

المؤلف : مظاهر الإكتئاب في المجتمع العربي

5	خليل فاضل	مظاهر الاكتئاب في المجتمع العربي
12	عبد العزيز موسى	ترافق المراضة بين الاكتئاب و كرب ما بعد الصدمة
24	بشير معمريّة	مدى انتشار مظاهر الاكتئاب النفسي بين الطلاب
36	م. عبد الستار، م. عبد المجيد	الشعور بالذات وعلاقته بالكآبة لدى طلبة الجامعة
45	كلثوم بلميهوب	الاكتئاب كاستجابة لبعض الممارسات التربوية
49	بوفولة بوخميس	الاكتئاب والجنسية
54	إبن احمد قويدر	حصار الاكتئاب في الوطن العربي... الواقع والمعاش
57	هدى كشرود	المظاهر العيادية والثقافية للإكتئاب
61	ر. سيتيل ر. ابراهيم	الممرض الاكتئابي... دليل الممارس العربي
89	A.Saif ,M. Thabet,P.Vostanis	DEPRESSION AMONG END-STAGE RENAL FAILURE PATIENTS
95	Y.MOALLA & Collaborateur	SPECIFICITES DES TROUBLES MD DEBUTANT A L'ADOLESCENCE
102	Adel OMRANI	TRAITE DE LA MELANCOLIE (1ER LIVRE)

HONORIN	مكرم	محمد غربال
109	محمد غربال... بصمات لا تمسى وإضافات علمية مميّزة	

PAPERS & ARTICLES **أبحاث ومقالات**

111	بني الزخاوي	تعليم تلقيني... وسلطات قامعية
117	ع. موسى، أ. أبو طاحينه، إ. السراج	تأثير هدم البيوت على الصحة النفسية للأطفال الذكور والطلاقة النفسية
126	هضان زعوط، عبد الكريم قرشي	الجسدية: معاناة النفس بلغّة الجسد!
130	بشير معمريّة	العوامل النفسية في مرض السرطان
136	بوفولة بوخميس	السادية والمزوشية... قراءة نفس تحليلية
144	فؤاد محمد فريخ الجابري	سيكولوجية الإقنعة
150	شارل ملمان، عبد الهادي الفقيه	عناصر الهوية الأربعة
154	قاسم حسين صالح	مرجعيات الإرشاد لدى العربي بين العلم والخرافة
158	سامر جميل رضوان	قنوات السمير: الكفر التكنولوجي!
161	R. Aharchaoui, H. Khabbache	TOWARDS A PLURALISTIC & COALITION VIEW OF THE MENTALISTIC WORD-THEORY
174	A.Salah ,M. Thabet,P.Vostanis	PREVALENCE OF EMOTIONAL & BEHAVIOURAL PROBLEMS IN CEREBRAL PALSY CHILDREN
180	Hicham Khabbache	ESQUISSE POUR UNE COGNITION PLURIELLE COALISEUSE
190	Y.MOALLA & Collaborateur	LES URGENCES EN PEDOPSYCHIATRIE
194	ع. نافل، ي. الرخاوي، م. عبد الله، ق. حفي، م. مصطفى، أ. الامارة، ح. حسن، د. الشيمي، ج. طرابيشي	قراءات موجزة: أبحاث... مقالات... حوارات... ف. نظمي، ي. معلى، ل. خزل جبر

APPRECIATIONS / انطباعات	BOOKS REVIEW / مراجعة كتب
253- أطباء نفسانيون وأساتذة علم النفس	231 الطب المسند: في تطوير الأبحاث والرعاية الصحية
CONGRESS / مؤتمرات	240 كيف نفهم الطفل والمرادق؟
256 مصر، السودان، الجزائر، الإمارات، السعودية، تونس	JOURNALS / مجلات
PSY TERMINOLOGIES / مصطلحات نفسية	244 الثقافة النفسية المتخصصة - م. 17، ع. 69 - 244
291- « D » / « C » - ENG. جمال التركي	249 المجلة العربية للطب النفسي - م. 18، ع. 1 - 249

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 SAUDIEN = 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
SFAIX - TUNISIA

JOURNAL CORRESPONDENCE

E.MAIL : APNJOURNAL@ARABPSYNET.COM

PMAIL: TAPARURA BUILDING - BLOC «B» N° 3

3000 SFAIX - 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

- رسوم الإشتراك: +
www.arabpsynet.com/cv/cv.htm/

■ خدمات السلسلة 2

- رسوم الإشتراك: 50
- قسيمة الإشتراك: /
www.arabpsynet.com/subscription/subscribe.htm

العملات العربية

الريال السعودي = 250 رس / 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 / اليان 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 للمصرف بأحد العملات الصعبة (المذكورة) لحساب مؤسسة "سيزن كمبيوتر".
- يرسل الشيك المصرفي بالبريد الورقي مضمون الوصول على عنوان "سكرتيرية الدكتور جمال التركي" * مصحوبا بنسخة مصورة من هذه الفاتورة
- *العنوان البريدي:

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

مراسلات المجلة

بريد إلكتروني: APNJOURNAL@ARABPSYNET.COM

بريد ورقي: عمارة تبثيرة - عدد 3

3000 سفايس - تونس

Arabpsynet e.Journal

ELECTRONIC ARAB PSY REVIEW QUARTLY EDITION

TOWARDS AN INTER-ARAB PSY ACADEMIC COLLABORATION

EDITED BY CISEN COMPUTER COMPANY

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

SCIENTIFIC BOARD :

PSYCHIATRY :

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

PSYCHOLOGY :

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

CORRESPONDENTS :

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

JOURNAL SECRETARY :

IMEN FEKI & SALWA WERTENI

مجلة شبكة العلوم النفسية العربية

مجلة فصلية نفسية و علم نفسية محكمة

نمو تعاون أكاديمي علمي وعلمي عربي

إصدار مؤسسة سيزن كمبيوتر

رئيس التحرير د. جمال التركي (تونس)
 الرئيس الشرفي أ.د. يحيى الرخاوي (مصر)
 المستشار ونائب الرئيس أ.د. محمد أحمد النابلسي (لبنان)

الهيئة العلمية :

الطب النفسي :

أ.د. قتيبة جليبي (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 المالم (السعودية)
 د. خليل فاضل خليل (مصر)
 أ.د. عبد الرحمن إبراهيم (سوريا/ لبنان)

علم النفس :

أ.د. قدري حفني (مصر)
 أ.د. عبد الستار إبراهيم (السعودية)
 د. بشير معمرية (الجزائر)
 د. نبيل سفيان (اليمن)
 د. مسعود النجار (الكويت)
 د. عدنان فرح (الأردن)
 أ.د. سامر رضوان (سوريا/ عمان)
 د. سوسن شاكر الجليبي (العراق)
 أ.د. عمر هارون الخليفة (اليابان/ السودان)

مراسلون :

د. بسام عويبل (بولندا/ سوريا)
 د. سليمان جار الله (الجزائر)
 د. رضا أبو سريع (السعودية)
 د. وائل أبو هندي (مصر)
 د. جمال الخطيب (الأردن)
 د. صباح صليبيا (لبنان)
 د. رضوان كرم (الولايات المتحدة)
 د. فارس كمال نظمي (العراق)

سكرتيرية التحرير :

إيمان الفقي و سلوى الورتاني

5	المؤلف :	مظاهر الاكتئاب في المجتمع العربي
5		مظاهر الاكتئاب في المجتمع العربي - خليل فاضل
12		توافق المراضة بين الاكتئاب و كروب ما بعد الصدمة - عبد العزيز موسى
24		مدى انتشار مظاهر الاكتئاب النفسي بين الطلاب - بشير معمريّة
36		الشعور بالذات وعلاقته بالكأبة لدى طلبة الجامعة - م. عبد الستار، م. عبد المجيد
45		الاكتئاب كاستجابة لبعض الممارسات التربوية - كلثوم بلميهوب
49		الاكتئاب والجنسية - بوفولة بوخميس
54		حصار الاكتئاب في الوطن العربي... الواقع والمعاش - ابن احمد قويدر
57		المظاهر العيادية والثقافية للإكتئاب - هدى كشرود
61		المرض الاكتئابي... دليل الممارس العربي - ر. سيتيل ر. ابراهيم
89		A.Saif ,M. Thabet,P.Vostanis - DEPRESSION AMONG END-STAGE RENAL FAILURE PATIENTS
95		Y.MOALLA & Collaborateur - SPECIFICITES DES TROUBLES MD DEBUTANT A L'ADOLESCENCE
102		Adel OMRANI - TRAITE DE LA MELANCOLIE (1ER LIVRE)

109	تكريم: محمد غربال / / HONORING: GHORBEL MOHAMED
109	محمد غربال... بصمات لا تمحى وإضافات علمية مميزة

