

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة وهران

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس و علوم التربية و الأطفونيا

رسالة دكتوراه محلو، تحت عنوان:

التمثيلات الثقافية للعلاج و وظيفتها في المسار العلاجي للمكتب الراشد

دراسة عيادية لثمان حالات بالمؤسسة الإستشفائية للأمراض العقلية بمستغانم

تحت إشراف الأستاذ الدكتور

بن شهيدة أحمد

إعداد الطالب الباحث:

بن أحمد قويدر

أعضاء لجنة المناقشة:

الأستاذ الدكتور: منصور محمد الحق.....جامعة وهران
الأستاذ الدكتور: بن شهيدة أحمد، مشرفا و مقررا.....جامعة وهران
الأستاذة الدكتورة: يولوند غوفيندا، مناقشة.....جامعة روين فرنسا
الأستاذ الدكتور: سي موسى عبد الرحمان مناقشة..... جامعة الجزائر
الدكتور: بونغازي الطاهر مناقشة..... جامعة تلمسان
الدكتور: فسيان حسين مناقشة..... جامعة وهران

السنة الجامعية 2010-2011

كلمة الشكر

الحمد لله الذي تتم به الصالحات و الصلاة و السلام على اشرف المرسلين و
على آله و صحبه و سلم إلى يوم الدين.

كما لا يفوتني أن أتقدم بالشكر الجزيل إلى الأستاذ الدكتور: **بن شهيد أحمد**
على توجيهاته التي كانت لي سندا طيلة هذا البحث، و أصبحت توجيهاته
معالم منهجية أقتدي بها في كل حين.

كما لا أنسى الأستاذة الدكتورة **يولوندا غوفينداما Yolande Govindama**
من جامعة باريس 5 (روون Rouen حاليا) التي فعلا
أرست قواعد هذا البحث بتوجيهاتها و ملاحظاتها التي ساعدتني كثيرا و أثمرت
جهودها وفق ما يتطلبه البحث العيادي .

و إلى أساتذة قسم علم النفس بجامعة وهران و جامعة مستغانم، كما لا أنسى
القائمين على مستشفى الأمراض العقلية بسيدي شحمي و مستغانم الطاقم
الطبي و الإداري.

كلمة الإهداء

أهدي هذا العمل إلى والديا الكريمين، اللذان كانا ينتظران مني هذه اللحظات،
فارجوا أنني قد وفقت في التعبير عما يجول في خاطرهما. و إلى أخي المرحوم -
الحاج - الذي ترك في عائلتنا فراغا رهيبا، لم يكن في الحسبان، تغمده الله
برحمته الواسعة.

و الى زوجتي و ابنتي "آية" و أختي الوحيد "رشيدة"

و إلى إخوتي و الى عائلة "بن أحمد" أينما وجدت و الى عائلتي الثانية عائلة

"عالم"

و إلى كل جاد يريد فعلا ان يكون لبنة مقدسة تاجها العلم و طريقها العمل.

كما أنني لا و لن أنسى أخي و صديقي الأستاذ "قاري محمد" رحمة الله عليه.

و إلى كل امرأة أتقنت فن التضحية من موقعها كمريضة أو كأم أو كزوجة أو
كأخت أو كإبنة لمريض.

محتويات البحث

أ	كلمة الشكر.....
ب	الإهداء.....
ج	مدخل الدراسة.....
8	المقدمة.....
13	أسباب اختيار الموضوع.....
14	أهداف اختيار الموضوع.....
15	إشكالية البحث.....
28	فرضيات البحث.....
30	التحديد الإجرائي للمفاهيم.....
33	تاريخ الاكتئاب:.....
37	2- المفهوم اللغوي للاكتئاب:.....

الفصل الأول

الدراسة الإكلينيكية للاكتئاب

32	تمهيد:.....
33	1- تاريخ الاكتئاب:.....
37	2- المفهوم اللغوي للاكتئاب:.....
37	3- المفهوم الطبي للاكتئاب:.....
42	4- المفهوم الإكلينيكي للاكتئاب:.....
42	4- 1 طبيعة الاضطرابات النفسية:.....
42	4-1-1 الخاصة الفردية للحياة النفسية غير العادية:.....

43	4-1-2 الحالة المؤقتة للشعور:
44	5- الأسباب المرضية للاكتئاب
44	5-1 الافتراضات البيولوجية:
46	5-2 الافتراضات النفسية
47	5-3 افتراضات المحيط أو البيئة
48	6- علاقة الاكتئاب بالأمراض الأخرى:
48	6-1 الاكتئاب والقلق المستديم:
50	6-2 القابلية للتطور الى اضطرابات عقلية أخرى
51	6-3 التلازم المرضي للاكتئاب مع الأمراض الجسمية:
52	6-4 مرض الشلل الرعاشي "باركينسون"
52	6-5 الاكتئاب و الصدمات الوعائية الدماغية:
53	6-6 الاكتئاب و مرض السرطان:
53	6-7 الاكتئاب ومرض نقص المناعة المكتسبة (السيدا):
53	6-8 الاكتئاب وأمراض القلب و الأوعية الدموية:
54	6-9 الاكتئاب والانتحار
55	6-9-1 محاولات الانتحار السابقة
55	6-9-2 الانتحار ومضادات القلق:
56	7- علم أعراض القلق و الاكتئاب:
56	7-2 الاكتئاب والمرض العقلي:
58	7-3 الاكتئاب و الجنون:
58	8- نظريات تفسير الاكتئاب:
59	8-1 النظرية العضوية الطب عقلية:
60	8-2 النظريات السيكلوجية في تفسير الاكتئاب:

- 67.....8-3 النظرية المعرفية:.....
- 70.....8-4 نظرية البيئة الاجتماعية:.....
- 70.....9- الاكتئاب عند الراشدين:.....
- 71.....10- المزاج الاكتئابي:.....
- 7211- مرض الاكتئاب في الجزائر:.....

الفصل الثاني

دراسة الطرق العلاجية

- 76.....تمهيد:.....
- 78.....1- تعريف المسار العلاجي في الطب العقلي و العلاج النفسي:.....
- 81.....2- التكامل العلاجي بين الطب العقلي والعلاج النفسي.....
- 83.....2-1 الطب العقلي:.....
- 85.....2-2 العلاج النفسي:.....
- 87.....2-2-1 العلاج النفسي التحليلي:.....
- 88.....2-2-2 العلاج السلوكي المعرفي:.....
- 90.....2-2-2-1 النماذج المعرفية العاملة في الحقل العيادي:.....
- 94.....3- اهداف العلاج النفسي:.....
- 95.....4- العوامل العلاجية المشتركة.....
- 96.....5- العلاج النفسي والبيئة الأنثربولوجية:.....
- 104.....6- النماذج العلاجية في الجزائر.....

الفصل الثالث

دراسة التمثلات

- 120.....تمهيد:.....

121	1- تحديد مفهوم التمثلات:
120	1-1 المفهوم اللغوي:
124	1-2 المفهوم الاصطلاحي:
124	1-2-1 المفهوم الفلسفي
124	1-2-2 المفهوم الاجتماعي:
126	2- نظريات التمثلات في علم النفس:
130	2-1 التمثل في علم النفس الاجتماعي:
135	2-2 نظرية التمثل في علم النفس المعرفي:
136	3- النمو المعرفي و التمثلات:
141	4- النظرية الانثروبولوجية للتمثل:
146	5- علم النفس الثقافي و التمثلات:
149	6- خصائص التمثل:
150	7- مقارنة تكون التمثلات:
153	8- التمثلات في علم النفس العيادي:
154	8-1 المقارنة التحليلية لمفهوم التمثل:
157	8-2 المقارنة الفينومينولوجية لمفهوم التمثل في علم النفس العيادي:
159	8-3 المقارنة المعرفية لمفهوم التمثل في علم النفس العيادي:
164	9- الاعتقادات و التمثلات:

الجانب التطبيقي

المنهج و الآليات

170	1- الاطار المنهجي للبحث:
-----	--------------------------

173.....	2- منهج الدراسة:
174.....	3- تصميم ادوات البحث:
175.....	3-1- بناء الاستمارة:
183.....	4- عينة البحث و اختيار الحالات:
186.....	5- مكان اجراء الدراسة:
186.....	5-1- دراسة المؤسسة:

الجانب التطبيقي

دراسة الحالات

191.....	الحالة الأولى:
212.....	الحالة الثانية:
228.....	الحالة الثالثة:
242.....	الحالة الرابعة:
258.....	الحالة الخامسة:
274.....	الحالة السادسة:
291.....	الحالة السابعة:
307.....	الحالة الثامنة:
323.....	6- التحليل العام للحالات:
330.....	7- تحليل النتائج في ضوء الفرضيات:
354.....	8- صعوبات البحث:
355.....	9- الاقتراحات و التوصيات:
356.....	10- الخاتمة:
359.....	قائمة المراجع:
372.....	الملاحق:

مقدمة:

كتب دوركهايم Durkheim كتابه الانتحار دراسة سوسولوجية سنة 1897 ليبين أثر فقدان عنصر التضامن و التكافل الاجتماعي باعتبارهما من أهم الأسباب المؤدية إلى الانتحار، حيث يشعر الفرد أنه يعيش حالة من الانهيار و العزلة و الوحدة المرضية، و أن عالمه الخاص مليء بالمآسي، و تتراجع لديه قوة التحمل، فيلجأ إلى الانتحار كوسيلة تختفي من خلالها هذه المآسي التي يعيشها في داخله و يتصورها في علاقاته مع الآخرين، و هذا يفسر غياب محيط و وسط مساندة للفرد، أين يستطيع تلبية حاجاته العاطفية و الوجودية، فارتبط الانتحار بالوجود لأن الانتحار هو قتل و تحويل كل هذه المآسي نحو المحيط. و كل هذا ناتج عن حالة من القنوط و اليأس الذي يصبح جوهر الحياة اليومية، لذلك يوصف هذا العصر بأنه عصر القلق و الاكتئاب نتيجة تعقد الحياة اليومية و الأزمات الاقتصادية و السياسية ففي الوقت الذي وجدت هذه النظم من أجل تطور الإنسان، و جعله يعيش حالة من الاستقرار، أصبح يعيش حالة من البؤس، و تداخل لديه السعادة و الحزن، الحرية و الأسر، الصحة و المرض. و من بين أثار ذلك يعيش انسان هذا العصر في تعايش مع الأمراض بمختلف أصنافها العضوية و النفسية و النفسجسدية و بينت التقارير الرسمية للمنظمة العالمية للصحة OMS، أن الاكتئاب سيكون في المرتبة الثانية بعد أمراض القلب و إن لم يكن هو أحد أسبابها، و قد أخذ الاستعدادات وفق برنامج طبي يتمثل في العلاج الطبي (الطب العقلي) و الاهتمام بالصحة النفسية، و لكن كل هذه الجهود لم تستطع أن تمنع العديد من الحالات من الانتحار في ظل انغلاق في العلاقات الاجتماعية و شعور الفرد بأنه مجرد من ذاته و من قيمته مجرد جسم يتحرك بمفرده، و يتطلع. إلى الجماعة التي تعمل على توطينه و تحقيق الأمن

و الاستقرار و تحقيق الذات من خلال ما تملك من مقومات نفسية، اجتماعية، اقتصادية نحو الآخر الذي يحمل نفس المقومات التي يحملها هذا الفرد. فكل الأعمال التي قامت بدراسة الاكتئاب تحدد مفهومه على انه حالة حادة من المعاناة النفسية العميقة التي تجعل من الفرد غير قادر على الاستمرار في الحياة، و تجعله سجين الحزن و اليأس و القنوط. و تم التعامل مع هذا المرض في العديد من السجلات الطبية و النفسية و حتى الأنثروبولوجية لكن المرض يزداد يوما بعد يوم و نظرة الاستشراف للمنظمة العالمية للصحة تؤكد صعوبة المرض و عدم وجود علاج فعال، و عليه يبقى المكتئب في حالة من التبعية للأدوية و البحث عن علاج فعال بأي طريقة، و هذا ما يجعله يتجه في العديد من الأحيان الى رحلة البحث عن علاج. البحث في ثقافته العلاجية في المقام الأول- التي أصبحت نظاما قائما بذاته و جزء لا يتجزء من حياته، فيذهب عند الطبيب العقلي و عند الأخصائي النفسي أملا في العلاج، لكن دون جدوى، في ظل هذه الوضعية نتناوبا مجموعة من الأسئلة: بما أن المريض جزء من العملية العلاجية، كيف يتمثل المريض كل من المرض، المعالج، و العلاج؟ و هل يؤثر ذلك على مساره العلاجي؟ و هل للاعتقادات دور في العلاج (الفعالية)؟ و هل نتعامل مع هذه الحالة وفق اعتقاداتها في المرض و في العلاج ؟ بحيث يمكننا ذلك من محاولة فهم تصورات المريض للمرض، كي يساعدنا ذلك في القيام ببرمجة علاج يأخذ العمل العلاجي بشكل كلي، و ليس بتجزء مثلما هو حاصل في العمل العلاجي ككل الحالي، أي الاعتماد التقني دون اخذ بعين الاعتبار كلية الفرد مما يتطلب وقتا و جهدا كبدائية للعلاج، لنصل في الأخير إلى معرفة قيمة العملية العلاجية و كيف يتعامل معها المريض و المعالج انطلاقا من تصوراته عن المرض و عن العلاج، يمكننا ذلك من فهم النموذج الاكتئابي كمرض و كمعاناة

حقيقية، و ترشيد المسار العلاجي كإمكانية للتخلص من هذه المعاناة، و مساعدة المكتئب على إيجاد توازنه، و تكيفه مع العوامل المؤثرة في حدوث المرض. فموضوع دراستنا يحاول أن يتناول بالدراسة وظيفة التصورات الثقافية للاكتئاب و للعلاج الذي يخضع له المكتئب طيلة مساره العلاجي، و استدعى ذلك منا تقسيم بحثنا إلى العناصر التالية:

الفصل الأول:

يضم هذا الفصل دراسة شاملة للاكتئاب من حيث التصنيف العلمي و الطبي في تصنيف (DSM-VI) و (CIM-10) من حيث هو مرض و عرض و مجموعة زمالات مرضية لها علاقة مع العديد من الأمراض الجسمية و النفسية و العقلية، و أنه مرض العصر لأن كل الحالات تمر به حين ينتابها شعور بالعجز حيال المعاناة التي تغير مجرى حياته، نظرا لتعقدها.

الفصل الثاني:

يتضمن هذا الأخير العلاجات الطبية و النفسية و التقليدية و واقع العلاج النفسي في الجزائر من خلال ما هو مطروح على مستوى المؤسسات الاستشفائية و فعاليتها بالنسبة للمرضى المكتئبين.

الفصل الثالث:

خصص هذا الفصل إلى التمثلات من حيث المفهوم و العناصر و النظريات التي حاولت شرح التمثلات من الجانب النفسي و الإجتماعي إلى التحليلي، إلى الفينومينولوجي، إلى المعرفي.

الفصل الرابع:

هذا الأخير خاص بالجانب التطبيقي، و قمنا بتحديد المنهجية المتبعة، كمي و كفي، منهج دراسة الحالة، من أجل التعمق في فهم الحالة قد ضمناه شبكة من الملاحظات إضافة إلى أن طبيعة الموضوع المتمثل في التمثلات، جعلنا نفكر في طريقة نستطيع من خلالها تبيانها من خلال وضع استمارة أولى تركز على تمثيل الحالة للطريقة العلاجية، أما الاستمارة الثانية تتمثل تمثل المعالج. كان الهدف هو جمع المعطيات و تحليل كل المعطيات التي تجيب عن الفرضيات المطروحة، إضافة إلى أداة للبحث تمثلت في استمارتين مختلفتين في الشكل و لكن لها نفس الأهداف، و كذلك شبكة تقييمية للعمليات العلاجية التي خضعت لها الحالة، ففي البداية كانت النتائج مشجعة، و ذلك ساعدنا على المضي قدما من أجل إتمام البحث بنفس المنهج المتبع. ثم خالصنا إلى تحليل كل حالة على حدى، ثم جمعنا تحليل كل الحالات في وحدة واحدة من أجل مقارنة النتائج و التأكد منها.

ثم قمنا بتحليل النتائج العامة من أجل التحقق من الفرضيات، و التي بينت لنا مدى أهمية التصورات في فهم المرض و فهم الإمكانيات العلاجية المسخرة له.

أسباب اختيار موضوع البحث:

1. تؤكد المنظمة العالمية للصحة OMS أن عدد مرضى الاكتئاب في تزايد مستمر سيكون المرض في المرتبة الثانية سنة 2030. في تقريرها الأخير سنة 2009. ارتفع عدد المصابين بالاكتئاب خاصة في السنوات الأخيرة و ارتفع معه عدد المنتحرين.
2. خاصيته انه مرض يمكن شفاؤه إلا انه لم يحض بأهمية بالغة، إضافة الى تعقد الحياة اليومية للناس.
3. نقص التكفل بهذه الفئة و تعريضها فقط للعلاج الطبي دون فهم حقيقي و فعال لمعاناتها.
4. غياب الدراسة العميقة للحالات المصابة مما يصعب عملية التشخيص و بالتالي عملية العلاج.
5. انتشار العلاج التقليدي و حصوله على زبائن بشكل ملفت للانتباه، خاصة في الفترة الاخيرة.
6. غياب العمل السيكولوجي في التكفل بالمرضى خاصة المكتئبين.
7. عدم وجود معالجين نفسانيين حقيقيين تكونوا فعلا من اجل العلاج النفسي.
8. خطورة المرض على الصحة النفسية للفرد و المجتمع و الأسرة.
9. فقدان الأمل في الشفاء الذي يعاني منه المكتئبون.
10. غياب دور الأسرة في العمل العلاجي
11. تهميش العنصر الثقافي في العمل العلاجي من حيث إدماجه كعنصر فعال في دراسة الحالة المرضية و فهم تعبيراتها و مدلولاتها النفسية.

أهداف البحث:

1. إعادة النظر في التكفل النفسي كعنصر أساسي في العمل العلاجي للمكتئبين و المرضى العقليين بصفة عامة.
2. إدراج العناصر الثقافية بما يسمح من فهم المريض و من ثم علاجه
3. إعطاء اعتبار للمكتئب ليكون مشاركا في العمل العلاجي و جعله كعنصر فاعل في العمل العلاجي.
4. الاهتمام بالتصورات الثقافية على اعتبار أنها واقع أو معاش واقعي غائب، يمكن الاستفادة من حضوره على شكل تعبير له دلالاته في فهم المريض و إيجاد العلاج المناسب.
5. الاهتمام بالجانب التكاملي في العلاج بين المختصين في الميدان.
6. تخصيص اكبر قدر ممكن للمحادثة العلاجية أين يمكن للحالة أن تتخلص من المكبوتات.

الإشكالية :

نحن نعلم أن كل واحد منا في حياته اليومية تعترضه عقبات يجد نفسه في مواجهة فترات صعبة و يعيش على أثرها حالات اكتئابية ممكن أن تكون بسيطة أو متوسطة التعقيد أو حادة إلى درجة المرض، لذلك يعرف الاكتئاب على انه اضطراب في الحالة المزاجية تصيب الشخص فتعكس على وظائفه النفسية العاطفية و الانفعالات: " فتحديده يتعلق اذا من جهة بالانفعالات التي تحدد كردود افعال عاطفية آنية و من جهة أخرى هي المشاعر التي ترتبط بآثار هذه الانفعالات."⁽¹⁾ مما دعا المنظمة العالمية للصحة OMS في تقريرها الأخير إلى اعتبار الاكتئاب السبب الثاني للأمراض في البلدان متوسطة الدخل و الثالث في البلدان ضعيفة الدخل في سنة 2030⁽²⁾ كما أن الأخصائيين في الصحة النفسية يعتبرونه "مرض العصر" « la maladie du siècle » ، هذا الوصف الذي يبدو في مظهره بسيطاً و لكنه غني في عمقه و مؤشر بارز على وضع الإنسان و حياته الراهنة و المستقبلية، الذي حور الإشكالية المطروحة حول سؤال مفاده العلاقة بين طبيعة الإنسان و طبيعة الاكتئاب : "الاكتئاب هل هو مرض نفسي أو حالة طبيعية لظروف الإنسانية؟ سؤال منطقي من حيث يحاول الإجابة عن طبيعة الاكتئاب بين المرض و إمكانية انه حالة طبيعية في الإنسان تتميز بالاكتئاب. العديد من الدراسات التي درست و ارتبطت إما بتحديد الأسباب أو البحث في

¹ Julien Daniel Guelfi, psychiatrie PUF 5^{ème} édit paris 1996, P 111.

² Michelle Funk, conférence de presse sur le rapport de l'oms intitulé « santé mentale et développement – identifier les personnes atteintes de troubles mentaux comme un groupe vulnérable », http://www.un.org/news/fr-press/docs/2010/conf100916-ala_alwan.doc.htm le 16/09/2010 p1.

المعنى من أجل إيجاد الوسائل العلاجية الممكنة و استراتيجيات الوقاية لتحقيق الصحة النفسية للفرد و المجتمع.

تبدو إشكالية البحث مقتصرة على وظيفة التمثلات سواء بالنسبة للمرض أو بالنسبة لمسار العلاج الذي تخضع له الحالات الاكتئابية في الجزائر. عندما نتحدث عن التمثلات نتحدث عن الخصائص الثقافية التي تميز مرض الاكتئاب و مدى انعكاس ذلك على مساره العلاجي.

ضمن مجموعة الكتابات السيكولوجية و الطب عقلية نجد أن إنسان اليوم أصبحت هويته الصحية و معاناته لا تخلو من الاكتئاب إما أن يكون سببا في أمراض أخرى أو نتيجة.

من ضمن هذه الكتابات ما أشرفت عليه كاترين شابارت **Cathrine Chabert**⁽¹⁾ و مجموعة من المؤلفين، كتاب عنوانه "وجوه الاكتئاب les figures de la dépression" و الذي يدرس علاقة الكائن الإنساني بالاكتئاب في العصر الحديث، فقد أصبح الاكتئاب سببا مباشرا من أسباب الانتحار، و هناك دراسة قيمة حول الانتحار اين يبين فيها علاقة الانتحار بالظروف الاجتماعية المحيط لإميل دوركهايم **Emil Durkheim** فقد بين من خلالها أن " الوعي الجماعي لكل جماعة لها ادراكاتها و مشاعرها تكون لها إرادتها الخاصة، بدأ بتحليل الوظائف النفسية للجماعة (وظيفة الاندماج)، الفرد الغير معياري أي ان الفرد يكون خارج الجماعة، يكون لديه حس مرهف أكثر من الفرد المندمج في مجموعة أسرية أو مهنية أو دينية، يكون عرضة للانتحار، كوظيفة لتصحيح

¹ Catherine Chabert et coll, **Figures de la dépression** DUNOD, Paris 2005 p 05.

العلاقات بين الأفراد، و التي تكون سببا في ظلمة العيش و في شك دائم⁽¹⁾. أصبح الاكتئاب العرض البارز في العديد من الأمراض سواء العضوية أو النفسية، فقد أصبح متلازمة معاشية، و قد لاحظنا ذلك من خلال الحوارات التي كنا نسمعها هنا و هناك و التي تعبر عن الحالة النفسية التي يعاني منها العديد من الناس، فهو متعدد الأشكال و الحدة و يشترك فيه الطفل و المراهق، المرأة و الرجل. بينت الدراسات أن هذه الفئات تشترك في نفس الأعراض الاكتئابية، ذلك ما وجدناه في: " الدراسة المقارنة بين الطفل و المراهق و الراشد لسيتران و مساعديه 1980 Cytrin et coll. موضحا ان هناك خصائص عامة لتشخيص الاكتئاب عند الطفل: يتمثل في اضطرابات العاطفة، البطئ الحسركي، و الاضطرابات الجسدية"⁽²⁾. إضافة إلى اضطرابات النوم و تقدير الذات.

لقد أخذ الاكتئاب القسط الأوفر من الدراسات و البحوث في مختلف المجالات السيكولوجية و البيولوجية و النفسية و الاجتماعية و الانثروبولوجية من حيث الإصابة و تفسير الأعراض و التصنيف و التشخيص و التوجهات في العلاج " ⁽³⁾. نحن نعتقد مع المؤلف أن هناك درجة زئبقية (مرنة) للمزاج و هو مثل (الزمن النفسي المزاجي) الذي يقيم و يحدد طبيعة و أيضا معنى مرض الاكتئاب على انه اضطراب في المزاج الذي على أساسه يتم تحديد درجة استقراره أو اضطرابه. نحن نعلم أن الحالة السوداوية المتناقضة في طبيعتها الانفعالية للفرح كوجه آخر للحزن في الشخص و التي تدفع بالحالتين إلى التراوح و التذبذب بين الحزن و الفرحة و هما جوهريان في قياس الاكتئاب و لذلك عرفه

¹ Didier Anzieu, J. v. Martin, **la dynamique des groupes restreints**, PUF 13^{ème} édit Paris, 2004, p 53-54.

² Moron et h. chabrol la dépression des enfants, sémiologie habituelle, p 76

³ M.DUGAS, M-C.MOUREN, les troubles de l'humeur chez l'enfant de moins de 13 ans. Edit PUF, Paris P 09.

ديلي ج **Delaey J.** كما يلي: " هو استعداد عاطفي أساسي غني بكل الحمولة الانفعالية و الغرائزية و التي تعطي تناغما مفرحا او مقرحا، لكل حالات النفس لدينا، حيث تذبذب بين أقصى قطبين ثنائيين هما اللذة و الألم."⁽¹⁾.

فالالاكتئاب كمرض نفسي معقد تعرف هذه الكلمة في الطب العقلي على أنها:

" تحمل ثلاث معان على الأقل (H.F Lehmann 1945) فهي يمكن ان تكون عرضا أو زملة أعراض أو وحدة تصنيفية كاملة"⁽²⁾ ففي DSM IV " يتميز الاكتئاب بتغيرات عميقة في المزاج بين معنى الحزن و المعاناة النفسية"⁽³⁾ فهذه التعاريف الوصفية تؤكد على التعقيد و العمق و الشمولية التي تميّز المرض، مما يؤثر بشكل طبيعي على العمل العلاجي و التكفل النفسي نتيجة تشتت المعطيات المحيطة به، فلو كان المرض عضويا لكان هناك إمكانية للدواء من شفاؤه، لكن المرض النفسي أعمق من ذلك، فهو متعدد الأبعاد و متشابك المكونات، صعب علاجه صعوبة العناصر التي تكونه و تحافظ على تطوره، و من ثم فهو يتطور و يتعدّد العلاج يوما بعد يوما، و تبقى تلك الوضعية طبيعية، ان لم يعالج فهو يتطور، لأن العلاج هو الوصول بالمرض و الاضطراب إلى مرحلة انحدار نحو الاستقرار و الشفاء.

على مستوى الجانب النفسي، نجد أنها حالة من المعاش النفسي، تتميز بالمعاناة النفسية اليومية أو المرحلية و التي تجتاح الفرد في فترات معينة حيث تصيب مجموعة من الأجهزة و الوظائف النفسية و العقلية و العاطفية و الانفعالية و إدراكات الواقع، حيث يختلف تفسيرها باختلاف السجلات الثقافية و الإثنيات

¹ Ibid, Julien Daniel Guelfi p111.

² Henri Ey, Manuel de Psychiatrie édition Masson paris 1985, p 249

³ Mini DSM-IV critères diagnostiques APA trad. / juliens Daniel Guelfi édition Masson paris 1996.

للأشخاص و المجتمعات حسب ثقافتهم و علومهم و اعتقاداتهم و فوق ذلك نتيجة تصوراتهم.

بالنسبة لعلم النفس خاصة مع التحليل النفسي، لقد حدد مفهوم الاكتئاب في أعمال سيجموند فرويد **S. Freud** من خلال تحليله للعلاقة بين الحداد و السوداوية مبينا الفرق بينهما في كتابه "علم ما وراء النفس" **Métapsychologie** و اعمال كارل أبراهام **C. Abraham** و جون بارجوري **J. Bergeret**، ميلاني كلاين **M. Klein**، هذه الاخير التي الفت كتابا "الاكتئاب" **La dépression** حيث تقول ملخصة تاريخ الاكتئاب في النظرية التحليلية حول الاكتئاب: "قد حدد فرويد الاكتئاب في النظرية الموقعية الثالثة عند وضعية الموقع الثاني للذهانات النرجسية و التي تضم الاكتئاب و السوداوية"⁽¹⁾ لقد حددها وفق مفهومين هما: علاقته مع الحداد و الثانية مع السوداوية، و بينهما فقدان الموضوع الذي يميز مصير كل منهما" الحداد نسجل فقدان موضوعي، أما السوداوي فقدان النرجسي (الأنا)⁽²⁾.

فالالاكتئاب هو تصور غياب موضوع (أو حضور غياب الموضوع كوحدة) الحب أي أن هناك سيرورة متواصلة بين التصور و الموضوع و الأنا (النرجسية) لكن الاكتئاب هو وليد الثانية (الأنا النرجسي) و من ثم كانت أعمال فيرانكزي و فرويد، كارل ابراهام، كلاين ميلاني، وينكوت، حول خطر فقدان الموضوع الليبيدي، تؤكد ميلاني كلاين على أن الاكتئاب: "حسب سيغموند فرويد و كارل أبراهام فإن السيرورة الأساسية للسوداوية هي نتيجة فقدان موضوع الحب"⁽³⁾.

¹ Mélanie Klein, deuil et dépression traduit de l'angl. par marguerite Derrida, Payot 2004 paris p16.

² Jean Bergeret La dépression et les états limites, édit Payot, paris p 138.

³ Catherine Chabert, et coll, Figures de la dépression, édit DUNOD, paris 2005, P 15

فالمريض يفقد موضوع الاستناد فيمكن أن يفقد موضوعا حقيقيا أو رمزيا. فالإكتئاب مرتبط بتصور أصلي و الذي يعوض بعدم القدرة على الاستمرار كإعادة تفعيل نشاطات الأنا في غياب الموضوع كوسط يمكن ان يسير النشاطات العادية للانا و كل هذا يرتبط بمدى ما يمثله هذا الموضوع بالنسبة إلى الأنا؟

وتبعه التفسير السلوكي المعرفي، الذي ركز على أن الإكتئاب هو نتيجة أزمة انفعالية قوية يتعرض لها الأفراد، حيث يكونون واعين بالأفكار المختلفة و التي من خلالها لا يمكن حضور الانتباه إلى هذا الحد (حد الوعي بالأفكار)، فالاهتمام يكون على هذه الأفكار التي تسكن في توافق مع إصابة في إدراك الذات، و هناك خصائص أخرى تميز اضطراب المزاج و خاصة عدم قدرة الفرد على معالجة المعلومات التي تتوافق مع هذه الإدراكات الخاصة بالمحيط فهي ترتبط بانسداد معرفي " (1) فالأفكار الخاصة بالإكتئاب تستنتج بتنشيط (تفعيل الغير الإرادي) للسلاسل المعرفية التي تشترك مع موضوعات الترك و الفقدان و عدم تقدير الذات". (2) يحدد باك Beck ملامح المكتئب في " الثلاثية المعرفية السلبية" تحت هذا الاسم وضع خصائص الفرد المكتئب:

معارف عن الأنا: تتمثل في نظرة الفرد السلبية لذاته و التي تتميز معارفه بحضور قيم عميقة تتصف بفقدان تقدير الذات مع وجود مركب نقص هام، إضافة إلى الشعور بالذنب.

معارف عن العالم الخارجي: النظرة السلبية للمحيط تحدث لدى المكتئب الشعور بأنه ضحية لعدم الفهم من طرف المحيط و فقدان المساعدة من المحيط.

¹ Chrystelle Besche-Richard la psychopathologie cognitive 1^{er} édit PUF 2000 paris P 84.

² Ibid p 84

معارف عن المستقبل: على انه متشائم، تحدث هذه الأفكار عند المكتتب عندما لا يكون لديه آفاق فردية او جماعية. ليس لديه أمل في العلاج⁽¹⁾. فالمكتتب يكون منزوع الإرادة في تصرفاته و إدارة أعماله، لان معالجة المعلومات و الانتباه و الاتصال يكون بطريقة غير إرادية لمختلف السيرورات المعرفية، من هنا يؤخذ مفهوم التصور كنشاط معرفي لدى حالات الاكتئاب، لأنها مرتبطة بالحاضر و المستقبل، فتكون تمثلاته عن حاضره و مستقبله متشائمة.

اما التفسير الاثنوسيكياتري Ethnopsychiatrie فقد ارتكز على النظرة الشمولية للمرض، فهو لا يفصل الفرد عن المرض او المرض عن الفرد، فقد اخذ تفسيراته من ثقافة المريض على اعتبار أنها العنصر الأساسي في بناء شخصيته منذ الطفولة، و قد اخذ هذا العنصر في إطار نظرية جورج دوفرو George Devereux حول المنهج التكاملي في التعامل مع الظواهر الإنسانية و خاصة في البحث في الظواهر المرضية، فهو يعتبر الثقافة لها وظيفة أساسية في تحليل و علاج الحالات المرضية، حيث لا يمكن فهم الحالة المرضية إلا في إطارها الثقافي أي بيئتها الثقافية، فهذا التفسير هو وليد جوهر الشخص و هويته الثقافية كبنية كلية تنبثق عنها كل السلوكات و التصرفات الصادرة عن الفرد.

في رسالة دكتوراه لجيورج بلوخ Georges Bloch عن مسيرة دفرو بين ان: " دفرو بعد ان تعلم على أستاذه مارسل موس Marcel Mauss و ليفس سترافوس Levis-strauss و دراسته للتحليل النفسي نظر إلى الظاهرة الاجتماعية خاصة من وجهة نظر فردية و للثقافة على أنها نظام موحد للدفاع

¹ Ibid P 84

التضامني مع وظائف الأنا" (1) و قد اثار ذلك من خلال الكتابات الخاصة بالانثروبولوجية الثقافية الأمريكية خاصة من خلال اطروحة دكتوراه تحت إشراف ألفريد. لويس. كروبر Alfred louis Kroeber 1935 في جامعة كاليفورنيا تحت عنوان " الحياة الجنسية لهنود موهاف Mohave".

ففي كتابات دوفرو نجده يريد الوصول إلى تحديد خصائص العادي و غير العادي بالمعنى العالمي للإنسان وفق القيم الثقافية للفرد. (2) فقد أعطى اهتماما لثقافة المريض، باعتبارها نظام نفسي مدعم للأنا الفردي، باعتبارها الوعي الجماعي. و قد لاحظنا ذلك فعلا، خاصة عند المحادثة مع المريض خاصة اللغة التي تحمل الدلالات الثقافية فكلها مرتبة بالمحتويات الدينية " الحمد لله راني الحمد لله " هذا مكتوب ربي " رانا صابرين لربي" (هذا تعبير فردي يتحدث باسم الجماعة) " و لذلك عندما يتعامل معه الطبيب العقلي فهو يجرده من هذا الخطاب لأنه يتعامل معه وفق ما يقدمه من أعراض، أي لغة الجسد فهو يسرف في الدواء و يبخل في الحوار، على اعتبار أن المحادثة لها دور تنفيسي بالنسبة للمريض كما يوضح هانري أي Henri Ey على دور المقابلة المزدوج من جهة هي أداة لجمع المعطيات و طريقة علاج . "هي فعل علاجي في نطاق العلاقة البيشخصية" (3).

فالحاجة إلى العلاج تجعل من المريض تابعا للأدوية الكيميائية، التي تحدد تصورات و قناعاته عن العلاج و المعالج، فالمريض يعاني من حالة مزاجية مزرية، و الطبيب يسقط على هذه الحالة تصورات و معرفته بالأعراض و ما يقابلها من دواء، مما يؤدي بالمريض إلى عدم الاستئناس بالعلاج و هذا يؤدي به

¹ Georges Bloch, les origines culturelles de Georges Devereux et la naissance de l'ethnopsychiatrie p 1-11 site. www.ethnopsychiatrie.net

² Ibid p 1-11

³ Henri Ey, manuel de psychiatrie, Masson 5ème édit paris 1985, p 81.

إلى الإحباط نتيجة عدم نجاعة العلاج، وعدم الكفاءة في العمل العلاجي و تركيزها على علاج البدن الذي هو في غنى عنها، و تجاهلها لأهمية الجانب النفسي في العمليات العلاجية. فيقوم إما هو أو أقرباؤه بالتنقل بين المعالجين التقليديين أو أطباء آخرين ضمن ما يصطلح عليه بالطعون العلاجية، و هكذا يجد نفسه ضحية للأدوية و مفعولاتها و مدى أثرها على مزاجه، ثم يذهب إلى المعالج التقليدي (الرقية) لأنه الأقرب إلى وعيه و الأكثر ثقة، لأنه مرتبط بالمقدس الديني بالطهارة و النقاء.

فهذه التوجهات و التمثلات و المعاني تشكلت وفق مراحل النمو و بذلك أصبحت آلية نكوصية (حلول لما يعانيه منذ الطفولة) ضد القلق الذي ينتابه من حين إلى حين. يرى دفرو ان وظيفة الثقافة هي أنها " آلية دفاعية ضد التهديدات و القلق"، فالمعطيات الثقافية عبارة عن سند حقيقي للقلق الناتج عن إختلالات المحيط و البيئة التي يعيش فيها الفرد. فعدم فعالية العلاج الطبي يصبح يشكل تهديدا ضد تصورات المريض للعلاج يستدعي وظيفة الثقافة التي يتمسك بقيمها. و كمرحلة أخرى يلجا إلى البحث عن علاج فعال، و بذلك يصبح العلاج النفسي الذي يتمثل في الدراسة العيادية للمريض وفق أسس و مبادئ عملية موضوعية و ذاتية ، لكنه يصطدم بعدم الفعالية العلاجية حقيقي من خلال تطبيق إحدى الطرق العلاجية التي يتحكم فيها الأخصائي و عليه فان المرض كما يرى هانري أي **Henri Ey** : " المرض العقلي لم يقدر ان يتشكل مع موضوعه الخاص إلا في نطاق بسيط و بشكل أدق لا تتفق بشكل خالص و بسيط مع "الإصابات العضوية" التي تهدد الإنسان في حياته، أي كمرض ليس للحياة العضوية، و لكن كمرض للحياة

النفسية، التي تهدد الإنسان في إنسانيته، و هذا يعني طبعا مفهوم الاستلاب الذهني كشكل نوعي ناتج عن المرض العقلي".⁽¹⁾.

فتهميش الجانب التكويني من الشخصية يؤثر على عملية الاتصال و الفهم و الفعالية العلاجية، و بالتالي يفقد المريض الاستفادة من جهود المعالج، و يفقد العلاج فعاليته و وظيفته، فعملية العلاج تتم و و المريض مفرغ من محتوياته التي يجد فيها متكئا و سندا معنويا، من خلال استحضارها على شكل تصورات و جعلها وسطا استثماريا غنيا من حيث التفاعل معها، أي ان الطب العقلي قد جرد هذا المريض من العديد من الخصائص التي كان من المفروض أن تستثمر و يتم التركيز عليها في العملية العلاجية.

فالاتتماد على الجانب الفزيولوجي فحسب يعتبر ناقصا بالنظر إلى معاناة المكتئب من الاضطرابات النفسية و الصراع الداخلي، حيث يؤول به المآل في العديد من المرات إلى الانتحار.

الواقع ان الحاجة إلى الحلول تجعل من العلاج اشراطيا (بمجرد الذهاب الى المعالج المريض يعرف استجابة الطبيب) في العديد من الحالات، و بالتالي يكون خالي من الأثر الرجعي، فيصاب المكتئب بحالة من الإحباط، فإضافة إلى غربته في المرض، يصبح غريب الأدوية و العلاج و عليه كما سبق و ان اشرنا، يبدأ رحلة التنقلات من معالج إلى آخر، عله يجد من يسمعه، من يساعده، من يخفف عنه وطأة المرض. فالمرض بالنسبة لهذا التحديد العملي للعلاقة العلاجية بين المعالج و المكتئب، يبين تلك العلاقة بين الكائن الإنساني و وجوده كإنسان،

¹ Henri Ey, *manuel de psychiatrie de l'adulte*, édit Masson Paris p 58.

فالمرض يهدد المعنى الرمزي لوجوده و هذا المعنى يشير إلى وجود معيار
ضمني يحدد هذا الفصل بين العادي و غير العادي.

كيف هي حياة الفرد و معاشه، و ليس أي جزء مريض، فالتصور الأول
تعنى الشمولية و هي طبيعة النفس و ما تتطوي عليه من تعقيدات خاصة عندما
يتعلق الأمر بالشعور و اللاشعور، و الثانية تعنى بالعضوية و هي ظاهرة مرئية
نستطيع ملاحظتها و متابعتها قصد التحكم فيها.

المعيار نسق قيمي يأخذ مكانة الحاجة إلى مرجعية او إلى معلم نحدد حالتنا
و صحتنا و توازننا و حراكنا وفقه، لأنه كما يقول جيرج ابراهام George
Abraham : " العادي هو حاجة الإنسان إلى المعيار" نجد هنا أن الحاجة إلى
المعيار هي أكيد إحدى الحاجات العميقة و الأكثر تجذرا في الكائن الإنساني.
بالرغم من أن مفهوم المعيار مفهوما واسعا جدا و صعب الوصف و التحديد،
فالإنسان يتصرف كما لو أن المعيار هو الشيء الأكثر بدهاة و الأكثر تأكيدا
لوجوده. كل مفهوم سواء أكان إثما، سعادة، حزنا، تطور، شعور جيد، الصحة،
المرض الخ... فهو مرتبط بشكل غير قابل للنقاش بوجود غامض للمعيار ".⁽¹⁾
فالملاحظ لقيمة المعيار كما حددها جيرج ابراهام George Abraham يشعرنا
كأننا أمام كوجيتو ديكارتي من نوع خاص " أنا سليم (صحيح) إذا أنا موجود" و
هذا في اعتقادنا لبّ العلاقة العلاجية و المرضية في نفس الوقت، حين نتساءل عن
الصورة الذهنية التي هي نتيجة مجموعة من المعلومات المنظمة و المخزنة عن
الوضع المرضية أو العلاجية أو أي موقف آخر، فهل يكفي أن يحدد الاكتئاب

¹ George Abraham, *psychiatrie pluridimensionnelle, une philosophie de la médecine est-elle possible ?* édit Payot, paris, 1976, p 23.

على أنه تصور سلبي للواقع كما رأى بذلك كارل ابراهام⁽¹⁾ أم أن هذه الصورة هي إدراك حقيقي لحدة القلق و الصراع من خلال هذا التحديد تصبح هذه المعادلة مرتكزة على تصور المرض و تصور العلاج؟ و هل تصور المرض يؤثر على تصور المكتتب للعلاج؟ و هل هذا التأثير يذهب إلى حد التأثير إلى حد المساهمة في العلاج؟ و عندها يمكن أن نتحدث عن وظيفة حقيقية لعمل التصور في عملية العلاج بكل طرقه، و مكوناته الاعتقادية التي تطفو في كل لحظة عجز عما يتعرض له من أنواع العلاج الدوائي، تلك إذا تجربة المريض المبنية على تصورات نابغة من تجربته الطويلة مع العلاج .

من خلال ملاحظتنا لواقع علاج المرضى العقليين في المؤسسات الاستشفائية في الجزائر، نلاحظ أن هذه الفئة من المكتئبين رغم تعدد النماذج العلاجية و التي يمكن اعتبارها ثراء و غنى في النظام العلاجي، لأنها متعددة الطرق و الوسائل و التفسير، إلا أنها تعاني من عدم الاستجابة الفعلية و انعدام الفعالية العلاجية، في نفس الوقت الذي يؤكد ذلك اصرار المرضى أو أهاليهم على التنقل بين المعالجين بحثا عن العلاج.

ففي البدء تبين التجربة العلاجية أن المكتئبين يعانون من عدم فعالية العلاج و التبعية للأدوية، و الحاجة الماسة إلى العلاج الذي يركز على الاضطراب النفسي و ليس العَرَض الجسمي، و هذا يؤدي إلى عدم الاستقرار في العلاج الناتج فعلا عن عدم فعالية العلاج و متابعة العمل العلاجي، هذه الوضعية شكلت لدى المريض مجموعة من التصورات حول الاكتئاب و حول العلاج المقدم، و بدا

¹ Henry Cuhe et coll., **dépression et libido**, édit l'esprit du temps, paris, 2000, p 45-46.

الإشكال مطروحا بين الحالة و بين ذاتها، هل ما يقدم إليه هو علاج واقعي حقيقي أم أنه تمثل عنه؟ و هل تمثل الاكتئاب هذا، يؤثر على تمثله للعمل العلاجي؟ فالحقيقة تؤكد أن هذه النماذج العلاجية لا تعمل في تكامل، بل تعمل في انفصال متباين من حيث:

- التفسير إما العضوية أو النفسية أو التقليدية. و التي تؤثر في العمل العلاجي نتيجة ثلاث أسباب رئيسية:

- طبيعة العمل العلاجي بشتى أشكاله و طرقه و اجراءاته.

- المحيط الأسري كمكمل للعمل العلاجي و هو غير موظف.

- تصورات المريض عن المرض و العلاج و خاصة شخصية المعالج.

فهذه الوضعية تطورت مع المريض في البيئة التي كان يعيش فيها و حورّها الإطار الثقافي، و أصبحت تحدد سلوكاته و تمثلاته، من خلال المحتويات الدلالية الموجودة في تمثلاته عن الأشياء و الأفكار و المعتقدات.

لذلك ركزنا على هذه العلاقة الموجودة بين التمثل الثقافي للعلاج الذي يخضع له المكتئب و وظيفة ذلك على مساره العلاجي، لاننا نعتقد ان التمثل الثقافي للاكتئاب ينعكس على التمثل الثقافي للعلاج و يمكن أن يكون التأثير متبادل بينهما، و ان هناك وظيفة علاجية لهذه التمثلات الثقافية في المسار العلاجي. و من هنا نحن أمام وضعية معقدة بالنسبة للمكتئب فهو يعيش حالة من المعاناة و البحث عن العلاج لهذه المعاناة، و على أساس ذلك يتعامل و يتحمل العلاج، لكن مشاعره نحوه مجردة من الاطمئنان و الترحيب لذلك فهو يفضل

الانتحار كحل للمعاناة النفسية أمام تمثل مسدود في العلاج. فبحثنا يحاول ان ينطلق في تلخيصه للإشكالية من ان:

بما ان التمثل كبنية معرفية و كوظيفة نفسية، و في واقع سوسيوثقافي جزائري يخضع فيه المريض المكتئب إلى ثلاث نماذج علاجية هي الطب العقلي، العلاج النفسي، العلاج التقليدي:

ما هي التمثلات الثقافية للعلاج الذي يخضع له المكتئب الراشد؟ و ما وظيفة هذه التمثلات في مساره العلاجي؟

و لمعالجة هذه الإشكالية تم التقيد بالأسئلة التالية:

1. هل التمثلات الثقافية للعلاج ناتجة عن تمثلاته الثقافية للاكتئاب؟
2. هل التمثلات الثقافية للعلاج ناتجة عن الوضعية العلاجية للمسار العلاجي؟
3. هل التمثلات الثقافية للعلاج ناتجة عن شخصية المعالج؟
4. هل التمثلات الثقافية للعلاج ناتجة عن الخصائص العملية لكل نموذج علاجي؟
5. هل لهذه التمثلات وظيفة في تفعيل المسار العلاجي؟

فرضيات البحث:

1. التمثلات الثقافية للعلاج ناتجة عن التمثلات الثقافية للاكتئاب.
2. التمثلات الثقافية للعلاج ناتجة عن الوضعية العلاجية للمسار العلاجي.
3. التمثلات الثقافية للعلاج ناتجة عن شخصية المعالج.
4. التمثلات الثقافية للعلاج ناتجة عن خصائص كل نموذج علاجي.

5. تكمن وظيفة هذه التمثلات في تفعيل المسار العلاجي.

للإجابة على هذه الفرضيات حددنا بعض فرضيات العمل التي من خلالها نستدل على أجرأة الفرضيات و مراقبتها عن بعد من خلال المسار العلاجي و ماهية التمثلات الثقافية التي يمتلكها المكتتب عن العلاجات التي يخضع لها.

كيف يتمثل المكتتب حالته المرضية؟

كيف يجد المكتتب نفسه أمام هذا المسار العلاجي؟

هل الاعتقاد (كمستوى عميق في التمثل) في واحد أو في كل النماذج العلاجية يساهم فعلا في الشفاء؟

للإجابة على هذه الفرضيات حددنا بعض فرضيات العمل التي من خلالها نستدل على أجرأة الفرضيات و مراقبتها عن قرب ضمن مسانيرة المسار العلاجي و ماهية التمثلات الثقافية التي يمتلكها المكتتب عن العلاجات التي يخضع لها.

- يتمثل المكتتب حالته المرضية من خلال تمثّل أسباب الإصابة، أشكال التعبير عن الاكتئاب، المعنى الثقافي للاكتئاب، تمثّل أشكال التعبير عن الصراع، تمثّل مواضيع مشاعر الذنب و مشاعر اللاقيمة.

- يجد المكتتب نفسه في وضعية استهلاك لمختلف الإجراءات العلاجية (الأدوية، العقاقير، المحادثة).

- التمثلات الثقافية للاكتئاب تؤثر على تمثلات المكتتب للمسار العلاجي من خلال الوضعية العلاجية، و من خلال شخصية المعالج، خصائص كل نموذج علاجي.
- يساهم الاعتقاد في نموذج أو في كل النماذج العلاجية في فعالية علاج المكتتب.

التحديد الإجرائي للمفاهيم:

✓ التمثلات الثقافية للاكتئاب: أشكال التعبيرات اللفظية و غير اللفظية
عن تمثلات أسباب الاكتئاب، تمثل مواضيع مشاعر الذنب، المدلولات الثقافية
للأفكار الانتحارية و مستوى نكران الذات.

✓ التمثلات الثقافية للعلاج: الصورة الذهنية و العملية للنماذج العلاجية
قبل و بعد العمل العلاجي من حيث الحاجة إلي العلاج، الاستعداد ، التعاون مع
المعالج، القابلية للعلاج، و الاعتقاد في فعالية العلاج.

✓ المسار العلاجي: مختلف النماذج العلاجية المتبعة و هي: الطب
العقلي و العلاج النفسي و العلاج التقليدي.

✓ الاعتقاد في العلاج: هي الأحكام و القيم التي اكتسبها المكتئب من
خلال تجربته العلاجية و عبرت له عن فعالية هذا العلاج او عدمه دون نموذج
آخر و أصبحت له القابلية أكثر للعلاج.

فتوظيف هذه المفاهيم كان بهدف تحديد النطاق النظري و المنهجي لكل
الإجراءات المتعلقة بالمنهجية و تحليل النتائج من اجل الإجابة عن الأسئلة التي
تستفسر عن واقع العلاج لدى المكتئبين و تمثلاتهم للحالة النفسية و الوضعية
العلاجية.

تمهيد :

الدارس للاكتئاب يصاب بالاكتئاب، نتيجة عدم القدرة على الإحاطة بكل ما له علاقة مباشرة او غير مباشرة مع المرض، هذه إشارة إلى صعوبة دراسة هذا المرض النفسي الذي صنف من طرف "المنظمة العالمية للصحة OMS" في تقريرها السنوي 2006 على أن مرض الاكتئاب يأتي في المرتبة الرابعة بعد أمراض القلب وقد جاءت بعده الأمراض الجسدية العضوية الأخرى وقد بين "التقرير خاص حول الدراسات العالمية حول التكفل الشامل بالمرض Global Burden of disease GBD في النتائج التي تم نشرها سنة 1996 وإعادة نشرها سنة 1997 في مجموعة من المقالات حيث ساهم في انجازها البنك العالمي سنة 1992 و بمساهمة المنظمة العالمية للصحة O.M.S للحصول على معلومات حول الإصابات الغير مميتة مع تقديرات انتشار المرض، أبهرت النتائج الباحثين أنفسهم، حيث كشفت على ان الاكتئاب يعتبر السبب الرابع في الإعاقة، تأتي أمراض القلب Cardiopathie و أمراض فقر الدم Ischémiques في مقدمة الأمراض الأكثر انتشارا و خطورة في البلدان المتطورة، وعليه تم بناء استشراف في العشرية القادمة 2020 ستصبح السبب الثاني في الصف الثالث كسبب عالمي للإعاقة بالنسبة للدول المتقدمة، والسبب الأول في البلدان السائرة في طريق النمو"⁽¹⁾. و في التقرير الأخير الصادر سنة 2010 تم اعتبار الاكتئاب السبب الثاني للأمراض في البلدان متوسطة الدخل و الثالث في البلدان ضعيفة الدخل في سنة 2030 "⁽²⁾.

فهذه الأبحاث تبين مدى استفحال المرض النفسي و تركز على ان الصحة النفسية في خطر، إضافة إلى ذلك لا نجد مرضا من الأمراض النفسية والعقلية إلا

¹ P Boyer, R Dardennes et Coll, Dépression est santé publique données et réflexions, édit prid ACANTHE Masson Paris 1999, p1.

² Michelle Funk, conférence de presse sur le rapport de l'oms intitulé « santé mentale et développement – identifier les personnes atteintes de troubles mentaux comme un groupe vulnérable », http://www.un.org/news/fr-press/docs/2010/conf100916-ala_alwan.doc.htm le 16/09/2010 p1.

ويدخل في تركيبه الاكتئاب، إمّا عرضاً أو زملة أعراض يمكن أن تكون صدمة حادة أو صدمة تظهر من خلال البطء الحسركي، والنوبات الخاصة بالكراهة ونبذ الذات، واحتقار الذات واللامبالاة بها، خاصة في مجتمع يرفض يحدد انتمائهم إليه بعدم خروج الأشخاص عن المعيار الثقافي حيث يصفهم بـ "الهبال" أو "الخبيل" (1).

1- تاريخ الاكتئاب:

الاكتئاب مستخلص من الميلانخوليا *Mélancolie*، فهي "تعتبر المصدر القديم جداً للاكتئاب، و يعتبر الاكتئاب من خلال التحديد الذي وضع له و استقر عليه سنة 1830، بأنه "الهذيان الجزئي" *Déire Partiel* أو "الألم النفسي" *Douleur morale* (1) يعتبر الاكتئاب مرضاً قديماً من حيث الإصابة والاهتمام به، وبيّنت الدراسات المصرية القديمة واليونانية والعربية الإسلامية مدى قدم هذا المرض.

يتضح هذا الاهتمام منذ القدم منذ 1500 سنة قبل الميلاد تم العثور على كتابات لأدفين سميث *D'Edwin Smith* في مصر، تم فيها وصف العلاقات الترابطية بين الدماغ والوظائف النفسية.

أما في اليونان القديمة فان عمل الفلاسفة الطبيعيون كان يتجه في هذا الاتجاه فهم أول من فصل الطب عن السحر، من بينهم فيثاغور 5800 ق.م *Pythagore* الذي وجد نظرية العناصر الأربعة المكونة لجسم الإنسان: الأرض، النار، الماء، والهواء.

بعده هيروقراط 500 ق.م أعيد إحياء مفهوم العناصر الأربعة والتي ترتبط بأربع مميزات هي: الحرارة، البرودة، الجفاف والماء، والتي تقابلها أربعة أمزجة وهي

¹ هذه الكلمة تستعمل في اللغة العامية لوصف المريض العقلي و هي اشد أثراً على المريض من كلمة "مريض" و هي كلمة مستمدة من كلمة "هبلن" "هبلن" "الهبلن" "التكل"، يقال لأمه الهبلن، قال الناس خيراً قائلون له ما يشتبه المخطئ الهبلن، الهبول من النساء: التي لا يبقى لها ولد، والثانية المهبل: الرجل الثقيل الكثير اللحم، والهبل: الشيخ الكبير، والطليم المسن، أبي الحسين أحمد بن فارس بن زكريا تحقيق عبد السلام محمد هارون "معجم مقاييس اللغة"، مجلد 06 ط 1994، ط دار الجليل بيروت ص 30-31.

¹ Alain Ehrenberg, *la fatigue d'être soi* edit Odile Jacob 1998, p24.

الدموي Sang، و البلغمي La lympe، الصفراوي La bile jaune والسوداوي Le bile noire، فقد وضع تصنيفا لمختلف الاضطرابات العقلية و التي تتكون من الهوس، السوداوي، البرانويا والصرع ". وربطها مع مختلف الأمزجة، الدموي البلغمي الصفراوي، والسوداوي " بعده جاء Galien 200 ق م فيلسوف وطبيب يوناني فقد أثرى أدبيات نظرية الأمزجة، بإضافة الإصابات العضوية للاضطرابات المزاجية، والقاعدة العاطفية والسلوكية مصدر بيوكيميائي " بمعنى أن الإصابة العضوية هي التي تؤثر على الوظائف البيوكيميائية وبدورها تنعكس على السلوكات العاطفية، ولذلك كان العلاج من طبيعة التفسير المرضي، و على هذا الأساس تم التركيز على التعديل البيوكيميائي بشكل اصطناعي من أجل تعديل المزاج، وإعادة ترميم الوظائف البيوكيميائية الناتجة عن الإصابات الدماغية، "الاكتئاب هو ظاهرة تم وصفها منذ القدم في الأدب الطبي الإغريقي من طرف هيوقراط hypocrites تحت اسم اترابيليس « Atrabilis » أو الميلانخوليا « Mélancolie » "النقطة السوداء « Bile noire »"⁽¹⁾.

في القرن التاسع عشر نجد إميل كراپلين Emil Kraepelin طبيب عقلي ألماني وضع أول تصنيف للأمراض العقلية حول دراسة للاكتئاب و الجنون المبكر و عندها وصف الجمع بين الاكتئاب والهوس، تحت اسم: الهوس الاكتئابي « maniaque-Dépressive » حيث يعتقد أن وجود هذه الأمراض حول الحالات الهوسية والاكتئابية يوجد الحالات الحادة من (العصابات النفسية) التي ليست خلطيه والتي لا تشكل الحالات الزلمية للخلب المبكر"⁽²⁾.

فكراپلين ينطلق من فكرة أن مدخل الهوس الاكتئابي تتكون من ثلاث أنماط من الاضطرابات الأساسية: اضطراب المزاج، (عدم النشاط) و ركود الإرادة (الحس

¹ Jean COTREAUX, **places des psychothérapies contemporaines dans le traitement de la dépression**, édit doin paris 1999, p 03.

² Paul Bercherie, les fondateurs de la clinique, Edit Seuil Paris 1980, p 147.

حركي) مثلا الاكتئاب المزاجي، بطيء، كف حركي (اكتئاب خالص) أو الإفراط في تعظيم المزاج، هروب الأفكار إثارات حركية، هوس خالص"⁽¹⁾.

كما أننا نجد في تاريخ الطب العربي الإسلامي كتابات و نظريات أعطت خصوصيات مميزة في وصف هذا المرض منهم كما يشير **سمير عمار S.Ammar** في كتابه " تاريخ الطب العقلي المغربي " كانت البداية مع أول مستشفى للأمراض العقلية في عهد الأمير الوافد بن عبد الملك في دمشق سنة 707 للهجرة لعلاج ضعاف النفوس، و بعدها بغداد سنة 765. من بين أطباء القرن التاسع في القيروان بتونس حيث نجد اسحاق بن عمران من أصل عراقي، تألق في دراسته للاكتئاب، من خلال كتابات **بن ابي اصيبعة Ibn Abi Ossaibia** في القرن الرابع عشر مشيراً إلى أن الطب و الفلسفة كانت بدايتهما فعلاً في المغرب، فهو من كتب مجلداً حول الميلانخوليا "السوداوية"، و قد أشار إلى ذلك **ابن سماعيل** الطبيب العقلي الجزائري في كتابه الطب العقلي اليوم"⁽²⁾.

و في دراسة عن الموضوع نجد الباحث **حمودة بن مبروك شمس الدين** حيث قام هذا الأخير بتحليل محتوى كتاب الميلانخوليا لصاحبه ابن ابي اصيبعة المكلف، حيث صنفها الى ثلاث اشكال⁽³⁾:

1. الشكل الذي يصيب الدماغ بشكل مباشر.
2. الشكل الذي يصيب كل الجسم و يصعد الى الدماغ.
3. الشكل التوهمي المرضي.

¹ Ibid, p 148.

² B. Bensmail, **la psychiatrie aujourd'hui** edit OPU 1994 p 17.

³ Hammouda ben mabrouk chamcedine « a propos du traité de la mélancolie d'issac ibn omrane Thèse de doctorat d'état en psychiatrie Tunis 1980 ; <http://www.arabpsynet.com/Archives/OP/OP.Ammar.PsyHistory..Htm> .

هذه المعطيات تعكس أن الاكتئاب ظاهرة انسانية و تعكس الوحدة في التشخيص و التي كانت موجودة في كل الحضارات الإنسانية، و تعكس أيضا رؤية كل ثقافة في التشخيص و العلاج، تكون مقتصرة على منظومة ثقافية مختلفة عن الأخرى و لكن تقصد من كل ذلك معاناة إنسان و كيف يعبر عنها. و هذا يعكس التنوع و الثراء في فهم الظاهرة المرضية.

و ضمن هذا التطور أصبح الآن الاكتئاب من أهم الأمراض النفسية التي تهدد التوازن النفسي للإنسان خاصة مع تعقد الحياة و أصبح مدخلا إلى الانتحار من جهة، و كل الأسباب تقريبا تؤدي إلى الإصابة به و من جهة أخرى كل الأمراض ينتج عنها حالة من الاكتئاب بمستويات من الحدة المصاحبة للأمراض نتيجة غياب العديد من العوامل النفسية و البيولوجية الاجتماعية و تعقد العوامل المسببة له. ففي التقرير السنوي للمنظمة العالمية للصحة تبين أن سنة 2030 سيصبح الاكتئاب في المرتبة الثانية بعد أمراض القلب و إن لم نقل أحد أسبابها النفس جسدية الرئيسية.

من خلال هذه المقدمة التاريخية يتبين لنا مدى استفحال هذا المرض الذي أصبح يهدد نظام الحياة، والاستقرار النفسي للإنسان بصفة عامة نتيجة مجموعة من العوامل أهمها، التعقيد الذي يميز الحياة اليومية بشتى مجالاتها الاجتماعية والاقتصادية والمهنية، نتيجة اضطراب في القيم والمعايير المحددة لنمط الحياة المرغوب فيها، والمحقة فعلا في الواقع، حيث يسودها التناقض بين ما نفكر فيه وما نعيشه في الواقع، ذلك المستوى من صعوبة تكيف الذات الاجتماعي، لذلك يتعكر المزاج نتيجة إحباطات متعددة ومتكررة، واستقر الحال على حالة من الانهيار والاكتئاب إضافة إلى اضطراب في القيم والمعايير نتيجة التغيرات التي يستهدفها الواقع اليومي للفرد، و عليه تنتج تصورات عن المرض تحرك تصورات عن البحث عن العلاج، و يلتقي المرض مع العلاج في جملة التصورات و التي تعبر عن كل حالة منهما. لذلك يمكن أن تكون فرضية عامة على أن فعالية العلاج ترتكز على تصور الحالة لمرض الاكتئاب من

خلال جملة المعاني التي تعبر عنها من حيث وصفه على المستوى المرضي الجسمي و التعبير اللغوي عما هو داخلي و معاناة داخلية.

2- المفهوم اللغوي للاكتئاب : مصطلح مستمد من كلمة الكآبة: سوء الحال، والانكسار والحزن، تغير النفس، من شدة الهم والحزن. و رماد مكتئب اللون إذا ضرب إلى السواد كما يكون وجه المكتئب⁽¹⁾

أما في اللغة الفرنسية فالكلمة مستمدة من " الفعل Déprimer الكلمة اللاتينية التي تعني السقوط من الأعلى إلى الأسفل، لتتطور الى كلمة enfacement و التي تعني الهدم و التخطيم" ⁽²⁾

3- المفهوم الطبي للاكتئاب:

لا بد من الاعتماد في هذا التعريف على مصدر رسمي و متخصص في الدراسة و المشرف بشكل رسمي على تتبع المرض من حيث التشخيص/ العلاج و الانتشار و جملة الأعراض الغالبة في وصفه، فقد اعتمدنا على المرجعين العالميين لوصف الاكتئاب و هما:

الجمعية الأمريكية للطب العقلي في المصنف الإحصائي للأمراض العقلية DSM IV و الذي يركز على شرح الحالة المعاشة للمريض و ما يظهر عليها من أعراض تختلف في أشكالها و تكرارها و حداثها و الذي يقترب بشكل كبير مع ما اعتمده المنظمة العالمية للصحة OMS في تصنيفها العالمي للأمراض العقلية CIM 10 فإن تعريف الاكتئاب يشمل مجموعة من الخصائص و التي تتشكل من الحدة و التكرارية في الأعراض، و تعرف بأنواع الاكتئاب، فوجود " الأعراض التالية على الأقل، في فترة أسبوعين، حيث تبدأ التغيرات بالنسبة للتوظيف الداخلي، فوجود عرض

¹ أبو الفضل جمال الدين محمد بن مكرم ابن منظور الإفريقي المصري مج 13 دار صادر بيروت ط1، سنة 2000، ص 05.

² Albert Dauzat, Nouveau dictionnaire étymologique et historique, Edit Larousse, paris 1964 p 229.

واحد على الأقل من بين الأعراض المتمثلة في المزاج المكتئب، ثانيا فقدان الاهتمام واللذة في الأشياء" (1).

1- المزاج الاكتئابي يكون تطبيقيا طول النهار وكل يوم.

2- انخفاض واضح في الاهتمام بالأشياء وبالمرح لكل النشاطات كل يوم.

3- فقدان الوزن مهم (5% من الوزن) في غياب أي حمية غذائية.

4- أرق أو إفراط في النوم كل يوم تقريبا.

5- هيجان أو بطئ حسي حركي كل يوم تقريبا.

6- تعب وفقدان الجهد كل يوم تقريبا.

7- عدم الشعور بقيمة الذات، والشعور بالذنب في بعض الأحيان يكون هذيانا،

تقريبا كل يوم.

8- انخفاض في التفكير والتركيز وعدم القدرة على اتخاذ القرار تقريبا كل يوم.

9- أفكار الموت المتكررة، أفكار انتحارية بدون محدد واضح، محاولات انتحار.

وفق ما جاء في تصنيف DSM IV أن قسم اضطرابات المزاج تضم

مجموعة من الأعراض أين يكون الخاصة الأساسية هي اضطرابات المزاج.

وقد تم تقسيم هذا القسم إلى أربعة أقسام: (2)

¹ DSM IV R ; David H. Barlow- V Mark Durand traduc de Mibel Gottschalk de back 2^{eme} édi Bruwelles 2007, p 336. au moins cinq des symptômes suivants avoir ete présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes et soit,1)- une humeur dépressive, soit ;2)- une perte d'intérêt de plaisir ».

² Ibid, DSM IV La classification internationale de la maladie mentale p 373.

- القسم الأول: يصف المراحل المزاجية Thymique épisode تتكون من فترة الاكتئاب الكبرى episodes dépressifs major و الفترة المختلطة episodes Mixte، و الفترة الهوسية épisode Maniaque و الفترة الهوسية الخفيفة épisode Hypomaniaque

- لأن أعراضها تظهر واضحة و تيسر عملية التشخيص.

- القسم الثاني: اضطرابات المزاج troubles dépressifs و تضم الأنواع التالية: الاضطرابات المزاجية الكبرى troubles dépressifs majeurs الفترة المزاجية épisode dysthymique الاكتئاب الغير مميز troubles dépressifs non spécifié

- القسم الثالث: الاضطراب ثنائي القطب troubles bipolaires. الاضطراب ثنائي القطب (1) (I) troubles bipolaires الاضطراب ثنائي القطب (2) (II) troubles bipolaires، اضطراب المزاج الدوري cyclothymiques الاضطراب الثنائي القطب الغير مميز troubles bipolaires non spécifié

- القسم الرابع اضطرابات المزاج ذات الصلة باصابات طبية عامة. troubles

(1) (de l'humeur du a (indiquer l'affection médicale générale

اما بالنسبة إلى المنظمة العالمية للصحة فقد تصنف CIM (2)

وفق ما جاء في الفصل الخامس حول "الاضطرابات العقلية، اضطرابات السلوك، واضطرابات النمو" فقد جاءت مغايرة عن ما جاء في التصنيف CIM 09، ففي هذا الأخير تم اعتماد الاكتئاب كعامل مهيمن، بينما في CIM 10 فإن

¹ Julien Daniel GUELFY et PIERE PICHOT et Mini DSM IV APA coordination de la direction française P 161

² C B Pull, la dépression d'après la 10ème révision de la classification internationale des maladies (CIM 10. « Confrontation psychiatriques autour de dépression, comptes rendu du Congrès de New York 16-19 sept 1988, N° spécial édit par SPECIA .1998 p 74.

الاضطرابات التي تميز أساسا بإصابة المزاج أو العاطفة فقد تم حصرها في مجموعة واحدة في فصل واحد يسمى بـ "اضطرابات المزاج" وقد بينت المنظمة العالمية للصحة أن العلاقات بين الأسباب، والأعراض، و السيرورات البيوكيميائية القاعدية، الاستجابة للعلاج وتطور اضطرابات المزاج ليست كافية ومعرفة الحل و التوصل إلى تصنيف يصبح مقبولا عالميا دون ضيق " (1). بينت المنظمة العالمية للصحة الأسباب و الأعراض و ركزت على الجانب العضوي و مدى الاستجابة للعلاج من طرف المرضى و حرص المنظمة على البحث في تطور المرض و العمل على وضع تصنيف يكون مقبولا عالميا.

و قد صنف اضطرابات المزاج (العاطفي) F30-F39 إلى مجموعة من الأرقام كشفرات في التعامل مع التشخيص و قد أحصت ما يلي(2):

• F30 الفترة الهوسية و تظم مجموعة من تقسيمات الإفراط الهوسي episode maniaque

• F31 الاضطرابات العاطفية الثنائية القطب trouble affectif bipolaire

• F32 الفترات الاكتئابية episodes dépressifs

• F33 الاضطرابات الاكتئابية المتكررة troubles dépressifs récurrents

• F34 اضطرابات المزاج (العاطفية) المستمرة troubles de l'humeur (affectifs) persistants

• F38 اضطرابات المزاج المختلفة autre trouble de l'humeur ((affectifs

¹ Ibid, P75

² Ibid 101-117.

F39. اضطرابات المزاج (العاطفية) بدون تحديد troubles de l'humeur

(Affectifs) sans précision

ونلاحظ أن سيميولوجيا التشخيص لا تختلف كثيرا عنه في تصنيف الجمعية الأمريكية للطب العقلي DSM IV، إلا أن هناك اختلاف في التركيز على البعد البيولوجي العضوي بالنسبة لتصنيف DSM IV ؛ تصنيف CIM 10 و الذي يركز كثيرا على البعد العاطفي .

في مقارنة على مستوى التصنيف بين DSM IV و CIM 10 نجد هذا الجدول الذي يوضح أهم النقاط المشتركة و أهم أوجه الاختلاف بين التصنيفين:

CIM 10	DSM-IV
الفترة الاكتئابية (F32) .	الفترة الاكتئابية الخاصة.
من بين عشرة أعراض الآتية: • على الأقل تكون أربعة أعراض حاضرة. • في اثنين من الثلاثة الأولى.	الأعراض التسعة الآتية: • على الأقل خمسة على حاضرة. • في واحدة من الاثنين الأوليين.
1- المزاج الاكتئابي الحزين.	1- المزاج الاكتئابي الحزين.
2- فقدان الاهتمام بالأشياء	2- فقدان الاهتمام بالأشياء
فقدان الطاقة	3-فقدان الطاقة
اضطراب الشهية.	4-اضطراب الشهية.
اضطراب النوم.	5-اضطراب النوم.
6-بطء / هيجان حركي	6-بطء / هيجان حركي
7-إحساس بالنقص	7-إحساس بالنقص

	الإحساس بالذنب غير محدد
8-الإحساس بالذنب غير محدد	
9-صعوبة في التركيز.	8-صعوبة في التركيز.
10-الأفكار السوداء و أفكار الموت. الأعراض المذكورة أعلاه لا تفسر بأحداث جديدة، سبب عضوي و لا نتيجة استعمال مادة ما.	9-الأفكار السوداء و أفكار الموت. الأعراض المذكورة أعلاه لا تفسر بأحداث جديدة، سبب عضوي و لا نتيجة استعمال مادة ما.

الجدول يبين التوافق بين تصنيف la CIM 10 et le DSM-IV⁽¹⁾.

4- المفهوم الإكلينيكي للاكتئاب:

بداية نحدد معنى الاضطراب النفسي، فالاضطراب هو اختلال في التوازن أو اختلال في الاستقرار النفسي يظهر من خلال أعراض و علامات تدل عليه و تحدد طبيعته و حدته.

4-1- طبيعة الاضطرابات النفسية:

هي الطريقة التي من خلالها يعبر المصاب عن آلامه ومعاناته، نلاحظ ذلك من خلال إجابته التي يعطيها للأسئلة التي تطرح عليه في المقابلات، يرى "ياسبرس" Jaspers 1948 أن الاضطرابات هي "ظواهر فردية للحياة النفسية الغير عادية التي تمس الحالة الشاملة للحياة النفسية والتي من خلالها تظهر العناصر التالية⁽¹⁾:"

4-1-1- الخاصة الفردية للحياة النفسية غير العادية:

¹ Thomas MORIN mesurer statistiquement la dépression : enjeux et limites ; , direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques DREES, document de travail no 9 janvier 2010 p 14.

¹ Winfrid Huber, les psychotherapies Edit Nathan Paris 1993, p 08.

وتتميز بما يلي: أ- الوعي بالأشياء ويظهر من خلال إصابة الإدراك على مستوى التصورات، والشعور بالجسم.

ب- تجربة معاشة في فترة زمنية و في مكان محدد، فقدان الشعور بالزمن والمكان.

ج- عدم الشعور بالواقع، والأفكار الهذيانية، معاش اغترابي، معاش هذيانى، أفكار هذيانية.

د- المشاعر والحالة العاطفية، تغيرات في الشعور بالجسم، في القوى، وفي القدرات و البلادة، الشعور بدون وجود أشياء.

هـ- الأفكار والنزوات والإرادة، الشعور بعدم القدرة، والكف في الإرادة، مع أفعال قهرية.

و- الشعور بالأناء، اضطراب في النشاط، وفي وحدة وهوية الأناء، والشعور بالشخصية".

ز- الظواهر الانعكاسية، والتي لا تكون إرادية، مثل الهستيريا الوهمية، الافكار الاستحوادية.

2-1-4- الحالة المؤقتة للشعور:

أ- الانتباه وتغيرات الشعور، اختلال الخطابات و الأقوال.

ب- النوم و تنوع الحقل المغناطيسي للأحلام أثناء النوم و اليقظة، التنويم المغناطيسي" (من حيث الإمكانية والمحتويات).

ج- الإصابات الذهانية للشعور، شعور مخدر، إصابة الشعور ، شعور باقتراب نوبة ما.

د- الأشكال الخيالية المعاشة للذهان و الفصام"⁽¹⁾.

فقدان الحرية والقدرة على المراقبة، ومحاولات إيجاد الحلول الغير المثمرة و المتكررة، تعيق انشراح الشخصية، هذا ما ينتج الاضطرابات و المشاكل النفسية والفترات الحرجة للحياة العادية.

5- الأسباب المرضية للاكتئاب:

لقد اختصرنا هذه الأسباب ضمن ثلاث مجموعات كبيرة تاخذ شكل افتراضات: هذه الافتراضات تشكل مستوى من العلاقات بين الجانب التكويني والجانب الوظيفي.

1-5- الافتراضات البيولوجية:

وهي واردة ومتعلقة بالجانب التكويني الجسمي في الشخصية، والتي يمكن أن تكون على المستوى الوراثي (وراثة الاستعداد للإصابة بالمرض) أو إصابة عضوية عصبية.

- "الشخصية القاعدية: التي تتميز بسمات استحواذية تظهر من خلال ارتفاع مفرط ومفاجئ في المستوى السوي للشخصية مفارقة لحالة السوداوية، ويمكن أن تخفي عنفا مستمر، تتحرر في الحالات الخطيرة، لا يكون هنا إلا عامل الاستعداد"⁽²⁾. هذا يعكس أهمية بنية الشخصية و مدى استعداداتها للإصابة بالمرض، فالشخصية تكون دائما تملك مقومات المرض و تعرضها لعوامل معينة يفجر لديها حالة مرضية، يمكن أن تكون خطيرة أو اقل خطورة يمكن أن تكون حادة أو مستديمة.

¹ Ibid, Winfrid Huber, les psychotherapies p 39-38

² Ibid, p 38.

- اضطرابات النوم: و يعتبر هذا الاضطراب ضمن النشاط الكهربائي للدماغ أثناء عملية النوم، و هو من أهم الأعراض في تشخيص الحالات المرضية "وهذا العرض يكون متكررا في الحالات الاكتئابية لترجم اضطرابا من نمط بيولوجي، إما بطريقة مرحلية، أو تظهر في نهاية النوم، مع هيمنة في الفترة الصباحية التي تميز الاكتئاب الداخلي".

لقد بينت الدراسات الحديثة أن الأشخاص المكتئبين يعرفون هذه الاضطرابات أثناء النوم حيث يعيشون انخفاضا شديدا مع وجود حركات سريعة في العينين وقصر فترة السبات، التي تأتي قبل الفترة المتناقضة. مما جعلنا نستنتج أن الاكتئابيين يعانون من تقدم فترة النوم المتناقض حيث ينفر طبعاً من تأثير النوم البطيء، وان هذا الاضطراب يكون تبعاً لنفس السبب الذي يسبب الاكتئاب " (1) هذا يعني أن نفس سبب الاكتئاب هو نفس سبب اضطراب النوم. فهناك علاقة كبيرة بين الأمراض النفسية و العقلية بصفة عامة و الاكتئاب بصفة خاصة، حيث يعتبر من أهم الأعراض التي تظهر على الحالة و التي تجعله يفقد العديد من الوظائف البيولوجية و النفسية.

ومن ضمن المعطيات البيولوجية التي تعتبر عاملاً في الإصابة بالاكتئاب العامل الوراثي، حيث بينت الدراسات أنه يوجد ترابط بين الوراثة والإصابة بالاكتئاب خاصة الهوسي الثنائي القطب.

بالنسبة لعلم فيزيولوجيا الأعصاب، فقد افترضت فرضية تسمى الأحادي الأمين الطاقى mono-aminergique (2) "العصب المسئول عن الاتصال العصبي اي ان هناك ضعف في نشاط هذا الأخير في إدراك الأحداث الخارجية" لشرح الاكتئاب، والتي تستحق أن تكون بداية لفهم أو لشرح مجمل الميكانيزمات الفاعلة في الوظائف الدماغية، سواء العادية منها وليس فقط الاكتئابية.

¹ Ibid, p38-39.

² Se dit de neurones qui utilisent une monoamine comme neurotransmetteur
<http://www.larousse.fr/encyclopedie/nom-commun-autre/monoaminergique/71117>

وفي النهاية يجب أن نشير إلى استعمال الليثيوم lithium من أجل الوقاية من حدوث الفترات الاكتئابية أو الهوسية، و تم اعتماده حديثا من أجل علاجه من خلال مفعول مضادات الاكتئاب، و يمكن أن تتركز على عبوات الصوديوم المطبقة في الظواهر بقوة في الغشاء تحت وظائف النورونات" (1).

2-5- الافتراضات النفسية:

يمكن أن نقول أن الأعراض الجسمية هي فقط واجهة لحجم كبير من المعاناة الحقيقية. ما يهم في هذه الافتراضات أنها تهتم بالجانب النفسي الذي هو فعلا الجزء الكبير من المعاناة، و الآلام، ويعبر عن ذلك من خلال الأعراض التي تكون طبيعتها نفسية، بداية مع مدرسة التحليل النفسي على اعتبار أنه هي من بدأت في دراسة و فهم الحالة المزاجية الاكتئابية خاصة مع أعمال **سيجموند فرويد Sigmund Freud** ، و **كارل ابراهام (1916-1917 Karl Abraham)**، وبعدهم مع **ميلاني كلاين Melanie Klein**، حيث لخصت ما ذهب اليه كل منهما في : "فقد ركز فرويد في كتابة على أهمية الاستعداد للإصابة بالمرض نتيجة حدث صدمي معين في دراسته المقارنة بين عمل الحداد و الميلانخوليا، فسببها واحد وهو فقدان احد عزيز، أو شيء، أو فكرة مثل الحرية، وتتميز بما يلي:

1. كراهة عميقة ومعاناة حادة.
2. القطيعة مع كل ما له صلة بالعالم واهتماماته.
3. فقدان القدرة على الحب.
4. كف في نشاطات حول الإنتاج والإبداع.

¹ Ibid, Winfrid Huber, les psychotherapies P39.

5. تراجع تقدير الذات وهذا ما يساعد على تأنيب الذات يمكن أن ترتقي الى انتظار هذياني بالعقوبة"⁽¹⁾

فهذا التحليل للميلانخوليا (السوداوية) يبين وجود استعداد نفسي عاطفي يرتبط من جهة بميكانيزم الحداد ومن جهة أخرى مع السيرورة النرجسية التي تكونها كوكبة من المشاعر المتناقضة [...] حقيقة فإن الحب تأكد من أنه يتحول إلى كره، و أن السوداوي ينقلب على ذاته، ليصبح بشكل ما، الشيء المفقود بواسطة التقمص. هذه الكراهة تكون الأفكار القهرية، مع أفعال انتحارية، مشيرا إلى تحطيم الشيء المستدخل من خلال تحطيم الأنا أو الذات⁽²⁾ و سنتحدث بإسهاب عن هذه النظرية في المدارس الشارحة للاكتئاب.

3-5- افتراضات المحيط أو البيئة:

يضم هذا الوسط الذي تعيش فيه الحالة بمعنى جملة العوامل المحدد لمعاش الحالة، لقد بينت الدراسات أن دراسة البيئة مقارنة بأخرى مسألة ذات أهمية في دراسة الاكتئاب من حيث انتشار المرض، أسبابه، عدد الإصابات، "فهذه المقارنة ترجع إلى مفهومين أساسيين هما: الوقاية و الآثار، فالثانية تشرح لنا عدد الحالات المصابة بحيث يمكننا أن نبحث عن حجم الإصابات، مع الأخذ بعين الاعتبار عنصر الوقاية لكل شريحة من العمر"⁽³⁾.

" هذه المقارنة بينت أن الأشخاص الاكتئابيين الذين يزورون الطبيب العقلي لا تمثل إلا فئة قليلة بالمقارنة مع حجم المصابين، وان الاكتئاب يصيب امرأتان مقابل إصابة رجل واحد. ويمكن لهذه الدراسة أيضا أن تبين لنا اثر السن عند الإصابة الأولى أكثر امتدادا للاكتئاب اللامتجانس عنه بالنسبة إلى الاكتئاب الداخلي. هذه الدراسات مكنت من تصحح بعض الأحكام المسبقة التي تستشرف أن الاكتئاب خاص بالطبقات

¹ Ibid, p 39.

² Ibid, p 40.

³ Ibid, p 40.

الاجتماعية الريفية والحضرية [...] دراسة المحيط المعيشي تحاول أن تجيب عن سؤال معرفي، مفاده ما إذا كان المحيط سببا محفزا للإصابة أو استعدادا؟ فقد بينت الدراسات أن هناك تأكيد على وجود علاقة بين الفترة الاكتئابية و الأحداث المؤلمة، التي تظهر بشكل واضح في الأشهر السابقة. وهذا أيضا بالنسبة للاكتئاب الداخلي (أسباب داخلية) والخارجي (أسباب خارجية)"(1).

لقد تمكنا من إيجاد الضعف الذي ينطوي على العكس من وجود عوامل واقية (2) فالظاهرة موجودة بوجود الأسباب و العوامل المحفزة و الافتقار إلى وجود استراتيجيات واقية.

6- علاقة الاكتئاب بالأمراض الأخرى:

6-1- الاكتئاب والقلق المستديم:

تبين لنا الدراسات في هذا المجال ان هناك علاقة جد ارتباطية بين القلق الدائم و الاكتئاب، و يمكن ان يكون نتيجة كما يمكن ان يكون سببا "هناك علاقة جد ارتباطية بين القلق و الاكتئاب، فهما اضطرابان نفسيان متكرران ويكونان أحيانا مترابطان دون أن يحدث بينهما تشقق في الواقع، فإن أكثر من 60% من حالات الأفراد المكتئبين تقدم مظاهر وأعراض مقلقة تؤدي إلى اضطراب في اللائحة العيادية (3)". فالقلق المستديم تتحدد حدته من خلال عدم ادراك الموضوع الفعلي الذي يسبب القلق. " القلق الذي يميز كل فرد يدل على وضعيته في العالم: قلق التفكك (التجزؤ) هو قلق محير، يتكون من فقدان الأمل، القنوط، والتقهقر نحو الماضي. قلق الإخفاء هو قلق يكون موجها نحو التوقعات المستقبلية على نمط نزوي. بين الوضعيتين المتباعدتين يتموقع قلق الاكتئاب على أنه يخص من جهة الماضي والمستقبل، كما يقول **غالف غرينسن (1959 Ralph Greenson)**: فهو تذكر لماضي عصيب، ولكنها تشهد

¹ Ibid, p 41.

² Ibid, p 41

³ Christine Mirabel Saron, **Soigner les dépressions avec les thérapies Cognitives** DUNOD 2005 Paris

من جهة أخرى و في نفس الوقت هناك أملا في النجاة، تكون مستمر في علاقة تبعية
للآخر مثمرة (1)"

يبين لنا هذا الأخير أن القلق أحد عناصر البينية المرضية الاكتئابية على
اعتبار أنه ناتج عن "أن الشخص يتصور أن موضوعه الإستنادي في خطر فقدان
وانه سينفر منه" وهو في الواقع عبارة عن قلق فقدان الموضوع، حتما بدون موضوع
الاستناد سيغرق في الاكتئاب (2). فقدان الموضوع دليل على فقدان الذات " فغياب تلك
العلاقة على أساس أن هناك ارتباط بينهما هو ما يحدث قلق فقدان، بمعنى فقدان جزء
مهم من الذات. " فالشخص القلق له شخصية هشّة، عصبي أينما كان، يعيش دائما على
حدى، يتوقع حدوث كارثة ما، فهو يعاني من عدم الاستقرار في مكان ما، ولا يأخذ من
الواقع ليعيش، فهو يستيقظ دائما على المستقبل ليفكر في الحواجز التي يمكن أن تظهر
القلق لديه، يمكن أن تحدث هذه الأفكار عند الشخص الاكتئابي من كثرة تعددها
وتغيرها للمظاهر الاكتئابية، يمكن أن يمر دون إدراك قلق ما وراءه شديد حيث
يصعب عملية التشخيص (3)".

تفيد الإحصائيات أن "ضمن 68% من الحالات الاكتئابية الثانوية،
الاضطراب الأول المرتبط بها هو اضطراب القلق، و في 19% مدمن على الخمر، و
مدمن مخدرات في 12% اضطرابات في السلوكات وفي 12% اضطرابات على عمل
الغدد الصماء (4)" هذه الإحصائيات تبين أن السبب يمكن أن يكون داخليا، أو خارجيا من
خلال المواد المسببة للقلق و التي تنعكس على الحالة النفسية و وضعيتها في الحياة
اليومية، أو نتيجة مواد مستهلكة أو اضطرابات كيميائية تؤثر على توازن الشخص.

¹ Jean Bergeret, **la personnalité normale et pathologique** 3^{ème} édition DUNOD Paris
1996, p 147.

² Ibid p 145.

³ Ibid p 08.

⁴ P.Boyer et Coll, **Dépression et santé publique** données et réflexions ; Masson ACANTHE
Paris, 1999 p 19.

2-6- القابلية للتطور إلى اضطرابات عقلية أخرى:

تلعب الفترة الزمنية أهمية بالغة في عملية التشخيص من حيث تكرار الأعراض و حدتها إضافة إلى علاقة المكتئب بهذه الاعراض، ذلك ما اعتمدته المنظمة العالمية للصحة في تصنيفها للاكتئاب " المرض يمكن تحديده بطريقة دقيقة بوجود مجموعة من الأعراض الكاملة تتزامن في مدة 6 أشهر أو سنة على مدى الحياة كاملة" توضح هذه القابلية أهمية المدة الزمنية في تحديد التشخيص المرضي و هذا التحديد اعتمده كل من التصنيف DSM-IV و CIM 10⁽¹⁾. فمدة الإصابة تساعد على التطور المرضي في غياب العلاج و التدخل المبكر، حيث تؤثر هذه الفترة في استمرارية الاضطراب و تعقد الإصابة و تطورها إلى مراحل متقدمة من المرض.

بينت الدراسة التي أجريت سنة 1990 و 1992 على 8000 فرد بين سن 15 و 45 ممثلة لمجتمع الدراسة الأمريكية الدراسة قام بها مركز الوطني للإحصائيات عن انتشار الامراض National Comorbidity Survey N.C.S الدراسة قم بها كيسلر و مساعده Kessler and All وجدوا ان نسبة 74% من الحالات قدموا فترة الاكتئاب الكبرى مصاحبة بمجموعة من الأمراض الاخرى، و الجدول التالي يبين مختلف الأمراض المشتركة مع الاكتئاب:

انتشار الأمراض Prévalence	الحياة الكلية % Add-Ratio	كل سنة % Add-Ratio
● اضطرابات القلق	58.0 4.2	51.2 5.1
● قلق عام	6.0 17.2	8.2 15.4
● فوبيا الأماكن العامة	3.4 16.3	4.4 12.6
	3.1 24.3	3.7 23.7

¹ Ibid Christine Mirabel sarron p 07.

3.3	20.0	2.9	27.1	● المخاوف البسيطة
5.0	8.6	4.0	9.9	● مخاوف اجتماعية
6.0	15.2	4.0	19.50	● اضطرابات فجائية ● قلق بعد الصدمة
1.9	18.50	1.8	38.6	● إدمان المخدرات و تعاطي الخمر ● اضطراب الغدد الصماء
5.2	4.0	2.8	6.7	Dysthymie ● اضطرابات السلوك
/	/	1.3	16.2	
2.0	26.9	1.3	24.7	● اضطراب واحد مرتبط
3.3	15.4	1.9	17.4	● اضطرابات مرتبطة
7.1	16.5	4.0	31.9	● اضطرابات متعددة الارتباط

الجدول يبين الأمراض المصاحبة لمختلف الفترات الاكتئابية الكبرى⁽¹⁾

3-6- التلازم المرضي للاكتئاب مع الأمراض الجسمية:

في تصنيف VI DSM يوجد فئة تصنف "الاكتئاب الذي يعود إلى مرض عضوي" حيث يهتم بالعلاقة الضيقة بين الاكتئاب وبعض الإصابات الجسمية كالجنون، وإصابات عصبية، عضوي، سرطانية، أو إفرازات الغدد الصماء. ولكن العلاقة السببية هذه تظهر عندما يكون الاكتئاب تعبيراً مبكراً عن الإصابة الجسمية أو هو نتيجة لها. العلاقة بين الاكتئاب واضطرابات الغدد الصماء أو نظام المناعة و

¹ Kessler et al, comorbidity of DSM-III-R, major depressive disorder in the general population : result from the US national comorbidity survey Brit-j- psychiatry; 168(suppl.30)17-30, 1996[196] p 16.

