



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

PMail: 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

- إشتراك 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

- إشتراك في قائمة المراسلات
- تصفح الارتباطات المحمية
- إشتراك سنوي في إصدارات المجلة الإلكترونية
- إشتراك سنوي في إصدارات الكتاب الإلكتروني
- إشتراك 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)
- **قسمة 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 الإسترليني = 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 كمبيوتر" .
- يرسل الشيك المصرفي بالبريد الورقي مضمون الوصول على عنوان "سكرتيرية الدكتور جمال التركي" * مضموناً بنسخة مصورة من هذه الفاتورة

*العنوان البريدي:

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

مراسلات المجلة

بريد إلكتروني: APNJOURNAL@ARABPSYNET.COM

بريد ورقية: عمارة تبصرة - عدد 3
3000 صفاقس - تونس

مجلة شبكة العلوم النفسية العربية

نحو مدرسة عربية للعلوم النفسية

مجلة فصلية 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)
عبد الستار إبراهيم (مصر)
بشير معمرية (الجزائر)
بوفولة بوخميس (الجزائر)
نبيل سفيان (اليمن)
عبد الحافظ الخامري (اليمن)
مسعود النجار (الكويت)
د. عدنان فرح (الأردن)
سامر رضوان (سوريا/عمان)
سوسن شاكر الجبلي (العراق)
عمر هارون الخليفة (السودان)

الطب النفسي

أ.د. قتيبة جالبي (العراق)
أ.د. طارق عكاشة (مصر)
د. غيثاء الخياط (المغرب)
د. وليد سرحان (الأردن)
أ.د. الزين عمارة (الإمارات)
أ.د. أديب العسالي (سوريا)
د. حسان المالحي (السعودية)
د. خليل فاضل خليل (مصر)
أ. د. عبد الرحمان إبراهيم (سوريا/لبنان)

مراسلون

د. جمال الخطيب (الأردن)
د. صباح صليبا (لبنان)
د. رضوان كرم (الولايات المتحدة)
د. فارس كمال نظمي (العراق)

د. بسام عويل (بولندا/سوريا)
د. سليمان جبار الله (الجزائر)
د. رضا أبو سريع (السعودية)
د. وائل أبو هندي (مصر)

السكرتيرية: إيمان الفقي و سلاوى الورثاني

إصدار مؤسسة العلوم النفسية العربية - تونس

5	المؤلف :	مظاهر الاكتئاب في المجتمع العربي
5		مظاهر الاكتئاب في المجتمع العربي - خليل فاضل
12		توافق المراضة بين الاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة - عبد العزيز موسى
24		مدى انتشار مظاهر الاكتئاب النفسي بين الطلاب - بشير معمرية
36		الشعور بالذات وعلاقته بالكآبة لدى طلبة الجامعة - م. عبد الستار، م. عبد المجيد
45		الاكتئاب والجنىس - بوفولة بوخييس
50		حصار الاكتئاب في الوطن العربي... الواقع والمعاش - إبن احمد قويدر
53		المظاهر العيادية والثقافية للاكتئاب - هدى كشرود
57		المعرض الاكتئابي... دليل الممارس العربي - ر. سيتيل ر. ابراهيم
85	A.Saif, M. Thabet, P.Vostanis	DEPRESSION AMONG END-STAGE RENAL FAILURE PATIENTS
91	Y.MOALLA & Collaborateur	SPECIFICITES DES TROUBLES MD DEBUTANT A L'ADOLESCENCE
98	Adel OMRANI	TRAITE DE LA MELANCOLIE (1er LIVRE)

105	تكريم: محمد غربال / / HONORING: GHORBEL MOHAMED
105	محمد غربال... بصمات لائمه وإضافات علمية مميزة

107	أبحاث ومقالات PAPERS & ARTICLES
107	تعليم تلقيني... وسلطات قامعة - يحيى الرخاوي
113	تأثير عدم البيوت على الصحة النفسية للأطفال الذكور والطلاة النفسية - ع. موسى، أ. أبو طاحينه، إ. السراج
122	الجسدية، معاناة النفس بلغة الجسد ! - رمضان زطوط، عبد الكرم قريشي
126	العوامل النفسية في مرض السرطان - بشير معمرية
132	السادية والمازوشية... قراءة نفستحليلية - بوفولة بوخييس
140	سيكولوجية الإقنة - فؤاد محمد فريخ الجابري
146	عناصر الهوية الأربعة - شارل ملمان، عبد الهادي الفقير
150	مرجعيات الإرشاد لدى العربي بين العلم والخرافة - قاسم حسين صالح
154	قنوات السمير: الكفر التكنولوجي ! - سامر جميل رضوان
157	R. Aharchaou, H. Khabbache - TOWARDS A PLURALISTIC & COADITION VIEW OF THE MENTALISTIC WORD-THEORY
170	A.Salah, M. Thabet, P.Vostanis - PREVALENCE OF EMOTIONAL & BEHAVIOURAL PROBLEMS IN CEREBRAL PALSY CHILDREN
176	Hicham Khabbache - ESQUISSE POUR UNE COGNITION PLURIELLE COALISEUSE
186	Y.MOALLA & Collaborateur - LES URGENCES EN PEDOPSYCHIATRIE

190	قراءات موجزة: أبحاث... مقالات... حوارات :
190	قراءات موجزة... أبحاث

190	تقصي ميداني لسيكولوجية المواجهة بين حضارتين - فارس كمال نظمي
192	الطفل العراقي... رأسمالية الحروب وسيكولوجية الثورة ! - فارس كمال نظمي
194	أنماط الشخصية العراقية وأفاق الوحدة المجتمعية - فارس كمال نظمي
196	الإعلام بالإعاقاة وأثره على تقبل الوالدين لها - يسر معلى و زملائها
199	الأزمة النفسية وعلاقتها بإدراك الحدث - لؤي خزعل جبر
200	الاعتقاد بعدالة العالم لدى طلبة جامعة العراق - لؤي خزعل جبر
201	السلطة العقلانية: علاقتها بالثقة الاجتماعية المتبادلة - علي تركي نافل
204	قراءات موجزة... مقالات
204	المخ البشري بين التفكير والفسيل وإعادة التشكل - يحيى الرخاوي
206	سيكولوجية الفوف من الموت - محمد قاسم عبد الله

209	هل يمكن العيش بالتاريخ؟ - قناري حناني
210	متعة الاختيار وحبس الإجبار - قناري حناني
211	مخاطر التفكير الانفعالي - قناري حناني
212	العندل هو الدمل والحريصة هي الضمان - قناري حناني
212	البارانونيوس والجريمة - صابر مصطفى
213	السويديون والرهابة الاجتماعية - اسعد الامارة
214	عطلة نهاية الأسبوع! - الحارث عبد الحميد حسن
215	اضطراب السلوك الجنسي في عالم ثورة الاتصالات - داليا الشيمي
216	أطفال الحرب اللبنانية والقتل لمجرد لذة القتل - جورج طرابيشي
217	فكرة النفس عند العرب وموقعها في التحليل النفسي - حنان عباد
218	SAMI Mahmoud ALI - INTRODUCTION À LA THÉORIE RELATIONNELLE
221	Abdelkarim BELHAJ - REGARD PSYCHOSOCIOLOGIQUE SUR LE COMPORTEMENT ÉLECTORAL
223	قراءات موجزة ... حوارات
223	لقاء مع سامي محمود علي - إليزابيث جيل
224	Elisabeth Gilles - ENTRETIEN AVEC SAMI MAHMOUD ALI

2 2 7 مراجعة كتب / BOOKS REVIEW

227	الطبيب المسند في تطوير الأبحاث والرعاية الصحية - محمد أديب العسالي
236	كيف نفهم الطفل والمراد؟ - عبدالرحمن ابراهيم

2 4 0 مراجعة مجلات / JOURNALS REVIEW

240	الثقافة النفسية المتخصصة - م 17 العدد 69
245	المجلة العربية للعلوم النفسية - م 18 العدد 01

2 4 9 انطباعات / APPRECIATIONS

249	أطبباء نفسانيون وأساتذة علم النفس
-----	-----------------------------------

2 5 2 مؤتمرات نفسية / PSY CONGRESS

252	الملتقى السنوي السادس للجمعية البريطانية للطب النفسي - بريطانيا
253	المؤتمر العلمي الأول قسم الصحة النفسية: توصيات المؤتمر - بنها - مصر
255	الملتقى الدولي لطب علم النفس - السودان الخرطوم
256	المؤتمر العربي العاشر للطب النفسي - الجزائر
258	المؤتمر 26 الفرنسي المغربي للطب النفسي - نوفوتال ليون برون
262	المؤتمر الدولي الثالث لمستشفى في النور - أبو ظبي، الإمارات
265	خدمات الصحة النفسية في عراق بعد الحرب - أبو ظبي، الإمارات
267	المؤتمر الثاني لخطوط تطوير التعليم والبحث العلمي في الدول العربية - السعودية
270	دورة تدريبية في العلاج السلوكي المعرفي - جدة، السعودية
272	الملتقى الدولي الرابع للطب النفسي - جدة، السعودية
274	المؤتمر الدولي السادس حول الطفل الموهوب في الوطن العربي - الجزائر
276	الملتقى الدولي الثاني للطب النفسي - الجزائر
277	الجمعية التونسية للأطباء النفسيين والجامعيين - تونس
278	أجندة المؤتمر رات النفسية - صيف و خريف 2007

2 8 7 مصطلحات نفسية / PSY TERMINOLOGIES

287	المعجم الإلكتروني للعلوم النفسية العربية "ت" (الإصدار العربي)
291	(English Edition) " C " E.DICTIONARY OF PSYCHOLOGICAL SCIENCES
295	(Edition Francais) " D " E.DICTIONNAIRE DES SCIENCES PSYCHOLOGIQUES

مظاهر الاكتئاب في المجتمع العربي

د. خليل فاضل الطب النفسي - القاهرة، مصر

www.drfadel.net - kmfadel@gmail.com

"أيها الوطن الجميل، كل هذه الأرض الممتدة من محيط عقبة إلى خليج أبي ذر، كل هذه الأرض لنا . . . للعرب جميعاً، وهذه الصحراء الجميلة كانت للفرسان وللشعراء وقبلهم للأنبياء، قبل أن تتحول إلى محطات بنزين، وقبل أن يتم رسم خرائطها بأصابع أعدائها، فالأمة لا تحالف إلا مع ذاتها، ولا تنتصر إلا لهذه الذات، وكل تحالف سواه مهزوم بعاره وثرائه"¹.

3

()

والبني آدمين وكل حاجة - ولما قمت حسيته بجنة لخرة
كبيرة قوي في بقي، باشوف إيه دي لقينتها لسانني
مقطوع وواقف يدوب على حثة، تقريباً نسيوا يحطوه
مكانه، باخرك قام اتقطع ووقع ميني، حاولت أتكلم،
عايز أتكلم، نفسي أتكلم، عايز أصرخ . . . آه آه
آه مش قادر ومش عارف أعمل إيه، عايز أنطق لكن
مفيش لسان، وفضلت أصرخ وأصرخ آه مش قادر،
لقيت نفسي غرقان ميني، عرق مغطي كل جسمي، وأنا
باغيطة، وصحيت في الآخر عرفت إنه كابوس، قلت الحمد
لله، الحمد لله . . .) :

()

()

4

.

()

(أنا قاعد
بأكل، باشرب، بانام . . . وباحلم " الخلم هو
كابوس؟! أنا خايف قوي أنا لو سقطت في المعهد تاني
هتبقى مصيبة، مش معقول أتحوّل ببساطة كده لإنسان
فاشل، انسان ما بيّفهمش حاجة في الدنيا، أنا خلاص
نزلت من نظر الناس أنا فاشل فاشل ذريع، فشلت في
الحاجة الوحيدة اللي مفروض أفلح فيها، الشباب
اللي في سني وأصغر ميني خلصوا تعليمهم خلاص واشتغلوا
كمان، وأنا طول النهار نايم، وطول الليل قاعد
على الكمبيوتر، ما أعرفش ليه، كل يوم أقول
هاذاكر بكره، لكن مفيش فايدة زي ما يكون فيه
دوامة أنا غرقان فيها ومش قادر أطلع منها، أنا
مش عايز أنتحر، أنا مش عارف أنا عايز إيه
وورايا إيه أعمله، أنا ما كنتش كده، أنا بازهق
قوي وبسرعة، ده مش حقد على الناس لكنهم أحسن ميني
وعارفين هم عايزين إيه، واضحين مع أنفسهم ومحققين
أهدافهم، وعلى الأقل فيه هدف بيحروا وراه
وبيحاولوا يحققوه، لكن أنا مش عارف أنا عايز
إيه، أنا قرفان من نفسي، باغير جداً لو واحد أصغر
ميني نجح وعرف هو عاوز إيه، وأنا قاعد بأكل باشرب
وبانام وباحلم . . . إمبارح حلمت حلم تاني واحد
صاحبي فتوة ضرب ولد وجاب الشرطة اللي قامت ضربت
الناس كلها، الناس خافت، واحد منهم ضمني، فردت
إيدي، اضربت رصاصة فجرت إيدي، واتفرمت، وبعدين
صحيت حاسس بوجع، أنا دايماً باقوم من النوم
تعبان، بانام كثير لحد ما ضهري يوجعني مش عارف
أعمل إيه، أترمي في الشارع أحسن 24 ساعة . . .
باختصار . . . أنا خايف).

التعقيب الثاني:

SMS

()

()
()
()
()

24

.

(شباب عراقي عمره

26 سنة يهاجر مع أهله إلى القاهرة ورغم اشتراكه
الهامشي مع المقاومة - وفي هذا جراءة تعارضت كلية
مع أعراض الرهاب والذعر والهلع من كل شيء، بما في
ذلك كل آثار توتر ما بعد الصدمة PTSD، جسد هذا
الشباب العراقي درامياً في المسرح النفسي العلاجي
(السيكودراما) مأساته ما بين صدام وجحيم الاحتلال
والحنين الشديد القاسي إلى الوطن، في آخر جلساته
الفردية، ارتمى على الشيزلونج، متأملاً سقف الغرفة
قائلاً في أنين المتعب المتخن بالجراح (كل ما أنام على
سريري، أتأوه وأقوم متفزعاً خائفاً، أحلم ببيتنا،
بأسرتي ونحن نخرج كأسرة بالسيارة، نخضر الأكل، يحضر
أقاربنا، نطالع تحركات الجيش العراقي حولنا، أبكي
مكتئباً بشدة، كابوسي هو حلمي وحلمي هوا كابوسي،
أملّي، بغيتي ومقصد فرحتي، إذا نمت على الأرض في مكان
بعيد كاللاجئين نمت في هدوء، وإذا عدت إلي فراشي عاد
الكابوس الحلم الأمل الذي أعرف جيداً أنه لن
يتحقق) ...

("حلم غريب اتكرر

كإن حادثة حصلت لي، كإن قطار أو عربية كبيرة
داستني، بعدين الناس شالوني وحطوني في كيس بلاستيك
ووذوني المشرحة، صحيت، لقيت نفسي في المشرحة ،
متخبط مليون تخبيطة، متقطع وبعدين متجمع تاني -
خد بالك المصريين أشطر ناس في جميع العربيات

5

corrosive

.)

..

: "وإن أخطر الهويات على الإطلاق هي تلك التي لا تتحقق إلا على أنقاض الآخرين، ينبغي أن تكون هويتي متصالحة"⁶.

Regression

)

Chat

.)

8

:

Libido

—

%15

)

200⁷.

(

-

-

-

)

(

)

(

9

" "

"هل كان علينا أن نسقط من علّو شاهق، ونرى دمنا على أيدينا... لنُذكر أننا لسنا ملائكة.. كما كنا نظن؟ وهل كان علينا أيضاً أن نكشف عن عوراتنا أمام الملأ، كي لا تبقى حقيقتنا عذراء؟ كم كُذِّبنا حين قلنا: نحن استثناء! أن تصدّق نفسك أسوأ من أن تكذب على غيرك! أن نكون ودودين مع من يكرهوننا، وقساة مع من يحبوننا - تلك هي دُونِيَّة المتعالي، وخطرسة الوضع! الهوية هي: ما نُورث لا ما نرث. ما نخترع لا ما نتذكر. الهوية هي فساد المرأة التي يجب أن نكسرهما كُلاً ما أعجبتنا الصورة! تقنّع وتَشْجّع، وقتل أمه.. لأنها هي ما تيسر له من الطرائد.. ولأنّ جندِيَّة أوقفته وكشفت له عن نهديها قائلة: هل لأمك، مثلهما؟ مهما نظرت في عيني.. فلن تجد نظرتي هناك. خطفتها فضيحة! قلبي ليس لي... ولا لأحد. لقد استقلّ عني، دون أن يصبح حجراً. هل يعرف من يهتف على جثة ضحيته - أخيه: «الله أكبر». أنه كافر إذ يرى الله على صورته هو: أصغر من كائن بشريّ سوى التكوين؟ أخفى السجن، الطامخ إلى وراثة السجن، ابتسامته النمر عن الكاميرا. لكنه لم يفلح في كبج السعادة السائلة من

18 :

(

)

-

)

(

عينيه. رُبُّما لأن النض المتعجل كان أقوى من المُمثل. ما حاجتنا للنجس، ما دمنا فلسطينيين. وما دمنا لا نعرف الفرق بين الجامع والجامعة، لأنهما من جذر لغوي واحد، فما حاجتنا للدولة... ما دامت هي والأيام إلى مصير واحد؟ «أنا والغريب على ابن عَمِّي. وأنا وابن عَمِّي على أخی. وأنا وشيخي على». هذا هو الدرس الأول في التربية الوطنية الجديدة، في أقبية الظلام. من يدخل الجنة أولاً؟ مَنْ مات برصاص العدو، أم مَنْ مات برصاص الأخ؟ بعض الفقهاء يقول: رُبُّ عَدُوٍّ لك ولدته أمك!. لا يغيظني الأصوليون، فهم مؤمنون على طريقتهم الخاصة. ولكن، يغيظني أنصارهم العلمانيون، وأنصارهم الملحدون الذين لا يؤمنون إلاً بدين وحيد: صورهم في التلفزيون!. سألي: هل يدافع حارس جائع عن دار سافر صاحبها، لقضاء إجازته الصيفية في الريفيرا الفرنسية أو الايطالية... لا فرق؟ قُلْتُ: لا يدافع!. وسألي: هل أنا + أنا = اثنين؟ قلت: أنت وأنت أقل من واحد!. لا أخجل من هويتي، فهي ما زالت قيد التأليف. ولكني أخجل من بعض ما جاء في مقدمة ابن خلدون. أنت، منذ الآن، غيرك!"

300

10

)

(

11

() ()
()

57

)

" 32"

،(

13

(الموضوع صادم ومخيف وله دلالات خطيرة عن التحول والتغير في خريطة المصريين النفسية فهم - قدر الإمكان - يبتعدون عن الانتحار لاعتبارات دينية أساساً وللنظرة المجتمعية، كما أن مسألة الانتحار الجماعي لدى الأسرة المصرية غير مسبوقة، يبدو أن هذا الابن كان رمزاً لأمر كثيرة ويبدو أن غموضاً كبيراً يحيط بديناميكيات تلك الأسرة التي لم يرد ذكر الزوجة (الأم) فيها، كما أن طريقة الموت بتناول المبيد الحشري سويّاً تدل على الخسرة التي لا حد لها لفقدان العزيز الغالي جداً، الذكر الطموح وسط بنتين لأب ملتاع، ربما كان قد وجد في ابنه الوحيد ضالته المنشودة وعمره الضائع).

(2000)

Mourning
12
Lindemann

)

loss

العام (الدكتور) شوية، وبعدين سابني أقول وأعمل اللي أنا عايزه (زيينا كلنا آدينا بنههب وبس)، المهم اجتهدت وخلصت المعهد وفضل إني أدخل الجيش، أولاً أنا مريض جداً ولا أنفع، ثانياً: أنا مش مقتنع وكنت سمعت شاعر في التلفزيون يقول (واحد اتنين، الجيش العربي فين، الجيش العربي في مصر، ساكن في مدينة نصر، بيصحي من النوم العصر، بيغفر شاي ومنين)، أنا لا أشكك في إن الجيش بيطور نفسه دفاعياً لكن صعب على أشوفه بيفتح سينمات، ويبيع بنزين ويعمل جاتوه، ويلف حلاوة، يبني قاعات للطهور والأفراح، الدنيا كلها كده بقت رخوة قوي، المهم، لم أبذل أي مجهود، توجهت للجنة الطبية بوجهي البائس المكتئب، وحركاتي الوسواسية القهرية، ووصفاتي الطبية الكثيرة جداً، أخذت الإعفاء، ولم يبق سوى اني أروح وأبدأ الشغل مع بابا (مفيش غير كده... الشعب لازم يساعد الرئيس على بناء المستقبل للوطن العظيم).

()

(لو راجل تعمل)

حاجة، لو راجل توريني هتعمل إيه يا)

()

()

(عارف)

يادكتور سر اكتئابي إيه... إن أنا عايز أبقى حرامي عنده ضمير).

(أجاد يا)

عرب أجاد... هيه) قال (هيه) مثل مطرب العصر (شعبان عبد الرحيم) بالضبط.

()

الآلات إكلينيكية

1948

14 (يصعب)

اليوم أن نتخيل ما كان للرئيس المصري من نفوذ ابتداء من العام 1956 لقد كانت صورة معلقة في كل مكان من الدار البيضاء إلى عدن والشبان اليفاعون لا يقسمون إلا به، ومكبرات الصوت تبث أناشيد النصر، وعندما كان يلقي أحد خطبه الدفاقة المطولة، كان الناس يتحلقون حول أجهزة الترانزستور لساعتين أو ثلاث أو أربع دون كلل، كان عبد الناصر بالنسبة للناس مثلاً وقداسة. عيئاً بحثت في التاريخ الحديث عن ظواهر مشابهة فلم أجد أيّاً منها. لا توجد ظاهرة شملت هذا العدد من الدول في الوقت ذاته، ويمثل هذه الشدة على أية حال، فيما يتعلق بالعالم العربي الإسلامي لم يحدث ما يشبه هذه الظاهرة أبداً ولو من بعيد).

complete Denial

1967

()

1967

"أنا شاب عندي 27 سنة تعرضت لكل أنواع القهر والذل والإهانة من والدي تحت دعوى إنه عايز أمني وأمانني ومصلحتي وبيخاف عليّ، أنا مش مؤسس لكن هو بيفكرني- بالضبط - بالحكام العرب، ما تشوفش منهم حنّة ويعملوا ما بدا لهم، ابتديت أسقط في المعهد اللي أنا فيه، صاحبت شوية طباط بوليس، منها أحمى نفسي، ومنها أشاركهم فسادهم، وآخذ منهم حشيش بسعر مخفض، (لأنهم لا يشتروه، لكن بياخدوه من الأحرار) ويمكن كمان أسهر معاهم في علب الليل من غير ما أذفع، مرة أخذت فرشاة حشيش (قطعة كبيرة)، وقعدت أربعة أيام أسلى بيها نفسي، وأحاول أضيع اكتئابي، وقطعتها قطع صغيرة لغاية ما عملت منها 400 سيجارة ملفوفة، خزنتهم في الدولاب، وكنت كل يوم الصبح أصحى من النوم أردد بيت الشعر الجميل لصلاح عبد الصبور (طلع الصباح فما ابتسمت ولم ينر وجهي الصباح).

أنا با روح لدكاترة نفسيين من وأنا عمري 16 سنة، الأول أمي كانت بتوديني من ورا أبويا، وفضلت وأنا في المعهد العالي (اللي مسمينه أكاديمية)، أروح لوحدي من ورا أبويا لحذ ما الدكتور الحالى اللي أنا مستمر معاه قال لي لازم أبوك يعرف ولازم ييجي ولازم يسمع كلام مش هايسته خالص، كلام عن دوره في اكتئابك العصي المقاوم الشديد العنيف المعشوق مع شخصيتك، عن اكتئابك اللي إتوصل جواك واتفاعل معاك وأخذ أشكال غير عادية أهمها الوسواس القهري الشديد.

المهم أبويا حضر وسمع الكلام. زى الحكام العرب. خف عنى شوية وعمل حساب للقوى الدولية والرأى

)

1976

15

!!

2006

-

¹⁶ 1973-1972

2001

11

:

....

11

()
:

9/11

: "هذا هو

العلاج الحقيقي، لقد توقفت عن البودرة، وخرجت من القمقم مارداً، سأبحث عن أي مكان، أفغانستان أو العراق لكي أحارب أمريكا¹⁷ (تتابعات 11 سبتمبر العسكرية والسياسية وبالطبع النفسية على المجتمع العربي لم تكن هينة خاصة بعد احتلال صدام للكويت، ثم دخول أمريكا إلى الكويت لإنهاء الاحتلال، يُعد الأمر هنا علامة فارقة في التاريخ العربي و في المزاج العربي (كما ذكرنا سابقاً في حالة المواطن اليمني وانتحار الجندي الأمريكي في العراق).

" أيها الواقفون على حافة المذبحة
أشهبوا الأسلحة!
سقط الموت وانفرط القلب كحبات المسبحة
والدم انساب فوق الوشاح!
المنازل أضرحه
والزنازن أضرحه
فأرفعوا الأسلحة
واتبعوني!
أنا ندم الغد والبارحة
رايتي عظمتان ... وجُحِّمه
وشعاري: الصباح."

):

1967

()

()

)

1973

(

()

()

Manic Defense

Nihilistic depression

1967

1973

()

()

101

مُعَادِلَاتُ الْاِكْتِئاب

()

()
"التيك أوي"،

Vaginismus

مراجع ومصادر

- 1 خالد محادين في الرأي (الأردن) 1992/6/9.
- 2 Metaphor & Illnesses. New York, Farrar, Strauss and Sontag & Giroux (1977)
- 3 واشنطن- وكالات الأنباء- بغداد- محمد الأنور- الأهرام- مصر- 22 يوليو- تموز- 2007.¹
- 4 فاتح عبد السلام- الزمان- 2003/3/20 العدد 1457
- 5 مدير مركز الدراسات السودانية في القاهرة وأمين عام الجمعية العربية لعلم الاجتماع، صورة الآخر المختلف فكراً- صورة الآخر، العربي ناظراً ومنظوراً إليه- مركز دراسات الوحدة العربية والجمعية العربية لعلم الاجتماع، تحرير الطاهر لببب- الطبعة الأولى، بيروت، آب، أغسطس 1999
- 6 نفس المصدر السابق نقلاً عن داربوش شايفان " الهوية: " الجماعة والجماعات "، مواقف، العدد 65 خريف 1991.
- 7 أستاذ في جامعة فيلادلفيا- الأردن، الذات العربية المتضخمة، نفس المصدر السابق
- 8 العدد 169- يوليو - تموز - 2007 المجلد 42 مجلة السياسة الدولية
- 9 جريدة الحياة اللندنية - 17 يونيو 2007
- 10 العدد 169- يوليو - تموز - 2007 المجلد 42 مجلة السياسة الدولية
- 11 نفس المصدر السابق
- 12 Amer. Gen. Psychiat. 30:/45-5/. Symptomatology and management of acute grief. Lindeman, Erich (1944)
- 13 يوسف محمد - جريدة "البديل" - القاهرة (2007/7/29).
- 14 أمين معلوف (الهويات القتالة - قراءات في الانتماء والعولة) ترجمة د. نبيل محسن - دار ورد - دمشق
- 15 المشير كمال أحمد على القائد العام للقوات المسلحة في عصر السادات ورئيس الوزراء في مذكراته مشاوير العمر
- 16 كان المؤلف أحد زعماء تلك الحركة الطلابية في مصر
- 17 يلاحظ هنا أن المؤلف كان يُنح من ذكر الجزء الأخير في أجهزة الإعلام العربية، كما كانت تحذف من مقالاته في الصحف لأن الرقباء رأوا في هذه الحكاية تحريضاً مباشراً ودعوة صريحة للشباب العربي للتخلص من إدمانهم واكتئابهم بـ " الجهاد " ضد " الشيطان " الأكبر " حسب وصف الإيرانيين

(تتناسل المواقع العربية بشكل

كبير في الانترنت و مع ذلك لا تكاد تجد ما يشفي الغليل من حيث التغطية الإعلامية و أسلوب التحليل و النقد ، و لعل اغلب هذه المواقع هو مواقع حوارية رخيصة لا تمت الى الواقع العربي بصلة ، و الملاحظة التي تشد الانتباه هي قلة زوار هذه المواقع فما أن تنظر الى أسفل الموقع حتى تفاجأ أحياناً أن عدد الزوار هو واحد و الأعضاء صفر ، و طبعاً المقصود أنك أنت الوحيد في الموقع مما يدل على انعدام الرؤية لدى مؤسسي المواقع .. و حتى تواجه المواقع هذا الكساد في عدد الأعضاء و الزوار فإن الكثير منها يلجأ الى حيلة خبيثة تهدف من ورائها الى رفع رصيدها من الأعضاء و الزوار حيث يتم التركيز على المواضيع ذات الصلة بالنزاعات الدينية و العرقية و المذهبية .. و هذا الأمر لا يلاحظ فقط في المواقع الحوارية بل حتى المدونات التي يكون غرض صاحبها كثرة الزيارات و كثرة التعليقات و لو كان ذلك على حساب وحدة الأمة و حفظ كيانها .. و مع الأسف ظهر لآخر من المواضيع التي اكتسحت المواقع العربية بشكل مريب و هي مواضيع الجنس و ما إليه .. أقصد الصور الجنسية و الدردشة الجنسية و تبادل الإميلات .. و لتشجيع هذا اللون من الميوعة ظهرت برامج خاصة لخداع ضحايا الدردشة في الهوتميل وغيره من برامج الحوار الجاني و كمرات وهمية تخدع المحاور الآخر بشكل لا يتم التفريق فيه بين الحقيقة و الوهم طبعاً فإن الحكومات العربية تشعر بالارتياح لهذا النوع من الإلهاء فهي لا تدخر جهداً لتشجيع كل ما يمكنه إبعاد الأعين عن مخططاتها في سرقة المال العام و الاختلاسات و تهميش المجتمع و التطبيع مع الكيان الصهيوني، و لهذا تجد الحكومات العربية تستخدم مقص الرقابة و أسلوب المنع للكثير من المواقع الجادة التي تنتقد سياساتها و لكن إن كان الأمر يتعلق بالمدونات البذيئة التي ينشئها شباب مستهتر و يلاها بسيل من الصور الفاضحة فهذا لا بأس به لأنه في اعتقاد البعض تشجيع للسباحة و تنمية لعائدها "18

(الاكتئاب الباسم) و(الاكتئاب المُقنّع)

Sex object

()

شادي عبد الموجد..



د. خليل فاضل

مشاهد من على كرسي الطبيب النفسي



د. خليل فاضل

ترافق الأمراض بين الاكتئاب و كرب ما بعد الصدمة

(لدى طلبة الجامعات في قطاع غزة)

أحمد حسن ثابت - الصحة النفسية - فلسطين

أحمد خضر أبو طواحينية - الصحة النفسية - فلسطين

د. عبد العزيز موسى ثابت - الطب النفسي - غزة، فلسطين

thabet@gcmhp.net - abdelaziz@hotmail.com

ملخص الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف على ترافق المراضة بين الاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة لدى طلبة الجامعات في قطاع غزة في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية مثل الجنس، والعمر، والسكن، والدخل الشهري، وتعليم الوالدين، وعملهما. واشتملت العينة على 332 من طلبة الجامعات الفلسطينية منهم (162) من الذكور و(170) من الإناث. ممن تتراوح أعمارهم بين 18 - 25 سنة، تم اختيارهم بطريقة العينة العشوائية الطبقية. واستخدم الباحث اختبار الخبرات الصادمة، ومقياس كرب ما بعد الصدمة ومقياس بيك للاكتئاب.

تبين أن الذكور أكثر عرضة للخبرات الصادمة من الإناث. في حين لم تكن هناك فروقاً دالة إحصائية في مستوى الخبرات الصادمة تعزى للعمر، أو لنوع السكن، أو الدخل الشهري لأسر أفراد العينة من طلبة الجامعة.

كما تبين وجود فروق دالة إحصائية في مستوى كرب ما بعد الصدمة تعزى للجنس، وذلك لصالح الإناث من أفراد العينة من طلبة الجامعة.

ولم تجد النتائج فروقاً دالة إحصائية في مستوى الاكتئاب تعزى للجنس، للعمر، أو للدخل الشهري لأسر أفراد العينة من طلبة الجامعة. وكشفت النتائج أن 73 من المكروبين هم غير مكتئبين بنسبة (70.9%)، وأن 30 من المكروبين لديهم ترافق مراضة مع الاكتئاب بنسبة (29.1%) من الطلبة الجامعيين الذين لديهم كرب.

ولم تجد النتائج فروقاً دالة إحصائية في ترافق المراضة تبعاً للجنس، أو العمر، أو الدخل الشهري للأسرة أو تعليم أي من الوالدين أو عمل الأم.

1 - المقدمة

%34

(Mghir et al, 1995, 24).

%75

(2001)

%50

(Figley,1983).

(Silvir,1986, 78).

%38

(Allodi et al, 1985).

(Westermeyer et al,

(Randall)

1993)

(GCMHP, 1998).

%32,2

PTSD

(1999)

%28

(Randall, 1991, 3).

(1991) (Engdahl et al., 1998) .(Thabet & Vostanis, 2004)

(127)

17%من

32%

50%

95%

Bleich et al.,)

(1997

29% (Maercker et al., 2004)

2 - أهداف الدراسة

-1

4.5% (O'Campo et al., 2006)

-2

19.7%

-3

(Momartin et al., 2004)

-4

Oquendo)

(et al., 2003

3 - العينة والأدوات

1.3- عينة الدراسة

(1993)

(12475) (45814) (12623) (9500) (11216) (1996) (1997) (1999)

(EPI-6)

30%

95%

35%

332

(France, 2003)

2.3 - طريقة و أدوات البحث

(1992) (Engdahl et al., 1998)

(Basoglu et al., 1994)

(1993)

(2003)

،(1997)

(1996)

15 – 10

2006

.2006

،(Shalev et al., 1998) :

DSM-III-R

4 - قائمة العوامل الديمغرافية

2.1.6 - المصادقية الحالية: Concurrent validity

120
67
62 +/- 38

62 (15.5 +/- 13.8) = 9.37, (0.0001)

7 - مقياس بيك للاكتئاب

21
(0)
(4)
(0.82) = , 0.81 =
(Beck, 1979)

0.79 =
(2000 ,)

, Abu Saif and Thabet, 2007a)
.Abu Laila and (Thabet, 2007 b

8- جمع وتحليل البيانات

1.8 - طريقة جمع البيانات

20

2.8 - طريقة تحليل البيانات

(SPSS)

(Chi Square X^2)

9 - النتائج

1.9 - الخصائص الديموغرافية لأفراد العينة

1

162 48.8%
170 51.2%
25 - 18
20.72
20.19
83 22.9%
76 25.0%
87 25.9%
86
26.2%

5 - اختبار الخبرات الصادمة للبالغين

(22)

... , , , () ()
10 - 6 (5) :
(11) ,(
,1999 ,)
(2003) (1997) (2004 ,2001)

6 - مقياس كرب ما بعد الصدمة: (دافيدسون , 1998)

17

:

1,2,3,4,17

5,6,7,8,9,10,11

12,13,14,15,16

(4-) 5

136

1.6 - ثبات ومصادقية مقياس كرب ما بعد الصدمة:

:

1.1.6- الثبات

- الاتساق الداخلي

241

0.99

- إعادة تطبيق المقياس Test-retest

0.86

.(Davidson, 1987) 0.001 =

:

:

-1

-2 3

2- الجامعة		
القدس المفتوحة	76	22.9
الأزهر	83	25.0
الإسلامية	87	26.2
الأقصى	86	25.9
القدس المفتوحة	76	22.9
3- المستوى الدراسي		
الأول	102	30.7
الثاني	64	19.3
الثالث	105	31.6
الرابع	61	18.4
4- المحافظة		
شمال غزة	69	20.8
غزة	91	27.4
الوسطى	152	45.8
خان يونس	14	4.2
رفح	6	1.8
5- الحالة الاجتماعية		
أعزب	296	89.2
متزوج	33	9.9
مطلق	2	0.6
أرمل	1	0.3
6- طبيعة السكن		
ملك	205	61.7
إيجار	23	6.9
مع العائلة	104	31.3
7- مستوى التعليم للأب		
لم يتعلم "أمي"	13	3.9
ابتدائي	22	6.6
إعدادي	51	15.4
ثانوي	112	33.7
جامعة	117	35.2
دراسات عليا	17	5.1
8- مستوى التعليم للأم		
غير متعلمة "أمية"	24	7.2
ابتدائي	18	5.4
إعدادي	67	20.2
ثانوي	156	47.0
جامعة	5	18.7
دراسات عليا	122	36.7
9- نوع عمل الأب		
لا يعمل	29	8.7
عمل عادي	50	28.3
مهني	94	11.1
موظف	3	1.5
أخرى	35	10.5
10- نوع عمل الأم		
ربة بيت	284	85.5
عمل عادي	3	0.9
موظفة	35	10.5
أخرى	10	3.0
11- حجم الدخل الشهري بالدولار		
أقل من 300 دولار	168	50.6
301-500 دولار	81	24.4
501-750 دولار	52	15.7
أكثر من 750 دولار	31	9.3

2.9 - أنواع الأحداث والخبرات الصادمة التي تعرض لها طلبة الجامعات

2 : 307 %92.5

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

جدول (1) توزيع أفراد العينة حسب الجنس

الجنس	العدد	النسبة المئوية
الذكور	162	48.8
الإناث	170	51.2

301 و 90.7%

30.1%

100

31.0%

103

:

جدول (2) أنواع الخبرات الصادمة التي تعرض لها طلبة الجامعات (العدد= 332)

م	الحدث أو الخبرة الصادمة	نعم		لا	
		النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
1.	سماعك لاستشهاد صديق لك من الجيش	71.1	236	28.9	96
2.	سماعك لاستشهاد أب أو أخ أو أخت أو قريب لك من الجيش	61.1	203	38.9	129
3.	مشاهدة بيوت الجيران وهي تقصف، تهدم، تدمر	74.4	247	25.6	85
4.	مشاهدة بيتك وهو يقصف، يهدم، يدمر	42.2	140	57.8	192
5.	مشاهدة قصف البيوت والشوارع بالصواريخ من الطائرات	85.2	283	14.8	49
6.	مشاهدة مناظر وصور الجرحى والشهداء في التلفزيون	92.5	307	7.5	25
7.	مشاهدة عمليات الاغتيال للمقاومين	81.6	271	18.4	61
8.	سماعك للقصف المدفعي للمناطق المختلفة من قطاع غزة	90.7	301	9.3	31
9.	مشاهدة آثار القصف المدفعي على القطاع	85.5	284	14.5	48
10.	سماعك لأصوات الطائرات الحربية عند اختراقها لحاجز الصوت	89.8	298	10.2	34
11.	تعرضك للإصابة بشظية أو بالرصاص	38.0	126	62.0	206
12.	تعرضك للإصابة الجسدية نتيجة لقصف منزلك	33.4	111	66.6	221
13.	تعرضك لاحتجاز في البيت أثناء الاجتياح المتكرر	41.3	137	58.7	195
14.	تعرضك للضرب والإهانة أثناء الاجتياح	31.9	106	68.1	226
15.	منعك من استخدام الحمام والخروج من غرف الحجز أثناء الاجتياح	35.2	117	64.8	215
16.	تعرضك للحرمان من الماء والأكل والكهرباء أثناء الاجتياح	44.6	148	55.4	184

7.	تعرضك للتهديد بالتليفون لقصف بيتك وهدمه	115	34.6	217	65.4
8.	تهديدك بالسلاح والقتل أثناء الاجتياح	106	31.9	226	68.1
9.	استخدامك كدرع بشري للقبض على جاز لك	103	31.0	229	69.0
10.	تعرضك لإطلاق النار بقصد التخويف	138	41.6	194	58.4
11.	تهديدك بقتل أحد أفراد الأسرة أثناء الاجتياح	100	30.1	232	69.9
12.	تعرض أغراضك الشخصية للتدمير والنهب من الجيش	113	34.0	219	66.0

3.9- الخبرات الصادمة و جنس أفراد العينة

3

(22)

(5-0) ، (10-6)

(11) : (5)

21 ، (3.1%)

66 .(12.4%)

83 (40.7%)

91 (48.8%)

66 (52.2%)

(38.8%)

$\chi^2 = 15.58, df = 2, p)$

(. = 0.00

جدول (3) الفرق بين شدة الخبرات الصادمة تبعاً للجنس

البيان	الذكور		الإناث		مربع كاي د.ح = 2
	العدد	%	العدد	%	
خبرات صادمة بسيطة	5	3.1	21	12.4	*** 15.583
خبرات صادمة متوسطة	66	40.7	83	48.8	
خبرات صادمة شديدة	91	52.2	66	38.8	
المجموع	162	100.0	170	100.0	

0.01 > * 0.01 > ** 0.001 > *** دالة

4.9- أعراض كرب ما بعد الصدمة لدى أفراد العينة

4

(30%)

)

(3.3%)

جدول (4) أعراض كرب ما بعد الصدمة لدى أفراد العينة (العدد = 332)

م	عبارات كرب ما بعد الصدمة	أبداً	قليلاً	أحياناً	كثيراً	دائماً
1	هل تنتابك صور متكررة، وذكريات، وأفكار عن الخبرة الصادمة التي تعرضت لها؟	14.8	17.8	42.2	15.7	9.6

124

124 :

38 (%76)

105

(%23.4)

(%61.7).

(% 38.3)،

38

$\chi^2 = 8.46,)$

(df = 1, p = 0.004).

جدول (5) كرب ما بعد الصدمة تبعاً للجنس

البيان	لا يوجد كرب بعد الصدمة		حالات كرب ما بعد الصدمة		مربع كاي د.ح = 1
	العدد	%	العدد	%	
الذكور	124	76	38	23.4	**8.466
الإناث	105	61.7	65	38.3	

0.05 > * 0.01 > ** 0.001 > *** دالة

6.9- الاكتئاب و جنس أفراد العينة

133 : 6

(%82)،

29

(%86.4)

147 , (%18)

(%13.6)

23

($\chi^2 = 1.20, df = 1, p = 0.273$).

جدول (6) الاكتئاب تبعاً للجنس

البيان	لا يوجد اكتئاب		حالات اكتئاب		مربع كاي د.ح = 1
	العدد	%	العدد	%	
الذكور	133	82	29	18	1.20
الإناث	147	86.4	23	13.6	

0.001 > دالة *** 0.01 > ** 0.01 > *

7.9 – ترافق المراضة بين الاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة لدى أفراد العينة

207 : 7

(%73.9)، 73

(%26.1) 22

30

(%42.3).

(%57.7).

$\chi^2 =)$

(20.49, df = 1, p = 0.000)

جدول (7) ترافق المراضة بين الاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة

البيان	لا يوجد كرب بعد الصدمة		حالات كرب ما بعد الصدمة		مربع كاي د.ح = 1
	العدد	%	العدد	%	
لا يوجد اكتئاب	207	73.9	73	26.1	***20.4
حالات الاكتئاب	22	42.3	30	57.7	

0.01 > * 0.01 > ** 0.001 > *** دالة

8.9 – ترافق المراضة تبعاً لشدة الخبرات الصادمة لدى أفراد العينة

: 8

(%3.9)، 25

(% 96.1) 11

(%7)،

138

2	هل تتناوب أحلام مزعجة عن الخبرة الصادمة؟	23.8	26.5	31.0	13.3	5.4
3	هل تتناوب مشاعر فجائية أو خيرات بأن ما حدث سيحدث مرة أخرى؟	15.1	15.7	30.1	23.8	15.4
4	هل تتضايق من الأشياء التي تذكرك بما تعرضت له من خبرة صادمة؟	14.8	19.9	21.4	30.4	13.6
5	هل تتجنب الأفكار والمشاعر التي تذكرك بالحدث الصادم؟	14.5	20.2	28.9	20.5	16.0
6	هل تتجنب المواقف والأشياء التي تذكرك بالحدث الصادم؟	17.8	21.4	28.0	15.7	17.2
7	هل لديك فقدان للذاكرة للأحداث الصادمة التي تعرضت لها (فقدان ذاكرة نفسي محدود)؟	67.8	12.3	13.9	3.3	2.7
8	هل لديك صعوبة في الاستمتاع بالحياة والنشاطات اليومية التي تعودت عليها؟	27.7	22.3	26.2	14.5	9.3
9	هل تشعر بالعزلة، وبأنك بعيد عن الآخرين، ولا تشعر بالحب، والتبسط؟	34.6	16.6	25.3	13.6	9.9
10	هل فقدت القدرة على الإحساس بمشاعر الحزن، والحب (متبلد الإحساس)؟	57.8	15.7	15.1	7.8	3.6
11	هل تجد صعوبة في تخيل بأنك ستعيش لفترة طويلة لتحقيق أهدافك في العمل، الزواج إنجاب أطفال؟	25.9	20.5	29.8	13.3	10.5
12	هل لديك صعوبة في النوم أو البقاء نائماً كالمعتاد؟	26.5	22.9	26.8	14.2	9.6
13	هل تتناوب نوبات من التوتر، والغضب الشديد الفجائية؟	23.5	28.3	22.6	17.5	8.1
14	هل تعاني من صعوبات في التركيز؟	15.1	26.2	25.9	20.5	12.3
15	هل تشعر بأنك على حافة الانهيار (واصلة معاك على الآخر)، ومن السهل تشتيت انتباهك؟	31.6	25.9	21.4	13.3	7.8
16	هل تستثار لأفقه الأسباب ودائماً تشعر بأنك متحفز؟	30.1	29.2	22.6	12.3	5.7
17	هل الأشياء أو الأشخاص الذين يذكرونك بالخبرة الصادمة تجعلك في نوبة من ضيق التنفس، العرق، الغزير وسرعة ضربات القلب؟	39.2	25.9	21.1	9.0	4.8

5.9 - كرب ما بعد الصدمة و جنس أفراد العينة

229 5

(%31)

(%69) 103

(%33.4)

($\chi^2 = 2.55$, $df = 3$, $p = 0.46$)

جدول (9) ترافق المراضة (الاكتئاب و كرب ما بعد الصدمة) و بعض المتغيرات الديموغرافية

البيان	حالات ترافق المراضة بين الاكتئاب و كرب ما بعد الصدمة		لا يوجد ترافق للمراضة		مربع كاي د.ح = 1
	العدد	%	العدد	%	
1- الجنس					
الذكور	13	43.3	149	49.3	0.394
	17	56.7	153	50.7	
الإناث					
2- العمر					
21 سنة ودون	21	70.0	222	73.5	0.171
22 سنة وفوق	9	30.0	80	26.5	
3- مكان السكن					
معسكر	15	50.0	146	48.3	1.848
مدينة	10	33.3	127	42.1	
قرية	5	16.7	29	9.6	
4- تعليم الأب					
ابتدائي ودون	1	3.3	34	11.3	0.537
إعدادي	6	20.0	45	14.9	
ثانوي	11	36.7	101	33.4	
جامعي وفوق	12	40.0	122	40.4	
5- تعليم الأم					
ابتدائي ودون	2	6.7	40	13.2	1.580
إعدادي	5	16.7	62	20.5	
ثانوي	16	53.3	140	46.4	
جامعي وفوق	7	23.3	60	19.9	
6- عمل الأب					
لا يعمل	18	60.0	104	34.4	*9.59
عامل عادي	2	6.7	35	11.6	
مهني	1	3.3	28	9.3	
موظف	8	26.7	86	28.5	
أخرى	1	3.3	49	16.2	
7- عمل الأم					
ربة بيت	24	80.0	260	86.1	2.123
عاملة عادية	-	0.0	3	1.0	
موظفة	4	13.3	31	10.3	
أخرى	2	6.7	8	2.6	
8- دخل الأسرة الشهري					
أقل من300 دولار	19	63.3	149	49.3	0.465
301-500 دولار	5	16.7	76	25.2	
501-750 دولار	3	10.0	49	16.2	
أكثر من 750 دولار	3	10.0	28	9.3	

10 - خلاصة

(%9)

(%10)

11 - المناقشة

%92.5

307

%90.7

301

(1994)

(%38.8)

91

(%52.2)

%47.2

66

(1993)

(%62)

%34.9

2007

(2007 ,

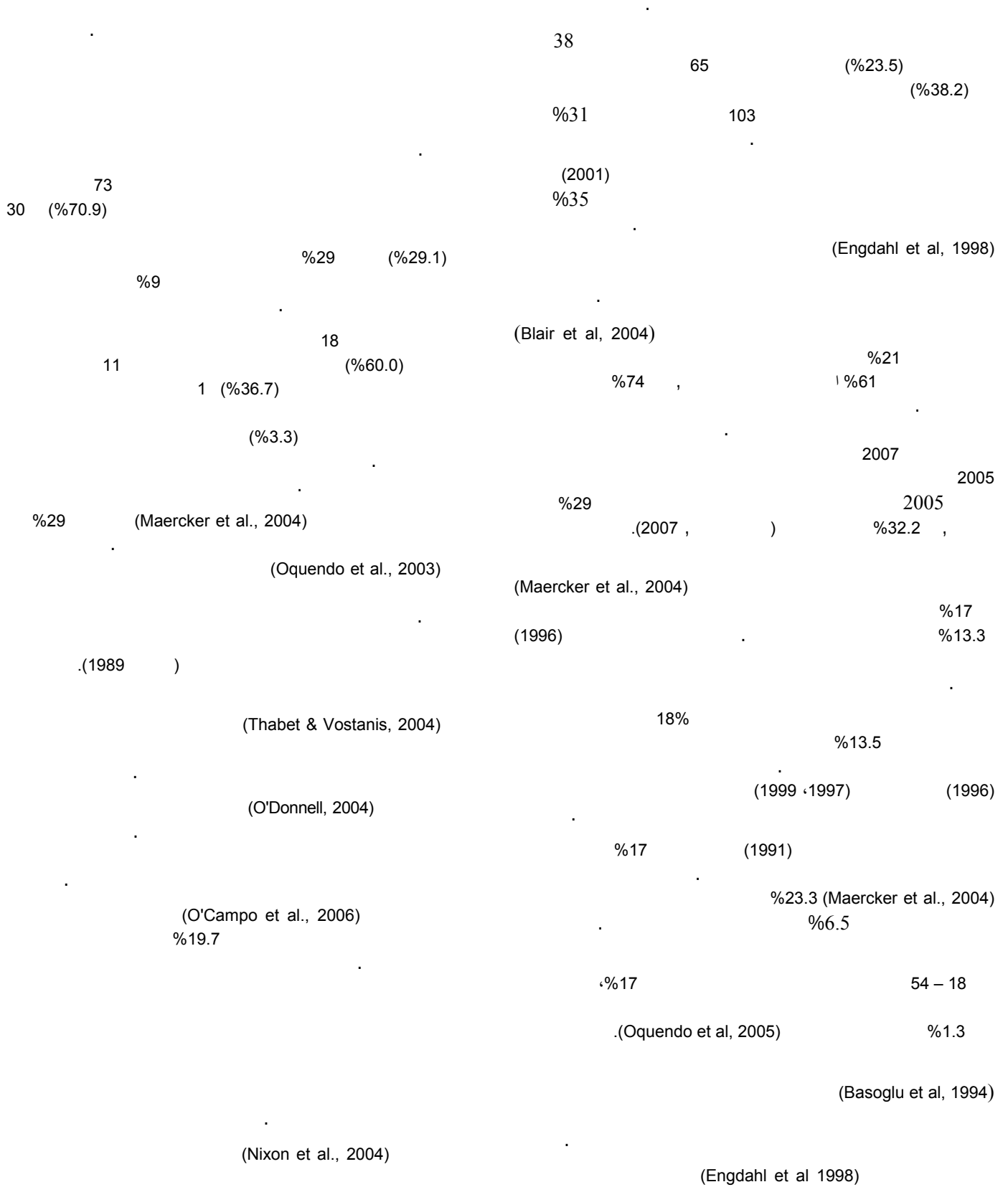
)

%24.4

(%47.3)

(%31)

%15



(Ingram et al, 1987).

(Oquendo et al.,)

(2003)

(Breslau et al.,)

(2000)

(Bleich et al., 1997) %95

% 50

(1992)

المراجع

أولاً: مراجع عربية

1. أبو طواحينة، أحمد: (1999). الآثار النفسية للتعذيب، رسالة دكتوراة غير منشورة، كلية الآداب، جامعة عين شمس.
2. أبو نجيلة، سفيان محمد: (2001). مقالات في الشخصية والصحة النفسية، مركز البحوث الإنسانية والتنمية الاجتماعية، غزة.
3. أبو هين، فضل: (1991) دراسة حول الصحة النفسية، دراسة غير منشورة، برنامج غزة للصحة النفسية.
4. الأنصاري، بدر محمد: (1997). الاكتئاب والعدوان العراقي: دراسة لمعدلات الانتشار في المجتمع الكويتي، مكتب الإنماء الاجتماعي، الديوان الأميري، ط1.
5. الأنصاري، بدر محمد: (1999). السمات الانفعالية لدى الشباب الكويتي من الجنسين. مجلة العلوم الاجتماعية. مجاز للنشر.
6. الخلو، محمد وفائي وع الصدمات النفسية للاحتلال و أثرها على الصحة النفسية للطلبة في قطاع غزة، رياض صيدم، عبد العزيز ثابت، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية. ص 5-16: العدد 13-شتاء 2007.
7. فائنة، عزو: (1994). المؤثرات السلوكية والسيكولوجية للانتفاضة الفلسطينية على طلاب وطالبات الجامعة الإسلامية بغزة، مجلة الجامعة الإسلامية، عدد (2).

12 - تضمينات للنظرية (التوصيات)

(%10)

23. Breslau, N.; Davis G.C.; Peterson, E.L. & Schultz L.R.: (2000). A second look at comorbidity in victims of trauma: the posttraumatic stress disorder-major depression connection. *Biological Psychiatry*. Nov 1;48(9):878- 880.
24. Davidson, J. R. T., Book, S. W. & Colket, J. T. (1995). Davidson Self-Rating PTSD Scale. Available from Multi-Health Systems, Inc., 908 Niagara Falls Boulevard, North Tonawanda, NY 14120.
25. Engdahl B.k.; Dikel T N, Eberly R, Blank A JR: (1998). Comorbidity and course of psychiatric disorders in a community sample of former of war, *American Journal of Psychiatry*, 155(12) p1740
26. Figely, C. R. (1983). Catastrophe, An overview of family reaction. In: C. R. Figley, and McCubbin, H. I (Eds.). *Stress and family, Vol.II, Coping with Catastrophe*. Brunner/Mazel. New York.
27. 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.
28. Ingram, R.E; Kendall , P. C; Smith T. W.; Donnel, c & Ronan.S.: (1987). Cognitive Specificity in Emotional Distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol .22, pp.205-208
29. Maercker, A.; Michael, T.; Fehm, L.; Becker, E. S. & Margraf, J.; (2004). Age of traumatization as a predictor of post-traumatic stress disorder or major depression in young women, *The British Journal of Psychiatry*; 184: 482-487.
30. Mghir, R.; Freed, W.; Raskin, A. & Katon, W.: (1995). Depression and Posttraumatic Stress Disorder among a community sample of adolescent and young adult afghan refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189.24-30.
31. Momartin, S; Silove, D; Manicavasagar, V & Steel Z.: (2004). Comorbidity of PTSD and depression: associations with trauma exposure, symptom severity and functional impairment in Bosnian refugees resettled in Australia. *Journal of Affective Disorders*. 2004 Jun; 80(2-3):231-238.
32. Nixon, R.D.; Resick, P.A. & Nishith, P.: (2004). An exploration of comorbid depression among female victims of intimate partner violence with posttraumatic stress disorder. *Journal of Affective Disorders*, October; 15;82(2):315-220.
33. O'Donnell, M. L.; Creamer, M. & Pattison, P.; (2004). Posttraumatic Stress Disorder and Depression Following Trauma: Understanding Comorbidity. *American Journal of Psychiatry*; August ;161: 1390-1396.
34. O'Campo, P.; Kub, J.; Woods, A; Garza, M.; Jones, A. S.; Gielen, A. C.; Dienemann, J & Campbell, J.: (2006). Depression, PTSD, and comorbidity related to intimate partner violence in civilian and military women.
8. الخواجة, جاسم: (1996). دراسة علاقة الصدمات الحياتية بسمة القلق و الاكتئاب باستخدام قائمة اضطراب الضغوط التالية للصدمة وهوبكنز-235, مجلة بحوث كلية الآداب جامعة المنوفية, العدد 22, ص 191-209, مصر.
9. الديب, أميرة (1992). رد الفعل المتأخر للصدمة الحربية, دراسة إكلينيكية, دراسات نفسية, الجزء الثاني, القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية, ص 297-326.
10. الزير, محمد علي: (2001). الآثار بعيدة المدى للتعذيب لدى المحررين الفلسطينيين وعلاقتها ببعض المتغيرات, رسالة ماجستير غير منشورة, كلية التربية, الجامعة الإسلامية.
11. المشعان, عويد سلطان: (1993). الشخصية وبعض اضطراباتها لدى طلاب جامعة الكويت في أثناء العدوان العراقي: دراسة الفروق بين الصامدين والنازحين وبين الجنسين.
12. المشعان, عويد سلطان والعنزي, فريح عويد: (1996). الاضطرابات النفسية لدى الأسرة الكويتية بعد العدوان العراقي. دراسات نفسية, العدد 6, ص 331-351.
13. الفقي, حامد: (1993). التأثيرات السلبية والمعرفية والانفعالية والسلوكية التي يعاني منها الكويتيون نتيجة للاحتلال العراقي, مجلة علم النفس, المجلد (22), الكويت: عالم الفكر, ص (27-79).
14. غريب عبد الفتاح: (1985). مقياس الاكتئاب. القاهرة, دار النهضة العربية. فريد, سيجموند: (1989). الكف والعرض والقلق. ترجمة محمد عثمان نجاتي. القاهرة: دار الشروق.
15. صيدم, رياض, ثابت, عبد العزيز: الصدمات النفسية للاحتلال و أثرها على الصحة النفسية للطبية في قطاع غزة, مجلة شبكة العلوم النفسية العربية. ص 5-16: العدد 13-شتاء 2007.

ثانياً: مراجع أجنبية

16. Allodi, F. et al. (1985) Physical and Psychiatric effects of torture:- Two medical studies .E.Stover and E.O. Nightingale. (Eds). The breaking of minds and bodies: Torture Psychiatry abuse, and the health Professions .New York:: Freeman. Co.
17. Abu Saif, Thabet, A. A., & Vostanis, P. (2007 in Press a). Depression among end stage renal patients at Al Shifa Hospital.
18. Abu Laila, R., Thabet, A A., Vostanis, P. (2007 b in press). Mental health reactions among emergency health staff in a war zone
19. Basoglu, M., M.; Parker, M.; Ozmen, E.; Tasdemir, O. & Sahin, D.: (1994). Factors related to long - term traumatic stress responses in survivors of torture in turkey. *Journal of American Medical Association*, 272: 357- 363.
20. Beck, A. T. et al . (1979). Cognitive theory of Depression. New York: Guilford Press.
21. 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)
22. Bleich, A.; Koslowsky, M; Dolev, A. and Lerer, B.: (1997). Post-traumatic stress disorder and depression. An analysis of comorbidity. *The British Journal of Psychiatry*; 170: 479-482.

35. Silver, S.M., and Iacono, c. (1986). Symptom group and family patterns of vietnam veterans with PTSD. In C.R. Figley (Ed.) Trauma and its wake, vol. 2 : Traumatic stress theory, research, and intervention, New York: Brunner Mazael Publisher, pp.78-96.
36. Thabet AA , Vostanis P . (1999). Posttraumatic stress reactions in children of war. J Child Psychol Psychiatry, 40, 385-391.
37. Thabet, A.A., Abed, Y. & Vostanis, P. (2001). The effect of trauma on Palestinian children and mothers mental health in the Gaza Strip. Eastern Mediterranean Public Health Journal, 7, 314-321.
38. Thabet AA, Abed Y & Vostanis P (2004) Comorbidity of post-traumatic stress disorder and depression among refugee children during war conflict. Journal of Child Psychology and Psychiatry 45, 533-542
39. Westermeyer ,J, Vang ,T.F,& Neider, J .(1993). A comparison of refugees using and not using a psychiatric service: An analysis of DSM III Criteria and self - rating scales in cross- cultural context, Journal of operational psychiatry, 14, pp:36-41.
- Brief Treatment and Crisis Intervention. 6(2):99-110.
40. Oquendo M; Brent DA; Birmaher B; Greenhill L; Kolko D; Stanley B; Zelazny J; Burke AK; Firinciogullari S; Ellis SP & Mann JJ.: (2005). Posttraumatic stress disorder comorbid with major depression: factors mediating the association with suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*. March;162(3):560-566.
41. Oquendo, M. A.; Friend, J. M.; Halberstam, B.; Brodsky, B. S.; Burke, A. K.; Grunebaum, M. F.; Malone, K. M.; and Mann, J.J.: (2003). Association of comorbid posttraumatic stress disorder and major depression with greater risk for suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*; March; 160: 580-582.
42. Randall, Glenn ,R.and Lutz ,Ellen ,L (1991) Serving survivors of torture. The American Association for the Advancement of science, AAAS Publications. Washington D.C. p
43. Shalev , A. Y.; Sara Freedman; Tuvia Peri; Dalia Brandes; Tali Sahar; Scott P. Orr; and Roger K. Pitman: (1998). Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma, *American Journal of Psychiatry*, May; 155:630-637.

ARABPSYNET PAPERS SEARCH By ARABIC, English & French words

www.arabpsynet.com/paper/default.asp
Form Add Papers (For Subscribers)
<http://localhost/paper/PapForm.htm>

ARABPSYNET THESIS SEARCH

www.arabpsynet.com/These/default.asp
Form Add Thesis Summary (For Subscribers)
www.arabpsynet.com/these/ThesForm.htm

الكتاب الذهبي للأطباء النفسيين

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

مدى انتشار مظاهر الاكتئاب النفسي بين الطلاب

دراسة بين طلاب جامعة باتنة من الجنسين (الجزائريين)

أ.د. بشير معمريّة - علم النفس باتنة، الجزائر

Maamria03@yahoo.fr - bashir_psy@hotmail.com

مقدمة : تستحوذ الاضطرابات النفسية التي يمكن أن يتعرض لها الأفراد في حياتهم على اهتمام القائمين بالعمل في مجال الصحة النفسية، سواء كانوا سيكولوجيين أو أطباء نفسيين. ومن بين الاضطرابات النفسية التي نالت الاهتمام الأوفر في التشخيص والبحث، الاكتئاب. فقد حظي هذا الاضطراب باهتمام هؤلاء قصد الكشف عن طبيعته وأسبابه، ومدى انتشاره في المجتمع.

ويعتبر العصر الذي نعيش فيه عصر الاكتئاب. نظرا للأثار السلبية الناتجة عن الضغوط النفسية وأشكال الإحباط التي أفرزها السبق الحميم بين البشر نحو السيطرة واكتساب الماديات، وانتشار النزاعات والحروب المحلية والإقليمية بين شعوب العالم، والصراعات السياسية والمشكلات الاقتصادية والاجتماعية وعدم الاكتراث بالجوانب الوجدانية والعلاقات الإنسانية، والإسراف في الفردية، وتدهور القيم الروحية والأخلاقية.

وقد عرف الإنسان الاكتئاب منذ أقدم العصور. وربما يكون أقدم اضطراب نفسي وعقلي تم تسجيله في التراث الطبي الإنساني. حيث كانت السوداوية أو الكآبة، أحد الأشكال الأربعة التي حددها الطبيب اليوناني هيبوقراط في القرن الرابع قبل الميلاد، في الورقة التي قدمها عن الميلاخوليا (الاسم القديم للاكتئاب).

والاكتئاب خبرة إنسانية شائعة. فكل فرد من بني البشر تقريبا مر في مرحلة ما من حياته بخبرة الاكتئاب. وتختلف هذه الخبرة في شدتها من فرد إلى آخر. حيث يتراوح بين تثبيط الهمة البسيط نسبيا والكآبة، إلى مشاعر القنوط والجزع واليأس.

وقرر ن. سارتوريوس مدير الصحة النفسية بمنظمة الصحة العالمية في عام 1986 أن هناك أكثر من 200 مليون نسمة في العالم يعانون من اضطرابات اكتئابية تدخل في المعدل الكلينيكي. ويعتقد أن هذه النسبة في تزايد لأسباب التالية : (غريب عبد الفتاح غريب، 1988، 33)

- 1 - تزايد متوسط عمر الإنسان.
- 2 - تزايد الأمراض المزمنة التي تؤدي إلى الاكتئاب الثانوي.
- 3 - تزايد استعمال الأدوية التي تؤدي آثارها الجانبية إلى الاكتئاب.
- 4 - سرعة التغير الاجتماعي الذي يعمل على زيادة الضغوط النفسية التي تعجل بحدوث الاضطرابات الاكتئابية وتساعد على استمرارها

هذا بالإضافة إلى التفاوت في المستوى الاقتصادي. حيث وجدَ ولد 1982 World أن هناك علاقة بين المستوى الاقتصادي المنخفض وشيوع الأعراض الاكتئابية والاضطرابات الوجدانية. كما دلت الدراسات عبر الثقافية إلى أن الاكتئاب يعتبر من الاضطرابات الأكثر انتشارا في الدول النامية منه في الدول المتقدمة. ووصلت الفروق إلى الدلالة الإحصائية.

ويعكس الاكتئاب المشاعر الكئيبة والحزن والسأم والعزلة وعدم السعادة واضطراب العلاقة بالأنس وبالأخر وقلة الخيلة (العجز المتعلم) وانخفاض الحماس والهمة. وقد يكون الاكتئاب عصابيا طفيفا، وقد يكون ذهانيا ينتهي إلى تدمير الشخص.

ويعني هذا أن الاكتئاب درجات. وإذا تضافرت أسباب وعوامل عديدة، فقد تصل حدة الاكتئاب إلى مستوى خطير. وتبدو خطورة المستوى المرتفع للاكتئاب في انعكاس ذلك على تدهور قوى الشخص وهمته ودافعيته. مما ينعكس في النهاية على إنتاجيته وإنجازته.

وينظر إلى الاكتئاب على أنه من أكثر الاضطرابات شيوعا في كل الحضارات. فقد أشير إليه كوباء في إنجلترا في بداية العصر الحديث. ثم ظهر في معظم التصنيفات والمعالجات الخاصة بالأمراض النفسية والعقلية في التراث السيكلوجي والسكياتري بعد ذلك. وقد أوضحت الزيادة الكبيرة في الأبحاث حول الاكتئاب، أن هناك اهتماما عالميا واسعا بكل من أسبابه وانتشاره. حيث يبدو أنه قد وصل إلى مرحلة الوباء مرة أخرى. (غريب عبد الفتاح غريب، 1993، 5) .

وتشير تقارير البحوث إلى أن الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية انتشارا. فقد وجد زيجلر وفيلبس Zigler & Philips, أن الاكتئاب كان من أكثر الاضطرابات النفسية ظهورا في 793 مريضا تم دخولهم إلى المستشفى. فقد وجد الباحثان أن الاكتئاب شكل 38 % من مجموع الحالات. (غريب عبد الفتاح غريب, 1988, 32).

وفي نشرة إحصائية صادرة عن المعهد القومي الأمريكي للصحة النفسية عام 1981، تبين منها أن الاكتئاب بأنواعه يعتبر في مقدمة كافة الاضطرابات النفسية من حيث الانتشار. (غريب عبد الفتاح غريب، 1988، 32). ومن ناحية أخرى يورد بويد - وايزمان Boudid - Waizman 1986 أن انتشار الأعراض الاكتئابية يقع في مدى بين 13 % إلى 20 % من مجموع السكان. ويبلغ انتشار الاكتئاب الأحادي في المجتمعات الصناعية 03 % للرجال ومن 5 % - 9 % للنساء. (أحمد محمد عبد الخالق، 1991 - أ، 80).

ويذكر عكاشة أن الاضطرابات الوجدانية، وتتضمن الاكتئاب، في مصر تمثل 24.5 % من كل الحالات التي تقدمت للعيادة الخارجية للطب النفسي بجامعة عين شمس. (أحمد عكاشة، 1992، 213).

وفي تقرير صادر عن المملكة المتحدة (شنييدر وآخرون 1989 Schnelder & al) تبين منه أن هناك فردا من كل عشرة على الأقل يعاني من أعراض الاضطراب الانفعالي، يتراوح من الحالات البسيطة إلى الحالات القصوى. (غريب عبد الفتاح غريب، 1993، 5) .

ويعتبر الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية خطورة. وذلك لزيادة عدد الوفيات بين المصابين به، والتي عادة ما ترجع إلى الانتحار، لأنه يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالانتحار. فقد أوضحت الدراسات أن حوالي 15 % من المصابين بنوع واحد من الاكتئاب، والذي يعرف بالاكتئاب الأحادي، يموتون بالانتحار. كما وُجد أن 400 ألف شخص يقدمون على الانتحار كل عام. (عبد الله عسكر، 1988، 437).

ويشير وانج Wang 1974 إلى أن نسبة الانتحار لدى الأفراد ذوي التاريخ الاكتئابي، تعتبر أعلى نسبة لدى الجمهور العام. (غريب عبد الفتاح غريب، 1988، 34).

وبينت دراسات مسحية تمت على أربعين دراسة نشرت بين عامي 1981، 1991 من أجل التعرف على أثر الضغوط النفسية الاجتماعية والاكتئاب على جهاز المناعة لدى الإنسان. فتبين أن الضغوط النفسية الاجتماعية والاكتئاب، تؤثر سلبا وبدرجة إحصائية على أداء نوع معين من الخلايا يسمى الخلايا القاتلة (تتولى الدفاع عن الجسم ضد الخلايا المصابة بالجراثيم وخلايا السرطان)، وخلايا "ب" (وهي المحرك الأساسي للجهاز المناعي)، وخلايا "ت" (وهي محور الجهاز المناعي الخلوي الذي يكون المناعة للخلية). (ناصر إبراهيم المحارب، 1993، 335).

ومن هنا يتبين أن الاكتئاب من أكثر الأسقام والعلل النفسية تدميراً للإنسان.

1- أهمية الدراسة

.(1988

[illegible]

) :

(39 , 1988 ,

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

2 - أهداف البحث

- 1

- 2

- 3

3 - الإطار النظري للدراسة

1.3- معنى الاكتئاب وأعراضه

) .Exogenous

(135 , 1991 ,

(222 , 1992 ,

(111 - 110 , 1993 ,

) .

(668 , 1986 ,

) .

.Endogenous

,A. Lewis 1966

(136 , 1991 ,) .

2.3 - الاكتئاب في الأدلة التشخيصية والإحصائية

1.2.3 - للجمعية الأمريكية للطب النفسي A. P. A.

: D. S. M 3. 1980

(477 , 1995 ,

) .

Campell 1981

) :

(227 - 226 , 1991 , ب ,

أ - الحالة المزاجية :

(640 , 1988 ,

- ArabsyNET E.JOURNAL: N° 15 & 16 - SUMMER & AUTUMN 2007
27

Norepinephrine, Serotonin et Dopamine :
Norepinephrine, Serotonin

(643 ,1988 ,

These et al 1985

- 1

- 2

- 3

2.3.3 - نظرية التحليل النفسي :

(64 - 63 ,1993

- 1

- 2

- 3

4.3.3 - النظرية المعرفية

A. Beck 1967

- 1

- 2

- 3

- 4

(50 ,1997 ,

3.3.3 - النظرية السلوكية :

P. M. Lewinsohn et al 1987

- () : (65 , 1993) .
- / / / . (41 - 40 , . .
- Melges et Bowlby 1969
- 1 - 1
- 2 - 2
- 3 - 3
- 1 - 1
- 2 - 2
- 3 - 3
- 1 - 1
- 2 - 2
- 3 - 3
- 4 - 4
- 5 - 5
- 6 - 6
- Seligman 1984
- Shapiro 1984, Brewin 1982, 1984 et al 1985
- Weiner 1983 (1) .
- (134 , 1995) .
- M. Seligman 1975
- Learned Helplessness
- (63 , 1993) .
- وآخرون 1978 ,Abramson et al
- 1982 ,Raps et al
- (42 , 1989) .
- Weiner et al 1971

مشاعر العجز المتعلم	مشاعر الاكتئاب
1 - السلبية .	1 - السلبية .
2 - تعلم الشخص أن استجاباته أو أفعاله تحدث مستقلة تماما عن نتائج المواقف التي يواجهها أو التعزيز الذي يتلقاه .	2 - الاعتقاد بعدم جدوى المحاولات أو بذل الجهد في مواجهة المشكلات, وأيضا في مواقف النجاح والفشل .
3 - صعوبة إعادة تعلم الشخص أن استجاباته ذات فائدة ما أو يمكن أن تخلصه مما يواجهه من مشكلات .	3 - الاتجاه المعرفي السلبي وإحساسه بعدم جدوى محاولاته أو أفعاله بصفة عامة في التغلب على المشكلات .
4 - نقص العدائية واختفاء ردود فعل العدوانية وبطء الحركة والتفكير .	4 - امتصاص العدائية وبطء التفكير .
5 - نقصان الوزن وفقدان الشهية والشعور بالإرهاك والعجز عن التركيز والاستيعاب .	5 - الشعور بالإرهاك والعجز عن التركيز والاستيعاب .
6 - التوتر والتعرض للإصابة بالقرح .	6 - التوتر والتعرض للإصابة بالقرح .

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

4.3 - الفروق بين الجنسين في الاكتئاب

- 1- ...
 - 2- ...
 - 3- ...
 - 4- ...
- 1981
- Blazer et Hughes 1978
- Wilhelm et
- 108 , 53 , 161 Parker 1994
- (1988 - 1978)
- 1988
- 1 - 1
- (
- 10 % - 20 % :
- 1 - 2
- 2 - 3
- 3 - 4
- 1995
- (50 , 1997 ,)
- Bartel et Renolds 1986

5. الإجراءات الميدانية للدراسة

1.5 - منهج البحث

- 1955
- Lustman et al 1984
- 1994
- 1997
- 2.5 - عينة البحث
- 527
- 301 , 217
- 24 19 :
- 3.27
- 21.04
- 20.48 , 23 - 18 :
- 3.64

(2)

المعاهد	الجنس	طلاب	طالبات	المجموع
علم النفس وعلم الاجتماع		27	68	95
الآداب واللغة العربية		45	59	104
الاقتصاد		24	28	52
الري		21	16	37
العلوم الدقيقة		76	72	148
اللغات (فرنسية - إنجليزية)		24	67	91
المجموع		217	310	527

4. مشكلة البحث وفرضياته

1.4 - مشكلة البحث

3.5 - أداة البحث

Ward 1961 0.65 , 226 .01 A. Beck et al 21 .1967 Beck Depression Inventory " B. D. I. "

Stein 1960

ب - في البيئة العربية

1 - الثبات

50 1985 :

.0.87

33

) .0.77

(42 , 1990 ,

0.01 0.71 0.88

(55, 1997 , 75

.MMPI

.B. Lubin ,M. Zuckerman

0.75

1992

120

(91 , 1991 ,)

1988 1000

0.68 0.71 0.90 0.88 :

20 , 42 , 29 , 37 :

0.01 (5, 1993,).

1.3.5- الخصائص السيكومترية للقائمة
أ. البيئة الأمريكية
1- الثبات

(1996)

120

0.60

154

0.37, 0.72, 0.56 -

200

% 70

MMPI
120 0.001
97
0.01
0.463 ,0.495 ,0.662 :
0.22

ج - على عينة الدراسة الحالية	0.93	0.86
1 - الثبات	38	

35 , 28 . 63) (43 - 42 , 1990 ,) .083 (41 - 39 , - . ,

2 - الصديق

:
،
،
.0.01
0.832
MMPI

2 - الصدق

:

W.W. Zung

1988.) : (44 , 10 5 , 43

,0.825

.0.01

82

48 , 34

(3)

.34 = ,

أرقام العبارات	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة	أرقام العبارات	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة
1	0.464	0.01	8	0.460	0.01
2	0.532	0.01	9	0.562	0.01
3	0.518	0.01	10	0.446	0.01
4	0.437	0.01	11	0.452	0.01
5	0.603	0.01	12	0.457	0.01
6	0.482	0.01	13	0.550	0.01
7	0.473	0.01			

(4)

48 = ,

أرقام العبارات	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة	أرقام العبارات	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة
1	0.652	0.01	8	0.632	0.01
2	0.526	0.01	9	0.567	0.01
3	0.605	0.01	10	0.624	0.01
4	0.483	0.01	11	0.561	0.01
5	0.552	0.01	12	0.535	0.01
6	0.547	0.01	13	0.615	0.01
7	0.613	0.01			

(5)

.82 =

أرقام العبارات	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة	أرقام العبارات	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة
1	0.653	0.01	8	0.589	0.01
2	0.462	0.01	9	0.460	0.01
3	0.482	0.01	10	0.510	0.01
4	0.523	0.01	11	0.504	0.01
5	0.506	0.01	12	0.478	0.01
6	0.536	0.01	13	0.456	0.01
7	0.437	0.01			

6 - عرض نتائج البحث

1.6 - نتائج الفرضية الأولى -

" تتراوح نسبة انتشار الاكتئاب بين طلبة جامعة باتنة (عينة الذكور, عينة الإناث, العينة الكلية) حسب محك الدرجات الفاصلة المستخدم بين : 10 % - 20 % " .

(, ,) .

2.3.5 - طريقة تطبيق القائمة وتصحيحها

34 25

7. مناقشة النتائج

19 % : 13.47 %

13.36 % :

(20 , 1988 ,) .

1986

13 % - 20 %

13 %) .

(46 , 1988 ,

() .

16 %

(33 , 1993 ,)

5.50 %

22.90 %

(33 , 1993 ,)

21 %

24.5 %

3 %

1 : 2.45 :

Byrne 1981

1 : 1.5 :

(:) 1 : 3

(8 , 7)

1987 1981 1981 1995 1992 1993 , 1988 , 1987 1994

(139 - 137 , 1989

- ختار للنشر والتوزيع - القاهرة
- 11 - رشاد عبد العزيز موسى (د. ت - ب). علم النفس المرضي. مؤسسة ختار للنشر والتوزيع - القاهرة.
 - 12 - رشاد عبد العزيز موسى (1989). العجز النفسي. دار النهضة العربية - القاهرة.
 - 13 - زكريا الشريبي (1995). الإحصاء وتصميم التجارب في البحوث النفسية والتربوية والاجتماعية. مكتبة الأجلو المصرية - القاهرة.
 - 14 - صفوت فرج (1988). القياس النفسي. الطبعة الثالثة. مكتبة الأجلو المصرية - القاهرة.
 - 15 - عبد الله عسكر (1988). الاكتئاب النفسي بين النظرية والتطبيق. مكتبة الأجلو المصرية - القاهرة.
 - 16 - عز الدين عطية مجمل (1993). الإعزاءات السببية والاكتئاب. مجلة التربية جامعة الأزهر العدد التاسع والعشرون.
 - 17 - غريب عبد الفتاح غريب (1988). دراسة مستعرضة للفروق بين الجنسين في الاكتئاب لدى عينات مصرية. مجلة الصحة النفسية المجلد التاسع والعشرون.
 - 18 - غريب عبد الفتاح غريب (1990). مقياس بيك للاكتئاب. مكتبة النهضة المصرية.
 - 19 - غريب عبد الفتاح غريب (1993). الاكتئاب في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية : الجنس والسن ومستوى التعليم والحالة الزوجية. مجلة الصحة النفسية المجلد الرابع والثلاثون.
 - 20 - فرج عبد القادر طه وآخرون (1993). موسوعة علم النفس والتحليل النفسي. الطبعة الأولى. دار سعاد الصباح - الكويت.
 - 21 - محمد محروس الشناوي (1988). الاكتئاب وعلاقته بالشعور بالوحدة وتبادل العلاقات الاجتماعية. بحوث المؤتمر الرابع لعلم النفس في مصر.
 - 22 - محمود السيد أبو النيل (1997). العوامل النفسية في مرض السرطان. مجلة علم النفس تصدر عن الهيئة المصرية العامة للكتاب العدد الثالث والأربعون.
 - 23 - ممدوحة محمد سلامة (1989). التشويه المعرفي لدى المكتئبين وغير المكتئبين. مجلة علم النفس تصدر عن الهيئة المصرية العامة للكتاب العدد التاسع.
 - 24 - المنجد في اللغة والإعلام (1986). الطبعة الثالثة والثلاثون دار الشروق - بيروت.
 - 25 - ناصر إبراهيم الحارث (1993). الضغوط النفس اجتماعية والاكتئاب وبعض جوانب جهاز المناعة لدى الإنسان، تحليل جمعي للدراسات المنشورة ما بين 1981 - 1991. دراسات نفسية تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم) العدد الثالث.
 - 26 - هشام عبد الله (1995). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالاكتئاب واليأس لدى عينة من الطلاب والعاملين. بحوث المؤتمر الدولي الثاني لمركز الإرشاد النفسي جامعة عين شمس المجلد الثاني.

المراجع

- 1 - أحمد محمد عبد الخالق (1991 - أ). قياس للاكتئاب، مقارنة بين أربعة مقاييس. دراسات نفسية تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم) عدد يناير.
- 2 - أحمد محمد عبد الخالق (1991 - ب). بناء مقياس للاكتئاب لدى الأطفال في البيئة المصرية. دراسات نفسية تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم) عدد إبريل.
- 3 - أحمد محمد عبد الخالق، محمد نجيب الصبوة (1996). الأنشطة والأحداث السارة لدى عينة من طلاب الجامعة بمصر. مجلة العلوم الاجتماعية تصدر عن مجلس النشر العلمي جامعة الكويت المجلد الرابع والعشرون العدد الثالث.
- 4 - أحمد عكاشة (1992). الطب النفسي المعاصر. مكتبة الأجلو المصرية - القاهرة.
- 5 - إ. م. كولز (1992). علم النفس المرضي الكلينيكي. ترجمة : حسن علي حسن وآخرون. مراجعة : أحمد محمد عبد الخالق. دار المعرفة الجامعية - الاسكندرية.
- 6 - أنطوني ستور (1991). فن العلاج النفسي. ترجمة : لطفي فطيم. مكتبة النهضة المصرية.
- 7 - بشير معمري (1995). الفروق والعلاقات في مصدر الضبط والعصابية لدى طلاب الجامعة. رسالة ماجستير مودعة بقسم علم النفس جامعة وهران.
- 8 - حسن إبراهيم عبد اللطيف (1997). الاكتئاب النفسي : دراسة للفروق بين حضارتين وبين الجنسين. دراسات نفسية تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم) المجلد السابع العدد الأول.
- 9 - دافيد ف. شيهان (1988). مرض القلق. ترجمة : عزت شعلان. مراجعة : أحمد عبد العزيز سلامة. سلسلة عالم المعرفة تصدر عن المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب - الكويت العدد 24.
- 10 - رشاد عبد العزيز موسى (د. ت - أ). الاكتئاب النفسي. في : سيكولوجية الفروق بين الجنسين. مؤسسة

المجلة الإلكترونية لشبكة العلوم النفسية

العدد الرابع عشر - ربيع 2007



Download All N° 14 eJournal

http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=14

Content : www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ14/apnJ14Content.pdf

Summary : www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ14/apnJ14.HTM

الكتاب الإلكتروني لشبكة العلوم النفسية

العدد 8: الطب المسند في تطوير الأبحاث والرعاية الصحية



أ. د. محمد أديب الحسالي

Full Text http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=108

Summary

www.arabpsynet.com/apneBooks/eB8/eBookAAssaliCont&Pref.pdf

الشعور بالذات وعلاقته بالكأبة لدى طلبة الجامعة

1. م. د. مهند محمد عبد الستار العـراق

1. م. د. مهمل عبد المجيد العـراق

muhand_kh@yahoo.com - muhand_kh@yahoo.com

مشكلة البحث: شهد العقدين الماضيين ازدياداً واضحاً في عدد حالات الكآبة المرضية، وقد يكون ذلك واضحة في البلدان التي لا تشهد استقراراً في انظمتها السياسية والاقتصادية والاجتماعية وتشوبها انتهاكات فاضحة لحقوق الفرد في المجتمع، إن مشكلة الكآبة لا تكمن في لازدياد الملحوظ للحالات المرضية فقط وإنما في الخطر الكامن الذي يترتب من ورائها والذي يتعلق بمجالات فقدان الأمل أو الانتحار إضافة إلى تأثيرها على شخصية الفرد وعلى دوره في المجتمع سواء تعلق ذلك بالدور الاجتماعي أو الأسري أو الوظيفي. لذا تعد الكآبة من الأمراض المنتشرة والتي تدعو إلى اهتمام الباحثين بها من خلال توفير الدراسات اللازمة وتوفير الخدمات العلاجية والإرشادية التي من شأنها أن تحد من حجم وتقلل أثارها على الفرد وعلى المجتمع. وقد أدى التقدم الملحوظ في التنظير والتشخيص والعلاج الإكلينيكي خلال العقدين الماضيين إلى زيادة المعرفة بالكآبة بوصفها أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً وأشدّها خطورة ودفعاً للموت. (Hammen, 1985, p:39) وهي عند علماء النفس من أكثر الاضطرابات انتشاراً من حيث إنها حالة نفسية رافقت الإنسان عبر مسيرة وجوده وحضارته وتعد مرض البرد الشائع (دافيدوف، 1983، ص673) ومن أكثر المشكلات النفسية التي تدفع الناس لطلب العلاج والبحث عن العون النفسي والاجتماعي في العيادات النفسية والاجتماعية، إذ يشكل الاكتئاب مع القلق أعلى نسبة بين زوار العيادات النفسية في المدارس والجامعات والمؤسسات الخاصة بالصحة النفسية. (إبراهيم، 1998، ص27). وتشير الدراسات الأولية في مجتمعنا إلى أن حوالي (20%) من حالات الأمراض النفسية تتميز بوجود الكآبة كمظهر أساسي، وهي نسبة عالية لا تقل كثيراً عن نسبة وقوع الكآبة بين الأمراض النفسية الأخرى في البلدان المتقدمة (كمال، 1983، ص226) وفي ضوء تزايد الحاجة إلى الخدمات العلاجية والإرشادية وتوقعنا بتزايد انتشار هذا المرض مستقبلاً، لذا فمن الضروري توفير كل الوسائل التي من شأنها أن تعيننا على تشخيص المرض وتحديد شدته ومعرفة كل ما يرتبط به من مفاهيم وفعاليات عقلية ومعرفية وسلوكية.

أهمية البحث والحاجة إليه

()

(Callon)

1979

(%20)

(%8)

(Callon, 1979, p:545).

(100)

(1989 ص 83)

1996

(Wulsin)

(Sartorius,1993,p:147)

(1983 ص 226) .

) 1631 (Burton)

1997

(Culbertson)

(Wulsin,1997,p:25).

(1998 ص 28).

(Bugental)

(Culbertson, 1997, p:25)

- 1- (1988, p.153) ()
- 2- ()
- 3- ()
- ()
- :
- (Carver, 1981, p:45) .
-
-
-
- حدود البحث
- (2004-2005)
- تحديد المصطلحات (Costa, 1994, p:6)(Wegner, 1980, p:248) .
- أولاً: الكآبة: (Depression) (Plant&Ryan)
- 1- 1977 : (Self-Regulation) (Scheier) (Plant&Ryan, 1985, p:436)
- 2- 1988 (Coles&Emery) (Spielberger) (Carver, 1981, p:225) .
- 3- 1991 (Spielberger, 1979). (Scheier&Carver)
- 4- 1992 (Scheier) (Scheier&Carver, 1977, p:625).
- (1992 ص 68) . (Scheier, 1978, p:55) .
- مقياس (Beck) 1991
- (Beck)
- ثانياً: الشعور بالذات (Self-Processes)
- 1- 1975 (Fenigstein&Others) (Berkowitz, 1982, p:218)
- (Carver, 1981, p:45).
- 2- 1976 (Buss)
- أهداف البحث
- :

- ()
- (Unconscious) .(Buss,1976,p:464).
- 3 : 1981 (Carver)
- (95 1988) .
- (Jacobson)
- (Carver,1981,p:45) .
- (Jacobson,1975,p:179).
- 4 : 1980 (Wegner)
- ()
- ()
- (Wegner,1980,p:247)
- 5 (Atkinson) 1993 بانه
- (Atkinson,1993,p:53).
- 6 : 1996 (Costello)
- (Natural Phenomenia))
- : ()
- (Costello,1996,p:260) .()
- 1976 (Buss)
- 1
- 2
- 3 (-)
- 4
- (Watson)
- ()
- (Marx&Hillix,1973,p:175) .(
- (Shaping)
- 1969
- 1 نظرية التحليل النفسي: (Psychoanalysis Theory)
- ()
- (65 2000) .
- (Kiloh&Garside,1963,p:149).
- 3 النظرية المعرفية (Cognitive Theory)
- ()
- (107 1977) .

[illegible]

مناقشة واستنتاج

(
(Socialization)
(Negative
Self-Schema)
(Maladaptive) (Dysfunctional Attitudes)
(Failure)
(Performance) (Worthlessness)
(Inadequacy)
(BerkowitzK1982kp:218).
(Cognitive Vulnerability Hypothesis)
(Schema)
(Beck)
(Schema Driven)
(Cognitive Distortion)
(Biase)
(Beck, 1987, p:25(Aolly, etal, 1990, p:85).
(Positive Self Schema)
(Self Focused Attention)
(Perfectionist)
(Performance)
(Self-Worth)
(Negative Thoughts)
(Alloy, etal, 2000, p:403).
(Data Driven)

التوصيات

:
-1 (Beck, 1987, p:25).
-2 (Beak)
-3
-4
-5 (Cognitive Distortion) (Optimistic Biase)
-6

- 17-Buss, D, M&M, F, Scheier (1976): Self-Consciousness, Self-Awareness and self-Attribution, Journal of Research in Personality (10), p:463.
- 18-Buss, A, H (1980): Self-Consciousness and social Anxiety. San Francisco.
- 19-Callan, J (1979): Affective Illness on the increase. Journal of American Medical Association. 16, p:241.
- 20-Carver, C&Scheier, M (1981): Attentional and self-regulation Acontrol theory approach to human behavior, New York, U.S.A.
- 21-Costa, P&T, A, Widiger (1994): Personality disorders and the five-factor model of personality: American Psychological Association, Washington, U.S.A.
- 22-Costello, C, G (1996): Personality Characteristics of the personality Disordered. John Wiley & Sons, New York.
- 23-Culbertson, F. M (1997): Depression and Gender: An introduction review American Psychology, 52, 1.
- 24-Fengistein, A. Scheier, M, F&Buss, A, H (1975): Public and private Self-Consciousness: Assessment and Theor. Journal of consulting and Clinical Psychology (43) p:622.
- 25-Franzoi, S (1978): Self-Concept differences of private self-Consciousness and social anxiety. Journal of Research in Personality, vol (17).
- 26-Hamman, C. L (1985): Predicting Depression. In Philip Kendall (ed), New York, U.S.A.
- 27-Hayashi, F&T, Horiuchi (1997): A study of Cognitive complexity of the self, Journal of Japanese, 67(6) p:452.
- 28-Jacobson, Edith (1975): Depression: comparative studies anormal neurotic and psychotic condition, New York.
- 29-Kiloh, L, G&Garside, R, F (1963) The independence of neurdepression and endogenous depression, British journal of psychiatry, 113, p:479.
- 30-Marx, M&Hillix, W (1980): Systems and Theories in psychology, Wiley.
- 31-Norris, J, T (1984): Appraisal of stressful events Self-Awareness and self-schema, D.A.I (46), 05, B.
- 32-Pakstis, J, C (1988): A study of relationship between aerobic exercise mood, Attributional style and self-Consciousness of depression, D.A.I (49) 08, B.
- 33-Plant, W. P&R, M. Ryan (1985): Intrinsic Motivation and the effects of self-consciousness, self-awareness and Ego-Involvement: An investigation of internally controlling Styles, Journal of Personality (53) 3.
- 34-Sartorius, N (1993): Whos work on the epidemiology, mental disorder. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 28, p:147.

المقترحات

:

-1

-2

المصادر

- 1- إبراهيم، عبد الستار (1998): الاكتاب. الكويت، مطابع الرسالة.
- 2- ألبياتي، خليل إبراهيم (1991): تعريب وتعديل واختصار قائمة بيك للكتابة، بغداد، مجلة العلوم التربوية والنفسية.
- 3- جواراد، سدني، ولندزمن، تيد (1989) الشخصية السليمة. ترجمة د. محمد دلي الكربولي ود. موفق الحمداني، بغداد مطبعة التعليم العالي.
- 4- الخجار، محمد (1989): لطلب السلوكي المعاصر- أبحاث في أهم موضوعات علم النفس الطبي والعلاج النفسي السلوكي. بيروت، دار الملايين للطباعة والنشر.
- 5- دافيدوف، لندا (1983): مدخل علم النفس، ترجمة سيد الطواب وآخرون. الطبعة الثالثة، مصر، دار واكجروهيل للنشر.
- 6- الدباغ، فخري (1977): أصول الطب النفسي، جامعة الموصل، دار الكتب والطباعة والنشر.
- 7- سلامة، محمد (1989): التشوه المعرفي لدى المكتئبين وغير المكتئبين، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، السنة الثالثة، العدد 11.
- 8- شند، سميرة محمد (2000): الاضطرابات العصابية لدى المرأة العاملة. القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.
- 9- صالح، قاسم حسين (2005) علم النفس الشواذ والاضطرابات والنفسية، اربيل، العراق، مطبعة جامعة صلاح الدين.
- 9- العواد، قاسم هادي (1992): العصاب، بغداد، دار الشؤون الثقافية العامة.
- 10- كمال، علي (1983): النفس، انفعالاتها وأمراضها وعلاجها، الطبعة الثانية، دار واسط للنشر.
- 11- أنعمي، مهند محمد عبد الستار (1999): اثر بعض المتغيرات على الانتباه، دراسة تجريبية، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة بغداد، كلية الآداب.
- 12-Abramson, L. Y; Alloy, B. l; Hankin, B (2002): Handbook of Depression. New York, U.S.A.
- 13-Alloy, L, B&others (1990): Depressive realism and non depressive optimistic illusion: the role of the self. In R, E, Ingran: Contemporary psychological Approaches to depression: Treatment, Research and Theory, New York, U.S.A.
- 14-Atkinson, R, L&Others (1993): "Introduction To Psychology" Harcourt Brace Jovanovich International Edition, San Diego.
- 15- Beck, A, T (1987): Cognitive models of Depression. Journal of Cognitive psychology, 1, pp: (5-37).
- 16-Berkowitz, L. Walster, E. (1976): "Advances in experimental social psychology", vol (9), New York academic press .Inc.

anxiety inventory in carrer,C:Attention and self- regulation(1981) NewYork,U.S.A.

38-Wegner,D,M(1980):The Self in Psychology. NewYork,U.S.A.

39-Wulson,I,R(1996):DepressiveDisorders, In d, Jacobson&A,M, Jacobson (Ed) PsychiatricSecrets .Philadelphia.U.S.A.

35-Scheier,M,F(1978):The effects of Public and Private self- Consciousness an attitude-behavior consistency.Mellun University.

36-Scheier,M&Carver,C(1977)Self-Focuse attention an experience of emotion,Journal of Personality and social psychology,vol(35).

37-Spielberger,C.D(1979):Manual for the test

Arabpsynet Psychiatrists Search

www.arabpsynet.com/CV/default.asp

Arabpsynet CV

Send Your CV Summary Via This Form

www.arabpsynet.com/cv/cv.htm

"شبكة العلوم النفسية العربية"

أفضل مواقع العلوم النفسية على الويب

"

"

"

...

"

!!!

فريق أفضل المواقع على الويب

<http://www.meilleurdweb.com>

Arabpsynet Papers Search

By Arabic, English & French words

www.arabpsynet.com/paper/default.asp

Form Add Papers (For Subscribers)

<http://localhost/paper/PapForm.htm>

Arabpsynet Thesis Search

www.arabpsynet.com/These/default.asp

Form Add Thesis Summary (For Subscribers)

www.arabpsynet.com/these/ThesForm.htm

Arabpsynet E.JOURNAL: N°15 & 16 - SUMMER & AUTUMN 2007

مجلة شبكة العلوم النفسية العربية: العدد 15 & 16 - صيف وخريف 2007

الاكتئاب كاستجابة لبعض الممارسات التربوية

(نماذج من بعض الأبحاث في البلاد العربية)

كاشوم بلميح - علم النفس الجزائري

belmihoubkeltoum@yahoo.fr

الاكتئاب، اضطراب من الإضطرابات التي نالت اهتمام عدد كبير من العاملين في حقل الصحة النفسية، سواء منهم السيكلوجيين أو أطباء الصحة العقلية. وقد عرفه الإنسان منذ زمن قديم تحت تسميات مختلفة، فأطلق عليه الإغريق مثلاً اسم الملنخوليا أي السواد، و عرف الشخص الذي يعاني من الاكتئاب بأنه صاحب مزاج سوداوي (Widlocher, 1991).

ينظر للاكتئاب على أنه من أكثر الإضطرابات شيوعاً في كل الحضارات، فقد أشار إليه كوباء في إنجلترا في بداية العصر الحديث. ثم ظهر في معظم التصنيفات و المعالجات الخاصة بالأمراض النفسية و العقلية في التراث السيكلوجي و السيكاتري بعد ذلك. وقد أوضحت الزيادة الكبيرة للاكتئاب خلال السنوات الماضية، أن هناك اهتماماً عالمياً كبيراً بكل من أسبابه و انتشاره حيث يبدو أنه وصل إلى مرحلة الوباء مرة أخرى (فرج عبد الله طه، 1993).

و يعتبر الاكتئاب من أكثر الإضطرابات النفسية خطورة و ذلك لزيادة عدد الوفيات بين المصابين به، و التي عادة ما ترجع إلى الانتحار. فقد أوضحت الدراسات أن نسبة الانتحار لدى الأفراد ذوي التاريخ الاكتئابي هي أعلى من نسبته لدى الجمهور العام (غريب عبد الفتاح، 1988)، كما وجد أن هناك 400.000 شخص يقدمون على الانتحار كل عام (عبد الله عسكر، 1988).

قد تختلف هذه النسب في تحديد الاكتئاب و ظاهرة الإقدام على الانتحار من بيئة ثقافية إلى أخرى، حيث بين مجموعة من الباحثين من المغرب العربي في دراسة لهم على مستوى عينات مختلفة من تونس و الجزائر و المغرب الأقصى أن للآثار الثقافية دور لا يستهان به في تحديد المضامين و الأعراض الاكتئابية (عمار وآخرون، 1982).

يتجلى من كل هذا أن الاكتئاب من الإضطرابات الخطيرة التي يمكن أن تكون لها آثاراً سلبية على حياة الفرد المستقبلية سواء كانت صحية أو مهنية.

معنى الاكتئاب و أعراضه.

" " " "

(1995).

Beck 1979

(1986 ،

Wildlocher، 1991

(Beck, 1979).

Beck، 1979

(Raskin et al., 1979; Bornstein et O'Neill, 1992).

CRPBI)
PBI 1971
Parnes et al , 1979
(Perris et al, 1980 EMBU (Lewinston et al., 1983)
سجلمان 1975
«Learned helplessness Siegelman
«Crook et al, 1981 (Lewinshon et al., 1983)
Parker , 1981
«Perris et al, 1983
()
(1998)
(Abramson et al., 1978, Raps et al., 1982)
Perris et al , 1985
%64
(1989)
60 Hallstrom , 1987
54 38
400 The theory of
«depression hopelessness
(1990) (Gotlib et al., 1993)
Eismann et al. 1990
858 486
:
-
- (Wolpe, 1975)
- 1985

Schaeffer 1965

‘Bowlby ‘1978

ظاهر 1990

21 14

1453

موسمی 1993

44

13.09

" "

Seligman et 1979 (Learned helplessness)
(Cognitif theory of depression) al.

