

The field of global mental health was the product of decades of interdisciplinary research and practice in diverse transnational contexts.

كان مجال الصحة العقلية العالمية نتاج عقود من البحث والممارسة متعددة التخصصات في سياقات عبر وطنية متنوعة.

"هو مش موضوع اجي بالساهل"

"كان فيه تحديات كثيرة و لحتى نهاية القرن العشرين ما كان يُعطى للموضوع اهمية ... في عام 2015، تم تحديد أهداف التنمية المستدامة (SDG) من قبل دول متعددة، تمت إضافة بعض الأهداف المتعلقة بالصحة النفسية"

TABLE 10-1 Mental Health in the Sustainable Development Goals	
United Nations' Sustainable Development Goals	
SDG 3	Ensure healthy lives and well-being for all at all ages
SDG Target 3.4	Requests that countries: "By 2030, reduce by one third premature mortality from non-communicable diseases through prevention and treatment and promote mental health and well-being"
SDG Target 3.5	Requests that countries: "Strengthen the prevention and treatment of substance abuse, including narcotic drug abuse and harmful use of alcohol"
SDG Target 3.8	Requests that countries: "Achieve universal health coverage, including financial risk protection, access to quality essential health-care services and access to safe, effective, quality and affordable essential medicines and vaccines for all"

"هذا العمل يعتبر جديد نسبياً (بدأت مع بدايات القرن الحادي والعشرين) عندما نشرت مجلة lancet السلسلة التاريخية (landmark series) ناقشت فيها الصحة العقلية العالمية وتحدياتها خاصة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل.. بعد هيك صار فيه اهتمام اكبر بمواضيع الصحة النفسية.. صار فيه ابحاث و مؤتمرات .."

" وصار فيه توجه انه يصير العمل proactive بدل من reactive "

HISTORICAL DEVELOPMENT

Past !!

The earliest developments of public mental health care can be traced at least as far back as the early Islamic world of the Middle East, North Africa, and Spain.

Although accounts differ, it seems that the first hospitals that cared for persons with mental disorder were established by Islamic physicians during the ninth century CE in Baghdad and Egypt (Dols, 1987).

Within a few hundred years, institutional care had spread 3,000 miles to the west in Marrakech (twelfth century) and Fez (thirteenth century), Morocco (Moussaoui & Glick, 2015).

يمكن إرجاع التطورات الأولى في مجال رعاية الصحة العقلية العامة على الأقل إلى أوائل العالم الإسلامي في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا وإسبانيا.

وعلى الرغم من اختلاف الروايات، يبدو أن المستشفيات الأولى التي تهتم بالأشخاص ذوي الاضطرابات العقلية قد أنشأها أطباء مسلمون خلال القرن التاسع الميلادي في بغداد ومصر (دولز، 1987).

وفي غضون بضع مئات من السنين، انتشرت الرعاية المؤسسية على مسافة 3000 ميل غرباً في مراكش (القرن الثاني عشر) وفاس (القرن الثالث عشر)، المغرب (موساوي وجليك، 2015).

"يعني اول اشي بلشت على شكل مستشفيات خاصة للأمراض النفسية خلال العهد الاموي، بعدين على شكل مراكز خاصة ضمن مستشفيات في الدولة العباسية".

"كانت هاي المستشفيات والمراكز النفسية تستخدم نوع من العلاجات (كان يعتبر غريب في ذلك الوقت.. اللي هو هلاً حالياً احنا بنستخدمه) لعلاج الأمراض النفسية مثل توفير بيئة مريحة، و عطور، و بخور و موسيقى ووجبات غذائية خاصة". والتاريخ يسجل ذلك .. ✨

The beginning of modern public mental health can be traced to the late eighteenth century, when there was a decided shift in beliefs about the nature of mental disorder. Before this time, "madness" was associated with a loss of rationality, which meant that persons with mental disorders were considered as less than human and, in an effort to restore them to reason, were treated as brutes. (Skull, 1989) Brutes = " زي البهايم "

يمكن إرجاع بداية الصحة العقلية العامة الحديثة إلى أواخر القرن الثامن عشر، عندما حدث تحول واضح في المعتقدات حول طبيعة الاضطراب العقلي. قبل هذا الوقت، كان "الجنون" مرتبطاً بفقدان العقلانية، مما يعني أن الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات عقلية كانوا يعتبرون أقل من البشر، وفي محاولة لإعادتهم إلى العقل، كانوا يعاملون على أنهم متوحشون.

