

جامعة " عبد الحميد ابن باديس " مستغانم

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا تخصص علم النفس العيادي والصحة العقلية

مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر تحت عنوان :

العلاج الطبي لدى المكتبة الراشدة في مسارها العلاجي

دراسة عيادية لثلاث حالات

الأستاذ المشرف :

د / بن أحمد قويدر

من إعداد الطالبة :

خوجة مليكة

السنة الجامعية

2013 - 2012

كلمة شكر وتقدير

أشكر الله عز وجل على توفيقه في هذا البحث

وأقدم بالشكر الخالص إلى والدي الكريمين وخاصة أمي بدعائها المستمر كما أشكر زوجي

الكريم "حسان" و أبناءي "بوعلام" "جمانة" "عماد الدين" الذين تحملوا الكثير من تبعات

دراستي و أدمو لهم بالبركة والعافية

و أتوجه أيضا بالشكر الجزيل إلى أستاذي الكريم والفاضل الأستاذ الدكتور

"بن أحمد قويدر" الذي أشرف على هذه الرسالة وساعدني بنصائحه القيمة

كما أشكر الحالات المدروسة على تعاونها وثقتها فينا

أشكر كذلك كل أساتذة علم النفس و الأساتذة المناقشين وعمال المكتبة وكل طلبة علم النفس

العبادي

خوجة مليكة

مقدمة

يعتبر الاكتئاب مرض العصر نتيجة للتوتر والقلق المستمرين في ظل تعقد الحياة الحالية ، وهو يعد ضمن الاضطرابات النفسية الأكثر انتشارا في العالم ، والملاحظ أنه أصبح متفشيا في مجتمعنا الجزائري عند الكبار والصغار وعلى الرغم من وجود علاجات مختلفة من طبية ونفسية وتقليدية إلا أن معدله في ارتفاع مستمر حسب ما تؤكد منظمة الصحة العالمية OMS .

ويؤكد العلماء أن الاكتئاب هو حالة نفسية مضطربة وصعبة العلاج تتميز بمعاناة نفسية عميقة من خلال الحزن الشديد وفقدان الأمل تجعل المريض يعيش في مثلث سوداوي من خلال نظرتة السلبية لذاته لمحيطه وللمستقبل فيظهر عليه اليأس والفتوط ، الانعزال والرغبة في الموت ، لكن الانسان في مشوار حياته النفسية تجتذبه غريزتي الحياة والموت لكنه مع ذلك مفطور على حب الحياة لأنه كائن اجتماعي ، فهو يلجأ للعلاج إما بدافع منه او من طرف المحيطين به ، وفي هذا المسار العلاجي بين الأطباء والنفسانيين والرقاة لاحظنا من خلال الحديث مع الحالات المكتئبة أنهم يطعنون في العلاج من خلال عدم رضاهم عنه لأنهم لم يتوصلوا إلى تحقيق الصحة النفسية والجسدية ، وهذا حسب دراسة سابقة للدكتور بن أحمد قويدر عن التمثلات الثقافية للعلاج لدى المكتئب ، والمريض بالاكتئاب الخاضع للعلاج الطبي يكون في حالة تكيف مؤقتة حيث يتطلب هذا العلاج متابعة طبية منتظمة وعلاجا نفسيا يدوم أكثر من 6 أشهر وإلى دعم واهتمام العائلة والمقربين منه حتى يستطيع استعادة طاقته النفسية الإيجابية ، لكن الملاحظ في المستشفيات هو انتكاس المصابين بالاكتئاب حيث تتعدد وتختلف أسباب ذلك مما يجعلهم يشعرون بعدم جدوى العلاج المقدم لهم ، وهذه المشاعر تزيد في تفاقم الوضع وتدهور مستوى التوافق النفسي ، وفي ظل هذه الوضعية يتبادر في ذهننا السؤال التالي : لماذا تشعر المكتئبة بعدم فعالية العلاج الطبي في مسارها العلاجي ؟ حتى نفهم ونتعرف على الأسباب الكامنة وراء ذلك فموضوع دراستنا يتناول

العلاج الطبي لدى المكتبة في مسارها العلاجي حيث توجب علينا تقسيم هذا البحث إلى العناصر التالية :

- فصل أول خصص لدراسة الاكتئاب من مفهومه ، تصنيفاته ، تشخيصه ، علاجه .
- فصل ثاني خصص لدراسة العلاجات المختلفة من طبية ونفسية وتقليدية
- فصل ثالث متعلق بالجانب التطبيقي قمنا فيه بتحديد منهجية البحث من خلال المنهج العيادي (دراسة حالة) وأدوات البحث المتمثلة في المقابلة العيادية ، الملاحظة العيادية وشبكة الملاحظة ، وذلك لجمع أكبر قدر من المعلومات وتحليل المعطيات لنجيب على الفرضيات ثم قمنا بتحليل النتائج العامة للتحقق من الفرضيات التي بينت غياب العلاج النفسي وكذلك الدعم الأسري في المسار العلاجي للمكتبة وهذا ما يزيد في تفاقم الوضع الصحي للمكتبة .

تمهيد:

تطرقنا في الجانب النظري لهذا البحث إلى التعرف على مرض الاكتئاب ، أسبابه ، أعراضه أنواعه ومختلف العلاجات المقترحة لعلاج الاكتئاب، وذلك للتعرف نظريا على الاكتئاب والتعرف عن المعاناة النفسية والضغطات التي يواجهها المكتئب في حياته اليومية .

أما الجانب التطبيقي فكان من خلال تربصنا بمستشفى الأمراض العقلية بمدينة مستغانم وقد لاحظنا العديد من الحالات التي تعاني من الاكتئاب وتخضع للعلاج منذ مدة طويلة لكنها لم تتوصل إلى الشفاء التام حسب أقوالهم ، حيث لاحظنا عليهم علامات الشكوى والتذمر من العلاج الطبي لأنهم أصبحوا مدمنين عليه وتابعين له كما أنهم تعرضوا لانتكاسات متعددة تختلف اسبابها من شخص لآخر ، في البداية وجدنا صعوبة في إيجاد حالات لمتابعتها نظرا لبعدها عن العيادة الطبية عند الطبيب النفسي وكذلك لتجسس الحالات ببعدها عن العيادة الطبية في بيوتهم إلى المستشفى الأمر الذي اضطرنا إلى للبحث عن حالات في أماكن أخرى ، فتوصلنا إلى حالة موجودة ومستقرة في مركز المسنين بمستغانم وحالتين تخضع للمتابعة الطبية في مصلحة الأمراض العقلية بالمحمدية ولاية معسكر .

بالنسبة لأدوات البحث تمثلت في المقابلة العيادية والملاحظة العيادية وشبكة الملاحظات .

الخطوات العملية للدراسة :

موضوع الدراسة هو العلاج الطبي لدى المكتئبة فيالمسار العلاجي وقد اعتمدنا في هذه الدراسة على المقابلة العيادية والملاحظة المباشرة للمرضى ، هذه المقابلة كانت في مدة 45 دقيقة إلى نحو ساعة ، ودعمنا المقابلات بشبكة جمع المعلومات والتي تمس مختلف الجوانب المحيطة بالمكئب .

التعريف بميدان البحث :تمت هذه الدراسة على 3 حالات :

حالة واحدة متواجدة بمركز المسنين والمعوقين بولاية مستغانم بوادي الحدائق بلدية الصيادة دائرة خير الدين .

حالتين تخضعان للعلاج ولمتابعة طبييتين في مصلحة الأمراض العقلية بدائرة المحمدية ولاية معسكر .

معايير اختيار العينة :

تم اختيار العينة على أساس أن الحالات مشخصة مسبقا بمرض الاكتئاب وتخضع للعلاج الطبي كما أنها تعرضت من قبل لعدة انتكاسات .

منهج البحث :

اعتمدنا في بحثنا هذا على المنهج العيادي الذي يعتمد على دراسة الحالة.

حيث من خلاله يتم الوصف الدقيق لمستوى الأداء العام للحالة المتعلقة بالجانب الشخصي والجانب الاجتماعي والجانب التربوي والجانب المهني من شخصيته حيث تشير إلى البناء الكلي لها وديناميتها ، نقاط الضعف ونقاط القوة التي تتميز بها مظاهر التنمية التي طرأت

عليها وعلى خصائصها ، الاحتمالات المستقبلية لأبعادها والتوصيات اللازمة لتعديل بنائها ، وحتى يتحقق ذلك فإنها تستثمر كل المعلومات التراكمية المتجمعة عن الحالة من مصادرها المتباينة الممثلة في السجلات الصحية والدراسية والمهنية الشاملة والمقابلات الفردية والجماعية ، الملاحظة على النطاق المهني وفي البيئة الطبيعية ، المقاييس والاختبارات النفسية ، وسائل التسجيل الكتابي والسمعي والبصري ، التفاعلات الشخصية والاجتماعية داخل المنزل وخارجه ومن ثم فإن طريقة دراسة حالة تعتبر بمثابة المرآة الصادقة التي تعكس الصورة التراكمية المتجمعة لجوانب الشخصية الكلية للحالة خلال ذلك الوصف الدقيق الذي تقدمه في إطار الدراسة المتكاملة المستخلصة حوله في صورة ملخصة ، حيث عرف " هادلي " Hadeley سنة 1958 دراسة الحالة على أنها تجميع لكل المعلومات المتراكمة حول الفرد حيث أنها تحتوي بالإضافة إلى المعلومات التاريخية التي تسرد عنه وعلى معلومات الاختبارات التي أجريت عليه ،معلومات المقابلات التي تمت معه ومعلومات الفحوصات والملاحظات التي تتعلق به ، لذا تشمل طريقة دراسة حالة على المعلومات المتحصلة عن الحالة فيما يتعلق بماضيه وحاضره ، وما يمكن التنبؤ به من مشروعات في المستقبل 1 .

أدوات الدراسة :

1 - المقابلة العيادية : وهي عبارة عن علاقة دينامية وتبادل لفظي وجها لوجه في جو نفسي آمن تسوده الثقة المتبادلة بين الطرفين هدفها جمع المعلومات بحجم كبير لأنه كلما كانت المعلومات متوفرة خاصة حول الأعراض المقدمة من طرف الحالة حول مختلف الوظائف النفسية الحالية وماضي الحالة والبيئة والمحيط التي تعيش فيه الحالة يكون التشخيص فعالا ، وتتم المقابلة بين المختص والحالة ومن يتصل بهم أو يهتمهم أمره من أهله أو أقاربه أو أصدقاءه أو جيرانه حيث يتميز المختص من خلالها بالأمانة والوعي بالذات ، ويعرفها الدكتور حامد عبد السلام زهران : " أنها علاقة خفية حساسة يتم فيها تفاعل اجتماعي هادف وتبادل للمعلومات والخبرات والمشاعر والاتجاهات ويتم فيها التساؤل عن كل شيء ، ويتم إجرائها في خطوات ومراحل تبدأ بالعداد المرن لها ، وتحديد الزمن والمكان المناسبين لإجرائها 1.

2 - الملاحظة العيادية : وهي عبارة عن وسيلة علمية منظمة تستخدم لتثبيت فرض ما أو نفيه حول ظاهرة سلوكية معينة حيث يكون التركيز على متضمنات محددة فيها ، وتهدف الملاحظة إلى اختبار الأداء السلوكي لفرد ما في موقف معين ومدى علاقته بسلوكياته الأخرى في المواقف المتباينة أو بسلوكيات أشخاص آخرين تربطهم صلات اجتماعية به وذلك خلال فترة زمنية تختلف مدتها حسب طبيعة الظاهرة السلوكية المراد ملاحظتها بشرط

1 - حامد عبد السلام زهران : مرجع سابق ن ص 171 .

أن تتم الملاحظة بموضوعية ووضوح وتكامل 1 .

3 - شبكة جمع المعلومات : هي جملة العناصر قيد البحث والتي تم تحديدها انطلاقاً من الملاحظات والتصنيفات والمقابلات مع مجموعة من الحالات المقصود منها تحديد أهداف الدراسة من حيث :

– الفعالية والشمولية والدقة .

– جمع أكبر عدد من المعلومات التي تمس الجوانب النفسية والاجتماعية والعلائقية للمريض وهذا من أجل تسهيل عملية النتائج والمعطيات 2.

1 - ماهر محمد عمر : مرجع سابق ، ص 104 .

2 – د . بن احمد بن قويدر : التمثلات الثقافية ووظيفتها في المسار العلاجي لدى المكتئب الراشد ، مذكرة تخرج لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس ، 2010/2011 .

المعلومات الأولية عن الحالة الأولى :

الاسم واللقب : ب . أ

السن : 61 سنة

الجنس : أنثى

الحالة الاجتماعية : مطلقة

المستوى التعليمي : أمية

مرتبتها في الأسرة : 02

السكن : مركز المسنين

عدد الأبناء : لا يوجد

تقديم الحالة :

الحالة (ب.أ) تبلغ من العمر 61 سنة ، مطلقة مرتين ، أمية ، قصيرة القامة ، بدينة نوعا ما ، ذات بشرة بيضاء وشعر شائب ، عيانان بنيتان تظهر عليها ملامح حزينة وكئيبة ، تميزت الحالة بصوت منخفض ومظهر لا بأس به ، تنتمي لعائلة متوسطة ، عدد الإخوة أربعة ، 2 ذكور و 2 إناث وهي تحتل المرتبة الثانية في ترتيب العائلة ، كل من الأب و الأم والأخت والأخ الأكبر توفوا ، ولم يتبقى سوى الأخ الأصغر ، زواجها الأول كان في سن الأربعين لكنها تطلقت بسبب الخلافات مع أم الزوج ، لم تتزوج باكرا لشعورها بالمسؤولية نحو والديها خاصة وأن أمها كانت طريحة الفراش - أما الزواج الثاني فكان مع زوج أختها المتوفاة بعد ضغط من العائلة لقبول هذا الزواج رغم رفضها ، لكنها قبلت بشرط عدم المعاشرة وهذا

حسب اعترافها أن زوج الأخت قبل بذلك لأن أطفاله كانوا صغاراً وكانوا يحبون خالتهم .

– سبب وجود الحالة واستقرارها بالمركز هو إهمال العائلة التي تتمثل في الأخ الأصغر وأبناء الأخت الذين ربّتهم ، وذلك يعود إلى أن زوج الأخت أراد الزواج ولأن أولاده وبناته تزوجوا فاضطرت الحالة إلى اللجوء لمركز المسنين، أما العامل المفجر في إصابتها بالاكتئاب هو المشاكل المتكررة والضغط النفسي نتيجة الخلافات بين المقيمين والمقيّمات في المركز حيث أصيبت بهذا المرض منذ أكثر من سنتين .

الدراسة العيادية للحالة :

1 - التاريخ المرضي : الحالة مصابة بالاكتئاب منذ أكثر من سنتين حيث ظهرت عليها علامات تدل على معاناتها من خلال الحزن الشديد ، الانطواء والانعزال والبكاء اليومي ، خمول وبطء في الحركة مع قلة النوم واضطراب في التغذية ، مراودة الأفكار الانتحارية وخيبة الأمل ، الشرود ، لوم الذات .

2 - الأعراض المقدمة :

– الجانب المعرفي : لغة الحالة واضحة يتخللها شرود لبعض الثواني حيث أنها استعملت اللغة العامية ، وتميزت لغتها بالبطء وخالية من الأخطاء اللغوية حيث تقول الحالة : " غاشيا سمحوا فيا وأهلي قاع ماتوا أنا علاش راني حية ، موتي خير من حياتي " من خلال حديثنا مع الحالة اتضح أن سبب معاناتها هو وفاة أفراد عائلتها الواحد تلو الآخر ، الوالد ثم الأم فالأخت وأخيرا الأخ الأكبر وخاصة هذا الأخير الذي كان بمثابة مصدرا للحب والأمان

والطمأنينة بالنسبة للحالة ، ثم تليها أحداثا كانت سببا في دخولها المركز وهي زواج زوجها (زوج أختها) وتخلي أبناء أختها عنها ، وأخيرا الخلافات والمشاكل المتكررة في المركز مع المقيمين والمقيمات ، كل هذه المنغصات جعل إنذارات الضغط والإجهاد ترتفع حيث أثر ذلك على الجانب الصحي للحالة ونفسيته واستنفذ طاقتها حيث أدى بها إلى الانهيار والإصابة بالاكتئاب .

– التفكير : لاحظنا أن الحالة تفكر بطريقة سلبية من خلال اجترار الأفكار المتعلقة بالموت ومشاعر النقص وعدم قيمتها وجدواها في هذه الحياة .

– الانتباه والتركيز : الحالة غير قادرة على التركيز وتشعر بالتعب بسرعة وعدم قدرتها على التحكم في التفكير.

– الذاكرة : ذاكرة الحالة ضعيفة حيث أنها غير قادرة على استرجاع التواريخ .

– المعاش اليومي : تنهض الحالة باكرا لكنها تنتظر في غرفتها حتى يفتح العمال مطعم المركز فتذهب لتشرب قهوتها وتتناول دواءها ثم تعود إلى غرفتها حتى موعد الغذاء ثم تعود لغرفتها مجددا ولا تخرج منها إلا إذا اضطرت (الحمام مثلا) إلى غاية موعد العشاء .

أما على مستوى الغذاء فتعاني الحالة من شراهة في الأكل مما أدى بها إلى السمنة .

أما السلوك الجنسي فيما أن الحالة مطلقة ومستقرة بالمركز فهذا الجانب غائب لديها وحسب أقوالها أنها كبرت في السن إضافة إلى أن الأعراض الجانبية للمضادات الاكتئاب تجعل هذه الرغبة منعدمة .

- الجانب العاطفي : بالنسبة للمزاج فالحالة تعاني من اضطرابات في المزاج من خلال الحزن والبكاء اليومي والشعور بالخوف من المقيمين ، الشعور بالنقص لعدم إنجابها ، لوم الذات لأنها رفضت الزواج باكرا ، الشعور بسيطرة نظام المركز في الدخول والخروج منه .
- الجانب السلوكي : بالنسبة للإيماءات كانت الحالة قليلة الإيماءات أثناء حديثها أما بالنسبة للنظر فكانت متغيرة تارة تنظر إلينا وتارة أخرى تنظر للأرض ووضعيتها رجليها مغلقة كذلك كانت تقوم بتشبيك أصابعها تارة وأخرى تغلق يديها .
- الجانب العلائقي : بالنسبة للحياة الأسرية وبما أن الحالة تخلت عنها الأسرة فهذه العلاقة هي علاقة انقطاع كلي .
- عملية الاتصال مع الحالة : بعد التعرف على الحالة وتكوين ألفة معها والتعريف بالدور الذي نقوم به من خلال تواجدها بالمركز تقبلت الحالة الحديث معنا ، وحسب قول الحالة أنها في السابق كانت حيوية ونشيطة أما بعد المرض أصبحت منعزلة ومنطوية على نفسها وتخاف من المقيمين في المركز ، والبكاء اليومي على أفراد عائلتها المتوفين .
- الجانب الخاص بالعلاجات التي تخضع لها الحالة : يقتصر العلاج لهذه الحالة على الأدوية فقط والتي تتمثل في مضادات الاكتئاب مع دواء خاص بالضغط الدموي ، وحسب الحالة فإن علاقتها مع الطبيب النفسي تتلخص في الفحص العادي والآلي (مراقبة التنفس وقياس نبض القلب والأطراف) ووصف الدواء حيث ينصحها بعدم الحزن والانتظام على العلاج الطبي ، أما العلاج النفسي الذي يمر بخطوات ومراحل مثل العلاج المعرفي السلوكي فهو غائب وينحصر في تنفيس الحالة عن ما يضايقها مع الأخصائية النفسية للمركز.

– الجانب الخاص بمشاعر الحالة نحو العلاج والمرض : حسب ما قالتها الحالة فالعلاج الطبي الذي تخضع له يحسن قليلا من مزاجها لكنها بعد فترة من الزمن تعود وتتنكس بسبب حزنها الشديد وتفكيرها المستمر بأفراد عائلتها المتوفين زيادة على استفزازات المقيمين لها مما جعلها غير راضية على العلاج حيث أنها تشعر بالكره والسأم والملل وعدم جدوى العلاج لأنها تتناول الأدوية صباحا ومساء دون تحسن بل تحس بتدهور في حالتها ، هذا زيادة على إحساسها بفقدان الأمل من الشفاء ولم يبقى لها سوى الموت لتلحق بأفراد عائلتها .

التشخيص :

حسب المقابلات السابقة ومقارنتها بشبكة جمع المعلومات وجدنا تطابقا كليا ، فالأعراض

المستخلصة تتمثل في :

- الحزن الشديد والبكاء اليومي .
- الانعزال والانطواء .
- النظرة السوداوية للحياة .
- اضطرابات في النوم .
- ضعف النشاط وبطء في الحركة .
- عدم التوافق الاجتماعي .
- الشعور بعدم قيمتها وأنها طاقة معطلة ولا فائدة منها وذلك لأنها لم تتزوج باكرا ولم تنجب .
- قلة التركيز وضعف الذاكرة .

فالحالة تعاني من مرض الاكتئاب نتيجة فقدانها للموضوع المحبوب والمتمثل في أفراد عائلتها والأسرة التي ضحت من أجلها بشبابها لتساعدهم وخيبة أملها فيهم ، وفي الأخير استقرارها في مركز للمسنين والمعاناة اليومية مع المقيمين أدى بها إلى الاختلال في التوازن النفسي وعدم التكيف مع الوضعية الجديدة مما أدى بها إلى استنفاد طاقتها النفسية وانهيارها

التكفل النفسي :

من خلال المقابلات تم توظيف التكفل النفسي من خلال مساعدة الحالة من الناحية النفسية على التنفيس الانفعالي على ما تعانيه وتصحيح بعض المعتقدات الخاطئة عن مرضها حيث أنها تظن أن المقيمين هم من ستموها وأصيب بهذا المرض ، فشرحنا لها ماهو هذا المرض وكيف يحدث وما هي العوامل المسببة في حدوثه وأن هذا المرض يتطلب علاجاً طبياً وعلاجاً نفسياً حتى يصل المريض إلى الشفاء ، وحاولنا من خلال المقابلات زرع الأمل و التفاؤل وتغيير النظرة التشاؤمية لدى الحالة إلى نظرة أكثر تفاءلاً .

تحليل دراسة الحالة الأولى :

من خلال المعلومات المتحصل عليها من المقابلات وشبكة جمع المعلومات التي ساعدتنا في جمع معطيات إضافية ، وعلى التحليل من ناحية سيميولوجيا السلوك والنشاط النفسي إضافة إلى المعاش النفسي والاجتماعي والعلائقي للحالة مع الأسرة والمجتمع ومع الطبيب ، ومشاعر الحالة نحو المرض والعلاج المطبق ، فمن خلال جمع كل هذه المعلومات استنتجنا أن المرض أحدث تغيرات عميقة على شخصية الحالة منها :

– الحزن الشديد والبكاء اليومي .

