



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
جامعة وهران 2 محمد بن احمد  
كلية العلوم الاجتماعية  
قسم علم النفس والأرطفونيا

الموضوع:

التصورات الثقافية الاجتماعية ودورها في الاختيار بين المعالج  
النفسي والمعالج التقليدي  
للمصابين باضطراب الوسواس والأفعال القهرية

مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر أكاديمي في علم النفس

تخصص علم النفس العيادي

بإشراف الأستاذ الدكتور:

كحلولة مراد

من اعداد الطالبين:

- قارة عمر ياسين  
- بالنور حسين

لجنة المناقشة:

أ.د/ بولجراف بختاوي - رئيسا  
أ.د/ كحلولة مراد - مشرفا ومقررا  
أ.د/ مكي أحمد - عضوا مناقشا

السنة الجامعية: 2020/2019

## كلمة شكر

الى الأساتذة والمعلمين الكرام، من دور الحضانة الى الابتدائي  
فالمتوسط، ثم الثانوية وصولا الى الجامعة، نشكركم جميعا على  
المجهودات الجبارة وصبركم الكبير علينا، فبعد التوفيق من الله  
وبفضلكم بلغنا هذه الدرجة العلمية، فهذا النجاح مهدى اليكم  
ونعتبره ثمرة عملكم الدؤوب معنا.

رحم الله من توفى منكم وبارك الله في اعمار من بقي منكم.

## إهداء

الى الوالدين الكريمين والى كل من ساعدنا من قريب او بعيد  
لبلوغ هذه الدرجة العلمية

قارة عمر ياسين / بالنور حسين

## ملخص البحث:

تناولت هذه الدراسة موضوع التصورات الثقافية الاجتماعية ودورها في الاختيار بين المعالج النفسي والمعالج التقليدي للمصابين باضطراب الوسواس والافعال القهرية، معتمدين على المقاربة النفسية التحليلية كأسلوب في تفسير حدوث الاضطراب الوسواسي القهري وكذا للعلاج النفسي من جهة، والمقاربة الثقافية الاجتماعية في تفسير حدوث الاضطراب موضوع الدراسة وعلاجه تقليديا، بأمثلة من طريقتين للعلاج التقليدي من جهة أخرى.

فانطلقت الدراسة من الإشكالية التالية: هل للتصورات الثقافية الاجتماعية أثر في الاختيار بين المعالج النفسي أو المعالج التقليدي لاضطراب الوسواس القهري، وفيما تكمن الأسس النفسية لهذا الاختيار إن كان الحال كذلك؟

وعليه قمنا بوضع الفرضيات التالية:

- قد تكون للتصورات الثقافية الاجتماعية أثر فعال في الاختيار بين المعالج النفسي أو المعالج التقليدي لاضطراب الوسواس القهري.
- قد يتخوف البعض من فقدان المكانة الاجتماعية لعدم توفرهم على تصورات واضحة حول الوظيفة العلاجية للأخصائي النفسي، كما قد تكون للاعتقادات والممارسات الثقافية الدينية أثر في هذا الاختيار كونها مكون أساسي من المكونات النفسية المضطرب ومحيطه الاجتماعي.

ولدراسة الفرضيات والتحقق من صحتها اعتمدنا منهج دراسة الحالة الذي يعتمد في الأساس على الملاحظة والمقابلة العياديتين، والتي ركزنا فيها بعد تشخيص الاضطراب على سؤال ذي صلة مباشرة بدراستنا وهو لماذا اختارت الحالة هذا النوع من العلاج دون النوع الآخر.

تم اجراء المقابلات العيادية مع حالتين من جنسين مختلفين، رجل 51 سنة وامرأة 42 سنة، أما عن مكان الدراسة فكان عند معالجين تقليديين لصعوبة إيجاد حالات عند معالج نفسي، وخلصنا إلى مجموعة من النتائج منها:

- للتصورات الثقافية الاجتماعية أثر فعال في الاختيار بين المعالج النفسي أو المعالج التقليدي لاضطراب الوسواس والافعال القهرية
  - يتخوف الافراد من فقدان المكانة الاجتماعية في حال زيارة الاخصائي النفسي لعدم اطلاعهم على مهامه ودوره
  - للاعتقادات والممارسات الدينية الثقافية أثر في اختيار نوع المعالج كونها مكون أساسي من مكونات شخصية الفرد
  - اعتبار أن المعالج التقليدي هو جزء لا يتجزأ من الثقافة الاجتماعية وموروث ثقافي تعودت عليه الأجيال
  - اعتبار مهنة الاخصائي النفسي مهنة مستوردة ودخيلة على المجتمع وثقافته، وأن من يلجأ اليه يعتبره المجتمع فردا مضطرب نفسيا وعقليا، ما يهدد مهنته ودوره وسط محيطه.
- ولقد تم تفسير هذه النتائج ومناقشتها انطلاقا من إشكالية البحث والفرضيات، واعتمادا على منهجية دراسة الحالة، في ضوء مجموعة من الدراسات السابقة التي تناولت وفسّرت نفس الموضوع من جانبه العلمي النفسي والثقافي الاجتماعي.

# فهرس المحتويات

## فهرس المحتويات

ب	كلمة شكر
ج	الإهداء
د	ملخص البحث
و	فهرس المحتويات
1	المقدمة
3	إشكالية البحث
4	فرضيات البحث
5	<b>أ. الفصل النظري:</b>
6	<b>I. التصورات الثقافية الاجتماعية :</b>
6	○ مفهوم التصور
6	○ التصور من منظور نفسي اجتماعي
8	○ التصور من منظور التحليل النفسي
9	○ الثقافة في علم النفس العيادي
10	○ أثر الثقافة على النفس وعلاقتها بالشخصية
12	<b>II. اضطراب الوسواس والأفعال القهرية</b>
12	○ مفهوم الوسواس والأفعال القهرية
14	○ الفرق بين الوسواس القهري والشخصية الوسواسية
15	○ صعوبات التشخيص
15	○ الوسواس القهري في المنظور الثقافي الاجتماعي
17	○ الوسواس والأفعال القهرية في نظرية التحليل النفسي
22	<b>III. I. العلاجات النفسية الحديثة والتقليدية</b>
22	○ علاقة العلاج النفسي التقليدي بالعلاج النفسي الحديث
22	○ العلاج النفسي الحديث
25	○ الطب التقليدي (الشعبي)
26	○ العلاج النفسي التقليدي
27	○ اهتمام الدوائر الصحية العالمية بالطب الشعبي والمطبيين الشعبيين
29	<b>- خلاصة الفصل</b>
30	<b>II. الفصل المنهجي:</b>
31	- المنهج العيادي
31	- دراسة الحالة
31	- أدوات البحث
32	- أسباب اختيار الموضوع
32	- أهداف البحث

33	- أهمية البحث
33	- حدود البحث
33	- العينة والمجتمع
34	- إطار البحث
35	- تنظيم البحث
36	<b>III. الفصل التطبيقي:</b>
37	- عرض الحالة الأولى
39	- تشخيص الحالة الأولى
41	- عرض الحالة الثانية
43	- تشخيص الحالة الثانية
45	- مناقشة الفرضيات
49	<b>الخاتمة</b>
50	<b>التوصيات</b>
51	<b>قائمة المراجع</b>
58	<b>الملحقات</b>

## مقدمة:

الكثير منا - إن لم يكن جميعنا - قد سمع عن الوسواس القهري، لكن مفهوم الوسواس قد يختلف أحياناً - وربما بصورة كبيرة - بين شخص وآخر، فالغالبية العظمى من عامة الناس في مجتمعنا تعرف الوسواس القهري بمعناه الثقافي الديني، ولكن ربما بصورة مبسطة عن هذا الاضطراب النفسي المعضلة، والذي قد يشل حياة الإنسان ويسبب إعاقة فعلية بكل ما لهذه الكلمة من معنى.

والوسواس القهري هو نوع من التفكير التسلطي، يلزم المريض ويحتل جزءاً من وعيه وشعوره مع اقتناعه بسخافة هذا التفكير، مثل تكرار وترديد جمل أو أفكار أو أفعال تظل تلاحقه وتأتي ضد رغبته، وهو أيضاً سلوك قهري واع يجد المريض نفسه مجبراً على القيام به رغماً عن إرادته ورغم أنه يستهلك الكثير من جهده ووقته.

كما قد تحدث درجة خفيفة من هذه الأفكار عند كل إنسان خلال فترة من فترات حياته، ولكن الوسواس القهري يتدخل ويؤثر في حياة الفرد وأعماله الاعتيادية وقد يعيقه تمامًا عن العمل.

ومشكلة هذا الاضطراب أنه كثيراً ما يعتبره المريض سرّاً يخفيه ما بينه وبين نفسه، لأنه يخجل من أعراضه وقد يعتبرها الناس قلة ثقته بنفسه أو قلة دينه واستسلامه للشيطان، خاصة وأن المعنى اللغوي والمعنى الديني لمصطلح الوسوسة غامض بالشكل الذي يجعل الكثيرين من علماء الدين من جهة، والأطباء والأخصائيين من جهة أخرى يتيهون ما بين الوسواس الخناس "الشيطاني" ووسواس النفس ووسواس الإنسان، وما بين اضطراب الوسواس القهري الذي قد يعتبر موضوعاً مختلفاً فيه إلى حد كبير، ومن المشاكل الأخرى المتعلقة بهذا الاضطراب أن الكثيرين من المرضى لا يعرفون أنهم مرضى فهم بالرغم من معاناتهم التي كثيراً ما تكون متصلة على مدى السنوات يحسبون أن الله سبحانه وتعالى خلقهم على هذا الشكل وأن صفاتهم الغريبة تلك هي صفات غير موجودة عند أحد سواهم.

ويعتبر موضوع الوسواس القهري واحداً من المواضيع التي تغيرت الأفكار العلمية بشأنها تغيراً مدهلاً خلال القرن الماضي، بحيث أن مفاهيم عمرها يزيد على مئات السنين تمت مبادلتها ومقارنتها بعكسها خلال بضعة أعوام، والوسواس القهري موضوع يمس حياة الناس بشكل مباشر لأن الوسوسة كخبرة نفسية معرفية وشعورية هي خبرة تحدث في نسبة كبيرة من البشر في كل المجتمعات، ومعنى ذلك أن الوسوسة قديمة قدم البشر ذاته، أي أنها موجودة منذ خلق الله الإنسان، وبالرغم من ذلك لم يصل إلينا تفسير دقيق لها، من حيث كونها خبرة بشرية عامة.

وكان المسلمون الأوائل ينسبون الوسواس إلى فعل الشيطان، لأنهم عرفوا ووصفوا ثلاثة أنواع من الوسواس موجودين في القرآن الكريم وفي سنة النبي صل الله عليه وآله وسلم، وهم وسواس النفس، ووسواس الشيطان، ووسواس الإنسان، أي قد تدخل في دهاليز الجنون، وليسوا وحدهم في ذلك، فقد أرجعه الكثير من الغربيين حتى عهد قريب إلى أنه كذلك، وإن العلاج الفعال له هو العلاج التقليدي المتعارف عليه بينهم.



فالشيطان بنص القرآن الكريم هو الوسواس الخناس، وهو الذي وسوس لأدم ولحواء بأن يأكلا من الشجرة، كما أن النفس البشرية في الفهم الإسلامي مصدر من مصادر الوسوسة (النفس الأمارة بالسوء)، إلا أن الوسوسة في تراثنا قد يكون لها معنى آخر هو التشدد في الدين، كما تعني الوسوسة العديد من المعاني عند الناطقين بالعربية، مثل الشك والتكرار والخوف على الصحة... الخ.

وقد كان لذلك تأثيرا كبيرا على تعامل المجتمع الاسلامي مع معطيات البحث العلمي الحديث فيما يتعلق بالوسواس القهري وكذا طرق علاجه، لأن عامة الناس إنما يقفون حائرين أمام ظواهر نفسية يفسرها علماء الدين بشكل ويفسرها الأطباء والأخصائيين بشكل مختلف، بينما قد تكون الحقيقة هي أن ما يتكلم عنه المختصون شيء، وما يتكلم عنه علماء الدين شيء آخر، بالرغم من التشابه بينهما في الأعراض.

كما اختلفت وجهات النظر في تفسير حدوث اضطراب الوسواس القهري وعوامل نشأته وتطوره وخاصة كيفية علاجه، فهناك من يرجع أسباب حدوثه لعوامل نفسية داخلية ناجمة عن اضطرابات في شخصية الفرد من خلال تفاعله مع المحيط، أو أسباب بيولوجية تكوينية متعلقة بالجانب العضوي، وهناك من يرجع ذلك إلى عوامل خارجية مرتبطة بالتصورات الثقافية الاجتماعية وبالعلاقة مباشرة بالشيطان والجن عبر عدة وسائل كالسحر والعين والمس وغيرهم.

فقد يبدو من السهل دراسة الاعراض وتشخيص المرض، لكن ليس من السهل على المريض أن يقتنع ويدرك السبب الاساسي لمرضه، أو اختيار العلاج المناسب، حين يجد نفسه بين العديد من النماذج العلاجية، وليس من السهل عليه ايضا أن يتحمل عدم جدوى علاج ما، أو طول مدته، ففي الحقيقة قد تكون هناك أمور كثيرة تتحكم في المريض كشخص أو ككائن ثقافي في وسط اجتماعي متنوع فيه الثقافات والمعتقدات الدينية والشعبية.

ولتوضيح كل جوانب موضوع الدراسة تطلب منا ذلك تقسيمه إلى ثلاثة فصول، فبعد تقديم الموضوع طرحنا إشكالية البحث، كما وضعنا الفرضيات التي سنحاول التحقق منها، ثم نتناول في الجانب النظري التطرق لمصطلحات البحث من تصورات وأشكالها والعلاجات وأنواعها، وكذا اضطراب الوسواس القهري، والتفسير الثقافي الاجتماعي الذي يقول باقتحام الفكرة الوسواسية التسلطية من قوى خارجية كالجن والشيطان عبر طرق عدة كالمس، السحر، العين، الحسد، وغيرها.

أما الجانب المنهجي فيحتوي أسباب اختيار الموضوع الموضوعية منها والذاتية، وحدود البحث وإطاره وكذا العينة، إضافة الى أدوات البحث التي اعتمدنا عليها والتنظيم.

أما في الجانب التطبيقي فسنعرض الحالتين اللتين كانتا عينة الدراسة مع تحرير منهجي لهما، بتحديد مؤشرات البنية الوسواسية، ثم تحليل تصوراتها للاضطراب وطرق علاجه، بهدف التحقق من الفرضية المطروحة للدراسة.

ثم وصولا للخاتمة والتي نعرض فيها جملة من التوصيات.

## إشكالية البحث والفرضيات:

يعتبر المجتمع الجزائري من المجتمعات المرتبطة ارتباطا وثيقا بالموروث الثقافي الاجتماعي، فالثقافة كعنصر أساسي ومؤثر في حياة المجتمعات تتأثر وتؤثر في مختلف سلوكيات وانطباعات ومجرى تفكير الأفراد داخل المحيط الاجتماعي، انطلاقا من المعتقدات الدينية وتقديسها، الى التنشئة الاجتماعية بكل جوانبها، الى طريقة اللباس ونوع الاكل، وصولا الى تصور الأسباب المؤدية للاضطرابات النفسية وطرق معالجتها ومن هو المؤهل اجتماعيا لعلاجها.

ونظرا لأهمية اختيار نوع المعالج من طرف المريض أو محيطه على الراحة النفسية وكذا للذهول الحادث في أذهان الناس عامةً ومتفقين بشأن نوع المعالج وفعاليتة خاصةً في نواحيه المتعلقة بالدين والموروث الثقافي وكذا الأساليب، سنقوم بدراسة هذا الموضوع من جانبه الأكاديمي وكذا الثقافي الاجتماعي انطلاقا من الإشكالية التالية:

- هل للتصورات الثقافية الاجتماعية أثر في الاختيار بين المعالج النفسي أو المعالج التقليدي لاضطراب الوسواس القهري، وفيما تكمن الأسس النفسية لهذا الاختيار إن كان الحال كذلك؟

فقد أوضحت الكثير من الدراسات كيفية تأثير السياق الاجتماعي على استجابات الناس حيال المرض وأسلوب العلاج باختلاف المجتمعات والثقافات، وتأثير الثقافة على استجابات الناس للألام والعلل ومن بينها دراسة "ستشمان" ودراسة "زبروفسكي"، كما أكدت دراسات أخرى وجود تباين ثقافي في التعبير عن الألم وكذا التوجه للعلاج المناسب للمرض، وهذا التباين يمكن أساسا في نوع التنشئة الاجتماعية، فالاختلافات في وجهة نظر المرضى حول المرض والمعالج، تعكس مجرد تصورات مختلفة اكتسبت ثقافيا للتوافق مع الثقافة السائدة والسياق الاجتماعي العام، وفي كثير من الأحيان نجدها تتعارض وتتناقض مع التفسيرات الطبية الحديثة وكذا المعالجات الأخصائيين.

كما اهتمت دراسة صولة فيروز (2014) حول "المتغيرات الاجتماعية لتصور المرض وأساليب علاجه"، والتي هدفت الى الكشف عن المتغيرات الاجتماعية المختلفة المؤثرة في تصور المرض وتحديد الأساليب العلاجية الملائمة، سواء كانت هذه الأساليب علمية أو شعبية، حيث توصلت الباحثة إلى أنّ هناك تأثير واضح للجماعة المرجعية حول تصور المرض لدى المريض وفي اختيار العلاج المناسب، وأن للثقافة الدينية دور مهم وبارز في تصور المرض وعلاجه بين أفراد الدراسة، حيث كانت نسبة الاعتقاد الديني للمرض وعلاجه ضمن الثقافة الدينية من 75% إلى 100% لمختلف الأمراض بما فيها الأمراض العقلية.

أما دراسة سليمان بومدين من قسم علم الاجتماع جامعة سكيكدة (2004) حول "التصورات الاجتماعية للصحة والمرض في الجزائر"، فقد أفرزت النتائج أنّ هناك صلة وثيقة بين

خصائص وثقافة أفراد العينة من جهة وبين الاعتقاد في الطبّ التقليديّ أو الحديث من جهة أخرى.

أما دراسة الحوارية (2011) حول "تمثيلات المجتمع للمرض النفسي وعلاقتها بطرق العلاج" فإن تمثيلات الافراد لأسباب المرض النفسي وطرق علاجه تبدو أكثر ارتباطا بالخلفية الثقافية للمجتمع، حيث تؤثر هذه الخلفية في تكوين عوامل مختلفة كالدين واللغة والتراث، ثم الخبرات المتراكمة على مدى طويل.

فانطلاقا مما لاحظناه وإشكالية البحث حول ظواهر نضنها ترتكز لمرجعية وذهنيات جماعية اجتماعية حول تصور المرض وكذا طرق العلاج، واستنادا لبعض الدراسات التي تناولتها نضع لدراستنا فرضيتين بهدف التحقق منهما:

- قد تكون للتصورات الثقافية الاجتماعية أثر فعّال في الاختيار بين المعالج النفسي أو المعالج التقليدي لاضطراب الوسواس القهري.
- وقد يتخوف البعض من فقدان المكانة الاجتماعية لعدم توفرهم على تصورات واضحة حول الوظيفة العلاجية للأخصائي النفسي، كما قد تكون للاعتقادات والممارسات الثقافية الدينية أثر في هذا الاختيار كونها مكّون أساسي من المكونات لنفسية المضطرب ولمحيطة الاجتماعي.

كما أنه لو ثبت صحة وجود أثر فعّال للتصورات الثقافية الاجتماعية في الاختيار بين المعالج النفسي أو المعالج التقليدي لاضطراب الوسواس القهري لدى العينة قد نتساءل عن مصدر هذا الأثر حسبهم.

# الفصل النظري

## 1.1 التصورات الثقافية الاجتماعية

يأخذ مفهوم التصورات الثقافية الاجتماعية مكانة متواضعة في البحوث و الدراسات في شتى مجالات العلوم الإنسانية كعلم الاجتماع و الأنثروبولوجيا و التاريخ و علم النفس بفرعيه الاجتماعي و العيادي ، فهو أحد مفاتيح الأنشطة الذهنية و الفكرية ، فكل فرد تصورات خاصة و هي "التصورات الفردية"، و لكنها ليست معزولة عن بقية تصورات أفراد المجتمع و التي تسمى "التصورات الاجتماعية " التي تساعد الفرد على التكيف مع العالم المحيط به من خلال المساييرة و تعديل المواقف و حل المشكلات التي يواجهها الفرد ، لهذا تأتي أهمية هذا الجزء الذي سنعرض من خلاله مفهوم التصور و التصورات الاجتماعية.