After that public asylums were created. As soon as the public asylums opened, they were filled beyond capacity. Even though these asylums were critiqued heavily. The Lancet (1857) published an editorial, "The Crime of Lunacy and How We Punish It," that questioned the efficacy of asylums: "They are . . . mere houses of detention." But even with the bad care in these asylums the number of these asylums kept increasing, especially in Europe and America.

بعد ذلك تم إنشاء المصحات العامة. وبمجرد افتتاح المصحات العامة، امتلأت بما يتجاوز طاقتها. على الرغم من أن هذه المصحات تعرضت لانتقادات شديدة كما نشرت مجلة لانسييت (1857) مقالة افتتاحية بعنوان "جريمة الجنون وكيف نعاقبها" شككت في فعالية المصحات: "إنها . . . مجرد بيوت اعتقال". ولكن حتى مع سوء الرعاية في هذه المصحات، استمر عدد هذه المصحات في التزايد، خاصة في أوروبا وأمريكا.

Despite deteriorating conditions in asylums (rebranded as mental hospitals and psychiatric hospitals in the United Kingdom and the United States, respectively [Cohen & Minas, 2016]), the number of psychiatric inpatients continued to increase in the developed nations of the West.

Then, beginning in the 1950s, efforts in North America, Western Europe, and Australia were initiated to remove long-term patients from psychiatric facilities and provide treatment and care in the community.

The incentive for what came to be called deinstitutionalization evolved from convergence of several forces.

على الرغم من تدهور الأوضاع في المصحات (التي أعيدت تسميتها لتصبح مستشفيات للأمراض العقلية ومستشفيات للأمراض النفسية في المملكة المتحدة والولايات المتحدة، على التوالي [كوهين وميناس، 2016])، استمر عدد المرضى النفسيين في الزيادة في الدول النامية الغنية في الغرب.

بعد ذلك، بدءاً من الخمسينيات من القرن العشرين، بدأت الجهود في أمريكا الشمالية وأوروبا الغربية ونشرت أستراليا لإزالة المرضى طويلي الأمد من مرافق الطب النفسي وتوفير العلاج والرعاية في المجتمع. وقد تطور الحافز لما أصبح يسمى "الخروج من المؤسسات" من التقارب بين عدة قوى.

"بعد ما صار ضغط كبير على هاي المصحات، صار فيه توجه الى اخراج المرضى خاصة اللي عندهم امراض مزمنة وبالتالي بحاجة الى الدوية عديدة"

After that, the concept of deinstitutionalization, ظهر

حيث يغادر المرضى هذه المصحات بعد فترة من الزمن ويعودون إلى المجتمع لإكمال علاجهم .

ولكن ما حدث على أرض الواقع هو أن المجتمع لم يكن مؤهلاً لإعطاء المريض الرعاية المناسبة،

so the patients ended in prisons, nursing homes, forensic institutions etc.. Deinstitutionalization is a good theoretical concept but is very hard to implement. مطلوب لكن صعب تنفيذه ولحقه العديد من السلبيات

على الصعيد الإيجابي، بعض المرضى كانوا محظوظين انه عندهم أسرة تحتويهم بعد خروجهم من المصحات "سجلوا تحسناً إيجابياً بعد مغادرة المصحات."

مع نشأة منظمة الصحة العالمية، بدأ الاهتمام بالصحة النفسية العالمية. وتطور مع الوقت حتى بدأت منظمة الصحة العالمية في إجراء البحوث وإنشاء اللجان وفرق العمل المعنية بالصحة النفسية.

The biggest achievement by the WHO related to mental health was that it was able to **include mental disease as a part of the global burden of disease**. This is important because now research funds and grants have to consider mental health diseases now.

These findings provided the most compelling evidence that mental disorders were priority public health disorders in low and middle and high-income countries alike. Thus, the GBD study opened the way to the field that became known as global mental health.

وكان أكبر إنجاز حققته منظمة الصحة العالمية فيما يتعلق بالصحة العقلية هو أنها تمكنت من إدراج المرض العقلي كجزء من العبء العالمي للمرض. وهذا أمر مهم لأن الصناديق والمنح البحثية يجب أن تأخذ في الاعتبار أمراض الصحة العقلية الآن.

