وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة عبد الحميد ابن باديس مستغانم
كلية العلوم الاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية
شعبة علم النفس

أطروحة مقدمة

للحصول على شهادة دكتوراه الطور الثالث (ل.م.د)

في علم النفس العيادي موسومة

وظيفة المعتقد الثقافي في التوجه العلاجي للراشد المصاب باضطراب نفسي

دراسة وصفية تحليلية بولاية مستغانم

إعداد الطالب الباحث:
فيطاس احمد

إشراف الأستاذ:
بن أحمد قويدر

لجنة المناقشة:

أ.د هني حاج احمد	أستاذ التعليم العالي	جامعة مستغانم	رئيسا
أ.د بن احمد قويدر	أستاذ التعليم العالي	جامعة مستغانم	مشرفا ومقررا
أ.د بشلاغم يحي	أستاذ التعليم العالي	جامعة تلمسان	ممتحنا
أ.د بلعابد عبد القادر	أستاذ التعليم العالي	جامعة وهران	ممتحنا
د. بلعباس نادية	أستاذة محاضرة قسم "أ"	جامعة مستغانم	ممتحنا
د. بوزيدي هدي	أستاذة محاضرة قسم "أ"	جامعة مستغانم	ممتحنا

السنة الجامعية: 2021/2020

اهـــــداء

إلى الذين رضيا لي طريق المعرفة سبيلا... أمي وأبي جزاهما الله عنا كل خير.

إلى الذين تعلمنا وتتلمذنا على أيديهم الشريفة أساتذة التربية والتعليم بكل الأطوار.

الى من قدم لنا يد المساعدة...

الى كل من بث فينا روح المبادرة والتضحية...

الى كل من شجعنا على انجاز هذا العمل...

الى من نسيهم قلمي ولم ينساهم قلبي...

شكـــر وتـقـديـــر

الشكر والحمد لمن له الفضل من قبل ومن بعد ربي أوزعني أن أشكر نعمه علي وعلى الناس أجمعين، وأتوجه بالشكر والتقدير إلى البروفيسور" **بن أحمد قويدر"** على كل المجهودات التي بذلها معي في إنجاز هذا العمل كما أخص بالشكر والعرفان الأستاذة الأساتذة المناقشين الأستاذ هني حاج احمد، أ. بشلاغم يحي، أ. بلعابد عبد القادر، أ. بوزيدي هدي، أ. بلعباس نادية. كما اوجه شكري الى الزوجة الكريمة **"غاني زينب"** ، وكل أساتذة قسم علم النفس بجامعة مستغانم على المساعدة والتوجيهات التي قدموها لي من اجل انجاز هذا العمل. والى الأستاذ بوطقوقة مبروك جامعة تبسة.

كما أتوجه بالشكر الجزيل إلى عائلتي خاصة الأم العزيزة والأب الكريم وإخوتي، وعائلة غاني كل بإسمه، والى ابني قرة عيني ادم عبد الهادي، والى أسرة التكوين المهني لولاية مستغانم وبالأخص عمال مركز التكوين بسيدي علي.

والى كل من فارقوني إلى الدار الباقية خاصة البراعم عزي الاء و فلوحي إدريس، وابنتي مريا

طيب الله ثراهم وجعلهم طيورا من طيور الجنة

زملائي دفعة علم النفس العيادي 2007

بلكحل الحبيب، قوميدي محمد، مراد عزة، عزي عبد الكريم، و الصادق عبد الرحيم

ملخص:

يهدف هذا البحث الى دراسة وظيفة المعتقدات الثقافية في التوجه العلاجي للراشد المصاب باضطراب نفسي، من خلال تفسير أسباب حدوثها، ومن تم التوجه العلاجي واختيار العلاج المناسب. بالإضافة الى دور الأسرة في تعزيز هذه المعتقدات لدى الحالة المصابة باضطراب نفسي. وقد اعتمدت هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي باستخدام استمارة ضمت ثلاثة أبعاد صممت انطلاقا من تقنية **EMIC (Explanatory model interview catalogue)** دليل المقابلة للنماذج. اجريت الدراسة الميدانية على 100 حالة للراشدين ذكور وإناث بمستغانم مصابين باضطرابات نفسية تتراوح أعمارهم بين 30 و45 سنة.

وتوصلنا من خلال هذا البحث إلى أن للمعتقدات الثقافية وظيفة أساسية تكمن في التعرف على اسباب الاضطراب وتفسيره وكذا التوجه العلاجي المناسب، كما أن نسبة كبيرة من تفسير أسباب الاضطرابات النفسية أرجعت إلى أسباب غيبية، مما جعل التكفل بهذه الاضطرابات النفسية يأخذ توجها غيبيا، بإتباع مختلف العلاجات التقليدية كما وجدنا أن الأسرة هي المرجعية في تفسير الاضطراب وتوجيه الفرد المصاب إلى العلاج الذي تراه مناسبا، إذ أن المحيط الأسري (المحيط النفسي الاجتماعي) يؤثر كثيرا على قرارات المريض وتوجهاته العلاجية.

Résumé:

Cette recherche se propose d'étudier la fonction des croyances culturelles dans l'orientation thérapeutique d'un certain nombre de cas adultes atteints d'un trouble psychologique, en expliquant les causes qui en sous-tendent ces troubles, de l'orientation thérapeutique et du choix d'un traitement approprié. Nous avons insisté également sur le rôle de la famille dans la cristalisation, des croyances culturelles.

Dans l'étude clinique, nous avons opté pour la méthode analytique et descriptive en se servant de l'outil de collect: le questionnaire en trois dimensions, conçu sur la base de la technique du catalogue, des entretiens sur modèle explicatif (EMIC). Notre étude a porté sur une population de 100 individus (des cas adultes des deux sexes confondus) atteints d'un trouble psychologique à Mostaganem, agés de 30 et 40 ans.

A l'issue de cette recherche, nous sommes parvenus à la conclusion suivante : à savoir que les croyances culturelles ont une fonction déterminante dans l'identification et l'interprétation du trouble ainsi que dans l'approche thérapeutique appropriée. Donc, grâce aux diverses explications fournies lors de notre enquête sont d'ordres métaphysiques, ce qui a inévitablement orienté la prise en charge de ces troubles psychologiques dans une perspective therapeutique métaphysique.

Nous avons également degage comme facteur déterminant l'intervention de la famille comme l'unique référence dans l'interprétation du trouble et dans le traitement approprié, à l'endroit des sujets souffrant du trouble, car l'environnement familial (milieu psycho-social) influe fortement et potentiellement sur les décisions et les orientations thérapeutiques du patient.

Abstract :

This research aims to study the function of cultural beliefs in the therapeutic orientation of an adult with psychological disorder, and this by explaining the reason for their occurrence and from the therapeutic orientation, and choosing of appropriate treatment, in addition to the family's role in promoting this belief in the case of psychological disorder.

This study relied on the descriptive analytical method, using a form that included three dimensions designed from the EMIC (Explanatory Model Interview Catalog) technique. The field study was conducted on 100 cases of adult males and females in "Mostaganem" with psychological disorders between the ages of 30 and 45 years.

We have found through this research that cultural beliefs have an important and essential function in the identification, and interpretation of the disorder, as well as the appropriate therapeutic approach through the various interpretations that provided us as a large proportion of the causes of psychological disorders attributed to the reasons for the metaphysics, the designation of psychological disorders varies according to the cultural heritage of each person which makes the guarantee of psychological disorders takes a magical, and metaphysical nature.

We also found that the family is the only reference in the interpretation of the psychological disorder and directed the individual to the treatment that is considered appropriate, since the family environment (psychosocial environment) strongly influences the decisions and the therapeutic orientations of the patient.

فهرس المحتويات

اهداء .....أ
كلمة شكر.....ب
ملخص.....ت
فهرس المحتويات.....ح
قائمة الجداول.....ر
قائمة الأشكال.....س
مقدمة البحث.....1

الفصـــل الأول: مدخل الـدراسـة

1. الإشكالية.....05
2. الفرضيات.....22
3. التعريفات الاجرائية.....23
4. أهمية البحث.....24
5. دوافع اختيار الموضوع.....25
6. أهداف البحث.....25

الفصـل الثــانــي: الاضطرابات النفسية

تمهيد.....27
1. تعريف الاضطراب النفسي.....27
2. الاضطرب النفسي وعلم النفس العيادي.....29
3. معايير ومحددات الاضطراب النفسي.....38
4. الأعراض العامة للاضطرابات النفسية.....39
5. أسباب الاضطرابات النفسية.....40
6. خصائص الأفراد المضطربين نفسيا.....41
7. تصنيف الاضطرابات النفسية CIM 10.....42

8. الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM 05 48
9. الاضطرابات النفسية التي سوف تتناولها في الدراسة.....50
10.انتشار الاضطرابات النفسية.....62
11.الاسرة والمصاب باضطراب نفسي.....64
خلاصة الفصل.....65

الفصل الثالث: المعتقدات الثقافية للاضطرابات النفسية

تمهيد.....67
1.مفهوم المعتقدات.....67
2.خصائص المعتقدات.....73
3.نموذج المعتقدات الصحية.....73
4.المعتقدات الثقافية.....76
5.المفهوم الثقافي للاضطراب النفسي.....77
6.المعتقدات الثقافية و الاضطراب النفسي.....78
7.النماذج الثقافية لتفسير أسباب الاضطرابات النفسية.....81
8.المرجعية الثقافية للاضطراب النفسي.....83
9. الثقافة الأسرية وسلوك الاستجابة للاضطرابات النفسية.....93
خلاصة الفصل.....94

الفصـــل الرابع: التوجهات العلاجية بين الحديثة والتقليدية

تمهيد.....96

I. التوجه العلاجي الحديث.

1. الطب العقلي.....97
2. العلاج النفسي.....99
3. الاتجاهات العلاجية الحديثة للاضطرابات النفسية.....103

II. التوجه العلاجي التقليدي.

1. الطب التقليدي.....123
2. العلاج التقليدي.....126
3. خصائص العلاج التقليدي.....127
4. الاتجاهات العلاجية التقليدية للاضطرابات النفسية.....128

III. علاقة التوجه العلاجي بالتصورات والمعتقدات الثقافية.

1. المعتقدات الثقافية المؤثرة في اختيار التوجه العلاجي.....134
2. المحددات الفاصلة في التوجه العلاجي.....136
خلاصة الفصل.....137

الفصـــل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة التطبيقية

تمهيد.....139

I. الدراسة الاستطلاعية:

1. الدراسة الاستطلاعية.....139
2. مجال الدراسة.....140
3. أدوات الدراسة الاستطلاعية.....145
4. قياس صدق المحتوى (تقديم الاستبيان للمحكمين).....156
5. نتائج تقديرات المحكمين.....157
6. قياس ثباث الاستمارة.....162
7. الثبات الكلي لأبعاد الاستمارة.....164
8. المعالجة الإحصائية للدراسة الاستطلاعية.....165
9. نتائج الدراسة الاستطلاعية.....165

II. الدراسة العيادية:

1. مكان الدراسة.....166
2. مدة الدراسة.....166
3. مواصفات العينة المدروسة.....167

4. المنهج المتبع.....167
5. أدوات الدراسة الأساسية.....167
خلاصة الفصل.....168

الفصـــل السادس: عرض النتائج و تحليلها، ومناقشتها

I.عرض النتائج:

1. عرض نتائج البعد الأول: "كيفية تفسير الاضطرابات النفسية".....170
2. عرض نتائج البعد الثاني: "التوجهات العلاجية وعلاقتها بالمعتقد الثقافي".....176
3. عرض نتائج البعد الثالث: "تعزيز الأسرة للتوجه العلاجي للراشد المصاب باضطراب نفسي".....190
4. التحليل العام لأبعاد الدراسة.....199
خلاصة الفصل.....208

II. تحليل ومناقشة النتائج

1. تحليل النتائج المتحصل عليها في الدراسة الإحصائية.....208
2. مناقشة الفرضيات.....216
خلاصة الفصل.....225
صعوبات البحث والتوصيات.....227
الخاتمة.....229
قائمة المراجع 232

الملاحق

الملحق الأول: البناء النهائي لأسئلة المقابلة النصف موجهة بنموذج EMIC..... 247
الملحق الثاني: الأسباب المختلفة للاضطرابات النفسية حسب تقنية EMIC 248
الملحق الثالث: استبيان الدراسة قبل التحكيم.....253
الملحق الرابع: استبيان الدراسة في صورته النهائية.....263

قائمة الجداول:

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية حسب السن.	140
02	خصائص العينة الاستطلاعية حسب الجنس.	141
03	خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية حسب المستوى الدراسي.	142
04	خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية حسب المستوى المعيشي.	143
05	أسماء السادة الأساتذة المحكمين.	157
06	نتائج تحكيم الاستمارة.	159
07	يوضح الصياغة الأولى والصياغة الثانية المعدلة لفقرات الاستبيان.	161
08	قيم المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للاستبيان.	162
09	يمثل ثبات متغير البعد الأول: (تفسير الاضطرابات النفسية).	162
10	يمثل ثبات متغير البعد الثاني: (التوجهات العلاجية)	163
11	يمثل ثبات متغير البعد الثالث: (تعزيز الأسرة للتوجه العلاجي).	164
12	يمثل الثبات الكلي لأبعاد الدراسة.	164
13	يبين طبيعة الاضطرابات النفسية.	170
14	الأسباب المؤدية إلى الإصابة بالاضطرابات النفسية.	171
15	مرجعية تفسير الاضطراب الذي تعاني منه	173
16	تصور المصاب لنظرة الأسرة إلى الاضطراب الذي يعاني منه	174
17	تصور ونظرة المجتمع للاضطراب الذي تعاني منه	174
18	المعرفة وجمع المعلومات التي تتعلق بالاضطراب الذي تعاني منه	175
19	من قام باكتشاف الاضطراب الذي تعاني منه.	176
20	التوجه لطلب العلاج بعد معرفة المصاب بالاضطراب الذي يعاني منه	177
21	إختيار المعالج ، فأي معالج	178
22	الأسلوب العلاجي المتبع حاليا	179
23	توجيه المصاب إلى النموذج العلاجي الحالي	180
24	**التسمية التي تطلق على الاضطراب الذي تعاني منه في مجال العلاج التقليدي**	181

25	العلاج التقليدي يساهم مع العلاج الطبي في علاج الاضطرابات النفسية	183
26	هل تنصح باستخدام العلاج الطبي مع العلاج التقليدي في آن واحد	184
27	المصاب باضطراب نفسي ضحية للمعالجين التقليديين	184
28	الطعون العلاجية تسهل للمصاب اللجوء إلى العلاج التقليدي	185
29	المعالج وعلاج الاضطرابات النفسية	186
30	إقبال المرضى على العلاج التقليدي في تطور ام تراجع	187
31	أسباب الاقبال	188
32	توجيه الأسرة من أجل طلب العلاج	190
33	قناعة الأسرة في اختيار النموذج العلاجي	191
34	فعالية العلاج التقليدي	192
35	اختيار التوجه العلاجي	193
36	مقارنة بين نتائج العلاج التقليدي والطبي	194
37	هل يؤثر المحيط الذي تعيش فيه مع أسرتك في اختيار نوع العلاج	195
38	طبيعة المكان والتوجه العلاجي – سكان المدينة	196
39	طبيعة المكان والتوجه العلاجي – سكان الريف	197
40	من يرافقك عند التوجه إلى المعالج	198

قائمة الاشكال:

رقم الشكل	عنوان الشكل	الصفحة
01	عينة الدراسة الاستطلاعية حسب السن.	141
02	العينة الاستطلاعية حسب الجنس.	142
03	عينة الدراسة الاستطلاعية حسب المستوى الدراسي.	143
04	عينة الدراسة الاستطلاعية حسب المستوى المعيشي.	144
05	يبين الاستجابات الخاصة بطبيعة الاضطرابات النفسية.	171
06	يبين الأسباب المؤدية إلى الإصابة بالاضطرابات النفسية.	172
07	مرجعية تفسير الاضطراب الذي تعاني منه	173
08	تصور المصاب لنظرة الأسرة إلى الاضطراب الذي يعاني منه	174
09	تصور ونظرة المجتمع للاضطراب الذي تعاني منه	175
10	المعرفة وجمع المعلومات التي تتعلق بالاضطراب الذي تعاني منه	176
11	إكتشاف الاضطراب الذي تعاني منه.	177
12	التوجه لطلب العلاج بعد معرفة المصاب بالاضطراب الذي يعاني منه	178
13	اختيار المعالج ، فأي معالج	179
14	الأسلوب العلاجي المتبع حاليا	180
15	توجيه المصاب إلى النموذج العلاجي الحالي	181
16	**التسمية التي تطلق على الاضطراب الذي تعاني منه في مجال العلاج التقليدي**	182
17	العلاج التقليدي يساهم مع العلاج الطبي في علاج الاضطرابات النفسية	183
18	استخدام العلاج الطبي مع العلاج التقليدي في آن واحد	184
19	يبين المصاب باضطراب نفسي ضحية للمعالجين التقليديين	185
20	الطعون العلاجية تسهل للمصاب اللجوء إلى العلاج التقليدي	186
21	توزيع المعالجين وعلاج الاضطرابات النفسية	187
22	إقبال المرضى على العلاج التقليدي في تطور أم تراجع	188
23	أسباب الإقبال	189
24	توجيه الأسرة من أجل طلب العلاج	190

25	قناعة الأسرة في اختيار النموذج العلاجي	191
26	فعالية العلاج التقليدي	192
27	اسباب اختيار التوجه العلاجي	193
28	مقارنة بين نتائج العلاج التقليدي والطبي	194
29	هل يؤثر المحيط الذي تعيش فيه مع أسرتك في اختيار نوع العلاج	195
30	طبيعة المكان والتوجه العلاجي بالنسبة لسكان المدينة	196
31	طبيعة المكان والتوجه العلاجي بالنسبة لسكان الريف	197
32	مرافقة المصاب عند التوجه إلى المعالج	198

مقدمة:

تعتبر الاضطرابات النفسية إشكالية في الصحة العمومية وهي تتأثر بالعديد من العوامل وتؤثر في العديد من النشاطات وإمكانات الفرد، حيث إن مجتمعاتنا اليوم تعيش في حالة من التطور الذي دخل عبر مختلف الوسائل التكنولوجية التقنية إلى ميادين الحياة كافة، ومع كل التطورات وكل الانفتاح والتجديد والتغيرات التي تحصل في حياة الإنسان إلا أننا نلاحظ العديد من عادات وتقاليد المجتمعات الإنسانية باقية. من خلال المحافظة على العادات والتقاليد والقيم والأعراف التي اكتسبوها عبر تنشئتهم الاجتماعية.

ومن ضمن ما تمسك به الفرد في مجتمعنا من الموروث الثقافي هو المعتقدات التي تلعب دوراً كبيراً في حياته لما وضع لها من أهمية مفسراً ذلك بدورها وأهميتها في حياة الآباء والأجداد ومن هذه المعتقدات نركز اهتمامنا على ما يتعلق بتفسير الاضطرابات النفسية واختيار نوع العلاج. حيث أن اغلب أفراد المجتمع الجزائري يؤمنون بتأثير العين الشريرة أو الحسد ويعتقدون أن بعض الاضطرابات التي تمسهم قد تكون بتأثير السحر أو غيرها من المعتقدات والأفكار، وبنفس الوقت يفكرون بطرائق علاجية ذات المحتوى الثقافي، فعلى الرغم من توفر الأساليب والطرائق العلاجية في الطب الحديث إلا أن الفرد يلجا إلى البحث عن العلاج في المحتوى الثقافي من خلال استخدام الأحجبة، العزامة، الرقية، العلاج بالأعشاب أو زيارة ضريح معين والتبرك به لاعتقاده أنها وسائل ناجحة تعود عليه بالفائدة الصحية وتقيه من الاضطرابات. سنحاول في هذا البحث دراسة مختلف تفسيرات الاضطرابات النفسية من خلال المعتقدات الثقافية لمجتمعنا وكذا التطرق إلى كيفية اختيار المسارات العلاجية.

على الرغم من وجود تباين واختلاف كبير في البيئات والمجتمعات فهنا نجد أنفسنا أمام إشكالية العلاج وقابلية الفرد الجزائري لذلك، فأغلبهم لا يطلبون علاجا نفسيا معمقا ومؤسسا، بل يقتصرون على تخفيف المعاناة، أما البعض الآخر فيبحثون عن الراحة في العلاجات الكيمائية الطبية، أو التقليدية السحرية، فمعتقدات الفرد الجزائري حول طبيعة الاضطراب النفسي، أعراضه وأسبابه وطرق علاجه، وحتى كيفية تعامل الأسرة مع المريض مازالت محافظة على دور النسق الثقافي في ذلك.

فللثقافة دور كبير ومسؤولية مباشرة في تشكيل وتحديد رؤى وتصورات الأفراد للاضطرابات النفسية، فتحديد الحالة الصحية والمرضية وتحديد علامات الصحة وأعراض المرض أو الاضطراب كله متصل بالثقافة السائدة، وقد تختلف هذه الرؤية من جماعة ثقافية إلى أخرى.

ومن هنا ارتأينا إلى الخوض في هذا المجال لفهم العلاقة بين هذه المتغيرات، وكذا وظيفة المعتقدات الثقافية في التوجه العلاجي للمريض الذي يعاني من اضطرابات نفسية، وعليه قسمنا البحث إلى عدة فصول.

الفصل الأول:

ويضم مدخل الدراسة حيث قمنا من خلاله بعرض إشكالية البحث التي تضمنت عرضا لمختلف الدراسات السابقة، وكذا طرح الفرضيات والتساؤلات الجزئية، بالإضافة إلى التعاريف الإجرائية لمصطلحات البحث، أهمية البحث وكذا دوافع اختياره وأهدافه.

الفصل الثاني:

ويتضمن دراسة شاملة للاضطرابات النفسية التي تطرقنا إليها من خلال تعريف الاضطراب النفسي، الاضطراب النفسي وعلم النفس العيادي، معايير ومحددات الاضطراب النفسي، الأعراض العامة للاضطراب النفسي، أسباب الاضطراب النفسي وخصائص الأفراد المضطربين نفسيا، تصنيف الاضطرابات النفسية وفق CIM 10 و DSM 5 ، الاضطرابات النفسية التي عرضناه في بحثنا، وكذا انتشار هذه الاضطرابات ودور الأسرة.

الفصل الثالث:

خصص هذا الفصل للمعتقدات الثقافية من خلال مفهوم المعتقدات، خصائصها، النماذج الصحية للمعتقدات، المعتقدات الثقافية، المفهموم الثقافي للاضطراب النفسي، المعتقدات الثقافية والاضطراب النفسي، النماذج الثقافية لتفسير الاضطراب النفسي، المرجعية الثقافية للاضطراب النفسي، الثقافة الأسرية وسلوك الاستجابة للاضطراب النفسي.

الفصل الرابع:

يتضمن هذا الأخير مختلف العلاجات الحديثة الطب العقلي، العلاج النفسي، الاتجااهات العلاجية للاضطرابات النفسية، بالإضافة إلى العلاجات التقليدية، الطب التقليدي، العلاج التقليدي، خصائص العلاج التقليدي و الاتجاهات العلاجية التقليدية للاضطرابات النفسية، وعلاقة التوجه العلاجي و المعتقدات الثقافية من خلال المعتقدات الثقافية المؤثرة في اختيار التوجه العلاجي، والمحددات الفاصلة في التوجه العلاجي. والتقليدية والتي تداول عليها المريض من اجل البحث عن العلاج أو نتيجة للطعون بسبب عدم فاعلية احد العلاجات.

الفصل الخامس:

هذا الفصل يعنى بالإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية، الذي بدوره احتوى على دراسة استطلاعية تضمنت مجال الدراسة الزماني والمكاني، المنهج المتبع، أدوات الدراسة، التأكد من الخصائص السيكومترية للأداة، نتائج الدراسة الاستطلاعية. أما الدراسة العيادية فتضمنت مكان ومدة الدراسة، مواصفات العينة، المنهج وأدوات الدراسة.

الفصل السادس:

في هذا الفصل والذي يعد الأخير قمنا من خلاله بعرض النتائج المتحصل عليها وتحليلها ومناقشتها وفق للفرضيات المطروحة من اجل الإجابة عن الإشكالية، حيث خلصنا بمجموعة من الاقتراحات.

الفصـــل الأول:
مدخل الدراسة

1. الإشكالية.

2.الفرضيات.

3.التعريفات الإجرائية

4.أهمية البحث.

5.دوافع اختيار الموضوع.

6.أهداف البحث.

1. إشكالية البحث:

للمعتقدات الثقافية دور كبير في العديد من مجالات الحياة الخاصة بالفرد حيث تعتبر المرجعية الأساسية لكل عمليات التكيف والتوازن، ذلك لأنها تؤطر جملة السلوكات والأفكار والانفعالات.

فالمهتمين بدراسة المعتقدات يبنون مقارباتهم اعتمادا على عدة مصطلحات مثل الأفكار الأوتوماتيكية (الآلية) عند "بيك" Beck، وهي سياق من الأفكار التي يشعر بها الفرد نتيجة التفاعلات بين المعلومات الواردة والأبنية المعرفية أي الأفكار التي تطرأ بين الأحداث الخارجية واستجابة الفرد، والأساطير والخرافات عند "فيريرا" Ferreira، "وانزيو" Anziew، وهي فكرة قائمة على تخيلات دون وجود سبب عقلي أو منطقي مبني على العلم والمعرفة وهي تشمل إرثا ثقافيا تتناقله الأجيال وهي أفكار لا عقلانية، وأكثر من ذلك يرجعونها إلى المخططات حسب "يونغ" Young وهي أبنية معرفية موجودة لدى الفرد وتتضمن الاعتقادات والافتراضات والتوقعات التي يكونها الفرد عن الأحداث، الآخرين، والبيئة.

(Abdessalem yahyaoui et autre : 2014 : 106)

فهي تشكل الإطار الأساسي الذي يستخدمه الفرد لفهم الذات، العالم، والعلاقات الاجتماعية مع الآخرين. لكن هذه المعتقدات تتغذى من الثقافة وتتخذ منها مرجعية سيرورة متواصلة لمختلف الأحداث من خلال جملة العادات والتقاليد الخاصة بذلك المجتمع والتي تتكون لدى الأفراد عن طريق التوارث، هي نتيجة هذه الإختلالات في فهم وبناء منظومة الاعتقادات التي يستمد منها الفرد تفسيراته لكل ما يسبب له الأذى سواء جسدي أو نفسي

حسب منظمة الصحة العالمية يعاني حوالي 45 مليون شخص من اضطراب نفسي أو سلوكي، حيث يعاني حوالي 50 مليون شخص من الاكتئاب، و25 مليون من الفصام وترتفع إلى 90 مليون شخص يعانون من القلق الأمر الذي دفع منظمة الصحة العالمية إلى رسم خطة خاصة بالصحة النفسية في لفتر الممتد من 2013-2020 والتي اعتمدتها جمعية الصحة العالمية سنة 2013 وتتضمن هذه الخطة الأهداف التالية:

- ❖ تعزيز فاعلية القيادة وتصريف الشؤون في مجال الصحة النفسية.

- ❖ تقديم خدمات الصحة النفسية والرعاية الاجتماعية في البيئات المجتمعية وفق لثقافات الأقليات **(OMS)**
- ❖ تنفيذ استراتيجيات تعزيز الصحة النفسية والوقاية من الاضطرابات النفسية
- ❖ تنفيذ إستراتيجية العلاج التقليدي وتقنينه.
- ❖ تدعيم نظم المعلومات وجمع البيانات وإجراء البحوث **(OMS)**

كما قدم كل من جولد برج Jold bredj و هوكسلي Hoxeli نموذجا وبائيا شاملا لمسارات الرعاية للاضطرابات النفسية الشائعة فوجدو بان 30% من عموم السكان يصابون باضطراب نفسي وان ثلث هذا العدد لا يستشير الطبيب. كما انه وطبقا لدراسات منظمة الصحة العالمية فان 15% إلى 20% من المرضى الذين يراجعون المرافق الصحية لا يعانون من اضطرابات عضوية، لكنهم مصابون باضطرابات نفسية **(نهلة شجاع: 2009: 14)**

وقد أظهرت دراسة عبد اللطيف خليفة سنة 1987 إلى معرفة معتقدات واتجاهات عائلات وأقارب المرضى النفسيين نحو التوجه العلاجي، ومقارنتها باتجاهات الجمهور العام نحو هؤلاء المرضى، وكشفت النتائج عن وجود معتقدات واتجاهات سلبية لدى من لهم علاقة مباشرة بالمرضى النفسيين من أسرهم وأقاربهم ومن ليس لهم علاقة بهؤلاء المرضى من الجمهور العام، وأن المتعلمين من العينة أكثر تسامحا ورغبة في التوجه الى العلاج الحديث أكثر من الأميين وذوي المستوى المنخفض، حيث عكست الاتجاهات ما يوجد لدى أفراد العينة من تصورات خاطئة حول طبيعة المرض النفسي أعراض، أسبابه، وطرق علاجه. **(عبد اللطيف خليفة: 1987: 95-96)**

وفي دراسة أخرى لعبد اللطيف خليفة سنة 1989 حول: "المعتقدات التي تدور حول المرض النفسي والمرضى النفسيين" من حيث طبيعة المرض وأسبابه وطرق علاجه والشفاء منه وتأثير المريض النفسي على الأسرة، حيث هدفت الى معرفة الاتجاهات التي تدور حول المرض النفسي وهل تتسم هذه الاتجاهات بالإيجابية أم بالسلبية نحو المرضى النفسيين. والوقوف على طبيعة العلاقة بين المعتقدات حول مرض النفسي والاتجاهات السائدة نحوه حيث خلصت الدراسة الى تمسك أفراد العينة ببعض المعتقدات الخاطئة حول طبيعة المرض النفسي وأسبابه وطرق علاجه وتأثير المريض على أفراد أسرته، كما تبين تزايد اعتقاد أفراد العينة في

العلاج بالوسائل الطبية، ووجود بعض مظاهر الاتجاه السلبي نحو المرض النفسي ووجود علاقة بين المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي وظهور الاتجاهات السلبية، نحو المرضى النفسيين نتيجة المعتقدات الشائعة عنهم. **(عبد اللطيف خليفة: 1989: 117)**

ومن خلال دراسة لـ"وايس" Weiss سنة 1992 اثبت من خلالها أنه يوجد بعض النظريات ضمن الأنساق التقليدية من خلال المعتقدات الثقافية لتلك المجتمعات نجدها متقاربة أو متحالفة مع مختلف النظريات العلاجية الأخرى حيث استخلص ثلاثة نقاط أساسية هي:

- وظيفة الحماية لهذه المعتقدات.
- دور المجموعة والجماعة.

اللجوء إلى المسارات العلاجية التقليدية مرتبط بالإحساس أو بالشعور بفقدان السيطرة، ومنه الاتجاه إلى التوتر. **(Weiss :1992 :222)**

وفي إطار الاستشارات النفسية للعائلات أو الأفراد تنتظر دائما سماع الخطاب الاتيولوجي Etiologie (هو العلم الذي يبحث في العلية والأصل للأمراض والعوامل المعدلة لها لفهم العوامل الجينية والبيئية المتعددة التي تعتبر مسببات للمرض) التقليدي لتفسير المعاناة النفسية، لذلك فان البعد الثقافي يبني لنا بعض المعطيات التي تقربنا من جعل الموضوع سهلا للتفسير ضمن المحتوى الثقافي للجماعة (المجتمع). فالمجتمعات المغربية عامة والجزائرية خاصة تستنجد دائما بهذه المعتقدات سواءا من اجل تفسير الأسباب أو من اجل البحث عن العلاج دائما ضمن هذا المحتوى الثقافي المشبع بمختلف العادات والتقاليد والطقوس.

وعلى اختلاف النظريات الايتيولوجيه التقليدية لتفسير المعاناة المعبر عنها تدور في العموم حول السحر، العين الشريرة، الاستحواذ، والمس. ومن هنا يمكن القول أن الأسباب المرضية تظهر على شكل أعراض مركبة، وتظهر على الحالات وتتداخل لديهم، فهم يجمعون بين سببين أو ثلاثة في نفس الوقت، ومن بين هذه الأعراض ما يلي: **(Weiss :1992 :222)**

- الشعور بان هناك قوى خفية تتحكم به، أو ازدواجية الشخصية.
- غياب الإرادة والمبادرة.

- ظهور بعض الأعراض الاكتئابية (فقدان الرغبة الحياة، البكاء، الانعزال والانطواء على الذات).
- هذيانات سمعي، بصرية.
- القطيعة مع الجسم والإحساس بان جسم غريب دخل عن طريق وخزة أو حقن بالدم أو عن طريق وسيط أخر مثل: الأذن، الشرج، المهبل، الفم، الأنف.
- اضطرابات وظيفية مختلفة وتمس مختلف الأعضاء الجسمية (ضعف جنسي، ارتفاع أو انخفاض في ضغط الدم، فقدان الشهية، اضطرابات النوم، شلل نصفي، جفاف الفم، الإحساس بالاختناق).
- تعبيرات مختلفة للمعاناة الجسدية (ألام الظهر، الرأس، المعدة، أسفل البطن، المفاصل، ثقل الأطراف).

كل هذه المظاهر العيادية تكون مصحوبة دائما بمعاناة جماعية أو مشتركة موزعة على أفراد العائلة خاصة المصاب وعائلته النووية. **(Weiss : 1992 : 223)**

كما أظهرت دراسة زينب شقير سنة 1994 حول "المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي لدى طالبات المرحلة الثانوية والمرحلة الجامعية" في المملكة العربية السعودية وخلصت الدراسة إلى النتائج التالية: أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية لصالح عينة المرحلة الجامعية فيما يتعلق بالمعتقدات حول طبيعة المرض النفسي، وأسباب المرض النفسي وطريقة العلاج من المرض النفسي، وعدم وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعتين في كل من المعتقدات حول الشفاء من المرض النفسي وتأثير المرض النفسي على أسرة المريض وتوجد فروق دالة إحصائيا بين طالبات المرحلة الجامعية وطالبات المرحلة الثانوية حول الاتجاه نحو المرض النفسي لصالح طالبات المرحلة الجامعية ومعتقدات خاطئة تكشف عن معلومات خاطئة وتكثر لدى طالبات المرحلة الثانوية، ومعتقدات صحيحة تكشف عن معلومات صحيحة نوعا ما، وتكثر لدى طالبات المرحلة الجامعية بالمقارنة بطالبات المرحلة الثانوية واتجاهات سلبية رافضة نحو المرضى النفسيين تكثر لدى عينة المرحلة الثانوية، واتجاهات ايجابية نحو المرضى النفسيين وهي قليلة وتظهر أكثر لدى عينة المرحلة الجامعية. **(زينب شقير: 1994: 130)**

كما أظهرت الدراسات بأن المعتقدات الثقافية والممارسات السحرية تمثل وسيلة حماية بالنسبة للأفراد الذين يعتقدون ويمارسون تلك الطقوس، وفيما يخص العلاقة بين ما هو ثقافي وصحة فنجد دراسة "هلين" Heln و "بلازر" Blazer و"هايز" Hays سنة 2000 حيث خلصت دراستهم إلى أن الأشخاص الذين لديهم معتقدات ثقافية حول مواضيع تتعلق بالصحة والمرض لديهم نسبة عيش طويلة **(Heln : 2000 : 55).**

كما يؤكد "راقوران" Raguram في دراسة له سنة 2002 بأن المعاناة النفسية لا يمكن الحد منها إلا بالرجوع إلى النظريات الاثيولوجية المفسرة لأسباب الاضطرابات من خلال مختلف الأعراض الظاهرة والغير ظاهرة، لكن الاهتمام بالنواحي الثقافية لا يمكن أن يساعد في عملية التكفل النفسي ومنه العلاج **(Raguram : 2002 : 104)** مع ضرورة وجود مرجعية ثقافية في التعاطي مع الأعراض.

بالإضافة إلى دراسة "لستينمان" Steinman سنة 2004 من خلالها خلص إلى وجود عاملين أساسيين يؤثران في عملية الصحة والمرض، الأول له علاقة بالسلوك، والثاني يتعلق بالبعد الجماعي والاجتماعي للمعتقد الثقافي **(Steinman :2004 : 05).**

وفي دراسة لعبد الحكيم الحسيان وآخرون سنة 2004 بالأردن حول: "دور العوامل الاقتصادية والاجتماعية في تحديد أنماط العلاج لدى المرضى"- دراسة ميدانية في منطقة جرش. وقد تتناول هذه الدراسة موضوع الممارسات العلاجية كأحد الموضوعات التي تهتم، بدراستها الأنثروبولوجيا الطبية، في المجتمعات المحلية وتهدف الدراسة إلى تفكيك الظاهرة العلاجية في مجتمع منطقة جرش، في محاولة لتحديد الأنماط العلاجية التي يتم التوجه إليها من قبل سكان المنطقة ومحاولة فحص شكل العلاقة التي تربط بين هذه الأنماط العلاجية جميعها، وقد خلصت الى النتائج التالية:

- ❖ إن الممارسات الطبية السائدة في مجتمع الدراسة هي كتلة غير متجانسة من الممارسات والتمثلات والمعارف، ولا يمكن أن يتم الحكم عليها باعتبارها تصب في إطار معرفي واحد ذلك أن هناك مصادر معرفية متعددة مسؤولة عن إنتاج الحقائق الطبية وهذا يقود إلى الاستنتاج بأن قوى مختلفة تدعم وتسوغ وتعطي المشروعية لظهور شكل من الممارسات العلاجية أو اختفاء آخر.

❖ تمكنت الدراسة من فرز وتصنيف الممارسات العلاجية في مجتمع الدراسة إلى أنماط علاجية وقد اعتمدت الدراسة في ذلك على وجهت نظر كل من الباحث والمبحوث.

❖ إنه تبعا لوجهة نظر المبحوث يمكن تصنيف الممارسات العلاجية إلى ستة أنماط علاجية هي: نمط العلاج بالقرآن الكريم، أو العلاجي الروحي بزيارت الكنائس والأماكن المقدسة، نمط العلاج بالسحر، ونمط طب العطارين، والنمط الرسمي الحديث في العلاج، ونمط العيادات الإسلامية.

❖ أما بالنسبة لوجهة نظر الباحثة فإن هذه الممارسات العلاجية يمكن تصنيفها على ثلاثة أنماط من الممارسات:

أ. مجموعة العمليات العلاجية التقليدية والتي تنتمي إلى مجموعة الأفكار والرموز الروحية والأخلاقية في المجتمع وتشمل العلاج بالقرآن الكريم، ونمط طب العطارين، نمط العلاج بالسحر.

ب. الشكل الرسمي من العلاج والممثلة بالنمط الطب الحديث والقائم على أسس والمبادئ العلمية الغربية في العلاج.

ت. نمط الطب الذي يشكل الظاهرة الأحدث في مجتمع الدراسة والمتمثل بالعيادات الإسلامية وهو النمط الذي يمزج بين الممارسات التقليدية والممارسات الحديثة في العلاج.

إن العلاقة بين الأنماط العلاجية تأخذ طابع الصراع والتنافس أكثر من التعاون والتكامل إذ أن كل نمط يعتمد إلى إيجاد وتطوير استراتيجيات بهدف تعزيز مكانته وأبعاد الأنماط العلاجية الأخرى وتهميشها. **(عبد الحكيم الحسيان وآخرون: 2004: 293-294)**

وفي دراسة لسليمان بومدين سنة 2004 حيث حاول من خلال دراسته المعنونة بـ: "التصورات الاجتماعية للصحة والمرض بالجزائر" الكشف عن التصورات الاجتماعية للصحة والمرض بالجزائر(مدينة سكيكدة) من خلال محاولة فهم كيف يدرك عامة الناس تجربة المرض والصحة ووصف محتوى التفكير الاجتماعي حولهما، والتي بالرغم من انتشار وسائل الإعلام الحديثة وتعرضها باستمرار لها فإن التصورات لا يمكن أن تكون محايدة ولا يمكن أن تعود فقط للمعلومات العلمية ولكن تعود أيضا إلى الهوية الثقافية الاجتماعية الدينية بالجزائر، مع محاولة الفهم كيف نشئت وبنيت هذه التصورات. حيث خلصت الدراسة الى النتائج التالية:

- ❖ هناك نمطين من الطب يوجدان في الجزائر طب رسمي ذي نمط جامعي وطب تقليدي.
- ❖ في غالب الأحيان يتوارث المعالجين التقليدين مهنة الطب الخاصة بالعلاج التقليدي أبا عن جد داخل الأسرة الواحدة كأن تعطى لهم كرامة العلاج. **(سليمان بومدين: 2004: 249)**
- ❖ تختلف ممارسات الطب التقليدي حسب تفسير سبب الاضطراب ومن تم اختيار العلاج.
- ❖ يقوم المعالجون التقليدين بعلاج بعض الاضطرابات وليس كلها. عن طريق الطرق التقليدية كالرقية، الحجامة، زيارة الأضرحة...الخ
- ❖ هناك بعض الأدوية تأخذ معاني دينية مثل حبة البركة و السنا مكي وعشبة مريم.
- ❖ هناك احترام متبادل بين المعالجين التقليدين وزبائنهم فهؤلاء الزبائن من كل الطبقات والمستويات الثقافية رجالا ونساء، يلجئون للعلاج التقليدي خاصة عند فشل الطب الحديث في علاج مرضهم.
- ❖ هناك الكثير من الأطباء المعالجين بالطب الحديث من يؤمنون بالعلاج التقليدي، بل ويوجهون مرضاهم إليهم. **(سليمان بومدين: 2004: 250)**
- ❖ لا يوجد معنى واحد للصحة والمرض بل توجد شبكة من المعاني المعقدة ترتبط جميعها بالمعتقدات الثقافية العربية والإسلامية وفي جزء منها بالثقافة الغربية.
- ❖ كما بينت الدراسة أن هناك عدة مسارات علاجية يسلكها المريض وهي مسارات ترتبط بتصور المريض ومحيطه عن المرض، حيث أن الأغلبية تفضل الطب الحديث وعند فشل هذا الأخير فقط يلجأ إلى الطب التقليدي.
- ❖ بينت الدراسة أن اللجوء إلى الطب التقليدي ليس حكرا على الطبقات الريفية الفقيرة بل هي موضع ثقة الكبار، والصغار، النساء، والرجال، الإطارات، والعمال...الخ. فهي تثبت أنها ليست مسألة طبقية بالقدر أنها مسألة ثقافية. **(سليمان بومدين:2004: 253)**

وجاءت دراسة الدين الزواوية جميلة سنة 2011 حول "تمثلات الصحة والمرض والعلاج" والتي تتضمن نماذج تفسيرية مختلفة تحمل دلالات رمزية وتتمحور حول المسار العلاجي سواء التقليدي أو الطبي، والملاحظ أن مفاهيم الصحة والمرض تتماشى وفق بعض الاعتبارات منها المعتقدات الثقافية والدينية والشعبية، وبالتالي الممارسات العلاجية جزء من الثقافة كما أن اللجوء إلى الخدمات الصحية الرسمية والغير رسمية يختلف باختلاف النظام

القيمي والإطار الثقافي السائد، مع وجود ارتباط بين تمثلات العلاج التقليدي والعلاج الطبي من جهة وطلب المعالجة من جهة أخرى عند كلا الجنسين، والجذير بالذكر من خلال نتائج الدراسة أن المرضى يتأرجحون بين العلاج الطبي والعلاج التقليدي اللذان يشكلان نمطان من العلاج لا ينفصلان سواء أمام الأمراض العضوية أو الاضطرابات النفسية. **(الدين زاوية: 2011: 184)**

أمّا دراسة الحاج الشيخ سمية سنة 2013 حول: "التصورات الاجتماعية للمرض العقلي لدى الأطباء" فجاءت للكشف عن العناصر الضمنية التي تشكل التصورات الاجتماعية للمرض العقلي لدى الأطباء، حيث جاءت النتائج كالتالي: تتشكل العناصر الضمنية للتصورات الاجتماعية للمرض العقلي لدى الأطباء من تكوينهم الأكاديمي ومن الثقافة الشعبية.

وجاءت دراسة ميسوم ليلى سنة 2014 والتي كان موضوعها: "الاضطراب النفسي ما بين علم النفس المرضي والمنظور الثقافي الشعبي" من أجل الوقوف عن الاضطراب النفسي من المنظور الثقافي الشعبي، وذلك بدراسة ميدانية لحالات الإصابة بـ "المس" أو"السحر" أو "العين". حيث أفرزت النتائج ما يلي: تتميز الحالات المصابة بـ "المس" أو"السحر" أو "العين"، ببنية نفسية مرضية هشة. كما تندرج الحالات التي تعاني من "المس" أو"السحر" أو "العين" ضمن الاضطرابات النفسية ذات البعد الثقافي والغير مصنفة ضمن الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية والعقلية DSM4. **(ميسوم ليلى: 2014: 233)**

اهتمّت دراسة فيروز صولة سنة 2014 من خلال موضوعها "المتغيّرات الاجتماعية لتصور المرض وأساليب علاجه"، إلى توضيح عملية فهم المرض وتصوره وتحديد أساليب علاجه لا يتحكم فيها الشخص المريض فحسب، أو الأطباء المعالجين بل هناك متغيرات اجتماعية مختلفة تحدد إرادة الفرد وسلوكهم وتوجههم لمختلف الظواهر المرتبطة بصحتهم، مرضهم وعلاجهم. بالإضافة إلى تصوّر المرض وتحديد الأساليب العلاجية الملائمة، سواء كانت هذه الأساليب حديثة أو تقليدية. حيث توصّلت الباحثة إلى أنّ هناك تأثير واضح للجماعة المرجعية حول تصوّر المرض لدى المريض وفي اختيار العلاج المناسب، كما للمعالجين دوراً هاماً في تصوّر المرض. وتؤثر الظروف الاقتصادية والاجتماعية السيئة بشكل غير مباشر على تصور المرض خاصة لدى الفئة الفقيرة من المرضى. وتمثل العناصر الثقافية بما فيها

الثقافة الشعبية، والدينية، والحديثة، والمستوى التعليمي، لدى المرضى متغيرات بالغة الأهمية في تصور المرض وتحديد العلاج المناسب في إطارها. **(فيروز صولة: 2014: 374)**

وجاءت دراسة سيدي عابد عبد القادر سنة 2017 والتي هدفت إلى الكشف عن "العلاقة بين الخلفية الثقافية وتصور الاضطراب النفسي واختيار أسلوب العلاج في ضوء متغيري الجنس والمستوى التعليمي عند زوار الضريح، أن تصور الاضطراب النفسي واختيار أسلوب العلاج يعد ضمن الخطابات اليومية لكل الناس، فهي تتضمن نماذج تفسيرية مختلفة تحمل دلالات رمزية وتتمحور حول المسار العلاجي بصفة خاصة سواء كان نمط علاج تقليدي أو حديث الذي يجب على الإنسان التوجه له طلبا للشفاء، والملاحظ أن مفاهيم الصحة والمرض تتماشى وفق بعض الاعتبارات منها الخلفية الثقافية. **(سيدي عابد: 2017: 176)**

وفي دراسة للأستاذ بن احمد قويدر سنة 2011 التي ترجمت على شكل كتاب بعنوان الاكتئاب والتمثلات الثقافية في المسار العلاجي في الجزائر وهي دراسة عيادية والتي هدفت إلى محاولة فهم الاكتئاب في الوسط الثقافي الجزائري، وإدراج العناصر الثقافية من حيث التفسيرات والتعبيرات مع الاهتمام بالتصورات الثقافية على اعتبار أنها واقع. حيث خلصت هذه الدراسة إلى اهتمام الحالات بالمعالج التقليدي خاصة عند استعمال الرقية، وهذا يعكس أهمية العنصر الثقافي في العمل العلاجي الذي تحتويه الثقافة في الحفاظ على انتماء أفرادها كإستجابة لحاجة الحماية للعنصر المصاب. بالإضافة إلى وضعية العلاج الطبي الذي يستثني من العمل العلاجي المريض، حيث اتضح من خلال الدراسة وجود ثلاثة نماذج علاجية تتبعها الحالات وهي:

- العلاج التقليدي
- العلاج النفسي
- العلاج الطبي

كما اتضح لنا دور وأهمية الأسرة خاصة المرأة سواءا كانت مصابة، مشرفة على العلاج، سواء أكانت زوجة، أم، أخت، أو ابنة.

كما يميز المسار العلاجي للمكتئب الطعون العلاجية المختلفة وانه لايوجد تكامل بين النماذج الثلاثة السالف ذكرها خاصة من ناحية التكوين والأدوات المستعملة فلكل منهم تكوينه الخاص ومرجعيته **(بن احمد: 2018: 438-439)**

إذن يمكن أن نستنتج من خلال دراسة سيدي عابد عبد القادر سنة 2017 أن هناك علاقة بين الخلفية الثقافية وكل من تصور الاضطراب النفسي واختيار أسلوب العلاج. فأما بخصوص العلاقة بين الخلفية الثقافية وتصور الاضطراب النفسي فيرجع إلى الأفكار المسبقة حول الاضطراب وأسبابه وذلك من خلال تكرار الأعراض المرضية وكذا اختيار العلاج المناسب التي يعرفها المعالج بحيث يستطيع إدراجها تحت صنف معين من أصناف الأمراض المحددة ثقافيا. وهناك أيضا الأعراض الغريبة المصاحبة للاضطراب مما يضفي عليها نوع من الروحانية، وهذا العامل من بين العوامل المؤثرة على تصورات المريض في فهمه وتفسيره للمرض. **(سيدي عابد: 2017: 177)**، حيث ترتبط الاضطرابات النفسية ببعض المفاهيم والمعتقدات في مجتمعاتنا حيث يحيط الكثير من الغموض بالاضطراب النفسي وخاصة أسباب حدوثها وإرجاعها دائما إلى الأسباب الغيبية والروحانية.

كما تلعب التنشئة الاجتماعية والبيئة الأسرية (الثقافية) كمرجعية لفهم المرض وأسبابه، حيث تتميز الأسرة بتنظيمها الداخلي الفريد في سماتها الخاصة التي تتميز بها، وفي تعريفاتها الخاصة لديانتها ورؤيتها للعالم وتاريخها الشخصي وأساطيرها وعاداتها وطقوسها وتفسيرها للأمراض وطرق علاجها. ويُعبر المرض عن الاستجابة الشخصية للمريض ولكل الذين حوله لكونه مريضا وخاصة تلك الطريقة التي يفسر بها المريض وكل من حوله مصدر ومغزى هذا المرض وكيف أنه يؤثر في سلوكه وفي علاقته مع الناس الآخرين وفي الخطوات المختلفة التي سيتخذها لعلاجه.

وأما بخصوص العلاقة بين الخلفية الثقافية واختيار أسلوب العلاج فيرجع إلى دور الثقافة بالنسبة للعلاج والذي يتمثل في هيكلة التصور العام الذي يُحمس الفرد لإتباعه، ثم في تنظيم الطقوس المعروفة ليصل في نهاية الأمر إلى الأغراض العلاجية المرجوة والمتمثلة في استرجاع التوازن النفسي للمصابين والحد من الاضطرابات التي يعانون منها. وتعتبر التنشئة

الاجتماعية التي ينشأ عليها الفرد في الأسرة المحدد الرئيس لأسلوب العلاج الذي يتبناه هذا الأخير في حالة إصابته بالمرض، فإذا كانت الأسرة التي يعيش ضمنها تؤمن بالغيبيات أو بفعالية العلاج التقليدي فسيكون التوجه بطبيعة الحال إلى المسار العلاجي التقليدي، لأن الناس تعتقد في قدرة المعالج والعلاج التقليدي على تشخيص وعلاج أمراض خاصة إذا عجز عنها الطب الحديث. **(سيدي عابد: 2017: 178)**

ومن خلال مختلف الدراسات التي تناولت موضوع الصحة والمرض المعروضة في هذا البحث سواء من المنظور التقليدي آو الحديث قدمت لنا إسهاما كبير في دراسة موضوعنا الحالي والموسوم بوظيفة المعتقدات الثقافية في عملية التوجه العلاجي بالنسبة للراشد المصاب باضطراب نفسي. حيث أن العديد من تلك الدراسات أثرت دراستنا حول الأسباب والعوامل التي تشكل الاضطراب النفسي وأساليب علاجه، وذلك من خلال التأكيد على أهمية العوامل الثقافية والاجتماعية، ولذلك حاولنا توضيح وظيفة المعتقدات الثقافية من خلال الدور المهم للثقافة وكل عناصرها في بناء وبلورة هذه المعتقدات حول تفسير أسباب الاضطراب النفسي أولا، وثانيا اختيار التوجه العلاجي المناسب. ودور الأسرة في تعزيزه هذه المعتقدات من خلال تفسير الأسباب واختيار نوع العلاج.

إن العامل المشترك بين مختلف الدراسات التي تناولنا هي الثقافة والتي يعتبرها "جورج دوفرو" George Devereux ذات وظيفة أساسية في التحليل والعلاج، حيث لا يمكن فهم الحالة المرضية إلا في إطارها الثقافي، حيث أعطى اهتماما كبيرا لثقافة المريض باعتبارها نظاما نفسيا مدعما للأنا الفردي والفرعي الجماعي.

حيث عرفت **"**جراهام والاس" Graham wallace أن الثقافة هي تراكم الأفكار والقيم والأشياء أي أنها التراث الذي يكتسبه الفرد من الأجيال السابقة عن طريق التعلم والتنشئة الاجتماعية وهي تحوي مجموعة من العناصر التي تفرض نفسها على مستوى موضوع الصحة والمرض وتحكم تصرفاته فهي تشمل معظم صور السلوك الإنساني من:

- العادات الاجتماعية.
- عادات النظافة والتربية.
- المعتقدات.

- ❖ المعارف.
- ❖ الأمثال والحكم.
- ❖ المفاهيم والتصورات التشعبية.
- ❖ القيم والطقوس.

كما تتضمن الثقافة أيضا تصورات عن كل عضو من أعضاء جسم الإنسان وبالتالي إذا أصيب بالمرض تعرف صاحبه بأسلوب يختلف عن عضو آخر فهنا الفرد أو المريض يصطدم بنموذجين مختلفين للرعاية الصحية. **(عبد المجيد: 2000: 136)**

فالثقافة إذن نمط من الإدراكات الأساسية التي طورتها واكتشفتها جماعة ما من أجل أن تساعدها في حل المشاكل التي تعترضها بغية التوصل إلى تكيف خارجي واندماج داخلي.**(Gayon jean : 2003 : 58)** فهي كل مركب يتضمن المعارف، المعتقدات والفنون والقيم، الأخلاق والعادات والتقاليد.

تقول "مارغيت ميد" Margaret Mead أن الثقافة هي مجموعة أنماط السلوك المكتسبة التي يتشارك فيها مجموعة من الأفراد تنقلها إلى أبنائها مثل: القيم، العادات، التقاليد، المعتقدات...الخ **(منى احمد عبود: 2008: 11)** فهي بمثابة وسيلة تؤثر من خلالها، كما يطلق عليها "بورديو" Bourdieu الهابينوس التي تنتقل بين الأفراد وعبر التعلم والتقليد من خلال عمليات التواصل الاجتماعي، والهابينوس هو نسق من الاستعدادات المستمرة والقابلة للتحويل والنقل تشمل 03 أبعاد هي:

- ❖ **بعد نفس وجداني:** اختيارات، ميول، أذواق.
- ❖ **بعد عقلي منطقي:** أفكار بمبادئ الفهم والقيم.
- ❖ **بعد أخلاقي عملي:** الأفعال، القيم.

ولا يمكن أن تحصر المشكلة كليا في جزء واحد من جسم المريض وهو مكان الألم فقط متناسين بذلك الواقع الاجتماعي والثقافي والاقتصادي للعميل (المريض). فإحساس المريض بطبيعة مرضه والطريقة التي يفكر بها ويعتقدها عن حجم مرضه، هو عامل مؤثر في العلاج، هذا ما أثبته دراسة قام بها فريق من جامعة أوكلاندا ومعهد الطب النفسي، إذ تقول الدراسة أن

هناك علاقة مباشرة من بين نظرة الناس إلى طبيعة المرض وحجمه والخطة العلاجية والرعاية الطبية التي يقدمها الطبيب (المعالج) يقول دكتور "كيث بيتري" Keith Peri من جامعة أوكلاند، أن تصورات المريض عن مرضه هي دليل قراراته تجاه صحته، بمعنى ذلك أن المريض الذي يعتقد بتأخر حالته لن يستجيب للعلاج، كما أوصت الدراسة بزيادة الحوار بين المريض والمعالجين قبل وضع خطة العلاج ومباشرته، كما أكدت الإحصاءات أن المرضى يمتنعون عن تناول أدويتهم بسبب اعتقادهم الخاطئ عن طبيعة مرضهم، أو لأنهم غير مؤمنين بفرصة الشفاء وهذا سبب إضافي يدعو الطبيب للتحدث أكثر مع مريضه عن طبيعة مرضه وخطة العلاج. فالمتتبع للدراسات المتعلقة بالممارسات والتصورات الطبيعية منذ القدم حتى عصر الحديث لا يمكنه إلا أن يتعرف بأن الطب من حيث هو خطاب معرفي وممارسة بشرية، هو نتاج ثقافي فالممارسة الطبية تعد خطابا معرفيا وممارسة بشرية تستخلص منها نسقا من العلاقات بين الإنسان وليس ما يحيط به من بشر وكائنات وكون وخالق وغيبيات وبناءا على هذه المعطيات للعالم والبشر والكائنات تتحدد نوعية الممارسة الطبية المشروعة، وعليه فإن الممارسة الطبية قد تكون مشروعة في ثقافة ما ومجتمع ما، وفي مجتمع ما قد تنقلب إلى ممارسة غير مشروعة. **(محمد عرب صاصيلا: 1993: 29)**

كتب "ميشال فوكو" Michel Foucault في كتابه " الكلمات والأشياء" مشخصا الإبستيم المعرفي السائد في أوروبا في القرن السادس عشر: "إن على هذه المعرفة أن تستقبل في آن واحد، وعلى الصعيد نفسه، السحر والتبخر للعلميات ويبدوا لنا أن معارف القرن السادس عشر كانت مؤلفة من خليط متقلب من المعرفة العقلية، ومن مفاهيم مشتقة من السحر، ومن تراث كامل ضاعف اكتشاف نصوصه القديمة في قدرات سلطته".**(مطاع صفدي: 1990: 50)**

وفي السياق ذاته كتب "دافيد لوبروتون" David le breton في أنثروبولوجيا الجسد والحداثة: " إن الحضارة في القرون الوسطى وحتى عصر النهضة هي خليط مبهم من التقاليد الشعبية المحلية **(محمد عرب صاصيلا: 1993: 10)**، من خلال ما ورد في الفقرتين السابقتين لوبروتون وفوكو نلاحظ أنه كانت هناك في القديم ممارسات تطبيبية خاصة ببعض المجتمعات، وهذا ما يمكن إسقاطه على كل معارف العصور ما قبل الحديثة، فالتنجيم كما يقول "فوكو" لم يكن صديدا أو شكلا منافسا للمعرفة العلمية، بل هو يشكل جسما واحدا مع المعرفة العلمية كما

كانت الكيمياء خليطا غريبا من الممارسات السحرية والعلمية، وكذلك كان الطب خليطا من المعرفة التجريبية والممارسات السحرية.

أما ما كان يتم في الثقافات المناطق الأخرى خارج أوروبا فأمر مختلف، حيث كان الطب خطابا وممارسة يمثل خليطا من المعارف الدينية، الممارسات السحرية، المعرفة العلمية والخبرة الشعبية.

لم يكن الطب في مختلف الثقافات عبارة عن ممارسة علمية منضبطة ولم يكن كما يكتب "فوكو" في كتابه "الإنهمام بالذات" مفهوما فقط كتقنية يستعان بها في الحالات المرضية من خلال العلاجات بل تعدى ذلك لشكل شبكة من المعارف المختلفة تشمل علوم الجسد والنفس، علم الفلك والأخلاق، الفلسفة ،المعارف الدينية والسحرية. **(محمد أزويتة: 1993: 71)**

حيث حاول "فوكو" أن يوضح المقصود بالإنهمام بالذات وذالك من خلال علاقتها مع مظاهر الحياة: كطرق الحياة والروحانيات والسياسة وتوضيح الرابط بين الإنهمام بالذات واستشعار جمالية الوجود من خلال مطابقة الأقوال للأفعال النابعة من الذات الحرة والمتفرده، الجدير بالذكر أن الإنهمام بالذات يختلف عن معرفة الذات فالإنهمام يُعنى بمعرفة الذات بنفسها لنفسها عكس معرفتها اللازمة باستشعارها من خلال الأخر بمعنى أن تسأل الذات عن الذات بدلاً من أن تبحث عن الإجابة من الأخر. يرى "فوكو" أن تحسين علاقة الشخص بذاته سيعود بالنفع على المجتمع.**(محمد عرب صاصيلا: 1993: 34)**

فالطب القديم والممارسات الطبية لم يكن قد بلور تصورا عن استقلالية الجسد وانعزاله وتفرده كما في المجتمعات الحديثة، بل كان يعتقد أن الإنسان جسد و روح، فإن امتداد الإنسان من حيث الروح والجسد هي التي تسمح في ضل هذا التصور بالاعتقاد، بتأثير الكائنات الغيبية والقوى الخارقة. **(اسامة الراضي: 1993: 60)**

وعليه يمكن القول أن أسباب المرض ليست بالضرورة كامنة داخل الجسد بل قد تكون في النفس أو الغيبيات، أو القوى الخارقة، وفي المقابل البحث عن العلاج الناتج يكون ضمن هذا المحتوى الغير رسمي وحسب الكثير من المهتمين بقضايا الصحة والمرض وتأثير الثقافة على هذه الأخيرة فهم يؤكدون على وجود علاقة وثيقة بين هذه الممارسات الطبية والمعتقدات خاصة عند الشعوب ومجتمعات العالم الثالث، فكان "ريفرز" Riverz أول من كتب عن المعتقدات

والممارسة الطبية عند الشعوب وكان رائد في الربط بين الطب الشعبي والثقافة حيث قام بدراسة حول (الطب، السحر والدين) وركز على النظر للممارسات الطبية والعلاجية كنسق ثقافي، معتبرا أن للطقوس والرموز والمعتقدات كتأثير على الحالة الصحية للفرد، فبدافع المعتقد قد يفضل المريض العلاج التقليدي بدلا من العلاج الرسمي الحديث، حيث يتكون الاعتقاد لدى "ريفرز" من ثلاثة مجموعات من القضايا والمتغير التابع هو السلوك الذي نقوم بملاحظته وخاصة سلوك الجماعات في مواجهة المرض، أما المتغيرات المستقبل هو اتجاه الجماعة نحو العالم، وهناك متغيرات يمكن اشتقاقها من المتغير العام لمعتقدات الجماعة فيما يتعلق تطبيقه وأسباب المرض ويميز بين ثلاثة أنواع من النظرة إلى العالم الخارجي، (النظرة الدينية، النظرة السحرية، النظرة الطبيعية) بمعنى إذا ساد بين أعضاء المجتمع اعتقاد بالسحر والعين فإن السلوك المرضى والبحث عن العلاج سوف يتجه ويكون ضمن هذا المحتوى أي العرافين والمشعوذين **(نبيل حنا: 1987: 224)**، وعليه يمكن القول أن المعتقدات هي أفكار تتعلق بالحقيقة والزيف وتتعلق بالصحة والخطأ، كما تتعلق بالأفكار والسلوك كما أن المعتقدات المتواصلة بأي مرض تحدد طريقة سلوك الفرد وبناءا على المعايير والقيم والمعتقدات تتشكل توقعات السلوك أو يتحدد بناءا عليه ما يعتقده الناس أنه صحيح أو غير صحيح.

وقد ذهب "روزنستوك" Rosenstock إلى أن السلوك الصحي المرتبط بالمشكلة يتحدد في ضوء رؤية الفرد لهذه المشكلة وقد أطلق عليه النموذج الإعتقادي الصحي، حيث حدد 04 مراحل زمنية تظهر في حالات اللجوء إلى طلب الرعاية:

- الأزمنة الشخصية المتبادلة وهنا لا تتغير الأعراض، وإنما تهدد نشاطا اجتماعيا معينا.
- تتضمن واجبات الآخرين (خاصة دور العائلة) نحو الاهتمام بالبحث عن العون الطبي.
- وجود تهديد من وجهة نظر المريض.
- تتعلق بطبيعة ونوعية الأعراض. **(محمد علي: 1985: 136)**

كما يمكن أن نشير إلى مجموعة من المتغيرات في عملية طلب الرعاية الطبية وهي:

- رؤية بعض العلامات مرضية أو أعراض معينة وإدراكها والاعتراف بها.
- معدل تكرار الأعراض المرضية.
- المعلومات المتاحة والمعرفة والافتراضات الثقافية.

- مدى توافر إمكانيات العلاج وموارده.
- مدى تأثير هذه الأعراض على اختلال وظائف الأسرة والعمل، وإن لتأثير الثقافة على التتابع والمظاهر التي يحدث بها الاضطراب النفسي موضع اهتمام مستمر.**(لطفي الشربيني: 2005: 71)**

والدارس لهذا المجال لابد له من دراسة الخلفية الثقافية والاجتماعية وكذا الوعي بالسياق الثقافي ونمط العلاقات وطرق الاتصال اللفظي وغير اللفظي لفهم الحالات النفسية والسلوك المرضى والطبيعة في ثقافة معتمدة. فنجد بعض المفاهيم بها قبول واسع في ثقافة ما كاعتبار الاضطرابات النفسية خارج نطاق التحكم والسيطرة، فالشخص المصاب ليست لديه مسؤولية عما يحدث. ونجد أيضا اعتقادات حول الاضطرابات النفسية في القوى الخارجية مثل الجن، الشياطين، السحر والشعوذة، والحسد أو تأثير العين.

وتفترض المعتقدات المشتركة ثقافيا أن الجن لديه القدرة على تلبيس الضعفاء وإصابتهم بالاضطراب، وينجم عن تأثير الشياطين والجن، والأرواح السلوك الغير سوى الذي لا يمكن التنبؤ به، أما السحر أو الشعوذة فهي استدعاء لقوى خارقة و توجيه تأثيرها نحو شخص ما لإصابته بالاضطراب. **(لطفي الشربيني: 2005: 73)**

وهناك علاقة بين السلوك أثناء الاضطراب والمعتقدات الثقافية والاتجاهات الصحية، خاصة فيما يتعلق بأساليب العلاج وارتباطها بالمعتقدات والتفسيرات السائدة حول ظهور الاضطراب النفسي والوسائل التي تلجأ إليها الحالة المرضية أو أسرهم من خلال البحث عن العلاج في المنظومة الحديثة أو التقليدية، فكلما كان الاعتقاد بأن الاضطرابات النفسية تنشأ من تأثير السحر، الشعوذة والعين والحسد والقوى الخفية لربما نجد التوجه أو البحث عن العلاج باستخدام الطقوس، الطلاسم زيادة الأضرحة، أي البحث عن العلاج ضمن النسق الثقافي المحلي، والعكس فإذا كان الاعتقاد بسبب الاضطراب النفسي خلل في العضوية فبطبيعة الحالة يكون التوجه إلى الطب الرسمي الحديث، لكن عدم اقتناع المريض وأسرته بالعلاج الطبي الحديث في الاضطرابات النفسية معتبرا إياه مجرد كلام، حيث نجد أن العميل يغير الطبيب المعالج بحثا عن الشفاء، فيجد العميل نفسه بين نموذجين اثنين لطلب المساعدة، فيطلب المساعدة عند الطبيب الرسمي حيث فشل المعالج التقليدي، كما نجده عند المعالج التقليدي، حين

يفشل الطبيب الرسمي.(Bruchon : 2002 : 102) حيث يقول إبن خلدون في كتابه "المقدمة" أن بعض أشكال هذه الممارسات العلاجية في المجتمعات البدوية والصحراوية: "صناعة الطب هي من فروع الطبيعيات"، أي النظرة إلى بدن الإنسان من حيث المرض وصحة، فيحاول بذلك الحفاظ على صحته وإبعاد المرض بالأدوية والأغذية الصحية، وهذا طبعا بعد معرفة العضو المصاب والأسباب وأدوية كل مرض.

أما "مارسيل موس" M. Mauss في كتابه: "مدخل لنظرية عامة حول السحر" فكانت أعماله لدراسة الظواهر الواقعية للصحة والمرض، حيث ساهم في إنشاء النظرية السوسيوطبية، فقام بدمج السوسيولوجيا عن البيولوجيا، فكانت بذلك عدة دراسات في الانتروبولجيا الطبية منها: (دراسات مورفولوجية، إحصائية، وتاريخية)، ووازى فيها بين الأحداث النفسية والفسيولوجية والسوبيولوجية. **(Vinencent de gonlejac : 2008 :31)**

يرى "جاك الحريقي" Jack Huriki الذي أقام مدة مع مجتمع التوارق بصحراء النيجر في وصف للطرق العلاجية في كتابه « Médecine Touarègues Traditionnelle » حيث أنها تعتمد على الممارسات الطقسية والسحرية وحتى الأعشاب، أما بالنسبة للعلاج الطبي المعروف في التوارق فهو "حليب النوق" حيث أثبت علميا أنه يساعد على علاج مجموعة من أمراض المستعصية. **(http://www.jinnsc.com)**

ومن هنا يمكننا القول: إذا كانت الثقافة هي مركب يتضمن المعارف والمعتقدات والفنون والقيم والأخلاق والقانون والعادات، وكل عادة يكتسبها الإنسان بكونه عضوا في المجتمع، والمعتقدات هي مختلف الممارسات والأفكار التي اكتسبها الفرد من خلال عملية التنشئة داخل مجتمعه، والبحث عن العناصر المكونة للممارسات العلاجية سواء التقليدية أو الحديثة من خلال فهم أسباب حدوث الاضطرابات النفسية ومن تم البحث عن العلاج المناسب، محاولين بذلك إيجاد حلول لهذه الظواهر التي كانت تبدو خارجة عن السيطرة وتتحكم فيها قوى خارقة، حيث كانت مجالا جغرافيا من خلال الوصف الاثنوغرافي لمختلف المظاهر الاجتماعية بما فيها الطرق والمسارات العلاجية سواء التقليدية الحديثة الممثلة في الطب الرسمي. مما سبق فان مشكلة الدراسة تتلخص في محاولة معرفة وظيفة المعتقدات الثقافية في عملية التوجه العلاجي (اختيار العلاج) للراشد المصاب باضطراب نفسي، أي تحديد هذه المعتقدات الثقافية في

مجتمعنا من خلال تفسير أسباب حدوثها أولا ومن تم البحث عن التوجه العلاجي المناسب.حيث تفرعت عن الإشكالية الرئيسية مجموعة من التساؤلات والتي ارتأينا إدراجها في بحثنا هذا من اجل المساهمة في ضبط الإشكالية الرئيسة وكان السؤال كالتالي:

- ما وظيفة المعتقد الثقافي في التوجه العلاجي للراشد الذي يعاني من اضطراب نفسي؟.

ومنه ارتأينا طرح التساؤلات التالية:

- كيف يساهم المعتقد الثقافي في تفسير الاضطرابات النفسية؟.
- كيف يساهم المعتقد الثقافي في التوجه العلاجي للراشد الذي يعاني من اضطراب نفسي؟
- هل للأسرة دور في تعزيز المعتقد الثقافي؟

2. الفرضيات:

1.2. الفرضية الرئيسية:

إن للمعتقدات الثقافية وظيفة أساسية ومحورية في عملية التوجه العلاجي للحالة التي تعاني من اضطراب نفسي (الراشد الجزائري) من خلال تفسيره واختيار نوع العلاج.

2.2. الفرضيات الجزئية:

- يساهم المعتقد الثقافي في تفسير أسباب الاضطرابات النفسية.
- يساهم المعتقد في التوجه العلاجي (العلاج التقليدي والعلاج الحديث) للحالة المرضية ومنه اختيار طريقة العلاج (الرقية، المشعودين، زيارة الأضرحة، العلاج النفسي، العلاج الطبي...الخ)".
- تلعب الأسرة دورا أساسيا في تعزيز المعتقد الثقافي لدى الحالة المرضية من خلال تفسير المرض واختيار العلاج.

3. التعريفات الإجرائية:

وظيفة المعتقد الثقافي:

مختلف الخطابات والتصورات الصادرة عن المريض وأسرته، فهي مجموعة الأفكار والمبادئ التي يكونها الفرد والتي اكتسبها عبر التنشئة الاجتماعية، والتي يعبر من خلالها عن تفسير معاناة تكون مصحوبة بسلوكات عملية في البحث عن العلاج. وفق للنتائج المتحصل عليها من خلال الاستبيان الذي صمم وفق تقنية دليل المقابلة للنماذج التفسيرية EMIC (Explanatory model interview catalogue). حول أسباب وتفسير الاضطرابات النفسية.

التوجه العلاجي للراشد:

مختلف العلاجات التي أقبل عليها المريض وأسرته من علاج رسمي مؤسساتي (طبي أو نفسي)، أو غير مؤسساتي تقليدي بمختلف أنواعه (الرقية، زيارة الأضرحة، طب البديل). وهذا نتيجة لمختلف الطعون بسبب عدم فاعلية علاج متبع معين.

الاضطراب النفسي:

فهو التشخيص الطبي أو طبيعة المعاناة التي تم تشخيصها من طرف المختصين وفق DSM 5 أو CIM 10. وهذا بالرجوع إلى تشخيص المؤسساتي الطبي المتخصص للحالات التي اعتمدناها في الدراسة والمقدرة بمئة 100 حالة (راشدين) يعانون من اضطرابات نفسية (عصابات) متمثلة في:(القلق، الاكتئاب، الوسواس القهري، المخاوف المرضية، الهستيريا).

دور الأسرة:

وهي المساعدة التي تقدمها للمريض من خلال البحث عن العلاج المناسب، وفق توجه علاجي بين ماهو حديث مؤسساتي وتقليدي يتوافق مع المحتوى الثقافي لها. ويمكن ان يتمثل هذا الدور في كامل أعضاء الأسرة أو ينحصر في فرد واحد، من خلال تفسير اسباب حدوث الاضطرابات النفسية، تسمية الاضطراب، المرافقة، اختيار نوع العلاج .

4. أهمية البحث:

تظهر أهمية الدراسة في موقعها المهم ما بين علم الأنتروبولوجية الطبية، وعلم النفس المرضي، أي علم النفس الإثني والطب العقلي الإثني وحتى أحد التخصصات الذي يمكن درجه في تخصص علم النفس الإثني ألا وهو علم النفس المرضي الإثني، فهذا البحث يمكن الاستفادة من نتائجه على مختلف الأصعدة.

فيمكن بذلك الاستفادة من الحقائق التي تكشف عنها هذه الدراسة في مجالات الخدمة العيادية، وبالتالي الرفع من كفاءة التشخيص والعلاج النفسي، والمساعدة على التخطيط لوضع برامج تأهيلية، وتطوير خدمات الصحة النفسية بصفة عامة.

فأهمية الدراسة تكمن في إثراء الجانب المعرفي الخاص بوظيفة المعتقد الثقافي في عملية التكفل العلاجي عند الحالة التي تعاني من اضطراب نفسي (الراشد الجزائري)، من خلال تفسير الاضطراب وتحديد سبل العلاج، حيث تعتبر مسألة فهم الأفراد وتصوراتهم للاضطرابات قضية في غاية الجدية والخطورة، إن عملية الفهم أو الاعتقاد تحدد سلوكات الأفراد في مواجهة الاضطراب، وقد تكون هناك أساليب خاطئة في معرفة طبيعة الاضطراب، كذلك الأسباب التي أحدثته. كما تنشأ هذه الخطورة كذلك في تحديد نوع العلاج، الذي يتقبله الأفراد لمواجهة مشكلاتهم الصحية التكيفية، سواء كان تقليدي أو ديني، حيث يمكن أن يسبب تأخر في طلب العلاج أو حتى اختيار العلاج الملائم.

وكثيرة هي الظواهر والحوادث المرضية التي يعجز الطب الحديث عن تفسيرها، مع عدم فهم الحالة لطبيعة الاضطراب وإرجاعه دائما إلى الظواهر الغيبية والميثافيزيقية الأمر الذي جعلنا نتساءل عن وظيفة المعتقد الثقافي في عملية التكفل العلاجي؟ وكيفية المساهمة في تفسير الاضطراب ومنه اختيار العلاج؟ ودور الأسرة في تعزيز هذا الأخير على مستوى الحالة المرضية؟.

هذا ما جعلنا نحاول الإجابة عن مختلف هذه التساؤلات من خلال البحث عن وظيفة المعتقد الثقافي في تفسير الاضطراب من جهة ووظيفته في التكفل أو التوجه العلاجي للحالة المرضية من جهة أخرى في مجتمعنا المحلي.

5. دوافع اختيار الموضوع:

فاختيارنا لهذا البحث نابع من الفضول العلمي والرغبة الشخصية في دراسته، ضف الى ذلك محاولة معرفة العلاقة بين المعتقدات الثقافية والتوجهات العلاجية انطلاقا من تفسير الاضطرابات النفسية، بالإضافة إلى ملاحظتنا اليومية لأشخاص في طلب المساعدة أو البحث عن مسار علاجي ناجح بغض النظر عن مستواهم (الدراسي، الاقتصادي، الثقافي،...الخ).

6. أهداف البحث:

- ❖ نطمح من خلال هذا البحث إلى الوصول لمعرفة وظيفة المعتقدات الثقافية في فهم الاضطراب من حيث الأسباب، النوع، الأعراض وبالتالي الوصول إلى تحديد نمط علاجي ملائم سواء كان تقليدي أم حديث.
- ❖ محاولة فهم دور المعتقد الثقافي في تفسير الاضطرابات النفسية، وفي التوجه نحو العلاج.
- ❖ محاولة معرفة اثر هذه المعتقدات الثقافية على الفرد ومدى تأثيرها في سلوكهم.
- ❖ محاولة فهم ما يحدث في جانب من جوانب مجتمعنا من ممارسات ومعتقدات حول موضوع الصحة والمرض.
- ❖ معرفة وفهم المؤشرات المتعلقة بالمتغيرات الثقافية، النفسية، الاجتماعية، والمرضية التي تتحكم في تفسير الاضطرابات النفسية من خلال المعتقدات ومن تم اختيار العلاج.

الفصل الثـــانـــي:الاضطرابات النفسية

تمهيد.

1. تعريف الاضطراب النفسي.

2. الاضطراب النفسي وعلم النفس العيادي.

3. معايير ومحددات الاضطراب النفسي.

4. الأعراض العامة للاضطرابات النفسية.

5. أسباب الاضطرابات النفسية.

6. خصائص الأفراد المضطربين نفسيا.

7. تصنيف الاضطرابات النفسية CIM 10.

8. الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM 05 .

9. الاضطرابات النفسية التي سوف تتناولها في الدراسة.

10. انتشار الاضطرابات النفسية.