111	أبحاث ومقالات/ PAPERS & ARTICLES
111	تعليق تلقيني... وسلطات قامعية - يحيى الرخاوي
117	تأثير دهم البيوت على الصحة النفسية للأطفال الذكور والصلابة النفسية - ع. موسى، أ. أبو طاحينه، إ. السراج
126	الجسدنة: معاناة النفس بلغة الجسد! - رمضان زعوط، عبد الكرم قريشي
130	العوامل النفسية في مرض السرطان - بشير معمريّة
136	السادية والمازوشية... قراءة نفس تحليلية - بوفولة بوخميس
144	سيكولوجية الإقنعة - فؤاد محمد فريخ الجابري
150	عناصر الهوية الأربعة - شارل ملمان، عبد الهادي الفقير
154	مرجعيات الإرشاد لدى العربي بين العلم والخرافة - قاسم حسين صالح
158	قنوات السمير: الكفر التكنولوجي! - سامر جميل رضوان
161	R. Aharchaou, H. Khabbache - TOWARDS A PLURALISTIC & COALITION VIEW OF THE MENTALISTIC WORD-THEORY
174	A.Salah ,M. Thabet,P.Vostanis - PREVALENCE OF EMOTIONAL & BEHAVIOURAL PROBLEMS IN CEREBRAL PALSY CHILDREN
180	Hicham Khabbache - ESQUISSE POUR UNE COGNITION PLURIELLE COALISEUSE
190	Y.MOALLA & Collaborateur - LES URGENCES EN PEDOPSYCHIATRIE

194	قراءات موجزة: أبحاث... مقالات... حوارات :
194	قراءات موجزة... أبحاث

194	تقصي ميداني لسيكولوجية المواجهة بين حضارتين - فارس كمال نظمي
196	الطفل العراقي... وأسمالية المروءة وسيكولوجية الثورة! - فارس كمال نظمي
198	أنماط الشخصية العراقية وأفاق الوحدة المجتمعية - فارس كمال نظمي
200	الإعلام بالإعاقة وأثره على تقبل الوالدين لها - يسر معلى و زملائها
203	الأزمة النفسية وعلاقتها بإدراك المحدث - لؤي خزعل جبر
204	الاعتقاد بعدالة العالم لدى طلبة جامعة العراق - لؤي خزعل جبر
205	السلطة العقلانية، علاقتها بالثقافة الاجتماعية المتبادلة - علي تركي نافل
208	قراءات موجزة... مقالات
208	المخ البشري بين التفكيك والغسيل وإعادة التشكل - يحيى الرخاوي
210	سيكولوجية الخوف من الموت - محمد قاسم عبد الله

213	هل يمكن العيش بالتاريخ؟ - قنذري حفني
214	منفعة الاختيار و بؤس الإختيار - قنذري حفني
215	مخاطر التفكير الانفعالي - قنذري حفني
216	العادل هو العدل والعريضة هي الضمان - قنذري حفني
216	البارانويوية والجريمة - صابر مصطفى
217	السويديون والرهاب الاجتماعي - اسعد الامارة
218	عطالة نهاية السيرة الاسبوع! - الحارث عبد الحميد حسن
219	اضطراب السلوك الجنسي في عالم ثورة الاتصالات - داليا الشيمي
220	أطفال الحرب اللبنانية والقتل لمجرد لذة القتل - جورج طرابيشي
221	فكرة النفس عند العرب وموقعها في التحليل النفسي - حنان عباد
222	SAMI Mahmoud ALI - INTRODUCTION À LA THÉORIE RELATIONNELLE
225	Abdelkarim BELHAJ - REGARD PSYCHOSOCIOLOGIQUE SUR LE COMPORTEMENT ÉLECTORAL
227	قراءات موجزة ... حوارات
227	لقاء مع سامي محمود علي - إليزابيت جيل
228	Elisabeth Gilles - ENTRETIEN AVEC SAMI MAHMOUD ALI

231 مراجعة كتب / BOOKS REVIEW

231	الطب المسند في تطوير الأبحاث والرعاية الصحية - محمد أديب العسالي
240	كيف نفهم الطاف ل والمراد؟ - عبدالرحمن ابراهيم

244 مراجعة مجلات / JOURNALS REVIEW

244	الثقافة النفسية المتخصصة - م 17 العدد 69
249	المجلة العربية للعلم النفس - م 18 العدد 01

253 انطباعات / APPRECIATIONS

253	أطبباء نفسانيون وأساتذة علم النفس
-----	-----------------------------------

256 مؤتمرات نفسية / PSY CONGRESS

256	الملتقى السنوي السادس للجمعية البريطانية للطب النفسي - بريطانيا
257	المؤتمر العلمي الأول قسم الصحة النفسية: توصيات المؤتمر - بنها - مصر
259	الملتقى الدولي لطب علم النفس - السودان الخرطوم
260	المؤتمر العربي العاشر للطب النفسي - الجزائر
262	المؤتمر 26 الفرنسي المغربي للطب النفسي - نيوفاون ليون برون
266	المؤتمر الدولي الثالث لمستشفى النور - أبو ضي، الإمارات
269	خدمات الصحة النفسية في عراق بعهد الحرب - أبو ضي، الإمارات
271	المؤتمر الثاني لتخطيط وتطوير التعليم والبحث العلمي في الدول العربية - السعودية
274	دورة تدريبية في العلاج السلوكي المعرفي - جدة، السعودية
276	الملتقى الدولي الرابع للطب النفسي - جدة، السعودية
278	المؤتمر الدولي السادس حول الطفل الموهوب في الوطن العربي - الجزائر
280	الملتقى الدولي الثاني للطب النفسي - الجزائر
281	الجمعية التونسية للأطباء النفسيين والجامعيين - تونس
282	أجندة المؤتمر رات النفسية - صيف و خريف 2007

291 مصطلحات نفسية / PSY TERMINOLOGIES

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

مظاهر الاكتئاب في المجتمع العربي

د. خليل فاضل الطيب النفسي - القاهرة، مصر

www.drfaadel.net - [kmfaadel@gmail.com](mailto: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 تتحالف إلا مع ذاتها، ولا تنتصر إلا لهذه الذات، وكل تحالف سواه مهزوم بعاره وثرائه"¹.

()
 () () () () () ()
 - ()
 !! (Elite)

 : ()
 . ()
 ...
 ()
 ! ()
 Metaphor ()
 . ()
 denial ()
 ()
 (1963) Menninger
 ()
 ()
 ()
 ()
 ()
 ()

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

200 ⁷

(

- - -)

(

()

9

" " "

"هل كان علينا أن نسقط من علو شاهق، ونرى دمنا على أيدينا... لنذكر أننا لسنا ملائكة.. كما كنا نظن؟ وهل كان علينا أيضاً أن نكشف عن عوراتنا أمام الملاء، كي لا تبقى حقيقتنا عذراء؟ كم كذبنا حين قلنا: نحن استثناء! أن تصدق نفسك أسوأ من أن تكذب على غيرك! أن نكون ودودين مع من يكرهوننا، وفساة مع من يحبوننا - تلك هي دونية المتعالي، وخطرة الوضع! الهوية هي: ما نُورث لا ما نرث. ما نختار لا ما نتذكر. الهوية هي فساد المرأة التي يجب أن نكسرهما كلهما أعجبتنا الصورة! تقنع وتشجع، وقتل أمه.. لأنها هي ما تيسر له من الطرائد.. ولأن جنديته أوقفته وكشفت له عن نهدية قائلة: هل لأمك، مثلهما؟ مهما نظرت في عيني.. فلن تجد نظرتي هناك. خطفتها فضيحة! قلبي ليس لي... ولا لأحد. لقد استقل 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 بشري سوى التكوين؟ أخفى السجن، الطامخ إلى وراثة السجن، ابتسامته النصر عن الكاميرا. لكنه لم يفلح في كبح السعادة السائلة من

18 :

()

-)

(

عينيه. رُبُّما لأن النض المتعجل كان أقوى من الممثل. ما حاجتنا للنرجس، 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 عمي. وأنا وابن عمي على أخي. 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 عَدُوِّ 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 الإيطالية... لا فرق؟ قُلْتُ: لا يدافع!. وسألي: هل أنا + أنا = اثنين؟ قلت: أنت وأنت أقل من واحد!. لا أوجل من هويتي، فهي ما زالت قيد التأليف. ولكي أوجل 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 مسبوق، 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 سويلاً 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

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 بيقول (واحد اتنين، الجيش العربي فين، الجيش العربي في مصر، ساكن في مدينة نصر، بيصحي من النوم العصر، بيغتر شاي ومينين)، 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 أيدل أي مجهود، توجهت للجنة الطبية بوجهي البائس المكتئب، وحركاتي الوسواسية القهرية، ووصفاتي الطبية الكثيرة جداً، أخذت الإعفاء، ولم يبق سوى اني أروح وابدأ الشغل مع بابا (مفيس غير كده... الشعب لازم يساعد الرئيس على بناء المستقبل للوطن العظيم).

loss

()

(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 عبدالرحيم) بالضبط.