قدمت هذه النتائج الدليل الأكثر إقناعاً على أن الاضطرابات النفسية كانت من اضطرابات الصحة العامة ذات الأولوية في البلدان المنخفضة والمتوسطة والمرتفعة الدخل على حد سواء. وهكذا، فتحت دراسة العبء العالمي للأمراض الطريق أمام المجال الذي أصبح يعرف باسم

Culture and Mental Disorders

It is crucial to understand the role of culture in the experience, diagnosis, and treatment of mental disorder

"في علاقة بينهم طبعاً"
"الاضطرابات النفسية جزء لا يتجزأ من الثقافة"

لكن موضوع التصنيف للاضطرابات النفسية يحظى بالعديد من الانتقادات، لأن أنظمة التصنيف في جميع أنحاء العالم لا تراعي الفروقات الثقافية بين المرضى، (ليس كل المعايير قابلة للتطبيق)

CULTURAL CONSIDERATIONS FOR BIOMEDICAL PSYCHIATRIC CLASSIFICATION

the classification of diseases leads, in theory, to more accurate diagnoses and effective treatments.

Valid and reliable systems of classification make it possible to determine accurate prevalence and incidence rates and, therefore, should guide decisions about the development of services.

The classification of mental disorders, however, presents some unique challenges.

يؤدي تصنيف الأمراض، من الناحية النظرية، إلى تشخيص أكثر دقة وعلاجات فعالة.

تتيح أنظمة التصنيف الصالحة والموثوقة تحديد معدلات الانتشار ومعدلات الإصابة بشكل دقيق، وبالتالي ينبغي أن توجه القرارات المتعلقة بتطوير الخدمات.

لكن تصنيف الاضطرابات النفسية يطرح بعض التحديات الفريدة.

Psychiatric diagnoses do not "carve nature at the joint" and the boundaries between different conditions may not be distinct.

Unlike other diseases, there are no specific an replicable patho physiological pathways to distinguish most mental disorders in a clinical setting.

التشخيصات النفسية لا "تنحت الطبيعة عند المفصل" وقد لا تكون الحدود بين الحالات المختلفة واضحة.

على عكس الأمراض الأخرى، لا توجد مسارات فسيولوجية مرضية محددة قابلة للتكرار للتمييز بين معظم الاضطرابات العقلية في البيئة السريرية.

Moreover, clinical classification in psychiatry is based on the symptom profiles, rather than on the disorders'etiology (as in the case of infectious diseases) or their pathology (as in the case of vascular disease).

Two main biomedical systems of **psychiatric classification** are **used today**: the International Classification of Diseases [ICD] (WHO, 1990) and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM] (American Psychiatric Association [APA]).

علاوة على ذلك، يعتمد التصنيف السريري في الطب النفسي على ملامح الأعراض، وليس على مسببات الاضطرابات (كما في حالة الأمراض المعدية) أو علم الأمراض (كما في حالة أمراض الأوعية الدموية).

يتم استخدام نظامين طبيين حيويين رئيسيين لتصنيف الطب النفسي اليوم: التصنيف الدولي للأمراض [ICD] (منظمة الصحة العالمية، 1990) والدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية [DSM] (الجمعية الأمريكية للطب النفسي [APA]).

So, what are these international classification systems?

We have DSM-->released by APA, ICD-->released by WHO,

DSM is an American system and we use it in Jordan, but most of the European countries use ICD.

عنا تحديات (مشكلتين) في ما يتعلق بتشخيص الامراض النفسية :

١- يجب أن تعلم أن الاضطرابات النفسية تختلف عن الاضطرابات الطبية، في طريقة التشخيص والعلاج، في الاضطرابات الطبية هناك قاعدة يمكنك الاعتماد عليها، وهناك بعض أوجه التشابه بين المرضى، ولكن في الاضطرابات النفسية هذا الشيء مش موجود، لا يوجد تكرار في الحالات، (كل مريض بيجيك شكل)

٢- لدينا الكثير من تداخل الاعراض بين الاضطرابات المختلفة.

