جامعة عبد الحميد بن باديس-مستغانم-

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس

رسالة دكتوراه الطور الثالث (ل.م.د) تحت عنوان:

الأفكار الوسواسية وأثرها على صحة العلاقة الجنسية الزوجية عند المرأة

دراسة عيادية لعشر حالات -ولاية غليزان-

إعداد الطالب:

ميلود دواجي بوعبد الله

تحت إشراف الأستاذ الدكتور:

بن أحمد قويدر

أعضاء لجنة المناقشة:

الأستاذ الدكتور: هني حاج أحمد	رئيسا	جامعة مستغانم
الأستاذ الدكتور: بن أحمد قويدر	مشرفا ومقررا	جامعة مستغانم
الدكتورة: بلعباس نادية	مناقشة	جامعة مستغانم
الأستاذ الدكتور: بشلاغم يحي	مناقشا	جامعة تلمسان
الأستاذ الدكتور: بن شهيدة أحمد	مناقشا	جامعة وهران

السنة الجامعية: 2019-2020م

جامعة عبد الحميد بن باديس–مستغانم–

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس

رسالة دكتوراه الطور الثالث (ل.م.د) تحت عنوان:

الأفكار الوسواسية وأثرها على صحة العلاقة الجنسية الزوجية عند المرأة

دراسة عيادية لعشر حالات –ولاية غليزان–

إعداد الطالب:

ميلود دواجي بوعبد الله

تحت إشراف الأستاذ الدكتور:

بن أحمد قويدر

أعضاء لجنة المناقشة:

الأستاذ الدكتور: هني حاج أحمد	رئيسا	جامعة مستغانم
الأستاذ الدكتور: بن أحمد قويدر	مشرفا ومقررا	جامعة مستغانم
الدكتورة: بلعباس نادية	مناقشة	جامعة مستغانم
الأستاذ الدكتور: بشلاغم يحي	مناقشا	جامعة تلمسان
الأستاذ الدكتور: بن شهيدة أحمد	مناقشا	جامعة وهران

السنة الجامعية: 2019–2020م

كلمة شكر وعرفان

الحمد لله الذي بفضله وجوده تتم الصالحات ، نشكره على أن أمدنا القوة وألهمنا الصبر على إنهاء هذا الجهد المتواضع من الدراسة، التي أعتبرها امتدادا لدراسات سبقني بها الباحثون في ميدان علم النفس وفروعة.

شكري وتقديري للأستاذ الدكتور قويدر بن أحمد الذي لم يدخر جهدا في إسداد النصح والتوجيه وتقديم يد المساعدة والتحفيز، وتوفير الظروف والإمكانات خلال مساري الجامعي.

شكري إلى كل الأساتذة الذين ساهموا في تكويننا وتوجيهنا ، الأستاذ الدكتور أحمد بن شهيدة، الأستاذ ميموني مصطفي ، الأستاذ حولة محمد، الأستاذة برابح ، وإلى كل من ساهموا في تكويننا خلال المسار الجامعي، أساتذتنا الذين نكن لهم كل التقدير والاحترام.

شكري وتقديري إلى كل الأساتذة والمشرفين على تأطير وتوجيه الطلبة والباحثين وتشجيع المبادرات في مجال البحث العلمي. شكري موصول إلى كل عمداء الكليات، وإلى أعضاء المجلس العلمي واللجنة العلمية، والمؤطرين والإدارين والأمناء ، ورؤساء المخابر والفروع، والمصالح والمكاتب.

شكري إلى الأساتذة الذين لم يدخروا جهدا لتقديم المساعدة في ترجمة ما اعتمدناه من مراجع أجنبية، أخص منهم بالذكر الأستاذ محمد زروقي ، والأستاذ عزيز قاسم، والأستاذة سمية دواجي.

كما أشكر إدارة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية، وطقمها الإداري والأخصائيين النفسانيين، الذين قدموا لنا يد العون في إنجاز الجانب الميداني من الدراسة، شكري إلى الرقاة الذين فتحوا لنا أبوابهم لإجراء هذه الدراسة مع الحالات التي تتوافد عليهم طلبا للمساعدة. شكري إلى كل من ساهم في هذا الجهد ولو بكلمة طيبة تحفيزية ترفع الهمم والمعنويات .

إهداء

أهدي هذا الجهد المتواضع إلى:

– روحي والدي الذي حرص على تأديبي وتعليمي،وإعدادي لمواجهة تحديات الحياة، تغمده الله برحمته وأسكنه فسيح جنانه.

– روحي من حملتني كرها ووضعتني كرها وكانت تتكرم علي دوما بالدعاء، والدتي رحمها الله وأسكنها فسيح جنانه.

–أخي الحاج بن هني وابني يوسف وأخيه محمد الأمين رحمهم الله، وإلى كل من قضى نحبه من عائلتنا الممتدة وأحبائنا ...

–إلى إخوتي وزوجاتهم وأبنائهم، وأحبائي ، أهلي، وجيراني .

–إلى شريكة حياتي وأم أبنائي التي لا يقدر جهدها بثمن.

–إلى جميع أبنائي وزوجات المتزوجين منهم وأحفادي، وأخلاء الأبناء من أهل الفضل والصلاح.

–إلى رفقاء دربي في المسار الجامعي، وإلى كل محب للعلم والمعرفة ، ومزاحم العلماء والباحثين بركبتيه.

–إلى كل هؤلاء، أهدي هذا الجهد المتواضع، وأملي أن ينتفع به.

ملخص الدراسة:

يعد اضطراب العلاقة الجنسية من بين الاضطرابات التي تعاني منها حالات كثيرة في المجتمع الجزائري، والذي يعتبر من مؤشرات سوء التوافق الزواجي، لكن في ظل واقع سوسيو ثقافي يعتبر هذا النوع من الاضطرابات تابو(Tabou) لما يحظى به من طابع المحافظة، لذلك فقد تبنى تفسيرات أسبابه على تصورات ثقافية ومعتقدات سلبية تنتج عنها أفكار وسواسية، لذلك جاءت دراستنا لهذا الموضوع والمستوحاة من عمل عيادي، تم القيام به بالمؤسسة العمومية للصحة. كما تمت الاستعانة بالمعالجين التقليديين الذين تتابع لديهم الحالات علاجا تقليديا.تهدف الدراسة إلى مدى تأثير الأفكار الوسواسية على صحة العلاقة الجنسية الزوجية عند المرأة وعلى مختلف جوانب حياتها وعلى التوجه العلاجي الذي تتخذه مسارا لها.

تم اعتماد المنهج العيادي من خلال استخدام أسلوب دراسة حالة والذي تم فيه الاقتصار على عشر حالات كان اختيارها قصديا وتتابع علاجا تقليديا، تتوفر فيها شروط العينة. استخدم الباحث إضافة إلى المقابلات والملاحظة المباشرة المقاييس النفسية كأدوات تشخصية منها مقياس "بيل براون" للوسواس القهري، ومقياس اضطرابات الشخصية ل"هيلر"، ومقياس التوافق الزواجي ل"أسامة عبد الرزاق"، وكذا اختبار الأخطاء الشائعة حول الطب النفسي ل"المالح".

كشفت نتائج الدراسة عن:

-وجود أفكار وسواسية ناتجة عن التصورات للمرض وتفسير أسبابه، التي تعد نتاج إرث ثقافي ومعتقدات حول تأثير القوى الغيبية على الصحة والسلوك، عززتها أدوات وإيحاءات، دفعت بالحالات إلى التوجه نحو العلاجات التقليدية.

-عدم وجود توافق جنسي وزواجي، نتيجة تأثير الأفكار الوسواسية في تفسير أسباب الاضطراب والتي ساهمت في التأثير على مختلف التوافقات وكذا المسار العلاجي، الذي تم التركيز من خلاله على العلاج التقليدي بالدرجة الأولى.

Les idées obsessionnelles et leurs influences sur la relation sexuelle chez la femme mariée.

Résumé :

Le trouble des relations sexuelles est l'un des problémes les plus fréquents dont souffre beaucoup la société algérienne. La contiance doit régner entre les époux mais dans le contexte socio-culturel qui est le notre, le trouble sexuel est considéré comme un tabou dans un milieu conservateur. Ce type de trouble est vu d'un point de vue négatif et engendre des idées rétrogrades.

Pour tout cela,notre étude est venue se pencher sur ce probléme Clinique qui ont eu à traiter certains cas.

Cette étude insiste sur l'influence des idées négatives qu'ont certains couples sur leur vie sexuelle et les troubles qui en résultent notamment chez les femmes.

La méthode s' est appuyée sur une étude approfondie du sujet.(étude de dix cas particuliers qui suivent un traitement traditionnel).

En plus des confrontations directes, le chercheur à utilisé des références personnelles :

-recherche des idéés obsessionnelles en se basant sur la méthode de « Bill Brown » pour personnifier ces troubles.

-Recherche des méthodes de traitement et thèrapie d' « El Malah ».

-Recherche de non complémentarité dans les relations sexuelles d'après « Oussama Abderrazak ».

-Les résultats de l'étude ont fait ressortir la présence d'idées obsessionnelles engendrées par les croyances issues de la tradition qui a une grande influence sur notre société.

-Les troubles d'ordre sexuel sont la conséquence de ces idées obsessionnelles liées à la tradition au lieu des idées objectives liées à la medecine moderne .

-Le recours au traitement traditionnel en permier lien, car lié à la religion qui est ancrée profondement dans notre société .

Obessessive thoughts and their impact on the health of marital sexual relationship on woman

Summery of the study :

The disorder of the health of sexual relationship is considered among the disturbances which many cases , in the Algerian society, suffer from and which is considered among the indicators of poor marital compatibility .

Under the socio-culture reality ,these disorders are because of cultural perceptions and negative beliefs which passed down through generations . That's why our study of this topic is derived from a clinical work which was done at the public health. Besides ,we were helped by traditional healers who treated the cases following traditional .

The topic of the study focuses on the influence of obssessive thoughts on the health of marital sexual relationship on woman and the therapeutic orientation of the cases.

Firstly ,depending on in depth study of ten cases which were chosen on purpose following traditional treatment.

The researcher have used psychological scales in addition to using interviews and direct observation as diagnostic tools .

-revealing obssessive thoughts depending on ''Bill Brown's'' criterion of obssessive compulsive disorder and personality disorder standard for'' Heller ''.

-revealing the perceptions of the disease and treatment methods via the scale of ElMelah.

-revealing the lack of sexual compatibility through Oussama Abderrezak 's standard

The study reveales that thereasons of obssessive thoughts are of cultural heritage and beliefs which lead to traditional treatments.

-The lack of sexual compatibility is the result of the influence of obssessive thoughts and the subjective interpretations which lead to disputes.

-Focusing on traditional treatments, primarily related to religion (Roquia), isinfluenced by these obssessive thoughts and interpretations.

محتويات البحث

كلمة شكر.....أ

الإهداء.....ب

ملخص الدراسة:.....ج

محتويات البحث.....و

فهرس الجداول.....م

المقدمة.....1

مدخل الدراسة.....4

إشكالية الدراسة.....4

فرضيات الدراسة.....6

أهداف الدراسة.....6

أهمية الدراسة.....7

دوافع اختيار الموضوع.....7

التعريف الإجرائي للمفاهيم.....8

الدراسات السابقة.....10

الفصل الأول

الدراسة الإكلينيكية للأفكار الوسواسية وعلاقتها باضطرابات الشخصية

المبحث الأول:اضطرابات الشخصية (الشخصية المرضية).....18

تمهيد:.....18

تحديد المفهوم ومختلف التصنيفات.....18

نسبة الانتشار.....20

تصنيف اضطرابات الشخصية.....21

معايير تصنيف اضطرابات الشخصية.....22

النظريات المفسرة لاضطرابات الشخصية.....23

خصائص اضطرابات الشخصية.....25

أهم الشخصيات المرضية.....27

أسباب اضطراب الشخصية.....37

علاج اضطرابات الشخصية.....40

خلاصة:.....43

المبحث الثاني:اضطراب الوسواس القهري

تمهيد.....44

تاريخ اضطراب الوسواس القهري.....44

مفهوم الوسواس القهري.....46

الفرق بين الوساوس والأفعال القهرية.....52

تعريف الأفكار الوسواسية.....54

الدلائل التشخيصية لاضطراب الوسواس والأفعال القهرية.....56

أعراض الوسواس القهري.....64

خصائص الوسواس القهري.....70

نسبة انتشار الوسواس القهري.....71

مظاهر الوسواس القهري.....73

أنواع الوساوس.....75

أسباب الوسواس القهري.....78

النظريات المفسرة للوسواس القهري.....88

تطور المرض والتنبؤ بالمآل.....91

المعاش النفسي للمريض بالوسواس.....92

تأثيرات الوسواس.....94

تشخيص المرض من أجل العلاج.....95

أسلوب المعالج النفسي.....96

علاج الوسواس.....97

خلاصة.....97

الفصل الثاني:

اضطراب العلاقة الجنسية وتفسيراته

المبحث الأول:اضطراب العلاقة الجنسية:

تمهيد.....99

تعريف اضطراب العلاقة الجنسية.....99

اضطراب العلاقة الجنسية.....100

مستويات اضطراب العلاقة الجنسية.....101

معايير اضطراب صحة العلاقة الجنسية.....104

تشخيص اضطراب العلاقة الجنسية عند المرأة.....105

أنواع اضطراب العلاقة الجنسية.....107

النظريات المفسرة لاضطراب العلاقة الجنسية.....110

أسباب اضطراب العلاقة الجنسية.....111

علاج اضطراب العلاقة الجنسية.....126

خلاصة.....128

المبحث الثاني:التصورات لاضطراب العلاقة الجنسية

تمهيد.....129

مفهم التصور.....129

تصورات المرض وتفسيراته.....130

المؤشرات التي يبنى عليها التصور.....132

تفسيرات المرأة لاضطراب علاقتها الجنسية.....133

أسباب الإقبال على العلاج الشعبي.....134

أسباب العزوف عن العلاج النفسي.....137

صعوبات في طريق العلاج النفسي.....139

المعايير التي تجب مراعاتها في الخطة العلاجية.....141

رسم الخطة العلاجية:.....143

خلاصة.....146

الفصل الثالث: المسار العلاجي.

تمهيد.....148

تعريف المسار العلاجي.....148

مفهوم العلاج النفسي.....149

أهداف العلاج النفسي.....150

العلاقة العلاجية.....152

المعالج النفسي ومهامه.....153

المريض النفسي.....155

العلاقة العلاجية والإطار العلاجي.....156

أنواع العلاج النفسي.....157

الإجراءات العلاجية.....165

العلاجات النفسية لاضطراب الوسواس القهري.....174

خلاصة.....183

الإجراءات المنهجية للدراسة

الاطار المنهجي للدراسة.....185

منهج الدراسة 185

اختيار الحالات.....185

أدوات الدراسة.. 186

خصائص الحالات.....189

مقاييس الدراسة.....189

حدود الدراسة.....198

إجراءات الدراسة.....201

دراسة الحالات.....203

الحالة الأولى.....203
الحالة الثانية.....225
الحالة الثالثة.....243
الحالة الرابعة.....271
الحالة الخامسة.....291
الحالة السادسة.....314
الحالة السابعة.....337
الحالة الثامنة.....357
الحالة التاسعة.....379
الحالة العاشرة.....399
التحليل العام للحالات.....421
تحليل النتائج في ضوء الفرضيات.....435
الاجابة عن الفرضيات.....437
خاتمة:.....440
صعوبات البحث.....442
المقترحات.....443
قائمة المراجع.....444
الملاحق.....453

فهرس الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	جدول اضطراب الشخصية وعتبته الباثولوجية	218
02	جدول نتائج اختبار تشخيص اضطرابات الشخصية	237
03	جدول نتائج مقياس الوسواس القهري ل"بيل براون"	239
04	جدول نتائج اختبار التوافق الزواجي ل"هيلر"	240
05	جدول نتائج اختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي	241
06	جدول نتائج اختبار تشخيص اضطرابات الشخصية	258
07	جدول نتائج مقياس الوسواس القهري ل"بيل براون"	260
08	جدول نتائج اختبار التوافق الزواجي ل"هيلر"	262
09	جدوول نتائج اختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي	263
10	جدول نتائج اختبار تشخيص اضطرابات الشخصية	284
11	جدول نتائج مقياس الوسواس القهري ل"بيل براون"	286
12	جدول نتائج اختبار التوافق الزواجي ل"هيلر"	287
13	جدول نتائج اختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي	289
14	جدول نتائج اختبار تشخيص اضطرابات الشخصية	307
15	جدول نتائج مقياس الوسواس القهري ل"بيل براون"	310
16	جدول نتائج اختبار التوافق الزواجي ل"هيلر"	311
17	جدول نتائج اختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي	313
18	جدول نتائج اختبار تشخيص اضطرابات الشخصية	331
19	جدول نتائج مقياس الوسواس القهري ل"بيل براون"	333
20	جدول نتائج اختبار التوافق الزواجي ل"هيلر"	334
21	جدول نتائج اختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي	336
22	جدول نتائج اختبار تشخيص اضطرابات الشخصية	354
23	جدول نتائج مقياس الوسواس القهري ل"بيل براون"	356

24	جدول نتائج اختبار التوافق الزواجي ل"هيلر"	357
24	جدول نتائج اختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي	359
26	جدول نتائج اختبار تشخيص اضطرابات الشخصية	375
27	جدول نتائج مقياس الوسواس القهري ل"بيل براون"	377
28	جدول نتائج اختبار التوافق الزواجي ل"هيلر"	378
29	جدول نتائج اختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي	380
30	جدول نتائج اختبار تشخيص اضطرابات الشخصية	397
31	جدول نتائج مقياس الوسواس القهري ل"بيل براون"	400
32	جدول نتائج اختبار التوافق الزواجي ل"هيلر"	401
33	جدول نتائج اختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي	402
34	جدول نتائج اختبار تشخيص اضطرابات الشخصية	419
35	جدول نتائج مقياس الوسواس القهري ل"بيل براون"	421
36	جدول نتائج اختبار التوافق الزواجي ل"هيلر"	422
37	جدول نتائج اختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي	424
38	جدول نتائج اختبار تشخيص اضطرابات الشخصية	440
39	جدول نتائج مقياس الوسواس القهري ل"بيل براون"	442
40	جدول نتائج اختبار التوافق الزواجي ل"هيلر"	443
41	جدوول نتائج اختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي	445
42	جدول البيانات العامة لحالات الدراسة	454

مقدمة:

يعد اضطراب العلاقة الجنسية الزوجية من بين الاضطرابات التي تعرفها شريحة من مجتمع الدراسة، والتي لها تأثيرها على مختلف جوانب حياة الفرد، تنتج عنها أفكار وسواسية في تفسير أسبابها والبحث عن سبل العلاج الذي قد يكون من جنس هذه التفسيرات التي تحكمها تصورات المريض وثقافة المجتمع.

لذلك فقد انتبه الباحثون إلى أهمية دراسة كل ما يشوب هذه العلاقة من اضطرابات قد تعكر صفوها ، ويجعل أفرادها يتجرعون المعاناة، والتي تبعث على القلق والتوتر والخوف من تشتت الأسرة وانهيارها لأسباب قد تبدو واهية، نتيجة أفكار وسواسية أو اعتقادات خرافية تنخر جسم هذه العلاقة.

وبذلك تدعو الحاجة إلى دراسة الموضوع دراسة عيادية من خلال استخدام أسلوب دراسة حالة، كانت الدراسة تحليلية بالرجوع إلى التاريخ المرضي للحالات والكشف عن أسباب صراعاتها من جهة والبحث عما تحمله من تصورات وأفكار لا عقلانية في تفسير أسباب اضطرابها ومعاناتها ومدى تأثير الأفكار الوسواسية على مختلف توافقاتها من أجل إيجاد ميكانيزمات وتقنيات وقائية وعلاجية نابعة من رحم الثقافة الشعبية.

قسم الباحث بحثه حسب ما يلي:

-مدخل إلى الدراسة: تم فيه تحديد إشكالية الدراسة وفرضياتها،وأهدافها، أهميتها، والدوافع لاختيار الموضوع، وتحديد المفاهيم الإجرائية، كما تمت الإشارة إلى الدراسات ذات العلاقة بمتغيرات البحث.

-الجانب النظري: قسمه الباحث إلى ثلاثة فصول:

ففي الفصل الأول تعرضنا للدراسات الإكلينيكية للأفكار الوسواسية وعلاقتها باضطرابات الشخصية، أشرنا من خلالها في المبحث الأول إلى اضطرابات الشخصية ، ركزنا فيه على الشخصية الوسواسية، وفي المبحث الثاني تعرضنا إلى اضطراب الوسواس القهري ركزنا فيه على الأفكار الوسواسية.

أما الفصل الثاني تطرقنا فيه إلى اضطراب العلاقة الجنسية وتفسيراته، خصصنا المبحث الأول منه لاضطراب العلاقة الجنسية، وفي المبحث الثاني من الفصل نفسه تناولنا والتفسيرات لأسباب الاضطراب تبعا لما تحمله الحالات محل الدراسة من أفكار وسواسية ومعتقدات وتصورات للمرض ، والتي قادت الحالات إلى التوجه نحو العلاج.

الفصل الثالث، تناولنا فيه المسار العلاجي وما عرفه من طعون علاجية، واقتراح خطة علاجية تمكن المختص النفسي من التعامل مع هذه الشريحة والتكفل بها.

أما فيما تعلق بالإجراءات المنهجية للدراسة فقد أشرنا فيه إلى الإطار المنهجي للدراسة، اعتمدنا المنهج العيادي من خلال استخدام أسلوب دراسة حالة لفهم الحالات، بناء على المقابلات العيادية المعمقة والملاحظة المباشرة، وما تكشف عنه نتائج الاختبارات المستخدمة كأدوات للدراسة. تم تقديم الحالات العشرة التي شملتها الدراسة، وتحليل المقابلات لكل حالة على حدة، ثم قمنا على إثرها بتحليل شامل لجميع الحالات من أجل المقارنة بين نتائج الدراسة لكل حالة، وصولا إلى نتائج الدراسة على ضوء الفرضيات، لتأتي في الأخير خلاصة الدراسة، فالمقترحات والتوصيات ، قائمة المراجع، والملاحق.

مدخل إلى الدراسة

مدخل إلى الدراسة:

إشكالية الدراسة: نظرا للواقع السوسيوثقافي الذي تعيش في وسطه المرأة، والذي يغلب عليه طابع المحافظة في الإفصاح عن بعض المشكلات التي تشكل تابو في بعض المجتمعات، والتي تجعل المرأة بخاصة تفسر أسباب اضطراب علاقتها الزوجية بناء على ما تحمله من تصورات للمرض وأساليب علاجه، موظفة في ذلك ما ترسب لديها ومنذ طفولتها من معتقدات وأفكار موروثة، كتأثير السحر على صحة هذه العلاقة.

ونظرا لما تتمتع به هذه الأفكار والتفسيرات من خصائص غير واضحة تفرض نفسها على الشخص، فتملكه من جرائها الوساوس والشكوك والمخاوف، وقد تتطور فتلازمه وتصبح معاشه النفسي، وقد تصاحبها أفعال وسلوكات وطقوس تمارس بصفة نمطية لأهداف علاجية، قد تؤثر على العلاقة الزوجية وتعطل النشاطات الشخصية والاجتماعية، لذلك جاءت بعض الدراسات العلمية منها ما تناولت البحث عن تأثير اضطراب الوسواس القهري على التكيف النفسي والاجتماعي للمصابين به كون السلوك الذي يمارسه المصابون بالوسواس يكون مشحونا بالتوتر ويصاحبه قلق فضلا عن الشك في تعاملهم مع الآخرين كما أنهم يعانون من مخاوف ليس لها وجود حقيقي.كما كشفت دراسة عكاشة عن الدور الذي تلعبه العوامل الثقافية في ظهور الوساوس.فيما هدفت دراسة دسوقي (1986) إلى التعرف على الحاجات النفسية والسمات الشخصية والعوامل الاجتماعية للمتزوجين وكذا التعرف على الدوافع اللاشعورية للحالات المتطرفة.

ومن جهة أخرى جاءت دراسة خليفة(1992)، عن المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي، كشفت نتائجها عن شيوع الكثير من المعتقدات الخرافية حول طبيعة المرض النفسي، وأسبابه وطرق علاجه، كما تبين أن هناك علاقة بين المستوى التعليمي وتوفر معلومات كافية ودقيقة حول المرض النفسي، والمرضى النفسيين(مصباح،2017،462).

كما جاءت دراسة الباحث قويدر بن أحمد(2010،2011) الموسومة ب: التمثلات الثقافية للعلاج ووظيتها في المسار العلاجي للمكتئب الراشد، والتي هدفت إلى الاهتمام بالتصورات الثقافية، على اعتبار أنها واقع أو معاش واقعي غائب يمكن الاستفادة من

حضوره على شكل تعبير له دلالته في فهم المرض وإيجاد العلاج المناسب .(قويدر،349،2011).

وبذلك يمكن القول أن الدراسات المشار إليها وغيرها حسب اطلاع الباحث تناولت كل منها جانبا من جوانب الموضوع قيد الدراسة، ولم تشمل الموضوع بمتغيراته، والذي يهدف إلى مدى تأثير الأفكار الوسواسية على صحة العلاقة الجنسية والتوافق الزواجي، والتي وظفت الحالة فيه الخلفية الثقافية، بإرجاع أسباب اضطراب الخلل في العلاقة إلى تفسيرات غيبية(غير موضوعية). وبناء على ذلك يمكن طرح الإشكالية التالية:

الإشكالية العامة:

1-هل تؤثر الأفكار الوسواسية على صحة العلاقة الجنسية الزوجية عند المرأة؟

الإشكالية الجزئية:

-هل تؤثر الأفكار الوسواسية على الحياة الانفعالية والعاطفية للمرأة التي تعاني من اضطراب علاقتها الجنسية الزوجية؟

-هل تؤثر الأفكار الوسواسية على التوافق الزواجي؟

-هل تؤثر الأفكار الوسواسية على التوافق الاجتماعي؟

فرضيات الدراسة:

الفرضية العامة:

1-تؤثر الأفكار الوسواسية على صحة العلاقة الجنسية الزوجية لدى المرأة من خلال ما تعرفه العلاقة من اضطراب كغياب الرغبة الجنسية والنفور من اللقاء الجنسي ، وعدم الاستجابة وغيرها، ويظهر ذلك من خلال:

-ما تقدمه المرأة من تفسيرات لهذه الأفكار الوسواسية.

-خطابات وتعبيرات المرأة عما تعرفه من اضطراب في الحياة الجنسية ، والحياة الانفعالية والعاطفية.

-المسار العلاجي وما عرفه من طعون في السوق العلاجية والذي يكون من نفس التفسيرات لأسباب الاضطراب.

الفرضيات الفرعية:

1-تؤثر الأفكار الوسواسية على التوافق الزواجي وتظهر من خلال:

-ما تعرفه العلاقة الزوجية من اضطراب وتوتر وسوء التوافق في الجانب العاطفي، والاحترام والتفاهم، والثقة المتبادلة،الاتفاق في الأمور المادية، المشاركة في تحمل المسؤولية...

2-تؤثر الأفكار الوسواسية على التوافق الاجتماعي من خلال ما يسجل عن الحالة من اضطراب في العلاقات الاجتماعية.

أهداف الدراسة: تهدف الدراسة إلى ما يلي:

1-معرفة تصورات وتفسيرات المرأة لاضطراب علاقتها الجنسية الزوجية.

2-المؤشرات التي على إثرها بنت تصوراتها وتفسيراتها، والتي ساهمت في ظهور الأفكار الوسواسية، وتأثيرها على جوانب حياتها، منها اضطراب علاقتها الجنسية .

3-مدي تأثير هذه الأفكار الوسواسية على العلاقة الجنسية والتوافق الزواجي والنفس اجتماعي.

4-مدى تأثير هذه الأفكار في المسار العلاجي.

6-معرفة الأسباب الموضوعية لاضطراب العلاقة الجنسية الزوجية لدى المرأة، ودور الأخصائي النفساني في تقديم المساعدة والتكفل العلاجي بهذه الشريحة.

أهمية الدراسة: إن الواقع السوسيوثقافي الذي تعيش في وسطه المرأة التي تعاني من اضطراب في علاقتها الجنسية الزوجية والذي من خلاله بنت تصوراتها لهذا الاضطراب على ما يلازمها من أفكار وسواسية ذات طبيعة سحرية، قناعة منها في تأثير السحر والقوى الماورائية على جودة الحياة الزوجية، والوظائف الشخصية والمهنية، وعلى العلاقات الاجتماعية،مما دفع بها إلى البحث عن العلاج الذي يكون غالبا من جنس التفسيرات للاضطراب،لذلك فإن الأمر يستوجب القيام بدراسات علمية معمقة تراعى من خلالها الخلفية الثقافية التي لها دورها في تفسير أسباب الاضطرابات والتوجه نحو العلاج، لذلك جاءت دراستنا كقيمة إضافية لتناول الموضوع وفق منهج عيادي من خلال استخدام أسلوب دراسة حالة لدراسة الظاهرة بكل أبعادها، للكشف عن أسبابها الموضوعية واقتراح خطة علاجية تمكن الأخصائي النفساني من التكفل بهذه الشريحة.

دوافع اختيار الموضوع: من أهم الدوافع لاختيار هذا الموضوع ما يلي:

1-اعتقاد شريحة من مجتمع الدراسة في تأثير السحر على الصحة وتعطيل المشاريع الخاصة كتأثيره في تعطيل الزواج، تعطيل المشاريع التجارية ، الوقوف حجر عثرة أمام تحقيق المآرب كتوفر الشغل ، التأثير على العلاقة الزوجية في ليلة الدخلة، وعلى جودة الحياة الزوجية، والعقم وتأخر الإنجاب، وموت الأجنة في البطون، والإصابة بالأمراض العقلية والتخلف الذهني، والتشوهات البدنية، وغيرها مما تحمله العامة من تفسيرات لأسباب ذلك.

2-انتشار ظاهرة العلاج التقليدي والممارسات السحرية وطقوس العلاج، والإقبال المتزايد على العلاج بالرقية الشرعية باعتباره أنموذجا ذو مرجعية دينية، بغض النظر عما شابها ولحق بها من تجاوزات ومخالفات شرعية من قبل بعض ممارسيها.

4-نقص البرامج العلاجية للتكفل بالحالات، والتي تراعى من خلالها ثقافة المريض، وتصوراته للمرض والمسار العلاجي.

5-نقص التكوين لدى ممارسي الصحة النفسية في التعامل مع ثقافة المريض وتصوراته للمرض وأساليب علاجه.

التحديد الإجرائي للمفاهيم:

الأفكار الوسواسية: هي مجموعة من التفسيرات والأسباب التي تستحوذ على ذهن المرأة بصفة نمطية ومتكررة، تعززها أدوات ورموز دالة، تعتبر مصدرا للمعاناة والقلق.

وتعرف إجرائيا بأنها: مجموع الدرجات التي تحصل عليها المفحوصة بعد الإجابة عن فقرات مقياس "بيل براون" للوسواس القهري، المستخدم كأداة للدراسة والتي تتضح من خلال ارتفاع درجات تأثير الأفكار الوسواسية على الحالة.

صحة العلاقة الجنسية: تعرف إجرائيا بأنها: مجموع الدرجات التي تحصل عليها المفحوصة بعد الإجابة عن مقياس التوافق الزواجي، المستخدم كأداة للدراسة.

الإيحاءات المادية: هي ما تعثر عليه المرأة من أدوات وأثار ترمز لأفعال وممارسات سحرية، كالتمائم، وغيرها مما يستعمله السحرة والمشعوذون، قصد الإضرار بالضحية، والتي على إثرها تبني المرأة أسباب اضطراب علاقتها الجنسية الزوجية اعتقادا منها في تأثيرها.

العلاقة الزوجية: هي علاقة مشتركة بين الزوجين وفق عقد شرعي وقانوني، أساسها الحب والثقة، والتفاهم والتناغم، والتعاون وأداء الحقوق والتمتع بالواجبات، بهدف تحقيق مقاصد الزواج ومطالبه.

اضطراب العلاقة الجنسية: هو ما تعبر عنه المرأة من أعراض دالة على اضطراب في العلاقة الجنسية، كعدم الرغبة، وعدم الاستجابة للمثيرات الجنسية رغم المداعبات والمقدمات، وعدم الوصول إلى رعشة اللذة القصوى.

ويعرف إجرائيا بأنه: مجموع الدرجات التي تحصل عليها المفحوصة من خلال الإجابة عن اختبار التوافق الزواجي ل"أسامة عبد الرزاق".

المسار العلاجي: هو نوع العلاج الذي يعتقد المفحوص أو أسرته في فاعليته لعلاج اضطرابه، باعتباره يستجيب لحاجاته ومن جنس التفسيرات للمرض، وقد يشمل العلاج التقليدي بأنواعه(الرقية ،الطلبة، التبرك بالأولياء...) وقد تتجه المفحوصة نحو العلاج الطبي، أو الطب نفسي، أو العلاج النفسي، وقد تحدد المسار العلاجي ثقافة المريض أو المحيطون به.

التوافق الزواجي: هو ما تعرفه العلاقة الزوجية من انسجام، وتفاهم واحترام، واتفاق في تقسيم الأدوار وتحمل المسؤوليات، وتوافق عاطفي وثقة متبادلة...إلخ.

ويعرف إجرائيا بأنه: مجموع الدرجات التي تحصل عليها المفحوصة من خلال الإجابة عن اختبار التوافق الزواجي ل"أسامة عبد الرزاق".

الدراسات السابقة: هناك عدة دراسات تناولت بعض جوانب الموضوع نشير إلى بعضها، بهدف معرفة مدى توافقها مع الدراسة الحالية وتوظيفها في المتغيرات التي شملتها في موضوع الدراسة ومن هذه الدراسات:

دراسات حول اضطراب الوسواس القهري: نذكر منها:

-دراسة عكاشة وآخرون(1994)، التي أجريت على عينة من المرضى المترددين على العيادة الخارجية، الذين تم تشخيصهم وفق معايير التصنيف العاشر للأمراض، طبق عليهم مقياس "بيل براون" . والتي كشفت بعض نتائجها عن الدور الذي تلعبه العوامل الثقافية والنفسية والاجتماعية في ظهور الوسواس القهري، كما أن تلك العوامل تؤثر في استجابة المرضى للعلاج، وأن غالبية المرضى غير متبصرين بطبيعة حالتهم المرضية. (السيد،134،143،2009).

كما قام بريوجي(2002) بدراسة تهدف إلى التعرف على الصور الإكلينيكية من خلال المتابعة لعينة من المرضى الذين يتلقون العلاج بنظام المستشفى. تبين أنهم لا يعانون من شكل واحد من أشكال الوسواس القهري، بل يعانون بشدة من الوساوس الجنسية، كما يعانون من المصاحبات المرضية وأهمها: اضطرابات الفزع والخوف من الخلاء.

كما هدفت دراسة بيثاني(2006) إلى معرفة الصلة بين المعتقدات الوسواسية وأعراض الوسواس القهري لدى المراهقين وكبار السن لتقييم هذه العلاقة. أكدت نتائج الدراسة، عدم وجود فروق دالة بين كبار أو صغار السن في المعتقدات الوسواسية وأعراض الوسواس القهري، غير أن كبار السن كانوا أكثر إظهارا نسبيا لأعراض الوسواس القهري والمعتقدات الوسواسية، وذلك بسبب تأثرهم بعامل السن.

كما أشار السيد (2009) إلى دراسة قام بها عبد الواحد مشعل، هدفت إلى البحث عن تأثير اضطراب الوسواس القهري على التكيف النفسي والاجتماعي للمصابين به، أي معرفة دور الوسواس في السلوك الاجتماعي. وكان من بين النتائج التي توصلت إليها الدراسة، أن السلوك الذي يمارسه المصابون بالوسواس يكون مشحونا بالتوتر ويصاحبه

قلق، فضلا عن الشك خلال تعاملهم مع الآخرين، كما اتضح أن المصابين يعانون من مخاوف ليس لها وجود حقيقي، فضلا عن معرفتهم أن الطقوس التي يمارسونها لا معنى لها، كما أنهم يعانون من سوء العلاقات الزوجية.

فهذه الدراسات قد أشارت بعضها إلى الدور الذي تلعبه العوامل الثقافية والنفسية في ظهور الوسواس القهري وأن غالبية المرضى مستبصرين بحالتهم المرضية ويسجلون استجابتهم للعلاج، كما اتضح من بعضها تأثير الأفكار الوسواسية على التوافق النفسي والاجتماعي توافق ذلك مع أهداف الدراسة التي تهدف إلى مدي تأثير الأفكار الوسواسية على صحة العلاقة الجنسية ومختلف توافقات الحالات محل الدراسة.

دراسات حول التوافق الزواجي: أما بالنسبة للدراسات حول التوافق الزواجي فقد جاءت دراسة راوية الدسوقي (1986) بعنوان التوافق الزواجي. هدفت الدراسة إلى التعرف على الحاجات النفسية والسمات الشخصية والعوامل الاجتماعية للمتزوجين، وأيضا للتعرف على الدوافع اللاشعورية للحالات المتطرفة، تم إعداد برنامج إرشادي، استعانت الباحثة باستمارة بيانات خاصة بالمتزوجين، استبيان التوافق الزواجي، مقياس التفضيل الشخصي، اختبار عوامل الشخصية للراشدين (الصورة ب)، استمارة المقابلة الشخصية، اختبار تفهم الموضوع، طبقت الأدوات على عينة قوامها 90 زوج وزوجة تتراوح أعمارهم ما بين 25 إلى 56 سنة ، أسفرت نتائج الدراسة عن:

-وجود فروق ذات دلالة إحصائية في التوافق الزواجي بين المتزوجين قبل 25 سنة أو بعدها لصالح المتزوجين من قبل 25 سنة.

- يتأثر التوافق الزواجي بعدد الأطفال ومدة الزواج.

-توجد فروق دالة إحصائيا بين المتوافقين وغير المتوافقين في حاجاتهم النفسية القائمة وفي سماتهم الشخصية.

-لا يوجد اختلاف بين المجموعة ذات المستوى العلمي المتوسط والمستوى العالى.(نادية،2016،67،68).

وفي دراسة قام بها فرانك وافري وليمان(1988)، التي توصلت إلى أن متغيرات التعاطف بين الأزواج والقدرة على ضبط الانفعالات والاكتفاء الذاتي وتوكيد الذات مع القرين والتعبير عن الاحترام، كانت من أهم العوامل التي ترتبط بالاستقرار الزواجي(دلال سلامي،2017،18).

وفي دراسة سعاد الكاشف (1992) بعنوان: ديناميات اضطراب العلاقة الزوجية. هدفت الدراسة إلى الكشف عن العوامل النفسية الكامنة وراء اضطراب العلاقة بين الزوجين من كافة جوانبها: سوء التعامل، الفهم والسلوك الجنسي. استخدمت الباحثة استبيان فن التعامل بين الزوجين، استبيان الفهم والتوافق بين الزوجين، العلاقة الجنسية بين الزوجين. أسفرت نتائج الدراسة من خلال استبيان فن التعامل بين الزوجين عن وجود فرق دال إحصائيا بين النساء والرجال على المتصل الإيجابي(العلاقة الزوجية الناجحة) لصالح النساء، وعلى الاتصال المحايد (العلاقة الزوجية الروتينية) لنفس الاستبيان، وجدت فروق دالة بين النساء والرجال لصالح الرجال، وعلى المتصل السلبي(العلاقة الزوجية المضطربة) للاستبيان نفسه، لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الرجال والنساء، وكشف استبيان العلاقة الجنسية بين الزوجين على أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الرجال والنساء على الأبعاد الثلاثة، فيما يخص العلاقة الجنسية بين الزوجين"(نادية،2016،68).

فقد أجرى أديز وبيما(2002) دراسة عن أثر الأفكار اللاعقلانية وبعض المهارات الانفعالية(الغضب، القلق، الاتصال، الفضولية) على التوافق الزواجي، وتوصلت الدراسة إلى أن الأفكار اللاعقلانية، والتصورات الخاطئة عن القرين، والقلق و الغضب ونقص مهارات الاتصال، والفضولية، ارتبطت بانخفاض التوافق الزواجي. (محمود،2006،80).

كماأشارت دراسة هان ويد ويتشر(2003) إلى تأثير سيمات شخصية الزوجين على مستوى توافقهما الزواجي، حيث قاموا بدراسة سمات الشخصية لدى مجموعة من الأزواج منخفضي التوافق والخاضعين للعلاج، حيث توصلت الدراسة إلى أن لدى هذه العينة سمات مرضية كتوهم المرض والإكتئاب والأفكار اللاعقلانية والتفكير السلبي نحو الشريك. (محمود،2006،62).

كما جاءت دراسة الباحثة بلعباس نادية (2015-2016) والموسومة ب: أنماط الاتصال وعلاقتها بجودة الحياة الزوجية، وكان مما هدفت إليه الدراسة: كشف أنماط الاتصال داخل الأسرة الجزائرية، والكشف عن أي هذه الأنماط أكثر فاعلية، للتوصل إلى معرفة ما إذا كانت العلاقة الزوجية مرتكزة على اتصال ساهم في جودة وتوافق العلاقة الزوجية.

كانت الدراسة استطلاعية وعيادية في نفس الوقت، تمثلت الدراسة الاستطلاعية في عينة قوامها 300 فرد متزوج من بينهم 171 إناث، 129 ذكور، موزعين على كل من ولاية معسكر، وهران، غليزان، مستغانم، تلمسان. أما الدراسة العيادية فقد اكتفت فيها الباحثة على دراسة عيادية لثلاث حالات. توصلت نتائج الدراسة إلى ما يلي:

1-وجود علاقة بين أنماط الاتصال السائدة في الأسرة الجزائرية، وبين جودة الحياة الزوجية.

2-توجد علاقة ارتباطية سالبة بين نمط عدم الاستماع، وجودة الحياة الزوجية.

3-وجود علاقة ارتباطية موجبة بين نمط الاتصال المعتدل، وجودة الحياة الزوجية.

وهذه العلاقات لا تختلف باختلاف الجنس، مدة الزواج، نوع السكن.(نادية،2016،171).

فهذه الدراسات منها ما هدفت إلى التعرف على الحاجات النفسية والعوامل الكامنة وراء اضطراب العلاقة الزوجية من كافة جوانبها، فيما تناولت بعض من هذه الدراسات مدى تأثر التوافق الزواجي ببعض المتغيرات (السن، المستوى الثقافي)، كما توصلت دراسة منها إلى أن الأفكار اللاعقلانية والتصورات الخاطئة عن الشريك التي ارتبطت بانخفاض التوافق الزواجي، توافق ذلك مع بعض أهداف الدراسة الحالية.

دراسات عن التصورات للمرض والعلاج: يعد الموضوع الذي درسه ريفرز(1924) حول" الطب السحري الديني" الذي كان الغرض منه تحديد مفهوم وأساليب المرض ، وتوضيح الأسباب والأنماط التقليدية للعلاج، وربطها بالثقافة المحلية والتنظيم الاجتماعي والديني،

حيث استنتج من دراسته أن الممارسات الطبية في المجتمعات البدائية، ناجمة عن معتقدات طبية معينة، وما يسهم في اقتراح ممارسات طبية مناسبة لتصورهم.

كما جاءت دراسة خليفة(1992)، عن المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي، حيث طبقت على عينات من الجمهور، وقد كشفت نتائجها عن شيوع الكثير من المعتقدات الخرافية حول طبيعة المرض النفسي، وأسبابه وطرق علاجه، كما تبين أن هناك علاقة بين المستوى التعليمي وتوفر معلومات كافية ودقيقة حول المرض النفسي، والمرضى النفسيين(مصباح،2017،462).

كما جاءت دراسة الباحث سليمان بومدين (2003-2004) الموسومة بالتصورات الاجتماعية للصحة والمرض في الجزائر، والتي هدفت إلى كيفية بناء وتشكيل التصورات الاجتماعية للصحة والمرض في مجتمع الدراسة، كشفت نتائج الدراسة أن هناك نمطين من الطب يوجدان في الجزائر: طب رسمي ذو نمط جامعي، وطب تقليدي، وفي الغالب يتوارث المعالجون التقليديون مهنة هذا الأخير أبا عن جد داخل الأسرة الواحدة، كأن تعطى لهم كرامة العلاج، وأن الممارسات تختلف بين العلاج بالأعشاب النباتية، جبر العظام، قراءة الطالع..إلخ، يقوم المعالجون بعلاج بعض الأمراض وليس كلها، وتعطى للمرضى بعض الأدوية، وأن هناك احتراما بين المعالجين وزبائنهم في كل الطبقات والمستويات الثقافية، وأنهم يتجهون للعلاج التقليدي خاصة عند فشل الطب الحديث في علاج مرضهم. كما بينت الدراسة أن هناك عدة مسارات علاجية يسلكها المريض، وهي مسارات ترتبط بتصور المريض ومحيطه عن المرض، حيث أن الغالبية تفضل الطب الحديث، وعند فشل هذا الأخير فقد يلجأ إلى الطب التقليدي، وقد بينت نتائج الدراسة أن من أفراد العينة من يرجع أسباب المرض إلى عوامل طبيعية كالفيروسات والمكروبات.. وبعضهم يرجعها لأسباب غيبية، كالعين والجن والمكتوب، التي يعتمدون في علاجها على الطب النبوي، أو إلى ممارسات علاجية تعتمد على الكهنة والسحر.(فيروز،2014، 11،19).

كما جاءت دراسة الباحث قويدر بن أحمد(2010،2011) الموسومة ب: التمثلات الثقافية للعلاج ووظيتها في المسار العلاجي للمكتئب الراشد، والتي هدفت إلى الاهتمام

بالتصورات الثقافية، على اعتبار أنها واقع أو معاش واقعي غائب يمكن الاستفادة من حضوره على شكل تعبير له دلالته في فهم المرض وإيجاد العلاج المناسب، كانت الدراسة عيادية لثماني حالات، أجريت هذه الدراسة بالمؤسسة الاستشفائية للأمراض العقلية– مستغانم–وتوصلت إلى النتائج التالية:

1–وجود علاقة بين التمثلات الثقافية للاكتئاب والتمثلات الثقافية للعلاج، حيث تستمد هذه العلاقة من التعبيرات والتفسيرات وآليات التكيف، وأسباب الإصابة، وأشكال التعبير عن الاكتئاب من خلال الوظيفة الرمزية للثقافة التي تتشكل ضمنها شخصيته، أعطي من خلالها الاهتمام بالتركيز على العلاج التقليدي بوصفه النموذج الأقرب إلى المريض من حيث الثقة في المعالج والمواد العلاجية.

2–التمثلات الثقافية للعلاج ناتجة عن الوضعية العلاجية للمسار العلاجي، فتفسيرات المريض للأمراض من حيث الأسباب والمسببات هو من يتحكم في الطريقة العلاجية، وقد لوحظ لدى الباحث انسجام الحالة مع العلاج التقليدي، عندما لا يجد ما يقدمه له العلاج الطبي والعلاج النفسي من حلول، وبالتالي يعتقد أن إصابته فعلا غيبية، وهي نتيجة عين أو سحر أو جن. لكن اتضح للباحث أن هذا العلاج غير كاف.

3–التمثلات الثقافية للعلاج ناتجة عن تمثل شخصية المعالج، فقد لاحظ الباحث أن الحالات تعطي أهمية كبيرة لشخصية المعالج، كما تعطيه تصنيفا إما عن طريق التداول بين الأفراد نتيجة تجربة متكررة بين المرضى والمعالجين، وفق المعرفة(يعرف) أو السلوك(مليح) أو الفاعلية (صبت روحي). وبالتالي يساهم في تحديد صورة عملية على مجهوداته والمساعدة النفسية التي يقدمها للمريض.

4–التمثلات الثقافية للعلاج ناتجة عن خصائص كل نموذج علاجي، حيث لاحظ الباحث عدم الانسجام بين معرفة المريض وإمكانات المختص النفسي، رغم أن الإصابة نفسية وتحتاج إلى تدخل معالج نفسي، كما سجل تفاعل الحالات أكثر مع العلاج التقليدي(الرقية).

5-تكمن وظيفة التمثلات في تفعيل العمل العلاجي، من خلال فهم الحالة المرضية الاكتئابية، بالتركيز على الطرق والوسائل العلاجية وخاصة شخصية المعالج، مع الأخذ بعين الاعتبار المريض وما يعاني منه، وماذا يريد، وكيف يمكن أن يكون هذا العلاج فعالا ومتكاملا.(قويدر،349،2011).

ما يمكن قوله أن الدراسات السابق ذكرها، منها ما تناولت الوساوس وعلاقتها ببعض المتغيرات، في حين أشارت دراسات أخرى إلى تأثر التوافق الزواجي ببعض المتغيرات، منها (السن، المستوى الثقافي، عدد الأولاد، سمات الشخصية، المعاملة الزوجية..). كما أشارت دراسات إلى التصورات للمرض وطرق علاجه. فيما تناولت دراسة سليمان بومدين التصورات الاجتماعية للصحة والمرض، التي أشار فيها إلى أن المعالجين التقليديين يتوارثون هذه المهنة أبا عن جد داخل الأسرة، فإنه يمكن القول أن المتعالجين(المرضى) يتوارثون القابلية للعلاج أيضا أبا عن جد، أي عن طريق تقديم شهادات تزكية للمعالج وتوجيه المريض لتلقي العلاج على يديه، لكفاءته وخصوصية تعامله مع المرضى، ولما اكتسبه من ثقة المجتمع فيه. ذلك ما أشار إليه "قويدر" في دراسته أن الحالات تعطي أهمية كبيرة لشخصية المعالج، كما تعطيه تصنيفا عن طريق التداول بين الأفراد نتيجة تجربة متكررة بين المرضى والمعالجين.

وأخيرا يمكن القول أن الدراسات السابق ذكرها تناولت كل منها جانبا من جوانب الموضوع قيد الدراسة، ولم تشمل الموضوع بمتغيراته،لذلك جاءت دراستنا تهدف إلى مدى تأثير الأفكار الوسواسية على صحة العلاقة الجنسية والتوافق الزواجي ومختلف جوانب الحالة، والتي وظفت الخلفية الثقافية في تفسير أسباب اضطراب علاقتها الجنسية الزوجية.

الفصل الأول

الدراسة الإكلينيكية للأفكار الوسواسية وعلاقتها باضطرابات الشخصية

الفصل الأول: الدراسة الإكلينيكية للأفكار الوساوسية وعلاقتها باضطرابات الشخصية:

المبحث الأول:اضطرابات الشخصية(الشخصية المرضية):

تمهيد: إن الكثير من المشكلات النفسية والاجتماعية تعد من أهم العوامل المفجرة لظهور اضطرابات الشخصية، لذلك توجهت جهود الباحثين والمهتمين بالصحة لإعطائها المزيد من الاهتمام، لفهم مختلف الاضطرابات النفسية، وتشخيصها وعلاجها، أو التخفيف من حدة أعراضها، لما تشكله هذه الاضطرابات من مخاطر على حياة المضطربين ومعاشهم النفسي والاجتماعي، فقد قام شنايدر(1923) بأول محاولة لتصنيف اضطرابات الشخصية، بناء على الملاحظات أو المرضى، أسفرت إلى تحديد ووصف عشرة أنماط من الشخصيات المرضية. أما فيها تعلق بالعلاقة بين الأفكار الوسواسية واضطرابات الشخصية، فإن الأفكار الوسواسية قد تظهر في سمات الشخصية الوسواسية في شكل أعراض لشخصيات أخرى تتفاوت درجاتها من حالة لأخرى، "قد لا تتوفر فيها المعايير الكاملة لأي اضطراب واحد (الشخصية المختلطة)"(عبد العزيز،2013،98). وهذا ماسنتناوله بالدراسة في هذا الفصل.

1-تحديد المفهوم ومختلف التصنيفات:

يعرف مصطلح الشخصية المرضية على أنه: نمط من سوء التوافق، له جذوره العميقة، والخاص باضطراب العلاقة بالآخرين. والشخص المضطرب لا يعنى بوجود مشكلة لديه، ولكنه يسبب آسى شديدا للآخرين.

يشير غريب عبد الفتاح(1995) إلى أن اضطراب الشخصية يحدث عندما تتحول سمات شخصية الفرد إلى عدم المرونة وسوء التوافق، محدثة عجزا واضحا ومؤثرا في فعالية الفرد الاجتماعية والبين شخصية والمهنية، وأن اضطرابات الشخصية تتصف باضطرابات في السلوك، تحدث مبكرا وتتبلور في أواخر المراهقة وبدايات الرشد.(أسامة،2015،297). كما يرى جمال القاسم وآخرون (2000) أن: اضطرابات الشخصية تتصف بأنها مزمنة ومرتبطة بأمراض ثابتة، بحيث تمثل صفات متأصلة في شخصية الفرد، وفي معظم حالات اضطرابات الشخصية وليس في جميعها. فإن مثل هذه

السمات لا يعتبرها الفرد مصدر القلق والحزن. وإذا أردنا أن نأخذ هذا التصنيف بعين الاعتبار فإنه من الضروري عمل صورة كاملة لجميع جوانب الشخصية. (أسامة،2015، 297).

وترتبط التصنيفات الحالية الخاصة بالشخصيات المرضية بالتطور التاريخي للطب النفسي ولعلم النفس المرضي، وبتطور المرجعيات النظرية المختلفة بنمو الشخصية. ارتكزت بعض هذه التصنيفات على الحالة ما قبل مرضية، حيث تمثل الشخصيات العصابية (الشخصية الهستيرية، و الوسواسية، والرهابية) القاعدة التي ترتكز عليها الحالات العصابية. كما أن الشخصيات شبه الفصامية والهذائية تمثل القاعدة التي ترتكز عليها الحالات الذهانية، هاته المجانسات المتولدة عن التناول العيادي الكلاسيكي عادة ما شابها الغموض والخلط بين الاضطرابات المعزولة للشخصية، وما بين الحالات المرضية ذات الأعراض الظاهرة.

كما تم الإعداد لتصنيفات أخرى ارتكزت على المعطيات النظرية التحليلية الخاصة بالشخصية المرضية التي تتحدد خلال مراحل النمو يتم فيها التثبت بحدة، تنتمي إلى هذا التصنيف: الشخصيات الفمية والشرجية والقضيبية.

أما بالنسبة للتصنيفات الحالية سواء الخاصة بالدليل العالمي للاضطرابات، المراجعة العاشرة، أو بالدليل الأمريكي الإحصائي الخامس، فإنها لم تتبين أية مراجعة نظرية، وارتكز التحديد المعطى من طرفهما على المعايير التالية:

-ظهور الاضطراب في بداية المراهقة أو عند الشاب الصغير.

-دوام واستقرار الاضطراب.

-تتمثل عواقب الاضطراب في وجود معاناة شخصية، وفي اختلال التوظيف الاجتماعي.

-ترتبط المرجعية بالمعايير الثقافية للفرد.(لطيفة، 2014، 206).

وقد قدمت العديد من التعريفات لتحديد مفهوم اضطرابات الشخصية أو ما يسمى أيضا لدى العياديين بالشخصيات المرضية، فقد جاء في تعريف المنظمة العالمية

للصحة(2010) بأنها أنماط سلوكية متجذرة وثابتة، تظهر كاستجابات متصلبة للكثير من المواقف المختلفة، شخصية كانت أم اجتماعية، وتمثل هذه السلوكيات انحرافا عما يتبناه الفرد نحو ثقافة ما.

ويرى شنيدر أن اضطرابات الشخصية تتمثل في معاناة الأفراد من مزاج غير سوي الذي يتسبب في معاناة المجتمع.(cauttraux et blackburn,2001).

فيما يرى هيل(2005) أن اضطراب الشخصية ينتج عنه فشل في تحقيق ما يتطلبه التواصل والانسجام بين عالم النسق الذاتي، والتفاعلات الاجتماعية والمهنية والعلاقات الحميمة.(Hill,2005.)

فمن خلال ما سبق فان الشخصية المرضية تترتب عنها سلوكات وأعراض نسبية مرضية، يترتب عنها اختلال وعدم التوازن في شخصية الفرد وسلوكه وعلاقته الاجتماعية، التي تختلف باختلاف الأفراد والمجتمعات والثقافات حتى في المجتمع الواحد.