### **مفهوم التصور:**

يعد مفهوم التصور قديما قدم الفلاسفة الإغريقية ولكنه كمفهوم إجرائي يعتبر حديثا نسبيا، فالتصور ملكة بشرية تربط بين الماضي والحاضر والمستقبل في الفهم البشري لتتابع الامور والتطورات (مكروم، 1999، ص49). ومفهوم التصور يعود إلى الكلمة اللاتينية "Respresentare" التي يقابلها في اللغة العربية مصطلحي "تصور" أو "تمثل" ومعناها الاستحضار أي جعل الشيء حاضرا. وحسب معجم علم النفس "التصور ليس مجرد استرجاع صورة بسيطة للواقع فقط بل تكوين أو بناء للنشاطات العقلية " (Sillamy, 1983 ,p1029).

### **التصور من المنظور النفسي الاجتماعي:**

هناك تباينات عديدة في التعاريف المقدمة في علم النفس الاجتماعي للتصورات، تتغير بحسب الباحثين، هذه الاختلافات لا ترجع في واقع الامر لمجرد اختلاف الرؤى وانما لتباينات نظرية ومنهجية.

ويعد " ايميل دوركايم" أول من استعمل وذكر مصطلح التصورات الاجتماعية، ليشير إلى رمز يحمل معنى عقلي وعاطفي بالنسبة لأعضاء الجماعة، وتعكس التصورات الاجتماعية تاريخ الجماعة، أي التجربة المشتركة لها خلال زمن معين. (مداس، 2003، ص65). الا أن دوركايم لم يضع تعريفا دقيقا له، فالفضل الكبير يعود لـ "موسكوفيسي" الذي أعاد إحياء الأعمال والمجهودات الدوركايمية، حين درس تصورات الجماعات المختلفة، ونشر نتائج دراسته في كتابه "التحليل النفسي، صورته وجمهوره" والذي نشره سنة 1961 والتي بين فيها كيف تتغير نظرة الناس على أنفسهم وعلى مجتمعهم، بعد انتشار نظرية علمية جديدة على ثقافتهم.

ويرى ايضا موسكوفيسي أن التصور هو " إعادة إظهار الشيء للوعي مرة أخرى رغم غيابه في المجال المادي وهذا ما يجعل منه عملية تجريدية محضة إلى جانب كونه كذلك عملية إدراكية فكرية " (Moscovici, 1976, p40)

وترى هيرزليتش " ان دراسة التصور تهدف لإعادة دراسة الكيفيات التي تتم من خلالها المعرفة والسيرورات الرمزية في علاقتها مع السلوكيات " أي التصورات تجاه موضوع ما تحدد مختلف السلوكيات التي يتبناها الافراد تجاه هذا الموضوع. ( Blanc N. et ) (autres,2006, Op. cit., p. 16

ويرى جون بياجي أن التصور هو "المكانيزم الذهني الذي يسمح ببناء الصورة الذهنية وهذا يخص إرجاع إلى الحاضر ما هو من الماضي كفكرة أو موضوع أو حادثة معينة، والتصور يعد الممثل الرئيسي للموضوع الذي أعيد بناؤه رمزيا " (Piaget, 1967, p 8)

ونجد أيضا في تعريف جودلي Jodelet "هي شكل من الأشكال المعرفية تختلف عن المعرفة العلمية وتسمى عادة بالمعرفة العامة، أو المعرفة الساذجة، التي نجدها عنصر نشط في صلب العلاقات الاجتماعية ". (Jodelet D,1994, p278)

بمعنى ان التصورات الاجتماعية ليست معرفة علمية وهي تركز على عمليتين إحدهما معرفية والأخرى اجتماعية.

وفي تعريف آخر يرى أنها: " عملية عقلية وفكرية تحدث عندما ينشغل الإنسان بشيء، هذا الشيء يمكن أن يكون شخص، شيء جامد، حدث فكرة، نظرية" ( Fischer G. ) (N,2005 Op.cit., p.130

وفي نفس السياق قالت ساندراف جوفشلوفيتش بوجود النظر الى التصورات الاجتماعية واعتبارها فضاء وسطي ونقطة التقاء بين الفرد والمجتمع والإشارة اليه باسم الفضاء العام الذي يربط بين الأشياء والموضوعات والأنشطة. (Jovchelovitch, S. 136-121) ((1996)

كما قامت كارولين هوارث بدراسة مهمة في هذا المجال حيث قامت بالربط بين نظرية الهوية الاجتماعية ونظرية التصورات الاجتماعية (howarth.C. 2002.p145-162)

ويعتبر ايضا جودلي وبرداس "التصور الجماعي اجتماعيا لأنه مستمر التكوّن وسط وحدة اجتماعية، حيث يتقاسم، ويشترك، ويتبادل أفرادها اتجاهات معينة من خلال دينامية التفاعلات والتأثير المتبادل، دون أن يخل ذلك بالتوازن حسب شروط الإنتاج الاجتماعي". (Jodelet, Paredes, 2010,p78)

ويصنّف التصور الى ثلاث أشكال:

1- **التصور الذاتي:** هو تصور الفرد لذاته ومتعلق به، ويتأثر هذا النوع من التصور بالعوامل النفسية خاصة.

2- **تصور الغير:** هو تصور ذو مستويين أحدهما طرف داخلي الذي يمثل ذات الفرد والآخر ذو مستوى خارجي موضوعي إذ ينظم على أشكال عديدة (فرد، جماعة، موضوع).

3- **التصور الاجتماعي:** للتصور الاجتماعي مكانة مهمة في سلوكياتنا اليومية لأن هذه الأخيرة لا تكون نتيجة لقدراتنا وظروفنا فقط بل نتيجة لتصوراتنا كذلك.

### التصور من منظور التحليل النفسي:

اعطى فرويد حيزا مهما للمكون الجماعي في دراساته، نلتمسها في ثلاثة أعمال رئيسية هي: "الطوطم والمحرمات" في (1913)، "سيكولوجية الحشود وتحليل الأنا" في عام 1921، "الرجل موسى والدين التوحيدي" الذي امتد اعداده من 1937 إلى 1939.

بالإضافة إلى ذلك، هناك كتابان تناولا رسائل ذات صلة مباشرة بمسألة المكونات الجماعية والتي تتعلق غالبًا بالدين والأساطير مثل "مستقبل الوهم" (1927) و "انزعاج في الثقافة" الذي نشر في فيينا سنة (1929).

ويقول ر. بيرون (R, Perron) "يمكن أن تستنبط من كلمة (تصور) على الأقل ثلاث مفاهيم استعملت من قبل فرويد" وهي:

المفهوم الأول: وضع تحت اسم (Vorstellung) الذي يعني "ما هو موضوع أمام، قبل" يتعلق الأمر هنا بالتقديم، في هذه الحالة يكون تقديمًا للمرة الثانية كما شرح سابقًا من طرف لابلانث وبونتايس.

المفهوم الثاني: له اسم (Repräsentanz) ويعني "المندوب" أي الممثل، في هذه الحالة النزوة التي مصدرها الجسد تكلف التصور ليمثلها على ساحة النفسية، وهذا ما يعرف عند فرويد بـ Repräsentant- Representation بهذا الشكل يكون التصور أحد ممثلي النزوة إضافة إلى العاطفة.

المفهوم الثالث: ويسمى (idée) ويعني الفكرة، استعمل هذا المفهوم من طرف فرويد وتنقسم إلى أفكار ظاهرة وأفكار كامنة أي تصورات الأشياء وتصورات الكلمات.

ومن هذا يتبين لنا أن بيرون يميز بين معنيين هما:

المعنى 1: يخص أمر الاستحضار الشعوري أو ما قبل الشعوري على الساحة النفسية لشيء أو شخص أو حدث ينتمي للعالم الخارجي وبهذه الصورة فالتصور يمثل المحور الذي يفصل بين داخل أو خارج الجهاز النفسي وهذا المحور هو الذي يفصل بين ما هو هوام وما هو إدراك.

المعنى 2: يتعلق بأحد ممثلي النزوة على الساحة النفسية، الممثل الآخر هو "كم العاطفة" بهذا المعنى التصور يظهر على كل المحاور التي تظهر فيها النزوة. (1997 P:145), (PERRON).

كما يعرف بيرجوري فعل التصور بأنه وضع امام الاعين وبذلك التصور هو ان نجعل من موضوع او مفهوم ما غائب شيئا محسوسا عن طريق تحريضه على الظهور.

في هذا التعريف يظهر ان النقص والانعدام هما عاملان ضروريان للتصور، وان الصورة الذكورية التي تظهر في العقل بواسطة شيء اخر يشبهها او ينتمي اليها أي بواسطة شيء للتعويض، هذا الاثر الذكروي يكون مستثمر عاطفيا. (NICOLAIDIS,1984,1)

فمفهوم التصور يعتبر أساسيا بالنسبة للتحليل النفسي، وهو أحد الأوجه الأولى لوظيفة الجهاز النفسي، بل أول معرفة يتكون على إثرها هذا الجهاز.

ويعرفه "لبلانش وبونتا ليس على انه " مفهوم تقليدي في الفلسفة وعلم النفس، ويستعمل للدلالة على ما نتصوره، وما يكون المحتوى المحسوس لفعل التفكير، وخصوصا لاسترجاع إدراك سابق، يعارض فرويد ما بين التصور وبين العاطفة، فكل واحد منهما يلقي مصيرا مختلفا خلال العمليات النفسية" (لبلانش وبونتا ليس، ترجمة مصطفى حجازي، 2002: 180).

وعرف جابر وكفافي في معجم علم النفس والطب النفسي بأن التصور أو التمثل "في التحليل النفسي هو عملية استخدام الرمز أو الصورة التي تمثل موضوعا أو فعلا أو دفعة لاشعورية، وفي علم النفس يشير المصطلح إلى فكرة مفهوم قائم في العالم الخارجي". (جابر وكفافي 1995، ص 325).

### الثقافة في علم النفسي العيادي:

كلمة الثقافة هي أكثر كلمة شهدت انتشارا وازدهارا، وليس هناك مفهوما أكثر تداولاً واستخداما كمفهوم الثقافة، ومن خصائصها أنها مكتسبة، انتقالية، تراكمية، أداة لتكيف الفرد بالمجتمع، تكاملية، واقعية، استمرارية، إنسانية.

وقد تطرق فرويد الى إشكالية الثقافة في كثير من دراساته لإعطاء نظرية التحليل النفسي ابعاد اجتماعية تخرجها قليلا من نطاق البعد الفردي.

ويعرف الثقافة بأنها "مؤسسة اجتماعية، نشأت خلال تطور التاريخ البشري، باعتبارها سلطة رمزية للمراقبة، وضبط الطرق التي يتم من خلالها تصريف الغرائز الجنسية والعدوانية عند الإنسان، للدفع بهذا الأخير نحو التحرر التدريجي من حالة طبيعته الحيوانية البدائية، كما أن الثقافة وُجدت أيضا لحماية البشر من الطبيعة، ومن أنفسهم، ومن بني جنسهم كذلك، وأخيرا لإقرار السلم الاجتماعي، وتمكين الجميع من حياة اجتماعية مشتركة، تخضع لقواعد وضوابط صارمة". (الدواي، 2013، ص 26).

كما أن الثقافات الأخرى بما فيها التقاليد والطقوس المختلفة تُعبر من جهتها عن العقلية الشعبية التي تشمل المشاعر، أساليب التفكير، فلسفة الحياة، أي تعبر بصفة مجملية عن شخصية الأفراد ونفسياتهم حتى أن الألباز أصبحت مصدرا غنيا من مصادر دراسة العقلية



الشعبية، لأن هذه الألعاز تساهم في تشكيل خيال الأشخاص وصقل تصوراتهم بالشكل الذي يريده الآباء والأجداد، ونتيجة لذلك تتمثل في التكوين النفسي الذي يجعل الفرد في المجتمع يستجيب للمؤثرات الخارجية بنفس الطرق التي يستجيب بها معظم أفراد ذلك المجتمع.

كما تناول كاردرنر Kardiner النظم الثانوية والتي اعتبرها بمثابة نظام إسقاطية موجودة في الشخصية الأساسية وهي تتمثل في السمات الثقافية التي يجري تفسيرها سيكولوجيا. ومن أمثلة ذلك تناول الدين كميكانيزم دفاعي ودور الطقوس والنظم مثل الأعراف والسحر والشامانية في ضوء وظائفها العلاجية النفسية. (بدر، 2008، ص 393-394).

### أثر الثقافة على النفس وعلاقتها بالشخصية:

إن دراسة الثقافة والشخصية يمثل نقطة التقاء بين علم النفس والأنثروبولوجيا، ولا يمكن فهم شخصية الفرد من دون الأخذ في الاعتبار الثقافة التي نشأ عليها.

وقد اهتمت مدرسة الثقافة والشخصية بدراسة العلاقة القائمة بين الثقافة عموما وبين شخصية الفرد، وهي تقوم على فرضية أن تعددية الثقافات ترتبط بتعددية أنماط الشخصية، وأن كل ثقافة تحدد أسلوبا من التصرف المشترك بين مجموع الأفراد المنتمين إلى ثقافة ما، وهذا ما يكسب الثقافة وحدتها ويضفي عليها خصوصيتها بالنسبة إلى الثقافات الأخرى.

فالباحثة بندكيت (R. Benedict) ترى أن "الثقافة والشخصية عبارة عن جانبين اثنين لحقيقة واحدة، فالشخصية بمثابة النظير السيكولوجي لمفهوم الثقافة." (محمد عاطف غيث، 2006. ص 98)

ويرى ليندون أن الشخصية بمثابة بناء تصوري يعني ضمنا نموذجا للسلوك السائد في ثقافة ما، أي أنه لا يمكن فهم أي شخص فهما جيدا من دون الأخذ في الاعتبار الثقافة التي نشأ عليها، كما أنه لا يمكن فهم أي ثقافة، إلا بمعرفة الأفراد الذين ينتمون إليها ويشاركون فيها، فتعددية الثقافات ترتبط بتعددية أنماط الشخصية.

ويشير ساپير (Edward Sapir) على العلاقة بين الثقافة والشخصية، ويقول: "هناك علاقة أساسية بين الثقافة والشخصية، فلا شك في أن أنماط الشخصية المختلفة تؤثر تأثيرا عميقا في تفكير عمل المجموعة بكاملها وعملها." (Sapir. E, 1967, p75)

ويمكن للثقافة أن توفر للفرد صورة السلوك والتفكير والمشاعر التي ينبغي أن يكون عليها، ولا سيما في مراحلها الأولى، بحيث ينشأ على قيم وعادات تؤثر في حياته، بحسب طبيعة ثقافته التي نشأ فيها، وتوفر للأفراد تفسيرات جاهزة عن الطبيعة والكون وأصل الإنسان ودورة الحياة، كما توفر للفرد المعاني والمعايير التي يستطيع أن يميز - في ضوءها - ما هو صحيح من الأمور وما هو خاطئ، كما تنمي الثقافة المشتركة في الفرد شعورا بالانتماء والولاء، فتربطه بالآخرين في جماعته بشعور واحد، وتميزهم عن الجماعات الأخرى،

وتكسب الثقافة الفرد الاتجاهات السليمة لسلوكه العام، في إطار السلوك المعترف به من قبل الجماعة. (محمد الهادي عفيفي. 1972. ص 141)

فان كان هناك فرق ما بين الشخصية والثقافة، فإن ذلك يعود إلى الفرق في الأسس التي تقوم عليها كل منهما، فالشخصية تعتمد على التنشأة الاجتماعية للفرد، أما الثقافة فتستند إلى مجموع التنشآت الاجتماعية للأفراد الذين يؤلفون المجتمع. ومن هنا يمكن القول بأن الثقافة تضفي على حياة الفرد قيمة ومعنى، وتكسبه إمكانيات وقدرات متعددة تجعله قادرا على الاختيار والتمييز، مع الأخذ بعين الاعتبار الفروق الفردية بين الأشخاص، من حيث تأثرهم بالثقافة أو تأثيرهم فيها.

## 1.1 اضطراب الوسواس والأفعال القهرية :

### مفهوم الوسواس والأفعال القهرية:

في عهد الدولة الإسلامية والتي امتدت من حدود الصين شرقا وحتى المحيط الأطلنطي غربا ومن تركيا والأناضول شمالا حتى أواسط أفريقيا جنوبا، كان التراث الإسلامي زاخرا بوصف هذا المرض وأنواعه وعلاجه بأساليب لم تعرفها الدول الغربية إلا من أقل من نصف قرن من الزمان...، ومنه قوله تعالى: "ولقد خلقنا الإنسان ونعلم ما توسوس به نفسه ونحن أقرب إليه من حبل الوريد" (سورة: ق (50)، الآية: 16)

وهناك الكثير مما ذكر في الطب النبوي عن الوسوسة وطرق إيقافها وهو ما يسميه علماء العلاج السلوكي المعرفي حديثا "Thought Stopping" وباللغة العربية "إيقاف الأفكار"، مما يؤكد لنا أن هنالك نوع من التواصل والترابط بين العلاج التقليدي والحديث للاضطراب.

وسبق أن نُظر إلى اضطراب الوسواس في القديم وحتى بداية القرن 19 على انه نوع من الجنون، وتم تصنيفه ضمن الأمراض العقلية من طرف Pinel الذي تكلم عن الجنون المعقل *la folie raisonnante*، كما صنفها Esquinol في الهوس الأحادي أي *La monomanie* فكان يعتبرها على أنها هذاء جزئي فكان هناك جنون الشك وجنون اللمس.

ويعتبر (Morel 1966) أول من أعطى وصفا جديدا لهذا المرض ولكن مازال يتكلم عن الهذاء العاطفي *Délire émotif*، ثم ظهرت لأول مرة كلمة الوسواس *obsession* مع (Lys 1883) في مقال "وسواس مرضية" "*Des Obsessions Pathologique*"

ومنذ هذا التاريخ بدأت المفاهيم تقترب من تصنيفه ضمن العصابات (سابقا) ولكن الأصل العقلي والعاطفي النفسي للاضطراب يبقى يقسم التوجهات والنظريات المفسرة له ولمنشئه.

ثم يأتي فيما بعد P. Janet ليحصر الوسواس ضمن نظرية تقلص الطاقة "انخفاض الطاقة النفسية" *Démunissions de l'énergie* ويحاول من خلال ذلك الربط بين عصاب الوهن النفسي *Psychasthénie* والوسواس *Obsession*.

كما أن السبب العاطفي اخذ بعين الاعتبار على يد Pitves et Regis ثم فيما بعد سيغموند فرويد S. Freud الذي قال بالاحتمية الخاصة للتمثل *Représentation* والوجدان *Affect* التي يأخذ محتواها أهمية كبيرة في اضطراب الوسواس.

## 1. تعريفات عامة:

- الوسواس فكرة متسلطة، والقهر سلوك جبري يفرض نفسه على المريض ويلزمه ولا يستطيع المريض مقاومته على الرغم من اقتناعه بعدم معقوليته وعدم فائدته، ويشعر المريض بالقلق والتوتر إذا ما حاول استبعاد الفكرة المتسلطة أو عدم إتيان الفعل القهري ويطلق على الوسواس عصاب الحصار، حيث أن الفكرة المتسلطة تحاصر المريض ولا يستطيع الفكك منها.

- الوسواس هي أفكار أو صور أو مخاوف أو اندفاعات متكررة وغير مرغوب فيها، أما الأفعال القهرية هي أفعال أو أنماط سلوكية معقدة (طقوس متكررة غير مرغوب فيها) وعادة ما يخط الناس بينهما لكن هناك فرق كبير بينهم كما يتضح من التعريف السابق.

- الوسواس القهري هو أحد الاضطرابات المصنفة تحت قائمة القلق النفسي؛ وذلك لأن القلق يشكل عنصرا أساسيا فيه حيث تقتحم الوعي أفكار غير منطقية وتلج بشكل يثير القلق والاضطراب ويحاول الشخص استبعادها من وعيه ويبدل في سبيل ذلك جهدا شديدا ولكنها لا تكف عن المعادة. والوسواس تحمل معنى الإلحاح الثقيل، وقد تؤدي إلى أفعال قهرية يرغم الشخص على فعلها، تكون وظيفتها تخفيف حدة القلق الذي يشعر به الشخص حيال هذه الأفكار الوسواسية.