"حتى لو كان لديك الكثير من الخبرة، فمن الصعب تشخيص الاضطرابات النفسية." وهذا يقودنا إلى مفهومين:

2 concepts ETIC and EMIC, in ETIC we mean **universal systems** that we think it can work on a every culture and patient, **DSM and ICD** use this method. but in EMIC we take into consideration the **cultural and subcultural differences**,

DSM and ICD don't care of EMIC (يعني هم بركزوا) على الامور العامة التي بتغطي اكبر شريحة ممكنة بدون الدخول في تفاصيل المجتمعات

ولكن حتى لو تم تصنيف DSM على أنه ETIC، إلا أنه ليس عامًا بما فيه الكفاية، يعني ان هذا التصنيف يعكس المرضى الأمريكيين والأوروبيين (EMIC). ونتيجة لذلك ستجد أن أنظمة التصنيف هذه ليست جيدة بما فيه الكفاية في مجتمعاتنا لأن معظم أطباء الطب النفسي لدينا يستخدمون أنظمة التصنيف هذه بالضبط (دون مراعاة الاختلافات الثقافية) 🙄

عشان هيك الناس صارو يتجنبوا يطلبو الرعاية النفسية

The current classification is ETIC (past)

It is argued that classifications of psychiatric disorders largely reflect American and European emic concepts of psychopathology based on implicit cultural concepts of normality and deviance. In addition, the classification systems have not been comparably applied across racial/ethnic groups within the same clinical context.

يقال أن تصنيفات الاضطرابات النفسية تعكس إلى حد كبير المفاهيم الأمريكية والأوروبية لعلم الأمراض النفسية بناءً على المفاهيم الثقافية الضمنية للحياة الطبيعية والانحراف. بالإضافة إلى ذلك، لم يتم تطبيق أنظمة التصنيف بشكل مماثل عبر المجموعات العرقية/الإثنية ضمن نفس السياق السريري.

▶ the tenth revision of the ICD (ICD-10) was developed with the explicit purpose of being an international standard (WHO, 1990). Thus, efforts were made to ensure that the drafters of the ICD-10 were drawn from as many countries as was feasible, and the revised system of classification was field- tested by more than 700 clinicians in 39 countries from all continents. The vast majority of ICD10 conditions have reasonable reliability (Sartorius et al., 1993).

تم تطوير المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض (ICD-10) لغرض واضح وهو أن يكون معياراً دولياً (منظمة الصحة العالمية، 1990). وهكذا، بُذلت الجهود لضمان أن واضعي الإصدار العاشر من التصنيف الدولي للأمراض قد تم اختيارهم من أكبر عدد ممكن من البلدان، وتم اختبار نظام التصنيف المنقح ميدانياً من قبل أكثر من 700 طبيب في 39 دولة من جميع القارات. تتمتع الغالبية العظمى من حالات ICD10 بموثوقية معقولة (Sartorius وآخرون، 1993).

الإصدار الحالي من DSM هو الخامس والإصدار الحالي من ICD هو الحادي عشر.

الخلاصة: بالطبع لدينا اختلافات ثقافية في الاضطرابات النفسية والأعراض، وتواجه أنظمة التصنيف الدولية هذه الكثير من التحديات لأنها لا تهتم بـ EMICs. (تذكر أن أنظمة التصنيف هذه لها إصدارات).

ALTERNATIVE APPROACHES TO CATEGORIZE AND CONCEPTUALIZE MENTAL DISORDERS

the first Chinese Classification of Mental Disorders (CCMD) appeared in 1979

ظهر التصنيف الصيني الأول للاضطرابات العقلية (CCMD) في عام 1979

CROSS-CULTURAL METHODS AND APPROACHES FOR MENTAL HEALTH RESEARCH AND SERVICES

لما بدي اعمل تطبيق بحثي لازم اهتم بهاي المصطلحات :

1- content equivalence:

يعني هل الظاهرة اللي انا بدرسها تعتبر دلالة على اضطراب نفسي في هذه الثقافة وكذلك في الثقافات الأخرى

2- semantic equivalence: "Meaning"

Does the meaning of each item remain the same after translation?

Past !!

3- technical equivalence:

How does the method used in data collection affect results differentially between cultures?

using the same techniques to study the phenomenon, so u can't use different techniques because the results will be unreliable.

4- criterion (standard) equivalence:

comparing the results I've got with international criterias, if the results after comparing are all the same then this is criteria equivalence.