- Beck 1976-1967
.(Depression-diathesis-stress)

246

19.89

-0.28

0.25

(2003) .0.01

Abramson et al.1978
(Attributional style) "

-0.25

0.20

.0.01

Seligman . 1979

et al

Alloy et al., 1988; Abramson et al.,) " " .(1989

16. 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 C.N. Stefanies, C.R. Soldators & A.d. Rabavilas (Eds.), Psychiatry: A world perspective, pp.350-353. Amsterdam: Elsevier science publishers (Biomedical division).
17. Foughali, M. (1984). L'image du père chez l'enfant algérois. OPU, Alger.
18. Gotlib, I.H. & al. (1993). Negative cognitions and attributional style in Depressed adolescents. Journal of abnormal psychology, 102, 4, 607-615.
19. Lewinshon, P.M, Teri, L. & Hoberman, H.M. (1983). Depression: A perspective on etiology, treatment and life spare issues. In Rosenbaum and Franck & Jaffe (Eds.), perspectives on behaviour therapy in the eighties, New York.
20. Parker, G. (1981). Parental reports of depressives, J, Affect Dis 3:313-140.
21. Perris, C., Eismann, M., Ericsson, U., Von Knoring, L. & Perris, H. (1983). Parental rearing behaviour and personality characteristics of depressed patients. ACCH. Psychiat. Nervenkr, 233, 77-88.
22. 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.
23. Raskin, A., Boothe, H.H., Reating, A., Schultedrandt, G.j & Odle, D. (1971). Factor Analysis of normal and depressed patients memories of parental behaviour. Psychological report, 29, 871-879.
24. Wildlocher, D., hardy, M.C. (1991). La dépression. Herman, éditeurs des sciences et des arts, Paris.
25. Wolpe, J. (1975). Pratique de la thérapie comportementale. Masson, Paris.
26. Zerdoumi, N. (1979). Enfants d'hier, l'éducation de l'enfant en milieu traditionnel algérien. Maspero, Paris.

(Attributional style)

" "

"

"

" "

قائمة المراجع

1. عبد العزيز، موسى رشاد. (1993). الممارسات الوالدية و علاقتها بالاكتئاب النفسي. علم النفس المرضى، دراسات في علم النفس. دار عالم المعرفة، القاهرة.
2. عسكر، عبد الله. (1988). الاكتئاب النفسي بين النظرية و التطبيق. مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
3. غريب، عبد الفتاح غريب. (1988). دراسة مستعرضة لفروق بين الجنسين في الاكتئاب لدى عينة مصرية. مجلة الصحة النفسية، مجلد 29.
4. فرج، عبد القادر طه. (1993). موسوعة علم النفس و التحليل النفسي. دار سعاد الصباح.
5. كشرود هدى. (2003). العلاقة بين أساليب المعاملة الوالدية والاكتئاب واستراتيجيات الكوبين عند الأبناء. رسالة دكتوراة غير منشورة، معهد علم النفس وعلوم التربية جامعة الجزائر.
6. المنجد في اللغة و الأعلام. (1986). دار الشروق، الطبعة الثالثة والثلاثون، بيروت.
7. معمري، بشير. (1998). مدى انتشار الاكتئاب بين طلبة الجامعة من الجنسين. الأيام الوطنية الثالثة لعلم النفس وعلوم التربية، جامعة الجزائر.
8. ممدوحة، محمد سلامة. (1989). التشويه المعرفي لدى المكتئبين و غير المكتئبين. مجلة علم النفس، العدد التاسع، الهيئة المصرية العامة للكتاب.
9. ميسرة، مكاييد طاهر. (1990). أساليب المعاملة الوالدية و بعض جوانب الشخصية. سلسلة بحوث نفسية و تربوية، تقديم و إعداد: فاروق عبد السلام، ميسرة طاهر، دار الهدى، الرياض.
10. هشام، عبد الله. (1995). المساندة الاجتماعية و علاقتها بالاكتئاب و اليأس لدى عينة من الطلاب و العاملين. المؤتمر الدولي الثاني لمركز الإرشاد النفسي، المجلد الثاني، جامعة عين شمس. مصر.
11. Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P. & Teasdale, J. (1978). Learned Helplessness. Critics and reformulation, journal of abnormal Psychology, 87, 49-74.
12. Ammar, S., Douki, S., Boucebc, M., Chkli, T. & Moussaoui, D. (1981). Aspects cliniques et psychologiques de la depression au Maghreb. Psychopathologie africaine, XVII, 1/2/3, 16-26.
13. Alloy, L.B., Abramson, L.Y., Metalsky, G.I. & Hartlage, S. (1988). The hopelessness theory of depression: Attributional aspects. British journal of clinical psychology, 27, 5-21.
14. Beck, A.T. (1979). Cognitive therapy and emotional disorders. New American library, New York.
15. Bowlby, J. (1978). Attachement et perte, la séparation, angoisse et colère. V2, P.U.F, Paris.

سيكولوجية السياسة العربية - العرب والمستقبلات

أ.د. محمد أحمد النابلسي - لبنان



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

الاكتئاب والجنسية

LA DÉPRESSION ET LA SEXUALITÉ

أ. بوفولة بوخميس - علم النفس، الجزائر

boufoulab@yahoo.fr

ملخص: يهدف هذا البحث إلى مقارنة اضطراب نفسي شائع في عالمنا المعاصر، الذي هزته الحروب والمشاكل والصراعات بين البشر، وهو "الاكتئاب"، الذي يخلف مضاعفات عديدة على حياة الإنسان، فبالإضافة إلى الانعزال عن المجتمع وسوء تقدير الذات ومحاولات الانتحار، تظهر عند المكتئبين اضطرابات جنسية عديدة مثل نقص الرغبة الجنسية و اضطرابات الارغازم والانتصاب وغيرها. و كما يكون الاكتئاب سبب في الاضطرابات الجنسية ،فقد يكون ناتج عنها حيث رأى العلماء أن اضطراب الجنسية قد يكون لها تأثير على نفسية الإنسان فيكتئب. إن العلاقة بين "الاكتئاب" و"الجنسية" علاقة جدلية ، كلاهما يؤثر ويتأثر بآخر.

الكلمات الأساسية : اكتئاب- جنسية - نقص الرغبة الجنسية- الارغازم- الانتصاب .

Résumé : Le but de cette étude est d'approcher un trouble psychique fréquent dans notre monde contemporain, agité par des guerres, problèmes et conflits de toutes sortes : il s'agit de la dépression qui se complique par un isolement social, une dévalorisation du soi, une tentative de suicide ou des troubles sexuels.

Le déprimé souffre d'un manque de la libido qui se manifeste par une diminution du désir sexuel, troubles d'orgasme et d'érection etc.

Si les troubles de l'humeur agissent sur la sexualité, les troubles sexuels peuvent agir à leur tour sur l'humeur d'une personne normale en la déprimant.

Il y a une relation dialectique entre la dépression et la sexualité chacune agit et réagit sur (à) l'autre.

Mots clés : dépression -sexualité -manque du désir sexuel -orgasme -érection.

مقدمة

1.1. تعريف الاكتئاب

(A.Féline,P.Hardy,

(M.Bounis, 1991)

. (1)"

.(2)"

.(3)"

.(4)"

2.1. الاكتئاب في مختلف طبعات DSM و CIM10

DSM III .1.2.1

1. مدخل عام إلى المكتتاب

DSM IV-TR . 2.2.1

3.3.1. اكتئاب ثانوي أو راجع إلى أمراض جسمية متنوعة

(7)

(5).

DSM IV-TR . 3.2.1

:DSM- IV-TR

أ- اضطرابات اكتئابية :

- اضطراب اكتئابي كبير: F3x.x [296.xx]
- نوبة معزولة: F32.x [.2x]
- نوبة معاودة: F 33.x [.3x]
- اضطراب عسر مزاجي: F34.1 [300.4]
- اضطراب اكتئابي غير محدد: F 32.9[311]

ب- اضطرابات ثنائية القطب

- اضطراب ثنائية القطب: F 3x.x [296.xx]
- نوبة هوسية: F30.x [.0x]
- نوبة أكثر حداثة (شبه هوسية): F31.0 [.40]
- نوبة أكثر حداثة هوسية F3x.x [.4x]
- نوبة أكثر حداثة مختلطة: F3x.6 [.6x]
- نوبة أكثر حداثة اكتئابية: F31.x [.5x]
- نوبة أكثر حداثة غير محصنة: F31.9 [.7]
- اضطراب ثنائي القطب F31.08 [301.13]
- اضطراب مزاجي دوري: F34.0 [29680]
- اضطراب ثنائي القطب غير محدد F31.9 [301.13]

ج- اضطرابات اكتئابية أخرى

- اضطراب مزاج بسبب مرض طبي عام [83 . F06.3x [293]
 - اضطراب مزاج بسبب مادة F1x.8
 - اضطراب مزاج غير محدد F3.9 [296.90]
- ملاحظة: الرقم بين القوسين [] يمثل ترقيم DSM والرقم الآخر المرافق F.... يمثل ترقيم CIM.

CIM10 . 4.2.1

CIM10

:

" " "

"

(6).

3.1. أشكال الاكتئاب:

1.3.1. اكتئاب داخلي المنشأ أو اكتئاب سوداوي " "

2.3.1. اكتئاب نفسي المنشأ

() .

F52.3[302.74]	*		
F52.4[302.75]	*		
4.1.3.2. اضطرابات جنسية بسبب إصابة طبية عامة			(9).
5.1.3.2. عسر الوظيفة الجنسية بسبب مادة			2.2. مراحل الاستجابة الجنسية :
6.1.3.2. صنف عسر الوظائف الجنسية غير المخصصة			Masters و Johnson (1966)
2.3.2. الانحرافات الجنسية :			()
:			:
-			1.2.2. مرحلة الاستثارة :
-			
-			
-			
-			2.2.2. مرحلة الاستمرار
-			
-			(3/2)
-			3.2.2. مرحلة الأرقام
3.3.2. اضطرابات الهوية الجنسية			
3- الاكتئاب كولد لاضطرابات الجنسية :			4.2.2. مرحلة الارتخاء
(12)			
(13)			
(14)			(10).
			H.Caplan)" "
			3.2. تصنيف الاضطرابات الجنسية:
			DSM IV-TR (11)
			:
1.3. اضطراب الرغبة الجنسية:			1.3.2. عسر الوظائف الجنسية :
			:
			1.1.3.2. اضطرابات الرغبة الجنسية
			:
			F52.0[302.71]
			F52.10[302.79]
(15).			2.1.3.2. اضطرابات التنبيه الجنسي
			:
			F52.2[302.72]
(16)			F52.0[302.71]
:			3.1.3.2. اضطراب الأرقام
			:
			F52.3[302.73]
			*

•

• • •

)

(

()

•

||

4

|| || ||

11

•

1

ARABPSYNET E.JOURNAL: N° 15&16 – SUMMER & AUTUMN 2007

مجلة شبكة العلوم النفسية العربية: العدد 15 & 16 - صيف وخريف 2007

- 1- Larousse- Bordas, 1998, P. 137.
- 6- IBID. P. 138.
- 7- Américain Psychiatric Association, DSM-IV-TR, 4ed. Texte Révisé (Washington DC, 2000), traduction française par J-D Guelfi et al, Paris : masson, 2003, pp. 340, 342.
- 8- J. Postel, op. cit, p. 137.
- 9- R. Chemama, B. Vandermersch, op. cit, pp. 91, 92.
- 10- C. Wade, C. Tavris, Introduction à la psychologie. Québec : éd. renouveau pédagogique inc, 2002, pp. 340, 342.
- 11- J. Godefroid, fondement de psychologie. Québec : Vigot, 1993.
- 12- Américain Psychiatric Association, DSM-IV-TR, op. cit, p. 617.
- 13- P. Brenet, dépression et sexualité. Paris : éd. pil et ardix, 1995, p. 10.
- 14- IBID. P. 30.
- 15- J. Cottraux, op. cit, p. 50.
- 16- P. Brenet, , op. cit, p. 13.
- 17- Américain Psychiatric Association, DSM-IV-TR, op. cit, p. 622.
- 18- P. Brenet, op. cit, pp. 31, 33.
- 19- R. Ladouceur, O. Fontaine, J. Cottraux, théorie comportementale et cognitive. Paris : masson, 1992, p. 134.
- 20- P. Brenet, op. cit, p. 32.
- 21- R. Ladouceur, O. Fontaine, J. Cottraux, op. cit, p. 146.
- 22- Américain Psychiatric Association, DSM-IV-TR, op. cit, p. 404.
- 23- P. Brenet, op. cit, p. 32.
- 24- R. Ladouceur, O. Fontaine, J. Cottraux, op. cit, p. 140.
- 25- Américain Psychiatric Association, DSM-IV-TR, op. cit, p. 629.
- 26- P. Brenet, op. cit, pp. 34, 35.
- 27- A. H. Stroud, vaincre le stress et l'anxiété. pp. 113, 114.
- 28- P. Canoui, P. Messerschmitt, O. Ramos, révision accélérée en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Paris : maloine, 1994, p. 206.

"	"	"	"	"	"
10	(	1	---	30	-
					-
				%50	-

4. اضطراب الجنسية كعامل اكتتابتي:

(26) .

(27).

هوامش و مراجع

- 2- J. Cottraux, Place des Psychothérapies Contemporaines dans le traitement de la dépression. Paris : DOIN, 1999, P. 5.
- 3- N. Sillamy, Dictionnaire usuel de Psychologie. Paris : Bordas 1983, P. 196.
- 4- R. Chemama, B. Vandermersch (sous la direction), Dictionnaire de Psychanalyse. Paris : Larousse- Bordas 1998, P. 91.
- 5- J. Postel, Dictionnaire de Psychiatrie et de psychopathologie clinique. Paris :

اللاوعي الثقافي و لغة الجسد و التواصل اللفظي في الذات العربية



علي زيعور

Summary : www.arabpsynet.com/Books/Zayour.B12.htm

المركز العربي للطب المسند



www.arabicebm.com

حصار الاكتئاب في الوطن العربي... الواقع والمعاش

أ. ب. بن أحمد قويدر - علم النفس الجزائي

benahmed2005@hotmail.fr - benahmed2005@hotmail.fr

حديث شريف: يوشك الأمم أن تداعى عليكم كما تداعى الأكلة إلى قصعتها " ، قالوا: أومن قلة نحن يومئذ يا رسول الله؟ قال: " بل أنتم كثير ، ولكنكم غثاء كغثاء السيل ، ولينزعن الله من صدور عدوكم المهابة منكم وليقذفن في قلوبكم الوهن " ، قالوا: وما الوهن يا رسول الله؟ قال: " حب الدنيا ، وكراهية الموت."

عن أبي عبد السلام ، عن ثوبان، أخرجه أبو داود في سننه (2/10 2) و الروياني في مسنده (ج 2/134/25) من طريق عبد الرحمن بن يزيد بن جابر عنه، ورجاله ثقات كلهم غير أبي عبد السلام هذا فهو مجهول، لكنه لم يتفرد به بل توبع-كما يأتي- فالحديث صحيح -عن أبي أسماء الرحبي، عن ثوبان مثله⁽¹⁾.

تمهيد: يستشرف هذا الحديث النبوي الشريف على مستوى عال من الاحباط ستؤول اليه الامة الإسلامية العربية نتيجة فرقتها و عدم قدرتها على تقويم كيانها بين الامم. إنه يعكس حالة من الاكتئاب المعاش للفرد ، فهي حالة غير سوية و مصنفة وفق معيار تصنيفي مرضي تعني حالة من الازدراء و فقدان الامل و هي حالة فردية كما يمكن ان يكون حالة تصيب جماعة او مجموعة بشرية تتميز باضمحلال الفعالية و الخمول و عدم القدرة على التحفيز و ضعف الانسجام مع الذات، تؤدي إلى عديد الاختلالات و الافات الاجتماعية و الامراض السيكوسوماتية و العقلية. تدخل هذه الحالة ضمن الدراسات السوسيو- سيكياترية Socio-psychiatrique و هي تقوم على دراسة الفعل المرضي للوسط الذي يعيش فيه الفرد، حيث انه لا يمكن دراسة أي اضطراب نفسي خارج الاطار الاجتماعي و البيئي، و تعتبر هذه الحالة من اهم هذه الاصابات النفسية التي تعكس طبيعة البيئة و خصائصها المتوازنة و غير المتوازنة. فهي من الدراسات العيادية للمجتمعات، يختص بدراستها سوسيولوجيا الامراض النفسية و العقلية و الطب العقلي الاثني.

تبدو اعراضها بلغة الطب النفسي مظاهر الاحباط و القنوط، حدد محمد خير الله الزراد مفهومه في كتابه **الامراض العصبية و الذمائية و الاضطرابات السلوكية** حيث قال: " الاكتئاب هو حالة من الانخفاض و الضيق و الشعور بانكسار النفس و بهبوط الروح المعنوية و التشاؤم من الحياة و قد يعاني المريض من نوبات متكررة من البكاء او الصراع او الحزن مع شيء من الرعب و الخوف و الارتباك و قد يتمنى المريض الموت "⁽²⁾ . فالإكتئاب ظاهرة مرضية تتميز باليأس و القنوط و الاحباط تجاه الذات و الواقع المعيش و تجاه المستقبل و المصير و حفظ الذات وقيمتها من حيث هي هوية خاصة لها مميزاتها و خصائصها التي يجب ان تعبر عنها.

1- الواقع المولد للاكتئاب

()

B.Malinowski

3- العولمة و حضارة الاستفهام

: " انتجت

الثقافة المعاصرة غطا من العيش و المعرفة و التفكير و من السلوك و الوعي شديد القسوة على المواطن يعيش في توتر اقتصادي و في صراع و دوامات في ضجيج و غربة عن الذات في عالم بلا صداقات مخلصه . فالثقافة تتبادل الى المجتمع تعزيز اللحاق بالاستهلاك و المال و كلاهما ممرض بسبب انه يدفع باتجاه حب الظهور و التسابق على الكماليات و الخوف على المستقبل الاقتصادي و الصحة و الوقوع في الهموم المعيشية و التوتر و ربما في المهدئات و الكحول و الادمان " (4)

%95

2- التواصل الهذيات

" 9 " لا يمكن

اجراء رصد ختامي لما افضت اليه العولمة سواء اكانت ممارسات متنوعة ظهرت منذ ان استقام امر التمرکز الغربي ام منذ ان ظهرت حديثا على انها نزعة فكرية نظرية و لكن الامر الذي يمكن رصده و البرهنة عليه هو ان العولمة قد خلقت امكانات واسعة لسيادة الولاء للآخر و هيمنة الفكر الامتثالي و اختزال الذات الى عنصر هامشي و استبعاد المكومات القابلة للتطور و النمو و تفجير الحراك الاجتماعي بصورة فوضوية و كل ذلك ادى الى انهيارات متعاقبة في الانساق الثقافية غير الغربية " (5)

1.2. فوبيا انحلال المجتمع

Tony Anatrilla

Non à la société dépressive

(3) " " " " " "

4- او هـام مجتمـع

-

-

-

() .(

" ان

الشيء يفرض نفسه في العالم المتقدم و في العالم المتخلف فهو يفرض نفسه في العالم المتقدم بسبب وفرته اما في العالم المتخلف فيفرض نفسه بسبب ندرته"

()

ابن خلدون:

المغلوب مولع أبدا بالإقتداء بالغالب في شعاره، وزيه، وخلته وسائر أحواله وعوائده، والسبب في

ذلك حركة في النفس. إن النفس تعتقد الكمال في من غلبها و إنقادت إليه إما لنظرة بالكمال بما وفر عندها من تعظيمه أو لما تغالط به من أن إنقيادها ليست لغلب طبيعي، إنما هو لكمال الغالب، ف؟ إذا غالطت بذلك واتصل لها إعتقاد فانتحلت جميع مذاهب الغالب، وتشبهت به، وذلك هو الإقتداء أو لما تراه من أن الغالب ليس بعصبية ولا قوة بأس وإنما هو بما إخلته من العوائد والمذاهب تغالط أيضا بذلك عن الغلب.⁸

5- مؤشر التغير الاجتماعي

Milieu pathogène

خلاصة

1 <http://www.ibb7.com/vb/showthread.php?t=15585>

2 محمد خير الله الزراد الامراض العصبية و الذهانية و الاضطرابات السلوكية دار القلم لبنان 1984 ط 1 ص 86

3 Tony Anatrella Non a la société dépressive Flammarion France 1993. P 09 .

4 علي زيعور انجراحات السلوك و الفكر في الذات العربية المركز الثقافي العربي السنة، 1992، ط 1، ص 109.

5 عبد الله ابراهيم الثقافة العربية و المرجعيات المستعارة المركز الثقافي العربي المغرب السنة 1999 ط 1 ص 09

6 عبد الرحمان ابن خلدون "المقدمة" دار القلم بيروت ط 7 سنة 1989 ص 147.

نحو سيكولوجية عربية أ.د. محمد أحمد النابلسي - لبنان



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

المظاهر العيادية والثقافية للإكتئاب

(نماذج من بعض الدراسات في بلاد المغرب العربي)

د. هادي كشـرود - علم النفس، الجزائر

Kechroud_houda@yahoo.fr

توطئة: يعتبر الإكتئاب من الإضطرابات التي نالت اهتمام عدد كبير من العاملين في حقل الصحة النفسية، سواء السيكولوجيين منهم أو أطباء الصحة العقلية، وقد عرفه الإنسان منذ زمن قديم تحت مسميات مختلفة، فأطلق عليه الإغريق مثلاً اسم الماخوليا أي السودا، وعُرف الشخص الذي يعاني من الإكتئاب بأنه صاحب مزاج سوداوي (Widlocher, 1991).

كما ينظر للإكتئاب على أنه من أكثر الإضطرابات شيوعاً في شتى الحضارات، إذ أشير إليه باعتباره وباءً في إنجلترا في بداية العصر الحديث، ثم ظهر في معظم التصنيفات والمعالجات الخاصة بالأمراض النفسية والعقلية ضمن التراث السيكلوجي والسيكاتري بعد ذلك. وقد أوضحت الزيادة الكبيرة للإكتئاب خلال السنوات الماضية، أن هناك اهتماماً عالمياً كبيراً بكل من أسبابه وانتشاره حيث يبدو أنه وصل مرة أخرى إلى مرحلة الوباء (فرج عبد الله طه، 1993).

ويعد الإكتئاب من أكثر الإضطرابات النفسية خطورة وذلك لزيادة عدد الوفيات بين المصابين به، والتي عادة ما تعود إلى الانتحار، فقد أوضحت الدراسات أن نسبة الانتحار لدى الأفراد ذوي التاريخ الإكتئابي أعلى من نسبته لدى الجمهور العام (غريب عبد الفتاح، 1988)، كما وُجد أن هناك 400.000 شخص يقدمون على الانتحار كل عام (عبد الله عسكر، 1988).

هذا وقد تختلف هذه النسب في تحديد الإكتئاب وظاهرة الإقدام على الانتحار من بيئة ثقافية إلى أخرى، حيث أوضح مجموعة من الباحثين من المغرب العربي في دراسة مشتركة على مستوى عينات مختلفة من تونس و الجزائر و المغرب الأقصى أن للانتحار الثقافية دور لا يستهان به في تحديد المضامين و الأعراض الإكتئابية (عمار وآخرون، 1982).

يستنتج من كل هذا أن الإكتئاب من الإضطرابات الخطيرة التي يمكن أن تكون لها آثاراً سلبية على حياة الفرد المستقبلية (الصحية أو المهنية).

الإكتئاب: المعنى والأعراض

" " "

(1995).

Beck 1979

(1986).

1991 Wildlocher

(Beck, 1979).

Beck, 1979

100.000/4.4

110

130 1961 ، 1960 ، 1959

335 1971 - 1969

1975

«Learned helplessness Siegelman

639 1978

1978 - 1969

1979

1969

(psychiatrie en Algerie, 1975

1969)

PMD

100 1979

100.000/4.5

(1998)

(Abramson et al., 1978, Raps et al., 1982)

Hamilton

%10

(1989)

1980

The theory of

«depression hopelessness

(Gotlib et al.,1993)

60 _

55 _

52 _

(Wolpe,1975)

بعض المظاهر الإكتئابية في بلاد المغرب العربي

1972

asthenie () -1

insomnie

somatisation	anorexie
	- 2
	- 3
(les oranges)	%20
	3/1
	%20 Auto-depreciation
	%50
	%71
	3/1
60	(%64 - %88)
()	(%52 - %80) PMD
	* 1994 - 1990
" " " "	:
	- 1
	- 2
1981	- 3
	- 4
	- 5
	- 6
	- 7
	- 8
	Boule oeousophagienne
	- 9
	- 10
	- 11
	- 12
	- 13
	- 14
	- 15
	- 16
	- 17
	- 18

الخاتمة

- علوم التربية، جامعة الجزائر.
5. ممدوحة، محمد سلامة. (1989). التشويه المعرفي لدى المكتئبين و غير المكتئبين. مجلة علم النفس، العدد التاسع، الهيئة المصرية العامة للكتاب.
6. هشام، عبد الله. (1995). المساندة الاجتماعية و علاقتها بالاكتئاب و اليأس لدى عينة من الطلاب و العاملين. المؤتمر الدولي الثاني لمركز الإرشاد النفسي، المجلد الثاني، جامعة عين شمس. مصر.
- 7-Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P. & Teasdale, J. (1978). Learned Helplessness. Critics and reformulation, journal of abnormal Psychology, 87, 49-74.
- 8 - Ammar, S., Douki, S., Boucebc, M., Chkli, T. & Moussaoui, D. (1981). Aspects cliniques et psychologiques de la depression au Maghreb. Psychopathologie africaine, XVII, 1/2/3, 16-26.
- 9 - Beck, A.T. (1979). Cognitive therapy and emotional disorders. New American library, New York.
- 10- Gotlib, I.H. & al. (1993). Negative cognitions and attributional style in Depressed adolescents. Journal of abnormal psychology, 102, 4, 607-615.
- 11- Lewinshon, P.M, Teri, L. & Hoberman, H.M. (1983). Depression: A perspective on etiology, treatment and life spare issues. In Rosenbaum and Franck & Jaffe (Eds.), perspectives on behaviour therapy in the eighties, New York.
- 12- Stainbroock E. - "A cross-cultural evaluation of depressive reactions", in P. Hoch and J. Zubin (eds), Depression. New York, Grune and Stratton, 1954.
- 13- Wildlocher, D., hardy, M.C. (1991). La depression. Herman, editeurs des sciences et des arts, Paris.
- 14- Wolpe, J. (1975). Pratique de la therapie comportementale. Masson, Paris.

Stainbroock

...

قائمة المراجع

1. عسكر، عبد الله. (1988). الاكتئاب النفسي بين النظرية و التطبيق. مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
2. فرج، عبد القادر طه. (1993). موسوعة علم النفس و التحليل النفسي. دار سعاد الصباح.
3. المنجد في اللغة و الأعلام. (1986). دار الشروق، الطبعة الثالثة والثلاثون، بيروت.
4. معمري، بشير. (1998). مدى انتشار الإكتئاب بين طلبة الجامعة من الجنسين. الأيام الوطنية الثالثة لعلم النفس و

انجراحات السلوك و الفكر في الذات العربية

علي زيـجـور



Summary : www.arabpsynet.com/Books/Zayour.B13.htm

التحليل النفسي للذات العربية

علي زيـجـور



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

المرض الاكتئابي... دليل الممارس العربي

DEPRESSION IN GENERAL PRACTICE : RECOGNITION AND TREATMENT

د. روبن سيتيل - ترجمة: د. عبد الرحمن إبراهيم - الطب النفسي، سوريا / لبنان

dr.abd.ibrahim@gmail.com

تقديم

يشكل الاكتئاب تحدياً كبيراً للممارسين العاملين. ففيه نسبة مزعجة من معدل الوفيات ويقع انتحار واحد ناجح على الأقل في كل عام من أصل مجموعة مرضى لطبيب ممارس والذي كان من المحتمل منعه. وقد أعلنت الـ *OPCS* في العام الماضي أن معدل الانتحار ارتفع بنسبة 22% في إنكلترا وويلز. ينتحر كل عام طبيب واحد من أصل 50. إن للاكتئاب إمراضية مرتفعة. ففي كل عام يحيل طبيب العائلة بين اثنين إلى خمسة مرضى اكتئاب إلى أطباء نفسيين أو إلى وكالات مختصة أخرى، ويعالج 10 - 15 مريضاً من الهجمة الأولى و 30 - 70 مريضاً مصاباً باكتئاب موجود أو نكس فيه. مع ذلك تشير الأبحاث أنه مقابل كل مريض مشخص هناك آخر غير مكشوف وغالباً متواري خلف تظاهرات عضوية مثل الصداع، ألم الصدر أو ألم الظهر وأحياناً مترافق مع اضطرابات عضوية مثل خلل النطاقي، التهاب المفاصل الرثياني أو خبائة. والاكتئاب تحد فكري مذهل، يتراوح بين نفاس هوسي - اكتئابي ناتج بشكل واضح عن مشكلة كيميائية حيوية إلى الأسى، الحزن والتعاسة.

إن ما لدينا هو أدلة غير محددة وليس أجوبة واضحة للسؤال عن سبب أن بعض الشخصيات تصبح مريضة بسبب الأسى بينما يستفيد الآخرون من التجربة.

يحتاج الممارسون العاملون وباحثوا الرعاية الصحية الأولية إلى نص عملي جيد يمكن قراءته في ساعات قليلة ويحفظ في مكتبة العيادة أو المكتب من أجل المراجعة السهلة. وهذا الكتاب الممتاز للدكتور غريغ ويلكسون، وهو طبيب نفسي عمله في مجال الممارسة العامة، سيقوم من وجهة نظري بالدور المذكور بشكل يثير الإعجاب. وعلى الرغم من أنه موجه للممارسين العاملين وأولئك العاملين في فرق الرعاية الصحية الأولية إلا أنه يمكن أن يستفيد من قراءته الأطباء النفسيون الخبراء الذين سيعملون للمرة الأولى في الممارسة العامة. يتعامل معظم الكتاب مع تفاصيل عملية، عميقة تؤكد على فن المعالجة إضافة للعلم. وبشكل مشابه فإن طلاب الطب الذين يقضون عدة أسابيع في الممارسة العامة يتوقعون دوراً أكثر فعالية في الوقت الحاضر ومع هذا الكتاب والإشراف عليهم سيستطيعون تقديم الدعم للمريض في مرحلة المعالجة البدئية للاكتئاب. تزداد حاجة المرضى وأقربائهم للمعلومات عن المرض وهذا النص بوضوحه وخلوه من الرطانة سيقدم مساعدة في هذا الاضطراب الذي يتطلب تجاوب من المريض ودعم من العائلة. وقد أظهرت تجربة حديثة أن المرضى المصابون بألم الظهر والذين أعطوا كراسة معلومات يحضرون في فترة المتابعة بشكل أقل من مجموعة الشواهد المصابين بألم الظهر والذين لم يعطوا الكراسة ويمكن أن نجرب مغزى مشابه في كتابنا هذا.

ذهب الدكتور آرثور، عميد دراسات اكتئاب الممارسة العامة، إلى الحرب من عيادته في Ibstock ليتدرب كطبيب نفسي وعند عودته إلى الممارسة كتب عام 1966: "اضطرابات الاكتئاب في المجتمع" ونشر الكتاب جون رايت. هذا الكتاب ما زال يستحق القراءة كمصدر معلومات لأنه غطى عشرين عاماً من التجربة لممارسة مستمرة في Leicesteshire على 8000 مريض.

الاكتئاب ليس ظاهرة القرن العشرين، وقد تكلم شكسبير عن الطيف الواسع من السوداوية من خلال جاك الذي يمثل الشخصية الاكتئابية ("أستطيع أن أمتص السوداوية من أغنية كما يمتص ابن عرس البيض") إلى حالة أكثر استغراقاً في تاجر البندقية ("حقاً لا أعرف لماذا أنا حزين: إنه يقلقني؛ أنت تقول إنه يقلقك، ولكن كيف أصبّ به، وجدته، أو صادفته، من أي شيء هو مصنوع، أين لد، هذا ما يجب أن أعمله")، وإلى تأمل هاملت في الانتحار ("أو أن الأبدية لم تثبت مدفعها ضد قتل النفس... الموت، النوم: النم بالصدفة للحلم: أجل هنا تكمن المشكلة... متى هو نفسه سيسدد ضربته القاضية بجنج عار؟") كل هذا يشير إلى أنه قليل قد تغير منذ العصر الإليزابيثي.

يجب أن تكون المعالجة، عبر دكتور ويلكنسون، فيزيائية، نفسية واجتماعية وحذف أي من هذه المركبات تقلل من فعالية العلاج. حدثت أول تجربة مراقبة للعلاج بمضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة في دائرة بروفيسور روث في نيوكاسل عام 1958 عندما كنت مكماً لنظام التدريب. وإنه لمن السخرية أن ننظر إلى الوراء ثلاثين عاماً لنرى الإمبرامين لا يزال الدواء المفضل بينما

تأخر خلفه من الأدوية قبل إحداث الاستجابة، بحيث أنه حتى الاكتئاب داخلي المنشأ الشديد لدرجة دخوله ضمن تجربة بالغة الدقة في مشفى تعليمي لديه استجابة كبيرة للأدوية الموهمة، وأنه من الصعب أن نقوم بتجربة مضاعفة عمياء بمضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة حتى تنتج المعالجة الموهمة فماً جافاً أيضاً.

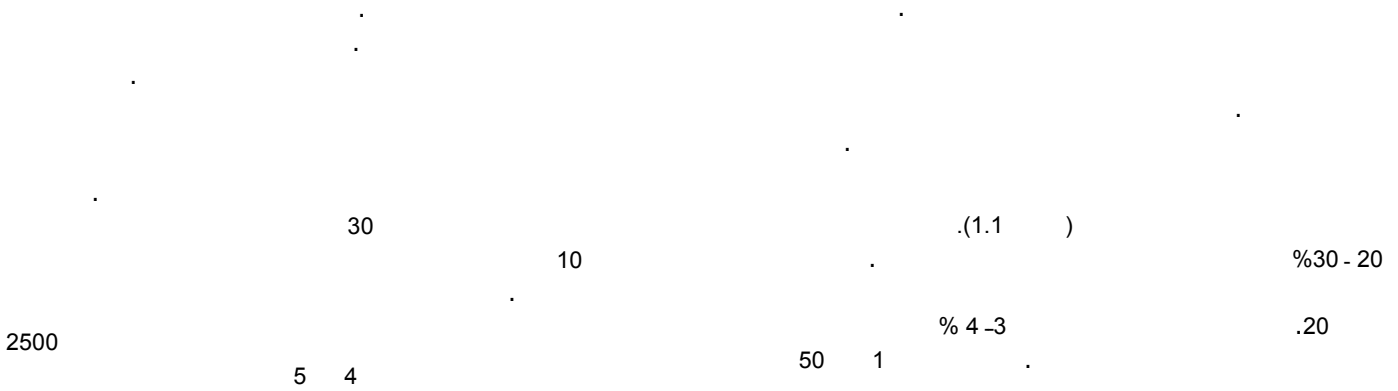
يبقى الاكتئاب تحدياً للممارسة العامة، متضمناً الممرضات، زوار الصحة، الأطباء النفسيون، الباحثون الاجتماعيون المختصون في الخدمة النفسية. إنه وكما يشير الكتاب حقل يمكن فيه لطبيب حساس حاد الملاحظة وباستخدام الاعتراف مع اختبار تشخيصي أن يشعر بالدموع، ونقص الحيوية خلف مظهر طبيعي كاذب وأن يستثير المشاعر الداخلية المتأذية والمستاءة. في نفس الوقت هناك مجال لأبحاث في الوقاية، المعالجة الأفضل، التشخيص بالكمبيوتر، استخدام الأقارب حشد من الأسئلة الأخرى فير الحجابة بانتظار الأجوبة في الممارسة العامة.

يجب أن يرشد هذا الكتاب الممارسين العامين وعمال فريق الرعاية الصحية الأولية. إنه عملي، مباشر مساعد. قليل من المرضى أكثر امتناناً من مرضى مكتئبين سابقاً ومعالجين بنجاح يجب أن يساعد هذا الكتاب الأطباء والمرضى لإنجاز الشفاء لأنه كما اقتبس ريتشارد بورتن في - شرح السوداوية - "إذا كان هناك جحيم على الأرض فهو الموجود في قلب رجل سداوي".

د. روبن سيتيل

20

1 - مقدمة



جدول 1.1 : الموجودات السكانية الاجتماعية الرئيسية

- تعاني النساء أكثر من الرجال بحوالي مرتين من الاكتئاب الخفيف، ولكن النسب متساوية في إصابة الرجال والنساء بالاكتئاب الشديد والاكتئاب المتكرر.
- ضمن النساء، يتغير حدوث وانتشار الاكتئاب مع العمر - تحصل أعلى المعدلات في مجموعة الأعمار بين 35 - 45 سنة.
- تزداد معدلات الاكتئاب لدى الرجال مع تقدم العمر.
- يبدو أن حدوث الاكتئاب أعلى في الناس المنتمين إلى المجموعات الاقتصادية V و I.
- حدوث الاكتئاب أخفض لدى المتزوجين من العازبين.
- تعاني مجموعة صغيرة من المكتئبين من "اضطراب وجداني موسمي" مع واقعات اكتئاب متكررة في أشهر الشتاء، وتعاني مجموعة أصغر من اكتئاب صيفي متكرر.

%50 25

(3 - 2)

6-3 - 1.2 تشخيص الاكتئاب

2

3

1.2

2.2 . II .

جدول 1.2: الموجودات الحادة النموذجية للاكتئاب:

- تعطل النشاطات الطبيعية: عدم القدرة على أداء الواجبات اليومية؛ عدم القدرة على الذهاب للعمل؛ عدم القدرة على النهوض من الفراش.
- أعراض فيزيائية غامضة: السأم؛ فقد الشهية والوزن؛ أرق.
- صعوبة التكيف: سيئ استعمال الكحول؛ سوء استعمال العقاقير (المخدرات)؛ نزوات أو سلوك عنيف.
- العائلة والأصدقاء القلقين: إحباط، فقد التعاطف، شعور بالذنب.
- الانتحار: أفكار؛ خطط؛ محاولات.

قصة مرضية I

وجد جيم أنه بدأ يشعر بالعزلة الوحدة، حتى عندما يكون أصدقاءه والعائلة حوله. لم يعد يستطيع الشعور بيل نحو من أحبههم ورفض محاولاتهم لتأمين راحته. وبشكل متزايد، وجد صعوبة في البكاء، وبأية حال لم تعد الدموع تجلب الراحة. أصبح التحدث والتركيز مجهداً. وجد نفسه يفكر بشكل كبير بالماضي والذكريات غير السارة لإزعاجه. بدأ يشعر بعدم الراحة، الهياج والنزق وأصبح قلقاً جداً في بعض الأحيان. كان دائماً عابس: التشاؤم واليأس كانا دائمي الوجود لديه.

جدول 2.2 * - أعراض الاكتئاب

المزاج	التفكير	الدافع	فيزيائياً	الحاكمة
حزن	نقص تقدير	نمى النجاة	شعور بسوء	توهمات:
بؤس	الذات	انسحاب	الصحة	بشكل نموذجي

2 - كشف المرض الاكتسابي

- مزاج بائس، منخفض، مستمر؛ اضطراب.
- نقص الاستمتاع والسرور بالنشاطات الاعتيادية.
- طاقة ضعيفة وإرهاق.
- نقص شهية للطعام أو نقص وزن (نادراً زيادة).
- فعالة ضعيفة.
- لوم الذات وشعر بالذنب.
- عدم القدرة على التركيز واتخاذ القرارات.
- وضعية وإيلاء مميزة.
- قلق، نزق، هياج، بطاءة هي أعراض موجودة غالباً.
- في الاكتئاب الشديد، تظهر المميزات السابقة بشدة أكبر وربما ترافقت مع:
- أفكار خطط أو أفعال انتحارية.
- الانقطاع عن تناول الطعام والشراب.
- توهمات و/أو أهلاس.

* ويلكسون (1989) "الاكتئاب".

قصة مرضية 11

2.2 - تمييز بين القلق والاكتئاب

التجسيد

- انزعاج المريض المفرط من الأعراض.
- استشارة المرضى دون تغير في الحالة السريرية.
- مرضى غير راضين فيما يبدو عن رعايتهم.

5.2 - التاريخ الطبي للاكتئاب

- 1

%

- 2

- 3

6.2 - سير الأمراض الاكتئابية

40 - 30

2 - 1

3 2

6 - 3

4.2 - انحراف التشخيص وضبطه

(4.2)

جدول 4.2* : السلوك أثناء المقابلة المتعلق بضبط تشخيص الاكتئاب

بداية المقابلة :

- إحداث اتصال عيني جيد.
- استوضح شكاية المريض المعروضة.
- استخدم أسئلة مباشرة للشكايات الفيزيائية.
- استخدم غط الأسئلة مفتوحة - مغلقة.

خلال المقابلة :

- استخدم غط المتعاطف.
- كن حساساً للتلميحات وغير اللفظية.
- تجنب قراءة الملاحظات أمام المريض.
- تعامل جيداً مع كثري الثرثرة.
- لا تركز على قصة المريض السابقة.

غولد بيرغ مكسلي (1980) " الطرق إلى الرعاية النفسية "

جدول 5.2 : تلميحات لكشف الاكتئاب

- المريض يقول: " أنا مكتئب".
- أعراض مترافقة مع الاكتئاب.
- أعراض فيزيائية دون سبب فيزيائي
- عرض المريض المتكرر للرعاية الصحية.
- إحساس الطبيب بالاكتئاب لدى المريض.
- يعتقد الطبيب أن المريض مكتئب.
- إضبارة المريض كبيرة.

%50

5 2

%15

7.2 - منظور الممارسين العامين

)

.(

جدول 6.2: التصنيف الدولي للمشكلات الصحية في الرعاية الأولية و تحديد معايير التشخيص

الاضطراب الاكتئابي (الاكتئاب العصبي)
مضمون هذه القاعدة يفرض قبول المعايير التالية:

- 1 - غياب النفاس.
- 2 - وجود ثلاثة من الأعراض التالية:
 - I - حزن أو سوادوية غير متناسبة مع الشدة النفسية الاجتماعية،
 - II - أفكار أو محاولة انتحارية.
 - III - تردد، نقص الاهتمام بالنشاطات الاعتيادية أو بطء التفكير،
 - IV - مشاعر من عدم الاستحقاق، لوم الذات أو شعور غير ملائم أو مفرط بالذنب؛
 - V - الاستيقاظ في الصباح الباكر، فرط النوم والسأم الصباحي.
 - VI - قلق، نزق، وهياج.

نفاسات وجدانية (الاكتئاب الذهاني)

• مضمون هذه القاعدة يفرض قبول جميع المعايير التالية:

- 1 - اضطراب مسيطر في مجال المزاج، يظهر إما الاكتئاب الشديد أو ارتفاع المزاج والانتشاج، أو تناوب الاثنين، ويكون أكثر وضوحاً من المدى المعتاد من الشعور.
- 2 - اضطراب على درجة عالية بحيث يعيق قدرة المريض بشكل فادح على مواجهة مطالب الحياة العادية.
- 3 - إذا كان النفاس ووحيد القطب، اضطراب في التفكير (توهمات، أهلاس أو حالة زورية).

()

جدول 7.2: تميز الاكتئاب عن العته في الكهول

مظاهر سريرية	اكتئاب	عته
البدء	سريع نسبياً	تدريجى
الضعف المعرفي	متقلب	متقلب
الذاكرة / الفهم	سوف يستجيب للعلاج	مستفحل/ لا يستجيب للعلاج
حس أسى	نعم	لا/ عدم الحس
تصور	سلي	غير متأثر
أعراض جسدية	نموجية	غير نموجي عدا النوم

*ديروغاتيز و وايز (1989) " اضطرابات القلق والاكتئاب لدى مرضى الداخلية "

10.2 - كشف الاكتئاب لدى المراهقين

11.2 - كشف الاكتئاب لدى الأطفال

8.2 - كشف الاكتئاب لدى البالغين

12.2 - فترة الاكتئاب الجسيم

الأعراض:

- 1 - مزاج مكتئب.
- 2 - نقص الاهتمام أو السرور في جميع، أو تقريباً جميع، الأعمال وذلك بشكل ملحوظ.
- 3 - نقص أو زيادة وزن هام بدون حمية (مثلاً: أكثر من 5% من وزن الجسم في شهر)، أو نقص أو زيادة في الشهية.
- 4 - أرق أو فرط نوم.
- 5 - هياج نفسي حركي أو بطءة نفسية حركية.

9.2 - كشف الاكتئاب لدى الكهول

2.16 - خلاصة

Appendix: Diagnostic criteria for depression :

Association's Dignostic
(adapted from the American Psychiatric and Statistical
...
Manual "Dsm - III - R").

3 - نماذج من الاكتئاب

13.2 - النمط الفصلي

60)

.(

60 ()
.(

1.3 - تصنيف معتمد على السبب 1.1.3 - الاكتئاب الارتكاسي وداخلي المنشأ

14.2 - اضطراب ثنائي القطب 3 1

/ /

2.1.3 - الاكتئاب الأولي والثانوي

.()

2.3 - تصنيف معتمد على الأعراض 1.2.3 - الاكتئاب العصبي والنفسي

- 6 - إعياء أو نقص طاقة.
- 7 - مشاعر عدم الاستحقاق أو شعور بالذنب غير ملائم أو مفرط (ربما توهمي، ليس فقط لوم الذات أو شعور بالذنب حول كونه مريض).
- 8 - نقص القدرة على التفكير أو التركيز، أو التردد.
- 9 - تفكير متكرر بالموت (ليس فقط الخوف من الموت)، تفكير انتحاري متكرر دون خطة خاصة أو محاولة للانتحار أو خطة للانتحار.

- 1 - شهية ضئيلة أو فرط أكل.
- 2 - أرق أو فرط نوم.
- 3 - طاقة منخفضة أو إعياء.
- 4 - انخفاض تقدير الذات.
- 5 - ضالة التركيز أو صعوبة اتخاذ القرارات.
- 6 - مشاعر من اليأس.

15.2 - سوء المزاج (عصاب اكتابي)

5.3 - متلازمات أخرى

1.5.3 - ارتكاسات الفقد الأسى النموذجي

- 1 - تبلد عاطفي يدوم من بضع ساعات إلى بضعة أسابيع ؛
- 2 - حداد مع اشتياق شديد وأسى، مظاهر لا إرادية، شعور باللاجدوى، فهم انعدام الراحة أنزق، استغراق بالفقيد (متضمناً تجارب هلوسة عابرة)، شعور بالذنب و حتى إنكار حقيقة الموت؛
- 3 - التقبل وعودة التوافق يستغرق عدة أسابيع بعد بدء الحداد .
- 4 - يدوم الأسى عادة بمعدل 3-6 أشهر، ولكن المدة مختلفة جداً.

الأسى اللانموذجي:

- يتألف الأسى اللانموذجي من :
- 1 - أسى مزمن، يقود إلى مرض إكتئابى نموذجي؛
 - 2 - أسى مكبوت أو متأخر ؛
 - 3 - أسى مع تعقيدات نفسية .

2.5.3 - الاكتئاب اللانموذجي أو المقتنع

3.5.3 - اكتئاب بعد الولادة

،(The blues)

1000 2

3

1. 7.

4.5.3 - الشخصية الاكتئابية

فرضية

()

.()

،(أ)

" "

) "

.(

" " "

3.3 - تصنيف بواسطة السير و زمن الحياة

1.3.3 - الاكتئاب أحادي القطب وثنائي القطب

2.3.3 - اضطرابات الاكتئاب في الحياة المتأخرة

4.3 - تصنيف في الممارسة

5.5.3 - الاكتئاب والكحول

() 6- %.

6.5.3 - الاكتئاب والتعمير

3%،

1%،

10% .

65

5.4 - دراسات التوائم والتبني

5

70%

50% 25%

6.4 - شدة الحياة

12 6

4- أسباب المرض الاكتابي

1.4 - عوامل وراثية

2.4 - الوراثة والبيئة

80%،

10%.

7.4 - عوامل التعرض للإصابة

50%.

10%.

3.4 - دراسات العائلة

11

14

-
-
-
-
-

)

.(

(

)

4.4 - الخطورة المرضية

10.4- المرض الفيزيائي

(104).

جدول 14: أسباب فيزيائية للاكتئاب*

أمراض عصبية	مرض باركنسون
	التصلب العديدي
	السكتة الدماغية
	الصرع
	العتة
	أورام دماغية
	رضوض دماغية
أمراض خبيثة	سرطان الرئة
	أورام الدماغ
	سرطان البنكرياس
	سرطان السرطانوي المنتشر
أمراض الغدد الصماء	قصور الدرقية
	متلازمة كوشينغ
	مرض أديسون
	فرط نشاط درق
	فرط نشاط جارات درق
مرض الكلى	القصور الكلوي
	التمال الكلوي
فقر الدم	عوز الحديد
	عوز حمض الفوليك
	B12عوز فيتامين
جهازية	ذئبة حمامية منتشرة
	التهاب أوعية رئاني
غذائية	B2البلاغرا - عوز
أنماج	الأنفلونزا وبعد
	الأنفلونزا
	التهاب الكبد
	حمى وحيدات النوى
	الحمى المالطية
	الخلأ النطاقي
	افرنجي ثالثي
	ذات رئة بالحمت
	السل
التأثيرات الجانبية للعلاج الدوائي	ميتيل دوبا
	كورتيكستيروئيدات
	ل. دوبا
	مدرات
	باربيتورات
	ريزربين
	مانعات الحمل
	رزربين
	مبيدات الحشرات مضادة
	للكولين أستراز
	فطام أمفيتامين
سحب الدواء	مهدئات البنزوديازيبين
	أمفيتامينات
	الكحول

ويلكنسون (1989) " الاكتئاب "

8.4 - التكيف مع التحول

9.4 - كيمياء الدماغ والجسم
40

1.9.4 - سيروتينين

2.9.4 - نور أدرينالين

3.9.4 - الهرمونات الأثنوية

1.5 - الانتحار

(
(:)
()

11.4 - الآليات النفسية

%15

2.5 - التواتر

(24)

(
(
44 15
2500 4 3

3.5 - الأسباب

%70 : (%95)
%15

4.5 - الاتصال الطبي

%80
%50
(%50) %25 ، (%80

5.5 - عامل الخطورة

جدول 2-5 : عامل الخطورة

أعراض	مرض	اجتماعي
أفكار انتحارية	اضطراب وجداني (خاصة الاكتئاب)	جنس ذكري
مزاج مكتئب شديد	الكحولية وإدمان المخدرات	عمر < 45 سنة
أرق مستمر	فصام	طبقات اجتماعية I , V
فقد اهتمام واضح	مرض فيزيائي شديد أو مرض مزمن مضعف	حالات الانفصال، الطلاق أو التمرل
فقدان الأمل	أذى الذات المتعمد (خاصة استعمال وسائل العنف)	مهاجر
عدم الاستحقاق والعجز	اضطراب شخصية (مزاج مضاد للمجتمع)	عزلة اجتماعية

جدول 24: النماذج الثلاثة للاكتئاب المعرفي:

1 - أفكار	مثال: "أنا محقق كوالد"
2- توقعات	مثال: لا تستطيع أن تكون سعيداً ما لم يحبك كل شخص
3- تحريفات	مثال: وضع استنتاجات دن أي دليل عليها؛ التركيز على التفاصيل ونسيان الأوجه الهامة للحالة، وضع استنتاجات عامة على أساس حادثة واحدة؛ ربط الأحداث ببعضها عندما تكون غير مبررة.

13.4 - خلاصة

5- لانتحار وأذى الذات المعتمد

(
15

جدول 15*: المميزات الرئيسية للانتحار وأذى الذات المعتمد

الانتحار	أذى الذات المعتمد
مميز	غير مميز
متعمد	متهور
هبوط معدلاته في السنوات الحديثة	زيادة معدلاته في السنوات الحديثة
أكثر شيوعاً في كبار السن	أكثر شيوعاً في شابات الإناث
العقاقير والعنف طرق شائعة	رجحان الجرعات الدوائية الزائدة
الطبقات الاجتماعية الأعلى	الطبقة الاجتماعية الأقل
فقد الوالد بالوفاة في الطفولة	عائلة ممزقة في الطفولة
صحة فيزيائية سيئة	صحة فيزيائية جيدة
شخصية قبل مرضية طبيعية	تأرجح مزاج مفاجئ أو شخصية مضادة للمجتمع
70% لديهم اكتئاب	10% لديهم اكتئاب
عزلة اجتماعية	تفكك اجتماعي

مأخوذ عن يلكنسون (1989) - الاكتئاب -

11.5 - تقييم

35.

جدول 35 : تقييم المرضى بعد أذى الذات المتعمد

الموضوع	الأسئلة
الفعل نظير الانتحاري	الظروف
	الأسباب، الأهداف، التوقعات.
	التعمد
	النية الانتحارية الأخيرة
	أحداث في الأسبوع السابق
المشاكل الحالية	أحداث في الـ 24 ساعة السابقة
	نفسية
	اجتماعية
	فيزيائية
	أذى الذات متعمد سابق
عوامل الخلفية	شخصية
	قصة شخصية وعائلية
	مرض الاكتئاب
	أمراض فصامية
	إساءة استعمال الكحول و/ أو المخدرات
الحالة العقلية الراهنة	نشاط معرفي
	طرائق تكيف سابقة
	مصادر حالية للتكيف
	قابلية التكيف
	أخيراً من المهم تثبيت ماهية العلاج، نفسي، اجتماعي أ وفيزيائي، الملائم والقبول من المريض الآن وفي المستقبل.

12.5 - تقييم القصد الانتحاري

1%

10%

بطالة والفصل من العمل	مرض دماغي عضوي (عته باكر، صرع، رضوض الرأس)	الشعور بالذنب ولوم الذات
التقاعد	قصة عائلية للكحولية	هياج أو بطاءة
العيش في منطقة غير منظمة اجتماعياً		انسحاب اجتماعي
فقد عزيز حديثاً		غضب استياء
أشهر الربيع		حالة صحية غير محلولة أو تدهور صحي أو صعوبات اجتماعية، إهمال الذات، ضعف الذاكرة.

"الاكتئاب" (1989) ويلكنسون

6.5 - أذى الذات المتعمد

)

(

10%

7.5 - التواتر

100000

2500

4-3

8.5 - تدبير الانتحار

9.5 - الأسباب

10.5 - الاتصال الطبي

35%

65% :

20%

25%

- هل يشعر المريض أن الحياة لا تستحق العيش.
- هل ينتمى (هو أو هي) الذهاب للنوم وعدم الاستيقاظ ؟
- هل يتمنى (هو أو هي) الموت فجأة أو القتل في حادث ؟

1.14.5- الوقاية الأولية

:

- هل هناك انشغال بالموت والاحتضار ؟
- هل تتركز أفكار المريض على طرق الانتحار ؟
- هل يخطط المريض ليتم الانتحار ؟

13.5 - تقييم خطورة التكرار

15%

:

:

(Samaritans)

2.14.5 - الوقاية الثانوية والثالثية

- واقعة سابقة .
- قصة معالجة نفسية .
- سجل إجرامي .
- طبقة اجتماعية منخفضة .
- انفصال عن زوج / شريك .
- واقعة غير محسوسة لأزمة اجتماعية ، اعتماد
- دوائي أو الكحولية .
- انفصال باكراً عن الأم .

14.5 - تدبير أذى الذات المتعمد

)

(

(

()

6 - مساعدة المحترفين

3%

/

()

48 - 24

1.6 - الممارسون والعيادات الخارجية الطبية النفسية

50%

20%

2)

،(1983

"

"

5.12 - الوقاية من الانتحار وأذى الذات المتعمد

)

.(

:

50%

%50

%25

%25

2.6 - الأطباء النفسيون في الرعاية الأولية

5 1
()

4.6 - الباحثون الاجتماعيون

1970 1960

()

جدول 16: أسباب التماس النصيحة من طبيب نفسي، أو الإحالة إلى طبيب نفسي

- خطر الانتحار.
- الانقطاع عن تناول الطعام أو الشراب.
- مقاومة العلاج.
- الوقاية من وقائع أخرى.
- استقصاءات متخصصة.
- علاج متخصص.

5.6 - علماء النفس السريريون

%14

/ / / / / /

3.6 - الممرضات

3

3000

1985

.2000

12500

1995

7500

1990

4500

6.6 - الإشـراف

7 - العلاج الطبي

7.6 - خلاصة

1.7 - دور الممارس العام

3 - 2

10%

12-3

2.7 - الكهول

B12 ()

95%

(1.7)

جدول 1.7 *: العوامل التي تؤثر على تغير استجابة الدواء في المرضى الكهول

التأثيرات	التغير	الوظيفة المتغيرة
↓ الدواء في الدم في وحدة الزمن	↓ الامتصاص المعدي المعوي	الاستفادة الحيوية
↑ الدواء الحر الموجود في الدم	↓ بروتين البلازما الرابط	التوزيع
يزداد أمد فعالية الدواء والمواد المستقبلية	↓ الخميرة الكبدية الهامة	الاستقلاب
↑ الكمون لتخزين الأدوية المنحلة في الدم	↑ نسبة الدسم للأنسجة الأخرى	مركبات الجسم
↓ طرح الأدوية	↓ التصفية الكبدية الكلوية والإفراز الأنبوبي	الإطراح
استجابة الجرعة الدوائية	↑ الحساسية	المستقبلات

* دير وغاتيز ووايز (1989) "اضطرابات القلق والاكتئاب لدى مرضى الداءية"

3.7 - التصرف الباكر

-3

6.7 - التدبير الطبي لمرضى الاكتئاب

4.7 - النصيح والإشراف

(ECT)

1.6.7 - الأدوية المضادة للاكتئاب
الاستطبابات

()

.()

(Relate)

.(Cruse)

" "

- الاختيار الأول من الأدوية المضادة للاكتئاب
()

5.7 - العلاج النوعي

() (14 - 7)
()

.(

آلية التأثير

- 1

- 2

1 -

2- 1

6- 4

AMP

/ 225 75

2 1

3- 2

9 6

العلاج المستمر
9- 6

2.6.7 - التأثيرات الجانبية للأدوية المضادة للاكتئاب

/ 225

3- 2

(

الأدوية المضادة للاكتئاب البديلة

التأثيرات الجانبية

التأثيرات الجانبية الآنية:

/ .
/ .ECG
/ . / . / . / . / .
/ . / . / .

المطاورعة

التأثيرات الجانبية المتأخرة:

3 % 60 - 20

(%40 - 30)

-1

-2

-3

جدول 2.7 *: التفاعلات بين مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة الأدوية الأخرى.

طبيعة التفاعل	الدواء
تثبيط الجملة العصبية المركزية (CNS)، ↓ زمن التفاعل	الكحول
↑ التقليل.	مقلدات α الأدرينالية
↑ تأثير الأدوية ثلاثية الحلقة، فرط توتر، لا نظامية	الأمفيتامينات
هذيان سمي، تشوش أهلاسات بصرية	مضادات الكولينرجية
↑ تأثير مضادات التخثر	مضادات التخثر (فموية)
↓ عتبة نوبة الاختلاج	مضادات الاختلاج
تعزيز تأثير مضادات الكولينرجية	مضادات الهستامين
تضاد مع فعل مضادات التوتور في بعض الأدوية، وتعزيز تأثير نقص التوتور في بعضها الآخر.	مضادات فرط التوتر
↑ مستويات الأدوية ثلاثية الحلقة الدموية	مضادات النفاس
↑ التسكين	مزيلات القلق
↑ إطراح الأدوية ثلاثية الحلقة	حمض الأسكريبي
↑ التسكين، ↓ مستويات الأدوية ثلاثية الحلقة الدموية خلال الاستقلاب	الباربيتورات
تضاد لفعل الحصار	حاصرات B الأدرينالية
↑ تأثير والمستويات الدموية للأدوية ثلاثية الحلقة	سيميتيدين
احتمال تعزيز الدجثلة	ديجتال
↑ تأثير مضادات الاكتئاب، أزمة نقص أو فرط توتر، فرط الحرارة، اختلاجات	مثبطات المونو أمين
تعزيز متبادل	أكسيداز
↑ تأثير الكينيدين	المسكنات
↑ تأثير مقلدات الودي	كينيدين
↑ تأثير مضادات الاكتئاب؛ احتمال تأثير الدرق (التروثيد)	مقلدات الودي
	هرمونات الدرق

* ديروغاتيز وواير (1989) "اضطرابات القلق والاكتئاب في مرضى الداخلية"

نقص الاستجابة:

- 1 -
- 2 -
- 3 -

()

1 -

2 -

3 -

4 -

مضادات استقلاب:

إشارات للمرضى والممارسين حول التعامل مع التأثيرات غير الملائمة

التأثيرات الجانبية المشابهة للأدوية:
جفاف الفم: أقترح رشقات منتظمة من الماء أو فاكهة / حلوى / علكة.

إمساك: أقترح حمية غنية بالألياف - خضروات خضراء، نخالة، الخ - وتناول سوائل كافية. عموماً، هذه الآثار قصيرة الأمد وقابلة للعكس كلياً. وهي يمكن أن تنقص أو تختفي خلال 2 - 3 أيام الأولى لبدء العلاج بمضاد الاكتئاب ثلاث الحلقة القياسي.

إذا استمرت آثار كهذه أو كانت مفرطة، أنقص الجرعة 25 مع (أو أكثر، معتمداً على الشدة) من مضاد الاكتئاب ثلاثي الحلقة القياسي بفواصل 3 - 4 أيام حتى تغدو غير مزعجة أبداً.

تأثيرات غير ملائمة أخرى:
نعاس، إذا كان خفيفاً، فقد يكون مقبولاً بشكل أولي من قبل بعض المرضى.

هبوط التوتر الانتصابي:
حذر من النهوض السريع عن الكرسي، السرير أو حوض الاستحمام. سيكون من الضروري عادة تخفيض جرعة مضاد الاكتئاب ثلاثي الحلقة القياسي مع هذه الآثار غير الملائمة 25 مع (أو أكثر معتمداً على الشدة) بفاصلة 3 - 4 أيام.

التقييم الطبي الشامل

2.7

12-3

()

(MAOIs) / () / . / - أملاح الليثيوم

3.6.7- مثبطات المونو أمين أكسيداز MAOIs

5 - 3)

(“

3

التأثيرات الجانبية

.MAOLs

MAOIs

$$\begin{array}{r} 3 \\ 6 - 4 \end{array}$$

- التفاعلات مع مثبطات المونو أمين أكسيداز

MAOIs

14

MAOIs

14 . MAOIs

14 MAOIs

- علاج الصدمة الكهربائية

ماذا ننصح المريض

التأثيرات الجانبية:

4.6.7 - الأدوية الأخرى المستعملة أحياناً في علاج الاكتئاب

- الوقاية من تكرار الاكتئاب والمرض الهوسي

- الاكتئاب المعند على المعالجة

6 150 :) 6
(.

6

(3) - المطاوعة

25 %50

ضعف الذاكرة

6.6.7 - الأسباب العضوية للاكتئاب المزمن

()

)

(

5.6.7 - منع النكس

- الوقاية من الاكتئاب باستعمال الأدوية المضادة للاكتئاب

" "

:

:

()

7.6.7 - العوامل النفسية الاجتماعية

6

8.6.7 - الحركات الدوائية

أعراض
ثانوية
أرق؛ إمساك؛ آلام مستمرة وأوجاع
مبهمة؛ أذى ذات متعمد حديث؛ فقد
الشهية والوزن (قد يزداد نادراً)؛
صعوبة التركيز والتذكر.
التأثير الخالي لأحداث الحياة
حالات فيزيائية مشاركة
أدوية
الكمية الموصوفة
الجرعة
النصح، المعلومات والمساعدة المزودة
الفعل / النشاط المقترح
التأثيرات الجانبية
المطوعة
الموعد التالي

9.6.7 - التقييم السريري لمطوعة المرضى المعالجين بالأدوية المضادة للاكتئاب

8 - العلاج النفسي

()

1 (25) .

10.6.7 - المعالجات البديلة

1.8 - العلاج النفسي

8.1.1 - أساس العلاج النفسي

%15

11.6.7 - ملحق تدقيق الاكتئاب

() (1982).

تقييم الطور الاكتئابي

شديد جداً	شديد	معتدل	خفيف	لا يوجد أبداً
سجل لفظي				
سلوك				
أعراض ثانوية				
سجل لفظي سلوك تعاسة؛ لا استحقاق؛ عجز؛ يأس؛ فقد الاهتمام؛ بكاء مسجل؛ رغبات الموت. يبدو حزين؛ وضعية انحناء ظهر مميزة للمكتئب؛ بكاء؛ حزن؛ صوت رتيب؛ حركة بطيئة.				

2' - التكلم عن الأحداث المؤدية للأزمة:

2.1.8 - توجّهه العلاج النفسي

3' - التشجيع لطلب توجهات جديدة في الحياة:

(The Samaritans).

2.8 - العلاج المعرفي

i
ii
iii
iv

1 -
2 -

1 -
2 -
3 -
4 -

8.1.3 - الدعم والإشراف

1' - التعبير عن العواطف الملائمة للحالة:

- 3

()

3 30 - 15

- 4

9 - العلاج الاجتماعي

(هي)

1.9 - الممارسة

()

()

8.3 - التدبير
الخطوة الأولى:

الخطوة الثانية:

2.9 - العائلي

()

()

الخطوة الثالثة:

3.9 - العلاج الجماعي

()

التطور

4.9 - علاجات أخرى

()

12 6

5.9 - أي معالجة أفضل ؟

قواعد لإنقاص الشدة*:

- افهم أولوياتك جيداً - صف ما هو هام حقاً في حياتك.
- فكر إلى الأمام وتوقع كيف تتجنب المصاعب.
- شارك العائلة أو الأصدقاء بهمومك حيثما أمكنك.
- ابق متزناً.
- اطلب المعلومات، العون والنصح بشكل باكر، حتى لو كان ذلك جهداً.
- حاول تطوير شبكة عمل اجتماعية أو حلقة من الأصدقاء.
- اتخذ هوايات واهتمامات.
- تمرن بانتظام.
- كل جيداً، طعاماً صحياً.
- عش نمط حياة منتظم.
- امنح نفسك المتعة للنشاطات، المواقف والأفكار الإيجابية.
- لا تقيم الصعوبات كأخطاء شخصية أو فشل - إنها تحديات لتحسن براعتك وقدرتك على الاحتمال.
- لا تكن قاسياً على نفسك - ابق الأشياء في انسجام.
- اعرف نفسك أفضل - حسن دفاعاتك وقوي نقاط ضعفك.
- لا تحصر الأشياء أو تجلس مطيلاً التفكير - فكر بشكل واقعي حول المشاكل وقرر اتخاذ بعض التصرفات الملائمة، إذا كان ضرورياً، اشغل نفسك ببعض الطرق الممتعة.
- لا تتأخر في طلب العن الطبي إذا كنت مهموماً على صحتك.
- تذكر أن هناك كثير من الناس الذين واجهوا ظروفناً مشابهة وتعاملوا معها بنجاح، بمساعدة الآخرين أو بدونها.
- هناك دائماً أناس مستعدين وقادرين على المساعدة مهما كانت المشكلة - لا تكن غير مستعد للاستفادة من خبرتهم.

ويلكنسون (1987) " التكيف مع الشدة "

3.10 - التمرين

20

(The Samaritans)

(Fellowship of Depressive Anonymous)

10.2 - التعامل مع الشدة

التكيف مع النوم المضطرب

- 1- 3 2
- 2- 2
- 3- 3
- 4- 4
- 5- 3 20

24

()

(:) (...)

4.10 - الحمية

- تلميحات حول الشروع في النوم
- حاول ألا تقلق حول كمية النوم التي تحصل عليها فهذا يجعل الأمور أسوأ.
- اذهب إلى السرير في أوقات منتظمة.
- إذا وجدت أنك تذهب للسرير باكراً جداً، اذهب إليه بتأخر 15 دقيقة كل مساء لمدة أسبوع أو نحوه حتى يتحسن نومك.
- إذا استيقظت تعباً في الصباح، حاول تقديم ساعة نومك إلى 15 - 30 دقيقة حتى تستيقظ منتعشاً وليس مبكراً جداً.
- تجنب النوم أثناء النهار وخفض عدد القيلولات التي تأخذها بحيث تكون أكثر تعباً في وقت النوم.
- تناول وجبتك المسائية في وقت منتظم، قبل عدة ساعات من ذهابك للنوم.
- سيساعدك تحول هادئ في المساء على الاسترخاء يجعلك تشعر بتعب أكثر.
- تجنب المشروبات المنبهة (بما فيها الشاي، القهوة، والكولا) والتدخين قرب وقت النوم.
- مشروب دافئ، مثل الحليب قبل وقت النوم سيساعدك على الاسترخاء وسيوقف أي وخز للجوع.
- حمام دافئ قد يساعدك على الاسترخاء وقت النوم.
- يساعدك روتين منتظم عند وقت النوم على الدخول في مزاج عقلي خاص بالنوم.
- حاول جعل غرفة النوم مريحة ودافئة.
- حاول تجنب القراءة أو سماع الراديو في السرير ما لم تجد أن هذه الأشياء طرق خاصة نافعة تساعدك على الاسترخاء.
- تجنب الأدوية المسكنة (ما لم تكن موصوفة خصوصاً من قبل طبيبك) والكحول لأنها قد توقظك عندما تزول التأثيرات المسكنة.
- جرب تقنيات الاسترخاء (موصوفة فيما بعد) عند الاستلقاء بشكل مريح في السرير، وكرر الإجراءات حتى تنساق إلى النوم.
- إذا لم تكن قادراً على النوم بسبب كونك مهموماً ولا تستطيع إبعاد مشاكلك عن ذهنك، انهض، اكتب تماماً ما هي المشكلة، اكتب قائمة بالحللول للمشكلة، افترض الحل الذي تستطيع بداهة في اليوم التالي، وثبت تماماً كيف ستنفذ الخطة. لا تضطجع مستيقظاً لأطول من 30 دقيقة. إذا بقيت لا تستطيع النوم، انهض وجد نشاطاً بناءً. اقرأ كتاب أو مجلة، اكتب رسالة، قم ببعض العمل المنزلي، اعزف بعض الموسيقى أو استمع إلى الراديو

3 2

5.10 - النوم

8 5 4

- أسباب النوم المضطرب المنبهات:

التأثيرات المرتدة للأدوية المسكنة:

النشاطات المتغيرة:

6.10 - معاكسة أعراض الاكتئاب

المرض الفيزيائي:

8.10 - القلق، التوتر، الهم أو العصبية

() .

7.10 - مشاعر البؤس والأفكار غير السارة

()

خطوة 1 حل المشكلة

(Puzzles)

6 5

" "

خطوة 2 - إعادة التفكير بالتجربة:

...
110 ...

" :

...

"

...

:

"

"

1 - أسأل الأسئلة التالية:

(!):

-2

i

ii

iii

15.10 - وضع مذكرة للتحسن

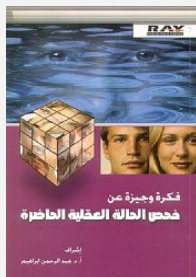
16.10 - سجل ما حصل

التاريخ	العلامة	النجاحات	التقنية	الهدف	اللهو / المتعة

() 10 ()

14.10 - الفشل

فحص الحالة العقلية الحاضرة



أ.د. عبد الرحمن إبراهيم - سوريا

www.arbpsynet.com/Books/A-Ibrahim.B1.pdf

المركز الرقمي للعلوم النفسية



رئيس الموقع : الدكتور عبد الرحمن إبراهيم

www.dcpsy.com

DEPRESSION AMONG END-STAGE RENAL FAILURE PATIENTS IN EL-SHIFA HOSPITAL GAZA STRIP

ABU SAIF, K - BA, MCMH - MINISTRY OF HEALTH- KIDNEY DEPARTMENT

ABDEL AZIZ MOUSA THABET *, M.D, PH.D; ASSISTANT PROFESSOR OF PSYCHIATRY - SCHOOL OF PUBLIC HEALTH- AL QUDS UNIVERSITY

PANOS VOSTANIS, MD, MRCP - PROFESSOR OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY; UNIVERSITY OF LEICESTER, UK

thabet@gcmhp.net - abdelazizt@hotmail.com

ABSTRACT

Background: The aim of this study was to investigate the nature of depression among end stage renal disease patients, in comparison with a group of chronic patients at Shifa Hospital, and to make a focus on depression as a serious reaction to End stage renal disease.

Subjects and methods: In this study the level of depression was assessed in a sample of 80 adult end stage renal disease cases, and 80 control group of chronic medically ill adult patients aged from 18-75 years. Beck Depression Inventory was used, non probability purposive sampling design was used for a selected sample of end stage renal disease cases hospitalized in the haemodialysis unit, then one control was selected for each case from the chronic patients hospitalized in the medical department, this study conducted in El-Shifa hospital in Gaza-Palestine.

Results: Findings revealed high levels of depression in ESRD patient treated with haemodialysis where as 52% reported severe depression compared to 45% of the chronic patients admitted to other department

Conclusion: Depression is a common psychosocial problem among the Palestinian end stage renal disease population. The coexistence of psychiatric illness in-patients with ESRD who require specialized medical regimens represents a challenge to nephrologists in diagnosis and treatment. Disparities between levels of depression among ESRD patients compared with other chronically ill populations warrant further research.

Key word

Depression, End Stage Renal Failure, Gaza Strip

1 - Introduction

Depression is a common mental health problem among end-stage renal disease (ESRD) patients, especially after the institution of renal replacement therapy (Israel, 1986). Health professionals show increasing interest with the etiological factors of depression in "end stage renal disease" and medical patients, as: abnormal psychological reaction when facing the diagnosis of end stage renal disease (Rifkin, 1992). Risk factors that predispose the development of depression in "end stage renal disease" and medical patients was a matter of concern by different authors who divide them into personal factors and medical factors (Teri et al, 1994). Depression is a prevalent psychiatric syndrome of "end stage renal disease" population, the spectrum of conditions in which depressive features are present are ranges from normal responses to crises in end stage renal disease to depression (Levy, 1994). The association between depression and medical illness is common; the symptoms associated with medical illness are variable but essentially the same as those with clinical depression (Martin, 1995). Medical factors as: poorly controlled pain, advanced stage of disease with debilitation, mild delirium with poor impulse control and/or hopelessness or helplessness in the context of depression contribute to depression (Thamer, et al, 1996).

Malnutrition seen in dialysis patients as hyper catabolism induced by HD itself and regimentation of dietary, fluid, and medication intake. Chronic anemia occurs in most dialysis patients and almost certainly contributes to cardiac hypertrophy, uremic neuropathy, bone ache, muscle cramps and persistent itching (pruritus); severe weakness and general malaise. All these complications and medical risk factors contribute to depression (Lundin & Weiner, 1997).

Others found higher prevalence rate of depression among "end stage renal disease" patients (Rifkin, 1992; Passik et al, 2000). There are different studies examined the adverse effects and consequences of depression in "end stage renal disease". Patients and other chronic medically ill patients such as (Dimatteo et al, 2000, Schulz et al, 2000). Assessment of depression in chronic medical illness, and difficulties that interfere with accurate diagnosis of depression in end stage renal disease patients was discussed by (Passik et al, 2000). Depression is thought to be the most common psychiatric abnormality in-patients with "end stage renal disease" treated with hemodialysis. Depression can be response to a loss, and "end stage renal disease" patients have sustained multiple losses, including loss of role within the family and workplace, renal function and mobility, physical skills, cognitive abilities and

sexual function. Dialysis patients were more likely than non "end stage renal disease" patient's with ischemic heart or cerebrovascular disease to be hospitalized with a diagnosis of depression (Shedler et al, 2001).

Chronic kidney failure usually results in decreased body fat. It is clear that a significant number of patients on Haemodialysis (HD) ingest too little protein and calories to maintain lean body mass. A low serum albumin concentration is the strongest predictive factor for increased mortality.

Based on Palestinian Annual report 2002 data, 43 patients died from chronic renal failure. Out of them 5 where males and 10 where females died due to ESRD, and the others died due to other complications. Number of deaths due to ESRD constitutes 4.1 per 1000 of the total deaths in the same year among adults. Number of deaths among females were greater than number of deaths among males by two folds (MoH, 2003). Hula et al (2005) in a study of 40 chronic renal failure patients , a diagnosis of a depressive or anxiety or somatoform disorder by the was made in 65% of the patients. Fourteen (35%) of the patients had a depressive disorder, 13 (32.5%) of the patients had a somatoform disorder, and 12 (30%) had an anxiety disorder. There was no relationship between any psychiatric disorder and age, sex, duration of dialysis therapy, education, marital status, employment, socioeconomic status.

The aim of this study is to investigate the prevalence of depression among end stage renal failure patients compared to chronic medical patients.

2 - Methods

2.1 - Subjects

The sample consisted of 80 dialysis patients (42 males and 38 females) who were hospitalized in the haemodialysis unit of Shifa hospital in a given period of time (9th /March / 2003 – 9th /May / 2003). Also 15% out of ESRD subjects kidney transplantation done to them and failed, while 85% of them kidney transplantation not done yet. In addition, 61.2% out of ESRD subjects has health obstacles forbidden them from kidney transplantation, while 31% has no obstacles. Comorbidity with other medical problems was in 40.6%. Pain was in 8.8% of subjects rating no pain, 28.1% complains from mild pain, 34.4% has moderate pain and 28.8% rating severe pain. While level of physical impairment, 20% out of subjects has no impairment, 23.1% has mild impairment, 32.5% complains from moderate impairment, and 24.4% has severe impairment.

While, the control group consisted of 80 chronic medically ill patients (42 males and 38 females) selected from the medical department. Out of 15% of dialysis subjects had been operated for kidney transplantation and failed. Almost 31% of them were under dialysis for 1-5 years, 29% were for less than one year, and 10% were under dialysis above 10 years. Approval from the Ministry of Health was obtained to apply this study in Shifa Hospital. Consent form was given to every sample element, this consent included information about the study purpose, type of data, subjects selection, potential risks or benefit. A summary of the demographic and clinical characteristics of the sample is presented in table 1.

Table 1 Sociodemographic characteristics of study sample (N=160)

	Items	Controls (N=80)		End stage renal disease (N=80)	
		No.	%	No.	%
Sex	Male	42	52.5	42	52.5
	Female	38	47.5	38	47.5

Age	20-39 years	17	21	25	31.3
	40-59 years	31	38	35	43.7
	60 +	32	40	20	25.0
	Village	3	3.8	9	11.3
	Camp	20	25.0	21	26.2
Marital status	Single	9	11.3	12	15
	Married	62	77.5	57	71.2
	Divorce	4	5.0	2	2.5
	Widow	5	6.3	9	11.3
Education level	Illiterate	18	22.5	20	25.0
	Elementary	17	21.3	18	22.5
	Primary	9	11.3	15	18.7
	Secondary	17	21.3	14	17.5
	Diploma	7	8.8	4	5.0
	University	9	11.3	5	6.3
	High degree	3	3.8	4	5.0
Education level	Illiterate	18	22.5	20	25.0
	Yes	0	0	12	15.0
Kidney transplantation rejection	No	0	0	68	85.0
	Yes	0	0	33	41.3
Health obstacles	No	0	0	47	58.7
	Below one year	29	36	13	16.3
Duration	1-5 year	31	38.7	13	16.3
	6-10 years	10	12.5	32	40
	Above 10 years	10	12.5	22	27.4
Medical comorbid diseases	Yes	40	50	13	31.3
	No	40	50	55	68.7
Rating of pain	No pain	4	5.0	10	12.5
	Mild pain	15	18.8	30	37.5
	Moderate pain	31	38.8	24	30.0
	Severe pain	30	37.5	16	20.0
Level of physical impairment	No impairment	18	22.5	14	17.5
	Mild impairment	17	21.3	20	25.0
	Moderate impairment	22	27.5	30	37.5
	Severe impairment	23	28.8	16	20.0

2.2 - Measures

Demographic and clinical measures

Demographic and clinical measures were collected from the patients and medical records. Demographic data include age, sex, marital status, and education.

Beck Depression Inventory (Beck et al, 1988) Arabic version

The original form of (BDI-II) contains 21 items and aims to assess quantitatively the severity of depression is used in this

study, it also has a great benefit in clarification of the cognitive aspects of depression. The severity of depression is classified on the basis of the total score as the following: In subjects without chronic illness, a BDI score <15 suggests no or minimal depression, 16 to 24 represents mild to moderate depressive affects, 25 to 33 is moderate to severe, and ≤ 34 indicates severe levels of depression (Garib, 2000). although other rating systems have been employed. In this study, the split half reliability of the scale was high ($r = 0.83$), internal consistency of the scale calculated as cronbach alpha, was also high ($\alpha = 0.88$).

2.3 - Statistical analysis

The collecting data was analyzed by using the SPSS 12 program. Descriptive statistics and summary statistics, including means, SDs, and frequencies, were used to summarize patient demographics and clinical characteristics. The statistical significance of differences between groups was tested with a

chi-square, t -test. Multiple linear regression analysis was used to explore the

independent associations of covariates (independent variables: age, sex) and depression as dependent variable.

3 - Results

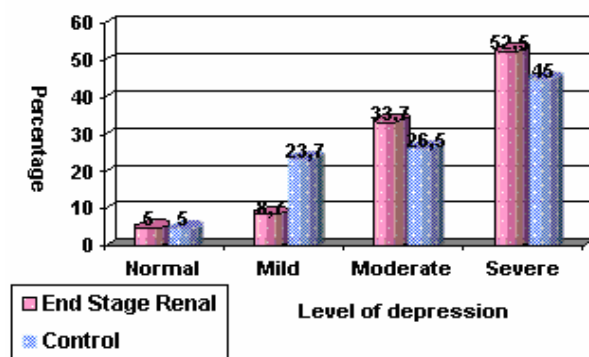
3.1 - Depression level

Our results showed that 5% of ESRD patients are not depressed subjects, 8.7% had mild depression, 33.7% had moderate depression, 52.5% had severe depression. For chronically ill patients as control, 5% were within normal, 23.7% had mild depression, 26.5% had moderate depression, and 45% had severe depression, ESRD according to the cut-off point of BDI-II scale. There was a statistically significant difference between ESRD patients and controls with respect to depression toward end-stage renal disease patients ($\chi^2 = 8.75$, $p = 0.05$).

Table 2: Depression in end-stage renal patients and chronic medial patients

Level of depression	ESRD		Medical cases (controls)		χ^2
	No.	%	No.	%	
Normal	4	5	4	5	8.75*
Mild	7	8.7	19	23.7	
Moderate	27	33.7	21	26.5	
Severe	42	52.5	36	45	

Graph 1 Distribution of the cases and controls subjects according to the level of depression



Depression level and socieodemographic variables in the two groups

The results showed that severe depression was more common in female ESRD patients (68.4% females vs. 38.1% males). There was statistically significance difference toward females ($\chi^2 = 10.159$, $p < .05$).

Also, level of severe depression was more in patients aged 20-39 years- old (65.6%) compared with those 40-59 years-old (51.9%), and in 60 years-old and above (38.1%). The results found that there is a statistically significant difference in depression toward young patients ($\chi^2 = 12.805$, $p = 0.05$). But there was no statistically significant difference between level of depression and age control cases.

Differences between the employment status and degree of depression in ESRD showed that unemployed patients were more depressed than the employed patient's (56.4% vs. 42.3%). There was a statistically significant difference between employed and unemployed subjects ($\chi^2 = 9.93$, $p = 0.05$). For the medical patients' (controls), the results do not show a statistical differences between employed and unemployed patients'.

No effect of marital status on severe depression (52.7% married vs. 52.1 % single patients). This also was for control group.

The study revealed level of depression was more in low income patients' than high income patients (53% vs. 50%). The results showed statistically significant differences between the levels of depression and monthly income variable in ESRD patients ($\chi^2 = 23.70$, $p = 0.01$). For the control cases there was no differences in depression according to income ($\chi^2 = 7.24$, $p = ns$).

All ESRD patients whom kidney transplantation was failed were depressed compared with those for whom kidney transplantation has not been done (100% vs. 44.1%). There was a statistically significant difference between the levels of depression in ESRD patients related to failure of kidney transplantation ($\chi^2 = 12.527$, $p = 0.05$).

The results showed that ESRD patients who complain of the renal disease above 5 years have severe depression more than the patients who complain of the disease less than 5 years (59.3% vs. 38.5%). There were a statistically significant difference between the duration of illness and levels of depression in ESRD ($\chi^2 = 10.539$, $p = .05$). For control cases, there was no statistical significant difference between the duration of illness and levels of depression ($\chi^2 = 7.241$, $p = ns$).

4 - Discussion

The results of the study showed that depression is a common psychological problem among Palestinian ESRD patients. The results are consistent with other studies, although not all of the results of such studies in interpretation of previous results, it is important to note that ESRD patient suffered from severe depression more than control cases (52.5% versus 45%). Our results were confirmed and supported by a results of a study revealed that hospitalization with depression was higher for ESRD patients compared with other chronically ill patients' (Kimmel et al, 1998). These differences may be due to life stressors and inability of ESRD to cope with the stress of dialysis (Lundin & Weiner, 1997). This is also consistent with Barrett et al (1990) study of patients receiving haemodialysis or peritoneal dialysis, which found that a poor affect score was the strongest correlate of the somatic symptoms of tiredness, pruritis, sleep disturbance and cramps. In addition, individuals affected by end-stage renal disease are recognized as being prone to depression and anxiety states (Kutner et al, 1986; Shulman et al . 1989).

Also others found that self-reported depression, anxiety and emotional stress are highly associated with fatigue and are independently predictive of it in ESRD patients (Chen 1986). This is consistent with Brian et al (2002) who found that 45% of dialysis patients scored positive on the depression screening measure. However our results are higher than other studies. Akman et al (2004) in a study of end-stage renal disease patients found that 7.4% had severe depression, 14.8% had mild depression, and 77.8% were non-depressed.

ESRD patients were making their best efforts to adjust, however they had no role models. Consequently they, and those caring for them, had no expectation for the future. Those obliged to wait a transplant, because of the need to free needed dialysis space, faced a doubly uncertain future. Obligated to wait for a long period tell the consensus of the high specialist medical committee and agreement the broad transferred request for kidney transplant operation outside the Gaza Strip. Also the preparation of the donor person and if there is a tissue rejection and tissue typing and tissue matching incompatibility problem, fear of transplant failure or rejection and fear from operation and fear of death, all these critical stressors lead to severe depression. Differences in depression toward the ESRD patients controls may be due to poor adaptation to dialysis process. For many patients, a dependence – independence conflict poses a barrier to adaptation. A necessary dependence on a machine for life struggles with the independence needed to maintain a normal life. Prolonged stress due to unresolved physiological and psychosocial problems reduce the ability to cope, critical stresses may come more from social situations such as forced job changes or marital problems, fluid restriction the greatest psychosocial stressor and muscle cramps and post treatment. Fatigue were the top physiological stressors, needle anxiety, decreased social life and limitations in other activities, loss of bodily function including a decreased sex drive, changes in family responsibilities with uncertainty about the future, and dependence on staff and doctors. Physiological stresses were seen as being more troublesome than psychosocial ones, and were felt by the patients to be harder to control, also all these stressors and problems lead to frustration and then severe depression. In this study, effects of ESRD in general were larger and trends more consistent for females than for males. Results were appreciably different, depression was strongly associated with females in this study, this difference may be due to biologic differences, changes or marital problems due to changes in self concept and body image, worry and anxiety about general appearance as a female which change and deteriorated due to decreased body fat, periodic puffiness of tissue, a change in skin color to a sallow, jaundiced look, and slowing of body movement, the treatment of haemodialysis causes bruises and punctures in arm or leg, disfiguring plastic shunt and peritoneal dialysis cause distortion of the abdomen, All these changes are considered a big psychosocial stressors to a female who shares the fear from the uncertainty about the future for the effect of the marital relationship and changes in her family and interferes with desired lifestyle.

Also there is a problem due to the expresses and worries associated with the treatment and the illness, and the uncertainty, anxiety, and costs entailed while waiting for a transplant and the way by which can obtained the needed fund if she is not employed and her husband has low monthly income with big family members especially Palestinian people, now in very difficult socioeconomic status, and because of the woman

is not the head of the household her domestic's responsibilities and treatment cost's may be over whelming which increase the level of stress and its interaction with the psychological process that particularly affecting Palestinian ESRD women mental health status.

Our study revealed that there is a statistically significant difference between developing levels of depression and period of starting dialysis in ESRD patients', patients' with duration of dialysis more than 5 years show high percentages of depression more than duration below 5 years, this difference may be related to loss of hope of survival life, or from bad prognosis and deterioration of general health with severe pain started especially bone ache and increasing patient's disability and dependence on a dialysis machine and medical staff and many complications arise with many losses in life without social support and absence of institutions which take care of those population and without solving their psychosocial problems, depression later in the course of ESRD treatment may be a result of initial denial, or because early hopes of reversibility have not been fulfilled. In addition, the cumulative stress of waiting for scarce cadaver kidneys for 5 years or more may contribute to the development of depression (Kimmel, 1998). Another study revealed that patients' treated with dialysis for more than 5 years were more likely to be hospitalized with a dialysis of a mental disorder, regardless of dialysis modality pattern suggest that psychiatric illness in these patients' are not merely a reaction to the burden of treatment, limited to a brief adjustment phase, but are in themselves chronic conditions (Kimmel, 1998).

5 - Clinical implications and recommendations

It investigate disparities of levels of depression among ESRD patients compared with other chronically ill populations, and reveal that ESRD patients a fatal with depression more than other chronically ill patients. Depression remain a serious and relatively prevalent problem for chronically ill patients especially ESRD.

Not unexpectedly, depressions were seen as the major responses to the stress of a life on maintenance haemodialysis, and were unable to compensate for the stresses of dialysis so these patients required intensive psychotherapy. We recommended increasing the medical investigation and an active participation of primary health providers. A necessity to establish independent, comprehensive, education, psychosocial adjustment, treatment and rehabilitation center in Palestine for ESRD patients mental disorders in accordance with internationals and Palestinian culture. We have to concentrate subjectively in the treatment programs on psychotherapy and other psychiatric services therapeutic such as: behavioral, occupational, family, and recreational therapy. A need for community support for the Palestinian ESRD patients and their families on both psychological and social levels to enable them to copet effectively, and encouraging out reach programs to reach them at home and give them services in their community. Supportive and preventing through raising religious awareness, since religious has a great in eliminating anxiety, depression, frustration, strengthen the will, and accepting the relatively of the events, and protection against future relapses. Also, we have to prepare teams of social workers, psychologists, clinical psychiatrists, vocational therapists, physiotherapists, and employees in educational rehabilitation to qualifying them how to adapt them in facing the daily life requirement. Studies of treatment methods for mental health disorders in Palestinian

ESRD patients, and review these methods and adopting them to treatment methods ratified by world health organization. Benefiting from universities, research center, and Ministry of Health in Palestine to implement mental health research and classification statistics for the purpose of providing data bases and information banks. There is a need for training programs for the nurses and other health professionals to enable them to assess and manage depressed ESRD patients effectively.

6 - Suggestion for further work

We would like to emphasize those similar studies should be conducted through out Palestine in order to determine the size and reality of the psychosocial health problems among ESRD patients especially depression.

Longitudinal research is necessary to clarify the relationship between mental health problems and impact of ESRD. Studies are needed to explicate the risk relation between mental health problems and ESRD impact in Palestinian patients, such as finding makes it possible to identify the high risk patient and to develop early effective intervention program

Table 3: Relationship between level of depression and sociodemographic variable

Level of depression		ESRD (cases)				Medical cases (controls)						
Sex		Female		Male		Female		Male				
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%			
Normal		1	2.6	3	7.1	3	2.4	1	2.4			
Mild		1	2.6	6	14.3	11	19	8	19			
Moderate		10	26.3	17	40.5	8	31	13	31			
Severe		26	68.4	16	38.1	16	47.7	20	47.7			
Age	20-39 years	40-59 years		60 years and above		20-39 years	40-59 years		60 years and above			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
Normal	0	0	2	7.4	2	9.5	1	3.7	1	3.8	2	6.7
Mild	1	3.1	2	7.4	6	28.6	6	22.2	7	26.9	6	20
Moderate	10	31.3	9	33.3	5	23.8	8	29.6	7	26.9	9	30
Severe	21	65.6	14	51.9	8	38.1	10	44.4	11	42.3	13	43.3

Table 6: Relationship between level of depression and employment status

Level of depression	ESRD cases				Medical cases			
	Unemployed		Employee		Employee		Unemployed	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Normal			4	15.4	2	5.9	2	4.3
Mild	4	7.4	3	11.5	10	29.4	9	19.6
Moderate	19	35.2	8	30.8	7	20.6	14	30.4
Severe	31	56.4	11	42.3	15	44.1	21	45.7

* $\chi^2 = 9.913$ ** p-value = 0.05

Table 7: Relationship between level of depression and marital status

Level of depression	ESRD Cases				Medical cases			
	Single		Married		Single		Married	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
normal	4	17.4	0	0	0	0	4	6.5
Mild	0	0	7	12.3	2	11.1	17	27.4
Moderate	7	30.4	20	35.1	7	38.9	14	22.6
Severe	12	52.1	30	52.7	9	50.1	27	43.5

* $\chi^2 = 14.02$ ** p-value = 0.01

Table 8: Relationship between level of depression and monthly income

Level of depression	ESRD Cases				Medical cases (controls)			
	Below 1500 NIS		Above 1500 NIS		Below 1500 NIS		Above 1500 NIS	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Normal	-	-	4	28.6	2	3.3	2	10
mild	6	9.1	1	7.1	11	18.3	8	40
Moderate	25	37.9	2	14.3	16	26.7	5	25
Severe	35	53	7	50	31	51.7	5	25

* $\chi^2 = 23.70$ ** p-value = 0.01

Graph 8: Developing level of depression according to existence of kidney transplantation obstacles

Table 9: Relationship between level of depression and kidney rejection

Level of depression	ESRD			
	No		Yes	
	No.	%	No.	%
Normal	4	5.9	0	0
Mild	7	10.3	0	0
Moderate	27	39.7	0	0
Severe	30	44.1	12	100

* $\chi^2 = 12.527$ ** p-value = 0.05

Graph 9: Distribution level of depression by educational status in End - stage renal disease patients

Table 10: Relationship between kidney transplantation obstacles and developing level of depression

Level of depression	ESRD			
	There obstacles		No obstacles	
	No.	%	No.	%
Normal	0	0	4	8.2
Mild	1	3.1	6	12.2
Moderate	8	25	19	38.8
Severe	23	71.9	20	40.8

Graph 10: Distribution of level of depression by duration of illness in End - stage renal disease patients

Table 11: Relationship between level of depression and educational status

Level of depression	ESRD cases				Medical cases			
	Below secondary level		University and above		Below secondary level		University and above	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Normal	2	3.8	2	7.4	1	2.3	3	8.3
Mild	2	9.4	5	7.4	5	11.4	14	38.9
Moderate	10	32.1	17	37.0	13	29.5	8	22.2
Severe	13	54.7	29	48.1	25	56.8	11	30.5

* $X^2 = 11.247$ ** p-value = 0.05

Table 12: Relationship between depression and duration of the disease

Level of depression	ESRD				Medical cases			
	Below 5 years		Above 5 years		Below 5 years		Above 5 years	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Normal	4	15.4	—	—	2	3.3	2	10
Mild	3	11.5	4	7.4	11	18.3	8	40
Moderate	9	34.6	18	33.3	16	26.7	5	25
Severe	10	38.5	32	59.3	31	51.7	5	25

* $X^2 = 10.539$ ** p-value = 0.05

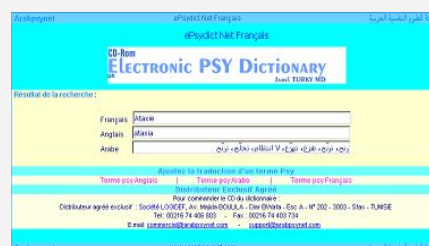
* Correspondence: Abdel Aziz Mousa Thabet, Gaza, P.O 5314

References

1. Devins et al ,1993
2. Dimatteo, M.R., Lapper H.S. & Croghan T.W. (2000). Depression is a risk factor for non-compliance with medical treatment. Archives of internal medicine, 160, 2101-2117.
3. Fallon, M., Gould, D. (1997). Stress and quality of life in the renal transplant patient: a preliminary investigation Journal of Clinical Nursing., 25, 562-570.
4. Hulya, T., Fehmiates, E., Burhanettin, K., Murate, E, Mine, K., Çagatay, T., & Ibrahim, S. (2005) Psychiatric disorders and large interdialytic weight gain in patients on chronic haemodialysis. Nephrology, 10, 15-20.
5. Kimmel, L.P., Themer, M., Richard, Christian, M.Ray, F.N. (1998). Psychiatric illness in-patients with End stage renal disease. The American Journal of Medicine, 105 ,3, 214-221.
6. Kimmel, P.L, Weihs, K. & peterson, R.A. (1993). Survival in haemodialysis patients: the role of depression. JAM soc Nephrol. 4, 12-27.
7. Kimmel, P.L. (2001). Psychosocial factors in dialysis patients. International society of nephrology, 59 ,4, 1599-1613.
8. Levy, N.B. (1994). Psychiatric considerations in: Massry SG, Glasscock RJ, (eds.). textbook of nephrology, 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins.

9. Lopes, A.A., Bragg, E. & Combe, C. C (2002). Depression as a predictor of mortality and hospitalization among haemodialysis patients. Kidney int. , 62 , (1), 199-207.
10. Lubkin (1998)
11. Lundin , P.A. & Weiner, B.R. (1997). Psychological aspects of treatment for renal failure. Oxford: oxford university press.
12. Martin, J.M, (1995). Psychiatry and other specialties: psychiatry and medicine in : Kaplan, H. & Sadock, B. (eds.), textbook of psychiatry, 6th ed., vol. 2, Baltimore, Maryland: Williams & Wilkins, pp. 1637-1668.
13. Ministry of Health, (2003), The Status of Health in Palestine: Annual Report 2002 Palestine.
14. Murphy et al 1995
15. Passik, S.D, Lundberg, J.C., Rosenfeld, B., Kirsh, K.L., Donaghy, K., Theobald, D., Lundberg, E. & Dugan, W. (2000). Factor analysis of the Zung self-rating Depression scale in a large ambulatory sample. Psychosomatic, 41, 121-127.
16. Peterson RA, Kimmel PL, Sacks CR, Mesquita ML, Simmens SJ, Reiss D. (1991). Depression, perception of illness and mortality in patients with end-stage renal disease. Int J Psychiatry Med, 21(4):343-54.
17. Rifkin, A. (1992). Depression in physically ill patients. Postgraduate medicine, 9, 147-154.
18. Shedeler et al ,2001
19. Spiegel, D., Sand, S., & Koopman, C. (1994). Pain and depression in patients with end-stage renal disease. Medical Journal, 4 (9): 2570-2578.
20. Teri, Linda, Traux, Paula (1994). Assessment of Depression in Dementia patients: Association of caregiver mood with Depression Rating. Gerontologist, 34(2), 231-234.
21. Thamer, M, Ray, N.F. & Fehrenback, S.N,. (1996). Relative risk and economic Consequences of in patients care among patients with renal failure. JAM soc Nephrol; 7: 751-762.

المعجم النفسي الشبكي - الإصدار العربي ePsydict Net Arabe



Search French & English Words With PsyTerm Arabic Translate
www.arabpsynet.com/ar/rechar.asp

Specificités Des Troubles Maniaco-dépressifs Debutant A L'adolescence

Y.MOALLA, H.AYEDI, M.B.AYED, A.WALHA, M.MAALEJ, F.GHRIBI, A.JARRAYA

CHU Hedi Cheker Sfax ; TUNISIE

yousr.moalla@rns.tn - hela.ayadijemal@rns.tn

RESUME

L'objectif de l'étude était de relever les spécificités des troubles maniaco-dépressifs débutant à l'adolescence par rapport à ceux débutant plus tardivement.

Matériel et méthode : L'étude était rétrospective et comparative entre deux groupes de patients atteints de troubles maniaco-dépressifs (DSMIII R. DSM IV) :

- Le 1^{er} groupe : 11 cas ayant débuté à l'adolescence
 - Le 2^{ème} groupe : 45 cas ayant débuté après l'adolescence
- Une comparaison entre les deux groupes a porté sur des paramètres, étiopathogéniques cliniques et évolutifs.

Resultats : Les troubles maniaco-dépressifs étaient significativement plus fréquentes à l'adolescence.

Les troubles maniaco-dépressifs débutant à l'adolescence étaient caractérisés par la fréquence significativement plus élevée du :

Sexe féminin.

Des antécédents familiaux de troubles de l'humeur

Troubles bipolaires, de signes psychotiques, schizophréniques au cours du 1^{ère} épisode et d'épisodes mixtes inauguraux.

L'étude évolutive n'a relevé aucune différence significative.

Conclusion: Notre étude rejoint les études antérieures rapportant chez l'adolescent :

- une coloration schizophrénique aux épisodes maniaques de l'adolescent
- une fréquence élevée des troubles bipolaires et des états mixtes.
- une prévalence des facteurs héréditaires.

Les études comparant directement le devenir clinique des patients à début juvénile avec celui dont la maladie est apparue à l'âge adulte sont rares et ne rapportant pas de différence majeures.