- هي الأفكار السلبية والتي تأتي من الجن والإنس.

## 2. تعريف عبد الفتاح محمد دويدار:

هي نوع من الأمراض النفسية تتميز باضطراب المصاب به وانه يبدي آراء ورغبات، وان يقوم بأعمال وحركات رغما عنه ودون إرادته، مع معرفته أنها لا تتفق والمنطق أو قواعد المجتمع العامة، فهو لا يقدر على عدم إبدائها أو التحرر من القيام بها (عبد الفتاح محمد دويدار 1994، ص:349).

## 3. تعريف محمد السيد عبد الرحمان:

هي انقياد المريض دون وعي وراء إرادة فعلية تكرارية للتفكير في أشياء معينة (وسواس) أو ممارسة سلوكية (أفعال قهرية) المرة تلو الأخرى في محاولة منه لتخفيف وطأة الاضطراب أو القلق (محمد السيد عبد الرحمان، بدون سنة، ص:273).

## 4. تعريف فريد كاشة:

هي اضطرابات شائعة تمس التفكير والسلوك، متكونة من تسلطات واتجاهات اندفاعية نحو الفعل المتكرر (FARID KACHA, 1996, P:116).

## 5. التعريف العام العيادي:

الوسواس هو الفكرة التي تحاصر النفس، هذه الفكرة تفرض بطريقة لإرادية على الشخص وبشكل متكرر وغير منطقي والتي تظهر له على أنها غير منطقية وسخيفة، وهو يعي تماماً ذلك، كما أن الجهود التي يبذلها للمقاومة تبقى دون فائدة، ما يؤدي للدخول في معركة ضارية تحمل في طياتها الكثير من القلق والتوتر ضد هذه الوسواس، والتي قد تتطور في شكلها المرضي إلى أفعال قهرية.

## 6. DSM IV و CIM 10:

التصنيف الأمريكي للأمراض العقلية يقصي مصطلح عصاب والذي كان يطلق على الوسواس القهري واستبدله بمصطلح اضطراب فأصبح اضطراب الوسواس القهري، والذي يتميز بالوسواس والأفعال القهرية مع تجاهل تام لوجود البنية العصابية أو الشخصية الوسواسية التي تصنف بحد ذاتها لوحدها ضمن اضطرابات الشخصية. " إن الوسواس عبارة عن أفكار أو دوافع ناجعة من النشاطات العقلية الذاتية للفرد، أي أنها ليست مفروضة عليه من الخارج (Mini DSM IV: 1996, PP: 207 – 208).

ومن "CIM10": الوسواس هي اجترار دائم للأفكار أو تصورات أو دوافع ناشئة من الشعور الضيق" (CIM 10, 1993 P: 187).

ويعتبر اضطراب الوسواس والأفعال القهرية الأشد حدة بين الاضطرابات النفسية الأخرى والأكثر ثباتاً على الساحة التطورية، ويتميز الوسواس بأفكار وتمثيلات تفرض نفسها على المريض بطريقة قهرية ومتعبة له، أين يكون هذا المريض واع بالميزة المرضية والغير معقولة كسخافة أفكاره لكنه لا يستطيع مقاومتها ورغم مواجهتها يجد نفسه غير قادر على التحكم فيها مما ينتج عن ذلك الأفعال القهرية أو القسرية.

## الفرق بين الوسواس القهري والشخصية الوسواسية:

مع أننا كثيراً ما نجد في مرضى الوسواس القهرية سمات من الشخصية الوسواسية، إلا أن نسبة قليلة فقط من مرضى الوسواس القهري هم من أصحاب الشخصية الوسواسية، فالفارق الأساسي يكمن في درجة الاضطراب في النواحي الاجتماعية والمهنية والأكاديمية وفي الحياة عموماً، فمن يتصف بالشخصية الوسواسية قلماً يشعر بالمعاناة، ونادراً ما يطلب العون فيما يتعلق بمشاكله، بل إنه لا يدري أن هناك أصلاً مشكلة إلا إذا نبهه إليها صديق أو زميل أو قريب ممن يتأثرون به أو يلاحظون سلوكه الجامد والبرودة والتناقل، ومرض الوسواس القهري له بداية يتذكرها المريض جيداً عكس الشخصية الوسواسية التي تبدأ في الظهور في البلوغ المبكر وببطء وبالتدرج.

إضافة الى ان هناك خلط شائع عند الناس بين اضطراب الشخصية الوسواسية والوسواس القهري، فغالبا ما تُستخدم كلمة "مُوسَّوسٌ" لوصف الشخص الدقيق والمنظم الذي يسعى إلى أداء الأعمال على أكمل وجه، وعلى الرغم من أن النظام والدقة من الصفات الجيدة التي

تؤدي الى نتائج ناجحة فهو عبارة عن خلل في الأداء ولا يعاني من منغص لحياته يجعلها تتوقف عليها ولا يستطيع التأقلم معها، الا انها يمكن في بعض الأحيان ان تنقلب بشكل عكسي إذ وصلت الى حد الهوس الكمالي وهذه من مميزات الشخصية الوسواسية، أما الوسواس القهري فهو اضطراب تتوقف معه الحياة ويؤدي الى عطب فيها وعدم قدرة المريض على التأقلم مع محيطه بأفكاره وأفعاله.

وقد يكون الفرق بينهما واضحا أيضا في أن من مميزات الشخصية الوسواسية أنهم لا يقومون بشكل قهري بأعمال معينة ولا يكرروها مرة بعد مرة، وأن ما يميزهم هو النزعة إلى الكمال وتفضيل العمل عن أي شيء آخر (كالفنانين مثلا أو الجراحين)، على عكس اضطراب الوسواس القهري الذي يقوم فيه الشخص بأفعال معينة بشكل قهري ومتكرر رغما عن ارادته.

### صعوبات التشخيص:

من الصعب أحيانا تشخيص اضطراب الوسواس القهري لأن الأعراض قد تكون مشابهة لأعراض اضطراب الشخصية الوسواسية أو اضطرابات القلق أو الاكتئاب أو الفصام أو اضطرابات الصحة النفسية الأخرى، ومن الممكن الإصابة باضطراب الوسواس القهري واضطراب ذهني آخر.

فالمريض بالوسواس القهري لا يصل مراكز العلاج النفسي شاكياً من أعراض الوسواس القهري بالتحديد بل وقلما يتطرق إليها بل قد يصل الى ان ينكرها في اللقاء الأول متحرّجاً منها، فالكثير منهم يشكو من اعراض الرهاب أو اعراض القلق والاكتئاب، وفي الغالب عدم الراحة النفسية (أي معاناة نفسية مجهولة المصدر).

### الوسواس القهري في المنظور الثقافي الاجتماعي:

المعنى الديني للوسوسة يقودنا لشروح المعاجم اللغوية العربية عند البحث عن وسوس إلى أنها وسوسة النفس، وكذلك إلى أن الوسواس لغة هو أحد أسماء الشيطان فقد ورد كلا هذين الممعيين في القرآن الكريم: **أولاً:** وسوسة النفس: قال تعالى: "وَلَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ وَنَعَلْمَا تُوَسْوِسُ بِهِ نَفْسُهُ وَنَحْنُ أَقْرَبُ إِلَيْهِ مِنْ حَبْلِ الْوَرِيدِ" (سورة: ق(50)، الآية: 60) صدق الله العظيم.

**ثانياً:** وسوسة الشيطان: قال تعالى: "فوسوسَ لهما الشيطانُ ليُبَدِيَ لهما ما وُريَ عنهما من سوءاتهما وقالَ ما نهاكما ربُّكما عن هذه الشجرةِ إلا أن تكونا ملكين أو تكونا من الخالدين" (سورة الأعراف (7) الآية 20) صدق الله العظيم، وقال تعالى: "فوسوسَ إليه الشيطانُ قالَ يا آدمُ هل أُدْلكَ على شجرةِ الخلدِ ومُلْكٍ لا يَبْلَى" (سورة: طه (20) الآية 120) صدق الله العظيم ،

وكذلك قوله تعالى: "مِنْ شَرِّ الْوَسْوَاسِ الْخَنَّاسِ ۝ الَّذِي يُوَسْوِسُ فِي صُدُورِ النَّاسِ" (سورة: الناس (114)، الآيةان 5 و4) صدق الله العظيم.

وقد كان لذلك تأثير كبير وما يزال على فهم المسلمين لمعنى الوسوسة وعلى إحداث الكثير من الخلط بين المعنى الديني الإسلامي للوسوسة والمعنى الطب نفسي للوسواس القهري وكذلك على ردِّ فعل الإنسان المسلم إذا وقع في براثن الوسواس.

من هذا نستنتج أن اضطراب الوسواس والأفعال القهرية مرض نفسي يعنى به تسلط فكرة في ذهن المريض، تتردد باستمرار وتكرر، وتكراره لسلوك معين قصد التخفيف، عاجزا عن إبعادهما أو التحرر منهما (الفكرة والأفعال) رغم علمه أنهما غير معقولان، وأياً كان مصدرهما.

ولكن مفهوم للوسواس القهري مفهوم ما يزال في تطوّر وتغيّر بشكلٍ يجعل المرء غير قادرٍ على التعميم اللازم لهذه المصطلحات.

#### أ- استعراض الآيات الدالة على الوسوسة:

"ولقد خلقنا الإنسان ونعلم ما توسوس به نفسه ونحن أقرب إليه من حبل الوريد" (سورة: ق (50)، الآية: 50)؛ وعن وسوسة إبليس لأدم قال تعالى: " فوسوس إليه الشيطان قال يا آدم هل أدلك على شجرة الخلد ولملك لا يبلى"، (سورة: طه (20)، الآية: 120) وفي آية أخرى وفي نفس السياق، قال جل شأنه: " فوسوس لهما الشيطان ليبيدي لهما ما ووري عنهما من سوءتهما وقال ما نهاكما ربكما عن هذه الشجرة إلا أن تكونا ملكين أو تكونا من الخالدين" (سورة: الأعراف (7)، الآية: 20) ، ويبين لنا الله سبحانه وتعالى أن نستعيذ من شر الوسواس الخناس في سورة الناس قائلا: " قال أعوذ برب الناس ۝ ملك الناس ۝ إله الناس ۝ من شر الوسواس الخناس ۝ الذي يوسوس في صدور الناس ۝ من الجنة والناس" (سورة: الناس (114)، آياتها: 6) ، ويتضح لنا في آخر آية من هذه السورة أي سورة الناس أن الذي يوسوس في صدور الناس هم شياطين الجن والإنس.

#### ب- استعراض الآيات الدالة على الاستحواذ:

في حين لم ترد كلمة استحواذ ومشتقاتها في القرآن الكريم إلا في موضعين اثنين: الأول في سورة النساء وهو قوله: " ألم نستحوذ عليكم ومنعكم من المؤمنين" (سورة: النساء (4)، الآية: 141)، والآية الثانية تدخل في دائرة اهتمامنا وهي قوله جل وعلا: " استحوذ عليهم الشيطان فأنسأهم ذكر الله" (سورة: المجادلة (58)، الآية: 19).

فقد تطرق علماء الدين الإسلامي إلى الوسواس القهري، وكانت مشاركتهم ذات نفع في توسيع مفهوم الوسواس القهري عند الناس، وإن كان للأسف أكثر ما كتب كان من منظور فقهي بحت. ولكن هذه المساهمات قد ساعدت عامة المسلمين في تفهم قضية الوسواس القهري، لأن كثيراً من الوسواس عند المسلمين وكذلك الأفعال القهرية غالباً ما تكون

ملتصقة بالشعائر الدينية، كالوضوء والطهارة من الحدث الأكبر أو الشكوك في الصلاة بصورة مستمرة، مما يستدعي معه المريض لقضاء وقت طويل في الوضوء وإعادة الصلاة. وقد يمر على الأخصائي النفسي خلال عمله مرضى بالوسواس القهري يقضون أوقات طويلة في أفعال قهرية، فقد كانت إحدى المريضات تتوضأ لصلاة الظهر ويؤذن العصر وهي بعد لم تنته من الوضوء لصلاة الظهر ولم تكن صلت الظهر بعد، كما كانت مريضة أخرى تقوم بإعادة غسل الملابس مرات عديدة وهي تعتقد أنها ما زالت متسخة حتى أن الملابس تبلى وتذوب في فترة وجيزة مما أثار زوجها الذي نعتها بالمجنونة !

كما تعددت وجهات النظر المفسرة لحدوث اضطراب الوسواس والأفعال القهرية من هذا المنظور، فمنهم من يرجعها للشيطان وحده (الوسواس الخناس)، ومنهم للجن بصفة عامة عبر عدة طرق منها السحر والمس والعين، ومنهم من يعتبر الجن والشيطان شرارة انطلاق فقط مع الأخذ بعين الاعتبار الاستعدادات الفردية من كل جوانبها للإصابة بالاضطراب.

فإذا كان المؤمنون بنظرية داروين في النشوء والارتقاء يحاولون تفسير الوسواس بناءً على فهمهم للكون، فقد يكون من حق المسلمين القول أنه يمكن أن يكون للشيطان دوراً في بداية الوسواس في بعض الحالات على الأقل، فهناك من يستطيع التغلب على هذه الفكرة التسلطية بالاستعاذة بالله وبآليات صرف الانتباه التي أمرنا بها سيد الخلق عليه وعلى آله الصلاة والسلام، وقد يكون هناك من تجد الوسواس في تكوين دماغه استعداداً للإصابة باضطراب الوسواس القهري فيصاب به، فنتيجة الوسواس التسلطية والأفعال القهرية في أبسط صورها هي شغل الإنسان عما يفيد في دنياه وأخراه، وذلك جوهر ما يفعله الشيطان.

ورأي كهذا بالطبع لا يمكن أن يعجب أصحاب التوجه المادي الصرف في الطب وعلم النفس، كما لا يمكن تقديم دليلاً علمياً بالمعنى الغربي عليه.

### **الوسواس والأفعال القهرية في نظرية التحليل النفسي:**

ظهرت عدة نظريات مفسرة لحدوث اضطراب الوسواس والأفعال القهرية، كل واحدة منها تعتمد على المرجعيات والخلفيات والأسس التي قامت عليها في تبيان نشوء، تطور، والعوامل المؤدية لحدوث الاضطراب، واختلفت فيما بينها في ذلك.

يجب أولاً أن نشير إلى أن "سيغموند فرويد" "1856-1939" هو أول من قام بعزل اضطراب الوسواس حيث يؤكد: "كان يجب أن أبدأ علمي بتحديد أو "ابتكار" وحدة الأعراض "نوزوقرافيا" إلى جانب الهستيريا وانطلاقاً من هذا وجدت مبرراً لأضع عصاب الوسواس « La névrose des obsessions » كوحدة مستقلة ( Freud.S, 1999, (P: 50.



كما يضيف في مقال آخر: "الوساوس والرهابات هي عبارة عن عصابات على حدا، بآليات خاصة وسبب نفسي والذي استطعت أن أخرجه إلى النور في بعض الحالات التي قمت بدراستها" (Freud.S:1999. PP : 39-48).

إن أغلب تفسيرات الوسواس المتسلطة والأفعال القهرية في مجال التحليل النفسي تنحو إلى البحث عن رغبات جنسية لاشعورية، فحالة الوسواس والأفعال القهرية تحدث للمريض الذي كانت له خبرة جنسية نتيجة إغراء كان المريض فيها قائماً بدور سلبي، وعندما يصل الشخص إلى مرحلة النضج الجنسي فإنه يكتب ذكريات تلك الخبرات الجنسية المبكرة. وتقوم الذات بحماية نفسها من هذه الفكرة المكبوتة بأنواع من السلوك القهري (أو الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية أو المخاوف)، وعليه فإن المدرسة التحليلية الفرويدية ترى أن أعراض المرضى الوسواسيين القهريين تظهر في صورة حيلة عقلية لا شعورية دفاعية، خلال محاولة كبت فكرة مؤلمة غير مقبولة، وتعارض أنا المريض وهي متعلقة بخبرة جنسية ارتبطت باللذة في الطفولة ويذكر كاتل أن المحللين النفسانيين قد ركزوا على الشبقية الشرجية والصراعات والصدمات والتثبيت للتدريب على الإخراج، مع وجود ميل سادية ومازوشية وعداء نحو الآباء على أنها العوامل الأساسية المسببة للوسواس والقهر.

يتضح من خلال تفسيرات التحليل النفسي أن اضطراب الوسواس القهري يحدث لدى الحالات بسبب وجود رغبة ملحة لاشعورية وهذه الرغبة تتجه نحو الشيء الذي لا يعاقب عليه ولا يسمح الأنا بوقوعه أو الاتجاه نحوه، كما يوجد من جهة أخرى خوف شعوري يكون بمثابة إرجاع لتلك الرغبة، والذي يحدث في أمثال تلك الحالات نقلا تماما للخوف من مصدره الحقيقي إلى وضع مرتبط به.

ويرجع رواد مدرسة التحليل النفسي هذا المرض إلى اضطراب في المرحلة الشرجية، وقسوة رقابة الأنا الأعلى للفرد على كل تصرفاته. ويشير فرويد بقوله: "إن الارتداد النكوصي إلى المستوى الشرجي السادي هو حجر الزاوية في تكوين العصاب القهري" (FREUD.S ,1956, PP: 45-50).

ويحدث النكوص الشرجي السادي حسب فينيكل بشكل أسهل، كلما كان التثبيت أعظم. فتحت تأثير قلق الخصاء فإن الأشخاص الذين ينكصون إلى الحالة الإستية من انتظام الليبيدو هم أولئك الذين لهم أقوى التثبيتات لدرجة لا يستطيع تحملها.

وحسب فرويد أيضا اضطراب الوسواس يعبر عن تثبيت ونكوص إلى المرحلة السادية، وأن في هذه الحالة يتطور الصراع الوسواسي، فالشخص يواجه الدوافع الجنسية الآتية من الهو والتي تقمع من طرف الأنا الأعلى الذي يحول دون إشباع هذه الرغبات وهذا ما ينشئ التكوين الارتكاسي الذي يقوم بكبت هذا التعبير الدافعي النزوي ومنه يظهر المكبوت في حقل الوعي لكن عن طريق آليتي النقل والعزل، أي يغير موضوعه تماماً عن طريق تشكيلات "تكوينات ارتكاسيه" مثل: النظافة، الإفراط في التدقيق، الإفراط في التنظيم، والتي لا تعبر إلا على سمات الطبع الشرجي وكذا الوسخ، جمع الأشياء والبخل.

"فرويد" بين وبطريقة تدريجية خصوصية السبب النفسي "إتيولوجيا" الاضطراب الوسواسي من جهة الآليات الدفاعية والتي تشارك في تكون الأعراض وكذا نقل الوجدان "Affect" إلى تمثلات بعيدة عن الصراع الأصلي، العزل، الإلغاء، الانسحاب "Retroactive" أو "الرجعية".

\*من جهة الدوافع النزوية "التقاطب الوجداني"، تثبيت في المرحلة الشرجية ونكوص إليها.

\*ومن الجهة التموقعية "طوبوغرافية Topique" العلاقات السادية المازوشية تستبطن "Intériorise" على شكل ضغط بين الأنا والأنا الأعلى يتميز بالقسوة (Laplanche, J, 1969-P: 284).

### الأنا في الاضطراب الوسواسي:

الأنا في الاضطراب الوسواسي يتميز بصراع ينبعث من الدوافع النزوية الجنسية وفاصل الرقابة الذي يواجهها.

فالأنا يقوم بتوظيف آليات دفاعية تعارض الرغبة، هذه المعارضة تأخذ شكل صراع ما بين قوتين "الحب والكرهية" وهذا ما يميز الاضطراب الوسواسي، فالأنا يجد نفسه محصوراً بالشكوك والمقاومة المتعبة التي يسببها هذا الأخير وهنا الأنا يكفّ "Est inhibé" في تطوره وهو دائماً مرهق.