2-نسبة انتشار اضطرابات الشخصية: تنتشر اضطرابات الشخصية بنسبة أكثر، نظرا لما يتلقاه أفراد المجتمع من ضغوط على مختلف المستويات، وما يتوفر من عوامل مفجرة لظهور الاضطراب الذي قد تختلف درجته ونوعه. حيث نلاحظ أن بعض الأفراد الذين نتعامل معهم مصابون بأعراض لاضطراب معين من اضطرابات الشخصية، وهم يمارسون سلوكهم غير السوي على الآخرين، معتبرين ذلك أمرا سويا وعاديا، بل يعتبر بعضهم أنهم الأسوياء وغيرهم مضطربون ومرضى. فقد أشار موران إلى أن نسبة الأفراد مضطربي الشخصية داخل أي مجتمع تتراوح ما بين(4 إلى 10) وقد تصل إلى 20 للأفراد الذين يحتاجون إلى الرعاية، بينما تصل تلك النسبة إلى 30 من الأفراد غير السيكاتريين، كالذين يعانون من اضطراب الأكل أو الذين يعانون من الإضرار بالذات، والتي تمثلها المجموعة الثانية(الشخصية الحدية-الهستيرية- المضادة للمجتمع-النرجسية) حسب المراجعة الرابعة، لكن قد تصل النسبة إلى أقصى معدل وهو 64 من مضطربي الشخصية: الرجال الخارجين عن القانون أو مرتكبي الجرائم المودعين بسجون ويلز

وإنجلترا.(أسامة،2015،299). وقد كشفت الدراسة التي أشار إليها مارشا لينهات وآخرون(2002) أن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الشخصية البينية يسود بينهم التفكير في الانتحار بل الانتحار فعلا ، فمن بين 70 إلى 75 من العملاء البينيين لديهم تاريخ سابق لمحاولة انتحار واحدة، ورغم وجود ما يشير إلى إمكانية إقدامهم على الانتحار إلا أن الملاحظات في الغرب وجدت أن ما بين 5 إلى 10 ينتحرون.(أسامة،2015،298).

أما بالنسبة إلى معدل انتشار اضطرابات الشخصية في العالم حسب (Huan Et al,2009). فقد بدأت عمليات الإحصاء في بداية فترة التسعينات من القرن العشرين. فقد سجلت دراسة استندت على ست حالات، أجريت على ثلاث قارات من العالم، وأن متوسط انتشار اضطرابات الشخصية قدر بحوالي(6-إلى-10) بالمائة، في حين كشفت آخر دراسة أجريت في عام (2009) على 13 دولة، بواسطة منظمة الصحة العالمية، أن نسبة انتشار اضطرابات الشخصية قدر بحوالى 6 بالمائة.(صالح،2014،494).

3-تصنيف اضطرابات الشخصية: تم الاعتماد على الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع في تصنيف الاضطرابات الشخصية والتي قسمها إلى ثلاث فئات أو وظائف:

المجموعة"أ": وتضم أنواع اضطرابات الشخصية التي تتصف بالغرابة والشذوذ ، وتندرج تحت هذه المجموعة اضطرابات الشخصية البارانويدية، وشبه الفوصامية، والفصامية النوع.

المجموعة "ب"وتضم هذه المجموعة كافة الشخصيات المضطربة التي يغلب على سلوكها وسماتها:التهويل والمبالغة، وتقلب الانفعالات وعدم ثباتها، وعدم اتساق الانفعالات مع الموقف. ويندرج في هذه المجموعة اضطرابات الشخصية النرجيسية، والمناهضة أو المضادة للمجتمع، والشخصيات البينية.

-المجموعة"ج": ويغلب على الشخصيات التي تندرج في هذه الفئة، ظهور القلق والمخاوف بصورة واضحة، وتضم هذه الفئة الشخصيات الآتية: الشخصية المتجنبة، الشخصية الاعتمادية، الشخصية الوسواسية القهرية. (أسامة،2015،301).

اضطرابات الشخصية وفق الدليل التشخيصي الخامس: تم فيه الاحتفاظ بالأنماط العشرة للاضطرابات الشخصية مثلما وردت في الدليل السابق(الاصدار الرابع-المعدل)

تضمن المشروع الجديد للمحكات التشخيصية لاضطرابات الشخصية العناصر التالية:

-أنماط الاضطرابات.

-سمات اضطرابات الشخصية.

-مستويات العجز في أداء الشخصية.(عبد العزيز،2013،47).

-4-المعايير العامة لتشخيص اضطرابات الشخصية: تشخص اضطرابات الشخصية بصفة عامة وفقا لمعايير الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس:(DSM/5-2013) على أنها:

-نمط ثابث من الخبرة الداخلية وسلوك منحرف بشكل واضح عن الثقافة التي يعيش فيها الفرد، ويظهر هذا النمط في اثنين أو أكثر من الجوانب التالية:

أ-المعرفة (أي طرق إدراك وتسيير ومعرفة الذات، والأشخاص الآخرين والأحداث).

ب-الوجدان (أي مدى اضطراب الانفعال وشدته، وعدم ملاءمته للاستجابة الانفعالية).

ج- اضطراب الأداء التشخيصي(علاقة الفرد بالأشخاص الآخرين).

د- عدم القدرة على ضبط الدوافع(الاندفاعية).

2-يكون هذا النمط الثابت غير مرن، ومستمرا وشاملا لمدى واسع من المواقف الشخصية والاجتماعية.

3-يؤدي النمط الدائم إلى أسى، أو كرب أو تلف، في مجالات هامة من الأداء الاجتماعي أو المهني أو غيرها.

4-يكون النمط ثابتا وذا دوام طويل، يمكن تتبع ظهوره في الماضي على الأقل في المراهقة أو بداية الرشد.

5-لا يرتبط النمط الدائم بظهور أو عواقب أي اضطراب عقلي آخر.

6-لا يرجع النمط الثابت إلى التأثيرات الفيزيولوجية المباشرة للمواد المؤثرة نفسيا، (مثل سوء استخدام العقاقير، أو العلاج بالأدوية النفسية) ولا يكون نتيجة حالة طبية عامة، (مثل صدمة بالرأس).(أسامة،2015،301،302).

5-النظريات المفسرة لاضطرابات الشخصية: هناك العديد من النظريات المفسرة لاضطرابات الشخصية، ومن أهم النماذج النظرية المفسرة لاضطرابات الشخصية ما يلي:

5-1-النموذج الطبي: يرى (Halgin et Whitbourne,1997) أن: الاضطراب النفسي والسلوكي هو نتيجة خلل عضوي يجب معالجته طبيا، أي أن الاضطرابات النفسية تشبه الأمراض العضوية، وأنها جميعا مرض في الجسم، ويجب معالجتها ضمن منظور طبي عضوي، وأن الأسباب المحتملة هي العوامل الوراثية أو البيوكيميائية، أو اضطرابات في تركيبة الدماغ أو الميكروبات تماما كما في الأمراض الجسمية، ويعتبر أنصار هذا النموذج أن زيادة الدوبامين Dopamine في الدماغ لها علاقة بمرض الفصام العقلي(سكيزوفرينيا)، أو أن اضطراب الذاكرة قد يحدث بسبب عطب في بعض أجزاء الدماغ المسؤولة عن تخزين الذاكرة.(الريماوي وآخرون،2014،627). وبناء على ذلك استعملت العقاقير بنجاح لعلاج الأمراض النفسية كالاكتئاب، والقلق النفسي والفصام، لكن هذا النجاح لا يثبت بالضرورة أن هذه الاضطرابات سببها عضوي.

5-2-نظرية التحليل النفسي: يرى فرويد بأن السلوك المضطرب يعود إلى خبرات الطفولة المبكرة، وإلى عدم إشباع حاجات الفرد الجنسية، الأمر الذي يجعله يتراجع إلى سلوكات شاذة، ومن ثم لجوؤه إلى آليات الدفاع النفسية من كبت ورفض، وإزاحة وتبرير...الخ. وإن عدم الإشباع يقود إلى التثبيت على مرحلة من مراحل النمو الجنسي، قد يكون على المرحلة الفمية أو السادية الفمية، أو على الشرجية أو القضيبية أو غيرها، الأمر الذي ينتج عنه السلوك المضطرب، كما أن عقد الفرد مثل عقدة أوديب وإلكترا هي أيضا مسؤولة عن الاضطراب. (العزة،2004،248،249).

5-3-النظرية المعرفية: طور هذا النموذج ألبيرت(1962) وبيك (1976): ويشير هذا النموذج إلى أن الاضطرابات النفسية من الممكن أن تنتج عن إجراءات حياتية عادية مثل التعلم الخاطئ، التحليل الخاطئ للأحداث بسبب قلة المعلومات أو خطئها، وعدم التفريق الكامل بين الحقيقة والخيال.(الريماوي وآخرون،2014،631).ويرى إليس بأن حديث الفرد الداخلي مع نفسه إذا كان سلبيا يولد لديه مشكلات سلوكية مضطربة، وأن تهويل الأمور وتضخيمها والتعامل مع الأشياء بغير عقلانية، تساعد على حدوث الاضطرابات في شخصيته، ليست الأحداث هي المسؤولة عن الاضطراب وإنما طريقة تفكير الفرد هي المسؤولة عن حدوث الاضطراب. إن التفكير اللاعقلاني هو مصدر الاضطراب السلوكي كما تراه هذه النظرية.(العزة،2004،248). فالمفهوم الرئيس في النموذج المعرفي هو أن العديد من أفكار الأشخاص الذين يعانون من اضطراب نفسي هي أفكار غير منطقية ومشوهة ومحرفة. (الريماوي وآخرون،2014،631).

5-4-النظرية السلوكية لجون واسطون: حسب هذا النموذج فإن الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية لديهم سلوك سلبي لا يساعدهم على تحقيق أهدافهم، والاستمتاع بعلاقاتهم، وهذا السلوك هو سلوك متعلم، ومعظم التعلم يتم من خلال الإشراط الكلاسيكي أو الإجرائي.(الريماوي وآخرون،2014،629) . ويؤكد ذلك العزة إذ يرى: أن الطفل يتعلم السلوك المضطرب من والديه عن طريق تعرضه للمثيرات المختلفة، وتعزيزه على السلوك المضطرب. وإن السلوك غير المتكيف هو سلوك متعلم ومعزز عليه في المواقف المختلفة، ويمكن محوه عن طريق التجاهل والعقاب والتعزيز الإيجابي، أي بأساليب تعديل السلوك.(العزة،2004،250).

5-5-النموذج الانساني(نظرية الذات) لروجرز: يركز هذا الاتجاه على المسؤولية الشخصية وحرية الإرادة من أجل النمو وتحقيق الذات، حيث يفترض أن الناس بحاجة إلى تحقيق الذات. ونتيجة لذلك فإن النموذج الإنساني يمكن تطبيقه على الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات ومشاكل شديدة، واعتبر هذا النموذج أن الناس جيدون وطيبون ولديهم الإمكانات من أجل تنمية الذات في الظروف المناسبة.(الريماوي،2014،633).

5-6-نظرية الواقع (لجلاسر): يرى جلاسر بأن سبب الاضطراب في الشخصية يرجع إلى عدم رغبة الفرد في تحمل المسؤولية، وعدم القدرة على تكوين هوية ناجحة عن ذاته، وعدم قدرته في أن يحب أو يحب.(العزة،2004،248).

6-خصائص اضطرابات الشخصية(الشخصية المرضية): هناك جملة من الخصائص للشخصية المرضية نذكر منها :

-تسير اضطرابات الشخصية بصورة تلقائية نحو الإزمان في ظل وجود عوامل داعمة لها، وغياب التكفل النفسي، وتوجد احتمالات كبيرة لأن تؤول إلى اضطرابات نفسية.

- هناك إمكانات وفرص كبيرة لمعالجة هذه الاضطرابات، والشفاء منها بفضل التكفل المبكر، وتزداد صعوبة ذلك مع كبر السن.

-غالبا ما يكون ضعف الاستبصار بهذه السمات والأعراض المرضية لدى المصابين باضطرابات الشخصية.

-تنشأ هذه الاضطرابات منذ مرحلة الطفولة والمراهقة، وتبدأ في التجذر في مرحلة البلوغ والرشد.

-نادرا ما يطلب المصابون باضطراب الشخصية يد المساعدة الإرشادية والعيادية بمبادرتهم الذاتية، إلا تحت ضغط المحيط، حيث يبدي المضطرب نوعا من العدوانية والعنف اتجاه ذاته أو الآخرين.

-تأخذ اضطرابات الشخصية شكل صعوبات مؤقتة في التوافق النفسي أو الاجتماعي، وقد يفسر ذلك بعوامل موضوعية خارجية، كالضغوط والمشاكل الأسرية والاجتماعية وغيرها، أكثر من أن تعزى لاضطرابات الشخصية.

-تكشف اضطرابات الشخصية عن مرضيتها بوضوح في المواقف الضاغطة.

-يظهر المصابون باضطراب الشخصية ضعف القدرة على تحمل الضغط والقلق.

-يمكن أن يستغل المصابون باضطراب الشخصية سماتهم المرضية لتحقيق نجاحات مهنية.

-يتصف كل اضطراب شخصية بزملة من الأعراض المرضية رغم وجود تداخل في السمات والأعراض.(عبد العزيز،2013،27،28).

ويحدد تايرر (2004) خصائص الشخصية كما يلي:

1-النمط الأساسي للسلوك الشاذ: كضعف الإدراك وتفسير الأحداث والاستجابات الانفعالية-كضعف التحكم التام للدوافع، وضعف العلاقات البينشخصية.

2-ضعف القيام بالوظائف: أي ارتفاع معدل وجود السلوك اللاتوافقي في المواقف الشخصية والاجتماعية.

3-المعاناة: بمعنى أن المعاناة تتضمن كلا من الفرد والمجتمع نتيجة للسلوك الشاذ.

4-استهلال الحدوث أو بدايته: أي يظهر اضطراب الشخصية في مرحلة الطفولة المتأخرة أو المراهقة، والذي ينتج عنها السلوك الشاذ، ويتسم بعدم الاستقرار النسبي.

5-علاقة اضطراب الشخصية بالحالة العقلية: بمعنى ألا يكون اضطراب الشخصية ناتجا عن إصابة أو تلف عضوي للمخ أو حالة اضطراب للحالة العقلية.(أسامة،2015،299).

6-الخصائص الوبائية: يصل انتشار اضطرابات الشخصية في عامة السكان نسبة (6إلى14) بالمائة حسب الدراسات الاستطلاعية، تميل هذه النسبة إلى الانخفاض مع تقدم في العمر، وهذا ما يطرح إشكالية استقرار التنظيمات المرضية للشخصية، بالنسبة لكل الاضطرابات. ليس هناك فروق في الانتشار ما بين الجنسين، في المقابل قد تتواجد نسبة بعض الاضطرابات عند الرجل أكثر مما هي عند المرأة والعكس صحيح. عند الرجل نجد نسبة كبيرة من الشخصيات المضادة للمجتمع والشخصيات النرجيسية. أما عند المرأة فنجد نسبة كبيرة من الشخصيات التابعة والشخصيات التجنبية. كما أن الكثير من الاضطرابات تترابط فيما بينها مثل ترابط الشخصية التجنبية والشخصية التابعة، وترابط الشخصية البينية بالشخصية الهستيرية، وترابط ما بين الشخصية المضادة للمجتمع

بالشخصية البينية. (لطيفة، 2014، 208). وفيما يلي يتم التركيز على أهم الشخصيات المرضية حسب ما يتطلبه موضوع الدراسة.

7-أهم الشخصيات المرضية: من أهم الشخصيات المرضية التي أولاها الباحثون أهمية في دراساتهم نذكر ما يلي:

7-1-الشخصية الهستيرية:

1-تعريف الهستيريا وأعراضها: تعرف منظمة الصحة العالمية(2003) الهستيريا على أنها: الاضطرابات التي تنطوي ضمنيا على معنى الانفعال غير المريح الذي تحدثه المشكلات والصراعات التي يتعذر على الفرد حلها، تتحول إلى أعراض مرضية جسمية. علما أن الهستيريا جاءت من اليونانية والتي تعني الرحم، ولذا أحد تسمياتها الرحام (الجبوري،الجبوري،2014،296). تتميز بحالة ارتداد وظيفي يتحول فيه الصراع النفسي إلى تظاهرات وأعراض جسمية، لا تستجيب للقوانين التشريحية السريرية وتتناقض معها، كما تكون متعددة الأساليب والأشكال بحيث يستحيل تحديد لوحة سريرية دقيقة له.(العاسمي،2016،299). وهي عصاب تحولي تتحول فيه الانفعالات المزمنة إلى أعراض جسمية ليس لها أساس عضوي، فيه ميزة للرد أو هروب من الصراع النفسي أو موقف مؤلم، من دون أن يدرك الفرد الدافع لذلك. ولا توجد أعراض الهستيريا مجتمعة في مريض واحد. (محمود،2014،108) وأن الأفراد الذين يشتكون من الشخصية الهستيرية يتصفون بالتعبير المفرط عن انفعالاتهم، ويميلون إلى أن يكونوا متباهين ومتمركزين حول ذواتهم، ويشعرون بالضيق إذا لم يكونوا محور الاهتمام، يلجأون إلى الإغواء بمظهرهم وسلوكياتهم، ويحرصون بالاعتناء بمظهرهم الخارجي، ويبحثون دوما عن التطمين من الوسط، وعن الموافقة والإطراء، ويميلون إلى الاندفاعية، يجدون صعوبات في تأجيل أي لذة. (عبد العزيز،2013،77).

يرى (Alloy et al,1999 .278) أن الملامح الجوهرية لهذه الفئة هي: التمثيل المسرحي مع استعراض مبالغ به من الانفعالات الواضحة للعيان، التي تهدف إلى جذب

الانتباه والعطف، ودائما ما يقوم أفراد هذه الفئة بلعب دور الضحية، (العاسمي،2016،222).

كما تتميز هذه الشخصية بالميل إلى إضفاء الطابع المأسوي للأحداث، وبالتقلب الانفعالي وبسطحية المشاعر، وبالإيحائية الكبيرة، وبشهونة العلاقات، وبالتمركز الذاتي، وبتصنع العواطف.(لطيفة،2014،211). وتعاني المرأة الهستيرية من برود جنسي، وتشنجات مهبلية قد تترافق بالنفور من النشاط الجنسي، أما لدى الرجل فقد يشاهد القذف المبكر أو العنة. (العاسمي،2016،302).

تتطور الهستيريا مع المحيط الذي يظل دائما طرفا ليس في نشوء المرض فحسب بل وفي تظاهراته واستمراره، إذ كثيرا ما يتشكل توازن بين العرض العصابي وأسرة المريض، يسمح له بجني فائدة وهمية، ويعزى بقاء العرض بحيث يزول العرض سريعا عندما يتبدل هذا التوازن ويفقد العرض الهستيري مبررا لوجوده. (العاسمي،2016،302). ويؤكد دليل الصحة النفسية للأطباء الصادر بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية ما سبق ذكره ، حيث يتميز الأشخاص المصابون بهذا الاضطراب بالآتي:

-يبدون درجة عالية من سلوك جلب الانتباه، ويميلون للمبالغة بأفكارهم ومشاعرهم، جاعلين كل شيء يبدو أكثر أهمية من حقيقته.

-يستخدمون بشكل ثابت مظهرا فيزيائيا أو نمطا كلاميا واسما لجلب الانتباه إليهم.

-سهولة التأثر بالإيحاء وبأفكار الآخرين (يتأثر الشخص بسهولة بالآخرين وبالظروف).

-يعتبرون علاقاتهم أكثر حميمة مما هي في الواقع.

-لديهم تعبير سطحي عن انفعالاتهم وتبدل سريع فيها.

-يشيع لديهم السلوك الجنسي الإغوائي، وغالبا ما يكون الشخص المصاب بهذا الاضطراب مغناجا أكثر من كونه فعال جنسيا.

-سرعة الاستثارة، إذا لم يكونوا مركز اهتمام الآخرين.(WHO ,2001,63,64).

7-2-الشخصية شبه الفصامية: يعتبر راضي الوقفي(642،2003) المصابين باضطراب الشخصية شبه الفصامية أنهم يقتصرون على عدم الرغبة في إقامة علاقات اجتماعية، ويتصفون ببرودة المشاعر نحو الآخرين وبالانعزالية، والغموض وغياب الذهن، ويلفتون نظر الآخرين لشذوذهم وغرابتهم .(أسامة،304،2015). تتميز هذه الشخصية باللامبالاة اتجاه العلاقات الاجتماعية واتجاه أحكام الآخر، وبالبرودة العاطفية، وبوضع المسافة مع الأقارب. يبدو الفرد ذو الشخصية شبه الفصامية وحيدا منفصلا حالما أو مستاء غير متواصل، ويظهر فضلا عن ذلك عجزا عن الإحساس بمشاعر قوية مثل الغضب أو السعادة، وعجزا عن الاستثمار الحقيقي للشريك خلال التجارب الجنسية. كما تتميز هاته الشخصية بسمات الغرابة والتهميش، وقد يتطور بعضها وبصفة بطيئة وتدريجية نحو الفصام التخلفي.(لطيفة،210،2014). فيبدون شاردي الذهن، منغمسين في أحلامهم الحميمة، وأهدافهم غالبا ما تكون غير واضحة وغير محددة.(عبد العزيز،59،2013). ونادرا ما يظهرون مشاعرهم ولا يعبرون عما بداخلهم بشكل واضح، ويوصفون بالبرود والغباء والجمود.(العاسمي،224،2014).

7-3-الشخصية الفصامية النموذجية: يصنف هذا النموذج من الشخصيات في الدليل العالمي للاضطرابات، ضمن الاضطرابات الفصامية والاضطرابات الهذيانية. (cim /10). كما يصنف من طرف الدليل الأمريكي في المحور الثاني الخاص بالشخصيات المرضية ضمن المجموعة " أ ".

تتميز الشخصية الفصامية النموذجية بالسلوك المتمركز، وبالصعوبات اتجاه الوضعيات الاجتماعية، وبالقلق وبالرعونة، وبتبني اعتقادات غير عقلانية مثل السحر والشعوذة والأرواح، وبالميل إلى الوحدة والعزلة، كذلك يتسم خطاب الشخصية الفصامية النموذجية في بعض الأحيان بالغرابة وبالاستطرادية، لكن بدون افتقاده التنظيم، يضاف إلى ذلك تواجد لمواقف الريبة ولأفكار الإسناد، وللأوهام البصرية بكثرة لكن بدون وجود صريح للهذيانات.(لطيفة،210،2014). وحسب كوترو وبلاكبورن(2001) فإن الشخصية الفصامية النموذجية بالأساس تتميز بعدم التكيف المعمم في علاقاتها

البينشخصية، وغرابة التصورات والأفكار، والمظهر والسلوك، التي تظهر في بداية سن الرشد، وتتجلى لديهم في مختلف السياقات.(عبد العزيز،2013،63).

كما يرى (Kazdin,2000,437) أن لهم تشوهات معرفية وإدراكية، وسلوكيات منحرفة ويميلون للعزلة، معاملتهم ممزوجة بالقلق والضيق مع الآخرين، يتشككون في نوايا من يتعاملون معهم، ولديهم أوهام وأفكار غير منطقية حول ذواتهم، يشعرون أن لديهم قدرات خارقة، تصوراتهم غريبة الأطوار، ولديهم صعوبة في الانتباه والتركيز، حديثهم غامض وجملهم غير مترابطة، وميولهم اندفاعية غير هادفة. (العاسمي،2016،224).

7-4-الشخصية النرجيسية: يعرف اضطراب الشخصية النرجيسية في الدليل التشخيصي الخامس بأنه طراز ثابت من العظمة (في الخيال والسلوك) والحاجة إلى التقدير والافتقار إلى القدرة على التفهم العاطفي، ويبدأ هذا الاضطراب في فترة مبكرة من البلوغ، ويظهر في مختلف المواقف والسياقات البيئية.(صالح،2014،484).

وقد أشار(Cohen et al,2007) إلى أن صاحب الشخصية النرجسية يتميز بالإحساس بالعظمة والأهمية والتفرد، والانشغال بخيالات النجاح في استعراض الإعجاب ، وقد تشغله خيالاته عن أهداف واقعية يحاول الحصول عليها، وهو دائما يبحث عن إعجاب الآخرين واهتمامهم به.(أسامة،2015،313). ويشير صادق(1989) إلى أن صاحب هذه الشخصية تجعله نرجسيته شديد الحرص على نفسه وعلى صحته حتى يبدو دائما شابا قويا، ويعاني من ذلك كلما تقدم به العمر، ويداهمه الاكتئاب الحقيقي إذا انتزعت من يديه السلطة أو ابتعد عن دائرة الضوء والاهتمام.(العاسمي،2014،223). إذ يري "غندرسون" أن النرجسيين يتصفون بشعور غير واقعي بأهميتهم وقيمتهم، وهم جد مشغولين بذواتهم إلى درجة افتقارهم للتعاطف أو مواساة الآخرين.(عبد العزيز،2013،81).

7-5-الشخصية المضادة للمجتمع(الشخصية السيكوباتية): سميت بهذا الاسم لما عرفت به من خروج على قوانين المجتمع وسوء التوافق مع الآخرين والاصطدام بالقوانين، لذا يصعب لدى هذه الشخصية "التكيف مع المجتمع ونظمه وقوانينه".

(العاسمي،2016،448). فهي من أخطر الشخصيات على المجتمع وأسوئها أثرا في العلاقات الاجتماعية والاقتصادية، "إنها شخصية تجرد صاحبها من الضمير ولا تنتمي إلى أي قيم سماوية ولا وضعية، همها في الحياة وفي جميع أوجه نشاطها وتعاملاتها ومعاشرتها هو المصلحة الشخصية المتطرفة بالأنانية". (أسعد،2014،50،51) فقد أشار الشربيني (1997) إلى " أنه غالبا ما نجد أصحاب هذه الشخصية في السجون حيث ثبت أن 75 بالمائة ممن يرتكبون الجرائم المتكررة هم من حالات اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع أو ما يطلق عليها الشخصية السيكوباتية.(صالح،2014،489). كما يرى "هاري" أنه يمكن وصف ذوي الشخصية المضادة للمجتمع بأنهم متفرسون لأفراد المجتمع متلاعبون، يتركون وراءهم قلوبا محطمة وأموالا مبددة، وأحلاما منهارة، فهم يفتقرون للتعاطف والضمير الأخلاقي، أنانيون يفعلون ما يلبي رغباتهم،غير مبالين بمعايير المجتمع ليس لديهم أي إحساس بالذنب والندم. (Durand and barlow,2002).

فهو حسب عكاشة (1998) غير مهتم بالالتزامات الاجتماعية وافتقاد الشعور مع الآخرين، عنف غير مبرر أو لا مبالاة واستهتار، كما أنه متلبد الشعور لا يبالي بآلام الآخرين.(أسامة،2015،307). علاقات هذا الشخص مع أسرته سلبية، يكتنفها الكذب والرياء وعدم الاحترام، أما المناخ الأسري فهو مناخ مشتت تعتريه الصراعات والمشكلات، والطلاق أو الخلافات بين الوالدين في كثير من الأحيان.(العاسمي،2016،448).

ترتبط سمات الشخصية المضادة للمجتمع عادة بالسمات الهستيرية عند النساء: نوبات عصبية وإيحائية وحوادث انتقالية للتحويل الجسدي، والتهرب من الواقع من خلال الأوهام وخلط الأحاديث بالأكاذيب، وتبني أدوار رفيعة تغذي غرورها، وتسهل عليها بعض عمليات الاحتيال والتطفل.(لطيفة،2014،213).

7-6 -الشخصية البينية: تم إدخال مصطلح الحالة البينية خلال الخمسينيات من القرن العشرين في مجال الطب النفسي، وذلك استجابة لملاحظات تمت على مرضى ليسوا بعصابيين في المظهر، وليسوا بفصاميين ولا بشواذ ولا بسيكوباتيين، ولا بأشخاص عاديين كذلك، ويطرحون على غرار ذلك مشاكل علاجية خاصة.(لطيفة، 2014، 215). وقد

عرف (محمد عبد الله 2004،377) الشخصية الحدية بأنها تقع على الحدود بين الاستواء وعدمه، ومن صعوبة تشخيصها ووضعها في أحدهما، لذلك سميت على الحدود (أسامة،1015،309). ويتميز اضطراب الشخصية البينية بعدم الاستقرار العاطفي والعلائقي والسلوكي، وباضطراب الهوية وصورة الذات وعدم الاستقرار والاندفاعية. (عبد العزيز،2013،72).

أكدت دراسة روزنتال Rosental, et al(2007) أن اضطراب الشخصية الحدية يعتبر نمطا شاملا من التقلب، وعدم الثبات في العلاقات البينشخصية وصورة الذات والعواطف مع الاندفاعية الشديدة. (أسامة،2015،309).

7-7-الشخصية التجنبية:عرف هاميلين وآخرون الشخصية التجنبية على أن المصابين باضطرابها أكثر إظهارا للعصابية والقلق وضعف القدرة الاجتماعية، كأن يتجنب الأنشطة الوظيفية، ويتجنب الاختلاط بالآخرين، ويكون مقيدا في إقامة العلاقات الحميمة، ويسيطر عليه الرفض التام لكافة الأمور، وغير قادر على التعامل الشخصي، ويحتقر الذات ويكون ضد التجديد أو التحديث، ويظهر قلقا اجتماعيا زائدا.(أسامة،2015،317). ويرى ربير وربير(2008) أنها تتصف بالحساسية المفرطة الموجهة نحو الرفض المتطرف إلى حد يدفع الفرد إلى تحاشي تكوين علاقات تربطه بالآخرين، وينكمش عن إقامة علاقات أيا كانت ما لم يعط ضمانات بأنه مقبول من طرف الآخرين، دونما نقد يوجه إليه.(عبد العزيز،2013،85). لأن المصابين بهذا الاضطراب يؤلمهم النقد ويحطم معنوياتهم، لا يرتبطون بعلاقات إلا بعد ضمان القبول وعدم النقد. لذا ليس لدى أصحاب الشخصية المتجنبة أصدقاء مقربين عدا أقاربهم من الدرجة الأولى، ويتجنبون العمل الذي يستدعي علاقات اجتماعية، ويتوترون في المواقف الاجتماعية.(صالح،2014،485).

7-8- الشخصية التابعة(الاعتمادية): تتسم هذه الشخصية حسب (Wortman et al,1992)، بالفشل في تحمل المسؤولية في المجالات الرئيسة في حياة الشخص، والاعتماد على الآخرين في اتخاذ القرارات الهامة وانخفاض تقدير الذات.(أسامة،2015،319). وحسب لطيفة (2014) فإنها تتميز بخضوعها لقرارات الآخرين(الزوج، العائلة، والأصدقاء) وبعدم قدرتها على المبادرة، وعلى تبني مشاريع،

والتواري أمام الوضعيات التي تتطلب تحمل المسؤولية، وببحثها الدائم عن الدعم العائلي أو دعم الأصدقاء. كما تتميز الشخصية التابعة بالتشاؤم وبالشك الذاتي، وهي تتواجد عند الأشخاص الذين عايشوا أثناء طفولتهم تجارب قلق الانفصال.(لطيفة، 2014، 219).

7-9-اضطراب الشخصية السلبية العدوانية:

يعرف Cpitsen.etall.(1990) هذا النوع بأنه: نمط متغلغل من المقاومة السلبية لما يطلب منه أداء اجتماعيا أو مهنيا كافيا، حيث يكون الفرد متباطئا في إنجازه للأعمال، ويصبح كثير الجدل عندما يطلب منه فعل شيء لا يريده، إضافة إلى تعمد نسيانه الأعمال والوعود التي عاهد نفسه مع الوفاء بها.(أسامة،2015،320). ومما جاء في دليل الصحة النفسية للأطباء عن منظمة الصحة العالمية أن الأشخاص المصابين بهذا الاضطراب يتميزون بالمماطلة، العناد، واللاكفاءة، النكد، المجادلة، الشكوى المستمرة من إساءة فهمهم من الآخرين، عدم تقديرهم لهم، وهذه الصفات مظاهر لعدوان تحتي يتظاهر بشكل سلبي.(.WHO,2001,67).

7-10 -اضطراب شخصية غير نوعي: هذا التصنيف هو للاضطرابات الخاصة بوظيفة الشخصية التي لا تتوافر فيها أي معايير لأي اضطراب شخصية، وإن المثال هو وجود سمات لأكثر من اضطراب واحد نوعي للشخصية، لا تتوافر فيه المعايير الكاملة لأي اضطراب واحد (الشخصية المختلطة)،(عبد العزيز،2013،98) فهي غير مدرجة في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس."ولذا تقدم محاولة للوقوف على أهم أعراض وسمات هذه الاضطرابات الشخصية والذي لم يسبق تصنيفها" (أسامة،2015،320). ولكن هذا الأمر يسبب كربا سريريا مهما، أو إعاقة في وظيفة أو أكثر من الوظائف الحياتية المهمة (أي وظيفة اجتماعية أو مهنية). وهذا التصنيف يستخدم أيضا عندما يحكم العيادي بأنه اضطراب شخصية نوعي، لا يتضمن في التصنيف ما هو ملائم. (عبد العزيز،2013،98).

جاء في دليل الصحة النفسية للأطباء عن منظمة الصحة العالمية أن هناك كثيرا من اضطرابات الشخصية يمكن وضعها تحت هذا التصنيف وأهمها:

-الشخصية المزيج: وجود ملامح لأكثر من اضطراب شخصية دون أن تحقق المعايير الكاملة لأي اضطراب شخصية، على أن تسبب هذه الملامح مشكلة أو ضائقة في واحد أو أكثر من مجالات الإنسان الاجتماعية أو المهنية.(WHO,2001,66.)

7-11-الشخصية الوسواسية القهرية: أول ما ظهر اضطراب الشخصية الوسواسية، كان في الإصدار الثالث من الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية.(صالح،2014،486) لذلك تبنى الدليل التشخيصي والاحصائي هاته التسمية، بينما اختار الدليل العالمي تسمية الشخصية النظامية المرادفة للشخصية القهرية (لطيفة، 2014، 219) يرتبط وصف هذا النموذج من الشخصيات بالوصف الخاص بالطبع الشرجي لفرويد، وبالشخصية النظامية لسكيندر حيث يتعلق الأمر بشخصية متناسقة في بنيتها ومستقرة في ثباتها. ويتميز توظيفها النفسي ب:

-الميل للكمال، والانشغال الصارم والمتطلب بإتقان العمل.

-الانشغال بالنظام وبالنظافة يصاحبه تدقيق مبالغ فيه، ودقة متناهية وصارمة في أداء الأعمال، وفي المجال الأخلاقي، الوفاء بالالتزامات والانشغال المهووس بأداء الواجبات.

-الحس الاقتصادي والبخل الشديد وحب التملك، والصعوبة في التخلي عن الأشياء وإن كانت غير صالحة للاستعمال.

-العناد المتصلب والتشبث بالرأي والتسلط.(لطيفة، 2014، 220).

كما ذكر كوترو وبلاكبورن(2001) أن الشخصية الوسواسية القهرية تتصف بالرغبة الطاغية لالتزام النظام والكمالية، وصلابة التحكم في الذات والعلاقات البينشخصية، فالشخص الوسواسي يطبق القواعد بحذافيرها، وتطلعه للكمال يحد من فاعليته، وهو يولي للشغل الأولوية القصوى على حساب المجالات الأخرى لحياته.(عبد العزيز،2013،94،95) وأضافت الدراسات الحديثة منها دراسة ألوجا وآخرون(2007) أن المصابين بالشخصية الوسواسية القهرية أكثر إظهارا للسلوك الاندفاعي والاجتماعي وضعف النشاط الوظيفي.(أسامة،2015،315).جاء تأكيد ما سبق في دليل الصحة

النفسية للأطباء الصادر عن منظمة الصحة العالمية أن الأشخاص المصابين بهذا الاضطراب يتميزون بما يلي:

-الانشغال بالنظام والكمالية والصلابة على حساب المرونة والانفتاح والفاعلية، ويظهر ذلك في :

-الانشغال بالتفاصيل والقواعد واللوائح، والترتيب والتنظيم والجداول إلى درجة يضيع معها الموضوع الرئيس الذي يقوم به.

-الكمالية التي تتعارض مع إتمام واجبه (مثال: عدم القدرة على إتمام مشروع، لأن معاييره الدقيقة جدا لم تتوفر).

-التفاني بشكل زائد في العمل والانتاج، إلى درجة التخلي عن الصدقات والفعاليات في أوقات الفراغ.

-الضمير الحي اليقظ، وكثرة الشك والوساوس، والتصلب فيما يخص المسائل الأخلاقية والمثل والقيم.

-المعارضة لتفويض الآخرين بالواجبات، أو العمل معهم إلا إذا خضعوا تماما لطريقته في العمل.

-بخلاء تجاه أنفسهم والآخرين، ويخزنون المال للحماية من كوارث المستقبل.

-الصلابة والتردد.

-مقدار كبير من القلق عندما يهدد شيء ما روتينهم أو استقرارهم، أو طقوسهم أو طرقهم في العمل. (WHO,2001,65,66.).

1-معايير تشخيص الشخصية الوسواسية حسب المراجعة الخامسة:

فيما يلي عرض لمعايير تشخيص اضطراب الشخصية الوسواسية حسب المراجعة الخامسة:

1-الانشغال المفرط بالنظام والترتيب، والسعي نحو الكمال وذلك على حساب المرونة، يبدأ مع مرحلة الرشد المبكر، يتبين في أربعة أو أكثر مما يلي:

2-ينشغل بالتفاصيل والتنظيم، بحيث ينحرف عن أهدافه الرئيسة (لا ينجز المهمة بسبب انشغاله بالتفاصيل)

3- الرغبة في الكمال.

4-انشغال مفرط وتام بالعمل، الإنتاج على حساب حياته الاجتماعية.

5-يقظ الضمير بدرجة مفرطة.

6-متصلب في الموضوعات الأخلاقية والقيم.

7-يؤدي عمله بنفسه (لأنه لا يثق بأداء الآخرين)

8-بخيل مع نفسه ومع الآخرين.

9-متصلب وعنيد (شلبي وآخرن،2014،143،144)

لا تختلف المعايير الواردة في الطبعة الخامسة كثيرا عن المعايير المدرجة في الطبعة الرابعة إلا من حيث أسلوب الصياغة الذي يتميز بالاختصار.

2-العلاقة بين اضطراب الوسواس القهري واضطراب الشخصية الوسواسية:

أثبتت الدراسات أن اضطراب الشخصية الوسواسية سابق على اضطراب الوسواس القهري ومنذر به. حيث يذكر "جينايك" أن دراستين قد برهنتا على أن نصف مرضى اضطراب الوسواس القهري كان لهم اضطراب الشخصية الوسواسية قبل إصابتهم بالمرض، كما افترض "شابير" أنه عندما يقع صاحب الشخصية الوسواسية القهرية تحت الضغط فإنه يستجيب لذلك بتطوير اضطراب الوسواس القهري، وهذا عرض مهم لأنه إذا صدق فانه يقدم لنا وسيلة للتنبؤ المسبق لكن تبقى هذه الدلائل غير مقنعة. فالفرق الحاسم بين الشخصية الوسواسية واضطراب الوسواس القهري يكمن في:

-مدى حب الشخص بأن يحوز هذه الأعراض.

-فصاحب الشخصية الوسواسية ينظر لما يقوم به من تدقيق وحب للتفاصيل بفخر وبتقدير الذات.

-الأمر مختلف لدى الشخص المصاب باضطراب الوسواس القهري، فإن هذه الخصال وضيعة ممقوتة مثيرة للاشمئزاز، غير مرغوبة، مصدر عذاب وقلق.

-معظم مرضى الوسواس القهري ليس لديهم تاريخ سابق للشخصية الوسواسية، وقليل من الناس الذين لديهم شخصية وسواسية يطورون اضطراب الوسواس القهري.

-اضطراب الوسواس القهري ليس شكلا عنيفا من اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية، إن الأكثرية العظمى من مرضى الوسواس القهري لم يكن لديهم أعراض وسواسية قبل إصابتهم بالمرض، ومن ثم فإن مثل هذه السمات ليست ضرورية ولا كافية لتطوير اضطراب الوسواس القهري.(عبد الخالق،2002).

3-التشخيص الفارقي: ينبغي إجراء التشخيص التفريقي بين الشخصية الوسواسية القهرية واضطراب الوسواس والقهر، حيث يظهر في الاضطراب الثاني أفكار متسلطة، أو أفعال قهرية يصعب على صاحبها التخلص منها ومداعبتها، تسبب قلقا حادا. وتتقاطع هذه الشخصية مع الشخصية شبه الهذائية والشخصية شبه الفصامية.(عبد العزيز،2013،97).

وسيتم تفصيل ذلك لاحقا في مبحث خاص باضطراب الوسواس القهري.

8-أسباب اضطراب الشخصية:هناك عدة عوامل تساهم في اضطراب الشخصية منها:

8-1-الأسباب العصبية: يشير عبد العزيز إلى أن الدراسات البيوكيماوية أشارت إلى أن الأشخاص المندفعين لديهم معدل مرتفع من هرمون التستوستيرون، لذلك يتصف سلوكهم بالعدوان والسلوك الجنسي. ودلت الدراسات أيضا على أن انخاض معدل الأنزيمات المؤكسدة للأمينات الأحادية في الصفائح الدموية يرتبط بالنشاط والاجتماعية في قرود التجارب. وتأكد ذلك في دراسة شملت طلبة الجامعة.(صالح،2014،492).

-8-2-ا**لعوامل الوراثية:** ثبت حسب Ellison.J,shader(1994) أن للوراثة دورا محددا في إصابة الشخص بنمط من أنماط اضطرابات الشخصية.(أسامة،2015،298).

تشير الدراسة التي أجراها (Torgersen et al,2000) على مجموعة من التوائم أن تأثير الوراثة قد بلغ نسبة 60 بالمائة.

-حيث بلغ تجمع اضطرابات الشخصية للمجموعة A نسبة 37 بالمائة.

-وبلغ تجمع B نسبة 60 بالمائة

-وبلغ تجمع C نسبة 62 بالمائة

-وبلغت النسبة المائوية لكل اضطراب لأسباب وراثية كالتالي:

-النرجسية: 79 بالمائة

-الوسواس القهري: 78 بالمائة

-الحدية: 69 بالمائة

-الهستيرية: 67 بالمائة

-الفصامية: 61 بالمائة

-الاعتمادية: 57 بالمائة

-المحبطة لذاتها: 54 بالمائة

-الزورية: 28 بالمائة

-التجنبية: 28 بالمائة .(صالح،2014،491)

تبين من خلال نتائج الدراسة أن نسبة تأثير الوراثة كانت بدرجة أعلى لدى الشخصية النرجسية، تالتها الشخصية الوسواسية الحدية، ثم الهستيرية فالفصامية ثم الاعتمادية، بعدها المحبطة لذاتها، الزورية، وكانت الشخصية التجنبية في آخر الترتيب . وهذا ما يعني أن للعامل الوراثي تأثيره في ظهور اضطرابات الشخصية. لذلك فإن الوراثة تلعب دورا في اضطرابات الشخصية "وقد يكون اضطراب الشخصية لدى الفرد هو نفس الاضطراب السائد لدى العائلة، أو قد يكون اضطراب آخر هو السائد لدى العائلة، كما لوحظ حسب عمر شاهين ويحي الرخاوي،(1977) أن هناك عددا لا بأس به من أقارب ذوي اضطراب الشخصية مصابون بأنواع مختلفة من الذهانات.(أسامة،2015،324)

8-3-العوامل البيئية: يرى (Hewstone et stroebe,2001) أن للبيئة والمحيط الذي يعيش في وسطه الفرد تأثيره، إذ أن التجارب المبكرة السيئة في العائلة تساهم في تطوير اضطرابات الشخصية لديهم، فالناس الذين يفشلون في التجارب المبكرة وفي تأكيد قيمة ذواتهم يكونون مضبوطين، وتنتج لديهم مجموعة من الأفكار الجامدة والثابتة

والأفكار المعيقة حول ذواتهم والآخرين والعالم، والتي تترجم بعد ذلك إلى أنماط سلوكية صارمة وقاسية إذا كان الوالدان –مثلا– ناقدين وسيئين في التعامل مع أطفالهم وغير قادرين على مساعدتهم على مواجهة وتحمل الضغوط، سيتعلم الطفل أن يخفي مشاعره ويتوقع الرفض من الآخرين، لذا سيتجنب إقامة العلاقات الشخصية حتى إذا كان راغبا فيها. وإذا استمر هذا النمط من المعاملة مع الطفل فإن شخصيته ستصبح متصلبة في الكبر، وسيطور في النهاية أحد أنواع اضطراب الشخصية.(صالح،2014،492،493). لذلك فإن اضطراب الشخصية يكون نتيجة منطقية لتفاعلات كافة الأحداث البيئية على الشخص مع بعض المعطيات التي يملكها الشخص.(أسامة،2015،324).

8-4-العوامل النفسية: تلعب العومل النفسية دورا هاما في ظهور وتعزيز اضطرابات الشخصية، فقد أشارت الدراسات إلى"أن هؤلاء الأشخاص قد تعرضوا للعديد من المتاعب الشخصية والمشكلات الأسرية، والاعتداء عليهم في كثير من الأحيان سواء أكان هذا الاعتداء بدنيا أو جنسيا، على يد شخص غريب أو أحد الأقارب وما إلى ذلك".(أسامة،2015،326). ويرى حسين فايد(2003،194) أن التثبيت على مرحلة نمو نفسي جنسي معينة قد يؤدي إلى اضطرابات الشخصية، مثل التثبيت على الشق الأول من المرحلة الفمية، فقد يؤدي إلى اضطراب الشخصية الفصامية، أما التثبيت على الشق الثاني من المرحلة الفمية فقد يؤدي إلى اضطراب الشخصية الحدية، أما التثبيت على المرحلة الشرجية قد يؤدي إلى اضطراب الشخصية البارانوية.(أسامة،2015،326). كما أن حدوث صراع شديد بين مكونات الشخصية (الهو–الأنا– الأنا الأعلى) أثناء مراحل نمو الشخصية، فلا يحقق توازن وتوافق الشخصية، حيث يصبح الأنا غير قادر على التوفيق بين نزعات الهو، ومطالب الأنا الأعلى، والواقع الخارجي.(أسامة،2015،326).

ومن خلال ما سبق فإن اضطرابات الشخصية تساهم في ظهورها جملة من العوامل منها ما هي فيزيولوجية، ومنها ما يرجع إلى أساليب التنشئة الاجتماعية غير السوية، التي قد تقوم على التمييز في المعاملة أو الإفراط في الحماية وأساليب التربية الخاطئة، كما قد ترجع إلى العوامل النفسية، والظروف الاجتماعية المحيطة بالفرد، والتي قد تنجم عنها أمراض نفسية (التوتر والقلق والاكتئاب...) أو عقلية (الذهان، الهوس..). كما يعد

الإدمان على الكحول والمخدرات عاملا مؤثرا وبشدة في اضطراب الشخصية. وتختلف درجة التأثير باختلاف أنماط الشخصية وعوامل التأثير. ومهما يكن نوع الاضطراب في الشخصية فإنه يستدعي تدخلا علاجيا وتكفلا نفسيا.

9-علاج اضطرابات الشخصية: يعتبر علاج اضطرابات الشخصية من أصعب ما يواجهه المعالجون النفسيون لما تتمتع به العديد من الحالات من مقاومة للعلاج، ونظرا لعدم طلب المريض العلاج إلا بعد أن يصطدم بالمجتمع أو يستفحل المرض، "وبالرغم من معاناة أفراد الأسرة مع مريضها إلا أن علاقاتهم بالمريض قد استقرت على أساس توازن معين".(أسامة،2015،326). لذلك فهم لا يطلبون العلاج، كما ليس هناك علاج معين لعلاج اضطرابات الشخصية، ولكن يتحدد نوع العلاج بعد التشخيص (القيام بالفحوصات، والاختبارات النفسية..)، بعدها يتم اعتماد العلاج المناسب، والذي يختلف نوعه باختلاف الاضطراب وباختلاف الحالات، ويمكن أن يكون كالتالي:

9-1-العلاج الدوائي: ذكر السبيعي(2012) أن دور العلاج الدوائي في علاج اضطرابات الشخصية محدود جدا، لكنه يمكن أن يستهدف أعراضا محددة في اضطرابات نفسية أخرى، قد يتزامن وجودها مع وجود اضطرابات الشخصية في مرحلة ما (صالح،2014،495).

فالعلاج الدوائي حسب ما أشار إليه فايد(2003،196) لا يفيد إلا في علاج الأعراض الطارئة مثل التوتر أو القلق أو الاكتئاب، وتستخدم مضادات القلق والاكتئاب في هذه الحالات، كما تستخدم مضادات الذهان في حالات اضطرابات الشخصية البارانوية أو الفصامية.(أسامة،2015،327). وتجدر الإشارة إلى أن العلاج الدوائي وإن كان قد أثبت فاعليته في تلاشي الأعراض وحتى يكون ذا فاعلية أكثر، لا بد من أن يصاحب بالعلاج النفسي الذي يعمل على البحث في أسباب الاضطراب ، والتي تعد عاملا في ظهور الأعراض لإمكانية التشخيص والعلاج.

9-2-العلاج التحليلي: تعتبر العلاجات التحليلية النموذجية المقاربة الأكثر فعالية نظريا في علاج الشخصيات المرضية، حيث يتمثل هدفها الأساس في التوصل إلى توظيف

نفسي قادر على تكيف اجتماعي متحرر من كل العراقيل، ومن أشكال الكف وأشكال التصلب في الطبع، وليس إلى إلغاء نهائي للأعراض المرضية. يرجع اقتراح أية تقنية بالخصوص إلى جهوزية وتفهم المعالج، وكذلك إلى التوظيف النفسي للرد، ودافعيته في اتخاذ طريقة مجهدة تتطلب المثابرة والتضحيات. فهناك من المرضى من لا يطالب إلا بالتخيف من حدة الأعراض من خلال علاج دعمي وعلاج بالسند.(لطيفة،2014،222).

لذلك فإن العلاج التحليلي يهتم برؤية المريض للأحداث من حوله، باعتبار أنها تشكلت من خلال علاقته الإنسانية في حياته المبكرة، ومن خلال استبصار المريض بالعلاقة بين خبراته المبكرة وواقعه، يمكن التغيير نحو الأفضل.(صالح،2014،494). ومن الواضح أن العلاج من خلال هذا النموذج هو جعل المريض يدرك أفكاره وصراعاته المكبوتة، وجعله يركز على ما يظهر من اللاوعي. فالتبصير حسب فرويد يسمح للصراعات المكبوتة أن تتحد مع الأنا والوعي حيث يصبح الشخص أقدر على التعامل بكفاءة مع الحياة.(الريماوي وآخرون،2014،635).

9-3-العلاج السلوكي: يهدف هذا النوع من العلاج إلى تغيير عادات المريض بالارتباط الشرطي، واستخدامه كمبادئ الثواب والعقاب أو التدعيم الإيجابي والسلبي للإبقاء على السلوك الجيد والتخلص من السلوك المرضي، ويستخدم هذا العلاج في الشخصيات المضادة للمجتمع، والتي تدمن الخمور حيث يمكن علاجها باستخدام العلاج بالتنفير.(أسامة،2015،328).

9-4-العلاج المعرفي: تقترح العلاجات المعرفية حاليا للمساهمة في التكفل النفسي الخاص باضطرابات الشخصية، انطلاقا من قواعدها النظرية التي ارتكزت على دور المسلمات والاعتقادات اللاعقلانية للفرد في التوظيف النفسي الصارم والمكره، فإن العلاج يتمثل في إعادة هيكلة المخططات المعرفية المبالغ فيها.(لطيفة،2014،222). وأن الهدف الرئيس في العلاج حسب هذا النموذج هو اتخاذ خطوات ناجعة من أجل استبدال الأفكار والاعتقادات غير المنطقية والمشوهة بأخرى منطقية وغير مشوهة، ويستعمل تعبير (إعادة البناء المعرفي) لوصف هذه التقنية التي تجعل أفكار المريض واعتقاداته منطقية وأكثر إيجابية.(الريماوي وآخرون،2014،631).

إن التنظير للاضطرابات الشخصية الذي تمت متابعته واقتراحه من طرف المدرسة المعرفية السلوكية أمد بالكثير من الطرق العلاجية: عقود الأهداف، والكشف على اللحظات الانفعالية القوية، والعمل على الدافعية اتجاه التغير، وألعاب الأدوار...إلخ.(لطيفة،2014،222).

لذلك فإن العلاج المعرفي يهتم بتشوهات الإدراك التي تكونت نتيجة تبني أفكار غير عقلانية لمدة طويلة من دون النظر في الأسباب، وتهدف هذه المدرسة العلاجية إلى مساعدة المريض في التعرف على هذه التشوهات والأفكار ومن ثم تعليمه الأسلوب الأمثل للتغيير.(صالح،2014،494).

فالعلاج المعرفي القائم على منحى آرون بيك والذي ينظر إلى أخطاء التفكير على أنها مسؤولة في المقام الأول عن مشكلات سلوك الفرد أو تفاعلاته مع الآخرين، وأن أصحاب الشخصية البينية كمثال يسود لديهم ثلاثة فروض:

العالم خطير وحقود.

أنا عرضة للانجراح.

أنا غير مقبول أساسا.

فعن طريق فنيات العلاج المعرفي المختلفة يمكن التعامل مع هذه الاضطرابات.(أسامة،2015،328،2015).

9-5-العلاج الانساني(المتمركز حول الشخص): حسب روجرز فإن النموذج الإنساني يرى أن الناس لديهم حرية الخيار، وقادرون بشكل عام على اتخاذ القرارات المنطقية حول حياتهم، ونتيجة لهذا، على المعالج أن يوفر الجو الداعم الذي من خلاله يستطيع المريض أن يطور ثقته بنفسه، ويصبح أكثر قدرة على تحقيق ذاته، فالمعالجة تركز على تجارب الشخص ونظرته لنفسه وللعالم حوله وليس على سلوكه.(الريماوي آخرون،2014،634)

9-6-العلاج البيئي: إن للبيئة التي يعيش في ظلها المريض دور في مساعدة المريض على التخفيف من الضغوط التي تقع على المريض، سواء أكانت "أكاديمية أو مهنية أو أسرية، ومحاولة المعالج مع الأفراد المحيطين بالمريض حل الصراعات الأسرية بين الزوجين أو بين الوالدين والابن، وذلك لمساعدة المريض على التكيف بطريقة أفضل".(أسامة،2015،328).

ونظرا لما للمعالجة النفسية الجماعية والعائلية من دور وأهمية في مساعدة المريض والتخفيف من معاناته، لذلك يمكن استخدام هذا النوع من العلاج مع مضطربي الشخصية وبخاصة الأنماط الشخصية التي تتطلب إهتمام الآخرين بها، كالشخصية الهستيرية والشخصية التجنبية وغيرهما.

إن هذه الأنماط العلاجية يجب أن تتم على يد طبيب أخصائي في الأمراض النفسية، وتحت إشرافه. وللأخصائي النفساني دور مهم في توجيه الحالات التي تعاني من صعوبات حادة من جراء هذه الاضطرابات التي تتطلب تدخل المتخصصين من ذوي الخبرة والكفاءة العالية في مجال الصحة النفسية، حتى يكون العلاج فعالا ومفيدا ويعطي نتائجه ويلمس المفحوص فاعليته.

خلاصة: مما سبق يمكن القول أنه نظرا لما يترتب عن اضطرابات الشخصية من أعراض والتي اختلفت أسبابها وتأثيراتها على الصحة النفسية والعقلية للفرد، نجد أن الباحثين وعلماء النفس أولوها أهمية بالدراسة، بغرض الوقاية منها والحد من تطورات أعراضها وآثارها، واقتراح أساليب علاجية والتي اختلفت باختلاف النظريات، وحسب متطلبات كل اضطراب. ويعد اضطراب الوسواس القهري من بين الاضطرابات ذات التأثير على مختلف توافقات الفرد.

ونظرا لما للأفكار الوسواسية والأفعال القهرية من تأثير على جوانب حياة الفرد وارتباطها ببعض الأعراض لاضطرابات الشخصية وبخاصة الشخصية الوسواسية، فإنه من الأهمية بمكان أن نتطرق في المبحث التالي إلى اضطراب الوسواس القهري، ليتم التركيز من خلاله على الأفكار الوسواسية التي تعد محورا أساسيا من محاور البحث.