SUMMARY

Specificities Of The Unrest Maniacodepressifs Starting To Adolescence

The objective of the study was to raise maniaco-depressive unrest specificitys starting to adolescence later in relation to those beginner.

Material And Method: The survey was retrospective and comparative between two groups of patients reached of maniaco-depressive unrest (DSMIII R. DSM IV):

- The first group: 11 cases having started to adolescence
 - The second group: 45 cases having started after adolescence
- a comparison between the two groups carried on etiopathogenic clinic and evolutionary parameters.

Results: The maniaco-depressive unrest were meaningfully more frequent to adolescence.

The maniaco-depressive unrests starting to adolescence were characterised meaningfully by the frequency more elevated of these parameters :

Feminine sex.

The familial antecedents of mood unrest
Bipolar unrest, psychotics and schizophrenics signs, during the 1st episode and inaugural mixed episodes.
Quality good of remissions (NS)
The evolutionary study didn't raise any meaningful difference.

Conclusion: Our study rejoins the previous studies bringing back at the teenager

- a coloration schizophrenic to the teenager's maniac episodes
- an elevated frequency of the bipolar unrest and the mixed states.
- a hereditary factor prevalence.

Studies comparing directly the clinic become of patients beginning at teenager with the one whose illness appeared to the adult age are rare and not bringing back a major difference.

La survenue des troubles maniaco-dépressifs à l'adolescence pose avec acuité deux problèmes.

La première question est de savoir si l'expression du trouble bipolaire peut prendre une forme différente à cet âge. Si tel est le cas, les déviations observées pourraient-elles présager de l'apparition ultérieure à l'âge adulte, de troubles plus typiques ?

La deuxième question porte sur le problème de la conjonction d'une vulnérabilité biologique avec les aléas du développement maturatif

L'objectif de notre étude était de relever les spécificités cliniques évolutives et étiopathogéniques des troubles bipolaires débutant à l'adolescence par rapport à ceux débutant plus tardivement.

Materiel Et Methodes

Nous avons mené une étude rétrospective à partir de 66 cas de troubles maniaco-dépressifs (DSM IIIR) colligés au service de psychiatrie B sur ne période de douze ans, et dont :

- 11 cas ayant débuté à l'adolescence
- 54 cas ayant débuté après l'adolescence.

Nous nous sommes intéressés aux troubles bipolaires (TBP).

Nous avons comparé les fréquences des TBP dans les deux groupes, et nous avons mené une étude comparative entre les :

* TBP débutant à l'adolescence (11 cas dont la moyenne d'âge était de 16,3 ans (DS : 4)

* TBP débutant à l'âge adulte (45 cas dont la moyenne d'âge était de 31,7 ans (DS : 10).

La comparaison entre les deux groupes a porté sur des paramètres cliniques, évolutifs et étiopathogéniques

Nous avons utilisé le test Khi deux pour la comparaison de variables qualitatives et le test T de comparaison des moyennes.

Nous avons considéré la corrélation comme étant :

- significative si $p < 0,05$ (S*)
- très significative si $p < 0,01$ (S**)
- hautement significative si $p < 0,001$ (S***)

Resultats

La fréquence de TMD débutant à l'adolescence dans notre échantillon était de 16,6 %.

I- Nature Du Trouble (Tableau N° I)

II- Specificites Cliniques Des Tbp Debutant A L'adolescence

1- Symptômes thymiques

- Symptômes maniaques et dépressifs (Tableau N°II)
- Etats mixtes (Tableau N° III)

2- Symptômes psychotiques et schizophréniques

- Délire et hallucinations (Tableaux N° IV et V)
- Symptômes du type schizophrénique (Tableau N° VI)

III- Specificites Evol utives

1- Début de la maladie

- Mode de début (Tableau N° VII)
- Sévérité du premier épisode

2- Récurrence des épisodes (Tableau N° VIII)

3- Durée des épisodes

Il n'y avait pas de différence significative concernant la durée des épisodes dépressifs et maniaques.

La même constatation a été rapportée par Mc GLSHAN (25)

4- Qualité des rémissions

Nous n'avons pas noté de différence significative concernant la qualité des rémissions qui était fréquemment complète pour les deux groupes.

5- Adaptation sociale et professionnelle.

Nous n'avons pas noté de différence significative entre les TBP débutant à l'adolescence et ceux débutant à l'âge adulte concernant l'échelle globale de fonctionnement (DSMIIIR)

IV- Specificites Etiopathogeniques

1- Génétique

- Consanguinité des parents (Tableau N°IX)
- Antécédents familiaux de troubles de l'humeur (Tableau N° X)

2- Sexe

Les sujets à TBP débutant à l'adolescence étaient tous de sexe féminin (S***).

3- Biotype

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative concernant le biotype entre les deux groupes de comparaison

4- Personnalité, vulnérabilité psychologique

Les sujets dont le TBP avait débuté à l'adolescence avaient plus fréquemment des personnalités du type cyclothymique (DSM), (S^{***} , $p<0.001$).

5- Evènements de vie

- antécédents de traumatismes affectifs précoces

Concernant les antécédents de traumatismes affectifs précoces nous n'avons pas noté de différence significative entre TBP à début précoce et TBP à début tardif.

- Facteurs de stress aigus

Nous n'avons pas noté de différence significative concernant la fréquence des facteurs de stress aigus précédant le premier épisode de la maladie.

Discussion

La fréquence de TMD débutant à l'adolescence dans notre échantillon était de 16,6 %.

I- Nature Du Trouble (Tableau N° I)

Les troubles maniaco-dépressifs ayant débuté à l'adolescence étaient tous du type bipolaire : cette fréquence était significativement plus élevée que celle notée pour les troubles ayant débuté à l'âge adulte (S^{***} , $p < 0.001$).

Le début précoce des troubles bipolaires (TBP) a été rapporté par différents auteurs, qui ont décrit entre un quart et un tiers des débuts du TBP avant 20 ans (3, 10, 11, 17).

L'enquête ECA (Epidemiologic Catchment Area) a retrouvé une médiane d'éclosion du TBP de 1 à 18 ans. Le premier pic plus important de l'éclosion était situé entre 15 et 19 ans (10).

II- Specificités Cliniques Des TBP Debutant A L'adolescence

1- Symptômes thymiques

- Symptômes maniaques et dépressifs (Tableau N°II)

Les fréquences de tous les symptômes maniaques (DSM III R), ne comportaient pas de différence significative entre les TBP à début précoce et ceux à début tardif notamment pour le symptôme irritabilité.

De même pour les symptômes dépressifs (DSM IIIR) mise à part la fréquence significativement plus élevée de l'agitation psychomotrice (S^{***} , $p<0.001$).

Il est bien établi que les manifestations phénotypiques d'euphorie maniaque et de dépression ralentie observées chez l'adolescent au cours des troubles maniaco-dépressifs (TMD), ressemblent aux manifestations de la maladie chez l'adulte (BALLENGER 1982, CARLSON 1978, CORYELL 1980, HOROWITZ 1977) (2,7,12,20). Toutefois la fréquence particulièrement élevée de l'irritabilité et de l'hyperactivité dans les TBP de l'adolescent a été rapportée par MARCELLI BRACONNIER (25,28), CORCOS 1985, 1998 (10), DUFFY (14), BAILLY (3) et OTHMEN (32) des plaintes somatiques et des troubles des conduites par les deux derniers auteurs.

- Etats mixtes (Tableau N° III)

Les états mixtes ont été plus fréquemment notés à l'adolescence (S^{***} , $p<0.001$).

L'exposition particulière des adolescents aux états mixtes a été rapportée par plusieurs auteurs : CARLSON 1977, CORCOS 1985, ESMAN 1990, NOTTELMAN 1995 (3, 10, 13, 15, 30).

2- Symptômes psychotiques et schizophréniques

- Délire et hallucinations (Tableaux N° IV et V)

Le délire ou les hallucinations étaient franchement plus fréquents chez les sujets à début précoce (S^{***} , $p<0.001$, pour les états maniaques), et (S^* , $p<0.05$, pour les états dépressifs).

Il n'a pas été noté de différence significative de la congruence de l'humeur.

- Symptômes du type schizophrénique (Tableau N° VI)

Les symptômes de type schizophrénique constatés dans les épisodes maniaques étaient significativement plus fréquents dans le cas des TBP à début précoce (S^{***} , $p<0.001$).

La question de savoir si les adolescents bipolaires sont plus à risque de développer des états psychotiques que les adultes reste controversée.

Des comparaisons entre adolescents et adultes bipolaires ont indiqué une fréquence plus élevée de symptômes schizophréniques chez les patients plus jeunes (McGLASHAN 1988, ROSEN 1983, ROSENTHAL 1983 (29, 34, 35).

Selon BALLENGER et al.(1982),on retrouve 88 % de symptômes dits schizophréniques lors de l'état maniaque chez l'adolescent contre 33 % chez l'adulte (2).

Toutefois d'autres études ont retrouvé à peu près les mêmes fréquences des traits psychotiques ou atypiques chez les adolescents et les adultes (CARLSON et al. 1983,CORYELL et al. 1980, STROBER et al. 1995, HSU L.K.G. et al. 1986) (8, 12, 37, 21)..

Trouve-t-on une explication à cette prévalence des symptômes psychotiques à l'adolescence ; tout en sachant que selon JAMMET, « ce qui est spécifiquement psychotique dans le mouvement évolutif de l'adolescence, c'est la menace de rupture de l'équilibre intérieur entre investissements objectaux et narcissiques, et le creusement d'un écart narcissico-objectal (pulsionnel) propre à cet âge » (22).

Dans ces moments de désorganisation, CORCOS a avancé l'hypothèse, que les jeux des investissements fait basculer le fonctionnement du sujet dans un sens qui s'apparente à un fonctionnement psychotique, ou plutôt à une lutte contre une menace psychotique. Pourtant il n'y a pas de perte de contact avec la réalité (10).

III- Specificités Evolutives

1- Début de la maladie

- Mode de début (Tableau N° VII)

Nous avons constaté que les adolescents avaient inauguré leur maladie plus fréquemment par un épisode maniaque ou mixte (S^{**} , $p<0.01$).

Les études sur le mode de début de la maladie chez l'adolescent sont controversées.

Une fréquence plus élevée des états mixtes inauguraux dans les TBP des adolescents a été rapportée par RYAN et coll. (1986, 1987) (36).

Alors qu'une coloration dépressive inaugurale plus nette à l'adolescence a été rapportée par plusieurs auteurs (4, 11, 24).

- Sévérité du premier épisode

Nous n'avons pas relevé de différence significative entre les deux groupes, concernant le degré de sévérité du premier épisode.

La symptomatologie est rarement d'intensité majeure chez les adolescents (LEWVINSOHN, 1995) (23).

2- Récurrence des épisodes (Tableau N° VIII)

La fréquence des épisodes thymiques était plus élevée chez les patients à début précoce mais sans différence significative.

Les études de CARLSON et al. (1977), de McGLASHAN et al. (1988) n'ont pas rapporté de différence concernant le nombre d'épisodes par an, entre les TBP débutant à l'adolescence et ceux débutant à l'âge adulte (7, 29).

3- Durée des épisodes, qualité des rémissions et adaptation sociale et professionnelle.

Il n'y avait pas de différence significative concernant la durée des épisodes dépressifs et maniaques.

La même constatation a été rapportée par Mc GLSHAN (29)

Nous n'avons pas noté de différence significative concernant la qualité des rémissions qui était fréquemment complète pour les deux groupes.

Nous n'avons pas noté de différence significative entre les TBP débutant à l'adolescence et ceux débutant à l'âge adulte concernant l'échelle globale de fonctionnement (DSMIIIR)

Les études de CARLSON et all, n'ont pas rapporté non plus de différence significative concernant le niveau d'adaptation professionnelle, et familiale (7). McGLASHON a rapporté une adaptation psychosociale quelque peu meilleure dans les formes débutant à l'adolescence (29).

IV- SPECIFICITES ETIOPATHOGENIQUES

1- Génétique

- Consanguinité des parents (Tableau N°IX)

La consanguinité des parents (premier ou deuxième degré) a été plus fréquemment retrouvée dans le groupe à début précoce (S***, $p < 0.001$).

- Antécédents familiaux de troubles de l'humeur (Tableau N° X)

Nous avons noté une fréquence plus élevée des antécédents de troubles de l'humeur chez les parents (bipolaire, unipolaire, dysthymie), (S**, $p < 0.0.1$).

Plusieurs études familiales descendantes ont évalué le risque important que courent les adolescents et les enfants des parents présentant des troubles de l'humeur (26, 27, 14, 10, 37).

Ce risque a été spécifié selon l'âge par WEISSMAN et coll., qui ont mis en évidence, que parmi les enfants ayant des antécédents de dépression sur la vie entière, ceux qui constituaient le groupe à haut risque (enfants de parents déprimés) avaient débuté la maladie plus jeune (âge moyen de 12.7 ans), que les enfants de groupe contrôle (âge moyen de 16,8 ans) (38)

Les différentes études suggèrent que les troubles de l'humeur à début précoce ont en commun une composante génétique particulièrement forte (17,38) mais l'hétérogénéité étiologique ou phénotypique des troubles de l'humeur limitent les résultats et la reproductibilité des études sur le mode de transmission et la génétique moléculaire (14).

2- Sexe

Les sujets à TBP débutant à l'adolescence étaient tous de sexe féminin (S***).

L'étude de CARLSON n'a pas rapporté de différence selon la distribution du sexe entre les formes précoces et les formes tardives(7).

3- Biotype

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative concernant le biotype entre les deux groupes de comparaison.

4- Personnalité, vulnérabilité psychologique (Tableau N° XI)

Les sujets dont le TBP avait débuté à l'adolescence avaient plus fréquemment des personnalités du type cyclothymique (DSM), et hyperthymique (AKISKAL) (S***, $p < 0.001$).

L'existence de tempéraments particuliers préexistant à la survenue des troubles de l'humeur constitue aujourd'hui une hypothèse de travail pour les chercheurs permettant la prise en compte simultanée des facteurs constitutionnels et environnementaux dans la genèse des troubles psychiatriques (AKISKAL 1995) (1).

La survenue à cet âge, pose le problème de la conjonction d'une vulnérabilité biologique avec les aléas du développement et de l'histoire du sujet. En effet la régulation de l'humeur devrait être intégrée à une personnalité en plein remaniement maturatif caractérisé par des oscillations fréquentes de l'humeur.

La vulnérabilité, « *affective de base* » (FEINSTEIN)(16), ou en terme de « *tempérament* » cyclothymique ou hyperthymique (AKISKAL), viendrait accentuer le risque de décompensation thymique à cette période critique.

Les recherches dans le domaine des facteurs de vulnérabilité aux troubles thymiques dans l'enfance sont moins avancés.

Il ressort des différentes études (GOODYER et al. 1993, RENDE 1993) (6, 33) que les liens entre tempéraments précoces et troubles dépressifs ne peuvent être expliqués par une simple relation linéaire. La vulnérabilité serait le résultat de l'interaction entre les traits tempéramentaux précoces (réactivité émotionnelle importante, difficultés de socialisation), l'environnement, et certains facteurs comme le sexe.

Ainsi différentes hypothèses sur les liens entre tempérament et troubles affectifs ont été avancés.

- 1- La première suggère la continuité de développement entre certains traits et les troubles.
- 2- La deuxième : certains tempéraments interviendraient en augmentant l'impact d'événements stressants sur le sujet favorisant ainsi le développement des troubles.
- 3- La troisième : certains tempéraments exposent plus le sujet à des situations stressantes.
- 4- Evénements de vie

- antécédents de traumatismes affectifs précoces

Concernant les antécédents de traumatismes affectifs précoces nous n'avons pas noté de différence significative entre TBP à début précoce et TBP à début tardif.

Chez l'enfant et l'adolescent on dispose d'un nombre limité d'études sur l'impact à long terme d'une perte ou d'une séparation permanente (13).

- Facteurs de stress aigus

Nous n'avons pas noté de différence significative concernant la fréquence des facteurs de stress aigus précédant le premier épisode de la maladie.

Différentes études minimisent le rôle des facteurs de stress dans le déclenchement des troubles de l'humeur de l'enfant et de l'adolescent (GLASSNER et al. cité par OLIE et al (in 8), GOODYER (in 14)). Les facteurs de stress semblent jouer un rôle important dans la décompensation comme pour l'adulte (9)

Le modèle de « double exposition » à des événements de vie de connotation psychologique identique a été avancé pour le déclenchement de la maladie dépressive chez les sujets jeunes (18).

Conclusion

Les TBP débutant à l'adolescence se caractérisent par des spécificités cliniques d'inauguration de la maladie notamment la prévalence des fluctuations de l'humeur, et des symptômes psychotiques.

Toutefois l'étude évolutive ne relève aucune différence significative quant aux devenir des adolescents bipolaires par rapport aux adultes bipolaires.

Ceci ainsi que la forte composante héréditaire retrouvée, laissent supposer qu'au sein de ce vaste ensemble d'anomalies comportementales se nichent les préformes d'un génotype bipolaire dont l'expression pathologique est modelée par les processus de maturation biologique et psychologique.

Tableaux

Tableau. N° I: Nature des Troubles

	Adolescent		Adulte		Total		Significativité
	N	%	N	%	N	%	
TBP	11	100	45	82	56	84.8	S*** (P<0.001)
TUP	0	0	10	18	10	15.2	
Total	11	16.7	55	83.3	66	100	

Tableau. N° II: Agitation Psychomotrice (épisodes dépressifs)

	Adolescent		Adulte		Total		Significativité
	N	%	N	%	N	%	
Agitation	6	100	13	54.2	19		S*** (P<0.001)
Non Agitation	0	0	11	45.8	11		
Total	6	100	24	100	30		

Tableau. N° III: Etats Mixtes

	Adolescent		Adulte		Total		Significativité
	N	%	N	%	N	%	
OUI	9	81.8	15	33.3	24		S*** (P<0.001)
NON	2	18.2	30	66.6	32		
Total	11	100	45	100	56		

Tableau. N° IV: Délire et Hallucinations (épisodes. Maniaques)

	Adolescent		Adulte		Total		Significativité
	N	%	N	%	N	%	
Présents	6	54.5	24	55.8	30		S* (P<0.05)
Absents	5	45.4	19	44.2	24		
Total	11	100	43	100	54		

Tableau. N° V: Délire (épisodes. Dépressifs)

	Adolescent		Adulte		Total		Significativité
	N	%	N	%	N	%	
Délire	3	50	6	25	9		S* (P<0.05)
Non Délire	3	50	18	75	21		
Total	6	100	24	100	30		

Tableau. N° VI: Symptômes Schizophréniques

	Adolescent		Adulte		Total		Significativité
	N	%	N	%	N	%	
Présents	5	45.4	0	0	5		S*** (P<0.001)
Absents	6	54.5	43	100	49		
Total	11	100	43	100	54		

Tableau. N° VII: Mode de Début

	Adolescent		Adulte		Total	Significativité
	N	%	N	%	N	
Manie-Mixte	8	72.7	22	91.6	30	S** (P<0.01)
Dépression	3	27.3	2	8.4	5	
Total	11	100	24	100	35	

Tableau. N° VIII: Récurrence des Episodes

N. Episodes par an	Adolescent	Adulte	Significativité
	0.6 ± 0.4	0.5 ± 0.3	Non Significative

Tableau. N° IX: Consanguinité des Parents

	Adolescent		Adulte		Total	Significativité
	N	%	N	%	N	
Présente	4	36.4	26	57.7	30	S*** (P<0.001)
Absente	7	64.6	19	42.3	26	
Total	11	100	45	100	56	

Tableau. N° X: Antécédents Familiaux de Troubles de l'Humeur

	Adolescent		Adulte		Total	Significativité
	N	%	N	%	N	
Présents	5	45.5	13	28.9	18	S** (P<0.01)
Absents	6	54.5	32	71.1	38	
Total	11	100	45	100	56	

BIBLIOGRAPHIE

- 1- AKISKAL H.S. Les tempéraments cyclothymiques, hyperthymiques et dépressifs dans la clinique actuelle. Rev. Int. Psychopathol., 1995 c, 17, 43-70.
- 2- BALLENGER J.C., REUS V.I., POST R.M. The atypical picture of adolescent mania. Am. J. Psychiatry, 1982, 139, 602-606.
- 3- BAILLY D. Le trouble bipolaire existe-t-il chez l'enfant et l'adolescent ? L'encéphale, 2006 ; 32 : 501-5, cahier 2

4- BOCHEREAU D. CORCOS M. Troubles maniaco-dépressifs à l'adolescence : Aspects épidémiologiques et cliniques. Presse Med 2000 ; 29 : 157-60.

5- BOURGEOIS M., VREDOUX H., HENRY-DEMOTES MAINARD C. Manies dysphoriques et états mixtes. L'Encéphale, 1995 : Sp VI, 21-32.

6- BOUVARD M.P., GASMAN I., Tempéraments à risqué et vulnérabilité aux troubles dépressifs chez l'enfant. Les dépressions chez l'enfant et l'adolescent (MOUREN-SIMEONI M.C., KLEIN R.G). Expansion Scientifique Publications, Edit. 1997, 258-269.

7- CARLSON G.A., DAVENPORT Y.B. JAMISON K. A comparison of outcome in adolescent and late-onset bipolar manic-depressive illness. Am. J. Psychiatry, 1977, 134, 912-922.

8- CARLSON G.A. STROBER M. Manic-depressive illness in early adolescence. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 1978, 17, 138-153.

9- CORCOS M. et al. Psychose maniaco-dépressive à l'adolescence. Influence des événements de la vie. Etude de la dynamique familiale. L'Encéphale, 1996 : XXII, 368-377.

10- CORCOS M. et al. Troubles maniaco-dépressifs à l'adolescence. Encycl. Méd. Chir., Psychiatrie, 37-214-A-50, 1998, 8 p.

11- CORCOS M. et al.. Troubles maniaco-dépressifs à l'adolescence. Encycl. Méd. Chir., Psychiatrie/ Pédopsychiatrie 37-214-A-50 2006, 12p.

12- CORYELL W., NORTON S.G. Mania during adolescence : the pathoplastic significance of age. J. Nerv. Ment. Dis., 1980, 168, 611-613.

13- DOYEN C., MOUREN-SIMEONI M.C., DUGAS M. Facteurs psychosociaux dans la dépression de l'enfant et de l'adolescent. Les dépressions chez l'enfant et l'adolescent (MOUREN-SIMEONI M.C., KLEIN R.G). Expansion Scientifique Publications, Edit. 1997, 270-291.

14- DUFY A., KUTCHER S. ALDA M., GROF P. Hypothèses génétiques et troubles de l'humeur à début précoce. Les dépressions chez l'enfant et l'adolescent (MOUREN-SIMEONI M.C., KLEIN R.G). Expansion Scientifique Publications, Edit. 1997, 243-257.

15-ESMAN A. Les troubles de l'humeur à l'adolescence. Psychiatr. Enf. 1990, 33, 93-111.

16- FEINSTEIN SC. Manic-depressive disorder in children and adolescents. Adolesc. Psychiatry, 1982, 10, 256-272.

17- GODART N. Signes cliniques de vulnérabilité bipolaire à l'adolescence. L'encéphale, 2005 ; 31 : 3-5, cahier 2.

18- GOODYER L.M., SHBY L., ALTHAM T.M. et al. Temperament and major depression in 11 to 16 year olds. Child Psychol. Psychiatry, 1993, 34, 1409-1423.

19- HERINGTON R.C. Evolution de la dépression. Les dépressions chez l'enfant et l'adolescent (MOUREN-SIMEONI M.C., KLEIN R.G). Expansion Scientifique Publications, Edit. 1997, 177-257.

- 20- HOROWITS M.M. Lithium and treatment of adolescent manic-depressive illness. Dis. Nerv. System, 1997, 38, 480-483.
- 21- HSU L.K.G., STARZYNSKI J.M. Mania in adolescence. J. Clin. Psychiatry, 1986, 47, 596-599.
- 22- JAMMET Ph. La depression chez l'adolescent. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Puf, 1997, Presses universitaires de France, 1477-1499.
- 23- LEWINSON P., CLARKE GN. Et al. Major depression in community adolescents: age of onset, episode duration, and time of recurrence.
- 24- LISH J.D. et al. The national depressive and manic-depressive association (DMDA) survey of bipolar members. J. Affect. Disord., 1994, 31, 281-294.
- 25- MARCELLI D. Les états dépressifs à l'adolescence. Masson, 2^{ième} Edit., 1995, pp : 206.
- 26- MARCELLI D. La dépression chez l'enfant. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Puf, 1997, Presses universitaires de France, 1437-1461.
- 27- MARCELLI D. Enfance et psychopathologie. Masson, 6^{ième} Edit., 1999, pp : 628.
- MARCELLI D., BRACONNIER A. Adolescence et psychopathologie. Masson, 4^{ième} Edit., 1996, pp : 559.
- 28- MCGILASHAN. T.H. Adolescent versus adult onset mania. Am. J. Psychiatry, 1988, 145, 221-223.
- 29- NOTTELMAN E.D., JENSEN P.S. Bipolar affective disorder in children and adolescents.

- J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 1995, 34, 705-708.
- 30- OLIE J.P., Bayle f.j. Dépression, troubles de l'humeur et psychoses maniaco-dépressive. In : Les maladies dépressives. Paris, Flammarion, 1995.
- 31- OTHMEN S. Troubles bipolaires chez l'enfant et l'adolescent. Une étude clinique à partir de 50 cas. Annales Médico Psychologiques 163 (2005) 138-146.
- 32- RENDE R.D. Longitudinal relations between temperament traits and behavioral syndromes in middle childhood. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 1995, 34, 705-708. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 1993, 32, 287-290.
- 33- ROSEN L.N. et al. Age of onset and number of psychotic symptoms in bipolar I and schizo affective disorders. Am. J. Psychiatry, 1983, 140, 1523-1524.
- 34- ROSENTHAL N.E. et al. Toward the validation of RDC schizoaffective disorder. Arch. Gen. Psychiatry, 1983, 37, 804-810.
- 35- RYAN N.D., PUIG-ANTICH J. Affective illness in adolescence. In: Frances A.J., Hales R.E. eds, American psychiatric association annual review, Washington: American psychiatric press, 1986, 420-450.
- 36- STROBER M.A. La maladie bipolaire. Les dépressions chez l'enfant et l'adolescent (MOUREN-SIMEONI M.C., KLEIN R.G.). Expansion Scientifique Publications, Edit. 1997, 187-196.
- 37- WEISSMAN M.M. et al. Children of depressed parents. Arch. Gen. Psychiatry, 1992, 49, 795-801.

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°13 - Winter 07: www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=13
- N°14 - Spring 07: www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=14

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
ويلموت كولافيك / ترجمة: أ.د. سامر جميل رضوان
Full Text: http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=102
- العدد 3: مدخل إلى سببرنطيقا التفكير - د. سليمان جاز 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. الزيتن عباس عمارة
FullText: http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=105
- العدد 6: التوحد الطفولي - أ.د. سوسن شاكر الجبلي
FullText: http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=106
- العدد 7: الإبداع وتذوق الجمال - أ.د. قاسم حسين سالم
FullText: http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=107
- العدد 8: الطب المسند - أ.د. محمد أديب العسالي
FullText: http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=108

TRAITE DE LA MELANCOLIE (1er Livre)

ADEL OMRANI PSYCHIATRIE - TUNIS TUNISIE

Au Nom de Dieu le Clément, le Miséricordieux et avec Son Aide. Voici un ouvrage succinct composé par le médecin Ishâq Ibn Imrân, sur le mal connu sous le nom de mélancolie, et qui est une affection de l'atrabile. C'est un aide mémoire qu'il a composé pour lui même, par précaution contre une infidélité de mémoire dont il pourrait avoir à souffrir, surtout à l'approche de la vieillesse que Platon appelait "la mère de l'oubli". Il l'a composé aussi par obligeance pour ceux qui, par passion pour la médecine et la sagesse pourraient bien le lire.

Je n'ai pu lire, dit Ishâq Ibn Imrân, sur la mélancolie chez les Anciens, aucun ouvrage satisfaisant, aucun discours exhaustif, excepté celui d'un de nos prédécesseurs, Rufus d'Ephèse. Quoique cet auteur ait consacré à cette maladie un traité en deux parties, dans lequel il a mis en oeuvre toute sa perspicacité et excellé dans l'étude de cette affection, de ses symptômes, et de son traitement. Il a toutefois limité son art à un cas particulier de cette maladie, le mal hypocondriaque en occultant totalement ses autres formes. Remerciements et éloges lui sont néanmoins dus pour son effort, car celui qui apporte la moindre parcelle de vérité dans l'intérêt de tous, est à féliciter et à louer au même titre que celui qui l'apportant dans son ensemble, aurait pleinement réalisé son dessein.

Puisque l'étude de ce mal et de ses causes était dans un tel état de négligence de la part des Anciens, en particulier chez Galien, qui ne lui consacre aucun ouvrage spécial se contentant d'en parler incidemment dans ses écrits. Nous avons jugé nécessaire de composer un traité sur cette affection, sur ses formes et sur son traitement, en utilisant un discours précis, riche, exempt de langueurs et de redondances, puisque au fond nous nous adressons à nous même et à ceux qui chérissent la sagesse, s'éclairent à son flambeau et se revêtent de sa parure. Puisse Dieu nous préserver de l'erreur et nous aider à atteindre notre but. En vérité, Il est le meilleur assistant.

Ishâq Ibn Imrân dit: "Le terme mélancolie ne renvoie pas, à vrai dire, à la nature même de cette maladie, mais plutôt à sa cause la plus habituelle, c'est à dire la bile noire. Quant au mal lui même, son essence ne saurait résulter que de sa description et de ses signes. Car il s'agit d'une affection qui atteint le corps et dont les symptômes et les dommages retentissent sur l'âme. La mélancolie siège à l'orifice de l'estomac, dans sa forme hypocondriaque ou dans l'encéphale, dans ses autres formes. Elle se manifeste sur l'âme par la peur et la tristesse, lesquelles sont le pire qui puisse la toucher. La tristesse se définit par la perte de ce qu'on aime ; la peur est le pressentiment d'un malheur. Quant à sa nature et son aspect, nous pourrions les cerner avec précision si nous répondons aux quatre interrogations habituellement considérées, à savoir: son existence et sa localisation. Son essence, c'est à dire ce qu'il est en lui même et sa définition. La connaissance de sa nature, c'est à dire son aspect et ses signes caractéristiques. Enfin, la connaissance de son étiologie, c'est à dire quelles en sont les causes et l'origine. La mélancolie étant l'objet de notre investigation et le sujet auquel est consacré notre livre, il convient, à cet effet, que nous l'étudions d'après ces quatre règles qu'appliquent habituellement les médecins à toute maladie et pour tout dire à toute chose qu'on cherche à connaître. Il est clair, que lorsque la mélancolie se déclare, elle

est facilement décelable au chagrin qui drapent ceux qui en sont atteints, à la tristesse qui les accable et à la peur qui ne les quitte pas. Il est donc inutile de s'attarder sur la question de son existence et passons à l'examen de sa nature et à sa définition. La mélancolie consiste en des pensées noires et des sentiments de malheur qui agitent l'esprit du sujet pour un motif qu'il croit vrai, alors qu'il ne l'est pas. C'est, à mon sens, la définition la plus partagée de cette affection. Quoiqu'on puisse aussi, la définir par des craintes et des doutes qui s'emparent de l'âme et qui engendrent la frayeur et la peur. Telle est la véritable définition de cette maladie. Quant à sa nature, elle revient à l'explication de la définition et à la mise en évidence de ses mécanismes et de ses causes. Lorsque la vapeur de la bile noire monte au cerveau, elle gagne le siège de la raison dont elle obscurcit l'éclat, elle la trouble et la corrompt au point de la rendre incapable de saisir, ce qu'elle pouvait normalement discerner. Elle engendre ruminations et fausses suppositions, et fait imaginer le pire. Elle suscite dans le coeur une tristesse et des craintes épouvantables. Cette fumée mine aussi le corps pour mieux affaiblir l'âme, elle provoque une insomnie durable, une maigreur, un abattement, une déficience des états naturels qui ne suivent plus leur cours normal, comme à l'état de santé et de bien être. En ce qui concerne l'origine de ce mal et la raison de son apparition, on pourrait retenir plusieurs causes : en

premier lieu, un tempérament constitutionnel corrompu dont l'altération est due au sperme, ou à l'humeur des menstrues qui est à l'origine de l'élaboration du lait, ou encore à la nature de la matrice où se développe le fœtus. Lorsque celle-ci est dominée par l'action pernicieuse de l'humeur chaude et sèche ou froide et sèche, il s'en suit une corruption de la complexion naturelle du corps qui rend celui-ci prédisposé à contracter cette maladie terrible, soit en sa totalité, soit seulement le cerveau, s'il est d'humeur sèche et que ses facultés maîtresses telles que l'imagination, la réflexion et la mémoire ont été troublées et flétries en raison de leur alimentation de la même essence que le cerveau, une nourriture pauvre, noire, nocive, souillée et impure. Après la naissance, les facteurs qui peuvent retentir sur le corps et l'âme sont nombreux et longs à décrire. Ceux-ci leur confèrent une humeur mauvaise, accumulent en eux de la bile noire et les conduisent à ce mal. L'un d'eux, et c'est le plus redoutable, est l'excès du manger et du boire ; le mépris persistant des purgations ainsi que le défaut d'équilibre entre les six éléments fondamentaux, dont la stricte régulation est nécessaire à la santé et qui sont: le mouvement et le repos; le sommeil et l'éveil, la déplétion et la rétention, les aliments et les boissons, l'air inspiré et expiré, les événements psychiques. Entre ces six choses, les hommes se meuvent durant toute leur vie, grâce à elles et d'elles, dépendent leur santé, leurs maladies. Et si elles abondent plus dans un sens, elles chargent l'organisme de surplus qui compromettent l'équilibre harmonieux des humeurs, constituant ainsi la raison la plus forte du déclenchement de ce terrible mal appelé mélancolie.

La nocivité des aliments découle de leur tendance à produire un sang sec, comme c'est le cas pour les lentilles et les viandes de gazelle et de lapin ou encore les aliments qui produisent un sang trouble, grossier comme les dattes, les viandes de chèvre, de boeuf ou de chameau. Sont aussi nocifs, car ils génèrent une nourriture grossière et salée, les gros poissons conservés au sel, le vieux fromage, la viande salée et desséchée, le maksûd, la viande et le poisson à la saumure, la viande desséchée et cuite, les grosses huîtres, surtout lorsqu'elles ont séjourné toute une nuit dans le sel. Préparé de cette façon, le poisson porte le nom de "gharib". Certains aliments contribuent à la formation d'un sang chaud qui ne tarde pas à se transformer en bile noiretels le chou fleur, le chou, les aubergines, le céleri, le miel, les noix, les pistaches, la térébinthe; les variétés de sucreries à base de miel et de dattes, les friandises aux noix, aux pistaches, aux pignons, aux grains de chanvre et leurs analogues. Consommés fréquemment et à l'excès, tous ces aliments, favorisent la formation de la bile noire dans le corps et font sombrer dans la mélancolie. J'aimerais bien que l'on retienne ce principe, que j'énonce à ce stade de l'ouvrage: Toute affection, qu'elle soit longue et chronique comme la goutte, le colon, la mélancolie ou aiguë frappant l'homme annuellement ou à intervalles moindres, selon des rythmes et des accès connus, selon un processus et un ordre établis comme la pleurésie, la fièvre tierce, la pneumonie, le trachome et autres maladies semblables ; n'est pas toujours due à un problème d'humeurs. Elle peut seulement humidifier le corps, sans affaiblir l'organe où se déverse la substance nuisible; qu'il s'agisse du cerveau, de l'oreille, de l'oeil, de la gencive, de la langue, de la gorge, du poumon et en général de n'importe quel viscère ou membre où siège la maladie. Il en est de même pour les articulations ou pour la peau contenant du corps. Ceci est observé dans le cas des ulcères graves, des dartres, de la gale, des tumeurs, de la petite vérole, de la rougeole, des érythèmes. La faiblesse d'un organe peut être due à l'hérédité et à sa constitution ou résulter de la gravité du mal lui-même, de son développement et de son

triomphe de la résistance de cet organe au point de corrompre sa constitution, de diminuer ses forces et de le prédisposer à contracter rapidement d'autres dégradations. Toutefois, nous avons trouvé, que les causes les plus fréquentes et les plus redoutables de l'affaiblissement des organes résident dans leur excès de chaleur, leur sensibilité exagérée et leur vitalité. Et s'il arrive qu'un organe soit à la fois exagérément sensible et de complexion chaude, il percevra les prémices de la maladie et se disposera à elle, rendant ainsi, son attaque inévitable. Et lorsque la maladie tarde, l'organe va lui-même jusqu'à l'attirer comme les ventouses aspirent le sang. C'est ce que l'on observe dans ce genre de maladies, j'entends, la goutte, le colon et la mélancolie, surtout chez ceux qui ressentent sans arrêt des malaises dans leurs corps et des troubles dans leur âme, alors qu'il n'en est rien, en réalité. Ils imaginent cela et l'amplifient à cause d'une faiblesse de leur cerveau par suite de sa faculté attractive des vapeurs de l'atrabile, qui obscurcissent leur intelligence et les empêchent de percevoir les choses telles qu'elles sont. Leur entendement rend haïssable les choses ordinairement aimées, tels les frères et les parents et leur inspire une répulsion pour les choses familières et intimes, si bien que les choses qui existent incontestablement, qui sont stables, localisées, paraissent, à leurs yeux, le contraire de ce qu'elles sont en réalité. Ils les voient à travers un miroir qui transforme la beauté en laideur, le louable en détestable, le bien en mal. Et puisque que la mélancolie exerce ses méfaits aussi bien sur le corps que sur l'âme, on peut admettre que parmi ses causes, certaines corrompent le corps et d'autres l'âme. Nous avons précédemment énoncé, que les causes organiques de la mélancolie sont essentiellement, la corruption de la complexion du corps ou du cerveau, la pléthore et la négligence à purger les aliments nuisibles et ceux générateurs de bile noire. Nous ajouterons à cela; que la vie dans un pays très chaud, très sec, ou froid et sec, au climat variable et capricieux, n'obéissant à aucune règle fixe, dont le régime est analogue à celui de l'automne, favorise la formation de la bile noire dans le corps. Il en est de même pour l'habitat dans une région où abondent les torrents secs, les mares et les bosquets, les marécages couverts de roseaux et les étangs dont l'eau est putride, ainsi que les régions ventées ou traversées par des rivières. La vie en de tels lieux prive le corps de ses vertus dissolvantes; l'air y est suffocant, engorgé de fétidité, insalubre et impur. Il s'en suit une accumulation d'excédents dans le corps, lesquels, à la longue, conduisent à la grave maladie atrabilaire, qu'est la mélancolie. De même, l'abandon des moyens habituels de purgation, comme les saignées, les ventouses, la sudation par bains chauds, l'arrêt d'un sport régulier, le changement d'habitude, l'interruption de l'usage des laxatifs, des purgatifs et des vomitifs. Tout cela produit dans le corps une surabondance de superfluités, qui à la longue se corrompent, se décomposent et deviennent de la bile noire. Il en est de même pour ceux, qui persévèrent dans la consommation du mauvais vin noir, au goût âcre et à l'odeur épouvantable. Une telle accoutumance peut produire de l'atrabile responsable de la mélancolie et ce pour deux raisons : La première est que ce vin surchargé de lie est peu nourrissant, grossier et noir. Il engendrerait de ce fait cette maladie, puisque le vin apporte au sang du corps une nourriture, selon sa couleur et sa teneur, qui peuvent être, toutes les deux, appréciées de l'extérieur de la bouteille. La seconde raison réside dans les méfaits durables sur la raison, des ivresses successives que ce vin provoque ; la montée continue de ses vapeurs noires, nocives, épaisses ; sa violence féroce, excessive contre l'esprit, la stupéfaction dont il frappe la raison. Ce qui l'affaiblit et la rend inapte à réfléchir et incapable de discerner. Le vin ramollit le cerveau et le vicie, par l'effet

mortifiant de sa fumée, et quand la corruption de l'humeur se prolonge, il sombre rapidement dans la mélancolie. Nous avons observé que le vin vieux et chaud, consommé assidûment, affaiblit les forces de l'esprit, enflamme le cerveau et agresse la raison. Il génère dans le corps une chaleur qui le consume jusqu'à l'amollir et le précipiter dans ce mal ou le fait succomber. De même, avons nous constaté que l'abus prolongé de vin chez ceux qui s'y adonnent matin et soir, afflige ces derniers de cette maladie et d'autres maladies fort graves encore, comme les tremblements, la paralysie, le mutisme et leurs fâcheuses complications, la mauvaise digestion et la sécrétion en abondance de chyme.

D'ailleurs, Galien a noté que la pire des maladies, la plus mortelle et la plus tenace, est celle qui associe une nature chaude et aiguë aux méfaits du vin et qu'on rencontre parmi ceux qui exténuent leurs corps ; car elle naît de deux humeurs d'essence contraire : une pituite crue et une bile jaune récente et avariée. Or, toute maladie est généralement mortelle, maligne lorsqu'elle est la résultante de ces deux mélanges, comme c'est le cas dans l'accès de fièvre violente ; cet état provient d'une bile jaune putride en dehors des veines et de pituite décomposée, à l'intérieur des veines. Il s'agit d'une maladie très maligne, mortelle, dont on réchappe rarement. Cela à cause de la pituite crue qui, de par sa nature fait traîner la maladie, sa maturation nécessitant une assez longue période, alors que le mélange biliaire affecte et dissout rapidement les forces du sujet, de par la nocivité qu'il recèle et l'ampleur des troubles qu'il provoque. Lorsque ces deux causes se trouvent réunies, le malade ne peut survivre pour deux raisons : la première est que la bile chaude ne lui laisse aucun répit pour récupérer ses forces, de part sa propre puissance et par la malignité de ses effets. Le cours de la maladie est donc nécessairement bref, puisque le sujet est tenu de vite recouvrer sa santé, sous peine de mourir. La deuxième est que la pituite ne peut mûrir dans le court intervalle de la maladie car elle nécessite un temps assez long pour être digéré petit à petit, même si les troubles qu'elle engendre sont en définitive bénins. Cet équilibre étant à ce sujet un bon signe, s'il plaît à Dieu. Le plus étrange dans la mélancolie, c'est qu'elle peut être provoquée par des causes contraires: Nous avons vu cette maladie atteindre des gens sobres et frugaux parmi les sages ermites qui jeûnent le jour et prient toute la nuit. Leur sang diminue, ce qui le rend putride et le transforme en bile jaune. Si un tel état persiste, dure et s'étend ; le sang perd sa nature et son humidité nourricière et devient trouble, grossier et atrabilaire ; il mène ainsi à la mélancolie. Plus d'une fois, nous avons eu à le constater. Nous pensons, ainsi, avoir fait une énumération à l'excès, des causes alimentaires à l'origine de la mélancolie dans son impact sur le corps. Il nous reste maintenant à analyser les six éléments fondamentaux et comment les mélancoliques le deviennent par suite de l'abandon de leur bonne gestion et au renoncement à leur correct usage. L'inobservance de ces règles favorise la chute dans cette maladie de quiconque est prédisposé à la subir. Nous avons déjà expliqué, plus haut, que ce mal provient de la nourriture au point de vue de son abondance et de la gloutonnerie, au point de vue de la frugalité, et à celui de la déficience de sa nature et de la médiocrité des aliments. Nous avons aussi admis, à propos de la purgation et de la rétention, que la maladie survient souvent lorsque la purgation est interrompue brusquement, qu'il s'agisse de purgation naturelle ou médicalement provoquée. De même, avons nous fait mention, de l'air selon la zone d'habitat et de la saison automnale. Enfin, nous avons informé, juste avant d'évoquer la frugalité des repas, des méfaits de la carence de sommeil et

comment elle fait tomber dans cette maladie. Nous pensons que trop de douceurs, de repos, de sommeil favorisent la maladie, car ils favorisent l'accumulation des surplus et la condensation des matières dans le corps. Les surplus ainsi accumulés, se décomposent à la longue et se transforment en bile noire, facilitant ainsi l'entrée dans la mélancolie. Par ailleurs, il est indéniable et incontestable que les exercices violents et prolongés, embrasent le corps, consomment les humeurs et engendrent des vapeurs en abondance qui se transforment rapidement en bile noire. Nous avons, à ce stade de notre étude, largement évoqué les causes corporelles de la mélancolie ; il nous reste maintenant à envisager les facteurs psychiques qui l'engendrent dans l'âme. Nous disons, à cet égard, que l'âme est soumise de façon continue à des états émotionnels: colère, satisfaction, fureur, effroi, timidité, peur ou autres états analogues. De tels états concernent l'esprit animal, plus particulièrement. Quant aux facultés de l'âme raisonnable, ce sont par exemple la réflexion profonde, la mémorisation, l'étude, le raisonnement, la méditation, l'examen du sens profond des choses, l'abstraction, le doute, l'imagination, l'opinion judicieuse ou le jugement.

Tous ces états, dont certains sont des forces et d'autres des manifestations ; lorsque l'âme s'approfondit trop et s'adonne sans relâche aux démarches de l'un d'eux, peuvent la faire sombrer facilement et rapidement dans la mélancolie. C'est ainsi que nous voyons de nombreux ascètes et vertueux tomber dans ce mal, à force de craindre Dieu et de redouter son châtement ou encore en raison de leur ardeur pour Lui au point que cela les obsède et les domine. L'âme n'éprouve alors plus d'affection, ni de désir, ni de parole, qui ne soient pour sa remémoration et pour son contrôle que sa Majesté et sa puissance soient proclamées. Ils tombent dans l'inquiétude et la passion qu'éprouvent les amoureux, au point d'altérer tout aussi bien le fonctionnement de leur âme que celui de leur corps, attendu que le corps suit l'âme dans ses opérations et inversement l'âme suit le corps dans ses accidents. Ceux qui s'adonnent assidûment à la lecture des livres philosophiques, j'entends les livres de médecine, de logique; aux ouvrages spéculatifs, aux traités consacrés aux principes du calcul et à sa science appelés en grec arithmétique, aux études sur les principes de l'univers et des astres, c'est à dire la science des corps célestes qui porte en grec le nom d'astronomie, à la science des plans et des surfaces appelée en arabe science des lignes et en grégeois, géométrie ; à l'étude de la science de la composition, c'est à dire des accords et des mélodies, appelée en grec musique, et qui relève de la science de la psyché, car c'est l'âme qui l'a extraite et improvisée, comme si la musique s'implantait en elle. Dans ce sens, Galien rapporte que le philosophe Platon a dit: "Toute notre science n'est qu'une réminiscence de sagesse", voulant dire par là, que ce dont l'âme, unie au corps, se remémore le mieux c'est ce qu'elle avait su, avant d'être liée à lui. L'âme étant l'univers de la raison. De tels hommes sont – mais Dieu est meilleur connaisseur – enclins à tomber dans la mélancolie à force de méditer, de penser, de rechercher, de discriminer et à force de s'appesantir, de se fatiguer l'esprit, de se désoler lorsque leur entendement ne peut appréhender la preuve qu'ils dénomment "Afradeksys" ou encore lorsqu'ils ne peuvent accéder aux vérités et déduire la meilleure conclusion d'une proposition, démarche appelée en grec syllogisme. Ceci dénote de la sagacité de leur pensée mais est aussi, un signe de leur morosité et de leur combustion par la mélancolie. Or, s'il en est naturellement ainsi pour eux, que dire de ceux d'entre eux qui sont réduits par les circonstances à subir cette méchante maladie, par suite d'une fatigue de la mémoire, d'une lassitude

de l'âme, d'une défaillance de l'intelligence ou de l'esprit avec tout l'épuisement qui atteint leur raison comme le dit Hippocrate au chapitre VI, des "Epidémies" : « Le labeur de l'esprit, c'est la réflexion ». De même que la fatigue corporelle entraîne de graves maladies dont la moindre est l'épuisement, la fatigue mentale fait tomber dans la plus difficile et la plus maligne des maladies qu'est la mélancolie. Quant à la perte d'amour, c'est comme déplorer la mort d'un enfant ou d'un être très cher ; ou perdre un objet précieux, inestimable et qui ne saurait être facilement obtenu. Tel celui qui perd ses livres, d'où il a acquit le savoir des Sages, détruits par le feu ou engloutis dans un naufrage ou encore dérobés par quelqu'un. Il en est de même du commerçant qui aurait perdu sa fortune et qui n'a aucun espoir de la retrouver. Chacun de ceux là, est consumé de tristesse et accablé de chagrin, au point de finir inmanquablement par tomber, dans cette maladie de la tristesse et des ruminations qu'est la mélancolie. Tous ces éplorés ainsi que ceux, précédemment cités, qui ont un penchant pour les tourments et qui affectionnent la fatigue psychique, tombent dans la mélancolie à cause des illusions et de la tristesse qui pénètrent leur esprit et du mal qui torture leur raison. Si la santé de l'âme est la sagesse et la capacité d'atteindre la vérité et d'appréhender l'erreur, alors son infirmité serait l'incapacité d'accéder à la vérité et d'acquérir la science et ses honneurs ; et de tomber dans la crasse de l'ignorance et sa bassesse. « La beauté de l'âme est dans la justice et sa laideur dans l'iniquité » comme l'a si bien dit Galien. Ainsi, tous les éléments que nous venons d'énumérer, sont des causes somatiques et psychiques génératrices de la mélancolie. Ce sont des étiologies primaires et des principes causals de cette maladie.

Description des différentes formes et genres de mélancolie
Nous allons exposer ses formes et ses catégories et de quelle humeur provient chaque genre de mélancolie. Ainsi, nous en aurons décrit les causes et les raisons, donné une juste subdivision et satisfait aux quatre règles requises dans toute recherche à savoir : son existence, son essence, sa nature et son origine. Il existe trois formes de mélancolie : La première siège à l'orifice de l'estomac et dans les hypocondres ; les deux autres formes atteignent le cerveau. L'une de ces deux dernières prend naissance dans le cerveau lui même, l'autre dans l'ensemble du corps, et monte du bas, je veux dire des pieds et des jambes jusque dans le cerveau. La forme essentiellement cérébrale se manifeste sous deux variétés: l'une s'accompagnant d'une fièvre aiguë, apparaît surtout dans les cas du birsam que les Grecs appellent frénésie. Elle provient d'une bile jaune qui a commencé à se consumer mais sans atteindre le terme de sa noirceur ni celui du potentiel de nuisance que recèle, de par sa nature, la bile noire. Il s'ensuit une excitation, une loquacité et la vision d'êtres noirs ou d'autres choses purement imaginaires qui n'ont point d'existence en réalité. L'autre forme cérébrale comporte elle même deux variétés: la première a sa source dans la bile noire naturelle, lorsqu'elle domine l'humeur cérébrale et dénature son essence. Une telle variété d'obsession est dite léonine, car ceux qui en sont atteints bondissent avec la férocité des fauves et font preuve d'un courage, d'une audace et d'une vigueur tout à fait semblables, à ce niveau, à celles des lions. Elle est difficile à guérir, dure à soigner. La deuxième variété provient d'une bile noire corrompue qui ressemble au sédiment de sang : C'est le chyme noir qui n'est pas arrivé à son terme pour devenir une véritable bile noire et dont l'évolution se ramène, en fin de compte, à celle de la variété qui monte au cerveau, puisqu'il est aussi d'origine atrabilaire et provient de toutes les humeurs qui en brûlant se transforment en bile noire. Son traitement est aisé

tant qu'elle est prise tôt, avant que le cerveau ne soit altéré et que l'humeur montante ne devienne sa complexion de base. Les personnes atteintes par ce mal, se gardent de toute critique envers leur état, du fait de l'altération de l'humeur naturelle et saine de leur cerveau et sa substitution par une humeur étrangère et corrompue. Bien plus, ils font preuve d'autant de malice, que de perfidie et d'impénitence, au point de ne plus se soucier de la réprobation de leurs erreurs, de leurs suspicions et des conséquences fâcheuses qui en découlent, car leur entendement a été dépassé à cause des effets des vapeurs de la bile noire sur le cerveau. Nous avons observé que cette forme de mélancolie et celle ascendante du bas du corps vers le cerveau –lorsqu'elle s'exprime; sont très dissimulées, sournoises et couvent ; échappant ainsi au diagnostic des plus habiles médecins et ce pour deux raisons : L'une d'elles, est que les moeurs humaines sont par nature, variées et que la connaissance de la mentalité des gens, un par un, n'est possible que suite à une longue compagnie et à une fréquentation continue et dans la mesure où le praticien est un visiteur assidu, bon observateur et averti des caractères, du tempérament, de l'apparence des gens. Car la connaissance de l'état naturel aide à mieux identifier le malade et à le soulager de façon non négligeable en lui prodiguant des soins. Lorsque le médecin est informé du caractère du patient lorsqu'il est sain, il est à même de déceler rapidement la maladie dès qu'elle l'atteint. Il peut évaluer le degré d'emprise de cette affection et l'importance de ses effets aussi bien sur son esprit que sur son corps. Exemple: Si nous avons connu une personne d'un naturel vif, injurieux, audacieux, loquace, emporté et qu'ensuite nous la voyons demeurer calme, taciturne, impassible et lente à se mettre en colère c'est là un indice que son humeur est troublée, que son âme est minée et qu'elle est travaillée par cette affection. De même, si un individu lent à répondre, calme et craintif, se montre prompt dans ses réparties, incohérent dans ses propos, courageux et intrépide, nous pouvons à l'instant conclure qu'il est atteint de cette maladie. Nous avons trouvé que Rufus, le médecin auteur du " Traité de la mélancolie" s'est longuement étendu, dans le premier chapitre de son ouvrage, sur les symptômes et les accidents ; qui frappent les mélancoliques. Après avoir longuement parlé et s'être montré particulièrement prolixe au sujet de ce qui advient aux uns et aux autres parmi eux, il ajoute : « Nous avons suffisamment décrit dans cet essai, les troubles qui affectent les mélancoliques, de manière à ce que le lecteur de notre ouvrage, les ayant bien assimilés, puisse aisément déceler tout autre trouble affligeant les mélancoliques et que nous avons pu n'avoir pas mentionné dans notre traité ». Ces propos du sage Rufus montrent clairement que les troubles des mélancoliques peuvent ne pas atteindre leur maximum d'intensité et qu'on ne parvienne pas à les identifier, non pas parce que les symptômes de la bile noire restent dissimulés lorsque celle-ci envahit le corps, mais du fait que les affections de l'âme, sont en général imperceptibles en raison même du mystère et de l'impénétrabilité de son essence, de la difficulté de se rendre pleinement compte de la sagacité ou des errements de la pensée, de la justesse ou de la fausseté de l'imaginaire, de la vigueur ou de la déficience de la mémoire, des capacités globales de l'esprit, de sa puissance, de sa faiblesse et de sa débilité. Imperceptibles aussi, à cause, de la diversité des caractères et de la complexité de l'esprit humain. Complexité qui laisse perplexes d'habiles médecins, n'ayant pas une profonde connaissance de ce mal et de ses accidents. Pourtant, le sage Rufus s'est limité à la description de la seule forme hypocondriaque de la mélancolie à laquelle il a consacré son Traité. Mais Rufus pourrait rétorquer en disant : « Mon discours sur une forme de mélancolie s'étend et rejoint les deux autres

formes restantes ; et mon propos sur cette forme s'applique aux deux restantes quant aux symptômes cités et au traitement décrit ». Nous en ferons de même, nous aussi, en suivant sa démarche, car la description des signes de la mélancolie essentiellement cérébrale englobe et comprend les deux autres formes de cette maladie, à savoir, celle montante du bas du corps vers le cerveau et l'hypochondriaque qui siège à l'orifice de l'estomac. Et, nous serons prêts à décrire les symptômes de cette affection, quand nous aurons fini de distinguer ses variétés, plaise à Dieu. Quant à la troisième forme de mélancolie, appelée hypocondrie, elle survient quand la bile noire submerge tout le corps et se déverse dans l'estomac. Ce déversement occasionne pour l'âme et pour le corps un très grave préjudice. Sur l'âme, l'orifice de l'estomac étant contigu au cœur, cela provoque une tristesse et une frayeur permanente d'une mort imminente. Cette tristesse porte les malades à se défier de leurs proches et de leurs amis et à considérer les choses d'une façon contraire à la logique. Dans cette affection, l'atteinte du cerveau et de l'intelligence s'explique de deux manières : L'une est que la situation du cerveau en vis à vis du cardia; associe le premier aux épreuves et aux calamités du second, à cause de la bile noire qui monte et s'élève vers le cerveau à tout moment de la nuit et du jour. Si le cerveau, voûte du corps et en particulier de l'orifice de l'estomac, reste capable de recevoir à l'état de santé, des vapeurs montant de celui ci, qu'elles fussent chaudes, froides, humides ou sèches ; il est évident qu'en cas de maladie, la bile noire se déversant dans l'estomac va troubler, par ses fumées montant nuit et jour, la raison et jeter l'esprit dans le désarroi. Hippocrate rapporte dans les « Epidémies » ; qu'un cardia naturellement chaud confère à l'âme un tempérament porté à l'irritabilité, à la légèreté, à la mesquinerie et à la méchanceté, à l'instar d'un cœur chaud de nature. Il prétend même que ceux qui ont un estomac naturellement chaud, sont maigres, ont les veines gonflées, apparentes et le sang vicié, par suite de la corruption de la nature des aliments par une chaleur de cuisson excessive, inhérente au tempérament chaud de leur estomac. L'autre raison viendrait de ce que le cœur est médian entre le cardia et le cerveau. C'est lui qui alimente le cerveau en lui envoyant un esprit animal qui se répand entre ses scissures et dans ses ventricules. Là, il est digéré, raffiné et devient excellent. Ce qui en est épais, grossier, trouble est dirigé pour animer les cinq sens, tandis que la partie la plus délicate sert à produire et à nourrir la force intellectuelle maîtresse tripartite qui regroupe l'imagination, la réflexion et la mémoire, d'où le nom d'âme raisonnable donné à cet esprit qui siège dans le cerveau. Le restant du sédiment de l'esprit animal sert à générer les mouvements volontaires dont le siège est à poupe du cerveau. Il n'est donc ni surprenant, ni impossible que la raison souffre inévitablement de fait lorsque le cerveau souffre, puisque la raison tire l'essentiel de son essence de l'esprit animal injecté du cœur vers le cerveau. Voici donc les méfaits et les dommages sur l'âme de la bile noire qui, dans cette forme de mélancolie appelée hypocondrie, se déverse dans le cardia. Quant à ses effets sur le corps, nous savons que la nourriture est le support de celui ci et la condition de sa vie ; et que la nourriture n'agit sur le corps qu'en vertu de quatre forces : La force naturelle, c'est à dire l'appétit, la rétention, la digestion et l'expulsion. La maîtresse de ces forces est, comme l'a souligné Asclépiade, la digestion. Elle parfait leur action et pourvoit le cœur du meilleur aliment à l'intention des plus nobles organes. En effet, l'appétit ne fait qu'amener la nourriture dans l'estomac, la rétention ne fait que l'y maintenir le temps d'être digérée, enfin, l'expulsion ne fait que rejeter les superfluités et les déchets dont la digestion

n'a que faire. Or, le principal effet de la bile noire qui se déverse dans le cardia et qui cause l'hypocondrie, est d'entraver le déroulement de la digestion dans l'estomac et ses alentours, c'est à dire d'empêcher la fonction digestive de parachever son rôle, en dénaturant les aliments. De cette entrave et de cette altération résultent deux ordres de dommage :

♦ L'un est la prolongation de la maladie et son aggravation du fait de l'écoulement de la bile noire qui gêne l'amendement des aliments digérés, empêche tout apport sain au corps et perturbe la digestion. Ainsi, l'organisme ne reçoit plus qu'une nourriture corrompue, mauvaise et inutile. De plus, ce mal est suivi d'un autre : la bile noire cesse de s'écouler car la qualité de l'apport ne lui permet ni d'être purifiée ni de tarir à la source. Elle se mélange à la nourriture altérée et s'avarie à force de s'épancher et de se déverser dans l'estomac. C'est pourquoi, l'hypocondrie est si difficile à soigner.

♦ L'autre est que la persistance de l'entrave de la digestion dans l'estomac entraîne deux préjudices : Le premier est que la plus grande partie de la nourriture non digérée, provoque de grosses flatulences et un ballonnement, difficiles à réduire et à soulager, qui s'aplatissent et s'étendent sous l'hypocondre des deux côtés jusqu'à atteindre le gros intestin appelé côlon ; ce qui empêche les déchets de descendre et de s'éliminer. Tout cela, en raison de la sécheresse de leur tempérament. Une telle cause, à savoir, l'obstruction créée par la ventosité sur le passage des déchets est un des facteurs les plus déterminants dans la gravité de leur maladie, car il arrive même que cette ventosité fasse retourner les aliments du bas de l'estomac vers son haut, les empêchant ainsi de se déposer et d'adhérer à son fond. C'est là encore, un facteur puissant de perturbation de la digestion et d'altération de la cuisson. Le second préjudice résulte de la corruption des aliments du fait de leur mauvaise digestion. Toutes ces causes finissent par affaiblir l'estomac qui, à la longue reçoit tout ce qui se forme dans le corps de ces malades, aussi bien la bile jaune que la pituite selon la nature des aliments ingérés ; et selon la nature et la complexion des organes en question. Ainsi, dans l'estomac de l'un se déverse de la bile jaune, tandis que dans celui d'un autre se déverse de la pituite et les deux à la fois pour un troisième. Cela, selon ce qui peut se former à la longue dans le corps, de résidus d'aliments et de boisson. Nous pensons ainsi être parvenus à notre but et à notre intention de classer le mal mélancolique. Il nous faut maintenant décrire les symptômes particuliers à chacune de ses formes ainsi que ceux communs à leur ensemble ; et faire un résumé global de cette maladie.

Mention des symptômes communs à toutes les catégories de mélancolie: Nous disons que les symptômes généraux des mélancoliques de toutes les formes^o; sont une tristesse et une affliction continuelles, une frayeur à tort, sans raison, ni motif ; des ruminations obsédantes et une méditation persistante à propos de ce qui ne mérite pas de réflexion ; la survenue de pensées qui alarment l'esprit et le terrifient, alors qu'elles n'ont absolument aucun sens. Oui, leurs sens leur font percevoir des choses qui n'existent pas. Tel celui qui croyait voir des formes hideuses, horribles, des Noirs et des gueux. Comme Dioclos qui, lors de son atteinte par ce mal, voyait des Noirs qui voulaient le tuer, des flûtistes et des cymbaliers qui jouaient en tumulte, dans les coins de sa chambre. Certains d'entre eux, s'imaginent ne plus avoir de tête, comme celui qui nous avons pu observer à Kairouan, récemment. Nous lui avons fait porter une mitre de plomb pour que sentant son poids, il ne puisse plus

douter qu'il a une tête. Rufus rapporte également un cas semblable. Certains entendent comme un murmure d'eau, le souffle violent du vent ou son déchaînement, des voix terrifiantes qui résonnent dans leurs oreilles, un bourdonnement ininterrompu, le jour comme la nuit. Mais de tout cela, il n'en est rien ; ce ne sont que fausses perceptions. D'aucuns sentent en tout des odeurs nauséabondes, à cause de la corruption de leur odorat ou de son déficit. D'autres perdent le goût des choses délicieuses, au point de ne plus apprécier un repas, ni savourer les aliments, car leur goût s'est corrompu et ils ont perdu toute sensation gustative. Certains, sentent leur peau plus rugueuse qu'elle ne l'est en réalité. D'autres, pensent que leur corps est fait de glaise, comme le croyait un potier, frappé par ce mal. D'autres, sont atteints dans leur jugement et leur imagination, tel celui qui évitait de marcher sous le ciel, de peur que celui-ci ne tombât sur lui et pensait qu'à force de soutenir le ciel, Dieu finira par se fatiguer et le lâcher sur la terre, et tout périra ». Les exemples de la sorte sont tellement variés, qu'à peine pourrait les inventorier l'observateur des troubles et le scrutateur des symptômes s'il venait à se détourner de l'objet de sa recherche. Toutefois, les mélancoliques ont un trait en commun : ils sont de toutes les créatures de Dieu celles qui réclament avec le plus d'insistance la présence du médecin, ils le supplient et lui prodiguent de l'argent. Mais s'il se présente à eux et accepte de les soigner, ils ne l'écoutent pas et ne suivent pas ses conseils. Cette attitude est spécifique aux mélancoliques et leur est indissociable. Tels sont, sur le plan psychique, les symptômes constamment retrouvés et communs à tous les malades. Sur le plan corporel, ils sont amaigris et perdent le sommeil. Voici donc, les signes généraux qui affectent de façon quasi permanente les mélancoliques, dans leur âme et dans leur corps. Parmi les signes particuliers, certains sont spécifiques à une forme donnée de mélancolie, d'autres affectent certains malades et pas d'autres. Les troubles qui se retrouvent dans la mélancolie d'origine essentiellement cérébrale, sont l'insomnie, le mal de tête, l'éclat marqué des yeux, un regard absent ou un clignotement des yeux et la sécheresse du nez. Certains mangent énormément, deviennent voraces et tourmentés par la nourriture. Quand ils s'arrêtent de manger, ne fût ce qu'un seul instant, ils ont l'impression d'en mourir. Ils endurent des souffrances insupportables, à cause de l'ardeur de la bile noire. D'autres, au contraire, perdent l'appétit et voient leur faim s'éteindre. Ils s'alimentent de moins en moins et finissent par avoir toute nourriture en aversion. S'ils mangent, ils ont mal, s'ils ne mangent pas, ils ont mal. Cette catégorie de mélancoliques est la plus atteinte car leur corps s'assèche, s'émacie, et dépérit rapidement. Rares sont ceux, qui parmi eux survivent à cela. Par contre, ceux qui s'alimentent sont en meilleur état, même si l'excès de nourriture leur est préjudiciable en augmentant les matières nocives, parce qu'ils nourrissent leur corps et le fortifient. Et s'il y a, à long terme, pléthore, elle pourra être éliminée naturellement ou purgée par les moyens de la médecine. Quant à la forme de mélancolie secondaire à la montée de l'atrabile du bas du corps vers le cerveau, elle se présente avec les mêmes symptômes que ceux de la mélancolie cérébrale, avec cette différence que les chagrins, la frayeur et la peur ainsi que les autres troubles mélancoliques s'accroissent graduellement, car la bile noire monte par intermittence au cerveau, au fur et à mesure qu'elle se forme dans le corps. Dans la forme hypocondriaque de la mélancolie, les symptômes énumérés plus haut sont présents et accentuent en eux la sensation de flatulence et de distension du ventre provoquée par l'accumulation de gaz d'origine atrabilaire. Leur abdomen peut se dilater et enfler comme s'il allait se fendre et éclater. Ils peuvent aussi ressentir des vertiges et une lourdeur de tête. Il en est aussi, qui rejettent une humeur acide provenant d'un

excès de bile noire déversé dans leur estomac. J'ai constaté que cela guérissait certains d'entre eux, en accélérant leur transit par une diminution de la sécheresse du ventre occasionnée par la flatulence sur le passage des matières, le long des intestins.

Certains mélancoliques sont accablés de tristesse et de langueur, ils recherchent la solitude, l'obscurité et fuient la compagnie du monde. D'autres, au contraire, aiment se délasser dans les grands espaces lointains et monter à cheval. Ils ont une prédilection pour les vergers et les jardins fleuris, et aiment écouter de la musique et converser avec les gens. Mais, s'ils s'isolent et restent seuls, ils croient frôler la mort et souffrent de troubles mélancoliques insupportables. Certains dorment beaucoup, d'autres pleurent trop et d'aucuns rient démesurément. Les manifestations de cette maladie répondent chacun, à une cause propre et surviennent le plus souvent séparément. Chez les mélancoliques dont la tristesse et l'abattement perdurent ainsi qu'une préférence pour la solitude, l'obscurité et l'isolement des gens ; la cause réside dans un dessèchement par les vapeurs de l'esprit animal et du cœur ; une crainte obsédante de la survenue du pire. Leur fantaisie, qui est la capacité d'imagination, est assombrie par une vapeur noire qui la plonge dans l'obscurité et les ténèbres au point de concevoir des malheurs et d'imaginer des catastrophes là où il n'y a rien qui puisse être appréhendé ou redouté. Quant à ceux qui aiment les grands espaces, la fréquentation des gens, les promenades et l'écoute des douces mélodies, leur état s'explique par une faible corruption de l'atrabile à l'origine de leur mal. Les vapeurs atteignent le cerveau et altèrent la raison plus qu'elles ne nuisent au cœur et ne le consomment. De ce fait, leur guérison est plus rapide et leur traitement plus facile. Quant à ceux qui dorment beaucoup, ils le doivent à la faiblesse de leur âme sensible qui est saisie et inondée par les vapeurs de l'atrabile. La bile noire entraîne chez les mélancoliques, soit un excès de sommeil, soit une insomnie, selon son action qui peut s'exercer d'une de deux manières : Si la bile noire se consume dans son essence, elle submerge le cerveau par son excès de vapeur, assoupit et endort. Si elle agit par son humeur, son action s'exerce selon son degré d'échauffement : lorsque son échauffement est complet et qu'elle se transforme en bile noire, véritable et naturelle, cette action se traduit par un assoupissement et un sommeil profond

Mais si son échauffement est incomplet, elle dessèche le cerveau, le darde et l'expose aux méfaits de son humeur et provoque la veille. Pour cette raison, son action peut aussi bien se manifester par le sommeil que par l'insomnie, dans le cas de la mélancolie comme en d'autres maladies. Ceux des mélancoliques qui pleurent beaucoup, ont un mélange de bile noire qui se consume mal et trop. S'ils pleurent, ils le font abondamment car la vapeur aiguillonne leur cerveau et le ronge et provoque en eux crainte et frayeur. Ceux qui rient beaucoup ont une bile noire peu avancée dans sa corruption, leur corps est vigoureux grâce à un sang pur, d'excellente complexion. Hippocrate, le maître de l'art médical affirmait dans ce sens dans les « Aphorismes », qu'une aliénation de l'esprit qui s'accompagne de hilarité est rassurante, car elle n'implique rien de particulièrement dangereux ; tandis que celle qui s'accompagne de gravité et de morosité est inquiétante, car elle est loin d'être bénigne. Les enfants, à cause de leur sang équilibré et clair, rient beaucoup durant leur sommeil. Leur âme se réjouit de ce qu'ils voient en rêve, en raison de la tempérance de leur corps puisque l'âme suit le corps dans sa complexion. De même, nous voyons les ivres rire énormément, l'âme en joie, grâce à l'équilibre induit dans la constitution de leur corps par l'humidité du vin. Ne voit-on pas aussi les malades de la rate accablés de tristesse et peu portés à rire, en raison de la

médiocrité de leur sang, de sa corruption et de son insuffisance dans leur corps. Il a été dit que le rire est nuisible à la rate, mais ceci n'est qu'illusion. L'auteur de cette allégation est Flavius d'Alexandrie, dans son commentaire du "Livre des aphorismes". Néanmoins, il a développé, pour étayer cela une théorie très judicieuse, fine et recherchée, selon laquelle la rate, en attirant la lie du sang, son rebut et toutes les impuretés de bile noire qui le chargent, purifie inévitablement l'essence du sang. Ainsi, le sang qui circule et irrigue tout le corps devient excellent, de composition équilibrée et de nature supérieure. Quand le sang atteint cet état, l'âme se détend et s'apaise, manifeste joie et gaieté et devient sensible aux causes qui provoquent le rire. Et puisque nous parlons du rire, donnons en, la définition et les caractéristiques. Nous disons que, par définition, le rire est la surprise de l'âme devant quelque chose dont la compréhension lui échappe. Quant à Flavius, il le définit ainsi : « Le rire naît d'une situation dont le verbe ne peut rendre compte ». Je trouve ma définition plus concrète et plus claire que la sienne. L'âme raisonnable est l'agent du rire. Son organe serait la rate, si l'on croit Flavius, ou le foie, si celui ci est bien le lieu où le sang est filtré et d'où sont renvoyés à leur emplacement, les déchets du sang, s'agissant de bile noire ou jaune. A moins que ça ne soit le coeur, l'organe du rire, puisque le sang provenant de lui est plus clair, plus délicat et de meilleure qualité que le sang parvenant du foie, il est également plus riche en esprit animal. En outre, le coeur est le siège de la chaleur naturelle, qui est à la fois l'essence et le lieu de l'esprit animal lui-même. Quant à la matière du rire et sa charge, c'est le sang clair, de composition équilibrée qui circule dans tout le corps. Le rire cesse lorsque l'âme est fixée sur sa signification, en découvrant le mobile qui l'a déclenché, que ce mobile soit comique ou sérieux. Revenons à notre propos et disons que le rire tend à disparaître chez les vieillards, car la tristesse, les pleurs, le chagrin, la démence et les causes de mélancolie sont tous présents en eux ; ceci à cause de la corruption de leur sang fin. Mais à vrai dire, tout leur sang, qu'il soit bon ou mauvais, est vicié et se fait rare. Le froid et la sécheresse frappent leurs organes par suite de la disparition de la chaleur naturelle et de l'humidité élémentaire dans leur corps. Les arguments que nous venons de présenter à propos du rire et des pleurs nous semblent bien suffisants. Parfois sur le corps des mélancoliques, j'entends les trois formes, apparaissent des tâches noires ou des petites pustules qui ont un effet favorable ; par contre l'apparition de gros ulcères, loin de les améliorer, peuvent les tuer ou alors ils peuvent finir par présenter un ramollissement d'origine hémiplegique, par suite du préjudice engendré par la bile noire dans leur cerveau et leurs organes. Et si nous n'avons pas observé cela, nous mêmes, nous avons par contre, vu des choses plus étonnantes encore : Mention du passage de la mélancolie à l'épilepsie :

C'est que nous avons observé certains mélancoliques devenir épileptiques ; et nous avons observé des épileptiques devenir des mélancoliques. Nous avons également vu, des lépreux devenir des mélancoliques. Aucun de ces derniers n'a recouvré la santé. D'ailleurs, nous avons lu dans le livre des Epidémies, que la transformation de la mélancolie en épilepsie résultait de la corruption par la bile noire, de la complexion de l'esprit vital qui siège dans le cerveau. L'obstruction des ventricules et des cavités de ce dernier, provoque alors l'épilepsie. Quand la mélancolie suit l'épilepsie, la cause réside dans l'altération de la constitution de l'esprit vital du fait de la bile noire qui obstrue les canaux du cerveau. Et puisque nous avons évoqué l'épilepsie, exposons sa définition et ses formes. Définition, signes et formes de l'épilepsie : L'épilepsie est une humidité obstruante qui bouche partiellement les ventricules du

cerveau, entravant toute action de l'âme jusqu'à la levée de l'obstacle, autrement dit jusqu'à ce que la nature absorbe cette substance oblitérante. C'est pour cela que les anciens appelaient ce mal, petite apoplexie, car l'apoplexie est l'obstruction complète du cerveau. Les symptômes qui accompagnent ou succèdent à l'épilepsie sont une abolition de la sensibilité, une suppression des mouvements volontaires, une perte de la raison et une atteinte des trois facultés maîtresses de celle ci. S'ajoute à cela une atteinte, pire encore que toutes les autres: la survenue du mal appelé "tâsis" qui est le raidissement du corps. Ce mal cause un tel dommage à la chair, qu'il en chasse rapidement l'esprit vital. Il s'ensuit également des secousses, un écoulement de sperme, une émission involontaire de selles et d'urine. Pour cette raison, les sottes gens dénomment ce mal "la maladie divine", à cause de la grave épreuve qu'elle représente et prétendent que lorsque Dieu béni et exalté soit il est en colère contre quelqu'une de Ses créatures, il l'accable de cette infirmité. Le petit peuple la désigne sous le nom de "mal mystérieux" en raison de son impénétrabilité et du mystère de ses causes et pense qu'elle est provoquée par les djinns. Quant aux médecins, ils l'appellent "grand mal", épilepsie ou encore folie.

La maladie se présente sous deux formes : l'une s'accompagne de fièvre et naît de la bile jaune ; son mécanisme est clair. L'autre forme survient selon une cadence précise en rapport avec la croissance et la décroissance de la lune. Elle même se subdivise en deux formes : La première naît de la bile noire, nous y avons déjà fait allusion dans notre description de la mélancolie qui se transforme en épilepsie et de l'épilepsie qui évolue vers la mélancolie. La seconde provient du flegme et c'est la présentation la plus fréquente de l'épilepsie. A son propos, Galien fait cette observation pertinente : « L'épilepsie survient lorsque le croissant lunaire se remplit et que la lune tend vers sa plénitude, est causée par une substance excessivement humide, car tout ce qui est humide augmente de volume avec la lune montante et croît avec sa croissance. ». Dans l'homme, les quatre humeurs augmentent, mais surtout le sang ; le cerveau aussi en raison de sa complexion humide, tous croissent avec la croissance de la lune. Par contre, l'épilepsie à la phase décroissante est imputable à une humeur froide et peu humide. Nous pensons avoir suffisamment discouru dans ce chapitre, nous allons le clore, ayant épuisé ce que nous voulions exposer au sujet de la mélancolie, de ses formes et de ses signes. Mettons donc fin à ce livre, pour aborder un autre essai où nous indiquerons les moyens de soigner ce mal, puisse Dieu nous aider dans nos efforts.

Forum Bipolaire Tunisien



Plus de site | Contact | Partenaires

Rechercher

Bienvenue sur le site du Forum Bipolaire Tunisien.

Les troubles bipolaires de l'humeur sont un des troubles mentaux les plus fréquents, puisque des études récentes estiment leur prévalence sur la vie à près de 4%. Ils sont également une des pathologies psychiatriques les plus graves du fait des nombreuses complications qui placent l'évolution spectrale de la maladie et notamment un risque suicidaire particulièrement élevé. L'OMS les situe au sixième rang des sources de handicap, toutes maladies confondues. Toutefois, les formidables avancées de la psychiatrie, au cours des dernières décennies ont considérablement fait progresser la compréhension et le traitement des troubles bipolaires. Aujourd'hui, tous les espoirs sont permis aux sujets qui en souffrent grâce à la disponibilité

Dr. OMRANI Adel

www.tunisianbipolar.org

محمد غربال... بصمات لاتمحي وإضافات علمية مميّزة

(كلمة وفاء في الذكرى السنوية الأولى لوفاة فقيه الطب النفسي التونسي)

سليم العنّابي*، أنور الجرايعة، عادل العمراني - الطب النفسي - تونس العاصمة، تونس

جمال التركي، فوزية الأشطر، وسيم السلامي - الطب النفسي - صفاقس، تونس

"يا أيها النفس مطمئنة إرجعي إلى مريدك مراضية مرضية فأدخلي في عبادي وأدخلي جنتي"

نيابة عن زملائي و بنفس خاشعة أستعرض معكم اليوم ذكرى رحيل عزيز علينا غيبه الموت، ولكنه ظل دوما حاضرا معنا بروحه الطاهرة، ترك الفقيه بصمات لا تمحي على الطب النفسي التونسي و المغاربي ، **إنّهُ الزميل الأغزر الأستاذ محمد غربال** عرفناه وفيّا لمن حضي بصداقته وطبيبا فاضلا لمن عاجه ، ومحلّا نفسانيّا قديرا لمن استلقى يوما على أريكته ورجل ثقافة ونقاش لكل من جادله و حاوره .

" (أقصى الجنوب التّونسي) .

" () "

(على وجه الخصوص)

Henry Colin و Vedrinng .

ليس من مات فاستراح ميت
إنما الميت ميت الأحياء

() 1940

1947 5

"يا كوكبا ما كان أقصر عمره
وكذا تكون كواكب الأسحار
استلّ من أقرانه وبذاته
كالقطة أسنلت من الأشفار
ليس الزمان وإن حرصت مسالما
خلق الزمان عداوة الأحرار"

- صدقة جارية
- أو ولد صالح
- أو علم ينتفع به

"الهيئة العلمية للمجلة
الإلكترونية لشبكة العلوم النفسية العربية"

APN.journal@arabpsynet.com

"الثقافة

النفسية المتخصصة"
خصوصيات المهاجر المغربي وصعوبات تجاوبه مع
الطرق المعهودة في معالجة أوجه الإدمان على
الكحوليات."

1981 " « les annales médico-chirurgicales »
المهاجرين هل هم عامل ارتباط أم قطيعة وشغب"
"الثقافة النفسية المتخصصة"
(2004) "أمراض المهاجرين."

مثّل Freud

Lacan

* تولّى إلقاء هذه الكلمة بمستشفى الرازي
الجامعي - تونس 16 جوان 2007

LE FORUM Bipolaire TUNISIEN

www.Tunisianbipolar.org

Les troubles bipolaires de l'humeur sont un des troubles mentaux les plus fréquents, puisque des études récentes estiment leur prévalence sur la vie à près voire plus de 6%. Ils sont également une des pathologies psychiatriques les plus graves du fait des nombreuses complications qui jalonnent l'évolution spontanée de la maladie et notamment un risque suicidaire particulièrement élevé. L'OMS les situe au sixième rang des sources de handicap, toutes maladies confondues. Toutefois, les formidables avancées de la psychiatrie, au cours des dernières décennies ont considérablement fait progresser la compréhension et le traitement des troubles bipolaires. Aujourd'hui, tous les espoirs sont permis aux sujets qui en souffrent grâce à la disponibilité d'une vaste gamme de thérapeutiques efficaces aussi spécifiques que diversifiées. Malheureusement, dans le monde entier, une majorité de patients bipolaires ne bénéficient guère de ces progrès et ce, pour deux raisons essentielles. La première est stigmatisation des troubles mentaux qui fait rempart à la recherche de soins désignant leur bénéficiaire à l'opprobre et à la discrimination. Mais les masques cliniques trompeurs de la pathologie contribuent également à barrer l'accès à une reconnaissance précoce du trouble et partant à un traitement adéquat. L'environnement socio-culturel participe grandement à multiplier les obstacles en nourrissant la stigmatisation et en imprimant sa marque particulière à l'expression et à l'évolution du trouble bipolaire. C'est pour relever le défi d'une pathologie curable mais dont ceux qui en pâissent échappent aux soins que nous avons créé le **Forum Bipolaire Tunisien**. Le nom même de cette association en recouvre toutes les aspirations : instaurer un dialogue entre tous ceux qui d'une manière ou d'une autre ont un lien avec le trouble bipolaire pour en éclairer les déterminants, les manifestations et surtout les horizons dans le contexte spécifique de notre pays. Notre porte est ouverte à tous ceux qui souhaitent œuvrer pour démasquer la bipolarité cachée aux fins de mieux l'intégrer dans son environnement et sa société. Cela implique tout à la fois des études scientifiques pour achever de dévoiler les mystères du trouble bipolaire que des actions de sensibilisation et d'information pour apporter le bénéfice des traitements dont nous disposons à tous les bipolaires qui ignorent encore que la guérison est à leur portée.

OBJECTIFS

1. Rassembler, partager et diffuser les données et les connaissances sur le trouble bipolaire (bases de données, bibliothèque, revues, Internet etc.).
2. Concevoir, encadrer voire conduire des enquêtes épidémiologiques et/ou cliniques sur le trouble bipolaire.
3. Etudier les spécificités ethniques et culturelles du trouble bipolaire.
4. Favoriser l'éducation sur la maladie bipolaire.
5. Participer à l'effort international de recherche sur le trouble bipolaire.

Pr Saïda DOUKI Président du FBT

تعليم تلقيني... وسلطات قامعة

(عن الحرية والإبداع والقهر الداخلي)

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

yehiarakhawy@yahoo.com – www.rakhawy.org

الطارئ الإشكالي الذي لحق بالإنسان الإنسان: هو أنه أصبح واعيا بذاته بشكل سمح له بأن يميز بين ما هو "ذات"، وما هو "لا- ذات". مع بزوغ الوعي بالذات (بتميز عمل النصفين الكرويين) ⁽¹⁾ أصبح الكائن البشري يمارس حياته فارقا بين ما هو "أنا" وما هو ليس "أنا"، ثم ينقسم إلى "ماليس أنا" إلى "موضوع بشري" (نسميه "الأخر" عادة)، ثم "الطبيعة" بامتداداتها التصعيدية المفتوحة.

هذه النقلة الرائعة هي في نفس الوقت محنة أصيلة، ذلك أنها قد هيأت لهذا الكائن الجديد مساحة غير مسبقة من الحركة المتنوعة التي عرفت في ظاهر السلوك باسم "الحرية". من فرط فرحته بها، وأيضا من فرط عماه عن حدودها وخداعها، راح يتغنى بما تصور أنها تعنيه حتى قدسها، وإذ تقدست أصبحت صنما في ذاتها لذاتها، فحرّم نفسه من حقيقة حركيتها، وتنويعات جدلها.

الحرية الحقيقية لا تتفق مع التقديس، حتى تقديس ذاتها، وإن كانت لا تنفي توليد مقدسات مرحلية لمسيرة الجدل، شريطة أن تكون قابلة للتطور، مفتوحة النهاية.

هذا الوهم الجميل المسمى "الحرية"، أوقع الإنسان في عدد من المضاعفات، بقدر ما أعطاه قدراً متزايداً من الفرص للتطور المسئول، الخطر في آن.

بائع إنسان العصر الحديث بوجه خاص في تقييم معنى وقدرات هذه النقلة النوعية حين أصبح هو الكائن الحى الواعى الذى "يستطيع"، أو الذى "يتصور أنه يستطيع". هو فعلا "يستطيع" بشكل ما. أليس هو الكائن الوحيد - في حدود ما نعرفه - الذى أصبح قادراً أن يقرر لنفسه بنفسه مسارا وتوجها واختيارا، بحيث أصبح عاملا فاعلا في تحديد كثير من تفاصيل سلوكه، بما يمتد إلى مصير نوعه؟

تجلى الانخداع بهذه النقلة النوعية (اكتساب الوعي بالذات، في مواجهة ما ليس ذاتا، واحتمال المشاركة في تقرير المصير/الحرية) في مجالات عدة وبآليات متطورة قادرة. إلا أن تلك الآليات، على حداتها، قد تمادت في غرورها حتى كادت تنحرف بمسار التطور إلى الهلاك. أهم تلك الآليات هو ما سمي "العقل" (وهو ليس إلا جزءاً حديثاً من تاريخنا الرائع) حيث راح يحتل التاريخ الحيوى بكل زخم عطائه وفخر نجاحاته إلى ما يدخل في اختصاصه تحديدا (اختصاص العقل كما صنفوه)، كما راح هذا العقل نفسه يحتل الغريزة الإيمانية (الحنين الفطري إلى العودة إلى رحم الكون الأعظم) إلى ما هو دين، وأيضا كاد يحتل زخم الحرية وهيراركية الوعي وتفرعاته إلى ما يسمى "الديمقراطية". وهكذا أصبحت المعارف حكرا على ما يقره العقل، كما أصبح تفسير الأديان بالعقل بديلا عن حركية الإيمان إبداعا.

وبعد

()
()
()
(2)

" "

...

الفرض

إبداع الطبيعة، وإبداع الإنسان

)

(

()

.()

حتى تتحقق العملية الإبداعية في رحاب الوعي والإرادة، ثمة شروط وفاعليات لا بد من تحققها بدرجة مناسبة، نورد أهمها كما يلي

- 1- مساحة كافية لاستيعاب حركية الوعي.
- 2- تنشيط لأكثر من مستوى من الوعي "معا".
- 3- القبول بدرجة من المخاطرة.
- 4- حركية مناسبة ذات توجه جدلي ضام.
- 5- قدرة على التناوب بين الكمون والبسط.

)

.(

: ()

- 1- أجندية كافية وقادرة (قدر كاف من الموضوعات، المعلومات، المعارف، الخبرات).
- 2- محيط من السماح ممتد من العملية الإبداعية حتى إعلان نتائجها.
- 3- أداة (أو أدوات) للأداء (التعبير/ التفعيل/ الإخراج، إلخ...).
- 4- فرص مناسبة لاستعمال هذه الأدوات، وفرص لإعلان نتائج استعمالها.
- 5- إمكانية توصيلها لأصحابها، وإمكانية الحوار حولها لمراجعتها (وخاصة بما يسمى "النقد").

()

: - -

)

-1

(

)

(

." "

()

)

(

" "

" "

" "

-2

() ()

شروط وفاعليات العملية الإبداعية، ونتجها

).

.(

()

)

(

()

)

()

(/)

•

•

()

أولاً: مساحة كافية لاستيعاب حركية الوعي

ثانيا: تنشيط لأكثر من مستوى من "الوعى" معا
()

|| ||

()

()

) .

.(

()

.()

()

()

)

.(

$$(\quad)$$

الرقيب هنا:

ثالثاً: القبول بدرجة من المخاطرة

الأول:

الثاني:

.(2)

الرقابة في هذا المستوى الداخلي أشد وأخطر

" " .

"(3).

" " .

رابعاً: حركية مناسبة ذات توجه جدلي ضام

" " " " () .

تجليات العملية الإبداعية:

() .

"كل إنسان هو مبدع بما هو إنسان، حتى لو لم ينتج
ناتجاً يسمى إبداعاً أصلاً".

" "

«()

.(" ")
(" ")

()

.()

" () :

.(

" "

خامساً: القدرة على التناوب بين الكمون والبسط

الخلاصة

()
 " " " "
 ()
 ()

موقع البروفيسور يحيى الرخاوي



www.rakhawy.org

مجلة الإنسان والتطور



www.arabpsynet.com/Journals/ME/index.me.htm

الأعمال المتكاملة: ترجمات يحيى الرخاوي

الناس والطريق - الموت والحنين - ذكر ما لا ينبغي
 أ. د. يحيى الرخاوي - مصر



Summary: www.arabpsynet.com/Books/Yahia.B1.1.htm

Recherche livres Arabpsynet

Livres Psy

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

Envoyer vos résumés des livres par BOOKS FORM

www.arabpsynet.com/book/booForm.htm

تأثير هدم البيوت على الصحة النفسية للأطفال الذكور والصلابة النفسية

دراسة عن ذكور أطفال غزة: (برنامج غزة للصحة النفسية)

د. عبد العزيز موسى ثابت - الطب النفسي - فلسطين

د. أحمد أبو طواحينه - أخصائي نفسي إكلينيكي - غزة، فلسطين

د. إيهاد السراج - الطب النفسي - غزة، فلسطين

abdelazizt@hotmail.com

الهدف: هدفت هذه الدراسة إلي بحث أنواع وشدة الخبرات الصادمة في لأطفال الذكور الذين فقدوا بيوتهم نتيجة للهدم، ومعرفة مدى انتشار كرب ما بعد الصدمة و علاقته بالصدمة، و معرفة الصلابة النفسية في الأطفال و علاقتها بالصدمة و كرب ما بعد الصدمة و المخاوف.

الطريقة: لقد استخدمت طريقة البحث الوصفي التحليلي و تم اختيار عينة مكونة من 45 طفل و مرافق من العائلات التي هدمت بيوتها في الفترة الأخيرة في منطقة رفح و بيت حانون، و تم تطبيق الاختبارات التالية: اختبار الخبرات الصادمة، مقياس كرب ما بعد الصدمة، مقياس المخاوف، مقياس الصلابة النفسية.

النتائج: بينت الدراسة أن متوسط التعرض للأحداث الصادمة عند الأطفال 9.4 حدث وباغراف معياري 3.1 ، وقد لوحظ أن أكثر أحداث تعرض له الأطفال هي مشاهدة مناظر وصور الجرحى والشهداء في التلفزيون وبنسبة 95.6% ، و أيضاً سماع للقصف المدفعي للمناطق المختلفة من قطاع غزة وبنسبة 95.6%. وفي هذه الدراسة تبين أن 60% من الأطفال تعرضوا لصدمة نفسية متوسطة، و 6.7% تعرضوا لصدمة نفسية بسيطة ، في حين 33.3% من الأطفال تعرضوا لصدمة نفسية شديدة .

أما بالنسبة لكرب ما بعد الصدمة فقد تبين أن 15.6% يعانون بدرجة خفيفة ، و 62.2% يعانون بدرجة متوسطة ، في حين 20% يعانون بدرجة شديدة .

و تبين أن متوسط الدرجات للمخاوف هو 9.0 ± 4.3 ، وتبين أن أكثر المخاوف شيوعاً هي الشعور بالخوف عندما تتكلم المعلمة بصوت عالي أو تزق لحد وبنسبة 66.7% ، يليه أنفزع وأصرخ لما أشوف وأسمع طيارة في الجو وبنسبة 64.4%.

و بالنسبة للصلابة النفسية فقد بلغ متوسط الصلابة النفسية 99.5 ± 8 ، وبلغ متوسط درجات بعد الالتزام 37.4 ± 4.3 ، في حين بلغ متوسط درجات بعد التحكم 28.4 ± 3.4 ، ومتوسط درجات بعد التحدي 33.7 ± 3.7 .

و تبين في الدراسة وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين تعرض الأطفال للأحداث الصادمة ودرجة الاضطرابات النفسية الناتجة ما بعد الصدمة ، و هذا يدل على انه كلما زاد تعرض الأطفال للخبرات الصادمة كلما أدى ذلك إلى زيادة درجات كرب ما بعد الصدمة. ولوحظ وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين درجات المخاوف ودرجة كرب ما بعد الصدمة. أما بالنسبة لدرجة الصلابة النفسية فقد لوحظ وجود علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين درجات الصلابة النفسية ودرجة كرب ما بعد الصدمة، و هذا يدل على انه كلما زاد درجات الصلابة النفسية عند الأطفال كلما أدى ذلك إلى نقصان درجات كرب ما بعد الصدمة

الخلاصة: تبين من هذه الدراسة أن لهدم البيوت تأثيراً مباشراً على تطور كرب ما بعد الصدمة و المخاوف لدي الأطفال و المراهقين و أن قدرة الأطفال على التكيف مع الخبرات الصادمة و التمتع بالصلابة النفسية يجعلهم أقل عرضة للإصابة بكرب ما بعد الصدمة، و عليه ننصح بإيجاد برامج تدخل تركز على تقوية المهارات الاجتماعية، والمشاركة في النشاطات اللامنهجية للأطفال لتقويتهم أما المشاكل اليومية الناتجة عن الصدمات النفسية.

2000-9-28

4785
23622
) 2006/10/31 2000/9/28
(<http://www.pnic.gov.ps/arabic>)

4 (Thabet et al, 2001)

91 (Thabet et al, 2002)

89

(P.C.H.R)

%24.7 %59.3

121 (Quota, 2003)

%54 16-6 27% 18 52%

Thabet et) %33.5 , %11

15 – 9 403 (al, 2004

52.6) (%23.9) (%)

(Thabet et al , 2000, 2002,

2004, 2006a)

مدينة رفح و مدينة بيت لاهيا

432 (El-Majdalawi, 2004)

%71.2

(Thabet et al 2007 in

434 Press) / 31 2000 / 29

: (7).