كما أن صاحب نظرية التحليل النفسي "فرويد" تكلم عن ثلاثة من الحيل النفسية الدفاعية وهم:

1- العزل Isolation

2- الإبطال Undoing

3- التكوين العكسي Reaction Formation

فأما العزل فيعني عزل الفكرة عما يرتبط بها من مشاعر واندفاعات بحيث يتم كبت المشاعر والاندفاعات في لا وعي الشخص بينما تبقى الفكرة بلا مشاعر في وعيه، ومعنى ذلك هو أن الفكرة التسلطية في الوعي تكون في حقيقتها منفصلة عما يرتبط بها في الأصل من مشاعر في لا وعي المريض.

والإبطال هو ما ينتج من عدم نجاح العزل أو نجاحه جزئياً بحيث يكون هناك خوف لا واع عند الشخص من خروج المشاعر والانفعالات إلى الوعي فهو يفعل فعلاً قهرياً بحيث يمنع به أو ينقض أو يلغي ما يحس به على مستوى اللاوعي من خروج للمشاعر إلى الوعي وما قد ينجم عن ذلك، وأما الحيلة الدفاعية الأخيرة هي التكوين العكسي.

وأما التكوين العكسي فيرى فرويد أنه لا يكون مسئولاً عن الأعراض المباشرة للوسواس أو الأفعال القهرية وإنما يكون مسئولاً عن السمة العامة التي يلاحظها المحلل النفسي في اضطراب الوسواس من تناقض صارخ بين اندفاعات اللاوعي والتصرفات التي يفعلها المريض واعياً. وليس هذا كل شيء لأن البناء الفكري الذي وضعته مدرسة التحليل النفسي لشرح أسباب الوسواس القهري يرجع الأمر في ذلك إلى التثبيت عند الشق السادي من المرحلة الشرجية للنمو النفسي الجنسي، وهي الفترة التي نتعلم فيها النظافة والتقيّد بالنظام الاجتماعي لأول مرة في حياتنا، وعندما يكبر الشخص الذي يحمل تاريخ نموّه النفسي فترة تثبيت عند هذه المرحلة ويتعرض لضغوط نفسية في أي مرحلة من حياته تظهر عليه أعراض المرض التي ترتبط بشكل أو بآخر باستعادة معاناته النفسية القديمة وتكون هي أعراض الوسواس القهري.

### وجهة نظر التحليليين الغير فرويديين:

إن المحللين النفسانيين الذين ليسوا على نفس النهج الفرويدي ومنهم كارن هورني K. HORNEY التي ترى: "أنه بدلا من ربط هذه السمات بالمجال الإستي (الشرجي) فإنها يجب أن تفهم على أنها استجابات لمجموعة من الخبرات المبكرة المؤلمة، التي تعيق النمو النفسي للطفل وعلى وجه الخصوص الظروف الثقافية والعوامل البيئية".

ومنهم من يرى أن أهم العوامل المهددة للإصابة بالوسواس هو التعجّل والقسوة في تعليم ضبط الإخراج في مواعيد معينة مع تطلب النظافة التامة، أي أنهم يرجعون أسباب الوسواس إلى التدريب الخاطئ المتشدد المتعسف على النظافة والإخراج في الطفولة الأولى، ويرجع غير هؤلاء اضطراب الوسواس والقهر إلى جملة من الأسباب من أهمها:

الصراع بين عناصر الخير والشر في الفرد، الإحباط المستمر في المجتمع، الأمراض المعدية الخطيرة أو المزمّنة والحوادث والخبرات الصادمة، والتهديد المتواصل بالحرمان والخوف وعدم الثقة في النفس، وفقدان الشعور بالأمن، حيث يزداد الوسواس القهري لدى السجناء وعند نزلاء مستشفيات الأمراض العقلية بالإضافة إلى تفاقمه لدى البطالين والعائلين والمطلقين والمتفككين أسرياً. ومريض الوسواس القهري يبدو وكأنه يلتمس الأمن ويتجنب الخطر في النظام والتدقيق والنظافة وغير ذلك من أعراض الوسوسة والقهر.

ولكن هذا الاتجاه غير مقبول عند علماء نفس آخرين، ويقول سويل SWELL "أنه لا توجد اختلافات بين الذين بگروا أو تأخروا في ضبط التبول أو التبرز، ولا بين أولئك الذين كانوا يُعاقبون من أجل حوادث التبرز وأولئك الذين لم يعاقبوا"

### نقد نظرية التحليل النفسي:

نرى في الواقع أن محاولات فرويد تفسير الوسواس المتسلطة بأنه مبني بأكمله على الأفكار الجنسية المكبوتة وإرجاعها إلى جنسية مثلية سلبية تُكبت وتظهر فيما بعد معبرا عنها بأفكار تسلطية وسلوك قهري، ومن ثم يكون سعي المريض إلى عقاب ذاته بمثابة تكفير رمزي لإراحة الضمير من الشعور بالذنب، نراها تفسيرات غير ملائمة تصل إلى نقطة ميتة مفادها أنه على المصاب بالوسواس المتسلطة والأفعال القهرية أن يتمسك بهذا الاضطراب كرد فعل لدعم الكبت والإبقاء عليه و أن يُشغل بهذه السلوكيات المرضية نفسه ولو كانت سخيطة لأنها لا تحمل من الخطر ما يحمله الدافع المكبوت، كما قد لم يتمكن لا فرويد ولا أتباعه في إيجاد علاج فعّال هذه الحالات بالذات.

## 1.1.1 العلاجات النفسية الحديثة والتقليدية

بالحديث عن العلاجات في مجتمعاتنا وانطلاقاً من التصورات الثقافية الاجتماعية لا بد من ذكر العلاجات التقليدية فهي أساس ومرجع في جل الثقافات عبر الأزمنة والعصور وهذا يتجلى من خلال الدراسات الاجتماعية والأنثروبولوجية لمختلف المجتمعات. وبما أن إطار دراستنا هو المجتمع الذي نعيش فيه، فلقد عرف العلاج في مجتمعنا مراحل وطرق مختلفة وذلك باختلاف الحضارات والماليك التي مرت عليه، فكل فترة تميزت بنوع معين أو طريقة معينة في العلاج اعتبرت في زمانها حديثة، أما في وقتنا الحالي فنعتبرها تقليدية لأنها لا تواكب ولا تشبه ما هو متعارف عليه من تطور آني وحادثة. إذن قد يكون معنى مصطلح العلاج التقليدي ليس قطعياً لأنه كان يعتبر في زمن ما علاجاً حديثاً، فيما نراه نحن اليوم تقليدياً، فقد اعتبر العلاج التقليدي في زمانه حديثاً لأنه جاء بطرق علاجية جديدة وتفسير للاضطراب لم يعهدها المجتمع آن ذاك، تماماً كما هو عليه الأمر اليوم مع العلاجات النفسية الحديثة والتي قد تصبح في يوم من الأيام علاجات تقليدية مع مرور الوقت والبحوث والتطور العلمي الهائل، فعلى سبيل المثال كان التحليل النفسي ثورة في العلاجات النفسية مع فرويد وتلاميذه، إلى أن ظهور الاتجاه المعرفي السلوكي دفع بالاتجاه التحليلي إلى المتحف في جل البلدان باستثناء فرنسا والأرجنتين.

### **علاقة العلاج النفسي التقليدي بالعلاج النفسي الحديث**

لكلى نوعي العلاجات محاور تشابه واختلاف بينهما، فهما يلتقيان في قضية الثقة التي يوليها المريض للمعالج سواء النفسي الحديث أو التقليدي حسب قناعاته، وكذا على مستوى الهدف والنتيجة المرجوة وهي تخفيف المعاناة وتحقيق أكبر قدر من التوازن والراحة النفسية، وقد يبدو الاختلاف بينهما في مفهوم الاضطراب وتفسيره ومنشأه، وخاصة الطرق المتبعة لعلاج الاضطراب ومصادرها، فالعلاج التقليدي أصله المعرفة والتجربة المتوارثة، أما العلاج الحديث فأصله المعرفة والتجربة العلمية.

### **العلاج النفسي الحديث:**

#### **التعريف اللغوي:**

جاء على لسان العرب عن عالج الشيء، معالجة وعلاجاً، أي مارسه، وعالج المريض معالجة وعلاجاً، أي عاناه، والمعالج: المداوي، ونقول: عالجه فعلجه علاجاً، إذ زاوله فغلبه وعالج عنه: دافع والعلاج، الرجل القوي الضخم (موقع درر العراق - معجم لسان العرب).

#### **التعريف الاصطلاحي:**

لكلمة علاج دلالة بحسب ما تنتمي إليه من مجال أو تخصص، ففي المجال النفسي يُعرّف العلاج النفسي بأنه "طريقة لعلاج الاضطرابات النفسية والجسدية باستخدام وسائل نفسية" (فيصل عباس 2002، ص62).

ويعرّف أيضا "بالجهد الذي يبذله الأخصائي النفسي، وذلك بقصد إحداث تغييرات بنائية إنشائية من أجل توافق الفرد" (الداهري 2008، ص 260).

كما يعرف على أنه "أيّ طريقة لعلاج الاضطرابات النفسية أو الجسدية باستخدام وسائل نفسانية وبشكل أكثر دقة باستخدام علاقة المعالج مع المريض، من مثل التنويم المغناطيسي، الإيحاء، وإعادة التربية النفسانية، والاقناع، الخ، والتحليل النفسي بهذا المعنى هو أحد اشكال العلاج النفسي" (لابلانث، بونتاليس، 1997. ص375)

فالعلاج النفسي هو علاج مخصص للأشخاص الذين يعانون من آلام، شكاوى، اضطرابات نفسية المنشأ أو خلل عضوي أثر على الجنب النفسي، في إطار قواعد قانونية محددة، وبواسطة طرق وأساليب علمية ونظريات مجربة علميا حول الأمراض والشفاء والعلاج، ويجري وفق تشخيص محدد مع تشخيص فارقى وباستخدام واستغلال كل الطرق والأساليب العلمية المتاحة، بهدف تحقيق أكبر قدر من الراحة النفسية، وذلك بواسطة معالجين نفسيين متخصصين بعد تكوين علمي وعملي، ومع الحرص على معايير ومبادئ أخلاقيات المهنة. (فانغ وبرودا، 2009، ص25).

### المعالج النفسي:

لقد وردت عدة تعاريف للأخصائي النفسي، حيث يعرف على أنه "ذلك الشخص المتخصص الذي يستخدم الأسس والتقنيات والطرق والإجراءات السيكولوجية ويتعاون مع غيره من الأخصائيين في الفريق الإكلينيكي مثل الطبيب والطبيب النفسي، الأخصائي الاجتماعي والمرضة النفسية، كلّ في حدود إعداده وتدريبه وإمكاناته، في تفاعل ايجابي بقصد فهم ديناميات شخصية العميل وتشخيص مشكلاته والتنبؤ باحتمالات تطور حالته ومدى استجابته لمختلف أساليب العلاج، ثم العمل على الوصول به إلى أقصى درجة تمكنه من التوافق الشخصي والاجتماعي" (فطيمة دبراسو، 2010، العدد 11)

كما انه شخص مؤهل علمياً وعملياً لتقديم الخدمات النفسية لمن يحتاجها، وذلك من خلال دراسة وتشخيص وعلاج الاضطرابات والمشكلات التي يعاني منها الأفراد والجماعات، معتمدا في ذلك على التقنيات العلمية.

### أهمية العلاج النفسي

من دون أي شك يحتل العلاج النفسي مكانة مهمة للأفراد والجماعات، فالبحث عن العلاج مهما كان نوعه او أسلوبه هدف أساسي لكل فرد بهدف الوصول للراحة النفسية، فأهمية العلاج النفسي لا يختلف عليها اثنان سواء في اختيار نوع العلاج وأساليبه وكذا نوع المعالج ولكن الهدف يبقى واحدا.

فتقدم الحياة الحديثة وتعقدها في المجتمع المعاصر يجعل من العلاج النفسي ضرورة حتمية لا بد من التوسع فيها وإعداد المتخصصين لها، وإنشاء العيادات النفسية التي تلحق بأماكن التجمعات البشرية وذلك لتقديم الخدمات النفسية الضرورية. (عيسوي، 1984، ص11).

كما يقوم العلاج النفسي بدراسة شخصية الانسان المريض دراسة معمقة ضمن إطار الوضعية الحالية التي يعيش فيها، وضمن إطار تاريخ تطوره الشخصي بهدف فهم شخصيته بمختلف جوانبها المعقدة.

ويطلب الناس العلاج النفسي لمساعدتهم في حل المشاكل الانفعالية، وحل الأزمات والصراعات والمشاكل الاجتماعية. وبتعبير آخر تتم الاستشارة النفسية بناءً على حاجة الفرد للمساعدة في إيجاد حل لمشكلة نفسية معينة يعاني منها بقصد حلها ومن ثم تجاوزها أي يتمكن بالتالي من استعادة توازنه النفسي واستعادة مسيرة حياته الطبيعية وانخراطه في المجتمع بشكل ايجابي. (فيصل عباس، 2005، ص 24).

### أهداف العلاج النفسي

- فأهداف العلاج النفسي باختلاف أساليبه كما يذكرها (عبد المعطي 1998، ص 363) هي عامة مشتركة ومنها:
- . التخلص من القلق والأعراض المرضية والصراع.
  - . تحقيق النضج الشخصي والشعور بالكفاءة، وتكامل جوانب الشخصية المختلفة.
  - . تحسين العلاقات مع الآخرين.
  - . الوصول إلى مستوى مناسب من حيث التوافق الشخصي والاجتماعي.
  - . إتاحة الفرصة لإعادة التعلم وتنمية الإرادة وال ضبط الذاتي.
  - . تنمية آمل وتوقعات المرضى.

### أساليب العلاج النفسي

يعتبر الهدف العام للعلاج النفسي هو الوصول للراحة النفسية من خلال عدة طرق وأساليب علاجية، تتمثل في الآتي:

أ. العلاجات التحليلية النفسية:

وتستهدف النضج النفس جنسي عن طريق تقوية وظائف الأنا، ويُستخدم فيها طريقة التداعي الحر، وتفسير الأحلام، وتحليل الخطاب مع التركيز على تاريخ الحالة، وهذا بالنسبة للعلاج التحليلي الكلاسيكي (فرويد). أما العلاج التحليلي المعاصر، فيهدف إلى تصحيح تأثيرات الفشل الخاصة بالخبرات المبكرة، وتطوير علاقات حميمة تبعث على الرضا، ويُستخدم فيه تحليل الطرح وال طرح المضاد.

ب. العلاجات الإنسانية (الظواهرية):

وتهدف إلى تحقيق القوة والوعي الممتد وتقبل الذات، ويُستخدم في ذلك المقابلات الموجهة لانعكاس والمصممة لنقل الاحترام الإيجابي غير المشروط، والتقمص العاطفي، والتطابق، والتدريبات لتنمية الوعي بالذات.

ج. العلاجات السلوكية:

وتهدف إلى تغيير التفكير والسلوك في فئات معينة من المواقف، وتنظيم الذات بشكل أفضل، ويُستخدم في ذلك التحصين المنهجي، والنمذجة، والتدريب على المهارات الاجتماعية، والتدعيم الايجابي، والاشتراط المنفر، والعقاب، والإطفاء، وإعادة البناء المعرفي.

### د. العلاجات المعرفية :

تشتمل العلاجات المعرفية على كل الطرق التي تزيل الألم النفسي عن طريق تصحيح المفاهيم والإشارات الذاتية الخاطئة، والعلاج المعرفي هو تطبيق الطرق الشائعة في التفكير

والتي طُورت في الحياة العادية، وبذلك تهدف العلاجات المعرفية إلى التعامل مع عملية تحريف الواقع، والتعامل مع التفكير غير المنطقي. (فايد، 2008، ص12-13)

### أشكال العلاج النفسي:

يتمثل العلاج النفسي في شكلين أساسيين هما:

أ. **العلاج الفردي:** وهنا يقتصر العلاج النفسي على مريض واحد في الجلسة العلاجية، "ويمكن دمج أكثر من أسلوب علاجي واستخدام ما تتطلبه حالة المريض من وسائل وأساليب علاجية نفسية" (نصار، 1998، ص119).

ب. **العلاج الجماعي:** ويشير العلاج الجماعي إلى علاج متزامن خاص بعملاء عديدين تحت إرشاد معالج يحاول أن يسهل التفاعلات المساندة بين أعضاء المجموعة، ويمكن توظيف العلاجات السيكودينامية والظاهرانية والسلوكية جميعها للاستخدام في جماعات. (فايد، 2008، ص 14)، كما يعتبر العلاج الجماعي من أنجح أنواع العلاجات النفسية وذلك لتمكين الفرد من التعرف على خبرات وتجارب الآخرين تجاه ما يعانيه هو لأخذ فكرة موسعة حوله وطرق التعامل معه، كما يتيح له فرصة التعبير عن معاناته داخل الجماعة مما يعتبر نوعاً من التفريغ الإيجابي.

### الطب التقليدي (الشعبي):

هذا المفهوم يطرح إشكالية كبيرة لجمعه بيم المفهوم الطبي الحديث والأدوات التقليدية، فهناك من يراه من العلاجات الطبية العلمية، وهناك من يراه علاجاً تقليدياً لاعتماده على أدوات ووسائل شعبية تقليدية كالأعشاب مثلاً دون الأدوية الكيميائية المعروفة في المجال الطبي الحديث.

وقد اعتمدت منظمة الصحة العالمية OMS سنة 1986 تعريفاً للطب التقليدي على أنه: "مجموع المعارف والممارسات، القابلة أو غير القابلة للتفسير، والتي تهدف إلى تشخيص أو توقع أو القضاء على خلل عقلي أو اجتماعي بالاعتماد فقط على التجربة المعاشة والملاحظة المتوارثة أو كتابة من جيل إلى آخر" (سيدي عابد، 2009، ص72). فواضح أن هذا التعريف الأكاديمي يحدد ماهية الطب النفسي التقليدي على أنه مجموعة من المعارف والممارسات، وعلى أن هدفه متمثل في التشخيص، التنبؤ والقضاء على خلل عقلي أو اجتماعي، واعتماده في تحقيق ذلك على التجربة المعاشة والملاحظات المتوارثة. كما أشارت دراسات منظمة الصحة العالمية OMS أنه يجب الاهتمام بالطب الشعبي لعدة أسباب منها إيمان نسبة كبيرة من أفراد المجتمع بفائدته، كما تتجه حكومات عديدة في الدول النامية لاعتماده كونه الحل الأمثل للتغطية الصحية في المناطق الريفية والقرى النائية، ومجتمعنا ليس بمنأى عن هذا التوجه وإن كان ليس بشكل رسمي ولكن بالشكل المباح، أين تنتشر عدة أشكال وطرق للعلاج الطبي الشعبي بما هو طبيعي من أعشاب وخلطات وكوي، وكذا بما هو روحاني بكتابة الأوفق أو التمام أو زيارة الأضرحة، وهذا ما ينقلنا إلى التطرق إلى التوجه الثاني وهو العلاج النفسي التقليدي.



## العلاج النفسي التقليدي:

يعتبر العلاج النفسي التقليدي بأنه مجموع التقنيات العلاجية الغير ناتجة عن الملاحظة العلمية بمعناها العلمي، وفق تفسيرات تخضع للتصور المجتمعي او الاجتماعي للاضطراب، وكذلك هو النموذج العلاجي النابع من التجربة الشعبية المتوارثة عبر الاجيال، أي لا تعتمد على المنهج المتعارف عليه علميا، فالمعرفة الشعبية بالعلاج عبر التاريخ وضعت أرضية التطور العلاجي الحديث الذي توصلنا اليه اليوم بصفة عامة، فتطور العلاجات عبر الأزمنة والعصور قاعدته الأساسية هي الموروث الشعبي وما تم تحصيله عبر الأجيال المختلفة.

### **المعالج التقليدي:**

للمعالج التقليدي نصيبه في منظمة الصحة العالمية OMS وعرفته على أنه "الشخصية المعترف بها من طرف الجماعة والتي تعيش في وسطها، وذلك بكونها قادرة على تقديم علاجات صحية باستعمال مواد نباتية، حيوانية ومعنوية، وطرق مبنية على الأساس الاجتماعي - الثقافي والديني، وعلى المعلومات، السلوكيات والمعتقدات المتعلقة بالراحة الجسمانية، العقلية والاجتماعية، وكذلك بعلم أسباب الأمراض والعجز الصحي الظاهر داخل الجماعة" (سيدي عابد، 2009 ص73).