- الانعزال والانطواء .
- النظرة السوداوية للحياة .
- اضطرابات في النوم .
- ضعف النشاط وبطء في الحركة .
- عدم التوافق الاجتماعي .
- الشرود والتفكير في الخبرات السلبية السابقة وأفراد العائلة المتوفين .
- قلة التركيز وضعف الذاكرة .

وما استنتجته من خلال الحديث عن الجانب العلائقي بين الحالة والأسرة ، فأفراد العائلة المتبقين منقطعين عن الحالة والاتصال بهم معدوم تماما ، فالأخ الأصغر غير مبال بها وحتى أبناء أختها كذلك ولا يعرفون حتى أنه مريضة ، وهذا الأمر أفقد دور الأسرة في مساهمتها في المساعدة على تحسين الحالة النفسية لهذه الحالة ، لأن الأسرة لها دور كبير في احتواء المصاب بالاكنتاب من خلال مساعدته على الاندماج الأسري والاجتماعي والدعم النفسي لفترة طويلة حتى يستعيد علاقاته الاجتماعية .

كما لاحظنا أيضا أن الحالة منطوية ومتمركزة حول نفسها بحيث أنها تتفادى الاتصال مع الآخر وإقامة علاقات اجتماعية داخل المركز كما في السابق فهي تخاف منهم وتشكك في كل تصرف يقومون به نحوها فالحالة إذن منسحبة ومنعزلة ورافضة للمحيط الذي تعيش فيه بمرارة لأنه ليس لديها مكان آخر تذهب إليه وهذا الضغط ساعد على الانتكاس المتكرر للحالة .

وبما أن العلاقة بين الحالة والأسرة هي علاقة انقطاع كلي ، حيث وجدنا الغياب الكلي للأسرة نظرا للأهمية البالغة لهذه الأخيرة والتي من شأنها أن تساعد المكتئب على التحسن والشفاء وباعتبارها أحد أعضاء الفريق العلاجي ، فهذا الغياب أزم الوضع الصحي للحالة وجعلها تهمل كل ما حولها وما يحيط بها

لاحظنا كذلك من خلال الحوار مع الحالة أنها غير راضية عن العلاج الطبي وتشعر بعدم جدواه وفعاليتها فهي تتناول الدواء منذ سنتين تقول أنه يحسن مزاجها قليلا لكنها بعد فترة تعود وتنتكس من جراء الضغط النفسي والحزن الشديد مما تعانیه في المركز مع المقيمين ، وأما فيما يخص علاقتها بالطبيب النفسي فتتلخص العلاقة في الفحص الآلي ووصف الدواء مع النصح بعدم الحزن والانتظام على الأدوية - وحسب ما يقول الطبيب النفساني Burns - أن " من شأن عقار مضاد للاكتئاب أن يمنحك على الأقل بعض القدرة التي تحتاج إليها لتبدأ في المعالجة بصورة بناءة ومن تم الإسراع في العمليات المؤدية إلى الشفاء وبهذا المعنى فالعلاج الكيميائي بالعقاقير المضادة للاكتئاب ، إذا ما حتمت الظروف تعاطيه ما هو إلا مرحلة أولى من المراحل الميسر للعلاج والشفاء ، لكن العلاج الحقيقي هو الذي يتطلب تدريبات تساعد وتعين على مواجهة ضغوطات الحياة وأحداثها على نحو أكثر إيجابية فهو ما يجب أن نخطط له بطرق أخرى أكثر فاعلية مثل العلاج النفسي المعرفي السلوكي من خلال التدريب على اكتساب المهارة في فهم الأمور وتفسير المواقف الخارجية بعقلانية وإدراك الذات والعالم بصورة غير مهددة للذات من خلال العلاج المعرفي والتعامل مع الآخرين

والضغوط الاجتماعية والانطلاق نحو تبني أساليب سلوكية صحية بديلة عن طريق العلاج

السلوكي¹ "

وهنا و من خلال المقابلات يظهر غياب دور الأخصائي النفسي في العلاج النفسي والذي

اقتصر من خلال تنفيس الحالة عن ما يضايقها مع المقيمين ومحاولة الأخصائي أن يحاورها

حوارا عقلانيا بدون وضع خطة علاجية متفق عليها ، فالعلاج النفسي له دور كبير في

المساهمة في تحسن المريض ويعطيه فرصة للتعرف على كيفية التعامل مع الضغوط

الخارجية والتحدث عنها وكذلك التعرف على أفضل السبل للتعامل مع الأعراض التي يعاني

منها المريض وهذه الجلسات يتبع فيها أساليب مختلفة للعلاج مثل العلاج المعرفي والسلوكي

والأسري .

1 - عبد الستار ابراهيم : مرجع سابق . ص 125 .

المعلومات الأولية عن الحالة الثانية :

الاسم واللقب : ن . س

السن : 28 سنة

الجنس : أنثى

الحالة الاجتماعية : مطلقة

المستوى التعليمي : الرابعة متوسط

مرتبتها في الأسرة : 03

السكن : المدينة

عدد الأبناء : لا يوجد

تحليل المقابلات :

الحالة تبلغ من العمر 28 سنة مطلقة قصيرة القامة نحيفة ذات بشرة بيضاء وعينان بنيتان تظهر عليهما ملامح حزينة ، تميزت الحالة بصوت منخفض ومظهر لا بأس به ، مستواها الدراسي الرابعة متوسط تنتمي إلى عائلة متوسطة ، عدد الإخوة سبعة ، 04 إناث و03 ذكور وتحتل الحالة المرتبة الثالثة في ترتيب الإخوة ، توقفت عن الدراسة تحت ضغط العائلة رغم أن نتائجها الدراسية كانت جيدة ، وتم إرغامها على الزواج في سن 17 سنة من رجل عمره 36 سنة ويعمل في أوربا ولا يعود للبلاد إلا لمدة شهر في السنة ، تلقت الحالة معاملة سيئة من طرف عائلة الزوج خاصة أم الزوج التي كانت تعاملها كخادمة ، واللامبالاة من طرف الزوج حيث كان يقول لها " أنا جبتك لأمي ماشي ليا " .

نشبت الخلافات بين الحالة وأهل الزوج وتم تطليقها بعد عامين من الزواج حيث أن الحالة لم تعاشر زوجها إلا شهرا في السنة .

لم تتقبل أسرة الحالة طلاقها لأن لقب " هجالة " أو مطلقة عيب وعار لدى العائلة ، فعاملتها بقسوة من خلال التعامل الفظ وإذلالها وإهانتها والتهكم والتجريح والنقد المستمر ، خاصة من طرف الأم والإخوة حيث كانوا يقولون لها : " لوكا جيتي امرأة لوكان قعدت في دارك " والأم تقول " أنت هجالة أنت شانقلة"

هذا الضغط النفسي ولد لدى الحالة الصداع اليومي الذي كانت تزداد شدته مع الأيام فانعزلت الحالة وانطوت على نفسها حيث فقدت الشهية واضطرب نومها مع وجود كوابيس زيادة على الحزن الشديد مع نوبات بكاء يومية ، نصحت الأخت الكبرى أن تذهب الحالة إلى الطبيب فمن خلال الأعراض وصف لها مضادات الاكتئاب .

الدراسة العيادية للحالة :

– التاريخ المرضي : الحالة مصابة بالاكتئاب منذ 3 سنوات ، حيث ظهر عليها علامات تدل على معاناتها من خلال الصداع اليومي والحزن الشديد والبكاء والانطواء وبطء في الحركة واضطراب في النوم وفقدان للشهية زيادة على مرادة الأفكار الانتحارية ولوم الذات .

– الأعراض المقدمة : الجانب المعرفي

لغة الحالة واضحة خالية من الأخطاء اللغوية ، حيث استعملت اللغة العامية مع ألفاظ من اللغة العربية ، تميزت لغتها بالبطء حيث تقول " أنا كرهت حياتي ، أمي تستعمل ألفاظ وكلمات جارحة حتى أم أخرى ما تقولهم لبنتها " ، فمن خلال حديث الحالة سببمعاناتها هو

المعاملة القاسية للإخوة الذكور لها والنقد المستمر والكلام الجارح من طرف الأم وعدم مبالاة الأب لمعاناتها .

– التفكير : تفكير الحالة سلبي من خلال تعميم خبرتها السابقة (الزواج) وعلى كل الرجال ، وكذلك من خلال اجترار كل الكلمات الجارحة التي تقال لها يوميا واجترار الأفكار الانتحارية والتفكير في الموت .

– الانتباه والتركيز : الحالة تتعب إذا ركزت وغير قادرة على التحكم في التفكير .

– الذاكرة : تقول الحالة أن ذاكرتها أضعفت حيث أنها تنسى كثيرا .

– المعاش اليومي : تنهض الحالة باكرا حسب أقوالها تحضر القهوة قبل نهوض أفراد العائلة فتشربها وتعود لغرفتها ، لديها رغبة في أشغال البيت لكن أمها ترفض ذلك مما أزم وضعها الصحي و زاد انعزالها في غرفتها ، تقول أنها تخرج من غرفتها إلى الحمام أحيانا .

وعلى مستوى الغذاء الحالة لديها فقدان الشهية مما جعلها تفقد الوزن وتصبح نحيفة .

أما السلوك الجنسي فالحالة مطلقة ومستقرة في بيت العائلة وحسب قولها ليس لديها علاقات وليس لديها رغبة في ذلك كما أنه أصبحت تكره وتمقت الرجال .

– الجانب العاطفي : المزاج ، الحالة تعاني من الحزن الشديد والبكاء اليومي ومشاعر النقص لكونها مطلقة ، لوم الذات ومشاعر الخوف من الإخوة ومشاعر الكره للأم .

– الجانب السلوكي : الإيماءات فالحالة تحرك يديها عند التحدث أما مستوى النظر فهو ثابت ، وتنظر إلينا أثناء حديثها ، وضعية جلوسها محنية ووضعية رجليها مغلقة .

– الجانب العلائقي : الحياة الأسرية ، الحالة تعاني من الاكتئاب من خلال المعاملة السيئة والقاسية من طرف أفراد العائلة فعلاقة الحالة الآنية مع الأسرة منقطعة من خلال انسحابها وانعزالها عنهم في غرفتها

عملية الاتصال مع الحالة :

بعد التعرف على الحالة والتعريف بالدور الذي نقوم به ، كانت الحالة متقبلة للحوار معنا حيث تقول أنها كانت في السابق نشيطة وحيوية ومنبسطة أما بعد المرض أصبحت منسحبة ومنعزلة حيث تنتابها نوبات البكاء يوميا .

الجانب الخاص بالعلاجات التي تخضع له الحالة : تخضع الحالة للعلاج من مرض الاكتئاب من خلال مضادات الاكتئاب ، فعلاقتها بالطبيب النفسي تتحدد من خلال الفحص العادي (قياس التنفس ، مراقبة نبض القلب وحالة الأطراف ...) ووصف الدواء الذي يدوم مدة شهرين ثم تعود للفحص مرة ثانية .

الحالة لا تخضع لأي علاج آخر ، وعلاجها مقتصر على العلاج الطبي فقط أما النفسي فهو غائب لكون الأسرة تمنعها من الخروج ماعدا الذهاب إلى الطبيب ليصف لها الدواء .

الجانب الخاص بمشاعر الحالة نحو العلاج والمرض : الحالة غير راضية على العلاج وحسب قولها فهي لم تحقق الشفاء التام من هذا المرض لأنها تنتكس وهي تحس بالكره لهذه الأدوية لأنها تجعلها تحس بجفاف فمها المستمر مما يجعلها تشرب باستمرار وكذلك الاحساس بالملل لأنها تتناوله يوميا ولمدة ثلاثة سنوات دون توقف ، فهي تحس بأن هذه

الأدوية لم تفعل لها شيئاً ، وهذا ما يجعلها تشعر بالإحباط نحو العلاج وبالتالي فقدان الأمل من الشفاء .

التشخيص :

حسب المعلومات المجمعة من المقابلات والمعلومات المجمعة من شبكة جمع المعلومات وجدنا تطابقاً بينهما ، فالأعراض المستخلصة هي :

– الحزن الشديد والبكاء اليومي .

– الانعزال والانطواء .

– النظرة السوداوية للحياة .

– اضطرابات في النوم .

– عدم التوافق الاجتماعي .

– الأفكار الانتحارية .

– فقدان الشهية مع فقدان الوزن .

– قلة التركيز وضعف الذاكرة .

– الشعور بالنقص ولوم الذات .

فالحالة تعاني من الاكتئاب نتيجة المعاملة القاسية لأفراد عائلتها وذلك بسبب تعرضها للطلاق ورفض العائلة لهذه الوضعية الجديدة للإبنة المطلقة لأن المرأة المطلقة في نظرهم عار ، وهذا الضغط النفسي على الحالة جعلها تنهار وتصاب بمرض الاكتئاب .

التكفل النفسي :

حاولنا مساعدة الحالة من الجانب النفسي من خلال التنفيس عن ما تعانيه وحاولنا الشرح لها بأن مرضها يتطلب علاجاً طبياً إضافة للعلاج النفسي حتى تشفى وحاولنا كذلك زرع الأمل وروح التفاؤل لدى الحالة .

تحليل دراسة الحالة الثانية :

من خلال الحديث مع الحالة عن الجانب العلائقي بين الحالة وأسررتها خاصة الأم من خلال معاملتها القاسية والإهانة والتهكم والتجريح المستمر ، هذا الضغط النفسي المتكرر والمستمر جعل الحالة تتوتر وتفقد توازنها النفسي والصحي وبالتالي الانهيار والإصابة بمرض الاكتئاب ، " فمن المعروف أن الضغوط النفسية وأحداث الحياة تقوم بدور مهم في تفجير النوبة الاكتئابية ، بعبارة أخرى استجابة الاكتئاب دائماً ما تكون مسبقة بوجود أحداث وكوارث وخسائر مادية وبشرية ومعنوية ، ومن ثم يمكن أن نعامل ضغوطات الحياة بمنزلة القشة التي قسمت ظهر البعير بالنسبة للشخص المهياً للإصابة بالاضطراب النفسي " 1 .

فهذه المعاملة القاسية والجفاء والتعامل الفظ من طرف الأسرة جعل الحالة يتنامى لديها شعوراً بالاغتراب والابتعاد النفسي وفي النهاية الانعزال والانسحاب من الحياة ، ولهذا على الأسرة " أن تبعد تماماً عن إتباع الأساليب الخاطئة في التنشئة كالقسوة والحرمان لأن مثل هذه الأساليب تؤدي إلى الاضطرابات في الشخصية وتفككها وتكون عرضة لعدم التوافق

1 - مرجع سابق ، ص 116 .

النفسي والشخصي والاجتماعي " 1 .

فغياب عامل الأسرة في الفريق العلاجي أزم الوضع الصحي للحالة مما جعلها تنتكس عدة مرات وجعلها تهمل كل ما يحيط بها في حياتها اليومية .

لاحظنا كذلك عدم رضى الحالة على العلاج الطبي الذي تخضع له لأنها تتناوله منذ 3 سنوات يوميا ولكن بدون نتيجة - حسب ما تقول الحالة - من جراء ما تعانيه من ضغط نفسي من طرف أفراد أسرتها وأمها بصفة خاصة ، أما فيما يخص علاقتها بالطبيب النفسي فتتحدد من خلال الفحص العادي الآلي ووصف الدواء مع النصح بالانتظام على الأدوية وعدم الاكتراث لكلام أفراد الأسرة .

فالحالة مقتصرة على العلاج الطبي فقط وعدم الخضوع لعلاجات أخرى ، فهذا الاقتصار على العلاج الطبي لم يمكن الحالة من الوصول إلى الهدف المنشود ألا وهو العلاج والشفاء ، فالعلاج يمنح بعض القدرة على تحسين المزاج ولكن بدون وجود متابعة نفسية مستمرة وخضوع لعلاج نفسي يمكن الحالة على التعرف على كيفية التعامل مع الضغوطات الخارجية والتحدث عنها والتعرف على سبل التعامل مع الأعراض ، فغياب هذا العامل يجعل الحالة ثابتة على هذا المرض دون الوصول إلى الشفاء .

و رغم وجود أخصائي نفساني في المستشفى الذي تعالج فيه الحالة إلا أنها لا تخضع للعلاج النفسي لأن العائلة ترفض خروجها المستمر إلا إذا ذهبت إلى الفحص الطبي والذي يكون مرة كل شهرين وذلك من أجل وصف الأدوية.

1 - فوزي محمد جابر : الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية ، المكتبة الجامعية ، الإسكندرية ، 2000 ، ص 54 .

المعلومات الأولية عن الحالة الثالثة :

الاسم واللقب : ح . ف

السن : 60 سنة

الجنس : أنثى

الحالة الاجتماعية : مطلقة

المستوى التعليمي : الثالثة ثانوي

مرتبتها في الأسرة : 02

السكن : المدينة

عدد الأبناء : 6 أبناء

تحليل المقابلات :

الحالة ح . ف تبلغ من العمر 60 سنة مطلقة طويلة القامة نحيفة ذات بشرة سمراء وعينان بنيتان تظهر عليهما ملامح حزينة ، تميزت الحالة بصوت منخفض مظهرها لا بأس به ومستواها الدراسي الثالثة ثانوي ، تشغل منصب معلمة في الطور الأول وتنتمي لعائلة متوسطة ، عدد الإخوة سنة 04 بنات و02 ذكور وترتيبها الثاني في العائلة لديها ستة أبناء 04 بنات و02 ذكور .

تزوجت الحالة وفي عمرها 20 سنة عن حب وفي السنة الأولى من الزواج نشب بينها وبين زوجها خلاف حول راتبها الشهري زيادة على خلافات أخرى مع أم الزوج وأخواته ، وفي

تلك السنة أنجبت طفاتها الأولى وطلبت الطلاق لكن الزوج رفض إلا أن المحكمة فصلت بأن ترجع لزوجها ولكن في بيت مستقل عن عائلة الزوج .

وتقول الحالة أن أم الزوج وأخواته انتقموا منها لأنها استقلت في منزلها وأصبحوا يحرصون زوجها ضدها حيث تقول : " كانت أمه تحرشه فيا ويسكر ويجي يضربني " في تلك السنوات توقفت الشركة التي كان يعمل فيها ، فتحملت مسؤولية مصاريف الأولاد والبيت لوحدها ، أما الزوج فكان تارة يعمل وتارة أخرى يبقى في البيت ولا يساعدها في مصاريف البيت ، ومع مرور السنوات أنجبت أطفالها وتحملت مسؤولياتها بمفردها وما زاد الطين بلة أن الزوج كان يعاشر النساء إضافة إلى المسكرات حيث تقول الحالة : " صبرت وقعدت معاه على خاطر اولادي ، ما بغيتش أنيتهم ووالديا ما قبلونيش بأولادي الستة "

أما العامل المفجر لإصابة الحالة بالاكتئاب فكان نبأ وفاة الوالد الذي كان مصدر العطف والحنان والأمان والمساعدات المادية والمعنوية ن وبعد زواج الزوج من امرأة أخرى من الشارع ، فانهارت الحالة ولم تتحمل كل هذه الضغوطات فأصيبت بالاكتئاب ما بعد الولادة حيث فقدت الشهية وعانت من اضطرابات في النوم و الحزن الشديد ونوبات البكاء والصداع اليومي ، فنصحها أفراد عائلتها بالذهاب إلى الطبيب الذي وصف لها مضادات الاكتئاب وذلك وفقا للأعراض التي كانت تعاني منها .

الدراسة العيادية للحالة :

- التاريخ المرضي : الحالة مصابة بالاكتئاب منذ 18 سنة ، حيث ظهر عليها علامات تدل على معاناتها من خلال الصداع اليومي والحزن الشديد والبكاء والانطواء وبطء في الحركة واضطراب في النوم وفقدان للشهية زيادة على الشعور بالنقص ولوم الذات .

- الأعراض المقدمة : الجانب المعرفي

لغة الحالة واضحة خالية من الأخطاء اللغوية ، حيث استعملت اللغة العامية مع ألفاظ من اللغة العربية ، تميزت لغتها بالبطء حيث تقول " أنا ضحيت بحياتي وتحديت والديا حتى نتزوج بلي نحب لكن هو غدر بيا وسمح فيا وفي اولادو " ، فمن خلال حديث الحالة استنتجنا أن معاناة الحالة تتلخص في وفاة الأب وزواج الزوج من امرأة أخرى زيادة على المسؤولية الكبيرة التي تتحملها بمفردها في تلبية الحاجات المتعددة والمختلفة لأفراد أسرتها

- التفكير : تفكير الحالة سلبي من خلال ظنها أنه ليس لها حظ في هذه الحياة متجاهلة لكل المواقف الايجابية التي عاشتها والتي تحيط بها حيث تقول " قاع ما فرحتش في هذه الدنيا ، أنا علاش راني عايشة فيها " خاصة أن الأبناء الذين أنجبتهم أغلبهم لم يتم دراسته كما أرادت خاصة الذكور منهم ، لكن تسترجع وتقول الحمد لله على أنها مازالت حية لتساعد أبناءها .

- الانتباه والتركيز : الحالة تتعب إذا ركزت كثيرا .

- الذاكرة : تقول الحالة أن ذاكرتها ضعفت حيث أنها تنسى كثيرا .

– المعاش اليومي : تنهض باكرا لأنها تعمل وتذهب للمدرسة ، تقوم بشراء مستلزمات البيت وأولادها لكنها لا تشارك في الأعمال المنزلية كون بناتها تقمن بذلك ولكن في العطل تبقى في البيت ولا تخرج إلا للضرورة .

و على مستوى الغذاء الحالة لديها فقدان الشهية مما جعلها تفقد الوزن وتصبح نحيفة .

أما السلوك الجنسي فالحالة مطلقة و بالتالي هذا الجانب غائب في حياة الحالة، حسب أقوالها أنها فقدت هذه الرغبة عندما كانت متزوجة نظرا لكثرة الخلافات التي كانت مع زوجها .

– الجانب العاطفي : المزاج ، الحالة تعاني من الحزن الشديد ومشاعر النقص لكونها مطلقة

– الجانب السلوكي : الإيماءات فالحالة تحرك يديها عند التحدث وتغمض عينيها لفترات ثم

تفتحهم ، تغلق يديها عند الحديث ، تعابير وجهها تدل على الحزن كما أنها تقطب حاجبيها أما

مستوى النظر فتارة تنظر إلينا وتارة أخرى تخفض رأسها .

– الجانب العلائقي : الحياة الأسرية ، علاقة الحالة مع أمها وإخوتها جيدة حسب قولها فهم

يساندونها عندما تحتاج للدعم المادي أحيانا والمعنوي ولكن ما يؤرق الحالة هو تحملها

للمسئولية بمفردها إضافة إلى أن أغلب أبنائها أصيبوا بمرض الروماتيزم في الدم الأمر الذي

زاد من الضغط النفسي على الحالة وأزم وضعيتها النفسية إضافة إلى عدم مواصلة الأولاد

لدراساتهم مما جعل مرض الاكتئاب مستقر لديها رغم معالجتها طبيا ومن خلال أيضا الرقية

الشرعية من وقت لآخر كما أنها تخضع للحجامة مرة كل سنة .

