،	Conflict (infantile-)	conflit infantile	صراع طفولي
Conducting (sexual-)	conduite sexuelle	تصرف جنسي،	Conflict (inner-)	conflit interne	صراع داخلي
		سيرة جنسية	Conflict (interest-)	conflit des intérêts	صراع المصالح
Conducting (shunning-)	conduite d'évitement	تصرف تجنبي	Conflict (internal psychic-)	conflit psychique interne	صراع نفسي داخلي
Conducting (spontaneous-)	conduite spontanée	تصرف تلقائي	Conflict (intra psychic-)	conflit intrapsychique	صراع داخل النفس
Conducting (suicidal-)	conduite suicidaire	تصرف انتحاري	Conflict (latent-)	conflit latent	صراع كامن
Conducting adaptation	adaptation avec le milieu	تكيف مع البيئة	Conflict (marital-)	conflit conjugal	صراع زوجي
Conducting dependence	conduite de dépendance	مسار اعتمادي	Conflict (mental-)	conflit mental	صراع ذهني
Conducting disorder	trouble des conduite	اضطراب التصرف	Conflict (narcissistic-)	conflit narcissique	صراع نرجسي
Conducting masturbation	conduite masturbatoire	تصرف استمنائي	Conflict (neurotic-)	névrotique conflit	صراع عصابي
Conducting study	étude des conduites	دراسة التصرف	Conflict (pathogenous-)	conflit pathogène	صراع ممرض
Conflict	conflit	صراع، نزاع	Conflict (positive-negative-)	conflit positive-négative	صراع موجب - سالب
Conflict (actual-)	conflit actuel	صراع حالي	Conflict (pre-oedipien-)	conflit précœdipien	صراع قبل أوديبى
Conflict (ancient-)	conflit ancien	صراع قديم	Conflict (psychical-)	conflit psychique	صراع نفساني
Conflict (ancient psychic-)	conflit psychique ancien	صراع نفسي قديم	Conflict (psychological-)	conflit psychologique	صراع نفسي
Conflict (approach-approach-)	conflit approche-approche	صراع الاقتراب	Conflict (repressed-)	conflit refoulé	صراع مكبوت
Conflict (approach-avoidance-)	conflit approche-évitement	صراع الاقتراب-التجنب،	Conflict (root-)	conflit des racines	صراع الجذور
Conflict (avoidance-avoidance-)	conflit évitement-évitement	صراع التجنب المزدوج،	Conflict (sexual-)	conflit sexuel	صراع جنسي
Conflict (class-)	conflit des classes	صراع طبقي	Conflict (situational-)	conflit situationnel	صراع موضعي
Conflict (couple-)	conflit du couple	صراع زوجي	Conflict (superego-)	conflit du surmoi	صراع الأنا الأعلى
Conflict (covered ancient-)	conflit ancien caché	صراع قديم مخفي	Conflict (unconscious-)	conflit inconscient	صراع لا شعوري
Conflict (culture-)	conflit de culture	صراع الثقافة	Conflict (unconscious sexual-)	conflit sexuel inconscient	صراع جنسي لا شعوري
Conflict (development-)	conflit de développement	صراع التطور	Conflict (value-)	conflit des valeurs	صراع القيم
			Conflict displacement	déplacement du conflit	إزاحة الصراع
			Conflict negative-negative	conflit négatif- négatif	صراع الإحجام - الإحجام
			Conflict positive-positive	conflit positif- positif	صراع الإقدام - الإقدام
			Conflict reaction	réaction conflictuelle	تفاعل صراعي
			Conflict repression	refoulement des conflits	كبت الصراع
			Conflict resolution inventory	inventaire de résolution du conflit	استجابات حل الصراع