فنستنتج ان للتصورات الاجتماعية الثقافية دور مهم في تكوين شخصية المعالج التقليدي لكسب اعتراف المجتمع به ولاعتماد أسلوبه كطريقة للعلاج، ومن أمثلة الأشخاص الذين يقومون بدور المعالج الشعبي في كثير من الثقافات نجد "الشامان" أو الكاهن المعالج، و "الشامان" في تعريف "لويس" Lewis "هو شخص من كلا الجنسين يستولي على الأرواح ويستطيع أن يدخلها في جسده تبعا لمشيئته ويقوم بتشخيص المرض ووصف العلاج خلال الطقوس التي يجريها في جلسة استحضار الأرواح، وهو يقوم بدور الوساطة بين أفراد المجتمع والقوى فوق طبيعية، كما يعتقد الناس أن له القدرة على التحدث مع الأرواح والاستماع إلى إجاباتهم والتعرف على الأحداث الخفية واستخدام الوسائل العلاجية لشفاء المريض". (عاطف، 2006، ص، 357-358)

كما يرتبط الحديث عن المعالجين التقليديين للاضطرابات النفسية بالمنظور السوسيوثقافي الذي يحدد المرض، فبالنسبة لشرائح واسعة من المجتمع، يعتبر المرض النفسي تعبيراً عن حضور وتأثير لكائنات غير مرئية، وبعبارة أخرى أن هناك تمثل اجتماعي سحري - ديني للمرض النفسي، وينسب هذا التمثل المرضي لعلّة فوق طبيعية تكمن في فعل الجن والشياطين، لذلك يُطلب العلاج من ممارسين أو معالجين ذوي حكمة يعتقد أن لهم قدرة على تخليص المريض من إصابته بطرق سحرية عجيبة في زمن قصير لا يقدر عليها الأهل.

### **خصائص العلاج النفسي التقليدي:**

المعطيات الثقافية الاجتماعية تعتبر أساسية في ممارسة العلاج التقليدي، واقتضاره على البساطة في الادوية وأدوات العلاج، واعتماده على كل ما هو طبيعي من أعشاب ومعادن وغيرها على عكس العلاج الحديث الذي يعتمد على كل ما هو كيميائي، وأيضاً تميّز المعالج

بالحكمة والبرهان فالحكمة تعطيه مكانة اجتماعية متميزة جدا، والبرهان على تمكنه من شفاء الناس يعطيه مصداقية وسمعة يصعب التشكيك فيها، ولعل أهم خاصية هي تميزه بالطابع السحري للشفاء من اضطرابات عجز العلاج الحديث عن علاجها أو حتى تفسيرها، مما يجعل من الخلفية الثقافية الاجتماعية هي المحرك والضامن الأساسيين لاستمرارية العلاج التقليدي وكذا الاقتناع بمدى فعاليته.

### طرق وتقنيات العلاج النفسي التقليدي

تختلف طرق وتقنيات العلاج النفسي التقليدي باختلاف المجتمعات والثقافات وفق كل فترة زمنية ما، إلا أنها تتشابه في وجود العقد العلاجي بين المعالج والمريض، وكذا هدف بذل العناية للوصول لأكبر قدر ممكن من الراحة النفسية، وصولا الى المقابل أو الثمن الذي يدفعه المريض لقاء العلاج، وعلى هذا أكد بعض علماء النفس أنه "لا يوجد أي ثقافة بدون نظام علاجي نفسي تقليدي معقد وفي كثير من الأحيان فعال" وفي كتابه "نحو الكشف عن اللاشعور" ميّز "ألان بارجي" مختلف مظاهر المعالجة النفسية التي يطلق عليها اسم "البدائية" في عدة طرق منها الطقس العلاجي، الإقرارات الدينية، التعزيم، التشجيع والحرمان، التنويم المغناطيسي (استعمال بدائي)، السحر، إحياء الروح المفقودة.

فعلى سبيل المثال لا الحصر يعتمد مجتمعنا بعض طرق العلاجات النفسية التقليدية المتعارف عليها مثل الرقية (عند الراقي)، زيارة الأضرحة والتبرك بها، الحضرة، اعتماد الحكيم أو الطالب كمعالج وتطبيق توصياته بوضع الاحجبة والتمايم أو اجراء طقوس الذبيحة والزيارات وغيرها، فنجد أن الزيارات قد تكون عفوية لارتباطها الوثيق بالموروث الثقافي، وقد تكون وفق توصيات من المعالج التقليدي في أيام معينة وطقوس محددة لا تحتمل المخالفة.

### اهتمام الدوائر الصحية العالمية بالطب الشعبي والمطبيين الشعبيين

أخذت الدوائر الصحية العالمية موضوع الطب الشعبي والفئات المختلفة من المطبيين الشعبيين بمزيد من العناية والاهتمام في الوقت الحاضر، فقد تجمعت في السنوات الأخيرة مجموعة من الشواهد والأدلة، تؤكد أن القائمين على التخطيط ورسم السياسة في مجال الرعاية الصحية الدولية، قد أخذوا بتعزيز وجهة النظر القائلة بأنه إذا ما أريد النهوض بالمستوى الصحي للسكان وتحسين الخدمات الصحية التي تقدم إليهم، فإنه يجب التغلب على العوائق الاجتماعية، والاقتصادية والثقافية، والسياسية التي تعترض سبيل الجهود التي تبذل في هذا المجال، ولقد تبلورت هذه الوجهة من النظر بفضل تضافر جهود كثير من علماء الأنثروبولوجيا، وعلم الاجتماع، وعلم السياسة، بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية، وكثير من وزارات الصحة في بلدان العالم الثالث (الخولي، 1982، ص 166).

ومن بين ما أسفرت عنه هذه الجهود، إبراز أهمية العوامل الثقافية الاجتماعية من تصورات بالدرجة الأولى، فيما يتعلق بعلاج الأمراض والوقاية منها، والدور المؤثر الذي يلعبه الطب

الشعبي والمعالجون الشعبيون في هذا المجال. مما جعل المخططين وصناع القرار في منظمة الصحة العالمية ينظرون بعين الاعتبار إلى عدد من النقاط الهامة، منها:

- العلاقة بين الطب الشعبي والطب الرسمي.
- ترشيد العلاج المنزلي الذي يمارس داخل الأسرة وتدعيمه.
- مدى كفاءة العلاج الشعبي بوجه عام، وفعالته بالنسبة لأمراض معينة.
- مدى كفاءة المعالجين الشعبيين المحترفين، وإمكانية تكاملهم مع الأنساق الطبية الرسمية.

(الخولي، 1982، ص 167)

## خلاصة الفصل:

رغم النتائج الملموسة التي حققها الطب والعلاج النفسي في علاج اضطراب الوسواس القهري بشقيّه من الوسواس التسلطية والأفعال القهرية، فإن كثيراً من الأسئلة ما يزال غامضة وتحتاج إلى إجابة خاصة حول منشئه وأسبابه.

وإضافة إلى تصنيف الوسواس والأفعال القهرية كاضطراب نفسي لا يدخل ضمن العصابات، هناك بعض أشهر محاولات الفهم لكيفية حدوث اضطراب الوسواس القهري، وهي محاولات لا يقوم أيّ منها على دليلٍ ماديٍّ دامعٍ، ومن الواضح في الحقيقة أن المعلومات التي وصل العلم إليها من خلال الأبحاث العلمية القائمة على التقنيات الحديثة والمتطورة في تصوير المخ البشري إنما تشير في وضوح إلى كون أدمغة مرضى اضطراب الوسواس القهري مبرمجة بشكلٍ ما يجعلها عرضةً للسقوط في بئر الوسواس والأفعال القهرية التي تحدث لكل بني آدم لكن الشخص الذي لديه استعدادٌ بيولوجي للوسواس القهري لا يستطيع التخلص منها.

وهكذا تكون هذه المعلومات بمثابة التفسير الذي يصلح للإجابة عن ما إذا تسائلنا لماذا يصاب البعض باضطراب الوسواس القهري بينما لا يصاب الآخرون، ولعلّ نفس المحاولة تحاولها النظرية المعرفية لكنها لن تستطيع إثبات صحة تصورهما بينما قد تستطيع الدراسات البيولوجية إثبات تصورهما إذا تمكنت من إجراء دراساتٍ مستقبليةٍ، بحيث تتم متابعة مجموعات كبيرة من المراهقين العاديين وتصوير أدمغتهم وإثبات أن نسبة معينة منهم تكون عندهم إرهاباتٌ للاختلافات التي نراها في أدمغة مرضى الوسواس القهري، ثم تثبت الدراسة بعد المتابعة أن معظم هؤلاء الذين كانت لديهم إرهابات الاختلافات قد أصابهم اضطراب الوسواس القهري.

هذا النوع من الدراسات بالطبع صعب التطبيق على الأقل في ظروف كظروف الدراسات العلمية عندنا حالياً، ثم أنه حتى لو تمت مثل هذه الدراسة (رغم أنه نوعٌ من الخيال)، فإنها لا تجيب أصلاً على سؤالٍ مبدئي وهو لماذا تحدث الوسواس والأفعال القهرية.

# الفصل المنهجي

## المنهج العيادي:

هو المنهج المستخدم في حقل النفسي العيادي للتشخيص، ولتفسير السلوك اعتماداً على الشخصية ككل ولجملة الاستجابات التي تصدر عن المفحوص، فهذا المنهج هو الذي يساعدنا على التعرف على الحالة وفهمها من خلال دراسة الحالة، والمنهج العيادي يدرس المفحوص كحالة واحدة ووحدة كلية.

## دراسة الحالة:

هي طريقة بحث يستخدمها الفاحص من أجل الحصول على معلومات تساعد على فهم المفحوص والتعرف على قدراته... كما تساعد على تقييم شامل للفرد والعوامل المؤثرة في سلوكه.

وتعرف أيضاً بأنها كل المعلومات التي تجمع عن الحالة، بهدف الوصول إلى فهم أفضل وتحديد وتشخيص مشكلاته، وتعتبر وسيلة تقويمية

## أدوات البحث:

- 1- **الملاحظة:** وهي أقدم وسيلة لجمع المعطيات من الميدان رهن الدراسة، وبواسطتها يتم تجميع المعطيات من خلال شبكة الملاحظة أو دفتر المشاهدة، وهي وسيلة هامة للحصول على المعلومات وتشمل ملاحظة السلوك والملاحظة أنواع على حسب موضوع الدراسة، فمنها الملاحظة بالمشاركة، ومنها المباشرة والغير مباشرة، ومنها الملاحظة العيادية والملاحظة العلمية المنظمة.
- 2- **المقابلة العيادية:** وهي من الأدوات الأساسية لجمع البيانات والمعلومات حول الفرد ومن أكثر الوسائل فعالية للحصول على المعلومات، وهي محادثة موجهة أو نصف أو غير موجهة يقوم بها الاخصائي النفسي مع المفحوص بهدف الحصول على معلومات بهدف التشخيص والتوجيه أو العلاج، أو لاستخدامها في البحث العلمي، كما تساعد المقابلة العيادية في تأكيد أو نفي ما تم جمعه من خلال الملاحظة.
- 3- **الاختبارات النفسية:** هي أدوات يستعين بها الاخصائي النفسي في حال وجود غموض في معطيات لم يتم التأكد منها خلال المقابلة العيادية
- 4- **الاستبيان:** هو عبارة عن مجموعة من الأسئلة تعرض على المفحوص للإجابة عنها بهدف يحدد حول الغرض المرجو منها، مثلاً لجمع معلومات شخصية، أو لتحديد أو ضبط العينة، أو تحديد أعراض لم يتم التأكد منها، أو معلومات بغرض عرضها للقياس.

أما فيما يخص موضوع بحثنا، فقد اعتمدنا على الملاحظة والمقابلة العيادية، كونهما أداتان تساعدان على جمع أكبر قدر من المعلومات حول عينة الدراسة، وكذا طرح الأسئلة لتأكيد أو نفي فرضية البحث، والأهم هو أنهما ساعدتا وبشكل كافي على تشخيص الاضطراب الوسواسي القهري لدى عينة الدراسة، مما أغنانا عن استخدام الاختبارات النفسية أو الاستبيان لتأكيد ما جري خلال المقابلات العيادية.

### أسباب اختيار الموضوع:

- من أسباب اختيارنا لهذا الموضوع ما هو موضوعي وما هو ذاتي، نذكر منهم:
- بعض توصيات دراستنا السابقة لنيل شهادة الليسانس حول الوسواس والافعال القهرية
- ملاحظتنا العيادية المستمرة لتوافد شريحة كبيرة من أفراد مجتمعنا على المعالج التقليدي مقارنة بالأخصائي النفسي
- تهديد العلاج التقليدي للأخصائي النفسي ومستقبله المهني
- محاولة فهم كيف يأخذ المريض قرارا باختيار نوع المعالج وعلى أي أساس
- الاهتمام المباشر بمثل هذا النوع من الدراسات وحب الاطلاع عليها
- محاولة إعطاء تفسير للظاهرة المدروسة من وجهة نظر جديدة

### أهداف البحث:

- سطرنا لبحثنا جملة من الأهداف وهي:
- التطرق الى جانب لطالما بقي مسكوت عنه في ميدان علم النفس وهو التصورات الثقافية الاجتماعية وما لها من دور في حدوث الاضطرابات النفسية وكذا طرق علاجها
- محاولة اثبات أن العلاج التقليدي وان كان مرفوضا من طرف الاخصائيين العياديين فهو يمثل جزء لا يتجزأ من الثقافة، يصعب الاستغناء عنه
- محاولة إيجاد العلاقة ان وجدت بين التصورات الثقافية الاجتماعية واختيار نوع المعالج ومدى تأثير هذه العلاقة
- اثراء المكتبة وسدّ نوع من النقص فيما يخص هذا النوع من البحوث والدراسات

## أهمية البحث:

في بحثنا هذا مغامرة تتطرق لموضوع قلّ ما تتطرق اليه البحوث العلمية في ميدان علم النفس، كما انه يفسح المجال لإلقاء الضوء على الثقافات والمعتقدات وتأثيرها على نفسية الفرد المنتمي اليها، كما انه رحلة مشوقة تجمع فيها بين المعتقدات الثقافية الاجتماعية من جهة وبين الحياة النفسية للأفراد من جهة أخرى

## حدود البحث:

يُعتبر اختيار هذا الموضوع بالذات بمثابة أول تحدّ لنا كطلبة باحثين، فموضوع دراستنا ومقارنة بالمواضيع الأكثر دراسة وتداولاً يلقى صعوبات وعوائق كثيرة، منها ندرة المراجع والدراسات حوله، وان وجدت فهي باللغات الأجنبية، وكذا نقص الدراسات العيادية حول الموضوع في المجتمع الجزائري مما اضطرنا للاستعانة بدراسات ذات صلة من وجهة نظر علم الاجتماع، كذلك هناك من العياديين من يعتبره موضوعاً مسكوتاً عنه، أو موضوعاً غير قابل للقياس، كما ينظر اليه آخرون أنه فضفاض ومتشعب يصعب التحكم والسيطرة عليه وحصره في إطار علمي ومنهجي، كما انه موضوع يثير نوعاً من التحويل المضاد لدى الاخصائيين النفسانيين لاعتبار المعالج التقليدي يهدد مهنتهم ويشكك في مصداقيتها وفعاليتها.

ومن صعوبات البحث أيضاً صعوبة إيجاد حالات للدراسة من معتادي الأخصائيين النفسانيين وذلك لعدة أسباب منها تسرّ المفحوصين على أماكن علاجهم، وكذا صعوبة المرافقة من طرف الاخصائيين النفسانيين لإنجاز هذا البحث وإيجاد عينة الدراسة من عملائهم، على عكس ما وجدناه من مساعدة ومرافقة من طرف المعالجين التقليديين.

## العينة:

تم اختيار العينة بطريقة عشوائية من مرتادي المعالجين الروحانيين، ولكن قيدناها بشرط توفر سمات الشخصية الوسواسية القهرية، وذلك اعتماداً على الملاحظة العيادية وكذا الاستعانة ببعض ما تذكره الحالة خلال الحصة العلاجية عند المعالج الروحاني.

وبما اننا لم نحدد متغيرات السنّ أو المستوى التعليمي ولا المستوى الاجتماعي، وبطلب من الأستاذ المؤطر قمنا باختيار حالتين من جنسين مختلفين للدراسة الميدانية لموضوع البحث.



## إطار البحث:

تم اجراء البحث بالتنقل بين ولايتين من الغرب الجزائري هما وهران ومستغانم، حيث يوجد في كلا الولايتين معالجين روحانيين تقليديين، ولكل منهما طريقة في العلاج تختلف عن الاخر.

في هذا الإطار وبحكم التعارف والعلاقة التي بنيناها معهما منذ دراستنا في طور الليسانس ما بين 2005 و2009 والتي استمرت الى يومنا هذا، تقدمنا اليهما بطلب مساعدتنا في اجراء هذه الدراسة وكذا أخذ العينة التي تتميز بخصائص اضطراب الوسواس القهري، وهذا ما كان لنا فعلا فتلقينا دعما في الميدان مكننا من انجاز الجانب التطبيقي وكذا أفادونا بمعلومات تدعم الجانب النظري.

فالمعالج الروحاني في مدينة مستغانم يعتمد في علاجه على طريقة ورثها عن أبيه الذي ورثها بدوره عن جدّه، فهذه الطريقة (الحكمة كما يسميها هو) تقوم على أن يحضر المريض معه اربع حبات من البيض مع قارورة من ماء الزّهر، ثم يقوم المعالج بوضع البيض في صحن فارغ من "الإينوكس" ثم يقوم بتكسير البيض بواسطة ملعقة من الخشب، ثم يفرغ عليها قليلا من ماء الزّهر ثم يغطي الصحن بواسطة قطعة قماش، وكل هذا والمريض واقف امام الصحن وبحضور أهله إن رغبوا في ذلك، ثم بعد أقل من ستة ثواني ينزع المعالج الغطاء عن الصحن واذا بالبيض الموجود داخله وماء الزّهر قد جفّوا وحل محلّهم أشياء مختلفة يطلب المعالج من المريض التعرّف عليها دون لمسها، فيبدأ المريض وفي دهشة بالقول (مثلا لبعض ما سمعناه منهم): "هذه قطعة قماش من ملابسي اختفت منذ مدة طويلة"، أو "هذه صورتي"، أو "هذه تخصني ولكنني فقدتها من زمان"، فهذه الطريقة التي تعتمد على الملموس تترك انطبعا لدى المرضى بفعالية وكفاءة هذا المعالج، والذي يرتادون عليه من مختلف ولايات الوطن.

أما المعالج الروحاني المتواجد في مدينة وهران يستعمل العلاج بالاستنزال، وهو علاج روحاني يقول أنه أعلى قمة درجات العلاج الروحاني، فهو علاج أخذه عن شيخه في الزاوية، وتطلّب دراسة وعلمًا وشروطًا والانتقال الى بلدان مثل المغرب ومصر والسودان، حتى نال الإذن بممارسته، وهو لا يستطيع ممارسته لوحده بل يتطلّب شرط "الناظور"، وهو شخص آخر يتمكن من رؤية ما وراء عالمنا لتوقّره على خصائص لا تتوقّر في عامّة الناس، وذلك عن طريق المرأة الهندية ذات الوجهين، أو في الماء أو في بلورة الكريستال، يحضّر المريض للمعالج فيسأل المعالج الناظور عن ما يراه من شأن هذا المريض فيبدأ الناظور بالحديث مع المعالج (وليس المريض) بذكر وقائع وأحداث حدثت للمريض ثم يسأل المعالج المريض عن صحة ما ذكره الناظور فيؤكّد أو ينفي ذلك (يكون التأكيد هو الغالب)، ثم يأمر المريض بالاستلقاء ويقرأ عليه آيات من القرآن فأحيانا يقول له الناظور أن أمر المريض قد حلّ وأحيانا يطلب منه قراءة القسم الروحاني لأن الأمر الذي به معقّد نوعا ما.

هذا وصف بايجاز حول الإطار الميداني للبحث وعن الطرق المستخدمة في العلاج التقليدي لعينة الدراسة.