()

(يادكتور . . يادكتور . . لم أقل لهما أف

ولم أنهرهما لكنهما لم يربيانني صغيراً)

الات 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 الياقون 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 أمي وأماني ومصلحتي وبيخاف عليّ، أنا مش مُسيس 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 أحمي 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 فرشّة 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 أصحي من النوم أردد بيت الشعر الجميل لصالح عبد الصبور (طلع الصباح فما ابتسمت ولم ينتر وجهي الصباح).

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

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

1976

15

!!

2006

-

¹⁶ 1973-1972

2001 11

:

....

11

()

:

9/11

" أيها الواقفون على حافة المذبحة

أشهبوا الأسلحة!

سقط الموت وانفرط القلب كحبات المسبحة

والدم انساب فوق الوشاح!

المنازل أضرحة

والزنائن أضرحة

فأرفعوا الأسلحة

واتبعوني!

أنا ندم الغد والبارحة

رايتي عظمتان ... وُجِّمِه

وشعاري: الصباح."

: "هذا هو

العلاج الحقيقي، لقد توقفت عن البودرة، وخرجت من القمم ماردأ، سأبحث عن أي مكان، أفغانستان أو العراق لكي أحارب أميركا¹⁷ (تتابعت 11 سبتمبر العسكرية والسياسية وبالطبع النفسية على المجتمع العربي لم تكن هيئة خاصة بعد احتلال صدام للكويت، ثم دخول أميركا 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).

)

:

1967

()

()

)

1973

(

()

()

Manic Defense

Nihilistic depression

1967

1973

()

()

101

مُعَادلات الاكتئاب

()

()

"التيك أواي"،

Vaginismus

مراجع و مصادر

- 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 فكرياً- صورة الآخر، العربي ناظراً ومنظوراً إليه- مركز دراسات الوحدة العربية والجمعية العربية لعلم الاجتماع، تحرير الطاهر لبيب- 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 "البيدل" - القاهرة (2007/7/29).
- 14 أمين معلوف (الهويات القتالة - قراءات في الانتماء والعولة) ترجمة د.نبيل محسن - دار ورد - دمشق)
- 15المشير 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 يُنمَّع 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 "الشیطان" 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 اسلوب 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 أحيانا أن عدد الزوار هو واحد و الأعضاء صفر ، و طبعا 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 بخداع ضحايا الدردشة في الهوتميل وغيره من برامج الحوار الجاني و كمرات وهمية تخدع المحاور الآخر بشكل لا يتم التفريق فيه بين الحقيقة و الوهم طبعا فإن الحكومات العربية تشعر بالارتياح لهذا النوع من الإلهاء فهي لا تدخر جهدا 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 يملأها بسيل من الصور الفاضحة فهذا لا باس به لأنه في اعتقاد البعض تشجيع للسباحة و تنمية لعائدها "18

(الاكتئاب الباسم) و(الاكتئاب المُقنَّع)

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 التطبيقية. 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 at,

(Randall)

1993)

(GCMHP, 1998).

%32,2

PTSD

(1999)

%28

(Randall, 1991, 3).

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

(1991)

(127)

17% من

32%

50%

95%

Bleich et al.,)

(1997

2 - أهداف الدراسة

29%

(Maercker et al., 2004)

-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)

(11216)

(45814)

(12623)

(1996)

(9500)

(1997)

-)

(EPI-6)

30%

(1999)

95%

35%

332

(France, 2003)

(1992)

(Engdahl et al., 1998)

(Basoglu et al., 1994)

2.3 - طريقة و أدوات البحث

(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)

0.81 = , (0.82) = .(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 X²)

9 - النتائج

1.9 - الخصائص الديموغرافية لأفراد العينة

1

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

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

3 -2

2- الجامعة		
22.9	76	القدس المفتوحة
25.0	83	الأزهر
26.2	87	الإسلامية
25.9	86	الأقصى
22.9	76	القدس المفتوحة
3- المستوى الدراسي		
30.7	102	الأول
19.3	64	الثاني
31.6	105	الثالث
18.4	61	الرابع
4- المحافظة		
20.8	69	شمال غزة
27.4	91	غزة
45.8	152	الوسطى
4.2	14	خان يونس
1.8	6	رفح
5- الحالة الاجتماعية		
89.2	296	أعزب
9.9	33	متزوج
0.6	2	مطلق
0.3	1	أرمل
6- طبيعة السكن		
61.7	205	ملك
6.9	23	إيجار
31.3	104	مع العائلة
7- مستوى التعليم للأب		
3.9	13	لم يتعلم "أمي"
6.6	22	ابتدائي
15.4	51	إعدادي
33.7	112	ثانوي
35.2	117	جامعة
5.1	17	دراسات عليا
8- مستوى التعليم للأم		
7.2	24	غير متعلمة "أمية"
5.4	18	ابتدائي
20.2	67	إعدادي
47.0	156	ثانوي
18.7	62	جامعة
1.5	5	دراسات عليا
9- نوع عمل الأب		
36.7	122	لا يعمل
11.1	37	عمل عادي
8.7	29	مهني
28.3	94	موظف
15.1	50	أخرى
10- نوع عمل الأم		
85.5	284	ربة بيت
0.9	3	عمل عادي
10.5	35	موظفة
3.0	10	أخرى
11- حجم الدخل الشهري بالدولار		
50.6	168	أقل من 300 دولار
24.4	81	300-500 دولار
15.7	52	501-750 دولار
9.3	31	أكثر من 750 دولار

2.9 - أنواع الأحداث والخبرات الصادمة التي تعرض لها طلبة الجامعات

307 :

%92.5

102	30.7%	64	19.3%	31.6%
105	18.4%	61	4.2%	152
69	20.8%	91	27.4%	45.8%
14	1.8%	6	0.6%	296
205	61.7%	23	6.9%	0.3%
104	31.3%	161	48.5%	34
22	41.3%	137	3.9%	10.2%
51	6.6%	112	33.7%	15.4%
17	5.1%	24	7.2%	35.2%
67	5.4%	156	20.2%	47.0%
5	1.5%	122	36.7%	28.3%
29	8.7%	37	11.1%	15.1%
284	85.5%	35	10.5%	0.9%
300	3.0%	81	24.4%	50.6%
168	50.6%	52	15.7%	9.3%
750-501	15.7%	31	9.3%	750

جدول (1) توزيع أفراد العينة حسب الجنس

الجنس	العدد	النسبة المئوية
الذكور	162	48.8
الإناث	170	51.2

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

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)

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

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

124

124 :
38 (%76)
105 (%23.4)
(%61.7)
38 (%38.3)

$\chi^2 = 8.46,)$

(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 *** دالة > 0.001

6.9- الاكتئاب و جنس أفراد العينة

133 : 6

29 (%82)
(%18) 147 ,
(%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 ** > 0.01 *** دالة > 0.001

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

207 : 7

73 (%73.9)

22 (%26.1)

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 *** دالة > 0.001

8.9 - ترافق المراضة تبعاً لشدة الخبرات الصادمة لدى أفراد العينة

: 8

25 (%3.9)

11 (%96.1)

(%7)

138

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

5.9 - كرب ما بعد الصدمة و جنس أفراد العينة

229 5

(%31)

103 (%69)

122 و (%40.0) ،
 139 ، (%11.4) ،
 18 ، (%93) ،
 $\chi^2 =$ (2.173, df = 3, p = 0.537, NS) ، (%88.6)

5.9.9 - ترافق المراضة تبعاً لتعليم الأم
 2 :
 40 ، (%6.7)
 5 ، (%13.2)
 62 ، (%16.7)
 16 ، (%20.5)
 140 ، (%53.3)
 7 ، (%46.4)
 60 ، (%23.3)
 (%19.9)

كاي ($\chi^2 = 1.580$, df = 3, p) = 0.664, NS)

6.9.9 - ترافق المراضة تبعاً لعمل الأب
 18 :
 104 ، (%60.0)
 2 ، (%34.4)
 35 ، (%6.7)
 1 ، (%11.6)
 (%9.3) ، 28 ، (%3.3)
 86 و (%26.7)
 1 ، (%28.5)
 49 ، (%3.3)
 (%16.2)
 ($\chi^2 = 9.591$, df = 4, p = 0.048)

7.9.9 - ترافق المراضة تبعاً لعمل الأم
 24 :
 260 ، (%80.0)
 3 ، (%86.1)
 4 ، (%1.0)
 31 ، (%13.3)
 2 ، (%10.3)
 8 ، (%6.7)
 (%2.6)
 ($\chi^2 = 2.123$, df = 3, p = 0.54)

8.9.9 - ترافق المراضة تبعاً لدخل الأسرة
 300 : 9
 149 ، (%63.3)
 5 ، (%49.3)
 76 ، (%16.7) 500-300 ، (%25.2)
 750-501 ، (%16.2) 3 ، (%10.0)
 751 ، (%9.3) 3 ، (%10.0)
 28 و (%10.0)

$\chi^2 =$ 2.474, df = 2, p = 0.29)