عملية الاتصال مع الحالة :

بعد التعرف على الحالة والتعريف بالدور الذي نقوم به ، كانت الحالة متقبلة للحوار معنا حيث تقول أنها كانت في شبابها نشيطة وحيوية ومنبسطة أما بعد المرض أصبحت منطوية ومنعزلة على نفسها كما لم تعد لديها علاقات كما كانت في السابق ولم تعد تحبذ الظهور في مختلف المواقف الاجتماعية .

الجانب الخاص بالعلاجات التي تخضع له الحالة : تخضع الحالة للعلاج من مرض الاكتئاب من خلال مضادات الاكتئاب إضافة إلى الرقية الشرعية كلما شعرت بالضيق وكذلك الحجامة مرة كل سنة ، فعلاقتها بالطبيب تتحدد من خلال الفحص العادي (قياس التنفس ، مراقبة نبض القلب وحالة الأطراف ...) ووصف الدواء الذي يدوم مدة شهرين ثم تعود للفحص مرة ثانية ، وينصحها الطبيب بالانتظام على الأدوية والتحلي بالإرادة لمواجهة الحياة ، ولا تخضع الحالة لأي علاج نفسي وحسب قولها أن ظروفها المادية لا تسمح لها بنفقات أخرى تخص الأخصائي النفسي .

الجانب الخاص بمشاعر الحالة نحو العلاج والمرض : الحالة خاضعة للعلاج الطبي منذ 18 سنة وهي غير راضية على هذا العلاج الأمر الذي دفعها للجوء إلى الرقية الشرعية لأنها تنتكس كلما زاد الضغط عليها جراء مسؤولياتها المتعددة ومرض أبناءها ، فطول مدة العلاج وعدم تحقق الشفاء جعلها فاقدة للأمل للشفاء نهائيا من الاكتئاب وأصبحت الآن تخضع للحجامة مرة كل سنة ولكن وحسب قولها استمرار الضغوط والمشاكل لم يساعدها على تحقيق الصحة والراحة النفسية رغم أنها متدينة وتجد عزائها الوحيد في قراءة القرآن الكريم

التشخيص :

حسب المعلومات المجمعة من المقابلات والمعلومات المجمعة من شبكة جمع المعلومات وجدنا تطابقا كليا بينها وبين المقابلات السابقة إضافة إلى تعمقنا في عدة جوانب وذلك لمساعدتنا في تحليل المعاش النفسي والعلائقي للحالة مع الأسرة ومع الطبيب والحالة الشعورية للحالة نحو العلاج ومرضاها ، فكانت الأعراض المستخلصة كالاتي :

– الحزن الشديد والبكاء اليومي .

– الانعزال عن العلاقات الاجتماعية والانطواء .

– النظرة السوداوية للحياة .

– اضطرابات في النوم .

– الشعور بالتعب والإجهاد .

– فقدان الشهية مع فقدان الوزن .

– قلة التركيز وضعف الذاكرة .

– الشعور بالنقص ولوم الذات .

فالحالة تعاني من الاكتئاب نتيجة فقدانها للموضوع المحبوب الذي يتمثل في الأب ثم بعد ذلك خيانة الزوج والذي شكل صدمة نفسية لم تتحملها الحالة إضافة إلى تحمل الحالة لمسئوليات متعددة في بيتها وأبنائها ، كل هذا جعلها تفقد توازنها الصحي والنفسي وتصاب بمرض الاكتئاب .

التكفل النفسي :

من خلال المقابلات تم توظيف التكفل النفسي وذلك من خلال مساعدة الحالة على التعبير على معاناتها وسرد الأحداث التي تسببت في مرضها حيث تم في المقابلات تصحيح بعض المعتقدات الخاطئة بأن العلاج الطبي إلى تخضع له ليس بمخدرات كما تظن الحالة ، وشرحنا لها كيف يحدث هذا المرض وما هي مسبباته وأن هذا المرض يتطلب اهتماما ورعاية طبية ونفسية وأن هذه الأدوية تحسن المزاج وتسترجع التوازن الكيميائي تدريجيا في الجسم وحاولنا من خلال المقابلات رفع الروح المعنوية للحالة وزرع الأمل

تحليل دراسة الحالة الثالثة : وجدنا تطابقا بين ما جمع في المقابلات وفي شبكة جمع المعلومات ، هذه الأخيرة التي ساعدتنا على جمع معلومات إضافية ساعدتنا على التحليل للمعاش النفسي والعلائقي للحالة مع الأسرة والمجتمع والطبيب والحالة الشعورية نحو المرض ونحو العلاج الطبي ، ومن خلال المعلومات استنتجنا أن المرض أحدث تغيرات عميقة على الحالة وهي :

- التفكير السلبي المسيطر على العقل .
- الحزن الشديد و البكاء .
- الانعزال على العلاقات الاجتماعية
- النظرة السوداوية للحياة .
- اضطرابات في النوم .
- الشعور بالتعب والإجهاد .

- فقدان الشهية مع فقدان الوزن .
- قلة التركيز وضعف الذاكرة .
- الشعور بالنقص ولوم الذات .

تحليل دراسة الحالة الثالثة :

فما استنتجناه من خلال حديث الحالة عن الجانب العلائقي بين الحالة والأسرة حسب قولها يساعدونها ماديا ومعنويا لكن لا يعرفون نوع المرض الذي تعاني منه ولا أحد يذهب معها إلى الطبيب بل تذهب وحدها ، لكن الأولاد يعرفون نوع مرضها لكن لا أحد يرافقها إلى الطبيب فهذا الأمر أفقد دور الأسرة كفريق علاجي يساهم في تحسين حالة المريض بل على العكس عرقل علاجه وإيصاله إلى درجة كبيرة من التعقيد ، وهنا يظهر الدور السلبي الذي تلعبه الأسرة في عدم تحقيق الصحة النفسية للمكثب ولهذا " على الأسرة أن تساعد أعضائها على نضجهم نفسيا وذلك بتوفير الحب لهم والاهتمام والرعاية والاستقرار والحماية " 1 ، الأمر الذي يسرع ويساعد على تحسن المكثب لأن الأسرة بخصائصها السيكولوجية والاجتماعية يمكنها أن تساعد أو تعيق التكيف الأسري 2 .

لاحظنا كذلك أن الحالة منعزلة ومنطوية على نفسها وتتفادى تكوين علاقات خارج الأسرة فهي من العمل إلى البيت وتتفادى المناسبات الاجتماعية.

1 - حسين عبد الحميد رشوان : الأسرة والمجتمع ، مؤسسة شباب الجامعة، الاسكندرية، 2003 ، ص 45

2 - فوزي محمد جابر ، مرجع سابق ، ص 35 .

استنتجنا كذلك أن الحالة تعاني من ضغوط عديدة من جراء مرضها وكذلك من جراء إصابة أغلب أبنائها

بمرض الروماتيزم في الدم والذي يكلفها مصاريف كبيرة تفوق طاقتها ، مما يضطرها إلى الاقتراض إضافة إلى مستلزمات ومصاريف البيت وهذا شكل ضغطا كبيرا يفوق طاقة تحملها مما يجعلها تنتكس عدة مرات .

الحالة مصابة بالاكتئاب منذ 18 سنة فمن خلال الحوار معها استنتجنا أنها غير راضية عن العلاج الطبي وطول هذه المدة الطويلة جعلها تمل وتسأم تناول الدواء وأضحت تشتكي منه لأنه يتسبب في جفاف حلقها وبمرارة في فمها ، وعلاقتها مع الطبيب تنحصر في الفحص ووصف الدواء كل شهرين والنصح بالانتظام على الأدوية وعدم الحزن ، فالحالة إذا تشعر بإحباط نحو العلاج لأنها لم تحقق الراحة والصحة النفسية ، ومن خلال المقابلات يظهر غياب العلاج النفسي لدى الحالة لأنها غير قادرة ماديا على إضافة أعباء أخرى لميزانيتها ، لكنها تخضع لرقية شرعية كلما أحست بضيق كما تخضع للحجامة مرة كل سنة .

الخلاصة العامة للدراسة التطبيقية :

من خلال الدراسة الميدانية حول العلاج الطبي لدى المكتئبة في مسارها العلاجي في دراسة لثلاث حالات استنتجنا ما يلي :

أن الحالتين الأولى والثانية يقتصر علاجها للاكتئاب على العلاج الطبي المتمثل في مضادات الاكتئاب وهذه الأخيرة التي تساعد على التخفيف من المعاناة النفسية والتفكير في الانتحار والتخفيف من الأعراض المصاحبة للاكتئاب وهذا الاقتصار على الأدوية فقط ما هو إلا بداية للعلاج أو مرحلة أولية من المراحل الميسرة للعلاج والشفاء ، لكن العلاج الحقيقي والتابع للعلاج الطبي هو التكفل النفسي العلاجي .

أما الحالة الثالثة إضافة إلى مضادات الاكتئاب فهي تخضع للعلاج التقليدي المتمثل في الرقية الشرعية والحجامة للتخفيف من معاناتها والتقليل من الأعراض المصاحبة لمرضها ، إلا أن هذه الحالة غير راضية عن العلاج الذي تخضع له لأنه لم يحقق لها الراحة النفسية والشفاء التام وهذا نظرا للضغوطات النفسية التي تتعرض لها باستمرار .

فكل الحالات الثلاثة إذن غير راضية على العلاج وتحس بالملل والكره والسأم وخيبة الأمل وذلك لوجود عوائق منعه هذه الحالات من تلبية الدافع المتمثل في الشفاء وتحقيق الصحة الجسدية والنفسية حيث تعددت العوائق من مادية إلى اقتصادية واجتماعية والبيئة الخارجية المحيطة بالمريض -

وأما العلاج والتكفل النفسي فهو غائب في جميع الحالات لأسباب مختلفة مما يجعل المريض المكتئب ثابت على مرضه لأنه خلال هذا المرض يفقد مهاراته الاجتماعية والأساليب

الاجيائية التي كان يتبناها في مواجهة ضغوطات وتحديات الحياة ، ومن شأن التنكف النفسى أن يعطى فرصة للتعرف على كيفية التعامل مع ضغوطات الحياة الخارجية والتحدث عنها ، كذلك التعرف على أفضل السبل للتعامل مع الأعراض التي يعاني منها المريض ، وهذا الغياب إنما يدل على نقص التوعية لدى مرضى الاكتئاب وأسرهـم بالدور الفعال الذي يلعبه العلاج النفسى في مساعدتهم على تحقيق الراحة والصحة النفسيتين .

استنتجنا كذلك أن الحالات الثلاثة تعاني في معاشها اليومي من منغصات وضغوطات نفسية مختلفة ومتعددة لا تحتمل حيث هذه الأخيرة تقوم بدور مهم في تفجير نوبات الاكتئاب وبالتالي الانتكاسات المتكررة ، فمن المعروف أن الضغوطات النفسية وأحداث الحياة السلبية هي بمثابة القشة التي قسمت ظهر البعير بالنسبة للحالات المدروسة في هذا البحث ، وبما أن الحالات المصابة بالاكتئاب فاقدة للروح المعنوية ومتشائمة ومتبينة لنظرة سوداوية للحياة ومنسحبة من الحياة الاجتماعية فهي غارقة في ثلوث الاكتئاب المتمثل في التفسير السلبى لخبراتها السابقة والنظرة السلبية للنفس والنظرة المتشائمة والسلبية للمستقبل فهي غير قادرة وليس لها الطاقة الكافية لدراسة هذه الضغوط النفسية بطريقة إيجابية ومواجهتها بطريقة عقلانية ، أما عن دور الأسرة فهو غائب في جميع الحالات حيث لاحظنا تجاهل تام من طرفها اتجاه المكتئب مما لا يساعده على التوازن الصحى والنفسى ويجعله أكثر انطواء وانسحابا من الحياة الاجتماعية التي تحيط به وتمركزه حول نفسه ، كذلك غياب الحوار الإيجابى بين أفراد الأسرة حول المرض الذى يعاني منه المريض وهذا ما جعل الحالات تعيش نوعا من الاغتراب النفسى داخل أسرتها ، وهذا إنما يدل على نقص وعى الأسرة

وعدم اهتمامها بالمأساة التي تعاني منها فرد من أفرادها ، وهنا توجد حلقة مفقودة بين الأسرة والمريض والأسرة والطبيب النفسي مما يجعل المكتئب معرضاً للنكسات الأمر الذي يؤزم وضعه الصحي والنفسي ، فالتدخل الأسري من أهم العوامل في العلاج وخفض الانتكاسات وذلك عن طريق فهمها واستيعابها لطبيعة المرض وتقبل وتحمل المريض ومساعدته على استعادة مهاراته الاجتماعية ونشاطه وحيويته التي فقدتها جراء مرضه ، وذلك من خلال التشجيع على الاختلاط بالناس والتخفيف من الضغوط النفسية عليه وتشجيعه على العمل وعدم تحميله ما هو غير قادر عليه ، وهذا لا يمكن أن يتحقق إلا من خلال انضمام الأسرة كفريق علاجي بالتنسيق مع الطبيب والأخصائي النفسيين حتى يتم تحسين الوضعية العلاجية للمكتئب .

مناقشة الفرضيات في ضوء النتائج :

إن مناقشة الفرضيات في ضوء النتائج هي خطوة أساسية لأي بحث علمي من خلال عرض النتائج المتحصل عليها ومن خلال المنهج الإكلينيكي المتمثل في المقابلات و الملاحظات العيادية وشبكة الملاحظات على الحالات العيادية المدروسة ، وقد توصلنا للإجابة على الإشكالية المطروحة :

لماذا تشعر المكتئبة بعدم فعالية العلاج الطبي في مسارها العلاجي ؟

ومن خلال الدراسة التطبيقية التي اشتملت على 3 حالات تأكدت الفرضية التي تقول :
أن مشاعر عدم فعالية العلاج الطبي في المسار العلاجي لدى المكتئبة هو نتيجة طبيعة العلاج المقدم.

وللتفصيل أكثر سنحاول مناقشة الفرضيات التالية :

الفرضية الأولى : تم افتراض أن مشاعر بعدم فعالية العلاج الطبي لدى المكتئبة في مسارها العلاجي هو نتيجة لاقتصاره على الأدوية فقط ، وقد تحققت هذه الفرضية من خلال المقابلات التي أجريت مع الحالات أين وجدنا أنه بالرغم من خضوع الحالات للعلاج الطبي واستمرارهم في تناول الأدوية بانتظام إلا أنهم لم يتحسنوا بل تعرضوا إلى عدة انتكاسات كان سببها الرئيسي الضغوطات النفسية ومنغصات الحياة التي يتعرضون لها في معاشهم اليومي .

الفرضية الثانية : أن مشاعر عدم فعالية العلاج الطبي لدى المكتئبة في مسارها العلاجي هي نتيجة غياب التكفل النفسي .

ولقد تأكدت هذه الفرضية لأننا وجدنا غيابا لهذه الوظيفة في كل الحالات الأمر الذي عرقل مسار تحسن وشفاء المكتئبة وذلك لنقص التوعية النفسية ولأسباب مختلفة أخرى كالوضع المادي للحالات وغياب الدعم الأسري ماديا ومعنويا ، وبالتالي كل هذه الأمور تتدخل في مسار المرض وشدته وتعرقل عملية الشفاء .

الفرضية الثالثة : تم افتراض بأن مشاعر عدم فعالية العلاج الطبي لدى المكتئبة في مسارها العلاجي هي نتيجة ضغوطات الحياة التي تتعرض لها في معاشها اليومي ، وقد تأكد هذا الافتراض مع كل الحالات أثناء المقابلات التي أجريت معهم وذلك لأن جميع الحالات تتعرض لضغوطات نفسية لا تتحملها ولا تستطيع مواجهتها .

والمريضة المكتئبة فاقدة للروح المعنوية والنشاط والحيوية ، وحزينة ومتمركزة حول نفسها مما أفقدها مهاراتها الاجتماعية والأساليب الايجابية في مواجهة ضغوطات ومنغصات الحياة لأن هذه الأخيرة والمستمرة بصفة متتالية في معاشها اليومي جعلتها عرضة للانتكاسات المتكررة مما عرقل مسارها العلاجي في الشفاء و في تحقيق الصحة النفسية والجسدية .

الفرضية الرابعة : تم افتراض أن مشاعر عدم فعالية العلاج الطبي لدى المكتئبة في مسارها العلاجي هي نتيجة لغياب دور الأسرة كفريق علاجي للاكتئاب عند المريض .

وتأكد هذا الافتراض مع كل الحالات أثناء المقابلات ، فوجدنا غيابا كليا لهذه الوظيفة في كل الحالات حيث لمسنا من خلال حديث كل حالة غياب الحوار بينهما ، عدم اهتمام الأسرة ولا مبالاتها ، غياب الوعي النفسي لديها زيادة على قسوتها وسوء معاملتها للمريضة ، وكل هذه الأمور تتدخل في تدهور التوافق والتوازن النفسي وتعرقل عملية الشفاء وتجعله ثابتا على هذا المرض والرجوع بالمريض إلى نقطة الصفر والانتكاسات المتكررة .

إذا كل افتراضاتنا تحققت في الدراسة الميدانية ولكن تبقى هذه النتائج نسبية نظرا لاقتصار دراستنا على عينة صغيرة وكذا لغياب أفراد الأسرة خلال المقابلات .

صعوبات البحث :

إن أي باحث يقوم بدراسة ظاهرة ما إلا ويجد صعوبات تقف حاجزا في وجهه ، مما يتسبب في تعطيل مسار بحثه ، وتمثلت الصعوبات التي واجهناها في بحثنا هذا في :

بالنسبة للجانب النظري :

– قلة المراجع في مكتبة مستغانم خاصة تلك التي تتناول موضوع الاكتئاب باللغة الفرنسية

– قلة الدراسات سابقة حول موضوع البحث في جامعة مستغانم

بالنسبة للجانب التطبيقي :

– صعوبة إيجاد حالات تعاني من الاكتئاب في مستشفى الأمراض العقلية وذلك لبعدها عن المراكز

العلاجية التي يأخذها المريض من الطبيب النفسي حيث يكون لمدة شهرين مما اضطرنا

للبحث عن حالات في أماكن أخرى .

– عدم وجود مكتب إضافي لاستقبال الحالات ولإجراء المقابلات في مركز دار المسنين مما

اضطرنا إلى إجراء هذه المقابلات في غرفة المقيمة المصابة بالاكتئاب حيث تعرضنا

للتشويش من طرف المقيمين .

الاقتراحات :

– ضرورة تدخل الهيئة التنفيذية للصحة النفسية والعقلية لتفرض على كل من يخضع للعلاج

الطبي النفسي أن يخضع للعلاج وللتكفل النفسي وإدماج الأسرة كفريق علاجي يساهم في

خلق الجو المناسب الذي يساعد المريض النفسي على التحسن ، لأن التكفل النفسي للمرضى

في الجزائر لا زال مهمشا .

– ضرورة تكوين الأخصائيين النفسيين في العلاج النفسي المعرفي السلوكي

– ضرورة تكثيف نشر التوعية النفسية عن طريق الإعلام من خلال البرامج التلفزيونية

والإذاعة للأسرة الجزائرية على أساس أن التلفزيون والإذاعة هما أكثر وسائل الإعلام

انتشارا في الجزائر .

-
- ضرورة متابعة الأخصائي النفسي للمصاب بالاكتئاب داخل أسرته وذلك لمعرفة مدى مساهمة الأسرة في تحسنه أو تدهور حالته .
- ضرورة القيام بحملات تربية وتوعية في مجال الصحة النفسية للمرضى النفسيين ولأسرهم .
- مواصلة البحث في هذا الموضوع من طرف الطلبة الجامعيين على عينات أكبر من التي تم دراستها في هذا البحث .

خاتمة

يتضمن هذا البحث فكرة العلاج الطبي لدى المكتئبة في مسارها العلاجي ، ومما سبق في البحث تم استنتاج ان الاكتئاب يجعل المصاب به متشائما من حالته الصحية فاقدا للأمل في العلاج وفي تحقيق الراحة النفسية والجسدية، وفي ظل غياب تكافل جهود كل من الطبيب والأخصائي النفسي والأسرة يبقى الحال على ما هو عليه ويتدهور مستوى التوافق النفسي لدى المكتئب .

إن تعقد هذا المرض يرجع لعدة أسباب قد تكون اقتصادية ، عائلية ، علائقية وكذلك دور الأسرة في احتواء مريضها .

فمن خلال هذه الدراسة اتضح لنا أن المكتئبة غير راضية عن العلاج الطبي وتطعن في فعاليته نظرا لعدة أسباب منها غياب العلاج النفسي الفعال والكفاء ، غياب الدعم الأسري ، كثرة المشاكل والضغوطات في الحياة اليومية عليها واقتصار العلاج على الأدوية فقط .
نأمل في المستقبل القريب أن يتحسن التكفل بالمكتئب في مساره العلاجي الطبي من خلال المتابعة النفسية الفعالة حتى يسترجع المريض النفسي عافيته النفسية والجسدية .

تمهيد :

إن الاتجاهات العلاجية متعددة وتقوم على مبادئ ونظريات مختلفة وتقدم طرقاً مختلفة ومتنوعة في معالجة الاضطرابات النفسية ، حيث تتنوع أساليب المعالجة تبعاً لنوع الاضطراب أو المرض النفسي أو النوع الانحرافي للسلوك أو العوامل المؤدية إليه ، فمنها العلاج الطبي والعلاج النفسي أو المزج بينهما بما يتناسب وطبيعة الحالة ، فالعلاج الطبي يحسن من توازن السلوك والتخفيف من حدة الأعراض وضبطها ، والعلاج النفسي يساعد المريض على تخطي الأزمات القصيرة والطويلة الأمد وتشجيع النمو السوي والتغلب أو التخفيف من بين الأعراض المعينة وبعض العلاجات الأخرى مثل العلاج الديني والذي ينمي في الفرد الجانب الوجداني ، ولكل أسلوب من هذه الأساليب العلاجية مميزاته وفعاليتها وأثاره في النجاح ، وبما أن النفس البشرية منفردة في حد ذاتها ، فإن ردود أفعالها للعلاج المقدم لها تكون مختلفة من فرد لآخر ، فهناك من يتقبل العلاج ويشعر بالتحسن وهناك من يشعر بالإحباط وخيبة الأمل لعدم التوصل إلى الهدف المنشود من العلاج ألا وهو الشفاء ، وفي هذا الفصل سنتناول مختلف العلاجات وأنواعها ، ومدى فاعلية العلاجات المطبقة على مرضى الاكتئاب .

1- العلاج الطبي :

يؤكد خبراء الصحة النفسية بأن حوالي 90 % من حالات مرضى الاكتئاب يمكن شفاءها إذا لجأ المريض إلى المساعدة الطبية وعدم طلب هذه المساعدة يؤدي إلى استمرار وتفاقم حالة الاكتئاب .