عملياته في تطور مرض جسمي تبقى قيد الدراسات و هي قليلة" (1) فعلا في العديد من الحالات المرضية العضوية خاصة المزمدة أين يظهر على المريض حالة اليأس و القنوط من الشفاء تنتاب الحالات المرضية حالة من الانهيار الاكتئابي.

4-6- مرض الشلل الرعاش " باركينسون ":

يعتبر الشلل الرعاشي من بين الأمراض المنتشرة عند الشيخوخة، و تؤثر على الحياة العادية للشخص أين تتغير المثيرات و تتغير طريقة التصرف معها، "فانتشار الاكتئاب عند الأفراد المصابين بمرض باركينسون Parkinson تختلف بين 40 إلى 50% من الفترات الاكتئاب الكبرى وقد وجدت عند 2.7% إلى 36% من الأشخاص المصابين. في عدد من الحالات غير محدود ، فترة الاكتئاب فهي منخفضة عند تشخيص مرض باركينسون.

- درجة الإعاقة الجسمية مرتبطة بمرض باركينسون.

- فترات اكتئابية هي بدورها متكررة عند الأفراد الذين يقدمون أعراض باركينسون في الجهة اليمنى.

- دراسة التدفق الدموي الجانبي وضع محل نقاش، إصابات مشتركة على مستوى قشرة الفص الجبهي، سيكون الترابط متوسط بين مرض الشلل الرعاش (باركينسون) و الاكتئاب" (2).

4-6- الاكتئاب والصدمات الوعائية الدماغية:

" حدوث النوبات الاكتئابية في أعقاب الفترات المباشرة أو البعيدة لصدمة وعائية دماغية تختلف بين 30 إلى 50%. حدوث نوبة اكتئابية تبدو مترابطة مع أهمية الاضطرابات المعرفية المتعاقبة و لإصابة العقد العصبية القاعدية من نصف الكرة

1. Ibid 20

2 Ibid , p21

الأيسر. الكثير من المؤلفين يصرون على صعوبة معرفة فترة الاكتئاب التي تبدو مرتبطة مع أهمية الاضطرابات المعرفية"⁽¹⁾.

6-6- الاكتئاب ومرض السرطان:

لقد قدمنا في العديد من المرات فرضيات أن الاكتئاب يمكن أن يساعد على ظهور أمراض جسدية، و خاصة مرض السرطان.

عند مرضى السرطان انتشار الحالات الاكتئابية تكون جد متطورة في حدود 50% . هذا الاكتئاب يكون أحيانا غير معروف، وفي بعض الحالات من الصعب اكتشافه"⁽²⁾.

6-7- الاكتئاب ومرض نقص المناعة المكتسبة (السيدا):

" يبدو أنه عند الأشخاص الذين يحملون فيروس VHI Séropositifs، يوجد ارتفاع في الإصابة بزملة الأعراض الاكتئابية في 18 شهرا التي تلي ظهور المرض، وهذا ما يمكن أن يثير فرضية إصابة مركزية مبكرة،"⁽³⁾ نتيجة قلق الموت الذي يهدد حياتهم، جراء انعدام دواء فعال يقضي على الفيروس. و هذا من خلال اثر الإصابة الجسمية على الجانب النفسي.

6-8 - الاكتئاب وأمراض القلب و الأوعية الدموية:

تبعاً للدراسات فإن افتراضات الاكتئاب عند المرضى الذين يعانون من إصابات في القلب و الأوعية الدموية تختلف بين 20 إلى 50% . هناك دراسة طورت مؤخراً لدى 200 مصاب خضعوا لجهاز رسم القلب 17% coronarographie. يقدمون نوبات اكتئابية، و 17% اكتئاب خفيف. بعد سنة أغلبية الأشخاص المصابين

¹ Ibid , p21.

² Ibid , p21.

³ Ibid p 22.

باكتئاب (النوبة الكبرى) و الذين لم يتم معالجتهم، فقد قدموا نفس أعراض المرض العقلي و ما يقرب من النصف من المكتئبين القاصرين قدموا نوبة اكتئابية كبرى" (1)

6-9- الاكتئاب والانتحار:

في الواقع، يوجد هناك تلازما بين الاكتئاب و الانتحار في العديد من الحالات نظرا لحدّة الإصابة الاكتئابية، نتيجة درجة القنوط التي يستشعرونها و كأنهم وحدين و معزولين عن العالم، فان العديد من الحالات أما ان يتعرضوا لحالات الانتحار أو إلى محاولات الانتحار و هذه في الواقع انتحار لم ينجح. و في هذا السياق بينت الدراسات أن هناك ارتباطا شديدا بين الاكتئاب و الانتحار و محاولة الانتحار، وحتى إننا نجد ضمن الأعراض الشخصية لحالات الاكتئاب وجود أفكار انتحارية. في فرنسا مثلا يوجد 12000 منتحر سنة 1995، ويظهر العدد الحقيقي للموت في فرنسا أن 22.1 لكل 100000 من السكان⁽²⁾، منذ سنة 1983 عدد المنتحرين فاق في فرنسا الذين ماتوا بسبب حوادث المرور. و هذا يتعلق بالشباب بين 15 و 24 سنة، وقد ارتفع عدد المنتحرين وشهد تطورا إلى 91.5 لكل 100000 من السكان عند الرجال بين 75 و 84 سنة و 141.3 عند الأشخاص في سن 85 سنة. و أكدت الدراسة أن الرجال ينتحرون ثلاث مرات أكثر من النساء⁽³⁾.

و هذا يعكس تلك العلاقة بين الاكتئاب و الانتحار، و التي تعكس حدة المعاناة التي يتعرض لها المكتئب بعدما يفقد معنى الحياة و يستبدله بالموت "هناك ارتباط بين الاكتئاب و الانتحار لأن الدراسات تبين أن:

1- الاكتئاب هو الاضطراب العقلي الأكثر ارتباطا بالانتحار.

¹ Ibid p 22.

² Grasman/J.F. Allilaire, psychiatrie de l'enfant de l'adolescent et de l'adulte Masson, Paris, 2003.p 234.

³ Ibid p 23.

2- من بين 40% إلى 80% من الأفراد المنتحرين يتعرضون إلى أزمة اكتئابية حادة عند القيام بفعل الانتحار.

3- في حدود 15% من المنتحرين هم مكتئبين.

4- الأشخاص الذين يقدمون اضطرابات مزاجية يعانون خطر الموت بواسطة الانتحار و يكون مضاعفا بـ 30 بالنسبة للمجتمع عامة.

5- نسبة 10% من حالات الانتحار تكون عند الاشخاص الذين يقدمون اضطرابات ثنائي القطب (هوس اكتئابي)⁽¹⁾.

1-9-6 محاولات الانتحار السابقة:

سوابق محاولات الانتحار هي عامل خطر انتحار في المجتمع عامة ، نردسترام و اخرون Nordstrom et al بينوا ان خطر الموت بواسطة الانتحار في 6 سنوات كان مرتفعا جدا بـ 03 مرات عند الأشخاص المكتئبين و الذين قاموا بمحاولات انتحار بالنسبة إلى مجموعة ضابطة من المكتئبين لم يقوموا على المحاولة⁽²⁾

بمجرد الدخول في محاولات انتحار، هذا يعني أن الشخص فقد الأمل في الحياة، وبالضرورة إذا لم يتم علاجه سيموت بالانتحار أي يقتل نفسه ليتخلص من المعاناة النفسية التي يعتقد أنها أكثر ألما من الموت نفسه.

2-9-6- الانتحار ومضادات القلق :

نحن نعلم أن العلاج الطبي العقلي قد أخذ على عاتقه العلاج الكيميائي الذي يعتمد كلية على الأدوية التي تخفف من القلق والتوتر، خاصة في مرض الاكتئاب. فنجد أن "استعمال مضادات الاكتئاب للتقليل من النهايات الانتحارية:

¹ Ibid p 24.

² Ibid p 24.

التقليل من الوصفات Barbituriques البريبيتوريك (حامض مسكن) تكون مصحوبة بزيادة مهدئات أخرى، مع مضادات الاكتئاب بهدف انتحاري. بالنظر إلى دراسات سويدية حديثة فان 4.4% من الانتحار القاتل تكون من عواقب سوء تسير الأدوية اي سوء الاستهلاك⁽¹⁾. فهذا لا يعني أن وجود الدواء كفيل بالتخلص من الانتحار، بل يمكن ان يكون الدواء أداة عكسية حيث يستعمل لأغراض انتحارية، هناك عنصر مهم و هو المتابعة و تسير الأدوية سواء في المصحة أو في البيت، و هنا نشير إلى أهمية العناية الأسرية.

7- علم أعراض القلق و الاكتئاب:

"فقدان الأمل إضافة إلى صعوبة في التطور العلاجي، إضافة إلى حدة اليأس تكوّن عوامل خطر أساسية. و بشكل متناقض إذ كان حضور الأفكار الانتحارية في مقدمة الأعراض بالنسبة الى عدد من الباحثين، يمكن أنهم سعوا للحصول عليها بشكل منتظم، فقد كانت هناك دراستان قدرتا أن الأفكار الانتحارية لا تعتبر خاصة تنبئية عن الانتحار"⁽²⁾.

فوجود أفكار انتحارية لا يكفي للمرور الى فعل الانتحار، إلا بحضور عامل الحدّة في القلق والمعاناة النفسية الداخلية و الكتمان الذي يصبح كصراع على مستوى العلاقة بين الجسم و النفس.

7-1 الاكتئاب والمرض العقلي:

ما مدى حضور الاكتئاب في الحالات المرضية العقلية الأخرى مثل الفصام البرانويا، الهوس، و كيف تعيق عملية التشخيص؟ ومن خلال ذلك نفتفي أثرها في زيادة الحدة للمرض أو أنها عبارة عن عرض ضمن مجموعة الأعراض المقدمة، أو أنها تختلف عنها كل الاختلاف "هناك نماذج عديدة موجودة للانتقال تظهر بين

¹ Ibid p 24.

² Ibid p 24.

الاكتئاب و الفصام و التي تطرح مشكلا نظريا في بعض الحالات في الفصل الجيد بين الإصابتين أو لتواصلهما. فهذان الشكلان الانتقاليان و الأكثر قدما، يتألفان من:

- إما بتطور تفككي متأخر لحالات الاكتئاب أو الإثارة المرحلية إلى غاية الآن واضحة المعالم.

- أو مخرج فصامي حاد أو مرحلي اقل حدة، له خلل كبير في الغدد الصماء. " (1)

يكون التشخيص الفارقي الأصعب عندما تكون حالة الاكتئاب هي بداية الفصام.

1- حالات الاكتئاب كبداية للفصام: وحده التطور الذي يمكن من وجود ذهان تفككي والتي سوف تظهر في يوم ما ، بعيدا عن مرحلة البداية:

- التأكد من تنافر الأفعال و السلوكات.

- ظهور تنافر و تناقض عاطفي واضح.

- تثبيت عجز له اثر اجتماعي مهني.

- ظهور مفاجئ لفترة هذيان برانويدي.

- فشل علاجات مضادات الاكتئاب.

2- الحالات الاكتئابية ضمن مرض الفصام:

مشاكل التشخيص تكون هنا الأكثر سهولة بالقياس الى الأعراض التفككية التي سوف تكون معرفتها مستقلة عن كل الاضطرابات الاكتئابية، لأن حالة الاكتئاب هي حالة ناتجة عن صدمة متكررة تسجل قطيعة جديدة في العاطفية للفصامي. " (2) نسجل

¹ Ibid, Julien Daniel Guelfi, p 139.

² Ibid, Julien Daniel Guelfi, p 139

كذلك " عند السوداويين الخطر الكبير ب 15 % يموتون بالانتحار عند الفصاميين، فان الخطر دائما موجود خاصة انه مرتبط بالأفكار الهذيانية." (1)

2-7 - الاكتئاب والجنون:

"الترباط بين الاكتئاب والجنون يمكن أن يكون مستبعدا، الوقاية من الأعراض الاكتئابية للأفراد يعانون من أمراض Alzheimer أكثرها تتميز بالتغير وفق دراسات أجريت من 28 إلى 85%. اضطراب الغدد الصماء هو فترة اكتئابية كبرى تتكرر عند النساء. وهي متكررة في بداية سيرورة الجنون وتشتبه في ترتباطها الوعي جيد بالإصابة المعرفية"

"المرضى الذين يعانون من الجنون يظهرون فترة اكتئابية كبرى هم على الأكثر حالة على اثنان، يقدمون في المرحلة الأولى الفترة الاكتئابية الكبرى قبل ظهور أعراض الجنون. وفي دراسة أخرى بينت أن المرضى المصابين بالمرض أكثرها الزهايمر Alzheimer يقدمون في البداية فترة اكتئابية كبرى كلما كان وجود سوابق عائلية عن الاكتئاب أكثر، فان الأفراد المصابين بالجنون ليسوا مكتئبين بالنسبة للأشخاص المكتئبين. في بعض الدراسات الأمراض التنكسية مسؤولة على اضطرابات الجنون، و يمكن أن تكون أصل الأعراض الاكتئابية" (2).

8- نظريات تفسير الاكتئاب:

نظرا لانتشار هذا المرض في كل فئات العمر وامتداده عبر العصور فقد نال حظه من التفسير بهدف الوقوف على أسباب حدوثه، كيميائيات حدوثه، أشكاله، انتشاره تشخيصه و تطوره وعلاجه. ونجد مختلف النظريات التي فسرت المرض تركز على الجانب البيولوجي العضوي او النفسي او البيئي (المحيط).

1-8- النظرية العضوية، الطب العقلية:

¹ Ibid, L.Gasman, J-F.Allilaire, p 235.

² Ibid , p20

تعتقد هذه النظرية منذ القدم أن سبب المرض، هو زيادة في الأخلاط التي ذكرها هيبوقراط منذ القدم حيث كان يعتقد يعتقد أنها سبب الأمراض كلها، وأنها مرضي جسمي كباقي الأمراض الجسمية الأخرى و بعده جريزنجر و كرابلان .

1-1-8- الخصائص البيوكيميائية للحالات الاكتئابية:

فالدراسات الحديثة تركز على العديد من العناصر من اجل ايجاد تفسير مقنع لاسباب البيولوجية للاكتئاب و قد تم الاعتماد على العديد من " الأجهزة (التحليل الدم، البول LCR) على مستوى الخلايا الدموية و التقنيات الالكترونية EEG. ذلك لان الافتراض موجود على أكثر من جانب: البيوكيميائى العصبى و الغددى و الالكترونىفيزيولوجى Electrophysiologie. حديثا تم التركيز على التقنية الالكترونية و البيوكيميائية للكشف عن السبب العضوي في الإصابة بالمرض، وقد تم التركيز على الاضطراب البيوكيميائى من خلال :

- الهدم المتعلق بالأحادية الأمينات.
 - النشاطات الإنزيمية.
 - خاصية الأغشية لبعض الخلايا المحيطة.
 - الشريحة الدموية عموما: هذه الخلايا يمكن لها أن "تحقق" نموذج تقريبي لبعض المجموعات من النورونات (العصبونات) المركزية.
- بالنسبة إلى :

1- الهدم المتعلق بالأحادية الأمين الطاقى: لأنظمة الأمينية الأحادية الطاقوية monoaminergiques الأكثر اكتشافا كانت هي الأنظمة السيروتونينارجيك sérotoninergique، نورادنينارجيك noradrénergique دوبامينارجيك

dopaminergique والأكثر أهمية الكولينارتيك cholinergique الغابا-انارتيك gabaergique" (1).

2- واستكشاف المسار السيروتونيني la voie sérotoninergique من سابقه تريبتوفان (TRY le tryptophane) ؛ و تفاعلاته الهدمية الحمض 5-الهدروكسي-اندول-استيك 5-HIAA (5-hydroxy-indole-acitique). الحالات الاكتئابية النفسية المنشأ، و التي تتميز بما يلي:

3- انخفاض العلاقة بين TRY
Autres acides aminés في الدم.

4- تراكمات منخفضة لـ 5-HIAA في LCR بعد اختبار البروبنيسيد Probénécide بعد المرضي، البعض منهم حافظ على تراكم 5-HIAA و البعض حافظ على المجموع منخفض Asberg, Sedvall, Van Praag. " (2).

2-1-8- دراسة النشاطات الإنزيمية:

وهي "مرتبطة بالنشاط الحركي أي الكف عن الحركة التي يميز المكتئب الناتج عن اختلال في نقص الإنزيمات المسؤولة عن الحركة" (3). من خلال الكف الحركي.

2-2-8- النظريات السيكلوجية في تفسير الاكتئاب:

يعتبر فرويد سيغمون S.Freud أن هناك ارتباطا بين الحداد والسوداوية و الهوس إلى حد أنها يمكن تسجيلها في نسق واحد. يحدد فرويد هذا المعنى في كتابه الذي ألفه سنة 1917 La métapsychologie "علم ما وراء النفس" والذي ضمنه تحليلا عميقا لتلك العلاقة التي تربط وتفرق بين مفهوم الحداد والسوداوية، أين يعتقد ان " هناك تقاربا بين الحالتين السوداوية و عمل الحداد لان كلاهما يخضع لشروط و

¹ Ibid, Julien Daniel Guelfi p 159.

² Ibid, p 160.

³ Ibid, p 139.

عوامل تساعد في ظهوره، "الحداد هو رد فعل نتيجة فقدان شخص عزيز أو موضوع له علاقة به فكرة أو حرية فكرة شيء مثالي. الفعل ذاته يثير لدى العديد من الأشخاص هذا الشعور. و هذا يجعلنا نشك في وجود استعداد مرضي، لحالة سوداوية بدل عمل الحداد [...] السوداوية تتميز من وجهة نظر نفسية باكتئاب و بمعاناة عميقة ، إقصاء الاهتمام بالعالم الخارجي، فقدان القدرة على الحب، كف لكل نشاط و انخفاض في مشاعر تقدير الذات و التي تظهر في تأنيب الذات و احتقار الذات و تذهب الى التوقع الهذيانى للعقاب. عمل الحداد يحمل نفس السمات ما عدا اضطراب تقدير الذات" (1) يركز فرويد على أن "فقدان موضوع الحب". في الحداد موضوع الحب يكون في حقل الشعور. لا يوجد شيء يخص الشخص المحبوب يبقى لا شعوريا. في السوداوية وضع فرويد فرضية فقدان موضوع، حيث ينسحب من الشعور و يختلف عن الحداد. فيتطور حينها نحو مفهوم جديد: الموضوع المفقود في السوداوية هو **الاننا الحقيقي** للسوداوي. (2) ثم يضيف أن الحداد يكون مركزا حول العالم الخارجي بينما في السوداوية يكون مركزا على **الاننا** أي العالم الداخلي: " بالنسبة للحداد فإن العالم يبدو فقيرا فارغا، بينما في السوداوية يكون الاننا هو نفسه (العالم). المريض يتصور ان اناه بلا قيمة غير قادر على أي شيء مهما كان و من نفسيا فهو محكوم : يقوم بعتاب ، احتقار و ينتظر ان يكون ملقى في الخارج و يعاقب" (3)

في هذه الحالة يمكننا الحديث عن "هذيان نفسي بسيط"، والذي يذهب إلى غاية إخفاق النزوة التي تعارض كل شيء للتمسك بالحياة" (4).

منذ سنة 1911 توخى كارل ابراهام في الاكتئاب قطيعة في التوازن بين النشاطات الليبيدية و النشاطات العدوانية. القلق القديم يظهر كرد فعل أمام الخطر النزوي و يكون بحث **الاننا** عن حلول للبقاء، بينما في الاكتئاب يكون **الاننا** مشلولا غير

¹ Sigmund Freud, **métapsychologie** édit Gallimard 1968 P 148-149.

² Daniel Widlöcher, **les logiques de la dépression** Fayard 1995, p 12.

³ Ibid Sigmund Freud p 152.

⁴ Claude le Guen, Dictionnaire freudien PUF 1ère paris 2008 p 811.

قادر على إيجاد حلول لوحده من اجل البقاء". "ايريك جاكوبسن مثل كارل ابراهام
ركز على خيبة الأمل الاوڤيبيية كاملة تقوي و تدعم مشاعر للفشل القبل التناسلي، دائما
تكون متطورة عند الفرد المكتئب" (1) "لقد حدد كارل ابراهام **Karl Abraham** سنة
1912 وفق ما تضمنته أعمال **سيجموند فرويد**، فقد كان يعتقد أن البحث في الاكتئاب
يتم عن طريق البحث في التوجيهات الصادية المكبوتة: "الاستعداد للكراهة ينتج عدم
القدرة على الحب" ويؤدي إلى الاكتئاب وإلى عصاب الاستحواذ. فالسوداوية تؤدي إلى
إسقاطات "سلبية" على محيط الحالة : " لا استطيع أن أحب الآخرين لا أقدر إلا على
مقتهم" (2).

فقد قسم **كارل ابراهام Karl Abraham** الاكتئاب إلى "اكتئاب أولي"،
تكرار الفترة الاكتئابية عند نفس الشخص ترتبط بقهر تكراري والتي تؤدي إلى جرح
نرجسي خطير لنرجسية الطفل بواسطة الوفاة أصلية قبل أن اللذة الأوڤيبيية يتم تجاوزها
الطفل يصبح خائب الظن في نفس الوقت بالأم وبالأب، والذي يعطي شعورا بالترك
الشامل وميل نحو اكتئاب مبكر" (3).

و يضيف ان هناك قطيعة في التوازن بين النشاطات الليبيدية والنشاطات العدائية
فهو يقارن بين الاكتئاب الكلاسيكي، لأنه بالنسبة إليه هناك إجابتين أساسيتين
متعارضتين بشكل واضح في ميكانيزماتهما **للأنا**. القلق الكلاسيكي يظهر كرد فعل أمام
الخطر النزوي ويشكل من خلاله دعوة الأنا نحو حلول من أجل العيش، أما بالنسبة
للاكتئاب يقابل أنا مشلول غير قادر على إيجاد حلولاً لوحده، من أجل العيش" (4) فهو
عبارة عن نوع من الانقسام في طبيعة استثمارات **الأنا** بين اللذة و الألم ، بين النزوة و
العداء، تناقض في الاستثمار الليبيدي.

¹ Jean Bergeret, la dépression et les états limites édit Payot paris 1992 ; p 141.

² Ibid , D.Guelfi, p 167

³ Ibid , p 167.

⁴ Ibid, Bergeret, 141.

تركز ملاني كلاين **Mélanie Klein** غيرها من المحللين النفسانيين ان الفترة الأولى (الجزء الثاني من السنة الأولى) من الطفولة تركز على العلاقة المتناقضة بين الحب و الكره للام التي في بعض الأحيان تدرك على أنها موضعاً للحب و الحنان و أحيانا عبارة عن موضوع للكره و الإهانة و من ثم فالطفل يستعمل ميكانيزم الاجتياف لموضوع الأم كموضوع كلي (كموضوع للحب و كموضوع للكره كوحدة كلية) "نمو الطفل الصغير يحكمه ميكانيزم الاجتياف والإسقاط. فمنذ البداية الحياة، يجتاف الأنا موضوعات "حسنة" و اخرى "سيئة" النموذج الاولي في ذلك هو ثدي الأم فهو نموذج جيد عندما يتلقاه و سيئ عندما يحرم منه"⁽¹⁾.

لتوضح لنا بعد ذلك مفهومها عن "الوضعية الاكتئابية" la position de la *dépression* "تعتقد أن هذه الوضعية عالمية عند الأطفال ولا يشكل فقط نصيب الأشخاص خاصة المحبطين في الواقع ضمن العلاقة الأولية "أم طفل". القلق ينخفض إلى إستجابة الأنا أمام تهديدات كارثة علانقية، أما الاكتئاب يصل إلى مستوى الإستجابة لكارثة، يعتبرها الأنا محققة. القلق يصبح علامة بينما يصبح الاكتئاب كحقيقة. الاكتئاب دليل فشل في بذل الجهد من أجل تحقيق علاقات موضوعية جيدة، و تقمص إيجابي"⁽²⁾

" في الوضعية الاكتئابية آليات الاجتياف تتركز : الرضيع يرغب في المحافظة على ترميم الأشياء التي يحبها و التي يخشى تحطيمها، و لكن في نفس الوقت يخاف من ان كراهته الشديدة لا تشكل خطر على الأشياء التي تم اجتيافها. من اجل الدفاع عن خوف التحطيم يقوم الطفل بتكوين دفاعات هوسية مؤسسة على : أن الأنا قوي لمراقبة الشيء و ترميمه، إعادة توليده من جديد عندما يريد. شيئاً فشيئاً يبدأ الطفل باعتبار ان الأشياء الداخلية هي على الأقل مهددة من نزواته. الإصلاح لعب دوره و قرار الموقف الاكتئابي وصل إلى المرحلة الأوديبية."⁽³⁾

¹ Mélanie Klein, deuil et dépression édit Payot paris 2004 p 13-14.

² Ibid Bergeret les états limites p 141.

³ Ibid Daniel Guelfi P 168.

ما يمكن استنتاجه هو ان الموقف الذي يحدد تلك العلاقة مع موضوع الحب سيبنى على جملة من التصورات التي تحدد موضوع الحب و موضوع الكره و عليه يشكل ذلك تصورا متناقضا كليا عن الموضوع و انشطاره بين موضوع حسن و موضوع سيء.

1-2-8- بنية الاكتئاب:

يوضح **جان بارجوري Jean Bergeret** أن "التنظيم البيئي، لا توجد في الذهان ولا في العصاب، قبل كل شيء هو مرض يصيب النرجسية، قد اجتاز مرحلة الخطر في الإصابة النفسية ذات النوع الذهاني، الأنا لا يستطيع مع ذلك بلوغ الإصابة النفسية من نوع عصابي، حيث تبقى العلاقة بالموضوع متمركزة في تبعية سنديّة بالنسبة الى الآخر، الخطر المحدق الذي تكافح ضده كل متغيرات الحالة البيئية، هو قبل كل شيء الاكتئاب" ⁽¹⁾. عدم القدر على تكوين بنية محددة و في نفس الوقت هي بنية الحالة البيئية و التي تعكس حيرة في العلاقة مع الموضوع و تبعية ذلك من حيث الآليات الدفاعية المتمثلة في رفض التصورات الجنسية المرتبطة بالموضوع و طبيعة القلق:

أولا: يوضح أيضا **اوتو كيرنبارغ Otto Kerneberg** "أن الأعراض الاكتئابية يجب أن نستخلصها من سمات الشخصية المازوشية أو الاكتئابية.

ثانيا: من جهة أخرى مراعاة الكيفية التي يظهر بها الاكتئاب، فهذا مهم فكما كان الاكتئاب مصحوبا بمشاعر صادقة عن الإحساس بالذنب و الندم والاهتمام، و هذا يترجم أكثر الاندماج في الأنا الأعلى، وهذا مهم في مناقشتنا، لانه كلما كان الأنا الأعلى أكثر اندماجا كلما ارتفع مستوى المرض.

¹ Ibid Jean Bergeret la dépression et les états limites, édit Payot 1992, p 142.

ثالثا : الجانب الكمي للأعراض الاكتئابية وأثرها في أهمية اضطراب تنظيم وظائف الأنا. في كل الحالات، على الرغم من وجود (او بالأحرى بسبب) وظيفة "سليمة" للأنا الأعلى، لا يستطيع الأنا مقاومة هذا الأنا الأعلى القاسي والصادي.

أمام أي اكتئاب الترابط بين هذه النقاط الثلاث (العامل النوعي، العامل الكمي والعامل التنظيمي للشخصية الاكتئابية و المازوشية) يبين بوضوح على اننا نستطيع ان نستخدم الاكتئاب كعرض أو مؤشر مباشر لتنظيم بينية للشخصية⁽¹⁾ بالنسبة الى كيرنبرغ ان الاكتئاب يمكن استخلاصه من الشخصية المازوشية او الشخصية الاكتئابية، مراعاة الجانب الكيفي الذي يظهر به الاكتئاب، الجانب الكمي للاعراض، و اهمية ذلك التحول الى حدة القلق الذي يهدد تنظيم البنية المرضية.

2-2-8- الانا الاستنادي : هناك العديد من التحليليين الذين اهتموا باستثمار التنظيمات البينية منهم و.د.فيربان w.d.Fairbain 1952 et coll و قد أصروا على وجود قسمين تنفيذيين لـالانا في الشخصية البينية، احدهما يبقى في إطار تكيفي كلاسيكي مع معطيات الواقع الخارجي و الآخر يعمل أكثر استقلالية بالنسبة إلى الواقع و هو مثبت بشكل أساسي نحو الحاجات النرجسية الداخلية، و إلى الاستناد المطمئن، و هذا ليس انقساما في الأنا و إنما هو إجراء تكيفي و دفاعي بسيط ضد تهديدات نفس (تحطيم) الأنا، و هذا راجع الى عدم القدرة على التخلص من تكوين حالات مترددة للأنا و التي لم تبنى فعلا بشكل رسمي و نهائي. "⁽²⁾ أي أن البناء هش و غير قادر على الصمود و التحكم في الذات و التكيف مع كل الوضعيات و الظروف.

3-2-8- العلاقة مع الموضوع:

¹ Otto Kernberg, les troubles de la personnalité, trad de l'ang, Daniel Marcelli, éd DUNOD 1997, Paris, p 44-45.

² Ibid J B, La personnalité normale et pathologique, p 142.

تتضمن هذه العلاقة عنصر الإسناد العلاقة بمعنى أن " العلاقة استنادية وهي مستمدة من الكلمة اليونانية "anaklitos" والتي تعبر عن حركات "الارتكاز على الخلف، مستلق على الظهر" وهذا المضمون يناسب كثيرا الحالات البينية. فهي الارتباط بالموضوع كموضوع استناد وعليه يستمر اختيار الأبوين إما كموضوع للحب أو كموضوع للكره، يحدث ذلك بالتناوب وهذا نسميه، " العلاقة بالموضوع الاستناد فهي في الحقيقة علاقة اعتماد كبيرة و ارتكاز والتي تبقى كمعاش وكلعب على الاثنين، ولكن بطريقة مختلفة كثيرا عن ذلك الجزء الأنصهاري للذهاني مع الأم" (1)

الاختلاف الموجود بين البنية العصابية والتنظيم البيني حدد من طرف Bela Grunberger سنة 1963 معرصة السلسلة العصابية يعود الى تداخل العوامل التالية : النزوة-الأنا الأعلى، القلق العام، و السلسلة النرجسية (نرجسية- الأنا المثالي-الاكتئاب) الشعور بالذنب، قلق الاخفاء ، الأعراض العصابية، فقد وضح ايضا التعارض الأساسي على المستوى الوراثي الموجود بين الأنا الأعلى و الأنا المثالي للانا، و لكن هذين العنصران يمكن ان يدخلوا في صراع الأنا المثالي، حيث يريد في بعض الأحيان اشياء ممنوعة من طرف الأنا الأعلى(مما يؤدي الى ارتفاع الميولات الاكتئابية" (2)

4-2-8- الآليات الدفاعية:

التنظيم البيني يستخدم آليات دفاعية اقل تكويننا و اقل أهمية و اقل ثمنا في استثماري العكسي من الكبت، باعتباره أهم آلية دفاعية ضد القلق و هو اقل أهمية في التوظيف بالمقارنة مع التوظيف العصابي. هذه الآليات الأخرى هي أساسا التجنب، الإغفال ، ردود الأفعال الاسقاطية و انشطار الموضوع.(3)

¹ Ibid, p 144.

² Ibid J.Bergeret la dépression p 143.

³ Jean Bergeret, la personnalité normale et pathologique, p 150.

ويتم عن طريق توقيف تطور العاطفة نحو العلاقة بالموضوع، و تحول الى موضوع استنادي والذي يشهد على علاقة ارتباطية خاصة بالموضوع، والذي يكون مثل كل الارتباطات من هذا النوع، أين يلعب الزوجان دورا كبيرا أو صغيرا، مضطهد أو غير مضطهد.

3-8- النظرية المعرفية:

تقوم النظرية المعرفية على العمليات المعرفية و تحليل المعلومات التي تصل الى الدماغ و من ثم فالسلوك هو نتاج هذه العمليات و قد ظهرت بعد النظرية السلوكية 1960 و " أسس بذلك تخصصا يدعى علم النفس المعرفي و الذي يقوم على تياران:

الأول: يهتم بمحتويات الأفكار المرضية خاصة الاكتئاب و قد أعطى مكانة للعلاج المعرفي. باعتباره يوظف الوظائف المعرفية في عمليات العلاج.

الثاني: له هدف تحليلي للسيرورات المعرفية و اختلالات وظائفها في علم النفس المرضي في الميادين الأساسية التالية : الإدراك، الانتباه، الذاكرة، اللغة، و الاتصال خاصة في الدراسات عن الفصام التي أخذت نصيبا كبيرا منها"⁽¹⁾

حسب Hardy-Baylé 1994 هناك ثلاث أهداف أساسية تميز التيار الثاني⁽²⁾:

1- معرفة الاختلال الوظيفي المعرفي الخاص بالاضطراب العقلي.

2- شرح الإصابات المعرفية للاضطرابات العقلية محل التساؤل او بعض المجموعات العرضية.

3- و أخيرا ربط الإصابات المعرفية بالوظائف العصبية".

¹ Chrystel Besch-Richard, la psychopathologie cognitive, édit PUF 1^{ère} édition paris 2000 p16.

² Ibid p 17.

" المقاربات المعرفية لاضطرابات المزاج لها دائما مرجعية نظرية للصلاحيات التي تم إيجادها في شكلها الكامل من طرف سولغمان Seligman ووينر Wiener". حيث تقوم هذه النظريات بشرح الوظيفة المعرفية للفرد على أساس وجود أسباب نوعية تمنحها الأحداث. مبدئيا، هذه النظريات هي أصلا تهتم بالاتجاهات المنسوبة للفرد تجاه الفشل أو النجاح.⁽¹⁾

ركز سوليغمان Seligman على ثلاث أبعاد في نظريته هي كالتالي:

1- **مكان المراقبة**، يمكن لفشل ما أن يكون منسوبا إلى أسباب داخلية (عدم القدرة) أو أسباب خارجية (عوامل اجتماعية مختصة).

2- **الاستقرار و اللا استقرار**، يمكن للإخفاق أن يكون نتيجة أسباب مستقرة وليست متغيرة (عدم القدرة الشخصية أصلا) أو شروط غير مستقرة (جهد غير كافي في هذه الفرصة فقط).

3- **القصدية أو اللاقصدية**، إما أن يكون الإخفاق نتيجة فشل بطريقة عفوية أو ناتج عن سبب مقصود.

من خلال هذه الثلاثية الأبعاد، عبر سوليغمان Seligman عن "النمط المعرفي" للمكتئبين والذي يتميز بالهيمنة المسبقة.

1- **من الداخل**، (يصاب الفرد بالاكتئاب لأسباب داخلية أي نتيجة أفعاله هو (الشعور بالذنب) المحيط له مسؤولية بسيطة).

2- **من الاستقرار**، الشروط التي حددت الاكتئاب لا تتغير.

3- **من اللاقصدية**، في الواقع خاصة اللاقدرة: مهما يعمل المكتئب يعتقد انه لن ينجو من حالته.

¹ Ibid Guelfi P 168.

وكل أبعاد الإخفاق تكون على الجميع: عموماً التجارب سلبية⁽¹⁾. ينطلق النموذج المعرفي من تجارب الحياة و إمكانية نجاحها أو إخفاقها بالنظر إلى قيمة هذا النجاح أو الفشل في حياته و عليه يتم بناء أفكار تتطور إلى بنية سلبية لهذه الذات ذلك المعنى الذي يصبح فيما بعد المعاش الاكتنابي.

نظرية Beck وقد طور هو بدوره نظرية الاكتتاب حول نموذج الاستناد معرفية "السوليغمان Seligman سنة 1974. بالنسبة إليه تثبتت الاكتتاب عند احد الأفراد يرتبط ارتباطاً وثيقاً بوجود هذا الشخص، فبالنسبة اليه، تعتبر البنيات المعرفية الثابتة مسؤولة دائماً على تأويل سلبي للأحداث. وقد ركز في مخططه حول الاكتتابات الخارجية. هذه الاكتتابات تثار نتيجة فقدان موضوع مهم (موت عزيز، قطيعة في العلاقة، فقدان منصب عمل)⁽²⁾. التأويل السلبي للأحداث يعطي الانطباع لهذه الذات بانها لا توجد الا في حركية فاشلة، بحيث تتأسس لها بنيات سلبية ثابتة.

1. بعدها نجد البنيات المعرفية السالبة للمريض التوجه نحو عوز داخلي لسبب فقدان (الشعور بالذنب).

2. الميل إلى الشمولية، تأخذ المكتتب إلى المبالغة في أهمية فقدان في حياته (تركيز)، بعد مدة معينة من التطور يدرك انه لا يجب فعل أي شيء من اجل ترميم حالته (استقرار).

3. إذن نجد الأبعاد الاستنادية الداخلية الشمولية و الاستقرار.

و لكن أصالة عمل بيك Beck تكمن في وضع فرضية أن الحزن ليس إلا ثانوي بالنسبة إلى سوء تكيف البنيات المعرفية، و من الممكن أن تعود هذه الحالات الاكتتابية الى تكوينات سلبية دون أن تحمل أي حزن⁽³⁾. و يمكن أن يكون فيه استعداد

¹ Ibid D.Guelfi p168-169.

² Ibid p 169.

³ Ibid, D.Guelfi, p 170.

للإصابة بالاكتئاب دون إصابة فعلية و هذا يعود بطبيعة الحال إلى العوامل المساعدة على ذلك.

و يضيف أن اضطرابات العمليات العقلية، الإصابة في الذكريات وخاصة الذاتية. فالمكتئب يكون محرجا جراء أحداث متكررة، انتباه، و جهود معرفية مركزة. الشعور بالكراهة و عدم القدرة و هبوط في المعنويات والتي يمكن أن تؤول إلى الهذيان.

4-8- نظرية البيئة الاجتماعية:

وهي تركز على بعد سيكولوجي يتمثل في "رد الفعل" تجاه موقف ما أو حادث ما وكيف للمحيط أن يحدد له معنى إيجابي أو سلبي و عليه تتم الاستجابة إما بالقبول أو بالرفض أو البقاء في موقف لم يحدد من خلاله إلا في الطب العقلي الأمريكي والمرضي الناتج عن نمط رد الفعل ناتجة عن أسباب عديدة للمحيط. في سنة 1909 استعمل مفهوم علم النفس البيولوجي psychobiologie خاصة عند الاعتماد على الأدوية في عملية العلاج لأنه سبب الإحباط والاهتمام بحياة الشخص أين الأهمية في جمع المعطيات حول معاش الحالة". وقد تم استحداث مفهوم "حدث حياتي" المترجمة من الكلمة الانجليزية "life events" ويركز Daniel Widlöcher على أن كل أحداث الحياة مهمة مثل الحوادث الوجودية (سلبية والإيجابية) و السلوكات اليومية في الحياة والتي تشكل هي بدورها خطرا للإصابة ببعض الاكتئابات" فهذه الحوادث عندما تكون متكررة ومستديمة، مما يحدث شعورا سلبيا في نفسية المريض ويعتقد أنه مركز هذه الأحداث تتمثل في (فقدان شخص، فقدان حرية، حق معين، عمل، مشروع)، إيجابية (زواج، ميلاد، مشروع مالي)⁽¹⁾.

9- الاكتئاب عند الراشدين:

نحن نعلم أن مرحلة الرشد هي تراكم لمراحل سابقة يتم خلالها ترتيب مجموعة من المعطيات البيولوجية، النفسية، والاجتماعية، نتيجة مجموعة من العلاقات مع المحيط سواء تكون قصدية او غير قصدية حيث يكتسب الفرد مجموعة من السلوكات الفردية و الجماعية تمكنه من التكيف و إيجاد التوازن و الاستقرار و النمو نحو النضج. وفي الأخير تتحدد

¹ Ibid, p 170.

الشخصية كنتيجة كاملة تحدد كمال الشخصية عندما نتمكن من التكيف والفعالية وإثبات الذات، او شخصية ناقصة عندما تعيش صعوبة في التكيف والفعالية وعدم القدرة على تحقيق الذات ومن ثم فالرشد هو النضج وهو الكمال الذي يبقى محدود التحقيق بالنظر إلي الاضطرابات التي تعيق وجود وظيفة هذا النضج و تفيد الأبحاث أن النساء أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب من الرجال و يمكن تفسير ذلك من خلال مكانة المرأة في المجتمع و الضغوطات داخل البيت و العمل التي تحرمها من الراحة و الأمن خاصة في الدول الصناعية، اين تتعد الحياة اليومية .

10- المزاج الاكتابي:

المزاج هو ذلك الاستعداد العاطفي (القاعدي) يرى جون ديلي J.Delly انه الخاصة "الأساسية الغنية بكل المواد الانفعالية و المهذبة، والتي تعطي تناغما منعشا أو غير منعش لحالة النفس لكل واحد منا، يكون متذبذبا بين قطبين متباعدين من اللذة والألم" (1) "في ظل الأحداث والانفعالات التي توجه إجاباتنا والتي تمكننا من التكيف إلى الأحسن في محيطنا الاجتماعي، العاطفي، الأسري والمهني"(2) فالمزاج هو مستمد من المِزْج أي الخلط بين مجموعة من المواد لتعطي لنا في الأخير تركيبا له معنى أو اثر فهو الانسجام الداخلي بين كل التراكيب الانفعالية و العاطفية الداخلية و ما تحققه في الواقع.

"فالشخص المكتئب يعيش تجربة فقدان كلي للأشياء، فقدان الاهتمام، الذوق، الأشياء التي لها لذة، معنى الحياة، الأمن، مع معاناة من هجمة القلق و معاناة للقلق"(3).

1- القلق: "المكتئب يصاب بالدوار أمام المستقبل الذي لا يستطيع فهمه، لأنه يظهر بكل أخطاره وتهديداته، هذا يظهر على شكل حالة توترات نفسية على الأقل مستديمة حيث يهيمن الشعور بالخطر الحنين عليها.

¹ M Dugas et M C Mouren, les troubles de l'humeur chez l'enfant de moins de 13 ans PUF, 1^{ère} 1980, p 09

² Delly, les maladies dépressives, Jean Pierre Olié , maris-France Poirier, Henri 100, édit Flammarion 1995, p 03.

³ Ibid, p 04.

فهي تظهر بعدم القدرة على الاسترخاء، الحاجة إلى التسكع و عدم الاستقرار و استحالة البقاء في مكان من الناحية الفيزيائية المكتئب يعاني القلق على أشكال متغيرة، ضغط حاد في المعدة، الشعور بالعنق مخنوق، صعوبة في الابتلاع، عضلات مشدودة خاصة على مستوى الفك، الشعور بالحرارة و بالبرودة، اختلال، خفقان في القلب، تصبب العرق، جيشان في التنفس، إسهال، صعوبة في النوم بسبب وساوس أو أفكار قهرية، واضطرابات جسمية .

11- مرض الاكتئاب في الجزائر:

بما أننا نريد دراسة مرض الاكتئاب في الجزائر من خلال التمثلات الثقافية للاكتئاب و العلاج المتبع للمكتئبين أحالنا هذا إلى أهمية دراسة الوسط الذي يعيش فيه المكتئب من خلال الأسرة و المهنة و الرفاق و المجتمع بصف عامة و من خلال الدراسات التي أقيمت في هذا المجال التي أكدت على الخصوصية الثقافية للمريض العقلي بصفة عامة و المريض المكتئب بصفة خاصة و هذا ما سنكتشفه مع محفوظ بوسبسي، حيث يؤكد " أن الاكتئاب منذ القديم مجهول من طرف الكتاب و الدراسين للثقافات التقليدية، في تغييراتهم السيميولوجية وفي ميولاتهم، وفي بعض الأحيان كان بالنسبة لبعضهم تغير غائبا. في الواقع كما يبينه العديد من الأعمال مثل: Murphy, S.Ammar, Collomb, Wihkowerchance، ففي العشرية الأخيرة، كانت معرفة الاكتئاب في الوسط التقليدي تعتبر نادرة كالشعور بالذنب، وتأنيب الضمير، شعوران من خلالهما يكون الارتباط و تنظيم النموذج العقلي من بعد جماعي إلى بعد فردي، باعتبار الثلاث نماذج التي أشار إليها H. Collomb، طفل راشد، طفل قوي اجتماعيا" وفي السياق الثقافي الإفريقي نجد H. Collomb يحدد الاكتئاب من وجهة نظر التحليل النفسي "الاكتئاب ينتمي إلى أنا استنادي و لكن مع اختلاف أساسي: في " L' anakhtos thromos ليس الأمر ولكن الجماعة، غياب البنية السهلة، الانتكاسات الجسمية النفسية"⁽¹⁾ ومن هنا يشير بوسبسي إلى أن اللوائح العيادية الخاصة بالاكتئاب تكون متكررة وتأخذ أشكالا مختلفة وتعبر عن معاناة مختلفة بالإضافة إلى اضطرابات

¹ M.Boucebei, psychiatrie et société, ANAL, 1985, P81.

متعددة، "اضطرابات في المزاج تعبر عنها بواسطة ردود أفعال حسركية زائلة، والتي تؤكد أهمية الجسم في المعاش (الذي يعبر عن الصراع النفسي) اضطرابات النوم" يراعي محفوظ بوسبسي دلالة الجسم في معرفة المرض على اعتبار انه أول طريق إلى تعيين علامات المرض. نتيجة تلك العلاقة الارتباطية و الاندماجية داخل الجماعة. تظهر على الجسم بعض العلامات تجعل الآخرين يشعرون بالتغيرات التي حدثت على جسمك و منها سألوك هل أنت على ما يرام؟ لذلك يلعب الجسم دورا في كشف ما تعانيه النفس. أهمية الجسم واندماجه في الثقافة التقليدية يسهل عملية فهم قيمة وأثر معطى الجسم، حيث يبقى ملجأ أو وسيلة أكثر تعبيرا، إضافة إلى طريقة الاتصال، وصعوبة الكلام. تعلق على المريض في تنظيم من السهل أننا نفسر كونهم مرضي والطبيب يعود في تشخيصه إلى نموذج غربي يطبقه كما هو" (1)

فالمفهوم التقليدي للاكتئاب يبقى مرتبطا بسجل ثقافي متوارث هو من له القدرة في تفسير هذا المرض أو ذلك، فهو لا يصغى إذا لمختلف الأمراض بل ينعتها على أنها أمراض خارجة عن إرادة الفرد، ولكنه يلاحظ التغيرات والاختلافات في التعبير عنها من فرد إلى آخر، وهذا يعود طبعا إلى لغة الجسم، فالجسم له أهمية قوية في التعبير عن المرض، فهو القاسم المشترك بين الأفراد والمريض، من حيث الغذاء، الحركات، الاندفاعية، الانفعالات، العزلة.

لاحظنا أن الاهتمام بالمريض تراجع عن طبيعته التي كانت تظم كل افراد الجماعة إلى أن أصبح الدور مقتصرًا فقط على الأم، أو الزوجة" من خلال ذلك يبين لنا كيف ان دور الجماعة قد تراجع و تم ادماجه في دور الأم أو الزوجة و اللتان تكابدن عناء المرض و العلاج و كل مستلزمات المريض" فالذي فقد صحته، ضاع منه كل شيء " هذا شعار نجده سواء في الأمراض العضوية أو العقلية. لذلك ففي المجتمعات التقليدية يلعب العلاج التقليدي أهمية كبيرة على العديد من المستويات منها العلائقية، الدينية، العلاجية، الاقتصادية. نظرا لمكانته و طبيعة مصدره الذي ينبع من الثقافة

¹ Ibid 83

المريض و المعالج فهي أهم مرحلة لتجمع قوى الثقافة و هذا نلاحظه في العديد من المناسبات.

"العلاج التقليدي يكون عميقا عندما يقوم بإدماج كل أفراد الجماعة، خاصة عندما تصاب الجماعة كلية، فعندما تظهر أي مشكلة أو صراع من أي نوع سواء الصراع الآني، بمعنى ليس له جذور في الماضي أو إسقاطات في المستقبل، نتيجة خطأ بسيط فيخل ذلك بكل توازن المجموعة فتصبح في خطر، و بالمثل تعتبر صحة الفرد ضمن المسؤولية الجماعة، و يظهر التكفل الاجتماعي من العناصر الأساسية. من هنا يستنتج م.بوسبسي عنصرين أساسيين لهما أهمية كبيرة في العلاج التقليدي هو أن:

-الفرد يرتفع شأنه عند الجماعة كمصدر (أصل) وقاعدة لكل استفساراته.

-الوسط التقليدي يتلقى و يدمج مفهوم الاضطراب العقلي كمرادف وتعبر لصراع حالي. و نستدل بما أتى به Sow1977 ، حين وضح انه : "بالنظر إلى التفكير التقليدي، الاضطراب العقلي هو صراع دينامي أين تكون واضحة وتحلل نفسها في العلاقات الآنية للفرد مع الاضطراب الذي يعاني منه، و ليس في السيناريوهات أو الأساطير العلائقية التاريخية." (1)

- نلاحظ أهمية الفرد في حياة الجماعة التي ينتمي إليها و التي تلعب دور الحامي لكل أفرادها حيث لا فرق بينهم فيما يخص مستوى الانتساب و الوحدة "فمثله كمثل الجسد الواحد اذا اشتكى منه عضو تداعى له سائر الجسد بالسهر و الحمى". كما جاء في الحديث، فالجماعة كمثل جسم الإنسان إذا اشتكى فرد بمعنى عضو واحد فقد تصاب الجماعة بالحمى و القلق، لأن هذا العضو له دوره و وظيفته داخل الجماعة، و على الجسم أن يتحرك من أجل ترميم الإصابة التي أثرت على وجوده و وظيفته و حالته النفسية، و اتزانه و تكيفه.

¹ Ibid p 84

تمهيد:

أكدت المنظمة العالمية للصحة في "السنوات 2001-2002-2003-2005 على ارتفاع طلب العلاجات للاضطرابات النفسية، في الواقع يوجد شخص على أربعة تعرض لاضطرابات نفسية أو عقلية فعلية في حياته، و الاضطرابات الاكتئابية ستصبح المرض الأكثر انتشارا في القرن 21.⁽¹⁾ فقد أصبح الاكتئاب جزءا من حياتنا، فيقتضي ذلك أن كل حالة مرضية تسعى بإرادة منها أو من المحيط الأسري و الاجتماعي إلى البحث عن إجراءات محددة و مدروسة لأجل علاجها، سواء على المستوى الجسدي أو على المستوى النفسي، فالعلاج أسلوب يتعامل مع الحالات غير العادية و التي تعرضت إلى اختلال في البنى و الوظائف العضوية و النفسية، فهو يتعامل مع إعادة تأهيل الأعضاء و يتعدى ذلك إلى الجانب النفسي للمصاب بعقل نفسية، تتطلب جلب العلاج و البحث عنه، و هذا يتميز عن غيره بصعوبة كبيرة مردها إلى طبيعة المرض و صعوبة التشخيص و صعوبة العلاج. و لذلك نجد ارتباطا شديدا بين المرض و العلاج منذ عرف الإنسان الاضطراب و عدم التوازن، و سبقت العديد من النظريات في شرح المرض و من ثم شرح العلاج في كل الحضارات الإنسانية على اختلاف تراكيبهم الثقافية و الإثنية، منها الحضارة المصرية القديمة، الصينية الهندية الفارسية اليونانية في هذه الحضارة نجد **هيپوقراط** إلى **غالين**، و الحضارة العربية الإسلامية إلى العصر الحديث نجد **فيليب بينيل** و **إميل كرابلان**، **فيلهالم جريزنجر** وصولا إلى التحليل النفسي، وصولا إلى العديد من الطرق العلاجية المنبثقة عن تصوراتها للمرض و العلاج، و تلك التي تم اعتمادها من طرف الثقافة الإنسانية أي عن طريق العلاج الديني و المعتقدات و التجارب الإنسانية. و معنى العلاج الوصول إلى حالة من الشفاء مما أصاب الفرد من مرض أو كدر أو حالة غير سوية بواسطة مجموعة من الإجراءات العملية التي تتيح للفرد تجاوز الحالة التي يعيشها، و

¹ SPF avis du conseil supérieur d'hygiène, Bruxelles.2005, Psychothérapies : Définition, pratiques, condition d'agrément p 6.

تؤثر على كل سلوكاته و علاقاته و انتاجاته، و تشغل باله إلى حد لا يطاق. فهي إعادة ترميم مستوى المعيارية لدى الفرد، سواء على المستوى الشخصي، أو الاجتماعي، أو الثقافي.

ففي هذا المجال نسجل نموذجين علاجيين، هما العلاج بالأدوية من إشراف الطب العقلي، و العلاج النفسي من إشراف علم النفس العيادي، حيث يكون هذا الإشراف من طرف أشخاص مؤهلين تكونوا وفق برامج تعليمية متخصصة، تركز على معرفة علمية و منهجية واضحة، فالعلاج تكوين و تطبيق و الاستفادة من التجربة تكون أكثر أهمية من الاستفادة من المعرفة، لذلك نجد **Duruz** يقول ان : " كل علاج نفسي هو نظام علمي يجب ان تكون له القدرة على الاعتماد على الأعمال ذات الطابع النظري و التطبيقي"⁽¹⁾. نحن بصدد البحث في علم النفس و علم الأمراض النفسية و العلاجات النفسية في مجتمعنا، حيث يتبادر إلى أذهاننا سؤال هو: هل يوجد فعلا العلاج النفسي في مجتمعنا و في مؤسساتنا؟ و هل يتمتع بنفس الفعالية التي يتمتع بها العلاج الطبي؟ و " لماذا العلاج النفسي محل شك من حيث الاهتمام؟ كتب **Tan Nguyen** يتساءل: هل العلاج النفسي فن، أو علم، أم مهنة؟ حتى يشكله الواقع. هذا السؤال يصب في عمق ماهية العلاج النفسي.

نحن نعلم أنه على المستوى العالمي تثار مسألة العلاج النفسي على أساس أنها سؤال محوري يدور حوله تفاقم الوضع الصحي للمرضى النفسيين والعقليين، و تعبر عن عجز العديد من التجارب العلاجية الطب عقلية في الوصول إلى نتائج محفزة.

وهذا السؤال له ثلاثة معان متداولة:

1- يشير إلى ما هي حدود استعمال هذا العلاج (استعمال)

2- لماذا هي موجودة بهذا الشكل (المعنى، المدلول)

¹ J. Tyrrell, G. Poussin, quelques réflexions sur l'avenir en France des traitements psychologiques appuyés empiriquement, revue psychologie française décembre 2005, vol 50-no 488- p 489.

3- هل يتناسب مع الواقع الذي تمثله حقيقة المجتمع الحالي؟ و هل وجود و مبرر في الواقع؟ و كيف للعلاجات النفسية هي نفسها كطرق مختلفة أن تمثل العلاج النفسي؟" (1)

هذه الأسئلة تحمل نظرة نقدية و تقييمية لوضعية العلاج النفسي من حيث حقيقة وجوده و وظائفه العملية المكونة من مجموعة من الطرق المختلفة، موجهة و معدة لأشخاص يعانون معانات نفسية و يشرف عليها أشخاص لهم تكوين و خبرة في هذا المجال، فهي استراتيجية في التعامل مع الحالات المرضية المختلفة. يمكن الإشارة إلى ما أشارت إليه O.Chambo, M Marie Cordine "بالنسبة للعلاج النفسي الخاص بالاكئاب يمكن تعريفها على أساس أنها كل تدخل نفسي لفظي أو غير لفظي من طرف مختص موجه للاسترجاء و التخلص من المعاناة، فقد تم إحصاء أكثر من 400 طريقة علاج من طرف Gerim et Dozar" (2).

فحاولتنا في هذا البحث هي فهم العلاجات النفسية، هذا يعبر عن تصوراتنا لها في الواقع أين تظهر استعمالاتها، و تجعلنا ننظر إليها نظرة استشرافية في مستقبل العمل العيادي العلاجي، الذي أصبح فقيرا خاصة إذا تعلق الأمر بالعلاج النفسي و ليس الطبي أو العلاج التقليدي.

1- تعريف المسار العلاجي الطب العقلي و العلاج النفسي:

حدد كليمان **klienman** المسار العلاجي على انه مختلف المحطات التي يتبعها المريض النفسي، للبحث للوصول إلى حل لمشكلته و يصفه " بسلوكيات البحث عن العلاج أو استراتيجيات الطعون العلاجية و هذا يعود إلى البحث عن العلاج و البحث عن معنى المرض أيضا." (3) يتحدد المسار العلاجي من خلال الاستعمال

¹ Tan Nguyen et coll ; Pourquoi la psychothérapie Dunod, paris 2005, p02.

² P. Boyer, R Dardennes et Coll, dépression et santé donnés et réflexions PRID, Acanthe Masson Paris 1999, p 46.

³ Patricia JOLY , et coll , représentations culturelles, itinéraires thérapeutiques et santé mentale infantile en Guadelupe, revue la psychiatrie de l'enfant 2005/2, 482, (p539-575) p 542.

الموسع للعلاجات المتوفرة لدى الفرد أو الجماعة التي ينتمي إليها، يحدد اوليفي شميترز **Olivier Schmitz** المسار العلاجي على انه " التنقل المتبع من طرف كل مستعمل ضمن مجموعة من الطعون المتوفرة في سوق العلاج. و هذا التنقل يكون دائما متبوعا بثلاثة مراحل هي: إحساس الحالة باضطراب يصيب بدنه يتطلب البحث و التفسير، و إيجاد تشخيص للحالة التي يعاني منها، و اختيار العلاج أو المعالج." (1)

استعمل **جون غويوتا J.Goyotat** مفهوما جوهريا في تعريفه للعلاج النفسي، هذا المفهوم يحدد نهاية العلاج و النتيجة من استعماله، مركزا على الأثر الفعال، فهل يوجد فعلا علاقة بين ما يُمارس كعلاج، و بلوغ نتائج فعالة في العملية ككل؟ العلاجات النفسية هي: علاجات للصحة، أين يتم استعمال بطريقة منطقية و بكثافة مجموعة مترابطة من الوسائل النفسية (التدخلات) و التي تكون راسخة في إطار نفسي و علمي. تكون مطبقة من طرف شخص تحصل على تكوين في الميدان، ضمن علاقة معالج-مفحوص/زبون، بهدف التخلص من الصعوبات النفسية و الصراعات و الاضطرابات التي يعاني منها المفحوص/الزبون- و هذا يمكن أن يكون فردا كما يمكن أن تكون جماعة (أسرة، أزواج) (2)، يضيف **جون غويوتا Jean Guyotat** على أنها: " مختلف الوسائل السيكولوجية التي يمكنها أن تعمل وفق هدف علاجي محدد، مفهوم الأثر (المفعول) العلاجي هو ما يجب أن نعرفه منذ البداية، و هو يؤدي إلى الحصول على ضمور الحالة المعقدة التي يعاني منها الفرد إما لأنها تجعله يعاني أو لأنها تخفف عنه، و تمنع تفاقم الوضع، إلى حدود خطيرة في حياته، هذا ما يفترض أن الفرد يريد التخلص من هذه المعاناة وأن محيطه أيضا يريد هذا" (3)

فالعلاج النفسي هو البحث عن مخرج للوضعية المأساوية التي يعاني منها الفرد المريض من خلال تخليصه من الصراع والقلق الذين يعيشهما، و يهيمنان على كيانه و

¹ Olivier Schmitz, soigner par l'invisible, édit imago paris 2006, P 26.

² Ibid, SPF avis du conseil supérieur d'hygiène, Bruxelles.2005, Psychothérapies p 07.

³ Jean Guyotat, psychothérapie médicale, Edit Masson 1978, p 09.

على تفكيره و على نشاطه و على محيطه الأسري والمهني، يرى نرفارو **Narvarro et Ilobell** أنه يمكن تلخيص المراحل الأساسية للتدخلات العيادية المرتكزة على الدلائل: تكوين استبيان عيادي واضح (من خلال مشاكل المريض) البحث البيبليوغرافي للمقالات العيادية المهمة حول الموضوع لتقييم مدى مناسبتها و إمكانية استعمال وسائل من خلال دراسة اكلينيكية" (1) فنظرا لهذه الوضعية يلجأ المريض أو محيطه الأسري أو الاجتماعي إلى مختص في الميدان من أجل إيجاد الحلول لهذا المريض، فالعلاج هو رحلة البحث عن مختلف الوسائل و التقنيات و الاستراتيجيات التي تساعد الفرد على إيجاد هذا التوازن: " العلاج النفسي هو مختلف الوسائل من خلالها تؤثر على نفسية المريض أو على جسمه بواسطة التدخل النفسي." (2)

نحن نعلم أن الإنسانية مثلما عرفت المرض منذ القدم عرفت العلاج أيضا منذ القدم، وقد علمت بمختلف الوسائل والتقنيات، وحتى التفسيرات المبينة للمرض والتي كانت الاستجابة المثلى للقلق من خلال عقلته أو جعله خفيا غير واضح، لذلك نجد العديد من الطرق العلاجية التي وصفها تاريخ الطب النفسي من خلال ممارسات طقوسية متعلقة بالثقافات الإنسانية البدائية والسحر والشعوذة والعلاج بالدين. تتطور نتيجة تطور العقل البشري من مرحلة التفكير الخرافي (الأسطوري) إلى التفكير الديني ثم العلمي. مع بقاء هذه النماذج إلى عصرنا الحالي، و هي تُجاري في حضورها العجز المسجل في تفسير بعض الأمراض و عدم فهمها أو التمكن من علاجها.

ما يمكن ملاحظته هو أن تفسير و فهم المرض هو ما يحدد طريقة العلاج، بمعنى أن حضور مفهوم التصور بالنسبة لأسباب المرض هو ما يحدد صورة العلاج لدى المريض أولا ثم المختص، وهذا ما نجده في أعمال **جيمس فريزر J. Frazer**، فهو يصف نقطة مهمة في العلاج بالسحر فهي العلاقة بين الاعتقادات في السحر وتصور الشيء الرمزي للعناصر التي كونت السحر. أين يمكن أن تكون على شكل

¹ Ibid J. Tyrrell, G. Poussin p489.

² J.-m. SUTTER et G. PASSCALIS, psychothérapie, ANTOINE POROT; Manuel alphabétique de psychiatrie PUF paris 4 édit 1969 P 489- 492.

مفهوم نفس جسدي ساذج والذي يعتقد في قوة خارقة للفكر على الجسم (على النظام البيولوجي) جسم ونفس (وفق تصور قديم)، كانت كازدواجية لأحد على الآخر" (1).

من هنا كانت الدراسات الانثروبولوجية تحاول أن تستفسر عن العلاج في المجتمعات البدائية و بينت أن هذه الأفكار ركزت على السحر لانسجامه مع خاصية الاعتقاد التي تسود وظيفته، فلا يكون السحر سحرا إلا إذا تم الاعتقاد فيه على أنه سحر، و عليه فلا يكون العلاج علاجا إلا إذا اعتقد المريض أنه علاج. فالسحر مبني على مجموعة من الاعتقادات الخارجة عن إطار العقل و الإدراك، و لذلك فهي تتمتع بقوة خارقة لأنها لا تدرك بل يعتقد في قوتها و من ثم تكون آثارها وفق الاعتقاد فيها.

2- التكامل العلاجي بين الطب العقلي والعلاج النفسي:

يوضح سيجموند فرويد S.Freud تلك العلاقة قائلا: " أن العلاقة بين الطب العقلي والتحليل النفسي (العلاج نفسي- البعد العلاجي) مماثلة للعلاقة بين التشريح و علم الأنسجة. فالطب العقلي له توجه مبني على العلوم التجريبية والطبيعية العلمية، تعمل على ملاحظة الاضطرابات النفسية، تصنيفها، تمييزها، وجعلها واضحة، إيجاد العلاقات البيئية، وهي تشمل تشريح الأعصاب، علم الأعصاب الفيزيولوجي، التكوين، النفسي، الفينومينولوجي و الانثروبولوجي. فالعلاج النفسي مرتبط بفرضيات يتم استحداثها من قبل بعض الباحثين وهي محملة بحقل مفاهيمي لكل مدرسة." (2) نلاحظ الفرق الموجود بين العلاج الطبي و العلاج النفسي و المتمثل في التجربة و الافتراضات الواردة في التشخيص و العلاج بينما العلاج النفسي يقوم على فرضيات نظرية تخضع للسجل المفاهيمي للنظرية التفسيرية للمرض، و عليه فالعلاج النفسي أشد تعقيدا من علاج الطب العقلي. و هذا ما يشير اليه **تان نغيان Tan Nguyen** حيث يحدد ماهية العلاجات النفسية بقوله: " فالعلاجات النفسية تشكل إجابات على

¹ Ibid, Guyotat, p14.

² Christian Müller, études sur la psychothérapie des psychoses, édit Privat Toulouse 1982, p10.

إستفهامات وحوارات حول الإنسان، و الهدف من وجوده في هذا العالم، إضافة إلى قلقه، وعنفه، وحريته" (1).

ونجد نوعا من التوجس أو الحدس الفلسفي يحاول أن يحرر تلك العلاقة بين الكائن البشري وواقعه الذي يعيش فيه و عالمه الذي يحتوي العديد من المتناقضات كانت الإشكالية دائما حول الفرد و الموضوع و هدف الإدراك و الحدس من روني ديكارت **Descartes** إلى **كانط Kant** كانت الإشكالية حول الفرد المفكر و المعرفة، يقول **كانط kant**: "الظاهرة هي موضوع لا يجب البحث في الموضوع في حد ذاته، و لكن يجب دائما البحث في علاقة هذا الشيء بالفرد" و يضيف "نحن نعيش الواقع من خلال اعتقاداتنا حول الواقع" (2). فالواقع في الحقيقة هو ما نعتقد انه الواقع، و بالتالي يسهل علينا فهم المرض على انه اعتقاد خاطئ عن الواقع و أن العلاج هو تصحيح لهذا الاعتقاد، و هذا عمل مضمن لأنه يتعلق بأحكام و قيم و ثوابت، يصعب تغييرها إلا بإرادة فذة موجودة لدى المختص و الحالة المرضية.

فظهور العلاجات النفسية نابع من تصورات المعاناة النفسية، و عليه نقول إن المعاناة هي تصورات لصراعات و اضطرابات داخلية، كما يقول **ميشال فوكو Michel Foucault**: " معرفة العلوم الإنسانية تستعمل طريقة تقوم على التمثل الذي هو حقل المعرفة نفسه. التمثل هو بطاقة للنفس" (3) موضحا العلاقة بين المعرفة و التمثل.

فتعدد الطرق المختلفة في العلاج ينم على اختلاف في الافتراضات المؤسسة للتفسير المرضي للمرض النفسي، ولذلك نجد العديد من الطرق العلاجية النفسية منها، التحليل النفسي، العلاجي السلوكي المعرفي، العلاج الوجودي، الفينومولوجي، العلاج الأسري، العلاج بالعمل، العلاج المؤسسي، والعلاج التقليدي الذي هو نابع من ثقافة

¹ Ibid, Tan Nguyen et coll ; p10.

² Ibid, p10.

³ Ibid, p10.

الشعوب وتفاعلاتهم فيما بينهم، والطبيعة التي يصلون من خلالها إلى إيجاد العقاقير ويعتقدون في شفائها لكل الأمراض النفسية والجسمية. فهي ممارسات طقسية تخضع لنظام الجماعة و النسق الجمعي الذي يحدد كفياتها و آثارها و من يشرف عليها. فهي تختلف عن الطرق الأخرى في أن الأولى تحاول أن تكون موضوعية، في تعاملها مع المرض و المريض، في حين العلاجات التقليدية تكون نابعة من كيان اعتقادي لدى الفرد و الجماعة ككلية غير منفصلة.

"فاختلاف المقاربات العلاجية مؤسس على الاختلاف بين تصورات المعاناة النفسية⁽¹⁾ و مجيء المقاربات العلاجية من أجل تخليص المريض من معاناته، سواء الجسمية أو النفسية، هو في حد ذاته عقبة إذا لم تكن منسجمة مع معتقداته، لأن منطق و تسلسل العملية يشير إلى وجود صعوبة في التشخيص و تعقده و كذلك صعوبة في خضوع الحالة للعلاج، و إيمانها الحقيقي فيه، و ثقتها بنجاعته. و هل فعلا ما نقوم به كعلاج يتناسب مع ما يحتاج إليه المريض؟ و ما يرغب فيه؟ لذلك سنعرج على خصائص كل نموذج علاجي موجود فعلا في مجتمعنا و يمارس بشكل طبيعي و يومي.

1-2- الطب العقلي: الطب العقلي عبارة عن تخصص في الطب يتناول بالدراسة و العلاج الأمراض العقلية و التي لها أساسا عضويا أو نفسيا، باعتماده على تطبيقه في المؤسسات الاستشفائية المختصة، و هي تعتمد على الفحص العيادي الذي يتطلب القرب من سرير المريض: " يتركز علاج المرضى حول سرير و قد أصبحت بالنسبة " للعياديين " الجامعيين القاعدة التقليدية للتنظيم، تعمل وفق النقاط التالية⁽²⁾:

1. ملاحظات تخص المريض و تحليله للوصول إلى تشخيص خاص.

2. علاج المريض و مراقبة تطوره في التجربة العيادية.

¹ Ibid p10.

² P. Pichot et coll, H Helmchen Perspectives de la méthode clinique en psychiatrie, l'approche clinique en psychiatrie ; institut synthélabo P 106.

3. تعلم التشخيص و العلاج قرب المفحوص".

هذه العناصر من حيث أهميتها النظرية و العملية، تحدد سيرورة الفحص كعملية و كتقنية هدفها التشخيص و العلاج.

يحدد فوكو ميلاد العمل العيادي في الطب العقلي منذ كتابات "فيليب بينيل" **philipe pinel** و من بعده تلميذه اسكيروول **Jean-Etienne Dominique Esquirol** (1772 - 1840) 1838 الذي وصف العمل العيادي في كتابه "علاج الأمراض العقلية" *traité des maladies mentales* بقوله: "لاحظت أعراض الخبل، درست الطقوس، العادات و حاجات المخبولين في الوسط الذي قضيت فيه حياتي، و اهتمامي بأفعال المرضى، قمت بتقريبها و مجانستها و رويتها كما رأيتها، و وقفت أمام النظم التي بدت لي دائما أكثر جاذبية منشقة مفيدة في تطبيقاتها" (1) يتحدث على العمل العيادي الذي يكشف عن حالة المريض من خلال ملاحظة الأعراض و مدى تجانسها في شكل نظم تشخيصية و تصنيفه و تجانسها فيما بينها.

فالطب العقلي يقوم على " المعايينة الطبية و التي تعتمد على تحديد الأهداف المتوخاة من الفحص و التي هي عمل يقوم من خلاله الأخصائي العيادي باستخراج علامات و أعراض الاضطرابات العقلية: لإيجاد الروابط السببية بين العوامل البيولوجية و النفسية و الاجتماعية و يقترح خلاصة تشخيصية، من بين أهدافه:

• الوصول مع المريض إلى علاقة ثقة و التي تصبح فيما بعد قاعدة التوافق العلاجي.

• جمع المعطيات.

• اقتراح خلاصة تشخيصية و علاجية" (2)

¹ P. Pichot, l'approche clinique en psychiatrie, institut Synthélabo p 8.

² L. Gasman, J. -F. Allilaire et coll. Psychiatrie édit Masson Paris 2003, p 05.

إضافة إلى أن العلاج يكون داخل المؤسسة الاستشفائية و لما كان فرعا من الطب بصفة عامة فهو يعتمد بشكل كبير على العلاج البيولوجي و الكيميائي أي علم الأدوية النفسية. و التي تركز على العقاقير الكيميائية، و هذا يجعلنا نحدد توجهه العضوي و الجسمي، من خلال معرفة الاختلالات الكيميائية و الفيزيولوجية و إعادة ترميمها بواسطة الأدوية.

بالنسبة للعلاج الطبي للحالات الاكتئابية فهو يقوم على:

ملح الليثيوم: تعتبر العلاجات الأولية لهذه الحالات، فهي تباع على شكل كربونات الليثيوم (carbonate de lithium (téralithe) أقراص بـ 250 ملغ و أقراص بـ 400 ملغ مع الحرية في التمديد (téralithe LP 400) و غليكونات الليثيوم (neuroolithium) في كبسولات بين 5 و 10 مل. فالليثيوم منصح به في الفترات الهوسية و الفترات الاكتئابية.

كاربامازيبين (tégrétol) (carbamazépine) في حالات المضاعفات أو المقاومة أو سوء قابلية الليثيوم.

2-2- العلاج النفسي:

العلاج النفسي يقوم على افتراضات كما سبق و أن بينا ذلك مع سيغموند فرويد، هذه الافتراضات تكون نتيجة تحليل المعطيات المقدمة عن الحالة و التي يتم تحليلها وفق النشاطات النفسية و العقلية و الانفعالية و السلوكية، و البحث في الجوانب الشعورية و اللاشعورية، من أجل فهم مكانزمات الصراع و حدود القلق، و من ثم تبدأ رحلة العلاج لمساعدة المريض للتخلص من معاناته و فهم الأسباب التي أدت به إلى ذلك.

2-2-1 التنويم المغناطيسي L'hypnose: في النصف الثاني من القرن 19

كان الأب جوهان جوزيف غاسنر père Gasner Joseph Johan كان يُعرف

بأفضل المعالجين الدينيين في عصره، بعده اخذ أنطوان مسمر **Antoine Mesmer** صاحب القضبان الجاذبية الممغنطة الحيوانية من خلال ضرب المفحوصين بقضبان حديدية (الجسم) مملوءة بالماء، وأجزاء من الحديد، في مركز قنينة Leyde . حضور الحديد مهم حيث أنها أعطت فرصة لظهور مختلف العلاجات الحديدية هذا القضيب بمثابة جهاز كهربائي يخرج منها تيار كهربائي محسوب. (1)

أول من استعمل كلمة التنويم المغناطيسي هو براد **Braid** 1843، حيث حدد مفهومه على أنه "حالة خاصة للجهاز العصبي تتحدد بمساعدة اصطناعية". بعده برنهيم **Bernheim** على أنه "درجة قصوى في الإيحاء" (2)

2-2-1-1 عناصر التنويم:

- 1- أهميته تكمن في تاريخانيته، بين مدرسين J.M.Charcot التفسير العضوي و بارنهيم Bernheim وانتقاله إلى أمريكا وانجلترا.
- 2- طريقه جيدة إلى اللاشعور و قد طورت من طرف يبار جانبه P. Janet.
- 3- يركز الإيحاء على أفكار ووصفات مركزة، أين يتم استثمار حقل الشعور.
- 4- فهو تحرير للتحويلات المترابطة الخاصة للسيرورة الرمزية، على أساس أنها ممثل الرغبة، وهذا يدل على مدى سلطة الفكر على الجسم، بواسطة تشابه بين الفكر والجسم.
- 5- تظهر أهمية تقنية التنويم في آثارها، وغناها في ميكانيزماتها (3)

2-2-2- العلاج النفسي التحليلي:

بعد أن تأكد لفرويد عدم نجاح العلاج بالتنويم المغناطيسي عمل على ابتكار طريقة أخرى سماها "التداعي الحر"، وهي حديث واعي بين الأخصائي و الحالة عن

¹ Ibid, J. Guyotat P 16.

² Charles de Liguori, l'hypnotisme, principes techniques manuel pratique, édit de vecchi paris 1986, P 9.

³ Ibid, J. Guyotat p 12.

معاش التجربة المرضية، ثم يتبعها نسق التحليل النفسي الذي يقوم على تحليل المعطيات اللاشعورية من خلال تحليل خطاب الحالة، و تحليل الآليات الدفاعية و مساعدة المريض على إخراج مكبوتاته من ساحة اللاشعور إلى ساحة الشعور. فهي استثمار في اللاشعور الذي يحتوي المكبوتات منذ الطفولة و يتم استعمالها في مراحل الرشد على شكل أعراض مرضية، يوضح ذلك فرويد: " المحلل يعيد التحويل الواعي إلى المريض، و التحويل يتم بإزالة الحواجز الخارجية، فعندما نستطيع إقناع المريض أن كل طرقه السلوكية في تحويل ما هي إلا إعادة إنتاج للعلاقات العاطفية صادرة من استثماراته المبكرة مع الأشياء، في المرحلة المكبوتة في طفولته، بهذا التذكير يصبح التحويل السلاح الأكثر قوة في المقاومة مما كان عليه، الوسيلة الأحسن في العلاج التحليلي."⁽¹⁾

يأخذ بعين الاعتبار الجانب النفسي و الانفعالي و المعرفي، على اعتبار أن المستوى اللاشعوري هو الذي يتحكم في الجزء الأكبر من حياتنا الداخلية، و بالتالي فتحليل الحالة و دراستها دراسة عيادية معمقة يتيح لنا فهم الحالة المرضية و تشخيصها و من ثم العمل على التخلص من الصراعات النفسية. يقترح **Otto Kerneberg** أن الهدف من العمل هو التشخيص، و التخلص من الأعراض، تقوم استراتيجيته في العلاج للحالات البينية على ثلاث أزمدة:

1- يجب تشخيص أي عرض مفاجئ في التحويل، تكون العلاقة بالموضوع جزئية أولية، إضافة إلى تحليل و تفسير البنية الخيالية اللاشعورية المهيمنة، و التي تعود إلى هذا النشاط التحويلي الخاص.

2- هذه الإستراتيجية تتكون لتحديد تمثلات الذات و الموضوع لهذا التحويل الأولي الخاص، من خلال التذبذبات، أو التعاقبات النمطية لتمثلات الذات و الموضوعات التي يصفها المريض للمعالج. من خلال هذا التدخل التفسيري تصبح العلاقة بالموضوع

¹ Roger MUCCHIELLI, la psychiatrie et la psychanalyse problèmes actuels de la psychologie, édit ESF 1973, p09.

المثار في التحويل علاقة معارضة تماما، تنشط لفترة مقبلة، و لكنها تصبح الشكل الآخر المنشطر المثالي عن هذه العلاقة بالموضوعات الاضطهادية الخاصة"⁽¹⁾

3-النجاح في إدماج و تحليل العلاقات بالموضوع الأول في التفكك أو الانشطار، إن كان حسنا أو سيئا، توافق الاندماج للتمثلات المطابقة للذات أو إلى الشيء، و يدخل ذلك فيما هو عاطفي أولي، ما يبسر إمكانية تعجيل العواطف، و مراقبتها على أحسن وجه. فهذه الإستراتيجية تقوم على التفسير، و المصاحبة، و المعاني اللاشعورية في الزمن الراهن و الآن." ⁽²⁾

3-2-2- العلاج السلوكي المعرفي:

في البدء كان جون برواديس واطسن **J. Watson Broadus** في أعماله و تجاربه مع الطفل البر **Albert** فقد خلق لدى الطفل الخوف من الجرذان البيضاء بربطه حضور الحيوان مع الصوت المزعج. لقد حدد العلاج بالتعلم على أساس أن المرض هو تعلم لبعض السلوكات المنحرفة نتيجة مجموعة من العوامل و بنفس الطريقة التي تم تعلم هذه السلوكات بها، يتم التخلص منها بواسطة معادلة المنعكس الشرطي **Ivan Pavlov** لايفان بافلوف لتتطور إلى طريقة علاجية أثبتت فعالية خاصة في العصابات (المخاوف) بعد الحرب العالمية الأولى و الثانية، لتتطور القدرات العقلية مثل الذاكرة الانتباه الإدراك التركيز التفكير، الصور الذهنية، والتي تظهر وظائفها في عقل المريض خلال تجربة انفعالية"⁽³⁾.

"يقوم علم النفس المعرفي على تطبيق الدراسة التجريبية و دراسة الأفعال، و تقوم الدراسة المعرفية للأمراض النفسية أيضا بـ:

الدراسة العيادية ، و الطريقة التجريبية هي مفاهيم لحوارات سابقة ، لأنه منذ عام 1949 عرض **د. لاغاش D. Lagache** مؤسس علم النفس العيادي في فرنسا،

¹ Ibid, p 102.

² Ibid, p103.

³ Ibid 04.

أن هناك تقاربا بين هاتين الطريقتين و النظريات الخاصة التي تكون ضمنية. من وجهة النظر هذه هناك تياران أساسيان تجيبان على توقعات لاغاش:

- القياس النفسي

- والمقاربة المعرفية للأمراض النفسية للمزاوجة بين المنهج التجريبي والمنهج العيادي"⁽¹⁾

و هو نفس التصور فإذا تحدثنا عن العلاج المعرفي، هذا يعني أننا يجب أن ننطلق من فرضيات تقول: أن سبب المرض معرفي، والأعراض المعرفية والعوامل المتداخلة في ذلك. "فالمرض يقوم على ضعف او اضطراب الوظيفة المعرفية للمريض (اي الانتباه و التفكير الذاكرة و التركيز)"⁽²⁾ من حيث الانسجام مع الادراكات و تحليل المعطيات التي تجعله في علاقة متوازنة مع الواقع.

"بالنسبة لهاردي بايلي 1994 Hardy- Baylé ان هناك ثلاثة مبادئ موضوعية تميز التيار الثاني في علم الأمراض النفسية المعرفية.

1- معرفة سوء الوظيفة المعرفية الخاصة بالاضطراب العقلي.

2- السير بواسطة الأمراض المعرفية الخاصة بالاضطراب العقلي.

3- ربط هذه الاضطرابات المعرفية مع العمل الدماغى"⁽³⁾

1-3-3-2- النماذج المعرفية العاملة في الحقل العيادي:

وهذه النماذج تعمل في العمل المعرفي في التجربة الانفعالية الاكثنايية نموذج أليس وباك Ellis et Beck من خلال الملاحظات العيادية . فالإنسان يعالج المثيرات بواسطة مصفاة تسمى " المخطط المعرفي " ، و معالجة المعلومات حتى تصبح

¹ Christine Mirabel SARRON, soigner les dépressions avec les thérapies cognitives, édit DUNOD paris 2005, p 07.

² Ibid, p 9

³ Ibid, Christel Besche Richard , la psychologie cognitive, édit PUF paris 2000 p17.

إجرائية بواسطة سيرورة معرفية و تصل في الأخير إلى معرفة (أفكار ، صور شعورية تخترق فكر الفرد). فالعلاج يقوم على إستراتيجية توقعية مدروسة و مع المعتقدات المرتبطة بالأحداث المعاشة" (1)

في سنوات الستينات ظهر طبيبان أمريكيان اعتمدا على مفهوم " العلاج المعرفي"، حيث كان الاسم الأول هو "العلاج العقلي الانفعالي".

أما كلمة العلاج المعرفي تعود إلى Beck، يعتبر أول تيار وظيفي و عيادي يهتم بالتطبيق العلاجي للاضطرابات المزاجية الاكتئابي والقلق. التالي يهتم بالعلاج المعرفي للإدراك والذاكرة و الانتباه واللغة" فهي تنطلق من "فرضية نظرية حول الاكتئاب تقول أن الآثار المرضية هي مرتبطة بالمعرفة، طريقة التفكير للمكتئب يؤدي إلى تصور سلبي للعالم، المسؤول عن ظهور انفعالات عدم الرضا والاضطرابات السلوكية، العمل العلاجي يقوم على معرفة الأفكار السلبية ومعرفة الأماكن الموجودة بين المعرفة والعاطفة والأفعال. فهو يشرح له أن الانفعال الصعب ليس سبب مباشر ولكن يكون سببا بواسطة الأفكار التي صنعتها" (2) هذا التوضيح يبين لنا تلك العلاقة المعقدة بين المرض(الاكتئاب) و العمليات العقلية الأخرى، و الأفكار المحركة لها، و الأحكام المستخلصة منها.

أشارت "O.Chambo, M Marie Cordine إلى وجود أكثر من 400 شكل للعلاج النفسي." (3)

"فهي تعني وجود سيرورة علائقية في إطار خاص ولكنها تعود إلى هدف مختلف عن التغيرات النسبية." (4) نحن نعلم أن للعلاج النفسي طريقة معقدة بشكل كبير

¹ Christine MIRABEL-SARRON, louis VERA l'entretien en psychothérapie comportemental et cognitive 2^{ème} edit DUNOD, paris 2004, p 08.

² Ibid, Christine Mirabel Sarron, p31.

³ O. C CHAMBO , les bases de la psychothérapie, édit DUNOD Paris 1999, p 02.

⁴ Ibid, J. Guyotat, P09.

لأنها تتعامل مع السيرورات النفسية و المعرفية، و ثمة تكمن صعوبة التحكم فيها، نظرا للتغيرات المستديمة من لحظة إلى أخرى.

بالنظر الى ابعاد الحياة و العلاقات التي تربط الأفراد فقد حددت خمسة مستويات للعلاج النفسي وفق عدة أبعاد، الإتصال، المحيط، المؤسسة، الفرد، المعالج، العلاقات الإنسانية والأسرية الإطار الخاص.

المستوى الأول: "العلاقات الإنسانية والأسرية والاجتماعية للحياة اليومية ومختلف الاتصالات الظاهرة." (1)

هذه العلاقات فعلاً ذات أهمية كبيرة بالنسبة للوسط إما أن تكون له وظيفة المحافظة و الوقاية من المرض او وسطا مولدا للمرض، و كوسط يمكن أن يعالج، فالأسرة وظيفتها تحقيق الأمن بكل أشكاله، و الحماية و تلبية حاجات الإشباع، و التي تتفرع عنها كل العناصر الأخرى الاجتماعية و المهنية.

المستوى الثاني: السيرورات العلائقية المسجلة في الإطار الخاص ولكن تعود إلى اهداف مختلف للتغيرات النفسية. العلاقات الخاصة مع الزوجة مع الأولاد مع العمال، مع الرفاق، كلها لها أثرها في العملية العلاجية يجب أن تاخذ بعين الاعتبار.

المستوى الثالث:

هو مختلف الطرق العلاجية الخاصة والمنظمة، من هنا يبدأ العمل العلاجي بعدما يتم ضبط مستويات الوسط الذي تعيش فيه الحالة من خلال الإجراءات الاستقصائية للفرد و المحيط.

هنا تكون السيرورة و الإطار و عملية الاتصال متجانسة بشكل جيد. حيث يضمن هذا المستوى مجموعة من التقنيات، موضوع التصنيفات الاعتيادية (المعتادة وفق

¹ Ibid O.CHAMBO Po9.

مختلف الخصائص) والتي لا يمكننا أن نذكرها إلا بشكل سطحي لأنها معروفة، مثل عالم الاتصال (العلاج النفسي اللفظي والغير لفظي) عالم المثل (الفردية والجماعية). نظرية المرجعية (التحليلية النفسية البنوية و الجشطالتيّة، التحليل التعملي، السلوكية المعرفية، وأخرى ذات مرجعية تحليلية (فرويدية وروجيزيلا) والمدة (مطولة أو قصيرة).

المستوى الرابع:

هو الخاص بالعلاجات النفسية المندمجة والكهربائية) "العوامل المشتركة تمثل 30% من الآثار العلاجية إما ازدواجية الآثار ذات صلة بالعوامل الخاصة 15% ناتجة عن هذه التقنيات. (هذا الذي قدم من الولايات المتحدة الأمريكية).⁽¹⁾ تركز على العمل التقني و مفعولاته العلاجية و آثاره على مستوى التوازن النفسي و الاجتماعي و التي تتطلب وجود استعداد للعلاج كخاصية أساسية في نجاعة العلاج و فعاليته و هذا ما يعرف بالعلاج العملي أي البراغماتي و يتطلب ذلك بحث الخصائص و العوامل المساعدة على العلاج و تطوره.

يعتبر من بين هذه العوامل المشتركة عاملا واحدا مهما جدا، تم ضبطه في الدراسات، ذلك التي يخص العلاقات العلاجية والتي توجد في صميم السيرورة العلاجية النوعية . نوعية التعاون العلاجات النفسية مهما كانت.⁽²⁾ من بين اهم العوامل العلاقات التي يبني على أساسها عنصر الثقة و التعاون بين المعالج و المريض و المحيط. فالتعاون ثمرة الثقة و بداية حسنة للعلاج و للتعامل الفعال بكل الطرق و الالتزام بالنصائح و المتابعة المنتظمة للعلاجات التي تساهم في الشفاء.

المستوى الخامس:

¹ Ibid, O.CHAMBO P12.

² Ibid, P12.

العلاج النفسي المؤسساتي والذي يجب أن يستخلص و يبحث عن أسباب التعقيد و مجموعة العناصر المتداخلة و المتلاحمة و المتعددة. ففي الطب العقلي يطرح مشكل التعاقد مرات بطريقة خاصة في إطار الاستشفاء بدون موافقة⁽¹⁾. نحن نعلم اي حالة مرضية هي حالة معقدة تتميز بالعديد من العوامل التي تتراكم لتشكل بيئة مرضية و لذلك كانت وظيفة العلاج البحث عن الأسباب و محاولة التخلص منها، فالعلاج هو العودة إلى الحياة العادية للشخص. لذلك نجد أن " هناك فرق بين كلمة "العلاج النفسي" و العلاج في اللغة المتكلمة، ما يسمى "بالعلاج" ما هو إلا اختزال للأولى، ذات أصل أنجلوسكسوني"⁽²⁾. فكلمة علاج تعني الصحة اي الخلاص من المعاناة النفسية و الجسمية. و لما كانت الظاهرة المرضية معقدة و جب استعمال اليات و تقنيات لمساعدتنا في فهم و تشخيص الحالة المرضية: "التقنيات تنطوي على وظائف التحليل والاستنتاج للأنا، و تشير في بداية المقام الأول إلى تغيرات في عمق الشخصية، على الرغم من أن تنشأ لا محالة من أثر غير محدد على السلوك و يظهر في شكل أعراض"⁽³⁾ لذلك يقصد في المقام الأول بالعلاج الفعلي، جملة التغيرات في السلوك والأعراض.

3- أهداف العلاج النفسي:

العلاج النفسي تعمل على مستوى خمسة مقاصد مثلما هو موضح في الشكل:

- المحتوى الاجتماعي الشخصي.
- المعرفة (الصور، التصورات، الخيال، الأفكار المعتقدات).
- العاطفة و الانفعالات.
- السلوكيات.
- المشاعر.

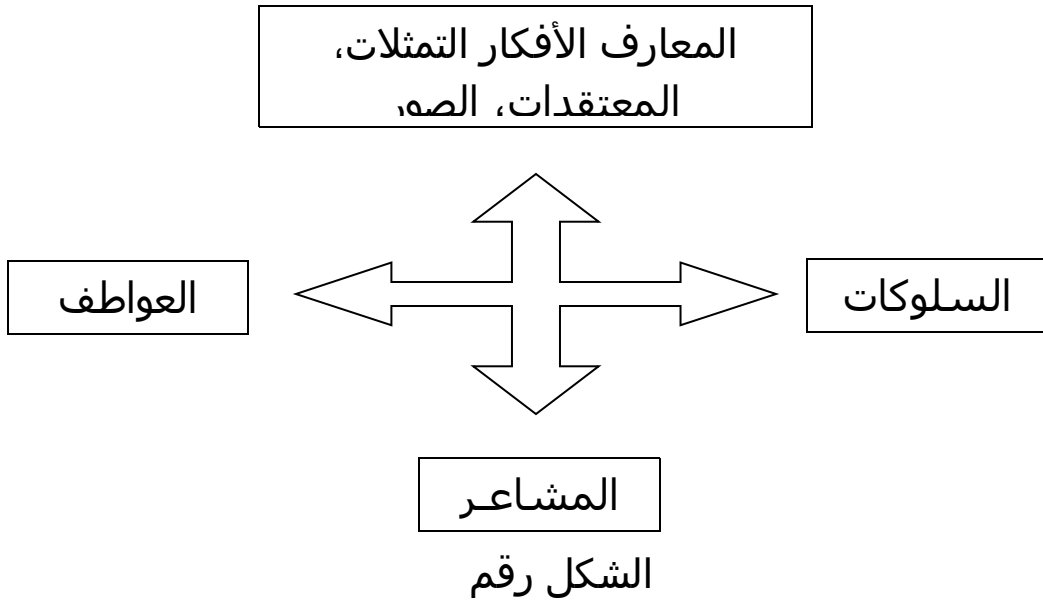
¹ Ibid, p13.