جدول (8) ترافق المراضة تبعاً لشدة الخبرات الصادمة

مربع كاي د.ح = 2	بدون ترافق		حالات ترافق المراضة		البيان
	%	العدد	%	العدد	
2.47	96.1	25	3.9	1	خبرات صادمة بسيطة
	93	138	7	11	خبرات صادمة متوسطة
	88.6	139	11.4	18	خبرات صادمة شديدة

0.001 > *** دالة 0.01 > ** 0.01 > *

9.9 - ترافق المراضة (الاكتئاب و كرب ما بعد الصدمة) و بعض المتغيرات الديموغرافية
 1.9.9 - ترافق المراضة و جنس أفراد العينة
 :

30 : 302 (%9)
 (%91) ، 302 (%9)
 ($\chi^2 = 0.394$, df = 1, p = 0.53)

2.9.9 - ترافق المراضة و عمر أفراد العينة
 21 : 21
 9 ، (%70.0)
 (%30.0) ، 22
 21 ، 222
 22 ، 80 و (%73.5)
 (%26.5)

$\chi^2 = 0.171$, df =) (1, p = 0.679, NS)

3.9.9 - ترافق المراضة و نوع سكن أفراد العينة
 15 :
 10 ، (%50.0)
 5 ، (%33.3)
 146 ، (%16.7)
 127 ، (%48.3)
 29 ، (%42.1)
 (%9.6)

($\chi^2 = 1.848$, df = 2, p = 0.39)

4.9.9 - ترافق المراضة تبعاً لتعليم الأب
 1 : 9
 34 و (%3.3)
 6 ، (%11.3)
 45 و (%20.0)
 11 ، (%14.9)
 101 و (%36.7)
 12 ، (%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

مربع كاي د.ح = 1	لا يوجد ترافق للمراضة		حالات ترافق المراضة بين الاكتئاب و كرب ما بعد الصدمة		البيان
	%	العدد	%	العدد	
1- الجنس					
0.394	49.3	149	43.3	13	الذكور
	50.7	153	56.7	17	الإناث
2- العمر					
0.171	73.5	222	70.0	21	21 سنة و دون
	26.5	80	30.0	9	22 سنة و فوق
3- مكان السكن					
1.848	48.3	146	50.0	15	معسكر
	42.1	127	33.3	10	مدينة
	9.6	29	16.7	5	قرية
4- تعليم الأب					
0.537	11.3	34	3.3	1	ابتدائي و دون
	14.9	45	20.0	6	إعدادي
	33.4	101	36.7	11	ثانوي
	40.4	122	40.0	12	جامعي و فوق
5- تعليم الأم					
1.580	13.2	40	6.7	2	ابتدائي و دون
	20.5	62	16.7	5	إعدادي
	46.4	140	53.3	16	ثانوي
	19.9	60	23.3	7	جامعي و فوق
6- عمل الأب					
*9.59	34.4	104	60.0	18	لا يعمل
	11.6	35	6.7	2	عامل عادي
	9.3	28	3.3	1	مهني
	28.5	86	26.7	8	موظف
	16.2	49	3.3	1	أخرى
7- عمل الأم					
2.123	86.1	260	80.0	24	ربة بيت
	1.0	3	0.0	-	عاملة عادية
	10.3	31	13.3	4	موظفة
	2.6	8	6.7	2	أخرى
8- دخل الأسرة الشهري					
0.465	49.3	149	63.3	19	أقل من 300 دولار
	25.2	76	16.7	5	301-500 دولار
	16.2	49	10.0	3	501-750 دولار
	9.3	28	10.0	3	أكثر من 750 دولار

10 - خلاصة

(%9)

(%10)

11 - المناقشة

%92.5

307

%90.7

301

(1994)

(%38.8)

91

(%52.2)

%47.2

(1993)

(%62)

%34.9

2007

(2007 ,

)

%24.4

(%47.3)

(%31)

%15

(Ingram et al, 1987).

Oquendo et al.,)

(2003

Breslau et al.,)

(2000

%95 (Bleich et al., 1997)

% 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، عيد العزیز ثابت، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية. ص 5-16: العدد 13-شتاء 2007.
7. فائسة، 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 traumatisation 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 الحرب, دراسة إكلينيكية, دراسات نفسية, الجزء الثاني, القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية, ص 297-326.
10. الزبير, 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 إثناء 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. فرويد, سيجموند: (1989). الكف والعرض والقلق. ترجمة محمد عثمان نجاتي. القاهرة: دار الشروق.
15. صيدم, رياض, ثابت, عبد العزيز: الصدمات النفسية للاحتلال وأثرها 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 باتنسة من الجنسين (الجزائريين)

أ.د. بشير معمريّة - علم النفس باتنسة، 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 المحموم 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 خيرة إنسانية شائعة. فكل فرد من بني البشر تقريبا مر في مرحلة ما من حياته بخيرة الاكتئاب. وتختلف هذه الخيرة 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 للأسباب 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 التغيير الاجتماعي الذي يعمل على زيادة الضغوط النفسية التي تعجل بحدوث الاضطرابات الاكتئابية وتساعد على استمرارها

هذا بالإضافة إلى التفاوت في المستوى الاقتصادي. حيث وُجِدَ وولد World 1982 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 وقلّة 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 واهمته ودفاعيته. 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 واسعاً بكل من أسبابه وانتشاره. حيث يبدو أنه قد وصل إلى مرحلة الوباء مرة أخرى. (غريب عبد الفتاح غريب، 1993، 5).

) :

(39 , 1988 ,

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

2 - أهداف البحث

- 1

- 2

- 3

(80 - أ , 1991 ,) .

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 , ب , 1991 ,

أ - الحالة المزاجية :

(640 , 1988 ,

1. :
2. : 15 %

3. :
4. :

ج - اضطراب اليأس :

ب - الحويوة :

1. :
2. :

د - اضطراب مزاجي يرجع لأسباب طبية عامة :

3. :
4. :

ج - التهيج :

1. :
2. :

3. :
4. :

د - السلوك الباحث عن العزاء والمواساة :

1. :
2. :

3. :
4. :

).

(, 1992, 166).

3.3 - نظريات الاكتئاب

Hollon & Beck 1979

2.2.3 - الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع 4. D. S. M 1994

):

(, 1997, 42 - 44).

(, 1993, 642).

).

1.3.3 - النظرية البيوكيميائية

أ - نوبة الاكتئاب الرئيسي :

ب - اضطراب الاكتئاب الرئيسي :

(, 1997, 48).

Norepinephrine, Serotonin et Dopamine :
Norepinephrine, Serotonin

(47 ,1997 ,

(643 ,1988 ,

These et al 1985

- 1

- 2

(15 ,1996 ,

- 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

(, 1993 , 65) .

/ / /

Melges et Bowlby 1969

-1

-2

-3

-1

-2

-3

-4

-5

-6

Seligman 1984

Shapiro 1984, Brewin 1982, 1984 et al ,1985

Weiner 1983 (1) .

(157 , 1993 ,) .

M. Seligman 1975

Learned Helplessness

(63 , 1993 ,) .

,Abramson et al 1978 وآخرون

,Raps et al 1982

(42 , 1989 ,) .

Weiner et al 1971

(134 , 1995) .

Lichtenberg 1957

(25 ,) .

Engel 1968 Schmale 1958

(12 , 1989 ,) .

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

2.4 - فرضيات البحث

- 1

- 2

- 3

- 4

5. الإجراءات الميدانية للدراسة

1.5 - منهج البحث

2.5 - عينة البحث

527

301 ، 217

24 19 :

3.27

21.04

20.48

23 - 18 :

3.64

(2)

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

4. مشكلة البحث وفرضياته

1.4 - مشكلة البحث

2 - الصدق

W.W. Zung
1988 : (44 , ,) : 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

238	عدم الرضا	2	143	صعوبة العمل	2
232	صعوبة العمل	3	135	عدم الرضا	3
211	الانسحاب الاجتماعي	4	96	الانسحاب الاجتماعي	4
189	الحزن	5	88	الشعور بالذنب	5
188	الشعور بالذنب	6	87	التشاؤم	6
160	التشاؤم	7	84	الشعور بالفشل	7
155	التعب	8	82	الحزن	8
137	كره الذات	9	80	كره الذات	9
133	فقدان الشهية	10	75	التعب	10
130	الشعور بالفشل	11	69	فقدان الشهية	11
113	إيذاء الذات	12	66	تغير صورة الذات	12
104	تغير صورة الذات	13	38	إيذاء الذات	13

(8)

.% 76.92

.()
23.08

.()
.