: 29 98 2004

(%93)

% 41 (91%)

2. : () 3. : ()	36.6% (Thabet et al, 2006a) 350 5.1 7.5 34% 39%
طريقة الدراسة	
45 2006 5 أدوات الدراسة مقياس الحالة الاجتماعية الاقتصادية Gaza Traumatic Event Checklist قائمة غزة للخبرات الصادمة (Thabet et al, 2007) 22 " 16-6" 11 () 10-6 () 5-0 : () مقياس ردود الفعل النفسية لدى الطفل على الخبرات الصادمة المعرب (بينوس, 1987) 20 "16-6" (American Psychiatric Association, 1994) "4-0" " 59-40" , " 39-25" , " 24-12" 60 47 () (1) (2) (3) : (1,4,7,10,13,16,19,22,25,28,31,34,37,40,43,46) , (2,5,8,11,14,17,20,23,26,29,32,35,38,41,44) (30,33,36,39,42,45,47 , 27 , 24 , 21 , 18 , 15 , 12 (3) (2) (1)	(Tedeschi & Kilmer, 2005) Brooks (2005) Smith (2006) " " " " " " Rutter (1983) " " Garnezy (1985) (1) (2 , (3 , (4 , :
أدوات الدراسة	
مقياس الحالة الاجتماعية الاقتصادية	
Gaza Traumatic Event Checklist قائمة غزة للخبرات الصادمة	
(Thabet et al, 2007)	
22	
" 16-6"	
11 () 10-6 () 5-0 :	
()	
مقياس ردود الفعل النفسية لدى الطفل على الخبرات الصادمة	
المعرب (بينوس, 1987)	
20	
"16-6"	
(American Psychiatric Association, 1994)	
"4-0"	
" 59-40" , " 39-25" , " 24-12"	
60	
47	
()	
(1) (2) (3) :	
(1,4,7,10,13,16,19,22,25,28,31,34,37,40,43,46)	
, (2,5,8,11,14,17,20,23,26,29,32,35,38,41,44)	
(30,33,36,39,42,45,47 , 27 , 24 , 21 , 18 , 15 , 12	
(3) (2) (1)	

34.0	18	موظف
15.1	8	أخرى
المستوى التعليمي للأمهات		
32.1	17	لم تتعلم
11.3	6	ابتدائي
18.9	10	إعدادي
28.3	15	ثانوي
5.7	3	دبلوم متوسط
3.8	2	جامعة

مدى تعرض الأطفال للخبرات الصادمة

9.4	3.1
95.6%	(
(	)
(	)
95.6%	95.6%
91.1%	(
91.1%	(
2.2%	(
2.2%	(

جدول (2) مدى تعرض الأطفال للأحداث الصادمة

الرقم	الحادث الصادم	العدد	النسبة المئوية %
6	مشاهدة مناظر و صور الجرحى و الشهداء في التلفزيون	43	95.6
8	سماعك للقصف المدفعي للمناطق المختلفة من قطاع غزة	43	95.6
9	مشاهدة آثار القصف المدفعي على القطاع	43	95.6
3	مشاهدة بيوت الجيران وهي تقصف، وتهدم ، وتدمر	41	91.1
5	مشاهدة قصف البيوت و الشوارع بالصواريخ من الطائرات	41	91.1
10	سماعك لأصوات الطائرات الحربية عند اختراقها حاجز الصوت	41	91.1
4	مشاهدة بيتك وهو يقصف، ويهدم، ويدمر	28	62.2
7	مشاهدة عمليات الاغتيالات للمقاومين بالطائرات	27	60.0
22	تعرض إغراضك الشخصية للتدمير والنهب من الجيش	22	48.9
16	تعرضك للحرمان من الماء والأكل والكهرباء أثناء الاجتياح	18	40.0
1	سماعك لاستشهاد صديق لك من الجيش	17	37.8
13	تعرضك لاحتجاز في البيت أثناء الاجتياح المتكرر	17	37.8
2	سماعك لاستشهاد أب أو أخ أو أخت أو قريب لك من الجيش	13	28.9

(7,11,16,21,23,25,28,32,35,36,37,38,42,46,47)

التحليل الإحصائي

SPSS for

windows/ver 11.5

(Linear regression analysis)

أولاً: وصف عينة الدراسة - البيانات الديمغرافية

45	66%	34%
1200	94.3%	5.7%
2500 – 1201	18.9%	28.3%
26.4%	13.2%	9.4%
50.9%	34.0%	15.1%
32.1%	100%	11.3%
18.9%	28.3%	3.8%

جدول رقم (1) البيانات الديمغرافية للأطفال في العينة (عدد=45)

المتغيرات الديمغرافية	العدد	النسبة المئوية %
مكان السكن		
مدينة	35	66.0
قرية	18	34.0
مستوى الدخل الشهري		
أقل من 1200 شيكل	50	94.3
1201-2500 شيكل	3	5.7
المستوى التعليمي للأب		
لم يتعلم	10	18.9
ابتدائي	2	3.8
إعدادي	15	28.3
ثانوي	14	26.4
دبلوم متوسط	7	13.2
جامعة	5	9.4
مهنة الأب		
عاطل عن العمل	27	50.9

42.2	35.6	22.2	هل ترجع إلى رأسك الأفكار عن الحدث رغم أنك لا تحب رجوعها .	4
33.3	26.7	40.0	هل تتناكب أحلام سعيدة أو سيئة تتعلق بالحدث أو أحلام أخرى .	5
33.3	42.2	24.4	هل هناك مواقف تحدث لك حالياً تجعلك تفكر بأن من المحتمل حدوث الحدث مرة أخرى .	6
33.3	44.4	22.2	هل تشعر بالسعادة لعمل أشياء كنت تحب فعلها قل تعرضك للحدث مثل اللعب مع الأصدقاء ، الرياضة ، والنشاطات المدرسية	7
28.9	33.3	37.8	هل تريد الابتعاد عن المواقف والأشخاص التي تذكرك بالذي حدث لك .	16
26.7	31.1	42.2	هل تشعر بالتوتر والانعراج عندما يذكرك شيء ما بالصدمة	17
15.6	24.4	60.0	هل تشعر بأنك خائف جداً ، متضايق أو تعيس لدرجة أنك لا ترغب في معرفة سبب شعورك .	9
15.6	24.4	60.0	منذ تعرضك للحدث ، هل تفعل أشياء توقفت عن عملها قلب ذلك الحين	18
11.1	48.9	40.0	هل تشعر بأنه من السهل أن تترك وتبأنك متهيج وعصبى أكثر من قبل فقدائك لوالدك .	11
8.9	22.2	68.9	هل الأفكار والمشاعر التي تذكرك فيما حدث تتداخل في طريق تذكرك للأشياء مثل الذي تتعلمه في المدرسة أو البيت	14
6.7	20.0	73.3	هل تشعر بالخوف والضييق والتعاسة لدرجة أنك لا تستطيع الكلام أو البكاء .	10
6.7	15.6	77.8	هل تشعر بالندم لأنك لم تعمل أشياء كنت ترغب في عملها أثناء الحدث (مثل مساعدة الآخرين) ، أو هل عملت أشياء تمنى بأنك لم تعملها بعد الصدمة (مثل تركك صديق بدون مساعدة) ،	13
6.7	15.6	77.8	هل تجد صعوبة في ابتعادك عن الأشياء الخطرة التي كنت تفعلها من قبل فقدائك لوالدك (العراك والمشاجرة ، العناد ، ركوب الدراجة في وسط الشارع ، التسلق على الأشجار ، التسلق على الجدران)	20
2.2	40.0	57.8	هل تشعر بوحدة في داخلك ، أو بوحدة مع مشاعرك (الناس) حواليك لا يفهمون شعورك للحدث الذي مررت به	8
2.2	6.7	91.1	منذ تعرضك للصدمة ، هل تشكو من آلام في المعدة ، وصداع	19

الاضطراب النفسي الناتج ما بعد كرب الصدمة النفسية (كرب ما بعد الصدمة).
(20)

0 و 4 (0) ، (1) ، (2) ، (3) (4)

.(

9.5 ± 33.2 . (%2.2)

(%15.6)

(%20)

(%62.2)

(5)

17.8	8	منعك من استخدام الحمام و الخروج من غرف الحجز أثناء الاجتياح	15
11.1	5	تعرضك للضرب والإهانة أثناء الاجتياح	14
8.9	4	تعرضك لإطلاق النار بقصد التخويف	20
6.7	3	تهديدك بالسلاح و القتل أثناء الاجتياح	18
6.7	3	استخدامك كدرع بشري للقبض على جار لك	19
6.7	3	تهديدك بقتل أحد أفراد الأسرة أثناء الاجتياح	21
2.2	1	تعرضك للإصابة الجسدية نتيجة لقصف منزلك	12
2.2	1	تعرضك للتهديد بالتليفون لقصف بيتك وهدمه	17

شدة تعرض الأطفال من الخبرات الصادمة
%60

%33.3

%6.7

:

جدول (3)
درجة تعرض الأطفال من الخبرات الصادمة

الصدمة النفسية	العدد	النسبة %
بسيطة	3	6.7
متوسطة	27	60.0
شديدة	15	33.3
المجموع	45	100.0

مدى معاناة الأطفال من أعراض كرب ما بعد الصدمة

80.0% ()
()
, 57.8% ()
, 2.2% ()
, 2.2% ()
,
:

جدول 4: أعراض كرب ما بعد الصدمة

الرقم	الحدث	قليل/ نادراً	أحياناً %	معظم الوقت/ دائماً
1	هل (الحدث) شيء يضايق ويقلق كثيراً معظم الذين هم في سنك	11.1	8.9	80.0
15	هل لديك القدرة على الانتباه (التركيز) مثلما كان لديك قبل الحدث.	4.4	37.8	57.8
12	هل تنام جيداً	28.9	15.6	55.6
2	هل تخاف / تصاب بالهلع أو تتضايق عندما تفكر فيما حدث لك	31.1	15.6	53.3
3	هل يدور في رأسك ما حدث	17.8	40.0	42.2

5	أصرخ بشدة لما أشوف أي حيوان	7	15.6
10	أخاف من وجود ضيوف غريباء عندنا	7	15.6
19	أخاف من القطط والكلاب والفئران علشان على جسمها شعر	7	15.6
1	أخاف أتكلم قدام أحد	6	13.3
15	أخاف وأرتعش لما أركب سيارة	6	13.3
16	أخاف أحسن أموت لما أكون تعبان أوسخن	6	13.3
23	يمفر وجهي و اصرخ لما أكون في حارة ضيقة أو مكان زحمة	6	13.3

الصلابة النفسية لدى الأطفال

47

()

،4.3 ± 37.4

.3.7 ± 33.7

3.4 ± 28.4

جدول (7) : المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لأبعاد الصلابة النفسية لدى الأطفال

أبعاد الصلابة النفسية	المتوسط	الانحراف المعياري
الالتزام	37.4	4.2
التحكم	28.4	3.4
التحدي	33.7	3.7
الدرجة الكلية	99.5	8.0

فرضيات الدراسة

الفرض الأول : يوجد تأثير دال إحصائي للمتغيرات المستقلة التالية (الخبرات الصادمة ، المخاوف ، الصلابة النفسية) للأطفال في العينة على المتغير التابع (الاضطراب النفسي الناتج ما بعد الصدمة)

)

(

:

جدول (8) : نتائج تحليل الانحدار الخطي المتعدد بين درجات الاضطرابات النفسية الناتجة ما بعد الصدمة والمتغيرات المستقلة التالية (الأحداث الصادمة ، المخاوف ، الصلابة النفسية)

المتغيرات المستقلة	Beta	R	t
الأحداث الصادمة	0.36	0.29*	2.6**
المخاوف	0.35	0.43**	2.7**
الصلابة النفسية	-0.30	-0.29 *	-2.2*
R ²	0.34		
F-test (3,41)	7.0**		

** p<0.01

*p<0.05

n.s p>0.05

(F=7.0,P<0.00

" "

(8)

)

جدول (5) :مدى انتشار كرب ما بعد الصدمة لدى الأطفال

الاضطراب النفسي	التكرار	النسبة %
لا يعاني على الإطلاق (0-12)	1	2.2
اضطراب خفيف (13-24)	7	15.6
اضطراب متوسط (25-39)	28	62.2
اضطراب شديد و شديد جدا (40 فما فوق) كرب ما بعد الصدمة	9	20.0
المجموع	45	100.0

مقياس المخاوف لدى الأطفال

:0

:1)

26

(

، 4.3 ± 9.0

%66.7

%62.2

%64.4

%62.2

:

جدول (6) :أنواع المخاوف

الرقم	الفقرة	العدد	النسبة %
9	أشعر بالخوف لما المعلمة تتكلم بصوت عالي أو تزقق لحد	30	66.7
26	أنفزع واصرخ لما أشوف واسع طيارة في الجو	29	64.4
7	أكره الذهاب للحضانة (للمدرسة)	28	62.2
21	دائماً أبي وأمي يقولوا لي خلي بالك من كل الناس	28	62.2
12	أضايق لما أبي وأمي يخرجوا من البيت ويتكروني	27	60.0
25	أزعل وأتفرز كثير	27	60.0
2	أتعب بسرعة لما أجري بعيد عن البيت	23	51.1
11	يصفر وجهي لو أنظف النور فجأة	20	44.4
13	أزعل كثيراً لما أذهب للفراش عشان أنام بالليل	20	44.4
24	أغض عيني وأخي وجهي (وشي) لما أكون في حديقة وأشوف فراشة أو نحلة بتطير	20	44.4
14	أغضب بسرعة من أصحابي	18	40.0
3	أحس بوجع (صداع) في دماغي كثير	17	37.8
6	أرتعش لو مشيت لوحدي في الشارع	16	35.6
20	لما أدخل دورة المية أترك الباب مفتوح و النور مولى حتى النهار	12	26.7
8	أسنانني تخبط لما المعلمة تطلعي أكتب على السبورة	10	22.2
17	أخاف من ناس أو حاجات أنا عارف أنهم ما بيعملوش حاجة عاطلة في حد	10	22.2
22	أحس بدوخة لما أطلع في مكان علي	10	22.2
18	وجهي يصفر وأرتعش لما أشوف المصطور يجري أمامي	9	20.0
4	أبكي كثير عند كتابة الواجب في البيت	8	17.8

()
الفرض الثالث : توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجات المخاوف وأبعاد مقياس الصلابة النفسية (الالتزام ، التحكم ، التحدي)

()
جدول (10) : معاملات الارتباط بين المخاوف وأبعاد الصلابة النفسية

المتغيرات	معامل ارتباط بيرسون	مستوى الدلالة
الالتزام	-0.046	76//0.
التحكم	0.062-	//0.68
التحدي	-0.26	80.0//
الصلابة النفسية	-0.17	0.25//

** p<0.01 *p<0.05 // p>0.05

المناقشة

الفرض الثاني : توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجات الاضطراب النفسي الناتج ما بعد كرب الصدمة وأبعاد مقياس الصلابة النفسية (الالتزام ، التحكم ، التحدي) .

جدول (9) : معاملات الارتباط بين الاضطراب النفسي الناتج ما بعد كرب الصدمة وأبعاد الصلابة النفسية

(2007, 2006, 2004).

9.4

(2007, 2002, 2000 ,)

(2007 ,)

()
%34.0
%34
0.34
%66
%66.0
(8)
(r = 0.29,P-value<0.05)
(Beta=0.36, t=2.6 , P<0.05)
(r = 0.43,P-value<0.01)
(Beta=0.35, t=2.7
,P<0.01)
(r = -0.29,P-value<0.05)

(Beta=-0.30, t=2.2 ,P<0.05)

الفرض الثاني : توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجات الاضطراب النفسي الناتج ما بعد كرب الصدمة وأبعاد مقياس الصلابة النفسية (الالتزام ، التحكم ، التحدي) .

المتغيرات	معامل ارتباط بيرسون	مستوى الدلالة
الالتزام	-0.18	//0.21
التحكم	0.02	//0.85
التحدي	-0.36	**0.01
الصلابة النفسية	-0.29	*0.03

** p<0.01 *p<0.05 // p>0.05

(r = -0.29,P-value=0.03)

(r = -0.36,P-value=0.01)

(Thabet et al, 2004)	97	(2007)	9.5 ± 33.2	(%20)	405	196	209	% 19.5
----------------------	----	--------	------------	-------	-----	-----	-----	--------

(Thabet et al, 2007 in press)

(Khamis, 2005)

12-6

1000

%34.1

424

16-8

Thabet et al,)

350

(2006a

شكر و تقدير: نتقدم بجزيل الشكر للأخوة الذين كانت لهم اسهامات متميزة في هذه الدراسة و خاصة الأخ خليل مقداد الذي قام بعمل التحليل الاحصائي للدراسة والأخوة الذين قاموا بجمع البيانات و ادخالها في قسم الأبحاث.

References

■ الصدمات النفسية للاحتلال و أثرها على الحزن و كرب ما بعد الصدمة لدى الأطفال في قطاع غزة, ناضل شعث, عبد العزيز ثابت, مجلة شبكة العلوم النفسية العربية. ص 24-38 : العدد 13-شتاء 2007.

■ Brooks, R. B. (2005). The power of parenting. In R. B. Brooks&S. Goldstein (Eds.), Handbook of resilience in children (pp. 297-314). New York: Kluwer Academic/Plenum

■ 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.

■ Garmezy, N. (1985). Stress-resistant children, the research for protective factors. In recent research developmental psychopathology. Stevenson, JE (Eds.). Journal of Child Psychology and Psychiatry. Book supplement No. 4. Oxford: England, Pergamon Press. pp 213-233.

■ Hubbard, J., Realmuto, G.M., Northwood, A.K. & Masten, A.S. (1995).

■ Comorbidity of psychiatric diagnosis with post traumatic stress disorder in

■ survivors of childhood trauma. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34, 1167-173.

■ Hung, C.Y., & Menke, E.M. (2001). School-age homeless sheltered children's stressors and coping behaviors. Journal of Pediatric Nursing, 16, 102-109.

■ Kamis V. (2005). Post-traumatic stress disorder among school age Palestinian children. *Child Abuse Neglect*, 29, 81-95.

()

)

(2007

(2001 ,)

(Hubard , 1995)
(40)

(Punamaki et al, 2001)

86

/

Health Journal, 7, 314-321.

- Thabet, A., Abed, Y., & Vostanis, P. (2002). Emotional problem in Palestinian children living in war zone. The Lancet, 359, 1801- 1804.
- Thabet AA, Abed Y & Vostanis P (2004) Comorbidity of post-traumatic stress disorder and depression among refugee children during war conflict. Journal of Child Psychology and Psychiatry 45, 533-542
- Thabet, A. A., Abdulla, T., El Helou, M., & Vostanis, P. (2006). Effect of trauma on children mental health in the Gaza Strip and West Bank (Chapter in a Book, (Eds) GREENBAUM, C. W., VEERMAN, P., BACON-SHNOOR, N (2006). Protection of Children During Armed Political Conflict .A Multidisciplinary Perspective.
- Thabet, A. A., Abu Nada, Ibrahim., &Vostanis, P . (2007, In Press).The impact of parenting support on post traumatic stress disorder among Palestinian children living in Gaza Strip. International Journal of Social Psychiatry.
- Thabet, A. A., Abdulla, T., Nick Taub & Vostanis, P. (2007 In press). Coping strategies of children and adolescents exposed to war conflict (International Journal of Psychology).

- Pynoos R, Frederick C, Nader K. (1987). Life threat and posttraumatic stress in school-age children. Arch Gen Psychiatry, 44, 1057-1063.
- Punamaki, R., Qouta, S., & El-Sarraj. (2001). Resiliency factors predicting psychological adjustment after political violence among Palestinian children.
- International Journal of Behavioral Development , 25 (3), 256-267.
- Rutter, M. (1973). Why are London children so disturbed? Proceedings of the Royal Society of Medicine, 66, 1221-1229.
- Smith, E. J. (2006). The strength-based counseling model. The Counseling Psychologist, 34, 13-79.
- Tedeschi, R. G., & Kilmer, R. P. (2005). Assessing strengths, resilience, and growth to guide clinical interventions. Professional Psychology: Research and Practice, 36, 230-237.
- 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.A., Abed, Y. & Vostanis, P. (2001). The effect of trauma on Palestinian children and mothers mental health in the Gaza Strip. Eastern Mediterranean Public

ARABPSYNET PSYCHIATRISTS SEARCH



www.arabpsynet.com/CV/default.asp

ARABPSYNET PSYCHOLOGISTS SEARCH



www.arabpsynet.com/CV/defaultPsychologists.asp

تمنئة بالسنة الهجرية 1428

()

()

الجسدنة: معاناة النفس بلغة الجسد !

د. رمضان زعطوط - الطب النفسي ورقلة ؛ الجزائر

أ.د. عبد الكريم قريشي - جامعة ورقلة ؛ الجزائر

z.ramdan@gmail.com

ملخص: يلجأ المريض العربي إلى قاموسه الجسدي بوعي أو دون وعي ليقتبس منه الأعراض التي يعبر بها عن معاناته الجسدية والنفسية، ونتيجة للتشهير الانفعالي الكاتم عبر المراحل الأولى للنمو الحسي والحركي والعاطفي وتحت ضغوط البيئة الواصفة لكل ماهو عقلي أو نفساني وبتحريض من المرغوبية الاجتماعية، ترسخ الجسدنة كعنصر ركائزي في سلوك المريض، ومع أن تراثنا حافل بالدراسات والإشارات إلى دور الجسد في الاضطرابات النفسية والروحية وكذا ملاحظات الأطباء اليومية في العيادة العربية إلا أن مفهوم الجسدنة مازال لم يأخذ حظه من البحث في نظرنا لدى الأطباء والنفسانين خاصة وأن الاكتئاب المقنع بالجسدنة يحتاج إلى تأهيل طبي نفسي للتحقق من التشخيص الفارق لدى الجسدنيين. لذلك أردت في هذه المساهمة إلقاء ضوء على مفهوم الجسدنة كتحريض على البحث في حدود النفس والجسد .

كلمات مفتاحية: الجسدنة، التعريف، التصنيف، التشخيص

مقدمة :

-3

-4

1. تعريف الجسدنة

"	Stekel	:	Damasio
	Kleinman (2001 Sayar)		reason and human brain Descartes'error emotion
	idiom of distress		
"	(1999)	4000	wandering woms
	"	(1893)	
	Stekel	1943	Somatization
		1980	
	somatization		somatoform في DSMIV ولم
	somatoform		
			(bio psycho sociale)
20	%0.5		
	(2001)		(1993.Besançon)

2. التصنيف والتشخيص

(DSMIV و ICD10)

somatic

(1988)Lipowski

-1

-2

psychologizers "	"	somatization disorder	DSMIV
:	:	somatoform disorder	
- 1	(DSMIV و ICD10)		
-2			
-3	Kroenke		
-		DSMIII	somatoform
-			DSMIV 1980
-			A-
-			B-
-			(أ) أربعة أعراض ألمية:
-			(ب) عرضان هضميان:
-			(ج) عرض جنسي:
-			(د) عرض عصبي كاذب
-			C-
-			D-
-			Ali Ryder
-			(2002) Goldberg و Bridges
-			(
-			" Persistent Somatizers "
-			(
-			facultative somatizers
-			(

أعراض جسدية بدون أسباب عضوية

زيادة نشاط الجهاز العصبي الإرادي تعرق ارتعاش خفقان	قلق عام
شلل حسيحركي دون أسباب عضوية	اضطراب تحولي
المزاج الحزين انخفاض التركيز فقدان الرغبة الأرق	الاكتئاب
شكاوى جسدية في أماكن متعددة دون سبب	الجسنة
شكاوى متعددة مع توهم الإصابة بمرض خطير	المراق
شكاوى جسدية غريبة تُعزى إلى عوامل غير طبيعية وغير مقبولة في الوسط الثقافي للمريض	الزور

الشكل: 1. التشخيص التفريقي للجسنة

- . (1977) Kleinman Mind Body Problem
- " (1990) Keller
- :"
- 1
- . (1999) Kirmayer
- 2
- (1995) Young
- (1984) Taylor
- . (2002) (ا)
- 3 Ticket of admission
- . (1999) Stuart
- 4
4. وسائل قياس الجسدية:
- . (1992) Kirmayer
- 5
- biopsychosocial
- MMPI
- . Susan Mc Daniel
- Engle
- حسب (2000) Vincenzo
- Prime-MD
- 1
- 26
- 2
- Whiteley
- Pilowsky
- 14 (/)
- 10
- 3
- 9
- 4
- Whiteley
- 6
- attachment theory
- Bowlby
- 27
- 5
5. النظريات المفسرة للجسدية:
- :-
- :- (
- feed
- back
- cross cultural psychology
- :- (
- ()
- dissociative experiences :
- :- (

morbidity in primary health Care in Oman. Medical Science. 2: 105-110.

8-Bach M. et al (1996), " Independancy of alexithymia and Somatization, a factor analytic study", psychosomatics 37(5): 451-458.

9-. Bach M., et Bach D. (1995), Predictive value of alexithymia :a prospective study in Somatizing patients, psychother. Psychosom, 64(1):43-48

10- Bridges K, et Goldberg D. P. (1985), Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care. Journal of psychosomatic research 29,

11- David K. et al (1999), Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care. BMJ., 318: 436-40.

12- David S. S. et al (2000), Somatizing patients Par I. Practical diagnosis. Am. Fam. Physician ; 61: 1073-1078.

13- Escobar J. I. Et al. (1998). Abridged somatization a study in primary care Psychosomatic Medecine. 60(4) .466-472.

14- Escobar JI. Et al. (1989), somatic symptom index (SSI) : a new a bridged somatization construct prevalence and epidemiological correlates in two large community samples Psychosomatic Medecine; 177(3) :140-146

15- Kemal S. et Ismail AK (2001), the predictors of Somatization: A Review. Bulletin of Clinical psychopharmacology. 11(4): 266-271.

16- Kolka A. M. et al (2002), predicting medically unexplained physical symptoms and health care utilization, a symptom perception approach. Journal of psychosomatic research, 52: 35-44.

17- Lipowski Zj; (1988), somatization : the concept and its clinical application. Am. J. psychiatry :145(11) :1358-68

18- Emmanuelle J.W [2000]. Patients souffrant de troubles somatoformes : evaluation d'une prise en charge intégrée médico-psychiatrique et revue de littérature. Thèse de Doctorat en médecine, Faculté de Medecine ,Th. n° Méd . 10253. Université de Genève, Suisse.

19- Ryder A. G. et al (2002), Somatization as psychologization of emotional distress : a paradigmatic exemple of cultural psychopathology retrieved March 15,2003, From [http:// www.ac.ww.edu/ culture/index-cc.htm](http://www.ac.ww.edu/culture/index-cc.htm).

. (2000· David) le déjà vu

Taylor

Psychosomatic Medecine and "

Taylor

" Contemporary psychoanalysis
Self Regulation System

. Ego Integrity

.(1987Taylor)

المراجع:

- 1- عبد الفتاح محمد دويدار في الطب النفسي وعلم النفس المرضي الإكلينيكي، بيروت ، دار النهضة العربية 1994 .
- 2- فيصل محمد خير الزراد ، الأمراض النفسية - جسدية ، بيروت ، دارالنفائس 2000
- 3- منظمة الصحة العالمية، المرشد في الطب النفسي، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط 1999
- فائق توفيق شعبان ، محمد صالح فالخ ، هشام أحمد فرغل ، " الاضطرابات النفسية لدى المرض 4
- مراجعي عيادة الطب العام " ، الثقافة النفسية المتخصصة ، العدد 31 ، المجلد 8 ، 1997 ، 23-29
- 5- محمد فخر الإسلام ، " لحة عبر حضارية عن الاضطرابات النفسية في الوطن العربي " ، الثقافة النفسية العدد 16 ، المجلد 4 ، 1993 ، 80-82 .
- 6- الحسين عكي، " تمثلات الجسد في علاقته بالمرض في المغرب العربي" ، رسالة دكتوراه علم النفس ، ملخص الرسالة بترجمة محمد أسليم ، جامعة لويس باستور ستراسبورغ ، فرنسا 1993 .
- 7-Al-Lawati J et al (2000),psychological

تمنئة بعيد الفطر المبارك 1428

وكل عام وأنتم/نحن/هم بخير...

عن أسرة شبكة العلوم النفسية العربية

العوامل النفسية في مرض السرطان

أ.د. بشير معمرية - علم النفس جامعة الحاج لخضر - باتنة الجزائر

Maamria03@yahoo.fr - bashir_psy@hotmail.com

قال الحكماء: " أربعة تهدم البدن : الهم والحزن والجوع والسرور ".
وقال وليام شكسبير: " إن الأحران التي لا تجد لها منفذا في الدموع تجعل الأحشاء تبكي ".

مقدمة : يهتم الأطباء والسيكولوجيون بالعوامل النفسية في الأمراض المزمنة , حتى أصبحت الحاجة ملحة إلى المعارف النفسية لتساعد في الوقاية منها وعلاجها وإعادة تأهيل المرضى. وأصبح من الأهمية التعرف على الآثار النفسية التي بدا لها السيادة الآن على الساحة الطبية. (جبر محمد جبر , 2004 , 11) .

ومن المسلم به حاليا أن كثيرا من الأمراض الجسمية لها أسباب نفسية. وتشير الدراسات الطبية إلى تأثير الانفعالات وعدم توافق الشخصية على حدوث الاختلال الوظيفي أو المرض الجسدي. وأن الاضطرابات الانفعالية يمكن جدا أن تكون سببا في ظهور بداية المرض وفي استمراره. مما جعل الأطباء ينشغلون بمشكلات المريض في الحياة بطريقة منظمة وباستجاباته الانفعالية تماما مثل انشغالهم بعلاج الأعراض الجسمية. وصار كثير من الأطباء يهتمون بأهمية بناء شخصية المريض ودفاعاته , ويولون أهمية بالغة للمشكلات والضغوط الانفعالية لمريضهم. (حسن مصطفى عبد المعطي , 1989 , 29) .

ونتيجة لتأكيد تدخل الضغوط النفسية الاجتماعية في جميع الأمراض الجسمية , توقع الأطباء أنه عندما يتقدم الطب البشري تقدما عاليا , فلا يبقى من التخصصات الطبية الحالية إلا الجراحة والطب النفسي. ويشير هذا الأمر إلى التأثير القوي الذي تحدثه الضغوط النفسية , الانفعالات اللاسوية خاصة , في إصابة الإنسان بالأمراض الجسمية سواء كأعراض بسيطة أو كأمراض خطيرة تؤدي به إلى الهلاك. وبالتالي فإن الضغوط النفسية الاجتماعية , يمكن أن تسهم في الإصابة بالمرض وفي استمراره , كما يمكن أن تكون عاملا فعالا في الوقاية منه والشفاء منه كذلك.

وتبين العلاقة بين الانفعالات اللاسوية (الحالات النفسية) والإصابة بالمرض الجسدي , العلاقة بين النفس والبدن التي تمت الإشارة إليها منذ الزمن القديم. أين لاحظ المهتمون بصحة الإنسان العلاقة بين الحالات الانفعالية للإنسان وقابليته للإصابة بالأمراض الجسمية. ونذكر هنا الطبيب اليوناني جالينوس Galen الذي أشار عام 200 ق.م , إلى أن احتمال إصابة المرأة الكئيبة بسرطان الصدر , يفوق احتمال إصابة المرأة المتفائلة بالمرض نفسه. (ناصر إبراهيم الحارث , 1993 , 336) . ويذكر ابن عيسى الجوسي (994 م) في كتابه " كامل الصناعة الطبية " أن الأمراض النفسية كالغم والغضب والهم والحسد , تغير مزاج البدن وتؤدي إلى إهلاكه . واستطاع هيبوقراط Hippocrats شفاء برديكاس ملك مقدونيا من مرضه الجسدي عندما قام بتحليل أحلامه . وعالج ابن سينا مرض الروماتزم بإثارة انفعال الخجل لدى مريضته الذي أنتج لديها وهجا من الحرارة فووقت معتدلة كاملة الشفاء .

(محمود السيد أبو النيل , 1997 , 6 - 7) .

وسجلت الأوساط الطبية كثيرا من الإحصاءات تشير إلى وجود ارتباطات بين الأوضاع الكارثية كالحروب والإصابات المرضية لدى المتعرضين للكوارث. حتى أن بعض الدراسات أشارت إلى اختلاف نوعية الإصابة المرضية باختلاف نوع الكارثة أو الضغط باختلاف الشعوب والعصور. فالارتجاج الهستيري كاد أن يكون عاما لدى الجنود الألمان في الحرب العالمية الأولى. والقرحة كانت المرض المشترك بين الجنود الألمان وجنود الحلفاء في الحرب العالمية الثانية. أما حرب الفيتنام فقد كان مرض الجنود الأمريكيين فيها هو مرض الشرايين (انسداد وارتفاع الضغط) . وظهور المرض لا يقتصر على الكوارث العامة , بل يظهر أيضا على صعيد الكوارث الشخصية مثل التمرل أو فقدان عزيز أو خسارة مالية أو اغتراف الأبناء أو سوء التوافق الزوجي أو سوء التوافق المهني... وغيره. وكان من الطبيعي ألا يكتفي الباحثون بتسجيل الأرقام الدالة على زيادة الإصابات المرضية إبان الكوارث والضغوط النفسية الاجتماعية , بل تخطوا ذلك إلى القيام بالتحليل والتفسير , وطرحوا السؤال التالي : لماذا تقتزن الكوارث بهذه الزيادات المرضية ؟ ومن بين الإجابات التي تم تقديمها لهذا السؤال , الفرضية التي مفادها أن هناك علاقة بين الضغوط النفسية التي تسببها الكوارث وظهور الأمراض الجسمية. (إليزابيت موسون , 1991 , 59 - 60) .

كما بينت دراسات أخرى أن هناك عوامل نفسية لها دور فعال في تحمل ومقاومة الآثار السلبية الناتجة عن الأمراض والاضطرابات العضوية منها تقدير الذات Self esteem وهي أحد مكونات الصحة النفسية , والشعور بالوجود الأفضل Well being أحد أساليب المواءمة. وبناء نموذج وظيفي موسع لمواجهة الانفعالات السلبية. فالخبرة الذاتية الإيجابية تؤدي إلى تحسن جودة الحياة , وتجعل للحياة قيمة وتحول دون الأعراض المرضية. وتنمي المرونة في التفكير وحل المشكلات وتقدير الذات, وتخفف آثار الضغوط الناتجة عن الاضطرابات العضوية والنفسية. ولها أهمية في علاج السرطان, وتجعل المريض واعياً بهما , وتؤدي إلى تقدم فعاليته والتحكم في المرض. لذلك تستخدم بنجاح واسع في مجوهر السرطان. وأكث البحوث على أهمية الحالة النفسية والإرادة القوية في تدعيم المريض والشفاء من المرض. فالانفعالات الإيجابية والإرادة القوية تدعم مقاومة المريض للمرض وتساعد على الشفاء , حيث تتأثر مادة هرمونية تسمى Thyrosoms تسير في الدم وتنشط قوى المناعة. كما أن الانفعالات السلبية تؤدي إلى ارتفاع خلايا ت الكابحة T - Suppressor فتضعف المناعة وينمو السرطان. (في : جبر محمد جبر , 2004 , 11 - 12)

أهمية البحث

مشكلة الدراسة

1 - الضغوط النفسية

1.1 - تعريف الضغوط

Destresse

Distress

Stress

: Stressors - 1

: Stress - 2

: Strain - 3

-1

- 2

- 3

- 4

- 2

: Alarm

المرحلة الأولى :

: Resistance

المرحلة الثانية :

Exhaustion

المرحلة الثالثة :

.(691 - 690 , 1990 ,).

11.

.(290 ,1994 ,) .

.(76 ,1998 ,).

الاتجاه الأول :

الاتجاه الثاني :

الاتجاه الثالث :

.(7 , 1994 ,

2.1 - مصائد الضغط

- 1

1991 - 1981

1053

39.23

0.001 0.05

1995

() .
L. Batrop & al
(2001)
.T. Cells
(43 ,2004)
الشخصية ومرض السرطان
Lachman 1972
Secondary Psychosomatic Disorders
(Dobson & Kendall 1993 :)
Temoshock & al 1985
1982
(14 ,1997 ,)
(245 ,1986 ,)
(227 ,1993 ,)
المشكلة ومرض السرطان
(16 ,1997 ,)
(140 ,1995 ,)
% 60
(14 ,1997 ,)
(33 ,2004 , :)
(12 ,1997 ,)
(14 ,1997 ,)
1962 100
(229 ,1994 ,)
(142 ,1995 ,)
250 Leshan 1959
30
34.10
(219 ,2000 , :)

6 - العلاج النفسي لمرضى السرطان

- 155).
 195
 64 - 12
 41
 215, 2000
 150 (2003)
 13, 2004
 43, 2004
 C. 1978
 Simonton, S. Simonton & Crieghton
 1
 2
 3
 4
 220, 2000
 H. J. Eysenck 1996
 ,Personality and Cancer
 Causal
 Correlational
 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 220, 2000
- أ - التصور الذهني
- ب - التوكيدية

ج - إعادة البناء المعرفي

- 1 - : .
- 2 - : ,
- 3 - : .
- 4 - : .
- د - العمل
- 1 - () .
- 2 - .
- 3 - .
- 4 - .
- 5 - .
- 6 - .
- (, 1997 , 18) .

- 6 - جبر محمد جبر (2004) . تقدير الذات وعلاقته بالوجود الأفضل لدى مرضى السرطان. دراسات عربية في علم النفس المجلد الثالث العدد الثالث. دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع - القاهرة.
- 7 - جمعة سيد يوسف (1990) . التوافق النفسي. في : عبد الحليم محمود السيد وآخرون. علم النفس العام. الطبعة الثالثة. مكتبة غريب - القاهرة.
- 8 - حسن مصطفى عبد المعطي (2006) . ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها. مكتبة زهراء الشرق - القاهرة.
- 9 - حسن مصطفى عبد المعطي (1989) . الأثر النفسي لأحداث الحياة كما يدركها المرضى السيکوسوماتيون. مجلة علم النفس العدد التاسع. تصدر عن الهيئة المصرية العامة للكتاب - القاهرة.
- 10 - مالكوم شوارتز (د. ت) . السرطان ما هو ؟ أنواعه , محاربته. ترجمة : عماد أبو السعد (1988) . الطبعة الأولى, الدار العربية للعلوم - بيروت, مؤسسة الرسالة - بيروت - لبنان.
- 11 - مايكل أرجايل (1993) . سيكولوجية السعادة. ترجمة : فيصل عبد القادر يونس. عالم المعرفة العدد 175 تصدر عن المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب - الكويت.
- 12 - محمد الحجار (1989) . الطب السلوكي المعاصر. الطبعة الأولى. دار العلم للملايين - بيروت.
- 13 - محمد محروس الشناوي, محمد السيد عبد الرحمن (1994) . المساندة الاجتماعية والصحة النفسية : مراجعة نظرية ودراسات تطبيقية. مكتبة الأنجلو المصرية - القاهرة.
- 14 - محمود السيد أبو النيل (1997) . العوامل النفسية في السرطان. مجلة علم النفس العدد الثالث والأربعون. تصدر عن الهيئة المصرية العامة للكتاب - القاهرة.
- 15 - محمود السيد أبو النيل (1994) . الأمراض السيکوسوماتية. الجزء الأول. دار النهضة العربية - بيروت.
- 16 - مصطفى زيور (1986) . في النفس : بحوث جمعة في التحليل النفسي. دار النهضة العربية - بيروت.
- 17 - ناصر إبراهيم الحارث (1993) . الضغوط نفس اجتماعية والاكتئاب وبعض جوانب جهاز المناعة لدى الإنسان : تحليل جمعي للدراسات المنشورة بين عامي 1981 - 1991. دراسات نفسية العدد الثالث تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم) شهر يوليو - القاهرة.
- 18 - نجية إسحاق عبد الله, رأفت السيد عبد الفتاح (1995) . العوامل النفسية في أمراض السرطان - دراسة في أحداث الحياة والشخصية لدى مرضى السرطان. مجلة علم النفس العدد الثالث والثلاثون. تصدر عن الهيئة المصرية العامة للكتاب - القاهرة.

المراجع

- 1 - إبراهيم محمد الخليفي (1998) . الفروق بين المراهقين الكويتيين ذوي المشكلات السلوكية والمراهقين العاديين من حيث خيرة الضغوط النفسية في مرحلة الطفولة أثناء العدوان العراقي. مجلة الإرشاد النفسي, العدد الثامن. تصدر عن مركز الإرشاد النفسي جامعة عين شمس - القاهرة.
- 2 - أحمد محمد عبد الخالق (1993) . اضطراب الضغوط التالية للصدمة بوصفه أهم الآثار السلبية للعدوان العراقي على الكويت. عالم الفكر المجلد الثاني والعشرون العدد الأول. تصدر عن وزارة الإعلام - الكويت.
- 3 - إيمان محمود القماح (1994) . العلاقة بين الضغوط الوالدية كما تدركها الأمهات وبين مفهوم الذات لدى الأطفال. دراسات نفسية العدد الثاني تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم) - القاهرة.
- 4 - إليزابيث موسون (1989) . المناعة النفسية. ترجمة : الثقافة النفسية (1991) . العدد السادس المجلد الثاني - نيسان. تصدر عن مركز الدراسات النفسية والنفسية - الجسدية - لبنان.
- 5 - جاسم محمد الخواجة (2000) . علاقة الضغوط النفسية بالإصابة بالسرطان. دراسات نفسية, المجلد العاشر العدد الثاني. تصدرها رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم) - القاهرة.

المولد النبوي الشريف: أجمل التهاني

عن أسرة شبكة العلوم النفسية العربية

السادية والمازوشية... قراءة نفستحليلية

أ.د. بوفولة بوخميس - علم النفس - عناية الجزائر

boufoulab@yahoo.fr

ملخص: يحاول هذا المقال استعراض أهم النظريات التحليلية في تفسير ظاهرة السادية والمازوشية، وقد تطرق إلى نظرية سيجموند فرويد التي تنص على دور نزوة الموت، ونظرية ونيكوت وكلاين التي تطابق بين السادية والعدوانية ونظرية هيلان دوتشي التي تجعل السادية مخرج المرأة من المرحلة القضيبية بالإضافة إلى نظريات أخرى كنظريات أدلر وناخت ورايش. الكلمات الأساسية: سادية - مازوشية - نزوة الموت - العدوانية.

Résumé : Cet article résume les principales théories psychanalytiques qui ont expliqué le phénomène de sadisme et de masochisme. Parmi ces théories on trouve la théorie de "S. Freud" qui donne un rôle primordial à la pulsion de mort, les théories de winnicott et M. Klein qui confondent le sadisme / masochisme avec l'agressivité, la théorie d'H. Deutch qui voit dans le sadisme une resolution de la phase phallique. On a exposé aussi d'autres théories comme celles d'Alfred Adler, sacha Nacht et Wilhelm Reich.

Mots clés : Sadisme - Masochisme - Pulsion de mort - Agressivité.

1- تعريف السادية والمازوشية

1-1 تعريف السادية :

(8) «

» *

(9) «

»*

(10) «

»

*

(11) «

»

*

(12) «

2- نظريات التحليل النفسي في السادية والمازوشية :

1-2 نظرية سيجموند فرويد

(13)

()

1-2 السادية :

:

(6) «

2-1 تعريف المازوشية

» *

(domageable)()

(7) «

» *

(14)

(1920) " "

" "

مجلة شبكة العلوم النفسية العربية: العدد 15 & 16 - صيف وخريف 2007

Présentation) "

.1967

(de Sacher-Masoch

* المازوشية تحوّل وانقلاب:

2-2 نظرية جاك لاكتان

(Séminaire x, 1962-1963)

⁽³¹⁾(Positivation de l'objet a)

.(28)

،()

⁽³²⁾

،()

" "

(en se faisant objet, en se "

⁽³³⁾faisant déchet)⁽²⁹⁾

*السادية أسبق أم المازوشية؟ :

()

/)

(

/

(/)

.(30)

()

...

" "

." "

" "

(Boucle de la pulsion)

()

()

⁽³⁴⁾()

(L'action du l'autre)

.(Dénégation)

(/)

Le) "

"

(masochisme originaire

()

(Etre)

⁽³⁵⁾

3-2 نظرية ميلاني كلاين

:

:

() (43) « () »

(36) ()

(37) ()

(44) ()

(45) * السادية والمازوشية عند الفتاة حسب م. كلاين: »

(38) ()

(46) « ()

(47) « ()

(39) ... ()

(40) ()

(41) 1933 ()

(48) (Sadisme originel) ()

(42) ()

(49) « ()

(50) ()

() ()

* الفترة الوسيطة:

" " " " " "

.

.

" "

.

()

(55)

* فترة الشخصية الكلية:

" "

(Self)

" "

1939

»

. 1957

«(52)

5-2 نظرية هيلان دوتش

()

()

"1930

"

"

"

"

"

"

" "

(53)

"(56)

"

"

1944

"

"(57)

Royal) "

1950

16

«

.(society of médecine

(54)

* الفترة الأولى:

" " "

"

(58)

.(Relation objectales)

نظرية كارل أبراهام (1925-1877) (Le père de) (l'analité)

(67)

(68)

1916

1924

نظرية ولهايم رايش (Patriarcale) (Matriarcale)

(70)

(71)

()

(Imaginative)

(59)

(60)

(61) ()

(62)

(63)

(64)

نظرية سانشا ناخيت (6-2)

1938

»

()

()

(65) «

»

«(66).

هوامش ومراجع

- 1- R.Chemama, B. Vandermersch, (sous la direction) , dictionnaire de la psychanalyse. Paris : Bordas-Larousse, 1998, P.377.
- 2- J. Postel (sous la direction) , dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie . Paris : Larousse, 1998, P. 404.
- 3- H.I.KAPLAN , B.J. SADOCK, livre de poche de psychiatrie clinique (trad : S. Ivanov-Mazzucconi). Paris : editions PRADEL, 1998,P.193.
- 4- OXFORD ADVANCED LEARNER'S ENCYCLOPEDIA DICTIONARY. England: Oxford university press, 1998, P. 798.
- 5- F. HAMON, délinquance sexuelle et crimes Sexuels. Paris: Masson, 1999, P. 30.
- 6- محمد قاسم عبد الله، مدخل إلى الصحة النفسية . عمان : دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، 2001، ص. 360.
- 7- Dictionnaire Hachette encyclopédique en couleur. Paris: Hachette livre, 1995, P.1674.
- 8- عبد الناصر نور الله، الموسوعة الطبية الميسرة . ط2، دمشق: دار الحكمة للطباعة والنشر، 1997 ص. 295.
- 9- Le petit Larousse illustré, Paris : Larousse- Bordas, 1997, P. 633.
- 10- R. Chemama, B. Vandermersch, op-cit, P.240.
- 11- H.I. KAPLAN, B.J. SADOCK, op-cit, P. 193.
- 12- OXFORD ADVANCED LEARNER'S ENCYCLOPEDIA DICTIONARY. Op.cit, P. 554.
- 13- S. Freud, trois essais sur la théorie sexuelle. Paris : Gallimard, 1987, P. 68.
- 14- IBID, PP. 68, 69.
- 15- J. Postel, op-cit, P.404.
- 16- www.Geocities.Com/bl pnow84/Peraldi/la mort/cours 4, htm
- 17- Chemama, B. Vandermersch, op-cit, P.377.
- 18- IBID, P.377.
- 19- IBID, P. 240.
- 20- IBID, P.240.
- 21- Dictionnaire fondamental de la psychologie. T2, Paris : Larousse- Bordas, 1997, P 743.
- 22- IBID, P.743.
- 23- J. laplanche, J.B.Pontalis , Vocabulaire de la psychanalyse. 6^{eme}, Paris : PUF, 1976, P.431.
- 24- J.P. TREMPÉ, lexique de la psychanalyse. Montreal : PUQ, 1977, P.62.
- 25- S. Freud, trois essais sur la théorie sexuelle. Op.cit, P.70.
- 26- IBID, P. 72.
- 27- WWW. Szondiforum. Com/docs/m 904. rtf.
- 28- J. Laplanche, J.B Pontalis, op-cit , P.430.
- 29- IBID, P.430.
- 30- Dictionnaire fondamental de psychologie. T2, (L-2) op.cit, PP.1130, 1131.
- 31- R.Chemama, B. Vandermersch, op.cit, P.377.
- 32- IBID, P. 291.
- 33- IBID, P.241.
- 34- J. Lacan, les quatres concepts fondamentaux de la psychanalyse, 1964 (le séminaire. livre XI). Paris : ed du Seuil, 1973, PP.205, 208.

(72)

» :

()

()

(73)

" "

9-2 نظرية ألفرد أدلر

: (74)

1908

"

"

(75)

(76)

(77)

(78)

(79)

» :

«.

)

.(

- Paris: Larousse, 2003, P.556.
- 36- Y. Poinso, R. Gori. Dic tionnaire pratique de psychopathologie. Paris: ed. universitaire, 1972, P.97.
- 37- فكتور سميثوف ، التحليل النفسي للولد. (ترجمة فؤاد شاهين) . بيروت - الجزائر: المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع - ديوان المطبوعات الجامعية ، 1980، ص. 142.
- 38- نفس المرجع، ص. 143.
- 39- نفس المرجع، ص. 145.
- 40- نفس المرجع، ص. 145.
- 41- نفس المرجع، ص. 133.
- 42- WWW. Sospsy . com/ Bibliopsy/Biblio 4 / biblio 040 . htm.
- 43- M. Klein, « notes sur quelques mécanismes schizoides », in M.Klein, P.Heimann, S.Isaacs, J.Riviere, Développement de la psychanalyse. (Trad: Willy Branger), 3^{ème} ed, Paris: P.U.F , 1976,P.275.
- 44- j. Bergeret, la violence fondamentale. Paris : DUNOD, 1996, PP. 202-205.
- 45- إبراهيم ريكان، النفس والعدوان: دراسة نفسية اجتماعية في ظاهرة العدوان البشري. بغداد: دار الشؤون الثقافية-آفاق عربية ، 1987، ص. 18.
- 46- M. Klein, la psychanalyse des enfants. (trad. J.B. Boulanger), 5^{ème} ed, Paris : P.U.F, 1978, P.214.
- 47- IBID, P.220.
- 48- IBID, P.221.
- 49- IBID, P.222.
- 50- IBID, P.239.
- 51- IBID , P.241-242.
- 52- D.W.Winnicott, l'enfant et le monde extérieur. (trad : Annette Stronck - Robert). Paris : petite bibliothèque Payot, sans date, P. 147.
- 53- IBID, P.155.
- 54- D.W.Winnicott, de la pédiatrie à la psychanalyse. Paris : petite bibliothèque Payot, 1969, P. 82.
- 55- IBID, P.83.
- 56- R. Chemama, B. Vandermersch, op-cit, p.107.
- 57- H. Deutsch, La psychologie des femmes, T1 : enfance et adolescence, 2^{ème} ed, Paris : quadrige-PUF, 1997, P. 207.
- 58- IBID, P. 216.
- 59- IBID, P. 221.
- 60- IBID, P.237.
- 61- IBID, P.238.
- 62- IBID, P.239.
- 63- IBID, P.239
- 64- Grand Larousse de la psychologie. Paris : Larousse, 2003, P.556.
- 65- S.Nacht, "le masochisme" in R.E.P, 1978, X, n°.2 , P.179.
- 66- IBID, P. 180.
- 67- WWW.psychanalyse, en/articles / Bokanowski pulsion mort. Htm.
- 68- A. F. ZOILA, Freud et les psychanalyses. Paris : ed Fernand Nathan, 1986, PP. 130-133.
- 69- J. Bergeret, la violence fondamentale, Paris : DUNOD, 1996, PP. 200, 201.
- 70- W. Reich, l'irruption de la morale sexuelle, études des origines du caractère compulsif de la morale sexuelle. Paris : ed Payot, 1999, P.217.
- 71- IBID, P.231.
- 72- IBID, P. 231.
- 73- W. Reich, l'analyse caractérielle. Paris : ed Payot, 1997, P.175.
- 74- J. Bergeret, la violence fondamentale. op.cit, P.200.
- 75- F. ZOILA, op-cit, P.141.
- 76- IBID, P.142.
- 77- إبراهيم ريكان، مرجع سابق، ص. 18.
- 78- السيرة الذاتية : تميز نمط نشاط نسق "الاشعور" و "الهو" حيث تنتقل الطاقة النفسية بحرية وتبحث عن مسارات تفريغ أكثر سرعة وأكثر مباشرة. تقفز الطاقة على التصورات وفق ميكانيزمين هما "التحويل" و "التكثيف". تهدف الطاقة إلى إحداث تذكر هلوسي للبقايا الذاكرة المشتقة من صور حواسية انطبعت في الذاكرة خلال تجارب إشباع طفلية . تعمل السيرة الذاتية في خدمة مبدأ "اللذة" .
- 79- أ. أدلر ، "الفتاة الصبية والأحلام الماسوشية"، في، س. فرويد، أ. أدلر وآخرون، علم النفس والنظريات الحديثة. (ترجمة فارس متري ظاهر)، بيروت : دار القلم ، بدون تاريخ، ص. 67.
- 35- Grand dictionnaire de la psychologie.

Arabpsynet Dictionaries Search :

ePsydictNet

Psy Dictionary
English NetPsydict

Search

French NetPsydict

Search

Arabic NetPsydict

Search

www.arabpsynet.com

Arabpsynet Dictionaries

شبكة العلوم النفسية العربية

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

Home | Psychologies | Associations | Journals | Books | Psychodrama | Congress | Links | Forums | Dictionaries | Ads | Help/FAQ

ARABIC EDITION - FRENCH EDITION

Dictionary

English ePsydict
English - French - Arabic

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

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

Graphical interface

ePsydict CD
ePsydict C
Complete Edition

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

سيكولوجية الإقناع

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

fuaadfreh@yahoo.com

مدخل: تروي الأساطير أن الشمس والرياح تراهنتا على إجبار رجل على خلع معطفه ، وبدأت الرياح في محاولة كسب الرهان بالعواصف والهواء الشديد والرجل يزداد تمسكاً بمعطفه وإصراراً على ثباته وبقائه حتى حل اليأس بالرياح فكفت عنه ، واليأس أحد الراحةين كما يقول أسلافنا ، وجاء دور الشمس فتقدمت وبزغت وبرزت للرجل بضوئها وحرارتها فما أن شاهدها حتى خلع معطفه مختاراً راضياً.

كما ينقل أنه عاش في وسط السودان رجل صالح ، وكانت له ابنة متزوجة اختلفت مع زوجها وجاءت إلى أبيها تراجو منه أن يطلقها منه ، فوافق على ذلك بشرط أن تحضر له سبع شعرات من شارب الأسد، فقالت له ، يا أبتى انك تعرف ان ذلك مستحيل عليّ قال لا بل هو ممكن ، وشرح لك كيف يتم الأمر، خذي حملاً غلي طرف الغابة ، فإذا ما رأيت الأسد وراك ، فضعي الحمل حيث أنت وارجعي سيأتي الأسد ويأكل الحمل ، كرري نفس العمل في اليوم التالي ولكن اقتربي قليلاً هذه المرة من الأسد وهكذا من يوم إلى يوم حتى يربط الأسد بين حضورك والوجبة الهنية التي ينالها كل يوم ، فإذا كان اليوم السادس اقتربي منه وقفي بجانبه وفي اليوم السابع ضعي يدك حول عنقه وفيما هو يلتهم هديتك خذي الشعرات السبع من شاربه برفق .

اتبعت المرأة ما وصفه والدها وانتزعت الشعرات السبع من شارب الأسد وجاءت بها إلى أبيها ، فقال لها : يا بني انظري كيف ان الحسنة مكنتك من الأسد وأخذ الشعرات أفلسيت قدرة على أن تجعل زوجك يحسن معاملته معك فهمت المرأة بحكمة ذلك وتراجعت عن طلب الطلاق من زوجها وذاع الخبر بين الناس وشاع مثلاً يتناقلونه (الحسنة معطت شارب الأسد) .

من هنا نرى إن الإكراه والمضايقة توجب المقاومة وتورث النزاع بينما الإقناع والمخاطبة يبقيان على الود والألفة ويقودان للتغيير بسهولة ويسر ورضا . إن الإقناع و الحوار لغة الأقوياء وطريقة الأسوياء وما ألتزمه إنسان إلا كان الاحترام والتقدير نصيبه من قبل الأطراف الأخرى بغض النظر عن قبوله .

1- ماهية الإقناع

. (1988)

" : "

"

(..)

.

.

: ()

Brembeck, Howell

.

, Simon

.

.(

.

:

2.4 - الإثارة والتشويق :

3.4 - إشباع الرغبات والحاجات :

4.4 - المصادقية في المضمون وفي المصدر نفسه :

5.4 - الإثابة والتعزيز :

5- عناصر العملية الإقناعية

3- مبادئ الإقناع

1.3 - وجود اقتراح مقبول :

2.3 - أن يعكس الاقتراح رغبات الأفراد ومطالبهم :

عملية الاتصال :

3.3 - أن يشمل الاقتراح جوانب تظهر نتائجه المتوقعة :

- الإرسال والاستقبال : الفهم ، الإدراك ، الوعي
- وضع وفك الرموز : التفكير ، والتحليل .
- الإحساس : المشاعر ، والعواطف .
- التحكم : الإرادة ، اتخاذ القرارات .
- جهاز الارتكاز : الجسم .

4.3 - أن يصدر الاقتراح عن شخص موثوق به :

5.3 - أن يقدم الاقتراح بصفة شخصية ومباشرة :

4- نجاح عملية الإقناع

1.4 - البساطة والوضوح :

5.5 - المستقبـل

:

1.5 - المصدر

:

:

-1

":

()

".

2.5 - الهدف

:

-2

:

-3

:

-4

:

-5

3.5 - الرسالة

6.5 - التغذية العكسية

4.5 - الوسيلة

6- نظريات الإقناع Methods of Persuasion

-

,

..

:

:

:

:

- () :
- 2.7 - تطبيق التهديد بالعقوبات الشديدة غير الجسدية
- / :
- () ، ()
- 3.7 - العزل الاجتماعي او المهني.
- ،
- () ()
- ()
- 4.7 - التحول النموذجي الكبير.
- ()
- / :
- ()
- 1.6 - نظرية التوازن :
Heider
- 2.6 - نظرية التوافق:
- ()
- 7- الافتقاع القسري
- 8
- 5.7 - جهود مكثفة ومستمرة للتقليل من الثقة النفس والتحكم وخلق احساس بالعجز و/او الضعف.
- ()
- ()
- ()
- ()
- 1.7 - الإرباك العقلي العاطفي ()
- ()
- /
- ()
- 6.7 - استغلال اللغة والمعلومات .
- ()
- !
- "
- !
- !
- !
- ()

8- اختبار قوة الاختراع

()
()

(200)

(100)

(50-30)

(100)

(40)

(% 82)

(%18)

(-)

()

-8.7

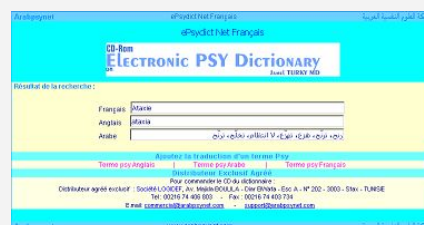
Arabpsynet Dictionaries


www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Dict.htm
Arabpsynet PAPERS SEARCH
By ARABIC, English & French words
www.arabpsynet.com/paper/default.asp

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

Arabpsynet DICTIONARY
English ePsydict Net

Search Arabic & French Words With PsyTerm English Translate

www.arabpsynet.com/eng/rech_eng.asp
المعجم النفسي الشبكي – الإصدار العربي
ePsydict Net Arabe

Search French & English Words With PsyTerm Arabic Translate

www.arabpsynet.com/ar/rechar.asp

Arabpsynet E.JOURNAL: N°15 & 16 – SUMMER & AUTUMN 2007

مجلة شبكة العلوم النفسية العربية: العدد 15 & 16 – صيف وخريف 2007

عناصر الهوية الأربعة*

الصوربة - الرمزية - الواقعية - العرضية

شارل ملمان ** التحليل النفسي - فرنسا

ترجمة: عبد الهادي الفكي - التحليل النفسي - فرنسا، المغرب

abdelhadi.elfakir2@freesbee.fr - elfakir@univ-brest.fr

أخترت هذا العنوان... لست أدري كيف أسميه. لنقل بأنه عنوان للإفطان بحيث أن الهوية يتم البحث فيها إعادة على مستوى عنصر وحيد يعتقد فيه أنه المميز الفريد لهذا الشخص أو ذاك، وأنه العنصر الوحيد الذي يميزني. فلربما اختياري لهذا العنوان "عناصر الهوية الأربعة" مفاده محاولتي إبراز أن الهوية غير مضمنة مسبقا إلا أنها في نفس الوقت ثابتة من حيث عناصرها أكثر مما نعتقد. وبما أننا هنا في جناح الطب العقلي بمستشفى بيساتر، سوف أعمل جاهدا على دعم قولي بأمثلة عيادية. فهذه الأخيرة منطلقنا على كل حال وهي الوحيدة التي في وسعها تصديق ما نزعمه وإبانة أننا لسنا بجالين و لا نحن بصضد بناء نظريات قد تلبي لنا رغبة في حين تركنا غير قادرين على التحكم في الإشكاليات التي تهمنا والتي من أجلها نقضي جل وقتنا.

:

")
(
" :"

الصورية والرمزية والواقعية

والعزضية

*محاضرة ألقى في 7 أكتوبر 1990 بقسم الأمراض العقلية لمستشفى بيساتر بباريز
** طبيب ومحلل نفسي بباريز. مؤسس ورئيس سابق للجمعية اللاكانية العالمية

محاضرات الاختصاص 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 وعلم النفس، بأن تعرض في بوابة الشبكة **نصوص المحاضرات المقررة في ميادين الاختصاص**.

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 إخبارية خاصة بخدمات شبكة العلوم النفسية العربية في خاتمة 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 وتحديد ما إن كانت خاصة بطلبته 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:

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

مرجعيات الإرشاد لدى العربي بين العلم والخرافة *

أ.د. قاسم حسين صالح - رئيس الجمعية النفسية العراقية

qassimsalihi@yahoo.com

مدخل في لقطة عامة: يكاد ينفرد العرب عن باقي شعوب الأرض بنوع وكم الأحداث التي يتعرضون لها، وما ينجم عنها من اضطرابات نفسية وعقلية وانحرافات سلوكية، وسوء توافق في حياتهم الأسرية والاجتماعية والدراسية.

ويكفي إن نشير الى إن العقود الثلاثة الأخيرة شهدت المنطقة العربية حروباً كارثية: حرباً الخليج الأولى والثانية، والحرب على لبنان وفلسطين والحرب في السودان، والحرب المركبة الجارية الآن في العراق، وتحوله الى ساحة قتال يومي لمكافحة الارهاب في العالم، تجاوزت آثارها النفسية حدود العراق الى بلدان عربية أخرى.

ومع إن المنطقة العربية من أغنى مناطق العالم في ثرواتها، وإنها من أقدم بلدان العالم في نشوء الحضارات، وأنها موطن ثلاث رسائل سماوية هي الأوسع انتشاراً في العالم، فأن الفقر والامية ما يزالا شائعين بين العرب.

وان المرأة العربية، بمن فيهن الجامعيات والمثقفات، ما تزال تعاني من اختلالات اعتبارية ونفسية واقتصادية.

ومع كل هذا، فأن ما ينفق على تعليم الناس في العالم العربي، ورعايتهم صحياً وخدمياً، أقل بكثير مما ينفق على الأمور العسكرية والأمنية باستثناءات نادرة.

باختصار: إن البيئة العربية موبوءة، بالفيروسات الملوثة للصحة النفسية في حاضنات رسمية وشعبية، وان معظم مضاداتها العلاجية أما منتهى الصلاحية، أو مهتدات، أو إنها صارت لا تشتغل لظهور جيل حديث منها مقاوم لكل المضادات!.

1. لقطات من الضفة الأوسع

" "

!

" "

) :

("

!

" " "

:

"

"

...

"

2. نتائج استهلاكية

*

" "

" "

" " "

*

*

3. لقطات من الضفة الأخرى

• " ...

•

!

(")

•

)

"

"

("

"

))

((

•

"

نتيجة استهلاكية:

!

4. سيكولوجية العربي... تحليل حالة

()

67

: " "

1.4. الولادة

" "

:

:

•

•

:

•

:

•

•

()

11

)

)

(

‘()

)

)

•

4.4. استنتاجات

()

*مؤتمر الإرشاد العربي - دبي 2007

المجلة الإلكترونية لشبكة العلوم النفسية

المجلد 4 - العدد الثالث عشر شتاء 2007



Download All N°13 eJournal

http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=13Content : www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ13/apnJ13Content.pdfSummary: www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ13/apnJ13.HTM

الكتاب الإلكتروني لشبكة العلوم النفسية

العدد 7

الإبداع وتذوق الجمال



أ. د. قاسم حسين سالم

http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=107

أجمل التهاني بعيد الميلاد المجيد 2007

: " عيد الميلاد المجيد "

محطات الشعوذة والتجهيل استلاب العقول وتدمير المجتمع

srudwan@hotmail.com

158

()

!!!....

1979

- النصب والاحتفال

- إساءة استخدام و استغلال مآسي البشر

- زيادة تشكيك الناس بذاتهم ومحيطهم وبيديهم

TOWARDS A PLURALISTIC AND COALITION VIEW OF THE MENTALISTIC WORD-THEORY

An Example of Moroccan Psychology

DR. HICHAM KHABBAACHE
PR . EL RHALI AHARCHAOU

hichamcogn_99@yahoo.fr - rhali@caramail.com

Abstract: Many classical trends within the unilateral paradigm have asserted that the development of the mentalistic word-theory is achieved through a linear, single and progressive pathway for all children everywhere. In explaining the construction of this theory, these traditional trends stressed one factor only (either self-construction, or social scaffolding, or innate constraints). In contrast, data in our research suggest that the growth of the mentalistic word-theory is irregular in the sense that this theory is shaped by intra-individual, inter-individual, inter-contextual and cross-cultural variability. This means that the buildup of the mentalistic word-theory is achieved through multiple pathways, and that multiple factors contribute to its formation. Hence, we have concluded that the mentalistic word-theory does lend itself to a pluralistic and coalition approach.

1. The thesis and goals of this study.

In this study, our aim is to illustrate the limitations of classical single factor theories that restricted the formation of the mentalistic word-theory and the process of word learning to single causes (innate forces, cultural scaffolding or self-construction). Single factor theories (or unilateral theories) also stressed that the growth pathway of mentalistic word-theory is unilateral and linear, and is the same for all children everywhere.

To reach this objective, we have adopted the pluralistic paradigm called the coalition model (Hollich, Hirsh-Pasek & Golinkoff, 2000; Hirsh-Pasek, Golinkoff, Hennon, & Maguire, 2004). On this view multiple factors, interacting in complex ways, contribute to the formation of the mentalistic word-theory, and that this theory is characterized, both in its formation and its functioning, by various types of variability (inter-individual, intra-individual, inter-contextual and cross-cultural). Hence, the mentalistic word-theory is not governed by a linear pathway and a straight trajectory solely.

In what follows, then, we will attempt to answer the following questions:

1) To what extent is the growth of the mentalistic word-theory in accordance with the principles of the pluralistic paradigm, and specifically, in line with the multi-variability principle ?

2) What are the factors that contribute in the formation of the mentalistic word-theory?

2/ what do we mean by mentalistic word-theory?

This concept emanates from various modern psycho-cognitive approaches which stress that the young child even before going to school is capable of building naive (folk) theories about his own self and the world surrounding him. These enable him to understand and explain various phenomena. In other words, the child sometimes behaves like a novice scientist, when he reflects upon himself and on the rest of the world.

He builds such theories on specific mental domains which deal with different phenomena of his environment (Melot, 1997). Thus, he constructs naive theories in Physics (Spelke, Vishton, and Hofsten, 1995), in Biology (Gutheil, Vera & Keil, 1998) and also in Psychology (Flavell, 2001).

Here, however, we will attempt to uncover another type of naive theories: the child's naive linguistic theory. It is worth noting here that our understanding of the naive linguistic theory has nothing to do with the Chomsky concept. Rather it is based on various concepts within the theory of theories or theory of mind. Our definition of the above concept is then dependent on the answer to this central question:

To what extent is the child at a certain age able to distance himself in a conscious and neutral manner from language as a topic for reflection far away from its day to day uses, just like what the linguistic researcher does?

Since language is a vast domain, we will limit ourselves to a relatively small component: the word. We will attempt to investigate how the child formulates his mentalistic word-theory.

First what do we mean by a mentalistic word-theory?

When talking about meta-semantic activity, it is a person's awareness of the arbitrary relationship between a word and its reference that limits our topic.

The mentalistic word-theory, in addition to its meta-semantic dimension, remains larger. Indeed, a person's mental activity in forming his mentalistic word theory is not limited to self-representation and self-awareness of the kinds of the arbitrary relationship between a word and its reference, but also in its ability to make representations of its own representations and other people's, that is meta-representations to check its own and others' understanding of the arbitrary relationship between a word and its reference. In more precise words, to check to what extent is the self capable of judging its own and others' beliefs about the word. To discover the child's mentalistic word-theory, we used these two tasks¹:

The first is the task of distinctiveness between the appearance and the reality of a word, and the second is the task of evaluating the child's capacity to detect false beliefs about the word. We borrowed both tasks from the theory of mind and tried to adapt them to linguistics, aiming at discovering the child's ability to distinguish the signifier as an acoustic-linguistic reality, the signified as a mental entity and the reference as a material entity. The first, task, then aims at measuring the extent to which a child is capable of distinguishing the word as a linguistic reality from the non-word as a linguistic phenomenon which doesn't refer to any linguistic reality. The second task aims at looking closely at the child's ability to understand others' perception of the relationship between a word and its reference.

3. Theoretical references and methodological components

3.1. Theoretical references.

Viewing the mentalistic word-theory from a coalition-pluralistic angle requires us to first present the characteristics, principles and stakes of the pluralistic paradigm, and second to review the literature related to the pluralistic-coalition approach advocated by the theory of theories in general and the mentalistic word-theory in particular.

3.1.1. The characteristics, principles, and stakes of the pluralistic paradigm.

The main challenge for the pluralistic paradigm is to make up for the short-comings of the unilateral models in explaining the growth and functioning of knowledge. We specifically mean Piaget's thesis. It is well known that these unilateral approaches have dealt with the self from an epistemological viewpoint. This self is characterized with stereotypes both in its growth and functioning these take the form of general rules (whole structures, hierarchical integration, growth subordination), in a linear, steady and growing pathway in all cognitive domains and for all children everywhere. On the contrary, proponents of the pluralistic paradigm have stressed that the self is psychological and variable; the growth of which is characterized with various types of variability (inter-individual, intra-individual, inter-contextual and cross-cultural variability) (Troade & Martinot, 2001). The knowledge-building mechanisms of this self are also varied in that they are not limited to coordination or integration as Piaget believes, rather they extend to impoverishing processes that continually disqualify one competence for a better one. Hence, we can divide up knowledge-building mechanisms into two groups: the group of disqualification mechanisms and the group of enrichment mechanisms (Mounoud, 1990).

The set of impoverishing mechanisms is concerned with inhibiting one skill and keeping another (Houde, 1999; Houdé & Guichart, 2001), and the operation of vicariance; that is substituting one process for another according to context (Reuchlin, 1978; De Ribaupierre, 2005). We can, also, include in this category of processes; the operation of modularization which distinguishes one cognitive structure from another by making it more specialized (Karmiloff-smith, 1998; Fisher and Yan, 2002).

Whereas the group of enrichment mechanisms includes: the operation of bridging between different cognition domains (Demetriou and Kazi, 2001), or between various skills (Granott, Fischer, & Parziale, 2002) and the processes of coalition that seeks to create a conceptual change by integrating two different cognitive domains until they take the form of a new domain (Carey, 1985), and the processes of representational re-description (Karmiloff-smith, 1992).

which aim at optimising a communication between all cognitive domains, and transforming implicit knowledge of each

domain into explicit format. These mechanisms, guarantee some kind of synergy and interaction between the cognitive processes of our knowledge system (Lautrey, 2003). Moreover, in an advance level of growth, this dynamic synergy between processes contributes to the foundation of conscious knowledge that takes the form of a meta-concept (Carey, 1991) or of a hyper-cognitive domain (Demetriou, 1998).

Since the pluralistic conception stresses that the growth of cognitive mind is based on varied patterns of unevenness, varied mechanisms of functioning and flexibility of its cognitive systems, it will not restrict itself to a linear, progressive and steady pathway only, but would rather be as varied as are the variegation of cognitive domains and as are the diversification forms of variability affecting the cognitive mind. Hence, the knowledge-growth will oscillate between recession and regression in one area and progression and stability in another. Thus, it is characterized with multiple pathways of growth; it is like a spider's web or a network (Fischer, Yan and Stewart, 2002).

3.1.2. The pluralistic Approach of the Theory of Theories

Many modern researchers have tried to approach the theory of theories with a pluralistic view that is characterized with what follows:

They took a fairly critical stand towards a number of unilateral Piagetian concepts such as whole structures and hierarchical growth (Fischer & Immordino-Yang, 2002), they also refused to consider the small child, in the early years of his life, as an empty vessel or as sensory-motor being, but rather a pluralistic subject capable of producing symbolic knowledge. They also abandoned the idea of dividing growth into stages of unilateral knowledge and instead asserted that this growth is formed with different levels of varied domains of knowledge (Karmiloff-Smith, 1997; Mounoud, 2000).

They are reserved with regards to Fodder's modular system of knowledge since it claims that knowledge functions according to a hierarchical, inevitable and stereotypical rhythm (bottom-up), and that its modules are self-contained, independent and non-interactive. Instead, they proposed dynamic systems whose style of treating knowledge varies according to the factors affecting it, they also stressed that mental domains are not separate from each other but rather participate all together in interactive and coalition relationships that end up formulating new specific domains, this enables the mind to attain high levels of cognitive flexibility that sometimes take the form of metacognition (Karmiloff-Smith 1997; Carey 1985; Spelke, in press; Vosniadou, 2007).

They called for reconciliation between the constructional, the innate, and the social trends by stressing that mental knowledge is not wholly innate but rather pseudo-innate, and as such, while growing, it has to maintain an interactive relationship with the dynamic system of knowledge on one hand and the environment on the other hand, so that it will grow into mature knowledge. According to this trend, the mental domains are not specialized from the very beginning but rather pseudo-specialized (relevant domains) and it's only thanks to the continuing operation of distinguishing and modularizing that it comes to draw and re-draw its epistemological frontiers and this according to the nature of interaction between the dynamic system of knowledge, its innate constraints and the new input it gets from the environment (Karmiloff-Smith 1994; Carey & Spelke, 1994).

3.1.3. The mentalistic word theory and the pluralistic coalition conception

We would note that the nature of the theses that we invoked earlier are those in line with the main topic of this study. This is in the sense that they view the mentalistic theory from two main perspectives:

The first is pluralistic in the sense that they admit that language, as mentalistic theory or a acquisition process, is subject to various kinds of variance such as: Intra-individual variability (Bassono, 1998), inter-individual variability (Karmiloff-Smith, 1997), inter-contextual variability (Karmiloff-Smith, Grant, Sims, Jones, & Cuckle, 1996) and inter-linguistic/intercultural variability (Gopnik & Choi, 1995). Furthermore, the development of the mentalistic word-theory is not restricted to progressive and accumulative pathways but is rather subject to unsteadiness, collapse and mutation (Bassono, 1999). It takes the form of scallop-like trajectory.

The second is coalitional in the sense that they stress that multiple factors intervene in the formulation of the child's mentalistic word-theory. One such factor is the innate factor in the form of specific principles that guide the child's acquisition of the word concept and his development of a theory hereupon (Hollich et al., 2000).

The socio-cognitive factor which is demonstrated in the fruitful cooperation between the adult and the child while the latter is learning a language (Carpenter, Nagell, & Tomasello, 1998). And the constructive factor which includes two distinct dynamics: the first modularising/ specializing/discriminating whose role is the transformation of the domain of language from a vague domain (relevant domain) into a domain with well-defined concepts and with distinct epistemological characteristics (Carey, 1991). The second cooperative, meaning the domain of language is not isolated from other cognitive domains but rather open, interacting and cooperating with them, and this through importing many cognitive processes that are of considerable help in its construction (Spelke, in press).

3. 2. Methodological components

3.2.1. Hypotheses

- The development of the mentalistic word-theory is governed by the multi-variability principle.
- Various factors intervene in the development of the mentalistic word-theory.

3.2.2. Participants

Participants were 128 Moroccan children, 71 boys and 57 girls, aged between 4 and 12 years, all from the social middle class. They live in a middle Taza city.

We chose the population at random from two schools. The first the Petit Prince kindergarten and school, and the second Fatima Al Fehria school for elementary education. We concentrated specifically on children whose ages are in line with the legal ages set forth for educational levels. Hence, the variable of education and age are integrated in one single variable; and that is the schooling /age variable. Thus, we used the same symbol to refer to both variables (table 1).

Table 1: distribution of the population according to schooling/ age variable.

Educational levels	Second Year	Third Year	First Year	Second Year	Third Year	Fourth Year	Fifth Year	Sixth year
	kindergarten							
Mean age	4,2 years	5,3 years	6,3 years	7,4 years	8,4 years	9,5 years	10,5 years	11,5 years
Total	16	16	16	16	16	16	16	16
Symbols referring to schooling /age grades	A	B	C	D	E	F	G	H

3.2.3. Experiment:

This experiment is made up of two tasks that are themselves divided into several items.

3.2.3.1. The task of distinguishing the linguistic appearance from the linguistic reality of a word.

The aim of this task is to assess the subject's ability to differentiate between the word as a linguistic reality (that in addition to its phonetic structure it has a semantic meaning and a reference in reality) from the non-word which has no sense and no reference because it is not a real word in language.

• Task items and procedure:

Before administering the task we explain the directions to the subjects. We specify that we want them to distinguish the word as a linguistic reality because it has a meaning and refers to an object in reality, from the non-word which although judging by its linguistic structure appears to be a word is not a real word, because it has no meaning and does not refer to any subject in reality.

We then present the subjects with the two utterance of /madrasa/ school in arabic and (dattaà =a non-word) as two examples of what we mean by the word and the non-word. Afterwards, we present them with the following instruction: say whether these utterances are words or just clusters of sounds that appear to be like words but are not; justify your answer.

These instructions apply to the following four utterances:

First item: first utterance /kalima/ (word in Arabic)

Correct answer: 1, Incorrect answer: 0.

Second item: second utterance /sabsabsab/ (a non-word)
correct answer: 1, incorrect answer: 0.

Third item: third utterance /rajol/ man in Arabic).

Correct answer: 1, incorrect answers: 0.

Fourth item: fourth utterance /bibibibiq/ (a non-word).

Correct answer: 1, incorrect answer: 0.

Overall scoring: the expected ideal and theoretical answer: 4/4.

3.2.3.2. The false belief task on the word concept.

The aim of this test which is made up of five items (2) is to measure the subjects' ability to evaluate the beliefs of others on the concept of the word. And this is through demonstrating the others' ability to distinguish between the word as a mental linguistic reality and its reference as a material, physical reality.

The items of the task take the form of dialog scenarios of a narrative nature with characters such as the teacher, the mother, the father and peers, Alice in wonder-land. The aim is to create natural and motivating contexts so that the subject would interact with the task on one hand, and positioning him in indirect situations so as to discover his visualization of the word concept on the other. In this regard, we agree with Karmiloff-Smith et al. (1996) in stressing that indirect procedures which rely on games or narration are more effective than direct procedures such as: what does the word mean? Or, divide this sentence into words.

* Task items, instructions and procedure.

Item (1): the subject is presented with the following scenario and is asked to evaluate it: I asked Ali, a child in your age what is the biggest word in this sentence /dahabtu maàa alasdique àala matni alqitar¹ (I went with friends by train) Ali answered "the train". I asked him why? He said, "Because the train is the longest means of transport". I asked Lamia, a girl one

year younger than you, the same question and she said that the train was not the biggest word in the sentence but rather friends because it is made up of a larger number of words than the other words in the sentence. Who do you think is right? And why?

Scoring = appropriate answer 2, incomplete answer 1, inappropriate answer 0.

Item (2) the subject is presented with the following scenario and is asked to evaluate it: We asked your father this question "what is the smallest word in this sentence / adoda qorba zzahra/ (the worm is near the rose)?" and he answered the worm because it is a very small insect. We also asked Mustafa, a student the same question and he answered /qorba/ (near) because it has the smallest number of letters than the rest of the words in the sentence. Who do you think is right?

Scoring: the same as item 1.

Item (3): the subject is presented with this scenario and asked to evaluate it: I asked your teacher to draw the word ghost /chabah/ and she gave me this (I present him with a ghost picture). Then I asked your mother to draw the word ghost, but she answered that it is not possible to draw the word ghost because the word can be read, written and uttered and that we can only draw a picture of a ghost not of the word ghost. In your view, is the teacher right? Can we not draw the word ghost? How?

Scoring: the same as item 1.

Item (4): the subject is presented with the following scenario and asked to evaluate it. I asked your friend Osama to buy me a candy with the word /dirham/ (Moroccan currency). He shouted at me and said that he can not buy a candy with the word /dirham/ because it is just a word; he asked me to give him a real /dirham/ to buy a candy. Now, can you buy a candy with the word /dirham/? How?

Scoring: the same as previous item.

Item (5): The subject is presented with the following scenario and asked to evaluate it. Alice travelled to wonderland, this is a strange place, different in everything; there she found Humpty Dumpy who changed the dog's name and called it "cat" and so the dog began to cry like a cat. He also changed the cat's name and called it "dog" so it began to bark like a dog. All this in wonderland. Is this possible in our real world? Can we change animals' cries and characteristics by changing their names? Why?

Scoring: the same as previous item.

Overall scoring: The expected ideal theoretical answer ($2 \times 5 = 10$).

Table (2): symbols of the mentalistic word-

Tasks	Items	Symbols
The task of distinguishing linguistic appearance from linguistic reality of a word	Item 1	word
	Item 2	Sabs
	Item 3	man
	Item 4	bibib
	Overall scoring of items	OSI
False belief task on word concept	Item 1	Train
	Item 2	worm
	Item 3	ghost
	Item 4	Dirham
	Item 5	Alice
	Overall scoring of items	OSI

theory experiment items.

4. Analysing, Explaining and discussing results.

4.1. Analyzing results:

4.1.1. The Task of discriminating linguistic reality from linguistic appearance:

4.1.1.1. Effect of the age/schooling factor on the subjects' answers in the task of discriminating linguistic reality from linguistic appearance:

Table (3) means and percentages of correct answers in the task of discriminating linguistic reality from linguistic appearance, according to age/schooling variable.

schooling /age grades	word		Sabs		man		bibib		Osl	
	%	mean	%	Mean	%	mean	%	mean	%	Mean
A	68	0.68	87	0.87	81	0.81	81	0.81	0.81	3.18
B	93	0.93	100	1	100	1	100	1	1	3.93
C	93	0.93	100	1	100	1	100	1	1	3.93
D	93	0.93	93	0.93	100	1	100	1	1	3.87
E	100	1	100	1	100	1	100	1	1	4
F	100	1	100	1	100	1	100	1	1	4
G	100	1	100	1	100	1	100	1	1	4
H	100	1	100	1	100	1	100	1	1	4
All population	93	0.93	97	0.97	97	0.97	97	0.97	0.97	3.86

An ANOVA reveals that the means of (OSI) varies significantly with the age factor ($f(7, 120) = 6, 18, P < 0.001$). Table (3) however shows that the lowest value for correct answers recorded for the four-year olds exceeded (70%) with a mean of (3.18), the eight-year old group got the highest value of correct answers (100%) with a mean of (4). The five-year olds and six-year olds got (98%) with an mean of (3.93). This value shrieked to (96%) with a mean of (3.87) with the seven-year-old group. This shows that there is no pattern of sustained increase that starts with a lower level and moves on to a higher one, as we found that about (79%) of the lowest age group are capable of distinguishing the linguistic reality of a word from linguistic appearance (resemblance), and that since the age of six the subjects' answers seem to satisfy the required value of correct answers which is achieved at the age of eight. Although the subjects' answers to the item (word) varies significantly according to the age factor ($f(7, 120) = 3.42, P < 0.01$), we should note that its lowest percentage exceeds (60%) for the youngest age-group, while the five, six and seven year olds score (93%) with a mean of (0.93), and these are values that are close to (100%), and a mean of (1), which is satisfied for the eight year olds and older children (table 3).

The mean values of correct answers to the items (man) and (bibib) varies significantly with age (man: $f(7, 120) = 3.46, P < 0.01$, bibib: $f(7, 120) = 3.46, P < 0.01$). This variance, however, does not take the form of a sustained increase as six-year olds and older children reach the ideal percentage of (100%) with a mean of (1). Four year olds approximate this value as they score (81%) with a mean of (0.4) in both items (table 3). As to (bibib) item we should note that it is not affected by the age factor ($f(7, 120) = 1.54, NS$), and this means that the mean values of correct

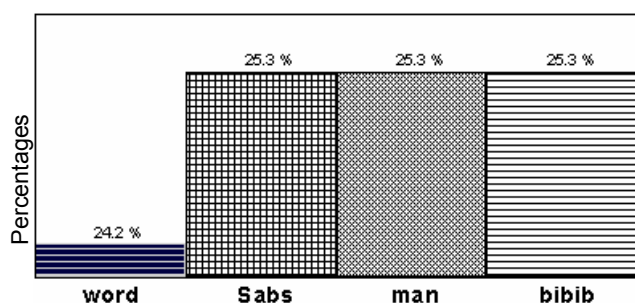
answers for different age groups are close to each other with regards to this item .

4.1.1.2. The effect of the horizontal-comparison factor on the subjects' answers to the task of distinguishing linguistic reality from linguistic resemblance.

We observed that the difference in all subjects' answers to the items of the task of distinguishing linguistic resemblance from linguistic reality of a word, is not significant ($f(3, 360) = 2.26$, NS).

This proves that task items, regardless of their being varied, do not affect the performance of the subjects. The number of correct answers of all subjects to the different items have been relatively the same, in that the lowest value scored for the word item is (93%) with a mean of (0.93), whereas other items scored the same value (97%) and the same mean value of (0.97) (table 3) (diagram 1).

Diagram 1 : Percentages of correct answers To all Population in the items of task of distinguishing appearance from linguistic reality

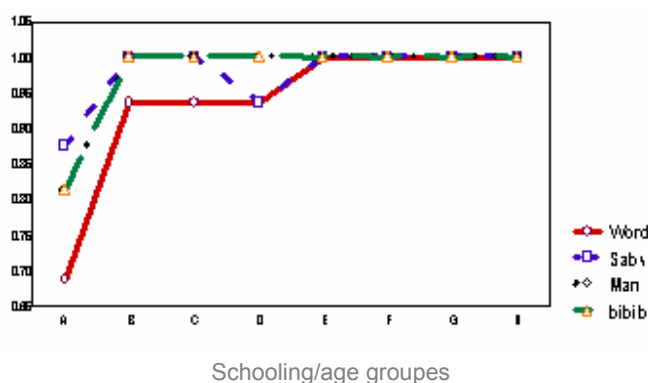


items of task of distinguishing appearance from linguistic reality

4.1.1.3. The level of interaction between age and horizontal comparison factors in the task of distinguishing linguistic appearance from linguistic reality of the word.

The interaction between the age factor and the horizontal comparison factor appears to be not significant ($f(21, 360) = 0.67$, N.S). This in turn shows some relative similarities between the growth pathways of subjects' answers to different task items (diagram 2)

Diagram 2: The growth pathways of subjects answers to different items of distinguishing linguistic appearance of linguistic reality



4.1.2. False belief task on word concept.

4.1.2.1. Effect of the age-schooling factor on the subjects' answers to false belief task on word concept.

Table (4) percentages of correct answers and insufficient answers to The false belief task on word concept.

Items	Schooling/age groups	A	B	C	D	E	F	G	H
Train	correct answers	12	37	81	94	100	94	94	100
	insufficient answers	25	6	0	0	0	0	0	0
Worm	correct answers	25	31	75	94	100	100	94	100
	insufficient answers	6	6	0	6	0	0	0	0
Ghost	correct answers	0	18	45	81	69	69	100	100
	insufficient answers	6	18	0	0	0	0	0	0
Dirham	correct answers	18	69	63	75	94	100	94	100
	insufficient answers	0	0	0	0	6	0	0	0
Alice	correct answers	25	63	75	94	100	100	100	100
	insufficient answers	0	6	6	6	0	0	0	0

Table (5) means of correct answers and insufficient answers to The false belief task on word concept.

Items	Train	Worm	Ghost	Dirham	Alice	OSF
Schooling/age groups	mean	mean	Mean	mean	mean	mean
A	0.5	0.5	0.06	0.37	0.5	2
B	0.81	0.68	0.93	1.37	1.31	5.12
C	1.62	1.5	0.87	1.25	1.62	6.81
D	1.87	1.93	1.62	1.5	1.93	8.81
E	2	2	1.37	1.937	2	9.31
F	1.87	2	1.87	2	2	9.75
G	1.87	1.87	2	1.875	2	9.62
H	2	2	2	2	2	10

ANOVA unveils that the mean values of (OSF) varies significantly through age evolution ($f(7,120) = 35.250$, $P < 0.001$). The extreme values related to four-year olds and eleven-year olds, respectively range between the mean of (2) and (10) (table 5)

Insufficient answers to the train item are restricted to four-year olds with a percentage of (25%) and the five-year olds with a percentage of (6%). Correct answers, however, covered different age groups, and they are situated between the percentage of (100%), obtained by eight and eleven year olds, and the percentage of (12 %) observed in the five-year old group. Generally, what is noticeable is that the means of the train item also change with age evolution ($f(7, 120) = 15.691$, $P < 0.001$), as it is subject to a gradual increase that reaches highest level with eight-year olds, decreases slightly with the nine and ten-year olds and gets back with 11-year-olds to the same high level as with 8-year-olds.

If insufficient answers to the worm item are discerned only at 4, 5 and 6-year-olds with a marginal percentage (6%), correct answers, however, covered all age groups, and range between (25%), observed for 4-year-olds, and (100 %) observed for 8, 9, 11 years olds. Therefore, the means of the worm item augment significantly with age evolution ($f(7, 120) = 17.651, P < 0.001$), in a linear trajectory, attain their highest value with 8 and 9-years olds, decline slightly with 10-year olds and get back with 11-year-olds to the same high value as with 8 and 9-year-olds.

- Insufficient answers to the ghost item are observed with four-year olds with a percentage of (6%) and five-year olds with (18%). Whereas, except for four-year olds, all other age groups score correct answers with a percentage between (18%) scored by the five-year olds and (100%) for the ten-year and eleven-year olds. What is noticeable is that the mean values of the ghost item increase with age growth ($f(7, 120) = 15.673, P < 0.001$) as they are subject to some fluctuations with a light increase between age four and nine and reach their highest value at ages ten and eleven (table 4).

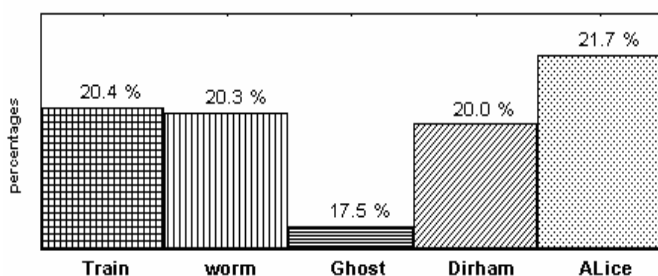
- Unsatisfactory answers to the item dirham are restricted to eight-year olds only. Whereas, all other age groups score correct answers with a percentage of (18%) recorded for the four-year olds and (100%) reached by both nine-year and eleven-year olds (table 4). We also notice that the mean values of the item dirham increase with age ($f(7, 120) = 10.753, P < 0.001$) in an unsteady manner (diagram 5).

- Unsatisfactory answers to the item Alice are procured by five and six-year olds with a percentage of (6%); whereas correct answers are scored by different age groups, these range between (25%) recorded for four-year olds and (100%) reached by 8, 9, 10 and 11-year olds and older children. Overall, the mean values for the item Alice gradually increase as children grow older ($f(7, 120) = 15.229, P < 0.001$); this increase reaches its peak at age eight.

4.1.2.2. Effect of the horizontal-comparison factor on the subjects' answers to false belief task on word concept.

Means of Answers (correct answers + unsatisfactory answers) of all subjects to the false belief task on word concept vary from one item to the other ($f(4, 480) = 6.125, \text{sign with } P < 0.001$), in that around (21.7%) of correct answers + unsatisfactory answers are allotted to Alice item, followed by answers to the train item with a percentage of (20.4%), worm item (20.3%) and dirham item (20%). Whereas the item ghost scores the least percentage (17.5%) (Figure 3).

Diagram 3 : Percentages of correct answers and insufficient to all Population in the items of the false to belief task on word concept

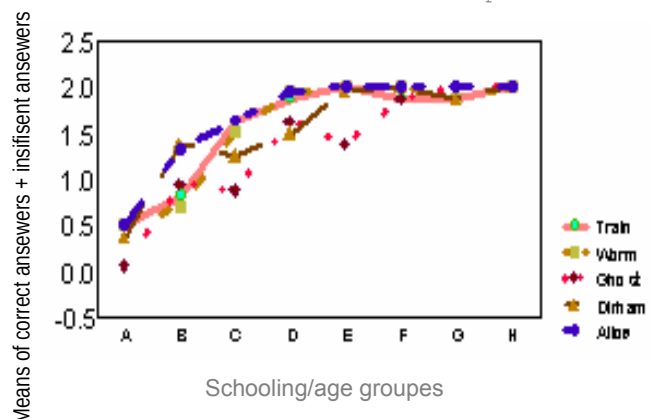


items of the false to belief task on word concept

4.1.2.3. The level of interaction between age factor and horizontal comparison factor in the false belief task on word concept.

The interaction between horizontal comparison and age is significant ($f(28, 360) = 1.836, P < 0.001$), which indicates that the growth pathways of the subject's answers to the items of the test of wrong belief are not uniform. However, we observed in (diagram 4) that they become uniform starting at age nine.

Diagram 4: The growth pathways of subjects answers to different items of the false to belief task on word concept



4.2. Explaining results:

To explain the data in the experiment related to the mental word-theory, we should answer the following questions:

- What is the nature of the growth pathways of the mental word-theory? To what extent could these pathways be termed "plural"?
- To what extent is the principle of "poly-variability" present in the dynamics of the evolution of the mental word-theory and its functioning?
- How multiple are the factors that contribute to the development of the mental word-theory?

4.2.1. The development of the mental word-theory:

4.2.1.1. The development of the competence of distinguishing linguistic appearance from linguistic reality of the word:

Data in the task of distinguishing linguistic appearance from linguistic reality reveal that the percentage of successful subjects' answers surpasses (70%) at age four, and gets closer to (100%) at age five. The percentage of (100 %) is reached since eight-years of age.

Hence, this is not a linear and sustained growth pathway that starts with cognitive weakness and moves on to reach cognitive expertise, in that even very young child have a fair amount of such expertise. The question is why are even four-year olds able to distinguish the linguistic reality of a word from its linguistic appearance? Is it because of schooling?

It is evident that these children are new comers to kindergarten and as such, we believe that schooling is not a sufficient reason to explain their success in the task of distinguishing linguistic reality of a word from its linguistic appearance. This undoubtedly means that the child comes to kindergarten with already-established beliefs and naïve hypotheses, and these enable him to pass the linguistic task so successfully.

Hollich et al. (2000) and Carey and Markman (1999) wonder how can the child acquire language in so short a period of time; we, also, can not avoid asking the same question in relation to the experiments we conducted; we specifically wonder how were the kindergarten pupils so successful as such an early age in the task distinguishing linguistic reality of a word from its linguistic appearance !?

The reality is that the child is pre-equipped with certain principles and constraints that guide him to understand the word-concept; we believe that these same principles and constraints are used by our subjects while dealing with the linguistic task, and they are as follows:

Reference principle: this appears at the pre-linguistic stage and it is manifested in the child's tendency to look closely at the subjects we name (Hollich et al, 2000). It appears that four-year olds resorted to this principle when they refused to consider the items *sabsab* and *bibiq* as words for they have no reference in the real world. We should note that over-generalizing the use of this principle resulted in the fact that some subjects refused to consider the word (**word**) as a word for it has no real reference, "not a word because we don't understand it; because it is not a thing".

The Extendibility principle: This is the child's understanding since two years of age that the name is not an attribute of a specific subject alone, but that it can refer to various subjects (Hollich et al, 2000). This reflects the fact the child has started to become aware of the nature of the arbitrary relationship between a word and its reference. Hence, we believe that the subjects, especially very young ones, that were successful at the item word, do in fact rely on this principle: in that they believe that as the concept word refers to no specific material subject, it is extended, and that the names of all subjects are words. Thus, their justification was as follows: "the word is a word because we understand it; bread is a word, milk a word, the table a word".

Object scope or whole object assumption principle: At an early age, the child formulates the belief that every name refers to the whole object and not just to some of its parts and attributes, and that it does not mean events and actions (Hollich et al, 2000). We consider it more probable that the kindergarten pupil resorted to this principle while dealing with the item (man) as we get the following justifications: "because we name him man, because it's the name of a human, because we use it to name the teacher and dad".

Conventionality principle: This is the child's getting rid of words that he invented and embracing words that the family and society have agreed upon (Hollich et al, 2000). Hence, the subjects relied on this principle when he refused to consider the words *sabsab* and *bibiq* as words because for them they have been convened upon by neither family nor society. Thus, they formulate the following justification: "bibiq is not a word because we don't hear it so often, *bibiq* is not a word because we don't understand it, it is just a nonsense".

The Novel name-nameless category: (Hollich et al, 2000) or principle of mutual exclusivity (Markman, & Wachtel, 1988). This refers to the young child's tendency to attach every invented name to a new still-nameless subject. We think that the supremacy of this principle over the child's mental word-theory leads him to consider a number of non-words as real words that refer to specific references. This is what we deduce from such justifications as these: "*Sabsabsab* is a word because we give doggy *sabsabsab*. *Bibibiq* is a word because we hear *bibibiq* in the street".

From what preceded, it becomes clear that there are a number of specialized principles that guide the child in differentiating between linguistic appearance and linguistic reality of the word, and it was these principles that draw the frontiers of the domain of language and lay the foundations of what we call the naïve linguistic theory.

Therefore, we conclude that even if the linguistic domain contains specific linguistic principles, it is not isolated from other cognitive domains, but is rather in interaction and in addition to the previous ideas, Melot (1999) states that the child between 4-years and 5-years of age is capable of distinguishing the appearance of a thing from its reality. Still, what attracts much attention, according to our data, is the fact that the child is able at such an early age of distinguishing linguistic appearance of the word from its linguistic reality. Hence, we can ask the following question: why do these children succeed in the two tasks simultaneously?

We believe that the child at this age begins to understand that the mind can produce various representations about the same object (Melot, 2001). Subsequent to this is the emergence of the skill of distinguishing mental entities (beliefs, representations) from material entities. In our view, this is a general skill, belonging to the domain of the theory of mind, and it influences the child's mental word-theory, thus helping him to distinguish the linguistic appearance of the word (non-word) from its reality (real word).

4.2.1.2. The development of the skill of evaluating the false belief task on word concept.

Age evolution does certainly influence the advancement of the skill of differentiating miss-representation of the word-concept from its appropriate representation. Whereas, the development of correct answers to the items of false belief task about word concept is not always linear. We observed a wide diversity of development trajectories, which follow progressive, regressive or stable pathways. For instance, we found that correct answers to the ghost item are stable for 8-9 years olds (69 %). Nevertheless, 8-9 years olds are less successful in the ghost item than 7 years olds who attained (81%). Although, we can note some slight regress in the train item for 9-10 years olds (94 %) and 8 year-olds (100 %). Also, in the worm item for 10 year-olds (94 %) and 8-9 year-olds (100 %). Furthermore, in the dirham item for 6 year-olds (63 %), 8-9 year-olds and 5 year-olds (69%).

Hence, the trajectory of the skill of evaluating the false belief task on word concept oscillates between stability and regression in one area and progression in another one. This leads us to describe it as pluralistic pathway.

We would note, however, that when we stress the diversity of the rhythm of pathway-development for the skill of evaluating false belief on word concept, we do not mean to reject the hypothesis that the mental word-theory evolves through constructive dynamics. While reviewing files of subjects' answers, we noticed clear differences between justifications given by kindergarten children and advanced students, in that ambiguous justifications are restricted to kindergarten children with an average of (12.5%) but are non-existent for other school levels; such justifications are fully irrelevant and contain no clear causal connectors: the worm item: "I choose the flower because we can give it to someone", "the worm is the smallest word because it can fly"; "the ghost item: we do not draw the word ghost, we write it because it can be written easily", "we don't draw the word ghost because it cries". what is noticeable, however, is that the majority of justifications, though classified as incorrect answers, are based on clear causal explanations:

"The train item: the word friends is longer than the word train because we have many friends, because the train is very long" ; "The item worm: because the worm is so small that it can get inside peas;" "the item dirham: with the word dirham , we can buy cakes"; "the item Alice: because it was a doggy , but when we gave it milk and call it pussy-cat it began to mew, and if we call pussy-cat doggy, it will start to bark". Such answers reveal the existence of a causal-explanatory linguistic theory but that still lacks the dimension of the arbitrary relationship between the word and its reference, as it considers the word a material attribute/ characteristic inherent in the subject it refers to. Thus, it can be termed as a naïve theory.

However, if we were to know that the child, in the early years of his schooling, encounters the arbitrary relationship between the word and objects, it becomes obligatory to wonder about which strategy he uses to deal with this idea. Does he give up once and forever his naïve theory together with his deeply rooted naïve linguistic beliefs and replace them with a scientific linguistic theory? Does he stick to his first naïve theory at the expense of a more scientific one?

We should note that the justifications advanced by pupils at higher kindergarten and at the first level of elementary education indicate that they very often resort to combining their naïve representations together with their school-learned scientific knowledge, and this leads them to formulate a mixed or rather synthetic theory. This is, indeed, what can be inferred from the following justifications: "the ghost item: we don't draw the word ghost we write it instead, because it's very big and it's difficult to draw; we don't draw the word ghost because it will appear to us while drawing it". Although the latter are wrong justifications, they show that, to some extent, the child has begun to become aware of the stenographic and abstracting function of the word; as a case in point, transforming the ghost from a material subject to an abstract entity so that it will not appear: "it is too big to be a word".

The following example goes in the same direction: "Dirham item: we can buy nothing with the word dirham, because it's just a word, and the word is just like a piece of paper; can we buy anything with a piece of paper? Can we buy something with nothing?" Such a justification shows that the child has started to become aware of the fact that the word is an abstract entity but still is unable to declare it. This is so, because he is still not capable of getting rid of naïve beliefs altogether. Later on, and as a result of the influence of the schooling factor, on one hand, and the cognitive-maturity factor on the other, the child is convinced of the necessity of giving up his complex linguistic theory for a scientific one; this is, in fact, what the following justifications show: "the train item: the word /asdiqae/ (friends) is the longest word because it contains many letters" "the item worm: /qorba/ (near) is the smallest word because it contains just three letters" "Dirham item: no, because it's just a word and not a real dirham;" "the ghost item: not possible, because drawing is not like writing" "Alice item: because the dog's barking does not change even if we changed its name, the name is just a name it has no impact on animals".

Hence, the schooling factor plays a fundamental role in the development of the child's mentalistic word-theory (higher kindergarten and first level in fundamental school). In addition to what preceded, the following answers further reinforce this fact: "the train item: the word /asdiqae/ (friends) is the longest word because it contains many words"; "the train item: very long in writing"; these justifications will, at advanced levels, be replaced by the following: "/asdiqae/ (friends) is a long word because it

contains six letters". This means that it is schooling that enables the child to differentiate the letter from the word.

Overall, it can be said that the development of the child's mental word-theory, which is a co-product of the schooling factor and the dynamics of internal construction, is realized through a gradual conceptual change that moves from a naïve theory to a synthetic one and is finally crowned with a scientific theory (Vosniadou, Skopeliti, I. & Ikospentaki, 2004).

Note that, this conceptual change of the child's mental word theory is subject to variability from one item to another. For instance, even if it is that more than (60%) of five-year olds are able to provide correct answers to the items Dirham and Alice, we do not get such a satisfactory percentage for those successful at the item /doda/ (worm) and /qitar/ (train) until they reach six years of age .

As to the item /chabah/ (ghost), the above-mentioned percentage is reached at eight years of age. Hence, items' development pathways are varied even if they have the same objective, which is to measure the subjects' ability of evaluating a number of representations on the relationship of a word and its reference. This ability varies depending on the level of difficulty and complexity of each item; some are highly complex such as /chabah/ (ghost), which was a trick for subjects and this lead him to deal with it a later age; others are less complex: Dirham and Alice are two easy items in point that the subject is able to deal with them at an early age (five years). As such, the development of the mental word theory is not context-independent but rather context-dependent. In simple and easy situations (Distinguishing linguistic appearance from linguistic reality task and the items Dirham and Alice), the child expresses very advanced representations on word concept at an early age. However, in tricky situations or ambiguous contexts, it is necessary for the subject to be older in order to express appropriate conception of the word (Fischer & Yan, 2002).

4.2.2 The mental word-theory and the multi-variability principle.

If the multi-variability principle is one principle tenet of the pluralist paradigm, the question is to what extent does this principle affect the child's construction of a mental word-theory?

A. The multi-variability principle and the task of distinguishing linguistic reality from linguistic resemblance of a word:

A.1. Inter-individual variability

Inter-individual differences are almost non-existent in the task of distinguishing linguistic appearance from linguistic reality of the word, since the majority of subjects reach the required maximum in answering this task, with the exception of four-year olds, as there is a marginal presence of this kind of variability: word item: (68%) successful but (32%) unsuccessful, Sabs item: (87%) successful but (13%) unsuccessful , item man: (81%) successful but (19%) unsuccessful; OSI: (79%) successful whereas (21%) unsuccessful.

Inter-contextual variability: since horizontal comparison has no impact on the subject's answers to the test of distinguishing linguistic appearance from linguistic reality, this reveals outstanding similarities in their performances with regards to other task items. This leads to the eventual removal of inter-contextual and intra-individual variability.

Cross-cultural variability: We would first mention that it is really hard to draw any kind of cultural comparison between our

present study and other western studies since the nature of the items and the instructions used in our experiment have not been adopted in any of the previous research, this puts aside any kind of uniformity on the level of the experiment condition. However, Baker's (1984) experiments resulted in the same conclusion that children between the ages of five and seven do distinguish the word from the non-word. Flavell, Speer, Green, August, (1981) concluded that four and five-year olds children express their non-understanding of rare words. Such findings do further reinforce our hypothesis that the competence of distinguishing linguistic reality from linguistic appearance is indeed a pre-school activity. We recorded that about (79%) of four-year olds performed well in the task of distinguishing linguistic reality from linguistic appearance.