² Ibid, p14-15.

³ Ibid, p14-15

يبين هذا المخطط العلاقة المترابطة بين المحتوى الاجتماعي و الشخصي و الأسري و العناصر الأخرى المتمثل في المعرفة كادراك و وعي بالعمل العلاجي و السلوكيات التي تبرز من خلال التعاون مع المعالج، و العواطف التي تبنى على مستوى العلاقة العلاجية، و ردود الأفعال تجاه المعالج و طريقة العلاج.

محتوى الإطار الاجتماعي



ضمن هذا المخطط تظهر تلك العلاقة المترامية الأطراف بين العديد من العناصر التي تتحرك بشكل ديناميكي مستديم، و تعمل في ظهورها على ما تقره السلوكيات، التي تظهر كتعبيرات عن العواطف، المشاعر، إضافة الى المحيط الذي يمدّها بكل هذه المعاني و خاصة اللغة.

4-العوامل العلاجية المشتركة:

"حسب Panchert و Brugnoli 1992 عرفا العوامل الخاصة التي تؤثر

على مستقبل العلاج النفسي، و التي جمعت في أربع مجموعات:

- خصائص المفحوص (المريض) النشاط، الانتصار، التحسنات.
 - خصائص المعالج.
 - خصائص العلاقة بين المفحوص والمعالج، والتي يجب أن تطور من خلال المريض (شعور بالثقة تجاه المعالج).
 - ومتغيرات مرتبطة بضرورة العلاج، مثل مستوى النشاط والانفعال. (1)
- هذه العوامل فعلا ضرورية لعمل علاج منسجم و فعال.

5-العلاج النفسي والبيئة الأثنروبولوجية:

هناك علاقة عميقة بين العلاج النفسي و المحيط و الوسط الإثني، فعند ظهور المرض لدى فرد من أفراد المجموعة يلتف حوله الجميع و يبذلون قلقا عن حالته و يتم النصح بالذهاب الى المعالج (س) و يتم معالجته بأشياء بدائية بسيطة جسديتها التقاليد المتوارثة و تبدو مفهومة و متقبلة من الجميع لذلك المرض ليس وحدة واحدة و كذلك العلاج ليس وحدة واحدة. و في هذا السياق يرى جيروم برينار **Jérôme Bruner** أن: "تطور الإنسان قد وضع الحدود عندما أصبحت الثقافة العامل الأساسي الذي يعطي شكل العقل الذي يعيش في رحمتها. ذلك من خلال النسق الثقافي الاجتماعي

¹ Ibid CHOMBO, p30.

بتطور الفرد وبواسطة التنشئة الاجتماعية والتربية واللغة، تتكون ذهنيته ومحتوياته ومعاينته للعالم الخارجي، ومن هنا يصاب بالمرض، ومن هنا يكون بحاجة إلى العلاج، العلاج المادي وغير المادي.⁽¹⁾ فنفس ظروف المرض يمكن أن تكون هي نفسها ظروف للعلاج.

من خلال هذا الطرح تبدو علاقتنا بالمرض أو بالعلاج ليست آنية وليست مقتصرة على ما هو علمي دقيق، نظام مؤلم و غير متجانس قد نمى و تطور من مرحلة أقل تعقيدا إلى مراحل معقدة. وإنما هي ترسبات تاريخية وإمكانات موجودة في طلب هذا التاريخ الشخصي والاجتماعي و الإثني، وعليه هناك علاقة جد قوية بين الثقافة ومختلف التفسيرات والإجراءات الخاصة بالعلاج. الثقافة تعني الإنسان المميز و الطبيعي الذي تحدده الطبيعة و علاقته معها، لذلك كانت الثقافة مرتبطة بالحياة و بالمرض و الصحة و الموت، فهي معيار حقيقي يسايرنا في كل لحظة من حياتنا، فهو مرجعية نستخدمها في كل حال من الأحوال.

يضيف: "كنا بعيدين عن معرفة ماذا يعني ظهور الثقافة بالنسبة إلى قدرة التكيف لدى الإنسان ووظيفة"⁽²⁾ لنصل الى حقيقة مفادها أن الثقافة هي من يساعدنا على التكيف بواسطة ما نكسبه من قيم و عادات و آليات و معان حقيقية للذات و الأخر، و كل ما يربطنا به ، سواء كانت هذه الروابط شعورية او لا شعورية.

هذا ينعكس على تصورنا لدور الثقافة في عمل التكيف في العمليات العقلية وأثارها على العمليات النفسية، من خلال المعاني التي نحملها عن المحيط وربما تكون اللغة الواصفة للحالة التي يشعر بها المريض أكبر دليل على عمل الثقافة داخل العمليات الذهنية والنفسية.

¹ Jérôme Bruner, car la culture donne forme à l'esprit, trad Angl édit Eschel 1997 Paris, p27.

² Ibid, p 26.

فمنذ ظهور كتاب " الطوطم و الطابو " لسيغموند فرويد 1913 **S.Freud** تبين دور الثقافة الإنسانية في حياة الجماعات وتنقلها في حياة الأفراد، و كيف حاول تطبيق التحليل النفسي الفردي على التحليل النفسي للجماعات من خلال زنا المحارم، و الطقوس الدينية، و الزواج بين القبائل.

و قام جيزى روهيم **Géza Róheim** بإقحام التحليل النفسي بالأنثروبولوجيا او ما يعرف بالانثروبولوجيا التحليلية، من خلال وظيفة الثقافة. يعتبر من بين الذين عملوا في هذا الحقل و طوره إلى المستوى الذي أصبح عليه الآن.

اما جورج دوفيرو **Georges Devereux** فقد انطلق من التحليل النفسي كآلية مرتبط بالفرد إلى اعتماده لها كآلية براغماتية مرتبط بالجماعة و الأفراد من خلال الرابط بينهما و هو الثقافة كحس مشترك له القدرة على التأثير في سلوكيات الأفراد و تصرفاتهم ، لذلك أسس علما اسماء الايثنوبسيشياتري، و هو يتعامل مع كيف ترى الشعوب المختلفة حالاتها المرضية و كيف تتعامل مع علاجها فيقول: "الإثنوبسيكياتري: كعلم مستقل، الطب العقلي الاثني أي إيثنولوجيا الطب العقلي الإثني (هذا الوصف لوظيفة الاستعمال التي جعلت هذا العلم المتعدد التخصصات "علما خالصا")، ليقوي و يربط مصطلح "الثقافة" مع المفهوم المزدوج "العادي وغير العادي." في المقام الأول، يجب أن نحدد المكانة الحقيقية للحدود بين العادي و الغير العادي. و هذا هو الهدف الأساسي الذي نسعى اليه من خلال هذه الدراسة." (1)

يقوم الطب الإثني *ethnopsychiatrie* على ربط العلاقة بين السلوكيات و الاضطرابات المرضية و الثقافة التي ينتمي إليها المريض، فهي "تخصص متشعب و تطبيق علاجي يركز على تقوية فهم البعد الثقافي للاضطرابات العقلية، و البعد النفسي للثقافات، مع ترك كلي للثنائية التي تمثل العقبة، و التي تشكل أن أحدهما يجعل من الطب العقلي نسبيا، و يجعل من الآخر الثقافة طبا عقليا." (2)

¹ George Devereux *Essay d'ethno psychiatrie générale* tel Gallimard 1970, p 02.

² François Laplantine *L'ethnopsychiatre* PUF édit, 1998, p 06.

ظهر هذا التيار في بداية القرن 20 من أجل فهم الهوية الثقافية المختلفة الحاضرة. وقد وقروه نظرا لأهمية الثقافة في فهم الاضطراب النفسي، هذا التخصص مرتبط بالطابع الأنثروبولوجي لكل أمة أو شعب، وبهويتها التي تنقلها لأفرادها، فهم يعيشون ككلية حصلوا عليها من معتقدات وقيم ثقافية وإشباعات في مجال الصحة والمرض، تجعلهم يفهمون مرضهم و علاجهم انطلاقا مما لديهم من لغة و اشياء لها علاقة بكل ما يجدونه سواء المرض او العلاج. وبذلك يكون ريفترز **Revers** "أول من تحدث 1924 عن الطب والسحر، والذين يؤكد أن النظم الطبية الوطنية هي نظم اجتماعية وأن الممارسات الطبية الوطنية هي نظم اجتماعية وأن الممارسات الطبية الوطنية هي أفعال رشيدة عندما ينظر إليها في ضوء المعتقدات السائدة عن أسباب المرض."⁽¹⁾.

من خلال كتابه الطب والسحر والدين « *Medencine magic and religion* » وفيه يرى أن المعتقدات والممارسات الطبية لا يمكن فصلها عن الجوانب الأخرى للثقافة والتنظيمات للآخر ويذكر أن "الممارسة الطبية البدائية تتحد مع المعتقدات الطبية الأساسية وتفهم في ضوءها وكلاهما يمكن فهمه على أنها جزءان متكاملان مع الثقافة.

ينطلق **جورج دوفرو George Devereux** من فهم خاص للاشعور حيث يحدد نمطين من اللاشعور فهو نظريا يتشكل من عنصرين:

- ما لم يصبح على الإطلاق شعوريا، التمثلات النفسية للهو تضم هذه التمثلات القوى النزوية.

- وما كان شعوريا ثم تم كبته بعد ذلك.

هناك مجموعتان من الكبت اللاشعوري الذي كان شعوريا و تم كبته من وجهة النظر الثقافية:

¹ مجموعة من الباحثين الأنثروبولوجية الطبية، دار المعرفة الجامعية مصر 2005، ص 18.

- قسم اللاشعوري للشخصية الإثنية le segment inconscient de la personnalité ethnique (اللاشعور الجمعي ليونغ، يدل على اللاشعور الثقافي وليس الجنسي) الجنس البشري فهو ذلك الجزء من لاشعوره الكلي الذي يتقاسمه ويشترك مع أغلبية أعضاء ثقافته، يتناسب مع المتطلبات الأساسية للثقافة لكل جيل تكتبته. (1)

- اللاشعور الفردي L'inconscient Idiosyncrasique يتكون من عناصر كان الفرد قد كتبها مجبرا بضغوطات القلق الخاصة التي تعرض لها. (2)

يعطي لنا نموذجا من خلال دراسته للهنود موهاف Mohaves Indiens في أريزونا بالولايات المتحدة الأمريكية، إضافة إلى كل من Hultkrantz, 1932, Clements, 1953، لمفهوم الخبل "على أن الذهان تتم إثارته بواسطة " فقدان الروح (النفس)" و يظهر في الطب العقلي للموهاف mohave من خلال الاعتقاد أن روح الحالم يمكن أن تجلب إلى أرض الأشباح، شبح لوالد أو زوج محبوب جدا يزوره في الحلم. فالشخص الذي يفقد روحه بهذه الطريقة يصبح في الحين مريضا أو ذهانيا وإذا لم يتم علاجه من قبل chamane (المعالج التقليدي، أو العراف) يموت، هذه النظرية السببية هي بسيطة و مع الوقت تكون معقدة أكثر مما نعتقد، حيث نقف على المفهوم القاعدي لدوفرو - و ان كان ضمنيا- للنظرية السببية لشعب موهاف، حيث يشبه إلى حد ما فكرة أن الجنون سببه اختلال سلطة أو قوة ما، هذا الاختلال يشبه الصراع. (3) في الواقع في الحلم الروح "غائبة"، يتصرف بشكل غير عادي كما لو أن الجسم مهجور من روحه. بما أن الروح بدون جسم، تسلك سلوكا (في الحلم) ذهانيا، الجسم الفارغ من الروح (في اليقظة)، نظرية أن فقدان الروح تثير الذهان هي تبسيط اجمالي. ظاهريا ، لا واحد من هذه الوحدات يستطيع أن يسلك سلوكا عاديا إذا كان

¹ George Devereux, Essais d'ethnopsychiatrie générale tel Gallimard paris P 4.

² Ibid P 6.

³ George Devereux, Ethnopsychiatrie des indices mohaves, édit SIP, p 61.

الآخر غائبا، فصحة الروح هي دائما نتاج حضور متزامن للروح و الجسد و للتفاعل المناسب منهما. "(1)

هذا التأويل الذي ارتكز عليه جورج دوفرو يعكس لنا تصور الحالة، المرضية بالنسبة إلى هنود موهاف، فتحديد العلاقة بين وحدة الجسم والنفس هي ما يحدد لنا الحالة العادية للفرد المهافي Mohave، وتفكك هذه العلاقة يؤدي إلى ظهور الذهان والأمراض النفسية الأخرى. لذلك أصبح العلاج مرتبطا بهذا التصور، و هذه الوحدة"، فلا يكون العلاج علاجا إلا إذا جمع بين وحدة النفس و الجسم. النفس كمحتوى و الجسم كمحتوى.

رؤى واضحة للعالم (سحرية، و طبيعية) بالإضافة إلى انسياق المعتقدات المرتبطة بها، وكل رؤية من هذه الرؤى لها نمط الاستجابة المميز من السلوك الطبي. "(2)

ويضيف بول بنجامين Paul Benjamin: "إذا كنت تريد أن تساعد مجتمعا محليا في العودة إلى طبيعته، فلا بد أن تتعلم كيف تفكر كما يفكر الناس الذين يعيشون في هذا المجتمع وقبل أن يطلب من مجموعة من الناس وتري كيف يرتبط بعض العادات ببعض، وما الوظائف التي تؤديها وماذا يعني لمن يمارسونها، ويجب أن نتذكر أن ثقافتنا تصوغ العالم. و تجعل له معنى من خلال تفسير الأشياء غير القابلة للتفسير، ويقدم لنا الأمن والمعتقد الذي يعتمد عليه أمن الشخص، لا يمكن محوه بسهولة ويجب تقديم شكل جديد كدعم يوافق نفس السياق الثقافي للشخص ويركز على معنى داخله. "(3)

فهذا حتما يؤول بنا الى تلك العلاقة بين الثقافة و الشخصية و التي ركزت عليها الانثروبولوجيا الثقافية من خلال أعمال مارغريت ميد و مالمينوفسكي و كارينار في

¹ Ibid, p 61-62.

² Ibid, p 22.

³ نفس المرجع ، ص 25.

دراسة العلاقة الموجودة بين "الثقافة والشخصية على اعتبار مفهوم 1970 Kardiner حول الشخصية القاعدية التي يشترك فيها كل أفراد المجتمع الاثني، مع اختلافات في البعض منها والتي ظهرت في الولايات المتحدة الأمريكية 1930. Ruth Benedidict 1950, M Mead 1963, E.H Erikson 1966K Ralph Linton ..1968, A. Kardiner 1970

يتحدث رالف ليتون Ralph Linton عن الشخصية كنتيجة للثقافة" سلوكيات أفراد مجتمع معين، و أشكال الأشياء التي يستعملونها نمطية بشكل كبير، و يمكن أن نصفها على أنها نموذج ثقافي، عندما نقول أنها تشكل شخصية فردية فهي تتلقى شكلها من الثقافة، و هي تتحدد بشكل مباشر مع الطفل، و يمكن لهذه النماذج السلوكية ؟ أن تلاحظ من طرف الأفراد، و تلقن لهم من أجل تكوين إجابات لهم." (1) فالثقافة تصبح القالب الذي يصوغ و يصنع الشخصية من خلال تربية الطفل و تنشئته في البيئة الطبيعية له و تلقنه كصفات الإشباع في المقام الأول و توفر له الحماية و الأمن و الاستقرار لتصبح هي الأنا الأعلى الذي ينظم أناه كفرد و كمنتمي للجماعة من خلال القيم و العادات و التقاليد. "في الوقت الحالي كل الباحثين في الحقل، الذين طبقوا الايتنوبسشياترى (الطب العقلي) الإثني، اتفقوا على أن المرض خاص بكل حضارة و وحدتها العميقة في سيرورة المرض العقلي" (2) بمعنى أن الأعراض الجسمية يتفق فيها كل الأفراد و يكون الاختلاف في التعبيرات و تصورات الأسباب و العلاجات و التي تخرج من الإطار العام الطبيعي إلى الثقافي.

يظهر ذلك من خلال محتويات الخطاب واللغة على اعتبار أن اللغة المكونة من كلمات وسياقات تختلف في شكلها ومدلولاتها من ثقافة إلى أخرى، فمثلا عندما تعلق الأمر بالتشخيص المرضي نجد أن الخطاب الخاص بالمرضى يدل على أشياء معينة، يعتبرها الطبيب العقلي في أنها هذيانا وفقط؟ ولكن البحث الآني يجب أن يبحث في

¹ Ralph Linton, Le fondement culturel de la personnalité, traduit de l'américain par Andrée DUNOD Bordas, Paris, 1986, p123-124.

² Ibid, François la platine, p15.

براغماتية هذا الخطاب من أجل فهم السيرورات العقلية والإسقاطات النفسية، و معاينتها الثقافية لدى الفرد و لدى الجماعة.

فالخطاب يعبر عن تصورات دينية ثقافية ، فظهور هذه التيارات دليل على عجز الطب العقلي كمؤسسة اجتماعية طبية عن العلاج، كما وضحاها عبد اللطيف محمد خليفة نتيجة الأسباب التالية:

- الاهتمام ببعض الأعراض في التشخيص .
- الاهتمام السطحي بالتشخيص وعدم الخوض في عمق الشخصية.
- اعتقاد الظاهرة مرضا عقليا "وتحيز الشعور العام ضده".
- اختلاف الاتجاهات والتصورات حول المرض النفسي.
- العجز عن التشخيص الجيد وعدم القدرة على التعرف على مشكله المريض من حيث تاريخها والعوامل التي أبرزتها.
- العجز عن وضع بعض العلاجات الحديثة وإقامة العلاقة بين المريض ومحيطه الاجتماعي.
- عدم وجود برامج تأهيلية داخل هذا السياق.⁽¹⁾

فالمرض النفسي والعلاج وجهان لعملة واحدة هي ضمن الحاجات التي على الثقافة أن تؤمنها وأن يطمئن الفرد لها و يشعر بالراحة و الاستقرار، وعليه فالمرض هو غياب الأمن، والعلاج هو مطلق الحاجة إلى الأمن، فالفرد من موقعه كأحد أفراد المجموعة التي ينتمي إليها، قد يحصل ضمن تاريخه التصوري على كل أبعاد شخصيته البيولوجية (الجسمية) النفسية الاجتماعية الثقافية جملة من العناصر والمحددات والتصورات التي يستحضرها في كل موقف يستدعي ذلك، ومن ذلك عندما يصاب بالمرض فهو بشكل من الأشكال يقوم بنوع من التكوين من أجل التخلص

¹ عبد اللطيف محمد خليفة: المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي 1992، دار الثقافة للنشر والتوزيع، ص 19-20.

من الصراع بميكانيزم دفاعي ضد القلق وهو في ذلك يتعامل مع مستوى من التصور لأهم عناصر الشقاء التي تلقاها ضمن التنشئة الاجتماعية له.

هناك علاقة توليدية للتمثلات الثقافية لدى الفرد من خلال الاحتكاك الذهني والسلوكي والمعرفي النفسي بما يحتمل الاتساق المحدد لهذه التصورات، ومنها التصورات العلاجية.

يؤكد هانري كلومب **Henri Collomb** في إحدى دراساته حول العلاج النفسي و التمثلات الثقافية، على أهمية الحوار ضمن لغة المريض، خاصة لدى فئة المهاجرين، حوالي 95% من المرضى و خلال 7 سنوات، أكثر من 500 مريض مهاجر لم يتم سماعهم في لغتهم الأم. (هل هذا فعلا سيجعلهم يعلنون عما يعانون منه؟).

كل هذه الأمثلة تحثنا على التفكير بأنه لا يوجد فقط جانب من التمثلات الثقافية الأحادية البعد، ومن جهة أخرى نفسية ومندمجة في المكونات الثقافية. فالإشكالية تكمن في دينامية وصول المفحوص إلى هذه الفرضية، نحن نساند هذا الوصول المستقر وفق نظام المفحوص بواسطة التمثلات و الذكريات التي توجهه⁽¹⁾ فلغة المريض تكون مشبعة بمكبوتات لاشعورية و تعبر عن طبيعة التفكير و الإدراك.

6 نموذج العلاج في الجزائر:

يتميز العلاج في الطب العقلي في هذا الجزء من البحث، حيث يصف لنا وضعية الصحة العقلية في الجزائر و اعهم الطرق العلاجية المستعملة سواء من الناحية الرسمية المؤسساتية او من الناحية الغير رسمية اي التقليدية.

يوضح لنا بن سماعيل و العربي عبيد ان بداية العلاج في الجزائر كانت امتدادا للفتوحات الاسلامية و تمركزت في القرن الحادي عشر في قلعة بني حماد و تيهرت "

¹ H. Collomb, psychothérapie et représentations culturelles, communication au 1^{ère} congrès panafricain panafricain de santé mentale à Dakar 2002 , p04.

البداية كانت من قلعة بني حماد في القرن الحادي عشر تلك التي كانت في تيهرت و قلعة بني حماد من طرف الاباضيين"⁽¹⁾ فقد كان ملجأ القصابة السفلى موجودا، و قد كانت الأمراض مرتبطة بالجن. " " و قد تبين أن عدد المرضى العقليين في الجزائر ضعيف جدا بالمقارنة مع الغرب نتيجة العلاقة الانصهارية مع الدين الإسلامي، فهم يعتقدون فعلا وقاية من الجن و لا يكون العلاج الا من الله و المرتبط بالولي marabout حيث تكون له القدرة على الشفاء. و أيضا وجود المناخ الذي يسبب حالة الخمول الجسمي و النفسي، و الذي يمنع من حدوث الخبل. و قد بين ميلهون 1896 "Meilhon في دراسة للجزائريين الذين تم تحويلهم إلى ملجأ أكس بفرنسا، أكد خلو العرب بداء الخبل، و أضاف أنهم يتميزون بالميل إلى العنف ضد المخبولين، و يبين في دراسة اثنوسيكولوجية: " عند العرب أصبح الهوس الحاد أكثر بالمقارنة مع السوداوية، و اقترح بناء ملجأ لهم بالجزائر من أجل معالجتهم مع انسجام الإيقاع مع طقوس السكان."⁽²⁾ و هي إشارة إلى الدراسة الإثنية للمرض و للثقافة التي تتميز عن غيرها من الثقافات، إضافة إلى ذلك، لم يستثني حتى المرض من فهم ثقافة الشعوب المستعمرة.

اما انطوان بورو Antoine Porot 1912-1910 أول من عقد مؤتمر حول المرض العقلي في المستعمرات، و يعتبر أول من درس الطب العقلي الكولونيالي، و أشار إلى ضرورة تكوين خاص للأطباء العقليين المستعمرين، و إلى بناء مؤسسة خاصة في بلدهم و ترك نقلهم إلى فرنسا. بداية 1918 تفرغ إلى دراسة ذهنية السكان الأصليين."⁽³⁾

فمن خلال الملاحظات وكتابات المختصين في هذا الميدان خاصة بوسبسي محفوظ، وبن اسماعيل، فريد وكاشا، وهم أطباء عقليين تناولوا بالدراسة العلاج

¹ Larbi Abid, la pratique médicale en Algérie, de la période coloniale a nos jours, edit ANEP 2008, p 139.

² P 139-140.

³ Ibid, p 140.

النفسي والعقلي في الجزائر، والذين وضحوا أن الجزائر تتمتع بمحيط ثقافي تقليدي له أثره في كل سلوكيات الأفراد سواء التفسيرات المرضية أو المقابلات العلاجية، فهم يتحدثون عن " معطيات الطب العقلي في الوسط التقليدي كانت إلى وقت قريب هامة، و في بعض البيوت خاصة التي لها نظام تاريخي أساسي و مقاربات دقيقة محورية عموما على الطب العقلي للراشد [...] الطب العقلي في الوسط التقليدي حيث يظهر كفرصة لانعكاس وضعية الحوار بين المريض و المعالج كمجموعة اجتماعية في وضعية شاملة أو عيادية تجد أعماقها وتبريراتها العلاجية في جذور المعطيات التاريخية، والسير الثقافية والتقنية، مع حدودها التي تنتج التحفظات المشار إليها في الأعلى." (1).

فعلاج الأمراض العقلية والنفسية مرتبط بالتفسيرات المقدمة حول المرض، هل هو إصابة عضوية على مستوى الدماغ؟ أم هل هو إصابة ناتجة عن تناول عقار معين؟ هل هناك إصابة ناتجة عن مس أو سحر أو عين، فهذه التفسيرات الموجودة تنقسم إلى قسمين : قسم علمي متعلق بالجسم يتمثل في الإصابة في الدماغ أو تناول عقار معين.

أما القسم الثاني فهو غيبي وغير علمي وغير موضوعي ولا يمكن فهمه إلا من خلال النصوص القرآنية والأحاديث الدينية ففي القرآن الكريم يوجد إشارة الى العلاج بالقران و العسل : منها قوله تعالى(2): " و نزل من القرآن ما هو شفاء و رحمة للمؤمنين " ثم كلي من كل الثمرات فاسلكي سبل ربك ذللا يخرج من بطونها شراب مختلف الوانه فيه شفاء للناس" (3)

¹ Mahfoud Boucebei, psychiatrie et société édit EWAD p 23.

² سورة الإسراء الاية 82.

³ سورة النحل اية 69.

لأنها أشارت إلى ذلك قال عليه الصلاة والسلام: عن عبد الله بن مسعود قال قال رسول الله صلى الله عليه و سلم ""عليكم بالشفائين: العسل و القرآن."(1)

فالعسل شفاء للجسم حتى يستطيع ان يمارس وظائفه بشكل عاد و القرآن شفاء للروح، والنفس ، وهذا يشير إلى تلك الوحدة التي يجب أخذها بعين الاعتبار في العمل العلاجي كما بينها ارسطو Aristo منذ القدم (1)

من هنا تأسست لدى العائلة الجزائرية والمريض الجزائري هذه القناعات نتيجة للاستعمار، فقد شجعت هذه الوضعية الالتفاف حول الدين والعمل بتعاليمه لحفظ النفس والبدن التي هي من أولويات الدين الإسلامي مثلما يرى الشاطبي حول "مقاصد الشريعة".

"المقاصد الضرورية ثبت بالاستقراء أنها خمسة هي: حفظ الدين، وحفظ النفس، وحفظ النسل، حفظ المال، وحفظ العقل، وهي التي جاء حفظها في كل ملة، وحفظ الشريعة المصالح الضرورية وغيرها يتم على وجهين يكمل أحدهما الآخر، وهما:

- 1- حفظها من جانب الوجود، أي يشرّع ما يحقق وجودها، وتثبيتها، ويرعاها.
- 2- حفظها من جانب العدم أي بإبعاد ما يؤدي إلى إزالتها، أو فسادها، أو تعطيلها سواء أكان واقعا أو متوقعا"(2)

فالفترة الاستعمارية كان لها دور في تشكيل ثقافة طبية وعلاجية لكل الأمراض نتيجة القهر والاهتمام الاستعماري بالمرض كإستراتيجية استعمارية من اجل طمس ثقافة هذه الشعوب و إحلال محلها ثقافة أخرى لا تعبر عن كيان هذه الشعوب. ومن هنا

¹ الحافظ عماد الدين ابن كثير تفسير القرآن العظيم دار الثقافة للنشر و التوزيع ط 1 1990 ج 4 ص 37.
¹ Expédition : les thraces sont ont avance sur nous, ils savent que le corps ne peut être guéri, si l'on ne soigne pas en même temps l'esprit », dans Mahfoud BOUCEBCI maladie mental et handicap mentale ANAL Alger 1984. p 8
² ، نظرية المقاصد عند الإمام الشاطبي الريبسونس احمد ، الدار العالمية للكتاب الرياض ط 4 1995 ص 146.

كان رفض كل شيء يأتي من الاستعمار لأنه تعبير رمزي على رفض كل ما يرمز الى الاستعمار حتى و ان كان الشفاء، بما فيها اللقاحات، على اعتبار على أنها رمز القهر، فهو مصدر الداء فكيف يكون مصدر العلاج؟. بينت غيثة الخياط ان أول رفض للمشروع الغربي تم عن طريق رفض المتابعة العلاجية و تحسين ظروف الحياة الجسمية و النفسية للأفراد المستعمرين،" فالمرور من العلاج التقليدي على أساس أنه طريقة سحرية، إلى علم عقلي(الطب العقلي) هو ظاهرة عامة ندرسها بشكل خاص في البلدان العربية كالجزائر هذا لا يعني أن نفس المشاكل و نفس التطور و نفس المقاومات لم تكن موجودة أو لا توجد في المجتمعات الأوروبية و المجتمعات الإفريقية"⁽¹⁾، تشير إلى التمسك الكبير بالتقاليد و إبداء مقاومة تجاه العلم لأنه يرمز في أساسه إلى انه خيار استراتيجي للاستعمار و لذلك فالمقاومة هي مقاومة لتغيير الخاصية الثقافية و الهوية الثقافية. و تعطي مثالا على ذلك بعد انتشار وباء الجدري variole الذي اكتسح الجزائر سنة 1840 السكان رفضوا بشكل مطلق التلقيح و تم القضاء على القرى، تؤكد **يفون توران Yvonne Turin** هذه المسألة بكثير من الدقة في كتابها " *Affrontements dans l'Algérie coloniale* هناك معارض للتلقيح، وبعض الأحيان حتى بالنسبة لفعل الطبيب الفرنسي عموما، لأنهم يعتبرون هذا التدخل لمحاولة الاغتصاب للخصوصيات. في تيارت 1848، الطبيب Lecard علم أن النساء مُثن في الولادة بدون أن يطلبن مساعدته، عندما سأل أهلن لماذا؟ أجبنه أن الرب له أسرار في علاج الأطفال، و القابلة من أجل إنقاذ النساء، وأن القائد الديني منهم رفض استدعاء الطبيب لأنه غريب ومدنس"⁽²⁾.

فإبان الاستعمار الفرنسي كان هناك توجس في رفض العلاج لأنه كان استراتيجية لاستمالة الجماهير و التمکن من ثقتهم لذلك اعتمد على سياسة التعليم و الطب و الدين، التي تعتبر العنصر الأساسي في تقبل العلاج، رکز محفوظ بوسبسي

¹ GHITA el khayat, une psychiatrie moderne pour le Maghreb l'Harmattan, 1994, p 33.

² Yvonne Turin affrontements culturels dans l'Algérie coloniale 1830-1880, ENAL 2^{ème} édit 1983 p12.

Boucepci Mahfoud ، في هذا المجال على عدم وجود دراسات عميقة حول المرض و العلاج و المحيط التقليدي حيث بين ان "الدراسات العميقة للوسط التقليدي الجزائري و في المغرب هي نسبيا منعدمة" خاصة و انه يشير الى خصائص هذه المجتمعات سواء الفرد أو الأسرة، فهو يتحدث على ما يجب أن يكون عليه الفرد والأسرة والتنظيم الذي يميزهم في إطاره التقليدي، والروابط المتينة التي تجمعهم، ونمو الفرد يخضع لتربية دينية جدية، و عليه تشكل بنية في الانتماء والاندماج وعدم التفكك الذي يخضع له الفرد بشكل ضروري. "الروابط الأسرية خاصة الأم، التي تبقى مدة طويلة وتمتد إلى ما بعد الزواج، وهذه الروابط الإنصهارية المبكرة تشكل القوى الاجتماعية الأولى في العلاقة بين الطفل والأم والمجتمع الذي يعيش فيه"⁽¹⁾

- طريقة التربية تبين مدى ارتباط الطفل المبكر مع الجماعة منذ البداية. وتساهم هذه العملية في إدماج الطفل في الجماعة منذ البدايات الأولى لحياته.

- الإشباع المحققة، الثابتة والأنية على مستوى نمطي غالبا شفوي لكل طلب من طلبات الطفل-هذه العملية- تدوم طويلا ". تركز هذه العلاقة على التربية بمعنى غرس مناهج السلوك و كفايات التكيف مع الوضعيات و تلقين القيم و الأخلاق، ومن جهة اخرى العمل على الإشباع البيولوجية الجسمية لتكوين شخصية متكاملة النمو.

" من خلال هذه الخصائص يظهر لنا أثر تسيير شروط هذه التربية في تكوين وتنظيم "الأنا"، ونمو الشخصية وكلها تساهم في إبعاد الإحباط للطفل، و لكل استجابة منظمة على نمط ما هي تشجيع"⁽²⁾ فمحور العملية التربوية يكمن في تكوين الأنا السوي الخالي من الإحباطات، انطلاقا من رأسمال الثقافة المادي و اللامادي.

¹ Ibid, Mahfoud Boucepci, p 26.

² Ibid, p 27.

"مسؤولية التكفل الجماعي تظهر أيضا من خلال العناصر البنيوية الأساسية. النماذج الدينامية توحى بالعلاجات التقليدية التي تجد عمقها في هذا التطبيق على كل الجماعات، لاسيما عندما يصاب احد أفراد الجماعة، و يرجع ذلك إلى سبب خارجي عن الجماعة. هذه الممارسات صادرة عن الجماعة ككل، تقوي إشكالية الصراع في نمط صراعي آني بدون جذور في الماضي، وبدون إسقاط في المستقبل، فوجود خطأ ما، يضع كل التوازن الجماعي في خطر، وكذلك يصبح بشكل نهائي تسويةً لصحة المريض.(1)".

يوضح لنا بوسبسي مفهوم علم النفس المرضي "الظواهر العصابية النفسية خلال الحمل هي متكررة، وهي في بعض الأحيان مقبولة من طرف الجماعة وتعطي مكانة لمجموعة من الممارسات الطقسية أين يكون العلاج التقليدي مرتبطا بالأعشاب، التضحية، زيارة أضرحة الأولياء، و القباب.

و توفر مختلف الدلالات لكل اضطراب موجود أحيانا دقة في وظيفة بعض العناصر الشخصية الاجتماعية، ثم انقطع إلى أكثر الظواهر أسطورية أو عقلية (2)".

ويعطي خصائص الحالة المرضية عند الراشد:

- فعلم نفس الأمراض يعبر في مفاهيمه العيادية ويعود إلى فهم:
- أسبقية الانتماء للجماعة وللعالَم الاجتماعي.
- أهمية التأثير للنموذج (التربوي) مدى السنوات الأولى (الاتباع، غياب الاحتباطات)
- النفخات الهذيانية هي نموذج عندهم التعويض محبذ، فهي ملاحظة في تكرارها، سرعتها في التأسيس (الإصابة) ومستواها التكويني (3).

¹ Ibid, p 29

² Ibid, p 33.

³ Ibid, p 33.

يرى فريد كاشا بأن: " الطب العقلي في الجزائر قد قطع أربعة مراحل.

الطب العقلي:

- المرحلة الأولى بعد الاستعمار (1962-1972) (post coloniale) الوطن أفرغ من أطبائه ومن مرضاه الأوروبيين، كان هناك تكفل ب 6000 سرير وفحوصات طبية تجري من قبل أطباء عقليين أوروبيين.
- المرحلة الثانية منذ 1972 إلى 1990 وهذه الفترة مكنت من تكوين أطباء عقليين وأخصائيين نفسانيين أول دفعة ب 5 أطباء عقليين 1971 تخرجت في الجزائر العاصمة.
- ومكنت من تنظيم قطاع الطب العقلي، مع وحدات الاستعجالات.
- تعميم الطب المجاني، الاستشفاء، الفحص، الأدوية على حساب الدولة، والضمان الاجتماعي.
- ظهور أول قانون الصحة العقلية.
- الخوض في بناء 5 مستشفيات بطاقة 250 سرير. فهذا يعود إلى عاملين:
 - 1- حركة فرانز فانون Frantz fanon الذي عمل في البليدة وقد قام بتحسيس المسؤولين السياسيين بتأثير الاضطرابات على الشعوب بعد مرحلة الاستعمار.
 - 2- وحركة الطب العقلي: خالد بن ميلود ومحفوظ بوسيسي بعد إنهاء دراستهم في فرنسا وبلقاسم بن سماعيل الأول الذي درس في سويسرا المرحلة الثانية وما شهدته من عنف اجتماعي، وراح ضحيتها محفوظ بوسيسي والعديد من مثقفي الوطن أين هجر ما يقرب عن 150 طبيب عقلي.

3- المرحلة الرابعة تمتد من سنة 1990 الى سنة 2000 ، كانت هناك دراسة سنة 2003 حول المجتمع كلية بينت أن 43% من السكان يعانون من اضطرابات القلق، منهم 13% PISD.

على مستوى التكوين فإننا نجد أن معظم طلبة الطب لا يختارون البقاء داخل الوطن بل يذهبون للعمل في الخارج.

وما يعادل 500 طبيب عقلي في الجزائر الآن والبعض منهم يمارسون العمل الخاص⁽¹⁾.

علم النفس العيادي:

هناك ست كليات في العلوم الإنسانية وعدم توفرها على أستاذة مع اختلاف في التكوين بين هذه الجامعات لعدم احترام أستاذة مختصين في الميدان، أكثر من 1000 أخصائي نفسي تم تخرجهم من الجامعات الجزائرية حوالي 1/4 يعملون في المؤسسات الاجتماعية DAS المعاقين حركيا سمعي بصري.

- 1/4 منتشرين- في- مصالح- الصحة- من- اجل- الفحص،- مصلحة- مختلف التخصصات الطبية (الجراحة، الأعصاب، القلب، الطفل، الإجرام) ، بالعكس فإن مصحات الطب عقلي هي من يوظف أقل عدد ممكن من الأخصائيين العياديين.

- 1/4 يعملون في الجمعيات أو الضمان الاجتماعي.

- تكوين الأخصائي يعاني مشكلين:

- غياب تعاقدات بين الكلية وكلية الطب، وتخفيض التربصات إلى بعض

الأسابيع، بدون تقييم لهذا التكوين العيادي.

¹ Farid Kacha, La psychiatrie Algérie, l'information psychiatrique vol 81, N°2 FEV 2005, p 145-148.

- البقاء في المصحات الخاصة والعمل في المؤسسات الطبية يقومون بتكوين في علم النفس المرضى، دبلوم بسيط بإمكان المتحصل عليه أن يفتح عيادة خاصة"⁽²⁾. و هذا بالطبع انعكس على مردوديته تجاه المفحوصين والمهين حيث لا يشعرون بقناعة تجاه الأخصائي النفسي مما جعلهم من جهة في حاجة إليه ومن جهة يرفضون ما يقدم لهم كخدمة.

وقد زاولت الجزائر من الناحية التشريعية قانونا خاصا بالصحة النفسية.

"ضمن التقرير الوطني للصحة الجزائرية لسنة 2004 (الصحة العقلية)، 2005 فبراير. يوضح أن الدولة على مستوى الطب العقلي قد سطرت برنامجا مدة 10 سنوات 2000-2010 بمساعدة المنظمة العالمية للصحة OMS للوقاية ومكافحة الإدمان.

التقرير معنون ب"الصحة العقلية: مفهوم جديد لملل جديد" بمساهمة مجموعة من الوزارات الهدف منها:

- خفض تأثير الإصابة والوقاية لبعض الاضطرابات العقلية والعصبية مثل الاكتئاب، التخلف العقلي، الإدمان الصرع، والاضطرابات النفس اجتماعية، المرتبطة بصدمات وحوادث صدمية.

- وضع نظام علاجي الأكثر تكيفا وأكثر فعالية والأقل تكلفة إذا أمكن مع تسريع فعاليته بالموازاة مع هذا التنظيم للعلاج.

- تقوية الوقاية ووضع في المكان الميكانيزمات والتأهيل، وخلق برامج للاتصال من أجل التربية الصحية للمواطنين، حول الصحة العقلية في المقاربة وليس لإقصاء الأمراض العقلية.

² Ibid p147.

- وضع مخطط للتكوين يكون مع الحاجات والإمكانيات وقد تبنت برنامجا من أجل تكوين :

- 127 أخصائي نفسي ثم تحضيرهم في ميدان الصدمة النفسية 2001-2002.

- 27 أخصائي نفسي عام في الاستعجالات والحماية المدنية والطب العقلي وطب الكوارث 2003.

- 72 أخصائي نفسي في المناطق المصابة والمعرضة للزلازل 2003، تسيير العائلات المكتئبة و التي تعاني من ضيق متعدد.

- 39 طبيب عام 2002 في الشرق، 36 في الوسط، 2002-2003.

- 39 ممرض، في المراكز الوسطية في الصحة العقلية في الشرق والوسط⁽¹⁾.

2002 تقييم نشاط الصحة العقلية على مستوى 48 ولاية حول التكفل الطب العقلي على مستوى 14 ولاية أرسلت هذه الشبكة.

السنة	فحص طب عقلي استعجالي	فحص طب عقلي خارجي	فحص نفسي
2002	46647	54914	12051
2003	30958	211448	90663
2004	69348	82859	185405

نلاحظ الارتفاع في عملية الفحص بالمقارنة مع 14 ولاية في سنة 2002 و

21 ولاية في سنة 2004 خاصة الفحص النفسي.

¹ www.legislation-psy.com/spip.php?page=imprimer-articulood-article=970

في سنة 2003 تبين الاحصائيات في مجموع 46 ولاية فقط 25 ولاية اعطت احصائياتها عن التقرير المتعلق بالتكفل النفسي:

طريقة التكفل	العدد
تكفل بعد العلاج	70911 مريض عقلي
استعمال الأدوية	63661 مريض عقلي
حصص إعادة التأهيل	3225 مريض عقلي
تكفل نفسي	4130 مدمن
تكفل نفسي	4881 ضحايا العنف
تكفل نفسي	1277 أشخاص متحررين
تكفل نفسي	8002 أطفال مضطربين عقليا

وأكد هذا التحليل على أنه راجع إلى عوامل منها طلب المواطنين، التوعية الاجتماعية والاتصال وكثرة الحالات نتيجة وضع البلاد في تلك الفترة.

البيانات التحتية:

الولاية	SSP psychiatrie	عدد الأسرة
CHU 13	الجزائر، تيزي وزو، البلدية، تلمسان، وهران، سيدي بلعباس، قسنطينة	1329
EHS 31	تيارت، تيزي وزو، العاصمة، (02) سطيف، عنابة، سكيكدة، وهران، ميلة	2630 69 طبيب 37 أخصائي نفسي 27 طبيب عام

10 طبيب أسنان 06 صيدلي			
3 أساتذة 2 أطباء 15 أستاذ مساعد	العاصمة (ريد حسين، ومحفوظ بوسي) الرازي عنابة، محمود بلعمري قسنطينة، سيدي شحمي وهران.	05	EHS 10

الإحصائيات عن المرضى العقليين:

تحقيق 1993: بين هذا التحقيق من أجل دليل تقويمي للدليل العلاجي، INSP لكنها منذ الثلاثي الأول من عام 1993، كان لها هدف تقييم الدليل العلاجي الذي وضعته الوزارة سنة 1986.

انتشار الأمراض: تحقيق 1990 و 1998 يبين أن :

اضطرابات الشخصية (السيكوباتين)	العصابين والحالات الإنفعالية الاكتئابية	نسبة الذهانيين	نوع المرض
			سنة التحقيق
11% و الإدمان 1.2%.	48%	29.8%	1990
4.8%	15.7%	أكثر من 67.23%	1998

ومن خلال تحقيق الوطني سنة 1990 تُمثل الاضطرابات العقلية 105 من مجموع الفحوصات حيث نجد أن:

التحقيق بين ضخامة مشكل الصحة العقلية في الجزائر بالنسبة لتقرير 2007 والذي جاء مخيفا بالنظر إلى تطور الحالات المرضية والذي يطرح أكثر من سؤال هل المشكل في السياسة الوقائية والعلاجية؟ أم نقص الأخصائيين؟ أم هناك مشاكل خارج القطاع والتي تلعب دور العامل المحفز للحالات المرضية العديدة لتثبيت المرض او تطوره، كما لاحظنا ذلك في تربصنا حول الحالات الاكتئابية.

في نفس العام في إطار مشروع بحث عربي حول صحة الأسرة كانت النتائج كالتالي:

السـ					ن
أقل من 40 سنة	40-49	50-59	60-69	أكثر من 70	المرض
1.9 %	0.8	1.1	0.7	0.5	أمراض عقلية 155000
0.8	0.3	0.2	0.2	0.4	صرع العدد 62000

هناك تقارب في الاصابة بالنسبة الى سن 40 سنة و سن 50-59 .

تحقيق في 10 مؤسسات من سنة 2000 الى 2002.

من خلال هذا الجدول يتضح تذبذب في الإحصائيات تارة ترتفع على مستوى

سنة 2002	سنة 2001	سنة 2000	تحقيق في 10 مؤسسات
15354	16397	15404	الدخول
667396	705863	703067	يوم استشفائي
136718	116967	126430	فحص مختص
12700	12682	16849	فحص استعجالي

الدخول الى المستشفى، هناك انخفاض في مستوى الفحص الإستعجالي بالمقارنة مع الفحص المختص و الاستشفاء.

خلاصة:

فعلاج المكتئبين متعدد من الطب العقلي إلى التكفل النفسي حتى لا نقول العلاج النفسي و العلاج التقليدي.

بالنسبة للطب العقلي و ما يميزه الاستعمال المطلق للأدوية جعل العديد من الحالات تنفر منه و ترفضه بمجرد العودة الى البيت.

الذي ينتشر نتيجة ضعف فعالية العلاج الطبي و العلاج النفسي، رغم وجود تكوين في ميدان العلاجات النفسية إلا أنها ليست موظفة بشكل عملي من اجل مساعدة الحالات المرضية التي تبحث عن هذا النموذج العلاجي.

العلاج التقليدي و هو واضح و مطلوب نتيجة طبيعة العلاج فيه و إقبال الأفراد عليه لأنه يتعامل بنفس السجلات الاعتقادية المرتبة بالمرض و بتصورات العلاج. إضافة إلى تقنياته البسيط التي تجد قبولا و تعاوننا من طرف المرضى و من أهاليهم.

يتضح من خلال الإحصاءات يتبين وضعية الصحة العقلية في الجزائر و التي تعرف ترد واضح على مستوى العمل الإكلينيكي و من خلال المؤسسات الاستشفائية التي تقدم خدماتها للعدد الهائل من المرضى و تركيزها على الأدوية و أبعادها للجانب النفسي نتيجة ضعف التكوين للمختصين النفسانيين في الميدان.

و تبين التطور الملحوظ في عدد الإصابات على اختلاف الأمراض التي تعاني منها نتيجة الوضعية المعيشية التي أصبحت مولدا للاضطرابات و التوتر.

الفصل الثالث؛

دراسة التمثيلات

تمهيد:

من بين أهم القدرات العقلية و التي أعتقد أن أهميتها ترتقي إلى مبدأ يتصدر كل السلوكيات، و يتعامل مع الأفكار و الذكاء، و استراتيجيات البنيات العقلية، و الوظائف النفسية، و لذلك كان اهتمامنا بهذه الوظيفة و أهميتها في عملية العلاج من حيث التصور و من حيث الوظيفة فهل يمكن لعملية تصور العلاج أن تعطي لنا فهما للعلاقة و الوضعية و القيمة العلاجية لنموذج علاجي مطبق؟ فنحن أمام عمل علاجي خال من العلاج ، بمعنى ان تصور المرض للعلاج انه خال من العلاج ، و هذا التصور ينعكس على حده الإحباط من العلاج.

فالتمثل ينمو كما تنمو القدرات العقلية و الحسية الأخرى كالذاكرة، فهو المرحلة المحسوسة، و التي تعيد اتصال الطفل بالواقع من خلال تصوراته للأشياء، و مسافة بعده عن الأشياء، كما بينت ذلك مدرسة النمو المعرفي لجان بياجي **J.Piaget** من خلال مراحل النمو المعرفي للطفل.

يبدو أن مفهوم التمثل مفهوما متعدد الجوانب و الصيغ و المعاني، و البحث فيه يجعلنا في حاجة إلى التعامل مع العديد من الحقول المعرفية ، كالفلسفة و علم الاجتماع و خاصة علم النفس الاجتماعي، و التحليل النفسي، و المعرفي ، و الإعلام و الإشهار. فالمفهوم تمت ولادته في الفلسفة كأول حقل معرفي من قبل " مارتن هايدغر **Martin Heidgger** و امانويل كانط **Emanuel Kant**"، وفي السوسيولوجي "دور كايم **Durkheim** " و " مارسل موس **Marcel Mauss** " و في علم النفس مع **Sigmund Freud** فرويد و **Jean Piaget** جان بياجي ، هانري فالون **Henri wallon** و علم النفس الاجتماعي خاصة مع "سيرج موسكوفيكسي **serge Moscovici** "، و دنيس جودالات **Denis Jodelet** ، جون كلود أبريك **J.C.Abric** . فالمفهوم يعني فيما هو محدد من خلال هذه السجلات المعرفية على أنه استحضار للشيء الغائب ليبدو كمقابل له رغم غيابه، فهو غائب كمادة و حاضر كفكرة و صورة، و قد وصفه لالاند في معجمه الفلسفي على أنه " فهو عمل ذهني يهدف إلى

استيعاب صور عن الشيء من أجل التهيؤ للقيام بسلوك معين، (بمعنى مرحلة ما قبل السلوك)، يأخذ بعين الاعتبار كل مقاييس الشيء، كما هو في الواقع رغم غيابه، ليتجلى في الحقيقة المدركة كشيء حاضر يرتسم بين الفرد و الشيء في علاقة أصلية بالرغم من غياب الشيء نفسه، و تتجلى هذه الطروحات من أجل فهم أثر العمليات الذهنية، قصد التحكم في سيرورتها، و التنبؤ بالسلوك الصادر عن قيمة الصورة لدى الشخص عن الشيء، كتجسيد على المستوى الذهني لديه، و ما ينجز عنها من نشاطات هادفة تمس مختلف جوانب الشخصية.

1- تحديد مفهوم التمثلات:

1-1-المفهوم اللغوي:

في اللغة العربية:

كلمة " تمثل " في لسان العرب⁽¹⁾ مشتقة من كلمة مثل: كلمة تسوية يقال هذا مثله و مثله، و التمثال : الصورة، و الجمع التماثيل، و مثل له الشيء صورة حتى كأنه هو ينظر إليه. و تقول العرب: امتثله أي تصوره.

في اللغة الفرنسية:

مصدرها الفعل " Représenter " و هي مشتقة من الكلمة اللاتينية repraesentare, rendre présent ، و التي تعني: اجعله حاضرا⁽²⁾ ، لذلك نجد ضمن المفهوم الفلسفي للكلمة ما ذهب إليه "مارتن هايدغير " M.Heidegger ((Re- présenté استحضار الشيء الذي يرتبط بالذاكرة، على اعتبار أن الذاكرة هي الاحتفاظ بالذكريات على شكل صور أو كلمات أو صور لأشياء.

¹ ابن منظور لسان العرب دار صادر بيروت ط. 1 سنة 2000 ص 436

² Albert Bouzart, Nouveau Dictionnaire Etymologique et Historique Larousse Paris VI 1964, p 644.

Et Alain Ray Le grand robert de la langue française 2^{ème} édit paris 2001 p 1974.

أما في قاموس العلوم المعرفية: " تطور العلوم المعرفية خاصة خلال 20 سنة الماضية، هو الذي أعطى مفهوم التمثل الذهني مكانة مهمة، ككلية داخلية و تتلائم فرديا مع الوقائع الخارجية التجريبية والمعاشة من طرف الفرد،(فرد،تجربة معايشة).⁽¹⁾ فهي انعكاس لمعرفة خارجية يتم الاحتفاظ بها على شكل معرفة.

-وظائفها تتمثل في المحافظة على المعلومات التي ليست سهلة البلوغ مباشرة، و موجه ، و ضابط للسلوكات و مخطط للأفعال"⁽²⁾ . تبدو وظيفتها أساسية بالنظر إلى السلوكات المعرفية، و النفسية و استراتيجيات الفعل، و هي أكثر ارتباطا بالمعلومات و المعرفة و الأقرب إلى بنية التمثل، لذلك فهناك حالتان للتمثل المعرفي:

1- حالة الإمكانية: الوفرة و الإتاحة، والتي ترتبط بوجود معرفة في الذاكرة طويلة المدى.

2- حالة راهنة: عندما تكون تحت مفعول سيرورة المفعّل، هذه المعرفة المتوفرة تمر إلى حالة الفعل. فنجد اختلافا بين التمثلات كوحدة كلية معرفية مستديمة، و التمثلات كتفعيلات عابرة، محتملة لمعرفة التغيرات الدائمة، على الأقل في هذه الفترة، فالأحداث النفسية الناتجة عن هذه الأفعال، يمكن أن تكون موضوع لتجربة معرفية واعية، أين يشهد الفرد استجابة ظاهرة، لكن التفعيلات العابرة l'actualisation transitoire لتمثل ما يمكنها أيضا تكوم مفاجئة دون أن يقوم الفرد بتجربة لمحتوى واعية. "⁽³⁾

فالتمثلات مرتبطة بالذكريات، و تتحول من زمن إلى زمن تبعا لعدة معطيات، منها ما هو مرتبط بالتجربة، و حالة الوعي، و المثيرات، فهي من جهة وحدة كلية فاعلة على مستوى العمل العقلي، و التمثلات كأفعال عقلية و تترتب عليه حالة النفس. و تبدو هذه الحقيقة واضحة في عمل أرتير شوبنهاور A. Schopenhauer

¹ Michel Denis, représentation dans vocabulaire de science cognitive, Oliver Hondé, PUF 1^{ère} édit 1998, 345.

² Ibid, p 346

³ Ibid, p 346

حول التمثل و الإرادة، " حين يغذي التمثل الإرادة تصبح العلاقة بينهما محققة لإدراك عالم الأشياء، بالإضافة إلى وجودنا ككائن. يجب من الآن اعتبار كل الأشياء الحاضرة بالإضافة إلى جسمنا (هذا تطور على مدى بعيد) كتمثلات ولا يمكن أن نسميها باسم آخر، الشيء الوحيد الذي يمكن اختصاره هنا (كل واحد اعتقد يمكننا أن يفتنع بعدها) هو فقط الإرادة، تشكل الجانب الآخر من العالم، لا يوجد حتما إلا كتمثلات، ومن وجهة نظر أخرى لا يوجد إلا كإرادة. " (1) فالعالم كما هو لا يبدو إلا تمثلات و هذه التمثلات ما هي إلا إرادة، فالإرادة مرتبطة بالحاجة إلى المعرفة، الإدراك، الوعي و كلها يجب أن ترتبط بأشياء و أفكار و بوجود الانسان.

كان لهذا المفهوم حيزا كبيرا في نظرية التحليل النفسي كما يأتي شرحه فيما بعد، فقد اعتمد س. فرويد على مفهوم مركب من الكلمة الألمانية *vorstellung* التي تعني التصور ، ليستمر هذا المفهوم في العديد من العمليات العقلية الأخرى والتي لها علاقة بالنزوة فنجد تمثل الشيء، والكلمة، تصور هدف، و سنأتي على ذكر ذلك بالتفصيل. فالمفهوم العلمي للتمثل في الفلسفة الألمانية ليس فقط فكرا، وإنما ما هو محسوس أو ملموس، فهو المحتوى الملموس لفعل التفكير، أو هو إعادة إدراك للشيء كان حاضرا ثم غاب بواسطة الفكر لنصل إلى إدراك حقيقي لوجود هذا الشيء.

ما يميزه هو أنه عملية عقلية تمس عددا كبيرا من الميادين منها الفلسفة، الرياضيات، الانثروبولوجيا، علم الاجتماع، علم النفس الاجتماعي، علم النفس، الأدب، المسرح، السياسة، فميادين الحياة تعكس الوجه الآخر للواقع وبذلك اكتسب هذا المفهوم صفة الانتشار بين العلوم والميادين وحضي بدراسات عديدة في هذا المجال. لذلك نحاول ان نوضحه في مجمل هذه الحقول المعرفية لنقف على المعنى المشترك بين كل هذه العلوم و من ثم يمكننا تحديد المعنى الذي نريد توظيفه في هذا البحث.

¹ Arthur Schopenhauer, le monde comme volonté et comme représentation ; édit puf ,2^{ème} édition, paris, 2006, p 27.

1-2- المفهوم الاصطلاحي:

1-2-1 المفهوم الفلسفي:

يذهب هايدغر إلى القول أن كلمة : Re-présenté تعني استحضر لشيء أمامك، رأيته أمامك، امتلاك شيء ما حضر في ذاته على أنه كائن فعلا ونعيده في ذاته Repraesentare ، فهو ارتباط بين الفكر و الحدس، الإدراك بدون موضوع. ثم ركزت فلسفة كانط على انه تحديد عقلي للأشياء الغائبة : "كل تَمَثُّلٍ حتى إن كان له شيء خارجي هو تحديد للعقل. كما أن في هذه الفلسفة "المُمَثَّلُ" ليس فقط فكرا، ولكنه أيضا حدس"⁽¹⁾. نكتشف من خلال هذه المقولة: إنَّ العقل تحدده الأشياء، فهي التي تساعد على الإدراك و من هنا نكتشف أهمية التصور في عملية التفكير و الحدس. و هي وسائله للاتصال بالعالم الخارجي.

فكانت الفلسفة الألمانية هي من اهتم بمفهوم التمثيل "Vorstellung" بداية من وولف إلى هايدغير إلى شوبنهاور الذي ألف كتابا بعنوان "العالم كإرادة وتصور" وضمنه بداية في الفصل الأول: "العالم هو ما أتصوره – فهذا الافتراض هو حقيقة لكل كائن حي يفكر، والأفضل عند الإنسان لوحده، فيحدث أن يتحول إلى معرفة مجردة و تأملية.⁽²⁾ " كما يمكن أن يعرف على أنه: " من المصطلحات التقليدية في الفلسفة و علم النفس ، و يستعمل للدلالة على " ما نتصوره و ما يكون المحتوى المحسوس لفعل التفكير " و " خصوصا لاسترجاع إدراك سابق"⁽³⁾

1-2-2 المفهوم الاجتماعي:

نظرا لطبيعته الاجتماعية من خلال الاحتكاك و التفاعل الاجتماعي و الترابط الذي يتطلب الاعتماد على معرفة مبنية على ادراكات مشتركة بين كل أفراد

¹ Sylvain Auroux, Les notions philosophiques, Tome 2, édit P.U.F 2^{ème} édition, 1998, p p 2239.

² Arthur Schopenhauer, le monde comme volonté et comme représentation PUF, 2^{ème} édit, 2006, p 25.

³ جان لابانش و ج.ب. بوتاليس، معجم مصطلحات التحليل النفسي ترجمة مصطفى حجازي، ديوان المطبوعات الجامعية ط 1 1985 ص 180

المجتمع من أجل نقلها أو توزيعها أو تلقينها أو الاشتراك في فهمها والعمل بها كان التمثيل أهم عملية تحفظ ذلك وتساعد على إعطاء صورة عن العالم تكون مشتركة بين كل الأفراد الذين ينتمون إليها لذلك كان التمثيل قد حظي بالاهتمام به في العلوم الاجتماعية والنفس الاجتماعية " لقد ارتبطت التمثيلات الاجتماعية مع اسم إميل دوركايم (1858-1917) و بمدرسته في علم الاجتماع، ومفهوم التمثيلات الجماعية يشير هذا الأخير إلى الطرق المشتركة للإدراك والمعرفة والتي تختلف عن التمثيلات الفردية، والتي تخفي " معرفة تفوق تلك التي عند الفرد المتوسط " المنتجة من طرف المجتمع، مشكّلة بطريقة ما مادة الشعور الاجتماعي" (1)، دور كهايم " لم يرض بأن يفسر الظواهر النفسية تفسيراً بيولوجياً، ففرق بين التمثيلات الاجتماعية والتمثيلات الفردية 1898، طبق نفس المنطق على التمثيلات الاجتماعية للتفريق بين التمثيلات الفردية كلها، مثل الخلايا الدماغية لا يمكنها وحدها إنتاج الأفعال النفسية، الأفراد المنعزلين لوحدهم لا يمكنهم أن يكونوا مصدر السلوكيات الاجتماعية [...] بالنسبة لدوركايم هو الأول الذي اعتبر أن التمثيلات الجماعية تكون خارج وعي الأفراد، وهي لا تتساق بالأشخاص نحو الانعزالية، ولكن إلى امتحاناتهم وتجاربهم والتي تكون جد مختلفة. " فالتمثيلات الاجتماعية تعبر دائماً عن أشياء اجتماعية، أي مفاهيم المجتمع على الأقل بتغيرات. فهي تشبه الطريقة التي من خلالها يقوم هذا الكائن الخاص والمجتمع بالتفكير في الأشياء لتجربته الخاصة، فهي غنية بتجربته." (2)

فالتمثيلات تكون مختلفة متنقلة، عندما تكون فردية ولكنها تكون مستقرة و صارمة وبالأخص مقسمة عندما تكون جماعية " الشعور الفردي يكون ديني الاهتمام لان فكر الفرد يلاقي الكل طوال حياته الاجتماعية" (الوعي الجماعي يجب أن يكون موضوع اهتمامنا لأنه الكلية التي تضايق وتشجع هذا الشكل من المعتقدات المشتركة التي تملكها التمثيلات الجماعية." (3) " يعتبر إميل دور كهايم عالم الاجتماع الذي درس

¹ Jean Christophe marcel, représentations collectives p 642.

² Ibid, p 643.

³ Julien VIDAL Patrick RATEAU et Pascal MOLINER les représentations en psychologie sociale du livre coll. dans le concept de représentation en psychologie s la direction de Nathalie Blanc édit IN PRESS 2006 P 13-14.

التمثلات وقد كتب كتابا أسماه "التمثلات الاجتماعية" لتحديد العلاقة بين التمثلات الفردية والاجتماعية، من خلال الوعي الجماعي يتبين أن هذه التمثلات هي من نتاج تفاعل اجتماعي حيث تتكون مفاهيم الاعتقاد، والقيم والرموز، والتي تُفرض على أعضاء الجماعة، من خلالها تصبح لديهم معانٍ مشتركة وتبرز ردود أفعال متشابهة من خلال أعمال حول تقسيم العمل الاجتماعي إلى الأشكال الأساسية للحياة الدينية، حيث بدأ يعمل ويركز على شرح التمثلات الجماعية التي لها دور شرعي للمسارات وتضمن الترابط بين الجماعات على وظيفة جوهرية مادية. (بطريقة غير مباشرة)، هناك ثلاث نظم للأفعال الاجتماعية تأخذ بعين الاعتبار، ومنظمة حول الاختلاف بين طريقة الوجود وطريقة الفعل وطريقة التفكير⁽¹⁾. هناك تكامل وظيفي بين التفكير و الفعل و التفكير.

2- نظريات التمثلات في علم النفس:

بداية مع علم النفس فقد كانت النظرية التحليلية هي من ركز على مفهوم تمثل الموضوع بغرض التعويض عن الموضوع النزوي الغائب عن طريق التماهي مع صورة الموضوع الغائب، كان لمفهوم " التمثلات استعمالا واسعا في تفسير الأحلام عند سيغموند فرويد أن تكون له مكانة محددة في بداية المفهوم في الأعمال الميتاسيكولوجية 1915"⁽²⁾، محددًا نوعين من التمثلات تمثل الشيء، وتمثل الكلمات، لقد عرفها على أنها:

"آثار لأحداث عاطفية أو معرفية والتي تكون موجهة لتكون خاضعة إلى الكبت في اللاشعور والتي تكون الشكل الأساسي للحياة النفسية"⁽³⁾.

ويضيف محددًا هذا المعنى من خلال عمل النزوات التي تبقى مرتبطة بالآثار الذكروية التي تم عن طريقها التخلص من الشحنات التوتيرية النزوية. "عمل

¹Ibid, Sylvain Auroux, Les notions philosophiques, , p 2239.

² Ibid, Claude le Guen, p 1364.

³ H. Bloch, dictionnaire fondamentale psychologie, (terme représentation) 2^{ème} édit, Larousse VUEF 2002, p 1110.

النزوات يدخل ضمن هذا المنطق والتي تحمل مؤسسة الآثار الذكورية والتحويلات الاقتصادية للطاقة (العاطفية) المرتبطة من خلال حركية التفريغ المتأخر⁽¹⁾. فالتصور يمكن من الاستثمار الاقتصادي النزوي نحو الموضوعات التي يتم استحضارها كصور قابلة للتحقق اي ما يحققه الموضوع الحقيقي الغائب.

"لقد استعمل سيجموند فرويد Sigmund Freud كلمة *Worstellung* الألمانية للدلالة على مفهوم التمثل "عندما نتحدث *Worstellung* التمثل نعني كاءنا داخلي محتواه هو نتيجة الادراك ياخذ شكل اثر ذكروي و يصبح تمثلا عندما يستثمر".⁽²⁾ فهي إسقاط للحالة النفسية على شكل وظيفة عقلية هي الإدراك ليتحول إلى أثر ذكروي، هذا الأثر الذكروي يتحول إلى تصور عندما يتحقق في الواقع كخبرة معرفية، و كاستثمار نفسي للنزوة في غياب الموضوع الحقيقي. "في هذا الحالة فرويد وضح وظيفة الجهاز او النظام الذي يكون الشعور واللاشعور فهو نتيجة لإدركات الإثارة الآتية من الخارج للجهاز النفسي في كتابه "ما فوق مبدأ اللذة" سنة 1920"⁽³⁾. حيث ان لمبدأ اللذة و الألم ردود افعال عند تفاعلها مع العالم الخارجي على مستوى الشعور و اللاشعور. لذلك نجد انه وضح هذا المفهوم من خلال كتابه الميتاسيكولوجيا "مكانة التمثل في التحليل النفسي هي أساسا مفصلة حول نظرية النزوات، وتجد معادلاتها الكاملة والأكثر اتساقا في كتابات الميتاسيكولوجية، لسنة 1915. نحن نعلم أن التمثلات تم تعريفها كـ "ممثل" للنزوة، في نفس المعنى مع العاطفة، أو أكثر دقة كتكامل مع هذه الأخيرة (العاطفة)"⁽⁴⁾. هناك إشارة إلى طبيعة التمثلات المترامية بين الوظيفة العقلية و الوظيفة العاطفية النفسية. وظيفة ما هو عقلي على ما هو عاطفي؟

¹ Ibid, p 1110.

² François GANTHERET, étude d'un modèle perspectif en psychanalyse revue psychanalyse à l'université » Tome, 11 N°41, Jan 1986, p10.

³ S.Freud, Au delà du principe de plaisir trad de l'Alm par Dr S Jankélévitch en 120.

Une version numérique par gemma paquet Site web : <http://www.uqac.ca>, p17.

⁴ Ibid, S Freud p 17 et Michelle Perron, le fantasme : une représentation d'action, livre Coll, édit Semailles SPRP 1997, p113.

يفرق **سيجموند فرويد** بين أشكال التمثلات للشيء (تمثل الشيء)، و تمثلات الكلمة (تمثل الكلمة)، في مقال له حول اللاشعور: " يحدث في الشعور تمثيل الشيء إضافة إلى تمثيل الكلمة التابعة له (الذال والمدلول). بينما اللاشعور هو عبارة عن تمثيل الأشياء"⁽¹⁾ يفرق فرويد بين شكلان للتمثلات، انطلاقاً من محتويات كل واحد منهما، هناك "تمثل" الأشياء و "تمثل" الكلمات، ففي مقالته حول اللاشعور تكلم على التمثيل الواعي و يضم تمثيل الأشياء و تمثيل الكلمات المتلائمة بينما التمثيل اللاشعوري فهو تمثيل للأشياء وحدها"⁽²⁾.

يقوم التمثيل على أربع مبادئ أساسية: المحتوى، المصدر، الاستثمار، الأثر الذكروي:

1- محتوى صادر عن الإدراك، و يتموضع على شكل أثر ذكروي، وتُمثَّل عندما يصبح مستمر.

2- مصدر خارجي يمكن أن يكون مرئي، سمعي، لمسي، حس حركي، في الواقع.

- فرويد طور مفهوم تمثيل الشيء والكلمة: تمثل الشيء يكون لاشعوري، و تمثل الكلمة يكون شعوري، والترابط بينهما"

- تمثل الكلمات: يظهر كمجموعة مغلقة من الصور المنسوخة، و قراءات حركية سماعية. أما تمثيل الأشياء يكون بمجموعة مفتوحة من الترابطات (خاصة المرئية الملموسة المسموعة). بحضور تمثيل الكلمات تكون التركيبية سماعية.

بجانب تمثيل الأشياء ستكون التركيبية مرئية، وكل في مجاله، و قد يتداخل ما هو خاص في المجموعة الشاملة لمركباتها، وتدخل في علاقات متداخلة فيما بينها. لذلك ركز فرويد على الحُبسة، التي هي قطيعة للترابط بين تمثيل الكلمة وتمثل الشيء.

¹ Claude le Guen, Dictionnaire freudien, édit PUF, Paris, p 1372.

² Ibid p 1372

3- فالاستثمار يمكننا من أخذ التمثل إلى مستوى الشعور، بل لكل ما يمكن أن يستثمر في تمثيل الأشياء، وفق تمثيل الشيء وتمثل الكلمة التي تربطه بالمكانة الموقعية للتمثل.

4- الآثار الذكورية بالنسبة لفرويد، ليست خالصة وبسيطة كإدراك على شكل أثر، ولكن هي قبل ذلك شكل لعمل (نشاط): "عملية الاختيار" لوضع اتصالات في نظم مترابطة (وفق المقاربة و التشابه). يجب أن ندرك و نفكر على أن الرغبات لا نستطيع المحافظة عليها إلا بارتباطها بتمثل "الشيء المفقود".⁽¹⁾ و من بين الذين بحثوا في هذا الموضوع نجد ميشيل بيرون M. Perron الذي يتحدث عن: " مركب التمثل لأجل الإشارة إلى **هذا كل السيرورات**. هذا هو الكل الذي نعتقد فيه، فهو يشكل قلب الشريحة الأساسية للوهم (الفونتازم Fantasme) المعقد من خلاله، حيث نجده مكثف في شكل "تمثل لفاعل" شامل من جهة، و يمثل النزوة و كذلك الشيء (المفترض) من جهة أخرى"⁽²⁾. بدأ M.Perron بدراسة العلاقة بين التمثلات والخيال و النزوة فقد أراد أن يستدل على الاستثمار الأصلي للنشاط الحركي بواسطة الطاقة النزوية والعاطفة التي تغذيه و التي ستحول التمثلات إلى فعل، و من اجل التناسب مع هذه الأخيرة أخذت مكانة أساسية ك ممثل لنزوات جنسية متصلة تعتبر نواة خيالية وهمية، هذا ما يجري في نفس اللحظة التي نعرف فيها الوهم (الفونتازم Fantasme) على أنه ممثل أصلي للنزوة الجنسية التي يمكن أن تستثمر في الشيء"⁽³⁾.

ولما كان مفهوم التمثل ينتمي إلى سيرورة الاستثمار الشعوري، واللاشعوري، التمثل هو نفسه يعرف من قبل سيغمون فرويد على أنه شكلان من التمثلات (كما سبق ذكر ذلك) تمثلات الكلمات و الأشياء الشعورية، و تمثلات الأشياء اللاشعورية .

¹ Ibid , François GANTHERET, p11.

² Ibid, M.Perron, p 121.

³ Ibid, p 121.

"وظيفة التمثل هي بشكل أساسي مؤسسة على سيرورة تحويل الكل مثل الوظيفة الرمزية، التي بموجبها تصبو الى أن تتناسب مع المستوى الأكثر بدائية في منظومة أصلية"⁽¹⁾. فعمل التمثل سيتمثل الكلمات و الأشياء على مستوى الشعور أو اللاشعور من أجل استثمار الطاقة النزوية من خلال السلوكات و العمليات الذهنية و العاطفية.

فالتمثل هو تحويل للمعرفة من إطارها العام إلى إطارها العملي، فهي نوع من البراغماتية الفعلية لفعل التفكير.

"هيرزليخ 1969 الاهتمام بالتمثلات يشير إلى إعادة إدماج دراسة نماذج أو أشكال المعرفة و السيرورات الرمزية في علاقاتها مع السلوك."⁽²⁾ هناك علاقة بين النماذج المعرفية المكتسبة لدى الفرد، و سيرورتها الرمزية، و التي تتحدد من خلال السلوكات، فالسلوك هو نتيجة هذه المحطات المعرفية، و الرمزية.

1-2- التمثل في علم النفس الاجتماعي:

جاء في قاموس علم النفس أن التمثل الاجتماعي هو " طريقة في رؤية المحلية و الراهنة المشتركة في ثقافة ما، و التي تمكن من ضمان الخصوصية المعرفية عن مفهوم العالم و تقود الفعل على هذا المقصد"⁽³⁾ يمثل أثر الجانب الاجتماعي في تأثيره على سلوكات الأفراد، و على تصوراتهم و تصرفاتهم، فهي المعيار و المؤطر لهذه السلوكات و التمثلات من أهم البحوث في هذا الميدان نجد اعمال سارج موسكوفيسي **Serge Moscovici** الذي يرى بأن هناك " إعاقة ابستمولوجية في تعريف التمثلات و هي أن " التعريفات الخاصة بالتمثلات الاجتماعية تتغير وفق المؤلفين و المضامين [...] فهي نفسها تمثلات للمفهوم و يجب أن تكون مصاغة لتكون لها وظيفة في ترابط الخطاب الذي يستعملها"⁽⁴⁾ التمثلات ليست مستقرة فهي متغيرة

¹ Ibid, p 124

² Ibid, Julien VIDAL Patrick RATEAU, les représentations en psychologie sociale, p16.

³ Ibid, H. Bloch Dictionnaire Fondamentale de la psychologie, p 1114-1115.

⁴ Ibid, Julien VIDAL Patrick et coll, p 15.

بتغيير الأشخاص و المضامين تحددها الصياغة لتكون مفهومة و تكون لها دلالة في صياغة الخطاب من حيث هو محتوى لهذه التمثلات. وفق تعريف سارج موسكوفيسي 1961 "هي نظم لها منطق و لغة خاصة و بنية لتطبيقها، و التي تركز على القيم دون المفاهيم، لها أسلوب خطاب خاص. لا نعتبرهم كأراء صحيحة ذات صور، و لكن كنظريات للعلوم الجماعية موجهة إلى تفسير وظيفة الواقع" (1)

يلعب كل من المنطق، البنية، القيم في سياقات نظرية في دراسة العلوم الاجتماعية من أجل وظيفة تفسير الواقع. هذا الواقع الذي تتعدد صورته، من شخص إلى آخر. و قال أيضا " هو صورة مشبعة بمجموعة من المعاني و نسق مرجعي من خلالها يتم التعرف و التأويل و تفسير ما يحدث في حياتنا اليومية " (2) فحياتنا اليومية و تعقيداتها و تفسيراتها تخضع لنظام التصورات لأنها تراكمية، تحتوي جملة المعلومات و المعارف و المرجعيات لتحليل علاقتنا مع الواقع في حياتنا اليومية.

تري وليام دواز 1986 William Doise ان التمثلات: "هي مبادئ عامة للاستعداد مرتبطة بوضع خاص في مجموع العلاقات الاجتماعية و تنظم السيرورة الرمزية المتداخلة في هذه العلاقات." (3) التي تعتبر أساسا الاستعداد المدمج ضمن مجموعة العلاقات الاجتماعية، و يعمل بشكل ضمني في تنظيم السيرورات الرمزية على اعتبار أنها لغة الصور الناتجة عن عملية التفاعل الاجتماعي. تحدد التمثلات في عملية الاتصال "التمثلات لا تظهر إلى من خلال ديناميكية اجتماعية من خلال علاقات اتصالية" (4)

تشير جودلات دانيس 1988 Jodelet Denise على وجود عالم رمزي ثقافي محدد أو ملم بنظريات عفوية، آراء، أحكام، قرارات و أفعال. "فالتمثلات تظهر من خلال اللغة، أفعال الأفراد، و يلعب الجانب الاجتماعي دورا مهما بواسطة المحتوى

¹ Ibid, p15

² Serge Moscovici, psychologie sociale 3 édit 1990 p 360.

³ Ibid, Julien VIDAL Patrick et coll, p16.

⁴ Ibid, p24.

الاجتماعي، الاتصال، الحمولة الثقافية، و الوضعية الاجتماعية في ابرازها." (1) تشكل في نظرها أن " التمثلات هي شكل من المعرفة الخاصة شكل من التفكير للحس المشترك، الذي يكون مسجلا اجتماعيا في إنتاجها و وظيفتها. " (2) فالتمثلات لها علاقة تفاعلية بين المعرفة و المجتمع من حيث المحتوى أي التركيب و من حيث التفاعل أي الوظيفة المحددة للعلاقات الإدراكات الجماعية.

"يرى كل من باسكال مولينار **Pascal Moliner** جوليا فيدال

Julien ,Vidal باتريك باتو **Patrik Pateau** أن التمثل يشير إلى فعل إبداعي، وإنتاج إبداعي، هو صورة الشيء الغائب الذي يستحضر في أي فرصة من جديد، أيضا هو إعادة تأويل واقع هذا الشيء. ولكن لكي تكون هذه الصورة مفهومة يجب أن تكون اتصالية مع الآخرين، يجب أن تحترم القواعد والثغرات القوية في مجتمع ما، وفي لحظة ما." (3)

أما **J.C.Abric** كلود أبريك ، فقد عرف التمثلات الاجتماعية على أنها

" نتاج لسيرورة النشاط الذهني الذي يتيح للفرد أو الجماعة إعادة بناء و تخصيص محيطه الواقعي " و هي "بنية معرفية تراتبية وقد افترض وجود "نواة مركزية" يعرف النواة على أنها "عمق البنية وطبيعة التمثلات" (4)، التي تعتبر العنصر الأساسي الذي ينظم ويعطي لها معنى، ويجعلها مستقرة (ويقسمها إلى قسمين نواة منظمة، ونواة بناءة)، تتعارض مع مختلف عناصر البنية التي هي عبارة عن محيطات أو هوامش. هذا التعريف يجب أن يفهم بشكل كيفي مثال: هناك رأيان منسوبان إلى نفس الشيء، يمكن أن يكون له أهمية تقنية، بينما الواحد يكون مركزي والآخر محيطي، مثل التمثل الاجتماعي لجماعة مثالية ينتظم حول "فكرتين" أساسيتين العلاقات تكون أخوية" و"لا

¹ Paula Berestovoy, la contribution de la théorie des représentations sociales à l'étude des conflits d'usage en environnement, journal international sur les représentations sociales vol 3 N=°1, p 66-74.

² Denis Jodelet, représentation sociale : phénomène, concept et théorie », dans Moscovici, s. psychologie sociale, PUF, p 357-378.

³ Ibid, Julien VIDAL et Coll, p13.

⁴ Ibid , Assaini y, Abdellaoui, Guelfucci B, le noyau centrale d'une représentation sociale, actes du colloque international du 25-27 jan 1990 Toulouse p 304.

يوجد رئيس " الآراء الأخرى تظهر كمحيط لها مثال: "هؤلاء الأعضاء يقتسمون نفس الهدف."⁽¹⁾ و كأنه يسير إلى وجود مركز، و أطراف تحيط بمركز الشيء، و كأنه يحيلنا إلى شيء واحد كأصل، لترتبط به كل المعاني الأخرى بحيث تشترك و ترتبط في التمثل، و هي معاني غير مباشرة و إنما يتم استنتاجها.

يضيف محدد التمثلات على أنها: " نتيجة و سيرورة النشاط الذهني الذي يمكن الفرد و الجماعة من تشكيل محيطه الواقعي، "فهو نظام لتفسير الواقع الذي تجري فيه العلاقات الفردية و المحيط الفيزيقي و الاجتماعي و الذي يحدد سلوكياتهم و ممارساتهم. التمثل الاجتماعي هو دليل للفعل فهي توجه الأفعال و العلاقات الاجتماعية. فهو نظام القبل تشفيري للواقع إذ أنها تحدد مجموع التوقعات و الترقبات."⁽²⁾ تعمل في نظام تفسير الواقع بكل حيثياته و الأفراد جزء من الواقع: يحدد سلوكياتهم، و تطبيقاتهم، و يوجه أفعالهم.

- مدلولات التمثل عند ابريك J.C. Abric:

- التنظيم: "يحدد طبيعة الروابط التي توجد بينهم (عناصر التمثل)، فهي في هذا المعنى الموحد والمستقر للتمثل.

- الاستقرار: المحافظة عليها دون التطور، فهو يعد تمثل ثابت زمنيا الأقل استقرارا."⁽³⁾

1- النظام المحيط: "فهو يساعد على تسجيل التمثل في المضمون وفي الملموس فهو بدوره يقوم بثلاث وظائف: 1 - وظيفة الأجراء، 2- الضبط، 3- الدفاع.

¹ Ibid, P 304.

² Ibid, Julien VIDAL et Coll p 17.

³ Ibid Nathalie Blanc, Psychologie de représentation, p 22-23.

يساعد على ضبط وتوجيه امثلات العناصر، قيمته أنه يتعامل مع محيط وعناصر خارجية فهو يعمل على الحجج والوضعيات التي لا تتناسب معه، فهو سبيل وقاية و الحاجز الذي يمتص الصدمات التي تصيب النواة" (1)

- خصائص النواة المركزية نظام المحيط والعناصر المكونة لهما:

وضع أبريك هذه المقارنة بين خصائص النواة المركزية و نظام المحيط او الهامش من التمثلات و يبين ان هناك ترابطا بينهما يعكس أهمية احدهما عن الآخر، موضحا ذلك في هذا الجدول التالي:

خصائص النواة المركزية وعناصرها المكونة لها.	خصائص نظام المحيط والعناصر المكونة له.
وجود قاعدة مشتركة ومقسمة جماعيا.	عناصر قابلة للاختلافات بين الأفراد.
توافق و تناغم هام، يساهم في تجانس الجماعة و بالأحرى، وجود عناصر مشتركة.	التوافق و التناغم غير منظم هذا متعلق بتشجع على عدم التجانس في الجماعة يكمن من التخلف و التراجع أو المقاومة.
مرتبط بالذاكرة الجماعية و تاريخ الجماعة.	تمكن من اندماج تجارب وتاريخ الأفراد.
مقاومة للتغيرات، تضمن إمكانية التمثل.	متطورة و متحركة.
أقل إحساس للمضمون الآني، لا تتكيف مباشرة مع المحتوى.	ذات حساسية للمضامين الآنية، تتكيف مع المضامين.
محكمة و محكمة.	غير محصنة، ذات فجوات
مستقرة، مترابطة و محكمة النظام.	بيئة للتغيرات، تشجع التناقضات ويمتاز بالليوننة.
بارزة، أولية، جوهري مهمة، كمية، نسبية.	كبيرة من ناحية الكمية، اذ انها أكثر مرونة.
محدودة العدد.	اختلاف كبير في المحتويات.
هامة	مشروطة،
غير مشروطة، غير قابلة للنقاش.	لها قابلية للنقاش.

¹ Ibid, p23.

ملاحظة: الجماعة هي النواة الجوهر، والفرد هو المحيط.

2-2- نظرية التمثل في علم النفس المعرفي :

تنطلق هذه النظرية من " أن الصورة ناتجة عن النشاط العقلي، فالصورة هي المعرفة التي يملكها الفرد عن العالم، وكمكون خاص لبنياته المعرفية، توجد التمثلات بشكل مباشر في ارتباط مع الوظيفة الرمزية"⁽¹⁾ يمكن أن نقول أن نظرية التمثلات وفق ما تتميز به من خصائص جيدة في بداية النمو تبدأ كعنصر أساسي في عملية النمو العقلي وتنشيط الذاكرة، وكل القدرات العقلية فتتكون هذه التصورات عن العالم والعلاقات الداخلية والخارجية عند الطفل، ليبدأ حياته من خلال عمليات التمثل لذلك فهي أول نظرية تعاملت مع هذا المفهوم على أنه ردود أفعال جسمية تجاه تمثلات يحقق نوعا من الإشباع أو الحركة. وقد بدأت مع جان بياجى Piaget Jean مع الصورة الذهنية و ذاكرة الاستحضار، اللعب الرمزي، اللغة، الموضوع العاطفي فهي على العكس دائما حاضرة ودائما فعالة رغم غيابها الفيزيقي وتكون أساسا جذابة و مستديمة فيما يخص الآخرين أو لوعي أو لقيمة دائمة للذات فيما يخص الأنا"⁽²⁾.

"فهو يعتبر مبدع النظرية المعرفية في نمو الطفولة من خلال دراساته حول الذكاء وتحديدًا في مرحلة "الذكاء الحسركي" والذي ينتهي بمرحلة يحصل فيها الانتقال بين الذكاء الحسركي بدون لغة و بدون تمثّل، بدون مفاهيم [...] الطفل في هذه المرحلة يتحكم في البحث عن الأشياء من خلال تنقلاته الغير واضحة، ابتكار وسائل جديدة تتم بالوصول إلى نهاية بواسطة تدابير و تنسيق ذهني. هذا المرور من الذكاء الحسركي إلى الذكاء التمثيلي و يحصل بانتقال مفاجئ، ولكن بتحويلات بطيئة متتابعة، ويكون من السهل له متابعتها و يمكننا ربطها"⁽³⁾. هناك تغيير جسمي و لغة جسمية تربطه مع الواقع و عالم الأشياء، لتكون كبنية للانتقال من الذكاء الحسركي إلى الذهني. " يجب على الطفل أن يعيد تكوين الشيء، الفضاء، الزمن، الأصناف

¹ Michel Denis, les images mentales, P.U.F 2 édit 1979 p 124.

² Jean Piaget et Barbel Inhelder : psychologie de l'enfant, édit Bouche, p 90.

³ Ibid, p90.

المنطقية للطبقات والعلاقات على مخطط التمثل. هذه إعادة التكوين لا يمكن مقارنتها خاصة عندما يمتد من سن الثانية إلى سن الحادية عشر أو الثانية عشر.⁽¹⁾ فهناك مفاهيم عديدة لا يمكن تجسيدها بل تحتاج إلى تجريد و إلى تصور كالفضاء، الزمن، العلاقات، معان الاتصال.

3- النمو المعرفي و التمثلات:

يولي علم النفس المعرفي أهمية كبيرة للتمثلات على أنها دلالات ادراكية، يمكن التعبير عنها من خلال الكلام، "علم النفس المعرفي يهتم بسيرورة إنتاج التمثلات الذهنية، أي الكلية المعرفية الناتجة عن الوظائف البيولوجية، الجهاز العصبي. بالنسبة الى علم النفس المعرفي، التمثلات هي نماذج مستدخلة يكوّنها الفرد عن محيطه وبأفعاله في هذا المحيط. هذه النماذج تكون مستعملة من طرف الفرد كمصدر للمعلومات وأداة لضبط السلوكات والتخطيط لها."⁽²⁾ إذا هناك بنية بيولوجية و عصبية لإنتاج التمثلات، ولكن يجب أن تكون قد تبلورت خلال تفاعلات الفرد مع المحيط على اعتبارات مصدر المعلومات و أداة لضبط السلوكات وفق نمط محدد من المخططات و الاستراتيجيات.

التمثل في علم النفس المعرفي مرتبط بحالتي: القابلية والتي تعود إلى التسجيل في الذاكرة الطويلة المدى للمعرفة التي يمتلكها الفرد مثلا: حول بعض الأشياء والحالة الآنية عندما تكون تحت سيرورة نشاط ما، هذه التمثلات تمر بشكل راهن بطيء إلى حالة نشاط"⁽³⁾. لا نستطيع أن نفرق بين نشاط الذاكرة بمستوياتها الطويلة المدى و القصيرة المدى، فهي خزّان للمعلومات و المعطيات التي تساهم في إنتاج التصورات، فخلال نشاطها تستثمرها من أجل تفعيل نشاط معين تذكر مواقف و ذكريات معينة، و حتى كيفية تخزين المعلومات تخضع لعملية التمثل: "هناك نمطان من اطرق الرقابة المعرفية: المراقب المعرفي يعرف على أنه له خاصيتين من جهة

¹ Jean Maris Dolle, pour comprendre Jean Piaget « édit DUNOD Paris 1999, p145-146.

² Ibid, H. Bloch Dictionnaire Fondamentale de la psychologie, p 1112.

³ Ibid, p 1114

يملك التمثلات والقدرة على التحكم في هذه التمثلات ومعالجتها "(4). هناك عمل يقترن بالنشاط المعرفي للتمثلات، المراقبة، التي وظيفتها التحكم في التمثلات و من جهة و معالجتها من أجل إما التفسير، الترتيب، أو التصنيف، أو التخزين، أو الإنتاج.

هناك ميزتان تميزان هذه النظرية: إعادة التكوين التمثيلي في المرحلة الأولى من (02 إلى 07 سنة) تهيمن التمثلات الرمزية، الطفل لا يفكر عندما يتكلم، ولكنه يرى ذهنيا ما ينطق به. يمكننا القول أن عقله هو مقر الصور والجدول المختلفة التي هي ممثلات مصورة للأشياء التي رآها و للمواقف التي عاشها.

بالنسبة للطفل العالم هو عنصر خاص و فردي، يتطور وفق مراحل النمو.

في المرحلة الثانية: من 07 سنوات إلى 11 سنة بواسطة المقلوبية (المعكوسية) المكتسبة، عمليات التصنيف، و الترتيب التي تتكون أثناء تكون متغيرات المواد، الوزن، لاسيما الحجم، تمكن التفكير بصفة سريعة الواقع الملموس. الذكاء العملي الملموس يتكون لأجل الترتيب، عَدُّ للأشياء وخصائصها، في محتوى علاقة مباشرة بين الفرد الشيء الملموس وبدون إمكانية التفكير في فرضيات بسيطة. ولكن في سن السابعة، يمكن أن تتفكك العمليات القبل منطقية الحساسة و المنطقية الحسابية وكذلك مفاهيم الإظهار و عملياتية الفكر"(4).

بالنسبة لجان بياجى **J.Piaget**: " يبدأ التفكير التمثيلي بمعاكسة للنشاط

الحسركي، في نظام المعاني مكونا كل ذكاء وبدون شك كل وعي، يختلف الدال عن المدلول، و التمثل يمكن أن يفهم بمعنيين:

1- بالمعنى الواسع: " التمثل يطابق التفكير، بمعنى أن كل الذكاء لا يركز بكل بساطة على الإدراكات والحركات (ذكاء حسركي) ولكن طبعا، على نظام المفاهيم أو السلاسل الذهنية" هذه تمثلات مفاهيمية.

⁴ Ibid, p 1114

⁴ Ibid, Jean Maris Dolle, p 146.