أ - العلاج الكيميائي : من خلال :

- مضادات الاكتئاب : وتعد من أهم العلاجات في ميدان الطب النفسي منذ سنة 1957 حيث اكتشف الصنفين الأساسيين لمضادات الاكتئاب وهي الأمبرامين imipramine من طرف kuhn والايبرونيازيد iproniazide من طرف kien والتي اشتقت منها مثبطات الأكسدة الأمينية الأحادية

وتصنف مضادات الاكتئاب إلى :

- مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقة tricyclique : تركيبها الكيميائي يشمل على حلقات مترابطة من البنزين العطري وتعمل على إعادة الامتصاص للنورأدرينالين والسيروتونين إلى داخل الخلية العصبية بعد تحرره منها في المشبك العصبي ، أما عملها العلاجي الأساسي هو تعديل المزاج الاكتئابي

ويمكن التمييز بين مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة حسب مفعولها ، هناك ذات مفعول منشط

ومنوم

والمضاد للقلق والمعروفة منها : مضادات الاكتئاب المنومة :

1- Amitriptyline (laroscyl , elavil)

2 – Doscepine (quitascon , sinepuan) trimeprimine surmontim

مضادات الاكتئاب المنشطة :

1 – Imipramine (tofranil) clomipramine (amoframil) desipramine

(pertofan)

- مثبطات الأكسدة الأمينية (inhibiteur de la mono amine - oscydase) : التي

تعرض على فعل الأكسدة أحادية الأمين أو تثبيط الإنزيم المؤكسد للأمينات الأحادية مما

يزيد من الأمينات الأحادية خارج الخلية العصبية ، ليس له آثار منومة ولكن شدة آثاره الجا

نبيه وخطورتها والتي تتمثل :

في عدم توافقه مع بعض الأطعمة المعينة ، بطء اختفائه وطرحه من الجسم ، صعوبة

التحكم فيه ، جعل هذا الصنف في الدرجة الثانية من مضادات الاكتئاب حيث يلجأ إليه في

حالة ما لم تنجح مضادات الاكتئاب الأخرى ووصفه للمريض يتطلب المراقبة الطبية

الصارمة ، ومن أمثلة هذه المضادات :

Iproniajide (marsilid) , iproclosyd (sursum) , nialamide (niamide)

- مانعات الامتصاص الانتقائية للسيروتونين inhibiteurs de la recapture de la

sirotonine

سميت بهذا الاسم لأنها تؤثر فقط على السيروتونين في حين أن تأثيرها محدود جدا على الناقلات العصبية الأخرى ، ولكن هناك جدل حول طريقة عملها ، فبعض الخبراء يعتقد بأنها توفر السيروتونين في المشابك العصبية عن طريق حجزه أو عدم امتصاصه في الخلية العصبية من جديد أما البعض الآخر يشك في أن تكون هذه العقاقير انتقائية الأثر وتؤثر على السيروتونين فقط .

نستنتج من خلال العلاج الطبي أنه علاج يهتم بالخلل الذي يصيب كيمياء الجسد وتوازنها فمن خلاله يسترجع الجسد استقراره وتوازنه ويعتدل مزاج المكتئب

2 - العلاج النفسي :

إن العلاج النفسي هو مجال من المجالات التطبيقية لعلم النفس ويطبق في ميدان الصحة النفسية ، وتعدد طرق العلاج النفسي ووسائله كلها في أنها تؤدي إلى تعديل السلوك المضطرب وإعادة التوازن النفسي والتوافق الشخصي والاجتماعي وتحقيق الصحة النفسية .

2 - 1 أهداف العلاج النفسي : وتتمثل أهداف العلاج النفسي في :

- نمو شخصية الفرد نموا مستمرا بما يتميز به من خصائص ذاتية ترجع لما يتعرض له الفرد من عوامل وراثية وبيئية ، زيادة على تعرضه للمشكلات التي قد تعيق نموه النفسي ، ويهدف العلاج النفسي إلى مساعدة الفرد في كيفية حل هذه المشكلات أو ما قد يطرأ منها في حياته اليومية .
- الصحة النفسية من خلال تحقيقها للفرد وللمجتمع 1 .

1 - إجلال محمد سري : علم النفس العلاجي ، عالم الكتب ، القاهرة ، ط 1 ، 1990 ، ص 16 .

– التوافق النفسي ، وهو توافق الفرد مع نفسه ومع الآخرين شخصيا ومهنيا وأسريا واجتماعيا وانفعاليا

2 - 2 طرق العلاج النفسي : تعددت طرق العلاج النفسي حسب تعدد المدارس والنظريات إلا أنها مهما اختلفت فهي تكمل بعضها وتوسعي إلى تحقيق أهداف العلاج النفسي ، والفرق بينها جميعا هو فرق في الدرجة وليس في النوع أو الجوهر :

أ - العلاج التحليلي النفسي : هو منهج بحث لدراسة السلوك الإنساني ، وهو أيضا طريقة علاج فعالة يتم فيها كشف المواد المكبوتة في اللاشعور من أحداث وخبرات مؤلمة وانفعالات شديدة وصراعات عنيفة سببت المرض أو الاضطراب النفسي واستدراجها من أعماق اللاشعور إلى منطقة الشعور بهدف إحداث تغيير أساسي في بناء الشخصية ، ويمكن تعريف التحليل النفسي بأنه عملية علاجية يتم فيها اكتشاف المواد المكبوتة في اللاشعور وهي في مجملها خبرات مؤلمة ودوافع متصارعة وصراعات قوية ويتم تحويلها من اللاشعور إلى الشعور عن طريق التعبير اللفظي والتداعي الحر للأفكار وتحليل الأحلام¹ ويختلف العلاج النفسي ذو الاتجاه التحليلي عن التحليل النفسي التقليدي في أن الجلسة العلاجية تجري جلوسا والمدة العلاجية تكون أقصر والتكرار الأسبوعي للجلسات يكون أقل وكأسلوب علاجي متوسط المدة يقع العلاج النفسي ذو الاتجاه التحليلي بين كلا الشكلين المتطرفين من التحليل النفسي ، أي التحليل النفسي التقليدي والتحليل النفسي المختصر .

1 – مرجع سابق، ص 102 .

ب - العلاج النفسي التحليلي المختصر: ينحصر الثقل في العلاج النفسي التحليلي المختصر في معالجة الصراع الأساسي ، أي ما يسمى بالبوررة التي تعزى لها أهمية مصدر المرض ، ويختلف العلاج النفسي التحليلي المختصر عن العلاج النفسي ذي الاتجاه التحليلي الأطول مدة من خلال التركيز الأكبر على البوررة المتفق عليها ، غير أن الشكلين العلاجين يشبهان بعضهما من حيث المضمون وفي الإجراء، ومن أجل هذا تم اختيار معيار شكلي للتفريق بين الشكلين مع العلاج يتألف من عدد الجلسات ومدة العلاج فالجلسات البالغة من 30 جلسة فما دون تحسب عند وجود مدة علاجية مطابقة ضمن العلاج النفسي

التحليلي المختصر ، غير أنه في حالات قليلة صنف حالات ضمن العلاج النفسي التحليلي المختصر بلغت أكثر من 30 جلسة وذلك عندما كانت مدة العلاج تقتضي أشهرا قليلة .

د - تحليل الأنا: يقوم على المقدمة المنطقية القائلة : " أن للإنسان أنا أقوى و أكثر استقلالية مما هو مفترض في التحليل النفسي التقليدي وأنه يوجد إشباعا ت للأنا مستقلة عن إشباعا ت الهو " .

ومن لأشد الباحثين تأثيرا للإتجاه التحليلي للأنا " كارين هورني " و " سيغموند فرويد " و " إيريك إيريكسون " و " دافيد رابابورت " و " هانيس هارتمان " ويؤكد محلو الأنا أكثر من "فرويد" على قدرة الانسان على ممارسة الضوابط المحيطة (السيطرة على المحيط) ولهذا فهم يهتمون أكثر في العلاج بالظروف الحياتية الراهنة للمريض ، غير أنه قلما نجد في المراجع التحليلية للأنا أي وصف لأي تقنيات علاجية خاصة ، أما فائدة العلاج التحليلي للأنا

فإنه لا يوجد حتى اليوم أي دليل مقنع فعلا¹ .

***فنيات التحليل النفسي :** إن للتحليل النفسي فنيات عديدة منها :

– البداية : يعطي المريض بعض المعلومات الأساسية عن عملية التحليل مثل الجلسات والوقت ووسائل التحليل وأهدافه ، ومدة الجلسات عادة تكون 45 دقيقة لكل جلسة ، وعدد الجلسات يكون حوالي 3 جلسات في الأسبوع ويعرف المريض أن التحليل النفسي يستغرق وقتا طويلا قد يصل إلى أكثر من عامين لأن اضطراب التركيب النفسي الذي ظل ثابتا طوال سنوات لا يحتمل أن يتم شفاؤه بسرعة في بضع جلسات

– العلاقة العلاجية الدينامية : يهتم التحليل النفسي بالعلاقة العلاجية الدينامية بين المعالج والمريض أي تقبل المعالج للمريض حيث يجب أن تكون اتجاهات المحلل متناسبة مع اتجاهات المريض وألا يركز المحلل تركيزا زائدا على كل شيء ، وألا يوجه نقدا إلى المريض ولا يقوم بدور الرقيب ، وعلى المعالج أيضا أن يضع مشاعره جانبا وأن يهتم بإجراء عملية التحليل بأقصى قدر ممكن .

1 - ترجمة : سامر جميل رضوان : مستقبل العلاج النفسي ، منشورات وزارة الثقافة ، ط 1999 ،

– التداعي الحر : وهو أن يطلب من المريض أن يطلق العنان لأفكاره وخواطره واتجاهاته وصراعاته ومشاعره تلقائياً دون توجيه من المعالج ودون قيد أو شرط سواء كانت هذه الأفكار هامة أو تافهة وحتى إذا كانت محرجة أو مخجلة مع ملاحظة الانفعالات والحركات التي قد يقوم بها المريض أثناء عملية التداعي والاهتمام بزلات اللسان وهفوات القلم .

– التنفيس الانفعالي : وهو تشجيع المريض على تذكر الخبرات الأليمة والصدمات و الاحباطات والحوادث الماضية واسترجاع ما قد مر به من ذكريات وصراعات انفعالية حتى يتخلص من الشحنات الانفعالية الضارة

– تحليل التحويل : وهو تحويل المشاعر والانفعالات التي يكنها المريض في واقع الحياة لشخص أو أشخاص آخرين ويسقطها أو يطرحها على المحلل ، والتحويل يعكس عناصر من المرض النفسي ومنه التحويل الايجابي وهو استبدال العلاقة العلاجية بعلاقة عاطفية موجبة نحو المعالج والتحويل السلبي وهو علاقة عدوانية أو رافضة للمعالج أو المحلل والتحويل المختلط هو الذي يجمع بين التحويلين السلبي والايجابي .

– تحليل المقاومة : والمقاومة هي استخدام المريض للدفاعات في عملية العلاج النفسي ووظيفتها حماية الشخص لنفسه من مواجهة الخبرات المؤلمة ومشاعر الذنب والقلق ، وبعض الخبرات التي قد تكون أليمة ومحرجة ، ومن مظاهرها الصمت أو عدم الحضور لجلسات العلاج ، ويقوم المحلل هنا بتحليل المقاومة بمعنى مقاومة مقاومة المريض وذلك بكسر حدتها وإضعافها والقضاء عليها ولفت نظر المريض إليها وتفسيرها ومن تم تحويلها إلى تعاون المريض مع طبيبه .

– تفسير الأحلام : يقول " فرويد " إن الحلم هو الطريق السلطاني للاشعور ويقول أيضا أن الحلم هو حارس النوم فالأنا النائم شديد الرغبة في الإبقاء على النوم وحمائته من الإزعاج ، وقد ميز " فرويد " بين المضمون الكامن والمضمون الصريح ، فالمحتوى الظاهري للحلم أي التصريح وما يرويه الشخص

(ويرتبط بذكريات الحلم) ، أما المضمون الكامن الباطني فهو ما يحاول المعالج أن يصل إليه أثناء عملية التحليل النفسي وغالبا ما يكون مناقضا للواقع ومؤلما ومشوشا ويطلق على العملية التي تحول المحتوى الباطني المؤلم إلى محتوى ظاهري سار " بعملية إخراج الحلم " ، فالحلم الذي يرويه الفرد بعد اليقظة ليس هو الحلم الحقيقي ، ولكن إخراج الحلم يتضمن إضافة المحتوى الظاهري إلى المحتوى الحقيقي مع حذف أو تحريف للمحتوى الباطني .

– التنويم المغناطيسي : وهو عبارة عن حالة تشبه النوم الطبيعي ، يكون المريض فيها بين النوم واليقظة ويستطيع أن يجيب على أسئلة المعالج وأن يفضي إليه بكثير من أسرارهِ وخبايا نفسه دون الشعور بالحرَج أو الحياء حيث يضعف وعي المريض وبالتالي تضعف مقاومته للإفصاح ، ويعرفه " انجلش " : بأنه حالة تنتج صناعيا تمتاز بقابلية شديدة لإيحاء المنوم وفي العادة ما يمر الفرد بحالة نعاس تشبه النوم .

ومن هنا جاءت هذه التسمية ويصل الفرد لهذه الحالة عن طريق الاسترخاء الجسدي والانتباه بناء على إيحاء المنوم إلى شيء محدود أو لفكرة محددة 1 .

1 - عبد الرحمن محمد العيسوي : علم النفس الإكلينيكي ، الدار الجامعية ، ط 1996 ، ص 435 .

3 - العلاج السلوكي :

إن الأمر الأساسي في المدخل السلوكي العلاجي مستمد من مدارس التعلم وهو التأكيد على الأحداث القابلة للملاحظة والمواجهة وبخاصة سلوك المريض أكثر من أن يكون الحالات والمركبات العقلية المستنتجة ، والعلاج السلوكي ينظر إلى السلوك (داخليا وخارجيا) بوصفه لنتائج أحداث البيئة وبالتالي فالبيئة هي غالبا العامل الذي يتم التركيز عليه من خلال ما يحدث بما يحيط حول الفرد ، فهي التي تبقى على المشكلات وبالتالي يهدف العلاج إلى إعادة تنظيم المؤسسات التي يرتبط بها الفرد كالمدرسة ، المنزل والمكتب أو المصنع من أجل تعديل عواقب سلوكها على الفرد ، ويشير مصطلح العلاج السلوكي إلى تطبيق نموذج " بافلوف " الذي يهتم أساسا بالتعلم الانفعالي ويطبق في العيادات الخارجية في علاقة علاجية فردية لحالات العصاب ، وهذا العلاج يستند إلى نظرية الشخصية والتي مفادها أن الفرد في نموه يكتسب السلوك سواء كان سويا أو مريضا من خلال عملية التعلم¹

أ - خطوات العلاج السلوكي : وتتمثل أساسا في :

- تحديد السلوك المراد تعديله أو تغييره .
- تحديد الظروف التي يحدث فيها السلوك المضطرب .
- تحديد العوامل المسؤولة عن استمرار السلوك المضطرب .

1 - لويس كامل مليكة : العلاج السلوكي وتعديل السلوك ، دار التعلم للنشر والتوزيع ، ط 1

- اختبار الظروف التي يمكن أن تعدل أو تغير السلوك المضطرب .
 - إعداد جدول لإعادة التدريب .
 - تعديل الظروف السابقة للسلوك المضطرب
 - تعديل الظروف البيئية .
 - إنهاء العلاج بعد الوصول إلى السلوك المرغوب فيه 1 .
- ب - أساليب العلاج السلوكي :** وتتمثل أساليب العلاج السلوكي في :
- الإشراف المضاد : والهدف منه كسر الرابطة بين منبه واستجابة معينين حدث لهما إشراف تقليدي مثل طفل "ألبرت" الذي خضع لتجربة إشراف با استخدام ضوضاء فأصبح يخاف الفئران البيضاء ، وتستخدم في الإشراف المضاد ثلاثة طرق وهي :
 - تقليل الحساسية المنظم أو التحصين التدريجي : حيث ترد "وولبي" في هذا الصدد فتقول : " إذا أمكن إحداث إستجابة تكف القلق في حضور منبهات مثيرة للقلق فإن ذلك من شأنه أن يضعف الرابط بين هذه المنبهات وبين استجابات القلق " ويدعى ذلك مبدأ الكف المتبادل ، وتوصل "وولبي" إلى عدد معين من الاستجابات التي تكف القلق وهي : استجابات الاسترخاء ، الاستجابات الجنسية ، توكيد الذات ،
 - الاستجابات التنفسية والاسترخاء أهمها جميعا ، وتعتمد الطريقة العلاجية هنا على ثلاثة عناصر هي : التدريب على الاسترخاء ، تكوين مدرج للقلق ، تنفيذ عملية التحصين .

– العلاج الانفجاري : يختلف هذا النوع من الاشرط المضاد جذريا عن التحصين المنظم ، فبدلا من محاربة الخوف بزيادة تحمل المريض تدريجيا للقلق ، هذا العلاج يحارب الخوف بمحاولة توليد جرعة ضخمة منه وفي البداية تعطى تعليمات للمرضى بأن يتصوروا أنفسهم في أكثر الظروف المتخيلة رعبا كالحبس في جزيرة صغيرة جدا دون أي وسيلة للفرار ومحاطة بوحوش ، والهدف من ذلك توليد إنفجار داخلي للقلق ، وباستمرار مواجهة هذا الذعر المنفجر يصبح المريض معتادا عليه تدريجيا إلى أن يتلاشى القلق نهائيا .

– العلاج المنفر : يكون الهدف من هذا العلاج استبدال مشاعر سلبية بمشاعر إيجابية وذلك بالاشراط المنفر للمنبهات التي تعد بصورة غير مناسبة ، جذابة ، ولخفض جاذبية تدخين السجائر مثلا يمكن أن يعطي المعالج صدمات كهربائية متكررة عندما تقدم السجائر ، ومن تم فإن استجابة القلق يمكن أن تستبدل بالمشاعر السارة أو المحببة التي يربط بينها المدخن المسرف عادة مع السجائر .

- الطرق الإجرائية : وتتمثل في :

– نظام المكافآت الرمزية : وهو منهج لتغيير السلوك والشخص داخل المؤسسة، وتعد دراسة كل من "أيلون" و "أزرن" من الدراسات الرائدة في هذا المجال إذ قاما بعزل جناح كامل في مستشفى عقلي واستخدما مع المرضى نظام المكافآت الرمزية وذلك حتى تدعم أنشطة معينة مثل ترتيب السرير وغسل الأسنان بالفرشاة وتمشيط الشعر ، وأعطيا للمرضى المضطربين عملات رمزية من البلاستيك يمكن استبدالها بامتيازات خاصة مثل حجرة

مستقلة أو زيارات إضافية للمطعم ، وقد نجح هذا النظام في إحداث عدد من التغييرات في السلوك الظاهر ، ومنذ ذلك الحين أصبح هذا النظام يستخدم في مستشفيات الأمراض العقلية و السجون و في مؤسسات أخرى في الولايات المتحدة الأمريكية .

- الاقتداء بنموذج : يستخدم المدخل النظري الأساسي الثالث للعلاج السلوكي مفهوم النمذجة أو الاقتداء بنموذج أو التعلم بالملاحظة والذي قدمه " ألبرت باندورا " وفي هذا العلاج يقوم المريض بعملية "عدم التعلم " للقلق بالنسبة لمنبهان معينة عن طريق مشاهدة المعالج يؤدي سلوكا ثم يقلده بعد ذلك ، وكان أفضل تمثيل متقن أعلنه " باندورا " لعلاج الاقتداء بنموذج هو تجربة على أشخاص لديهم خوف شديد من الثعابين ، تقدم بعض المفحوصين للتجربة فقسمهم إلى أربعة مجموعات وقام بمقارنة 3 طرق مختلفة للعلاج ، تلقت إحدى المجموعات التحصين المنظم واستبدلوا بالقلق أو خوف واستجابة استرخاء أثناء التخيل المتدرج أو المتزايد للمواقف المثيرة للقلق التي تضم الثعابين، أما المجموعة الثانية فقد شاهدت بعد تعلم إجراءات الاسترخاء العضلي فيلما عن معاملة الثعابين أما المجموعة الثالثة فشاهدت نموذجا حيا إذ كان المعالج يلعب ثعبانا كبيرا ثم شجع أعضاء هذه المجموعة في سلسلة من المراحل

على الاقتراب من الثعبان ، ونجح هذا العلاج كذلك مع عدة حالات مختلفة مثل مخاوف الأطفال من الحيوانات أو خوفهم من طبيب الأسنان .

- إعادة البناء المعرفي : هناك مدخل عام آخر في العلاج السلوكي هو إعادة البناء المعرفي

و يختلف عن الطرق الأخرى في تأكيده على التحكم في العمليات المعرفية أو إعادة

تركيبها وحتى سنوات قريبة ركز المنظرون السلوكيون في علم النفس على السلوك الظاهر الذي يمكن قياسه موضوعيا وأهملوا العمليات الذاتية كالاستدلال والتفكير ، وأهم طريقة في هذا المجال هي :

– العلاج العقلي الانفعالي : والذي وضعه العالم الأمريكي " ألبرت إليس " والذي بدأ حياته كمحللا نفسيا ولكن مع مرور اعتقد أن العوامل المركزية التي كونت مشكلات مرضاه هي المعتقدات غير العقلية .

ومن أقوال شكسبير الشهيرة : " ليس هناك شيء جيد أو شيء سيء ولكن التفكير يجعله كذلك " .

و يقصد أن الصدمات أو الإصابات التي نواجهها لا تؤلمنا ، و إنما أفكارنا حول هذه الصدمات هي التي يمكن أن تؤلف عدم الراحة الجسمية لدينا ، ويتفق إليس مع هذه الفكرة فقد لاحظ أن معتقداتنا حول الأحداث تشكل ردود أفعالنا نحوها كما لاحظ أن الشخص قد يفصل مثلا من عمله ثم يصاب بالنعاسة ، ومن الطبيعي أن يفكر هذا الشخص في أن فقدان الوظيفة هو السبب في هذا الشعور بالنعاسة وهو يوضح هذه الفكرة كما يلي :

فقدان الوظيفة حدث منبه والنتيجة النهائية هي مشاعر النعاسة ولكن يقع بين المنبه والنتيجة مجموعة من المعتقدات كمدى أهمية هذه الوظيفة فيقول الفرد في داخل نفسه " أنا لا أستطيع أن أفقد وظيفتي ، سوف أكون في حالة سيئة دونها " إلخ من التعليقات التي تعبر عن القلق.

أحداث منبهة ← معتقدات ← عواقب أو نتائج .

وقد تتبع إليس العبارات الداخلية التي يقولها الفرد لنفسه ، وقد يولد الأشخاص القلقين مشاكل داخلية عن طريق تبنيهم لتوقعات غير منطقية مثل " يجب أن أحضى بحب الجميع " ثم تفسر الأحداث الخارجية على ضوء تلك الافتراضات ، وبالرجوع إلى خبراته الإكلينيكية استنتج " إليس " ما يلي :

- يميل الأشخاص في ثقافتنا إلى اعتناق عدد من المعتقدات والتي يتسم أغلبها بعدم العقلانية .