11. الاسرة والمصاب باضطراب نفسي.

خلاصة الفصل

تمهيد:

تعرف على أنها مجموعة من الإختلالات الوظيفية في مختلف الجسم تظهر على شكل أعراض، وقد بدا ذلك في معظم الوثائق الإكلينيكية الدولية مصطلح الاضطرابات النفسية الذي يعد مجموعة من الأعراض المركبة القابلة للتحديد من الناحية العيادية، يعبر بها الفرد عن عدم ارتياحه وتكيفه مع المحيط الداخلي والخارجي. وهي تنجم عادة عن مجموعة من العوامل النفسية والاجتماعية والوراثية والجسدية، وقد ترافقها تبادلات عضوية أو شذوذات سلوكية ظاهرة في التعامل مع المحيط الاجتماعي، كالسلوك اللااجتماعي والكذب والعدوان الزائد أو غير ذلك، وسنعرض في هذا الفصل كل ما له علاقة مع هذا المصطلح من تعريفات وأسباب...الخ

1. تعريف الاضطراب النفسي:

في تقرير لمنظمة الصحة العالمية في شهر أفريل 2018 على موقعها الرسمي www.who.int أكدت على وجود العديد من الاضطرابات النفسية ذات الأعراض المختلفة والمتشابهة فيما بينها، وتعرف هذه الأخيرة بوجود مزيج من الأفكار والتصورات والعواطف والسلوكات الشاذة والعلاقات الغير عادية مع الآخرين.

ففي التصنيف العاشر للاضطرابات العقلية والسلوكية **CIM 10** الاضطراب النفسي هو تعبير عن وجود جملة من الأعراض أو السلوكات التي يمكن أن نميزها من خلال الملاحظة والفحص العيادي والتي تكون مصحوبة بإختلالات في الوظائف الجسمية.

(Pull C.B : 1992 :04)

كما عرف "مينيشال" Ménéchal على انه اضطراب في الشخصية يتميز بصراعات نفسية وعلاقات الفرد بمحيطه الاجتماعي من خلال مجموعة الأعراض التي تظهر عليه خاصة القلق **(Papet et coll : 2012 : 2)** فهو يتميز بأنه :

- ❖ اقل خطورة عن الذهان.
- ❖ صراع داخلي.
- ❖ يظهر هذا الصراع من خلال الأعراض.
- ❖ القلق الشديد.

ويعرف الاضطراب النفسي حسب **DSM 5** بأنه مجموعة من الأعراض السلوكية أو النفسية أو الجسمية التي تظهر على الشخص بسبب عدة عوامل ويمكن ملاحظة هذه التغييرات على الفرد، فهي تعتبر كمظهر لاختلال وظيفة من وظائف العضوية **(DSM 5 : 2013 :05)**

إن الاضطرابات النفسية عبارة عن مجموعة انحرافات، التي لا تنجم عن اختلال بدني، أو عضوي أو تلف تركيب المخ، وتأخذ هذه الانحرافات مظاهر متنوعة من أهمها التوتر النفسي، الكآبة، القلق والوساوس، والأفعال القهرية الإرادية، والتحول الهستيري والشعور بالوهن، والعجز عن تحقيق الأهداف والمخاوف التي تحاصر الفرد في يقظته فتدعه مشتت البال والأفكار.**(محمد حسين: 2005: 19)**

يرى **"يونغ"** Young أن مصطلح الاضطراب النفسي يشير إلى أنه محاولة غير ناضجة للتوافق مع الواقع، وإن الذكريات المكتوبة في اللاشعور لها دور في تكوين الاضطراب النفسي.

أما **"ادلر"** Adler فيرى أن نشأة الاضطراب النفسي هو خطأ الفرد في إدراك وتفسير بيئته، واتخاذ أسلوب حياة يصعب عن طريقه تعويض الشعور بالنقص، ولا يحقق هدف الحياة كما ركز على أهمية البحث في خبرات الطفولة وخاصة المتعلقة بالعلاقات الأسرية.

أما فيما يخص **"فروم"** Froum فيرى بأنه مظهر من مظاهر الفشل الأخلاقي، ويلفت النظر إلى أثر مشاكل الإنسان الحديثة، مثل قوته وسيطرته على المادة مع الشعور بالفخر في حياته الفردية والاجتماعية.**(نبيهة صالح: 2007: 36)**

فهو اضطراب في الشخصية يتميز بصراع نفسي داخلي، والذي يحول العلاقة مع الفرد ومحيطه الاجتماعي من خلال ظهور الأعراض التي تعبر عن قلق شديد، وهذه الوضعية تظهر لنا حالة من الصراع التي تؤثر في توازن الفرد وهي منبع للالم.

ويجمع مختلف علماء النفس على أن الاضطراب النفسي يشير إلى حالات سوء التوافق والتوازن مع النفس، الجسد، ومع البيئة ويعبر عنها بدرجة شديدة من القلق والتوتر، والإحساس باليأس والقهر **(بوعود أسماء: 2014: 31)**

فالاضطراب النفسي هو نمط سيكولوجي أو سلوكي ينتج عن الشعور بالضيق أو العجز الذي يصيب الفرد ولا يعد جزءا من النمو الطبيعي للمهارات العقلية أو الثقافية وقد تغيرت

أساليب إدراك وفهم حالات الصحة النفسية على مر الأزمان وعبر الثقافات، وما زالت هناك اختلافات في تصنيف الاضطرابات النفسية وتعريفها و تقييمها وذلك على الرغم من أن المعايير الإرشادية القياسية مقبولة على نطاق واسع.**(Ar.Wikipedia.org)**

إذن يمكن القول أن الاضطرابات النفسية هي إصابة نفسية المنشأ تعبر عنها الأعراض عن صراع داخلي بين متطلبات الهو الأنا الأعلى. فهو نتاج لصراع داخلي لا يستطيع الفرد أن يجد له تفسيرا و فهما، وبالتالي يتكون لديه توتر نفسي إضافة إلى قلق مستديم تظهر ملامحه من خلال الأعراض الجسمية، والعقلية، والعلائقية.

2. الاضطراب النفسي و علم النفس العيادي:

يعتبر علم النفس العيادي الحقل الأكثر اهتماما بالاضطرابات النفسية منذ بداياته الأولى في البحث حيث يرتكز على مجموعة من النظريات لتفسير أسباب الاضطرابات النفسية، ويعود هذا التعدد إلى تنوع أسباب الاضطرابات النفسية نفسها وتداخلها مع بعضها البعض، بالإضافة إلى تعقد الظاهرة النفسية بشكل عام ويميل الباحثون في الوقت الحاضر إلى دمج عدة نظريات من اجل البحث في أسباب الاضطرابات النفسية، ومن هذه النظريات مايلي:

1.2. النموذج العضوي:

يفترض هذا النموذج أن الجهاز العصبي يتحكم في سائر سلوكيات الفرد السوية وأفكاره، ولذلك فإن أي حدث بيئي أو تناول لعقار ما يؤثر في وظيفة الدماغ، مما يؤدي إلى خلل في تفكير الفرد وسلوكه، ومن وجهة نظر هذا النموذج تنشأ السلوكيات غير السوية، والاضطرابات النفسية بشكل عام من التغيرات الحاصلة في الوظيفة العصبية والتي تحدث بدورها بسبب الأحداث الحياتية الصادمة، أو تناول العقاقير أو حدوث خلل في التوازن الهرموني في الجسم، أو التعرض للمواد السامة الموجودة في بيئة الفرد أو التعرض لصدمة على الرأس أو الإصابة بعدوى ما، أو وجود خلل في الجينات أو بسبب عوامل بيولوجية أخرى **(قاسم حسين: 2009: 43-42)**

حيث يرى " اميل كريبلين" I.Kareaplin أن الاضطرابات النفسية هي اضطرابات على مستوى الدماغ، فالاضطرابات النفسية تنتج عن خلل أو اضطراب في الدماغ متجاهلا بذلك جميع العمليات النفسية الداخلية كالشعور والصراعات النفسية في نشأة الاضطراب النفسي وقد

أظهرت الكثير من الدراسات ارتباط الإصابة باضطرابات نفسية بحدوث خلل في النواقل العصبية، فارتبطت بالاكتئاب مثلا بحدوث انخفاض في مستوى نشاط الناقل العصبي السيروتونين (Sérotonine 5HT) والنور أدرينالين (Noradrénaline)، وترتبط الإصابة بعدة أنواع من اضطرابات القلق بانخفاض مستويات نشاط الناقل العصبي المعروف باسم جابا(L'acide-aminobutyrique, Gba) .**(عبد الرحمن عيسوي: 2001: 220)**

أما "روزنهان وسليجمان" (Rosenhaan, Selingman) فيرون أن الاضطراب النفسي ينشأ كسوء أداء وظيفي طبيعي أو كعجز كيميائي أو عضوي تشريحي، أي أن الاضطرابات النفسية تشبه الأمراض العضوية ويجب معالجتها ضمن منظور طبي عضوي، وأن الأسباب المحتملة للاضطرابات النفسية هي الاضطرابات البيوكيميائية أو الخلائط الدماغية، وبناء على ذلك فإن اضطراب الذاكرة قد يحدث نتيجة إصابة في جزء من أجزاء الدماغ مسؤولة أن العملية المعرفية المحددة لذلك، وإن زيادة مادة الدوبامين (Dopamine) في الدماغ لها علاقة بمرض الفصام، وبشكل مشابه يفسر الاكتئاب بالتركيز على العمليات الحيوية أكثر من التشديد على التفكير المضطرب أو ضعف التوازن النفسي.**(Rosenhan et coll : 1995 : 47)**

2.2. النموذج السيكودينامي:

يفترض أن الاضطرابات النفسية تنتج جراء التفاعل بين الأحداث البيئية (كالضغوط النفسية) والاستعداد أو القابلية للإصابة بالاضطرابات النفسية (وتشمل وجود الجينات، والتاريخ البيولوجي للفرد، مثل: خبرات التعرض للصدمات في مرحلة الطفولة)، فالاشخاص الذين لديهم انخفاض في القابلية للإصابة بالاضطرابات النفسية أو للتأثر بظروف معينة سوف يطورون اضطرابا نفسيا فقط إذا تعرضوا لضغوط نفسية شديدة، في حين أن الأفراد الذين لديهم قابلية مرتفعة للإصابة بالاضطرابات النفسية يطورون اضطرابات نفسية حتى و إن كانوا تحت ضغوط نفسية متوسطة **(قاسم حسين: 2009: 50)**

حيث يري "يونغ" أن الإصابة بالاضطراب النفسي هو محاولة غير ناجة للتوافق مع الواقع وان الذكريات المكبوتة في اللاشعور لها دور هام في نشأة الاضطراب.

أما "ادلر" يؤكد أن نشأة الاضطراب النفسي هو راجع إلى خطا الفرد في إدراك وتفسير بيئته ، وركز اهتمامه في البحث في الخبرات الطفولية.

أما "فروم" فاكد أن الاضطراب النفسي هو احد مظاهر الفشل الاخلاقي، واعطى اهمية لاثر مشاكل الإنسان المعاصر وقوة سيطرة المادة على الشعور بالراحة وعلى التوافق مع الحياة الاجتماعية **(حافزي زهية: 2016: 46)**

فـ "أدولف ماير" Adolf Mayer يعتبر الاضطراب النفسي استجابة شاذة لبعض المواقف التي تصادف الفرد في حياته، ولقد ركز على الوظائف السيكولوجية والبيولوجية في عملية التكيف مع البيئة، فالاضطراب النفسي لا يمكن تفسيره بعامل واحد **كما** قال "كريبلين" بل هناك عوامل متعددة ومتفاعلة تحدث الاضطراب النفسي كالوراثة، فترة الحمل، الرضاعة، ومرحلة الطفولة، وطرق التربية، والخبرات. وسلوك الفرد هو رد فعل لكل هذه المتغيرات، فهو يمزج بين الإنسان العضوي البيولوجي والإنسان النفسي الاجتماعي وتاريخه.**(جلال سعد: 1987: 55)**

فطبيعة الاضطرابات النفسية تحددها العديد من المتغيرات ، حيث تعكس مدى طبيعة عملية التفاعل سواء على المستوى الفردي أو الجماعي.

3.2. النموذج التحليلي:

يؤكد "سيجموند فرويد" Sigmand Freud أن السلوك السوي وغير السوي يتأثران بالقوى اللاشعورية، ومن هذا المنظور تفسرا لأحداث الحياتية البريئة في حياة الفرد (مثل: نسيان اسم صديق) بأنها تعبير عن مشاعر الغضب التي يشعر بها الفرد نحو هذا الصديق، والتي لا يكون الفرد واعيا بها.

حيث تتلخص نظريته حول سلوك الإنسان في ثلاثة أجزاء هي: (ألهو، الأنا، الأنا الأعلى) ولكل منهم وظيفته التي ينفرد بها عن الآخر وهذا ما يطلق عليه الجهاز النفسي:

- ✓ **الهو:** عبارة عن الحاجات البيولوجية للشخص (الأكل، النوم، الجنس...الخ).
- ✓ **الأنا:** عبارة عن إدراكات الشخص للواقع من حوله وتنمو عن طريق التنشئة الاجتماعية.
- ✓ **الأنا الأعلى:** فهو ضمير الإنسان الذي يميز بين ما يجوز ولا يجوز.

ويعتقد "فرويد" أن هناك صراعا داخل الفرد بين غرائزه الجنسية والعدوانية من جهة، وضميره وعقله ووعيه لعادات المجتمع وتقاليد من جهة أخرى، وبالتالي فإن كل فرد يواجه

الحياة وهو يكافح لإيجاد طرق مختلفة للتعبير عن هذه الغرائز دون التعرض للعقاب أو الشعور بالقلق أو بالذنب وبالتالي فإن الاضطرابات النفسية تظهر نتيجة لهذه الصراع، أي الصراع بين غرائز الفرد أو رغباته، وعقله وأخلاقه وواقع المجتمع الذي يعيش فيه **(Perron Borelli : 1997 : 67)**

فالصحة النفسية كما يقول مرسي تعني قوة الأنا ونجاحها في تحقيق التوازن بين متطلبات الهو و الأنا الأعلى، أما عجزها فيعني ضعف الأنا و عجزها عن تحقيق التوازن، أما لسيطرة مطالب الهو، فيصطدم الإنسان بالواقع والمجتمع، أو سيطرة مطالب الأنا الأعلى فيقسو الإنسان على نفسه، ويكبت رغباته. **(مرسي كمال: 1988: 77)**

حيث تعتمد نظريته على مراكز قوى الجهاز النفسي منها الأنا الذي يعتبر كوسيط بين الهو والانا الأعلى ففي الحالات العصابية (الاضطرابات النفسية) نجد بان الأنا يستجيب لمتطلبات الواقع والانا الاعلى فيقوم الهو بالكبث الصادر عن الأنا، أي في الحالات العصابية يوجد صراع بين الأنا والهو (صراع داخلي). حيث فرق بين عمليات التفكير الأولية والثانوية واكد أن العمليات الأولية تمثل الطاقة الكلية اللاشعورية والتي تسعى لتحقيق الاشباع وترتكز على غريزتي الجنس والعدوان، ونظر إلى العمليات الثانوية بانها مرتبطة بالانا أو بالواقع والتي تعمل على تأجيل أو تنظيم إشباع الغرائز.

في نفس السياق يرى "يونغ" Young بأن مجموعة طاقات الحياة الليبيدو والتي سماها فرويد طاقة جنسية، هي ليست طاقة جنسية فقط بل هي ذخيرة كبيرة من غرائز الحياة كلها، حيث قسم يونغ الشخصية إلى نمطين:

- ❖ نمط منبسط.
- ❖ نمط منطوي.

ولكل واحد صفاته الخاصة به، وتظهر الاضطرابات النفسية نتيجة الاندفاع والإلحاح في تلك الطباع والصفات التي تميز كل نمط وكذلك من مقاومتها ومحاولة تبني لطباع أخرى.**(نهاد خياط: 1998: 77)**

بالنسبة لفرويد الدافع الغريزي مرتبط بالمصادر الجسمية فهو ينبتق من الداخل، فالدافع الغريزي قوة ثابتة ليست مؤقت، أما الدوافع الجنسية الذي ينضج متأخرا تبقى خاصة بمبدأ اللذة

والألم فهي تبقى تحت هيمنة الهوامات. والهدف منها هي تخفيف التوتر النفسي، بالإضافة إلى غريزة الحياة والموت فالأولى تعمل على إبقاء التماسك جوهر الحياة وهو يشمل الدوافع الجنسية، دوافع إبقاء الذات، اليبيدو والنرجسية في مقابل دافع الموت الذي يهدف إلى إيصال العضوية إلى وضعها النهائي والذي يتشكل من خلال المازوشية.

أما "أدلر" Adler فقد أعتبر أن الطاقة الدافعة للإنسان ليست جنسية وإنما هي إرادة القوة وحب السيطرة، وأن الشعور بالنقص يدفع الفرد للتعويض عنه للحصول على القوة والمكانة. فإذا استطاع التعويض زال عنه الشعور بالنقص وأصبح التعويض وسيلة دفاعية تعزز الثقة بالنفس وتعيد للشخصية توازنها أما إذا كان العكس فيتحول هذا الشعور إلى عقدة وهي مصدر أساسي للاضطرابات النفسية وقد تكون مصادر الشعور بالنقص إما في الأسرة، المدرسية، المجتمع. **(عبد الفتاح: 1994: 90)**

وبالرجوع إلى اعمال سيجموند فرويد S.Freud حول بنية الاضطرابات النفسية فهو يؤكد على أن الاضطرابات النفسية تنشا وتظهر مثل الاضطرابات العضوية، حيث تتشكل هذه الأخيرة على المستوى الذهني أو النفسي وتتميز بمجموعة من نقاط الضعف تعطينا في الأخير الصفة المرضية للفرد، ففي سنة 1932 يتحدث فرويد على عنصر معدني البلور (الكريستال) فعندما ينكسر فهو ينكسر بشكل غير محدد ذلك لان العناصر المشكلة لهذه المادة مجتمعة عندما تتعرض لطاريء فإنها تتفكك وفق نقاط القوة والضعف. نفس المثال ينطبق على النفس البشرية من خلال تعرض الفرد إلى صدمة ما، فالأعراض أو الاضطراب يظهر على حسب نقاط قوة وضعف الفرد

4.2. النموذج السلوكي:

يفترض رواد هذا النموذج أن الاضطراب النفسي سلوك متعلما يصبح عادة تلازم الفرد خلال حياته وأن الأعراض المرضية يتعلمها خلال مراحل نموه وتستند هذه النظرية على أبحاث ودراسات كل من "بافلوف" Bavlov و"واطسون" Watson فسلوك الفرد هو محصلة لتفاعل العادة مع الدافع أي استجابة للحافز بالإضافة اهتمامات ورغبات مشاعر الفرد، فالسوي هو الذي تعلم و استجاب بطريقة صحيحة في حين الاضطراب النفسي هو تعلم خاطئ أو عادة متعلمة سيئة ويمكن علاجه عن طريق فك الارتباط باعتبار أن التعلم هو الارتباط بين مثير

واستجابة، فالأفراد الذين يعاونون من اضطرابات نفسية لديهم سلوكات سلبية وهو سلوك متعلم. **(محمد عودة: 2011: 629)**

بالإضافة إلى ما جاء به "وولب" Wolp و "لازاريس" Lazarus اللذان ركزى على مفهوم التعلم الإشراطي على الارتباطات التي تتكون بين المثيرات والاستجابات، وترتكز نظريته التعلم بالنمذجة على ملاحظة السلوك، وملاحظة النتائج المترتبة عليه والاضطرابات والأعراض المرضية وفقا لهذا النموذج عبارة عن عادات أو استجابات غير تكيفية متعلمة. وقد أظهرت كثيرا من الدراسات إمكانية إشراط الكثير من الاضطرابات النفسية (كالقلق والعجز المتعلم) داخل المختبر **(Papet et coll : 2012 : 6)**

وهنا يشدد "واطسون" Watson على ضرورة دراسة السلوك الذي يمكن ملاحظته أو القابل للملاحظة، وترى هذه المدرسة بأن السلوك هو أي استجابة أو نشاط قابل للملاحظة تقوم به العضوية. **(الفت حقي: 1998: 172)** أي أن الإنسان كائن بيو-اجتماعي يؤثر ويتأثر بما يحيط به من ظواهر وأحداث، فالاضطراب يظهر نتيجة لمثيرات خارجية تم الاستجابة لها من خلال المنبهات. حيث يرتكز هذا النموذج على:

- ❖ دراسة الأحداث البيئية والسلوكات الملاحظة.
- ❖ تأثير الخبرة في السلوك أكثر من الوراثة.
- ❖ التخلي عن الاستبطان والاعتماد على الملاحظة والتجريب و القياس **(قاسم حسين: 2009: 90)**

وما يدل على صحة افتراضات هذه النظرية ما قام به واطسون مع الطفل ألبرت حيث تعلم الطفل ألبرت الخوف من الفار مع اقتران ذلك بالصوت المزعج، حيث يقول "إزانك هانز" I.Hanz: "تعدد الأعراض العصابية مجرد عادات متعلمة، لانه لا وجود لعصاب وراء العرض وكل ما هنالك هو العرض فقط، فان تخلصت من العرض تخلصت من العصاب". فهي تكتفي بدراسة السلوكات السطحية التي تقبل الملاحظة والتجريب وكذا القياس من اجل فهم الإختلالات النفسية والتكفل بها. فالسوي هو الذي تعلم و استجاب بطريقة صحيحة في حين الاضطراب النفسي هو تعلم خاطئ أو عادة متعلمة سيئة ويمكن علاجه عن طريق فك الارتباط

باعتبار أن التعلم هو الارتباط بين مثير واستجابة، فالأفراد الذين يعاونون من اضطرابات نفسية لديهم سلوكات سلبية وهو سلوك متعلم.

5.2. النموذج المعرفي:

يفترض هذا النموذج أن سبب الاضطرابات النفسية هو وجود صعوبة أو مشكلة في المعالجة الفعالة للمعلومات التي يتلقاها الفرد من البيئة المحيطة به، أو لوجود أخطاء وتحيزات في تفكيره، أو وجود أخطاء في الاستدلال المنطقي لديه، ولذلك تنشأ الاضطرابات النفسية من الاستنتاجات الخاطئة التي يطورها الفرد. مثلا: الأشخاص المكتئبون مثلا لديهم أفكار سلبية، كالتشاؤم في النظرة إلى الذات والأحداث والعالم المحيط بهم، أو لديهم توقعات سلبية للمستقبل، كما أنه يوجد أربعة مصادر رئيسية من القصور المعرفي ترتبط ارتباطا مباشرا بظهور الاضطرابات النفسية:

- نقص المعلومات وقصور الخبرة في حل المشكلات.
- أساليب التفكير الخاطئة.
- معتقدات الفرد وأفكاره عن نفسه وعن الآخرين والمواقف التي يتفاعل معها.
- التوقعات السلبية **(قاسم حسين: 2009: 113)**

فالنموذج المعرفي يتبنى مفهوم المخططات في أعمالهم عن العقل البشري ، فـ" جون بياجي" Piaget.J يرى بأن المخططات تسير عبر تغير رئيسي من الطفولة إلى البلوغ، فالطفل حسبه لا يفسر الظواهر والأشياء بنفس الطريقة التي يفسر بها الكبار، فالخبرة تلعب دورا أساسيا في تطوير المخططات بشكل ناضج. **(منصور رشدي: 2001: 81)**

ومن بين الذين أسهموا في تفسير الاضطرابات النفسية من خلال المنحى المعرفي "أرون بيك" A.Beck الذي صاغ نظرية فسر على أساسها حدوث الاضطرابات الانفعالية بصفة عامة والاكتئاب بصفة خاصة في ضوء الآراء السلبية التي يحملها المصاب باضطراب نفسي، عن نفسه وعن العالم والمستقبل.

هذا بالإضافة إلى أعمال "ألبرت أليس" Ellis.A والذي تعرف نظريته في تفسير الاضطرابات النفسية باسم ABC أي نتائج تبعات الحدث على المعتقدات وترى النظرية أن كل

الناس يفكرون بطريقة افتراضية استدلالية لذلك يصابون بالاضطرابات النفسية. **(احمد محمد: 2005: 15)**

كما يري رواد النظرية المعرفية أن العوامل البيولوجية والجينات تزود الفرد بالتراكيب الجسدية الأساسية وبالاستعدادات العامة للسلوك، ولكن السلوكيات المحددة (سواء كانت سوية أو غير سوية) تتشكل بواسطة تجارب الفرد في بيئته. وتختلف النظريات السلوكية وفقا لعمليات التعلم التي تركز عليها. فالتعلم الإجرائي يركز على العلاقات الوظيفية التي تنشأ بين السلوك والنتائج البيئية المترتبة عليه، وبخاصة التعزيز والعقاب.

6.2. النموذج الإنساني:

يركز هذا الاتجاه على الخبرة وعلى الإحساس الإيجابي بالذات وعلى الاختيار الفردي والأهداف الفردية في الحياة، ويرى هذا الاتجاه أن الأفراد مدفوعون أساسا نحو النمو والتطور الشخصي، ونحو الفاعلية الذاتية وأن الاضطرابات النفسية تنشأ عموما عندما يرفض الأفراد مسؤولية أفكارهم في الحياة وسلوكاتهم، أو لا يكونون قادرين على تحملها أو إلى وجود تفاوت كبير بين أراء الفرد حول نفسه (صورة الذات) وما يرغب في أن يكون عليه (الذات المثالية) وقد تطورت بفضل أعمال "إبراهام ماسلو" I. Maslow و"كارل روجز" K.Rogers، فهي تنظر إلى الكائن البشري على أنه مختلف عن بقية الكائنات الأخرى وهذا بامتلاكه للإدارة الحرة، وقابلية لاتخاذ القرار في مختلف أنواع السلوك فهو بإمكانه أن يتحكم ويوجه حياته. **(Serban Ionescu : 2008 : 186)** إذن فالإنسان مدفوع فطرياً لتحقيق ذاته، وهذا الدافع يُعد من أهم الدوافع التي تساعد على النجاح في الوصول إلى الصحة النفسية والعقلية، وأن الإنسان عندما يفشل في أن يعيش الحياة التي تمكنه من تحقيق ذاته فإنه يفتقر إلى السعادة وتسيطر عليه الاضطرابات النفسية.

7.2. النموذج الوجودي:

يهتم هذا الاتجاه بدارسة جوهر الفرد، حيث يركز بشكل مباشر على الخبرات الشخصية، الذي يدرك في سلوكه، فالإنسان قادر على اختيار سلوكه في أي وقت وأن الراشدين يتحملون مسؤولية أفعالهم وقراراتهم ويحاولون تجاوز المعوقات والضغوط الاجتماعية. حيث يؤكد هذا النموذج أمرين هما:

❖ وعينا بوجودنا وهو الوعي الذي يقود للاعتراف بأننا ندمر ونوقف هذا الوجود، والذي يمكن أن يشمل الموت، وأن يكون أقل من ذلك عندما تفقد حياتنا اتجاهها ومعناها وعندما نشعر بالعزلة الشخصية.

❖ التأكد على أننا كبشر أحرار في عمل اختياراتنا ومن ثم نكون مسؤولين عن اتخاذ القرارات التي يكون لها على المدى الطويل مخلفات على وجودنا.

كما ساهم كل من "كارل جاسبر" K.Jasber "رولو ماي " R.May على تطوير هذا النموذج، وحسبهم فالقلق هو خوف من الموت الذي يهدد الوجود والشعور بالإثم عن عدم استطاعة الفرد انجاز ما يقدر عليه، ويؤكد أصحاب الاتجاه على وجود خمسة مبادئ أساسية في تفسير أسباب الاضطراب النفسي هي:

❖ **السياق:** المجال و الموقف الذي يحدث فيه السلوك في ضوء خبرة الشخص نفسه.

❖ **الهدف:** فلكل سلوك سوي كان أو غاية وهدف فهو بمثابة وظيفة في حياة الشخص.

❖ **الدراما الشخصية للعلاقة المتبادلة بين الشخص والآخرين:** فكلما كانت هذه العلاقة مضطربة كان ذلك دليل الاضطراب النفسي.

❖ **الأحداث:** ومنها الأحداث الحاسمة والحرجة التي يمر بها الشخص في ضوء مرحلة نمو.

❖ **تجسيد السلوك المضطرب :** تعبير عن الشخصية بكاملها وكامل مقوماتها.**(عبد الله محمد: 2001: 204)**

8.2. النموذج الاجتماعي الثقافي:

يفرض هذا النموذج أن الاضطرابات النفسية يمكن فهمها بشكل أفضل، عندما ينظر إليها ضمن محيطها الثقافي، من خلال:

❖ تشكل الثقافة الإطار المرجعي للفرد، صور السلوك والتفكير والمشاعر، التي ينبغي أن يكون عليها، ولاسيما في مراحله الأولى، بحيث ينشأ على قيم وعادات ومعتقدات تؤثر في حياته، بحسب طبيعة ثقافته التي عاش فيها.

❖ توفر الثقافة للفرد، تفسيرات جاهزة عن الطبيعة والكون، وأصل الإنسان ودورة الحياة.

❖ توفر الثقافة للفرد المعاني والمعايير التي يستطيع أن يميز في ضوئها ماهو صحيح من الأمور، وماهو خاطئ.

- تنمي الثقافة المشتركة في الفرد، شعورا بالانتماء والولاء، فتربطه بالآخرين في جماعته بشعور واحد، وتميزهم من الجماعات الأخرى.
- تكسب الثقافة الفرد، الاتجاهات السليمة لسلوكه العام، في إطار السلوك المعترف به من قبل الجماعة. **(حسن سمير: 2008: 30).**

ولذلك فهذا النموذج يركز على عدة عوامل خارجية كعوامل مسببة للاضطرابات النفسية، مثل: البيئة الملوثة، وفقدان القدرة على التحكم بالأحداث، والعادات والتقاليد، ونوعية الإيديولوجيات الثقافية الشائعة في المجتمع ونسب البطالة والفقر في المجتمع، فالاضطرابات النفسية من وجهة نظر هذه النظرية، نتائج للظروف الاجتماعية التي يعيشها الفرد، ويدعم هذا الرأي وجود اختلاف في نسب انتشار الاضطرابات النفسية وفقا لاختلاف الجنس، والطبقة الاجتماعية، والخلفية الثقافية، كما يهتم ببناء ووظيفة الأسرة، فيركز على الأنماط السلوكية داخل الأسرة، كيفية ردة فعل الأسرة عند مواجهتها للأزمات، وأولوياتها فيما يتعلق بتلبية احتياجاتها وكيفية صنع القرار داخلها. ويرى هذا النموذج أن معظم الاضطرابات والمشكلات النفسية التي يعاني منها الأفراد تعبر عن وجود خلل في نظام الأسرة، وفي العلاقات الأسرية فكل أسرة تعد نظاما اجتماعيا فريدا، وأن أي تغيير في عنصر من عناصره يؤثر في العناصر الأخرى الموجودة في النظام. فسلوك أفراد المصاب باضطراب نفسي هو عرض لمشكلات مجتمعية خاصة الأسرة وقد نشر "كابلان" Kaplan نموذج لتبيان دور المؤثرات النفسية الاجتماعية في نشأة وظهور الاضطراب النفسي ويتضمن محورين أساسيين هما:

- المؤثرات الاجتماعية المحددة.
- مجموعة من العمليات النفسية ذات تأثيرات متبادلة وهي العمليات الوجدانية، المعرفية، والسلوكية. **(يوسف جمعة: 2001: 142)**

3. معايير ومحددات الاضطراب النفسي:

توجد مجموعة من المعايير والمحددات التي يعتمد عليها الأخصائيون سواء في الطب النفسي أو الطب العقلي من أجل تحديد وبدقة هل الشخص يعاني من اضطراب نفسي أم لا حيث تساعدنا هذه الأخيرة في عملية التشخيص من خلال الفحص الدقيق لجملة الأعراض سواء الظاهرة أم الباطنية، من أجل معرفة نوع الاضطراب الأمر الذي يسهل عملية التكفل واختيار نوع العلاج.

- **المعيار الذاتي:** حيث يتخذ الفرد من ذاته إطارا مرجعيا يرجع إليه في الحكم على السلوك بالسواء واللاسواء.
- **المعيار الاجتماعي:** حيث يتخذ من مسايرة المعايير الاجتماعية السائدة أساسا للحكم على السلوك بالسواء واللاسواء، فالسوي هو المتوافق اجتماعيا والغير سوي هو غير المتوافق اجتماعيا.
- **المعيار الإحصائي:** حيث يتخذ المتوسط أو المنوال أو الشائع معيارا يمثل السواء ويكون اللاسواء هو الانحراف عن هذا المتوسط بالزائد أو النقص. فالفرد الذي يسلك سلوكا نادرا يعد غير سوي.
- **المعيار المثالي:** حيث يعتبر السواء هو المثالية أو ما يقرب منه، واللاسواء هو الانحراف عن المثل الأعلى أو الكمال.**(معصومة المطيري: 2009: 210)**
- **المعيار النفسي:** حيث توجد ثلاثة علامات اذا توفرت يمكن القول عن الشخص بانه مصاب باضطراب نفسي وهي: (عدم الاحساس بالراحة، الشذوذ، عدم الفاعلية)
- **المعيار المهني:** فهو يستند إلى تشخيص الاخصائيين في مجال الطب النفسي والعقلي وفق مختلف التصنيفات العالمية من خلال الفحص العيادي لمختلف الأعراض **(بوعود أسماء: 2014: 11-12)**

4. الأعراض العامة للاضطرابات النفسية:

أن الشخص الذي يعاني من اضطرابات نفسية، تظهر من خلال مجموعة من الاعراض يتم تحديدها وفق للتصنيفات العالمية في الطب العقلي و علم النفس المرضي من خلال مايلي:

- **اضطراب المظهر العام:** حيث تظهر تغييرات واضحة على مستوى التكوين الجسمي، وتغير في تعبيرات الوجه، حالات الملابس وكذا الحركة.
- **اضطراب الكلام:** وهذا من خلال كثرة الكلام أو ما يطلق عليها بالثرثرة، أو قلته لدرجة كبيرة وحتى انعدامه في بعض الأحيان، ومن حيث سريان الكلام يمكن أن يظهر عليه البطيء أو السرعة أو التوقف تماما، كما يمكن أن يتصف الكلام بالجلجلة التعلثم.
- **اضطراب الفكر:** حيث تظهر لدى المصاب باضطراب نفسي صعوبة في التفكير، اضطراب في محتوى الفكر، أو خلو الذهن من الأفكار أو تناقض الأفكار.
- **اضطراب الإدراك:** الإدراك عملية عقلية تعطي للأشياء معنى فقد يضطرب الإدراك في صورة خداع وهو إدراك حسي خاطئ أو في صورة هلوسة وهو إدراك حسي مع عدم وجود مثير حقيقي.
- **اضطراب الذاكرة:** تظهر على شكل اضطراب في الكم وهي جدة الذاكرة، فقدان الذاكرة (الأحداث البعيدة، الغريبة) حيث تظهر على شكل نسيان، كما يمكن أن يصاب بما يعرف بالتزييف أو خداع الذاكرة.
- **اضطراب النوم:** وقد يضطرب النوم لدى المصاب في عدة صور، ككثرته، أو قلته، كما يظهر على شكل متقطع، كما يصاحب مظاهر أخرى الكلام والمشي، والأحلام المزعجة.
- **اضطراب الحركة:** حيث تظهر في عدة مظاهر لدي المصاب باضطراب نفسي، كالنشاط الزائد، فرط الحركة، أو الخمول.
- **اضطراب الغذاء:** نلاحظ وجود اضطراب في الغذاء لدى المصاب باضطراب نفسي، إما بفقدان الشهية فيصاب بالضعف والوهن، أو الإفراط.
- **اضطراب الإخراج:** حيث تحدد صورة هذا الاضطراب بين التبول اللاإرادي، الإمساك، الإسهال.

❖ **اضطراب الحواس:** ويشمل خلل على مستوى الحواس الخمسة (السمع، البصر، الشم، الذوق، الحس).

❖ **اضطراب في الجهاز العصبي:** التشنج، الشلل الهستيري.

❖ **أعراض اجتماعية: مثل:** عدم التوافق الاجتماعي، فقدان القدرة على تكوين علاقات اجتماعية، الانطواء، العزلة والهروب عن تحمل المسؤولية.**(حافزي زهية: 2016: 50)**

5. أسباب الاضطرابات النفسية:

إن الاضطراب النفسي قد يرجع إلى عدة أسباب يمكن حصرها فيما يلي:

❖ **الأسباب النفسية:** وهي أسباب تنتج عن نقص إشباع الحاجات الضرورية للفرد، وكذلك اضطراب العلاقات الاجتماعية والشخصية للفرد، وهي ذات أصل نفسي، تتعلق بالنمو النفسي المضطرب بخاصة في مرحلة الطفولة، ومن أهم هذه الأسباب النفسية الحرمان والصراع والإحباط و الخبرات الصادمة والسيئة، والعادات غير الصحيحة.

❖ **الأسباب البيئية الخارجية:** وهي كل ما يحيط بالفرد في بيئته ومجاله الاجتماعي من اضطرابات سواء في الأسرة والتنشئة الاجتماعية، وكذلك في المدرسة والمجتمع.

❖ **الأسباب الحيوية:** وهي كل ما يطرأ على الفرد من أسباب عضوية وجسمية المنشأ في تاريخ نموه، ومنه العيوب الوراثية والاضطرابات الفسيولوجية ونمط التكوين والبنية **(بوعود أسماء: 2014: 32)**

❖ **الأسباب الأصلية أو المهيأة:** وهي كل ما من شأنه أن يمهد بحدوث المرض ومن أمثله ذلك انهيار الوضع الاجتماعي والخبرات الأليمة خاصة في الطفولة وكذلك الاضطرابات الجسمية و العيوب الوراثية.

❖ **الأسباب المساعدة:** وهي كل ما يعجل بظهور الاضطراب النفسي من أحداث وأسباب. **(حامد زهران: 2004: 152)**

❖ بالإضافة إلى بعض الأمراض المزمنة الجسمية التي تؤدي إلى ظهور بعض الاضطرابات النفسية، وعدم ثقة بالنفس، اختلال صورة الذات، وتقديره لذاته، وبعض الظروف المحيطة و الغير ملائمة كعدم تفهم أو تقبل الأسرة أو الفرد للمرض **(حافزي زهية: 2016: 45)**

6. خصائص الأفراد المضطربين نفسيا:

لدى المضطربين نفسيا بعض الصفات و الخصائص ومنها:

❖ **النشاط الزائد:** وهو قيام الفرد بنشاط حركي بلا هدف في الغالب ومبالغ فيه، يرافقه سهولة تشتت الفرد وقصر سعة الانتباه ويتصف في الغالب سلكه بالحمق وسرعة الغضب.

❖ **التحصيل الدراسي:** تبين الدراسات بأن الأفراد الذين يعانون من الاضطراب النفسي يكون تحصيلهم منخفضا مقارنة بالأفراد العاديين، ويشير العديد من التربويين إلى وجود ارتباط قوي بين ضعف التحصيل والاضطراب النفسي.

❖ **السلوك العدواني:** حيث يعتبر من مميزات الاضطراب النفسي ويكون العدوان من خلال إلحاق الأذى بالآخرين أو الذات أو الأشياء واستخدام العقاب كوسيلة لضبط السلوك العدواني يؤدي إلى زيادة ذلك السلوك.

❖ **السلوك الانسحابي:** وهو الفشل من التفاعل الاجتماعي وعدم القدرة على منافسة الآخرين والأفراد.

❖ **القلق:** ترى نظريات القوى النفسية أن معظم الاضطرابات النفسية ناتجة عن القلق، والذي يؤدي إلى نماذج سلوكية ينظر لها على أنها مضطربة، وهي مصدر لعدم السعادة الشخصية وتجعل الفرد غير متكيفا اجتماعيا.

❖ **انخفاض وضعف مفهوم الذات:** يفتقر الأفراد المضطربين نفسيا لمفهوم إيجابي عن الذات مقارنة بأقرانهم من الأفراد العاديين، وتكون صورة الذات لديهم سلبية.

❖ **سوء التكيف الاجتماعي:** وهو القيام بأفعال لا يرضى عنها المجتمع، ويكون الفرد الغير متكيفا اجتماعيا في صراع مع القيم التي يجب عليه احترامها في مجتمعه. **(Chabert (catherine : 2103: 102)**

من خلال جملة الخصائص التي تم عرضها يمكن التنبؤ بان الفرد يعاني من اضطراب نفسي لكن بعض الفحص العيادي المعمق من خلال المقابلات ودراسة الحالة، وتطبيق الاختبارات النفسية والتأكد من الأعراض الظاهرة وسلوك الفرد.

7. تصنيف الاضطرابات النفسية (CIM 10):

التصنيف العاشر CIM-10 حيث بدأت الأعمال عليه سنة 1983 وتم مراجعته سنة 1990 وكان استعماله الفعلي سنة 1994، حيث يسمح هذا التصنيف بوضع التشخيص والإجراءات ويقوم بعرض 155000 رمز للاضطرابات والأمراض المختلفة. ولقد صنفت الاضطرابات النفسية على النحو التالي:

1.7. الاضطرابات العقلية العضوية بما فيها الاضطرابات ذات الأعراض المحددة:

- ❖ خرف ناتج عن مرض الزهايمر: سواء كان في مراحل المرض المبكرة أو المتقدمة أو كان لا نمطيا أو مختلط الأعراض.
- ❖ خرف وعائي: وهو كل ما يكون حادا أو نتيجة احتساء مضاعف أو إصابة بأوعية لحاء المخ أو ما تحت اللحاء.
- ❖ خرف مصاحب لأمراض تصنف في مكان آخر: ومنها ما يصاحب مرض بيك أو داء كروتزفيلت- جيكوب أو مرض هانتنجتون أو داء باركنسون أو فيروس انهيار المناعة المكتسب (إيدز).
- ❖ خرف غير محدد: بما في ذلك ما تصاحبه أعراض هذائية أو هلاوس أو اكتئاب.
- ❖ متلازمة فقد الذاكرة العضوية التي لم تحرضها الكحوليات أو المواد المؤثرة نفسيا.
- ❖ هذيان لم تحرضه الكحوليات أو المواد المؤثرة نفسيا.
- ❖ اضطرابات عقلية أخرى: نتيجة لتلف بالمخ أو خلل وظيفي به أو بسبب الإصابة بأمراض جسمية يصاحبها الهلاوس أو الأعراض التخشبية أو الهذاءات أو الاضطرابات الوجدانية أو التهيج أو الاكتئاب أو القلق أو الاضطراب الانفصالي أو الاضطراب المعرفي.
- ❖ اضطرابات الشخصية والسلوك : بسبب أمراض أو تلف أو خلل بالمخ، بما في ذلك متلازمات ما بعد المرض وما بعد الارتجاج.
- ❖ اضطراب عقلي عضوي أو مع أعراض غير محددة.

2.7. الاضطرابات العقلية والسلوكية المرتبطة باستعمال المواد المؤثرة نفسيا:

- ❖ اضطرابات عقلية وسلوكية : بسبب تناول الكحوليات.
- ❖ اضطرابات عقلية وسلوكية: بسبب استعمال مشتقات الأفيون.

- ❖ اضطرابات عقلية وسلوكية: بسبب استعمال مشتقات الحشيش.
- ❖ اضطرابات عقلية وسلوكية: بسبب استعمال العقاقير المهدئة أو العقاقير المنومة.
- ❖ اضطرابات عقلية وسلوكية: بسبب استعمال الكوكايين.
- ❖ اضطرابات عقلية وسلوكية: بسبب تناول المواد المنشطة بما فيها القهوة.
- ❖ اضطرابات عقلية وسلوكية: بسبب استعمال المهلوسات.
- ❖ اضطرابات عقلية وسلوكية: بسبب استعمال التبغ.
- ❖ اضطرابات عقلية وسلوكية: بسبب استعمال المذيبات الطيارة.
- ❖ اضطرابات عقلية وسلوكية: بسبب استعمال أكثر من واحد من العقاقير أو المواد المؤثرة نفسيا.

3.7. الفصام (سكتزوفرينيا)، والنمط الفصامي والاضطرابات الهذائية:

- ❖ الفصام (سكتزوفرينيا): بما فيه الفصام الهذائي أو (بارانويا) و صام المراهقة (هيبيرينيا) والفصام التخشبي (كاتاتونيا) والفصام البسيط وأنواع أخرى غير محددة من الاضطرابات الفصامية.
- ❖ اضطراب فصامي النمط.
- ❖ اضطرابات هذائية متواصلة.
- ❖ اضطرابات ذهانية حادة أو عابرة: بما فيها ما هو بدون أعراض فصامية أو متعدد الأشكال وبه أعراض فصامية.
- ❖ اضطراب هذائي.
- ❖ اضطرابات فصامية-وجدانية: بما فيها أعراض الهوس المستقل أو الاكتئاب المستقل أو هوس الاكتئاب الدوري.
- ❖ اضطرابات ذهانية أخرى غير عضوية المنشأ.
- ❖ ذهان غير عضوي المنشأ وغير محدد.

4.7. اضطرابات المزاج (الوجدان):

- ❖ اضطرابات مزاجية (وجدانية) دائمة.
- ❖ اضطرابات مزاجية (وجدانية) أخرى.

- اضطرابات مزاجية (وجدانية) غير محددة.
- نوبة الهوس: بما فيها الهوس الخفيف والهوس الخالي من الأعراض الذهانية، الهوس مع أعراض ذهانية، وأنواع أخرى من الهوس.
- اضطراب وجداني ثنائي القطب.
- نوبة الاكتئاب.
- نوبة الاكتئاب المتكررة.

5.7. الاضطرابات العصابية، والاضطرابات المرتبطة بالإجهاد واضطرابات جسدية الشكل:

- اضطرابات قلق المخاوف (القلق الرهابي أو الفوبيا).
- اضطرابات قلق من نوع آخر.
- اضطرابات الوسواس القهري.
- اضطرابات الاستجابة للإجهاد النفسي الشديد (الكرب) و اضطرابات التكيف.
- اضطرابات انفصالية (تحولية).
- اضطرابات جسدية النمط.
- اضطرابات عصابية أخرى.

6.7. التناذر السلوكي المرتبط بالاختلالات فيزيولوجية وعوامل جسمية:

- اضطرابات الأكل: فقدان الشهية العصبي، نهم الطعام، الشره العصبي والإكثار من الأكل لأسباب نفسية والغثيان والتقيؤ لأسباب نفسية.
- اضطرابات النوم: التي لا تتصل بأسباب عضوية ومنها أرق لا عضوي وميل للنوم لا عضوي واضطراب نمط النوم والصحو والتجوال الليلي والفزع الليلي والكابوس.
- اضطراب الوظائف الجنسية: التي لا تتصل بأمراض أو باضطرابات عضوية بما فيها انعدام وقلة الرغبة الجنسية النفور الجنسي وانعدام اللذة الجنسية وكل أنواع الاضطرابات المتصلة بالشبق.
- اضطرابات عقلية وسلوكية تتصل بالنفاس: ومنها الطفيف والشديد.
- عوامل نفسية وسلوكية تتصل باضطرابات أو أمراض صنفت في مكان آخر.

- إساءة استعمال مواد لا تؤذي إلى الاعتماد: كمزيلات الاكتئاب والمسهلات ومثبطات الألم ومزيلات الحموضة والفيتامينات والهرمونات ومواد طب الأعشاب.
- متلازمات سلوكية غير محددة: تتصل باضطرابات فيزيولوجية وبعوامل جسمية.

7.7. اضطرابات الشخصية والسلوك عند البالغين:

- اضطرابات خاصة بالشخصية: ومنها الشخصية الهذائية (البارانوية) والفصامية والضد اجتماعية والغير متزنة انفعاليا والمسرحية و شديدة الصلابة والقلقة والمعتمدة.
- اضطرابات شخصية تختلط فيها الأعراض.
- تغيرات مستديمة بالشخصية: لا ترجع إلى إصابات دماغية أو إلى أمراض بما فيها ما يستجد بعد الكوارث أو مايلي الأمراض العقلية.
- اضطرابات العادات واضطرابات النزوات الطارئة: بما فيها لعب الميسر(القمار) المرضى وإضرام الحرائق المرضي (بايروميينا) والسرقة المرضية (كليبتوميينا) وغيرها.
- اضطرابات تحديد الهوية الجنسية: بما فيها انحراف الملبس (ارتداء ملابس الجنس الآخر) واضطراب الهوية الجنسية أثناء الطفولة...الخ.
- اضطرابات في التفضيل الجنسي: كالفيتيشة والاستعراء والنظر، واشتهاء الأطفال والسادية، المازوشية.
- اضطرابات نفسية وسلوكية: تخص كلا من التطور الجنسي والميولة الجنسية ومنها اضطرابات التطور الجنسي وخلل الميل الجنسي واضطرابات العلاقة الجنسية ويضاف هنا ما يوضح العلاقة الجنسية بحيث تعرف إن كانت جنسية مغايرة أو جنسية مثلية أو جنسية مزوجة.
- اضطرابات أخرى في الشخصية والسلوك: كتضخيم الأعراض الجسمية لأسباب نفسية وتزييف الأعراض والعاهات الجسمية والنفسية.

8.7. تخلف عقلي:

- تخلف عقلي طفيف.
- تخلف عقلي غير متطرف.
- تخلف عقلي شديد.

- ❖ تخلف عقلي عميق.
- ❖ تخلف عقلي من نوع آخر.
- ❖ تخلف عقلي غير محدد.

9.7. اضطرابات النمو النفسي وكلها تظهر أثناء الطفولة وتشير إلى تخلف أو تدهور في النمو البيولوجي للجهاز العصبي:

- ❖ اضطرابات خاصة بالكلام واللغة.
- ❖ اضطرابات خاصة بالمهارات الدراسية.
- ❖ اضطرابات خاصة بنمو الوظائف الحركية.
- ❖ اضطرابات مختلطة.
- ❖ اضطرابات نمو شاملة: بما فيها انطواء الطفل متلازمة ريت Rit وتدهور النمو الفجائي واضطراب النشاط المفرط المرتبط بالتخلف العقلي والحركات النمطية ثم متلازمة اسبيرجر Asperger.
- ❖ اضطرابات أخرى بالنمو النفسي.

10.7. اضطرابات انفعالية وسلوكية العاطفية تبدأ في الطفولة والمراهقة:

- ❖ اضطرابات الحركة المفرطة: بما فيها اختلال النشاط والانتباه والإفراط في السلوك الحركي.
- ❖ اضطرابات في السلوك: بما فيها اضطرابات السلوك يخص حيز العائلة السلوك غير اجتماعي واضطراب بالسلوك الاجتماعي بالمعارضة والتحدي واضطرابات سلوكية أخرى.
- ❖ اضطرابات السلوك وانفعالات مختلطة: بما فيها السلوك الاكتئابي واضطرابات أخرى من نفس الفئة.
- ❖ اضطرابات انفعالية: تبدأ في مرحلة الطفولة بالذات ومنها قلق الفراق وقلق المخاوف (الفوبيا) والقلق الاجتماعي واضطراب خصومة الأخوة واضطرابات انفعالية أخرى.
- ❖ اضطرابات في التعامل الاجتماعي: تبدأ إما في مرحلة الطفولة أو المراهقة ومنها الخرس الاختياري واضطرابات استجابة التعلق والتعلق غير المثبط (المتحرر) واضطرابات أخرى تخص التعامل الاجتماعي أثناء الطفولة.

❖ اضطرابات لوازم (الخلجات) **Tic**: بما فيها اللوازم العابرة ولوازم الحركة أو الصوت المزمنة واضطرابات لوازم الصوت والحركات المركبة (متلازمة توريت) واضطرابات لوازم أخرى.

❖ اضطرابات أخرى بالسلوك والانفعالات: تبدأ في الطفولة أو المراهقة بما فيها التبول اللاإرادي غير العضوي والتبرز اللاإرادي غير العضوي، اضطرابات الأكل عند الوليد وعند الطفل، شهوة الطين في الطفولة أو في المراهقة، اضطرابات الحركة النمطية التأتأة، اللجلجة، واضطرابات أخرى.

11.7. اضطرابات عقلية غير محددة

8. الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM 5 :

في سنة **2013** تم إصدار المراجعة الخامسة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية **DSM 5** من طرف الجمعية الأمريكية للطب العقلي **APA**، ويهدف هذا الدليل إلى حل صعوبات التشخيص ويقوم على أربعة مبادئ تتمثل في:

❖ عدم الاعتماد على نظريات محددة (الموضوعية).

❖ يستخدم مفهوم الاضطراب بدل المرض.

❖ نظام متعدد المحاور والخصائص.

❖ يعتمد على معايير موحدة وتعتبر ضرورية في التشخيص

(Jeffrey et coll : 2009 : 53)

ويعتبر أخر دليل إحصائي حاليا وهو نتيجة عمل جماعي لأربعة عشر فرقة 14 كل منها مسؤول عن نوع من الاضطرابات حيث يبدأ الدليل بـ:

❖ تعليمات خاصة بكيفية استخدامه والاحتياطات الواجب إتباعها في استعماله.

❖ معايير التشخيص.

❖ قائمة منظمة للرموز وفئات خاصة بكل اضطراب.

❖ وصف النظام التشخيصي المتعدد المحاور.

❖ المحكات التي يجب البحث عنها لدى الشخص حتى نتمكن من الحكم عليه ما إذا كان سيقع في فئة تصنيفية معينة أم لا.

- تقديم شرح مصغر لكل اضطراب.
- كما تم إضافة محور يخص إدماج القياس، وبعض النماذج كالنموذج الثقافي.

وفي أخر الدليل المراجعات والاختلافات بين **DSM 4** و **DSM 5**، بالإضافة إلى معجم خاص بالاضطرابات الخاصة بثقافات معينة، ويشمل هذا الدليل 297 فئة تشخيصية مقسمة إلى خمسة محاور تسمح بتقييم شامل للاضطرابات:

المحورI : الاضطرابات العيادية (حالات أخرى قد تكون مركزا للاهتمام العيادي).

المحورII: اضطرابات الشخصية (التخلف العقلي).

المحورIII: حالات طبية عامة.

المحورIV: مشكلات نفسية اجتماعية وبيئية.

المحورV: تقديم شامل للأداء الوظيفي ويمتاز باستخدام عدة محاور بأنه يعتمد على تقويم كل الظروف المترابطة طبيا، ونفسيا واجتماعيا وحتى ثقافيا ويأتي تحت كل محور عدد من الاضطرابات النفسية.

- اضطرابات النمو العصبي.
- طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى.
- ثنائي القطب والاضطرابات ذات صلة.
- الاضطرابات الاكتئابية.
- اضطرابات القلق.
- الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة.
- الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد.
- الاضطرابات التقارفية.
- العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة.
- اضطرابات التغذية والأكل.
- اضطرابات الإفراغ.
- اضطرابات النوم واليقظة.
- اختلالات الوظيفة الجنسية.

- ❖ الانزعاج من الجندر.
- ❖ اضطرابات التشوش والتحكم والاندفاع والمسلك.
- ❖ الاضطرابات المتعلقة بمادة والادمانية.
- ❖ الاضطرابات العصبية المعرفية.
- ❖ الاضطرابات الشخصية.
- ❖ الاضطرابات الولع الجنسي.
- ❖ اضطرابات عقلية أخرى.
- ❖ اضطرابات الحركة المحدثة بالأدوية والتأثيرات الجانبية الأخرى للأدوية.
- ❖ حالات أخرى قد تكون محورا للإهتمام السريري.

9. الاضطرابات النفسية التي سوف تتناولها في الدراسة:

من خلال الدراسة الميدانية الاستطلاعية على مستوى المؤسسة الاستشفائية بسيدي علي والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسيدي علي، وبالإضافة إلى المستشفى الخاص بالأمراض العقلية بتجديت مستغانم، وبعد المقابلات التي جمعتنا بالطاقم الطبي والأخصائيين النفسانيين، وكذا الأشخاص من ذوي الاضطرابات النفسية وكذا المقابلات التي قمنا بها مع بعض الراشدين (إناث وذكور) الوافدين إلى بعض المعالجين التقليديين (رقاة، الطلبة، عشابين) والزائرين لمختلف الأضرحة المتواجدة بالمنطقة قمنا بحصر جملة من الاضطرابات الشائعة لدى الراشدين والتي سنتطرق إليها فيما يلي:

1.9. القلق العصابي:

هذا النوع من الاضطراب والذي يصنف ضمن العصابات يتميز بقلق شديد يمكن أن يتطور إلى ذكر، كثيرا ما يصاحبه أعراض سيكوسوماتية كما يمكن أن يظهر في أي حالة وهو غير مرتبط بأحداث أو بأشياء.**(Dina tremblay : 1971 : 71)** فهو تعبير عن اضطراب نفسي المنشأ يتسبب في خلل بالتوظيف النفسي والاجتماعي للفرد ومعاناة نفسية، فالقلق حسب "فرويد" شعور غامض غير سار بالتوقع والخوف، مصحوب عادة ببعض التغيرات الجسمية، كما تجدر الإشارة إلى أن القلق يمكن أن يظهر كعرض لبعض الاضطرابات النفسية: الهستيريا، الاكتئاب، الإعياء النفسي، التوهم المرضي. **(فيصل محمد: 1974: 77)**

وتعتبر الأمراض الجسمية والإحباطات المتكررة و التوترات الليبيدية والشعور بالذنب مصادر مفجرة لهذا القلق **(حافزي زهية: 2016: 52)**

1.1.9. الأسباب: لقد تباينت أسباب هذا الاضطراب فمنهم من يرجعه إلى الوراثة والعوامل البيولوجية وآخرون إلى ظروف الحياة والبيئة، وفي ما يلي عرض لأسباب حسب مختلف التوجهات:

- ❖ المحيط المشبع بالإحباطات خاصة في مرحلة الطفولة.
- ❖ الحرمان العاطفي.
- ❖ موقف الأم الذي يخلو من العاطفة إتجاه الطفل.
- ❖ المناخ المشبع بالقلق سواء من طرف الأولياء أو الشخص الذي يعتني بالطفل، (أو ما يسمى عدوى القلق).
- ❖ منع الأطفال من الاحتكاك بالعالم الخارجي، وتضخم المخاطر.

(Dina tremblay : 1971 : 72)

- ❖ ازدياد ناقل السيروتونين العصبي وازدياد النشاط الدوبامين.
- ❖ ازدياد إطلاق الكاتيكول آميد في الدم.
- ❖ زيادة نشاط الجهاز العصبي الذاتي ولاسيما الشق السيمباوي.
- ❖ الاستعداد النفسي (الشعور بالذنب، الخوف من العقاب، الصراع بين الدوافع والاتجاهات، ...إلخ).
- ❖ مواقف الحياة الضاغطة (اضطراب الجو الأسري).
- ❖ مشكلات المراهقة والطفولة والشيخوخة.
- ❖ التعرض للحوادث الحادة والصادمة. **(أنور حمودة: 2006: 95)**

2.1.9. الأعراض: حسب الدليل الخامس لتصنيف الاضطرابات النفسية حيث يصاحب القلق ثلاثة أو أكثر من الأعراض الستة التالية مع تواجدها لأغلب الوقت لمدة ستة أشهر:

- ❖ صعوبة التركيز.
- ❖ استثارة.
- ❖ توتر عضلي.

- تعب و إعياء.
- شعور بالتقيد أو بأنه على الحافة.
- اضطراب النوم.

بالإضافة إلى هذه الأعراض نستطيع إضافة مجموعة من الأعراض والتي تم حصرها في نوعين من القلق:

- **قلق حاد:** ويتميز بحالة خوف شديدة مصحوبة بكثرة الحركة وعدم القدرة على الاستقرار وكلام سريع غير مترابط وسرعة في التنفس، تقلص العضلات وارتجاف وظهور عرق بارد مع استمرار الحالة يصاب الفرد بإجهاد والأرق مما ينعكس على وجهه وسلوكه ولغته **(عكاشة احمد: 1998: 114).**
- **قلق مزمن:** تنتج جراء استمرار القلق لمدة أطول دون تكفل ومن بين الأعراض ما يلي:

أثر أجهزة الجسم الحشوية أو الداخلية (الجهاز القلبي الدوري، الجهاز الهضمي، الجهاز التنفسي، الجهاز البولي، الجهاز العضلي، جهاز الغدد الصماء، الجهاز العصبي، الجهاز الجلدي)، بالإضافة إلى مجموعة من الأعراض النفسية كالمخاوف المرضية، عدم القدرة على التركيز وسرعة النسيان، اختناق، صداع، فقدان الشهية. **(حافزي زهية: 2016: 53).**

2.9. الاكتئاب:

تظهر من خلال رد فعل حزين ناتج عن صراع داخلي أو حدث مؤلم كفقدان عزيز، أو شيء تحبه. معظم الأفراد معرضون للإصابة باكتئاب خفيف وعابر من حين لأخر في حياتهم اليومية وهنا لا يمكن القول بأن الاكتئاب هو غير عادي أو مرضي، بل يمكننا أن نضعه في خانة ردود الأفعال الإنسانية في صفة حزن، لكن يمكن أن نعتبره اضطرابا نفسي إذا ظهر الحزن كعرض عميق وحاد **(Dina tremblay : 1971 : 79) .**

حيث يشعر المصاب بحالة من الغم والكدر الشديدين، فتظهر حالات الاكتئاب نتيجة الاستجابة لفقدان موضوع محبب أو أداء عمل، انقطاع علاقة اجتماعية وثيقة عن طريق الموت مثلا. كما يصف لنا "ديلي ج" Delaey. J الاكتئاب بأنه استعداد عاطفي أساسي غني بكل

الحمولة الانفعالية والغرائزية والتي تعطي تناغما مفرحا أو مقرحا لكل حالات النفس لدينا حيث تتذبذب بين أقصى قطبين ثنائيين هما اللذة والألم.

فالاكتئاب كالاضطراب نفسي معقد يحمل على الأقل ثلاثة معان فهو يمكن أن يكون عرضا أو زملة أعراض أو وحدة تصنيفية كاملة، يتميز بتغيرات عميقة في الميزاج بين معنى الحزن والمعاناة النفسية. فالاكتئاب هو تصور غياب موضوع الحب، أي أن هناك سيرورة متواصلة بين التصور والموضوع والأنا النرجسية **(بن احمد: 2018: 26)**

1.2.9. الأسباب: هو نتيجة فقدان شيء أو فرد عزيز علينا مما يجعله حزينا جدا (Chagrin) والعملية التي يليها هي الحداد (Deuil) وعليه يمكن أن نلخص أسباب الإصابة بهذا الاضطراب في:

- ❖ فقدان شخص عزيز (أب ، أم، أخ، زوجة، إبن صديق).
- ❖ فقدان شيء ثمين.
- ❖ التربية الخاطئة.
- ❖ فشل على مستوى الحماية الشخصية.
- ❖ فقدان المنصب والمكانة.
- ❖ الصراعات اللاشعورية.
- ❖ الصراعات الثقة.
- ❖ فشل في علاقات العمل.
- ❖ إصابة خطيرة على مستوى العضوية(مرض خطير).
- ❖ العوامل الوراثية أو التركيبة العضوية لخلايا الدماغ.
- ❖ اضطرابات الغدد وإفرازات هرمون الفوليكوترفين.**(Dina tremblay : 1971 : 80)**

2.2.9. الأعراض: لكي نميز الاكتئاب ونشخصه عن باقي الاضطرابات الأخرى هنالك أربعة عناصر أساسية في الاكتئاب هي: الحزن، فقدان الأمل، الغضب، الشعور بالسخط، فتلاحظ أن المكتئب جميع النشاطات تكون بوتيرة متباطئة.

فيما يلي وصف دقيق لجملة أعراض والمتمثلة في:

- ❖ عدم وجود الحيوية.

- ❖ غضب.
- ❖ حزن.
- ❖ حصر.
- ❖ الشعور بالذنب.
- ❖ عدم الرضا في الذات.
- ❖ فقدان الأمل.
- ❖ الشعور.
- ❖ النشاط المعرفي.
- ❖ سعة التدقيق: ضعيفة.
- ❖ الفاعلية: عدم الاهتمام والقدرة على التركيز.
- ❖ المحتوى: حزن، شك، توهم المرض.
- ❖ الحركة: تظهر في ضعف، تعب، آلام عضلية وتشمل الأطراف.
- ❖ اختلالات للوظائف الأخرى:
- ❖ النوم: مضطرب، أحلام مزعجة والكوابيس، الأرق.
- ❖ الأكل: فقدان الشهية، الأكل بدون رغبة مما ينجم عليه انخفاض في الوزن.
- ❖ الجهاز الهضمي: إسهال، إمساك، آلام في البطن.
- ❖ الجنس: فقدان الرغبة الجنسية، عجز جنسي عند الرجال.

(Dina tremblay : 1971 : 80)

3.9. الوسواس القهري:

هو أحد الاضطرابات النفسية، وهو يظهر في هيأة أفكار واندفاعات أو مخاوف، وقد يكون في هيئة طقوس حركية مستمرة أو دورية **(ابراهيم سالم: 2010: 90)**، فهي إصابة ذهنية تظهر على المستوى حقل الشعور من خلال الأفكار، العاطفية والسلوك وتفرض نفسها بشكل يجعل من الشخص غير قادر على التخلص منها ففي معجم التحليل النفسي: هو نموذج عصابي تتجلى خاصية في مدى قدرة الأفكار على التسلط والتحكم في السيرورة الذهنية بحيث تصبح معاشا يوميا لا يستطيع الفرد التخلص منها، فالصراع النفسي يظهر في أكثر أشكاله

التنظيمية من خلال الأعراض التي يطلق عليها تسمية الاضطرابية (أفكار)، نزاعات، ممارسة طقوسية، كما يتجلى في أسلوب التفكير خصوصا الاجترار الذهني (**البشر سعاد: 2007: 23)**

اذن فهو تسلط فكرة أو صورة وتلازم الفرد وتصاحبه وتكون خارجة عن إرادته وتظهر بصورة دورية، حيث تظهر في افعال وتصرفات نمطية وطقوس للتخفيف من القلق.

1.3.9. الأسباب: يظهر هذا الاضطراب في سن البلوغ و يرجع إلى:

- صراعات لم تحل في مرحلة الطفولة .
- التربية الخاطئة للأولاد (بتبني الأولاد لمجموعة من العادات).
- المشاكل الاجتماعية.
- الاستعداد الوراثي والعامل البيئي (فالأم المصابة بالوسواس تصرفاتها تنعكس على أطفالها سواء بالوراثة أو البيئة).
- وجود بؤرة كهربائية نشيطة في أنحاء المخ، وعلاقتها بالتنقلات العصبية السيروتونين).
- الأمراض المعدية الخطيرة.
- الحوادث والخبرات الصادمة.
- التنشئة الاجتماعية الخاطئة والتدريب الخاطئ خاصة في مرحلة الطفولة(التدريب على النظافة والإخراج).
- الإحباط المستمر في المجتمع والتهديد المتواصل بالحرمان و فقدان الشعور بالأمن.
- تقليد سلوك الوالدين أو الكبار المصابين بالاضطرابات. **(حامد زهران: 1997: 512)**

كما قام **سيجموند فرويد** بتوضيح طبيعة الوسواس القهري على أساس أنه نكوص في المرحلة السادية الشرجية للفرد، وهي عدم قدرته على إشباع النزوات (نزوات الهو)، أما في الطب العقلي للراشد فالوسواس القهري هو الشكل الأكثر تنظيما والأكثر خطرا في العصابات.

بالإضافة إلى هذا كله يمكن المقارنة بين البنية الهسترية والوسواس القهري.

- **الهستريا**: التصور النزوي المحيط، (القلق) ينعزل أو ينفصل عن الجانب العاطفي ويتحول إلى قيمة رمزية في السجل الجسدي.

❖ **الوسواس القهري:** التصور النزوي لا يستطيع أن ينفصل ويحافظ على تبعيته إلى الجانب العاطفي ومن ثم يتحول إلى تصورات أخرى وأفعال إجترارية وتكرارية وطقوس رمزية. (**علي القايمي: 1996: 09-10)**

فأهم ما يتميز هذا الاضطراب هو الوساوس المتكررة أو الطقوس القهرية التي تكون شديدة لدرجة أنها تسبب إزعاج خاصة بتداخلها مع نشاط الشخص المعتاد. فهو إذا فكرة متسلطة وسلوك قهري جبري، يظهر بتكرار وقوة لدى المصاب، ويلازمه ويستحوذ عليه. **(Dina tremblay : 1971 : 77)**

فهي مواجهة نفسية تأتي على شكل أفكار، أوهام وميول، ورغبات أو اندفاعات مصحوبة بمشاعر إكراه داخلي، وأساسه هيجان داخلي حاد يتجسد على شكل سلوك غير متزن للفرد. **(صادق عادل: 2005: 48)**

2.3.9. الأعراض:

❖ أفكار وسواسيه وأفعال قهرية في صور طقوس حركية، فكرة خاصة أو صورة لمنظر ما أو جمل معبئة ترد على مخ المصاب فتسيطر عليه.

❖ اندفاعات تجعل المصاب يشعر برغبة جامعة لأن يقوم بأعمال لا يرضى عنها ويحاول مقاومتها، وعادة ما تكون عند الاندفاعات عدوانية أو انتحارية مثل: الرغبة في حرق يديه، رمي إخوته، إلقاء نفسه.

❖ اجترار الأفكار فتنتابه أفكار وأسئلة لا يمكن الإجابة عنها، ويحاول التخلص منها مثل: لماذا نعيش، لماذا نموت، مع عدم قدرته بالقيام بأي نشاط ذهني.

❖ مخاوف قهرية ترتبط بالأفكار والصور ثم الاندفاعات والطقوس الحركية، فتكون المخاوف وسيلة للهروب من الموقف القهري الذي تسببه الأفكار.

❖ الطقوس الحركية نتيجة الرغبة الخاصة المسيطرة للقيام بحركات معقدة، من أشهر الأمثلة: غسل الأيدي، غسل الجسم، تنظيف الثياب والأرضية بعد كل زيارة...الخ. **(ابراهيم سالم: 2014: 91-92)**

بالنسبة للأفكار الأكثر شيوعا والتي تدخل ضمن مجموعة من الموضوعات هي:

❖ الموضوعات الدينية: الأفكار المقدسة.

- ❖ موضوعات خاصة بالحماية من المرض والعدوى.
- ❖ موضوعات خاصة بالحماية من الأخطار الخارجية.
- ❖ موضوعات خاصة بالحماية بالزمن.

4.9. المخاوف المرضية:

هي تعبير عن الخبرات التي تعرض لها الفرد في مراحل طفولته جراء مثير مخيف أو موقف مقلق والتي كبتها كونها تثير الشعور بالذنب والخزي. إذن فالخوف المرضي هو خوف غير معقول وغير منطقي أي رعب مبالغ فيه لموقف ما لا يمثل أساسا تهديدا، فهو نتيجة لمرور الفرد بمواقف وخبرات مؤلمة لاسيما ما تعرض لها في السنوات الطفولة المبكرة.(**عبد الرحمن: 1992: 157)**

فهي تعبر عن حالة انفعالية يشعر بها الفرد في بعض المواقف، فهي خوف مرضي من شيء معين أو فعل معين لا يملك صفة التخويف، فهو لايعرف له سببا أو مبررا، كما لايستطيع ضبطه والسيطرة عليه فعو خوف لا عقلاني يدفع الفرد إلى سلوك خاص يهدف إلى تجنب الموقف الخوافي **(Fernandez : 2012 : 10-11)**

إذن فالمخاوف المرضية (الخوف) هو خوف مقلق يثار بموضوع أو وضعية أو شخص ليس في حد ذاتهم صفات الخطر. وهناك فرق بين الخوف العادي والمخاوف المرضية، فالأول عبارة عن غريزة أو إنفعال يدفع الفرد إلى تجنب المؤثر الذي يخيفه أو الدفاع عن نفسه، فهو حالة يشعر بها كل إنسان أما الثاني فهو خوف شاذ ودائم ومتكرر، مما لا يخيف في العادة وقد يكون عاما غير محدد في موضوع ما، وقد يكون وهميا غير حسي.(**فيصل محمد: 2016: 127)**

خوف ملحوظ أو قلق حول شيء أو موقف حيث يحدث التعرض لشيء أو الموقف الرهابي (الخوافي) خوفا شديدا وقلقا، كما سبب هذا الموقف إحباطا سريريا مهما وانخفاضا في الأداء الاجتماعي، الأكاديمي، والمهني، كما أن الفرد يقوم بمحاولات دائمة لتجنب الموقف أو يجري تحمله مع قلق وخوف شديدين وهذا الخوف لا يقارن بالخطر الفعلي الذي يمثله الشيء أو الموقف الخوافي وللسياق الثقافي والاجتماعي دور في تحديده.(**انور حمادي: 2016: 92-93)**

والمخاوف المرضية تنقسم إلى ثلاث مظاهر عيادية متمايزة:

- ❖ مخاوف الفضاءات.
- ❖ مخاوف اجتماعية.
- ❖ مخاوف خاصة.

1.4.9. الأسباب: دائما في عرض حديثنا عن الأسباب المؤدية إلى الإصابة بالاضطرابات النفسية نجد تضاربا في الآراء بين مختلف المدارس النفسية.

- ❖ خاصة التنشئة الاجتماعية والأسرية من خلال محاولة تخويف الأطفال وعقابهم وسرد القصص المخيفة، الخبرات السيئة التي يمرون بها، والخبرات المكبوثة منذ مرحلة الطفولة.
- ❖ الظروف الأسرية والبيئة من حيث التربية والرعاية والتوجيه، ومن حيث ما قد ينشأ داخل الأسرة من خلافات ومشاكل تؤدي إلى الكبث والحرمان (طلاق، تدليل زائر...الخ).
- ❖ تربية الآباء السيئة وخوفهم الدائم على أبنائهم، وعدم الثقة في تقويم وضعف خبراتهم وانتقال ذلك عن طريق المشاركة الوحدانية، الإحياء والتقليد.
- ❖ الضعف الجسمي والعقلي والخوف من الأمراض والفشل المبكر في النجاح أو في مواجهة المشكلات.
- ❖ الشعور بالذنب والإثم وما يرتبط به من خوف شديد، كالخوف من الأمراض الجنسية نتيجة اتصال أو القيام بعلاقة جنسية محرم أو شذوذ.

كما أن المخاوف المرضية أشكال متعددة نذكر منها مايلي:

- ❖ الخوف من الأماكن المغلقة.
- ❖ الخوف من الأماكن المرتفعة.
- ❖ الخوف من الجماهير والأماكن العامة.
- ❖ الخوف من وسائل النقل.
- ❖ الخوف من الظلام والليل.
- ❖ الخوف من الأماكن الفارغة.
- ❖ الخوف من الأشباح والأرواح والجن. **(فيصل محمد: 2016: 130-131)**

2.4.9. الأعراض:

- ❖ خفقان دقات القلب الشديدة.

- ❖ تعرق.
- ❖ ارتعاش.
- ❖ أحاسيس يقصر النفس أو الاختناق.
- ❖ آلم و انزعاج صدري.
- ❖ غثيان وآلام في البطن.
- ❖ إحساس بالدوار وعدم الثبات والإغماء.
- ❖ قشعريرة، وإحساس بالحرارة.
- ❖ إحساس بالتنمل وتشوش الحس.
- ❖ خوف من فقدان السيطرة أو الجنون.
- ❖ خوف من الموت.

رغم تعدد أشكال المخاوف المرضية إلا أن الأعراض الظاهرة واحدة ويمكن حصرها فيما يلي:

- ❖ خوف غير مبرر من: النساء، الأماكن الواسعة، المغلقة، المرتفعة، الظلام، الرعد، المرض، النار، الدم.
- ❖ القلق والنوم.
- ❖ ضعف الثقة في النفس والشعور بالنقص، عدم الشعور بالأمن، التردد، الجن، الانسحاب، الهروب، التهاون، الاندفاع، سوء السلوك.
- ❖ الإجهاد، والصداع والإغماء، خفقان القلب، تصبب العرق، التقيؤ، آلام أسفل الظهر، ارتجاف واضطراب الكلام، والتبول.
- ❖ أفكار وسواسية وسلوك قهري. **(لطيفة زروالي: 2014: 90)**

5.9. الهستيريا:

وقد اشتق لفظ هستيريا من الكلمة اليونانية "هسترون" وتعنى الرحم لأن الفكرة الشائعة في الطب القديم أن هذا المرض يصيب النساء فقط بسب انقباضات وتحركات الرحم داخل جسم المرأة وبالطبع فقد تثبت خطأ هذه الفكرة لان الاضطراب يصيب كلا الجنسين بنسبة كبيرة لدى الإناث.

فهو اضطراب نفسي تظهر فيه مجموعة من الاضطرابات الانفعالية مع خلل في أعصاب الحس والحركة، حيث تتحول فيه الانفعالات المزمنة إلى أعراض جسمية ليس لها أساس عضوي، هروبا من الصراع النفسي، أو من القلق، أو من موقف مؤلم بدون أن يدرك الدافع لذلك. وعادة ما يظهر هذا الاضطراب مع الشخصية الهستيرية التي تتميز بعدم النضج الانفعالي والقابلية للإيحاء. **(لطيفة زروالي: 2014: 109)**

فهو يتميز بإفراط في التعبير الجسدي لمجموعة الأفكار والصور والعواطف اللاشعورية، فالأعراض الظاهرة حول الاضطراب تعبر عن مدى التحول الحاصل من طبيعة نفسية إلى مظاهر جسمية تظهر في الاضطرابات الحس-حركية، حيث يرى "بابينسكي" Babinski أن الهستيريا هي نوع من الإيحاء الذاتي والاقناعي عندما يزداد القلق والانفعال بشكل كبيرأما جاني Janet قام بربط الاضطراب بوجود ضعف في الطاقة النفسية الذي يعمل على تدعيم الصدمات الانفعالية والذكريات الصدمية، وانحصار لحقل الوعي وحدوث مظاهر التفكك. **(لطيفة زروالي: 2014: 110)**

1.5.9. الأسباب: بالرغم من أن السبب الرئيسي لهذا الاضطراب يبقى مجهولا إلا انه ومن خلال الدراسات والبحوث تم حصر الأسباب فيما يلي:

- ❖ الصراع بين الغرائز والمعايير الاجتماعية.
- ❖ الصراع الشديد بين الأنا الأعلى وبين الهو (خاصة الدوافع الجنسية).
- ❖ الإحباط وخيبة الأمل في تحقيق هدف أو مطلب.
- ❖ الفشل والإخفاق في الحب، الزواج غير المرغوب فيه، والزواج غير السعيد
- ❖ الغيرة والحرمان ونقص العطف وعدم الأمن، والأنانية والتمركز حول الذات بشكل طفلي.
- ❖ عدم نضج الشخصية وعدم النضج الاجتماعي، وعدم القدرة على رسم خطة للحياة.
- ❖ أخطاء الرعاية الوالدية مثل التدليل المفرط والحماية الزائدة ...الخ.
- ❖ الضغوط الاجتماعية والمشكلات الأسرية والتوتر النفسي والهموم، والرغبة في الهروب منها.