2- بالمعنى الضيق: فهو ينخفض إلى الصورة الذهنية أو إلى ذكريات صور،
بمعنى استحضار أو تذكر رمزي لوقائع غائبة فهذه تمثلات رمزية" (2).

هناك نموذجين من التمثل المفاهيمي و الرمزي حيث تتطابق بين المفاهيم و الصور بين المفاهيم و الرمز و من هنا تبدو هناك علاقة و أهمية بين التمثل و نمو الذكاء. و يضيف موضحا كيفية تشكل هذه الصور " التمثل يظهر كنتيجة لإستدخال السلاسل الحسركية (حسية جسمية) أين يكون الاستيعاب قد تشكل بواسطة أداة العبور فيقوده من الحسركي إلى الرمزي و أيضا أصل الصورة نفسها التي تكون طبعا تقليد مختلف و مستدخل." (2)

فهو انتقال من السلاسل الحسركية إلى الرمزي عن طريق الاستيعاب، و في نفس الوقت هذه الصورة تعبير على عمل ذهني هو الاستيعاب نفسه الذي يتأكد من خلال التمثلات، التي تعيد إنتاج الصور و المفاهيم.

أما هنري فالون **Henri Wallon** فهو يعتبر أن: التمثل هو سيرورة وسيطة بين الفرد و العالم، هناك ربط بين شخصية الطفل و النمو العقلي، أي أن هذه الشخصية تجد صورها في الانفعال الذي يفهم بأنه شعور و رغبة حركية منذ بداية الحياة، التمثل الحقيقي لا نبلغه إلا بواسطة العلامة. فدور اللغة انها تثبت التمثلات في الشعور." (3)

التمثل بالنسبة لفالون **Henri Wallon** هو سيرورة وسطية بين الفرد و العالم فهو آلية اتصالية بين الفرد و المحيط، أين تثمر القدرات العقلية بواسطة المثيرات، و خاصة من خلال الانفعالات الحاصلة عن الاحتكاك بالمحيط، كشعور عاطفي نحو الرغبة في الحياة، فالتمثل يكون مبنيا على علامات و دلالات.

² Ibid, p146.

² Marie - Josée chombort de lauwe, Nelly feuerhahn, Représentation sociale dans le domaine de l'enfance. « Les représentations sociales sous la direction : Denise Jodelet PUF paris 5 édit 1997, p 342.

³ Ibid , Marie - Josée chombort de lauwe, Nelly Feuerhahn p 343.

اما **جيروم برينور J.Bruner** اندماج ثلاثة نماذج للتمثل في نمو الطفل:
تمثل حركي تمثل الصور و تمثل الرموز (اللفظ) ⁽¹⁾ يضيف هذا الأخير أهمية اللغة باعتبارها ملزمة لعلاقة الدال بالمدلول من حيث الشيء الصورة و اللفظ. "وهنا يأتي دور اللغة التي تثبت التمثل في الشعور، التمثل لا يقوم إلا باستعمال الوظيفة الرمزية للغة، فهي نفسها مستوى من مستويات اللغة والوظيفة الرمزية" هذه الوظيفة الرمزية تشكل استبدال تمثل إلى شيء و علامة بهذا التمثل. ⁽²⁾

يقوم دور اللغة في تثبيت التمثل في الشعور على أساس وظائف اللغة من حيث الرمزية، و التي تمثل في ذاتها استبدالاً للشيء، و العلامة المتمثلة، فاللغة تشرح لنا عملية التمثل و مكوناتها، و وظائفها إضافة إلى عملية الترميز.

أما بالنسبة إلى شاتو **château** " التمثلات هي فضاء ذهني من الوهم ملونة بالاتجاهات. السلوك المتعلق باللعب هو اصل التمثل و النشاط الذهني في كليته. شاتوا يميز الازدواجية التمثيلية بـ " التشابه" الذي يسبق الاستعاب – النسخ. التمثل هو من طبيعة مغايرة للصورة و للذكاء الحس حركي، فهي تشبه الحضور القصي. الاتجاهات التمثيلية تعبر عن "مشروع كائن"، اتجاهات مصدرها اللعب، فهي إسقاطات" (château 1960) ⁽³⁾، فاللعب أهم محفز على التمثل، و هو يعكس الحضور، من خلاله تتم الإسقاطات على مختلف الأشياء كتصورات تعكس علاقة الفرد بالشيء، لتصبح علاقة تصورية مع الشيء كجزء من وجود الطفل.

يمثل هذا التعريف إلى الجانب المعرفي النفسي و النفس اجتماعي لـ Malriau 1973 هو "سيرورة في علاقة مع تحولات اتجاهات الشخصية. من خلال دراسته للاستعاب فقد ركز على أهميته في الاتصال، موضحا النقص الذي يتميزه: "سلطة التمثل" التي يكون لها اعتبار في سيرورة التنشئة الاجتماعية، التمثل يجد مكانته في تثقيف الطفل" ⁽⁴⁾. فالتمثل يتماشى و سلطة الحاجة من أجل الإشباع، إلى

¹ Ibid, Michel Denis, p 125.

² Ibid, p 343.

³ Ibid, p 344.

⁴ Ibid, p 344.

مختلف الوظائف البيولوجية النفسية المعرفية النفس اجتماعية. و يضيف ان "التنشئة الاجتماعية يجب أن تدرج مفهوميين :

● تنظيم المعلومات الملقنة إلى الطفل.

● التشبث بمعتقدات الجماعات.

هذان المفهومان يعكسان الطابع الفردي و الجماعي للتمثلات، و يبينان اهمية التمثلات في عملية التربية و التنشئة الاجتماعية.

4- النظرية الأنثروبولوجية للتمثل:

يعكس هذا العنصر دور الثقافة الإنسانية في عملية التمثل من حيث بنيتها، ووظيفتها و طريقة التعبير عنها، و كفاءات حصولها و استثمارها، لأن الثقافة هي من يشبعها بمحتويات رمزية، و معان و مفاهيم قصد الاتصال الداخلي او الخارجي، تتعدد حدود الفرد من حيث هو عنصر في المنظومة الثقافية التي ينتمي إليها، و يعبر عن معتقداته، و اتجاهاته، لغة الاتصال لديه معيارية، و مرجعية خلال تصرفاته و سلوكياته. مصدر إنتاج الأفكار و القيم و الأحكام. يرى Sperber أن "الأنثروبولوجيا تفسر السلوكيات، وبالأخص السلوكيات الكلامية، بالنسبة إلى الفاعلين الفرديين و الاجتماعيين عند وصفهم للمعتقدات و المقاصد التي تجعل هذه السلوكيات منطقية. في القديم قيل أن الأنثروبولوجي يسعى إلى تكوين تمثلات ذهنية، تشبه التمثلات الذهنية و الجماهيرية(الشعبية) لسكان المضيفين (المستقبليين)." (1)

فعمل الأنثروبولوجي ينبغي أن يخضع لتصوراته عن ثقافة الشعوب التي يدرسها، حتى يتمكن من فهم ميكانيزمات التفكير و السلوكيات و الطقوس التي تمارسها هذه الشعوب فهي دراسة عامة لثقافة خاصة لها مميزاتها و خصائصها التي تضمن لها البقاء و لأفرادها فهي جملة المحتويات المادية و المعنوية و الرمزية التي تضمن لكل فرد من افراد الجماعة حق لانتماء و الإشباع. يعرف تايلر E.Tylor الثقافة بأنها ذلك

¹ Ibid, Dan Sperber, p 140.

الكل المركب الذي يشمل كل المعارف الأعراف و المعتقدات، و الفن و الطقوس، القوانين و العادات، و كل الاستعدادات و الاستعمالات المكتسبة من طرف الإنسان في المجتمع⁽¹⁾ فهذا الكل له تأثير على تكوين و دينامية الشخصية خاصة مع النظرية الثقافية التي اقترحت عدة مفاهيم متعلقة بالقاسم المشترك بين أفراد المنظومة الثقافية و التي تدخل في قرارات الأفراد و السلوكات، و التمثلات التي تجمع بينهم و في نفس الوقت تعطي لكل واحد منهم قلبه الخاص، يرى فرانسوا لابلانتيين " في رأينا يرجع إلى الانثروبولوجيا شرح و تبیین ان التمثل مهما كان المفهومه الذي نقرر مايميزه فهو يقع دائما :

1- الارتباط بين الفرد و الجماعة.

2- هناك ثلاث ميادين استثمار حقل المعرفة،

"أن كل تمثّل هو التقاء بين تجربة فردية و نماذج اجتماعية في شكل نمط نَعْلَمُ خاص للواقع: ذلك الذي يميّز الصورة - الاعتقاد الذي، خلافا للمفهوم و للنظرية التي هي العقلنة الثانية، لها دائما تناغما عاطفيا و شحنة غير عقلية". يرجع لنا بأن يبني أن التمثل مهما كان المفهوم الذي نقر به غير عقلي فهو "معرفة يمتلكها أفراد مجتمع ما، أو جماعة اجتماعية يخلقونه للفرد كجزء من وجودهم أو لكل وجودهم."⁽²⁾

فالتمثل بالنسبة لفرانسوا لابلانتيين F.Laplantine يغلب عليه الطابع الاجتماعي العاطفي على حساب المنطق العقلي، فلا يهمله إن كانت اعتقادات الفرد و معرفته حقيقية وفق معايير المنطق و العقل، و لكن الضابط الوحيد الذي يُحتكم إليه هنا هو منطق الجماعة و تجربته مع الجماعة التي ينتمي إليها. فهي تأويل ينظم العلاقات الاجتماعية المنطقية و اللامنطقية. و هذا يعكس ترابطا وثيقا بين الفرد و المجتمع.

يحدد هذا الأخير وجود ثلاثة ميادين للبحث:

¹ Pierre Bonte et Michel Izard, dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie, PUF 2^{ème} édition 1992, paris, P190.

² Ibid, François Laplantine, anthropologie des systèmes de représentation de la maladie, p298.

● حقل المعرفة: التمثل هو معرفة الشيء الذي لا نشك فيه.

● حقل القيم: التمثل ليس فقط معرفة مكتسبة ممن ينخرط شمولية حقيقية، و

لكن أيضا لأجل شمولية حسنة (حسن القيمة). فهي تقييم.

● حقل الأفعال: تَمَثَّل ليست مقتصرة على مفاهيمها المعرفية والتطورية. و

في نفس الوقت تعبيرية و تكوينية للمجتمع، فهي لا تركز فقط على المعرفة كوسيلة،

ولكن كأداة للفعل.⁽¹⁾

فهو يعرف التمثلات على أنها إلتقاء تجربة فردية ونماذج اجتماعية داخل نمط تعليمي خاص بالواقع. فتصبح التجربة الفردية التي نريد أن نثريها هي المرض النفسي، الذي تزامن احترافها مع العديد من التخصصات، وخاصة عندما يتعلق الأمر بمعاونة الفرد المريض، و الكيفيات التي تفهم بها هذه المعاناة، و كيفيات التعامل معها، دائما نتعامل معها كما نتعامل مع المريض بمجموعة من التمثلات التي تتشكل في ذهنيته، و نعتقد فيها بالحجم الذي يجعل منها محفزات في فهم الواقع المرضي، لذلك كانت التمثلات بمحتوياتها الطبية والثقافية للمرض والعلاج تبرز الواقع المرضي والعلاجي في مجتمعنا فنجد المرضى، ونجد التفسيرات الطبية، الغيبية، الاعتقادات، الاعتقادات الدينية، كلها تعبر عن حاجة ماسة إلى الفهم والعلاج، نجد سؤالا مهما طرحه **بارون غود Byron Good**: كيف تظهر العلاقات الاجتماعية و كيف تنتج مرة أخرى ضمن تمثلات المرض.⁽²⁾ نلاحظ أن التمثلات في كل خطوات العمل العيادي أو التشخيص العلاجي، تعكس و تتساق وفق تمثلات الفرد المريض، لذلك تبدو أهمية تمثلات المريض للمرض و من ثم العلاج من اجل فهم كل العمليات المتعلقة بالمرض و العلاج.

¹ François Laplantine et Coll, Anthropologie des systèmes de représentation de la maladie, dans les représentations sociales, sous la direction de Denis Jodelet, PUF, 5ème édit 1997, p 298.

² Byron Good, Comment faire de l'anthropologie médicale ? Institut, synthelabo le plessis-robinson 1998, p 78.

بداية مع أعمال "كاردينار بواسلي" **Bowasli Kardiner** و "راليف ليتون" **Ralph Linton** اللذان استحدثا مفهوم الانثروبولوجيا الثقافية، و اللذان اتجها في دراسة الشخصية في علاقتها بالثقافة، على اعتبارها القطب الثاني بعد الوراثة في تنمية وتطوير الشخصية، ومن هنا فحتى الشخصية المرضية هي نتاج المعيار الثقافي، أما روث بنديكت **Ruth Benedict** فتري أن: "المظاهر الثقافية، هي نظام وصفي مدمج بالمعتقدات، و الممارسات الثقافية و يجب أن يتم تحليله في ظل هذا المحتوى الثقافي".⁽¹⁾ و تستند إلى اللغة على اعتبار أنها المعبر عن هذا المحتوى الثقافي لواقع الفرد و علاقاته الاجتماعية. و نجد فرانسواز كورديي **Françoise cordier** تركز على اللغة و الفكر كمرجعية مولدة للتمثلات: " في الحد الذي يمكن أن نعتبر أن الفكر و اللغة ترجع إلى أنساق تمثيلية مختلفة اللغة تطمح لتكون من جهة مؤشر محبذ للتنظيم المفاهيمي. " التمثل " و " النطق " تكونان نشاطين معرفيين يشتركان بعمق في اللغة، انه الحضور.⁽²⁾ فاللغة آلية للتفكير و من ثم تحتوي جملة التمثلات المتعلقة بالكلمات المنطوقة أو الأشياء المدركة و المعبر عنها، و المعاني التي تحملها و التي تكون مشحونة بروح التأويل.

"فالقلق النفسي هو شكل لواقع اجتماعي خاص لثقافة ولغة، وليس فقط مرضا أو مجموعة من الأعراض، أو أيضا اضطرابا نفسيا مفسرا بكلمات محلية و مألوفة. المرض العقلي لا يمكن فصله عن المحتوى الثقافي، و نستنتج كنتيجة من تعليق سايبير "Sapir" حول طبيعة الواقع الاجتماعي: "العالم الواقعي" على اوسع قياس، يتكون لا شعوريا على عادات لغة الجماعة. لا يوجد لغتين ينبغي تكونان متشابهتين، لأجل أن تعتبر كمثل لنفس الواقعة الاجتماعية. في العالم اين تعيش مختلف المجتمعات هي عوالم مختلفة وليست نفس العالم يحمل وصمات مختلفة".⁽³⁾

¹ Ibid, p 354.

² François cordier, représentation et langage, édit Armand colin, paris, p 05.

³ Ibid , p85.

الحقيقة الاجتماعية مصدرها الواقع الاجتماعي بكل اختلافاته، و يعكس إنتاجاته الثقافية، التي تظهر من خلال التفسير و الاعتقاد اللذان يبدوان في شكل معالم ثقافية تساعد على استيعاب الواقع الاجتماعي، فالمريض لا يخرج عن هذه المعيارية.

يضيف دان سباربر **Dan Sperber** أن "كل العلوم الإنسانية والاجتماعية، النفسية، الاقتصادية، علم النفس الاجتماعي، علم الاجتماع، الأنثروبولوجيا، اللسانيات علم الديانات، الدراسات الأدبية... الخ، يمكن لأجل معالجة التمثلات الثقافية، حتى وأن حددت مفاهيمها بأشكال مختلفة" (1)

فالتمثلات الثقافية لا يمكنها أن تكون بعيدة عن كل العلوم الاجتماعية والإنسانية لأنها تحمل مختلف الدلالات التي لها علاقة بالوظائف العقلية النفسية والاجتماعية، و الاعتقادات.

فالثقافة بمثابة الروح الجماعية التي تحدد السلوكات الجماعية والفردية من حيث تفسيرها، كتفسير الأمراض أو حتى من حيث البحث عن العلاجات وليس فقط النفسية بل حتى الجسمية، فهي امتداد لمرحلة ما قبل العلم والطب، فهي انتاجات و استجابات لحاجات الأفراد في محيط معين كان يفرضها عليها الواقع المعاش. فالفرد في بعض الأحيان يتساءل سؤالاً ذكياً حين يقول كيف كنت أسمى منظومة متعلقة بهذا الجانب، مثل ما هو متعلق بجوانب أخرى؟، و لذلك نجده يستند في العديد من الاستجابات العلاجية إلى التقاليد والممارسات الجماعية التي تتفق على أن هذا النوع من الأعراض هي هذا النوع من المرض و عليه فهذا النوع من العلاج هو ما يمكن من الشفاء.

فدراسات النمو توضح أن الإنسان هو نتاج مراحل تطور عاشها في أسرته، وتعلم منها الكثير وأخذ عنها الكثير من المحتويات التي تساعده على الإشباع، و تحقق

1. Dan Sperber, L'étude anthropologique des représentations, p 136-137.dans les représentations sociales, sous la direction de Denis Jodelet, PUF, 5ème édit 1997p 133-148.

للذات الانتماء، الشعور بالأمن، وهذا بدوره دور الأسرة والقيم الاجتماعية ففي البداية يكون اهتمامه بالجانب المادي والوظيفي لهذه الأدوات والممارسات، اللغة، الطقوس، بعدها تتكون لديه الآلية في التعامل مع هذه الأشياء وعند النضج يتعامل مع محتوياتها الثقافية ومصدرها، وجوهرها فهي لم تعد معيارا يحدد سلوكاته واتجاهاته. **ففالون H.Wallon** يعرفها بقوله "هي رابط بين الاجتماعي والفرد، ممارسات الطفولة هي مشروطة بالواقع المادي والطقوس والعادات الذهنية وطبعا اللغة." (1) فالنمو يتطلب التعاطي مع السلوكيات الاجتماعية التي تصدر عن الجماعة التي ينتمي اليها الطفل و يضيف : "هناك رابط بين النضج النفس اجتماعي والتعلم الاجتماعي الثقافي والذي يتكون بواسطة و في نشاط الفرد" (2) فالتمثلات هي رابط بين الطفل و الواقع المادي و اللامادي، و تدخل في تكوينه وفق معاييرها و قيمها، و تبقى سارية المفعول منذ المراحل الأولى للنمو إلى غاية الرشد، لذلك فالمرضي ما هو إلا تذبذب بين هذه التمثلات الثقافية كمعيار يحدد نصيب الفرد من التوازن و الاستقرار.

5- علم النفس الثقافي و التمثلات:

ظهر هذا التخصص كما بيّنا، من خلال البحث في العلاقة بين الثقافة و علم النفس مع أعمال **سيغموند فرويد** من خلال كتابه الطوطم و المحرم Totem et tabou و بعده **جيزا روهايم Géza roheim** ينطلق من تعريفه للثقافة سنة 1943 "لا يوجد إنسان بدون ثقافة، فهذا ما يُكوّن انسانيته، فردانيته، وعالميته في نفس الوقت، مثلها كمثل اللغة، والوظيفة النفسية" (3) يحدد لنا على أن الثقافة هي هوية الإنسان كإنسان و هي ضرورة في حياته، مثلما تنظم واقعه الاجتماعي تنظم واقعه الفردي من الخرج و من الداخل.

¹ Marie - Josée de Lauwe, Nelly Feuerhahn, représentation sociale dans le domaine de l'enfance. « Les représentations sociales ses la direction : Denise Jodelet PUF paris 5 édit 1997, p 342.

² Ibid 344.

³ Marie Rose Moro, psychothérapie transculturelle de l'enfant et de et l'adolescent, DUNOD Paris 2004, p11.

و بين كاميلوري **Carmel camilleri** " أن هذه العلاقة لها ثلاثة أشكال عندما تُطرح علاقة النفس بالثقافة بداية من علاقة النفس بالثقافة في الثقافة الواحدة المتجانسة و عندما يكون الاختلاف بين الجماعات الثقافية التابعة لنفس الثقافة، و عندما يكون الاختلاط بين الثقافات الغير متجانسة و هذا دليل على أهمية الثقافة في حياة الأفراد و الجماعات. (1)

بينت ماري روز مورو **Marie Rose Moro** و هي من أشهر الباحثين الفرنسيين في ميدان علم النفس البيثقافي *Psychologie transculturelle* حيث تعتبر أن " الإنسان له تمثلات للعالم الواقعي و المعلومات و الأحاسيس، و الانفعالات، الثقافة، بأفعال حقيقية تنظم شروط الحياة لديه، و هي تقسمها ضمن الإطار الثقافي للفرد" و تعتبر أن "التمثلات تتكون داخل النظام الثقافي كوحدات أساسية، معتمدة على أشكال التفكير التي تبني هذا الكل الذي يعود إلى ترابط داخلي وديناميكي" تقسم هذه الأخيرة التمثلات إلى تمثلات واعية و تمثلات لاواعية: التمثلات الواعية تكون ظاهرة و اللاواعية تكون مضمرة، و هي تشكل نواة الثقافة، حيث لا تكون واضحة و متوفرة رغم أنها تنقل إلى الأفراد" (2). هناك بعد عميق في الذهنية يعمل في الحالات الحرجة و يتعامل مع مستوى من اللاشعور الجمعي الذي يصبح مرجعا في كل مرة عندما يشعر الفرد بخطر خارجي، و على هذا الأساس تتشكل التمثلات الواعية و اللاواعية.

من بين الباحثين الذين أعطوا تعريفات محددة للتمثلات من الناحية الانثروبولوجية نجد بيار بورديو **P. Bourdieu 1972** دريموند **Drummond 1981**، اورثر **Orther 1984**، سبار **Izard et Sperber 1984**، هذا الاخير الذي أشار إلى هذا كل من "يضع علامة على إنتاج المعنى ينشأ (يتولد عن التفاعلات بين الأفراد، والذي يترجم بوجود تعدد في الرسائل والشفرات، للأنظمة التحتية البسيطة (الثقافات الفرعية)" (3).

¹Carmel camilleri, psychologie et culture, concept et méthodes, édit, Armand colin paris 1996, P 18.

² Ibid, Marie Rose Moro, p 12.

³ Ibid, p 12.

ففي الأبحاث المعرفية مثل أعمال سباربر 1974 Sperber و ميلر 1990 Meller مع ديبو Dupoux و فلاسفة اللغة (Jacques 1979) على أن كل بني الإنسان "هم قادرون على تمثيل الوضعيات التي يصادفونها، وأيضاً قدراتهم الخاصة و تمثلاتهم كذلك."⁽¹⁾ بمعنى أن التمثل هو عملية عقلية طبيعية في الإنسان، و ضرورية بالنسبة إلى تحديد الموقع و إدراك ما يدور حوله. و تبقى العملية التنظيمية لهذ التمثل مرتكزا على التفاعل بين الأفراد، بالنسبة لـ M.R.Moro "فان التمثلات تمر عبر عمل تنظيمي و عقلي للإنسان في تفاعله مع الوضعيات المختلفة (المرض، الاضطراب، الميلاد الطفل، تربيته) و الثقافات المختلفة. فهذه المقاربة، تجبرنا على دراسة العناصر المكونة و التنظيمية بطريقة عميقة، والتي تكون في استعداد الفرد في عالمه الثقافي المرجع، و نماذج مخصصة لمعالجة هذه المعلومات"⁽²⁾.

وقد وجدنا هذا التصور ضمن تخصص الإثنوسيكولوجيا، باعتماده على مبدأً خاص يتمثل في "تعقد الظاهرة النفسية الإنسانية والتي تتطلب تفاعلا مع محتوياتها الثقافية، و يدفع بالباحث إلى تفسير نماذج متعددة و معقدة." فنجد أن الطب العقلي الإثني (ethnopsychiatre) يطرح فكرة مؤسسة على أن "تاريخ الثقافة و العقل البشري هما مندمجان و متلازمان و متبادلان. يرى جورج دوفروود 1970" أن نتيجة الكائن البشري انه بيئي، و يتفاعل مع نظامه الثقافي الذي ينتمي إليه. أيضا أن تكون إنسانا هذا يشرح و يفسر على ثلاثة أنساق متسلسلة: بيولوجي، نفسي و ثقافي"⁽³⁾ مثلما ذهب إليه تالكوت بارسونز Parsons Talcot في علم الاجتماع في نظرية البنية الوظيفية، على أن الإشباع الإنساني يتم على مجموعة من الأنساق البيولوجي، النفسي، الاجتماعي، الثقافي.⁽⁴⁾ يكون ذلك عن طريق التنشئة الأولية والتي تُكوّن المنطق الثقافي المعطى للطفل منذ ميلاده من خلال الأم و الجماعة، هذا الانتقال تُكوّن من خلال كل العلاجات البسيطة التي يتلقاها الطفل، و من خلال اللغة، التربية، و النظافة. تشير

¹ Ibid Marie Rose Moro p 13.

² Ibid, p 13.

³ Ibid, p 13.

⁴ ايار كريب، النظرية الاجتماعية من بارسونز الى هابرماس، ترجمة محمد حسين سلسلة عالم المعرفة العدد 224 ابريل 1999 ص 68.

يولوند غوفيندامة Govindama Y. إلى انه من بين " وظائف الثقافة المحافظة على الوحدة بين الجسم و النفس "[...]الوحدة النفس جسدية، و تشير أيضا إلى الحفاظ على الصحة العقلية من خلال الاندماج بين النزوات الليبيدية الأولية طيلة النضج الفيزيقي و النفسي".⁽¹⁾ فهذا يعكس قيمة الثقافة و وظيفتها بالنسبة لعلاقة الجسم بالنفس و التي تمثل الوحدة بينهما أهم عناصر الصحة الجسمية و النفسية.

6- خصائص التمثّل:

يكمّن نشاط التمثّلات في البناء و إعادة البناء، في نفس الوقت الذي يشكل فيه الفرد وضعيته، في الوقت الذي يشكل وفقه ذاته⁽²⁾:

1. فالتمثّلات هي عبارة عن سيرورات ذات تكوين معرفي و رمزي و نفسي تأخذ مكانها و تعمل على توجيه السلوكات، فهي تعمل على التوفيق بين الرمزية و السلوك و لذلك حددنا هذه الخصائص الخمسة لتتناسب مع الشكل العام للتمثّل.

2. وجود موضوع معين، لا تمثّل بدون موضوع يحدد شكله و إطاره، له خصائص خيالية و مكانية لإحداث تغيير داخلي لما هو محسوس و فكر و إدراك و مفهوم.

3. لها خاصية رمزية و دلالية.

4. لها خاصية بنائية (تشكيلية).

5. لها خاصية إبداعية ابتكاري مستقلة.

6. تتشكل من خلال استعمال نظام من الشفرات و التؤوليات عن المجتمع و القيم و الإسقاطات التي تتم في هذا المحيط الاجتماعي.

¹ Yolande Govindama, Culture et unité somato-psychique, enfance et psy 2002/4/no 20, p50,57 p

² Ibid, Michel Denis p 365.

7- مقاربات تكون التمثلات⁽¹⁾:

7-1- المقاربة الأولى: تتضمن مجموعة من الدراسات المرتبطة بالنشاط

المعرفي الخالص، من خلاله يُكوّن الفرد بعدين:

1- **بعد المحتوى الدلالي:** فالفرد في وضعية التفاعل الاجتماعي، أو مقابل مثير اجتماعي ما، يظهر على شكل حالة من المعرفة الاجتماعية، مثلما يعالجها علم النفس الاجتماعي تستدعي استجابات محددة من خلال الاتجاهات و الآراء و الميولات.

2- **بعد الانتماء:** لما كان الفرد اجتماعيا، يقوم باستدعاء كل المعلومات المكتسبة من خلال احتكاكه بالجماعة التي ينتمي إليها بهدف المحافظة على التوازن الداخلي المرتبط بمدى إخلاصه لمتطلبات الجماعة و تشكيله للتمثل للأفكار و القيم والنماذج التي تربطه بمجتمعه، الذي ينتمي إليه أو إيديولوجياته التي تحرك المجتمع (لقيادة المجتمع). هناك دراسات في هذا المجال من طرف الباحثين (J.C Abrie 1971,1972, 1982 1982, E.Apfelbain 1967, J.P codol 1970-1969, .C.Flament 1979-1971

7-2- **مقاربة ثانية:** تقتصر على المظاهر الدلالية لنشاط التمثلات، فالفرد يعتبر كمنتج للمعنى، فهو يعبر من خلال التمثل عن المعنى الذي يعطيه لتجربته الشخصية في عالم الاجتماع، فالتمثل يتشكل من خلال استعمال الأنظمة والشفرات التأويلية، التي يشكلها المجتمع، التمثل هو تعبير المجتمع عن هذا المجتمع.

إذا كانت نقية (خالصة) للأفراد الذين يتقاسمون نفس التجارب الاجتماعية، التمثل عموما يحمل ديناميكية تحرك الخيال، تتموقع في عمق التناقضات الاجتماعية التي تسقط على الفرد ورغباته أو حاجاته التي تجعله يعيش الصراع، التمثل يعبر أو يمكن من تجاوز هذه التناقضات، و قد أقيمت دراسات في هذا السياق من طرف كل من

¹ Ibid, p 366.

C.Herzlich 1969 M.Chombort de Lauwe 1971-1976. R. Kaes :
,1968-1976

3-7- التيار الثالث: يرى أن التمثل هو خطاب تم سريان خصائصه من خلال التعابير و الحوارات بين افراد المجتمع، ما يملكه من خصائص، تمت عن طريق الاتصال والانتماء الاجتماعي للمتحدث **E. Lipiansky 1979, U. Windish**
.1978-1982

4-7- التيار الرابع: حول التطبيقات الاجتماعية للفرد، فهو لاعب اجتماعي، له دور ومكانة اجتماعية، فالفرد ينتج تمثلات تعكس قيم المؤسسة الراهنة، من وضعية أو من الإيديولوجيات التي تربطه بالمكانة التي تحتلها، و قد برز ذلك في أعمال كل من **M.Gilly 1980, M.Plon 1972**

5-7- التيار الخامس: العلاقات بين جماعية تحدد دينامية التمثلات، تطور التفاعلات بين الجماعات، تعدل التمثلات التي كانت للأعضاء على أنفسهم وعلى جماعتهم، أو جماعات أخرى وعلى أعضاء هذه الجماعات.

فهم يقومون بتسخير نشاط تمثلي موجه نحو تعديل مسبق لمشروع العلاقات الاجتماعية التي تكون من خلاله **J.P Giacomo 1980 W. Doise 1972-1979**
هذه الموضوعات تم دراستها و إحصاؤها في الدراسات التي أقيمت على التمثلات الاجتماعية، تطور هذه الخصائص يمكن من الاتصال الاجتماعي والانتشار واستيعاب المعارف.

كل هذه الدراسات أقيمت من اجل معرفة التداخل بين النفسي و الاجتماعي بين الفرد و الجماعة من خلال الإجابة على السؤال التالي: كيف أن الاجتماعي يتدخل في التكوين النفسي الذي يشكله التمثل الاجتماعي، وكيف تتدخل هذه التشكيلات السيكولوجية في الاجتماعي ؟

7-7- بناء الواقع تجسيد الفكر:

وضع سارج موسكوفيسي S.Moscovici سيرورتان كبيرتان، لإعطاء اعتبار للطريقة التي يقوم فيها الاجتماعي بتحويل معرفة إلى تمثيل والطريقة التي يقوم فيها السيكولوجي بتحويلها إلى اجتماعي، فقد ركز على الموضوع، والتثبيت و سيرورتاهما، حيث تعمل على تشكيل وعمل التمثل الاجتماعي.

الدراسات في الميدان وضحت أن طبيعة العمل السيكولوجي والاجتماعي الذي يظهر بوضوح من خلال التطبيقات السلوكية التي تصنعها مجموعة النماذج التي يرجع في الأصل إلى وظيفة الفكر الاجتماعي، هي في الأساس نتيجة مهمة، بحيث تعمل على: "إدماج المعطيات الجديدة التي تظهر كوظيفة قاعدية للتمثيلات الاجتماعية." (1)

7-7- الموضوعية:

يرى S.Moscovici أنها تتصف بالفكر الاجتماعي، "أن تكون موضوعيا هو استخلاص شدة المعاني من خلال جعلها أشياء مادية ملموسة." (2) فالموضوعية تجعل من المجرد شيئاً ملموساً، و ماديا حتى الكلمات تصبح موضوعية (عندما تصور لنا الأشياء) يمكن تعريفها على أنها عملية مصورة و مشكلة. في الوقت الذي تتحرك هذه الموضوعية إلى سيرورة فاعلة من خلال التمثل الذي يستند إلى تبادل الإدراكات والمفاهيم.

- يحول المقامات (السياقات) التجريدية إلى صور محسوسة

- معاني ملموسة للكلمات والأفكار.

- يحول الأشياء إلى كلمات.

¹ Ibid , p 367.

² Ibid, 367.

فمن وجهة نظر تمثل الامراض العقلية، فهو " يؤكد على أن تمثلات المرض العقلي الذي درسناه في محيط ريفي أو المختلين عقليا قد وجدوا وضعياتهم بكل حرية بين السكان"⁽¹⁾. فالموضوعية تترجم داخل التنظيم و نمط المعرفة المتصلة بتمثلات الشيء. فالتشبيء يقوم على موضوع العلم الذي هو الشيء، أي الخلو من الذاتية و الأحكام الذاتية. و موضوع التمثل هو الشيء أي الموضوع. و قد كان لهذه العلاقة بين الأنا والموضوع أهمية كبيرة منذ دراسة التمثل في المدرسة التحليلية. "ما يؤهل نظرية التمثل على أنها نظرية علمية هي الموضوعية التي تتميز بها في خصائصها الثلاث: التركيبية الاختيارية / التمثيل البنائي / الطبيعية.

يمكن تعميم هذه الخلاصة على كل تمثل، فمن الواضح أن التفسير العلمي يمر عبر مراحل، تمر بها عملية التمثل، و من جهة أخرى يحتوي على امتدادات مهمة من الوجهة المنطقية لوظيفة التفكير الاجتماعي"⁽²⁾، فخاصية الموضوعية التي هي خاصية علمية تفرض على الباحث التجرد من الذات، رغم أن هذا يخضع لأفكار و لقناعات الذات، أما أهدافها ذاتية فهي تحقيق للحاجات و الرغبات، "عرفها **بياجي J.piaget** على أنها تمركز اجتماعي، بمعارضة الفكر التقني و العلمي: لقد هيأ لخدمة الحاجيات، و القيم، و مصلحة الجماعة"⁽³⁾. فالموضوعية تعني خاصية الموضوع كما هو في الواقع، و التعامل معه يجب أن يخضع لهذا المنطق للتمكن من التحكم فيه، لكن من حيث وظيفة كل هذا هي ذاتية من خلال الأثر الذي تحدثه النتائج العلمية عل الذات و المجتمع.

8- التمثلات في علم النفس العيادي:

تقوم المعرفة في علم النفس العيادي على الممارسة العيادية، من خلال العمل العيادي الذي يراعي شخصية المريض من حيث تشخيص المرض و تطوره و التوجه نحو العلاج و الاهتمام بالحالة المرضية إلى غاية العلاج. و قد رأينا بأن

¹ Ibid, 367.

² Ibid, p 369.

³ Ibid, p 370.

نخصص جانبا عميقا في شرح التمثلات من وجهة نظر أكثر دقة في علم النفس العيادي بكامل مدارسه التي ركزت فعلا على التمثلات الفردية و علاقتها سواء بالمرض أو بالعلاج و منها **مقاربة التحليل النفسي** التي ركزت على ان التمثلات هي استثمار للجانب النفسي الداخلي، و **المقاربة الفينومينولوجية** باعتمادها على سلوك الجسم باعتباره مظهرا واضحا عما هو داخلي و ذهني، أما **المقاربة المعرفية**، فقد اقتصرت على البنية و النشاط الذهني من خلال الاستيعاب و الإدراك.

1-8- المقاربة التحليلية لمفهوم التمثل:

يؤطر هذه المقاربة كل من سيجموند فرويد و جاك لاكان.

بالنسبة لـ **س. فرويد** يعتبر أن اللاشعور هو فضاء آخر، أي أن هناك جزء آخر من حياتنا النفسي هو من يشرف على أفعالنا ويكون أفكارنا، فكرة الآخر فينا هي ما يُكون **أنا**نا، وهو من يُكون معرفتنا و تمثلاتنا عن أنفسنا و عن الآخرين وعن العالم.

أما **جاك لاكان J. Lacan** فقد اعتبر الإنسان ككائن عضوي معروف في، و محدد بصورة في المرأة، تُنعت بالنسبة إليه (A (autre الآخر. وظيفة مرحلة المرأة تظهر له كحالة خاصة لوظيفة الخيال Imago، الذي يُكوّن علاقة العضوية بالواقع " Lacan 1966". يجب فهمها كتماهي. يتحدد الإنسان من خلال المرأة بأنه الآخر أي الصورة الأخرى عن الذات، في هذا السياق يشكل الخيال القالب الرمزي لأصل الفرد المتحدث و الراغب دون ان يتوقف عن جدل تقمص للآخر". يبين **لاكان** السلطة البنائية للصورة وللکلام، ليوضح لنا السجل الموافق لها: المخيال والرمزي، وقد أنشأ مفهوما آخر هو الواقع. وهي مفاهيم مترابطة فيما بينها، بحيث إذا حصل اختلال بينهما انفصل السجلان الآخران، وهذا ما نسميه « Le nœud borroméen »⁽¹⁾.

¹ Ibid, Brigitte LEROY VIEMON, Raphaël TROUILLET, Claude GUY Bruere DAWSON, la notion de représentation en psychologie clinique, dans le concept de représentation en psychologie sous la direction de Nathalie Blanc p45.

بالنسبة لجاك لكان J. Lacan "العلامة هي ما يمثله شيء لأحدنا، بينما الدال هو ما يمثل موضوع لكائن دال (...). الدال له أثر ولكنه أثر فعال " اللبيدو " عضو غير جسدي" (1) فرويد: وضع مفهوم: "ممثل، تمثل، repräsentent, représentation، لوصف العلاقة الجسمية مع النفسية كمثابه للعلاقة النزوية مع ممثلها (1915). " (2)

ما يحدث من كبت لا يحدث على مستوى النزوة وإنما على مستوى ما يمثل النزوة. فقد وجد أن هناك عنصران في الممثل النفسي للنزوة، التمثل والعاطفة، التمثل *Vorstellung* ممثل التمثل للأشياء *sachvorstellung* ou *Dingvorstellung* وتمثل الكلمات *wortvorstellung*.

- فقط الممثل- التمثل يمر كما هو في نظام اللاشعور بواسطة آلية الكبت.

أما الثاني الممثل النفسي للنزوة الذي يسميه فرويد العاطفة (المعنى الاقتصادي) الملائم للنزوة لأجل ذلك شريطة أن تكون منفصلة عن التمثل ونجد تعبيرات مناسبة في سيرورات تصبح حساسة مثل العواطف.

- العاطفة تعود إلى الجسم فهي شعورية بذاتها وبقيمتها الاقتصادية. " (3) يشير س. فرويد في هذا السياق إلى مختلف الإمكانيات لتحول العاطفة على شكل ثلاث ميكانيزمات:

- الأولى: الانقلاب (الهيستيريا التحولية).

- الثانية: تنقل العاطفة (عصاب الاستحواذ).

- الثالثة: تحول العاطفة (عصاب القلق- السوداوية).

¹ Ibid, p 64.

² Ibid, p 48.

³ Ibid p 49.

Complexe : « un ensemble de représentations et de souvenirs à forte valeurs affective, partiellement ou totalement inconscient. Un complexe se constitue à partir des relations interpersonnelles de l'histoire infantile, il peut structurer tous les niveaux psychologiques émotions, attitudes, conduites adaptées » J. Laplanche

يؤكد على أن التمثل الشعوري يجمع تمثلات الأشياء و تمثلات الكلمات المطابقة لها.

- بينما يمثل الماشعور هو تمثل للأشياء فحسب.

- تمثلات الأشياء تخص مخلفات النظر و الرؤية

- بينما تمثلات الكلمات تخص مخلفات الأصوات.(1)

"في الأخير يحدد س.فرويد مستويين لنشاط الفكر في تكوين وفهم الحكم :

-المستوى الأول: يسميه حكم الإسناد الوصفي: يخص نشاط تمثلات الأنا اللذة

البدائية: الطفل يكتسب كل ما يأتيه من العالم الخارجي، فهي التأكيد الأصلي في زمن ثان يمكن أن تُختار بالنسبة إلى التوعية إذا كانت حسنة أو سيئة على نمط تمثل منسوب إلى أثر ذكروي.

- المستوى الثاني: تابع للأول و يسميه س.فرويد الحكم الوجودي، يخص قدرة

الطفل على أن يكون في العالم الخارجي، الأشياء المستثمرة لدينا لفعل الوصف لحقيقة الإسناد كنوعية حسنة أو سيئة، فهذه الأشياء مهمة الأنا الواقعي.

يمكن أن نستنتج انه يأخذ بعين الاعتبار الأنا في تكوين " التمثل الذي جعله

يتموضع دائما بين الذاكرة والذكرى. حقيقته يجب حتما أن تتجاوز التكرارية لتمكن عملا دائما للتذكر. فمن خلال هذه الأخيرة التي يصفها فرويد بالإرسان الذي يبرهن على ملائمة نشاطها التمثلي من خلال تكوين واقعا النفسي. إلى حد ما، ليس الإنسان وحده ككائن مشبع الحاجة، ولكن ككائن يطلب الحب والرغبة"(2).

و هنا يطرح تكوين الأنا من خلال الإشباع و نتيجة الإشباع التي تتمثل في

المحافظة على وجوده في العالم ، بمعنى أن هناك واقعا للطفل واقع داخلي نفسي

¹Ibid,p49

² Ibid p 58.

مرتبط بالإشباع و واقع خارجي مرتبط بتحقيق الوجود، تتخللها أحكام حسنة او سيئة بالنسبة الى الأثر الذكروي أو بالنسبة إلى الواقع.

الجهاز النفسي في علاقته مع العالم الخارجي يكون واقعه النفسي من خلال سيورورتين ، السيورورات الثانوية و التي تكون الكلمات (الرموز) و هي ذات معاني و شفرات اجتماعية. أما السيورورات الأولية فتكون الصور و مختلف المخططات، ليصل في الأخير أن التمثلات لها خصيتين هي أنها قابلة للتبادل و الدمج.

2-8- المقاربة الفينومينولوجية لمفهوم التمثل في علم النفس العيادي:

تعمل الفينومينولوجيا على التعامل مع الظاهرة كما هي في الواقع بعيدا عن التأويلات التي يمكن ان تحرف الحقيقة الواقعية، "بالنسبة لفرويد فإن الجانب النفسي يظهر كتركيب لوصلات مكلفة بوضع وسائط (تمثلات الصور/ أو الكلمات) بين شخصيتنا و الغير (الغير معروف). عندما تكون هذه مقلقة بالنسبة الى الفرد، يلوح للخير محاولة ان يصد إثارة القلق بواسطة تمثّل (الصورة او الكلمة) التي تحميه من خطر التدمير النفسي، من الآتي حيث لا يعرف عنه شيء". ركز فرويد على السيورورات الثانوية التي تتكون من الكلمات التي تكون الرموز لها علاقة مع المعنى الاجتماعي من خلال اللغة. السيورورات الأولية تكون الصور هذه الصور ترتبط بمخططات . اذا التمثلات تتميز بأنها قابلة للتبادل و الدمج بشكل غير محدود.

قامت المحللة النفسانية بييرة اولاغنيي 1975 **Aulagnier Piera**

اشارات الي في الاصل سيورورة نفسية لمل قبل التمثل le pré-representation . و للقيام بذلك، أنشأت فضاءا بين واقع علاقة الإنسان مع الغير وتمثل هذه العلاقة (الغير، خيالي و رمزي). دافعت منذ البداية على وجود حكم اصلي Instance originaire الذي يترجم علامات الحياة الجسمية الى علامات نفسية تساعد على النشاط و الانتاج.

تعزز هذه الفكرة بوجود النظرة الشاملة للعالم co-apprehension du monde و التي تنتج عنها إحساس إضافة إلى تمثّل " فكل فعل كل تجربة كلها تبرهن

على الارتباط مع مخطط للوضعية و للمعنى. ففي لحظة الالتقاء بين الإنسان و الغير تظهر من خلال إحساس الإنسان. فما يعبر عن هذا هو المخطط من اجل نمذجة الانطباعات القبل نفسية المنبثقة عن اللقاء (ذكريات و ملامسات). فالمرور الهام يظهر من عمق أصلي. فوظيفة الأصلي منح وحدة إلى ما يرهق الجسم في اللقاء. الأصلي نجح في التعبير المناخ الفضاء الوحيد لتحرير من كل حدث. أما المخطط يحفر لأخذ الجسم من الإنسان المحقق بشكل ما " لتسجيل جسمي للروح".

البرنامج يرتبط بال *préto-représentation* وظيفية الأصلي تتفق مع هذا و مع الملفوظ و مع الخيال على مستوى السيرورات النفسية، المعنى يظهر من الانتقال من صورة إلى أخرى أو من المختلف من كلمتين، بعض المخطط مهم لاجل تركيبته تقابل المعنى.

منطق المعنى الاصلي (القبل رمزي) يدخل في في قطيعة بين منطق المعنى الاولي و الثانوي (الرمزي) : هي منطق للربط الا ان الاخر هو منطف السبب. المعنى الأصلي يسجل اساسا من المعنى الرمزي بدينامية خاصة: الاصلي يوجد بين البرنامج و السيرورة الأصلية.

البرنامج يهدف إلى الإختفاء كما هو من خلال اندماجه مع السيرورة الأصلية الذي يناسب الوحدة ويطيل من الفعل في الوقت المناسب.⁽¹⁾

هناك سيرورتان أساسيتان هما المخطط *le pictogramme* و الذي يكون في علاقة مع *proto-représentation*

فقد دافعت، منذ بداية الحياة، عن وجود حكم اصلي، يعتبر مقر لوظيفة خاصة، و التي تقوم بالترجمة الى العلامات النفسية ، علامات الحياة الجسمية".⁽²⁾

¹ Ibid p59.

² Ibid, p .59

"سنرى كيف أن السيرورة الأصلية (و برامجها) هي بالنسبة لعلم النفس الأقل وضوحا لثلاث سيرورات واضحة لجعل المعنى مفهوما: هو الأكثر حميمية، و النظام الأكثر أساسية من علامات الحياة النفسية في عملية" (1)

8-3 المقاربة المعرفية لمفهوم التمثل في علم النفس العيادي:

بدأت هذه المقاربة من خلال مفهوم "المخطط المعرفي" schémas cognitifs تعرف المخطط على أنه نسبة نفسية مختزنة في الذاكرة تضم الخصائص المفسرة كبنية معرفية، ومخططات الفعل المرتبط به.

المخطط يظهر كنتاج "للخيال" يعرفها كانط "كإعادة إنتاج (أي اختراع تخزين للأثر ذكروي من خلال تخزين ذاتيته) و إنتاجه (أي اختراع مجزء بمراعاة المثير يمكن من إظهار النتائج المستقبلية. يرى كانط سنة 1787 " (2) "الدلالة تقدم عن اثر ويخفف بوضع رابط مع المخطط المعرفي يعرف الحاضر وفق تجارب ماضية، و أخرى متوقعة أي مستقبلية للفرد." (3) فيه إشارة إلى أن الماضي له دور كبير في تكوين الحاضر و المستقبل فهو مرجعية قاعدية لتصورات المستقبل.

بالنسبة للعلم النفس العيادي و علم النفس المرضي و العلاجات السلوكية المعرفية TTC فحصوا مفهوم المخططات المعرفية بالرجوع إلى المعتقدات اللاعقلية لـ 1962 Ellis وبعدها لـ 1967 Beck. كما بين كوترو Cottraux و بلاك بارن Blackburn " إذا فالحالة المرضية تتميز بظهور أفكار واعية مضطربة أو أفكار آلية، مرتكزة على النشاط الآلي لبعض السلاسل المعرفية التي تنتج استدلالات عفوية أو توترات معرفية خاصة بحادث ما." (4) فهم اضطراب في الوعي الذي يتيح الفرصة للنشاط الآلي مما يمكن من إنتاج استدلالات او اضطرابات عفوية بمعنى غير مضبوطة بحيث تحدث خلا في الوعي و السلوك.

¹ Ibid, p .61

² Nathalie Blan.c, p 75.

³ Ibid ; p 76.

⁴ Ibid p 76.

1-3-8- نموذج Beck 1967:

عندما طبق على الحالات الاكتئابية، نتيجة الحالات الانفعالية القوية، يقدر أن في هذه الأونة أن يكون واعيا ليفكروا بشكل خاص على أساسه، و قد لاحظ أنه لم يسبق الاهتمام بها تقريبا. " تجد المخطط مصدره سيرورات التعلم المحقق بطريقة غير إرادية من طرف فرد وفق تفاعلاته مع محيطه، فهي محددة على أنها تمثل نفسي مستقر، مخزن في الذاكرة، ويأخذ شكل بنية معرفية توضع في روابط معلوماتية منسوبة إلى الذات والى الآخرين وإلى تأويلاتنا للمستقبل"⁽¹⁾.

نتائج نشاطات هذه السلاسل هي :

- تحدد محتوى الفكر.

- الإبقاء على مختلفة المخططات المخترنة في الذاكرة في حالة كمون.

- نشاطها متكرر، السلسلة تتقوي من خلال الإندماج المستمر للانتاجات

المعرفية المطابقة لمحتواها (cottraux et blackburn)⁽²⁾.

- لها هدف عيادي لأن فرصة تقوية السلاسل تمكن من تفسير تصلب

(قساوة) و وضعية الخاصية اللاتكيفية للسلوكات المميزة للاضطراب النفسي)

(Hautekeet 2004)⁽³⁾.

تنظيم التسلسلي للمخططات:⁽⁴⁾ (Emery , Beck 1985) يدخل في

الحسبان أن مختلف المخططات المعرفية المخترنة في الذاكرة، تمثل عدد من الأنماط

الاعتقادية تؤثر بشكل لا شعوري على تأويل المثيرات التي يتلقاها الفرد.

- محتوى التفكير إذا محدد باتجاهات مسبقة للآخرين تملئ بواسطة محتوى

الاعتقاد النشط.

¹ Ibid p 77.

² Ibid P 77.

³ Ibid P 78.

⁴ Ibid P 79.

- نتستنتج اعتقادات شرطية تلائم القواعد تضع في ترابط الفعل مع النتيجة بدقة (Cottraux et Black Burn) .

- عياديا نشاط المخطط يلاحظ عن طريق النقص الشامل للاقتراح في مراعاة حقوق الآخرين.

- المخططات اللاشرطية ترجع إلى أحكام نهائية على منسوبة إلى الذات و إلى الآخرين.

- هذه المخططات تتحرك كأوامر تربط تمثلات معرفية أخرى. في هذا السياق، فإن الاعتقاد غير الشرطي يكون مستعابا على حساب اعتقاد مركزي. نشاط هذا النمط من الاعتقاد يمكن أن يترجم إلى لائحة عيادية تخص الاكتئاب.⁽¹⁾

يمكن أن نتحدث على مستويات عدة من التنظيم:

● المستوى الأول الاعتقادات (مخططات قاعدية)

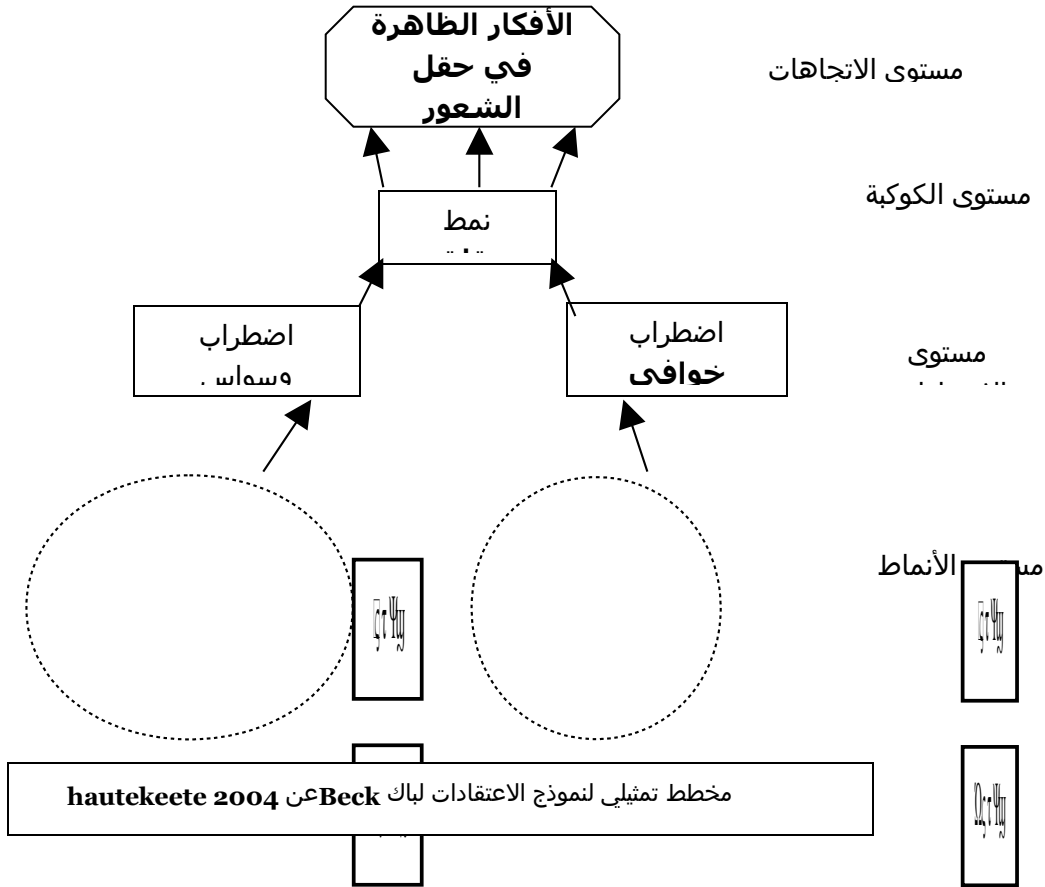
● تنظيمها في شبكة تطل إلى مستوى التنظيم العالي، تشبه الكواكب.

● المثير لا يُنشَط مخططا واحدا ولكن كل الكوكبة من المخططات والتي في مجموعها تخضع لسيرورة معالجة المعلومة.

● بالنتيجة فإن التشوهات المعرفية (التصرفات السلوكية يُكونان اضطرابا نفسا مرضيا يعكس تأويلا خاصا لمثير ما، الذي هو مطلب من متطلبات المجموعة)⁽²⁾.

¹ Ibid p 79.

² Ibid, p 81.



الاضطراب النفسي بالنسبة ل Beck بالنظر إلى مفهوم المخطط يُمكن من تأويل الاضطراب النفسي للعلامة بتفسير خاص بالأحداث الآنية بالنظر إلى وضعية التجربة السابقة وتوقعات المستقبل.

- الاعتقادات الشرطية والغير شرطية يمكن أن تضع رابط وظائف إعادة الإنتاج والإنتاجية للخيال وفق مسلمة كانط .

- إذا أراد المريض إن يكون واعيا باضطراباته (إنتاج معرفي أو أفكار آلية) نشاط المخطط المعرفي يحقق في كل مراقبة إرادية.

- لقد أكد تقرير (Falissard, Cottraux, Conseil, L'INSERM) على أهمية (Thurin,et 2004 Teherani, Swendsen, Miermont, Flament)

هذا المفهوم المتمثل في المخطط وأيضا فعاليته الطبية ل TTC في علاج الاضطرابات النفسية." (1)

2-3-8- نموذج يونغ 1990 Young:

تعريف يونغ للتكفل النفسي (علاج المخططات) TTC حيث يقترح "المخطط المكبر غير المتكيف" فالمخطط المعرفي هو مجموع منظم ومستقر نسبيا من المعرفة الناتجة عن تجارب ماضية للفرد تتفاعل مع الحاضر. و تضم المعلومات الخاصة بالانفعالات، الأفكار والأحاسيس الجسمية المرتبطة بحدث." (2) هي عبارة عن معلومات مخزنة في الذاكرة يستند إليها الحاضر لها طابع الشمولية سواء في التطور او الفعل الآني أو في المستقبل، تتشكل من خلال التجارب التي مرت على الفرد سواء كانت سارة أو غير ذلك.

" المخطط المبكر هو بنية معرفية عميقة تسجل في موضوعات كالأفكار دائمة، و التي تؤثر في الطريقة التي يفسر بها الفرد تجاربه الحياتية. الخاصية المستقرة لهذه المخططات المبكرة تفسر من خلال الاستفادة المرتبطة بنشاطها. فإذا قام مخطط نشيط بإثارة معاناة نفسية، يضع طرقا للتكيف مألوفة بالنسبة للفرد، لهذه الأسباب نحاول حمايتها، بالتخلي عن وضعها كسبب". (3) تحاول ان تغير من تأثيرها السلبي إلى تأثير ايجابي يعمل على الاستفادة من التجارب السابقة من وضعيتها كسبب الى وضعيتها كحماية من القلق و الاضطراب.

"تقوم نظرية يونغ على أن تكوين مخطط معرفي مبكر، يرتكز على التفاعل بين الملكة الانفعالية الفطرية والخصائص المحيطة بالطفل. من جهة أخرى المحيط له نتائج سلبية على نمو الطفل وفق ملكاته الانفعالية القاعدية" (4). فالطريقة مؤسسة على

¹ Ibid, p 81.

² Ibid, p 83.

³ Ibid, p 83.

⁴ Ibid, p 83.

البعد الانفعالي الذي يمتلكه الفرد كفطرة و مدى تفاعلها مع المحيط، سواء كان التفاعل سلبيا أو ايجابيا.

عدم تحقيق إشباعات من خلال بعض التجارب المبكرة، فإذا كان غياب هذه "الإشباعات بشكل متكرر، فإن الطفل سَيُكُونُ تَمَثُّلاً عن هذا المحيط الغير مشبع، هذا التمثل سيرتقى إلى مخطط مبكر غير متكيف، إذ هي تحوز الخاصية غير الشرطية بينما المخططات التي تتطور فيما بعد تصبح شرطية."⁽¹⁾ و بالتالي يكون المحيط مصدر إحباط، مما ينعكس على آلياته و طرق التكيف لديه.

9- الاعتقاد و التمثلات:

هو تثبيت لأفكار و تصورات على موضوع معين تميزه صفة التأكد و التصديق و هو نوعان اعتقاد منطقي يتناسب مع طبيعة الموضوع حيز التصديق و هو ناتج عن التجربة الحسية و الإدراكية للفرد، و هناك اعتقاد راسخ بان الشمس تشرق من الشرق .

و هناك اعتقاد خيالي تصوري، خاصة في الاعتقاد الديني و ما يتناسب معه و هو اعتقاد تشكل وفق تجربة و لكنها تجربة ذاتية و تربوية و اجتماعية و بالتالي أصبحت أحكاما لها قيمتها النفعية لدى الفرد و بقية مرتبطة بالجانب الحدسي.

المعتقد في الفلسفة، يتمثل في الحالة النفسية التي تعطي تصديقاته على بعض التمثلات التي تمثل المكانة الاستيمية، تكون غير مؤكدة أو مشكوك فيها. بالنسبة الى **بارتراند ريسال Bertrand Russel** " الاعتقادات كاتجاهات افتراضية ، تحمل بعض المحتويات القصدية او الدلالية، أي قابلة لان تكون صحيحة أو خاطئة و تصور العالم بشكل ما " (2) تتميز بانها مبنية على افتراضات تحمل معطيات صادقة تساهم في قناعة الفرد حول موضوع معين لا يحمل صفة الصدق العقلي.

¹ Ibid, p 84.

² Olivier Houdé et coll, vocabulaire de sciences cognitives, PUF 1^{er} édit 1998P 125.

" فالمفهوم الوظيفي يعرفهما على أنهما ادوار سببية أو وظيفية تدخل في (علاقة مع حالات ذهنية أخرى) بين الدخول الحسي و الخروج السلوكي. فنتشكل من خلال الحواس و التفكير كمعرفة لتتطور من طابعها الخام كمعرفة إلى وظيفة تظهر من خلال السلوك، و عليه فهي تساهم في استثمار هذه المعرفة في التخلص من القلق الذي تحدثه في داخلنا. بالنسبة إلى **فدور Fodor** : "المعتقدات هي حالات تقديرية مرتبطة مع تصورات معرفة بجمل لغوية للفكر و التي تتلقى محتواها بجزء من علاقاتها السببية مع المحيط".⁽¹⁾ تظهر أيضا أهمية اللغة في التعبير عنها لتعكس آلية التفكير كسلوك تواصلية تعبيرية على مستوى المحيط الثقافي الذي ينتمي إليه الفرد.

و قد تبين من خلال تاريخ الإنسانية خاصة مع الانثروبولوجيا و الاثنولوجيا أن الإنسان القديم و حتى الحديث كان وجوده مرتبطا بمعتقدات سواء منطقية أو خرافية، لذلك كانت " الاعتقادات العامة هي الدعامة الأساسية للحضارات، فهي تطبع توجهها للأفكار و هي الوحيدة التي توحى منها الدين و تخلق الواجب".⁽²⁾

الاعتقاد مصدره مزيج من العقلي و العاطفي ما يميزها هي انها تنطلق من عقلنة ذاتية. فالاعتقادات لها منطقتها الذي نكتشف من خلاله "الغموض" الذي يجعلها تظهر لاعقلية ، غامضة نستطيع ان نحلل من خلالها الأشكال الأساسية".

ما هي شروط ظهور الاعتقادات ؟ من بين شروطها أنها تكون مرتبطة بالمعرفة بالموضوع.

و هي مرتبطة بوجود المعلومات عن الموضوع كشرط أساسي للمعرفة. المعتقدات تظهر حدود الحصول على المعرفة: حدود الأبعاد (الزمانية و المكانية)، الثقافية (الغرابة التأويلية)، المعرفية (الأوهام الإدراكية ، استحالة تسجيل مسألة في كل تعقيداتها).

¹ Ibid, P 126.

² Gustave Lebon psychologie des foules cepl retz paris 1975.P 140.

هذه الحدود ما هي الا شروط أساسية للاعتقاد و هي غير كافية: يجب ان تكون معبأة ببعض شروط الإرسال و الإدراك على المستوى " المعرفي " ، فالكاتب يعتقد ان " التبادلات المعرفية (أين تنتمي المعتقدات) يمكن أن توصف كسيرورات للعرض، للطلب، للمنافسة الاحتكار ". يشير الى ان خصائص السوق المعرفية الحالية أصبحت تتميز " بالإشباع " و " الانتشار " و كثرة المعلومة " الشيء الذي لم يحدث في تاريخ الإنسانية و الذي يعطي شكلا مميزا لإمبراطورية المعتقدات التي لم تحدث هي بدورها" (1)

هذا يعكس التضخم الكبير في المعلومات و مدى انتشارها لتجعل من الإنسان شكل الزبون او صاحب السلعة حيث تحولت المعرفة الى سلعة و من ثم تطورت لديه آليات الإشباع و أصبح الإنسان يكون كيانه الاعتقادي على ما تحققه هذه المعلومات من إشباع.

فمفهوم المعتقد: " هو ما يحدد القيم المعايير الدوافع الحاجات، فمدلوله اللغوي ضرب من الارتباط بأمر معين و اصطلاحا على التصديق الجازم بشيء معين " (2) هو اليقين في الأشياء وفق ما يحققه الشيء من معنى لدى الفرد و منه تتحرر القيم و مشكلة بنية مرجعية في التصديق و يشكل نسق التفكير الخاص بالإنسان منذ بداية البشرية، و هو يمكن ان يكون مصدره عقليا (اي ناتج عن التجربة) او غير عقلي اي لم يخضع لتجربة من اي نوع..

يقسم ريم و ماسترز **Rimm et Masters** المعتقدات الى فئتين: هما المعتقدات العقلانية و المعتقدات غير العقلانية:

¹ Yves Lambert, Gérald Bronner, l'empire des croyances paris , PUF, 2003, Archives de sciences sociales des religions No 130 (avril-juin 2005) .

<http://assr.revues.org/index2407.html>. P 02.

² عبد اللطيف محمد خليفة المعتقدات و الاتجاهات نحو المرض النفسي دار الثقافة للنشر و التوزيع ط 1992 ص 38

فالأولى: يمكن التحقق منها إمبيريقيا (إجرائيا) فيستطيع الشخص ان يقيم البراهين و الحجج على ما لديه من معتقدات و تعتبر ذات أهمية كبيرة في تحديد أحكام الفرد. مثلا الشمس تشرق من الشرق و تغرب في الغرب.

الثانية: فلا يستطيع الشخص التحقق منها لان معلوماته عنها مشوهة و غير صحيحة و بالتالي فهي عديمة القيمة بالنسبة للفرد لأنه لا يستطيع أن يصدر أحكاما عليها.⁽¹⁾ و يظهر ذلك من خلال المعتقدات الدينية.

" من خلال استقراءنا لعدد كبير من التعريفات التي تناولت مفهوم المعتقد تبين ان هناك عددا من الجوانب يمكن الاتفاق حولها نجملها فيما يلي:

ان المعتقد هو تنظيم لتصورات الفرد و معارفه حول شيء محدد، و التعامل معه على انه يتسع ليشمل المعرفة و الرأي و الإيمان.

انه يمكّننا من التعامل مع المعتقدات على انها التجسيم المعرفي للاتجاهات ، فالمعارف و المدركات و التصورات لا تمثل عناصر بنائية في الاتجاه، الا ان الاتجاه يتشكل من خلال تلك المعارف و التصورات.

كما ان التعامل مع مفهوم المعتقد على انه مجموعة من التصورات و المدركات و المعارف لا يفقدنا الاهتمام بطابع اليقين الذاتي الذي يضيفه الأفراد على أرائهم و معتقداتهم و اتجاهاتهم، كما يمكننا من دراسة العلاقة بين درجة الشدة في إضفاء صفة اليقين السيكولوجي و بين خصائص الرأي و المعتقد و الاتجاه في ارتباطهما بخصائص الشخصية عموما و إمكانية تغيير الآراء و المعتقدات و الاتجاهات بوجه خاص. تنتمي المعتقدات الى فئة الحكم و يقتصر على الترويج الذاتي"⁽²⁾. فالمعتقدات تحمل في محتواها العديد من الدلالات منها المعرفية و الرمزية و أحكام القيمة و تعتبر عناصر مرجعية في السلوك و الاتجاه.

¹ نفس المرجع السابق ص 39-40.

² نفس المرجع ص 31.

من خلال هذه التوضيحات يتبين وجود علاقة واضحة بين التمثلات و
الاعتقادات فالاعتقادات قبل ان تكون كذلك يجب أن تمر من خلال التصورات لأنها
تعكس الجانب التصنيفي و التجسيمي للموضوعات. تعمل المعتقدات على توجيه
التصورات حول الموضوعات من خلال الاقتناع و التشبث بما يمتلكه الفرد كمعرفة.

1 - الإطار المنهجي للبحث :

تم اختيار هذا الموضوع جراء عمل ميداني حصلنا من خلاله على ملاحظات تتعلق بواقع مسار علاج مجموعة من الحالات المرضية في مستشفى سيدي شحمي بوهرا ن عندما كنا نُدرِّس مقياس علم النفس المرضي للراشد، وعندها كنا نشرف على تربص الطلبة في هذا المقياس في مستشفى الأمراض العقلية، وعليه لاحظنا ما يلي:

أن الحالات المرضية كلها تقريبا تخضع بشكل كبير قبل أن تودع في المستشفى إلى علاج تقليدي، وبعد عدم النجاح توجه بشكل رسمي (طبيب عقلي، خاص او مؤسسة استشفائية)، او غير مباشر من طرف مؤسسات مخولة قانونا لنقل المرضى لانه يشكل خطر على الأمن العام (البلدية بالتنسيق مع الحماية المدنية) و يودع في المستشفى. و بعد معاينة المرضى استنتجنا ان العديد من المرضى رغم ان طبيعة مرضهم ليست خطيرة. و هنا تساءلنا لماذا كل هذه الإجراءات العلاجية إلا أنهم لا يتحقق لديهم الشفاء؟ و لمعرفة الإجابة عن هذا السؤال اخترنا فئة المكتئبين نظرا لتواجدهم بشكل كبير و بمختلف خصائصهم العيادية سواء الخفيفة منها أو الحادة أو المزمنة. ثم أردنا معرفة تمثلاتهم و تصوراتهم لمختلف العلاجات، إضافة إلى ذلك فهو كبنية معرفية و وظيفة نفسية ما وظيفته في العمل العلاجي و هل هناك علاقة بينه و بين الاكتئاب و من ثم علاقة مع العلاج و فعاليته؟ كان الموضوع قد اخذنا أبعادا نفسية و معالم ثقافية من خلال مقابلاتنا مع الحالات و في بعض الأحيان مع أسرهم. بعد ان حصلنا على تربص طويل المدي بجامعة باريس 5 - paris 5 اتضحت لنا معالم الموضوع على اعتبار وجود علاقة بين المريض و ثقافته التي يعبر بها عن المرض و العلاج و على وجود علاقة بين التمثل و الدلالات الثقافية للمريض و للمعالج. إدخال أهمية العنصر الثقافي سواء في التشخيص أو في العلاج. بالنسبة للادوات البحث حضرنا أدواتنا المتمثلة في المقابلات العيادية و شبكة الملاحظات و استماراتين و هذا استدعى منا إجراء تربص اخر بدا منذ فيفري الى غاية ماي 2009

بالمؤسسة الاستشفائية لمستغانم بعدما راعينا بعض الظروف الموضوعية و الذاتية و التي ساعدتنا على البقاء في هذه المؤسسة لأنها حديثة تأسست سنة 2007 إضافة إلى قربها من مقر السكن، و هناك متابعة مستمرة لمرضى الاكتئاب.

بعد بدأ العمل اتضح ان الحالات تعالج بشكل مستمر لكن الفعالية غير موجودة سواء على المستوى الرسمي (الطب العقلي أو الأخصائي النفسي) او مع المستوى غير الرسمي المتمثل في (العلاج التقليدي)، عدم فعالية علاج اي من العلاجات المطبقة، ما يوجد هو استهلاك للأدوية، اللجوء إلى الطعون العلاجية، مما أدى بنا إلى الاستعانة بخبر بعض الأطباء العقليين و الأخصائيين النفسانيين و الحالات المرضية و عندها اتضحت لنا معالم الدراسة الأساسية للكشف في بادئ الأمر عن:

-الحاجة إلى العلاج.

-حدة المعاناة النفسية.

-فعالية العلاجات الحالية.

-كثرة الحالات الاكتئابية.

-القدرة على التواصل.

-خضوع الحالات لعلاجات متعددة طبية و تقليدية و نفسية.

-رفض استهلاك الأدوية.

-وجود أفكار أو التعرض لمحاولة الانتحار.

ثم اتضح لنا أن هذه الحالات لها تصورات و اعتقادات تحاول أن تستثمرها ضمن العمل العلاجي، فكانت الفكرة مبنية على فرضية ان المعاني والدلالات و التصورات الثقافية للاكتئاب لها دور في تصور المرض و العلاج و نجاعته؟ وأي تصور مرتبط بتصوير الحالة المرضية للاكتئاب، و ما وظيفة هذه التمثل في العملية العلاجية،

وانطلاقا مما يؤدي إلى ما دعا إليه مارسل موس **Marcel Mauss** حول التمثل على انه الأثر الناتج عن ممارسة طبيعية ما؟ فقد قمنا بصياغة الفرضيات

الأولية و التي تحاول تحديد العلاقة بين تصور المرض و تصور العلاج و التي مفادها:

- 1- كلما كان هناك تصور طبي للاكتئاب كلما كان هناك تقبل للعلاج الطبي.
- 2- كلما كان هناك تصور ثقافي للاكتئاب، كلما كان هناك تقبل للعلاج التقليدي.

3- كلما كان هناك تصور نفسي للعلاج كلما كان هناك تقبل للعلاج النفسي.

ولذلك كان من الضروري معاينة الوسط أو البيئة التي يعيش فيها المريض، ودورها في التعامل مع خصائص كل نموذج علاجي، لذلك حددنا النماذج العلاجية الموجودة فعلا في المؤسسة الإستشفائية بحكم أنها إطار رسمي للعلاج، و من خلال مقابلاتنا مع المرض حددنا النموذج التقليدي في العلاج المتمثل في ممارسات و خطابات سنأتي على ذكرها من خلال الإطار العام للأنموذج العلاجي :

الطب العقلي:

- يمارس داخل المؤسسة الإستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية او عيادة خاصة.

- الطبيب العقلي هو طبيب ذو تكوين طبي متخصص.

- الاعتماد على الفحص و استعمال الأدوية للعلاج. تعتبر العلاقة الرابطة بين المريض والطبيب.

العلاج النفسي:

- المؤسسة الإستشفائية أو عيادة خاصة.

- شخصية الأخصائي ولقاءاته مع المفحوصين و التي تعتبر مهمة في عمله اليومي.

طرق العلاج المقابلة العيادية، استعمال الاختبارات، تطبيق مختلف الطرق العلاجية التي تتطلب كفاءة عالية للتحكم في الطريقة العلاجية، العلاج التحليلي ، السلوكي، المعرفي ، الإنساني، الأسري، العلاج بالعمل.

العلاج التقليدي:

- العمل يكون في البيت (إما بيت المريض أو بيت المعالج).

- الاعتماد على حفظ القرآن الكريم، الاعتماد على اللغة واعتقادات المريض، وبعض العقاقير (العسل، الماء، الحبة السوداء، الأذكار).

- طريقة العلاج تتمثل في الرقية.

ما يُميّز هذه النماذج العلاجية المكان المعالج الأدوات العلاجية و الطرق العلاجية.

فالعلاقة العلاجية علاقة تفاعلية بمعنى أن العلاج يتطلب طرفين احدهما يطلب و يحتاج إلى المساعدة وهو المريض، و الآخر يملك الإمكانيات الخاصة بهذه المساعدة و هو المعالج، فطلب العلاج كحاجة ملحة، وعليه فالمريض مستعد لتقبل العلاج مهما كان، ومستعد للتعاون، ويعتقد أن حالته لها يمكن علاجها.

2- منهج الدراسة:

نظرا لطبيعة و عمق الموضوع اخترنا لذلك منهج دراسة الحالة الكفيل بضمان دراسة عميقة للحالة، معتمدين على المقابلة المباشرة و التي تتميز بمحاورة الحالة للحصول على معطيات متعلقة بمعاناتها و علاجها، و بما أن الموضوع متعلق

بالتمثلات ، فإننا ركزنا سياق المقابلة على ما أقره ج.ك.أبريك 1984 J.C.Abric في تحديده لها في قوله: هي نمط من أنماط إنتاج الخطاب تحت قواعد التلطف، إلا أن التعبير الحوارى في مقابلة ما يفضل استعمال ميكانيزمات نفسية و معرفية و اجتماعية و التي تترجم بمنطقية الصد، المراقبة، و التصفية...الخ. و الذي يتساءل عن فعالية و قيمة النتائج المتوصل إليها بواسطة المقابلة"⁽¹⁾ و ما اقره باسكال موليني حول المقابلة: " كتقنية من أجل جمع المعطيات و تحليل الخطابات التي تعبر عن الآراء، المعتقدات، الأفكار و الاتجاهات التي تخص مختلف المواضيع الاجتماعية"⁽²⁾ لان الموضوع يبحث في وظيفة تمثل العلاج قبل و بعد التجربة العلاجية، و التي تعكس ضمنا المعاناة النفسية التي تعاني منها الحالة، تطلب منا ذلك بالاضافة الى المقابلات - التي تحصلنا من خلالها على التمثلات الثقافية للحالة عن الاكثاب- استحداث طريقة إجرائية تمثلت في وضع استمارتين لمعرفة تمثلات الثقافة للحالة عن العلاجات و المعالجين المشرفين عن العمل العلاجي.

3- تصميم أدوات البحث:

بعد إجراء مجموعة من المقابلات الأولية مع حوالي 10 حالات اتضح لنا أن الموضوع يتطلب الحصول على دقة كبيرة و تشخيص المرض على أنه اكتئاب بغض النظر عن نوعه. و نظرا لبعض الصعوبات التطبيقية خاصة العمل مع الحالات تم الإبقاء على ثمان حالات، سنتعرض لها في المراحل المقبلة من البحث.

والجانب المتعلق بالعلاج، ممارسة وتصورا، حيث أن الحالات خضعت لمختلف العلاجات، الطبية و النفسية و التقليدية. وعليه فالجانب الأول من العمل المنهجي اقتضى إعداد شبكة ملاحظات معتمدين على عناصر متعلقة بالحالة، العائلة، ظروف العلاج وجود الأعراض الطبية و السيكولوجية معتمدين على مصنف DSM IV⁽³⁾ و

¹ Ibid, p 52

² Pascal Moliner et coll, les représentations sociales, PUN, 2002 P52.

³ Ibid, DSM .R p 316.

CIM 10 للتحقق من تشخيص الاكتئاب، الذي يتطلب " وجود تسعة إلى عشرة أعراض تكون من أربعة إلى خمسة أعراض فعلا موجودة، لدى الحالة على الأقل مدة أسبوعين"⁽¹⁾. إضافة إلى تشخيص الطبيب المعالج و استعماله للأدوية التي تعالج الاكتئاب.

و رأينا أن الموضوع يتطلب تحديد خطة عمل من أجل جمع المعطيات التي تمكننا من اختبار الفرضيات و التحقق منها و لذلك كنا في حاجة إلى دراسة متعددة الأبعاد البعد الفردي والبعد الاجتماعي، و البعد الإثني، التمثلات الثقافية للاكتئاب و التمثلات الثقافية للعلاج.

1-2- بناء الاستمارة:

حدد الباحثون أن " هناك أربعة عوامل تجعلنا نختار طريقة على أخرى في دراسة التمثلات: مستوى التمثل الذي نرغب دراسته (مجموعة البحث)، موضوع التمثل، خصائص مجتمع البحث (إمكانيات الدراسة) المرجع النظري و كفاءاتها الميسرة في تطبيق بعض الطرق دون أخرى"⁽²⁾. ضمن هذه العناصر، اعتمدنا على استمارة مطولة تم تصميمها من خلال محتوى المقابلات التي قمنا بها في كل من مستشفى الأمراض العقلية بسيدي شحي بوهران (الدراسة الأولية) و المؤسسة الإستشفائية بمستغانم، حيث حددنا الأبعاد التالية:

1- الوضعية العلاجية: تحتوي على 16 سؤالاً، مقسمة إلى قسمين:

القسم الأول: و يضم 8 أسئلة، و القسم الثاني: 8 أسئلة.

2- الحاجة إلى العلاج. 14 سؤالاً.

3- الاستعداد إلى العلاج، 17 سؤالاً.

¹ Ibid, CIM 10 p 74.

² Ibid p 117.

4- القابلية للعلاج و كفاءة المعالج.12 سؤالاً.

التعاون مع المعالج و كفاءة المعالج.15 سؤالاً.

تقييم فعالية العلاج. 11 سؤالاً.

و بعد موافقة الأستاذ المشرف تم تحكيمها من طرف أساتذة بقسم علم النفس،
مثلاً هو موضح كالتالي: الأستاذ الدكتور بن شهيدة احمد مشرفا 95 % الأستاذة يولوند
غوفيندامة 95% Yolande Govindama الأستاذ الدكتور ماحي ابراهيم 85 %
الدكتور هامل منصور 90 % الدكتور طاجين علي 85 % الدكتور هني الحاج احمد
90% . إضافة إلى استمارتين قدمتا الى أستاذين دون ان يعيدا الاستمارة الينا. إضافة
الى عرضها أمام ملتقى منهجي في جامعة باريس ضمن الملتقيات المنهجية تحت
إشراف الأستاذة يولوند غوفيندامة.

إستفدنا من مجموعة من الملاحظات التي أخذناها بعين الاعتبار منها: على أن
الاستمارة طويلة من حيث الأسئلة و وجوب تغيير الأبعاد (لتكون على الشكل الذي هي
عليه الآن عند التحليل) نظرا لصعوبة التعامل معها خاصة و هي موجهة إلى فئة
مريضة مصابة بالاكئاب، فتم الاتفاق مع الأستاذ المشرف على صيغة تقسيم الاستمارة
إلى استمارتين يتم إجراؤها أثناء المقابلات بمعيتي حتى أتمكن من الشرح و التوضيح،
و الاستفادة من ردود الأفعال الانفعالية و لغة الجسم تجاه الاستمارة و المسار العلاجي.

بعدها وبعد التدقيق في شكلها و أهمي الأسئلة و العناصر التي تحملها، وتم
اعتماد استمارتين و تم تطبيقهما خلال المقابلات العيادية بالمستشفى:

و قد حرصنا على المميزات التالية:

1. سهولة الأسئلة و وضوحها و دقتها.

2. إجراء الاستمارة على شكل مقابلة من أجل تعميق شرح الأسئلة و الفهم (مراعاة الحالة النفسية للحالة).

3. الاستفادة من ردود الأفعال و التعليقات الصادرة حولة البنود من خلال الاستجابات.

4. إذ "يسمح كل سؤال بتمثيل الإجابات المحتملة" (1)

ثم قمنا بتعديل الاستمارتين، الأولى: ذات إجابات مغلقة تتكون من 35 بندا، يقيس كل منها الأبعاد التي من خلالها سنحدد تصور المسار العلاجي، الإجابات كانت مغلقة بـ "نعم" أو "لا" ، مع مراعاة حالة المفحوص، حيث نملي عليه السؤال، ونشرح له حتى يتمكن من استيعاب السؤال و من ثم يقدم لنا الإجابة. لمعرفة تصور المسار العلاجي، كان يجب ان نعرف مستويان للعلاقة بين المريض و العلاج، فكان لزاما معرفة تصوره للعلاج قبل العملية العلاجية، و من ثم استدرجه إلى تمثلات افرزتها العملية العلاجية بعد مدة من الزمن العلاجي و تقييمه للوضعية العلاجية، ليتحدد لدينا مفهوم التصور، لذلك تم توزيعها كالتالي :

المرحلة الأولى: تحتوي 7 بنود.

تتضمن هذه الاستجابات تصور المريض للمسار العلاجي قبل التجربة العلاجية، بحيث عملنا على أن كل بند يحمل تصورا حول الحاجة إلى العلاج، الاستعداد، القابلية، التعاون مع المعالج، الاعتقاد في العلاج، و لما كان هناك صعوبة في تحديد ذلك تم الاستعانة ببعض أساتذة قسم علم النفس من اجل المساعدة في تحديد مدى ملائمة البند مع الهدف الذي يقيسه. و قد حددنا أهدافها كالأتي:

1. تعكس كل منها الجانب النفسي و الجانب المعرفي في الاستجابة.

2. كيف يتصور المريض المرض و انعكاسه على العلاج.

¹ محمد زيان عمر البحث العلمي مناهجه و تقنياته ديوان المطبوعات الجامعية ط 4 1983، ص 305.

3. تصوره للعلاج بالنظر إلى المعاناة التي يعانيها في حياته اليومية.

4. مدى مساهمته في العملية العلاجية و سيرورة العمل الفردي و التفاعلي

في العلاج و المعالج.

5. ما مدى مساهمة المحيط في إثراء هذه التصورات أو جعلها مجرد

محطات يجب المرور بها.

و قد تم تحليلها وفق هذا الجداول النموذجية التالية:

الحاجة إلى العلاج	الاستعداد للعلاج	القابلية للعلاج	التعاون مع المعالج	الاعتقاد في العلاج	
بنود تمثل العلاج	1، 33، 17	12	4	35	24

المرحلة الثانية تحتوي 29 بندا:

أولاً: تتضمن استمارة مركزة على النموذج العلاجي المتبع و تقيس التجربة العلاجية في شكل سلوكيات و اتجاهات، و تقييم لمختلف الوظائف التي تم التعبير عنها في تمثل الحالة للعلاج قبل التجربة العلاجية.

تتضمن هذه الاستجابات تمثل العلاج أثناء وبعد التجربة العلاجية، و كانت البنود تتعامل مع العملية العلاجية بغض النظر عن المعالج، مع " مراعاة الارتباط بينها و علاقة قوية مع التصور. فهذه البنود يمكن اعتبارهم كعناصر منظمة للتصور في كليته... و منها نأخذ البنيات التسلسلية للتمثل من خلال تحليل التقاطع و التكامل الصادر عن الأفراد أنفسهم"⁽¹⁾. فكان وضع هذه البنود طبعاً استنتاجات لمختلف الإجراءات التي قام بها المريض أو الأسرة ضمن الطرق العلاجية المتبعة، و كانت تشير بشكل مباشر إلى السلوكيات العلاجية و ردود الأفعال تجاهها بعد مدة من العلاج (التجربة

¹ Ibid, Pascal Moliner et coll p 119.

العلاجية)، أهميتها فعاليتها، الثقة في المعالج الحاجة إلى العلاج، الاستعداد للعلاج، القابلية للعلاج، التعاون مع المعالج، الاعتقاد في العلاج، بعدما وضحنا هدف كل بند و تناسبه مع المعنى الذي يميز تصور العلاج، و هنا أيضا استعنا بخبرة أساتذة في قسم علم النفس من أجل تقييمهم لمدى التناسب بين البنود و ما تقيسه هذه البنود. و قد تم تحليلها وفق هذا الجدول النموذجي :

العلاج التقليدي	العلاج النفسي	العلاج الطبي (الطب عقلي)	
14	6	15،	الحاجة إلى العلاج
2،21	22،19،	3،10	الاستعداد للعلاج
26،30	9،32	13،20	القابلية للعلاج
8،11	16،23	27،29	التعاون مع المعالج
28،34	7،25	2،18،31	الاعتقاد في العلاج

حيث تم تقسيمه إلى نفس العناصر السابقة، و لكن بعد معرفة أنماط العلاج التي تخضع لها الحالة، و تم الاعتماد على نفس العناصر السابق في تحديد النموذج العلاجي الذي يساعد الحالة على الإحساس بالراحة النفسية و الاتزان الداخلي و الخارجي. و قد تم اعتماد الأنماط العلاجية الثلاث كمكون للمسار العلاجي و هي العلاج الطبي (الطب العقلي) العلاج التقليدي و العلاج النفسي.

و قد حددنا من خلالها خصائص النماذج العلاجية و مدى استجابتها للعلاج، من حيث عملية الفحص و اللقاء مع المعالج، مختلف التطبيقات العلاجية ، عملية الإنصات و فعاليتها لدى المريض، استهلاك الأدوية و العلاجات . و من ثم تم تحليلها وفق التمثل الثقافي للاكتئاب من حيث العناصر التي تم التوصل إليها في المقابلات العيادية و المتمثلة في:

1. تمثل أسباب الإصابة بالاكتئاب و التي لم يتم فهم عملها بعد.

2. تمثل التغيرات الجسمية و النفسية و الاجتماعية

3. تمثل أشكال التعبير عن الصراع و المعاناة " القنطة" و فقدان الأمل.

4. تمثل مواضيع مشاعر الذنب.

5. مدلولات الثقافية للأفكار الانتحارية.

و من خلال ذلك تم تحديد الخصائص العملية للعلاجات التي يخضع لها الحالة الاكتئابية.

المرحلة الثالثة: و هي تتكون من 25 بندا.

مع تغيير في كيفية الاستجابة تم تغيير نمط الأسئلة لتكون تحتوي كل عبارة على إمكانية اختيار نموذج واحد أو نموذجان أو ثلاث نماذج بالتركيز على شخصية المعالج و ليس الطريقة العلاجية، كما هو في الاستمارة السابقة، وقد أخذنا هذا المؤشر بعين الاعتبار لأننا لاحظنا أثناء المقابلات أن الحالات يتحدثون عن شخصية المعالج على أنه طبيب (الطبيب العقلي و الأخصائي النفسي) والراقي (المعالج التقليدي) و لا يهتمون بالعلاج كطريقة، و من بين أهداف هذه الصيغة:

1- تأكيد نتائج الاستمارة السابقة.

2- تحليل عناصر تصور المسار العلاجي.

3- استحضار الأنماط السلوكية و المواقف النفسية و الإدراكات المعرفية للعمل العلاجي، خاصة عندما يتعلق الأمر بعلاقة المريض بالمعالج، اي على مستوى العلاقة الشخصية.

وقد تم بناؤها على أساس أن الحالة تستجيب في اختياراتها إلى جملة من الإجراءات و السلوكات والتي تعكس مجموعة من الأبعاد و كل بعد يضم مجموعة من

الأحكام و المواقف تجاه الممارسة العلاجية التي يخضع لها، و قد تم تحديد هذه العناصر انطلاقاً من تحليل مضامين العبارات المستوحاة من المقابلات مع الحالات، وكانت كلها تدور حول العلاجات الأدوية، العلاقة، الثقة، موقف الحالة من العلاج، قيمة العمل العلاجي، مستوى الرضا عن العلاج أو حتى عن المعالج، و التي تم اعتمادها كلها ضمن الاستجابات.

المرحلة الرابعة: و قد تم استنتاجها من خلال العمل العلاجي مع الحالة، على شكل تقييم نوعي للعملية العلاجية الحاصلة في المسار العلاجي، و ضمت أربعة أبعاد أساسية هي:

1. تمثل خصائص المسار العلاجي.
2. تمثل تطور العلاج و فعاليته.
3. تمثل الاعتقادات في العلاج.
4. تمثل الإحباطات الناتجة عن عدم فعالية العلاج.

بعدها قمنا بوضع شبكة تحليل عناصر التمثلات الثقافية للمسار العلاجي لهذه الاستجابات، التي لاحظنا أن لها علاقة بتصوير العناصر التي تُقيّم العملية العلاجية، بالنسبة إلى الاستجابات من خلال المقابلات و تطبيق الاستمارتين و خلصنا إلى العناصر التالية و المتمثلة: في تطبيق هذه الشبكة على الحالة المرضية طبعاً من خلال شرح العناصر المعتمدة للإجابة عن مدى حضور التمثلات الثقافية في العمل العلاجي المطبق، و قد تم تصنيفها في شكل أربع وحدات كل وحدة لها عناصرها التي تتناسب معها كما هو موضح في الجدول، بعد أن تم عرضها على الأستاذ المشرف و مجموعة من الأساتذة المتخصصين في علم النفس و هي كالتالي:

I. تمثل خصائص المسار العلاجي.

- 1- عملية الفحص و فعالية اللقاء الأول.

- 2- التطبيقات العلاجية، الخطوات العلاجية و زمن الفحص.
- 3- الإنصات الفعال من طرف المعالج.
- 4- استهلاك الأدوية و (العقاقير).
- 5- المفعولات الايجابية المستديمة للعلاجات المستهلكة من طرف المريض.

II. تمثل تطور العلاج و فعاليته

- 1- فعالية الحوار مع المعالج و ميكانزم التنفيس.
- 2- إحساس المريض بفعالية الأدوية و العلاجات.
- 3- تنمية الشعور بالأمن – الطمأنينة-
- 4- تقدير و تحقيق الذات.
- 5-شعور المريض بكفاءة المعالج.
- 6-شعور المريض بالتغيرات الايجابية.
- 7-تقدير فعالية الجهود المعالج المعاشة من طرف المريض.
- 8-تقدير المساعدة النفسية.
- 9-دلالة و حضور المساعدة الأسرية في العلاج.