- هذه المعتقدات مسؤولة عن قدر كبير من القلق والاكتئاب والعلاقات الشخصية غير الناجحة .

ولقد سمي هذه الطريقة في العلاج " العلاج النفسي المعرفي " لأن هدفه هو تعديل المعتقدات أو المعرفة وأنماط التفكير سيئة التكيف .

- إجراءات ضبط الذات : يعمل المعالج في هذه الطريقة بوصفه مستشارا ويحدد العملاء أهدافهم الخاصة كفقد الوزن أو التوقف عن التدخين مثلا ، كما يضع العملاء بأنفسهم وسائل التدعيم الخاصة بهم . ويستخدم العملاء خطوات إجرائية موجهة في برامجهم كما يلي

- يدعم السلوك المرغوب إيجابيا ، في حين لا يدعم السلوك السلبي .

- يحدث التدعيم فقط إذا تحقق السلوك المرغوب .

- يتحكم العملاء بأنفسهم في بيئاتهم وذلك حتى يزداد احتمال القيام بالسلوك المرغوب .

- التدريب التوكيدي : يجمع هذا العلاج بين الاشارات التقليدي والإجرائي والتعلم بالنموذج

مع إجراءات ضبط الذات ، ويهدف إلى خفض القلق أثناء العلاقات بين الأشخاص

مع تطوير المهارات الاجتماعية ، كما يصلح في حالات الميل إلى السلوك الإنسحابي و الخجل والجمود .

وهناك طريقتان يوصي بهما لمساعدة العملاء على رفض الطلبات غير المعقولة والتي يطلبها الأفراد اللحوحين وهما :

– طريقة السجل المضعف (المكرر) : ويتلخص في تعبير الفرد عن رأيه في عبارة واحدة ثم يكرر هذه العبارة دون تغيير في كل مرة يطلب منه هذا الطلب ، مثلا إذا أراد أحد أن يبيعه شيئا لا يلزمك فلتقل هذه السلعة عندي وتكررها كل مرة يطلب منك البائع شراء سلعته

– طريقة التعمية أو الغموض : وتقوم في هذه الطريقة بتكرار إعادة صياغته وذلك حتى تبين أنك قد فهمت المطلوب وأنت تهتم بالشخص الذي يعرض عليك هذا الطلب ، ولكنك ترفضه مع ذلك فمثلا إذا طلب أن تذهب معه إلى السينما ولكن لديك أعمال لتتجزها ، فيمكنك أن تشوش على الأمر وتجعله غامضا

بقولك " أنا أعلم أن الأسبوع كان طويلا وأنت تحب الخروج وأنا أيضا ولكن أمامي عمل لا بد من انجازه في الصباح ، لماذا لا نذهب الأسبوع المقبل ؟ 1

1 - أحمد محمد عبد الخالق : أسس علم النفس ، دار المعرفة الجامعية ، 2000 ، ص 566 و 581 .

- العلاج المتمركز حول العميل : العلاج المتمركز حول العميل هو من وضع " كارل روجرز" وقد ركز هذا العلاج على نظرة تفاعلية تركز على ما لدى الإنسان من إمكانيات للنمو ، وينظر للعملاء (المرضى) على أن الأشخاص لديهم حرية الاختيار لأهدافهم الخاصة في حياتهم في الحياة وأنهم قادرون على ذلك ، كما يراهم على أنهم كل متكامل أكثر من النظر إليهم على أنهم موطن الصراع بين دفعات الهو والأنا و الأنا الأعلى . واعتقد روجرز أن جميع البشر لديهم نزعة فطرية اتجاه تحقيق الذات وعندما يجدون الفرصة يسلكوا طريقهم الخاص نحو نمو الذات ، ويضع المرضى بأنفسهم أهداف العلاج ، ويحجم المعالج عن إسداء النصيحة أو التوجيهات الخاصة للتغيير وذلك على العكس من التفسير التوجيهي الذي يقدمه التحليل النفسي ، وفي العلاج غير الموجه لا يحدد المعالج للمرضى مشاكلهم ولا يقول لهم كيف يحلونها . ويركز مدخل روجرز على الأهمية القصوى بين المعالج والمريض ، ويعبر عن وجهة نظره نحو المعالج المثالي في شكل أسئلة صعبة يطرحها على نفسه تخص تأثيره وتأثيره على المريض .

ويورد ثلاثة طرق أساسية في الإجراءات العلاجية ويدافع عنها وهي :

- انعكاس المشاعر : حيث يتقبل المعالج مشاعر المريض ويتفهمها بإعادة صياغتها في

كلمات تعكس جوهرها

- توضيح المشاعر : عندما يختلط الأمر على العميل في محاولة التعبير عن مشاعره مهمة

المعالج حينئذ المساعدة في توضيحها ، ومن تم يمكن للمريض أن يعبر عنها بوضوح .

– تعبير المعالج عن مشاعره : استدل روجرز حديثا أنه يجب على المعالج أن يكشف عن

ردود فعله الخاصة عندما تبدو مناسبة : مثلا

المريض : " أشعر أنني خارج نطاق المساعدة .

المعالج : " تشعر أنك خارج نطاق المساعدة ؟ أعرف ذلك ، إنك تشعر بخيبة أمل كبيرة في

نفسك ، أنا أتفهم ذلك ، أنا لا أشعر بخيبة أمل ، ولكني مدرك أنك تشعر بذلك .

ومن خلال تلك الطرق الفنية يساعد المعالج المريض على رؤية التناقض بين مفهوم الذات

لديه وسلوكه وعلى قبول مشاعر كان ينكرها من قبل ، ويعمل هذا الاستبصار على إعادة

تنظيم الذات على مستوى أكثر واقعية ، ومن خلا إعادة التنظيم هذا يصبح السلوك أكثر تكيفا

وأقل قلقا وأكثر فاعلية 1 .

نستنتج من خلال مختلف الكتابات عن العلاج النفسي أنه مجموعة من التقنيات المساعدة على

التخفيف من الأعراض النفسية التي يعاني منها المكتئب ، يسترجع من خلالها مهاراته

الاجتماعية التي فقدتها واستراتيجياته في مواجهة القلق والأفكار غير العقلانية عن ذاته وعن

محيطه والمستقبل ، وذلك عن طريق حصص علاجية في مدة زمنية محددة ومكان محدد يتم

التنفيس فيها عن المعاناة والتخلص من كل الشحنات السلبية التي تسيطر على النفس والجسد

.

4 - العلاج الديني :

إن أركان المنهج الديني والتي تتمثل في الشعور بالإثم والخطيئة والاعتراف والتكفير ، زيادة على الذات الاجتماعية والقيم الأخلاقية والروحية والدينية ، والصحة والبدن ، ويعتمد هذا المنهج أساسا على الدين ثم على علوم التربية والنفس والأخلاق وأخيرا على الطب البدني لأن العقل السليم في الجسم السليم ولأن الدين هو الطريق إلى العقل وإلى القلب وهو الطريق لبقاء ودوام القيم الإنسانية التي تعتبر كإطار مرجعي لسلوك الإنسان وتصرفاته وأسلوب حياته ، فهو يساعد على التغلب على التوترات والصراعات التي يتعرض لها .

والعلاج النفسي الديني يعتمد على التوجيه والاستبصار وعلى معرفة الفرد لنفسه ولربه ودينه ، وللقيم والمبادئ الروحية والخلقية ، وهذه المعرفة متعددة الجوانب والأركان تعتبر مشعلا يوجه الفرد في دنياه ويزيده استبصارا بنفسه وبأعماله وذنوبه وآثامه وطرائق تكيفه في حاضره ومستقبله .

*** خطوات العلاج النفسي الديني : وتتمثل فيما يلي :**

أهمية الاعتراف في العملية العلاجية : فعندما يشعر الإنسان بالسأم والاضطراب في روحه وعقله وبالتعب في بدنه ، يتيح له العلاج فرصة التعبير عن الأفكار التي تؤلمه وتؤرقه لأن مشاعر الخطيئة أو الإثم تدفع الذات للشعور بالذعر والتهديد والخطر ، وهذه المشاعر تسبب عدم الاتزان العقلي ، ومن هنا تبدو الحاجة ملحة للاتصال بالآخر والتعبير والكشف عن

مكونات النفس ، وهذا الأسلوب العلاجي يساعد الفرد على الاعتراف بخطاياهم ذلك أن الاعتراف يعيد إلى النفس المضطربة اتزانها وطمأنينتها .

التوبة والتكفير: فالتوبة أسلوب من أساليب التكفير عن الذنوب والتطهير للنفس من الآثام والذنوب وهي المدخل للمغفرة وهي التي تسمح بإيجاد مصرف للمشاعر الثائرة التي تسبب فيها الفعل أو العمل المنافي للقيم الأخلاقية والاجتماعية والروحية ، وذلك من خلال معرفة مدى الضرر لهذه الذنوب وذلك من خلال ما تحدثه من إساءة لنفسه ولسمعته وعلاقته بالناس ، وهذه المعرفة تحدث حالة نفسية تتميز بالعدم والألم ، فمشاعر الألم والندم تدفع الفرد إلى النزوع إلى الخير ، وهذا لا يأتي إلا بترك الذنب والاستغفار فيقول: " ربي ظلمت نفسي وعملت سوءا فاغفر لي ذنوبي " وكذلك بالصدقات وأنواع العبادات والصيام والصلاة عقب الذنب وذلك للتكفير عن ما فعل .

تكوين ذات اجتماعية جديدة: إن الذات الاجتماعية (الذات كما يعتقد الشخص أن الآخرين يرونه بها) فإذا كان الفرد لديه انطباع أن الآخرين يعتقدون بأنه غير مقبول اجتماعيا فإنه يميل إلى رؤية نفسه في هذه الصورة السلبية .

إن شعور الفرد بعدم الاطمئنان عن نفسه وإحساسه بعدم الاستحقاق تلون انطباعه للطريقة التي يشعر بها الآخرون نحوه ، وعلى العكس من ذلك ، فإذا كان الوالدين مثلا أو المدرسون والأصدقاء لديهم فكرة إيجابية عن شخصية الفرد فسوف يتخذ هذا الفرد اتجاها إيجابيا نحو ذاته ، فالإحساس بالأمن واحترام الذات مرتبط تماما بالذات الاجتماعية والتي تكتسب من

- العلاقات المتبادلة للطفل بالأعضاء الآخرين في العائلة ، فإذا تقبل الآباء أبناءهم كما هم فإن ذلك سيعزز الشعور الثقة بالنفس واحترام الذات ، ويتحقق ذلك من خلال علاقة الفرد بينه وبين خالقه ، وبين الإنسان وأخيه الإنسان ، والمحصلة الأخيرة لهذا الموقف الكلي تتكون من ثلاثة أطراف : الخالق ، الإنسان ، الغير.
- تكوين قيم واتجاهات : ولتحقيق التكيف السليم لدى الفرد يجب أن يتبنى قيما واتجاهات ويجعلها مركزا لخبرات إدراكية وانفعالية جديدة وذلك من خلال :
- القدرة على الصمود أمام الشدائد دون اختلال توازنه وتفكيره .
 - القدرة على العمل والإنتاج وفق ما تسمح به قدراته ومهاراته .
 - تقبل الذات وتقبل الآخرين من خلال ثقته في نفسه وفي الآخرين .
 - اتخاذ أهداف واقعية (ليست أهدافا أعلى من قدراته ولا أقل من من طموحاته وفكرته عن نفسه)
 - القدرة على ضبط الذات وتحمل المسؤولية من خلال تحكمه في رغباته ومن خلال اعتبار نفسه مسئولا عن أعماله وتحملها عن طيب خاطر .
 - القدرة على تكوين علاقات مبنية على الثقة المتبادلة ، لأن اعتراف الفرد بحاجته للآخرين يتضمن أيضا القدرة على تكوين علاقات مبنية على الثقة المتبادلة .
 - القدرة على التضحية وخدمة الآخرين من خلال المنح والعطاء ، كما يستطيع أن يأخذ سواء مع الأولاد أو المرؤوسين أو الأصدقاء... الخ .

– الشعور بالسعادة من خلال استمتاعه بالحياة وبعمله وأسرته وأصدقائه وشعوره بالطمأنينة وراحة البال .

نستنتج أن العلاج الديني يستهدف النفس البشرية من خلال معرفة الفرد لنفسه ولربه ودينه وتكوين قيم ومبادئ و أخلاق تكون منهاجاً له في حياته ، بحيث تساعد على التوبة من الذنوب ن تكوين ذات اجتماعية إيجابية وفعالة في المجتمع ن تكوين مشاعر السعادة و الرضا بما قسمه الله تعالى له في الدنيا .

5- العلاج التقليدي : ومن أهم هذه العلاجات التقليدية المعروفة ما يلي :

الرقية الشرعية : إن لكل علم صيرورته التاريخية ، ونفس الشيء بالنسبة للرقية فقد ظهر العلاج بها قبل فجر الإسلام ، والتاريخ تحدث عن وجود طائفة من كهنة العرب اتبعوا عادات وتقاليد طبية و وقائية معينة شاع أمرها فيما بينهم ودرجوا على إتباعها في حالات معينة وآمنوا بفعالية الأحجار والتمائم والعزائم .

وكانوا يستعملونها للأمراض والإصابات المختلفة كالتخلص من بعض الآلام واكتساب الثقة بالنفس عند مقابلة الحكام والخصوم ، وتجنب الآفات العامة ومن الإصابة بالعين خاصة ، وير "الألوسي" أن هناك من يعتقدون أن الرجل إذا خدرت رجله ذكر من يحبه أو دعاه فيذهب خدرها وإذا تعرض أحدهم للهوس أو الجنون يزعمون أنه مسكون بالأرواح الخبيثة لذلك يقومون بتنجيسه ووضع القذارة عليه ، وروي عن أهل المدينة أنهم كانوا إذا مرض أحدهم أخبروا أمير المؤمنين فيأتي إليه ليرقيه بالفاتحة فيشفى المريض قبل أن يغادر عمر رضي الله عنه ، فلما توفي ، مرض رجل فاستدعوا له من يرقيه فقرأ عليه الفاتحة عدة

مرات فلم يشفى ، فتعجب الناس فيما بينهم فدخل عليهم واحد وقال : يا قوم لا تعجبوا ، الفاتحة هي الفاتحة ولكن أين قلب عمر ؟ .

وكشف العالم النفساني الجزائري عبد الرحمان سي موسى أن 80 % من المصابين بالاضطرابات النفسية في الجزائر يقصدون الرقاة بهدف العلاج ، وهذا راجع بالأساس إلى صعوبة العلاج النفسي الذي يطالب المريض بتحديد مشاكله الداخلية و تجاوزها ، لأن العلم يؤكد أن 90 % من المشاكل النفسية تأتي من داخل الإنسان وهو الوحيد الذي يستطيع علاجها بالاستعانة بالمختصين النفسيين بالاعتماد على أساليب علمية في العلاج ، وبالنسبة للوسائل التي يعتمد عليها الرقاة في علاجهم فهي تتمثل أساسا في قراءة القرآن الكريم والدعاء والقراء على بعض السوائل .

كما يعتمد الرقاة أيضا على الحجامة ، الأعشاب الطبية ، الإرشاد الديني ، ومن بين الوسائل الجديدة المستحدثة عند الرقاة ، العلاج بالتنويم الإيحائي والعلاج بالمصل المرقى واستعمال بعض الوسائل السمعية البصرية في العلاج 1 .

6 - تأثير الأفكار والمعتقدات والاتجاهات على فعالية العلاج :

أثبت علماء النفس الفيزيولوجي الروس منذ فترة مبكرة أن الوظائف الفيزيولوجية تتأثر إيجابا وسلبا بأقوال الفرد لنفسه وأن الكلمات وحدها قد تثير استجابات انفعالية حادة ، فعلى سبيل المثال : إن الاستجابات الفيزيولوجية لدى مجموعة من الأشخاص عند سماعهم

لكلمات مرتبطة بالألم (ألم ، أذى أو أثنين) لا تختلف عن الاستجابات المصاحبة للمواقف الفعلية التي تعبر عن الألم ، والشخص الواحد يمكن أن يستثير نفسه انفعاليا في اتجاهات مختلفة كالاكتئاب أو السرور أو القلق في لحظة واحدة على حسب ما يقوله لنفسه أثناء استعادته لفكرة ما أو عند أدائه لعمل أو مواجهته لموقف معين أو عند تفاعله مع أشخاص معينين .

فقد أمكن لأحد المجرنين أن نجح في التأثير في الحالات المزاجية للشخص بتغيير محتوى العبارات التي طلب من الفرد أن يرددها أثناء اندماجه في نشاط معين .

فعندما تكون العبارات ذات محتوى سار أو منشط مثل (إنني سعيد وفخور بنفسي) تظهر آثار انفعالية تختلف عما لو كانت العبارة ذات محتوى اكتئابي وحزين (إن حياتي بما يكفيها ويكفي عشرة أشخاص من متاعب) ، زمن الطريف أنه تبين أن الاستثارة في الجهاز العصبي تزداد وترتفع عندما يطلب من الشخص أن يفكر في مواضيع ذات طابع مثير جنسيا بينما ينخفض النشاط وتقل الاستثارة عندما يفكر في أنواع هادئة من النشاط والتخيلات ، وقد ثبت في دراسة تجريبية (Bandura 1969) أنه يمكن استثارة الخوف بتخيل مواقف كريهة أو ضارة في موقع معين كذلك فإن الدراسات الحديثة لعلماء النفس تبين أن تأثير كل أساليب العلاج تقريبا بما فيها استخدام العقاقير والأساليب الفزيولوجية تعتمد اعتمادا حاسما في تحقيق نجاحها على الاعتقادات الشخصية وعلى عوامل مثل : توقع مكاسب علاجية والمعلومات التي يحصلها المريض عن مواقف الخوف والقلق والاكتئاب وتدريب على ضبط الانتباه واتجاه الشخص نحو المعالج ونحو العلاج النفسي ذاته بشكل عام وهي كلها

عوامل تنتمي إلى أسلوب تفكير المريض واتجاهاته العقلية ، وحتى الأشكال العلاجية العضوية بما فيها تعاطي العقاقير الطبية تكتسب فعاليتها من خلال الاعتقادات الشخصية في نجاحها أو فشلها .

في إحدى الدراسات أعطيت مجموعتين من المرضى المصابين بارتفاع في ضغط الدم نفس العقار الطبي بفرق واحد هو أن المجموعة الأولى قيل لها أن تأثير الدواء في خفض الضغط سيكون فوراً وعاجلاً أما المجموعة الثانية فقيل لها أن تأثير الدواء سيكون بطيئاً وسيأخذ بعض الوقت حتى تظهر نتائجه ، وقد تبين بعد قياس ضغط الدم لدى المجموعتين بعد تقديم العقار طبعاً أن المجموعة الأولى التي قيل لها أن تأثير الدواء سيكون سريعاً قد انخفض ضغط دمه أفرادها بنسبة 70% مقارنة بالمجموعة الثانية ، كذلك لاحظ الممارسون أن نفس العقار الطبي قد يعطي لشخصين يتشابهان في تشخيصهما لكنه لا يؤدي إلى نفس التأثير أي أنه ينجح مع شخص ويفشل مع آخر بسبب التوقعات والاعتقادات التي يتبناها كل واحد عن تأثير العقار إيجاباً أو سلباً ، فالمريض الذي يؤمن بأن العقار الذي يتعاطاه فعال ويثق في المعالج حينها يكون العقار فعالاً والعكس بالعكس .

وفي سلسلة من الدراسات التجريبية في الولايات المتحدة لمقارنة الأدوية الطبية التي تعطى في مختلف حالات الاضطرابات الصحية والنفسية والجسمية بأدوية كاذبة (أقراص من السكر أو النشاء) تعطى للمريض على أنها عقاقير طبية ، تبين وجود العديد من النتائج الايجابية العلاجية يمكن أن يؤدي إليها استخدام الأدوية الكاذبة إذا ما أعطيت للمريض على أنها قوية وفعالة وأنه أمكن تجربتها على كثير من المرضى من قبل .

7 - مدى فاعلية العلاج النفسي :

من الصعوبة بما كان قياس فاعلية العلاج النفسي ، ذلك لأنه يتأثر بمتغيرات عديدة منها ما يتصل بكل من المريض ، المعالج طبيعة الاضطراب ، ويمكن أن تكون التقارير الذاتية للمعالجين أو للمرضى ذات قيمة لكنها نادرا ما توصف على أنها دليل نزيه على الفعالية ، ولقد زاد اهتمام المعالجين بإثبات قيمة مجهوداتهم ، ويمكن أن تتأثر القياسات الذاتية التي يوردها المريض بما يسمى " تأثير مرحبا - وداعا " فعندما يقولون مرحبا للمعالج يكون لديهم ميل إلى تضخيم مشاكلهم لتبيان أنهم يحتاجون فعلا للمساعدة وعندما يقولون وداعا في نهاية العلاج يكون لديهم ميل إلى المبالغة فيما يشعرون به من تحسن من أجل إظهار تقديرهم للطبيب وليقتنعوا أنفسهم بأن الوقت والمال قد أنفقا في مكانهما .

إن أهم دراسة قام بها كل من " ماري سميث " و " جير جلاس " سنة 1977 عن مدى فاعلية العلاج النفسي وكان مجال دراستهما لم يسبق له مثيل ، فقد حللا 375 دراسة سابقة قارنت مجموعات تلقت علاجا مع مجموعات ضابطة لم تخضع للعلاج ، وضمت عددا كبيرا من طرق العلاج الفردي ولكنها استبعدت العلاج الجماعي ، وقامت هذه الدراسات بقياس الفروق في مجالات معينة مثل : تقدير الذات القلق ، الانجاز في العمل أو الدراسة ، الانعصاب الفزيولوجي ، وقام الباحثين بقياس الآثار العلاجية في كل دراسة وذلك بمقارنة متوسط التغير الحادث نتيجة العلاج مع المجموعة الضابطة واستنتجا أن الشخص المتوسط الذي تلقى العلاج أصبح في حال أفضل من أولئك الذين لم يتلقوا علاجاً 1 .

1 - أحمد محمد عبد الخالق : مرجع سابق ، ص 585 .

وبالنسبة لأكثر الدراسات إقناعا في إجابتها عن السؤال التالي :

أي طريقة من طرق العلاج أفضل ؟ وهنا يجب أن ننظر مرة أخرى إلى التحليل الطموح الذي أجرا " سميث و جلاس " بالإضافة إلى قياسهم لفعالية العلاج النفسي بوجه عام ، فقد قارنا بين عدد من الطرق العلاجية الفردية ثم أجريا سلسلة من التحليلات الدقيقة ، فكانت استنتاجاتهما واعدة ، على الرغم من أنها لا تحتل أن توقف الجدل الحاصل حول أفضل نوع من العلاج ، فقد ظهرت فروق طفيفة أو لم تظهر فروق في الفاعلية بين العلاجات المختلفة ، وكما يذكر " سميث و جلاس " على الرغم من المجلدات المخصصة للفروق النظرية بين المدارس المختلفة للعلاج النفسي فإن نتائج هذا البحث قد كشفت عن فروق تافهة في الآثار الناتجة عن مختلف أنواع العلاج ، وليس هناك مصوغ آخر للأحكام غير المشروطة لتفوق طريقة معينة للعلاج النفسي على غيرها وكذلك كل الادعاءات المتعلقة بسياسة العلاج والتدريب ، ويعد الباحثون الإكلينيكيون في مركز ضعيف من حيث قلة معرفتهم بما تم إثباته ، لأن نتائج البحوث مجزئة في مختلف الدوريات العلمية ومنتشرة عبر عدد كبير من النشرات و الكتب و التقارير التي لا يمكن الوصول إليها بسهولة .