Also, we have transcultural translation.

كمان الترجمة لازم تراعي اختلاف الثقافات

Regarding clinical services in global mental health, the cultural formulation interview (CFI; EXHIBIT 10-1) in DSM-5 is a new tool that can be applied to any patient or population and assures that cultural factors are integrated in diagnosis, treatment planning, and delivering care (APA, 2013).

فيما يتعلق بالخدمات السريرية في مجال الصحة العقلية العالمية، فإن مقابلة الصياغة الثقافية (CFI؛ العرض 10-1) في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-5) هي أداة جديدة يمكن تطبيقها على أي مريض أو مجموعة سكانية وتؤكد تكامل العوامل الثقافية في التشخيص وتخطيط العلاج، وتقديم الرعاية (APA، 2013).

The CFI was developed to assess five components:

(1) cultural identity of the individual.

Past !!

(2) cultural explanations for an illness.

(3) cultural factors contributing to psychosocial environment and functioning.

(4) cultural factors influencing the clinician-patient/client relationship.

لكل مشكلة نفسية.. هاي ال tool رح تساعدك على انك توخذ بعين الاعتبار EMICs للمريض.....بتسلط الضوء على الاشياء اللي بالجدول (:

EXHIBIT 10-1 Cultural Formulation Interview in DSM-5

This CFI is a tool for clinicians and treatment teams to improve mental health services by assuring that cultural factors are integrated into diagnoses, treatment planning, and delivery of care. The CFI includes four components:

- Cultural definition of the problem: Explanatory models including prominent idioms of distress, reasons for treatment seeking, and impact on functioning.
- Cultural perceptions of the cause, context, and support: Cultural models of causation, impact on and influence of one's social network, culturally relevant interpretations of social stressors, and cultural identity of the individual.
- Cultural factors affecting self-coping and past help-seeking: Self-coping, past help seeking, and prior barriers to care and recovery.
- Cultural factors affecting current help seeking: Patient preferences related to social networks and religion, and clinician-patient relationship factors. The provider must identify differences and similarities in cultural and social status that might influence diagnosis and treatment.

THE DETERMINANTS OF MENTAL DISORDERS

The etiology of mental disorders comprises a complex interplay among biological factors, most notably genetic predisposition, developmental factors, and psychosocial factors.

تشتمل مسببات الاضطرابات النفسية على تفاعل معقد بين العوامل البيولوجية، أبرزها الاستعداد الوراثي، وعوامل النمو، والعوامل النفسية الاجتماعية.

Psychotic conditions, which historically have been thought to arise predominantly from biological risk factors, have increasingly been shown to be strongly influenced by social determinants.

لقد تبين بشكل متزايد أن الحالات الذهانية، التي كان يعتقد تاريخياً أنها تنشأ في الغالب

Past!!

Although risk factors for the majority of mental disorders present themselves in childhood and adolescence, the major burden of mental disorders is found in early adulthood (Murray et al., 2012). Indeed, range of childhood adversities, such as neglect and parental mental illness, are strongly associated with numerous mental disorders in later life, presumably due to the impact of "toxic stress" on the developing brain.

على الرغم من أن عوامل الخطر لغالبية الاضطرابات النفسية تظهر في مرحلة الطفولة والمراهقة، إلا أن العبء الأكبر للاضطرابات النفسية يقع في مرحلة البلوغ المبكر (موراي وآخرون، 2012). في الواقع، ترتبط مجموعة من محن الطفولة، مثل الإهمال والأمراض العقلية لدى الوالدين، ارتباطاً وثيقاً بالعديد من الاضطرابات العقلية في وقت لاحق من الحياة، ويرجع ذلك على الأرجح إلى تأثير "الإجهاد السام" على الدماغ النامي.

These factors can be divided into risk factors and protective factors. Risk factors make it more likely that an individual will develop mental health difficulties, whereas protective factors mediate and reduce the effects of risk exposure. Risk and protective factors can exist in the biological, psychological, and social domains (TABLE 10-3). Many risk factors for mental disorder also predispose persons to a host of physical health and social problems. Adverse childhood experiences (ACEs), such as child abuse and domestic violence, loss of caregivers, nutritional deprivation, and severe childhood illness, are exposures that increase the risk of physical diseases (e.g., cardiovascular and metabolic disease), mental disorders (e.g., suicide, substance abuse, and common mental disorders), and early mortality (Anda et al., 2006; Van Niel, Pachter, Wade, Felitti, & Stein, 2014).