III. تمثل الاعتقادات في العلاج

- 1-الاعتناع بجهود المعالج.
- 2-متابعة المريض المستمرة للعلاجات .
- 3-تقييم العمل العلاجي و شعور المريض.
- 4-الثقة في المعالج.

IV. تمثل الإحباطات الناتجة عن عدم فعالية العلاج.

- 1-عدم قدرة المعالج لتطوير الوحدة بين الجسم و النفس للمريض.

2- تكرار الانتكاسات و تعقد الحالة الاكتئابية.

3- عدم فعالية العلاجات المستعملة على المدى البعيد.

و كنتيجة لفشل العمل العلاجي تم رصد عناصر أخرى حول تصور الاحباطات الناتجة عن عدم فعالية العلاج أو انتكاسات العلاج، و التي مردها إلى ضعف المتابعة الفعالة في العلاج كما سيأتي توضيح ذلك مع الحالات. ثم تم تحليل هذه المعطيات بمقارنة نماذج المسار العلاجي.

3- عينة البحث و اختيار الحالات:

بما أن المنهج المتبع هو منهج دراسة الحالة، و منهج تحليلي كمي و كفي، كما اعتمدنا على شبكة تحليل المضمون من خلال تحليلها للاستجابات في الاستثمارات فوجدنا أنفسنا أمام نموذجان من الاستجابات، استجابات تقييمية ذاتية و أخرى موضوعية، فالذاتية تحدد لنا من خلالها علاقة المريض باكتساب العلاج من خلال مواقفه تجاه التجربة العلاجية، أما الموضوعية فهي تصورات تخص العلاج في حد ذاته من حيث الفعالية و الأهمية أو اللافعالية و اللاأهمية، فالمريض رهن المرض و من ثم فهو رهن الحاجة إلى العلاج و من ثم يبدأ في تقييم تصوراته للعلاج، و من خلال خصائص العلاج و تطور العلاج و فعالية العلاج، و الاعتقاد في العلاج و الاحباطات الناتجة عن عدم فعالية العلاج المتبع، تتحدد تصوراتنا عن المسار العلاجي.

لقد اعتمدنا معايير تتوفر في الحالات، رغم الصعوبات التي واجهتنا في اختيار العينة في البداية، نظرا لنظام عمل الأطباء المعالجين، و قد أجرينا لقاءات معهم من أجل شرح موضوعنا و الحصول على موافقتهم للعمل مع الحالات التي تزاوول العلاج لديهم. أخذنا بعين الاعتبار تشخيصهم للحالات الاكتئابية مركزين على عناصر أن الحالات تتميز بالمقاييس التي تخدم الموضوع و هي كالتالي:

1. تشخيص الحالة الاكتئاب أي وجود أعراض اكتئابية (طبقا للتصنيف العيادي لـ DSM IV، CIM10).

2. أن يكون سن الحالة بين 21 إلى 58 سنة.

3. ذكورا و إناثا.

4. أن يكون خاضعا للمراقبة والفحص الطبي وفق مواعيد محددة.

5. أن تكون قد خضعت لكل العلاجات الطبية، النفسية، التقليدية.

6. لا يهتم المستوى الدراسي.

مع ملاحظة أن العلاج النفسي غير معروف في المجتمع فقد أخذنا هذا العلاج ولو مرة واحدة نظرا للتمثلات التي يكونها أفراد المجتمع سواء أصحاب أو مرضى عن العلاج النفسي، و الذي هو في الحقيقة ليس علاجاً بقدر ما هو استشارات و إرشادات نفسية تحتاج إلى تكوين جاد و عميق للوصول الى عمل علاجي حقيقي. و من ثم تم استقصاء هذه الشروط لتكون العينة مناسبة للموضوع. و عليه تم اختيار 08 حالات يتراوح سن كل واحد بين 21 سنة إلى 58 سنة 04 إناث و 04 ذكور.

بما أن الإشكالية ما هي التمثلات الثقافية للعلاج الذي يخضع له المكتئب

الراشد؟ و ما وظيفة هذه التمثلات في مساره العلاجي؟

و لمعالجة هذه الإشكالية تم التقيد بالأسئلة التالية:

1. هل التمثلات الثقافية للعلاج ناتجة عن تمثلاته الثقافية للاكتئاب؟

2. هل التمثلات الثقافية للعلاج ناتجة عن الوضعية العلاجية للمسار العلاجي؟

3. هل التمثلات الثقافية للعلاج ناتجة عن شخصية المعالج؟

4. هل التمثلات الثقافية للعلاج ناتجة عن الخصائص العملية لكل نموذج علاجي؟

5. هل لهذه التمثلات وظيفة في تفعيل المسار العلاجي؟

فرضيات البحث:

1. التمثلات الثقافية للعلاج ناتجة عن التمثلات الثقافية للاكتئاب.
2. التمثلات الثقافية للعلاج ناتجة عن الوضعية العلاجية للمسار العلاجي.
3. التمثلات الثقافية للعلاج ناتجة عن شخصية المعالج.
4. التمثلات الثقافية للعلاج ناتجة عن خصائص كل نموذج علاجي.
5. تكمن وظيفة هذه التمثلات في تفعيل المسار العلاجي.

للإجابة على هذه الفرضيات حددنا بعض فرضيات العمل التي من خلالها نستدل على أجراً الفرضيات و مراقبتها عن بعد من خلال المسار العلاجي و ماهية التمثلات الثقافية التي يمتلكها المكتئب عن العلاجات التي يخضع لها.

كيف يتمثل المكتئب حالته المرضية؟

كيف يجد المكتئب نفسه أمام هذا المسار العلاجي؟

هل الاعتقاد (كمستوى عميق في التمثل) في واحد أو في كل النماذج العلاجية يساهم فعلاً في الشفاء؟

تدور حول وظيفة التصورات الثقافية في المسار العلاجي للمكتئبين كان من الضروري تقييم الوضعية العلاجية من خلال مرحلتين من التصور:

الأولى: قبل التجربة العلاجية.

الثانية: أثناء وبعد العملية العلاجية.

لمعرفة ما هي وضعية المريض تجاه المسار العلاجي الذي يخضع له؟

كانت هذه جملة الأسئلة التي أردنا الإجابة عنها من خلال هذا البحث اعتمادا على استجابات المرضى المكتئبين حول تصوراتهم من خلال بنود الاستمارة.

4- مكان إجراء الدراسة:

طبعا في البداية تم اعتماد مؤسسين استشفائيين لأجل إجراء الدراسة، وكانت الدراسة الاستطلاعية تركز على اعتماد عينة من مؤسستين لا تبعدان عن بعضيهما إلا بـ 80 كلم، هما مستشفى الأمراض العقلية (وهران)، و المؤسسة الاستشفائية للأمراض العقلية (مستغانم).

و بعد افتتاح المؤسسة (مستغانم) سنة 2007، بعدها تم الإبقاء على العمل في هذه المؤسسة. فنظرا لتوفر الحالات بمقر الإقامة بمدينة مستغانم فقد قررنا إجراء العمل الميداني في المؤسسة الاستشفائية EHSPM (بمستغانم)، لتركز على دراسة الحالة نظرا لطبيعة الموضوع.

4- دراسة المؤسسة:

تم في البداية دراسة المؤسسة على اعتبار أنها مؤسسة جديدة لم تتأسس لديها تقاليد العمل الخاصة بالعلاج الطب العقلي psychiatrie، رغم وجود مركز خاص بالمرضى العقليين من قبل، حيث كان متواجدا بمنطقة رغم انها معزولة الا انها كان الوصول اليه بمشقة، إضافة إلى أن العاملين كانوا يعملون في مصالح الطب العام و تم تنقلهم إلى المؤسسة، و هذا يشكل نوعا ما عائقا في التكيف مع الحالات الجديدة و التي في اغلبها تتطلب تكفلا خاصا و ظروفًا خاصة أكثر مما تتطلبه مؤسسة استشفائية طبية عادية أخرى.

فهذه المؤسسة تم إنشاؤها سنة 2007 بمرسوم وزاري رقم 06.206 في 13 جوان 2006 تشرف على ثلاث اجنحة جناح خاص بالنساء، وآخر بالرجال، و جزء مخصص للإدارة و جزء خاص الاستعجالات، و جناح خاص بطب الأطفال و طب المراهقين، إضافة إلى وجود صيدلية و مخبر تحاليل، و مقياس رسم الدماغ EEG. من بين مهامها: الاستشفاء داخل المؤسسة. العلاج و المتابعة، الفحص، التدخلات الاستعجالية الطبية.

4-1- الإشراف الطبي: يتكون الطاقم الطبي من أخصائيين في الطب العقلي و أطباء عامين و أخصائيين نفسانيين و ممرضين و هم موزعين كالتالي:

العدد		الاختصاص الطبي
سنة 2010	سنة 2007	
8	6	طبيب عقلي
1	1	طبيب مختص في الأعصاب
7	5	طبيب عام
3	2	جراح أسنان
5	2	أخصائي نفسي
33	30	ممرضين

يقدر استعابها للمرضى باختلاف إصاباتهم بحوالي 80 حالة. و لكن يصل العدد في بعض الأحيان الى 120 فأكثر، خاصة في فصل الصيف. وكلها في جناحين دون مراعاة تصنيف المرضى، وهنا تكمن الخطورة حيث أن الحالات سواء الحادة منها او

المزمنة كلها في مقياس واحد يجمعها جناح واحد، دون فصل بينهم، فهذا الفصل بين المرضى يُمكن من التحكم في المرض و يكون التكفل و المتابعة ممكنة.

يعاني المؤسسة من إحصائيات تشخيصية دقيقة لذلك اعتمدنا على إحصائيات 2007 للمرض المكتئبين الذين هم في متابعة مستمرة و منتظمة في المستشفى وفق الجدول التالي بـ:

المجموع	منذ 2007		عدد حالات المكتئبين
	إناث	ذكور	
28	14	14	الاكتئاب العصابي
17	6	11	الاكتئاب الذهاني (السوداوية)
06	5	1	زملة الأعراض الاكتئابية
05	3	2	رد الفعل الاكتئابي
02	0	2	اكتئاب الأدمان
05	0	5	اكتئاب ما بعد الصدمي
67	28	39	المجموع:

قبل هذا و طيلة عامين من العمل في الميدان اعتمدنا على منهج دراسة الحالة الذي يعتبر مناسباً من حيث التعمق في عمق الشخصية المرضية و البحث عن الميكانيزمات التي تحرك لديها علاقتها بالعلاج من كل النواحي الكيفية و الفعالية و النتائج و من ثم تصوراتها عن المسار العلاجي، قمنا بتنظيم بحثنا من خلال الملاحظات التي تم تسجيلها مع العديد من الحالات خاصة في مستشفى الأمراض العقلية بوهران، على إثرها قمنا بتكوين شبكة ملاحظات لجمع المعطيات الخاصة بالحالة، بالاستشفاء،

العلاج، المعالين، و الأعراض التي تقدمها الحالة، و مقارنتها مع التصنيف العيادي
(لـ DSM IV، CIM.10).

الحصائيات ز المخطط.

دراسة الحالات:

الحالة الأولى:

البيانات الأولية عن الحالة:

الاسم واللقب: أ. ط. الجنس: ذ السن: 58 سنة
المستوى الدراسي: نهائي الوظيفة: مندوب صحي.
الحالة المدنية: متزوج مقر السكن: مستغانم

تحليل المقابلات:

1- تقديم الحالة:

قابلت السيد أ. ط. البالغ من العمر 58 سنة في مستشفى الأمراض العقلية بمدينة مستغانم لقد كان منضبطا في مواعيده المتعلقة بالمراقبة الطبية من طرف الطبيب العقلي، أحمد ط. متوسط القامة، أسمر البشرة يبدو عليه ملامح السوداوية و القنوط من خلال التجاعيد المقترنة بالنظرة البائسة، و قد كان تبدو عليه ملامح الوهن النفسي و الجسمي، حيث بدا جسمه ينحني مبديا حالة من الازدراء الواضح كان يرتدي ملابس نظيفة، متزوج و له أربعة أولاد . متقاعد بعدما ما كان المنتدب الصحي لدى الشركة .délégué médical

بدا احمد يشكو من اضطرابات اكتئابية منذ 1990 و التي كانت تدوم أسبوعا ثم تنتهي الحالة، عاش احمد مدة قبل 1990 في فرنسا ثم دخل الى الوطن بشكل نهائي، و نتيجة ذلك أصبح يعيش حالة انهيار كبيرة لقد أخطأ حين اتخذ قرار العودة أين يشعر بحالة من البؤس فهو يشعر بان وجوده ليس له معنى و بدأ بتكوين ملف من اجل الفيزا للذهاب إلى فرنسا من اجل رؤية ابنه و لكن قوبل الملف بالرفض من طرف القنصلية

الفرنسية، هذه الوضعية جعلته في حالة مزرية من الكآبة و القنوط، " ما يهمني هو الخروج من هذا الواقع المر " . بدأت الملامح الأولى لمرض الاكتئاب بالظهور ابتداءا من سنة 2007 لأول مرة يذهب إلى طبيب عقلي خاص رفقة ابنه الطبيب. و رغم أخذ الدواء إلا أنه لم يشعر بالتوازن و الراحة النفسية، و بعد تطور الأمر أخذ إلى مستشفى مستغانم نتيجة صدمة اكتئابية، أين يتابع العلاج الطبي . و قبل هذا يقول احمد انه تابع علاجا تقليديا متمثلا في علاج بالرقية الشرعية و هي علاج تقليدي يستمد قوته من الدين.

2- تاريخ الاضطرابات:

تعتبر المقابلة الأولى ذات أهمية كبيرة فيما اعتبرها **سيجموند فرويد** ذات " أهمية كبيرة و الخاصة التي يجب ربطها بكل الاتصالات الأولى للمفحوص"⁽¹⁾ ضمن هذا السياق كان تركيزنا على المقابلات الأولى مع الحالات يكتسي أهمية بالغة باعتبارها مركز اللقاءات المقبلة.

ابط ترك الإدمان على الخمر بعدما تناوله مدة عشرين سنة و المخدرات "الكيف" مدة 30 سنة و من الملاحظ انه ليس مدمنا بالشكل الذي يجعله حريصا مرة أخرى على العودة إلى الاستهلاك، هذه الوضعية جعلته حبيس الشعور بالذنب لمعاش مضى خاصة عندما يأتيه هاجس الدين على مستوى الشعور فهنا يشعر بقنوط رهيب، نتيجة ذلك قام بالذهاب إلى البقاع المقدسة للقيام بعمرة من اجل "التوبة من الذنوب" كما يقول و من اجل التخلص منها.

تعاطفت الأسرة معه من اجل ذلك، و ذهب إلى مكة لوحده بدون زوجته و عندما كان هناك قام بسلوك "الاستمناء" و من هنا عاد في حالة مزرية و كأنه يقول: ذهبت لأغسل الذنوب و ولكنني ارتكبت ذنبا في مكان طهارة مما حرك لديه الشعور بالذنب

¹ Patrice Bidou, Les organes de la pensée, ouvrage collectif « corps et affects » édit Odile Jacob paris P34.

عند عودته، أصبح في حالة مزرية رغم انه ذهب إلى شيخ المسجد من اجل ان يخفف عنه، الا انه لم يستطع ان يتقبل ذلك و أصبح ذلك معاشه اليومي، كيف السبيل الى الحل؟ فقد امتنع عن الأكل و النوم و مخالطة الآخرين، أصبح حبيس العزلة حتى خف وزنه و تغيرت ملامح وجهه التي تعبر فعلا عن وهن و سوداوية عاتمة و حزينة. فسلوك الاستمناء هو استثمار نزوي على مستوى الأنا الجسمي و لكنه بعد النزوة يتحول الى شعور بالذنب و قد بين فرويد ذلك من خلال الجهاز النفسي خاصة في العصابات في كتاباته حول الجنسية و علاقتها بالادمان 1904. يعتقد أبط انه حصل على اللذة و لكنها لم تدم طويلا فقد أعقبها ندم شديد يقول " منين جيت من العمرة غلبنى الشيطان في العمرة je me suis masturbé, j'ai discuté avec l'imam (إمام المسجد) 10 il ma répondu que ce n'est rien tu vas t'abstenir (siame) jours d'expiation (kafara), mais moi je me culpabilise beaucoup .

و بعد ان تحدثنا حول الموضوع وجدت الحالة نفسها أمام وضعية من القابلية و الاقتناع في تجاوز المحنة " كي قُتِلِي دَرَوْكُ راني ريحت كي قتلي واش راه غابنك كرهت كلشي نشوف الظلمة قدامي."

من خلال المعطيات التي جمعناها عن الحالة وجدنا ان هناك عوامل مفجرة للمرض، فالكآبة المعاشة من طرف احمد تعبر عن لحظات يشعر فيها بصراع قوي، نستشف هذه العوامل من خلال خطابه الاكتئابي و من خلال ما أدلت به زوجته:

العامل الأول: بعد زواج ابنه في سبتمبر 2007 حصل سوء تفاهم بينه و بين أسرة زوجة ابنه و على لسانه و لسان زوجته يقول " حسيت بالفنطة" و ادى به ذلك الى أزمة و الى الدخول في حصرة شديدة " ça ma beaucoup travaillé « " .

العامل الثاني: يتمثل في رفض القنصلية الفرنسية منحه التأشيرة من اجل الذهاب الى فرنسا عند اولاده، الذين لم يراهم منذ مدة. يشعر انه فقد اولاده من شدة الشوق إليهم.

العامل الثالث: و يتمثل في تقسيم المساكن التي استفاد منها من خلال دائرته، حيث حصل خطأ ما و أصبح في حالة من الإحباط في كل يوم و طول النهار " حسيت بالظلمة بين عينيا" و ملامح البكاء على أنها حقرة، أين يعبر بشكل استعارة اين يُبيّن رغم ان البصر من الناحية العضوية سليم الا انه لم يرى الا الظلام هذه دلالة ثقافية و تعبير بليغ عن الأحاسيس و ترجمة الواقع الداخلي في شكل مظلم، يعبر عن عدم الوضوح النفسي "الظلمة" الظلام بمعنى انعدام النور و بالتالي الإعاقة النفسية لوظيفة العين و هو إسقاط معاش و الغبن من الداخل على الخارج لتجسيد المعاش النفسي الذي يشعر به.

من اجل تجاوز هذه الوضعية بدا احمد و من ورائه زوجته - التي تعمل كل ما في وسعها من اجل مسانדתه و يذكر ذلك من خلال تعبيراته- " اغبنتها معايا و هذا راه يزيدني الحصرة" لكن الزوجة لم تقصر أبدا في اخذ زوجها من الطبيب العقلي و الى المعالج التقليدي و الى الأخصائي النفسي.

بعد الطبيب الخاص دخل في علاج طبي على مستوى مستشفى الأمراض العقلية دون الاستغناء عن المعالج التقليدي عله يجد العلاج المناسب. بدأ بالرقية التي تعتمد على قراءة القرآن الكريم و هي عبارة عن " قراءة متأنية لنصوص قرآنية خاصة بالعلاج تكون بصوت مرتفع و يستند في ذلك إلى قول الرسول صلى الله عليه و سلم: عليكم بالشفائين العسل و القرآن"، فالأول شفاء للجسد و الثاني شفاء للنفس، لذلك انتشر هذا النوع من العلاج بشكل رهيب في السنوات الأخيرة. يبدأ المعالج بالتحضير للعلاج، ثم يضع يده اليمنى على جبين المريض حيث يكون المريض مستلقيا على الأرض أو على السرير، و يبدأ في القراءة باختيار سور خاصة لاكتشاف المس بالجن او السحر

او الإصابة بالعين، و تظهر أعراض جسمية يتم من خلالها تشخيص الحالة المرضية و في اغلب الأحيان هو ليس تشخيصا و انما معرفة السبب، بعده يتم توجيه المريض إلى طرق و مواد و عقاقير تساعده على العلاج و تكون خاصة من الطبيعة (الأعشاب و العسل الماء) و ينصح بالابتعاد عن العقاقير الطبية على أساس أنها تزيد من حدة المرض، ليجد المريض نفسه و عائلته بين علاجين متناقضين و هو يتساءل أيهما انفع؟ هذه الطقوس لها الوظيفة المحافظة على الحالة المرضية و هي تقدم نماذج تفسيرية و علاجية تستمد قوتها من الاعتقاد في القرآن، و تعمل في وظيفتها على تحقيق رغبة العلاج و التخلص من الضرر و تحقيق الإشباع الطبي و إعادة المريض إلى حالته الطبيعية. انطلاقا من اعتقاد وجود أرواح شريرة غير مرئية "الجن" تدخل الجسم و تتحكم فيه.

هذه الطريقة العلاجية تتطلب العديد من العوامل من اجل نجاحها، بعضها متعلق بالمعالج و الأدوات المستعملة و الطريقة في حد ذاتها، و طريقة التكرار وفق مواعيد بين أسبوع أو خمسة عشرة يوما.

هذه الممارسات هي موجهة الى الجسم من جهة و من جهة أخرى ذات آثار نفسية، الجسم يعتبر كوسيلة لتحقيق كل ما هو نفسي، بمعنى أن الوظيفة النفسية للممارسات الجسمية ذات أهمية في العملية العلاجية. فالفعل العلاجي يستمد قوته من التصورات الفردية و الجماعية للمحتويات الدلالية و الرمزية للطريقة و الوسائل العلاجية التقليدية التي توفرها هذه الأخيرة، فالحالة التي نتعامل معها الآن تعاني من فراغ ذو معنى من الداخل و الوعي بالفراغ اشد وطأة على المأساة التي يعاني منها خاصة الشعور بالذنب الذي هو بؤرة الصراع في هذه الحالة الاكثنايية.

لقد تبين من الناحية العملية ان الحالة قد قامت بمجموعة من العلاجات الممكنة يدفعه في ذلك تصورهما للعلاج و الحاجة إليه، فهو ينتقل بين الطبيب العقلي و منه الى

المعالج التقليدي فالمختص النفسي الذي لاحظنا ان الحالة ليس لها اهتمام كبير بالعمل معه لأنه على حد تعبير الحالة غير مؤهل.

فحالته بدأت تزداد سوءا نتيجة القنوط الذي حل به بحيث انه كان يأمل في العلاج، لكن لا شيء حصل بل بالعكس من ذلك، فهو يعيش حالة من الإحباط (الاكتئاب من فشل العلاج بمختلف كفياته و ووسائله) بالنسبة للحالة و بعد ما جرب كل هذه العلاجات، فانه يقول لا احد من هؤلاء ساعدني فعلا في عملية العلاج "j'ai besoin de quelqu'un pour m'écouter et non pas des médicament ou rokia و الرقية انا كرهت من الدوا ما دار لي والو."

اذكر لأول مرة دخل علي الحالة في المكتب انه قال لي عندما سألته : كيف حالك" فقال : " ما تشكرش لو كان ماشي الخوف من الله لو كان جيّفت روعي كرهت من الدنيا".

3- الفحص العيادي و تحليل المعطيات:

وفق الفحص الإكلينيكي اتضح أن احمد يعاني حالة اكتئاب شديدة نغصت عليه حياته الداخلية و الاجتماعية، خاصة بعد التقاعد فهو منعزل لا يكلم أحدا، و لكن المثير للاهتمام هو انه كان يتناول المخدرات و الخمر منذ 30 سنة مما جعله يعيش حالة من الشعور بالذنب .

ط احمد يتبع فحوصات طبية علاجية في المستشفى كل شهر منذ ثلاث سنوات لكن أحواله لم يطرأ عليها أي تغيير. ياخذ دواء Athimil, Temesta, Largactil، و قد قمنا من خلال المقابلات بتحديد الأعراض المطابقة لتصنيف المنظمة العالمية للصحة DSM-IV و الجمعية الأمريكية CIM-10 حيث نجد مجموعة الأعراض المسطرة على الحالة المتمثلة في:

- الشعور باليأس.

- انخفاض واضح بالاهتمام بكل النشاطات.
- فقدان الشهية، فقدان الوزن واضح في غياب أي نظام غذائي.
- الأرق طول الليل و كل يوم.
- بطء حس حركي في نشاطاته.
- الإحساس بالإعياء و فقدان الطاقة.
- شعور شديد بالذنب.
- أفكار الموت تراوده في كل مرة و هي أفكار الانتحارية.

كل هذه الأعراض تبين المستوى الخارجي الموضوعي للمرض و هي الملامح التي يشتكي منها كل المكتئبين فالكآبة كما عرفها ديلي ج J. Delay " هو ذلك الاستعداد الوجداني الأساسي الغني بالمواد الانفعالية و الغريزية التي تعطي لحالاتنا النفسية حركية ذات سرور أو حزن متذبذبة بين قطبين اثنين متناقضين هما: اللذة و الألم" (1) على اختلاف في الدرجة.

ما يميز هذه الحالة هو الإحساس النفسي الانفعالي رهيب حيث يشعر بمرارة شديدة و اضطرابات على مستوى النشاط الواعي، انخفاض اليقظة مع ضيق في الشعور نتيجة ضيق أفق التفكير، هيمنة فكرة القنوط في تفكيره و في سلوكاته، إضافة إلى المستوى الجيد لذاكرته التي يتذكر فيها العديد من الذكريات و وصفها في الزمن المحدد لها .

حافظ على اتزانه في التوجه الزمن و المكان، اضطرابات معرفية تتمثل في اضطراب الإدراك، تفكير بطيء مع تكرار في الكلام، توهامات عن أسباب الحالة التي يعيش فيها.

¹ Julien Daniel Guelfi, psychiatrie, PUF Paris 1^{ère} édit, 1987, p 52.

يعاني حالة حيرة حول العلاج، اهتمامه منشغل على أولاده، فقدان الأمل، حالة من القنوط من الوضع، شعور بالانهيار النفسي الملل من الحياة التي فرضت عليه.

على المستوى الانفعالي الانفعال يتميز ببكاء خاصة عندما يستشعر المواضيع التي يتحدث عنها. حيث تناقصت اجتماعيته و أصبح يعيش حالة من العزلة خاصة بعد مباشرة العلاج الطبي، فقد أصبح يستعمل لغة ليست موظفة بالشكل الذي يسمح لها بالبحث عن العلاج، فهي تعكس التعبير عن العلاج أو الموقف العاطفي تجاه العمليات العلاجية و لكنها في نفس الوقت تعبر عن عجز هذه العمليات و هنا يحدث المأزق الانفعالي الذي لا يجد له حلا على المستوى المعرفي و العاطفي أين يلعب التمثل أهمية في المستويين.

على المستوى اللغة و الاتصال حول أسلوب الكلام و ببطء في إيقاع الكلام الذي يعكس نمط التفكير، و بدى البطء في ذلك إضافة إلى عدم التلاؤم بين محتوى الخطاب و العواطف التي يعبر عنها، حيث تشعر انه يتحدث و لكن بدون ثقة فيما يقول: " كون صبت نخرج من روعي" "... لو استطعت لخرجت من روعي" هذه استعارة عن الانقسام في الأنا حين يعتبر ضمنيا أن روحه فضاء مؤلم و لو أمكنه الخروج لخرج نتيجة القنوط التي يشعر به. و كأنه جسمه عبارة عن سجن يعيش صمته في عذاب.

عزلة محيرة حيث نجد احمد قد عزف عن الخروج من المنزل و الانشغال بأشياء أخرى رغم أن زوجته ترأس جمعية محلية و تطلب منه في كل مرة الذهاب معها و مساعدتها، و النشاط في إطارها، فهو ملازم للمذيع للاستماع إلى الإذاعة، حاليا ترك هذا الاهتمام لأنه يذكره بالواقع المر الذي يعيش فيه.

يمكن تحليل هذه الحالة اعتمادا على حالة الجسم كمادة عضوية يبدو كعرض مرضي للشخصية و هو في ذات الحال يعبر عن المعاناة النفسية الداخلية، و يمكن ان نستنتج انه هناك تفكك بين الجانب النفسي و الجسمي بالنسبة ل احمد، لأننا نعلم جيدا تلك

العلاقة الوثيقة بين الجسد و النفس كوحدة متكاملة، نحن نعلم ان راحة النفس مرتبطة بإشباعات البدن و العكس صحيح، و نجد أهم تحديد لذلك الارتباط في أعمال سيغموند فرويد حول نظريته في "النزوة و الدافع الغريزي الذي أصله جسمي و هدفه نفسي لان المصدر هو الإثارة الجسدية و الهدف هو التخفيف من التوتر الناتج عن الإثارة الجسدية (1) و كلما كانت هناك إثارة كان هناك توتر نفسي يتطلب الإشباع من اجل التخفيف من التوتر النفسي، مثل ظاهرة الجوع عند الطفل فالإثارة الجسدية الناتجة عن الجوع يقابلها البكاء كإفعال و توتر نفسي يحتاج الى التخفيف، و لا يكون ذلك إلا من خلال الإشباع البيولوجي فينخفض التوتر النفسي، فيتحقق التوازن النفسجسدي، وفق هذا المنطق، تمثل الوضعية الاكثائية تفككا للوحدة بين النفس و الجسد نتيجة عدم التوافق بين الحاجات و الإشباعات لذلك تشكلت نواة صراع مستمدة من مجموعة من العوامل، و من هنا أصبح المعاش النفسي معاشا مرضيا. و بالتالي لا حاجة للجسم بالبقاء ما دام ان النفس انتهت من الناحية الرمزية و الدلالية و لذلك نجد أن معنى الجسد لا وجود له و التخلص منه هو ما يساعد على التخلص من المعاناة، التي لم يجد لها حلا حتى طرق العلاج المتبعة. فالأفكار الانتحارية هي السلوك النهائي الذي يغذي هذه الأفكار.

4- التمثل الثقافي للاكتئاب:

4-1- تصور أسباب الإصابة:

في حالة احمد نجد تصورا على مستوى بالشعور بالذنب تجاه الفعل المتمثل في الاستمنا و تعاطي الخمر و المخدرات من قبل فهذه الوضعية خلقت لديه شعور بالذنب و نحن نعلم أن الدين الإسلامي ينص على التوبة و فعلا قام بها من خلال القيام بعُمْرَة لكنه أثناء إجراء المناسك قام بفعل الاستمنا مما خلق لديه تناقضا لم يستطع ان يستوعبه فطور لديه الشعور بالذنب مما جعله يدخل في حالة اكتئاب شديدة فيمكن ان نقول انه فقد المعنى الرمزي للتوبة على أساس أنها إعادة ترميم للعلاقة مع الله فهو

¹ Daniel Lagache la psychanalyse, édit Bouchene Alger 1993, p 26.

يعتقد ان هذا السلوك سيغضب الله. الحالة يستمد هذا التفسير الديني من ضعف نفسي، مستندا الى وجود ضمن السجل الديني، ثلاث أنواع للنفس البشرية تغطي في كل مرة أحدهن على الأخريات و هو سلم الهيمنة حسب طبيعة كل نفس. الحالة تعتقد في ذلك اعتقادا راسخا و لأنها ذكرت في القران الكريم منها " النفس الأمارة بالسوء"⁽¹⁾ و "النفس اللوامة"⁽²⁾ و "النفس مطمئنة"⁽³⁾ و قد ذكرت في ثلاث آيات كما هو في الإحالة على الهامش. تبين لنا هذا التفسير علاقة الشعور بالذنب و مدى حضورها كاعتقاد في ذهن الحالة. حيث يفسر حالته بأنها حبيسة النفس الأمارة بالسوء.

2-4- أشكال التعبيرات عن الاكتئاب:

هناك شعور بالندم على مراحل الشباب، لم يكن يعير هذه اللحظات اهتماما من قبل و لذلك وجد نفسه في صراع مع الزمن و النفس اللوامة قد أخذت تسيطر على ذهنه، يتحدث احمد و فجأة يستشهد بأية من القران " إن النفس لأمارة بالسوء " ، " قل يا عبادي الذين أسرفوا على أنفسهم لا تقنطوا من رحمة الله ان الله يغفر الذنوب جميعا" و هنا يشير الى أثر الذنب الذي يطارده على شكل استحواذ لفكرة العصيان، المتمثل في شرب الخمر و "الكيف" لان الدين يحرم هذه المواد الاستهلاكية نظرا لضررها على المستهلك. هذه القيم بدأت معه منذ الصغر من خلال الأسرة و الشارع و المدرسة يحاول احمد ان يتقابل و يتصالح مع لاشعوره و يحاول ان يعرف مدى قيمة هذه المشاعر التي يكتبها و قلقه كيف له ان يتحرر منه، خاصة من خلال الكلام عنها و معرفة الحكم فيها، فهذه المشاعر لم يتسنى له الحديث عنها مع الطبيب العقلي و لا الأخصائي النفسي و حتى المعالج التقليدي.

3-4- تمثل مواضيع مشاعر الذنب:

¹ "و ما أبرئ نفسي ان النفس لأمارة بالسوء إلا من رحم ربي إن الله غفور رحيم"(53). سورة يوسف.

² "لا اقسم بيوم القيامة (5)، و لا اقسم بالنفس اللوامة". (6) سورة القيامة.

³ "يا ايُّهَا النَّفْسُ الْمُطْمَئِنَّةُ (67) ، ارجعي الى ربك راضية مرضية(68)". سورة الفجر.

فجأة ينتقل إلى المستقبل "est ce que" ربي غادي يغفر لي " دليل على الحيرة التي تسكنه و تجعله في ريب من مستقبل غامض و بقي بين وقع النفس اللوامة و النفس المطمئنة. فالصراع يستمد قوته من الحيرة التي تمتلكه في كل لحظة عندما يتصور الذنب و ما ينجر عنه، إنها جل السلوكات التي تعتبر طابوهات بالنسبة لثقافته في صراع ثقافي مستدخل تتبناه النفس و تستثمره على مستواها.

4-4- نكران الذات:

فعلا احمد غير راض تماما على ذاته، فهو يحتقر نفسه و يعاتبها و يرى أنها هي من أوصله إلى ما هو فيه. و لولا خوفه من الله لقتلها.

4-5- المدلولات الثقافية للأفكار الانتحارية:

احمد يشعر بحالة من القنوط جعلته يفكر في الانتحار " كون ماشي نخاف من ربي لو كان جيفت روعي " هذه العبارة تتردد كثيرا على لسان الحالة و هي سلوك متناقض من جهة التفكير في قتل النفس و من جهة محاولة التخلص من المعاناة النفسية، فهناك معنا ثقافي يجعله يحجم عن المرور الى الفعل و هو الوازع الديني و لكنه يجسد صورة حية للتخلص من القنوط، و من المعاناة المرتبطة بالتخلص من الجسد.

5- المسار العلاجي:

5-1- العلاج الطبي: يتابع احمد علاجه الطبي في المؤسسة الاستشفائية وفق رزنامة زمنية تدوم شهرا كاملا و على اثرها ياخذ الدواء المناسب لهذه الفترة Athimil, Temesta, Largactil ، و تلقى المسؤولية على الأسرة في إتباع هذا النظام الطبي و عند انتهاء الدواء يعود الى المصحة من اجل زيارة الطبيب و دون تحسن يذكر و هذا يزعج الحالة كثيرا لانه يرى انه كما جاء كما رجع منذ شهر و هكذا مدة ثلاث سنوات.

2-5- العلاج التقليدي: ونتيجة لوجوده في المجتمع الجزائري فان زيارة الراقي أضحت ضرورية حتى يتم (سكانير ثقافي) التحقق من عدم إصابته بأي مس من الجن. و فعلا قام بالعديد من الزيارات لمختلف الراقين المعروفين في مدينة مستغانم و خار جها و لكن لا شيء تغير، و هذا يؤلمه كثيرا.

3-5- العلاج النفسي: يعرف احمد أهمية الأخصائي النفسي و لكن عند تعامله معه أدرك انه لم يعطي نتيجة فعالة و هذا نتيجة تكوين الأخصائي النفسي و الظروف المحيطة بعمله.

6- تحليل الاستمارة الخاصة بتمثلات العلاج:

العلاج النفسي		العلاج التقليدي		العلاج الطبي (الطب العقلي)		رقم السؤال	الوضعية العلاجية
لا	نعم	لا	نعم	لا	نعم		
0	1	0	1	0	1	1	الحاجة إلى العلاج
0	1	0	1	0	1	33	
0	1	0	1	0	1	35	
0	1	0	1	0	1	12	الاستعداد للعلاج
0	1	0	1	0	1	4	القابلية للعلاج
0	1	0	1	0	1	24	التعاون مع المعالج
0	1	0	1	0	1	17	الاعتقاد في العلاج
0	7	0	7	0	7	07	المجموع
100		100		100			النسبة المئوية

تحليل الجدول (1): تمثل الوضعية العلاجية قبل التجربة العلاجية:

من خلال المقابلات و كذا الاستجابة لما جاء في الاستمارة اتضح ان الحالة أبط كانت له رغبة ملحّة في العلاج بكل أشكاله، المهم بالنسبة إليه هو ان يكون مثل الآخرين، و قد كانت الاستجابات بـ"نعم" بنسبة 100% مقابل 0% لـ"لا"، مع كل النماذج العلاجية و هذا يعكس تصوره للعلاج على انه ضرورة ملحّة و قد ساعده ذلك

على توظيف بعض العناصر الأساسية المتمثلة في الاستعداد لتلقي العلاج ، القابلية للعلاج، و التعاون مع المعالج، و الاعتقاد في العلاج المقدم. فعلا لقد وجدنا الحالة في أمس الحاجة الى الخروج من هذه الوضعية، و فعلا من خلال المقابلات بدأ أبط مستاءا جدا من الحالة التي وصل اليها، فبعد خوض غمار العلاج انخفض مستوى الثقة لديه في كل العلاجات، نتيجة عدم الفعالية و طريقة العلاج التي اقتصرت على العلاج بالأدوية و العقاقير دون ايجاد شخص اخر يسمعه و يحاول ان يفهم ما يعانیه.

تحليل الجدول (2): تمثلات العلاقة العلاجية بعد الدخول في التجربة العلاجية:

العلاج النفسي			العلاج التقليدي			العلاج الطبي (الطب العقلي)			العلاج المتبع
لا	نعم	رقم السؤال	لا	نعم	رقم السؤال	لا	نعم	رقم السؤال	الوضعية العلاجية
0	1	14	0	1	6	1	0	15	الحاجة الى العلاج
0	1	2	0	1	19	1	0	3	الاستعداد للعلاج
0	1	21	1	0	22	1	0	10	
0	1	26	0	1	9	1	0	13	القابلية للعلاج
0	1	30	0	1	32	1	0	20	
0	1	8	0	1	16	1	0	27	التعاون مع المعالج
0	1	11	0	1	23	1	0	29	
0	1	28	0	1	7	1	0	5	الاعتقاد في العلاج
0	1	34	0	1	25	1	0	18	
/	/	/	/	/	/	1	0	31	
0	9	09	1	8	09	10	0	10	المجموع
00	100	%	11.1	88.8	%	100	00	%	النسب المئوية

تحليل الجدول: بالنسبة للجزء الثاني من الاستمارة و الخاصة بتقييم الوضعية العلاجية بعد الممارسة العلاجية نجد أن إجابة الحالة أحمد ب كانت نسبا متفاوتة بين النماذج العلاجية هناك رفض مقدر بنسبة 100% لـ "لا" بالنسبة للعلاج الطبي لاعتماده فقط على " la drogue " الأدوية المنومة دون متابعة نفسية. و نسبة 00% بـ "نعم" و هذا يعكس الأحكام التي ولدتها التجربة العلاجية بالنسبة للحالة أ.ب.

أما بالنسبة للعلاج التقليدي فنجد ان الحالة قد تابع هذا العلاج بنسبة 88.88% لـ "نعم" و 11.11% بالنسبة لـ "لا" و هي تعكس اهتمام الحالة بهذا النمط العلاجي لأنه يعتمد على القران و ليس فيه أدوية بل عقاقير من الأعشاب إضافة إلى انه يخفف عنه عقدة الشعور بالذنب التي تلاحقه كأفكار استحواذية.

بالنسبة للعلاج النفسي فهو فعلا من خلال العمل الذي قمت به معه أدرك أهمية العلاج النفسي و هو ما كان يبحث عنه فعلا، و عليه فقد فهم دور الأخصائي النفسي و لذلك كانت استجاباته بنسبة 100% لـ " نعم" ، و تعكس خاصية العلاج النفسي الذي يقوم على التنفيس و من هنا تشكلت لديه تصورات و اعتقادات عن كل العلاجات من خلال التجربة العلاجية.

و من هنا يمكن الاستنتاج تمثل خصائص المسار العلاجي و هي:

- استهلاك الأدوية النفسية.

- العلاج مركز فقط على الجسم في الوقت الذي تعاني الحالة من صراعات نفسية حادة تصل الى التفكير في الانتحار كحل لهذه الصراعات.

- تهيمش الجانب النفسي في الوقت الذي في أمس الحاجة الى العلاج.

- اسقاط النماذج العلاجية على الأمراض دون المرضى، فكل نموذج علاجي يحاول ان يسقط امكاناته و طرقه على الحالة المرضية.

- تعقد أسباب الإصابة بالاكتئاب.

المعالج	الطبيب العقلي	المعالج التقليدي	المعالج النفسي	المجموع
عدد الاستجابات	5	20	17	42
النسبة المئوية	% 12.14	% 47.61	% 40.47	%100

تحليل الجدول (3): تحليل تمثل العلاقة العلاجية بالنسبة الى شخصية المعالج:

بينت هذه الاستجابات الخاصة بالعلاقة العلاجية و المتمثلة في شخصية المعالج على اعتبار أهمية العلاقة التفاعلية العلاجية بينهما، وجدنا نوع من التطابق بين استجابات الاستمارة الأولى و الاستمارة الثانية.

فقد كانت نسبة 12.14% بالنسبة للطبيب العقلي نظرا لخصائصه العلاجية التي اعتمدت على علاج الجسم.

اما نسبة 47.61% بالنسبة للمعالج التقليدي فهي تعكس مدى الالتفاف حول العلاج التقليدي و هي نابعة من الاعتقاد في العلاج بالقرآن.

اما نسبة 40.47% بالنسبة للمعالج النفسي نظرا لخاصية طريقة العلاج لديه، فهي تنسجم مع رغبة المريض في ان يكشف و ان يفهم الصراعات التي تهدد حياته اليومية.

شبكة تحليل و تقييم عناصر تمثلات المسار العلاجي:

تقييم عناصر المسار العلاجي بعد التجربة العلاجية

	العلاج النفسي		العلاج التقليدي		العلاج الطبي (الطب العقلي)		مسار العلاج	الحالة الأولى
	(-)	(+)	(-)	(+)	(-)	(+)		
							إجابات المريض	
	-			+		+	1- عملية الفحص و فعالية اللقاء الأول.	تمثل خصائص المسار العلاجي
	-			+		+	2- التطبيقات العلاجية، الخطوات العلاجية و زمن الفحص.	
	-			+	-		3- الإنصات الفعال من طرف المعالج.	
	-			+		+	4- وصف و استهلاك الأدوية و (العقاقير).	
	-		-		-		5- المفعولات الايجابية المستديمة للعلاجات المستهلكة من طرف المريض.	
	4	1	1	4	2	3	المجموع	
		+		+	-		1- فعالية الحوار مع المعالج و ميكانزم التنفيس.	تمثل تطور العلاج و فعاليته
	-		-		-		2- إحساس المريض بفعالية الأدوية و العلاجات.	
		+		+	-		3- تنمية الشعور بالأمن – الطمأنينة.	
		+	-		-		4- تقدير و تحقيق الذات.	
		+		+	-		5- شعور المريض بكفاءة المعالج.	
		+		+	-		6- شعور المريض بالتغيرات الايجابية.	
		+		+	-		7- تقدير فعالية جهود المعالج المعاشنة من طرف المريض.	
		+		+	-		8- دلالة و حضور المساعدة الأسرية في العلاج	
		+		+	-		9- تقدير المساعدة النفسية	
	1	8	2	7	8	1	المجموع	

7- تحليل عناصر تمثيلات المسار العلاجي:

7-1- تمثل خصائص المسار العلاجي:

نحن نعلم أن التجربة العلاجية اتضح أن لها خصائص تحدد من خلالها علاقة المريض بالعلاج، و قد حللنا هذه الخصائص وفق التصورات الثقافية للاكتئاب و التي تتمثل في: تمثل أسباب الإصابة بالاكتئاب و التي لم يتم فهم عملها بعد.

تمثل التغيرات الجسمية و النفسية و الاجتماعية

تمثل أشكال التعبير عن الصراع و المعاناة " القنطة" و فقدان الأمل. المدلولات الثقافية للأفكار الانتحارية. تمثل مواضيع مشاعر الذنب.

فالعامل العلاجي، يرتبط بهذه التمثيلات التي تساعد في فهم الحالة المرضية من الداخل، و من ثم تتم عملية العلاج وفق إستراتيجية تأخذ بعين الاعتبار هذه العناصر و لكن ما حدث هو أن هذه الطرق العلاجية قامت بإسقاط نماذجها العلاجية على الحالات، دون فهم حقيقي للحالة المرضية. فعملية الفحص و اللقاء الأول كانت متفاوتة من معالج إلى آخر، و لكن لم تكن في مستوى تطلعات الحالة المرضية. هناك تطبيقات علاجية و لكنها مطبقة على المرض و ليس على الحالة المرضية. بالنسبة لأهم عنصر في العمل العيادي العلاجي الإنصات لم يكن فعالا بالنسبة للعلاج الطبي و قد كان مهما خاصة بالنسبة للعلاج النفسي .

العلاج الطبي: هناك استهلاك للأدوية و العقاقير و لكن بقي دورها فقط على مستوى التخدير و التخفيف من القلق، دون الإحساس بان هناك علاج فعلي فعال.

تمثل فهذه الأدوية تساعد الحالة على التخفيف من حدة القلق، و لكنها على الأمد البعيد لا تعالجه، مما يزيد من حدة الحالة المرضية رغم خضوعه للعلاج.

العلاج التقليدي: يجب أن نشير إلى أن العلاج التقليدي هو فحص عادي و مستمد من التربية و التنشئة الاجتماعية للفرد تقول الحالة : " المرة الأولى لي رحت

عند الراقي حسيت بالراحة" و هذا بين أن لقاءها الأول مع المعالج التقليدي كان فعالا من الناحية العلائقية، لأنه يعتمد على قراءة القرآن و استعمال بعض العقاقير و الماء و هي أشياء محبذة من منظومته الثقافية.

يسمع المعالج التقليدي كثيرا و يفهم ما يقال له، و بمجرد أن تذكر له بعض الأعراض فهو يعرف الضرر و يقوم بالعلاج، لكن بعد فترة تعود الحالة إلى ما كانت عليه. أصبحت الحالة على اتصال دائم بالمعالج التقليدي.

فالحالة تقدر هذه العلاقة و تشعر بالراحة " كي نهدر معاه نريح يفهمني " و كأنها نوع من التطهير من بعض الوسوس .

حتى علاج الراقي يعتبر فردي دون تدخل العائلة.

العلاج النفسي: لم تكن التجربة محفزة لان الأخصائي لم يكن في المستوى الذي كانت الحالة تطمح إليه، حيث أن الحالة كانت متدمرة كثيرا من ظروف إجراء المقابلة العيادية.

1-7- تمثّل تطور و فعالية العلاج:

العلاج الطبي (الطب العقلي) هناك انعدام في أهمية الحوار مع الطبيب و هو بذلك و بحكم العدد الهائل للمرضى لا يسمح للحالة إلا بالقليل من الوقت للحديث عن فعالية الأدوية و الكمية المستهلكة على مستوى مؤقت و ليس على مستوى دائم إضافة إلى مشاعر عدم الطمأنينة و الأمن خاصة بعد الانتهاء من الفحص، فالحالة تدرك أن شيئا لم يتغير.

بالتالي هناك شعور بانعدام تقدير الذات لأنها لا تعالج بشكل منظم و فعال. بالنسبة إلى كفاءة الطبيب، فالحالة تعتقد أن هذه الكفاءة إذا لم تعالج فهي ليست كفاءة، هناك فعالية للدواء و ليس للمعالج هناك تغيرات ايجابية و لكنها مؤقتة فقط عند أخذ الدواء و بعد انتهاء مفعول الدواء يعود إلى حالته الأولى. بالتالي لم تجد المساعدة

النفسية، فكل ما هنالك هو أدوية يستهلكها صباح مساء ثم بعد انتهاء الدواء يذهب للمراقبة الطبية من أجل إجراء فحص يعيد تشكيل الوصفة و الكمية و أوقات تناول، هذا كل شيء في العلاج ، أصبح العلاج روتيني.

تتمنى الحالة من الطبيب أن يرشدها و يحدثها عن الجانب الاجتماعي عن حياتها اليومية و أن يتم استدعاء الأولياء لإدماجهم في العملية العلاجية.

مع غياب المساعدة النفسية التي تعتبر أساسية بالنظر إلى طبيعة المرض، فقد لمسنا هذا خاصة بالنسبة للطب العقلي، غياب المساعدة الاجتماعية المتمثلة في غياب دور الأسرة نظرا لتصوراتها المرضية عن الحالة المرضية العقلية.

العلاج التقليدي: تشعر الحالة بان هناك حوار بناء و هام و كذلك الأدوية و العقاقير فهي فعالة و لا تؤثر سلبا على حياته اليومية، هناك شعور بالأمن و الطمأنينة المؤقتة، يقول أحمد ط: "أشعر بأن الراقي له كفاءة لأنه في الكثير من الحوارات اشعر بنفس الوصف الذي يتحدث به الطبيب، كما انه يستفسر عن كل شيء أشعر بان فيه تغيرات ايجابية و لكنها ليست مستديمة، و أجد نفسي حزينا و قلقا بعد حوالي أسبوع أو أسبوعين."

العلاج النفسي: عدم فعالية الحوار، عدم الشعور بالأمن و الطمأنينة أشعر بالخجل، عدم وجود كفاءة عملية في العلاج. لم تشهد الحالة تغيرات ايجابية أثناء حديثها مع المعالج، انعدام فعالية العلاج، و غياب جهود المعالج في حياتها اليومية جعلنها ساخطة عليه.

7-2- تمثل الاعتقاد في العلاج:

العلاج الطبي:

ليست هناك قناعة لدى الحالة في مواصلة هذا النوع من العلاج، أتابع العلاج من أجل الأدوية لأنها تباع بثمن غالي خارج المستشفى ليست لي ثقة كبيرة في هذا النوع من العلاج.

العلاج التقليدي:

في الحقيقة الحالة يعتقد أن إصابته تجعله يعتقد أن العلاج يكون بالرقية لان الحديث النبوي يقول: " عليكم بالشفائين العسل و القران "، لها ثقة في عمل المعالج.

العلاج النفسي:

من خلال التجربة العلاجية بدأت تشعر أنها في حاجة إلى العلاج النفسي و لكن ليس بالطريقة السابقة حيث شعر باليأس، و مقتنعة بان العلاج النفسي ضروري، إلا أن الأخصائي لم يكن في مستوى طموحاتها.

3-7- تصورات الإحباطات العلاجية:

بالنسبة للعلاج الطبي:

فهو يركز فقط على الأدوية و هذا يعني اهتمامه فقط بعلاج الجسم أو الجانب البيولوجي العضوي، في الوقت الذي يحتاج فيه المريض الى العلاج على المستوى النفسي، إضافة إلى الآثار الجانبية للدواء من تعب و إرهاق، و تأثير على القدرات الحسية و المعرفية، إضافة إلى طول أمد العلاج دون نتيجة فالوضعية تجعلنا نقول أن الحالة موقفها هو أنها تستهلك الأدوية بدون علاج. إضافة إلى تصوره لتصورات الآخرين عنه التي تضايقه.

العلاج التقليدي:

هذا النوع من العلاج نجد أن الحالة تجد راحة كبيرة أثناء زيارة المعالج التقليدي، لأنه يفتح لها أفق الأمل و الطمأنينة، من خلال التفريغ و الحوار من خلال

التعبير عن صراعاتها، و لكن تبقى نسبية لان الوسط العائلي له القسط الكبير في الانتكاسات الحاصلة لأغلب المرضى.

العلاج النفسي:

لم يكن الأخصائي في مستوى ما تطمح إليه الحالة.

الخلاصة:

يتضح من خلال دراسة هذه الحالة أن تمثلاته للعلاج نابعة من تمثلاته للحالة الاكتئابية التي يعاني منها، و التي تتميز بخصائص ثقافية تحدد من جهة، تفسير المرض و من جهة اخرى تحدد التوجه العلاجي، كما تشير الدراسة الى ضعف الأداء العلاجي المطبق على الحالة و هذا يعكس عدم فعالية العلاج و عدم القدرة على فهم معاناة الحالة من الناحية النفسية و علاقتها بالمحتويات الثقافية كمرجعية لهذه المعاناة. فالمسار العلاجي مرتبط بفعالية النموذج العلاجي المطبق، و نستخلص ان واقع العلاج لم يكن مرتبطا بتصورات الحالة لمرضها و انما من تصورات الطبيب للمرض.

الحالة الثانية

البيانات الأولية عن الحالة:

الاسم واللقب: ع. ب.	الجنس: ذ	السن: 31 سنة
المستوى الدراسي: جامعي	الوظيفة: كهربائي عمارات.	
الحالة المدنية: غير متزوج	مقر السكن: مستغانم.	
تحليل المقابلات:		
1- تقديم الحالة:		

يبلغ ع.م 31 سنة، طويل القامة بملامح حزينة على الوجه، يحمل في يده لمجموعة من الملفات قال أنها خاصة بالعمل، مما يعكس أهمية النشاط لديه، أسمر اللون، ارتبط بفتاة بعدما ماتت خطيبته التي لا يزال يذكرها ويعيش الحزن عليها، يعاني من أعراض نفسية وجسمية جعلته يتردد على الأطباء و الرقاة، والبحث عن أخصائيين نفسيين لهم كفاءة في العلاج، يتكلم بشكل سريع، وكبير وآلية في الكلام، يستعمل إشاراته لتوضيح مدى المعاناة التي يعانيها.

2- تاريخ الاضطرابات:

يتحدث المفحوص ع.م عن مرضه الذي يعاني منه منذ سنة 1998 أين بدأت الأعراض المرضية تظهر، نتيجة عدم نجاحه في البكالوريا، حيث أصابته حالة اكتئاب شديدة و قنوط من الحياة، بدأ العلاج بواسطة الرقية على أساس أنه مصاب بالسحر ثم انتقل يعالج لدى طبيب عصبي Neuropsychiatre، و كان التشخيص هو حالة اكتئاب نتيجة صدمة. ثم دخل الجامعة بعدما نجح مرة أخرى في البكالوريا وهو لا يزال تحت المراقبة والمتابعة الطبية، أثناء ذلك تعرف على فتاة كانت طالبة تفوقه بسنة في نفس التخصص، وبعد مدة من التعارف تمت بينهما الخطبة واتفقا على الزواج في صيف 2006 إلا أنها أصيبت بمرض ألزهما الدخول إلى المستشفى في حالة غيبوبة، دامت مدة 17 يوما، بعدها ماتت نتيجة خطأ طبي، ماتت في نوفمبر 2006 يتحدث هذا الأخير بحسرة شديدة و تبدو عليه ملامح الحزن و يبتابه بكاء حين يتذكرها و يتذكر ما حدث لها، فقد سببت له فراغا عميقا حيث يقول: "أنه صارحها بمرضه وأبدت استعدادا على مساعدته في تجاوز محنته" طيلة المدة التي كان معها "طيلة المدة التي كنت معها حسبت روعي ريحت، ونفست من الدواء" و"وليت كينشوف صورتها نبكي"، هذا الخطاب المفعم بالأسى و الحزن يعكس العلاقة الانصهارية التي كانت بينهما و في نفس الوقت يعكس الفراغ الرهيب الذي خلفته، فموتها أدى إلى موته النفسي، بعدها لم يعمل مدة 05 أشهر ودخل في حالة من الحزن الشديد، شهران متتابعان و هو ينتقل بين الرقاة حيث زار 06 رقاة و شخصوا له الإصابة أنها نتيجة سحر قديم.

3- الفحص العيادي وتحليل المعطيات:

يقدم لنا ع.م حالة اكتئابية شديدة نتيجة أزمات نفسية حادة لم يجد مفرا منها، وهو حاليا يعاني من كآبة شديدة في المزاج ومستمر طول الوقت وكل يوم.

-عدم اهتمام أو الشعور بالرضى على كل النشاطات ما عدا العمل(مفر للنسيان).

-فقدان معتبر في الوزن يشعر به المريض نتيجة التفكير عن المرض و فقدان

الشهية.

-صعوبة النوم والأرق إضافة إلى الكوابيس كل ليلة، " نشوف كلاب تجري

الثعابين تجري ورائي".

-لا يشعر بوجود رأسه أي أن رأسه لا يلتصق بجسمه.هلوسات حسية

-نقص النشاط والحركة خاصة في البيت.

-صعوبة في تحمل الفترة الزمنية من العصر الى المغرب "نكره الوقت بين

العصر والمغرب نحس بلي الوقت طويل بزاف".

-فقدان القيمة الذاتية، " ما عنديش الزهر، الحية لى نروح ليها ما نصيبيهاش"،

متشائم بشكل كبير، و لديه عدم الثقة في الذات رغم حصوله على خمس شهادات في

مختلف التخصصات.

-مشاعر الذنب دون سبب خاصة "يشعر بالتقصير في الممارسات الدينية".

-كثرة الاحتلام، خروج المنى أثناء النوم يشعره بالذنب. " نكره روعي كي نصيب

كسوتي مشمخة"

-إحباط كبير حول العلاج الذي لم يحقق له أي حالة ارتياح منذ سنة 1998 إلى

2009 لم أجد علاجا حقيقيا، "المهم أني نحس روعي مليح".

نكره روعي كي نشوفها في المرايا' اضطراب الصورة الجسمية للذات وهو نوع من نبذ الذات و اللاقيمة.

- أعراض جسمية مثل القيء، التجشؤ آلام في البطن.

كل هذه الأعراض تبين لنا الحالة الاكتئابية نتيجة فقدان أشياء رمزية و حقيقية متمثلة في خطيبته التي كانت تمثل العلاج بالنسبة إليه.

النشاط النفسي، اضطراب في الوعي (شعور بالغيوبة في بعض الأوقات اضطرابات في الإدراك نتيجة اعتقاده أنه يرى أشياء وامرأة تزوره في البيت، هلوسات بصرية و حسية) هناك سلوك عندما يقوم به يشعر بارتياح وهو عملية وضع اليدين على الرأس وتحريكهما تجاه الخلف بشدة فيقول: "أشعر عندها بارتياح".

النشاط المعرفي: يتحدث بسرعة ويتكلم كثيرا، اضطراب في التركيز، تشوش ذهني، حيث أنه ينتقل من موضوع إلى موضوع، ويتحدث عن الجن والمس تنتابه هلوسات بصرية نتيجة تعاطي الأدوية، البكاء عندما لا يجد الدواء وخاصة عندما يرى صورة خطيبته التي قتلته نفسيا بموتها، لم يبقى له إلا الذكريات السعيدة و المؤلمة، فهو يشعر بأنه ميت من الناحية النفسية.

4- التمثل الثقافي للاكتئاب:

4-1- تمثل أسباب الإصابة:

من خلال المعطيات يتضح لنا ان الحالة تعاني من التشاؤم الشديد، ولا تجد أي معنى في أي شيء، و أن كل ما يقوم به ليس منه فائدة، كل شيء يذهب إليه لا يتم، رغم أن عمله في شركة الكهرباء يحقق له مكاسب لا بأس بها.

لكن المعنى الحقيقي الذي يعيشه بداخله لا يعتبر هذه الأشياء مكاسب ان لم تكن تحقق له ارتياحا داخليا، فالبدائية ان الحالة كان له استعداد الإصابة بالمرض و جاء

عامل الفشل في البكالوريا كرمز للنجاح، نتج عنه حالة اكتئاب، بعد مرضه وجد سندا قويا تمثل في الخطيبة، التي ساعدته كثيرا على التخفيف من معاناته، حتى أنه توقف عن أخذ الأدوية، فهذا استعداد مباشر للإصابة بالمرض، فجأة فقد الشخص الذي حقق له الأمن والطمأنينة و فجأة وجد نفسه وحيدا، فهذا فعلا جعله ينسحب من المجتمع، ويعتقد أن هناك تفسير غير مفهوم لحالته، هو انه مقصود من خلال السحر، و ان اشخاصا يكيدون له، وهذا فعلا ما أكده له الرقاة الذين كان يزورهم من حين إلى آخر.

2-4- أشكال التعبيرات عن الاكتئاب:

نبذ الذات، والتحقير بها، رفض الصورة الجسمية.

مشاعر الذنب و هي طريقة للتخلص من الشعور بالألم والمعاناة.

-وجود أفكار و محاولة انتحار.

3-4- المعنى الثقافي للاكتئاب:

نحن نعلم أن الحالة حاول الانتحار وهذا من أجل التخلص من المعاناة النفسية التي تطارده في كل لحظة وهي تعبير عن التخلص من الجسد باعتباره الوسط الذي تتكرر وتتجدد فيه المعاناة، فهو يريد فصل الجسد عن النفس حتى يتخلص من المعاناة النفسية "أنا كرهت حياتي" فيه نبذ للمعاش النفسي كديمومة مستمرة من المعاناة، اقتصر فيها الخلو من الأمن و الراحة و الحرية، من الطمأنينة، من الأمن.

4-4 نكران الذات:

يبدو هذا التعبير واضحا من خلال محاولة التخلص من ذاته لأنها لم يستطيع فعلا أن يعيش حالة من الاستقرار والانتماء الذاتي وهي حالة غريبة عن الذات وعن المحيط الاجتماعي، وهذا واضح أيضا من خلال رفض النظر في المرآة الذي يشعره بالنفر والتقزز من ذاته. اضطراب في صورته الجسمية.

5- المسار العلاجي:

1-5- العلاج الطبي:

بدأ العلاج الطبي سنة 1998 مع طبيب الأعصاب Neuropsychiatre وقد بدأ مساره العلاجي بالأدوية التالية: Haldol, Tégrétol, Tranxen لكن هذه الأدوية أدت إلى آثار جانبية تتمثل في هلوسات بصرية "رؤية العناكب" مدة أسبوع أو أسبوعين، بعدها توقف عن تناول الأدوية، ثم بدأ يقوم بطعون علاجية على مستوى مجموعة من الأطباء وقد غيروا له الأدوية الى Nozinan, Largactil، وقد أدت به إلى آثار جسمية جانبية مثل احمرار الجسم، فتوقف عن تناول هذه الأدوية، ونتيجة ذلك الألم، قام بالكشف عن النشاط الكهربائي للدماغ EEG أربعة مرات. وهو الآن يأخذ نفس الأدوية حيث تساعده على التوازن بدرجة نسبية.

2-5- العلاج التقليدي:

بعد عدم فعالية العلاج الطبي بالنسبة للمريض بدأ يتردد على الرقاة و المعالجين التقليديين، حيث أنها كثيرة إلى درجة أنها لا تحصى هذه الزيارات والعلاجات و التي تقدر بحوالي 50 زيارة، وقد استخلص أن جميعهم أكدوا له أنه مصاب بسحر قديم، وآخرهم راقى بولاية سيدي بلعباس، الذي يقول: "انه قام برقيته من الساعة 14:00، إلى غاية صلاة العشاء دون أن يتقاضى أجرا على ذلك، وأكد له أن ما أصابه هو سحر قديم وكشف عن امرأة اسمها "عائشة" تسكنه وقد تكلمت مع الراقى و أخبرته بأنها تحبه كثيرا (تحب الحالة)، يقول أنه بعد هذه الرقية يرتاح مدة أسبوع أو 10 أيام ثم يعاوده كابوس الاكتئاب من جديد، قام أيضا بالحجامة و هي من الإجراءات التي يوصي بها الطب النبوي" (1) وهي نوع من الجراحة الجلدية التي تسمح بخروج الدم الفاسد الغني بشوائب الجسم خاصة في المنطقة الموجودة بين الكتفين وكلها وصايا النبي -صلى الله عليه وسلم-. يقول الحالة انه عند قراءة القرآن تظهر عليه أعراض

¹ انظر لسان العرب هي حرفة وفعل الحَجَام ، والحَجْمُ : المَصّ . يقال: حَجَمَ الصَّبِيُّ نَدِي أُمّه إذا مصه . والحَجَامُ: المَصَّاص . قال الأزهري: يقال للحاجم حَجَامٌ لامتصاصه فم الحَجْمَةِ ؛ قال ابن الأثير: المِحْجَمُ ، بالكسر ، الألة التي يجمع فيها دم الحِجامة عند المصّ ، قال: والمِحْجَمُ أيضاً مِشْرَطُ الحَجَامِ؛ ومنه الحديث: لَعَقَةُ عَسَلٍ أَوْ شَرِطَةُ مِحْجَمٍ ."

جسمية و يشعر بأن بطنه يصعد ويهبط، ورجليه تصعدان وتنزلان، وهذا التعبير الجسيمي يجعله يعتقد أن هذا دليل على وجود أشياء تسكنه وهي من يتحكم فيه.

3-5- العلاج النفسي:

يقول انه صدم من أول لقاء مع أخصائي نفسي تابع للمصحة، حيث لم يكن في مستوى تصور الحالة للأخصائي، حيث أنه تصرف معه بسلوكات غير طبيعية " قالو لي روح حالتك تحتاج لـ Psychologue " أخصائي نفسي " كي زرت في المكتب مادهاش فيا، من بعد مرة يهدر معايا و مرة يهدر في التلفون. " انخلعت من هدرته" فقد أصيب بإحباط كبير من خلال هذا اللقاء مع الأخصائي النفسي وعند محادثتنا اكتشف أن العملية تختلف تماما عما رآه مع الأخصائي النفسي.

6- تحليل الاستمارة الخاصة بتمثلات العلاج:

تحليل الجدول(1): تمثل الوضعية العلاجية قبل التجربة العلاجية:

وضحت لنا هذه الاستمارة الوضعية العلاجية والتي حصرناها في خمسة

وضعيات هي:

العلاج النفسي		العلاج التقليدي		العلاج الطبي (الطب العقلي)		رقم البند	الوضعية العلاجية
لا	نعم	لا	نعم	لا	نعم		
0	1	0	1	0	1	1	الحاجة الى العلاج
0	1	0	1	0	1	33	
0	1	0	1	0	1	35	
0	1	0	1	0	1	12	الاستعداد للعلاج
0	1	0	1	0	1	4	القابلية للعلاج
0	1	0	1	0	1	24	التعاون مع المعالج
0	1	0	1	0	1	17	الاعتقاد في العلاج
0	7	0	7	0	7	07	المجموع
	100		100		100		النسبة المئوية

ضرورة ملحة المتمثلة في الحاجة إلى العلاج. المفحوص فاعلا في العلاج كالاستعداد و التعاون و الاعتقاد. أو المفحوص كمتلقي للعلاج مثل القابلية لاستهلاك الأدوية. تعكس هذه النقاط تصور الحالة للعلاج قبل التجربة العلاجية، فهي توضح لنا المعاناة المرضية من خلال الحاجة إلى العلاج و الرغبة في الخروج من هذه الحالة الضيقة، و تتضح من الاستجابات المقدره بنسبة 100% لكل بنود هذا التصور، و قد اعتمد على وظائف مختلفة متمثلة في وظيفة الاستعداد، القابلية، التعاون والاعتقاد في العلاج نظرا للمعاناة النفسية التي يخلفها المرض.

وهذا ما كشفته لنا الحالة أثناء المقابلة "أنا كرهت راني باغي نعيش حياتي normal كالغاشي" ويبين بأن ليس له خيار في انتقاء المعالجين، أينما كان العلاج. فهذه الرغبة تدل على حدة المعاناة التي تعاني منها، لكن بعد التجربة العلاجية اكتشف أشياء جديدة لم تكن على تنتظرها.

من جهة يبين لنا ما هي النظم العلاجية التي خضعت لها طيلة مرضه ومساره العلاجي، وقد تعددت بين الطب العقلي، المعالج التقليدي (كالراقي) والأخصائي النفسي "بشكل نسبي" والتي تستعمل طرق معينة وأدوات وعلاجات مختلفة.

تحليل الجدول (2): تمثلات العلاقة العلاجية بعد الدخول في التجربة العلاجية:

العلاج النفسي			العلاج التقليدي			العلاج الطبي (الطب العقلي)			العلاج المتبع
لا	نعم	رقم السؤال	لا	نعم	رقم السؤال	لا	نعم	رقم السؤال	الوضعية العلاجية
1	0	14	0	1	6	1	0	15	الحاجة الى العلاج
1	0	2	0	1	19	0	1	3	الاستعداد للعلاج
1	0	21	0	1	22	1	0	10	
1	0	26	0	1	9	1	0	13	القابلية للعلاج
1	0	30	0	1	32	0	1	20	
1	0	8	0	1	16	1	0	27	التعاون مع المعالج
1	0	11	0	1	23	1	0	29	
1	0	28	0	1	7	1	0	5	الاعتقاد في العلاج
1	0	34	0	1	25	1	0	18	
/	/	/	/	/	/	1	0	31	
9	0	09	0	9	09	8	2	10	المجموع
100%	00%	%	00	100%	%	80	20	%	النسبة المئوية

يبين لنا هذا الجدول أن المريض قد اختار الاجابة بـ "نعم" بالنسبة للعلاج التقليدي بنسبة 100% بينما اختار العلاج النفسي كما هو عليه، بمعنى ان هناك حاجة إلى العلاج النفسي، إلا أنه لم يجد هذا المعالج الذي يبحث عنه، نسبة الاستجابة بـ "لا" تقدر بـ 100% أما العلاج الطبي الذي كان أقل من النصف، اي 80% اجابة "لا" و

التي تعكس عدم الرغبة في العلاج الطبي، إلا أنه أقر على أهمية الأدوية التي كانت تريحه في أغلبية الأحيان رغم المفعولات الجانبية التي كان لها الأثر السلبي على صحته النفسية، وحياته اليومية و المهنية.

يبين لنا هذا المسار العلاجي تصورات أولية تتمثل ما يلي:

-مفعولات العلاج.

-طبيعة كل علاج وأدواته وطرقه وإجراءاته.

-مدى انسجام هذه الطبيعة مع الحالة النفسية والمرضية التي يعاني منها.

- لماذا هذه التصورات الأولية؟ لأنها هي ما يحدد التصورات الحقيقية

للعملية العلاجية باعتمادها على أنها أحكام:

- تركز على الاستهلاك المستمر للأدوية و العقاقير، مع عدم الفعالية إلا

على مستوى الأعراض.

- التركيز على الجسم كبؤرة للعلاج في الوقت الذي يحتاج فيه الحالة إلى

علاج نفسي للتخفيف من المعاناة اليومية والليلية.

- تهميش الجانب النفسي خاصة من طرف المختص.

هذه مواقف تقييمية تعكس تصور الحالة للمسار والمعاش العلاجي، وهي جملة

الأحكام التي لم يعلن المريض عنها بل نستشفها من خلال أحكامه ومواقفه.

تحليل الجدول (3): تحليل تمثل العلاقة العلاجية بالنسبة الى شخصية المعالج

المعالج	الطبيب العقلي	المعالج التقليدي	المعالج النفسي	المجموع
عدد الاستجابات	09	24	04	37
النسبة المئوية	% 24.32	% 64.86	10.81%	100%

نلاحظ أن الاستجابات كانت مرتفعة بشكل ملفت للنظر بالنسبة للعلاج التقليدي حيث قدرت النسبة بـ 64.86 % ، حيث ان المريض يجد نفسه في حالة من الارتياح والسعادة عندما ينتهي من العلاج عند الراقي و ذلك ما عبر عنه فعلا اثناء المقابلات. بينما نجد نسبة 24.32% وقد كانت منخفضة بالمقارنة مع العلاج النفسي بنسبة 10.81% حيث انه لم يثبت فعاليته بالمقارنة مع الطب العقلي على اعتبار أنه يعتمد على تسويق و استهلاك الأدوية التي لها مفعولات على المرض كما لها اثار جانبية تؤثر على التوازن النفسي و الاجتماعي ليست اقل حدة من الأعراض الاكتئابية فهي نوع من استبدال مرض بمرض بواسطة الدواء.

شبكة تحليل و تقييم عناصر تمثلات المسار العلاجي:

تقييم عناصر تمثلات المسار العلاجي بعد التجربة العلاجية

العلاج النفسي		العلاج التقليدي		العلاج الطبي (الطب العقلي)		مسار العلاج	الحالة الثانية	
								(-)
						إجابات المريض		
	(-)	(+)	(-)	(+)	(-)	(+)	تمثل خصائص المسار العلاجي	
	-			+		+		1- عملية الفحص و فعالية اللقاء الأول.
	-			+		+		2- التطبيقات العلاجية، الخطوات العلاجية و زمن الفحص.
	-			+	-			3- الإنصات الفعال من طرف المعالج.
	-			+		+		4- وصف و استهلاك الأدوية و (العقاقير).
	-			+	-		5- المفعولات الايجابية المستديمة للعلاجات المستهلكة من طرف المريض.	
	5	0	0	5	2	3	المجموع..	
	(-)	(+)	(-)	(+)	(-)	(+)	تمثل تطور العلاج و فعاليته	
	-			+		-		1- فعالية الحوار مع المعالج و ميكانزم التنفيس.
	-			-		-		2- إحساس المريض بفعالية الأدوية و العلاجات.
	-			+		-		3- تنمية الشعور بالأمن – الطمأنينة-
	-			+		-		4- تقدير و تحقيق الذات.
	-			+		-		5- شعور المريض بكفاءة المعالج.
	-			+		-		6- شعور المريض بالتغيرات الايجابية.
	-			+		-	7- تقدير فعالية جهود المعالج المعاشة من طرف المريض.	
	-			+		-	8- دلالة و حضور المساعدة الأسرية في العلاج	
	-			+		-	9- تقدير المساعدة النفسية	

7- تحليل عنصر تمثلات المسار العلاجي:

7-1- تمثل خصائص المسار العلاجي:

العلاج الطبي (الطب العقلي) : نستطيع من خلال استجابات الحالة التي يعتبر من خلالها ان العلاج الطبي يركز على الفحوصات المستمرة و المحدد بمواعيد إضافة إلى فحوصات طبية خارج المصحة كالفحص بالأشعة و قياس النشاط الكهربائي للدماغ EEG و ان اللقاء الأول كان صعبا بالنظر الى الحالة التي كان يعيشها، لأن المعالج لم يعطه فرصة الحديث المستفيض الذي يساعده على التفريغ و يتحدث بشكل كلي عما يعاني منه، و بذلك لم يكن اللقاء فعالا لمدة 15 دقيقة، يقول عن الأدوية التي كان يستهلكها انها كانت تساعده على الاسترخاء و التخلص من القلق لفترة وجيزة دون ان يكون فيه علاج حقيقي.

العلاج التقليدي : كانت أول مرة لها أثرها في نفسية المريض و "كان اللقاء الأول فعالا لان الاستقبال كان جيدا و الحديث كان واسعا و دامت المحادثة أكثر من ساعة، فهو يثمن هذا اللقاء ثم العلاج الذي ارتكز على القرآن الكريم (الرقية) و استهلاك الماء المرقى و بعض العقاقير الأخرى، ما يميز المعالج هو انه ينصت كثيرا و يحاورك على المشاكل التي تستغرق وقتك و تهدد حياتك لكن كل هذه الجهود لم تدم طويلا و اشعر بعد مدة أن العلا لم يكن له مفعول" . يقدر هذه العلاقة جدا، حيث بين انه "يشعر فعلا بالراحة و بان المعالج يساعده نفسيا و تشعر بالارتياح". يقدر هذه العلاقة جدا و يحاول ان يزور الراقي في كل وقت و حين. فالراقي له دور و اثر جيد في المجتمع و هو يعالج بالقرآن لطرد الشياطين و السحر من الأجساد التي سكنتها و له صيت في المجتمع.

العلاج النفسي: لم يكن كافيا نظرا لأنه لم يكن في مستوى طموح الحالة التي كانت في أمس الحاجة إليه، فهو لم يعير الحالة اهتماما بالقدر الذي كانت تطمح إليه. و هذا اثر على تصورهما للمعالج النفسي.

2-7- تمثل تطور العلاج و فعاليته:

بالنسبة العلاج الطبي (الطب العقلي) هناك عدم تضر للعلاقة العلاجية لانعدام الحوار و اعتمادها على الأدوية التي تخفف من القلق و لا تعالجه، دون ان يبذل المعالج جهدا في سماع الحالة و محاولة فهم ما يعانیه، أما فعالية الأدوية لم تكن الا تخفيفا من القلق و بصفة مؤقتة و هذا في الحقيقة لا يشعر الحالة بالطمأنينة و الأمن، لان حالته مهددة عندما ينقطع عن الدواء، و لا يشعر بتقدير الذات، فذاته تعامل كجسم يحتاج إلى دواء و يشعر أن كفاءة الطبيب مقتصرة على استعمال الأدوية فحسب، و " إذا كانت له كفاءة فلماذا لا يساعدني يقول الحالة" فالتغيرات موجودة لكنها مؤقتة عندما ينتهي مفعول الدواء يعود القلق، فالطبيب لا يبذل جهدا كبيرا إلا من خلال منح الأدوية فهو يقارن الحالة مع كميات استعمال الأدوية. " نصيب روعي عيان و فشان من الدواء " فهذا العلاج خال من المساعدة النفسية فهذا العلاج يهتم بالجسم أكثر من النفس. فدلالة العلاج و المساعدة الاجتماعية تمثل دعما هاما لإنجاح العمل العلاجي ، حيث نجد الطبيب فعلا يرشد المريض إلى عدم الانعزال عن المجتمع و لكنه لا يستدعي العائلة التي لها نسبة معينة في إنجاح العلاج.

العلاج التقليدي: هنا يشعر الحالة بحوار فعال و محاولة فهم من طرف المعالج نفس الملاحظة بالنسبة للأدوية و العقاقير مفعولها ينتهي تعود الحالة إلى ما كانت عليه، لكن هناك شعور بالأمن و الطمأنينة و " نحس روعي خفيف" و هناك فعلا كفاءة يتمتع بها المعالج، لانه يهتم بحالة المريض، لذلك يشعره بالأمن و تقدير الذات و أجد اثر هذا في حياته اليومية حيث يجد نفسه نشيطا و خفيفا.

العلاج النفسي : انطباع الحالة يظهر من خلال اللقاء الأول الذي افقده الثقة في العلاج النفسي.

7.3- تمثل الاعتقاد في العلاج:

العلاج الطبي (الطب العقلي): لست مقتنعا بإجراءات العلاج بالأدوية لأنها تتعامل مع الجسم أكثر من النفس إضافة إلى نقص في جهود الطبيب العقلي و الحالة تضطر الى العلاج للتخفيف من القلق، و لم يبين العلاج الطبي قيمة فعالة في علاج العديد من المرضى فقط يعتمد على الجانب العضوي للمرض، و لكن المرض في الحقيقة نفسي و لم يستطع الحالة ان يُكوّن علاقة ثقة في الطبيب العقلي.

العلاج التقليدي : هناك قناعة لدى الحالة عن المعالج التقليد لأنه يبذل جهودا من اجل العلاج " مرة رقاني من بعد الظهر الى العشاء" لذلك أتابعه بشكل مستمر و لي ثقة كاملة في جهده و طريقة علاجه.

العلاج النفسي: بالرغم من حاجة الحالة إلى معالج نفسي، إلا انه حكم على المعالج بانه ليس كفئا يؤهله للعمل العلاجي.

7-4- تصور الإحباطات العلاجية:

عدم قدرة المعالجين على إنجاز العمل العلاجي، فهم إما يركزون على الجسم دون اهتمامهم بالنفس من خلال استعمال الأدوية و العقاقير التي تسكن الألم و لا تشفي، و بالتالي تنشأ إحباطات تؤدي الى تطور الحالة المرضية. فاذا لم يعالج فهم بالضرورة يساهمون في تطور المرض من خلال فقدان الامل في الشفاء، هذه قاعدة خلصنا إليها مع كل الحالات، إضافة إلى الارتكاسات المتكررة و هي عرض على عدم نجاح العلاج، و بالتالي تتعدّد الحالة الاكتئابية، و الملاحظ ان هذه العلاجات لم تكن فعالة، خاصة على المدى البعيد للعلاج، مما سبب للحالة قنوط و اكتئاب آخر نتج عن عدم فعالية العلاج.

الخلاصة: يتضح من خلال هذه المعطيات أن العمل العلاجي يقتصر على الأدوية و العقاقير و التي لها علاقة كبيرة بالجسم أكثر من النفس، و لكن الذي يعاني مأساة داخلية هو فهي من يحتاج فعلا الى العلاج.

كل العلاجات المطبقة لم تأخذ بعين الاعتبار تصورات الحالة للمعاناة النفسية من خلال عدم الإنصات و الاستماع إلى مصدر معاناة الحالة.

تصور الحالة للعلاج مبني على تصورها للحالة التي تعاني منها، بمعنى ان فهم الحالة المرضية بكيئتها النفسية، الجسمية، و الاجتماعية هذه الكلية كلها مضطربة فالعلاج يجب ان يخضع لهذه الكلية من الفهم و الإجراء.

تصوره للعلاج مبني على اعتقادات في العلاج التقليدي لأنه أعطى للحالة قناعة في تفسير المرض الذي لم تحققه العلاجات الطبية و النفسية.

فإذا لم يعالج فهم بالضرورة يساهمون في تطور المرض من خلال فقدان الأمل في الشفاء.

إضافة إلى الارتكاسات المتكررة و هي عرض على عدم نجاح العلاج.

دراسة الحالة الثالثة:

البيانات الأولية عن الحالة:

الاسم و اللقب: ب. هـ الجنس: ذكر السن: 29 سنة

المستوى الدراسي: جامعي الوظيفة: مهندس المناجم

الحالة المدنية: أعزب مقر السكن: ضواحي مستغانم

تحليل المقابلات:

1- تقديم الحالة:

يبدو ب.هـ في حالة من الحزن و الأرق البادي على ملامح وجهه التي تتحدث عن حالة من البؤس والشقاء، متوسط القامة، بشرة سمراء، نحيف الجسم، يرتدي ثياب وهندام منظم و نظيف، عيناه سوداوتان، شعره أسود، سكنه في ضواحي مستغانم و مقر عمل في مستغانم .

2- تاريخ الاضطرابات:

يشكو ب.هـ من حالة نفسية اكتئابية سببها وسواس قهري حول صحته الجسمية والتوهم المرضي، فهو يعتقد أنه مصاب بمرض في المسالك البولية أو المثانة. حيث أنه يعاني من عدم النوم طول الليل، حيث يقوم في كل لحظة إلى المرحاض لكن دون ان يكون هناك بول، ويحدث له ذلك فقط في الليل دون النهار، وهذا نعص له حياته منذ حوالي 19 سنة حسب الحالة، حيث يقول أنه يقوم في الليلة حوالي 90 مرة أو أكثر، وعندما "أذهب إلى المرحاض ما نلقى والو، باغي نهبل".

زار الأطباء الأخصائيين في أمراض الكلى، أمراض الأعصاب، الأطباء العقلين، الرقاة كلهم دون جدوى، الأخصائيين النفسانيين دون جدوى، كل الفحوصات الطبية أجمعت على صحة الأعضاء ووظائفها وهذا جعل الحالة يعيش حالة من الاكتئاب بسبب المرض وعدم وجود العلاج، فهو لا يفكر في الزواج بسبب هذه الحالة، إضافة إلى أنه معفي من كل المهمات خارج مكان بالعمل (مهمات العمل) حتى يتجنب المبيت في الفندق. يتمتع بقدرة معرفية كبيرة في مجال تخصصه (الاعلام الالي)

يعاني مشاكل عائلية مع الإخوة داخل الأسرة طول الليل بسبب مرضه فهم لا يتفهمون وضعيته و هذا ما يزيد من تاثير المرض عليه.

3- الفحص العيادي وتحليل المقابلات:

أجرينا مع الحالة 04 مقابلات و قد اتضح أن الحالة تشكو من أرق شديد وعدم النوم، فقدان الهيبة، ويأس وقنوط من ذاته ومن المرض الذي يعتقد أنه يعاني منه، مع و يجد صعوبة في التركيز. فهو دائما يتساءل " كيف لي ان اعمل رغم أنني لم انم الليل.

الخوف من المهمات خارج البيت، الخوف من الزواج مع وجود رغبة فيه، يشعر بالازعاج مع إخوته الذين يعيش معهم في نفس البيت، يكره العائلة لأنها في رأيه لا تساعد و لا تشفق عليه "ما يحسنوش العون".

قام الحالة بمجموعة من الفحوصات الجسمية، النورولوجية، الطب عقلية و التحاليل، سكانير، الفحص بالأشعة كل هذا ولم يتم تشخيص بوجود مرض ما.

يشكو ب ه من:

-شعور بمزاج غير جيد كل يوم و طول اليوم.

-نشاط عادي رغم أنه لم ينم طول الليل.

- المرودية لكل النشاطات التي يقوم بها وهذا يدل على أنه مرض نفسي.

- فقدان في الشهية فلو كان المرض عضويا لما كان لديه هذا النشاط لغياب

آلام عضوية.

-الأرق الشديد.

-هناك نشاط زائد.

- تعب و فقدان الطاقة.

- مع ذلك لا يوجد لديه أفكار انتحارية.

ما يميز الحالة هو أنه يعيش حالة من الاكتئاب نتيجة توهم الإصابة بالمرض خاصة أثناء الليل، حيث يعيش ارق في كل ليلة، لكن في النهار يعيش حالة من الاكتئاب، فكل الأعراض تختفي ويصبح لديه معاناة نفسية سوداوية بحيث يرى كل شيء مظلم.

الجانب النفسي، انخفاض في اليقظة، شعور بالقلق.

- كف عن التفكير إلا في المرض، يتحفظ في حديثه خلال الكلام.

-النظر مرة ثابت ومرة ينحرف.

- سرعة في الكلام مصحوبة بإشارات بالأيدي.

-يبيد الحالة حالة من التوتر والكراهية لحالته الصحية.

-يبيد نوع من الثقة أثناء المقابلات.

- إرادة في الزواج ورفضه بسبب المرض .

- الشعور بالقلق المستديم، و اليأس والقنوط، مع فقدان الأمل في الشفاء.

- تفكير أوتوماتيكي، اضطراب في التركيز، الذاكرة، تفكير غير مترابط،

محاولة تعويض الحالة النفسية في العمل فهو يمتلك قدرات في الإعلام الآلي

ونجح في مسابقة الماجستير ولكنه لا يدري سبب القلق الناتج عن هذه الحالة.

يعاني صعوبة في العلاقات الأسرية، بحيث يشعر أن أسرته لا يتفهموه.

أهم المواضيع التي يحب الحديث فيها هي العمل خاصة الإعلام الآلي، والصحة فهو يجد نفسه في العالم الافتراضي (الانترنت). فهو يحب ان يكون بعيدا عن الواقع.

4- التمثل الثقافي للاكتئاب:

4-1- تمثل أسباب الإصابة:

لم يشرح لنا الحالة الأسباب الحقيقية التي أدت به إلى الإصابة بهذا المرض، و هو يعتقد أن مرضه كباقي الأمراض الأخرى، و يعتقد أن السبب هو حتمي وهو ناتج عن إصابة في المثانة أو الكلى، انه يداري على الاضطرابات النفسية بالإصابة الجسمية. و هذا الشكل موجود بين الأفكار الاستحواذية و الاكتئاب، بحيث تشعر الحالة بالقهر و عدم القدرة على التخلص من هذه الإصابة. فهي تمثل جسمي للإصابة النفسية. خاصة ان هذا الاستحواذ يكون في فترة الليل.

4-2- أشكال التعبيرات عن الإكتئاب:

- إيجاد في تقبل المرض، و رفض التشخيص المقدم من المعالجين الذين زارهم.
- رفض التشخيص المقدم من طرف الأطباء.
- عدم الثقة في العلاجات المقدمة.
- الإنعزالية، الأفعال الطقسية الاستحواذية خاصة أثناء الليل.

4-3- المعنى الثقافي للاكتئاب:

يعتقد الحالة المرضية ان اصابته بهذا المرض هو نتيجة إصابة عضوية على مستوى الكليتين، لكن الأطباء و الفحوصات كشفت عن عدم صحة هذه الفرضية ، و هذا ما اكد له انه هذا ليس منطقيا و لذلك وجهه اهتمامه الى اعتقاد آخر و هو السحر و لذلك نجده على حد تعبيره لم يسمع براقي الا زاره "في أقصى الشرق ام البواقي عند

احد الرقاة"، عدم الوصول الى تفسير مقنع جعله حبيس حالة من الانهيار في حياته اليومية و المستقبلية.

دور الجسم في هذه الحالة و هي معاكسة لحالة الاكتئاب الحادة التي تنتابها أفكار انتحارية فهو يستعمل الجسم من اجل كبت الصراعات النفسية و هذا يبين دور الجسم في تمثل التعبيرات الجسمية و النفسية و الاجتماعية. أصبحت هذه الإصابة حاجزا يعبر به عن صراع نفسي يستثمره عن طريق الجسم، فهو يعبر عن صراعه بالإصابة الجسمية، استثمار الجسم في التعبير عن الصراع النفسي و عدم التوازن الاجتماعي.

4-4- تمثل أشكال التعبير عن الصراع:

المعاناة " القنطة" و فقدان الأمل. فعلا الحالة تعيش حالة من القنوط و عدم القدرة على تقبل الوضع، خاصة ان كل محاولاته باءت بالفشل سواء الطبية او الطب عقلية او التقليدية. فهي تعبر عن الصراع عن طريق الجسم.

4-5- تمثل مواضيع مشاعر الذنب و مشاعر اللاقيمة:

تمثل في نوع من الانعزالية التي تبين العلاقة المرضية كنتيجة للمرض، فالحالة تستعمل الجسم للتعبير عن الاضطراب النفسي، و هذا يعكس عدم وجود شفاء لهذه الإصابة سواء دواء عضوي أو نفسي، فحالته مستعصية و تبين سلوك العلاقة بين النفسي و الجسدي "المهبول" الذي يعالج من البول" كلمات يسمعها من المحيط تؤثر فيه بشكل قوي. فهذه الوضعية بالنسبة له لا تخرج عن الإطار الثقافي الذي ينتمي إليه فهو يعيش حالة من النكوص إلى المرحلة الشرجية بالنسبة الى التحليل النفسي خاصة عندما يتعلق الأمر بالتوهم المرضي و نجد ذلك في " العصابات النرجسية ذات المظاهر الجسدية (التوهم المرضي) يعتبر الجسد كموضوع، فالمرضى يتكلم بجسده"⁽¹⁾ لحالة و آليته النكوصية الى المرحلة الشرجية" و التي تعكس حالة من الإرضاء المكبوت" فحالة القلق التي تظهر في عدم النوم انعكست على مردودية العمل لديه، و يمضي حالة تراجيدية في الليل، مما اثر على مستقبله فهو عزف عن الزواج بسبب

¹ Ibid, J.Bergeret, la personnalité normale et pathologique, P 191.

المرض، لأنه يعتقد أن الزواج سيزيد من حدة الصراع لديه " نخاف انجيب امرة و نبات داخل خارج ما رانيش باغي نغبين بنت الناس معايا" نلاحظ كيف ان الحالة من جهة يفكر في الآخر و من جهة هو في أمس الحاجة إلى امرأة تساعد على تجاوز هذه المحنة.