.%

.(9)

الرقم	الأعراض لدى العينة الكلية	التكرارات 3 + 2
1	صعوبة اتخاذ القرار	480
2	صعوبة العمل	375
3	عدم الرضا	373
4	الانسحاب الاجتماعي	307
5	الشعور بالذنب	276
6	الحزن	271
7	التشاؤم	247
8	التعب	230
9	كره الذات	217
10	الشعور بالفشل	214
11	فقدان الشهية	202
12	تغير صورة الذات	170
13	إيذاء الذات	151

(9)

527 =
.% 69.23

.% 30.77

.% 30.77

.% 69.23

310 217 527
,10.41
.5.98

16 16.39 = 5.98 + 10.14

16

)

100

16

100

29 و .% 13.47

71

.% 18.97

.1 : 2.45:

.% 5.50

: 217 =

310 =

.% 13.36

.% 22.90 :

2.6 - نتائج الفرضية الثانية -

" تتساوى نسبي ارتفاع الاكتئاب بين الذكور والإناث "

: (6)

العينة	حجم العينة	النسبة المئوية	قيمة " z "	مستوى الدلالة
الذكور	29	% 13.36	3.32	0.01
الإناث	71	22.90%		

(6)

3.32

0.01

3.6 - نتائج الفرضية الثالثة -

" يتساوى متوسطا الذكور والإناث في الاكتئاب "

(7)

العينة	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة " t "	مستوى الدلالة
الذكور	217	9.30	5.85	3.53	0.01
الإناث	310	11.17	5.95		

(7)

0.01

3.53

4.6 - السـؤال -

" هل يوجد نفس الترتيب لدى الجنسين لأعراض الاكتئاب الثلاث عشرة من حيث الارتفاع والنوع "

3 + 2

(8)

ترتيب الأعراض لدى عينة الذكور	التكرارات 3 + 2	م	ترتيب الأعراض لدى عينة الإناث	التكرارات 3 + 2
صعوبة اتخاذ القرار	158	1	صعوبة اتخاذ القرار	322

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
 : 2.45 : 1
 Byrne 1981
 1 : 1.5 :
 (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 مختار 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 جميل (1993). الإعزاض السببية والاكتئاب. مجلة التربية جامعة الأزهر العدد التاسع والعشرون.
- 17 - غريب عبد الفتاح غريب (1988). دراسة مستعرضة للفرق 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 (راتم) 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 (راتم) 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 (راتم) عدد ابريل.
- 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 للفرق بين حضارتين وبين الجنسين. دراسات نفسية تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (راتم) 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 الفرق 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/eBookAssaliCont&Pref.pdf

الشعور بالذات وعلاقته بالكآبة لدى طلبة الجامعة

ا.م.د. مهند محمد عبد الستار العـراق

ا.م.د. مها عبد المجيد العـراق

muhand_kh@yahoo.com - muhand_kh@yahoo.com

مشكلة البحث: شهد العقدين الماضيين ازديادا واضحا في عدد حالات الكآبة المرضية، وقد يكون ذلك واضحة في البلدان التي لا تشهد استقرارا في انظمتها السياسية والاقتصادية والاجتماعية وتشوبها انتهاكات فاضحة لحقوق الفرد في المجتمع، إن مشكلة الكآبة لا تكمن في الازدياد 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 آثارها على الفرد وعلى المجتمع. وقد أدى التقدم الملحوظ في التنظير والتشخيص والعلاج الإكلينيكي خلال العقدين الماضيين إلى زيادة المعرفة بالكآبة بوصفها أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا وأشدّها خطورة ودفعاً للموت. (Hammen, 1985, p:39) وهي عند علماء النفس من أكثر الاضطرابات انتشارا 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 كثيرا 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 مستقبلا، 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 ص83)
1996	(Wulsin)	(Sartorius, 1993, p:147)
		(1983 ص226)
		(1631 (Burton)
1997	(Culbertson)	(Wulsin, 1997, p:25).
		(1998 ص28).
	(Bugental)	(Culbertson, 1997, p:25)

-1

-2

-3

(153 1988)
()

()

:

(Carver,1981,p:45) .

-

-

حدود البحث

(2005-2004)

تحديد المصطلحات

(Costa,1994,p:6)(Wegner,1980,p:248) .

أولاً:الكآبة:(Depression)

: 1977 -1

(Plant&Ryan)

(Self-Regulation)

(Scheier)

(Plant&Ryan,1985,p:436)

(1977 ص106) .

1988 (Coles&Emery) -2

(Spielberger) (Carver,1981,p:225) .

(1989 43) .

1991 -3

(Spielberger,1979).

(Scheier&Carver)

(1991) .

1992 -4

(Scheier)

(Scheier&Carver,1977,p:625).

(1992 ص68) .

مقياس(Beck)

1991

(Scheier,1978,p:55) .

(Beck)

ثانياً الشعور بالذات(Self-Processes)

-:

: 1975 (Fenigstein&Others) -1

(Berkowitz,1982,p:218)

(Carver,1981,p:45).

: 1976 (Buss) -2

أهداف البحث

-:

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

الإطار النظري والأدبيات السابقة

أولاً: نظريات الاكتئاب (Depression Theory)

1976 (Hans Eysenk)

()

-:

1- نظرية التحليل النفسي (Psychoanalysis Theory):

()

1969

(Self-Processes) : ()

(Beck) (149 ،2005) .

Self- (Inward) (Presentation) (Wegner,1980,p:247). () (Schema) (Dysfunctional Attitudes) () (Beck) (Performance) (Self-Worth) (Perfectionist) (Loss) (Failure) (Inadequacy) (Worthlessness) (Automatic Thoughts) (Beck) (The Negative Cognitive Traid) (Abramsonetal,2002,p:269). (Cognitive Vulnerability Hypothesis) (Buss,1980,p:43). (Buss) 1980 1999 (Beck) (Alloy,etal,2000,p:403). (Private Self Consciousness) (Cognitive Processes) (Public Self Consciousness) (Cognitive Outcomes) (Social Anxiety) (Buss,1980,p:43) (Buss) (Optimistic Biase) (Schema Driven) (Cognitive Distortion) (Aolly,etal,1990,p:85). (Data Driven) (Beck,1987,p:25).

ثانيا: نظرية الشعور بالذات (Self-Consciousness Theory)

مناقشة واستنتاج

(
 (Negative
 (Maladaptive)
 (Failure)
 (Performance)
 (Cognitive Vulnerability Hypothesis)

(
 (Socialization)
 Self-Schema)
 (Dysfunctional Attitudes)
 (Worthlessness)
 (Inadequacy)

(BerkowitzK1982kp:218).

(Schema)
 (Beck)

(Optimistic)
 (Positive Self Schema)

(Schema Driven)
 (Cognitive Distortion)
 (Biase)
 (Beck, 1987,p:25(Aolly,etal, 1990,p:85).

(Self-Schemas)
 (Self Focused Attention)
 (Perfectionist)
 (Performance)
 (Self-Worth)
 (NagativeThoughts)
 (Alloy,etal,2000,p:403).

(Data Driven)

التوصيات

:
 -1
 (Beak)
 -2
 -3
 -4
 (Cognitive Distortion)
 (Optimistic Biase)
 -5
 -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 A control 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): الاكتئاب. الكويت، مطابع الرسالة.
- 2- ألبياتي، خليل إبراهيم (1991): تعريب وتعديل واختصار قائمة بيك للكآبة، 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): لطب 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 النفسية، اربيل، العراق، مطبعة جامعة صلاح الدين.
- 9- العوادى، 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): أثر 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 career, 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.meilleurduweb.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

الاكتئاب كاستجابة لبعض الممارسات التربوية

(نماذج من بعض الأبحاث في البلاد العربية)

كاثلوم بلميح - علم النفس الجزائري

belmihoubkeltoum@yahoo.fr

الإكتئاب، 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 مثلا اسم الملنخوليا أي السواد، و عرف الشخص الذي يعاني من الإكتئاب بأنه صاحب مزاج سوداوي (Widlocher,1991).

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

و يعتبر الإكتئاب 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 الإكتنابي 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 الإكتئاب 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 الإكتنابية (عمار وآخرون، 1982).

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

معنى الإكتئاب 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)
 سيغلمان 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)
 Hallstrom ,1987
 60 54 38
 400 The theory of
 depression hopelessness
 (1990) (Gotlib et al., 1993)
 Eismann et al.1990
 858 486
 :
 -
 -
 -
 (Wolpe,1975)
 1985

المؤلف	السنة	النسبة المئوية (%)	عدد الحالات
Schaeffer	1965	20	23
	1988	230	
(Zerdoumi 1979, Foughali 1984)			
Bowlby	1978		
طاهر	1990	14	21
1453			
موسى	1993	44	
		13.09	
Seligman et al.	1979		
(Learned helplessness)			
(Cognitif theory of depression)			
Beck	1976-1967		
(Depression-diathesis-stress)		246	
19.89			
		-0.28	
		0.25	
	(2003)	.001	
Abramson et al.	1978		
(Attributional style)		-0.25	
		0.20	
		.001	
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, editeurs 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.