ويمكن تقسيم هذه العوامل إلى عوامل خطر وعوامل وقائية. عوامل الخطر تزيد من احتمالية إصابة الفرد بصعوبات في الصحة العقلية، في حين أن عوامل الحماية تتوسط وتقلل من آثار التعرض للمخاطر. يمكن أن توجد عوامل الخطر والحماية في المجالات البيولوجية والنفسية والاجتماعية (الجدول 10-3). العديد من عوامل الخطر للاضطراب العقلي تهيئ الأشخاص أيضاً لمجموعة من المشاكل الصحية الجسدية والاجتماعية. تجارب الطفولة السلبية (ACEs)، مثل إساءة معاملة الأطفال والعنف المنزلي، وفقدان مقدمي الرعاية، والحرمان من التغذية، وأمراض الطفولة الشديدة، هي حالات تعرض تزيد من خطر الإصابة بالأمراض الجسدية (مثل أمراض القلب والأوعية الدموية) والاضطرابات العقلية (على سبيل المثال، الانتحار وتعاطي المخدرات والاضطرابات العقلية الشائعة) والوفيات المبكرة (Anda et al., 2006; Van Niel, Pachter, Wade, Felitti, & Stein, 2014).

The Social Determinants of Mental disorders:

The economic domain.

The social domain.

The demographic domain.

The neighborhood domain.

The environmental events domain.

محددات وليست اسباب

الآن بشكل عام يوجد هناك توافق بين الباحثين على أن معظم الاضطرابات النفسية تعتبر **biologically based**، يعني أن هناك **biological predisposition (genetic, chemical imbalances...)** فإن العوامل النفسية والاجتماعية والثقافية والعاطفية تلعب دوراً في حدوثها وشدتها والتشخيص والعلاج (العوامل الاجتماعية لا تسبب المرض وانما تظهره).

الجدول مهم

Domain	Risk Factors	Protective Factors
Biological	<ul style="list-style-type: none">Exposure to toxins (e.g., tobacco and alcohol) during pregnancyGenetic tendency to psychiatric disorderHead traumaHIV/AIDS and other physical illnesses	<ul style="list-style-type: none">Age-appropriate physical developmentGood physical healthServices provided at mother-baby clinics
Psychological	<ul style="list-style-type: none">Maladaptive personality traitsEffects of emotional, physical and sexual abuse, and neglect	<ul style="list-style-type: none">Ability to learn from experiencesGood self-esteemHigh level of problem-solving abilitySocial skills
Social		
Family	<ul style="list-style-type: none">DivorceFamily conflictPoor family disciplinePoor family managementNo family	<ul style="list-style-type: none">Family attachmentOpportunities for positive involvement in familyRewards for involvement in family
School or workplace	<ul style="list-style-type: none">Failure to perform at the expected levelLow degree of commitment to school or workplaceInadequate/inappropriate educational provision or training opportunitiesExperiences of bullying and victimization	<ul style="list-style-type: none">Opportunities for involvement in school or occupational activitiesSupportive, stimulating school environment that is tailored to children's developmental needs
Community	<ul style="list-style-type: none">Community disorganizationEffects of discriminationExposure to violenceSocial conflict and migrationPovertyTransitions (e.g., urbanization)	<ul style="list-style-type: none">Connectedness to communityOpportunities for constructive use of leisurePositive cultural experiencesPositive role modelsRewards for community involvement

Past !!

Some numbers:

1 -Schizophrenia: 23 million cases in 2015

2- bipolar disorder: 44 million cases in 2015

3- substance use disorders: 63 million cases in 2015

طيب شو الحل INTERVENTIONS?

بدنا سياسات وخطط، بدونهم رح يكون العمل عشوائياً (will be Reactive without proactive plans).

Mental Health Policies and Plans.

A mental health policy presents the values, principles, and objectives for improving mental health and reducing the burden of mental disorders in a population.

سياسات وخطط الصحة العقلية.

تعرض سياسة الصحة العقلية القيم والمبادئ والأهداف لتحسين الصحة العقلية وتقليل عبء الاضطرابات العقلية لدى السكان.