5- المسار العلاجي:

5-1- العلاج الطبي:

الحالة تتابع منذ مدة 3 سنوات في هذه المؤسسة الاستشفائية. يقوم بزيارة الطبيب مرة كل 15 يوم، الزيارة تدوم من 10 الى 15 دقيقة يأخذ فيها الدواء، ثم يتم تحديد موعد آخر للمراقبة، لكبه لا يشعر بتحسن.

تشخيص الحالة: تم تشخيصه لدى الطبيب العقلي على انه اكتئاب ناتج عن وسواس مرضي اي توهم الإصابة بمرض عضوي، أدى إلى حالة من الاكتئاب على صحته، فهو يعيش حالة المريض العضوي و معاناة المريض النفسي، وهذا انعكس على صحته النفسية. قام بالعلاج عند اختصاصي أمراض الكلى كل مرة و رغم الفحص بالأشعة و الأجهزة التي بينت ان الحالة سليم من الناحية البدنية، و ان الكلى سليمة، يقول أنه ليس بصحة جيدة. و لما تاكد للطبيب ذلك اعطاه الأدوية التالية:

دوغماتيل -Dogmatil- ديروكسان Deroxene كيتلين Kitiline.

5-2- العلاج التقليدي: إضافة إلى الزيارات المتكررة عند الرقاة، زار ما يقارب 80 راقى، ذهب حتى أم البواقي من أجل العلاج بالرقية لكن بدون جدوى فقد الأمل في الشفاء، و هو يعيش حالة من القنوط نتيجة عدم القدرة على الشفاء.

5-3- العلاج النفسي: يقول الحالة انه زار بعض الاخصائيين النفسانيين لكنه لم يستطع ان يقتنع بما يقدمونه كعلاج رغم انه يميل الى ان حالته تحتاج فعلا الى علاج نفسي.

التمثل النفسي للاضطرابات الاكتئابية: حالة من القلق ناتجة عن اعتقاد في الاعتقاد في الإصابة العضوية، و هي حالة من توهم المرض، و نتيجة عدم الشفاء منها ولد له ذلك إحباطا و حالة من الاكتئاب و التي تبين فعلا نوع من التوهم المرضي ارتكزت على الجسم بانه مصاب مما ولد لديه حالة من الاكتئاب، إضافة إلى رأي المحيط في مرض الحالة و رفض هذه الوضعية لأنها غير محبذة من الناحية الثقافية للحالة، فالحل الثقافي يعطي معنى مدنس لهذه الحالة و هذا ما يقلق الحالة و يجعلها

العلاج النفسي		العلاج التقليدي		العلاج الطبي (الطب العقلي)		رقم السؤال	الوضعية العلاجية
لا	نعم	لا	نعم	لا	نعم		
0	1	0	1	0	1	1	الحاجة الى العلاج
0	1	0	1	0	1	33	
0	1	0	1	0	1	35	
0	1	0	1	0	1	12	الاستعداد للعلاج
0	1	0	1	0	1	4	القابلية للعلاج
0	1	0	1	0	1	24	التعاون مع المعالج
0	1	0	1	0	1	17	الاعتقاد في العلاج
0	7	0	7	0	7	07	المجموع
	100		100		100		النسبة المئوية

ترفض الزواج، لأن بالنسبة للثقافة ما زال طفلا يتبول على نفسه و لم يبلغ سن الرشد. هذا ما يزيد من حصرة الحالة.

6- تحليل الاستمارة الخاصة بتمثلات العلاج:

تحليل الجدول (1): تمثل الوضعية العلاجية قبل التجربة العلاجية:

تبين النسبة المئوية لهذه الاستجابات بـ 100% ، أن تصور الحالة للعلاج ناتج عن رغبة ملحة خاصة وأنه يشعر أن مرضه ليس معقد إلى هذا الحد، وهي تعتقد أن الإصابة عضوية (جسمية)، ويبين لنا أن كل العلاجات رغم اختلافها فكلها لها هدف واحد وهو علاج المريض، ويبين تلك الحاجة، وذلك الاستعداد، والقابلية لتقبل العلاج،

و بذل جهدا للتعاون مع المعالج، واعتقاد جاد في العلاج، وهذا كان بمثابة محفز له لخوض مسار التجربة العلاجية بكل أنواعه.

الجدول (2) تمثلات العلاقة العلاجية بعد الدخول في التجربة العلاجية:

العلاج النفسي			العلاج التقليدي			العلاج الطبي (الطب العقلي)			العلاج المتبع
لا	نعم	رقم البند	لا	نعم	رقم البند	لا	نعم	رقم البند	الوضعية العلاجية
0	1	14	1	1	6	1	0	15	الحاجة الى العلاج
1	0	2	0	0	19	0	1	3	الاستعداد للعلاج
0	1	21	0	1	22	1	0	10	
1	0	26	0	1	9	1	0	13	القابلية للعلاج
1	0	30	0	1	32	0	1	20	
1	0	8	0	1	16	0	1	27	التعاون مع المعالج
1	0	11	0	1	23	1	0	29	
1	0	28	0	1	7	0	1	5	الاعتقاد في العلاج
0	1	34	1	0	25	1	0	18	
/	/	/	/	/	/	0	1	31	
6	3	09	2	7	09	5	5	10	المجموع
66.7	33.3	%	2	77.8	%	50	50	%	النسب المئوية

بعد خوض التجربة العلاجية تبين للحالة طبيعة و فعالية العلاج الطبي كنموذج علاجي، فاتضح ان نسبة رفض و قبول العلاج الطبي تقدر بـ 50% بالمقارنة مع العلاج التقليدي بنسبة 77.8% اجابة "بنعم" و العلاج النفسي بنسبة 66.7% اجابة "بنعم". فالعلاج التقليدي لم يكن فيه فارقا كبيرا بالنسبة للقابلية و الاعتقاد فيه الا انه يعبر عن استعداد للعلاج، هناك تقارب بينهما. أما بالنسبة للعلاج النفسي فهناك رغبة ملحة للتعامل مع المعالج نظرا لمميزات العلاج النفسي بالمقارنة مع العلاجات الأخرى، و هذا يعكس ان الحالة تعاني من الناحية النفسية أكثر منه بالنسبة إلى الحالة الجسمية. كما اننا لا نجد اختلافا كبيرا بين العلاج التقليدي و العلاج النفسي، تبين للحالة بعد التجربة ان التصور العلاج ليس هو حقيقة العلاج و بالتالي حصل لديه نوع من الإحباط، و بالتالي أصبح أثر العلاج هو ما يحدد تصور الحالة للعلاج، وقد بينت الاستجابات ان هذا التصور مبني على العلاقة وجهود وفعالية المعالج في كل ما يقوم

المعالج	الطبيب العقلي	المعالج التقليدي	المعالج النفسي	المجموع
عدد الاستجابات	10	18	07	35
النسبة المئوية	28.57	51.42	20	100

به تجاه الحالة، وهي نوع من التقييم الذي تم تحديد عناصره من مختلف الأسئلة التي تم ضمها للحالة الثانية. وتبين لنا ذلك الاهتمام بالمعالج التقليدي والمعالج النفسي، على اعتبار طبيعة الصراع والمعاناة التي يعاني منها.

الجدول (3): تحليل تمثل العلاقة العلاجية بالنسبة الى شخصية المعالج:

تبين الاستجابات المقدمة في الجدول ان النسبة الأعلى قدرت بـ 51.42%، لكل من المعالج التقليدي و نسبة 28.57% للمعالج الطبي وانخفاض النسبة في العلاج النفسي 20% وهذا يعكس ان العلاج المقدم من طرف المعالج النفسي لم يكن في

مستوى طموح الحالة و يبين ان المعالج النفسي يحتاج الى تكوين اساسي في هذا الميدان، اضافة الى الحالة النفسية التي يعاني منها الحالة.

شبكة تحليل و تقييم عناصر تمثلات المسار العلاجي:

عناصر تمثيلات المسار العلاجي بعد التجربة العلاجية

الحالة الثالثة		مسار العلاج						العلاج الطبي (الطب العقلي)	العلاج التقليدي		العلاج النفسي	
		إجابات المريض		(-)	(+)	(-)	(+)		(-)	(+)		
تمثل خصائص المسار العلاجي		1- عملية الفحص و فعالية اللقاء الأول.		(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)	(-)	
		2- التطبيقات العلاجية، الخطوات العلاجية و زمن الفحص.		(-)	(+)	(-)	(+)	(-)	(+)	(-)	(-)	
		3- الإنصات الفعال من طرف المعالج.		(-)	(+)	(-)	(+)	(-)	(+)	(-)	(-)	
		4- وصف و استهلاك الأدوية و (العقاقير).		(+)	(+)	(-)	(+)	(-)	(+)	(-)	(-)	
		5- المفعولات الايجابية المستديمة للعلاجات المستهلكة من طرف المريض.		(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	
المجموع ..		2	3	4	1	1	4	1	4	(-)	(-)	
تمثل تطور العلاج و فعاليته		1- فعالية الحوار مع المعالج و ميكانزم التنفيس.		(-)	(+)	(-)	(+)	(-)	(+)	(-)	(-)	
		2- إحساس المريض بفعالية الأدوية و العلاجات.		(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	
		3- تنمية الشعور بالأمن – الطمأنينة.		(-)	(-)	(-)	(+)	(-)	(+)	(-)	(-)	
		4- تقدير و تحقيق الذات.		(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	
		5- شعور المريض بكفاءة المعالج.		(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	

							6- شعور المريض بالتغيرات الايجابية.	
							7- تقدير فعالية جهود المعالج المعاشة من طرف المريض.	
							8- دلالة و حضور المساعدة الأسرية في العلاج	
							9- تقدير المساعدة النفسية	
	8	1	7	2	9	0	المجموع.	
							1-الاقتناع بجهود المعالج.	تمثل الاعتقادات في العلاج
		+		+		+	2-المتابعة المستمرة للمريض بالعلاجات .	
							3-شعور المريض بقيمة العمل العلاجي.	
				+		-	4-الثقة في المعالج.	
	3	1	2	2	3	1	المجموع	
		+		+		+	1- عدم قدرة المعالج لتطوير الوحدة بين الجسم و النفس.	تمثل الاحباطات الناتجة عن عدم فعالية العلاج
		+		+		+	2- تكرار الانتكاسات و تعقد الحالة الاكتئابية	
		+		+		+	3- عدم فعالية العلاجات المستعملة على المدى البعيد.	

7- تحليل عناصر المسار العلاج:

7-1- تمثل خصائص المسار العلاجي:

العلاج الطبي: عان الحالة من صعوبة في اللقاءات الأولى من الفحص، حيث لم تكن الظروف كما كان يتصورها، رغم وجود تطبيقات علاجية معتبرة من فحص بالأشعة و أدوية و تحاليل، رغم أنها كشفت للحالة خلوها من الأمراض العضوية إلا انه ليس راض على هذه النتيجة لأنه لم يجد تفسيراً لما يحدث له.

الحالة يحتاج الى من يسمعه و يحاول ان يفهمه و تعطي له الفرصة للتحدث عن صراعاته، و لكنه وجد عملية الفحص جافة خالية من أي حرارة و إحساس من طرف الاخر، ألا من الطيبة الأخيرة التي اثنى عليها، فقد لاحظ الفرق بين المعالجين، و هنا نكتشف قية شخصية المعالج.

هناك استهلاك روتيني للأدوية، هذه الأدوية لم تكن في حقيقتها الا مهدئات للقلق، مع عدم الشعور بأن فيه مفعولات ايجابية مستديمة للعلاج المستهلك من طرف المريض.

العلاج التقليدي: عملية الفحص وفعالية اللقاء موجودة و مستديمه.

هناك تطبيقات علاجية، عملية الرقية، عقاقير، الماء، العسل.

هناك إنصات يشعر به و يستشعره الحالة، و يجد نفسه مرتاحاً من خلاله، يقوم باستهلاك للأدوية و العقاقير.

هناك مفعولات ولكنها غير مستوفية.

هناك مساعدة نفسية، و مساعدة اجتماعية.

لكن كل هذا لم يأتي بنتيجة فعالة حول علاج الحالة المرضية.

العلاج النفسي: فيه عملية الفحص وشعور بفعالية اللقاء، والمحادثة عن كل ما يجول بخاطره، مع انعدام التطبيقات العلاجية، بينما يستشعر الإنصات الفعال من طرف المعالج، بالإضافة إلى أنه لا يركز على الأدوية والعقاقير بل على المساندة النفسية وهذا يساعد كثيرا على الإحساس بالراحة.

2-7- تمثل تطور العلاج وفعاليته:

الطب العقلي: انعدام الفعالية في الحوار مع الطبيب العقلي (من 10 الى 15 دقيقة للفحص) عدم تقبل العلاج.

الأدوية فعالة في التخفيف من المعاناة، و تعطي إحساس بالراحة و لكن غير مستديمة.

غير قادرة على تنمية الشعور بالطمأنينة لديه، عدم الشعور بنوع من تقدير الذات ولا تحقيق لهذه الذات، بل يشعر بالعجز.

عدم وجود كفاءة لدى المعالج فهو يتعامل مع الحالة بالأدوية فحسب.

هناك تغييرات ايجابية و لكنها ظرفية، فبمجرد نهاية مفعول الدواء تعاوده الحالة، الطبيب " لم يبذل مجهودات فعالية، بالعكس فهي تؤلمني لأنها تضعني في موقف (المهبول) الذي يتابع عند طبيب عقلي"، وهذا يزيد في حدة الصراع لدى الحالة.

المعالج التقليدي: هناك فعلا فعالية وأشعر بالتنفيس، العقاقير مهمة وأشعر بالعلاج ولكن غير كافي، الراقى ينمي لدي الشعور بالأمن والطمأنينة، خاصة عند قراءة القرآن.

أشعر بتقدير للذات، وتحقيق لها ولكن مؤقتا.

يتمتع المعالج بنوع من الكفاءة في الرقية.

هناك تغييرات أشعر بها خاصة الطمأنينة والرجوع إلى الله، أجد جهود في حياتي اليومية بحيث أقوم بالذكر والصلاة وقراءة القرآن للتخفيف من القلق.

العلاج النفسي: في الحقيقة هذه العناصر المقدمة اليا لا أعرف كيف أتعامل معها و لكن لم اجد قناعة كافية لأتفهم المشكل الذي أعاني منه.

3-7- تمثّل الاعتقاد في العلاج:

العلاج الطبي: لست مقتنعا بجهود الطبيب العقلي، هناك متابعة، ولكنها مقتصرة على الأدوية (الجسم)، العلاج الطبي ليس له اثر علاجي فعال إلا التخفيف من الآلام، فهو غير مجدي بالعكس ضاعف من مشاكلي، ليست لديها ثقة في الطبيب العقلي.

العلاج التقليدي: أنا مقتنع بجهود الراقي، والحالة يتابع بشكل مستمر العلاج بالرقية.

العلاج له قيمة في إحساس المريض ويشعر بقيمة هذا العلاج، هناك ثقة كبيرة في المعالج.

4-7- الإحباطات العلاجية:

الصورة النهائية تكمن في أنها إحباطات علاجية طورت من الحالة المرضية بحيث أنها لم تستطع إيجاد تلك الوحدة بين الآمه النفسية و الإمكانيات العلاجية الجسمية. هناك انعكاسات سلبية، وتعتقد الحالة عدم فعالية العلاجات المستعملة على المدى البعيد فالحالة تشعر بأن حالتها تتعقد أكثر في غياب علاج فعال.

خلاصة:

الحالة تتصور حالتها الاكتئابية نتيجة إصابة مرضية لم يتم اكتشافها و هي تعالج من إصابات أخرى ليس لها علاقة بمرضها الحقيقي، انعكس على المعاناة النفسية.

هذه التصورات أثرت على مسارها العلاجي بحيث رغم إتباعها للعلاج الطبي والتقليدي والنفسي، إلا أنها لم تحصل على هذه الوحدة بين ما هو نفسي وما هو جسمي حتى يتسنى له التخلص من المعاناة النفسية.

و أحبط لديه كل الاعتقاد في العلاج، مما ولد لديه حالة من الاكتئاب الشديد ناتج عن هذا المرض النفسي والذي يعبر عنه بالإصابة العضوية.

الحالة الرابعة

البيانات الأولية عن الحالة:

الاسم واللقب: ب. ن	الجنس: ذكر	السن : 34 سنة.
المستوى الدراسي: /	الوظيفة: /	
الحالة المدنية: غير متزوج	مقر السكن: مستغانم.	
تحليل المقابلات:		

1- تقديم الحالة:

الحالة يبلغ من العمر 34 سنة ذو بشرة سمراء، عينان بنيتان، شعر أسود، على وجهه تظهر ملامح الحزن، وهندامه رث تبدو عليه آثار عدم الاهتمام، مطأطأ الرأس

ذو انحناء على مستوى الظهر، يبدو اكبر من سنه الحقيقي، غير متزوج، بدون أي مهنة إلا ما يقوم به من بعض النشاطات كبيع بعض الأشياء في السوق اليومية و بعض الأحيان يضطر لبيع أشياء يمتلكها (ألبسة، حذاء) لشراء الأدوية.

بأمر من الطبيب العقلي تم توجيهه إلى مكتب الأخصائي النفسي أين كنت أزاول المقابلات مع المرضى، جلس بهدوء، مصحوب بنوع من التوجس والخوف، كان يفضل أن يكون صامتا، ولكنني استشرت لديه بعض المواقف الحياتية حتى بدأ يتكلم عن حاله، بلسان بئس منهار.

2- تاريخ الاضطرابات:

عندما أجرينا مقابلاتنا مع الحالة اتضح لنا أنها تعاني من المرض منذ 3 سنوات حيث كانت البداية منذ نقل الحالة إلى المستشفى الجامعي بوهران جناح(35) إثر حالة هيجان شديدة أدت به إلى عدوانية ضد أهل البيت، وبعد خضوعه للاستعجالات الطبية هناك تم نقله إلى مستشفى سيدي الشحمي من أجل الاستشفاء فبقي هناك 15 يوما ثم تم ترحيله إلى المستشفى الطب العقلي لمدينة مستغانم، وهنا بدأت رحلته مع العلاج دون أن يتحصل فعلا عن العلاج. بعد وفاة أم الحالة ب.ن و بعد زواج الأب، انتقل إلى العيش مع أخيه في شقة من غرفتين، لكن ب.ن لم يكن سعيدا تجاه هذه الوضعية. حاول أن يهاجر إلى فرنسا لأن بعض أخوته هناك، لكن دون جدوى من خلال مشروع زواج من إحدى الأقارب لكن هذا المشروع فشل، ومعه فشل ب.ن من الحياة كلية، سنة 1997 "كنت عايش غاية مع خاوتي" وفي يوم من الأيام ضاقت عليا نفسي، دخل عليا خويا لقاني نكسر في حالة"، "كنت ندخل للدار مديقوتي، نخرج مديقوتي"، "ماشني عايش غايا".

لما كان محروما من الأم تولت خالته معالجته في البداية بأخذه إلى الأولياء، والرقاة حوالي 25 راقى دون جدوى، وقد قام الحالة بمحاولة انتحار بأكله أدوية الفئران نظرا للقنوط الذي كان ينغص عنه حياته، وبعد ذلك بقي يتابع العلاج في مستشفى

الأمراض العقلية، مرة كل شهر، ويأخذ الأدوية بشكل منتظم مع محافظته على مواعيد المراقبة الطبية. نجده يفكر في الهجرة ويعتقد أنها خلاصه مما يعيش فيه. دليل على ان عوامل مرضه موجودة في الوسط الذي يعيش فيه.

3- الفحص العيادي وتحليل المعطيات:

يقدم لنا الحالة لائحة عيادية تعبر فعلا عن حالة اكتئاب شديدة، حيث نلاحظ الأعراض التالية:

- حالة من اليأس والقنوط والحزن طول النهار وكل يوم.
- عدم النوم الأرق الشديد كل يوم.
- انخفاض ملاحظ في الوزن.
- فقدان الشهية.
- بطء حسي حركي واضح.
- مشاعر التعب والإرهاق النفسي والعصبي.
- فقدان قيمة الذات.
- وجود محاولة انتحار بمعنى حضور فعلي للأفكار الانتحارية.

النشاط النفسي يتميز بملامح عيادية واضحة، حيث يعيش بانفعالات فائرة. كلامه غير واضح، فيه نوع من الصعوبة والتكلف، صوت منخفض، مصحوب بانفعالات بانسة، شعور بالكآبة من خلال لحن الكلام، ضيق الشعور اشتراار في الكلام، تفكيره فقير ومحدود، لا يبذل جهدا في التفكير، هروب في الأفكار.

4- التمثل الثقافي للاكتئاب:

4-1- تمثل أسباب الإصابة:

الشعور بالتهميش وعدم القدرة على تحقيق ذاته من خلال عدم الحصول على عمل، فالواقع الاجتماعي حرمه من كل أسباب التعبير عن الذات وتحقيق الإشباع، فكيف يتعامل مع هذا الواقع؟ و يعمل على المحافظة على قيمه، ويطلب منا ذلك، ولكنه في الأخير لا يحصد إلا الصراع والألم والتناقض، إضافة إلى أفكار وهمية تتمثل في الإصابة بالسحر الذي أدى به إلى زيارة الراقي أكثر من 25 راقى على أساس أنه "مس". تصوره لعدم القدرة على العلاج على أن الإصابة من المس أو من السحر.

2-4- مختلف التعبيرات عن الاكتئاب:

التمرد في المعاش النفسي، عدم الاستقرار في البيت، فهو طول النهار يكون خارج البيت، غياب معنى "الدار"، الزمن، المعاش، الليل، الاستقرار. احتقار الذات، لغة فقيرة و مكررة موضوعها انعدام مستقبل لدى الحالة.

3-4- المعنى الثقافي للاكتئاب:

هناك صراع فعلا مُعاش يؤثر على مدى الاستقرار الداخلي ويجعل من الحالة تحصر تفكيرها في المشاكل فحسب، فالإكتئاب ليس معبر عنه بجزيئات الأعراض، وإنما هو كلية تعاش بشكل عميق في الشخصية، في الوقت الذي كان للثقافة كمحيط لتحقيق هذه الإشباعات الآن أصبحت سببا في المرض، ومن ثم وفرت له مجموعة من الطرق العلاجية إلا أنها غير فعالة. عدم القدرة على إيجاد آليات تكيف مع الوضعية المولدة للإحباط، و بالتالي يصبح الانتحار أهم وسيلة للتخلص من المعاناة. فالمعنى الثقافي يتمثل في محاولة التخلص من المعاناة من خلال التخلص من الجسم، اي الفصل بين النفس و الجسم.

4-4- نكران الذات:

هنا يطرح الحالة سؤالا حول مع الوجود، ومعنى "أنا" حيث ينكر هذا الأنا الذي بقي عاجزا عن تحقيق أهم شيء في الوجود وهو الإحساس بالوجود. و من ثم أصبح

لديه فقر عاطفي تجاه ذاته، والتفكير في الخلاص الذي تعاني منه النفس بالقضاء على الجسم ومن ثم نهاية المعاناة.

4-5- التفكير في هجرة المكان :

وهذا يؤكد لنا مدى الاضطراب في مفهوم الفضاء المعاش، ووجوده في هذا المكان هو مدعاة للمعاناة.

فالحالة يعيش حالة من اليأس في وجود مشروع حياة، له أثر نفسي يشعره بالأمان، وحالة الحيرة التي تمتلكه والتناقض القائم على معطيات متناقضة من جهة وجود الثقافة وظيفتها الإشباع وتحقيق الذات بواسطة ما تفرضه من قيم ومعايير و قوانين، وتفرض على كل فرد الانسياق نحوها والالتزام بما تمليه عليه معاييرها، من أجل هدف تحقيق التوازن، إلا أنها في الأخير لا تحقق له مطالبه وحاجاته أولها العمل، الذي هو عقد اجتماعي، ومعنوي وكفاية وهذا تناقض في المعاش ووضع غير منطقية.

5- المسار العلاجي:

5-1- العلاج الطبي: خضع ب.ن إلى العلاج بكل أنواعه الطبية والتقليدية والنفسية وهو في اللحظة التي أجرينا معه المقابلات لا يزال يتعامل مع الطبيب العقلي أثناء المراقبة الطبية المعتادة، وأصبحت هذه العملية روتينية فهو يأتي الى الطبيب ينتظر دوره ثم يدخل على الطبيب يعطيه أدوية يغير له في الكمية بعد أن يلاحظ المستجدات التي افرزها مفعول الدواء، غير أن هذه الوضعية تتبعها مشاعر الدونية والرفض وعدم قبول العلاج، لأن التجربة العلاجية بينت عدم الفعالية.

5-2- العلاج التقليدي: في الوقت نفسه هناك طعون علاجية متعددة نحو خاصة العلاج التقليدي الذي لا ينسلخ من أي مرض فهو لكل الأمراض دون استثناء، فالحالة قام مع خالته لزيارة عدد كبير من الرقاة، فهم يعالجون بالماء، والعسل والقرآن والحُجُبِ "التمائم" على اعتبار ان سبب المرض هو أرواح شريرة تسكن الجسد

وتضعه تحت سطوتها، تتحكم فيه كيف تشاء، استعمال الماء له بعد رمزي يتمثل في النقاء و الطهارة، والبخور وقراءة القرآن، والعسل، إلا أن الحالة لم يشعر بتحسن إلا بشكل بسيط.

3-5- العلاج النفسي: أولاً غياب هذا المفهوم من الناحية الوظيفية ومن الناحية الرسمية، لا يوجد شيء اسمه المعالج النفسي وزيارته تأخذ معنى استشاري أكثر منه علاجي، فهو أخصائي نفسي طبيعة عمله من طبيعة إصابة الحالة و لكن لضعف تكوينه فهو يقدم توجيهات عامة، يعمل بها المريض، لكنها غير كافية وتحتاج إلى جهد كبير، في الوقت الذي نجد فيه المريض يبحث عن شخص يسمعه ويفهمه، و لذلك عندما أجرينا العديد من المقابلات بدأت الحالة تتطور لديها عملية الاتصال والتنفيس والثقة وكأنها عملية إحياء لكل القدرات التي تساعد على الشفاء والاتزان الداخلي.

عموما الحالة يشعر بنوع من الوضعية الاستهلاكية لمختلف النماذج العلاجية دون فعالية تذكر، والعمل التقني الذي وضعناه من اجل فهم هذه العملية التي تعكس تصور الحالة للعلاج يدخل ضمن هذا المضمار

6- تحليل الاستثمارات الخاصة بتمثلات العلاج:

تحليل الجدول (1): تمثل الوضعية العلاجية قبل التجربة العلاجية:

العلاج النفسي		العلاج التقليدي		العلاج الطبي (الطب العقلي)		رقم البند	الوضعية العلاجية
لا	نعم	لا	نعم	لا	نعم		
0	1	0	1	0	1	1	الحاجة الى العلاج
0	1	0	1	0	1	33	
0	1	0	1	0	1	35	
0	1	0	1	0	1	12	الاستعداد للعلاج
0	1	0	1	0	1	4	القابلية للعلاج
0	1	0	1	0	1	24	التعاون مع المعالج
0	1	0	1	0	1	17	الاعتقاد في العلاج
0	7	0	7	0	7	07	المجموع
	100		100		100		النسبة المئوية

هذه الاستمارة مقسمة إلى 07 أسئلة خاصة بالمواقف العلاجية والتي تم حصرها في 06 وضعيات تعكس تصور العملية العلاجية بالنسبة للحالة، قبل التجربة العلاجية بمعنى الاقتصار على التجربة المرضية و الحاجة إلى العلاج، و القابلية للعلاج، التعاون مع المعالج، الاعتقاد في العلاج و كانت الاستجابة ايجابية بنسبة 100% دليل على الرغبة في العلاج و دليل على شدة المعاناة. حيث تعكس لنا كل العناصر التي تم ضبطها من اجل معرفة تصور الحالة للوضعية العلاجية قبل بدايتها.

الجدول (2): تصورات العلاقة العلاجية بعد الدخول في التجربة العلاجية:

العلاج النفسي			العلاج التقليدي			العلاج الطبي (الطب العقلي)			العلاج المتبع
لا	نعم	رقم البند	لا	نعم	رقم البند	لا	نعم	رقم البند	
0	1	14	0	1	6	1	0	15	الوضعية العلاجية
1	0	2	0	1	19	0	1	3	الحاجة الى العلاج
0	1	21	0	1	22	1	0	10	الاستعداد للعلاج
1	0	26	0	1	9	1	0	13	القابلية للعلاج
1	0	30	0	1	32	0	1	20	
1	0	8	0	1	16	1	0	27	التعاون مع المعالج
1	0	11	0	1	23	1	0	29	
1	0	28	0	1	7	1	0	5	الاعتقاد في العلاج
1	0	34	0	1	25	1	0	18	
/	/	/	/	/	/	1	0	31	
7	2	09	0	9	09	8	2	10	المجموع
77.8	22.2	%	11	89	%	80	20	%	النسبة المئوية

وهي مرتبطة بأجهزة التصورات السابقة، من حيث فعالية العلاج وجهود المعالج بعد أن دخل المريض في ثلاث أنظمة علاجية مختلفة من حيث الشكل والوظيفة والطرق والمواد العلاجية، والإجراءات العلاجية وقد تمثلت في العلاج الطبي، التقليدي، النفسي، وما هي مواقفه منها، الملاحظ أن الحالة اختارت أكبر نسبة خاصة

بالمعالج التقليدي بـ 89 % كـرغبة في العلاج التقليدي فهو اقرب إلى وعيه، لأن حالته لا تحتاج إلى أدوية إلا بشكل جزئي، ثم يبين لنا علاقته بالعلاج النفسي الذي يخضع لميكانيزم سيكولوجي مبني على الحوار و المحادثة، ومدى الانسجام الحاصل بينه وبين ما يقدم في العلاج التقليدي، ومهما يكن فهذه العلاجات لا تضره إذا لم تنفعه.

بينما يرفض العلاج الطبي بنسبة 80 % و التي تعكس الخاصية الدوائية لهذا العلاج الخاص بالجسم وليست بالنفس، وهنا وجدت دراسة مشابهة خاصة بالتصورات الثقافية⁽¹⁾ ومن خلال هذه التجربة العلاجية تشكلت لديه صورة ذهنية عن العلاج الطبي على أنه متعب، وغير محفز فهو يبحث عن علاج يحفزه على النشاط ولا يضعه في حالة من التعب النفسي. و قد اتضحت لدينا خصائص مفعولات العلاجات من جهة:

معرفة التصورات الأولية:

-مفعولات العلاج.

-طبيعة العلاجات من جهة وإجراءاتها، وأدواتها.

-مدى انسجام هذه الطبيعة والحالة المرضية.

الحكم: تصورات ثانوية:

-يركز على الاستهلاك المستمر للأدوية والعقاقير مع عدم التحقق من فعاليتها.

-التركيز على الجسم كبؤرة للعلاج "Abric" في حين هو يحتاج إلى علاج

المعانة النفسية.

-تهميش الجانب النفسي بقصد أو بغير قصد، في حين ان هذه هي المعانة

الحقيقية للمصاب.

¹ Patricia JOLY et coll, Représentation culturelles, itinéraires thérapeutiques et santé infantile en Guadeloupe, revue la psychiatrie de l'enfant 2005/2 p 537à575 ; 561.<http://www.cairn.info/article.php>

وهذه في الحقيقة مواقف تقييمية للعمليات العلاجية وقد تم إصدار في حقها مجموعة من الأحكام التي يحدد المريض عن خلالها معرفته بالنموذج العلاجي، ومن جهة الحكم عليه ومن ثم يصبح بصورة ما، هو ما يحدد مواقفه في المستقبل.

تحليل الجدول (3) تحليل تمثل العلاقة العلاجية بالنسبة الى شخصية المعالج:

المعالج	الطبيب العقلي	المعالج التقليدي	المعالج النفسي	المجموع
عدد الاستجابات	06	14	23	43
النسبة المئوية	% 13.95	% 32.55	% 53.84	

في هذه الاستمارة لم تكن مغلقة إنما كانت اختيارية بحرية، بحيث يختار المريض معالجا أو معالجين أو ثلاث معالجين، حين نقيم علاقة بين شخصية المعالج والسلوك الذي يعزز العلاقة العلاجية من خلال طبيعة التجربة العلاجية.

نلاحظ أن المريض يجد نفسه مع المعالج التقليدي أكثر من المعالج النفسي والمعالج الطبي النفسي، فنسبة الاستجابة للمعالج التقليدي تتمثل في 53.84% وهي أعلى نسبة، بينما 32.55% للمعالج النفسي وأخيرا 13.95% وهي أقل نسبة دالة على رفض كل ما يتعلق بالعلاجات التي تركز على الأدوية و على الجسم فحسب. فممارسة العلاج الطبي هو ما أدى بشكل من الأشكال إلى هذا التفكك بين الجانب النفسي والجسمي، وعزز يشكل ما الأفكار الانتحارية التي تتشكل للقضاء على الجسم للتخلص من المعاناة النفسية.

شبكة تحليل و تقييم عناصر تمثلات المسار العلاجي:

تقييم عناصر تمثيلات المسار العلاجي بعد التجربة العلاجية							
الحالة الرابعة		مسار العلاج		العلاج الطبي (الطب العقلي)		العلاج التقليدي	العلاج النفسي
		إجابات المريض		(-)	(+)	(-)	(+)
تمثل خصائص المسار العلاجي		1- عملية الفحص و فعالية اللقاء الأول.			+		+
		2- التطبيقات العلاجية، الخطوات العلاجية و زمن الفحص.			+		+
		3- الإنصات الفعال من طرف المعالج.			-		+
		4- وصف و استهلاك الأدوية و (العقاقير).			+		+
		5- المفعولات الايجابية المستديمة للعلاجات المستهلكة من طرف المريض.			-		-
		المجموع..		3	2	4	1
تمثل تطور العلاج و فعاليته		1- فعالية الحوار مع المعالج و ميكانزم التنفيس.			-		+
		2- إحساس المريض بفعالية الأدوية و العلاجات.			-		-
		3- تنمية الشعور بالأمن – الطمأنينة-			-		+
		4- تقدير و تحقيق الذات.			-		+
		5- شعور المريض بكفاءة المعالج.			+		+

				+	-		6-شعور المريض بالتغيرات الايجابية.	
				+	-		7-تقدير فعالية جهود المعالج المعاشة من طرف المريض.	
				+	-		8-دلالة و حضور المساعدة الأسرية في العلاج	
				+	-		9-تقدير المساعدة النفسية	
	8	1	1	8	8	1	المجموع.	
				+	-		1-الاقتناع بجهود المعالج.	تمثل الاعتقادات في العلاج
				+	-		2-المتابعة المستمرة للمريض بالعلاجات .	
				+	-		3-شعور المريض بقيمة العمل العلاجي.	
				+	-		4-الثقة في المعالج.	
	4	0	0	4	4	0	المجموع	
		+		+		+	1- عدم قدرة المعالج لتطوير الوحدة بين الجسم و النفس	تمثل الاحباطات الناتجة عن عدم فعالية العلاج
		+		+		+	2- تكرار الانتكاسات و تعقد الحالة الاكتئابية	
		+		+		+	3- عدم فعالية العلاجات المستعملة على المدى البعيد	

7- تحليل عناصر المسار العلاجي:

7-1- تمثل خصائص المسار العلاجي:

يضم هذا العنصر العديد من الاستجابات التي تعكس التجربة العلاجية لكل النماذج العلاجية.

العلاج الطبي: في هذا المسار نجد أن في البداية كان اللقاء الأولي والفحص يقوم على فحص الأعراض المرضية، ومن ثم التشخيص ثم إعطاء العلاج وكل هذه العملية تدوم حوالي 15 د، وهذا غير فعال بالنسبة إلى فهم الحالة النفسية للمريض.

ثم إن التطبيقات العلاجية واستهلاك الأدوية تصبح عادة لا بد منها مع بروز أعراض جانبية مؤثرة، وعدم فعالية العلاج، وغياب هذا المفعول العلاجي بشكل مستمر، حيث أن الحالة يشعر بغياب قناة اتصال يتمكن من خلالها التعبير عما يكدر صفو ذهنه و معاناة نفسه.

العلاج التقليدي: هو بدوره فعال ومهم في حياة المريض، على اعتبار انه يتعامل مع المقدس والمعتقدات، التي يجد المريض نفسه فيها مرتاحا، من خلال تعامله مع نفس اللغة ومع هذه التصورات والمعاني التي تحملها والتي يجد فيها مفرا من هذا الواقع الذي لا يرحمه. فنجد أن الحالة يرى أهمية بالغة في عملية الفحص خاصة في أول لقاء حيث يدور الحوار حول المعاناة وأسباب ذلك، وكيف يشعر، ويقدم المعالج وصفات من العلاجات الأعشاب، والماء والعسل لتحضير (العقدة)، تكون من مختلف الأعشاب، وفق برنامج يومي يكون في الصباح عادة قبل شرب القهوة، وأثناء العمل بهذه العلاجات يشعر المريض يتحسن مهم ولكن يبقى نسبي، لأنه بعد مدة سيعود إليه المرض.

بالنسبة للإنصات الفعال نجد ان الحالة وجد المعالج ذو أذن صاغية ولا يرده ويعطي له حرية التعبير عن مرضه، وبذلك فهو يقدر هذا العمل و يجد فيه راحة نفسية،

و هذا ما نسميه بالاندماج في السجلات الاعتقادية، وتصبح هذه الطريقة مهمة في حياة المريض والمعالج، إضافة إلى بعض النصائح التي تساعد على الحضور رغم الغياب خارج الحجرة المخصصة للعلاج.

إلا أن الملاحظ أن المريض لم يتمكن من الشفاء نظرا لأنه يشعر بنوع من الاستهلاكية الجسمية للأدوية في غياب علاج نفسي حقيقي.

العلاج النفسي: فهو من جهة لا يستعمل الأدوية بقدر ما يتعامل مع المقابلة العلاجية، والتي تحتاج إلى التجربة وتحليل الأعراض والصراعات، فمن جهة نجد أن الفحص يقوم على أول لقاء باعتباره مهم وجوهري، لأنه يعتبر كعنصر فعال في بناء عنصر الثقة، وهذا في الحقيقة يتطلب قدرة على الإقناع، الشيء المفقود في العمل العيادي، لذلك نجد عنصر الثقة ضعيف، مع أن طبيعة المرض تحتاج إلى العمل النفسي أكثر من غيره. و هو يعتمد على الإنصات المستمر و الفعال، لأجل الفهم والاتصال ومساعدة الفرد على تجاوز الصراعات وفهمها وإعطائها معنى شعوري، وقد لاحظنا أن المريض أدرك هذه العلاقة ووجد فيها أهمية، إلا أن العملية لم تكن فعالة رغم أهميتها، إضافة إلى تلك التوجيهات والإرشادات التي أصبحت روتينية لغياب تنسيق مهم مع الأسرة في عملية العلاج.

7-2- تصور تطور وفعالية العلاج:

العلاج الطبّي: المريض يشعر بأن الخطابات مع المعالج لم تكن فعالة، فهي لا تعطي له الفرصة لذلك، و بالتالي فهذا لا يساعده على التخفيف و الإفصاح عن مكبوتاته، و من ثم فهو لا يشعر بالأمن والطمأنينة، و يعاني من فقدان الذات، وكان ما هو محل علاج هو الجسم دون الأنا النفسي الذي يشعر ويعاني ويرغب في علاج نفسي، و من ثم يربط ذلك بضعف كفاءة المعالج و ضعف مجهوداته التي لم تكن في مستوى المعاناة النفسية التي تعيشها المريض خارج مكتب الفحص أو المؤسسة العلاجية، عدم الشعور بوجود تطور أو تغييرات إيجابية إلا في بعض النشاطات

الحياتية والتي تكون بتأثير من الدواء، وعندما ينتهي مفعوله يعود إلى حالته المرضية. وعدم شعور الحالة بأنه فيه مساعدة نفسية، فعلاقته بالطبيب علاقة جسمية، أي أن الجسم هو الوسيط بينه وبين الطبيب، وهو المريض، إلا أن هذه لا تخلو من إرشادات لا تلاقي الترحيب والتطبيق داخل الأسرة، بمعنى غياب البعد الاجتماعي للعمل العلاجي، وهذا مهم لأن كثير من الحالات تعيش حالة من الانتكاسات المستمرة.

العلاج النفسي: فهم الحالة أن العلاج النفسي يقوم على الحوار والمحادثة واستثمار ذلك في العلاج النفسي، ولاحظ أنها ضرورية وأنها تريحه، إلا أنها غير فعالة نتيجة ضعف كفاءة المعالج، حيث انه لا يشعر بالطمأنينة والأمن ومن ثم ضعف تحقيق الذات كعنصر مهم في العمل العلاجي.

ضعف كفاءة المعالج وتجربته تظهر من خلال تقديره للمريض من اجل بناء عنصر الثقة وبالتالي هناك نقص في الفعالية وفي جهود المعالج، ويستشعرها في معاشه اليومي، وكذلك نجد أن حالته لم تتحسن طيلة هذه الفترة العلاجية.

العلاج التقليدي: هنا المريض يشعر بأهمية الحوار والمحادثة مع المعالج التقليدي خاصة لأنه يستعمل الخطاب المقدس، والذي له علاقة مع الروح والجسم على اعتبار انه يتعامل مع الجسم و النفس، و لذلك فالمريض يجد نفسه يتحدث بكل حرية، ويستشعر أهمية وفعالية العلاج المقدس، وهو يطور لديه مبدأ الأمن والطمأنينة ومن ثم يشعره بتحقيق الذات.

كما تكونت لديه صورة عن كفاءة المعالج، ونجد ذلك في معاشه اليومي حيث يذكر الله، يكثر من سماعه للقرآن الكريم، ويقول الحالة أن هناك تغييرات إيجابية إلا أنها لا تدوم طويلا فهي تنقضي بعد مدة معينة نتيجة المشاكل الأسرية وغياب مشروع الحياة.

3-7- تمثّل الاعتقادات في العلاج:

يتضمن هذا التصور استمرارية الممارسات العلاجات، والقناعة بجهود المعالج والثقة في المعالج، تقييم العمل العلاجي كإحساس إيجابي.

بالنسبة للعلاج الطبي: هناك فعلا استمرارية في العلاج المتمثل في أخذ الأدوية واحترام مواعيد الفحص والمراقبة، إلا أن الاقتناع بالعلاج ليست موجودا وهذا من خلال خطاب الحالة "الدواء ما دار لي والوا" "غي يفسلني" ومن ثم فجهود الطبيب ليست موجهة توجيهها صحيحا، فهي موجهة للجسم والأعراض الجسمية، وبالتالي ففضية الثقة ليست على ما يرام، وهذا نتيجة لقيمة فعالة العلاج التي تربطه بمدى الأثر الناتج عنه الذي لم يتحقق لدى المريض.

العلاج النفسي: هناك اعتقاد راسخ على أن إصابة الحالة تحتاج إلى أخصائي نفسي يساعده على تجاوز المعاناة النفسية، إلا أن في هذه الحالة، الأخصائي النفسي لم يبدي جهدا يحقق تصورات المريض عن العلاقة بين المعالج و حالته المرضية، وبالتالي لم يقتنع بما يقدمه نتيجة التكوين، وبالتالي فعنصر الثقة ليس على ما يرام بالنسبة للأخصائي النفسي، ومن ثم فتقييم عمل الأخصائي مرهون بمدى الجهد الذي يقدمه لدى الحالة المرضية.

العلاج التقليدي: هناك ثقة مبالغ فيها في العلاج التقليدي رغم انه هو بدوره لم يقدم علاجا نهائيا للحالة إلا أن المريض يرتبط به ارتباطا حقيقيا، ويمارس كل العلاجات والعقاقير و"العقد" ويشرب الماء المرقى، ويقتنع بشكل كبير بالجهود المقدمة من طرق المعالج التقليدي، ويثق فيه وفي كلامه، ويصف جهوده بالقيمة، لأنها ذات مصدر مقدس، وهنا يتبين لنا ذلك الارتباط بالمقدس على أساس ان الحالة ربما ارتكبت خطأ ما وهي تحاول ان تتطهر منه.

7-4- تصور الاحباطات العلاجية:

وهذا في الحقيقة واضح نتيجة عدم القدرة على العلاج، فكل هذه الجهود الطبية والتقليدية والنفسية لم تحقق للحالة العلاج، ومن ثم أصبحت عملية العلاج نسبية وربما لن تتحقق. فنجد رغم هذا أن المريض يقول: "الحمد لله على كل حال" فهو يقر بان هذا من الله، و يحقق من خلال هذا الكلام مستوى من الرضى، ويحاول إقناع نفسه بأنه في حالة أحسن من غيره كنتيجة:

- عدم فعالية العلاجات المقدمة والمستهلكة.

- تكرار الانتكاسات وتعدد الحالة الاكتئابية، نتيجة عدم القدرة على العلاج.

- عدم قدرة المعالج في تطور الوحدة المفقودة بين الجسمي والنفسي ومن ثم تكون العلاج ثلاثي الأبعاد نفسي جسدي وأسري، على اعتبار أن مجمل المشاكل الأسرية تؤدي بشكل واضح الى انتكاسات مرضية، بحيث تتطور لديه أعراض جديدة تتمثل في رفض الأدوية، والعلاجات، عدم الثقة في الدواء، الإحباط من الممارسة العلاجية مهما كانت طبيعتها.

خلاصة:

يتضح من خلال دراسة هذه الحالة، تلك الخصائص و التصورات العلاجية و التي بينت ان المسار العلاجي لا يمثل الا نفسه، فهو جملة إجراءات تقنية بعيدة عن المشكل الحقيقي الذي تعاني منه الحالة، و ما هو إلا إسقاطا لنماذج علاجية على المرضى، مع غياب كبير للأخصائي النفسي و رفض للعلاج الطبي و تقبل العلاج التقليدي لأنه يتعامل مع تصورات الحالة للحالة النفسية التي تعيشها.

الحالة الخامسة

البيانات الأولية عن الحالة:

الاسم واللقب: ل.ن
الجنس: أنثى
السن: 51 سنة
المستوى الدراسي: س 2 ابتدائي
الوظيفة: /////
الحالة المدنية: متزوجة
مقر السكن: مستغانم.
تحليل المقابلات:

1- تقديم الحالة:

تبلغ الحالة من العمر 51 سنة ذات قامة قصيرة، نحيفة البنية، بشرتها سمراء، وعيناها سوداوتان، تظهر على وجهها ملامح اليأس والقنوط، ثيابها نظيفة نوعا ما، متزوجة وأم لـ سبعة أولاد (05 ذكور و 3 إناث)، ذات مستوى اقتصادي متدني بحكم أن زوجها عاطل عن العمل بالإضافة إلى أنها لا تملك مدخولا يوفر لها حاجياتها، فزوجها رغم انه بطل الا انه مدمن على الخمر، و قاس عليها و على اولادها.

2- تاريخ الاضطرابات:

بداية المرض لدى ل.ن بدأت من مدة طويلة منذ عشر سنوات، جراء العنف الذي كان يمارسه عليها زوجها المدمن، حيث أصيبت بنوبة اكتئاب حادة نتيجة هذه المعاملة القاسية، من سب وضرب مبرح، إضافة إلى تخليه عن مسؤولياته المادية و المعنوية تجاه أبنائه، وقد زاد من معاناتها سلوك زوجها و خوفها على أبنائها، هذا ما عمق حجم الكارثة النفسية لديها، فهو بمثابة نموذج وقدوة سيئة لأبنائه، حيث أن العلاقة

بين الأب وأبنائه منقطعة، منعدمة الحوار، لغيابه طول النهار عن البيت وعندما يدخل الى بيته يكون الوقت متأخرا والأبناء قد ناموا، ويدخل ثملا "سكران".

إضافة إلى ذلك أن الإعانة المادية لا تتلقاها من عائلتها و التي كانت تسبب لها الإحراج، وقد فهمت من تلميح بعض إخوتها على أن لهم مسؤولياتهم مما جعلها تصاب بالقنوط والإحباط، وبأنها عالة عليهم، مما يعني لديها ان الزواج و إنجاب الأولاد كان سبب هذه الوضعية، فقد ازداد أثر المشاكل الزوجية مدة 10 سنوات وهي على هذه الحالة، مما جعلها تدخل في حالة اكتئاب شديدة، بعدما كانت تتميز بحيوية ونشاط قبل المرض، صدمت في زوجها المدمن و ما يتميز به من خصائص لم تكن لتمكنه من ان يفتح بيتا و ينجب أولادا فهي تعيش حالة من الندم على قرار الزواج الذي اتخذته من قبل و لكن الوقت قد فات و أنجبت أولادا من الصعب في هذا الوقت ان تتخلى عنهم او تباعد عنهم. هذه الوضعية المعاشية أثرت على مردودها، و نشاطها و انفعالاتها، بحيث بدأت تظهر آثار ذلك في علاقاتها الاجتماعية، في صورة الأبناء عند الجيران و لدى زملائهم في المدرسة، و هذا يؤثر كثيرا على حالة أبنائها النفسية و ينعكس ذلك على حالتها النفسية .

3- الفحص العيادي وتحليل المقابلات:

-تشكو ل.ن من حالة عدم النوم .

-القلق الشديد.

-إضافة إلى فقدان الشهية.

-اليأس الشديد من الواقع.

-فقدان الوزن.

-بطيء حس حركي.

-عدم القدرة على القيام بأبسط النشاطات دائمة الاستيقاظ باكرا.

نشاطاتها محدودة، انسحاب اجتماعي ونقص في العلاقات، غياب المشاعر العاطفية، مع ظهور عدوانية تجاه الآخرين خاصة، عند شدة القلق، برودة جنسية، متشائمة من الحياة وفاقدة الأمل في الشفاء، فالحالة تعاني من اكتئاب حاد. تفكر بشكل مستمر في صحتها، تبحث عن العلاج، وقد قامت بزيارة للطبيب المختص غياب مجال الاستثمار والكبت، الحزن، الغضب فهذه الوضعية أثرت على مردودها النفسي الانفعالي وتفكيرها وتركيزها، و وجدت نفسها عاجزة عن مساعدة ابنائها.

4- المسار العلاجي:

4-1- العلاج الطبي:

هذه الوضعية جعلتها تذهب إلى الطبيب وقد بدأت بالعلاج في البداية على يد طبيب عام، حيث كانت تأخذ مهدئات لتنام لكنها لم تتحسن حالها، فهي تفكر في ابنائها، وفي المعاش المزري الذي تعيشه. وبعد مدة من تناول الأدوية الخاصة بالنوم إلا أنها لم تتحسن حالها، وأثر ذلك على معاشها النفسي فوجهت إلى المركز الاستشفائي الخاص بالأمراض العقلية وتم إعطاؤها مهدئات، وقد تم تشخيص حالتها على أنها اكتئاب عصابي، وتم وصف الأدوية التالية :

Athimil cp 30mg, ½ cp le soir

Largactil gts, 10 gts le matin, 20 gts le soir

فهي تصف لنا ظروف الفحص حيث لا تتعدى 10 دقائق ثم تتحصل على وصفة دواء مع تغيير نوعا ما في الكمية المستهلكة ثم عند إتمامها الدواء تعود للمراقبة الطبية بعد حوالي 30 يوما.

و قد تبين لها أن الأدوية لم تحل المشكلة بل كانت لها تأثيرات جانبية كالتعب والإغماء، وباستمرار المشاكل داخل الأسرة كانت هناك انتكاسات أين توقفت عن

الدواء 4 أشهر سبب غلاء الأدوية، واستمرار المشاكل وغياب الدعم والتضامن الأسري.

2-4- العلاج التقليدي:

زيادة على ذلك ذهبت إلى معالج تقليدي من اجل العلاج، ولكن دون جدوى، لأنها تدرك أن حالتها سببها زوجها المدمن و كأننا أمام حالة الزوج مدمن و بطل و متملص من كل مسؤولياته و هي من يضحى بصحته، حيث انها تحاول من خلال زيارة المعالج التقليدي التخفيف من المعاناة التي تنتابها في كل حين.

3-4- العلاج النفسي:

من خلال متابعتها للعلاج الطبي في المستشفى تم توجيهها من طرف الطبيب المختص الى مختص نفسي من اجل التكفل النفسي و لكن لم تجد شيئاً كبيراً و لذلك هي في حاجة الى من يسمعها و يحاول ان يساعدها على ايجاد توازنها و لكنها ضعف التجربة و نقص التكوين اثر على صورة الاخصائي و على العمل العيادي العلاجي.

5- التمثل الثقافي للاكتئاب:

1-5- تمثل أسباب الإصابة:

- امن اهم الاسباب المعاش الأسري، والعلاقة الزوجية المتمثلة في سطوة و عنف الزوج، و عدم العمل وإدمانه مما جعله ليس فقط يتجرد من مسؤولياته بل يتعدى ذلك إلى ضربها وسبها والاحتقار و كل أنواع العنف.

-عدم وجود مساندة أسرية.

-التفكير في الأولاد و في مستقبلهم.

لم تجد حلا فهي تعيش بين سطوة الزوج و عدم قدرتها على ترك ابنائها يتشردون.

هذه الوضعية جعلت الحالة تنظر إلى نفسها على أن لا قيمة لها ولوجودها، وكل هذه الحالة هي نتيجة مشاكل زوجية ناتجة عن انحراف الزوج عن دوره و مسؤوليته و عن القيم الاجتماعية التي تحرم الإدمان و يتضاعف خوفها من انتقال العدوى إلى ابنائها كزوج عدواني، مما أفقدها توازنها، فحالتها هي رد فعل اكتئابي تجاه هذه الوضعية، من جهة يضطرها الأمر إلى البقاء في البيت والمحافظة على الأولاد ومن جهة ترى بأنها تعيش مأساة حقيقية كارثية تجاه نفسها، لم تستطع التضحية بأبنائها من أجل صحتها، فحالتها تعبر عن حالة ابنائها الذين سيشردون، وهي لا تريد أن تراهم كذلك، فهي تقول "نصبر حتى يفرج ربي".

2-5- أشكال التعبير عن المعاناة:

- التعبير عن المعاناة بالانعزالية والتمركز حول الذات، عدم الاهتمام بالنظافة و مظهرها الخارجي، غياب المساعدة والتضامن.
- القطيعة مع العلاج الطبي، ورفض الأدوية لأنها بدون جدوى.
- انتكاسات متكررة.
- الانسحاب من الحياة الاجتماعية وهي تعكس خطورة في تطور المرض إلى حالة سوداوية شديدة.

3-5- المعنى الثقافي للاكتئاب:

الانسحاب من الحياة العادية والاجتماعية يؤكد عن سحب كل قوى الاستثمار النفسي والاجتماعي وهي حالة من محاولة القطيعة مع الواقع، وتنمية مشاعر الوحدة المتمركز حول الذات، تعبر فيها عن رد الفعل تجاه المعاناة النفسية جراء العيش الغير العادي الذي لم ينصفها رغم ما تقدمه من تضحيات من أجل ابنائها، إضافة إلى أن

المجتمع لم يتفهم هذا التوجه، وعليه فما فائدة أن تكون عاديا وأنت تعيش في معاناة حقيقية، فمن الأجدر أن تعبر عن معاناتك بمعاناة حقيقية، والانسحاب من كل المثيرات المسببة للقلق والتوتر والآنزجاج.

فتصور الاكتئاب يقودنا إلى صورة التناقض القائم حول الأدوار الأسرية ووظيفتها بالنسبة للوحدة الأسرية و العلائقية التي يتم إشباعها في إطار المعاني الثقافية التي تحملها هذه المؤسسات الاجتماعية، فهذه الوضعية تشهد نوعا من القطيعة بين

الوضعية العلاجية	رقم السؤال	العلاج الطبي (الطب العقلي)		العلاج التقليدي		العلاج النفسي	
		لا	نعم	لا	نعم	لا	نعم
الحاجة إلى العلاج	1	0	1	0	1	0	1
	33	0	1	0	1	0	1
	35	0	1	0	1	0	1
الاستعداد للعلاج	12	0	1	0	1	0	1
القابلية للعلاج	4	0	1	0	1	0	1
التعاون مع المعالج	24	0	1	0	1	0	1
الاعتقاد في العلاج	17	0	1	0	1	0	1
المجموع	07	0	7	0	7	0	7
النسبة المئوية			100		100		100

الفرد وبين المجتمع الذي يعيش فيه، فالإكتئاب يأخذ بعدا اجتماعيا بالنظر إلى المعاناة الحاصلة جراء تدهور دور الأب، وكذا العنف المستعمل ضد هذه الحالة، والذي أفقدها التوازن الحيوي، الذي تبرره رغبتها في المحافظة على أولادها رغم سيطرة زوجها و عنفه اليومي. فمعاناتها ليست معاناة فردية بل هي معاناة جماعية، إذا ما أخذنا أبنائها الذين سيضيع مستقبلهم وسوف يتشوه مصيرهم، وكأنها تتحمل كل هذه المعاناة للمحافظة على الوحدة الأسرية كمحيط يتربى في حضنه الأبناء.

6- تحليل الاستمارة الخاصة بتمثلات العلاج:

تحليل الجدول (1): تمثل الوضعية العلاجية قبل التجربة العلاجية:

نلاحظ استجابة الحالة لكل العناصر المحددة لتمثلها للعمل العلاجي، على أنه ضرورة ملحة خاصة وأن سبب مرضها هو الظروف الزوجية القاسية و حصار ضرورة المحافظة على أبنائها، فنجد أنه كان لديها استعدادا لمختلف العلاجات سواء الطب العقلي أو العلاج التقليدي أو العلاج النفسي، بحيث نجد أن كل الاستجابات كانت توضح لنا مدى القابلية للعلاج والتعاون مع المعالج، و الاعتقاد في العلاج لأن وجود المرض يوجب العلاج وهذا مؤشر جيد للعمل العلاجي، ويعكس تصورها لكل العلاجات على أنها تعمل وفق نمط محدد يأخذ بعين الاعتبار الجانب الإنساني ومعاونة المريض، وظروفه ومعايناته النفسية ويعكس الجانب العملي أو التصور للعمل للعلاج.و كل هذا لأجل المحافظة على تربية أبنائها حتى لا يصبحوا ضحية اهـما الاب الحاضر الغائب.

يتضح من خلال هذه البيانات أن تصور الوضعية العلاجية قبل التجربة العلاجية أنها مجزأ على ثلاث نماذج علاجية، أين تعكس نوعا من التناقض بين الرغبة والواقعية العلاجية، فالمعاينة ولدت لدى الحالة ضرورة في العلاج أين تنكشف من خلال معطيات الاستعداد والقابلية والتعاون والاعتقاد في العلاج.

تحليل الجدول (2): تمثلات العلاقة العلاجية بعد الدخول في التجربة العلاجية:

العلاج النفسي			العلاج التقليدي			العلاج الطبي (الطب العقلي)			العلاج المتبع
لا	نعم	رقم البند	لا	نعم	رقم البند	لا	نعم	رقم البند	
0	1	14	0	1	6	1	0	15	الوضعية العلاجية
									الحاجة إلى العلاج
1	0	2	0	1	19	0	1	3	الاستعداد للعلاج
1	0	21	0	1	22	1	0	10	
1	0	26	0	1	9	0	1	13	القابلية للعلاج
1	0	30	1	0	32	0	1	20	
1	0	8	0	1	16	0	1	27	التعاون مع المعالج
1	0	11	0	1	23	0	1	29	
1	0	28	0	1	7	0	1	5	الاعتقاد في العلاج
0	1	34	1	0	25	0	1	18	
/	/	/	/	/	/	0	1	31	
7	2	09	2	7	09	2	8	10	المجموع
77.8	22.2	%	22.2	77.8	%	20	80	%	النسبة المئوية

بعد المرور إلى التجربة العلاجية اتضح لدى الحالة أن هذه الضرورة لم تشعر بحجم المعاناة التي يخلقها الصراع والمشاكل اليومية، و قساوة الطب العقلي Psychiatrie. ففي البداية كان هناك تصور للعلاج نابعا من ثقافة الحالة، اي مطالعة الراقي و البحث في امكانيته في العلاج و لانه كذلك يرفض العلاج الطبي وهو يعكس رفض المحيط الاجتماعي لهذا النوع من العلاج. لكن رغم هذا إلا أن الحالة تريد العلاج لأجل أبنائها، فهي تبحث عنه حيث كان و بيّنت استعدادا لذلك، إلا أنها وجدت أن هذه الأدوية لا تساعد إلا في التخفيف من الصراع والمعاناة والقلق ولا تساعد على تحقيق حضورها بين أبنائها كأم لها وظيفة الأب والأم، على اعتبار غياب الأب المُطْلَق عن البيت، وبالتالي ينعكس ذلك على العلاج، و يظهر ذلك في الانتكاسات العلاجية.

نجد قبول العلاج الطبي بنسبة 80 % و هذا القبول مرتبط بخاصية الاستهلاك الدوائي الذي له مفعول التخفيف من المعاناة سواء بالنوم أو التعب النفسي. تتضح النسب المقدمة من طرف الحالة و التي تتساوى فيها بين العلاج التقليدي و العلاج النفسي بـ 77.8 % و تعادلها بين الرفض و القبول بالنسبة للعلاج النفسي بـ 50% .

فبالنسبة للعلاج التقليدي تجد الحالة نفسها مرتبطة به على اعتبار أنه مميّز لأنه يراعي جانب القداسة في العلاج الروحي، وهي تبرز قابلية، واستعدادا وتعاوننا منقطع النظر، لذلك نجدها تحاول قدر الإمكان الاحتكاك بالرقاة والمعالجين التقليديين قصد الشفاء والعودة إلى الحياة العادية. و قد أعطى لها فرصة التخفيف من المرض و لكن عندما تواجه المشاكل اليومية لا تجد بدا من الاستغفار و الإكثار من الدعاء و قراءة القرآن و الصبر.

بالنسبة للعلاج النفسي، فهذا الحقل يتضح عدم تطوره لدى الجميع لثلاث خصائص أساسية، انعدام الوسائل الملموسة للعلاج، و غياب كفاءة المعالج، الصورة الذهنية للمجتمع عن العلاج النفسي. ولذلك نجد المرضى في العديد من الأحيان يطلبون

أخصائي نفسي و عندما يعطيهم توجيهات فهم يرفضون و يقيمون العلاج على أنه لا فائدة منه أو أنه غال الثمن، لكن الملاحظ إن الأخصائي ليس في مستوى العمل العلاجي النفسي المحقق وإنما هم أخصائيون ينتمون إلى حقل العلاج دون كفاءة تذكر وهذا ما لاحظناه في العديد من المرضى. فالحالة التقت مرتين بالأخصائي نفسي و لكنه لم يكن يستطيع ان يفعل شيئاً نظراً لتعدد الظاهرة المرضية، و انحصارها في مشاكل أسرية و لم يكن لديه حلول ملموسة.

تحليل الجدول(3): تحليل تمثل العلاقة العلاجية بالنسبة الى شخصية المعالج:

المعالج	الطبيب العقلي	المعالج التقليدي	المعالج النفسي	المجموع
عدد الاستجابات	14	17	04	35
النسبة المئوية	40 %	48.6%	11.4 %	100 %

نلاحظ أن النسب المحددة في الجدول تبين تصور العلاج انطلاقاً من تصور الحالة لشخصية المعالج حيث قدرت النسبة بـ 48.6% خاصة بالمعالج التقليدي، بينما نجد نسبة 40 % تعكس العلاقة العلاجية و الثقة في شخصية الطبيب العقلي، لأنه يتعامل مع الملموس و يتمثل ذلك في الأدوية، كما نلاحظ أيضاً أن العلاج بمثابة نوع من الاستهلاك للأدوية في غياب علاج نفسي أساسي، فإهمال الجانب النفسي والاجتماعي للحالة و الاعتماد على العلاج بالأدوية يجعل من الحالة غير مقتنعة تماماً بهذا العلاجي المؤقت و المقتصر على الجانب الجسمي. بينما نسبة 11.4 % تعكس عدم اقتناع الحالة بشخصية المعالج النفسي لأنه لا يقدم شيئاً، بالإضافة إلى انه غير محبذ اجتماعياً لأنه رمز للخبل (الجنون). ن.ل لم تقتنع بما يقدمه لها الأخصائي، لأن المشكلة في بيتها وليس فيها هي. فهي عرض لمرض الأسرة ككل كما ترى مدرسة بال والطو Palo alto, (1) الامريكية.

¹ J. Cottraux, Approche et thérapie familiales, dans J.Guyotat, psychothérapies médicales, édit Masson T1 paris 1978, P144.

شبكة تحليل و تقييم عناصر تمثلات المسار العلاجي:

تقييم عناصر المسار العلاجي بعد التجربة العلاجية

العلاج النفسي		العلاج التقليدي		العلاج الطبي (الطب العقلي)		مسار العلاج	الحالة الخامسة
						إجابات المريض	
	(-)	(+)	(-)	(+)	(-)	(+)	تمثل خصائص المسار العلاجي
	-			+		+	
	-			+		+	
	-			+	-		
	-			+		+	
	-		-		-		
	5	0	1	4	2	3	المجموع..
	(-)	(+)	(-)	(+)	(-)	(+)	تمثل تطور العلاج وفعاليته
	-			+			
	-		-		-		
	-			+	-		
	-			+	-		
	-			+		+	

			-		-		6-شعور المريض بالتغيرات الايجابية.	
			+		-		7-تقدير فعالية جهود المعالج المعاشنة من طرف المريض.	
			-		-		8-دلالة و حضور المساعدة الأسرية في العلاج	
			+		-		9-تقدير المساعدة النفسية	
	9	0	3	6	8	1	المجموع	
			+		-		1-الاقتناع بجهود المعالج.	تمثل الاعتقادات في العلاج
			+		-		2-المتابعة المستمرة للمريض بالعلاجات .	
			+		-		3-شعور المريض بقيمة العمل العلاجي.	
			+		-		4-الثقة في المعالج.	
	4	0	0	4	4	0	المجموع	
		+		+		+	1-عدم قدرة المعالج لتطوير الوحدة بين الجسم و النفس	تمثل الاحباطات الناجمة عن عدم فعالية العلاج
		+		+		+	2-تكرار الانتكاسات و تعقد الحالة الاكثنائية	
		+		+		+	3-عدم فعالية العلاجات المستعملة على المدى البعيد	

7- تحليل و تقييم تمثل عناصر تمثلات المسار العلاجي:

7-1- تمثل خصائص المسار العلاجي:

العلاج الطبي: هناك عنصران تجد الحالة نفسها مرتبطة بهما: الفحص الأولي وأهمية اللقاء الأول فاللقاء الأول يعكس اكتشاف المعالج و اكتشاف المرض، لكنه لم يدم أكثر من 15د، إضافة إلى ذلك التطبيقات العلاجية الأخرى من وصفات طبية خاصة بالأدوية، ثم بعد مدة بدأت الحالة تتحسن غياب مفعول الأدوية في العلاج، كما أنها تقر بغياب الإنصات والاستماع إليها، فقط تشير إلى بعض النصائح العامة التي يمكن لأي شخص أن يقدمها لها. الاعتماد على الأدوية حيث أصبحت مستهلكة للأدوية من أجل التخفيف عن معاناتها.

العلاج التقليدي: فهو يحتل كل هذه العناصر دون استثناء ولكن دون فعالية إلا من خلال تخفيف بعض الأعراض، والواضح أنها تعتقد أن المرض أصاب زوجها، وهي في الحقيقة ضحية إدمان زوجها على الخمر والمخدرات، فالمعالج يقوم بإعطاء عقاقير إضافة إلى رقية الماء، وهناك بعض الآثار أين تشعر الحالة بارتياح شديد ولكن بعد حضور عوامل الصراع تنقلب إلى حاجة ضرورية خاصة عندما ترى أبنائها وهم في حالة من العوز والفقر، فالمعالج يتفهم معاناة الحالة، ويواسيها بالصبر على المكاره والدعاء إلى الله، ليتحول نصحه إلى مواساة و مساندة نفسية، إضافة إلى توجيهها إلى التعامل مع الناس والذهاب إلى الطبيب من أجل التخفيف من الأمراض، والاهتمام بنفسها، والعمل على التخفيف من معاناتها، ولكن كل هذا لم يكن في مستوى طموح الحالة.

7-2- تمثل تطور وفعالية العلاج:

تم رصد العديد من العناصر في هذا الباب من أجل فهم الفعالية وتطور العلاج من خلال فعالية الحوار والمقابلة، وآليات التخفيف من الكبت، وأثر ذلك على مشاعر الحالة تجاه فعالية العلاج، وكذلك الشعور وإيجاد الطمأنينة والأمن، مما تؤدي إلى تحقيق الذات، وكذلك تقدير المعالج، وتقدير فعالية الجهود المعاشة بشكل مستمر داخل المصحة أو خارجها أي في

البيت، وكذا ملاحظة التغيرات التي حدثت جراء ذلك، مع غياب الاعتماد على الجانب النفسي والمساعدة النفسية.

العلاج الطبي: تجيب الحالة أن الحوار والمقابلة لم تكن بمستوى المعاناة التي تعاني منها، فهي كلام موضوعه الدواء وكم عدد المرات والقطرات أو الحبات المأخوذة في اليوم، وهذا بدوره انعكس على مشاعر المريضة حول العلاج وفعاليتها، مما أثر على مستوى الطمأنينة والأمن النفسي، وبالتالي إيجاد صعوبة في تحقيق الذات نتيجة كفاءة لا تتجاوب مع حقيقة المرض و المريض، فهي مناسبة للجسم دون النفس، و بالتالي انعكس ذلك على معاشها النفسي و الاجتماعي نتيجة عدم وجود تحسن في العلاج، وهذا في الحقيقة محبط.

العلاج التقليدي: تجد الحالة ان العلاج يتميز بفعالية في الحوار، حول المرض والأسباب وكيفية العلاج والنصائح التي في أغلبها دينية، أين شعرت الحالة بنوع من الارتياح خاصة "الصبر على المكاره".

وقد تحقق لديها نوعا ما الطمأنينة والأمن عندما توكل أمرها إلى الله، ويشعرها بقيمة الذات لديها، مما يبين لها كفاءة المعالج و تقدر جهوده في حياتها اليومية و في البيت ونجدها تعيش على تلك النصائح لفترة، حيث تشعر بنوع من التحسن، لكن سرعان ما تتفاقم المشاكل الأسرية خاصة الزوج، فتعود إلى الانتكاس و إلى المرض، و كأنه المفر من المعاناة التي يلحقها بها الزوج، وتدرك أن العلاج يجب أن يكون داخل الأسرة وليس فرديا.

العلاج النفسي: من خلال اللقاء الأول ثم لم تعد تتبعه باعتبار أنه خال من كل هذه العناصر.

7-3- تمثل الاعتقادات في العلاج:

لقد تم إحصاء العناصر المتمثلة في ديمومة العلاجات التي لم تكن بصفة منتظمة وغير فعالة، وتطور مدة العلاج.

العلاج الطبي: رغم استدامة هذا العلاج إلا أنه يبقى مرتبطا بالجسم و بالأعراض، لذلك فهي مقتنعة تماما بهذا العلاج، إلا أن غلاء الأدوية و أثارها الجانبية جعلتها تأخذ الدواء مكرهة، مما أثر على عنصر الثقة و قيمة المجهودات المقدمة من طرف المعالج، وبالتالي ولد لدى الحالة أحكاما غير محفزة على مداومة العلاج، ومن ثم رفض هذا العلاج، بدليل أنها توقفت عن تناول الأدوية فترة من الزمن.

العلاج التقليدي: نجد الحالة تتابع تلك الفحوص والطرق العلاجية المتمثلة في الرقية و المحافظة على الصلاة والدعاء و، مقتنعة بما يقدمه لها المعالج التقليدي وتضع ثقة كبيرة في الطريقة و في شخصية المعالج، على اعتبار أنه يمارس طقوسا وليس علاجا وكانت قيمة العلاج لديها كافية وولدت لديها أحكاما تعبر عن قيمة العلاج ولكنه موجه لذاته و ليس لغيره .

بينما العلاج النفسي: لم يقتنع بما يقدمه الأخصائي. رغم أنها تعرف قيمة العمل العلاج النفسي.

7-4-7-4 - تمثل الإحباطات في العلاج:

شعرت الحالة بإحباط شديد وتطور لديها المرض نتيجة غياب علاج حقيقي متكامل ومهم، يركز فعلا على ضرورة العلاج، و على تشخيص حقيقي يأخذ بعين الاعتبار المحيط الأسري كما تشعر به الحالة، وليس كما يعرفه المعالج سواء الطبيب أو المعالج التقليدي أو الأخصائي النفسي، وقد بدا الأمر واضحا من خلال عدم فعالية العلاجات المقدمة، والتي تجعل من المريض مستهلكا من الدرجة الأولى بتركيزها على العلاج الجسمي دون النفسي الذي يعتبر نواة المرضى.

إضافة إلى تكرار الانتكاسات من خلال التخلي عن أخذ الدواء لأنه يسبب لها عدم القدرة على القيام بنشاطات خاصة تلبية حاجات أبنائها الذين هم في عوز إلى رعايتها الخاصة، وتعقدت الحالة لديها في الوقت الذي تريد فيه حماية أبنائها تفقد فيه هذا الإحساس من خلال أخذ الأدوية، لعدم وجود من يساعدها.

عدم قدرة كل المعالجين على التركيز الفعال على الحل الحقيقي للمرض. في الوقت الذي يبدو التشخيص واضحا على أن الحالة مصابة باكتئاب إلا أن هذا الاكتئاب لديه علاقة بظروف أسرية اضطهاد الزوج داخل البيت عنف نفسي دائم، من خلال ذلك تطور المرض لديها لتصبح أكثر عزلة وانسحابا من الحياة الاجتماعية ووظائفها العادية تجاه أولادها وتجاه نفسها خاصة النظافة.

خلاصة:

الحالة تعاني اكتئاب عصابي نتيجة ظروف أسرية قاسية، فهي ضحية سطوة الزوج و مستقبل الأولاد تطور إلى حالة معقدة، تصور لها للعلاج ناتج عن تجربة علاجية لم تأخذ بعين الاعتبار المرض الحقيقي من حيث التشخيص والإمكانات المتاحة و الظاهرة (الجسم) في غياب التركيز على الإصابة النفسية، ومن هنا يتضح أن تصور العلاج مرتبط بتصور المرض والإصابة.

الحالة السادسة

البيانات الأولية للحالة :

الاسم واللقب: ب.ب	الجنس: أنثى	السن: 50 سنة
المستوى الدراسي: 3 ابتدائي	الوظيفة: /	
الحالة المدنية: غير متزوج	مقر السكن: مستغانم	

تحليل المقابلات:

1- تقديم الحالة:

ب.ب البالغة من العمر 50 سنة متوسطة القامة مع نحافة الجسم، بشرتها سمراء وعينان بنيتان تظهر عليها ملامح حزينة وكئيبة، لم تتزوج لظروف خاصة، عدد إخوتها 4 أربعة ثلاث ذكور و هي البنت الوحيدة، لم تكمل دراستها بسبب والدها الذي رفض ذلك، بخلفية أنها فتاة وحيدة في البيت. تطلقا والداها وعمرها لم يتجاوز الخامسة، وفي سن التاسعة تحملت ب.ب أعباء البيت بعدما غادرت الأم البيت عدم الانسجام بين الزوجين انتهى بالطلاق الذي حصل فعلا و انتقلت للعيش عند ابنها الأول الذي كان يزاوّل دراسته في وهران، و تركت وراءها ثلاثة أطفال. وبقيت ب.ب تعيش قطيعة، ثنائية الجوانب إسقاطات الأب بالكرهه لأمها منعها من زيارتها، لعب دور الأم في تربية الأخ الصغير الذي تركته الأم و من ثم الإشراف على البيت في سن الطفولة، فقسوة الأب من جهة، وحرمان الأم من جهة أخرى اكسبها فراغا عميقا في شخصيتها، من هنا بدأت ب.ب رحلتها مع البؤس والشقاء.

2- تاريخ الاضطرابات:

كل هذه المعطيات تبين أن ب.ب عانت حياة قاسية جدا بالنظر إلى الدور والجهد الذي كان مطلوب منها في تحمل أعباء البيت في التاسعة من العمر، وبقي ذلك يتراكم لديها لحرمانها من التمتع بطفولتها وأعطت كل ما تملك من حنان وعطف لأخيها الأصغر الذي ربه أكثر من أمه، إلا أن زواجه كان العامل المفجر لحالة من الاكتئاب والحزن أثر على

حياة ب.ت، فدخول عنصر جديد و (هو زواجه) على العلاقة الامومية بين الأخت (الأم بالدور) والأخ الصغير اثر على هذه العلاقة وجعلها تفقد معناها، وذكريات الجميلة، و تعيش مأساتها الحزينة، الأخت ضحت بشبابها على أخيها، و في الأخير عندما يتزوج ينسى كل هذه المراحل التي مر بها و هو لا يدرك ماذا يمثل للأخت الأم و مدى تعلقها به.

ركز فرويد على العلاقة بين الاكتئاب و عمل الحداد حيث يرتبط بالعمل الناتج عن فقدان الموضوع و الطريقة التي يتحول بها إلى فقدان الأنا⁽¹⁾ نظرا للعلاقة الانصهارية مع الموضوع. تقول الحالة: "أنا ربيت وكبرت وامرأة اداتو (أخذته) عليا"، في بداية حياته استحسنت الأمر، إلا أنها بعد مرور الوقت بدأت العلاقة تأخذ منحرجا في التباعد والانفصال، وبدأ الحب الذي تكنه لأخيها يضعف و يتحول الى خطر الانفصال بسبب زوجته التي ساعدت على ذلك، وما أثر في ب.ت هو كلمة منبوذة لدى المجتمع في الثقافة الجزائرية "البائرة"، وهي مرادف لكلمة "العانس" المرأة التي لم تتزوج، "فهذه الكلمة مشتقة في اللغة العربية من البور الأراض التي لا تصلح للفلاحة وللإنتاج" و هي كلمة نابية و منبوذة في الثقافة الجزائرية. و هي كناية على نقص هوية المرأة التي لم تتزوج فهي بالضرورة لا تستطيع أن تنجب أولادا مثل الأراض البور التي لا تنتج شيئا. فهي مهمشة من المجتمع و غير عادية و تتميز بخصائص لم تمكنها من الزواج فهذه الكلمة تغني عن الأوصاف التي لم تمكن ب.ت من الزواج، و ذات اثر نفسي بليغ.

وفي ظل هذا لم تجد المرأة "البائرة" الرجل الذي تتزوجه، و في ظل هذه الوضعية لم تتلقى المساندة من أخيها و لم يعر لها اهتماما بل اكثر من ذلك فقد ساند زوجته، مما جعل الأخت تصاب بصدمة قوية انهارت على إثرها، مما جعلها تتعزل عن الناس، و اتخذت من المعاناة و القنوط و اليأس سبلا لمعاشها النفسي، وفقدت لذة الحياة مما جعلها تفكر في الانتحار لأنها ترى بأن وجودها ليس له معنى، كل هذه السنين ذهبت هباء منثورا "ما عند لمن نعيش". و بعد هذه المأساة وجدت نفسها عند الطبيب تأخذ الأدوية و تعالج من الحصرة

¹ Deuil et mélancolie Deuil et mélancolie : s'attache plus particulièrement au travail occasionné par la perte de d'objet, et à la façon dont celle-ci transformée en perte du moi.

التي قتلت فيها كل شيء. فبدأت بالذهاب إلى زيارة الطبيب العام، حيث أعطاهم مهدئات، لكن دون جدوى فمفعولها كان نسبياً.

وبعد وفاه الأب عادت الأم لتعيش مع ابنتها، ولتعويضها عن الحرمان العاطفي، إلا أن حضورها كان متأخراً، فقد كان اليأس و الاكتئاب قد تمكن منها.

3- الفحص العيادي وتحليل المقابلات:

ضمن مجموعة الأعراض التي تعاني منها ب.ب.ب والتي تميز فعلا الحالة الاكتئابية كمعاش يومي، فهي تعاني من:

-شعور يومي بالبوؤس والملل:

-أرق أثناء النوم.

-تراجع في اهتماماتها بكل النشاطات اليومية.

-نقص الوزن مع فقدان الشهية.

-بطئ حسي حركي يومي.

-الشعور بالتعب وفقدان الجهد للقيام بأي عمل.

-شعور بفقدان قيمة الذات.

-ضعف التفكير أو التركيز.

-عدم القدرة على اتخاذ القرار.

-وجود أفكار انتحارية.

-دائمة الاستيقاظ في 04 صباحاً.

بدأتها هذه الأعراض منذ 07 سنوات، تكره الآخرين، دائمة الانفعال والغضب للآتفه الأسباب، ولكنها واعية بما يحدث لها وهذا ما ضاعف المعاناة لديها. فهي تتساءل كيف لها

ان ضحت بشبابها و بمستقبلها من اجل أخيها ولعبت دور الأم منذ صغرها و في الأخير تحرم من رد الاعتبار فهذا الإحساس ينغص عنها وجودها.

4- التمثل الثقافي للاكتئاب:

4-1- تمثّل أسباب الإصابة:

- الانفصال عن الوالدين.
- تحمل مسؤولية البيت وتربية الأخوة.
- عدم إتمام الدراسة.
- قسوة وسلطة الأب، وغياب الحوار.
- العامل المفجر هو الانفصال الذي حدث بينها وبين أخيها الذي تعتبر أمه من الناحية الرمزية، فأخوها كان كل شيء في حياتها التي ضاعت على تربيته و إخوته، وفقدانه أدخلها حالة من الازدراء والقنوط بعد أن شاهدت أنها ضحت بحياتها وشبابها من اجله وفي الأخير يضيع منها، فهي في حالة من السوداوية التي فقدت موضوعا رمزيا كان جزءا من حياتها العاطفية، واستثماراتها الانفعالية والنفسية والنرجسية، فجأة يذهب عنها دون أي زيارة أو تفكير فيها، هذا فعلا ما نغص عنها حياتها، فقد كان بمثابة جزء لا يتجزأ منها، فكل الأحداث التي تراكمت عليها لم تكن بنفس القسوة التي تعرضت لها من الأخ (الابن).

4-2- أشكال التعبير عن الاكتئاب:

تعبّر لنا بت عن هذا الصراع وذروة الانتكاس، و الإحباط، بارتكازها على "أنا ربييت، كبرت و الامرة داتو عليا" فقدان موضوع الحب "ما عنديش لمن نعيش" أفكار انتحارية، رفض اعادة العلاقة مع الام "الوقت الي كنت محتاجتها فيه ما لقيتهاش".

عدم الزواج "كل شيء بالمكتوب والي كاتبها ربي ندوها" استندها إلى الدين والاعتقاد فيه، بأن ما وصله إلا بإذن الله. وجود انتكاسات: "ما لقيتشي اللي يفهمني ولا يحس بيا". انعدام فضاء للفهم للمساعدة النفسية رغم متابعتها الطبية.

4-3- المعنى الثقافي للاكتئاب:

الحالة تشكو من المحيط الذي لم يوفر لها البيئة الحقيقية للمعاش، فهي تعاني من الناحية النفسية معاناة داخلية نتيجة فقدان موضوع الحب، يعد هذا حياتها ليس لها معنى و كأن وجودها كان مرتبطا بوجود أخيها الذي ربته و أغدقت عليه من الحنان طيلة 25 سنة.

فالأفكار الانتحارية التي تفكر فيها لم تتخلص منها الا بواسطة الوازع الديني فالحالة متحلية بالصبر و رغم انها لا ترى معنى لوجودها فلا يوجد شيء يستحق الحياة كل شيء ذهب لا حاضر و لا مستقبل، لذلك تنتابها أفكار الانتحار وفقدان الأمل من الحياة.

إضافة إلى أن المرض والمعاناة لم يقدر هذه المحيط الثقافي على توفير الجو المناسب من اجل الشعور بالذات والإحساس بالانتماء، فحياتها حياة إقصاء، وتحملت مسؤولية ليس لها أي مبرر، مبررها الوحيد أنها ولدت بنتا.

عدم الدراسة، عدم الزواج، عدم التمتع بطفولتها كغيرها، حياتها لم تكن حياة، بل كانت للآخرين رغبات الأب والأخ، وبالتالي وجدت نفسها في الأخير لا شيء.

5- المسار العلاجي:

5-1- العلاج الطبي:

في البداية قامت ببت بالذهاب الى طبيب عام، ليصف لها مهدئات، الا انها لم تتحسن حالتها، نتيجة التمثلات المزعجة لتاريخها و لذكرياتا الماساوية. بعدها تم توجيهها الى أطباء مختصين في الأعصاب، شخصوا حالتها بالاكتئاب الارتكاسي، و قد أعطوها الأدوية التالية:

Laroxyl CP 2mg ,1 Cp à midi, 2 Cp le soir

Lexomil Cp 06 mg, ¼ CP à midi, ½ CP le soir

رفضت العلاج و توقفت عن تناول الأدوية، لاستمرار المشاكل. مما سبب لها انعكاسات في التدهور العام للحالة.

2-5- العلاج التقليدي:

قامت بزيارات متعددة عند الرقاة نتيجة اعتقادها ان اخاها تعرض لسحر من زوجته، لتأخذه منها، تشعر بالارتياح اثناءها ثم تعود الى حالتها المرضية. قامت بالرقية أكثر من مرة لكن دون جدوى.

3-5- العلاج النفسي:

زيارة أخصائي نفسي أكثر من مرة إلا أنها لم تجد الراحة التي تبحث عنها.

6- تحليل الاستمارة الخاصة بتمثلات العلاج

تحليل الجدول (1): تمثل الوضعية العلاجية قبل التجربة العلاجية:

من خلال الجدول تبين لنا مدى حرص الحالة على إيجاد علاج لحالتها، التي تؤرقها وتنغص عنها حياتها ومعاشها، و لذلك نجد أنها قبل التجربة العلاجية تبين لنا مدى استعدادها لكل العلاجات الممكنة، وكذا القابلية لهذه العلاجات والتعاون المتمثل في الاستجابة لكل التوجيهات والعلاجات مع الأخصائي إضافة إلى الاعتقاد في العلاج، لكن عند ما وصلنا إلى العلاج الطبي فإننا وجدنا لديها تحفظا على هذا العلاج ناتجا عن صورة المجتمع عنه و الأحكام الاجتماعية وتجارب الآخرين معه جعلها تقبل إذا كان يحقق فعلا العلاج، يرفضون العلاج الطبي لأنه يعتمد على الأدوية التي تزيد من حدة الصراع، وهنا سؤال؟ كيف يتحول العلاج إلى مصدر قلق؟.

قبل التجربة العلاجية نجد أن الصورة التي تحملها عن العلاج هي صورة براغماتية خالية من كل اعتبار إلا اعتبار العلاج. فقط العلاج الطبي نظرا لمجموعة من الخصائص التي تميزه وهي اعتماده على الأدوية التي حسبها.

الوضعية العلاجية	رقم السؤال	العلاج الطبي (الطب العقلي)		العلاج التقليدي		العلاج النفسي	
		لا	نعم	لا	نعم	لا	نعم
الحاجة الى العلاج	1	0	1	0	1	0	1
	33	0	1	0	1	0	1
	35	0	1	0	1	0	1
الاستعداد للعلاج	12	0	1	0	1	0	1
القابلية للعلاج	4	0	1	0	1	0	1
التعاون مع المعالج	24	0	1	0	1	0	1
الاعتقاد في العلاج	17	0	1	0	1	0	1
المجموع	07	0	7	0	7	0	7
النسبة المئوية			100		100		100

تحليل الجدول (2): تمثلات العلاقة العلاجية بعد الدخول في التجربة العلاجية:

العلاج النفسي			العلاج التقليدي			العلاج الطبي (الطب العقلي)			العلاج المتبع
لا	نعم	رقم السؤال	لا	نعم	رقم السؤال	لا	نعم	رقم السؤال	الوضعية العلاجية
0	1	14	1	0	6	1	0	15	الحاجة الى العلاج
1	0	2	0	1	19	0	1	3	الاستعداد للعلاج
1	0	21	1	0	22	0	1	10	
1	0	26	0	1	9	0	1	13	القابلية للعلاج
1	0	30	1	0	32	0	1	20	
1	0	8	0	1	16	0	1	27	التعاون مع المعالج
1	0	11	0	1	23	1	0	29	
1	0	28	1	0	7	0	1	5	الاعتقاد في العلاج
0	1	34	1	0	25	0	1	18	
/	/	/	/	/	/	0	1	31	
7	2	09	5	4	09	2	8	10	المجموع
77.8	22.2	%	55.6	44.4	%	20	80	%	النسبة المئوية

يبين الجدول بالنسبة للعلاج الطبي تقدر الاستجابة بـ "نعم" 80 % من حيث الاستعداد و القابلية و نوعا ما التعاون مع المعالج مع وجود اعتقاد في العلاج الطبي من خلال التجربة العلاجية التي تميزت خاصة باستهلاك الأدوية دون علاج حقيقي و نلاحظ حرص الحالة على العلاج التقليدي لأنه يعتمد على قراءة القرآن و هو تَطْمِئِن له الأنفس بنسبة 55.6% إجابة بـ "نعم"، بينما نجد نسبة 77.8 % استجابة بـ "لا" حول عمل الأخصائي النفسي و هذا جانب مهم و مفقود في العملية العلاجية لحالات الاكتئاب.

بالنسبة للطب العقلي فإن نسبة الاستجابات كانت 50% بنعم و 50% بـ"لا" وهي تعكس بعض المواقف التي يمكن أن تساعد على العلاج حيث لا يكون مستديماً فهو يتعامل مع الأعراض فحسب، إضافة إلى ظروف العلاج، وأحكام الآخرين على الحالة من خلال متابعتها للعلاج فكل هذا يؤثر على سيرورة العلاج الطبي.

بينما نجد العلاج التقليدي ذو الانتشار الواسع والمحبذ من طرف المجموعة الآتية فقد بلغت نسبة الاستجابات بنعم ب 100% وهذا يدل على الأهمية التي يلعبها هذا العلاج في حياة الناس وكيف يؤثر تصوراتهم وأفكارهم المبنية على المقدس الديني خاصة.

بينما العلاج النفسي لا يمثل بحجم كبير إلا نسبة قابلية لأن الحالة لم تقتنع بما يقوم به المختص النفسي، في الوقت الذي ترغب فيه إلى أخصائي يسمعها ويهدئ من روعها لكن من الناحية العملية الأخصائي لم يفعل شيئاً، وبالتالي أصبح محبط أكثر من أنه معالج.

تحليل الجدول (3) تحليل تمثل العلاقة العلاجية بالنسبة الى شخصية المعالج:

المعالج	الطبيب العقلي	المعالج التقليدي	المعالج النفسي	المجموع
عدد الاستجابات	18	14	07	39
النسبة المئوية	46.15	35.89	17.94	100

بالنسبة للاستمارة الثالثة المتمثلة في تمثل العلاج من خلال العلاقة مع المعالج، فنجد أن التوجه الى المعالج الطبي يمثل في نسبة 46.15% و هذا يعكس خصائص شخصية المعالج الطبي (الطبيب العقلي) من حيث هو طبيب يملك شيئاً ملموساً للحالة يخفف عنها آلامها و معاناتها وما يتصف به من سلطة معنوية على عقول المرضى و يعكس فعلاً الحالة المرضية التي تشكو مشاكل أسرية و تحتاج إلى مهدئات تخفف عنها الصراعات و عدم

القدرة على التحمل. بينما نجد نسبة المعالج التقليدي تقدر بـ 35.89 % خاصة طريقة علاجه المتمثلة في تلاوته للقرآن والمعاملة الحسنة والتي لا تخرج عن الإطار الديني، مدة العلاج قد تدوم ساعة أو أكثر، ولا يعتمد على أدوية مهدئة، فما هنالك غير الماء وزيت الزيتون والعسل وبعض الأعشاب.