❖ الحساسية النفسية وسرعة الاستثارة وعدم النضج الانفعالي والضغوط الانفعالية والصدمات الانفعالية العنيفة وكبتها والهروب.**(Azorin jean : 2005 : 04)**

2.5.9. الأعراض:

❖ **الشلل الهستيري:** ويأخذ هذا الشلل عدة مظاهر (شلل نصفي، شلل في الأطراف، شلل جميع الأطراف) وهو يختلف عن الشلل العضوي.

❖ **فقدان الصوت:** حيث يفقد المريض صوته ويعبر عن نفسه بالإشارة رغم سلامة الأحبال الصوتية ويحث هذا العرض عندما يواجه الفرد موقفا يتطلب منه الاعتراف بأخطاء هنا يفقد القدرة على الكلام.

❖ **فقدان الإحساس:** حيث يفقد المريض الهستيري الإحساس ولا يشعر بأي ألم ويكون ذلك في كل الجسم أو في أماكن متفرقة.

❖ **العمى الهستيري:** ويحدث فجأة بعد صدمة انفعالية يرغب الفرد لا شعوريا في عدم تذكرها أو رؤيتها فيفقد البصر وبالطبع لا توجد علامات عضوية عند الكشف الطبي على العين.

❖ **الصمم الهستيري:** حيث يفقد المريض القدرة على السمع دون وجود أي خلل عضوي في الأذن.

❖ **فقدان التذوق:** حيث يفقد المريض القدرة على التذوق أو الشم دون أسباب عضوية.

❖ **النوبات الهستيرية:** وهي من أكثر الأعراض شيوعا وتتراوح شدة هذه النوبات من إغماء بسيطة إلى تهيج عصبي مع تحطيم كل ما يصادف المريض وتتميز النوبة الهستيرية بما يلي:

❖ تحدث عادة في وجود كثير من الأقارب وبعد أزمة انفعالية عكس النوبة الصرعية التي تنتاب المريض في أي وقت وبغض النظر عن الحاضرين وربما أثناء النوم.

❖ لا يؤذى المريض نفسه أثناء الهستيرية كما يحدث في الصرع من عض اللسان وقطع الشفة وكسر الأسنان. **(بدرة معتصم: 2011: 104)**

❖ **فقدان الذاكرة:** وهي من أهم الحيل التي يلجأ إليها الفرد عند مواجهة مشكل. وعادة ما يفقد المريض ذاكرته فجأة وقد يستمر فقدان الذاكرة ساعات أو أيام أو ربما شهور، ويكون هذا الفقدان لفترة معينة في حياته. **(بدرة معتصم: 2011: 105)**

ومن خلال ملاحظاتنا نجد أن أكثر الأعراض شيوعا هي الاضطرابات الحس حركية والمعرفية، كما يجب التفريق بين الهستيريا واضطرابات أخرى، كاضطراب الخواف (الفوبيا) أو الاضطرابات السيكوسوماتية، حيث أن الاختلاف بالنسبة الهستيريا والمخاوف المرضية يكمن في أن الهستيريا يكون الاستثمار داخلي أما الفوبيا فهو خارجي، أي أن المسالة متعلقة بالجسم فهو يحاول استثمار طاقة معينة تترك في الجسم والمكان الضعيف تستقر فيه، أما بالنسبة للاضطرابات السيكوسوماتية فالأعضاء المصابة يسيطر عليها الجهاز العصبي الذاتي عكس الهستيريا الذي يسيطر عليها الجهاز العصبي المركزي، أما بالنسبة للأعراض فهي عبارة عن نتائج مباشرة لاضطرابات انفعالية تخل بتوازن الجهاز العصبي الذاتي، أما الهستيريا فالأعراض تعتبر تعبيرات رمزية غير مباشرة عن دوافع مكبوتة وتخدم غرضا شخصيا لدى المصاب.

لم نتطرق إلى عملية التكفل والعلاج لهذه الاضطرابات النفسية الشائعة لأننا خصصنا لها فصلا كاملا يتعلق بالتوجهات العلاجية بين الحديثة والتقليدية.

10. انتشار الاضطرابات النفسية:

في الدراسة التي قام بها "رونالد كيسلر" Ronald Kessler وهو أستاذ بكلية الطب بجامعة هارفارد الأمريكية بمساعدة فريق مكون من 100 مختص نفسي، وبمساعدة 3000 آخرين قاموا بإجراء مقابلات مع 60 ألف شخص في حوالي 14 دولة على مستوى العالم، حيث أسفرت نتائج الدراسة على أن الاضطرابات النفسية بدأت رقعت انتشارها في كافة أنحاء العالم خاصة: الاكتئاب، القلق ...الخ و أن معظم هذه الاضطرابات اتخذت منحا معقد في علاجها.

كما أن نسبة انتشارها تختلف من دولة إلى أخرى، ففي الصين مثلا نجد أن 4.3 % من سكان يعانون من اضطرابات نفسية التي تصل إلى 26% من إجمالي عدد السكان في و.م.أ. كما أكد "د.رونالد" أن بعض من نتائج هذه الدراسة غير منطقية حيث تبين أن 05% من اليابانيين و04% من الصينيين و18% من الأمريكيين يعانون من نوبات القلق المتكررة

والملاحظ أن النسبة منخفضة جدا بالنسبة لليابانيين والصين مع العلم أن اليابان سجلت أعلى نسبة لبيع الأدوية المهدئة للقلق والصين أحصت أعلى معدل للإنجاز في العالم. وأظهرت هذه الدراسة أن 20% فقط من المصابين باضطرابات نفسية في كثير من دول العالم يتلقون العلاج. والبقية لا يتلقون العلاج اللازم **(https//www.albawaba.com/ar)**

كما نلاحظ في الجزائر ارتفاعا محسوسا في عدد المصابين بالاضطرابات النفسية حيث تم إحصاء حوالي 20 إلى 30 ألف مصاب سنة 2012 في دراسة لوزارة الصحة وإصلاح المستشفيات، حيث شهدت ارتفاعا في سنة 2018 لتبلغ 500 ألف مصاب 45% منهم من المتشردين والمتسولين ويمكن إرجاع هذا العدد الكبير من المصابين إلى الأزمات التي مرت بها الجزائر خلال فترة التسعينات، والتغيّرات الاجتماعية والاقتصادية التي شهدتها البلاد والضغوطات التي يتعرّض لها الكثير من الأشخاص نتيجة عوامل شخصية وأسرية ومجتمعية، والعجز عن مواجهة مصاعب الحياة وتعقيداتها يؤدّي بهؤلاء إلى الهروب من واقعهم الحياتي والعيش في عوالم افتراضية غير موجودة على أرض الواقع، وهو ما يدفعهم إلى التخلّي تدريجاً عن التفاعل الايجابي مع محيطهم سواء في العمل أو على الصعيد الأسري.

(http://www.almayadeen.net)

والأمر الذي تشترك فيه جميع آراء الباحثين أن انتشار الاضطرابات النفسية يكون بنسبة أكبر في المدن، أما سكان الأرياف فطبيعة حياتهم تحميهم من الإصابة بالاضطرابات النفسية، لكن الواقع أن الإصابة بهذه الاضطرابات النفسية يشمل سكان الريف لكن بنسبة قليلة، فحياة الريف ليست خالية من الضغوط وأحداث الحياة الصدمية، كما أن العوامل والأسباب الوراثية والبيولوجية و البيئية موجودة سواء في المدن أو الريف.

كما أن الإحصائيات تؤكد أن هناك احتمالية لإصابة الفرد باضطراب نفسي يحتاج للتكفل، ويمكن القول أن على الأقل واحد من كل خمسة أشخاص سوف يعاني من اضطراب نفسي يتطلب تكفلا نفسيا (علاجيا)، أما بالنسبة للمدن والأرياف فسوف نجد أن من 10%حتى 12% يعانون اضطرابات نفسية وهم في حاجة إلى علاج.**(Julien daniel et al : 2007 : 36)**

11. الاسرة والمصاب باضطراب نفسي:

تعتبر الاسرة الملاذ الآمن الذي ينمو ويترعرع به الإنسان بطريقة صحيحة وهي التي تسهم في تشكيل الشخصية المستقبلية الذي يطورها، ولذلك تؤكد الأدبيات على أهمية تمتع الوالدين بصحة نفسية ايجابية لما له الأثر الكبير والإيجابي في نماء وتطور شخصية سوية للأبناء.

هذا وتقدم الاسرة الدعم الاجتماعي الذي يؤثر ايجابيا على الصحة النفسية للأفراد وفي كونها نسيج اجتماعي متجانس ومترابط فإن كل فرد فيها يشعر بالآخر وينتمي له. ففي بعض الأحيان تعاني تلك الأسرة من صعوبات ناتجة عن معاناة أحد أفرادها من مشكلة أو ضيق أو مرض يترك الأثر الكبير على جميع أفرادها خاصة إذا كان يعاني من اضطراب نفسي وبقي بدون علاج ويكون الاضطراب النفسي غالبا ما يترجم بسلوكيات وانفعالات فالمصاب به من الممكن أن يتصرف بطريقة تضايق الآخرين كالعصبية الزائدة تقلب المزاج الحاد والأعراض الذهنية، هذا بدوره يؤدي إلى ردود أفعال سلبية وعكسية من أفراد الاسرة المحيطين به، فقد يولد هذا الموقف إحباطا وغضب بل أحاسيس سلبية لدى المصاب والمحيطين به. وفي الكثير من الأحيان يتأثر الإخوة سلبا ويشعرون بالإهمال والقلق والتوتر كون الأخ المصاب يستحوذ على الاهتمام من الأهل ويشعرون أنه المفضل ويتعامل الأهل معه بتميز، مما يؤثر على الانسجام داخل الاسرة ويؤدي إلى تولد الصراعات بداخلها. كما يمكن أن نلحظ العكس تمام كالإهمال التام للمصاب باضطراب نفسي وهذا ما نلحظه في شوارعنا وأحيائنا.

(نعيم الرفاعي: 1997: 101)

أشارت بعض الدراسات إلى أن هناك ردود فعل تحدث للاسرة نتيجة التعرض للأحداث الضاغطة وهنا تم اعتبار الإصابة بالاضطراب النفسي بالحدث الضاغط على الاسرة حيث تدخل في حالة من الإنكار للحدث الجديد، يحاولون جاهدين التوصل لتفسير لما حدث يتجاهلون الأعراض ويتأخرون في الذهاب للاستشارة والحصول على العلاج اللازم وهنا من الضروري التعرف على المعنى الذي تعطيه العائلة للحدث ونؤكد هنا نظرية الإجهاد العائلي لـ "روبرت هال" على أهمية المعنى الذي تعطيه العائلة للحدث إن بعض العائلات يقومون بتغيير الأدوار والروتين بعد إصابة أحد أفرادها بالمرض المزمن المعني الذي تعطيه العائلة للحدث يؤثر على

الاستقرار في العائلة ويؤثر على ديناميكية العلاقات داخل الأسرة. **(نعيم الرفاعي: 1997: 102)**

إذا تفهمت الاسرة ما حصل وحاولت الحصول على المعلومات حول الاضطراب الذي أصيب به أحد أفرادها أي تلقت توعية ومعلومات حوله يسهل ذلك عملية التقبل مما يسهم في إمكانية أخذ العلاج الملائم في الوقت المناسب تصبح هناك إمكانية أفضل للتعافي والاستقرار، أما إذا لم تتقبل العائلة المرض يؤدي ذلك على المدى البعيد إلى انعزال العائلة ويؤدي ذلك إلى حدوث انتكاسات للمريض كون الاسرة غير متقبلة فإنها تعمل على إيقاف العلاج للمريض عندما تشعر بتحسن في وضعه مما يؤدي إلى تدهور حالته النفسية، إن عدم تقبل المرض يسهم في تكوين الوصمة الاجتماعية ويصعب من عملية الشفاء والعلاج، والوعي بالاضطرابات النفسية ومعرفة الكثير عنها يؤدي إلى تقبل أفضل ومساهمة في العلاج فمن الواجب أن يعرف الأهل أن على المريض أن يتعالج بالأدوية أو الإرشاد النفسي أو الاثنين معا.

(Paterson, J et al : 1999 : 436)

خلاصة الفصل:

لقد أكدت جميع الدراسات والأبحاث القديمة والحديثة على أن الاضطرابات النفسية، مع اختلاف أسبابها والمدارس التي فسرت ظهورها ونسب انتشارها تبقى عائقا أمام تطور الفرد واندماجه اجتماعيا وعلائقيا، ومن هنا لا بد من الإقرار بالأهمية المتزايدة للصحة النفسية، خاصة في حياة الأسرة والفرد فالصحة النفسية السليمة لا تكون إلا بالتوازن النفسي، الاجتماعي، العاطفي، والانفعالي للفرد وأي خلل في هذه الجوانب يؤثر بصورة مباشرة على الفرد، ويكون عرضة للإصابة باضطرابات نفسية. الأمر الذي يتطلب العلاج والذي لا يمكن أن يتحقق بنجاحه إلا بإشراك الفرد المصاب وكذا عائلته من أجل البحث عن علاج فعال ومناسب.

ق

الفصل الثالث: المعتقدات الثقافية للاضطرابات النفسية

تمهيد.

1. مفهوم المعتقدات.
2. خصائص المعتقدات.
3. نموذج المعتقدات الصحية.
4. المعتقدات الثقافية.
5. المفهوم الثقافي للاضطراب النفسي.
6. المعتقدات الثقافية والاضطرابات النفسية
7. النماذج الثقافية لتفسير أسباب الاضطرابات النفسية.
8. المرجعية الثقافية للاضطراب النفسي.
9. الثقافة الأسرية وسلوك الاستجابة للاضطرابات النفسية.

خلاصة الفصل

تمهيد:

من أهم مقومات الثقافة العادات والتقاليد داخل المجتمع التي نتوارثها عن طريق التنشئة الاجتماعية داخل الأسرة، فمجتمعنا يحوي مجموعة كبيرة من العادات والتقاليد تختلف من منطقة إلى أخرى. ومن المعروف أن المعتقدات الثقافية تحتوي في مضامينها على الكثير من التجارب والقيم، العادات والتقاليد، فالمعتقدات الثقافية ظاهرة تنتج من خلال تفاعل العلاقات الاجتماعية ونظرتهم لمختلف ما يحيط بهم.حيث سنحاول من خلال هذا الفصل الربط بين مفهومين ألا وهما المعتقدات الثقافية والاضطرابات النفسية، وذلك بسبب العلاقة التي قد تكون سببا في التوجه إلى علاج معين على حساب علاج آخر.

1. مفهوم المعتقدات:

قبل الخوض في تعريف المعتقد لابد من الرجوع إلى أصله وهي الثقافة وما تحمله من معطيات تشكل لنا هذا الأخير والذي يلعب دورا محوريا في قضية الصحة والمرض، والتي تعد المحرك الرئيسي والأساسي والمغذي للمعتقدات، ومسالة الثقافة تم طرحها من طرف "سيجموند فرويد" في كتابه الطوطم والتابو، وكذلك في أعمال "جيز روهايم" G.Roheim و"بيون" W.Bion بالإضافة إلى "جان لكان" J.Lcan . والذين طرحو مشكلة الثقافة في التعامل مع بعض المواقف والمتغيرات خاصة فيما تعلق بالصحة والمرض وهذا من اجل وضع آلية ناجعة للتكفل بهم خاصة في حالات المهاجرين **(Julien daniel : 2017 : 104)**

الأمر الذي دفع الباحثين والمختصين في هذا المجال لايجاد و وضع توازن بين المعطيات الثقافية الراهنة والمرجعية الثقافية للأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية

(Julien daniel : 2017 : 104)

أي لابد في عملية التكفل مراعات الجانب الثقافي وكذا المرجعية الثقافية للأفراد ضمن المجتمع. لان تفسير الاضطراب وأسلوب مواجهته يختلف من مجتمع إلى آخر ومفهوم المرض والعلاج هنا يتحدد على مستوى مجموعة من الاعتبارات التي تتدخل في تشكيل المعتقد الذي يصبح هو المرجعية في العملية العلاجية بدا بتفسير الاضطراب وأسبابه إلى إعطاء التسمية لهذا الاضطراب ومن تم العلاج المناسب له.

هنا ظهر بما يسمى الأنتروبولوجية الطبية التي تقوم بدراسة العلاقة ين المتغيرات البيولوجية، الاجتماعية و الثقافية وعلاقتهما بمواضيع الصحة والمرض **(مازن مرسول: 2015: 119).**

فهو علم يربط بين الماضي والحاضر بمختلف السلوكات التي يقوم بها الأفراد داخل المجتمع وتأثير ذلك على سلوكهم اتجاه المرض والعلاج .

حيث قام "جورج دوفرو" G.Devereux و الذي يعدد مؤسس التحليل النفسي الإثني L'ethnopsychanalyse بدمج مختلف المعطيات الأنتروبولوجية ومسلمات التحليل النفسي من اجل الوصول إلى طريقة علاجية متكاملة تحترم فيها الثقافة والمرجعية الثقافية للأفراد المصابين باضطرابات حيث وضع ثلاثة أنماط علاجية:

- ❖ داخل الثقافة Intra culturelle: حيث أن المريض والمعالج ينتمون لنفس الثقافة، والمعالج يهتم بالبعد السوسيوثقافي للمريض والاضطراب الذي يعاني منه.
- ❖ مابين الثقافي Interculturelle: المريض والمعالج لا ينتمون لنفس الثقافة، لكن المعالج على دراية كاملة بثقافة المريض ويستعملها في العلاج.
- ❖ ثقافتين مغايرتين Métaculturelle: هنا المعالج والمريض ينتمون إلى ثقافتين مختلفتين، المعالج لا يعرف ثقافة المريض **(Julien daniel : 2017 : 106)**

فهو يعتبر أن الثقافة لها وظيفة أساسية في تحليل وعلاج الحالات المرضية، كما يؤكد ج أن الثقافة تعد بمثابة آلية دفاعية ضد التهديدات والقلق خاصة **(بن احمد: 2018: 33)**، حيث لا يمكن فهم الحالة المرضية إلا في إطارها الثقافي، كما أن التفسير الإيثنوبسيكياتري Ethnopsychiatrie لا يفصل الفرد عن المرض أو المرض عن الفرد فهو يرى بشمولية واسعة وقد اخذ تفسيراته من ثقافة المريض باعتبارها العنصر الأساسي في تكوين الشخصية **(بن احمد: 2018: 30)**

أن البدايات الأولى للأنتروبولوجية الطبية كانت في بداية الخمسينيات وشهدت الفترة بين 1962- 1972 تطورا ملحوظا من خلال أعمال "فيرشو" Virchoa والذي كان معروفا باهتمامه في مجال الطب الاجتماعي. وتعد الأنتروبولوجيا الطبية أو العيادية احد العلوم التي تهتم بدور الثقافة في المجالات الصحية، من خلال البحث في الثقافة والصحة والمرض. حيث

أوضح لويس مورجان L.Morghane أهمية الثقافة في مجال الصحة واعتبرها تتحكم إلى حد كبير في الموضوعات التالية:

- ❖ نمط انتشار المرض.
- ❖ طريقة تفسير المرض ومعالجته.
- ❖ السلوك الذي يستجيب به الفرد لطلب العلاج سواء الطب الحديث أو الطب التقليدي.

ويمكن أن توصف الأنثروبولوجية الطبية بأنها دراسة المعتقدات الثقافية والممارسات الاجتماعية المرتبطة بالصحة والمرض **(محمد علي: 2011: 146)**

كما عرفها "فوستر" Foster أنها علم الثقافة الذي يعني بكل الجوانب البيولوجية، الاجتماعية والثقافية التي تهتم بالأساليب التي تفاعلت للتأثير في الصحة والمرض.

(Foster et coll : 1978 :3)

إذن يمكن القول أن الأنثروبولوجيا الطبية تبحث في العلاقة بين الثقافة من خلال العادات والتقاليد والسلوكيات والموروثات الثقافية والمعتقدات والأمثال والمفاهيم والتصورات باعتبارها الموضوع الأساسي في البحث الأنثروبولوجي، والصحة والمرض من خلال تفسير أسباب حدوث المرض والطرق العلاجية سواء الحديثة آو التقليدية باعتبارهما موضوعي اهتمام الطب.

عموما هناك مدخلين أساسيين لدراسة الأنتروبولوجية الطبية، المدخل البيولوجي، والمدخل الثقافي والذي يهمنا في بحثنا هذا هو المدخل الثقافي الذي يهتم ويؤكد على دور المعتقدات و الأفكار والقيم في محاولة تنظيم وتصنيف الاضطرابات وإيجاد العلاج المناسب وهذا من خلال:

- ❖ النظم الطبية والعرقية والمعتقدات.
- ❖ البناء الاجتماعي الثقافي للمرض
- ❖ المعالجون من منظور الثقافات المختلفة.
- ❖ الثقافة والمرض **(Cecil Helmen : 1995 : 124)**

أي أنها تهتم بواقع الصحة والمرض داخل النسق الثقافي بما يحويه أفراده من مرجعيات ثقافية مختلفة يمكن ملاحظتها من خلال معتقداتهم حول المرض بالرجوع إلى أسبابه تأثير المرض على الفرد داخل النسق الثقافي البحث عن العلاج المناسب ومختلف الطعون وهذا ما

نلاحظه من خلال **التجوال العلاجي** إن صح التعبير بين المعالجين التقليدين وحتى الطب الحديث. من هنا يمكن أن نعرف المعتقد ضمن المجل الذي ينتمي إليه داخل النسق الثقافي المحلي من خلال موضوع الصحة والمرض وعلاقة هذا الأخير بتفسير الظاهرة المرضية من خلال سببية الاضطراب ومنه العلاج، وقد اعتمدنا في تعريفنا على التعريف اللغوي والاصطلاحي من أجل شمولية المعنى والفكرة.

أ- **تعريف المعتقد لغة:** هو لفظ مشتق من كلمة عقد، وعقد بمعنى شد وربط، وعقد قلبه على شيء أي لم ينزعه عنه، فالاعتقاد هو عقد القلب على الشيء وإثباته في نفسه وقلبه **(ابن منظور: 1994: 296)**

كما يعرف على انه موقف الفرد اتجاه فكرة، أو حدث الذي يسعى من خلالها إلى إثباته، فـ"جون بياجي" J.Piaget يميز بين المعتقدات العقلانية والتجريبية على المعتقدات الشخصية العلائقية مثال: "إن الله موجود"، "وغدا هو يوم جديد وستمطر"، في المثال الأول الإيمان والدين يدعمان معتقدي، أما المثال الثاني فالملاحظة والمعلومة العلمية تدعمه. فالمعتقد يلعب دورا أساسيا في حياة الأفراد يقول "كريش" D.Krech و "كريشفلد" R.S Crutchfield أن الإنسان يستند ويعتمد على المعتقدات من اجل الإجابة والوقوف في مواجهة أحداث ومواقف تعتبر بالنسبة إليه مشكلة **(Norbert Sillamy : 1999 : 71)**

كما يمكن تعريف المعتقد بأنه تعبير عن وجهة نظر، أو الإيمان بموضوع ما، حسب "كانط" Kant الاعتقاد هو إعطاء الموافقة لاقتراح تعتبره حقيقيا، ولا يمكن تحديده إلا بالرجوع إلى مجال توظيفه حيث أن هذا المصطلح يستعمل في عدة مجالات (العواطف، الأحاسيس، الدين، الإدراكات...) كما يحمل درجات من اليقين ويشمل حقلا واسعا من المعاني.

(Norbert sillamy : 1980 : 309-310)

ب- **تعريف المعتقد اصطلاحا:** المعتقد نظام من الافتراضات الضمنية التي يحملها الفرد حول طبيعة المعرفة واكتسابها وكل مايحيط به **(Barvarz et coll : 2014 : 122)**

وتؤكد "سكومر" Schommer أن المعتقدات تشمل عدة جوانب من التصورات والأفكار، والبحث عن طبيعتها ومصدرها فهي تقدم تفسيرات لبعض الظواهر التي يواجهها الفرد. **(Schommer et coll : 2004 : 25)**

وتضيف بان المعتقدات تنقسم إلى أفكار بسيطة وأخرى معقدة، أما البسيطة منها فهي تشير إلى الحقيقة المؤكدة والمعلن عنها والتي نكتسبها من خلال مراحل تنشئتنا الاجتماعية، أما المعقدة فهي تشير إلى حقيقة نسبية ومتغيرة لا يمكن للعقل إدراكها.

(Schommer et coll : 2013 : 318)

وتظهر أهمية المعتقدات في تفسير الكثير من الظواهر والسلوكات خاصة ما تعلق بمواضيع الصحة والمرض من خلال تفسير الأسباب والبحث عن العلاج.

فالمعتقدات هي وضعية أو حالة ذهنية تحدد بالمعارف التي اكتسبناها عبر مراحل تنشئتنا الاجتماعية، والآراء التي نصدرها حول مختلف المواضيع والوضعيات التي تصادفنا في الحياة اليومية، والثقافة التي نشانا فيها وترعرعنا فيها **(نادية محمد السيد: 2003: 370)**

فالمعتقدات هي تعميمات للأفكار والمشاعر تصاغ وتترجم من خلال سلوكاتنا إزاء مواقف الحياة. فمن خلال المعتقد ينشا الدافع الذي من خلاله تنشا عنه سلوكاتنا. إذن يمكن القول أن المعتقدات هي تعميمات عن الأفعال والأفكار والإرادات لما نفعل وما نريد أن نفعل. والمعتقد يصبح حالة جماعية حينما يلعب الفرد دورا كبيرا في التأثير على الجماعة من خلال: طقوس، تعاليم، واجبات ومبادئ، فهو مكون أساسي في ثقافة المجتمعات حيث تتضح حاجتنا إليه خاصة في قضايا الصحة والمرض من خلال التفسيرات والتوجهات العلاجية. من خلال مختلف الممارسات الطقسية والمعتقدات في الظواهر الغيبية (لميتافيزيقية).

(Olivier schmitz :2006 : 27)

فالفرد هو المسؤول عن معتقداته وتوجهاته ضمن النسق الثقافي الذي يعيش فيه من خلال مكتسباته القبلية حول مختلف الظواهر عن طريق التنشئة الاجتماعية ومنه تفسيره للصحة المرض العلاج.

يعرف "كريتش" و"كرتشفلد" Kritch , kirchfled بأنه تنظيم يتسم بالثبات للمدركات والمعارف حول جانب معين من عالم الأفراد، أو هو نمط المعاني لمعرفة الفرد حول شيء محدد.**(عبد اللطيف محمد خليفة: 1998: 52)**. أي انه لا توجد أي روابط كاملة بين المعتقدات والحقائق الموضوعية، وقد ارجعا هذا إلى عمليات سوء الفهم، الضلالات، والخرافات.

ويعرفه "انجلش هوراس" و"انجلش افا" English Horace, English Ava بأنه التقبل الوجداني لقضية أو خبر يحتمل الصدق حسب ما يوجد عند الفرد من أسباب وحجج،

والحجج في المعتقدات غالبا ما يصعب فحصها وتشتمل على درجات من اليقين الذاتي، أي أنها تختلف في قابليتها للتحقيق. **(English.HB,English AC :1958 :46)**

ويعرفه "فيشباين" Fishbeyn و"اجزن"Ajeznne بأنه مجموعة المعلومات والمعارف التي ترتبط بموضوع ما توجد لدى الأفراد، أي أن المعتقد له علاقة بين الموضوع وخاصيته، كما عرفه "روكيتش" Rokitch انه توقع يتعلق بوجود كائن ما، عادات معينة، أو قضايا أمرية ناهية. **(معتز سيد عبد الله: 2001: 08)**. فهو عبارة عن وضعية فكرية يختار فيها الفرد موضوعا معينا بطريقته الخاصة وحسب القاعد التي تحكمه وتحكم مجتمعه.

فالمعتقدات جملة من الأفكار نشأت عند الفرد اثر ظروف خاصة، وساهمت تفاعلات البيئة والمجتمع والتربية (التنشئة الاجتماعية) في بلورتها. ومع مرور الزمن اتجهت إلى مسار اليقين والجزم لتتحول إلى حقيقة لا تقبل الجدل، عندئذ تتحول هذه الأفكار إلى قيم ومشاعر متأصلة يعد المساس بها انتهاك لحرمة من يؤمن بها. **(منال عبد المنعم: 2011: 25)**

والمعتقد في بعض الموضوعات يصبح حالة جماعية حينما يلعب الفرد دورا كبيرا في التأثير على الجماعة، تتشكل بعد ذلك في صور: طقوس، وتعاليم، وواجبات، ومبادئ، كما إنها تفرز مجموعة من التقاليد والأعراف والعادات ذات الطبيعة الثقافية التي يتم ترسيخها في قلوب وعقول أفراد الجماعة بشتى المصادر من معلومات ومشاهد ومواقف وأقوال ومرجعيات تم توارثها عبر الأجيال عن مواقف ومواضيع تهم الفرد والمجتمع خاصة ما تعلق بتفسير أسباب حدوث الاضطرابات النفسية. يقابل ذلك نشوء عاطفة قوية بين الفرد ومحتوى المعتقد حينما يجد فيه ما يفسر معاناته وآلامه ويغذي حاجاته النفسية، ويزرع مشاعر الأمان والطمأنينة، ويعزز ارتباطه بما يعتقد فيه، لتظهر بعد ذلك علاقة بين هذا المعتقد والنفس البشرية تتمركز في أعماق الإنسان، فيتكاثر الأتباع والمريدون مما يولد لديهم الرغبة في تقوية هذا المعتقد.(**السيد حافظ الأسود: 2002: 111)**

فالمعتقدات تنطلق من جملة المعارف التي اكتسبناها عبر مراحل نمونا التي من خلالها نتعلم كثيرا من الأشياء بعضها يصبح معتقد بالنسبة لنا. هذا هو الحال في النظام التعليمي الذي يعلمنا مجموعة أو يزودنا بكثير من المعلومات لكن كثير منها يصبح معتقدات. من دون قصد نحن نغرس وننمي مجموعة من الأفكار التي ستصبح في المستقبل معتقدات منذ طفولتنا هذا ما

يدفعنا إلى الاعتقاد بأمور بدون أي تفكير. ومنه يمكن أن نعتبر الاعتقاد على أنه مفهوم ثقافي مرتبط ارتباط وثيق بالمنطقة التي يعيش فيها الفرد، لدى فمعتقدات الأفراد تختلف بالاختلاف الثقافات، فمن بين الأمثلة الواضحة والقوية هو الاعتقاد في ديانة دون أخرى.

(Davide Mechanic : 1990 : 262)

فالمعتقدات في توظيفها في بحثنا هي مختلف الخطابات الصادرة عن المريض وأسرته، فهي مجموعة الأفكار والمبادئ التي يكونها الفرد والتي اكتسبها عبر التنشئة الاجتماعية، والتي يعبر من خلالها عن تفسير معاناة تكون مصحوبة بسلوكات عملية في البحث عن العلاج. وفق أسباب وتفسير الاضطرابات النفسية.

2. خصائص المعتقدات:

للمعتقدات مجموعة من الخصائص تلخصها فيما يلي:

- ❖ هي عبارة عن معاني يضيفها الفرد إلى مدركاته.
- ❖ المعتقدات مكتسبة، يكتسبها الفرد من خلال تفاعله مع المحيط الذي يعيش فيه ومن خلال تنشئته الاجتماعية.
- ❖ تتميز المعتقدات بالثبات النسبي عبر الزمن، فهي تتناقل عبر الأجيال.
- ❖ ارتباط المعتقدات بجانب معين من حياة الفرد، كما يمكن أن ترتبط بعدة جوانب مثلا: قضية الصحة والمرض.
- ❖ ارتباطها بتوقعات الفرد وتقييمه لمختلف الظواهر.
- ❖ التحكم في سلوكيات الفرد واستجابتهم للمثيرات المختلفة (التفسيرات الغيبية لما يصيب الإنسان من اضطرابات). **(عبد اللطيف محمد خليفة: 1998: 16)**

3. نموذج المعتقدات الصحية:

- ❖ هو عبارة عن نموذج لتغيير السلوك الصحي تم وضعه من قبل "اروين روزونستوك"، "ستيفان كاجل"، "كود فراي هوشبان" Irwin Rosenstock , Stephen Hochbaum Kegels, Godfrey في عام 1966 لدراسة وتشجيع الإقبال على مختلف الخدمات الصحية . وقد تم تعزيز وتطوير هذا النموذج من قبل "بايكر" Beaker وزملاؤه في السبيعنات والثمانينات. وقد أجريت تعديلات على هذا النموذج فيما بعد في أواخر عام 1988

وذلك لاستيعاب النتائج والأدلة التي تم التوصل إليها في مجال الصحة حول الدور الذي يلعبه كل من المعرفة والتصورات في المسؤولية الشخصية وهناك مجموعة من المفاهيم الأساسية التي يعتمد عليها هذا النموذج وهي:

- ✓ سهولة التأثير المحسوسة.
- ✓ الشدة المحسوسة.
- ✓ المنافع المحسوسة أو المدركة.
- ✓ الحواجز أو الموانع المدركة.

وفي بداية الأمر تم تصميم هذا النموذج للتنبؤ بالاستجابات السلوكية للعلاج الذي يتلقاه الأشخاص الذين يعانون من أمراض حادة ومزمنة، ولكن في السنوات الأخيرة تم استخدام هذا النموذج للتنبؤ بالسلوكيات الصحية العامة. **(Sophie Maltéte : 2012 :11)**

وقد احتوى النموذج قبل تعديله على العناصر التالية:

- ❖ إدراك القابلية (تقييم الفرد لإمكانية الإصابة بالمرض أو العدوى).
- ❖ إدراك الخطورة (تقييم الفرد لخطورة الوضع وأثاره المحتملة).
- ❖ إدراك الحواجز (تقييم الفرد للتأثيرات التي تسهل أو تثبيط تبني السلوك المعزز).
- ❖ إدراك الفوائد (تقييم الفرد للنتائج الإيجابية لتبني السلوك).

ولقد تمت إضافة متغيرات لهذا النموذج ليصبح على الشكل التالي:

- ❖ المتغيرات الديموغرافية أو السكانية (مثل العمر والجنس والعرق والمهنة).
- ❖ المتغيرات الاجتماعية والنفسية (مثل الحالة الاجتماعية والاقتصادية والشخصية، واستراتيجيات المواجهة).
- ❖ إدراك الفعالية (التقييم الذاتي للفرد على القدرة على التبني بنجاح للسلوك المطلوب).
- ❖ الإشارات إلى العمل (التأثيرات الخارجية التي تعزز السلوك المطلوب، يمكن أن تشمل على معلومات مقدمة أو طلبت من قبل أشخاص من سلطة علية، أو محادثات مقنعة، أو تجارب شخصية).
- ❖ الحوافز الصحية (حتى وإن كان الشخص دفع للتمسك بهدف صحي معين).
- ❖ إدراك السيطرة (مقياس لمستوى الكفاءة الذاتية).

- إدراك التهديد (حتى وإن كان الخطر الناتج من عدم إتباع فعل صحي موصى به يعتبر خطر عظيم). **(Sophie Maltéte : 2012 :13)**

ومن اجل الربط بين الأنواع المختلفة للتصورات والسلوك الصحي يأخذ بعين الاعتبار:

- المتغيرات الديمغرافية.
- المتغيرات الاجتماعية والنفسية.
- إدراك الكفاءة.

ووفق لهذا النموذج فان المعرفة فيما إذا كان الفرد سيقوم بالسلوك الصحي يمكن ان تتحقق من خلال عاملين هما:

- الدرجة التي يدرك فيها الفرد بأنه معرض للإصابة بالمرض.
- إدراك الفرد بان بعض الممارسات الصحية ستكون فعالة في التقليل من هذا التهديد.

وهذه المدركات المتعلقة بما يمكن أن يتعرض له من تهديد صحي على المستوى الشخصي تتأثر بمجموعة من العوامل هي:

- **القيم الصحية العامة:** تتضمن الاهتمام والحرص على الصحة.
- **المعتقدات الصحية:** وهي مختلف التصورات التي يحملها الفرد بإمكانية الإصابة بالاضطراب.
- **المعتقدات حول النتائج:** وهي تحصيل حاصل لما يترتب عن التعرض للإصابة بالاضطراب **(درويش بريك: 2008: 126)**

وعليه فان هذا النموذج طور ليفسر ويبني كل ما يتعلق بالسلوك الصحي إزاء الأمراض، وما يهدد صحة الفرد. ووفق هذا النموذج فان احتمال قيام الشخص بإجراء وقائي يعتمد على عاملين هما (تقدير التهديد المدرك باعتباره مشكلة صحية، تقييم ايجابيات وسلبيات اتخاذ الإجراءات). التي يمكن تلخيصها في النقاط التالية:

- التهديد المدرك مؤشر دال لإدراك الفرد بخطورة الموقف.
- مؤشر دال من أجل اتخاذ القرارات.
- إدراك الفرد للأعراض التي تنجم عن المرض.

- ارتباط إدراك تأثير المرض بمجموعة من العوامل الديمغرافية، النفسية، والاجتماعية.
- حفظ تعرضهم للمشكلات الصحية. وربطها مباشرة بمجموعة من الاعتبارات (المال، الوقت).
- اتخاذ إجراءات وقائية.
- الممارسات الصحية لها فوائد قيمة وفعالية في تخفيف الإصابة بالأمراض.

4. المعتقدات الثقافية:

وهي تشمل كل ما يؤمن به الناس فيما يتعلق بالعالم الخارجي و العالم الغيبي، وتكمن أهمية هذه المعتقدات في أنها معتقدات تستمد قوتها من العالم الغيبي والقوى الفوق طبيعية. والقيام بمختلف الشعائر والطقوس ذات الصلة الوثيقة بها.(**محمد الجوهري: 1980: 136)** وتكون هذه المعتقدات تساير الخيال الفردي الذي يعطيها طابعا خاصا متمثلا في الغرابة واللاواقعية، مع كونها في أعماق النفس الإنسانية توجد بين مختلف المستويات الثقافية والعلمية، ولكن بدرجات متفاوتة. وهي تتشارك بين عامة الناس والمثقفين من ذوي الطبقات العالية مع بقية أفراد المجتمع أما بطريقة مباشرة أو غير مباشرة، ويتضح هذا جليا عند تعرض الفرد المثقف لمشكلة فسرعان ما تنبثق هذه المعتقدات والأفكار ضمن النسق الثقافي ممثلة في جزء من الحل لمشكلته.(**طه عبد الرحمن: 1997: 74)**

فالمعتقدات الثقافية هي حصيلة أجيال متعاقبة تتوارثها بما يضمن لها الاستمرار والبقاء ويؤكد دورها الفعال في إشباع رغبات ووجود اتجاهات وظيفية لتلك المعتقدات التي لايمكن للفرد أن يتجاهل وجودها وتأثيرها. فالفرد يتلقى التراث الثقافي منذ نشأته (التنشئة الاجتماعية) ويتأثر به ويظل تأثيره ثابتا في كيانه الداخلي، الأمر الذي يجعل من المستحيل التحرر من مثل هذه المعتقدات الثقافية التي يحس من خلالها بنوع من الراحة والطمأنينة وانه بإمكانه تفسير مختلف ما يصيبه ضمن المحتوى الثقافي الذي نشأ فيه.(**محمد علي: 1996: 42)**

فالمعتقدات الثقافية ظاهرة اجتماعية تنتج من تفاعل الأفراد في علاقاتهم الاجتماعية وتصوراتهم حول بعض المواضيع والمفاهيم كالصحة والمرض وتأثير القوى الميتافيزيقية عليها، فهو يعد نسقا فكريا يضم مجموعة من الشعائر والطقوس يؤمن بها الفرد داخل مجتمع،

كما نجد علاقة وطيدة بين المعتقدات والبيئة الاجتماعية، فهي تحتوي في مضامينها الكثير من التجارب والقيم والأحكام والعادات والتقاليد، فهي تأخذ طابعا قدسيا روحيا ذلك باعتباره نتاجا حيويا للأجيال السابقة فيما حملته من أفكار وبما مارسته من صراع مع قوى الطبيعة وغيرها من القوى وبما حققته به في نفوسهم من تعاليم وأخلاقيات حكماؤهم وزعماؤهم ممن يعتقدون بروحانيتهم.

5. المفهوم الثقافي للاضطراب النفسي:

يعد الاضطراب النفسي في كل المجتمعات من الظواهر الخطيرة التي تهدد الكيان الاجتماعي، الاضطراب كحالة اجتماعية هو تغييراً على مستوى السلوك. (إنَّ المرض كحالة اجتماعية إنسانية يضُم تغيراً في السلوك وهي ظاهرة اجتماعية تختلف باختلاف الثقافات، وكل مجتمع يعرف المرض طبقاً لثقافته.**(الوحيشي احمد بيري: 1989: 60)**

فالمفهوم الثقافي للاضطراب يمكن تحديده من خلال الثقافة، بمعنى أن الثقافة هي التي تحدد وتعرف لنا الاضطراب وتمكننا من فهم أعراضه وأسبابه، فهو يتنوع بحسب الثقافات ومرجعية كل مجتمع، فلكل جماعة استجابة معينة للاضطراب **(محمد علي: 2011: 150)**

أي أن التعبير عن المرض ومواجهته وتفسيره يختلف باختلاف الثقافات، وهو يتحدد في ضوء مجموعة من الاعتبارات منها المعتقدات السائدة حوله، السببية في حدوثه، وهذا ما أكد عليه كليمنتس Clements حيث حدد خمسة أسباب لحدوث الاضطراب في الثقافات والشعوب البدائية وهي: (السحر، انتهاك المحرمات، دخول شيء مرضي أو يحمل عدوى، تدخل الروح، خروج الروح).

يؤكد المفكر "رالف لينتون" Ralf Lighton أن مفهوم الاضطراب في نطاق المجتمعات التقليدية يرتبط بالثقافة وبالنسق الثقافي السائد، بينما هو مرتبط بالعلم في المجتمعات الغربية الحديثة.

كما أكدت الباحثة "سكوت" Scott أن الاضطراب في المجتمعات التقليدية ظاهرة إعجازية تعلو عن مستوى الطبيعة حيث يرتبط لديهم بالسحر والممارسات السحرية. **(بغالية هاجر: 2015: 48)** كما يلجئون إلى العلاج أو البحث عنه في هذا المحتوى التقليدي الغيبي من خلال الذهاب إلى السحرة والمشعوذين...الخ.

كما تختلف طبيعة الاضطرابات النفسية عن غيرها من المشكلات الصحية الأخرى، وترتبط الاضطرابات النفسية ببعض المفاهيم والمعتقدات في مجتمعات العالم المختلفة خصوصا المجتمعات الشرقية حيث يحيط الكثير من الغموض بالاضطراب النفسي، ويدفع ذلك إلى أن يعزو الناس الإصابة بالاضطرابات النفسية إلى عقاب على خطيئة أو نتيجة تأثير القوى الخفية مثل السحر والجن والحسد،ويرتبط ذلك بالمعتقدات الثقافية والاجتماعية والتي تعد وليدة المجتمع. **(لطفي الشربيني، 2003، ص 13).**

ومن خلال مضمون كلام "رالف لينتون": "أنه إذا استطعنا معرفة مضمون الثقافة أمكننا التنبؤ بشيء مقبول عن الصورة التي يتخذها الاضطراب" أي أن الثقافة هي التي تساعدنا على تحديد وتصنيف الاضطراب، الأسباب ومن تم التوجه العلاجي وهذا دائما ضمن المحتوى الثقافي للمجتمع. فالمجرى الاجتماعي للاضطراب النفسي يتأثر إلى حد كبير بالمضمون الثقافي للمجتمع ويتكامل مع نماذج الحياة القائمة في تلك الثقافة.

ومازالت هناك الكثير من المجتمعات البسيطة في مجتمعنا تسودها كثير من المعتقدات التقليدية التي ترتبط بالدين والسحر، وما ينتج عن ذلك من أنماط سلوكية تظهر في شكل طقوس وعادات وذلك للسيطرة على الظواهر الكونية والأحداث، وللسيطرة أيضًا على المرض، لدرجة أن هذه الطقوس والممارسات أصبحت تمثل جزءًا من النظم الثقافية الخاصة بهذه المجتمعات وأصبحت تمثل جزءًا هامًا من الطريقة التي يتبعها المجتمع في التعامل مع الأخطار والأمراض التي تواجهه. **(محمد بدوي: 2009: 48)**

6. المعتقدات الثقافية والاضطرابات النفسية:

توجد العديد من الاضطرابات التي لا يتعامل فيها الطبيب مع عضو محدد في جسم الإنسان، بل يتم التعامل فيها مع مجموعة من المكونات اللاعضوية كالقيم، والعادات، والتقاليد، والثقافة الموروثة، والمكتسبة، وكذا المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة في حياة الفرد والمجتمع، والتي تنعكس بصورة سلبية على بعض الأفراد الذين لا يستطيعون التكيف مع محيطهم الاجتماعي، مما ينجم عنه حالة من الصراع القيمي بين ما هو موروث وما هو مكتسب من جهة أولى، وبين ما يرغب الفرد بأن يكون عليه من جهة أخرى. وهذا الصراع يؤثر على موقف الفرد من المرض وانتشاره وكذا العلاج وسرعة اختياره.

تعد المعتقدات بمثابة السلطة الآمرة قوية التأثير في حياة الأفراد في شتى جوانب الحياة وخاصة فيما يتعلق بالصحة والمرض، فالمعتقدات تؤثر بوضوح في تفسير الأفراد للصحة والمرض كما تؤثر في تشخيصهم للمرض وتفسيرهم لأسبابه وفي اختيار طرق العلاج المناسبة، فهناك بعض المعتقدات تعزو حدوث المرض للعين الشريرة، وأخرى تعزوه إلى تأثير الجن، وغيرها إلى السحر. **(Otiso : 2006 : 83)** ولكل مجتمع من المجتمعات مجموعة من المعتقدات المتعلقة بالرعاية الصحية البعض منها له تأثير إيجابي والبعض الأخر سلبي، وغالبًا ما ترتبط هذه المعتقدات بالثقافة السائدة في المجتمع، وبالبيئة وبمستوى التعليم، وهذا يدل على أن المعتقدات الخاصة ببعض الأفراد والجماعات تلعب دورًا هامًا في الصحة والمرض. **(Naamara : 2014 : 326)**

من هنا يمكن القول أن تفسير الاضطرابات يختلف من مجتمع لآخر ومن ثقافة لأخرى نتيجة خضوعه لمجموعة من الاعتبارات منها المعتقدات الثقافية، المخلوقات المختلفة وعلاقتها بالكون وبني البشر، القوى الطبيعية وفوق الطبيعية كالجن والرياح، ورؤية الإنسان للحياة والموت والصحة والمرض، فالمعتقدات السائدة في الوسط الاجتماعي الذي يعيش به الإنسان تؤثر تأثيرًا واضحًا على تقييم الناس لأعراض المرض وتفسير أسبابه وتحديد الجهات التي يتم اللجوء إليها طلبًا للعلاج.

فالاضطراب النفسي يعرف ضمن المحتوى الثقافي الشعبي بأنه إصابة من القوى فوق الطبيعية (كالجن)، فهو ينسب إلى القوى الخارقة والأسباب غير المدركة وطبقاً لذلك فإنَّ الانتساب يتفاوت من السحر إلى فكرة الإيمان بالقضاء والقدر وإن الخالق هو الذي تحدث بإرادته الأشياء، فالآلهة والقوى السحرية والعين الشريرة ونظام المحاذير، والأرواح الشريرة جميعها يرجع إليها باعتبارها أسباباً مباشرة أو غير مباشرة للاضطراب، فلا يوجد سبب مرضي واحد ينسب للظواهر الطبيعية، وهكذا فالمحن والكروب والغم والحزن ترجع إلى عقوبات القوى فوق الطبيعية كغضب الآلهة أو تأثير الأرواح الشريرة أو انتقام قوى عليا. **(فراس السواح: 2002: 56)**

ويؤكد ارتباط الاضطرابات النفسية بالمعتقدات حول القوى فوق الطبيعية في مجتمعنا المتعدد الثقافات، هو أننا نجد أنه تبعاً لتعدد الثقافات تتعدد المفاهيم الاجتماعية والثقافية

للاضطراب والإصابة به، فكل بيئة ثقافية تضع تعريفاً بل وتحدد طرق الإصابة والتشخيص والمعالجة بل وحتى الوقاية، وتتداخل عوامل كثيرة في وصفه كالبيئة الاجتماعية وطرق التفكير والتنشئة الاجتماعية. ومن ناحية أخرى فإنَّ اعتبار الحالة ووصفها لما تعاني منه يعتمد كلياً على الثقافة وعلى ما تربى عليه الشخص، كما أن المستوى التعليمي والمعتقدات الثقافية تتداخل كعوامل أساسية لتحديد طرق التفكير التي تقود إلى مفاهيم أساسية، كذلك المعتقدات القوى الخارقة. **(يوسف شلحت: 2003: 85)**

إذن فلكل مجتمع معتقداته الثقافية حول موضوع الصحة وتفسيره للاضطراب فمنهم من يرجعه إلى إصابة من القوى فوق الطبيعية (كالجن) أو تخطي الفرد للسحر، فالاضطراب ينسب إلى القوى الخارقة والأسباب غير المدركة وطبقاً لذلك فإنَّ الانتساب يتفاوت من السحر إلى فكرة الإيمان بالقضاء والقدر، وإن الخالق هو الذي تحدث بإرادته الأمور فالآلهة والقوى السحرية والعين الشريرة، والأرواح الشريرة جميعها يرجع إليها باعتبارها أسباباً مباشرة أو غير مباشرة للإصابة بالاضطراب. **(Jérôme bruiner : 1997 : 28)**

كما يوجد ارتباط بين المعتقدات والاضطرابات النفسية حول القوى فوق الطبيعية في المجتمع المتعدد الثقافات، نجد أنه تبعاً لتعدد الثقافات تتعدد المفاهيم الاجتماعية للاضطراب، فكل بيئة ثقافية تضع تعريفاً بل وتحدد طرق الإصابة والتشخيص والمعالجة بل وحتى الوقاية، وتتداخل عوامل كثيرة في وصف الاضطراب كالبيئة الاجتماعية وطرق التفكير. ومن ناحية أخرى فإنَّ اعتبار الحالة ووصفها للاضطراب يعتمد كلياً على الثقافة وعلى ما تربى عليه الشخص وعرفه، كما أن المستوى التعليمي والمتعقدات الدينية تتداخل كعوامل أساسية لتحديد طرق التفكير التي تقود إلى مفاهيم أساسية حول الاضطراب، كذلك المعتقدات في القوى الخارقة. **(عباس فيصل: 1994: 150)**

إنَّ نسق المعتقدات هنا يعكس نسق التفكير لدى المجتمعات إذ تقوم بعملية إسقاط بما يحيط بها من كوارث ومحن إلى تلك القوى فوق الطبيعية لحين التصرف وإرضاء تلك الأرواح، فهي انعكاس البيئة الطبيعية ، وتغرس تلك المعتقدات أثناء عملية التنشئة الاجتماعية بغرس الأفكار بالتعليم واستخدام السلطة المجتمعية والمواقف الإنسانية العامة.

7. النماذج الثقافية لتفسير أسباب الاضطرابات النفسية:

بالرجوع إلى تفسير الاضطرابات النفسية في مختلف الثقافات التي تردها إلى أسباب طبيعية وأسباب فوق طبيعية ينسبها الإنسان إلى القوى الخفية مثل: العقاب الإلهي، أعمال السحر والشعوذة، والأرواح الشريرة نجد هناك مجموعة من النماذج اهتمت بتفسير هذه الظاهرة والتي سنتطرق إليها فيما يلي:

1.7. نموذج "ميردوك" Murdoch:

حيث افترض أن هناك أسباب كامنة وراء ظهور الاضطراب هي:

- **المسببات الطبيعية للمرض:** وهي تعبر عن أي سبب يفسر هذا الحالة التي تصيب الإنسان، كالنصيب، القدر والأشياء التي تنقل العدوى.
- **المسببات الروحية:** تتضمن أفعال الشخص بالنيابة عن القوى الطبيعية مثل: الأشباح، الإلهة.
- **المسببات السحرية:** هو التي ترجع الإصابة إلى عمل خفي يقوم به شخص لإيذاء شخص أخر مثل: السحر والشعوذة وهي تعتمد بالأساس على أشياء خاصة بالمصاب (أظافر، شعر). **(صولة فيروز: 2014: 106)**

2.7. نموذج "كليمنتس"Clements :

وهو بدوره صنف الأسباب الثقافية إلى:

- **السحر والشعوذة:** فالسحر هو مجموعة الأساليب التي تستخدم للتأثير على قوى الطبيعة، وإنزال الشر بالآخرين عن طريق بعض الطقوس والممارسات. أما الشعوذة فهي إيقاع الضرر بالأخر بالاستعانة بالقوى الغيبية عبر وسائل مختلفة.
- **اختراق قواعد المحرمات:** التعدي على المقدسات، مما يثير غضب الأرواح وإنزال العقاب على المدنس.
- **الأرواح:** ونعني بها الجن والشياطين من خلال المس والعبث بجسم الممسوس. واختراق الأجسام والمواد.
- **المرض ابتلاء وعقاب:** من خلال تفسير "فرانسوا لابلانتين" François Laplantin بأنه شكل من التحذير والإنذار من اجل تصليح الخطايا وما تم إفساده.

❖ **المرض امتحان:** هو بمثابة اختبار للفرد على قدرته على التحمل والشكر.

❖ **المرض عدوان:** يمكن تلخيصها في دعوة الوالدين الساخطين على أبنائهم العاصين لهم أو دعوة المظلومين. **(صولة فيروز: 2014: 107)**

3.7. نموذج "هلمان""Hilmand" :

والذي صنف الأسباب بصفة عامة إلى:

❖ **أسباب داخل المريض:** ويعبر عنها بعجز الجسم عن أداء وظائفه الطبيعية، أو التغيرات التي تحدث في السلوك جراء تغير النظام ألغدائي، تناول بعض المؤثرات العقلية أو المواد الكحولية، بالإضافة إلى النمط المعيشي (النظافة، الملبس) والعلاقات الأسرية.

❖ **أسباب في العالم الطبيعي:** وهي متعلقة بالجانب البيئي، والطبيعة الحية والجامدة ومن الجوانب الشائعة في المنظومة البيئية هي الأحوال المناخية من خلال التقلبات الجوية (البرودة، الحرارة، الرياح)، وتأثير الكوارث الطبيعية. بالإضافة إلى الكائنات الحية والحيوانات.

❖ **أسباب في العالم الاجتماعي:** ونجدها في المجتمعات الصغيرة، والتي تكثر فيها الصراعات الشخصية الداخلية ويلقى فيها بمسؤولية الإصابة بالمرض إلى أشخاص آخرين تتمثل في ثلاثة أشكال هي: (السحر، الشعوذة، العين والحسد).

❖ **أسباب في العالم الفوقي:** وهي تمثل العالم الميتافيزيقي بجميع أشكاله مثل: الأرواح الشريرة، الآلهة، والنظر إلى المرض بأنه ابتلاء وعقوبة. **(صولة فيروز: 2014: 111)**

وكما أسلفنا فإنَّ الاعتقاد في القوى الخارقة، متأصل ومتعمق في المجتمع الجزائري، وهو اعتقاد يرجع ما يقع على الإنسان من خير وشر إلى هذه القوى، فمختلف هذه النماذج التفسيرية لأسباب الاضطراب إلى فكرة متأصلة في الذهن الشعبي وتسيطر على المعرفة والحكمة الطبية في هذا القطر لدرجة بعيدة وهو يملئ ويحكم أساليب الوقاية والتشخيص والمعالجة، (فأسباب المرض وسوء الطالع مصدرها القوى الخارقة، فلا يوجد عامل مرضي ينسب إلى الظواهر الطبيعية وهكذا فالمحن والكروب ترجع إلى العقوبات فوق الطبيعية، التي تتمثل في غضب الآلهة أو تأثير الأرواح الشريرة أو تجاوز المحرمات (التابو) وسوء السلوك، والعين الشريرة والسحر الأسود، والسحر، فالاعتقاد في مصدر المرض يقابله الاعتقاد في نمط

وتوجه العلاج. إذن وبالرجوع الى النماذج السابقة في تفسير الإصابة بالأمراض أو الاضطرابات النفسية يمكننا أن نحصرها في مجالين رئيسيين يؤثران في حالة الإنسان هما:

❖ **المجال الشخصي والجسماني:** من الناس من يعتقد بان المرض عدوان يقع على الشخص أو عقوبة تنزل به، ولذلك يكون سبب المرض وجود عامل من عوامل التي تتميز بالنشاط والتي تتدخل عن قصد لإصابة الشخص به. **(معصومة سهيل المطيري: 1980: 220)** اي نوع من التفسير الخارجي للاسباب المسببة للاضطراب.

❖ **النسق الطبيعي:** يفسره الاعتلال في إطار غيبي، فينسب الإصابة التأثير الناجم عن نقص التوازن بين العناصر الطبيعية الأساسية التي تكون الجسم الإنساني ومنظومة الكون. حيث يعتقد الإنسان انه جزء من الطبيعة وبالتالي يخضع لنفس قوانين التي تؤثر في الطبيعة.

8. المرجعية الثقافية للاضطراب النفسي:

❖ حين يجهل المصدر الحقيقي لحزنه ومعاناته يعتقد انه مصاب باضطراب يستحيل الشفاء منه، مما يجعله يفسر ذلك على ما يحمله من مخزون ثقافي في ظل عجز العلاج الحديث الذي يكون قد تلقاه ولم يحصل الشفاء.

❖ إذ أثبتت الفحوص والتحاليل وكل البروتوكولات الطبية خلوه من أي مرض عضوي، ولم يعط العلاج الطبي أو النفسي نتائجه.

❖ وجود إيحاءات مادية ترمز للسحر، المس.

❖ الإيحاءات المعنوية كالتهديد والتوعد بأعمال السحر.

❖ المحيط الذي يعيش فيه الفرد حيث يكون مشبعا بهذه التفسيرات والتأويلات وخاصة الذين كانوا قد عانوا من نفس المشكلة.

❖ التنشئة الاجتماعية ومختلف السلوكات التي نكتسبها من خلالها.

❖ الأعراض التي قد تظهر على المصاب كالنفور من بيته، تأخر الزواج، تعطل الزواج، اضطراب العلاقة الزوجية...الخ، فهنا المصاب يبني تفسيراته على الأسباب الغيبية. **(معصومة سهيل المطيري: 1980: 220)**

فهنا تصبح العلاقة وثيقة بين المجتمع، الطب، الصحة والمرض، إذ أن السلوك أثناء المرض له خلفية ثقافية من خلالها يبني المريض أو عائلته تصور للمرض ومن تم تصورا

للأسباب التي تربط مصيره العلاجي. فمن الضروري البحث عن تأثير الإطار الثقافي على الجانب الصحي والمرضي، وضرورة البحث عن جميع العناصر والمكونات الثقافية التي توجه وتحدد سلوك الفرد، ذلك أن معرفة مضمون الثقافة لأي مجتمع يوفر إمكانية التنبؤ للسلوكات، كما تعمل هذه الأخيرة على ترسيخ بعض المعتقدات حول طبيعة المرض وتفسيره وكذا اختيار نمط ونوع العلاج. **(احمد خواجة: 2010: 87)**

لقد بينت الباحثة الفرنسية "ك.هرزليش" C.Herzllich أن الصحة والمرض هي عبارة عن تفكير وعيش الأفراد في مجتمع من خلال مجمل القيم والمعايير الاجتماعية والنماذج الثقافية، مع العلم أن المرض والعلاج لم يعد منحصرا في التفسير البيولوجي والطبي بل تعدى ذلك إلى العديد من الأبعاد الثقافية، الاجتماعية، وحتى الدينية **(بغالية هاجر: 2015: 48).** وعليه يمكن تحديد اتجاهين في تفسير الاضطرابات النفسية:

- ✓ **الاتجاه الحديث:** والذي يرتكز على النظريات العلمية و البحوث التطبيقية التجريبية وفيه ترتبط أسباب الاضطراب بالعوامل المادية كالفيروسات، والميكروبات أو العوامل الوراثية. والذي تطرقنا إليه في الفصل الثاني بعد عرض بعض الاضطرابات النفسية ومختلف الأسباب والعوامل التي تؤثر في حدوثها.

الاتجاه التقليدي: وهو مرتبط بالثقافة من خلال مجموعة المعتقدات التي يتناقلها الأفراد عبر تنشئتهم الاجتماعية. وفيه ترجع أسباب الاضطراب إلى عوامل غيبية كالسحر، العين، الحسد، وارتكاب المحرمات بالإضافة إلى الأرواح الشريرة ومس الجن. لكن التفسير الغيبي يكون لدى الفرد نوعاً من الأمل النفسي في إيجاد المبرر لأي مشكلة يعاني منها وأملاً في حلها أو علاجها، كما يلجأ إليها عندما لا يجد أسلوبا أخر أفضل منها، فتكون المبررات الغيبية الميتافيزيقية نوعاً من المحاكاة النفسية والذهنية. وتفسيراً مقبولا لمثل هذه الظواهر، بالإضافة إلى إنه يعزز الثقة لدى أفراد المجتمع عامة والأسرة خاصة. فهو يحاول إيجاد مبرراً أو تفسيراً لما يعتقد أن الطب الحديث غير قادر على تشخيصه وتشخيص مسبباته **(Bergeret :1984 : 169)**

وكذلك تحقق درجة الانتماء إلى المنظومة الثقافية التي تؤطر تفاعلاته مع الجماعة ومن تحديد مكانته الاجتماعية بين الأفراد، فالاضطراب نوع من تهديد هذا الانتماء ، والعلاج هو

محاولة الاندماج من جديد وفق القوانين والأعراف و الطقوس التي تنسب إلى حد كبير إلى ذلك الهوس بين الانتماء واللإنتماء.

حيث سنتطرق إليه ببعض من الشرح في العناصر التالية:

أ- **الأرواح الشريرة:** الاعتقاد في عالم الجِنَّ وقدرتها على تسبب الإيذاء والمرض في مجتمعنا يتضح في تسبب الاضطراب النفسي فعالم الجن وما يرتبط به من معتقدات متوارثة تدور حول مقدرة هذه المخلوقات على إحداث الأذى والضرر للإنسان، هذه المعتقدات توارثها أفراد المجتمع من الموروث الثقافي.

هنا نجد تأكيداً على أنَّ المعتقدات تتراكم وتتوارث من جيل إلى جيل وأنها لا تاريخية بمعنى أنها لا تنسب إلى مرحلة تاريخية ما، فقد كانت العرب تعتقد في الجَنَّ وتزخر كتب التراث الشعبي بروايات حول تلك القوى (الفوق طبيعية) مما أدى ذلك إلى ترسيخ هذه المعتقدات كجزء من الثقافة الصحية. وتشمل الأسرة الجِنّية، الشياطين والخدام والعفاريت وكلها أسماء رتبية (لكل واحد رتبته ومقامه) والبعض له مكانته ورمزه.**(محي الدين صابر: 1987: 137)** وهنا نستدل بقول الرسول صل الله عليه وسلم: **"أن الشيطان يجري من ابن ادم مجرى الدم"**

وتعيش هذه المخلوقات في الأماكن القذرة والمهجورة والخلاء وهذه المخلوقات ليست شراً مطلقاً أو خيراً بل هي نسبية تخضع لتفسيرات الشخص الذي تحدث له، وهنالك أصناف وشريرة تعمل على إلحاق الأذى بين البشر بل ويشمل أذاها كافة الكائنات وهي تمارس أنشطتها وفقاً لظروف معينة كأن تظهر ليلاً في الأماكن المهجورة أو عند تجاوز المحاذير التي يتسبب عدم إتباعها في الإصابة بالمرض، أو كأن يتعدى على مملكة الجِنّ وأماكن تواجدهم دون حرص أو حذر، أو الإخلال بالعلاقة مع الأرواح مما يؤدي للإصابة بالعلل والأمراض.**(عبد الرحمن سي موسى: 2008: 235).**

كما توجد عدة أدلة من القران الكريم تدل على وجود الشياطين والجن، فبعد بسم الله الرحمن الرحيم: **" قال أنا خير منه خلقتني من نار وخلقته من طين" (سورة الأعراف: الآية 27)**

" يا معشر الجن والإنس إذا استطعتم أن تنفذوا من أقطار السموات والأرض فأنفذو لا تنفذون إلا بسلطان" (سورة ص: الآية 33)

"وإذا صرفنا إليك نفرا من الجن يستمعون القران فلما حضروه قالو أنصتوا فلما قضي ولوا إلى قومهم منذرين" (سورة الأحقاف: الآية 29)

" وحشر لسليمان جنوده من الجن والإنس والطير فهم يوزعون" (سورة النمل: الآية: 17)

من هنا يمكن القول أن مسالة الظواهر الغيبية ظواهر تحدث للإنسان في بعض الأماكن وجراء بعض السلوكات لكن المؤكد أن هنالك مخلوقات غيبة لها تأثير على الإنسان وسلوكه من خلال مختلف النظريات الإيتيولوجية وما جاء به القران الكريم والأحاديث النبوية الشريفة.

إن تلك القوى فوق الطبيعية يمتد أذاها للإنسان وقد تسبب له الموت، إضافة لكثير من الأوجه التي يتدخل فيها الجني بحياة الكائن البشري كأن يتلبس الإنسي أو يصرعه أو غيرها من أشكال التدخل. وتظهر هذه الأرواح الشريرة على شكل:

ب. **المس:** والذي هو حالة من اقتران الجن أو الشياطين لجسم الإنسان ، والاستحواذ عليه وأذيته له ، وقد يكون هذا الفعل داخليا أو خارجيا أو كلاهما معا ،كما قد يكون كليا دائما أو عارضا، وقد يكون بتأثير عضوي أو بدونه، ويسمي المريض في ثقافتنا الشعبية بعدة أسماء: "المسكون"، أو"المضروب"، أوالمخطوف"، أو"المملوك"، أو"المصروع"، أو"المركوبة"، وهي كلها مجموعة من المسميات وتشخص الحالة من طرف أحد المعالجين التقليديين. **(أبو البراء أسامة: 2000: 169). وفي حديث للرسول صل الله عليه وسلم: " أن الشيطان يجري من الإنسان مجرى الدم، واني خشيت أن يقذف في قلوبكما سوءا"**

فالمس، والاستحواذ، والاقتًران، والصرع، من المفاهيم التي تستخدم كنموذج لتفسير بعض المظاهر النفسية المرضية التي تنتشر في الوسط الجزائري، فمفهوم" المس "في المعتقد الثقافي حسب ما يذكره"علي عويطة" مرتبط بفكرة احتلال أو امتلاك الجن أو الشيطان لجسم الإنسان، دون أن يكون لهذا الأخير علم مسبق،أو نصيب من المسؤولية فيما يحدث له. فمعلومات الناس عن عالم الجن، مستوحاة من مصادر عديدة، فمنها ما هو نابع من معتقدات الثقافية، تكونت من خوف الإنسان من الطبيعة، منها ما هو إسقاط لتصورات ورغبات خفية، منها ما هو عائد إلى أساطير وقصص وخرافات، منها ما هو من وسوسة الشيطان، ومنها ما

هو من الشرع الحنيف أو تحريفا له. ولأن الجن يقرب وجوده النص القرآني، ويتحدث عن بعض خصائصه، كمأكله، ومشربه، وقوته، وزواجه، وأدواره في أكثر من موقف، ولأن هذه الخصائص وهذه الوظائف امتزجت بالكثير من المعتقدات والخرافات والتصورات؛ فإن هذا يعطيها القوة والصلاحية في السيطرة والتأثير على المخيلة الجماعية والضمير الجمعي، والذي لم يتردد في تضخيمها وجعلها محل عناية واهتمام بين الناس.**(سيدي عابد عبد القادر: 2017: 83)**.

هنا يمكننا الاستدلال من القران الكريم بان الجن يدخل إلى جسم الإنسان فبعد بسم الله الرحمن الرحيم:**" الذين يأكلون الربا لا يقومون إلا كما يقوم الذي يتخبطه الشيطان من المس" (سورة البقرة: الآية: 275)** كما يمكن القول أن المس الشيطاني موجود ويمكن علاجه بمياه العيون الطبيعية لان هذه المياه بها خاصية إبطال السحر، كما أن الطب الحديث ينفي مس الشيطان لأنه يعتبره من المسائل الغيبية فخاصية الميكروبات التي لايمكن أن نراها بالعين المجردة لكنها تحدث أذى على مستوى الجسم، هي نفسها مس الشيطان الذي يحدث الأذى لكن لا يمكن رؤيته.

ج. <u>السحر</u>: ممارسة خرافية خارقة تتضمن اعتقادات في قوى خارقة لها قوة التأثير على الأفراد والجماعات، والتي تعتمد على مجموعة من الطقوس، والشعائر، والطلاسم، والتعاويذ، والعزائم، والعقد، وتستخدم للتأثير على القوى الخارقة للطبيعية، فتؤثر على الإنسان غالبا بالسلب أي بالمرض (السحر الأسود)، كما يمكن أن تؤثر عليه بالإيجاب السحر الأبيض، وأعراضه تتشابه مع بعض أعراض" المس." **(سامية حسن الساعاتي: 1983: 122)**

في المعتقد ترجع الإصابة المفاجئة بالاضطراب النفسي بل والعضوي (كالربط) إلى السحر الأسود والسحر بما يحويه من إيذاء وانتقام وتصفية عداوات، ويمارسه بعض المعالجين التقليديين بممارسات مختلفة واستخدام متعلقات شخصية بالفرد (ألبسة داخلية، شفرات الحلاقة، شعر، بقايا الدم).

فالموت المفاجئ، الشلل وأي إنهاك، وفقدان وظيفة ترتبط وترجع إلى السحر الأسود، وعملية الضرر (الأذى) تسمى المديرة، وتستخدم في الممارسة مخلفات الشعر، الأظافر والعرق، عن طريق الكتابة على الورق واستخدام الحيوان (جلد الحيوان). **(أبو البراء أسامة:**

2000: 175) ومن النص القرآني ما يدل على ذلك في قصة سيدنا سليمان في قوله تعالى: **" اتبعوا ما تتلوا الشياطين على ملك سليمان وما كفر سليمان ولكن الشياطين كفروا يعلمون الناس السحر وما انزل على الملكين ببابل هاروت وماروت وما يعلمان من احد حتى يقولا نحن فتنة فلا تكفر فيتعلمون منهما ما يفرقون به بين المرء وزوجه" (سورة البقرة: الآية: 102)** وعليه فان معظم التفسيرات الحديثة تقوم بتأويل هذه الظواهر على أساس مأخوذ من معطيات نظرية فرويد في الطب النفسي باعتبارها بعض القوى النفسية، وهي تفسيرات لم تنطلق من أسس لها علاقة بالنص القرآني.

د. **العين الشريرة والحسد:** إن العين كظاهرة مرضية ذات أساس ثقافي تعني أولا وقبل كل شيء أن نتعامل معها كبناء اجتماعي لمرض قائم بذاته وليس فقط كإثيولوجية لمرض آخر سواء كان عضوي أو نفسي أو اجتماعي. ونعني بذلك أن مفهوم العين قد لا يأخذ معناه إلا من الخطاب الثقافي الذي ينتمي إليه من خلال المعتقدات الثقافية والممارسات العلاجية عند العناصر الفاعلة من المعالجين التقليديين والمرضى. فهي واحدة من مسببات الإصابة بالاضطرابات النفسية بل حتى العضوي ويمتد أذاها ليشمل الأملاك الإنسانية والحيوانات وغيرها بل تسبب الكوارث والنوازل ويسميها "باركلي"Bareckly العين البطالة، وهي قوة غير منظورة، وتعرف أيضاً بالعين الحاسدة والعين السوداء وتتركز تلك القوة العين الشريرة عند بعض الأفراد ويسمى صاحبها (عينو قاطعة)، وتتركز عند بعض الأفراد الذين يمتازون بالأشكال والأطوار الغريبة والهيئة المختلفة، فهي مثلاً تتركز لدى (الأعور)، (الأحول). **(سبوح رشيد: 2000: 189)**

فاللعين تأثير يحصل من نفس" المعيان " أي الذي تصدر منه العين، على "المعيون "أي المصاب بالعي، سواء كان هدف الاستحسان والإعجاب وهي أقل ضررا، أو هدف الحسد والبغض والكراهية، وذلك بسبب مال أو جاه أو جمال أو صحة وغيرها من الأسباب، وهي أكثر **ضررا** خصوصا إذا كانت مقرونة مع الرغبة في زوال النعمة من " المعيون " والحصول عليها من طرف "المعيان"، فتظهر على المريض مجموعة من الأعراض الجسدية والاجتماعية من أهمها: البكاء بدون سبب واضح، التثاؤب المستمر والغير طبيعي، فقدان المال أو المنصب. **(عباس محمود خضر: 2011: 46)**

فكثيرا ما تصادفنا مواقف في حياتنا اليومية نرجعها إلى شخص له خاصية العين الشريرة، حيث ننزعج من التقاءه ونقول " صبحت على فلان" و " جرته ما تربحش" كلها تعبر عن العين الشريرة للشخص.

والعين الشريرة يمكن أن تكون مكتسبة أو موروثة، لها خاصية إيذاء الغير عن طريق هذه القوى السحرية، والعين الشريرة هي قوة عدوانية تهدد أمن الناس وحياتهم، وهي السبب المباشر لما يصيب الناس من نوازل وشدائد، سواءا في أرواحهم، أو عافيتهم أو نشاطاتهم. وأذى العين الشريرة يمتد إلى أي شيء خاصة إذا كان غير محمي (غير محرز) وليس فقط الإنسان بل أيضاً الحيوان والمحاصيل والممتلكات. ولمنع حدوث الأذى من العين وتأثيرها وتطابقاً مع الاعتقاد القائل بأنَّ كل شخص يمتلك جزءاً من هذا الشر فإنَّه بالإضافة إلى الحروز التي تعمل لرد العين، فإنَّ بعض العبارات لابد وأن تصاحب الشخص لإعجابه فيقول الشخص: (ما شاء الله)، (الله يبارك)، (عين الحسود لا تسود). **(محي الدين صابر: 1987: 140)**

ومن الأحاديث النبوية ما يثبت صحة هذا الطرح، **فعن جابر بن عبد الله أن رسول الله صل الله عليه وسلم قال: " أكثر من يموت من أمتي بعد كتاب الله وقضائه وقدره بالأنفس" وهنا معنى الأنفس هي العين.**

وعن نفس الراوي قال رسول الله صل الله عليه وسلم: " العين حق، لتورد الرجل القبر، والجمل القدر، وان أكثر هلاك أمتي في العين"

أما الحسد هو شعور بتمني زوال قوة أو إنجاز أو ملك أو ميزة من شخص آخر والحصول عليها أو يكتفي الحاسد بالرغبة في زوالها من الآخرين. وهو بخلاف العين فإنها تمنّي مثلها من غير حب زوالها عن المعيون. قال الفيلسوف الشهير "بيرتراند راسل" Bertrand Russell أن الحسد أحد أقوى أسباب التعاسة. ولا تقتصر التعاسة على الشخص الحاسد بسبب حسده. فالحسد يأتي من الحقد والبغض وتمني زوال النعمة.

فالنفس الخبيثة الحاسدة تتكيف بكيفية خبيثة، ويسود بين العامة من الناس بنسبة كبيرة منهم خاصة المصابين باضطرابات نفسية أو أمراض عضوية، إن حالتهم ترجع إلى ما أصابهم من حسد، ولا يحاولون البحث عن سبب أخر لما أصابهم، كما أن هناك من يعزو إلى الحسد فقد الممتلكات وتحطيم الأشياء وحوادث السيارات وكل ما يصيب الصحة الجسمية والنفسية.

والأشخاص أكثر عرضة للحسد هم: الأثرياء، الأطفال، الذين يتمتعون بقدر كبير من الوسامة والجمال، كما أن هناك من يدور عليهم الشك في إنهم مصدر للحسد من ذوي العاهات. **(لطفي الشربيني: 2003: 29)**

و هنا الكثير من الروايات المتداولة في مجتمعنا عن بعض الأشخاص الذين لهم خاصية الحسد التي تؤذي الى حد الموت، حيث يطلق على الشخص الذي لا يملك أولادا بـــ: " تيناش" وهذا الشخص لا يقترض منه مال أو أي شيء لأنه يبغض الناس على نعمة الأولاد حيث يحكى أن شخصا تقدم إلى هذا النوع من الناس من اجل اقتراض المال حيث توفي للشخص المقترض أولاده وتكررت هذه الحادثة مع أشخاص اخرين.

ومن هنا يمكن أن نفرق بين العين والحسد و السحر في هذه النقاط التي قد تساعد على تحديد كل إصابة على حدة:

- ✓ السحر غالبا ما يحدد موضعه في عضو من أعضاء الجسم كالمعدة أو الأرجل، على عكس العين التي نجد فيها الألم ينتقل من عضو لآخر، فتارة الرأس وتارة الظهر أو أي مكان آخر.وعموما يعُم جسم المصاب بالعين نوع من الخمول والفشل.
- ✓ السحر يعتمد على بعض الآليات والممارسات أما العين فلا تحتاج إلى وسيط بين العائن والمعيون.
- ✓ السحر عمل إرادي يقوم به المعتدي من أجل إلحاق الضرر بالآخر، عكس العين التي غالبا ما يكون الضرر غير مقصود.
- ✓ في حالة تشابه الأعراض غالبا ما يلجأ المعالج التقليدي إلى البحث عن السحر أولا، فإن ثبت عدم وجوده تكون العين هي سبب الإصابة.

ويذكر المعاني بعض الفروق بين العين والحسد استنبطها من أقوال وآراء وبحوث بعض العلماء والمشايخ نلخصها فيما يلي:

- ✓ يشتَّرك الحسد والعين في الأثر، ويختلفان في الوسيلة والمنطق.
- ✓ الحسد قد يقع في المرء قبل حصوله، أي أن الحاسد قد يحسد ما لا يراه، ويحسد في الأمر المتوقع قبل وقوعه، ومصدره تحرق القلب واستكثار النعمة على المحسود.
- ✓ العائن لا يعين إلا ما يراه والموجود بالفعل.

✓ الحسد لا يقع في الأهل والمال بعكس العين، لأنه يمكن للعائن أن يعين ما يكره أن يصاب بأذى منه كولد هو ماله.

✓ الحسد أصله تمني زوال النعمة أو عدم الحصول عليها، أما العائن يحتمل أن يصيب المعينُ ويتمنى زوال النعمة عليه، وقد لا يكون ذلك، وحالما يقع نظره على أمر بإعجاب واستحسان قد يصيبه بالعين، دون قصد زوال تمني النعمة عليه.