وقد استنتجت مجموعة أخرى من الباحثين - بعد مسح للمرضى - أن العلاقة بين المريض والمعالج تقوم بدور أساسي في نجاح أي نوع من العلاجات " ينظر إلى العلاج النفسي من زاوية المفحوصين على أنه خبرة شخصية عميقة ، وأكثر الأمور أهمية هو دفي المعالج واحترامه واهتمامه وكفاءته ونشاطه كما يدركها المفحوص " 1 .

خلاصة الفصل

إن الاكتئاب هو مرض يشمل كل الجسم بم فيه الجهاز العصبي ، المزاج ، الأفكار والسلوك ويشكل تهديدا محتملا ومؤثرا على وتيرة الأكل والنوم والتفكير والعادات الشعورية والتعامل مع الناس ، وقد يستمر لأسابيع أو شهور أو حتى لسنوات .

ولعلاج هذا المرض يجب الاهتمام بكل النواحي المتعلقة بالإنسان كالعقل والروح والجسد ، لأن هذه العناصر غير منفصلة عن بعضها وأي نظام شفائي يتعامل مع واحد وليس الكل فهو نهج غير مكتمل وعرضة للفشل .

مدخل الدراسة

- أسباب ودوافع اختيار الموضوع

- أهداف وأهمية الموضوع

- إشكالية البحث

- فرضيات البحث

- التعاريف الإجرائية

- الدراسات السابقة

الدراسة الاكلينيكية للاكتئاب

- تمهيد

- تاريخ الاكتئاب

- تعريف الاكتئاب

- تصنيفات الاكتئاب حسب DSM4

- تشخيص الاكتئاب

- علاجات الاكتئاب

- خلاصة الفصل

دراسة للعلاجات المختلفة

- تمهيد

- العلاج الطبي

- العلاج النفسي

- العلاج التقليدي

- الأفكار والمعتقدات تؤثر على فعالية العلاج

- مدى فعالية العلاج النفسي

- خلاصة الفصل

دراسة الإحباط

- تمهيد

- معنى الإحباط

- أسباب الإحباط

- أنواع الإحباط

- مختلف أنواع الاستجابة للإحباط

- خلاصة الفصل

منهجية البحث العيادي

- تمهيد

- الخطوات العملية للدراسة

- التعريف بميدان البحث

- معايير اختيار العينة

- منهج البحث

- أدوات الدراسة

- المقابلة العيادية

- الملاحظة العيادية

- شبكة جمع المعلومات

دراسة الحالات

- 1- تقديم الحالة الأولى :
 - تحليل المقابلات
 - الدراسة العيادية للحالة
 - التشخيص
 - التكفل النفسي
 - تحليل دراسة الحالة الأولى

- 2 - تقديم الحالة الثانية :
 - تحليل المقابلات
 - الدراسة العيادية للحالة
 - التشخيص
 - التكفل النفسي
 - تحليل دراسة الحالة الثانية

- 3 - تقديم الحالة الثالثة :
 - تحليل المقابلات
 - الدراسة العيادية للحالة
 - التشخيص
 - التكفل النفسي
 - تحليل دراسة الحالة الثالثة
 - الخلاصة العامة للدراسة التطبيقية
 - مناقشة الفرضيات على ضوء النتائج
 - صعوبات البحث
 - التوصيات والاقتراحات
 - خاتمة



أسباب إختيار الموضوع :

هناك عدة أسباب ودوافع لاختيارنا لهذا الموضوع منها :

- انتشار مرض الاكتئاب بصورة تبعث على القلق .
- ارتفاع نسبة الانتحار في الجزائر .
- غياب العلاج النفسي الفعال.
- فقدان الأمل في الشفاء لدى المكتئبين .
- دور الأسرة الغائب في العملية العلاجية .

أهداف وأهمية الموضوع :

تكمن أهمية هذا الموضوع في لفت النظر إلى أهمية المتابعة النفسية الفعالة وادماج الأسرة كعنصر فعال في العملية العلاجية وذلك لتطوير وتحسين التكفل النفسي حتى يسترجع المكتئب توازنه النفسي أما الأهداف فتتمثل فيما يلي :

- معرفة إذا كان العلاج لدى المكتئب مقتصر على الأدوية فقط .
- معرفة إذا كان العلاج النفسي موجود أو غائب في المسيرة العلاجية للمكتئب .
- التعرف إذا كان لدى المكتئب ضغوطات في حياته اليومية .
- معرفة إذا كان لأسرة المكتئب دورا في العملية العلاجية لمريضها .

إشكالية البحث :

إن مرض الاكتئاب يؤدي إلى تغيرات واضحة على المستوى النفسي والسلوكي والجسماني و يظهر ذلك من خلال الأعراض الواضحة على الحالات ، فمن خلال ملاحظتنا لواقع العلاج لدى هؤلاء المرضى في مستشفى الأمراض العقلية ورغم تعدد واختلاف العلاجات التي يخضعون لها حسب أقوالهم من طبية ونفسية وتقليدية إلا أنهم لا يستجيبون لها برود أفعال إيجابية ، ويصررون على أن العلاج الطبي غير فعال وأه شكل لديهم تبعية للأدوية تولد عنه سأم وملل منها، فالطبيب النفساني يهتم بالجانب الجسدي من الانسان ويصف الأدوية للتخفيف من الأعراض لكن الجانب النفسي والسلوكي مهمل ، فالاعتماد على الجانب الفيزيولوجي والاهتمام به وعدم الأخذبعين الاعتبار الجانب النفسي يجعل العملية العلاجية غير كاملة وغير فعالة لأن المكتئب يعاني من اضطرابات نفسية وصراع داخلي عميق وفي بعض الأحيان يؤدي بهم للانتحار ، وعلى خلفية هذه الوضعية التي تعيشها بعض النساء المكتئبات التي وجدناها تتابع العلاج الطبي في مستشفى الأمراض العقلية تكونت لدينا الإشكالية التالية :

لماذا تشعر المكتئبة بعدم فعالية العلاج الطبي في مسارها العلاجي ؟

الفرضية العامة :

تشعر المكتئبة بعدم فعالية العلاج الطبي في مسارها العلاجي نتيجة طبيعة العلاج المقدم لها.

الفرضيات الجزئية :

- تشعر المكتئبة بعدم فعالية العلاج لاقتصاره على الأدوية فقط .
- تشعر المكتئبة بعدم فعالية العلاج لغياب التكفل النفسي العلاجي .

- تشعر المكتئبة بعدم فعالية العلاج نتيجة لضغوطات الحياة اليومية .
- تشعر المكتئبة بعدم فعالية العلاج لغياب دور الأسرة .

التعاريف الإجرائية :

1 - المكتئبة الراشدة: هي امرأة مريضة نفسيا تعاني من اضطراب في المزاج ويظهر ذلك من خلال الحزن والتشاؤم والانعزال وسيطرة الأفكار السوداوية على حياته .

2 - العلاج الطبي : هو علاج بالمواد الكيميائية والتي تتمثل في مضادات الاكتئاب والهدف منها ضبط الأعراض .

3 - المسار العلاجي : يتمثل في مختلف العلاجات التي تخضع لها المكتئبة وهي العلاج الطبي والعلاج النفسي والعلاج التقليدي .

الدراسات السابقة :

1 - د. بن أحمد قويدر : " التمثلات الثقافية للعلاج ووظيفتها في المسار العلاجي للمكتئب الراشد " دراسة عيادية لثمانية حالات بالمؤسسة الاستشفائية للأمراض العقلية بمستغانم رسالة دكتوراه علوم .

■ **الإشكالية** : ما هي التمثلات الثقافية للعلاج الذي يخضع له المكتئب الراشد ؟

وما وظيفة هذه التمثلات في مساره العلاجي ؟

■ **العينة** : ثمانية حالات تتابع العلاج في مستشفى الأمراض العقلية بمستغانم

وتعاني هذه الحالات من الاكتئاب

■ **الأدوات المستعملة** : شبكة جمع المعلومات ، استمارة التمثلات الثقافية للعلاج

من إعداد الباحث .

■ **النتائج** : من خلال الدراسة توصل الباحث إلى أن هناك علاقة بين التمثلات

الثقافية للاكتئاب والتمثلات الثقافية للعلاج من خلال التعبيرات و التفسيرات و

آليات التكيف و أسباب الإصابة و أشكال التعبير عن الاكتئاب من خلال

الوظيفة الرمزية للثقافة التي تتشكل ضمنها شخصيته والتمثلات الثقافية للعلاج نابعة من

الإصابة العضوية ، والعلاج المتمثل في الأدوية ، توصل كذلك إلى أن العلاج النفسي غائب

من خلال قلة كفاءة الأخصائيين النفسيين مما يثبت الاعتقاد لدى المرضى بعدم فعاليته ،

والعلاج التقليدي والذي يحصر المرض في السحر أو العين أو الجن ، هذا العلاج واسع

الاستعمال لكن بعد الخضوع له تجده الحالات غير كاف ، وبالنسبة لشخصية المعالج

فالحالات تعطي أهمية لها من خلال التجربة المتكررة بين المرضى من خلال مساعدة

المعالج أو معاملاته معهم ، فشخصية المعالج لها أثر مهم في عملية تمثّل العلاج أما فيما

يخص التمثلات الثقافية للعلاج فهي ناتجة عن خصائص كل علاج فالطب العقلي مرتبط

بالأدوية والاستشفاء والمتابعة والتحكم في الأدوية وذلك من خلال استجابات الحالات للفحص الروتينية ، وصف الأدوية و استهلاكها بانتظام أما العلاج النفسي فتم استنتاج أن العمل غير جاد وفق مبادئ العلاج النفسي ومحصور في بعض النصائح و الإرشادات و أما العلاج التقليدي فهو مرتبط بالرقية الشرعية والتدليك بالماء وزيت الزيتون وشرب الماء المرقي فالنتيجة أن الحالات تتفاعل معها أكثر من العلاج الطبي والعلاج النفسي ، أما فيما يخص وظيفة التمثلات في تفعيل العمل العلاجي تكون من خلال فهم الحالة المرضية الاكتئابية والتركيز على الطرق العلاجية وخاصة شخصية المعالج وتقييم أدائه وفعاليتها .

2- معيزة نجات ، بن قداش سهام : " المكتئب بين دور الطبيب النفسي ودور الأسرة "

دراسة عيادة لأربعة حالات في المركز الإستشفائي بمستغانم " مذكرة تخرج لنيل

شهادة الليسانس .

- **الإشكالية:** ما هي الوضعية العلاجية للمكتئب بين دور الطبيب النفسي ودور الأسرة ؟
- **العينة :** أربع حالات مصابة بالاكتئاب وتخضع للعلاج الطبي .
- **الأدوات المستعملة :** شبكة جمع المعلومات .
- **النتائج :** أشارت النتائج في هذا البحث إلى وجود دور للطبيب النفسي ولكن غياب تام لدور الأسرة ، فدور الطبيب النفسي ظهر من خلال الفحص المنتظم واعطاء نصائح للأسرة وطمأنتها وتهيئتها لتقبل مريضها وتوضيح الدور المتوقع منها لتساهم في تحسنه وعدم قطع الاتصال بالطبيب بمجرد تماثل المكتئب للشفاء .

أما الأسرة فلقد ظهر غياب دورها كعنصر فعال في العملية العلاجية من خلال غياب الحوار والرفض وعدم الاهتمام والقسوة والجهل في كيفية التعامل معهم فكل هذا عرقل عملية الشفاء مما جعلت حالة المكتئب مستقرة على حالها .

الفصل الأول

الفصل الثاني

الفصل الثالث

الجانب التطبيق

الملاحق

قائمة المراجع

أولاً : المراجع باللغة العربية :

- 1 - إجلال محمد سري : " علم النفس العلاجي " ، عالم الكتب ، القاهرة ، ط1 ، 1990
- 2 - أحمد محمد عبد الخالق : " أسس علم النفس " ، دار المعرفة الجامعية ، 2000
- 3 - ابراهيم عبد الستار : الاكتئاب، المجلس الوطني للثقافة و الفنون و الاداب ، الكويت.
- 4 - حسين فايد : " الاضطرابات السلوكية " ، كلية الآداب ، جامعة حلوان ، الإسكندرية
- 5 - حسين فايد : " العدوان والاكتئاب " ، كلية الآداب ، جامعة حلوان ، ط1 ، 2001
- 6 - حامد عبد السلام زهران : " الصحة النفسية والعلاج النفسي " ، عالم الكتب ، القاهرة ، ط2 ، 1995
- 7 - حسين عبد الحميد رشوان : " الأسرة والمجتمع " ، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، 2003.
- 8 - سامر جميل رضوان : "مستقبل العلاج النفسي" ، منشورات وزارة الثقافة ، 1999
- 9 - عبد الرحمان العيسوي : " علم النفس العام " ، دار المعرفة الجامعية ، 2000
- 10 - عبد الرحمان العيسوي : " علم النفس الإكلينيكي " ، الدار الجامعية ، 1996
- 11 - فوزي محمد جابر : " الصحة النفسية " ، المكتبة الجامعية ، الإسكندرية ، 2000
- 12 - لطفي الشربيني : " الاكتئاب " ، منشأة المعارف ، جلال حزي وشركائه
- 13 - لويس كامل مليكة : " العلاج السلوكي وتعديل السلوك " ، دار العلم للنشر والتوزيع ، ط1 ، 1990
- 14 - مصطفى فهمي : " الصحة النفسية ودراسات في سيكولوجية التكيف " مكتبة الخانجي ، القاهرة ، ط3 ، 1995 .
- 15 - هانري شايبرول : " المراهقة والاكتئاب " ، عويدات للنشر والطباعة ، بيروت ، ط1 ، 1998
- 16 - وليد سرحان : " الاكتئاب " ، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع ، ط1 ، 2003

ثانياً : المراجع باللغة الأجنبية :

- 1 - I . Gasmin / J . F Allilaire : psychiatrie de l'enfant et de l'adulte , Edition masson , paris , 2003
- 2 - Philipe Brenot : les mots de la dépression , Edition l'esprit du temps , Bordeaux , 1992 .

3 - Thérèse lempriere , Andre fèline : Psychatrie de l'adulte, masson, hauts de seine, France, p 105 – 106 .

القواميس والمعاجم :

1 - أمينة السماك ، عادل مصطفى : " الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية " ،

مكتبة الزوار الإسلامية ، الكويت ، ط 1 ، 2001

2 - فرج عبد القادر : " معجم مصطلحات التحليل النفسي " ، دار النهضة العربية ، ط 1

3 - فاخر عاقل : " معجم علم النفس " ، دار العلم للملايين ، بيروت ، ط 1 ، 1971

4- N. Sillamy : **dictionnaire de psychologie**, édition larousse, 1991

المذكرات :

1 - د . بن احمد بن قويدر : التمثلات الثقافية و وظيفتها في المسار العلاجي لدى المكتئب الراشد ،

مذكرة تخرج لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس ، 2011/2010

الأنترنيت :

www.nafsany.cc/vb/archive/index.php/t:22.30/20/04/2011

www.wikipedia/org: 19.15/11-04-2011

ملخص البحث

يهدف هذا البحث إلى دراسة الوضعية العلاجية لدى المكتئبة في مسارها العلاجي وإلى الكشف عن المعاناة النفسية التي تعيشها في حياتها اليومية وعدم توصلها إلى الهدف المنشود والتمثل في الشفاء والأسباب الكامنة وراء ذلك فمن خلال اتصالنا مع الحالات لاحظنا عليهم الشكوى والتذمر من الأدوية ومن حالتهم الصحية التي لم تتحسن بالرغم من طول المدة الزمنية للمتابعة الطبية وتناول مضادات الاكتئاب ، فتكونت لديهم مشاعر فقدان الأمل وعدم الجدوى من العلاج وانخفاض في المعنويات واليأس من الشفاء وتحقيق الراحة النفسية والجسدية .
وعليه قمنا بصياغة الإشكالية التالية :

لماذا تشعر المكتئبة بعدم فعالية العلاج الطبي في مسارها العلاجي ؟

ثم طرحنا الفرضية العامة والمتمثلة في شعور المكتئبة بعدم فعالية العلاج الطبي في مسارها العلاجي هو نتيجة لطبيعة العلاج المقدم لها ، والفرضيات الجزئية المتمثلة في :

- تشعر المكتئبة بعدم فعالية العلاج الطبي لاقتصاره على الأدوية فقط .
- تشعر المكتئبة بعدم فعالية العلاج الطبي لغياب التكفل النفسي .
- تشعر المكتئبة بعدم فعالية العلاج الطبي نتيجة لضغوطات الحياة .
- تشعر المكتئبة بعدم فعالية العلاج الطبي لغياب دور الأسرة .

ومن تم حاولنا قدر المستطاع القيام بدراسة ملمة وشاملة بجمع أكبر قدر من المعلومات في الجانب النظري عن الاكتئاب وأنواع العلاج ثم الجانب التطبيقي من خلال أدوات البحث المتمثلة في المقابلة العيادية والملاحظة العيادية وشبكة الملاحظة وذلك لتأكد من صحة الفرضيات ، فهذه الدراسة شملت 3 حالات مكتئبة تخضع للعلاج الطبي :
الحالة الأولى متواجدة في دار المسنين بمستغانم ، والحالتين الأخيرتين تخضع للعلاج والمتابعة الطبية في مصلحة الأمراض العقلية بالمحمدية ولاية معسكر .

ومن خلال هذا البحث توصلنا إلى النتائج التالية والتي أشارت إلى مشاعر عدم فعالية العلاج الطبي من خلال عدم رضى الحالات عنه لأنها لم تتوصل إلى إشباع دافعها المتمثل في الشفاء وتحقيق الصحة والراحة النفسية والجسدية ، ومن خلال غياب التكفل النفسي زيادة على الضغوطات وكثرة المشاكل وعدم القدرة على مواجهتها وغياب دعم الأسرة وعدم وعيها بدورها المهم في تحسين الوضعية العلاجية للمكتئبة .

تمهيد :

الاكتئاب النفسي هو أحد أكثر الأمراض النفسية انتشارا في الوقت الحالي ، وتؤكد الدراسات العلمية ارتفاع نسبة حدوثه في المستقبل .

والاكتئاب النفسي هو المرض الذي يؤثر بطريقة سلبية على طريقة التفكير والتصرف ، ويصاب بالاكتئاب الذكور والإناث على حد سواء ، الصغار والكبار والمسنين ، لا يفرق بين مستوى التعليم والثقافة ولا المستوى المادي ، فالجميع معرض للإصابة به .

ولعل أبلغ تعبير عن هذه الحقيقة هو قول " ميلاني كلاين " Milanie Klein أحد علماء النفس بأن (المعاناة التي تسببت للإنسان من آثار الاكتئاب النفسي تفوق تلك التي نتجت عن بقية الأمراض الأخرى مجتمعة .) 1

1 - لطفي الشربيني : الاكتئاب - المرض والعلاج ، منشأة المعارف ، جلال حزي وشركائه ، ص18

1 - تاريخ الاكتئاب :

لعل من أول ما سجله التاريخ أن " أمحتب " الذي لقب فيما بعد " أبو الطب " قد أسس في مدينة " منف " القديمة في مصر معبدا تحول إلى مدرسة للطب لعلاج الأمراض البدنية والنفسية ، وقد ورد في مراجع التاريخ أيضا أن الأمراض النفسية ومنها الاكتئاب ، كان يتم الاهتمام بها وعلاجها بوسائل وطرق تشابه كثيرا الطرق المستخدمة في العلاج في وقتنا الحالي ، فقد ورد وصف للأنشطة الترفيهية والعلاج بالماء واستخدام الإيحاء والعلاج الديني للإضطرابات النفسية ، كما احتوت البرديات القديمة على بعض النظريات التي تربط الأمراض النفسية مثل الاكتئاب بحالة الجسم وأمراض القلب وهذا يتماثل مع النظريات الحديثة التي تؤكد العلاقة بين الجسد والنفس وبين الأمراض العضوية والأمراض النفسية .

وقد ورد في كتب العهد القديم قصة " شاول " الذي أصابته أرواح شريرة بحالة اكتئاب عقلي دفعه إلى أن يطلب من خادمه أن يقتله ، وعندما رفض الخادم الانصياع لأمره أقدم هو على الانتحار ، وفي كتابات الإغريق هناك بعض الإشارات عن طريق الأساطير وعن طريق الشعر والأدب إلى حالات تشبه الاكتئاب النفسي بمفهومه الحالي ، فقد ورد في جمهورية أفلاطون بعض التفاصيل عن حقوق المرضى النفسيين وكيفية علاجهم والعناية بهم ، وقد كان " أبيقراط " الملقب بأبي الطب من الأوائل الذين وصفوا حالة الاكتئاب النفسي ونقيضه مرض الهوس وصفا لا يختلف عن الوصف الحالي ، وقد ربط أبيقراط بين الجسد والروح ، أو بين الجسم والعقل وأكد وجود تأثير متبادل بينهما ، كما توصل إلى أن المخ هو مركز الإحساس وليس القلب وكان ذلك صاحب نظرة شاملة في الطب العضوي والنفسي ،

وقام بعض الأطباء الرومان بوصف بعض الأمراض من بينها الاكتئاب ، وتم تصنيفه إلى نوع خارجي ونوع داخلي مثل بعض التصنيفات الحديثة في الطب النفسي .
وتحتوي الكتابات القديمة على وصف لوسائل العلاج المتبعة في ذلك الوقت ومنها ضرب المرضى أو منع الطعام عنهم حتى يتم تحفيز الذاكرة وإعادة الشهية للمريض واستخدام وسائل التسلية والترفيه مثل الرياضة والموسيقى وقراءة بعض النصوص للمريض بصوت عالي ، كذلك استخدام التغذية الجيدة وحمامات المياه ونقل المريض إلى بيئة ملائمة للراحة والهدوء النفسي 1 .

إن الطريق الذي سلكه ما يعرف اليوم بالاكتئاب وبروزه في الميدان الإكلينيكي طويل وتتخلله انعراجات ، فقد كانت التساؤلات والأبحاث خلال سنين طويلة تدور حول المزاج ، الإحساس ، الجنون هذا الأخير الذي لفت انتباه كل الملاحظين في ذلك الوقت ، وهذا بهذياناته المثيرة وهيجانه الخارق ، إلى حد أصبح فيه مراكز متعددة للدراسات، أما الاكتئاب فقد كان في الدرجة الثانية ، وفي القرن 14 م كانت الأبحاث متجهة نحو الأفكار السوداوية والتي تركت المجال ما بين القرنين 16 - 17 م إلى أبحاث الحزن والكآبة le chagrin .