الحالة لم تهتم بما قدمه لها الأخصائي النفسي لأنه لا يفيدها في شيء نسبة 17.94 %.

شبكة تحليل و تقييم عناصر تمثلات المسار العلاجي:

عناصر تمثيلات المسار العلاجي بعد التجربة العلاجية

الحالة السادسة		مسار العلاج		العلاج الطبي (الطب العقلي)		العلاج التقليدي		العلاج النفسي	
						(-)	(+)	(-)	(+)
		إجابات المريض		(-)	(+)	(-)	(+)	(-)	(+)
تمثل خصائص المسار العلاجي		1- عملية الفحص و فعالية اللقاء الأول.		(-)	(+)	(-)	(+)	(-)	(+)
		2- التطبيقات العلاجية، الخطوات العلاجية و زمن الفحص.		(-)	(+)	(-)	(+)	(-)	(+)
		3- الإنصات الفعال من طرف المعالج.		(-)	(+)	(-)	(+)	(-)	(+)
		4- وصف و استهلاك الأدوية و (العقاقير).		(-)	(+)	(-)	(+)	(-)	(+)
		5- المفعولات الايجابية المستديمة للعلاجات المستهلكة من طرف المريض.		(-)	(+)	(-)	(+)	(-)	(+)
		المجموع ..		3	2	4	1	0	5
تمثل تطور العلاج و فعاليته		1- فعالية الحوار مع المعالج و ميكانزم التنفيس.		(-)	(+)	(-)	(+)	(-)	(+)
		2- إحساس المريض بفعالية الأدوية و العلاجات.		(-)	(+)	(-)	(+)	(-)	(+)
		3- تنمية الشعور بالأمن – الطمأنينة.		(-)	(+)	(-)	(+)	(-)	(+)
		4- تقدير و تحقيق الذات.		(-)	(+)	(-)	(+)	(-)	(+)
		5- شعور المريض بكفاءة المعالج.		(-)	(+)	(-)	(+)	(-)	(+)

				+	-		6- شعور المريض بالتغيرات الايجابية.	
			-		-		7- تقدير فعالية جهود المعالج المعاشة من طرف المريض.	
			-		-		8- دلالة و حضور المساعدة الأسرية في العلاج	
			-	+	-		9- تقدير المساعدة النفسية	
	9	0	3	6	8	1	المجموع	
				+	-		1- الاقتناع بجهود المعالج.	تمثل الاعتقادات في العلاج
				+	-		2- المتابعة المستمرة للمريض بالعلاجات .	
				+	-		3- شعور المريض بقيمة العمل العلاجي.	
				+	-		4- الثقة في المعالج.	
	4	0	0	4	4	0	المجموع	
		+		+		+	4-عدم قدرة المعالج لتطوير الوحدة بين الجسم و النفس	تمثل الاحباطات الناجمة عن عدم فعالية العلاج
		+		+		+	5-تكرار الانتكاسات و تعقد الحالة الاكتنابية	
		+		+		+	6-عدم فعالية العلاجات المستعملة على المدى البعيد	

7- تحليل عناصر تمثلات المسار العلاجي:

7-1- تمثل خصائص المسار العلاجي:

و فيه تم التركيز على مجموعة من المعطيات والتي تتمثل في الفحص واللقاء الأولي ومدى أهميتهما، حيث نلاحظ أنه بالنسبة للعلاج الطبي، خاصة اللقاء الأول الذي له أهمية كبيرة، حيث تقول الحالة انه جاف وغير فعال حيث يختصر في معرفة بعض الأعراض، ثم يتم الاستجابة لها بوصفة دواء، و تنتهي العملية، في حين بالنسبة للمعالج التقليدي هناك يتم اللقاء في معرفة الأعراض والترحيب بالمريض، و يكون الحوار حول أسباب المرض، وتدوم المقابلة إلى أكثر من نصف ساعة.

بينما العلاج النفسي فقد تم توجيه الحالة الى الأخصائي النفسي ولكن هذا الأخير في اللقاء الأول لم تقتنع به لا من الناحية الدوائية لأنه لم يعطيها علاجا ملموسا، ولا من الناحية التعاملية والحوارية، فقد عجز عن إحداث علاقة ثقة مع الحالة وعليه تم تجاوزه.

بالنسبة للتطبيقات العلاجية فإننا نجد أن الطب العقلي فعلا يتعامل بهذا النمطية في العلاج، واستهلاك الأدوية، ولكن مفعول هذه الأدوية يكون ظرفي، فهو لا يعالج المريض و إنما يعالج الأعراض. غياب الإنصات وحضور حوار فعال مع الحالة، إضافة إلى بعض الإرشادات العامة المتمثلة في عدم العزلة عن الآخرين، والاندماج وأخذ الأدوية بصفة مستمرة، لكن هذا لم يساعد الحالة على العلاج.

بالنسبة للعلاج التقليدي: نجد أن هناك علاجات مختلفة منها الماء المرقى (يقرأ القرآن الكريم)، إضافة إلى بعض العقاقير النباتية، فالمريضة تأخذ هذه الوصفات من خلال بائع الأعشاب، تساعدنا في بعض الأحيان على الارتياح ولكن ليس بشكل مستمر، ما يميز هذا العلاج هو أن المعالج يستمع ويتحاور مع المريض ولا يهمله الوقت، و عليه يجد المريض نفسه أمام شخص له سلطة معينة تسمعه و تواسيه، و عليه تتشكل بينهما علاقة كبيرة من الثقة. فهي تتلقى من خلال المقابلة مساندة نفسية تشعرها

بالطمأنينة لأنها تعتقد ان هذا النموذج العلاجي موجود في الدين وثبت عن الرسول – صلى الله عليه وسلم- وهو يتصورها بأنها صادرة عن النبي – صلى الله عليه وسلم- . هناك بعض المعالجين من ينصحونها بالتوجه إلى أطباء أعصاب هذا إذا لم يتم العثور على سحر أو مس.

بالنسبة للعلاج النفسي: فهذه هي الخصائص الأساسية لهذا النموذج العلاجي فهو لا يعتمد على الأدوية والعلاجات فقط على المقابلة وتحليل الصراع ومحاولة إيجاد حلول انطلاقاً من فك رموز الصراع اللاشعوري للحالة.

وعليه يتضح لنا أن كل هذه العلاجات تعمل على:

-استهلاك الأدوية.

-الاهتمام بعلاج الجسم على حساب النفس.

-إهمال الجانب النفسي.

-علاج الأعراض دون التعمق في معرفة مصدر المرض.

-التركيز على المريض دون الوسط الذي يعيش فيه.

- إضافة إلى التحكم في العلاقة العلاجية.

2-7- تمثل تطور وفعالية العلاج:

العلاج الطبي: فقر في الحوار وعملية الفحص، وعدم إتاحة الفرصة للمريضة من اجل التفرغ، مشاعر المريضة توضح عدم فعالية العلاج، وعدم الشعور بالطمأنينة والأمن، والتعامل مع توظيف الأدوية من خلال المعالج، تشعر الحالة بنوع من الاغتراب وعدم تحقيق الذات، أيضاً من خلال ذلك تشعر بأن الطبيب ليس كفاء ولا ينسجم مع ما تشكو منه الحالة، وينعكس ذلك حتى على معاشها اليومي، وكأنها تذهب فارغة عند مغادرتها عيادة الطبيب، لأنه لا يبذل جهداً معتبراً لفهم مرضها، وبذلك فهي لا تشعر بأي تحسن، بالعكس أصبح أثر الدواء يضرها أكثر مما ينفعها.

الحالة لم تشهد أي تطور يعتبر إيجابيا لصحتها النفسية، لذلك نجد أنها رفضت العلاج الطبي، مما يقلل حظوظ الحالة في المساعدة النفسية المرتقبة من الطبيب العقلي.

العلاج التقليدي: نجد أن فيه فعالية من حيث الحوار مع المعالج وكيفية تفريغ عناصر الصراع، من خلال الكلام عن المشاكل النفسية، إضافة إلى ذلك نجد أن الحالة تشعر بفعالية العلاج، وخاصة الشعور بالطمأنينة والإحساس بالأمن من خلال تلقي قراءة القرآن الكريم، وهنا تشعر الحالة بوجودها وبأن هناك من يهتم بها، أيضا تظهر عليها ملامح الاقتناع بالمعالج من خلال التحكم في الإجراءات العلاجية المقدمة للمريضة.

الحالة تشعر بأن هناك جهود مبذولة وفعالة، بحيث تجد نوع من القابلية المشتركة بين المعالج والوسط الذي تعيش فيه وعليه يتكون لديها نوع من القابلية للخضوع إلى العلاج.

هل هناك تغيرات موجبة يشعر بها خاصة حول الراحة النفسية أو التأكد من خلو الحالة من اي مس أو سحر أو عين.

العلاج النفسي: ففي هذه الحالة العلاج النفسي، لم يكن مهما بالقدر الذي لم يستطع التعامل مع الحالة، بما يضمن لها العديد من الرغبات، وخاصة طريقة الاستماع وردود الأفعال، التي تتفق مع ميولات الحالة حول معاناتها، كل هذا كان غير فعال بالنسبة للحالة لذلك فهي زارته مرة واحدة دون أن تعاود الكرة "ما قنعنيش، ما نزيدش انروح عنده".

لم تشعر الحالة بفعالية العلاج، ولم يحقق لها الطمأنينة ولا الأمن، وبذلك انعدمت الثقة في التعامل معه.

3-7- تمثّل المعتقدات في العلاج:

العلاج الطبي: يوجد فيه استمرارية حيث تتمثل في المراقبة المستمرة، عن طريق مواعيد يحددها الطبيب الفاحص، وتتضمن المراقبة المستمرة، و مراقبة فعالية الدواء وتحسن صحة المريض ولكن لا تتعدى ذلك، بمعنى تبقى مجرد أهداف دون بلوغها، وهذه الخاصية تميز بدورها العلاج التقليدي.

إلا أن المريضة لا تقتنع بكل ما يقدم لها من علاج ومن جهود الأخصائي لأن استراتيجية العلاج لديه تقوم على الاستثمار في الدواء، و لذلك فهي لم تتمكن من إيجاد ثقة مع الفاحص بالنظر إلى الرغبة الملحة للعلاج، وبالتالي فقيمة العمل العلاجي ليس بالحد الذي يضمن للمريض راحة وتوازن نفسي، لاقتصاره على جوانب محددة من الجسم فحسب.

العلاج التقليدي: هناك استمرارية، وقناعة بمجهودات المعالج، وهناك ثقة إلا أن قيمة العمل العلاجي باقية نسبية وغير كافية وهي لا تستطيع أن تشعر بأنها في حالة جيدة.

العلاج النفسي: فهذه الحالة ليست لديها رغبة تماما في التعامل مع الأخصائي لأنه لم يقتنع بكل ما فعله معه.

4-7- تمثّل الإحباطات العلاجية:

الحالة تشكو حالة متطورة من عدم قدرة كل المعالجين على تحسين صحة المريضة، فهم يأخذون بعين الاعتبار الأعراض الجسمية و الظاهرة و يهملون البحث في الأسباب الداخلية فهم قد استندوا الى الأعراض الجسمية، من اجل فهم و مساعدة الحالة على إعادة التوازن النفسي، و بنوا افتراضاتهم على تصور انه بمجرد أقول هذه الأعراض فان المرض سيزول و لكن المرض اعقد و أعمق من ذلك، فمحاولة الانتحار هي محاولة الفصل بين ما هو نفسي و ما هو جسدي لعدم قدرة الحالة على تحمل المعاناة النفسية التي تحاصرها في كل لحظة و في كل حين. طبعاً هذا يظهر في

الانتكاسات المسجلة لدى الحالة المرضية و رفض العلاج و تعقد الوضعية الاكتئابية و عدم فعالية الوضعية العلاجية، الحالة تشكو من سلبية العلاجات المتبعة و هذا يعود إلى عدة أسباب منها متعلقة بالعلاج في حد ذاته و منها بالوضعية المنزلية و بشخصية الحالة المرضية.

خلاصة:

يتضح أن الحالة تعاني حالة اكتئاب مستديمة إلا أن جهودها في العلاج لم تستطع أن تحد من تطورها، إضافة إلى الوسط الذي تعيش فيه و الذي يعتبر وسط مولد للمرض و يزيد من حدّة الصراعات لديها، و ينقص من فعالية العمل العلاجي، لذا لم يتم تحقيق الجو الأساسي المناسب خاصة من طرف الأسرة، حتى تتمكن من العلاج. فخصائص العملية العلاجية تضم العناصر التالية:

وقد بين لنا تصور العلاج في الأول قبل العمل العلاجي بأنه مطلباً ضرورياً، ولما دخل في العمل العلاجي تغيرت هذه الصورة، و كلها عناصر تبين لنا المرحلة الأولية للعمل العلاجي، بالنظر إلى انعدام فعالية العلاج الذي تعيشه الحالة، نتيجة عوامل تمثل في:

-الاستهلاك اليومي للأدوية والعلاجات.

-إهمال الجانب النفسي.

-انعدام جدوى العلاج في ذهنية المريض.

الحالة السابعة:

البيانات الأولية للحالة:

الاسم واللقب: ب. خ	الجنس: -أ-	السن: 27 سنة
المستوى الدراسي: منعدم	الحالة المدنية: غ متزوجة	
الوظيفة: منعدمة	مقر السكن: مستغانم	
تحليل المقابلات:		

1- تقديم الحالة:

هي فتاة تبلغ من العمر 27 سنة سمراء اللون ذات قامة قصيرة تبدو عليها ملامح الانكسار واليأس، يبدو عليها أنها تحمل هموم الدنيا، من خلال حركاتها، سمات وجهها، تبكي بكاء شديداً، تنتابها فترات من الجمود والحيرة، ملابسها نوعاً ما نظيفة، وجدناها في المستشفى نتيجة محاولة انتحار قامت بها، أين حصل لها كسر في رجلها اليمنى.

عاشت ب. خ يتيمة الأم، مع زوجة الأب وثلاث إخوة إناث في قرية صغيرة أين يخضع كل شيء للمراقبة الاجتماعية، حيث لا يسمح لها بالقراءة ولا بالعمل. إضافة إلى جدتها أم أبيها التي كانت مصدر حنانها، فبعد وفاة هذه الأخيرة بدأ الوضع يتأزم لدى ب. خ، تقول: أنها وقعت في حب شاب ابن جيرانها، وكانت تواعده خفية في كل مرة عندما تذهب لجلب الماء من عين على بعد أمتار معتبرة من البيت، وتكونت بينهما علاقة حب شديدة، فجأة هيكت ضدها مؤامرة فرقت بينها وبين هذا الشاب، وقتلت الحلم الذي كانت تحلم به، وقد اتهمت بأنها تقوم بأفعال غير مقبولة "حرام" أي غير شرعية، وهي تلطخ شرف العائلة، تعرضت لأبشع أنواع الاضطهاد من ضرب وسجن في البيت "حبسني في الدار" ثم تم جلاؤها عند عمها في قرية بعيدة خوفاً من العار والفضيحة، وهي عبارة عن كتمان لتلك العلاقة (علاقة بريئة) بين الحالة و ابن الجيران، حتى لا تؤدي إلى تلطيخ رمزي لسمعة العائلة، وفعلاً تم ذلك، من خلال قهر هذه الأخيرة.

بالإضافة إلى العذاب الذي لاقته الحالة من الأب، قام عمها بضربها بشدة، وأراد أن يذبحها ففرت بجسدها، بعدها سلط عليها أنواع من التعذيب البدني والنفسي. ونتيجة هذا الترويع لم تتحمل الحالة هذه المعاناة التي لم تقترف شيئا يستلزم كل هذا العقاب "إلا لأنها أحببت شابا وأرادت الزواج منه" فرمت بنفسها من أعلى الدار محاولة قتل نفسها لكنها أصيبت بكسر في رجلها اليمنى، أين تم إدخالها مستشفى الأمراض العقلية، وهي في حالة من اليأس والقنوط والبكاء الشديد، وتم وضعت تحت الرقابة الطبية مدة أسبوعين.

2- تاريخ الاضطرابات:

يعود هذه الحالة إلى بعض الأشهر الماضية بدأت ب.خ تعيش حالة من العزلة نتيجة البؤس والمعاناة في البيت، لا عطف ولا قيمة ولا مكانة اجتماعية (الزواج) إضافة إلى سطوة الأب، والسيطرة، و انعدام الحوار، يعاملها مع إخوتها مثل الحيوانات يوفر لهن الأكل والشرب أي الحاجات البيولوجية، في حين هي كانت في حاجة إلى حنان وعطف وإلى كلام يفتح لها أفق الطمأنينة والحنان والإحساس بالوجود فهي تعتقد أنها "كانت ميتة"، ونتيجة لذلك وجدت مع ذلك الشاب مفر من البؤس الذي تعاني منه داخل البيت، ويبنى معها مشروع حياة بالزواج ويخرجها من حصار الدار وسطوة الأب، لكن كل ذلك تهدم في لحظة و استيقظت على كابوس مرعب أين تكتشف أنها اقترفت ذنبا كبيرا ستدفع ثمنه غاليا، إضافة إلى القسوة التي سلطت عليها نتيجة هذا الفعل فقد أحدث هذا في نفسها موتا نفسيا ولم تجد بدا لبقائها حية تعاني مأساة حقيقية تموت في كل لحظة تتذكر فيها الأحداث المؤلمة.

ولما وجدت الحالة نفسها في وضعية رفض من طرف المجتمع ونظرا للاضطهاد الممارس عليها لجأت إلى الانتحار للتعبير عن معاناتها ورفضها لهذه المعاملة اللاإنسانية، و إلى محاولة الانسحاب من الواقع المرير، فقد فقدت معنى الحياة، وفقدانها هذا المشروع أفقدها معنى الحياة معنى الذات معنى الآخرين، معنى المعيار الذي يسير هذه العلاقات ويتحكم فيها ويحكم عليها ويقومها، كان ذلك قبل ثلاثة أشهر،

ولكنها بعد محاولة الانتحار هذه، فقد تم إيداعها مستشفى للأمراض العقلية من أجل العلاج، وقد لا حطنا أن العلاج كان منتظماً وكانت متابعة من طرف طبييها الخاص، لكن بعد مرور حول أسبوعين لم تتحسن خاصة عندما تقابلها وتتحدث معها تتفجر بالبكاء كما أنها تهذي بكلمات عن "حبيبها الذي تركها ولم يأتي لإنقاذها وهي تنتظره بفارغ الصبر"، تقول: "ما عندي لمن نعيش" "مارانيش قادة نقعد في الدار كرهت، كرهت، كون نعاود نرجع ليها نقتل روعي"، هذا دليل على المحنة والمأساة التي تعاني منها وقد بينت أنها لا زالت تحت الصدمة الاكتئابية الحادة، فهي تتحدث بنوع من البرودة في الملامح، مع نظرة ثابتة تجد فيها غرابة الموقف وعدم الرضا وهي مليئة بالغضب.

3- الفحص العيادي وتحليل المعطيات:

تعيش بـخ حالة من اليأس والقنوط البادي في خطابها وحتى حركاتها و ساكناتها، حيث تظهر عليها ملامح التعب والإرهاق نتيجة عدم النوم إضافة إلى بعض الهذات التي تبين لنا حدة الصدمة التي تعرضت لها الحالة، وقد سجلنا الأعراض التالية:

-شعور باليأس والقنوط طول النهار وكل يوم.

-أرق شديد كل يوم.

-بكاء كلما تذكرت الحوادث السابقة.

-فقدان الشهية وفقدان الوزن.

-بطء حسي حركي ملاحظ.

-شعور بتعب شديد.

-شعور بتحقير الذات.

-فقدان القدرة على اتخاذ القرارات.

-محاولة انتحار.

في هذه الأعراض تعطي لنا الحالة لوحة عيادية اكتئابية شديدة، حيث تعاني معاناة نفسية شديدة على المستوى النفسي، و مشاعر الحزن والأسى، عجز في التصرف و في إبداء الرأي، غياب المحتوى العاطفي في العلاقات الأسرية، انفعالات شديدة تظهر من خلال البكاء في كل لحظة، كف عقلي، انعدام في التركيز نتيجة ضيق في الشعور.

4- التمثل الثقافي للاكتئاب:

4-1- تمثل أسباب الإصابة:

تتمثل في فقدان الحبيب، إضافة إلى قسوة المعاملة التي تعرضت لها من طرف الأسرة رغم أنها لم ترتكب أي خطأ أو جرم، غير أنها أحببت إنسانا، فقد تعاملت بطبيعتها، ولم تأتي بشيء جديد عن طبيعتها كإنسان يحب ويكره له انفعالاته ومشاعره، فهي ضحية الأفكار التي ترفض هذه العواطف.

-سلطة الأب، وسلطة الجهل في التعامل وتقدير الآخرين.

-انعدام الحوار داخل الأسرة.

4-2- مختلف التعبيرات عن الاكتئاب:

عبرت عنه بالبكاء، والبؤس والقنوط، والفرار بأي طريقة حتى بالموت، لأنها لا تشعر بداخلها أن هناك أمرا طبيعيا و إنسانيا، فهي تشعر انها ميتة و ليست حية، فالانتحار بالنسبة لها يشفي غليلها ويحررها من المعاناة النفسية، وعدم اكتراث الوسط الأسري بها كإنسان له مشاعر، وهذا تعبير عن تصور لها لوجودها كأنه مأساة؛ حقيقية و قنوط من العيش.

3-4- نكران الذات:

هي فعلا ترفض ذاتها، وهذا نتيجة مجموعة من الترتيبات الانفعالية والعاطفية وتصورات المكانة الاجتماعية والأسرية ومعنى وجودها كبنت في وسط لا يفهم حرية المرأة ولا يوظفه وفق متطلباتها و يحترم لديها الإنسان الكامن فيها، وهو فهم خاطئ لوجود المرأة و رمزيتها في المجتمع ومكانتها، و هذا ناتج عن جهل مركب يعتمد في أحكامه على العاطفة أكثر مما يعتمد على وجود الآخر الذي له ميولاته، ومشاعره وأحاسيسه، فهو يعترف بها كجسد فقط وليس ككائن له معنى في الحياة والحب والحرية والتعبير، فالمرأة شعرت بأنها عبارة شيء بدون روح، وبالتالي تم تجاهل الاحاسيس الكامنة بداخلها. فهي تريد أن تتخلص من ذاتها على اعتبار أنها تريد التخلص من جسدها حتى تتخلص من المعاناة، إذا فالتعبير عن المعاش الاكتنابي يظهر من خلال التفكك بين ما جسمي وما هو نفسي.

3-4- المعنى الثقافي للاكتناب:

فالملاحظ أن هذه الحالة لم تكن الثقافة مناسبة لها كمرجعي و كمعيار مؤسس فمن المفروض أن تعمل الثقافة على الاستجابة لحاجيات الأفراد وليس تكبتهم أو تكبل حريتهم، فقد بقيت وظيفتها فقط كام بيولوجية توفر الإشباع على المستوى البيولوجي فقط، دون الاهتمام بالجانب النفسي، فحرمانها من موضوع الحب الذي كان بالنسبة لها حلم حياتها و مستقبلها جردها من ذاتها، وبالتالي لم تجد معنى لهذه الحياة، فقد كانت خالية من الحرية التي هي مبدأ الحياة السوية، و لذلك حاولت قتل نفسها عند حرمانها من هذا التعبير، يرى هانري أي Henri Ey " إن الأمراض العقلية هي قبل كل شيء نتيجة انخفاض في درجة حرية الفرد"⁽¹⁾

غياب الحماية بوفاة الجدة التي كانت تمثل لها الحماية و الطمأنينة لأنها تعطف عليها، وكانت تحاورها، بعد وفاتها انقطعت قنوات الاتصال وبقيت الحالة تعيش وحيدة في البيت، وأصبح البيت مأساة حقيقية بالنسبة اليها، فهو وسط مولد للمرض والقلق "أنا

¹ Jean-David Devaux, les espaces de la folie, l'harmattan, France 1996 p 15.

كرهت الدار ما نقدرش نقعد فيها" وتتهمر في البكاء الشديد. محاولة الانتحار هي تعبير عن هذا المعاش المحزن.

5- المسار العلاجي:

5-1- العلاج الطبي: بعد دخول الحالة إلى المستشفى تم إجراء الفحوصات الطبية و القيام بالتكفل برجلها المنكسر. ثم إخضاعها للأدوية من اجل استقرار الحالة (القلق) لديها ليتمكن من العلاج، من خلال المقابلات التي أجريناها معها أثناء فترة الاستشفاء كان البكاء لا يفارقها خاصة عندما تتذكر ما حدث لها. فهي تأخذ الأدوية ذات المضادة للاكتئاب تتمثل في Athimil و Largactil و Temesta .

لكنها الآن تتابع العلاج من خلال مواعيد محددة من طرف الطبيب العقلي، و لكن حالها على ما هو عليه، لان العلاج الموجود لا يهتم بمكونات معاناة الحالة بل بما يتناسب و الأعراض التي تظهر على الحالة، و هذا يجعل من الحالة ترفض الدواء لأنه يُشعِرُهَا بالتعب الشديد و كأنه مخدر و فقط.

5-2- العلاج النفسي: ب.خ لم تباشر العلاج النفسي إلا من خلال الطبيب العقلي، و لكنها كانت تخضع لجلسات عيادية من احد الأخصائيين النفسانيين الموجودين في المستشفى و وكانت تشعر بالراحة حين تتحدث إليه فهي تريد ان تتحدث عن مشاكلها. لكن الطبيب العقلي كان يساعدها على كبت الصراعات من خلال التركيز عن الأدوية. لذلك كانت تجد متنفسا هاما مع الأخصائي النفسي و لكنه لم يكن كافيا.

5-3- العلاج التقليدي: قبل الدخول الى المستشفى قامت الأسرة بأخذ الحالة الى ولي صالح من اجل العلاج، على الاعتقاد ان بها "جن" يسكنها، و تم أخذها عند الرقاة من اجل العلاج (من اجل تبرير سلوكياتهم التي قاموا بها ضد الحالة من قهر و عقاب، (تغطية الأسباب الموضوعية بالسباب غيبية). فهي تشعر بتحسن عند سماعها للقرآن الكريم و لكن عند ذهابها الى البيت تعود الى حالتها، و قد تم جلب الراقي في العديد من المناسبات الى البيت، و لكن بدون جدوى.

6- تحليل الاستمارة الخاصة بتمثلات العلاج:

الوضعية العلاجية	رقم السؤال	العلاج الطبي (الطب العقلي)		العلاج التقليدي		العلاج النفسي	
		لا	نعم	لا	نعم	لا	نعم
الحاجة إلى العلاج	1	0	1	0	1	0	1
	33	0	1	0	1	0	1
	35	0	1	0	1	0	1
الاستعداد للعلاج	12	0	1	0	1	0	1
القابلية للعلاج	4	0	1	0	1	0	1
التعاون مع المعالج	24	0	1	0	1	0	1
الاعتقاد في العلاج	17	0	1	0	1	0	1
المجموع	07	0	7	0	7	0	7
النسبة المئوية			100		100		100

تحليل الجدول (1): تمثل الوضعية العلاجية قبل التجربة العلاجية:

في هذه الحالة بعد مدة 15 يوما من الاستشفاء، أخذت حالتها تستقر وتحسن، وعندها تم إجراء مقابلة لفحص تصوراتها عن العمل العلاجي وكيف تراه.

فهي لا تعرف إلا الطبيب والمعالج التقليدي (الطبيب، الطالب (الراقي) ⁽¹⁾)، أما الأخصائي النفسي فهو بالنسبة لها في خانة الطبيب، فهذا تصور عن الأخصائي النفسي على أنه طبيب.

لكن حاولنا قدر الإمكان أننا نتعامل مع موقفها من العلاج وأهميته لصحتها النفسية، فكانت الاستجابات كلها بنعم بنسبة 100% على مختلف المواقف قبل العملية

¹ الطالب هذه الكلمة كان يقض دينا الحافظ للقران و له مميزات خاصة يقوم بالتعرف عن الحالة المرضية من خلال وصف الأعراض ثم يأخذ كتابا و قلم و دواية (مستمدة من الدواء) و سمغ يكتب به على ورقة بيضاء و كانه عبارة عن دواء اما ان يمحق في الماء و يشرب او يطلى به كامل الجسد مدة ثلاث او سبعة ايام، او يعلق في حجاب (يحب اي وافي من الضرر). أما الراقي لم توظف الا في السنوات الأخيرة خاصة من خلال الفضائيات و كثرة الأمراض و انعدام الشفاء.

العلاجية. فقد بدت مختلف العناصر الأساسية في العملية العلاجية المتمثلة في الحاجة إلى العلاج، الاستعداد، القابلية، التعاون، والاعتقاد في العلاج، فالصورة التي كانت تحملها مركزة على عنصرين أساسيين هما الطبيب، والطالب (الراقي)، وهذا أعطى لنا الفرصة في تمثل العلاج بعد التجربة العلاجية.

تحليل الجدول (2): تمثلات العلاقة العلاجية بعد الدخول في التجربة العلاجية:

العلاج المتبع			العلاج التقليدي			العلاج النفسي			
رقم البند	نعم	لا	رقم البند	نعم	لا	رقم البند	نعم	لا	
15	0	1	7	1	0	14	1	0	الوضعية العلاجية
3	1	0	19	1	0	2	0	1	الحاجة الى العلاج
10	0	1	22	1	0	21	0	1	الاستعداد للعلاج
13	0	1	9	1	0	26	0	1	القابلية للعلاج
20	1	0	32	1	0	30	0	1	التعاون مع المعالج
27	0	1	16	1	0	8	0	1	الاعتقاد في العلاج
29	0	1	23	1	0	11	0	1	المجموع
5	0	1	6	1	0	28	0	1	النسبة المئوية
18	1	0	25	1	0	34	1	0	
31	0	1	/	/	/	/	/	/	
10	3	7	09	9	0	09	2	7	
%	30	70	%	100	00	%	22.2	77.8	

يظهر من خلال الجدول أن النسب المرتفعة تمثلت في العلاج التقليدي بنسبة 100% اجابة ب"نعم" والعلاج النفسي بنسبة 77.8% إلا أن الإجابة ب "نعم" عن العلاج الطبي كانت منخفضة 30% ونسبية "لا" كانت مرتفعة % 70 و عليه تمكن أن تفسر هذا بالرفض الذي تقدمه الحالة للأدوية التي تستهلكها وتجعلها في حالة من السكون. و عدم فعالية العلاج الطبي. لخاصيته في التعامل و الفحص التقني.

الجدول (3) : تحليل تمثل العلاقة العلاجية بالنسبة الى شخصية المعالج

المعالج	الطبيب العقلي	المعالج التقليدي	المعالج النفسي	المجموع
عدد الاستجابات	07	28	21	56
النسبة المئوية	12.5	50	37.5	100

من خلال هذا الجدول نلاحظ ارتفاع في نسبة العلاقة مع شخصية المعالج التقليدي ب 50% و المعالج النفسي ب نسبة 37.5% ام نسبة الطبيب العقلي فهي منخفضة بنسبة 12.5%، حيث يظهر لنا الإتفاق بين التصورات العملية بالنسبة للعملية العلاجية من حيث الدور، والفعالية، والقابلية والحاجة والتعاون المنظمة داخل التكرارات التي صممت لذلك، ويتضح أن الحاجة إلى علاج تقليدي وإلى شخصية المعالج التقليدي الذي يحصل معه الاتصال، فهو يرتكز على الرقية حيث أن الحالة خضعت إلى علاج بالرقية من قبل أن يتطور المرض إلى حالة من الحدة الشديدة نتيجة تلك الصدمة العاطفية. رغم أنها لم تكن تعرف الأهمية والفرق بينه وبين الطبيب العقلي، و الأخصائي النفسي وبعد شرح والتوضيح استطاعت ان تستوعب المقارنة بين ما تعانيه فعلا وما تبحث عنه كعلاج، وهذا استثناء إلى العلاج الدوائي.

في هذه الحالة غيرنا بعض الصيغ و الشرحات لتتناسب مع الوضعية الاستشفائية، حيث أن الحالة كانت الوحيدة الموجودة في المستشفى و كانت

فرصة لمعرفة هذه التصورات أثناء عملية العلاج. وكان الغرض منها معرفة تصوراتها وهي خاضعة للعلاج ومعرفة آثار الأدوية التي كنا نلاحظ آثارها الجانبية عليها خاصة التعب، والبطء الحسي الحركي، والرفض لهذه الأدوية بحيث أنها تأخذها عنوة، لأن هناك ألام وصداع شديد مصاحبة لها يؤثر على الحالة.

إضافة إلى وجود أخصائي نفسي وهذا الأخير لم يكن يعمل بشكل يسمح له بمتابعة الحالة، هناك نمطية في العلاج داخل المستشفى وهذه النمطية تعبر على روتين يومي تخضع له الحالة في العلاج.

فهي تتحدث عن إصابتها على أنها مس وليست بحاجة إلى العلاج الطبي فهي تحتاج إلى علاج تقليدي. إضافة إلى رغبتها في الخروج من المصحة وفي نفس الوقت ترفض الذهاب إلى البيت، حالة من التناقض نتيجة عدم القدرة على تحمل هذه الوضعية.

شبكة تحليل و تقييم عناصر تمثلات المسار العلاجي:

عناصر تمثيلات المسار العلاجي بعد التجربة العلاجية

الحالة السابعة		مسار العلاج		العلاج الطبي) (الطب العقلي		العلاج		
						التقليدي	النفسي	
		(-)	(+)	(-)	(+)	إجابات المريض		
تمثل خصائص المسار العلاجي	1- عملية الفحص و فعالية اللقاء الأول.		+		+			
	2- التطبيقات العلاجية، الخطوات العلاجية و زمن الفحص.				+		-	
	3- الإنصات الفعال من طرف المعالج.		+		+			
	4- وصف و استهلاك الأدوية و (العقاقير).				+		+	
	5- المفعولات الايجابية المستديمة للعلاجات المستهلكة من طرف المريض.			-		-		-
		3	2	1	4	4	1	المجموع
تمثل تطور العلاج و فعاليته	1- فعالية الحوار مع المعالج و ميكانزم التنفيس.		+		+			
	2- إحساس المريض بفعالية الأدوية و العلاجات.						-	
	3- تنمية الشعور بالأمن – الطمأنينة.				+		-	
	4- تقدير و تحقيق الذات.				+		-	
	5- شعور المريض بكفاءة المعالج.		+		+		-	

	-			+	-		6- شعور المريض بالتغيرات الايجابية.	
	-			+	-		7- تقدير فعالية جهود المعالج المعاشة من طرف المريض.	
	-			+	-		8- دلالة و حضور المساعدة الأسرية في العلاج	
		+		+	-		9- تقدير المساعدة النفسية	
	6	3	1	8	9	0	المجموع.	
	-			+	-		1-الافتناع بجهود المعالج.	تمثل الاعتقادات في العلاج
	-			+	-		2-المتابعة المستمرة للمريض بالعلاجات.	
	-			+	-		3-شعور المريض بقيمة العمل العلاجي.	
	-			+	-		4-الثقة في المعالج.	
	4	0	0	4	4	0	المجموع	
		+		+		+	1-عدم قدرة المعالج لتطوير الوحدة بين الجسم و النفس	تمثل الاحباطات الناجمة عن عدم فعالية العلاج
		+		+		+	2-تكرار الانتكاسات و تعقد الحالة الاكثنايية	
		+		+		+	3-عدم فعالية العلاجات المستعملة على المدى البعيد	

7- تحليل عناصر تمثلات المسار العلاجي:

7-1- تمثل خصائص المسار العلاجي:

العلاج الطبي: بعدما تحسنت الحالة نوعا ما، وأخذت تخضع لفحوصات دورية تقارب الأسبوع في كل مرة بينت أن اللقاء مع الطبيب العقلي كان غير فعالا، كان حديثه معها حول أسباب قيامها بالانتحار، "كنت خائفة من الطبيب" ويجب أن تشرب الأدوية للخروج من المستشفى والشفاء.

حيث أن الحالة تفتقد إلى فعالية الحوار والمحادثة خاصة في عملية الفحص، إضافة إلى ديمومة العلاجات واستهلاك للأدوية إلا بما تشعر به من تخفيف الهيجان والتوتر بصفة مؤقتة، و بعد انتهاء مفعول الدواء تعود إليها حالة الحزن الشديدة. غياب الاستماع لصراعاتها ومعاناتها، وبالتالي غياب العلاقة النفسية المتمثل في الحاجة إلى المساعدة النفسية، بعض الإرشادات المتمثلة في عدم القلق، وعدم التفكير في المشاكل ولكنها غير مجدية فهي مجرد نصائح.

العلاج التقليدي:

بينت لنا الحالة اهتمامها الكبير بالرقية وفعالية اللقاء الأول مع الراقي، حيث كان يستمع إليها ويأخذ كل وقته معها، إضافة إلى أن طبيعة العلاجات كانت تهمها لأنها مكونة من الماء والعسل وبعض الأعشاب والعقاقير التي ليست لها آثار جانبية إضافة إلى الاستماع والتركيز وإبداء الاهتمام بالحالة، وشعرت بأنها في تحسن نفسي خاصة عندما وجدت شخصا يساندها ويشعرها ويواسيها، إضافة إلى أثر القابلية الاجتماعية لهذا النوع من العلاجات.

العلاج النفسي:

في الحقيقة عندما شرحنا للحالة أهمية الأخصائي النفسي أبدت اهتماما وأعطت لنا استجابات بدت أنها على دراية بأن حالتها تحتاج إلى أخصائي نفسي، و هذا جزء

من إدراك حالة النفسية و تصوراتها عن معاناتها النفسية، ولكن في الواقع كان هناك غياب وظيفي لهذا الأخصائي حيث أن خضوعها للمقابلات العيادية، كان روتينياً، أكثر منه البحث عن العلاج، كان مهماً ولكن غير كافي إلا عندما أجرينا معها حوالي أربع مقابلات أين كانت تنتظر قدومنا بفارغ الصبر حيث أعطتنا المجال للاستمرار العمل النفسي والتعبير عن صراعاتها النفسية، وبالتالي استجاباتها لم تكن لتدرج في هذا الجدول إلا من قبيل الاعتراف بغياب العامل النفسي الذي كان ضرورياً في العملية العلاجية.

2-7- تمثّل تطور وفعالية العلاج:

العلاج الطبي: كما أشرنا سابقاً فإن الحوار مع المعالج لم يكن فعالاً وبالتالي لم يعطيها الفرصة للتعبير عن صراعاتها والتخفيف منها، وبالتالي في كل مرة ينتابها شعور بأن هذا العلاج لا يراها على الجانب النفسي فهو يركز فقط على الجانب الجسمي و إستهلاك الأدوية، من ثم غياب عنصر الطمأنينة والأمن، وغياب الثقة، ومن ثم عدم القدرة على تحقيق الذات كعنصر مهم في العملية العلاجية.

مع وجود فقر في كفاءة المعالج لأنه لا يأخذ بعين الاعتبار خبايا الصراع للمريض فهو يعالج الأعراض الخارجية ذات أصول النفسي تتطلب محادثة المريض، ومن ثم فهي تنقص من فعالية هذه العلاجات وترفض أخذ الأدوية حتى وإن خرجت من المستشفى لأنها فعلاً لا تشعر بتحسّن.

العلاج التقليدي:

وجدت الحالة نفسها تترتاح للحديث مع المعالج التقليدي، لأنه يساعدها في التعبير عن المكبوتات، أيضاً تترتاح وتجد راحة في فعالية العلاج، فهو يوفر لها الطمأنينة والأمن، ويحقق لها ذاتها خاصة عند سماع القرآن، فهي تقدر مجهودات المعالج، وتعمل بها في البيت، وهو لا يحتاج إلى بروتوكولات تحدد هذه العلاقة. أيضاً تشعر بأن حياتها بدأت تتغير نحو الأحسن شيئاً فشيئاً.

العلاج النفسي:

كما سبق وان قلت نلاحظ أن المعالج الطبي يلعب هذا الدور أكثر من الأخصائي النفسي رغم أنها في حاجة ماسة إلى أحد يسمعها ويساعدها على التعبير عن صراعاتها. ينمي لها الشعور بالأمن و الطمأنينة، و يجعلها تقدر ذاتها خاصة عندما تتحدث عنها من خلال التعبير عن صراعاتها. بدأت تشعر بكفاءة الأخصائي النفسي، و أن هناك تغيرات ايجابية و تقدير المساعدة النفسية و الأسرية كانت غائبة لعدم اهتمام الأسرة بالمريضة.

3-7- تمثل الاعتقادات في العلاج:

العلاج الطبي: رغم وجود متابعة مستمرة في العلاج، ولكنها استمرارية نمطية خالية من أي دور للمريض فقط نفس الأسئلة، نفس المدة، 10د/15 د. غياب القناعة بمجهودات الطبيب، غياب الثقة في الطبيب المعالج فهو مصدر خوف في بعض الأحيان، غياب القيمة الفعلية لهذه المجهودات سواء الفحص أو التشخيص أو وصف الأدوية.

العلاج التقليدي: فعلا أيضا فيه استمرارية، وهي أيضا نمطية ولكنها تأخذ بعين الاعتبار اهتمامات المريض، ومناقشاته، وإمكانية الاتصال بينما نجد ذلك غائبا في العلاج الطبي بحيث ان المريض لا يتقاسم أو لا يشترك مع الطبيب في سجله اللغوي، الطبي التقني بينما يجد هذا لا يترك في العلاج التقليدي حين يتقاسمون نفس اللغة ونفس التفاسير، لذلك فهي تضع الثقة وتقتنع بجهد المعالج، وتشعر بقيمة الذات وقيمة المعالج بشكل كلي.

العلاج النفسي: هناك تذبذب في الاقتناع بمجهودات الأخصائي النفسي و العلاج المستمر غياب هذا الأخير في العملية العلاجية لانعدام الفرق بينه و بين الطبيب العقلي في نظر المريضة، لكن بعد اكتشافها طريقة عملنا من خلال المقابلات التي قمنا بها

معها بدأت تضع الثقة نوعا في الأخصائي لأنها تحتاج إلى هذا النوع من العلاج أكثر من أي علاج آخر.

4-7- تمثل الإحباطات في العلاجية:

- ما يلاحظ أن كل هذه الإجراءات غير فعالة فهي فقط عبارة عن استهلاك الأدوية.

- حضور مجموعة من الانتكاسات المتكررة مصحوبة بنوبات بكاء شديدة.

- عدم وجود عمل نفسي ذو فعالية للتخلص من القلق وعدم القدرة على فهم أن العلاج يكون متكاملا بين النفسي والجسمي ومن ثم التخلص من التفكك كتعبير عن المعاناة الداخلية للحالة و يظهر ذلك من خلال محاولة الانتحار أي قتل النفس و الفصل بين الجانب النفسي و الجانب الجسمي. لأن هذه الوضعية سوف تتطور في المرض أكثر فأكثر.

خلاصة:

تظهر هذه الحالة المرضية تقريبا نفس الأعراض المرضية و لكن تختلف عن الحالات الأخرى في الأسباب، فهي نتيجة انسداد عاطفي متبوع بقهر أدى بها الى محاولة الخروج من الحياة بطريقتها المتمثلة في الانتحار. و تعكس هذه الوضعية تمثالاتها للاكتئاب تمثلها للعلاج انطلاقا من تجارب معتبرة مع مختلف العلاجات التي خضعت لها.

تظهر الحالة الخصائص المميزة للمسار العلاجي الذي يركز على الاستهلاك الروتيني للأدوية.

إسقاطات النماذج العلاجية على الأعراض المرضية .

الاهتمام بالعلاج الجسدي و إهمال العلاج النفسي.

الخلفية الثقافية عن المعالج النفسي .

الحالة الثامنة

البيانات الأولية عن الحالة:

الاسم: ر.ب. الجنس: أنثى
السن: 24

المستوى الدراسي: 9 أساسي الوظيفة: /
الحالة المدنية: غ. متزوجة مقر السكن: وهران.

تحليل المقابلات:

1- تقديم الحالة:

ب.ر بنت سمراء اللون تبلغ من العمر 24 سنة ذات ثياب نظيفة تبدو نحيفة طويلة القامة نسبيًا، استقبلتنا بملامح حزينة بابتسامات بائسة وتعبيرات حزينة، تعبر عنها بصمت، كانت مطاطة الرأس في كل مرة نجري فيها مقابلة. في اللقاء الأول جاءت مع أمها. دخلت المصحة نتيجة محاولتها الانتحار بشرب ماء الجافيل، نتيجة أحداث متتالية غيرت مسار حياتها حيث انها كانت تعتقد أنها طبيعية، لتتحول إلى حالة من القنوط واليأس من الدنيا.

2- تاريخ الاضطرابات:

الحالة تشكو ب.ر من حالة اكتئاب حادة، في بداية تطورها، خاصة وأنها خرجت من مرحلة المراهقة لتدخل مرحلة الرشد بأزمات نفسية عتيدة، وصعبة خاصة ملامحها العاطفية والوجودية تذكر ر.ب أنها خطبت لأحد أفراد العائلة وسنها لم يتجاوز 16 سنة، وخلال أربع سنوات أذاقها الهوان عل حد تعبيرها، فقد كان يعاملها معاملة جد مهينة، كان يرغمها على الخروج "كان يقولي خرجي معايا وصبرت له".

"راني ضايعة كان هو كل شيء في حياتي، كنت حية وراني ميتة". هذه التعبيرات ليست تعبيرات عادية و إنما تعكس عمق الإصابة التي تعاني منها.

هذه الصورة التي كانت تمتلكها والتي كونتها عن خطيبها تأصلت في داخلها، وفقدانه أفقدها ذاتها.

طلبت من خطيبها إقامة الزفاف ولكنه رفض بحجة انه لازال طالبا في الجامعة تقول " كي دخل الجامعة تبدل" و برر لها أنه طالب ولا يستطيع أن يوفر مصاريف الزواج إلا بعد 10 سنوات، " قالي عشرة سنين والى قمت روعي".

في احد الأيام التقت الحالة مع خطيبها في البلاد (وسط المدينة) "ألقيت مع بنت في البلاد" و"من بعد عرفت بلي سمح فيا على جال طفلة تقرى معاه في الجامعة"، في هذه الحالة انتابها شعور بأنها فقدت مستقبل حياتها، بعدما مر على هذا المشروع 4 سنوات، وهي دائمة التساؤل لماذا حدث هذا؟

بعد ذلك عندما لم تجد من يواسيها حتى أمها التي كان لها دور في ذلك لم تساعدها، لأنها ليست أمها الحقيقية، هي تجهل كل شيء عن أBOيها، وهذا ما زاد في تأزم وضعيتها ب.ر، صارت تقلب الماضي و تحاول ان تجد تفسيراً لما يحدث دون جدوى فقد أصبح القلق هو مؤنسها، تشعر بالضياح، إلى درجة أنها فكرت و أقدمت على فعل الانتحار للخروج من هذه الحياة المؤلمة، لأنها لم تجد إجابة لما حدث، ولم تجد أي مبرر لذلك.

دخلت على إثرها إلى المستشفى لتلقى العلاج الطبي في بادئ الأمر (وهنا واجهتهم مشكلة أنها يمكن أن تنتحر بواسطة الأدوية)، لقيت حتى بعد خروجها الرعاية الصحية حوالي أسبوع، بعدما عادت إلى البيت، وجدت نفسها وحيدة بين الجدران، ينتابها الفشل والفراغ الذي يحاصرها، لأنها ليس لها وظيفة، وبدا الفراغ يثير لديها أسئلة الهوية و الانتماء تنتشر في كيانها مثل الورم.

3- الفحص العيادي وتحليل المقابلات:

تشكو "ب.ر" حالة من اليأس والقنوط، حالة من الاكتئاب الصدمي حيث تظهر عليها ملامح الحزن و الإرهاق نتيجة عدم النوم، إضافة أعراض صدمية حادة تعرضت لها الحالة، وقد قدمت لنا الأعراض التالية:

-أرق شديد كل يوم.

-بكاء كلما تذكرت مستقبلها المبهم.

-فقدان الشهية والوزن.

-بطء حسي حركي ملاحظ.

-شعور بتعب شديد.

-فقدان القدرة على اتخاذ القرارات.

-محاولة انتحار.

-في هذه الأعراض تعطي لنا الحالة لوحة عيادية اكتئابية شديدة:

-عجز في التصرف أو إبداء الرأي.

-غياب المحتوى العاطفي في العلاقات الأسرية.

-انفعالات شديدة تظهر من خلال البكاء في كل لحظة.

-اضطراب في الهوية.

كف عقلي، انعدام في التركيز نتيجة ضيق في الشعور. كل هذا أدى إلى اضطراب في ساحة الشعور وضيق في الشعور، صعوبة في التركيز والإدراك، معيشتها للذكريات المؤلمة، حالة من الاكتئاب.

- مفهوم الزمن غير محدد بالعكس كلما كانت في حالة شعورية كلما كانت لها صعوبة في الاتزان النفسي.

- في حالة الفطنة لديها صعوبة كثيرة على معاشها النفسي، توقف في التفكير إلا في الأزمة التي تطاردها.

- طريقة كلامها سريعة، ولكنها تعبر عن مستوى من الذكاء، تعاني هروب في الأفكار، صعوبة في الاستذكار، حيرة شديدة، فقدان الأمل، اليأس، تعب نفسي شديد، عدم بذل أي جهد، شعور باحتقار الذات، نوبات بكاء شديدة خاصة عندما تكون وحيدة في البيت.

شعور بالذنب على أن ما حدث لها كان نتيجة أنها اقترفت شيء معين وهي الآن تدفع الثمن.

فهذه الوضعية كانت نتيجة عامل فسخ الخطوبة الذي أدى فقدان الخطيب و يصعب ترميم هذا الجرح النرجسي و أزمة هوية حقيقية لم تجد الطريقة للخروج منها إلا بالانتحار، فالأعراض المقدمة تبين لنا أزمة انفعالية نتيجة أزمة عاطفية شديدة.

كانت تعبر بعمق، باستعمال لغة قوية لتشعرنا بحالة الانسداد التي وصلت إليها.

4- التمثل الثقافي للاكتئاب:

4-1- تمثل أسباب الاكتئاب:

تتمثل أسباب الاكتئاب في ظلم الواقع الغير منطقي والغير مفهوم، والغير واضح في مواقف الحياة، ففسخ الخطوبة بعد 04 سنوات أمر غير منطقي فهو تلاعب

مرعب بمشاعر الآخرين، وهذا ما يعكس ضعف القيم التي تحدد مثل هذه السلوكيات. "فإذا كانت هذه القيم من يحمينا ويحافظ على وجودنا فكيف يدوس على الأشياء التي تربي عليها وتدخل في تفكيرنا وتربيتنا، لماذا هذه الأنانية من الطرف الآخر، أين قيمة الوفاء" كانت أسئلة محيرة لدى ب.ر، و بالتالي فمحاولة الانتحار هي الحقيقة التي تقر الجحود بهذه القيم الفارغة من أي محتوى.

أيضا عدم معرفة الوالدين، لقبها مأخوذ من لقب الأم المتبناة (هي لا تدري إن كانت أمها أم لا)، وهذا في الثقافة الجزائرية شيء غير محبذ رغم أنها هي لم تستشار في هذا الاسم، وغيره، ولكنها ستدرك أنها ضحية أخطاء الآخرين. و ربما كان السبب في تركها من طرف الخاطب. فقد بدا أثره واضحا على نفسها. كانت صدمة كبيرة بحجم البؤس الذي سببه غموض حياتها الحاضرة و المستقبلية.

4-2- التعبيرات عن الاكتئاب :

عبرت عليه بالانتحار "نرهب روعي" (مشاعر الذنب) أي نشرب مادة سامة لقتل النفس، فهي تعبير عن الموت النفسي للحالة، وما فائدة الجسم الذي يرعى هذه المعاناة ويحافظ عليها. فهي تشعر ان ان القتل النفس له معنى اكثر من المعاناة التي سببها لها هذا الموقف.

فالتعبير هو محاولة الخلاص من هذه الذكريات التي تحاصرها في كل مكان و حين.

4-3- نكران الذات:

و هذا فعلا واضح من خلال رفض الحالة أولا جنسها على أنها كانت فتاة لو كانت فتى لم يضرها ذلك في شيء، خاصة حين علمت بأزمة النسب التي تشغل تفكيرها، وتحاصر حركتها، والعزم على الهروب من البيت.

5- المسار العلاجي:

5-1- العلاج الطبي:

خضعت الحالة للعلاج الطبي كحل استعجالي لمحاولة الانتحار التي قامت بها، ومن ثم دخلت في سيرورة العلاج بالأدوية بمساعدة الأم المتبنية، لأنها تخشى عليها من محاولة الانتحار مرة أخرى، فهي من يشرف على عملية العلاج لأنها تعمل كممرضة في إحدى المصحات التابعة للولاية، لكن الحالة تعاني من أثر الأدوية لأنها تعودت عليها، خاصة عندما ينتهي مفعول الدواء و خاصة عند صحتها من النوم، ولكنها تعتقد أن الدواء لم يكن له أثر إيجابي في عملية العلاج. فهي تريد شخصا يسمعها، لأنها لم تجد شخصا يتعامل معها، شخصا يرفق و يشعر بما تشعر.

5-2- العلاج التقليدي:

عملت الأم على أخذها إلى الرقاة اعتقادا منها أن ما حصل لها نتيجة سحر قد أثر على هذا الزواج، وهذا تفسير له أثره لخوض غمار العلاج التقليدي، فقد زارت العديد من الرقاة، لكنها بقيت على حالها، فقد ضيعت الكثير من المال دون فائدة.

5-3- العلاج النفسي:

هذا العلاج هو ما تعتقد الحالة أنها في حاجة إليه نتيجة ما يقدمه من فرص للحوار و التنفيس، يركز على المحادثة والفهم لأسباب الصراع، ومحاولة إفهام الحالة وإعطائها الفرصة للحديث عما يجول في نفسها، هذه فعلا حقيقة العلاج، وقد لاحظنا من خلال الحالات أن الأخصائيين في هذا المجال غير فعالين في هذا العمل العلاجي، و ضمير دوره نتيجة التكوين الناقص، المتمثل في المقابلة والملاحظة العيادية والتشخيص دون الوصول إلى علاج.

عندما أجرينا المقابلات العيادية اتضح لنا قدراتها من حيث الذكاء، وتقدير الأمور، وقوة في الشخصية، إلا أن كل هذا لم يجد مجالا لكي يستثمر في العمل العلاجي، لذلك أعود وأقول أن العلاجات المقدمة ما هي إلا استثمارات لجملة المفاهيم

والأدوات والأدوية والعقاقير على المرضى، وليس تطبيقا لما يحتاجه المرضى فعلا من خلال عمل عيادي واضح، للوصول إلى حلول مع الحالة المرضية، بمعنى العلاج من طرف واحد دون إشراك المريض. إلا أنها لم تجد الأخصائي الذي يفهم ما تريد و يساعدها على تجاوز الأزمة.

6- تحليل الاستثمار الخاصة بتمثلات العلاج:

تحليل جدول (1): تمثل الوضعية العلاجية قبل التجربة

العلاجية:

تحليل الجدول:

العلاج النفسي		العلاج التقليدي		العلاج الطبي (الطب العقلي)		رقم البند	الوضعية العلاجية
لا	نعم	لا	نعم	لا	نعم		
0	1	0	1	0	1	1	الحاجة إلى العلاج
0	1	0	1	0	1	2	
0	1	0	1	0	1	3	
0	1	0	1	0	1	4	الاستعداد للعلاج
0	1	0	1	0	1	5	القابلية للعلاج
0	1	0	1	0	1	6	التعاون مع المعالج
0	1	0	1	0	1	7	الاعتقاد في العلاج
0	7	0	7	0	7	07	المجموع
	100		100		100		النسبة المئوية

تعكس هذه الاستجابات التي بينت من خلالها الرغبة الكلية في الاستجابة إلى العلاج. نوع من الإيقاظ لبعض تصورات الحالة عن العلاج على أنه يحقق الحياة العادية، فهو يتضمن هذه النظم العلاجية، وهي فعلا تكون ناجعة حين تكون مثبتة على الحاجة إلى العلاج وتوظيف الاستعداد، القابلية، والتعاون والاعتقاد في الخطوات المتبعة في نجاعة وفعالية العلاج، الآن وقد دخلت الحالة في التجربة العلاجية كيف يمكن أن يكون تقريرها لذلك.

تحليل الجدول (2): تمثلات العلاقة العلاجية بعد الدخول في التجربة العلاجية:

العلاج النفسي			العلاج التقليدي			العلاج الطبي (الطب العقلي)			العلاج المتبع
لا	نعم	رقم البند	لا	نعم	رقم البند	لا	نعم	رقم البند	الوضعية العلاجية
0	1	14	0	1	6	1	0	15	الحاجة إلى العلاج
1	0	2	0	1	19	0	1	3	الاستعداد للعلاج
1	0	21	0	1	22	1	0	10	
0	1	26	0	1	9	1	0	13	القابلية للعلاج
1	0	30	0	1	32	0	1	20	
1	0	8	0	1	16	1	0	27	التعاون مع المعالج
1	0	11	0	1	23	1	0	29	
0	1	28	0	1	7	1	0	5	الاعتقاد في العلاج
0	1	34	0	1	25	1	0	18	
/	/	/	/	/	/	1	0	31	
5	4	09	0	9	09	8	2	10	المجموع
55.6	44.4	%	00	100	%	80	20	%	النسبة المئوية

فعلا كان هناك ثلاث نظم تتداول فيما بينها سيرورة العلاج الخاص بالأمراض

النفسية والعقلية. وقد بينت لنا الاستجابات هذه النتائج:

تعكس هذه الاستجابات الطابع السيكولوجي والثقافي للإصابة النفسية وقد بين

الجدول أن نسبة 100% لها تصور ايجابي عن العلاج التقليدي لأن العلاج التقليدي

يركز على القرآن الكريم، اما العلاج النفسي فقد بلغت نسبة الاجابة بـ "نعم"

44.4% فهو لا يعتمد على الأدوية ضمن العلاج، وهي تعبير عن استعدادها للعلاج، أيضا لها القابلية للعلاج، إضافة إلى أنها تتعاون مع المعالج، وتعتقد أن حالتها تحتاج لهذا النمط من العلاجات.

بينما ترفض العلاج الطبي بنسبة 80% "لا" على اعتبار أنه يركز فقط على استهلاك الأدوية، فهو يركز على الجسم في حين العلاجات الأخرى تركز على الجانب الروحي والنفسي.

يبين هذا المسار العلاجي ما يلي:

- مفعولات العلاج غير ايجابية.

- اعتماد كل علاج على أدواته وطرق علاجه وإجراءاته.

- مدى انسجام هذه الطبيعة مع الحالة النفسية والمرضية التي يعاني منها المريض.

لماذا هذه التصورات الأولية؟ لأنها تحدد التصورات الحقيقية للعملية العلاجية باعتمادها على أنها أحكام تركز على:

الاستهلاك المستمر للأدوية والعقاقير، مع انعدام الفعالية العلاجية، اقتصار مفعولها على مستوى الأعراض.

التركيز على الجسم كبؤرة في العلاج في الوقت الذي يحتاج فيه المريض إلى علاج نفسي لأن المعاناة نفسية وليست جسدية.

تهميش الجانب النفسي لضعف تقدير هذه النظم لحقيقية المرض النفسي الذي يعتبر غير واضح (غير مهم) في العملية العلاجية.

فهذه المواقف النفسية كانت نتيجة الممارسة العلاجية والتعامل مع المعالجين وليس العلاج في حد ذاته.

المعالج	الطبيب العقلي	المعالج التقليدي	المعالج النفسي	المجموع
عدد	01	20	21	42
النسبة المئوية	% 02.38	% 47.61	% 50	%100

تحليل الجدول (3): تحليل تمثل العلاقة العلاجية بالنسبة الى شخصية المعالج:

يبين لنا هذا الجدول أنه لا يوجد فرق بين الاستجابات المقدمة في الاستمارة التي تعتمد على الاختبار الحريص على ثلاث عناصر، وهي تعكس الصورة الذهنية عن العلاج والعلاقة العلاجية، وخاصة شخصية المعالج التي تتمتع بأهمية بالغة، فالمريض لا يتعامل مع طريقة العلاج بل مع المعالج، فنلاحظ تقدم العلاج النفسي بنسبة 50% عن المعالج التقليدي بـ 47.61% بينما نجد الطبيب العقلي بنسبة ضئيلة تقدر بـ 2.38%، وهذا يبين لنا مجموعة كبيرة من الخصائص التي تميز كل نموذج علاجي عن الآخر، فقد بينت وفق العنصر التالي: تأثير التمثلات الثقافية للاكتئاب في المسار العلاجي، يظهر ذلك من خلال عنصر تصور خصائص المسار العلاجي، والذي يضم العديد من التصورات والأحكام التي تتفق تماما مع ما جاء في المقابلات العيادية.

شبكة تحليل و تقييم عناصر تمثلات المسار العلاجي:

عناصر تمثلات المسار العلاجي بعد التجربة العلاجية

الحالة الثامنة		مسار العلاج		العلاج الطبي (الطب العقلي)		العلاج التقليدي		العلاج النفسي		
						(-)	(+)	(-)	(+)	
تمثل خصائص المسار العلاجي		إجابات المريض								
تمثل تطور العلاج وفعاليته		1- عملية الفحص و فعالية اللقاء الأول.								
		2- التطبيقات العلاجية، الخطوات العلاجية و زمن الفحص.								
		3- الإنصات الفعال من طرف المعالج.								
		4- وصف و استهلاك الأدوية و (العقاقير).								
		5- المفعولات الايجابية المستديمة للعلاجات المستهلكة من طرف المريض.								
المجموع ..										
تمثل تطور العلاج وفعاليته		1- فعالية الحوار مع المعالج و ميكانزم التنفيس.								
		2- إحساس المريض بفعالية الأدوية و العلاجات.								
		3- تنمية الشعور بالأمن – الطمأنينة-								
		4- تقدير و تحقيق الذات.								
		5- شعور المريض بكفاءة المعالج.								

	-			+	-		6- شعور المريض بالتغيرات الايجابية.	
	-		-		-		7- تقدير فعالية جهود المعالج المعاشة من طرف المريض.	
	-		-		-		8- دلالة و حضور المساعدة الأسرية في العلاج	
		+		+	-		9- تقدير المساعدة النفسية	
	7	2	3	6	9	0	المجموع.	
	-			+	-		1- الاقتناع بجهود المعالج.	تمثل الاعتقادات في العلاج
	-			+	-		2- المتابعة المستمرة للمريض بالعلاجات .	
	-			+	-		3- شعور المريض بقيمة العمل العلاجي.	
	-			+	-		4- الثقة في المعالج.	
	4	0	0	4	4	0	المجموع	
		+		+		+	1- عدم قدرة المعالج لتطوير الوحدة بين الجسم و النفس	تمثل الاحباطات الناجمة عن عدم فعالية العلاج
		+		+		+	2- تكرار الانتكاسات و تعقد الحالة الاكثنايية	
		+		+		+	3- عدم فعالية العلاجات المستعملة على المدى البعيد	

7- تحليل عناصر تمثلات المسار العلاجي:

7-1- تمثل خصائص المسار العلاجي :

نلاحظ أن هذا النموذج بالنسبة للقاء الأول لم يكن فعال حين اعتمد على التشخيص السريع دون مباحثة المريض، بحيث يعتبر هذا مهما بالنسبة إليه إلى جانب وجود تطبيقات علاجية مثل الأدوية، وعمليات الفحص الجسدي عموماً، وضبط مواعيدها، وتركيزاتها، إلا أن المريض لا يشعر بمفعولاتها باستمرار فهي تجعله يحس بالتعب والنعاس، إضافة إلى مفعولات أخرى كالهلوسات فالمريض يشعر به تستهلك الدواء دون جدوى.

و يقول المريض أنه لا يتمتع بسماع جيد ولا ينصت للمريض، ولا يعطيه فرصة الحديث، فالمعروف عن المرضى أنهم يحبذون من يستمع إليهم إضافة إلى استعمال الأدوية، فالطبيب لم يعطي أهمية للعلاقة العلاجية التي تعتمد على الجانب النفسي بحيث غياب هذا العنصر يؤدي إلى فشل العلاج.

فالطبيب يقوم بإعطاء إرشادات خاصة بعدم الابتعاد عن المحيطين من أفراد الأسرة و عدم العزلة و و التوجه نحو محاولة التكيف مع الجماعة ولكن هذا أيضاً لا يشمل متابعة الأسرة التي تعتمد فقط على الأدوية كمسكنات وتعتبر نفسها غير مسؤولة.

العلاج التقليدي:

نلاحظ أن الحالة انبهرت وقارنت بين مقابلة الطبيب والمعالج وأقرت بأن المعالج يسمع ويهتم من أول لقاء وهو أيضاً يعتمد على تصورات بطريقته المعتادة الجسمية أو يعطي بعض الأعشاب والمقويات والمستمدة في شرب الماء المرقى بقراءة القرآن والحالة تتعامل معها بإيجابية، فالمريض يشعر بفعالية العلاج، وتدوم فترة من الزمن ثم يعود الأمر كما كان عليه.

إضافة إلى أهمية الإنصات إلى المشاكل التي يعاني منها المريض وإعطائه إحياءات تدل على إصابته بمس أو سحر، مما يؤدي بالحالة إلى تبني هذه الطريقة العلاجية بحيث وجدت فيها الراحة النفسية، والاهتمام بالجانب الاجتماعي الخارج مكان العلاج (الأسرة، العمل).

العلاج النفسي:

تقول الحالة بان حالتها تحتاج إلى أخصائي نفسي لأنها لم تستطع التعامل مع الأدوية، وهي ترى فيها آثارا جانبية مضاعفة خاصة عندما علمت أن الأخصائي يعطي أكبر قدر من الاستماع والإنصات وهي كانت تبحث على هذا النوع من الأطباء، إضافة إلى أن الأخصائي لا يعطي وصفات طبية فهو يعتمد على تحليل اللغة، والأعراض، والبحث في أصل المشكل النفسي، فبالنسبة إليها فقد تبتعد عن الأدوية ما عدا تلك التي تخص النوم، فقد وجدت هذا الطابع المميز للأخصائي على أنه يستمع ويعطي أكبر وقت لعملية الفحص، وبدأت تقدر علاقة العون النفسي المساعدة النفسية، وخاصة عندما يطلب منها أيضا الاعتماد على الأقارب من أجل مواصلة العلاج في الأسرة، وهذا مهم لاحظنا أن المرضى يعانون من إقصاء غير متعمد من عائلاتهم، نظرا لجهلهم بأهمية المساندة النفسية.

7-2- تمثل تطور وفعالية العلاج:

الطب العقلي: في هذا العنصر نجد أنه لا يوجد حوار مطول في المحادثة، فمن خلالها يمكن للطبيب أن يساعد المريض من التخلص من الصراعات، والخوض في الحديث عنها، ولم يشعر المريض بأن هذا العلاج له فعالية نظرا لضعف مدة الشعور بالطمأنينة والأمن، فالعلاج بالنسبة إليه حكم قاسي على عملية العلاج، ونجد صعوبة في تحقيق الذات خاصة عندما يتعلق الأمر بالمكانة الاجتماعية، إضافة إلى أنها تشك في قدرات المعالج ولا تقدر مجهوداته بالشكل الذي يجعل من هذه المجهودات غير

محقة فعلا في حياته اليومية، وهذا ناتج عن التغييرات التي لم يشعر بها المريض إلا من خلال التعب والنوم الكثير "وليت نخمر من النعاس".

العلاج التقليدي: المريضة يشعر بفعالية المحادثات مع المعالج وتعتبرها فرصة للكلام مما يجول بداخلها من صراع. وتشعر بفعالية العلاج، إضافة إلى توفير الطمأنينة والراحة والأمن النفسي، ويتأكد ذلك من مباركة المجتمع لهذا النوع من العلاج فهو يحقق ذاتها في وحدة واحدة مع المعالج، وترى بأن المعالج يملك كفاءات عالية ويقدر جهوده بحيث يتحدث عنه وعن قوته وقدرته في التعامل مع التشخيص للإصابة إضافة إلى مشاعر إيجابية تجاه العلاج التقليدي.

العلاج النفسي: هناك أهمية لهذه الطريقة على اعتبار أنها تأخذ بعين الاعتبار أهمية المحادثات وكيف تعمل على تحرير المكبوتات و الآليات الدفاعية، المريض يشعر بفعالية العلاج، إضافة إلى أن هذه الطريقة تطور لدى الحالة الشعور بالأمن والطمأنينة وتحقيق الذات من خلال مشاعر التخلص من الصراع النفسي وكذلك تقدر جهود الأخصائي وتقدر مجهوداته وتجد ذلك في حياتها اليومية إضافة إلى مشاعر التعبير التي نلاحظها على حالتها ولكنها مؤقتة.

3-7- تمثل المعتقدات في العلاج:

العلاج الطبي: العلاج الطبي يتميز باستمرارية العلاج والتطبيقات العلاجية من مراقبة دورية، وأدوية، وهذه معروفة عند المريض، فهو يعتقد أنه أصبح تابعا للأدوية، ولا يمكنه الاستغناء عنها، ومن خلال التجربة لم تقتنع الحالة بجهود المعالج، وفقدت الثقة في هذه الجهود، وبالتالي لم يشعر بأن هناك قيمة لمواصلة هذا العلاج.

العلاج التقليدي: أيضا هذا الأخير يتميز بمجموعة من التطبيقات العلاجية، المريض تثق في جهود المعالج، ويضع فيه ثقة كبيرة، ويقدر جهوده ولكنها ترى بأن حالتها لا تحتاج إلى هذا النوع من العلاج في الوقت الراهن، خاصة عندما أدركت طريقة العلاج النفسي من خلال المقابلات التي كنا نجريها معها.

العلاج النفسي: فهذا العلاج لا يتميز بتطبيقات علاجية واضحة فهي غير مقتنعة بجهود الأخصائي، و لكن لها ثقة في هذا النموذج العلاجي، وتعتقد أن له قيمة كبيرة ولكنها من حيث الفعالية لم تحصل على علاج حقيقي.

4-7- تمثل الإحباطات في العلاج:

هذه الاحتياطات ناتجة عن الاستهلاك الغير فعال للأدوية والعقاقير بشتى أنواعها الطبية والتقليدية، إضافة إلى الانعكاسات الناتجة عن تطور الحالة المرضية أكثر من تطور العلاج، إضافة إلى عدم قدرة المعالجين على العمل على تطور تلك العلاقة العلاجية الممتدة بين النفس والجسد، وهذا هو في الحقيقة أهم عنصر في العملية العلاجية فإننا نلاحظ إما أن يعتمد النموذج العلاجي على الجانب الجسدي فحسب، أو النفسي فحسب فالعملية العلاجية يجب ان تعتمد أساسا على الوحدة بين الجوانب النفسية الجسمية والاجتماعية.

الخلاصة:

نستخلص من الحالة أنها كانت تعيش أزمتان حادثان، أزمة عاطفية فجرت لديها حالة من الاكتئاب، تمثلت في فقدان موضوع الحب، إضافة إلى أزمة الهوية التي بررت بها هذا فقدان، و بالتالي عملية العلاج المتبعة لا تفيد إلا من خلال تخفيف القلق، و يبقى المحيط له دور في إثارة هذه المعاناة، و بالتالي فان تصورنا للعلاج يركز على تصورنا لأسباب الاكتئاب، و قد قامت بمحاولة الانتحار لتعبر لنا على علاقة المعاناة النفسية بالحياة الجسدية و ان هناك دور في فهم الوحدة بين الجسم بالنفس، فقد كانت الطريقة تركز على التخلص من المعاناة النفسية من خلال التخلص من الجسد.

التحليل العام للحالات :

من خلال ما تم من إجراءات منهجية تمثلت في الجانب النظري و الجانب التطبيقي و تبعا للخطوات الإجرائية التي تم اعتمادها في فهم التمثلات الثقافية و وظيفتها في المسار العلاجي الخاص بحالات من المكتئبين الراشدين.

بداية مع المقابلات العيادية و التي بينت لنا العديد من المعطيات التي تم استثمارها في بناء الاستثمارات من اجل الخروج بنتيجة تخدم الفرضيات و تساعدنا في فهم العمليات العلاجية عند المكتئب و دلالة تمثلاتها بالنسبة لوظيفة العلاج.

لقد اصفر البحث على بعض النتائج التالية: منها ما تعلق بضعف في العمل العلاجي الفعّال، فما يوجد من علاج ما هو الا إجراءات غير منظمة و غير مؤسسة وفق مبادئ أساسية لعلمية العلاج، فهي مؤسسة من حيث الإجراءات المتخذة و هي تعبر عن التخصص أكثر مما تخدم عملية العلاج في حد ذاتها، و لذلك نجد العبارات التي تعبّر عن ذلك هي تعابير لإحباطات كبيرة تصيب الحالات المرضية المكتئبة، و لذلك نجدهم يرددون : " تطفرت فيه الي تجي في صحتو" و كأننا أمام تصور يعكس ان المرض النفسي او العقلي ليس له أي علاج، فهو بداية للمعاناة و الألم اللاهتام، من خلال عدم المعرفة بالتشخيص و من ثم عدم تناسب العلاج مع الحالة المرضية، بداية من التمثل الأنّي للعلاج كحاجة ضرورية في الحياة مثلما هو عليه العلاج العضوي لكن بعد دخول التجربة العلاجية تبدأ معاناة أخرى هي معاناة الترك و الإهمال و الغربة عن الذات و الأسرة و المجتمع، و كأن المرض أنتج مرضا آخر في الوقت الذي تستشعر في ذهنتنا ثقافة دينية توصي بالرحمة و العطف و الاهتمام بهذه الفئة، و انه لا يوجد مرض إلا و له العلاج موحية بالاطمئنان و البحث عن العلاج و عن عدم اليأس و القنوط، إلا أن رؤية ذلك في حياة الناس و أهل الاختصاص غير واردة، إلا من خلال بعض الألفاظ، التي تعبر في الكثير من الأحيان عن مقاومة للمرض لإيجاد مقومات ذاتية من اجل تحمل العلاج و خاصة مفهوم "الصبر".

من البيت إلى المستشفى إلى الطبيب المختص إلى الراقي إلى الاخصائي النفسي تلك هي رحلة المريض و مأساته التي كلما مر بمختص الا و اعطاه املا بعيدا و تبخرت بعد ذلك اماله من خلال التجربة العلاجية معه، و يصبح يبحث عن آخر عله يجد شيئا يسكن ألمه و حزنه. لذلك اعتمدنا في هذه الدراسة عناصر أساسية للإحاطة بالموضوع رغم صعوبته و صعوبة العمل مع الحالات، لذلك كان عملنا مني على أنموذج تحليلي فإننا قد ركزنا على ما يلي:

1-بالنسبة لخصائص الحالات (المكتبين) :

- 1- كل الحالات كان مرضها نتيجة أزمة حادة كانت بمثابة العامل المفجر للمرض.
- 2-أغلبية الحالات تعاني من مشكل فقدان موضع الحب إما شخصا أو صحة أو شيئا مقدسا.
- 3-كلها ترى بان العلاج ضرورة لا بد منها مهما كان نوعه، بالنظر الى المعاناة التي تعاني منها خاصة قبل بداية العلاج، و كلها كانت تبحث عن العلاج الذي يعيدها إلى حالتها الطبيعية.
- 4-كلها تتبعت العلاج على يد طبيب عقلي و معالج تقليدي و مختص النفسي.
- 5-لحد الساعة لم تشفى و لا حالة مع فارق في المدة بين الحالات المرضية.
- 6-الظروف العلاجية و تصوراتها لها على أنها إسقاطات لتمثلات الطبيب و المعالج التقليدي و المختص النفسي على المريض و المرض. فهذا إسقاط لسجلات و اعتقادات و معارف جاهزة على المرضى.
- 7-غياب تشخيص حقيقي للمرض و عدم التكفل الحقيقي بالمرضى من حيث العلاج و مراعاة الجانب النفسي الداخلي الذي يمثل نواة المرض و يجعله يعيش حالة من اليأس و القنوط.

8- فشل العمل العلاجي نتيجة عدم الشمولية في العلاج بحيث غياب الجانب الأسري و الاجتماعي للمكثب، حيث أصبح هذا الإغفال يطور لدى المريض مضاعفات أخرى تكون أكثر حدة.

9- اهتمام المكتئبين الكبير و الاستناد إلى الدين كإستراتيجية دفاعية ضد القلق، لذلك نجدهم يلجؤون إلى مقومات القرآن الكريم " الذين امنوا تطمئن قلوبهم، ألا بذكر الله تطمئن القلوب"(1).

2- التمثلات الثقافية للاكتئاب:

1- هنا نجد تمثل الأسباب المختلف لكل الإصابات حيث كانت ناتجة عن مشاكل عاطفية (بالنسبة الى الحالة الثانية، السابعة، ، الثامنة) و أسرية (بالنسبة الى الخامسة، السادسة، الحالة الثالثة) و متعلقة بمشاعر بالذنب (بالنسبة الى الحالة الأولى)، و غياب مشروع حياة (بالنسبة الى الحالة الرابعة) .

2- تمثل التغيرات التي حصلت على الوضعية النفسية الاجتماعية و الجسمية للحالات.

3- تمثل التعبيرات عن الاكتئاب و التي تمثلت في الوصول إلى محاولة الانتحار كدلالة على انفصال النفس التي تعاني من ماساة نفسية عن الجسد الذي يحتضن هذه المعاناة، للتخلص من المعاناة النفسية، نتيجة حالة من القنوط، فقدان الأمل، نكران الذات.

4- تمثلات مواضيع مختلفة (جنسية، إدمان، موضوعات متعلقة بالمعاش اليومي) مشاعر الذنب ، فقدان الأمل في المستقبل.

5- الدلالة الثقافية للانتحار التي تمثلت في الرغبة في الفصل بين الجسم و النفس.

¹ سورة الرعد الاية 28.

3- تمثلات المسار العلاجي:

3-1 التحليل العام للحالات :

تحليل الاستثمارات الخاصة بتمثلات العلاج:

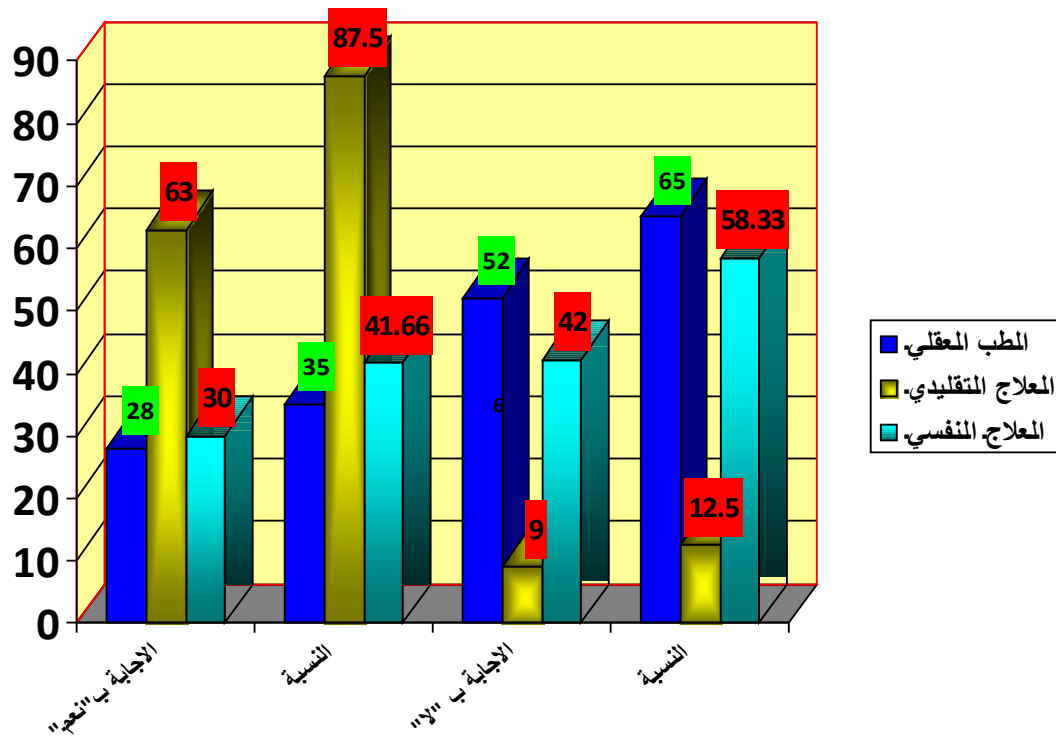
تحليل الجدول (1): تمثل الوضعية العلاجية قبل التجربة العلاجية:

العلاج النفسي		العلاج التقليدي		العلاج الطبي (الطب العقلي)		رقم السؤال	الوضعية العلاجية
لا	نعم	لا	نعم	لا	نعم		
0	8	0	8	0	8	1	الحاجة إلى العلاج
0	8	0	8	0	8	33	
0	8	0	8	0	8	35	
0	8	0	8	0	8	12	الاستعداد للعلاج
0	8	0	8	0	8	4	القابلية للعلاج
0	8	0	8	0	8	24	التعاون مع المعالج
0	8	0	8	0	8	17	الاعتقاد في العلاج
0	56	0	56	0	56	07	المجموع
	100		100		100		النسبة المئوية

و فيه يظهر الاستجابات لكل الحالات على التصور حالتهم انها تحتاج الى علاج حيث استجابت كل الحالات الى انها كانت في حالة استعداد للعلاج، من حيث الحاجة الى العلاج ، و من حيث القابلية للعلاج، ومن حيث التعاون مع المعالج ، و من حيث الاعتقاد في العلاج. و قد بينت الحالات ان حتى في اختيارها للعلاج فهو دليل على حدة المعاناة التي تعيشها في كل وقت و طول النهار و كل يوم.

3-1-1- تحليل الجدول (2) و الأعمدة البيانية: الخاص بتمثل العلاقة
العلاجية بعد الدخول في التجربة العلاجية لكل الحالات:

استجابات الحالات الثمانية									
العلاج النفسي			العلاج التقليدي			العلاج الطبي (الطبيب العقلية؟)			العلاج المتبع
لا	نعم	رقم البند	لا	نعم	رقم البند	لا	نعم	رقم البند	الوضعية العلاجية
1	7	14	1	7	7	8	0	15	الحاجة الى العلاج
1	7	2	1	7	19	3	5	3	الاستعداد للعلاج
6	2	21	1	7	22	0	8	10	
6	2	26	0	8	9	6	2	13	القابلية للعلاج
7	1	30	2	6	32	8	0	20	
7	1	8	0	8	16	5	3	27	التعاون مع المعالج
7	1	11	0	8	23	7	1	29	
6	2	28	1	7	6	5	3	5	الاعتقاد في العلاج
1	7	34	3	5	25	5	3	18	
/	/	/	/	/	/	5	3	31	
42	30	09	9	63	09	52	28	10	المجموع
58.33	41.66	%	12.5	87.5	%	65	35	%	النسبة المئوية



من خلال النتائج المحصل على مستوى كل استجابات الحالات في الجدول

التلخيصي و الأعمدة البيانية ما يلي:

العلاج التقليدي:

تبينت أعلى نسبة بالنسبة للإجابة بـ "نعم" 87.5 % مقابل 12.5 % إجابة بـ "لا" و التي تعكس تصور الحالات الاكتئابية لحالتهم النفسية و العلاج النفسي من حيث التصور و من حيث الممارسة و التي تضمنت العديد من المعاني و الدلالات الدالة على الخصائص التي تميز هذا النموذج العلاجي و مدى انسجامه مع معتقدات الحالة المرضية.

العلاج النفسي:

أما بالنسبة الى فقد كانت الاستجابة بـ "نعم" تقدر بـ 41.66 % مقابل 58.33 % بتـ "لا" حيث جاءت في المرتبة الثانية بعد العلاج التقليدي و يعكس ذلك مدى تقدير الحالات لحالاتهم النفسية و حاجتهم الى مثل هذا العلاج و لكن لاحظنا ضمن الجدول التقييمي

الخصائص المميزة لهذا النوع من العلاج اين تم اكتشاف و ملاحظة عدم الكفاءة و ضعف التكوين في هذا الميدان.

العلاج الطبي: كانت الإجابة ب "نعم" مقدرة بنسبة 35% و الإجابة ب " لا " مقدرة ب 65% و عليه نقول ان هذه النسبة تعكس رفض العلاج الطبي خاصة فيما يتعلق بالحاجة الى العلاج، و التعاون مع المعالج و الاعتقاد في العلاج نتيجة التجربة العلاجية التي أردت الحالة زبونا اقتصاديا يستهلك الأدوية بشكل مميز، و بالتالي أصبح العلاج مركزا على الجسم باعتباره حقل استثمار لهذا النوع من العلاجات، إضافة إلى أن الطبيب المعالج يتعامل مع الحالة كما لو أنها مريضة مرضا عضويا.

تعكس هذه الاستجابات تصورات الحالات لتلك الوظيفة الثقافية للعلاج التقليدي في عملية المحافظة على الوحدة بين الجسم و النفس كما رأى بذلك مارسل Marcel Mauss موس و يولوند غوفينداما Yolande Govindama " الثقافة ها وظيفة رمزية تنتقل من خلال الأساطير و الطقوس و المعتقدات"⁽¹⁾ و فيها تتم كل الإسقاطات الفردية كما رأى بذلك George Devereux " فالمعطيات الثقافية تستدخل على مستوى الفرد و يعترف بها كجزء مدمج في ذاته و لمشاكله الخاصة على شكل إسقاطات مشجعة من طرف الثقافة"⁽²⁾. اي كفضاء و كوسط محبذ للإسقاطات الفردية ذات التمثلات الاجتماعية التي تحرر لدى الفرد نمط جماعي للآليات الدفاعية.

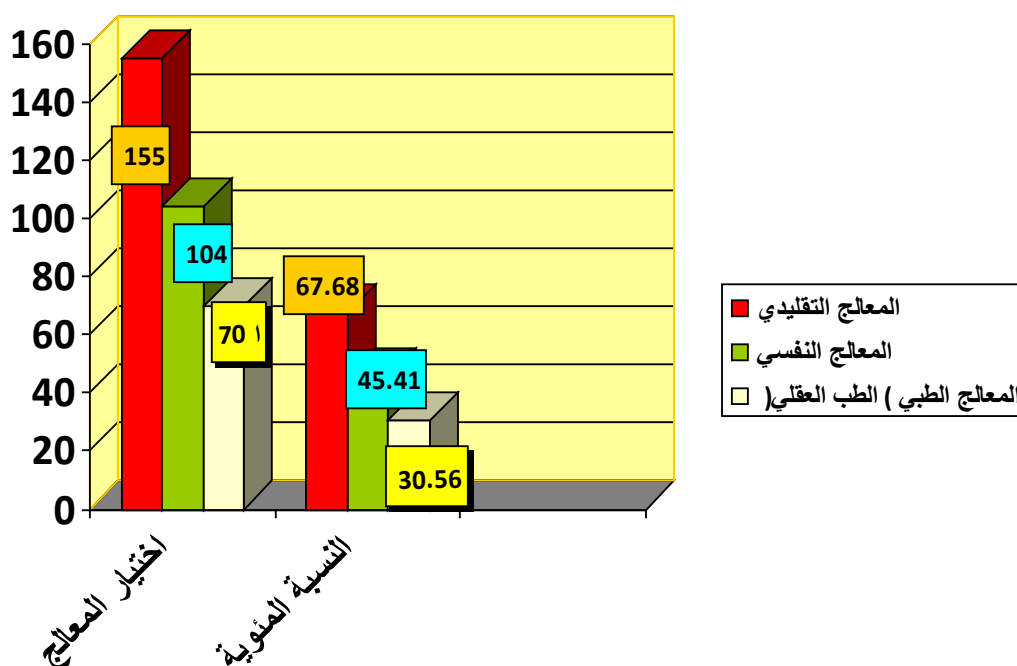
¹ Yolande Govindama culture et unité somato-psychique revue enfance et psy, 2002/4 N° 20, p 50.

² Georges Devereux, essai d'ethnopsychiatrie générale édit tel Gallimard 1977.p12.

2-1-3- تحليل الجدول (3) تمثل العلاقة العلاجية بالنسبة الى شخصية

المعالج:

المجموع	العلاج النفسي	العلاج التقليدي	العلاج الطبي	
229	104	155	70	عدد الاستجابات
100%	% 45.41	67.68%	% 30.56	النسبة المئوية



نلاحظ ان أعلى نسبة قد حققها المعالج التقليدي بنسبة 67.68% مقابل العلاج النفسي الذي جاء في المرتبة الثانية بنسبة تقدر 45.41% في حين جاء نسبة الطبيب العقلي المقدر بـ 30.56% في المرتبة الثالثة، وهذا يعكس و يؤكد الاستجابات السابقة. و هي تعكس تمثلات الحالة للمرض و المعالج و طبيعة المرض و التوجهات الممكنة للعلاج، بحيث تبرز قناعات و اعتقادات الحالة المرضية التي تحدد من خلالها الإمكانيات العلاجية التي تساعد في الشفاء.

شبكة تحليل و تقييم عناصر تمثلات المسار العلاجي:

تقييم عناصر المسار العلاجي بعد التجربة العلاجية لكل الحالات

العلاج النفسي		العلاج التقليدي		العلاج الطبي (الطب العقلي)		مسار العلاج		
(-)	(+)	(-)	(+)	(-)	(+)	إجابات المريض		
124567	37	12345678	7	1234568	1- عملية الفحص، و فعالية اللقاء الأول.	تمثل خصائص المسار العلاجي		
12345678		12345678	12345678	12345678	2- التطبيقات العلاجية، الخطوات العلاجية زمن الفحص.			
123568	47	12345678	12345678	12345678	3- الإنصات الفعال من طرف المعالج.			
12347568		12345678	12345678	12345678	4- وصف و استهلاك الأدوية و (العقاقير).			
12345678		1834567	2	12345678	5- المفعولات الايجابية المستديمة للعلاجات المستهلكة من طرف المريض.			
36	4	7	33	25	15	المجموع = 40		
2568	1347	12345678	12345678	12345678	1- فعالية الحوار مع المعالج و ميكانزم التنفيس.	تمثل تطور العلاج و فعاليته		
12345678		12345678	12345678	12345678	2- إحساس المريض بفعالية الأدوية و العلاجات.			
2345678	1	12345678	12345678	12345678	3- تنمية الشعور بالأمن – الطمأنينة-			
2345678	1	123	45678	12345678	4- تقدير و تحقيق الذات.			
23456	178	3	1245678	2378	4561			5- شعور المريض بكفاءة المعالج.
234568	12567	3	1245678	31245678	4			6- شعور المريض بتغيرات ايجابية.