المبحث الثاني: اضطراب الوسواس القهري:

تمهيد :يعتبر الوسواس القهري من الحالات النفسية الشائعة في جميع المجتمعات المتحضرة والمتخلفة، وقد ظهر الاهتمام به بشكل ملحوظ في السنوات الأخيرة لمزيد من المعرفة عن أسبابه وأساليب الوقاية منه، لأنه قد يؤدي إلى تعطيل نشاطات الفرد الشخصية والاجتماعية، وعلى حياته الإنتاجية، نتيجة ما يحدثه من قلق وتوتر وإرهاق نفسي، واكتئاب من جراء تلك الأفكار والأفعال والسلوكيات القهرية المتكررة، التي تقتحم تفكير الفرد رغم محاولته مقاومتها والتخلص منها، فهو يصرف كثيرا من وقته وطاقته ويتحمل الآلام والمعاناة لإخفاء حالته الوسواسية.

وفي هذا المبحث سنتناول الموضوع من مختلف جوانبه، نظرا لما له من تأثير على حياة الفرد النفسية والعقلية والاجتماعية، وبخاصة شريحة النساء التي تستجيب لوساوسها في تفسير مختلف اضطراباتها ومعاناتها اليومية، صحية كانت أم أسرية أم اجتماعية في واقع سوسيوثقافي يفرض نفسه على المريض.

1-تاريخ اضطراب الوسواس القهري: تاريخ اضطراب الوسواس القهري قديم جدا ،فقد كان متلازما مع وجود العقل البشري، وقد كان موجودا في عهد ما قبل التاريخ الميلادي أيام الفراعنة في مصر، فقد أرسل أحد الكهنة ويدعى(حقانخت) إلى ابنته مجموعة رسائل تشير في محتواها الى الشك والوسوسة لدى ذلك الشخص.

وفي عهد ما بعد الميلاد وصف"جالينوس" طبيب الإنبراطورية الرومانية الأول هذا المرض، وذلك في القرن الثاني الميلادي. كما كان التراث الإسلامي زاخرا بوصف هذا المرض وأنواعه وعلاجه بأساليب لم تعرفها الدول الغربية ، ومن أهم العلماء العرب المسلمين الذين تحدثوا عن هذا المرض "أبو زيد البلخي"(850-943م) في كتابه "مصالح الأبدان والأنفس"، حيث ذكر أحاديث النفس ووساوسها، يقول فيه:"أما الوسواس الذي يمنع الانسان عن التفكير فيما سواه ويشغله عن أكثر أعماله أو عن قضاء أوطاره، فهو من الأعراض النفسية التي لا بد من علاجها. ويرى "البلخي" أن الوسواس عرض ليس معروف السبب، وإنما هو شيء يقع في طباع بعض الناس من قبل مولده ،

وكأنما يشير من طرف خفي إلى عامل الوراثة كسبب لهذا الاضطراب، وغير ذلك من بعض سمات الشخصية للموسوسين. وهذا ما أشارت إليه كثير من الدراسات الحديثة في الغرب.(السيد،2009،93،94،95).

وفي القرن التاسع عشر كان اضطراب الوسواس القهري يعتبر كعنصر من الجنون، حيث تكلم "pinel " عن الجنون العاقل، واعتبره " esquirol" هذيانا جزئيا، كما أطلق عليه تسميات متعددة، جنون اللمس، وهذيان الشك. أما الوصف الجيد فكان مع "Falret و morel " اللذان عملا على عزله في متلازمة متميزة.

فقد وصف اسكيرول (Esquirol,1838) هذا الاضطراب لأول مرة بأنه: زملة من الأعراض الوسواسية القهرية وأحد الأمراض العقلية التي يصعب علاجها ، نظرا لأنه أحد أشكال التفكير العقلي المرتكزة على مفاهيم خاطئة، وتفسيرات غير حقيقية. (البشير،2007،23)، في حين وصفه جانيه(Ganet ,1903) بأنه نوع من الشكوك المقتحمة.

كما صنف جانيه محتوى الوسواس إلى خمسة أصناف أساسية هي: الجريمة، تدنيس المقدسات، العار، عدم الملاءمة الجسمية، وتوهم المرض (البشير،2007،23). ويذكر زهران أنه كان فيما مضى يطلق على عصاب الوسواس والقهر والخواف معا اسم "الوهن النفسي" أو "الإنهاك النفسي". وما زال البعض يرون أن الوسواس والخواف يرتبطان ببعضهما البعض إلى حد كبير، وأن كل الوساوس مخاوف، وأن كل المخاوف وسواسية. وحاليا يطلق عليه البعض اسم "رد فعل الوسواس والقهر"، وأحيانا يقتصر البعض على استخدام مصطلح الوسواس، ويقصدون بذلك عصاب الوسواس والقهر وذلك لتلازمهما.(زهران،2005،509).

بالنسبة لبياجي وفرويد فقد وضعا الاضطراب ضمن حقل العصابات، حيث عمل بياجي على تصنيف الوسواس والتهيجات القهرية(هوس عقلي ورهابات) في إطار اضطرابات الوهن النفسي. أما فرويد فقد عزل العصاب الوسواسي إلى جانب العصابات الرهابية والهستيرية في إطار عصابات الصراع، وتم ربطه بتثبت ونكوص على مستوى

المرحلة الشرجية. وفي التصنيفات العالمية الحالية، وتحت تأثير المقاربات المعرفية والبيولوجية والعصبية.

اختفت كلمة العصاب الاستحواذي ليحل محلها الاضطراب الوسواسي القهري، والشخصية الاستحواذية القهرية" (لطيفة،2014،96،97). ويرتبط مفهوم الوسواس القهري بالتطور التاريخي لمفهوم العصاب الاستحواذي المقترح من طرف المدرسة التحليلية. وعبر التاريخ اكتسب هذا الاضطراب العديد من التصنيفات أو المسميات "فتارة وضع تحت مسمى الميلانخوليا الدينية religious melancholy، وتارة أخرى تحت مسمى التملك أو الاستحواذ الشيطانيdomain posession، وتارة ثالثة تحت مسمى مرض الشكوك doubting disease وغيرها من المسميات. ومن شدة قسوته وبيان مدى المعاناة التي يعاني منها المصابون به وصفه أحد المرضى بأنه "دوامة الجحيم"avortex of hell"، في إشارة منه إلى أنه دوامة من الألم والمعاناة، دوامة توقف عن الحياة أو العيش"(السيد،2009،95).

2-مفهوم الوسواس القهري: اختلفت آراء الباحثين والمهتمين في مجال الصحة حول مفهوم وتعريف الوسواس القهري، وفيما يلي نشير إلى جملة من التعريفات:

2-1-التعريف اللغوي:

الوسواس: لغة: من وسوس، وسواسا، ووسوسة، وسوس الشيطان له وإليه: حدثه بشر، أو بما لا نفع فيه ولا خير. والرجل أصيب في عقله فهو موسوس/ تكلم بكلام خفي.

والوسواس: مرض يحدث من الغالبية السوداء يختلط معه الذهن/ما يخطر بالقلب من الشر أو مالا خير فيه.(المنجد،1981،899).

الوسواس:اضطراب بالعقل واختلاط الأمور، جمع وساوس(سماحة،1984،650)

الوسواس:استحواذ، تسلط شعور أو فكرة، فكرة ثابتة، تصور قسري استحواذي(سهيل،2010،835)

2-2-اصطلاحا: يقصد بالوسواس، الأفكار والمشاعر التي تتكرر وتدفع إلى القسر (الشربيني،1999،125).

-الوسواس عبارة عن فكرة دائمة ومتكررة ورغبة تسبب الحزن(المطيري،2005،197). دون أن يستطيع ردها أو التخلص من شعوره، وإدراكه لغرابتها وعدم واقعيتها أو جدواها، بل إن المريض يبذل من طاقته الكثير لمحاولة درء مثل هذه الأفكار عن ذهنه، حتى يصبح شغله الشاغل هو القضاء عليها واستبعادها، باستخدام منطقه وإقناع نفسه بعدم واقعية أو جدوى الفكرة. (المطيري،2005،173،174).

2-3-القهر:

لغة: في اللغة العربية من قهر قهرا: غلبه، فهو قاهر وقهار، ويقال أخده قهرا من غير رضاهم، وفعله قهرا، بغير رضا. وأقهر الرجل، صار أمره إلى القهر، القهرة بضم القاف: يقال: أخذت فلانا قهرة: اضطرارا، والقهر اسم من أسماء الله الحسنى، والقهار: الغالب لا يحد غلبته شيء. (عبد الخالق،2002،12).

2-4-اصطلاحا: هو مجموعة أفعال تشعر الضحية بأنها مرغمة على تكرارها مرارا، مثال ذلك: غسل اليدين والعد، وتكرار بعض الكلمات، شد الشعر، والاهتمام بشكل الجسم والتوهم من الأمراض، والشعور بالذنب والأحلام الجنسية.(المطيري،2005،173).

-2-5-تعريف علماء النفس للوسواس: إن الوسواس هو تسلط فكرة على الشخص المريض، وتتكرر هذه الفكرة المتسلطة على كاهله بصورة دورية دون أن يحصل فيها تغيير أو تعديل، وتكون استحواذية تأتيه بصورة قسرية أو قهرية، وعلى الرغم من رفضه لها، أو مقاومتها داخليا بأفكار مناقضة لإدراكه بعدم جدواها، فهي عنده أفكار لا معنى لها، وغالبا ما ترجع الوساوس إلى الأفكار المتسلطة وإلى السلوك الجبري الذي يظهر بتكرار وبقوة لدى المريض، ويلازمه ولا يستطيع مقاومته، فيشعر بالقلق وبالتوتر إذا قاوم ما تسوس به نفسه.

وقد أشار "المالح " إلى ذلك في قوله "ويؤدي به ذلك إلى القلق والتوتر ومحاولة مقاومة هذه الأفكار والتخلص منها". (المالح،1998،123). لكنه لا يستطيع ذلك

فتسيطر عليه وتأخذ صورا متعددة " بالرغم من شعوره وإدراكه لغرابتها وعدم واقعيتها، ويستنفذ الكثير من طاقته لمحاولة درء الكثير من هذه الأفكار عن ذهنه، حتى تصبح شغله الشاغل في القضاء عليها واستبعادها آنيا، باستخدام منطقه بإقناع نفسه بعدم واقعية أو جدوى الفكرة.(العاسمي،2016،325). فهي أفكار أو نزعات متكررة بصورة مستمرة، يشعر صاحبها بأنها دخيلة عليه ولا معنى لها ومضيعة للوقت، وأنها تعوق نشاطه اليومي وعلاقته الاجتماعية.(أرثر،مارك،1997،،112).

ويعرف عزت (1964،141) الوساوس بأنها فكرة متسلطة، أو شعور ملازم أو انحياز قسري يحاصر المريض ويضيق عليه، فلا يستطيع أن يتخلص منه مهما بذل من جهد ومهما حاول إقناع نفسه بالعقل أو المنطق.(عبدالله،2012،168). كما يعرف بأنه" فكرة أو شعور متسلط يلازم الفرد كظله، فلا يستطيع منه خلاصا مهما بذل من جهد أو حاول إقناع نفسه بالعقل والمنطق، هذا مع اعتقاده بسخف هذه الفكرة أو الشعور، أو تعارضهما مع الأخلاق والقانون.(التميمي،2014،111).

فالوساوس تتضمن وجود أفكار واندفاعات ومخاوف، وعادات حركية موصولة مستمرة لا معنى لها،لا تؤدي إلى نتيجة، وصور لم يسبق أن خيرها الشخص المصاب، وهذه الأفكار تقحم بنفسها في شعوره، فهو يحاول باستمرار مقاومتها لأنها تثير اشمئزازه ونفوره منها، إلا أن هذه المقاومة تبدو ضعيفة، وإن المريض هنا يحس بسيطرة هذه الأفكار مما يترتب عليه أن يخل بعلاقاته الاجتماعية، بالإضافة إلى تعرضه إلى آلام نفسية حادة فضلا عما يتملكه من حالات التردد والشك الدائم بقدراته." نجده يقضي عدة ساعات في سبيل اتخاذ قرار إزاء مشاكل تافهة، حيث إنه يعجز عن البت فيها، هذا فضلا عن الشعور بالقلق وانعدام الثقة بالنفس(الخالدي،2015،80).

وتعرف الوساوس في مصطلح الطب النفسي أنها "أفكار ودوافع أو صور ملحة ومتكررة دوريا، يعاني منها الانسان في وقت من الأوقات خلال الانزعاج أو الاضطراب بطريقة تطفلية وغير مناسبة، وينتج عنها ضيق ملحوظ "(خلودي،2010،25). وهو"اضطراب قلقي يتسم بالأفكار التداخلية التي ينتج عنها عدم الراحة، والخوف

والتوجس والقلق، وسلوك تكراري يهدف إلى التخفيف من القلق وأعراض القهر"(صالح،2014،260).

فالوساوس " نوع من العصاب يغزو شخصية الفرد ويطغى عليها في صورة مشاعر، واندفاعات واضطرابات وسلوكيات متكررة ومفروضة، تسيطر بقوة على المريض رغم مقاومته لها"(السامراني، 2007، 56). " وقد تكون هذه المقاومة ضئيلة جدا في الحالات المستمرة، لفترات طويلة جدا، وعادة يكون هناك قلق لاإرادي واضح، لكن يكثر أيضا وجود مشاعر مزعجة من التوتر الداخلي أو النفسي بدون اهتياج. وكثيرا ما يعاني مريض اضطراب الوسواس القهري من أعراض إكتئابية. (1999,152, 10/ ICD).

ويعرفه جبل(2000) بأنه:"حالة نفسية قهرية، تبدو في صورة أفكار وخواطر شاذة غير منطقية، تستبد بالمريض وتلازمه كظله، ولا يستطيع الخلاص منها مهما بذل من جهد، ومهما حاول امتناع نفسه بالعقل والمنطق رغم شعوره بشذوذ وتفاهة هذه الأفكار".(صالح،2014،261).

كما يعرف باير(25،2010) الوساوس على أنها "دوافع أو صور ملحة ومتكررة دوريا يعاني منها الإنسان في وقت من الأوقات خلال الانزعاج أو الاضطراب، بطريقة تطفلية وغير مناسبة، وينتج عنها ضيق ملحوظ" .(الجبوري،الجبوري،2014،292).

فالوساوس ما هي إلا أفكار واندفاعات قهرية تقتحم المجال الشعوري للفرد، تكون غير مرغوب فيها من قبله فتعكر مزاجه، وتثير فيه القلق. كذلك توجد الوساوس لدى الفرد دون إتيانه بأفعال قهرية، ولكن عندما تشتد وتأخذ صفتها الدورية يصاحبها أفعال وحركات قهرية، وفي هذه الحالة تعتبر إنهاكا لطاقة الفرد النفسية، مما يؤدي هذا الوضع إلى الشعور بالوهن.(الخالدي،2015،80،81). فالوساوس المرضية تدخل في الشعور وتسيطر عليه، وتتحكم في السلوك بحيث تتدخل في حياة المريض الاجتماعية ، ومن أمثلتها:

-الوساوس العقلية: كاجترار الأفكار

المخاوف الوسواسية: كالخوف من المرض والتلوث.

-الاندفاعات الوسواسية: كالتفكير في العدوان وإلحاق الضرر والأذى بأحد الأفراد، أو مجموعة من الناس.

-الوساوس الخيالية: كأحلام اليقظة، أو التصور غير الحقيقي، كأن يفكر الزوج أن زوجته تخونه مع صديقه أو مع أحد أبناء الجيران.(الخالدي،2015،81،82).

كما تتضمن الوساوس هذه التصنيفات:

-وساوس الشك: حيث يكون لدى الفرد اعتقاد بأن أي مهمة يقوم بها لا تتم على وجه صحيح، ويكون غير راض عنها.

وساوس التفكير: وهي عبارة عن سلسلة من الأفكار الاجترارية المتصلة إحداها على الأقل بأحداث مستقبلية.

الوساوس القهرية (الاندفاعات): يكون لدى الفرد مطالب قوية تحمله على القيام بسلوكات قد تكون سالبة بشيء غير متحكم فيه.

وساوس الخوف: وهو الخوف من فقدان التحكم والتصرف بشكل محرج (كالخوف من الضحك في جنازة).

وساوس الصورة: وهي استمرار وجود صورة سلبية يكون الشخص قد رآها وتبقى حاضرة لديه.(البشر،2007،35،36).

مما سبق يمكن تعريف الوساوس بأنها:عبارة عن أفكار وصور واندفاعات أو مخاوف قد تصاحبها طقوس حركية يقوم بها المريض للتخفيف من قلقه وتوتره ومخاوفه، رغم يقينه بتفاهة هذه الأفكار واللا معقوليتها وأنها لا تستحق هذا الاهتمام، فهو يحاول مقاومتها باستمرار لكنه يحس بسيطرتها وقوة تأثيرها عليه، مما أدى به إلى الاستسلام والشلل الاجتماعي رغم المعاناة والآلام النفسية والذهنية.

2-6-تعريف القهر: هو حالة مرضية تتسم بالقلق الشديد، والصراعات النفسية، فهو فعل يدفعه دافع لا يقاوم، وهو فعل مرضي يأتيه الفرد ضد إرادته وخارج وعيه، ويكرره

المريض مرات عديدة في اليوم، وتستغرق ممارسته له عدة ساعات، وتتعطل أعماله ويستنكره الآخرون المحيطون به، وهو يصر على مزاولته "إنه أفعال وحركات تتسلط على الفرد وتلح عليه من أجل القيام بها، لا يستطيع مقاومتها رغم شعوره بسخافتها وعرقلتها لسير حركاته وأفعاله ، وحالها حال الوساوس المتسلطة في أنها تواجهه بالمقاومة إذا حاول التغلب عليها، وينتابه القلق والضيق إذا ألح على التخلص من سيطرتها وتسلطها."(العاسمي،2016،326).

كما يوضح الطيشي وآخرون أن السلوك القهري هو"أداء متكرر بصورة نمطية كتكرار غسل الأيدي والاستحمام لفترة طويلة، أو تكرار عد بعض الأشياء وفحصها، أو فتح وغلق الباب عدة مرات. "فهو أنواع من السلوك المتكرر والمعتمد استجابة للأفكار الوسواسية، أو استجابة لقواعد شاذة".(أرثر ،مارك،1997،112).

فالأفعال القهرية هي سلوكات متكررة يشعر الفرد أنه مدفوع لعملها بالرغم من معرفته أنه لا معنى لها، ولكنه يؤديها بشكل متكرر، والتفكير الوسواسي يمكن أن يؤدي إلى سلوك قهري"(المشيخي،2014،279). ويشير السيد، بناء على الدراسات العديدة التي أجريت قبل 1983 –كما سبقت الإشارة– إلى أن الأفعال القهرية "هي السلوك القهري الواعي الذي يجد الفرد المبتلى به نفسه مجبرا على القيام به دون أدنى إرادة منه، وهذا السلوك أو الفعل يكون غرضه درء القلق الناشىء عن سيطرة أو تسلط الأفكار القهرية".(السيد،2009،97).

ويمكن حدوث الوسواس القهري والسلوك القهري بصورة منفردة، ولكن غالبا ما نجدهما متلازمين معا. (الطيشي،وآخرون،2009،151). إن السلوك القهري عمل غير مقبول ولا يقاوم على تكراره، والشخص يقهر على إتيان أفعال معينة، وهو يعلم أنها تحول بينه وبين أن يكون على سجيته، وتقلل من فرص استمتاعه ويواجهها بالتحدي والتمرد. وهذا ما يؤكده الطيشي ، وآخرون، أن الوساوس والأفعال القهرية "أمور غير مرغوبة وغير مقبولة للمريض، ولا يمكن السيطرة عليها، وتأتي المريض رغم أنفه، وتنشأ في دماغ المريض نفسه، ويميز عدم أهميتها وعقلانيتها، ويحاول مقاومتها، وكلما حاول ذلك كلما ازداد قلقا.(الطيشي ،وآخرون،2009،151).

ويأخذ القهر أشكالا مختلفة حسب المواقف التي تستحوذ على الفرد ومن أشكاله:
-القهر المتنكر: وهو من الحيل الدفاعية التي يلجأ إليها المريض ليغطي بها الفكرة المتسلطة عليه.

-القهر الذهني: وهو سيطرة فكرة معينة على الفرد تحاوره باستمرار، وقد تكون فكرة علمية أو أدبية، أو قد تكون فكرة عدوانية أو ترديد عبارة واحدة ثابتة لا معنى لها.

-القهر التكراري أو إجباري التكرار: وهو دافع ملح يجبر الفرد على الدخول في مواقف انفعالية معينة، تشبه إلى حد بعيد مواقف انفعالية سبق أن عنى منها الألم، فتثير فيه القلق ولكنه نسي أحداثها، وليست لديه القدرة على استدعائها، فتعاوده انفعالاتها قسرا عنه في المواقف الجديدة المشابهة، وعلى الرغم من أن انفعالاتها مؤلمة إلا أن اللاشعور الذي يدفعها يبعث فيها الحياة.(الخالدي،2015،82،83). ويمكن عرض هذه التصنيفات للأعمال القهرية كالتالي:

-فئة طقس النظافة والاغتسال: وهي أكثر الأفعال القهرية انتشارا.
-فئة طقوس المراجعة: حيث يقوم المريض بمراجعة الأعمال التي قام بها، يصاب بالقلق إن لم يفعل ذلك، وقد ترجع بداية طقوس المراجعة بشكل تدريجي إلى التنشئة الاجتماعية، فهي تلعب دورا هاما في تطور هذا الاضطراب.(البشر،2007،36).

3-الفرق بين الوساوس المتسلطة والأفعال القهرية:

-الوساوس أفكار تتسلط على الفرد وتلح عليه وهي ثابتة، أما الأفعال القهرية فهي حركات تتسلط على الفرد وتلح عليه وهي ثابتة.

-الوساوس أفكار يشعر بها الفرد، والأفعال القهرية حركات يشعر بها الفرد.

-الوساوس المتسلطة يحاول الفرد مقاومتها والتخلص منها، كذلك الأفعال القهرية يحاول الفرد مقاومتها والتخلص منها.

الوساوس المتسلطة يشعر الفرد بعدم منطقيتها، كما يشعر الفرد بعدم منطقية الفعل القهري.

-الوساوس ضمنية أو دخيلة، أما الأفعال القهرية فهي صريحة أو إجرائية(خارجية).
-الوساوس تعرقل التفكير أما الأفعال تعرقل الحركات(العاسمي،2016،328).

-الوسواس عبارة عن فكرة دائمة ومتكررة ورغبة تسبب القلق والحزن. أما القهر فهو مجموعة أفعال تشعر الضحية بأنها مرغمة على تكرارها مرارا، مثل غسل اليدين، والعد، وتكرار بعض الكلمات، والاهتمام بشكل الجسم، والتوهم من الأمراض، والشعور بالذنب، والأحلام الجنسية. وغالبا ما يكون الوسواس والقهر مرتبطين، فالثاني يمثل محاولة لنقض الأول، فمن يغسل يديه بشكل متكرر، يحاول القضاء على هوسه بأن يديه متسختين، أو بانتقال العدوى. (المطيري،2005،197).

فالوسواس القهري كما جاء في دليل الصحة النفسية للأطباء(2001،129) أنه اضطراب تتكرر فيه الوساوس والأفعال القسرية بشكل شديد يسبب للمريض إزعاجا ملحوظا، يستهلك وقته(البطء الوسواسي)، أو يؤثر على روتين حياته اليومية أو أدائه الوظيفي، أو نشاطاته الاجتماعية، أو على علاقته بالآخرين، (WHO).

ولقد قدم فرويد وصفا متكاملا للعصاب القهري أو ما يسميه بالعصاب الحصاري القهري في كتابه(مقدمة عامة للتحليل النفسي) عام1917 بقوله: ينشغل عقل المريض بأفكار غير سارة، ويشعر باندفاعات تبدو غريبة بالنسبة إليه، وأنه مدفوع ليؤدي أعمالا لا تسره، وليس لديه القدرة على الامتناع عنها، لكنها في ذلك أفكار مثابرة ومسيطرة على عقل المريض دائما، فهي نقطة البدء في تركيز فكري مجهد ينهك المريض، وأنه عليه- ضد إرادته-أن يقلق، ويتأمل كما لو كان الأمر مسألة حياة أو موت. إنه "إحساس المريض بسيطرة هذه الوساوس أو قوتها القهرية عليه، مما يترتب عليه شلله الاجتماعي وآلام نفسية وعقلية شديدة.(مصطفى،2015،346،347).

الوسواس فكر متسلط، القهر سلوك جبري يظهر بتكرار وقوة لدى المريض ويلازمه ويستحوذ عليه، ويفرض نفسه عليه ولا يستطيع مقاومته، على الرغم من وعي المريض وتبصره بغرابته وسخفه ولا معنوية مضمونه وعدم فائدته، ويشعر بالقلق والتوتر إذا قاوم

ما توسوس به نفسه، ويشعر بإلحاح داخلي للقيام به. والوسواس والقهر عادة متلازمان كأنهما وجهان لعملة واحدة.(زهران،2005،509).

وبذلك فإن الوسواس القهري اضطراب عقلي، اضطراب في محتوى التفكير، وأفكار مستمرة تحوم حول موضوع معين بشكل اجتراري، وقد تكون سلسلة من الأفكار تقحم ذهن المصاب، وغالبا ما يدرك المريض أنها تافهة وسخيفة، ويعمل على مقاومتها والتخلي عنها لكنه يجد نفسه عاجزا عن ذلك فيصبح الفرد متوترا قلقا، كما قد تؤثر على حياته اليومية وعلى علاقته الاجتماعية.

أما الأفعال القهرية فهي عبارة عن طقوس وحركات وأفعال يكررها المريض بصفة نمطية، يرى نفسه مندفعا للقيام بهذا السلوك الناتج عن الأفكار التي تقتحم فكره، فهو يحاول إطفاء هذه الفكرة عن طريق القيام بالسلوك القهري حتى يشعر بالراحة.

لذلك فإنه "غالبا ما يكون الوسواس والقهر مرتبطين وكأنهما وجهان لعملة واحدة، رغم وعي المريض وتبصره بغرابته وسخفه وعدم فائدته، يشعر بالقلق والتوتر إذا قاوم ما توسوس به نفسه ويشعر بالحاح داخلي للقيام به"(المطيري،2005، 197).

4-تعريف الأفكار الوسواسية: هي مجموعة أفكار تستولي على ذهن المريض وتلازمه، وقد تكون مخيفة ومقلقة يحاول المريض التخلص منها ومقاومتها لكنها تبقى تشغل بال المريض ، وقد تختفي وتحل محلها فكرة أخرى وأخرى ثم تعاود للظهور، فهي أفكار كثيرة يظل المريض يجترها ، تشغله وتلح عليه ، إنها أفكار يؤمن المريض بسخافتها واللامعقوليتها. كما يعتبرها الخالدي(2006) أنها"أفكار واندفاعات قهرية تقحم المجال الشعوري للفرد وتكون غير مرغوب فيها، فتعكر المزاج، وتثير القلق، ويمكن أن يظهر ذلك دون وجود أفعال قهرية، ولكن عندما تشتد تأخذ صفتها الدورية، يصاحبها أفعال قهرية، وفي هذه الحالة تعتبر إنهاكا لطاقة الفرد النفسية مما يؤدي إلى الشعور بالوهن والعجز"(الخالدي،2006،248) . فقد جاء في المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض، تصنيف الأمراض النفسية والسلوكية بأنها: أفكار وصور واندفاعات، تطرأ على ذهن الشخص بشكل متكرر ونمطي وغالبا ما تثير الإزعاج، ويحاول المريض عادة

مقاومتها بدون جدوى. ومع ذلك فإنها تعتبر أفكاره الخاصة، رغم كونها لاإرادية وغالبا كريهة، تصاحب الفرد لوقت طويل وقد تعيقه عن أداء واجبه ومسؤولياته.(icd/10,1999,152).

جاء في تعريف مياسا (1997) أنها "أفكار ثابتة تتسلط على الفرد، وتلح عليه، على الرغم من شعوره بتفاهتها وبعرقلتها لسير تفكيره، فاذا رغب في التخلص منها واجهته بمقاومة، وإذا أراد الانشغال عنهاعاودت"(صالح،2014،261). ويعرفها الحنفي(1978) بأنها فكرة أو مجموعة من الأفكار تتسلط على المريض وتقلق شعوره قسرا عن إرادته، رغم إدراكه هو نفسه بأن تسلطها على هذا الشكل غير سوي" (الحنفي، 1978، 43).

ويبدأ الاستحواذ عادة باجترار مؤقت لفكرة لا يمكن طردها من الذهن، يحس المرء بالقلق وبلامنطقية الفكرة، يصرف جهده عبثا للتخاص منها، تتكرر تلك الفكرة وتعود تقاوم جهد الفرد لطردها، وتعذبه وتقلقه برغم عدم تحققها في سلوك مجسد، فيشعر أنه مجنون أو غير أهل للحياة.(أسعد،1994،177). وينشغل البعض بأفكار حول عدد متنوع من المواضيع مثل التفكير بحالة الجسم أو بالانتحار أو بالمشاكل العلمية والاجتماعية، ويختلط الفعل الاستحواذي بالفكرة الاستحواذية.(أسعد،1994،177).

وبناء على ما ورد ذكره يمكن القول أن الأفكار الوسواسية تسيطر على ذهن الشخص وتلازمه، يشعر أنها خارج إرادته، يحاول مقاومتها لكن دون جدوى، فتسبب له الإزعاج والقلق والتوتر، وقد تشل نشاطه الشخصي والاجتماعي، قد تصاحبها أفعال وطقوس معينة، وبصورة متكررة ليس لها ما يبررها. ولا يعني ذلك أن كل شخص تراوده أفكار وسواسية فهو مصاب باضطراب الوسواس القهري ، أو تشخص حالته على أنه شخصية وسواسية قهرية، فقد تنتاب أي شخص منا أفكار وسواسية تبعث على القلق، خوفا على نفسه أو أحد أفراد عائلته أو خوفا على ممتلكاته، لكن هذه الأفكار قد تكون موقفية تزول بزوال المثير أو الموقف، وغالبا ما يمضي الشخص لممارسة نشاطه الشخصي أو الاجتماعي، بخلاف المريض الذي تصاحبه هذه الأفكار كظله وتلازمه وتشل نشاطاته.

5-الدلائل التشخيصية لاضطراب الوسواس والأفعال القهرية: حسب دليل الصحة النفسية للأطباء(129،2001) يشخص الاضطراب الوسواسي القسري عند توفر مايلي:

-حدوث وساوس أو أفعال قسرية أو كلاهما في معظم الأيام لفترة زمنية أقصرها أسبوعان.

-وساوس(أفكار أو تخيلات) أو أفعال قسرية تتصف بما يلي:

-يعرف المريض أنها تنشأ من عقله، وأنها ليست مفروضة عليه من أشخاص أو مؤثرات خارجية.

-متكررة وغير سارة مع إقرار المريض بأن وسواسا واحدا أو فعل قسري واحد على الأقل هو مفرط ولا مبرر له.

-يحاول المريض المقاومة ويفشل في مقاومة وسواس أو قسر واحد على الأقل (ولكن قد تضمحل المقاومة في الحالات شديدة الأزمات).

-الخوض في الأفكار الوسواسية أو تنفيذ الأعمال القسرية ليس بحد ذاته ممتعا أو سارا (يجب تفريق ذلك عن التخفيف العابر للقلق والتوتر).

-تسبب الوساوس والأفعال القسرية الإزعاج، وتعطل حياة المريض الاجتماعية وأداءه الفردي، عادة عن طريق إضاعة الوقت.

-ليست ناجمة عن مرض عقلي آخر مثل الفصام واضطرابات المزاج (WHO).

وحسب المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض، فإن الوصول إلى تشخيص دقيق ومؤكد يتطلب أن تظهر على المريض أعراض ذات طبيعة وسواسية، قد تستمر لمدة أسبوعين على الأقل، وتكون هذه الأعراض مصدرا للإزعاج والتأثير، وتتسم بالمميزات التالية:

-يجب إدراك أنها أفعال المريض ونزواته الخاصة.

-يجب أن تكون هناك فكرة أو فعل واحد على الأقل لايزال المريض محاولا مقاومته دون نجاح.

-يجب ألا تكون الفكرة أو تنفيذ الفعل في حد ذاته مصدرا للمتعة، أي لايعتبر مجرد تخفيف التوتر أو القلق متعة بهذا المعنى.

-يجب أن تكون الأفعال أو التصورات أو النزوات متكررة بشكل مزعج. (icd/10,1999,152).

وتتحدد الوساوس وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي كما يلي:

وجود أفكار متكررة وملحة وغير منطقية، لا يستطيع الفرد إيقافها، رغم علمه أنها خاطئة وغير منطقية، قد تكون أفكارا أو أفعالا أو كليهما.(شلبي وآخرون،2014،142).

الوساوس: يجب أن تتوفر النقاط التالية لكي تشخص:

-إقتحام أفكار أو اندفاعات أو صور ذهنية متكررة ومستمرة، وتسبب له القلق والشعور بالكرب والضغوط، لا تتمحور هذه الأفكار حول مشكلات حياتية حقيقية.

-محاولة الشخص تجاهل أو إيقاف هذه الأفكار أو الاندفاعات أو الصور.

-إدراك الشخص أن الأفكار والاندفاعات أو الصور الذهنية هي نتاج عقله وليست مفروضة عليه من الخارج.

-يشترط أن تعوق هذه الوساوس الفرد عن أنشطة هامة في مجالات حياته السوية كالعمل أو المذاكرة، تستغرق وقتا طويلا(أكثر من ساعة في اليوم).

أفعال قهرية: يجب أن تتوفر على النقاط التالية لكي تشخص:

-سلوكيات متكررة أو أفعال متكررة، تدفع الفرد إلى تأديتها استجابة لوساوسه، اتباعا لقواعد قام بإحداثها، ويتوجب عليه أن يطبقها.

-تهدف هذه السلوكات إلى منع وقوع كرب أو مصيبة له أو لأحد أفراد أسرته.
-يدرك الفرد أن الأفعال القهرية غير معقولة وغير واقعية. هذه السلوكات تعوق حياة الشخص الطبيعية وأداءه في مختلف المجالات المعتادة (شلبي وآخرون،2014،143،144).

لا تختلف هذه المعايير كثيرا عن تلك المذكورة في المراجعة الرابعة ، عدا التغيير البسيط في الأسلوب والصياغة التي تتميز بالاختصار وعدم استعمال الأمثلة.

وفيما يلي تذكير بالمعايير التى وردت في المراجعة الخامسة:

-تكرار حدوث الأفكار أو الاندفاعات أو التصورات أو الصور التي مر بها الفرد في خبرته أثناء أي اضطراب سابق، وتكون غير ملائمة وتسبب القلق الواضح أو الضيق.

-لا تكون هذه الأفكار أو الاندفاعات أو التصورات بمثابة انشغال بمشكلات الحياة الواقعية أو الفعلية.

-يحاول الشخص تجاهل أو كبت هذه الأفكار أو الاندفاعات أو الصور، أو تحييدها أو إبطالها بأفكار أو أفعال أخرى.

-يدرك الشخص أن الأفكار الوسواسية أو الاندفاعات أو التصورات هي نتاج عقله وليست مفروضة عليه من الخارج.(dsm/5)

أما الأفعال القهرية فهي سلوكات متكررة، يشعر الفرد بأنه مدفوع لعملها بالرغم من معرفته أنه لا معنى لها، ولكنه يؤديها بشكل متواصل.

ويحدد الدليل التشخيصي الخامس معايير تشخيص الأفعال القهرية كالتالي:

-سلوك متكرر (مثل غسل الأيدي، الإسراف في التنظيم، مراجعة غلق الأبواب والنوافذ، تفحص أجهزة الغاز)، أو أفعال عقلية مثل(إعادة الصلاة، والعد القهري كعد أعمدة الكهرباء، وتكرار الكلمات في صمت) والتي يشعر الفرد بأنه مدفوع لأدائها كاستجابة لوساوس أو وفقا لقواعد يجب تطبيقها بصرامة.

-تهدف أشكال السلوك أو التصرفات العقلية هذه إلى منع تخفيف الضيق أو تجنب المواقف الباعثة للفزع، ومع ذلك فإن هذه السلوكات أو التصرفات العقلية لا تكون مرتبطة مع المواقف التي تهدف إلى تجنبها، وتكون متزايدة بشكل واضح(dsm/5).

وقد يلاحظ بعض أشكال خفيفة من الفكر الوسواسي والسلوك القهري عند الشخص العادي، والفاصل هو اعتبار الفكر وسواسيا والسلوك قهريا هو تكرار وقوعه، وظهور القلق والتوتر لدى الفرد عند إعاقته أو منعه من تأدية عمله اليومي، والتأثير على كفاءته وسوء توافقه الاجتماعي.(المطيري،2005،206).

وحتى يكون تشخيص حالة شخص ما بأنه مصاب يالوساس القهري،" يجب أن تكون لديه وساوس أو سلوكات قهرية ينتج عنها ضيق أو أسى، وتؤثر على حياته الاجتماعية والمهنية"(خلودي،2010،25). وحسب المطيري فإنه لا غرابة أن تظهر على المريض الوسواسي أعراض الإرهاق والتعب، لكثرة ما يبذل من طاقة في الوسواس وفي مقاومته (المطيري،2005،174). ويضيف أحمدعزت (1964) أن الوسواس القهري يتميز بالآتي:

1-وجود أفكار واندفاعات ومخاوف وطقوس حركية مستمرة.
2-يؤمن المريض بتفاهة هذه الوساوس واللامعقوليتها، وعلمه الأكيد أنها لاتستحق منه الاهتمام.
3-محاولة المريض المستمرة مقاومة هذه الوساوس.
4-إحساس المريض بسيطرتها وقوتها، بما يترتب عليها من شلل اجتماعي وآلام نفسية وعقلية شديدة.(عزت،1964،141).

وتتركز الأعراض المرضية للوسواس القهري حول مظهرين إكلينيكين أساسيين هما: الوساوس(الهواجس): وهي أفكار غير مرغوب فيها، أو صور تبقى ملحة داخل الشعور، وغالبا ما يتحقق للشخص أنه لا معنى لها، ولكنه لا يزال غير قادر على التخلص منها. فالوساوس إما أن تكون أفكارا أو صورا، وعادة ما تكون أفكارا متعلقة بالدين أو الجنس، هي لا شك أفكار سخيفة أو مزعجة يصفها المريض وكأنها قوى داخلية تبغي إرهاقه

وإزعاجه ، ولا يمكن أن تكون بالطبع أفكارا طيبة أو جميلة"(المشيخي،2014،278). وحسب المعايير التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري التي أوردها العاسمي،"فهي أفكار أو اندفاعات أو صور عقلية يخبرها الفرد في بعض الأوقات، تبدو مقحمة وغير مناسبة وتسبب قلقا أو أسى نفسيا واضحا.

-لا تعد الأفكار أو الاندفاعات أو الصور العقلية مجرد انشغال زائد بمشكلات الحياة الواقعية.

-يحاول الشخص تجاهل أو قمع مثل هذه الأفكار، أو الاندفاعات، أو الصور العقلية أو إبطالها (تحييدها) ببعض الأفكار أو الأفعال الأخرى.

-يعرف الشخص أن الأفكار أو الاندفاعات أو الصور العقلية هي نتاج وساوسه العقلية (أو تفكيره)، وليست مفروضة عليه من خارجه كما في إقحام الأفكار.(العاسمي،2014،331).

"لذا يعد الوسواس القهري مرضا عصابيا سلوكيا يمكن الاستدلال عليه من خلال ملاحظة سلوك الفرد، وما يقوم به من أفعال، أو من خلال ما يذكره في تقريره الذاتي أو من خلال تقويم آثار المرض على الفرد وعلى الآخرين عندما يسبب عجزا للمصاب وتعطيل حياته الشخصية والاجتماعية"(العنزي،2007). وتهدف هذه السلوكات أو الأفعال العقلية إلى منع حدوث أو الحد من الأسى النفسي، أو منع حادث أو موقف مفزع. وعلى أية حال فهذه السلوكات أو الأفعال العقلية إما أنها لا ترتبط بطريقة واقعية مع ما خططت لتحييده، أو أنها زائدة بشكل واضح.

5-1-التشخيص الفارقي: على المعالج النفسي أن يحرص على أن يكون تشخيصه للاضطرابات النفسية -منها حالات الوسواس القهري- تشخيصا دقيقا للتأكد مما إذا كانت الأعراض والعلامات الظاهرة على المريض هي حقيقة أعراض للوساوس المتسلطة أم هي أعراض لاضطرابات أخرى ، لذلك فإن التشخيص الفارقي يمكن المعالج من التمييز بين اضطراب الوسواس القهري وأعراض لاضطرابات أخرى قد تظهر على المضطرب.

وفي تشخيص أعراض الوساوس القهرية يجب أن نفرق بين الأعراض الوسواسية الأولية القهرية، وبين الأعراض الثانوية الأخرى. ففي الأمراض التي تصاحبها الأعراض الوسواسية كالذهان الدوري(ذهان هوس الاكتئاب) واكتئاب سن اليأس، وأيضا تظهر بكثرة مع الأمراض العضوية مثل الحمى المخيفة، وإصابة النصف الصدغي في المخ.. وأيضا يبدأ الفصام بأفعال قهرية.

ولمعرفة ما إذا كانت هذه الأعراض هي أعراض أولية لمرض الوسواس، أم أنها أعراض ثانوية لأمراض أخرى يجب الاستماع، وفحص المريض جسميا ونفسيا بدقة شديدة، فإذا كانت الأعراض الوسواسية هي المسيطرة على باقي الأعراض وليست هناك أمراض عضوية ، فإن ذلك يعني أنها حالة وسواسية. أما إذا كانت الأعراض الوسواسية هي أحد الأعراض السائدة وتصاحبها أعراض فيسيولوجية وسيكولوجية أخرى لواحد من الأمراض السابقة، فإن ذلك يعني أنها أعراض ثانوية لمرض نفسي أو عقلي يجب تحديده ، ولتحديد علاقة هذا المرض بباقي الأمراض النفسية والعقلية يجب تحديد طبيعته حتى تسهل عملية التشخيص، وبالتالي يكون العلاج مثمرا.

أما عن طبيعة هذا المرض فقد اختلف العلماء في ذلك، فيرى البعض وضعه مع الذهان نظرا لأن بعض حالات الوسواس القهري تتحول أحيانا إلى أمراض ذهانية، بينما يذهب البعض الآخر إلى أنه عملية دفاعية ضد الذهان. وقد لاحظ أحمد عكاشة هذه الظاهرة في مرضاه، فقد يبدأ المريض بالمعاناة من أعراض فصامية وإذا عولج من هذا عاد يشكو من الوساوس القهرية، أي أنه يتحرك من حالة الوسواس إلى حالة شبه فصامية، وتختلف نسبة هذا التحول، ويختلف العلماء في تفسير هذا التحول(عبدالله،2012،174).

ويرى العاسمي في العلاقة مع الذهانات أنك تشاهد حالات وسواسية قسرية شديدة، تعتبر حالات ذهانية كما تشاهد حالات شبه وسواسية في الفصام.(العاسمي،2016،336). فيما ذكر عكاشة أحمد (1988،109) أن الذهان التاتج عن الوسواس القهري يختلف أساسا عن الفصام، يمكن تسميته(الحالات شبه الفصامية)، ويمكن التمييز بينها وبين حالات الفصام الحقيقية، بأنه في الحالات الشبه

فصامية تستمر شخصية المريض متكاملة دون أن يحدث أي تدهور أو اختلال في سلوكه أو في شخصيته، هذا بالطبع يختلف عما يحدث في حالات الفصام(عبد الله،2012،174). و"يجب التفريق بين عصاب الوسواس والقهر بوصفه اضطراب في حد ذاته أو بوصفه عرض من أعراض مرض آخر، مثل ذهان الهوس والاكتئاب أو الفصام.

-يجب التفريق بين عصاب الوسواس والقهر وبين الهذاء، والفارق الرئيس هو أنه في عصاب الوسواس والقهر يتأكد المريض من عدم صحة وتفاهة وغرابة وسخف ولا معقولية وعدم جدوى فكرة المتسلط وسلوكه القهري، أما في الهذاء فإن الأفكار والسلوك يؤمن المريض بصحتها تماما (زهران،2005،513)(المطيري،2005،206،207). ويتشابه الحواز في أصله وطابعه مع الوسواس، وكثيرا ما يتواجدان سويا في المريض الواحد، ولا يكاد يختلف الحواز عن الوسواس إلا في أن الحواز يتميز أكثر بأنه حركي، بينما الوسواس يتميز أكثر بأنه فكري، فالحواز يقوم بأفعال حركية متكررة بينما الوسواسي تراوده أفكار غريبة، والمريض في الحالتين يعي تماما أنه مريض، ويجاهد في أن يوقف الأفعال الحركية الحوازية لإدراكه لسخفها، وفي أن يدرئ الأفكار الوسواسية لإدراكه لعدم منطقيتها وزيفها، وإن كان يفشل في الحالتين لأن الدوافع إليهما دوافع لاشعورية لا يدركها ولا يملك التحكم فيها، ولا يستطيع مواجهتها بشكل ناجح إلا إذا أدرك حقيقتها وأهدافها بعد أن يخضع للعلاج النفسي.(صالح،2014،273). ولما كان الوسواس القهري من العصابات "فإن حياة العصابي مسيطر عليها من قبل قوة مجهولة ومبهمة، ولا تكون لديه أية سيطرة عليها ، وهذا ملحوظ في حالات العقد النفسية والشعور بالنقص الدائم والأفكار التسلطية".(داكو،2002،07).

"ويكمن الفرق بين مرض العصاب ومرض الاضطراب الذهاني في درجة وعي الشخص لحالته".(داكو،2002،08). "ويلاحظ أن المريض العصابي يستطيع تدبير شؤونه بنفسه، وهو يعي حالته النفسية، ويشعر بنواحي الشذوذ في نفسه وسلوكه، كما أنه يشعر أنه في حاجة إلى التخلص من هذه الأعراض".(السامراني،2007،33). "فهناك أعراض عصابية أخرى تصاحب الوساوس والأفعال القهرية، تلك هي صور متعددة

تتمايز بين بعضها لدى المرضى: كالمخاوف الشاذة؛ وهذه المخاوف تعتبر إشارة مرضية أخرى تدل على الإصابة بمرض نفسي يطلق عليه بمرض السيكاتينيا، والذي يعتبر من الاضطرابات العصابية الخطيرة، وأن الأخصائيين يواجهون صعوبة غير عادية من حيث التشخيص الدقيق لها، فهي اضطرابات نفسية مركبة من ثلاثة أعراض مرضية:

-الأفعال المتسلطة

-الأفعال القهرية

المخاوف المرضية

وعليه فإن مرض السيكاتينيا(العصاب القهري) هو سلوك عصابي يرتبط فيه القلق بالانشغال بأفكار غير مرغوبة، ويرتبط أيضا بدفاعات عنيدة، وإلى تكرار أفعال معينة بصفة مستمرة.

فالسيكاتينيا مصطلح مرادف للعصاب القهري، وهو مرض يشمل الأعراض الثلاثة المشار إليها، ويعرف بأنه مرض نفسي المنشأ يتميز بتسلط الوساوس والمخاوف على ذهن المريض، وقيامه ببعض الأفعال والحركات اللاإرادية، رغم إدراكه بعدم جدوى هذه الأفعال والحركات، لكنه لا يستطيع تجنبها بل يشعر بالحاجة إلى مساعدته لتجنبها أو إزاحتها عن كاهله.(الخالدي،2015،83،84).

وللسيكاتينيا أعرض لسنا بصدد التفصيل فيها. فيما استطاع فرويد بين عام(1894-1895)أن يعزل الحواز(الوسواس القهري) كتصنيف عصابي قائم بذاته بجانب الهستيريا، في وقت كان فيه معظم المؤلفين يدرجون الوسواس ضمن جملة أعراض تشكل الانحلال العقلي، أو يخلطونه مع النيراستينيا على حد قوله في مقالته المبكرة "الوراثة وامتصاص أسباب الأعصبة". وفي مقاله عن الأعصبة والأذهنة كدفاع (1894)، قام فرويد بتحليل الميكانيزمات النفسية للوسواس، ثم اتجه بعدها لضم تلك الأعراض الوسواسية المتنوعة من قبل المشاعر والأفكار القهرية، بل والسلوك القهري ضمن عصاب مميز شيئا فشيئا باعتباره وسواسا قهريا (وهو يقوم على قهر تكرار الأفعال

أو الأفكار). تأكدت بنيته والاهتمام بها بعد ذلك بأكثر من الاهتمام بالأعراض التي يقوم بها.(السيد،2009،104). ويشير العاسمي إلى مايلي:

-يوجد اختلاف بنيوي بين الهستيريا والعصاب الوسواسي، إلا أن أعراضا وسواسية تشتد بتعزيز هستيري يلعب فيه المحيط الدور الأساس بفعل ما يجلبه من ربح ثانوي، مما يتحسن بعزل المريض عن محيطه.

-توجد علاقة بين الحالة الوسواسية والهمود والقلق، حيث تنشأ هذه الحالة خلال طور همود بأعراض خفيفة تشتد تدريجيا. -

نلاحظ سمات مشتركة بين الطبع الوسواسي الزاوي، كالتصلب والتعنت والبرود العاطفي الانفعالي. ويصادف في بعض الأحيان أن يتحول المصاب بالوسواس إلى حالة من الذهان الزوري.

-وقد يختلف الوسواس القهري عن الهذاء أو الاعتقاد الخاطئ، إذ أن المريض المصاب بحالة الهذاء يؤمن إيمانا قاطعا بصحة الفكرة التي تنتابه، بينما حالة الوسواس القهري فإنه يعلم علم اليقين بعدم صحة أفكاره.(العاسمي،2016،336).

يتضح لنا مما سبق"تفاعل الأعراض القهرية مع معظم الأمراض النفسية والعقلية، فيصاب مريض الوسواس القهري بالاكتئاب التفاعلي، وكذلك يفجر مريض الاكتئاب الذهاني أعراضا قهرية، ثم إن بعض مرضى الوسواس القهري يصابون بالفصام، وكذلك فالفصام يبدأ أحيانا بأعراض قهرية، وهذا الأخير-الفصام- يجب أن يعالج باختيار أدوية مثبطات استرجاع السيروتونين عندما تصاحبه أعراض الوسواس القهري. كل هذا يجب التعرف عليه وإدراكه من قبل طبيب متخصص، وإلا فإن التشخيص سوف يكون في غير ما يجب أن يكون عليه. وعلاوة على ما سبق فإن ظاهرة المصاحبات المرضية لاضطراب الوسواس القهري يمكن أن تعقد التشخيص".(السيد،2009،109،110).

6-أعراض الوسواس القهري: أعراض الوسواس القهري واضحة ومميزة بدرجة كافية للتصنيف ضمن فئات أو أشكال فرعية، فقد تظهر على الشخص المصاب بعصاب الوساوس المتسلطة أو الأفعال القهرية مظاهر بارزة في بعض سمات شخصية المريض

وتختلف باختلاف الحالات. فقد تكون لدى مريض الوسواس القهري عدة أعراض، لكن بشكل عام تصنف أعراض كل مريض ضمن فئة معينة أو شكل فرعي:

-"أعراض أحد الأشكال الفرعية للوسواس القهري الأكثر شيوعا، تشمل الخوف من التلوث وما يتبعه من طقوس التنظيف، وقد تكون هذه الأعراض منفردة أو مجتمعة مع أعراض أخرى، نذكر منها:

-الأفكار المتسلطة، ويكون معظمها تشكيكية أو فلسفية أو اتهامية أو عدوانية أو جنسية ، الانشغال بفكرة ثابتة تتسلط وتحرض على القيام بسلوك قهري.

-التفكير الخرافي البدائي والإيمان بالسحر والشعوذة والأحجبة والأفكار السوداء والتشاؤم وتوقع الشر وتوقع أسوأ الاحتمالات والكوارث.

-الانطواء والاكتئاب والهم وحرمان النفس من أشياء، وسوء التوافق الاجتماعي، وقلة الميول والاهتمامات نتيجة التركيز على الأفكار المتسلطة.

-التردد وعدم القدرة على اتخاذ القرارات.

-الشعور المبالغ فيه بالذنب، والجمود وعدم التسامح، والعناد.(صالح،2014،266-267)،(زهران،2005،511،512).وتشمل بعض الأعراض والتصرفات ما يلي:

-التأكد من الأشياء مرات ومرات، مثل التأكد من إغلاق الأبواب والأقفال والمواقد...الخ

-القيام بعمليات الحساب بشكل مستمر"في السر" أو بشكل علني أثناء القيام بالأعمال الروتينية.

-تكرار القيام بشيء ما عددا معينا من المرات، كتكرار عدد مرات الاستحمام.

-ترتيب الأشياء بشكل في غاية من التنظيم والدقة إلى درجة الوسوسة. بشكل غير ذي معنى لأي شخص سوى المصاب بالوسوسة.

-الصور التي تظهر في الدماغ وتتعلق في الذهن ساعات طويلة، وعادة ما تكون هذه الصور ذات طبيعة مقلقة.

-الكلمات أو الجمل غير ذات المعنى التي تتكرر بشكل مستمر في رأس الشخص.

و التساؤل بشكل مستمر عن "ماذا لو؟...

-تخزين الأشياء التي لا تبدو ذات قيمة كبيرة.

-الخوف الزائد عن الحد من العدوى، كالخوف من لمس الأشياء العادية بسبب أنها قد تحوي جراثيم.(هند،2010،17،18).

-الانطواء والهم والاكتئاب وسوء التوافق الاجتماعي، وقلة الميول والاهتمامات، نتيجة التركيز على الفكرة والسلوك الذي يلح عليه.(العاسمي،2016،330،331).

-الإصرار على عدم مناقشة المهام المختلفة مع الآخرين، وعدم العمل مع هؤلاء ما لم يخضعوا تماما لأسلوبه في العمل.

-يتبع أسلوبا ضنينا في الإنفاق على نفسه وغيره، وينظر إلى النقود على أنها شيء ضروري لمواجهة محن المستقبل.

-يتسم بالصرامة والصلابة وعدم اللين.(عادل،2009،374،375).

وحسب الأغا (2009) فان الأفكار الوسواسية "تظهر بصيغة فكرة متسلطة، وسلوك إجباري على درجة من التكرار والقوة لدى المضطرب ويلازمه ويستحوذ عليه، ويفرض نفسه عليه، ولا يستطيع مقاومته رغم وعي المضطرب وتبعده لغرابته وسخفه، ولا معنوية مضمونه، وعدم فائدته، ويشعر بالقلق والتوتر إذا قاوم ما توسوس به نفسه، ويشعر بالحاح داخلي للقيام به".(صالح،2014،260). "فالقلق هو الظاهر والأكثر شيوعا في العصابات، وهو رد فعل إزاء خطر غير موجود، فأحيانا يكون عنيفا لا يطاق ، وغالبا يكون كثير الانتشار ولاشعوري"(داكو،2002،13). "ويمكن ملاحظة بعض السمات على المريض بالوسواس، فهو يتصف بالشك، متمركز حول ذاته، له قابلية متزايدة للإيحاء فيما يتعلق بصحته، فهو يقضي وقتا أطول في التفكير فيها، والتفكير بطريقة انفعالية، القلق المستمر والهموم التي تجعله أكثر قابلية للإيحاء".(السامراني،2007،98)، "يشكو من صداع واضطراب في الهضم، وسرعة التعب والإحساس بالألم في الظهر، وفي أعضاء

مختلفة في الجسم، ، دون وجود أسباب عضوية ظاهرة تثبت ذلك، الانقباض والقنوط واليأس وانخفاض الروح المعنوية، والتشاؤم بأوضاع الحياة دون سبب ظاهر، نقص في الشهوة الجنسية إلى حد فقد الرغبة فيها، والضعف الجنسي والبرود الحنسي، والتفكير أحيانا في الانتحار، واحتقاره لذاته والشعور بالآثام والخطايا."(فؤاد،2010،21،22). "تظهر على المريض حالة من الحزن الشديد والمستمر، وكأنه في حالة حداد دائم، كآبة ظاهرة على قسمات وجهه ".(فؤاد،2010،14). قد يكون ذلك نتيجة تلك الأفكار السخيفة أو ظروف مؤلمة أقحم نفسه فيها، فيظل يجتر هذه الأفكار غارقا في تفسيراته وتأويلاته لها.