Conflict situation	situation du conflit	موقف الصّراع	Confusion	confusion gravidique	اختلاط حملي
Conflict theory	théorie du conflit	نظرية الصّراع	(pregnancy-)		
Conflict-regression theory	théorie conflit- régression	نظرية الصّراع- التّكوص	Confusion (primary-)	confusion primaire	خط أولي
Confusion	confusion	اختلاط، خلط، التباس، تشوش	Confusion	confusion psychogène	اختلاط نفساني المنشأ
Confusion (acute-)	confusion aiguë	اختلاط حاد	(psychogenesis-)		
Confusion (agitation-)	confusion agité	اختلاط هياج	Confusion	confusion psychologique	اختلاط نفساني
Confusion (astasic-)	confusion astasique	اختلاط لا وقوفي	(psychological-)		
Confusion (aware's-)	confusion du conscience	اختلاط الوعي	Confusion (secondary-)	confusion secondaire	خط ثانوي
Confusion	confusion de catastrophe	اختلاط الكارثة	Confusion	confusion délirante	اختلاط هذيان
(catastrophe-)			(sharp delirious-)		
Confusion	confusion complète	اختلاط تام	Confusion	confusion temporele	اختلاط الأزمنة،
(complete-)			(temporal-)		خط زمني
Confusion (criminal-)	confusion criminelle	اختلاط إجرامي	Confusion (word's-)	confusion des mots	اختلاط الكلمات،
Confusion	confusion directionnelle	اختلاط توجيهي			خط الكلمات
(directional-)			Confusion memory	confusion du mémoire	التهباس الذاكرة،
Confusion (emotional-)	confusion émotionnelle	اختلاط انفعالي			خط الذاكرة
Confusion (epileptic-)	confusion épileptique	اختلاط صرعي	Confusion spatial	confusion spatiale	اختلاط الأماكن، خط مكاني
Confusion (febrile-)	confusion fébrile	اختلاط حراري	Confusional	confusionnel	ارتباك، تخليطي، خلطي،
Confusion	confusion iatrogène	اختلاط طبائي المنشأ			اختلاطي، التباسي
(iatrogenic-)			Confusional access	accès confusionnel	سورة اختلاطيّة
Confusion	confusion du cours	اختلاط السّياق الفكري	Confusional accident	accident confusionnel	حادث اختلاطي
(intellectual course-)	de la pensée		Confusional agitation	agitation confusionnelle	هياج اختلاطي
Confusion (mental-)	confusion mentale	اختلاط ذهني، اختلاط عقلي	Confusional dementia	démence confusionnelle	عته خلطي
Confusion (oniric-)	confusion onirique	اختلاط حلمي	Confusional form	forme confusionnelle	شكل تخليطي
Confusion (post-operative-)	confusion post- opératoire	اختلاط بعد جراحي	Confusional lying	mensonge confusionnelle	كذب التباسي
Confusion	confusion post- partum	اختلاط ما بعد الوضع	Confusional psychosis	psychose confusionnelle	ذهان اختلاطي
(post- partum-)			Confusional state	état confusionnel	حالة اختلاطيّة
Confusion	confusion	اختلاط ذهني بعد رضي	Confusional stupor	stupeur confusionnelle	ذهول خلطي
(post- traumatic-)	post- traumatique		Confusional symptom	symptôme confusionnel	عرض خلطي
			Confusional syndrome	syndrome confusionnel	تناذر تخليطي
			Confusional-puff	bouffée confusionnelle	هجمة اختلاطيّة

المعجم الإلكتروني المبرمج للعلوم النفسية

ePsydict EF – English - FRENCH Edition (CD)
English French - English French

تنزيل النسخة التقييمية من الإصدار الإنكليزي الفرنسي

www.arabpsynet.com/HomePage/ePsyEFs.exe

Arabpsynet e.JOURNAL N° 13 – WINTER 2007

ePsydict C – COMPLETE Edition (CD)
Arabic English French - French English Arabic - English Arabic French

تنزيل النسخة التقييمية من الإصدار الكامل

www.arabpsynet.com/HomePage/ePsyCs.exe

مجلة شبكة العلوم النفسية العربية: العدد 13 - شتاء 2007

E.DICTIONNAIRE DES SCIENCES PSYCHOLOGIQUES

TERMINOLOGIES PSY FRANÇAISE (FRANÇAIS - ANGLAIS - ARABE)

JAMEL TURKY - TUNISIE

turky.jamel@gnet.tn

C	Contenu – Contre -
	Contrôle – Conversion -
	Convulsion – Corps –
	Cortex – Crainte - Crise