✓ العين علاجها أيسر من الحسد، وذلك لسهولة معرفة العائن في كثير من الحالات، والحصول على الأثر والاغتسال به أو التصرف به على نحو مشروع.

لذا "القاتل بالسحر يقتل لكن القاتل بالعين لا يقتل، لأن الأذى الناتج عن عينه فطري، إنه لا يريده ونجد بقايا هذه الفكرة في الذاكرة الشعبية (ممكن أن نعيّن) آخر عن حب لا عن حسد ودون قصد.ونجد أن عدد معتبر من الاضطرابات النفسية تُرجع إلى الإصابة بالعين. **(سيدي عابد عبد القادر: 2017: 91-92).**

ه. **دعوة الشر:** وهي قدرة يمتلكها البعض ممن لهم البركة والذين يمكنهم طبعا الدعوة بالخير أو الدعوة بالشر، وهنا كأشخاص ومخلوقات ممن لهم البركة، ومن بين الأشخاص أو المخلوقات الذي تصدر منهم دعوة الشر ما يلي:

❖ **الوالدين:** نظرا للمكانة الخاصة التي يحظى بها الوالدين في الثقافة الإسلامية فإن دعوتهما هي أخطر الدعوات على الإطلاق لأنها تسبب الأمراض والمعاناة طول العمر، فالإساءة تخلف قلقا وتهديدا لدى الأبناء لأن لعنتهما قد تؤدي إلى سلسلة من المصائب لتستمر إلى يوم الآخر. كأن يصابوا بمرض خطير أو تشويه، ويعتقد أن دعوة الوالدين تلحق الذرية أي حتى الأبناء والأحفاد بعد ذلك، لهذا يعتقد البعض أن الحظ السيئ الذي يطاردهم قد يعود إلى دعوة قديمة، لأنه إذا مات الوالدين وهما غير راضين عن ابنهما فإن مستقبله يكون في الأغلب مظلما. **(صولة فيروز: 2014: 137)**

❖ **المرابطين والأولياء الصالحين:** والمرابط :هو ذلك الشخص يتكلم بلغة رمزية ذات فاعلية، وله معرفة موحى بها عن أسباب المرض وله موهبة التنبؤ بالمستقبل يحظى باحترام ومهابة محيطة بهم، كما يعرفون باسم"الولي "الأولياء أو"أحباب ربي " أو " الصلاح "في

المجتمع الجزائري، وهم في المخيال الشعبي ناشرون للبركة وتسبق أسماءهم عادة كلمة سيدي، وبعد ذكرهم تقال عبارة ربي ينفعنا ببركتهم، ويميز عادة بين نوعين من الأولياء وهما:

- ✓ الصحابة رضوان الله عليهم و"السادات".
- ✓ الأولياء الشعبيون والذي يغلب عليهم الطابع الفلكلوري. **(صولة فيروز: 2014: 138)**

ويعتقد هؤلاء الأولياء سريعو التأثر وصارمون، بحيث أنهم يُنزلون عقوبات صارمة بكل من لا يحترمهم وهم في الغالب سادة محليون لهم حدود إقليمية، أو لا تكاد قرية أو بلدة في الجزائر ليس لها وليُها. ولكل من هؤلاء براهين أو كرامات وهي براهين وكرامات يجب تميزها في معجزات الأنبياء. **(صولة فيروز: 2014: 139)**

- ❖ **الحيوانات والأشياء:** يعتقد أن هناك حيوانات تتمتع بالبركة، وبالتالي فإن التعرض لها بالقتل أو الأكل أو الإساءة قد يؤدي إلى مصائب وأمراض خطيرة، لأن هذه الكائنات" تفقس " ومن بينها: (العنكبوت، الحمام...الخ). ذكر منها البومة، طائر الإمامة، القط الأسود أو أي حيوان بلون اسود.

ه. **المكتوب:** لقد استعان الإنسان منذ فجر التاريخ بالمقدس والديني في مواجهة الأمراض والكوارث، فاعتبر المرض حينها على أنه غضب من الإله، كما اعتبر أنه عقابا أو ضريبة تدفع مقابل ذنب فردي أو جماعي أو اختراق إحدى المحرمات. لذلك نجد أن المرض يأخذ معاني اجتماعية مختلفة تتباين من ثقافة لأخرى فهناك من يتناوله من منطلق العامة كما هوا لأمر في بعض الثقافات الإفريقية وهناك من يفسره ضمن إطار سحري غيبي، وفي الثقافة الإسلامية فإن المرض كثيرا ما ينظر إليه كظاهرة عادية لا مفر منها لأنها مسجلة في مصير الإنسان والصحة هبة زائلة يجب أن يتعامل معها الإنسان بكل تواضع.

ويشير المكتوب عادة في أذهان الناس إلى شيء لا يمكن التحكم فيه، شيء يوجه حياتهم أو قوة لا شخصية، لا يمكن الإفلات من قبضتها، فالإنسان مهما بلغت درجة حذره لا يمكنه إلا أن يكون خاضعا مستكينا لمكتوبه. حيث تظافرت الأدلة من القران والسنة النبوية على وجوب الإيمان بالقدر والقضاء شره وخيره من خلال الآيات والأحاديث التالية ففي قوله تعالى بعد بسم الله الرحمن الرحيم:" **أنا كل شيء خلقناه بقدر" (سورة القمر: الآية 49)** و " **خلق كل شيء فقدره تقديرا " (سورة تبارك: الآية: 1)** و " **من نطفة خلقه فقدرة " (سورة عبس:**

الآية 19) أي أن الله سبحانه وتعالى خلق الإنسان من ماء مهين وصوره في أحسن صورة وقدر كل شيء له من اجل، رزق، عمل،...الخ.

أما من الأحاديث النبوية الشريفة عن جابر ابن عبد الله رضي الله عنه قال: قال رسول الله صل الله عليه وسلم: " **لا يؤمن عبد حتى يؤمن بالقدر خيره وشره** " وفي حديث آخر: " **كل شيء بقدر، حتى العجز والكيس** " والكيس هو القدرة والنشاط.

فالأغلبية من الناس لا يعني تصورهم السابق عن المكتوب السلبية والاستسلام، فالإيمان بالمكتوب يعني قبل كل شيء إدراك المرض كظاهرة عادية لا مفر منها واستقباله بعد ذلك كامتحان يجب عمله بالصبر. **(سيدي عابد عبد القادر: 2017: 96).**

9. الثقافة الأسرية وسلوك الاستجابة للاضطرابات النفسية:

تتميز الأسرة بتنظيمها الداخلي الفريد في سماتها الخاصة التي تتميز بها، وفي تعريفاتها الخاصة لديانتها ورؤيتها للعالم وتاريخها الشخصي وأساطيرها وعاداتها وطقوسها وتفسيرها للأمراض وطرق علاجها، كما لها لغتها الخاصة في التعبير عن الألم سواء بطريقة لفظية أو غير لفظية.

ويُعبر المرض عن الاستجابة الشخصية للمريض ولكل الذين حوله لكونه مريضا، وخاصة تلك الطريقة التي يفسر بها المريض وكل من حوله مصدر ومغزى هذا المرض وكيف أنه يؤثر في سلوكه وفي علاقته مع الناس الآخرين وفي الخطوات المختلفة التي سيتخذها لعلاجه. **(عاطف نجلاء خليل: 2006: 178).**

إن كل الثقافات الأسرية تستثمر وتحتفظ بنماذج معينة من المعتقدات والسلوكيات والعادات أو أنماط الحياة بالنسبة لأفرادها وعلاقاتهم المباشرة بالمرض.وقد تكون هذه المعتقدات والسلوكيات لحماية صحة أفراد الأسرة أو تتعلق بمسببات المرض بالنسبة لهم. ولذلك تعد معرفة وفهم ثقافة الأسرة التي ينشأ فيها الفرد المريض أمرا أساسيا وهاما بالنسبة للممارسة الناجحة للأسرة حيث تساعد هذه المعرفة الطبيب المعالج في الفهم والتنبؤ بنماذج الأعراض والمرض وبالمتغيرات في نمط الحياة **(عاطف نجلاء خليل : 2006: 192).**

خلاصة الفصل:

يتضح لنا من خلال هذا الفصل أن المعتقدات الثقافية هي جزء من التركيبة المعقدة لدى الإنسان، لها تأثير كبير على سلوك الإنسان سواءا كانت صحيحة أو خاطئة، ايجابية أو سلبية. فالمعتقدات الثقافية تعبر عن مجموعة المعارف والمدركات والمعلومات التي توجد لدى الفرد والتي من خلالها يقوم بتفسير جميع الظواهر التي تحيط به خاصة ما تعلق بالصحة والمرض. لذلك فالفرد هنا يلجا إلى تفسير إصابته الى ظواهر غيبية

حيث أن اغلب أفراد المجتمع الجزائري يؤمنون بتأثير العين الشريرة أو الحسد ويعتقدون أن بعض الاضطرابات التي تمسهم قد تكون بتأثير السحر أو غيرها من المعتقدات والأفكار، وبنفس الوقت يفكرون بطرائق علاجية من المحتوى الثقافي، إذن توجد علاقة بين الاضطرابات النفسية والمعتقدات الثقافية السائدة في المجتمع من خلال التفسير أسباب حدوثها، فالمتعارف عليه أن العديد من المجتمعات ومنها المجتمع الجزائري عامة والمستغانمي خصوصا يربط ما بين الجن والأرواح والظواهر الخارقة وظهور بعض الاضطرابات النفسية، وطرق علاجها عن طريق المشعوذين والرقاة، الطالب. ومختلف الطقوس الممارسة.

الفصـــل الرابع: التوجهات العلاجية بين الحديثة والتقليدية

تمهيد.

I. التوجه العلاجي الحديث.

1. الطب العقلي
2. العلاج النفسي.
3. الاتجاهات العلاجية الحديثة للاضطرابات النفسية.

II. التوجه العلاجي التقليدي.

1. الطب التقليدي.
2. العلاج التقليدي.
3. خصائص العلاج التقليدي.
4. الاتجاهات العلاجية التقليدية للاضطرابات النفسية.

III. علاقة التوجه العلاجي بالتصورات والمعتقدات الثقافية.

1. المعتقدات الثقافية المؤثرة في اختيار التوجه العلاجي.
2. المحددات الفاصلة في التوجه العلاجي.

خلاصة الفصل

تمهيد:

عرفت البشرية فترات مختلفة لأساليب العلاج والتطبيب بدءا باستعمال السحر والشعوذة، والأشياء الطبيعية والمواد الحيوانية وصولا إلى المستخلصات الكيميائية والتقنيات الجراحية المتطورة. حيث تعيش المجتمعات اليوم في نوع من التطور والتقدم والانفتاح وذلك من خلال التطور التقني والتكنولوجي في جميع الميادين. رغم ذلك فإن العديد من المجتمعات مازالت محافظة على عاداتها وتقاليدها، التي اكتسبوها عبر مراحل تنشئتهم الاجتماعية، ذلك الموروث الثقافي التقليدي والمعتقدات الذي يفرض نفسه، حيث سنحاول في هذا الفصل التطرق إلى نوعين من التوجهات العلاجية (الحديثة، والتقليدية) والتي تقوم دراستنا حولها.

I. التوجه العلاجي الحديث:

من المعروف أن نوع العلاج النفسي يقابله دائما توجه سيكولوجي أو مقارنة سيكولوجية معينة، وتقترح هذا المقاربات نوعا ما تفسيرا للإنسان، شخصية، تفاعلاته، عواطفه وسلوكياته التي يتبع مبدأ ومنطلقا ما، وتتفرع عن هذه المقاربات تقنيات علاجية متوافقة مع البيئة النظرية للمقاربة، ويوجد عدد غير من المقاربات النفسية سوف تقوم بنكر أهمها وحسب فاعليتها في علاج الاضطرابات النفسية حيث يمكن تصنيف العلاجات النفسية حسب النظريات والمدارس الأساسية التالية:

- التحليل النفسي "فرويد" Freud.
- السلوكية التقليدية "بافلوف، ثورنديك" Pavlov, Thorndeck .
- السلوكية الحديثة "لسكينر" Skinner .
- الاتجاه الإنساني الذي شمل العلاج المركز حول العميل "لروجرز" Rogers .
- العلاج الوجودي "لفرانكل" Frankel .

يقول "رالف لينتون" في مضمون كلامه أنه إذا عرفنا مضمون الثقافة أمكننا التنبؤ بشكل معقول بالصورة التي تتخذها الحالة المرضية.

إن المجرى الاجتماعي للاضطرابات النفسية يتأثر إلى حد كبير بالمضمون الثقافي للمجتمع و يتكامل مع نماذج الحياة الفاعلة في تلك الثقافة، في مقابل ذلك هنالك نمط آخر من العلاج ينتمي إلى ثقافة معينة فمختلف هذه الأساليب العلاجية يحددها التفاعل بين ثقافة الأفراد من معتقدات ورأي مع ما تحتويه الطبيعة من عناصر يمكن استخدامها في العلاج، فهو بمثابة مجال للتعبير عن المعتقدات والقيم السائدة في مجتمع معين، وكما تحدد المعتقدات أسباب الاضطراب فهي تقترح الأنسب ضمن المحتوى الثقافي مثل استخدام التمائم والطلاسم وزيارة الأضرحة...الخ.(**عاطف محمد: 1992: 97)**

حيث سنتطرق في هذا العنصر إلى التوجهات العلاجية، من خلال العلاج الحديث والعلاج التقليدي.

1. الطب العقلي:

أن العلاج الطبي النفسي مبني على أسس علمية، فالطبيب يشخص الاضطراب وفق الأعراض الظاهرة ثم يقوم بتصنيفها وفقا للتصنيفات العالمية سواء CIM 10 أو DSM 5 اللذان يعدان مرجعية أساسية في تصنيف وتبويب الاضطرابات النفسية والعقلية.

فهو عبارة عن تخصص في الطب يتناول بالدراسة والعلاج الاضطرابات العقلية ذات المنشأ النفسي أو العضوي داخل المؤسسات الاستشفائية المتخصصة. ويعتمد بالخصوص على الفحص العيادي السريري المعمق حيث يعتمد علة:

- ملاحظات تخص المريض.
- علاج المريض ومراقبته.
- التشخيص والعلاج **(بن احمد قويدر: 2011: 118)**

فالطب العقلي يقوم على المعاينة الطبية والتي تعتمد على تحديد الأهداف المتوخاة من الفحص من خلال استنباط الأعراض، ومعرفة الروابط السببية بين العوامل البيولوجية، النفسية الاجتماعية، البيئية، وحتى الثقافية ويهدف إلى:

- ترسيم علاقة الثقة بين المعالج والمريض.
- جمع المعطيات والبيانات.

❖ وضع خطة علاجية بعد التشخيص وتحديد الاضطراب.

والعلاج الطبي يكون مرتبط بالتفسيرات المقدمة من طرف المريض في الحالات العصابية أو أسرته أو من طرف الأسرة في الحالات الذهانية. والتي تنقسم إلى قسمين قسم علمي يتعلق بسببية الإصابة أما عضوية على مستوى الدماغ نتيجة تشوه أو حادث، أو ناتجة عن تناول العقاقير، والقسم الثاني غيبي وغير علمي لايمكن فهمه إلا بالرجوع إلى النصوص القرآنية والأحاديث النبوي **(بن احمد قويدر: 2011: 121)**

فالطب العقلي كما سبق وذكرنا يعتمد اعتمادا كليا على الأدوية والعقاقير وهي مواد لها تأثير نفسي وتستعمل لعلاج الكثير من الاضطرابات النفسية ويمكن أن نقسمها حسب استعمالاتها إلى:

❖ مضادات الذهان: وتستعمل لعلاج الاضطرابات الذهانية مثل: الفصام وهي علاجات انتقائية تعمل على مسارات عصبونية معينة، وهي نوعان نموذجية مثل: كلووربرومازين Chlorpromazine ، تريفلوبرازين Triflouperazine ، هالوبريدول Haloperidol . وغير نموذجية مثل: ريسبيغيدون Respirdone ، اولانزيبين Olanzipine. وهي تهديء المريض وتقضي على الهلوسات والاوهام وتعتبر من العلاجات المضادة للانتكاسة دون حدوث ضبابية في الوعي أو اضطراب في الحركة **(نهلة شجاع: 2009: 41)**

❖ مضادات الهوس: وهي أدوية لعلاج والوقاية من نوبات الهوس المتكرر و ذهان ثنائي القطبية مثل: هالوبريدول Haloperidol، والليثيوم Lithium.

❖ مضادات الاكتئاب: خاصة في حالات الاكتئاب الحادة، أو حالات الهوس الاكتئابي،وحالات القلق والوسواس والسلوك القهري مثل: اميتربتيلين Amitryptyline ، ايميبرامين Imipramine، البروثيادين Brothiadine، الفلوكستين Floxitine، الفلوفوكسامين Flofoxamine **(نهلة شجاع: 2009: 42)**

❖ مضادات القلق: وتوصف لعلاج حالات القلق الحادة و المزمنة والأرق مثل: كلورديزبوكسيد Chlordiazepoxide ، الديازبام Diazepam.

❖ أدوية مضادة لأعراض الامتناع: وهي الأدوية التي تعطى للأشخاص المدمنين للمسكرات أو المخدرات، فمثلا : لعلاج أعراض الامتناع عن الخمر يعطى الديازبام، ولعلاج

أعراض الامتناع عن تعاطي الأفيون يوصف الكلونودين Chlonodine، أو الميثادون Methadone. **(نهلة شجاع: 2009: 43)**

وعليه تتم معالجة الاضطرابات النفسية من خلال طرق متعددة، ففي بعض الحالات يكون العلاج الأولي كيميائيا دوائيا للحد من شدة الأعراض والسلوكات الهيجانة، أو نفسيا كما سنتطرق إليه في العنصر الموالي المعنون بالعلاج النفسي ومختلف الطرق. بالإضافة إلى العلاج التقليدي الذي يستعان به خاصة من خلال الطعون المقدمة من طرف المرضى أو عائلاتهم بسبب عدم تحسن وضعية مرضاهم الأمر الذي يدفعهم إلى البحث عن علاج يخفف من المعاناة والألم سواء في النسق الطبي أو المحتوى الثقافي.

2. العلاج النفسي:

قبل عملية العلاج (التكفل النفسي) لابد من تشخيص الاضطراب النفسي وتصنيفه بدأ بمعرفة الأسباب ثم الأعراض التي تكون مظهرا وعلامة تكتشف عن الحياة الخاصة للشخص المصاب، كما يمكن أن تظهر في شكل زملة أو مجموعة من الأعراض وهي التي تحدد الاضطراب ومن خلالها نفرق بين اضطراب وأخر، كما يمكن أن نعبر رمزا يشير إلى وجود اضطراب نفسي أو جسمي وعليه وجب الفحص الدقيق لكل الأعراض من أجل التشخيص الملائم والعلاج المناسب وهذا من خلال: (المقابلة، الملاحظة، دراسة الحالة، الاختبارات والمقاييس، التقرير الذاتي، السجل المرضي إن وجد...الخ مع مراعاة دائما الجوانب الشخصية للفرد، المشاكل الصحية السابقة، الظروف الاجتماعية والبيئة وحتى المهنية عندما تتوفر كامل هذه الشروط يمكن الأخصائي النفساني في تحديد نوع العلاج المناسب للحالة).

حيث أن العلاج النفسي يتركز على:

- نظرية علمية.
- تقنية مقننة ومفعولها قابل لتغيير.
- استخدامها عند وجود اضطراب نفسي. **(لطيفة زروالي: 2014: 310)**
- ممارستها من طرف معالجين أكفاء.

هنا يجب التمييز بين نوعين من العلاج النفسي، إن صح التعبير الذي ينقسم إلى:

✓ **تقنيات فردية:** تتركز على استعمال التبادلات والعلاقة بين فاحص والمفحوص تتمثل في: (العلاجات النفسية الدينامية، العلاجات التحليلية، التنويم المغناطيسي، العلاجات النفسية الدائمة، العلاج بالاسترخاء، العلاج السلوكي المعرفي، العلاج الإنساني...الخ).

✓ **تقنيات جماعية:** تتضمن طرقا متعددة مثل: (العلاجات الجماعية، السيكودراما، العلاجات العائلية ...الخ).

ويقصد بالعلاج النفسي علاج مختلف الاضطرابات النفسية باستخدام أساليب حديثة، فالعلاج النفسي حسب "سيفادون" Sivadon هو يهدف إلى تعديل بطريقة دائمة علاقة الفرد بمحيطه وذلك بالتأثير على جهازه النفسي بكونه وسيطا لهذه العلاقة. **(لطيفة زروالي: 2014: 310)**

فهو استخدام أي طريقة لعلاج المشكلات أو الاضطرابات ذات طبيعة نفسية (نفسية المنشأ) يعاني منها الشخص وتؤثر في سلوكه وتعيق حياته اليومية، فمهما تعددت المدارس والمناهج فكلها تهدف إلى مساعدة وعلاج المصاب. **(السيد فهمي: 2010: 98)**

فهو استخدام جميع الوسائل النفسية لعلاج اضطراب نفسي، أو سوء توافق أو تكيف أو اضطراب نفسي المصدر.

وحسب "كاتري" Guattari هو تسيير واستخدام المعلومات، وتسيير معرفي وتحسين علاقة إنسانية، يندمج فيها عناصر ثلاث:

- ❖ المريض الذي لديه أعراض وغير متوافق.
- ❖ الفاحص والمستخدم للعلاج النفسي، والحامل لمعلومات مختلفة وقدرات ومهارات علاجية.
- ❖ القدرة الخاصة و المميزة للتواصل.**(Henriette botche : 1991 : 631)**

ويعرفه "نوبار سيلامي" Nobert Sillamy على أنه التفاعل بين المعالج والمريض، الذي يعد العامل الأول في تعديل عملية التعلم، فمن خلال الحديث مع المعالج تظهر خبرات المريض واستجاباته ودور المعالج، ليس فقط التفسير، بل دور دينامي، يستجيب له المريض ومن هذا الدور يتسنى للمعالج إبعاد العادات المرضية عن الاستجابات الانفعالية، ويتلقى عادات

جديدة صحيحة ووضع خطة علاجية علمية محكمة ومهارة تواصل عالية. **(عبد المنعم حنفي: 688:1994)**

ويعرفه "النابلسي" على أنه وسيلة تهدف إلى إقامة اتصال متميز خاصة، اتصال كلامي بين المعالج والشخص الذي يعاني من اضطرابات نفسية، مع المواقع على أن تستند هذه العلاقة وهذا الاتصال إلى نظريات علم النفس وتحديده للسوي والمرضى ومنه توظف وسيلة العلاج النفسي لهدف علاج الاضطراب، يفترض أنها تعود في منشأها، إلى عوامل نفسية اجتماعية. **(محمد احمد: 1991: 05)**

إذن فالعلاج النفسي هو التخفيف من هموم البشرية بواسطة الكلام والعلاقة الشخصية، المهنية ويتفق جميع المختصين في العلاج النفسي على أن العلاج النفسي هو مجموع التقنيات الغير دوائية المستخدمة لمساعدة المريض لتجاوز أزمة نفسية.

وبما أننا بصدد دراسة هذا الموضوع وطرحنا في التساؤل الجزئي الثالث علاقة الأسرة بتعزيز التوجه العلاجي، فيجدر بنا الإشارة الى العلاج النفسي الفردي الذي من أهدافه تنمية الجزء السليم من الشخصية وإعادة تنظيمها والعلاج الجماعي من خلال دور الأسرة وأفرادها بما أن المصاب فرد من هذه الأسرة والمجتمع.

2.1. خصائص العلاج النفسي وأشكاله:

تجتمع كل المناهج والمقاربات والنظريات العلاجية في نقاط مشتركة الأهداف، متكاملة الأوجه كل علاج له مميزاته وآثاره الإيجابية على النفس الإنسانية، آخذا بعين الاعتبار المرحلة العمرية ونوع الاضطراب وسيكولوجية النمو، وسيكولوجية المجتمع الذي يعيش فيه الفرد، وعليه يتميز العلاج النفسي بالخصائص التالية:

- ❖ تطبيقاته المنهجية والتقنية مرنة، وإجراءات محددة لاستعادة التوازن العاطفي للمفحوص.
- ❖ تمس جوانب متعددة من الاضطرابات، وذلك بفضل تكامل تقنيات العلاجات المختلفة وانبثاق منها عدة أشكال للعلاج النفسي.

- ميدان العلاج النفسي أصبح جد واسع يمس الاضطرابات المزاجية، والأعصبة والاضطرابات السيكوسوماتية وحتى الذهانية.
- مزايا جميع التقنيات العلاجية مدمجة لتقديم المساعدة المعنوية للمفحوص سواء كان توجيه وإرشاد أو إيحاء وإعادة تأهيل أو تحليل نفسي.
- تعتمد كلها على التواصل بين المعالج والمفحوص.
- قابلية استخدام العلاج النفسي بأشكاله، على مستوى فردي أو جماعي حسب الحاجة لذلك. **(عائشة نجوى: 2011: 67)**

مما سبق نستنتج أن فن التواصل والإصغاء والحوار والتفاعل مع المفحوص هو أساس العلاج النفسي، مهما اختلفت المدارس والتقنيات المستخدمة فإن أساس العلاج النفسي لا يخرج عن إطار اللغة وتقنيات التواصل في جميع اتجاهات العلاج النفسي، حيث يهتم الأخصائي النفسي بالتشخيص وتحديد نوع الاضطراب، ولا يقف عند هذا بل يطبق تقنيات علاجية تحول دون استمرار الصراع، والشعور بالقلق وعدم التوافق وبالتالي تزول الاضطرابات النفسية، إذا تنشط آليات الدفاع والمساعدة على الاستبصار وإعادة التكيف وانخفاض التوتر والشعور بمعنى الحياة، يتحصل المعالج على أحسن النتائج مع المرضى الراغبين في الشفاء.

2.2. أهداف العلاج النفسي:

- تفسير الأعراض، والوقوف على الأسباب التي أدت إليها.
- العمل على إزالة هذه الأعراض أو التخفيف منها.
- تعديل سلوك الفرد، وتعليمه السلوك الصحيح.
- تعديل الدوافع الكامنة، وراء السلوك الغير سوي.
- تدريب الفرد، على توجيه مشكلاته.
- العمل على تأكيد الذات (تنمية مفهوم الذات الإيجابي لدى المريض).
- تحقيق التوافق، وتحمل المسؤولية والقيام بالواجبات والاندماج الاجتماعي. **(محمد احمد: 1991: 17)**

نستنتج مما سبق، أن العلاج النفسي يجمع جميع التقنيات، التي تستخدم لمساعدة المفحوص بعيدا عن أي علاج الطبي، من أجل حل مشكلة أو اضطراب ما ومهما اختلفت المصطلحات والمفاهيم إلا أن الأهداف واحدة.

3. الاتجاهات العلاجية الحديثة للاضطرابات النفسية:

3.1. الاتجاه العلاجي النفسي الدينامي (التحليلي):

يعد العلاج بالتحليل النفسي، إعادة الفرد إلى ماضيه وعن طريق تقنيات علاجية تحليلية ينفس الفرد انفعالاته، ومكبوثاته ويتعاون مع المعالج على فهمها وترتيبها عن طريق الإيحاء" بوسعك أن تتذكر ماضيك" والوصول بها بطريقة واعية إلى سطح الشعور لمواجهتها والتعامل معها، والارتقاء بالآليات وتنشيطه. بالتالي ينخفض الصراع وتعود حياة الفرد النفسية للتوافق ويتلاشى القلق ويشعر بالراحة.

يعود الفضل للمدرسة التحليلية في فهم مكبوتات الفرد مما يجدر الإشارة له أن "فرويد" لم يكن مخطئا عندما أشار إلى الغرائز الجنسية لأن الأفراد لا يكبثون إلا ما يتعارض مع المجتمع والدين والعرف والثقافة كالاعتداءات الجنسية المبكرة، والخبرات السيئة لذا نظرية "فرويد" في الأمراض والعلاج، هي أساس متين تقوم عليه العلاجات النفسية إلى يومنا هذا ولا نستطيع بأي وجه إنكارها فقط لأنها ظهرت منذ فترة زمنية معينة. والفرد في العلوم الإنسانية والاجتماعية محكوم بظروف التاريخ والمكان والفكر، فالمرضى يبدون مقاومة Résistance أو بمعنى آخر لا يريدون التحدث في الموضوع المؤلم، وإذا استطاع التخلي عن المقاومة أصبح العلاج أكثر فعالية. **(عائشة نجوى: 2011: 21)**

أ. "فرويد" والعلاج بالتحليل النفسي: يركز "فرويد" في تحليله النفسي دائما على معنى الأعراض والقصد منها، وصلتها بعنصر اللاشعور في جميع سلوكات الأفراد، التي تبدي اضطرابا سلوكيا أو اضطرابا عصابيا وإذا أردنا أن نثبت جدارة ومكانة التحليل النفسي أمام الطب العقلي فإن هذا الأخير لا يستخدم الطرق الفنية في التحليل ولا ينظر في محتوى العرض، فالطب العقلي يعطي للناحية الفيزيولوجية والعمل الوراثي والأولوية مما يجعلنا نلاحظ التكامل بين الطب العقلي والتحليل النفسي. **(عبد الستار ابراهيم: 1990: 14)**

إن عاملي الوراثة والخبرة يكملان بعضهما البعض لأن العقل لا يمكن أن ينهض بدون معرفة مستقيمة بالعمليات اللاشعورية العميقة للحياة النفسية، ويعود له الفضل في إثراء التحليل النفسي الذي انبثق منه مدرسة " يونج" Young و "أدلر"Adler للتحليل الذاتي "سوندي" Soundi، "لاكان" Lacan والتحليل قصير الأمد و"ميلاني كلاين" Melanie Klein وغيرهم الذين انطلقوا من التقسيم للجهاز النفسي المشهور والمعروف بالشعور واللاشعور وما قبل الشعور، ومن الناحية الوظيفية الأنا، والهو، والأنا الأعلى. **(عائشة نجوى: 2011: 22)**

حيث ركز" فرويد" على اليات الدفاع النفسية وهي جد مهمة، في الحفاظ على التوازن واستخدامها الإيجابي يعيد الراحة للفرد ويوقف لديه الصراعات ومن بين هذه الآليات: النكوص، والعزل، والإلغاء الرجعي، والعودة إلى الذات، والتحويل إلى العكس، والاستدخال، الإسقاط، والتكوين العكسي، والتسامي أو الاستعلاء. كلها آليات استفادت منها مدارس العلاج النفسي وعلى أسسها بنيت تقنياتهم العلاجية، رغم كل ذلك تلقى نقدا كبيرا من طرف معارضيه والمدارس العلاجية الأخرى المعروفة لتركيزه على الطاقات الموجهة إلى الإشباعات الجنسية منذ مرحلة مبكرة من عمر الإنسان (الليبيدو) هذه الغرائز هي التي في نظره تسيطر على الفرد إلى حد كبير وتتحكم في سلوكاته وتحددها وانطلاقه من مبدأ اللذة والألم وتصوراته، ونظرياته يتجلى بعده عن جوانب أخرى من حياة الفرد المتكاملة البيئية والثقافية، وإن كان قد أشار لها في أشكال الطوطم والمعتقدات والرموز والأحلام التنشئة إلا أنها لم تنل حظها الوافر لديه لأن الأنا الأعلى يتحكم فيها ويكبتها ولا تفلت منه إلا عند الغفوة، وسقوط آليات الدفاع وانهيار الأنا. **(Camilo charron et autre : 2007 :148)**

اتجاه "أدلر"Adler: أعطى "أدلر" اهتماما أعظم للوعي، بدلا من اللاوعي، عكس"فرويد" وكان يرى بأن الفهم الصحيح لحالة المريض لا يمكن التوصل إليه بعد دراسة وفهم كاملين للمريض وظروفه الحياتية وفي وقت لاحق أضاف" أدلر" بعدا جديدا لتوجهه عن النقص، والسعي للتغلب على ذلك بالتعويض والسيطرة. **(لطيفة زروالي: 2014: 312)**

طريقة العلاج عند " أدلر" تتيح للمريض إمكانية السرد أو التداعي الحر لأحداث حياته ويمكن أن يتم هذا السرد حسب الترتيب الزمني لأحداث وفق الترتيب الذي يراه المريض مناسبا

مع التركيز على الحوادث الراهنة والحديثة العهد، وتجنب وضعيات الصراع أو التعارض بين المحلل والمريض ويعتمد المحلل خلال هذه الجلسات إلى تحليل المواد الواعية واللاواعية بهدف مساعدة المريض للتواصل إلى اكتشاف وفهم حياته وبنيته النفسية، هذا ويتوجه الحوار التحليلي خلال الجلسات نحو اكتشاف العقد النفسية العائدة إلى عهد الطفولة ويقوم المحلل بتحديد الحجم الحقيقي لقدرات المريض، وغالبا ما يحاول هذا الأخير تضخيمها محاولة منه لتعويض شعوره بالنقص وهذه النقطة التعويض هي التي يعتمد ويتركز عليها المعالج هدف تكييف المريض، مع العالم من حوله ومع القيم كما أشار إلى الفروقات الفردية وبروزها و بناء الذات. **(لطيفة زروالي: 2014: 314)**

ب. اتجاه "يونغ" Young : قسم "يونغ" اللاوعي إلى ثلاثة أجزاء:

- ✓ **الأول سماه باللاوعي الشخصي:** ويحتوي على التجارب الشخصية المكبوتة أو المنسية لمجرد أنها فقدت قوتها وطاقتها واعتبر هذا الجزء مساويا للعقل اللاوعي، الذي افترضه "فرويد" وبأنه يكون جزءا قليلا فقط من اللاوعي.
- ✓ **الجزء الثاني من اللاوعي**: فهو الجزء المستمد من المجتمع البشري، الذي ينتمي إليه الفرد.
- ✓ **الجزء الثالث فسماه اللاوعي الكوني**: وهو المستمد من العمليات البدائية المشتركة بين الناس.

إن طريقة العلاج "يونغ" تستند إلى تحليل الأحلام وصولا إلى وعي المريض على أن يعقب ذلك مرحلة تركيبية، فطريقة "يونغ" في التحليل النفسي تختلف عن طريقة "فرويد" إذا أن المحلل يتصرف مع مريضه على قدم المساواة ظاهريا ويتجلى عن السيطرة لمصلحة اللاوعي، الذي يحكم ويقود الحوار بين المحلل والمريض.

والتحليلي لا يتجه حسب "يونغ" نحو العموميات النفسية الجنسية، كما فعل "فرويد" وإنما هو اكتشاف وتحديد مشاكل تطور الشخصية والمساعدة على تخطي هذه المشاكل والصعوبات وتدعيم إمكانية وقدرة الفرد، على أن يتطور في المستقبل. وفترة العلاج تمتد لفترة ستة أسابيع بمتوسط جلستين في الأسبوع الواحد، وهذه الطريقة متبعة على نطاق مسبق في

علاج اضطرابات التكامل لدى المراهقين والبالغين وفي حالات الانهيار النفسي لديهم وتسمى هذه المدرسة أيضا بمدرسة التحليل البنائي Psychanalyse-constructive. **(محمد احمد: 1991: 110)**

ت. اتجاه "أوتورانك"Otto Rank**:** يعد "اوتورانك" بمثابة المجدد للفكر التحليلي، حيث تحدث عن القلق، الذي يعانيه الفرد وأرجعه إلى شعوره بالانفصال عن أمه عند الولادة (صدمة الميلاد) وقد لاحقت نظرية "اوتورانك" معارضة شديدة من قبل "فرويد" والتي أجبرت هذا الأخير على تعديل نظريته الخاصة بنشوء القلق. **(ناصر الدين وآخرون: 2012: 37)**

أدت نظرية "اوتورانك" إلى نشوء وظهور مصطلحات جديدة مثل النكوص أو العودة إلى البدء والألم، القلق الأول والحب الأول والرجوع إلى الرحم والاندماج مع الأم.

كما استعمل "اوتورانك" مفهوم الإرادة في الحياة العملية كواقع سيكولوجي أولى، يتمثل في الصراع الحقيقي والشعور بالذنب وهذه الاهتمامات العلاجية أو ما يعرف بصدمة الميلاد هي التي ارتكز عليها، العلاج بالتحليل النفسي في أمريكا وابتعدوا فيها عن عقدة أوديب وبعض مبادئ "فرويد" إلا أن جميع المصطلحات هي ذاتها التي استخدمها "فرويد" في مضمونها. **(عائشة نجوى: 2011: 24)**

3.2. العلاج السلوكي:

يعرف العلاج النفسي السلوكي، على أنه المذهب القائم على السلوك السوي واللاسوي، عند الفرد والذي يكتسب عن طريق التعلم وعملية الارتباط أو فك الارتباط الشرطي، باستخدام معطيات "بافلوف" وهي جد متناقضة وغريبة عن التحليل النفسي، الذي يرى أن السلوكية وضعت الفرد وشخصيته في حالة موحدة و يعالج بطريقة مباشرة.

ويعرفه "نوربار سلامي" "Norbert Sillamy"على أنه علم النفس الموضوعي الذي ظهر على يد "واطسون"Watson الذي عرف علم النفس على أنه دراسة للسلوك بدلا عن اللاشعور والاستبطان. وحدد الدراسة بملاحظة العضوية في حالة مثيرة، استجابة سواء كانت شفاهية أو حركية والتي تكون غالبا مع الوضع. **(زينب محمود: 2002: 199)**

إلى يومنا هذا يعد العلاج السلوكي من أهم العلاجات إذا انبثقت منه ما يعرف بالسلوكية الجديدة Neo-behaviorisme والتي ما زالت تعتمد على نظرية "واسطون"، النظرية الموضوعية وأهمية الوسط **(Norbert sillamy :2003 :35)**

وعليه فإن العلاج السلوكي هو ذلك العلاج الذي يأخذ بعين الاعتبار الاضطرابات كاستجابة لمثيرات تسبب فيها المحيط أو الوسط الذي يعيش فيه الفرد، ونستطيع عن طريق نظرية التعلم فك الرابط الشرطي لاستجابة السلبية، بتقنيات العلاج السلوكي فيختفي العرض، دون التوغل في أعماق الشخصية. وهو يهدف إلى تغيير التفكير والسلوك في فئات معينة من المواقف، وتنظيم الذات بشكل أفضل، ويُستخدم في ذلك التحصين المنهجي، والنمذجة، والتدريب على المهارات الاجتماعية، والتدعيم الايجابي، والاشتراط المنفر، والعقاب، والانطفاء، وإعادة البناء المعرفي.

3.2.1 .مجالات استخدام العلاج السلوكي:

لقد ثبتت فاعلية العلاج السلوكي في علاج بعض الاضطرابات وعلى وجه الخصوص علاج الفوبيا والقلق والتبول اللاإرادي والشذوذ الجنسي وإدمان المخدرات والتدخين وعليه فالعلاج السلوكي يفيد لعلاج جميع الحالات العصابية وترجع فاعليتها ونجاعته في تحقيق ذلك إلى ما يلي:

- ✓ قدرة المعالج السلوكي على الضبط و التحكم في وضع خطة العلاج.
- ✓ اعتماد المعالج على تطبيق بعض المبادئ التجريبية الثابتة.
- ✓ بإمكان المعالج التحكم في كثافة وقوة المثيرات المقدمة للمريض. **(زينب محمود: 2002: 201)**

فمن خلال هذا فإن السلوكيين يرون أن الاضطراب الانفعالي ينتج عن أحد العوامل الآتية:

- ❖ الفشل في اكتساب أو تعلم سلوك مناسب.
- ❖ تعلم أساليب سلوكية غير مناسبة أو مرضية.
- ❖ مواجهة الفرد لمواقف متناقضة لا يستطيع معها اتخاذ قرار مناسب.

- ربط استنتاجات الفرد بمنبهات جديدة لاستثارة الاستجابة.

(Ovide fontaine : 1978 : 32-33)

2.2.2. مسلمات العلاج السلوكي:

الاضطرابات النفسية سلوك متعلم في تكوينه ولإزالته يخضع لنفس القوانين والنظريات التي يخضع لها السلوك السوي، فالاضطرابات النفسية قد تنشأ من فشل الفرد في تعلم السلوكيات التوافقية الناجحة، وأي اضطراب نفسي ينشأ يكون بسبب الصراع الذي يتعرض له الفرد عندما يجد نفسه أمام هدفين المطلوب منه أن يختار أحدهما وأن يتحمل مسؤولية هذا الاختبار.

3.2.2. إجراءات العلاج السلوكي:

- تحديد المضطرب والمطلوب تعديله أو تغيير يتم ذلك في المقابلة العلاجية عن طريق استخدام الاختبارات والتقارير لتحديد السلوك المضطرب.
- تحديد الظروف التي حدث فيها السلوك المضطرب وذلك يفحص خبرات المريض وظروفه المختلفة.
- تحديد العوامل المسؤولة عن استمرار السلوك المضطرب.
- إعداد جدول إعادة التعلم.
- تعديل الظروف البيئية.

وينتهي العلاج عندما يتغير السلوك إلى الشكل المرغوب فيه.**(فوزي محمد: 2000: 206)**

4.2. العلاج المعرفي:

هو علاج حيث يتعاون المريض والمعالج على استعمال منهجية تجريبية من أجل تحديد مشاكل محددة، وهو علاج يرتكز على 03 مسلمات قاعدية ويتكون من ثلاثة مراحل متتابعة:

- **المبدأ الأول :** في العلاج المعرفي يتمثل في أن الأفكار تؤثر في الانفعالات والسلوك.
- **المبدأ الثاني:** يتمثل أن التشوه المعرفي يستطيع أن يولد انفعالات وسلوكات مرضية، بإمكان المعالج النفسي أن يعدل هذا النشاط المعرفي المضطرب ويتلقى في المقابل تعديل

علاجي للانفعالات والسلوكات، فالأخصائي النفسي يلعب دور البيداغوجي أكثر من دور المعالج.

❖ **المبدأ الثالث:** للعلاج المعرفي المفحوص طرفا أساسيا في تحليل المشكلات والبحث عن حلولها. وهذه الطريقة تمر بمراحل ثلاثة: يتعلق الأمر أولا بتحديد الأفكار الخاطئة ثم توضيح سبب ظهور هذه الأفكار محللين بذلك طريقة معالجة المعلومات من قبل المريض ثم توضيح الطريقة الأقل سلبية والأكثر فعالية من طرف المعالج والمفحوص يفرض تطبيقها. **(محمد حمدي: 1998: 108)**

1.4.2. أسس ومبادئ العلاج المعرفي: إن المشكلات النفسية هي نتاج قوي حتمية أو اكتساب خاطئ أثناء التنشئة وكذلك وجود أخطاء في التفكير، تؤدي إلى تحريف الواقع وعدم إدراكه صحيحا. ليس هناك تنشئة أو معتقدات أو فكر صحيح بدرجة مطلقة إذا تشوبها عراقيل تعوق وصولنا للحقيقة.

❖ إن أخطاء التفكير ناتجة عن خبرات ومقدمات خاطئة.

❖ تبعا للموقف يكون سلوك الأفراد و استجاباتهم مع مراعاة الفروق الفردية.

❖ للوصول لعلاج مشكلة الفرد المتمثلة في المضمون الخاطئ للواقع نتبع نفس أسلوب علاج الفرد لمشاكله في حياته اليومية.

❖ أن مرونة فكر الإنسان قابلة للتشكيل وإعادة البناء من جديد تجعله أكثر واقعية وقادرة على إلغاء تفكيره المألوف. **(ابراهيم عبد الستار: 1998: 122)**

2.4.2. إجراءات العلاج المعرفي: من العلماء الذين ينتمون إلى المدرسة المعرفية وآمنوا بها وأقاموا لها تقنيات خاصة استخدموها مع مرضاهم "أيرون بيك" Aaron Beck وهو من أهم المؤسسي إذ يرى أن المريض يستحدث رأيا عن نفسه وعن ما يحيط به ماضيه ومستقبلا مع علمه أن مقدمات خاطئة وذات نزعة خيالية مشوهة، ويرى "بيك" أن الأفكار التلقائية الناتجة عن التشوه المعرفي جلية وواضحة في:

❖ تفسير الأحداث من وجهة نظر ذاتية.

❖ التفكير بصورة متطرفة بين فكرتين متباعدتين أي تفكير مستقطب.

- ❖ المبالغة وخاصة في تعميم الفكرة.
- ❖ تضخيم الحدث وإعطائه أهمية كبرى أكبر بكثير مما هو عليه.
- ❖ العجز وعدم القدرة على إدراك الأمور، على حقيقتها و واقعتها، وبمعنى آخر العجز المعرفي. **(بطرس حافظ: 2010: 324)**

ومن وجهة نظر فإن تصحيح نمط التفكير عند المريض، يكون بالتعامل مع مشاكله والمساهمة في تخيف حدتها.

3.4.2. أسس العلاج المعرفي عند "بيك" Beck:

- ❖ المشاركة العلاجية لتوطيد المصداقية مع المريض.
- ❖ اختزال المشكلة ومعرفة كيفية التعامل معها والتي تواجهه من مدخل عقلاني وآخر تجريبي سلوكي.
- ❖ رصد العمليات التفكيرية الغير سوية، بملئ الفراغات المعرفية وإيجاد أسلوب للتفريق والتباعد بين الأفكار الإيجابية والسلبية التقليدية مما يجعل المريض أمام اختبار دقيق وواقعي وبالتالي الوصول إلى استنتاجات منطقية وواضحة تغير من القواعد المخالفة والمعتمدة في تفكير المرضى.

أ. **"فيكتور شارلس رايمي" Victor charles Raimy:** يرى هذا العالم أن فنيات العلاج المعرفي تقوم على فرض المفهوم الخاطئ وأن الاضطرابات النفسية هي نتيجة لمعتقدات وقناعات خاطئة في إطار قاسي وغير موضوعي وخاصة اتجاه الذات، هذا ما يدفع لسلوك غير منطقي نتيجة انهيار وانهزام الذات، وهدفه من العلاج المعرفي، هو تغيير التصورات والأفكار الخاطئة لدى المريض بمعنى آخر تصحيحها وتعديلها وصولا إلى زوال اللاتوافق، ويستخدم المعالجون طريقة وفنيات "رامي" الأربع وهي:

- ❖ محاولة العثور على مفاهيم وتصورات خاطئة التي تحكم السلوك الغير مرغوب وتغييرها من خلال الفحص، عن طريق تشجيع المريض على الحديث عن نفسه، وعن مفاهيمه الشخصية.
- ❖ محاولة تفسير وتوضيح المفاهيم الخاطئة التي يتبنها المريض.

- تشجيع المريض على إثبات أفكاره الجديدة ببرهنة ذاتية على زيف وتشوه أفكاره القديمة ومفاهيمه حول ذاته وعلاقته بالآخرين.
- إعطاءه خبرة مغايرة، إزاء أفكاره وتصوراته الخاطئة كالملاحظة، فعلى المريض مراجعة معرفية للأفكار الإدراكات وأخيرا الاستبصار بالأخطاء والأفكار المزيفة والمشوهة. **(حامد زهران: 2004: 143)**

ب. "ألبرت أليس" Ellis: وعرف باتجاهه للعلاج العقلاني الانفعالي، مستندا في ذلك على علاقة معادلة مبسطة، معروفة بنظرية A.B.C

A: الاستجابات العاطفية والانفعالية.

C: هو سبب ونتيجة ردود الأفعال السابقة.

B: هو النظام العقائدي للفرد.

يرى "أليس" أن الاستجابات العاطفية المشحونة والتي تتبع حادث الولادة، والحلقة الفارغة التي يدور فيها الفرد، وحدد إحدى عشر فكرة غير عقلانية يعتبرها مسؤولة عن العصاب وهي:

- يجب أن يكون الإنسان محبوب دائما.
- يجب أن يكون شخصا أكثر كفاءة و إنجازا.
- وصف الناس بالوضاعة و الحقارة.
- من الكوارث سير الأمور على غير ما يريد الإنسان وما تسببه من إحباط.
- الظروف الخارجية هي سبب تعاسة الإنسان.
- الانشغال المبالغ فيه بالأمور الخطيرة.
- ضرورة تفادي المسؤوليات والصعوبات الشخصية.
- ضرورة استناد الفرد لآخرين بهدف المساعدة.
- الخبرات الماضية متصلة ومحددة للسلوك الحاضر.
- أن يحزن الفرد على مصير الآخرين، ومشاكلهم.

❖ يجب أن يكون هناك حل صحيح وكامل لجميع مشكلات الحياة. **(حامد زهران: 2004: 145)**

على هذا فإن العلاج يكون بالاستناد إلى العلاج العقلاني الانفعالي للتقليل من القلق وقهر الذات ومساعدة المريض، على التحليل المنطقي للأفكار معتمدا على التقنيات التالية:

❖ أساليب معرفية: إعادة النظر في الأفكار وتقديم المعلومات والشرح بهدف أن يتخلى المريض عن كل الأفكار الخاطئة.

❖ أساليب تعميمية.

❖ أساليب انفعالية إظهارية قائمة على الوعظ العاطفي والنمذجة وهي أربع سياقات: سياق الانتباه، سياق للتخزين، سياق لإنتاج الحركي، سياق التحفيز.

4.4.2. مزايا العلاج المعرفي:

❖ العلاج المعرفي، يعالج الاضطرابات السلوكية، وأنماط سوء التكيف والعادات السيئة.

❖ العلاج المعرفي، واضح في علاج بعض الاضطرابات والأمراض السيكوسوماتية إذا يساعد المرضى على التكيف وبدء حياة جديدة.

❖ يقوم العلاج على الفحص الدقيق للمشكل، والتعرف على الظروف المحيطة مستندا إلى تحليل النمو، والتعرف على إمكانية المفحوص، ومحدداته، أي مواطن القوة والضعف، دون أن يتخل، أو يتغاضى عن تحليل العلاقات الاجتماعية.

كما لا ننسى أن الطريقة العلاجية في النموذج المعرفي مستمدة من مبادئ التعلم ومبادئ الاشتراط الكلاسيكي وما في ذلك من التعزيز الإيجابي والسلبي المادي والاجتماعي دون أن ننسى التغذية المرشدة.**(سري اجلال: 2000: 321)**

5.2. العلاج المعرفي السلوكي:

يجمع العلاج المعرفي السلوكي بين العلاج المعرفي بفنياته المتعددة والعلاج السلوكي بما يضمنه من فنيات، وهو يتعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد، إذ يتعامل معها معرفيا وانفعاليا وسلوكيا كما يعتمد على إقامة علاقة علاجية تعاونية بين المعالج

والمريض تتحدد في ضوئها المسؤولية الشخصية للمريض عن كل ما يعتقد فيه من أفكار مشوهة، واعتقادات لا عقلانية مختلة وظيفيا، تعد هي المسؤولة عن الاضطرابات التي يعاني منها المريض وما يترتب عليها من ضيق، في نفس المنطلق يتحمل المريض المسؤولية في إحداث التغيير العلاجي من خلال تصحيح الأفكار المشوهة والاعتقادات اللاعقلانية وتعديلها واستبدالها بأفكار واعتقادات أخرى تتسم بالعقلانية والتواؤمية. **(حامد زهران: 2005: 123)**

عادة ما يرتكز العلاج المعرفي السلوكي على تقنيات وفنيات معرفية تتمثل في (إعادة البناء المعرفي لباك، والتحليل الانفعالي العقلاني لـ إلياس وغيرها)، أما عن التقنيات السلوكية فتتمثل في (التدريب على الاسترخاء، التدريب على اكتساب المهارات الاجتماعية، التعلم بالنمذجة، البحث عن مكان أمن...الخ).

ويعد العلاج المعرفي السلوكي شكل من أشكال العلاج النفسي الحديث، يرتكز على كيفية إدراك الفرد للمثيرات المختلفة وتفسيراته لها، وإعطاء المعاني لخبراته المتعددة، وهو عملية تتسم بالتعاون بين المعالج والمريض في سبيل دراسة معتقدات المريض المرتبطة بسوء التكيف والتوافق ونماذج تخيلاته ونماذج التفكير لديه وفحصها إمبريقيا والتوصل إلى الاستجابات البديلة الأكثر فاعلية كما يتم التعامل مع معتقدات المريض على أنها فروض تتم دراستها من خلال الفحص اللفظي والتجارب السلوكية. .**(حامد زهران: 2005: 125)**

ويتمثل الغرض من العلاج السلوكي المعرفي في كونه يساعد المرضى على تغيير الطريقة التي يفكرون بها وكذلك الطريقة التي يسلكون بها، كذلك تصحيح التشويهات المعرفية من خلال إعادة تنظيم حديث الذات الخاص بالشخص ومن ثم سلوكه وطبيعة التدعيم المنتقاة من البيئة.

يستند العلاج المعرفي السلوكي على تحليل الحوافز ومدى تحكم الذاتي كما حددها "لازاروس" Lazarus وهي: السلوك، الانفعال، الإحساس، التصور، المعرفة، العلاقات الشخصية، الأدوية المتناولة، توقعات المفحوص، موقف المعالج. **(مرسي كمال: 1992: 88)**

فهو يستند على مفهوم أن الأفكار والمشاعر والتصرفات المترابطة، وأن الأفكار والمشاعر السلبية يمكن أن تحبس الشخص في حلقة مفرغة. ويهدف العلاج إلى مساعدة الشخص في التعامل مع المشاكل بطريقة أكثر إيجابية من خلال تقسيمها إلى أجزاء أصغر، وعبر تغيير هذه الأنماط السلبية يتم تحسين الطريقة التي يشعر بها الشخص. وعلى عكس بعض العلاجات التي تعتمد على الحوار والتحدث، يتعامل العلاج السلوكي المعرفي مع مشاكل الشخص الحالية، ولا يركز على المشاكل والقضايا التي حدثت في الماضي.

1.5.2. خطوات العلاج المعرفي السلوكي: عادةً ما يشمل العلاج المعرفيّ السلوكيّ الخطوات الآتية:

- **تحديد المواقف التي يعاني المريض من مشاكل خلالها:** من الممكن أن تكون المشكلة هي حالة طبيّة يعاني منها المريض، أو طلاق، أو حزن، أو غضب، أو أن تكون المشكلة هي الأعراض التي يعاني منها المريض جرّاء الإصابة بمرض عقليّ أو نفسي، وفي هذه الخطوة يقوم المعالج النفسيّ مع المريض بتحديد المشاكل والأهداف التي على المريض التركيز عليها خلال المعالجة المعرفيّة السلوكيّة.
- **اكتساب المريض وعياً تجاه مشاعره وأفكاره ومعتقداته حول هذه المشاكل:** عندما يقوم الشخص بتحديد المشكلة التي يعاني منها، يساعد المعالج النفسيّ الشخص على مشاركة أفكاره الخاصّة تجاه المشكلة، وهذا يتضمن مراقبة الكلام الشخصيّ الذي يسرده المريض عن تجربة معينة، بالإضافة إلى مراقبة تفسيره للموقف ومعتقداته الخاصّة والشخصيّة عن نفسه وعن الآخرين وعن الأحداث، كما يمكن أن يقترح المعالج النفسيّ على المريض البدء بتسجيل الأفكار الخاصّة به على كرّاسة أو دفتر خاصّ.
- **تحديد الأفكار السلبيّة وغير الصحيحة:** حيث تساعد هذه الخطوة الشخص على تحديد طريقة التفكير والسلوك التي ربما قد تكون ساهمت في المشكلة، وهنا يحثّ المعالج النفسيّ الشخص على الانتباه إلى ردّات الفعل الجسديّة والعاطفيّة والسلوكيّة التي يتخذها في المواقف المختلفة التي قد يتعرّض لها.

❖ **إعادة تشكيل الأفكار الخاطئة السلبيّة:** يشجّع المعالج النفسيّ الشخص على سؤال نفسه عن الأساس الذي يبني عليه وجهة نظره، هل يبنيها على حقائق، أم يبنيها على تصوّرات غير صحيحة وغير دقيقة لما يجري، وتعدّ هذه الخطوة صعبةً في العلاج لدى المريض، فربما اعتاد المريض على التفكير منذ زمن طويل بطريقة ما حيال حياته ونفسه، ولكن مع التدريب والممارسة يصبح نمط السلوك والتفكير المفيد عادةً عند الشخص لا تتطلّب الكثير من الجهد.**(https://mawdoo3.com)**

6.2. العلاج النسقي:

علاج التنظيم العائلي هو طرق العلاج النفسي الذي يستعمل في الكثير من الاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب والقلق، وحالات نفسية أخرى ويستند على مساعدة المريض في حل مشاكله مع أفراد عائلته بدل إلقاء اللوم على أفراد العائلة.

1.6.2. إجراءات العلاج النسقي: يلتقي المختص النفسي عادة مع شخصين أو أكثر من نفس العائلة في كل جلسة، ويرجع بدايات هذا من العلاج إلى المعالجة النفسية "فرجينيا ساتير" Virginia Satir حيث بدأت منذ الستينات بالتركيز على دور المشاكل الأسرية في الأمراض النفسية.

يتم التركيز في هذه الجلسات على الوسائل المستخدمة بين الأزواج أو أفراد العائلة الواحدة في حوارهم فيما بينهم. ولا تهتم بالتحليل العميق لجذور هذه الوسائل، الغير السوية المستخدمة فالهدف الرئيسي هنا هو معرفة وتنظيم ما يحدث بين أفراد العائلة، و ليس ما يدور في ذهن كل فرد في العائلة بمعزل عن الأفراد الآخرين.

من خلال الجلسات يستمتع المختص النفسي إلى شكوى ومعاناة أفراد الأسرة ويقوم، أيضا خلال استماعه بملاحظة كيفية الحوار، والتعامل بين الأشخاص الموجودين في الجلسة، ومنه يتم مساعدة الأفراد على إيجاد حلول للمشاكل الرئيسية التي تهدد ترابط الأسرة كوحدة وهذه مهمة صحية على أرض الواقع لأن أي مشكلة تحدث في العائلة لها أسباب متعددة مثل الوضع الاقتصادي للأسرة والصحة النفسية لأفرادها، و لهذا فإن مجرد حضور هذه الجلسات

مع عدم حل المشاكل الأخرى، ستكون عديمة الجدوى ولكن الفكرة هنا تكمن في تثقيف أعضاء الأسرة بالجلوس فيما بينهم والتحدث بصراحة ووضع جدول لخطوات معينة قد تؤدي في المستقبل إلى تحسين قدراتهم الذاتية، على الحوار بدون استعمال وسيط خارجي. **(عبد الرحمن محمد: 2009: 153)**

2.6.2. أهمية العلاج النسقي:

على الرغم من التغيرات التي طالت هيكلة الأسرة فإنها لا تزال محتفظة بدورها الوظيفي كنواة لمختلف الخلايا الاجتماعية، دور الأسرة لا يزال على حاله، إذ تبقى الشحنات النرجسية الصادرة عن الأم باتجاه وليدها هي المقرر لمدى قدرته على استيعاب العالم الخارجي، عبر استيعابه لموقع جسده في هذا العالم.

أكد العالم النفساني "جون بوولبي" John Bowlby على حاجة الأسرة لدور أمومي، مركز ومدعم للسلطة الوالدية، حيث تعرضت آراءه لانتقادات لكنها عادت لتسود ابتدءا من الثمانيات حين أدرك الغرب هشاشة الجيل المربي على الطريقة الحديثة.

ويقوم العلاج على المعرفة بأنه يمكن لأحداث محددة في الأسرة خلال أجيال أن تؤثر في حياة الناس ومن أجل تقصي هذه العملية الدينامية فإننا نعمل بطريقة تنسيق الأسرة والطريقة والمبدأ معروفان منذ زمن بعيد في العلاج الأسري. ولقد حظي الأسلوب الجديد في العلاج النسقي أو التنظيمي بالكثير من الاهتمام خاص في ميادين علم النفس. **(عكاشة احمد: 2018: 248)**

3.6.2. مجالات استخدام العلاج النسقي:

- **التفكك الأسري وآثاره النفسية والاجتماعية:**

تعتبر الأسرة من أهم العوامل الاجتماعية التي تسهم في تكوين شخصية أبناءها ولها الدور الكبير في التأثير بالتجارب المؤلمة والخبرات الصادمة كالطلاق، أو الموت ولتماسك الأسرة وجب وجود الوالدين اللذين لهما دور كبير في حياة الأبناء، ولكل منهما دور كما أن السعادة الزوجية تؤدي إلى تماسك الأسرة، وإيجاد جوا يساعد على نمو النفسي السليم للأبناء

وتكامل شخصيتهم أن التعاسة الزوجية والآفات والصراعات التي تؤدي إلى الطلاق قد تؤثر على كيان الأسرة وعلى التوازن العاطفي وينعكس ذلك بطريقة مباشرة على الأطفال في أسلوب معاملتهم وتربيتهم فيؤدي إلى اضطرابهم فضلا عن فقدهم الجو النفسي المناسب الذي ينمون فيه وبذلك تضطرب وظيفة رئيسية من الوظائف الأسرية.

❖ **الرعاية الأسرية للمسنين:**

وذلك بمحاولة السعي لإطالة حيوية الإنسان والاستمتاع بعمره والتهيؤ لدخول مرحلة الشيخوخة، بأقل قدر ممكن من الفقدان لطاقته، وتجنبا للمعاناة على مستوى التكيف، فالشيخوخة المصحوبة بالصحة الجيدة وبالأمن الاجتماعي والاقتصادي والنفسي لن تختلف كثيرا عن أي مرحلة أخرى من مراحل العمر المتقدمة، إلا أن كثيرا من الناس لا يتطلعون في حاضرهم إلى ذلك اليوم الذي سوف يدخل بهم إلى عالم المسنين ومن هنا كانت أهمية الرعاية والإرشاد والتوعية، وفي هذا الصدد يصبح الدور الذي تلعبه الخدمات الطبية المختلفة من وقاية وعلاج وتأهيل، الأثر الكبير في تجنب الإنسان لمضاعفات الشيخوخة ومشكلاتها. **(غانم محمد حسين: 2004: 342)**

7.2. العلاج المتمركز حول العميل:

المعروف بالعلاج المتمركز حول العميل لكارل روجرز، هو تلك الطريقة التي تعتمد على قطبين أساسيين معالج ومتعالج أو معالج وعميل يكون فيها العميل هو المركز أو البؤرة ومنها جاءت تسمية بالعلاج الممركز حول العميل، وتأتي من خلال إقامة علاقة عميقة تربط بين المعالج والمحتاج إلى المساعدة وعلى المعالج أن يكون قادرا على تقديم هذه المساعدة، وبمعنى آخر هي العلاج الغير موجه أو العلاج الموجه نحو الذات ويرى "كارل رزجرز" Karl rutgers لحدوث العلاج يجب أن تتوفر الشروط الآتي:

❖ علاقة شخص بشخص (إقامة علاقة) العميل المعالج إذ يساعد المعالج العميل على تفهم نفسه. وأكد "روجرز" على العلاقة المعقدة بين المعالج والعميل حيث يسودها الفهم والتعاطف والثقة المتبادلة، ويتعايش الخبرات القديمة والحاضرة والعلاقة العلاجية هذه تعتمد على ثلاث مواقف يجب توفرها في المعالج.

- ❖ أن يكون المعالج جادا في استجابته وصلته بالعميل.
- ❖ أن يكون متفهما ومتقدما عاطفيا حالة العميل.
- ❖ أن يكون مهتما بالعميل وما يتصل به دون تملك أو تعلق. **(زينب محمود:2002: 230)**

وكذلك تقوم العملية العلاجية المتمركزة حول العميل على أقطاب ثلاث:

- ❖ **العميل:** هو الشخصية الذي يتمركز حوله العلاج ولديه محتوى محدد في مفهوم الذات الخاص، ويدرك ويعي عدم التطابق بين الذات والخبرة وبين مفهوم الذات والذات المثالية، وبالتالي التهديد الناجم عن ذلك.
- ❖ **المعالج**: وهو الفرد الذي يقوم بالعملية العلاجية و يشترط فيه ما يلي:
- ❖ التوافق النفسي.
- ❖ لديه الشفافية والحساسية.
- ❖ متفاءل وبشوش دائما.
- ❖ التطابق بين مفهومه لذاته وخبراته وذاته المثالية.
- ❖ يهتم بإخلاص لحالة العميل.
- ❖ واسع الخبرة في علم النفس و مجالات الحياة كافة.
- ❖ عقد العلاج: وفيه يحاول كل من المعالج والعميل تحديد عقد العلاج أو الإنفاق وهو غير مكتوب يحددان فيه الموقف العلاجي وأبعاده ومسؤوليته كل منهما، وإعطاء أهمية للتقارير الذاتية للعميل كونه أفضل وسيلة لفهم سلوكه بنفسه ووجهة نظره وإمكاناته المرجعية. **(زينب محمود:2002: 233)**

1.7.2. أهداف العلاج المتمركز حول العميل:

- ❖ تحديد طاقة النمو داخل الفرد سواء كانت كاملة أو معاقة.
- ❖ الكشف عن المشاعر والدوافع المكبوتة التي تتمركز حولها المشكلة وكذلك الكشف عن الصراعات التي يعاني منها العميل .
- ❖ تنمية رغبة العميل على تقبل ذاته وتحقيقها.

- التركيز على المشاعر السلبية التي تصدر عن العميل، والتي قد تتحول نحو المعالج وبتشجيع العميل على مواجهتها بصراحة، قد يعترف العميل بأنها منحرفة وضارة ويجب التخلص منها.
- تكوين مفهوم ذات إيجابي للعميل.
- استثمار العميل بالذات وتوجيه قدراته في اتجاه صحيح.
- تدعيم ثقة العميل بذاته.**(زينب محمود:2002: 234)**

كما أن المعالج له دور رئيسي ومحوري في العملية العلاجية في هذه الطريقة العلاجية بتصميم المقابلة وفيها يشرح للعميل شروط الاتفاق أو العقد بينهما، ويوضح له أن العمل من أجل حل مشاكله مسؤوليته الشخصية. وأن معظم جهود المعالج تتركز حول توضيح مشاعر للمريض التي عبر عنها وليس من هدفه أن يصدر أحكاما أو يعلق عليها. كما يجب أن يوفر جو يشعر فيه العميل بقيمته الذاتية وقد أوضح "روجرز" أن هناك شروط ضرورية وكافية وهي الآتي:

- أن يكون الشخصان في اتصال نفسي.
- أن يكون في حالة إبداع وعدم مسايرة.
- المعالج الذي يكون في حالة مسايرة أو تكامل ضمن العلاقة.
- المعالج يشعر بتقدير موجب غير شرطي تجاه العميل.
- المعالج يعيش الإطار المرجعي الداخلي عند العميل ويحاول إيصال ما يخبره له.
- الترحيب بالعميل الذي يأتي بنفسه للعلاج وتشجيعه على الحديث بهدف وبث الثقة بنفسه.
- يجب الاعتماد على التوجيه العقلي للمريض.
- تحقيق علاقة جيدة مع العميل خالية من الروابط العاطفية ومن السيطرة والضغط.
- لا بد من توفر الحماسة والشعور بالمسؤولية لدى العميل.
- السماح للمريض أن يعبر عن مشاعره وعلى أن يقبل المعالج كل ما يقوله العميل.
- تحديد المشكلة وتعريف العميل بسهولة علاجها.
- البحث عن الأسباب الحقيقية التي أدت إلى حدوث المشكلة بالبحث في تاريخ حياة العميل وأسلوب تربية وخبراته التي مر بها. **(زينب محمود:2002: 234)**

❖ أن يعرف العميل خطة العلاج التي توضع له وبالاشتراك معه إن المعالج مسؤول عن صحة وموضوعية هذه الخطة وعلى العميل التنفيذ وترجمة هذه الخطة إلى سلوك، وكذلك أن يعرف العميل أن هدف هذه الخطة هو علاجه وتحقيق الصحة النفسية لديه.

❖ على المعالج الالتزام بحدود الموقف العلاجي بأن يضع المعالج حدود العطف مع العميل أي أن يكون العلاقة العلاجية علاقات بشرية وليست آلية. **(يوسف جمعة: 2012: 212)**

واستخدم "روجرز" طريقة تسجيل ما يدور من جلسات العلاج من أقوال وأفعال كي تساعده في تحليل العوامل المتفاعلة حتى تتاح الفرصة للعميل أن يجد من يشاركه في مشاعره ومشاكله مما يساعده على تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي للعميل والوصول به إلى مستوى أفضل من الصحة النفسية. وأن يكون المعالج كما ذكر سابق متوافقا مع ذاته لديه تطابق بين مفهومه عن ذاته وخبرته وذاته المثالية، وأن تكون لديه شفافية وحساسية، مخلص في مشاعره اتجاه العميل مستمع جيد قادر على إدارة المناقشة متفائل بعيد عن الوعظ والتفسير لما يصدر عن العميل فيستقبل ما يصدر من العميل من مشاعر وسلوكيات سلبية وواسع الخبرة. **(عبد الرحمن محمد: 2006: 60)**

8.2. العلاج الأسري:

هناك ثلاثة مبادئ يرتكز عليها العلاج الأسري هي:

❖ الحياة النفسية للفرد لا تقتصر على تفاعلات داخلية حيث يؤثر الفرد على من حوله ويتأثر منهم. ويشكل الفرد جزءًا من النظام لذلك من الضروري فهم النظام بكليته وبجميع أجزائه.

❖ تساهم التغيرات في مبنى العائلة بالتأثير على تصرفات ونفسية الفرد بداخلها.

❖ يصبح المعالج جزءًا من نظام الأسرة التي يعالجها. ووجوده يخلق نظامًا جديدًا يؤثر على أفراد العائلة.

يعد العلاج الأسري نوعًا من الاستشارة النفسية (العلاج النفسي) التي يمكن أن تساعد أفراد العائلة على تحسين التواصل وحل النزاعات. يُقدم العلاج الأسري عادةً طبيب نفسي أو

أخصائي اجتماعي سريري أو معالج مُرخص. غالبًا ما يكون العلاج الأسري قصير الأجل، ويمكن أن يتضمن جميع أفراد الأسرة، أو من يستطيع منهم المشاركة أو يرغب فيها.

والذي يعتمد على تحسين قدرات أفراد الأسرة على التكيف مع حالة المريض وتعريفهم بالمعانات والعبء الذي يقع على عاتق أفراد الأسرة التي يصاب أحد أفرادها باضطراب نفسي، ويظل المصاب يتلقى برامج لتعليم أفراد الأسرة لفهم وقبول طبيعة هذا الاضطراب وتوقع فقط الأمور الواقعية من جانب المصاب، والعمل على تحسين وسائل الاتصال بالمصاب، والتدريب على فن حل المشاكل، ولقد تبين أن مثل هذه المناهج تقلل نسبة انتكاسة المصاب وعودة الاضطراب، فقد كانت نسبة الانتكاس 50% لدى المرضى الذين لا يتلقون العلاج الأسري في مقابل 20 % لمن يتلقون مثل هذه البرامج وتزداد هذه النسبة ثانية من توقف العلاج، ولذلك يجب أن يكون العلاج مستمرا للمصاب وأسرته نظرا للطبيعة، الاضطراب وحدته وشدته. **(عبد الرحمن محمد: 20011: 175)**

قد يساعد العلاج الأسري على تحسين العلاقات المتكدرة مع شريكك، أو أطفالك، أو أفراد الأسرة الآخرين. قد تواجه بعض مشكلات بعينها، مثل مشكلات زوجية أو مالية، أو صراع بين الوالدين والأطفال، أو تأثير تعاطي المخدرات، أو المرض العقلي على الأسرة بأكملها.

قد تسعى عائلتك وراء العلاج الأسري جنبًا إلى جنب مع أنواع علاج الصحة العقلية الأخرى، خاصة إذا عانى أحدكم مرضًا عقليًا أو إدمانًا، الأمر الذي سيتطلب أيضًا علاجًا إضافيًا أو علاج تأهيلي. على سبيل المثال:

- ❖ قد يساعد العلاج الأسري أفراد العائلة على التأقلم إذا كان أحد الأقرباء يعاني مرضًا عقليًا، مثل الفصام، ولكن ينبغي على الشخص الذي يعاني الفصام الاستمرار في خطة علاجه الفردية والتي قد تتضمن أدوية، أو العلاج المتفرد، أو علاج آخر.
- ❖ في حالة الإدمان، قد تحضر العائلة العلاج الأسري بينما ينخرط الشخص الذي يعاني الإدمان في العلاج الداخلي بالمستشفى. قد تشارك العائلة في بعض الأحيان في العلاج الأسري حتى لو لم يسعَ الشخص المدمن وراء علاجه.

قد يكون العلاج الأسري مفيدًا في أي من مواقف أسرية تتسبب في توتر، أو حزن، أو غضب، أو نزاع. بالإضافة إلى تعلم مهارات التأقلم حتى تُقربكم أكثر لبعضكم البعض.

(https://www.mayoclinic.org)

1.8.2. أهداف العلاج الأسري: تختلف أهداف العلاج الأسري باختلاف المدارس والنظريات المستخدمة له، إلا أنه يمكن تلخيص أهم هذه الأهداف في الجوانب التالية:

- ✓ مساعدة أفراد الأسرة للوقوف مرة أخرى والنظر إلى خبراتهم وتجاربهم من منظور مختلف عن المنظور الذي كانوا يعتمدون عليه.
- ✓ تعزيز قدرات أفراد الأسرة واهتماماتهم لفهم ماذا يحدث داخل الأسرة.
- ✓ حث أفراد الأسرة لسؤال أنفسهم عن تصرفاتهم وسلوكياتهم وردود أفعالهم ومحاولة إقناعهم بأنهم جزء من المشكلة كما هم جزء من حلها.
- ✓ حث أفراد الأسرة على إحداث التغييرات التي تتطلبها عملية العلاج والذي يمكن أن يساهم في حل المشكلة وذلك من خلال التعليم والمساندة والتمرين والتدريب وغيرها من أساليب وتقنيات التدخل. **(عبد المنعم حنفي: 2005: 187)**

II. التوجه العلاجي التقليدي:

في مجتمعنا الجزائري يعاني الفرد من التغير الاجتماعي والثقافي وكثرة وسائل الإعلام والتناقض بين إتجاهي التنشئة التقليدية والحديثة ومن الإحباط والحرمان والانطواء والسلبية، والتي تتطور لتصبح مرضا نفسيا، يحتاج إلى متخصص لعلاجه وهي لا تقل خطورته عن الأمراض، والاضطرابات الجسمية. فيلجأ أغلبهم إلى الطرق التقليدية في العلاج، هذه الأخيرة لها مفاهيم فيها من الخرافة والمعتقدات دور كبير في تكوينها لدى الفرد.

وعليه فان العلاج يكون من جنس الاضطراب حيث إن "ارنينغ كوفمان"Arning kaufman و"اسلام ستروس" Islam Strauss يشددان على الجانب الثقافي الذي يرتبط ارتباطا كليا بالمعتقدات، فأحيانا نظهر المرض ونتحدث عنه، وأحيانا نخفيه، وجميع المجتمعات تضع حدا بين السوي والغير سوي، بين المرض والصحة وهي متغيرات قابلة للتحول حسب المكان،

الزمن والمجموعة الاجتماعية (إن لكل جماعة عرقية استجابتها الخاصة للاضطراب حسب ما هو موجود في مجتمعها ومن تم العلاج). وعليه فان الصحة والمرض هما معادلة معقدة للتفاعلات بين المكونات البيولوجية الفطرية وبين المعطيات الثقافية والاجتماعية المكتسبة.

1. الطب التقليدي:

هو حصيلة لمجمل المعارف والمهارات والممارسات القائمة على المعتقدات والخبرات المتأصلة في مختلف الثقافات، سواء كانت قابلة للشرح و التفسير أم لا.

كما يرى "فوستر" Foster أن الطب التقليدي هو مجموعة متنوعة من الخبرات والمعلومات الناجمة عن الملاحظة الفضولية للأنتروبولوجي الذي يجمع الوسائل والأساليب التي يستخدمها أعضاء المجتمع لعلاج مرضاهم.

وعرف "جيمس كيركيلاند" James Kirkkeland الطب التقليدي على أنه تلك المعتقدات والممارسات المرتبطة بالمرض، والتي تنتج عن تطور التشخيص الثقافي البعيد عن الإطار التصوري للطب الحديث.

ويرى "تسو ليبان" Tsu Liban أن الطرق البدائية تعيش جنبا إلى جنب الوسائل الحديثة، وكثير من الذين يسكنون في الأماكن الحضرية ما زالوا يعتقدون في الطب والمعالج التقليدي، أي أن الطب التقليدي كان الوسيلة الوحيدة للتداوي في الماضي بطرق وأنماط تعلموها واكتسبوها من والديهم وأجدادهم. **(محمد محمود: 2009: 78-79)**

فحسب لطفي الشربيني: التقاليد هي انتقال العادات أو المعلومات من جيل إلى آخر والوصفات التقليدية، والمعالجون التقليديون أو الشعبيون يستخدمون وسائل غير طبية في العلاج مثل الأعشاب والتعاويذ والإيحاء، وقد يشوب ممارستهم بعض الشعوذة لكنهم يحققون نتائج جيدة حين يمارسون وسائلهم العلاجية في ظل الإقبال الشعبي والمعتقدات الإيحائية نحوهم **(لطفي شربيني:2004: 335)**.

والطب الشعبي حسب منظمة الصحة العالمية في ملتقى لإستراتيجية منظمة الصحة العالمية في الطب التقليدي (2014-2023) والذي انعقد بمدينة نيودلهي بالهند بتاريخ: 12-14 فيفري 2013، حيث أكدت المديرة العامة للمنظمة الدكتورة "مارغريت تشان" Margaret Chan ، أن الطب التقليدي يستعمل على نطاق واسع حول العالم حيث أن الأدوية العشبية التي

أثبتت جودتها ومأمونيتها ونجاعتها تسهم في تحقيق ضمان حصول كل الناس على الرعاية اللازمة، وتعتبر المستحضرات العشبية والمعالجون التقليديون هم المصدر الرئيسي للرعاية الصحية. بل في بعض الأحيان المصدر الوحيد لأنها رعاية قريبة للبيوت ويمكن الحصول عليها بسهولة وهي غير مكلفة. وهي مقبولة ثقافيا، بالإضافة إلى أن الطب التقليدي فرض نفسه كطريقة من طرق التكيف مع الارتفاع والظهور الملفت لبعض الاضطرابات.

كما أن المنظمة العالمية للصحة تدعم الطب التقليدي في مختلف الدول الأعضاء عن طريق:

- ❖ تيسير إدماج الطب التقليدي في النظم الصحية.
- ❖ وضع دلائل إرشادية للطب التقليدي.
- ❖ تحفيز البحوث الإستراتيجية في الطب التقليدي.
- ❖ التوسط في نقل المعلومات الخاصة بالطب التقليدي ومختلف التقنيات والممارسات.