Human Resources for Mental Health Care

The implementation of mental health policies and plans depends on both the quantity and the quality of the personnel available to implement interventions.

الموارد البشرية لرعاية الصحة العقلية

يعتمد تنفيذ سياسات وخطط الصحة العقلية على كمية ونوعية الموظفين المتاحين لتنفيذ التدخلات.

There are vast differences among regions of the world in terms of the availability of mental health professionals.

In almost all countries, there is a gap between the supply of personnel and the demand for their services.

هناك اختلافات كبيرة بين مناطق العالم

من حيث توافر المتخصصين في الصحة العقلية.

في جميع البلدان تقريباً، هناك فجوة بين العرض من الموظفين والطلب على خدماتهم.

+ و ايضا من المهم جداً دعم الموارد البشرية (العاملين في مجال الصحة النفسية).

Prevention and Treatment of Mental, Neurological, and Substance Use Disorders.

الوقاية والعلاج من الاضطرابات العقلية والعصبية واضطرابات تعاطي المواد.

Also we need interventions on the primary, secondary and tertiary levels

ما بدي تصير كل تدخلاتي لما بصير المرض (علاج المرض) (we need prevention....).

We have hidden patients with mental disorders= the families. الام والاب

The intervention might be on the level of **population**.

وقد يكون التدخل على مستوى السكان.

Evidence-based population-level recommendations include legislative **Past !!**

measures to restrict access to means self-harm and **suicide** وتشمل التوصيات على مستوى السكان المبنية على الأدلة التشريعية تدابير لتقييد الوصول إلى وسائل إيذاء النفس والانتحار.

Regulatory interventions include taxation, restrictions on availability, and total bans all forms of direct and

تشمل التدخلات التنظيمية فرض الضرائب، والقيود على التوفر، والحظر التام لجميع أشكال الإعلان المباشر وغير المباشر.

Population level means: strategies, policies, regulatory interventions, intervention in taxations, laws, working on stigma and public discrimination.

And the intervention might be on the level of **community**.

Life-skills training in schools to build social and emotional competencies is an example of a best practice to reduce the burden of MNS disorders.

وقد يكون التدخل على مستوى المجتمع.

التدريب على المهارات الحياتية في المدارس لبناء الكفاءات الاجتماعية والعاطفية هو

here we are talking mainly on life skills training in schools (school based programs) and they are extremely effective.

لما تشتغل على الفرد وتدعم مهاراته من البداية هذا الشيء كثير يسهل العمل

And the intervention might be on the level of **healthcare providers**, and this intervention is focusing mainly on the health care providers and the workers in mental field. include self-management psychological interventions, such as web-based psychological therapy for depression and anxiety.

وقد يكون التدخل على مستوى مقدمي الرعاية الصحية، ويركز هذا التدخل بشكل رئيسي على مقدمي الرعاية الصحية والعاملين في المجال النفسي. تشمل التدخلات النفسية للإدارة الذاتية، مثل العلاج النفسي عبر الإنترنت لعلاج الاكتئاب والقلق.

HUMANITARIAN EMERGENCIES:-

There is a concept known as PFA (Psychological First Aid) which is very important for people who were in wars or disasters (this intervention is extremely important).

Mental health services are especially important to address the acute and chronic needs of populations affected by complex humanitarian emergencies, such as war, environmental disasters, earthquakes, and other causes of forced displacement.

وتحظى خدمات الصحة النفسية بأهمية خاصة لتلبية الاحتياجات الحادة والمزمنة للسكان المتأثرين بحالات الطوارئ الإنسانية المعقدة، مثل الحروب والكوارث البيئية والزلازل والفيضانات. وأسباب أخرى للنزوح القسري.

Delivering Effective Treatments and Scale-up: Strategies for health-system strengthening include efforts in the following areas:

تقديم علاجات فعالة وتوسيع نطاقها: تشمل استراتيجيات تعزيز النظام الصحي الجهود المبذولة في المجالات التالية:

► To enact WHO's Comprehensive Mental Health Action Plan (WHO, 2013b); to adopt a main stream rights-based perspective.

◀ تفعيل خطة العمل الشاملة للصحة النفسية لمنظمة الصحة العالمية (منظمة الصحة العالمية، 2013ب)؛ لتبني منظور قائم على الحقوق.