Contenu latent	latent content	محتوى كامن
Contenu manifeste	manifest content	محتوى ظاهر
Contenu mental	mental content	محتوى ذهني
Contenu mental oublié	forgotten mental content	محتوى عقلي منسي
Contenu mental refoulé	repressed mental content	محتوى عقلي مكبوت
Contenu patent	patent content	محتوى ظاهر
Contenu sémantique	semantic content	محتوى علم الدلالة
Contre	counter, against, for, contra	ضد، مقابل، مضاد، ضاد
Contre anxiété	counter-anxiety	مضادات الحصر
Contre avis médical	counter medical opinion	مخالفة للرأي الطبي
Contre carrer	thwart, to cross, oppose	ضاد، عارض، أعاق
Contre cathexie	countercathexis	شحنة نفسية مضادة
Contre cœur	fire, back	كرهية، قسرا، على مريض
Contre compulsion	counter compulsion	قهر مضاد
Contre condition	counter conditioning	تكييف مضاد
Contre conditionnement	counter conditioning	اشرط مضاد
Contre conformité	counter-conformity	مغايرة
Contre coup	counter coup, rebound	رجع الضربة، ارتداد
		صدمة، صدمة معاكسة، ردة فعل
Contre culture	counter-culture	ثقافة مضادة
Contre déclaration	counter declaration	تصريح مضاد، نقض، إقرار سابق
Contre défense	counter defence	دفاع مضاد
Contre dépression	counter depressant	اكتئاب مضاد
Contre dire	to contradict	ناقض، عارض، خطأ
Contre disant	contradictory, counteractive	مناقض، معاكس، محب المعارضة
Contre dit	assuredly, unquestionably	مناقضة، اعتراض
Contre espionnage	counter espionage	مقاومة الجاسوسية
Contre expertise	counter-valuation	معاينة مضادة
Contre extension	counter extension	تمديد مضاد، انبساط مقابل
Contre façon	counter feinting	تزوير، تزييف

Contre facteur	counter feiter	مزور، مزيف
Contre faction	counter feiting	تزوير، تزييف
Contre fait	feigned, disguised	مزور، مقلد
Contre identification	counter identification	دهج مضاد، موانع الإدماج
Contre indication	contra-indication, counter-indication	تضاد الاستطباب، تضاد الإشعار أو العلامة، نهي
Contre indiquant	contra-indicant	ناه، مانع الاستعمال
Contre indiqué	unadvisable, inadvisable	موانع الاستعمال
Contre indiquer	to contra-indicate	حذر من
Contre investissement	anticathexis, counter-investment	توظيف مضاد، استثمار مضاد، تضاد التثبيت
Contre irritant	counter-irritant	مخرب مضاد، مهيج مضاد
Contre irritation	counter irritation	تهيج مضاد، تخريش مضاد
Contre latéral	counterlateral	جانب مقابل
Contre manifestant	counter demonstrator	متظاهر، معاكس
Contre manifestation	counter demonstration	مظاهرة، مضادة
Contre manifester	counter manifest	تظاهر عكسيا
Contre moi	counter-ego	أنا مضادة
Contre offensive	counter offensive	هجوم معاكس
Contre phobie	counter phobia	رهاب مضاد
Contre poison	counter-poison	ترياق، مضاد السم
Contre preuve	counter proof	دليل عكسي
Contre promesse	counter promise	نقض الوعد
Contre proposition	counter proposition	اقتراح معاكس
Contre protestation	counter protestation	احتجاج مضاد
Contre stimulant	contrastimulant	مضاد التنبيه
Contre suggestibilité	counter-suggestibility	إيحاء مضاد
Contre suggestion	counter suggestion	إيحاء مضاد، استهواء عكسي
Contre terrorisme	counter terrorism	إرهاب مضاد
Contre terroriste	counter terrorist	مقاوم الإرهاب
Contre transfert	counter transfer	تحويل مضاد، طرح مضاد
Contre transfert négatif	negative counter transference	تحويل مضاد سلبي
Contre validation	counter validation	صلوحية مضادة
Contre vérité	untruth, ironical statement	مضاد الحقيقة
Contre visite	second inspection, check inspection	معاينة تأكيدية
Contre volitionnel	contravolitional	لا إرادي، ضد الإرادة
Contre volonté	counter will	إرادة مضادة
Contre volonté	hysterical counter will	إرادة عكسية هستيرية