ومن وجهة نظر هند(2010) فإن الأعراض والتصرفات السلوكية المرتبطة بمرض الوسواس القهري مختلفة وواسعة المجال، والشيء الذي يعتبر مشتركا بين هذه الأعراض هو السلوك العام غير المرغوب فيه، أو الأفكار التي تحدث بشكل غالب متكرر عدة مرات في اليوم، وإذا استمرت الأعراض بدون علاج فقد تتطور إلى درجة أنها تستغرق جميع ساعات الصحو الخاصة بالمريض".(هند،2010،17). فقد تدفع هذه الأفكار إلى الانطواء والاكتئاب والقلق والحزن، وحرمان النفس من متع كثيرة، والشك المتطرف في المحيطين به، مما يشل تكيفه الاجتماعي وتوافقه الزواجي. ويضطره للبحث عن العلاج وفق تفسيراته لأسباب الاضطراب ونوعه.

ويصنف مجدي عبد الله(2012) الأعراض الإكلينيكية للوسواس والقهر في الأتي:

-الأفكار أو الصور الوسواسية: وهنا تسيطر على المريض فكرة أو صور خاصة جيدة أو كريهة، أو جمل معينة تتردد على مخه ، أو نغمة مسيقية في فكره، أو تلك الصورة أو النغمة وتظهر في الأحلام أيضا.

-الاندفاعات: وهنا يشعر المريض برغبة ملحة بأن يقوم بأعمال لا يرضى عنها، ويحاول مقاومتها والسيطرة عليها لكن دون جدوى، وتظهر هذه الاندفاعات في صورة عدوانية (الاعتداء على الآخرين) أو الاعتداء على النفس بالانتحار.

-الطقوس الحركية: وهنا يشعر المريض بالرغبة الجامحة في القيام بحركات معينة بشكل متكرر، وشاذ مثل غسل اليدين أو غسيل الجسم عدة مرات وغيرهما.

-المخاوف القهرية: وترتبط هذه المخاوف بالأفكار والصراعات، والاندفاعات والطقوس الحركية.

-اجترار الأفكار: وهنا تنتاب المريض بالوسواس أفكار وأسئلة لا يستطيع التخلص منها والإجابة عنها.(عبد الله،2012،171،172).كما يصنف العاسمي أعراض الوسواس القهري حسب الآتي:

-الأعراض الجسمية: وتشمل انعدام الشهية، ضعف البدن ونحوله، أمراض القلب، إصابة البدن ببعض الأمراض، كألم في العظام الذي يحصل نتيجة الغسل المتكرر، وآلام المفاصيل الناجم عن شدة الاضطراب.

-الأعراض النفسية: فالشخص الذي يعاني الوساوس له في الغالب شعور بعدم الطمأنينة، وشعور بمتاعب نفسية عميقة، كالصراع المتواصل مع ذاته للتخلص من هذه السلوكيات

القهرية، إلا أنه لا يستطيع الخروج من نطاقه الذاتي، لأنه يعيش في عالم محدود، وفكره منهمك دوما بآداب وممارسات تجعله عاجزا عن إقامة علاقات مع العالم المحيط به. كما يغلب على الفرد المصاب بعصاب الوسواس والأفعال القهرية الشك ، وضعف القدرة على اتخاذ القرارات والتردد.

-الأعراض الاجتماعية: قد ينتج عن المصاب بعصاب الوسواس القهري ميول عدوانية، أو الانزواء عن المجتمع، وحتى الامتناع عن المشاركة في النشاطات الاجتماعية.

-الأعراض الاقتصادية: ونذكر منها إضاعة الوقت والذي يعيق أي نشاط ضروري في الحياة ويؤثر على الإنتاجية.(العاسمي،2016،329،330).

ومن أعراضه التي انتهت إليها جل الأبحاث والدراسات في علم النفس المرضي حسب ما أورده عبد الرحمان الراني:

-الأفكار المتسلطة والتي قد تكون فلسفية أو جنسية أو أدبية.

-الأفكار الخرافية البدائية والاعتقاد بالسحر والشعوذة.

-الأفكار التشاؤمية وتوقع الشر والحوادث.

-الانطواء والعزلة وحرمان النفس من المتع.

-الشك المفرط في الذات واحتمال الخطإ ، والتأكد المتكرر والمبالغ فيه من الأعمال، والتردد والمراجعة الكثيرة.

-النظام والنظافة المفرط فيها مع الأناقة الزائدة.

-سوء التوافق الذاتي والاجتماعي، واضطراب في مفهوم الذات.(عبد الرحمان،2009،253).

وبناء على ما سبق ذكره من أراء الباحثين فإنه يمكن إجمال أعراض الوسواس القهري في الآتي:

-الوساوس الفكرية المسيطرة على شعور المريض، اجترار الأفكار والطقوس الحركية المتكررة التي يمارسها المريض للتخفيف من حدة القلق والتوتر، الاندفاعات القهرية والتي غالبا ما تكون مرفوضة اجتماعيا، الصور القهرية التي تسيطر على تفكير المريض والتي قد تكون ضاغطة لاستدعاء أحداث مؤلمة سابقة، المخاوف القهرية التي تدفع به إلى الهروب من المواقف والحوادث المؤثرة، الاتباع الدقيق لقواعد النظام والتقاليد الاجتماعية، والخوف من التغيير وتجنب مواجهة المواقف، الاتكالية الزائدة والقلق تجاه المسؤولية ، عدم المرونة والبطء في الاستجابة، وعدم القدرة على اتخاذ القرارات بل والتردد في حسم الأمور وحل المشكلات، الشك القهري، التشاؤم والشعور بعدم الكفاية...الخ.

7-خصائص الوسواس القهري:

7-1-الخصائص العامة للوساوس:

-هي أفكار اقتحامية غير مرغوبة، كما أنها دفاعات أو صور أو مزيج منها، وهي تدرك أو تعرف بأنها داخلية المنشأ.

-هي تلك الأفكار التي تتطور ولا يمكن تجاهلها أو إنكارها.

-هي غالبا ما تسبب تهديدا للفرد، لها من القوة ما يجعلها تؤثر على الوظائف العادية للفرد.

-ليست اقتحامية ولا متكررة فحسب ، بل تكرارها متسلط وملح، لأفكار أو كلام أو أوامر تستولي على شعور المريض، ويسمعها داخل رأسه وأحيانا في صدره، ولا يستطيع نبذ أو مقاومة الأفكار المتسلطة أو قمعها أو التخلص منها.

-تقلق شعور الفرد وتفسد عليه حياته.

-الوساوس معتقدات دائمة أو ثابتة، تتسم باللاعقلانية واللاواقعية، كما أنها تتسم بالغباء والتشويش ومثيرة للاشمئزاز.

-الوساوس تدفع نفسها بشكل لحوح نحو اللاشعور، وضد رغبة شعورية يعاني منها المريض.

-الفكرة الوسواسية تختفي ليحل مكانها فكرة أخرى، لتختفي حتى تعود الفكرة الأولى أو تحل فكرة ثالثة محلها، كما قد تجمع أكثر من فكرة وسواسية في نفس الوقت ويكون ذلك بشكل نمطي قهرا .(السيد،2009،96،97).

7-2-الخصائص العامة للقهر:

-هي أفعال قصدية purposeful متكررة يؤديها الفرد وفق قواعد معينة أو تتم بطريق طقسي، وذلك استجابة لأحد الوساوس وطبقا لقواعد معينة.

-القهور إما أن تكون سلوكا مدفوعا بعوامل تجبر الشخص على أن يتصرف ضد مبادئه، أو هي حالة سيكولوجية يشعر بها الفرد بأنه مقهور، أو هي القوة الكامنة التي تجبر الفرد على أفعال معينة.

-الأفعال القهرية غير مفيدة وغير معقولة وليس لها معنى منطقي، ولا تحقق الفائدة للمريض.

-تتميز بالسخافة وقد تتفاقم إلى حد أنها تعوق الفرد عن ممارسة حياته العادية.

-يفعل المريض شيئا يفعله الناس، لكن بشكل طقسي مبالغ فيه وحسب قواعد صارمة.

-يحاول المريض منع نفسه من تكرار الفعل، لكنه يفشل بسبب ما يعتريه من توتر وضيق، وغالبا بسبب الأفكار المتسلطة.

-أن تكون الاستجابة للأفعال القهرية بنوعيها الحركي والعقلي من قبل المريض، من أجل منع أو إنقاص المعاناة المصاحبة للامتناع عن فعلها.(السيد،2009 ،96،99).

كما ذهب الطيشي وآخرون(2009) إلى أن هناك مميزات للوسواس والسلوك القهري والتي أوجزوها في الآتي:

-يتميز هذا الاضطراب بأفكار ومعتقدات متكررة، ولا يستطيع المريض السيطرة عليها، وتؤدي به لأداء وتكرار بعض الطقوس التي تتدخل في حياته اليومية.

-يعاني المريض من أفكار ومعتقدات أو تصورات نمطية يتبعها سلوك نمطي متكرر.

-يشعر المريض بغرابة بل وسخافة هذه الأفكار ويحاول جاهدا تجنبها أو التخلص منها، ولكنها تظل تعاوده أكثر فأكثر، فيزداد المريض قلقا لعدم استطاعته التخلص منها.

(الطيشي ،وآخرون،2009،151).

8-نسبة انتشار اضطراب الوسواس القهري: يعد الوسواس أحد الاختلالات العصبية شيوعا بين الناس، وينتشر بشكل ظاهر وخفي، ليس في مجتمعنا فحسب، وإنما في جميع المجتمعات المتحضرة وغير المتحضرة، ويمكن ملاحظة عينة منه في أوساط الرجال

والنساء والأطفال، والأحداث والشباب والكبار والشيوخ الطاعنين في السن، بأشكال وأنواع مختلفة، إلا أن بعض أنواعه يزيد بين الجنسين على اختلاف أعمارهم.(القائمي،1996،07) وقد يأخذ هذا الاضطراب شكلا مزمنا في كثير من الحالات، وفي بعضها تتفاوت شدة الأعراض حدة وهدوء، وفي عدد آخر من الحالات تكون الأعراض تشكل نوبات تستمر عدة شهور ثم تختفي.(المالح،1998،124).

ورغم تباين الإحصاءات الموضحة لنسبة انتشار المرض إلا أن أغلبها يؤكد أن معدله لا يتجاوز 2,5%(العاسمي،2016،334).وهو يصيب الرجال والنساء بنسب متساوية ويبلغ انتشار الحالات الشديدة حوالي 3% من الناس وفقا للاحصائيات الغربية الحديثة. وأما الحالات الخفيفة والمتسطة فهي أكثر انتشارا من ذلك.(المالح،1998،،124) "لقد تم ربطه في أول وهلة في الغرب ببعض الثقافات المسيحية واليهودية، واتضح أنه ينتشر في كل الثقافات(في الهند والصين واليابان والشرق الأوسط) ، حيث قد تختلف مواضيع الوسواس من ثقافة لأخرى، غير أن الأفعال القهرية مثل الغسل المتكرر والحساب القهري والتحقق القهري هي نفسها في كل الثقافات".(لطيفة،2014،97).

وحسب المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض النفسية والعقلية فإنه يتساوى شيوع اضطراب الوسواس القهري بين الرجال والنساء، ويبدأ الاضطراب عادة في فترة الطفولة وبداية مرحلة الكهولة، ومسار الحالة المتباين، ويمكن أن يكون مزمنا في غياب أعراض اكتئابية واضحة(152; f42; cim/10) .

كما أن نسبة الإصابة بالوسواس القهري بين أفراد عائلة المريض أعلى منها في أفراد المجتمع العادي، حيث وصلت الى(35%) في الأقارب من الدرجة الأولى، مقارنة بنسبة(1%-3%) في أفراد العائلة العاديين، كما أن نسبة وجود اضطراب الوسواس القهري في آباء وأمهات الأطفال الذين يعانون الوساوس القهرية تصل الى(18%) رغم ذلك تبقى الشكوك قائمة حول الفصل بين ما هو عامل وراثي(جيني) وبين ما هو ناتج عن ظروف اجتماعية وثقافية للعائلة.(الخالدي،2015،87).

ويرى زهران أن "عصاب الوساس والقهر من أقل الأمراض النفسية شيوعا ، ونسبة المرضى به حوالي5%من مجموع مرضى العصاب، والذكور أكثر إصابة بهذا المرض من الإناث، وقد يبدأ المرض في أوائل العشرينات من حياة الفرد، يشاهد عصاب الوسواس والقهر أكثر في الطبقات الاجتماعية الأعلى وعند الأشخاص الأذكى. (زهران،2005،409)،(المطيري،2005،198).

وتشير الدراسات الحديثة أن أعراض الوسواس القهري "قد تظهر إلى حد ما خلال حياة الفرد بنسبة اثنين إلى ثلاثة بالمائة بين البالغين ، كما أن هذا المرض شائع بين الأطفال والمراهقين، مما يدل على أن هذا الاضطراب لا يميز بين الكبار والصغار.(خلودي،2010،29). "فضلا عن ذلك، أظهرت الدراسات حول العائلة أن انتشار المرض خلال كل الحياة مرتفع عند الأقارب من الدرجة الأولى أكثر منه عند عامة السكان، كما أنه مرتفع عند التوائم المتطابقة أكثر منه عند التوائم غير المتطابقة."(لطيفة،2014،97)."وأن نسبة الإصابة بالوساس القهري حوالي 2,5% وترتفع في الذكور بنسبة 25 % في سن الطفولة(قبل سن 15سنة) ثم يتساى الذكور والإناث بعد ذلك، يظهر المرض بين سن 20–40 سنة ويستمر من شهور إلى خمس سنوات قبل الذهاب إلى الطبيب النفسي ، حيث أن معظم المرضى يعتبرون استشارة الطبيب دليل ضعف منهم".(هند،2010،05). "ويمكن القول إجمالا أن حوالي20% من الحالات تشفى، وأن حوالي 40% تتحسن، وأن حوالي 40% لا تتغير حالتها".(المطيري،2005،217). "وقد يمر بعض المرضى في فترات تختفي فيها أعراض مرضهم كليا، لكنها تظهر من جديد فيما بعد، وقليل منهم يرى أن الأعراض تتفاقم لديهم باستمرار، ويحدث هذا عندما يترك الوسواس دون علاج". (خلودي،2010،32).

9–مظاهر الوسواس القهري: يتخذ الوسواس القهري صورا ومظاهر لعل أهمها حسب هند ما يلي:

–وساوس الأفكار: وتتمثل في سيطرة فكرة معينة على ذهن المريض وغالبا ما تكون غير مقبولة.

-وساوس الصور: وتتمثل في سيطرة صورة معينة على ذهن المريض بشكل مستمر أو متكرر، وغالبا ما تكون صورا عنيفة، رغم علم المريض بعدم وجودها إلا أنها تطارده في كل الأوقات (صور قتل،حوادث، دماء، تعنفات..).

-وساوس الاجترار: وفيها تسيطر على المريض أسئلة متكررة لا يستطيع الإجابة عنها(ماورائية).

-وساوس الاندفاعات: وهي اندفاعات قهرية تسيطر على المريض، فيشعر برغبة جامحة أو اندفاع ما نحو القيام بأعمال لا يرضى عنها، ويحاول مقاومتها إلا أنها تسيطر عليه بإلحاح وقوة (كالقفز من النافذة أو من السطح العالي..).

-وساوس الطقوس الحركية: وهي من أكثر الأعراض الوسواسية شيوعا، وهي القيام بحركات مستمرة متكررة نتيجة رغبة جامحة تسيطر على المريض للقيام بهذه الطقوس، ظنا منه أنها ستخلصه من إلحاح أفكاره المسيطرة عليه.(هند،2010،61،62). ويشير العاسمي أن الوساوس التي تشغل تفكير الفرد تتخذ الأشكال التالية:

-الوسواس الفكري: وموضوعه فكرة تستولي على ذهن المصاب وتؤجج في داخله الهواجس المقلقة والمؤدية إلى الاضطراب، ويمكن في بعض الأحيان أن تكون الأفكار مخفية ومرعبة مما أطلق عليه البعض"جنون الشك"، حيث تستولى على المصاب فكرة يمازجها شك كبير، ويشغل نفسه دائما بفكرة خاصة، ويفكر بمسائل الحياة والموت، والخير والشر، والأخلاق والتقاليد. ويخطر على ذهن المصاب فجأة فكرة أو رغبة، على هيئة ظاهرة مرضية غير منسجمة مع الشعور الواعي.

-الوسواس العملي: يكون الوسواس عمليا، على شكل سلسلة من الأفعال والتصرفات الثابتة وغير المنطقية، فالمصاب يضطر للقيام بعمل يتعارض ورغبته الحقيقة، وفي هذا النمط يكون الدور الأساس للأعمال وليس للأفكار، في بعض الحالات يبرز الوسواس الفكري العملي سوية، وتزداد بذلك مشاكل المريض.

-الوسواس الخوافي: تسمى بوسواس الإقدام، ويعد نوعا من أنواع الوساوس، ويبدو فيه المريض وكأن قوة معينة تمنعه من القيام به مثل الخوف من الأوساخ، والتلوث، والخوف من الموت..

-الوسواس الإلزامي: وفيه لا يستطيع المصاب أن يحرر نفسه من القيام بعمل ما أو تنفيذ فكرة معينة، وإن استطاع التخلص من تلك الأفكار أو الامتناع عن ذلك العمل فإن صراعا مريرا يتولد في داخله، فالمريض يعيش حالة وكأن في داخله قوة تجبره على التفكير أو العمل بطريقة معينة.(العاسمي،2016،339،340).

فهذه الأفكار المشار إليها كثيرا ما تتردد في ذهن المصاب، قد يلجأ معظمهم إلى أفعال قهرية لتخفيف القلق والتوتر ذا العلاقة بهذه الأفكار. كما أن هناك وساوس وأفعال قهرية أخرى منها ما تعلق بالمعتقدات الخرافية، وممارسة الطقوس السحرية، منعا للعين والحسد وإبطال مفعول السحر، وتكون ممارستها بصفة نمطية متكررة، فهو يتردد على المعالجين الشعبيين بهدف التطمين والوقاية والعلاج، لكن يبقى السلوك متواصلا طالما الفكرة لا تزال تتردد في ذهنه، ويستمر في البحث عن سبل التطمين والتخفيف من قلقه وخوفه ."وهكذا فالمريض لا يستطيع التخلص من الفكرة وهي تغلبه وتسيطر على ذهنه، كما أنه لا يصل إلى درجة التأكد والمعرفة القاطعة، وهذا يرتبط كما هو واضح بالعمليات النفسية الدماغية المرتبطة بالتأكد والمعرفة، يدل على اضطراب في هذه العمليات النفسية العصبية".(المالح،1998،128).

10-أنواع الوساوس: يصف فرويد(1896) ثلاثة أشكال لأنماط اضطراب الوسواس القهري أو كما أطلق عليه اسم عصاب الوسواس والأفعال وهذه الأشكال هي:

10-1-الأفكار الوسواسية: وهي مجموعة من الأفكار الملحة والمستمرة أو شعور صورة غير سارة، تتردد على المريض وتتسلط على ذهنه".(المطيري،2005،283).فهي أفكار أو صور ذهنية أو نزعات تتكرر وتتطفل على العقل، بحيث يحس الشخص أنها خارجة عن سيطرته، وتكون هذه الأفكار على درجة من الإزعاج، بحيث يتمنى صاحبها مغادرتها من رأسه، وفي نفس الوقت يعرف أن هذه الأفكار ليست إلا تفاهات أو خرافات،

ويصاحب هذه الأفكار عدم الارتياح والشعور بالخوف أو الكراهية أو الشك أو النقصان".(هند،2010،23).

فقد يكون الوسواس "في نوع المحتوى الذهني كصورة تفكير اجتراري، وهوعبارة عن سلسلة لا نهاية لها من الأفكار والأسئلة التي تفرض نفسها على ذهن الفرد وتقوده إلى نشاط لا يكل عنه، وتمنعه عن أي عمل ذهني آخر.(المشيخي،2014،278). حيث تنتاب المريض أفكار وأسئلة يجهد نفسه محاولا التخلص منها لكن دون جدوى، وقد يظهر عليه من جرائها بعض الأعراض التي تدعو إلى القلق والتوتر والإحباط، والبحث عن العلاج للتحرر من مخاوفه وهواجسه، " وحين ينشغل ذهن المريض وفكره بجسمه أو بعضو من أعضائه، يراجع الطبيب باستمرار من أجل الحصول على علاج جديد يضمن سلامته الجسدية."(القائمي،1996،24)."فهذه الوساوس تتميز بسيطرة أفكار وتصورات ومشاعر وميول على فكر المريض، بالرغم من إدراكه بطابعها الشاذ وغير العقلاني، وغير المتماشي مع الفكر المنطقي، وبالرغم من المجهود المتفاني للإقلاع عنها".(لطيفة،2014،98)، ومنها:

1-وساوس الأفكار الاجترارية: تعني وقوع المريض" في شراك مجموعة من الأفكار متعلقة بموضوع معين بحيث لا يستطيع المريض التوقف عنها، وعادة ما يكون الموضوع نفسه من المواضيع التي لا معنى للتفكير فيها، كالتفكير فيما حدث خلال اليوم من أقوال وأفعال من الشخص وممن قابلهم، وكأنما يسترجع الشخص الأحداث المهمة وغير المهمة ودون أن يستطيع التوقف عن ذلك".(هند،2010،19).

2-**الجانب الوجداني الوسواسي:** قد تظهر الوساوس في صورة شك، إذ قد تشك الزوجة مثلا أن زوجها قد تغير سلوكه ولم تعد معاملته لها كما ألفتها عليه من قبل، وتروح تتوقع أسوأ الاحتمالات ومختلف التفسيرات، مما قد يؤدي إلى حالة من البرود العاطفي بينها وبين زوجها، فتشعر بعدم الاستقرار وأن حياتها مهددة بالانفصال، رغم وجود مؤشرات تدل على المحبة والتآلف ناتجة عن عدم تصريح الشريك بها، بالتالي فإن هذه الأفكار السوداء والتفسيرات التي لا تستند على أسس وقواعد تثبت صحتها، فإنها قد تؤدي غالبا إلى الاكتئاب والانطواء والهم وحرمان النفس من متع كثيرة. كما "تشمل لوم الذات والخجل

والقلق، والقلق الاجتماعي، وتوهم المرض والأوهام. وقد تظهر في صورة الشك"(المطيري،2005،199)، فتغيب في ظلها الميول والاهتمامات والنفور من العلاقة الجنسية، فيسوء التوافق النفسي والاجتماعي والزواجي، كل ذلك نتيجة استحواذ هذه الأفكار التي تجعلها تقع فريسة للهواجس. إنه قلق المريض "على صحته الى حد الهوس، كل أفكاره، وجميع مشاعره تتخللها هواجس بشأن صحته وبشأن حياته، لذا يبدو مريض الوسواس ساهيا ولاهيا، لأن فكره مشغول بالأفكار غير المنتجة".(الجسماني،1988،81).

أما الدسوقي(1990) فيعتبر الوسواس بأنه فكرة دائبة متجددة، تتضمن غالبا الحث على فعل من نوع ما، ومنها الوساوس العقلية، حيث ينشغل المريض بفكرة يصعب طردها من الذهن، ومنها وساوس اندفاعية، حيث يشعر المريض بأنه مدفوع للقيام بفعل على خلاف شخصيته، ومنه وساوس كافة أو كابحة مثل الخوف من أشياء معينة. وتظهر الوساوس عادة في صورة أفكار مشحونة بالاندفاعات."(الدسوقي،1990،281).

10-2-أفعال قهرية: وتشمل مراسيم التكفير، وتشمل بدورها الطقوس المجهدة، والحذر وأخذ الحيطة، والتي تشمل الفوبيا والخرافة، واليقظة المفرطة للضمير، الخوف من إفشاء الأسرار...(سعفان،2003،115،116). وقد تكون عبارة عن" تكرار العمل أو الفعل عدة مرات كغسيل اليدين أو الوضوء، وقد يستغرق وقتا طويلا".(السمراني،2007، 56)."وأكثر السلوكات القهرية شيوعا بين المرضى هي المبالغة في التنظيف ثم يليها الحرص والتدقيق لتجنب المصائب، ثم يليها تكرار الأعمال، أعمال تشعر بأنك مرغم على القيام بها، تشعر كأن هناك قوة في داخلك تجعلك تقوم بفعل ما، أو تفكر بأمر ما،أو تغسل يديك مرارا، أو تعود إلى المنزل لتتأكد من أن الباب مقفل بالفعل".(خلودي،2010،26)."فهي أفعال يشعر المريض أنه مضطر للقيام بها من وعيه بطابعها الشاذ والمضحك والمحرج".(لطيفة،2014،99).

و"يحاول الأشخاص المصابون بمرض الوسواس القهري في العادة أن يخففوا من الوساوس التي تسبب لهم القلق عن طريق القيام بأعمال قهرية يحسون بأن عليهم القيام بها".(هند،2010،15).و"يتعرض المريض للقلق الحاد إذا لم يأت بالأفعال القهرية. (العبيدي،2009،176).

لأن الوساوس "قد تكون مصاحبة بدافعية أو رغبة قوية في القيام بسلوك أو طقوس حركية أو ذهنية معينة في محاولة من المريض لإبطال أو لتخفيف المعاناة".(هند،2010،55). وهي طقوس يتبناها المريض ويفرضها على محيطه القريب، وتتمثل في طقوس ترتيب الغرف، وطقوس ترتيب طاولة الأكل والشرب، وترتيب الأشياء، وفي طقوس النظافة."وتعمل هذه النشاطات القهرية الخاصة بالطقوس على تحييد القلق، لكن في بعض الأحيان تعمل على تزايده وتصبح موضوعا لمحاربة القلق ولطقوس أخرى أكثر تعقيدا".(لطيفة،2014،99)."بل يتم القيام بهذه الأعمال " للتخلص من عدم الارتياح الذي يصاحب الوسواس".(هند،2010،16).

11-أسباب الوسواس القهري: تتباين وجهات النظر بشأن الأسباب الكامنة وراء نشأة أو تكوين اضطراب الوسواس القهري، فهو كغيره من الحالات النفسية لايختلف عنها في معرفة أسبابه، ويمكن أن يكون ناتجا عن عدد غير معروف من الأسباب، فلا توجد علة أو سبب واحد محدد لمرض الوسواس القهري.

فقد يرجع البعض أسبابه إلى العوامل الوراثية ، كما يرجع فريق منهم أسبابه إلى عوامل بيئية، باعتبار الفرد يمكنه أن يتعلم هذه السلوكات القهرية، ومنهم من يجمع بين العوامل البيئية والوراثية. ومن جملة الأسباب التي أشار إليها دليل الصحة النفسية للأطباء (2001،130) أن هناك الكثير من النظريات النفسية التي تحاول تعليل حدوث الاضطراب الوسواسي القسري، ولكن ما زالت هذه النظريات دون برهان. أما الدراسات السريرية فتظهر في ازدياد تواتر الاضطراب الوسواسي القسري عند أقارب المصابين به، مما يوحي بدور الوراثة في ظهور هذا الاضطراب، إضافة إلى دلائل توحي بأن الاضطراب الوسواسي القسري ربما كان نتيجة خلل دماغي عضوي.

11-1-العوامل الفيزيولوجية: يرجع علماء النفس الفيزيولوجي الوساوس لعوامل فيزيولوجية". فقد أرجع البعض المرض إلى وجود بؤرة كهربائية نشطة في لحاء الدماغ تسبب دوائر كهربائية، تؤدي إلى نفس الفكرة أو السلوك تماما، كما تشرخ الأسطوانة وتكرر نفس النغمة، وهذه البؤرة على اتصال دائم بالدوائر الكهربائية الأخرى في لحاء الدماغ، تقاوم هذه البؤرة وتكف عن نشاطها".(زهران،2005،511).

ويؤكد ذلك مجدي عبدالله فيما ذهب إليه البعض"إلى وجود بؤرة كهربائية نشطة في لحاء المخ، وتسبب هذه البؤرة حسب مكانها في (اللحاء) فكرة أو حركة أو اندفاعا، تستمر هذه الدائرة رغم مقاومة الفرد لها، ورغم استمرار نشاطها، فهي تظل على اتصال دائم ببقية الدوائر الكهربائية في اللحاء، ولهذا يدرك الفرد عدم صحة هذه الفكرة، لأن بقية اللحاء أو مراكز الفكرة تقاوم هذه البؤرة فهي ما تزال متصلة بها.(عبدالله،2012،177). كما أشارت هند بناء على نتائج الدراسات إلى "وجود بؤرة كهربائية نشطة في لحاء المخ، وعلاقتها بالناقلات العصبية، والتي تسمى"سيروتونين". لذا تعمل الأدوية المضادة للوسواس القهري على التقليل من ناقل السيروتونين هذا".(هند،2010،06).

كما أيد أسعد ما سبق، بأن الوسواس القهري "ناتج عن وجود بؤرة كهربائية نشطة في لحاء المخ، وهذه البؤرة تسبب حسب مكانها في اللحاء فكرة أو حركة أو اندفاعا".(أسعد،2007،211). ويشير "المالح" إلى أن دراسات الدماغ بينت بواسطة الأجهزة المتطورة التي تقيس نشاط أجزاء الدماغ المختلفة، أن مرضى الوسواس لديهم نشاط زائد في منطقة النوبات القاعدية والفص الجبهي الأيمن، مما يعكس عدم التوازن في تنظيم بعض العمليات الدماغية، أو عسر هذا التنظيم.

كما بينت دراسات أخرى أن هناك اضطرابا في تنظيم مادة السيروتينين في النهايات العصبية الدماغية، وهي مسؤولة عن عدد من الوظائف والسلوكات، مثل الاندفاعية العدوانية، الإحساس بالقلق، الخطر، الاكتئاب".(المالح،1998،129،130). وأشار المشيخي (2014) بأن بعض الدراسات أظهرت أن هناك اختلالا بمناطق معينة من الدماغ ، وتشير الدراسات إلى وجود بؤرة نشطة كهربائية في القشرة اللحائية تستثير أفكارا أو اندفاعات لدى الفرد، وردود فعل تتسم بالقلق المفرط إزاء الضغوط .(المشيخي،2014،282).

وقد تبين "أن الأطفال الذين لم يكتمل عندهم نضج الجهاز العصبي بعد، يصابون به، أو أولئك الذين لديهم أيضا اضطراب في رسم المخ الكهربائي. "فقد أشارت الدراسات العصبية المهتمة بأسباب الوسواس القهري،إلى أن هذا الاضطراب يرجع إلى سببين هما:

-اضطراب نسبة النواقل العصبية في الفرغات الموصلة بين خلايا الدماغ، وأهمها مادة السيروتونين التي أثبتت البحوث أنها المادة الأهم في هذا المرض، فانخفاضها في هذه الفراغات الموصلة تؤدي إلى الكثير من الاضطرابات كالوسواس القهري والاكتئاب وأمراض القلق الأخرى.

-وهناك مادة أخرى مهمة هي الأدرينالين أو الأبينيفرين والتي تشير البحوث إلى أن اضطراب نظامها له علاقة بنشوء أعراض الوسواس القهري."(صالح،2014،269).

ويضيف السيد أنه" قد تبين أن اضطراب-نقص- نسبة النواقل العصبية في الفرغات الموصلة بين خلايا الدماغ وأهمها مادة السيروتونين وهي المادة الأهم في اضطراب الوسواس القهري، يؤدي للكثير من الاضطرابات كالوسواس القهري والإكتئاب والاندفاعات والسلوك العدواني، وأمراض القلق الأخرى".(السيد،2009،100) ويؤكد الجبورى ماسبق مضيفا أن الأبحاث تشير إلى أن مرض الوسواس القهري يتضمن مشكلات في الاتصال بين الجزء الأمامي من المخ (المسؤول عن الإحساس بالخوف والخطر) والتركيبات الأكثر عمقا للدماغ (العقد العصبية القاعدية التي تتحكم في قدرة المرء على البدء والتوقف عن الأفكار). وتستخدم هذه التركيبات الدماغية الناقل العصبي الكميائي"سيروتونين" ويعتقد أن مرض الوسواس القهري يرتبط بنقص في مستوى"السيروتونين"بشكل أساسي، وتساعد الأدوية التي ترفع من مستوى "السيروتونين" في الدماغ عادة على تحسين أعراض الوسواس القهري.(الجبوري،الجبوري،2014،293).

ويذهب حسين فايد (2003) إلى أنه توجد ملاحظات بيولوجية تبرز دور العوامل البيولوجية في اضطراب الوسواس القهري وهي:

-وجود شذوذ في نمط رسم المخ الكهربائي خاصة في النصف الأيسر من المخ يساهم في حدوث الوسواس القهري.

-يسود هذا الاضطراب نتيجة نقص السيروتونين.

-شيوع هذا الاضطراب لدى التوائم المماثلة أكثر منه لدى التوائم غير المماثلة، ويعكس ذلك الدور الهام الذي تلعبه الوراثة في حدوث اضطراب الوسواس القهري.(مصطفى،2015،346).

"فقد أشارت الأبحاث إلى أن اضطراب الوسواس القهري يتضمن مشكلات في الاتصال بين الجزء الأمامي من المخ (المسؤول عن الإحساس بالخوف والخطر والتركيبات الأكثر عمقا للدماغ (العقدة العصبية القاعدية التي تتحكم في قدرة الرد على البدء والتوقف عن الأفكار) وتستخدم هذه التركيبات الناقل العصبي الكيميائي السابق الإشارة اليه (السيرتونين) الذي ثبت أن هناك علاقة وثيقة بينه وبين اضطراب الوسواس القهري.(السيد،2009،100).

11-2-الأسباب الوراثية: يلعب العامل الوراثي دورا هاما في نشأة الوسواس القهري. فقد أوضحت دراسات عديدة وجود تأثير واضح للوراثة في تكوين الاضطراب الوسواسي القهري حيث يشير(سادلر) إلى أن للعامل الوراثي دورا أساسيا للإصابة بمرض الوسواس القهري، فيذكر بأن سجلات عيادته لفترة امتدت لأكثر من 35عاما كشفت عن أن الوراثة تظهر كسبب رئيس في 90% من الحالات المصابة بالعصاب القهري.(أبوهند،2003،168).

كما أظهرت نتائج العديد من الدراسات وجود تأثير واضح للوراثة في اضطراب الوسواس القهري، فهو ينتشر أكثر بين التوائم المتماثلة وبنسب تتراوح بين(33%-63%) عنه لدى التوائم غير المتماثلة، وتصل نسبتهم الى7 %فقط.(أبو هند،2003،168). وقد أشار الخالدي(2015) إلى الدراسات التي تناولت تأثير الوراثة في اضطراب الوسواس القهري.

وقد استنتج(لويس) من خلال بحث أجراه سنة 1935 والذي وجد من خلاله أن ثلث آباء وخمس إخوة المرضى يعانون من الوساوس القهرية، وفي دراسة لخمسين حالة وجد لدى سبعة وثلاثين من الآباء سمات قهرية واضحة، وفي بعض الحالات كانت الأعراض القهرية لدى الوالدين كليهما، أيضا أن(43) من(206) هم من أشقاء المرضى وتظهر

عليهم سمات قهرية. (الخالدي،2015،86،87). فيما وجد عكاشة(1997،1980) في دراسة له أن التاريخ العائلي لمرضى الوسواس القهري في مصر يظهر في (26) مريضا لديهم حالات مرضية في العائلة من أصل(84)حالة حوالي(30%).(غانم،2007،414).

وذكر أحمد عزت(1964،148).أنه وجد أن أولاد المرضى بالوسواس القهري يعانون من نفس المرض، وكذلك الإخوة والأخوات وباقي أفراد العائلة كانوا يعانون من الشخصية القهرية. "فقد ظهر في بعض البحوث أن ثلث آباء المرضى 3/1 أبناؤهم لديهم أعراض وسواسية.(عبدالله،2012،168).وحسب عكاشة أحمد(1988،97) فقد وجد أن التاريخ العائلي لمرضى الوسواس القهري في مصر يظهر في 26 مريضا من 84 حالة أي حوالي 30% وهي نسبة قريبة من النسب الأخرى في بلاد العالم.(عبد الله،2012،169).

فقد وجدت الدراسة التي أجراها (Rasmussen and tsuang ;1986) أن التأثير الجيني لاضطراب الوسواس القهري على عينة مكونة من53 زوجا من التوائم قد بلغ نسبة 62%".(صالح،2014،269)."وبعض النسب وصلت الى87% في التوائم المشابهة، و47 % في التوائم غير المتشابهة".(هند،2010،62). وفي دراسة أخرى،"فقد وجد أن حوالي 30% من أقارب المريض يكون لديهم نفس الاضطراب، كما أن ظهور الاضطراب في التوائم وحيدة البيضة أعلى من ثنائية البيضة، ويتداخل العامل الوراثي مع العامل البيئي، فتؤثر الأم مثلا المصابة بالوساوس بتصرفاتها، فينعكس على شخصية أطفالها سواء وراثيا أو بيئيا".(هند،2010،06).

ويذهب (المشيخي) في نفس الاتجاه إلى أنه وحسب الدراسات بأن للوراثة دورا هاما في نشأة الوسواس القهري، فقد وجد أن بعض أولاد المرضى بالوسواس القهري يعانون من المرض نفسه، وأثبتت الدراسات أن التاريخ العائلي لمرضى الوسواس القهري قد يصل الى % 30 من الحالات التي يوجد في عائلاتهم شخص وسواسي أو أكثر.(المشيخي،2014،282).

11-3-العوامل البيئية: تدل العديد من الدراسات التي نورد بعضها على تأثير البيئة التي ينشأ فيها الوسواسي، لكن تأثيرها قد يكون أقل من تأثير الوراثة التي قد تحتل الدور الأول، ورغم ذلك نجد من الباحثين من يعتبر البيئة عاملا مهما في ظهوره نتيجة التنشئة الاجتماعية ممثلة في "فرض النظام الشديد أثناء طفولة المريض أو القسوة في تربيته المنزلية أو المدرسية. وقد تكون العوامل البيئية مرسية فيبدأ المريض عقب حادث نفسي معين مثل خيبة الأمل والاصطدام بواقع الحياة ولا سيما أن مثل المريض تكون عادة بعيدة عن الواقع.(الرخاوي،1977،63). كما يعد "تقليد سلوك الوالدين أو الكبار المرضى بالوسواس القهري عاملا مؤثرا"(زهران،2005،511) ، فقد أجمع المحللون النفسيون على"أن أسلوب التربية الصارمة والمتزمتة، والإلحاح الشديد على مراعاة الدقة والاستقامة والنظافة والنظام، والتمسك بالمعايير الخلقية الجامدة والسلوك الناهي عن الانحراف، كل هذه العوامل تؤدي إلى حدوث حالات الوساوس القهرية (عبد الله،2012،169) و"قسوة الرقابة الذاتية على النفس، العلاقات المحدودة للآباء وعدم إتاحة الفرصة للأبناء، والحرمان من التعبير والمبالغة في الحرص الشديد، وافتقاد الأمان النفسي بسبب الطلاق العاطفي داخل الأسرة، غياب الحوار والصراحة بين أفراد الأسرة الواحدة، الأحقاد والميول العدائية المكبوتة المغذية للشعور بالذنب، تأنيب الضمير والصراع النفسي المصاحب لممارسة العادة السرية، الأسرة المسيطرة على زمام الأمور في كل كبيرة وصغيرة في الأطفال.(هند،2010،63،62).

ويرى لافلن(Laughlin) أن ظهور العصاب القهري يرتبط بصفة عامة بظروف اجتماعية وثقافية تتعلق بالحياة الأسرية، كالحرمان من الحب والدفء العاطفي، ومشاعر التقبل والحماية، خاصة في فترة الطفولة المبكرة، فإن التأثيرات الوالدية أو ما يطلق عليها بالاتجاهات الوالدية في تنشئة الأبناء ذات قيمة عالية، ودور كبير في تكوين الأعراض القهرية لدى الطفل.(الخالدي،2015،88).

وتؤكد الدراسات حسب عبد الرؤوف وسليمان(2006) أن أثر أساليب التنشئة الوالدية خلال مرحلة الطفولة والتي تتسم بالقسوة والتزمت والقمع والشدة، وعدم المرونة وفرض النظام الصارم على الطفل، مما يهيئه للإصابة ويجعله فريسة سهلة لاضطراب

الوسواس القهري مستقبلا.(المشيخي،2014،282). فقد أشار كاظم التميمي إلى أن أساليب التربية الاجتماعية الخاطئة والتربية المتزمتة الصارمة، والإحباط المستمر في المجتمع من عوامل ظهور العصاب القهري.(التميمي،2014،112). ويمضي عبد الرحمان الراني في نفس الاتحاه بأن هناك من أرجع أسباب الوسواس إلى التربية والتنشئة الاجتماعية الخاطئة والتدريب الخاطئ، والتشدد المتعسف على النظافة والإخراج بخاصة في الطفولة الأولى، وإلى الشعور بالذنب والسعي اللاشعوري إلى عقاب الذات.(عبد الرحمان،2009،254).

وفي نفس الاتجاه يذهب باير(2010،30،31) إلى أن البعض من يرى أن سببه التربية الصارمة جدا من الأهل على استخدام المرافق الصحية، وكذلك العقاب المفرط في الشدة الذي يستخدمه الأهل بسبب ارتكاب الطفل لخطإ معين، ويمكن أن يكون ناتجا عن تقليد الطفل لوالده أو والدته أو قريب له يقوم بطقوس الوسواس القهري، في أثناء النمو مما يؤدي إلى تعلم الطفل لهذه العادات.(الجبوري،الجبوري،2014،294).

وقرر(كارل هورني (Horney) بأن العصاب نشأ لدى الفرد بسبب الظروف الاجتماعية والثقافية،على وجه الخصوص تلك العوامل البيئية التي تعوق النمو النفسي السليم للطفل . ويتفق مع هذا الرأي كل من بريل (Beryl) ومورر(Mowrer) في أن العصاب القهري نمط مرضي متعلم ومكتسب، ويعود إلى الخبرات المعرفية الأولى في فترة الطفولة (الخالدي،2015،89).

وإلى جانب ذلك فإن للمعتقدات تأثيرها في تفسير أسباب الوساوس. "فقد كان يعتقد قديما بأن الشيطان يدخل في ضحايا هذا الاضطراب ويجبرهم على القيام بطقوسهم الغريبة هذه، وما زالت هذه المعتقدات موجودة إلى يومنا هذا".(خلودي،2010،26). "ويمكن للخرافات أن تنمو بحيث تلقي بضلالها على كل شيء من حياتهم".(خلودي،2010،42). وقد يرتبط الوسواس القهري بظروف اجتماعية وثقافية تتعلق بالحياة الأسرية، كالحرمان من الحب والدفء العاطفي ومشاعر التقبل والحماية، فقد تؤثر الظروف المحيطة بالشخص أو تعرضه لموقف معين في إصابته بالوسواس القهري.

كما أن" فقدان الشعور بالأمن والخوف وعدم الثقة في النفس والكبت من أهم الأسباب".(المطيري، 2005). ويعتبر الانطواء والميل للعزلة وسوء التوافق الاجتماعي، والتمركز حول الذات، والتشاؤم والخوف، والاعتقاد بالخرافات وما رسخ في الأذهان من مخاوف، عوامل مهمة دون أن نغفل عما للصدمات وخبرات الطفولة التي يكون الشخص قد تعرض لها في طفولته.

11-4-عوامل وراثية بيئية: جمع فريق من المختصين بين الاتجاهين في منشإ العصاب منهم هندرسون(Henderson)وباتكيلور(Batchelor)وبيكل(Becel) حيث يرجحون أن السبب الرئيس للعصاب القهري يكمن في تكوين الفرد، وأنه ليس من السهل الفصل بين ما هو وراثي وما هو بيئي منذ البداية. فالعصابي القهري قد لا يرث المرض من والديه ولكنه انغمس في انفعالات قهرية نتيجة تعلمه لها منهم، وبنفس الوقت نلاحظ أن العصابيين أفراد غير ناضجين إنفعاليا، حيث يواجه الفرد(بضعفه الوراثي) و(عدم نضجه) تلك الظروف الخارجية المؤثرة التي تسبب الاضطرابات.(الخالدي،2015،90).

كما "يوضح الدكتور عبد العظيم أن المرض يمكن أن يكون له استعداد وراثي في بعض الحالات، إلا أن ظهور المرض فيها يحدث نتيجة ظروف بيئية وعائلية، منها وجود توتر أسري والعيش في خوف، فالتعرض لظروف وعوامل سلبية في الطفولة ودرجات عالية من القلق، يمكن أن يتحول إلى وسواس قهري مع الكبر".(هند،2010،10،11).-

11-5-العوامل النفسية: يرى أنصار التحليل النفسي أن اضطراب الوسواس القهري بمثابة أعراض لصراعات نفسية دفينة(فايد،2001،209)، لذلك فإنه من الناحية النفسية فان للضغوط النفسية والتوترات التي يواجهها الفرد دورا، كما أن الإحباط المستمر في المجتمع والتهديد المتواصل بالحرمان، وفقدان الشعور بالأمن ، يؤدي إلى ظهور الوسواس القهري عند الفرد.

و حسب القريطي(2003) قد تحدث اضطرابات الوسواس القهري بسبب الصراعات النفسية بين إشباع الرغبات والنزعات العدوانية والجنسية، وما يترتب على ذلك من عقبات وشعور بالذنب من ناحية، والتمرد على المطالب الاجتماعية وتقبلها أو الانصياع لها من ناحية أخرى، وكذلك الإحباط والشعور بالفشل المتكرر(المشيخي،2014،282).

فيما يرى فرويد أن المصاب بالوسواس هو ذلك الشخص الذي شب على عقدة ذنب والذي شجع على العناد المسرف في الطفولة، ثم كبت هذا العناد كبتا عنيفا بالعقاب والتهديد. (عبد الرحمان،2009،253). ذلك أن كبت الدوافع والرغبات المحظورة كبتا عنيفا نتيجة تلك الأساليب القاسية في التربية، تولد في النفس عقدة الذنب دون أن يدري لماذا يشعر به، أو ماهي الذنوب التي اقترفها، "وهنا يكون اللجوء إلى المرض وسيلة للتخفيف من وخز الضمير، فضلا عن هذا فإن حالات الصراع النفسي قد تكون نتيجة رغبة الفرد في إرضاء دوافعه وغرائزه، ثم خوفه من عقاب الوالدين أو المجتمع أو الضمير، تستنفد شطرا عظيما من طاقته بسبب هذا الصراع مما يجعله عاجزا عن تحدي الحياه ومواجهة صعوباتها. (عبد الله،2012،169) كما يرى فرويد أن بعض حالات الوسواس يعبر عنها بأفكار تسلطية وسلوك قهري يكون رمزا معبرا عن ذلك، حيث يسعى المصاب به إلى معاقبة ذاته ليريح ضميره اجتماعيا".(أسعد،2007،212).

كما تتمثل أسباب الوسواس عادة في الحوادث والخبرات والصدمات النفسية المؤلمة العنيفة ، والتي قد تسبب الصراع بين إرضاء الدوافع وتأنيب الضمير، وكذا الرغبات اللاشعورية المتصارعة التي تلقى الإشباع والتعبير عنها في صورة الفكر الوسواسي. "وقد تكمن الأسباب في الإحباط المستمر في المجتمع، والتهديد المتواصل بالحرمان وعدم الثقة في النفس(عبد الرحمان،2009،254).

كما أشار الحويج (2012) إلى جملة من العوامل النفسية نذكر منها:

-الأحقاد والميول العدائية المكبوتة المغذية للشعور بالذنب والخطيئة.

-افتقاد الأمان النفسي وبخاصة بسبب الطلاق العاطفي داخل الأسرة، وغياب الحوار والصراحة بين أفراد الأسرة الواحدة.

-كثرة النقد للطفل ولسلوكه، والأكثر من ذلك أن بعض الأمهات عندما يخطئ الطفل في سلوك ما فإنها لا تلوم الطفل على هذا السلوك في حد ذاته، بل تسقط وتلصق بالطفل كل الأخطاء والعيوب والقصورات.

-العلاقات المحدودة للأباء، وعدم إتاحة الفرصة للأبناء والحرمان من التعبير والمبالغة في الحرص الشديد.

-تأنيب الضمير والصراع النفسي المصاحب لممارسة العادة السرية.(صالح،2014،271).

وما يمكن قوله إجمالا أن اضطراب الوسواس القهري تساهم في ظهوره جملة من العوامل قد تكون مشتركة أو مفردة ويمكن إجمالها في الآتي:

-التنشئة الاجتماعية الخاطئة والصارمة، والقسوة والعقاب وعدم المرونة.

-الحوادث والخبرات المؤلمة والصادمة.

-الإحباط المستمر في المجتمع، والتهديد المتواصل وفقدان الشعور بالأمن.

-التدقيق في النظافة وغيره من أعراض الوسواس.

-الخوف وعدم الثقة في النفس.

-الشعور بالذنب وتأنيب الضمير.

-تقليد سلوك الوالدين أو الكبار المحيطين بالفرد.

-الصراع بين إرضاء الدوافع، ووجود رغبات لاشعورية يجد الفرد التعبير عنها في صورة أفكار وسواسية أو سلوكات قهرية.

- المعاملة الوالدية المتبعة في تنشئة الأبناء، والمتسمة بالتسلط والحرمان وغياب الحوار وغيرها، تجعل المناخ النفسي للأسرة مشبعا بالتوتر والمخاوف، والشكوك والقلق، وكل ما من شأنه أن يساهم في اكتساب السلوك القهري، كالوساوس الفكرية والشكوك والمخاوف الحادة، وضعف الثقة بالنفس والجمود الفكري وغيرها. ناهيك عما ذكر من أسباب تعود لعوامل وراثية وبيولوجية.

ومهما يكن وفي كل الحالات، ينبغي مراعاة التاريخ المرضي، وحياة المريض من كافة جوانبها، النفسية والعقلية والاجتماعية والجسدية. فكل هذه العوامل مجتمعة أو منفردة قد تزيد من حدة الاضطراب، وتساهم في ظهوره بشكل كبير، مما ينعكس آثارها وبشكل واضح على حياة المريض ومختلف نشاطاته وتوافقاته. لما تثيره من قلق ومخاوف وتوتر، الأمر الذي يستوجب العلاج، للتخفيف من أعراضها والتحرر من أثارها وسوء مآلها.

12-النظريات المفسرة للوسواس القهري:

12-1-النظرية العضوية: يذكر حلمي أحمد حامد أن بعض أمراض الجهاز العصبي تظهر بأعراض سريرية تشبه أعراض العصاب القهري، ومن هذه الأمراض التهاب الدماغ السباتي، واضطراب الفص الصدغي، والجهاز خارج الهرمي بالمخ بعد إصابة الدماغ وتصلب شرليين المخ.

كما أجريت دراسات متعددة منها: دراسة أحمد عكاشة، وجيهان النحاس، وغيرهما ، والتي توصلت نتائجها إلى وجود اختلافات في النشاط الكهربائي لأدمغة مرضى اضطراب الوسواس القهري، إلا أن هذه الاختلافات لا تصل إلى درجة الثبات والتكرار اللازم لاعتبارها سمة مميزة لاضطراب الوسواس القهري.

وقد ذهب البعض في تفسير مرض الوسواس القهري إلى أن سببه وجود بؤرة كهربائية نشطة في لحاء المخ، تسبب هذه البؤرة حسب مكانها في اللحاء، فكرة أو حركة أو اندفاعا، وتستمر هذه الدائرة الكهربائية في نشاطها، رغم محاولة الفرد في مقاومتها، كما تتعطل الأسطوانة وتكرر نفس النغمة ، وتستمر كذلك إن لم يحركها الفرد إلى نغمة أخرى، وهذه البؤرة وإن كانت في حالة نشاط مستمر، لكنها على اتصال دائم بكافة الدوائر الكهربائية في لحاء المخ، ولذا يتبين للمريض عدم صحة هذه الفكرة لأن بقية اللحاء أو مراكز الفكر تقاوم هذه البؤرة.(السيد،2009،102).

12-2-نظرية التحليل النفسي: اعتبر فرويد(1924-1925م) هذا العصاب أن أساسه صراع يتجسد في أفكار تسلطية، وإرغام في القيام بأفعال وسلوك غير مرغوب فيه، ومقاومة ضد هذه الأفكار ، والشك، واجترار الأفكار، وكل هذا يؤدي إلى كف الفكر

والفعل، و" تعمل الآليات الدفاعية على إزاحة الشحنة العاطفية عن تصورها الحقيقي بواسطة العزل والإنكار".(ميموني، د.س،101).

ويعتبر فرويد أن اضطراب الوسواس القهري بمثابة أعراض لصراعات نفسية دفينة لذلك راح يفسر الأسباب الكامنة وراء الإصابة باضطراب الوسواس القهري، بأن:" الذات في عصاب الوسواس القهري تلجأ إلى وسيلة دفاعية هي العزل لفصل القلق عن النزاعات والأفكار القهرية، والإبطال لتخفيف القلق الناشئ عن الأفعال القهرية، والتكوين العكسي، أو ردود الفعل التي تشكل الصفات الظاهرة للشخصية الوسواسية، وأعراض عصاب الوسواس القهري كالنظافة والطهارة الجنسية، وهي عكس النزاعات اللاشعورية للمرضى، المليئة بالعدوان والقذارة، والصراعات النفسية عند البلوغ تؤدي إلى النكوص وإلى نقاط تثبيت بالمرحلة الشرجية السادية من النمو النفسي الجنسي، وهي المرحلة بين الثاني والرابع من الطفولة المبكرة، فيؤدي النكوص إلى ظهور بعض الصفات المميزة للشخصية الوسواسية ، ولأعراض عصاب الوسواس القهري مثل التناقض الوجداني، حين يشعر الشخص نحو الآخرين بالحب والكراهية جنبا إلى جنب، وكذلك يؤدي النكوص إلى قسوة الضمير عند هؤلاء المرضى. (الخالدي،2015،91،92).

كما اعتبر سيجموند فرويد " أن بعض حالات الوسواس والقهر ترجع إلى خبرة جنسية مثلية تكبت وتظهر فيما بعد معبرا عنها بأفكار تسلطية وسلوك قهري".(زهران،2005،511). هذا وتوحي نظرية التحليل النفسي التقليدية أن الوساوس تأتي من محفزات الهو المكبوتة، والهو هو الجزء البدائي الراغب من الشخص والذي توجهه التخيلات، وتلك الحفزات تميل إلى أن توجد لدى:

-الأشخاص الذين عانوا من الجروح الانفعالية في طفولتهم.

-الأشخاص الذين تمت تنشئتهم ويعيشون حياة منصاعة تقليدية من الناحية الأخلاقية.

وعلى العكس من الهو، نجد أن الأنا وهو الجزء الأخلاقي من الشخصية لا يسمح للهو بالتعبير عن حفزاته سواء على مستوى الشعور أم الفعل.(السيد،2009،105).

يظهر من التفسير الفرويدي الاهتمام المفرط لمرحلة الطفولة المبكرة، وإرجاع كل شيء إليها، وكذلك إسناد كل شيء إلى عامل الجنس، وهي مبالغات قد تعلن محكات العلوم التجريبية عن نسبية مصداقيتها وفق ما جاءت به النظريات المخالفة لهذه التفسيرات.

12-3-النظرية السلوكية: يعتقد أصحاب المدرسة السلوكية أن الوسواس يمثل مثيرا شرطيا للقلق، وإذا ارتبط الفكر الوسواسي بمثير غير شرطي للقلق، فإنه يصبح أيضا مثيرا للقلق، ويتكون السلوك القهري عندما يكتشف الفرد أن سلوكا معينا يخفف القلق المرتبط بالفكر الوسواسي، وتخفيف القلق يعزز هذا السلوك القهري ويثبته ويصبح نمطا سلوكيا متعلما.(زهران،2005،511).

كما ينظر أصحاب المدرسة السلوكية لاضطراب الوسواس القهري على أنه سلوك متعلم تم دعمه عن طريق المخرجات، أو النتائج التي تؤدي إليها إحدى هذه النتائج، وهو خفض القلق والخوف، ومن ثم فإن اكتشاف ذلك بالنسبة للفرد يؤدي إلى تكرار نفس السلوك. وتفسر نظرية التعلم الوسواس الفكري بأنه "منبه شرطي متعادل، ولكن عند ارتباطه مع منبه غير شرطي مثير للقلق يكتسب القدرة على إثارة التوتر والضيق ويصبح عرضا مرضيا، وبعض الأفعال القهرية تعمل على معادلة القلق مما يدعمها ويعمل على تكرارها حتى تصبح سلوكا مكتسبا".(الخالدي،2015،92). ومن وجهة نظر هذه النظرية يشير العيسوي إلى "أن معظم سمات الشخص المصاب بالوسواس القهري، عبارة عن استجابات متعلمة ، مكتسبة، لأنها تقلل من القلق أو من أي انفعال سلبي آخر".(العيسوي ،1999، 143).