وبغية تحسين هذه الممارسات الطبية التقليدية وإعطائها مصداقية ونجاعة أكبر وجب وضع بنا للنوعية واعتماد تكوين لازم للممارسي، لازالت هذه المعارف والممارسات الخاصة بالطب التقليدي تتناقل شفهيا بين الممارسين خاصة في الأقاليم الإفريقية منذ أجيال عديدة. إن لدى العديد من البلدان أعرافا تقليدية متوارثة تخص شعوبها في مجال التداوي والاستشفاء من الاضطرابات ولهذه الأعراف جذورها في ثقافة هذه الشعوب وبعض هذه الأعراف والأشكال العلاجية في مجال الطب التقليدي تختلف من منطقة إلى أخرى ومن مجتمع إلى أخر، كالأيورفيدا في الهند والتي تركز أساسا على العناصر الأساسية الخمسة المكونة للكون، كما تؤكد على توازن الأخلاط الثلاثة:

- ❖ الهواء في الجو أي الريح.
- ❖ النار في الماء أي الصفراء.
- ❖ الماء في التراب أي البلغم.

بالإضافة إلى علاجات أخرى في المجتمعات الأسيوية نذكر منها:

- ❖ طب الطبائع البشرية (Anthroposophique)
- ❖ المعالجة اليدوية (Chiropratique)

- المداواة الطبيعية (Naturopathie)

كما توجد عدة علاجات تصنف ضمن التقليدية في مجتمعنا الجزائري وتختلف من منطقة الى أخرى نظرا للتنوع الجغرافي والثقافي وكذا منها المشروعة والغير مشروعة منها:

- الرقية.
- طب الأعشاب.
- زيارة الأضرحة والتبرك بها.
- زيارة الطلبة (الفقيه).
- زيارة المشعوذين والسحرة.

كما تدل الإحصائيات على تزايد الطلب على خدمات الطب التقليدي عبر العالم وفق لهذا التقرير، وذلك باللجوء إلى معالجي الطب اليدوي والطبيعي بزيادة تقدر بـ: 30% من الفترة الممتدة من: 1995 إلى 2005 أي بمعدل 750000 زيارة خلال فترة 15 يوما، وبين مسح اجري بالصين سنة 2009 أن عدد الزيارات الخاصة بالطب التقليدي بلغ 907 مليون شخص.وهو ما يشكل 18% من إجمالي الزيارات إلى الطبية إلى المؤسسات. وفي جمهورية لاو الشعبية يعيش 80 %من السكان في المناطق الريفية تضم 9113 قرية، في كل قرية ممارس أو ممارسين للطب التقليدي، وفي المملكة السعودية أجريت دراسة مؤخرا أظهرت أن كل فرد يدفع 560 دولارا مقابل خدمات الطب التقليدي، وفي الجزائر نلاحظ انتشارا واسعا وترويجا كبيرا للطب التقليدي في مختلف المجالات الصحية سواء النفسية أو الجسدية، وهذا بانتشار للقنوات التلفزيونية لعدة وكلاء في مجال الطب التقليدي وكذا المحلات لبيع المنتجات التقليدية، ودورات تكوينية في بعض العلاجات التقليدية (الرقية مثلا).

وتتباين أنماط استعمال الطب التقليدي بين مختلف الدول لعدة عوامل منها: (الثقافة، المجتمع، التاريخ...الخ) والتي يمكن أن نحددها فيما يلي:

- توافر استعمال الطب التقليدي في البلدان الآسيوية والإفريقية وتيسر الحصول على خدماته، وفي كل وقت وبأسعار في متناول الجميع، حيث أن نسبة المعالجين التقليديين مقارنة

بعدد السكان في الدول الإفريقية تقدر بمعالج واحد لـ 500 شخص أما الطب الرسمي فطبيب واحد لـ 40000 شخص. وهذا ما الأشخاص لطلب العلاج التقليدي بدل الرسمي.

- ❖ يعزى استعمال الطب التقليدي نظرا للمؤثرات الثقافية والاجتماعية وحتى التاريخية، حيث يعتبر هذا النظام الطبي عريقا وقديما.
- ❖ أصبح استعمال الطب التقليدي كمعالجة تكميلية خاصة في البلدان المتقدمة.

ورغم وجود أمور مشتركة وراء أسباب التي تدعو إلى استعمال الطب التقليدي رغم الاختلافات بين البلدان والمجتمعات، إلا أن الأفراد يتجهون إليه لاستيائهم من الخدمات المقدمة في الطب الرسمي، وكذا الوقاية من الأمراض التي يتم ربطها بالطب التقليدي.

2. العلاج التقليدي:

يمكن القول بأن العلاج التقليدي هو مجموع التفسيرات للأمراض النفسية وكذلك مجموع التقنيات العلاجية غير الناتجة عن الملاحظة العلمية بالمعنى الحديث. وهو النموذج العلاجي النابع من التجربة الشعبية العفوية، أي التجربة التي لا تعتمد على المنهج العلمي. لقد برزت المعرفة الشعبية بصفة عامة عبر التاريخ في كل مجالات الحياة كالصناعة، الزراعة، الصيد، البناء...الخ. فتم عن طريق هذه المعرفة اختراع تقنيات ووسائل متنوعة من أجل الاستعمال الصناعي والزراعي وللبناء والصيد.

ونحن بصدد تعريف العلاج التقليدي فإنه يجدر بنا أن نعرف المختص بهذا العلاج ألا وهو المعالج التقليدي. لقد قدمت المنظمة العالمية للصحة تعريفا عن المعالج التقليدي على أنه: "الشخصية المعترف بها من طرف الجماعة التي تعيش في وسطها، وذلك بكونها قادرة على تقديم علاجات صحية باستعمال مواد نباتية، حيوانية ومعدنية، وطرق مبنية على الأساس الاجتماعي-الثقافي والديني، وعلى المعلومات، السلوكات والمعتقدات المتعلقة بالراحة الجسمانية، العقلية والاجتماعية، وكذلك بعلم أسباب الأمراض والعجز الصحي الظاهر داخل الجماعة" **(سيدي عابد ،2009 : 73).**

نلاحظ من خلال هذا التعريف أنه يشمل الأمراض الجسمية والعقلية والاجتماعية، أي كل الأمراض التي تمس توازن الإنسان. ولهذا يظهر أن العلاج النفسي التقليدي يشمل مجموع التفسيرات والطرق الشعبية التي يكون غرضها العلاج النفسي، أي التقليل من حدة الظواهر النفسية المرضية، كالقلق والخوف وما إلى ذلك من الاضطرابات.

يمكن اعتبار العلاجات التقليدية كمجموعة من الممارسات العلاجية تعتمد على الأشكال الرمزية الدينية والسحرية، المرتبطة بالاعتقادات والتصورات الثقافية الخاصة بالمرض والمعاناة الألم. **(حاج بن علو: 2012: 19)**

3. خصائص العلاج التقليدي:

إن من الخصائص الهامة للعلاج التقليدي هو كونه يستعمل المعطيات الثقافية التقليدية أو الشعبية في ممارسته للعلاج، وذلك عن طريق العلاقة الوثيقة والناجحة التي تقام عادة بين المعالج التقليدي والمريض. يظهر أن سبب "فعالية" هذا النموذج العلاجي التقليدي يرجع أساسا إلى العامل الثقافي. إنه العامل الذي يجعل كل من المرضى والمعالج يتحركون في وسط اعتقادي، تصوري وخيالي، ومعتمدين في ذلك على بعض المحرضات والمنبهات المختلفة كالنباتات، الرقص، التطهر، التعويذات والحجامات وغيرها من الوسائل. يظهر أن استعداد المريض والثقة التي يضعها في المعالج التقليدي، ومشاركة المريض في الطقوس المقترحة عليه مشاركة فعالة، إذ يلاحظ في معظم الحالات أن المريض بفعل تقديسه لشخصية المعالج يُسلم نفسه كلية لهذا الأخير. يبدو أن مشاركة المريض لكل ما يجري أثناء الحصة العلاجية هي القاعدة الجوهرية لكل النماذج العلاجية التقليدية، بل وحتى النماذج العلاجية الحديثة، والتي نسميها عملية التفاعل.ويمكن لهذه العلاجات أن تكون فعالة حين نعتقد في فعاليتها. كما تعتبر أداة تعويض، عندما تلجأ إليها الجماعة في حالة الشدة. **(Riadh Ben Rejeb, 2003, 72)**.

إن الثقافة التقليدية هي إذن المحرك الأساسي لسيرورة العلاج التقليدي، وفي نجاعته في حالات الاضطراب النفسي. "فالصحة متعلقة إلى حد بعيد بقدرة الإنسان على العيش في دائرة تتوسط الحلم والحقيقة، وهي الدائرة التي نسميها الحياة الثقافية.

(Journet nicolas : 2002 :189)

إن دور هذه الثقافة بالنسبة للعلاج يتمثل في هيكلة التصور العام الذي يُحمس الفرد لإتباعه، ثم في تنظيم الطقوس المعروفة. فعند انتهاء هذه الطقوس عند الضريح مثلا يشعر الزائر بعدها بالراحة والطمأنينة والخفة في حدة الأعراض التي يعاني منها، فإن نفس الشيء لوحظ بالنسبة لطقوس "الفودو" الشهيرة المتبعة في هايتي، إذ أن "العلامات المرضية تزول حسب العادة عند انتهاء الطقس، وسيناريو هذا الطقس هو مخطط من طرف الثقافة". يبدو أن العلاج التقليدي يوظف هذه الدائرة الثقافية أحسن توظيف ليصل في نهاية الأمر إلى الأغراض العلاجية المرجوة والمتمثلة في استرجاع التوازن النفسي للمصابين والحد من لاضطرابات التي يعانون منها.

وبالتالي يمكن تلخيص خصائص العلاج التقليدي كما يلي:

- ❖ توظيف المعطيات الثقافية التقليدية من مفاهيم وطقوس من أجل العلاج.
- ❖ استعداد المريض وثقته الكاملة في المعالج.
- ❖ الطابع السحري والديني لهذا العلاج والذي يظهر على مستوى التفاسير المقدمة حول المرض والعلاج، ثم على مستوى اعتقاد المريض الذي يرى أن المعالج له قدرة خارقة على العلاج. **(سيدي عابد: 2017: 109)**

4. الاتجاهات العلاجية التقليدية للاضطرابات النفسية:

إن مختلف الطرق العلاجية التقليدية غير علمية لأنها غير مستمدة من النظريات التي تعتمد أساسا على الملاحظة العلمية والتجريب. فهو يعتبر توجه علاجي قديم قدم الإنساني.**(Barande robert : 1966 : 5)**

فالعلاج التقليدي يشمل جميع المحاولات التلقائية الموجودة في مختلف المجتمعات، سواء البدائية أو المعاصرة، والتي يكون غرضها الأساسي العلاج النفسي المتمثل بصفة ملموسة في الحد من التوتر النفسي، ولهذا أكد بعض علماء النفس أنه "لا يوجد أي ثقافة بدون نظام علاجي نفسي تقليدي معقد وفي كثير من الأحيان فعال. **(Nathan tobie : 1986 : 122)**

ويجب التمييز بين مختلف مظاهر المعالجة النفسية لأنها كثيرة وتختلف من مجتمع الى آخر ومن ثقافة إلى أخرى، والتي يطلق عليها اسم "البدائية" في عدة طرق نأخذ منها المتداولة في مجتمعنا وهي

- الطقوس العلاجية.
- لإقرارات الدينية.
- التعزيم.
- السحر. **(Boucebci mahfoud:1984 : 16)**

وهذه الأساليب والطرق العلاجية، ترتبط ارتباطا كبيرا بطبيعة التصور السائد عن أسباب المرض للدرجة التي يمكن معها تصنيف أساليب العلاج وفقا لتصورات الشعوب المختلفة لأسباب المرض والمرتبط بالثقافة المحلية السائدة، ولما كان السحر الضار والأرواح الشريرة يعتبران أحد العوامل الثقافية المسببة للمرض لذا يتحتم أن يتم العلاج بوسائل سحرية من نفس طبيعة ونوعية أسباب المرض. فمن جنس السبب يكون العلاج **(شناوي محمد: 1997: 363).**

كما انه في مجتمعنا وبيئتنا تنتشر مجموعة من الممارسات التي تصنف ضمن الطب التقليدي من خلالها يبحث الأفراد عن العلاج نذكر منها ما يلي:

1.4. زيارة الأضرحة:

وهم عبارة عن أماكن مقدسة لبعض الأولياء الصالحين والذين ينتشرون عبر كامل التراب الوطني، ويقصدهم الناس من أجل قضاء حوائجهم. **(صولة فيروز: 2013: 137)** وفي بحثنا هذا وجدنا أن زيارة هذه الأضرحة يكون لطلب شفاء المرضى وتلبية رغباتهم، ومن أكثر الاضطرابات التي يلجا إليها المرضى من أجل طلب الشفاء الاضطرابات النفسية والعصبية، العقم، وحتى الأمراض العضوية...الخ ونذكر من الأضرحة التي وجدنا فيها الحالات القاصدة لهذا النوع من العلاج: ضريح سيدي المجذوب، ضريح سيدي منصور، ضريح سيدي بن شاعة، ضريح الكاف لصفر، ضريح سيدي عفيف، حيث يقومون ببعض الطقوس كالإطعام، ذبح الدجاج، وتعليق بعض الأقمشة ذو ألوان معينة.

2.4. الوعدة أو الزردة:

وهي ممارسات وطقوس وشعائر ارتبطت بإبعاد الأرواح الشريرة عن الفرد المصاب بالاضطراب، حيث تتطلب حالتهم المرضية العلاج من هذه الخوارق التي التصقت بالمريض، حيث يتم علاجهم عن طريق إقامة حفلات وبعض الطقوس **(صولة فيروز: 2013: 137)** نذكر منها: الحفلات التي كانت تقام بمدينة مستغانم في الحي العريق تجديت أين يحضر ما يسمون بالعيساوة والتي تعتمد أساسا على الرقص والموسيقى، والطقوس العيساوية تعتمد على الجذبة كمكون أساسي وهي تشبه الشطحات الصوفية ويتم فيها المنادات على الأولياء وشيوخ الطائفة المتوفين وفي أغلب الأحيان تكون إغماءات من طرف النساء وحتى الرجال وهم في اغلبهم يعانون من مشاكل نفسية أو اجتماعية. ويتوجب إحضار معزة تقدم كقربان لتلك الأرواح، تأخذ المعزة خلال مرحلة من الطقوس لتقذف في السماء من طرف أعضاء فرقة عيساوة ويتم تفريق أطرافها وهي طائرة وأراقت دمائها دون سكين فقط عن طريق الجر والشد ويشرب البعض من دماءها خلال الحضرة.

3.4. التداوي بالأعشاب:

يعتبر التداوي بالأعشاب من أقدم أنواع الطب التقليدي وأكثره شيوعا. حيث قدرت منظمة الصحة العالمية أن الأعشاب الطبية هي الأدوية الأولية لحوالي ثلثي سكان العالم، ويساند انتشار هذا الطب التجربة والمعرفة العلمية بخصائص النباتات وفوائدها وقدراتها العلاجية.

ومن المتعارف عليه أن الأعشاب الطبية تحتوي على مواد فعالة، لان معظمها يستخدم في الصناعات الدوائية، لذلك يجب استخدامها وفق قواعد وضوابط محددة مع مراعاة الآثار الجانبية التي قد تؤدي إليها.مع احترام الجرعات وعدم خلطها وعلى العموم، فما ينطبق على الأدوية من مراعاة في طريقة استعمالها ووصفها يجب أن ينطبق كذلك على النباتات الطبية. مثلا: التوقيت الزمني، فترات تناولها وكذا الجرعات.

4.4. زيارة الطلبة:

وهو شخص عارف بالأمور الغيبية وكل ما يتعلق بالجانب الميتافيزيقي والغيبي، كما أنه يملك علما بالأمور السحرية وكل ما يتعلق بطرد الأرواح الشريرة وفك السحر، وكل طالب متخصص في علاج نوع معين من الاضطرابات فمنهم من يعالج الصبيان الصغار من مختلف الاضطرابات التي تصيبهم (كالخاوة، المومنين، الليل...الخ). والطالب يختلف عن الساحر في الوسائل التي يستعملها، حيث أن الساحر يستعمل إفرازات بشرية أو حيوانية، السم والمياه الوسخة". وغالبا ما يتم التمييز في ممارسة الساحر والطالب، فالطالب يندرج تحته المعالجون ذوي البركة المتوارثة من الأب إلى الابن. بالإضافة إلى أن السحر الهدف منه إلحاق الأذى بالآخرين والتفريق بين الناس، والطالب يمتنع عن إلحاق الشر بالآخرين، كما أن الطالب يستعمل طرقا لا تؤثر ولا تمس إلا المظهر الخارجي للجسد: كالرش بالماء المبارك، والتبخير بأعشاب أو معادن (كالشب والحُلبة والملح، الحنتيت). **(أميرة منصور: 1999: 18)**

والطالب يقوم بكتابة التميمة هي ما نطلق عليها "الحرز" أو "الحجاب" وهي: "وهي عبارة عن كتابات فيها طلاسم وجداول تمزج صيغا دينية بحواشي باطنية بمقابل مادي بسيط" وحسب "بول باسكون" Paul Bascon قليل من الناس من يعيش دون حماية التمائم، فحيثما توجهت وسط الشعب ترى صغار الأطفال والنساء الحوامل والمرضى والأشخاص المشوهين أو المعوقين يعلقون بأعناقهم جرابات ضئيلة الحجم تتضمن بعض الطلاسم الواقية. كما ترى أصحاب السيارات يعلقون سبحات أو علامات نذرية في المرآة الارتدادية لداخل السيارة، وأصحاب الشاحنات يعنون بحماية عرباتهم، من الأمام و الخلف، عن طريق كتابة بعض الصيغ الدينية ورسم اليد التي يقال أنها تبعد العين، بل إن الحيوانات ذاتها (الأمهار والأبقار)، وحتى المنازل تحمل تمائمها وحيثما يكون الخطر واقعيا وذا احتمالية عالية. إذا نجمت المصيبة عن ممارسات طائشة، عن أخطاء في التقدير وعن طرق غير ملائمة، جرى الإيحاء كذلك بأنها لم تنتج عن الصدفة، بل عن فعل القوى الخفية، والشيطانية التي ينبغي التوسل إليها بطرق تحمل نفس الطابع. وأمام هذه التمائم لا يبقى لقوى الشر أي مفعول فهي تمتلئ رعبا و تتراجع عاجزة". إن الذين يقومون بتحرير هذه التمائم ورسمها، كما سبق، هم "الطلبة" أو "الفقهاء"،

لذلك فإن هذا الانتماء الديني يضع هؤلاء في منأى عن كل شبهة وثنية. **(سيدي عابد ،2009 : 116-117).**

5.4. الرقية:

لقد ظهرت مؤخرا وعلى مستوى واسع من القطر الجزائري ظاهرة العلاج "بالرقية الشرعية"، وهي قراءة القرآن على المريض المسحور أو الذي به مس من جن، يقوم بذلك أفراد يحفظون القرآن أو بعض آياته، يقرؤونها على المرض حتى إذا ما أصيب بالصرع آنذاك يكلمون الجن الساكن فيه إذا ما كان به مس من جن.

وقد حلت هذه الظاهرة محل تعليق التمائم التي كان يكتبها "الطلبة". وهم يلجؤون إليها بعد أن يفشل الطب وبخاصة في حالة الأمراض النفسية والعقلية. **(سيدي عابد ،2009 : 113)**

والرقية كما يعرفها عامة الناس هي العلاج بالقران الكريم والأدعية النبوية من خلال قراءتها على المريض لإبعاد أثار العين والسم والآلام الجسمية الغير معروف سببه وكذا الهم والغم والحزن. فهي عبارة عن مجموعة من الآيات والسور القرآنية والأدعية الشرعية، والتي ثبتت صحتها وورودها في القرآن الكريم والسنة النبوية، والعلاج بالرقية الشرعية من أهم وأفضل أنواع العلاجات المتبعة في شفاء الكثير من الاضطرابات، وهي منتشرة بكثرة في العالم العربي والإسلامي ومجتمعنا الجزائري وهذا ما لحظناه خلال زيارة بعض المعالجين التقليديين وكذا الطرق التقليدية العلاجية المنتشرة على مستوى ولاية مستغانم ودائرة سيدي علي والتي يقصدها الكثير من الناس باختلاف جنسهم ومستوياتهم الثقافية والاقتصادية وحتى الاجتماعية.

وكانت الرقية مرتبطة كل الارتباط بالأعمال السحرية والشعوذة والذجل ومناجاة الأرواح والشياطين، وتقديم القرابين للآلهة. حيث مارسها العرب قبل الإسلام بالسحر والشعوذة والطقوس الدينية الغريبة وعبادة الأصنام وتقديم القرابين طلبا للشفاء.**(بوادي فاطيمة: 2015: 12)**

وكما ذكرنا سابقا من أصل السبب يأتي العلاج فبما أن هناك اضطرابات لها أسباب خفية ليست للمشاهدة الحسية نصيب في معرفتها بالطرق العلمية إلا أن أثارها ظاهرة وواقعية، وتبقى الرقية هي الملاذ الوحيد لكثير من الناس الذي يعانون من اضطرابات نفسية، ويعتمد الراقي

على الخطوات التالية في عملية العلاج، وأولى خطواتها الحمد والثناء على الله سبحانه وتعالى، بذكر أسمائه، وصفاته، والاستعاذة من الشيطان الرجيم. يجب على الراقي أن يقوم بقراءة الآيات القرآنية المخصصة للرقية الشرعية وهي:

- ❖ سورة الفاتحة، وأول سورة البقرة وآخرها، وآية الكرسي، وآخر آيتين من آل عمران، وسورة الإخلاص وسورة الكافرون، والمعوذتين، ويشترط عند القراءة أن يكون الصوت عال ومسموع للشخص المرقي، ويجب القراءة بتمعن و تدبر وخشوع.
- ❖ يمكن الاستعانة ببعض الأدعية التي وردت في السنة النبوية الشريفة، والعمل على قرأتها مع آيات القرآن الكريم، ومن هذه الأدعية: "اللهم أنت ربي لا إله إلا أنت عليك توكلت وأنت رب العرش العظيم، ما شاء الله كان وما لم يكن، ولا حول ولا قوة إلا بالله، أعلم أن الله على كل شيء قدير، وأن الله قد أحاط بكل شيء علما، وأحصى كل شيء عددا، اللهم إني أعوذ بك منه شر نفسي، وشر الشيطان وشركه، ومن شر كل دابة أنت آخذ بناصيتها، إن ربي على صراط مستقيم"**(https://weziwezi.com)**.

"باسم الله أرقيك من كل شيء يؤذيك من شر كل نفس، أو عين حاسد، والله يشفيك، وباسم الله أرقيك". بعد انتهاء الراقي من قراءة الآيات القرآنية والأدعية النبوية، يقوم الراقي بمسح رأس المريض و مسح جميع جسده، و بعد ذلك يقوم بالنفخ في يديه و مسح رأس المريض و جسده". **. (https://weziwezi.com)**

كما لاحظنا بعض الطرق الجديدة في الرقية خاصة في مدينة الصور التابعة إداريا لدائرة عين تادلس أين يوجد راقي يستعمل الأجهزة السمعية البصرية (مكبر الصوت، ميكروفون، مضخم الصوت).

III. علاقة التوجه العلاجي بالمعتقدات الثقافية.

1. المعتقدات الثقافية المؤثرة في اختيار التوجه العلاجي:

بالرجوع إلى قضية الصحة والمرض وعلاقتها بثقافة المجتمع، واعتقاد الناس من خلالها على أنها ظواهر علمية مشتركة. ولكن بعد الدراسات تبين أنه توجد علاقة وثيقة بين الممارسات الطبية والمعتقدات خاصة عند الشعوب الأمية أو دول العالم الثالث بالخصوص، فالباحث "ريفرز" Rifers قد قام بدراسة حول (الطب، السحر، الدين) وركز من خلالها على الممارسات الطبية والعلاجية كنسق ثقافي ذلك إن للمعتقدات الثقافية والطقوس والرموز أثر كبير على الحالة الصحية للفرد، فبدافع المعتقد يفضل المريض العلاج التقليدي بدلا من الذهاب إلى العلاج الطبي الرسمي. فهناك علاقة جد قوية بين الأطر الثقافية والجوانب الصحية، فالنمط الثقافي داخل أي بيئة هو المسؤول عن تصورات المرض والعلاج ومن هنا لا يمكن إهمال الجانب الثقافي أو العوامل الثقافية في تفسير المرض وحتى طريقة العلاج. **(مختار رحاب: 2014: 173)**

ترتبط أساليب ووسائل علاج مختلف الاضطرابات بطبيعة التصور السائد عن أسباب الاضطراب التي يمكن معها تصنيف أساليب العلاج وفقا لتصوراتهم المختلفة عن أسباب الاضطرابات والمرتبطة أساسا بالثقافة المحلية، ولما كان السحر الضار والأرواح الشريرة يعتبران أحد العوامل الثقافية المسببة للمرض،فان العلاج يكون بالطرق السحرية.

كما أكدت العديد من الدراسات التي عنيت بموضوع الاختيار العلاجي بين التقليدي المرتبط بالنسق الثقافي السائد في المجتمع، وبين العلاج الرسمي الحديث. إلى أن هناك معتقدات ثقافية مسؤولة عن هذا الاستمرار ووجود أنساق الطب التقليدي بجانب أنساق الطب الحديث وأنه متلازم. وفي دراسة للباحثة "سكوت" Scott عن المعتقدات الثقافية المسؤولة عن الاختيار العلاجي بين التقليدي والحديث، أشارت إلى وجود بعض المعتقدات الثقافية المحددة لاختيار السكان المحليين لأنماط العلاج سواء التقليدي أو الحديث نذكر منها:

- ❖ عدم اقتناع هذه الفئة بجدوى وفاعلية العلاج الطبي الحديث لوجود اختلافات كبيرة بين الثقافة الغربية الحديثة والثقافة المحلية.
- ❖ فئة من السكان تفضل العلاج الحديث لارتفاع المستوى التعليمي والمادي لها، وأنه يحقق نتائج أسرع وأكثر فاعلية (سرعة الشفاء، يعتمد على التقنيات والوسائل الحديثة في التشخيص...الخ).
- ❖ كما أنه توجد فئة من السكان تدمج بين العلاج الرسمي الحديث والتقليدي، نتيجة احتكاك هذه الفئة بالمجتمع الغربي.**(محمد الجوهري: 1980: 220)**

ويري "أريسماس " Arismas في دراسته لإحدى الجماعات المحلية بالإكوادور أن أعضاء الثقافة المحلية يفضلون استخدام النسقين معا (الحديث والتقليدي)، فهم يترددون على كل من الأطباء الأكاديميين والمعالجين التقليديين، ومن هنا نجد أن انتشار معتقدات الطب المحلي لم تمنعهم من استيعاب الطب الحديث.

وعلى خلاف ذلك يرى "ليبان" Lieban أن نوع الاضطراب يعتبر عاملا مهما في اختيار نوع العلاج بين النسق التقليدي والحديث، حيث يسود اعتقاد في العديد من المجتمعات التقليدية بان هنالك نوعية من الاضطرابات التي يلائمها العلاج التقليدي فقط، ونوعية أخرى من الاضطرابات يلائمها العلاج الطبي الحديث.**(عباس فيصل: 1994: 160)**

حيث فسر العديدين قبل التطور العلمي في المجال النفسي على أن هذه الاضطرابات ما هي إلا أرواح تسكن الإنسان المريض أو جن ما يلبسه أو عمل تم تنفيذ لإعاقة حياته، وقد آمنت العديد من المجتمعات منذ القدم حتى يومنا هذا بهذه المعتقدات، وعملت على التعامل مع المريض النفسي على هذا الأساس. وقد لجئت العديد من المجتمعات إلى الطرق الشعبية للتعامل مع المريض النفسي، وهي اللجوء إلى أشخاص محليين في المعظم غير متعلمين يدعون علاقتهم بالدين وأن لديهم علاقات مع هذه الأرواح والجن ويستطيعون طردها، وقد انتشرت هذه المعتقدات في المجتمع الجزائري كما غيرها من المناطق العربية، خاصة في ظل ذكر الجن في القران الكريم، الذي ساعد الطلبة والمشعوذين على استخدام ادعاء علاقتهم بالدين لعلاج المرضى النفسيين وادعاء قدرتهم على التعامل مع المشاكل الاجتماعية ومشاكل الأزواج

وعدم التوفيق في الحياة المهنية .وقد استمرت هذه التفسيرات وتناقلت حتى يومنا هذا، وتزايدت في ظل التراجع الاقتصادي والسياسي الذي أثر على الوضع الاجتماعي للأفراد والمجتمعات، وتزايد شعور إفراد المجتمع بالإحباط ورغبتهم لإيجاد تفسيرات خارقة تفوق طاقتهم وإمكانياتهم واستخدامها كتفسيرات لحدوث هذه المشاكل، الأمر الذي لا يستدعي منهم أي تغيير في نمط الحياة أو أي جهد بل يستدعي تدخل خارجي لإيقاف التأثير الخارق وبالتالي يؤكد حالة والعجز التي يعيشونها. **(عباس فيصل: 1994: 161)**

ما يؤكد هذا التفسير هو وجود هذه الظاهرة أي اللجوء لتفسيرات خارقة تعالج عن طريق الطلبة والمشعوذين بشكل أساسي في دول العالم التي تعاني من الأزمات الاقتصادية والسياسية والتي تعاني حالة من الجمود والركود بل التراجع على المستوى الاجتماعي، وتزيد الوصمة في حكمها وتنصيفها للإفراد.

2. المحددات الفاصلة في التوجه العلاجي:

- ❖ حين يجهل المصدر الحقيقي لحزنه ومعاناته يعتقد انه مصاب باضطراب يستحيل الشفاء منه، مما يجعله يفسر ذلك على ما يحمله من مخزون ثقافي في ظل عجز العلاج الرسمي الذي يكون قد تلقاه ولم يحصل الشفاء.

إذ أثبتت الفحوص والتحاليل وكل البروتوكولات الطبية خلوه من أي مرض عضوي، ولم يعط العلاج الطبي أو النفسي نتائجه.

- ❖ وجود إيحاءات مادية ترمز للسحر، المس،...الخ.
- ❖ الإيحاءات المعنوية كالتهديد والتوعد بأعمال السحر.
- ❖ المحيط الذي يعيش فيه الفرد حيث يكون مشبعا بهذه التفسيرات والتأويلات وخاصة الذين كانوا قد عانوا من نفس المشكلة.
- ❖ التنشئة الاجتماعية ومختلف السلوكات التي نكتسبها من خلالها.

الأعراض التي قد تظهر على المصاب كالنفور من بيته، تأخر الزواج، تعطل الزواج، اضطراب العلاقة الزوجية...الخ، فهنا المصاب يبني تفسيراته على الأسباب الغيبية. **(معصومة سهيل: 2005: 208)**

خلاصة الفصل:

انطلاقا مما سبق، يمكن القول أن الطب التقليدي والطب الحديث يمثلان طرفين مهمين في معادلة الصحة والمرض، فلكل منهما أسلوبه العلاجي وطرائقه التي يرتكز عليها ويتبعها في علاج الأمراض.

فالعملية العلاجية تتم اعتمادا على مجموعة من الأبعاد منها الميتافيزيقية الغيبية، الفيزيولوجية، والنسقية الاجتماعية، وهذا حسب كل نموذج ثقافي يحمله الفرد في وعائه التفاعلي ومن خلال هذا النموذج ووفق لعدة اعتبارات منها التفسيرات المختلفة لأسباب الاضطرابات يتم اختيار العلاج.

وحتى نصل إلى علاج فعال لهذه الاضطرابات يجب أن يكون هنالك تكامل بين ما هو حديث وما هو تقليدي وعدم إهمال الجانب الثقافي والاجتماعي للأفراد، والأخذ بعين الاعتبار معتقدات الثقافية، الدينية والروحية وقيمهم الاجتماعية والثقافية.

الفصـــل الخامس: الإجراءات المنـهجية للدراسة التطبيقية

تمهيد.

I. الدراسة الاستطلاعية:

1. الدراسة الاستطلاعية.
2. مجال الدراسة.
3. أدوات الدراسة الاستطلاعية.
4. قياس صدق المحتوى (تقديم الاستمارة للمحكمين).
5. نتائج تقديرات المحكمين.
6. قياس ثباث الاستمارة.
7. الثبات الكلي لأبعاد الاستمارة.
8. المعالجة الإحصائية للدراسة الاستطلاعية.
9. نتائج الدراسة الاستطلاعية.

II. الدراسة العيادية:

1. مكان الدراسة.
2. مدة الدراسة.
3. مواصفات العينة المدروسة.
4. المنهج المتبع.
5. أدوات الدراسة الأساسية.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

يعد البحث الميداني في مجال دراسة موضوع الصحة والمرض، من خلال موضوعنا والمتمثل في وظيفة المعتقدات الثقافية في عملية التوجه العلاجي من أصعب مجالات البحث خاصة في جانبه الميداني، لذلك تطلب منا أن نقوم بدراسة استطلاعية من اجل الإحاطة بأبعاد المشكلة المراد دراستها، والتي ساعدتنا في بناء الأداة الرئيسية للبحث العلمي، والتعرف على أفراد العينة (خصائص عينة الدراسة)، والإطلاع على كل ما كتب حول الموضوع من دراسات سابقة وما توفر من مراجع ومصادر، وبهذا اعتبرنا الدراسة الاستطلاعية المرحلة التحضيرية للدراسة الأساسية. فهي خطوة منهجية غاية في الأهمية، نهدف من ورائها إلى الوقوف على بعض الأخطاء والهفوات التي قد تؤثر على مصداقية وموضوعية الدراسة ونتائجها، ثم ضبطها، فعزلها وقت إجراء الدراسة الأساسية.

I. الدراسة الاستطلاعية:

تلعب الدراسة الاستطلاعية دورا هاما في تحديد موضوع البحث، وأساليب التعامل مع الإشكال المطروح فيه، والتأكد من مدى صلاحية الأداة المستعملة فيه، إذ تشكل هذه المرحلة من البحث مرحلة تجريب الدراسة بقصد استطلاع إمكانيات التنفيذ، وبقصد اختبار مدى سلامة الأدوات المستخدمة في البحث.

ويمكن اعتبار هذه الدراسة صورة مصغرة للبحث، تستهدف اكتشاف الطريق واستطلاع معالمه أمام الباحث، قبل أن يبدأ التطبيق الكامل للخطوات التنفيذية. بداية الشروع في إنجاز هذا البحث، تطلب منا القيام بعدة زيارات ميدانية استطلاعية للمؤسسات الصحية بولاية مستغانم ودائرة سيدي علي قصد التحديد الدقيق لمتغيرات البحث وكذا:

- ❖ التعرف على ميدان إجراء الدراسة الأساسية، والحصول على المعطيات الأولية الميدانية.
- ❖ تمكيننا من أخذ صورة واقعية على العوامل التي تؤثر على موضوع الدراسة.
- ❖ ضبط أداة البحث والتأكد من صدقها وثباتها.
- ❖ اختيار العينة حتى تكون ممثلة للمجتمع الأصلي.

- ❖ إبراز أهمية الدراسة من خلال التعرف على مختلف أراء و وجهات نظر المبحوثين حول الظاهرة المراد دراستها.
- ❖ اكتشاف مختلف الصعوبات من أجل التحكم فيها لاحقا أثناء القيام بالدراسة الأساسية للبحث.
- ❖ معرفة ما إذا كانت الاستمارة واضحة ومفهومة لدى أفراد العينة.

2. مجال الدراسة:

1.2. المجال المكاني للدراسة الاستطلاعية:

تمت الدراسة في ولاية مستغانم بمستشفى الأمراض العقلية بتيجديت، المؤسسة الاستشفائية بسيدي علي، المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي علي.

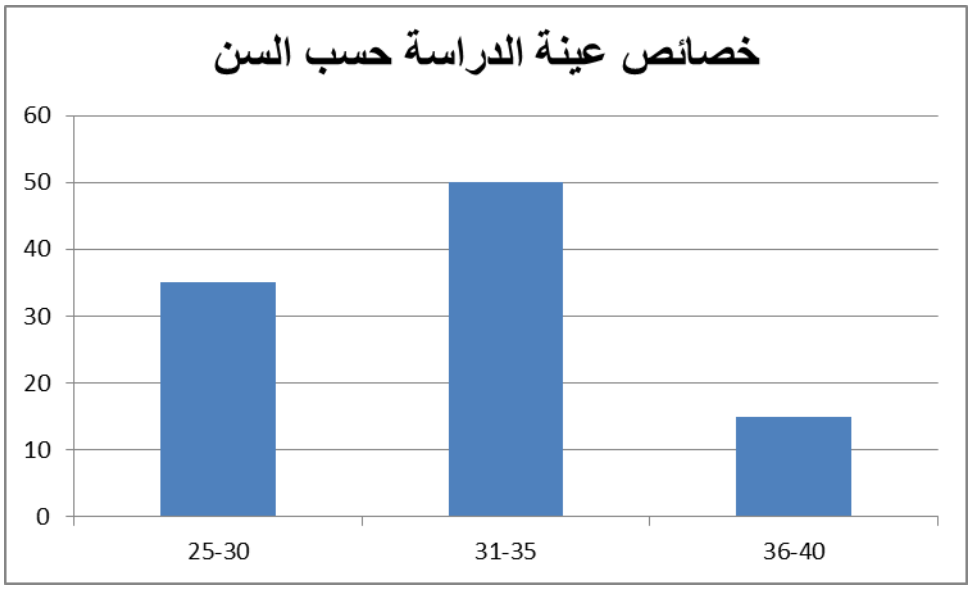
2.2. المجال البشري للدراسة الاستطلاعية:

فيما يخص هذا المجال فقد كانت العينة مكونة من 100 حالة لراشدين ذكور وإناث يعانون من اضطرابات نفسية (عصابات)، تم اكتشافهم من خلال المقابلات مع الطاقم الطبي وكذا عائلاتهم على مستوى المؤسسات الاستشفائية.

1.2.2. خصائص العينة من حيث السن:

الجدول رقم 01: "خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية حسب السن"

السن	العدد	النسبة المئوية
30-25	35	%35
35-31	50	%50
40-36	15	%15



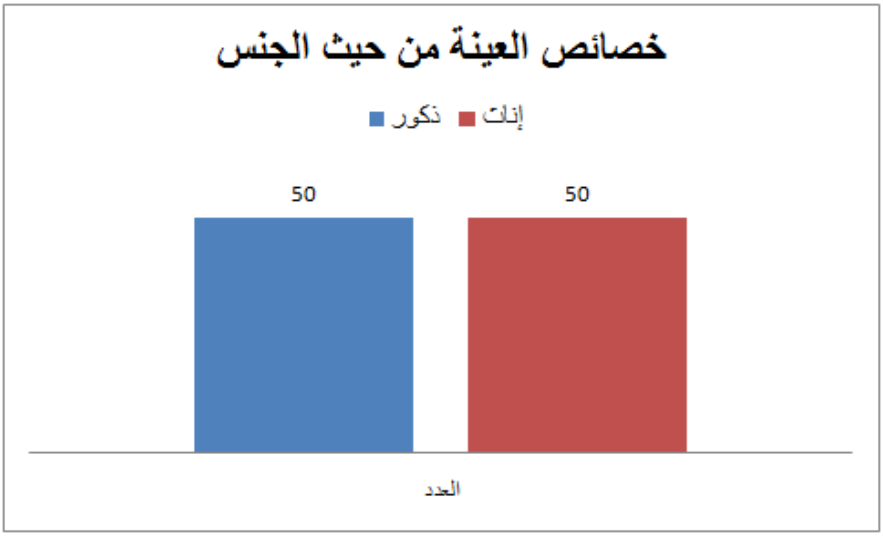
الشكل رقم 01: "خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية حسب السن"

حيث نلاحظ من خلال الجدول أن سن أفراد العينة تتراوح بين 25 سنة الى 40 سنة بفارق عمري قدره 05 سنوات.

2.2.2. خصائص العينة من حيث الجنس:

الجدول رقم 02: "خصائص العينة الاستطلاعية حسب الجنس"

الجنس	العدد	النسبة المئوية
ذكور	50	%50
إناث	50	%50



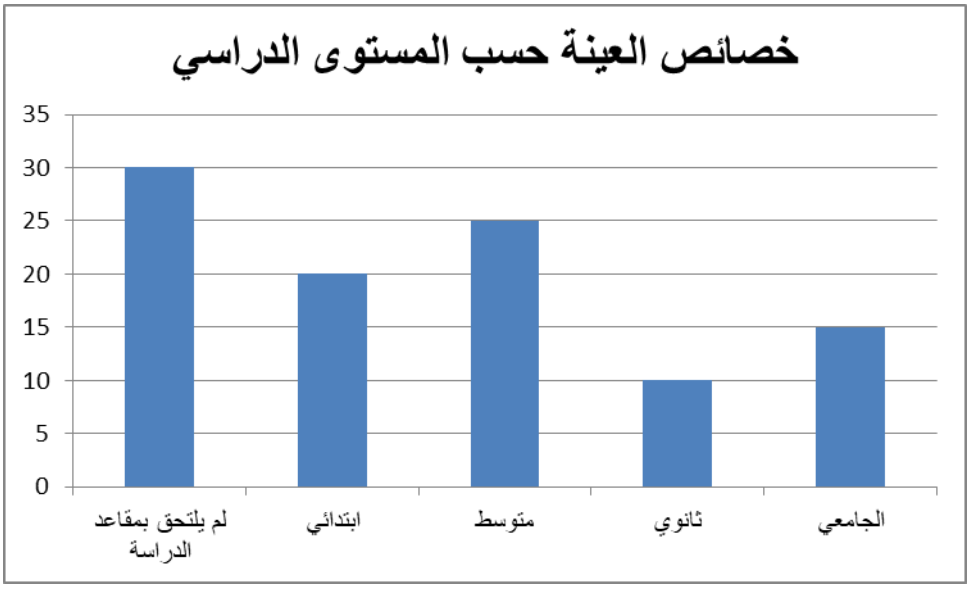
الشكل رقم 02: "خصائص العينة الاستطلاعية حسب الجنس"

حيث نلاحظ أن عدد الذكور يساوي عدد الإناث في هذه الدراسة الاستطلاعية.

3.2.2. خصائص العينة من حيث المستوى الدراسي:

الجدول رقم 03: "خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية حسب المستوى الدراسي"

المستوى الدراسي	العدد	النسبة المئوية
لم يلتحق بمقاعد الدراسة	30	%30
ابتدائي	20	%20
متوسط	25	%25
ثانوي	10	%10
الجامعي	15	%15



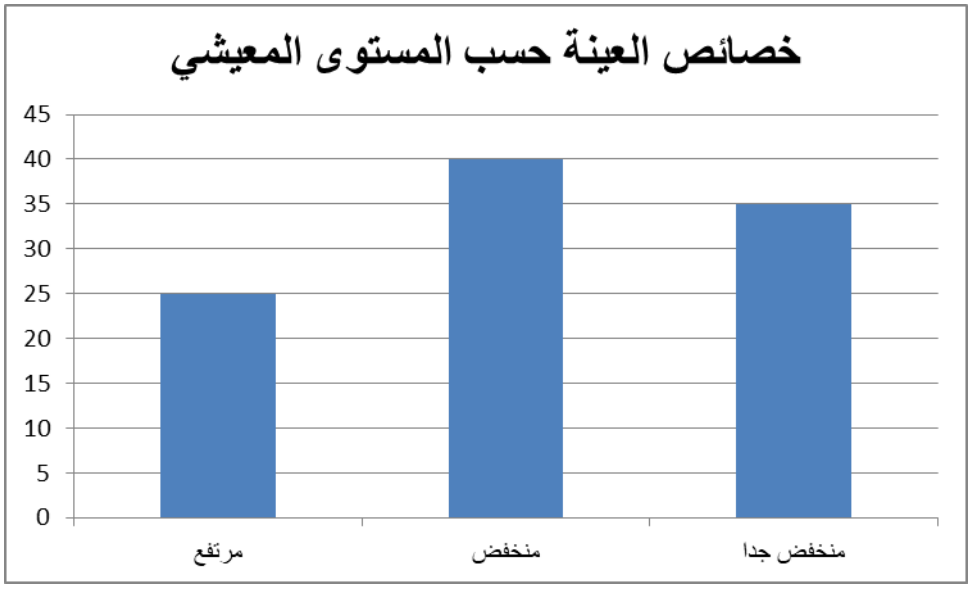
الشكل رقم 03: "خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية حسب المستوى الدراسي"

نلاحظ من خلال الجدول رقم 03 أن المستوى الدراسي قد تباين بين أفراد العينة حيث وجدنا نسبة ضئيلة من الأفراد الذين يحملون مستوى الثانوي قدر بـ: 10 %، وتليها نسبة الأفراد ذوي المستوى الجامعي بـ: 10%، ونسبة 20% بالنسبة للأفراد ذوي المستوى الابتدائي. لترتفع النسبة الى 25 % بالنسبة للأفراد الذين يحملون المستوى المتوسط. ونجد أعلى نسبة لأفراد الذين لم يلتحقوا بمقاعد الدراسة بنسبة 30 % وهي أعلى نسبة. وبالتالي فان غالبية أفراد العينة حاصلين على مستوى دراسي متباين بين من لم يلتحق على الإطلاق بمقاعد الدراسة والمستوى الابتدائي.

4.2.2. خصائص العينة من حيث المستوى المعيشي:

الجدول رقم 04:"خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية حسب المستوى المعيشي"

المستوى المعيشي	العدد	النسبة المئوية
مرتفع	25	%25
منخفض	40	%40
منخفض جدا	35	%35



الشكل رقم 04:"خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية حسب المستوى المعيشي"

نلاحظ من خلال الجدول رقم 04 أن نسبة كبيرة والتي تقدر بـ: 40% تعيش في مستوى معيشيمنخفض، وأن نسبة 35 % مستواها المعيشي منخفض جدا، في مقابل 25% مستواهم المعيشي مرتفع. بمعنى آخر يوجد قصور في تلبية بعض الحاجيات بالنسبة للفئة ذات المستوى المنخفض والمنخفض جدا.

3.2. المجال الزمني:

تمت الدراسة الاستطلاعية من 05 نوفمبر 2017 إلى 28 فيفري 2018 من خلال جمع المعلومات الخاصة بالجانب التطبيقي، وكذا التأكد من صدق وثبات أداة القياس.

4.2. منهج البحث:

تم الاعتماد في هذه الدراسة الاستطلاعية على منهجين: المنهج العيادي والمنهج الوصفي، حيث استعملنا المنهج الأول من اجل جمع المعطيات حول موضوع الدراسة وهذا من خلال الزيارات الميدانية إلى المؤسسات الاستشفائية، وكذا ضبط عينة الدراسة والبناء النهائي للأداة من خلال المقابلات مع 10 حالات، أما المنهج الثاني فقد ساعدنا في بناء الهيكل الأولي للاستمارة التي خضعت للتحكيم، من اجل التأكد من صدقها وثباتها وأنها تناسب موضوع البحث وهذا من اجل تطبيقها في الدراسة العيادية.

3. أدوات الدراسة الاستطلاعية:

قمنا باستعمال تقنية دراسة حالة والملاحظة والمقابلة النصف الموجهة التي اعتمدنا فيها على تقنية EMIC **دليل المقابلة للنماذج التفسيرية** (Explanatory Model Interview Catalogue). حيث سنقوم بعرض هذه التقنية في عنصر التقنيات والأدوات المستعملة فيما بعد، حيث قمنا ببناء الاستمارة انطلاقا من الفرضيات البحثية وهذا بالرجوع إلى تقنية EMIC **دليل المقبلة للنماذج التفسيرية** الذي ركزنا فيها على ثلاثة أبعاد، ثم قدمنا الاستمارة للتحكيم ومن تم التحقق من صدقها وثباتها عن طريق تقديم الاستمارة إلى عينة مكونة من 100 حالة تتلاءم مواصفاتها مع عينة الدراسة.

1.3. دراسة حالة:

اعتمدنا في بحثنا على دراسة الحالة التي تعد أهم تقنية في المنهج العيادي من اجل جمع المعطيات وتحليلها واستخلاص النتائج، كونها تعتمد على ماضي وحاضر الحالة، أي تطرقها لجميع جوانب حياة الفرد. وهذا بالاعتماد على: الملاحظة من خلال ملاحظة كل ما يتعلق بالمصابين باضطرابات نفسية خاصة سلوكاتهم سواء مع الأطقم الطبية، عند المعالجين التقليديين ومع أسرهم، و المقابلة حيث استعملنا تقنية المقابلة النصف موجه اعتمادا على تقنية EMIC **دليل المقابلة للنماذج التفسيرية** (Explanatory Model Interview Catalogue)، حيث تمثلت مع الحالات (الراشدين) الذين يعانون من اضطراب نفسي، ولعائلات المصابين باضطرابات نفسية، وكان ذلك قصدا لكي نلاحظ سلوكاتهم. وتمت من خلال الاحتكاك بكل العناصر والأفراد الذين لهم علاقة مباشرة مع موضوع الدراسة (الحالة في حد ذاتها، الطاقم الطبي، الأسرة...الخ) وذلك قصد التطرق معهم إلى مختلف النقاط والجوانب المراد دراستها، والتي هي هدف البحث، حيث كانت هذه الأداة فرصة لاكتشاف المفاهيم الأساسية خاصة في كيفية التعبير عن المعاناة ومختلف الطقوس المنتشرة، كما سمحت لنا الفرصة لأخذ نظرة عن المعتقدات الثقافية لتفسير الاضطرابات النفسية، من خلال السبب وكيفية العلاج. ولقد تم اكتشاف عدة متغيرات من خلال المقابلات التي تمت مع الحالات التي تعاني من اضطرابات نفسية سواء في تفسير هذه المعانات باللجوء إلى المحتوى الثقافي السائدة في مجتمعنا وتدرجهم في البحث عن العلاج داخل النسق الرسمي والغير رسمي.

2.3. تقنية EMIC دليل المقابلة للنماذج التفسيرية (Explanatory Model Interview Catalogue) :

وهي تقنية مشكلة من مجموعة من الاسئلة على شكل مقابلة نصف موجهة، كما يمكن استعمالها في بناء الاستمارة من خلال مجموعة الأبعاد لتي تقدمها، حيث قام "كلينمان" Kleinman سنة 1980 باستعمال مقاربة أنثروبولوجية اجتماعية تحوي على مجموعة من العناصر والصفات الثقافية من أجل استخدامها في الجانب العيادي، والقيام بدراسات على المجموعات الثقافية والأقليات الإثنية. كما واصل "كلينمان" أعمال وأبحاث "ايزنبارغ" Eisenberg سنة 1977 والتي من خلالها حاول وضع طريقة تصنف بها التصورات المرضية ضمن مقاربتين متكاملتين يمكن شرحها أو وصفها بمصطلحين في اللغتين الانجليزية تمثل منحى مختلف عن الآخر.

- ❖ فالمرض Disease الذي يعني المرض بالمعنى الطبي البيولوجي العلمي.
- ❖ المرض Illness والتي تعني المرض من وجهة نظر المريض.

فالمرض D هو سوء توافق أو ضعف في السيرورة أو العمليات البيولوجية أو النفسية، أما المرض I يشير إلى التجربة النفس-اجتماعية للمرض وتفسيره. فالمهتمين بالمجال الصحي يهتمون أو يركزون على المرض D ثم العميل أو المريض I لكن ليس بالضرورة ففي الأمراض المزمنة يصعب التفريق بين المرض D والمرض I فكل الأعراض الخاصة بالمرض تتضمن في محتواها مجموعة من السلوكات والتفسيرات للمرض I.

إن دراسة تصورات المرض عبر وصفها من قبل الأفراد تظهر الطرق أو التوجهات العلاجية المتبعة من قبل المريض في مواجهة المشكلة الصحية من أجل الوصول إلى حل ما، أطلق عليها "كلينمان" البحث **عن السلوكيات العلاجية أو إستراتيجية المسار أو التوجه العلاجي** (الرعاية الصحية السلوكية)، فالبحث هنا يسعى إلى توفير العلاج وإيجاد معنى للمرض (تفسيره) من أجل الوقوف على المسار العلاجي المناسب، كما قام بتطوير مفهوم (طريقة التوجه إلى العلاج) من خلال شبكة من الأسئلة المكيفة للمشكلة المطروحة من قبل المريض تتضمن ما يلي:

- ❖ المعتقدات المسببة للمرض.

- ❖ اختيار العلاج.
- ❖ المكانة أو الدور الاجتماعي. **(Patricia Joly et autre :2005 : 542)**
- ❖ علاقة القوة من قبل الأشخاص المرافقين (الأسرة).

هذه أشكال من الواقع الاجتماعي للمريض، فهي علاقات اجتماعية وثقافية من خلالها يبني الواقع العيادي، فالثقافة ليست العامل المؤثر في هذا النموذج فهناك عوامل أخرى توثر وهي:

- ❖ العامل السياسي.
- ❖ العامل الاقتصادي.
- ❖ العامل الاجتماعي.
- ❖ العامل التاريخي.
- ❖ العامل البيئي.

كلها تلعب دورا مهما في بناء وفهم التوجه العلاجي، كما يمكن أن تقسم إلى نموذجين رئيسيين مهمين تتداخل فيما بينها:

- ❖ نموذج تقليدي.
- ❖ نموذج مهني. بمعنى مؤسساتي حديث

ففي كل نموذج ينظر إلى المريض ويتم تسمية مرضه (اضطرابه)، وتطرح حوله مجموعة من التأويلات وهناك نوع خاص من العلاج، فالمريض يقوم بسرد أحداث مختلفة عن المشكلة التي يعاني منها عندما ينتقل من نموذج إلى آخر، فالنموذج التقليدي دائما يكون هو المهم والأكثر تهميشا من قبل الأطباء، فالفرد في تفاعل دائم مع محيطه وخاصة المقربين منه (الأسرة) والتي تعتبر المكان الذي من خلاله يمكن تحديد الاضطراب، الأسباب، وتقييمه والآثار المترتبة عنه سواء على المستوى الفردي أو الجماعي.**(Weiss et al : 1992 : 819)**

فوضعية العلاج الذاتي هي كذلك طريقة وقائية ففي هذا النموذج يقوم الفرد ويقرر اللجوء إلى نموذج آخر وهو النموذج المهني (الطبي الرسمي) وهو يهتم بالطب من الناحية العلمية الحديثة. وغالبا لا ينظر إلى هذا النموذج ولا تعطى له أهمية في العلاج خاصة في المجتمعات الإفريقية والأسيوية وكذا المجتمعات البدائية والأقليات الإثنية، حيث يقابله دائما نموذج محلي تقليدي يختلف تماما عن النموذج المهني والذي يتكون من معالجين تقليديين

يقصدهم عامة الناس والذي يوفر مجموعة من التقنيات والطقوس، كما إننا نجهل فعاليته رغم انه يلعب دورا مهما في العملية العلاجية.

كما وضح "كلينمان" بأنه يوجد في كل نموذج نماذج تفسيرية للمرض وللذين يتشاركون في العملية العيادية، إذن في كل نموذج هناك تفسيرات للشخص المريض، أسرته، المعالج سواء المهني أو التقليدي أي حسب النموذج، وهي تقوم وتبحث في تفسير المرض ضمن خمسة محاور:

- ❖ الأسباب.
- ❖ فترة وطريقة ظهور المرض.
- ❖ الفيزيولوجية المرضية.
- ❖ تطور المرض. (درجة الخطورة، نوع التطور حاد أو مزمن).
- ❖ مسار العلاج.

من خلال هذه المحاور الخمسة يمكن للمعالج بناء السلوكيات العلاجية أو إستراتيجية المسار أو التوجه العلاجي المناسب، من هنا يجب أن نميز بين المعتقدات العامة للمرض وطريقة العلاج فالمعتقدات تنتمي إلى الأيديولوجيات المختلفة للنماذج التي تتبنى مسار العلاج بطريقة مستقلة عن مرض الشخص، فالنموذج التفسيري هو مجموعة من الايجابيات لفترة معينة وخاصة بمرض عند حالة ما ضمن نموذج معين (مهني- تقليدي)، غالبا ما تكون غامضة وواسعة كما تحمل تنوعات في المعنى تكون قابلة للتغيير.

(Patricia Joly et autre :2005 : 542)

فالنموذج التفسيري إذن هو وسيلة أساسية لبناء الواقع العيادي (الطبي)، كما يمكن من خلاله إيجاد الطريقة التي ببحث عنها من اجل التفسير والتوضيح.

في سنة 1984 "زيندزينغر" Zindzinguer يؤكد على الاهتمام بتصورات الأزمة والتي تعتبر سلسلة من الأسباب والوقائع والتي تحتاج دائما إلى تفسيرات، حيث أكد على الاهتمام بتصورات الحدث المؤسف (المصيبة)، حيث أن الفرد يؤسس تصوره على أساس غير عادل

الأمر الذي يجعل حتمية إيجاد معنى وإدراجه ضمن سلسلة الأسباب والأحداث (الأفعال)، أي لماذا؟ و ماهو السبب؟ وكيف حدث؟.**(Patricia Joly et autre :2005 : 540)**

وفي سنة 1985 قام "زمبليني" Zempléni بتحديد (تعدد الأسباب) لاضطراب ما، أي أننا بمقدورنا إحداث مجموعة من الأسباب في أن واحد لنفس المرض، كما هناك عدة أنماط تفسر أسباب الاضطرابات يمكن أن تظهر في نفس الرقعة الجغرافية ويمكن فهم الاضطراب على مستويات مختلفة:

- ❖ معرفة تشخيص الأعراض (في حالة كان الاضطراب مصنفا ومعروفا).
- ❖ وصف السبب الأساسي للاضطراب (كيف ظهر الاضطراب).
- ❖ تحديد العامل المسؤول عن ظهور الاضطراب (لماذا ظهر في هذا الوقت بالذات؟ في هذا الشكل؟ وعند هذا الشخص دون غيره؟.)، ويضيف على أنه يجب على الأقل:
- ❖ تمييز الأسباب.
- ❖ العامل الأصلي للمرض.

فالسببية المرضية يمكن أن تظهر تعايشا بسيطا ولكن تعبر عن تقاسم حقيقي للحقل أو المجال المرضي، فالأفعال الطقسية تظهر ضمن السجل الوبائي السببي التي يمكن استنتاجها من سجل المسببات، والأفعال الطبية العملية الواقعية تستنتج من علاج الأعراض، هذا التفريق بين علاج الأعراض والأسباب يستنتج من خلال السجل الطبي الرسمي، أو السجل التقليدي ضمن المحتويات الثقافية للمجتمعات والشعوب. **(Patricia Joly et autre : 2005 : 541)**

وفي سنة 1986 قام "أوجي"Auge بوصف هذه الظاهرة وفق لمفهوم تعدد الألوان ضمن تجربة المرض، باعتماد مقاربات مختلفة للتشخيص وتحديد السبب ومن تم اختيار العلاج. فتصورات المرض ولأنها تنطلق كلها من الملاحظة والتجربة للجسم فهي تساعد على فهم نظام تصنيف الاضطرابات الأكثر تنوعا من خلال معادلات أو صيغات فردية لعناصر عالمية، كما أنه لا يمكن وجود مجتمع يكون فيه الاضطراب خال من البعد الاجتماعي والثقافي. كما يمكن من وجهة نظر أخرى الجمع بين العقلانية والنسبية في محاولة لاستعمال السحر أو الدين في محتوى لتوسعة السياق السببي، كما في العلوم الحديثة النظريات تمدنا بسياق ومحتوى سببي أوسع منه في المعنى المتعارف عليه. في الأخير يمكن الجزم بان القطيعة بين ما هو

طبيعي وميتافيزيقي هو تعبير عن بيانات صريحة لمنظومة علم تصنيف الأمراض التي تتم دراستها من قبل الإنثروبولوجيين في تقديرهم للإسقاطات على الواقع التي يقومون بترجمتها بطريقة سلبية تؤثر على صفات الوحدة. ويؤكد على ضرورة وجود منطق مختلف بين التشخيص والمقاربات العلاجية، فإذا واجهنا مشكلة من أجل التكفل أو العلاج فنجد أنفسنا أمام منطق وواقع التشخيص ومن تم العلاج، لكن يجب التمييز بين كل مرحلة (التشخيص، معرفة الأسباب، اتخاذ البروتوكول العلاجي المناسب).**(Weiss et al : 1992 : 820)**

يواصل في نفس السياق التكلم عن علم تصنيف الاضطرابات من خلال النسق التقليدي، فإذا كان هناك تجاوب لاختيار العلاج فهو على المستوى التراكمي.

ارتكازا على ممارسته في علم النفس التحليلي الإثني Ethnopsychanalyse في الممارسات العلاجية للطفل-الآباء أكد "مورو" Moro سنة 1994 من خلال دراسته حول العائلات في حالات الهجرة من بلدانها إلى بلدان أخرى بين أنه يمكن وصف سيرورة تسير الحوار حول الطفل، حيث قام بدراسة بتوظيف ثلاثة طرق منهجية هي:

- المصفوفات الأنثولوجية Ethnologie: وهي خاصة بالفرد تعني مجموعة التصورات المشتركة بين جماعة ثقافية، وهي تخص طرق النظر والرؤية إلى العالم والإنسان العادي والغير عادي.
- النظريات السببية للأمراض: والتي تتغذى خاصة من المحتوى الثقافي من خلال حكايات وأقوال الآباء و الأجداد ومختلف الروايات حول الإصابة بالأمراض.
- المنطق العلاجي: فهو ينطلق من المستويين الأولين والذي يعبر عن ما يجب فعله، فهو رؤية منطقية للأفعال يستوجب فعلا علاجيا.

(Patricia Joly et autre :2005 : 544)

أما "بيدينيال" Pédinielle في سنة 1996 أشار إلى تعدد المصادر حول معرفة المرض، حيث أن المريض يمكن أن يستوحي تفسيره للمرض واختيار العلاج من: (الخطاب المهني لمستخدمي الصحة، قنوات الإعلام، الأسرة...الخ)، حيث ميز من خلال حوار المرضى وجود تعايش بين النظريات العلمية من خلال حوار المهنيين والمختصين الرسميين، والنظريات التقليدية والتي غالبا ما تكون غير موضوعية، والتي ترتكز في غالبها على الأمور الغيبية

والسحرية، كما اهتم أيضا بالصياغة التي يعتمدها المريض عند سرده لوقائع حالته المرضية، وأيضا لدور هذا الحوار في عملية إعادة الصياغة. **(Patricia Joly et autre :2005 : 544)**

من خلال جميع هذه الدراسات ومختلف الطرق والمناهج التي استخدمها هؤلاء المختصون من أجل فهم طبيعة المرض، الأسباب، وكذا طرق العلاج، طور"وايس" Weiss سنة 1997 طريقته لدراسة هذه الظاهرة من خلال مجموعة من الدراسات الوبائية المقارنة البينـ-ثقافية Transculturelle خاصة دراسات "كلينمان" الذي صمم وسيلة (أداة) خاصة بعلم الأوبئة والأمراض **دليل المقابلة للنماذج التفسيرية** Explantory Model Interview Catalogue أو باختصار EMIC، فالمفهوم الذي طوره حول هذا المنهج له صلة مباشرة ونتائج جيدة في الممارسة العيادية حيث لا يمكن تطبيقه بسهولة ولا يمكن استخدامه في الدراسات أو البحوث المقارنة حول مقاربة وبائية مرضية. **(Weiss et al , 1992 : 820)**

أين أكد أن مختلف الدراسات أهملت ولم تأخذ بعين الاعتبار تعقيدات الخبرة للمريض، ومن جهة أخرى الدراسات الأنثروبولوجية التي تفتقد إلى القدرة التحليلية من اجل قياس الفرضيات التي تتمحور حول عامل الخطورة وتأثير المرض. من خلال ما تم ذكره قام "وايس" Weiss بتطوير منهج من خلاله يمكنه استخدامه أو إشراكه كمظهر مكمل للتخصصين السابقين علم الأوبئة والأنتروبولوجية، وهكذا ركز كل اهتمامه على مصطلح النموذج التوضيحي للأمراض Model Explicatif De La Maladie.

(Patricia Joly et autre: 2005: 544)

فالهدف من EMIC إعطاء أو إيجاد منهج من خلاله يمكن (التقييم- المقارنة) بطريقة موثوقة والتحقق من صحة المناهج التفسيرية لاضطراب ما في مجموعة مختلفة والقيام بعملية تحليل العلاقات بين التصورات، النظريات الوبائية (المرضية) للحالات، ومتغيرات الصحة العمومية. والفكرة كانت من أجل أن يكون مكملا لمختلف الأدوات المستعملة في الأمراض النفسية، العقلية من خلال استخدام منهج EMIC. **(Patricia Joly et autre :2005 : 545)**

اقترح "وايس" Weiss في سنة 2001 بدمج الأعمال والتقنيات المستعملة في الأنثروبولوجية في مختلف الدراسات والبحوث التي تعنى بالجوانب المرضية في الصحة

العمومية، والطب، الطب النفسي، والطب العقلي وهو ما اصطلح عليه L'épidémiologie culturelle.

وعليه فان النموذج الذي طوره "وايس" والذي يعتمد على بناء استبيان يجب أن يهتم بثلاثة أبعاد أساسية للمرض، وهي:

- ❖ تجربته.
- ❖ المعنى.
- ❖ السلوك.

حيث صياغة الأسئلة تتضمن ثلاثة محاور رئيسية:

- ❖ طريقة التعبير عن المعاناة.
- ❖ الأسباب الظاهرة.
- ❖ الوصمات الاجتماعية.
- ❖ سلوكات البحث عن المساعدة.

ففكرته ليست إيجاد أداة وحيدة أو فريدة من نوعها تستعمل في جميع الحالات مثل الأدوات الكلاسيكية توظف في الطب النفسي والعقلي، لكن المراد من ذلك هو إعطاء حركية وديناميكية من أجل أن تكون مكيفة في السياق المحلي بالنسبة للاضطراب المدروس وأهداف البحث. إن دلالات التعبير عن المعاناة (الألم) توحي لنا بشمولية المشكلة حول الاضطراب.

(Patricia Joly et autre :2005 : 546)

إذن فهو تقييم لتسمية المرض، نماذج التفسير والتعبير، الأعراض، أنماط تطوره في نظر المريض، ونتائجه النفسية والاجتماعية وحتى الاقتصادية. يضيف أن تطور مفهوم الوصمة يظهر بسب الاضطراب، أي وجود شيء غير طبيعي غامض حول هذا الاضطراب يثير لدى المريض الشعور بالعار والذنب. في المحور الخاص باستكشاف أو البحث عن الأسباب الظاهرة أو النظريات السببية المفسرة للحالات لها نفس الخطاب، أو بصيغة أخرى تطرح التساؤلات التالية: لماذا؟ كيف؟ وعليه تقدم لهم قائمة من الأسباب حول الاضطراب المراد دراسته أو الذين يعانون منه (أسباب غذائية، نفسية، عوامل نفسية اجتماعية، مرورا بالأسباب المعدية،

اضطراب في الأخلاط أو الهرمونات، أسباب وراثية، وحتى الأسباب السحرية والغيبية)، انظر الملحق رقم: 02 قائمة الأسباب حسب EMIC.

إن النظريات المفسرة لأسباب الاضطراب لها تأثير على أنماط التوجهات العلاجية أو طلب العلاج، لكن بالنسبة إلى العلاج المقدم ونوعية التكفل لابد الرجوع أو النظر في مستوى الرضا بالنسبة إلى التكفل العلاجي ككل.

وفي المحور الخاص بسلوكات البحث عن المساعدة أي الطرق العلاجية المتبعة من الظروف وفق لظروف البحث واستكشاف مجموع التوجهات من مختلف النماذج (مهنية-تقليدية) في المنظومة العلاجية، وتقييم مدى تلاءم مختلف أنماط المساعدة بالنسبة للمريض. **(Patricia Joly et autre :2005 : 547)**

ويعتمد بناء نموذج EMIC في شبكة المقابلة النصف موجهة في هذا النموذج على ما يلي، وهذا بالرجوع إلى المحاور الثلاثة الرئيسية:

- ❖ تسمية أو معرفة المشكلة، النتائج وطرق التعبير على المعاناة، التاريخ المرضي.
- ❖ استكشاف الوصمة وتقدير الذات.
- ❖ استكشاف النظريات السببة في حدوث الاضطراب.
- ❖ البحث عن المسارات العلاجية (التوجهات العلاجية).
- ❖ البحث في التصورات الخاصة.
- ❖ رأي العميل والمختص حول المقابلة. **(Patricia Joly et autre :2005 549)**

وبالرجوع إلى الملحق رقم :01 والذي يمثل شبكة المقابلة النصف الموجه اعتمادا على المحاور السالفة الذكر.

وهذه الاستمارة التي قمنا بتصميمها لهذه الدراسة كما سبق وذكرنا تحتوي على ثلاثة محاور من خلالها نقوم بجمع وتحليل جميع المعطيات والبيانات وفق لابعاد وبنود التي نقوم بجمعها (كيفية التعبير عن المعاناة، النظريات المسببة للاضطرابات والتي تلخص في جدول يحتوي 82 سببا موزعين على أسباب لها علاقة بالتغذية، طبيعية، طبية، البيئة المحيطة والمجتمع، نفسية، الصدمات النفسية والحداد، ثقافية، أسباب أخرى) **(Patricia Joly et**

(autre :2005 : 551-552-553)، بالإضافة إلى التوجهات العلاجية والتي سنركز عليها في دراستنا لأنها موضوع البحث. وهذا البناء يساعدنا على جمع البيانات والمعطيات حول المعاناة، التصورات، ومسببات الاضطراب، بالإضافة إلى الطرق والتوجهات العلاجية.

وقد وضعنا مجموعة الأسئلة المطروحة على الحالات من خلال هذه التقنية (EMIC) في الملحق رقم (01)، كما وضعنا قائمة الأسباب المختلفة التي قد تراها الحالات سبب في الاضطراب الذي تعانيه في ملحق رقم (02).

3.3. الاستمارة:

صممنا الاستمارة على أساس أن تكون أغلب أسئلتها مغلقة (مقيدة) لأن من مزايا هذا النوع من الأسئلة أنها تجعل الإجابة سهلة على المبحوث دون أن تحتاج إلى تفكير طويل، بما أننا عرضناها على فئات يختلف مستواهم الثقافي العلمي، وفي نفس الوقت تيسر عملية تسجيل الإجابة، وتبويبها وعمليات التحليل الإحصائي نظرا لكونها تساعدنا في تصنيفها وتفريغها وتحليلها وتفسيرها.

أما الأسئلة المفتوحة فقد استعملناها في دراستنا لترك كامل الحرية للمبحوث من اجل صياغة إجاباته. وعليه اعتمدنا الخطوات التالية في بناء هذه الاستمارة، وهي:

الخطوة الأولى: الاطلاع على مختلف البحوث والدراسات التي تناولت متغيرا من متغيرات البحث أو لها علاقة بمجال الصحة والمرض والمحتوى الثقافي، نذكر منها:

- ❖ دراسة سليمان بومدين (2004) حول "التصورات الاجتماعية للصحة والمرض في الجزائر "استمارة حول التصورات الاجتماعية للصحة والمرض في الجزائر.
- ❖ Weiss MG, DR Doongaji, S Siddhartha, D Wypij, S Pathare, M Bhatawdekar, A Bhave, A Sheth and R Fernandes, (1992), The Explanatory Model Interview Catalogue (EMIC). Contribution to cross- cultural research methods from a study of leprosy and mental health, The British Journal of Psychiatry
- ❖ Patricia joly, Olivier taieb, Taher abbal, Thierry baubet, Maria-rose moro, (2005), Représentations culturelles, itinéraires thérapeutiques et santé mentale

infantile en Guadeloupe, Press universitaires de France '' la psychiatrie de l'enfant'', vol 48, n° 02. France.

- ❖ دراسة الدين زواوية جميلة (2011) بعنوان "تمثلات العلاج التقليدي والعلاج الطبي وعلاقتهما بعملية التطبيب" استمارة حول تمثلات العلاج التقليدي والطبي.
- ❖ دراسة فاطمة الحواري (2011) بعنوان " تمثلات المجتمع للمرض النفسي وعلاقتها بطرق العلاج " استبيان خاص بتمثلات المجتمع للمرض النفسي وعلاقتها بطرق العلاج.
- ❖ دراسة الحاج الشيخ سمية (2013) بعنوان "التصورات الاجتماعية للمرض العقلي" استمارة حول التصورات الاجتماعية للمرض العقلي.
- ❖ دراسة صولة فيروز (2014) بعنوان "المتغيرات الاجتماعية لتصور المرض وأساليب علاجه "استمارة حول المتغيرات الاجتماعية لتصور المرض وأساليب علاجه.
- ❖ دراسة ميسوم ليلى (2014) بعنوان "الاضطراب النفسي ما بين علم النفس المرضي والمنظور الثقافي الشعبي" مقياس الصحة النفسية للشباب، قائمة "كورنيل" للنواحي العصبية.
- ❖ كتاب الدكتور بن احمد قويدر(2018) بعنوان: الاكتئاب والتمثلات الثقافية في المسار العلاجي في الجزائر دراسة عيادية لعشرة حالات.

الخطوة الثانية: في هذه الخطوة تم صياغة عبارات الاستمارة وهذا استنادا الى الأفكار النظرية والزيارات الميدانية لعينة الدراسة بالإضافة الى إشكالية البحث والتساؤلات الفرعية التي نحن بصدد الإجابة عليها في ختام بحثنا مع الحرص على أن تكون هذه العبارات:

- ❖ شاملة للأهداف المراد قياسها.
- ❖ واضحة وبعيدة عن الغموض واللبس.
- ❖ سليمة لغوياً وسهلة وملائمة لمستوى العينة.
- ❖ بعيدة عن كل الإيحاءات.

الخطوة الثالثة: تصنيف أبعاد الاستمارة وفق ثلاثة أبعاد بالرجوع إلى تقنية EMIC:

- ❖ **تفسير الاضطرابات النفسية:** وهي مختلف التفسيرات سواء المنطقية العلمية، أو الفوق طبيعية للاضطرابات النفسية من خلال مختلف المعتقدات الثقافية حول ظهور وسبب هذه الاضطرابات، والتي يكتسبها الفرد من خلال تنشئته الاجتماعية وكذا التراكمات والتجارب التي

تؤثر في بعض المفاهيم والأفكار. بالإضافة الى فهم وتفسير المعارف الفكرية أو العقلية، التي اكتسبها الإنسان من خبرته الشخصية أو من الاتجاهات الثقافية الاجتماعية حول "الاضطراب" من حيث نوعه، أو من حيث أسبابه . وقد تضمن هذا البعد أربعة عشر (14) فقرة.

❖ **التوجهات العلاجية:** وهو يتضمن مختلف الطرق العلاجية والمسارات الاستشفائية سواء الرسمية داخل المؤسسات، أو الغير رسمية التقليدية بمختلف أنواعها التي يلجأ إليها الفرد باحثا عن الراحة في مقابل المعاناة وهذا حسب المحتوى الثقافي وتفسيره لاضطرابه. حيث شمل هذا البعد ثلاثة عشر (13) فقرة.

❖ **تعزيز الأسرة للتوجه العلاجي:** وهذا البعد له علاقة بالبعد الذي سبقه وهو يفيدنا في ما إذا كانت للأسرة علاقة آو دور فعال في اختيار الأنماط العلاجية قصد التخلص من الاضطراب النفسي الذي يعاني منه، وتأخذ هذه الأخيرة أنماطا متعددة من الممارسات العلاجية بما فيها العلاج النفسي الحديث بمختلف أنواعه، والممارسات العلاجية التقليدية. وقد شمل هذا البعد عشرة (10) فقرة .

وقد تكونت الاستمارة في صورتها قبل عرضها على المحكمين من سبعة وثلاثون (37) فقرة.

4. قياس صدق المحتوى (تقديم الاستمارة للمحكمين):

تم عرض الاستمارة على المحكمين من درجات علمية مختلفة لقياس الصدق المحتوى أو ما يعرف بصدق المحكمين، اتخذنا من هذه الطريقة وسيلة لقياس صدق الاستمارة، حيث عرضناها على سبعة (07) محكمين، اثنان منهم (02) منهم ينتمون لجامعة مستغانم، ومحكم واحد (01) من جامعة الشلف، ومحكم واحد (01) من جامعة سطيف، محكم واحد (01) من جامعة تبسة، ومحكمين اثنان (02) من جامعة المغرب .

وطلب منهم إعطاء ملاحظاتهم واقتراحاتهم حولها، ومن أجل هذا وضعت العبارات في النسخة الموجهة للمحكمين في جدول يحتوي على ثلاث خانات (عدد مرات الاتفاق، عدد مرات الاختلاف، نسبة الاتفاق و الاختلاف) يسمح بتقدير مدى صلاحية فقرات الاستبيان من حيث الصياغة، وهل يخدم الموضوع أم لا. واقتراح ما هو ملائم بديلا للفقرات التي تحتاج لإعادة الصياغة أو التعديل.