hystérique		
Contre-agitation	counter-irritation	تهييج مضاد
Contre-attitude	counter attitude	وضعية معاكسة
Contre-balancer, contre poids	counter-balancing	موازنة
Contreltophobie	contreltophobia	رهاب الإفراط الجنسي
Contre-part	counter part	نظير، ند
Contre-sexuel	contrasexual	ضد جنسي
Contrôle	control	مراقبة، مكافحة، تحكم، ضبط، تضبيب، إشراف
Contrôle aversive	aversive control	ضبط كرهى
Contrôle cognitif	cognitive control	ضبط معرفى
Contrôle comportemental	behaviourism control	مراقبة سلوكية
Contrôle conceptuel	conceptual guided	ضبط المفهوم
Contrôle conscient	conscious control	مراقبة واعية
Contrôle cortical	cortical control	ضبط قشري
Contrôle d'appétit	control appetite	ضبط الشهية
Contrôle de la pensée	thought control	ضبط فكري
Contrôle de l'expression	expression control	مراقبة التعبير
Contrôle de milieu	milieu control	تحكم في البيئة
Contrôle de soi	self control	مراقبة النفس
Contrôle de transfert	transference control	ضبط التحويل
Contrôle des impulsions	impulsion control	مراقبة الدوافع
Contrôle des internements	internment control	مراقبة الإيداع
Contrôle des naissances	birth control	تنظيم النسل
Contrôle du cerveau	brain control	مراقبة الدماغ
Contrôle du comportement	behaviour control	ضبط السلوك
Contrôle du milieu	milieu control	مراقبة الوسط
Contrôle du réflexe	reflex control	ضبط انعكاسي
Contrôle émotionnel	emotional control	ضبط انفعالي
Contrôle expérimentale	experimental control	ضبط تجريبي
Contrôle interne-externe	external-internal control	مراقبة داخلية خارجية
Contrôle moral	moral control	ضبط أخلاقي
Contrôle sociale	social control	ضبط اجتماعي
Contrôle statistique	statistical constant	ضبط إحصائي
Contrôle stimulant	stimulant control	ضبط تنبيهي
Contrôle systématique	systematical control	ضبط تنظيمي
Contrôle tonique	tonic control	ضبط توتري
Contrôle volitionnel	volitional control	ضبط إرادي

Conversion	conversion	انقلاب، تحويل، قلب
Conversion (symptôme de-)	conversion symptom, conversion hysteria	عرض التحويل
Conversion (trouble de-)	conversion trouble	اضطراب التحويل
Conversion d'émotion	conversion of emotion	تحويل الانفعال
Conversion d'affect	conversion of affect	تحويل المشاعر
Conversion des émotions	conversion of affect	تحويل الانفعال
Conversion des scores	scores conversion	تحويل الدرجات
Conversion du comportement	behaviour modification	تحويل سلوكي
Conversion hystérique	hysteric conversion	تحويل هستيري
Conversion négative	negative conversion	تحويل سلبي
Conversion prégénitale	pregenital conversion	إقلاب تناسلي
Conversion sensorielle	sensory conversion	تحويل حسي
Conversion sexuelle	sexual conversion	تحويلية جنسية
Conversion somatique	somatic conversion	تحويل جسدي
Convulsion	convulsion	اختلاج، تشنج، ارتعاص
Convulsion alcoolique	alcoholic convulsion	تشنج كحولي
Convulsion centrale	central convulsion	اختلاج مركزي
Convulsion choréique	choreic convulsion	اختلاج رقصي
Convulsion clonique	clonic convulsion	اختلاج رمعي، اختلاج ارتجاجي، تشنج تواتري
Convulsion coordonnée	coordinate convulsion	اختلاج متناسق
Convulsion d'érection	erection convulsion	اختلاج الانعاط
Convulsion épileptiforme	epileptiform convulsion	اختلاج شبه صرعي
Convulsion épileptique	epileptic convulsion	تشنج صرعي
Convulsion hyperpyrétique	febrile convulsion	اختلاج حراري
Convulsion hystérique	hysteric convulsion	اختلاج هراعي، اختلاج هستيري
Convulsion intentionnelle	intentional convulsion	اختلاج قصدي
Convulsion interne	inner convulsion	اختلاج داخلي
Convulsion jacksonienne	jacksonian convulsion	تشنج جاكسوني
Convulsion locale	local convulsion	اختلاج موضعي
Convulsion mimétique	mimetic convulsion	اختلاج وجهي
Convulsion mimique	mimic convulsion	اختلاج إيمائي