ووفقا لما جاءت به النظرية يمكن القول أن الأطفال الوسوسيين قد اكتسبوا الصفات والأفعال الوسواسية عن الوالدين ، بل قد يعاقبون الطفل على قيامه بذلك. والملاحظ أن الأطفال قد يتعلمون بعض الطقوس السحرية، وقد يتبنون الأفكار ذات الطبيعة السحرية المصحوبة بالطقوس التطهيرية، للتخفيف من قلقهم ومخاوفهم وشكوكهم في مراحل متقدمة من نموهم، تبعا لما اكتسبوه أو دربوا عليه من الأسرة.

12-4-النظرية المعرفية: يذكر أحمد عبد الخالق(2002،290) أن أنصار هذه النظرية يرون أن التوقعات المرتفعة جدا لدى الوسواسيين القهريين بحدوث العواقب غير السارة يجعلهم يزيدون من احتمال توقعاتهم لحدوث نتائج سلبية لمختلف الأفعال.(مصطفى،2015،346،347).

12-5-النظرية البيئية: يرى العاسمي (2016) وجود عوامل ثقافية اجتماعية تلعب دورا في نمو الحالات الوسواسية كالطقوس، والعادات ، والتقاليد التي تفرضها البيئة، كذلك توجد أسر وسواسية، فالسلوك المحيط بالأسرة يحدد نمو النزعات الوسواسية. فعندما يكون المناخ الأسري متحررا ومتسامحا ومنفتحا، يتيح للطفل التعبير عن وساوسه النامية، دون أن يزيد تعزيزها بعوامل الضبط والقلق. فإن هذه الوساوس والطقوس تتراجع عفويا. أما عندما تكون الأسرة متصلبة وصارمة في تعاملها مع أطفالها، فإن الطفل هنا ينتكس بالمزيد من التمسك بوساوسه وطقوسه، والمزيد من المطالب التي يغطي بها تفاقم قلقه، خاصة بما يبديه بعض الأهل من غيض وعدوانية تجاه سلوك طفلي من هذا النوع.(العسمي،2016،338).

13-تطور المرض والتنبؤ بالمآل: إن تطور المرض يظهر من خلاله التغير في سلوك الفرد الذي لا يبقى على وتيرة واحدة بل يتراوح بين الشدة والبطء، ويظهر أحيانا ويختفي أخرى، وبين إخفاء المريض لمرضه وعدم الجهر به أو الكشف عنه، وبين التصريح به. وهذا ما جعل الكثير من المرضى يستمرون في معاناتهم مدة من الزمن. ومن العلامات التي تشير إلى مآل أسوأ في بعض الحالات ما حصره السيد في الأتي:

-الاستسلام للأفعال القهرية بدلا من مقاومتها.

-وجود بعض الاقتناع أو الاقتناع التام بالأفكار الوسواسية بدلا من رفضها.

-أن تكون الأفعال القهرية غريبة وشاذة.

-وجود اضطرابات شخصية، كما يتضح من تاريخ حياة المريض قبل الإصابة بالمرض خاصة اضطراب الشخصية فصامية النوع.

-أن يكون تأثير الأعراض في حياة المريض وأدائه الوظيفي كبيرا إلى الحد الذي يستدعي دخوله المستشفى.

-وجود تاريخ للوسواس القهري في عائلة المريض.

-أن يتأخر المريض في اللجوء إلى الطبيب النفسي(السيد،2009،108). ونتيجة هذا التأخر: فقد استخدمت مجموعة متنوعة من استرتيجيات العلاج مع الأشخاص الذين يعانون من الاضطراب.(Comer.R ;2014 ;432).

لذلك كان ينظر فيما مضي لمآل الوسواس والقهر على أنه أسوأ من باقي الأمراض النفسية العصابية. أما الآن فالمآل يكاد يوازي باقي الأمراض العصابية، إلا أنه يعتبر من أصعبها علاجا وخاصة في الحالات الشديدة.(زهران،2005،513).

أما العلامات التي تشير إلى مآل أفضل ما يلي:

-أن يظهر التاريخ الشخصي للفرد قبل المرض قدرا جيدا من التوافق والتكيف الوظيفي والاجتماعي، لأن ذلك يشير إلى شخصية متكيفة مع الحياة.

-أن تكون الأفكار التسلطية أو الأفعال القهرية التسلطية عرضية في حياة المريض(أي ظهورها مؤقت أو محدود من حيث المدة الزمنية) حتى وإن تكررت على شكل نوبات.

-أن تكون مدة معاناة المريض من الأعراض قبل عرضه على الطبيب النفسي من الحالات القصيرة.(السيد،2009،108).

وعلى العموم فإن مآل عصاب الوسواس والقهر يكون أفضل، كلما كان ظهور المرض حديثا، وكلما كانت هناك أسباب بيئية واضحة ترتبط بظهور المرض، وكلما كانت البيئة التي سيعود إليها المريض أنسب وأصلح، وكلما كان توافقه العام والاجتماعي والشخصي أحسن.

14-المعاش النفسي لمرضى الوسواس: أما من الناحية النفسية فإن أغلب المصابين بالوسواس يعانون من الكآبة ويلجأون إلى الانطواء، فترى أغلبهم متمركزين على ذواتهم

يغلب عليهم الجزن والصمت والميل إلى الانعزال عن المجتمع، ويصعب عليهم مواجهة الآخرين ومقابلتهم، مشغولين بتلك الأفكار غير المنتجة،"فيجد الفرد نفسه مجبرا على عمل أفعال قهرية، وملزما بتكرارها وممارستها لا يستطيع الامتناع عنها، وهذا ما يعوق توافقه الشخصي والاجتماعي، فيكون لتلك الأفكار التسلطية والأفعال القسرية دلالة مرضية حيث تصبح مصدرا للخوف والقلق، والشعور بالتعاسة والكآبة".(المشيخي،2014،277). "يشعر أولئك أنهم على وشك الجنون ويتصورون أن وجودهم يسبب معاناة للآخرين، لذا يتمنون الموت أحيانا، حيث التشاؤم واليأس والكآبة، فهم يشعرون أنه لا وجود لحياتهم".(القائمي،1996،68).

"ويمكن أن تكون هذه الأفكار الوسواسية شديدة جدا، فيستحيل معها ممارسة النشاط العملي أو الاجتماعي وحتى الأعمال البسيطة".(خلودي،2010،46). فينزوي هؤلاء بعيدا عن أنظار الآخرين لئلا يتعرضوا إلى التساؤل والتأنيب، فهم لا يرغبون في الانتقادات بل قد تنتاب الواحد منهم الرغبة في التخلص من مرضه، ويبحث عن العلاج بعيدا عن المضايقات، حتى" يتمنى لو أنه يستيقظ من نومه صباحا وقد مثل للشفاء. من هنا ينشأ إيمانهم واعتقادهم بالطلاسم والسحر والأمور الوهمية".(القائمي،1996،71)."لذا فإنهم أحيانا يتجنبون مصافحة الآخرين، ويمتنعون عن الأكل والشرب لديهم، مستعملين كافة الحجج، ويحدون كثيرا من علاقتهم الاجتماعية لتفادي التعرض لما يضطرون لتجنبه".(هند،2010،58).

وإن اختلال التوازن النفسي والبيئي يؤثر على سلوك الفرد، فيعوق توافقه ويعوقه عن ممارسة حياته السوية في المجتمع الذي يعيش فيه، نتيجة الأفكار التي تراوده بصفة دائمة وبشكل مستمر، مما يسبب له العناء والإجهاد النفسي، وأنه لا يستطيع التحرر من هذه الأفكار، وبالتالي فإنه لم يعد قادرا على تحمل الضغوط، فهو في قلق دائم وخوف على صحته، متمركز حول ذاته، ضعيف الثقة بها، مضطرب في علاقته الاجتماعية ، شديد الحساسية حين يتعرض للنقد، مما يقوده إلى سوء التوافق، وإلى توقع المصائب التي تهدد مستقبله. ذلك ما يدفعه إلى أن يتخذ كافة الاحتياطات بشأن المستقبل، لذلك فهو يرغب في العلاج والشفاء من المرض لتعود شخصيته سليمة ومتماسكة.

15-تأثيرات الوسواس : يخلف الوسواس آثارا تنعكس سلبا على جوانب حياة الفرد منها:

15-1-تأثير الوسواس على الحياة المهنية للمريض: تعد الأمراض النفسية ذات تأثير سلبي على الكفاءة الإنتاجية، لما ينتج عنها من غياب عن العمل وعجز وعدم الاهتمام، وضعف التركيز أثناء العمل، وغياب التعاون مع الفريق ورؤساء العمل، مما قد يؤدي إلى الصراعات وتوتر العلاقات، نتيجة عدم فهم الحالات النفسية للعامل المضطرب نفسيا."وتقدر الإحصاءات الأوروبية مدى تأثير اضطراب الشخصية على الاقتصاد بخسارة قدرها 175 مليونا دولارا سنويا من الربح المتوقع، نتيجة الأمراض النفسية أو سوء التوافق. لا يقتصر ذلك على هذه الفئة، بل قد يصيب الوسواس المعلمين فينعكس ذلك على قدرتهم التعليمية، فتكثر غياباتهم ويصبح تفكيرهم بطريقة انفعالية قد يؤثر سلبا على طلابهم".(السامراني،2007،100).

15-2-تأثير الوسواس على أسرة المريض: من أهم المشكلات التي تواجه الأسرة في تعاملها مع مريضها المصاب بالوسواس القهري ما يلي:

-جهل الأسرة لطبيعة المرض وممارستها لأساليب علاجية خاطئة في التعامل مع مريضها. والتي قد تؤخر الشفاء وتزيد من حدة المرض، بل قد تؤدي إلى الخلاف بين المريض وأهله."فكيفية مقابلة المريض من المشكلات التي تصادف أهل المريض، فهناك من يحاول مقابلة المريض بالعقلانية، وآخر بالغضب، وآخر باليأس.. وهكذا، ولكن المشكلة أن محاولة العلاج بهذه الطرق قد يفاقم المشكلة" .(هند،2010،34). لذلك يمكن القول أن الاضطراب لا يؤثر على المريض فحسب ولكنه يؤثر أيضا على من حوله، ويمكن أن ينتشر بين كل أفراد العائلة .(العاسمي،2016،335)، وقد تكون العائلة هي المنتجة للمرض.

لذلك على الأسرة وبمساعدة المختصين في الصحة النفسية، أن تفهم الطريقة الصحيحة للتعامل مع مريض الوسواس القهري، وأن تعلم أكبر قدر عن المرض وعن أعراضه، وأسبابه وأساليب علاجه، وتساهم في مساعدة المريض على ذلك، وتتكفل به تكفلا يضمن تحسين حالته، ومساعدته على تلقي العلاج من المختصين في مجال الطب

النفسي. "فربما يكون من الصعب جدا على المريض علاج نفسه، وخصوصا أن العلاج السلوكي يحتاج إلى مواجهة المرض، وقد لا يعرف مدى شدة الألم الذي يصيب المريض بمرض الوسواس القهري سوى الشخص المصاب به".(هند،2010،35).

16-تشخيص المرض لأجل العلاج: من مشكلات هذا الاضطراب عدم المعرفة الصحيحة لماهيته، فالتشخيص الصحيح للمرض هو أول العلاج. فالكثير من المرضى بالوسواس لا يعرفون أنهم مصابون بمرض اختلال في الكمياء في المخ، فيتصور بعضهم أنهم، إما أن الجن أو الشياطين يقومون بالتشويش على أفكارهم، أو أنهم ضعيفو الشخصية، أو أن الله غاضب عليهم أو مبتليهم. والمشكلة أن هذا التصور للمرض لا يؤدي إلى العلاح بل إلى زيادة حدة المشكلة، ضف إلى ذلك " أنه في بعض الأحيان لا يقوم الكثير من الأطباء بتشخيص المرض بالطريقة الصحيحة تشخيصا دقيقا وصحيحا.(هند،2010،33). لذلك فان معالجة مرض الوسواس والأفعال القهرية، تتطلب التعرف على جذوره، والكشف عن أسبابه وعلله.فقد دعا الطبيب"جوهان واير(1515-1588) الأطباء إلى أن يدققوا في فحص أفكار المريض وأقوالهم وأفعالهم التي ترهق أذهانهم"(عطية،03،2003)، لذلك يركز علماء التحليل النفسي على التاريخ المرضي للحالة، والأسباب والدوافع الكامنة وراء هذه الظاهرة، لمعرفة السبب الجوهري والولوج إلى محتويات اللاشعور للمريض.

ومن التقنيات المقترحة لتشخيص أعراض الاضطراب ما يأتي:

-معرفة التاريخ المرضي للحالة عن طريق جملة من الأسئلة يوجهها المعالج للمريض أو من يصاحبه لإمكانية تشخيص حالته، يركز من خلالها على مدى شدة المرض، وتأثيره على مناحي حياة المريض ومختلف نشاطاته.

-تحديد بداية ظهور أعراض الوسواس القهري، وأعراض اضطرابات نفسية أو نفسجسمية أخرى.

-معرفة التاريخ المرضي للعائلة، ما إن كان أحد أفرادها مصابا باضطراب نفسي.

-معرفة الأفكار المسيطرة على المريض وطبيعة هذه الافكار، ومدى ارتباطها بالأفعال والطقوس القهرية.

-التعرف ما إن كان المريض يعاني من اضطرابات نفسية أخرى، وهل تلقى علاجات؟ وما نوعها؟.

-مدى إحساس المريض بالقلق الدائم من إصابته بالمرض أو مرض آخر مصاحب.

-مدى إحساس المريض بالشعور بالذنب نتيجة ذنب اقترفه. وغيره مما يتم وفق شبكة المقابلة التي يعدها المعالج لهذا الغرض. إضافة إلى ما يعتمد عليه من مقاييس وأدوات تشخيصية."لذا فإنه من الصعب إكلينيكيا عزل وتشخيص اضطراب الوسواس القهري، فهناك ظروف وملابسات أخرى لها نفس أعراض الوسواس القهري، بالرغم من أن هذه الأعراض تعد بمثابة إشارة أو دليل للوسواس القهري".(السيد،2009،110).

17-أسلوب المعالج النفسي في التعامل مع مريض الوسواس:

ينبغي على المعالج النفسي أن يدرك جيدا أن عمله يكون مزدوجا:

1-على المعالج أن يقدم نفسه كشخص يستطيع المريض أن يقيم علاقة جديدة معه، تهدف إلى تقديم المساعدة. ويعمل الأخصائي المعالج على تثبيت العلاقة وكسب ثقة المريض، هذه الأخيرة تعد أساس نجاح العلاقة العلاجية، تمكن المريض من التعبير بأريحية وتلقائية، والكشف عن مختلف صراعاته ومصدر معاناته.

2-عليه أن يسهل ظهور الدفاعات الغريزية التي يحمي بها المريض نفسه.لأن النظام الدفاعي لا يسمح للمريض بحرية التعبير عن مشاعره ووجدانه ومصدر معاناته، ومن المفيد أن يستثمر المعالج أحلام المريض، وما تحمله هذه الأحلام من تفسيرات، باعتبارها وسيلة يبين من خلالها المريض أن هناك جانبا آخر في نفسه يحاول إبعاده وقمعه، كما أن المريض يمكنه أن يعبر عن معاناته وصراعاته من خلال لغته غير المنطوقة وبما يقوم به من رسم وتلوين وتعبير كتابي إن كف عن الكلام.

18-علاج الوسواس القهري: يرى الدكتور "عرفة" أن المريض يحتاج إلى نوعين من العلاج: العلاج الأول هو العلاج الدوائي ، والثاني هو العلاج النفسي، فبالنسبة للأول فيتمثل في إعطاء المريض بعض العقاقير التي تساعده على التحكم في وساوسه، وهذه الأدوية تشمل على مواد مضادة للقلق والتوتر مما ينتج منه الوسواس القهري.

أما النوع الثاني من العلاج الذي يتمثل في العلاج السلوكي النفسي فيتم من خلال تدريب المريض على بعض الأساليب الفنية، التي تساعده على الامتناع عن التفكير في الوسواس، أو أن يؤدي الفعل الوسواسي بشكل مبالغ فيه يوصله إلى أن يكره هذا الفعل، فيمتنع عن القيام به حتى لا يشعر بالإجهاد".(هند،2010،11،12).

خلاصة: مما سبق ذكره يمكن القول أن اضطراب الوسواس القهري له تأثيره على شخصية الفرد وتوافقه النفس اجتماعي، نتيجة ما يستحوذ على الفرد من أفكار وسواسية وأفعال قهرية، وما يمارسه من طقوس وسواسية، استجابة منه لتلك الأفكار الاستحواذية التي تلازمه كظله، ذلك ما يدفع به إلى البحث عن العلاج، ونظرا لما لهذا الاضطراب من تأثير على جوانب حياة الفرد الأسرية والجنسية نورد في المبحث التالي اضطراب صحة العلاقة الجنسية، ومدي تأثير الوساوس على هذه العلاقة.

الفصل الثاني

اضطراب العلاقة الجنسية وتفسيراته

-الفصل الثاني: اضطراب العلاقة الجنسية وتفسيراته:

المبحث الأول:اضطراب العلاقة الجنسية:

تمهيد: تعد الصحة الجنسية مطلبا رئيسيا يساهم في تعزيز الاستقرار النفسي والاجتماعي والأسري، تستدعي أن تتسم العلاقة الجنسية الزوجية في إطارها الشرعي والقانوني بالتفاعل والإيجابية بين الزوجين، ومراعاة الشريك لاحتياج الآخر في الإشباع، وذلك باعتماد الحوار البناء والمثمر، وفهم نفسيته بما تتطلب هذه العلاقة من ظروف ملائمة يمكن من خلالها تحقيق المتعة الجنسية الخالية من الإكراه والعنف.

كما تعتبر الشروط المادية والمعنوية ضرورية لضمان صحة العلاقة الجنسية الزوجية، على أن يحرص كلا الزوجين على تحقيق هذه الشروط، غير أنه في بعض الأحيان تعترض ذلك ظروف صحية أو بيئية أو نفسية، نتيجة أحداث مفاجئة تؤدي إلى اضطراب صحة العلاقة الجنسية الزوجية، وتعتبر البرودة الجنسية عاملا من عوامل الاضطراب، وإحداث الشرخ في العلاقة الزوجية، مما قد يؤدي إلى توترها.

ويرتبط هذا الواقع بشروط محددة، تتمثل في المعرفة الأساسية حول الجانب الفيزيقي والنفسي والنمو الجنسي، وكذا جملة الاضطرابات التي تهدد الصحة الجنسية بخاصة، وهذا ما يتطلب استشارة المختصين في الميدان قصد التدخل. فاضطراب العلاقة الجنسية كما ورد في الدليل التشخيصي الخامس يكون حسب التكوين البنيوي للنساء وقدرتهن على الممارسة، وهي مسألة تختلف من إمرأة لأخرى، ومن ثقافة لأخرى. وسنوضح ذلك في هذا المبحث.

1-تعريف اضطراب العلاقة الجنسية:

يرى(مارتن بيتو) أن كلمة برودة قديمة، والمصطلح عليه حاليا هو الاضطراب في العلاقة الجنسية (Martine.3.).

ويرى (نيكولاكس إفراد) أن البرودة كلمة غالبا ما تستعمل في الجانب السلبي، ما معناه أن الاضطرابات التي تنجم عنها وكيف نعالجها، عكس ما يراه الكثير من الناس:

أن اضطراب العلاقة الجنسية ليس معناه عدم الرغبة بل وجود الرغبة، لكن عدم الإحساس باللذة عنداللقاء الجنسي.(.Nicolas.2014).

-اصطلاحا: -هو غياب الرغبة الجنسية العادية، أي عدم القدرة على معايشة الرغبة الجنسية، أو معايشة خبرة النشوة أو الهزة أثناء الاتصال الجنسي.(كمال،1988)

-هو اختلال وظيفي جنسي، يعبر عن نفسه في صورة أعراض الفعل الجنسي، وعدم الوصول إلى الهزة الجنسية، وتقلص المهبل تقلصا يجعل الإيلاج صعبا أومستحيلا. (الحنفي،1994،318).

-هو نقص في الرغبة الجنسية في الأنثى، من انعدام القدرة على المشاركة في لذة النشوة

الجنسية النهائية، إلى انعدام الرغبة الشعورية في السلوك الجنسي، إلى النفور الكامل من الجنس.(هبة،2008،75).

2-اضطراب العلاقة الجنسية: اهتمت منظمة الصحة العالمية بهذه العلاقة ووضعت تعريفا للصحة الجنسية فإذا كانت هذه الأخيرة تعني" تكامل الوجوه الجسدية والعاطفية والفكرية والصحية لرفاه جنسي الذي تثرى وتنمو من خلاله الشخصية والعلاقات بالناس، والقدرة على الحب عند الفرد بالمعنى الإيجابي"(سامر،57،2009) فإن آراء علماء النفس قد اختلفت حول التعريف الشامل والدقيق للاضطراب في هذه العلاقة وأسبابه. فقد ورد في الموسوعة النفسية الجنسية "أنه نقص الإحساس باللذة من جانب الزوجة، ويشمل ذلك ابتداء من أن تستثار المرأة بأي حال من الأحوال، فإذا حدث واستثيرت فإنها لا تستطيع الإكمال أو تكمل بالكاد، ولا يظهر عليها أنها تتلذذ من ذلك".(الحنفي،2001،198). وجاء في التعريف الطبي وعلم النفس المرضي للاضطراب على أنه: أحد الاضطرابات الوظيفية الجنسية التي تصيب المرأة، حيث تعجز هذه الأخيرة عن الحصول على الإشباع الجنسي. وحددها كمال(1988) في "غياب الرغبة الجنسية العادية، أي عدم القدرة على معايشة خبرة النشوة أثناء الاتصال الجنسي".(كمال،1988).

فهو حالة من الشعور والدافع السلبي عند المرأة للأمور المرتبطة بالجنس والسلوك الجنسي".(رشاد،د.س،133). كما يعتبره شربيني أنه حالة مقابلة للضعف الجنسي تصيب المرأة وتكون مصحوبة بنقص في الاستجابة للمثيرات الجنسية، توصف باضطراب الاستثارة الجنسية".(شربيني،د.س،62).

ويعرفه عبد المجيد(2008).أنه عبارة عن "نقص في الرغبة الجنسية عند الأنثى، عدم القدرة على مشاركة لذة النشوة الجنسية النهائية إلى انعدام الرغبة الشعورية في السلوك الجنسي، مع النفور الكامل من الجنس".(عبد المجيد،2008،75). وترى (ماري مدليان) أن " البرودة الجنسية هي عدم الإحساس باللذة، وانعدام الرغبة عند المرأة أثناء الجماع. (Marie.2017). فيما ترى بلميهوب (2012) أنه:" حالة تكون فيها المرأة فاقدة للرغبة في الجماع، وحالتها تشبه عجز الرجل في كون الدم لا يملأ أعضاءها الجنسية، وامتناع الأوعية عن التصلب، كما يظل بذرها كامنا وغددها لا تفرز، ومدخل المهبل جافا، غير أنها تختلف عن الرجل في أنها تستطيع أن تشارك في العملية الجنسية ولكن بطريقة خالية من الفاعلية الإيجابية (كلثوم،2012،50). ويحدده لودرني(1986) بأنه: يتعلق بمختلف مظاهر وأطوار النشاط الجنسي، كغياب الرغبة أو حتى النفور من العمل الجنسي، غياب الحساسية المهبلية، وغياب نشوة الجماع".(لودرني،1986،91).

وبذلك فإن اضطراب العلاقة الجنسية عند المرأة يعد أحد الاضطرابات الوظيفية الجنسية التي قد تصيب المرأة، فيتولد لديها حالة من الشعور والدافع السلبي نحو الأمور المرتبطة بالسلوك الجنسي، مما قد يؤدي إلى نقص أو غياب الاستجابة للمثيرات الجنسية، وعدم قدرتها على مشاركة الزوج اللذة وبلوغ هزة الجماع، وإن هي أظهرت مشاركتها له فإن هذه المشاركة قد تكون بطريقة خالية من الفاعلية الإيجابية، رغم كل المقدمات للقاء الجنسي. ويختلف ذلك باختلاف حالات النساء والظروف والملابسات المحيطة ، صحية كانت أو نفسية أم اجتماعية، أو باختلاف الثقافات والنظرة للجنس، وقد تصل درجة الاضطراب إلى النفور الكامل من السلوك الجنسي.

3-مستويات اضطراب العلاقة الجنسية: يختلف اضطراب العلاقة الجنسية عند المرأة في درجته وحدته من امرأة لأخرى، وليس بالضرورة أن يكون بنفس الدرجة عند جميع النساء

بل حتى عند المرأة الواحدة في كل الأوقات. وحسب المرجع السريع إلى الدليل التشخيصي الخامس DSM/5 فإنه يكون"حسب التكوين البنيوي للنساء وقدرتهن على الممارسة الجنسية، وهي مسألة تختلف من امرأة لأخرى، ومن ثقافة لأخرى، وأدنى مستوياته أن تمارس المرأة الجماع دون استمتاع، وأعلاه أن تنفر من مجرد اقتراب الزوج منها.

وقد يكون اضطراب العلاقة الجنسية كحالة أو أكثر من الحالات التالية:

-عدم الرغبة في الجنس أو الشعور بالانجذاب.

-عدم الاستجابة للمثيرات الجنسية الطبيعية مهما فعل الزوج من مداعبات تمهيدا للقاء الجنسي.

-عدم الوصول إلى رعشة اللذة القصوى المعروفة بالأورجازم".(شهدي،2012،189).

فاضطراب العلاقة الجنسية "حالة من الشعور والدافع السلبي عند المرأة، المرتبطة بالجنس والسلوك الجنسي، وهذا الشعور إما أن يكون دائما أو محدودا أو لفترة معينة، وقد يكون عاما يشمل المجال الجنسي بكامله، قد يتحدد إما في الرغبة الجنسية، أو الاستثارة الجنسية، أو في الاستجابة الجنسية، أو في تعذر الحصول على الذروة الجنسية"(رشاد، د.س،133). وقد يكون "جزئيا بحيث تحصل المرأة على بعض الإشباع، وقد يكون كليا بمعنى أنها لا تصل مطلقا إلى الإشباع".(مرعي،2006،51)."فهناك من تشعر بشيء من الميل ودرجة خفيفة من التفاعل، لكن هذه الحالة بتقديرها الخاص أو بتقدير شريكها أو بتقدير المختص الذي يعالجها، تبقى درجة أقل مما يجب أو ما هو معتاد في التفاعل الجنسي عند الأغلبية، والبعض تنعدم عندهن الرغبة أو التفكير بالأمور الجنسية بتاتا، والبعض لا تقف عندهن الأمور بانعدام الرغبة أو التفكير، بل قد تصل إلى حالة من الرفض والنفور".(فوزية،د.س،123). كما ترى أن "هناك نساء يملكن الميل للجنس ويتفاعلن ويعايشن مرحلة الإثارة والهضبة بكل دفء، لكنهن لا يستطعن أن يصلن للنشوة الجنسية، وهؤلاء تعاني من عطل الوصول للذروة الجنسية ولسنا بباردات".(فوزية،د.س،120).

ومما سبقت الإشارة إليه يمكن اعتبار درجات ومستويات ضعف التفاعل الجنسي أو انعدامه، أنها تختلف باختلاف النساء من حيث التفاعل، فالبعض منهن يفكرن في الجنس وتتحرك شهوتهن الجنسية نحوه، لكن عندما يحدث الاقتراب والالتصاق بالرجل تغيب الاستجابة فتكون ضعيفة أو معدومة، وهناك صنف من النساء لا يرغبن في الجنس لكن عندما تحدث الممارسة الجنسية قد يتفاعلن معها بشكل طبيعي في تلك اللحظة، وقد يحدث الانطفاء بعدها، والبعض من النساء لا يفكرن إطلاقا في الجنس ولا يتفاعلن معه ولا يخطر ببالهن، ويشعرن بالضيق والقلق عند ما يطرح موضوع الجنس، وبالتالي فإن أدنى مستويات ضعف التفاعل الجنسي عند المرأة أن تمارس الجنس دون استمتاع، وأعلاه أن تنفر من مجرد اقتراب الزوج منها.

فضعف التفاعل الجنسي يتفاوت من امرأة لأخرى بل حتى في المرأة نفسها باختلاف ظروفها وحالتها النفسية، فهناك من السيدات من يشعرن بشيء من الميل ولو بدرجة منخفضة حسب تقديرها أو تقدير شريك حياتها، والبعض منهن تنعدم عندها الرغبة أو الميل للجنس بل تشعر بالقلق بمجرد التفكير فيه أو الحديث عنه، ويصل بالبعض إلى حد الرفض والنفور الدائم.

وفي كل الأحوال تبقى درجات هذا الاضطراب متفاوتة تتطلب تدخلا نفسيا أو طبيا. "فالطبيب وحده من يمتلك الوسائل والكفاءة والسلطة الضرورية لإصلاح الوضع" (جيتر،1996،161)، وإن كانت البعض لا شعوريا ترغب في الحفاظ على اضطرابها الذي تحقق من ورائه مطالبها واحتياجاتها خلال مسارها العلاجي. "ويبقى الكثير من هذه الآلام المعنوية صامتا غير مباح به، محتملا سرا ولكنه لا يؤدي إلى أقل من الاضطرابات المرضية التي سبقت الإشارة إليها،لأنه من المألوف أن الرجل لا يحتاج إلى زوجة باردة جنسيا" .(جيتر،1996،216). لذلك "ينبغي أن يبقى الطبيب سيد الموقف وأن يمتلك حق التصرف بحرية".(جيتر،1996،161). وفي ظل عجزه أو غموض تشخيصه، قد تتجه المرأة إلى مسار علاجي غير طبي(العلاج الشعبي) بحثا عن مخرج لها، والذي يتوافق وتفسيراتها لأسباب اضطراب علاقتها الجنسية، في ظل واقع

سوسيوثقافي مشبع بالمعتقدات والتصورات، التي ترجع فيها أغلب أسباب الاضطرابات النفسية إلى تفسيرات غيبية التي يكون العلاج من جنسها.

4-معايير اضطراب العلاقة الجنسية: هناك جملة من المعايير التي يتحدد من خلالها اضطراب العلاقة الجنسية نذكر منها:

4-1-معيار السن: يمكن القول أن هناك سن معين يكون فيه اضطراب العلاقة الجنسية أكثر من سن آخر، ويشير كنزي إلى أن" نسبة البرود عند المتزوجات وهي عشرين سنة، والأهم من السن التوافق بين الزوجين، والخبرة والثقة في النفس".(الحنفي،2001،689).

4-2-معيار المستوى التعليمي: هناك علاقة بين المستوى التعليمي الذي تبلغه المرأة وإحساسها بالجنس، وأن التعليم يجعلها أقل رغبة في الجنس، واستطاع كنزي من خلال دراسته "أن يحصل على حالات البرود الجنسي الكامل بين خريجات الجامعة أكثر مما وجد بين الحاصلات على مستوى التعليم المتوسط".(الحنفي،2001،689).

4-3-المعيار الثقافي: تختلف الثقافة الجنسية من امرأة لأخرى ومن مجتمع لأخر، حيث تعتبر بعض المجتمعات التي تملك طابع المحافظة أن الحديث في موضوعات الجنس محظور، باعتباره طابو وأن المرأة التي تخوض فيه ناقصة حياء ومشكوك في أمرها، وبذلك فإن جهلها لقواعد الثقافة الجنسية وأخذها من مصادرها المأمونة وفي إطارها الشرعي والقانوني، يدفع الكثيرات إلى التشبع بهذه الثقافة من مصادر أخرى قد تؤدي إلى الانحرافات. لذلك"فالمعرفة الصحيحة والسليمة للجنس تجنب الفرد من التعرض للانحرافات والأمراض الجنسية الكثيرة في وقتنا الحاضر" (كتال،1993،447)، والتي أصبحت تعرض من خلال الفضائيات والمجلات الإباحية فيما تحويه بما يخل بالحياء، ويشجع على الشذوذ الجنسي.لذلك على الأسرة "أن تمد الفرد بمعلومات واتجاهات سليمة تخص المواضيع الجنسية، في إطار تعاليم دينه وقيم وأخلاق المجتمع"(إبراهيم،2006،967).

4-4-المعيار الاجتماعي: إن المحيط الاجتماعي الذي تعيش في وسطه المرأة له من التأثير على الصحة الجنسية، فلا يقل أهمية عن المعايير السالفة الذكر، إذ يمكن أن ينتاب المرأة الخوف من اضطراب علاقتها الجنسية الزوجية إسقاطا وقياسا على ما وقع لمثيلاتها من مشكلات، فيصاحبها القلق والتوتر،" ويمكن للعائلة الممتدة التي تعيش في أحضانها المرأة أن تتسبب في ظهور مشاكل عائلية وخلافات زوجية، قد تكون سببا في اضطراب السلوك الجنسي عند المرأة".(الحنفي،2001،209).

5-تشخيص اضطراب العلاقة الجنسية: إن ما تعانيه المرأة من مشكلات في علاقتها الجنسية الزوجية يتطلب تدخلا طبيا أو نفسيا أو هما معا، لتشخيص نوع الاضطراب في هذه العلاقة، والوقوف على الأسباب، بناء على ما يظهر عليها من أعراض من جراء ذلك، وما تحمله من تصورات لاضطراب علاقتها، يتطلب ذلك أن تعبر المرأة صراحة وبكل وضوح، يعتمد المعالج في ذلك على أدوات تشخيصية. فقد ورد في الدليل التشخيصي الخامس المعدل للاضطرابات النفسية، اضطراب الرغبة الجنسية حسب الآتي:

1-اضطراب نقص الرغبة الجنسية(79-302):

أ-يقرر الطبيب النقص أو الغياب آخذا بعين الاعتبار العوامل التي تؤثر على الأداء الجنسي، وسياق حياة الشخص.

ب-يسبب الاضطراب ضائقة مهمة أو صعوبة في العلاقة بين الشخصين.

ج-لا يعلل خلل الوظيفة الجنسية بصورة أفضل من خلال اضطراب آخر باستثناء خلل آخر في الوظيفة الجنسية، وهو لا ينجم حصرا على تأثيرات فسيولوجية مباشرة لمادة (مثل استخدام عقار، تناول دواء) أو عن حالة طبيعية عامة.

2- اضطراب النفور الجنسي(79-302):

أ-نفور شديد مستديم أو معادل (تقريبا) لكل اتصال جنسي مع شريك جنسي.

ب-يسبب الاضطراب ضائقة صريحة أو صعوبة في العلاقة بين الشخصين.

ج–لا يعلل خلل الوظيفة الجنسية بصورة أفضل من خلال اضطراب آخر.

3–اضطراب الإثارة الجنسية عند الأنثى(72–302)

أ–عجز مستديم أو معاود في الحصول على استجابة مناسبة من التزليق،الانفتاح للإثارة الجنسية حتى تمام العمل الجنسي.

ب–يسبب الاضطراب ضائقة صريحة بين الشخصين.

ج–لا يعلل خلل الوظيفة الجنسية بصورة أفضل من خلال اضطراب (باستثناء خلل في الوظيفة الجنسية). وهو لا ينجم حصرا على تأثيرات فسيولوجية مباشرة لمادة (مثل سوء استخدام عقار، (تناول دواء) أو عن حالة طبيعية عامة.(DSM5).

كما ورد في المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض النفسية، تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية ما يلي:

أ–النفور الجنسي(10. F52)

"توقع التفاعل الجنسي المتبادل مع الشريك يصاحبه في هذه الحالات مشاعر سلبية، ويحدث خوفا وقلقا كافيا لتجنب النشاط الجنسي.

ب–فقدان التلذذ(الاستمتاع)(11–f52)

"تحدث الاستجابات الجنسية بشكل سوي، ويحدث الأورجازم(هزة الجماع)، ولكن مع فقدان التلذذ بالدرجة الملائمة.

وهذه الشكوى أكثر شيوعا بين النساء عنها بين الرجال.

ج–فشل الاستجابة في الأعضاء التناسلية(2–f52)

في النساء تكون المشكلة الرئيسة، الجفاف المهبلي أو العجز عن التزليق، هذه الحالة يمكن أن تكون نفسية المنشإ، أو نتيجة مرض موضعي(على سبيل المثال بعد

انقطاع الدورة عند الآيس)، وليس من المألوف أن تشكو النساء من جفاف مهبلي أو التعرض لنقص الأستروجين بعد انقطاع الدورة.

د-خلل أداء (خلل الوظيفة) في الأورجازم (هزة الجماع):(f52-3)

فهزة الجماع إما أنها لا تحدث أو تحدث متأخرة كثيرا، وقد تكون الحالة موقفية (بمعنى أنها تحدث فقط في بعض المواقف، وفي هذه الحالة يكون السبب غالبا نفسي المنشإ)، أو عامة حيث يصبح من الصعب استبعاد العوامل الجسمية أو البنيوية إلا من خلال الاستجابة الإيجابية للعلاج النفسي، خلل أداء(خلل الوظيفة)الأورجازم(هزة الجماع) أكثر شيوعا بين النساء منها بين الرجال.

هـ-عسر الجماع غير العضوي المنشإ:(f52-6)

فعسر الجماع (أو الألم أثناء الجماع) يحدث في كل النساء والرجال، وفي كثير من الأحوال يمكن أن يعزى إلى علة موضعية. وبذلك يجب تصنيفه تبعا للحالة المرضية. وفي بعض الحالات لا يكون هناك سبب واضح. وتتسم العوامل الانفعالية بالأهمية، وتستخدم هذه الفئة التشخيصية فقط في حالة عدم وجود شذوذ أداء (خلل الوظيفة) جنسي أولي آخر، على سبيل المثال أو جفاف مهبلي.

6-أنواع اضطراب العلاقة الجنسية الزوجية: نظرا لما يحدثه الاضطراب في العلاقة الجنسية من تأثير على العلاقة الزواجية يمكن تصنيف الأنواع المختلفة لهذا الاضطراب كالتالي:

6-1-الاضطراب في العلاقة الجنسية الأولي: وفيها "تجهل المرأة دفعة واحدة الحاجات الجنسية والشهوانية، وأماكنها في تحقيق اللذة الغرامية. (جيتر،1996،216).

ويرجع (1977); Bernard et Trouvé إلى أعمالNacht et Lebovici أن البرود الجنسي الأولي المحض المعزول عن الاضطرابات العصبية يوجد في حالات نادرة جدا". (Bernard ;Trouvé ;1977 ;p58.). وهناك الاضطرابات الجنسية الثانوية "وتظهر

خلال النشاط الجنسي، فالنوع الأول يمكن أن يكون مجهولا أو مهملا بشكل سهل جدا، وليس الأمر كذلك بالنسبة للأنواع الأخرى. (جيتر،1996،217).

6-2-البرودة الكاملة أو الكلية:"وتتميز بغياب الحافز الجنسي ونقص الجاذبية تجاه الجنس الآخر، الرغبة الشهوانية غير موجودة، وكذلك المتعة الجنسية" (جيتر،1996،217).

6-3- البرودة الناقصة غير الكاملة : "ففيها يحتفظ الحافز الجنسي وتكون الرغبة الشهوانية واضحة تقريبا، والإثارة الجنسية إما ضعيفة في بداية المقاربة الجنسية، ومتساوية خلال الاتصال، ويكون الجماع مقبولا، أو تكون قوية بشكل كاف وطبيعي خلال انتظار الجماع، وتختفي لحظة الاتصال الحق".(جيتر،1996،217).

كما صنف الدكتور رشاد علي عبد العزيز اضطراب الرغبة الجنسية إلى فئتين: الفئة الأولى: وهي قليلة العدد نسبيا وتشمل الحالات الشديدة من البرود الجنسي العام، والذي يتمثل في النقص الكلي في الرغبة أو الميول الجنسية، وفي الاستجابة اللازمة للإثارات الجنسية.

أما الفئة الثانية: وهي الفئة الأكبر من حالات البرود الجنسي عند المرأة، غير أنها حالات أقل شدة ، وتشمل نوعين من عطل الذروة. فالنوع الأول هو عطل الذروة الأساسي والذي لا تستطيع فيه المرأة الحصول على الذروة في أي حالة وبأية طريقة. أما النوع الثاني فهو عطل الذروة الموقفي، هو العطل الذي يحدث في مواقف معينة.(رشاد،د.س،131).

وترى فوزية الدريع أن هناك نوعا ضمن ضعف التفاعل الجنسي المؤقت يعرف ببرود شهر العسل، وفيه نجد "أن الفتاة لا تستشعر فيه بشيء من العملية، الكثيرات يصبهن الخوف من الجنس..خوف الألم من فض البكارة، خوف عدم نزول الدم، خوف غشاء البكارة، خوف الليلة الأولى، لما فيه من ميراث وتهويلات ومبالغات، وما يصحبها من خيبة الأمل".(فوزية،د.س،124).

وقد ميز ديتشن بين نوعين من البرود الجنسي من حيث تأثيره على علاقة المرأة بزوجها وأولادها:

1-البرود الجنسي الحميد: وتكون فيه المرأة المصابة به عادية مع أولادها، تتصرف كأم وزوجة بشكل طبيعي.

2-البرود الجنسي الخبيث: وفيه تسوء أخلاق المرأة، تنشأ بسببه الصراعات الزوجية وتنعكس آثارها على الأولاد، وعندما لا تكون علاقة جنسية مشبعة بزوجها فإنها تغضب بسهولة، يظهر عليها التعب والتعاسة، وتتحول عاطفيا، بحيث تتصرف بالقسوة والشدة مما يؤثر على النمو الوجداني للأولاد.(الحنفي،2001،689).

كما أشارت(لطيفة،2014) إلى أن الاضطرابات الوظيفية الجنسية "تتميز بنقص أو غياب الاستجابة الجنسية بالرغم من وجود الاستثارات المناسبة. يمكن لهاته الاضطرابات أن تمس مرحلة أو عدة مراحل، الخاصة بالاستجابة الجنسية:

-المرحلة الإغرائية(اضطرابات الرغبة والنفور الجنسي).

-مرحلة الاستثارة (اضطرابات القذف عند الرجل، وغياب اللزوجة المهبلية، وانتفاخ البظر عند المرأة).

-مرحلة النشوة التي تمثل المرحلة التصريفية.

إن الاضطرابات الوظيفية الجنسية يمكن أن تكون ابتدائية، أي تكون متواجدة بصفة دائمة، ويمكنها أن تكون ثانوية، تأتي بعد فترة من التوظيف الجيد، كما يمكن أن تكون متناوبة أو مرتبطة بظروف معينة أو انتقائية أي فقط مع الشريك دون غيره. (لطيفة،2014،294،295).كما ترى "أن الاضطرابات الجنسية الوظيفية الأنثوية بخاصة تتمثل في:

-اضطرابات الرغبة الجنسية: وهي موجودة بنسبة أكبر عند النساء منه عند الرجال، تظهر على شكل اضطرابات معزولة نتيجة ظروف تربوية متصلبة، أو نتيجة تجارب صدمية، أو نتيجة أسباب عضوية، أو نتيجة اضطرابات تدخل في إطار الاضطرابات

النفسية الخاصة بالشخصيات المرضية، أو بحالة الاكتئاب أو باضطراب القلق الرهابي خاصة إذا كان هناك رهاب جنسي.

-اضطراب نشوة الجماع: قد تم تحديده من طرف الدليل التشخيصي الخامس "بغياب أو تأخر مستمر أو متكرر لنشوة الجماع بعد فترة من الاستثارة الجنسية العادية. يتميز هذا الاضطراب عند المرأة بتواجد تنوع كبير في طبيعة أو حدة الاستثارة الضرورية لحدوث نشوة الجماع.

فيما يخص التشخيص فهو يركز على حكم المختص العيادي الذي يقرر ما إذا كانت القدرة النشوية لدى المرأة أقل من المعتاد، وذلك وفق سنها العمري، ووفق تجربتها الجنسية، ووفق ملاءمة الاستثارة الجنسية. وإن غياب النشوة يمكن أن يكون إبتدائيا كاملا ودائما، أو ثانويا غير كامل (نشوة نادرة أو غير مكتملة متأخرة،أو غير مرضية).

-التشنجات المهبليةperinée للعضلات: وهي تشنجات لا إرادية لعضلات العجان المحيطة بالثلث الخارجي للمهبل، تعمل على عرقلة أية محاولة إدخال، وتجعل من عملية الجماع عملية مستحيلة. تتميز التشنجات المهبلية على العموم بكونها ابتدائية، وتشكل السبب الرئيس لعدم إكمال عملية الولوج، وهي ترتبط دائما برهاب الإدخال.

-الآلام المهبلية: وتتمثل في حدوث آلام جنسية متكررة ودائمة أثناء عملية الجماع أو مباشرة بعد العملية، قد ترتبط بالتشنجات العضلية. السبب على العموم عضوي(التهاب المهبل نتيجة الوضع المتكرر، أو جفاف المهبل الناتج عن نقص هرمون الأستروجين،أو التهاب في غشاء الرحم).(لطيفة،2014،297،298،).

7-النظريات المفسرة لاضطراب العلاقة الجنسية الزوجية: لما كان الجنس حاجة فطرية عند كل الكائنات وسلوك يؤدي للتكاثر عن طريق الزواج عند بني الانسان، حفاظا على النسل من الاختلاط ولارتباطه باستمرار الحياة " وفضلا عن ذلك تعد الغريزة الجنسية لدى الانسان من أقوى الدوافع حيث تحمل تأثيرا على صحته النفسية والفكرية والجسدية". (صالح،2014،527).

"فالحديث عن اضطراب العلاقة الجنسية عند النساء بخاصة يعتبر آخر ما تم تناوله بالدراسة، لأنه يعد من موضوعات صندوق الجنس الذي ظل مقفولا رهطا من الزمن عند أغلب المجتمعات"(كمال،1984،11)، لأجل ذلك اهتمت الدراسات بهذا الجانب وتعددت النظريات حول ما يشوب هذه العلاقة من اضطراب. ومن هذه النظريات:

7-1-نظرية التحليل النفسي: يرجع أصحاب نظرية التحليل النفسي أسباب الاضطراب في العلاقة الجنسية عند المرأة إلى حوادث مؤلمة في الماضي، وإلى إحباطات نفسية مختلفة ظلت عالقة في اللاشعور، لكن سرعان ما تظهر من خلال الاتصال الجنسي، كما أن القذف المبكر للرجل يشعر المرأة بالقلق الذي سيعرضها للبرود الجنسي. وخوف المرأة من صعوبة ولوج القضيب إلى الداخل قد يؤدي إلى تشنج المهبل والذي يجعل الجماع صعبا ومؤلما.(يوسف،د.س،140،141).

7-2-نظرية التعلم: يهتم السلوكيون بالعوامل البيئية، وأهمية التعلم في تحديد السلوك السوي وغير السوي، يرى أصحاب هذه النظرية أنه عن طريق التعلم يكتسب الفرد دوافع جديدة ثانوية اجتماعية، تمثل أهم حاجاته النفسية وقد يكون تعلمها غير سوي، يرتبط بأساليب غير توافقية في إشباعها، ومن ثم يحتاج إلى تعلم جديد أكثر توافقا "وتؤكد هذه النظرية على أن التعلم الخاطئ يؤثر على الإنسان سلبا، فالطفل الذي يخاف التحدث والتعبير عن أموره الجنسية، هو نفس الزوج التعس الذي يتعلم كيف تحطم الصراعات الزوجية حياته الجنسية".(صالح،2014،508).

8-أسباب اضطراب العلاقة الجنسية الزوجية عند المرأة: ترجع مشكلات الاضطراب في العلاقة الجنسية الزوجية إلى عدة عوامل قد تكون عضوية أو اجتماعية أو نفسية أو ثقافية، والتي تتفاوت في حدة تأثيرها على العلاقة من امرأة لأخرى، ومن مجتمع لآخر، وباختلاف الثقافات، ونظرتها للجنس والخوض فيه، باعتباره محظورا يكتسي طابع المحافظة في ظل الواقع السوسيوثقافي للمرأة، ومن جملة الأسباب التي يمكن أن تكون عاملا مؤثرا في الصحة الجنسية للمرأة، وتحول دون توافقها الجنسي والنفس اجتماعي، وتعيق نشاطاتها الشخصية والمهنية نذكر ما يلي:

8-1-الأسباب العضوية: إن للجانب العضوي تأثيره على الأداء الجنسي لما يحدثه من ألم يحول دون ممارسة الجنس والاستمتاع به. لذلك "قد تكون الأسباب نتيجة مرض عضوي غير معروف لدى الحالة، وهو السبب في فقدان اللذة كالالتهابات أو نقص الهرمون أو ألم في الثدي أو من جراء عملية جراحية سابقة، أو تناول بعض الأدوية التي لم يتم التنبه لها وقتئذ، كل ذلك وغيره من شأنه أن يؤثر على الطاقة الجنسية.(Martine.6)."فهذه الأمراض تؤدي إلى حدوث الخمول والألم والضعف مما يسبب البرود الجنسي، ومن هذه الأمراض الضعف العام وسوء التغذية، ثم نقص إفراز الغدة الدرقية وكبر السن".(رشوان،2005،40).

ويمكن إجمال الأسباب العضوية التي تحول دون الوظيفة الجنسية، والتي أشار إليها أحمد رشوان في المرجع السابق والممثلة في: العيوب الخلقية في الجهاز التناسلي، والالتهابات الشديدة، أو وجود جرح في قناة المهبل، أو في الأعضاء التناسلية الخارجية، ونقص هرمون الأستروجين الذي يسبب ضمورا وجفافا في قناة المهبل، وتمزق بعض أربطة الرحم نتيجة الحمل المتكرر، والجرح الذي يحدث أثناء الولادة.

كما أن للأمراض المزمنة واستخدام الأدوية النفسية، وحبوب منع الحمل لمد طويلة، لها تأثيرها على ممارسة الجنس بإيجابية. فقد أشار نيكولاس إلى ذلك مضيفا أن ضيق المهبل والتألم بسببه، وكذلك وجود مرض بالفرج كالالتهاب، فلا تقبل الجماع لأجله. .(Nicolas.2014.)

ويرى "بيار داكو"أن الاضطراب ناتج عن الإعياء والسكري والتسمم، لكن غالبا ما تكون أسبابه نفسية.(Marie.2007.). "فالآفات العضوية كالتشنج المهبلي وكثافة عشاء البكارة بشكل غير عاد، عدم تناسب أعضاء الرجل الجنسية مع أعضاء المرأة تؤثر كلها في حسن سيرورة الجماع. فقد تصاب المرأة بالبرودة الجنسية نتيجة هذه الآم العضوية أو بسبب العوامل النفسية والتربوية، وعلى الزوج في هذا الحال أن يكون متفهما وأن يخضع زوجته للعلاج".(جيتر،1996،09).

ومن وجهة نظر لطيفة (2014) نجد المرض السكري بالدرجة الأولى، والاضطرابات الشريانية القلبية، واضطرابات الغدد والاختلالات العصبية (الصرع والإصابات المخية أو الإصابات العصبية الإعاشية)، واضطرابات الجهاز البولى أو التناسلي. كما قد تنتج الاختلالات الجنسية الوظيفية عن تناول بعض الأدوية مثل العلاجات الخاصة بالضغط الدموي، ومضادات الاكتئاب ومضادات الذهان، والعلاجات الهرمونية، والعلاج بالليثيوم إلخ.. وقد يحدث أن هناك أسبابا نفسية تعمل على تفاقم الاختلال الجنسي الوظيفي ذو الأصل العضوي، وتساهم في استمرار هذا الاضطراب حتى يزول السبب العضوي.(لطيفة،2014،295،296).

8-2-أسباب تتعلق بشخصية المرأة: إن شخصية الفرد هي عصارة جملة من العوامل المساهمة في تكوينها وبنائها، فمتى كان هذا البناء صحيحا قويا وسليما كانت الشخصية قوية وايجابية ومن هذه العوامل:

ا-**التنشئة الاجتماعية:** وتأتي في طليعة العوامل المؤثرة في بناء شخصية الفرد، ولها دورها في تكوين بناء جنسي وثقافة جنسية صحيحة وسليمة، متوافقة مع قيم المجتمع وأعرافه التي تقيدها الشرائع والقوانين، لحماية المرأة من الانحراف والانحلال والنظرة السلبية الدونية للجنس، الذي يعد من الطيبات التي أحلها الشارع الحكيم وضبطت أسسها وقواعدها وشروطها القوانين، لكن هناك عوامل وأسباب تؤثر على تفاعل ونجاح العلاقة الجنسية، والتي قد ترجع إلى" المحيط وحسب الظروف التي تتم فيها العلاقة الزوجية، إضافة إلى العوامل الثقافية(الثقافة الجنسية)"(فايد،2005،447)، ويشير إلى ذلك مارتين "أن بعض النساء تتحفظ عن ذكر مواطن اللذة عندهن خوفا من أن يعطيها الرجل تفسيرات أخرى، مما يجعل المرأة غير عادية".(Martine.6).

كما يرجع الدكتور كمال ضعف الاستجابة الجنسية عند المرأة إلى"ما ترسب في ذهنها منذ طفولتها وحداثتها بأن الجنس إثم وعيب وشيء مكروه يقتضي تجنبه، وبهذا ينمو معها الخوف والكراهية من العلاقة الجنسية، وهو شعور ينهي الاستجابة الجنسية، قد لا يكون من السهل التغلب عليه".(أسعد،2014،106). فغياب التربية الجنسية وإرشاد الأسرة للفتاة إلى كل ما يتعلق بما يعدها للزواج، والذي يعتبر في مجتمعنا من المسائل

التي يحظر الخوض فيها، فيترسب في ذهنها الغموض والالتباس، مما قد يدفع بالفتاة إلى استقاء المعلومات عن الأمور المتعلقة بالجنس من مصادر قد تعطيها صورة مشوهة عن هذا العالم، وبالتالي قد تكون تربيتها الجنسية خاطئة قد تدفع بها إلى الانحراف وممارسة السلوك الجنسي الشاذ، الذي ينعكس سلبا على صحتها الجنسية، وقد يجعلها باردة جنسيا بعد زواجها، ويصبح عندها الضعف الجنسي من المواضيع شديدة الحساسية التي تجد المرأة صعوبة في البوح بها، وبذلك" تجد نفسها في مأزق وهو كيف تعالج نفسها وليس في يديها أدوات أوطرق" (فوزية،د.س،144)، بخلاف" التربية التي تمد الفرد بمعلومات واتجاهات سليمة تخص مواضيع الجنس في إطار تعاليم دينه وقيم وأخلاق مجتمعه"(إبراهيم،2006،967)، حتى لا ينتج من خلاله الغموض والالتباس منذ بدء طفولتها إلى أن تصبح في سن الزواج.

ب-الاستعداد: إن عدم رغبة المرأة في الزواج من جهة، وعدم استعدادها للممارسة الجنسية لعوامل نفسية أو ظروف صحية وأسرية واجتماعية، قد يؤدي إلى فتور رغبتها وتفاعلها مع الشريك.

ج-التجربة الجنسية القاسية والمؤلمة: قد تتعرض المرأة إلى حالات الاغتصاب والاعتداء والتحرش في مرحلة من مراحل حياتها، كما قد تفشل في علاقة عاطفية تكون قد جربتها بدافع ذاتي أو خارجي خارج نظام الزواج، "فالتجارب الجنسية خارج نظام الزواج في المجتمعات الإسلامية تعتبر تجارب غير مشروعة ولها عقاب ديني واجتماعي ونفسي، وهذا ما يجعل صاحبة التجربة واقعة تحت تأثير وطأة الشعور بالذنب من ناحية، والخوف من انكشاف ماضيها من ناحية أخرى، وكثير من النساء تجعل هذا الماضي بخطئه يعيش معها فيقضي على حاضرها بانعدام التفاعل الذي يظهر".(فوزية،د.س،131).

ويضاف إلى التجارب المؤلمة التي تصاحب المرأة تجربة أخت أو صديقة وفشلها في علاقتها الجنسية الزوجية، أو ما شابهها من أفكار مخزنة في اللاشعور عن نبذ الجنس، أو وفاة من جراء الحمل والولادة لارتباطهما بالجنس أو غيرها.