### تنظيم البحث:

تم اجراء الجانب التطبيقي اعتمادا على دراسة الحالة، والتي أجريناها من خلال مرحلتين لكل حالة، المرحلة الأولى خصصناها للتعرف على الحالة وبناء الثقة بيننا مع اعطائهم نظرة ولو بشكل بسيط عن موضوع دراستنا وان هويتهم لن تذكر في تحرير تقريرنا مع ضمان السرية المهنية، وما ساعدنا أيضا هو توسط المعالج ومساعدته لننال ثقة الحالة موضوع الدراسة مما ساعدنا على تحديد نمط الشخصية الوسواسية في ظرف وجيز كمرحلة اولى، أما المرحلة الثانية فتناولنا فيها وبعق موضوع دراستنا وهو التصورات الثقافية الاجتماعية وأثرها على اختيار المعالج، حيث قيّدنا الحالة بهذا الطرح وتركنا لهم حرية التعبير عن كيفية اختيارهم للمعالج وعلى أي أساس.

الحالة الأولى في مدينة مستغانم قمنا معها بحصتين نظرا لبعدها المسافة كما أن الحالة ليست من سكان المدينة، أما الحالة الثانية في مدينة وهران فكانت معها 4 حصص كونها من سكان المدينة، كما انها هي من طلب منا اجراء حصص أكثر كونها كانت تبحث عمّن يسمعها وهذا ما كان لها فعلا، وتعاطينا معه بإيجابية.

مدة الدراسة مع الحالتين كانت حوالي الشهرين ونصف، فالحالة الأولى ونظرا لبعدها المسافة أجرينا معها حصتين بفارق زمني بينهما بحوالي 20 يوما، أما الحالة الثانية فاضطررنا لإضافة حصص أخرى معها بطلب منها، اذ اكتفينا نحن بحصتين لموضوع بحثنا لثراء ما حصلنا عليه من معطيات ومعلومات، أما الحصتين الإضافيتين فكانتا للحالة لطرح انشغالات خاصة ولكنها تصبّ في إطار الوسواس التي تعاني منها.

# الفصل التّطبيقي

تطرقنا في الجانب التطبيقي الى حالتين وهما رجل وامرأة معتمدين على دراسة الحالة كأداة تشخيص واختبار لفرضيات موضوع بحثنا.

## عرض الحالة الأولى: رجل من وهران

الاسم: مجيد

السن: 51 سنة

متزوج، أب ل 3 أطفال ولدين وبنات، حارس في مكتبة عمومية، لديه هواية الغناء (يقول أنه مشهور في الساحة الفنية باسم مستعار وأن لديه رصيد فني كبير ومعجبين كثير) هو أكبر اخوته في عائلة كبيرة عاشت مجتمعة في بيت واحد، يعاني من مشاكل أسرية عديدة، مع زوجته وأولاده خاصة ابنه الأكبر وهو طالب جامعي (يريد ان يتوقف عن الدراسة والبحث عن عمل نظرا للظروف المعيشية الصعبة، ولكن أبوه يخاف عليه من الانحراف، لذا يشدد الرقابة عليه ويضربه باستمرار)، كما له مشاكل أيضا مع أمه وأخته الغير متزوجة (طردوه مع زوجته وأولاده من المسكن فبنى بيتا صغيرا فوق سطح العمارة ليحمله مأوى لأسرته، كما أنهما كثيرتا الشكوى به لدى مصالح الامن لأنفه الاسباب).

يعاني من ظروف معيشية واقتصادية صعبة لقله أجرته الشهرية مقارنة مع عدد أسرته وحاجياتهم وكذا المصاريف اليومية المتعددة، مما يضطره الى مد يده لطلب المال من الناس دون ضمان تسديده

### السوابق المرضية للحالة:

يقول الحالة أنه أكبر اخوته في عائلة كبيرة وعريقة من قدامى مدينة وهران، حيث أنه ونظرا لمركزه وترتيبه في هرم إخوته كان يحمل همهم منذ الصغر، فكان هو المسؤول عنهم داخل وخارج البيت، ويسهر على شعورهم بالارتياح والرضى وعدم الحاق الأذى بأنفسهم وكذا حمايتهم اجتماعيا من رفقاء السوء، وهذا ما عاد بالسلب على حياته الشخصية بإهمالها وعدم التفكير في بناء مستقبله، ما دفع به لأن يكون من رواد الملاهية الليلية بعد أن اكتشف أحد المنتجين براعة صوته وأدائه وتقليده لأحد الفنانين المعروفين، ليأخذ فيما بعد اسما مستعارا لهذا الفنان ويصبح (.....الصغير)، وبذلك سطع نجمه في مجال أغنية الراي.

ولكن لم يكن هذا كل شيء فمن هنا بدأت متاعبه تزداد أكثر فأكثر، حيث وجد نفسه محاطاً بمجموعة من من لا يريدون له الخير والنجاح في مشواره الفني، فبدأوا بنصب الكمائن له واثارة المشاكل بينه وبين متعهد الحفلات تارة، وتارة أخرى بينه وبين الفرقة الموسيقية، وصولاً إلى بينه وبين معجبيه وجمهوره، وكذا زوجته وأولاده.

حيث لم يكفيه ما عاناه في صغره من قسوة الحياة والمسؤولية المبكرة ليتربص به أعداء جدد بهدف تحطيمه وتحطيم مستقبله الفني والأسري، من هنا تبلور صراعه مع الوسواس والشكوك الاضطهادية وأن الكل يبحث عن تحطيمه بدءاً بأمه وأخته، وصولاً إلى أعداء الوسط الفني، لذي يرى أن الكل مجند من أجل تحطيمه باستعمال كل الوسائل المشروعة وغير مشروعة، كما أن أمه كانت كثيراً ما تحذره في صغره من الناس سواء الغرباء أو الأقارب بأن تقول له "ما تاكلش من يد الناس" أي يجب توخي الحذر من شرّ الناس ومكائدهم.

### الحالة المرضية الراهنة للحالة:

يرى الحالة ومن خلال خطابه أنه مهدد في حياته ومستقبله من طرف أعداء كثير يتربصون به ويمكرون به بهدف تحطيمه مادياً ومعنوياً، ويرى أن سلاحه المضاد ضدهم هو المعالج التقليدي أو "الطالب" كما وصفه بالعامية، فهو كثير التردد على المعالج التقليدي بهدف التخلص من السحر الذي يقوم به أعداءه للنيل منه، فهو لا يترك أسبوعاً إلا ويتوجه إليه مرتين على الأقل بهدف الرقية والتخلص من السحر والعين وما شابه ذلك، فلا بد له من أن يكشف عن حاله عدة مرات وإلا كان مصيره المشاكل الاسرية والعلائقية ونقص المال وضياع الفرص، فهذه الاعمال حسبه يجب أن تكون دورية وباستمرار ودون انقطاع والا فسيخسر كل ما تبقى له، كما أنه يذكر مرّة أنه لم يذهب إلى المعالج لفترة ما بسبب سفر المعالج إلى الخارج مما تسبب له في مشاكل كبيرة وكاد يفقد منصب عمله، كما أن متعهد الحفلات لم يعد يتصل به، كما أن علاقته بزوجته وصلت إلى حدّ الطلاق وأولاده كانوا مهددين بالتشرد، لذا فالذهاب للمعالج التقليدي حسبه وبطريقة منتظمة أكثر من ضرورة وإلا دفع الثمن غالياً.

ولدى سؤالنا له لماذا اختار المعالج التقليدي بدل المعالج النفسي لما يعاني منه، ردّ وبكل يقين أن مشاكله لا يمكن حلّها إلا عند المعالج التقليدي، فأعداءه يعتمدون على طرق ووسائل ليست من اختصاص المعالج النفسي والذي يبقى عاجزاً أمامها، كما أن من ثقافته وثقافة أجداده الحرص على زيارة المعالج التقليدي كلما دعت الضرورة لذلك، كما أن المعالج التقليدي جزء لا يتجزأ من الموروث الذي

ورثه عن أسلافه، فالمعالج التقليدي بالنسبة له هو الحصن المنيع ضدّ التهديدات من طرف المحيطين به.

ومما لاحظناه خلال الحصص العلاجية للحالة أن علاقته بالمعالج التقليدي أكثر من ذلك، فالحالة وإضافة الى شكاواه المتعددة من ظلم الآخرين وإيذاءهم له، فهو يتلقى دعماً معنوياً من المعالج التقليدي بالإصغاء له رغم التكرارات وكثرة التداول عليه، وكذا دعمه له مادياً بعدم تلقي أجراً منه نظراً لحالته الاقتصادية، أي يعالجه بالمجان.

### تشخيص الحالة الاولى:

إذا اردنا تكوين صورة عن الحالة من خلال المعطيات المتوفرة خلال المقابلة والملاحظة العيادية المرافقة لها، فالحالة عاشت طفولة غير عادية، إذ ومنذ الصغر تحملت مسؤوليات وأعباء سبقت عمرها ونضجها، وقد لا نعتبر المعاش خلال الطفولة قاسياً لعدم توفرنا على المعطيات الدقيقة والكافية، ولكن الصراعات الكبيرة مع الام والاخت واضحة جداً في رهن الحالة من خلال خطابه وايماءات وجهه، مما يدفعنا للتحدث أولاً عن الحرمان العاطفي، فالحالة عانت ولا تزال تعاني من الحرمان العاطفي الذي صاحبه تحمل مسؤولية كانت من المفروض أن تكون من صلاحية الوالدين، هذه المسؤولية الملقاة على عاتق الحالة منذ الطفولة تؤثر بشكل كبير ومباشر على نوع العلاقة مع الوالدين وخاصة الام، فالأم تعتبر الحالة قد نضجت ولم تعد طفلاً مما يحرمها (الحالة) من بعض الأحاسيس والمشاعر والمعاملات التي تبديها الام نحو طفلها في الحالات العادية، مما يسبب بعض اضطرابات النمو النفسي الوجداني للطفل قد تظهر مستقبلاً في شكل اعراض لاضطرابات نفسية، وهذا ما انعكس بالسلب على نفسية الحالة من اهمال للتفكير بذاته والتفرغ لرعاية اخوته، والتي أدت بها لنهج سلوك مفروض عليها في الحياة، من هذا الباب قد نتحدث عن ما يجري مع الحالة أنياً من سلوكيات مفروضة عليها.

بعد هذه المقدمة لتحليل الحالة من خلال جانب المعاش الطفولي، وضعنا فرضيات للأعراض التي لاحظناها من خلال خطاب وايماءات وسلوك الحالة وكذا مظهرها العام، فأول فرضية وضعناها هي أن الحالة تعاني من اضطراب الماخوليا أو السوداوية، لوجود بعض الأفكار الانتحارية وتشاؤم للمستقبل، الا اننا استبعدناه بعد التحليل لغياب بعض الاعراض التي تعتبر أساسية في هذا الاضطراب وهي المزاج الاكتئابي كل يوم، أفكار سوداوية، انخفاض واضح في الاهتمام بنفسه وبالمحيط، فقدان الوزن، أرق أو افراط في النوم يومياً، والشعور بالذنب الهدياني.

ثم وضعنا فرضية اضطراب الهوس الاكتئابي، لملاحظتنا للتقلب بين الحزن لما هو عليه من اضطهاد ثم فرحة مع مبالغة في تقدير الذات، مما طرح لدينا شكوك في هذا الاضطراب، الا اننا استبعدناه بعد التحليل لغياب الاعراض الأساسية لهذا الاضطراب وهي

تقلّب واضح وخطير في المزاج والوجدان بنوبات من الاكتئاب وأخرى من الهوس خلال فترات متقاربة وبشكل متواصل.

ثم افترضنا أن الحالة تعاني من اضطراب البارانويا، لأن الحالة تعبّر عن نفسها بنوع من العظمة والتفوّق عن باقي الناس وامتلاكها قدرات كبيرة لا تتوفر عند الآخرين، إلا أننا استبعدنا هذا الاضطراب بعد التحليل لغياب أعراض أساسية مثل الهذيان المنتظمة وأبرزها هذيان العظمة، أفكار غير واقعية، الشعور بالاضطهاد والشكوك المبالغ فيهما نحو المحيط، الشكّ المرضي في الآخرين وتصرفاتهم تجاهه، فقد الثقة التامة بالمحيط، إعطاء تفسير لكل حركة أو كلمة تصدر من الآخر أو حتى نبرات صوتهم، الشعور المبالغ أنه على صواب ولا يتقبّل النقد ابدأ، عدم القدرة على مسامحة الآخرين.

هذا ما دفع بنا لافتراض اضطراب الوسواس والافعال القهرية والذي كان افتراضا أساسيا لما لاحظناه من أعراض حتى قبل إجراء المقابلة العيادية، وهذا ما تحققنا من صحته بوجود الثلاث نقاط أساسية للوسواس وهي اقتحام فكرة وتسببها في القلق، عدم القدرة على تجنّب هذه الفكرة، وأن هذه الفكرة مفروضة عليه وخارج ارادته، وكذلك وجود شروط الفعل القهري وهي تكرار السلوك استجابة للفكرة الوسواسية، وأن هدف هذا السلوك هو التخفيف ومنع حدوث مصيبة للحالة أو أحد افراد العائلة، وأن هذه السلوكات تعيق حياته اليومية سواء تجاهلها أو استجاب لها.

بذلك نكون قد وضعنا تشخيص للحالة بأنها تعاني اضطراب الوسواس والافعال القهرية ولكن ليس بالشكل المتداول بكثرة لدى المصابين بهذا الاضطراب من تكرار غسل اليدين أو الثياب، أو الوضوء مرارا وتكرارا، أو تفقد الأشياء بصفة قهرية، بل الحالة تعاني هذا الاضطراب باقتحام الفكرة الوسواسية بأن هناك من يخطط لتدمير مستقبله والفني خاصة، وهذه صراعات موجودة في جل الحياة المهنية وعند العديد من الموظفين والمهنيين، إلا أن في الحالة الراهنة يصاحب هذه الوسواس تكرار فعل الذهاب للمعالج بصفة دورية ومتكررة قد تصل أحيانا مرتين في اليوم بحكم أن المعالج قريب من مقرّ السكن، بهدف التخفيف من حدّة الفكرة الوسواسية ومنع حدوث الأسوأ، مما يعيق الحياة اليومية للحالة ويشعرها بالإرهاق والتبعية والخضوع الاجباري.

فالحالة تعيش مغصا يعيق حياتها، وألما وجدانيا يظهر للعامة في ملامح وجهه ولباسه المتوسط النظافة وكذا خطواته المتثاقلة، أما للأخصائيين فيتأكد من خلال تحليل خطابه وإيماءاته بطريقة علمية عيادية.

## عرض الحالة الثانية: امرأة في مستغانم

الاسم: نسيمة

السن: 42

غير متزوجة، تعيش مع أسرتها، والدها متوفى منذ مدة، هي البنت الوحيدة وسط أخوين، وهي أصغرهم، علاقتها طبيعية مع اخوتها، وكذا مع أمها وأيضا مع والدها في حياته.

ميسورة الحال، فهي تعمل في إدارة عمومية، كما أنّ اخوتها هم من يتحملون مصاريف الأسرة، لذا فهي تستغلّ أجزتها لحاجياتها الخاصة فقط.

### السوابق المرضية للحالة:

عاشت الحالة طفولة عادية وترعرعت وسط أسرتها المتواضعة، حيث كانت العلاقات داخل الأسرة طبيعية في مجملها بغض النظر عن المشاكل الشائعة في الوسط الأسري، أي لم تكن هناك صراعات غير مألوفة أو شاذة عن باقي الأسر الجزائرية، كما لفتت انتباهنا ان وسطها العائلي من خالات وبنات الخالات لم يكن على لسانهن من حديث خلال اللقاءات العائلية سوى مواضيع السحر والشعوذة والمصائب والمكائد، مما عزز لديها تقبل فكرة ان المعالج التقليدي "الطالب" شخصية مهمة وذات دور اجتماعي كبير.

تقول الحالة أنها وخلال طفولتها كانت ترى في احلامها ما سيحصل لها أو لمحيطها في المستقبل، ونظرا لتكرار الأمر في أكثر من مرة قررت أمها أن تأخذها لمعالج تقليدي أرشدتها اليه جارتها، هنا بدأت رحلة الحالة مع الصراعات والوساوس، فتقول بأنها تعرضت لسرقت أسرارها من طرف هذا المعالج والذي لم يكن أصلا معالجا بل ساحرا، حيث اطلع على أحلامها وأسرارها وكيفية حدوثها ليستغلها لأغراض شيطانية، بعدها بدأت الحالة تعاني من الكوابيس والاحلام المزعجة على عكس ما كانت عليه في السابق، فكانت ترى في أحلامها أناسا يجرون ورائها، أو الكلاب تلاحقها، الى ان وصلت حدّ رؤية مخلوقات غريبة الشكل تطلب منها القيام بأعمال شيطانية والا فستدفع ثمننا غاليا، ما حوّل حياتها الى جحيم لا يُحتمل.

وبقيت على هذا الحال الى أن تلقت نصيحة من فاعل خير (لم تحدد جنسه أو قرابته أو علاقته بها)، بالذهاب الى معالج تقليدي يوجد في مدينة بعيدة نوعا ما عن مقر سكنها، اين رافقتها أمها اليه، والمفاجئة كانت أن هذا المعالج جاءها



بأغراض شخصية كانت قد أعطتها للساحر "حسب قولها" خلال زيارتها له، مما أكد لديها أن هذا الأخير هو من كان السبب في كل الجحيم الذي عانت منه لمدة طويلة.

ولكن ما ألمها من بعد ما تخّصت من الكوابيس المزعجة هو انقطاع الاحلام التي كانت تحمل لها أخبار ما سيحدث في المستقبل.

### الحالة المرضية الراهنة للحالة:

تقول الحالة من خلال خطابها أنها تتعرض لأخطار تهدد صحتها الجسمية والعقلية، وكذا مستقبلها المهني من طرف مجهولين (لأن المعالج التقليدي رفض الإفصاح عن هويتهم)، وأنها عرضة لهجمة شرسة من الاضطهاد بسبب غيرتهم منها، لأنها كانت تحكي وعن "حسن نية منها" بما حدث لها سابقا من أحداث مع من تعرفهم سواء في المحيط العائلي أو زملاء العمل، وأن هذا أعاق وبشكل كبير زواجها وبشكل جدّي، إذ أن كلما يأتي شخص لخطبتها تحدث مشكلة أو يذهب بدون عودة، وأنها كلما تأتي للمعالج تجد أن الآخرين قد قاموا بأعمال سحرية ضدها بقصد ايذائها وصرف المتقدمين لخطبتها عنها، مما اضطرها لاستحالة الانقطاع عن هذا المعالج، وأن حياتها ومستقبلها أصبحوا مرتبطين به.

وبحكم أن المعالج التقليدي بعيد عنهم ويستحيل الوصول إليه في كلّ ما دعت الضرورة، خلق لديها مجموعة من الوسوس كالشكّ في كل من يقدّم لها أكلا أو لباسا أو حتى هديّة، وأصبحت متشدّدة في نظافة وطهارة جسدها وثيابها خوفا من وصول الشياطين إليها، كما أنها أصبحت حذرة جدا في خطواتها وما تتركه وراءها من أغراض شخصية وتحرص كلّ الحرص على أن تجدها في مكانها كما تركتها آخر مرّة، فإن لم تجدها كذلك انقلب يومها الى ظلام وليلها الى نهار حتى تصل الى المعالج لتتأكد من أن كلّ شيء على ما يُرام.

ولما سألتها ان كانت قد زارت مختصّا نفسانيا حول هذا الأمر انفلتت قليلا وقالت "علاه حسبتوني مهبولة؟ أنا مشي مهبولة بصح نشوف المنامات برك"، كما أكدت على أن العار كلّ العار ان عرف أحد من محيطها أنها اتجهت لمعالج نفساني.

ثمّ سألتها ان كانت على اطلاع بمهام الأخصائي النفساني، قالت إنه مختصّ بالأمراض العقلية، وأنها لو ذهبت عنده لن يفهمها ويعتبرها مجنونة، لأنه "لا يفتح الكتاب" مثل ما يفعل المعالج التقليدي ليطلع على خفايا الأمور والأحداث.

## تشخيص الحالة الثانية:

بعد تحليل ودراسة الحالة، نقول أن الحالة عاشت طفولة غير عادية ليس من الجانب العلائقي الوجداني، فالحالة عاشت حياة أسرية علائقية عادية بغض النظر عن وفاة والدها الذي لم تكن متعلقة به من خلال عدم ذكره كثيرا خلال المقابلات العيادية، فما هو غير عادي في طفولتها أنها كانت ترى غالبا وفي أحلامها ما سيحدث من وقائع معها أو مع محيطها من أفراح واحزان وغيرها، وهذا بطبيعة الحال أمر غير عادي لوجوده عند فئة قليلة من الأشخاص الذين سمعنا ونسمع عنهم، فهي ترى في أحلامها ما سيحدث في محيطها من أمور لم تحدث بعد، فتتحقق من صدق حدوثها فيما بعد بفترة زمنية ما.