Convulsion non épileptique	non-epileptic convulsion	اختلاج غير صرعي	Cortex moteur	motor cortex	قشرة دماغية محركية
Convulsion puerpérale	puerperal convulsion	اختلاج نفاسي	Cortex motrice	motor cortex	قشرة دماغية حركية، لحاء حركي
Convulsion rectiligne	rectilinear convulsion	تشنج مستقيم	Cortex sensoriel	sensory cortex	قشرة دماغية حسية، لحاء حسي
Convulsion respiratoire	respiratory convulsion	اختلاج تنفسي	Cortex transitionnel	transitional cortex	لحاء نقلي
Convulsion salamalée	salaam convulsion	اختلاج إيمائي	Crainte	fear, dread, illusion	خشية، تهيب، رهبة، وهم
Convulsion spastique	spastic convulsion	اختلاج تشنجي	Crainte coercitive	coercive fear	رهبة القسر
Convulsion tonique	tonic convulsion	اختلاج توتري	Crainte d'allusion	think illusion	وهم الإشارة، وهم التلميح
Convulsion toxique	toxic convulsion	اختلاج سمومي	Crainte de castration	castration fear	خشية الإخصاء
Convulsion traumatique	traumatic convulsion	اختلاج كلومي	Crainte de l'anéantissement	annihilation fear	خشية المحو، خشية الفناء
Convulsion urémique	uremic convulsion	اختلاج يوريمي	Crainte de la phobie	phobophobia	خوف الرهاب، رهبة الرهاب
Corps	trunk, corps, body	بدن، جسم، جسد، هيئة، فرقة	Crainte de la sexualité	sexuality fear	خشية الجنس
Corps (conscience du-)	body consciousness	وعي الجسم	Crainte de la sexualité	sexuality fear	وهم العدمية
Corps (écoute du-)	body listening	مسمع الجسم	Crainte d'imagination	imagination illusion	وهم التخيل
Corps (image du-)	body image	صورة الجسم	Crainte génitale	genital illusion	إجرامية جنسية
Corps (psychothérapie du-)	body psychotherapy	علاج نفسي جسدي	Crainte infantile	infantile fears	خشية طفلية
Corps (séparation de-)	body separation	انفصال جسدي	Crainte morbide de la peur	phobophobia	رهاب الرهبة
Corps (transformation du-)	body transformation	تغيير الجسم، تحول الجسم	Crainte obsessionnelle	obsession fear	وسوسة ذعر
Corps affectif	affective body	جسد عاطفي	Crainte secondaire	secondary illusion	وهم ثانوي
Corps biologique	biological body	جسد حيوي	Crainte sensible	sensual illusion	وهم حسي
Corps caverneux	corpora cavernosa	جسمين منكهفين، اللديدان	Crainte sexuelle	sexual illusion	وهم جنسي
Corps désincarné	disconnected body	جسم مفصول	Crise	crisis, attack, fit, seizure	نوبة، أزمة، بحران
Corps endolori	painful body	جسد مؤلم	Crise accidentelle	accidental crisis	نوبة عرضية
Corps érogène	erogenous body	جسد شبق	Crise akinétique	akinetic attack	نوبة لا حركية
Corps idéal	ideal body	جسم مثالي	Crise atonique	atonic crisis	أزمة وهنية
Corps imaginaire	imaginary body	جسد خيالي	Crise audiogénique	audiogenic seizure	نوبة سمعية
Corps imaginé	body imagined	جسد متخيل	Crise catathymique	catathymics crisis	أزمة وجدانية
Corps internalisé	body internalized	جسم مستبطن	Crise cérébrale	cerebral crisis	نوبة مخية
Corps médical	medical corps	هيئة طبية	Crise clastique	clastic crisis	نوبة تحطيم
Corps morcelé	divided body	جسد مجزأ	Crise clinique	crisis clinic	نوبة سريرية
Corps objet	Body object	جسد-شيئ	Crise clonique	clonic crisis	نوبة اختلاجية
Corps organique	organic body	جسم عضوي	Crise continue	connected fit	نوبة متصلة
Corps psychique	psychic body	جسم نفساني	Crise convulsive	convulsive crisis	نوبة التشنج
Corps réel	effective body	جسد واقعي، جسم حقيقي	Crise cyclique	cyclic crisis	نوبة دورية
Corps sexué	sexed body	جسد جنسي	Crise d'adolescence	adolescence attack	أزمة المراهقة
Corps souple	supple body	جسم مطاوع	Crise d'agressivité	aggressivity crisis	نوبة العنف
Corps spongieux	corpus spongiosum	جسم إسفنجي	Crise d'angoisse	anguish crisis	نوبة قلق
Corps sujet	subject body	جسم موضوع	Crise d'angoisse aiguë	acute anguish crisis	نوبة حصرية حادة
Corps symptôme	symptom body	جسم علامة	Crise d'anxiété	anxiety crisis	نوبة قلق
Cortex	cortex	قشرة	Crise d'anxiété récurrente	recurrent anxiety crisis	نوبة قلق معاودة
Cortex auditif	auditory cortex	لحاء سمعي	Crise d'épilepsie	epilepsy crisis	نوبة صرع
Cortex cérébral	cerebral cortex	قشرة مخية			
Cortex d'association	association cortex	لحاء الترابط			
Cortex du cerveau	brain cortex	قشرة الدماغ			