2345678	1	3568	1247	12345678		7- تقدير فعالية جهود المعالج المعاشة من طرف المريض.	
234568	17	38	124567	12345678		8- دلالة و حضور المساعدة الأسرية في العلاج.	
2356	1478	3	1245678	12345678		9- تقدير المساعدة النفسية.	
51	21	20	52	67	5	المجموع = 72	
2345678	1	3	1245678	12345678		1- الاقتناع بجهود المعالج.	تمثل الاعتقادات في العلاج
245678	13	3	1245678	456781	23	2- المتابعة المستمرة للمريض بالعلاجات .	
2345678	1	3	1245678	12345678		3- شعور المريض بقيمة العمل العلاجي.	
2345678	1		12345678	12345678		4- الثقة في المعالج.	
27	5	3	28	30	2	المجموع = 32	
	12345678		12345678		12345678	1- عدم قدرة المعالج لتطوير الوحدة بين الجسم و النفس.	تمثل الإحباطات الناجمة عن عدم فعالية العلاج
	12345678		12345678		12345678	2- تكرار الانتكاسات و تعقد الحالة الاكثنائية.	
	12345678		12345678		12345678	3- عدم فعالية العلاجات المستعملة على المدى البعيد.	

1- تحليل عناصر تمثلات المسار العلاجي لكل الحالات:

1-1 تمثّل خصائص المسار العلاجي:

لقد استخلصنا خمسة عمليات تم تداولها في العمل العلاجي بين العلاج الطبي (الطب العقلي) و العلاج التقليدي و العلاج النفسي و قد بينت الحالات أن:

عملية الفحص و فعالية اللقاء الأول: كانت ايجابية نظرا للحاجة الماسة للحالة

في إيجاد مخرج لما تعاني منه و قد مس الطب العقلي و العلاج التقليدي دون العلاج النفسي، و بينت الحالات وجود تطبيقات علاجية في كل من العلاج الطبي و التقليدي و خلو العلاج النفسي من ذلك و هذا طبيعي نتيجة طبيعة العلاج النفسي. عملية الفحص و فعالية اللقاء الأول (الحوار) مع المعالج: هذه الخاصية تنجر عنها العديد من العمليات الأخرى خاصة الثقة في المعالج لتأكيد العلاقة نجدها ايجابية بالنسبة للعلاج الطبي و ايجابية بالنسبة للعلاج التقليدي و متذبذبة بالنسبة للعلاج النفسي. و هذا أولا لحاجة المريض الى العلاج و لمعرفته بالعلاج الطبي لا اعتقاده ان المعالج طبيب لوجوده في المؤسسات الاستشفائية و لكن مع تحفظ لاعتبارات اجتماعية تنقص من قيمة الفرد الذي يذهب عند الطبيب العقلي و تحبذ ذهابه عند الراقي لاعتبارات ثقافية متجذرة في اللاشعور الجمعي. و العلاج التقليدي على انه "طالب" أصبحت هذه الكلمة مرفضة لانها فيها نوع من الشعوذة و استبدلت بالراقي. إضافة الى ذلك فعلمية الفحص لأول مرة مرحلة استكشافية للمرض و المعالج و حدة المعاناة تعطي الاعتقاد في العلاج و في كل شيء يمكن من التخفيف من المعاناة. و يمكن ان نلاحظ الفرق بين ظروف العلاج المتاحة للمريض و المعالج فالطبيب العقلي و المعالج النفسي يعملان في ظروف مؤسساتية و إطار رسمي بينما المعالج التقليدي يعمل في بيته أين لا تتغير الظروف بالنسبة الى المريض بالمقارنة مع المؤسسة التي تشكل فويا حقيقية للعديد من المرضى و أسرهم، و لذلك يصعب على المريض تقبل هذه الوضعية التي تجعله سجين ذاته و المؤسسة .

التطبيقات العلاجية، الخطوات العلاجية و زمن الفحص: تمثلت التطبيقات

العلاجية في الممارسة الدوائية بالنسبة الى الطبيب العقلي، و بقي العلاج مرتبط باستهلاك الأدوية و قلة زمن الفحص و ثبات و عدم تحسن عملية العلاج تثبيت عملية العلاج الدوائي. " التمثل يساعد على شرح العديد من الظواهر، الا انه يظهر انه هناك صعوبة في تناول التمثل الاجتماعي لجسد الإنسان بدون ربطه بالطب الغربي المرتكز على علاج الجسد كشيء فزيائي في اعتماده على البعد الاجتماعي. الا ان الفكرة التي يكونها الناس على اجسادهم هي ان له اهمية كبيرة في ادوارهم الاجتماعية، يمكن ان تكون فاصلا على المستوى الاكلينيكي."⁽¹⁾

بمعنى ان الطب العقلي يتمثل المرض على انه مرض عضوي يجب معالجته من الناحية العضوية. ايضا ياخذ المريض بشكل موضوعي اي علمي دون الدخول في التفاصيل. المريض يعتقد ان الطب العقلي ينزع الفرد من انتمائه التاريخي من حيث الإيمان و الاعتقاد في ما اتى به القران من خلال الحديث عن المخلوقات التي تحدث عنها كالجن و الشيطان و هي حياة روحية أكثر منها مادية متعلقة بالروح و النفس اكثر من الجسد. أما العلاج التقليدي فالظروف تختلف من حيث مكان الفحص و العلاج فالمكان يكون في البيت زمن الفحص طويل تواجد عدد من المرضى يجعلهم يتحاورون فيما بينهم و هذا يساعد المرضى في الطمأنينة يتحدث المعالج نفس لغة المريض مما يساعده على التواصل بينهما. و قد بينت الحالات أن هذه العملية تميز هذان النموذجان العلاجان دون العلاج النفسي.

الإنصات الفعال من طرف المعالج: نجد انه سلبي بالنسبة للطب العقلي فهو

محاصر بأسئلة تقنية تتناسب مع الطابع الموضوعي للجسم تتمثل في أسئلة حول النوم الأكل القلق و فتراته استعمال العنف أو العدوانية و فقط، ففي حالة وجود هذه الأعراض يتم وصف الدواء، و تنتهي فترة الفحص ليترك العلاج للدواء. اما هذه الخاصية فهي ايجابية في العلاج التقليدي و تعكس فعلا نوع من الانسجام و الاتفاق في

¹ Nature et variétés, des représentations sociales représentations sociale de la santé et de la maladie et du corps humains dans serge Moscovici les représentations sociales, p 383.

المعتقدات المتبادلة و الكلمات المشتركة بين السجل اللغوي للمعالج و المريض او احد أفراده و بالتالي هناك فعالية في الإنصات حيث يبحث المكتئب عن يسمعه و عن القدرة الخارقة التي يمكن ان تتحكم في المخلوق الغير مرئي الذي سكنه او سحره و هو يعتقد في قدرة القران على ذلك. هذه الخاصية متذبذبة في العلاج النفسي نتيجة جهل كلي لهذه الطريقة العلاجية خاصة عند الأميين فهو يفضل الراقي على الأخصائي النفسي و كذلك لاعتبارات الكفاءة المهنية التي لا يجد لها تطورا في ظل إعراض الناس عنها بشكل يوحي بعدم فعاليتها و في نفس الوقت الحاجة اليها و هنا علامة استفهام ربما تعود الى ضعف التكوين في المجال أو لعدم تطور هذا التخصص و اختراقه للعديد من الطابوهات. فما يكون من المريض من حوار فهو خطاب نابع من معاناته و من معتقداته التي أصبحت تفرض عليه المرض و في نفس الوقت تبحث له عن علاج عندما يتحدث بها مع الطبيب يؤولها الطبيب على أنها هلاوس هذيانات و هنا يضع حاجزا أمام المعنى الثقافي لهذا الحوار، لذلك كان لزاما على الطبيب أن ينسجم مع ما يقوله المريض ثقافيا.

وصف و استهلاك الأدوية و(العقاقير): يعتمد كل من العلاج الطبي و التقليدي

على استعمال الأدوية و العقاقير من اجل إعطاء الثقة للمريض و تحديد عهد مع المعالج بمعنى إعطاء العلاج بعد مادي لكنه في الأخير هو يتناسب مع الجسم، غياب ذلك في العلاج النفسي.

الانتظار في قاعة الانتظار مدة طويلة و بعد الانتظار تتم عملية الفحص في

غضون 5 دقائق 10 دقائق على الأكثر.

محتوى المحادثة يتمحور خاصة حول شرب الدواء، الكمية، التأكيد على شرب

الأدوية.

تواجد عدد من المرض و اهاليهم يحدث بينهم اتصالات عن أهمية المعالج و قد

يزيد من حدة المرض لديه خاصة عندما يتبادلون أطراف الحديث مما يثير قلق البعض

عن مستقبلهم العلاجي. غياب هذا العنصر في العلاج النفسي يساهم في عدم الثقة في العلاج لان المريض يبحث عن شيء ملموس يطمئن به.

المفعولات الايجابية المستديمة للعلاجات: هي مرتبطة بظروف العلاج و العديد من الحالات بينت انه بمجرد انتهاء مفعول الدواء تبدأ مأساة المعاناة إضافة إلى ظروف الوسط الأسري المليء بالصراعات. و تتمثل الآثار الجانبية في كثرة النوم قلة الحركة فقدان الشهية و هي عبارة عن آثار جانبية للأدوية المستعملة دون التأثير العلاجي على الجانب النفسي للحالة. غياب ذلك بالنسبة للعلاج النفسي.

2-1- تمثل تطور العلاج و فعاليته:

في هذه المرحلة نحاول معرفة فعالية الخطوات السابقة على فعالية العلاج . في البداية :

فعالية الحوار و ميكانيزم التنفيس: كما سبق و أن شرحنا ان الحوار محدود مع المعالج الطبي، و لكنه مفتوح مع المعالج التقليدي و فعال لوجود نقاط مشتركة بين السجلات اللغوية و اعتقادات المريض و المعالج. متذبذب بالنسبة للعلاج النفسي و الذي من المفروض ان يكون فعالا نظرا لخاصيته الجوهرية في العملية العلاجية النفسية، لان اللغة و الكلام هي وسائل تعبيرية عما نشعر به و ما يساعد المعالج في التواصل معها، و لا نشعر به من خلال الهفوات الحواجز اللفظية طريق الكلام طبيعته قيمته لدينا و لدى الآخرين، وهذا يعود الى تصور المريض للمعالج النفسي و إمكانات المعالج في العلاج.

احساس المريض بفعالية الأدوية و العلاجات: من خلال التجربة العلاجية

تبين العلاج الطبي انه لم يحقق نتائج علاجية الا من خلال تخفيف القلق بالأدوية، لان العديد من الحالات تتعدى مدة علاجهم الثلاث سنوات و متذبذبة في العلاج التقليدي و منعدمة في العلاج النفسي. و هنا اعتقد ان المشكلة في التشخيص الأولي و المبكر

للحالة المرضية. بمعنى ان العلاج لم يتطور بل الذي يتطور و تزداد حدته هو المرض و ما يترتب عليه من حدة في القلق.

تنمية الشعور بالأمن و الطمأنينة : هذه الخاصية هي ما يصبو اليه المكتئب ، حيث نجد انها سلبية في العلاج الطبي لاعتماده على العلاج الجسمي و تهميشه للجانب النفسي و انعكاس ذلك على نفسية المريض، و متذبذبة في العلاج النفسي لان مهمته الأساسية تكمن في تحقيق ذلك و لعدم قدرة المعالج في اقناع مرضاه بالقابلية و التعاون معه و الاعتقاد في طريقته. و ايجابية في العلاج التقليدي هذه عبارة عن نتائج للعمل العلاجي و من بين اهدافه، فاذا فشل في الوصول اليها فهذا يعني فشل كل النظام العلاجي من الوجهة البنوية للعلاج ككلية..

تقدير و تحقيق الذات: فهذا فعلا عنصر مهم لان التحكم في هذه الخاصية يقوي الإقبال على العمل العلاجي و هو سبب و نتيجة من جهة تقوية الذات على قبول العلاج من جهة العمل على تأكيد هذه القوة. و قد بين الجدول انعدامها بالنسبة لفعالية العلاج الطبي و ثباتها في العلاج التقليدي و تذبذبها في العلاج النفسي.

شعور المريض بكفاءة المعالج: و هذه مرتبطة بفعالية العلاج و القناعات الحاصلة و ردود الأفعال العاطفية على عمل المعالج من حيث، هل استطاع المعالج ان يفهم حالة المريض و هل تمكن من وضع يده فعلا عن الداء؟ و طريقة كلامه فهي سلبية بالنسبة الى المعالج الطبي و ايجابية بالنسبة الى المعالج التقليدي و متذبذبة عند النفساني.

شعور المريض بتغيرات ايجابية: هل العلاج يتطور الى الأفضل؟ اي هل يوجد تحسن في العملية العلاجية؟ هذه الخاصية منعدمة بالنسبة للعلاج الطبي و متذبذبة بالنسبة الى العلاج التقليدي و النفسي، و لكنها متطورة في المرض و هنا يجب الإشارة الى ظروف العلاج و ما بعد العلاج خاصة دور الاسرة.

تقدير فعالية جهود المعالج المعاشة من طرف المريض: هل كل الإجراءات

العلاجية و النصائح تستمر مع المريض و مع المحيط الذي يعيش فيه؟ هذه في الحقيقة تجربة فاشلة نتيجة إهمال الاسرة للأدوية من حيث (المواقيت، الكمية، الرفض و الملل من استعمال) نتيجة التبعية للأدوية، فالعملية محصورة في المؤسسة الاستشفائية او مكتب طبيب. متذبذبة بالنسبة للعلاج التقليدي فهو يقوم بالدعاء و الصلاة و قراءة القرآن يوميا لذلك نقول انه يحافظ نوعا ما على تلك العلاقة و المحافظة على بعض الطقوس الغذائية (مختلفة التركيب العسل الحبة السوداء و كلها مستمدة من الطب النبوي) على اعتبار انها غذاء معالج و ليس دواء فالمريض يتوسم فيها نوع من البركة لأنها من كلام الرسول صلى الله عليه و سلم و هو " **وَمَا يَطُّقُ عَنِ الْهَوَىٰ * إِنَّ هُوَ إِلَّا وَحْيٌ يُوحَىٰ * عَلَّمَهُ شَدِيدُ الْقُوَىٰ**"⁽¹⁾ فهو يدخل بشكل واسع في حياته اليومية بالإضافة الى طرقه الاستشفائية السهلة و الممكنة الاستعمال يوميا. بالنسبة الى العلاج النفسي فهو أيضا يحتاج الى عمل جبار لإقناع المريض و العائلة.

دلالة و حضور المساعدة الأسرية في العلاج: و هنا يجب ان نشير الى

الأهمية القصوى للاسرة في مرحلتين الأولى يمكن ان تكون سببا في الإصابة و الثانية يمكن ان تكون وسطا علاجيا هاما و الدليل على ذلك هو وجود طريقة علاجية تسمى بالعلاج الأسري يرى جونسون 1990 Jonson مارش 1994 Mach، نورمان كابونتي Normand carpontier في مقال له حول وظيف الاسرة في المرض العقلي تحت عنوان " السفر الطويل للأسرة": " للأسرة دور كبير في العلاقة الامومية للمولود الجديد في الاتصال، الإشباع الموضوعي، و التفاعل الاجتماعي"⁽²⁾. إلا أننا نلاحظ ان للأسرة دور سلبي في العلاج بكل مستوياته و اجراءاته و متذبذب نحو الايجابية في العلاج التقليدي و و متذبذب نحو السلبية في العلاج النفسي.

¹ سورة النجم آية 3،4،5.

² Normand Carpontier, Le long voyage des familles : la relation entre la psychiatrie et la famille au cours du 20^{ème} siècle, p 80, revue sciences sociales et santé ; vol 19, no 1 mars 2001.p 79-106.

تقدير المساعدة النفسية: فهذه الخاصية هي مطلب حقيقي للمريض، في الحقيقة أن الأهمية القصوى للعلاج هي اننا نحرر الفرد نفسيا من الصراعات و المكبوتات المعاناة النفسية التي يضيق بها صدره و لا ينطلق لسانه للتعبير عنها و الإخفاق في ذلك هو إخفاق في التشخيص و الطريقة العلاجية، هكذا يبين **جان بياجي** " تنظيم الواقع يظهر من خلال اللحظة التي تتحرر فيها الذات من نفسها ، نجد نفسه على الأقل: قد حصل على مكان بين العديد من الأشياء ، و حدثا من بين الأحداث." (1) بالنسبة للطبيب العقلي هذه العملية ليست ملموسة من طرف المريض فهذا نوع من العلاقات الجافة التي لا تؤثر على العلاج إلا سلبا. بينما يجد المريض نفسه في العلاج التقليدي و العلاج النفسي متذبذبة و لكنها تخفف بعض الشيء عن المريض.

3-1- تمثل الاعتقادات في العلاج:

يركز **كليمان kleinman** على أهمية المعتقدات في العمل العلاجي " في كل قطاع يوجد نماذج تفسيرية للأفراد المرضى للأسرة او للمعالج أكان مختصا ام لا. النماذج التفسيرية تكون غالبا موزعة من طرف المرضى او مستخدمي الصحة. تبحث النماذج العلاجية على شرح المرض وفق خمسة محاور: أسباب المرض، وقت ظهور الأعراض المرضية، الأمراض الفيزيولوجية، تطور الاضطرابات(مع درجة الصعوبة و نمط التطور الحاد او المزمن) و العلاج. يجب ان تكون مستخلصة من المعتقدات العامة حول الأمراض و تقنيات العلاج. هذه المعتقدات تنتمي الى الايديولوجية القطاعات المختلفة للطعون العلاج و توجد بطريقة مستقلة عن الفرد المرض." (2) فالاعتقاد يحرق تمثلات الثقافية من خلال اللغة الواصفة للمرض و اللغة العلاجية

الاقتناع بجهود المعالج: نجد انها سلبية بالنسبة الى العلاج الطبي و ايجابية بالنسبة الى العلاج التقليدي و تقريبا منعدمة في العلاج النفسي.، فالعديد من الحالات غير مقتنعة بجهود الطبيب العقلي و مقتنعة الى حد ما بجهود المعالج التقليدي و متذبذبة

¹ Sandra Jovchelovitch, la fonction symbolique et la construction des représentations: la dynamique communication ego/alter/objet; revue HERMES no 41, 2005 (p 51-57). P 53

² Patricia JOLY , et coll , représentations culturelles, itinéraires thérapeutiques et santé mentale infantile en Guadeloupe, revue la psychiatrie de l'enfant 2005/2, 482, (p539-575) p 543-544.

بالنسبة الى المعالج النفسي، فهذه القناعات مبنية على خلفية العمل العلاجي و الاعتقاد الثقافي الذي يحدد هوية المريض

متابعة المريض المستمرة للعلاجات: ايجابية بالنسبة للعلاج الطبي و كذلك

العلاج التقليدي و متذبذبة في العلاج النفسي. و هي تعكس نوع من الجبر في العمل العلاجي الذي يجعل من المريض مرتبط بالعلاج الكيميائي لانه لم يجد علاجا آخر يخفف عنه معاناته، كما انه لم يترك العلاج التقليدي لانه جزء من تركيبته و من معاشه اليومي و هو لا يختلف عن اي سلوك في حياته اليومية.

شعور المريض بقيمة العمل العلاجي: سلبي لدى المريض بقيمة العمل

العلاج الطبي و تذبذب في قيمة العلاج التقليدي و العلاج النفسي. فقيمة العمل بقيمة الجهد الهادف فالحالات لم تجد نتيجة فعالية تحقق لها الراحة و السواء لذلك فهي مضطربة نوعا ما في كل النماذج العلاجية

الثقة في المعالج: تعرف الثقة على انها " نوع من العاطفة التي تحتل مكانة

مركزية في العلاقات الاجتماعية" "... هي حالة انفتاح عاطفي و معرفي في علاقات التبادل، لعب دائما مصبوغ محذب على الاقل بعدم التاكيد، حتى في الوضعيات البسيطة، المستقرة، و التعاونية" (1). فانعدام الثقة يؤثر على العلاقات و التبادلات و لا يحقق التكيف الشعور بالخطر فهي قيمة اخلاقية " المعلومات لا تكون اذا انعدمت الثقة لا أهمية لها و هي تحتاج إلى الحوار المتبادل" فهي سلبية في العلاج الطبي و ايجابية في العلاج التقليدي و متذبذبة في العلاج النفسي.

4-1- تمثل الاحباطات الناتجة عن عدم فعالية العلاج:

بما ان العمل العلاجي بالنسبة للحالات الاكتئابية منصب على الوحدة الكلية للشخص فهو من الضروري ان يأخذ بعين الاعتبار الجانب النفسي و الجسمي على حد سواء من اجل علاج فعال. الا ان العمل فشل في الوصول الى هذا الهدف. و نتيجة لذلك

¹ Geneviève cresson, La confiance dans la relation médecin-patient, dans les usagers du système de soins ENSP NANTES 2005? P 334-335.

أصبحت الانتكاسات هي ما يميز و يبين فشل هذه العلاجات و أصبحت الحالة الاكتئابية أكثر تعقيدا يوما بعد يوم. إضافة الى ذلك فان الحالات فقدت الأمل في الشفاء نظرا للمدة التي قضتها مع المرض في وجود العلاج و عليه يمكن ان نستنتج ان حدة الاكتئاب تزداد كلما فشل العلاج و يمكن ان تتطور الى حالة اكتئابية ما بعد العمل العلاجي. اين تتكدس مفعولات الأدوية و العقاقير على الحالة و تصبح في حالة استلاب نحو الأدوية في غياب عمل علاجي متكامل بين كل مكونات الشخصية المرضية.

من خلال هذه النتائج يبين ان المسار العلاجي يتميز بما يلي:

تمثل خصائص الوضعية العلاجية: و التي تمثلت في موقع الحالة المرضية من

كل هذه الممارسات العلاجية.

1. مفعولات العلاج من حيث وجودها و عدمها.
2. طبيعة كل علاج وأدواته وطرق علاجه وإجراءاته، و جهود المعالج (شخصية المعالج).
3. مدى انسجام هذه التفسيرات مع الحالة النفسية و المرضية التي يعاني منها المريض.
4. الاستهلاك المستمر للأدوية و العقاقير، مع عدم الفعالية العلاجية حفظ مفعولها على مستوى الأعراض.
5. التركيز على الجسم كبؤرة في العلاج في الوقت الذي يحتاج فيه المريض إلى علاج نفسي لأن المعاناة نفسية وليست جسمية.
6. تهميش الجانب النفسي لضعف تقدير هذه النظم لحقيقية المريض النفسي الذي يعتبر غير واضح في العملية العلاجية.
7. فهذه المواقف النفسية كانت نتيجة الممارسة العلاجية و التعامل مع المعالجين وليس العلاج في حد ذاته تَمَثَّلُ العلاج في شخصية المعالج.

8. هذه هي الوضعية العلاجية التي وجدت الحالات نفسها فيها دون مخرج من هذا المأزق الشبه علاجي.

تأثير هذه التمثلات على تمثلات المسار العلاجي:

تمثل العلاج الطبي مرتكز عل استهلاك الأدوية و الجسم. عدم فعالية العلاج مقابل رفض الحالة للعلاج و الملل الذي يسيطر عليها.

إسقاط و تطبيق الثقافة العلاجية (الاختصاص) على علاج الحالة التي ترفض هذه الوضعية.

تمثل العلاج النفسي الذي هو مطلب أساسي لأغلبية الحالات. مع الحرص على ان يكون المعالج النفسي يتمتع بكفاءة عالية و قدرة على التحكم في العلاج. ميزته خاصة عدم الكفاءة و ان الحالات في حاجة ماسة الى العلاج النفسي، نوع من التقاطب بين الحاجة و الموجود.

تمثل العلاج التقليدي على انه ارتكز على اعتقادات المريض و ثقافته و افكار ذات المرجعية الثقافية و كوسط لاسقاطاته الفردية و كآلية دفاعية ضد التصورات الدخيلة من خلال استثمار القرآن الكريم. و تعمل في سياق الحفاظ على الوحدة بين النفس و الجسد و لذلك كانت هذه الخاصية أساسية بالنسبة لعلاج متوازن بين استعمالاتها العقاقير و الاهتمام بنفسية المريض و هو المعنى الحقيقي للعلاج. و هو معنى الوحدة بين الثقافة و الجسم و النفس في سياق هذا العمل يظهر المعتقد كعنصر مهم في العملية العلاجية، لانه يتميز بما يلي:

المعتقد هو تنظيم لتصورات الفرد و معارفه حول شيء محدد، و التعامل معه على انه يتسع ليشمل المعرفة و الرأي و الإيمان.

انه يمكننا من التعامل مع المعتقدات على انها بمثابة التجسيم المعرفي للاتجاهات، فالمعارف و المدركات و التصورات لا تمثل عناصر بنائية في الاتجاه الا ان الاتجاه يتشكل من خلال تلك المعارف و التصورات.

كما ان التعامل مع مفهوم المعتقد على انه مجموعة من التصورات و المدركات و المعارف لا يفقدنا الاهتمام بطابع اليقين الذاتي الذي يضيفه الأفراد على آرائهم و معتقداتهم و اتجاهاتهم، كما يمكننا من دراسة العلاقة بين درجة الشدة في اضافة صفة اليقين السيكولوجي و بين خصائص الرأي و المعتقد و الاتجاه في ارتباطهما بخصائص الشخصية عموما و إمكانية تغيير الآراء و المعتقدات و الاتجاهات بوجه خاص. (1).

فهذه التمثيلات تؤثر على الاعتقاد في النموذج او مجموعة النماذج العلاجية، فنجد ان الحالات تعتقد ان العلاج النفسي و العلاج التقليدي لهما دور في التخفيف من الصراعات، و لكنهما غير كافيين لعدم الفعالية العلاجية، من خلال المتابعة الروتينية و وعدم تطوير العلاج اي ان العلاج ليس مبنيا على أسس موضوعية، و انما هو إسقاطات للعناصر العلاج على الأعراض المرضية، و بالتالي فالمريض لا يشعر بقيمة العمل العلاجي، و بالتالي ينعدم أهم عنصر في العملية العلاجية و هو الثقة في المعالج. فمن المفروض ان كل عمل علاجي يأخذ بعين الاعتبار الجانب التكاملي في العملية العلاجية بين ما هو نفسي و ما هو جسمي و ما هو ثقافي.

إضافة الى ذلك هناك رفض للعلاج خاصة الطبي و انتكاسات اي فشل في استمرارية العلاج نتيجة تعقد الحالة الأسرية و الوسط الذي تعيش فيه الحالة المرضية و غياب اتصال فعال بين المعالجين و الأسر.

فتمثيلات العلاج ترتكز على تمثيلات الحالة للاكتئاب و خصائص كل نموذج علاجي (المكون من العلاج الطبي و النفسي و التقليدي) فالحالات بينت علاقتها مع العلاج التقليدي و أن كل الخطوات العلاجية لم تفلح في شفاء كل الحالات.

¹ عبد اللطيف محمد خليفة المعتقدات و الاتجاهات نحو المرض النفسي دار الثقافة للنشر و التوزيع ط 1992، ص 31.

تحليل النتائج في ضوء الفرضيات:

كانت الإشكالية ضمن واقع سوسيوثقافي جزائري يخضع فيه المريض المكتئب إلى ثلاث نماذج علاجية هي الطب العقلي، العلاج النفسي، العلاج التقليدي، و بما ان

التمثلات الخاصة بالعلاج بالضرورة تخضع للتمثلات المرض، و لمعطيات ثقافية تمكنه من الاتصال مع الحالة، و فهم حقيقي لمعاناة الحالة من خلال التعابير التي تستعملها الحالة.

ما هي التمثلات الثقافية للعلاج الذي يخضع له المكتئب الراشد؟ و ما وظيفة هذه التمثلات في مساره العلاجي؟

و لمعالجة هذه الإشكالية تم التقيد بالأسئلة التالية:

1. هل التمثلات الثقافية للعلاج ناتجة عن التمثلات الثقافية للاكتئاب؟
2. هل التمثلات الثقافية للعلاج ناتجة عن الوضعية العلاجية للمسار العلاجي؟
3. هل التمثلات الثقافية للعلاج ناتجة عن شخصية المعالج؟
4. هل التمثلات الثقافية للعلاج ناتجة عن الخصائص العملية لكل نموذج علاجي؟
5. هل لهذه التمثلات وظيفة في تفعيل المسار العلاجي؟

فرضيات البحث:

1. التمثلات الثقافية للعلاج ناتجة عن التمثلات الثقافية للاكتئاب.
2. التمثلات الثقافية للعلاج ناتجة عن الوضعية العلاجية للمسار العلاجي.
3. التمثلات الثقافية للعلاج ناتجة عن شخصية المعالج.
4. التمثلات الثقافية للعلاج ناتجة عن خصائص كل نموذج علاجي.
5. تكمن وظيفة هذه التمثلات في تفعيل المسار العلاجي.

للإجابة على هذه الفرضيات حددنا بعض فرضيات العمل التي من خلالها نستدل على أجراًة الفرضيات و مراقبتها عن بعد من خلال المسار العلاجي و ماهية التمثلات الثقافية التي يمتلكها المكتئب عن العلاجات التي يخضع لها.

كيف يتمثل المكتئب الراشد حالته المرضية؟

كيف يجد المكتئب نفسه أمام هذا المسار العلاجي؟

هل الاعتقاد (كمستوى عميق في التمثل) في واحد أو في كل النماذج العلاجية

يساهم فعلا في الشفاء؟

الإجابة عن الفرضيات:

بما ان التمثل و الاكتئاب هو حالة ميزاجية مضطربة تؤثر في المعاش النفسي و الاجتماعي للمكتئب، و التمثل هو الصورة الذهنية و المعرفة الحسية الناتجة عن تجربة و ممارسة كبنية معرفية لها وظيفة نفسية فقد ركنا على هذه العلاقة بين المفهومين التمثل و الاكتئاب لدراسة العلاقة بينهما من حيث التأثير و التأثر و إمكانية توظيف التمثل في العمل العلاجي للمكتئبين. فمن خلال طبيعة الاكتئاب الذي يؤكد انسحاب الفرد من الواقع المعيش و انطوائه بعيد عن المثيرات التي تزيد من حدة المعاناة لديه و يظهر ذلك من خلال تقديره لذاته و الحزن و الأفكار الانتحارية ، و كان التمثل العلاج مبني على الحاجة و الاستعداد و القابلية و التعاون مع المعالج و الاعتقاد في العلاج. إذا من خلال ما تم من إجراءات منهجية فقد وجدنا أن هناك علاقة بين التمثلات الثقافية للاكتئاب و التمثلات الثقافية للعلاج فقد كانت التمثلات الثقافية للعلاج مستمدة من التفسيرات و التعبيرات و اللغة الواصفة لحالة الحالة من ثقافة المريض و اعتقاداته مما أعطى الفرصة للمسار العلاجي بان يركز على العلاج التقليدي بوصفه النموذج الأقرب إلى المريض من حيث الثقة في المعالج و المواد العلاجية. فقد تمثل واقع بأنه مريض و عملية العلاج كعملية مضادة لهذا الواقع و لكنها لم تكن فعالة بالنظر إلى النتائج التي وصلت إليها الحالة. و بقي العلاج عملية مضادة دون الولوج إلى علاج حقيقي دون التركيز على البعد الرمزي للمرض و الواقع المعيش.

من خلال تحليل النتائج التي تم التركيز في تحليلها على التمثلات الثقافية للعلاج تؤثر على مساره العلاجي. التمثلات الثقافية للعلاج ناتجة عن التمثلات الثقافية للاكتئاب:

تبين أن هناك علاقة بين التمثلات الثقافية للاكتئاب و التمثلات الثقافية للعلاج حيث يستمد هذه العلاقة من التعبيرات و التفسيرات و آليات التكيف و أسباب الإصابة و التعبيرات و أشكال التعبير عن الاكتئاب، من خلال الوظيفة الرمزية للثقافة التي تتشكل ضمنها شخصيته. فالملاحظ أن هذه التمثلات لم تدرج كعناصر فعالة في العملية العلاجية بشكل فعال و ذلك من خلال التفكك الحاصل على مستوى كل عمل علاجي مثل ذلك الانفصال الحاصل الذي تشعر به الحالة، فالحالة من خلال بلوغ مستوى التفكير في الانتحار أو التفكير الجدي في المرور إلى الفعل الانتحاري تكون قد وصلت إلى تمثل ثقافي لحدة الاكتئاب من خلال الفصل بين المعاناة النفسية و الجسم كهيئة لهذه المعاناة و تصل إلى أن الخلاص يكمن في قتل الجسم للتخلص من المعاناة النفسية و هذا نوع من الانفصام في العلاقة بين ما هو جسمي و ما هو نفسي و هنا تتحدد هوية النفس كمعاناة و الجسم كمحافظ و مسير لهذه المعاناة، و بذلك يصل المكتئب إلى قناعة أن التخلص من الجسم هو التخلص من المعاناة.

1- الفرضية الأولى: ترى أن التمثلات الثقافية للعلاج ناتجة عن التمثلات الثقافية للاكتئاب، فمن خلال تحليلنا كيف يتمثل المكتئب حالته المرضية تبين من خلال مجموعة العناصر التي ركزنا عليه من خلال تحليل المقابلات فقد كانت مجملة في أهم العناصر التي يعبر بها عن حالته الاكتئابية. فهذا التمثل للحالة النفسية الاكتئابية هو الذي يحدد تمثل العلاج من حيث امكانياته في التخلص من هذه العناصر التعبيرية و نكرن الذات حالة الحزن المحافظة على العلاقة بين النفس و الجسم الناتجة الأفكار الانتحارية، و حددنا ذلك من حيث الحاجة إلى العلاج و مدى الاستعداد و القابلية و الاعتقاد فيه.

2 - التمثلات الثقافية للعلاج ناتجة عن الوضعية العلاجية للمسار العلاجي

فبعد الدخول في التجربة العلاجية تخضع الحالة الى ثلاث نماذج علاجية هي :

- العلاج الطبي الذي يتعامل بشكل موضوعي مع المرض على انه مرض عضوي و بالتالي فتمثله للعلاج نابع من الإصابة العضوية. و يتبن ذلك من خلال طريقة الفحص و الزمن المستغرق لذلك و أهم العلاجات الممكنة المتمثلة أكثر في الأدوية.

- العلاج النفسي و الذي في الحقيقة لم يبلغ مستوى العلاج فهو يتمثل الإصابة النفسية و بالتالي فعمليات العلاج تكون مرتبطة بالعلاج النفسي الذي يقوم على المحادثة و التفريغ و البحث عن الأسباب الشعورية و اللاشعورية للمرض. و هنا نجد عجزا واضحا من حيث الكفاءة و شخصية النفساني و تكوينه و إمكانيات التحكم في المقابلات سواء التشخيصية او العلاجية.

- العلاج التقليدي و الذي يتمثل الإصابة على أنها خارجة عن قدرة الفرد و بالتالي فهي مرتبطة بسحر او عين او جن و يتم الاستناد في ذلك الى القرآن الكريم و السنة النبوية في التعامل مع هذه الإصابات. من خلال تطبيقاته العلاجية التي تستند الى الانسجام الحاصل بين معتقدات المرضى و معتقدات المعالج و طريقة الفحص و طبيعة الأدوية و العقاقير، و تفسيره للأمراض من حيث الأسباب و المسببات هو من يتحكم في الطريقة العلاجية. و بالتالي نجد استعمالا واسعا للأدوية و العقاقير و قراءة القران و التحليل النفسي للعمليات النفسية ، نقول ان تمثل أسباب الإصابة بالاكنتاب هو من يحدد تمثل العلاج.

3- التمثلات الثقافية للعلاج ناتجة عن شخصية المعالج.

لقد لاحظنا ان الحالات المرضية تعطي اهمية كبيرة لشخصية المعالج و تعطي له تصنيفا اما عن طريق التداول بين الافراد طبعا نتيجة تجربة متكررة بين المرضى و المعالج، و يكو التصنيف وفق المعرفة " يعرف" السلوك "مليح" الفعالية " صبت روعي عليه" و بالتالي يساهم في تحديد صورة عملية على مجهوداته و المساعدة النفسية و المعاملة كما تم توضيح ذلك في تحليل تمثلات وفق شخصية المعالج و شبكة

تحليل التمثلات. و قد اركزت هذه التمثلات على الطرق العلاجية و استهلاك الادوية و العقاقير.

4- التمثلات الثقافية للعلاج ناتجة عن خصائص كل نموذج علاجي.

يتضح هذا من خلال الممارسة العلاجية، فكل نموذج علاجي يضمن لنفسه آليات و تقنيات و طرقا يحاول من خلالها الوصول الى علاج فعال للحالة الاكتئابية.

فالطب العقلي مرتبط بالأدوية و الاستشفاء و المتابعة و التحكم في الأدوية .

أما العلاج النفسي فمرتبط بالطرق العلاجية التي تعتمد على استخلاص التمثلات في المقابلة و تحليل هذه المقابلات و تصنيف المعطيات من اجل التشخيص و من ثم العلاج.

أما العلاج التقليدي فهو مرتبط بالرقية و قراءة القران الكريم و الدُّكِّ بالماء و زيت الزيتون و شرب الماء المرقى و هو نابع من الاعتقاد في الله هو الشافي.

5- تكمن وظيفة هذه التمثلات في تفعيل العمل العلاجي من خلال فهم الحالة

المرضية الاكتئابية و بالتركيز على الطرق و الوسائل العلاجية و خاصة شخصية المعالج. و تحديد أسسه و قواعده و تقييم أدائه و فعاليته و الأخذ بعين الاعتبار الفرد المريض و مما يعاني و ماذا يريد و كيف يمكن ان يكون هذا العلاج فعالا، و متكامل و قد لاحظنا ذلك التذبذب الحاصل لدى الحالات المرضية مثلا يرفضون العلاج النفسي و هم يعرفون انهم في أمس الحاجة اليه. و بينا ذلك من خلال: تمثل خصائص المسار العلاجي، تمثل تطور العلاج و فعاليته، تمثل الاعتقادات في العلاج، تمثل الإحباطات الناتجة عن عدم فعالية العلاج.

يجد المكتئب نفسه أمام هذه النماذج العلاجية كمستهلك للأدوية و العقاقير، بحيث يدرك أنها موجهة إلى الجسم الذي هو في الحقيقة في غنى عنها، إضافة إلى تمثل العلاج كما لو انه إسقاطات لتمثلات المعالجين و ليس كعلاج حقيقي يأخذ بعين الاعتبار

المعاش النفسي الداخلي و معاناة المريض فهو شبه علاج بالنظر الى الإحباطات التي تنتج عن عدم فعالية العلاج.

و هذا ما لاحظناه في كل الحالات، و بدأ العلاج التقليدي أكثر العلاجات مناسبة بالنسبة الى اعتقادات المرضى نظرا لتركيزه الاعتباطي على اعتقادات المريض في أن أسباب الإصابة هي أسباب متعلقة بارتكاب ذنوب تستحق للتكفير عنها و ان الفرد يجب ان يعاقب على ما فعل ليحصل على التوبة و هي النقاء من الذنوب، او إصابة بسحر كما تعتقد العديد من الحالات، ومن هنا بدى العلاج التقليدي الحقل الأكثر قابلية لكل المحتويات العاطفية و الانفعالية و الاجتماعية و مجالا واسعا للاستثمارات النفسية و الإسقاطات الإثنية و الفردية، و فيه يتحول الفرد من أحاديته الفردية الى كيانه الإثني. حيث يمكن ان نتحدث عن التحويل من تجربة فردية الى تجربة جماعية على مستوى التمثل، فعندما نتحدث عن التحويل في التحليل النفسي "يجب ان نعني انه تحويل لمشاعر الشخص على الطبيب [...] فاستعمال مصطلح "التحويل" لأجل الإشارة إلى إنتاج نفسي للمريض في علاقته مع الطبيب"⁽¹⁾ و هي نفس المطابقة، فالتحويل في هذه الحالة تم من إطاره الفردي إلى إطاره الجماعي و البحث عن الصيغ و استجابات المعالج التقليدي على أساس انه له وظيفة رمزية يستمدّها من ثقافة المريض و الاعتماد عليه معناه الاعتماد على المنظومة الإثنية من اجل المحافظة على الوعي الجماعي بصفته يستثمر من خلاله تفسيراته و تأويلاته للحالة النفسية التي تعيشها الحالة. و يساعده في ذلك علاقة الجسم بالنفس، إضافة الى انه مجال واسع لاسقاطات.

كما اننا نجد هذه التفسيرات في أعمال جورج دوفرو Georges Devereux الذي يعطي لنا نموذجا من هذا النوع من خلال دراسته للهنود موهاف Indiens Mohaves في أريزونا بالولايات المتحدة الأمريكية، إضافة إلى كل من Clements, 1953 ; Hultkrantz, 1932، لمفهوم الخبل "على أن الذهان هو يتم إثارته بواسطة " فقدان الروح (النفس)" و يظهر في الطب العقلي للموهاف mohave من خلال

¹ Ibid, Claude Le Guen, dictionnaire freudien, p 1618-1619.

الاعتقاد ان روح الحالم يمكن ان تجلب الى ارض الأشباح بشبح لوالد او زوج محبوب جدا يزوره في الحلم. فالشخص الذي يفقد روحه بهذه الطريقة يصبح في الحين مريضا أو ذهانيا وإذا لم يتم علاجه من قبل chamane (المعالج التقليدي، أو العراف) يموت. تبدو هذه النظرية السببية بسيطة، لكن مع الوقت تصبح معقدة أكثر مما نعتقد. في الواقع في الحلم تكون الروح "غائبة"، يتصرف الشخص بشكل غير عادي كما لو أن الجسم مهجور من روحه. فالروح بدون جسم تسلك سلوكا ذهانيا (في الحلم) لان الجسم الفارغ من الروح (نفس الوضعية بالنسبة للذهاني اثناء اليقظة)، فنظرية ان فقدان الروح تثير الذهان هي تبسيط إجمالي، ظاهريا حيث لا واحد من هذه الوحدات يستطيع ان يسلك سلوكا عاديا اذا كان الاخر غائبا، فصحة الروح هي دائما نتاج حضور متزامن للروح و الجسد و للتفاعل المناسب لهما. " (1)

و ترتبط وظيفة التمثلات خاصة في ان الاعتقاد في نموذج او كل النماذج العلاجية يساهم في فعالية علاج المكتئب، فهو الاستعداد القاعدي للعلاج. تمثل الاعتقادات في العلاج في البداية كان الاعتقاد في كل العلاجات نتيجة المعاناة النفسية التي تعيشها الحالة المكتئبة و لكن بعد التجربة العلاجية اتضح ان الاعتقاد بدا يضعف نتيجة عدم الفعالية العلاجية الا ان الاعتقاد بارز بشكل كبير في العلاج التقليدي نتيجة عدة عوامل منها التربية و التنشئة الثقافية للحالة و تركيزها على العلاج التقليدي لأنه يخدم معتقدات الحالة و ثقته في الوسائل المستعملة و الطريقة التي يجد فيها نوع من الراحة النفسية و الآلية الدفاعية ضد القلق و حماية من الغيب و الاعتماد على القران الكريم لان به تطمئن القلوب و يجعلها تثق في كل كلمة تتلى على المريض، و سبب الاعتقاد موس Mauss في كل هذه الغيبات هو أنها نموذج معرفي يستطيع ان يحقق اليقين في الأفكار التي يزرعها او التي يحييها بعدما قضت عليها الأفكار السلبية تجاه الحياة. كتب Jean Guilhot، " ما نريد ان نشير اليه في اعتقادنا هو الأهمية التي يجب ان تكون مرتبطة بالتمثلات العاطفية و الانفعالية العليا التي تنتمي اليها. هذه التمثلات توزع في الواقع من جهة معنى الوجود معنى القيم جوهر النوية و القوة و

¹ George Devereux, Ethnopsychiatrie des indices mohaves édit SIP, p 61.62.

نهاية الحياة الاجتماعية. هذه التمثلات العاطفية تمكن من تحديد القانون الاخلاقي و الاجتماعي للحركية الأساسية و الثابتة للوعي .⁽¹⁾ هذا العلاج يحرر الحالة من القيود التي تفرض عليها من طرف الطب العقلي و العلاج النفسي الذي في الحقيقة يحتاج الى تكوين حقيقي من اجل تفعيل العمل العلاج . نجد " هذه الحقيقة في الأعمال التي أنتجت الطب العقلي الإثني ethnopsychiatrie الذي يعمل على ادراج ثقافة المريض في عملية التشخيص و العلاج كقناة حقيقية لعملية الاتصال و الثقة من خلال الفهم و المشاركة الوجدانية التي يجب ان يستشعرها المريض و التي لا تكون الا اذا تم التعامل مع الحالة بقدر من العواطف التي تشعره بالأمن و الأمان.

كذلك عنصر الثقة الذي ينمي لدى المريض عنصر التعاون و الاستعداد للعلاج و القابلية و الاعتقاد في كل الإجراءات العلاجية. فالتمثلات الثقافية للعلاج الذي يخضع له المكتئب هي تمثلات مرتكزة على جوهر علائقي أساسي هو وحدة الجسم و النفس ، فتمثل الاكتئاب مبني على هذا الأساس و تمثل العلاج مبني بدوره على هذا الأساس، فالالاكتئاب حالة من الحزن الشديد الذي يتخذ من الذات مجالاً للاستثمارات النفسية او هو عجز القدرات العقلية في التعامل مع الواقع و الوضعية او الموقف الذي يعيش في وسطه الفرد من حيث السبب و من حيث التخلص من المعاناة وفق معتقدات المريض، و قد لاحظنا انها مرتبطة بعلاقة الجسم بالنفس فهي اضطرابات نفسية تأثر على البنية النفسية التي تحاول التخلص من الجسد من خلال الانتحار.

و بعد الخضوع للعلاج نجد ان العلاج مجزء و مفكك بين العلاج الجسدي و منعدم على المستوى النفسي و عليه فهو يستجيب الى العلاج الجسدي باعتباره عملاً استهلاكياً و بالتالي يصبح الجسم هو بؤرة العلاج في الوقت الذي هو في غنى عن ذلك و وفق ذلك فالعلاج في هذه الحالة يزيد من حدة الأم النفس و معاناتها باعتبار انه في لحظة من اللحظات قرر هذا الشخص التخلص من الجسم باعتباره موطن و فضاء لمعاناة النفس، و عندما يدخل في عملية علاج، فهي عملية أحادية مركزة على الجسم

¹ Jean Guillot, la psychiatrie morale et le problème de dieu édit mouton 1967 p 210.

الذي هو في غنى عنها، حيث تحافظ عليه في الوقت الذي تحتاج فيه النفس الى مثل هذا العلاج الحقيقي و ضمنيا فالعلاج يزيد من حدة المعاناة، و عليه فتمثل العلاج من حيث الحاجة يجب ان يكون متكاملًا في المحافظة على العلاقة الطبيعية بين الجسم و النفس، ومن الناحية الواقعية هو تمثل جسمي للعلاج و كأننا نجرد الفرد من العديد من العمليات التي يريد ترميمها أثناء العملية العلاجي.

صعوبات البحث:

هناك صعوبات ذاتية و أخرى موضوعية:

1- الصعوبات الذاتية تمثلت في التردد في الاستقرار على تحليل المعطيات و التغيير في طريقة التحليل في كل مرة يستلزم العلاقة المنطقية للبحث و كيفية التحليل بما

يتناسب مع فرضيات البحث، بهدف تطوير طريقة التحليل للحصول على نتائج أكثر موضوعية.

2- صعوبة العمل مع الحالات خاصة تلك التي كان لها تجربة سابقة مع الأخصائي النفسي، و خاصة النساء بحكم عدم قبول أزواجهن (لذا تم إبعاد بعض الحالات عن العينة) أن تكون مقابلة فردية بل ان تكون مع الزوج و هذا يشكل عائقا ابستمولوجيا أمام الحالة من التمتع بالحرية اللازمة للحوار.

3- عدم توفر ظروف خاصة بالمقابلة العيادية، لان المؤسسة جديدة و ليس لها تقاليد في هذا الميدان مما أعاق في العديد من المرات إجراء مقابلة عيادية بالشكل الموضوعي.

4- غياب الحالات عن المواعيد و تأخرهم في العديد من المرات مما يضطرنني في بعض الأحيان الانتظار في المؤسسة دون حضور الحالة.

5- غياب الدراسات في هذا الميدان خاصة في الجزائر.

6- الاعتماد على المراجع الأجنبية و التي تتطلب الترجمة المتخصصة و هنا وجدنا صعوبة كبيرة في ترجمة النصوص.

الاقتراحات و التوصيات:

1- إعادة النظر في تكوين الأخصائيين النفسانيين الذين يفتقرون الى الخبرة العلاجية.

2- التكامل في العلاج بين كل المقومات النفسية و الجسمية و العقلية للحالات الاكتئابية.

- 3- إعطاء أهمية للجانب النفسي من خلال التشخيص الحقيقي للحالة المرضية ليتمكن من فعالية العلاج.
- 4- ضرورة التركيز على الحوار و الإنصات للحالات المرضية للوصول الى تحقيق عنصر الثقة في العملية العلاجية.
- 5- تفعيل دور الأسرة في المسار العلاجي لان العديد من الحالات يفشل العلاج لتهون الأسرة في أداء مهامها المساعدة في عملية العلاج.
- 6- تطوير مشاريع بحث حول الموضوع خاصة العلاج النفسي الذي لا وجود له الا كاستشارة نفسية.
- 7- التركيز على دور الثقافة في العمل العلاجي و التشخيص من خلال التعامل مع مستويات اللغة و الخطابات الصادرة عن المريض فهي تشكل المحتوى الرمزي لوجوده.
- 8- فقد كانت نظرة المرضى للعلاج انها نظرة ذاتية و ليست موضوعية، بمعنى أنها تخضع لمعتقدات المريض الثقافية التي هي محور في كل العلاقات و التفسيرات المرضية العلاجية
- 9- خصائص أساسية، انعدام الوسائل الملموسة للعلاج، و غياب كفاءة المعالج، الصورة الذهنية للمجتمع عن العلاج النفسي

10- الخاتمة:

تتضمن خاتمة هذا البحث فكرة التمثل و أهميته في العمل العلاجي، و خاصة في التشخيص و العلاج فالتمثل يعطي الانطباع عن الذات و عن علاقتها بالعالم الخارجي و عن الصحة و المرض و يعتبر هذا مدخلا إلى أي عمل علاجي سواء الطبي او التقليدي او النفسي من خلال المقابلات العيادية و وصف الحالة لصراعاتها و

مشاكلها، فهذا يدل على انها تستثمر تصوراتها في الوصف و الإدراك للأسباب و التعبيرات و مدى استعدادها للعمل مع المعالج سواء التشخيص او العلاج.

دراسة الاكتئاب لأنه الحالة الأكثر انتشارا و التي تتغص حياة العديد من الناس جراء الحياة المعقدة التي تفرض على الفرد نمط العيش، الذي أصبح يميزه القنوط و ذهب به الأمر إلى التفكير في الانسحاب منها، فهو يعتقد انه مهمش و ليس له قيمة في الوجود فما فائدة البقاء من دون معنى و لا قيمة و لذلك فهو يفكر في الانتحار كوسيلة للتخلص من الذات كقرار نهائي للتخلص من هذه الحياة الضنكة.

هناك عنصر برز من خلال هذا البحث الا و هو العلاقة بين الجسد و النفس الذي ظهر كعرض واضح للاكتئاب حين يصل الصراع إلى محاولة فصل الجسم عن النفس نظرا لمعاناة النفس و من جهة أخرى يطلب العلاج على هذا المستوى ، فالانتحار هو محاولة التخلص من الجسم للتخلص من المعاناة النفسية.

تعقد الظاهرة المرضية حيث ليس هناك سببا وحيدا بل هناك جملة من الأسباب التي يصعب على الحالة التخلص منها، منها ما هو اسري و منها ما هو مهني و منها ما هو علائقي. غياب دور الأسرة في منح آليات التكيف لأفرادها.

بينت الدراسة وضعية العلاج الطبي الذي يستثني من العمل العلاجي المريض فهو استثمار اقتصادي للأدوية دون مراعاة التشخيص الحقيقي الذي يعتمد على المحادثة و الاهتمام بالمريض من حيث الزمن و جمع المعطيات و الاعتماد على تقارير الأخصائيين العياديين و من ثم يتم العلاج بمشاركة الأسرة الغائب الحاضر ما عدا المرأة التي تكابد حالة مريضها.

اهتمام الحالات بالعلاج النفسي و لكن ليس بهذا المستوى من التكوين الغير كفىء و الذي يحتاج إلى تكوين متخصص في العلاجات أي الطرق العلاجية الممكنة.

اهتمام الحالات بالمعالج التقليدي لأنه يمنحهم الطمأنينة خاصة عند استعماله للرقية، بحيث لاحظنا ان الحالات لا يمكنها ان تذهب الى الطبيب العقلي ما لم تذهب في

بادئ الأمر إلى المعالج التقليدي. و طبعاً هذا يعكس أهمية العنصر الثقافي في العمل العلاجي الذي تستعمله الثقافة في الحفاظ على أفرادها كاستجابة لحاجة الحماية لعناصره من فقدان. و قد تم تبين ذلك من خلال العديد من الانثروبولوجيين و الاثنسيكولوجيين الذين يعتقدون في ان قوة الثقافة و وظيفتها هي المحافظة على عناصرها. فالعلاج التقليدي في الجزائر يعكس تلك العلاقة الوطيدة بين الثقافة و الشخصية و يعكس كما بين بوسبسي البنية الثقافية لأهمية الجماعة في حياة الفرد.

لقد بينت الدراسة الظروف الخاصة بكل نموذج علاجي حيث ان الظروف الروتينية للعلاج الطبي و الطابع المؤسساتي الذي يعكس اللاحرية و مدة الانتظار و في الاخير يكون الفحص في مدة خمسة دقائق، بينما العلاج التقليدي يتم في البيت اين تكون الظروف مواتية و هناك تصور على ان لم ينجح العلاج فهو لا يضر، إضافة إلى الزمن الذي يدوم طويلاً و الى الحوار الجاد و الى تبادل نفس الفهارس اللغوية بين المريض و المعالج. اما بالنسبة الى المعالج النفسي فهو لا يخرج عن إطار المؤسسة حيث يبقى مرتبطاً بإطار رسمي يحد نوعاً ما من حرية المريض و عدم استغلال التجربة و الكفاءة التي تكون نتيجة البحث النظري و التجريبي.

اتاحت لنا هذه الدراسة ايجاد شبكة ملاحظات اضافة الى تقنية تم تصميمها وفق محتويات المقابلات العيادية مع الحالة المرضية تظم العديد من العناصر و البنود تعكس السلوكات و الافكار و الاستنتاجات للمرضى، في نفس الوقت ساعدتنا هذه التقنية على محاولة فهم ميكانيزمات التمثلات الخاصة بالاكثئاب و بالعلاج، بحث أدركنا ان التمثل يجب ان يمر بسيرورة تاخذ بعين الاعتبار عامل الزمن في الادراك حيث بنينا التقنية على اساس التمثل قبل العملية العلاجية ثم بعد العملية العلاجي بالنسبة للعمل العلاجي و المعالج ، و قد ساعدنا ذلك في فهم مدى الاستثمار المعرفي و النفسي بالنسبة للمسار العلاجي المتبع.

من خلال هذه الدراسة اتضحت لنا الوضعية العلاجية و المسار العلاجي للحالات الاكثئابية في الجزائر من خلال الثلاث نماذج علاجية هي العلاج التقليدي و

العلاج النفسي و التي تبين ما يعانیه المكتئب ليس فقط على مستوى المرض و ايضا على مستوى العلاج. و بينت كيف ان كل نموذج يحاول ان يتعامل مع المرض وفق ما يعتقدوه هو انه المرض و انه العلاج. و كيف لمجموع التمثلات التي يكونها المصاب عن المرض، تؤثر فعلا على تمثله للعلاج.

اتضحت أهمية الوسط الأسري خاصة (دور المرأة) سواء كانت مصابة أو مشرفة على العلاج، سواء أكانت أما أو زوجة أو ابنة أو أختا.

علاقة الدين بحياة هذه الحالات حيث بينت لنا المقابلات ان كل الحالات رغم ما تعانیه الا انها "تحمد الله على ذلك" و هي في الحقيقة أرضية مهمة لبناء إستراتيجية علاجية مبنية على الثقة بين المريض و المعالج. فالعمل العلاجي يجب ان ياخذ بعين الاعتبار هذا العنصر لكي تكون له وظيفة فعلية في عملية التشخيص و العلاج.

المسار العلاجي تميزه الطعون العلاجية و ليس هناك إستراتيجية تكاملية بين هذه النماذج لانه لا يوجد بينها اعتراف متبادل بحكم فارق التكوين بالنسبة للطبيب العقلي و الأخصائي النفسي و كذلك المعالج التقليدي الذي له مرجعية دينية تشكل البنية الإعتقادية الكبيرة بالمقارنة مع الطبيب العقلي او الأخصائي النفسي.

في هذه الدراسة تباينت مكانة الجسم و النفس من خلال النماذج العلاجية، و مدى أهمية هذه العلاقة التي تم إهمالها من طرف المعالجين.

المراجع باللغة العربية:

1. القرآن الكريم
2. ابن منظور لسان العرب بيروت لبنان دار صادر بيروت ط 1 2000 .
3. الحافظ عماد الدين ابن كثير، تفسير القرآن العظيم، دار الثقافة للنشر و التوزيع ط 1 1990 ج 4.
4. جان لابلاتش و ج.ب. بونتاليس، معجم مصطلحات التحليل النفسي ترجمة مصطفى حجازي، ديوان المطبوعات الجامعية ط 1 1985.
5. احمد الريسون، نظرية المقاصد عند الإمام ألساطبي، الدار العالمية للكتاب الإسلامي ط 4 1995.
1. جمعة سيد يوسف، سيكولوجية اللغة و المرض العقلي، مجلة عالم المعرفة العدد 145 سنة 1995.
2. شيلدون كاشدان، علم نفس الشواذ، ترجمة احمد عبد العزيز سلامة، دار القلم الكويت ط 1. سنة 1977.
3. عبد اللطيف محمد خليفة المعتقدات و الاتجاهات نحو المرض النفسي دار الثقافة للنشر و التوزيع ط 1992 ص 38.
4. نور الدين طواليبي، إشكالية المقدس، ترجمة وجيه البعيني ديوان المطبوعات الجامعية الجزائر ط 1 سنة 1988.
5. نور الدين طواليبي، الدين و الطقوس و التغيرات، ديوان المطبوعات الجامعية ط 1 سنة 1988.
6. مصطفى حجازي الصحة النفسية، المركز الثقافي العربي ط 2 سنة 2004.
7. محمد زيان عمر البحث العلمي مناهجه و تقنياته، ديوان المطبوعات الجامعية ط 4 سنة 1983.

أطروحات الدكتوراه:

1. بن عبد الله محمد " اضطرابات الشخصية المغاربية السيكوباتولوجية" ، الجزائر نموذجاً جامعة السانبا وهران 2007.

2. كبداني خديجة التوظيف النرجسي لدى حالات الاكتئاب الارتكاسي دراسة سيكوباتولوجية من خلال الكوبينغ و اختبار تفهم الموضوع TAT جامعة وهران 2007.

1. Bedrane Merad Rachida , psychopathologie quantitative et .Institution, thèse doctorat d'état, université d'Oran 2007

Bibliographie :

1. Albert Dauzat, Nouveau dictionnaire étymologique et historique, Edit Larousse, paris 1964 (notion de représentation).

2. C B Pull, la dépression d'après la 10ème révision de la classification internationale des maladies (CIM 10. « Confrontation psychiatriques autour de dépression, comptes rendu du Congrès de New York 16-19 sept 1988, N° spécial édit par SPECIA .1998
3. David H. Barlow- V Mark Durand, DSM IV R ; traduc de Mibel Gottschalk de back 2^{ème} édit Bruxelles 2007.
4. Encyclopédie universalis, corpus 19 EU, Edit Tome 19 France 1996.
5. Henri Ey, manuel de psychiatrie, Masson 5ème édit paris 1985.
6. Henriette Bloch et coll, Grand dictionnaire de la psychologie Larousse, paris 1991
7. Jean Laplanche et J. B. Pontalis, Vocabulaire de la psychanalyse, puf 11^{ème} édit paris 1992
8. Julien-Daniel Guelfi, Manuel de psychiatrie edit MASON Elsevier 2007, article de J.F. Allilaire troubles de l'humeur, SD
9. Le Grand Robert de la langue française, 2ème édition, paris 2001.
10. Michel Guillem, Dictionnaire fondamentale de la psychologie ot, Larousse, édit VUEF 2002.
11. Pierre Bonte et Michel Izard, dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie, PUF 2ème édition 1992, paris.
12. Sylveain Aureau, Les notions philosophiques, volume dirigé par, tome PUF 2ème édit paris 1998(notion de représentation)

Ouvrages :

1. Alain Cardon, et coll, Mieux vivre avec L'analyse transactionnelle, Eyrolles pratique paris 2007.
2. Alain Ehrenberg, la fatigue d'être soi, édit Odile Jacob, 2008.
3. Alexander Loewen, la joie retrouvée, trad., édit dangles paris 1995 .

4. Anna Retel Laurentin, étiologie et perception de la maladie, édit l'harmattan, paris 1987.
5. Artur Schopenhauer, le monde comme volonté et comme représentation, édit PUF 2ème édit paris 2006.
6. Bensmail, B la psychiatrie aujourd'hui OPU, 1994.
7. Byron good, comment faire de l'anthropologie médicale, Robinson, 1998.
8. C. Mirabel-sarron, l.vera, L'entretien en thérapie comportementale et cognitive, édit DUNOD paris, 1995.
9. Camillerie Carl, psychologie et culture concepts et méthodes édit Armand colin, paris 1999
10. Catherine Chabert, La psychopathologie à l'épreuve du rorschach édit DUNOD paris 1998.
11. Catherine clément Tobie nathan le divin et le grigri, édit Odile Jacob paris 2002.
12. Christel Besche-Richard la psychothérapie cognitive puf 1ère édit 2000.
13. Christian miler, études sur la psychothérapie des psychoses édit Privat Toulouse, 1982.
14. Christine Mirabel Saron, soigner les dépressions avec les thérapies cognitives, DUNOD paris 2005.
15. Christine MIRABEL-SARRON soigner les dépressions avec les thérapies cognitives, édit DONOD, paris, 2005
16. Claude de TYCHEY, L'approche des dépressions a travers le test de rorschach, édition EAP Paris, 1994.
17. Claude mesmin, la prise en charge éthnoclinique de l'enfant de migrants, édit DUNOD, paris 2001.
18. Daniel Lagache la psychanalyse, édit Bouchene Alger 1993
19. Daniel widlöcher, les logiques de la dépression, Fayard, 1995.
20. Denis Jodelet et coll, les représentations sociales, 5ème, édit PUF, paris 1997.
21. Denis Jodelet, folies et représentations sociales, 2ème, édit PUF, paris 1995.

22. Dennis Jaffe, la guérison en soi, édit ROBERT LAFFONT, paris, 1981.
23. Didier Anzieu, et coll. l'activité de la pensée Edit DUNOD, paris 1994.
24. Didier Anzieu, et coll. les contenants de pensée, DUNOD, Paris 1999.
25. Didier Anzieu, et coll. les enveloppes psychiques, DUNOD, paris, 2000.
26. Edward de pérot la psychothérapie de soutien, de book 1ère édit, Bruxelles 2006.
27. Edward Sapir, le langage, traduit par S.M. guilleunin Payot, paris 2001.
28. Evelyne Pewzner, introduction à la psychopathologie de l'adulte, ARMAND COLIN paris 1995.
29. Foughali marie-josé, l'image du père chez l'enfant algérois, OPU, Alger 1984.
30. François CORDIER, les représentations cognitives privilégiées PUF Lille 1993
31. François cordier, représentation cognitive et langage, édit Armand colin, paris 1994.
32. François Laplantine, anthropologie de la maladie, Payot, 1992.
33. François Laplantine, ethnopsychiatrie, 1ère édit PUF paris 1988.
34. Françoise Héritier, Margarita xanthakou corps et affects, Odile Jacob édit 2004.
35. George Abraham, psychiatrie pluridimensionnelle, payot, paris 1989.
36. Georges Devereux, de l'angoisse à la méthode, édit tel Gallimard 3eme édit 1978
37. Georges Devereux, essai d'ethnopsychiatrie général, édit tel Gallimard 3eme édit 1978
38. Gustave Jahoda, psychologie et anthropologie, édit Armand colin, Paris 1989.
39. Gustave Le Bon, psychologie des foules, Retz C.E.P.L, paris 1975.
40. Heiner Eellgring, nonverbal communication in dépression, Masson 1989.
41. Henry Cuche et coll, dépression et libido, édit l'esprit du temps paris 2000.
42. J.O.Guyotat, psychothérapie médicales, édit Masson Paris
43. Jean Bergeret et coll. narcissisme et état limites, édit DUNOD Montréal 1986.
44. Jean Bergeret, la dépression et les états limites édit Payot, 1992.

45. Jean Bergeret, la personnalité normale et pathologique, 3ème édit DUMOD, paris, 1996.
46. Jean Claude Filloux, l'inconscient, PUF 9ème édit paris 1965.
47. Jean COTTRAUX, Les thérapie cognitives, édit RETZ / VUEF, 2001
48. Jean COTTRAUX, place des psychothérapies contemporaines dans le traitement de la dépression, édit doin, paris 1999.
49. Jean Cottraux, places des psychothérapies dans le traitement de la dépression, édit doin, paris 1999.
50. Jean marie dole, pour comprendre Jean Piaget, 3ème, édit DUNUD, paris 1999.
51. Jean Piaget, Barbel Inhelder, la psychologie de l'enfant, édit Bouchene Algérie, 1993.
52. Jean pierre Menier, approches systémiques de la communication, De book, 1er, édit Bruxelles
53. Jean Stœtzel, la psychologie sociale, édit Flammarion, paris 1963.
54. Jean-David Devaux, les espaces de la folie, l'harmattan, France 1996.
55. Jean-Marie Dole, au-delà de Freud et Piaget, édit Privat, paris 1987.
56. Jérôme Bruner, car la culture donne forme a l'esprit, Georg, ESHEL 1997.
57. Jérôme Bruner, culture et modes de pensée, Retz/HER 2000.
58. L.Gasman, J.F.Allilaire, psychiatrie de l'enfant, de l'adolescent et da l'adulte, Masson paris, 2003.
59. Larbi ABID, la pratique médicale en Algérie ANEP alger 2008.
60. Lars Fredén, aspects psychosociaux de la dépression, pierre mardaga, Bruxelles, 1982.
61. León Grinberg, culpabilité et dépression, les belles lettres, paris 1992.
62. M,C, Edmond Ortigues, Oedipe africain, édit union générale d'édition 1973.
63. M. Grossen et collaborateurs, l'espace thérapeutique, édit delachaux et niestlé paris 1992.

64. M.Dugas et M-C.Mouren, les troubles de l'humeur chez l'enfant de moins de 23 ans, PUF 1^{er} édit, paris, 1980.
65. Mahfoud BOUCEBCI, la psychiatrie tourmentée, l'effet Dagma, édit Bouchene1990.
66. Mahfoud Boucebc, maladie mentale et handicap mentale, édit SNED Alger 1979.
67. Mahfoud Boucebc, psychiatrie, société et développement, édit SNED Alger 1979.
68. Marcel Mauss, sociologie et anthropologie PUF, 8^{ed} edit paris 1999.
69. Marie-Claude Lambotte, le discours mélancolique, Anthropos-économica, paris 1993.
70. Marie-rose MORO psychothérapie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent édit DUNOD paris 2004.
71. Marilia aisentein et coll, psychanalytiques, s.a.r.p, Alger, 2001.
72. Martin Heidegger être et temps, edit Gallimard 1986.
73. Mélanie Klein, deuil et dépression Payot, paris 2004.
74. Michael BALNT, Enid BALINT, Techniques psycho-thérapeutiques en médecine, trad. de l'anglais par J. Dupont, et J.P.valabrego Payot 3^{ème} édit. paris, 1970.
75. Michel Denis, les images mentales, PUF,2^{ème}, edit 1979.
76. Michel Foucault, naissance de la clinique, PUF 7^{ed} edit 2003
77. Michele péron, Borolli, Roger perron, fantasme, action, pensée, SARP, 1^{er} édit Algérie 1997.
78. Monique LEBRUN les représentations sociales edit logiquesquébec 2001.
79. Nathalie BLANC et coll, Le concept de représentation en psychologie, édit In Press Paris 2006.
80. Nathalie Dument, Jean Ménéchal, 15 cas cliniques en psychopathologie de l'adulte, édit DUNOD, Paris, 2005.
81. O,Chambon, M, mairie Cardine, les ases de la psychothérapie, DUNOD paris 1999.

82. Olivier schmitz soigner par l'invisible enquête sur les guérisseurs aujourd'hui IMAGO 2006.
83. Pascal Moliner, et coll., Les représentation sociales, PUR 2002
84. Pierre Pichot et coll. Les voies nouvelles de la dépression, Masson paris 1978.
85. Pierre Pichot et Tobie Nathan, quel avenir pour la psychiatrie et la psychothérapie, institut Synthélabo, 1998
86. Pierre Pichot, Verner rein, l'approche clinique en psychiatrie inst synthélabo1999.
87. Rachida tati, les galerie des absentes, edit l'aube recit 1996.
88. Ralph Linton, le fondement culturel de la personnalité trad. Andrée Lyotard DUNUD paris 1986..
89. Roger perron et collaborateurs, la pratique de la psychologie clinique DUNOD, paris 1997.
90. S. Freud, La psychopathologie de vie quotidienne édit Payot, 1967.
91. S. Freud, métapsychologie Gallimard, paris 1968.
92. S. Freud, Totem et tabou, édit Gallimard paris, 1993.
93. S.Freud essais de psychanalyse, au delà du principe de plaisir...considérations actuelle sur la guère et sur la mort, édit Payot paris 1971.
94. Salvador Juan, les sentiers du quartier du quotidien, édit, l'harmattan 1997.
95. Serge Moscovici, et coll, psychologie sociales édit PUF paris 1ed 1984.
96. Serge Moscovici, et collaborateurs, psychologie sociales des relation à autrui, édit NATHON, paris 2000.
97. Serge Nicolas, ludovic Fernand, la psychologie moderne, édit boeck et lorier 1ère édit 2003.
98. Stéphane Rusinek, soigner les schémas de pensée, édit DUNOD, paris 2006.
99. Tan Nguyen, et collaborateurs, Pourquoi la psychothérapie, édit DUNOD, paris 2005
100. Tony Annatrella, non à la société dépressive, édit Flammarion, paris 1993.
101. Wilfrid Huber, les psychothérapies edit NATHON,paris ,1993.

102. Yvonne Turin, affrontement culturels dans l'Algérie coloniale, 2ème, édit 1983, Algérie.
103. Zindel V. SEGAL, et coll, La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression, édit de boek, paris, 1^{ère} édit 2006.

Les Articles :

1. Akki (El-Houcine). Représentations du corps et de la maladie en milieu maghrébin : l'exemple du regard et du mauvais œil, *Bulletin de psychologie*, Tome 54 (1), N°451, 2001, p. 43-53.
2. Alliot (Liliane), Le Marc (Michel), Lafon (Jean-Claude). Perceptions des rapports intra- et inter-catégoriel à l'hôpital : une représentation en mouvement ?, *Bulletin de psychologie*, Tome 58 (2), N°476, 2005, p. 221-232.
3. Bertrand (Valérie). Dimension historique des représentations sociales : l'exemple du champ sémantique de la notion d'exclusion, *Bulletin de psychologie*, Tome 55 (5), N°461, 2002, p. 497-502.
4. de Tychev (Claude), Lighezzolo (Joëlle), Claudon (Philippe), Diwo (Rosine). Réflexions sur la prévention de certaines formes contemporaines de dépression, *Bulletin de psychologie*, Tome 59 (5), N°485, 2006, p. 515-522.
5. Delouée (Sylvain). 8e Conférence internationale sur les représentations sociales. Représentations sociales : média et société (Rome, 28 août-1er septembre 2006), *Bulletin de psychologie*, Tome 60 (4), N°490, 2007, p. 371-373.

6. Doraï (Mohamed). Concept de soi, représentations et parcours scolaires d'enfants de migrants. Un exemple d'analyse de segmentation, *Bulletin de psychologie*, Tome 58 (4), N°478, 2005, p. 425-434.
7. Emmanuelli (Michèle), Pheulpin (Marie-Christine), Bruguière (Pascale). Un destin des affects dans la dépression : l'émoussement affectif. Élaboration d'une méthodologie de recherche à partir des épreuves projectives, *Bulletin de psychologie*, Tome 58 (2), N°476, 2005, p. 195-205.
8. Farid Kacha, La psychiatrie Algérie, l'information psychiatrique vol 81, N°2 FEV 2005, p 145-148.
9. Gh . Iosif, quelques aspects des relations entre modèle mental, représentations et modèle cognitif, *Le travail humain*, revue trimestrielle tome 56, no 4/1993, p 281-297.
10. Guimelli (Christian), Abric (Jean-Claude). La représentation sociale de la mondialisation : rôle de l'implication dans l'organisation des contenus représentationnels et des jugements évaluatifs, *Bulletin de psychologie*, Tome 60 (1), N°487, 2007, p. 49-58.
11. Hammouda ben mabrouk chamcedine « a propos du traité de la mélancolie d'issac ibn omrane Thèse de doctorat d'état en psychiatrie tunis 1980 ;
<http://www.arabpsynet.com/Archives/OP/OP.Ammar.PsyHistory..Htm>
12. J. Bergeret, les dépressions et leurs bases dans une optique thérapeutique. *Bulletin de la société du rorschach et des méthodes projectives*, no 36, 5-24.
13. J. TYRRELL , G. Poussin, quelques réflexions sur l'avenir en France des traitements psychologiques appuyés empiriquement, *Revue psychologie française*, Décembre, P 487-500, S.F.R.
14. Jovchelovitch (Sandra). Contextualiser les focus groups : comprendre les groupes et les cultures dans la recherche sur les représentations, *Bulletin de psychologie*, Tome 57 (3), N°471, 2004, p. 245-252.

15. Jovchelovitch (Sandra). la fonction symbolique et la construction des représentations: la dynamique communication ego/alter/objet; revue HERMES no 41, 2005 (p 51-57)
16. Lage (Élisabeth). Journées internationales sur les représentations sociales. Rio de Janeiro, 2-5 septembre 2003, Bulletin de psychologie, Tome 57 (2), N°470, 2004, p. 203-208.
17. Lanteri-Laura G. – Evolution Des représentations de la folie dans la société contemporaine.-Revue psychiatrique ,1991 ; 1 : p 21-30
18. Molinari (Luisa), Speltini (Giuseppina). Représentations sociales de la responsabilité éducative, *Bulletin de psychologie*, Tome 60 (2), N°488, 2007, p. 99-113.
19. OMS, troubles dépressifs dans différents contextes culturels, rapport de l'étude collective OMS sur l'évolution des troubles dépressives, Genève 1983.
20. Raoult (Patrik Ange). Psychologie clinique : quelles perspectives ? Colloque de Chambéry, Bulletin de psychologie, Tome 57 (1), N°469, 2004, p. 123-126.
21. Sauvezon (Céline). Culture organisationnelles et représentations sociales : éléments centraux et éléments périphériques, Bulletin de psychologie, Tome 54 (3), N°453, 2001, p. 315-328.
22. Thomas MORIN mesurer statistiquement la dépression: enjeux et limites document de travail, no 9 janvier 2010.
23. Yolande Govindama, Culture et unité somato-psychique, enfance et psy 2002/4/no 20, p50,57 .
24. Yves Lambert, Gérald Bronner, l'empire des croyances, paris , PUF, 2003, Archives de sciences sociales des religions No 130 (avril-juin 2005) .
<http://assr.revues.org/index2407.html>. P 02.

Grille d'observation

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS:

Nom : Age :

Prénom : Sexe : F M

Nom du père : ... Age :

Nom et prénom de la mère : Age :

Situation familiale: célibataire (e) marié (e) divorcé(e) veuf (Ve)

Si le patient est marié (e),
Membres d'enfants :

Sexe d'enfant: M F

L'habitat: la ville le village la campagne

Nature de la maison: Appartement villa autre:

La profession:

La profession du père:

La profession de la mère:

Niveau de vie de la famille: Elevé Moyen Bas.

Etat de santé et antécédents familiaux

- Est-ce que la mère a souffert d'une maladie oui non
- Si oui, laquelle :
- Est ce que le père a souffert d'une maladie oui non
- Si oui, laquelle.....
- La relation familiale entre les deux parents:
- La vie affective du couple :.....
- La vie affective du couple envers leurs enfants:.....
- La communication dans la maison:.....
- Les sentiments des parents avant la maladie :..... après la maladie.....
- le changement observé.....

Données cliniques sur l'état pathologique du patient :

- Est ce que votre maladie dépend de l'alcoolde la drogue.....autre :.....
- Depuis quand vous sentez les premiers troubles :.....
- Les premiers visites ont été chez :
 1. Psychiatre :
 2. Thérapeute traditionnel :.....
- La 1^{ère} fois date:..... 2^{ème} fois :..... date.....
- Plusieurs fois.....
- Le diagnostic du Psychiatre :.....
- le diagnostic du thérapeute traditionnel :.....
- Votre Sentiment au moment de la découverte de votre maladie :.....
-
-
-
- Les réactions :-du père
-
-
- de la mère.....
-
- Etiez vous hospitalisé(e)? Oui Non
- Combien de fois:.....
- Combien êtes-vous hospitalisé (e):.....
- c'étaient quoi les soins dans l'hôpital:.....
- Est-ce que votre famille a fait le nécessaire de vous prendre en charge, pendant la période d'hospitalisation :
 -
 -
 -
- Etiez -vous seul(e) :.....
- Qui vous aidez quand vous étiez fatigué(e) ;
 -
 -
- Qu'est ce que vous sentiez quand le psychiatre fait sa visite médicale :
-
-
- Est ce qu'il vous parle
- Est-ce que le psychiatre sait que vous connaissiez votre maladie
 -
 -
- Pourquoi ?.....

- Comment vous sentez-vous avant la visite:.....
- L'heure de la visite:.....
- Après la visite:.....
- Combien le psychiatre reste avec vous durant la visite :.....
- Combien de fois par semaine vous consultez le psychiatre
- discutez-Vous avec le psychiatre à propos du malade : Oui Non
-
- Le thème de votre discussion :.....
- Si vous ne trouviez pas ces médicaments, que faites vous dans ce cas ;
- Cherchez partout ; laissez tombé ;autre.....
- Les médicaments qui sont autorisée par le psychiatre, sont ils disponibles dans :
le marché (pharmacie) : à l'hôpital :
- Qui est responsable de respecter de vous servir les doses médicales:
Vous-même un membre de la famille les infirmiers (es)
- Quelle sont les conseils qui sont donnés chaque fois par le psychiatre :
-
-
-
-
-

Données sur la consultation psychiatrique :

- Comment été l'accueil.....
- Est-ce que vous avez fait les examens suivants :
 1. Examen somatique.....
 2. Examen neurologique.....
 3. Examen psychiatrique.....
 4. Le bilan des symptômes.....
- Est-ce qu'ils ont demandé : 1- Des analyses.....
- 2- Du scanner.....
- 3- Des radios graphiques.....

La sémiologie clinique :

I-Sémiologie des comportements :

- La mimique et la psychomotricité ;.....
- Le regard
- Le langage.....
- La tenue.....vêtementcoiffure
- Comportement verbal.....le discours.....
- Les réactions à l'examen et le contact avec le psychiatre :
- 1-Les réactions de confiance.....
- 2- les réactions d'opposition.....
- 3- les réactions d'indifférence.....
- Les comportements au cours de la vie quotidienne.....
- Les soins corporels
- Le sommeil et le coucher.....
- le comportement sexuel.....
- Les conduites alimentaires.....
- La vie familiale :.....
- Etudier la dépendance
- L'opposition.....

- L'autonomie.....
- Le déni de la famille
- L'activité socioprofessionnelle :

I- sémiologie psychiatrique:

Symptômes	Toute la journée	Tous les jours	De temps en temps
1. Sentiment de L'humeur.			
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes les activités.			
3. Perte gain de poids significatif en l'absence de régime.			
4. Abaissement de l'appétit.			
5. Insomnie.			
6. Hypersomnie.			
7. Agitation psychomotricité.			
8. Ralentissement psychomoteur.			
9. Fatigue ou perte d'énergie.			
10. Sentiment de valorisation.			
11. Culpabilité excessive ou inappropriée.			
12. Diminution de l'aptitude à penser ou a concentré.			
13. L'Indécision.			
14. Pensée de mort récurrente.			
15. Idées suicidaires.			

II- sémiologie de l'activité psychique:

I- Les troubles du champ de la conscience :

Oui Non

1. Baisse de vigilance		
2. Dissolution de conscience		
3. Expansion de conscience		
4. Rétrécissement de conscience		

2-: trouble de l'activité sensorimotrice et de l'intention :

Oui Non

1. Troubles de l'orientation Dans le temps		
2. Troubles de l'orientation Dans l'espace		
3. Troubles de l'orientation Quant à la situation		
4. Troubles de l'orientation Quant à sa personne		
5. Trouble de la perception		

4-Troubles de la cognition (pensée) :

Oui Non

1. Pensée inhibée		
2. Pensée ralentie		
3. Pensée circonscrite		
4. Pensée approuver		
5. Persévération verbale		
6. Ruminations de Paramnésies		

7. Pensée automatique		
8. Hypermnésies		
9. Fuite des idées		
10. Trouble de la concentration		
11. Trouble De la mémorisation		
12. Réponses à colté		
13. Trouble De l'évocation		
14. Pensée barrée		
15. Trouble de Confabulation		
16. Pensée incohérente		
17. Néologismes		
18. Troubles de la perception		
19. Illusions		
20. Hallucinations acoustico-verbales		
21. Autres hallucinations auditives		
22. Hallucinations visuelles		
23. Hallucinations cénesthésiques		
24. Hallucination olfactives / gustatives		

5- Troubles affectifs (¹)

Oui Non

1. Perplexité		
2. Anesthésie affective (éprouvée)		
3. Anesthésie affective (observée)		
4. Troubles de l'éprouvé vital		
5. Tristesse		
6. Perte d'espoir		
7. Anxiété physique éprouvée		
8. Euphorie		
9. Dysphorie		
10. Irritabilité		
11. Agitation interne		
12. Propension à se plaindre		
13. Sentiment d'insuffisance		
14. Surestimation de soi		
15. Sentiment de culpabilité		
16. Sentiment de ruine		
17. Ambivalence affective		
18. Discordance affective		
19. Labilité affective		
20. Hyperémotivité		
21. Monotonie effective		
22. Perplexité		
23. Anesthésie affective (éprouvée)		

5- Les troubles émotionnelles

Oui Non

1. Sociabilité diminuée		
2. Sociabilité excessive		
3. Agressivité perte d'espoir		
4. Tendances suicidaires		
5. Automutilations		
6. Crise de pleur		

¹ Le système AMDP (données anamnétique, et psychopathologique)

7. Tristesse		
8. Sentiment de culpabilité		

-Quel été le diagnostic de cette maladie :.....

.....

- Vous sentez que le Contact avec votre famille est facile: difficile:

- votre discours est difficile à comprendre.....

- les thèmes qui sont très intéressants pour vous, et vous voulez les discuté sont :

-la famille.....

- le travail.....

- Les études

- La religion.....

- Politique

- La santé

- Autre :.....

- Communiquez- vous surtout avec

- pendant le discours vous sentez :

- La joie..... des peines..... des colères.....

- Le climat de lourdeur de cette situation.....

- Envers la famille vous sentez un besoin de sentiment d'expression, décrivez-le :

.....

Université d'es-sénia Oran
Faculté Des Sciences sociales

Département de psychologie

Mes dames et Messieurs ;

Voici un questionnaire qui rentre dans le cadre de l'utilisation des outils d'étude pour la préparation du doctorat en psychologie clinique,

Je vous invite de rependre sur les items dans les tableaux suivants selon ce que vous trouvez convenable avec ce que vous sentez, pensez, croyez comme comportements adéquats.

Renseignements généraux :

Nom:..... **Age :**.....

Prénom :..... **Sexe :** F M

Situation familiale: célibataire (e) marié (e) divorcé(e) veuf (Ve)

Si le patient est marié (e)

Nombres d'enfants :..... M F :

L'habitat: la ville le village

Le niveau des études :.....

Profession:.....

Niveau économique de la famille: Elevé Moyen Bas.

Depuis quand vous êtes malade :.....

Etes- Vous hospitalisé ? Oui Non

Si « oui » combien de temps :.....

Etiez-vous suivi par un : psychiatre psychologue thérapeute traditionnel

Mettez une croix (x) dans la case que vous trouviez convenable avec ce que vous pensez.

Items	OUI	NON
1. <u>Avant, Ce qui a été vraiment une nécessité pour moi, c'est comment traiter cet état de souffrance.</u>		
2. <u>Je suis à la disposition du psychologue, cette thérapie m'intéresse beaucoup, elle me donne l'occasion de discuter et de me défouler.</u>		
3. <u>Quand je sors du bureau du psychiatre, je suis disposé à prendre les médicaments.</u>		
4. <u>Depuis que j'ai senti la maladie, J'ai toujours cherché des solutions thérapeutiques pour que je guérisse.</u>		
5. <u>Je crois aux soins prodigués par le psychiatre, parce qu'ils sont efficaces et je me trouve bien avec.</u>		
6. <u>Je crois que la thérapie traditionnelle que je suis est très efficace, je fais mon possible avec le thérapeute pour me traiter.</u>		
7. <u>Mon état actuel a besoin de la thérapie du « Rokia », selon ce que me conseille ma famille et mon entourage.</u>		
8. <u>la discussion avec le psychologue est très efficace comme thérapie, parce qu'elle m'a aidée à bien exprimer mes conflits.</u>		
9. <u>La thérapie chez un thérapeute traditionnel (taleb, raki) m'intéresse beaucoup, c'est pour cela, j'accepte le consulter habituellement.</u>		
10. <u>J'aime consulter le psychiatre, parce qu'il m'écoute attentivement et adapte les médicaments d'après l'évolution des symptômes.</u>		
11. <u>J'applique tous les conseils et les orientations du psychologue, parce que je trouve cela efficace.</u>		
12. <u>Avant, J'étais en disposition d'accepter à suivre n'importe quelle thérapie, pourvue que je guérisse.</u>		
13. <u>J'accepte à prendre les médicaments, parce qu'ils</u>		
14. <u>me font du bien.</u>		
15. <u>Mon état a besoin d'une thérapie psychologique, parce qu'il n'y a pas d'utilisation des médicaments.</u>		
16. <u>J'attends avec impatience le moment des médicaments donnés par le psychiatre.</u>		
17. <u>Quand je suis chez le thérapeute traditionnel, je me conforme à ses prescriptions, et s'il ne me traite pas, cela ne me fait pas de mal.</u>		
18. <u>Avant, j'ai cru que les consultations chez le psychiatre ou le psychologue ou le thérapeute traditionnel; vont m'aider à guérir.</u>		
19. <u>je crois au traitement psychiatrique, parce que les médicaments m'ont aidé à me sentir bien.</u>		
20. <u>Je crois que la « Rokia » et ce qu'elle me donne comme sécurité (tomnina) est très efficace dans ma thérapie actuelle.</u>		
21. <u>Les médicaments que j'utilise m'ont aidé à faire des activités, à être satisfait, pour cela je continue à les prendre dans les délais prescrits.</u>		
22. <u>le psychologue m'aide à lui faire confiance, par ses efforts thérapeutiques, surtout l'écoute ; Je sens que nous travaillons ensemble.</u>		
23. <u>Je me sens bien après chaque séance de « Rokia », mais quelques</u>		

Mettez une croix (X) en Choissant un thérapeute qui conforme avec ce que vous croyez efficace.

Items	Psychiatre	psychologue	Théra tradit
1. Je supporte beaucoup les efforts thérapeutiques du
2. Il m'arrive de revenir plusieurs fois dans la semaine pour consulter le
3. Je me sens à l'aise quand je consulte le
4. Je crois beaucoup dans la méthode thérapeutique du...
5. Je me sens soulagé quand je discute sur mes conflits avec le....
6. J'estime beaucoup les conseils donnés dans les consultations du
7. Parce qu'il m'écoute de façon correcte, j'ai besoin de parler sur ma souffrance avec le...
8. Dès le premier contact, J'ai commencé à estimer beaucoup la compétence du...
9. Dans mon entourage, J'ai entendu beaucoup parler du...
10. Je me sens stressé quand ma famille me conseille de consulter le
11. Parce qu'il m'aide, J'attends toujours avec impatience le rendez- vous du...
12. Je me sens très à l'aise quand je termine ma séance thérapeutique avec le
13. Je me sens très bien quand j'applique les conseils du...
14. J'accepte que ma famille projette de m'emmener chez le...
15. Je me sens en sécurité quand J'applique tous les conseils et les orientations du...

16. Ma famille fait tout pour m'emmener chez le ...	.....	.....	.....
17. Parce qu'il m'a donné la confiance en soi, Je vais seul pour le rendez-vous du ...	.....	.....	.....
18. Je crois beaucoup aux exigences du ...	.....	.....	.....
19. Je sens que je suis arrivé à estimer mon soi avec le...	.....	.....	.....
20. Je sens que les traitements qui ont des effets thérapeutiques sur mon corps et mon esprit, sont bien ceux de...	.....	.....	.....
21. Je sens qu'il y a une progression dans la thérapie que je suis avec...	.....	.....	.....
22. D'après mes expériences avec les différents thérapeutes, je crois beaucoup au ...	.....	.....	.....
23. Je crois que le seul thérapeute qui est compétent c'est bien le...	.....	.....	.....
24. D'après mon expérience, je suis beaucoup convaincu des efforts du ...	.....	.....	.....
25. la seule application thérapeutique que je n'accepte pas durant cet itinéraire, ce sont les médicaments du ...	.....	.....	.....

المخلص

تتضمن البحث دراسة عيادية للتمثلات الثقافية للعلاج ووظيفتها في المسار العلاجي للمكتئب الراشد أجريت هذه الدراسة على حالات مرض الاكتئاب بالمؤسسة الإستشفائية لولاية مستغانم ، انطلقت الدراسة من فرضية إن التمثلات الثقافية للاكتئاب لها علاقة بالتمثلات الثقافية للعلاج مما يجعلنا نركز في العملية العلاجية على هذه التمثلات باعتبارها المشفر لفهم و تشخيص و من ثم العلاج المكتئب. لمعالجة الإشكالية قمنا بتقسيم البحث إلى جانبين: جانب نظري ضم ثلاث فصول :

الفصل الأول حول الدراسة الإكلينيكية للاكتئاب

الفصل الثاني دراسة طرق العلاج المستعملة في علاج الاكتئاب، و الفصل الثالث كان حول دراسة التمثلات الجانب التطبيقي تم دراسة الحالات كمنهج يتناسب و موضوع الدراسة مركزين على المقابلات العيادية لتحديد التمثلات الثقافية للاكتئاب

و استمارتين لتحديد التمثلات الثقافية للعلاج.

الكلمات المفتاحية:

التمثلات الثقافية للاكتئاب، التمثلات الثقافية للعلاج، المسار العلاجي للاكتئاب، العلاج الطبي ، العلاج النفسي، العلاج التقليدي، الافكار الانتحارية، الاعتقاد في العلاج، مرض الاكتئاب، الدراسة الكيفية،