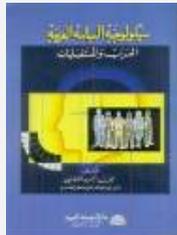
(Attributional style)

قائمة المراجع

1. عبد العزيز، موسى رشاد. (1993). الممارسات الوالدية وعلاقتها بالإكتئاب النفسي. علم النفس المرضى، دراسات في علم النفس. دار عالم المعرفة، القاهرة.
2. عسكر، عبد الله. (1988). الإكتئاب النفسي بين النظرية والتطبيق. مكتبة الأجلو المصرية، القاهرة.
3. غريب، عبد الفتاح غريب. (1988). دراسة مستعرضة لفروق بين الجنسين في الإكتئاب لدى عينة مصرية. مجلة الصحة النفسية، مجلد 29.
4. فرج، عبد القادر طه. (1993). موسوعة علم النفس والتحليل النفسي. دار سعاد الصباح.
5. كشرود هدى. (2003). العلاقة بين أساليب المعاملة الوالدية والإكتئاب واستراتيجيات الكوبين عند الأبناء. رسالة دكتوراة غير منشورة، معهد علم النفس وعلوم التربية جامعة الجزائر.
6. المنجد في اللغة والأعلام. (1986). دار الشروق، الطبعة الثالثة والثلاثون، بيروت.
7. معمري، بشير. (1998). مدى انتشار الإكتئاب بين طلبة الجامعة من الجنسين. الأيام الوطنية الثالثة لعلم النفس وعلوم التربية، جامعة الجزائر.
8. ممدوحة، محمد سلامة. (1989). التشويه المعرفي لدى المكتئبين وغير المكتئبين. مجلة علم النفس، العدد التاسع، الهيئة المصرية العامة للكتاب.
9. ميسرة، مكابد طاهر. (1990). أساليب المعاملة الوالدية وبعض جوانب الشخصية. سلسلة بحوث نفسية وتربوية، تقديم وإعداد: فاروق عبد السلام، ميسرة طاهر، دار الهدى، الرياض.
10. هشام، عبد الله. (1995). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالإكتئاب واليأس لدى عينة من الطلاب والعاملين. 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). Attachment 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

DSM IV-TR . 2.2.1

3.3.1. اكتئاب ثانوي أو راجع إلى أمراض جسدية 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 محصن: 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 [301.13] F31.08
- اضطراب مزاجي دوري: F34.0 [.29680]
- اضطراب ثنائي القطب غير محصن [301.13] F31.9 F30.9

ج- اضطرابات اكتئابية أخرى

- اضطراب مزاج بسبب مرض طبي عام [83 . F06.3x [293]
 - اضطراب مزاج بسبب مادة F1x.8
 - اضطراب مزاج غير محصن [296.90] F3.9
- 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

4.1 التحليل النفسي للاكتئاب

" " " " " "

(8).

2. لمحة وجيزة عن الجنسية عند الإنسان

1.2 علم نفس الرغبة والدوافع الجنسية

1500

-1

-2

-3

-4

-5

-6

() .

()

:

-
-
-

(17)

)"

(20).

() ()
(21)

(22) . " " "

3.3 اضطرابات الانتصاب:

()

(18)

(23)

(24)

(25)

4.3 القذف المبكر:

%50

(19)

2.3 اضطراب الأرقام:

حصار الاكتئاب في الوطن العربي... الواقع والمعيش

أ. ب. أحمد قويدر - عالم النفس الجزائري

benahmed2005@hotmail.fr - benahmed2005@hotmail.fr

حديث شريف: يوشك الأمم أن تداعي عليكم كما تداعي الأكلة إلى قصعتها " ، قالوا: أو من 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) 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 الرحي، 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 باضمحلل 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 سوسولوجيا الامراض النفسية و العقلية و الطب العقلي الأثني.

تبدو اعراضها بلغة الطب النفسي مظاهر الاحباط و القنوط، حدد محمد خير الله الزراد مفهومه في كتابه الامراض العصبية و الذهانية 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 مميزات و خصائصها التي يجب ان تعبر عنها.

1- الواقع المولد للاكتئاب

()

B.Malinowski

3- العولمة و حضارة الاستفهام

: " انتجت

الثقافة المعاصرة نغطا 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 المهذات و الكحول و الادمان " (4)

%95

2- التواصل الهذياتي

" 9 " لا يمكن

اجراء رصد ختامي لما افضت اليه العولمة سواء اكانت ممارسات متنوعة ظهرت منذ ان استقام امر التمركز الغربي ام منذ ان ظهرت حديثا على انها نزعة فكرية نظرية و لكن الامر الذي يمكن رسده و البرهنة عليه هو ان العولمة قد خلقت امكانات واسعة لسيادة الولاء للأخر 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 همام مجتمع

()

ابن خلدون:

المغلوب مولع أبدا بالإقتداء بالغالب في شعاره، وزيه، وخلقته 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، فإذا 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.⁽⁶⁾

5- مؤشور التغيير الاجتماعي

Milieu pathogène

خلاصة

- 1 <http://www.ibb7.com/vb/showthread.php?t=15585>
- 2 محمد خير الله الزراد الامراض العصابية 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. هدى كشرود - 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 السواد، 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 (الصحة 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

semeilogie

persecution

(Lewinston et al., 1983)

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

1979

1980

The theory of

depression hopelessness

(Gotlib et al., 1993)

1989)

60 _

55 _

52 _

(Wolpe, 1975)

بعض المظاهر الإكتئابية في بلاد المغرب العربي

1972

asthenie () - 1

insomnie

- 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. معمريه، بشير. (1998). مدى انتشار الإكتئاب بين طلبة الجامعة من الجنسين. الأيام الوطنية الثالثة لعلم النفس و

انجرادات السلوك و الفكر في الذات العربية

علي زيغور



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

التحليل النفسي للذات العربية

علي زيغور



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

الممرض الاكثئابوي... دليل الممارس العربي

DEPRESSION IN GENERAL PRACTICE : RECOGNITION AND TREATMENT

د. روبن سبتيل - 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 يجيل طبيب العائلة بين اثنين إلى خمسة مرضى اكتئاب إلى أطباء نفسيين أو إلى وكالات مختصة أخرى، ويعالج 10 - 15 مريضاً من الهجمة الأولى و30 - 70 مريضاً مصاب 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 آرثروات، 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 أصبئ 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 بروفوسور روث في نيوكاسل عام 1958 عندما كنت مكماً لنظام التدريب. وإنه لمن السخرية أن ننظر إلى الوراثة 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 فما جافاً أيضاً.

يبقى الاكتئاب تحدياً للممارسة العامة، متضمناً الممرضات، زوار الصحة، الأطباء النفسيون، الباحثون الاجتماعيون المختصات 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 التأذيّة والمستاءة. في نفس الوقت هناك مجال للأبحاث في الوقاية، المعالجة الأفضل، التشخيص بالكمبيوتر، استخدام الأقارب حشد من الأسئلة الأخرى فير المحابة بانتظار الأجوبة في الممارسة العامة.

يجب أن يرشد هذا الكتاب الممارسين العاميين 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

30

(1.1).

10

20 - 30%

2500

3 - 4 %

.20

5

4

50

1

3

2

4

3

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

6-3 1.2 - تشخيص الاكتئاب

2

3

1.2

2.2 ا. ا. ا.

جدول 1.2: الموجودات الحادة النموذجية للاكتئاب:

- تعطل النشاطات الطبيعية: عدم القدرة على أداء الواجبات اليومية؛ 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 بميل نحو من أحبهم ورفض محاولاتهم لتأمين راحته. وبشكل متزايد، وجد صعوبة في البكاء، وبأية حال لم تعد الدموع تجلب الراحة. تدريجياً، تضاءلت طاقته وفقد الاهتمام بالأشياء، 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	غمي النجاة	شعور بسوء	توهّمات:
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 وإيماءة 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.
- توهّمات و/أو أهلاس.

عبوس	حساسية	شعور بالعيش في روتين	تعب	فقدان
قنوط	شعور بالعجز	شعور بالعيش في روتين	آلام مستمرة	الاستحقاق أو
قلق وتوتر	شعور باللامبالاة	نشاطات تبدو غير واضحة أو لا معنى لها	أوجاع وأيضاً	العدمية المراقبة
نقص الاستمتاع	عدم القدرة على التكيف	رغبي بالتماس مأوى	فقدان الشهية	مثال: الأعماء
نقص الرضى	التكيف	فقد الرغبة الجنسية	اضطراب النوم	فقد
فقد المشاعر	صعوبة اتخاذ القرارات	إعياء	فقد الرغبة الجنسية	فسدت. أهلاس:
البكاء	القرارات	عدم القدرة على الاسترخاء	الجنسية	بشكل نموذجي
مزاج مقلقل	خجل	أعراض لا إرادية	إعياء	سلبية، صوت
حدة	فقدان الأمل	كثرة النسيان وعدم القدرة على التركيز	عدم القدرة على الحديث، سلبية	يتحدث إلى المريض ومحتويات الحديث، سلبية
نزق	لوم الذات	هياج	هياج	مثال:
		بطءة حركية	بطءة حركية	أنت تموت بالسرطان / الإيدز
		إمساك	إمساك	

* ويلكسون (1989) "الاكتئاب".