Crise d'hystérie	hysterical crisis	نوبة هستيرية	Crise émotive	emotive crisis	نوبة انفعالية
Crise d'identité	identity crisis	نوبة الهوية، أزمة الهوية	Crise épileptiforme	epileptiform seizure	نوبة صرعية الشكل
Crise d'opposition	opposition crisis	أزمة المعارضة	Crise épileptique	epileptic crisis	نوبة صرعية
Crise d'originalité	originality crisis	نوبة الشذوذ	Crise excito-motrice	excito-motor crisis	نوبة استثارة الحركة
Crise d'anxiété aiguë	acute anxiety attack	نوبة قلق حاد	Crise existentielle	existential crisis	أزمة وجودية
Crise de catalepsie	catalepsy crisis	نوبة التخشب	Crise explosive	blast crisis	نوبة انفجارية
Crise de colère	anger crisis	نوبة غضب	Crise fausse	false crisis	نوبة كاذبة
Crise de conversion	conversion seizure	نوبة تحولية	Crise généralisée	generalized crisis	أزمة معممة
Crise de delirium tremens	tremor delirium crisis	نوبة هذيان راعش	Crise grand mal	grand mal crisis	نوبة الصرع الكبرى
Crise de manie	mania crisis	أزمة هوس	Crise hypomaniaque	hypomaniac crisis	نوبة هوس خفيف
Crise de nausée	nauseous crisis	نوبة غثيان	Crise hystérique	hysteriform seizure	نوبة هراعية الشكل
Crise de nerfs	nerves attack	أزمة عصبية	Crise hystérique	hysteric crisis	نوبة هستيرية، نوبة هراعية
Crise de panique	crisis of panic	أزمة الذعر، أزمة هلع	Crise icto-comitiale	epileptic seizure	نوبة صرعية
Crise de perte de connaissance	to lose consciousness crisis	نوبة إغماء	Crise identificatoire	identificatory crisis	أزمة تحديد الهوية
Crise de pleure	crying crisis	نوبة بكاء	Crise instinctivo-affective	instinctivo-affective crisis	نوبة غريزية وجدانية
Crise de rire	laughing crisis	نوبة ضحك	Crise isolée	isolated crisis	نوبة منفصلة
Crise de sommeil	sleeping sickness	نوبة نومية	Crise jaksonienne	jaksonian crisis	نوبة جاكسونية
Crise de vomissement	vomiting crisis	نوبة قيء	Crise juvénile	juvenile crisis	أزمة فتوية
Crise délirante	delirious crisis	نوبة هذيانية	Crise majeure	major crisis	أزمة جسيمة
Crise dépressive	depressive crisis	نوبة اكتئاب، نوبة اكتئابية	Crise maniaco-dépressive	maniaco-depressive crisis	نوبة الهوس الاكتئاب
Crise du delirium tremens	tremor delirious crisis	نوبة هذيان راعش	Crise maniaque	maniac crisis	نوبة هوس
Crise du lobe temporal	temporal lobe crisis	نوبة الفص الصدغي	Crise motrice	motive crisis	أزمة محرقة
Crise du milieu de la vie	middle life crisis	أزمة منتصف العمر	Crise myasthénique	myasthenia crisis	نوبة الوهن العضلي
Crise ecmnésique	ecmnesic crisis	نوبة نسيان الحداثة	Crise narcissique	narcissistic crisis	أزمة نرجسية
Crise émotionnelle	emotional crisis	نوبة انفعالية، أزمة انفعالية	Crise nerfs	nerves attack	نوبة عصبية
			Crise occasionnelle	occasional crisis	أزمة اتفاقيه
			Crise oculogyre	oculogyric crisis	نوبة تشنج الجفون
			Crise parentale	parental crisis	أزمة والدية