1 - مرجع سابق ، ص 23، 24 ، 25 .

ومع ظهور الطب النفسي وتحرير " فيليب بينال " Philippe Pinel للجنون ، اكتشف تلميذه إسكيغول Esquirol مرض الاكتئاب وعرفه ب : epimanie ثم أتى من بعده Rush بهوس الحزن Tristimanie و Beard بالانهيار العصبي Neurastherie ثم Pierre Janet بالوهن النفسي أو Psychesthenie 1 على الرغم من أن الهوس والمنخوليا كانا معروفين في الوقت الماضي إلا أن الربط بينهما ظهر في منتصف القرن 19م حيث كان هناك ما يعرف عند Baillarger بالجنون ذو الشكلين أو la folie a double faces سنة 1854 .

وعند J.P Fabert بالجنون الدوري وعند العلماء الألمان باضطرابات المزاج المؤقتة ، إلى أن جاء Kreapeline سنة 1899 بما أسماه بهذيان الهوس الاكتئابي 2 ، أما مدرسة التحليل النفسي فقد حاولت تفادي حقائق الاكتئاب ، وأخذته كعامل تنتقل عبره اندفاعات الفرد أو كسبب ليبيديني يؤدي إلى ضعف في توازن الأنا ، أما " فرويد " فقد أشار إلى الاكتئاب في أعماله المنشورة deuil et mélancolie .

كما أنه لم يحرر الاكتئاب من كونه هذيان حتى في الفترة ما بين 1950 و 1960 مع ظهور مضادات الاكتئاب ، وأخيرا أصبح المصا بين يتفادون التصريح بأنهم مكتئبين ، و عوض ذلك يقولون أنهم متعبين أو مرهقين ، وفي نفس المرحلة كان مصطلح الاكتئاب يخفي الجنون ، فعوض أن يقال أن المريض مجنون أصبح يقال أنه مكتئب 3 .

- 1 - Philipe Brenot : les mots de la dépression, Edition l'esprit du temps, Bordeaux , France, 1992 , P 6 .
- 2 - Thérèse Lemperiere et André féline : psychiatrie de l'adulte, Edition Masson, France , 1997 , P 195 .
- 3 - Ibid , Philipe Brenot : les mots de la dépression, P 06

2 - تعريف الاكتئاب :

أ - لغة : يقال اكتئب فلان أي حزن واغتم وانكسر، والكآبة تعبير النفس بالانكسار من شدة الهم والحزن¹

ب - اصطلاحاً : يحمل مصطلح الاكتئاب معاني كثيرة حيث يستخدم هذا المصطلح لوصف انفعالات الناس عند شعورهم بالحزن أو قلة النشاط ، ولكن هذا لا يعني أنه هذا هو المعنى النهائي للاكتئاب ومن تم نترك للعلماء والمتخصصين فرصة تعريفنا به بصورة تحقق لنا معرفة شروط حدوثه وما يصاحبه من علامات واضحة أو غير واضحة² .

د - تعريفه حسب معجم علم النفس " نوربارسيلامي " N. Sillamy : هو حالة مرضية مستمرة تتميز بالحزن وانخفاض في النشاط والطاقة مع القلق ، الهم ، التعب ، فقدان الهممة فالحالة المكتئبة غير قادرة على مواجهة أقل صعوبة قد تتعرض لها ولا تقوم بأي مبادرة حيث تعاني من عجز تام ولديها انطباع أن قدراتها العقلية والفكرية كالتركيز والذاكرة قد تدهورت ، هذا زيادة على الإحساس بالنقص الذي ينجم عن السوداوية³ .

1 - وليد سرحان، جمال الخطيب ، محمد حباشة : الاكتئاب ، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع ط1 ، ص11
 2- حسين فايد ، الاضطرابات السلوكية تشخيصها ، أسبابها ، علاجها ، كلية الآداب ، جامعة حلوان ، الاسكندرية ، ص 94
 3 – N.SILLAMY : dictionnaire de psychologie , EDITION larousse , 1991 , p 79 .

ه - تعريفه حسب قاموس الطب النفسي : يقال كئب بمعنى تغيرت نفسه وانكسرت من شدة الهم والحزن أما اصطلاحاً فهو أكبر من ذلك لأنه حالة مرضية لها عواقبها الوخيمة ، ولا بد أن يعرض صاحبها على أخصائي نفسي 1 .

و - تعريفه حسب معجم علم النفس : الاكتئاب حالة مرضية دائمة نسبياً تتميز أساساً بالحزن والنقص في الحيوية والطاقة ، والفرد المكتئب نجد عنده الحصر ، التعب ، القنوط ويكون غير قادر على التصدي لأقل الصعوبات ولا يأخذ أي قرار ، لأنه يعاني دائماً من عدم القدرة ، وعليه انطباع بأن قدرته العقلية وكذا الانتباه والذاكرة قد تدهورت ، كما أن الإحساس بالنقص ينتج عن كل هذا ، يزيده الشعور بالدونية والتي قد تزيد من حدة الاكتئاب 2 .

ن - تعريفه حسب " فاخر عاقل " : ويعرف الاكتئاب على أنه حالة انفعالية تكون فيها فعالية نفسية جسمية منخفضة وغير سارة وقد تكون سارة أو مرضية وتشير إلى اليأس والعجز وسوء التفاهم 3 .

1 - حسين فايد : الاضطرابات السلوكية ، تشخيصها ، أسبابها وعلاجها ، كلية الآداب ، جامعة حلوان الاسكندرية ن ص 61 .

2 - حسين فايد : العدوان والاكتئاب ، كلية الآداب ، جامعة حلوان ، ط 1 ، 2001 ، ص 60 .

3 - فاخر عاقل : معجم علم النفس (انجليزي - فرنسي - عربي) ، دار العلم للملايين ، بيروت ، ط 1

ي - تعريف معجم مصطلحات التحليل النفسي: الاكتئاب حالة من الاضطراب النفسي تبدو أكثر ما تكون وضوحا في الجانب الانفعالي لشخصية المريض حيث يتميز بالحزن الشديد واليأس من الحياة ووخز الضمير وتباكيه القاصي على شرور لم يرتكبها و تأنيبه لنفسه ويجعل حياته جحيما لا يطاق 1 .

نستنتج أن الاكتئاب حالة نفسية مضطربة تتميز بأعراض نفسية وجسدية من خلال الحزن الشديد ، فقدان الأمل في الحياة ، اليأس والقنوط ، انخفاض مستوى تقدير الذات ، لوم الذات المستمر ، اللامبالاة، بطء حسي حركي ، ذاكرة ضعيفة .
كل هذه الأعراض تجعل حياة المكتئب غير محتملة .

3 - تصنيفات الاكتئاب حسب DSM4 :

- أ - نوبة الاكتئاب العظمى :** وجود خمسة أو أكثر من الأعراض التالية خلال نفس مدة الأسبوعين ، وهي تمثل تغيرا عن الأداء الوظيفي السابق - على أن يكون واحد على الأقل من هذه الأعراض :
- المزاج المكتئب ، فقدان الشغف أو اللذة .
- يكون المزاج مكتئبا معظم اليوم وكل يوم تقريبا كما يتبين إما بالأداء الذاتي مثل الاحساس بالحزن أو بالفراغ أو بملاحظة الآخرين للمريض كبكائه مثلا .
- نقص ملحوظ في الاهتمام أو الاستمتاع بكل الأنشطة في معظم اليوم (من خلال تصريح ذاتي أو ملاحظة الآخرين) .
- نقص كبير في الوزن دون إتباع حمية ، أو العكس زيادة في الوزن ونفس الشيء بالنسبة للشهية .

1- فرج عبد القادر : معجم مصطلحات التحليل النفسي ، دار النهضة العربية ، ط 1 ، ص 142 .

- الأرق أو النوم المفرط كل يوم تقريبا .
- تهيج أو تأخر نفس حركي كل يوم تقريبا (ملاحظ من طرف الآخرين وليس مجرد مشاعر ذاتية بالقلقلة والوهن) ، زيادة على الإحساس بالتعب وفقدان الطاقة بشكل يومي .
- الإحساس بانعدام القيمة أو الإحساس المفرط بالذنب والذي قد يكون ضلاليا كل يوم تقريبا (لمجرد توبيخ الذات أو الشعور بالذنب لتسببه في مرضه)
- نقصان القدرة على التفكير والتركيز ، والتردد ، تقريبا كل يوم (إما بالتصريح الذاتي أو كما يلاحظه عليه الآخرون) زيادة على سيطرة أفكار الموت - ليس مجرد خوف منه - أو تفكير متكرر في الانتحار ومحاولة تنفيذه وفق خطة محددة .
- الإحساس بانعدام القيمة أو الإحساس المفرط بالذنب والذي قد يكون ضلاليا كل يوم تقريبا (لمجرد توبيخ الذات أو الشعور بالذنب لتسببه في مرضه)
- نقصان القدرة على التفكير والتركيز ، والتردد ، تقريبا كل يوم (إما بالتصريح الذاتي أو كما يلاحظه عليه الآخرون) زيادة على سيطرة أفكار الموت - ليس مجرد خوف منه - أو تفكير متكرر في الانتحار ومحاولة تنفيذه وفق خطة محددة .
- ب - نوبة الهوس :** فترة محددة من المزاج المرتفع و المتعاضم أو النزق irritable بشكل شاذ ودائم تستمر أسبوعا على الأقل أو أي فترة زمنية إذا كانت الصورة تستوجب العلاج بالمستشفى .
- طوال فترة راب المزاج كانت هناك ثلاثة أو أكثر من الأعراض التالية ، أربعة إذا كان المزاج نزقا فحسب

- تضخم اعتبار الذات أو العظمة .
- قلة الحاجة إلى النوم ، مثلا الاحساس بتجدد النشاط بعد 3 ساعات فقط من النوم .
- الثرثرة أكثر من المعتاد وصعوبة التوقف عن الكلام .
- تطاير الأفكار أو خبرة ذاتية بأن الأفكار تتسابق .
- تشتت الانتباه كسهولة انصراف الانتباه إلى مثيرات خارجية غير مهمة وغير متعلقة بالموضوع .
- زيادة النشاط الموجه لهدف اجتماعي أو في العمل أو المدرسة ، أو النشاط الجنسي والتهيج نفسي حركي
- التورط المفرط في أنشطة ممتعة غير مأمونة العواقب كالانغماس في نوبات شراء سفيهية أو طيش جنسي أو مشاريع تافهة .
- ج - النوبة المختلطة :** توافر كل من المواصفات الخاصة بكل من نوبة الهوس ونوبة الاكتئاب العظمى (فيما عدا المدة) كل يوم تقريبا لفترة أسبوع على الأقل .
- اضطراب المزاج هو من الشدة حيث يؤدي إلى اختلال ملحوظ في الأداء المهني أو في الأنشطة الاجتماعية المعتادة أو العلاقات مع الآخرين بحيث يستلزم دخول المستشفى لمنع إيذاء النفس أو الغير أو أنه مصحوب بمظاهر ذهانية .
- ليست الأعراض نتيجة للتأثيرات الفيزيولوجية المباشرة لإحدى المواد ، مثل عقار داداماني ، أو دواء وعلاج أخرى ، أو لمرض جسمي عام كزيادة نشاط الغدة الدرقية .

- د - نوبة الهوس الخفيف :** فترة محددة من المزاج المرتفع أو المتعاضم أو النزق تستمر أربعة أيام على الأقل وتختلف عن المزاج المعتاد بشكل واضح .
- طول فترة الاضطراب المزاجي كانت ثلاث أو أكثر من الأعراض التالية : أربعة إذا كان المزاج نزقا فحسب بدرجة ملحوظة : تضخم اعتبار الذات أو العظمة .
- قلة الحاجة إلى النوم مثلا الاحساس بتجدد النشاط بعد 3 ساعات فقط من النوم .
- الثرثرة أكثر من المعتاد وصعوبة التوقف عن الكلام .
- تطاير الأفكار أو خبر ذاتية بأن الأفكار تتسابق زيادة على تشتت الانتباه .
- زيادة النشاط الموجه لهدف اجتماعي أو في العمل أو المدرسة ، أو النشاط الجنسي .
- التورط المفرط في أنشطة ممتعة غير مأمونة العواقب كالانغماس في نوبات شراء سفيهية أو طيش جنسي أو مشاريع تافهة .

4- الاضطرابات الاكتئابية :

- أ - اضطراب الاكتئاب الكبير ، نوبة مفردة :** وجود نوبة اكتئاب عظمى واحدة والتي لا يمكن تحليلها تعليلا أفضل بوصفها اضطراب فصام وجداني (وليست مقحمة على فصام عقلي) ولا بوصفها اضطرابا فصامي الشكل أو اضطرابا ضلاليا أو اضطرابا ذهانيا غير معين علي أي نحو .
- لم تكن هناك أي نوبة هوسية أو نوبة مختلطة أو نوبة هوس خفيف .

ب - اضطراب الاكتئاب الكبير ، راجع : وجود نوبتين أو أكثر من نوبات الاكتئاب العظمى .

ملاحظة : لكي تعد نوبات منفصلة ، يجب أن تكون هناك فترة لا تقل عن شهرين متتابعين لا تتوافر فيها مواصفات نوبة الاكتئاب العظمى .

– لا يمكن تعليل نوبة الاكتئاب العظمى _تعليلًا أفضل بوصفها اضطراب فصام وجداني (وليست مقحمة على فصام عقلي) ولا بوصفها اضطرابا فصامي الشكل أو اضطرابا ضلاليا أو اضطرابا ذهانيا غير معين علي أي نحو .

– لم تكن هناك أي نوبة هوسية أو نوبة مختلطة أو نوبة هوس خفيف .

ج - اضطراب الاكتئاب العصابي (ديسثيميا) : مزاج مكتئب معظم اليوم ، ويسود في

أغلب الأيام كما يتبين إما بالإدلاء الذاتي أو بملاحظة الآخرين له لمدة سنتين على الأقل

ملاحظة : بالنسبة للأطفال و المراهقين قد يكون المزاج نزقا ويجب أن تكون المدة سنة على الأقل ،

وجود اثنين أو أكثر مما يلي عندما يكون مكتئبا :

– ضعف الشهية أو الإفراط في الأكل .

– الأرق أو الإفراط في النوم .

– نقص الطاقة أو التعب .

– نقص اعتبار الذات .

– ضعف التركيز أو صعوبة اتخاذ القرارات .

- الشعور بفقدان الأمل .

خلال مدة سنتين - أو سنة بالنسبة للمراهقين والأطفال - من الاضطراب ، لم يحدث على الإطلاق أن خلا الفرد من الأعراض المدرجة سابقا لفترة تتجاوز الشهرين .

لم تكن هناك نوبة اكتئاب عظمى (أثناء السنتين الأوليين من الاضطراب ، السنة الأولى بالنسبة للأطفال والمراهقين) أي لا يمكن تعليل الاضطراب تعليلا أفضل بوصفه اضطراب اكتئاب كبير مزمن أو اضطراب كبير في هدأة جزئية .

د - اضطراب الاكتئابي غير المعين على أي نحو آخر : تشتمل فئة الاضطراب الاكتئابي

غير المعين على أي نحو آخر على اضطرابات ذات مظاهر اكتئابية لا تستوفي المعايير الخاصة باضطراب الاكتئاب الكبير أو اضطراب الديسثيميا أو اضطراب التوافق ذي المزاج المكتئب أو اضطراب التوافق مع خليط من القلق والاكتئاب ، وفي بعض الأحيان يمكن تواجدها أعراض الاكتئابية كجزء من اضطراب القلق غير المعين على أي نحو آخر من أمثلة الاضطراب الاكتئابي غير المعين على أي نحو آخر .

- اضطراب عسر المزاج قبل الطمث : في معظم الدورات الشهرية خلال العام السابق ، كانت الأعراض عبارة عن مزاج اكتئابي بدرجة ملحوظة ، قلق ملحوظ ، تقلب وجداني ملحوظ ، نقص الاهتمام بالأنشطة ، تحدث بانتظام أثناء الأسبوع الأخير من المرحلة الأصفرية - وتهدأ خلال بضعة أيام من بداية الطمث -

ويتعين أن تكون هذه الأعراض من الشدة بحيث تكون معيقة بشكل ملحوظ للنشاط المهني أو المدرسي أو الأنشطة المعتادة وأن تكون غائبة تماما لمدة أسبوع على الأقل بعد الطمث .

- اضطراب الاكتئاب الصغير : نوبات من أسبوعين على الأقل من الأعراض الاكتئابية ، إلا أنها تشتمل على الأقل من البنود الخمسة التي يتطلبها تشخيص اضطراب الاكتئاب الكبير

- اضطراب الاكتئاب الوجيه الراجع : نوبات اكتئاب تستمر من يومين إلى أسبوعين وتحدث مرة كل شهر لمدة 12 شهرا وهي غير مرتبطة بالدورة الشهرية .

اضطراب الاكتئاب بعد الذهاني للفصام : نوبة اكتئاب عظمى تحدث أثناء المرحلة المتبقية للفصام .

نوبة اكتئاب عظمى مقحمة على الاضطراب الضلالي أو الاضطراب الذهاني غير المعين على أي نحو آخر أو المرحلة النشطة للفصام .

المواقف التي استنتج فيها الممارس أن هناك اضطرابا اكتئابيا ، ولكن لا يستطيع تحديد ما إذا كان الاضطراب أوليا أو نتيجة لمرض جسدي عام أو لاستخدام مواد .

ه - الاضطرابات ثنائية القطبية :

الاضطراب ثنائي القطبية I :

هناك ستة مجموعات منفصلة من المعايير بالنسبة للاضطراب ثنائي القطبية I :

- الاضطراب ثنائي القطبية I ، نوبة هوس واحدة ولا توجد نوبات اكتئاب عظمى سابقة .

لا يمكن تعليل نوبة الهوس تعليلاً أفضل بوصفها اضطراب فصام وجداني ، ولا هي مقحمة على فصام أو على اضطراب فصامي الشكل أة اضطراب ضلالي أو اضطراب ذهاني غير معين على أي نحو آخر

– الاضطراب ثنائي القطبية I ، أحدث النوبات نوبة هوس خفيف :

توجد سابقا نوبة هوس واحدة على الأقل أو نوبة مختلطة واحدة على الأقل

تؤدي الأعراض المزاجية إلى كرب دال إكلينيكي أو اختلال في الأداء الاجتماعي أو المهني أو الوظائف المهمة الأخرى ، كما لا يمكن تعليل نوبات المزاج المذكورة سابقا تعليلاً أفضل بوصفها اضطراب فصامي وجداني وليست مقحمة على فصام أو على اضطراب فصامي الشكل ، أو اضطراب ضلالي أو اضطراب ذهاني غير معين على أي نحو آخر .

– الاضطراب ثنائي القطبية I ، أحدث النوبات نوبة هوس :

حالياً أو في أحدث نوباته في نوبة هوس .

توجد سابقا على الأقل نوبة اكتئاب عظمى واحدة أو نوبة هوس واحدة أو نوبة مختلطة واحدة . لا يمكن تعليل نوبات المزاج المذكورة سابقا تعليلاً أفضل بوصفها اضطراب فصامي وجداني وليست مقحمة على فصام أو على اضطراب فصامي الشكل ، أو اضطراب ضلالي أو اضطراب ذهاني غير معين على أي نحو آخر .

– الاضطراب ثنائي القطبية I ، أحدث النوبات نوبة مختلطة :

حالياً أو في أحدث نوباته في نوبة مختلطة .

توجد سابقا على الأقل نوبة اكتئاب عظمى واحدة أو نوبة هوس واحدة أو نوبة مختلطة واحدة

لا يمكن تعليل نوبات المزاج المذكورة سابقا تعليلا أفضل بوصفها اضطراب فصامي وجداني وليست مقحمة على فصام أو على اضطراب فصامي الشكل ، أو اضطراب ضلالي أو اضطراب ذهاني غير معين على أي نحو آخر .

– الاضطراب ثنائي القطبية I ، أحدث النوبات نوبة اكتئاب :

حاليا أو في أحدث نوباته في نوبة اكتئاب عظمى .

توجد سابقا على الأقل نوبة هوس واحدة أو نوبة مختلطة واحدة .

لا يمكن تعليل نوبات المزاج المذكورة سابقا تعليلا أفضل بوصفها اضطراب فصامي وجداني وليست مقحمة على فصام أو على اضطراب فصامي الشكل ، أو اضطراب ضلالي أو اضطراب ذهاني غير معين على أي نحو آخر .

– الاضطراب ثنائي القطبية I ، أحدث النوبات نوبة غير محددة :

تتوافر حاليا أو في أحدث النوبات المعايير ن فيما عدا المدة الخاصة بنوبة الهوس أو نوبة هوس خفيف أو نوبة اكتئاب عظمى .

توجد سابقا نوبة هوس واحدة على الأقل أو نوبة مختلطة واحدة على الأقل .

تؤدي الأعراض المزاجية إلى كرب دال إكلينيكي أو اختلال في الأداء الاجتماعي أو المهني أو الوظائف المهمة الأخرى .

لا يمكن تعليل نوبات المزاج المذكورة سابقا تعليلا أفضل بوصفها اضطراب فصامي وجداني وليست مقحمة على فصام أو على اضطراب فصامي الشكل ، أو اضطراب ضلالي أو اضطراب ذهاني غير معين على أي نحو آخر .

الأعراض المزاجية الأولى والثانية ليست نتيجة للتأثيرات الفيزيولوجية المباشرة لإحدى المواد مثل عقار إدماني أو دواء أو علاج آخر أو لمرض جسدي عام مثل زيادة نشاط الغدة الدرقية .

الاضطراب ثنائي القطبية II : نوبات اكتئاب عظمى راجعة مع نوبات هوس خفيف :

– وجود (أو تاريخ مرضي) نوبة أو أكثر من نوبات الاكتئاب العظمى .

– وجود (أو تاريخ مرضي) نوبة هوس خفيف واحدة على الأقل .

– لم تكن هناك على الإطلاق نوبة هوس ولا نوبة مختلطة .

– لا يمكن تعليل نوبات المزاج المذكورة سابقا تعليلا أفضل بوصفها اضطراب فصامي

وجداني وليست مقحمة على فصام أو على اضطراب فصامي الشكل ، أو اضطراب ضلالي

أو اضطراب ذهاني غير معين على أي نحو آخر .

اضطراب المزاج النوبائي (الدوري) : لمدة سنتين على الأقل هناك فترات عديدة من أعراض

الهوس الخفيف وفترات عديدة من أعراض الاكتئاب التي تستوفي المعايير الخاصة بنوبة

الاكتئاب العظمى .

– أثناء مدة السنتين المذكورة لم يخل الشخص من أعراض المعيار الأول لفترة تتجاوز

الشهرين .

– لم تكن هناك نوبة اكتئاب عظمى أو نوبة هوس أو نوبة مختلطة أثناء السنتين الأوليين من

الاضطراب .