However, a study realised by Bowey, Tunmer and Pratt (1984) demonstrates that the child can only distinguish the word from the sound after six years of age.

In the same context, Downing, (1969, 1970, 1972) experiments confronted five-year olds with a number of sounds (natural, sounds, noise, phonemes, words and sentences) and asked to say "yes" when they recognized a word in this chain of sounds; the outcome none of the subjects was successful in the task. We believe that the main reason behind, such difference between this result and our result, is not related to the cultural variable but is rather mainly because of the nature of the tasks: their difficulty level and their degree of appropriateness to the child's mentality.

B. multi-variability principle and the false belief task on word concept.

B.1. Inter-individual variability

Interindividual differences in seven-year olds and older groups remain marginal. Indeed, most subjects form age seven reach the maximum required value of correct answers in the task of the false belief on word concept. There is, however, significant inter-individual variability in all age groups younger than seven-year olds.

B.2. Inter-contextual variability:

The performance of the majority of subjects varies slightly from one item to another. For most items, correct answers fluctuate between 20% and 21%. We should note, however, that the item "ghost" is an exception to this as subjects score the lowest percentage (17%). We believe this is so because the item is an inappropriate situation to the child and the reference is an abstract and imaginary entity "the ghost". Within the same context, De Villiers (1978) concluded that the child refuses to consider "ghost" a word because the ghost does not exist.

B.3. Intra-individual variability:

More than (70%) of the subjects were successful in the task distinguishing linguistic appearance from linguistic reality since four-years of age. However, we have to wait until six years of age to get acceptable percentage in false belief task on word concept. This means that most subjects were more successful in the first task than the second task. In other words, we can depict this kind of cognitive behavioural change for the same individuals from one situation to another; as a sort of intra-individual variability.

B.4. Cross-cultural variability:

Berthoud-Papandropoulou and Sinclair (1974)'s study is somewhat similar to our study in as much as procedures are concerned. This study found out that the six-year old is incapable of comprehending the arbitrary relationship between

a word and its reference, and only starts becoming aware of this relationship at the age of seven.

Before this age, when asked to give examples of long words he gives words that refer to long things (reference). He also considers the words cigarette, box and worm short words because they refer to small subjects. Although the seven-year old starts becoming aware of the independence of the word from its concept, he continues to refusing to consider conjunctions, pronouns and adverbials as words, because for him they do not refer to real references (real subjects) (Berthoud-Papandropoulou 1978, 1980). Another study of Osherson and Markman (1975) concluded that five-year olds refuse to substitute the word "sun" for the word "moon" because they believe the sky will not get any darker; these children also believe that changing the dog's name and calling it "cat" makes it mew.

On the contrary, our study concludes that more than (70%) of six-year olds are aware of the arbitrary relationship between the word and its reference; and more than (70%) of these refuse to consider the worm as the smallest word and replace it with the word near /qorba², because it contains the least number of letters, regardless of the difficulties that this word poses in that it does not refer to a concrete subject but is an adverb of place.

Also, our data reveals that (80%) of subjects at 6 years of age recognize that the biggest word isn't train but friends. And here we are in accord with Bialystok (1986)'s experience which asked children between 5 and 6 years of age to determine the smallest and biggest word in the list of words (hippopotamus, train...). The outcome is (67%) of correct answers at 6 years of age and (28%) of correct answers at 5 years of age.

In addition to what preceded, more than (60%) of five-year olds in our study accept the possibility of substituting the cat's name with dog with no impact whatsoever as to the animal's physical characteristics.

We should note that the discrepancy between our data and the previously-cited data is not only due to cultural differences but can rather be explained by the nature of the procedures used and that opted for optimal contexts. As a matter of fact, the items of the false belief task on word concept are made up of dialogs with different characters (father, mother, teacher, Alice, Humpty-Dumpty, follow pupils) and these added a playful dimension and thus made it easier for the child to better-express his meta-semantic activities at an early age. However, the previously-cited studies mostly used direct questions, "what does word mean to you?" and sometimes tricky situations and these exercised some sort of inhibition on the subject and did not allow him to better-express his mental word-theory.

4.3. Discussing Results.

In discussing the results of this experiment, we will focus on the following points:

4.3.1. The pluralistic characteristic of the mental word-theory.

According to Piaget (1926), the child becomes aware of the arbitrary relationship between the word and its reference through a linear, progressive and sustained growth pathway. Until six years of age the child considers the word as being an intrinsic attribute of the subjects it refers to (the sun is called sun because we can see it or because it is hot); between seven and eight years of age the child believes that god creates things with

their names, at nine years of age he starts to consider the word as a result of social convention, and only deals with it as a symbol when he reaches ten years of age.

The growth of semantic awareness for Piaget depends on the general cognitive growth. Indeed, he claims that the various cognitive domains (serial arrangement, conservation, inclusion, semantic awareness) are, on one hand, subject to whole structures that force it to follow the same growth-pathway; and, on the other hand, it is governed by a stereo-typing and standard operation of hierarchical integration.

In that, each level of linguistic awareness has to incorporate the preceding level and extend further. This operation takes the form of hierarchical, substituting phases, and standard, invariable organization that governs the cognitive development of all children. In addition, it is guided by the principle of subordination, meaning that the development of semantic awareness is subordinated to operational structures.

It is worth mentioning that a number of psycholinguistic literatures adopted the Piagetian unilateral approach in dealing with semantic awareness. Such studies are: Herriman (1986) which stresses that linguistic awareness is subject to operational structures, Smith (1979) which insists that the emergence of semantic awareness is dependent on the child's accession to the stage of formal operations. Similarly, many studies tried to prove the existence of whole structures through revealing the significant correlation between child's success in some Piagetian tasks (inclusion, serial arrangement, conservation) and his progress in semantic awareness (Hakes, 1980; Tunmer & Fletcher, 1981). Flavell (1978) was also influenced by this Piagetian view and stressed that both operational thinking and linguistic awareness express a general change that the cognitive system undergoes and that is represented by the formation of the meta-cognitive domain.

However, Berthoud-Papandropolou (1980), and although reserved vis à vis some Piagetian concepts in that she insists that meta-linguistic growth is not part of the growth of logical structures, and can not be included within whole structures, she still believes that there is some sort of parallelism between the meta-linguistic pathway and the logical-mathematical pathway, insisting that the development of the child's word concept interacts with the formation of such cognitive skills as numeration, conservation, serialization and inclusion. She also believes that the development of linguistic awareness is achieved through a linear progressive and sustained pathway that eventually enables the child to become an expert, and this through consecutive phases of evolution.

A number of facts in the experiments within the scope of the present study indicate that the unilateral approach failed to explain the mental word-theory's growth and function. Those facts are as follows:

The development of the skill of distinguishing between linguistic appearance and linguistic reality is not achieved through a linear, progressive and sustained pathway. As a matter of fact, even young children have the same linguistic abilities as older ones. This undermines the unilateral claim that the child's linguistic awareness improves through a progressive and sustained growth pathway that goes up from lack of meta-linguistic expertise to the attainment of such an expertise.

The growth pathway of evaluating-false-belief competence is not subject to a sustained increase rate solely but also to other rhythms or rates of growth (retreat, stagnation) and this makes incompatible with the unilateral principle "hierarchical growth".

- The multi-variability principle, which is involved in the mental word-theory configuration escapes from the essential rule of the unilateral paradigm "whole structures", when it appears as intra-individual variability (the variation in performance for the same subjects from the first task to the second task), inter-individual variability (Inter-individual differences within all age groups younger than seven-years in the task of the false belief on word concept), and cross-cultural variability (the discrepancy between our results and those of a number of western studies, especially the fact that we found out that the child may become aware of the word concept at an earlier age than the one claimed by other studies).

Thus, we have to admit that the unilateral paradigm is limited and can not adequately explain the formation of the mental word-theory. As such, then, it has to be replaced by another paradigm that is much more open and much more efficient. This is the pluralistic paradigm. Indeed, many studies have approached the formation of the word-concept with the pluralistic paradigm that we advocate. Some studies have, in fact, concluded that this formation is subject to intra-individual variability and that it is not limited to a progressive and sustained pathway but is also subject to periods of retreats and recession (Bassono, Eme & Maillochon, 1999). Others stressed the important role of inter-contextual variability in the development of the child's word-concept awareness. Karmiloff-Smith et al. (1996) is a case in point: she positioned the child in suspenseful situations (while a story is being narrated, the narrator pauses and asks the examinee to recall the last word he heard) and concluded that the child may become aware of the word-concept at the pre-school phase; in other words, at an age earlier than what Berthoud-Papandropolou (1980) claimed. We would note here that one of the exciting conclusions of Karmiloff-Smith et al. (1996) is that four-year olds with a percentage of (75%) and five-year olds with (95%) consider the open-class words (Adjectives, nouns, verbs) and the closed-class words (Conjunctions, prepositions) as words. In our study, we also recorded that the child demonstrates a number of meta-linguistic abilities before the age of eight years of age – earlier than the age claimed by Berthoud-Papandropolou (1980); one such ability is demonstrated by the fact that he considers the adverbial /qorba/ (near) a word, another is his awareness at five-years of age of the arbitrary relationship between names and their references (Dirham, Alice). As is the case with Karmiloff-Smith (1980), the main reason for the emergence of such meta-linguistic competence within our data is the type and nature of our tasks and that take the form of game-like scenarios. This very often causes subjects to feel happy and relaxed, especially with the Alice item. In this manner, we were able to discover the child's meta-linguistic competence through an indirect path and most importantly at an earlier age than other researchers.

As to Berthoud-Papandropolou's task that takes the form of school-like and direct questions: "what does 'word' mean to you? Give me an example of a long word!" Such questions ended up positioning the child in inappropriate positions and this caused the researcher to discover the child's linguistic awareness at a later age than we did. Thus, we believe that the child's mental word-theory varies according to the nature of the tasks used. Hence, the important role of inter-contextual variability.

In spite of the small margin of inter-individual variability recorded within the experiment of this study, a number of pluralistic researchers have, in fact, recorded the importance of this factor in the formation of the child's word-concept. These are researchers such as Bassono (1999), Fenson (1994, cited by Karmiloff-Smith, 1997) and keznick (1997, cited by

Karmiloff-Smith, 1997a).

No doubt then that it would be inappropriate to use the data in this study to build-up cross-cultural or inter-lingual comparisons as there is the absence of the homology in experimental conditions between our present study and other studies. However, this does not mean that we do not recognize the important role of cross-cultural and inter-lingual variability in the formation of the child's word-concept. So, we agree with many studies like (Gopnik and Choi, 1995; Bassano, 1999) as to the imperative role that cross-cultural and inter-lingual variability play in the evolution of the child's mental-word theory.

To conclude, the mental word-theory is a variable phenomenon. Indeed, the data in the experiment of our study are of invaluable significance with regards to intra-individual and inter-contextual variability. Such types of variability are more than sufficient to deny the universality claim made on this theory and rather reinforce its relative and local nature. However, In spite of the fact that the mental word-theory is variable and relative, it still is possible to draw local pathways of its evolution based on our current data.

4.3.2. The coalition aspect in the formation of the mental word theory.

Our data strongly indicate that the development of the mental word-theory is achieved through a course of conceptual change that enables the child to eventually transform naïve knowledge into scientific knowledge. We would stress that this is not realized all at once/ fulminates but rather via a lengthy process that goes through an intermediate phase where the child tries to combine his naïve beliefs and the scientific knowledge, which he most often learns at school, in order to build up some sort of a synthetic theory. Hence, the course of conceptual change in language is rather similar to conceptual change in the domains of Physics and Astronomy (Ioannides, & Vasniadou, in press). In other words, the child does not abolish his primitive linguistic knowledge all at once but rather combines it with the new input to formulate some sort of new hybrid theories (Carey & Johnson, 2000).

In addition to the coalition mechanism used by the child during the course of conceptual change, he also uses the differentiation mechanism. The use of the latter mechanism is not restricted to the formation of concepts in Mathematics and Physics as indicated some researchers (distinguishing the hot from the warm, force from energy) (Carey 1991, Ioannides, & Vasniadou, in press) but is also of significant relevance to the formation of the word-concept. This is clearly demonstrated by the fact that low-level pupils in the experiment of our study consistently confuse word, letter and spelling (writing); "the train item: I have chosen the word /asdiqae/ (friends) because it is longer in writing/ ... because it contains a Lot of words. At a more advanced level we get such justifications as; the train item: ... the word /asdiqae/ (friends) because it contains a larger number of letters".

No doubt then that schooling has a very influential role in the hastening and perfection of conceptual change. It convinces the child to give up his naïve and even his complex theories for scientific knowledge. The important role of the schooling factor is clearly demonstrated by the outstanding variability between the answers given by kindergarten pupils and those by pupils at more advanced levels. Thus, we emphasize that without schooling there may be no real progression of conceptual change and the examinee would undoubtedly hold on to his naïve word-theory. In this respect, Kolinsky, Carey, & Morais,

(1987) concludes that illiterate adults tend to have the same level of semantic awareness as do primary school pupils. We would add that this conclusion is not specific to the mental word-theory but is also pertinent to the formation of the naïve astronomy theory. As a matter of fact, the representations of illiterate adults about the earth's roundness (sphericity) and other astronomy-related concepts are rather similar to those of a young pupil (Vosniadou, 2007).

The reality is that kindergarten pupils do have a naïve word-theory that enables them to deal with the task of linguistic appearance versus linguistic reality. This impels us to recognize the very important role that anterior knowledge plays in the formation of the mental word-theory. This knowledge is built and guided by pseudo-innate and specialized principles (Karmiloff-smith, 1992).

On the whole, various factors contribute to the formation of the mental word-theory :

- Anterior knowledge with innate roots.
- Acquired knowledge that may take the form of at-school-learned knowledge or out-of-school knowledge.
- The dynamics of the internal cognitive system.

Hence, and as Hollich et all. (2000) argue in there coalition model, the child uses multiple cues in his endeavor/ enterprise to acquire the word concept.

5.3.3. Conclusion

Validity and limitation of the Hypotheses

We would keep two main conclusions that further support the validity of our hypotheses in the experiment of this study. These in turn undermine the conclusions of some studies dealing with the mental word-theory with a unilateral approach (Herriman, 1981; Smith, 1979; Berthoud-Papandropolou, 1980):

1- The variability of the mental word-theory as is demonstrated by :

-The growth pathways of this theory are not subject to linear, progressive and sustained growth rate but are also subject to periods of stability and recessions.

-Intra-individual variability as is demonstrated by the performance of examinees that varies with the task of false belief about word concept and the task of linguistic appearance versus linguistic reality on one hand, and the item of the false belief task on the other.

We note, however, that such kind of variability is non-existent between the various items of the linguistic appearance versus linguistic reality task. This impels us to recognize the insignificance of intra-individual variability in the latter task.

-Inter-contextual variability which is demonstrated by the fact that a slight modification of the task enables us to get results that are different from those of other studies. Indeed, facilitating the task and making it more appropriate enables us to discover the child's meta-linguistic activity at an age much earlier than what Berthoud-Papandropolou (1980) specifies.

-Cross-cultural and inter-lingual variability: for the sake of scientific validity we would specify that our data are insufficient to measure the extent of these two types of variability.

2- The coalition dimension in the evolution of the mental word-theory:

The mental word-theory is built through a course of conceptual change. This progression is a coalition activity that

involves a number of factors: anterior knowledge with innate roots, at-school-learned and out-of-school knowledge and the dynamics of the cognitive system.

References

- Baker. L. (1984). Spontaneous versus instructed use of multiple standards for evaluating comprehension : Effects of age, reading proficiency, and type of standard, *Journal of experimental child of psychology*, 38. 289-311.
- Bassono, D. (1998). Premier pas dans l'acquisition du lexique, *Perceptives*, n° 196, 117-126
- Bassono, D. (1999). Lexique et grammaire avant deux ans, *Recherches en Linguistique et Psychologie cognitive*, Presse universitaire de Reims, n° 11, P 229-250.
- Bassono, D. , Eme, P-E. & Maillochon, I. (1999). Variabilités développementales et interindividuelles dans la formation du lexique en français, (P 227-233) In M. Huteau & Lautrey, J. (sous la direction) *Approche différentielles en psychologie*
- Berthoud-Papandropoulou, I. & Sinclair, H. (1974). What is a word? Experimental study of children's ideas on grammar, *Human Development*, 17, 241-258.
- Berthoud-Papandropoulou, I. (1978). An experimental study of children's ideas about language, In A. Sinclair, R. J. Javella, & W. J. M. Levlet (Eds.), *The child conception of language*, Berlin, Springer-Verlag.
- Berthoud-Papandropoulou, I. (1980). La réflexion métalinguistique chez l'enfant, Genève, Imprimerie Nationale.
- Bialystok, E. (1986). Children's concept of word, *Journal Of Psycholinguistic Research*, 15, 13-32
- Bowey, J. A., Tunmer, W. E., & Pratt, C. (1984). Development of children's understanding of the metalinguistic term word, *Journal of Educational Psychology*, 76, 500-512.
- Carey, S., (1985). *Conceptual change in childhood*, Cambridge, Mass : Mass : MIT Press.
- Carey, S. (1991). Knowledge acquisition : Enrichment or conceptual change? In S. Carey & R. Gelman (Eds.) *Epigenesis of mind : Studies in biology and cognition* (pp.257-291). Hillsdale, NJ : Erlbaum.
- Carey, S. & Spelke, E. (1994). Domain-specific Knowledge and conceptual change in L.A. Hirschfeld & S.A. Gelman (Eds), *Mapping the mind. Domain specificity in cognition and culture* (169-200). New York : Cambridge University Press.
- Carey, S., & Markman, E. (1999). Cognitive Development. In R.E. Rumelhart & B.O. Martin (Eds.), *Handbook of Cognition and Perception*, Vol. 1: Cognitive Science, 201-254.
- Carey, S. & Johnson, S*. (2000). Metarepresentation and conceptual change: Evidence from Williams Syndrome. In Sperber, D. (Ed.) *Metarepresentation*. Cambridge: Cambridge University Press, 225-264.
- Carpenter, M., Nagell, K., & Tomasello, M. (1998). Social cognition, joint attention, and communicative competence from 9 to 15 months of age. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 63 (4, Serial No. 255)
- Demetriou A. (1998). Nooplasis : 10+1 Postulates about the formation of mind. *Cognitive development : special issue of learning and instruction: the journal of the European Association for research in learning and instruction*, 8, (4): 271- 278.
- Demetriou, A., & Kazi, S. (2001). Unity and modularity in the mind and the self: Studies on the relationships between self-awareness, personality, and intellectual development from childhood to adolescence. London: Routledge
- De Ribaupierre, A. (2005). Développement et Vieillesse cognitive. In J. Lautrey & J.-F. Richard (Eds). *L'intelligence* (pp. 211-266). Paris: Lavoisier
- De Villiers, P. A., De Villiers, P.A (1978). *Language acquisition*, Cambridge, Harvard University Press.
- Downing, J. (1969). How children think about reading, the reading teacher, 23, 217-230.
- Dowing, J. (1970). Children's conceptions of language in learning to read, *Education research*, 12, 106-112.
- Dowing, J. (1972). Children's developing concepts of spoken and written language, *Journal of Reading Behavior*, 4, 1-19.
- Fischer, K. W., & Immordino-Yang, M. H. (2002). Cognitive development and education: From dynamic general structure to specific learning and teaching. In E. Lagemann (Ed.), *Traditions of Scholarship in Education*. Chicago: Spencer Foundation.
- Fisher, K, W. & yan, z. (2002). The development of dynamic skill theory, in J.D. Lewkowicz, R. lickliter. (Eds), *Conceptions of development lessons from the laboratory* (P.279 - 312), Psychology Press, New york, London, Hove.
- Fischer, K. W., Yan, Z., & Stewart, J. (2002). Adult cognitive development: Dynamics in the developmental web. In J. Valsiner & K. Connolly (Eds.), *Handbook of developmental psychology*. Thousand Oaks, CA: Sage. Cambridge, U.K.: Cambridge University Press.
- Flavell, J.H. (1978). Metacognitive aspects of problem solving, in B. Resnick (ed). *The nature of intelligence*, Hillsdale, Erlbaum.
- Flavell, J.H. Speer, J.R. Green, F.L., August, D.L. (1981). The development of comprehension monitoring and knowledge about communication, *Monographs for the Society for research in child development*, 46, 1-65.
- Flavell, J.H., (2001). Development of Children's Understanding of Connections Between Thinking and Feeling. *Psychological Science*, Vol. 12, n° 5, 430-432.
- Gopnik, A. & Choi, S. (1995). Names, relational words, and cognitive development in English and Korean speakers: Nouns are not always learned before verbs, in M. Tomasello & W.E. Merriman (Eds.). *Beyond names for things*, Lawrence Erlbaum, 63-80.

- Granott, N., Fischer, K.W., & Parziale, J. (2002). Bridging to unknown: A transition mechanism in learning and development. In N. Granott & J. Parziale (Eds.), *Microdevelopment: transition processes in development and learning*. Cambridge, U. K.: Cambridge university press.
- Gutheil, A. H. Vera, & F. C. Keil (1998) Do houseflies think? Patterns of induction and biological beliefs in development, *Cognition*, 66 (1) 33-49.
- Hakes, D. T. (1980). The development of metalinguistic abilities in children, Berlin, Springer-Vrelag.
- Herriman, M.L.(1986). Metalinguistic awareness and growth of literacy, in S. de Castell, A. Luke & K. Egan (eds.), *Literacy, society, and schooling: A reader*, Cambridge University Press.
- Hirsh-Pasek, K., Golinkoff, R. M., Hennon, E. A., & Maguire, M.J. (2004). Hybrid theories at the frontier of developmental psychology: The emergentist coalition model of learning as a case in point. In G. Hall & S. Waxman (Eds.), *Weaving a lexicon* (pp. 173-204). Cambridge, MA: MIT Press.
- Hollich, G. J., Hirsh-Pasek, K. & Golinkoff, R. M. (Eds.) (With Hennon, E., Chung, H. L., Rocroi, C., Brand, R. J., & Brown, E.) (2000). Breaking the language barrier: An emergentist coalition model for the origins of word learning. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 65 (3, Serial No. 262).
- Houdé, O. (1999). De la pensée du bébé à celle de l'enfant : l'exemple du nombre, *Sciences Humaines*, 116, 251-258.
- Houdé, O. & Guichart, E. (2001). Negative priming effect after inhibition of number/length interference in a Piaget-Like task. *Developmental science* 4:1, pp 119 -123
- Ioannides, C & Vasniadou, S (In press.). Exploring the changing meaning of force, *Running head : The changing meaning of force*.
- Karmiloff-Smith, A., (1992). *Beyond modularity: A developmental perspective on cognition science*. Cambridge, MA : MIT Press/Bradford books.
- Karmiloff-Smith, A., (1994). *Précis of beyond modularity: A developmental perspective on cognitive science*. Behavioral and Brain science, Cambridge University Press, 17, 693-745.
- Karmiloff-Smith, A., Grant, J., Sims, K., Jones, M-C., & Cuckle,. (1996). Rethinking metalinguistic awareness: representing and accessing knowledge about what counts as a Word. *Cognition, international journal of cognitive science*, 58, 197-219.
- Karmiloff-Smith, A. (1997) Continuing Commentary on A. Karmiloff-Smith (*Beyond modularity*). *Behavioral and brain sciences* 20, 351-369.
- Karmiloff-Smith, A. (1998). Development itself is the key to understanding developmental disorders (Developmental disorders, review). *Trends in cognitive science*, Vol.2, N° 10, 389-398..
- Markman, E. M., & Wachtel, G. F. (1988), Children's use of mutual exclusivity to constrain the meaning of words. *Cognitive Psychology*, 20: 121-157
- Melot, A.-M. (1997). Le développement des metareprésentations :
- Ou comment l'enfant devient psychologue. *Bulletin de psychologie*, 50(427), 39-47.
- Melot, A.-M. (1999). Les représentations du fonctionnement mental chez l'enfant d'âge préscolaire, in G. Netchine-Grynberg, (Ed). *Développement et fonctionnement cognitifs : Vers une intégration* (105 -124). Paris : PUF.
- Melot, A.M., (2001). La représentation de l'esprit chez l'enfant. *Pour la science*. N° 279. 66 - 72.
- Mounoud, P. (1990). Cognitive development : Enrichment or impoverishment ? How to conciliate psychological and neurobiological models. In C-A. Hauert (Ed), *Developmental psychology: Cognitive, perceptuo-motor and neuropsychological perspective*. Amsterdam : North Holland, 389 -414.
- Mounoud, P. (2000).Le développement cognitif selon Piaget. Structures et points de vue. In O. Houdé & C. Meljac (éd), *L'esprit Piagétien. Hommage international à jean Piaget*. (191-211). Paris, PUF.
- Osherson, D & Markman, E. (1975). Language and the ability to evaluate contradiction and tautologies, *Cognition*, 3, 213-226.
- Piaget, J (1926). La représentation du monde chez l'enfant, Neuchâtel, Delachaux & Niestlé.
- Reuchlin, M. (1978). Processus vicariants et différences individuelles, *Journal de psychologie*, N° 2, 133- 145.
- Smith, C, L. (1979). Children's understanding of natural language hierarchies. *Journal of Experimental Child Psychology*, 27, 437-458.
- Spelke, E.S, Vishton, P., and Hofsten, V.C., (1995). Object perception object-directed action, and physical knowledge in infancy .Gannizza, M.S.(ed), *the cognitive neuroscience*. Cambridge. MIT Press.
- Spelke, E.S. (in press). Developing knowledge of space: Core systems and new combinations. In S. M. Kosslyn & A. Galaburda (Eds.), *Languages of the Brain*. Cambridge, MA: Harvard Univ. Press.
- Tunmer, W.E., Fletcher, C.M. (1981). The relationship between conceptual tempo, phonological awareness, and word recognition in beginning readers, *Journal of reading behavior*, 13, 173-186.
- Troadec, B. & Martinot, C. (2003). *Le développement cognitif, Théories actuelles de la pensée en contextes*. Paris: Belin.
- Vosniadou, S., Skopeliti, I. & Ikospentaki K. (2004). Modes of Knowing and Ways of Reasoning in Elementary Astronomy. *Cognitive Development*, 19, pp. 203-222.
- Vosniadou, S., (2007). The cognitive-situative divide and the problem of conceptual change, *Educational Psychologist*, 42(1), 55-66.

PREVALENCE OF EMOTIONAL AND BEHAVIOURAL problems in CEREBRAL Palsy Children in GAZA Strip

SALAH AHMAD SALEH, B.SC. MCMH, Physiotherapy ,Gaza PALESTINE

ABDEL AZIZ MOUSA THABET, Assistant Professor of Child and Adolescent Psychiatry, Gaza PALESTINE

PANOS VOSTANIS, Professor of Child and Adolescent Psychiatry, Gaza PALESTINE

abdelazizt@hotmail.com

Abstract

Background: This study aimed to estimate the prevalence of child behaviour problems among cerebral palsy children aged 6-12 years old.

Method: A cross sectional method was chosen registered children aged 6-12 years-old at the physiotherapy clinics in the Gaza Strip. A systematic random sample of 219 children suffering from cerebral palsy was selected and their parents were interviewed using the Achenbach child behavior checklist (CBCL), also teacher report form (TRF) was used for physiotherapist.

Results: The results indicated that, the prevalence of child behaviour problems rated by parents was (37%). While, the prevalence of child behaviour problems rated by therapist was (44.7%). There was discrepancy on detection of caseness between parents and therapists ($p < .007$). Therapists were detecting child behaviour problems in CP children more than the parents. There were no statistical significance differences between boys and girls in total child emotional and behavioural problems and internalizing problems, however boys scored more than girls in externalizing problems ($p = 0.04$). There were age differences in total child emotional and behavioural problems according to parents. Children aged 6-9 years-old had more child emotional and behavioural problems according to the therapists than the age group 10-12 years-old ($p = 0.05$). Children live in villages had higher rates of child emotional and behavioural problems rated by parents and therapists than did the other children living in city and camp, also children living in village had significantly higher in internalizing symptoms of parents and therapists and externalizing symptoms of therapists. Furthermore, the results indicated a significant statistical differences between place of residency and total emotional and behavioural problems, internalizing problems and externalizing problems rated by therapist, that's in favor to the children who reside in village. While, a significant statistical differences was observed between place of residency and emotional and behavioural problems and internalizing problems rated by parents, that's in favor to the children who reside in village. Total emotional and behavioural problems, internalizing and externalizing problems were significantly associated with types of cerebral palsy when rated by therapist. Whereas, internalizing and externalizing problems were significantly associated with types of cerebral palsy when rated by parents. Children from family with low monthly income had more emotional and behavioural problems and internalizing problems rated by therapists than the other groups.

Conclusion: Despite certain limitations, although few sociodemographic differences in CBCL and TRF were found, a longitudinal prospective study on child behavior is recommended.

Key words: Cerebral palsy, Emotional and behavioural problems, CBCL, TRF, Gaza Strip

Introduction

Cerebral palsy is one of the most common developmental disability in children and adults in the United States; half a million Americans have some degree of the disorder. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) found that the average annual prevalence rate of disabilities was 2.8 per 1,000 children (ages 3 to 10, 1991-1994). Annually, at least 8,000 cases are diagnosed in infants, while almost 1,500 are identified in children of preschool age (National health, 1997).

Using the definition "a disability which restricts a child's

ability to perform tasks associated with daily living (Australian Institute of Health and Welfare, 2002). Previous reports showed that in 2002 almost 300,000 Australian children (7.5%) had a disabling chronic illness. The disability was primarily physical in 54% of children and intellectual/developmental/behavioural in 46%, and 15%-20% of survivors have a major disability (cerebral palsy).

Swanston (2000) demonstrated that all children with disabilities, limitations to schooling, mobility and communication constitute the most significant restrictions of daily activity.

Chronic conditions put increased stress on the child and the child's parents and siblings. Children with any chronic condition have twice the risk of developing mental health disorders of healthy children, and three times the risk if they have an accompanying disability. In recent studies on the European sample, the prevalence of mental health problems among children with cerebral palsy was 50% (Cromack et al, 2000), Dekker et al, 2002) found similar results 50%; Koskentausta & Almqvist (2004) found less rates 34%, and Linna et al. (1999) found similar low rates 32%. Mental health problems have frequently been reported to be more common in cerebral palsy males than females (Giles et al., 1995).

Roussos et al (1999) in study of Greek normative school children found that parents' and teachers' ratings tended not to having high correlation except for externalizing dimension and aggressive behaviour scale for boys and the attention problems scale for both sexes. Greek parents saw their children as more anxious and depressed, more aggressive and delinquent, while teachers agreed with the parents that their pupils were more anxious and depressed and had more attention problems.

MOH 2003 stated that the studies confirm that the physical disabilities and cerebral palsy have clear effect in personal behaviors and society of physical handicapped people reported that, form about 8.883 physical disabled persons in Gaza, about 65.5% male and 34.5 female, the main causes of physical disability are CP 24% (MOH, 2003).

The aim of the study is to estimate the prevalence of mental health problem among cerebral palsy children age 6-12 years in Gaza Strip.

Methods

Table 1 :Distribution of the study population (N=219)

Items	N	%
1- Sex		
Boy	141	64.4
Girl	78	35.6
2- Place of residence		
North Gaza	72	32.9
Gaza	66	30.1
Middle area	8	3.7
Khan Younis	72	32.9
Rafah	1	0.5
3- Type of residence		
City	116	53.2
Camp	66	30.3
Village	36	16.5
4- Family monthly income		
Low (Less than 300 US \$)	135	63.5
Middle (301-750 US \$)	64	30
High (751-1000 US \$)	9	4.2
Very high (1001 US \$ and above)	5	2.3
5- Paternal education		
Illiterate	14	6.6
Primary	20	9.4
Elementary	76	35.7
Secondary	43	20.1
Diploma	35	16
University	22	10.3
High degree	4	1.9
6- Maternal education		

Illiterate	17	8
Primary	25	11.7
Elementary	58	27.2
Secondary	68	40.4
Diploma	17	8
University	9	4.2
7- Paternal job	1	0.5
Unemployed	31	14.6
Simple worker	59	27.7
Skilled worker	62	29.1
Civil employees	46	21.6
Merchant	15	7
8- Maternal job		
House wife	192	90.1
Employee	12	5.7
Simple worker	9	4.2

Sample

The sample of this study consisted of 219 cerebral palsy children selected randomly from the physiotherapy centers in governmental and UNRWA centers registration book at the five areas of the Gaza Strip. These centers are providing physiotherapy and rehabilitation daily care for the majority of the Gaza Strip population. The sample consisted of 141 boys (64.7%), and 77 girls (35.3%). Of the 219 children, 116 children live in cities (53.2%), 66 live in camps (30.3%) and 36 live in villages (16.5%). According to family monthly income, 135 (63.5%) monthly income was less than 300 US\$ (low income), 64 (30%) family monthly income was 301-750 US\$ (middle income), 9 family income was high (751-1000 US\$) (4.2%), and 5 family income was very high above 1001 US\$ (2.3%). Fourteen of fathers (6.6%) were illiterate, 20 finished primary education (9.4%), 76 finished secondary school (35.7%), 43 finished elementary school (20.1%), 35 finished diploma level (16.0%), 22 finished university education (10.3%), and 4 finished post graduate educational level (1.9%). Thirty one of children father's were unemployed (14.6%), 59 were simple worker (27.7%), 62 were skilled worker (29.1%), 46 were civil employees (21.6%) and 15 were merchant (7.0%). More than half of the children were diagnosed as spastic cerebral palsy 121(58.5%), 47 diagnosed as flaccid cerebral palsy (22.7%), and 39 diagnosed as mixed cerebral palsy which represents (18.8%).

Measures

Socidemographic data and medical history

The first section address the sociodemographic characteristics of the study sample such as (sex, age, types of cerebral palsy, etc).

Children Behavior Checklist for parent and the TRF (Achenbach et al, 1983, Achenbach, 1991).

The Arabic versions of the CBCL/4-18 and of the TRF were verified by an independent back translation. The CBCL/4-18 is a questionnaire filled out by parents assessing various types of social competence and behavioral problems in children and adolescents aged 4-18 years. The first part of the scale includes 20 items exploring children's and adolescents' social competence. More specifically: their degree of participation in sports, home and school activities, games, and relationships with peers, siblings, and parents. The second part of the CBCL is focused on the children's and adolescents' behavioral

and emotional problems: It consists of 118 items (range: 0–not true, 1–somewhat/sometimes true, 2–very true or often true). Similar to the CBCL/4–18, the TRF is designed to be completed by therapists of 5–18 – year – old children and adolescents to assess their behavior at school. It is composed of a section tapping academic and adaptive competences, and a section encompassing 118 behavioral problem items, rated on the same three-point scale. The CBCL/4–18 and the TRF share eight cross-informant syndrome scales derived by principal components analysis: (1) withdrawn, (2) somatic complaints, (3) anxious/ depressed, (4) social problems, (5) thought problems, (6) attention problems, (7) delinquent behavior, and (8) aggressive behavior. These subscales are not directly equivalent to any clinical diagnosis but have proven useful for screening children and adolescents with behavioral problems across multiple cultures (Crijnen et al., 1997; Crijnen et al., 1999; Weine et al., 1995). Cut-off points were identified according to the method described by Achenbach (1991a, b). Briefly, norms were based on the 95th and 98th percentile (T score = 67 and T score = 70) for syndromes scales, and on the 82nd and 90th percentile (T score = 60 and T score = 63) for broadband and Total Problems scales. Normalized T scores to raw scores were also assigned according to the method described in Achenbach's manual (1991a, b). The split half reliability of the scale was high ($r = 0.89$) For the CBCL-parent form, the internal consistency of the subscales, calculated by the Chronbach's alpha, was also high ($\alpha = 0.89$). A test-retest was conducted for the scale with the parents of 19 children, who were random selected from the total sample. The scale was distributed and the same procedure was repeated after 2 weeks. The correlation coefficient of test-retest results was ($r = 0.91$). The split half reliability of the scale was high ($r = .87$). The internal consistency of the subscales, calculated by the Chronbach's alpha, was also high ($\alpha = .88$). A test-retest was conducted for the scale with the parents of 19 children, who were randomly selected from the total sample. The scale was distributed and the same procedure was repeated after 2 weeks. The correlation coefficient of test-retest results was ($r = 0.93$).

Procedure

An official letter to conduct the study was obtained from Ministry of Health Director, Health department director of UNRWA, Helsinki Committee approval was obtained. Parents and therapist were provided with an explanatory letter about the study objectives attached to each questionnaire emphasizing the purpose of the study, confidentiality of information, some instructions and statement about subject's right to participate or to refuse participation in this study voluntarily. We explained to the parent the purposes of the study and about their right to participate or to refuse participation in this study. After obtaining informed consent from the parents, parents were interviewed and privacy was maintained. At the end of every interview, the researcher looked over the filled questionnaire to check adequate completion of all questionnaire. Response rate for CBCL was 89% while the response rate for TRF was 93%. Data collection took two and half months from May till July 2004.

Statistical analysis

Descriptive statistical techniques frequency distribution of sociodemographic and medical characteristics of cerebral palsy children. Frequency of child behaviour problems rated by parents and therapists was conducted using cut-off points of CBCL, TRF. Association between child behaviour problems and sex was

tested using t-test in which sex and age were the dependent variables and mean of total CBCL, TRF, externalizing and internalizing problems as independent variables. Differences between other variables such as age, place of residence, type of cerebral palsy and child behaviour problems was tested by non-parametric test (Kruskal- Wallis test) in which sociodemographic variables were entered as dependent variable (place of residence and type of cerebral palsy) and mean of CBCL, TRF, externalizing, and internalizing subscales as independent variables. One way ANOVA was performed to test the differences in which monthly income was entered as the dependent variable and total CBCL, TRF, externalizing and internalizing subscales as independent variables.

Results

Table 3: Mean scores and standard deviations of the CBCL and TRF behaviour problems scales, by sex

Dependent variables	Boys (n = 141)		Girls (n= 78)		T test	P value
	Mean	SD	Mean	SD		
CBCL						
Total problem	55.8	41.7	56.0	45.2	1.50	0.133
Internalizing symptoms	17.51	12.45	16.92	13.32	.304	0.761
Externalizing symptoms	14.76	13.00	15.31	13.68	.275	0.784
TRF (Therapists)						
Total problem	67.63	40.9	63.60	40.55	2.126	0.035
Internalizing symptoms	16.64	11.5	16.34	11.58	.176	0.860
Externalizing symptoms	18.13	12.9	17.50	12.56	.328	0.743

Prevalence of child emotional and behavioural problems in cerebral palsy children by parents

The prevalence of child emotional and behavioural problems in cerebral palsy children by parents according to cut-off point of 60 and above was 81 (37%). The mean total child emotional and behavioural problems reported by parents for boys was 55.8 (SD=41.7), while mean for girls was 57.6 (SD=45.77). To differentiate between gender and prevalence of child emotional and behavioural problems an independent t-test was used; sex of the children was the dependent variable and children mental health problem rated by parents using CBCL was the independent variables. There were no statistical significance differences between boys and girls in total child emotional and behavioural problems according to parents ($t= .46$, $p = ns$).

In order to find the difference in the age of children and mean total problems in children, we recoded the age into two groups (6-9-years-old and 10-12 years-old). The results showed that CP children aged 6-9 years-old mean child emotional and behavioural problems according to parents was 59.89 (SD=44.3), and the mean of total problems in children aged 10-12 years-old was 49.58 (SD=39.9). There were no significant statistical difference between both age groups in total emotional and behavioural problems according to parents ($t= 1.6$, $p=.09$).

Internalizing problems by parents

The mean internalizing problems for boys was 16.9 (SD=12.5) and for girls was 17.3 (SD=12.8). There were no significant statistical differences between boys and girls in internalizing problems rated by parent ($t = .16$, $p = 0.86$).

Externalizing problems by parents

The mean externalizing problems for boys was 15.8 (SD=12.92) and for girls was 11.6 (SD=11.7). There were significant statistical differences between boys and girls in internalizing problems rated by parent toward boys ($t = 2.4$, $p = 0.04$).

Prevalence of child emotional and behavioural problems in cerebral palsy children by therapists

The results indicated that, children with psychiatric problem represented 98 (44.7%) while children with no psychiatric problems represented 121 (55.3%).

The mean total child emotional and behavioural problems by therapist for boys was 67.6 (SD= 40.90) and the mean for girls was 64.92 (SD = 41.89). To differentiate between gender and prevalence of child emotional and behavioural problems an independent t test was used; sex of the children was the dependent variable and children child emotional and behavioural problems rated by therapist using TRF as independent variables. The results revealed no significant differences between both boys and girls ($t = .46$, $p = 0.47$).

The mean child emotional and behavioural problems for 6-9 years age group was 70.42 (SD=43.41) and the mean child emotional and behavioural problems for the age group 10-12 years was 59.01 (SD=35.26). The result showed a significant statistical differences between the age group in total emotional and behavioural problems, children aged 6-9 years-old had more emotional and behavioural problems according to the therapists than the age group 10-12 years-old ($t = 2.1$, $p = 0.05$).

Internalizing problems by therapists

The mean internalizing problems for boys was 18.17 (SD=12.19) and for girls was 14.1 (SD=8.8). There were no significant statistical differences between boys and girls in internalizing problems rated by therapist ($t = 1.6$, $p = 0.10$).

Externalizing problems by therapists

The mean externalizing problems for boys was 19.2 (SD=13.2) and for girls was 13.7 (SD=9.0). There were significant statistical differences between boys and girls in externalizing problems rated by therapist toward boys ($t = 2.7$, $p = 0.006$).

Correlation between CBCL and TRF scores

Parents and teachers are known to differ in their assessment of children's behaviour. In order to test to what degree this holds for the CP children sample, we examined the correlations between parents' and therapists' scores, separately for boys and girls. The crossinformant versions of the scales were used for this analysis. For boys, parents and therapists tended to have correlations with total and all subscales. This is also applicable for girls.

Insert table 4 here

Child emotional and behavioural problems in cerebral palsy children and place of residency

A non-parametric test (Kruskal-Wallis test) was used to estimate the differences between child emotional and behavioural problems and place of residency. There were a significance statistical differences between total emotional and behavioural problems by therapists and parent and child place of residency ($\chi^2 = 17.6$ $p < 0.001$), ($\chi^2 = 9.8$, $p < 0.001$). This indicated that children live in villages had higher rates of child emotional and behavioural problems rated by parents and therapists than did the other children living in city and camp. Consistently, the results revealed a significant statistical differences between internalizing problems rated by therapists ($\chi^2 = 16.9$, $p > 0.001$), internalizing problems rated by parents ($\chi^2 = 11.33$, $p < 0.003$), externalizing problems rated by therapists ($\chi^2 = 7.8$ $p < 0.02$) and not for externalizing symptoms by parents. Children living in village had significantly higher in internalizing symptoms of parents and therapists and externalizing symptoms of therapists.

Child emotional and behavioural problems in cerebral palsy children and types of cerebral palsy

A non-parametric test (Kruskal-Wallis test) was used to estimate the differences between child emotional and behavioural problems and type of CP (flaccid, spastic, and mixed cerebral palsy). There were a significance statistical differences between total child emotional and behavioural problems rated by parents ($\chi^2 = 12.37$ $p < 0.002$), internalizing problems rated by parents ($\chi^2 = 11.5$, $p < 0.003$), internalizing problems rated by therapists ($\chi^2 = 11.7$, $p > 0.003$) and CP type. Children with flaccid cerebral palsy scored more than the other two groups. However spastic cerebral palsy children reported less externalizing problems rated by therapists ($\chi^2 = 13.7$ $p < 0.02$) and externalizing problems by therapists ($\chi^2 = 14.2$ $p < 0.001$).

One way ANOVA statistical test was used to estimate the differences between child emotional and behavioural problems and household monthly income. The results revealed a significant statistical difference between family monthly income and children emotional and behavioural problems ($p = 0.02$) and internalizing problems rated by therapists than the other groups ($p = 0.006$). Tukey test indicates that children coming from families with average monthly income less than 300\$ had reported more emotional and behavioural problems than the other groups by the therapists.

Discussion

Table 2 Medical characteristics of the study population

	No	%
1- Types of cerebral palsy		
Spastic cerebral palsy	121	58.5
Flaccid cerebral palsy	47	22.7
Mixed cerebral palsy	39	18.8
2- Etiology of cerebral palsy		
Inborn problems	130	61.0
Acquired problems	83	39.0
3- Duration of cerebral palsy		
Since birth	166	77.6
< 1 year	22	10.3
1-5 years	21	9.8
5-12 years	4	1.9

The aim of the study was to investigate the rate of child emotional and behavioural problems in cerebral palsy children attending physiotherapist department in the Gaza Strip. The majority of children were diagnosed as were represented as spastic

cerebral palsy (58.5%), 22.7% had flaccid cerebral palsy, and 18.8% diagnosed as mixed cerebral palsy. This result was congruent with other study (Eiben and Croker, 1993). We refer this differences in diagnoses due to the nature of the cerebral palsy disorder, where the spastic type is the common type. The findings revealed that the 61.0% of the cerebral palsy was due to inborn problems and 39.0% was due to acquired problems. The results was consistent with Hagberg results, who found that the most common cause of cerebral palsy disorder was inborn problems which may attributed to asphyxia or prolonged labour and eclampsia (Hagberg, 1979). Therefore, special attention should be taken in vulnerable high risk pregnant women during labour.

The results showed that the prevalence of the child emotional and behavioural problems in cerebral palsy children rated by parent was (37%). This result consistent with other studies based on CBCL (Cormack et al., 2000; Dekker et al., 2002). Our results was inconsistent of findings of psychiatric disorders among children with speech and language problems in which Cantwell and Baker (1987) found in study of 100 children that 50% had psychiatric disorders. Also our results showed lower rate of behavioural problems than the study of Noterdaeme and Amoroso (1999) in study of children with speech and language problems in which 80% of them had psychiatric disorders. In this study, there were no gender differences in total child emotional and behavioural problems according to parents. This is inconsistent with other studies in which boys reported high scores than girls in externalizing problems and girls reported more internalizing problems than boys (Nøvik, 2000).

The actual prevalence of child behaviour problems among young children is difficult to determine with any certainty because the prevalence rates reported in the literature vary greatly. In addition, most of studies that reported prevalence of behavior problems in children generally defined the children as having behavior problems on the basis of cut-off scores on adult informant checklist-type measures (Dekker, 2002).

Generally, the results of this study regarding child emotional and behavioural problems in cerebral palsy children reported by parents depend on how parents perceives, interpret, and tolerate a child's behavior problems and how they react when they find the behavior unacceptable. Therefore, differences in parents' perceptions and expectations of children's behavior and their tolerance for reporting child emotional and behavioural problems could influence the rate of such problems in children.

While the prevalence of child emotional and behavioural problems reported by therapists was (44.7%). It seems that therapist are more accurate in reporting the level of the child's child behaviour problems due to their knowledge of the type of child mental health problems. This study has important implications for investigators using multiple informant data in longitudinal research. Interpret of the results showed that, parents and therapist differed in the way they viewed the children in different age. Significant age effects were found for some CBCL scales, young children had more had higher scores general child behaviour problems according to the therapists than the older age group. The result was in accordance with several studies reported age effects (Fitzpatrick et al., 1999; Larsson et al., 1999; Mckelevy et al., 1999). However, significant age effects were found for many TRF scales, younger children had higher scores on all subscales except somatic problems. The results was consistent with other studies on some child behaviour problems and inconsistent with other studies on other child behaviour problems (Larsson et al., 1999; Mckelevy et al., 1999; Roussos et al., 1999).

The results showed that children live in villages had higher child behaviour problems rated by parents and therapists than those living in city and camp. This is consistent with study of Greek children in which emotional and behavioural problems were lower in rural areas than in Athens city (Roussos et al., 1999). Consistently, the results revealed a significant statistical differences between internalizing problems rated by therapists, internalizing problems rated by parents, externalizing problems rated by therapists, and not for externalizing symptoms by parents toward children live in villages.

The results indicated that children living in poor areas such as villages which considered as a urban face stresses more than those children who lives in rural areas and camps. This could be due to the availability of services in camps and cities for handicapped children and difficulties in having the same services in the urban areas.

The results revealed a statistical difference between children total problems rated by therapists and average household monthly income, those children coming from families with average monthly income less than 300\$ (low income families) were more disturbed mentally than the other groups. Families with children with average monthly income less than 300\$ had higher general and internalizing problems rated by therapists than the other groups. This is consistent with study of Roussos et al (1999) in which they found that Greek children with low socioeconomic status had higher behavioural problems scores and lower competence. However, there were no statistical

significant differences between all other subscales of CBCL and monthly income. Results of the study reviewed support the premise that children who are poor are at greater risk for the development of child behaviour problems than are children from higher socioeconomic status. Although, there is variability in reported scores rated by therapists and parents, the results suggested that the interaction of children, parent, and socioeconomic characteristics may produce and sustain certain child behaviour problems in children from low-income backgrounds, but no studies have examined these interactions directly. This is consistent with other studies in the same culture (Thabet & Vostanis, 1998; 2001).

Clinical implications

We have to give a significant focus on the role of family in psychological intervention through awareness raising activities such as lectures, meeting and symposiums. Different institution must offer rehabilitation program with high a adequacy that allow cerebral palsy cases become more integrated in their society. We have to develop of community support programmes for cerebral palsy children and enhancing program for families and all people had direct relation to the cerebral palsy children.

References

- Achenbach and Edelbork. (1981). Behavioral problem and competencies reported by parents of normal and disturbances children age four to sixteen. Monogr. Child Development 46: sereal No. 188
- Achenbach, T.M. (1991a). Manual for the Child Behavior Checklist 4/18 and 1991 Profile. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington.
- Achenbach, T.M. (1991b). Manual for the Teacher Report Form and 1991 Profile.

University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington.

- Australian Institute of Health and Welfare. (2002). Australia's children: their health and wellbeing. Canberra: AIHW, (AIHW Catalogue No. PHE-36.).

- Cantwell, D.P., & Baker, L. (1987). Prevalence and type of psychiatric disorder and developmental disorders in three speech and language groups. Journal of Communication Disorder, 20, 151-160.

- Cormack, K. F., Brown, A. C., and Hastings, R. P. (2000). Behavioural and emotional difficulties in students attending schools for children and adolescents with severe intellectual disability. Journal of Intellectual Disability Research, 44, 124-129.

- Dekker, M. C., Koot, H. M., Vander, E. J., and Verhulst, F. C. (2002). Emotional and behavioral problems in children and adolescents with and without intellectual disability. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43, 1087-1098.

- Eiben, R.M., and Corcker, A .C. (1983). Cerebral palsy within the spectrum of developmental disabilities. New York: Grun & Startion.

- Fitzpatrick, C., Deehan, A. (1999). Competencies and problems of Irish children and adolescents. European Child & Adolescent Psychiatry, 8, 17-23.

- Giles-Sims, J., Murray, A. S., and David, B. S. (1995). Child, maternal and family characteristics associated with spanking. Family Relations, 44, 170-176.

- Hagberg, B. (1979). Epidemiology and preventive aspect of cerebral palsy and severe mental retardation. Sweden European Journal of Pediatrics, 130, 71-18

- Larsson, B., and Frish, M. (1999). Social competence and emotional behavior problems in 6-16 year old .Swedish school children.. European Child & Adolescent Psychiatry, 8, 24-33.

- Ministry of Health. (2003). The status of health in Palestinian: Annual report.

- Mckelevy, R.S., Davies, L, C., Sang . D.L., Pickring, K,R., & Tu. H.C. (1999). Problems and competencies reported by parents of Vietnamese children in Hanoi. Journal of the American Academy of Child and Adolescent psychiatry, 38, 731- 737

- National Health and Medical Research Council. (1997). Depression in young people. A guide for general practitioners. Canberra. Journal of Psychology, 31, 62, 69.

- Noterdaeme, M., & Amorosa, H. (1999). Evaluation of emotional and behavioral

- problems in language impaired children using the Child Behavior Checklist. European Child & Adolescent Psychiatry, 8, 71-77.

- CONTRIBUTION

- Nøvik, T. S. (2000). Child Behavior Checklist item scores in Norwegian children. European Child & Adolescent Psychiatry, 9, 54-60.

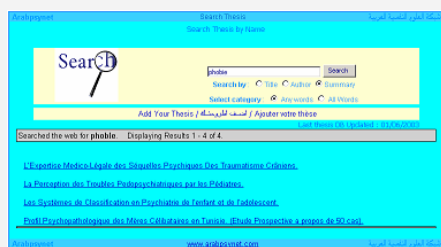
- Roussos, A., Karantanos, G., Richardson, C., Hartman, C., Karajinnis, D., Kyprianos, S., Lazaratou, H., Mahaira, O., Tassi, M., and Zoubou, V. (1999). Achnbachs child Behavior Chcklist and Tachers Rport From in a normative sample of Greek children 6-12 years old. European Child & Adolescent Psychiatry, 8, 165-172.

- Swanston H, Williams K, Nunn K. (2000). The psychological adjustment of children with chronic conditions. Vol 5. In: Kosky R, O'Hanlon A, Martin G, Davis C, editors. Child and Adolescent Mental Health, 5, 6-14

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

- Thabet, A.A., & Vostanis, P. (2001). Epidemiology of psychiatric disorders in the Gaza Strip. Eastern Mediterranean Public Health Journal, 7, 403-412

Arabpsynet Thesis Search



www.arabpsynet.com/These/default.asp

Arabpsynet Papers Search



www.arabpsynet.com/paper/defaultWord.asp

ESQUISSE POUR UNE COGNITION PLURIELLE COALISEUSE

L'exemple de la catégorisation

DR. HICHAM KHABBACHE PSYCHOLOGIE MAROC

hichamcogn_99@yahoo.fr

Introduction : Les théories psychologiques classiques ont souvent privilégié une conception unitaire et unidimensionnelle du fonctionnement et du développement cognitif.

Le présent article essaye de défendre une conception appelée : multidimensionnelle, polymorphe ou pluraliste de coalisation.

Cette conception dite pluraliste, dans le sens où elle admet une diversité de chemins du développement cognitif, une pluralité des processus du fonctionnement cognitif et un polymorphisme de variabilités (intra/interindividuelles, inter-contextuelle, et interculturelles) qui façonnent notre cognition.

Elle est nommée aussi Coaliseuse ; d'autant que plusieurs processus et facteurs (internes et externes) s'intègrent entre eux, en traçant des relations de complémentarités et d'interactions, permettant de résoudre des tâches compliquées, et assurant un dynamisme synergique qui renforce les différents réseaux du système cognitif.

Mais avant d'aborder les fondements théoriques de cette approche plurielle coaliseuse, il paraît nécessaire de commencer par une lecture critique des théories unitaires (Piaget comme exemple). Une telle mise en cause des théories unitaires va nous permettre de décortiquer les principes du modèle pluriel. Par ailleurs, nous allons essayer d'illustrer ces principes en se référant au processus de catégorisation.

Limites de la théorie unitaire Piagétienne.

Il est clair que Piaget dans sa considération de l'intelligence humaine qui se développe vers la pensée logicomathématique était l'héritier incontesté de l'esprit Aristotélicien (Lautrey, 2001). Sans oublier, qu'il a essayé d'adopter une conception Darwinienne dans la mesure où il a poinçonné des liens si étroites entre le côté biologique animal et le côté intellectuel humain. Ainsi, l'animal est régi durant son développement biologique par les mêmes mécanismes du développement psychologique humain (adaptation, accommodation, assimilation, équilibration), avec une seule différence liée au programme phénotypique rigide des animaux qui les borne à des niveaux intellectuels primitifs (Piaget, 1977) : à l'opposer de celui de l'être humain qui reste ouvert et flexible. De ce fait, chez Piaget, tous les êtres vivants obéissent à des processus d'équilibre durant leurs évolutions de même l'escargot et les plantes (Mounoud, 2000).

Par ailleurs, la conception Piagétienne du développement cognitif adopte deux positions contradictoires à savoir :

- Elle admet tantôt l'analogie entre l'équilibration cognitive purement humaine et l'équilibre organique des autres espèces ; et elle différencie tantôt le caractère rigide des structures organiques de la flexibilité des structures intellectuelles.

Laquelle flexibilité engendre une tendance de complétude

des structures cognitives qui se couronnera par les structures logicomathématiques. Ainsi, Piaget empreint une voie linéaire pleine de gain et de supplantation, ayant pour objectif d'atteindre un stade déjà prévu dans sa théorie de type logicomathématique. A noter que selon Piaget cette voie est discernable aussi bien durant l'évolution de l'histoire des sciences (Inhelder, 1989).

A ce propos, Piaget conçoit que « la nature d'une réalité n'est révélée ni par ses stades initiaux, ni par ses stades terminaux, mais par le processus de transformation, par la loi de construction » (Piaget, 1977).

Ainsi, cette loi de construction, qui est générale et qui régit toutes les espèces et même l'histoire des sciences, nous permet de concevoir la théorie Piagétienne comme une théorie totalitaire et unitaire.

Ceci, a incité Piaget, d'une manière hâtive à chercher des repères communs entre l'homme primitif et l'enfant sensoriel moteur, et entre la physique Copernicienne et certains stades de développement intellectuel (Piaget, 1973).

Or, Gréco (In Piaget, 1977) a souligné que la confusion commise par Piaget est entre le sujet épistémique, qui est un produit collectif, de nature scientifique historique, et le sujet psychologique individuel

Cela nous ramène à dire que la théorie Piagétienne est à la fois réductionnelle et généralisante.

- Réductionnelle : du moment qu'elle a réduit l'histoire de la pensée humaine collective en une histoire psychologique individuelle.
- Généralisante : dans la mesure où elle a étendu des caractères psychologiques individuels et variants à l'histoire des sciences et à l'évolution des autres espèces « Le projet général de Piaget était d'utiliser la psychogenèse pour comprendre le problème épistémologique de l'apparition des formes ou des structures nouvelles de raisonnement dans l'histoire des sciences » (Mounoud, 1992 : 32).

Après cette lecture critique de la théorie Piagétienne générale (biologique, épistémologique, psychologique), il nous reste à analyser cette théorie comme étant une psychologie de développement. Il est clair que Piaget a conçu le développement cognitif selon des stades et des mécanismes standards, qui régissent tous les domaines intellectuels et tout individu (Mounoud, 2000). Ce qui l'a incité à postuler que l'intelligence humaine passe durant son évolution, par un seul itinéraire de trajet linéaire. Ainsi, parmi les mécanismes responsables de ce développement unitaire et linéaire on cite :

- L'intégration hiérarchique : les stades émergent durant le développement cognitif selon un ordre hiérarchique, invariant, où chaque stade doit supplanter le précédent tout en l'intégrant et en le dépassant.
- La subordination : les différents formes de connaissance et de compétences cognitives, dépendent durant leurs développements à une structure générale : c'est la structure opératoire, qui est tributaire du processus d'équilibration. Lequel processus est à son tour un subordonné de l'action qui régit tout le développement cognitif.
- Structure d'ensemble : les différents domaines de l'intelligence subissent la même cadence du développement, qui s'illustre comme un isomorphisme structurel appelé domaine général ou structure d'ensemble.

Signalons ici, que les théories unitaires, décrivent le développement des conduites de catégorisation comme une succession d'étapes hiérarchisées, c'est-à-dire une supplantation d'une modalité de catégorisation moins développée par une autre plus développée.

On peut citer l'exemple de collection figurales de Piaget et Inhelder (1959). Ainsi, les collections figurales¹, apparaissent chez l'enfant entre 2 ans et 4 ans, seront supplantées (entre 4 et 6 ans) par les collections non figurales. Ces dernières, à leur tour, seront remplacées par les classes logiques².

Nelson (1985), elle aussi considère, selon le principe de supplantation, que l'émergence des catégories taxonomiques se fait à travers les catégories schématiques qui apparaissent chez l'enfant dès 2 ans. Ainsi les catégories schématiques vont engendrer chez l'enfant de 4 ans un type de catégories appelé slot filer/ case à remplir. Ces slot(s) filer(s) par leurs caractères substantiels, permettent à l'enfant de remplacer, dans un scripte, un objet par un autre qui remplit sa même fonction. Ensuite, dans un stade avancé, l'enfant focalise son attention, non seulement sur la ressemblance fonctionnelle des deux

objets mais aussi sur leurs propriétés communes de genre taxonomique. Cela dit que l'évolution des catégories schématiques en catégories taxonomiques se réalise par le biais des slot(s) filer(s).

Rosch (1975, 1983) à son tour, rejoint la conception de Piaget et de Nelson dans la mesure où elle opte pour la succession des paliers des formes de catégorisation au cours du développement.

Selon Rosch, tous les individus doivent passer par un chemin unique durant l'évolution de leurs activités de catégorisation. D'abord, ils doivent acquérir le niveau de base (étant une forme de catégorisation croisée, dont les catégories taxonomiques ne sont pas encore distinctes des catégories schématiques). En suites des catégories taxonomiques plus abstraites comme les catégories surordonnées, ou plus spécifiques telles que les catégories sous-ordonnées.

Vygotsky (1934) lui aussi, évoque dans son traitement du processus de catégorisation un chemin unitaire et linéaire. Ainsi, l'émergence des taxonomies est précédée par des associations perceptives des propriétés d'objets (catégorisation perceptive) et par les collections complexes qui sont, selon l'interprétation de Barouillet (1994) et de Walsh, Richardson & Faulkner (1993) des catégories schématiques.

Cependant, des résultats récents dans le domaine de catégorisation suggèrent que les enfants de 3 et 4 ans, peuvent envisager plusieurs sortes de relations catégorielles (taxonomiques, schématiques, perceptives et slot filer)(Bonthoux & Blaye, 1999 ; Berget, Bonthoux 2000 ; Cannard, Bonthoux, & Blaye, 2005; Blaye & Bonthoux, 2001). Ceci prouve que les jeunes enfants parviennent à accéder à des relations catégorielles variées et à représenter un même objet en recourant à des relations catégorielles différentes (Melot, 1997 ; Melot & Houdé, 1998). Dans ce sens, l'enfant dès 3 ans est polynomial, c'est-à-dire capable à attribuer plusieurs non à un même objet (Deák & Maratsos, 1998).

D'ailleurs, un grand nombre de bébélogue ont démontré que le bébé dispose déjà d'une habilité étendue à catégoriser, qui ne se limite pas aux catégories empiriques mais elle atteint aussi des formes de catégorisation plus abstraites. Ainsi, dès son septième mois de naissance il produit des catégories conceptuelles (McDonough, & Mandler, 1998) et dès son troisième mois il catégorise d'une façon taxonomique en se servant, parfois, de certaines données perceptives (Quinn, Eimas, Rosenkrantz, 1993). A cet âge il arrive, aussi, à distinguer les formes géométriques (Bomba & Siqueland, 1983 ; Lécuyer, 1991 ; Lécuyer, Streri & Pêcheux, 1996) et les visages (De Schonen & Deruelle, 1991 ; Lécuyer & Rovira, 1999). Encore, ce qui est surprenant ; la préférence du nouveau-né de fixer son regard vers le visage de sa mère par rapport aux autres visages (Walton & all., 1992). Aussi, sa capacité dès son neuvième mois à repérer les niveaux les plus accessibles de la catégorisation taxonomiques comme le niveau de base, le niveau de typicalité et le prototype (Mervis & Pani, 1980 ; Strauss, 1979). A ce propos, Younger (1993) affirme que le bébé de 7 mois utilise des propriétés variées pour distinguer les objets, mais il ne parvient pas coordonner entre ces propriétés d'objet que dès son dixième mois. Au surplus, des travaux récents ont montré que même, les singes sont capables de produire des formes variées de catégories (schématiques, taxonomiques, perceptives) (Bovet, 2000).

Toutes ces données s'avèrent nécessaires pour mettre en cause l'hypothèse unitaire qui délimite le savoir catégoriel de

l'enfant en catégories empiriques (niveau de base, collection figurale, objet complexe, scène) qui seront supplantées à un stade avancé par des catégories plus abstraites (classe logique, taxonomique, concept, niveau de base). Ergo, l'enfant est pluriel dans son savoir catégoriel, et pour le discerner il faut recourir aux principes du modèle pluriel coaliseur.

Descriptif du modèle pluriel Coaliseur

De prime abord, on aime indiquer, que la sociologie récente, a essayé également, de se retirer de certaines positions classiques unitaires (telle que celle de Marx et de Bordieus) qui généralisent d'une façon hâtive des variables sociales observables dans des contextes particuliers sur d'autres formes de structures sociales. En revanche, cette sociologie récente commence à adopter, une conception pluraliste qui croie au phénomène social étant un phénomène variant et mobile, qui échappe de toute standardisation. Ainsi, récemment, un intérêt remarquable des sociologues est porté à découvrir l'hétérogénéité et parfois même l'aspect contradictoire des phénomènes sociaux. Des lors on commence à postuler que nous sommes tous relativement singuliers même si nous sommes constitués socialement. Dans ce sens Lahire (1998) a employé la métaphore suivante « la feuille du papier froissé » à savoir : si la feuille de papier symbolise le monde social, ses structures, ses différents domaines, etc. Alors, la feuille du papier froissé qui est pliée plusieurs fois peut donner une image intéressante de ce que représente chaque cas singulier.

Cependant, ce qui suscite, de plus, dans cet article notre intérêt c'est l'architecture de la cognition plurielle qui est fondée sur cinq piliers : 1/ sujet psychologique 2/ Poly-variabilités 3/ multi-chemins du développement cognitif 4/ poly-mécanismes du fonctionnement cognitif 5/flexibilité cognitive.

Sujet psychologique

Dés un premier départ, la cognition plurielle nous invite à nous débarrasser du sujet épistémique et opter pour un sujet psychologique. Ce choix rejoint dans une grande partie l'école de Genève qui a longtemps privilégié le sujet épistémique. Une citation d'Inhelder (1989) illustre l'intérêt porté au sujet psychologique par l'école Suisse « à Genève nous même, nous sommes jetés dans l'aventure ».

Inhelder (1989), dans sa définition du sujet psychologique propose des démarches différentes de celles de Piaget. Il s'agit d'analyser les permis des conduites individuelles dans des situations particulières afin de relever des patterns des activités cognitives de genre ad.hoc relatives aux contextes et aux situations affrontés par les individus. Autrement dit, nous sommes face à un développement cognitif restreint et variant en fonction de genre de tâche traité par le sujet. Notre, appareil cognitif est, donc, flexible, souple, guidé par des structures fonctionnelles et contextuelles permettant à l'enfant de bricoler des techniques, planifier des stratégies et trouver des solutions imprévues. C'est-à-dire, ce concept « sujet psychologique » prouve que l'enfant possède des stratégies de dépannage « Debugging Strategies », lui permettant dans une large mesure de résoudre des pannes cognitives quand il se trouve face à certaines situations- problèmes compliquées (Siegler, 2003).

Dans le même sens, Fischer & Immordino-Yang (2002) évoquent le fait que les études récentes en psychologie cognitive ont échoué à prouver l'existence des structures formelles invariantes, communes chez tous les sujets, et qui régissent tous les domaines cognitifs, telles que les structures d'ensembles de Piaget ou les structures linguistiques

universelles de Chomsky. Parmi, les contrastes qui ont mit en cause l'hypothèse de structure d'ensemble : le décalage entre les performances d'enfants de même tranche d'âge, vis-à-vis certaines situations problèmes. Aussi, le fait qu'un même enfant parvient à conserver l'argile et échoue à conserver d'autres produits liquides.

Poly-variabilités

Selon lautrey & Caroff (1999 : 155) ; la conception du développement cognitif la plus répandue postule un parcours unique, jalonné d'étapes, de stades, et que tous les sujets franchissent dans le même ordre, au long duquel la vitesse de progression est la seule source de différence possible entre les individus. Plus précisément, cette conception admet une seule forme de variabilité verticale de genre interindividuelle, selon laquelle, les structures cognitives prennent des formes identiques chez tous les enfants de mêmes âges et se différencient chez des enfants d'âges différents. Autrement dit, dans cette approche on privilège un modèle unitaire du développement cognitif qui a caractérisé les grandes théories du siècle dernier, telles que celle de Piaget, Freud, Wallon & Vygotski (Troadec & Martinot, 2001).

En revanche, le modèle pluriel a essayé de se délivrer de cette variabilité verticale interindividuelle, invariante et préétablie pour joindre le principe de Poly-variabilités. Lequel principe opte pour l'idée que tout développement cognitif est régit par plusieurs formes de variabilités. Citons :

- La Variabilité intraindividuelle horizontale qui montre que les différents domaines cognitifs ne se développent ni de la même façon, ni selon la même vitesse. Ainsi on a relevé dans une expérience réalisée au Maroc, que le développement de la flexibilité catégorielle chez des enfants de 5 ans jusqu'à 12 ans, dans une situation d'appareillement libre, se diffère du développement de leurs conscience linguistique. A savoir que la conscience linguistique est quasiment linéaire durant son développement (Figure 1). Par contre, la flexibilité catégorielle connaît un cheminement semi-parabolique concave (Figure 2). De ce fait, on dévoile une variabilité intra-individuelle entre le domaine linguistique et le domaine de catégorisation (Khabbache, 2003).

En d'autre part, dans le même domaine telle que la catégorisation la même personne altère ses choix catégoriel en fonction de type de tâche traitée, ou selon une simple modification de consignes (Bonthoux & Blaye, 1999). Ainsi, nous avons relevé que chez la même population d'enfants marocains (de 5 ans jusqu'à 12 ans) le développement de la flexibilité catégorielle dans une situation d'appariement libre est semi parabolique concave mais dans la même situation avec un changement de consigne, dont on demande aux sujets de produire trois relations différentes (taxonomiques, fonctionnelle, perceptive) entre les objets à associer et l'objet cible de chaque planche, on a remarqué un développement de trajectoire linéaire (Khabbache, 2003) (Figure 3).

- La variabilité interindividuelle ; prouve que la ressemblance du fonctionnement cognitif entre des enfants de même tranche d'âge, ne témoigne pas une uniformité cognitive permanente, mais on remarque, fréquemment, des dissemblances entre ces enfants.

Relativement aux conduites de catégorisation ; on signale que les préférences, les niveaux de plasticité cognitive des processus de catégorisation varient d'une personne à une autre (Barsalou, 1982 ; Bastien, 1997).

Ainsi on a constaté que, dans un échantillon d'enfants marocains, les styles de flexibilité catégorielle varient chez les mêmes groupes d'âges.

A 5 ans par exemple on a trouvé 57 % d'enfants de profil unitaire, c'est-à-dire ils ont utilisé une seule forme de catégorisation dans la tâche d'appariement libre, 31 % d'enfants de profil dualiste qui ont employé deux relations catégorielles différentes et 13 % d'enfants de profil trios, qu'ont envisagé trois types de relations catégorielles. Cette variabilité interindividuelle par profil est repérable, aussi, chez les différents groupes d'âges (de 5 ans jusqu'à 12 ans) hormis les 11 ans (Tableau 1) (Khabbache, 2003).

Tableau 1: Variabilité interindividuelle par profil

Âges	Unitaire	Dualistes	Trios
5 ans	57 %	31 %	13 %
6 ans	25 %	63 %	13 %
7 ans	69 %	19 %	13 %
8 ans	81 %	13 %	6 %
9 ans	88 %	13 %	0 %
10 ans	94 %	06 %	0 %
11 ans	100 %	0 %	0 %
12 ans	57 %	45 %	0 %
Tous âges confondus	71 %	23 %	6 %

- La variabilité intercontextuelle ; illustrant que le comportement individuel varie selon le genre du contexte affronté par l'individu «le niveau de familiarité de l'individu avec une tâche donnée, ou le degré d'ambiguïté d'une situation problème à résoudre ».

Le comportement catégoriel, aussi, varie en fonction de la variabilité contextuelle, (Yeh & Barsalou, 2006). Autrement dit, les activités catégorielles subissent des changements in every days contextes (Vallee-Tourangeau, Anthony & Austin, 1998).

Dans le même sens, cette variabilité intercontextuelle est identifiable, selon le genre de tâche affronté par l'individu, le genre du matériel et de consigne utilisés, le type du paradigme expérimental adopté par le chercheur. Toutes ces variables influent le choix catégoriel de l'individu.

- La variabilité interculturelle ; selon laquelle les enfants de cultures différentes montrent des comportements cognitifs différents ; ainsi l'enfant de la Polynésie, traite la tâche d'inclusion avec des styles cognitifs différents à ceux d'un enfant européenne (Troade, 1999).

Relativement aux conduites catégorielles : certains chercheurs ont observé, dans la culture occidentale, une augmentation de la catégorisation taxonomique et slot filler au détriment d'autres formes de catégorisations (Lautrey, 1998). Mais dans un contexte africain ; la tribu Képelle tend à utiliser des catégories fonctionnelles que les catégories taxonomiques (Schliemann, Carraher, & Ceci, 1997).

Multichemins du développement cognitif

Il est clair que, d'après le modèle pluriel, la trajectoire linéaire, est une possibilité parmi d'autres du développement cognitif. Ainsi, il faut opté pour un développement multichemins (Lautrey, 2003), ou un développement Web (Troade, 1998; Fischer & Yan, 2002). De ce fait, on admet l'idée que l'individu ne se limite pas durant son développement cognitif à un seul chemin linéaire, hiérarchique, mais il pourrait emprunter d'autre itinéraires ; biscornus, zigzags (Houdé, 1999) réversibles,

régressifs (Mounoud, 1999), paraboliques concaves et convexes (Pacteau, 1995, Khabbache, 2003), parfois similaire à la lettre U (Siegler, 2004). A ce propos, nous signalons que Reuchlin depuis 1985, avait cette intuition pluraliste qui postule que le développement psychologique dépasse la voie unitaire pour un passage à différentes voies.

Par ailleurs, les résultats de nos expériences réalisées au Maroc, ont montré la non linéarité du développement du processus de catégorisation. Ainsi on a remarqué que la trajectoire d'évolution des réponses taxonomiques est quasiment zigzag (Figure, 4) et un cheminement parabolique concave du développement de la flexibilité catégorielle, dans une tâche d'appariement libre (Figure, 2) (Khabbache, 2003).

Rappelons que le développement des activités catégorielles, d'après Piaget & Inhelder (1959) connaît un cheminement linéaire et progressive du concret vers l'abstrait. Donc, on attend selon ce postulat unitaire, que les catégories empiriques (perceptives et fonctionnelles) vont diminuer avec l'âge dégressivement au profit des catégories abstraites (logiques et taxonomiques). Cependant, il découle de notre expérience d'appariement libre appliquée sur un échantillon d'enfants marocains dont l'âge est compris entre 4 ans et 12 ans ; les résultats suivants :

- Les enfants de 10 ans qui appartiennent au stade logique selon Piaget sont plus perceptifs que taxonomiques/logiques par rapport aux moins âgés (4, 5, 6 ans). En revanche, les jeunes enfants (4 ans, 5 ans) produisent plus de catégories taxonomiques que les plus âgés.

Ainsi, cet effet prend à contre-pied les théories unitaires qui considèrent le développement cognitif comme un passage des catégories empiriques vers les catégories abstraites (Piaget, Nelson, Vygotsky). Ainsi, on constate, d'après nos résultats, la non linéarité du développement des choix taxonomiques qui prend une forme parabolique descendante.

- Rappelons aussi que la courbe du développement des catégories fonctionnelles, selon le modèle unitaire de Nelson, est décroissante linéaire, favorisant une progression des réponses taxonomiques. Mais d'après nos résultats, les enfants moins âgés produisent moins de réponses fonctionnelles que les plus âgés. Cela prouve, également, la non linéarité du développement des choix fonctionnels qui connaît une chute notable à l'âge de 10 ans (Khabbache, 2003).

Poly-mécanismes du fonctionnement cognitif

Alors, Piaget et ses adeptes considèrent l'enrichissement/l'association/ la coordination comme le seul mécanisme qui régit tout le développement cognitif. Or, il fallait attendre l'avènement des neurosciences pour aboutir à l'idée que le développement cognitif n'est pas uniquement géré par d'enrichissement mais aussi par l'accession à l'inhibition et l'appauvrissement (Leray & Young ; cités par Mounoud, 1990).

Par ailleurs, beaucoup de chercheurs commencent à adopter cette conception (appauvrissement/ dissociation) tels que Houdé & Guichart (2001) dans son concept d'inhibition inefficace et efficace et Karmiloff-Smith (1997) dans sa théorie sur la perte et le profit ; et le feed-back négatif et positif.

Certes, cette conception ressenties du développement cognitif comme étant un processus d'appauvrissement, est une mise en valeur de la théorie d'abduction qui était élaboré en 1974 par Mehler. Laquelle théorie indique que les capacités cognitives doivent être spécifiées en éliminant certaines contraintes structurelles.

Cette idée ingénieuse de Mehler (1974), rejoint aussi Karmiloff-smith, dans son concept « la modularisation ».

Le mécanisme de Modularisation est chargé de reconfigurer les structures floues des domaines cognitifs dont leurs frontières épistémologiques sont encore confuses, en les spécialisant et en les rendant plus distinctes (Karmiloff-smith, 1998).

On attire l'attention que, d'après les approches récentes du développement neurocognitif, on n'admet pas un seul mécanisme qui régit tout le développement et le fonctionnement cognitifs. En fait, le cerveau a des unités de connexions fortement variables, en fonction de la particularité de tâche affrontée par l'individu (Oliver & all, 2000). C'est alors qu'à chaque nouvel acquis, il y'a l'émergence de nouvelles microconnexions neuronales à telle mesure qu'on peut parler d'un polymorphisme cérébral (Oliver & all, 2000).

Dans ce sens, il faut admettre une pluralité de mécanismes du développement cognitif qui se concorde avec le polymorphisme de connexions neurologiques.

Parmi ces mécanismes on cite :

Mécanisme de vicariance

Relativement à la probabilité d'évocation amorcée par la particularité de la tâche à traiter ; un processus moins efficace pourrait être remplacé par un autre plus efficace. Ainsi le mécanisme vise à suppléer une insuffisance (De Ribaupierre, 2005).

Mécanisme d'intégration et de complémentarité

1/ **Intégration** : les deux processus cognitifs peuvent s'intégrer entre eux dans un seul processus apte à résoudre une situation problème compliquée.

2/ **Complémentarité** : un processus peut accomplir le travail d'un autre processus, en préservant sa propre identité, c'est-à-dire, sans qu'il s'intègre avec l'autre processus dans une seule unité de traitement (Lautrey, 2003).

Mécanisme de Modularisation et d'inhibition

L'inhibition, comme on l'a déjà signalé, ne prend pas toujours le sens proposé par Houdé ; réussir à soustraire le processus causant une confusion cognitive durant le traitement d'une tâche donnée, mais il prend aussi le sens d'une modularisation (Karmiloff-smith, 1992) ou d'une différenciation (Carey, 1985, Carey & Spelke, 1994) des domaines pertinentes et génériques pour qu'il deviennent plus spécifiques.

Mécanisme de coalisation

Ce processus permettant de tisser d'une part des passerelles entre des domaines cognitifs différents et d'autre part de fonder un nouveau domaine de nature hybride en mariant certains composants et principes de deux domaines cognitifs différents. Ainsi, la physique théorique est le résultat d'une fusion des mathématiques avec la physique (Carey, 1985 ; Carey & Spelke, 1994).

A ce propos, le critère d'évaluer la croissance d'une compétence se fait par son niveau de complexité. Laquelle complexité est le produit d'un dynamisme de fusion ou de couplement (Interweaving) de plusieurs compétences (Demetriou & Nazi, 2001) appartenant à des domaines cognitifs variés.

Mécanisme de redescription des représentations

C'est un processus qui décrit d'une façon déclarative et consciente les composants de chaque domaine, et les liens qui

peuvent exister entre les différents domaines cognitifs. L'intérêt de cette redescription est de créer un meta-domaine ou un domaine hyper cognitif qui a pour rôle, d'une part, de contrôler et de gérer l'information des différents domaines, et, d'autre part, de coordonner entre ces domaines, et planifier des stratégies.

Par ailleurs, ce mécanisme par sa technique descriptive permet de généraliser une compétence appartenant à un domaine particulier sur d'autres domaines. Ainsi, une compétence accomplie est une compétence compliquée à savoir, elle est spécialisée à traiter un domaine particulier et en même temps, elle est généralisable sur d'autre domaine (Schwartz & Fischer, 2005).

Flexibilité cognitive

Selon Piaget ; les compétences du bébé sont simplifiées à un pur savoir sensoriel moteur. A l'encontre de cette conception, des nouvelles recherches ont dévoilé que l'enfant est capable de conceptualiser ses actes et produire un savoir abstrait à un âge précoce. A titre d'exemple, Il possède, déjà, dès son quatrième mois des capacités numériques, et à cet âge précoce il réussit à résoudre des tâches simples de permanence d'objet. En plus il arrive dans son neuvième mois à catégoriser d'une façon taxonomique (Houdé, 2004).

De ce fait ; on est obligé d'opter pour l'existence précoce de deux modes de fonctionnements cognitifs, l'un est pratique/procédural l'autre est conceptuel/ abstrait (Mounoud, 1999), ou selon l'expression de Lautrey (1987) l'un est analogique l'autre est propositionnel. C'est-à-dire on parle d'un système qui est structuré par deux formes de connaissances, l'une est procédurale et l'autre est conceptuelle (Mandler, 2000).

Le procédural, est donc un système contextuel, intrinsèque. Il est lié directement à l'environnement extérieur. Sa fonction essentielle est de traiter les données empiriques. Son style de traitement d'information est conçu comme probabiliste et automatique.

Le conceptuel, est un modèle de traitement d'information propositionnel, formel et décontextuel, permettant de produire une connaissance abstraite. En effet, ce modèle assure le contrôle délibéré de la partie procédurale du système cognitif. Ainsi, son travail se ressemble, dans une large mesure, au processus d'abstraction réfléchissante de Piaget ou à un fonctionnement métacognitif.

Il est clair que Reuchlin (1973), Pylyshyn (1981) et récemment Mandler (2000) favorisent un certain séparatisme entre les deux structures du système cognitif (conceptuel, procédural). En opposition avec cette thèse, le modèle pluriel de coalisation s'avère proche de l'hypothèse Lautrey (2003). Laquelle hypothèse opte pour une interaction mutuelle entre ces deux structures. Cette interaction va développer un dynamisme d'auto-organisation, qui serait source du développement non seulement cognitif mais aussi métacognitif. On signale à ce propos que Mounoud (1993) admet, aussi, une complémentarité et une interdépendance entre les deux structures du système. Rittle-Johnson, Siegler, & Alibali, (2001) également défendent la présence d'un rapport itératif entre l'aspect conceptuel et opérationnel du système cognitif. Ainsi, le conceptuel oriente les activités opérationnelles de l'enfant à détecter les propriétés essentielles d'une situation problème, puis il les organise sous forme d'une représentation interne du problème, après il compare cette représentation avec d'autres formes de

représentations de problèmes stockées en mémoire longue terme. Or, par le fait de comparaison, il arrive à abstraire et généraliser cette représentations du problème sur d'autres contextes et situations et à déterminer la procédure convenable à résoudre la situation problème affrontée.

Le rôle de l'opérationnel est de permettre au conceptuel de bien comprendre et saisir le problème. Ce ci engendre une représentation exacte du problème, qui déclenche des modèles de représentation de situations problèmes stockés en mémoire longue terme semblable à celle que le sujet est entrain de la traiter. De ce fait, on arrive à sélectionner les stratégies et les techniques encaissées dans la mémoire et qui sont appropriées à la présente situation problème, et on essaye aussi, dans certains cas à les ajuster avec la particularité de la tâche traitée. En plus, la partie opérationnelle du système par sa fonction d'accueillir des informations variées du milieu externe, elle permet d'élargir le niveau d'attention chez l'individu. Ceci assure une mise à jour de la partie conceptuelle du système, en l'invitant à mettre en cause des misconcepts qui résultent de la généralisation hâtive de certaines procédures.

Par ailleurs, notre expérience d'appariement libre a relevée certains effets qui agrément cette relation synergique et coopérative entre la partie perceptive opérationnelle du système et sa partie conceptuelle abstraite. Citons :

- Cas d'appariements perceptifs :
 - quand il y'a deux objets adjacents dans la planche, ayant le même niveau de ressemblance perceptive avec la cible, l'un est le plus accouplé avec la cible que l'autre.
 - Lorsqu'un objet est susceptible d'être apparié perceptivement et taxonomiquement avec la cible, sa proportion d'être associé à la cible est inférieure, par rapport aux objets qui engendrent seulement la relation perceptive avec la cible.

De ces effets on comprend que l'enfant, n'utilise pas un traitement direct purement perceptif, mais fait appel aussi à un traitement indirect de genre conceptuel (Mounoud, 1999 : 10). Ainsi, face à une situation où il y'a deux objets qui ont les mêmes chances d'appariement perceptif, l'enfant fait appelle à ses propres croyances, ses théories naïfs et ses connaissances mentales pour choisir l'un de ces deux objets.

Prenons l'exemple de deux objets à associer « Raquette » et « Luth », on remarque que le premier objet accomplit un niveau d'appariement perceptif plus élevé avec la cible cuillère (20 %) que le deuxième objet (2 %). Si on se réfère aux justifications des enfants. On constate que la majorité d'enfants surtout le plus petits, n'arrivent pas à désigner le non de l'instrument luth, mais ils l'appellent guitare, d'autres se contentent de décrire sa fonction « C'est un objet qui sert à faire la musique », d'autres enfants répondent ainsi, « oui, je connaît déjà son nom mais j'ai oublié ». Par contre la plupart d'eux parviennent à nommer la raquette parfaitement « c'est une raquette pour jouer le tennis ». Ceci prouve qu'une majorité d'enfants dispose d'une ample connaissance du domaine sportif. En revanche, ils n'ont pas un savoir si large du domaine musical et de ses instruments. Surtout que le domaine musical n'est pas suffisamment intégré dans les modules d'enseignements Marocains tel que le module sport. D'où la connaissance du domaine, comme étant un aspect du traitement conceptuelle, est déterminante dans les réponses perceptives.

Un autre cas, qui reste plus frappant, par rapport au premier : C'est le pourcentage d'appariements d'objet cible crayon qui est

très élève avec objet à associer fusée (21%) qu'avec l'objet piqure (5%). Même si les deux objets à associer présentent le même niveau de ressemblance perceptive avec la cible. Ceci prouve, que l'enfant mobilise un savoir cognitif affectif latent durant son choix catégoriel. Ainsi, il opte pour l'objet fusée car il le perçoit comme étant un objet amusant et un moyen de voyage cosmique. A l'opposé de l'objet piqure qui éveille chez lui une expérience douloureuse (maladie, souffrance).

On observe aussi, que l'enfant fait appel à des propriétés perceptives entre l'objet à associer et la cible qui ne figurent pas sur la planche, mais qui sont stockées dans sa mémoire long terme. A ce propos, on présente l'exemple suivant « je mets banane avec lune car les deux sont jaunes », sachons que les objets présentes dans les planches sont incolores. Ce qui prouve, comme on l'a déjà signalé, que la nature du traitement n'est pas purement perceptive, directe et automatique, mais elle est, aussi le résultat d'un traitement conceptuel permettant, d'une part à évoquer une couleur stockée dans la mémoire, et d'autre part à gérer les informations qui sont encrées dans cette mémoire. En d'autre terme, c'est un travail de coordination entre les informations mnésiques (couleur jaune) et l'activité d'appariement perceptif, pour effectuer certaines inférences et généralisation ; comme c'est le cas avec la couleur jaune qui était étaler sur des objets incolore.

On peut déduire donc qu'il y'a une relation synergique entre le traitement perceptif et le traitement conceptuel dans la production des appariements perceptifs.

Un autre argument prouve que les sujets emploient le traitement conceptuel durant les activités perceptives. Lequel argument est l'effet que les enfants sont penchés sur les objets neutres³ qu'hybrides (Tableau, 2).

Tableau 2 : pourcentages d'appariements perceptifs des objets neutres et hybrides avec leurs cibles

Objets neutres	%	Objets hybrides	%
Banane--> Lune	23%	Banane--> croissant	10%
Crayon--> Fusée	21%	Crayon--> stylo	2%
Pigeon--> Avion	20%		
Poisson--> Fusée	16%	Poisson--> Poisson	7%
		Poisson--> Dauphin	0%
		Poisson--> squelette du poisson	1%
Cueillere--> Raquette	20%	Cueillere--> Fourchette	0%
Livre--> Cassette	15%	Livre--> Bureau	1%
		Livre--> Cartable	1%
		Livre--> bibliothèque	1%
Ballon--> Pomme	30%		

Ceci s'explique par le fait que les objets hybrides mettent le sujet dans une instance d'hésitation à choisir entre les trois formes de catégorisations. Ce qui accentue, chez lui, le risque

de tomber dans des fautes de catégorisations. Pour ne pas prendre ce risque, le sujet recourt à une stratégie de supervision en focalisant son attention sur les objets neutres qui admettent seulement le traitement perceptif.

A noter, que ce phénomène reste décelable aussi, dans les appariements fonctionnels :

Ainsi, lorsqu' on a un objet est hybride, c'est-à-dire susceptible d'être apparié fonctionnellement/ taxonomiquement voire fonctionnellement perceptivement, sa proportion d'appariement schématique avec la cible est faible par rapport aux objets neutres admettant seulement une relation schématique. A ce propos, on garde la même explication mentionnée antérieurement pour les appariements perceptifs (Tableau, 3).

Tableau 3 : pourcentages d'appariements fonctionnels des objets neutres et hybrides avec leurs cibles

Objets neutres	%	Objets hybrides	%
Banane--> Singe	23 %	Banane--> Pomme	1 %
Pigeon--> Cage	38%	Banane--> Raisin	1 %
Pigeon--> Nid	21%	Pigeon--> Coq	0 %
		Pigeon--> Canard	2 %
Crayon--> enfant entrain de dessiner	26%	Crayon--> Stylo	7 %
		Crayon--> Gomme	3 %
Poisson--> cane à pêche	38%	Poisson--> Chat	3 %
		Poisson--> Dauphin	0 %
Cuillère--> Yogourt	37%	Cuillère--> assiette	9 %
		Cuillère--> fourchette	2 %
Cuillère--> Tarte	22%		
Livre--> Bibliothèque	31%	Livre--> Stylo	9%
		Livre--> Cartable	2%

Cas d'appariements schématiques :

A signaler aussi, dans la même planche ; quand deux objets sont adjacents, et ont les mêmes chances d'être appariés fonctionnellement avec la cible, on remarque que l'un est plus associé avec la cible que l'autre. Dès lors on comprend que les choix schématiques ne se fondent pas sur une connaissance fonctionnelle, contextuelle pure, mais aussi sur un savoir latent qu'a l'enfant des objets à appairer. C'est-à-dire ses croyances, ses théories naïves et aussi, sa connaissance relatives à ces objets qui sont organisées sous forme de domaines spécialisés (Diesendruck & Gelman, 1999). A titre d'exemple, le pourcentage d'appariement fonctionnel entre (Singe/ Banane) (23 %) reste très élevé qu'entre (Bébé/ Banane) (5 %), et qui résulte des croyances qu'a l'enfant des bananes comme étant une nourriture vitale pour les singe et non essentielle pour les bébés qui consomment, selon les justifications d'enfants, que du lait.

Cas d'appariements taxonomiques

A noter que la plupart d'appariements taxonomiques portent sur des objets hybrides. Ce ci prouve que l'activité d'appariement taxonomique connaît des relations de complémentarité entre les diverses modalités de catégorisations. Ainsi, l'enfant recourt à des propriétés perceptives (Poisson/ poisson), ou schématiques (Cuillère/ assiette) quand il élabore ses choix taxonomiques, à tel point qu'on peut penser à un dynamisme synergique entre les différents types de catégorisation contribuant aux appariements taxonomiques. Nous pensons donc que la source de ce dynamisme réside dans la coordination efficace entre les deux systèmes : le premier est proportionnel le deuxième est analogique (Lautrey, 1987), ou entre l'aspect perceptif direct du système et son aspect indirect (Mounoud, 1993).

Certes, la coordination inefficace entre les deux systèmes engendre des mis-représentations, c'est-à-dire des fausses réponses. Et Parmi, ces fausses réponses, on peut citer l'exemple des sujets qui appariant taxonomiquement l'objet avion avec objet oiseau, en recourant à la ressemblance perceptive des deux objets, ou à leur fonction commune (le vol).

Conclusion et perspective

En conclusion, l'ensemble de résultats relatifs aux expériences réalisées sur la catégorisation, appuie l'hypothèse qui envisage que la construction et le fonctionnement des catégories sont régis par les principes du modèle pluriel. Ainsi, nous recommandons que les prochaines recherches doivent confirmer un intérêt à dépister les principes du modèle pluriels dans d'autres domaines ; anthropologie, sociologie, sciences d'éducation, psychopathologie... Dès lors, nous jugeons qu'une telle démarche aura un impact propice sur l'évolution des sciences humaines.

Figure 1 : Evolution de la conscience linguistique

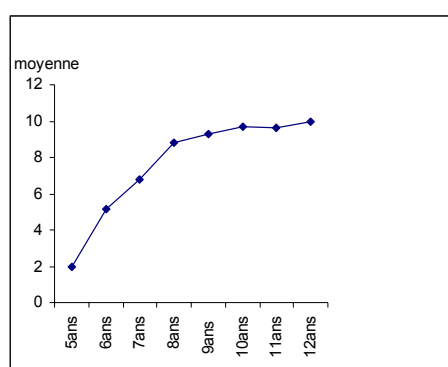


Figure 2: Evolution de la flexibilité catégorielle dans une tâche d'appariement libre

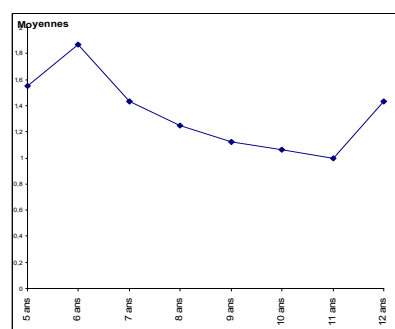


Figure 3 : Evolution de la flexibilité catégorielle dans une tâche d'appariement contrôlé

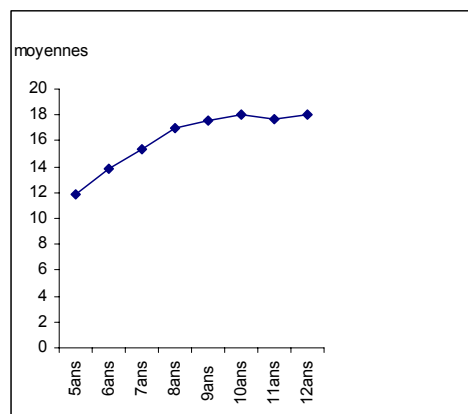
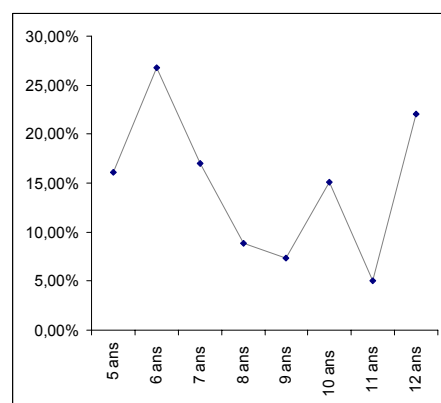


Figure 4 : Evolution des réponses taxonomiques dans une tâche d'appariement libre.



Références

- Barrouillet, P. (1994). Schematic or taxonomic organization of the reality and development of class logic. *International Journal of Psychology*, 29 (2), 183-212
- Berger, C. & Bonthoux, F. (2000). Accès aux catégories par les propriétés : influence de la tâche et des connaissances chez le jeune enfant. *Psychologie Française*, 45, 123-130.
- Barsalou, L.W. (1982). Context-independent and context-dependent information in concepts. *Memory & Cognition*, 10, 82-93
- Blaye, A., Bernard-Peyron, V., & Bonthoux, F. (2000). Au delà des conduites de catégorisation : Le développement des représentations catégorielles entre 5 et 9 ans. *Archives de Psychologie*, 68, 59-82.
- Blaye, A., & Bonthoux, F. (2001). Thematic and taxonomic relations in pre-schoolers: The development of flexibility in categorisation choices. *British Journal of Developmental Psychology*, 19, 395-412
- Bomba, P. C., & Siqueland, E. R. (1983). The nature and structure of infant form categories. *Journal of Experimental Child Psychology*, 35, 294-32

- Bonthoux, F. & Blaye, A. (1999). Multiple categorical representations for the same object: Development of representation flexibility in preschoolers. 1st bisontine conference for conceptual and linguistic development in child age from 1 to 6 years. Besançon. Decembre.
- Bovet, D. 2000. Conceptualisation et relations abstraites : comparaison entre l'enfant de trois ans et le babouin. *Informations In Cognito*, 17, 23-32.
- Cannard, C., Bonthoux, F., & Blaye, A. (2005). Picture naming in 3-8 year-old French children: relationship between ages of acquisition, word frequency and name agreement. Written presentation, XIIth European Conference on Developmental Psychology. Santa Cruz de Tenerife, Spain.
- Deák, G. & Maratsos, M. (1998). On having complex representations of things: Preschoolers use multiple words for objects and people. *Developmental Psychology*, 34, 224-240.
- Demetriou, A., & Kazi, S. (2001). Unity and modularity in the mind and the self: Studies on the relationships between self-awareness, personality, and intellectual development from childhood to adolescence. London: Routledge
- De Ribaupierre, A. (2005). Développement et Vieillesse cognitive. In J. Lautrey & J.-F. Richard (Eds). *L'intelligence* (pp. 211-266). Paris: Lavoisier.
- De Schonen, S., Deruelle, C. (1991). Spécialisation hémisphérique et reconnaissance des formes et des visages chez le nourrisson. *L'année psychologique*. 91. 15-46
- Diesendruck, G., & Gelman, S. A. (1999). Domain differences in absolute judgments of category membership: Evidence for essentialist account of categorization. *Psychonomic Bulletin and Review*, 6, 338-346.
- Fischer, K. W., & Immordino-Yang, M. H. (2002). Cognitive development and education: From dynamic general structure to specific learning and teaching. In E. Lagemann (Ed.), *Traditions of Scholarship in Education*. Chicago: Spencer Foundation.
- Fischer, K. W., & Yan, Z. (2002). Darwin's construction of the theory of evolution: Microdevelopment of explanations of variation and change of species. In N. Granott & J. Parziale (Eds.), *Microdevelopment: Transition Processes in Development and Learning*. Cambridge, U.K.: Cambridge University Press.
- Houdé, O. (1999). Attention sélective, développement cognitif et control inhibiteur de l'information. In G. Netchine-Grynberg, (Ed). *Développement et fonctionnement cognitifs: Vers une intégration* (181-195). Paris: PUF.
- Houdé, O. & Guichart, E. (2001). Negative priming effect after inhibition of number/length interference in a Piaget-Like task. *Developmental science* 4:1, pp 119 -123
- Houdé, O. (2004). *La psychologie de l'enfant*. Coll. Que sais-je ?. Paris :PUF.
- Inhelder, B. (1989). Du sujet épistémique au sujet psychologique. *Bulletin de psychologie*, 390, 466-467.