قصة مرضية 11

كانت بربارا بائسة، خاصة في الصباحات. لقد تغير نمط نومها: اكتشفت صعوبة ذهابها إلى النوم في المساء وكانت تستيقظ في الساعات المبكرة، غير قادرة على العودة للنوم. وبشكل متزايد قلقت على صحتها. توفيت أمها بسرطان الثدي وبدأت تفكر أنها ستموت من نفس السبب. كانت لا تتناول طعامها وفقدت أكثر من كيلوغرام بقليل من وزنها في الشهر الماضي. لقد أخذت إجازة من عملها لأنها غير قادرة على إنجازها وبدأت تفكر أنها عديمة القيمة استحوذ على أفكارها شعور بالذنب. لم تعد تحتل تقبل زوجها. وباربارا تنتقد أداءها كزوجة وأم وتلوم نفسها لجلب العار على عائلتها. لم تعد الحياة تستحق أن تعاش.

2.2 - تمييز بين القلق والاكتئاب

التجسيد

الاكتئاب الفانت

- 30

%50

جدول 3.2*: العوامل المسؤولة عن الفشل في كشف الاكتئاب

- اكتئاب مقنعة بعرضها كأجزاء من أعراض جسمية.
 - اكتئاب حكم بأنها ارتكاس مشوش لمشكلة طبية.
 - اكتئاب فوتت خلال عمل تشخيصي ناقص.
 - اكتئاب قلل من شأنها لعلاقتها بالمرض الفيزيائي.
 - اكتئاب أخطى تشخيصها على أنها عته لدى الكهول.
 - اكتئاب أخطى فهمها على أنها ميل سلب.
- * ديروغاتينز ووايز (1989) - اضطرابات القلق والاكتئاب في مرضى الداخلية

(1986):

1940)

"

X

3.2 - فهم الأمراض الطبية النفسية

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

5.2 - التاريخ الطبيعي للاكتئاب

- 1

%

- 2

- 3

6.2 - سير الأمراض الاكتئابية

40 - 30

2 - 1

3 2

6 - 3

4.2 - انحراف التشخيص وضبطه

(4.2)

%50

5 2

%15

7.2 - منظور الممارسين العامين

جدول 4.2* : السلوك أثناء المقابلة المتعلقة بـ ضبط 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.

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، نرق، 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 والانتشاح، 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*: تميزالاكتئاب عن العته في الكهول

مظاهر سريرية	اكتئاب	عته
البدء	سريع نسبياً	تدرجي
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	نموذجية	غير نموذجي عدا النوم

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

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

- 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.

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

.1 3

14.2 - اضطراب ثنائي القطب

/ /

2.1.3 - الاكتئاب الأولي والثانوي

.()

2.3 - تصنيف معتمد على الأعراض

1.2.3 - الاكتئاب العصبي والنفاسي

15.2 - سوء المزاج (عصاب اكتابي)

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

5.3 - متلازمات أخرى
1.5.3 - ارتكاسات الفقد
 الأسى النموذجي

- 1 - تبرد 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 المقتمع

3.5.3 - اكتئاب بعد الولادة

،(The blues)

1000 2

3

1. 7.

4.5.3 - الشخصية الاكتئابية

فرضية

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 التوأم والتبني

5

70%

25% 50%

6.4 - شدة الحياة

12 6

4- أسباب المرض الاكتيبي

1.4 - عوامل وراثية

2.4 - الوراثة والبيئة

10%

80%

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*

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

ويلكنسون (1989) " الاكتئاب "

8.4 - التكيف مع التحول

9.4 - كيمياء الدماغ والجسم
40

1.9.4 - سير وتغيير

2.9.4 - نور أدرينالين

3.9.4 - الهرمونات الأثوية

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 (%75)
(%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 حديث (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 مخفق 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
مميته	غير مميته
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 الأخفض والأعلى	الطبقة الاجتماعية الأخفض
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
المشاكل الحالية	أحداث في الأسبوع السابق
	أحداث في الـ 24 ساعة السابقة
	نفسية
	اجتماعية
عوامل الخلفية	فيزيائية
	أذى الذات متعمد سابق
	شخصية
	قصة شخصية وعائلية
الحالة العقلية الراهنة	مرض الاكتئاب
	أمراض فصامية
	إساءة استعمال الكحول و/ أو المخدرات
	نشاط معرفي
قابلية التكيف	طرائق تكيف سابقة
	مصادر حالية للتكيف
أخيراً من المهم تثبيت ماهية العلاج، نفسي، اجتماعي أو فيزيائي، الملائم والقبول من المريض الآن وفي المستقبل.	

12.5 - تقييم القصد الانتحاري

%1

%10

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

"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 ينتمي (هو أو هي) الذهاب للنوم وعدم الاستيقاظ ؟
- هل يتمنى (هو أو هي) الموت فجأة أو القتل في حادث ؟

1.14.5- الوقاية الأولية

:

:

(Samaritans)

2.14.5 - الوقاية الثانوية والثالثية

)

(

(

()

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

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

13.5 - تقييم خطورة التكرار

%15

:

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

14.5 - تديير أذى الذات المتعمد

%50

%25

%25

2.6 - الأطباء النفسيون في الرعاية الأولية

5 1
()

4.6 - الباحثون الاجتماعيون

1970 1960

()

جدول 16: أسباب التماس النصيح 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 - الإشراف

7 - العلاج الطبي

1.7 - دور الممارس العام

7.6 - خلاصة

3- 2

%10

12-3

2.7 - الكحول

B12 ()

%95

(1.7)

جدول 1.7 *: العوامل التي تؤثر على تغيير استجابة الدواء في المرضى الكحول

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 الأتوبي	الإطراح
استجابة الجرعة الدوائية	↑ الحساسية	المستقبلات

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

3.7 - التصرف الباكسر

-3

6.7 - التدبير الطبي لمرضى الاكتئاب

4.7 - النصح والإشراف

(ECT)

1.6.7 - الأدوية المضادة للاكتئاب
الاستجابات

()

()

(Relate)

(Cruse)

- الاختيار الأول من الأدوية المضادة للاكتئاب
()

5.7 - العلاج النوعي

() (14 - 7)

()

آلية التأثير

-1

-2

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 نظمية	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 الدجتللة	ديجتال
↑ تأثير مضادات الاكتئاب، أزمة نقص أو فرط توتر، فرط الحرارة،	مثبطات المونو أمين
اختلاجات	أكسيداز
تعزيز متبادل	المسكنات
↑ تأثير الكينيدين	كينيدين
↑ تأثير مقلدات الودي	مقلدات الودي
↑ تأثير مضادات الاكتئاب؛ احتمال	هرمونات الدرق
↑ تأثير الدرقي (التروثيد)	

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

نقص الاستجابة:

- 1
- 2
- 3

()
/ . / . / . / . / . / .
/ . / . / . / . / . / .

مضادات استطباب:

- 1
- 2
- 3
- 4

إشارات للمرضى والممارسين حول التعامل مع التأثيرات غير الملائمة

التأثيرات الجانبية المشابهة للأدوية:
جفاف الفم: أقتح رشقات منتظمة من الماء أو فاكهة / حلوى / علكة.
إمساك: أقتح 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 بفاصل 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 التوتور 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 المونوأمين أكسيداز
MAOIs

5 - 3)

"

3

التأثيرات الجانبية

.MAOIs

3

MAOIs

6 - 4

- التفاعلات مع مثبطات المونوأمين أكسيداز

MAOIs

14

MAOIs

. MAOIs

14

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

" "

()

6 7.6.7 - العوامل النفسية الاجتماعية

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
المطووعة
الموعد التالي

9.6.7 - التقييم السريري لمطووعة 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 أبدأ
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:

3 - التشجيع لطلب توجهات جديدة في الحياة:

(The Samaritans)

2.8 - العلاج المعرفي

2.1.8 - توجيه العلاج النفسي

i
ii
iii
iv

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

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 متزنأ.
- 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 ظروفأً 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 - التمريض

20

(The Samaritans)

(Fellowship of Depressive Anonymous)

10.2 - التعامل مع الشدة

- التكيف مع النوم المضطرب

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

24

20

()

(: ...)

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 خبز 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 بالخلول للمشكلة، افترض الحل الذي تستطيع بداهة في اليوم التالي، وثبت تماماً كيف ستنفذ الخطة. لا تضجع 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 ...