جدول رقم 05: "أسماء السادة الأساتذة المحكمين"

الأساتذة المحكمون	الجامعة	التخصص
أ.د. بن احمد قويدر	جامعة مستغانم	علم النفس
أ.د. أمقران عبد الرزاق	جامعة سطيف	علم الاجتماع
د. عمار ميلود	جامعة مستغانم	علم النفس
أ.د بوشعيب مجدول	جامعة المغرب	علم النفس
أ.د جرموني رشيد	جامعة المغرب	الانتروبولوجيا
د. وليد العيد	جامعة شلف	علم النفس
د. بوطقوقة مبروك	جامعة تبسة	الانتروبولوجيا

5. نتائج تقديرات المحكمين:

ومن أجل الوقوف على تقديرات المحكمين، فقد تم الاعتماد على متوسط الاتفاق من خلال تطبيق المعادلة التالية: (عدد مرات الاتفاق /عدد مرات الاتفاق+ عدد مرات الاختلاف x 100)، حيث تم اعتماد نسبة 80% كعتبة يتم من خلالها قبول العبارات أما إذا كانت أقل تحذف، مع اخذ بعين الاعتبار الفقرات التي يتم إعادة صياغتها وضبطها لغويا، فدلت النتائج على ما يلي:

جدول رقم 06: "نتائج تحكيم الاستمارة"

الرقم	العبارات	تقديرات المحكمين		
بعد	تفسير الاضطرابات النفسية	عدد مرات الاتفاق	عدد مرات الاختلاف	نسبة الاتفاق
1	ماهي طبيعة الاضطراب الذي تعاني منه؟	06	01	%85.71
2	ماهي أسباب إصابتك بهذا الاضطراب؟	06	01	%85.71

3	هل تعتقد أن تفسيرك للاضطراب الذي تعاني منه يستند على أسس علمية، أو أسس خرافية؟	06	01	%85.71
4	هل تنزعج من نظرة الأسرة الى الاضطراب الذي تعاني منه؟	06	01	%85.71
5	هل تنزعج من نظرة المجتمع الى الاضطراب الذي تعاني منه؟	07	00	%100
6	هل حاولت التعرف على معلومات متعلقة باضطرابك؟	06	01	%85.71
7	هل تعتقد أن الاضطراب النفسي هو جنون؟	03	04	%42.85
8	هل تعتقد أن الاضطراب النفسي هو اختلال في نشاط المخ؟	02	05	%28.57
9	هل تعتقد أن الاضطراب النفسي هو مس من الجن؟	03	04	%42.85
10	هل تعتقد أن الاضطراب النفسي هو سحر؟	02	05	%28.57
11	هل تعتقد أن الاضطراب النفسي هو إصابة بالعين؟	02	05	%28.57
12	هل تعتقد أن الاضطراب النفسي هو حسد؟	02	05	%28.57
13	هل ضعف الوازع الديني هو أحد أسباب معاناتك من هذا الاضطراب؟	01	06	%14.28
14	هل البيئة الاجتماعية التي تعيش فيها تساهم في تأويل وتفسير اضطرابك حسب الموروث الثقافي؟	05	02	%71.42
الرقم	**العبارات**	**تقديرات المحكمين**		

بعد	التوجهات العلاجـــية	عدد مرات الاتفاق	عدد مرات الاختلاف	نسبة الاتفاق
15	كيف علمت أنك مصاب باضطراب نفسي؟	06	01	%85.71
16	أين توجهت للعلاج فور إصابتك بهذا الاضطراب؟	07	00	%100
17	هل توجهت الى المعالج التقليدي؟	إعادة الصياغة أو ربطها بالفقرة الثانية		
18	أي أسلوب من العلاج تتبع حاليا؟	06	01	%85.71
19	من الذي أرشدك إلى هذا الأسلوب العلاجي؟	إعادة الصياغة أو ربطها بالفقرة الرابعة		
20	بماذا يسمى الاضطراب الذي تعاني منه عادة في مجال العلاج التقليدي؟	ضبط الصياغة اللغوية		
21	هل تعتقد أن الطب التقليدي يساهم مع الطب الحديث في علاج الاضطرابات النفسية؟	06	01	%85.71
22	هل تنصح باستخدام العلاج التقليدي والطبي في آن واحد؟	06	01	%85.71
23	هل المصاب باضطراب نفسي يصبح ضحية للمشعوذين والدجالين؟	07	00	%100
24	هل تعتقد أن صعوبة الشفاء من الاضطرابات النفسية وطول المدة الزمنية التي يستغرقها العلاج الطبي سهل اللجوء الى الطب التقليدي؟	06	01	%85.71

25	هل تعتقد أن علاج الاضطرابات النفسية يكون باستخدام احد الطرق سواء الطبية أو التقليدية؟	07	00	%100
26	في رأيك هل طلب العلاج التقليدي اليوم بالنسبة للاضطرابات النفسية هو في تطور أو في تراجع؟	06	01	%85.71
27	وهل هذا راجع الى التنشئة الاجتماعية؟	إعادة الصياغة أو ربطها بالفقرة الثانية عشر		
الرقم	**العبارات**	**تقديرات المحكمين**		
بعد	**تعزيز الأسرة للتوجه العلاجي**	**عدد مرات الاتفاق**	**عدد مرات الاختلاف**	**نسبة الاتفاق**
28	ماهي الجهة التي تم إرشادك من قبل الأسرة إليها للمعالجة؟	06	01	%85.71
29	ماهي الطرق العلاجية لمتبعة من طرف اسرتك؟	00	07	%100
30	هل تعتقد أسرتك أن علاجك يكون عن طرق الطرق الطبية أم التقليدية؟	06	01	%85.71
31	ماهي دواعي إتباعك لنمط علاجي معين؟	06	01	%85.71
32	كيف تعتبرون نتائج العلاج التقليدي مقارنة بالطبي؟	07	00	%100
33	هل المستوى الثقافي للعائلة يعزز الاعتقاد بسبل الشفاء عند إتباع نمط علاجي معين؟	00	07	%100
34	هل يؤثر المحيط الذي تعيش فيه أسرتك في التوجه العلاجي؟	إعادة الصياغة		

35	هل سكان المدينة يقصدون العلاج التقليدي أم الطبي؟	06	01	%85.71
36	هل سكان الريف يقصدون العلاج التقليدي أم الطبي؟	06	01	%85.71
37	هل يرافقك احد من العائلة عند توجهك الى المعالج؟	06	01	%85.71

وبناء على تقديرات المحكمين لطبيعة صياغة فقرات الاستمارة الخاص بالدراسة الاستطلاعية، فإن هناك بعض الفقرات التي يجب حذفها، والبعض الآخر إعادة صياغاتها وهي كالتالي:

- **تفسير الاضطرابات النفسية:** تم حذف الفقرات (07-08-09-10-11-12-13-14).
- **التوجهات العلاجية:** إعادة الصياغة اللغوية لأربعة فقرات (17- 19-27) ربطهما بما يسبقهما من فقرات (16) و(18) و (26)، أما الفقرة (20) فقمنا بضبطها لغويا.
- **تعزيز الأسرة للتوجه العلاجي:** تم حذف الفقرة (29 - 33). وإعادة صياغة الفقرة (34) بالنسبة للفقرات التي تم التأكيد على إعادة صياغتها أو ربطها بما يسبقها من سؤال، وبعد الاتصال بالأستاذ المشرف من اجل إبداء رأيه والذي كان في البداية الابتعاد عن الأسئلة الإيحائية وإعادة ضبط الأبعاد بما يتناسب وأهداف البحث، وبعد قراءة ثانية للاستمارة تم الموافقة على ربط الفقرات (17- 19- 27) بما يسبقها من سؤال بما انه يوجد تسلسل للأسئلة وبأنها مكملة لما قبلها، أما الفقرة (20) والفقرة (34) فقد تم إعادة ضبطها لغويا.

جدول رقم 07: "يوضح الصياغة الأولى والصياغة الثانية المعدلة لفقرات الاستمارة"

الفقرة	الصياغة الأولى	الصياغة الثانية المعدلة
20	بماذا يسمى الاضطراب الذي تعاني منه عادة في مجال العلاج التقليدي؟	ما هي تسمية الاضطراب الذي تعاني منه في النسق الثقافي الذي تعيش فيه؟
34	هل يؤثر المحيط الذي تعيش فيه أسرتك في التوجه العلاجي؟	هل توفر الأسرة للمصاب باضطراب نفسي توجه علاجي معين؟

بعد حذف عشر فقرات (10) وإعادة الصياغة لفقرتين اثنان (02)، ودمج ثلاثة فقرات (03) بما يسبقها من أسئلة أصبح الاستبيان يحتوى على سبعة وعشرون فقرة (27) سنقوم بقياس ثباتها.

6. قياس ثبات الاستمارة:

بعد تصحيح الاستمارة قمنا بتفريغ البيانات المتحصل عليها من طرف أفراد العينة الاستطلاعية، وهذا بحساب الخصائص السيكوميترية له، وذلك من أجل التأكد من ثبات الاستمارة و الجدول أسفله يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات الاستمارة:

جدول رقم 08: "قيم المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للاستمارة"

ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
100	105.5	0.88

كما تم حساب الثبات بطريقة ألفا كرونباخ، وهذا من أجل معرفة درجة اتساقه وانسجامه واستمراريته عند تكراره حيث قمنا بدراسته بحساب ثبات المتغيرات بشكل منفرد ثم ثبات الأبعاد الرئيسية للاستمرة، والجداول رقم (09- 10- 11) توضح معاملات ألفا كرونباخ لمتغيرات الدراسة والثبات الكلي للأبعاد المكونة للاستمارة.

1.6. ثبات متغيرات البعد الأول: "تفسير الاضطرابات النفسية".

الجدول رقم 09: "يمثل ثبات متغير البعد الأول: (تفسير الاضطرابات النفسية)".

رقم الفقرة	معامل الفا كرونباخ
1	0.757
2	0.737
3	0.743
4	0.733
5	0.738
6	0.772
الثبات العام	0.746

يتضح من خلال الجدول رقم 09 أن جميع الفقرات المكونة للبعد الأول (تفسير الاضطرابات النفسية) تسهم في زيادة الثبات الكلي لهذا البعد خاصة بعد حذف الفقرات التي اتفق عليها غالبية المحكمين عند حساب نتائج تقدير المحكين في مرحلة قياس صدق المحتوى.

2.6. ثبات المتغيرات للبعد الثاني: التوجهات العلاجية.

الجدول رقم 10: "يمثل ثبات متغير البعد الثاني: (التوجهات العلاجية) "

رقم الفقرة	معامل ألفا كرونباخ
1	0.832
2	0.825
3	0.839
4	0.894
5	0.888
6	0.878
7	0.828
8	0.888
09	0.835
10	0.825
11	0.864
12	0.887
13	0.889
الثبات العام	0.859

يتضح من خلال الجدول رقم 10 أن جميع الفقرات المكونة للبعد الثاني (التوجهات العلاجية) تسهم في زيادة الثبات الكلي لهذا البعد.

3.6. ثبات المتغيرات للبعد الثالث: "مدى تعزيز الأسرة للتوجه العلاجي".

الجدول رقم 11: "يمثل ثبات متغير البعد الثالث: (تعزيز الأسرة للتوجه العلاجي)"

رقم الفقرة	معامل ألفا كرونباخ
1	0.911
2	0.908
3	0.913
4	0.908
5	0.909
6	0.913
7	0.907
8	0.906
الثبات العام	0.910

يتضح من خلال الجدول رقم 11 أن جميع الفقرات المكونة للبعد الثالث (تعزيز الأسرة للتوجه العلاجي) تسهم في زيادة الثبات الكلي لهذا البعد خاصة بعد حذف الفقرة الثانية التي اتفق عليها غالبية المحكمين عند حساب نتائج تقدير المحكين في مرحلة قياس صدق المحتوى.

7. الثبات الكلي لأبعاد الاستمارة:

الجدول رقم 12: "يمثل الثبات الكلي لأبعاد الاستمارة"

أبعاد الاستمارة		عدد الفقرات	قيمة معامل ألفا كرونباخ
البعد الأول	تفسير الاضطرابات النفسية	06	0.747
البعد الثاني	التوجهات العلاجية	13	0.859
البعد الثالث	تعزيز الأسرة للتوجه العلاجي	08	0.910

يتضح من خلال الجدول رقم 12 أن معامل الثبات للبعد الأول (تفسير الاضطرابات النفسية) بلغ 0.747، في حين بلغ معامل ثبات البعد الثاني (التوجهات العلاجية) 0.859 ، أما البعد الثالث (تعزيز الأسرة للتوجه العلاجي) فقد بلغ 0.910 وجميعها تعبر عن قيم ثبات مرتفعة ما يدل على أن الاستبيان يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

كما تم التأكد من الثبات بطريقة إعادة التجريب على نفس العينة وفي نفس الظروف حيث تم تطبيق الاستبيان على العينة الاستطلاعية المقدرة بـ: 100 حالة، وإعادة تطبيقه من شهر جانفي 2018 إلى فيفري 2018، حيث استغرقت مدة إعادة تطبيقه 30 يوما على نفس العينة، ثم تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات التطبيقين وتحصلنا على قيمة معامل ارتباط ر= 0.784 وعليه نقول أن الاستمارة على درجة مقبولة من الثبات.

8. المعالجة الإحصائية للدراسة الاستطلاعية:

اعتمدنا في دراستنا الاستطلاعية على الأساليب الإحصائية التالية، وهذا بالاستعانة بالحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS :

- ❖ النسبة المئوية.
- ❖ المتوسط الحسابي.
- ❖ الانحراف المعياري.
- ❖ معامل ألفا كرونباخ.
- ❖ معامل الارتباط بيرسون.

9. نتائج الدراسة الاستطلاعية:

باستعمالنا لتقنية دراسة حالة في الدراسة الاستطلاعية كمرحلة أولية لبناء الاستمارة التي قدمناها للتحكيم، وذلك باستخدام المقابلات سواءا الجماعية والفردية والملاحظة واستخدام المقابلة النصف موجهة وكذا تقنية EMIC من خلال المحاور الأساسية وبناء الأسئلة من خلالها، بالإضافة إلى الإجابة على التساؤلات البحثية المتمثلة في دور المعتقد الثقافي في تفسير الاضطراب النفسي، ومنه اختيار نوع العلاج وكذا دور الأسرة في تعزيزه. وهذا من أجل معرفة وظيفة المعتقدات الثقافية في اختيار نوعية العلاج بين الحديث والتقليدي وتفسير أسباب الاضطراب النفسي بعد تطبيق

الاستمارة في صورته النهائية على عينة الدراسة بالدرجة الأولى ومعرفة مدى ملائمة هذا المنهج والتقنيات المستعملة للموضوع المدروس، حيث توصلنا وكما وسبق وذكرنا سابقا إلى الصورة النهائية للاستمارة التي سنقوم بعرضها على عينة الدراسة الأساسية أولا ومدى ملائمتها لموضوع البحث.

II. الدراسة العيادية:

1. مكان الدراسة:

لقد تم اختيار المكان خاصة المؤسسات الاستشفائية لاعتبارات متعلقة بالحالات والاضطرابات المختلفة المتواجدة ضمن هذه المؤسسات وتخضع لعلاج طبي، بالإضافة الى المعالجين التقليديين وكذا الأضرحة أين نجد بعضا من زوار هذه المؤسسات الطبية يبحثون عن العلاج التقليدي. حيث أردنا في دراستنا أن يكون مكان بحثنا في المكان الذي توجد فيه فئة المصابين باضطرابات نفسية حتى نتمكن من ملامسة هذه الفئة أثناء تواجدها على مستوى المؤسسات الاستشفائية اولا، ومختلف المعالجين ثانيا والسبب أن معظم الدراسات التي تناولت هذا الموضوع تناولت سواء الخلفية الثقافية أو التصورات الثقافية للاضطرابات النفسية، وكوننا احتككنا بهذه الفئة سواء على مستوى المؤسسات الاستشفائية بولاية مستغانم ودائرة سيدي علي خاصة في دراستنا الاستطلاعية، ولدى بعض المعالجين التقليديين وحتى في بعض الزيارات التي قمنا بها إلى الأضرحة.

وقد اختصت دراستنا على الحالات المصابة باضطرابات نفسية داخل ولاية مستغانم، وكان السبب في اختيارنا لهذه الولاية هو انتمائنا لها وهذا ما سهل علينا عملية البحث والاتصال بالعينة المدروسة، أما مكان إجراء البحث فقد كان حسب الحالات وتواجدها (مستشفى الأمراض العقلية بمستغانم، المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي علي، المؤسسة الاستشفائية بسيدي علي حيث تتميز بتواجد أفراد العينة على مستواها من أجل المواعيد الطبية ، الأضرحة في بعض المناسبات، المعالجين التقليديين).

2. مدة الدراسة:

دامت الدراسة الأساسية من شهر 01 ماي 2018 إلى شهر 27 ديسمبر من سنة 2018

3. مواصفات العينة المدروسة:

كما هو موضح في عنوان المذكرة فقد اخترنا دراسة لفئة الراشدين المصابين باضطرابات نفسية داخل ولاية مستغانم، حيث اعتمدنا في دراستنا نفس عينة الدراسة الاستطلاعية 100 حالة مقسمة بالتساوي بين الذكور والاناث وتطبيق أداة البحث.

4. المنهج:

استخدمنا في دراستنا المنهج الوصفي كونه يتلاءم مع موضوع الدراسة. حيث قمنا بتوظيفه في الدراسة الاستطلاعية، نظرا لخاصيته في التحليل المرتكز على دقة المعلومات، الذي اعتمدناه كوسيلة أساسية في وصف الظاهرة المراد دراستها، كما ساعدنا في حصر العينة من خلال بناء أداة الدراسة (الاستمارة) والتأكد من خصائصها السيكومترية (الصدق والثبات). كما قمنا بتوظيفه في الدراسة الأساسية على نفس العينة وباستخدام نفس الأداة والأساليب الإحصائية المناسبة.

5. أدوات الدراسة العيادية:

استخدمنا في الدراسة العيادية الاستمارة التي تم بناءها من خلال دراسة الحالة واستخدام المقابلة النصف موجهة والاستمارة اعتمادا على تقنية EMIC **دليل المقابلة للنماذج التفسيرية،** وهي تقنيات كمرحلة أولية لبناء الاستمارة التي قدمت للتحكيم في الأخير وكذا تأكدنا من صدقها وثباتها، وبالتالي تم تقديم النسخة النهائية للاستمارة بطريقة فردية على أفراد العينة المكونة من 100 حالة تعاني اضطرابات نفسية، واستخرجنا النتائج باستعمال النسب المئوية، فمثلا على سبيل المثال في سؤال يبين طبيعة الاضطرابات النفسية وضعنا العديد من احتمالات الإجابة المعروضة في الاستمارة مثل: اضطراب عصبي، مس من الجن، سحر...الخ، كون الأسئلة مغلقة غير مفتوحة، حيث تحصلت الإجابة بمس من الجن على 30 إجابة، فتتم حساب النسبة المؤوية كالتالي:

$$\%30 = \%100 \times \frac{30}{100}$$

وهكذا نحسب كل إجابة على حدى، وللتأكد في الأخير من صحة النتائج نقوم بحساب النسب المؤوية المحصلة في كل إجابة، وإذا كانت الحسابات صحيحة فسيكون المجموع 100%.

خلاصة الفصل:

بعد قيامنا بالدراسة الاستطلاعية والتي كانت تهدف إلى بناء الأداة النهائية لبحثنا والتأكد من صدقها وثباتها من استعمالها في الدراسة العيادية متبعين في ذلك المنهج الوصفي التحليلي الذي يناسب موضوع بحثنا من خلال تحليل المعطيات والبيانات المتحصل عليها من خلال استمارة البحث التي تم بنائها وفق تقنية EMIC دليل المقابلة للنماذج التفسيرية والفرضيات البحث المطروحة والتي قسمت على ثلاثة أبعاد، قمنا بتطبيقها على عينة مكونة من 100 حالة ذكور وإناث يعانون من اضطرابات نفسية في مدينة مستغانم، وبعد تفريغ البيانات تحصلنا على النتائج التالية.

الفصـــل السادس:

عرض نتائج الدراسة

I. عرض نتائج الدراسة:

1. عرض نتائج البعد الأول: "كيفية تفسير الاضطرابات النفسية".
2. عرض نتائج البعد الثاني: "التوجهات العلاجية وعلاقتها بالمعتقد الثقافي".
3. عرض نتائج البعد الثالث: "تعزيز الأسرة للتوجه العلاجي للراشد المصاب باضطراب نفسي".
4. التحليل العام لأبعاد الدراسة.

خلاصة الفصل.

II. تحليل النتائج ومناقشة الفرضيات

1. تحليل النتائج المتحصل عليها في الدراسة.
2. مناقشة الفرضيات.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

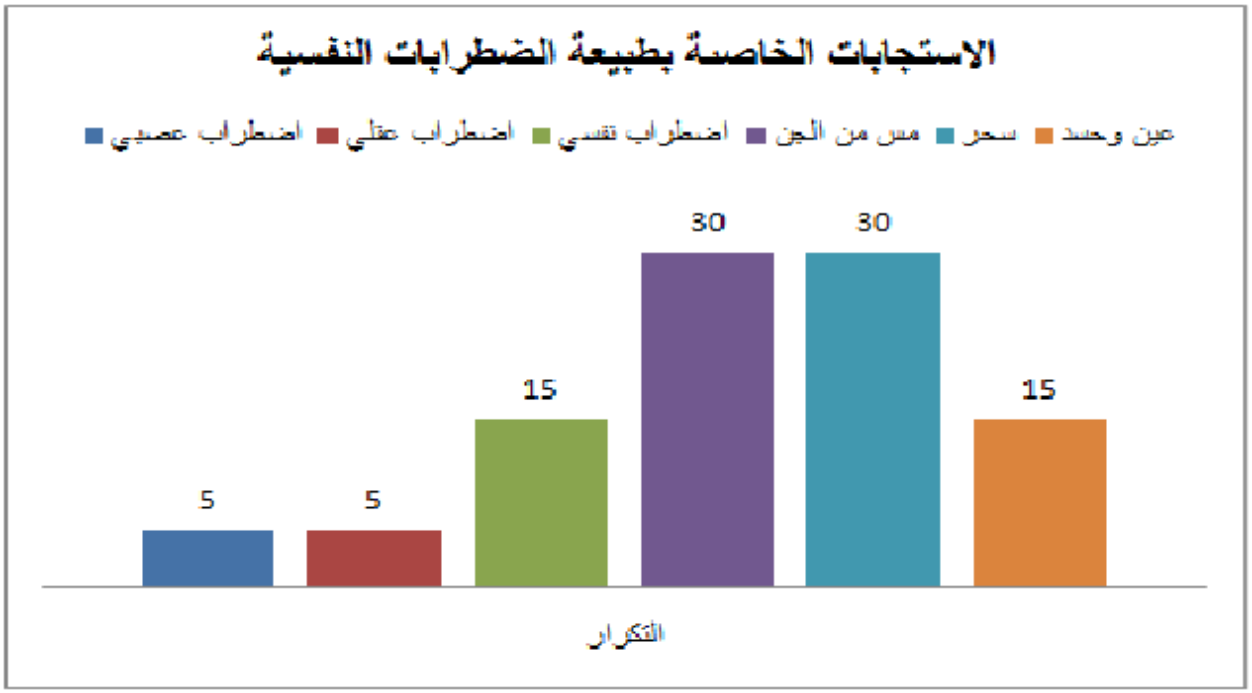
من خلال ما تم التطرق إليه في الدراسة الاستطلاعية والأساسية لتحديد كل ما تعلق بمنهج الدراسة وعينة الدراسة والتأكد من صدق وثبات الأداة، وتطبيقها في الدراسة الأساسية تحصلنا على النتائج التالية:

I. عرض نتائج الدراسة :

1. عرض نتائج البعد الأول: "كيفية تفسير الاضطرابات النفسية":

جدول رقم 13: "يبين طبيعة الاضطرابات النفسية"

الاختيارات	التكرار	النسبة المئوية
اضطراب عصبي	05	%05
اضطراب عقلي	05	%05
اضطراب نفسي	15	%15
مس من الجن	30	%30
سحر	30	%30
عين وحسد	15	%15
المجموع	100	%100



لشكل رقم 05: "يبين الاستجابات الخاصة بطبيعة الاضطرابات النفسية"

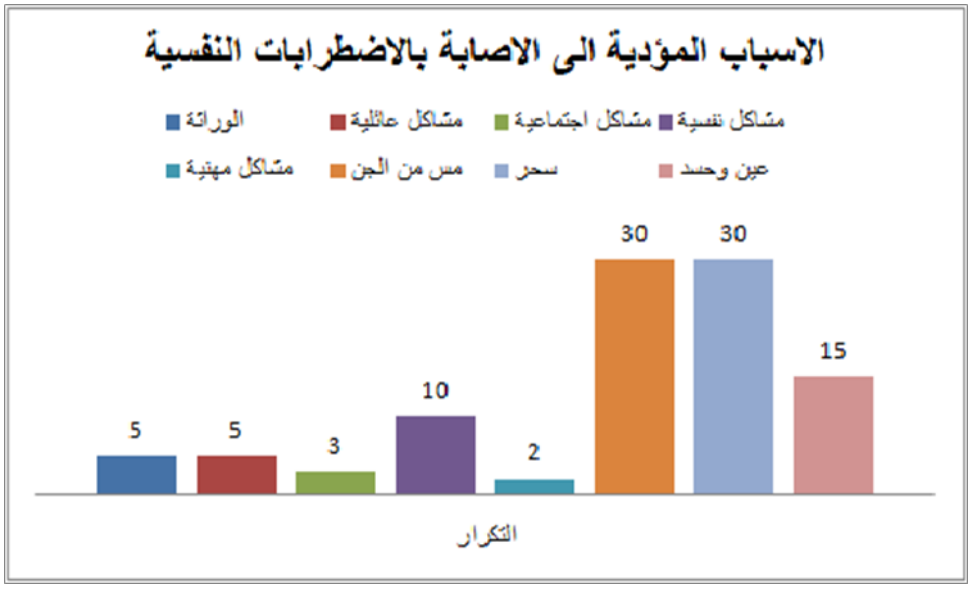
التعليق على الجدول:

على حسب نتائج الاستمارة وكما هو موضح في الجدول رقم13، أن العينة المدروسة تفسر الاضطراب النفسي على انه مس من جن وهذا بنسبة 30% ونفس النسبة نجدها ترى أن الاضطراب النفسي أنه سحر أي بنسبة 30%، كما نجد نسبتين متساويتين عل أنه (الاضطراب النفسي) عين وحسد وكذا هو اضطراب قائم في حد ذاته (أي أنه اضطراب نفسي) وذلك بنسبة 15 %، أما المرتبة الأخيرة فيتقاسمها كل من اضطراب عقلي واضطراب عصبي بنفس النسبة أي 05%.

جدول رقم 14: "الأسباب المؤدية إلى الإصابة بالاضطرابات النفسية"

الاختيارات	التكرار	النسبة المئوية
الوراثة	05	%05
مشاكل عائلية	05	%05

مشاكل اجتماعية	03	%03
مشاكل نفسية	10	%10
مشاكل مهنية	02	%02
مس من الجن	30	%30
سحر	30	%30
عين وحسد	15	%15
المجموع	100	%100



الشكل رقم 06: "يبين الأسباب المؤدية إلى الإصابة بالاضطرابات النفسية"

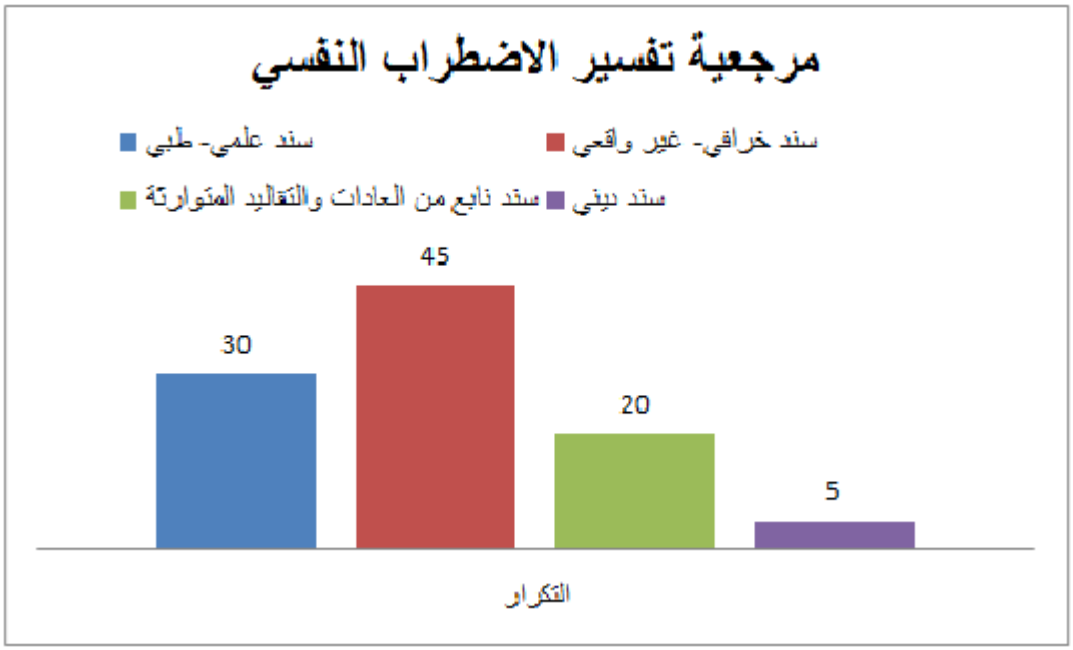
التعليق على الجدول:

على حسب نتائج الاستمارة وكما هو موضح في الجدول رقم 14، فإن أكبر نسبة من العينة ترى أن سبب الاضطراب النفسي هو مس من الجن بنسبة 30%، كما نجد نفس النسبة تعبر على انه نتيجة للسحر وهذا بنسبة 30%، ثم تليها العين والحسد بنسبة 15%، وفي المرتبة الثالثة نجد السبب ناتج عن مشاكل نفسية بنسبة 10%، أما الوراثة والمشاكل العائلية فنجدها

بنسبة 05%، ونجد نسب مئوية ضئيلة أخرى مثل المشاكل الاجتماعية بنسبة 03%، وفي آخر الترتيب نجد أن نسبة 02 % من أفراد العينة ترجع الاضطرابات النفسية إلى المشاكل المهنية.

جدول رقم 15: "مرجعية تفسير الاضطراب الذي تعاني منه"

الاختيارات	سند علمي- طبي	سند خرافي- غير واقعي	سند نابع من العادات والتقاليد المتوارثة	سند ديني	المجموع
التكرار	30	45	20	05	100
النسبة المئوية	%30	%45	%20	%05	%100



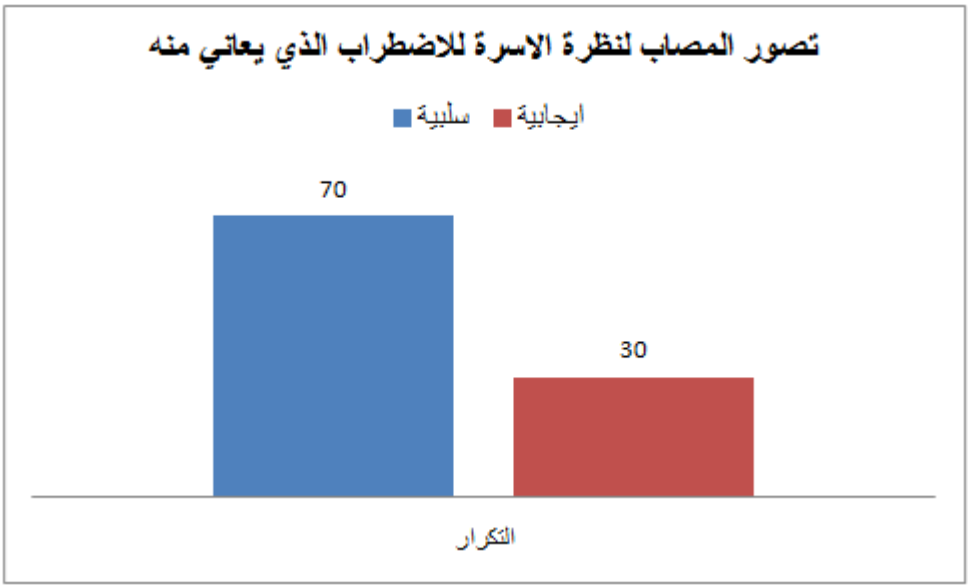
الشكل رقم 07: "مرجعية تفسير الاضطراب الذي تعاني منه"

التعليق على الجدول:

على حسب نتائج الاستمارة وكما هو موضح في الجدول رقم 15، من منظور العينة وبنسبة 45% تعتقد وتستند في تفسيرها للاضطراب الذي تعاني منه على أساس سند خرافي- غير واقعي، ثم يليه التفسير على أساس سند علمي- طبي بنسبة 30%، كما نجد نسبة 20% ترجع إلى السند النابع من العادات والتقاليد المتوارثة، نجد نسبة 05% ترجع إلى السند الديني.

جدول رقم 16: "تصور المصاب لنظرة الأسرة إلى الاضطراب الذي يعاني منه"

الاختيارات	ايجابية	سلبية	المجموع
التكرار	30	70	100
النسبة المئوية	%30	%70	%100



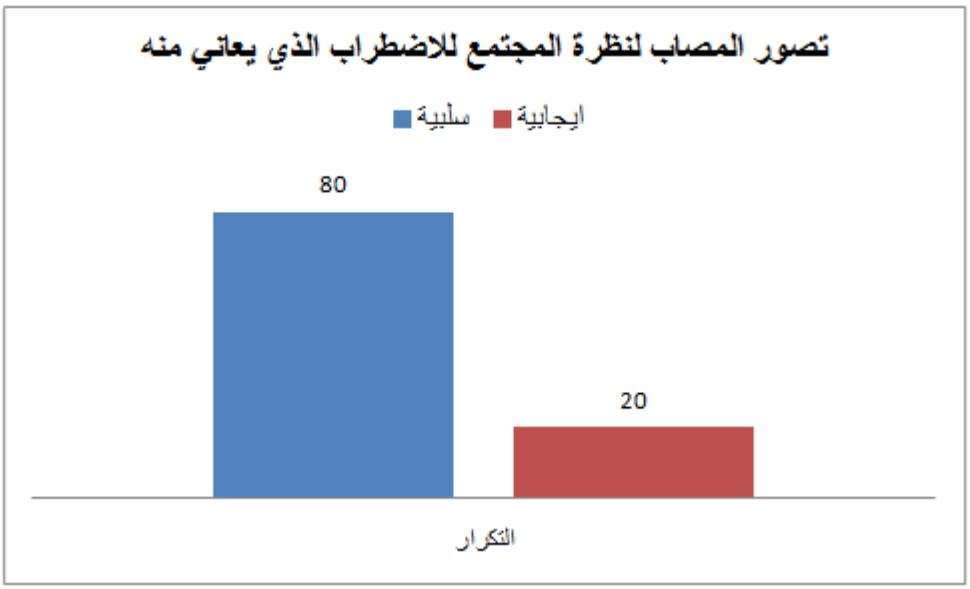
الشكل رقم 08: "تصور المصاب لنظرة الأسرة إلى الاضطراب الذي يعاني منه"

التعليق على الجدول:

على حسب نتائج المتحصل عليها وكما هو موضح في الجدول رقم 16، فإن 70% من العينة المدروسة ترى أن الأسرة تنظر إلى الاضطراب الذي يعانيه الفرد المنتمي إلها بطريقة سلبية، في حين أن نسبة 30% الباقية فنظرتها ايجابية وعلى انه فرد عادي يحتاج المساعدة.

جدول رقم 17: " تصور ونظرة المجتمع للاضطراب الذي تعاني منه"

الاختيارات	ايجابية	سلبية	المجموع
التكرار	20	80	100
النسبة المئوية	%20	%80	%100



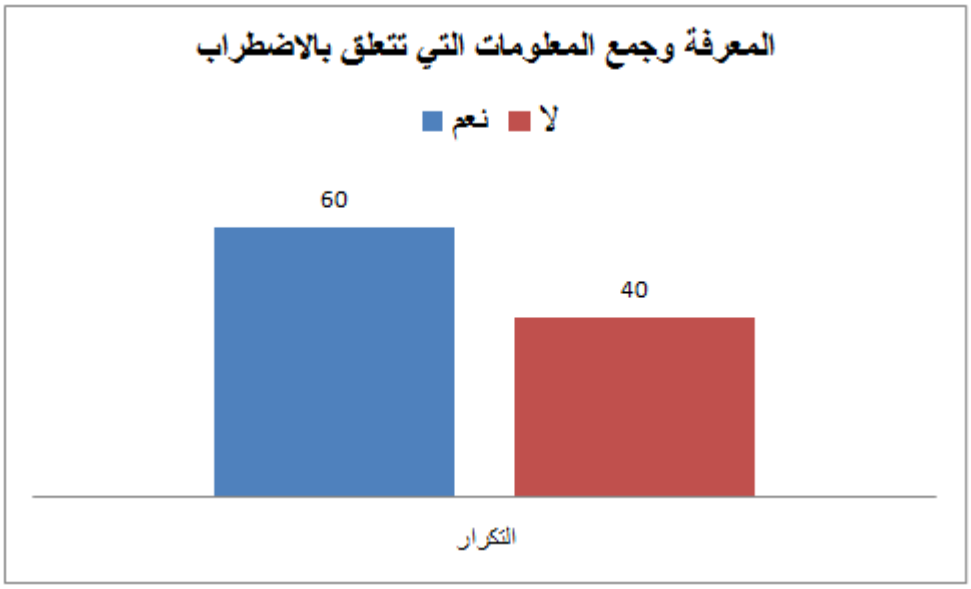
لشكل رقم 09: " تصور ونظرة المجتمع للاضطراب الذي تعاني منه"

التعليق على الجدول:

على حسب نتائج الاستمارة وكما هو موضح في الجدول رقم 17، فإن نسبة 80% ترى أن المجتمع ينظر نظرة سلبية إلى الفرد الذي يعاني من اضطراب نفسي كما هو معبر من طرف العينة المدروسة، في حين النسبة المتبقية أي 20% من أفراد العينة الذين يعانون من اضطرابات نفسية فكانت نظرتها ايجابية إلى الأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية.

جدول رقم18:"المعرفة وجمع المعلومات التي تتعلق بالاضطراب الذي تعاني منه"

الاختيارات	نعم	لا	المجموع
التكرار	60	40	100
النسبة المئوية	%60	%40	%100



الشكل رقم 10 :"المعرفة وجمع المعلومات التي تتعلق بالاضطراب الذي تعاني منه"

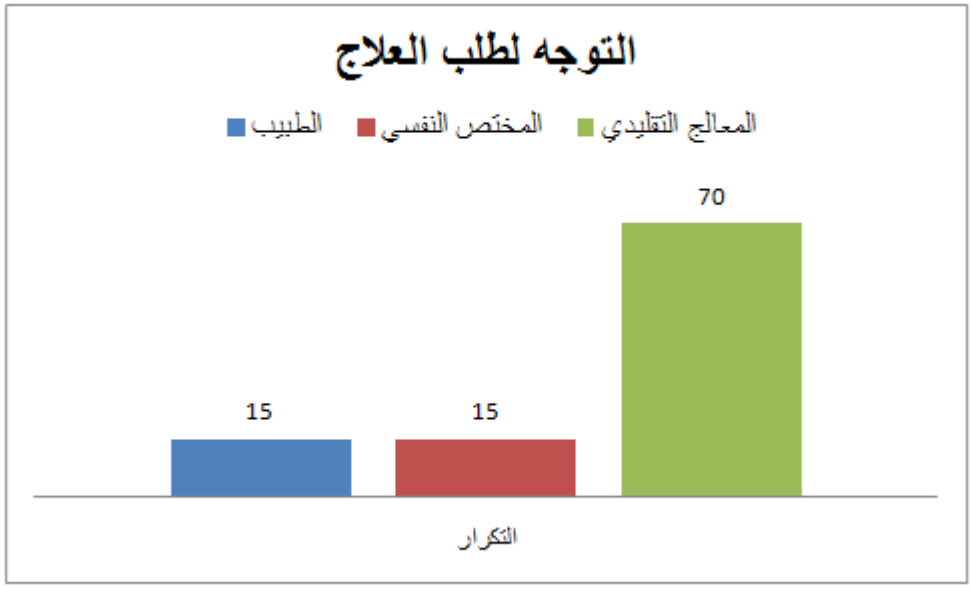
التعليق على الجدول:

على حسب نتائج المتحصل عليها وكما هو موضح في الجدول رقم 18، فإن 60% من العينة المدروسة تقوم بالبحث للتعرف وجمع المعلومات حول الاضطراب الذي تعانيه، في حين 40% من الحالات لا تبحث عن ذلك.

2. عرض نتائج البعد الثاني: "التوجهات العلاجية وعلاقتها بالمعتقد الثقافي"

جدول رقم 19: "من قام باكتشاف الاضطراب الذي تعاني منه"

الاختيارات	الطبيب	المختص النفسي	الأسرة	المعالج التقليدي	المجموع
التكرار	15	15	40	30	100
النسبة المئوية	%15	%15	%40	%30	%100



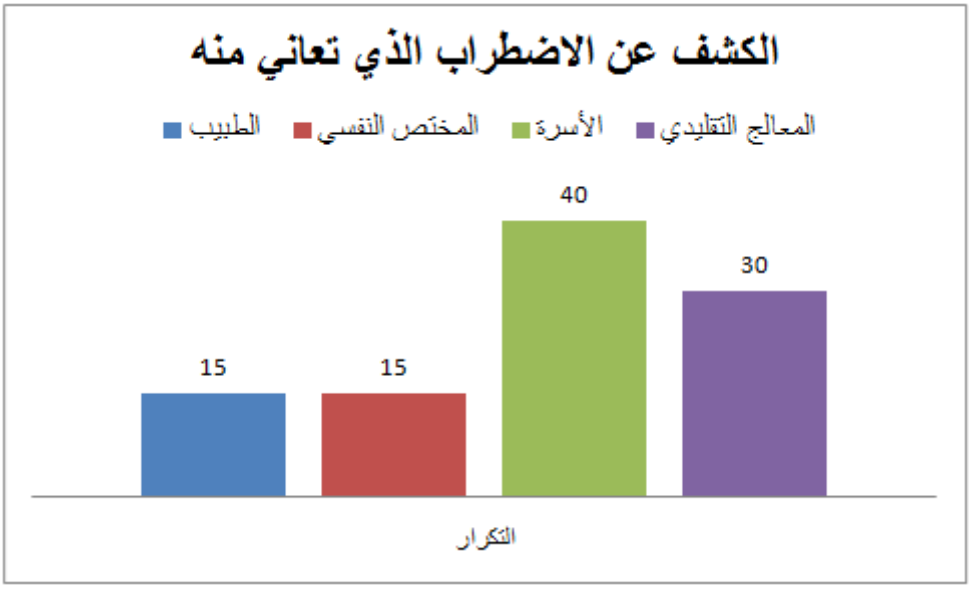
الشكل رقم 11: "من قام باكتشاف الاضطراب الذي تعاني منه"

التعليق على الجدول:

على حسب نتائج الاستمارة وكما هو موضح في الجدول رقم20، حيث عبرت 40% من العينة أن اكتشاف الاضطراب كان من طرف الأسرة، ثم يليها المعالج التقليدي بنسبة 30%، في حين نجد نفس النسبة المؤوية أي 15% بالنسبة للطبيب والمختص النفساني.

جدول رقم 20: "التوجه لطلب العلاج بعد معرفة المصاب بالاضطراب الذي يعاني منه"

الاختيارات	الطبيب	المختص النفسي	المعالج التقليدي	المجموع
التكرار	15	15	70	100
النسبة المئوية	%15	%15	%70	%100



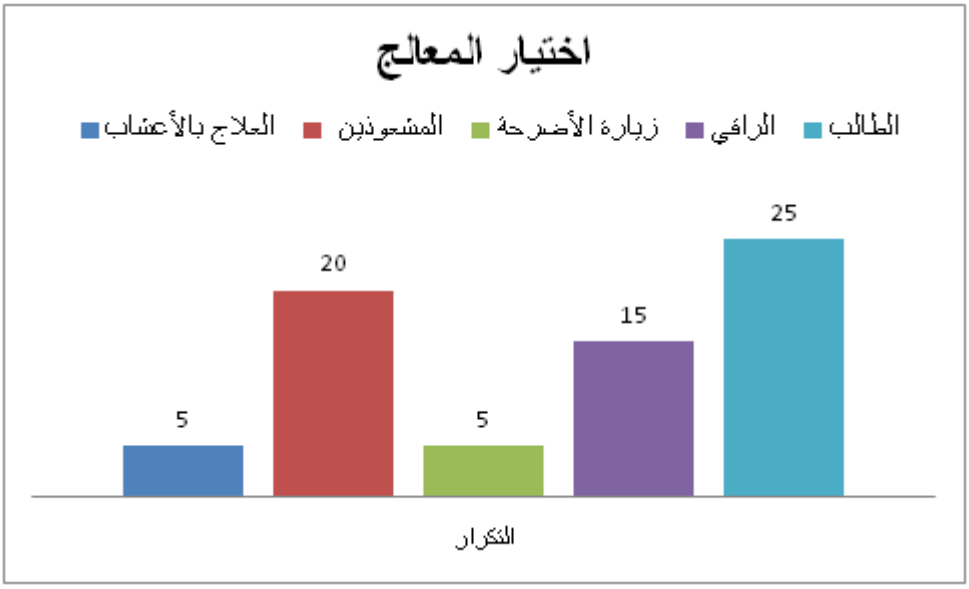
الشكل رقم 12: "التوجه لطلب العلاج بعد معرفة المصاب بالاضطراب الذي يعاني منه"

التعليق على الجدول:

على حسب نتائج الاستمارة وكما هو موضح في الجدول رقم 20، أن النسبة الكبيرة من العينة المدروسة توجهت إلى المعالج التقليدي لطلب العلاج بعد معرفتها بالاضطراب الذي تعاني منه وذلك بنسبة 70%، وتعد هذه النسبة كبيرة مقارنة مع التوجه سواءا إلى الطبيب أو المختص النفساني وذلك بنسب متساوية بين الاثنين أي 15% لكل واحد منهما.

جدول رقم 21: "إختيار المعالج ، فأي معالج"

الاختيارات	الطالب	الراقي	زيارة الأضرحة	المشعوذين	العلاج بالأعشاب	المجموع
التكرار	25	15	05	20	05	70
النسبة المئوية	%25	%15	%05	%20	%05	%70



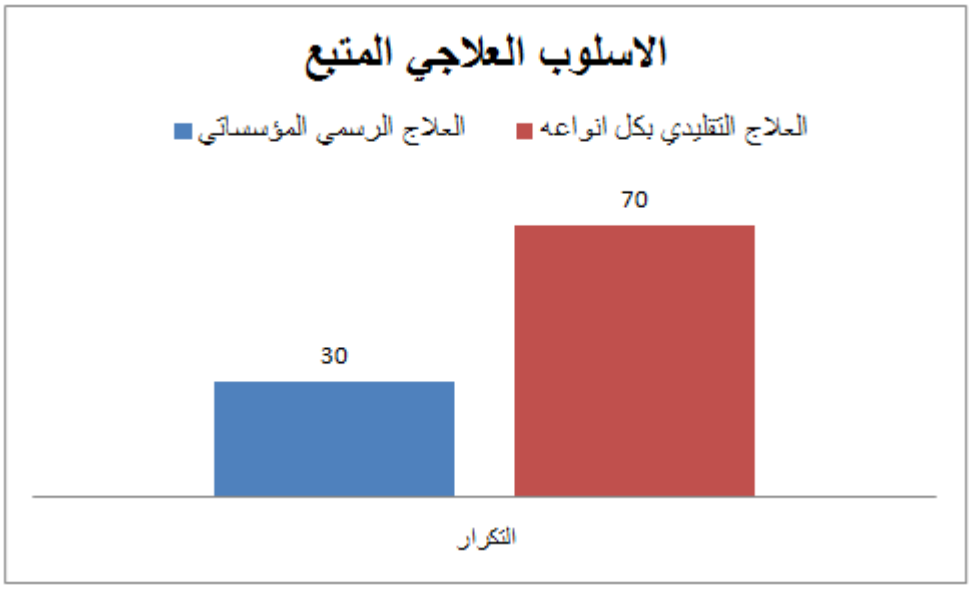
الشكل رقم 13: "إختيار المعالج ، فأي معالج"

التعليق على الجدول:

على حسب نتائج الاستمارة وكما هو موضح في الجدول رقم 21، وكما وسبق ذكره من قبل أن التوجه بعد معرفة الاضطراب الذي يعاني منه افراد العينة المدروسة كان إلى المعالج التقليدي بنسبة كبيرة، وقد وجدنا أن النوع الذي حاز على نسبة مئوية اكبر هو التوجه إلى الطالب بنسبة 25%، ثم يليه التوجه إلى المشعوذين بنسبة 20%، وبعده مباشرة التوجه الراقي بنسبة 15%، وجدنا نفس النسبة المئوية بالنسبة لزيارة الأضرحة وكذا العلاج بالأعشاب بنسبة 05% لكل واحدة على حدى، ويجذر بالذكر أننا إذا جمعنا كل النسب المؤوية المتحصل علها نجد المجموع 70%، وتلك هي نسبة اختيار المعالج التقليدي نفسها التي تم اختيارها من طرف العينة وبيناه سابقا في الجدول رقم 20.

جدول رقم 22: "الأسلوب العلاجي المتبع حاليا"

الاختيارات	العلاج الرسمي – المؤسساتي	العلاج التقليدي- بمختلف أنواعه	المجموع
التكرار	30	70	100
النسبة المئوية	%30	%70	%100



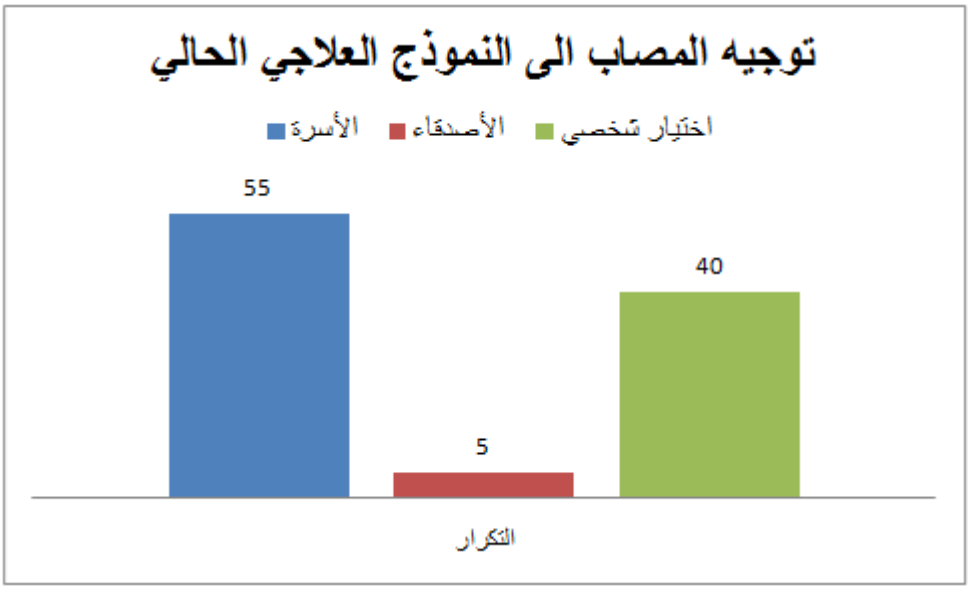
الشكل رقم 14: "الأسلوب العلاجي المتبع حاليا"

التعليق على الجدول:

على حسب نتائج المتحصل عليها وكما هو موضح في الجدول رقم22، فإن النسبة الكبيرة من العينة المدروسة تتبع حاليا العلاج التقليدي بمختلف أنواعه بنسبة 70%، أما النسبة المتبقية أي 30% فإنها تتبع حاليا العلاج الرسمي المؤسساتي.

جدول رقم 23: "توجيه المصاب إلى النموذج العلاجي الحالي"

الاختيارات	الأسرة	الأصدقاء	اختيار شخصي	المجموع
التكرار	55	05	40	100
النسبة المئوية	%55	%05	%40	%100



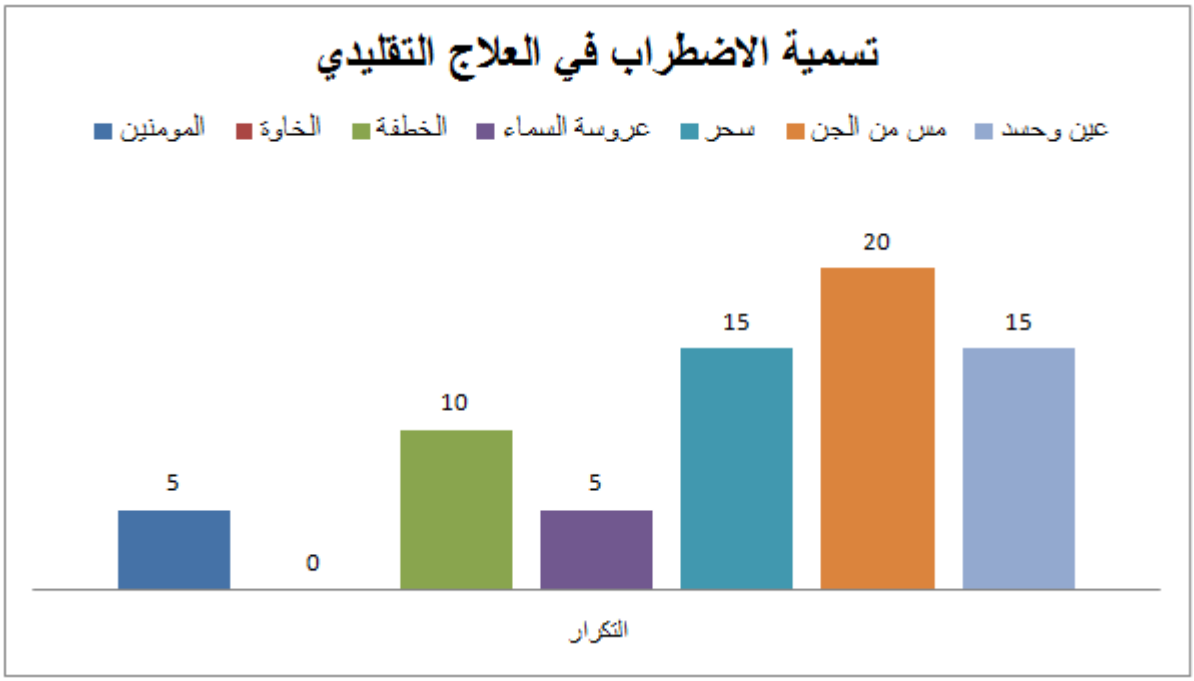
الشكل رقم 15: "توجيه المصاب إلى النموذج العلاجي الحالي"

التعليق على الجدول:

على حسب نتائج الاستمارة وكما هو موضح في الجدول رقم 23، فإن نسبة 55% من العينة اتبعت الأسلوب العلاجي المختار من طرف الأسرة، ويليها الاختيار الشخصي بنسبة 40%، وفي الأخير نجد الأصدقاء بنسبة 05%.

جدول رقم 24: "التسمية التي تطلق على الاضطراب الذي تعاني منه في مجال العلاج التقليدي"

الاختيارات	المومنين	الخاوة	الخطفة	عروسة السماء	سحر	مس من الجن	عين وحسد	المجموع
التكرار	05	00	10	05	15	20	15	70
النسبة المئوية	%05	%00	%10	%05	%15	%20	%15	%70



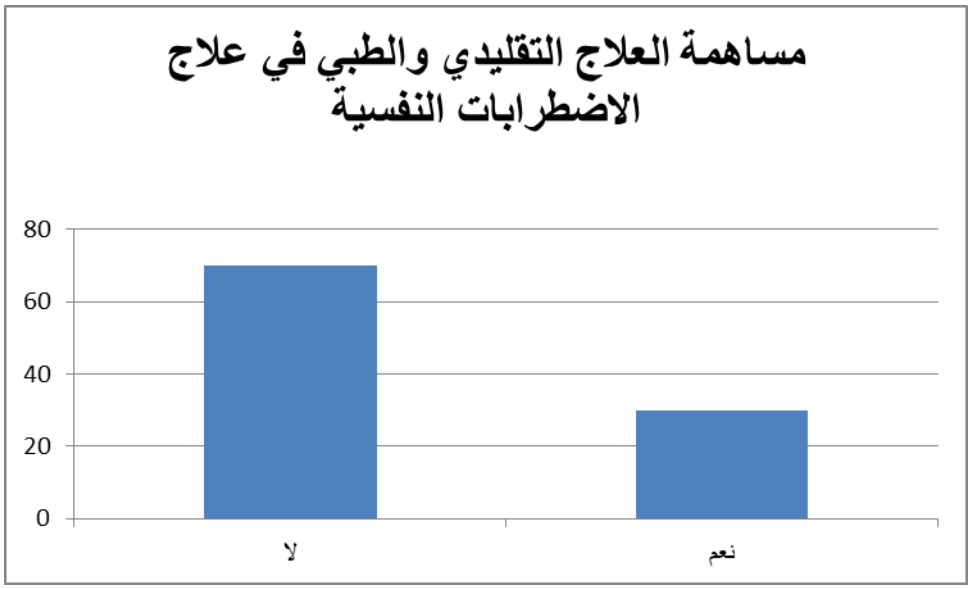
الشكل رقم 16: "التسمية التي تطلق على الاضطراب الذي تعاني منه في مجال العلاج التقليدي"

التعليق على الجدول:

على حسب نتائج الاستمارة وكما هو موضح في الجدول رقم 24، فإن التسمية التي تطلق على الاضطراب الذي يعاني منه أفراد العينة في مجال العلاج التقليدي يختلف من مصاب إلى آخر، فـ 20% منهم يسمون الاضطراب النفسي بالمس من الجن وذلك بنسبة 20%، يلي ذلك السحر وكذا العين والحسد بنسبة 15% لكل منهما، بالإضافة الى نسبة 10% بالنسبة لتسمية الاضطراب بالخطفة، ونسبة 05% بالنسبة إلى تسميته بالمومنين وعروس السماء، أما تسميته بالخاوة فلم يتم اختياره كجواب وبالتالي كانت النسبة 00 %، وهذا لأنه اضطراب غالبا مايطلق على الأطفال الصغار.

جدول رقم 25: "العلاج التقليدي يساهم مع العلاج الطبي في علاج الاضطرابات النفسية"

الاختيارات	نعم	لا	المجموع
التكرار	30	70	100
النسبة المئوية	%30	%70	%100



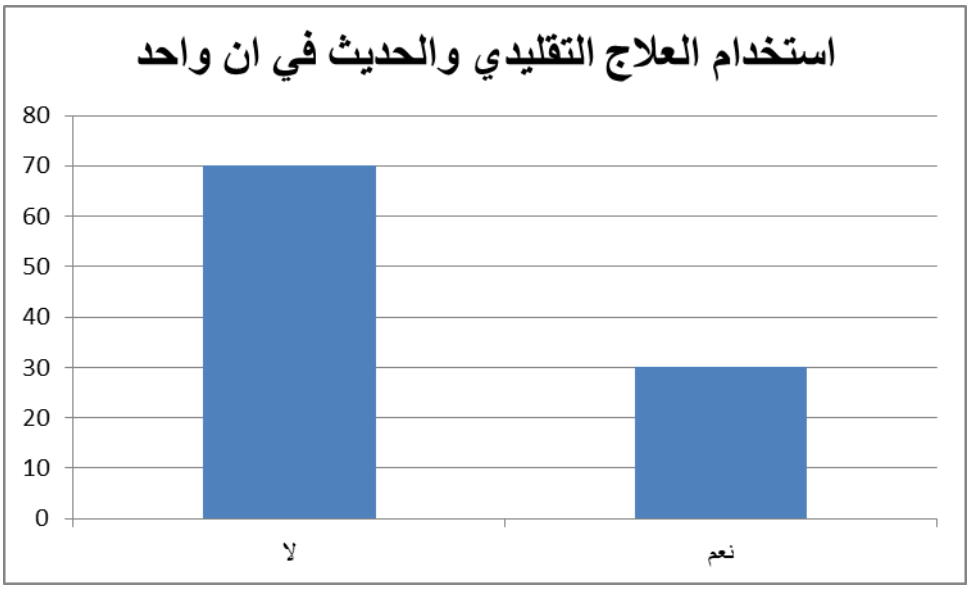
الشكل رقم 17: "العلاج التقليدي يساهم مع العلاج الطبي في علاج الاضطرابات النفسية"

التعليق على الجدول:

من خلال النتائج المتحصل عليها وكما هو موضح في الجدول رقم 25، فإن 70% من العينة أجابت بنفي فكرة أن العلاج التقليدي يساهم مع العلاج الطبي بمختلف توجهاته (العقلية- النفسية- المتخصصة) في علاج الاضطرابات النفسية، أما بقية العينة أي 30% فأجابت بالإيجاب.

جدول رقم 26: "هل تنصح باستخدام العلاج الطبي مع العلاج التقليدي في آن واحد"

الاختيارات	نعم	لا	المجموع
التكرار	30	70	100
النسبة المئوية	%30	%70	%100



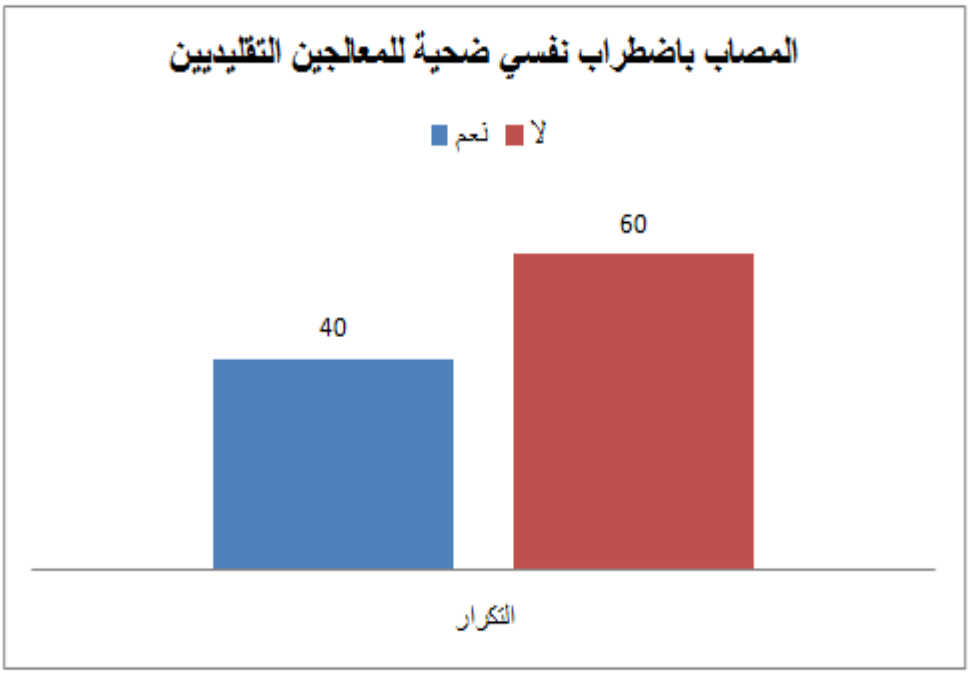
الشكل رقم 18: "هل تنصح باستخدام العلاج الطبي مع العلاج التقليدي في آن واحد"

التعليق على الجدول:

على حسب نتائج الاستمارة وكما هو موضح في الجدول رقم 26، فإن 70% من العينة أجابت بعدم دمج استخدام العلاج الطبي مع العلاج التقليدي في آن واحد، أما بقية العينة أي 30% فرأت إمكانية استعمالهما في آن واحد.

جدول رقم 27: "المصاب باضطراب نفسي ضحية للمعالجين التقليديين"

الاختيارات	نعم	لا	المجموع
التكرار	40	60	100
النسبة المئوية	%40	%60	%100



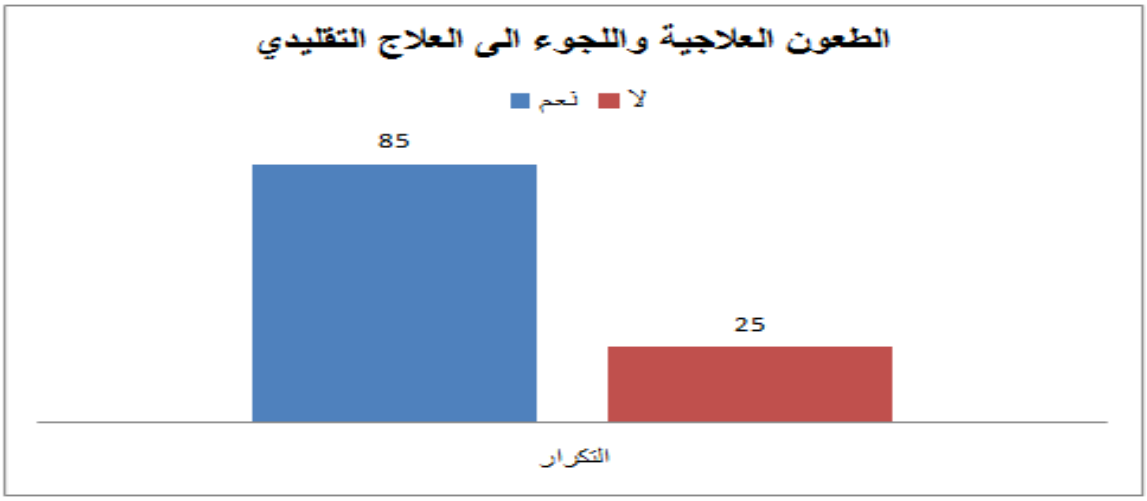
الشكل رقم 19: "المصاب باضطراب نفسي ضحية للمعالجين التقليديين"

التعليق على الجدول:

على حسب نتائج الاستمارة وكما هو موضح في الجدول رقم 27، فإن 60% من العينة أجابت برفض فكرة أن المصاب باضطراب نفسي يصبح ضحية للمعالجين التقليديين، أما البقية أي 40 % ترى عكس ذلك (أي أنه ضحية للمعالجين التقليديين).

جدول رقم 28: "الطعون العلاجية تسهل للمصاب اللجوء إلى العلاج التقليدي"

الاختيارات	نعم	لا	المجموع
التكرار	85	25	100
النسبة المئوية	%85	%25	%100



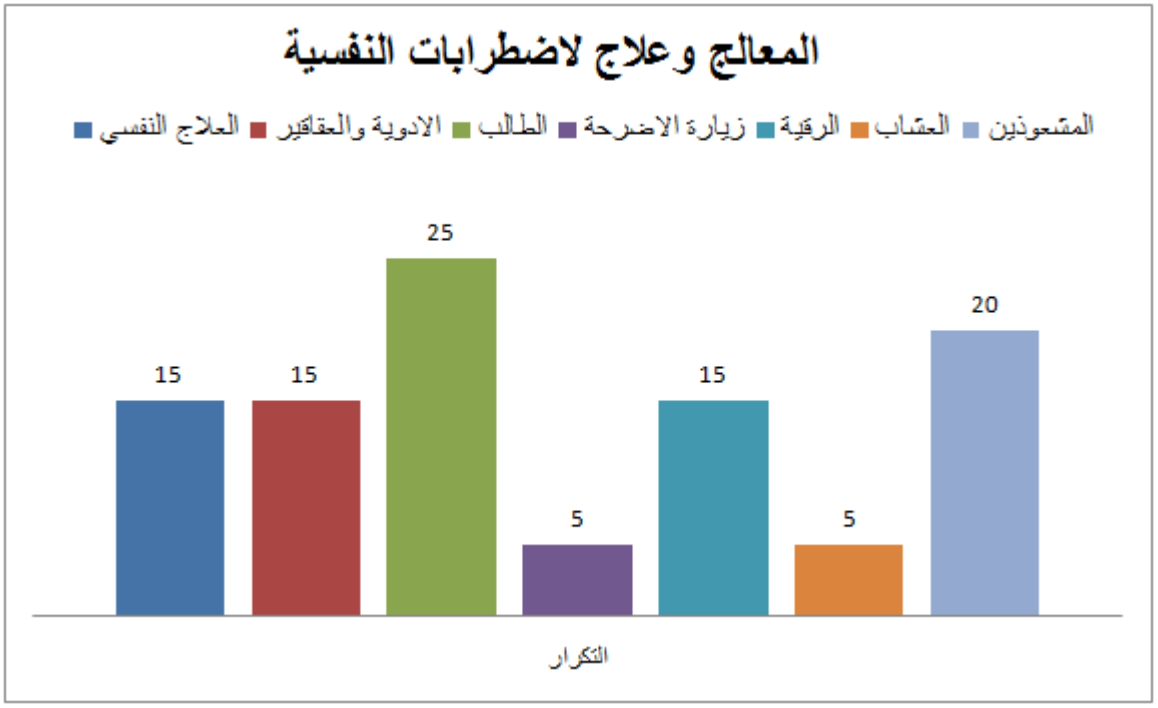
الشكل رقم 20: "الطعون العلاجية تسهل للمصاب اللجوء إلى العلاج التقليدي"

التعليق على الجدول:

على حسب نتائج الاستمارة وكما هو موضح في الجدول رقم 28، فإن 85% من العينة أجابت واكدت بأن صعوبة الشفاء من الاضطرابات النفسية وطول مدة العلاج التي يستغرقها العلاج الطبي يسهل اللجوء إلى العلاج التقليدي، وهذا من خلال مختلف الطعون العلاجية. أما بقية العينة أي 25% منها فأجابت بالنفي.

جدول رقم 29: "المعالج وعلاج الاضطرابات النفسية".

الاختيارات	التكرار	النسبة المئوية
العلاج النفسي	15	%15
الأدوية والعقاقير	15	%15
الطالب	25	%25
زيارة الأضرحة	05	%05
الرقية	15	%15
العشاب	05	%05
المشعوذين	20	%20
المجموع	100	%100



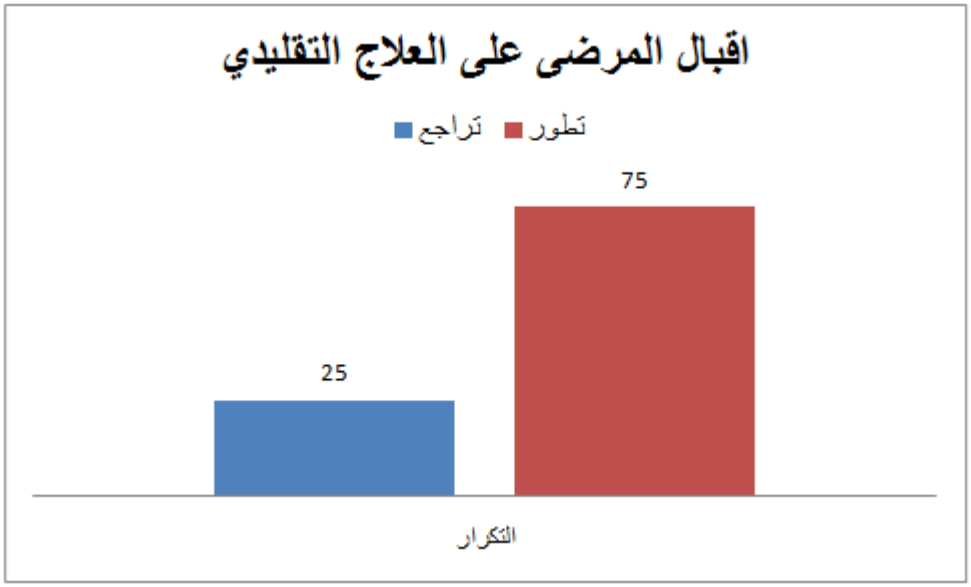
الشكل رقم 21: "المعالج وعلاج الاضطرابات النفسية".

التعليق على الجدول:

على حسب نتائج الاستمارة وكما هو موضح في الجدول رقم 29، ومن خلال جمع الاستجابات المتعلقة بالمعالج التقليدي فنجدها تعادل نسبة 70% موزعة كما يلي 25% بالنسبة لعلاج الاضطرابات النفسية عن طريق الطالب، وبنسبة 20% لدى المشعوذين، و15% لدى الرقات، في حين تساوت النسبة والمقدرة بـ 05% بين زيارة الأضرحة والعشابين. أما النسبة المتبقية من مجموع الاستجابات والمقدرة بـ 30% فترجع إلى العلاج الحديث الطبي والنفسي حيث قدرت النسبة هي الأخرى بـ 15% و هي نسبة تساوت كذلك مع الرقات.

جدول رقم 30: "إقبال المرضى على العلاج التقليدي في تطور ام تراجع":

الاختيارات	تطور	تراجع	المجموع
التكرار	75	25	100
النسبة المئوية	%75	%25	%100



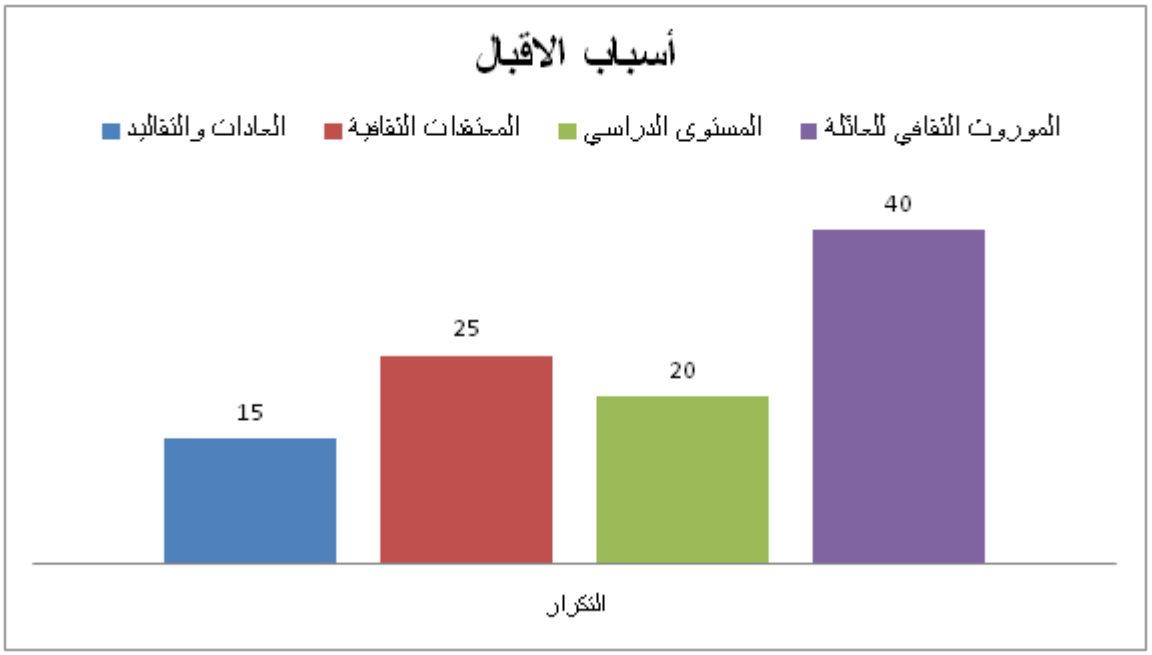
الشكل رقم 22: "إقبال المرضى على العلاج التقليدي في تطور ام تراجع":

التعليق على الجدول:

على حسب نتائج الاستمارة وكما هو موضح في الجدول رقم 30، فإن نسبة 75% من العينة أجابت بأن علاج الاضطرابات النفسية بالطرق التقليدية هو في تطور مستمر، على عكس 25% من العينة رأت أنه في تراجع.

جدول رقم 31: "أسباب الاقبال"

الاختيارات	العادات والتقاليد	المعتقدات الثقافية	المستوى الدراسي	الموروث الثقافي للعائلة	المجموع
التكرار	15	25	20	40	100
النسبة المئوية	%15	%25	%20	%40	%100



الشكل رقم 23: "أسباب الاقبال"

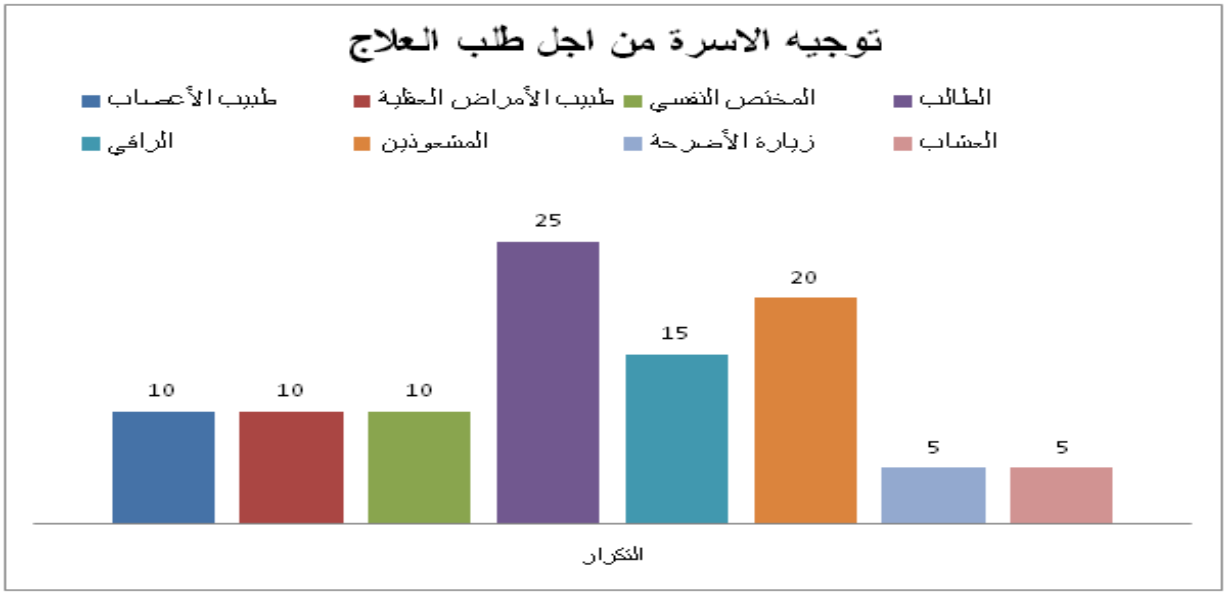
التعليق على الجدول:

على حسب نتائج الاستمارة وكما هو موضح في الجدول رقم 31، فإن نسبة 40% من العينة المدروسة ترى الاقبال على علاج الاضطرابات النفسية بالطرق التقليدية راجع إلى الموروث الثقافي للعائلة، بالمعتقدات الثقافية" بنسبة 25%، أما "المستوى الدراسي فقد على نسبة 20%، أما أدنى نسبة 15% فكانت "بالعادات والتقاليد". وجميع الاستجابات ماعدى المتعلقة بالمستوى الدراسي تصب في نفس مضمون السؤال حيث أن الاستجابات الثلاثة تعبر عن المحتوى الثقافي والبيئي للمريض دخل مجتمعه.

3. عرض نتائج البعد الثالث: "تعزيز الأسرة للتوجه العلاجي للراشد المصاب باضطراب نفسي"

جدول رقم 32: "توجيه الأسرة من أجل طلب العلاج"

الاختيارات	التكرار	النسبة المئوية
طبيب الأعصاب	10	%10
طبيب الأمراض العقلية	10	%10
المختص النفسي	10	%10
الطالب	25	%25
الراقي	15	%15
المشعوذين	20	%20
زيارة الأضرحة	05	%05
العشاب	05	%05
المجموع	100	%100



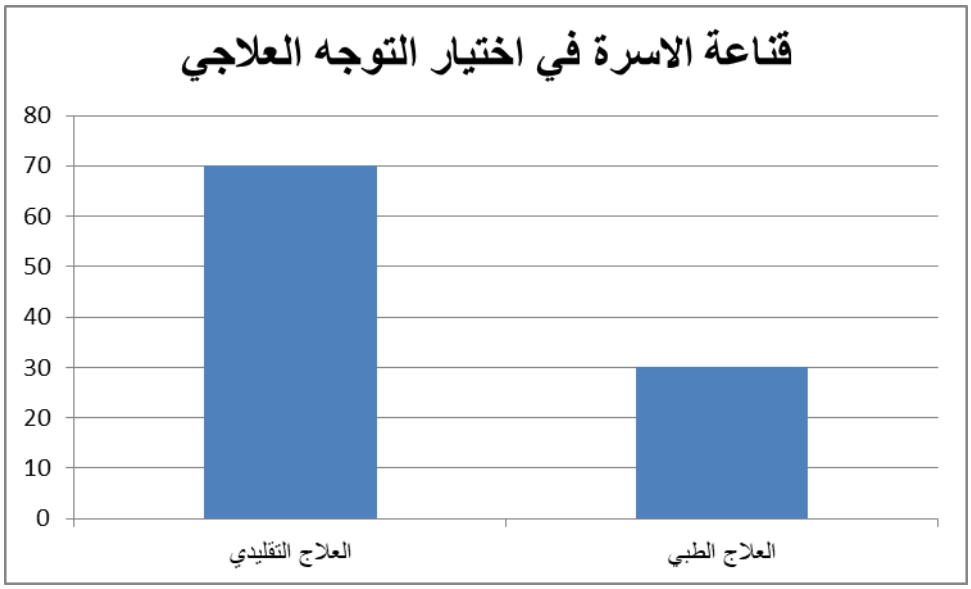
الشكل رقم 24: "توجيه الأسرة من أجل طلب العلاج"

التعليق على الجدول:

على حسب نتائج الاستمارة وكما هو موضح في الجدول رقم 32، فإن أعلى نسبة أجابت بها العينة المدروسة عن الجهة التي أرشدت الأسرة لها من أجل طلب العلاج كانت من نصيب الطالب بنسبة 25%، وتلتها الإجابة بالمشعوذين بنسبة 20%، والتوجه إلى الراقي بنسبة 15% أما التوجه إلى طبيب الأعصاب وكذا المختص النفسي حازا على نفس النسبة أي 10 % لكل منهما، وفي آخر نسبة مسجلة كان من نصيب كل من زيارة الأضرحة وكذا الذهاب إلى العشاب بنفس النسبة 05%.