- Karmiloff-Smith, A., (1992). Beyond modularity: A development perceptive on cognition science. Cambridge, MA : MIT Press/Bradford books.
- Karmiloff-Smith, A. (1997). Crucial differences between developmental cognitive neuroscience and adult neuropsychology. *Developmental neuropsychology*, 13 (4), 513-542.
- Karmiloff-Smith, , A. (1998). Is atypical development necessarily a Window on the normal mind /brain?: The case of Williams Syndrome, *Developmental Science* 1:2, 273-277.
- Khabbache, H. (2003). Catégorisation plurielle et théorie mentale du mot, Thèse de doctorat, Université Sidi Mohamed Ben Abdellah, Fès
- Lautrey, J (1987). Structures et fonctionnements dans le développement cognitif, Chapitre 3 (p114) - développement et fonctionnement cognitif, une hiérarchie enchevêtrée entre traitement analogique et propositionnel, Thèse de Doctorat.
- Lautrey, J. (1998). La catégorisation après Piaget. In C. Meljac, R. Voyazopoulos, & Y. Hatwell (Eds.), *Piaget après Piaget*. (pp. 155-171.) .Grenoble: Editions La Pensée Sauvage.
- Lautrey, J. (2001). Intelligence, de la mesure aux modèles. *Sciences Humaines*, 116, 22-27.
- Lautrey, J. (2003). A pluralistic approach to cognitive differentiation and development. In R. J. Sternberg, J. Lautrey, & T. Lubart (Eds.), *Models of intelligence*, International perspectives. Washington, DC: American Psychological Association.
- Lautrey, J. & Caroff, X. (1999). Une approche pluraliste du développement cognitif: la notion de conservation « revisitée ». In G. Netchine (Ed.), *Développement et Fonctionnement Cognitifs: vers une intégration*. Paris: PUF.
- Lahire, B. (1998). *L'homme pluriel*, Les ressorts de l'action, Paris, Nathan, 1998.
- Lécuyer, R. (1991). La catégorisation de figures géométriques chez des bébés de cinq mois. *Archives de psychologie*, 59, 143-155.
- Lécuyer, R., Streri, A. & Pêcheux, M.-G., (1996) *Le développement cognitif du nourrisson*. Tome 2. Paris, Nathan.
- Lécuyer, R. & Rovira, K. (1999) *Organisation perceptive, délai inter - essais et catégorisation chez les bébés de quatre mois* *L'Année Psychologique*, 99, 209-237
- Mandler, J.M. (2000). Perceptual and conceptual processes in infancy, *cognition development*, Volumel, 3-36.
- McDonough, L. & Mandler, J. M. (1998). Inductive generalization in 9- and 11-month-olds. *Developmental Science*, 6, pp. 227-232.
- Mehler, J. (1974), Connaître par désapprentissage in E. Morin /M.Piattelli-Palmarini (Eds) 2. *Le cerveaux humain* (29-37), Paris, Editions du seuil.
- Melot, A-M. (1997). Le développement des métareprésentations : ou comment l'enfant devient psychologue. *Bulletin de psychologie*, 50 (427), 39-47.
- Melot, A-M. & Houdé, O. (1998). Categorization and theories of mind: The case of the appearance/reality distinction. *Current Psychology of cognition*, 17, 71-93
- Mervis, C. B., & Pani, J. R. (1980). Acquisition of basic object categories. *Cognitive Psychology*, 12, 496-522.
- Mounoud, P. (1990). Cognitive development : Enrichment or impoverishment ? How to conciliate psychological and neurobiological models. In C-A. Hauert (Ed), *Developmental psychology: Cognitive, perceptuo-motor and neuropsychological perceptive*. Amsterdam : North Holland, 389 - 414.
- Mounoud, P. (1992). Les concepts d'équilibration et de structure chez Piaget dans "La Naissance de l'Intelligence" (1936) et "La Construction du Réel" (1937). In D. Maurice & J. Montangero (Eds.), *Equilibre et équilibration dans l'oeuvre de Jean Piaget et au regard de courants actuels* (Cahier No. 12, pp. 31-43). Genève: Fondation Archives Jean Piaget.
- Mounoud, P. (1993), The emergence of new skills : Dialectic relation between knowledge system, in G.J.P. Savelsbergh (Ed.), *The development of coordination in infancy*, Amsterdam, North Holland, Elsevier Science Publishers, 13-46.
- Mounoud, P. (1999). La connaissance de soi chez le bébé : Un modèle récursif. in G. Netchine-Grynberg, (Ed). *Développement et fonctionnement cognitifs : Vers une intégration* (219 -244). Paris : PUF.
- Mounoud, P. (2000). Le développement cognitif selon Piaget. Structures et points de vue. In O. Houdé & C. Meljac (Eds.), *L'esprit piagétien: Hommage international à Jean Piaget* (pp. 191-211). Paris: Presses Universitaires de France.
- Nelson, K. (1985). Le développement de la représentation sémantique chez l'enfant. *Psychologie Française*, 30, 261-268.
- Oliver, A, Johnson, M. H, Karmiloff-Smith, A. & Pennington (2000). Deviation in the emergence of representation : a neuroconstructivist framework for analyzing developmental disorder, Article with peer commentaries and response, *Developmental Science* 3:1, 1- 40.
- Quinn, PC, Eimas, PD. & Rosenkrantz, SL. (1993). Evidence for representations of perceptually similar natural categories by 3-month-old and 4-month-old infants. 22(4):463-75.
- Pacteau, C. (1995). Catégorisation des processus holistiques et analytiques. In J. Lautrey (éd). *Universel et différentiel en psychologie* (130-157). Paris: PUF.
- Piaget, J. (1973). *Mes Idées*. Paris, Denoël/Gonthier.
- Piaget, J. (1977). *Epistémologie génétique et équilibration*. Neuchâtel, Delachaux et Niestlé.

- Piaget, J. & Inhelder, B. (1959). La genèse des structures logiques élémentaires. Neuchâtel : Delachaux & Niestlé.
- Pylyshyn, Z.W. (1981). The imagery debate: Analogue media versus tacit knowledge. *Psychological Review*, 88, 16-45.
- Rosch, E. (1975). Cognitive representations of semantic categories. *Journal of Experimental Psychology: General*, 104, 192-233.
- Reuchlin, M. (1973). Formation et réalisation dans la pensée naturelle : une hypothèse. *Journal de psychologie normale et pathologique*, 70, 389- 408.
- Reuchlin, M. (1985). Développement et différenciation. In J.Bideaud et M.Richelle (Eds.), *psychologie et développement. Problème et réalité* (283-298). Bruxelles, Pierre Mardaga Editeur.
- Rittle-Johnson, B., Siegler, R. S., & Alibali, M.W. (2001). Developing conceptual understanding and procedural skill in mathematics: An iterative process. *Journal of Educational Psychology*, 93, 349-362.
- Rosch, E. (1983). Prototype classification and logical classification: The two systems. In E. F. Scholnick (Ed.), *New trends in conceptual representation: Challenges to Piaget's theory?* Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Schliemann, A., Carraher, D., & Ceci, S. J. (1997). Everyday cognition. In J. W. Berry, P. R. Dasen, & T. S. Saraswathi (Eds.), *Handbook of Cross-Cultural Psychology*, Vol. 2: Basic processes and human development (pp. 177-216). Boston: Allyn & Bacon
- Schwartz, M. S., & Fischer, K. W. (2005). Building general knowledge and skill: Cognition and microdevelopment in science learning. In A. Demetriou & A. Raftopoulos (Eds.), *Cognitive developmental change: Theories, models, and measurement* (pp 157-187). Cambridge, U.K.: Cambridge University Press
- Houdé, O. (1999). Attention sélective, développement cognitif et contrôle inhibiteur de l'information. in G. Netchine-Grynberg, (Ed). *Développement et fonctionnement cognitifs : Vers une intégration* (181-195). Paris : PUF.
- Siegler, R. S. (2003.) Implications of cognitive science research for mathematics education. In Kilpatrick, J., Martin, W. G., & Schifter, D. E. (Eds.), *A research companion to principles and standards for school mathematics* (pp. 119-233). Reston, VA: National Council of Teachers of Mathematics.
- Siegler, R. S. (2004). U-Shaped Interest in U-Shaped Development-and What it Mean. *Journal of Cognition and Development*, Lawrence Erlbaum Association, Inc. 5(1), 1-10.
- Strauss, M.S. (1979). Abstraction of prototypical information by adults and 10 month old infants. *Journal of Experimental Psychology: Human learning and memory*, 5, 618-635.
- Troadec, B. (1998). *Psychologie de développement cognitif*. Paris: A. Collin, Coll. Synthèse.
- Troadec, B (1999). Le développement de la pensée chez l'enfant. *Cultures et catégorisation*. Toulouse. Presse Universitaire du Mirail.
- Troadec, B. & Martinot, C. (2003). Le développement cognitif, Théories actuelles de la pensée en contextes. Paris: Belin.
- Walsh, M., Richardson, K., & Faulkner, D. (1993). Perceptual, thematic and taxonomic relations in children's mental representations: Responses to triads. *European Journal of Psychology of Education*, 8, 85 - 102.
- Vallee-Tourangeau, F., Anthony, S.H. & Austin, N.G. (1998). Strategies for generating multiple instances of common and ad hoc categories. *Memory*, 6, 555-592.
- WALTON, G., E. BOWER N. J. A., & BOWER T. G. R. (1992). Recognition of familiar faces by newborns, *Infant behavior & development*, 15, 265-269.
- Yeh, W., & Barsalou, L.W. (2006). The situated nature of concepts. *American Journal of Psychology*, 119, 349-384 .
- Younger, B. (1993). Understanding category members as 'the same sort of thing': Explicit categorization in 10-month-old infants. *Child Development*, 64, 309-320.

¹ Les collections figurales de Piaget sont considérées, chez une majorité de chercheurs comme des catégories thématiques/schématiques/fonctionnelles (Barouillet, 1993 ; Lautrey ; 1998 ; Blaye, Bernard-Peyron & Bonthoux, in presse). On entend par les catégories thématiques/schématiques/fonctionnelles, l'habilité à associer des objets de nature différentes par des liens spatiotemporels ou fonctionnels, sous forme d'un scénario (script) (je mets banane avec singe, car le singe mange les bananes)

² Blaye., Bernard-Peyron & Bonthoux, (2000) et (Troadec, 1999) considèrent les classes logiques comme des catégories taxonomiques. On définit la catégorisation taxonomique comme une habilité à associer des objets de même nature, c'est-à-dire appartenant à la même famille sémantique (je mets banane avec raisin car ils sont des fruits). Enfin on désigne par la catégorisation perceptive ; l'habilité à associer des objets on se recourant à leurs ressemblances perceptives (Je mets croissant avec banane car ils se ressemblent par leurs formes lunées).

³ On entend par objet neutre tout objet qui admet une seule relation catégorielle avec sa cible. Par contre, l'objet hybride admet plusieurs relations avec sa cible (taxonomique, schématique, perceptives).

LES URGENCES EN PÉDOPSYCHIATRIE

HELA AYADI - YOUSR MOALLA - HELA LAARIBI FARHAT GHRIBI

CHU Hedi Cheker Sfax ; TUNISIE

yousr.moalla@ms.tn – hela.ayadijemal@ms.tn

RESUME

L'urgence en pédopsychiatrie est toujours un moment de crise donc un moment fécond intense, qui, s'il est bien utilisé, peut être le levier d'un changement structurel dans l'homéostasie personnelle

et relationnelle d'un enfant malade ou perturbé et c'est Quelque soit le trouble présenté, il doit être toujours compris dans son contexte et dans son histoire.

Materiel et methode : A travers une étude rétrospective portant sur 87dossiers d'enfants et d'adolescents ayant été hospitalisés en urgence au service de pédopsychiatrie les auteurs tout en relevant la diversification du pathologies à l'origine des admissions en urgence, soulignent l'intérêt à prendre en considération les facteurs socio familiaux entrant en jeu dans le déclenchement de ces crises.

Resultats Ainsi ils relèvent les motifs suivants

- décompensation psychotique aigue : 52% des cas.
- état dépressif : 5,5% des cas
- troubles névrotiques sévères : 15% des cas
- tentative de suicide e maltraitance : 6,6% des cas
- anorexie mentale : 2,2% des cas
- Conduite antisociale et toxicomanie : 6,6% des cas
- Troubles du comportement associés à une débilité ou à une épilepsie : 10 % des cas.

Discussion: La "crise" n'étant qu'un processus intersubjective qui s'impose. L'urgence en pédopsychiatrie et la demande d'hospitalisation se présentent comme le résultat d'un déraillement ou d'une impossibilité de développement spontané de cette crise, ce qui est à l'origine d'une sollicitation urgente du pédopsychiatre qui contraste souvent avec une intervention réfléchie et non impérieuse.

I - INTRODUGTION

La crise est un moment dans l'évolution d'une maladie, d'un individu ou «un système, caractérisée par un changement subit, positif ou négatif et généralement décisif entraînant la rupture d'une homœostasie et l'élaboration de stratégies adaptatives (1).

L'urgence en Pédopsychiatrie et la demande d'hospitalisation se présentent comme le résultat d'un déraillement ou d'une impossibilité de développement spontané de cette crise (5).

La sollicitation urgente du Pédopsychiatre; contraste souvent avec une intervention réfléchie, qui vise à bien utiliser ce moment fécond de crise qui peut être le levier d'un changement structurel dans l'équilibre personnel et relationnel d'un enfant malade ou perturbé et de sa famille.

L'objectif de notre travail était de relever la diversification des pathologies à l'origine des hospitalisations en urgence, de souligner l'intérêt à prendre en considération les facteurs socio familiaux entrant en jeu dans le déclenchement de ces crises et enfin de préciser les modalités de prise en charge.

II - MATERIEL ET METHODES

Nous avons mené une étude rétrospective portant sur 87 dossiers d'enfants et d'adolescents ayant été hospitalisés en urgence au service de Pédopsychiatrie du C.H.U. de Sfax au cours des années 1994-1998.

Nous avons étudié les paramètres suivants

- 1) Caractéristiques biographiques: Age, sexe.
- 2) Motif de l'hospitalisation urgente.

3) Réponse pédopsychiatrique : Etape d'évaluation: demande, facteur déclenchant, facteurs environnementaux ; étape diagnostique et l'orientation thérapeutique.

III - RESULTATS

A) Prévalence

Nous avons colligé 87 dossiers d'enfant et d'adolescents hospitalisés en urgence au service de Pédopsychiatrie du C.H.U. de Sfax sur un total de 150 dossiers d'enfants et d'adolescents hospitalisés soit une fréquence $f=58\%$.

B) Données Biographiques

1. Age

84 % des patients hospitalisés en urgence étaient des adolescents âgés de plus de 12 ans.

16 % des enfants appartenaient à la phase de latence.

Aucun cas n'a été hospitalisé en urgence au cours de la première enfance.

2. Sexe

Le sex-ratio = 1.

C) Motif D'hospitalisation En Urgence

Tentative de suicide : 8%

Hétéro agressivité : 41%

Autres Troubles du comportement : 54%

Idées délirantes : 17%

Etat dépressif : 7%

Toxicomanie : 4,5%

Troubles à expression somatique : 22%

Maltraitance : 1,1%

L'hospitalisation en urgence était essentiellement motivée par des troubles du comportement désignant à la fois des états d'agitation, comportements bizarres et propos incohérents dans 54 % des cas, des troubles des conduites agies auto et hétéro agressives dans 50 %, et des troubles à expression somatique dans 22% des cas.

D) Réponse Pédopsychiatrique

1) Etape d'évaluation

a) Délai de consultation

	1 semaine	2 semaines	3 semaines	4 semaines	> 1 mois
%	15	8	2,3	10	64,5

Dans 64,5 % des cas, les troubles évoluaient depuis plus de 1 mois tout en passant par un itinéraire plus ou moins long; tradithérapeute dans 11 % des cas.

b) Origine de la première demande d'hospitalisation

L'hospitalisation urgente était demandée par les parents dans 35% des cas, par la justice dans 15% des cas, par les médecins dans 42% des cas et par le malade lui-même dans 8% des cas.

- Facteurs déclenchants

	Scolaire	Familiale	Autres	Pas de facteurs
Pourcentage	2,3	34	3,5	60

Chez 40 % des enfants et des adolescents nous avons pu déceler un facteur déclenchant socio familial (37,5 %) ou scolaire (2,3 %).

- Facteurs environnementaux

- Niveau socioéconomique

Le NSE était moyen dans 29% des cas, bon dans 4% des cas et bas dans 67 % des cas.

- Niveau scolaire

	Primaire	Secondaire	Education spécialisée	Non scolarisés
Pourcentage	57%,	19%	6%	18%

19 % uniquement de notre échantillon avaient un niveau scolaire secondaire alors que 84 % étaient des adolescents âgés de plus de 12 ans qui avaient interrompu précocement leur scolarité ou qui avaient présenté un retard scolaire. 67%

- Situation familiale

28 % des enfants et adolescents hospitalisés en urgence vivaient dans un climat familial perturbé ou peu sécurisant soit par le divorce (11% des cas), le décès parental (7% des cas), ou les conflits parentaux chroniques (10% des cas).

- Antécédents familiaux psychiatriques

21 % de notre échantillon présentaient des antécédents familiaux psychiatriques (psychose et dépression ++, troubles mineurs).

2) Etape diagnostique (selon cftmea)

Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent

a) Diagnostic principal

Pathologie de la personnalité (hors névrose et hors psychose) : 26,5 %

Psychose: 39 %

Trouble névrotique: 19,5 %

Trouble réactionnel: 11,5 %

b) Diagnostic complémentaire

Trouble à expression somatique et/ou comportementale: 78 %

Addiction liée à l'usage de drogue: 4,5 %

Déficiência mentale : 11,5 %

Troubles instrumentaux: 7 %

3) Orientation thérapeutique

a) Prise en charge immédiate

Elle était d'ordre médicamenteux dans 31% des cas

Dans 69 % des cas, la prescription de psychotropes à visée étiologique a été différée après une période d'observation et d'écoute attentive de nos malades allant de 1 à 7 jours.

b) Durée d'hospitalisation

	<1 semaine	7j-15j	15j-21j	21j-1mois	>1 mois
%	33,5	24	17	14	11,5

Dans 57,5 % des cas la durée d'hospitalisation était inférieure à 15 jours

c) Nombre d'hospitalisations par malade

	1 seule fois	2 fois ou plus
pourcentage	70%	30%

30 % de notre échantillon étaient hospitalisés 2 fois ou plus; présentant pour l'essentiel des troubles psychotiques difficilement contenus par l'entourage.

IV - DISCUSSION

De cette étude rétrospective ressortent les constatations suivantes

a) Prévalence des hospitalisations en urgence

Les hospitalisations urgentes en pédopsychiatrie sont relativement fréquentes avec une prévalence de 58 %.

Le retard de consultation peut expliquer en partie cette prévalence en effet dans notre pays, comme dans la plupart des pays du Maghreb; la sous- médicalisation relative de certaines régions, ainsi que la méconnaissance du fait psychiatrique notamment chez les enfants; amèneraient les parents à mettre tous les symptômes de leurs enfants sur le compte de la turbulence ordinaire du jeune âge, ou de la paresse par manque de sagesse.

D'autre part le recours aux thérapeutes même parmi les parents instruits fait que le malade et sa famille arrivent en fin de parcours chez le pédopsychiatre en crise aiguë après avoir épuisé tout autre recours (6). En effet, nous avons constaté que dans 65 % des cas les troubles évoluaient depuis plus de 1 mois et que les malades passèrent par un itinéraire plus ou moins long dont les guérisseurs (11 %) avant d'arriver au pédopsychiatre (4).

b) Caractéristiques de l'échantillon

Notre population d'étude se répartissait selon les caractéristiques suivantes

- 84 % de nos jeunes étaient des adolescents âgés de plus de 12 ans. Ceci rejoint le point de vue de DE Clercq et Bruquel sur le fait que ce sont les urgences des adolescents qui mobilisent le plus, car elles remettent l'adulte face à ses angoisses, à ses peurs, à ses propres fantasmes de meurtres et d'inceste et enfin à sa propre structuration (1).

Ce pourcentage élevé d'adolescent dans notre étude nous a permis de comparer nos résultats à ceux trouvés par Guedj MJ et Caroli F portant sur 160 cas d'adolescents(4).

- Notre sex-ratio était de un; le sexe n'aurait aucune influence sur le caractère urgent de l'hospitalisation ce qui concorde avec le résultat trouvé par Rouby P et al dans leur étude portant sur 130 enfants et adolescents consultants aux urgences pédopsychiatriques; et avec le résultat trouvé par Guedj MJ, Caroli F dans leur étude concernant l'urgence et l'hospitalisation aiguë des adolescents (4,7).

c) Motif d'hospitalisation

Les symptômes ayant motivé l'hospitalisation en urgence étaient le plus souvent des troubles du comportement (incohérence et bizarreries) et des troubles des conduites agies avec prédominance des comportements hétéro agressifs (42 %) s'adressant le plus souvent à la famille; les tentatives de suicide dans 8 % des cas.

Dans l'étude de Guedj MJ, Caroli F., ce sont les tentatives de suicide qui viennent en premier avec un pourcentage de 22% des cas (4).

Ce faible pourcentage des tentatives de suicides chez nos adolescents met l'accent sur l'impact de la région musulmane prohibant le suicide. Toutefois il convient de noter que toutes les tentatives de suicides chez les enfants et les adolescents ne sont pas à l'heure actuelle adressées systématiquement en urgence en pédopsychiatrie.

- Les troubles à expression somatique avaient motivé l'hospitalisation urgente dans 22 % des cas ce qui est un chiffre

important et s'explique par le fait que les intrications entre le somatique et le psychique sont telles chez l'enfant et l'adolescent; que le corps est souvent l'expression de la désorganisation mentale.

La maltraitance psychique ou physique était le motif d'hospitalisation pour un seul adolescent. Cette rareté ne devrait pas sous estimer la fréquence réelle des maltraitances dans notre population; puisque le non dit est légion dans ce domaine. Dans l'étude de Rouby P et al les mauvais traitement ou abus sexuels avaient motivé la consultation urgente dans 10% des cas (7)

d) Réponse pédopsychiatrique

Face à ces situations de crise la réponse pédopsychiatrique se déroule en plusieurs étapes.

1) l'évaluation de l'enfant et de sa famille: se fait à divers niveaux:

a) La demande :

explicite émanait rarement de l'enfant (4):

8% dans notre étude. Elle a été formulée par les parents dans 35 % des cas, et par la justice dans 15 % des cas, ceci est dû au fait que le milieu est non contenant de la crise mais aussi à la gravité des troubles.

b) Facteurs environnementaux

Les troubles présentés pendant les crises doivent être toujours compris dans leur contexte et replacés dans l'histoire de l'enfant (1). Ainsi nous avons pu déceler un « facteur déclenchant » chez 40 % de nos patients.

Il s'agissait d'un événement d'ordre familial (conflit, humiliation...) dans 34% des cas ou scolaire (interruption volontaire scolaire, conflit avec les enseignants) dans 2,5 % des cas.

Au delà de ces «facteurs déclenchants» qui peuvent traduire des rationalisations avancées par les parents ou l'enfant; il faudra rechercher:

- des distorsions relationnelles anciennes;
- une histoire personnelle ou familiale compliquée / souvent marquée par des séparations, des ruptures et des échecs (1).

En effet, dans notre étude, nous avons constaté:

- un bas niveau socio-économique chez 67 % des enfants et des adolescents et scolaire (64%);

- un climat familial perturbé soit par le divorce, le décès d'un parent ou les conflits conjugaux chroniques dans 28 % des cas. Un contexte socio familial particulier a été noté dans 21 % des cas dans l'étude de Guedj MJ, Caroli F et dans 26,5% des cas dans l'étude de Rouby P. (4, 7).

- Des antécédents familiaux psychiatriques dans 21 % des cas essentiellement pathologie grave surtout psychose dépression (28 % dans l'étude de Guedj MJ, Caroli F et 48 % dans l'étude de Rouby P) (4, 7).

2) Etape diagnostique

L'évaluation diagnostique pose certes le problème habituel de sa rigueur en urgence. La CFTMEA de part la superposition d'un diagnostic structurel principal et un diagnostic complémentaire paraît la plus adaptée.

Diagnostic principal	Notre étude (sur un nombre de 87)	Etude de Guedj MJ, Caroli F (sur un nombre de 160)
Pathologie de la personnalité HNP	26,5%	42%
Psychose	39%	34%
Troubles névrotiques	19,5%	17%
Troubles réactionnels	11,5%	7%

Diagnostic complémentaire	Notre étude (sur un nombre de 87)	Etude de GUEDJ, CAROLI (sur un nombre de 160)
Trouble à expression somatique et comportementale	78%	64%
Addiction à la drogue ou alcool	4,5%	14%
Déficiência mentale	11,5%	11%
Troubles instrumentaux	7%	2%
Variation de normale	6%	9%

Même si c'est une pathologie grave qui dicterait dans 65 % des cas l'hospitalisation en urgence, nous constatons que ce sont les facteurs environnementaux qui insisteraient sur l'urgence de l'hospitalisation.

3 L 'orientation thérapeutique

La durée de l'hospitalisation était inférieure à 15 jours dans 57,5%.

Cette durée brève d'hospitalisation rend compte beaucoup plus de la rupture brutale des liens interpersonnels que de la gravité des troubles ayant nécessité l'hospitalisation.

Dans 70 % des cas, notre conduite thérapeutique était initiée par une période d'observation et d'écoute attentive afin d'aboutir à une orientation diagnostique et avant de prescrire un psychotrope à visée étiologique. En effet la structure mentale peut rarement être appréhendée en urgence. Il faudrait prendre le temps de laisser parler et de favoriser l'expression des conflits et la symbolisation (8).

Si cette écoute devrait être rapide, la réponse et l'intervention du pédopsychiatre devrait être réfléchie et non

impérieuse. En effet et selon l'orientation diagnostique, un traitement médicamenteux peut parfois être instauré immédiatement, notamment dans certaines pathologies psychotiques ou états dépressifs (30 % de l'échantillon).

Mais cette mesure ne devrait être que ponctuelle et surtout s'inscrivant dans le contexte d'une prise en charge globale thérapeutique individuelle, familiale et enfin sociale.

V - CONCLUSION

Les urgences en pédopsychiatrie ne peuvent se concevoir que dans leur dimension relationnelle; relation entre le passé et l'avenir, relation entre l'enfant et ses parents; relation entre le somatique et le psychologique, le social et le judiciaire.

L'attitude thérapeutique dans ces situations de crise doit alors être globale; mais paradoxalement elle doit être limitée sous peine de majorer le risque de déstabilisation et de perte d'un lien affectif ou d'un repère spatiotemporel. Par ailleurs la remise en question personnelle relationnelle est fondamentale.

* Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent C.H.U. Hédi Chaker – Sfax

BIBLIOGRAPHIE

1. Appelboom – Fondu J. et coll. L'urgence psychiatrique en hopital pédiatrique. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 1996, 44, 8 : 337-342.
2. Ben Soussan P. La porte étroite. L'accueil des bébés à l'hôpital. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 1996, 44, 1-2: 1-5.
3. DE Clercq M., Ferrand I. ET Andreolia. Urgences psychiatriques et psychiatrie des urgences. E.M.C. (Paris), Psychiatrie, 37678 A 10, 1996.
4. Guedj M.J., Caroli F. Accueil et soins différentiels pour adolescents: urgence et hospitalisation aiguë. Psychiatrie de l'Enfant, 1997, XL, 1: 239-272.
5. Lataste C. et cou. Les urgences de la psychiatrie de l'enfant à l'hôpital pédiatrique. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 1998, 46, 1-2 : 88-93.
6. Moussaoui D. Urgence en psychiatrie. Manuel de Psychiatrie du Praticien Maghrébin, Masson.1987 : 3 1-32.
7. Rouby Pet al : les urgence pédopsychiatriques à l'hôpital pédiatrique. Ann psychiatr 2001 ; 16 : 110-116
8. Vidailhet C. La pédopsychiatrie aux urgences d'un hôpital d'enfants. Arch. Pediat., 1995, 2: 1131- 1134.

المجلة الإلكترونية لشبكة العلوم النفسية

المجلد 4 - العدد الثاني عشر 2007



Download All N° 12 eJournal

http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=12

Content: www.arabpsynet.com/apnJ12/apnJ12Content.pdf

Summary: www.arabpsynet.com/apnJ12/apnJ12.HTM

الكتاب الإلكتروني لشبكة العلوم النفسية

العدد 6 : التوحد الطفولي



أ.د. سوسن شاكر الجبلي

http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=106

قراءات موجزة ... أبحاث

- فارس كمال نظمي - علم النفس، جامعة بغداد، العراق
- نقصي ميداني لسيكولوجية المواجهة بين حضارتين
 - الطفل العراقي... رأسمالية الحروب و سيكولوجية الثورة!
 - أنماط الشخصية العراقية وآفاق الوحدة المجتمعية
 - ي. معلى، ه. عبادي، ج. بوعائشة، م. قسيبي، ج. دمي، أ. رقيق، ف. غويبي
 - الإعلام بالإعاقة و أثره على تقبل الوالدين لها
 - لؤي خزعل جبر - علم النفس، الجامعة المستنصرية - بغداد
 - الأزمات النفسية وعلاقتها بإدراك الحدث
 - الاعتقاد بعُدالة العالم لدى طلبة جامعة العراق
 - علي تركي نافع - علم النفس، العراق
 - السلطة العقلانية: علاقتها بالثقافة الاجتماعية المتبادلة

()

نقصي ميداني لسيكولوجية المواجهة بين حضارتين

كيف ينظر المثقف العراقي الى الولايات المتحدة الأمريكية؟

فارس كمال نظمي - علم النفس، جامعة بغداد، العراق

fariskonadhmi@hotmail.com

فلنتأمل في هذا الحدث: "العراق" أقدم حضارات الأرض، تغزوه "أمريكا" أحدث حضارات الأرض، في آخر احتلال واسع النطاق يشهده العالم حتى هذه اللحظة. هل هي مفارقة سياسية جوفاء لا جذور لها؟ أم هي حتمية أملتتها حركة رأس المال الشره الباحث عن استثمارات جديدة؟ أم هي جدلية تغور جذورها في قوانين التأريخ التي لم تُكتشف كلها بعد؟!

))

Cultural Sensitivity ((

• (

الطفل العراقي... رأسمالية الحروب و سيكولوجية الثورة !

فارس كمال نظمي - علم النفس، جامعة بغداد، العراق

fariskonadhmi@hotmail.com

- (43) "الطفل العراقي" (18) (50-40%) (100) (13-12) ! :
-
- (%56) (15) (%13) (50%) (80%) 1991 (300)
- 2003 (1) 2004 (400) 2003 (2000) 2007/5/30 (430) " www.costofwar.com " (288) (2.5) 2002
- (500) (1670) ! 2003 (900) (300) (5) (24) (460) (500) (7) (139) (800) (3)
-
- 2003 (64) (12) (143) ! (9)
-
- (1000) (%89) :
- (%92) (%64) ! (%50) () (50) (%18)
-

((إن عالم الكبار يعيد انتاج رذائله
على الدوام، والأطفال حتماً هم الوارثون لها
لأنهم كبار الغد !!))

1-

" "

!

(-)

:

((هل يصبح جيلُ الأطفال العراقيين المقهورين الحالي، جيلُ العراقيين الثوريين غداً، الباحثين عن تغييرات عدالوية الطابع مستمدة من نبذ كل ما هو احتكاري وغبي في معالجة الأزمات الواقعية المتأصلة في وجودهم الاجتماعي؟!))،

!

ولكن ماذا عن الشخصية المستقبلية لهذا الطفل؟ وماذا عن ادراكاته المتوقعة للعالم لاحقاً؟!

" "

"الشعور بالحرمان" و "سلوك الاحتجاج والثورة"،

" "

(4)

2-

أنماط الشخصية العراقية وآفاق الوحدة المجتمعية

فارس كمال نظمي - علم النفس، جامعة بغداد، العراق

fariskonadhmi@hotmail.com

3-

4-

يتردد اليوم على نحو واسع، سؤال تحليلي - أخلاقي، تتداوله أوساط النخبة والعوام على حد سواء، داخل العراق وخارجه: ((هل الفرد العراقي مسؤول عما لحق ببلاده من تشطي و دمار؟)).

إن أي مجتمع بشري يتعرض لأزمة وجود ومصير عميقة، لا بد أن يصنف من الناحية السيكلوجية إلى أنماط متنوعة بل ومتناقضة

أحياناً من الشخصيات السائدة فيه، ولا معنى لتعميم نمط واحد من الشخصيات أو السلوكيات على كل أفرادها. وبمعنى أدق، إن المجتمع بمعناه السوسولوجي هو المصنع التاريخي لأنماط متباينة ومتنافسة من الشخصيات الاجتماعية في لحظة زمنية معينة. فما الذي يحدث اليوم في مجتمعنا العراقي؟

((:))

3- الشخصية الهدمية الطائفية

)
"الشخصية العراقية المقاومة"

)):

(
:"شخصية هدمية عدوانية"،
و"شخصية بنّاءة مسالمة"،

الشخصية العراقية الهدمية العدوانية

((

الشخصية العراقية البنّاءة المسالمة:

)):

((

1- الشخصية الهدمية الفاشستية

(())

" " " " "

2- الشخصية الهدمية "الارهابية"

/

"

"

) "

2003م

(

الإعلام بالإعاقة وأثره على تقبل الوالدين لها *

ي. معلي¹, ه. عيادي¹, م. بوعائشة¹, م. قسيب², ج. دمق², أ.

وقيق³, د. غريبي¹ - طب نفس الطفل والمراهق، طب الوليد - مختص، تونس

yours.moalla@ms.tn

الهوية العراقية: تأصيل أم تطييف؟!

ملخص: هدفت الدراسة إلى معرفة الترابط بين كيفية تبليغ الإعلام بإعاقة الطفل ومدى تقبل الوالدين لها. حيث قام الباحثون بدراسة عرضية، اعتمدت على مقابلة إكلينيكية موجهة من طرف المعالج، مع آباء و/أو أمهات 83 طفلا مصابين بإعاقة يسهل الكشف عنها عند الولادة (ثلث صبغي 21، إعاقة حركية عصبية، صم، صعل). خلال المقابلة، وقع تبين الظروف التي تم فيها الإعلام بالإعاقة، ومدى تقبل الوالدين لها.

خلصت الدراسة إلى وجود علاقة ذات دلالة بين تقبل الإعاقة من طرف الوالدين و تبليغ الإعلام المبكر عنها (قبل الشهر السادس)، ضمن مقابلة مبرجة، و مكررة، مع كلا الوالدين معا.

كما خلصت الدراسة إلى وجود ترابط ذي دلالة بين عدم تقبل الوالدين للإعاقة من جهة و لامبالاة الطبيب الظاهري لها خلال المقابلة، أو نفيه قطعيا لخطورة الحالة، أو نعت الطفل "بالمعوق"، أو إقراره بدور الوالدين في الإعاقة عن طريق الوراثية.

أشارت نتائج البحث إلى ما لأهمية دور التبليغ المبكر للإعلام بالإعاقة مع توخي طريقة سلسلة، حتى يتيسر للوالدين تقبلها، و بالتالي قبو لهما للطفل المصاب و تفاعلها معه بصفة إيجابية.

1. المقدمة

2. الهدف من الدراسة

3. المنهجية وطرق البحث

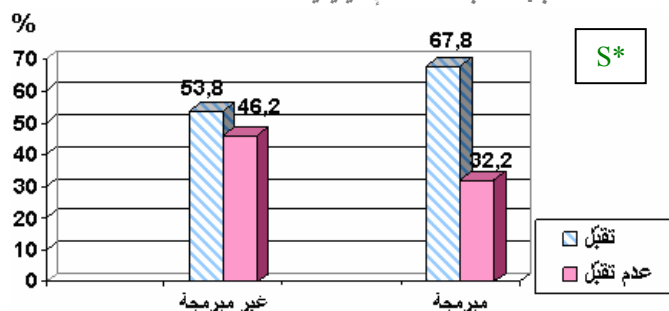
1.3. العينة :

(83)

17 9

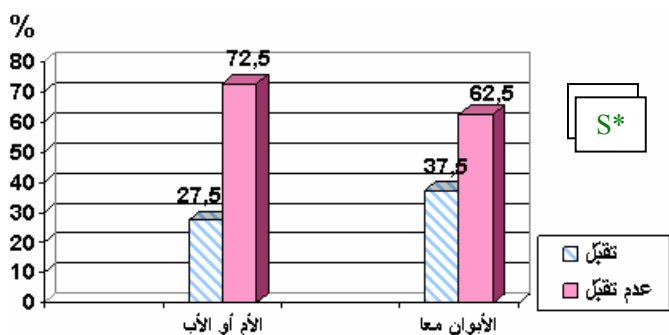
(12 =)

ب. المقابلة الإكلينيكية



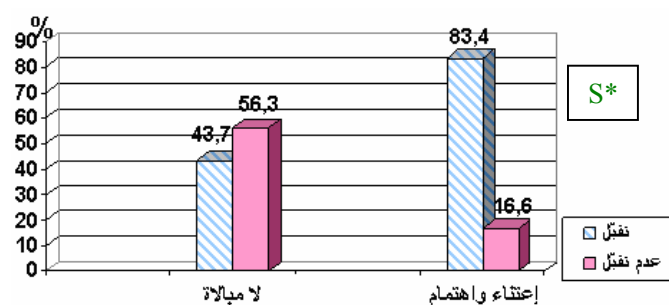
رسم عدد 2-د: قبول الإعاقة حسب برمجة المقابلة

ج. القرين الذي تمّ إعلامه بالإعاقة

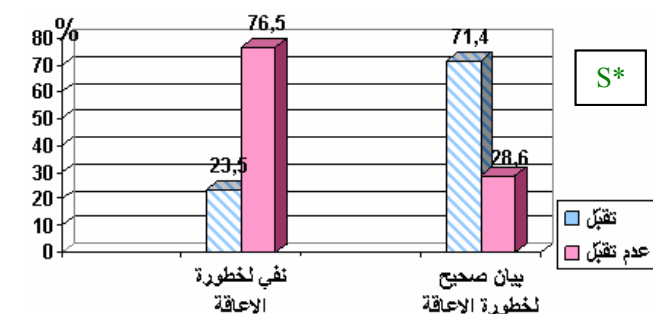


رسم عدد 3-د: قبول الإعاقة حسب قرين الإعلام

2.3.3. موقف الطبيب عند الإعلام بالإعاقة



رسم عدد 4-د: قبول الإعاقة حسب موقف الطبيب

3.3.3. أقوال الطبيب عند الإعلام بالإعاقة
درجة خطورة الإعاقة

رسم عدد 5-د: قبول الإعاقة حسب تقدير الطبيب لخطورة الإعاقة

نوع الإعاقة	النسبة
ثلث صبغي	36.3%
إعاقة حركية عصبية	1.3%
صم	48.1%
صعل	1.3%
غيرهم	12.5%

- معدل أعمار الآباء : 48 سنة
- معدل أعمار الأمهات : 45 سنة

(خاصة :

الثلث الصمغي).

2.3. الدراسة

(طبيب نفساني للطفل ، أخضائي نفساني)

(/)

2002.

2002

(طبيب نفساني للطفل ، أخضائي نفساني)

(X2) 2

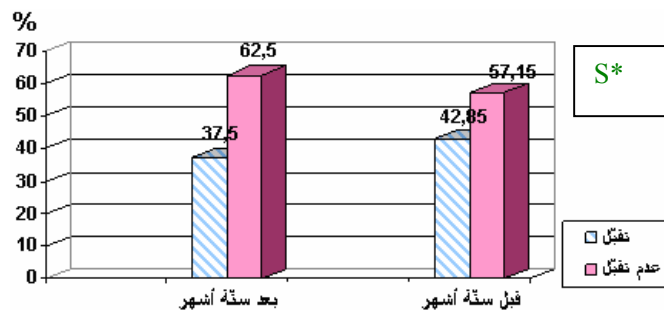
(P<0.05)

(S*)

3.3. النتائج :

1.3.3. ظروف الإعلام بالإعاقة

. تاريخ الإعلام بالإعاقة



رسم عدد 1-د: قبول الإعاقة حسب تاريخ الإعلام

ب. المقابلة الإكلينيكية

2.4. موقف الطبيب وأقواله أثناء المقابلة
(7,4).
%56.3
(فرق ذو دلالة) .
%16.6

(71.4 % مقابل 23.5 %).

(6,2)
(6).
%30.8 « »
%65.4 .
(2,3).

(%84.67)
(فرق ذو دلالة) . (%75)

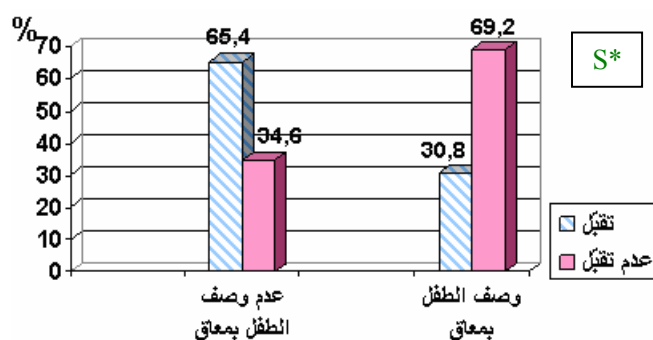
(6,5) .

الخلاصة

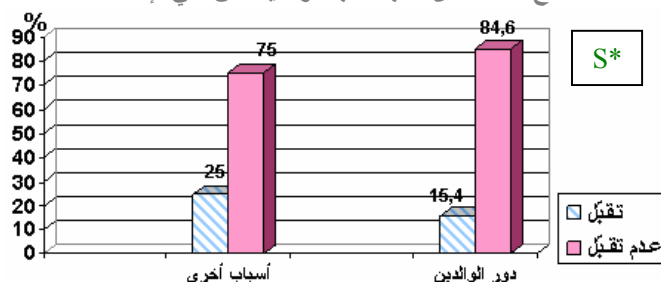
المراجع

- 1-BEN SAOUSSEN P.L'annonce faite aux parents. Le nourrisson porteur d'une pathologie chronique, d'une malformation congénitale ou d'un handicap à la naissance.De la révélation à l'acceptation du diagnostic neuropsychiatrie enfance-adolescent 1989.37 (8-9) 429 - 440.
- 2-GOLD F. Prévision et prise en charge du handicap.Les annales médicales de Nancy et l'Est.18^{ème} année N° 4. 1992.
- 3- JOURNAL F ; POSTEL-VINAY A. Prise en charge socio-éducative de l'enfant atteint de handicap génétique princeps fondamentaux.Arch Pediatr. 1997, 4 ; 1125 - 1131.

ب. وصف الطفل بالمعاق:



رسم 6-د: قبول الإعاقة حسب وصف الطفل بمعاق أولا مدى تسبب الوالدين في الإعاقة



رسم 7-د: قبول الإعاقة حسب إشارة الطبيب بدور الوالدين في الإعاقة

4. النقاش

1.4. ظروف الإعلام بالإعاقة 1.1.4. تاريخ الإعلام بالإعاقة

%37.5 %42.85
(فرق ذو دلالة) .

(Attachement)

(6,1)

2.1.4. برمجة المقابلة الإكلينيكية % 67.8

% 53.8

(فرق ذو دلالة) .

(7,2)

3.1.4. الفريق الذي تم إعلامه بالإعاقة

(%37.5)

(%27.5) (علاقة ذات دلالة) .

	(1.770)	(4.944)	
	(1.458)	(1.460)	(1.760)
(550)	(2.696)	(965)	
	(2.153)	(600)	
	(2.030)	(1.740)	(450)
		.	(135.636)
(4.529)	(4.400)	(40.000)	
(4000)	(6000)	(2.500)	
		.	(421.973)
(1.000)			
	(13.870)	(3.700)	
	(30.359)	(15.000)	(14.607)
(	)		
	(300.000)	(51.000)	
		.	(94.000) 2006
"	(1.500.000)		
	(1.700.000)	"	
.	(2007)	(2.300.000)	

4-LAURAS B. Quelle vie pour les personnes trisomiques 2000 - Doc. Internet.

5-MEGARBANE A. - JOBERT AS. Et Coll. Annonce du diagnostic de trisomie 21 et abandon. Lettre de rédaction 1994.

6-ROY. J. VISIER J.P L'annonce du handicap de l'enfant In « Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent » Lebovici S. Diatkine R. et Soulé M.

Tome 2 Ed. Quadriga Press universitaire 1995 p : 801 - 808.

7-TRIDON P.L'annonce du handicap dans la trisomie 21. Les colonnes d'Epsos, N° 38 ; 1997.

* الشكر لكل من ساهم في هذه الدراسة
- أعضاء أقسام : الطب النفسي للأطفال،
طب الوليد، الطب الجماعي والوبائي.
- الجمعيات : الإتحاد التونسي لإعانة
المتخلفين ذهنياً، الجمعية التونسية
لإعانة الضم، جمعية أولادنا
- أولياء الأطفال و المراهقين

1 قسم الطب النفسي للأطفال. مستشفى
اتهادي شاكور 3029 صفاقس. تونس
2 قسم الطب الجماعي و الوبائيات
3 قسم طب الوليد

الأزمة النفسية وعلاقتها بإدراك الحدث

(لدى المهجرين العراقيين داخل العراق)

لؤي خزعل جبر - علم النفس، الجامعة المستنصرية - بغداد

Luaibrhr@yahoo.com

احتل العراق وفقاً للمفوضية العليا لشؤون اللاجئين التابعة للأمم المتحدة خلال الأشهر الستة الأولى من العام 2006 المرتبة الأولى بين أربعين دولة بالنسبة لطالبي اللجوء السياسي في الدول الأوروبية، إذ بلغ عدد العراقيين (8.200) لاجيء. ففي السويد نشرت صحيفة داغنس نيهيتر وميترو السويدتيان المستقلتان خبراً يفيد بأن اللاجئين العراقيين تتزايد أعدادهم، إذ تستقبل السويد (30) لاجئاً كل اسبوع، كما توزع ما يربو على (1.500.000) شخص على الدول المجاورة للعراق، ودول عربية أخرى، منها الاردن وسوريا ومصر وايران ولبنان وتركيا ودول الخليج، إذ بلغ العدد في الاردن (750.000) وفي سوريا (500.000) وفي مصر (100.000) وفي ايران (90.000).

فرضيات الدراسة

(ف1):

(ف2):

(ف3):

عينات الدراسة

(87)

(432.000)	(72.000)
2007 /	/ 15
(576.000)	(96.000)
(120.000)	
	(720.000)

الاعتقاد بعدالة العالم لدى طلبة جامعة العراق

دراسة مقارنة بين العامين 2001-2006

لؤي خزعل جبر - الجامعة المستنصرية - بغداد

Luaibrhr@yahoo.com

العدالة حلم طالما راود البشرية، إلا أنها قلما لامسته على أرض الواقع، فما بين (جمهورية افلاطون) و(مدينة الفارابي الفاضلة) اختزن كم هائل من التراث (الالهى الدينى) و(البشرى الدنيوى) عززته التنظيرات الفلسفية والسوسيولوجية والسياسية المتنوعة المعاصرة، إذ تأصل المفهوم بوصفه جوهر الحياة الانسانية في عمقها الممتد عبر المجالات المختلفة، فلا يوجد معنى ولا يبنى مجتمع انساني من دون ان يتمحور بكل مكوناته ومؤسسته عليه.

((كيف يمكن أن

نفسر هذه اللامبالاة الواسعة نحو المعاناة والحرمان المزمنين في عالمنا ((

مقاييس الدراسة

() - () : () ، () :
مؤشر الأزمة النفسية - الاجتماعية (5)

() () () من (5-1) (5-1)
() . () . (0.72:)

مؤشر ادراك الحدث

((:
كبير جداً / كبير / متوسط / بسيط / بسيط جداً).

نتائج الدراسة
1. مستوى الأزمة :

(3.37) (3.88)
(86) (0.001).

2. ادراك الحدث

(86) (21.74)
(3.373) (0.001)
(4.62)
() ()

3. العلاقة بين مستوى الأزمة النفسية-الاجتماعية وادراك الحدث

(0.37).

(10.65)
(0.001) (86)

1. .
2. .
3. . -

2003

:

-1 :

-2 :

: ((هل افرز التغيير تغييراً على صعيد اعتقاد الافراد بالعدالة ام لا؟)).

2001

:

.1

2001 Faris K. O. Nadhmi()

.2

.3

)) :

2006

.4

((

.العام 2001.

.5

Nadhmi 2001" " هذه

2001

.6

.العام 2006.

:

1.العالم الشخصي Personal:

2.عالم العلاقات المتبادلة Interpersonal:

.1

" "

3.العالم الاجتماعي-السياسي Socio- political:

.2

.3

2001

.العام 2003

2006

justice()

injustice()

random ()

السلطة العقلانية: علاقتها بالثقة الاجتماعية المتبادلة

(لدى طلبة الجامعة - بحث ميداني)

علي تركي نافل - علم النفس، العراق

ali_nafel@yahoo.com

الفصل الاول

مشكلة البحث: يرى عالم النفس " ارك فروم " Fromm ان مفهوم السلطة يشير الى علاقة بين الاشخاص ، يتطلع فيها الشخص الى الآخر على انه شخص اعلى منه ، ولكن هناك اختلاف أساسي في نوع علاقة التفوقية - الدونية ، فالعلاقة التي تقوم على الكفاءة والمقدرة تسمى سلطة عقلانية ، والعلاقة التي تقوم على القوة واستغلال تسمى سلطة كابته او لا عقلانية .

ويعتد مفهوم الثقة احد العناصر المكونة للشخصية او احد العوامل النفسية الضرورية للعلاقات الناجحة ، وان متغير الثقة الاجتماعية المتبادلة يؤثر في العلاقات المتبادلة على كل المستويات ومنها العلاقات بين الحكومات ، وبين الاقليات والاكثريات ، وبين الباعة والمشتريين ، وبين المرضى والمعالجين ، وبين الاطفال وآبائهم ، وان تفاقم عدم الثقة داخل المجتمع يكون مقتزناً باخلال نسيجه الاجتماعي .

اهداف البحث

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

حدود البحث

وبناءً على ما تقدم ، فاننا نتلمس هنا احتمالية وجود علاقة ارتباطية بين الثقة الاجتماعية المتبادلة والسلطة العقلانية على اساس ان الثقة عامل ضروري للعلاقات الناجحة بين التابع والمتبوع او بين السلطة ورعيته . واذا كان اساس السلطة العقلانية هو الكفاءة والمقدرة ، فان القبول بها من قبل اتباعها يتطلب ثقة الافراد في كفاءتها ومقدرتها ، وبإن هذه السلطة ليست في صراع مع اهدافهم الحقيقية .

ومن كل ما تقدم تتجلى مشكلة البحث في السؤال الاتي: ((ما هي طبيعة العلاقة بين قبول السلطة العقلانية والثقة الاجتماعية المتبادلة لدى طلبة الجامعة؟)) .

اهمية البحث

2- (Interpersonal Trust)

generalized expectancy

)): " "

((
Fromm

. Rotter

الفصل الثاني

(الاطار النظري)

الجزء الاول : السلطة العقلانية Rational Authority

Fromm " "

Rudin 1961

Irrational Authority

()

Martin & Ray 1972

Into

1969ان

Caterinicchio 1979

(0.74) (0.84)

 $\rangle\rangle :$

|| || . ((

(T-Test)

(Person correlation coefficient)

• (Cronbach

Alpha)

الفصل الرابع
(نتائج البحث ومناقشتها)

basic trust

specific trust

الفصل الثالث
(منهجية البحث وأجراءاته)

(2004-2003)

(100)

Rudin

(0.78)

|| ||

 $\epsilon \left(\begin{pmatrix} 1 & 0 \\ 0 & 1 \end{pmatrix} \right) \left(\begin{pmatrix} 1 & 0 \\ 0 & 1 \end{pmatrix} \right)$

(100)

.(0.05)

(20)

internal consistency

(0.818)

test – retest

(0.79)

method

(2001)

) ()

(24)

(27)

ARABSYNET E.JOURNAL: N° 15&16 – SUMMER & AUTUMN 2007

مجلة شبكة العلوم النفسية العربية: العدد 15 & 16 - صيف وخريف 2007

قراءات موجزة ... مقالات

- يجبى الرخاوي - الطب النفسي، مصر
- المخ البشري بين التفكيك والغسيل وإعادة التشكيل
- محمد قاسم عبد الله - علم النفس، سوريا
- سيكولوجية الفوف من الموت
- قـدري حـفـنـيـة - علم النفس، مصر
- هل يمكن العن التاريخ؟
- منعمة الاختيار و بـؤس الإجماع
- مخاطر التفكيك والانعزال
- العمدل هو المدل والمريضة هي الضمة
- صابر مصطفى - جامعة صلاح الدين، العراق
- البارانونوي والجرمة
- اسعد الأمارة - علم النفس، السويد
- السويديون والرءاب الإجتماعي
- الحارث عبد الحميد حسن - الطب النفسي، العراق
- عطلة نهاية الأسبوع!
- داليا الشيم - علم النفس، مصر
- اضطراب السلوك الجنسي في عالم ثورة الاتصالات
- جـورج طرابيش - التحليل النفسي، باريس، فرنسا
- أطفال الحرب اللبنانية والقـتل لمجرد لذة القـتل
- حنان - اء التحليل النفسي - بيروت، لبنان
- فـكرة النـفس عند العرب وموقعها في التحليل النفسي
- SAMI MAHMOUD ALI PARAS ; FRANCE
- INTRODUCTION À LA THÉORIE RELATIONNELLE

هذه القفزة العملاقة المتعددة التجليات، تتحكم فيها قوى ليست فوق مستوى الشبهات، وإذا أضفنا أيضاً أن الذي يتحكم في هذه الأدوات هي سلطات مشبوهة وغير ظاهرة للعيان في الغالب، لأدركنا مدى أهمية فهم ما يجري في المجال العلمي، ومحاولة الخيلولة دون خطره.

لم يعد غسيل المخ قاصراً على تغيير معتقد فرد متهم أو جماعة متحمسة من أقصى اليمين إلى أقصى اليسار أو العكس. صارت تلك العملية لعبة الحكام الحقيقيين للعالم، وسبيلهم الأضمن للتأثير على توجهات وأيديولوجيا وعواطف وربما معتقدات بلايين البشر؛ لمصلحة أغراضهم المعلنة والخفية التي تتمثل في أشياء مثل الاستهلاك والثروة والسلطة وغيرها. مع أن قوانين التطور تنذر هؤلاء المتحكمين (وقبل غيرهم) بخطورة هذا التدخل الذي يشوه الكائن البشري؛ باعتبار أنه قد يعرض النوع البشري للانقراض.

طبيعة المخ البشري بين التشكيل والإبداع

« »

المخ البشري بين التفكيك والغسيل وإعادة التشكيل *

مصطلحات تحتاج إلى تحديث جذري * ...

يجبى الرخاوي - الطب النفسي، مصر

yehiarakhawy@yahoo.com – www.rakhawy.org

أصبح الحديث عما يُسمى (أو كان يسمى) «غسيل المخ» Brain Wash في حاجة إلى تحديث جذري. إن المخ ليس وعاء يمكن أن يتسخ فيُغسل مما فيه، ولا هو مجرد مخزن للذكريات والمعلومات والمعارف، يحتاج إلى أمين مخزن يحافظ على ما فيه من السرقة أو التلف أو الاستبدال ببدائل مزيفة. إن المخ البشري؛ جنباً إلى جنب مع الجسد والخس وما بعدهما؛ هو كيان حيوي نابض، دائم التفكك والتشكل بشكل منتظم، في سياق يفترض فيه أنه هادف وإيجابي.

من جانب آخر، لا يخفى على أحد كيف قفزت تكنولوجيا الأدوات والمعلومات والتعلم والتعليم والإعلام أخيراً قفزات عملاقة واعدة وخطرة في آن، ما ينبه إلى خطورة تأثيرها (سواء بطريقة مباشرة أو غير مباشرة)، في تركيب المخ البشري ومحتواه، وربما كذلك في مجمل كيان البشر. فإذا أضفنا إلى هذا أن إدارة أدوات

1. ... : -
2. ... : -
3. ... ()
4. ... « » ()
5. ... :
6. ... :
7. ... « »
8. ... ()
9. ... « »
10. ... :
11. ... :
12. ... ()
13. ... « »
14. ... :
15. ... « »
16. ... « »
17. ... « »
18. ... « »
19. ... « »
20. ... « »
21. ... « »
22. ... « »
23. ... « »
24. ... « »
25. ... « »
26. ... « »
27. ... « »
28. ... « »
29. ... « »
30. ... « »
31. ... « »
32. ... « »
33. ... « »
34. ... « »
35. ... « »
36. ... « »
37. ... « »
38. ... « »
39. ... « »
40. ... « »
41. ... « »
42. ... « »
43. ... « »
44. ... « »
45. ... « »
46. ... « »
47. ... « »
48. ... « »
49. ... « »
50. ... « »
51. ... « »
52. ... « »
53. ... « »
54. ... « »
55. ... « »
56. ... « »
57. ... « »
58. ... « »
59. ... « »
60. ... « »
61. ... « »
62. ... « »
63. ... « »
64. ... « »
65. ... « »
66. ... « »
67. ... « »
68. ... « »
69. ... « »
70. ... « »
71. ... « »
72. ... « »
73. ... « »
74. ... « »
75. ... « »
76. ... « »
77. ... « »
78. ... « »
79. ... « »
80. ... « »
81. ... « »
82. ... « »
83. ... « »
84. ... « »
85. ... « »
86. ... « »
87. ... « »
88. ... « »
89. ... « »
90. ... « »
91. ... « »
92. ... « »
93. ... « »
94. ... « »
95. ... « »
96. ... « »
97. ... « »
98. ... « »
99. ... « »
100. ... « »

حين أعي السبل التي لم أتبعها والأنشطة التي لم أمارسها وأميزها عن تلك التي ليست حيوية في حياتي؟

عندما نتقبل حقيقة موتنا، نخبر العزلة والانفراد - ولذلك ترتبط فكرة الموت بهما. إن وعينا لحالة فنائنا وعزلتنا يساعدنا على القيام بأعمالنا وعلى اتخاذ الخيارات المتعلقة بحياتنا وبالكيفية التي ينبغي علينا أن نحياها بها؛ وبالتالي، سوف نتقبل مسؤوليتنا النهائية عن الدرجة التي ستكون عليها حياتنا من جودة وسواء.

خوفنا من الموت

"

"

(

!

:

[2] (1972)

()

!

[3] (1972)

الموت ومعنى الحياة

" :

)

(

()

()

سيكولوجيا الخوف من الموت

محمد قاسم عبد الله - علم النفس، سوريا [1]

تُعتبر ظاهرة الموت من الظواهر التي شغلت أذهان الناس والمفكرين منذ العصور القديمة والتي بات العلماء يدرسونها حالياً من وجهات النظر العلمية المختلفة (البيولوجية، الطبية، الفلسفية، الدينية، والسيكولوجية). وقد توصلت البحوث النفسية والسيكولوجية التجريبية والسريرية إلى بعض الحقائق الهامة المتعلقة بموقف الإنسان من الموت وبمدى متات ذلك إلى صحته النفسية والجسمية أيضاً.

سوف نبين في هذا المقال بعض الحقائق والمعطيات العلمية النفسية عن الخوف من الموت. وإننا لنحضك أن ننظر إلى توجهاتك ومعتقداتك حول موتك أو موت من تحب. أجل، ربما كان موضوع هذا المقال محزناً ومثيراً للانفعال؛ لكننا نعتقد أن هذا البحث سيجعلك أكثر تفهماً للموت وتقبلاً له ولفقد أي شيء ذي أهمية في حياتك. إذا توافقنا على أن عمرنا محدود، ففي إمكاننا أن نتخذ الكثير من الخيارات ونقوم بالعديد من الإنجازات في الأوقات المتاحة لنا بحيث تصبح منتجة مثمرة.

تصور فكرة الموت من منظورها العريض، ثم اسأل نفسك السؤال التالي: ما هي الأمور والأشياء الخاصة بي التي ليست من الحيوية والنشاط على ما ينبغي؟ ما هي الحالة الانفعالية التي أمارتني نفسيًا (كما سنأتي على ذكره) أو التي تميّني حالياً؟ ماذا أفعل

Arabpsynet E.Journal: N° 15 & 16 – SUMMER & AUTUMN 2007 مجلة شبكة العلوم النفسية العربية: العدد 15 & 16 – صيف وخريف 2007

5. Stage of Acceptance.

[10].

ما المغزى من مثل هذه الدراسات؟

" Hospice Movement and Program "

1967

hospice

(1985)

ب. تقبّل الحزن والأسى: (17)

57

anxiety

bodily symptoms

tension

الحزن والأسى على الميت والانفصال وأشكال الافتقار الأخرى

دع نفسك تحزن وتأسى:

rituals

.repression

الموت بالمعنى النفسي

()

هل يمكن لك أن تكون عفويًا ومازحًا؟

" "

" :

" :

[2] Kavanaugh, Robert E., Facing Death, Penguin Books, Baltimore, 1972.

[3] Gordon, David C., Overcoming the Fear of Death, Penguin Books, Baltimore, 1972.

[4] Yalom, Irvin D., Existential Psychotherapy, Basic Books, New York, 1980.

[5] Koestenbaum, Peter, Is There an Answer to Death?, Spectrum Books, Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1976.

[6] Kalish, Richard A., Death, Grief, and Caring Relationships, 2nd Edition, Brooks/Cole Publishing, Monterey, CA, 1985.

[7] Corey, Gerald, Theory and Practice of Counseling Psychotherapy, Brooks/Cole Publishing, Monterey, CA, 1982.

[8] Kübler-Ross, Elisabeth, On Death and Dying: What the Dying Have to Teach Doctors, Nurses, Clergy and Their Own Families, Simon & Schuster/Touchstone, New York, 1969.

[1] باحث من سورية، دكتور في الصحة النفسية، مدرس في كلية الآداب بجامعة حلب،

عضو الجمعية الأوروبية لعلم نفس الشخصية.

*http://maaber.50megs.com/indexa/al_dalil_ein.htm#kassem_abdullah

هل تعيش مشاعرك وتحياها؟

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

هل أنت حي في علاقاتك؟

هل يمكن العيش بالتاريخ؟

قُدري حَفَنِي - علم النفس، القاهرة - مصر

kadrymh@yahoo.com

إلى أية درجة يعيش الشخص حياته؟

مستحيلا

ممارسة تلك اللعبة القديمة: لعبة العبث بالتاريخ إخفاء أو إضافة أو اصطناعا.

متعة الاختيار و بؤس الإجماع

قُدري حَفْنِي - علم النفس، القاهرة - مصر

kadrymh@yahoo.com

1948

1967

,1973

: ما تفسير ذلك الإصرار علي تكرار ممارسة نفس السلوك الذي ثبت فشله عبر التاريخ

من احتمال اكتشاف "الحقيقة"، و عدم الثقة في القدرة علي مواجهتها. حيلة الإنكار

مقاومة خطيرة ساذجة.

¹ الأهرام ، 5 أبريل 2007

مخاطر التفكير الانفعالي

قُدري حَفَنِي - علم النفس، القاهرة - مصر

kadrymh@yahoo.com

العدل هو الحل و الحرية هي الضمان

قـدري حـفـنـي — علم النفس، القاهرة - مصر

kadrymh@yahoo.com

لم يخل التاريخ البشري مطلقاً من صراع حول الحرية، فلم يكف الخرومون من الحرية عن السعي لتحقيقها؛ و بالمقابل لم يكف أعداء الحرية عن مقاومتها. و لقد أحرز النضال الطويل من أجل الحرية مكسباً أساسياً، حيث أصبحت الحرية قيمة إيجابية لا يستطيع كائناً من كان أن يفصح عن عدائه لها مهما كانت درجة ذلك العداء، و أصبح أعداء الحرية يرددون في خضم ادعاءاتهم بالحرص عليها العديد من الحجج التي تؤدي جميعها في النهاية إلى وأد تلك الحرية.

البارانويا والجريمة

صابر مصطفى — جامعة صلاح الدين، العراق

يتداول الناس مفردة (البارانويا)، وقد لا يعرف معظمهم أن المصاب بالبارانويا يمكن أن يرتكب جريمة قتل بتدبير غاية في الإتقان.

ولكي تكون الأسرة والمشتغلون بالخدمات النفسية والاجتماعية، وكذلك رجال الشرطة والمحققون الجنائيون، على دراية بأنهم قد يكونون أمام شخص يبدو لهم مرتباً ومنظماً وصاحب قدرة على الإقناع وبعيد عن الشبهة، لكنه غاية في الخطورة لدرجة أن أحدهم يمكن أن يكون ضحيته، فأننا سنبدأ أولاً بتحديد المعنى العلمي للبارانويا.

البارانويا أسلوب مضطرب من التفكير، يسيطر عليه نوع شديد وغير منطقي وغير عقلاني ودائم من الشك وعدم الثقة بالناس، ونزعة دائمة نحو تفسير أفعال الآخرين على أنها تهديد مقصود أو مهين له.

أعراض البارانويا

()

:

-1

:

-2

:

-3

:

-4

:

-5

:

-6

:

-7

:

-8

:

-9

:

-10

:

-11

:

الأبعاد الوظيفية والبنوية للبارانويا

:

()

:

()

-1

:

()

-2

:

()

:

-3

:

-4

:

()

:

السويديون والرهاب الاجتماعي

أسعد الأمارة - علم النفس، السويد

www.Psychocenteriraq.com

() " phobia

(

" "

" "

:

عطالة نهاية الاسبوع!

أ.د. الحارث عبد الحميد حسن - الطب النفسي، العراق

alharith67@hotmail.com - alharith555@yahoo.co.uk

(75)

Expressen
12

2004 / /

% 15 – 13

" "

219

ويظل الأمر وانتشاره رهناً بشخص كل فرد ومنظومته النفسية والاجتماعية والدينية والقيمية.. كذلك ببعض العوامل الثقافية

أطفال الحرب اللبنانية والقتل لمجرد لذة القتل

جورج طرابيشي - التحليل النفسي، باريس، فرنسا

جورج طرابيشي - التحليل النفسي، باريس، فرنسا

حنان عاد - التحليل النفسي - بيروت، لبنان

مفهوم الإنسان لله يتم إسقاطه على
الزعيم السياسي: الله سلطة عليا؛ وفي كلِّ

de quoi se dessinent trois formes majeures de pathologie, impliquant à la fois le psychique et le somatique. Axes de fonctionnement, aussi bien que formes de pathologie leur correspondant, sont déterminés par deux concepts de base : la fonction de l'imaginaire, d'une part, et le refoulement de la fonction de l'imaginaire, d'autre part. Le développement des deux concepts permet de déduire, par une démarche *a priori*, l'ensemble de la pathologie humaine dans sa double appartenance au psychique et au somatique. Cependant, la déduction n'est possible que parce que l'expérience clinique a déjà permis certaines découvertes essentielles.

Or, qu'est-ce que l'imaginaire ?

Concept simultanément psychologique et biologique, l'imaginaire est destiné à fonder ce qu'on entend par santé et maladie, dans la mesure où l'une et l'autre relèvent d'un processus psychosomatique régi par la variabilité symptomatique. Variabilité qui autorise de suivre le déploiement d'une pathologie échappant aux cloisonnements du psychique et du somatique, ce qui d'emblée introduit la continuité du fonctionnement là où l'on se heurte à la discontinuité des fonctionnements partiels.

Concrètement, l'imaginaire n'est rien d'autre que le rêve et les équivalents du rêve dans la vie vigile. Mais le rêve est déjà un processus biologique porté par un rythme et ponctué par l'alternance du sommeil paradoxal et du sommeil lent, en même temps que par la présence, dès l'origine, d'un fonctionnement où prime l'imaginaire avant l'émergence du réel. Si le rêve peut être tenu pour l'accomplissement du désir, ce n'est pourtant pas le désir qui met le rêve en mouvement. Le rêve, avec son contenu particulier, n'est que la crête d'une vague qui se renouvelle et qui vient de plus loin.

L'imaginaire n'est pas réductible à la représentation par images parce qu'il est la subjectivité même. C'est pourquoi, l'imaginaire est synonyme de projection, par quoi il faut entendre un mode de pensée caractéristique du rêve et transformant le sujet en objets aussi bien qu'en l'espace et le temps des objets : l'absolument subjectif devenu l'absolument objectif. Aussi la projection ne se ramène-t-elle pas à un mécanisme partiel mis en rapport avec l'introjection, puisque, dans ce cas, doit derechef se poser la question du statut de l'objet imaginaire, qu'on s'approprie et dont on se départ. Et de cette question on ne saurait faire l'économie.

Cependant, le rêve n'est pas seulement le rêve nocturne. Cette simple constatation suffit à concevoir une généalogie de l'imaginaire permettant de saisir l'unité du fonctionnement psychosomatique qui n'est pas la totalité et qui s'actualise dans d'autres conditions que le sommeil, à travers ces variantes de l'activité onirique que sont le fantasme, la rêverie, le délire, l'hallucination, l'illusion, la croyance, le jeu, le transfert, le comportement magique... ; autant de phénomènes où se produit le rêve à la faveur d'un équilibre, chaque fois différent, entre conscient, préconscient et inconscient. Plus que nulle part ailleurs, c'est en psychosomatique qu'il importe d'affirmer que l'imaginaire est un et qu'il est une fonction qui se constitue.

Cette constitution est médiatisée par la relation précoce mère-enfant. C'est à travers cette relation, en effet, que

مرة يصل فيها أحدهم إلى الحكم يصبح ديكتاتورًا - والأمر يتكرر لدى جميع الرؤساء. وقد يجازف بعض المعارضين بجرائمهم للاعتراض على الحكم. لا يمكن أن تكون سلطة الزعيم موضوع مناقشة. [...] هذا اللاوعي للسياسة يجعل الإنسان غير حر كفاية؛ وبالتالي لا بد من حركة ناشطة فاعلة تحرر الجماعة وتفك قيودها.

" "

ما أكثر ما يمكن أن نستشهد به من آراء لمستشرقين ومشتغلين بتاريخ العلم في الغرب عن فضل الحضارة العربية وإسهامات علمائها في مناحي العلوم المختلفة، ومنها النفس؛ لكن ما أبعد ذلك الأمر عن أهدافنا. إذ إنني مشغول بالأكثر عن نكوص واقعنا - في ما يتصل بدراسة النفس - وتعثر خطونا، وما وراء هذه الهوة التي سقطنا في بئرها، حتى بتنا في القاع بين قمة أمس ولئى، لم نتعمق في دراسته، وبين قمة معاصرة علينا أن نصل إليها. [...] فلا نحن تعلمنا من الماضي، ولا نحن واكبنا الحاضر وأقذنا أمثنا استشرافًا لغد نأمله لها. [...]

لا مفهوم للمواطن تجاه الحاكم في مجتمعنا، وليس عندنا تصور لطريقة الحكم وكيفية العيش.

<http://psychoanalysis-syria.blogspot.com/2006/03/blog-post.html>

INTRODUCTION À LA THÉORIE RELATIONNELLE

PR. SAMI MAHMOUD ALI – PARAS ; FRANCE*

La théorie relationnelle de la psychosomatique définit trois axes fondamentaux de fonctionnement, à partir

Fonctionnement paradoxal au plus haut point, car les rêves, hormis le cas particulier du traitement neuroleptique,[2] existent objectivement, comme l'attestent les études électro-encéphalographiques, non subjectivement. C'est là une manière d'être aliéné à soi mais content de l'être, coupé de soi sans cependant en souffrir. Et cela n'a rien à voir avec le « faux self ». Ici, les traits de caractère remplacent les symptômes, la formation caractérielle supplantant la formation symptomatique. S'il y a alors pathologie, elle ne peut être que somatique, atteignant le corps en sa réalité. Les organes sont les organes et le corps tout entier peut être entamé en tant que processus biologique. C'est pourquoi, en l'occurrence, la somatisation relève du littéral et du neutre, non du figuré, et le sens qu'on peut y attacher est un sens secondaire qui s'ajoute au symptôme après coup, mais n'en détermine pas l'étiologie.

Ici, tout est refoulement, sans retour du refoulé. État de choses qui aboutit, soit à la disparition des rêves de la vie psychique, soit à la modification même de la fonction du rêve : désormais n'apparaissent que des rêves de travail, programmés par le surmoi et destinés à être la négation du rêve. Ce qu'on prend à tort pour des rêves de réalité marqués par une carence élaborative répondent en fait à l'injonction de ne pas rêver, de continuer de travailler, et sont ainsi l'équivalent de l'insomnie. Cela constitue déjà une critique fondamentale aussi bien de « la pensée opératoire » que de « l'alexithymie », pour autant que l'une et l'autre méconnaissent la profondeur du travail de refoulement. Travail qui, par ailleurs, fait un avec le fonctionnement caractériel et qui, pour être pensé, exige un autre modèle théorique.

Au refoulement réussi de la fonction de l'imaginaire correspond une dépression *a priori* qui est le fait de coïncider parfaitement, au point de voir s'évanouir tout conflit avec le surmoi. Celui-ci est un surmoi corporel dont le sujet dépend pour se repérer dans l'espace et le temps aussi bien que dans ses fonctions corporelles qui ne sont pas autonomes. C'est dire que le surmoi corporel engage autrement toute la problématique du narcissisme, et que la suppression de la subjectivité, si caractéristique de la pathologie de l'adaptation, constitue une façon d'être grâce au non-être et, par là, de se conformer aux impératifs du surmoi corporel. La négation de soi passe par l'affirmation d'une toute puissance à laquelle on participe.

Notons en outre ceci, que le refoulement caractériel de l'imaginaire peut avoir des équivalents dans certaines chimiothérapies à base de neuroleptiques entre autres, qui, en altérant réellement la phase paradoxale du sommeil, aboutissent à mettre hors circuit toute la fonction de l'imaginaire. Que celle-ci disparaisse effectivement ou qu'elle soit occultée par un refoulement qui perdure sans faille, dans les deux cas on a affaire à une pathologie caractérielle où la somatisation, quand elle fait son apparition, demeure en corrélation négative avec l'imaginaire. Et elle témoigne de l'extrême difficulté d'effectuer des régressions.

Pourtant, la somatisation ne se ramène pas au seul fonctionnement puisque, contrairement aux théories jusqu'ici élaborées, qui font tout dériver de la structure de la personnalité, la somatisation a toujours lieu dans une situation d'impasse. Celle-ci se singularise par l'existence d'un conflit insoluble parce qu'il implique la contradiction et qu'à ce titre il reste distinct du conflit névrotique dont la forme est l'alternative simple, « a ou non-a » ; tandis que l'impasse s'énonce à la fois par « a ou non-a et ni-a ni non-a ». Le conflit est ainsi, dans sa structure logique, plus proche de la psychose, ce qui, du même coup, interdit de parler de « névrose d'organe ». Il est, au reste

s'instaure un rythme biologique fondamental selon que la répétition est dépassée ou qu'elle s'achemine vers l'épuisement. Deux destins opposés qui, pourtant, ne s'articulent pas à la conception freudienne des pulsions de vie et des pulsions de mort, puisqu'il s'agit moins d'un automatisme de répétition indépendant des aléas relationnels, que de la répétition d'automatismes à l'intérieur d'une relation particulière.

Ainsi se définit l'imaginaire en tant que fonction se déployant dans une relation dont le singulier est qu'elle préexiste aux termes qui se trouvent reliés.

J'aborde maintenant le deuxième concept, le refoulement de la fonction de l'imaginaire.

D'entrée, il faut souligner qu'il ne s'agit pas du concept freudien du refoulement, qui, lui, porte exclusivement sur un contenu de l'ordre de l'affect ou de la représentation. On postule ici, en revanche, le refoulement de l'imaginaire en tant que fonction, ce qui permet, d'une part, d'élargir le champ de la pathologie pour inclure l'organique, et, d'autre part, de déterminer trois axes de fonctionnement suivant le destin subi par le refoulement. Voici comment la chose est envisageable :

La première possibilité est celle de dire, avec Freud, que toute psychopathologie se déroule en trois temps : le refoulement, l'échec du refoulement, et le retour du refoulé sous forme de symptômes névrotiques ou psychotiques. Cela vaut tant pour le lapsus le plus simple que pour la psychose la plus complexe. Partout, il s'agit d'une formation symptomatique transitoire ou durable, dans laquelle émerge de nouveau un imaginaire auparavant éliminé.

L'échec du refoulement, dans ce cas, instaure une continuité avec l'imaginaire. S'il y a alors somatisation, elle a lieu dans le corps imaginaire, sur le modèle de la conversion hystérique, et elle reste en corrélation positive avec l'imaginaire. C'est une psychopathologie dans laquelle le corps est le même qui soutient le rêve et qui suppose que l'étayage s'est précédemment accompli. Aussi les symptômes demeurent-ils fonctionnels, réversibles, pourvus d'un sens symbolique primaire, sens qui détermine le symptôme, qui est à l'origine du symptôme, coïncidant avec la symptomatologie, qu'elle soit névrotique ou psychotique. Le corps est alors réductible aux images du corps et la somatisation relève du figuré.

Mais cela laisse entrevoir une autre possibilité.

On peut en effet se demander si le refoulement doit toujours échouer et ce qui peut advenir de la pathologie au cas où le refoulement se maintient. Question effectivement effleurée par Freud,[1] mais restée sans réponse aussi longtemps qu'on se place au plan de la psychopathologie.

Or, dans *Le banal* (1980), j'ai avancé l'hypothèse d'une autre pathologie, précisément organique, faisant pendant au refoulement réussi de la fonction de l'imaginaire et que détermine l'attitude fondamentale à l'égard du rêve.

Attitude qui résulte du refoulement caractériel de l'activité du rêve et qui tend à perpétuer ce même refoulement. Il s'ensuit non seulement l'oubli systématique des rêves mais aussi la perte d'intérêt à leur égard. À la limite, peu importe qu'on se souvienne ou que l'on ne se souvienne pas des rêves, tellement est grand le désinvestissement. Les règles adaptatives viennent alors remplir un vide qui se creuse, supplanter la subjectivité qui devient une subjectivité sans sujet. D'où une pathologie de l'adaptation dans laquelle le banal détermine simultanément la relation à soi et à l'autre.

consiste à passer du refoulement manqué au refoulement réussi. Les rêves commencent par être présents dans un fonctionnement psychique assimilable à la psychonévrose, avant de disparaître plus ou moins complètement, pendant longtemps, pour des raisons difficiles à cerner mais qui semblent liées au deuil. Or, chose remarquable, ce changement de fonctionnement, qui s'accompagne d'un sentiment de perte, ne se limite pas au domaine psychique : il entraîne, au contraire, une modification de la pathologie qui, du corps imaginaire, se déploie au niveau du corps réel, le figuré cédant imperceptiblement la place au littéral et au neutre. Cependant qu'on s'enfonce de plus en plus dans une situation qui a tout de l'impasse.

En contrepoint de ce qui précède, il importe de souligner qu'un quatrième axe de fonctionnement existe, que caractérise la transformation graduelle du refoulement réussi en un refoulement raté, au cours d'un processus thérapeutique qui enfin aboutit. Avec la récupération notamment de la fonction du rêve s'intégrant peu à peu dans le fonctionnement psychique, on assiste à la sortie d'une impasse qui, autrement, reste liée aux somatisations et au risque de somatisations du corps réel.

Il importe cependant de faire remarquer que toute maladie n'est pas forcément une somatisation, et que la question doit se poser de savoir quels liens possibles existent réellement entre une pathologie donnée et la vie du sujet. Ce qui laisse le champ libre à la découverte, loin de l'illusion de croire qu'à partir d'un seul principe on a réponse à tout.

L'argument développé jusqu'ici, à la fois en continuité et en rupture avec le modèle freudien, interdit de voir dans la somatisation, soit une variante de la névrose actuelle marquée par l'insuffisance de l'élaboration psychique, soit une forme dérivée de l'hystérie de conversion où le syndrome organique est assimilé à un contenu symbolique refoulé faisant retour après l'échec du refoulement, soit enfin, à l'instar de la théorie lacanienne de la psychose, la manifestation dans le corps du non-symbolisable. Autant de postulats qui, pour commander des positions théoriques fort divergentes, ne se situent pas moins à l'intérieur de la psychopathologie freudienne, tenue pour le seul cadre de référence possible. Aussi la recherche en psychosomatique relève-t-elle ici d'une interrogation radicale sur le statut du corps en fonction d'un modèle théorique multidimensionnel dont, par ailleurs, on s'évertue à montrer la pertinence, à propos des phénomènes où la problématique du corps reste indissociable de celle de l'espace et du temps. Or si l'espace et le temps s'avèrent être des dimensions fondamentales, c'est qu'ils renvoient avec persistance à une interrogation qui demeure à l'arrière-plan de l'œuvre freudienne, engageant simultanément la création scientifique et l'auto-analyse. Interrogation où la latéralité constitutive de l'espace corporel fut pour Freud l'occasion d'une prise de conscience

, une relation particulière entre somatisation et psychose : tout se passe en effet comme si l'une et l'autre avaient lieu dans la même situation d'impasse, comme si dans les deux cas on affrontait l'impensable de la contradiction, avec toutefois cette différence que la psychose, quand elle s'élabore à travers le délire notamment, constitue une ultime tentative pour penser l'impensable, le penser précisément en dépit de la pensée.

L'issue psychotique est donc possible, et c'est en ce sens que la psychose, en dépassant l'indépassable, transpose entièrement les termes du conflit, et, ce faisant, opère un passage du corps réel au corps imaginaire. La psychose met à l'abri de la somatisation, de sorte qu'une corrélation négative s'établit entre l'une et l'autre, ce qui, en outre, rend compte de cette constatation étrange selon laquelle les psychotiques connaissent rarement la maladie organique qui, elle, s'attaque au corps réel.

Cela, d'ailleurs, permet d'établir un lien fondamental entre l'impasse et la dépression, aporie dont la problématique, loin de se réduire à une simple baisse du tonus vital, demeure de part en part relationnelle : que pour le déprimé caractériel le oui équivale au non et que tout soit affecté d'un signe négatif (« Plus j'allais bien, plus j'allais mal », dit Zorn), renvoie en définitive à une relation précoce à une mère déprimée, présente par son absence, absente par sa présence, mettant l'enfant devant une alternative insoluble, pour autant qu'il se sente condamné, quoi qu'il fasse. Rien ne médiatise désormais l'absence : absence d'amour, absence de réciprocité, absence de l'être aimé. La situation devient ainsi doublement intenable : parce qu'elle ferme toutes les issues, et parce qu'elle ne laisse même pas à l'enfant la possibilité de mettre fin à une relation d'absolue dépendance qui donne l'être tout en le retirant : « Ma mère, dit une patiente, ne savait pas que j'étais dans ses bras, elle pensait à autre chose. Quand elle était absente, elle était trop présente, et quand elle était présente, elle était totalement absente ». Or si l'impasse a partie liée avec la contradiction, elle est susceptible de se manifester sous des formes dérivées qui, en dépit de leur diversité, débouchent toutes sur la même aporie logique. C'est ce qu'illustre un exemple fort connu, présentant l'avantage d'être avant tout une découverte empirique, à savoir la manière dont Alexander décrit le conflit propre à l'ulcère gastrique.[3] Hormis les facteurs constitutionnels, on le sait, Alexander ramène l'ulcère gastrique à une dépendance orale inconsciente, au besoin d'être nourri et aimé passivement. Chez des sujets par ailleurs « normaux », ce besoin, loin d'être accepté, provoque, en fonction d'un idéal, une attitude de refus que concrétise une hyperactivité compensatoire. Celle-ci les met aux prises, dans des situations de compétition professionnelle, avec une agressivité qui provoque la crainte des représailles. Un sentiment de culpabilité se fait jour, les amenant à réagir passivement à l'agressivité, ce qui ramène au point de départ. Un cercle vicieux se dessine de la sorte, la passivité suscitant l'activité et l'activité la passivité, et le conflit qui se présente d'abord comme une simple alternative névrotique, comportant la possibilité de choisir l'un des termes en présence, voire l'éventualité de combiner l'un et l'autre dans une solution de compromis, finit par tourner en rond, se mordre la queue, devenir insoluble. L'impasse est cette impossibilité de trouver une issue, et cela prédispose à la somatisation. Par conséquent, le fonctionnement adaptatif n'est pas en soi pathogène alors qu'il peut le devenir, précipitant une somatisation du corps réel, là où le sujet se trouve soudain dans un cul-de-sac.[4]

La troisième forme majeure de pathologie, qui, elle aussi, se définit par rapport au refoulement de la fonction de l'imaginaire,

REGARD psychosociologique SUR LE COMPORTEMENT ÉLECTORAL.

Usages et attentes

ABDELKARIM BELHAJ – PSYCHOLOGIE; MAROC

abdelkrimbelhaj@yahoo.fr

La campagne électorale pour les législatives bat son plein. Tout le monde politico-étatique s'y met avec pour objectif commun de réussir le rendez-vous du 7 septembre dans l'art et les règles de la démocratie. Les efforts déployés par les différentes parties qui sont engagées dans ce processus (Etat, partis, société civile) se sont focalisés sur la sensibilisation et la mobilisation de l'électorat, mais sans pour autant savoir s'il y aura une participation à la hauteur des attentes qui sont l'objet de ces efforts. Vu l'ampleur des actions engagées (TV, radio, presse...) pour amener la population à participer et voter.

Dans ce contexte et bien que tout ce qui a rapport à la logistique et le dispositif (arsenal juridique, institutionnel, médiatique...) relatif à l'animation de cette campagne soit mis dans une logique rationnelle et très organisée, il n'en demeure pas moins que l'attitude d'une proportion assez importante de l'électorat marocain durant cette période précédant la date du scrutin reste la grande inconnue. Compte tenu des enseignements tirés des différentes expériences passées ou d'une tradition en la matière accusant beaucoup d'inconvénients, et qui n'ont pas été en mesure de se poser comme modèles de référence, soit en termes de motivation, de conviction ou d'assurance quant aux engagements (programmes, projets, promesses...) liant les élus aux électeurs.

Les formations politiques, quant à elles, notamment celles qui ont un certain ancrage dans le paysage politique marocain, travaillent leur campagne dans l'expectative de recueillir un suffrage qui les honore, mais rien ne semble assuré ou gagné d'avance du fait que les enjeux (s'agissant des tenants et des aboutissants) sont imprécis. Car malgré leur capacité très variable à mobiliser la population et sous des formes versatiles, aucune formation ni sensibilité politique ne peut déterminer avec certitude le type d'électorat qui lui soit acquis à partir d'une "solidarité organique" plutôt que "la solidarité mécanique" (comme dirait Durkheim) qui persiste à distinguer l'action collective au Maroc.

L'absence du profil de l'électeur est devenu une des caractéristiques marquantes de l'enjeu électoral et cela peut s'expliquer par de multiples raisons:

- Les prémices d'un tel profil, bien qu'elles soient en phase de constitution, ont subi un déclin avec les transformations du champ politique depuis trois décennies;
- L'inexistence d'un positionnement opposé (en termes d'idéologies ou de projets de société entre autres) pouvant s'exprimer dans une logique bipolaire droite-gauche et qui soit clairement défini;
- La prolifération des formations politiques en compétition (dépassant la trentaine), comme phénomène ayant pour effet la création d'un certain brouillage dans l'esprit de l'électorat et non l'accroissement des possibilités ou des alternatives;
- L'insuffisance de la pratique électorale pour constituer une référence ou cultiver une tradition, étant donné que l'actuelle consultation est présentée comme une rupture avec les précédentes expériences;

doublée d'une prise de position, certes conforme au modèle théorique en voie d'élaboration, mais n'occultant pas moins une autre problématique. Tel est en effet le prix de tout choix qui se veut cohérent. Et c'est la raison pour laquelle le thème de l'espace et du temps nous place d'emblée à l'origine d'un travail créateur et permet d'éclairer autrement l'histoire d'une découverte.

La latéralité, cependant, ne se ramène pas à un fait anatomique puisqu'elle se trouve au point de départ d'un processus de projection auquel est impartie la construction de l'espace et du temps. On reste ainsi au plus près du corps propre fonctionnant comme schéma de représentation et oscillant entre le réel et l'imaginaire. Mais la latéralité a également partie liée avec la latéralisation cérébrale, de sorte qu'une relation a pu être établie entre le système nerveux central et le système immunitaire, d'une part,[5] entre le système immunitaire et la dominance cérébrale d'autre part.[6] En bouclant ainsi la boucle, cette relation permet d'entrevoir, dans certaines maladies auto-immunes, comme le diabète par exemple, la possibilité de rattacher le syndrome organique aux aléas de la constitution de l'espace corporel et de l'espace de la représentation. D'une façon analogue, le temps, s'inscrivant dans un rythme corporel que viennent amplifier certaines trouvailles de la chronobiologie, ouvre à la recherche un champ où se reconnaît une pathologie psychosomatique allant de l'imaginaire au banal et interrogeant derechef la relation entre le temps et l'inconscient.

Dans une élaboration du thème auquel ces considérations sont consacrées, une attention particulière est accordée à la problématique de la vision se situant à la limite du corps réel et du corps imaginaire à travers des pathologies rarement abordées sous l'angle de la psychosomatique. Le même thème se prolonge en outre dans le domaine de l'esthétique où, sur un seul exemple – la théorie de la perspective chez Alberti – les liens complexes qui rattachent la vision à l'espace et à la projection sont précisément analysés.

[1] S. Freud (1915), Le refoulement, p. 57.

[2] Voir J.Gorot, « Processus projectif et neuroleptiques », in Psychiatries, 1981.

[3] F. Alexander, La médecine psychosomatique, 1967, p. 86 sq. À noter, toutefois, que le langage pulsionnel adopté par cet auteur, en occultant la dimension relationnelle, semble tout ramener au processus interne, c'est-à-dire au fonctionnement uniquement. En ce sens, si le fonctionnement tourne en rond, c'est déjà le signe d'un enfermement relationnel désignant l'impasse. Cette remarque vaut pareillement pour d'autres pathologies, notamment celles du système immunitaire, fonctionnant d'une manière paradoxale, comme dans les maladies auto-immunes.

[4] La relation entre des formes de l'impasse et les différentes pathologies est explorée dans Sami-Ali : Le rêve et l'affect : Une théorie du somatique, 1997.

[5] Voir F. Villemain, Stress et immunologie, 1989.

[6] Voir J-L Marx, "Auto-immunity in Left-handers," in Science, 217, 1982.

processus électoral lui-même, non pas tel qu'il est conçu dans les textes et dans la logistique qui lui est réservée, mais tel qu'il est vécu et opéré socialement, est-il façonné et animé par un esprit rationnel ou par un esprit qu'on pourrait qualifier de composite (terme cher à notre grand sociologue Paul Pascon lui servant de désigner la typologie de la société marocaine)?

On ne cessera pas de répéter que le vote comme comportement est d'abord un acte commandé par la perception qu'ont les électeurs de la chose politique ou plutôt des produits politiques. Il suffit de voir les techniques utilisées dans le processus de communication (voire aussi du marketing) et de persuasion d'une part, et d'évaluation d'autre part.

Dans ce cadre, on se demande pourquoi les sondages d'opinion qui accompagnent généralement ce type d'événements politiques dans les pays à tradition démocratique, ne sont pas les bienvenus chez nous, bien que certaines opérations sont bel et bien réalisées discrètement. Aussi est-il, justement, que c'est un excellent moyen de mesure et d'évaluation qui permet d'établir le diagnostic sur la situation de chaque formation dans le processus. Le sondage est un mode d'investigation rationnel et qui est considéré comme un thermomètre et un outil de prospection pour les différentes parties engagées dans le processus électoral, et particulièrement pour les médias qui leur sert de repère pour suivre les orientations de l'électorat ainsi que les effets produits par les formations politiques durant la période précédant le scrutin.

L'opposition au recours formel aux sondages est un exemple intéressant, car il révèle une sorte de consensus entre les formations politiques à l'égard de tout ce qui peut dévoiler leurs faiblesses avant leurs forces, voire aussi les trahir en exposant leur réalité sur le terrain de la bataille électorale. Aussi, il faut dire que ce moyen peut avoir des effets de satisfaction pour les uns et de déception pour d'autres, étant donné les aspects prédictifs et prévisionnels qu'il propose, comme par exemple la participation au renforcement ou à l'appauvrissement des formations et de celles qui sont en perte de vitesse quant aux possibilités de récupération de voix qui restent dans le compte des électeurs indécis ou même créer une désaffection et une désertion de voix.

On ne prétend pas que le sondage est un procédé parfait, mais il reste que c'est une possibilité d'évaluation du comportement électoral et de configuration des tendances en une cartographie politique autorisant des analyses et des lectures en accompagnement du processus. D'autant que pour tout observateur du paysage politique et des enjeux qui l'animent, particulièrement en ce qui concerne ce processus électoral, le rôle qui revient aux indécis a une importance considérable dans une logique quantitative plus que la logique qualitative. C'est dans ce sens qu'un travail de redressement et de réactivation pour les formations politiques peut avoir lieu, voire de revivifier le climat dominant le processus, tout en concoctant les indicateurs et les ressources depuis les enseignements que peut fournir cette méthode de sondages.

En fait, de l'observation du déroulement de cette campagne, on relève un climat psychologique maussade qui manque de fraîcheur et de dynamisme pouvant stimuler, tranquilliser et rassurer l'électorat. En effet, les Marocains ont besoin de regagner la confiance dans leur classe politique, non seulement par un renouvellement de rapport contractuel, mais surtout par l'engagement qui obéit aux principes de la vertu et de la probité. Mais dans les faits en usage et occupant l'espace de cette campagne, les actions ne paraissent pas disposer de la capacité de créer un impact appréciable.

Lorsqu'on se penche de plus près sur les attendus de la

- L'abandon de la pratique militante et partisane permanente qui repose sur des choix et des orientations politiques, voire idéologiques, ce qui constitue une raison d'être des partis, plutôt que l'image qui leur est calquée comme étant des "boutiques électoralistes";
- Les relations entre les partis (par le biais des militants, des conseillers et des députés assumant une représentation ou des manifestations occasionnelles) avec les citoyens accusent un déficit sinon elles sont quasi inexistantes;
- La perte de confiance dans la chose politique, notamment dans les issues des élections, et qui gagne les esprits des générations anciennes et nouvelles;
- La désaffection affichée d'une certaine fraction de la population.

Par ailleurs, et s'agissant de l'acte et la conduite attribués à l'électorat et qui traduisent les comportements en jeu dans ce processus; c'est -à- dire le comportement électoral, là aussi, quant à sa typologie, elle demeure largement méconnue et réduite à un pur accomplissement. Mais dans une perspective de connaissance de la nature et la forme de ce comportement, une prospection de ses indices et de ses paramètres se révélera pertinente et pourrait clarifier les enjeux dont elle dépend.

A cet égard, et pour une définition d'un point de vue psychologique, nous pourrions dire qu'il s'agit plus de perception que de comportement. Autrement dit, ce qui commande le comportement de l'électeur durant le processus électoral et en particulier durant le scrutin, ce sont ses perceptions (impressions, intentions, croyances, images mentales, connaissances, informations...) de l'objet (la personne du candidat, le parti, etc.) sur lequel il va porter son choix ou sa décision. Cependant, il y a lieu de souligner que cette perception peut être développée par une socialisation politique comme elle peut être modelée par des stéréotypes et des préjugés, lesquels parsemant des informations pouvant favoriser plus la passivité qu'une vivacité très convoitée par les différents acteurs engagés dans le processus. Un comportement électoral est le produit de perception et de représentation avant qu'il soit un acte.

Toutefois, il est utile de rappeler en termes de la psychologie en général et de la psychologie politique en particulier que l'acte qui est traduit par le comportement électoral est avant tout un acte d'évaluation et de jugement, et donc, il s'agit d'activité sociocognitive ayant ses repères dans la perception. C'est-à-dire que la personne avant de porter son choix qui s'exprime par un jugement et qui est accompli par l'acte de vote, est l'objet de persuasion et d'influence par les acteurs politiques (représentants de partis et candidats). Laquelle action d'influence qui s'opère par une quête de façonnement des jugements. Dans ce sens, ces acteurs s'appliquent à utiliser un bon nombre de moyens de communication qui leur servent à atteindre cette finalité d'emprise et consistant à vouloir réunir le plus de voix permettant de remporter l'élection, bien évidemment à travers le recueil des choix exprimés par les électeurs en leur faveur.

Ainsi, lorsqu'on regarde les procédés et les moyens de communication en usage dans la campagne électorale, depuis les rassemblements publics, en passant par la médiatisation télévisuelle, les pas de portes, la distribution des programmes et des dépliants, l'affichage et la presse, etc.; on se rend compte que l'action de persuasion occupe la part la plus importante dans le processus. En conséquence, on a l'impression que ces acteurs politiques engagés dans la campagne électorale mènent leur action (surtout les discours) eu égard à un électeur rationnel. Mais est-ce que c'est le cas de l'électeur marocain? Bien plus, le

nombre de ces derniers.

Le profil de l'électeur marocain est une pièce qui demeure méconnue du puzzle électoral, que ni les politiciens ni les spécialistes en sciences humaines et sociales n'ont pas cherché à identifier ou à en déterminer les caractéristiques. Une telle démarche gagnerait non seulement à faciliter la tâche du processus électoral pour les formations politiques, mais aussi pour poser des bases saines d'une culture électorale.

En outre, la pierre angulaire qui accompagne cette consultation publique paraît être de l'ordre de la morale plus que tout ordre qu'il soit idéologique, politique ou économique. Une morale qui recouvre plusieurs domaines en rapport avec les comportements des formations politiques à travers leurs candidats/élus potentiels, de l'électorat et de toute partie prenant part dans le processus. Ainsi, sont lancés et clamés des appels à la moralisation de la vie politique en particulier et de la vie publique en général. Des attitudes d'observation, de surveillance et de contrôle ont pris une étendue considérable relativement au suivi de tout le processus.

Il y a une véritable mobilisation dans laquelle sont associées différentes parties (Etat, ONG, société civile) et ayant pour objectifs de surveiller les conduites et de moraliser les actions, ce qui paraît très louable et constructif. Car tout semble être mis en œuvre pour participer à instaurer une socialisation selon les normes et les valeurs de l'action politique à laquelle ambitionnent les esprits citoyens.

Ainsi, on pourra dire que l'un des principaux challenges que le Maroc aura à réussir avec ce processus électoral, c'est une éducation civique qui inscrira les assises solides d'une pratique démocratique et qui produira certainement un changement dans les perceptions et les comportements

campagne, notamment pour connaître l'effet de celle-ci sur les choix électoraux, et compte tenu des expériences précédentes, on remarque que la tendance ne changera pas par rapport aux habitudes qui sont à mettre sur le compte de ces expériences et non pas qu'elles sont supposées avoir subi des évolutions. De même que la volatilité électorale qui a une certaine fréquence dans ce genre de processus, c'est-à-dire la mobilité des comportements et des choix d'une consultation à l'autre ne paraît pas encore disposer à changer de forme. D'ailleurs, c'est une mobilité qui se reflète aussi dans les comportements de certains élus lors de changements de couleurs politiques ou de défection, avec toutes les enchères qui y sont associées.

Ainsi, la tendance qui est ressentie s'oriente vers des expressions multiples en terme d'une mosaïque de facteurs déterminant les choix dans le vote, allant principalement du groupe d'appartenance aux affinités relationnelles (familles, tribu, communauté, formation politique...). D'ailleurs, c'est aussi une mosaïque qui paraît à l'image de la multitude des formations politiques présentes dans la course et avec la même logique des choix.

Alors, dans une démarche d'analyse de ce phénomène, on conclura à la constance d'une reproduction sociale faisant du vote, du moment que c'est un acte individuel, une opération qui porte principalement sur un choix de personne plus que tout autre élément ayant trait à la collectivité tel que le parti ou le programme. La variable-clé du vote qui singularise la pratique électorale demeurera plus qu'autrefois l'individu. Alors, il n'y a pas à s'étonner de la disparité des catégories socioculturelles et professionnelles des candidats quant à la compétence, la performance, la productivité et le rendement d'une part, et d'autre part la fragilité des engagements politiques si ce n'est l'absence d'une culture politique qui paraît marquer un bon

قراءات موجزة ... حوارات

لقاء مع سامي محمود علي بارييس، فرنسا

- كل شيء علاقة

ENTRETIEN AVEC SAMI MAHMOUD ALI PARAS ; FRANCE

- Tout est relationnel

في القلب من تفكره تقع فكرة أنه "منذ ما قبل الولادة كل شيء علائقي". واللاخرجة علائقية هي الأخرى، كما يلح عنوان الكتاب: فالنساء اللواتي نقرأ قصتهن وجدن أنفسهن منخرطات، في لحظة أو أخرى من عمرهن، في وضع لا مخرج منه. فلهذا الوضع، كما يقول سامي علي، نتائجه على الصعيد النفسي، كما وعلى الصعيد الجسمي، إذ يصاب الجهاز المناعي هو الآخر. وهذه اللاخرجة لا تختص بالداء السرطاني وحده، إنما يمكن أن تنخلع على المستوى الجسمي في أشكال مختلفة، منها الحساسيات الكبرى، من بين أدواء آخر.

يشير العنوان الفرعي للكتاب - "الزمنية والسرطان" - إلى الصلة بين هذا المرض وبين ارتباط بالزمن الإشكالي. وهذه موجودة، ليس عندما يعتلن المرض وحسب، بل قبلئذ بكثير. الخروج من الزمن، بدون نقطة علام بالنسبة إليه، مع أنه يهرب إلى غير رجعة، والدوران في المكان والعودة دوماً إلى نقطة الانطلاق، هو من الخيرات المحكية في هذه الأحاديث. إن سامي علي، الأبعد ما يكون عن الاعتقاد بإمكانية الإجابة على كل شيء اعتماداً على مبدأ واحد، يرى في مؤلفه الأخير نقطة انطلاق إلى بحث أوسع.