9.10 - روتين قصير

x viii , vi , iv , I

10.10 - فقد الاهتمام، بطء النشاط نقص الطاقة

•

•

•

•

•

•

11.10 - فقد الشهية

•

•

•

10

12.10 - فقد الدافع الجنسي

13.10 - فقد الثقة وتحاشي الظروف الاكتئابية

(x - i)

()

30

خطبة 3 - الاسترخاء

- 1

- 2

- 3

i

ii

iii

iv

v

vi

vii

viii

ix

x

1 - أسأل الأسئلة التالية:

)

!:

-2

i

ii

iii

15.10 - وضع مذكرة للتحسن

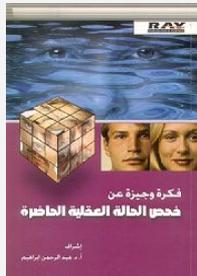
16.10 - سجل ما حصل

التاريخ	العلامة	النجاحات	التقنية	الهدف	الالهُو / 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 - abdelaziz@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, ureic 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
Education level	High degree	3	3.8	4	5.0
	Illiterate	18	22.5	20	25.0
Kidney transplantation rejection	Yes	0	0	12	15.0
	No	0	0	68	85.0
Health obstacles	Yes	0	0	33	41.3
	No	0	0	47	58.7
Duration	Below one year	29	36	13	16.3
	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

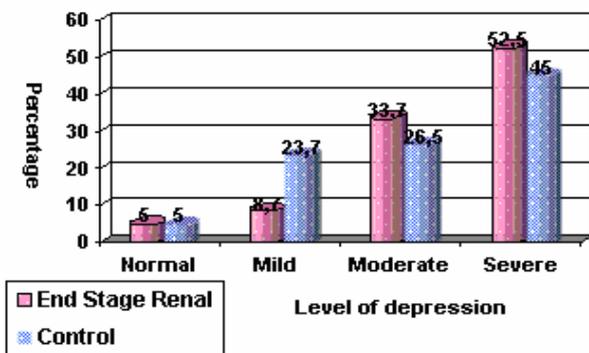
3.1 - Depression level

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 socio-demographic 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 significant 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 ($\chi^2 = 10.539$, $p = 0.05$). 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 a wait a transplant, because of the need to free needed dialysis space, faced a doubly uncertain future. Obligated to a wait for a long period till 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, psychotherapists, 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)							
	Female		Male		Female		Male					
Sex	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.	%	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

* X² = 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

* X² = 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

* X² = 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

* X² = 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

* X² = 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

* X² = 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., Rosen feld, B., Kirsh, K.L., Donaghy, K., The obald, 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. Rifikin, 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

Spécificités 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 Maniaco-depressifs Starting To Adolescence

The objective of the study was to raise maniaco-depressive unrest specificities 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 Etiopathogéniques

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 III R) 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'évènements stressants sur le sujet favorisant ainsi le développement des troubles.
- 3- La troisième : certains tempéraments exposent plus le sujet à des situations stressantes.
- 4- 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.

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 all (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: Réurrence 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., NORTEN S.G. Mania during adolescence : the pathologic 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- LEWINSOHN 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- McGLASHAN. 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 eJOURNAL

Full Text Free

- N°1 - Winter 04 : www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ1/apnJ1.exe
- N°2 - Spring 04 : www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ2/apnJ2.exe
- N°3 - Summer 04 : www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ3/apnJ3.exe
- N°4 - Autumn 04 : www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ4/apnJ4.exe
- N°5 - Winter 05 : www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ5/apnJ5.exe
- N°6 - Spring 05 : www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ6/apnJ6.exe
- N°7 - Summer 05 : www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ7/apnJ7.exe

ARABPSYNET eJOURNAL

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 سيبرنطيقا 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 الجببي
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 entêtement 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 glotonnerie, 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 grégois, 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 acquis 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 immanquablement par tomber, dans cette maladie de la tristesse et des ruminations qu'est la mélancolie. Tous ces explorés 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 prolix 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'impenétrabilité 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 prêt 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 classier 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 continues, 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 coeur ; 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 coeur 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 "tâtis" 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 survenant 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 | Connexion

Rechercher

Bienvenue sur le site du Forum Bipolaire Tunisien.

Les troubles bipolaires de l'humeur sont de nos jours les troubles mentaux les plus fréquents, puisque des études récentes estiment leur prévalence sur la vie à près de 5%. Ils sont également une des pathologies psychiatriques les plus graves du fait des nombreuses complications qui peuvent favoriser l'aggravation 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 traitements avancés 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

قواعد النشر بمجلة شبكة العلوم النفسية العربية

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

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

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

■ قواعد عامة

- الالتزام بالقواعد العلمية في كتابة البحث.
- الجودة في الفكرة والأسلوب والمنهج، والنوثق العلمي، والخلو من الأخطاء اللغوية والنحوية
- 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- يراعي في إعداد قائمة المراجع ما يلي : تسجيل أسماء المؤلفين والمترجمين منبوعة بسنة النشر بين قوسين ثم بعنوان المصدر ثم مكان النشر ثم اسم الناشر.
- 3- استيفاء البحث لمطلبات البحوث الميدانية والتجريبية بما يتضمنه من مقدمة، والإطار النظري والدراسات السابقة، ومشكلة البحث وأهدافه، وفروضه وتعريف مصطلحاته.
- 4- يراعى الباحث توضيح أسلوب اختيار العينة، وأدوات الدراسة وخصائصها السيكومترية وخطوات إجراء الدراسة.
- 5- يقوم الباحث بعرض النتائج بوضوح مسبقاً بالجدول الإحصائية أو الرسومات البيانية، متى كانت هناك حاجة لذلك
- 6- تخضع الأعمال الطبفسية المعروضة للنشر لتحكيم اللجنة الاستشارية الطبفسية للمجلة، كما تخضع الأعمال العلمفسية لتحكيم اللجنة الاستشارية العلمفسية وذلك وفقاً للنظام المعتمد في المجلة ويبلغ الباحث في حال اقتراحات تعديل من قبل المحكمين.
- 7- توجه جميع المراسلات الخاصة بالنشر إلى رئيس الموقع على العنوان الإلكتروني للمجلة.
- 8- الأراء الواردة في المجلة تعبر عن رأي كاتبها ووجهات نظرهم.
- 9- لا تعاد الأبحاث 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 يذكّر أسماء الباحثين جميعهم للمرة الأولى مثل (دسوقي، النابلسي، شاهين، المصري، 1995)، وإذا تكررت الاستعانة بنفس المراجع يذكّر الاسم الأخير للباحث الأول وآخرين مثل (دسوقي و آخرون، 1999) أو (Sartorius et al., 1981) وإذا كان عدد الباحثين ستة فأكثر يذكّر الاسم الأخير للباحث الأول و آخرون مثل (الدمرداش، و آخرون، 1999) أو (Skinner, et al., 1965)، وعند الاقتباس يوضع النص المقتبس بين قوسين صغيرين " " وتذكر أرقام الصفحات المقتبس منها مثل: (أبو حطب، 1990: 43)

وجود قائمة المراجع في نهاية البحث يذكّر فيها جميع المراجع التي أشير إليها في متن البحث وترتب ترتيباً أبجدياً. دون ترتيبه مسلسل. حسب الاسم الأخير للمؤلف أو الباحث 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 والتربوية والاجتماعية، القاهرة: الأجلو المصرية
- عندما يكون المرجع بحثاً في مجلة:

اسم الباحث (سنة النشر) عنوان البحث، اسم المجلة، المجلد الصفحات، مثل: النطاسي، نابتة (2002). تعبير التفكير للطفل الخليجي، مجلة الطفولة العربية، 12، 87 - 114

ج- عندما يكون المرجع بحثاً في كتاب:

اسم الباحث (سنة النشر) عنوان البحث، اسم معد الكتاب، عنوان الكتاب، اسم البلد: الناشر، الصفحات التي يشغلها البحث
1- الإشارة إلى الهوامش بأرقام متسلسلة في متن البحث ووضعها من قمتها على حسب التسلسل في أسفل النص التي وردت لها مع مراعاة اختصار الهوامش إلى أقصى قدر ممكن، وتذكر المعلومات الخاصة بمصدر الهوامش في نهاية البحث قبل الجزء الخاص بالمصادر والمراجع
2- وضع الملاحق في نهاية البحث بعد قائمة المراجع

■ الدراسات والمقالات العلمية النظرية:

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

■ عرض الكتب الجديدة ومراجعتها:

تنشر المجلة مراجعات الباحثين للكتب الجديدة 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- عنقوى العرض على اسم المؤلف وعنوان الكتاب والبلد التي نشر فيها واسم الناشر، وسنة النشر، وعدد صفحات الكتاب.

كتابة تقرير المراجعة بأسلوب جيد

■ التقارير العلمية عن الندوات والمحاضرات:

تنشر المجلة التقارير العلمية عن المؤتمرات والندوات والمحاضرات في مجال علم النفس والطب النفسي التي تعقد في البلاد العربية أو غير العربية بشرط أن يغطي التقرير بشكل كامل ومنظماً أخبار المؤتمر أو الندوة أو الحلقة الدراسية وتصنيف الأبحاث المقدمة ونتاجها وأهم القراءات والنوصيات كما تنشر المجلة محاضرات الحوار في الندوات التي تشارك فيها لمناقشة قضايا تتعلق بالاختصاص.