د-النظرة للذات: إن علاقة الفرد بذاته من أقوى العلاقات، والنظرة للذات تختلف من فرد لآخر، فهناك من ينظر لذاته بإيجابية، وهو قوي الثقة بنفسه وله القدرة على التوافق مع المواقف ، يتقبل ذاته بما فيها من مزايا أو عيوب وبذلك " تعتبر علاقة الإنسان بذاته (الأنا) هي أهم علاقة، وبقدر ما تكون هذه العلاقة فيها تقبل، فيها ارتياح، بقدر ما يكون السلوك العام والخاص للإنسان سويا، وعلاقة الإنسان بذاته أو أناه تتبلور نتيجة ظروف مثيرة منها: التنشئة والخبرة والاستعداد".(فوزية،د.س،131).

ومن الأسباب التي ترجع للمرأة،" عدم اهتمامها برشاقتها وتعطرها وانشغالها بالمطبخ واحتياجات الأولاد، فتغفل من خلالها عن متطلبات الزوج، وتتحول ساعة الفراش إلى حلبة للصراع والمشاحنات، التي تغيب معها كلمات الحب والاحتضان(شهدي ،192،2012)، وان استجابت لهذه المتطلبات فإنها تقبل عليها منهكة، ولا تشعر أثناءها بأية متعة أو تفاعل إيجابي، وقد تعتبر ذلك واجبا دينيا.

"وقد تكون الزوجة السبب في نفور الزوج من البيت بمحاصرته بالشكوك والأسئلة، والاستجوابات المستمرة والمشاجرة معه، مما يؤدي إلى هروبه وتأخر دخوله ليلا لتجنب المشاكل"(بثينة،26،2000) باحثا عن مكان يجد فيه راحته عوض الرجوع من عمله مبكرا إلى بيته لينعم بالدفء ويستشعر السعادة مع شريكة حياته وأبنائه."فجمود العلاقة الزوجية قد يعود أساسا إلى المرأة التي تشير كل تصرفاتها وسلوكياتها إلى أنها لا تشجع الرجل على الجلوس في المنزل".(بثينة،88،2000).

8-3-أسباب تتعلق بالزوج: إنه لا يمكن بأي حال من الأحوال إعفاء الرجل من اضطراب الرغبة الجنسية وفتورها عند المرأة، باعتباره طرفا مهما في العلاقة الزوجية، وما تربطه نوعية هذه العلاقة بها. فقد أثبتت الدراسات أن معظم حالات فتور الرغبة قد يكون سببها الزوج، بجهله لطبيعة المرأة، وغياب الملاطفة والحب والحنان قبل بدء اللقاء الجنسي. فالجهل بالأمور الجنسية يلعب دورا في حدوث المشكلة، وهذا ما يحدث لبعض المرضى في ليلة الزفاف من قلق واضطراب، وهو لا يعرف كيف يأتي زوجته ولا كيف يستقبل تلك الليلة، لما تحمله من ضغوطات قد تفرضها البيئة، من جهة أخرى فقد يكون

"ذهنه مليئا بمعلومات خاطئة وغريبة، وبالتالي يجد نفسه مضطربا في القيام بوظيفته الجنسية، وتلعب عوامل أخرى دورها في تثبيت المشكلة".(المالح،1998،146).

كما أن جهل كثير من الأزواج لجسد المرأة وطبيعتها الجنسية يلعب دوره. ويشير مرعي إلى أن "الجهل بطبيعة المرأة الجنسية وما تحتاجه من فترة أطول للوصول إلى الإشباع الجنسي، والوصول إلى ذروة النشوة يعد عاملا في برودها".(مرعي،2006،51)." فالذي لا شك فيه أنه عندما لا تشبع حاجات الزوجين الجنسية ينشأ الخلاف، وهو الذي يضاعف أسباب النفور والكراهية، ويزيد عوامل الصراع"(كتال،1993،171) التي يغيب في ظلها الحوار، ومعاني الحب والدفء والملاطفة والاحتضان، إذ أنه" كلما كانت هناك روح ديمقراطية وحوار في الحياة الزوجية كانت الحياة الزوجية أكثر استقرارا وتفاعلا، وامتد ذلك إلى العلاقة الجنسية"(فوزية،د.س،138)، وكلما كانت العلاقة مشحونة بالتوتر وعدم الارتياح وتجاهل لاحتياج الآخر، أصبح هناك نفور جنسي، فيسود الصمت حياة الزوجين.

" وتختلف الأسباب المؤدية إليه باختلاف الأشخاص وخصوصية الحياة الزوجية، فقد يكون سببه عدم الصراحة والوضوح بين الطرفينن، كما أن ضغوط الحياة أحد مسبباته، وكذا الروتين وعدم التجديد والرتابة في العلاقة الزوجية، كل ذلك يعد سلوكا سلبيا من قبل الزوج. فقد تستخدم المرأة أبناءها سفراء متجولين بينها وبين زوجها "(بثينة،2000،106)، وهذا ما يغفل عنه كثير من الأزواج.

ولذلك فالزوج بمعاملته القاسية وتصرفاته الخاطئة، وغطرسته وجهله لفنون وثقافة التعامل مع الشريك جنسيا وعاطفيا، وإشباع رغبته الجنسية استجابة لأنانيته، متغافلا عن مشاعر وحاجات شريكه في الإشباع العاطفي، وجهله لما تتطلبه هذه العلاقة من مقدمات، كل ذلك من شأنه أن يصيب الزوجة بالإحباط، فيؤثر على استجاباتها وتفاعلها مع الشريك. إذ "إن من أسوأ الأزواج، الزوج الذي يحتقر زوجته، فالاحتقار له أثر كبير على قلب البشر، وإذا تعرض الإنسان للاحتقار مرة واحدة في موقف ما، فإن ذلك يترك مرارة وأسى في الذاكرة لا ينساه طوال الحياة".(بثينة،2000،35).

ومن صور هذا الاحتقار، التعالي على شريكته والحط من قيمتها، وعدم تقدير جهودها والكلام الجريح، وكل ما من شأنه أن يحطم قيمتها وقدرها ومعنوياتها دون مراعاة منه لمشاعرها وأحاسيسها، وهذا ما يوسع هوة الخلاف ويحول دون التوافق الجنسي والزواجي،"إنه احتقار بارد برود الثلج، تموت معه العواطف".(بثينة،2000،36).

وفي هذا المجال يقدم لنا الدكتور علي عسيري تفسيرا، بأن من يتلذذ بتعذيب زوجته بالضرب والتحقير، ووصل إلى هذه المرحلة يعتبر مريضا، ويعاني من مرض نفسي، فهو يكره زوجته، وفي الوقت نفسه ليس لديه القدرة على اتخاذ قرار الطلاق أو تركها، فهو إنسان ضعيف الشخصية، ولا توجد لديه أية قدرة على مواجهة مشاكله الذاتية، وبالتالي يفرغها في الضرب والتحقير"(بثينة،2000،41)، وهذا ما يزيد الأمر سوءا والعلاقة توترا،والجرح عمقا، فتقابل المرأة ذلك بالتمرد والخروج عن طاعته، وعدم امتثال أوامره وربما حتى الخروج دون إذنه إلى حيث تجد متنفسا لها. "فالزوجة المجروحة، المطعونة في كرامتها، يتولد داخلها قدر هائل من الثورة والغضب، والرغبة في الانتقام لكرامتها المجروحة، فيصبح الزوج عدوا بدلا من حبيب"(بثينة،2000،49) ناهيك عما ينتج من فتور رغبتها الجنسية، وتوتر هذه العلاقة التي قد تدفعها إلى طلب الخلع من جراء هذه المعاملة، التي تحول دون التوافق واستمرار العلاقة الزوجية. كما قد يكون عجز الزوج الجنسي وعدم إثارة زوجته والتفاعل معها عاملا في فتور رغبتها الجنسية." فعجزه بالتالي عن إثارة زوجته الإثارة الكافية، يحصل عندها البرود الجنسي".(مرعي،2006،53).لذلك يجب أن يسود العلاقة التواصل الفعال بين الزوجين والحوار البناء " ولا يقتصر التواصل بين الزوجين على الكلام، بل قد يتم بالابتسامة والهمس واللمس والمصاحبة والأعمال المشتركة في الترويح على النفس أثناء العطل والرحلات والزيارات وغيرها"(liberman et al, 1980). بخلاف "التواصل الرديء أو المشوش الذي يعكر الأجواء ويبعث على النفور ويؤول إلى الانفصال"(Rascke,1986) ولذلك فإن للتواصل أخلاقياته وفنياته فهو " يتأثر بمستوى الكلام ومضمونه، وحالة المتكلم والمستمع بإصغائه ومشاركته له، واهتمامه به، مما يؤدي إلى تفاعله معه تفاعلا إيجابيا فيقبل عليه ويرتبط به"(kiston,sussman,1982). لأنه بدون هذا التعاطف تفقد الحياة الزوجية أهم

أهدافها" ويعيش الزوجان بجسمهما لكنهما كتباعدين بروحها وقد تتحول حياتهما إلى جحيم بسبب نفورهما العاطفي"(Rascke,1986).

8-4-أسباب مشتركة بين الزوجين: قد يشترك الزوجان في نشوء الاضطراب في العلاقة الجنسية، فقد يصيب المرأة فتور الرغبة الجنسية، كما قد يشكو الرجل من عجز في أدائه وتفاعله الجنسي، وقد يؤثر كل منهما في الآخر بإيحاءاته السلبية، وسوء معاملته للشريك، والتهم المتبادلة بينهما، أو خيانة أحدهما للآخر، والذي يفضي إلى زعزعة الثقة التي تعد الدعامة الأساسية في العلاقة الزوجية. "فالتكيف الجنسي لا يمكن أن يحدث إلا إذا تهيأت له الأرضية المناسبة التي تؤدي إلى اتصال دائم وحميمي، ولكي يتحقق ذلك لا بد من توفر الثقة في أوج مستوياتها، العاطفية والجنسية والأخلاقية بل وحتى المادية، وأن تبنى على التفاهم والتعامل المتبادل داخل الأسرة.(بريمن،د.س،75).

وفي ظل عدم توفر هذه المعاني السامية يغيب الحوار في الحياة الزوجية ويشتد التوتر والصراع. "فالعلاقة الفاترة بين الرجل والمرأة تؤثر جدا على الاستجابة الجنسية ، في حين أن العلاقة الجيدة الدافئة القائمة على روح التفاهم تنعكس على الحياة الجنسية، فتكون المرأة أكثر استجابة وتفاعلا مع شريك حياتها" .(فوزية،د.س،111).

كما قد تختلف النظرة للجنس وأهدافه بين الشريكين ، فقد تعتبره الزوجة علاقة رومانسية تراعى في ظلها المشاعر وتنعم في أحضانها بالدفء، وتحقق الأحلام، وتلبى الرغبات وغير ذلك، بخلاف ما ينظر إليها الرجل كونها علاقة جنسية لا تتعدى ساعة الفراش، فهي علاقة غريزية بحتة، ناهيك عن نظرة الرجل إلى المرأة باعتبارها خاضعة لسلطته، خادمة له ولأولادهما، غير مراع لما يتقاسمانه من مسؤولية وما يترتب عليهما من حقوق وواجبات، حددتها الشرائع والقوانين وأقرتها الأعراف، وأن التغافل عنها يؤثر على العلاقة الجنسية الزوجية، باعتبار"الاتصال الجنسي مشاركة بين اثنين لكل منهما دوره الإيجابي، ولا ينبغي أن يعتبر دور المرأة سلبيا، فإن ذلك يشعرها بعدم احترام زوجها لها، فهي ليست تقبل الرجل، وهذه الحقيقة يجهلها كثير من الرجال، أي أنه يسعى لتحقيق رغبته دون أخذ رغبتها في الاعتبار، وبذلك يتحول الاتصال الجنسي إلى مجرد عملية إشباع الرجل رغبته الجنسية دون مراعاة شعور المرأة".(الإسطنبولي،د.س،252).بخلاف

ما يهدف من خلاله الشريك إلى" أن يقيم علاقات منسجمة مع قرينه في الزواج ويجد كل من الزوجين في هذه العلاقة ما يشبع حاجتهما الجسمية والعاطفية والاجتماعية، مما ينتج حالة من الرضا الزواجي"(كفافي،430،1999).

فمن خلال ذلك يتضح أن للعامل العلائقي بين الشريكين تأثير بالغ في نشوء الاضطراب في العلاقة الجنسية الزوجية. فنوعية هذه العلاقة تحدد نوعية استجابتها الجنسية "فإن كانت العلاقة العامة علاقة فيها نوع من التوتر والشدة وانعدام الاحترام والثقة، فإن العلاقة الجنسية والاستجابة الجنسية للمرأة تتأثر بذلك ولا تكون سليمة".(فوزية،د.س،111). وبذلك "فالزوجان الناضجان قادران على التفاعل الإيجابي، أما الزوجان غير الناضجين فهما مهيآن للتفاعل السلبي"(Johns et al,1976).

كما أن عدم اختيار الوقت المناسب للقاء الجنسي وحدوثه في جو نفسي غير ملائم له تأثيره ، فقد أشار مرعي إلى أن"ففقدان الجو الآمن لممارسة الجنس، بحيث يتطلب مكانا آمنا مريحا وإلا فقدت المرأة الرغبة فيه، وهذه الظروف قد تؤدي إلى الاضطراب"(مرعي،2006،53). وكذا القلق الناتج عن مرض الأطفال ودراستهم والخوف على مستقبلهم، وولادة طفل غير مرغوب كونه نتاج تواصل جنسي ، كما أن كثرة المسؤوليات في الحياة الأسرية وارتباطها بالعمل خارج البيت وما يسببه ذلك من قلق وضغوط، كل ذلك كفيل أن يؤدي إلى همود الرغبة الجنسية عند المرأة .

ما يمكن قوله أن اضطراب العلاقة الجنسية نتاج جملة من العوامل ولا يتحقق التوافق الجنسي إلا إذا تحقق التوافق النفسي والأسري بين الزوجين، وتوفرت الثقة وازدادت الرغبة، وتفهم كل طرف مشاعر الآخر واحتياجاته، وغيرها من الأسس والمعاني التي تبنى عليها العلاقة الزوجية، ويتطلبها التوافق الجنسي، تحقيقا لمقاصد الزواج وغاياته. لذلك" فإن كلا من الزوجين يؤثر على الآخر، يؤثر على طريقة تفكيره ودرجة تكيفه في الحياة، فكل منهما يكيف حياته على وجود الآخر، فيحدث الانسجام الفكري بدرجة كبيرة، فكل طرف يهتم بالآخر يحرص على إرضائه وخصوصا إذا أثمر هذا الزواج عن أبناء، فتمضي الحياة بمرها وحلوها حفاظا على الأبناء من الضياع

والتشرد"(بثينة،2000،11) أكثر حفاظا منها على العلاقة الزوجية من التصدع والانفصال.

8-5-عوامل ترجع للممارسة الجنسية والثقافة الجنسية: إن "اشباع الحاجات الأولية البيولوجية، وسيلة للتعاون الاقتصادي والتجاوب العاطفي بالإضافة إلى نمو شخصية كلا الزوجين معا في إطار ثقافي، والإيثار والاحترام والتفاهم، والثقة المتبادلة، وإلى قدرة الزوجين على تحمل مسؤوليات الزواج، وحل مشكلاتهما الموجودة، ثم القدرة على التفاعل مع الحياة "(فلاتة،2008،17) إلا أن جهل أحد الزوجين لهذه المعاني والأسس، ولقواعد السلوك الجنسي ، وغياب الحوار بينهما، واستمرار النزاع بين الزوجين، يولد لدى المرأة النفور والعزوف عن الجنس ، وقد يمارس الزوج العنف ويعتبر الزوجة طرفا سلبا لعدم تفاعلها معه، كل ذلك وغيره يهدد العلاقة الزوجية ومدعاة لانفصام عراها.

كما أن"هناك فروقا بين النساء في الإحساس باللذة وهذا ما يجهله كثير من الناس ، وقد تتعرض المرأة لصدمة ليلة الدخلة، أو أنها تصادف بخيبة أملها مما كانت تنتظره لأول مرة في العلاقة الجنسية أن هناك لذة كبرى، فمن هذا المنطلق قد تكره العلاقة الجنسية الزوجية، وقد تصاب بالملل الناتج عن الروتين في الممارسة والذي يجب كسره".(Martine.6).

كما أن" التجربة الجنسية المرتبطة بالشعور بالذنب، وحالات التحرش والاغتصاب التي تتعرض لها الأنثى، وكذا الزواج بعد حالة طلاق، أو تجربة فاشلة لأخت أو صديقة، أو أفكار مخزنة في اللاشعور لها علاقة بنبذ الجنس، أو مشاعر مرتبطة بوفاة عزيز"(شهدي،2012،192)، كل ذلك له آثاره على صحة العلاقة الجنسية للمرأة . وقد تحس أنها الضحية لكنها لا تنسب أسباب برودها للزوج.

وفي ظل المحيط الأسري المشحون الذي تفتقد فيه الدعم المعنوي والمساندة، وما يمارس عليها من عنف ، فإنها حتما تفقد الثقة بنفسها وزوجها الذي في الأصل هو مصدر حمايتها. وأن إيحاء الرجل للزوجة أثناء الجماع بأنها باردة أو ليست تلك طريقة

المضاجعة، أو أنها لا تتفاعل معه إيجابيا وغيرها من الرسائل السلبية، كلها إيحاءات تعزز إضطرابها مما يؤدي إلى برودها.

8-6-غياب التربية الجنسية لدى الزوجين أو أحدهما: فلا نقصد بالتربية الجنسية الخوض في موضوع الجنس بتفاصيله والتطرق لما تعرضه الأفلام والمجلات الاباحية حوله من الأمور المخلة بالحياء، والمتعارضة مع الشرائع والقوانين والقيم، انما المراد بالتربية الجنسية هو أن يستقي الزوجان ما يحتاجانه من معلومات حول هذا الموضوع في التعامل مع الجنس الآخر في إطار الضوابط الشرعية والقانونية وقيم المجتمع حيث نجد" أن الرجل يجهل فن التعامل مع جسد المرأة كما تجهله هي، وهناك تعميم خاطئ يرتكبه كثير من الرجال وهم يهمون بمعاشرة زوجاتهم، وهي أن كل النساء تثار بنفس الطريقة، ويجهلون أن كل امرأة حالة فردية، ليس فقط بموقع الإثارة ولكن أيضا بالفترة الزمنية التي تحتاجها في المكان الذي يثيرها" (فوزية،د.س،67).فهذا الافتقار إما أن يكون من صاحب الإثارة نفسه لأنه لم يكتشف ذاته أو من الشريك الذي يجهل جسد شريكه. فالممارسة الجنسية تتطلب كثيرا من المهارات والفنيات والمقدمات والأخلاقيات حتى تستمر بطريقة صحيحة ومشبعة، وهذه التربية تكتسب من المصادر العلمية والشرعية حتى لا تؤول ممارسة الجنس إلى الشذوذ والانحراف،" فان أي تجريب جنسي في المراهقة حقيقي أو خيالي أحيانا قد يؤثر على التفاعل الجنسي أو الاستجابة الجنسية للمرأة"(فوزية،110)، ونجد ذلك واضحا في ما نصت عليه الشريعة وضبطته القوانين في مجتمعنا الذي يراعي ضرورة الإشباع المتبادل بين الزوجين عن طريق الزواج. فقد جاء في الحديث الشريف" وفي بضع أحدكم صدقة" إذ أن ممارسة الجنس خارج نظام الزواج مرفوضة على المستوى الديني والقانوني والعرفي. كما أن "وجود بعض الآراء السابقة لدى الزوجة عن الجنس باعتباره أمرا شائنا، أو عن الحياة الجنسية باعتبارها فعلا قذرا لا متعة فيه ولا لذة. فلا شك أنه حينما تقبل الزوجة على الحياة الزوجية بهذه العقلية فانها لا محالة واجدة صعوبة كبرى في أن تكيف نفسها من النواحي الضرورية للحياة الزوجية "ابراهيم،52،1978). لذلك فالتوافق الجنسي يتوقف على جملة من العوامل لعل من أهمها: التربية الجنسية التي يتلقاها الزوجان من مصادرها الصحيحة التي تحصنهما من

كل انحراف في ممارسة الجنس الذي قد يؤول الى الاضطراب في العلاقة الجنسية والزوجية على حد سواء.

8-7-العوامل النفسية: هناك مجموعة من العوامل النفسية التي ترجع إلى شخصية الفرد وظروف نشأته والتي قد تكون عاملا مهما في التأثير على الناحية النفسية للمرأة، مما يجعله ينعكس سلبا على وظيفتها الجنسية. فقد ذكر فرويد"أن العوامل النفسية تلعب الدور الأهم في حدوث هذا الاضطراب، إلى جانب العوامل العضوية، كتشنج المهبل الذي يكون سببه عادة نفسيا بالغ الشدة كالقلق مثلا"(كمال،د.س،133)، وأن أي خلل في جهازها النفسي يؤدي إلى ذلك " فالعوامل النفسية الانفعالية مثل الاكتئاب والقلق العام والخوف من الحمل، وعدم وجود الراحة والاطمئنان أثناء الممارسة، كل ذلك قد يكون مؤقتا، ولكن بعد أن يحدث الاضطراب ولو مرة واحدة قد تشترك العوامل التي تساعد على استمرار المشكلة، ويصبح الاضطراب مزمنا. كما أن هناك الصدمات النفسية والحياتية والتعلم الخاطئ بسبب صدمات جنسية، وأيضا العقد النفسية المرتبطة بالشعور بالنقص وضعف الثقة في النفس من ناحية القدرات العامة والجنسية وغيرها".(المالح،1998،146،147).

لذلك يرجح أن تكون أغلب حالات الاضطراب في العلاقة الجنسية نفسية المنشأ إضافة إلى عوامل أخرى. فقد أشار أسعد إلى أنه " يمكن أن تكون أسباب اضطراب العلاقة الجنسية عند المرأة نفسية المنشإ، أو نتيجة لمرض وظيفي مثل الالتهاب، أو نتيجة لنقص هرمون الأستروجين وخصوصا بعد انقطاع الدورة، ويرجع ذلك عادة إلى العنة النفسية المنشإ"(أسعد،2014،115)، " وأن الأمراض النفسية جميعها مثل الاكتئاب وحالات الذعر والوسواس القهري، تؤثر تأثيرا سلبيا على صحة المرأة الجنسية"(رشوان).

فالكبت النفسي في الطفولة الناتج عن حالات الاغتصاب، والتحرش ووجود ممارسة سحاقية سابقة للزواج، أو تجربة جنسية مصحوبة بالخوف، أو صعوبة في الجماع أو عدم الوصول لمرحلة الذروة، والتي قد نتج عنها الإحباط الناتج عن الفشل في عملية الجماع والذي قد يرجع إلى ليالي سابقة كليلة الدخلة وغيرها مما يليها. إذ ترى (فرانسواز دولتو) أن الاضطراب في العلاقة الجنسية قد يكون نتيجة صدمة ليلة الدخلة، وهذا ما

يمكن تجنبه إن هيأت الأم ابنتها لذلك قبل الزواج، كما أن عدم الرغبة في الإنجاب يولد لدى المرأة الخوف من العلاقة الجنسية هروبا منه. (Marie.2007).

كما يسبب القلق الشديد والخوف من إتمام العلاقة الجنسية والاستمرار فيها، الفتور. "فخوف الأنثى من الأذى الجنسي، ومن الارتباط بالزواج، وتحمل المسؤولية، وإنجاب الأطفال، قد يكون في بعض الحالات السبب في عدم التوافق العاطفي"(أسعد،2014،106)، كما أن شعور المرأة بعدم حب الزوج لها على ما عهدته عليه، والشك في خيانته لها ، واختلاف المشاعر من حيث الحاجة لمتطلبات العلاقة ، كل ذلك وغيره يورث الفتور في الرغبة الجنسية. "فقد أثبتت الدراسات النفسية أن السكن النفسي والمودة والرحمة بين الزوجين تزداد قوة بوجود توافق جنسي بينهما، ذلك لأن العلاقة الجنسية بحكم طبيعتها مصدر نشوة ولذة، فهي تشبع حاجة ملحة لدى الرجل والمرأة على السواء".(الزبيدي،2014،222).

فالحالة النفسية لها تأثير قوي على العملية الجنسية وظهور الاضطرابات النفسية، "فكثيرا ما نجد الزوجة غير المشبعة لديها زملة من الاضطرابات النفسية، وعدم توافق في حياتها، وحتى في علاقتها مع أطفالها، وحتى في عملها نجد أنها متوترة"(فوزية،د.س،60)، ما يعني أن اضطراب العلاقة الجنسية الزوجية له تأثيره على مناحي حياة المرأة، وبخاصة ما تعلق بالجانب الأسري والمهني والنفس اجتماعي. وقد أجملت لطيفة(2014) الأسباب النفسية في الآتي:

-الجهل بالأمور الجنسية، ونقص المعلومات أو وجود معلومات خاطئة، وكذلك مختلف مظاهر الكف المعرفي إتجاه كل ما يتعلق بالأمور الجنسية.

-الشعور بالإثم الناتج عن الاشتراطات التربوية العائلية والثقافية، أو عن تلك المتعلقة بالصراعات الأوديبية.

-التجارب الجنسية الصدمية من اغتصاب ومعاملات جنسية قاسية خلال الطفولة.

-القلق الذي يلعب دائما دورا كبيرا خاصة فيما يتعلق بقلق الإنجاز(الخوف من الفشل)، والخوف من الجنس الآخر، ومن الجماع، ومن الإيلاج. ومواقف الزوج ومقتضياته

الواقعية أو المفترضة التي يمكنها تشجيع حدوث الاضطراب واستمراره (رفض وإهانة). كما تعمل مظاهر عدم التوافق ما بين الزوجين من عدوانية وتسلط وصراع دورا مهما في الاختلالات الوظيفية الجنسية.(لطيفة،2014،295).

وتصاحب البرودة أحيانا مرحلة اليأس، كما أن العقم يجعل المرأة ترى أنه لا جدوى من الجنس، وقد تعتبره دنسا وقذارة، كما أن عدم اختيار الوقت الملائم، وضغوط العمل، والشعور بالقلق والإرهاق والتوتر، وكذا حالات الشك في الخيانة الزوجية، وحالات الاكتئاب التي تنتاب المرأة، وعدم مراعاة الزوج للحالة النفسية والصحية للمرأة، والظروف المحيط بأجواء اللقاء الجنسي، كل ذلك وغيره مما يغيب في ظله الحب والتناغم والملاطفة، قد يؤدي إلى فتور وضمور الرغبة الجنسية، بل قد يؤثر على العلاقة الزوجية برمتها، ويعزز النفور من الجنس بل حتى مجرد الحديث عنه.

إضافة إلى ما سبقت الإشارة إليه من الأسباب المؤثرة على الصحة الجنسية للمرأة يمكن ذكر ما يلي:

8-8 -عوامل أخرى نذكر منها:

1-**العقم:** يعد العقم عند المرأة من العوامل المساهمة في نشوء الاضطراب الجنسي، باعتبار الزواج عند الكثير من الأزواج والزوجات هو الإنجاب، ولا معنى للعلاقة الزوجية بدونه، فكثير من العلاقات الزوجية آلت إلى الانفصال نتيجة عدم الإنجاب، وقد تنظر المرأة العقيم بخاصة إلى نفسها أنه لا مكانة لها في الأسرة دون خصوبة، ولا فائدة من العلاقة الجنسية، وينظر إليها أسريا ومجتمعيا نظرة دونية لا لشيء إلا لأمر يكون خارج إرادتها. وبذلك فإن حالات العقم تعد من المشكلات الطبية الشائعة في المجتمعات.

– وفي عدد من حالات العقم لا يوجد تفسير واضح من الناحية الطبية، وتصل نسبة ذلك إلى حوالي 28 بالمائة من الحالات، وقد تدخل الطب النفسي في موضوع العقم. وأجريت عديد من الدراسات حول تأثير العوامل النفسية، الاضطرابات النفسية، العوامل المتعلقة بالعلاقة الزوجية ومدى تأثيرها في نشوء بعض حالات العقم"(المالح،1998،260).

"ومن الملاحظ أن بعض الأزواج والزوجات ينظرون في ماضيهم بحثا عن ذنب أو عمل قد ارتكبوه كي يفسروا حالة العقم عندهم، قد يرتبط ذلك ببعض الأمور النفسية مثل تأنيب الضمير، كما أن المجتمع وقيمه العامة تنظر سلبا إلى فشل الزوجين في إنجاب الأطفال، حيث يعتبر ذلك نوعا من عدم الكفاءة الشخصية، إضافة إلى اعتبار العقم من الوصمة السلبية "المالح،1998،261).

لذلك فإن "انعدام الإنجاب قد يؤدي إلى الكآبة والتي إحدى انعكاساته فقدان الاهتمام بكثير من الأشياء وعلى رأسها الجنس".(فوزية،د.س،39). "فكثيرات وكثيرون من يفقدون القدرة على الإنجاب يفقدون الرغبة الجنسية بعد فترة، وذلك لأن تكرار ممارسة الجنس بدون حدوث إخصاب يجعلهم يشعرون بأن الجنس لعبة فاشلة، فيفقدون الرغبة في الجنس نفسه، وهذا ما يسبب البرود الجنسي عند بعض النساء".(فوزية،د.س،39). وهذا ما يؤثر على نفسية المرأة لإشعارها بالإحباط واليأس وكأنها غير مرغوبة.

ويذهب أبو أسعد إلى القول" أن العقم قد يكون نفسي المنشإ، أي عقما وظيفيا ويحتاج إلى علاج نفسي، فبعض الانفعالات كالخوف الشديد، والفزع لهما تأثير على حالات العقم، كما أن القلق المزمن والشك والغيرة والحزن، والمسؤوليات الزائدة عن إمكانات الفرد، والتهديدات وفقد السند العاطفي والصراعات المزمنة، كل ذلك له تأثيراته على إفراز الغدد الصماء ومن ضمنها الغدد التناسلية".(أبو أسعد،2014،172).

ويؤكد "المالح" أنه من المعروف أن هناك عديدا من هرمونات الجسم تتأثر بالتوتر والحالة النفسية عند الإنسان، ومنها الهرمون المدر للحليب، الهرمون المحرض للرحم. أيضا الأدرينالين والنورادرينالين والدوبامين البروستاغلاندين. ولا يمكن لبعض هذه الهرمونات أن تؤثر على طلائع الهرمونات الجنسية التناسلية في الدماغ الإنساني. في منطقة ما تحت المهاد. وهذه الطلائع بدورها تؤثر في الهرمونات الجنسية (المالح،1998،262).

وما يمكن قوله أن العقم نفسيا كان أم لأسباب عضوية فإنه قد يشكل أزمة نفسية لدى كثير من الأزواج والزوجات، ويشكل ضغطا نفسيا تظهر من خلاله أعراض القلق

والتوتر والاكتئاب واليأس والشعور بفشل الحياة الزوجية وإلى "التأثير على صورة الإنسان عن نفسه بما فيها هويته الجنسية "(المالح،1998،263)، لذلك فإنه يسبب الآلام والعذاب النفسي وعدم تصديق التشخيصات، مما قد يدفع بكثير من الحالات وبخاصة النساء إلى البحث عن طرق علاجية غير طبية.

3-الأمراض: إن إصابة المرأة بالأمراض العضوية أو الاضطرابات النفسية أو العقلية يؤثر على علاقتها الزوجية وأدائها الجنسي، كالجراحة في الجهاز التناسلي كاستئصال الرحم، أو الولادة القيصرية التي يتولد عنها الخوف من الإنجاب لارتباطه بالممارسة الجنسية، أو الأمراض السرطانية والسكري وضغط الدم وأمراض القلب، والخوف من الأمراض المتنقلة بالجنس وغيرها والتي تؤثر بدورها على الناحية النفسية لما ينجم عنها من قلق وتوتر ومخاوف.

4-الأدوية : إن الإصابة بالمرض تدفع إلى البحث عن العلاج وبالتالي فإن لبعض الأدوية آثارها الجانبية في التأثير على الرغبة الجنسية بما فيها مضادات القلق والاكتئاب، وتناول حبوب منع الحمل لفترة طويلة.

ومن خلال ما سبق يمكن القول أن هذه العوامل التي سبق ذكرها تؤثر كل منها بدرجة متباينة، ويختلف التأثير باختلاف الحالات والمواقف، لكن كل ما في الأمر أن الاضطراب يبقى مستمرا بل قد تشتد حدته، وقد يؤول إلى الطلاق العاطفي أو تفكيك الأسرة إن لم يؤخذ الأمر بجدية، وترفع الحواجز ويكسر الطابو، ويسارع الزوجان إلى العلاج والبحث عن الحل لهذه المشكلة التي تتطلب تدخل المتخصصين، بعيدا عن كل تفسيرات ذاتية نسجتها الأوهام وعززها التفكير السحري الخرافي الذي تتبادل فيه الاتهامات وتعزز الشكوك، مما يؤثر على الناحية النفسية وشلل النشاطات الشخصية والمهنية، وتضطرب في ظل ذلك العلاقات الاجتماعية.

9-علاج اضطراب العلاقة الجنسية: يتطلب ذلك جملة من الإجراءات منها:

-المعرفة الدقيقة بالسوابق الطبية والنفسية ، وإجراء حوصلة سوماتية دقيقة، هي الإجراءات الضرورية لعلاج الاضطرابات الوظيفية الجنسية ذات المنشإ النفسي.

-يتوجب على المختص العيادي تحديد طبيعة المشكل وطبيعة التطور الحاصل، ودوافع المريض للفحص، وطبيعة العلاقة بين الزوجين، هل هي مرضية، هل هي صراعية، أم هي متدهورة بشكل كبير.

-يفضل العلاج الجنسي للزوجين معا.

-تشغل العلاجات المعرفية السلوكية مكانا مركزيا في مجال العلاج الجنسي، سواء أكانت تربوية أم توجيهية، فهي تتضمن برنامجا متعدد الجوانب، يستهدف كل الاضطرابات الجنسية الوظيفية: جلسات إعلامية، جلسات استرخاء، إعادة الهيكلة المعرفية، التعلم من خلال تقليد النماذج (كتب، مجلات توضح المراحل التي تمر بها التجربة الجنسية المرضية)، لعب الأدوار لتطوير التواصل بين الزوجين.(لطيفة،2010،298،299،).

ومن الملاحظات العملية المفيدة في مجال الوقاية والعلاج، أخذ المعلومات العلمية والطبية المتعلقة بالوظائف الجنسية الطبيعية للإنسان، وتبني المعلومات الصحيحة، فإن ذلك يلعب دورا وقائيا قد يمنع حدوث الاضطراب أو انتكاساته، كما تساهم هذه المعلومات في تخفيف القلق الجنسي والشعور بعدم الاطمئنان أثناء العمل الجنسي.(المالح،1998،149). كما أن الابتعاد عن ممارسة الجنس في غير إطار الزواج يعد أمرا مفيدا للصحة الجسمية والنفسية والجنسية.

أما بالنسبة للعلاج فإن هناك مجموعة من الأساليب التي تهدف إلى تخفيف القلق وإعادة الثقة في النفس، وأساليب التعامل مع الشريك لتحسين العلاقة الزوجية، وتعزيز التفاهم والحوار البناء مع الزوجة في الأمور الجنسية والحياتية، وتعديل الأخطاء والتصرفات وتصحيح المعلومات الخاطئة عن الجنس، كل ذلك يتم باستخدام مختلف الفنيات والأساليب العلاجية.

ويحتاج المرضى في بعض الحالات إلى علاج نفسي قد تطول مدته، كما يحتاج البعض إلى الأدوية الخاصة التي يعطيها الطبيب والتي تتوافق مع أسباب الاضطراب،" بل قد يلجأ إلى عمليات جراحية موضعية وخاصة في الحالات العضوية أو في الحالات التي لم تستفد من أنواع العلاجات الأخرى، كما قد يلجأ بعض المرضى إلى العلاجات

الشعبية والمواد المغذية التي قد تفيد في بعض الحالات، لكن تأثيرها لا يتعدى الإيحاء، كما قد يكون مضرا في حالات أخرى"(المالح،1998،150). و"إن تعاون الأطباء وتطمين المرضى وتبديد مخاوفهم حيال ذلك، يضمن علاجا طبيا ونفسيا متكاملا صحيحا لمعظم هذه الحالات" .(المالح،1998،151).

وقد تضمنت الأساليب العلاجية الأخرى أساليب سلوكية مثل التثقيف الطبي النفسي، والاسترخاء وتمارين التنفس العميق، وزيادة تقدير الذات وممارسة الأعمال والتمارين الرياضية، إضافة إلى الغذاء الصحي. وقد هدف العلاج التحليلي إلى حل الصراعات النفسية المرتبطة بالأمور الجنسية والحمل ، والمشكلات الزوجية أو التخفيف منها والتخفيف من مشاعر الذنب، والحزن والاكتئاب والخوف. كما استعمل العلاج المعرفي في تصحيح التصورات والأفكار الخاطئة، الخرافية منها المرتبطة بالاعتقاد في تأثير السحر على الصحة الجنسية والوظيفة الإنجابية.

خلاصة: وخلاصة القول فإن العلاقة الزوجية مهما عرفت من توافق بين الشريكين إلا أن هذا النسيج الأسري المتماسك قد تعتريه بعض المشكلات التي تزعزع أركانه وتعكر أجواءه، وقد يأتي في مقدمة هذه المشكلات ما تعانيه المرأة من اضطراب في صحة علاقتها الجنسية، ومن اضطراب الوظيفة الإنجابية لدى البعض منهن، والتي تكون ذات أسباب موضوعية، قد يكون أحد طرفي العلاقة الزوجية أو كلاهما سببا فيها، كما يكون للعوامل الخارجية تأثير في ذلك ناهيك عن مختلف الظروف المحيطة. لذلك يجب التروى في حل المشكلات بحثا عن العلاج، طبيا كان أم نفسيا ؛ حسب متطلبات الاضطراب وما تكشف عنه التحاليل والتقارير الطبية، حفاظا على العلاقة من التصدع، وضمانا للتوافق الزواجي، الذي تؤثر فيه جملة من العوامل منها تلك الاضطرابات المشار إليها.

2-2-المبحث الثاني: تصورات المرأة لاضطراب علاقتها الجنسية الزوجية:

تمهيد: نشير في هذا المبحث إلى ما يحمله المريض من تصورات نحو المرض وتفسيراته له، وطرق علاجه، والمؤشرات التي يبني عليها هذا التصور، وما هي عوامل الإقبال على العلاج الشعبي، وأسباب العزوف عن العلاج النفسي، مع الوقوف على الصعوبات التي تعترض الأخصائي وتحول دون قيامه بدوره، وكيف يمكن لهذا الأخير أن يتفاعل مع الحالات، وفق خطة علاجية يشارك المريض في إعدادها، مراعيا في ذلك تصورات المريض، وثقافة المجتمع الذي هو فرد فيه، والعوامل ذات الصلة بالاضطراب .

1-مفهوم التصور: هو عملية استحضار صورة موجودة في الذهن تكون مرتبطة بموضوع ما، أو وضعية محددة، كما قد تكون مرتبطة بالمحيط الذي يعيش فيه ذلك الشخص . ويعود الفضل في استعمال هذا المفهوم إلى جهود الباحثين والفلاسفة، إذ يعد "إميل دور كايم" E.Durkheim أول من استخدم مفهوم التصور في الإطار الاجتماعي سنة (1898) حيث يقول " إن إنتاج التصورات لايكون بسبب بعض الأفكار التي تشغل انتباه الأفراد، إنما هي بقايا لحياتنا الماضية ، أحكام مسبقة أو عادات مكتسبة و ميول، بكلمة واحدة، هي كل ما يشكل سماتنا الأخلاقية. (E. durkheim ,1967,113). أما "سارج موسكوفيسي"Serge moscovici فيرى أن "التصور هو إعادة إظهار الشيء للوعي مرة أخرى رغم غيابه في المجال المادي، وهذا يجعل منه عملية تجريدية محضة إلى جانب كونه كذلك عملية إدراكية فكرية(S .moscovici . 1992 p4).

كما يرى " إبريك" J.cland Abric أن التصورات حصيلة لنشاط عملي يقوم به فرد أو جماعة، لإعادة بناء الواقع الذي يواجهه، وإعطاء هذا الواقع معنى ومدلولا خاصا. (J.abric. 1988 p 64). ويضيف إبريك أنها" نظام لتفسير الواقع الذي تجري فيه العلاقات الفردية والمحيط الفيزيقي والاجتماعي الذي يحدد سلوكاتهم وممارساتهم".(قويدر،2011،135)..وحسب مارتن هايدغير أن التصور"هو استحضار الشيء الذي يرتبط بالذاكرة، على اعتبار أن الذاكرة هي الاحتفاظ بالذكريات على شكل صور أو كلمات، أو صور لأشياء"(قويدر،2011،123).

ومما سبق يمكن اعتبار التصور أنه عملية ذهنية تعتمد على استحضار شيء أو صور أو معلومات، يكون الفرد قد اكتسبها من مجتمعه وعلاقته بالآخرين، والتي تبقى داخل نظام معرفي . وقد تتشابه كما قد تختلف التصورات باختلاف الأفراد والظروف البيئية التي نشأ فيها الفرد كالأسرة مثلا، كونها النواة الأولى التي تساهم بقسط وافر لبناء المخططات المعرفية للفرد، وقد تكون للفرد جملة من التصورات حول الكثير من المواضيع والقضايا " فهي كما أشار جون كريستوف، تشبه الطريقة التي من خلالها يقوم هذا الكائن الخاص والمجتمع بالتفكير في الأشياء لتجربته الخاصة، فهي غنية بتجربته".(قويدر،2011،127). ما نود التركيز عليه في هذا المبحث، هو تصورات المريض للمرض، وتفسير أسبابه وأساليب الوقاية منه، وعلاجه .

-2-تصورات المرض وتفسيراته وأساليب العلاج : إذا كانت الصحة النفسية تعني "قدرة الفرد على مجابهة المشكلات التي يتعرض لها الفرد، ويتمتع بالنشاط والحيوية " (السامراني 2007، 20). فلا يفهم منها خلو الفرد من الأمراض النفسية بشكل مطلق، بل تعني توافقه مع ذاته ومحيطه. يشعر بالرضا والأمن والثقة بالنفس، وله القدرة على بناء علاقات اجتماعية تتسم بالبذل والعطاء، والتعاون وتحمل المسؤولية ، لكن قد يعتري الفرد ضعف فيمر بأزمات واضطرابات نفسية قد تتحول إلى مرض، فكيف يفسره وما أساليب التغلب عليه، لاسترجاع قوته ونشاطه وحيويته، وعدم الاستسلام له. فقد تغيب عنه أسبابه الموضوعية، فيقع في شراك الأوهام والهواجس والشكوك، وبالتالي قد يفسر أسبابه وفق ذاتيته وتصوراته.

وتختلف النظرة للمرض باختلاف الأفراد والجماعات والثقافات، بل حتى داخل المجتمع الواحد، فقد كانت المجتمعات القديمة ترجع أسباب الأمراض الجسمية والنفسية إلى حلول الأرواح الشريرة في الجسم، وبالتالي يكون الشفاء منها عن طريق طردها بالتعويذات التي كانت تمارس من قبل الكهنة والسحرة والعرافين، وكان المرضى يتعرضون للتقييد بالسلاسل والضرب لطرد هذه الأرواح .

كما أرجع البعض منهم أسباب هذه الأمراض إلى انتهاك الأفراد حرمة المقدسات، وبالتالي لا يتم الشفاء منها إلا عن طريق الاعتراف والتكفير عن الذنب. كما ساد

الاعتقاد بأن المرض "قد يكون بسبب أعمال سحرية أتاها عدو من الأعداء، وقد يكون بسبب دخول روح خبيثة إلى جسد المريض، و ينحصر العلاج بالسحر لهذا النوع في قراءة التعاويذ، ومقابلة السحر بالسحر. (سمير، 1994، 98).

فتلك التصورات والأفكار السحرية تجعله يحكم على نفسه بأنه مسحور مهما كانت الإثباتات التي تعكس تماما تلك الأحكام ، وهذا ما يجلب له الألم ويؤدي إلى ظهور أعراض تشعر الحالة بأنها فعلا مسحورة . ويصاحب هذه الأفكار عدم الارتياح والشعور بالخوف والكراهية والشك، وإن ما يعزز هذه الأفكار ويثبتها وجود آثار دالة على السحر (القائمي 9،1996) ، مما يفعله الساحر مع ضحاياه.

ونتيجة لهذه الأفكار والتصورات، "تجابه أعراض المرض باللجوء إلى المشعوذين، ومن يملكون الكرامات حسب زعمهم، وممن لهم علاقات بعالم الجن من شيوخ الزويا " .(Laplantine,1993,p131). ومرد ذلك كله إلى الثقافة الشعبية التي تبرز لنا مجموعة من التفسيرات للمرض، سواء بإرجاع أسبابه إلى تفسيرات علمية موضوعية أو إلى تفسيرات ذاتية خرافية، ممثلة في تاثير قوى خارقة، الأمر الذي يهيئ الفرد لتقبل العلاج الطبي أو العلاج الشعبي، الذي قد يخلق لديه قناعات قد تؤدي إلى شفائه من بعض الأمراض ذات المنشإ النفسي، وما يزيد اعتقاده للعلاج الشعبي عجز الأطباء عن تشخيص المرض بعد أن كشفت التحاليل والفحوص الطبية خلوه من أي مرض عضوي والمريض لا يزال في معاناته، فتستحوذ عليه الأفكار الوسواسية ذات الطبيعة السحرية، وتصبح شغله الشاغل تلازمه كظله، فيضطرب معها نومه وقد تقل شهيته وينقص وزنه، و قد ينفر من بيته ويكره مكان عمله، و تضعف لدى البعض الرغبة الجنسية، ويشعر بالضيق والقلق، وتزداد حالته سوء، وحين تضيق به السبل يقع طعمة سائغة بين يدي الدجالين والمشعوذين وبائعي الأوهام، بحثا على العلاج في ظل غياب فاعلية العلاج النفسي والطبي، وتاثير ثقافة المجتمع و تصوراته للمرض والعلاج.

حيث " إذا افتقد المرضى المعرفة الصحيحة والتصور الصحيح للمرض كان سبيلهم الوحيد هو اللجوء إلى العلاج والمعالجين التقليديين الشعبيين فإن توفر لديهم قدر

من المعرفة الطبية لمسببات المرض والتفسيرات الموضوعية اتجهوا إلى الطب الحديث " (معمر،2010،6).

فالبحث عن العلاج هو "بحث عن مخرج للوضعية المأسوية التي يعاني منها الفرد المريض من خلال تخليصه من الصراع والقلق اللذين يعيشهما، ويهيمنان على كيانه، وعلى تفكيره وعلى نشاطه، وعلى محيطه الأسري والمهني".(قويدر،81،2011). فما هي إذن المؤشرات التي يبني عليها المريض تصوراته وتفسيراته للمرض في إرجاع أسبابه لتاثير قوى غيبية وتفسيرات غير موضوعية ؟

-3-المؤشرات التي يبنى عليها المريض تصوراته وتفسيراته للمرض :

1-إنه حين يجهل المريض المصدر الحقيقي لحزنه ومعاناته، يعتقد أنه مصاب بمرض يستحيل الشفاء منه، مما يجعله يفسر ذلك بناء على موروثه الثقافي في ظل عجز العلاج الرسمي(الطبي، النفسي)، الذي يكون قد تلقاه ولم يحصل له الشفاء .

2-إذا أثبتت الفحوص والتحاليل وكل الإجراءات الطبية، خلوه من أي مرض عضوي أومانع طبي، ولم يعط العلاج الطبي أو النفسي نتائجه.

3-وجود إيحاءات مادية ترمز للسحر، يكون المريض قد عثر عليها في أمتعته أو دست في طعامه، أو وضعت أمام مدخل بابه.

4-الإيحاءات المعنوية، كتهديدات الخصوم، والتوعد بالإضرار بالشخص بإعمال السحر له، فيولد لديه الخوف والحذر والشكوك والوساوس، وبخاصة إن تبين له ترددهم على بيوت ومحلات المشعوذين، واعقاد الضحية وايمانه بتاثير السحر على الصحة، واستجاباته لتلك الإيحاءات.

5-المحيط الذي يعيش فيه الفرد، والذي يحمل نفس التصورات والتفسيرات للمرض، وبخاصة الذين كانوا قد عانوا من نفس المرض، و تلقوا علاجا على يد المعالجين الشعبيين وحقق لهم الشفاء، أو غابت عنهم أعراض المرض، مما يجعله هو الآخر يجرب هذا النوع من العلاج، فآخر الدواء الكلي. وبذلك فإن "ما يمكن ملاحظته هو أن تفسير

وفهم المرض هو ما يحدد طريقة العلاج، بمعنى أن حضور التصور بالنسبة لأسباب المرض هو ما يحدد صورة العلاج لدى المريض أولا ثم المختص، وهذا ما نجده في أعمال جيمس فريزر"العلاقة بين الاعتقادات في السحر وتصور الشيء الرمزي للعناصر التي كونت السحر"(قويدر،2011،82).

6-الأعراض التي قد تظهر على المريض ، كالإحساس بالضيق والقلق والنفور من بيته، او تأخر زواجه رغم طرقه لعدة أبواب، أو تردد الخطاب على الفتاة ولم يتحقق المراد، أو تعطل المشاريع التجارية رغم نشاط السوق، أو البرود الجنسي و العقم، وتوتر العلاقات الزوجية والأسرية، أو الاعتقاد في أن البيوت المهجورة تسكنها الجن من خلال سماعه للأصوات ورؤيته للأشباح و غيرها من التصورات والمعتقدات.

وبذلك فان المريض يبني تصوراته على التفسيرات الغيبية لهذه الظواهر والمواقف، وقد يتغافل عن التفسيرات الموضوعية المبنية على أسس علمية. فقد لاحظ فرويد " أن الأعراض في التحليل النفسي ما هي إلا دلالة على وجود صراع داخلي، وهذا يتطلب دراسة بعمق " (المطيري، 2005، 208) .يقصد بذلك ما يظهر على الحالات الهستيرية من أعراض تستخدم من خلالها الجسدنة في التعبير عن صراعاتها المكبوتة، والتي يرجع المعالجون الشعبيون تفسيراتها لتأثير قوى غيبية ممثلة في تلبس الجني. فهذه المؤشرات وغيرها " تبعث في المريض قلقا على صحته إلى حد الهوس، وكل مشاعره و أفكاره تتخللها هواجس بشان صحته وشان حياته " (الجسماني، 1988 ،81).

-4-تفسيرات المرأة لاضطراب علاقتها الجنسية: سبق الذكر أن النظرة للمرض تختلف باختلاف المجتمعات والثقافات، إذ لكل مجتمع ثقافته والتي على إثرها يبني تصوراته ويفسر المرض وفق معتقداته الخاصة، ويحدد النمط العلاجي الذي يكون غالبا من جنس التصورات والتفسيرات "التي تعد صورة مشبعة بمجموعة من المعاني والأنساق المرجعية التي يتم من خلالها التعرف والتأويل وتفسير ما يحدث في حياتنا اليومية"(Moscovici.1990.360). وهذه التصورات والتفسيرات تظهر من خلال اللغة وأفعال الفرد. ويلعب الجانب الاجتماعي دورا مهما نتيجة الحمولة الثقافية باعتبارها "ذلك الكل المركب الذي يشمل كل المعارف، الأعراف، والمعتقدات، والفن والطقوس، القوانين

والعادات وكل الاستعدادات، والاستعمالات المكتسبة من طرف الإنسان في المجتمع .(Bonte.1992.190)

وفي ظل هذا الواقع السوسيو ثقافي للمرأة الجزائرية التي تشكو اضطرابا في علاقتها الجنسية الزوجية يمكن القول، أن المرأة قد ترجع اضطراب علاقتها الجنسية الزوجية إلى عوامل عضوية، تتطلب تدخلا طبيا بإجراء فحوص وتحاليل طبية تؤكد أو تنفي إصابتها العضوية، التي قد تؤثر على وظيفتها الجنسية، وتحول دون الفعل الجنسي أو القدرة الإنجابية لدى الحالات التي تعرف عقما. وفي حال إثبات سلامتها، أو لم يكن التشخيص دقيقا، فقد تتجه نحو العلاج النفسي إن وجهت إليه أو تعتقد فيه، فترجع إليه أسباب الاضطراب، باعتبار هذا النمط العلاجي" تطبيق منهجي للتقنيات النفسية من أجل تحقيق التوازن العاطفي للفرد"(Sillami.1997.211) "لإعادة البنية المعرفية التي توجه باعتقادات خاصة وتفسيرات ذاتية"(Farragut.2001.120) " وأخيرا يبدأ الفرد بتغيير أفكاره وتصوراته بأفكار أكثر واقعية" (Gzaguryt.20005). فإن لم يتحقق ذلك فإنها قد تتجه نحو العلاج التقليدي التي تعتقد فيه ، إن لم أقل أنه قد يكون أول خطوة في مسارها العلاجي، متأثرة في ذلك بما تحمله من موروث ثقافي، ومعتقدات وتعزيزات المحيطين بها، ذلك بإرجاع أسباب الاضطراب إلى ما تعتقده في تأثير السحر على الصحة، وتلبس الجني كما هو شائع لدى عينة من مجتمع الدراسة بخاصة، الأمر الذي يدفع إلى التوجه نحو العلاج ذا العلاقة بالتفسيرات والتصورات للاضطراب. فما هي مبررات ذلك ؟

-5--أسباب الإقبال على العلاج الشعبي : في ظل هذا الواقع السوسيو ثقافي والذي عرف فيه العلاج الشعبي رواجا وإقبالا كبيرا يجعل شريحة من المرضى والمهووسين والموسوسين يلجأون إلى هذا النوع من العلاج، كونه يلبي احتياجهم وكربهم، ويخفف قلقهم، بعد أن كان بعضهم قد تلقى علاجا طبيا أو نفسيا ولم يعط نتائجه حسب تصورهم.

فما هي الأسباب التي أعطت هذا النمط العلاجي هذه القداسة والمكانة ؟

1-إيمان المريض بالقوى الخفية الغيبية و خوفه منها، و اعتقاده أن لها القدرة على التأثير على الناحية النفسية والعقلية، والاستحواذ على المريض، بناء على الحمولة الثقافية وبنيته المعرفية .

2-الاعتقاد في قدرة المعالج و ما له من كرامات و أسرار في التعامل مع الممارسات السحرية، والتحكم في القوى الخفية " الجن " المسببة للمرض النفسي والعضوي، والقدرة على إبطال السحر والعين حسب تصورهم " إذ يعتقد البعض أن مجرد مس من جانب الشيطان يكفي لحدوث المرض، مما يدفع بالكثير إلى طلب العلاج لدى الدجالين والمشعوذين " (الشربيني، 1999 ،44).

3-اعتقاد المريض الجازم أن مرضه هذا ناتج عن تأثير هذه القوى، فلا يعالجه الطبيب أو الأخصائي النفساني، بل علاجه يكون من جنس التفسيرات التي بنى عليها تصوره. فالمجتمع العربي والجزائري جزء منه مشبع بهذه الثقافة، و بخاصة القرى والأرياف أين ينتشر المعالجون الشعبيون، حيث توجد حتى فئة من المثقفين التي جربت حظها في هذا النمط من العلاجي، في ظل غياب الأنا المثقفة، ولجوؤها إلى تفسيرات لا عقلانية تكون كامنة في اللاوعي المريض. حيث نجد أن العلاج" ينبع من ثقافة الشعوب وتفاعلاتهم فيما بينهم، والطبيعة التي يصلون من خلالها إلى إيجاد العقاقير، ويعتقدون في شفائها لكل الأمراض النفسية والجسمية، فهي ممارسات طقسية تخضع لنظام الجماعة والنسق الجمعي الذي يحدد كيفيتها وآثارها، ومن يشرف عليها" (قويدر،2011،84).

4-إن ارتباط العلاج الشعبي بالدين عامل مهم في إعطاء هذا النمط من القداسة في نظر العامة، لما ينطوي عليه من آيات قرآنية و أحاديث شريفة، ذات المرجعية الدينية والتي يعتمدها المعالج الشعبي كسبا منه لثقة المريض، وإضفائها طابع الرقية الشرعية التي يعتقد المريض في فاعليتها بغض النظر عن أساليب ممارستها. فقد يدخل بعض المعالجين في ممارستهم العلاجية طقوس الشعوذة والسحر، والتي ترجع جذورها إلى حقبة من الزمن، ولأن تاريخ الطب الشعبي بدأت ممارسته مع وجود البشرية مقارنة بالعلاج الطبي أو النفسي أو الطب نفسي."فنحن نعلم أن الإنسانية مثلما عرفت المرض منذ القدم عرفت العلاج أيضا منذ القدم، وقد عملت بمختلف الوسائل والتقنيات، حتى التفسيرات

المبينة للمرض، لذلك نجد العديد من الطرق العلاجية التي وصفها تاريخ الطب النفسي من خلال ممارسات طقوسية متعلقة بالثقافات الإنسانية البدائية والسحر والشعوذة والعلاج بالدين" (قويدر،2011،81).