لقاء مع سامي محمود علي **

كل شيء علاقة *

حوار: إليزابيث جل - بارييس، فرنسا

سنة نساء يتكلمن، ست حالات خاصة. إنهن يشتركن في مواجهتهن للسرطان، لكن في أشواط مختلفة من المرض؛ بعضهن ما يزال تحت المراقبة الطبية، وبعضهن الآخر لا. إنهن يروين مقتطفات من حياتهن، يتم تدوينها تدويناً عفويًا. مخاطبتهن، سامي علي، أستاذ في جامعة باريس السابعة، مدير المركز الدولي للنفسيجسميات ومعالج. وممارسته، التي تضعه منذ سنوات طوال في مواجهة مع الداء السرطاني، قادتته إلى القيام بمبادرة جديدة في مجال النفسيجسميات. لقد تساءل: كيف تُرذم الهوية بين الجسمي والنفسي بالتملص من رباط السبب والنتيجة (المرء يمرض، جسمانياً، "بسبب" مصاعب نفسانية)؟

لماذا يتصف مفهوم اللامخرجية بكل هذه الأهمية؟

": "

لماذا يتصف الحلم ومعرفة أننا نحلم بكل هذه الأهمية؟

ولكن ما سرُّ العبور من الصعيد النفسي إلى الصعيد الجسدي؟

الجهاز المناعي علانقي؟ ما معنى هذا؟

ولكن ما هو دور مفهوم الزمن في هذا الأمر؟

* من مؤلفات سامي علي: اللامخرجية العلائقية: الزمنية والسرطان (2000)، الجسم والمكان والزمان (1998)، الحلم والوجدان: نظرية في الجسدي (1997)، والمبتذل (1980). ترجم سامي علي أيضاً إلى الفرنسية مختارات من المعري والنقري وابن عربي، كما أعاد ترجمة ديوان الخلاج؛ وهو خطاط العبارات المصاحبة للقوائد المترجمة. للمزيد، راجع معابر، الإصدار التاسع، باب "علم نفس الأعماق". (المحرر)

* ستة أحاديث معلق عليها مع نساء يتعاجن من سرطان الثدي: في كتابه اللامخرجية العلائقية يبسط سامي علي مقارنة جديدة للنفسجسميات.

<http://maaber.50megs.com/index.htm>*

ENTRETIEN AVEC Sami MAHMOUD Ali ** TOUT EST RELATIONNEL *

Propos recueillis par Elisabeth Gilles

Six femmes parlent, six cas particuliers. Elles ont en commun d'être confrontées au cancer, mais à des stades différents de la maladie, les unes toujours sous surveillance médicale, les autres non. Elles disent des morceaux de vie, qui sont retranscrits dans leur spontanéité. Leur interlocuteur, Sami-Ali, est professeur à l'Université de Paris VII, directeur du Centre international de psychosomatique et thérapeute. Sa pratique, qui le confronte depuis de longues années à la pathologie cancéreuse,

فكيف تكون المعالجة؟

كيف يكون الخروج من اللامخرجية التي، بالتعريف، لا مخرج منها؟

عمّ تكشف هذه الأحاديث بخصوص الارتباط بالأحلام؟

On a coutume d'étudier le système immunitaire et les mécanismes responsables de son fonctionnement comme une réalité en soi, isolée de tous les autres facteurs. Et puis, on s'aperçoit que l'état affectif influence l'apparition d'allergies, alors on introduit les facteurs psychologiques. Mais ceux-ci ne viennent pas « s'ajouter » ; cela c'est une abstraction.

Considérer au contraire que le fondement de la pathologie est relationnel n'est pas une vue de l'esprit ; cela se vérifie tous les jours dans la pratique. En partant de ce postulat, et en agissant sur l'impasse, on permet au système immunitaire, pris dès le départ dans cette situation d'enfermement, de réagir différemment. Il faut aussi faire remarquer qu'un enfant prédisposé génétiquement, mais non pris dans une situation sans issue, ne développera pas d'allergie, pour reprendre cet exemple.

Selon moi, la pathologie organique n'est donc pas la transposition métaphorique d'un dysfonctionnement psychique. Ma théorie est qu'il faut se dégager à la fois de la causalité linéaire – « il y a cela, donc il y a cela » – et de la psychogénèse, c'est-à-dire de l'affirmation que le psychique « cause » la maladie organique. Celle-ci ne résulte pas du fonctionnement seul. La base de la théorie relationnelle, c'est la relation entre le fonctionnement et la situation d'impasse.

Si on veut trouver un lien qui échappe à la causalité entre la maladie organique et le reste, c'est-à-dire la vie du sujet, c'est là qu'il faut chercher. Et ce qu'on découvre, c'est une causalité circulaire, où tout tient de tout et où le commencement et la fin se rejoignent.

En quoi consiste la thérapie ?

Dans mon livre, les entretiens montrent qu'il y a quelque chose à l'arrière-plan, une situation complètement bloquée qui n'évolue pas. Bien sûr, il ne s'agit pas de dire tout de go : « Vous êtes dans une impasse », mais au contraire d'en prendre conscience progressivement. Faire cela, c'est commencer à trouver un lien possible entre la pathologie et la vie que mène le sujet. Tout à coup, la pathologie fait partie de son histoire ; ce n'est plus quelque chose qui lui reste extérieur, qui lui est « tombé dessus ».

Comment sortir d'une impasse qui, par définition, n'a pas d'issue ?

Le problème n'est pas d'en sortir, ce qui en effet est impossible. C'est plutôt de se demander comment elle a pu se construire et de tenter d'en modifier les termes. Un travail qui libère à la fois la vie onirique et la vie affective. Quand la situation d'impasse évolue vers une relation conflictuelle et quand le sujet, dans ce nouveau cadre, récupère son passé, ses rêves, ses affects, il est à l'abri. Il n'est plus sous l'emprise d'une situation sans issue.

Que révèlent ces entretiens sur le rapport aux rêves ?

Dans les cas en question, les rêves sont le plus souvent inexistants. Or, quelqu'un qui dit : « Je ne rêve pas » rêve en fait cinq fois par nuit ; les laboratoires de sommeil le montrent bien. Les personnes rencontrées en entretien étaient coupées de leur vie onirique – ce qui les privait de la moitié de leur fonctionnement – et cela pour des raisons précises. Il s'agit d'un refoulement, pas d'une carence. C'est comme s'il y avait, à un moment donné, la décision que la vie onirique doit disparaître.

Pourquoi est-ce si important de rêver et de le savoir ?

Parce que, sinon, on aboutit à une mutilation dans le fonctionnement du sujet. C'est comme s'il était séparé d'une

l'a conduit à entreprendre une nouvelle démarche dans le domaine de la psychosomatique : comment faire le saut entre le somatique et le psychique, en se dégageant du lien de cause à effet (on est malade, physiquement, « à cause » de difficultés psychologiques) ? se demande-t-il.

Au cœur de sa réflexion se trouve l'idée que « dès avant la naissance, tout est relationnel ». Relationnelle aussi, l'impasse, à laquelle fait allusion le titre du livre : les femmes dont on lit l'histoire se sont toutes trouvées engagées, à un moment ou à un autre de leur existence, dans une situation sans issue. Or, dit Sami-Ali, cette situation a des effets sur le plan psychologique et sur le plan physique, le système immunitaire se trouvant lui aussi affecté. Cette impasse n'est pas propre à la pathologie cancéreuse, elle peut se projeter au niveau physique sous différentes formes, les grandes allergies, entre autres.

Le sous-titre du livre « Temporalité et cancer » indique le lien qui existe entre cette maladie et un rapport au temps problématique. Et cela, non seulement lorsque la maladie est déclarée – puisqu'on se trouve confronté, dans certains cas, à la finitude de la vie – mais bien avant. Être hors du temps, sans repère par rapport à lui, qui pourtant s'enfuit sans retour, tourner en rond et revenir perpétuellement au point de départ, autant d'expériences qui se disent dans ces entretiens. Loin de croire qu'avec un seul principe on a réponse à tout, Sami-Ali voit, dans ce dernier ouvrage, un point de départ pour une recherche plus vaste.

Pourquoi la notion d'impasse est-elle si importante ?

L'impasse est un conflit insoluble qui perdure parce que le sujet est pris dans une situation relationnelle d'enfermement. À la différence du conflit, qui peut être dépassé, elle conduit à un épuisement de la psyché et du système immunitaire, puisqu'il n'y a pas de solution. Cette impossibilité de trouver une issue prédispose à la somatisation.

Mais par quel mystère passe-t-on du plan psychique au plan somatique ?

Dit comme cela, en effet, le problème paraît mystérieux. Parce que les éléments sont déjà isolés, déjà mis en place. Je postule par contre que tout est relationnel dès le début, dès avant la naissance, y compris le système immunitaire. Lorsque celui-ci présente de grosses anomalies, comme dans le cas des grandes allergies, c'est qu'il y a une relation qui en donne l'équivalent. Une situation d'impasse se répercute au niveau immunitaire. La même difficulté se projette au niveau immunitaire et au niveau psychique. Il n'y a pas deux choses distinctes.

Le système immunitaire est relationnel ? Qu'est-ce que cela signifie ?

finitude de la vie, que j'ai pu dégager le rapport au temps comme fondement même de toute pensée concernant l'impasse.

De Sami-Ali : L'impasse relationnelle, temporalité et cancer, Éditions Dunod (2000). Et, parmi les ouvrages les plus récents : Le corps, l'espace et le temps, Le rêve et l'affect, une théorie du somatique, les deux aux Éditions Dunod (1998 et 1997). Enfin, un ouvrage important : Le banal, chez Gallimard (1980).

Sami-Ali est également traducteur de poésie arabe, notamment des Chants de la nuit extrême, d'al-Ma'arri, aux Éditions Verticales (1998), peintre et auteur de calligraphies qui accompagnent les poèmes traduits.

* Six entretiens commentés avec des femmes soignées pour un cancer du sein: dans L'impasse relationnelle, Sami-Ali* développe une nouvelle approche de la psychosomatique
<http://maaber.50megs.com/index.htm> **

partie de lui-même, essentielle à mon sens. D'où l'importance, dans la thérapie, d'une récupération de la vie onirique. Lorsqu'elle en est privée, la personne cherche à combler ce vide par une suradaptation, tentative désespérée d'être conforme, elle se coupe de sa subjectivité.

Cela donne, à propos des événements, des commentaires fréquents du type : « C'est la vie ». Or, pour récupérer ses forces, il faut récupérer sa subjectivité. À cet égard, tout ce qui relève de la créativité est fortement encouragé. On découvre par ailleurs très souvent des situations de deuil qui n'ont pas été vécues, ou insuffisamment, pour être dépassées.

Mais qu'est-ce que la notion de temps vient faire là-dedans ?

La question de l'impasse est liée à celle de la temporalité. Ces entretiens dévoilent diverses expériences du temps, toutes problématiques. Un exemple, développé dans le livre, est celui de la temporalité circulaire – les choses se répètent sans cesse. Ce rapport problématique au temps n'est pas propre au cancer ; on le trouve aussi dans les toxicomanies, par exemple. Mais c'est à propos de cette pathologie, qui nous confronte à la

المجلة الإلكترونية لشبكة العلوم النفسية

دعوة للمشاركة في محاور الأعداد القادمة

- شتاء 2008 - عدد 17

"السيكولوجيا من منظور عربي" - آخر أجل 07-12-31

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

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

- ربيع 2008 - عدد 18

"التحليل النفسي والذات العربية... من التنظير إلى الممارسة" - آخر أجل 08-02-28

المشرف: أ.د. عبد الهادي الفكير - فرنسا / المغرب

abdelhadi.elfakir2@freesbee.fr

- صيف 2008 - عدد 19

"الطب النفسي الشرعي... نحو قراء عربية" - آخر أجل 08-04-30

المشرف: أ.د. نعمان الغرايبة - الولايات المتحدة / الأردن

n_gharaibeh@yahoo.com

- خريف 2008 - عدد 20

"الرهاب الإجتماعي من منظور عربي" - آخر أجل 08-06-30

المشرف: أ.د. بوفولة بوخميس - عنابة، الجزائر

bbboufoula@hotmail.com - boufoulab@yahoo.fr

- شتاء 2008 - عدد 21

"سيكولوجية التطرف العقائدي... وهم القوة وقوة الوهم" - آخر أجل 08-09-30

رئيس التحرير

www.arabpsynet.com/apn.journal/index-apn.htm

ملاحظة : ترسل الأبحاث على عنواني المجلة الإلكترونية ورئيس التحرير.

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

الطبيب المسند في تطوير الأبحاث والرعاية الصحية

تأليف: إيموجين إيفانز، هازل ثورنتون، إيان تشالمبرز

ترجمة: محمد أديب العسالي

■ المحتوى

مقدمة الطبعة العربية

خطة عن المؤلفين

شكر

تقديم

تمهيد

وليم سيلفرمان، أين البرهان (1)

الفصل الأول: جديد- لكن ليس أفضل وربما أسوأ

1- تأثيرات سيئة غير متوقعة

2- تأثيرات مرجوة لم تتحقق

الفصل الثاني: مستخدم و لكن غير مجرب جيداً

1- عندما لا يكون المزيد بالضرورة أفضل

2- مسح الأصحاء بحثاً عن علامات مرضية باكرة

3- هل من الحكمة مسح أضرار العقل المنطمة؟

4- إذاً، فلنلزم السرير

الفصل الثالث: مبادئ التجريب العادل للعلاجات

1- التجريب العادل للعلاجات الطبية

2- ما أهمية المقارنة؟

3- يجب على المقارنة أن تتعامل مع غرض حقيقي

4- تجنب المقارنات المنحازة

5- انحياز اختلاف المرضى الذين تتم المقارنة بينهم

6- الانحياز في تقييم حاصل العلاج

7- تفسير المقارنات غير المنحازة

8- دور الصدفة

9- كشف واستقصاء التأثيرات غير المتوقعة للعلاجات

10- أخذ كل البراهين ذات الصلة بعين الاعتبار

11- التعامل مع النشر المنحاز للبراهين المتوفرة

12- تجنب انحياز الانتقاء من البراهين المتوفرة

13- استخدام التحليل البعدي لتخفيف دور الصدفة

الفصل الرابع: التعامل مع غموض تأثيرات المعالجات

1- التأثيرات الدرامية: واضحة ولكن نادرة

2- التأثيرات المتواضعة: شائعة ولكن غير واضحة

3- عندما يختلف الأطباء

4- تخفيف غموض تأثيرات العلاجات

5- الأخلاق ولجان الأخلاقيات ومصالح المرضى

الفصل الخامس: البحث العلمي السريري: الجيد والسيئ وغير اللازم

1- أبحاث جيدة

2- أبحاث سيئة

3- أبحاث لا لزوم لها

الفصل السادس: أبحاث أقل، أبحاث أفضل، أبحاث سليمة الموجبات

1- أبحاث أقل

2- أبحاث أفضل

3- أبحاث سليمة الموجبات

الفصل السابع: تحسين التجارب العلاجية هو مسؤولية الجميع

1- حاجة المرضى للمعلومات

2- المخاطرة بتجارب علاجية عادلة

3- خطوات باتجاه تجريب أفضل

4- كيف يجب أن يساهم المرضى والمواطنون

الفصل الثامن: التخطيط لثورة

1- حالة السيد جونز

2- خطتنا

- تشجيع النزاهة عندما يحيط الغموض بتأثيرات العلاجات

- مواجهة ازدواج معايير الموافقة على العلاج المقدم ضمن وخارج التجارب السريرية

- زيادة المعرفة بكيفية الحكم على مصداقية ادعاءات التأثيرات العلاجية

- زيادة المقدرة على تحضير وصيانة ونشر المراجعات المنهجية للبراهين البحثية على التأثيرات العلاجية

- مواجهة سوء التصرف العلمي وتضارب المصالح داخل مجتمع البحث الطبي

- مطالبة الصناعة بتقديم براهين أفضل وأكمل وأكثر دلالة عن تأثيرات العلاجات

- تحديد وترتيب أبحاث تتعامل مع أسئلة عن تأثيرات العلاجات يعتبرها الأطباء والمرضى هامة

الخلاصة

المراجع

مصادر معلومات إضافية

1- فهم التجارب السريرية العادلة

2- معلومات عن تأثيرات العلاجات

3- المساهمة بالأبحاث العلمية

ثبت المصطلحات

مقدمة الطبعة العربية

القناعة الأولى

القناعة الثانية

() .

1%

القناعة الثالثة

القناعة الرابعة

شكر
3
:

تقدير م

2

!!!

دمشق حزيران 2007
د. محمد أديب العسالي
رئيس لجنة التطوير المهني المستمر

1980

)
2

لمحة عن المؤلفين

إيوجين إيفانز:

مارست وعلمت الطب في كندا وفي المملكة المتحدة قبل أن تلتفت للصحافة الطبية في مجلة لانسيت. وقد عملت في مجال أخلاقيات البحث العلمي بين عامي 1996 و 2005 في مجلس البحث الطبي البريطاني، كما مثلت حكومة المملكة المتحدة في لجنة أخلاقيات الطب الحيوي التابعة لمجلس أوروبا.

هازل ثورنتون:

دعيت للانضمام إلى تجربة سريرية بعد أن أجري لها تصوير ثدي شعاعي، لكن عدم تزويدها بمعلومات كافية عن تلك التجربة أدى بها إلى رفض المشاركة. وقد نبهتها تجربتها الشخصية هذه إلى أهمية مشاركة المرضى في الأبحاث العلمية للتوصل إلى أفضل النتائج التي تهم المرضى، فكتبت وحاضرت بشكل مكثف عن الدور الفعال الذي يجب أن يلعبه المرضى والمواطنون بشكل عام في الأبحاث الهادفة إلى تحسين الرعاية الصحية.

إيان تشالمرز:

مارس الطب في المملكة المتحدة وفي فلسطين قبل أن يصبح باحثاً في الخدمات الصحية الوطنية ومديراً للوحدة الوطنية لوبائيات ماحول الولادة، ومن ثم مديراً لمركز كوكران في المملكة المتحدة. وهو يقوم منذ العام 2002 بتنسيق مبادرة جيمس ليند لتحسين التجارب المضبوطة بهدف تحسين الرعاية الصحية، لاسيما من خلال المشاركة المتزايدة للجماهير.

()

(

)

(

"

1

2

3

4

5

6

7

8

نيك روس - صحفي ومقدم برامج إذاعية
وتلفزيونية

تمهيد

وليم سيلفرمان، أين البرهان (1)

www.jameslindlibrary.org

testingtreatments@jameslindlibrary.org

الفصل الأول: جديد - لكن ليس أفضل وربما أسوأ

وفاة الملك تشارلز الثاني: كتب السير رايموند كراوفورد الذي عاش بين 1865 و1938 وصفاً حياً لوفاة الملك تشارلز الثاني عام 1685. فقد أصيب الملك بنشبة دماغية فاندفع أطباؤه لعلاج مجموعة من العلجات الهمجية:

"تم سحب 16 اونصة من الدم من وريد في ذراعه الأيمن مما أدى إلى تأثير آني جيد. وسمح للملك بالبقاء على الكرسي وهو يحتلج حسب الممارسة المعتادة في ذلك الوقت، مع فتح فمه قسراً وبقوة لكي لا يعض لسانه. وقد كان القصد من العلاج، كما وصفه روجر نورث بيثلي إيقاظ الملك أولاً، ثم منعه من النوم. كان قد تم استدعاء أطباء الملك الشخصيين الكثر على عجل بدون أي تمييز عقائدي أو سياسي، فلبوا الدعوة مستعجلين. أمروا بتطبيق أكواب الحمامة على كتفيه، مع إجراء سحجات عميقة، فنجحوا في سحب ثماني أونصات إضافية من الدم. ثم قدموا له مركب إثمدي محرض للقيء، ولكن لم يمكن دفع الملك إلى ابتلاع إلا كمية بسيطة منه فقرروا تأكيد مساعدتهم بجرعة كاملة من سلفات الزنك. أعطيت مسهلات قوية دعمت بسلسلة من الحقن الشرجية. ضم الشعر ودهن كامل الرأس بمواد محرشة مولدة للبثور. وكما لو أن ذلك كله لم يكف، فطلبت أداة كي ملتهبة. اعتذر الملك عن سوء تجاوبه، عن احتضاره.

Crawford R. Last days of Charles II.
Oxford :the Clarendon press,1909.

() .

(4).

(2).

(3) (5)

(3)

1747 " 12 " (4 3)

(6 5 2)

(4)

(7)

1- تأثيرات سيئة غير متوقعة

()

1961

46

(9).

(5).

20

(6).

نظام البطاقة الصفراء

أطلق هذا المشروع في بريطانيا عام 1964 بعدما بينت حوادث التشوه الولادي التي تسبب بها الثاليدوميد ضرورة متابعة مشاكل الأدوية بعد ترخيصها وتسويقها، وتم منذ ذلك الوقت تقديم 400000 تقرير إلى لجنة سلامة الأدوية، وهي إدارة في وزارة الصحة مكلفة بتلقي تلك التقارير وتحليل نتائجها. وقد كان تقديم التقرير محصوراً بالأطباء في البداية، ولكن تم لاحقاً تشجيع إرسال البطاقات الصفراء من قبل الممرضات والصيادلة والقضاة الشرعيين وأطباء الأسنان وفنيي الأشعة وأخصائيي البصريات. وبعد مراجعة النظام عام 2005، دعي المرضى ومن يرعاهم للتبليغ عن أي اشتباه بأي ارتكاس دوائي غير مرغوب به وذلك من خلال مشروع رائد أطلق عام 2006 في الموقع www.yellowcard.gov.uk. يمكنك هذا الموقع ليس من رفع التقارير فحسب، بل أيضاً من استعراض التقارير المرفوعة من قبل آخرين، مما يعطي فكرة جيدة عن اتجاه التأثيرات المرافقة لاستخدام دواء ما حتى قبل ثبوت صحة الشكوك بآثاره.

McCartney M. Doctor's notes. The Guardian: Health'2005, Feb 8, p9

مأساة جائحة عمى الرضع

استعمل عقب الحرب العالمية الثانية مباشرة الكثير من العلاجات الجديدة الهادفة إلى تحسين حالة الأطفال الرضع المولودين قبل أوانهم (الخدج). واتضح بشكل مؤلم أثناء السنوات القليلة التالية أن عدداً من التغيرات في طرق مزاولة الرعاية قد أنتجت تأثيرات مؤذية غير متوقعة. أهم تلك الآثار المساوية كان "جائحة" من العمى (التليف خلف البللورة) بين الأعوام 1942 و1954 تبين أنها رافقت الطريقة التي كان يتم بها تزويد الخدج بالأوكسجين. لقد أثبتت الإثني عشرة سنة التي انقضت قبل إيقاف تلك الجائحة ضرورة التقييم المخطط لكل اكتشاف طبي قبل الموافقة على تعميم استخدامه.

Silverman WA. Human experimentation. Oxford: Oxford university press, 1985:vii

(8).

(10)"

فرغم أن أول التحذيرات صدر عام 1988، لم تنخفض وفيات متلازمة الموت المفاجيء بحوالي 70% إلا في أوائل التسعينيات حين عكس الباحثون النصيحة وأطلقت حملة back to sleep. حدث ذلك في المملكة المتحدة بعد 21 عاماً من كشف أول برهان على ضرر تلك النصيحة وبكلفة 11000 من وفيات الأطفال الرضع التي كان تجنبها ممكناً. أما في الولايات المتحدة حيث كان تنويم الرضع على البطن أكثر شيوعاً واستمر لفترة أطول من الوقت، فقد كانت ضريبة الموت أعلى بكثير.

Adapted from Gilbert R, Salanti G, Harden M, See S. Infant sleeping position and the sudden infant death syndrome: systematic review of observational studies and historical review of clinicians' recommendations from 1940-2000. International Journal of Epidemiology 2005;34;74-87

7000

.1975

.(11)

2- تأثيرات مرجوة لم تتحقق

" "

"

1954

...

...
"

.(12)

.(14)

.(15)

1988

1999

8000

.(16)

.(17)

.(5)

النصيحة المبنية على فرضية غير مجربة قد تقتل

اكتسبت نصيحة الدكتور سبوك بتعويد الأطفال النوم على بطونهم زخماً في الولايات المتحدة مع صدور طبعة 1956 من كتابه "العام الأول للطفل". وتم تبني نصائح مماثلة بعد حوالي عقد من الزمن في أوروبا وأستراليا، وتبع ذلك في سبعينيات وثمانينيات القرن العشرين ارتفاع شديد في نسب الرضع الذين يوضعون على بطونهم وفي وقوع "متلازمة موت الرضيع المفاجيء".

لوحظت عام 1970 مراجعة البراهين التي كانت متوفرة مراجعة منهجية لتبين بأن خطر متلازمة موت الرضيع المفاجيء يتضاعف ثلاث مرات عند وضع الرضيع على بطنه مقارنةً بأية وضعية أخرى للرضيع، ولكن ربما لم يُعَرَف بتلك البراهين إلا القليل من الباحثين.

لا عجب أنها كانت مرتبكة

كتبت مريضة استؤصل رحمها إلى مجلة لانست في كانون الثاني 2004 الرسالة التالية:

"أجريت لي عام 1986 عملية استئصال رحم بسبب ورم ليفي، وقام الجراح باستئصال المبيضين أيضاً، كما وجد لدي سرطان بطانة الرحم.

ولأن عمري حينها كان 45 سنة، وكنت عرضة لأعراض ضهي آنية، فقد وضعت علي علاج هرموني تعويضي. تناولت في السنة الأولى الاوستروجين المنضم (بريمارين)، ثم زرع لي غرسات الاوستروجين كل ستة أشهر من العام 1988 وحتى العام 2001 على يد نفس الجراح الذي أجرى لي العملية والذي كان يعمل في القطاع الخاص. لقد كانت لدي بعض الشكوك حول هذا العلاج لأنني كنت أفقد سيطرتي عليه بمجرد إنهاء زرع، كما أنني عانيت بعد سنوات طويلة من صداع متكرر. باستثناء ذلك، كنت بصحة جيدة.

أكد لي جراحي بأن العلاج الهرموني التعويضي كثير الفوائد وأنه مناسب لي، فوافقت عليه على ذلك. ومع مرور الوقت ظهرت تقارير تزعم بأن للعلاج الهرموني التعويضي فوائد أكثر وأكثر، بحيث لم يعد مجرد دواء تجميلي كما ظهر في سنواته الأولى بل أصبح مفيداً للقلب ولترقق العظام وللوقاية الجزئية من النشبة الدماغية. وبدا أن براهين جراحي على فوائد استعمال العلاج الهرموني التعويضي كانت تتزايد كلما تكررت زياراتي له.

تقاعد جراحي عام 2001 فلجأت الى طبيبي في الخدمات الصحية الوطنية وبألها من صدمة. فقد زودني بمعلومات معاكسة تماماً لما كان يقوله لي جراحي الخاص، قائلاً بأنه من الأفضل إيقاف العلاج الهرموني التعويضي لأنه قد يزيد خطر أمراض القلب والنشبة الدماغية وسرطان الثدي، عدا عن أنه ربما كان سبب الصداع. أجريت عملية زرع واحدة ثم عدت الى استخدام بريمارين لفترة قصيرة قبل أن أوقف العلاج الهرموني التعويضي قبل ثمانية أشهر.

قال طبيبي أن قرار الاستمرار بالعلاج أو إيقافه يعود لي، مما جعلني شديدة الارتباك.

أعجز عن فهم كيفية انقلاب حال العلاج الهرموني التعويضي وكل مزاياه الرائعة في مثل هذه الفترة الوجيزة من الزمن. كيف يمكن لشخص عادي مثلي أن يتخذ قراراً واضحاً؟ لقد أمضيت ساعات طويلة أفكر وأناقش ما إذا كان علي الاستمرار بالعلاج أم لا، رغم أنني لم أعاني من كثير من الآثار المرضية بعد. أنا مرتبكة جداً بخصوص كل هذه المسألة، وأنا متأكدة من أن نفس الشعور يراود نساء أخريات."

Huntingford CA. Confusion over benefits of hormone replacement therapy. Lancet 2004;363:332.

(3).

(18).

(19).

(20) (

1995

(21).

2003

(22).

2002

نقوم بذلك لأن.....

(23).

" نحن (الأطباء) نقوم بذلك لأن أطباء آخرين يقومون به ولا نريد أن نكون مختلفين عنهم، أو لأننا تعلمنا ذلك على يد أستاذ أوزميل أو متدرب، أو لأننا مكرهين على فعل ذلك من قبل أستاذ أو رئيس أو مدير أو مؤلف لمرشد علاجي، أو لأن مريض يريد ذلك، أو بسبب المزيد من الخوافز كالمراجعات والفحوص غير الضرورية (خاصة الأطباء المتكئين على الاستقصاءات)، أو بسبب الخوف من القضاء أو من التدقيق (ما يعرف بتغطية نفسك)، أو لأننا نحتاج لبعض الوقت ريثما تأخذ الطبيعة مجراها. أما الأكثر شيوعاً فهو أننا نقوم بذلك لأنه يجب أن نفعل شيئاً كنوع من التبرير، مما يجعل ممارستنا بعيدة عن المنطق."

Parmar MS. We do things because. British Medical Journal Rapi0d Response, 2004, March 1.

نقاط رئيسية

72

(24)،

- قد تسبب الدراسات المتحيزة (غير العادلة) أمراضاً يمكن تجنبها، ووفيات مبكرة
- لا يمكن اعتبار أي علاج آمناً أو فعالاً بالإعتماد فقط على فرضية نظرية أو على رأي خبير
- تعتبر المراجعة المنهجية أساس تصميم وفهم التجارب على الإنسان وعلى الحيوان يمكن للمرضى التنبيه إلى تأثيرات غير متوقعة للعلاجات

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".

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.

رئيس بوابة الشبكة

كيف نفهم الطفل والمرآة؟

أ.د. عبدالرحمن إبراهيم - الطب النفسي

المحتويات

الإهداء

بين يدي الكتيب

الفصل الأول: بداية الحياة

- الحمل والتربح كحالة طبيعية
- الحمل كفترة من التغيرات والأزمات
- الحمل كحالة نفسية بيولوجية
- مراحل الحمل

• الثلث الأول

• الثلث الثاني

• الثلث الثالث

- دور الرعاية الصحية
- الحمل غير المرغوب فيه
- مبادئ الإستشارة
- المخاض المحرض
- مشكلة العقم
- أسباب العقم
- من أسباب العقم عند النساء
- أما في الرجل فيمكن أن تكون مشكلة في
- أما الأسباب المشتركة فيمكن أن تكون
- التأثيرات النفسية
- المشكلات النفسية للعقم

الفصل الثاني: الولادة وما بعدها والتفاعل بين الأهل والرضيع

- خيارات الزوجين
- التحضير للولادة
- خيبة أمل مبكرة
- الاتصال الوالدي الرضيعي الباكر
- فترة ما بعد الولادة والعلاقة الزوجية
- التفاعل بين الأهل والرضيع
- الزوجان والواقع الجديد كأبوين
- خلاصة

الفصل الثالث: موت الجنين والوليد

- الوفاة في فترة الولادة
- الإسقاط
- موت الجنين
- دراسات الوفاة في فترة الولادة
- المساعدة الطبية
- تبديد الأسى

الفصل الرابع: السنوات الأولى للطفولة

- المنظور النفسي
- تطور الذكاء
- التطور النفسي الجنسي والعاطفي
- تطور الأنا والعلاقة مع المواضيع
- تطور الإستعراف
- المنظور البيولوجي
- التطور الجسدي
- التطور العصبي
- المنظور الاجتماعي التربوي
- الإطار العائلي

- إطار المدرسة
- إطار المحيط
- الإطار النفسي الاجتماعي

الفصل الخامس: الرضيع

- معلومات الطب النفسي
- فترة ما قبل الولادة
- الولادة
- المنعكسات وحالات التوتر
- الاختلافات بين الولدان
- خرافات حول الولدان
- الرعاية الوالدية
- بداية الذاكرة
- استجابة الابتسامة
- صورة الجسم
- الإحساس بالواقع
- الثقة الأساسية مقابل عدم الثقة
- التطور الإضافي للتعلم
- القلق من الغرباء
- بدء الانفصال وتكوين شخصية مستقلة
- المواضيع الانتقالية
- اضطرابات التطور
- أعمال الأنا

الفصل السادس: السنة الثانية من الحياة

- تطور النطق (الكلام)
- التطور الحركي
- الذاتية مقابل الخجل والشك
- مفهوم (اللا)
- استدخال (استبطان) الحدود
- الاختلافات الجنسية
- التدريب على المرحاض
- مواقف الخطر الأولى
- السنة الثالثة من الحياة
- تطور الكلام والمفاهيم والحركة
- اللعب والتطبع الاجتماعي والخيال
- ثبات صورة الموضوع والذات
- الهوية الجنسية

الفصل السابع: السنوات الوسطى من الطفولة

- المرحلة القضيبيية
- قلق الخفاء عند الصبية
- الخوف من الإيلاج والتشويه التناسلي عند البنات
- المرحلة الأوديبية
- المرحلة الأوديبية عند البنات
- المرحلة الأوديبية عند الصبية
- الصراع والأعراض- الكوابيس والرهابات
- المبادرة ضد الشعور بالذنب

الفصل الثامن: سنوات الطفولة الأخيرة

- الصبي في مرحلة الكمون
- البنت في سن الكمون
- مجموعة الزملاء وقواعد اللعبة
- التطبيع الاجتماعي "التهينة الاجتماعية"
- المثابرة مقابل الدونية

بين يدي الكتيب

- الطبيب والطفل أثناء سن الكمون

الفصل التاسع: تطور الاستعراف

- أهمية تطور الاستعراف
- مراحل التطور الاستعرافي
- المرحلة الحسية الحركية (من الولادة إلى عمر السنتين)
- المرحلة ما قبل الإجرائية (من 2-7 سنوات)
- المرحلة الإجرائية العيانية (من 7-11 سنة)
- المرحلة المنهجية (11 عاماً وما فوق)

الفصل العاشر: البلوغ والمراهقة

- التوتر قبل المراهقة
- البلوغ
- فتى ما قبل المراهقة
- فتاة ما قبل المراهقة
- بدء المراهقة
- مهمات المراهقة التطورية
- المراهقة المبكرة - زمن الطيش
- محاولات الاستقلال عن الوالدين
- وظائف الدفاع في المراهقة
- المقدرة على الحب
- تعزيز الإحساس بالهوية
- المشكلات العاطفية خلال المراهقة
- باتجاه الرشد

ملخص: كيف نفهم الطفل والمراهق؟

- أولاً: الحمل
- ثانياً: الولادة
- ثالثاً: الطفولة (من الولادة حتى 15 شهر)
- رابعاً: الدارج من 15-30 شهر
- خامساً: الطفولة ما قبل المدرسة 2-6 سنوات
- سادساً: فترة الكمون: من عمر 7 سنوات حتى البلوغ
- سابعاً: المراهقة 11-20 سنة

الملحق 1: الأثولوجيا (علم مقارنة الأجناس)

- مغزى البحث في السلوك المقارن
- النشأة في عزلة اجتماعية
- الاختلافات الجنسية بين المعزولين
- الأم التي ربيت محرومة من أمها
- التعلق الزائد فيما بين الأقران
- حيوانات السوية - سوية
- الاختلافات الطبيعية في طرق الأمومة وفي الوسط الاجتماعي
- انقطاع الأمومة الطبيعية
- نقطة أخيرة

الملحق 2: علم الاجتماع

- نظام العائلة العربية
- المهام الشاملة للعائلة
- العائلات الصغيرة النوى وبعض النتائج
- التنقل الجغرافي
- الأسر القابلة للتفكك (الهشة)
- الاختلافات في توزيع مهام الأسرة العربية
- نتائج إعادة توزيع مهام العائلة العربية
- الطب والعائلة العربية المعاصرة
- العلوم النفسية والعائلة العربية المعاصرة
- ملاحظات ختامية

خاتمة

تذييل

جدول المحتويات

الأهماء

من يلتقط اللؤلؤ يلتقطه بلطف..
ومن يتعامل مع الانسان... أعظم لؤلؤة أوجدها الخالق على وجه الأرض..
يجب أن يعامله .. بحب..
الى .. أمانة الخالق بين يدينا..
الى.. لؤلؤة حياتنا وسر استمرارنا..
الى.. من له الحق بأن يحيا ملكاً..
الى كل طفل ...
عبد الرحمن

.. ...

..

..

..

..

...

...!

..

2

..

..

..

..

..

...

..«!

»

..«

»

..

..

...

» ..

..«.

..

The need To be

understood

..

:

...

.

.

..

()

.

..

.

-

-

..

...

.

1

...

...!!

..

..

..

...

..

..

..

..()

..

..

..

the mind body relationship

..

..

..

1 - ان مشكلة الضعف الانساني والاضطرابات الانفعالية تمتد متجاوزة حدود معارفنا رغم التطور الكبير الذي وصل اليه الانسان ونحن في أواخر العقد الأول من الألفية الثالثة بعد الميلاد، واحصاءات الأمراض العقلية تزداد يوماً بعد يوم، ففي معظم الدول المتقدمة هناك أكثر من 33% من أسرة المشافي يشغلها المرضى باضطرابات نفسية، وتفيد الدراسات والاحصاءات أن 12% من الناس تدخل المشافي النفسية لأسباب نفسية في مرحلة ما من حياتهم في معظم دول العالم المتقدم. وعلى سبيل المثال أورد المعهد العالي للصحة العقلية أن 20% ممن هم فوق 18 سنة في الولايات المتحدة الأمريكية يعانون من اضطراب عقلي يمكن تشخيصه، وأقل من 25% منهم يطلب المساعدة الطبية والنفسية، ونشر في تقرير له عام 2006 أن الأمراض العقلية في أمريكا تؤدي الى خسائر اقتصادية تقدر بحوالي 30 مليار \$ ويقدر الخسائر الاقتصادية الناتجة عن سوء استعمال الأدوية بحوالي 31.6 مليار \$ أما الخسائر التي تسببها الكحولية فتتفوق 32.3 مليار \$ فكيف يمكن للمرء أن ينظر الى هذه الارقام التي تبدو للوهلة الأولى وكأنها فلكية. (المؤلف).

Biological
Nature and Nurture

Endowment

()

()

..

)

(

4000

..

()

..

..

()

()

()

2 - أذكر منذ مزيد وعقدين من الزمن بضع كلمات لأستاذنا أستاذ الأمراض القلبية الدكتور موسى رزق وكانت تبدو عليه ملامح وعلامات الشيخوخة نتيجة التقدم بالسن وقلما ينظر إلينا من خلف نظارته السمكية وكنا آنذاك طلاباً في السنة الرابعة في كلية الطب تجري تدريبات سريرية في مشفى المواساة، وأذكر أننا تعودنا من خلال أستاذتنا السنين تعلموا بين يديه وزملائنا الأكبر أن نطلق عليه لقب (أفضل من سمع القلب في الوطن العربي) فمن المعروف عنه أن يبقى السماع الطيبة على صدر المريض لمدة تمتد أحياناً الى قرابة الريح ساعة وهو ينصت لأصوات القلب مغمضاً عينيه ومستغرقاً وموشحاً بوجهه عكس جهة المريض ليخلص إلى تشخيص حالة القلب التي يعاينها وكان تشخيصه بهذه الطريقة يتفوق على تخطيط القلب الكهربائي ECG والإيكو فمن النادر جداً أن يخطئ التشخيص، ورغم أنه قليل التحدث والكلام حثنا رداً على سؤال كيف يعرف ذلك، أن تشخيص القلبية يعتمد على ثلاثة محاور الأول القصة السريرية وتعطي فكرة بمحدود 35% من المشكلة والسماعة الطبية وتعطي فكرة بمحدود 35% ويبقى لكل الأجهزة والتقدم العلمي حوالي 30% من المساعدة على فهم المشكلة ووضع تشخيص دقيق، ثم أردف: "ان الطب على مستوى العالم لايعلم أكثر من 0.9% من جسد الانسان، ويعتبر الطبيب عالماً عندما يعلم 0.09% من جسد الانسان"، وحقيقة بعد خبرتي السريرية في السلوك الانساني والعلوم النفسية لاأبالغ اذا أضفت على قول أستاذنا الكبير أنه في العلوم النفسية لم تصل البشرية حتى الآن إلى أكثر من 0.009% من فهمها لنفسية الانسان، ويطلق على المرء لقب عالم نفسي إذ توفر له أن حصل على 0.0009% من فهم النفس البشرية. ولا أجد في هذا المجال أبلغ من قول الفيلسوف العظيم أفلاطون "اني أعلم شيئاً واحداً وهو أنني لأعلم شيء"، هذه الحقيقة التي أجدها ترسخ عندي يوماً بعد يوم. (المؤلف).

المجلد السابع عشر - العدد التاسع والستون - جانفـي 2007

مركز الدراسات النفسية والنفسية _ الجسدية - لبنان

Email : ceps50@hotmail.com

[illegible]



الخلاصة

علم نفس الطفل

■ منابع السلوك السيئ عند الأطفال /

علم النفس السياسي

■ قراءة نفسية في الحدث السياسي /

1933

" : " " "

kadrymh@yahoo.com :

علم النفس التكاملي

■ إعادة النظر في مستقبل علم النفس التكاملي / . .

68

"

"

" "

150

...

علم نفس الألوان

■ العلاج بالألوان منجم علاج للإنسان لم تسبر أغواره بعد

() ()
.

Paul Ricoeur 2005

■ Hermeneutics and the human sciences edited and transhated by Jhon.B. Thompson Cambridge university press.

Hermeneutic

Cogito

الغرب والعلاج بالألوان
(chromo therapy)

19

" "

" "

.1877

1887

(1958)

(1973م)

" " .
 " :
 ()
 " "
 () ()
 " .
 (1998)

السيكوسوماتيك

■ عصاب القلب: دراسة وصفية في اضطرابات القلب الوظيفية المنشأ /
 خلاصة

()

DSM-II, DSM-III, DSM-III-R)

(ICD-9 and ICD-10 و DSM-IV)

Heart-Neurosis

■ A description Study in the functional Heart Disorders Origin

By: Dr rer. Nat Samer Rudwan

Summary

The functional heart disorders are considered as much common psychosomatically disorders which face the doctor and the specialist. Form of what. Is called "heart Neurosis" which is one of the heart disorder picture known since the 19th centry, even if it was known under different names. Although there is a problem between what is related to the classification and the many changes that occur on the classification of morbid picture (compare DSM-III, DSM-III-R –APA, ICD-9, ICD-10-WHO), but this idiom is still used commonly in the practice of the medical clinic, medical respiration and psychology. This study is dealing with the "Heart Neurosis". Subject treating the problem of definition and limitation; the patients of Heart Neurosis, in addition to the theories about; the Etiopathogenesis of heart Neurosis and finally the therapy and prognosis.

مكتبة العدد

■ التربية والحضارة / محمد بغداد باي

ملف العدد

■ التأخر التحصيلي والأعراض الإكتئابية لدى تلاميذ مرحلة المراهقة المبكرة /

مقدمة: منطقية البحث

14-12

17-15

21-18

(Miller, 1974, Werkman, 1974, In Goldenberg, 1977, P.342)

-1905م)

(Yarcheski and Mahon, 2000, PP.879-894)

	(Kashani, Husain, Shekin, Hodges, Cytryn and Meknew, 1981, P.146)
	adulthood
مشكلة البحث:	
%5-%2	(
%15-%10	. (1981, P.198 Albert and Beck
severe	
impairment	
moderate	
(Nolen- Hoeksema et al, 1992)	(chen, self-shemata
elavated	. Rubin and Li, 1995)
	(Puig- and Seligman, 2002)
	Antic, 1985. In Lei Yu
(Asarnow et al, 1988, Bland, Newman	
(and Orn, 1986. In Lewinsohn et al, 1994	(Chen.et
	al, 1995)
(Kaslow, Rehm and Siegel 1984)	dysthymia
outcomes	
(Carlson and	
Strober, 1979, Chiles and Con, 1980, Kandel and Davies, 1986.	(Dixon and Reid, 2000, PP.343-347)
(In Lewinshon et al, 1994	
	(Lewinsohn, Roberts, Seeley, Rohde, Goltib and Hops, 1994)
	)
	‘(
...	(Tesiny, Lefkowitz and (Gordon, 1980,
أهداف البحث:	PP.506-510
-1	
-2	Guiping and)
-3	Huichange, 2001, PP.431-(34

المجلة العربية للطب النفسي

المجلد الثامن عشر - العدد الأول - ماي 2007

اتحاد الأطباء النفسيين العرب - الأردن

Atakriti@wanadoo.jo

%65 %75

%30

%27

%10.7

%19.3

%9.3 (5%)

%72.9

الخاتمة:

- **Substance use among University Students in the Gaza Strip** - Abu Qamar, Kamal; Thabet, A. A; Vostanis, Panos

Abstract :

Aim: the aim of study was to investigate the prevalence of substance abuse among university students in the Gaza Strip.

Design: A cross-sectional study

Settings: four universities in the Gaza Strip (Al Azhar, Islamic, open Alquds, and Al aqsa University).

Participants: A total number of 1047 university students in the 1st and 4th year of two parts; the first part of 13 questions relating to socio-economic information, health status and abusing unprescribed substances, sources and reasons of abusing and the second part of 5 questions for 8 substance categories.

Results: results showed that 2.1% have ever used unprescribed substances over the past twelve months; 11.7% abused tobacco (smokers) with significant difference for male (21.4%) compared to (2.1%) for female, 1.2% abused alcohol with significant differences for male (2.1%) compared to (0.2%) for female. The study revealed no significant differences of other substances; 0.79% abused psych-stimulants, 1.09% abused sedatives, 0.30% abused opiates, 0.99% abused cannabis, 0.70% abused inhalants, and 0.20% abused hallucinogenic. Pharmacies were the most common source of narcotics and stimulants.

Conclusion: our low level of abusing alcohol and other drugs even during the years of conflict and war is inconsistent with literatures in the west, which suggested that people who experienced major trauma and those with post traumatic stress disorder or depression may self-medicate with drugs or alcohol

- **Pattern of Child and Adolescent Admission into Psychiatric Wards** Fatima Al- Haidar

Abstract :**Aims :**

To describe the pattern of admission into psychiatric wards for patients aged 18 years and younger, identifying their psychiatric disorders, associated medical problems and mental sub-normality, the length of stay in the hospital, referrals and pattern of discharge.

Methods:

First admission of people 18 years of age or younger to the psychiatric wards of King Khalid University Hospital in Riyadh, Kingdom of Saudi Arabia, From May 1st, 1995 to April 30th 2005 were reviewed regarding admission data.

Results:

A total of 140 patients (4.5% of all admission) were 18 years of age or younger. Adolescents constitute 95%, females from 75%. Sixty-five percent were admitted via emergency department. Most of them stayed less than 2 months. Bipolar affective disorder was diagnosed in 30% and schizophrenia was diagnosed in 27%. Physical diseases were not significantly associated. Only 9.3% had associated mental retardation.

Most of referrals were directed to the psychologists. Seven patients (5%) received electro-convulsive therapy (ECT). About 10.7% reported history of suicide attempt. About 19.3% were secluded at least once during admission. Most discharges, 72.9%, were decided by the treating psychiatrists.

Conclusion:

Most of admitted patients were adolescents with aggressive behavior and diagnosed as bipolar affective disorder or schizophrenia, with low utilization of the service by children.

Key words: child, adolescent, psychiatry

- نموذج لتتويج الأطفال والمراهقين في الأجنحة النفسية -

فاطمة الحيدر

الملخص

:

18

:

2005

1995

18

140

النتائج:

%95

%4.5

Cocclusion

This study indicated that the date of birth according to the Gregorian date can be a risk factor to attempt suicide in those susceptible groups especially in non Saudi. A significant increase in the percentage of suicide attempters on the date of birth in the second decade (1994-2003) comparing with the first (decade 1984-1994) in non Saudi might give a hint to the role of globalization and the culture changes.

Keywords: Suicide, suicide attempt, DOB, Social psychiatry, cross-cultural psychiatry.

هل هناك علاقة بين محاولات الإلتحار وتاريخ يوم الميلاد في المملكة العربية السعودية؟ - عمر ابراهيم المديفر و أوسيمة يوسف خير

الملخص

2003/12/31 1984/1/1

57

365

15.6%

40%

12%

(43%)

35

12%

50

- **Gender Differences in Symptoms of schizophrenia**

Alsaladi A A, Al-Haddad MK, Al-Faraj A M,
Qaheri S, Greally M, Al-Shboul Q M, Alnasheet F

Abstract :

Objective: to determine gender differences in the symptoms and age of onset of schizophrenia in bahraini patients.

Methods: 112 bahraini patients with schizophrenia who were initially involved in a genetic study were selected. The OPCRIT 3.31 checklist was applied as a diagnostic tool. OPCRIT items were analysed for differences between males and females.

to relax, cope with stress or relieve symptoms.

Key words: prevalence, substance abusedn university students,Gaza Strip.

■ **إستعمال المواد بين طلاب الجامعات في قطاع غزة - كمال أبو قمر، عبد العزيز ثابت وبانوس فوستانيس**

الخلاصة

. (2003-2002)
 ()
 1363
 431 (40-17)
 431 - (%13.6)
 - (%13.7)
 186 - (%31.6)
 . (%23.1) 315
 %2.1
 %11.7 ()
 %1.2 , %2.1
 . %0.2 %2.1
 %1.09 , %0.79
 %0.99 () , %0.3
 , %0.70
 0.2
 .

- **Is there a Relationship Between Suicide Attempts and the Date of Birth, in Saudi Arabia**

Abstract :

Objective:
this study tries to answer the question whether there is a relationship between suicide attempts and date of birth among Saudi and Non-saudi males and females, who were admitted with suicide attempt at King Fahad National Guard Hospital, KAMC-Riyadh, Kingdom of Saudi Arabia

Method:

This work is a part of a comprehensive study of all reported suicide attempts based on review of all files admitted to king Fahad National Guard Hospital, KAMC-Riyadh, Kingdom of Saudi Arabia; during the last 20 years (from 1/1/1984 to 31/12/2003) where data was collected in a specia study from. Chi-square was used for analysis.

Results:

A total of 365 cases were identified, 57 (15.6%) attempters chose the date of birth (DOB) for the attempt. Forty percent of non-Saudi compared to 12% of Saudis chose this day ($p < 0.01$). the difference was more noticeable in non-saudi females (43%) when Saudi females (12%) ($P < 0.01$). the highest age group was between 35-50 years.

Results:

- 1- A total of 198 mentally ill offenders were referred to the committee.
- 2- The peak frequency is in the range 30-40 years old (45.5%)
- 3- The majority of the patients have had history of mental illness before the crime (60.6%)
- 4- 27.3% had previous criminal records and 18.7% with positive family history of mental disorders.
- 5- The identified diagnosis were as follows schizophrenia (42.4%) mania (28.8%) delusional disorders (18.7%) depression (7.1%), neurotic disorders (2.5%) and organic disorders (0.5%).
- 6- The associated crimes include assault (38.4%), murder (29.3%), left (15.6%), sexual crimes (8.6%) and attempted murder (8.1%).

Conclusion

This descriptive study for forensic psychiatric services, which is of its first kind in Yemen, has raised a number of issues and recommendations for improving practice of forensic psychiatry in Yemen. It has also that lack of mental health education in the community, non compliance with medication, excessive chewing qat by mentally ill offenders, as well as their easily access to firearms in Yemen were all associated factors in the majority of committed crimes. Further future studies are needed in this newly developed branch of psychiatry in Yemen.

هدف الدراسة:

2004 2003

النتائج

(198)				
(40-30)	-1			
(%60.6)	-2			
(%18)	-3	(%27.3)		
(%42.1)	-4			
%2.5	(%7.1)	(%18.7)	(%28.8)	
		(%5)		
	-5			
(%8.6)	(%15.6)	(29.3)	(38.4)	
		(8.1)		

الخلاصة:

Results: No differences were found between males and females in the studied symptoms of schizophrenia and age of onset as "the earliest age at which medical advice was sought for psychiatric reasons or at which symptoms began to cause subjective distress or impair functioning". This finding was found in both the familial and sporadic groups of schizophrenia. Furthermore, OPCRIT was found to be an equally reliable tool in diagnosing schizophrenia in males and females.

Conclusion: the above findings were compared and contrasted to the findings of other studies. While there is agreement regarding the lack of gender difference in the prevalence of the studied symptoms of schizophrenia, there is no such consensus regarding the gender difference in the age of onset of schizophrenia. Caution should be taken with studies that make conclusions concerning this issue until a precise operational definition for the onset of the illness is derived.

Key Words: schizophrenia, symptoms of schizophrenia, Age of onset, Mode of onset, gender difference, OPCRIT

المخلص

112 :
OPCRIT 3.31
OPCRIT
3.31
OPCRIT

Descriptive Study for Mentally Disordered Offenders Attends the Forensic Psychiatric Unit in the central Prison/ Sana'a city- Yemen Abdul-Elah H. Aleryani, Abdul Kareem Salam; Esa Abdul Walee

Abstract :

Objective: to investigate the socio- demographic, diagnostic types and associated crimes of mentally disordered offenders referred to the forensic psychiatric committee in the central prison/ Sana'a city during the period from January 2003 to December 2004.

Patients and Methods: all Yemeni male, adult; mentally disordered offenders referred during the study period were examined and their sociodemographic data, diagnosis, and associated crimes were recorded and tabulated.

context, a group therapy program was designed and developed in the department of Psychiatry and Behavioral Sciences of University of Texas Medical School at Houston since the early 1990s. this permitted the training of psychiatric residents in a psychotherapeutic setting that can also provide high quality of psychiatric care in a cost-effective basis. We hope that in addressing the experiences ascertained in this training programs during the last ten years, other graduate training programs in psychiatry across this country could learn from our experiences and thus consider utilizing this training and service model in their attempts to comply with today's ACGME expectations within a managed-care environment.

المخلص

Psychiatric Education

Teaching Psychotherapy in a Group Therapy Setting Current Perspectives
Anu A. Matorin, and Pedro Ruiz*

Abstract

Graduate psychiatric training in the United States and in other industrialized nations such as Canada, England and Germany is Currently undergoing a major transformation. As a paramount expression of these changes, the Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) has recently began to require that all modalities of psychotherapy be taught in all their accredited graduate training programs in psychiatry in this country. In a parallel fashion, the current managed care influence as well as the current strives toward evidence-based medicine have pressured graduate training programs, including psychiatry to provide services in the most cost-effective manner.

In this context, a group therapy program was designed and developed in the department of Psychiatry and Behavioral in this

مجلة الثقافة النفسية المتخصصة



www.arabpsynet.com/Journals/ICP/index.icp.htm

المجلة العربية للطب النفسي



www.arabpsynet.com/Journals/AJP/index.ajp.htm

مجلة الطفولة العربية



www.arabpsynet.com/Journals/JAC/index.jac.htm

العلاج النفسي اليومي



إصدارات

جمعية ممارسي النفس والعلاج والاستشارات النفسية

www.arabpsynet.com/Books/spcc-vol4.pdf

Appreciations

انطباعات

PSYCHIATRISTS & PSYCHOLOGISTS

أطباء النفسانيون وأساتذة علم النفس

د. فؤاد محمد فريم الجابري / الانبار، العراق

أ.د. عبدالرحمن ابراهيم / اللاذقية، سوريا

...
 " ...
 .
 ...
 .

...
 " ...
 .
 ...
 .

أ. مريم ابراهيم أبو تركي / الخليل، فلسطين

...
 .

...
 .

أ.د. مصطفى العشوي / مجاية، الجزائر - السعودية

()
 .
 .

...
 .

جمال كانون - ورقلة، الجزائر

...

()
 .

أ. شيماء أحمد عبد السلام / المنصورة، مصر

...
 .

...
 .

د. جواد محمد الشيم خليل - غزة، فلسطين

...
 .

...
 .

د. المبروك محمد ابو عميد - طرابلس، ليبيا

" "

ثريا علي الحسيني / بغداد، العراق

" "

أ. هانني الغامدي / السعودية

رامي جمال الليثي / دمياط ، مصر

عمار البديري / القادسية ، العراق

د. أسعد الأمارة / مصر ، السويد

(" " ")

ammarturky1983@yahoo.com /

أ. نعيمة خضراوي - الجزائر

(www.ao-academy.org).

أ.د. كتوم بلميموب / الجزائر العاصمة ، الجزائر

د. سليمان عبد الواحد يوسف إبراهيم / الإسماعيلية ، مصر

سجداوي بلقاسم / الجزائر

خالد شريف عياش / فلسطين

" "

" "

anas1995100@yahoo.com

د. راضي محمد الكبسي - الفلوجة ، العراق

أ.د. اوعلوي أحمد / ادرار ، الجزائر

مجدي أحمد مصطفى / بور سعيد، مصر

أ. مصطفى عبيد - سورية

...

()

"

"

محمد محمد الجودي / الغربية، مصر

:

:

أ. عبد الله أبوبكر محمد / جدة، السعودية

أ. شرقا أبو محمد / القاهرة، مصر

أ. اسماعيل ابوركباب / فلسطين، غزة

1 / -

2 / -

رضا محمد الجودي / الشرقية، مصر

أ. عبدالله محمد الغامدي / السعودية، المنطقة الشرقية

MLLE EMIRA HEMAYED / SOUSSE ;TUNISIE

j'ai bien aimé ce site et je vous félicite pour ce travail qui demande beaucoup de patience , bonne continuation et bon courage Je vous remercie d'avoir créer ce site, toutes mes felicitations pour cet excellent travail. Je propose de creer un forum où on peut discuter de certains sujets ?

PR. DALILA ZENAD /ALGERIA

Cher Collègue ; Je suis très heureuse de recevoir toutes ces informations, ce site est une ouverture pour les psy arabes notamment les psychologues .Je voudrais remercier docteur. Djamel Eltorki pour tous ces efforts .Je voudrais participer avec des articles est il possible? Merci.

MR. ISMAHAN ZIYADI / TEBESSA ;ALGERIE

I wanna a world full of psychological sciences; Thanks a lot.

DR. NASEEM AKHTAR QURESHI - MD, PHD

You are doing a wonderful job. Almighty God help you in continuing this task of great importance to Arab World.

منصور سفر الزهراني أبو أنس / الدمام ، السعودية

د.إسماعيل إسماعيل الصاوي / م. كفر الشيخ، مصر

أ. عبد الله الطارقي - مكة المكرمة ، السعودية

BAPA 6th ANNUAL GENERAL MEETING

BRITISH ARAB PSYCHIATRISTS ASSOCIATION

SCIENTIFIC PROGRAMME

Venue: Holiday Inn, Leicester

Saturday 07.07.07

129 St Nicholas Circle, Leicester LE1 5LX



www.bapauk.com

Mamdouh.ElAdl@nht.northants.nhs.uk

PROGRAMME

I. Saturday 07.07.07

- 9.0 – 10.00 Arrival, registration & coffee

A. Morning Session:

- 10.00 – 10.30 Welcome & introduction.

- 10.30 – 11.15 Speaker yet to be confirmed

- 11.15 – 11.30 Coffee break

- 11.30 – 13.00 Symposium: The Borderline Personality Disorder

- Chairpersons: Ayman Zaghloul & DrM Al-Uzri
 - Dr M EL-Adl: clinicians' experience & views
 - Dr M El-Shazly: Stages of engagement in therapy
 - Dr Nasser Abdelmawla: Pharmacological options.

13.00 – 14.00 Lunch & Prayer

B. Afternoon Session:

- Chairpersons: Dr R El Khayat & Dr Tarek El Gohary
- 14.00 – 14.45

Professor Dinesh Bhugra, Dean of the RCPsychiatrists: Workplace Based Assessment

- 14.45 – 15.30

Professor Mohamed Abou-Saleh: Professor of Psychiatry & Honorary Consultant in Addiction Psychiatry.

Dual Diagnosis: Management & Service Models

- 15.30 – 16.00

Dr S A Fattah & Dr M Briscoe: the College web in Arabic Collaborative work of BAPA & Royal College of Psychiatrists.

16.00 – 16.30 Coffee break

- 16.30 – 17.30

Interview Skills (For trainees) – Dr S El Hilu & Dr A Shoka

- 17.30 – 19.00

AGM (Annual General Meeting, for Members only).

C. 20.30 – 22.30 Dinner with guest speaker (DR Azmi Bishara, TBC)

II. Sunday 08.07.07

09.00 – 10.30 Breakfast & Departure

REGISTRATION INFORMATION

Please send completed registration form no later than Friday 15.06.07

-Paying Member: Free

- Non-member: £60.00

- Accompanying guests: - Adult: £25.00

- Children < 12y: 10.00 , Children > 12y: £25.00

HOTEL RESERVATION

Please contact Holiday Inn, Leicester Tel: 0870 400 9048

* Room rate: £60.00 (Double room, Bed & Breakfast).

This room is

subsidised for you by BAPA, normal rate: £149.00

Rooms are limited & will

be given on first come first served basis. So please book your room's

ASAP.

* Food: the hotel will arrange a variety of dishes to meet all

requirements (Halal, Fish, Vegetarian)

Should you have any special dietary requirements, please indicate.

REGISTRATION FORM

<http://www.bapauk.com/RegForm7-7.doc>

BAPA MEMBERSHIP APPLICATION FORM

<http://www.bapauk.com/BAPAmembershipapplicationform7-7.doc>

HOTEL DIRECTIONS

<http://www.bapauk.com/HotelDirections7-7.pdf>

SPONSORS

The scientific programme is sponsored by unrestricted grants from:

- Main sponsor: Otsuka pharmaceuticals-UK.
- Cosponsors: Jansen Cilag & Lilly.

*Looking forwards to receiving your forms soon & welcoming you at the meeting.
Should you have any queries, please do not hesitate to contact me.
Kindest regards*

Mamdouh EL-Adl
BAPA secretary
07713077092

المؤتمر العلمي الأول قسم الصحة النفسية: توصيات المؤتمر

التربية الخاصة بين الواقع والمأمول

مصر: كلية التربية جامعة بنها 15-16 يوليو 2007م

توصيات المؤتمر ()

2007 16 - 15

/ :

التوصية التاسعة

/

التوصية العاشرة

التوصية الأولى

التوصية

التوصية الثانية عشرة

التوصية الثانية

التوصية الثالثة

التوصية الثالثة عشرة

التوصية الرابعة

—)

(—

التوصية الخامسة:

التوصية الرابعة عشرة

التوصية السادسة

التوصية الخامسة عشرة

التوصية السابعة:

التوصية السادسة عشرة

التوصية السابعة عشرة

مقرر عام المؤتمر أ.د. أشرف أحمد عبدالقادر
أستاذ ورئيس قسم الصحة النفسية
رئيس المؤتمر أ.د. محمود عوض الله سالم
عميد كلية التربية جامعة بنها

التوصية الثامنة عشرة

XIV WORLD CONGRESS OF PSYCHIATRY

20-25 SEPTEMBER 2008- PRAQUE, CZECH REPUBLIC

ORGANISED by:

PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF THE CZECH MEDICAL ASSOCIATION OF J.E. PURKYNE
World Psychiatric Association

www.wpa-prague2008.cz

المجلة الإلكترونية

لشبكة العلوم النفسية

العدد الرابع عشر - ربيع 2007



Download All N° 14 eJournal

http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=14

Content

<http://www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ14/apnJ14Content.pdf>

Summary

<http://www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ14/apnJ14.HTM>

الكتاب الإلكتروني

لشبكة العلوم النفسية

العدد السادس - ربيع 2007



التوحد الطفولي: أ.د. سوسن شاكر الجبلي

Download : http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=106

Summary

<http://www.arabpsynet.com/apneBooks/eB6/eB6sD2007Cont&Pref.pdf>

تنظيم: الجمعية النفسية السودانية وأمانة الطلاب / **بالتعاون مع:** الاتحاد العام للطلاب السودانيين
السودان، الخرطوم 3 – 6 نوفمبر 2007م

[illegible]

Appel à communication

6 & 8 Novembre 2007 - Hôtel AURASSI; Alger ; ALGERIE

www.sante.dz/cap/acceuil.htm - cap@sante.dz

Avec toute notre sympathie

• Date limite d'envoi des textes dans leur intégralité : 30 Avril 2007

- Communication en Atelier

- ☐ Session orale
☐ Session poster
☐ Au choix du comité scientifique
☐ Melle ☐ Mme ☐ M.

Langue d'intervention :

- **Résumé** : de 10 lignes maximum (taille de police 12 points)

[illegible]

▪ Mots clés : (4)

.....

.....

▪ Bibliographie : (5 références maximum)

.....

.....

.....

.....

.....

Considérations pratiques

Toutes les salles disposeront d'un vidéo projecteur, d'un rétroprojecteur et d'un tableau.

Les résumés des communications retenues seront regroupés dans un fascicule distribué aux participants à leur arrivée au congrès

les langues du congrès sont L'arabe , le français et l'anglais

- L'inscription aux Journées comprend : Invitation le 03 Juin 2007 à l'ouverture du congrès
- Participation aux travaux du 4 au 6 Juin 2007
- Six (6) pauses-café sur le lieu de la manifestation

Agence

- Nous avons chargé l'Agence LAVILLANOVA pour l'organisation locale (Inscriptions au congrès, restauration, hébergement, dîner de gala et post congrès)
- Directrice : NAWEL DEKHLI
- Rue des rosiers n°8
- Les Vergers Birkhadem
- Alger Algérie
- Tel Algérie : 00 213 70 90 93 90
- Tel France : 00 33 (0) 6 87 80 06 15
- 00 331 42 44 20 20
- E.mail : nd@lavillanova.com
- Page Web www.lavillanova.com
-

Secrétariat du congrès

- Pr. BELAID ABDERRAHMANE
- Hôpital psychiatrique de cheraga
- Rue Souidani Boudjemâa
- 16300 - Alger ; ALGERIE
- Tel : 00 213 0 21 36 13 27/28/37/38
- Fax : 00 213 0 21 37 23 30
- E.mail : abderbelail@gmail.com

Arabpsynet DICTIONARY English ePsydict Net

Search Arabic & French Words With PsyTerm English Translate
www.arabpsynet.com/eng/rech_eng.asp

المعجم النفسي الشبكي - الإصدار العربي ePsydict Net Arabe

Search French & English Words With PsyTerm Arabic Translate
www.arabpsynet.com/ar/rechar.asp

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

26ÈME CONGRÈS FRANCO-MAGHRÉBIN DE PSYCHIATRIE

MIGRATION ET SANTÉ MENTALE &
LES URGENCES EN PSYCHIATRIE

16 et 17 novembre 2007 - Lyon ; FRANCE

lassad.kallel@ch-le-vinatier.fr

المؤتمر 26 الفرنسي المغربي للطب النفسي

الهجرة والصحة العقلية و

الطوارئ في الطب النفسي

16-17 نوفمبر 2007 - نوفوتال ليون برون، فرنسا

lassad.kallel@ch-le-vinatier.fr

Président : J. Dalery**Past-Président :** F. Kacha**Secrétaires Adjointes :** D. Moussaoui ; S. Douki ; F. Kacha

- Trésorier Général :G. Ferrey
- Trésorier Adjoint :M. Touhami
- Membres Fondateurs et Honoraires :
S. Ammar ;P.Ardoit ; K. Bensmail ; M. Boucebci; H. Léo ; J.P. Olié ; J.C. Scotto Bureau
- Algérie : A. Bakiri; M. Boudef; F. Kacha; B. Ribouh
- Maroc : D. Moussaoui; J. Ktiouet; M. Paes; I. Tazi
- Mauritanie : A. Ould Hamady
- Tunisie : B. Bel Hadj Ali; S. Douki; L. Gaha; E. Gueddiche
- France : A. Ait-Menguellet ; J. Daléry ; G. Darcourt ; G. Ferrey ; M. Laxenaire ; P. Moron ; D. Pringuey

Secrétaire Général : J. Daléry**Président du congrès :** Professeur Jean Dalery**Adresse :** C.H. Le Vinatier - 95 boulevard Pinel - 69677 Bron cedex**Email :** jean.dalery@ch-le-vinatier.fr**web :** http://www.afmp-psy.org**Tel :** (0033) 4.37.91.51.00 Fax : (0033) 4.37.91.51.02**Argument**

Le 26ème congrès de notre association aura lieu à Lyon les 16 et 17 novembre 2007.

Ces congrès se déroulent chaque année, une fois en France et une autre fois au Maghreb. Ils se sont tenus à Alger en 2006, à Eaubonne en 2005, à Monastir en 2004... et dix ans auparavant à Lyon en 1997... ils rassemblent des psychiatres maghrébins d'Algérie, du Maroc, de la Tunisie et de la Mauritanie et des psychiatres Français ayant des liens avec le Maghreb.

Ils sont un lieu d'échanges scientifiques entre collègues maghrébins et collègues français sur des thématiques communes qui permettent la confrontation des théories et des pratiques de soins.

Les thèmes qui ont été retenus pour le congrès de Lyon interrogent des phénomènes de société dans la quelle la migration et les urgences tiennent une place importante.

Intervenants

- La professeur Henri LOO a accepté de présider une séance dans la journée du 17 novembre.

Arabpsynet e.Journal: N° 15 & 16 - SUMMER & AUTUMN 2007

262

رئيس المؤتمر :

الرئيس المساعد :

الهيئة المحيطة المنظمة :

. -

. -

. -

. -

. . -

. . -

. . -

. . -

. . -

. . -

. . -

. . -

. . -

. . -

. . -

. . -

. . -

. . -

. . -

. . -

. . -

. . -

. . -

. . -

. . -

. . -

. . -

. . -

. . -

. . -

. . -

. . -

. . -

. . -

. . -

. . -

. . -

. . -

. . -

. . -

. . -

دواعي المؤتمر

16 و 17 نوفمبر 2007

26

2005 " "

2006

2004 () ...

() 1997 .

المحاضرون

17

-

مجلة شبكة العلوم النفسية العربية: العدد 15 & 16 - صيف وخريف 2007

- Le professeur Driss MOUSSAOUI organise également ce jour là, la première réunion du Forum Euro-Méditerranée.
 - T.dAMATO : Migration et langage
 - A. AIT-MENGUELLET : Atelier médico-légal, Atelier des bonnes pratiques
 - A. BENYAMINA : Migration et addictions
 - M.A. CROCQ : Santé mentale dans les groupes humaines qui migrent et constituent des isolats-exemple des communautés
 - S.DOUKI : Migration et troubles de l'humeur
 - J.M. ELCHARDUS : Atelier Expertise pénale
 - G. FERREY et D. MOUSSAOUI : Identité et psychopathologie chez le migrant.
 - J. FURTOS : Place de la groupalité dans le soin psychique du traumatisme des demandeurs d'asile, réfugiés ou assimilés.
 - N. GILOUX : Urgences et Migration
 - D. TOUITOU : Urgences psychiatriques à l'hôpital général. Aspects cliniques et pratiques.
- Communication orales, communications affichées

Programme

Vendredi 16 Novembre 2007

- 8h00 Accueil des participants
- 9h 00 Allucotions d'ouverture
- 9h 30 A BENYAMINA : Migration et addictions
- 10h 00 M.A.CROCQ : Santé mentale dans les groupes humaines qui migrent et constituent des isolats-exemple des communautés Amish
- 10h 30 S. DOUKI : Migration et troubles de l'humeur
- 11h 00 Pause

Symposium satellite : Schizophrénie et troubles métaboliques

T.d'AMATO- L.P. JENOUDT : avec le soutien des laboratoires BMS et Otsuka

- 12h30 : Dejeuner

Communication orales

- 16h 30 G.FERREY et D. MOUSSAOUI : Identité et psychopathologie. Chez le migrant
- 17h 00 : J.FURTOS : Place de la groupalité dans le soin psychique du traumatisme des demandeurs d'asile, réfugiés ou assimilés.
- 17h 30 T. D'AMATO: Migration et langage

Samedi 17 Novembre 2007

- 9h00 Président de séance : H. Lôo

J.L. TERRA : Le plaisir de partager ses connaissances ; une expérience de formation continue sur la prévention du suicide

- 9h30 : N. GILLOUX : Urgences et migration
- 10h00 : L. GAHA- MRAD A: Profil des consultants aux urgences psychiatriques de l'hôpital général de Monastir.
- 10h 30 : S.El IDRISSE : Une expérience de migration du psychiatre et son intervention dans des situations complexes et difficiles.

البرنامج

الجمعة 16 نوفمبر 2007

- | | | | |
|---------|----|--------|---|
| | : | 00, 8 | ■ |
| | : | 00, 9 | ■ |
| : | . | 30, 9 | ■ |
| : | .. | 00, 10 | ■ |
| | . | | |
| : | . | 30, 10 | ■ |
| استراحة | : | 00, 11 | ■ |

■ 12، 30 : غداء

مداخلات شفوية

- $$\begin{array}{rcll} : & . & : & 30, 16 \quad \blacksquare \\ & & . & \\ : & . & : & 00 \ 17 \quad \blacksquare \\ & & & \\ : & . & : & 30, 17 \quad \blacksquare \end{array}$$

السبت 17 نوفمبر 2007

- : 00,9 ■
 : . .
 : . : 30,9 ■
 . - . : 00,10 ■
 : . : 30,10 ■

- 11h 00 : Pause
- A.AIT-MENGUELLET- J.M. ELCHARDUS
- Atelier médico-légal- Atelier Expertise Pénale
- 12h30 : DEJEUNER
- 14h00 Communications orales
- 16h00 : A.AIT-MENGUELLET : Atelier des bonnes pratiques dans le recherche en psychopharmacologie

18h00 FIN

Abstract- communication oral ou affichée

Date limite : 30/09/2007

Les présentations d'abstract doivent être tapées en simple interligne, en police 12 (Times ou arial). Le titre doit être tapé en majuscules, suivi du (des) nom(s) d'auteur(s). Souligner le nom de l'auteur principal.

Auteur(S) :

Titre :

Résumé :

Proposition pour communication orale ou affichée

(Le comité Local d'Organisation se réserve le droit de choisir)

Dernière délai : Le 30/09/2007

Feuillet à retourner au :

Professeur Jean DALERY

Email : ansp@ch-the-vinatier.fr

Fax : +33 4 37 91 51 02

Adresse postale : Centre Hospitalier le Vinatier 95 bd
Pinel 69677 Bron cedex

NOM :

Prénom :

Etablissement-Service :

Adresse :

Code postal –Ville :

Pays :

Tél.....

Fax/Fax.....

Email :

Droit d'inscription au congrès

(Comportant l'accès aux conférences , pauses et déjeuners)

- Tarif Normal 150 € (Après le 15/10/2007 200 €)
- Tarif réduit 100 € (Après le 15/10/2007 150 €)
- Tarif formation continue 200 € (Après le 15/10/2007 250 €)
- Soirée de gala le 16/10/ 2007 (nombre limité) : 50 €

La réservation hôtelière doit être effectuée par vos soins

▪ 11, 00 : استراحة

▪ 12, 30 : غداء

▪ 14, 00 :

▪ 16, 00 :

18, 00 :

ملخص: مداخلات شفوية ومقروءة

2007/09/30 :

(Times ou arial)

12،

مقترح لمداخلات شفوية أو معلقة

()

2007/09/30 :

ansp@ch-le-vinatier.fr :

+ 33 4 37 91 51 02 :

95

69677

معلومات التسجيل في المؤتمر

()

(2007/10/15	200)	150	-
(2007/10/15	150)	100	-
(2007/10/15	250)	200 :	-
.	50 (2007/11/16)		-

NOM :
 PRENOM :
 ADRESSE:.....

 CP:.....
 VILLE:.....
 PAYS:.....
 TEL:.....
 FAX:.....
 Email:.....

[illegible]

The screenshot shows the Search Psychratibz CV website. At the top, there is a navigation bar with 'ajl' and 'الرجوع الى الصفحة الرئيسية' (Return to the home page). Below this is a search bar with the text 'Search Psychratibz CV' and a 'Search' button. The search results section shows 'Searched the web for **ajl**. Sorry, no results found.' and a link to 'Last CV DB updated - 2014/05/04'. Below the search results, there is a section titled 'Your Search - **ajl** - did not match any documents.' and a 'Suggestions:' section with four bullet points: 'Make sure all words are spelled correctly', 'Try different keywords', 'Try more general keywords', and 'Try fewer keywords'.

[illegible]

مجلة شبكة العلوم النفسية العربية: العدد 15 & 16 - صيف وخريف 2007

IIIrd. INTERNATIONAL CONFERENCE of Al Noor Hospital (3RD.ICAN-2008) PSYCHIATRY IN GENERAL PRACTICE- HEALTHY MINDS, HEALTHY LIVES

**Al Noor Hospital - Abu Dhabi UAE
February 7 - 9, 2008.**

www.icanuae.com
icanuae@yahoo.com

President's Message

Dear Colleagues

It is a great delight for me to welcome you in the prestigious city of Abu Dhabi in United Arab Emirates and a special privilege to invite you to the 3rd International Conference of Al Noor Hospital that will be held on February 7-9, 2008.

ICAN annual conferences have so far created a great impact on medical services and the quality of patient care in private sector. The first conference on "Problems of Obesity in Medical Practice" and the second conference on "Liver Diseases" are followed by the **3rd ICAN- "Psychiatry in General Practice- Healthy Minds, Healthy Lives"**.

It is becoming increasingly recognized by all international scientific organizations that out of the ten leading causes of disability in The Global Burden of Disease world wide, five of them are psychological disorders- namely Schizophrenia, Depression, Obsessive Compulsive, Dementia and Drug Abuse. The World Psychiatric Association (WPA), the American Psychiatric Association (APA) and the World Health Organization (WHO) have launched *The Global Anti Stigma Campaign* to fight the myths and misunderstanding surrounding those diseases. Stigma creates a vicious circle of alienation and discrimination which can lead to social isolation, inability to work, drug abuse, homelessness and excessive institutionalization-all of which diminish the quality of life of people suffering from psychological disorders and put a great stress on their families.

It is estimated that 23-45% of OPD attendants are suffering from physical symptoms of psychogenic origin which highlights the importance of psychological approach to patients attending O.P. clinics. The WHO has recently recommended the integration of mental health into general medical practice for early detection, intervention and treatment. It has designed a special CME course for PHC doctors.

It is our great aspiration to make this conference a major breakthrough for psychiatry in the new millennium by increasing awareness, improving public attitude and generating action to eliminate discrimination and prejudice. We hope that it would be a joint venture for all Medical Health Providers as well as Non-government Organizations (NGOs) to get together to change the community attitude towards psychiatry and foster the objective of Healthy Minds, Healthy Lives.

Once again welcome to Abu Dhabi.

Dr. Kassem Alom, MD
Conference President
Managing Director
Al Noor Hospital

Learning Objective

Upon Completion of the sessions of this conference, the participants should be able to:

- Assess the global burden of psychiatric disease in developing countries.
- Discuss the role of the Psychiatrist toward being an (Adopter) versus (Innovator) in the field of transcultural psychiatry.
- Outline the recent developments in the management of depression.
- Identify the need to utilize a team-approach for mental health workers in launching anti-stigma campaigns.
- Explain the key concepts in the use of novel anti-psychotic drugs and SSRI (Serotonin Reuptake Inhibitor) as combined treatment modalities on evidence-based practice.

Target Audience(Who Should Attend).

1. Psychiatrist
2. Psychologist
3. Social Workers
4. General physician
5. PHC doctors
6. NGO's (Non-Government Organizations)
7. Rheumatology
8. Gynaecology
9. Surgeon
10. Paediatrician
11. Other Specialities
12. Neurologist

Conference Topics

- Anxiety Disorder
- Depressive Disorder
- Phobias
- Post-Traumatic Stress Disorder
- Bipolar Disorder
- Schizophrenia
- Suicide
- Eating Disorder
- Common Children Disorders
- Psychiatric Services for the Elderly
- Substance Abuse
- Domestic Violence
- Media Violence

- Psychiatric Confidentiality
- Bill of Patients' Right
- Psychiatry and Women
- Psychiatry and Medical Diseases
- Psychiatric Aspects of HIV – AIDS
- Students' Mental Health
- Prevention (Primary, Secondary, and Tertiary)
- Fighting the Stigma

Conference Committees

Conference President

Dr. Kassem Alom

Conference Convener

Dr. Elzain Omara

(http://www.icanuae.com/3rdican/Dr.ElZain_Omara.html)

Scientific Committee

International Members

- Prof. A. Okasha, Egypt
- Prof. Tarik Elhabib, KSA
- Prof. Christopher Mayer, UK
- Prof. Mustafa Kamal, Egypt
- Prof. Afaf Hamid Khalil, Egypt
- Prof. Zeinab Bishry, Egypt
- Prof. Sheikh Idris A. Rahmi, KSA
- Prof. Malik Badri, Pakistan

Local Members

- Dr. Ahmad Anbar, UAE
- Dr. Talaat Matter, UAE
- Dr. Sheikha Muzafari, UAE
- Dr. Tariq Darwish, UAE
- Dr. Tarik Khamas, UAE
- Dr. Gamal Mousa, UAE
- Dr. Medhat Elsubahi, UAE
- Dr. Tamer Adham, UAE
- Dr. Das Lucky Gupta, UAE
- Dr. Yousif El Tigani, UAE

Organizing Committee

Secretary General

Dr. Aman El-Duweini

Ass. Conference Convener

Dr. Tamer Adham

Ass. Conference Convener

Dr. Lamyia El Barrasi

Finance Controllor

Dr. Farshid Alikhani

Conference Coordinator

Ms. Marjan A. Pirsaraei

Conference Registrar

Ms. Marilyn Basquez

Manager of Marketing & Medical Services

Dr. Azzam Lazakani

Conference PR

Mr. Rassel Kassem

Conference Media

Mr. Mohamad Al Rich

Conference PR

Mr. Mahmoud Emara

Graphics & Publishing

Mr. Mustafa Kattaba

Web Administration

Mr. Ali Fidda

Manager of Administration & Logistics

Mr. Adnan Akef

Manager of Finance & Accounts

Mr. Hamidur Rahman

Conference Accounts

Ms Lilian Aguilos

Technical Support

Ms Gay Marie Jumnad

Ms Marisol Adolfo

Registration Assistance

Ms Maymay Tuting

Ms Nicolene Kruger

It Incharge

Mr Moath Khalefa

Links

Al Noor Hospital

Pioneer healthcare provider located in the heart of Abu Dhabi, providing medical care through state-of-the-art technology and expert medical team in a friendly and solicitous environment.

www.alnoorhospital.com

Abu Dhabi CME

The Abu Dhabi CME unit has recently been established to support the Continuing Professional Development of Physicians and Health Professionals within the Emirate of Abu Dhabi. This will be through organizing CME events.

Another important aim is to promote cooperation between all the hospitals in the Emirate of Abu Dhabi. www.abudhabicme.com

Gulf MD

Gulf MD has been conceived to meet a growing demand by the general public for highly detailed and sophisticated information about Healthcare Practitioners. This website is dedicated to providing quality health information. For the thousands of Physicians, Dentists, Mental Health Providers, and other practitioners every year. www.gulfgmd.com

E-CME

This website is for an international audience of Healthcare Professionals and provides a library of interactive Continuing Medical Education (CME) courses. www.ecme.com

Med Line Pub Med

A search Infotrieve database for abstracts of medical articles and events. Through this website Physicians can order recent clinical articles and news. www4.infotrieve.com

ArabO

Arab Search Engine & Directory
<http://www.arabo.com>

Correspondence

Registration

Download Registration Form:
<http://www.icanuae.com/3rdican/Registration.html>

Mail Us

P.O.Box :46713
 Al Noor Hospital
 Abu Dhabi UAE

Call Us

+97126139726

Fax Us

+97126270678

Registration

Please fill in the registration form and forward it to the registry office Via :

E-mail

icanuae@yahoo.com
zinomara@emirates.net.ae

Web site

www.icanuae.com

ARABPSYNET CONGRESS Guide

English Edition



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

دليل المؤتمرات النفسية العربية و العالمية

الإصدار العربي



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

"شبكة العلوم النفسية العربية"

أفضل مواقع العلوم النفسية على الويب

"

"

"

"

...

!!!

فريق أفضل المواقع على الويب

<http://www.meilleurdweb.com>

المعجم الإلكتروني النفسي الإنجليزي " PDF doc "

إنجليزية - فرنسية - عربية

نموذج : تنزيل كامل مصطلحات حرف A الإنكليزي
 (. Ko 1024)

www.arabpsynet.com/eDictBooks/A.afe.exe

المعجم الإلكتروني النفسي العربي - المجلد 1 " PDF doc "

عربية - إنجليزية - فرنسية

نموذج : تنزيل كامل مصطلحات حرف أ العربي
 (. Ko 1415)

www.arabpsynet.com/eDictBooks/A.aef.exe

MENTAL HEALTH SERVICES IN POST WAR IRAQ: CURRENT AND FUTURE FOCUS

AN INTERNATIONAL CONFERENCE

FIRST ANNOUNCEMENT AND CALL FOR PAPERS

VENUE: ABU DHABI, UAE 18TH - 22ND FEBRUARY 2008

Dear Colleague,

On behalf of the Iraqi Mental Health Forum in the UK (IMHF, UK) and other supporting partners namely the Arab Medical Union in Europe (UK Branch), our host the Arab - European Centre for Managerial Training, UAE and WHO (Eastern Mediterranean Regional Office EMRO), the organising committee of the first international conference would like to extend a cordial invitation to you to attend and/or contribute to our conference which will take place on February 18th -22nd 2008, Abu Dhabi, UAE.

The standing conference committee is expecting to see a wide range of mental health professionals and delegates attending this important event from Iraq, UK, Europe, North America and the entire Arab World and the Gulf Region. The conference and its main themes will accommodate the needs of various delegates and hence expected to discuss a wide range of topics relevant to mental health services and society's well being in post war Iraq. The conference main themes are broad and should appeal to various professionals working in mental health settings and hence focus on the issues indicated below:

- i) Current infrastructure, mental health problems and service planning and development in post war Iraq.
 - ii) Psychological consequences of violence and aggression on the general population in post war Iraq.
 - ii) Trauma and conflict, refugee of multiple traumas, PTSD, secondary trauma, compassionate fatigue, trauma rehabilitation and resiliency.
 - iii) Child, Adolescent Psychiatry and Family Mental Health Services. The roles of parents, teachers and other professionals including social workers, psychologists, General Practitioners and Paediatricians in Assessment and Identification of mental health problems in post war Iraq.
 - iv) Adults and Old Age Psychiatry Services.
 - v) Women's Mental Health and Minorities needs, Somatisation, Eating Disorder and Gender Issues.
 - vi) Roles of Community Medicine Specialists and Liaison Psychiatry in Post War Iraq.
- We hope to see a wide range of contributions from colleagues specialised in Public Health, Paediatrics, A & E Medicine, General Surgery, Cardiology, Orthopaedics and related speciality to provide an input and relate to this international event.
- vii) Roles of various expatriate professionals in workforce training, research and curriculum development in medical schools.
 - viii) Learning Disability and Special Needs Services. Human Rights and its application to Mental Health.

ix) Substance Abuse and Addiction Services,

x) Stigma, mood and affective disorders.

xi) Forensic Psychiatry, Aggression, Violence, Criminal and self-harming behaviours, Personality disorder.

xii) Legislations and Roles of Non-Governmental Organisation (NGOs) in the rehabilitation efforts in post war Iraq.

xiii) Other themes that could compliment the above should address the needs of the Iraqi Society at large with focus on Identity, Integration, Reconciliation Efforts and Building Bridges in Divided Society. That is the roles of education programmes, the roles of politicians, spirituality, Religious Leaders in the healing, reconciliation and integration efforts.

xiv) Further, some invited colleagues (Keynote Speakers) are expected to present their recent work and/or discuss major findings made on the above highlighted areas.

xv) There will be also planned pre-conference workshops and training programmes, which will precede the annual conference to cover both children's and adult mental health services.

xvi) Please note the conference welcome papers and contributions from mental health professionals of various and multidisciplinary backgrounds (clinicians and non-clinicians etc) who could contribute to the rehabilitation efforts in war torn society.

It is worth noting at this stage that the chair of the conference, deputy chair and all members of the joint standing conference committee are planning to work very hard to turn this conference to an exciting international gathering (i.e. rich and stimulating conference), and indeed memorable event for rebuilding the main mental health infrastructure in post war Iraq.

It is the first conference to bring together the major international mental health experts.

So welcome to Abu Dhabi which is a friendly and vibrant city; also enjoy the organised various evening social events with your participating colleagues and families. We very much hope you will be able to attend and/or contribute to this scientific effort, which intend to assist future generations of Iraq. Many thanks and best wishes

Yours sincerely,

Dr Hazim Obaydi : Conference Chair

Dr Mariwan Husni : Chair, Scientific Committee

Dr Amer Hosin: Co-Chair, Organising Committee

Note

All abstracts should be addressed to the attention of the Scientific Committee chair Dr Mariwan Husni mariwan.husni@nhs.net with copies to the Organising Committee co-chair Dr Amer Hosin AmerHosin@aol.com and the Conference Chairman Dr Hazim Obaydi hazim@obaydi.com. Other general queries and matters should be addressed directly to the Conference Chairman Dr Hazim Obaydi at hazim@obaydi.com

Further details on flights arrangement, hotel booking and registration fees will be covered in our second and final call for participation on October 15th, 2007

Abstract form

An international conference:

Mental health services in post war Iraq: current and future focus

Venue: abu dhabi, uae 18th - 22nd february 2008

Name:.....

Address:

Tel:..... FaxNo:.....

Email:.....

Title and Abstract Text in English and/or Arabic

Language:.....

.....

.....

.....

.....

.....

** Please also note that the submission deadline for papers and proposals is 10th November 2007*

** Delegates who are keen to submit abstracts or workshop proposal may note the following guidelines (check list):*

- All abstracts should include original work material NOT presented elsewhere.
- Name of author(s) and the presenter should be clearly indicated in both Arabic and English language. Please do underline the surname of the presenter.

iii) Full contact address (work address) should be indicated including telephone, fax numbers and email addresses.

iv) All abstracts should include summarised introduction, aims, methodology, analysis, result section and concluding remarks.

v) All abstracts should be typed (font 11 or 12) and completed using the abstract form. Abstracts should be not more than 300 words.

vi) All titles should be indicated in English or Arabic.

vii) As indicate above submission deadline for papers and workshop proposal is on November 10th, 2007.

viii) All abstracts should be electronically submitted to the Chair of the Scientific Committee Dr Mariwan Husni mariwan.husni@nhs.net with copies to the Organising Committee Co-Chair Dr Amer Hosin AmerHosin@aol.com and Conference Chairman Dr Hazim Obaydi hazim@obaydi.com

ix) Presentations, which do not follow these guidelines may not be considered by the scientific committee and will be returned to the author(s).

x) The organising committee understands that there is a great deal of interest from other colleagues who are affiliated to other branches of medicine to contribute to the conference and hence to have a wider participation on the conference themes. To address this issue, all complimenting presentations and miscellaneous requests will be considered and perhaps accommodated in a designated theme 'Roles of Community Medicine Specialists and Liaison Psychiatry theme iv'. This may include presentations on stress and its relevance to heart diseases, stress and cardiovascular problems, stress and longevity and maternity stress. Other relevant public healths issues and of multidisciplinary backgrounds are especially welcome addition to the conference programme.

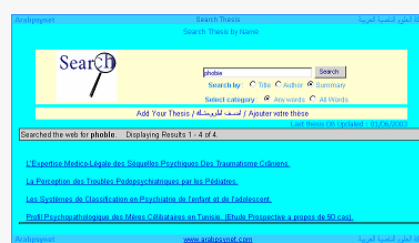
xi) The main conference programme will be accredited programme by the WHO (EMRO) to provide CME activity (Continued Medical Education) for medical specialists. Each medical specialist should claim only those hours of credit that he/she actually spent in the educational activity. Various professional bodies should recognize these credits.

Arabpsynet Papers Search

www.arabpsynet.com/paper/defaultWord.asp

Send Your Papers Summaries

www.arabpsynet.com/paper/PapForm.htm

Arabpsynet Thesis Search

<http://www.arabpsynet.com/These/default.asp>

Send your Thesis Summaries

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

THE II CONFERENCE ON PLANNING & DEVELOPMENT OF EDUCATION & SCIENTIFIC RESEARCH IN THE ARAB STATES

KING FAHD UNIVERSITY OF PETROLEUM & MINERALS
DHAHRAN, SAUDI ARABIA

24-27 February, 2008 (17-20 Safar, 1429 H)

erpssc@kfupm.edu.sa
<http://www.kfupm.edu.sa/ERplanning/>

المؤتمر الثاني لتخطيط وتطوير التعليم والبحث العلمي في الدول العربية

جامعة الملك فهد للبترول والمعادن
الظهران - المملكة العربية السعودية

17 - 20 صفر 1429 هـ الموافق 24-27 فبراير 2008م

erpssc@kfupm.edu.sa
<http://www.kfupm.edu.sa/ERplanning/>

Call for Participation

Institutions of Higher Education and Scientific Research are a cornerstone of economic development in all countries. They provide a source of scientific knowledge and are instruments of new scientific achievements, and play a direct and effective role in industrial development and other economic sectors. These institutions also address emerging needs to help steer their national economies and industries in new directions.

This central role of higher education institutions and the research they offer at all levels dictates that the institutions engage in continuous planning and development. However, in the current environment which emphasizes globalization and emerging information technologies, as well as development planning for the respective national economies, the assessment studies and reviews conducted by these institutions are very demanding.

This announcement is for the Second Conference on Planning and Development of Education and Scientific Research in the Arab states. The first conference was held in Aleppo, Syria in 2003 (1423 H). This second conference will emphasize points developed in the first conference and continue exploring various issues related to education and scientific research. The event will be held at the King Fahd University of Petroleum & Minerals (KFUPM), Dhahran, Saudi Arabia.

The conference will convene experts and researchers from different parts of the world, but especially those experienced with education and scientific research in the Arab states. The conference also aims at investigating and discussing various relevant practices and experiences of participants to identify hurdles impairing education and scientific research in these countries and setting strategies to surmount them. Discussions will also consider recent experiences to link education and research programs with various vital issues facing the Arab states and the administrative mechanisms for quality assurance of education and providing access to education for all qualified people in the Arab states.

To fulfill the set objectives, the conference will invite groups of experts, specialists and decision-makers from institutions of higher education and scientific research in the Arab states, as well as international experts in the fields of planning for education and scientific research. Invited participants will include specialists who are active as university professors and senior staff of research institutes in the Arab states and other international locales. Invitees

دعوة للمشاركة

1422 (2002م)

will include individuals, and representatives of agencies, organizations and institutions linked to education and scientific research. All of these experts will present their research relevant to the conference issues. All presented papers will be peer-reviewed prior to the conference.

Conference Topics

1. Planning strategies in higher education
2. Planning strategies in scientific research
3. Relationship between outcomes of higher education and job market needs
4. General education and its impact on higher education
5. Utilization of modern techniques in education
6. Assessment criteria for higher education programs
7. Developing higher education methodologies and tools
8. Utilizing scientific research for enhancing the higher education methodologies and tools
9. Role of higher education and scientific research in developing national economies
10. Role of sciences and mathematics in enhancing scientific research activities and economic development
11. Interaction between production sectors and higher education institutions
12. Globalization and its impact on higher education

Important Dates

Receiving Abstracts 03 Sha'ban 1428 H 15 August 2007
 Receiving full papers 10 Ramadan 1428 H 22 September 2007
 Notifications of acceptance 07 Dhual-Qa'dah 1428 H 17 November 2007
 Receiving final versions of papers 21 Dhual-Qa'dah 1428 H 01 December 2007
 Conference Date 17-20 Safar 1429 H 24-27 February 2008

Guidelines for research papers

- All research papers will be peer-reviewed before acceptance
- The papers must incorporate standard scientific referencing of sources
- Topics of the research papers should not be out of the scope of the conference theme.
- Arabic is the conference language. However, papers written in English will also be considered.
- Each research paper should not exceed 12 pages on A4 paper or not exceed 6000 words.
- The first page should include the title of the research paper, names of authors, mailing addresses including the e-mail of corresponding author, the abstract, and the conference topic to which the paper is relevant.
- The Arabic font used should be "Traditional Arabic" and the font size should be 12. If in English, the font should be "Times New Roman" and the font size should be 12.
- Single line spacing should be used.
- Research papers should be sent as a soft copy MS Word document to the Chairman of the Scientific Committee by e-mail at the contact address given below.
- More detailed guidelines and information will be published on the website of the conference.

محاور المؤتمر

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.
- 11.
- 12.
- 13.

تواريخ مهمة

2007م	2	1428هـ	20
2007م	10	1428هـ	22
2007م	07	1428هـ	17
2007م	21	1428هـ	01
2008م	20 - 17	1429هـ	27- 24

(A4)	(12)	(6000)
Traditional	(12)	Arabic
MS)	.(Single	(Word

contact

For participation or further information, please contact the following contact addresses:

Chairman, Scientific Committee

"The Second Conference on Planning and Development of Education and Scientific Research in the Arab States"

Address: King Fahd University of Petroleum & Minerals

P.O. Box 5083

Dhahran 31261, Saudi Arabia

E-mail: erpssc@kfupm.edu.sa

Tel: (966 3)860 3200

Fax: (966 3)860 3292

Website: <http://www.kfupm.edu.sa/ERplanning/>

Registration form

The registration form is sent in one of two ways:

- Electronic registration form

<http://www.kfupm.edu.sa/conference/erplanning/application/Registration.aspx>

- Send Registration form by fax (+9663) 8603292

عناوين الاتصال

:

"

"

العنوان:

31261

5083 .

البريد الإلكتروني: erpssc@kfupm.edu.sa

هاتف : (9663) 8603200

فاكس : (9663) 8603292

الموقع على الانترنت: <http://www.kfupm.edu.sa/ERplanning/>

نموذج التسجيل

:

-

<http://www.kfupm.edu.sa/conference/erplanning/application/Registration.aspx>

(+9663) 8603292

-

المجلة الإلكترونية لشبكة العلوم النفسية

دعوة للمشاركة في محاور الأعداد القادمة

- شتاء 2008 - عدد 17
"السيكولوجيا من منظور عربي" - آخر أجل 07-12-31
المشرف: أ.د. الغالي أحروشاو - فاس، المغرب
aharchaou_rhali@yahoo.fr - a-rhali@caramail.com
- ربيع 2008 - عدد 18
"التحليل النفسي والذات العربية... من التنظير الى الممارسة- آخر أجل 28-08-02
المشرف: أ.د. عبد الهادي الفكير - فرنسا / المغرب
abdelhadi.elfakir2@freesbee.fr
- صيف 2008 - عدد 19
" الطب النفسي الشرعي... نحو قراء عربية" - آخر أجل 08-04-30
المشرف: أ.د. نعمان الغرايبة - الولايات المتحدة / الأردن
n_gharaibeh@yahoo.com
- خريف 2008 - عدد 20
"الرهاب الإجتماعي من منظور عربي" - آخر أجل 08-06-30
المشرف: أ.د. بوفولة بوخميس - عنابة، الجزائر
bbboufoula@hotmail.com - boufoulab@yahoo.fr
- شتاء 2008 - عدد 21
" سيكولوجية التطرف العقائدي ... وهم القوة وقوة الوهم " - آخر أجل 08-09-30

ندعوا زملائنا الكرام مشاركتنا إعداد ملفات هذه المحاور.
دمتم ذخرا للعلم و المعرفة

رئيس التحرير

www.arabpsynet.com/apn.journal/index-apn.htm

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

COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY (CBT) COURSE

Organized by: King Faisal Specialist Hospital
Research Center in Jeddah
Oxford Cognitive Therapy Center, Oxford University, UK

parts 1 & 2 from 5-8th/01/08 - parts 3 & 4 from 15-18th/03/08
King Faisal Specialist Hospital – Jeddah, KSA

mbassionv@hotmail.com

Dear Colleagues,

we invite you to attend the CBT course in King Faisal Specialist Hospital & research Center, Jeddah in collaboration with Oxford University in Jan & Mar 2008. See Attachment. Please forward to the people who might be interested. regards,

Dr. Medhat BASSIONY – KFSHRC, Jeddah, KSA
Consultant Psychiatrist
mbassionv@hotmail.com

2008 8-5
2008 18-15

Psychiatry section, department of Neuroscience, King Faisal Specialist Hospital & Research Center in collaboration with Oxford Cognitive Therapy Center, Oxford University, UK plan to do a cognitive Behavioral Therapy Course.

The course consists of 4 sets of workshops. These workshops are suitable for mental health professionals from any discipline such as psychiatrists, psychologists, occupational therapists, counselors, and nurses who want a basic introduction to CBT skills. The workshops build on each other. These workshops are at an introductory level and assume little or no previous knowledge of CBT.

Presenters: Martina Mueller, James Bennett-Levy, and David Westbrook from Oxford Cognitive Therapy Center, UK.