الكتاب الإلكتروني لمعجم العلوم النفسية

" PDF doc " **المعجم الإلكتروني النفسي الإنجليزي**

إنجليزية - فرنسية - عربية

نموذج : تنزيل كامل مصطلحات حرف A الإنكليزي (Ko 1024).

www.arabpsynet.com/eDictBooks/A.afe.exe

" PDF doc " **المعجم الإلكتروني النفسي الفرنسي**

فرنسية - إنجليزية - عربية

نموذج : تنزيل كامل مصطلحات حرف A الإنكليزي (Ko 942).

www.arabpsynet.com/eDictBooks/A.fea.exe

" PDF doc "1 **المعجم الإلكتروني النفسي العربي - المجلد 1**

عربية - إنجليزية - فرنسية

نموذج : تنزيل كامل مصطلحات حرف أ العربي (Ko 1415).

www.arabpsynet.com/eDictBooks/A.aef.exe

" PDF doc "2 **المعجم الإلكتروني النفسي العربي - المجلد 2**

عربية - فرنسية - إنجليزية

نموذج : تنزيل كامل مصطلحات حرف أ العربي (Ko 1271).

www.arabpsynet.com/eDictBooks/A.afe.exe

قواعد النشر بمجلة شبكة العلوم النفسية العربية

تعمل "مجلة شبكة العلوم النفسية العربية" على الإحاطة بمسجلات الاختصاص في كافة فروع العلوم النفسية، محاولين بذلك الاستجابة لحاجات المخصصين والمهنيين خصوصاً بعد تداخل تطبيقات الاختصاص مع مختلف فروع العلوم الإنسانية. وذلك من خلال اطلاع المصنف 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 والملاحظات 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 الكتب الجديدة
 - 4- التقارير العلمية عن المؤتمرات المعنية بدراسات الطفولة
 - 5- المقالات العامة المتخصصة
- المجلة مفتوحة أمام كل الباحثين العرب من أطباء، فنانين و أساتذة علم النفس داخل الوطن العربي و خارجة وهي ترحب بكل المساهمات الملزمة بشروط النشر التي حددها الهيئة العلمية للموقع على الشكل التالي:

قواعد عامة

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

قواعد خاصة

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

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 المقتبس بين قوسين صغيرين " " وتذكر أرقام الصفحات المقتبس 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 ترتيبه مسلسل. حسب الاسم الأخير للمؤلف أو الباحث وتأني المراجع العربية أو لأثر المراجع الأجنبية بعدها وتذكر بيانات كل مرجع على النحو الآتي:
- عندما يكون المرجع كتاباً:

اسم المؤلف (سنة النشر) عنوان الكتاب (الطبعة، أو المجلد) اسم البلد: اسم الناشر، مثال: مراد، صلاح أحمد، (2001) الأساليب الإحصائية في العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية، القاهرة: الأجلو المصرية.
- عندما يكون المرجع بحثاً في مجلة:

اسم الباحث (سنة النشر) عنوان البحث، اسم المجلة، المجلد الصفحات، مثل: النطامي، نابتة (2002). تعليل التفكير للطفل الخليجي، 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 متسلسلة في متن البحث ووضعها من قمتها 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 المتقدمة وأهداف الدراسة ومناقشة القضية ومروية الكاتب فيها، هذا بالإضافة إلى التزامه بالأصول العلمية في الكتابة وتوثيق المراجع وكتابة الهوامش التي وردت في قواعد التوثيق

■ عرض الكتب الجديدة ومراجعتها:

تنشر المجلة مراجعات الباحثين للكتب الجديدة 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- عنقود 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 والمحاضرات:

تنشر المجلة التقارير العلمية عن المؤتمرات والندوات والمحاضرات في مجال علم النفس والطب النفسي التي تعقد في البلاد العربية أو غير العربية بشرط أن يغطي التقرير بشكل كامل ومنظماً أخبار المؤتمر أو الندوة أو الحلقة الدراسية وتصنيف الأبحاث المقدمة ونتاجها وأهم القراءات والنوصيات كما تنشر المجلة محاضرات الحوار في الندوات التي تشارك فيها لمناقشة قضايا تتعلق بالاختصاص.



المعجم الإلكتروني للمصطلحات النفسية

المعجم الإلكتروني للمصطلحات النفسية

المعجم الإلكتروني للمصطلحات النفسية

المعجم الإلكتروني

e.DICTIONNAIRE

e.DICTIONARY

المعجم الإلكتروني للمصطلحات النفسية

المعجم الإلكتروني للمصطلحات النفسية

المعجم الإلكتروني للمصطلحات النفسية

Environment to 3000 terms Equivalents of 5000 pages

More than 112000 terms in 112000 pages

English - French - Arabic

French - English - Arabic

English - Arabic

Arabic - English

English - French

French - English

English - Arabic

Arabic - English

English - French

French - English

English - Arabic

Arabic - English

This dictionary comprises 44132 English terms with their translations concerning all fields of psychological sciences. In this dictionary the search for the translation is made in English and the result is displayed simultaneously in French and in Arabic.

المعجم الإلكتروني للمصطلحات النفسية العربي على 32163 مصطلحاً من جميع فروع العلوم النفسية. يتم البحث في هذا المعجم عن ترجمة المصطلحات العربية ويظهر نتائج الترجمة باللغات الإنكليزية والعربية.

المعجم الإلكتروني للمصطلحات النفسية

المعجم الإلكتروني للمصطلحات النفسية

المعجم الإلكتروني للمصطلحات النفسية

Arabic ePsydict

French ePsydict

English ePsydict

Arabic ePsydict

French ePsydict

English ePsydict

Ce dictionnaire comporte 38666 terminologies françaises avec leurs traductions intéressantes des domaines des sciences psychologiques. La recherche de la traduction dans ce dictionnaire se fait en Français et le résultat est affiché simultanément en Anglais et en Arabe.

Psychiatry - Psychology - Psycho-analysis - Psychotherapy

الطب النفسي - علم النفس - العلاج النفسي - التحليل النفسي

Psychiatrie - Psychologie - Psychanalyse - Psychothérapie

الطب النفسي - علم النفس - العلاج النفسي - التحليل النفسي

MicroSoft WINDOWS COMPATIBLE

95A, 98A, 98A, 2000A et NT A

Publisher: CISEN COMPUTER CENTER Av. Majida Boullia Imm. Dar El-Wafa Etage 1 App. N° 103 - 3003 SFAX - TUNISIE Tel.: (00 249) 74 407 014 Fax: (00 249) 74 405 784 Email: apnjournals@arabpsynet.com

Distributeur agréé: SOCIÉTÉ LOGIDEP Av. des Marthys, Rue Sidi Med El-Karay Imm. Ben Amor - N°3 - 3003 SFAX - TUNISIE Téléphone: (00 249) 74 406 603 Email: akakim@ycoos.com

تسليمه شـراء سي دي المعجم الإلكتروني في www.arabpsynet.com/ePsyDict/subscribe.htm