جدول رقم 33: "قناعة الأسرة في اختيار التوجه العلاجي"

الاختيارات	العلاج الطبي	العلاج التقليدي	المجموع
التكرار	30	70	100
النسبة المئوية	%30	%70	%100



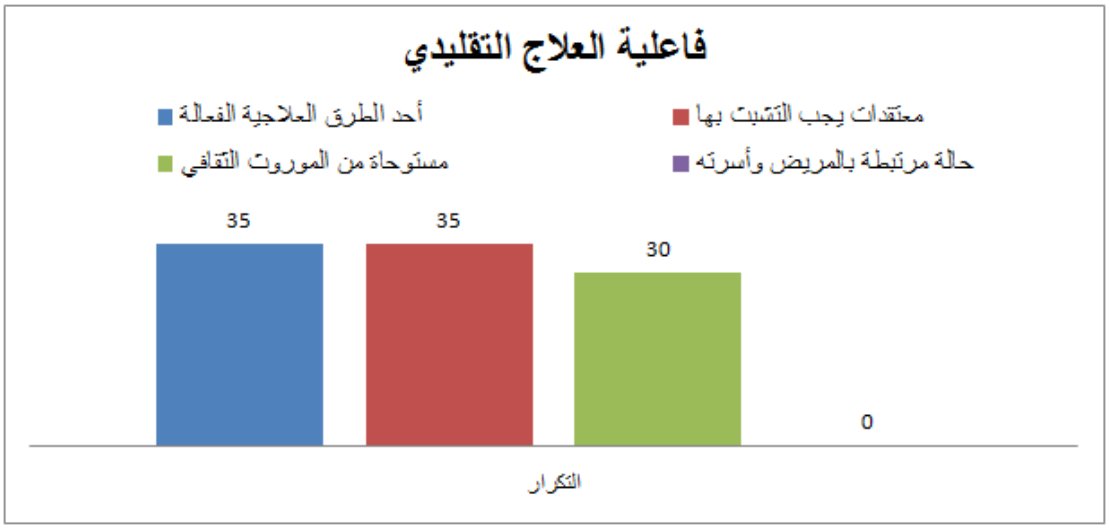
الشكل رقم 25: "قناعة الأسرة في اختيار التوجه العلاجي"

التعليق على الجدول:

على حسب نتائج الاستمارة وكما هو موضح في الجدول رقم 33، فإن 70% من العينة المدروسة ترى أن الأسرة مقتنعة بأن علاج الاضطراب النفسي يكون عن طريق العلاج التقليدي، في حين ترى بقية العينة أي 30% أن أسرهم ترى أن العلاج الطبي هو الحل الأمثل لعلاج الاضطرابات النفسية.

جدول رقم 34: "فعالية العلاج التقليدي"

الاختيارات	التكرار	النسبة المئوية
أحد الطرق العلاجية الفعالة	35	%35
معتقدات يجب التشبث بها	35	%35
مستوحاة من الموروث الثقافي	30	%30
حالة مرتبطة بالمريض وأسرته	00	%00
المجموع	100	%100



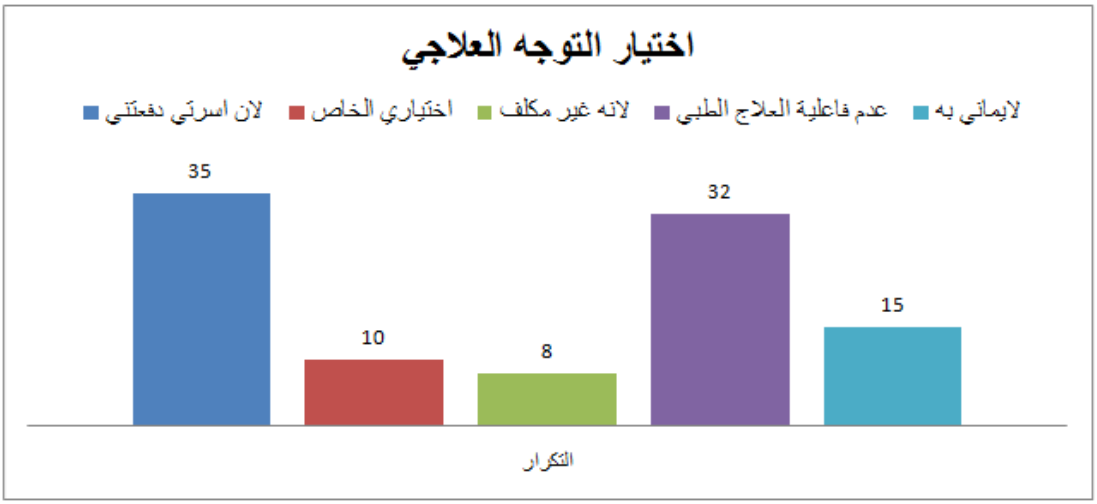
الشكل رقم 26: "فعالية العلاج التقليدي"

التعليق على الجدول:

على حسب نتائج الاستمارة وكما هو موضح في الجدول رقم 34، فإن العينة المدروسة ترى سبب اختيار الأسرة للتوجه التقليدي في علاج المريض يكون بسبب أنها أحد الطرق العلاجية الفعالة بنسبة 35% ونفس النسبة نجدها في أن الطرق التقليدية هي معتقدات يجب التشبث بها أي 35%، أما بسبب كونها مستوحاة من الموروث الثقافي فقد حازت على نسبة 30%، أما لأنها حالة مرتبطة بالمريض وأسرته فلم تقم العينة باختيار هذه الإجابة وبالتالي كانت النسبة 00%.

جدول رقم 35: "اختيار التوجه العلاجي"

الاختيارات	التكرار	النسبة المئوية
لأن أسرتي دفعتني	35	%35
اختياري الخاص	10	%10
لأنه غير مكلف	08	%08
عدم فعالية العلاج الطبي	32	%32
لإيماني به	15	%15
المجموع	100	%100



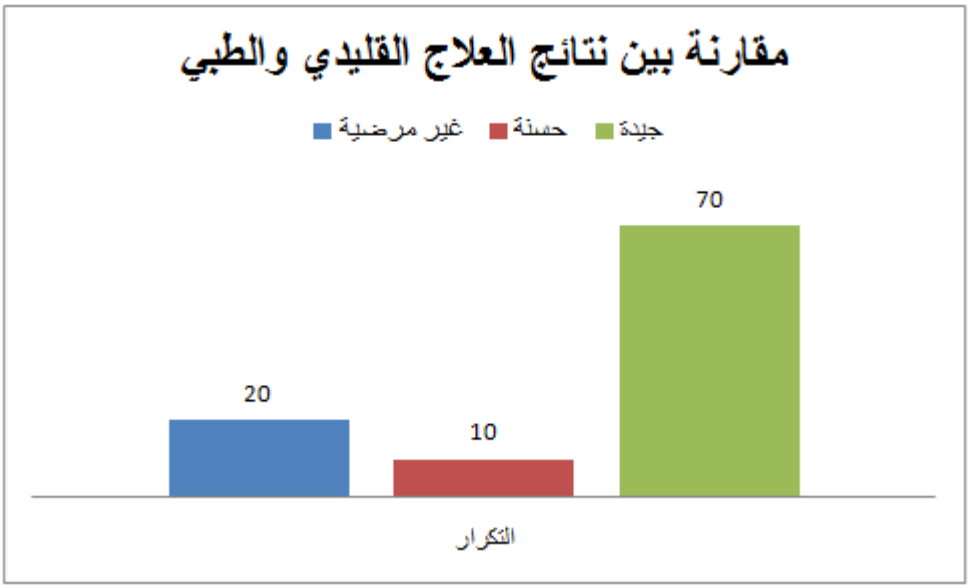
الشكل رقم 27: "اختيار التوجه العلاجي"

التعليق على الجدول:

على حسب نتائج الاستمارة وكما هو موضح في الجدول رقم 35، فإن دواعي إتباع العينة لهذا النمط العلاجي راجع إلى أولا أن الأسرة دفعتهم إليه وهذا كما هو مبين في الاستجابات بنسبة 35%، ويليه عدم فعالية العلاج الطبي بنسبة 32%، كما أن إيمانهم بهذا النوع قدر بنسبة 15%، كما أجاب بعض أفراد العينة والمقدر بنسبة 10% انه كان من اختيارهم الخاص، وبالإضافة إلى نسبة 08 % بأنه غير مكلف.

جدول رقم 36: "مقارنة بين نتائج العلاج التقليدي والطبي"

الاختيارات	جيدة	حسنة	غير مرضية	المجموع
التكرار	70	10	20	100
النسبة المئوية	%70	%10	%20	%100



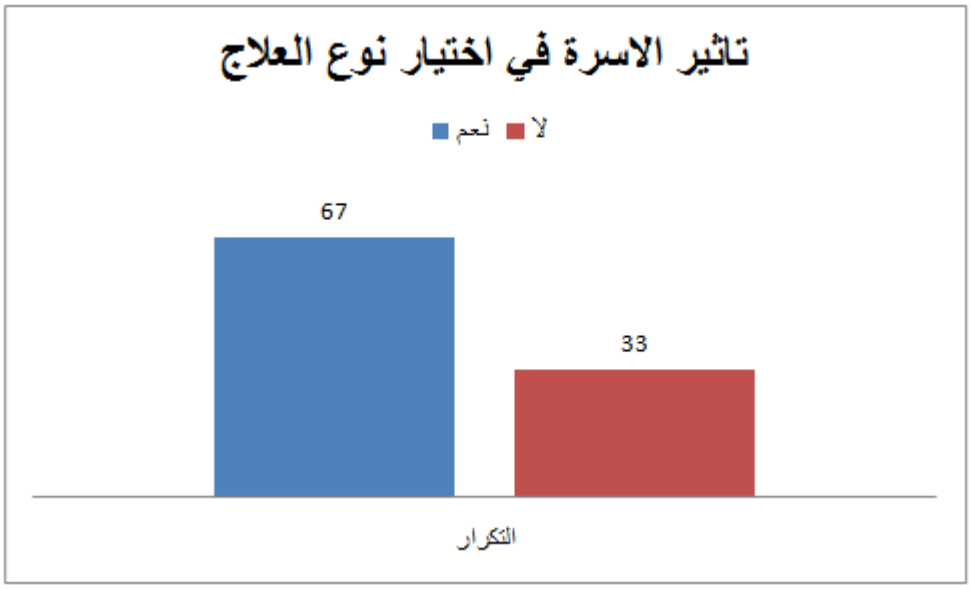
الشكل رقم 28: "مقارنة بين نتائج العلاج التقليدي والطبي"

التعليق على الجدول:

على حسب نتائج الاستمارة وكما هو موضح في الجدول رقم 36، فإن 70% من العينة أجابت أن نتائج العلاج التقليدي جيدة مقارنة العلاج الطبي، وتلتها بالإجابة على أنها غير مرضية بنسبة 20%، أما أدنى نسبة فكانت بانها حسنة بنسبة 10%.

جدول رقم 37: "هل يؤثر المحيط الذي تعيش فيه مع أسرتك في اختيار نوع العلاج"

الاختيارات	نعم	لا	المجموع
التكرار	67	33	100
النسبة المئوية	%67	%33	100%



الشكل رقم 29: "هل يؤثر المحيط الذي تعيش فيه مع أسرتك في اختيار نوع العلاج"

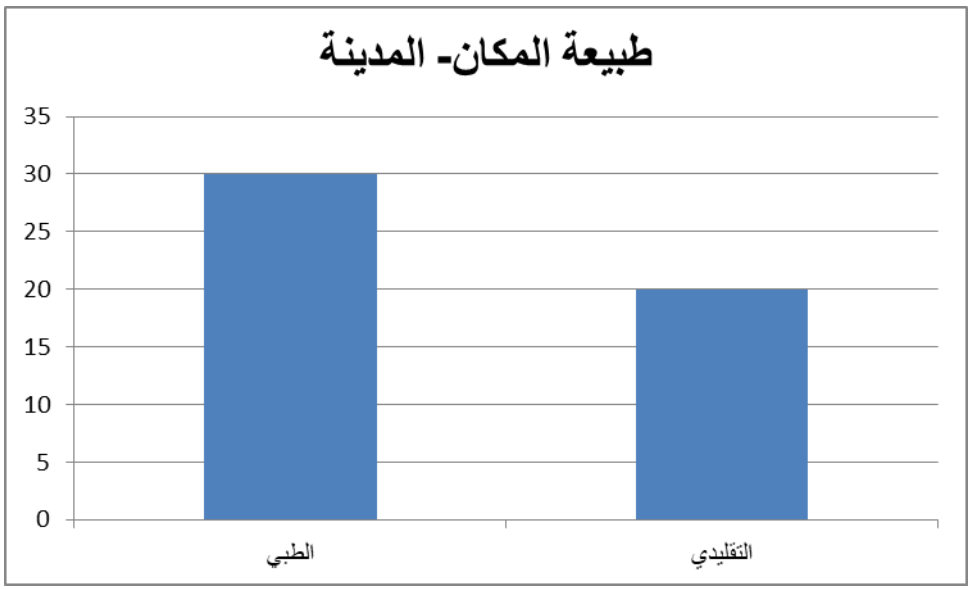
التعليق على الجدول:

على حسب نتائج الاستمارة وكما هو موضح في الجدول رقم 37، فإن نسبة 67% من العينة المدروسة ترى أن المحيط الذي تعيش فيه مع الأسرة يؤثر في اختيار الوجه العلاجي ونوع العلاج، أما 33% فلا ترى ذلك التأثير بين المحيط الأسري واختيار نوع العلاج.

جدول رقم 38: "طبيعة المكان والتوجه العلاجي"

1- سكان المدينة:

الاختيارات	التقليدي	الطبي	المجموع
التكرار	20	30	50
النسبة المئوية	%20	%30	%50



الشكل رقم 30: "طبيعة المكان والتوجه العلاجي"

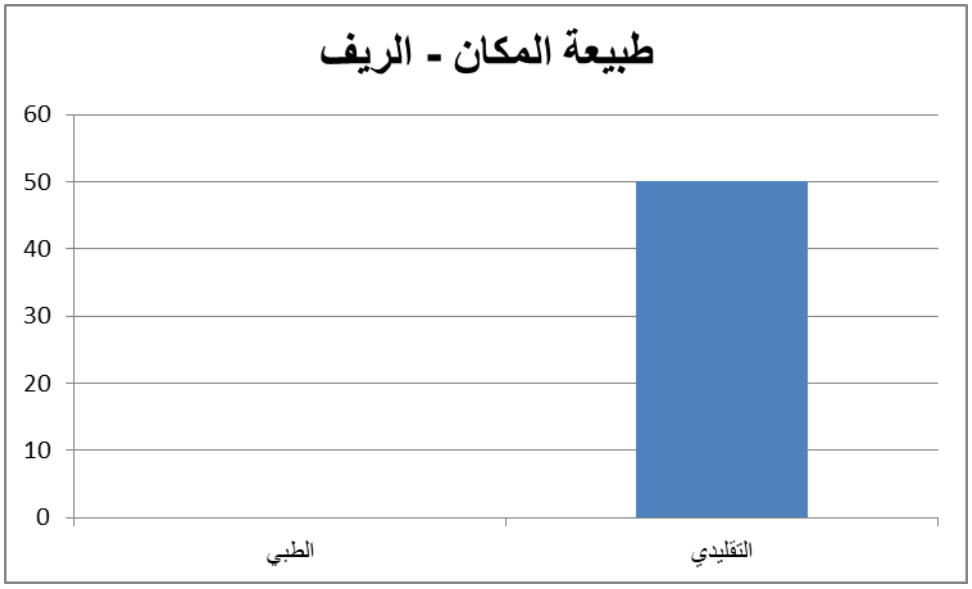
التعليق على الجدول:

على حسب نتائج الاستمارة وكما هو موضح في الجدول رقم 38، فإن 30% من العينة المدروسة ترى أن سكان المدينة يقصدون العلاج الطبي، أما 20% من العينة يرون أن سكان المدينة يقصدون العلاج التقليدي، وهذا من خلال تعامل بعض أفرادها مع العلاج التقليدي والمعالجين القليديين.

جدول رقم 39: "طبيعة المكان والتوجه العلاجي"

2- سكان الريف:

الاختيارات	التقليدي	الطبي	المجموع
التكرار	50	00	50
النسبة المئوية	%50	%00	%50



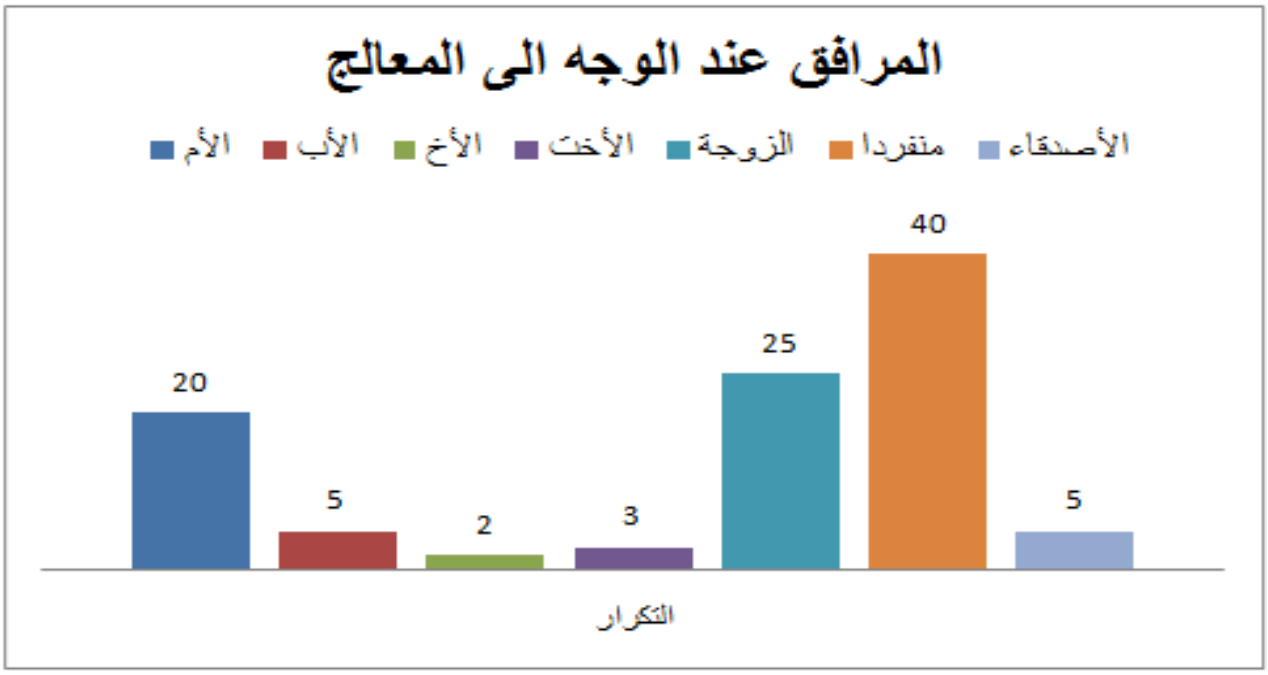
الشكل رقم 31: "طبيعة المكان والتوجه العلاجي"

التعليق على الجدول:

من خلال النتائج المتحصل عليها كما هو موضح في الجدول رقم 39، فإن العينة المدروسة ترى أن سكان الريف يقصدون العلاج التقليدي بنسبة 50%، أما العلاج الطبي فلا تقصده العينة ولا يتجهون إلى هذا النوع من العلاج أي بنسبة 00%.

جدول رقم 40: "من يرافقك عند التوجه إلى المعالج"

الاختيارات	الأم	الأب	الأخ	الأخت	الزوجة	منفردا	الأصدقاء	المجموع
التكرار	20	05	02	03	25	40	05	100
النسبة المئوية	%20	%05	%02	%03	%25	%40	%05	%100



الشكل رقم 32: "من يرافقك عند التوجه إلى المعالج"

التعليق على الجدول:

على حسب نتائج الاستمارة وكما هو موضح في الجدول رقم 40، فإن أعلى نسبة لمن يرافق العينة إلى المعالج كانت إلى الذهاب منفردا بنسبة 40%، وتلتها نسبة الإجابة بالزوجة حيث بلغت 25%، أما الأم فبلغت النسبة 20%، أما الإجابة بالأب والأصدقاء فقد بلغ كلاهما نفس النسبة أي 05%، وبلغت الإجابة بالأخت نسبة 03%، لكن أدنى نسبة كان من نصيب الإجابة بالأخ 02%.

4. التحليل العام لأبعاد الدراسة:

لقد اعتمدنا في دراستنا على ثلاثة أبعاد رئيسية وهذا من اجل الإجابة على الفرضيات المطروحة، وهذا بالرجوع إلى الإجراءات المنهجية المتمثلة في الجانب النظري والجانب الميداني الذي شمل على دراسة استطلاعية وأخرى أساسية. من اجل فهم وظيفة المعتقدات الثقافية في عملية التوجه العلاجي للراشد المصاب باضطراب نفسي .

حيث بدأنا عملنا الميداني بدراسة استطلاعية شملت دراسة 10 حالات تعاني من الاضطرابات النفسية من خلال المقابلات النصف موجهة بتقنية EMIC دليل المقابلة للنماذج التفسيرية، حيث تم استثمار هذه المعطيات من اجل بناء أداة الدراسة الأساسية.

فالبعد الأول والمتعلق بتفسير الاضطرابات النفسية من خلال تفسير المصاب لطبيعة المرض الذي يعاني منه، حيث كانت جميع تفسيراته متعلقة بالقوى الغيبية فهو يؤمن بتأثير العين الشريرة والحسد ويعتقد أن بعض أو معظم الأمراض الذي تصيبه بسبب السحر أو القوى الغيبية، فلكل مجتمع طريقة في التعبير عن المعاناة النفسية أوالواقع المرضي الذي يعاني الفرد. فمن خلال إجابات أفراد العينة حول مختلف نماذج تفسير أسباب الاضطرابات النفسية وطبيعتها وجدنا أن 75% من الحالات تركز على التفسير الغيبي المتمثل في مس من الجن، السحر، والعين والحسد حيث أن تفسيرهم مبني على تفسيرات ثقافية، و25% من باقي أفراد العينة كان تفسيرهم طبي مبني على أسس علمية. هذا مايفسر ما ذهب إليه كلينمان بان للمرض معنى ثقافي ذاتي مرتبط بتصور المريض لمرضه في ضل وجود نماذج تفسيرية (الطبي، التقليدي والنفسي).

حيث بينت الباحثة الفرنسية "ك.هرزليش" C.HERZLLICH أن الصحة والمرض هي عبارة على تفكير وعيش الأفراد في مجتمع من خلال مجمل القيم والمعايير الاجتماعية والنماذج الثقافية، مع العلم أن المرض والعلاج لم يعد منحصرا في التفسير البيولوجي والطبي بل تعدى ذلك الى العديد من الأبعاد الثقافية، الاجتماعية، وحتى الدينية **(بغالية هاجر: 2015: 48)** فطبيعة الاضطراب النفسي لا تقتصر على ما هو مادي بيولوجي كما حددها التوجه الطبي فهي تتعدى ذلك، فهناك علاقة جد قوية بين الأطر الثقافية، الاجتماعية والنفسية والعضوية،

فالنمط الثقافي نموذج في تفسير الإختلالات ومن هنا لايمكن إهمال الجانب الثقافي أو العوامل الثقافية في تفسير المرض، وقد أكدت المنظمة العالمية للصحة OMS على إدراج المحتويات الثقافية في تفسير أسباب وعلاج الاضطرابات النفسية تبعا للبيئة التي ينتمي إليها الفرد.

كما وضح "كلينمان" Kleinman بأنه يوجد في كل نموذج نماذج تفسيرية للمرض وللذين يتشاركون في العملية العيادية، إذن في كل نموذج هناك تفسيرات للشخص المريض، أسرته، المعالج سواء الطبي أو التقليدي أي حسب النموذج، وهي تقوم وتبحث في تفسير المرض ضمن خمسة محاور:

- ❖ الأسباب.
- ❖ فترة وطريقة ظهور المرض.
- ❖ الفيزيولوجية المرضية.
- ❖ تطور المرض. (درجة الخطورة، نوع التطور حاد أو مزمن).
- ❖ المسار العلاجي **(Patricia Joly et autre :2005 : 542)**

أما عن أسباب حدوث الاضطرابات النفسية فتوجد عدة نظريات ومدارس قامت بتقديم تفسيراتها لأسباب الاضطراب، أما في بحثنا هذا فالغالب هو أن أسباب الاضطرابات النفسية ترجع بشكل كبير إلى الظواهر الغيبية من سحر، ومس، وعين وحسد بنسبة 75% في مقابل المسببات الأخرى سواءا النفسية أو الاجتماعية أو المهنية وحتى العائلية بالإضافة الى العضوية بنسبة 25%، وعليه فان العينة المدروسة تؤكد أن إصابتها نتيجة لقوى غيبية خفية فكثير من المرضى يؤكدون أنهم شاهدوا أشباحا، أو هالات ضوء، ومنهم من سمع أصوات تخاطبه من عالم أخر توحي له بالقيام ببعض الأعمال، ومنهم من يتحدث بلغات ولهجات مختلفة وصوت مختلف. وربما كان السبب في هذا الارتباط الوثيق بين تفسير أسباب الاضطراب النفسي ضمن المحتوى الثقافي هو الاعتقاد ومحاولة البحث عن تفسير للتغيرات أو الظواهر التي تحدث له سواء على المستوى السمعي أو البصري أو الأفكار. لدى نجدهم يسعون إلى البحث عن العلاج في المحتوى الثقافي من خلال جملة الإجراءات التي يتبعها هذا الأخير في البحث عن أساليب وإجراءات علاجية تظهر فعاليتها من خلال الممارسات الطقسية المختلفة. حيث يتفق هذا الطرح مع نموذج **"ميردوك"** Murdoch الذي ارجع أسباب الإصابة بالاضطرابات النفسية الى

مسببات طبيعية وهي تعبر عن أي سبب يفسر هذا الحالة التي تصيب الإنسان، كالنصيب، القدر والأشياء التي تنقل العدوى، ومسببات روحية تتضمن أفعال الشخص بالنيابة عن القوى الطبيعية مثل: الأشباح، الآلهة، انتهاك المحرمات، الجن، المس، وأخيرا مسببات سحرية التي ترجع الإصابة إلى عمل خفي يقوم به شخص لإيذاء شخص أخر مثل: السحر والشعوذة وهي تعتمد بالأساس على أشياء خاصة بالمصاب (أظافر، شعر) **(صولة فيروز: 2014: 106)**

فطبيعة الاضطرابات النفسية و أسبابها لها مرجعية ثقافية من خلال الموروث الثقافي الذي اكتسبه الفرد عن طريق التنشئة الاجتماعية فهي معتقدات راسخة في أذهانهم تنطلق من جملة المعارف التي اكتسبناها عبر مراحل نموه التي من خلالها نتعلم كثيرا من الأشياء بعضها يصبح معتقد بالنسبة لنا. هذا هو الحال في نظام التنشئة الاجتماعية الثقافية الذي يكسبنا مجموعة من التفسيرات لبعض الظواهر والتي تصبح فيما بعد نموذج تفسيري لكثير من الاضطرابات أو الحالات التي نعيشها حياتنا اليومية معنى هذا أنها تصبح مرجعية في التفسير. من دون قصد نحن نغرس وننمي مجموعة من الأفكار التي ستصبح في المستقبل معتقدات منذ طفولتنا هذا ما يدفعنا الى الاعتقاد بأمور بدون أي تفكير.

وغالبا ما ترتبط هذه المعتقدات بالثقافة السائدة في المجتمع، وبالبيئة وبمستوى التعليم، وهذا يدل على أن المعتقدات الخاصة ببعض الأفراد والجماعات تلعب دورًا هامًا في الصحة والمرض. **(Naamara : 2014 : 326)**

أما بخصوص نظرة الأسرة للمصاب باضطراب نفسي فنجدها سلبية إلى حد بعيد، وفي بعض الأحيان تكون الأسرة هي سببا أو عرضا للاضطراب في حد ذاته من خلال المعاملة اولا والتعامل معه بغض النظر عن واجبهم اتجاهه، حيث يجد المصاب نفسه في وضعية الاهمال كما يقومون بنعته بمجموعة من الألقاب (مهبول، مخللخل، مقرمد) وكان هذا الاضطراب يستحيل شفاءه تنطبق هذه النظرة بالنسبة لأفراد المجتمع سواء الجيران، أو الأقارب، الأصحاب، وأصدقاء العمل. فيصبح الفرد يشار إليه بأنه مجنون وخطير، كما اصطلح عليه الأستاذ بن احمد قويدر في كتابه الاكتئاب والتمثلات الثقافية في المسار العلاجي في الجزائر " وكان المرض أنتج مرضا آخر" أو ما يطلق عليه بالوصمة.

فكثير من المصابين في متمعنا يعانون من سلسلة واسعة من الانتهاكات و الوصمة الاجتماعية سواء داخل الأسرة آو خارجها، وهذا ربما يرجع إلى غموض الأسباب وتبني أفراد الأسرة وكذا المجتمع أفكارا ومعتقدات غير واقعية خاصة عن أسباب وطبيعة الاضطرابات النفسية **(لطفي الشربيني: 2003: 16)**

أما بخصوص معرفة المصاب بالاضطراب الذي يعاني منه فنجد أغلبية عينة البحث تبحث عن معلومات حول طبيعة الاضطراب، أسبابه، تأثيراته، وكيفية علاجه، وأثاره على المستوى الداخلي (داخل الأسرة)، والخارجي (في علاقته مع المجتمع). وتكون هذه التفسيرات في اغلبها مقدمة من طرف المعالج سواء تفسير طبي أو تفسير غيبي وفق للتوجه الذي اختاره المصاب فمن أصل السبب يكون العلاج.

فالاضطراب ظاهرة تشترك فيها كل المجتمعات والثقافات بدون استثناء باختلاف درجات تقدمها العلمي والتكنولوجي، لكن الاختلاف يكمن في تفسير هذه المجتمعات والثقافات المختلفة للاضطراب ضمن هذا المحتوى الثقافي الذي يزخر بكم كبير من التجارب والممارسات على اختلاف أنواعها.

أما البعد الثاني والذي له علاقة مباشر بموضوع البحث والمتعلق بالتوجهات العلاجية وعلاقتها بالمعتقد الثقافي فنجد أن للأسرة كما سبق وذكرنا أنها تلعب دورا محوريا سواء في إهمال أو مساندة المصاب حيث نجد أن اغلب الحالات تم اكتشافها من قبل الأسرة وهذا بنسبة 40% أي أنها هي التي لاحظت مجموعة من التغيرات في السلوك بالإضافة إلى المعالج التقليدي بنسبة 30% الذي يقصده عامة الناس مباشرة عند حدوث المرض. كما أن 70% من العينة المدروسة توجهو إلى المعالج التقليدي بعد معرفتهم بالإصابة وكان اختيار المعالج التقليدي يختلف من فرد إلى أخر حيث كانت نسبة 25 % بالنسبة لزيارة الطالب تليها 20% للمشعوذين، ثم 15% للرقات، وتتساوى بنسبة 05% بالنسبة للعشابين وكذا زيارة الاضرحة، أما النسبة المتبقية وهي 30% فقد اختارت العلاج الحديث والمتمثل في الطبيب والطب المتخصص بنسبة 15% و المختص النفسي بنسبة 15%. فمفهوم المريض لمرضه ومفهوم الطبيب للمرض يختلف، فنجد أن تفسير المريض لمرضه هو من يخير العلاج التقليدي لانه

اقرب إلى منعى تفسير الحالة المرضية، ونجد أن حتى التفسير الطبي مصدره التفسير التقليد من خلال مختلف الطعون العلاجية والتي تعتبر بان اخذ الدواء في علة وليس علاج.

وهذا ما أثبته دراسة الدكتور "بن احمد قويدر" أين وجد أن نسبة 87.5% يستجيبون للعلاج التقليدي، مقابل 41.66% بالنسبة للعلاج النفسي، و35% بالنسبة للعلاج الطبي. هذا الأمر يعكس وظيفة المعتقدات الثقافية من خلال المحتوى الثقافي الذي أكده كل من "مارسل موس" Marcel Mauss و "يولوند غوفيندامة" Youlande Govindama " الثقافة لها وظيفة رمزية تنتقل من خلال الأساطير والطقوس والمعتقدات" **(بن احمد: 2018: 400-401)** وهنا يكون اختيار نوع المعالج حسب طبيعة الاضطراب، أسبابه حيث أن اغلب المصابين يقصدون الطلبة والمشعوذين، والرقاة، وفي قليل من الحالات يقومون بزيارة الأضرحة وكذا العشابين. واغلب الحالات تتبع الأسلوب التقليدي في العلاج وهذا نابع من معتقداتهم الثقافية حول طبيعة الإصابة هذا الأمر تؤكده الدراسة السابقة بان المصابين باضطراب نفسي (الاكتئاب) يتوجهون بنسبة 67.68% للمعالج التقليدي **(بن احمد: 2018: 403)** فهي تعكس معتقدات المصابين حول طبيعة الاضطراب وإمكانية العلاج والشفاء.

فهذا الفهم يساعدن في معرفة تسمية الاضطراب و أسبابه، حيث أن أغلبية الاضطرابات ترجع تسميتها إلى طبيعتها وأسبابها، فالمصاب بالسحر يسمى مسحورا، والذي مسه الجن يسمى مضروبا، أما فيما تعلق بالعين والحسد فيسمى محسودا ومعيونا، في مقابل تسميات أخرى كعروسة السماء الخطفة، والخاوة كلها أسماء من المحتوى والبيئة الثقافية.

كما يكمن التناقض في ما إذا كان العلاج التقليدي والعلاج الطبي يساعد في علاج الاضطرابات النفسية حيث نجد نسبة كبيرة من العينة تنفي هذا الطرح ولا تنصح باستخدام العلاج الطبي والعلاج التقليدي، وتعتبر العلاج التقليدي هو المناسب، لان العلاج الطبي يتعامل مع المصاب في جانبه العضوي متجاهلا بذلك خصوصية المجتمعات وثقافتهم وهذا ما أكد عليه "جورج دوفرو" G.Devereux من اجل الوصول الى طريقة علاجية متكاملة تحترم فيها الثقافة والمرجعية الثقافية للأفراد المصابين باضطرابات حيث وضع ثلاثة أنماط علاجية:

- داخل الثقافة Intraculturelle: حيث أن المريض والمعالج ينتمون لنفس الثقافة، والمعالج يهتم بالبعد السوسيوثقافي للمريض والاضطراب الذي يعاني منه.
- مابين الثقافة Interculturelle: المريض والمعالج لاينتمون لنفس الثقافة، لكن المعالج على دراية كاملة بثقافة المريض ويستعملها في العلاج.
- ثقافتين مغايرتين Métaculturelle: هنا المعالج والمريض ينتمون إلى ثقافتين مختلفتين، المعالج لا يعرف ثقافة المريض **(Julien daniel : 2017 : 106)**

فمن هذا المنطلق يمكن القول أن المصابين يلجؤون إلى المعالج التقليدي لأنه يعبر ويفسر طبيعة وأسباب الاضطراب الذي يعانون منه بنفس لغتهم (Il parle le même language) فهو لايتجاهل ثقافتهم وعاداتهم وتقاليدهم، فهو يتعامل مع الاضطراب الذي يعانون منه كعرض له مجموعة من العوامل الداخلية والخارجية التي تؤثر. باستخدام نمط العلاج داخل الثقافة **Intraculturelle** أو مابين الثقافة **Interculturelle** وهذا لان المعالج يراعي ويهتم بالبعد الثقافي للمريض حتى وان كان المعالج من ثقافة أخرى.

فالواقع يظهر لنا أن المصاب باضطراب نفسي يصبح ضحية للمعالجين التقليديين وهذا ما نشهده من انتشار للقنوات التلفزيونية التي تروج للعلاج والمعالجين التقليدين، في مقابل العلاج الطبي لكن نتائج الدراسة تؤكد أن المصاب باضطراب نفسي لايصبح ضحية للمعالجين ويمكن إرجاع ذلك إلى المعتقدات المسببة للمرض، اختيار العلاج، المكانة أو الدور الاجتماعي، علاقة القوة من قبل الأشخاص المرافقين (الأسرة) **(Patricia Joly et autre :2005 : 542)**

هذه أشكال من الواقع الاجتماعي للمريض، فهي علاقات اجتماعية وثقافية من خلالها يبني واقعه العيادي.

ففي كل نموذج ينظر إلى المريض ويتم تسمية مرضه (اضطرابه)، وتطرح حوله مجموعة من التأويلات وهناك نوع خاص من العلاج، فالمريض يقوم بسرد أحداث مختلفة عن المشكلة التي يعاني منها عندما ينتقل من نموذج إلى آخر، فالنموذج التقليدي دائما يكون هو المهم والأكثر تهميشا من قبل الأطباء، فالفرد في تفاعل دائم مع محيطه وخاصة المقربين منه (الأسرة) والتي تعتبر المكان الذي من خلاله يمكن تحديد الاضطراب، الأسباب، وتقييمه والآثار المترتبة عنه سواء على المستوى الفردي أو الجماعي.**(Weiss et al : 1992 : 819)**

كما أن الطعون العلاجية التي ترجع إلى عدم تكامل مختلف النماذج العلاجية لها تأثير كبير على مستوى المصاب وأسرته فهم يبحثون عن طريقة علاجية من اجل التخلص من المرض فهم في حالة معاناة، خاصة إذا لم يجدو إجابة في النموذج الطبي وما تم تأكيده من خلال دراستنا.

فالانسجام الحاصل بين معتقدات المصابين ومعتقدات المعالجين وطريقة العلاج وتفسير طبيعة وأسباب الاضطراب تتحكم في اختيار العلاج، فالحالات المدروسة في دراسة الدكتور بن احمد قويدر وجدت نفسها منسجمة مع العلاج التقليدي. **(بن احمد: 2018: 425)**

فهنا نجد علاقة بين ما تم تداوله في البعد الأول والمتعلق بتفسير طبيعة وأسباب الاضطرابات النفسية، إذن من هنا يمكن فهم التوجه العلاجي التقليدي من خلال زيارة الطلبة، والذهاب إلى المشعوذين و كذا الرقية بالإضافة إلى زيارة الأضرحة والعشابين في مقابل العلاج الطبي، وهذا لاقبال في تطور متزايد ويرجع بالدرجة الأولى إلى الموروث الثقافي للعائلة ومختلف المعتقدات الثقافية المكتسبة عبر مراحل التنشئة الاجتماعية بالإضافة إلى العادات والتقاليد والمستوى الدراسي. حيث نجد كثير من المفاهيم والمعتقدات التي لها تاثير واسع على الأفراد المنتمين إلى الثقافة العربية عامة والى المجتمع والثقافة الجزائرية خاصة من أهمها ارتباط الاضطرابات النفسية بنطاق خارج قدرة السيطرة. والبحث عن العلاج على مستوى هذا النطاق.

حيث قام "زمبليني" Zempléni بتحديد (تعدد الأسباب) لاضطراب معين، أي أننا بمقدورنا إحداث مجموعة من الأسباب في أن واحد لنفس المرض، كما هناك عدة أنماط تفسر أسباب الاضطرابات يمكن أن تظهر في نفس الرقعة الجغرافية ويمكن فهم الاضطراب على مستويات مختلفة:

- ❖ معرفة تشخيص الأعراض (في حالة كان الاضطراب مصنفا ومعروفا).
- ❖ وصف السبب الأساسي للاضطراب (كيف ظهر الاضطراب).

- ❖ تحديد العامل المسؤول عن ظهور الاضطراب (لماذا ظهر في هذا الوقت بالذات؟ في هذا الشكل؟ وعند هذا الشخص دون غيره؟.)، ويضيف على أنه يجب على الأقل:
- ❖ تمييز الأسباب.
- ❖ العامل الأصلي للمرض **(Patricia Joly et autre : 2005 : 541)**

إذن فبعض المجتمعات مازالت محافظة على عاداتها وتقاليدها، التي اكتسبوها عبر مراحل تنشئتهم الاجتماعية، ذلك الموروث الثقافي التقليدي والمعتقدات التي تفرض نفسها من خلال جملة الإشباعات المادية والرمزية التي تصبح مرجعية في السلوك الصحي أو المرضي، لذلك في حالة المرض نجدهم يسعون إلى البحث عن العلاج في المحتوى الثقافي وجملة الإجراءات التي يقدمها هذا الأخير في مجال الصحة النفسية والعقلية.

أما البعد الثالث والمتعلق بتعزيز الأسرة للتوجه العلاجي للراشد المصاب باضطراب نفسي، كما أن الأسرة هي التي توجه هؤلاء الأفراد إلى المعالج التقليدي بنسبة كبيرة، فالملاحظ أن كل أسرة تحتفظ بنماذج ثقافية معينة من المعتقدات والسلوكيات والعادات والتقاليد وأنماط الحياة بالنسبة لأفرادها وعلاقاتهم المباشرة بالمرض وهذا بنسبة 70% للعلاج التقليدي مقابل 30% يقصدون العلاج الطبي، وقد تكون هذه المعتقدات والسلوكيات لحماية صحة أفراد الأسرة أو تتعلق بمسببات المرض بالنسبة لهم. ولذلك تعد معرفة وفهم ثقافة الأسرة التي ينشأ فيها الفرد المريض أمرا أساسيا وهاما بالنسبة للممارسة العلاجية الناجحة حيث تساعد هذه المعرفة الطبيب المعالج في الفهم والتنبؤ ومعرفة أسباب وطبيعة الاضطراب **(عاطف نجلاء: 2006: 192)**

فتشبع الأسرة بالتفسيرات التقليدية هي محاولة للحفاظ على عنصرها وهو الفرد المريض والمصاب حسب جون قويوتا J. Goyoutat فالبقاء في المجموعة يحقق الانتماء والأمان وبذلك التخلص من الوصمة الاجتماعية، فبمجرد ذهاب المريض إلى الطبيب تنتشر الإشاعة وتبدأ الوصمة (مهبول...الخ)، فتعزيز الأسرة للعلاج التقليدي من خلال المعتقدات الثقافية من اجل مكانة الفرد في المجتمع والبقاء في الإطار الثقافي لتفسير الاضطرابات النفسية

من اجل المساندة فهو ضحية لمجموعة من المتغيرات والظواهر التي أثرت على سلوكه وأحدثت المرض

فيمكن القول نسبة كبيرة من عينة البحث قامت الأسرة بتوجيههم إلى نمط علاجي تقليدي وتم اختيار علاج يتلائم ومعتقداتهم الثقافية بنسبة 070%، مع التأكيد أن العلاج التقليدي يساهم في علاج مرضاهم، مع فاعلية هذا الأخير لأنه مستوحى من البيئة الثقافية وهو نابع من معتقداتهم موروثهم الثقافي. ونجد دائما الأسرة وراء اختيار المصاب للنموذج العلاجي حسب دراستنا. كما أن الأسر المتواجدة في المدينة لهم توجه علاجي طبي بنسبة 50% عكس المتواجدين في الريف الذين يقصدون مباشرة المعالج التقليدي بنسبة 50% بغض النظر عن مستواهم الدراسي وهذا راجع إلى وجود ثقة في عمل المعالج التقليدي وهي مستمدة من السجل الإعتقادي للمصاب وأسرته كما نجد أن هناك دائما مرافق لهذا المصاب في اغلب الحالات خاصة إذا كان متزوجا فسترافقه زوجته، أو أمه، أو يذهب منفردا. فالوسط الأسري يلعب دورا مهما خاصة (الأم أو الزوجة) سواءا كانت مصابة أو مشرفة على المصاب **(بن احمد: 2018: 439)**

حيث أكدت " ماري روز مورو" Marie rose Moro سنة 1994 من خلال دراستها حول العائلات في حالات الهجرة من بلدانها إلى بلدان أخرى، بين أنه يمكن وصف سيرورة تسير الحوار حول الطفل، حيث قامت بتوظيف ثلاثة طرق منهجية هي:

- ❖ المصفوفات الأنثولوجية Ethnologie: وهي خاصة بالفرد تعني مجموعة التصورات المشتركة بين جماعة ثقافية، وهي تخص طرق النظر والرؤية إلى العالم والإنسان العادي والغير عادي.
- ❖ النظريات السببية للأمراض: والتي تتغذى خاصة من المحتوى الثقافي من خلال حكايات وأقوال الآباء و الأجداد ومختلف الروايات حول الإصابة بالأمراض.
- ❖ المنطق العلاجي: فهو ينطلق من المستويين الأولين والذي يعبر عن ما يجب فعله، فهو رؤية منطقية للأفعال يستوجب فعلا علاجيا **(Patricia Joly et autre :2005 : 544)**

فمن هنا يمكن معرفة دور الأسرة في تعزيز المعتقد بالنسبة للحالة المصابة باضطراب نفسي استنادا إلى دراسات " ماري روز مورو" من خلال تصنيف الاضطرابات ضمن النسق

التقليدي، فإذا كان هناك تجاوب لاختيار العلاج فهو على المستوى التراكمي. يخضع لعدة عوامل من بينها المعتقدات الثقافية.

خلاصة الفصل:

كما وسبق وذكرنا سابقا أنه تم عرض الاستمارة على 100 حالة تعاني اضطرابات نفسية في ولاية مستغانم، وقمنا في هذا الفصل بعرض هذه النتائج مفصلين بالنسبة لكل بعد ولكل بند على حدى، كما قمنا بتحليل هذه الأبعاد وفق الدراسات النظرية في نفس المجال ولم نحاول تحليل النتائج لأننا تركنا ذلك للنقطة الموالية، واقتصرت هذه النقطة على عرض النتائج وكذا التعليق عليها فقط، وستجدون فيما يلي تحليل لهذه النتائج وكذا مناقشة الفرضيات.

II. تحليل النتائج ومناقشة الفرضيات

1. تحليل النتائج المتحصل عليها في الدراسة:

لقد هدفت الدراسة إلى التعرف على وظيفة المعتقدات الثقافية في عملية التوجه العلاجي للراشد المصاب باضطراب نفسي وهذا من خلال تفسير أسباب حدوث الاضطرابات النفسية، ومن تم التوجه العلاجي واختيار العلاج المناسب، بالإضافة إلى دور الأسرة في تعزيز هذه المعتقدات لدى الحالة المصابة باضطراب نفسي، وفيما يلي تحليل لبيانات والنتائج المتحصل عليها من خلال الدراسة الإحصائية حيث قمنا بتقسيم الاستبيان إلى أبعاد تتناسب والطرح الخاص بالإشكالية وهذا في الضوء الفرضيات التي تم طرحها في بحثنا وهي كالتالي:

الفرضية الرئيسية:

- إن للمعتقدات الثقافية وظيفة أساسية ومحورية في عملية التوجه العلاجي للحالة التي تعاني من اضطراب نفسي (الراشد الجزائري) من خلال تفسيره واختيار نوع العلاج.

الفرضيات الجزئية:

- يساهم المعتقد الثقافي في تفسير أسباب الاضطرابات النفسية .
- يساهم المعتقد في التوجه العلاجي (العلاج التقليدي والعلاج الحديث) للحالة المرضية ومنه اختيار طريقة العلاج (الرقية، المشعودين، زيارة الأضرحة، العلاج النفسي...الخ)".

❖ تلعب الأسرة دورا أساسيا في تعزيز المعتقد الثقافي لدى الحالة المرضية من خلال تفسير المرض واختيار العلاج.

من خلال الجدول رقم 13 والمتعلق بطبيعة الاضطرابات النفسية حيث نلاحظ تباين فيما يخص طبيعة الاضطرابات، فغالبية أفراد العينة تؤكد أن الاضطرابات النفسية راجعة إلى مس من الجن وذلك بنسبة 30% والى السحر بنسبة 30%، بالإضافة إلى العين والحسد بنسبة 15%، كما أرجعها بعض من أفراد العينة إلى خلل في الوظائف النفسية وكانت نسبة 15%، لتتساوى نسبة 05% بين الاضطرابات العقلية والعصبية. ومنه يمكن القول أن هناك اختلافا في معرفة طبيعة هذه الاضطرابات النفسية بين التفسير التقليدي الميتافيزيقي الذي يعتمد على الموروث الثقافي المحلي، فهنا نلاحظ تأكيد أو ربط الاضطرابات النفسية بالمعتقدات الثقافية حول تأثير القوى الغيبية، كما أن التفسير الحديث لهذه الاضطرابات يعتمد على مختلف النظريات الوبائية والعلمية الحديثة.

أما عن الأسباب المؤدية إلى الإصابة بالاضطرابات النفسية حسب اعتقاد العينة المدروسة وكما هي موضحة في الجدول رقم 14، تنقسم بين الأسباب ذات طبيعة غيبية وهي الأكثر شيوعا بين أفراد العينة متمثلة في المس من الجن بنسبة 30% والسحر بنسبة 30% وكذا العين والحسد بنسبة 15%، هنا نجد تأكيداً على أنَّ المعتقدات الثقافية تتراكم وتتوارث من جيل إلى جيل مما أدى ذلك إلى ترسيخ هذه المعتقدات كجزء من الثقافة الصحية. أما عن الأسباب ذات الطابع العلمي فهي تتنوع بين الأسباب أو المشاكل النفسية بنسبة 10% والمشاكل الأسرية والوراثة اللذان يتساويان في نسبة 05% بالإضافة إلى الأسباب الاجتماعية بنسبة 03 % وكذا الضغوط المهنية بنسبة 02%، فهنا يمكن القول أن تعدد الأسباب راجع إلى أن في تعاملنا مع الفرد المصاب باضطراب نفسي لا نتعامل مع عضو محدد بل نتعامل مع مجموعة من المكونات العضوية واللاعضوية كالقيم والعادات والتقاليد، والمتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والمهنية. والتي تنعكس بصورة سلبية على بعض الأفراد الذين لا يستطيعون التكيف مع محيطهم الاجتماعي، مما ينجم عنه حالة من الصراع القيمي بين ما هو موروث وما هو مكتسب.

أما بخصوص الاعتقاد والاستناد في تفسير هذه الاضطرابات النفسية كما هو موضح في الجدول رقم 15، فيرجعها أفراد العينة بنسبة 45% إلى الاعتقادات الخرافية فوق طبيعية باختلافها، 30% منهم يستندون في تفسيرهم لهذه الاضطرابات إلى سند طبي حديث يرتكز إلى مختلف النظريات والبحوث في هذا المجال، و20% يرجعها إلى الموروث الثقافي من عادات وتقاليد متوارثة بين الأجيال، أما 05% منهم يرجعها إلى الاعتقادات الدينية في مختلف النصوص القرآنية والأحاديث النبوية. فإنَّ اعتبار الحالة المرضية ووصفها يعتمد كلياً على المعتقدات الثقافية وعلى ما تربى عليه الشخص وعرفه كاضطراب، كما أن المستوى التعليمي والمعتقدات الدينية تتداخل كعوامل أساسية لتحديد طرق التفكير التي تقود إلى وضع سند لتفسير الاضطرابات النفسية.

من خلال استعراض الجدول رقم 16 والذي يتعلق بنظرة أفراد الأسرة إلى الاضطراب نلاحظ أن 70% من أفراد العينة كانت نظرتهم سلبية اتجاههم وهذا راجع إلى عدم معرفة أسباب الاضطراب وطرق حدوثه خاصة أن اغلب التفسيرات التي تتبادر إلى أذهان أفراد العينة هي فوق طبيعية أي بتأثير قوى غيبية وهذا ما تم تأكيده من خلال الجدولين رقم 13 و 14. كما يعتبرونه نوع من الجنون والخبل، في مقابل 30% كانت نظرتهم ايجابية فيها نوع من الشفقة والمساعدة اتجاه الأفراد المصابين باضطراب نفسي.

كما يبين الجدول رقم 17 نظرة المجتمع إلى المصاب باضطراب نفسي حيث لاحظنا بأنها سلبية بنسبة 80% لأنهم يجهلون طبيعة الاضطرابات النفسية ويصنفونها ضمن الجنون، وإصابات السحر والمس الجني فنسق المعتقدات هنا يعكس نسق التفكير لدى مختلف فئات المجتمع ويرجع كل ما يحيط بنا من كوارث ومحن إلى تلك القوى فوق الطبيعية لحين التصرف وإرضاء تلك الأرواح، فهي انعكاس البيئة الطبيعية وتغرس تلك المعتقدات أثناء عملية التنشئة الاجتماعية بغرس الأفكار بالتعليم واستخدام السلطة المجتمعية والمواقف الإنسانية العامة، أما الفئة المتبقية والتي تمثل نسبة 20% فهي مساندة للمصابين باضطراب نفسي ونظرتهم ايجابية.

يتضح من خلال الجدول رقم 19 والمتعلق بالبحث والتعرف وجمع المعلومات التي تتعلق بالاضطراب النفسي، أن معظم المصابين يحاولون البحث عن الأسباب التي أدت إلى الإصابة

وهذا بنسبة 60%، أما النسبة المتبقية والمقدرة بـ 40% فلا يبحثون ولا يريدون التعرف على الأسباب التي أدت إلى إصابتهم. ومثل هذه المواقف أوجدت قناعات خاصة لدى الجميع كل بحسب قناعته وبما يعتقد به كما يدل على جهل أصحاب الموقف الثاني بالتحليلات والنظريات العلمية الحديثة والتي تساعد في التفسير العلمي والصحيح لكثير من الظواهر. مما أدى إلى عدم تجديد هذا الموروث، أو العمل على تطويره أو إخضاعه للتجربة العلمية وبالتالي رفضه وفق أسس منطقية واعتماد أسس غيبية.

من خلال النتائج المتحصل عليها بعد تفريغ الاستمارة والخاصة بالبعد الثاني والذي يساعدنا في الإجابة الإشكالية الرئيسية للبحث وكذا التساؤل الثاني من البحث يتبين من خلال الجدول رقم 19 أن الأسرة تساهم بشكل كبيرة في اكتشاف الاضطراب الذي يعاني منه احد أفرادها وهذا بنسبة 40%، يلي ذلك المعالج التقليدي بنسبة 30% بينما يتساوى كل من الطبيب والمختص النفسي في نسبة 15%. وترتبط بالمكونات الثقافية للمجتمعات، كالمفاهيم المرتبطة بالمعتقدات العلاجية، التي ترجع الكثير من هذه الاضطرابات النفسية إلى عدم التوافق بين إلحاح الرغبات والميول الفطرية. وبين ما يتطلبه المجتمع من تضحية في سبيل وحدته وسلامته. ومرد ذلك منشأ الصراع النفسي الذي يعد الخطوة الأولى في تكوين النفس المريضة في حالات لاشعورية من القلق والوسواس الذي يعد التعبير المرضي لهذه الحالات. من ذلك تأتى أهمية من يدعون أن لهم ارتباطا بعوالم الجن والشياطين من المعالجين. تلك الأهمية التي ترجع إلى جوانب الضعف الأساسية في حياة المجتمع وثقافته، خصوصا المتعلق منها بجوانب الصحة والمرض وتجنب الإصابة. وكذا بعض الأساليب التي تفسر بعض الإصابات المرضية. لأنَّ الفرد يكتسب اتجاهاته وأنماط تفكيره باحتكاكه بأفراد مجتمعة، وينقل عنهم اتجاهاتهم الأساسية عن طريق التنشئة الاجتماعية. لذلك إما أن يكون الطبُّ الحديث هو المختار، أو أنّ إحدى الأساليب العلاجية التقليدية.

حيث نلاحظ أن الفئة التي اختارت العلاج التقليدي كما هو موضح في الجدول رقم 20 بدورهم اختاروا المعالجين التقليديين كما هو مبين في الجدول رقم 21 حيث أن نسبة 25 %من العينة توجهوا إلى الطلب، و20% منهم ذهبوا إلى المشعوذين، أما 15% منهم توجهوا إلى الرقات، لتتساوى نسبة 05% بين زيارة الأضرحة والعشابين. ومن خلال استعراض الجدول

رقم 22 يتبين أن معظم أفراد العينة تتبع العلاج التقليدي بمختلف أنواعه، أما النسبة المتبقية والتي تمثل 30% تتبع العلاج الرسمي المؤسساتي. وعليه فإن الاعتقاد المسبق بالجن والشياطين وتأثيرهما السيئ على حياة الأفراد والتدخل في شؤونهم، من الأمور الهامة في هذا الجانب، خصوصاً من الناحية اختيار العلاج وطريقته، وغالباً لا يجد الأفراد أي تعليل لهذه الظواهر المرضية غير هذا الزعم، بالإضافة إلى ذلك فإنهم ينسبون كلّ تصرفات المريض وسلوكياته الغريبة، ليس إلى المريض نفسه وإنما إلى الجن والشياطين، ويكثر انتشار مثل هذه الاعتقادات بانتشار حالات القلق والاضطراب والشعور بالضعف والعجز عن مواجهة مشكلات الحياة ومخاطرها الصحية، وفي هذه الحالات يتم التوجه إلى المعالج التقليدي الذين يستخدمون طرق ووسائل مختلفة كالتمائم والضرب والحضرة، في محاولة لطرد الجن والشياطين من جسمه كوسيلة للعلاج.

كما أن للأسرة دور هام في عملية التوجه العلاجي سواء العلاج التقليدي أو العلاج الحديث وهذا ما نلاحظه في الجدول رقم 23 حيث أن الأسرة هي التي توجه المصاب باضطراب نفسي لاختيار نمط علاجي معين حيث كانت النسبة 55% بينما كانت النسبة 40 % بالنسبة للأفراد الذين كان اختيارهم شخصي بعيدا عن تدخل الأسرة. بالإضافة إلى الأصدقاء أين كانت النسبة 05%. فالمريض وأسرته يكونون أمام خيارات علاجية توجهها قيمهم ومعتقداتهم الثقافية، خاصة وان شكل العلاقة الأسرية تمكِّن كبير الأسرة من السيطرة وفرض آرائه وأفكاره على بقية أفراد الأسرة، ويكرس النظام التربوي والاجتماعي الثقة في آرائهم ومقترحاتهم، لأنَّ الفرد يكتسب اتجاهاته وأنماط تفكيره باحتكاكه بأفراد مجتمعة.

كما نلاحظ اختلافا في التسميات التي تطلق على بعض الاضطرابات النفسية كما هو مبين في الجدول رقم 24 حيث نلاحظ أن مس الجن والسحر هما التسميتان الشائعتان حيث يتساويان بنسبة 20%، تليها العين والحسد بنسبة 15%. أما الخطفة فبنسبة 10%، كما تتساوى كل من عروسة السماء والمومنين بنسبة 05% بنسبة. أما النسبة المتبقية والمقدرة بـ 30% من أفراد العينة لم تجب عن هذا السؤال بحكم أن لها توجها علميا منطقيا في تفسير الاضطرابات النفسية أولا وفي اختيار النمط العلاجي المناسب.

ومن خلال الجدول رقم 25 والذي يتضمن مساهمة الطب التقليدي مع الطب الحديث في علاج الاضطرابات النفسية يتضح أن 70% من أفراد العينة يؤكدون أن علاجهم يكون بالطرق التقليدي، ويمكننا إدراك ذلك جليا إذا ما لاحظنا في إطار المفاهيم الخاصة بالمعتقدات الثقافية، خاصة وأنّ رؤية المرض وأسبابه تختلف عن الرؤية الطبية الحديثة، ومثل هذه المواقف تؤدى إلى اضطراب الحالة النفسية للمرضى مما يدفعهم إلى التماس الخلاص من أي سبيل، فإذا افتقدوا المعرفة الصحيحة كان سبيلهم الوحيد هو اللجوء إلى العلاج والمعالجين التقليديين، وإنْ توفر قدر من المعرفة الطبية لمسببات المرض اتجهوا إلى الطب الحديث. وهو ما يُحدثُ تنافرا واضحا بين المنظورين، حيث أن نسبة 30% يؤكدون على أن الطب التقليدي والحديث من خلال تكاملهما يمكن أن يساهم في علاج الاضطرابات النفسية.

كما أن معظم أفراد العينة لا ينصحون باستخدام الطب التقليدي مع الطب الحديث وفصل كل نمط عن الأخر، أما النسبة المتبقية وهي تمثل 30% من أفراد العينة فتنصح بالمزاوجة بين الطب التقليدي والحديث كما هو مبين في الجدول رقم 26. فالثقافة بكافة مضامينها ومفاهيمها تطرح تفسيرات تختلف اختلافا جزئيا أو كليا عن التفسير الطبي الحديث للمرض بإعادته إلى القوى الغيبية أو الممارسات المكتسبة من الخبرة، ويرجع ذلك إلى أن تفسيرات تتفق إلى حدٍّ كبير مع تصورات الأفراد المسبقة لمسببات المرض مما يعني أن ذلك تحصيل حاصلٍ لأفكار مسبقة وتصورات ذهنية موجودة أصلا، نظرا لسيطرة مفهوم قدرة العلاج التقليدي والممارس لهذا النوع من العلاج على التعامل مع القوى الغيبية والسيطرة عليها. ولاسيما أن الثقافة المحلية تزخر بهذه الأساليب. مما يدل على رفض لبعض أساليب العلاج الطبي الحديث، كون النظرة التقليدية لمفهوم المرض والعلاج تكشف عن العديد من التفسيرات التي تزخر بها المجتمعات. فمنها ما ترجع أسباب المرض إلى عوامل مادية وأخرى غيبية، وتنظر الثقافة في بعض الجماعات المحلية إلى المرض على أنّه انتقام إلهي وبالتالي يتسم العلاج بالطابع السحري. مما يعني النظر إلى العلاج الحديث باعتباره غير مفيد وهذه التفسيرات تنعكس على سلوك أفراد المجتمع الذي تسود فيه مثل هذه المعتقدات عند تلمسهم الشفاء من المرض تلك المعتقدات التي اكتسبها الفرد من مجتمعه منذ طفولته عن طريق التنشئة الاجتماعية وقيم المجتمع أو الجماعة

التي يعيش في ظلها الفرد وكذا الخبرة الشخصية، فالمعتقدات الثقافية السائدة عن مرض معين هي التي تحدد السبيل التي سيسلكها الفرد الذي يصاب بالمرض للتخلص من مرضه. وهذا يتوقف على تأثير المعتقدات الثقافية والحضارية التي نشأ فيها الأفراد.

ومن خلال النتائج المبينة في الجدول رقم 27 والمتعلقة بأن المصاب باضطراب نفسي يصبح فريسة سهلة للمعالجين التقليديين نجد أن نسبة 60% من عينة الدراسة تنفي هذا الطرح وتؤكد أن علاج الاضطرابات النفسية يكون عن المعالجين التقليديين، أما 40% منهم فيؤكدون أنه يصبح فريسة سهلة لهذه الفئة من المعالجين وقد أكدوا على ذلك من خلال تجوال هؤلاء المصابين بين مختلف المعالجين التقليديين، ويقوم هذا التفسير للمرض ومسبباته على مفهوم خاطئ للعلية وهو الأمر الدال على عجز المفاهيم العلمية في تفسير أو حل بعض من مشاكل الفرد كون ذلك يعني فقداناً للأمل وسد المنافذ أمامه في إيجاد المبررات لما يحيط به.

في نفس السياق وكما هو موضح في الجدول رقم 28 نلاحظ أن صعوبة الشفاء من الاضطرابات النفسية وطول مدة العلاج الطبي يسهل بدرجة كبيرة اللجوء إلى الطب والمعالجين التقليديين، حيث أن طرقهم العلاجية تعطي نتائج مقبولة وفي مدة زمنية قصيرة، حيث أن نسبة من يؤيدون هذا الطرح بلغت نسبة 85% في مقبل 25% ممن عارضو. لكن التفسير الغيبي يضفي لدى الفرد نوعاً من الأمل النفسي في إيجاد المبرر لأي مشكلة يعاني منها وأملاً في حلها أو علاجها، كما يلجأ إليها عندما لا يجد أسلوبا أخر أفضل منها، فتكون المبررات الغيبية الميتافيزيقية نوعاً من المحاكاة النفسية والذهنية. وتفسيراً مقبولا لمثل هذه الظواهر، بالإضافة إلى إنه يعزز الثقة لدى أفراد المجتمع. وإن كان في نظرنا نوعاً من أنواع الوعي الإنساني، يحاول فيه الفرد إيجاد مبرراً أو تفسيراً لما يعتقد أن الطب الحديث غير قادر على تشخيصه وتشخيص مسبباته.

من خلال استعراض الجدول رقم 29 والخاص بطرق علاج الاضطرابات النفسية يتبين أن غالبية أفراد العينة يتوجهون إلى العلاج التقليدي بنسبة 70% تتوزع على الطالب بنسبة 25% والمشعوذين بنسبة 20% ثم الراقي بنسبة 15% وتتساوى بين زيارة الأضرحة والعشابين بنسبة 05%، في مقابل 30% من أفراد العينة يفضلون العلاج الطبي سواء طبيب

الأمراض العصبية أو العقلية أو مختص في علم النفس العيادي، فالاعتقاد والتفسير دفع بالبعض إلى سلوك يتناسـب وهذا التفسير، فالأفراد الذين يعتقدون بأن القوى الغيبية من جن وشياطين تلعب دورا في وجود المرض، يلجؤون إلى من له القدرة والسيطرة على هذه القوى لعلاج أمراضهم، بينما الأفراد الذين يعتقدون بأن أسباب المرض ناجمة عن خلل عضوي أو فسيولوجي أو باثولوجية كالجراثيم والميكروبات يلجؤون إلى الطبيب في العلاج. وتعمل المعتقدات الثقافية على تحديد نوعية العلاج الذي يلجأ إليه المريض، سواءً كان طباً تقليديا أو حديثاً.

ويتضح من خلال الجدول رقم 30 أن علاج الاضطرابات النفسية هو في تطور بنسبة 75% في مقابل 25%، وهذا راجع إلى أن فئة كبيرة تستخدم في علاجها الطرق التقليدية مقابل الطرق الحديثة وهذا راجع إلى الموروث الثقافي للعائلة وهذا ما أكده 40% من أفراد العينة وكذا المعتقدات الثقافية حول الاضطرابات النفسية من خلال أسبابها وطرق علاجها حيث كانت النسبة 25% ، كما أن للمستوى الدراسي والعادات والتقاليد دور مهم في هذا المجال حيث بلغت نسبة الاستجابة 20% و 15% على التوالي كما هو مبين في الجدول رقم 31. كما يمكن أن نلاحظ هذا التطور من خلال الانتشار الواسع للرقاة، ومراكز العلاج الطبي سواء بالأعشاب أو عن طريق الرقية بالإضافة إلى الإعلانات والإشهارات المتلفزة لمجموعة من المواد ومشاييخ الرقية التي تسهم في علاج الاضطرابات النفسية. كما يمكن الاستناد أيضا إلى ما تم عرضه في الجدول رقم 29 والخاص بطرق علاج الاضطرابات النفسية.

ويمكن إرجاع تراجع علاج الاضطرابات النفسية كما هو موضح في الجدول رقم 30 بنسبة 25% إلى تخلي فئة كبيرة من المجتمع عن الطرق الحديثة في العلاج وإتباع الطرق التقليدية وهذا راجع إلى الموروث الثقافي للعائلة والمعتقدات الثقافية التي تعكس نسق التفكير لدى تلك الأسر أو المصاب ومن جنس السبب يكون العلاج. وما يمارس حاليا من أساليب وطرق تقليدية في علاج المرض لا تعتبر وليدة الصدفة أو نتاج ثقافي واجتماعي معاصر، بل ارث حضاري وثقافي هدفه البحث عن تخفيف الألم والشفاء من المرض، فالشعور بالمرض والألم دفع إلى البحث عن علاج لهذا المرض.

2. مناقشة الفرضيات:

1.2. مناقشة الفرضية الرئيسية:

فيما يخص الفرضية العامة التي تقول: "للمعتقدات الثقافية وظيفة أساسية ومحورية في عملية التوجه العلاجي للحالة التي تعاني من اضطراب نفسي (الراشد الجزائري) من خلال تفسيره واختيار نوع العلاج"

تحققت هذه الفرضية فمن خلال الجدول رقم 13، وجدنا أن 30% من العينة المدروسة ترجع الاضطراب النفسي ماهو إلا مس وجن كما وجدنا نفس النسبة من العينة تراه على أنه سحر بنسبة 30%، إضافة إلى نسبة من العينة 15% رأته على أنه عين وحسد، وفي مجمل التفسيرات الغيبية وجدنا نسبة 75% من مجمل العينة ككل، وهي نسبة كبيرة لا يمكن الاستهانة بها، وإن دلت على شيء فتدل على أن معظم أفراد العينة يرجعون الاضطراب النفسي في تفسيراتهم إلى أمور غيبية بعيدة عن التفسيرات العلمية، في حين أن نسبة 25% تعتمد في تفسيراتها على التفسيرات العلمية حتى وإن لم تكن دقيقة، حيث نجد أن 15% من العينة رأت الاضطراب قائم في حد ذاته في حين 10% الباقية تتقاسم الرأي في أن الاضطراب ماهو إلا اضطراب عصبي واضطراب عقلي وهي نسب ضئيلة مقارنة مع نسبة التفسيرات الميتافيزيقية.

كما نجد حتى من حيث التفسيرات المختلفة للاضطرابات النفسية لها علاقة بالمعتقد، وسنقوم بعرض مختلف الأسباب التي فسرت بها العينة الاضطراب النفسي في مناقشتنا للفرضية الجزئية الأولى، كما وجدنا ومن خلال الجدول رقم 18 فإن 60% من العينة المدروسة تقوم بالبحث للتعرف وجمع المعلومات حول الاضطراب الذي تعانيه، في حين 40% من الحالات لا تبحث عن ذلك، وهذا أمر ايجابي لكن من خلال جداول أخرى فهمنا أن البحث لا يكون علميا وإنما تكون نسبة كبيرة منه مرتبط بالثقافة التي تشبع بها الفرد منا، والدليل موجود أيضا في الجدول رقم 22 حيث أن النسبة الكبيرة من العينة المدروسة تتبع حاليا العلاج التقليدي بمختلف أنواعه بنسبة 70%، أما النسبة المتبقية أي 30% فإنها تتبع حاليا العلاج الرسمي المؤسساتي.

وقد وجدنا أن نسبة كبيرة من العينة المدروسة تتجه إلى العلاجات التقليدية وتوليها أهمية على حساب العلاجات العلمية، حيث ومن خلال الجدول رقم 29 فإن 25% من العينة ترى أن

علاج الاضطرابات النفسية يكون عن طريق الطالب، ثم تليه نسبة 20% من العينة ترى علاجه عن طريق المشعوذين أما التوجه إلى الراقي فقد حاز على نسبة 15%، أي 60% من العينة تتوجه إلى علاجات تقليدية لعلاج الاضطرابات النفسية على حساب العلاج العلمي في حين حازت الإجابات على: العلاج النفسي والأدوية والعقاقير وكذا الرقية بنفس النسب لكل واحدة أي 15%، أما النسبة المتدنية فكانت لحساب الإجابة بالعشاب.

من خلال جدول رقم 31 نجد نسبة كبيرة أي 75% ترى بأن علاج الاضطرابات النفسية بالطرق التقليدية هو في تطور مستمر، على عكس 25% من العينة رأت أنه في تراجع، وهذا راجع إلى الموروث الثقافي للعائلة بنسبة 40%، والى المعتقدات الثقافية بنسبة 25% و15% راجع إلى العادات والتقاليد، أي 80% من العينة ترجعها إلى أسباب مرتبطة بالمحيط الذي نعيش فيه وبما هو متشبع به من قيم ومعايير وعادات وتقاليد، أما 20% الباقية فأرجعته إلى المستوى الدراسي لكل شخص، أي أن مستوى كل شخص هو الذي يجعله يتجه إلى علاج معين على خلاف علاج آخر، لكن بالرغم من ذلك فقد وجدنا أنها نسبة ضئيلة جدا مقارنة مع مجموع العينة.

وبالتالي النتائج التي توصلنا إليها جاءت متوافقة مع العديد من الدراسات المذكورة سابقا في عنصر الإشكالية، حيث من خلال دراسة الدين الزواوية جميلة لسنة 2011 حول "تمثلات الصحة والمرض والعلاج" وجدت أن: "مفاهيم الصحة والمرض تتماشى وفق بعض الاعتبارات منها المعتقدات الثقافية والدينية والشعبية، وبالتالي الممارسات العلاجية جزء من الثقافة كما أن اللجوء إلى الخدمات الصحية الرسمية والغير رسمية يختلف باختلاف النظام القيمي والإطار الثقافي السائد، مع وجود ارتباط بين تمثلات العلاج التقليدي والعلاج الطبي من جهة وطلب المعالجة من جهة أخرى". **(الدين زواوية: 2011: 184)** كما نجد أن دراسة فيروز صولة لسنة 2014 من خلال موضوعها "المتغيّرات الاجتماعية لتصور المرض وأساليب علاجه"، حيث وجدت أن: "عملية فهم المرض وتصوره وتحديد أساليب علاجه لا يتحكم فيها الشخص المريض فحسب، أو الأطباء المعالجين بل هناك متغيرات اجتماعية مختلفة تحدد إرادة الفرد وسلوكهم وتوجههم لمختلف الظواهر المرتبطة بصحتهم، مرضهم وعلاجهم. بالإضافة إلى تصوّر المرض وتحديد الأساليب العلاجية الملائمة، سواء كانت هذه الأساليب

حديثة أو تقليدية. حيث توصّلت الباحثة إلى أنّ هناك تأثير واضح للجماعة المرجعية حول تصوّر المرض لدى المريض وفي اختيار العلاج المناسب، كما للمعالجين دوراً هاماً في تصوّر المرض". **(فيروز صولة: 2014: 374)** وهذا ما عكسته نتائج دراستنا، وبالتالي فإن ماهية المرض وتفسيره وإعطاءه الاسم الخاص به وكذا العلاج يعتمد على التأويلات الثقافية والاجتماعية، مما يجعل التكفل بالاضطراب النفسي يأخذ طابعا سحريا وخرافيا، وذلك عن طريق تفضيل استعمال العلاج التقليدي بكل أنواعه (السحر والشعوذة، الطلبة والرقية...الخ) بالرغم من ذلك فإن هناك نوعين آخرين لا يلاقيان رواجا حسب النتائج المتحصل عليها من خلال الاستمارة، ألا وهي العشاب وزيارة الأضرحة وقد يرجع ذلك إلى عدة أمور من بينها الاضطراب في حد ذاته وكذا بنية المجتمع الذي تنتمي إليها العينة. فالتفسيرات الثقافية ترجع الاضطرابات النفسية إلى عوامل خارجة عن إرادة الإنسان (السحر والجن، المومنين...الخ) وهي تفسيرات تشعر المريض بالراحة والطمأنينة كونه ينتمي إلى نفس التصور الاجتماعي. فتأويلات الاضطراب النفسي ودلالته ترجع إلى نمط التنشئة التي تعتمد عليه الأسرة، واتجاهاتها، وأفكارها الخرافية، والتي استمدت من معتقدات قديمة قد ترجع إلى عصور سابقة، وحتى وإن شخصها الأطباء والنفسانيين على أنها اضطرابات نفسية، فقوة المعتقدات والتصورات الثقافية حول الاضطراب تجعلهم لا يقتنعون بالأمر، إذ يفضلون التفسير السائد والمقبول من الآخر على التفسير العلمي.

2.2. مناقشة الفرضيات الجزئية:

فإن فيما يخص الفرضية الجزئية الأولى التي تقول: "يساهم المعتقد الثقافي في تفسير أسباب الاضطرابات النفسية" .

تحققت حيث أثبتت النتائج الإحصائية على حسب نتائج الاستمارة أن نسبة كبيرة من أسباب الاضطرابات النفسية أرجعت إلى أسباب ميتافيزيقية، وذلك موضح في الجدول رقم 14، أين ترى أكبر نسبة من العينة المدروسة أي 60% منها أن سبب الاضطراب النفسي هو مس من الجن وسحر أي بنسبة 30% لكل واحدة على حدى، تم يليها بنسبة 15% العين والحسد، أي أن التفسير الثقافي كان بنسبة 75% من مجموع التفسيرات ككل، أما البقية من العينة فترى أن السبب ناتج عن مشاكل نفسية بنسبة 10%، أما الوراثة والمشاكل العائلية

فنجدها بنسبة 05%، ونجد نسب مؤوية ضئيلة أخرى مثل المشاكل الاجتماعية بنسبة 03%، وفي آخر المراتب نجد أن النسبة الضئيلة أي 02% ترجع الاضطرابات النفسية إلى سبب المشاكل المهنية، وهي كلها تفسيرات علمية أثبتت مدى علاقاتها بالاضطرابات النفسية بطريقة علمية، لكن العينة لم تكن حازمة في رأياها حول هذا الموضوع، وهذا يعني أن حتى البحث عن ماهية الاضطراب الذي تحدثنا عنه سابقا، كان مبنيا ويرتكز على تفسيرات لا علمية متشبعة من المحيط الذي نعيش فيه.

كما نجد ومن خلال الجدول رقم 15، أن السند الذي ترتكز عليه العينة في تفسيراتها السابقة يرجع إلى أساس سند خرافي-غير واقعي بنسبة 65% ثم يليه الاعتقاد بأنه يفسر على أساس سند علمي- طبي بنسبة 30%، وهي نسبة ضئيلة مقارنة بالسند الأول الحائز على أكبر نسبة، وفي المرتبة الثالثة نجد نسبة 20% للسند النابع من العادات والتقاليد المتوارثة، وفي آخر ترتيب نجد نسبة 10% ترجعها إلى السند الديني.