► To update health policies, plans, and laws to be consistent with international human rights and standards, such as the United Nations' Convention on the Rights of Persons with Disability (UNCPRD).

► تحديث السياسات والخطط والقوانين الصحية لتتوافق مع حقوق الإنسان والمعايير الدولية، مثل اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (UNCPRD).

► To address stigma and enhance mental health literacy to increase demand for care.

► لمعالجة الوصمة وتعزيز المعرفة بالصحة العقلية لزيادة الطلب على الرعاية.

► To increase advocacy by mental health service

► لزيادة الدعوة من خلال خدمة الصحة العقلية

► To improve MNS services financing through diversion of taxes (alcohol, tobacco, marijuana), promotion of low-cost generic drugs, and de-implementation of harmful or ineffective treatments (e.g., benzodiazepines and vitamins in primary care).

► تحسين تمويل خدمات MNS من خلال تحويل الضرائب (الكحول والتبغ والماريجوانا)، والترويج للأدوية الجنيسة منخفضة التكلفة، وإلغاء تنفيذ العلاجات الضارة أو غير الفعالة (مثل البنزوديازيبينات والفيتامينات في الرعاية الأولية).

► To include MNS disorders in health management information systems as national indicators.

► إدراج اضطرابات الجهاز العصبي المتعدد في نظم معلومات الإدارة الصحية كمؤشرات وطنية.

RESEARCH PRIORITIES IN GLOBAL MENTAL HEALTH

Research priorities in global mental health are continuously evolving and reflect national and global policies, funders and their priorities, public attention to health issues, advocacy from human rights and service users groups, and other trends in national and global health

تتطور أولويات البحث في مجال الصحة العقلية العالمية باستمرار وتعكس السياسات الوطنية والعالمية، والممولين وأولوياتهم، والاهتمام العام بقضايا الصحة، والدعوة من جانب مجموعات حقوق الإنسان ومستخدمي الخدمات، والاتجاهات الأخرى في مجال الصحة الوطنية والعالمية.

Where to go in this field? And what researches say?

The positive thing is that mental health have become priorities in researches and global agenda .

The global mental health agenda by WHO most of the nations have signed for it including Jordan, this agenda is seeking to have cultural competency in the field of mental health so every person can get the mental care that suits him/her regarding all the

1) Which of the following is correct regarding determinants of mental disorders?

- Risk factors for the majority of mental disorders present in childhood and adolescence
- Risk factors for the majority of mental disorders present in early adulthood
- Risk factors mediate and reduce the effects of risk exposure
- Risk factors are not known for mental disorders

2) Which of the following is considered a risk factor for mental health?

- Age-appropriate physical development
- Family attachment
- Exposure to violence
- Social skills

3) Historical records on the development of global mental health show that:

- First psychiatric hospitals in history were developed in the Islamic world
- First psychiatric hospitals in history were developed by the Greek civilization
- Asylums showed to be one of the most effective approaches
- Deinstitutionalization showed to be the most effective approach

4) Which of the following is considered correct regarding current psychiatric classification systems?

- These systems are considered culturally based
- These systems are considered emic perspectives
- These systems are considered etic perspectives
- These systems are based on disease etiology and pathology

5) Developing legislative measures to restrict access to means of suicide is considered a:

- community-level recommendation
- population-level recommendation
- healthcare-level recommendation
- individual-level recommendation

6) The social determinants of mental disorders can be classified into economic, social, demographic, neighborhood, and environmental domains. Issues related to poverty and employment are considered part of which domain?

- economic
- social
- environmental
- demographic

7) Which of the following statements is not correct regarding the 'Cultural Formulation Interview'?

- It assesses the cultural explanation of illness
- It can be applied to any patient or population
- It assesses the cultural identity of the individual
- It includes questions regarding illness pathology

8) In cross-cultural research, when the meaning of measures items remain the same after translation, this is called:

- Semantic equivalence
- Content equivalence
- Criterion equivalence
- Technical equivalence

9) Which of the following is correct regarding universal systems approach:

- in these systems, everyone in a country should be able to access the same range of services on the basis of their income
- in these systems, poor people are often disadvantaged
- in these systems, care is provided at high costs at the point of delivery
- in these systems, everyone in a country should be able to access the same range of services on the basis of their needs

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9.

A C A C B A D A D