- لا يمكن تعليل نوبات المزاج المذكورة سابقا تعليلا أفضل بوصفها اضطراب فصامي وجداني وليست مقحمة على فصام أو على اضطراب فصامي الشكل ، أو اضطراب ضلالي أو اضطراب ذهاني غير معين على أي نحو آخر .
- ليست الأعراض نتيجة للتأثيرات الفيزيولوجية المباشرة لإحدى المواد مثل عقار إدماني أو دواء أو علاج آخر أو لمرض جسدي عام مثل زيادة نشاط الغدة الدرقية .
- تؤدي الأعراض المزاجية إلى كرب دال إكلينيكي أو اختلال في الأداء الاجتماعي أو المهني أو الوظائف المهمة الأخرى .
- اضطراب ثنائي القطبية غير معين على أي نحو آخر : تشمل فئة الاضطراب ثنائي القطبية غير معين على أي نحو آخر على اضطرابات ذات مظاهر ثنائية القطبية لا تستوفي المعايير الخاصة بأي اضطراب محدد من الاضطرابات ثنائية القطبية ، ومن أمثلة ذلك :
- التبدل السريع جدا - عبر الأيام - بين الأعراض الهوسية والأعراض الاكتئابية والذي لا يفي بالحد الأدنى للمدة التي يتطلبها تشخيص نوبة الهوس أو نوبة الاكتئاب .
- نوبات راجعة من الهوس الخفيف لا تعترضها أعراض اكتئابية .
- نوبة هوس أو نوبة مختلطة مقحمة على اضطراب ضلالي أو على فصام متبق أو على اضطراب ذهاني غير معين على أي نحو آخر .
- مواقف استنتج فيها الممارس أن هناك اضطراب ثنائي القطبية ولكنه لا يستطيع تحديد ما إذا كان الاضطراب أوليا أو نتيجة لمرض جسدي أو لاستخدام مواد .

اضطرابات المزاج الأخرى :

- اضطراب المزاج الناتج عن المرض الجسدي العام
- اضطراب المزاج الناتج عن تعاطي مواد 1 .

5- تشخيص الاكتئاب :

إن تقييم خطر الاكتئاب يتطلب قبل كل شيء تشخيص الاكتئاب ، هذا المرض الشائع يجب أن يكون مؤكداً من خلال التشخيص والذي في بعض الأحيان يشكل صعوبة في تشخيصه ، وبعض الأشكال السريرية تكون مضللة ، إن الصور السريرية حيث القلق هو الشائع ، الاكتئاب athipique ، العدائية ، وأشكال monosymptomatique ، اكتئاب ملثم ، أو تعبيرات جسدية لاضطراب المزاج عند الأشخاص المسنين ، فالأكتئاب وأشكال الخرف الاكتئابية شائع وغالبا ما يشكل مشاكل في التشخيص من مشاعر اليأس من ناحية الحياة ، وغالبا ما تعتبر با لنسبة للمسنين من غير أهمية ، لكن يجب أن يفحص جيدا لأنه مرتبط مع ارتفاع الوفيات .

إن الأفكار الانتحارية تعكس في كثير من الأحيان الاكتئاب المرضي والذي يجب أن يعالج ، وعدم مغفرة non rémission لاضطراب الاكتئاب والذي يكون قويا ، يكون مرتبطا جدا مع خطر الانتحار .

1 - ترجمة أمينة السماك ، عادل مصطفى ، الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية ، الرابطة الأمريكية للطب النفسي ، مكتبة المزار الإسلامية ، الكويت ، ط 1 ، 2001 ، ص 176 و 201

عند المراهقين أعراض الاكتئاب ، وحالة القطيعة مع الحالة الداخلية ، فهو متنوع ومتعدد الأشكال ، وفي بعض الأحيان هذه الأعراض تكون مضللة ومرتبطة باضطرابات في السلوك والطبع ، والسلوك الشاذ والأعراض العصبية والفشل الدراسي .

إن إساءة التشخيص أمر بالغ الأهمية ، وفي الواقع السلوك الانتحاري للمراهقين غالبا ما يكون تعبيرا عن معاناة اكتئابية حسب دراسة kerfoot الذي يعتبر 40 من المراهقين (6 ذكور 34 إناث) تتراوح أعمارهم ما بين 11 – 16 سنة توبعوا بعد محاولتهم الانتحار بالأدوية وجد أن 67 % منهم يعانون من الاكتئاب الشديد و 27 % منهم من العصبي 1 .

والتشخيص يعتمد على ما يلي :

- الأعراض التي يشكو منها المريض وشدتها ومحاولة الإحاطة بها وفهمها كما يرويها المريض .
- قصة المريض كاملة منذ بدايتها وحتى لحظة وصول المريض إلى الطبيب .
- الأسئلة المختلفة التي يوجهها الطبيب أثناء المقابلة للبحث عن أعراض المرض الأخرى .
- التاريخ الشخصي للفرد منذ ولادته وطفولته ودراسته وعمله وعاداته في التدخين وتناوله للمنبهات والكحول والمؤثرات العقلية .

1 – ibid , thérese lempriere , p 105 – 106 .

التاريخ العائلي للمريض : إذا كان هناك حالات نفسية في العائلة أو حالة مرضية عضوية والوالدين فيما يخص أعمارهما وحالتهم الصحية .

التاريخ الطبي : لا بد من معرفة كافة الأمراض العضوية والنفسية التي يعاني منها المريض والحوادث والاصابات ، وفيما إذا كان المريض يتعاطى أي علاجات للضغط أو السكري أو القلق ، هذا زيادة على أسماء الأدوية وجرعاتها ومدة تعاطيها .

الفحص الطبي العام : يقوم الطبيب بفحص المريض سريريا بدءا من الضغط وقياس درجة الحرارة والوزن ثم الفحص العصبي وفحص الصدر والبطن والأطراف .

فحص الحالة النفسية : وفيها يستعرض الطبيب المظهر والسلوك والمزاج والانفعالات والتفكير ، ويفحص القدرات العقلية ودرجة الوعي والإدراك .

- التشخيص المبدئي والذي يتطلب دراسة اجتماعية للمريض لمعرفة ظروفه وحياته بدقة .

- مقابلة أطراف مهمة في حياته لاستكمال بعض المعلومات وإجراء اختبارات نفسية .

- خطة العلاج تكون مبنية على التشخيص النهائي 1 .

6 - علاج الاكتئاب :

تعتمد المعالجة على ثلاثة مبادئ أساسية وهي :

1 - محاولة الشفاء من المرض أو تحسينه أو اختيار مدته وذلك لاختيار أفضل طريقة لمعالجة كل حالة على حدا .

1 - وليد سرحان : سلوكيات الاكتئاب ، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع ، عمان ، 2003 ، ط 1 ، ص 49 .

2 - وقاية المريض من الانتحار وذلك باتخاذ كل الاحتياطات اللازمة بما فيها قبوله في مستشفى إن لزم الأمر .

3 - العناية الصحية بالمريض 1 .

إن وصف مضادات الاكتئاب الذي يمكن من علاج الاكتئاب والتخفيف من المعاناة النفسية وتفادي التفكير في الانتحار ، يظهر كما يبدو وسيلة لمنع السلوك الانتحاري عند المكتئب من خلال اضافة العلاج المضاد للاكتئاب وإزالة التنشيط يكون سببا في الانتحار ، وخطر الانتحار موجود في جميع مراحل علاج الاكتئاب بصرف النظر عن مضادات الاكتئاب الموصوفة ، ولكن يجب التشديد على أن خطر الانتحار أعلى عند المكتئبين غير الخاضعين للعلاج منهم للخاضعين للعلاج .

إن الدراسات المستقبلية تهتم بتحديد الآثار المترتبة عن وصف الأدوية ذات الانتحاء النفسي psychotrope على خطر الانتحار ، ويمكن بطريقة عامة اعتبار نسبة الخطر ب 2 % سنويا عند المرضى بدون علاج و 1.5 % عند المرضى المعالجين بالصدمة الكهربائية وبأملح الليثيوم التي تلعب دورا وقائيا ضد الوفيات الناجمة عن الانتحار .

أحد العوامل الخطرة للانتحار هو غياب العلاج لهذا الاكتئاب ، و عدة دراسات تفكر في شروط العلاج للحالات المكتئبة ، وفي وقت حدوث الانتحار تظهر أن الأقلية عولجت بطريقة غير كافية خاصة عند المراهقين ، وهي من العوامل الخطيرة للانتحار وغياب التشخيص والعلاج للاضطراب الاكتئابي 2 .

1- هانوي شابيرو : المراهقة و الاكتئاب ، عويدات للنشر والطباعة ، بيروت ، ط 1 ، 1998 ، ص 93 .
2 - ibid , thérese lemperiere , p 118- 119 .

7 - العلاج الدوائى :

أ - مضادات الاكتئاب : تستعمل في البداية IRS (inhibiteur de la recapture de la sirotonine) والتي لها آثار جانبية قليلة مثل prosac قرص واحد يوميا ، أو deroscat قرص واحد يوميا .

في حالات ثانياة توصف IRN (inhibiteur de la recapture de la noradremaline) وكذلك IRS وهي effscor 50 أو norset قرص واحد يوميا صباحا ومساء حسب شدة الاكتئاب ، وتزيد الجرعة تدريجيا إلى حد أقصاه 6 أقراص يوميا .

في حالات أخرى تختار مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة إلا أنها تفضل مرجعية حيث أثبتت كفاءتها ولكنها مسؤولة على آثار جانبية وتتطلب فحصا جسديا كاملا للقضاء على موانع الاستعمال ، ويوصف مثلا anafranil 25 mg قرص واحد يوميا ثم تزيد الجرعة والتي يبلغ متوسطها 150 ملغ يوميا ولكن يجب تكيفها حسب المريض وجرعة clomipaminemie التي تمكن من ضبط الجرعة العلاجية .

عند الكبار يمكن استعمال athymil من 30 إلى 60 ملغ يوميا والتي يمكن لنظام القلب والأوعية الدموية تحملها مع تأثيرات مهدئة ومزيلة للقلق .

العلاج المدعم لمضادات الاكتئاب :

– الهرمونات الدرقية les hormones thyrodiennes : إن وصفها يرفع من فعالية مضادات الاكتئاب

– العلاج بالليثيوم lithium : إن وصف الليثيوم يحفز عمل مضادات الاكتئاب في حالة ما إذا كان وصف مضادات الاكتئاب غير كافي 1 .

ب - العلاج بالصدمة الكهربائية simotherapie :

إن الفحص الشامل presismothérapie يتضمن فحصا شاملا préanésthésie مدعما بتخطيط للدماغ eeg وفحص للدماغ scanner واستشارة لطبيب الأسنان و موافقة موقعة من المريض للعلاج بالكهرباء .

وتكون الطريقة عن طريق تمرير شحنة كهربائية بعد تخدير عام خفيف للمريض فيحدث ارتخاء للعضلات نتيجة التشنج الحاد بالتحفيز الكهربائي ، والمريض يتلقى صدمة كهربائية في كل حصة ، ويقوم بها ثلاثة مرات في الأسبوع ، وتكون المؤشرات الرئيسية للعلاج الكهربائي في الاكتئاب هي الاكتئاب الوهمي و الاكتئاب الشديد حيث تكون هناك مقاومة تهدد الحياة .

8 - العلاج النفسي :

عند وجود نوبة اكتئابية حادة وشديدة أو وجود أعراض ذهانية أو حزن مع سوداوية ، فإن التكفل النفسي العلاجي لا يشجع في هذه الحالة .
التكفل النفسي العلاجي يكون مقترحا في الاكتئاب الخفيف .

1 - I . gasman / J.F.allilaire : psychiatrie de l'enfant de l'adolisant et de l'adult ,
edition mass paris , 2003 , p 339 – 340 .

في أغلب الأحيان ، التكفل النفسي يتدعم بالعلاج الدوائي ويقدم هذا العلاج عندما تكون الصعوبات النفسية والعلائقية التي ساهمت في إنشاء هذا الاكتئاب والتي مازالت قائمة ، ويمكن أن يكون هذا العلاج النفسي مدعما أو علاجاً نفسياً تحليلياً أو علاجاً سلوكياً معرفياً أو علاجاً أسرياً 1 .

نستنتج أن العلاج عامة لدى المكتئب يجب أن يتكون من العلاج الطبي والمتمثل في مضادات الاكتئاب إضافة إلى المتابعة النفسية من خلال علاج نفسي يستهدف الأفكار غير العقلانية والمشاعر السلبية عن الذات ، المحيط والمستقبل حتى يستعيد المريض استقراره وتوازنه النفسي وبالتالي تحسن حالته الصحية الجسدية .

9 - العلاج الديني :

هو طريقة علاج وتوجيه وإرشاد وتربية وتعليم ، وهو يقوم على معرفة الفرد لنفسه ولربه ولدينه وللقيم والمبادئ الدينية والأخلاقية وذلك من خلال الاعتراف بالذنوب ، التوبة بعد الشعور بالندم ، الاستبصار منت خلال فهمه لأسباب اضطراباته ، التعلم وأخيراً الدعاء والتضرع لله سبحانه وتعالى ، لكشف الهم والحزن ، كما أن الذكر هو غذاء روحي ، والتوكل على الله تعالى من خلال الرضا بقضاء الله وقدره 2 .

1- ibid , I . gasman / J . F. allilaire , p340 .

2 - حامد عبد السلام زهران : الصحة النفسية والعلاج النفسي ، عالم الكتب ، القاهرة ، ط 2 ، 1995 ،

يعتبر الوازع الديني من العوامل الأساسية التي تجعل الشخص يتقبل قضاءه وقدره والصبر عليه ، وبالتالي الإحساس بالرضي عن نفسه وعن ما يواجهه من اختبارات في الحياة فهذه المشاعر والأفكار ستوجه سلوكه على أفعال متكيفة ومتوافقة مع الواقع .

خلاصة الفصل

من طبيعة الإنسان التأثر بالمؤثرات الحياتية والتفاعل معها من خلال انفعالاته المختلفة كالفرح والحب والخوف والحزن ..الخ والحزن من أبسط صور الاكتئاب النفسي الذي يعرض الإنسان أثناء تفاعله مع مثيرات الحياة في مواقف الفشل والإحباط والمرض ، وتكرر هذه المواقف يؤدي انخفاض في المعنويات والشعور بالضياع وفقدان الأمل وعدم الجدوى ، فيصبح الإنسان متشائماً وحزيناً باستمرار حيث يستمر في اجترار الأفكار السوداء والشعور بالذنب وانخفاض في تقدير الذات ونقص في النشاط العقلي والحركي والحسي ولهذا يجب التعمق في أسباب الاكتئاب وما يخفي وراءه ، فمن غير الممكن فصل جوانب حياة الإنسان عن بعضها البعض ، وتأثير النواحي البيولوجية والوراثية فيه و لا يستقل عن التأثير الاجتماعي أو النفسي ، وبالتالي فإنه من الضروري عند محاولة معرفة الاكتئاب وأسبابه وطرق علاجه ، الاهتمام بكل جهات النظر السابقة من أجل الوصول إلى فهم متجانس يساعد في تقديم خدمة أفضل للمصابين بالاكتئاب .

شبكة الملاحظة

– معلومات عامة :

اللقب والاسم :

السن :

الجنس :

الحالة الاجتماعية :

الجنس :

الحالة الاجتماعية :

المستوى التعليمي :

الأب على قيد الحياة :

الأم على قيد الحياة :

عدد الاخوة :

، ذكور :

، إناث :

الرتبة :

عدد الأطفال :

، ذكور :

، إناث :

السكن : المدينة :

، قرية :

، الريف :

طبيعة البيت : شقة :

، فيلا :

، غير :

وظيفة المعالج :

وظيفة الزوج (ة) :

المستوى الاقتصادي للأسرة :

– معلومات شخصية حول الحالة المرضية :

الحالة الانفعالية للمريض :

منفعل :

، هادئ :

الحالة النفسية قبل المرض :

الحالة النفسية أثناء المرض :

سبب المرض :

الاضطرابات الأولية للمريض :

منذ متى :

، طبيب نفسي :
، غير :

الفحوصات الأولى كانت عند : طبيب عام :
طالب :

– سيميولوجيا السلوك :

صفة الجسم :

النظر :

اللغة :

السلوك الشفهي :

الملابس :

العناية الجسدية :

المظهر :

النعاس والنوم :

السلوك الجنسي :

النظام الغذائي :

، عادي :

خاص :

– الحياة الاجتماعية للمريض :

يقوم بنشاطات :

الاتصالات مع الآخرين :

الأحاسيس اتجاه الآخرين :

الانفعالات اتجاه الآخرين :

– سيميولوجيا النشاط النفسي :

مجال الوعي :

النشاط الحسي الحركي :

الرغبة الجنسية :

الإرادة في الحياة :

– الحياة اليومية للأسرة والمريض :

العلاقة بين الوالدين :

الحياة العلائقية بين الزوجين :

الحياة العاطفية للزوجين :

الحياة العلائقية للزوجين مع الأولاد :

الحياة العاطفية للزوجين مع الأولاد :

الحياة الأسرية : تبعية

معارضة :

استقلالية :

رفض للعائلة :

ما هو احساسك أثناء اكتشاف المرض :

هل تشعر من وضعيتك : اليأس :

الأمل :

السأم :

الخمول :

ما هي استجابات كل من : الأب :

الأم :

الزوج (ة) :

الأبناء :

الإخوة :

هل تقدمت للعلاج بطلب من : نفسك :

الأسرة :

غير :

هل هناك قلق من جهة الأسرة على حالتك :

هل تفكر الأسرة في كيفية مساعدتك :

هل تحب الأسرة عندما تكون معها :

لماذا ؟

هل تتحدث الأسرة عن حالتك :

هل تتحدث الأسرة مع الطبيب ك

هل الأسرة كانت نستعدة لاستقبال أو تقبل مريض داخل الأسرة :

لماذا ؟

هل تستيقظ على أحلام : مزعجة : ، على نوبات :

متى :

ماذا تفعل لك الأسرة في هذه الحالات عند الليل : تهدئك :

تدعك :

هل تفضل النوم لوحدهك : ، مع أحد معين : ، مع من :

هل تعتبرك الأسرة عدواني :

مريض جدا يلزمك عناية خاصة :

لا تستطيع أن تفعل لك شيئاً :

تفسد حياتها : لماذا :

الرعاية الصحية في البيت تكون : بالأدوية : ، طقوس تقليدية :

هل هناك جو من الضغوطات من قبل أسرتك :

– اتصال الأسرة مع المريض :

الاتصال داخل البيت :

هل تجد الاتصال مع أسرتك : سهلا : ، صعبا :

هل تجد الأسرة الاتصال معك : سهلا : ، صعبا :

لغتك معهم : فقيرة : ، غنية :

لغتهم معك : فقيرة : ، غنية :

الموضوعات التي تعالجها في علاقاتك معهم تكون على :

الأسرة :

العمل :

الدراسة :

الدين :

الصحة :

هل يرافق أحاديث أسرتك أحاسيس مثل : الفرح :

الغضب :

التعب :

الحزن :

غير :

، تكتبها :

تعبر عنها :

هل أحاسيسك اتجاه الأسرة :

– الفحوصات الطبية النفسية :

كم يدوم فحص الطبيب :

في كل مرة :

تشخيص الطبيب النفسي :

نوعه :

الاجراءات المتبعة من طرف الطبيب :

– العلاج الطبي :

، عددها :

، لا :

وجود انتكاسات : نعم :

سبب الانتكاسة : رفض العلاج :

التوقف عن تناول الأدوية :

غلاء الأدوية :

عدم فعالية الأدوية :

صعوبة مواجهة ضغوطات الحياة :

استمرار المشاكل :

غياب الدعم الأسري :

غير :

الاستجابات للفحص من طرف المريض : استجابة ثقة :

استجابة معارضة :

استجابة لا مبالة :

ها الأدوية الموصوفة متوفرة في : الصيدليات :

المستشفى :

غير :

ها تأخذ الأدوية بطريقة مجانية : ، السبب :

عندما لا تجد الدواء : هل تبحث عنه :

تسمح ولا تبحث :

غير :

هل تأخذ الجرعات : بنفسك : ، بمساعدة الأسرة :

هل تتحكم بجرعات الدواء :

ما هي التوصيات التي يقدمها الطبيب المعالج في كل مرة :

هل ذهبت لأخصائي نفسي : ، كم مرة :

لماذا :

هل تطبق خطة علاجية مع الأخصائي النفسي : نعم : ، لا :

كيف :

– الجانب الخاص بمشاعر المريض نحو العلاج والمرض :

هل تشعر بأنك تتعافى من هذا المرض : نعم : ، لا :

لماذا :

هل تشعر بتحسن من خلال العلاج الطبي : نعم : ، لا :

لماذا :

هل تشعر بالملل من العلاج : نعم : ، لا :

لماذا :

هل تشعر بأنه لا فائدة من العلاج : نعم : ، لا :

لماذا :

هل تشعر بأنك قد فقدت الأمل من الشفاء : نعم : ، لا :

لماذا :

الفهرس

أ	كلمة شكر
ب	ملخص البحث
و	مقدمة
	مدخل الدراسة
ح	أسباب ودوافع اختيار الموضوع
ح	أهداف وأهمية الموضوع
ط	إشكالية البحث
ط	فرضيات البحث
ي	التعاريف الإجرائية
ي	الدراسات السابقة

الجانب النظري :

الفصل الأول : الدراسة الإكلينيكية للاكتئاب .

14	تمهيد
15	تاريخ الاكتئاب
18	تعريف الاكتئاب
20	تصنيفات الاكتئاب حسب DSM4
31	تشخيص الاكتئاب
33	علاج الاكتئاب
38	خلاصة الفصل

الفصل الثاني : دراسة للعلاجات المختلفة

39	تمهيد
40	العلاج الطبي
42	العلاج النفسي
48	العلاج السلوكي
57	العلاج الديني
60	العلاج التقليدي
61	الأفكار والمعتقدات تؤثر على فعالية العلاج

64.....	مدى فعالية العلاج النفسي
66.....	خلاصة الفصل

الجانب التطبيقي

	منهجية البحث العيادي
67.....	تمهيد
68	الخطوات العملية للدراسة
68.....	التعريف بميدان البحث
68.....	معايير اختيار العينة
68.....	منهج البحث
70.....	أدوات الدراسة
	دراسة الحالات :
72	تقديم الحالة الأولى
73.....	الدراسة العيادية للحالة
76.....	التشخيص
77.....	التكفل النفسي
77.....	تحليل دراسة الحالة الأولى
81.....	تقديم الحالة الثانية
82.....	الدراسة العيادية للحالة
85.....	التشخيص
86.....	التكفل النفسي
86.....	تحليل دراسة الحالة الثانية
98.....	تقديم الحالة الثالثة
90.....	الدراسة العيادية للحالة
93.....	التشخيص
94.....	التكفل النفسي
95.....	تحليل دراسة الحالة الثالثة
97.....	الخلاصة العامة للدراسات التطبيقية
99	مناقشة الفرضيات على ضوء النتائج
101.....	صعوبات البحث

102.....	الاقتراحات
104.....	خاتمة
105	قائمة المراجع
107.....	الملاحق