وفي دراسة لـ:سيدي عابد عبد القادر سنة 2017 "العلاقة بين الخلفية الثقافية وتصور الاضطراب النفسي واختيار أسلوب العلاج في ضوء متغيري الجنس والمستوى التعليمي عند زوار الضريح"، حيث وجدت الدراسة أن: "هناك علاقة بين الخلفية الثقافية وكل من تصور الاضطراب النفسي واختيار أسلوب العلاج. فأما بخصوص العلاقة بين الخلفية الثقافية وتصور الاضطراب النفسي فيرجع إلى الأفكار المسبقة حول الاضطراب وأسبابه وذلك من خلال تكرار الأعراض المرضية وكذا اختيار العلاج المناسب التي يعرفها المعالج بحيث يستطيع إدراجها تحت صنف معين من أصناف الأمراض المحددة ثقافيا. وهناك أيضا الأعراض الغريبة المصاحبة للاضطراب مما يضفي عليها نوع من الروحانية، وهذا العامل من بين العوامل المؤثرة على تصورات المريض في فهمه وتفسيره للمرض". **(سيدي عابد: 2017: 177).**

فيما يخص الفرضية الجزئية الثانية التي تقول: "يساهم المعتقد في التوجه العلاجي (العلاج التقليدي والعلاج الحديث) للحالة المرضية ومنه اختيار طريقة العلاج (الرقية، المشعودين، زيارة الأضرحة، العلاج النفسي...الخ)".

تحققت هذه الفرضية حيث ذكرنا في مناقشتنا للفرضية العامة ومن خلال الجدول رقم 22 أن نسبة كبيرة من العينة تتبع حاليا العلاج التقليدي بأنواعه (70%)، أما النسبة المتبقية أي 30% فتتبع العلاج الحديث، كما وجدنا أنه من خلال الجدول رقم 20 أن العينة المدروسة بنسبة 70% توجهت إلى العلاج التقليدي، بينما توجهت 15% من الحالات إلى الطبيب ونفس النسبة توجهت إلى المختص النفساني، وقد تبين من خلال الجدول رقم 21 أن نوع العلاج التقليدي كان التوجه إلى الطالب بنسبة 25%، ثم يليه التوجه إلى المشعوذين بنسبة 20%، وبعده مباشرة تأتي نسبة الراقي بالمرتبة الثالثة بنسبة 15%، وفي المرتبة الأخيرة وجدنا نفس النسبة المؤوية بالنسبة لزيارة الأضرحة وكذا العلاج بالأعشاب بنسبة 05% لكل واحدة على حدى، وبالتالي يعد هذان النوعان الأقل توجها مقارنة بالعلاجات الأخرى. ونجد هذه النتائج تتفق مع دراسة الدكتور بن احمد قويدر حول الاكتئاب والمسارات العلاجية في الجزائر أين وجد أن نسبة 87.5% يستجيبون للعلاج التقليدي، مقابل 41.66% بالنسبة للعلاج النفسي، و35% بالنسبة للعلاج الطبي.

كما أن تسمية الاضطراب النفسي تختلف على حسب الموروث الثقافي فمن خلال الجدول رقم 24، فإن 20% من العينة تسمي الاضطراب بمس من الجن، كما أن 15% منهم يسمونه على أنه سحر وعين وحسد بنسبة 15%، أما نسبة 10% من العينة فتسميه بالخطفة، دون أن ننسى نسبة 05% بالنسبة إلى تسميته بالمومنين وعروس السماء بنفس النسبة، أما تسميته بالخاوة فلم يتم اختياره كجواب وبالتالي كانت النسبة 00%، وقد ترجع التسميات المختلفة إلى اختلاف الاضطرابات النفسية من حالة إلى أخرى، وحتى إن تشابه الاضطراب فيكون الاختلاف حسب الموروث الثقافي الذي يعطي ويطبع تفسيرات في أذهاننا من خلال التنشئة الاجتماعية والتطبيع الاجتماعي، حتى أننا وجدنا النسبة الكبيرة من العينة 70% لا ترى ولا تؤمن بمساهمة العلاج التقليدي وكذا العلاج الحديث في علاج الاضطرابات النفسية من

خلال الجدول رقم 25، وهذا بسبب القناعة التامة بمدى فعالية العلاج التقليدي، حتى أن نفس النسبة لا ترى منفعة من دمج العلاج التقليدي مع العلاج الحديث وذلك من خلال الجدول رقم 26، و60% من الحالات ترفض حتى فكرة أن يكون المصابين بالاضطرابات النفسية فريسة لمعالجين النفسانيين فهم على قناعة أنهم المخلص من المعاناة التي يعيشها كل واحد فيهم، على

عكس 40% من الحالات التي ترى عكس ذلك، وقد يرجع السبب في هذا التوجه وحسب الجدول رقم 28 أن العلاج الحديث يأخذ وقتا أطول من العلاج العالمي، حيث أن 85% ترى هذا، أما البقية فلا ترجع السبب إلى مدة العلاج، كما نجد ومن خلال الجدول رقم 36 أن 70% من العينة ترى أن العلاج التقليدي هو الأحسن والجيد مقارنة بالعلاج الطبي أو العالمي، أما 20% فترى أن نتائجه غير مرضية (العلاج التقليدي)، أما البقية أي 10% فترى أن النتائج حسنة، أي أن 80% من العينة ترى أن العلاج التقليدي يكون من الحسن إلى الجيد وهي نسبة تدل على ما مدى تمسكهم بهذا النوع من العلاج، لكن يجدر بالذكر أن التوجه منذ الأساس كان إلى العلاج التقليدي على حساب العلاج العالمي دون تجربة النوع الثاني، وهذا إن ذل على شيء فيدل على أن تسمية الاضطراب وكذا السبب من ورائه ومن تم التوجه إلى علاج معين (علاج تقليدي، علاج حديث) ومن تم اختيار نوع العلاج الذي يتضمنه ذلك التوجه (زيارة الأضرحة، الرقية، المشعوذين...الخ)، وقد يكون السبب بناء تصوري نتيجة التطبع والتنشئة الاجتماعية، وكما وسبق وذرنا سابقا أن "راقوران" Raguram وجد في دراسة له سنة 2002 بأن:"المعاناة النفسية لا يمكن الحد منها إلا بالرجوع إلى النظريات الإثيولوجية المفسرة لأسباب الاضطرابات من خلال مختلف الأعراض الظاهرة والغير ظاهرة، لكن الاهتمام بالنواحي الثقافية لا يمكن أن يساعد في عملية التكفل النفسي ومنه العلاج." **(Raguram: 2002: 104)** وفي دراسة "لستينمان" Steinman سنة 2004 خلص إلى: "وجود عاملين أساسيين يؤثران في عملية الصحة والمرض، الأول له علاقة بالسلوك، والثاني يتعلق بالبعد الجماعي والاجتماعي للمعتقد الثقافي" **(Steinman :2004 : 05)**. أي أن تصورنا للاضطراب ولسببه راجع إلى تصوراتنا الثقافية والاجتماعية. وفي دراسة لسليمان بومدين سنة 2004 في دراسته "التصورات الاجتماعية للصحة والمرض بالجزائر"، حيث وجد أن: "التصورات لا يمكن أن

تكون محايدة ولا يمكن أن تعود فقط للمعلومات العلمية ولكن تعود أيضا إلى الهوية الثقافية الاجتماعية الدينية بالجزائر، مع محاولة الفهم كيف نشئت وبنيت هذه التصورات". حيث خلصت الدراسة الى العديد من النتائج منها ما يلي:

❖ هناك نمطين من الطب يوجدان في الجزائر طب رسمي ذي نمط جامعي وطب تقليدي. (والنمط الأكثر استعمالا من خلال الدراسة الحالية هو العلاج التقليدي)

❖ تختلف ممارسات الطب التقليدي حسب تفسير سبب الاضطراب ومن تم اختيار العلاج. (وهذا ما لاحظناه في دراستنا أيضا)

❖ يقوم المعالجون التقليدين بعلاج بعض الاضطرابات وليس كلها. عن طريق الطرق التقليدية كالرقية، الحجامة، زيارة الأضرحة...الخ (بالرغم من أننا وجدنا أن زيارة الأضرحة من العلاجات الأقل طلبا مقارنة بالعلاجات التقليدية الأخرى، في حين وجدنا علاجات تقليدية أخرى تحوز على شعبية كبيرة في معالجتها للاضطرابات النفسية وقد سبق وذكرناها فيما سبق)

❖ هناك احترام متبادل بين المعالجين التقليدين وزبائنهم فهؤلاء الزبائن من كل الطبقات والمستويات الثقافية رجالا ونساء، يلجئون للعلاج التقليدي خاصة عند فشل الطب الحديث في علاج مرضهم. (بالرغم من أن التوجه إلى العلاج التقليدي بالنسبة للدراسة الحالية لم يأتي بعد العلاج الحديث، إلا أن الحالات لديها تصور مسبق على عدم فعالية العلاج الحديث)

❖ كما بينت الدراسة أن هناك عدة مسارات علاجية يسلكها المريض وهي مسارات ترتبط بتصور المريض ومحيطه عن المرض، حيث أن الأغلبية تفضل الطب الحديث وعند فشل هذا الأخير فقط يلجأ إلى الطب التقليدي. **(سليمان بومدين:2004: 249-253)** وهذا ما لم يتوافق مع الدراسة الحالية، حيث كان التوجه منذ البداية إلى العلاج التقليدي.

فيما يخص الفرضية الجزئية الثالثة التي تقول: "تلعب الأسرة دورا أساسيا في تعزيز المعتقد الثقافي لدى الحالة المرضية من خلال تفسير المرض واختيار العلاج".

وجدنا من خلال النتائج المتحصل عليها أن الأسرة حددت العديد من الأمور والمعطيات المتعلقة بالحالة المرضية وكذا تفسير الاضطراب وتوجيه الفرد المصاب إلى العلاج الذي تراه مناسبا، فمثلا وجدنا أن:

❖ اكتشاف الاضطراب الذي تعانيه العينة كان من طرف الأسرة بنسبة 40%، ثم تلتها نسبة الاكتشاف من طرف المعالج التقليدي بأنواعه بنسبة 30%، أما في آخر المطاف فنجد الطبيب والمختص النفساني، وقد يرجع السبب إلى عدم توجه معظم العينة إلى العلاج الحديث واختيارهم منذ البدء العلاج التقليدي وكل هذا مبين في جدول رقم 19.

❖ أما الجهة التي أرشدت أسر العينة من أجل طلب العلاج، فنجد ومن خلال جدول رقم 32 أن 20% فقط من الأسر وجهت أفراد أسرهم إلى الطبيب وكذا المختص النفسي بنسب متساوية وهي نسبة توجيه ضئيلة جدا بالرغم من أهمية العلاج الحديث، على عكس بقية العينة فقد أرشدت أفراد أسرهم إلى العلاج عند معالجين تقليديين بالرغم من الاختلاف في نوع المعالج التقليدي، فـ 25% وجهتم إلى الطالب و20% وجهوا إلى المشعوذين، كما نجد نسبة 15% وجهوا إلى الراقي، لكننا لاحظنا أن هناك نوعين من العلاجات التقليدية التي لا تلاقي رواجا كبيرا ألا وهي زيارة الأضرحة وكذا العشابين، وقد يرجع ذلك وكما وسبق وذكرنا سابقا إلى الاضطراب في حد ذاته ونوعه وكذا الموروث الثقافي الذي تشبعت به الحالات، حيث يمكن أن يكون هذا سببا في تجاهل هذان النوعان بالرغم من الإقبال على الأنواع الأخرى من العلاجات التقليدية.

❖ كما نجد أن 70% من العينة ترى أن الأسرة مقتنعة بأن علاج من هذا الاضطراب يكون عن طريق العلاج التقليدي، في حين ترى بقية العينة أي 30% أن أسرهم ترى أن العلاج الحديث هو حول الأمثل لعلاج الاضطرابات النفسية وكما هو موضح في الجدول رقم 33.

❖ كما نجد أن سبب اختيار الأسرة لتلك الطرق التقليدية حسب الجدول رقم 34 كونها أحد الطرق العلاجية الفعالة بنسبة 35%، ونفس النسبة نجدها في أن الطرق التقليدية هي معتقدات يجب التشبث بها أي 35%، أما بسبب كونها مستوحاة من الموروث الثقافي فقد حازت على نسبة 30%.

❖ أما دواعي إتباع العينة لهذا النمط العلاجي حسب الجدول رقم 35 راجع إلى أن الأسرة دفعتهم إليه بنسبة 35%، ويليه عدم فعالية العلاج الطبي بنسبة 32%، أما بسبب إيمانهم بهذا النوع فقد وصلت النسبة إلى 15%، ووصلت النسبة إلى 10% بسبب اختيارهم الخاص، وفي الأخير حازت الإجابة إلى أنه غير مكلف على أدنى نسبة 08.%.

❖ تؤثر الأسرة بطريقة معينة في اختيار نوع العلاج من الاضطراب الذي تعانيه، وذلك بنسبة 67% من مجموع العينة على عكس بقية العينة، وذلك من خلال جدول رقم 37.

❖ نجد 40% من العينة تذهب منفردة إلى المعالج سواءا كان تقليديا أو حديثا، في حين 60% من العينة تذهب إلى المعالج رفقة أحد أفراد الأسرة بنسبة مجموعها 55%، ونجد أن الأفراد المنتمين إلى الأسرة والذي تمت الإجابة به أكثر هي الزوجة بنسبة 25% تم تليها الأم بنسبة 20% وبالتالي تعد الزوجة والأم أهم عضوين في الأسرة يدعمان المريض في ذهابه إلى المعالج، في حين نجد أن 40% من العينة لم تجد ذلك السند في أي شخص من داخل أو خارج الأسرة، في حين 05% وجدت السند في الأصدقاء، وكل هذا من خلال الجدول رقم 40.

وبالتالي كانت النتائج متوافقة إلى حد كبير مع الدراسات التي تناولت هذا الموضوع، ومن بينها دراسة "وايس" Weiss سنة 1992 حيث أثبت من خلالها أنه: "يوجد بعض النظريات ضمن الأنساق التقليدية من خلال المعتقدات الثقافية لتلك المجتمعات نجدها متقاربة أو متحالفة مع مختلف النظريات العلاجية الأخرى حيث استخلص ثلاثة نقاط أساسية هي: 1. وظيفة الحماية لهذه المعتقدات.2. دور المجموعة والجماعة. 3. اللجوء إلى المسارات العلاجية التقليدية مرتبط بالإحساس أو بالشعور بفقدان السيطرة، ومنه الاتجاه إلى التوتر.

(Weiss : 1992 : 822)

إذن يكون اللجوء إلى المعالج التقليدي بكل أنواعه وانتماءه، وعدم التفكير في إمكانية وجود الاضطراب النفسي يؤكد أن الثقافة المحلية للعينة المدروسة مازالت تتسم بالخرافية ولا علمية، إذ أن المحيط الأسري (المحيط النفسي الاجتماعي) يؤثر كثيرا على قرارات المريض اختياراته العلاجية كما وضحناه سابقا من خلال النتائج الإحصائية.

خلاصة الفصل:

من خلال ما تم التوصل إليه من خلال الدراسة، وجدنا أن للأسرة تأثير على جميع المستويات بالنسبة للراشد الذي يعاني اضطرابات نفسية، ويكون التأثير على عدة مستويات منها ماهية المرض أو الاضطراب، وحتى إلى الأسباب التي قد تؤدي إليه ومن ثم إلى الطرق العلاجية المناسبة له، فالمعتقدات الثقافية تلعب دورا أساسيا في التوجه العلاجي للراشد المصاب باضطراب نفسي من خلال تفسير الاضطراب وتعريفة وتعزيز الأسرة لهذا الطرح من اجل اختيار العلاج الذي يتوافق و المرجعية الثقافية له ولآسرته، والتي أثبتت في دراستنا أن كل ما سبق وذكرنا يتأثر بطريقة مباشرة أو غير مباشرة على تصوراتنا للاضطرابات وكذا التوجه العلاجي الملائم لعلاج الاضطرابات النفسية.

صعوبات البحث
و
الاقتراحات

الصعوبات:

- ❖ صعوبة في التعامل مع الحالات بسبب عدم احترام المواعيد.
- ❖ عدم وجود مكان محدد للالتقاء بالحالات.
- ❖ تحفظ بعض الحالات والمعالجين على بعض الأمور.

الاقتراحات:

هناك حاجة ماسة لمنهجية علاجية نفسية فعالة تراعي الحساسية الثقافية للمجتمعات، حيث يواجه أفراد المجتمع مجموعة من الحواجز في البحث عن المساعدة والبحث عن العلاج، ونظرا للدور المحوري الذي تلعبه المعتقدات الثقافية و البحث عن الممارسات العلاجية.

من خلال النتائج المتحصل عليها ، توصي الدراسة الحالية بـــ :

- ❖ تشجيع الدراسات النفسية المتعلقة بقضايا العلاج التقليدي في بلادنا بغرض الاقتراب أكثر من فهم الظواهر الثقافية المتجذرة في مجتمعنا .
- ❖ إعادة النظر في الطب التقليدي وحمايته من الاستغلال التجاري وإنشاء مقرات للطب الشعبي تابع لكليات الطب العقلي والعلوم الصحية بصفة عامة وعلم النفس بصفة خاصة، ومحاولة طرح تصنيف جديد للأمراض وفقا للبيئة الثقافية.
- ❖ إجراء المزيد من الدراسات في هذا موضوع المساهمة العلمية للبحث خاصة من حيث دراسة تأثير طبيعة المكان وكذا حول مختلف الطعون العلاجية وسببها.
- ❖ محاولة تصنيف هذه الاضطرابات الثقافية في مجتمعنا.
- ❖ محاولة فهم الظواهر النفسية وتأثير الظواهر الغيبية على الفرد.
- ❖ إنشاء مخابر بحث تهتم بدراسة العلاقة بين الثقافة، المرض والصحة.
- ❖ اهتمام الطب بالمحتوى والمرجعية الثقافية للمريض.
- ❖ إنشاء دليل للاضطرابات الثقافية محلية مع مختلف العلاجات التقليدية، مع محاولة تصنيفها وإظهار الأعراض المرضية.

الخـــــاتمـــة

الخاتمة:

لقد تطرقنا في بحثنا هذا إلى وظيفة المعتقدات الثقافية في التوجه العلاجي للراشد المصاب باضطراب نفسي وهذا من خلال ضبط مختلف الاضطرابات المنتشرة على مستوى المؤسسات الاستشفائية، بالإضافة إلى المسارات العلاجية المختلفة سواء العلاج المؤسساتي الذي يتمثل في الطب العقلي والطب النفسي و العلاج التقليدي متمثلا في كل الطرق المتواجدة في ولاية مستغانم، وتأثيرها في تفسير وفهم ظاهرة الصحة والمرض ضمن المحتوى الثقافي لعينة الدراسة، معتمدين في ذلك على المنهج الوصفي التحليلي الذي يعد مناسب لمثل هذه المواضيع التي تستلزم حجم عينة كبيرة مستعينين في ذلك بتقنية EMIC دليل المقابلة للنمادج التفسيرية (Explanatory model interview catalogue)التي ساعدتنا كثيرا في بناء أداة البحث.

في إطار المحتوى الثقافي، يمكن وصف العديد من الممارسات العلاجية بالشعوذة والخرافة الناجمة عن المعتقدات الثقافية التي توارثتها جيل عن جيل بواسطة التنشئة الاجتماعية، و الكثير من الظواهر في جانبها المرضي وما هو معتمد كعلاج، نستطيع أن نفهم سياقه في إطار ما توفره الثقافة من تفسير للأسباب ومختلف الإجراءات التي تعتمدها في نزع اللبس عن مختلف التعبيرات عن المعاناة سواء النفسية أو العضوية أو العقلية، لذلك نجد حضور الغيب في التفسير أكثر من حضور الجوانب الموضوعية وهذا يعكس الولاء للانتماء إلى منضومة ثقافية محددة.

مناقشاتنا الأولية لبعض الظواهر المرتبطة بالعلاج إنما هي انفتاح على موضوع الدراسة من خلال فهم السلوكات المرضية التي لها خلفية ثقافية، يبني المريض أو عائلته تصورات مختلفة حول المرض و للعلاج. لقد قمنا بالبحث عن تأثير الإطار الثقافي في أبعاده: تفسير أسباب الاضطرابات النفسية، التوجهات العلاجية، مدى تعزيز الأسرة للتوجه العلاجي. لقد ركزنا على الجانب النظري المتمثل في خمسة فصول تطرقنا من خلالها إلى ما يلي: الفصل الأول مدخل الدراسة، الفصل الثاني الاضطرابات النفسية، الفصل الثالث المعتقدات الثقافية للاضطرابات النفسية، الفصل الرابع التوجهات العلاجية بين الحديثة والتقليدية، ثم الجانب المنهجي والميداني من خلال فصلين الأول الإجراءات المنهجية للدراسة التطبيقية أين شمل الدراسة الاستطلاعية والأساسية، والثاني تضمن عرض النتائج تحليلها ومناقشتها.

وبعد الدراسة خلصنا إلى أن هناك ضرورة ملحة في البحث عن جميع العناصر والمكونات الثقافية التي توجه وتحدد سلوك الفرد، ذلك أن معرفة مضمون الثقافة لأي مجتمع يوفر إمكانية التنبؤ للسلوكات، كما تعمل هذه الأخيرة على ترسيخ بعض المعتقدات حول طبيعة المرض وتفسيره وكذا اختيار نمط ونوع العلاج. ومن خلال مضمون كلام رالف لينتون: "انه إذا استطعنا معرفة مضمون الثقافة أمكننا التنبؤ بشيء مقبول عن الصورة التي يتخذها الاضطراب" أي أن الثقافة هي التي تساعدنا على تحديد وتصنيف الاضطراب، الأسباب ومن تم التوجه العلاجي وهذا دائما ضمن المحتوى الثقافي للمجتمع. فالسياق الاجتماعي للاضطراب النفسي يتأثر إلى حد كبير بالمضمون الثقافي للمجتمع ويتكامل مع الحياة النفسية، الاجتماعية القائمة في تلك الثقافة.

إن التوجه الى العلاج التقليدي لا يتطلب منا الحدة والتعصب في اتخاذ المواقف تجاهه، بل يتطلب الإلمام أولا بالعوامل والأبعاد ذات العلاقة بهذه الظاهرة المؤثرة بصورة مباشرة على سلوك الأفراد. وتحدد مواقفهم تجاه هذا النوع من العلاج أو ذاك، لاسيما وان للأفراد مواقف متغيرة تجاه العلاج التقليدي، وهناك حقائق أو ظواهر فوق مستوى تفسير الإنسان لها، تدعم مواقف المعالج والعلاج التقليدي، وفي ذات الوقت تعد الممارسة العلاجية جزءاً من ثقافة متأصلة في المجتمع، وانعكاس لبعض المفاهيم الشعبية حول المرض ومصادر علاجية.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

I. الكتب والمذكرات والمجلات باللغة العربية:

1. القران الكريم.
2. أحاديث نبوية شريفة.
3. ابن منظور، (1994): لسان العرب، الجزء الثالث، دار صادر، بيروت، لبنان.
4. إبراهيم سالم الصيخان، (2010): "الاضطرابات النفسية والعقلية (الأسباب والعلاج)"، طبعة 1، دار صفاء للطباعة والنشر، عمان، الأردن.
5. إبراهيم سالم الصيخان، (2014): "الاضطرابات النفسية والعقلية (الأسباب والعلاج)"، طبعة 2، دار صفاء للطباعة والنشر، عمان، الأردن.
6. إبراهيم عبد الستار، (1998): "العلاج النفسي السلوكي المعرفي"، طبعة 2، دار الحديث القاهرة، مصر.
7. أبو البراء أسامة بن ياسين المعاني، (2000): "منهج الشرع في بيان المس والصرع"، جزء 6، دار المعالي للنشر والتوزيع، عمان.
8. احمد خواجة، (2010): "ممارسات وتصورات للمرض في المجتمع التونسي المعاصر"، مجلة الثقافة الشعبية، العدد 11، البحرين.
9. أحمد عكاشة، (1988): "الطب النفسي المعاصر"، مكتبة الانجلو المصرية، مصر.
10. أحمد عكاشة، (1998): "الطب النفسي المعاصر"، مكتبة الانجلو المصرية، مصر.
11. أحمد عكاشة، (2018): "الطب النفسي المعاصر"، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، مصر.
12. أحمد محمد عبد الخالق، مايسة النيال، عبد الفتاح دويدار، (2005): "علم النفس العام"، طبعة 1، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر.
13. أسامة الراضي، (1993): "النموذج الاسلامي للعلاج النفسي"، مجلة الثقافة الشعبية، مجلد 4، عدد 16، البحرين.
14. أميرة منصور يوسف علي، (1999): "المدخل الاجتماعي للمجالات الطبية والنفسية"، المكتبة الجامعية الحديثة، الاسكندرية، مصر.

15. أنور حمودة إلينا، (2006): "الأمراض النفسية والعقلية"، طبعة 1، دار عارف للطبع، غزة، فلسطين.

16. بدرة معتصم ميموني، (2011): "الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق"، طبعة 3، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.

17. البشر سعاد، (2007): "كيف تتخلص من الوسواس القهري"، طبعة 1، دار غراس للنشر والتوزيع، الكويت

18. بطرس حافظ بطرس، (2010): "المشكلات النفسية وعلاجها"، طبعة 2، دار النشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن.

19. بغالية هاجر، (2015): "الصرع تمثلات وممارسات علاجية"، أطروحة ماجيستر، تخصص انتروبولوجيا، جامعة وهران.

20. بن احمد قويدر، (2011): "التمثلات الثقافية للعلاج و وظيفتها في المسار العلاجي للمكتئب الراشد"، اطروحة دكتوراه علوم، تاطير الاستاذ بن شهيدة محمد تخصص علم النفس، جامعة وهران.

21. بن احمد قويدر، (2018): "الاكتئاب والتمثلات الثقافية في لمسار العلاجي في الجزائر دراسة عيادية"، طبعة 1، دار حامد للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.

22. بن خليفة محمود، (2007): "دراسة نماذج التوظيف النفسي لدى الراشدين ذوي المعاناة النفسية"، اطروحة دكتوراه علوم، تخصص علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.

23. بوادي فاطيمة فهيمة، (2015): "الرقية الشرعية وأثارها على التوازن النفسي للمرأة"، مذكرة ماستر، تخصص علم النفس العيادي، جامعة مستغانم.

24. بوعود أسماء، (2014): "الاضطرابات النفسية بين السيكولوجيا الحديثة والمنظور الاسلامي"، اصدارات شبكة العلوم النفسية العربية، مجلة الكترونية، العدد 8، تونس.

25. جلال سعد، (1987): "الأمراض النفسية والعقلية وانحرافات السلوكية"، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.

26. الحاج الشيخ سمية، (2013): "التصورات الاجتماعية للمرض العقلي لدى الأطباء"، أطروحة ماجيستر، تخصص علم النفس الاجتماعي، جامعة بسكرة.

27. حاج بن علو نور الدين، (2012): "الأسس الانتروبولوجية للعلاجات التقليدية"، أطروحة ماجيستر، تخصص انتروبولوجية، جامعة وهران.

28. حامد عبد السلام زهران، (1994): "دراسات في الصحة النفسية والإرشاد النفسي"، دار الكتب، القاهرة، مصر.

29. حامد عبد السلام زهران، (1997): "الصحة النفسية والعلاج النفسي"، عالم الكتب، القاهرة، مصر.

30. حامد عبد السلام زهران، (2004): "الصحة النفسية والعلاج النفسي"، طبعة 3، عالم الكتاب القاهرة، مصر.

31. حافزي زهية غنية، (2016): مطبوعة الدعم البيداغوجي في مقياس علم النفس المرضي، سنة 2 ليسانس علم النفس، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، قسم علم النفس، جامعة سطيف، الجزائر.

32. حامد عبد السلام زهران، (2005): "الصحة النفسية والعلاج النفسي"، طبعة 4، عالم الكتاب القاهرة، مصر.

33. حسن سمير إبراهيم، (2008): "الثقافة والمجتمع"، دار الفكر، دمشق، سوريا.

34. دافيد لربروتون، (1993): "انتروبولوجية الجسد والحداثة"، ترجمة محمد عرب صاصيلا، طبعة 1، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت، لبنان.

35. الدين زواوية جميلة، (2011): "تمثلات العلاج التقليدي والعلاج الطبي وعلاقتهما بعملية التطبيب"، أطروحة ماجيستر، تخصص علم النفس دراسة الجماعات والمؤسسات، جامعة وهران.

36. ربحي مصطفى عليان، عثمان محمد غنيم، (2000): "مناهج وأساليب البحث العلمي النظرية والتطبيق"، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.

37. زينب محمود شقير، (1994): "المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي لدى طلبة المرحلة الثانوية، وطالبات المرحلة الجامعية"، مجلة علم النفس،، العدد 30، القاهرة، مصر.

38. زينب محمود شقير، (2002): "علم النفس العيادي المرضي للأطفال والراشدين"، طبعة 1، دار الفكر للطباعة والنشر عمان، الأردن.

39. سامية حسن الساعاتي، (1983): "الثقافة والشخصية"، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان.

40. سبوح رشيد، (2000): "المعتقدات الشعبية في الجزائر (ظاهرة العين نموذجا)"، أطروحة ماجيستر، تخصص الثقافة الشعبية، جامعة تلمسان.

41. سري إجلال محمد، (2000):"علم النفس العلاجي"، طبعة 2، عالم الكتب للنشر والتوزيع والطباعة، القاهرة، مصر.

42. سعفان احمد، (2004): "مدى انتشار الاضطرابات النفسية"، دار الهضبة العليا، مصر.

43. السيد حافظ الأسود، (2002): "الانتروبولوجية الرمزية دراسة نقدية مقارنة للاتجاهات الحديثة في فهم الثقافة وتأويلها"، دار المعارف الإسكندرية، مصر.

44. السيد فهمي علي، (2010): "العلاج النفسي"، دار الجامعة الجديدة القاهرة، مصر.

45. سليمان بومدين ، (2004): "التصورات الاجتماعية للصحة و المرض في الجزائر" ، حالة مدينة سكيكدة ، أطروحة دكتوراه دولة، تخصص علم النفس العيادي ، قسنطينة الجزائر.

46. سيدي عابد عبد القادر، (2009): "التصورات الاجتماعية لزيارة الضريح في العلاجات التقليدية"، أطروحة ماجيستر، تخصص علم النفس، جامعة وهران.

47. سيدي عابد عبد القادر، (2017): "الخلفية الثقافية وعلاقتها بتصور الاضطراب النفسي واختيار اسلوب العلاج في ضوء متغيري (الجنس والمستوى الدراسي) عند زوار الضريح"، أطروحة دكتوراه علوم، تخصص علم النفس، جامعة وهران.

48. شناوي محمد محروس، (1997): "التخلف العقلي"، دار غريب للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.

49. شيلي تايلور، (2008): "علم النفس الصحي"، ترجمة درويش بريك، فوزي شاكر، وطعيمة داوود، طبعة 1، دار حامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

50. صادق عادل، (2005): "الطب النفسي"، دار الصحوة للنشر والتوزيع، مصر.

51. صولة فيروز، (2013): "تأثير العوامل الاجتماعية والثقافية في تفسير وتحديد انماط العلاج لدى المرضى"، مجلة علوم الانسان والمجتمع، العدد 08، الجزائر.

52. صولة فيروز، (2014): "المتغيرات الاجتماعية لتصور المرض وأساليب علاجه"، أطروحة دكتوراه علوم، تخصص علم الاجتماع، جامعة بسكرة.

53. طه عبد الرحمن، (1997): "العمل الديني وتجديد العقل"، طبعة 2، المركز الثقافي العربي، مصر.

54. عائشة نجوى، (2011): "العلاج النفسي عن طريق البرمجة العصبية اللغوية"، أطروحة دكتوراه علوم، تخصص علم النفس، جامعة قسنطينة.

55. عاطف محمد شحاته، (1992): الواقع الاجتماعي للصحة والمرض والسلوك المرضي في القرية المصرية في مقدمة في علم الاجتماع الطبي، مكتبة الانجلو المصرية، مصر.

56. عاطف نجلاء خليل، (2006): "في علم الاجتماع الطبي ثقافة الصحة والمرض"، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.

57. عباس فيصل، (1994): "أضواء على المعالجة النفسية"، دار الفكر اللبناني، بيروت، لبنان.

58. عباس محمود خضر، (2011): "البنية النفس- اجتماعية في الخطاب القرآني"، مجلة الجامعة الإسلامية، مجلد 19، العدد 1، بيروت، لبنان.

59. عبد الرحمن الوافي، (1999): "الوجيز في الأمراض النفسية والعقلية"، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزوائر.

60. عبد الرحمن سي موسى و محمد بن خليفة، (2008): "علم النفس المرضي التحليلي والاسقاطي"، طبعة1، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.

61. عبد الرحمن محمد العيسوي، (1992): "علم النفس الإكلينيكي"، الدار الجامعية للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.

62. عبد الرحمن محمد العيسوي، (2001): "الإسلام والصحة النفسية"، دار راتب الجامعية، بيروت، لبنان.

63. عبد الرحمن محمد العيسوي، (2006): "الإرشاد والعلاج النفسي"، الدار الجامعية الاسكندرية، مصر.

64. عبد الرحمن محمد العيسوي، (2009): "علم الأمراض النفسية والعقلية (الأسباب، الأعراض، التشخيص والعلاج)"، طبعة 2، دار زهراء للنشر و التوزيع، القاهرة، مصر.

65. عبد الرحمن محمد العيسوي، (2009): "علم الأمراض النفسية والعقلية (الأسباب، الأعراض، التشخيص، العلاج)"، طبعة 2، دار النشر زهراء للشرق، القاهرة، مصر.

66. عبد الرحمن محمد العيسوي، (2011): "مرض الزهايمر والذهانات الأخرى"، طبعة 1، منشورات الجلي الحقوقية، بيروت، لبنان.

67. عبد الستار إبراهيم، (1990): "العلاج النفسي الحديث"، عالم المعرفة، الكويت.

68. عبد الفتاح محمد دويدار، (1994): "في الطب النفسي وعلم النفس المرضي الإكلينيكي"، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، لبنان.

69. عبد اللطيف محمد خليفة، (1987): "المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي"، مجلة علم النفس، العدد 1، مصر.

70. عبد اللطيف محمد خليفة، (1989)،: "المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي لدى عينة من الطلبة والطالبات"، مجلة علم النفس، العدد 11، القاهرة، مصر.

71. عبد اللطيف محمد خليفة، (1998): "دراسات في علم النفس الاجتماعي"، مجلد 1، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.

72. عبد الله محمد قاسم، (2001): "مدخل إلى الصحة النفسية"، طبعة 1، دار النشر والطباعة، حلب، لبنان.

73. عبد المنعم حنفي، (1994): "موسوعة علم النفس والتحليل النفسي"، مكتبة مديولي القاهرة، مصر.

74. عبد المنعم حنفي، (2005): "موسوعة الطب النفسي"، طبعة 1، مجلد 4، دار النشر والتوزيع بيروت، لبنان.

75. علي القايمي، (1996): "الوسواس والهواجس النفسية"، دار النبلاء، بيروت، لبنان.

76. غانم احمد حسن، (2011): "الاضطرابات النفسية والعقلية"، والسلوكية، طبعة 1، مكتبة النجلو المصرية، مصر.

77. غانم محمد حسين، (2004): "اتجاهات حديثة في العلاج النفسي"، جامعة حلوان القاهرة، مصر.

78. غانم محمد حسين، (2005): "الأمراض النفسية والعلاج الإسلامي"، المكتبة المصرية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، مصر.

79. الفت حقي، (1998): "الاضطراب النفسي (التشخيص، العلاج، الوقاية)"، طبعة 1، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، مصر.

80. فراس السواح، (2002): "دين الإنسان بحث في ماهية الدين ومنشأ الدافع الديني"، طبعة 1، دار علاء الدين، سوريا.

81. فوزي محمد جبل، (2000): "الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية"، المكتبة الجامعية الازارطية، الإسكندرية، مصر.

82. فوزي محمد جبل، (2001): "الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية"، طبعة 1، المكتبة الجامعية للنشر والتوزيع الإسكندرية، مصر.

83. فيصل محمد خير الدين الزراد، (1974): "الأمراض العصبية والذهانية والاضطرابات النفسية"، طبعة 1، دار القلم، بيروت، لبنان.

84. فيصل محمد خير الدين الزراد، (2000): "الأمراض النفسية- الجسدية"، طبعة 1، دار النفائس، بيروت، لبنان.

85. فيصل محمد خير الدين الزراد، (2016): "علم النفس المرضي: البحث والتقييم والعلاج"، دار الفكر، الأردن.

86. قاسم حسين صالح، (2009): "المرجع الوجيز في الاضطرابات النفسية والعقلية وسيكولوجية الشواذ"، الكتاب العربي للعلوم النفسية، كتاب الكتروني، اصدارات شبكة العلوم النفسية العربية، العدد 16، تونس.

87. كارل غوستاف يونغ، (1998): "علم النفس التحليلي"، ترجمة نهاد خياط، دار الحوار للنشر والتوزيع، بيروت ، لبنان.

88. كليفور غيرتز، (2009): "تأويل الثقافات"، ترجمة محمد بدوي، مراجعة الاب بولس وهبة، المنظمة العربية للترجمة، بيروت، لبنان.

89. لطفي الشربيني، (2003): "الطب النفسي ومشكلات الحياة"، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان.

90. لطفي الشربيني، (2003): "الطب النفسي وهموم الناس"، منشأ المعارف، الإسكندرية، مصر.

91. لطفي الشربيني، (2005): "الطب النفسي في الثقافة العربية"، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، العدد 7، تونس.

92. لطيفة زروالي، (2014): "علم النفس المرضي للراشد"، منشورات دار الاديب، الجزائر.

93. مازن مرسول محمد، (2015): "الانتروبولوجية نحو اناسة ممنهجة"، مجلة انتروبولوجية، العدد الأول، مارس 2015، مركز فاعلون للبحث في الانتروبولجيا والعلوم الاجتماعية والانسانية.

94. محمد احمد النابلسي، (1991): "مباديء العلاج النفسي ومدارسه"، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، لبنان.

95. محمد الجوهري، (1980): "علم الفلكلور دراسة المعتقدات الشعبية"، الجزء 2، دار المعارف القاهرة، مصر.

96. محمد حمدي الحجار، (1998): "مدخل إلى علم النفس المرضي"، الطبعة 1، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان.

97. محمد علي محمد، سناء حسن الخولي، (2011): "دراسات في علم الاجتماع الطبي"، دار المسيرة، عمان، الاردن.

98. محمد علي محمد، (1985): "دراسات في علم الاجتماع الطبي"، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، مصر.

99. محمد علي محمد، (1996): "الطب والمجتمع"، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، مصر.

100. محمد عودة الريماوي، (2011): "علم النفس العام"، طبعة 1، دار المسيرة للطباعة والنشر، عمان.

101. محمد محمود الجوهري، (2009): "علم الاجتماع الطبي"، طبعة 1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الاردن.

102. محيي الدين صابر، (1987): "التغير الحضاري وتنمية المجتمع"، طبعة 2، دار المعرف، القاهرة، مصر.

103. مختار رحاب، (2014): "الصحة والمرض وعلاقتهما بالنسق الثقافي مقاربة من منظور الانتروبولوجية الطبية"، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 15، المسيلة الجزائر.

104. مرسي كمال محمد، (1988): "مدخل الى علم الصحة النفسية"، دار القلم للنشر والتوزيع، دمشق، سوريا

105. مرسي كمال محمد، (1992): "الصحة النفسية في ضوء علم النفس والإعلام"، طبعة 2، دار القلم الكويت.

106. معتز سيد عبد الله، (2001): "بحوث في علم النفس الاجتماعي"، مجلد 1، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، مصر.

107. معصومة سهيل المطيري، (2009): "الصحة النفسية (مفهومها-اضطراباتها)"،طبعة 1، دار حنين للنشر والتوزيع، الأردن.

108. معصومة سهيل المطيري، (2014): "الصحة النفسية (مفهومها-اضطراباتها)"، طبعة 3، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، الاسكندرية، مصر.

109. منال عبد المنعم جاد، (2011): "الاتصال الثقافي دراسة انتروبولوجية في مصر والمغرب"، منشأ المعارف، الإسكندرية، مصر.

110. منصور رشدي، الشافعي احمد، (2001): "التيارات الأساسية في علم النفس المعاصر"، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، مصر.

111. منى احمد عبود، (2008): "الميمياء نظرية تطورية في تفسير الثقافة"، مكتبة بيسان للنشر والتوزيع، بيروت، لبنان.

112. ميسوم ليلى، (2014): "الاضطراب النفسي بين علم النفس المرضي والمنظور الثقافي الشعبي"، أطروحة ماجيستر، تخصص علم النفس العيادي، جامعة تلمسان.

113. ميشل فوكو، (1990): "الكلمات والأشياء"، ترجمة مطاع صفدي، مركز الإنماء القومي، بيروت، لبنان.

114. ميشل فوكو، (1992): "الانهمام بالذات جمالية الوجود وجرأة قول الحقيقة"، ترجمة محمد أزويتة، دار إفريقيا الشرق، بيروت، لبنان.

115. نادية محمد السيد عمر، (2003): "علم الاجتماع الطبي"، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، مصر.

116. نبيل حنا، (1987): "الطب والمجتمع"، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، مصر.

117. نبيهة صالح السمراني، (2007): "أعراض الأمراض النفسية العصابية (تربويا- مهنيا)"، طبعة 1، دار المناهج للطبع والتوزيع، الأردن.

118. نهلة شجاع الدين، (2009): الكامل دليل الطب النفسي العام و طب نفس الأطفال، الصندوق الاجتماعي للتنمية، صنعاء، اليمن.

119. الوحيشي احمد بيري و عبد السلام الدويبي، (1989): "مقدمة في علم الاجتماع الطبي"، طبعة 1، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع والإعلان، بنغازي، ليبيا.

120. يوسف جمعة السيد، (2012): "الاضطرابات السلوكية وعلاجها"، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة ، مصر.

121. يوسف جمعة، (2001): "النظريات الحديثة في تفسيرات الأمراض النفسية"، طبعة 1، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.

122. يوسف شلحت، (2003): "نحو نظرية جديدة في علم الاجتماع الديني"، طبعة 1، دار الفرابي، بيروت، لبنان.

II. الكتب و المذكرات والمجلات باللغة الاجنبية:

1. Abdessalem yahyaoui, dhouha ben hadj lakhdar, (2014) : Le divan familial, croyance culturelles, facteur de protection d'affiliation familiales, revue de thérapie familiale psychanalytique, n 32, édition in press, France.

2. American psychiatrie association, (2013) : Diagnostic and statistical manual of mental disorder, DSM 5, 5th ed, USA :American psychiatric publishing.

3. Azorin Jean Michel, (2005) : « maladie et grands syndromes névrose », DCEM 3, Module Pluridisciplinaire n° 13 psychiatrie, Faculté de Médecine de Marseille, France.

4. Barande robert, (1966) : « méthodes psychothérapique », édition technique, paris, France.

5. Bergeret jean, (1984) : « structure de la personnalité normale et pathologique », édition dunod, paris, France.

6. Boucebci Mahfoud, (1984) : « maladie mental et handicap mental », édition enal, Alger.

7. Bruchon Scheitzer Marilou, (2002) : « psychologie de la santé, modèles, concepts et méthodes », Dunod, Paris.
8. Camilo charron, Nathalie Dumet, Nicolas Gueguen, Alain Lieury, Stéphane Rusinek, (2007) : « psychologie de A a Z 500 mots pour comprendre », édition Dunod, paris, France.
9. Chabert Catherine, (2013) : « les névroses –traité de psychopathologie de l'adulte», tome 1, édition Dunod, France.
10. Cecil helmen, (1995) : « Culture health and ilness an introduction for health professionals », John wrigh and sons, london.
11. David mechanic, (1990) : « medical sociology », the free press a division of macmillan publishing, inc, new york, usa.
12. Dina Tremblay, (1971) : « soins psychiatrique », édition renouveau pédagogique IWC, Montréal, Québec, Canada.
13. English Horace b, and english ava champney, (1958) : « a comprehensive dictionary of psychological and psychoanalytical terms »,david mckay company,inc, new york, usa.
14. Foster G.M , and Anhderson B.G, (1978) : « Medical anthropology», New york, Wiley.
15. Fernandez Lydia, (2012) : Névroses et psychose, cours de psychopathologie 1ére et 2éme année de DEUG, Université de Picardie, France.
16. Gayon jean, (2003) : « évolution culturelle : théories et modèles », édition panifiant odile jacob, France.
17. Helm hughes.m, judith c.hays, elizabeth p.flint, harold g.koenig, dan g.blazer, (2000) : « does private religions activity prolong survival », the journal of gerontologie, serriesA , vol 55, n° 7, Duke University Medical Center, Durham, North Carolina.
18. Henni Ahmed, (1986) : « état sur plus et société algérienne avant 1930 », édition enal , Alger.
19. Henri ey , (1989), Manuel de ^sychiatrie, 6eme edition, Elsevier Masson.

20. Henriette batch et Roland chemama, Eric départ, Alain Gallo (1991) : « grand dictionnaire de la psychologie », édition Larousse, France.

21. http://ar.wikipedia.org/wiki/الاضطرابات النفسية consulte le 26/02/2017 à 16:32

22. http://www.albawaba.com/ar consulte le 02/07/2019 à 15 :01.

23. http://www.almayadeen.net consulte le 09/09/2019 a 15 :55.

24. http://www.jinnsc.com/vb/show thread.php consulte le 23/06/2019 a 15 :55.

25. http://www.mawdoo3.com consulte le 30/05/2019 à 15 :01.

26. http://www.mayoclinic.org/family-therapy consulte le 30/05/2019 a 15:45.

27. http://www.noor-book.com/كتاب-مقدمة-ابن-خلدون-ت-الدرويش-pdf consulte le 15/07/2019 a 14 :25.

28. http://www.who.int/classification/icd/revision/timeline consulte le 30/06/2019 à 13:50.

29. Jeffrey Nevide, Spencer Rathus, Beverla Greene, (2009) : « psychopathologie » 7eme édition, péarson éducation, France.

30. Journet Nicolas, (2003): « la culture de l'universel au particulier », édition sciences humaines, Auxerre, France.

31. Julien Daniel guelfi, frederique rouillon, (2017) : « manuel de psychiatrie » , 3eme édition, elsevier masson, France.

32. Naamaraw muhweziwu, (2014) : « factors associeted with alcohol dependence among adult male clients in butabika hospital Uganda », journal of social work practice in the addictions, vol 14, n° 03, usa

33. Nathan tobie, (1966) : « la folie des autres traite d'ethnopsychiatrie clinique », bordas, paris, France.

34. Norbert sillamy, (2003) : « dictionnaire de psychologie », édition la rousse, veuf, paris, France.

35. Norbert sillamy, (1980) : « dictionnaire encyclopédique de psychologie », édition Bordas, paris, France.

36. Olivier schmitz, (2006) : « soigné par l'invisible enquete sur les gueriseurs aujourd'hui », édition imago, paris, France.

37. Otiso. Kefa M, (2006) : « culture and customs of Uganda », greenword press, westport, connecticut, london.
38. Ovide fontaine, (1978) : « introduction aux thérapies comportementales (historique, bases théoriques, pratique) », édition pierre maradaga , Bruxelles.
39. Paterson joan M, gawick Ann W, (1999) : « the roll of family meaning in adaptation to chronic illness », the briysh journal of psychiatric, vol 1, n° 186, London.
40. Papet , Nathalie et autre, (2012) : les névroses , cours de psychopathologie master, Université de Poitiers, France.
41. Patricia joly, Olivier taieb, Taher abbal, Thierry baubet, Maria-rose moro, (2005) : « Représentations culturelles, itinéraires thérapeutiques et santé mentale infantile en Guadeloupe, Press universitaires de France '' la psychiatrie de l'enfant'' », vol 48, n° 02. France.
42. Perron-Borlli Michèle, Roger perron, (1997) : Fantasme, Action, Pensée aux origine de la vie psychique, SEMAILLES, Société algérienne de la recherche en psychologie.
43. Postel jacques, (1998) : « dictionnaire de la psychiatrie et de la psychopathologie clinique », édition Larousse, bordas, paris, France.
44. Pull C.B, (1992) : Classification international des maladies, troubles mentaux et troubles du comportement,CIM 10, Masson, France
45. Raguram R, Venkateswaran A, Ramakrishna J, Weiss MG., (2002) : « Traditional community ressources for mental health : a report of temple healing from india », replay brithish medical, National Institute of Mental Health and Neurosciences, Bangalor vol 325, india
46. Riadh ben rejeb, (2003) : « psychopathologie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent clinique maghrebine », édition in press, paris, France.
47. Rosenhan David, Seligman Martin, (1995) : « Abnormal psychology », 3rd édition, W.H Freeman and Company, usa.

48. Serban Ionescu, Alain Blanchet, (2008) : « psychologie clinique, psychopathologie et psychothérapie » : nouveau cours de psychologie-master, édition puf, France.

49. Schommer Ainiks.M, (2004), Explaining the epistemological belief system : introducing the embedded systemic model and coordinated research approach, educational psychologist,vol 39, N° 1 , USA.

50. Schommer Ainiks.M, Duelf. O.K , (2013), Domain specific and general epistemological beliefs. Their effects on mathematics, Revista the investigacion educativa, Vol 31, N° 2, USA.

51. Steinman kenneth J, marc zimmerman A, (2004) : « religions activity and risk behavior among african american adolescents », Concurrent and Developmental Effects, American Journal of Community Psychology, Vol. 33, N° 3, usa.

52. Vinencent de gonlejac, fabiane handique,Pierre roche (2008) : « la sociologie clinique : enjeux théorique et métrologique », édition ères, paris, France.

53. Von Der Tann Matthias, (2008) : « Operationalized psychodynamic diagnosis OPD- 2 : manuel of diagnosis and treatment planning », hogrefe and Huber Publisher, Canada.

54. Weiss MG, DR Doongaji, S Siddhartha, D Wypij, S Pathare, M Bhatawdekar, A Bhave, A Sheth and R Fernandes, (1992) : « The Explanatory Model Interview Catalogue (EMIC). Contribution to cross- cultural research methods from a study of leprosy and mental health », The British Journal of Psychiatry

55. Weiss mitchell G , SD Sharma, RK Gaur, JS Sharma, (1992) : « Traditional concepts of mental disorder among Indian psychiatric patients: preliminary report of work in progress. Sociel », science and medecine, vol 27, n° 23, London.

الملاحق

ملحق رقم 01: البناء النهائي لأسئلة المقابلة النصف موجهة بنموذج EMIC:

هذه الأسئلة تمثل شبكة المقابلة النصف موجهة بالنسبة للحالة في الدراسة الاستطلاعية، كما تم بنائها أساسا على أبعاد الاستبيان في الدراسة الاستطلاعية والأساسية.

1. كيف تصف لنا الصور والأفكار التي تتراء لك في ذهنك أثناء مواجهة ظروف صعبة؟
2. هل تضن أن الاضطراب الذي تعاني منه سيتطور إلى الأسوء؟ إذا كان نعم، لماذا؟
3. ماهي المشاكل النفسية، الجسدية، والاقتصادية التي ظهرت لك بعد الإصابة بهذا الاضطراب؟
4. هل تخاف أن يكتشف الآخرون اضطرابك؟ إذا كان نعم، لماذا؟
5. في رأيك، كيف فسرت هذا الاضطراب؟ هنا تعطى للحالة قائمة الأسباب المعبر عنها.
6. ماهي الإستراتيجية (الطريقة أو الخطة) التي وضعتها من اجل مواجهة هذا الاضطراب؟
7. كيف تنظر إلى خطاب الآخرين حول اضطرابك؟
8. كيف يؤثر هذا الاضطراب في الآخرين؟
9. كيف تتصرف اتجاه الخطاب الغير مقبول من قبل الأشخاص المحيطين بك؟
10. كيف تنظر الى خطاب العائلة عندما يتعلق الأمر باضطرابك؟
11. كيف يؤثر هذا الاضطراب في أفراد العائلة؟
12. هل تشعر بأنه هنالك سر في الاضطراب الذي تعاني منه؟
13. هل لديك إحساس أو شعور بالذنب؟ إذا كان نعم، لماذا؟
14. هل لديك إحساس أو شعور بالعار؟ إذا كان نعم، لماذا؟
15. هل تجد أن عائلتك مساندة وداعمة لك، في رأيك ، لماذا؟
16. ماهي العلاجات التي توجهت إليها في بداية الإصابة بالاضطراب؟
17. هل قمت بتغيير الطريقة العلاجية من الرسمي إلى التقليدي؟ إذا كان نعم، لماذا؟
18. هل قمت بتغيير الطريقة العلاجية من التقليدي إلى الرسمي؟ إذا كان نعم، لماذا؟
19. من بين الطريقتين العلاجيتين (الرسمي، التقليدي) ما هو العلاج الذي تراه مناسبا ومساعدا لك؟ ولماذا؟
20. هل تتذكر ماهي الطريقة الأولى التي استخدمتها في العلاج؟ ماهي؟ ولماذا؟
21. كيف ترى التكفل العلاجي المؤسساتي (الرسمي) الحالي؟

ملحق رقم02: " الأسباب المختلفة للاضطرابات النفسية حسب تقنية EMIC "

قائمة الأسباب:

حيث تتم الإجابة على الأسباب بوضع علامة **X** أمام السبب والعنصر المسبب، والأسباب متنوعة ومختلفة كما هو موضح في الجدول أسفله:

جدول رقم: "الأسباب المختلفة للاضطرابات النفسية حسب تقنية EMIC"

الأسباب	وضع علامة X
أسباب لها علاقة بالتغذية	
تناول الطعام أو الماء	
سوء التغذية أو نقص الغذاء	
تناول الكحول	
التدخين	
تناول المخدرات	
تناول الأدوية	
أسباب أخرى	
أسباب لها علاقة بالطبيعة	
عوامل مناخية أو فلكية	
الكوارث الطبيعية	
الإصابات البدنية	
العمليات الجراحية	

أسباب أخرى	
أسباب طبية	
اضطرابات سيكوسوماتية	
اضطرابات في الدورة الدموية	
القطيعة وعدم التوازن بين الحار والبارد والالتهابات	
الاضطرابات على مستوى الرأس والدماغ (خلل عضوي)	
الوراثة	
أسباب أخرى	
الأسباب المحيطة والمجتمع	
الفقر	
المجتمع	
المدرسة	
استثناء الآخرين	
تأثير الوسائل السمعية البصرية (تلفاز، انترنت، شبكات التواصل الاجتماعي)	
أسباب أخرى	
أسباب نفسية	
الحزن والاكتئاب	

القلق، الخوف، الهموم، الحصر	
الخجل والخوف من الآخرين	
الغضب	
نقص الثقة بالنفس	
عدم النضج	
التقليد	
عدم الرغبة في التواصل	
مشكلة الفراغ	
الهرب من الواقع	
الانعزال	
أسباب أخرى	
الحداد والصدمات	
الاعتداء الجنسي	
الاعتداء والعنف الجسدي	
الحداد نتيجة فقدان شخص عزيز	
مختلف الحوادث الصدمية	
العلاقة السيئة مع الأم	
العلاقة السيئة مع الأب	

المنافسة بين الإخوة	
علاقة سيئة مع أحد أفراد العائلة الذين يعيشون تحت سقف واحد	
علاقة سيئة مع أشخاص آخرين، صراع بين الجيران	
مشكل في العلاقة الزوجية	
الطلاق	
مشاكل أسرية أخرى	
الهجرة أو النفي	
أحداث صدمية أخرى	
أسباب ثقافية	
القضاء والقدر	
الإرادة الإلهية	
التقاء بشخص سيء	
قراءة كتب سيئة	
الرعب والخوف	
الأرواح والروحانيات	
العقوبة، العقاب الإلهي لأخطاء في الماضي	
التعدي على المقدس والمحظورات	
اللعنة	

المس	
الغيرة	
الحسد	
السحر	
أسباب أخرى	

(Patricia Joly et autre :2005 : 551-552-553)

جامعة عبد الحميد ابن باديس مستغانم

كلية العلوم الاجتماعية

قسم العلوم الإنسانية / الاجتماعية

شعبة علم النفس

تحكيم استمارة بحث

في إطار إجراء دراسة ميدانية لأجل تحضير مذكرة تخرج ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه نظام L.M.D في علم النفس العيادي تحت عنوان" وظيفة المعتقد في التوجه العلاجي عند الراشد الجزائري الذي يعاني من اضطرابات نفسية" قام الباحث بصياغة استبيان لجمع المعلومات حول موضوع الدراسة، سيقدم إلى الراشدين الذين يعانون من اضطرابات نفسية.

لذا نرجو التكرم بإبداء رأيكم السديد ومقترحاتكم بشأن فقرات الاستبيان فيما إذا كان صالحا أو غير صالح، ومدى انتماء كل عبارة إلى المحور المخصص لها وخدمتها له، وبنائها اللغوي، وأي اقتراحات أو تعديلات ترونها مناسبة لتحقيق أهداف الدراسة.

هــذا وتقبلــوا منـــا جـــزيـــــل الشكـــــر والامتنـــــان.

إعداد الطالب: **تحت اشراف**

-فيطـاس احمـد أ.د. بن احمد قويدر

االسنة الجامعية: 2018/2017

الإشكالية:

❖ ما وظيفة المعتقد الثقافي في التوجه العلاجي للراشد الذي يعاني من اضطراب نفسي، وما دور الأسرة في ذلك؟.

التساؤلات:

1- كيف يساهم المعتقد الثقافي في تفسير الاضطرابات النفسية؟.
2- كيف يساهم المعتقد الثقافي في التوجه العلاجي للراشد الذي يعاني من اضطراب نفسي؟
3- هل للأسرة دور في تعزيز المعتقد الثقافي؟

الفرضيات:

الفرضية الأساسية:

إن للمعتقدات الثقافية وظيفة أساسية ومحورية في عملية التوجه العلاجي للحالة التي تعاني من اضطراب نفسي (الراشد الجزائري) من خلال تفسيره واختيار نوع العلاج.

الفرضيات الجزئية:

❖ يساهم المعتقد الثقافي في تفسير أسباب الاضطرابات النفسية.
❖ يساهم المعتقد في التوجه العلاجي (العلاج التقليدي والعلاج الحديث) للحالة المرضية ومنه اختيار طريقة العلاج (الرقية، المشعودين، زيارة الأضرحة، العلاج النفسي، العلاج الطبي...الخ)".
❖ تلعب الأسرة دورا أساسيا في تعزيز المعتقد الثقافي لدى الحالة المرضية من خلال تفسير المرض واختيار العلاج.

التعريفات الإجرائية:

المعتقد الثقافي:

مختلف الخطابات الصادرة عن المريض وأسرته، فهي مجموعة الأفكار والمبادئ التي يكونها الفرد والتي اكتسبها عبر التنشئة الاجتماعية، والتي يعبر من خلالها عن تفسير معاناة تكون مصحوبة بسلوكات عملية في البحث عن العلاج. وفق للنتائج المتحصل عليها من خلال الاستبيان الذي صمم وفق تقنية EMIC (Explanatory model interview catalogue). حول أسباب وتفسير الاضطرابات النفسية.

التوجه العلاجي:

مختلف العلاجات التي أقبل عليها المريض وأسرته من علاج رسمي مؤسساتي (طبي أو نفسي)، أو غير مؤسساتي تقليدي بمختلف أنواعه (الرقية، زيارة الأضرحة، طب الأعشاب). وهذا نتيجة لمختلف الطعون بسبب عدم فاعلية علاج متبع معين.

الاضطراب النفسي:

الإصابة النفسية المنشأ والتي تكون فيها الأعراض تعبيرا عن صراع داخلي بين متطلبات الهو والانا الأعلى، فهو التشخيص الطبي أو طبيعة المعاناة التي تم تشخيصها من طرف المختصين وفق DSM 5 أو CIM 10. وهذا بالرجوع إلى تشخيص المؤسساتي الطبي المتخصص للحالات التي اعتمدناها في الدراسة والمقدرة بمئة 100 حالة (راشدين) يعانون من اضطرابات نفسية (عصابات) متمثلة في:(القلق، الاكتئاب، الوسواس القهري، المخاوف المرضية، الهستيريا، الاضطرابات السيكوسوماتية).

دوافع اختيار الموضوع:

يعتبر اختيار موضوع البحث من أهم خطوات إجراء البحوث العلمية، حيث نجد أنفسنا أمام كم كبير من الموضوعات المتنوعة والمتعددة، ويتحتم علينا تحديد موضوع معين لإجراء البحث من خلاله نقوم ببلورة مشكلة البحث من خلال إطاره النظري والتطبيقي.

فاختيارنا لهذا الموضوع نابع من الفضول العلمي والرغبة الشخصية في دراسته، ضف إلى ذلك محاولة معرفة العلاقة بين الاعتقاد في تفسير الاضطراب النفسي وفي التوجه العلاجي للحالة المرضية، بالإضافة إلى ملاحظاتنا اليومية لأشخاص في طلب المساعدة أو في التوجه نحو العلاج بين النموذج التقليدي والنموذج الطبي الحديث، رغم التطور العلمي والتكنولوجي للطب ووسائله.

أهداف البحث:

– نطمح من خلال هذا البحث إلى الوصول لوظيفة المعتقد في فهم الاضطراب من حيث النوع، الأعراض، والأسباب وبالتالي تحديد الأساليب العلاجية الملائمة سواء كانت حديثة أو تقليدية، دينية أو شعبية.

– محاولة فهم دور المعتقد أو وظيفته في تفسير الاضطراب وفي التوجه نحو العلاج.

- محاولة فهم جزء مما يحدث في مجتمعاتنا من ممارسات ومعتقدات حول الصحة والمرض.

- محاولة معرفة اثر هذه المعتقدات على الفرد ومدى تأثيرها في سلوكهم.

- معرفة وفهم المؤشرات المتعلقة بالمتغيرات الثقافية، النفسية، الاجتماعية والمرضية التي تتحكم في تفسير الاضطراب من خلال المعتقد واختيار العلاج.

البعد الأول: كيفية تفسير الاضطرابات النفسية

1- ماهي طبيعة الاضطراب الذي تعاني منه؟

اضطراب عصبي ☐ اضطراب عقلي ☐ اضطراب نفسي ☐

مس من الجن ☐ سحر ☐ العين والحسد ☐

2- ماهي أسباب إصابتك بهذا الاضطراب؟

الوراثة ☐ مشاكل عائلية اجتماعية ☐ مشاكل نفسية ☐

مس من الجن ☐ سحر ☐ ابتلاء من الله ☐ العين والحسد ☐

3- هل تعتقد ان تفسير (الاضطراب الذي تعاني منه) اساسه؟:

علمي طبي ☐ اعتقادي (سحر، مس من الجن، شعوذة...) ☐

4- هل المجتمع له أحكام مسبقة حول الاضطراب الذي تعاني منه؟

نعم ☐ لا ☐

5- هل حاولت التعرف على معلومات متعلقة باضطرابك؟

نعم ☐ لا ☐

6- هل تعتقد أن الاضطراب النفسي هو جنون:

نعم ☐ لا ☐

7- هل تعتقد أن الاضطراب هو اختلال في نشاط المخ:

نعم ☐ لا ☐

8- هل تعتقد أن الاضطراب هو مس من الجن:

نعم ☐ لا ☐

9- هل تعتقد أن الاضطراب هو سحر:

نعم ☐ لا ☐

10- هل تعتقد أن الاضطراب النفسي هو إصابة بالعين:

نعم ☐ لا ☐

11- هل تعتقد أن الاضطراب النفسي هو حسد:

نعم ☐ لا ☐

12- هل ضعف الوازع الديني هو احد أسباب معاناتك من هذا الاضطراب؟

نعم ☐ لا ☐

13- هل البيئة الاجتماعية التي تعيش فيها تساهم في تأويل وتفسير اضطرابك حسب الموروث الثقافي؟

نعم ☐ لا ☐

البعد الثاني: كيفية تعزيز الاسرة للتوجه العلاجي

14- ماهي اول طريقة علاجية اختارتها عائلتك مباشرة بعد اصابتك بهذا الاضطراب؟

العلاج الطبي ☐ العلاج التقليدي ☐

15- ماهي الطرق لعلاجية المتبعة من طرف أسرتك؟

الرقية ☐ زيارة الأضرحة ☐ الذهاب الى العشاب ☐

الذهاب إلى الطالب ☐ الذهاب عند المشعوذين ☐ الطبيب ☐

المختص النفسي ☐ مختص الأمراض العقلية ☐

16- هل تعتقد أسرتك أن علاج الاضطراب الذي تعانيه يكون عن طريق الطرق :

الحديثة ☐ التقليدية ☐

17- اذا كانت الاجابة الطرق التقليدية فلانها :

احد الطرق العلاجية الفعالة ☐ معتقدات يجب التشبث بها ☐

مستحوى من الموروث الثقافي ☐ حالة مرتبطة بالمريض وعائلته ☐

18- ماهي دواعي اتباعكم لنمط علاجي معين؟

لان اسرتي دفعتني ☐ اختياري الخاص ☐ لانه غير مكلف ☐

عدم فعالية العلاج الطبي ☐ لايماني به ☐

19- كيف تعتبرون نتائج العلاج التقليدي مقارنة بالطبي

جيدة ☐ حسنة ☐ غير مرضية ☐

20- هل المستوى الثقافي للعائلة يعزز الاعتقاد لدى الحالة بالشفاء عند اتباع نمط علاجي معين؟

نعم ☐ لا ☐

21- هل يؤثر المحيط الذي تعيش فيه أسرتك في التوجه العلاجي ؟

نعم ☐ لا ☐

22- هل سكان المدينة يقصدون العلاج:

التقليدي ☐ الطبي ☐

23- هل سكان الريف يقصدون العلاج:

التقليدي ☐ الطبي ☐

24- هل يرافقك احد من العائلة عند توجهك إلى المعالج؟

نعم ☐ لا ☐

وإذا كان نعم من هو، و أين تذهبون:.....

وإذا كان لا أين تذهب:.....

البعد الثالث: التوجهات العلاجية وعلاقتها بالمعتقد

25- كيف علمت انك مصاب باضطراب ؟هل من خلال:

الطبيب ☐ المختص النفسي ☐ العائلة ☐ المعالج التقليدي ☐

شخص اخر ☐

اذا كان شخص اخر، من

هو:.....

26- أين توجهت للعلاج فور إصابتك بهذا الاضطراب

الطبيب ☐ المختص النفسي ☐ المعالج التقليدي ☐

27- إذا كانت إجابتك المعالج التقليدي، فأي معالج:

الطالب ☐ الراقي ☐ زيارة الأضرحة والمشايخ والأولياء ☐

المشعوذين ☐ المعالج بالاعشاب ☐

28- أي أسلوب من العلاج تتبع حاليا؟

العلاج الطبي الدوائي ☐ العلاج التقليدي ☐

29- في حالت إتباعك أسلوب علاجي معين، من الذي نصحك به:

العائلة ☐ الأصدقاء ☐ اختيار شخصي ☐ شخص اخر ☐

اذا كان شخص اخر، من

هو:.....

30- بماذا يسمى الاضطراب الذي تعاني منه عادة في مجال العلاج التقليدي؟

المومنين ☐ الخاوة ☐ الخطفة ☐ عروسة السماء ☐ سحر ☐ مس من

الجن ☐ العين ☐ الحسد ☐ شيء اخر ☐

ماهو:.....

.....

31- هل تعتقد الطب التقليدي يساهم مع الطب الحديث في علاج الاضطرابات النفسية؟

نعم ☐ لا ☐

32- هل تنصح باستخدام العلاج التقليدي والطبي في أن واحد؟

نعم ☐ لا ☐

33- هل المصاب بالاضطراب النفسي يصبح ضحية للمشعوذين والدجالين؟

نعم ☐ لا ☐

34- هل تعتقد أن صعوبة الشفاء من الاضطرابات النفسية أو المدة الزمنية التي يستغرقها العلاج الطبي سهل اللجوء إلى الطب التقليدي؟

نعم ☐ لا ☐

35- هل تعتقد أن علاج الاضطرابات النفسية يكون بـــ:

الأدوية والعقاقير ☐ زيارة الأضرحة ☐ الرقية ☐ التمائم ☐

الذهاب الى المشعوذين والعرافين ☐ تناول الاعشاب الطبية ☐

36- في رأيك هل طلب العلاج التقليدي اليوم بالنسبة للاضطرابات النفسية هو:

في تطور ☐ في تراجع ☐

37- وهل هذا راجع إلى:

العادات والتقاليد ☐ الثقافة ☐ البيئة ☐

المستوى الدراسي ☐ الموروث الثقافي للعائلة ☐

اجب (ي) بوضع علامة (x) أمام الخانة المناسبة لكل سؤال، يرجى منكم الإجابة بكل صدق مع العلم أن جميع المعلومات ستعالج بكل سرية، مع ضرورة اختيار اجابة واحدة.

البيانات الأولية

الاسم:..... السن:..... الجنس: ذ ☐ ☐

الحالة العائلية: اعزب ☐ متزوج ☐ مطلق ☐

المستوى الدراسي: لم يلتحق بالمدرسة ☐ ابتدائي ☐ متوسط ☐

ثانوي ☐ جامعي ☐

المستوى المعيشي: مرتفع ☐ منخفض ☐ منخفض جدا ☐

مقر السكن: المدينة ☐ الريف ☐

البعد الأول: كيفية تفسير الاضطرابات النفسية

38- ماهي طبيعة الاضطراب الذي تعاني منه؟

اضطراب عصبي ☐ اضطراب عقلي ☐ اضطراب نفسي ☐

مس من الجن ☐ سحر ☐ العين والحسد ☐

- أخرى: اذكرها.....

39- ماهي أسباب إصابتك بهذا الاضطراب؟

الوراثة ☐ مشاكل عائلية ☐ مشاكل اجتماعية ☐ مشاكل نفسية ☐

مس من الجن ☐ سحر ☐ العين والحسد ☐ ظروف مهنية ☐

أخرى: اذكرها.....

40- هل تعتقد ان تفسيرك للاضطراب الذي تعاني منه يستند على؟:

سند علمي- طبي ☐ سند خرافي-غير واقعي ☐ سند نابع من العادات والتقاليد المتوارثة ☐

سند له أساس ديني ☐ اخر: اذكره.....

41- هل تنزعج من نظرة افراد الاسرة الى الاضطراب الذي تعاني منه؟

نعم ☐ لا ☐ لماذا؟.....

42- هل تنزعج من نظرة المجتمع الى الاضطراب الذي تعاني منه؟

نعم ☐ لا ☐ لماذا؟.....

43- هل حاولت التعرف على معلومات متعلقة باضطرابك؟

نعم ☐ لا ☐

البعد الثاني: التوجهات العلاجية وعلاقتها بالمعتقد

44- كيف علمت انك مصاب باضطراب ؟ هل من خلال:

الطبيب ☐ المختص النفسي ☐ العائلة ☐ المعالج التقليدي ☐

شخص اخر ☐

اذا كان شخص اخر، من هو:.....

45- أين توجهت للعلاج فور إصابتك بهذا الاضطراب

الطبيب ☐ المختص النفسي ☐ المعالج التقليدي ☐

46- إذا كانت إجابتك المعالج التقليدي، فأي علاج اتبعته:

الطالب ☐ الراقي ☐ زيارة الأضرحة والمشايخ والأولياء ☐

المشعوذين ☐ المعالج بالاعشاب ☐

47- أي أسلوب من العلاج تتبع حاليا؟

العلاج الطبي ☐ العلاج التقليدي ☐

48- في حالت إتباعك أسلوب علاجي معين، من الذي نصحك به:

العائلة ☐ الأصدقاء ☐ اختيار شخصي ☐ شخص اخر ☐

اذا كان شخص اخر، من هو:.....

49- بماذا يسمى الاضطراب الذي تعاني منه عادة في مجال العلاج التقليدي؟

المومنين ☐ الخاوة ☐ الخطفة ☐ عروسة السماء ☐ سحر ☐ مس من الجن ☐

العين ☐ الحسد ☐ شيء اخر ☐

ماهو:.....

50- هل تعتقد ان العلاج التقليدي يساهم مع العلاج الطبي في علاج الاضطرابات النفسية؟

نعم ☐ لا ☐

51- هل تنصح باستخدام العلاج التقليدي والطبي في أن واحد؟

نعم ☐ لا ☐

52- هل المصاب بالاضطراب النفسي يصبح فريسة سهلة للمشعوذين والدجالين؟

نعم ☐ لا ☐

53- هل تعتقد أن صعوبة الشفاء من الاضطرابات النفسية أو المدة الزمنية التي يستغرقها العلاج الطبي سهل اللجوء إلى العلاج التقليدي؟

نعم ☐ لا ☐

54- هل تعتقد أن علاج الاضطرابات النفسية يكون بـــ:

العلاج النفسي ☐ الأدوية والعقاقير ☐ زيارة الأضرحة ☐ الرقية ☐

الذهاب الى المشعوذين ☐ تناول الاعشاب الطبية ☐

55- في رأيك هل طلب العلاج التقليدي اليوم بالنسبة للاضطرابات النفسية هو:

في تطور ☐ في تراجع ☐

56- وهل هذا راجع إلى:

العادات والتقاليد ☐ الثقافة ☐ البيئة ☐

المستوى الدراسي ☐ الموروث الثقافي للعائلة ☐

البعد الثالث: كيفية تعزيز الاسرة للتوجه العلاجي

57- ما هي الجهة التي تم ارشادك من قبل الاسرة اليها لمعالجة اضطرابك ؟

طبيب مختص في الاعصاب ☐ طبيب نفسي ☐ مختص في الأعشاب ☐

راقي ☐ طبيب ☐ الطالب ☐ مشعوذ ☐ ضريح ولي صالح ☐

58- هل تعتقد أسرتك أن علاج الاضطراب الذي تعانيه يكون عن طريق الطرق:

االطبية ☐ التقليدية ☐

اذا كانت الاجابة الطرق التقليدية فلانها :

احد الطرق العلاجية الفعالة ☐ معتقدات يجب التشبث بها ☐

مستوحى من الموروث الثقافي ☐ حالة مرتبطة بالمريض وعائلته ☐

59- ماهي دواعي اتباعكم لنمط علاجي معين؟

لان اسرتي دفعتني ☐ اختياري الخاص ☐ لأنه غير مكلف ☐

عدم فعالية العلاج الطبي ☐ لايماني به ☐

60- كيف تعتبرون نتائج العلاج التقليدي مقارنة بالطبي

جيدة ☐ حسنة ☐ غير مرضية ☐

61- هل يؤثر المحيط الذي تعيش فيه مع أسرتك في اختيار نوع العلاج ؟

نعم ☐ لا ☐

62- هل سكان المدينة يقصدون العلاج:

التقليدي ☐ الطبي ☐

63- هل سكان الريف يقصدون العلاج:

التقليدي ☐ الطبي ☐

64- هل يرافقك احد من العائلة عند توجهك إلى المعالج؟

نعم ☐ لا ☐

وإذا كان نعم من هو.....

الجمهـــوريـــة الجـزائـــرية الديمقراطيـة الشعبيـة
République Algérienne démocratique et Populaire
وزارة التعليـــم العـــالـي و البحـــث العلمـــي
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
جامعة عبد الحميد بن باديس مستغانم
Université de Mostaganem Abdelhamid IBN BADIS
كلية العلوم الاجتماعية
Faculté des Sciences Sociales
نيابة العمادة لما بعد التدرج و البحث العلمي و العلاقات الخارجية
Vice-Décanat de la Post-Graduation, de la Recherche Scientifique et des Relations Extérieures

مستغانم في:2017/10/22

الرقم: ك.ع.إ/م.ن.م.ب.ت/ 100 /2017

المؤسسة العمومية الاستشفائية سيدي علي
البريد الجوار
572
الرقم: 06.11.2017
التاريخ:

إلـــــى السيد :
مدير المؤسسة الاستشفائية
و المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسيدي علي.

الموضوع: طلب ترخيص

يشرفني أن أطلب من سيادتكم المحترمة السماح للطالب : فطاس أحمد المسجل في السنة الرابعة دكتوراه تخصص علم النفس العيادي على مستوى كليتنا ، القيام ببحث ميداني على مستوى مصالحكم و ذلك في إطار إعداد بحث حول أطروحة الدكتوراه .

سلمت هذه الوثيقة لاستعمالها في حدود ما يسمح به القانون.

نائب العميد

الجمهـــوريـــة الجـزائـــرية الديمقراطيـة الشعبيـة
République Algérienne démocratique et Populaire
وزارة التعليـــم العـــالـي و البحـــث العلمـــي
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
جامعة عبد الحميد بن باديس مستغانم
Université de Mostaganem Abdelhamid IBN BADIS
كلية العلوم الاجتماعية
Faculté des Sciences Sociales

نيابة العمادة لما بعد التدرج و البحث العلمي و العلاقات الخارجية
Vice-Décanat de la Post-Graduation, de la Recherche Scientifique et des Relations Extérieures

الرقم: ك.ع.إ/م.ن.م.ب.ت/ 100 /2017

مستغانم في:2017/10/22

إلـــــى السيد :
مدير المؤسسة الاستشفائية
و المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسيدي علي.

الموضوع: طلب ترخيص

يشرفني أن أطلب من سيادتكم المحترمة السماح للطالب : فطاس أحمد المسجل في السنة الرابعة دكتوراه تخصص علم النفس العيادي على مستوى كليتنا ، القيام ببحث ميداني على مستوى مصالحكم و ذلك في إطار إعداد بحث حول أطروحة الدكتوراه .

سلمت هذه الوثيقة لاستعمالها في حدود ما يسمح به القانون.

نائب العميد

مواقف

إمضاء السيد : سعيدي
مدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية

الجمهـــوريـــة الجـزائـــرية الديمقراطيـة الشعبيـة
République Algérienne démocratique et Populaire
وزارة التعليـــم العـــالـي و البحـــث العلمـــي
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
جامعة عبد الحميد بن باديس مستغانم
Université de Mostaganem Abdelhamid IBN BADIS
كلية العلوم الاجتماعية
Faculté des Sciences Sociales

نيابة العمادة لما بعد التدرج و البحث العلمي و العلاقات الخارجية
Vice-Décanat de la Post-Graduation, de la Recherche Scientifique et des Relations Extérieures

الرقم: ك.ع.إ/م.ن.م.ب.ت /99/ 2017 مستغانم في:2017/10/22

إلـــــى الـــسيـــــد

مديـر المؤسسة الاستشفائية

المتخصصة في الأمراض العقلية لولاية مستغانم

يشرفني أن أطلب من سيادتكم المحترمة السماح للطـالب **فطاس أحمد** طالب دكتوراه سنة رابعة علم النفس العيادي من أجل إجراء بحث ميداني بالمؤسسة التي تشرفون على إدارتها كإجراء استكمالي لإعداد رسالة الدكتوراه.

سلمت هذه الوثيقة لاستعمالها في حدود ما يسمح به القانون.

نائـب العمـيـد