5-قد لا يعطي العلاج الرسمي نتائجه في علاج بعض الاضطرابات إن لصعوبة تشخيصها أو كون العلاج يتطلب وقتا طويلا، ولا يطيق المريض صبرا على المعاناة، مما يجعله يرجع أسباب المرض لتفسيرات غيبية فهم"يبحثون عن بدائل أخرى توافق تصوراتهم الخاصة و تفسيراتهم للأمراض، والتي من خلالها يتوجهون نحوالعلاج التقليدي بأنواعه "(محمد ،59).فهذه النماذج العلاجية" تجاري في حضورها العجز المسجل في تفسير بعض الأمراض وعدم فهمها أو التمكن من علاجها"(قويدر،2011،81).

6-قلة المعالجين النفسيين بل انعدامهم و بخاصة في القرى والأرياف أين تنمو ثقافة العلاج الشعبي، و اعتقاد أكبر شريحة منه فيه، حيث يجهل أفراده مقومات العلاج النفسي و مضامينه، و النظرة الخاطئة للطب النفسي، باعتبار هذا الأخير يعالج المرضى عقليا "أي المجانين" . كما تجدر الإشارة إلى أنه "عند ظهور المرض لدى فرد من أفراد المجموعة يلتف حوله الجميع ويبدون قلقا عن حالته، ويتم النصح بالذهاب إلى المعالج (س)، وتتم معالجته بأشياء بدائية بسيطة جسدتها التقاليد المتوارثة، تبدو مفهومة ومتقبلة من الجميع" (قويدر،2011،96).

7-ما يعرفه العلاج الشعبي من ترويج من قبل بعض وسائل الإعلام، وممن تلقوا علاجا وأبرز العلاج حسبهم نتائجه، فاختفت في ظله أعراض المرض.

8-شعور المريض بالراحة النفسية عند المعالج الشعبي (الراقي)، لاعتقاده في هذا النمط العلاجي وثقته في المعالج، وأنه يتوافق وتصوراته بعيدا عن الرسميات التي يعرف بها العلاج الطبي والنفسي، كتسجيل البيانات، وفتح ملف للمريض، والرجوع إلى التاريخ المرضي للحالة، وما يعتمده المعالج من أدوات ووسائل تشخصية قد ترهق كاهل المريض من الناحية المادية. واعتبار المريض طرفا في العلاقة العلاجية، وتحميله جزء من

المسؤولية عن أسباب مرضه، و نحو ذلك مما يقوم به المعالج النفسي والطبيب، بخلاف التسهيلات التي يلمسها لدى المعالج الشعبي.

9-سهولة الاتصال بالمعالجين الشعبيين دون موعد سابق، في أي ساعة من ليل أو نهار، وقد ينتقل المعالج إلى مكان تواجد المريض، بل قد يطلب المعالج ذلك في بعض الحالات. و تعد النساء أكثر فئة إقبالا على هذا النمط العلاجي من خلال مالاحظناه من ترددهن على محلات هؤلاء المعالجين الشعبيين، يؤكد ذلك كري عبد العزيز في قوله: "فالنساء تعد الفئة الأكبر إقبالا في الوطن العربي على زيادة السحرة والمشعوذين والعرافين، أو أولائك الذين يدعون أن لهم قدرات خاصة، لذلك فإن النساء أكثر الضحايا على الرغم من الوعي والعلم والتقدم ... "

10-وفرة العلاج بالمنطقة وسهولة الاتصال بالمعالج، حيث أن المريض يبحث عن أقرب معالج، ما يهمه هو الشفاء من المرض بغض النظر عن نوع العلاج الذي يتلقاه، و قد يكون التردد يوميا أو أسبوعيا و في أي ساعة احتاج فيها للمساعدة.

11-عدم التقيد بعدد الجلسات، فقد يكتفي المريض بجلسة واحدة و ينقطع عن العلاج حين يشعر بالراحة، فهو في تصوره علاج سريع و ذو فاعلية. تلك هي بعض مبررات المريض في تعاطي العلاج الشعبي والإقبال المتزايد عليه، فما هي أسباب العزوف عن العلاج النفسي ؟

-6-أسباب العزوف عن العلاج النفسي : إنه رغم ما عرفه التقدم العلمي والتكنولوجي وما يبذل من جهود لترقية العلاج النفسي لتحسين أدائه، إلا أن هذا الأخير لا يزال يشهد عزوفا، وبالمقابل يتلقى العلاج الشعبي رواجا و إقبالا، فما أسباب هذا العزوف؟.

يمكن إيجاز ذلك فيما يلي :

1 التصورات للمرض والاعتقاد في تأثير السحر والقوى الغيبية، و بركة الأولياء وقداستهم، قد يدفع المريض إلى التوجه نحوهم طلبا للعلاج .

2- النظرة السلبية للعلاج النفسي، كونه مجرد جلسات كلامية بإمكان المحيطين بالمريض طمأنته والتخفيف من حدة مرضه ومعاناته دون الحاجة إلى مختص نفسي .

3-إغفال المعالج النفسي في العلاقة العلاجية عن تصورات المريض، و ثقافته نحو العلاج. "فالإغفال عن بعض الأبعاد الاجتماعية والثقافية للمريض من قبل بعض الأطباء والمعالجين، تجعل الكثير من المرضى يتركون العلاج الطبي، و توجهون إلى العلاج التقليدي لقدرته على التعامل مع تلك الأبعاد "(عبد الله، 2010 ،01). ولا يعني ذلك قيام المعالج النفسي بدور المعالج الشعبي، بل أن يساير المعالج المريض، ويفهم تصورات المريض وتفسيراته لأسباب المرض، وأنواع العلاج وأساليبه، ومدى فاعليته من خلال خطابات المريض، ويعمل على تصحيح تصوراته، وإعادة البناء المعرفي للمريض، ومساره العلاجي، تدرجا مع المريض حتى لا ينقطع عن الجلسات.

4-طول فترة العلاج وارتفاع تكاليف المعالجة، وقلة المصحات النفسية و العقلية، بخاصة في المناطق التي ينتشر فيها العلاج الشعبي، وحيث ذاع صيته، " اذ التخصص في الأمراض النفسية في بلد مثل الجزائر لا يستقطب عددا كبيرا من المختصين إذا قورن خاصة بالتخصصات الأخرى، و لقد ترتب عن هذا النقص ارتفاع تكاليف المعالجة، لأن الأطباء النفسيين الخواص هم وحدهم من يتصدرون في علاج الأمراض النفسية، ويفرضون الأثمان التي لا يطيقها كثير من الناس، و لهذا السبب يقلل المريض إلى أقصى حد زياراته للطبيب النفسي، و يستأنس برحمة العلاج التقليدي . "(بن عبد الله، 2010 ،188).

5-نوعية الخدمات التي تقدمها العيادات النفسية، و المؤسسات الاستشفائية في إطار الصحة النفسية والعقلية، و مدى فاعليتها في علاج بعض الاضطرابات التي يرجع المريض أسبابها إلى تفسيراته و تصوراته في تاثير قوى غيبية على صحته، و عدم الثقة في قدرة المختص النفسي في التعامل معها، و في حل مشكلاته، مما يجعل المريض ينقطع عن الجلسات، و يتجه إلى العلاج التقليدي أو يتنقل بين المعالجين (الطعون العلاجية)، و بالتالي يفقد العلاج النفسي فاعليته، ويرى المريض أن الطبيب عجز عن علاج اضطرابه .

6-اعتقاد المريض أن العيادة النفسية لا يتوافد عليها إلا المرضى عقليا، و يعد المرض النفسي بالنسبة له و لعائلته وصمة عار، و اعتبار الأدوية النفسية نوعا من المخدرات قد تؤدي إلى الإدمان، وهذا التصور تجده حتى لدى فئة من المثقفين. و إن ما يزيد هذا الاعتقاد تثبيتا " تعزيز و تعميق المعالجين الشعبيين للمريض النظرة الخاطئة نحو الطب والعلاج النفسي، والإلحاح على توقيف الدواء والمعالجة النفسية زعما منهم (أي بعض المعالجين الشعبيين) أن ذلك يحبس الجن و يمنع بلوغ القرآن و تأثيره " .(علي عبد الرحيم، 2014 ،615).

7-تدخل أطراف أخرى كعائلة المريض في نوع العلاج الذي تبنيه وفق تصوراتها وتجاربها، مما ينجم عنه سوء اختيار العلاج. لذلك " فعملية فهم المريض وتصوره وتحديد أساليب علاجه لا يتحكم فيها الشخص المريض و حده، ولا الأطباء المعالجون، بل هناك متغيرات مختلفة "(الجسماني، 1988 ،81) تتدخل وقد تفرض سلطتها، وعلى إثرها قد يرفض المريض كل أنواع العلاج .

8-عدم قناعة المريض بالعلاج النفسي، و عدم ثقته في المعالج، خوفا من إفشاء أسراره ومعرفة المحيطين به لاضطرابه، مما يجعله يتحفظ. لذلك فالثقة بين المعالج والمريض عامل أساسي، وطمانة المعالج المفحوص أن سرية المعلومات من أخلاقيات المعالجة النفسية . فإن لم يتحقق ذلك عزف المريض عن العلاج النفسي واتجه نحو العلاج الشعبي، الذي لا يفتح فيه المعالج ملفا في هذا الشان، كون هذا النمط يلبي احتياجه، ولا يكلفه جهدا و لا مالا كثيرا، ولا وقتا طويلا.

تلك إذن جملة من الأسباب التي سبق ذكرها و مالم يذكر منها، والتي تحول دون تحقيق العلاج النفسي أهدافه. فما هي الصعوبات التي تواجه المعالجة النفسية والممارسيين لها :

7-صعوبات في طريق العلاج النفسي وممارسي المعالجة النفسية :

يمكن حصر الصعوبات التي تحول دون نجاح العلاج النفسي، والمعالج الممارس لأداء مهامه، وتحقيق أهداف العلاج النفسي في الوطن العربي والجزائر بخاصة فيما يلي :

1-ضعف التكوين بحيث لا يحصل المعالج "الأخصائي" النفسي على تكوين ميداني كاف في مساره الجامعي، يؤهله لممارسة مهنة العلاج النفسي عن جدارة وكفاءة، وكذا قلة التكوين أثناء الخدمة إلا ما تعلق منه بالمناسبات وإن كان يعد شكليا في محتواه .

2-اختلاف التصور نحو المرض بين المعالج والمريض، وكذا بين المعالج الشعبي والمعالج النفسي، كون الأول يرجع تفسير الاضطراب إلى تأثير القوى الغيبية تبعا لتصورات المريض والوعي الجمعي، وعلاجها من جنس التصور، حيث تختلف أساليب التشخيص وطقوس العلاج باختلاف المعالجين الشعبيين. إلا أن المعالج النفسي يرى أن هذا الاضطراب حالة نفسية وقد تكون عضوية، علاجها الدواء أو الجلسات العلاجية، يعتمد فيها المعالج النفسي على نظريات ودراسات علمية، والمريض في حيرة من أمره ولا يدري من يصدق ، وأي علاج يتجه نحوه، و يكون الفاصل غالبا هو تصورات المريض وثقافته، أو تأثيرات الأسرة والمحيطين به.

3-قد يجد المعالج نفسه في موقف صعب حين يكون المريض مشبعا ومقتنعا بالعلاج التقليدي، فهو "أي المعالج" إن أنكر الممارسات الشعبية و ما يترتب عنها من نتائج سلبية، قد تزيد من حدة المرض وترسيخ الأفكار الخرافية، فإنه يصطدم بمعتقدات وتصورات المريض وعائلته، و إن وافق المعالج المريض في ذلك، فإنه يثبت هذ النوع من العلاج أو التفكير السحري، الذي تضيع معه الحقائق العلمية وحتى الدينية، والنظرة للعلاج من الوجهة العلمية، مما يستوجب على المعالج النفسي الوقت الكافي لتصحيح معتقدات المريض، وتصوراته واتجاهاته، و إعادة بنائه المعرفي .

5-قد يكون المريض نفسه عاملا، يحول دون نجاح المسار العلاجي وذلك من خلال:

أ-عدم التزامه بالمواعيد التي يحددها له المعالج، لأن اضطرابه يتطلب وقتا، وقد ينقطع المريض عن العلاج، لأنه يرى عدم جدواه، وعدم فاعليته، أو عدم كفاءة المعالج، وأغلب المرضى يفضلون العلاج المختصر، لذلك فإنهم يتجهون إلى العلاج الشعبي .

ب-عدم التزام المريض بالخطة العلاجية التي يكون قد شارك المعالج فيها.

6-عدم توفر الجو الملائم لإجراء المقابلات، وتطبيق الاختبارات مع المريض، وفق متطلبات العملية العلاجية، إذ أن من المعالجين من لا يملك مكتبا لاستقبال المرضى في بعض المصحات.

7-قلة الإمكانات والوسائل لدى الأخصائي النفساني، ككرسي الاسترخاء، والمقاييس والاختبارات النفسية المقننة والمكيفة حسب بيئة المريض وغيرها، مما تتطلبه العملية العلاجية من مستلزمات .

8-النقص المسجل في تكوين الأخصائي أثناء الخدمة، وغياب روح المبادرة والتعاون والتنسيق فيما بين الأخصائيين أنفسهم، وغياب العمل ضمن فريق متكامل، وذلك لتبادل الخبرات، وما يقتضيه التكفل النفسي بالحالات، لأن العلاج النفسي ينظر للإنسان بكليته.

9-النقص في إيقاظ الوعي بثقافة العلاج النفسي لدى المريض، والذي يتم عبر وسائل الإعلام، والمؤسسات الاجتماعية، من خلال إقامة المعارض، والمحاضرات والموائد المستديرة، واستغلال المناسبات وبخاصة ما تعلق منها بالصحة النفسية والعقلية .

10-اتجاهات الأسرة وتصوراتها للمرض والعلاج، وفرض آرائها على المريض استجابة لتصوراتها، في التوجه نحو نمط معين من العلاج. وفق موروثها الثقافي، أو قد تؤثر في المريض بإيقاف الدواء الموصوف له من قبل الطبيب النفسي، كونه قد يؤدي إلى الإدمان، أو أن المرض ترجع أسبابه لتفسيرات غيبية، يتم علاجه على يد المعالجين الشعبيين.

-8-المعايير التي يجب مراعاتها في الخطة العلاجية: هناك جملة من المعايير التي يجب مراعاتها في الخطة العلاجية، التي تمكن الأخصائي من أداء دوره بإيجابية، والتعامل مع الحالات وفق تصوراتها الثقافية أو الاجتماعية، وتفسيراتها لأسباب الاضطراب، نذكر منها:

1-على المعالج أن يعلم جيدا أن الممارسة العلاجية ليست سهلة، فهي تتطلب تكوينا ميدانيا وكفاءة عالية، و الإحاطة بجميع أنواع العلاج، بما فيه العلاج الشعبي باختلاف

أشكاله وأنواعه وأساليب ممارسته، لإمكانية التعامل مع واقع المريض الثقافي والاجتماعي.

2-معرفة شخصية المريض، وتصوراته للمرض، وتفسيراته له، والنمط العلاجي الذي يعتقد فيه والذي يتعطاه .

3-التسليم بوجود هذه المعتقدات وتاثيرها في الناس، رغم تعارضها مع الأنساق الطبية العلمية، إذ على ضوئها يمكن بناء خطة علاج لتصحيح التصورات للمرض والمسار العلاجي المتبع، أو المعتقد فيه من قبل المريض أو محيطه .

4-تفهم المريض، ومراعاة حالته النفسية، واحترام معتقداته و مجاراته، إذ كلما ساير المعالج المريض كانت الاستجابة للعلاج أكثر، وأنه كلما هاجم المعالج هذه المعتقدات وأنماط العلاج التقليدي الذي يعتقد فيه المريض، ويؤمن به ومتشبع بفعاليته، أدى ذلك إلى عزوف المريض عن العلاج النفسي، واتجه نحو ما يتوافق و تصوراته ويلبي احتياجاته.

5- معرفة نوع العلاج الذي كان يتبعه المريض (طبي , نفسي , شعبي ..)، فإذا عرف المعالج " أنه غير ضار فمن الممكن الإبقاء عليه ضمن خطة العلاج، مع إضافة وسائل علاجية حديثة، وإن كان ضارا أو فاقد الفاعلية فمن الممكن إيقافه، و استخدام نمط آخر يقنع المعالج المريض بهذا النمط حتى يعطي فاعليته " (يحي مرسي، 2007 ،164).
6-إعطاء الجانب الثقافي كل الاهتمام، والإعتماد عليه ضروري، فهو الكفيل بالكشف عن موضوع خطاب المريض، وأن المريض وحده هو صاحب القرار لاختيار المعالج، حتى يعطي العلاج ثمرته وتظهر للمريض فاعليته .

7-يعمل الأخصائي على زعزعة هذه المعتقدات والتصورات والتفسيرات المشوهة، والتشكيك فيها، ويتطلب ذلك أن يمتلك المعالج مهارات وفنيات الإقناع ، وأن يعمل على التخفيف من حدة قلق و توتر المريض، و تصحيح مساره العلاجي، وإعادة بنائه المعرفي، بسلوك إيجابي، وفق خطة يشارك فيها المتعالج المعالج . "فالمعالج يعطي

دفعا، ويساعد المريض على تغيير معتقداته الخاطئة الناتجة عن التصور " (صالح معاليم، 2008، 165) ، والتركيز على عملية الدعم والمساعدة .

8-مجاراة المريض، والسماح له بالتعبير عن معاناته، والكشف عن الأعراض التي توحي للمريض أنه قد تعرض لأعمال السحر أو تأثير قوى غيبية، وكل ما يبني عليه تصوراته للمرض والعلاج، ومناقشة هذه الأعراض والمخاوف، والهواجس والأفكار التي لا تزال تستحوذ على المريض. حيث يركز فرويد على "التاريخ المرضي للحالة، والبحث عن الأسباب والدوافع الكامنة وراء هذه الظاهرة، والولوج إلى اللاشعور المريض، باعتبار الأعراض دلالة على وجود صراع داخلي يتطلب دراسة بعمق " (معصومة سهيل المطيري ،2005 ، 208) .

9-الثقة بين المعالج والمتعالج عامل هام في نجاح الخطة العلاجية، إذ لا بد أن يحرص المعالج على بنائها وتعزيزها، فمتى فقد المريض هذه الثقة في المعالج انقطع عن العلاج، وقد يتجه نحو نمط آخر من العلاجات الشعبية، إن لم أقل قد يمتنع عن العلاج كلية. حيث يجد المتعالج راحته أين تحفظ أسراره، وتلبى احتياجاته في العلاج، ويتلقى تفهما من المعالج.

هذه جملة من الإجراءات وغيرها، التي تساعد المعالج لأداء دوره، والتعامل مع الحالات وفق تصوراتها للمرض، والتي تحكمها طبيعة المجتمع وثقافة المريض ومحيطه، في ظل غياب ثقافة العلاج النفسي، وما يواجه المعالج من تحديات، حيث فرض العلاج الشعبي نفسه بما يعرفه من رواج من قبل ممارسيه والمقبلين عليه، وما يقدمه من خدمات وإن كانت محدودة الفاعلية، وعرف المرضى من جرائها انتكاسات زادت المشكلة تعقيدا والاضطراب حدة.

-**9-رسم الخطة العلاجية** : على المعالج أن يراعي في رسم الخطة العلاجية ما سبق ذكره، و أن يشرك المفحوص فيها، باعباره حجر الزاوية ومحور العملية العلاجية، وتحميله المسؤولية، و تحفيزه على إنجاز ما يكلف به من أعمال منزلية ، والعمل على

إيجاد فضاء للعمل التعاوني المتكامل، وفق ضوابط ومعايير لا تخل بمهنة الطب والصحة النفسية، و إن مما يمكن مراعاته في الخطة العلاجية ما يلي:

1- تغيير بيئة المريض وتوفير الجو الملائم الذي يضمن راحته، و يشعره باسترجاع ثقته بنفسه إن تطلب الأمر ذلك . لأن إبعاد المريض عن المواقف الضاغطة والأجواء التي كانت سببا في مرضه إلى أجواء مريحة، ذلك له أثره الفعال في التخفيف من حدة القلق و المعاناة، وإمكانية علاجه. " فقد أثبتت التجربة أن تغيير الظروف المعيشية أو حتى تغيير محل السكن والعمل يؤدي إلى حصول الشفاء التام . " (علي القائمي 1996 ،108 .

2- العلاج النسقي الأسري: لأن للأسرة دورها في فهم المريض، وطبيعة مرضه والاهتمام به، وحثه على الانتظام على العلاج، وتناول الدواء الموصوف له، لان ذلك جزء مهم في تحقيق العلاج. لذلك " يجب على المعالج المختص أن يشرح للأسرة وللأشخاص المقربيين من المريض طبيعة المرض، و مراحل العلاج " (فؤاد السيسي ، 2010 ،277).

3- الإيحاء : يعد الإيحاء من الأساليب العلاجية المؤثرة، بإمكان المعالج اعتماده، إذ من خلاله يمكن تصحيح التصورات والمعتقدات السلبية، وزرع أفكار وقيم إيجابية، وتعزيز ثقة المريض بنفسه. فاذا كان المريض يؤمن ويصدق بما يقوله المعالج الشعبي، و ما كان يوحي به إليه دون براهين وأدلة علمية، وتظهر استجابات المريض لتلك الإيحاءات، فإن الأخصائي الكفء الذي يمتلك قوة التأثير والإقناع أجدر وأولى في أن يؤثر في المفحوص، و يغير من اتجاهاته نحو المرض، ويصحح افكاره وتصوراته، كون الشخصية التي تقع تحت الإيمان بتاثير السحر وتلبس الجن، تكون شديدة القابلية للإيحاء ." فالشخص الشديد القابلية للإيحاء هو شخص ضعيف النفس، وخائر من الناحية النفسية، بحيث يعط فرصة للنفوس الأخرى للسيطرة عليه كيفما تشاء " (علي القائمي، 1996 ،10) . وهذا ما يمارسه أغلب المعالجين الشعبيين مع زبائنهم.

4-تقنيات الاسترخاء فهي تخفف من حدة القلق والتوتر، وتساعد المريض على التنفيس وتفريغ الانفعالات، وذلك بتدريب المريض على ممارسته على الوجه الأكمل، مع حثه وتشجيعه على ممارسة الرياضة والترفيه وملئ الفراغ ، وإخراجه من عزلته وتمركزه حول ذاته، مع حث الأسرة على مساعدته وعدم تعريضه للمواقف الضاغطة التي كانت سببا في مرضه، والتعاون مع المعالج خلال فترة العلاج.

5-استخدام المعالج الأدوات التي تمكنه من التشخيص الدقيق ، وعدم الاكتفاء بالمقابلات و ما يدلي به المريض من وقائع، فقد يكون ذلك غير كاف، لذا على المعالج استخدام الاختبارات والمقاييس اللازمة، اسقاطية كانت أم موضوعية، مع الاستعانة بمصادر أخرى إذا اقتضى الأمر ذلك، فهي تمكنه من جمع قدر كاف من المعلومات عن المفحوص، لبناء الخطة العلاجية التي قد يشارك فيها المفحوص باعتباره طرفا مهما في العلاقة العلاجية. وهذه الوسائل والأدوات والمصادر تتطلب من الأخصائيين الممارسين كفاءة وتمرسا وخبرة.

لذلك ليس هناك خطة علاجية واحدة يمكن أن تلائم بشكل مناسب كل الحالات، فهناك علاجات نفسية وليس علاجا نفسيا واحدا كطريقة مثلى تناسب كل أنواع الاضطرابات ، وأنها مفيدة لكل الحالات المرضية. وإن كان العلاج المعرفي السلوكي أظهر فاعليته في تصحيح التصورات والأفكار اللاعقلانية، وإعادة البناء المعرفي للحالات التي تفسر المرض وفق تصوراتها .

وعليه فمهما اختلفت الوسائل العلاجية، فإنها تسعى جميعها إلى تحرير المريض من معاناته، والعمل على تحقيق أهداف العلاج النفسي، من خلال إزالة الأسباب وعوامل المرض، وحل الصراعات والمشكلات، وتحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي، والوصول إلى شخصية تعبر عن قوة الأنا الواعية، دون ذوبان فيما يحمله العقل الجمعي من تصورات خاطئة للمرض والعلاج ، وبذلك يتحقق مفهوم الصحة كما جاء في تعريف المؤتمر العالمي للصحة النفسية باعتبارها " حالة من التطور والتوافق الجسمي، والانفعالي والفكري للفرد، والتوافق بينه وبين الأفراد الآخرين " (عباس فيصل، 1994، 150).

خلاصة : يمكن القول أنه متى توفر الوعي وتشبع أفراد المجتمع بثقافة العلاج الطبي الرسمي، وأثبت المعالجون كفاءتهم، وتوفرت لدى المريض الرغبة في العلاج، ومن الأسرة المساعدة والتعاون، وكانت البيئة التي سيعود إليها المريض أثناء العلاج أو بعده أفضل وأحسن، وأعطي التكفل حقه، ووفرت الوسائل والإمكانات، أعطى العلاج ثمرته وفاعليته، وحقق أهدافه، وحظي المكانة التي تليق به، شأنه في ذلك ما عرفته الدول المتقدمة في هذا المجال .

الفصل الثالث

المسار العلاجي

3-الفصل الثالث:المسار العلاجي.

تمهيد: المسار العلاجي هو السبيل الذي يسلكه المريض في البحث عن العلاج الذي يراه ملائما لاضطرابه، للتخلص من المعاناة والآلام، ويحدد نوع العلاج ثقافة المريض، وما يحمله من تصورات وتفسيرات لأسباب اضطرابه، وأساليب علاجه، والتي قد يفرض فيها المحيط نفسه على المريض في اختيار نوع العلاج ، بناء على تجارب ناجحة لحالات تلقت نفس العلاج لنفس الاضطراب، أو لاضطراب مماثل له. وفي هذا المبحث نشير لمختلف أنواع العلاج التي قد يتخذ المريض بعضا منها في مساره العلاجي، وما هي دوافع اختياره لأي نوع منها، وعوامل عزوفه عن غيرها من العلاجات الأخرى.

-1-تعريف المسار العلاجي: من التعريفات التي وردت حول مفهوم المسار العلاجي نذكر ما يلي:

يعرفه "كليمان" A.Kleinman أنه "مختلف المحطات التي يتبعها المريض النفسي في البحث للوصول إلى حل لمشكلاته، ويصفه على أنه سلوكات البحث عن العلاج أو استراتيجيات الطعون العلاجية والبحث عن معنى المرض"(Patricia.2005.542.).

كما يحدد "أوليفي مثمتز" Olivier(2006) المسار العلاجي على أنه: "التنقل المتبع من طرف كل مستعمل ضمن مجموعة من الطعون المتوفرة في سوق العلاج، وهذا التنقل يكون دائما متبوعا بثلاث مراحل هي: إحساس الحالة باضطراب يصيب بدنه يتطلب البحث والتفسير، وإيجاد تشخيص للحالة التي يعاني منها، واختيار العلاج أو المعالج"(Olivier.2006.22). ومن ضمن المسارات العلاجية في الجزائر هناك نموذجان: نموذج رسمي ممثل في العلاج الطبي والطب نفسي والعلاج النفسي، وعلاج غير رسمي ممثل في العلاج الشعبي باختلاف أنواعه.

ويعطي(جون غويتا) J.guotat مفهوما جوهريا في تعريفه للعلاج النفسي بأنه: " مختلف الوسائل السيكولوجية التي يمكنها أن تعمل وفق هدف علاجي محدد، يؤدي إلى الحصول على ضمور الحالة التي يعاني منها الفرد، (Guotat.1978.9). وهذا ما يفترض أن الفرد ومحيطه يريدون التخلص من هذه المعاناة.

لذلك "فمن خلال الملاحظات وكتابات المختصين في هذا الميدان خاصة بوسبسي محفوظ، وبن اسماعيل، فريد وكاشا، وهم أطباء عقليون، تناولوا بالدراسة العلاج النفسي والعقلي في الجزائر، والذين أوضحوا أن الجزائر تتمتع بمحيط ثقافي تقليدي له أثره في كل سلوكات الأفراد، سواء التفسيرات المرضية أو المقابلات العلاجية" (قويدر،2011،106). وبذلك فإن المسار العلاجي في ظل هذا الواقع السسيو ثقافي قد تحدده ثقافة المريض، أو المحيط الذي قد يفرضه عليه، تبعا لتفسيراته وتصوراته للمرض والعلاج. "فمسؤولية التكفل الجماعي تظهر أيضا من خلال العناصر البنيوية الأساسية، فالنماذج الدينامية توحي بالعلاجات التقليدية التي تجد عمقها في هذا التطبيق على كل الجماعات، لا سيما عندما يصاب أحد أفراد الجماعة"(قويدر،2011،106).

-2-**مفهوم العلاج النفسي:** يعرف جوليان روتر العلاج النفسي على أنه:"النشاط المخطط الذي يقوم به السيكولوجي هادفا منه تحقيق التغيير في الفرد، بجعل حياته أسعد وأكثر بنائية أوكلاهما معا"(روتر،1980،173). كما يعرف العلاج النفسي أنه:"اصطلاح عام يطلق على الكثير من الوسائل النفسية التي تستخدم في علاج الأمراض النفسية والعقلية"(العيدي،2009،148).

وجاء في تعريف عبد العلي الجسماني أن:"العلاج النفسي بمعناه الأوسع، إنما هو نظام علمي يستدل منه على العلاقات الإنسانية التي تقوم بين الطبيب والمريض، إنه نظام يتكون من إجراءات مختلفة ومعقدة، ومن هذه الإجراءات:

-التنويم المغناطيسي.

-العلاج بالإيحاء والمريض في حالة يقظة.

-التأثير على شخصية المريض، وتغيير سلوكه إلى أحسن.

-غرس القيم الطيبة في نفسه لتقويم العلاقات الإيجابية (الجسماني،1998) بينه وبين أسرته والوسط المحيط به. كما جاء في تعريف زهران بأنه: "نوع من العلاج تستخدم فيه أية طريقة نفسية لعلاج مشكلات أو اضطرابات أو أمراض ذات صيغة انفعالية يعاني منها المريض وتؤثر في سلوكه .(زهران،2005،183).

ويعرف "وليرت" العلاج النفسي بأنه:"علاج المشكلات ذات الطبيعة الانفعالية، يحاول المعالج النفسي المدرب أن يقيم علاقة مهنية مع المريض، بغرض استبعاد أو تحديد أو تأجيل ظهور أعراض موجودة أو أنماط شاذة في السلوك، الغاية منه التوصل إلى نمو إيجابي للشخصية"(العيدي،2009،141). ويرى علماء التحليل النفسي أنه إذا لم يصاحب العلاج النفسي أو تتخلله مشاعر الغضب والقلق والدموع، فإنه لا يعد علاجا نفسيا بالمعنى الدقيق.(العيدي،2009،141).

فمن خلال التعريفات السابقة يمكن القول أن العلاج النفسي هو أسلوب تستخدم فيه تقنيات وفنيات علاجية بطريقة علمية، يقوم به المعالج المؤهل والمتمرس لعلاج مختلف الاضطرابات والأمراض النفسية والوجدانية، التي من شأنها أن تؤثر في سلوك الفرد وتعيق نشاطاته الشخصية والمهنية والاجتماعية، التي قد تؤدي إلى اضطراب شخصيته .وبذلك فإن المختص النفساني يعمل على إزالة الأعراض، ومساعدة المريض على التخفيف من قلقه وتوتره، ومعاناته وفهم نفسيته لحل صراعاته ومشكلاته، والتوافق مع نفسه ومع محيطه باستغلال قدرات الفرد وإمكاناته، ويتم ذلك وفق خطة علاجية يشترك فيها المريض مع المعالج.

-3-أهداف العلاج النفسي:

إنه رغم اختلاف المدارس وتعدد آراء الباحثين، فإن العلاج النفسي يسعى لتحقيق جملة من الأهداف، اتفق علماء النفس والمختصون في الصحة النفسية والباحثون على معظمها، نذكر منها:

-يهدف العلاج النفسي إلى تحقيق الصحة النفسية والتوافق النفسي والاجتماعي، ومساعدة المريض على استبصار اضطرابه و صراعاته، وتمكينه من حل مختلف مشكلاته ، والتعرف على إمكاناته ومواطن قوته لتوظيفها ودعمها، لعلاج جوانب الضعف في شخصيته، والقدرة على مواجهة المشكلات والتحديات. إنه يهدف إلى"البحث عن مخرج للوضعية المأسوية التي يعاني منها الفرد المريض من خلال تخليصه من الصراع

والقلق الذي يعيشهما ويهيمنان على كيانه، وعلى تفكيره وعلى نشاطه، وعلى محيطه الأسري والمهني"(قويدر،2011،81).

-يعمل العلاج النفسي على تهيئة الظروف والمناخ الملائم، لإجراء عملية العلاج في جو مناسب، على أن تسود العلاقة العلاجية الثقة المتبادلة بين المعالج والمفحوص.

-العمل على فهم صراعات المريض وأسبابها، لتعديل السلوك السلبي وتصحيح الأفكار المشوهة، وتحويل النظرة القاتمة إلى تصور وتفكير إيجابي، مع "تحويل الخبرات المؤلمة إلى خبرات متعلمة"(زهران،2005،186)"وتغيير العادات المرضية، ومساعدة المريض على تكوين عادات جديدة وجيدة من خلال مبادئ التعلم"(العيدي،2009،142)، فذلك قد يمكن المفحوص من تقبل الذات والآخر، وإقامة علاقات اجتماعية سليمة، وتنمية القدرة على التغلب على الإحباط والقلق والتوتر، ليزداد شعور الفرد بالأمن وتحمل المسؤولية ذلك مما يحقق الصحة النفسية للفرد والمجتمع"(العيدي،2009،154).

- تنمية قدرات المعالجين، لتحقيق مساعي العلاج بالتكوين و الممارسة والاحتكاك.

- تشجيع المفحوص على تحمل مسؤولياته واتخاذ قراراته، ونمو شخصيته، فقد أشار كارل روجرز ويونغ إلى أن: "نمو الشخصية بصفة علمية دينامية لا تتوقف مهما بلغت الخبرات السابقة من سوء، وهدف المعالج يتمثل في اكتشاف السبل المؤدية إلى سير عملية النمو نحو الأفضل والأحسن"(العيدي،2009،141). فمن خلال ذلك يسعى كل اتجاه (تحليلي، سلوكي، معرفي..) لتحقيق أهداف العلاج التي تمكن المريض -وبمساعدة المعالج- من حل مشكلاته وصراعاته، والتخفيف من مختلف أعراض اضطرابه، بعد إعادة بنائه المعرفي، وتصحيح تصوراته وأساليب تفكيره، ليصبح فردا متوافقا مع نفسه ومع محيطه، إذ كلما تظافرت الجهود بين المريض ومحيطه والمعالج، حقق العلاج النفسي غاياته."فظهور العلاجات النفسية نابع من تصورات المعاناة النفسية، وعليه نقول أن المعاناة هي تصورات لصراعات واضطرابات داخلية. وتعدد الطرق المختلفة في العلاج ينم عن اختلاف في الافتراضات المؤسسة لتفسير المرضى للاضطرابات النفسية،

لذلك نجد العديد من الطرق العلاجية النفسية التي تحاول أن تتقيد بمعاناة المريض وتحاول أن تجد تفسيرا لأهم صراعاته ومعاناته"(قويدر،2011،83،84).

-4-العلاقة العلاجية:

لقد وضع كارل روجرزCarl Rogers للعلاقة العلاجية قواعد وأسسا تضمن نجاحها، فلا يكون العلاج مثمرا ولا تظهر نتائجه إلا بتوفر العوامل الثلاثة ممثلة في (العلاج- المعالج-المتعالج)، وإن أساس العلاقة بين الفاحص والمفحوص هي عامل الثقة التي تدفع وتشجع المفحوص على قبول العلاج والارتياح للمعالج، فقد مهد روجرز لمسائل أساسية لنجاح العملية العلاجية منها: تقبل المريض لمرضه وقبول العلاج:" ونتيجة لعدة اعتبارات فلا نستطيع أن نعالج المريض علاجا نفسيا ما لم يعترف هو نفسه بمرضه" (العيدي،2009،154). ولا يعد ذلك كافيا إلا بتوفر العوامل الآتية:

-شخصية المعالج وما يجب أن يتصف به من سمات وخصائص، وشروط تؤهله لممارسة العلاج، ومنها:

-الكفاءة المهنية، وما يملكه من فنيات ومهارات، وخبرة وتدريب.

-زاده المعرفي، وقدرته على التشخيص الدقيق، وإحاطته بمختلف الأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية وتصنيفاتها ، وقدرته على استخدام مختلف الأدوات التشخيصية، والتحكم فيها، وقدرته على استعمال الأساليب العلاجية الملائمة للاضطراب، لإخراج المريض من أزمته النفسية، وحل صراعاته، والتخفيف من أعراض اضطرابه.

-كسب ثقة المفحوص بالمحافظة على أسراره، وحسن الإصغاء إليه، ومجاراته فيما يدعم العلاقة ويحقق أهداف العلاج، ليساهم في الكشف عن أسباب الصراع وجوهر المشكلة، وصولا به إلى الكيس المدفون في صندوقه المقفل، مما يساعد المعالج على بناء البرنامج العلاجي الذي يساهم المريض في إعداده ليكون متقبلا، لأن تزويد المريض بخطط علاجية سهلة التنفيذ يساهم المفحوص في إعدادها ويحرص على تنفيذ خططها، والعمل بمحتوياتها، يساعده ذلك على مواجهة مشكلاته، والتصدي لتحديات الواقع، والقدرة على حل صراعاته بنفسه . فقد أشار فرانك(1962) إلى هذه الخاصية باعتبارها عاملا مهما:"

فمعرفة مشكلات المريض ووعيه بها وقدرته على تفسيرها من خلال قدرته على قيادة مرضه نحو وجهات علاجية بناءة، تبعث جميعها الأمل لدى المريض، لأن مشكلته قابلة للحل، وطمأنته أنه بين أيادي أمينة.."(العيدي،2009،145).

-5-المعالج النفسي ومهامه :

-5-1-المعالج النفسي : هو شخص مؤهل علميا وعمليا وفنيا، يعمل على مساعدة المريض ، والتخفيف من صراعاته وتوتره، وإزالة الأعراض الموجودة، وتعديل سلوكه ، إذ له الدور الرئيس في عملية العلاج، وأدناها أنه يلعب دور الموجه والمرشد، ولا يتدخل إلا عند الاقتضاء في حالة العلاج المتمركز حول الشخص .

فالمعالج النفسي متخرج من أحد أقسام علم النفس بالجامعة، يتخصص في الصحة النفسية والعلاج النفسي على مستوى الدراسات العليا حتى الدكتوراه ، يدرس المواد المتخصصة في الصحة النفسية، والصحة العقلية ، والإرشاد النفسي ، وعلم النفس المرضي ، وعلم النفس الفيزيولوجي ، بقدر كاف من المعلومات اللازمة التي تؤهله في عملية العلاج النفسي ." والتدريب العملي والخبرة في العلاج النفسي والإرشاد العلاجي تحت إشراف، في العيادات النفسية ومراكز الإرشاد النفسي، له أهمية في إعداد المعالج النفسي. (زهران،2005،184).

-5-2-مهام المعالج النفسي : للمعالج النفسي عدة مهام يتوجب عليه القيام بها، لتحقيق الأهداف العلاجية نذكر منها :

1-يقوم المعالج النفسي مع فريق العلاج بفحص وتشخيص وعلاج المشكلات النفسية ، وعلاج حالات العصاب، والاشتراك مع الطبيب النفسي في علاج الحالات النفسية والجسمية وحالات الذهان ، ويشارك في عملية الإرشاد العلاجي. (زهران،2005،184).

2-مساعدة الفرد على فهم نفسه، و على معرفة مشاكله واضطرابه قصد الاستبصار.

3- مساعدة الفرد على وضع خطة للعلاج، تمكنه من حل مشكلاته، والتوافق مع نفسه ومحيطه، وتنمية شخصيته نحو الأحسن .

4- يصنف فاجان (fagan) مهام المعالج النفسي بالقيام بعدة خطوات :

أ- التصنيف أو التشخيص لحالة المريض بعد جمع المعلومات والأدلة عن أعراضه، وظروفه التاريخية ، وتاريخه المرضي ، وظروفه الراهنة . فالمعالج بحاجة إلى معرفة حميمة لمريضه، تمكنه من معرفة شخصيته ككل، من مرحلة طفولته المبكرة إلى وضعه الحالي ، والكشف عن أعراض اضطراباته ، وكسب ثقة المريض للإفصاح عن مشكلاته .

ب-أن توفر للمريض فرصة تحسن علاقته مع الفاحص ليسهل التفاعل والتجاوب معه، وان يمتلك القدرة على إقناع المريض بالخطة العلاجية، والكفاءة في تغيير السلوك وتعديله.

ج- كما يجب أن يكون إنسانيا في تعامله مع المريض، ويشاركه وجدانيا، فهو يتعامل مع شخص له مشاعره وأحاسيسه، لا مع آلة في مصنع أو ورشة عمل.

د- أن يكرس حياته للمريض والعلاج، وتنمية خبراته، وفهمه للمريض، ونوع المرض، ولا ينقطع عن البحث العلمي بزيادة وتحسين كفاءته .

-5-3-شخصية المعالج النفسي : إن الأخصائي الممارس أو المعالج النفسي بالإضافة إلى إعداده الأكاديمي والمهاري، يحتاج إلى أن يتسم بمجموعة من الخصائص الشخصية والسمات الخلقية التي تمليها عليه أخلاقيات المهنة، والتي تعتبر ضرورية لنجاح عمله، نذكر منها:

1-أن يتسم بالأخلاق العالية والصبر والتحمل، وضبط النفس والمرونة، والصدق في القول وعدم التحيز، والتحكم في الانفعالات وفن التعامل، والاحتفاظ بأسرار المهنة، كل ذلك ليكون أهلا للثقة .

2- أن يحب مهنته ويحرص على مساعدة المريض بعيدا عن الاستغلال والانتهازية.

3- المحافظة على العلاقة العلاجية المهنية، والعمل وفق إجراءات تتفق وأخلاقيات المهنة، والالتزام بالعمل وفق أهداف المؤسسة وسياساتها وأخلاقياتها.

4- العمل على خدمة جميع من يقصد عيادته، ويطلب مساعدته العلاجية دون تمييز أو انحياز.

5- أن يعمل على تطوير أساليبه العلاجية، ويحرص كل الحرص على تكوينه الذاتي، وأن يعترف بنقصه وتقصيره إن حدث ذلك.

6- أن يكون جادا في عمله، مطورا لمعارفه، مستفيدا من أخطائه، ومن خبرات غيره، منفتحا على الثقافات، فهو ابن بيئته ومجتمعه دون تمييز بين جنس وعرق.

7- أن يمتلك القدرة على التركيز والتحليل والتفسير، وتنمية الذكاء، ومهارات الإنصات الفعال، وفن الحوار التواصل والإقناع وحل المشكلات .

8- أن يكون ملما بأنواع الاضطرابات ومختلف العلاجات ، وله القدرة على التشخيص الدقيق، وتوظيف أساليب العلاج وتقنياته، واثقا من معارفه وقدراته.

9- أن يكون متحررا على المستوى الشخصي من مختلف الاضطرابات الانفعالية ، ناضجا على مستوى السلوك ، سليم الحواس.

10- أن يمتلك الكفاءة العلمية. حددها "بريس " (Bruce) (1995) أنها: "الإلمام بجملة المعارف الأساسية في علم النفس " وتطبيق هذه المعارف مع الحالات محل الدراسة، وأن يدرك مدى رغبة المفحوص في العلاج باعتباره محور العملية العلاجية.

-6-المريض النفسي: هو شخص لديه مشكلة أو صعوبة في التوافق، أو يعاني اضطرابا سلوكيا يحتاج إلى مساعدة متخصصة، يفهم من خلالها المعالج معاناة المريض واحتياجاته العلاجية. فالمشكلات التي يسعى المريض النفسي لحلها، والاضطرابات التي تتطلب المساعدة قصد التغلب عليها كثيرة ومتنوعة، نركز على بعض منها: كالقلق والجنون والاكتئاب ، وكلها ناتجة عن اضطرابات ومشكلات ذات بعد نفسي ، وكذا اضطرابات النوم،وفقدان الشهية، واضطرابات النطق، ومشكلات الزواج، واضطرابات الجنس، والوسواس القهري، والتوهم المرضي وما إلى ذلك .

فالمريض المستبصر بمرضه النفسي والساعي للعلاج والراغب فيه أكثر استجابة للعلاج واستفادة منه، لوجود الرغبة والدوافع عنده ، فاستعداده يساعد على التعاون مع المعالج، ذلك ما يسهل التفاعل والاتصال بين المريض والمعالج، ويضمن استمرارية العلاقة العلاجية. ومن العوامل المدعمة لذلك:

1- إيمان المريض القوي، بالعلاج النفسي وثقته في المعالج.

2- التفاعل مع المعالج، والإفصاح عن مشكلاته وأسباب اضطرابه .
3- احترام المواعيد والجلسات، وتطبيق التعليمات، والواجبات المنزلية ، والعمل بالخطة العلاجية .
4- أن تكون لدى المريض قوة الأمل في نجاح العلاج، وألا يتعجل نتائجه .
5- أن يلازم معالجا واحدا ولا يتنقل بين المعالجين، وبخاصة غير المتخصصين منهم لأنه" على مستوى البيئة التي يعيش فيها الفرد نجد العلاج التقليدي، حيث ينبع من ثقافة الشعوب وتفاعلهم فيما بينهم.(قويدر،2011،84).
6- أن يساعد المريض المعالج ليمتثل أوامره ويعمل بإرشاداته، ولا ينقطع عن العلاج إلا بعد تحقق الشفاء وباتفاق مع المعالج، وأن يشعر المريض المعالج عن عدم حضور الجلسة لسبب طارئ ."فالتعاون بين المعالج والمريض والمحيط ثمرة الثقة، وبداية حسنة للعلاج، وللتعامل الفعال بكل الطرق "(قويدر،2011،94). كل ذلك وغيره يساعد على تحقيق أهداف العلاج، يشعر المفحوص بتوازنه النفسي، وتوافقه الاجتماعي ويحرره " من ترسبات تاريخية، وإمكانات موجودة في طلب هذا التاريخ الشخصي والاجتماعي والإثني"(قويدر،2011،97).

-7- **العلاقة العلاجية والإطار العلاجي:** يهدف العلاج إلى حماية المريض والعمل على الأخذ بيده إلى شاطئ الشفاء ، فهو مسؤولية المعالج قولا وعملا ، ولكي يقوم المعالج بذلك على الوجه المطلوب عليه مراعاة حدود العلاقة العلاجية، وما تتطلبه من أخلاقيات حفاظا على مهنة العلاج النفسي وسمعة ممارسيه،فقد دعا الطبيب"جوهان واير(1588،1515) إلى التريث وعدم استخدام العنف مع المريض قائلا للأطباء:"أنا أدعوكم إلى أن تدققوا في أفكار المرضى وأقوالهم وأفعالهم التي ترهق أذهانهم..."(عطية،03،2003) وهذه الأخلاقيات يمكن إيجازها في الآتي:

- ثبات البيئة العلاجية وذلك بتحديد مكان إجراء العلاج وسير المقابلات، والالتزام بالوقت المحدد، والانضباط في المواعيد.

- الاتفاق مع المفحوص على خطة العلاج، وأسلوبه ومدته.

- الحد من المقاطعات والمشتتات، ومعيقات سير العملية العلاجية، وكل ما من شأنه أن يخل بالخطة العلاجية، أو يزيد من قلق واضطراب المفحوص.
- في حالة حدوث طارئ يحول دون إجراء الجلسة العلاجية، يخبر المعالج المفحوص بوقت كاف عن غيابه ، وتستحب التغطية من قبل معالج آخر(الإحالة) في حالة طول مدة الغياب، حتى لا ينقطع المفحوص عن العلاج.
- تقتضي العلاقة العلاجية عدم إفصاح المعالج بخصوصيته للمتعالج إلا ما تعلق بالعلاج، تحفيزا للمفحوص، وتعزيزا لثقته وطمأنته، والاستفادة من خبراته في التعامل مع الموقف والمشكلات.
- حماية الذات من كل علاقة لا تمت بالعلاج بصلة، واستغلال هذه العلاقة في إطار خارج عن العلاج ، والتحرز من اختراق الفضاء الخارجي للمفحوص.
- الاتفاق على تكاليف العلاج، ولا يكون عدم الدفع لغرض مناف لأخلاقيات العلاج.
- التحكم في الذات حتى لا يحصل المعالج من أي متعة من المفحوص، وأن تبقى العلاقة في إطارها العلاجي، اتقاء للشبهة، وتحرزا من اختراقا قانون المهنة وأخلاقياتها، ومما يسيء للمعالج والعلاج النفسي .

-8- أنواع العلاجات النفسية : يعتبر العلاج النفسي من أقدم أنواع العلاج ، فهو قديم قدم البشرية،" فمثلما عرفت الإنسانية المرض منذ القدم عرفت العلاج أيضا منذ القدم، وقد عملت بمختلف الوسائل والتقنيات، حتى التفسيرات المبينة للمرض"(قويدر،2011،81) وبذلك فإن علاج الأمراض النفسية بخاصة قد مر بمراحل تاريخية اختلفت نظرة الناس في طرقه وأساليبه، مما أدى به إلى ما هو عليه . ويسهل على المعالج القيام بدوره، ومن أهم العلاجات النفسية ما يلي :

-8-1-العلاج بالأدوية: ويطلق عليه العلاج النفسي بالعقاقير، ويهدف إلى ضبط الأعراض، والقضاء على المرض، ويستعمل أنواع من الأدوية النفسية .

- **المنبهات** : لتنبيه الوظائف، وتزيد من الطاقة الجسمية، وتهدئ الأعصاب، وتساعد على استرخاء الأعضاء .
- **المنومات** : وتستخدم للنوم لتحقيق الهدوء للحالة .

- **المضادات للاكتئاب** : وتساهم في تنظيم الانفعالات، والحالة المزاجية .
- **مضادات الإدمان:** وذلك لعلاج الإدمان على الكحوليات .

وحتى يحقق هذا النوع من العلاج أهدافه وفعاليته، يجب أن يكون مدعما بأنواع العلاج النفسي الأخرى، التي تستأصل المرض عوض علاج الأعراض.

-8-2- **العلاج التحليلي(التحليل النفسي)** : يعتبر "فروي داول" من المؤسسين الفعليين لعلم النفس العيادي، واستفاد ميدان الطب النفسي المعاصر كثيرا من جهود الأعمال والأفكار التي جاء بها فرويد، وما تعلق منها بالاضطرابات النفسية والعقلية (العصابات والذهانات)، إضافة إلى التقنيات العيادية التي ساهمت في تطوير العلاقة الوجدانية بين الفاحص والمفحوص. "جاء فرويد في البداية بالعديد من الأفكار حاول من خلالها حل ألغاز العالم النفسي الداخلي للإنسان، وبالموازاة مع ذلك اقترح مجموعة من التقنيات والطرق الاكلينيكية عكست عبقريته وبعد نظره وذكائه" (إسماعيل وآخر،2009،17). ويقوم العلاج النفسي على أساس أن أسباب سلوك الفرد وتفكيره يعود إلى تجارب الحياة وبخاصة أيام الطفولة .

ومن طرق العلاج في التحليل النفسي: أن فيه يطلب المعالج المريض أن يتمدد ويسترخي على سرير العيادة، ويتحدث عن كل ما يخطر في ذهنه من أفكار وذكريات، والمعالج يستمع دون توجيه ، ويقوم بتفسير كلام المريض وعلاقته بلا شعوره، محاولا ربط ذلك بالمشكلات والصعوبات التي يمر بها في حياته ، وقد يستمر العلاج طويلا، يكرر المريض أفكاره ويقوم المعالج بتفسيرها، بهدف الوصول إلى حالة من البصيرة والإدراك بالبواعث اللاشعورية لسلوك المريض وتصرفاته ، وبالتالي ليصبح أكثر قدرة على التعامل معها .

ومن الأساليب والتقنيات التي استخدمها التحليليون إضافة إلى التداعي الحر ،العلاج بالتنويم (الإيحاء)، ويفيد في علاج الاضطرابات العاطفية العصابية ، وفيه يدرب المريض على الاسترخاء، ويستدعي ، ويتذكر عواطف وتجارب مر بها في حياته ، ويتقبل المريض وهو تحت تأثير التنويم الاقتراحات التي تعزز ثقته بنفسه، وتخفف توتره وقلقه

وخوفه ، ويعتمد هذا الأسلوب على رغبة المريض بالتعاون الإيجابي مع المعالج . كما يفيد الاسترخاء الفكري التأملي أو العضلي في التخفيف من القلق أو التوتر، ويساعد على إيجاد حالة من الصفاء الذهني، وراحته.

كما اعتمد التحليل الذهني، في التشخيص على تفسير الأحلام وتأويل الأفعال لا إرادية. وبهذا استطاع التحليل النفسي اكتساح الميادين والأنشطة الإنسانية والمعرفية . ولا تزال معظم نظريات التحليل الذهني تطبق في العديد من أنحاء العالم داخل عيادات التحليل النفسي والعلاج النفسي." وأهم ما يجب مراعاته في التحليل النفسي، هو أن يكشف المريض بنفسه كيف نشا وتطور اضطرابه. و هنا تتجلى مهارة المحلل النفساني في أن يدع عوامل وأسباب تفصح عن نفسها، حتى يدركها المريض بنفسه وبمجهوده الخاص، ويعرف بعد ذلك صلتها بحالته. بيد أن معرفة المريض وإدراكه لذكرياته المنسية ودوافعه اللاشعورية لا يكفيه للشفاء ، بل لابد أن يشعر بما لصق بهذه الذكريات والانفعالات المكبوتة، وبعبارة أخرى فاستدعاء الذكريات لا يكفي بل لابد من استرجاعها بمصاحبتها الوجدانية الانفعالية (الراني، د.س،273).

العلاج التحليلي"يأخذ بعين الاعتبار الجانب النفسي والانفعالي والمعرفي على اعتبار أن المستوى اللاشعوري هو الذي يتحكم في الجزء الأكبر من حياتنا الداخلية، وبالتالي فتحليل الحالة ودراستها دراسة عيادية معمقة يتيح لنا فهم الحالة المرضية، وتشخيصها ثم العمل على التخلص من الصراعات النفسية"(قويدر،2011،89). تلك هي أهم الأسس التي اعتمدها العلاج التحليلي باعتبارها تقنية علاجية في تشخيص الحالات العصابية والذهانية، وعلاجها وفق الاستراتيجيات والتقنيات التي اعتمدها التحليل النفسي، كالتداعي الحر الذي يعتبره فرويد حديث واع بين الأخصائي والحالة عن معاشه النفسي وتجربته المرضية من خلال تحليل المعالج لخطابات المفحوص، وغيرها من الأسالسب كتحليل الأحلام والإيحاء الذي اعتمد مع الحالات الهستيرية بخاصة لما تعرف به من قابلية واستجاباتها للرسائل الإيحائية.

-8-3-العلاج السلوكي : يقوم العلاج السلوكي على مبدأ أن سلوك الإنسان ينشأ من التعلم ، ولذلك يمكن تغيير سلوكه من خلال تعلمه سلوكا آخرا جديدا . والملاحظ

أن العلاجات السلوكية قد أثبتت نجاعتها وفاعليتها خلال السنوات الماضية في علاج الكثير من الاضطرابات النفسية .

فالسلوكية ركزت على السلوك واتخذت منه موضوعها الأساسي، وأعطت لظاهرة التعلم مكانة متميزة في المشروع العلمي ." وتشير الدراسات والأبحاث السلوكية إلى أن الكثير من الاضطرابات النفسية مثل القلق، الخوف ،وأنواع الرهاب، وعدم الثقة بالنفس وغيرها من أشكال العصابات، ترجع بالدرجة الأولى إلى العادات السيئة التي اكتسبها في مواقف معينة " (اسماعيل،وآخر ،د.س،55).