من خلال المقابلات والملاحظة العيادية وضعنا فرضيات تشخيصية للأعراض الملاحظة عليها ومظهرها العام وكذا تحليل خطابها وإيماءاتها، فأول فرضية وضعناها هي أن الحالة تعاني من الهوس الاكتئابي، وهذا لما لاحظنا على الحالة من تقلب بين الحزن والفرح والتشاؤم والتفاؤل دون أعراض مصاحبة مما دفعنا لافتراض وجود أعراض خفية لهذا الاضطراب، ولكن سرعان ما استبعدناه لغياب الأعراض الأساسية وحدثها، من تقلب واضح وخطير في المزاج والوجدان بنوبات من الاكتئاب وأخرى من الهوس خلال فترات متقاربة وبشكل متواصل.

ثم افترضنا اضطراب البارانويا لأنها ومن خلال خطابها تقول أنها تمتلك قدرات خارقة للتنبؤ بالمستقبل وأنها مميزة عن الآخرين بصفة لا تتوفر إلى عند بعض المختارين، وكذا اهتمامها الواضح بمظهرها الخارجي، إلا أننا استبعدنا هذا الاضطراب لغياب أعراض أساسية مثل الهذيان المنتظمة، هذيان العظمة، أفكار غير واقعية، الشعور بالاضطهاد والشكوك المبالغ فيه نحو المحيط، الشك المرضي في الآخرين وتصرفاتهم تجاهه، فقد الثقة التامة بالمحيط، إعطاء تفسير لكل حركة أو كلمة تصدر من الآخر أو حتى نبرات صوتهم، الشعور المبالغ أنه على صواب ولا يتقبل النقد أبدا، عدم القدرة على مسامحة الآخرين.

وكمرحلة ثالثة افترضنا اضطراب الوسواس والافعال القهرية لما لاحظناه من خطاب الحالة حول تسلط الفكرة الوسواسية بعناصرها من اقتحام الفكرة وتسببها في القلق، وعدم القدرة على تجنبها "الفكرة"، وأن هذه الفكرة مفروضة عليها وخارج إرادتها، وكذا وجود الفعل القهري بأركانه من تكرار السلوك استجابة للفكرة الوسواسية، وأن هدف هذا السلوك هو تخفيف التوتر ومنع حدوث كرب أو مصيبة أو كارثة، وأن هذه السلوكات تعيق حياتها اليومية سواء بتجاهلها أو بالاستجابة لها.

بهذا خلصنا لوجود اضطراب الوسواس والافعال القهرية لدى الحالة بالشكل الشائع عند المصابين بهذا الاضطراب من اقتحام للفكرة الوسواسية بتعرضها لأعمال عدائية من طرف محيطها العائلي أو في العمل، ووجوب القيام بما تراه أعمالا واجبة واحترافية وبصفة متكررة بالتشدد في نظافة وطهارة جسدها وثيابها، والحذر الشديد في خطواتها وما تتركه وراءها من أعراض شخصية وتحرص كل الحرص على أن تجدها في مكانها كما

تركتها آخر مرّة، وصولاً الى المواظبة على زيارة المعالج، لتتأكد من أن كلّ شيء على ما يُرام والا انقلب ليلها الى نهار، مما سبب لها عائقاً للسير العادي لحياتها ومعاناة مع ألم وجداني لا يحتمل.

## مناقشة الفرضيات:

قبل الخوض في مناقشة النتائج التي توصلنا إليها، وربطها مع اشكالية وصحة فرضيات دراستنا، نقوم بالتعريف على بعض الدراسات السابقة التي تناولت موضوع الوسواس والافعال القهرية من شقيه العلمي والاجتماعي الثقافي.

عادةً ما يسقط المريض في شرك هذا الاضطراب منذ طفولته أو مراهقته، وقد لا يتساوى الرجال والنساء في نسبة الإصابة به وإن كان قد يبدأ مبكرًا في العمر عند النساء، نظرا للضغط الذي تعيشه الفتاة منذ الصغر لاختلاف جنسها عن جنس الولد، وهذا هو أصل التصورات الثقافية الاجتماعية لدور وللمستقبل الفتاة التي يتم تحضيرها منذ الصغر على عادات وتقاليد المجتمع لتتأهل لأن تكون زوجة وأم على عكس الولد، وأن تأخذ مكانتها الاجتماعية في محيطها دون الاعتبار للجانب النفسي عندها، وعادةً ما تظل معاناة المريض سرًا يكتمه عن الناس لأنه يخاف أن يتهمة الناس بالجنون وسبب ذلك أن الأفكار التسلطية والافعال القهرية غالبًا ما تبدو لا منطقية ولا معقولة ومزعجة ومتعارضة مع قيم المريض نفسه.

كما أوضحت الكثير من الدراسات كيفية تأثير السياق الاجتماعي على استجابات الناس حيال المرض وأسلوب العلاج باختلاف المجتمعات والثقافات، وتأثير الثقافة على استجابات الناس للآلام والعلل ومن بينها دراسة "ستثمان" ودراسة "زبروفسكي"، كما بين "إيرل كوس" تأثير الثقافة على المعرفة الفعلية للصحة والمرض وأهمية العلاج، وعلى مدى الاعتماد على الخدمة الصحية في طبقة اجتماعية دون أخرى.

كما أكدت دراسات لاحقة وجود تباين ثقافي في التعبير عن الألم وكذا التوجه للعلاج المناسب للمرض، ولعل هذا التنوع ينمو أساسا في ضوء التنشئة الاجتماعية، خاصة أن الاختلافات في سلوك المرضى اتجاه المرض أو العلاج، تعكس مجرد أساليب مختلفة مكتسبة ثقافيا للتوافق مع الثقافة السائدة والسياق الاجتماعي العام، وفي كثير من الأحيان ما تتعارض مع التفسيرات الطبية الحديثة، وبالتالي تتناقض مع وسائل العلاج الطبي الحديث.

فالثقافة و التنظيم الاجتماعي و القرابة و الصداقة و الاتجاهات الطبية ، و الظروف الاقتصادية ، كلها عوامل مؤثرة في عملية التوجه نحو طلب الرعاية الطبية أو العلاج ، و قد أوضح "فريديسون" أن سلوك المريض يختلف باختلاف المحاولات التي يبذلها للتعامل مع الحالة المرضية التي يشعر بها ، فقد يلجأ المريض في البداية إلى بعض أنواع العلاج ، كما قد يناقش الاضطرابات التي يعاني منها مع بعض الأشخاص المحيطين به بحثا عن تفسيرات مختلفة لما يشعر به ، كما قد يسأل الآخرين النصح حول ضرورة اللجوء إلى الطبيب ، و لهذا فالأشخاص عادة ما يمرون بتجارب غير رسمية عديدة ، قبل الاتجاه إلى الاستفادة من الخدمة الطبية المتخصصة ، و هذه الشبكة من الاستشاريين تعد جزءا من المجتمع و تفرض شكلا معيناً على الاتجاه نحو طلب الخدمة الطبية المختلفة ، و في هذه الحالة قد تؤدي إلى إحجام الأشخاص عن الاستفادة من الخدمة الطبية ، و هنا عادة ما يلجأ هؤلاء الأشخاص إلى الطب الشعبي ، أو أي نمط آخر من الطب التقليدي ، أو الطب الديني. (محمد، الخولي وآخرين، 2011، ص 145-146).

قد تتعدد العوامل التي تجعل بعض الناس تعتقد في قدرة المعالج الشعبي على تشخيص المرض ومن ثم العلاج، ولعل أهمها يظهر في توارث المعالج لهذه المهنة عن آباءه وأجداده ومن ثم احتمال نجاحه في عملية التشخيص بالإضافة إلى التجارب العلاجية التي مر بها والتي ثبتت فعاليتها خاصة مع الحالات المرضية المتشابهة. (محمود، 2007، ص 22).

ومن خلال مقابلات بعض أفراد المجتمع حول تصورهم الاجتماعي للطب الشعبي وجد أن أغلب المرضى يؤمنون في قدرة المعالج الشعبي على التشخيص وتقديم العلاج إذا ما تعلق الأمر بعلاج مرض قد أخفق الطب الحديث في علاجه أو ما تعلق بالسحر والتلبس بالجان" أي أن الأمور الغيبية حسب رأيهم توكل مهمة علاجها للطب الشعبي وليس بمقدور الطب الحديث علاجها". (سفاري وشين، 2013، ص 208).

من هذه المقاربة ندخل الى مناقشة الفرضيات من خلال النتائج المتحصل عليها في المقابلات العيادية مع الحالتين:

**فالفرضية الأولى** التي وضعناها والتي تفترض أن تكون للتصورات الثقافية الاجتماعية أثر فعال في الاختيار بين المعالج النفساني أو المعالج التقليدي لاضطراب الوسواس القهري، فإننا وبعد القيام بتشخيص الحالتين نكون قد حققنا شطرا مهما في التقيد بإطار موضوع دراستنا وضبط المتغيرات وهو تشخيص اضطراب الوسواس والافعال القهرية وليس اضطرابا اخر قد يخل بمصداقية الدراسة، فمن خلال سؤال طرحناه على الحالة الأولى خلال المقابلة العيادية وهو: "ولدى سؤالنا له لماذا اختار المعالج التقليدي بدل المعالج النفسي لما يعاني منه، ردّ وبكل يقين أن مشاكله لا يمكن حلّها إلا عند المعالج التقليدي، فأعداءه يعتمدون على طرق والوسائل التي هي ليست من اختصاص المعالج النفساني والذي يبقى عاجزا أمامها، كما أن من ثقافته وثقافة أجداده الحرص على زيارة المعالج التقليدي كلما دعت الضرورة لذلك، كما أن المعالج التقليدي جزء لا يتجزأ من الموروث الذي ورثه عن أسلافه، فالمعالج التقليدي بالنسبة له هو الحصن المنيع ضدّ التهديدات من طرف المحيطين به" (الحالة الأولى)، نستنتج أن التصورات الثقافية الاجتماعية قد ساهمت بشكل كبير في اختيار الحالة لنوع المعالج لحالتها النفسية وما تعانيه من مشاكل مع المحيط الاجتماعي، فالحالة ردت وبشكل عفوي تلقائي يعبر عن التوجهات والمكتسبات والارث الثقافي الاجتماعي لها، وهذا ما ترجم على أرض الواقع أين كان مكان المقابلة عند المعالج التقليدي، فاختيار الحالة الأولى للمعالج التقليدي دون المعالج النفساني له خلفيات ثقافية اجتماعية محضة اعتمدت عليها الحالة في اختيار نوع المعالج.

أما الحالة الثانية وبسؤال طرحناه عليها خلال المقابلة العيادية وهو: " ولما سألتناها ان كانت قد زارت مختصا نفسانيا حول هذا الأمر انفعلت قليلا وقالت "علاه حسبتوني مهبولة؟ أنا مشي مهبولة بصح نشوف المنامات برك"، كما أكدت على أن العار كلّ العار ان عرف أحد من محيطها أنها اتجهت لمعالج نفساني. ثمّ سألتناها ان كانت على اطلاع بمهام الأخصائي النفساني، قالت إنه مختصّ بالأمراض العقلية، وأنها لو ذهبت عنده لن يفهمها

ويعتبرها مجنونة، لأنه "لا يفتح الكتاب" مثل ما يفعل المعالج التقليدي ليطلع على خفايا الأمور والأحداث" (الحالة الثانية)، نستنتج الدور الكبير للتصورات الثقافية الاجتماعية لاختيار نوع المعالج عند الحالة الثانية، كما لاحظنا انفعالها الشديد لكونها من جنس انثى وقد يكون ردة فعل لأهمية مكانة المرأة في المجتمع وما يقال عنها، فاستخدمت آلية الإنكار كألية دفاعية مباشرة للدفاع عن مكانتها وصورتها الاجتماعية باختيار المعالج التقليدي على عكس المعالج النفسي الذي تعتبر الحالة زيارته بمثابة الانتحار الاجتماعي، فاختيار الحالة الثانية لنوع المعالج كان على أسس ثقافية اجتماعية محضة، وبذلك اختارت المعالج التقليدي.

أما الفرضية الثانية والتي تفترض تخوف البعض من فقدان المكانة الاجتماعية ومدى الاطلاع على مهام ووظيفة الاخصائي النفسي وكذا أثر الممارسات الثقافية الدينية، هنا كانت الأمور واضحة جدا من خلال خطاب الحالتين حول فقدان المكانة الاجتماعية وخاصة الحالة الثانية التي كانت من جنس انثى والتي تعتبر مكانتها الاجتماعية مهددة لأبسط الأسباب ولو لم تكن حقيقية ومرتبطة بالإشاعات، بذلك التخوف من فقدان المكانة الاجتماعية فرض على الحالتين اختيار المعالج الذي يعتبره المجتمع مقبولا وهو المعالج التقليدي، فالمعالج التقليدي يمنح الحالتين مبررات اجتماعية بإسقاط كل ما يحصل معهم من اضطرابات على الغير والمحيط خاصة، كما يقال شعبيا "اللي خانو سعدو يقول بيا السحور" وهذه مقولة شائعة اجتماعيا لحفظ المكانة الاجتماعية والحفاظ على مستوى العلاقات مع المحيط. كما أن ما استنتج من خلال المقابلات العيادية أن الحالتين ليستا على اطلاع كاف بمهام الاخصائي النفسي، كونهما يحملان تصورا اجتماعيا حول الاخصائي النفسي على أنه يخص حالات الجنون فقط أو ما يصطلح عليه علميا بالفصامات، هذا التصور يفرض على أفراد المجتمع الاختيار وبطريقة تلقائية عدم مجرد التفكير في زيارة الاخصائي النفسي، مما يهدد المكانة الاجتماعية، كما اننا استنتجنا أثر الممارسات الثقافية الدينية في اختيار نوع المعالج واقتصار الاختيار على المعالج التقليدي، لأنه يعتمد الرموز والطقوس الدينية الثقافية والتي تؤدي الى نوع من الراحة النفسية بمجرد القيام بها أو الإشارة إليها، كما قالت الحالة الثانية أن الاخصائي النفسي "لا يفتح الكتاب" مثل ما يفعل المعالج التقليدي ليطلع على خفايا الأمور والأحداث، أي أن المعالج التقليدي يتمتع بمهارات وقدرات غير عادية لا تتوفر عند الاخصائي النفسي.

بهذا نكون قد درسنا الفرضيات وتحققنا منها بطريقة عيادية اعتمدت على الملاحظة والمقابلة العياديتين، فنجيب عليها ونقول بأن للتصورات الثقافية الاجتماعية أثر فعال في الاختيار بين المعالج النفسي أو المعالج التقليدي لاضطراب الوسواس والأفعال القهرية. كما أنه يتخوف الأفراد من فقدان المكانة الاجتماعية في حال زيارة الاخصائي النفسي لعدم اطلاعهم على مهامه ودوره، وأن للاعتقادات والممارسات الدينية الثقافية أثر في اختيار نوع المعالج كونها مكون أساسي من مكونات شخصية الفرد.

فالحالتين باختيارهما للمعالج التقليدي تسقط حدوث الاضطراب نحو الآخر لإيجاد نوع من التبرير الاجتماعي والراحة النفسية وتفادي الوسم، باعتبار أن المعالج التقليدي

هو جزء لا يتجزأ من الثقافة الاجتماعية وموروث ثقافي تعودت عليه الأجيال، ما يسمح اجتماعياً بالذهاب إليه، على عكس الاختصاصي النفسي الذي يعتبر مهنتاً مستوردتاً ودخيلة على المجتمع وثقافته، وان من يلجأ إليه يعتبره المجتمع فرداً مضطرب نفسياً وعقلياً، ما يحدد مكانته ودوره الاجتماعي وسط محيطه.

## الخاتمة:

تناولنا جانباً بسيطاً في دراستنا لموضوع الوسواس والافعال القهرية في الجانب المتعلق باختيار نوع المعالج وطريقة العلاج اعتماداً على التصورات الثقافية الاجتماعية الخاصة بالمرضى، وهذا التناول يعتبر نقطة في بحر من المعاناة النفسية للمصابين بهذا الاضطراب، فهناك حالات متقدمة وخطيرة تقدم أعراضاً قد لا يحتملها بشر.

فمرضى اضطراب الوسواس القهري عادةً ما يعاني من أفكارٍ تسلطيةٍ ومن أفعالٍ قهريةٍ فمثلاً هناك من تشعرُ رغم نظافة يديها أن يدها غير نظيفة فتقومُ بغسلها، ولا تكفي بالغسيل مرةً ولا مرتين بل تحتاجُ إلى عشرين مرةً مثلاً، وما دامت قررت غسلها عشرين مرة فإن العدد يجبُ أن يكونَ مضبوطاً وعادةً ما تشكُّ بينما هي تغسلُ في عدد المرات فتعيدُ الغسيل من البداية عشرين مرةً فإذا ما انتهت من ذلك، عاودها القلقُ والشك هل كان الغسيلُ كافياً أم لا؟ وهكذا تسقطُ في دوامةٍ من الفعل وتكرار الفعل الذي لا يعطيها إلا راحةً زائفةً وقصيرةً الأمد، وفكرةٌ عدم نظافة يديها هي فكرةٌ تسلطيةٌ وكذلك شكها في عدد مرات الغسيل فكرةٌ تسلطيةٌ بينما فعل الغسيل نفسه هو فعلٌ قهري.

وبعيداً عن النظافة والغسيل فهناك من تبدو أفكاره التسلطيةً غريبةً بحق، فمثلاً هناك من يشكُّ بعد مغادرته مكاناً ما أن يده قد سقطت منه في ذلك المكان، وهو يعرفُ أن يده موجودةٌ بل يراها بعينه! لكنه رغم ذلك لا يستطيعُ منع نفسه من العودة للمكان الذي كان فيه ليتحقق من أن يده لم تسقط منه! ففكرةٌ أن يد الواحد سقطت منه فكرةٌ لا معنى لها وكلنا نستطيعُ طردَ مثل هذه الأفكار من رأسنا إذا صادفتنا في يوم من الأيام لكن مريض اضطراب الوسواس القهري لا يستطيع ذلك فهي بذلك فكرةٌ تسلطية، بل هو لا يستطيعُ منع نفسه من التصرف على أساس الفكرة التسلطية نفسها التي يعرفُ هو أنها بلا معنى وغير ممكنة الحدوث، لكنه يضطرُّ إلى التحقق من أن الفكرة غير صحيحة من خلال أدائه للفعل القهري وهو الرجوع للمكان الذي كان فيه ليرى بنفسه ويتأكد ويتحقق من أن يده الموجودة أصلاً في نهاية ذراعه لم تسقط منه، ومن الأمثلة المشابهة من يجدُ نفسه مرغماً على أن يعود إلى الطريق الذي قطعه لتوّه بسيارته ليتأكد من أنه لم يدهس أحداً، رغم علمه أنه لم يدهس أحداً ولم يكن هناك أحدٌ عبر الطريق من أمامه طوال الطريق!

ورغم التطور الطبي إلا أنه لا تزال مختلف المجتمعات تعرف تبايناً في أساليب العلاج بين ما هو تقليدي وما هو حديث، ومن ثم فإنه ليس للطب الحديث وحده السيطرة على المرض وفهم سلوك المريض، خاصة بعد أن حظي موضوع الصحة والمرض باهتمام العلوم الاجتماعية والنفسية والأنثروبولوجيا التي أثارت قضايا مهمة من بينها تأثير العوامل الثقافية والاجتماعية والدينية على فهم وتفسير المرض وكذا اختيار أسلوب العلاج المناسب، بإضفاء الجانب العلمي على البعد الثقافي الاجتماعي.