Arabsynet E.JOURNAL: N° 15 & 16 – SUMMER & AUTUMN 2007

دورة تدريبية في العلاج السلوكي المعرفي

تنظيم: قسم الطب النفسي بمستشفى الملك فيصل التخصصي
مركز الأبحاث بجدة
مركز أكسفورد للعلاج المعرفي بجامعة أكسفورد

الجزء 1 و 2 في 5-8/01/08 - الجزء 3 و 4 في 15-18/03/08
مستشفى الملك فيصل التخصصي

mbassionv@hotmail.com

Workshop I: from 5-8th January, 2008

Part 1: Assessment and Formulation

- 2 day workshop: Dates: 5-6 Jan, 9:00 am –5:00 pm

This workshop will give participants a grounding in the fundamental skills of using CBT. The workshop incorporates a brief introduction to basic CBT theory, but the main aim is to teach participants the CBT skills of assessing clients and producing CBT formulations, or case conceptualisations, of their problems. The workshop is focused on practical clinical skills, and therefore the bulk of the work involves role-playing. The workshop leaders will role-play clients, and workshop participants in small groups will follow through the different stages of assessment, finally producing a CBT formulation for the 'client'.

Presenters: Martina Mueller and James Bennett-Levy
Venue: KFSHRC Auditorium
Maximum number of places: 40

Part 2: Basic therapeutic skills

- 2 day workshop: Dates: 7-8 Jan, 9.00am - 5.00pm

This workshop extends on the Assessment and Formulation workshop, and aims to give participants an introduction to some of the basic strategies used in CBT. These include agenda setting, identifying and evaluating negative thoughts, using guided discovery ("socratic questioning"), goal setting, and the use of homework. As with Part 1, the workshop involves role-playing in small groups, in order to give participants hands-on experience and feedback of clinical strategies.

Presenters: Martina Mueller and James Bennett-Levy
Venue: KFSHRC Auditorium
Maximum number of places: 40

Workshop II: consists of parts 3 & 4

- Dates: 15-18th March, 2008

Parts 3 & 4 build on Parts 1 & 2 of the course, and aim to give participants an introduction to specific models and ways of working with some problems commonly encountered in clinical practice. The workshops will be skills based, and give participants opportunities to practice techniques relevant to the specific problems.

Part 3: Working with depression

- 2 day workshop: Dates 15-16 Mar, 2008: 9.00 am - 5.00pm

The aim of this workshop is to develop and refine some of the basic skills learned in Parts 1 and 2, and integrate them in the context of working with clients with depression. Particular issues addressed will include: engendering hope, countering

withdrawal and inactivity, and dealing with negative automatic thoughts and suicidal ideation. The workshop will provide plenty of opportunity to practise therapy skills derived from the cognitive model of depression.

Presenter: David Westbrook

Venue: KFSHRC Auditorium

Maximum number of places: 40

Part 4: Working with common anxiety problems

Arabpsynet Jobs



Arabic Edition: www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Jobs.Ar.htm

French Edition: www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Jobs.Fr.htm

English Edition: www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Jobs.htm

2 day workshop: Dates: 17-18 Mar, 2008, 9:00 am – 5:00 pm

Day 1: Working with Panic; Working with Social Anxiety (1/2 day each)

Day 2: Working with Health Anxiety; Working with Obsessive Compulsive Disorder (1/2 day each)

Presenters: David Westbrook

Venue: KFSHRC Auditorium

Arabpsynet Jobs Demand



Send Your Jobs Demand Summary Via This Form

www.arabpsynet.com/jobde/JobsDEForm.htm

Arabpsynet Psychiatrists Gold Book



www.arabpsynet.com/propositions/ConsPsyGoldBook.asp

Arabpsynet Propositions

Send Your Propositions Via This Form



www.arabpsynet.com/propositions/PropForm.htm

Arabpsynet Congress Guide

English Edition



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

دليل المؤتمرات النفسية العربية والعالمية

الإصدار العربي



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

Arabpsynet e.Journal: N° 15 & 16 – SUMMER & AUTUMN 2007

275

مجلة شبكة العلوم النفسية العربية: العدد 15 & 16 – صيف وخريف 2007

4th INTERNATIONAL CONFERENCE ON PSYCHIATRY

GLOBALIZATION, PSYCHIATRY AND MENTAL HEALTH

Organized by: Saudi German Hospital-Jeddah, Saudi Psychiatric Association and British Arab Psychiatric Association
KSA, JEDDAH, 15-17 APRIL 2008

moh.khaled.hamed@gmail.com

Dear Colleagues

It is our pleasure to invite you to participate with us in the 4th International Conference on Psychiatry, organized by Saudi German Hospital-Jeddah, Saudi Psychiatric Association and British Arab Psychiatric Association

Which will be held in Jeddah , from 15 – 17 April 2008 .

We chose the theme this year to be

" Globalization, Psychiatry and Mental Health"

Our aim is to present and discuss comprehensive updated knowledge in the field of psychiatry.

We hope to suggest practical achievable directions for improving psychiatric services in our region for the near future.

Our 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.

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 all invited to present, participate and listen.

We will do our utmost to make your stay in Jeddah as pleasant and profitable as possible

Secretary General of congress.
Dr. Mohammed Khaled
moh.khaled.hamed@gmail.com

Committees

Imminent international, regional and national speakers from USA, UK, Switzerland, Austria , Germany, and arab countries in the region are invited.

Please visit our website frequently to be updated.

Program Format

Will include: lectures, workshops, forums, public session, training course, meet the expert, symposia and poster presentations.

Topics: provisional

- 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

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

Target Audience:

- Psychiatrists
- Neurosurgeons
- Psychologists
- Others
- Neurologists
- Internists
- Psychiatric Nurses

Call for papers

The Scientific Committee is pleased to invite all interested parties to submit abstract before February 1, 2008 to the correspondence address.

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

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 February 1, 2008.

Training courses

Course directors must prepare handout materials to be given to participants enrolled on their courses. Course proposals must include self-assessment questions and answers to evaluate the learning outcome of the participants.

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

Language

The official languages of the congress are English and Arabic 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.

Congress Secretariat

Correspondence

Dr. Mohamed Khalid	Secretary general of the congress
Tel.	00966-507377541
Fax.	00966-2-6835874
E-mail	psyl.jed@sghgroup.net

Secretary General of congress.
Dr. Mohammed Khaled
moh.khaled.hamed@gmail.com

Arabpsynet Dictionnary Search

English ePsydict Net

Search Arabic & French Words With PsyTerm English Translate
www.arabpsynet.com/eng/rech_eng.asp

Arabpsynet Dictionnary Form

Add English Psy term translation
www.arabpsynet.com/eng/engForm.htm

الكتاب الإلكتروني لشبكة العلوم النفسية

العدد 8: الطب المسند في تطوير الأبحاث والرعاية الصحية



أ.د. محمد أديب العسالي

Full Text http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=108
Summary
www.arabpsynet.com/apneBooks/eB8/eBookAAssaliCont&Pref.pdf

الكتاب الإلكتروني لشبكة العلوم النفسية

العدد 7: الإبداع و تذوق الجمال



أ.د. عبد الرحمن إبراهيم

Full Text http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=107
Summary
www.arabpsynet.com/apneBooks/eB7/eB7qhS2007Cont&Pref.pdf

المؤتمر الدولي السادس حول الطفل الموهوب في الوطن العربي تنظيم: مخبر إدارة وتنمية الموارد البشرية والوكالة الوطنية لترقية البحث الجامعي

22 - 23 أفريل 2008
جامعة فرحات عباس ، صطيف - الجزائر

دواعي المؤتمر

المدعون للمشاركة

()

المحاور

شروط تقديم الأبحاث والدراسات

14

4 (1.5) (Simplified Arabic)
5

الأهداف

()
moltaka6@yahoo.fr : (

اللجنة المنظمة للملتقى

) ✓
(.

✓
تواريخ هامة

2007/10/30 :

2008 / 01 / 01 :

المراسلات

doylettres@yahoo.fr - moltaka6@yahoo.fr

ali2046@yahoo.fr :

072.76.94.92-071.98.53.49 :

استمارة المشاركة

moltaka6@yahoo.fr

اللجنة العلمية

رسوم الاشتراك

(3000)

(1500)

موقع الدكتور محمد النابلسي

Dr. Mohamad Naboulsi
Psychiatrist M.D., Ph.D.

موقع الدكتور محمد النابلسي

www.psychiatre-naboulsi.com

www.dr.naboulsi.com

" مجانين " الصحة النفسية للجميع

مجانين

الصحة النفسية للجميع

www.maganin.com

www.maganin.com

LA 2^e RENCONTRE INTERNATIONALE DE PSYCHIATRIE

« PENSÉE, CROYANCE ET PSYCHIATRIE »

Organisé par: Amicale des Psychiatres de Béjaia (A.Psy.B)

LE 23, 24 AVRIL 2008 - AUDITORIUM DE L'UNIVERSITÉ DE BÉJAIA*

www.apsyb.org - contact@apsyb.org

1^{er} appel à 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), Organise le 23, 24 Avril 2008, à l'Auditorium de l'Université de Béjaia, la 2^e Rencontre Internationale de Psychiatrie de Béjaia autour du thème : « Pensée, Croyance et Psychiatrie »

Cette rencontre se propose d'inviter les collègues, chacun en fonction de sa pratique personnelle, de ses orientations théoriques et de ses convictions préférentielles, à débattre autour des concepts que sont la pensée, la croyance dans le cadre de la psychopathologie en particulier et de la psychiatrie en général. L'objectif sera de souligner ou de relever les liens et les rapports qui pourraient être mis en exergue dans cette triangulation thématique avec au préalable le souci de contribuer à des éclairages sur le plan de l'analyse du processus morbide, de l'approche compréhensive du trouble et de la relation thérapeutique la plus proche du contexte clinique.

Nous voudrions nous attarder sur un certain nombre de sujets où ces trois concepts interviennent de manière fréquente dans les différentes pathologies psychiatriques.

Grands axes du rencontre

Nous avons voulu dégager et prioriser quelques grands axes :

- Axe 1 : dépression et processus de pensée
- Axe 2 : Pensée du schizophrène, croyance et pensée magique de l'obsessionnel,
- Axe 3 : Processus de pensée et traumatisme
- Axe 4 : De la croyance culturelle à la croyance délirante,
- Axe 5 : Grands courants de la pensée psychiatrique,
- Axe 6 : Relation thérapeutique face aux croyances du patient et de sa famille,
- Axe 7 : Processus de pensée selon l'approche psychanalytique
- Axe 8 : La pensée suicidaire et l'agir

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 comprendra

- a. Les communications orales
- b. Les communications lors des Ateliers
- c. Les posters.
- d. Les Symposiums

Nous vous informons qu'un riche et varié programme socioculturel est en cours de préparation.

Dans l'attente du plaisir de vous compter parmi nous, je vous prie, cher(e) collègue, de croire à l'assurance de mes amicales salutations.

Contact

Président de l'APsyB:

Dr Mohand Tahar AMROUCHE ;
Adresse : 14, rue Ouabdelkader 06000 Béjaia Algérie
Tel/ Fax : + 034 201 209
Courriel : tobbalcity@yahoo.fr & amrouche@apsyb.org

Secrétaire Général:

Dr Ahmed TIMIZAR.
Tel : + 073 620 606
Courriel : timsy2000@yahoo.fr

Trésorier général:

Dr Ahmed SFACENE.
Tel : + 061 631 840
Courriel : kpsy2001@yahoo.fr

Adresse : 14, Rue Ouabdelkader-06000 Béjaia -Algérie-

Tél. /Fax : +213.34.20.12.09

Site Web : www.apsyb.org

Formulaire de proposition de communication :

(A confirmer avant la fin Décembre 2007)

Titre de la communication :

Auteurs :

Lieu d'exercice :

Adresse/ tel /fax :

Résumé :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SOCIÉTÉ TUNISIENNE DES PSYCHIATRES HOSPITALO-UNIVERSITAIRES.

PROGRAMME D'ACTIVITÉS SCIENTIFIQUES

Années universitaires : 2007-2008

majda.cheour@rns.tn

Chers Amis et Confrères

Nous avons le plaisir de vous communiquer le programme d'Activités scientifiques de la Société Tunisienne des psychiatres Hospitalo-Universitaires.

Nous souhaitons vous voir nombreux à participer à ses manifestations et à enrichir nos échanges.

Par ailleurs tous les confrères qui désirent présenter une communication orale ou affichée pour la Journée de la STPHU sur le thème : « L'épidémiologie en psychiatrie » du 31 Octobre 2007, sont invité à adresser leurs propositions au Dr Majda CHEOUR à l'adresse « majda.cheour@rns.tn » avant le 20 Septembre 2007.

Pour le Bureau de la STPHU Le Secrétaire Général : Dr CHEOUR MEJDA

Programme Scientifique

- 26-27 Octobre 2007 (Sousse) : Séminaire de Formation à la recherche bibliographique sur PUB-MED
 - Pr. N. Bel Hadj Ali / Pr. A. Mtraoui / Dr. TH. Ajimi
- 31 Octobre 2007 (Tunis) : Journée sur l'épidémiologie en psychiatrie
 - Pr. Ag. M. Cheour / Pr. Ag. M. F. Mrad / Pr. K. Tabbène
- 15-16 Février 2008 (Mahdia) : 4e Journée nationale de la STPHU. Thème : Réhabilitation en psychiatrie
 - Pr. Ag. M. Nasr
- 7 Mars 2008 (Monastir) : Séminaire de formation à la méthodologie de la recherche
 - Pr. L. Gaha
- 8 Mars 2008 (Monastir) : 3^{èmes} Journées Nationales de la recherche en psychiatrie Thème : « Neuropsychologie des ages extrêmes : de la recherche à la pratique ».
 - troubles spécifiques des apprentissages.
 - Vieillesse normale et pathologique.
 - Pr. L. Gaha / Pr. Ag. F. Zaafrane / Dr. N. Gadour
- 18-19 Avril 2008 (Sousse) : Journée STPHU « La prévention en psychiatrie »
 - Pr. N. Bel Hadj Ali / Pr. Ag. S. Ben Nasr
- 3 Mai 2008 (Sfax) : Comorbidité et trouble de l'humeur
 - Pr. F. Ghribi / Pr. Ag. O. Amami / Pr. Ag. Y. Moalla
- Mai 2008 (Sousse) : Formation des formateurs aux techniques de l'entretien
 - Pr. N. Bel Hadj Ali / Pr. J. L. Terra

Arabpsynet e.JOURNAL: N° 15 & 16 - SUMMER & AUTUMN 2007

الجمعية التونسية للأطباء النفسيين والجامعيين

برنامج النشاط العلمي

السنة الجامعية : 2007-2008

majda.cheour@rns.tn

الأصدقاء والزملاء الأعزاء

2007 31

majda.cheour@rns.tn

2007 20

البرنامج العلمي

- 27-26 2007 () : Pubnet
- 31 2007 () :
- 16-15 2008 () :
- 7 2008 () :
- 8 2008 () :
- 19-18 2008 () :
- 3 2008 () :
- 2008 () :

مجلة شبكة العلوم النفسية العربية: العدد 15 & 16 - صيف وخريف 2007

Psy CONGRESS AGENDA

THIRD QUARTLY 2007

Setember – October – November - December

ARAB Psy CONGRESS AGENDA

Title: "The 5th Legal & Medical Conference "**Date:** September 15, 2007 - September 21, 2007**City:** Kos**Country:** Greece**Contact:** Eugenia Mitrakas**Phone:** 61-396-902-033**Fax:** 613-969-622-937**E-Mail:** eugenia@mitrakas.com.au

Title: "International Health Conference: Recent Advances in Clinical Medicine, Public Health and Health Policy"**Date:** September 20, 2007 - September 22, 2007**City:** Athens**Country:** Greece**Contact:** Mr. Spyros Lianos**Phone:** 302-107-257-693**Fax:** 302-107-257-693**E-Mail:** info@erasmus.gr

Title: "3rd Peloponesian Symposium in General Medicine"**Date:** September 27, 2007 - September 30, 2007**City:** Loutraki**Country:** Greece**Contact:** Pigi Perdikaki**Phone:** 306-944-846-266**Fax:** 302-755-023-993**E-Mail:** pigiperdikaki@yahoo.gr

Title: 4th International Symposium on Alzheimer's Disease and Related Disorders in the Middle East**Date:** October 26, 2007 - October 28, 2007**City:** Athens**Country:** Greece**Contact:** Nico Stanculescu**Phone:** 1-773-784-8134**E-Mail:** meetings@worldeventsforum.com

Title: 4th Pan Arab Continence Society Congress**Date:** December 06, 2007 - December 08, 2007**City:** Doha**Country:** Qatar**Contact:** Prof. Sherif Mourad

Arabpsynet E.JOURNAL: N° 15 & 16 - SUMMER & AUTUMN 2007

أجندة المؤتمرات النفسية

الثلاثية الثالثة 2007

سبتمبر - أكتوبر - نوفمبر - ديسمبر

Phone: 20-105-355-353**Fax:** 20-24-553-443**E-Mail:** msmourad@tedata.net.eg

INTERNATIONAL Psy CONGRESS AGENDA

Title: " World Federation of Sleep Research Societies World Congress 2007 "**Date:** September 02, 2007 - September 06, 2007**City:** Cairns**State/Province:** QLD**Country:** Australia**Contact:** ICMS Australasia**Phone:** 61-292-545-000**Fax:** 61-292-513-552**E-Mail:** info@worldsleep07.com

Title: "9th Congress of European Association of Clinical Anatomy "**Date:** September 05, 2007 - September 08, 2007**City:** Prague**Country:** Czech Republic**Contact:** EACA Congress Secretariat**Phone:** 42-0-267-102-508**Fax:** 42-0-267-102-504**E-Mail:** info@eaca2007prague.cz

Title: "2nd Annual UC Davis Conference on Psychotic Disorders"**Date:** September 06, 2007 - September 06, 2007**City:** Sacramento**State/Province:** CA**Country:** United States**Contact:** Continuing Medical Education Office, 3560 Business Drive, Suite 130, Sacramento, CA 95820**Phone:** 916-734-5390 / 866-263-4338 / 866-CME-4EDU**E-Mail:** gwenn.welsch@ucdmc.ucdavis.edu

Title: "2nd Annual UC Davis Conference on Psychotic Disorders"**Date:** September 06, 2007 - September 06, 2007**City:** Sacramento**State/Province:** CA**Country:** United States**Contact:** Office of Continuing Medical Education**Phone:** 916-734-5390 / 866-263-4338 / 866-CME-4EDU

E-Mail: gwenn.welsch@ucdmc.ucdavis.edu

Title: "Problem Questions of Metabolic Dissonances at Children and Teenagers"

Date: September 06, 2007 - September 07, 2007

City: Kiev

Country: Ukraine

Contact: Dr. Shevchenko

Fax: 00-38-0-445-331-270

E-Mail: shevchenko@nbscience.com

Title: "The 47th Annual Scientific Symposium on Kidney Disease"

Date: September 08, 2007 - September 08, 2007

City: Palm Springs

State/Province: California

Country: United States

Contact: Wendy Estevez-Amara

Phone: 1-800-747-5527

Fax: 1-818-783-8160

E-Mail: wendye@kidneysocal.org

Title: "Intensive Course in Transcranial Magnetic Stimulation"

Date: September 10, 2007 - September 14, 2007

City: Boston

State/Province: MA

Country: United States

Contact: Harvard Medical School CME Office

Phone: 617-384-8600

Fax: 617-384-8686

E-Mail: hms-cme@hms.harvard.edu

Title: "The 7th Maudsley Forum"

Date: September 10, 2007 - September 14, 2007

City: London

State/Province: England

Country: United Kingdom

Contact: Dr Ricardo Sainz

E-Mail: r.sainz@iop.kcl.ac.uk

Title: "A Question of Immunology in Pediatrics"

Date: September 13, 2007 - September 14, 2007

City: Kiev

Country: Ukraine

Contact: Dr Shevchenko

Fax: 00-38-0-445-331-270

E-Mail: shevchenko@nbscience.com

Title: "Interventional Ultrasound in new Millenium-2007"

Date: September 15, 2007 - September 16, 2007

City: Kiev

Country: Ukraine

Contact: Meeting Organiser

Phone: 00-38-0-632-776-465

Fax: 00-38-0-445-331-270

E-Mail: markov@nbscience.com

Title: "Oxford Psychiatry 2007"

Date: September 16, 2007 - September 18, 2007

City: Oxford

State/Province: England

Country: United Kingdom

Contact: Keira Sullivan

Phone: 44-0-1-865-286-955

Fax: 44-0-1-865-286-934

E-Mail: kiera.sullivan@conted.ox.ac.uk

Title: "26th Annual UC Davis Child Abuse and Neglect Conference"

Date: September 17, 2007 - September 19, 2007

City: Sacramento

State/Province: CA

Country: United States

Contact: Continuing Medical Education Office, 3560 Business Drive, Suite 130, Sacramento, CA 95820

Phone: 916-734-5390 / 866-263-4338 / 866-CME-4EDU

E-Mail: gwenn.welsch@ucdmc.ucdavis.edu

Title: "8th Annual Psychiatry Review: Youth Mental Health: Bridging Research and Clinical Practice"

Date: September 17, 2007 - September 18, 2007

City: Minneapolis

State/Province: MN

Country: United States

Contact: University of Minnesota, Office of Continuing Medical Education

Phone: 612-626-7600 / 800-776-8636

Fax: 612-626-7766

E-Mail: cme@umn.edu

Title: 26th Annual UC Davis Child Abuse and Neglect Conference

Date: September 17, 2007 - September 19, 2007

City: Sacramento

State/Province: CA

Country: United States

Contact: Office of Continuing Medical Education

Phone: 916-734-5390 / 866-263-4338 / 866-CME-4EDU

E-Mail: gwenn.welsch@ucdmc.ucdavis.edu

Title: "Seminar on Legal-Medical Issues"

Date: September 17, 2007 - September 30, 2007

City: Barcelona

Country: Spain

Contact: Eileen Tener

Phone: 813-333-6878

E-Mail: etener@cruiseplanners.com

Title: "Atherosclerosis - From Risk Factors"

Date: September 19, 2007 - September 20, 2007

City: Kiev

Country: Ukraine

Contact: Dr Shevchenko

Fax: 00-38-0-445-331-270

E-Mail: shevchenko@nbscience.com

Title: "Atherosclerosis - From Risk Factors"

Date: September 19, 2007 - September 20, 2007

City: Kiev

Country: Ukraine

Contact: Dr Shevchenko

Fax: 00-38-0-445-331-270

E-Mail: shevchenko@nbscience.com

Title: « 23ème Congrès International de la Société de Psycho-Gériatrie de Langue Française »

Date: September 20, 2007 - September 22, 2007

City: Limoges

Country: France

Contact: Carole Prouheze

Phone: 00-33-141-323-170

Fax: 00-33-147-931-728

E-Mail: secretariat@kskom.com

Title: "Australasian Society for Bipolar Disorders Conference 2007"

Date: September 20, 2007 - September 22, 2007

City: Sydney

State/Province: NSW

Country: Australia

Contact: Alyson Arestan

Phone: 61-292-903-366

Fax: 61-292-902-444

E-Mail: asbd2007@icms.com.au

Title: "WPA Regional Conference/CSP Annual Congress"

Date: September 20, 2007 - September 23, 2007

City: Shanghai

Country: China

Contact: Mandy Fan, Vivian Zhang, Grace Tang

Phone: 62-493-262 / 64-387-986

Fax: 62-491-571 / 64-387-986

E-Mail: mandy.fan@aims-international.com /

Vivian.Zhang@aims-international.com / gracet0815@yeah.net

Title: "Obesity Treatment-2007"

Date: September 22, 2007 - September 23, 2007

City: Kiev

Country: Ukraine

Contact: Meeting Organiser

Phone: 00-38-0-632-776-465

Fax: 00-38-0-445-331-270

E-Mail: markov@nbscience.com

Title: Health IT Certification

Date: September 23, 2007 - September 23, 2007

City: Asheville

State/Province: NC

Country: United States

Contact: Paul Tunnecliff

Phone: 800-684-4549

Fax: 760-418-8084

E-Mail: registration@hcconferences.com

Title: Esalen Fall Seminars

Date: September 24, 2007 - October 14, 2007

City: Big Sur

State/Province: CA

Country: United States

Contact: Harvard Medical School CME Office

Phone: 617-384-8600

Fax: 617-384-8686

E-Mail: hms-cme@hms.harvard.edu

Title: "2nd Annual Donald L. Price Symposium"

Date: September 24, 2007 - September 24, 2007

City: Baltimore

State/Province: MD

Country: United States

Contact: Office of Continuing Medical Education

Phone: 410-955-5880

Fax: 410-955-0807

E-Mail: cmenet@jhmi.edu

Title: "Psychiatry: A Comprehensive Update and Board Preparation"

Date: September 24, 2007 - September 29, 2007

City: Boston

State/Province: MA

Country: United States
Contact: Harvard Medical School CME Office
Phone: 617-384-8600
Fax: 617-384-8686
E-Mail: hms-cme@hms.harvard.edu

Title: 1st European Conference on Schizophrenia Research
Date: September 26, 2007 - September 28, 2007
City: Duesseldorf
Country: Germany
Contact: Kompetenznetz Schizophrenie
Phone: 49-211-922-2770
Fax: 49-211-922-2780
E-Mail: info@kompetenznetz-schizophrenie.de

Title: American Academy of Pain Management Annual Conference
Date: September 27, 2007 - September 30, 2007
City: Las Vegas
State/Province: NV
Country: United States
Contact: Jillian Manley
Phone: 209-533-9744
Fax: 209-533-9750
E-Mail: jillian@aapainmanage.org

Title: Geriatric Psychiatry
Date: September 29, 2007 - September 29, 2007
City: San Francisco
State/Province: CA
Country: United States
Contact: UCSF Office of Continuing Medical Education, 3333 California Street, Room 450, San Francisco, CA 9411
Phone: 415-476-4251 / 415-476-5808
Fax: 415-476-0318 / 415-502-1795
E-Mail: info@ocme.ucsf.edu

Title: "Emergency Medicine -2007"
Date: September 29, 2007 - September 30, 2007
City: Kiev
Country: Ukraine
Contact: Meeting Organiser
Phone: 00-38-0-632-776-465
Fax: 00-38-0-445-331-270
E-Mail: markov@nbscience.com

Title: "WORKSHOP TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD"
Date: October 01, 2007 - October 01, 2007
City: Buenos Aires
Country: Argentina

Contact: Meeting Organiser
Phone: 54-11-47-901-101
Fax: 54-11-47-901-101
E-Mail: innovar@innovarcongresos.com.ar

Title: Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery-2007
Date: October 06, 2007 - October 07, 2007
City: Kiev
Country: Ukraine
Contact: Meeting Organiser
Phone: 00-38-0-632-776-465
Fax: 00-38-0-4-453-331-270
E-Mail: markov@nbscience.com

Title: 6th European Congress on Mental Health in Intellectual Disability
Date: October 10, 2007 - October 13, 2007
City: Zagreb
Country: Croatia
Contact: KOMPAS PCO
Phone: 38-514-550-160
Fax: 38-514-550-039
E-Mail: conference@kompas-travel.com

Title: "Seminar on Legal-Medical Issues"
Date: October 12, 2007 - October 21, 2007
City: Cape Liberty
State/Province: NJ
Country: United States
Contact: Eileen Tener
Phone: 813-333-6878
E-Mail: etener@cruiseplanners.com

Title: "The Many Faces of Fear: Attachment, Trauma & Neuroscience Perspectives"
Date: October 17, 2007 - October 21, 2007
City: San Diego
State/Province: CA
Country: United States
Contact: Jennifer Robertson
Phone: 919-779-5051
Fax: 919-779-5642
E-Mail: aap@mgmt4u.com

Title: 10th CENP-Central European Neuropsychopharmacological Symposium
Date: October 18, 2007 - October 21, 2007
City: Sarajevo-Mostar
Country: Bosnia-Herzegovina
Contact: Prof. Slobodan Loga

Phone: 38-733-206-034
Fax: 38-733-206-033
E-Mail: sloga@bih.net.ba

Title: Eating Disorders 2007
Date: October 18, 2007 - October 20, 2007
City: Alpbach
Country: Austria
Contact: Netzwerk Essstörungen
Phone: 00-43-512-576-026
Fax: 00-43-512-583-654
E-Mail: info@netzwerk.essstoerungen.at

Title: Psychopharmacology
Date: October 18, 2007 - October 20, 2007
City: Boston
State/Province: MA
Country: United States
Contact: Harvard Medical School CME Office
Phone: 617-384-8600
Fax: 617-384-8686
E-Mail: hms-cme@hms.harvard.edu

Title: Addiction Medicine
Date: October 19, 2007 - October 20, 2007
City: Boston
State/Province: MA
Country: United States
Contact: Harvard Medical School CME Office
Phone: 617-384-8600
Fax: 617-384-8686
E-Mail: hms-cme@hms.harvard.edu

Title: Cognitive Behaviour Therapy for Insomnia
Date: October 19, 2007 - October 21, 2007
Country: United States
Contact: Continuing Professional Education, 601 Elmwood Ave, Box 677 Rochester, NY 14642-8677
Phone: 585-275-4392
Fax: 585-275-3721
E-Mail: office@cpe.rochester.edu
City: Rochester
State/Province: NY

Title: 2007 Comprehensive Cardiovascular Conference
Date: October 19, 2007 - October 20, 2007
City: Coral Gables
State/Province: FL
Country: United States
Contact: Julie Zimmet

Phone: 786-596-2398
Fax: 786-596-2769
E-Mail: juliez@baptistthehealth.net

Title: Pain and Headache -2007
Date: October 20, 2007 - October 21, 2007
City: Kiev
Country: Ukraine
Contact: Meeting Organiser
Phone: 00-38-0-632-776-465
Fax: 00-38-0-445-331-270
E-Mail: markov@nbscience.com

Title: "Seminar on Legal-Medical Issues"
Date: October 21, 2007 - November 04, 2007
City: Los Angeles
State/Province: CA
Country: United States
Contact: Eileen Tener
Phone: 813-333-6878
E-Mail: etener@cruiseplanners.com

Title: The 1st Mediterranean Maudsley Forum
Date: October 22, 2007 - October 24, 2007
City: Palermo
Country: Italy
Contact: Jolanta Zanelli
Phone: 02-0-78-480-140
Fax: 02-078-480-287
E-Mail: jolanta.zanelli@iop.kcl.ac.uk

Title: 1st Mediterranean Maudsley Forum
Date: October 22, 2007 - October 24, 2007
City: Palermo
Country: Italy
Contact: Laura Gittens
Phone: 44-2-0-78-485-352
Fax: 44-2-0-77-019-044
E-Mail: laura.gittens@iop.kcl.ac.uk

Title: 54th Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
Date: October 23, 2007 - October 28, 2007
City: Boston
State/Province: MA
Country: United States
Contact: The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 3615 Wisconsin Avenue, N.W, Washington, D.C.20016-3007
Phone: 202-966-7300
Fax: 202-966-2891

E-Mail: meetings@aacap.org

Title: 2007 International Doctors' Health Conference

Date: October 25, 2007 - October 27, 2007

City: Sydney

State/Province: NSW

Country: Australia

Contact: Doreen Kavic

Phone: 61-2-99-028-135

Fax: 61-2-94-383-760

E-Mail: info@DoctorsHealthSydney2007.org

Title: Nurse Led Care, Clinics and Services in Mental Health

Date: October 26, 2007 - October 26, 2007

City: Manchester

State/Province: England

Country: United Kingdom

Contact: Hannah Parker

Phone: 02-0-85-411-399

Fax: 02-0-85-472-300

E-Mail: hannah@healthcare-events.co.uk

Title: International Vascular Conference-2007

Date: October 27, 2007 - October 28, 2007

City: Kiev

Country: Ukraine

Contact: Meeting Organiser

Phone: 00-38-0-632-776-465

Fax: 00-38-0-445-331-270

E-Mail: markov@nbscience.com

Title: International Conference on Complex Systems 2007

Date: October 28, 2007 - November 02, 2007

City: Boston

State/Province: MA

Country: United States

Contact: Cam Terwilliger

Phone: 617-547-4100

E-Mail: cam@necsi.org

Title: 5th Meeting of the Asian Society for Neuro-Oncology- ASNO-2007

Date: November 02, 2007 - November 04, 2007

City: Istanbul

Country: Turkey

Contact: Meeting Organiser

E-Mail: info@asno2007.org

Title: Psychopharmacology of Aging

Date: November 02, 2007 - November 04, 2007

Arabpsynet E.JOURNAL: N° 15 & 16 - SUMMER & AUTUMN 2007

City: San Diego

State/Province: CA

Country: United States

Contact: Meeting Organiser / Cheryl Featherstone

Phone: 858-534-3940 / 888-229-OCME / 6263 toll-free / 888-229-6263

E-Mail: ocme@ucsd.edu

Title: Seminar on Legal-Medical Issues

Date: November 04, 2007 - November 14, 2007

City: Miami

State/Province: FL

Country: United States

Contact: Eileen Tener

Phone: 813-333-6878

E-Mail: etener@cruiseplanners.com

Title: Borderline Personality Disorder: Clinical & Family Perspectives

Date: November 04, 2007 - November 04, 2007

City: Minneapolis

State/Province: MN

Country: United States

Contact: University of Minnesota; Office of Continuing Medical Education

Phone: 612-626-7600 / 612-776-8636

Fax: 612-626-7766

E-Mail: cme@umn.edu

Title: Mental Training

Date: November 06, 2007 - November 07, 2007

City: Norderstedt

Country: Germany

Contact: European Surgical Institute, Hummelsbueteler Steindamm 71, D-22851 Norderstedt, Germany

Phone: 49-0-4-052-973-200

Fax: 49-0-4-052-973-209

E-Mail: info@esi-online.de

Title: 30th Annual Health Care Quality & Patient Safety Conference

Date: November 06, 2007 - November 07, 2007

City: Las Vegas

State/Province: NV

Country: United States

Contact: Patti Rivers

Phone: 727-569-0190 ext 117

Fax: 727-569-0195

E-Mail: privers@abqaurp.org

Title: 8th Annual Pharmaceutical Regulatory and Compliance Congress

مجلة شبكة العلوم النفسية العربية: العدد 15 & 16 - صيف وخريف 2007

Date: November 07, 2007 - November 09, 2007

City: Washington

State/Province: DC

Country: United States

Contact: Paul Tunnecliff

Phone: 800-684-4549

Fax: 760-418-8084

E-Mail: registration@hcconferences.com

Title: 5th International Congress on Vascular Dementia

Date: November 08, 2007 - November 11, 2007

City: Budapest

Country: Hungary

Contact: Meeting Organiser

Phone: 41-229-080-488

E-Mail: calendar@kenes.com

Title: Contemporary Diagnosis of Chronic Pelvic Pain

Date: November 08, 2007 - November 10, 2007

City: Paradise Island

Country: Bahamas

Contact: Christine Morris

Phone: 856-427-6200

Fax: 856-427-6202

E-Mail: contact@imetcme.com

Title: The 1st Canadian Roundtable on Public Health and Ethics: Exploring the Foundations

Date: November 08, 2007 - November 09, 2007

City: Montreal

State/Province: QC

Country: Canada

Contact: Meeting Organiser

E-Mail: info@ethics-ethique.ca

Title: PTSD: In an Age of Violence, Terror and Natural Disaster

Date: November 09, 2007 - November 10, 2007

City: San Francisco

State/Province: CA

Country: United States

Contact: UCSF Office of Continuing Medical Education, 3333 California Street, Room 450, San Francisco, CA 9411

Phone: 415-476-4251 / 415-476-5808

Fax: 415-476-0318 / 415-502-1795

E-Mail: info@ocme.ucsf.edu

Title: Asthma, Pulmonary Hypertension-2007 International Conference

Date: November 10, 2007 - November 11, 2007

City: Kiev

Country: Ukraine

Contact: Meeting Organiser

Phone: 00-38-0-632-776-465

Fax: 00-38-0-445-331-270

E-Mail: markov@nbscience.com

Title: Erster Interdisziplinärer Kongress für Beratung - Therapie und Training

Date: November 11, 2007 - November 16, 2007

City: Linz

Country: Austria

Contact: Gottfried Kerndler

Phone: 43-0-13-197-500 -18

Fax: 43-0-13-197-199

E-Mail: kongress2007@bestNET.com

Title: 57th Annual Meeting of the Canadian Psychiatric Association / 57e Assemblée annuelle de l'Association des psychiatres du Canada

Date: November 15, 2007 - November 18, 2007

City: Montreal

State/Province: QC

Country: Canada

Contact: CPA Head Office, 260-441 MacLaren, Ottawa, ON K2P 2H3

Phone: 613-234-2815

Fax: 613-234-9857

E-Mail: agm@cpa-apc.org

Title: Primary Care Pulmonology

Date: November 18, 2007 - November 25, 2007

City: Miami

State/Province: FL

Country: United States

Contact: Eileen Tener

Phone: 813-333-6878

E-Mail: etener@cruiseplanners.com

Title: DGPPN Kongress - Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e.V.

Date: November 21, 2007 - November 24, 2007

City: Berlin

Country: Germany

Contact: CPO HANSER SERVICE GmbH

Phone: 0-49-303-006-690

Fax: 00-49-30-30-066-950

E-Mail: dgppn07@cpo-hanser.de

Title: Medical Biology and Biochemistry-2007

Date: November 24, 2007 - November 25, 2007

City: Kiev

Country: Ukraine

Contact: Meeting Organiser
Phone: 00-38-0-632-776-465
Fax: 00-38-0-445-331-270
E-Mail: markov@nbscience.com

Title: Rheumatology for the Primary Care Physician
Date: November 24, 2007 - December 01, 2007
City: Miami
State/Province: FL
Country: United States
Contact: Eileen Tener
Phone: 813-333-6878
E-Mail: etener@cruiseplanners.com

Title: Medicinal Chemistry 2007
Date: November 26, 2007 - November 29, 2007
City: Kololi
Country: Gambia
Contact: Anthony F. England, Ph.D.
Phone: 31-302-145-715
Fax: 31-302-145-715
E-Mail: england@mangosee.com

Title: Prospects of New Antibiotics According to the Newest Clinical Trials Results
Date: November 29, 2007 - November 30, 2007
City: Kiev
Country: Ukraine
Contact: Dr Markov
Phone: 38-0-632-776-465
Fax: 38-0-445-331-270
E-Mail: markov@nbscience.com

Title: AAAP 18th Annual Meeting & Symposium
Date: November 29, 2007 - December 02, 2007
City: Coronado
State/Province: CA
Country: United States
Contact: AAAP, 345 Blackstone Blvd, 2nd Floor RCH, Providence RI 02906
Phone: 401-524-3076
Fax: 401-272-0922
E-Mail: information@aaap.org

Title: Antibiotics in Pediatrics-2007
Date: November 29, 2007 - November 30, 2007
City: Kiev
Country: Ukraine
Contact: Meeting Organiser
Phone: 00-38-0-632-776-465
Fax: 00-38-0-445-331-270

E-Mail: markov@nbscience.com

Title: Influenza, Respiratory Viruses 2007
Date: November 29, 2007 - November 30, 2007
City: Kiev
Country: Ukraine
Contact: Meeting Organiser
Phone: 00-38-0-632-776-465
Fax: 00-38-0-445-331-270
E-Mail: markov@nbscience.com

Title: Anxiety Disorders
Date: November 30, 2007 - December 01, 2007
City: Boston
State/Province: MA
Country: United States
Contact: Harvard Medical School CME Office
Phone: 617-384-8600
Fax: 617-384-8686
E-Mail: hms-cme@hms.harvard.edu

Title: Women's Health-2007
Date: December 01, 2007 - December 02, 2007
City: Kiev
Country: Ukraine
Contact: Meeting Organiser
Phone: 00-38-0-632-776-465
Fax: 00-38-0-445-331-270
E-Mail: markov@nbscience.com

Title: Innovations in Cardiovascular Interventions (ICI) Meeting 2007
Date: December 02, 2007 - December 04, 2007
City: Tel-Aviv
Country: Israel
Contact: Iris Lev
Phone: 972-3-6-133-340 (211)
Fax: 972-3-6-133-341
E-Mail: team5@congress.co.il

Title: Molecular Mechanisms of Neurodegeneration
Date: December 03, 2007 - December 06, 2007
City: St. Mary's Parish
Country: Antigua & Barbuda
Contact: Dr. Rhian Hayward
Phone: 44-1-223-696-000
Fax: 44-1-223-696-001
E-Mail: rhian.hayward@abcam.com

Title: 4th Pan Arab Continence Society Congress

Date: December 06, 2007 - December 08, 2007
City: Doha
Country: Qatar
Contact: Prof. Sherif Mourad
Phone: 20-105-355-353
Fax: 20-24-553-443
E-Mail: msmourad@tedata.net.eg

Title: Psychological Trauma
Date: December 07, 2007 - December 08, 2007
City: Boston
State/Province: MA
Country: United States
Contact: Harvard Medical School CME Office
Phone: 617-384-8600
Fax: 617-384-8686
E-Mail: hms-cme@hms.harvard.edu

Title: Obstetrics and Gynecology-2007
Date: December 08, 2007 - December 09, 2007
City: Kiev
Country: Ukraine
Contact: Meeting Organiser
Phone: 00-38-0-632-776-465
Fax: 00-38-0-445-331-270
E-Mail: markov@nbscience.com

Title: Urology Update for the Non-Urologist
Date: December 08, 2007 - December 15, 2007
City: Miami
State/Province: FL
Country: United States
Contact: Eileen Tener
Phone: 813-333-6878
E-Mail: etener@cruiseplanners.com

Title: 2007 Annual Meeting of the American College of Neuropsychopharmacology
Date: December 09, 2007 - December 13, 2007
City: Boca Raton
State/Province: FL
Country: United States
Contact: American College of Neuropsychopharmacology, 545 Mainstream Drive Suite 110, Nashville TN 37228
Phone: 615-324-2360
Fax: 615-324-2361
E-Mail: acnp@acnp.org

Title: Practicing Positive Psychotherapy
Date: December 14, 2007 - December 15, 2007
City: Boston
State/Province: MA

Arabpsynet E.JOURNAL: N° 15 & 16 - SUMMER & AUTUMN 2007

Country: United States
Contact: Harvard Medical School CME Office
Phone: 617-384-8600
Fax: 617-384-8686
E-Mail: hms-cme@hms.harvard.edu

Title: Refractory Depression
Date: December 15, 2007 - December 15, 2007
City: Atlanta
State/Province: GA
Country: United States
Contact: Continuing Medical Education, Emory University, 1462 Clifton Road NE, Atlanta, GA 30322
Phone: 404-727-5695 / 888-727-5695
Fax: 404-727-5667
E-Mail: cme@emory.edu

Title: Homeopathy - 2007
Date: December 15, 2007 - December 16, 2007
City: Kiev
Country: Ukraine
Contact: Meeting Organiser
Phone: 00-38-0-632-776-465
Fax: 00-38-0-445-331-270
E-Mail: markov@nbscience.com

Title: Seminar on Legal-Medical Issues
Date: December 21, 2007 - January 02, 2008
City: Miami
State/Province: FL
Country: United States
Contact: Eileen Tener
Phone: 813-333-6878
E-Mail: etener@cruiseplanners.com

Title: Seminar on Legal-Medical Issues
Date: December 22, 2007 - December 29, 2007
City: Miami
State/Province: FL
Country: United States
Contact: Eileen Tener
Phone: 813-333-6878
E-Mail: etener@cruiseplanners.com

Title: Seminar on Legal-Medical Issues
Date: December 22, 2007 - December 29, 2007
City: Miami
State/Province: FL
Country: United States
Contact: Eileen Tener
Phone: 813-333-6878
E-Mail: etener@cruiseplanners.com

مجلة شبكة العلوم النفسية العربية: العدد 15 & 16 - صيف وخريف 2007

المعجم الإلكتروني للعلوم النفسية العربية

مصطلحات عربية : عربي - إنكليزي - فرنسي

الدكتور جمال التركي **الطب النفسي - تونس**

turky.jamel@gnet.tn

	mnésique	mnesic	تَشْوِشٌ ذَاكِرِي
	mnésique	disorganization	
confusion	psychotic confusion		تَشْوِشٌ ذَهَانِي
psychotique			تَشْوِشٌ ذَهْنِي
confusion mentale	mental confusion		تَشْوِشٌ عَقْلِي
confusion complète	complete confusion		تَشْوِشٌ كَامِل
confusion	psychological		تَشْوِشٌ نَفْسِي
psychologique	confusion		
confusion hystérique	hysteric confusion		تَشْوِشٌ هَرَاعِي (هَسْتِيرِي)
distorsion, altération, malformation	distortion, deformation		تَشْوِة
distorsion de la perception	perception distortion		تَشْوِة الإِدْرَاك الحسِّي
distorsion du rêve	dream distortion		تَشْوِة الحَلْم
dyscéphalie	dyscephalia		تَشْوِة الرَأْس
dysmorphie	dysmorphia		تَشْوِة الشَّكْل
métamorphopsie	metamorphopsia		تَشْوِة المَرئِيَّات
distorsion de la réalité	reality distortion		تَشْوِة الوَاقِع
dysmorphie	corporeal dysmorphia		تَشْوِة بَدَنِي (جَسَدِي)
altération de l'image du monde	world image deterioration		تَشْوِة تَصَوُّرِ العَالَم
Dysgénéralisme	Dysgenitalism		تَشْوِة تَنَاسُلِي (طَوَاشِيَّة)
distorsion somatique	somatic distortion		تَشْوِة جَسْمِي
malformation congénitale	congenital deformation		تَشْوِة خَلْقِي
pantamorphie, pantomorphisme	pantamorphia, pantomorphism		تَشْوِة شَكْلِي كَلِي
altération de l'image du corps	body figure's deformation		تَشْوِة صَوْرَةِ الجَسَد
altération de l'image de soi	ego image deterioration		تَشْوِة صَوْرَةِ الذَّات
distorsion cognitive	cognitive distortion		تَشْوِة مَعْرِفِي
distorsion hallucinatoire	hallucinatory distortion		تَشْوِة هَلْسِي
défiguration, distorsion, mutilation	disfiguration, distortion, mutilation		تَشْوِيَّة
distorsion conceptuelle	perceptual distortion		تَشْوِيَّة إِدْرَاكِي
dysmorphose	dysmorphosis		تَشْوِيَّة البِنِيَّة
transmodulation	transmodulation		تَشْوِيَّة التَّضْمِين

تشوّش - تشوّه - تصوّر - تعبّر - تصوّر - تشوّش		
saltatory spasm	spasme saltatoire	تشوّج قفري
pseudospasm	pseudospasme	تشوّج كاذب
mogigraphia	mogigraphie	تشوّج كتابي
spasme alcoolique	alcoholic spasm	تشوّج كحولي
spasme athetoïde	athetoid spasm	تشوّج كنعاني
algospasme	algospasm	تشوّج مؤلم
spasme	spasmus	تشوّج مباغت
idiospasme	idiospasm	تشوّج محدود
spasme local	local spasm	تشوّج محلي
spasme chronique	chronic spasm	تشوّج مزمن
spasme rectiligne	rectal spasm	تشوّج مستقيم
entérospasme	enterospasm	تشوّج معوي
paraspasme	paraspasm	تشوّج مقابل (نظير التشنج)
contracture vaginale, vaginisme	vaginal contraction, vaginismus	تشوّج مهبلية
pseudovaginisme	pseudovaginismus	تشوّج مهبلية زائف
spasme hystérique	hysteric spasm	تشوّج هراعي (هستيري)
spasme facial	facial spasm	تشوّج وجهي
angiospasme	angiospasm	تشوّج وعائي (تشنج العروق)
confusion, intrication, désorganisation	confusion, intricacy, disorganization	تشوّش
idée confuse	confused idea	تشوّش الأفكار
altération de l'attention	attention deterioration	تشوّش الانتباه
paresthésie	paresthesia	تشوّش الحسّ الجلدي
parorexie	parorexia	تشوّش الذوق
confusion du cours de la pensée	thought course confusion	تشوّش السياق الفكري
pensée confuse	thought confusion	تشوّش الفكر
parageusie	parageusia	تشوّش المذاق
intrication des pulsions	instinct intricacy	تشوّش النزعات
activité confuse	confusion activity	تشوّش النشاط
paralalie	paralalia	تشوّش النطق
confusion du conscience	consciousness confusion	تشوّش الوعي
désorganisation conceptuelle	conceptual disorganization	تشوّش تصوّر
paresthésie	paresthesia	تشوّش حسّي

conduite	auto-erotic	تصرف شهوي ذاتي
auto-érotique	conducting	
conduite infantile	infantile conducting	تصرف صبياني
conduite antisociale	antisocial conducting	تصرف ضد اجتماعي
conduite d'indiscipline	indiscipline conduct	تصرف عديم الانضباط
conduite excrémentelle	excremental conducting	تصرف غائطي
conduite ambiguë	ambiguous conduction	تصرف غامض
conduite alimentaire	alimentary conducting	تصرف غذائي
conduite bizarre	bizarre conducting	تصرف غريب
conduite séductrice	seductive conducting	تصرف غواية
conduite d'échec	failed conduction	تصرف فاشل
conduite inadéquate	inadequate conducting	تصرف فح
conduite intellectuel	intellectual conducting	تصرف فكري
conduite anxieuse	anxious conducting	تصرف قلقي
conduite alcoolique	alcoholic conducting	تصرف كحولي
conduite asociale	asocial conducting	تصرف لا اجتماعي
conduite immorale	immoral conducting	تصرف لا أخلاقي
conduite inadéquate	inadequate conducting	تصرف لا متوافق
conduite atypique	nontypical conducting	تصرف لا نموذجي
conduite d'inhibition	inhibition conducting	تصرف لجمي
conduite de dissimulation	dissimulation conduction	تصرف متباين
conduite contraphobique	counterphobic conducting	تصرف مضاد للرهاب
conduite rassurante	reassuring conduction	تصرف مطمئن
conduite acquise	acquired drive	تصرف مكتسب
conduite mythomane	mythomaniac conduction	تصرف مهوس بالكذب
conduite féminine	feminine conducting	تصرف نسائي
conduite régressive	regressive conducting	تصرف نكوصي
conduite de fugue	fugue conducting	تصرف هروبي
conduite d'agitation	agitation conducting	تصرف هياج
rigidité, sclérose	rigidity, sclerosis	تصلب
sclérose du moi	ego sclerosis	تصلب أنوي
rigidité du groupe	group rigidity	تصلب الجماعة
sclerencéphalie	sclerencephaly	تصلب الدماغ
artériosclérose	arteriosclerosis	تصلب الشرايين
rigidité des relations	relations rigidity	تصلب العلاقات
sclérose du délire	delirium sclerosis	تصلب الهذيان
rigidité hypnotique	hypnotic rigidity	تصلب تنويمي
rigidité corporelle	corporal rigidity	تصلب جسدي
conduite contraphobique	counterphobic conducting	تصرف مضاد للرهاب
acrosclérose	acrosclerosis	تصلب جلد الأطراف
rigidité systématique	systematic rigidity	تصلب جهازي

mutilation du corps	body mutilation	تشويه الجسد
automutilation	self mutilation	تشويه الذات
distorsion conceptuelle	conceptual distortion	تشويه المفهوم
distorsion de la logique	logic distortion	تشويه المنطق
distorsion de la réalité	reality distortion	تشويه الواقع
autotomie, auto mutilation	autotomia, self-mutilation	تشويه ذاتي
auto mutilation compulsive	compulsive self-mutilation	تشويه ذاتي
distorsion systématique	systematic distortion	تشويه منتظم
conduite	conduction	تصرف
conduite automatique	automatic conducting	تصرف آلي
conduite incestueuse	incestuous conducting	تصرف إتيان المحارم
conduite humaine	human conducting	تصرف إنساني
conduite socialisée	socialized conducting	تصرف اجتماعي
misaction	mis-action	تصرف اعتباطي
conduite d'opposition	opposition conduct	تصرف المعارضة
conduite masturbatoire	conducting masturbation	تصرف الاستمناء
conduite d'exploration	exploratory conducting	تصرف الاستكشاف
conduite suicidaire	suicidal conducting	تصرف انتحاري
conduite sélective	selective conduct	تصرف انتقائي
conduite de réflexion	reflexion conducting	تصرف انعكاسي
conduite primaire	primary conducting	تصرف بدائي
conduite d'évitement	shunning conduction	تصرف تجنبي
conduite spontané	spontaneous conducting	تصرف تلقائي
conduite bisexuelle	bisexual conduct	تصرف ثنائي الجنس
conduite d'auto-mutilation	auto-mutilation conducting	تصرف جدع الذات
conduite sexuelle	sexual conducting	تصرف جنسي
conduite hétérosexuelle	heterosexual conduct	تصرف جنسي غيري
conduite de défense	defence conduction	تصرف دفاعي
autogestion	self-management	تصرف ذاتي
conduite magique	magic conducting	تصرف سحري
conduite passive	passive conducting	تصرف سلبي
conduite psychopathique	psychopathic conducting	تصرف سيكوباتي
conduite anale	anal conduction	تصرف شرجي
conduite orale	oral conduction	تصرف شفهي

imagination érotique	erotic imagination	تصوّر شبعي
imagerie médicale	medical imagery	تصوّر طبي
imagination mentale,	mental imagination,	تصوّر عقلي
conceptualisation	conceptualization	(مفهومية)
conceptualisation	verbal	تصوّر عقلي لفظي
verbale	conceptualization	
concept	hypothetical concept	تصوّر فرضي
hypothétique		
imagination idéale	ideal imagination	تصوّر مثالي
imagination	eidetic imagination	تصوّر مجسم
eidétique		
développement,	development,	تطور
évolution	evolution	
développement	ontogenetic	تطور أنطولوجي
ontogénétique	development	(تطور فردي)
évolution créatrice	creative evolution	تطور إبداعي
évolution des	species evolution	تطور الأجناس
espèces		
développement	ego development	تطور الأنا
du moi		
développement	constancy	تطور الثبات
des constances	development	
développement de	personality	تطور الشخصية
la personnalité	development	
développement	libidinal	تطور الليبيدو
du libido	development	
phylogénique,	phylogenic	تطور انساني
phylogénétique		
évolution	emotional evolution	تطور انفعالي
émotionnelle		
échopène	echophene	تطور بيئي مظهري
développement	morphological	تطور تشكلي
morphologique	development	
évolution dissociée	dissociate evolution	تطور تفككي
évolution	convergent	تطور تقاربي
convergente	evolution	
évolution somatique	somatic evolution	تطور جسمي
évolution sexuelle	sexual evolution	تطور جنسي
évolution	amorous evolution	تطور حاد
amoureuse		
développement	motor development	تطور حركي
moteur		
développement	sensorimotor	تطور حسي حركي
sensori-moteur	development	
évolution sensorielle	sensitive evolution	تطور حسي
endophasie	endophasia	تطور داخلي للفكرة
évolution cyclique	cyclic evolution	تطور دوري
phylogenèse	phylogenesis	تطور سلالي
évolution	behaviourism	تطور سلوكي

sclérose défensive	defensive sclerosis	تصلب دفاعي
rigidité mentale	mental rigidity	تصلب ذهني
flexibilité cireuse,	flexibility cerea	تصلب شمعي
rigidité cireuse		
sclérose affective	affective sclerosis	تصلب عاطفي
sclérose tubéreux	tuberous sclerosis	تصلب عجزي
contracture musculaire,	muscular contraction,	تصلب عضلي
myotonie	myotonia	
pynolepsie	pynolepsy	تصلب غليظ
électrolepsie	electrolepsia	تصلب كهربائي
sclérose multiple	multiple sclerosis	تصلب متعدد
sclérose disséminée	disseminated sclerosis	تصلب منتشر
rigidité de	decerebrate rigidity	تصلب نزاع المخ
décérébration		
psychorigidité	psychoridity	تصلب نفسي
rigidité affective	affective rigidity	تصلب وجداني
conceptualisatio,	conceptualizatio,	تصور (مفهوم)
représentation,	presentation,	
imagination,	imagination,	
fantaisie	representation,	
	fantasia	
représentation positive	positive representation	تصور إيجابي
fantaisie	masturbation	تصور استمنائي
masturbatoire	fantasia	
supposition	hypothetical	تصور افتراضي
hypothétique	supposition	
représentation	thing presentation	تصور الشيء
de chose		
représentation	word presentation	تصور الكلمة
de mot		
conception	conception	تصور المعاني الكلية (مفهوم)
imagination des	anxious situation	تصور المواقف
situations anxieuses	imagination	القلق
visualisation	visualization	تصور بصري
représentation	genital	تصور تناسلي
génitale	representation	
imagination sexuelle	sexual imagination	تصور جنسي
fantaisie sexuelle	perverse sexual	تصور جنسي شاذ
pervers	fantasia	
imagination	heterosexual	تصور جنسي غيري
hétérosexuelle	imagination	
imagination	homosexual	تصور جنسي مثلي
homosexuelle	imagination	
représentation	sensory	تصور حسي
sensorielle	representation	
imagination fausse	false imagination	تصور خاطئ
imagination vacante	vacant imagination	تصور خالي
représentation	mental	تصور ذهني
mentale	representation	

fatigue du réveil	waking fatigue	تعَب الاستيقاظ
fatigue de stimulation	stimulation fatigue	تعَب التنبّه
copodyskinésie	copodyskinesia	تعَب الحركة
fatigue du combat	combat fatigue	تعَب القتال
fatigue du bataille	battle fatigue	تعَب المعركة
fatigue émotionnelle	emotional fatigue	تعَب انفعالي
fatigue excessive	excessive fatigue	تعَب بالغ
fatigue physique	physical fatigue	تعَب جسمي
fatigue permanent	permanent fatigue	تعَب دائم
fatigue mentale	mental fatigue	تعَب ذهني (عقلي)
fatigue extrême	extreme fatigue	تعَب شديد
fatigue affective	affective fatigue	تعَب عاطفي
fatigue générale	general fatigue	تعَب عام
fatigue symptomatique	symptomatic fatigue	تعَب عرضي
fatigue musculaire	muscular fatigue	تعَب عضلي
fatigue organique	organic fatigue	تعَب عضوي
fatigue obscure	obscure fatigue	تعَب غامض
fatigue inorganique	inorganic fatigue	تعَب لا عضوي
fatigue chronique	chronic fatigue	تعَب مزمن
fatigue psychogène	psychogenic fatigue	تعَب نفساني المنشأ
fatigue diurne	diurnal fatigue	تعَب نهاري
fatigue momentanée	momentary fatigue	تعَب وقتي
fatigue imaginaire	imaginary fatigue	تعَب وهمي
expression	expression	تعَبير
expression maternelle	maternal expression	تعَبير أمومي
néologisme mimique	mimic neologism	تعَبير إيمائي مستحدث
expression créative	creative expression	تعَبير ابتكاري
expression du corps	body expression	تعَبير الجسد
expression du visage	face expression	تعَبير الوجه

comportementale	evolution	تطوّر شبه نفسي
évolution pseudo-psychotique	semi psychotic evolution	
évolution démentielle	demented evolution	تطوّر عتهّي
évolution organique	organic evolution	تطوّر عضوي
développement mental	mental development	تطوّر عقلي
évolution	paroxysmal	تطوّر فجائي
paroxystique	evolution	
développement intellectuel	intellectual development	تطوّر فكري
évolution intermittente	intermittent evolution	تطوّر متقطع
représentation	perceptive	تطوّر مدرك
perceptive	representation	
évolution phasique	phasic evolution	تطوّر مرحلي
évolution pathologique	pathologic evolution	تطوّر مرضي
évolution émergente	emergent evolution	تطوّر منبثق
évolution psycho-sexuelle	psycho-sexual evolution	تطوّر نفسجنسي،
développement psychomoteur	psychomotor development	تطوّر نفسي جنسي
évolution psychique	psychic evolution	تطوّر نفسحركي،
évolution psychique	maturate psychic evolution	تطوّر نفسي حركي
mature	evolution	تطوّر نفسي
évolution déficitaire	deficit evolution	تطوّر نفسي ناضج
phylogenèse	phylogenesis	تطوّر نكوصي
évolution défavorable	unfavorable evolution	تطوّر نوعي
fatigue	fatigue	تعب

المعجم الشبكي للعلوم النفسية

Arabpsynet Dictionaries Search :

ePsydictNet

Psy Dictionary
English NetPsydict

French NetPsydict

Arabic NetPsydict

www.arabpsynet.com

Arabpsynet Dictionaries

شبكة العلوم النفسية المترجمة

المعجم

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

Home | Psychologists | Psychologists (Associations) | Journal | Books | Psychometry | Congress | Links | Forum | Dictionary | Jobs | Hospital

ARABIC EDITION - FRENCH EDITION

English ePsydictNet
English - French - Arabic

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

English ePsydictNet (Electronic dictionary of psychological sciences)
This dictionary comprises 4432 English terms with their corresponding translations in all the fields of psychological sciences.
In this dictionary the searches for the translation are made in English and the result is displayed simultaneously in French and in Arabic.

Graphical interface

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

Convulsive - Corporal (eal)- Cortical -
Counseling - Criminal - Crisis - Critical -
Cultural

Convulsion (intentional-)	convulsion intentionnelle	اختلاج قصدي
Convulsion (mimetic-)	convulsion mimétique	اختلاج وجهي
Convulsion (non- epileptic-)	convulsion non épileptique	اختلاج غير صرعي
Convulsion (puerperal-)	convulsion puerpérale	اختلاج نفاسي
Convulsion (respiratory-)	convulsion respiratoire	اختلاج تنفسي
Convulsion (salaam-)	convulsion salamales	اختلاج إيمائي
Convulsion (tonic-)	convulsion tonique	اختلاج توتري
Convulsion (toxic-)	convulsion toxique	اختلاج سمومي
		، اختلاج انسمامي
Convulsion (traumatic-)	convulsion traumatique	اختلاج كلومي
		، اختلاج صدمي
Convulsion (uremic-)	convulsion urémique	اختلاج يوريمي
Convulsion local	convulsion locale	اختلاج موضعي
Convulsion jacksonian	convulsion jacksonienne	تشنج جاكسوني
Convulsion spasm	convulsion spasme	تشنج
Convulsion state	état de convulsion	حالة تشنج
Convulsive	convulsif	اختلاجي، مخلج، تشنجي، متشنج
Convulsive crisis	crise convulsive	نوبة اختلاجية
Convulsive disorder	trouble convulsif	اضطراب تخلجي
Convulsive eclampsia	éclampsie convulsive	ارتجاج صرعي
Convulsive melancholia	mélancolie convulsive	ملانخوليا تشنجية
Convulsive seizure	crise convulsive	نوبة تشنجية
Convulsive spasm	spasme convulsive	تشنج اختلاجي
Convulsive syndrome	syndrome convulsif	تضاد تشنجي
Convulsive therapy	thérapie convulsive	معالجة اختلاجية
Convulsive threshold	seuil convulsif	عتبة اختلاجية
Convulsive tic	tic convulsif	عرة تشنجية
Corporal (eal)	corporel	جسمي، جسماني، بدني، جسدي
Corporal adaptation	adaptation corporelle	تكيف جسدي

Corporal association	association corporelle	ترابط جسدي، تداعي جسدي
Corporal beauty	beauté corporelle	جمال جسدي
Corporal contact	contact corporel	اتصال جسدي
Corporal defence	défense corporelle	دفاع بدني
Corporal hallucination	hallucination corporelle	هلوس جسدي
Corporal integrity	intégrité corporelle, intégrité somatique	سلامة جسمية
Corporal language	langage corporel	لغة جسدية
Corporal mediation	médiation corporelle	
Corporal metamorphosis	métamorphose corporelle	تحول شكلي جسدي
Corporal pain	douleur corporel	ألم جسمي
Corporal perception	perception corporelle	إحساس جسدي
Corporal prejudice	préjudice corporel	ضرر جسدي
Corporal punishment	punition corporelle	عقاب جسدي
Corporal readiness	disposition corporelle	استعداد بدني
Corporal rigidity	rigidité corporelle	تصلب جسدي
Corporal sensation	sensation corporelle	إحساس جسدي
Corporal somatic	corporel somatique	جسمي - جسدي
Corporal technique	technique corporelle	تقنية جسمانية
Corporal therapy	thérapie corporelle	علاج جسدي
Corporalism	corporalisme	جسمانية
Corporate behavior	comportement corporel	سلوك جسماني
Corporeal	corporel	جسماني، بدني، جسمي
Corporeal diagram	schéma corporelle	رسم بياني جسدي
Corporeal disintegration	désintégration corporel	تفكك جسدي
Corporeal ego	moi corporel	أنا جسدي
Corporeal expression	expression corporelle	تعبير جسماني
Corporeal hallucination	hallucination corporel	هلوس جسدي
Corporeal image	image corporelle	صورة جسمانية، صورة جسدية
Corporeal live	vécu corporel	معاش جسمي
Corporeal memory	mémoire corporelle	ذاكرة جسدية
Corporeal movement	mouvement corporel	حركة جسمية
Corporeal perception	perception corporelle	إدراك حسي جسدي
Corporeal position	position corporelle	وضعية جسدية

Corporeal psychotherapy	psychothérapie corporelle	علاج نفسي جسدي
Corporeal reaction	réaction corporelle	استجابة جسدية
Corporeal relaxation	relaxation corporelle	استرخاء جسدي
Corporeal sensation	sensation corporelle	إحساس جسدي
Corporeal symptom	symptôme corporel	عرض جسماني
Corporeal tension	tension corporelle	توتر بدني
Corporeal therapy	thérapie corporelle	علاج جسدي
Cortical	cortical	قشري، لحائي، لحوي
Cortical activation	activation corticale	تنشيط قشري
Cortical activity	activité corticale	نشاط لحائي
Cortical alertness	tonus corticale	حظرية قشرية
Cortical alexia	alexie corticale	لا قرائية قشرية
Cortical amnesia	amnésie corticale	وهل لحائي
Cortical aphasia	aphasie corticale	حبسة قشرية
Cortical apraxia	apraxie corticale	لا أدائية قشرية
Cortical area	corticale aire	باحة قشرية
Cortical atrophy	atrophie corticale	ضمور قشري، هزال قشري، ضمور لحائي
Cortical bit	frein cortical	مكبج قشري
Cortical blindness	cécité corticale	عمى لحائي
Cortical centre	centre cortical	مركز قشري
Cortical control	contrôle cortical	ضبط قشري
Cortical deafness	surdit� corticale	صمم قشري
Cortical dementia	d�mence corticale	عته لحائي
Cortical epilepsy	épilepsie corticale	صرع قشري
Cortical field	champs cortical	مجال قشري
Cortical hemiplegia	h�mipl�gie corticale	فالج قشري
Cortical induction	induction corticale	إحداث قشري
Cortical inhibition	inhibition corticale	كف قشري
Cortical inhibitory	inhibition corticale	كبح قشري
Cortical motive centre	centre moteur cortical	مركز حركي لحائي
Cortical rhythm	rythme cortical	إيقاع لحائي
Cortical stimulation	stimulation corticale	إثارة لحائية
Cortical zone	zone corticale	منطقة لحائية
Counseling	conciliation	إرشاد، توجيه
Counseling (individual-)	conseil individuel	إرشاد فردي
Counseling (non directive-)	conseil non directif	إرشاد توجيهي
Counseling interview	interview de conseil	مقابلة إرشادية
Counseling ladder	échelle de conseil	سلم الإرشاد
Counseling predication	prédication psychologique	إرشاد نفسي
Counseling psychologist	psychologue conseil�	أخصائي علم نفس الإرشادي
Counseling psychology	psychologie des orientations	علم نفس التوجيه

Counseling relation ship	relation de conseil	علاقة إرشاد
Counseling service	service de conseil	خدمة إرشادية
Counseling system	système de conseil	جهاز الإرشاد
Counseling technique	technique du conseil	أسلوب الإرشاد
Counseling theory	théorie de conseil	نظرية الإرشاد
Criminal	criminel, délictueux	جناي، إجرامي، مجرم
Criminal abortion	avortement criminel	إجهاض إجرامي
Criminal activity	activité criminelle	نشاط إجرامي
Criminal anthropology	anthropologie criminelle	علم البشريات الجنائي
Criminal behavior	comportement criminel	سلوك إجرامي
Criminal capacity	capacité criminelle	قدرة إجرامية
Criminal castration	castration criminelle	خصاء إجرامي
Criminal confusion	confusion criminelle	شواش إجرامي
Criminal insane	ali�n� criminel	مجنون جنائي
Criminal intent	intention criminelle	قصد جنائي
Criminal jurist	criminaliste	قانوني، جنائي
Criminal law	loi criminelle	قانون جنائي
Criminal motivation	motivation criminelle	دافع إجرامي
Criminal nature	criminalit�	جرمية، صفة إجرامية، مبلغ الإجرام
Criminal personality	personnalité criminelle	شخصية إجرامية
Criminal political	politique criminelle	سياسة إجرامية
Criminal predisposition	pr�disposition criminelle	استعداد للجريمة
Criminal psychiatry	psychiatrie criminelle	طب نفس جنائي
Criminal psychology	psychologie criminelle	علم النفس الجنائي
Criminal psychopath	psychopathe criminelle	سيكوباتي إجرامي
Criminal responsibility	responsabilité criminelle	مسؤولية جنائية
Criminal sexual act	acte sexuel d�lictueux	فعل جنسي إجرامي
Criminal sexual insanity	folie sexuelle criminelle	جنون إجرامي جنسي
Criminal tendency	tendance criminelle	ميل إجرامي
Criminal type	type criminel	نموذج إجرامي
Crisis	crise	أزمة، نوبة، بحران
Crisis (about fifty-)	crise de la cinquantaine	أزمة الخمسين
Crisis (acute-)	crise aigu�	نوبة حادة
Crisis (adolescent-)	crise d'adolescence	أزمة المراهقة
Crisis (aggressivity-)	crise d'agressivité	نوبة عنف
Crisis (anguish-)	crise d'angoisse	نوبة حصر
Crisis (anxiety-)	crise d'anxi�t�	نوبة القلق
Crisis (atonic-)	crise atonique	نوبة وهنية
Crisis (catathymics-)	crise catathymique	نوبة وجدانية
Crisis (cerebral-)	crise cérébrale	نوبة مخية
Crisis (clonic-)	crise clonique	نوبة اختلاجية
Crisis (convulsive-)	crise convulsive	نوبة التشنج
Crisis (crying-)	crise de pleure	نوبة بكاء
Crisis (cyclic-)	crise cyclique	نوبة دورية

Crisis (delirious-)	crise délirante	نوبة هذيانية	Crisis (tonic-)	crise tonique	نوبة تشنجية
Crisis (depressive-)	crise dépressive	نوبة اكتئاب	Crisis (tonicoclonic-)	crise tonicoclonique	نوبة تشنجية رمعية
Crisis (emotional-)	crise émotionnelle	نوبة انفعالية	Crisis	crise du delirium	نوبة هذيان راعش
Crisis (epilepsy-)	crise d'épilepsie	نوبة صرع	(tremor delirious-)	tremens	
Crisis (epileptic-)	crise épileptique	نوبة صرعية	Crisis (uncinate-)	crise uncinée	نوبة معقوقة
Crisis (existential-)	crise existentielle	أزمة وجودية	Crisis (vegetative-)	crise végétative	أزمة نباتية
Crisis (false-)	crise fausse	نوبة كاذبة	Crisis (vomiting-)	crise de vomissement	نوبة قيء
Crisis (generalized-)	crise généralisée	أزمة معممة	Crisis centre	centre de crise	مركز الأزمة
Crisis (hypomaniac-)	crise hypomaniaque	نوبة هوس خفيف، نوبة تحسوسية	Crisis clinic	crise clinique	نوبة سريرية
Crisis (hysterical-)	crise d'hystérie	نوبة هراعية	Crisis effect	effet de crise	أثر الأزمة
Crisis (identity-)	crise d'identité	أزمة الهوية	Crisis juvenile	juvénile crise	أزمة فتوية
Crisis (isolated-)	crise isolée	نوبة منفصلة	Crisis situation	situation de crise	وضعية أزمة
Crisis (jaksonien-)	crise jaksonienne	نوبة جاكسونية	Crisis state	état de crise	حالة أزمة
Crisis (laughing-)	crise de rire	نوبة ضحك	Crisis theory	théorie du crise	نظرية الأزمة
Crisis (major-)	crise majeure	أزمة جسيمة	Crisis therapy	thérapie du crise	علاج التوبة
Crisis (maniac-)	crise maniaque	نوبة هوسية	Critical	critique	حرج، إياسي، أزمي، بحراني، نقد
Crisis (middle life-)	crise du milieu de la vie	أزمة منتصف العمر	Critical	situation critique	وضعية حرجة
Crisis (motive-)	crise motrice	نوبة حركية	(in this emergency-)		
Crisis (myasthenia-)	crise myasthénique	نوبة الوهن العضلي	Critical (judgement-)	critique du jugement	نقد الحاكمية
Crisis (narcissistic-)	crise narcissique	أزمة نرجسية	Critical (opinion-)	critique des opinions	نقد الآراء
Crisis (occasional-)	crise occasionnelle	أزمة اتفاقية	Critical (unfinished-)	critique imparfaite	نقد غير كامل
Crisis (oculogyric-)	crise oculogyre	نوبة تشنج الجفون	Critical attitude	attitude critique	موقف نقدي
Crisis (originality-)	crise d'originalité	نوبة الشذوذ	Critical emergency	situation critique	حالة نقد، وضعية حرجة
Crisis (panic-)	crise de panique	نوبة ذعر، نوبة هلع	Critical empathy	empathie critique	مشاركة وجدانية ناقدة
Crisis (partial-)	crise partielle	أزمة جزئية	Critical enquiry	enquête critique	استقصاء نقدي
Crisis (passenger-)	crise passagère	أزمة عابرة	Critical incident	technique incidente	طريقة مصادفة حرجة
Crisis	crise phobique	نوبة رهابية وسواسية	technique	critique	
(phobic obsession-)	obsédante		Critical method	méthode critique	منهج نقدي
Crisis (pseudo-convulsive-)	crise pseudo-convulsive	نوبة اختلاجية	Critical mind	esprit critique	فكر نقدي
Crisis (psychic-)	crise psychique	أزمة نفسية	Critical period	période de critique	مرحلة حرجة
Crisis (psycho-sensory-)	crise psychosensorielle	نوبة حسية نفسية	Critical point	point critique	نقطة حرجة
Crisis (psychotic-)	crise psychotique	أزمة ذهانية	Critical pressure	pression critique	ضغط حرج
Crisis (recurrent -)	crise récurrente	نوبة معاودة	Critical ratio	quotient critique	نسبة حرجة
Crisis (repeated-)	crise répétée	نوبة متكررة	Critical reactor	réacteur critique	استجابة حرجة
Crisis (schizomaniac-)	crise schizomaniaque	نوبة هوسية فصامية	Critical region	région critique	منطقة حرجة
Crisis (schizophrenia-)	crise schizophrénie	نوبة فصامية	Critical rumination	rumination du critique	اجترار النقد
Crisis (sensitive-)	crise sensitive	نوبة حسية	Critical score	score critique	درجة حرجة
Crisis (sensory-)	crise sensorielle	نوبة حواسية	Critical sense	sens critique	حس نقدي
Crisis (small-)	crise petit mal	نوبة الداء الأصغر	Critical spirit	esprit critique	فكر نقدي، روح نقدية
Crisis (spontaneous-)	crise spontanée	نوبة تلقائية	Critical thinking	pensée critique	تفكير نقدي
Crisis (suicidal-)	crise suicidaire	أزمة انتحارية	Critical value	valeur critique	قيمة حرجة
Crisis (sympathetic-)	crise sympathique	نوبة ودية	Critical vision	vision critique	رؤية نقدية
Crisis (syncopal-)	crise syncopale	نوبة إغمائية	Critical writing	écriture critique	كتابة نقدية، كتابة ناقدة
Crisis (temporal psychomotive-)	crise psychomotrice	نوبة نفسحركية صدغية	Cultural	culturel	ثقافي، حضاري
Crisis (temporal-)	crise temporelle	نوبة صدغية	Cultural absolutism	absolutisme	مطلقية ثقافية
				culturelle	استبدادية ثقافية
			Cultural act	acte culturel	فعل ثقافي
			Cultural adaptability	adaptation culturelle	تكيفية ثقافية
			Cultural adaptation	adaptation culturelle	تكيف ثقافي

Cultural adolescence	adolescence culturelle	مراهقة ثقافية	Cultural familial	arriération familiale	تأخر ثقافي أسري
Cultural anthropology	anthropologie	علم البشريّات الثقافي	retardation	culturelle	
anthropology	culturelle		Cultural field	champ culturel	مجال ثقافي
Cultural approach	rapprochement	تقارب ثقافي	Cultural free	test d'intelligence	اختبار الذكاء المتحرّر
	culturel		intelligence test	libéré de la culture	من الثقافة
Cultural assimilation	assimilation culturelle	تمثّل حضاري	Cultural ideal	idéal culturel	مثل أعلى ثقافي
Cultural behaviour	comportement culturel	سلوك ثقافي	Cultural imprinting	imprégnation culturelle	تشبّع ثقافي
Cultural belief	croyance culturelle	اعتقاد ثقافي	Cultural	indépendance	استقلال ثقافي
Cultural complex	complexe culturel	عقدة ثقافية	independence	culturelle	
Cultural conflict	conflit culturel	صراع حضاري	Cultural influence	influence culturelle	تأثير ثقافي
Cultural	conscience culturelle	وعي ثقافي	Cultural item	item culturel	سؤال ثقافي
consciousness			Cultural lag	arriération culturel	تخلف حضاري
Cultural construction	construction culturelle	بنية ثقافية	Cultural lap	lacune culturelle	فجوة ثقافية
Cultural	consommation	استهلاك ثقافي	Cultural maturity	maturité culturelle	نضج ثقافي
consumption	culturelle		Cultural monism	monisme culturel	أحادية ثقافية
Cultural	convergence	تقارب ثقافي،	Cultural neurosis	névrose culturelle	عصاب حضاري،
convergence	culturelle	التقاء ثقافي			عصاب ثقافي
Cultural	conversation	حوار ثقافي	Cultural neurotic	traumatisme	رضّة عصابيّة ثقافيّة
conversation	culturelle		trauma	névrotique culturelle	
Cultural deprivation	privation culturelle	حرمان ثقافي	Cultural norm	norme culturelle	معيّار حضاري
Cultural determinant	déterminant culturel	محدد ثقافي	Cultural paradox	paradoxe culturelle	تباين ثقافي
Cultural	déterminisme	حتمية ثقافية	Cultural parallelism	parallélisme culturel	توازن حضاري
determinism	culturel		Cultural pluralism	pluralisme culturelle	تعددية ثقافية
Cultural difference	différence culturelle	فرق ثقافي	Cultural pressure	pression culturelle	ضغط ثقافي
Cultural disease	maladie culturelle	مرض ثقافي	Cultural process	processus culturel	صيرورة ثقافية، عملية ثقافية
Cultural	désorganisation	تفكك ثقافي	Cultural psychiatry	psychiatrie culturelle	طب نفسي ثقافي
disorganization	culturelle		Cultural puberty	puberté culturelle	بلوغ ثقافي
Cultural dual	dédoublement culturel	ازدواجيّة ثقافيّة	Cultural relativism	relativisme culturel	نسبيّة ثقافيّة
Cultural education	éducation culturelle	تربية ثقافية	Cultural	représentation	صورة ذهنيّة ثقافيّة
Cultural environment	milieu culturel	وسط ثقافي	representation	culturelle	
Cultural experience	expérience culturelle	تجربة ثقافية	Cultural residue	résidu culturel	بقايا ثقافية
Cultural explosion	explosion culturelle	انفجار ثقافي	Cultural schizophrenia	schizophrénie culturelle	فصام ثقافي

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

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

E.DICTIONNAIRE DES SCIENCES Psychologiques

TERMINOLOGIES PSY FRANÇAISE (FRANÇAIS - ANGLAIS - ARABE)

JAMEL TURKY - TUNISIE

turky.jamel@gnet.tn

D

Défense - Déficience - Déficit -
Délinquant - Délirant - Délire

Défense	defense	دفاع
Défense (annulation de la-)	annulment defence	إلغاء الدفاع
Défense (formation réactionnelle de-)	reactional formation defence	دفاع التكوين الارتكاسي
Défense (idéalisation de la)	defence idealization	تأمل الدفاع
Défense (identification-)	defence	مماثلة الدفاع
Défense perceptible	i dentification	دفاع إدراكي
Défense projective de-)	perceptual defence	
Défense (intellectualisation de-)	identification defence	عقلنة الدفاع
Défense (introjection de-)	defence	اندماجية الدفاع
Défense (isolation de-)	intellectualization	
Défense (mécanisme de-)	defence	عزل الدفاع
Défense (projection de-)	defence isolation	آلية الدفاع
Défense (refoulement de-)	defence mechanism	دفاع إسقاطي، إسقاط الدفاع
Défense (régression de-)	defence projection	كبت الدفاع
Défense (répression de la-)	pressing back	ارتداد الدفاع
Défense (sublimation de la-)	defence	قمع الدفاع
Défense aberrant	defence regression	تصعيد الدفاع
Défense anormale	defence repression	دفاع شاذ
Défense biologique	defence sublimation	دفاع غير سوي
Défense clivage	aberrant defence	دفاع حيوي
Défense contre le délire	abnormal defence	دفاع الانسحاق
Défense conversion	biological defence	دفاع مضاد للذهان
Défense corporelle	cleavage defence	
	defence counter	دفاع التحوّل
	delusion	دفاع بدني
	conversion defence	
	corporal defence	

Défense de caractère	character defence	دفاع خلقي
Défense de clivage	cleavage defence	دفاع الانسحاق
Défense de conversion	conversion defence	دفاع التحوّل
Défense de dénégation	denial defence	دفاع الإنكار
Défense de déplacement	displacement	دفاع الانتقال
Défense de fixation	defence	دفاع التثبيت
Défense de type anal	fixation defence	دفاع نمط شرجي
Défense déplacement	anal type defence	دفاع الانتقال
Défense déviée	displacement	دفاع منحرف
Défense du moi	defence	دفاع الأنا
Défense du moi (mécanisme de-)	deviated defence	أولية دفاع الأنا
Défense exagérée	ego defence	مغالاة في الدفاع
Défense extrémiste	ego-defence	دفاع متطرف
Défense fixation	mechanism	دفاع التثبيت
Défense maniaque	exaggerated defence	دفاع هوسي
Défense musculaire	extremist defence	دفاع عضلي
Défense nerveux	fixation defence	دفاع عصبي
Défense névrotique	maniac defence	دفاع عصبي
Défense normale	muscular defence	دفاع عادي
Défense pathologique	nervous defence	دفاع مرضي
Défense perceptible	neurotic defence	دفاع إدراكي
Défense psychique	normal defence	دفاع نفسي
Défense psychobiologique	pathologic defence	مقاومة نفسحيوية
Défense psychologique	perceptual defence	مقاومة نفسية
Défense psychotique	psychic defence	دفاع ذهاني
Défense relaxante du moi	psychobiologic defence	دفاع استرخاء الذات
Défense schizo-phrénique	defence	دفاع فصامي
Défense sociale	psychological	
Défense type anal	defence	
Défense-déni	psychotic defence	
Déficience	ego defense	عوز، نقص، نقصان، قصور، فاقة
Déficience (maladie de-)	relaxing	عواز، داء العوز
	schizophrenic	
	defence	
	social defence	
	anal type defence	
	denial-defence	
	deficiency	
	deficiency disease	

Déficence académique	academic deficiency	عوز أكاديمي
Déficence acquise	acquired deficiency	عوز مكتسب
Déficence congénitale	congenital deficiency	عوز خلقي تكويني
Déficence de l'enfant	child deficiency	عوز حاجات الطفل
Déficence de l'excitation	excitation deficiency	عوز الاستثارة
Déficence de la féminité	femininity deficiency	عوز الأنوثة
Déficence de la masculinité	masculinity deficiency	عوز الذكورة
Déficence de l'humeur	deficiency humour	نقص مزاجي
Déficence du désir	desire deficiency	عوز الرغبة
Déficence dysharmonique	dysharmonic deficiency	عوز غير متناسق
Déficence élective	elective deficiency	عوز انتخابي
Déficence harmonique	harmonic deficiency	نقص توافقي
Déficence héréditaire	hereditary deficiency	نقص وراثي
Déficence intellectuelle	intellectual deficiency	قصور ذهني
Déficence intellectuelle acquise	acquired intellectual deficiency	قصور ذهني مكتسب
Déficence mentale	mental deficiency	ضعف عقلي
Déficence mentale primaire	primary mental deficiency	قصور عقلي أولي
Déficence nutritionnelle	nutritional deficiency	عوز غذائي
Déficit	deficit, deficiency	نقص، نقصان، عوز، قصور
Déficit attentionnel	attentional deficit, attentively deficiency	عوز التركيز، عوز الانتباه
Déficit cognitif	cognitive deficit	عوز إدراكي
Déficit d'association	association deficit	نقص الترابط
Déficit de l'attention	attention deficit	عوز الانتباه
Déficit de l'attention avec hyperactivité	attention deficit with hyperactivity	خفض الانتباه مع فرط النشاط
Déficit de la mémoire	memory deficit	عوز ذاكري، قصور الذاكرة
Déficit de motivation	motivation deficit	عوز الحافز
Déficit fonctionnel	functional deficiency	عوز وظيفي
Déficit intellectuel	intellectual deficit	قصور ذهني
Déficit intentionnel	intentional deficit	عوز قصدي
Déficit mnésique	mnesic deficit	قصور الذاكرة
Déficit mnésique (syndrome de-)	mnesic deficit syndrome	متلازمة العجز الذاكري
Déficit psychique	psychic deficit	قصور نفسي، ضعف التفكير
Déficit sensoriel	sensorial deficit	عوز حواسي

Déficitaire	showing a debit balance, showing a deficit	عاجز، ناقص
Déficitaire (syndrome-)	strewing a deficit syndrome	تناذر العوز
Délinquance	delinquency	جناح، جنوحية
Délinquance adaptive	adaptive delinquency	جناح متوافق
Délinquance asocial	asocial delinquency	جناح لا اجتماعي
Délinquance cachée	hidden delinquency	جناح مستور
Délinquance criminelle	criminal delinquency	جنوح إجرامي
Délinquance d'affaire	delinquency affair	جنوحية القضية
Délinquance des adolescents	adolescent delinquency	جنوح المراهقين
Délinquance des arrières mentaux	mentally retarded delinquency	جناح المتخلفين عقليا
Délinquance dissociale	dissocial delinquency	جناح غير اجتماعي
Délinquance en col blanc	white collar delinquency	جنوحية الطوق الأبيض
Délinquance individuelle	individual delinquency	جناح فردي
Délinquance juvénile	juvenile delinquency	جنوحية الأحداث
Délinquance latente	latent delinquency	جناح كامن
Délinquance mal adaptée	badly adapted delinquency	جناح سيئ التوافق
Délinquance migrant	migrant delinquency	جنوحية المهاجر
Délinquance névrotique	neurotic delinquency	جناح عصابي
Délinquance non classée	unconforming delinquency	جناح غير مصنف
Délinquance non raisonnable	unreasonable delinquency	جناح غير معقول
Délinquance organique	organic delinquency	جناح عضوي
Délinquance psychopathique	psychopathic delinquency	جناح صفاقي (سيكوباتي)
Délinquance psychotique	psychotic delinquency	جناح ذهاني
Délinquance sexuelle	sexual delinquency	جنوح جنسي
Délinquance sociale	social delinquency	جناح اجتماعي
Délinquance sociopathe	sociopath delinquency	جناح معتل اجتماعيا
Délinquance subculturelle	subcultural delinquency	جناح الثقافة الجانبية
Délinquant	delinquent defective	جناح
Délinquant débile	defective delinquent	جناح متخلف
Délinquant défectueux	defective delinquent	جناح خفيف العقل
Délinquant déficient	defective delinquent	جناح متخلف

Délinquant névrotique	neurotic delinquent	جانح عصابي	Délire alcoolique	alcoholic delirium	هذيان كحولي
Délinquant non classé	unconforming delinquent	جانح لا منتم	Délire alcoolique aigu	acute alcoholic delirium	هذيان كحولي حاد
Délinquant organique	organic delinquent	جانح عضوي	Délire alcoolique chronique	chronic alcoholic delirium	هذيان كحولي مزمن
Délinquant psychopathe	psychopath delinquent	جانح صفاقي (سيكوباتي)	Délire alcoolique subaigu	subacute alcoholic delirium	هذيان كحولي دون الحاد
Délinquant psychotique	psychotic delinquent	جانح مذهون	Délire allopsychique	allospsychic delirium	هذاء مغاير
Délinquant sexuel	sexual offender	جانح جنسي	Délire altruiste	altruist delusion	هذيان غيري
Délinquant sociopathe	sociopath delinquent	جانح معتل اجتماعيا	Délire amoureux	amorous delusion	هذاء المحبة
Délinquante (hystérique-)	hysteric delinquent	جانحة هرايئة (هستيرية)	Délire amphétaminique	amphetaminic delirium	هذيان أمفيتاميني
Déliquesence	deliquescence	تمتع	Délire anxieux	anxious delirium	هذيان قلقي
Déliquant	delirious, delusional	هاذ، هذياني	Délire	aphrodisiac delirium	هذيان شبيقي
Déliquant (conviction-e)	delusional conviction	يقين هذياني	aphrodisiaque		
Déliquant (état-)	delirious state	حالة هذيانية	Délire apyrétique	apyreta delirium,	هذيان لا حموي
Déliquant (expérience-)	delusional experience	تجربة هاذية	(délire afébrile)	afebrile delirium	
Déliquant	delirious imagination	مخيّلة هذيانية	Délire asthénique	asthenic delirium	هذيان الوهن
Déliquant (joie-)	delirious joy	فرح هذياني	Délire autopsychique	autopsychic delusion	هذاء ذاتي نفسي
Déliquant (trouble-)	delirious trouble	اضطراب هاذ	Délire bizarre	bizarre delusion	هذاء مهوش
Déliquant à type de jalousie	jealousy type delirious	هاذ نمط الغيرة	Délire caché	hidden delusion	هذيان خفي
Déliquant	erotomaniac	هذيان هوس العشق	Délire catathymique	catathymic delusion	هذاء خلط الوجدان
érotomaniaque	delusional		Délire cénesthésique	cenesthesis delusion	هذيان الحس المشترك
Déliquant	hypochondriac	هذيان مراقي	Délire chronique	chronic delusion	هذيان مزمن
hypocondriaque	delirious		Délire chronique de Magnan	Magnan's chronic delusion	هذيان مزمن لمانيان
Déliquant	megalomaniac	هاذ عضامي			
mégalomaniac	delirious		Délire collectif	collective delusion	هذيان جماعي
Déliquant somatique	somatic delirious	هاذ جسدي	Délire confusionnel	confusional delusion	هذاء خلطي
Déliquante	delirious	هذائي	Délire confuso-onirique	confuso-oniric delusion	هذيان اختلاطي حلمي
Délire	delirium	هذيان، هتر، بحران، هتر	Délire	constitutional delusion	هذيان بنوي
Délire (systématisation du-)	delirium systematization	تنظيم الهذيان	constitutionnel	delusion	
Délire à deux	double delusion, délire à deux (fr.)	هذيان ثنائي مشترك	Délire créatif	creative delirium	هذيان مبدع
Délire à éclipses	eclipse delirium	هذيان الكسوف، هذيان الخسوف	Délire cyanotique	cyanotic delirium	هذيان ازرقاق الدم
Délire à minima	delusion minimum	هذيان متدني	Délire d'abstinence	delirium abstinence	هذيان الامتناع
Délire active	active delirium	هذيان مجهد	Délire d'accusation	accusation delirium	هذيان الاتهام
Délire afébrile	afebrile delirium	هذيان لا حموي	Délire d'agressivité	aggression hallucination	هذيان الاعتداء
Délire agi	active delirium	هذيان فاعل	Délire d'amnistie	amnesty delirium	هذيان العضو
Délire aigu du post-partum	post-partum acute delirium	هذيان حاد بعد ولادي	Délire d'auto-accusation	self accusation delusion	هذيان اتهام الذات
Délire aiguë	delirium acute	هذيان حاد	Délire d'émblé	delirium directly	هذيان مباشر
			Délire d'émblée de Magnan	directly delirium of Magnan	هذاء فوري لمانيان
			Délire d'énormité	enormity delusion	هذيان الضخامة
			Délire d'ensorcellement	bewitchment delirium	هذيان السحر
			Délire d'épuisement	exhausted delusion	هذيان إنهاكي
			Délire d'expérience	scientific experience	هذيان التجربة

scientifique	delusion	العلمية
Délire d'imaginaire	imagination delirium	هذيان الخيال
Délire d'imagination	imagination delusion	هذيان تخيلى
Délire d'immortalité	immortality delirium	هذيان الخلود
Délire d'importunité	importunity delusion	هذيان التعاسة
Délire d'infidélité	infidelity delusion	هذاء الخيانة الزوجية
Délire d'influence	influence delirium	هذيان التأثير
Délire d'innocence	innocence delirium	هذاء البراءة
Délire	interpretative	هذيان التأويل
d'interprétation	delusion	
Délire	separation	هذاء الانفصال التأويلي
d'interprétation		
de séparation	interpretation delirium	
Délire	hyposthenic	هذيان علائقي تأويلي
d'interprétation		
hyposthénique	interpretation delusion	
Délire	systematized	هذيان التأويل المنتظم
d'interprétation		
systematisé	interpretation delirium	
Délire d'involution	involution delusion	هذيان التراجع
Délire de collapsus	collapse delirium	هذيان الانهيار
Délire de	compensation	هذيان المعوضة
compensation	delusion	
Délire de	confabulation	هذاء التخريف
confabulation	delusion	
Délire de contact	contact delusion	هذيان الالتماس
Délire de culpabilité	guilt delusion	هذيان الشعور بالذنب
Délire de	depersonalization	هذيان فقدان
dépersonnalisation	delirium	الشخصية
Délire de fatigue	fatigue delirium	هذيان التعب
fantastique	delusion	

Délire de filiation	filiation delusion	هذيان السلالة
Délire de grandeur	greatness delusion	هذيان العظمة
Délire de grossesse	pregnancy delusion	هذيان الحمل
Délire de jalousie	jealousy delusion	هذيان الغيرة
Délire de Korsakoff	Korsakoff delirium	هذيان كورسكوف
Délire de l'érotisme	eroticism delirium	هذيان الشبقية
Délire de la	Belladonna delirium	هذيان البلادونا
Belladone		
Délire de langage	language delusion	هذيان اللغة
Délire de malédiction	curse delirium,	هذيان اللعنة
	malediction delusion	
Délire de manie	erotic madness	هذيان الهوس الشهواني
érotique	delirium	
Délire de médiation	mediation delusion	هذيان الوساطة
Délire de mémoire	memory delusion	هذيان الذاكرة
Délire de	metamorphosis	هذيان الانسلاخ،
métamorphose	delirium	هذيان التحول
Délire de	dividing delirium	هذيان التجزئة
morcellement		
Délire de négation	negation delusion	هذيان الإنكار، هذيان
		العدم، هذيان رفض الذات
Délire de nihilisme	nihilism delirium	هذاء عديمي
Délire de palier	landing delirium	هذيان رفض الذات
Délire de parasite	parasite delirium	هذيان طفيلي
Délire de pauvreté	poverty delusion	هذيان الفقر
Délire de péché	iniquity delirium	هذيان الخطيئة
Délire de	persecution delusion	هذيان الملاحقة،
persécution		هذيان الاضطهاد
Délire de possession	possession delusion	هذيان الاستحواذ
Délire de poursuite	pursuit delirium	هذيان التعقب
Délire de préjudice	prejudice delusion	هذيان الضرر

الكتاب الإلكتروني لمعجم العلوم النفسية

المعجم الإلكتروني النفسي الإنجليزي

" PDF doc "

إنجليزية - فرنسية - عربية

نموذج : تنزيل كامل مصطلحات حرف A الإنكليزي (Ko 1024)

www.arabpsynet.com/eDictBooks/A.afe.exe

المعجم الإلكتروني النفسي الفرنسي

" PDF doc "

فرنسية - إنجليزية - عربية

نموذج : تنزيل كامل مصطلحات حرف A الإنكليزي (Ko 942)

www.arabpsynet.com/eDictBooks/A.fea.exe

المعجم الإلكتروني النفسي العربي

المجلد 1 " PDF doc "

عربية - إنجليزية - فرنسية

نموذج : تنزيل كامل مصطلحات حرف أ العربي (Ko 1415)

www.arabpsynet.com/eDictBooks/A.aef.exe

المعجم الإلكتروني النفسي العربي - المجلد 2 " PDF doc "

عربية - فرنسية - إنجليزية

نموذج : تنزيل كامل مصطلحات حرف أ العربي (Ko 1271)

www.arabpsynet.com/eDictBooks/A.afe.exe

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 والمهتمين 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 المساندة 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 خارجه، وهي ترحب بكل المساهمات الملتزمة 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، والخلو من الأخطاء اللغوية والصوتية
- إرسال البحث بالبريد الإلكتروني APNjournal@arabpsynet.com أو بواسطة قرص مرص (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 المفتاحية باللغات الثلاث العربية، الفرنسية أو الإنكليزية.
- 2- يراعى في إعداد قائمة المراجع ما يلي : تسجيل أسماء المؤلفين والمترجمين متنوعة بسنة النشر بين قوسين ثم بعنوان المصدر ثم مكان النشر ثم اسم الناشر.
- 3- استيفاء البحث لمطلوبات 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 بالجداول الإحصائية أو الرسومات البيانية، متى كانت هناك حاجة لذلك
- 6- تخضع الأعمال الطبغرافية المعروضة للنشر لمحكمير اللجنة الاستشارية الطبغرافية للمجلة، كما تخضع الأعمال العلمغرافية لمحكمير اللجنة الاستشارية العلمغرافية، 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- الآراء الواردة في المجلة تعبر عن رأي كاتبها وجهات نظرهم.
- 9- لا تعاد الأبحاث المرفوضة 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 وآخرين 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 ترتيباً مسلسلاً. حسب الاسم الأخير للمؤلف أو الباحث وتأتي المراجع العربية أولاً ثم المراجع الأجنبية بعدها وتذكر بيانات كل مرجع على النحو الآتي:

-عندما يكون المرجع كتاباً:

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

-عندما يكون المرجع غثاً في مجلة:

اسم الباحث (سنة النشر) عنوان البحث، اسم المجلة، المجلد الصفحات، مثل: القطامي، فائدة (2002). تعليل التفكير للطفل الخليجي، مجلة الطفولة العربية، 12،

87 - 114

ج- عندما يكون المرجع غثاً 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 قمتة 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 منهجاً فكري واضح يتضمن المقدمة 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 وتقدمها 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- عنون العرض على اسم المؤلف وعنوان الكتاب والبلد التي نشر فيها واسم الناشر، وسنة النشر، وعدد صفحات الكتاب.

كتابة تقرير المراجعة بأسلوب جيد

■ التقارير العلمية عن الندوات والمؤتمرات:

تنشر المجلة التقارير العلمية عن المؤتمرات والندوات والحلقات الدراسية في مجال علم النفس 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 القرارات والنوصيات كما تنشر المجلة محاضرات الحوارات في الندوات التي تشارك فيها لمناقشة قضايا تتعلق بالاختصاص.

المعجم .ع

e.DICTIONNAIRE

e.DICTIONARY

المعجم .ع

e.DICTIONNAIRE

e.DICTIONARY

المعجم .ع

e.DICTIONNAIRE

e.DICTIONARY

المعجم .ع

e.DICTIONNAIRE

e.DICTIONARY

المعجم .ع

e.DICTIONNAIRE

e.DICTIONARY

المعجم .ع

e.DICTIONNAIRE

e.DICTIONARY

المعجم .ع

e.DICTIONNAIRE

e.DICTIONARY

المعجم .ع

e.DICTIONNAIRE

e.DICTIONARY

المعجم .ع

e.DICTIONNAIRE

e.DICTIONARY

المعجم .ع

e.DICTIONNAIRE

e.DICTIONARY

المعجم .ع

e.DICTIONNAIRE

e.DICTIONARY

المعجم .ع

e.DICTIONNAIRE

e.DICTIONARY

المعجم .ع

e.DICTIONNAIRE

e.DICTIONARY

المعجم .ع

e.DICTIONNAIRE

e.DICTIONARY

المعجم .ع

e.DICTIONNAIRE

e.DICTIONARY

المعجم .ع

e.DICTIONNAIRE

e.DICTIONARY

المعجم .ع

e.DICTIONNAIRE

e.DICTIONARY

المعجم .ع

e.DICTIONNAIRE

e.DICTIONARY

المعجم .ع

e.DICTIONNAIRE

e.DICTIONARY

المعجم .ع

e.DICTIONNAIRE

e.DICTIONARY

المعجم .ع

e.DICTIONNAIRE

e.DICTIONARY

المعجم .ع

e.DICTIONNAIRE

e.DICTIONARY

المعجم .ع

e.DICTIONNAIRE

e.DICTIONARY

المعجم .ع

e.DICTIONNAIRE

e.DICTIONARY

المعجم .ع

e.DICTIONNAIRE

e.DICTIONARY

قسمية شراء سي دي المعدم الإلكتروني

www.arabpsynet.com/ePsyDict/subscribe.htm