## التوصيات:

- وأخيرا ومن بين التوصيات التي نقترحها للباحثين في هذا النوع من المواضيع نذكر:
  - مادام المعالج التقليدي لديه تفسيراً وأدوات علاجية لاضطراب الوسواس القهري والاختصاصي النفسي له كذلك تفسيراً وأدوات علاجية خاصة بتكوينه، فما هي نقاط الالتقاء والاختلاف بين كل من المعالج التقليدي والاختصاصي النفسي.
  - مادام أغلب أفراد المجتمع ليسوا على اطلاع بمهام الاختصاصي النفسي فما هو مستقبل مهنته أمام المنافسة من طرف المعالج التقليدي.
  - هل للتصورات الثقافية الاجتماعية فقط دور في الاختيار بين المعالج التقليدي والاختصاصي النفسي أم هناك عوامل أخرى.

# قائمة المراجع

## قائمة المراجع

### المصادر والمراجع باللغة العربية

1. القرآن الكريم.
2. ابي بكر الرازي، (1978) **الطب الروحاني**، تقديم وتحقيق عبد اللطيف العبد، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
3. أحمد أبو زيد، **الثقافة: الإنسان والتنمية**، عرض نظري .
4. أحمد أبو زيد، **تايلر**، سلسلة نوابغ الفكر الغربي، دار المعارف، مصر، دون سنة.
5. بدر، يحي مرسى عيد (2008) **دور الثقافة في الأحلام**، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية، مصر.
6. جمال الدين أبي الفرج بن الجوزي (1986)، **الطب الروحاني**، مكتبة الثقافة الدينية، الطبعة الأولى، القاهرة.
7. خضر أحمد عطاء الله، (1990) **دراسات في آفاق الفكر الإسلامي**، دار الفكر للنشر والتوزيع، دبي.
8. الخولي، حسن (1982) **الريف والمدينة في مجتمعات العالم الثالث**. مصر. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
9. الدايري، صالح حسن (2008) **أساسيات التوافق النفسي والاضطرابات السلوكية والانفعالية** دار الصفاء للنشر والتوزيع. دراسات الوحدة العربية، بيروت، لبنان.
10. الداوي، عبد الرزاق (2013) **في الثقافة والخطاب عن حرب الثقافات**، المركز العربي للأبحاث ودراسة السياسات، لبنان.
11. رالف ليندون، (1964) **دراسة الإنسان**، ترجمة عبد الملك الناشف، المكتبة العصرية، بيروت، لبنان.
12. سامية حسن الساعاتي، (1983) **الثقافة والشخصية**، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان.
13. صالح ذياب هندي، (1985) **دراسات في الثقافة الإسلامية**، دمشق، سوريا.
14. عاطف وصفي، (1975) **الثقافة والشخصية**، دار المعارف، مصر.
15. عاطف، نجلاء خليل (2006) **في علم الاجتماع الطبي، ثقافة صحة والمرض**، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.
16. عبد الرحمن الزنيدي، (2009) **المثقف العربي بين العصرية والإسلام**، ط 3، دار كنوز اشبيليا للنشر والتوزيع، الرياض، السعودية.

17. عبد الغني عماد، (2006) **سوسولوجيا الثقافة**، عرض إبراهيم غرايبة، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت، لبنان.
18. عبد الفتاح محمد دويدار (1994) **الطب النفسي وعلم النفس الإكلينيكي**. دار النهضة العربية، بيروت لبنان.
19. عبد المعطي، حسن مصطفى (1998) **علم النفس العيادي**، دار قباء للطباعة والنشر، القاهرة، مصر.
20. عكاشة أحمد (1976) **الطب النفسي المعاصر**، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.
21. عيسوي، عبد الرحمن (1984). **العلاج النفسي**، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، لبنان.
22. فانغ سينف، وبرودا، ميكائيل (2009) **الأسس النظرية للتحليل النفسي والعلاج السلوكي**، (ترجمة: جميل رضوان) دار الكتاب الجامعي، الامارات العربية المتحدة.
23. فايد، حسين علي (2008) **العلاج النفسي أصوله-تطبيقاته-أخلاقياته**، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
24. فيصل عباس (2002). **العيادة النفسية**. لبنان، بيروت: دار المنهل اللبناني.
25. فيصل عباس. (2005). **العلاج النفسي والطريقة الفرويدية**، دار المنهل اللبناني للطباعة والنشر، بيروت، لبنان.
26. مالك بن نبي، (2011) **مشكلة الثقافة**، ط - 15، دار الفكر، دمشق، سوريا.
27. محمد السيد عبد الرحمان (بدون سنة) **علم الأمراض النفسية والعقلية**، دار قباء
28. محمد الهادي عفيفي، (1972) **في أصول التربية**، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.
29. محمد على محمد، سناء حسن الخولي وآخرين، (2011) **دراسات في علم الاجتماع الطبي**، دار المسيرة، عمان، الأردن
30. محمود، عبد الرزاق صالح (2007) **الطب الشعبي في منظور أطباء الطب الحديث**، مركز دراسات الموصل، العدد (18)، 22، الموصل، العراق.
31. مرتاض، عبد الملك (1982) **الألغاز الشعبية الجزائرية**، دراسة في ألغاز الغرب الجزائري، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
32. مكروم، هاني عبد الرحمان (1999) **التصور العقلي**، مكتبة وهبة، مصر.
33. نادية العمري، (1998) **أضواء على الثقافة الإسلامية**، دمشق، سوريا.
34. نصار، كريستين (1998) **اتجاهات معاصرة في العلاج النفسي**، شركة المطبوعات للتوزيع والنشر، لبنان.

35. هرسكوفيتز ميل فيل. (1974)، أسس الأنثروبولوجيا الثقافية، ترجمة رباح النفاخ، وزارة الثقافة، دمشق، سوريا.
36. وحيد عبد السلام بالي (1998)، الصارم البتار في التصدي للسحرة الاشرار، دار الإمام مالك، الجزائر.

#### المصادر والمراجع باللغة الأجنبية:

37. Bergeret, J. (2012) **Psychologie pathologie théorique et clinique**. 11e Edition. Paris.
38. Blanc N. et autres. (2006) **Le concept de représentation en psychologie**. Paris, In presse.
39. Boucebc.M, (1984) **MALADIE MENTALE ET HANDICAP MENTAL** : ecrits des oliviers, entreprise nationale du livre, Alger.
40. Brusset, B. (1982). **Le développement libidinal. Que sais. Je ?** ED.PUF, Paris.
41. **CIM 10**, (1993) TOC (F 42). Paris, Milan, Barcelone, Borne.
42. Doron, R. Parot, F. (2007) **Dictionnaire de psychologie**. Quadrige 2ème ED.
43. FARID KACHA, (1996) **Psychiatrie et Psychologie médicale**, entreprise nationale du livre, Alger
44. Fischer G. N. (2005) **Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale**. 3em édition, Paris, Dunod.
45. Freud.S (1999) **Névrose, psychose, perversion**. Edition Puf, 11<sup>ème</sup> édit., Paris.
46. FREUD.S (1956) **Caracter and Anal-Erotism**. Hogarth Press, London.
47. Gibello, B. (2003) **Les contenants de la pensée et la psychopathologie**. In Emergences et troubles de la pensée. Sous la dir. Anzieu. D. ED. Dunod, Paris.
48. Green, A. (1973) **Le discours vivant, la conception psychanalytique de l'affect**. ED.PUF, Paris

49. Hofstede, Geert & Gert Jan (2005) **Cultures & organizations: software of the mind**, Mc Graw -Hill, Inc, New York.
50. Howarth, C. (2002) **Identity in whose eyes? The role of representations in identity construction.** *Journal for the Theory of Social Behaviour* 32(2).
51. Jodelet D) (1994) **Les Représentations Sociales, collection, sociologie d'aujourd'hui**, paris, Puf,
52. Jodelet.D, Paredes.E.C. (2010) **Pensée mythique et représentation sociale.** L'Harmattan. Paris
53. Jovchelovitch, S. (1996) **In defence of representations.** *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 26, 121-136.
54. KAREN HORNEY (1951) **La personnalité névrotique de notre temps.** Traduit par JEAN PARIS. Ed : L'Arche, Paris
55. Laplanche.J, Pontalis.JB, (1969) **Vocabulaire de psychanalyse.** Edition Puf – Paris-
56. Lebovici, S. (1983) **Le nourrisson, la mère et la psychanalyse. Les interactions précoces,** ED le centurion, Paris.
57. **Mini DSM IV**, (1996) Critère diagnostique et statistique des maladies mentales (TOC). Edition Masson
58. Moscovici S (1976) **La psychanalyse son image et son public.** Édition puf. Paris
59. Nicolaidis, N. (1984) **Les représentations, essai psychanalytique.** Dunod, paris
60. Perron.R, (1997) **Fantasme, action, pense aux origines de la psychique,** Semailles SARP, Alger.
61. Piaget J (1967) **La représentation du monde chez l'enfant.** Puf. Paris
62. Sapir Edward, (1967) **Anthropologies,** Ed: Minuit, Col, Points, Paris.

63. Schmid-Kitsikis, E. Pernet-Catipovic, M. Pernet-Vionnet, S. (1991) **Le fonctionnement mental**. ED, Delachaux et Niestel, Lausanne.
64. Sillamy N (1983) **dictionnaire usuel de psychologie**. Édition bordas. Paris
65. Spradley James, (1973) **Culture and Cognition**, Chandle Publishing Company, USA.
66. Winnicott D. W. (1971) **De la pédiatrie à la psychanalyse**. ED. Payot, Paris.

### المذكرات والرسائل

67. بومدين سليمان (2004) التصورات الاجتماعية للصحة والمرض في الجزائر، دراسة ميدانية في مدينة بسكرة، رسالة دكتوراه، قسم علم النفس، جامعة قسنطينة
68. الحواري. فاطمة (2011) تمثيلات المجتمع للمرض النفسي وعلاقتها بطرق العلاج، أطروحة دكتوراه، جامعة فاس، المملكة المغربية.
69. سيدي عابد، عبد القادر (2009) **التصورات الاجتماعية لزيارة الضريح في العلاجات التقليدية**، رسالة ماجستير، كلية علم النفس، جامعة وهران، الجزائر.
70. صولة فيروز، (2014) **المتغيرات الاجتماعية لتصور المرض وأساليب علاجه**-دراسة ميدانية بمدينة بسكرة-أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه. تخصص علم الاجتماع التنموية، جامعة محمد خيضر، بسكرة
71. فطيمة دبراسو، (2010)، **دراسة حول مصادر الضغط النفسي وأثره على مهنة الأخصائي النفسي الاكلينيكي "دراسة ميدانية بمدينة بسكرة"**، جمعية سيليفيس للصحة النفسية، الجزائر.
72. مكيري، كريم، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي "أثر التصورات العائلية على الراشدين الذين عايشوا أحداث صدمية في مرحلة المراهقة"، جامعة بوزريعة الجزائر.

### القواميس والمعاجم

73. ابن منظور أبو الفضل جمال الدين (1994) **لسان العرب**، دار صادر، الطبعة 4، بيروت.
74. جابر عبد الحميد جابر، وكفافي، علاء الدين (1995) **معجم علم النفس والطب النفسي (ج7)**، مصر القاهرة: دار النهضة العربي.
75. طوني بينيت وآخرون، (2010) **معجم مصطلحات الثقافة والمجتمع**، ترجمة سعيد الغانمي، المنظمة العربية للترجمة.
76. لابلانوش، جان، وبونتاليس، ج. ب (1997) **معجم مصطلحات التحليل النفسي (ط3)**. (ترجمة: مصطفى حجازي). المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت، لبنان.
77. لبلانوش، ج وبونتاليس، (ترجمة الدكتور حجازي). (2002). "**معجم مصطلحات التحليل النفسي**"، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، (ط4) بيروت، لبنان.
78. محمد عاطف غيث، (2006) **قاموس علم الاجتماع**، دار المعرفة الجامعية، مصر.
79. مداس، فاروق (2003) **قاموس مصطلحات علم الاجتماع**، دار مدني، الجزائر.
80. المرتضى الزبيدي، (1994) **تاج العروس من جواهر القاموس**، دار المعلمين، القاهرة، مصر.

### المجلات

81. سفاري، ميلود، وشين، سعيده (2013)، **العلاقة بين الطب الشعبي والطب الرسمي**. مجلة علوم الانسان والمجتمع، العدد (05)، بسكرة، الجزائر.

### مواقع الانترنت

82. <http://wiki.dorar-aliraq.net/lisan-alarab/> علاج



# الملاحق

بروتوكول الحالة 1	الفرضيات	التفسير
<p>-<b>اللباس:</b> عادي، منظم، متوسط النظافة، ألوان قاتمة</p> <p>-<b>الحديث:</b> ثرثرة، وتسارع الكلمات، بلغة واضحة</p> <p>-<b>الأفكار:</b> أفكار متسارعة، منتظمة، اضطهادية، قهرية مبالغ فيها، وأحياناً انتحارية، التكرار، غياب الهذيان والهوسات.</p> <p>-<b>الايحاءات:</b> التعب والارهاق، التشاؤم، الملل</p> <p>-<b>البنية الجسدية:</b> psychnique سمين وقصير نوعاً ما (حسب تصنيف الأستاذ نصره قويدر (1978)</p> <p>-<b>القلق:</b> كبير خاصة مع غياب أو استحالة الذهاب للمعالج، مرتبط بالمستقبل، وبالوضعية الراهنة</p> <p>-<b>الاكتئاب:</b> واضح من خلال خطاب وايحاءات الحالة</p> <p>-<b>الغضب:</b> سريع وشديد الغضب والانفعال لأتفه الأسباب</p> <p>-<b>النشاط العقلي:</b> الاستجابات خلال المقابلة العيادية منسجمة مرتبطة، منظمة، مع صلابة الفكرة الوسواسية.</p> <p>-<b>الوجدان والعاطفة:</b> نوع من العدوانية نحو الذات والأسرة بأفكار انتحارية "نشعل قرعة غاز ونطرق جدهم"، شكاوى مرضية، مع المبالغة في تقدير الذات.</p> <p>-<b>الاستبصار والحكم:</b> نظرة مستقبلية تشاؤمية، مع غياب الاستبصار.</p>	<p>- الماخوليا</p> <p>- الهوس</p> <p>- الاكتئابي</p> <p>- وسواس قهري</p> <p>- بارانويا</p>	<p>- <b>الهوس الاكتئابي:</b> لاحظنا تقلب بين الحزن لما هو عليه من اضطهاد ثم فرحة مع مبالغة في تقدير الذات، مما طرح لدينا شكوك في اضطراب الهوس الاكتئابي، الا اننا استبعدناه لغياب الاعراض الأساسية لهذا الاضطراب وهي: تقلب واضح وخطير في المزاج والوجدان بنوبات من الاكتئاب وأخرى من الهوس خلال فترات متقاربة وبشكل متواصل.</p> <p>- <b>الماخوليا:</b> وضعنا فرضيات لهذا الاضطراب لوجود بعض الأفكار الانتحارية وتشاؤم للمستقبل، الا اننا استبعدناه لغياب بعض الاعراض التي تعتبر أساسية في هذا الاضطراب وهي: المزاج الاكتئابي كل يوم، أفكار سوداوية، انخفاض واضح في الاهتمام بنفسه وبالمحيط، فقدان الوزن، أرق أو افراط في النوم يوميا، الشعور بالذنب الهذيان.</p> <p>- <b>البارانويا:</b> افترضنا وقوع الحالة في هذا الاضطراب لأنها تعبر عن نفسها بنوع من العظمة والتفوق عن باقي الناس وامتلاكها قدرات كبيرة لا تتوفر عند الاخرين، الا اننا استبعدنا هذا الاضطراب لغياب أعراض أساسية مثل: الهذيان المنتظمة وأبرزها هذيان العظمة، أفكار غير واقعية، الشعور بالاضطهاد والشكوك المبالغ فيه نحو المحيط، الشك المرضي في الاخرين وتصرفاتهم تجاهه، فقد الثقة التامة بالمحيط، إعطاء تفسير لكل حركة أو كلمة تصدر من الآخر او حتى نبرات صوتهم، الشعور المبالغ أنه على صواب ولا يتقبل النقد ابداء، عدم القدرة على مسامحة الاخرين.</p> <p>- <b>الوسواس القهري:</b> وضعناه كفرضية أساسية للحالة لما لاحظناه من أعراض، وهذا ما تحققنا من صحته بوجود الثلاث نقاط أساسية للوسواس وهي: اقتحام فكرة وتسببها في القلق، عدم القدرة على تجنب هذه الفكرة، وأن هذه الفكرة مفروضة عليه وخارج ارادته.</p> <p>وكذا وجود شروط الفعل القهري وهي: تكرار السلوك استجابة للفكرة الوسواسية، هدف هذا السلوك هو التخفيف ومنع حدوث مصيبة للحالة أو أحد افراد العائلة، وأن هذه السلوكات تعيق حياته اليومية سواء تجاهلها أو استجاب لها.</p>

بروتوكول الحالة 2	الفرضيات	التفسير
<p>-<b>اللباس:</b> عادي، منظم، نظيف، أنيق، ألوان زاهية</p> <p>-<b>الحديث:</b> غياب الثثرة، وضبط الكلمات، لغة واضحة</p> <p>-<b>الأفكار:</b> أفكار منتظمة، اضطهادية، قهرية مبالغ فيها، التكرار، غياب الهذيان مع بعض الهلوسات البصرية.</p> <p>-<b>الايحاءات:</b> التعب، الملل، تشاوم مختلط بالتفاؤل</p> <p>-<b>البنية الجسدية:</b> Mixte أي مختلطة (حسب تصنيف الأستاذ نصره قويدر 1978)</p> <p>-<b>القلق:</b> كبير خاصة مع غياب أو استحالة الذهاب للمعالج، مرتبط بالمستقبل، وبالوضعية الراهنة</p> <p>-<b>الغضب:</b> هادئة، غياب الانفعال الشديد</p> <p>-<b>النشاط العقلي:</b> الاستجابات خلال المقابلة العيادية منسجمة مرتبطة، منظمة، مع صلابة الفكرة الوسواسية.</p> <p>-<b>الوجدان والعاطفة:</b> غياب العدوانية نحو الذات أو الآخر مع شكاوى مرضية، وتقدير الذات.</p> <p>-<b>الاستبصار والحكم:</b> نظرة مستقبلية منقّبة، مع غياب الاستبصار.</p>	<p>- هوس اكتئابي</p> <p>- وسواس قهري</p> <p>- بارانويا</p>	<p>- <b>الهوس الاكتئابي:</b> لاحظنا على الحالة تقلباً بين الحزن والفرح والتشاؤم والتفاؤل دون أعراض ظاهرة مما دفعنا لافتراض وجود أعراض خفية لاضطراب الهوس الاكتئابي ولكن سرعان ما أثبتنا العكس لغياب الأعراض الأساسية وحدثها، من تقلب واضح وخطير في المزاج والوجدان بنوبات من الاكتئاب وأخرى من الهوس خلال فترات متقاربة وبشكل متواصل.</p> <p>- <b>البارانويا:</b> افترضنا حدوث هذا الاضطراب لأنها تقول أنها تمتلك قدرات خارقة للتنبؤ بالمستقبل وأنها مميزة عن الآخرين بصفة لا تتوفر الى عند بعض المختارين، واهتمامها الواضح بمظهرها الخارجي، الا اننا استبعدنا هذا الاضطراب لغياب أعراض أساسية مثل: الهذيان المنتظمة، هذيان العظمة، أفكار غير واقعية، الشعور بالاضطهاد والشكوك المبالغ فيه نحو المحيط، الشك المرضي في الآخرين وتصرفاتهم تجاهه، فقد الثقة التامة بالمحيط، إعطاء تفسير لكل حركة أو كلمة تصدر من الآخر او حتى نبرات صوتهم، الشعور المبالغ أنه على صواب ولا يتقبل النقد ابداء، عدم القدرة على مسامحة الآخرين.</p> <p>- <b>الوسواس القهري:</b> كما عليه الحال في الحالة الأولى وضعنا هذه الفرضية للوسواس القهري لما لاحظناه من خطاب الحالة حول تسلط الفكرة الوسواسية بعناصرها من اقتحام الفكرة وتسببها في القلق، وعدم القدرة على تجنبها "الفكرة"، وأن هذه الفكرة مفروضة عليها وخارج ارادتها، وكذا وجود الفعل القهري بأركانها من تكرار السلوك استجابياً للفكرة الوسواسية، وأن هدف هذا السلوك هو تخفيف التوتر ومنع حدوث كرب أو مصيبة او كارثة، وأن هذه السلوكات تعيق حياتها اليومية سواء بتجاهلها أو بالاستجابة لها.</p>