ويبدأ العلاج السلوكي في الجلسة الأولى بين المريض والمعالج من خلال تحديد الأهداف المقصودة من العلاج ، وكذا تعيين السلوك المراد تغييره كالخوف أو الوسواس. كما يتم تحديد عدد الجلسات، وفيه يطلب المعالج من المفحوص القيام بالواجب المنزلي، حسب ما تقتضيه الجلسة العلاجية أو نوع الاضطراب.

وترى نظرية العلاج السلوكي أن الأعراض هي اضطرابات في حد ذاتها ، أي أن القلق والاكتئاب والوسواس القهري والانفعالات وغيرها، ما هي إلا استجابة شرطية، وبالتالي فإذا ما تخلص المريض من الأعراض فإنه يمكنه التحرر من الاضطراب ، وهذا التوجه يخالف نظرية التحليل النفسي التي ترى أن الأعراض مجرد تمظهرات سطحية تخفي حقيقة الاضطراب عند الإنسان .

-8-4-العلاج المعرفي : يشتق مصطلح معرفية من الكلمة اللاتينية cognitio التي تفيد التفكير ، وتمثلت أهداف علم النفس المعرفي في الكشف عن كيفية استقبال الفرد للمعلومات وكيفية تخزينها في ذاكرته، وكيفية استعمالها للتكيف مع واقع حياته اليومي، فالسلوك غير السوي ناتج عن أفكار غير سوية أو عن معتقدات مشوهة، تؤثر على سلوك الفرد بغية الاشتغال على تغيير هذه الأفكار من خلال التأثير على البعد المعرفي لدى الفرد(اسماعيل وآخر،د.س،55)، واعتبر إليس Ellis (1977) هذه الأفكار الآلية أفكارا لاعقلانية، وعرفها بأنها: مجموعة من الأفكار الخاطئة وغير المنطقية والتي تتميز

بعدم موضوعيتها ، والمبنية على توقعات وتقييمات ذاتية ، وعلى مزيج من الظن والتنبؤ والمبالغة والتحويل لدرجة لا تتفق والإمكانات العقلية للفرد(اسماعيل،وآخر،د.س،60).

فتقنية العلاج المعرفي تقوم على إستراتجية تغيير المعتقدات الخاطئة. " فالمكتئب حسب بيك Beck تسطير عليه أفكار آلية سلبية يقبلها ويعتقد بوجودها ، وهذه السيرورة غير الملائمة في التفكير قد تؤدي به إلى نظرة قاتمة وسلبية إلى ذاته والعالم الخارجي والمستقبل ، وهذا ما يسميه بيك بالثالوث المعرفي ، وبذلك تقوم الإستراتيجية العلاجية على أساس تغيير هذه الأفكار، وإعادة برمجة الدماغ بأفكار إيجابية جديدة، من خلال التدريب الذاتي وتصحيح الأفكار والاعتقادات الخاطئة. "(اسماعيل وآخر،د.س، 43).

ولقد أثبت العلاج المعرفي أهميته كذلك في علاج أنواع المخاوف المرضية (الفوبيا)، الوسواس القهري ، لأن الأمر يتعلق بأفكار وسواسية تسيطر على الإنسان وتقتحم فكره، وتفرض سلطتها وقوتها على السلوك الإنساني ، وبالتالي يصبح المريض أسير هذه الأفكار ولا يستطيع التخلص منها . ولاحظ إليس أن معظم الصعوبات والمعاناة التي يعاني منها الإنسان ترجع إلى تمسكه بأفكاره المثالية وغير الواقعية ، ويكون في الغالب لدى العديد من الأشخاص نظارات غير عقلانية، وتمثلات مجانبة للصواب حول ذواتهم وحول العالم المحيط بهم ، وهي غالبا أفكار واعتقادات غير واقعية أو غير مبررة.

وحسب بيك فان العلاج يعمل على "جعل الأشخاص يقبلون العالم كما هو و ليس كما يجب أن يكون ، كما عليهم أن يقبلوا ذواتهم كما هي لا كما يجب أن تكون. (إسماعيل،وآخر،د.س،61) . ولا يأتي ذلك إلا من خلال التفكير السليم المنطقي الواقعي ،لا من خلال الإفراط في التفكير المثالي والأفكار الوهمية .

إن ما يمكن استخلاصه أن العلاج المعرفي يقوم على فرضية أن سلوك الإنسان ومشاعره وعواطفه تتحدد من خلال نظراته وأفكاره – المتماثلة – لا كما يتعرض له من أحداث، وعلى المعالج أن يطلب من المريض مراقبة وتسجيل هذه الأفكار والمواقف السلبية ، ويقوم المعالج باقتراح أفكار إيجابية بديلة ، ويناقش المريض مع طبيبه مشاكله،

ويتفحص المريض أفكاره وأعماله دون توجيه من المعالج ، ويحاول أن يفسح المجال للمريض ليكشف الأمور بنفسه. وحتى يتحقق ذلك يجب أن يشعر المريض بالثقة والارتياح في علاقته مع المعالج ، يعبر عن كل مشاعره وعما يحرجه .

-8-5-العلاج المتمركز حول الشخص : لقد دشن كارل روجرز"Carl Ragers " توجها جديدا في مجال العلاج النفسي ، يعتمد على البعد الإنساني، بحيث يكون العميل محور العملية العلاجية ، حيث يعتبر روجرز أن الفرد يمتلك القدرة على التحسين الذاتي والتي تسمح له بحل مشاكله وصراعاته الذاتية، حيث "يتوفر كل فرد على قدرات هامة لفهم نفسه وتغيير الفكرة التي لديه حول نفسه، وتغيير مواقفه وطريقة تصرفه ، يمكن للفرد أن يختلق من موارده الخاصة لتحقيق ذلك شريطة أن يضمن له جو من المواقف السيكولوجية المسيرة لذلك وقابلة للتحديد.

وعليه فإن هذا الأسلوب المتمركز حول الشخص، يركز على نوعية العلاقة بين المعالج والمفحوص، والتي تؤسس على ثلاثة أبعاد يجب أن يتسم بها المعالج، وتتجلى في الاستماع المتعاطف والأصالة واللاحكم.(اسماعيل،وآخر،د.س،32) فعلى المعالج أن يمتن علاقته العلاجية مع المفحوص ، وأن يندمج فيه ، ويمكنه من كسب ثقته ، ويلمس المفحوص صدق المعالج وأصالته ، ويبرهن على احترامه غير المشروط، ويقبل المفحوص كما هو ، ويعمل على إبلاغه هذا الشعور.

كما يرى كارل روجرز أن" العلاج النفسي الفردي علاج غير إيجابي إن لم يرتكز على علاقة الثقة والإحساس ، ويكون المعالج يقظا عند الإنصات للمريض ، فيحلل حوار الشخص مع ذاته ، ومشاعر المريض، ويستعمل المعالج تقنية الاسترخاء للتخفيف من القلق والتوتر والأمراض النفسية ".(marie.et al.2005.173).

-8-6-العلاج الأسري(النسقي): هو نوع من العلاجات، يعتمد على استخدام عدة طرق من العلاجات النفسية، فهو ينظر إلى المريض كعضو في شبكة من العلاقات الاجتماعية في نطاق الأسرة إذ يعتبر الأسرة وحدة العمل العلاجي (الأسرة ككل وليس المريض). حيث أن الأسرة نسق يتضمن شبكة من الاتصالات مما يجعل منها العامل الأكثر تأثيرا

وتشكيلا لمعالم شخصية أفرادها، كما أنها يمكن أن تكون عاملا مولدا للمرض والاضطراب عند أفرادها بسبب التفاعلات غير السوية والاتصالات الخاطئة بين أفرادها (الأسرة المنتجة للمرض) .

ويهدف العلاج الأسري إلى مساعدة الأسرة على تحقيق التوازن والانسجام في العلاقات بين أفراد الأسرة والمحيط الاجتماعي، والمحافظة على وحدة الأسرة وكيانها وتنمية روح الجماعة، وإيجاد مناخ ملائم لإحداث تغييرات إيجابية في أنماط الاتصال، مما يساعد الأفراد على حل المشكلات. كما أنه يساعدها على توفير مناخ ملائم وجو مليء بالأمن والاستقرار، يجد المريض فيه متنفسه وراحته، لا جوا مشحونا بالصراع يزيد المريض معاناة.

ويكمن دور المعالج في جعل المريض يتقبل أنه يعيش في جو عائلي بسلبياته وإيجابياته، ويتقبل واقعه دون إلقاء اللائمة على أحد، ويشعره أنه جزء من هذا الفضاء، يساهم في حل الصراعات والصمود أمام المشكلات. وعلى المعالج فهم المريض وتدريبه على حل المشكلات، مستخدما في ذلك مختلف الطرق والأساليب العلاجية الملائمة، مع إشراك أفراد الأسرة من الذين يهمهم الأمر في الحلول، فيقوم منذ البداية بتحديد عدد الجلسات المطلوبة بشكل تقريبي، وتحديد أهداف هذه الجلسات العلاجية، مما يمكنه من فهم أكثر وإحاطة أشمل للمشكلة، مشركا في ذلك أطراف الأسرة في العلاج ." فهو يهدف إلى التواصل بين الفرد وأعضاء الأسرة ، باعتبار الأسرة تلعب دور الطبيب أو الممرض، ويشارك في العلاج أعضاؤها ".(marieet al.175) .

-8-7-**العلاج الجماعي** : هو علاج يركز على علاج الفرد ضمن المجموعة، بحيث يكون أفراد المجموعة لديهم نفس المشكلة أو المرض، كالإدمان، والوسواس القهري، أو الرهاب ونحوها ، وقد يكون أفراد المجموعة متقاربين في العمر، ومن الجنس الواحد، حتى يسهل الانسجام بينهم على أن يكون العدد ما بين (6 – 12) فردا، فقد تكون الجلسة مفتوحة، كما يمكن أن تكون مغلقة، حسب ما يتفق عليه الأفراد.

والعلاج الجماعي يجعل الفرد يدرك أنه ليس وحيدا في مشكلته، مما يجعله يعبر ويشارك ويناقش، ويكون المعالج مشرفا، ومنظما، وموجها، لا يتدخل إلا عند الاقتضاء أو عند طلب الدعم والمساعدة ، وقد يدخل ضمن هذا النوع من العلاج، العلاج بالدراما (أي لعب الأدوار) ويعتمد على التخيل ، يختار المريض الدور الذي يقوم به أمام المجموعة حسب مشكلاته، ومن خلاله تظهر شخصية المريض "(marie.et al.175).

ويعتبر بيك Beck من المهتمين بالعلاج الجماعي، ويركز فيه على الإحساس والتصرف عن طريق التفكير خاصة عند المصابين بالإكتئاب، نتيجة أفكار سلبية حول النفس والمحيط والمستقبل ، ويقوم الأخصائي بغرس أفكار إيجابية. ".(Gasman.59).

-8-8-العلاج الاجتماعي: هو نوع من العلاج يتمكن من خلاله المريض من التكيف مع بيئته الاجتماعية، والتوافق مع نفسه ومع الآخرين ، وقد يتم من خلاله نقل المفحوص إلى بيئة أخرى بصفة مؤقته، لتحقيق التوافق السوي، سواء في الأسرة أو المدرسة، أو المستشفى أو العيادة النفسية. وقد أظهر هذ العلاج فاعليته وأعطى نتائجه مع العديد من الحالات فيما أفادت به الكثير من الدراسات المشار إليه سابقا.

-8-9-العلاج الشعبي (غير المؤسساتي) : نظرا لكون العلاج الشعبي واقع ثقافي يشهد إقبالا كبيرا ومتزايدا من قبل الحالات في مجتمع الدراسة، باعتباره ذو مرجعية دينية يتوافق وهوية الحالات الدينية، ومعتقداتهن وتصوراتهن للعلاج، وأنه متى كان خاليا من طقوس الدجل والشعوذة، ولا يتعارض مع العلاجات الرسمية، ولا تترتب عنه آثار تخل بفنيات العلاج النفسي وقواعده، ولا تأثير له على الصحة النفسية والعقلية للمريض، ومن خلاله يقوم المعالج النفسي بمسايرة المفحوص ومجاراته حتى لا يصطدم مع قناعة المفحوص وثقافة المجتمع المشبعة بهذا النمط العلاجي، وما عرفته من خلال تعاطيه من فاعلية في التخفيف من قلقها وضمور بعض الأعراض، فإن الباحث لا يرى مانعا من الجمع بينه وبين العلاج النفسي إذا كان ذلك يقوم على ربط المريض بربه وإشباعه بالقيم والمبادئ الروحية والأخلاقية ، وتطهيره من مشاعر الذنب والإثم والخطيئة، وتحريره من كل ما يهدد أمنه، ومساعدته على تقبل ذاته وأمنه النفسي، على أن يتم العلاج بالأساليب العلاجية المباحة التي لا لبس فيها ولا خداع للمريض.

حيث يعتبر "ريفترز" Riveters أول من تحدث في 1924 في كتابه الطب والسحر والدين عن ذلك حيث يشير فيه إلى" أن المعتقدات والممارسات الطبية لا يمكن فصلها عن الجوانب الأخرى للثقافة والتنظيمات للآخر. ويذكر أن الممارسة الطبية البدائية تتحد مع المعتقدات الطبية الأساسية، وتفهم في ضوئها، وكلاهما يمكن فهمه على أنهما جزءان متكاملان مع الثقافة".(قويدر،2011،99).

-9-الإجراءات العلاجية:

-9-1-أهمية التخطيط للعلاج: نظرا لتفاقم تأثير الاضطرابات النفسية على صحة الفرد ومعاشه النفسي وتوافقه الشخصي والاجتماعي والمهني، أصبحت الحاجة إلى العلاج ضرورة ملحة تتطلب التخطيط المحكم للتكفل بالحالات بعيدا عن الارتجالية والعشوائية، حيث كانت تقوم الرعاية في مجال الصحة النفسية فيما مضى على خطط علاجية بدائية غير محددة الأهداف، ولم تكن تستخدم فيها المقاييس في التشخيص، بل كانت مجرد التعامل مع مشكلات المريض، وقد يعتمد أسلوب واحد في علاجها، بل كان جل المرضى يلجأون إلى العلاجات الشعبية باختلاف أشكالها وأنماطها رغم فاعليتها النسبية، بغض النظر عما يترتب عنها من تبعات وانتكاسات قد تزيد من حدة الاضطراب ومعاناة المريض. هذا ما يتطلب تكفلا نفسيا وفق برنامج علاجي يساهم في مساعدة المريض والتخفيف من معاناته.

-9-2-فوائد التخطيط للعلاج: إن التخطيط للعلاج سر نجاح المعالج وكفيل بتحقيق ما يرسمه من أهداف. ومن فوائد التخطيط وبناء استراتيجة العلاج مايلي:

- الخطة العلاجية التي يشترك في إعدادها المفحوص مع المعالج أنجع من الخطة العلاجية التي يعدها المعالج لوحده أو قد يعتمد على خطة جاهزة، ويلزم المفحوص بتنفيذها، والتي من خلالها قد يغفل المعالج عن حاجات المريض العلاجية، وعن جوانب من شخصية المفحوص، وظروفه لتنفيذ هذه الخطة، بخلاف مشاركته في الخطة التي يكون المفحوص هو المستهدف والمعني بتنفيذها، بعيدا عن مراقبة المعالج له فيما يكلف به من واجبات منزلية.

-الخطة العلاجية " توضح مشاكل المريض الحالية واستراتيجيات التدخل وما يقوم به الفريق العلاجي بتنفيذه من علاج ، لأن جودة التواصل بين أعضاء الفريق فيما يتعلق بنوعية التدخل المزمع اتباعه، وهوية المسؤول عن تنفيذه، من الأهمية بمكان".(آرثر،1998،9).

-الخطة العلاجية المكتوبة تفيد المريض والمعالج على حد سواء، فهي تحدد المشكلة التي أتى من أجلها المريض، وما تتطلبه من إجراءات لعلاجها وفق العقد العلاجي، حتى لا يكون العلاج مجرد تعاقد مبهم مع المعالج، يكتفي من خلاله المريض بتفريغ انفعالاته والتعبير بأفكاره عن معاناته، ليشعر بالراحة وقتها دون التركيز على ما تهدف إليه العلاقة العلاجية في تحقيق أهداف المريض، والأخذ بيده إلى شاطئ الشفاء بإذن الله.

-الخطة العلاجية تمكن المعالج من تحليل ودراسة شخصية المريض من كل جوانبها، والكشف عن المكبوتات والصراعات الدفينة المسببة للمعاناة، وصولا بالمفحوص إلى فتح الصندوق المقفل والكيس المدفون في اللاوعي المريض، باستخدام الأدوات والتقنيات العلمية لتحقيق ذلك، وإلا فإن مشاعر الألم والمعاناة تبقى مرافقة للمريض، وتقع الانتكاسة متى توفرت العوامل المفجرة، وغير ذلك من أهداف الخطة العلاجية.

-9-3-بناء الخطة العلاجية: ليس من السهولة بمكان بناء خطة علاجية تحقق أهداف العمل العلاجي، وتستجيب لحاجات المريض للعلاج، والتي تختلف باختلاف الحالات بل حتى مع الحالة نفسها وطبيعة اضطرابها، وما تتطلبه من ظروف وأدوات وإمكانات تراعى جميعها في بناء الخطة العلاجية." فأساس أي خطة علاجية فعالة هو البيانات التي يجمعها المعالج من خلال التقويم البيولوجي النفسي الاجتماعي الدقيق، ويقوم الإكلينيكي بالاستماع وباهتمام لانشغالات المريض الذي يحضر للعلاج، كما يحاول تفهم مصادر صراعاته، ، والضغوط الحالية، وحالته الانفعالية وعلاقاته الاجتماعية، وحالته الصحية، ومهاراته في المجابهة، وصراعاته مع الآخرين، واعتباره لذاته إلخ.."(أرثر،1998،10). يتم ذلك من خلال المقابلة والملاحظة العيادية، وما يستخدمه المعالج من اختبارات نفسية، موضوعية كانت أم إسقاطية، والاستعانة بمصادر أخرى تمكن المعالج من جمع قدر كاف من البيانات يستثمرها في بناء الخطة العلاجية، التي تراعى فيها" الاحتياجات

والمشكلات الخاصة بكل مريض، إذ لا يجوز وضع الخطط بالجملة، حتى لو تشابهت مشاكل المرضى، وينبغي أن تؤخذ بالاعتبار أوجه قوة وضعف كل فرد والضغوط التي يتعرض لها، ومصادر دعمه الاجتماعي ومشاكله الأسرية". (أرثر،1998،10).

-9-4-الخطة العلاجية المقترحة: بناء على ما قدمه "أرثر" من إجراءات علاجية في كتابه خطة العلاج النفسي، يمكن الاستفادة من ذلك في التعامل مع الحالات التي تطلب المساعدة، نركز في هذا المبحث على ما تعلق باضطراب صحة العلاقة الجنسية لدى المرأة واضطراب الوسواس القهري، لارتباط ذلك بموضوع البحث.

1-اضطراب العلاقة الجنسية الزوجية: يتم التكفل النفسي بالحالة التي تطلب المساعدة العلاجية وفق خطة علاجية لها أهدافها ومراحلها وشروطها. وقد اقترح "آرثر" خطة في العلاج النفسي للتكفل بالحالات التي تعاني من الاضطرابات الجنسية لدى الإناث بخاصة، ركز فيها على ما يلي:

-التشخيص:

-انخفاض شديد في الرغبة الجنسية أو عدم الاشتياق إلى الجنس.

-تجنب كافة أنواع الاتصال الجنسي بشدة أو الاشمئزاز منه، بالرغم من الاحترام والحنان المتبادل من الطرف الأخر.

-انعدام الاستجابة الفيزيولوجية المعتادة للإثارة الجنسية(مثل إفراز السوائل في الأعضاء التناسلية وتضخمها) بصورة متكررة.

-عدم الإحساس بالمتعة الذاتية واللذة أثناء ممارسة الجنس.

-التأخر المستمر أو التأخر في الوصول إلى هزة الجماع بعد الإثارة، بالرغم من محاولة الطرف الآخر(الشريك) إثارتها بطرق ودية تسبب المتعة.

-آلام في الأعضاء التناسلية قبل أو أثناء أو بعد الجماع.

-تقلص اللاإرادي في عضلات المهبل بصورة متصلة أو متكررة، يمنع الإيلاج أثناء الجماع.

-الأهداف:

أ-الأهداف البعيدة: يسعى المعالج من خلال تكفله بالحالة إلى تحقيق الأهداف التالية:

-زيادة الرغبة والاستمتاع بممارسة الجنس.

-الوصول إلى الإثارة الفيسيولوجية والاستمرار فيها أثناء الممارسة الجنسية.

-الوصول إلى هزة الجماع خلال مدة معقولة وبصورة معقولة، مع التركيز على الإثارة الجنسية.

-إزالة الألم المصاحب للجنس وتشجيع الإحساس بالمتعة الداخلية قبل وأثناء الممارسة الجنسية.

-التخلص من التقلصات المهبلية التي تحول دون الإيلاج أثناء الممارسة الجنسية، والشعور بالمتعة أثناءه.

ب-الأهداف المرحلية: تكون هذه الأهداف إجرائية قابلة للتحقيق نذكر منها:

-إتاحة الفرصة للمفحوصة لتصارحك بمشاعرها وأفكارها الخاصة بعلاقتها الجنسية مع الشريك.

-يناقش المعالج المفحوصة بصراحة عن أوجه الصراع والرغبات غير المشبعة في علاقتهما ببعضهما والتي تسبب الغضب والابتعاد الانفعالي.

-يناقش المعالج مع المفحوصة الاتجاهات والتصورات التي تعلمتها من أسرتها نحو الجنس.

-**التدخل العلاجي:** يقوم المعالج بتصميم الخطة العلاجية وتوزيع المقترحات والتدخلات العلاجية على الجلسات التي تجمع بين المعالج والمفحوص، وإشراكه فيها عبر مختلف مراحل التدخل العلاجي، ومن هذه الإجراءات ما يلي:

-تدريب الحالة على أن تقوم علاقتها بالشريك من ناحية الانسجام والإشباع.

-تنظيم جلسات مشتركة يركز المعالج من خلالها على حل الصراعات، وتعبير طرفي العلاقة عن الانفعالات.

-الكشف عن تاريخ أسرة المريضة، للبحث عن مصادر الشعور بالذنب أو الخوف أو الاشمئزاز من الجنس، وما تحمله من تصورات، ساهم في بنائها ثقافة المحيط واستجاباتها السلبية نحو الجنس في إطاره الشرعي والقانوني.

-جعل المفحوصة تعبر عن اتجاهات وتصورات إيجابية وصحية نحو الجنس، وتقبلها للمشاعر والسلوك الجنسي على أنه طبيعي وصحي وتصحيح التصورات السلبية عنه.

-دراسة التاريخ الجنسي للحالة واستكشاف كافة الخبرات المؤلمة التي تؤثر على مشاعرها وسلوكها الجنسي، والاعتراف صراحة بالرغبات الجنسية المثلية إن وجدت، أو مشاعر مرتبطة بعلاقات مخبوءة مع الجنس الآخر، وان تتخذ قرارا بإنهاء إحداها، والعمل على مسح ما تعرضت له من صدمات إثر تعرضها للاغتصاب أو التحرش أو من خلال التجارب الفاشلة، مع التعرف على الانفعالات المصاحبة لصدمة انفعالية تعرضت لها في مجال الجنس.

-دراسة مفصلة لتاريخ حياة المفحوصة الجنسية، من بداية الزواج، مع التركيز على وظائفها الجنسية، وخبرات الطفولة والمراهقة، ومصادر ثقافتها الجنسية ومعلوماتها عن الجنس، والأنشطة الجنسية التي مارستها وتكرارها.

-تدريب المريضة على التحرر من الانفعالات السلبية والأفكار الآلية، والمعتقدات الخرافية التي تحول دون أداء نشاطها الجنسي. واستبدال هذه الأفكار والتصورات باتجاهات إيجابية، تشعرها بالمتعة والتحرر من خلال تمارين الاسترخاء، وتكلف بممارسة

تمارين تعزز المتعة الجنسية مع الشريك، وتقلل من الخوف من الأداء الجنسي، مع توجيه الشريك لذلك، وتقديمه الدعم المعنوي لشريكته، واعتماد التحفيز والدافعية، بعيدا عن الإيحاءات السلبية والإحباطات النفسية، التي قد تعزز الاضطراب والنفور من العلاقة الجنسية.

-الكشف عن مصادر الضغط النفسي الناتجة عن العمل أو المحيط الأسري أو الاجتماعي، التي تساهم في كبح الرغبة الجنسية أو ممارستها مع الشريك، ومدى شعورها بالاكتئاب وأسبابه، ومدى تأثيره في قمع الرغبة الجنسية.

-التعرف على الأدوية الأكثر استعمالا لدى الحالة وذات التأثير على الرغبة الجنسية.

-تدريب المفحوصة على الاسترسال في الخيال الجنسي الذي يثير الرغبة الجنسية مع شريكها وفق ضوابط شرعية وصحية، وأن تستجيب للشريك من خلال وضعيات مختلفة للجماع بعيدا عن الشذوذ، والإطار الذي تتم في فضائه المداعبات والمقدمات الجنسية في جو يشعرها بالأمان، والإثارة والرضا عن العلاقة الجنسية.

-الكشف عن مختلف الصراعات وتنمية استراتيجية المجابهة للتخلص من الضعوط النفسية، التي تعوق الاهتمام بالجنس وممارسته، والكشف عن سلوك الشريك وأسلوب معاملته، والذي قد يشعرها بعدم الأمان عند ممارسته للجنس، كاستخدامه أسلوبا عدوانيا أو غيره مما يحول دون توافقها الجنسي واستجاباتها له.

تلك هي جملة من الإجراءات التي اقترحها "آرثر" في كتابه " خطة العلاج النفسي"، التي تم عرضها بإيجاز لتساعد المعالج على بناء الخطة العلاجية في التكفل بالحالات التي تعاني من اضطراب في علاقتها الجنسية.

أما فيما تعلق باضطراب الوسواس القهري فإن الكاتب "آرثر" قد أشار في نفس المرجع إلى الخطة العلاجية التي تساعد المعالج في بناء خطته العلاجية نوجز هذه المقترحات والإجراءات في الآتي:

2-اضطراب الوسواس القهري: اقترح "آرثر" خطة في العلاج النفسي للتكفل بالحالات التي تعاني من اضطراب الوسواس القهري لدى الإناث بخاصة.

-التشخيص:

-أفكار أو نزعات متكررة وبصورة مستمرة، تشعر المفحوص بأنها دخيلة عليه، ولا معنى لها ومضيعة للوقت، وأنها تعوق نظامه اليومي أو علاقاته الاجتماعية.

-ما يقوم به المفحوص من سلوك متكرر استجابة لأفكاره الوسواسية، التي يعترف أنها صادرة منه، وفشل في تجاهلها والسيطرة عليها.

-الأهداف: يهدف التكفل النفسي بالحالات إلى تحقيق جملة من الأهداف نذكر منها:

أ-الأهداف البعيدة:

-العمل على التقليل من الوقت الذي تستغرقه الأفكار الوسواسية ودرجة تأثيرها على المفحوص.

-تنمية القدرة على التغلب على هذه الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية، وأداء المفحوص لوظائفه اليومية بصورة عادية، ودون تدخل الأفكار الوسواسية والأعال القهرية، أو على الأقل الحد من درجة تأثيرها وتدخلها، وبخاصة في الحياة الأسرية، وما تعلق منها بالجانب العاطفي والتوافق الجنسي.

ب-الأهداف المرحلية: هي أهداف عملية إجرائية قابلة للتحقيق نذكر منها:

-أن يعمل المفحوص بالخطة العلاجية التي يتم الاتفاق عليها و تهدف إلى:

-التخفيف من اجترار المفحوص للأفكار الوسواسية، وتكرار السلوك الوسواسي القهري الذي يستجيب المفحوص من خلاله لأفكاره الوسواسية، والتي تعوق وظائفه اليومية.

-التقليل من الأعراض التي تظهر على المفحوص نتيجة الأفكار الوسواسية والسلوك الوسواسي القهري، وتدريب المفحوص على تمارين الاسترخاء لتخفيف القلق والتوتر

الناتجين عن تلك الأعراض، بعد تحديد المفحوص للصراعات الحياتية التي تساهم في تعزيز وساوسه.

-أن يعبر المفحوص عن ارتياحه للمعالج، وتقبله للعلاج النفسي، والاستجابة لما يكلفه به المعالج من مهام يقوم بتنفيذها، ويحافظ على تنفيذ الخطة العلاجية، باعتباره المستهدف الأول بتنفيذها، وأنها وضعت لأجله تحقيقا لحاجاته العلاجية.

-**التدخل العلاجي:** من أهم المقترحات والمعطيات التي تساعد المعالج في بناء الخطة العلاجية للتكفل بالمريض المصاب باضطراب الوسواس القهري، والتي تكيف وفق كل حالة وظروفها وملابساتها وحاجاتها، وباشراك الحالة في الخطة، نقتصر في ذلك على ما أورده"آرثر" من إجراءات وتدخلات علاجية، نذكر منها:

-التعرف على التاريخ المرضي للمفحوص، والتركيز على ما يحمله من أفكار وسواسية وتصورات لاعقلانية عن اضطرابه، والكشف عن مساره العلاجي ومدى فاعليته.

-التعرف على ما يستخدمه المفحوص من أدوية نفسية ومدى أثارها الجانبية، وتقييم إلتزام المريض بالدواء ومدى تأثيره على مستوى أدائه، والكشف عن أسباب ترك الدواء إن حدث ذلك للمفحوص.

-الكشف عن تصورات المريض للطب النفسي والعلاج الدوائي.

-تحويل المريض إلى الطبيب النفسي إن كانت حالته الصحية والنفسية تستدعي ذلك.

-التعرف على صراعات المريض وما يقحم فكره من وساوس تجاهها في تفسير أسبابها، وإعطائه حرية التعبير عنها للتخفيف من أفكاره الوسواسية، وتشجيعه على تحديد العوامل ذات الصلة بمشكلته والمغذية لوساوسه.

-تدريب المفحوص على تقنيات وفنيات إيقاف التفكير الوسواسي والسلوك القهري، عن طريق التفكير في إشارة للتوقف، ثم التأمل في منظر سار.

-العمل على تصحيح اتجاهات المريض وتصوراته، التي ساهمت في ظهور أفكاره الوسواسية وممارسة السلوك القهري.

-تدريب المفحوص على ممارسة الاسترخاء، وتشجيعه على النشاط الرياضي، وتغيير المحيط المعزز لوساوسه، وملء فراغه، لينشغل عن تلك الأفكار الوسوسية، ويقلل من تمركزه حول ذاته، وإخراجه من عزلتها ضمانا لتوافقه الشخصي والاجتماعي.

-اكساب المفحوص القدرة على التحدث مع نفسه، وتحليل أفكاره الوسواسية تحليلا موضوعيا، للتخفيف من حدتها وما تسببه له من معاناة نفسية، وتأثير على معاشه النفسي وعلاقته الاجتماعية.

- العمل على خلخلة الأفكار الوسواسية والأنماط السلوكية، باعتماد أسلوب التنفير، وفق مهمة علاجية سلوكية معرفية قام المعالج بتحضيرها قبل موعد الجلسة.

-إعادة البناء المعرفي للمريض، وإعادة صياغة أفكاره وأفعاله الوسواسية وأقناعه بها، ويتابع النتيجة من خلال الجلسات العلاجية، وأن يبدي المعالج تقبله للمفحوص واستعداده لمساعدته، وتحقيق حاجاته العلاجية التي تتطلب رغبة المفحوص وتفاعله مع المعالج.

تلك جملة من الإجراءات التي أوردها "آرثر" في كتابه "خطة العلاج النفسي" تم عرضها وبتصرف من الباحث، للاستفادة منها في بناء الخطة العلاجية، في التكفل بمريض اضطراب الوسواس القهري، والتي قد يكون لها تأثير في تفسير أسباب المعاناة النفسية، وما تعرفه الحالات من اضطرابات نفسية وعقلية، كتأثير الأفكار الوسواسية على صحة العلاقة الجنسية، وهو ما تناوله الباحث بالدراسة الحالية.

وتجدر الإشارة إلى أن ما أورده "آرثر" من إجراءات لبناء خطة علاجية اعتمد فيها على دراسات ونظريات اهتمت بعلاج اضطراب الوسواس القهري، والتي يمكن الرجوع إليها، وهي مستمدة من نظريات ومن استراتيجيات وتقنيات علاجية، وعصارة دراسات ميدانية، وإن اختلفت في أساليبها تبعا لاتجاهات أصحابها، والتي يمكن الاستفادة منها في إثراء الخطة العلاجية، ومن النظريات الواردة في علاج اضطراب الوسواس القهري ما يلي:

-10-العلاجات النفسية لاضطراب الوسواس القهري:

-10-1-العلاج الدوائي: أثبت العلاج الكميائي فاعلية كبيرة، أدى إلى تحسن الأعراض وزوالها، مما غير حياة كثيرين من المرضى وبث فيهم الأمل في الشفاء والعودة للحياة الطبيعية. "والأدية المستعملة لا تسبب أي نوع من الإدمان"(المالح،1998،،133). ويعتمد هذا النوع من العلاج على الأدوية المهدئة لتقليل حدة الاضطراب. (التميمي،2014،112).

لذلك تساعد العقاقير المضادة للقلق والاكتئاب والأدوية المساعدة في إختفاء التوتر والاكتئاب المصاحبين للوسواس، مما يجعل المريض قادرا على مقاومته، راغبا في الاستمرار في نشاطه الاجتماعي(الصيخان،2010،93). "فمن المهم جدا أن يقوم المريض بأخذ الدواء إذا ما وصفه الطبيب المختص له، لأن الأدوية في الوقت الحالي وصلت إلى مرحلة متقدمة وثبتت فاعليتها.

فقد أكدت الدراسات التي قام بها الدكتور جفري شوارتز من جامعة يوسي إلى أنه إن ترك المرض للزمان، فسيبقى الشخص متنقلا من وسواس إلى آخر، وقد يؤدي هذا إلى تأزم الحالة النفسية والاكتئاب، وربما ينعزل الشخص عن أسرته وأصدقائه". (هند،2010،36).هذا ويلاقي الفرض الخاص بالسيرتونين تدعيما مباشرا من الدراسات التي أجريت حول فعالية بعض العقاقير المنشطة للسيروتونين، والتي تستخدم كمثبطات لاسترجاع السيروتونين مثل:

Clomipramine (cmi)-Paroxetine (paxi)-Sertaline (zofolt)-Fluoxetine (prozac)

Fluvoxamine (levox)

والعقار الأخير أوصت به منظمة الأدوية الأمريكية كعلاج للوسواس القهري لدى الأطفال.(السيد،2009،101).

-10-2-العلاج الكهربائي:لا تفيد الصدمات الكهربائية في علاج الوسواس القهري، لكنها تحسن الأعراض الاكتئابية والأفكار السوداوية التي تصاحب المرض، يتم اللجوء إلى الكهرباء في الحالات التي يخشى منها على صحة المريض النفسية من الناحية الاكتئابية.(السيد،2009،126).

-10-3-العلاج الجراحي: يرى (عكاشة،1988،109-110) أن هذا النوع من العلاج يستخدم في حالات فشل سبل العلاج الأخرى، ولا يؤدي هذا النوع إلى شفاء الوسواس من أصله، ويجعل المريض لا يكترث بها، ولا يصاحبها حينئذ أي قلق أو توتر، ومن ثم سيجعل منه عضوا نافعا في المجتمع، وتأتي الجراحة بأحسن نتائجها في حالة إذا ما هاجم الوسواس الفص الجبهي.(عبدالله،2012،176). ويرى "هند" أنه يتم مع الحالات المزمنة التي لا يفيد العلاج السلوكي أو الدوائي معها.(هند،2010،28)."فقد كانت الجراحة النفسية(شق الفص الجبهي) "تستخدم كآخر حل أحيانا، وذلك في حالة استحالة التخلص من الوسواس والقهر الذي يعطل حياة المريض" (زهران،2005،513)،"فلا يقدم العلاج الجراحي إلا للمرضى الذين يعانون من أعراض حادة من اضطراب الوسواس القهري، لذا فالعملية الجراحية تأتي بأحسن نتائجها مع الحالات المنتقاة من الوسواس القهري، التي يجب أن تكون فيها الشخصية متكاملة، ودرجة التوتر والقلق شديدتين، مع عدم القدرة على التكيف بأعراضه مع المجتمع، مع فشل سبل العلاج السابقة، قد يكون التدخل الجراحي ذا أهمية،لأنه سيعيد للمريض قدرته على الاستمرار في نشاطه الاجتماعي. وهذه العملية لا تشفي الوسواس، لكنها تجعل المريض غير مكترث بها، ولا يصاحبها حينئذ أي قلق أو توتر.(السيد،2009،127).

-10-4-العلاج التحليلي: يساهم هذا النوع من العلاج في التعرف على الصراعات الدفينة اللاشعورية ومصدرها، لإمكانية الخروج بها إلى ساحة الشعور، و تفسير طبيعتها ومعانيها الرمزية، وما يترتب عنها من ميكانيزمات دفاعية، والعمل على مساعدة الفرد المضطرب على فهم هذه الصراعات، وتنمية مقدرته على التعامل معها، ومواجهته لها بموضوعية. لذلك "فهدف العلاج بالتحليل النفسي هو الوصول إلى المناطق اللاشعورية عن طريق تشجيع المريض على الكلام، وحل مشاكله في الجلسات العلاجية ، يقوم

المحلل النفسي باستخراج العوامل الخفية في المشكلة ويحاول فهم أسبابها".(البشر،2007،51).

كما"يهدف التحليل النفسي في علاج عصاب الوسواس إلى الكشف عن المعنى الرمزي للأعراض، حيث يرى أنها نتيجة النشاط الزائد للضمير الذي يحاول عن طريق الطقوس السحرية المتسلطة حماية الذات من القلق ".(هند،2010،31). ذلك لأن نظرية التحليل النفسي ترى "أن الأعراض الوسواسية القهرية عبارة عن رموز لاشعورية متصارعة بين الفرد والمجتمع، فهي ترى(أي النظرية) أن هذه الأعراض قد تستخدم لخفض القلق وضبطه، وذلك لمنع هذه الاندفاعات المتصارعة من الظهور".(البشر،2007،51). لذلك يفيد هذا الأسلوب العلاجي في البحث عن الإحباطات الحياتية، والأزمات التي تواجه المريض، ومساعدته على التعبير عن انفعالاته وآلامه، وما يراه من أحداث في حياته تغذي قلقه ووساوسه.(المالح،1998،134).

فالتحليل النفسي يهدف للكشف عن الأسباب، وإزالتها وتغيير طبيعة الأعراض ومعناها اللاشعوري.(التميمي،2014،112). فقد أشار العاسمي إلى ذلك في قوله" ويتم ذلك من خلال الكشف عن الأسباب الداعية لهذا الاضطراب وإزالتها، وتفسير طبيعة الأعراض ومعناها الرمزي واللاشعوري، وتنمية البصيرة بالنسبة للعوامل والديناميات والمخاوف، وما يصاحبها من حيل دفاعية أولية .(العاسمي،2016،341).

ويمكن للعلاجات المستوحاة من التحليل النفسي أن تمنح لبعض المرضى الراغبين في هذا النوع من المقاربات بفهم أحسن لمشكلاتهم، وأن تساعدهم في توجيه الطاقة المستندة في العمل الدفاعي نحو نشاطات أكثر إنتاجية.(لطيفة،2014،102). "فقد لاحظ فرويد أن الأعراض في التحليل النفسي ما هي إلا دلالة على وجود صراع داخلي، وهذا يتطلب دراسة بعمق".(المطيري،2005،208).

لذلك فإن أسلوب التحليل النفسي يعمل على تخفيف التوتر والقلق عن طريق استخدام بعض الفنيات كالتفريغ الانفعالي،"الذي يتطلب تنفيذه وجود علاقة إنسانية بين المريض والمعالج، توفير الأمن والاطمئنان للمريض، فإذا تحقق ذلك يقوم المريض

بالتعبير عن مكبوتاته التي قد تتضمن مشكلات أو اضطرابات"(المشيخي،2014)، وذلك للتعرف على الخبرات والحوادث المؤلمة، واسترجاع الدوافع والمكبوتات."فهو عندما يعبر عن ذلك يفرغ الشحنات الانفعالية، وهنا يمكنه الاستبصار بمشكلته من جديد، وتعلم طرق إيجابية جديدة من أجل التغلب على مشكلاته (المشيخي،2014،283)، واستخدام التداعى الحر وتحليل الأحلام لنفس الغرض.

لذلك فإن العلاج التحليلي النفسي يهدف الى"الكشف عن الأسباب وإزالتها، وتفسير طبيعة الأعراض ومعناها، والعمل على المساعدة والتشجيع والتطمين، والتقليل من المخاوف، وتجنب مثيرات الوسواس ومواقفها وخبراتها، وإعادة الثقة بالنفس، والعلاج بالإزاحة، أي إزاحة الأفكار الوسواسية والسلوك القهري بأفكار بناءة وسلوك مفيد.(مصطفي،2015،347)."فمن المهم للمعالج إعطاء أهمية للانفعالات التي يبديها المريض، والحركات التي يقوم بها خلال عملية التداعي الحر، وكذلك مواضيع عثرات لسانه وزلاته، وتردد الكلام".(المشيخي،2014،283،284).

إضافة إلى ذلك فإن التحليل النفسي يهتم بأحلام المريض، وما تنطوي عليه من معنى، باعتبارها حسب سعفان(2003)" الأسلوب الذي تستجيب به الحياة النفسية للمنبهات التي تكتنفها أثناء النوم. فالأحداث أثناء النوم تبدو في شكل صورة ذهنية عقلية قد تصاحبها أحيانا أفكار ومشاعر وانطباعات، وهنا يستهدف المعالج الكشف عن محتوى الحلم والوصول إلى مغزاه، عن طريق متابعة عملية إخراج الحلم، وما يكتنفها من عمليات تكثيف وحذف وادماج ورمزية".(المشيخي،2014،284).

ومن الصعوبات التي يواجهها المحلل مع هؤلاء المرضى :

-صعوبة عملية الطرح، وبالتالي عدم وجود الألفة العاطفية بين المريض والمحلل.

-التغير المستمر في أعراض المريض، مما يجعل الاستمرار في تحليل الأعراض صعبا إلى حد ما.

-لا يستطيع المريض الاسترخاء التام لعملية التداعي الطليق، نظرا لملاحظته الدائمة لكلامه وسلوكه ونقده الذاتي،تلك هي طبيعة الشخصية الوسواسية.(عبدالله،2012،175).

-10-5-العلاج السلوكي: يعتمد هذا النوع من العلاج على نظريات الإشراط في التعلم، له طرائق فنية متعددة منها التعرض للمثيرات الوسواسية ، والمنع الحازم للطقوس القهرية. "وقد اتضح أن التعرض يقلل من الضيق الوسواسي، أما منع الاستجابة فيقلل من الطقوس، الجمع بينهما ضرري(عبد الخالق،2002،324)، ويستخدم هذا النوع من العلاج "لازاحة الأعراض، وبخاصة للتخلص من المخاوف المصاحبة، واستخدام الكف المتبادل والخبرة المنفرة "(زهران،2005،513)،(العاسمي،2014،341).

كما أشار التميمي إلى ذلك في قوله "الشرح والتفسير للمرض، وتقديم المساعدة والتشجيع والعلاج بالإزاحة، العلاج بالعمل، واستخدام الكف المتبادل، والخبرة المنفردة، والعلاج باللعب (التميمي،2014،112). فهو يصلح بوجه خاص مع المخاوف القهرية(عبدالله،2012،175). "ويعتمد العلاج السلوكي على نظرية التعلم التي ترى أن الأمراض العصبية، نتيجة تعلم العادات السلبية غير المرغوب فيها، يسعى العلاج لإطفائها وكفها، وتكوين استجابات شرطية إيجابية مرغوب فيها، ومن طرق علاجها الاسترخاء والكف المتبادل، والعلاج بالتنفير، والغمر وإيقاف الأفكار"(المطيري،2005،208) ويتم العلاج من خلال أسلوبين:

أ-من خلال التعرض مع منع الاستجابة (مثال :في حالات الخوف من القذارة المصحوب بالإفراط في غسل الأيدي، يعرض المريض للمنبهات المثيرة لقلقه، ولكن يمنع من القيام بغسل يديه).

ب-المحاكاة: يقوم المعالج بدور النموذج الذي يمكن محاكاته وتقليده،(مثال:يلمس المعالج الأشياء التي يخشاها المريض).(هند،2010،31).فقد أثبتت العلاجات السلوكية الخاصة بتقنية التعرض الواقعي مع توقع الاستجابة، فعالية كبيرة في التكفل، خاصة لدى المصابين بالوساوس الرهابيه، وطقوس الغسل. نفس الفاعلية أثبتتها تقنية التعريض بالتخيل خاصة عند المصابين بهوس التحقق، حيث تمكنت من إحداث تحسن لدى 50 الى 70% من الحالات التي تستمر في العلاج إلى نهايته . تتمثل هذه التقنية في تعريض المريض من خلال التخيل للوضعيات الكارثية التي يتخوف منها، وذلك بدون أن يسمح له باللجوء إلى الطقوس، وهكذا تدريجيا حتى استقرار سيرورة التعود.

يمكن الإشارة إلى أن المرضى المصابين بالوسواس القهري لا يتخلصون من الأعراض بصفة نهائية إلا نادرا، لكن يتمكنون على غرار ذلك من التعايش مع اضطراباتهم بطريقة أكثر مرونة.(لطيفة،2014،101،102). ويؤكد السيد ما سبق ذكره أن من أمثلة العلاج السلوكي ما يلي:

-أسلوب الغمر: ويتضمن تعريض المريض بسرعة للمثير المشروط في الوقت الذي يقل فيه هروبه من هذا المثير المشروط ، مع مراعاة أن يكون التعريض للمثيرات تدريجيا "ويزداد بشكل تدريجي حتى يقل الأسى والضيق لدى المريض".(المشيخي،2014،284). ومن المشكلات التي يفيد فيها سلوك الغمر هي علاج السلوك القهري، حيث يكون القلق المشروط مرتبط بأفكار مثبتة ومتكررة(وساوس) أو سلوك حركي يكون القلق(القهر).

-الانفجار الداخلي: وفيه يتم وصف أسوأ مظاهر الوسواس مثل إساءة المعاملة الجنسية، وهذا يرفع القلق عاليا، فإذا استطاع الفرد أن يتحمل ذلك فسوف يصل القلق إلى قمته ويختفي. وبهذا الأسلوب تضعف قوة الوسواس.

-أسلوب التعرض ومنع الاستجابة: ويعني وضع المريض في موقف يثير وساوسه ومنعه وتشجيعه على عدم الاستجابة للسلوكيات القهرية.(السيد،2009،123،124).ويمكن أن يكون ذلك بشكل جلسات تدعيمية لمدة ساعة أو أكثر، يقوم بها المريض مع نفسه، إضافة إلى الجلسات العلاجية النفسية مع المعالج. يعتبر أسلوب منع توقيف الفعل القهري بعد إثارته وتقديم النموذج للمريض في ذلك، من أنجح الأساليب في علاج حالات الوسواس القهري المرتبطة خاصة بالغسيل.(المالح،1998،134)

-10-6-العلاج المعرفي: يستهدف العلاج النفسي المعرفي إلى الكشف عن التشوه المعرفي لدى مريض الوساس القهري، والذي يظهر ضمن حلقة مفرغة، والذي ينشط هذه الحلقة هو التحفيز المفرط غير الطبيعي، الذي يجعل المريض في حالة استعداد دائم مما يدفع به إلى ممارسة طقوس معينة بشكل قسري، والعلاج النفسي المعرفي محاولة لكسر هذه الحلقة عن طريق التعامل مع معتقدات المريض.(Alain ;2005 ;204). ويؤكد بياجي على أن الاضطراب وعدم الشعور بالأمن هو نتيجة لخبرات الطفولة السيئة، التي

من خلالها يطور الفرد خططاته المعرفية، تكون فيه الذات والعالم والمستقبل في رؤية سلبية.(ديركايم(E.Durkheim،1995، 149).

-10-7-العلاج المعرفي السلوكي: يوضح"بل سالكوفسكس" -وهو متخصص في المنحى المعرفي- أن الاستراتيجيات المعرفية يمكن أن تستخدم بالاشتراك مع التعرض ومنع الاستجابة، كما أن هناك مجالا ضيقا لاستخدام العلاج المعرفي منفصلا عن التعرض(عبد الخالق،2002،342).

ويهدف العلاج المعرفي السلوكي للوسواس والأفعال القهرية -بمنظوماته المعرفية والوجدانية والسلوكية- الى تغيير البناء المعرفي للفرد،أي تعديل أنماط التفكير اللامنطقي واستخدام استرتيجيات تعمل على فحص الاعتقادات الخاطئة القائمة بالفعل وتصحيحها وتعديلها. لذلك "يفترض العلماء المعرفيون أن الأحداث التي تواجه الإنسان لا تسبب له القلق أو الاضطرابات، وإنما إدراكنا وتفسيرنا وتفكيرنا لهذه الأحداث هي سبب الاضطراب"(المشيخي،2014،285)، ويتطلب الأمر استخدام أسلوب الحوار السقراطي (خاصة مع المرضى الذين يعانون من اجترار الأفكار، مع ملاحظة أنه يمكن لهم القيام بما يعمق هذا الحوار حتى يقللوا من أعراضهم المرضية)، يكون مسبوقا بعملية تحديد لتلك الأفكار والاعتقادات من خلال المذكرات اليومية للعملاء وفنية مراقبة الذات، إلى جانب فنية التعليم النفسي، التي يتم من خلالها إعطاء المعلومات للعملاء عن طبيعة الإضطراب، وأسبابه وأعراضه وكيفية المواجهة.(السيد،2009،125)."وتبني أفكار معرفية عقلانية يستوعبها المريض ويدخلها في بنائه المعرفي، بحيث تكون هاديا له في تفكيره، موجهة لسلوكه وانفعالاته"(المشيخي،2014،285).

كما يلعب التعزيز دورا مهما، إلى جانب ذلك يمكن استخدام الإشراط المضاد للقلق والتعريض سواء أكان تخيليا أم واقعيا، وذلك لمثيرات غير مؤذية تبعث على القلق، لكن تحت ظروف مضبوطة، مع منع حدوث الاستجابة (السيد،2009،126)، كما سبقت الإشارة إلى ذلك في العلاج السلوكي للوسواس القهري.

إزاحة الأعراض وبصفة خاصة للتخلص من المخاوف المصاحبة، باستخدام الكف المتبادل، الخبرة المنفردة،والعلاج بالعمل وباللعب(للأطفال)(زهران،2005،513).ولشعور المريض بالأمن النفسي يتم ذلك من خلال إكسابه عادات مناسبة، تمكنه من التعامل مع الآخرين ومواجهة مختلف المواقف لإمكانية التوافق مع البيئة، وتقديم المعونة والمساندة لهم والتشجيع والتطمين والتقليل من الخوف، وتجنب مثيرات الوساوس ومواقفها وخبراتها، وإعادة الثقة بالنفس، والعلاج بالإزاحة(أي إزاحة الأفكار السلبية والسلوك القهري بأفكار بناءة وسلوك مفيد)(زهران،2005،513)، ومساعدة المريض على تقليل مشاعر القلق، والتعبير عن مشاعره، والاتصال بأسرة المريض ومساعدتهم(عبدالله،2012،176) بما يجب معرفته عن هذا المرض، والتعامل مع مريضهم وفق خطة وبرنامج علاجي يرسمه المعالج مع أطراف العلاقة العلاجية.

وفي نفس السياق يرى العاسمي أن التعريض أو منع الاستجابة من الظهور هما أهم فنيات العلاج المعرفي السلوكي وأكثرها فعالية مع مرضى الوساوس القهرية، وخاصة مع سلوك النظافة القهري(غسل الأيدي)، وتتم هذه العملية في أربع خطوات:

-تعريف وتحديد الأشياء والأنشطة التي قد تدفع المريض لغسل يديه.

-تقديم شرح كامل للفنية العلاجية والمنطق الذي تقوم عليه.

-تشجيع المريض على لمس الأشياء أو ممارسة السلوك الذي يثير لديه الرغبة في غسل الأيدي. بعد لمس المريض للشيء الذي يشعره بعدم الراحة، يتم حثه على الإحجام أو الامتناع عن غسل يديه(منع الاستجابة من الظهور) وفي بعض الحالات يطلب من المريض أن يستحضر في ذهنه صورا مفصلة لأنشطة قهرية، وأن يركز انتباهه على هذه الصور حتى ينخفض القلق لديه .(العاسمي،2016،341،342).

فمن خلال ما سبق يمكن القول أن:التحسن الذي يظهر على المريض من جراء استخدام العلاج المعرفي السلوكي، أدى إلى تحسن في الجوانب البيولوجية للمريض بخاصة في معدل التمثيل الغذائي للجلوكوز في الأنوية القاعدية بالمخ ، وأن هذه التغيرات ظهرت كتلك التي تتم باستعمال العلاج الدوائي.(wilson et al ;1996.).

-10-8-العلاج التدعيمي: ويهدف إلى تعزيز الثقة بالنفس، ورفع معنويات المريض، وتحسيسه بأن هناك من يستمع إليه، ويتفهم شكواه، ويطمئنه ويواسيه، ويقلل من مخاوفه ، ويحثه على تجنب المواقف والمثيرات التي تزيد مخاوفه، والعمل على إزاحة الأفكار الوسواسية والسلوك القهري، وإبدالها بأفكار بناءة وسلوك إيجابي، ويتم ذلك وفق خطة علاجية يشارك فيها المريض المعالج. وتتم بالأساليب العلمية الطبية السليمة وبالتعاون مع المحيطين بالمريض. ولكي يعطي العلاج ثماره "يجب أن يوضع المريض في ظروف سليمة، وبعيدة عن أجواء الإثارة والاضطراب. فقد أثبتت الدراسات التجريبية أن تعيير الظروف المعيشية، أو حتى تغيير محل السكن والعمل يؤدي إلى حصول الشفاء التام".(القائمي،1996،108).

-10-9-العلاج البيئي الاجتماعي: يهدف هذا النوع من العلاج إلى إبعاد المريض عن مصدر الوسواس، لكنه يعتبر علاجا مؤقتا، يمكن أن يعود ثانية بالرغبة في تغيير البيئة، فهو لا يستأصل المرض جذريا، وإنما يعالجه علاجا مؤقتا(عبدالله،2012،176)، لأن المريض يحتاج أحيانا إلى تغيير مكان العمل والسكن، حتى يبتعد عن مصدر الوساوس، خاصة إن كانت له علاقة بالخوف من هذه الأمراض أو التلوث بالمكروبات.(هند،2010،28)-(السيد،2009،127). "كما يجب الإكثار من فرص اختلاطه بالآخرين، والتقليل من التشدد والممارسات العنيفة، ومساعدته في سبيل التغلب على مشاكله".(القائمي،1996،112).

ينبغي على الأسرة ألا تزيد من توتر المريض وقلقه، وأن تحاول إبعاده بقدر الإمكان عن الوسواس وعن التفكير فيه(هند،2010،12)، حفاظا على صحة المريض وضمانا للعلاج، وحتى تخفف عنه الضغوط النفسية والمشكلات، وينسى التجارب المريرة ذات العلاقة بسجل حياته وباضطرابه وسبب معاناته. لذلك يجب توفير كل الظروف التي تضمن راحته، وتشعره بالأمان والسكينة لاسترجاع ثقته بنفسه وبمن حوله.

-10-10-المعالجةالسريرية: إذا استفحل المرض وتعذر على المريض والمحيطين به السيطرة على المرض وعلاجه في البيت واتجه المرض في منحى التطور، أو لم تتوفر إمكانات العلاج وإجراءات الفحصوصات الموسعة، فقد تستوجب الظروف إدخال المريض

إلى المستشفى للمعالجة السريرية. "فإدخال المريض إلى المستشفى من قبل الأشخاص المتخصصين، لتقدم فيه إيحاءات تطمئنه أن مرضه لن يدوم طويلا، وأنه لو أبدى تعاونه فإن شفاءه يكون مبكرا".(القائمي،1996،125).

لذا يهدف إدخال المريض إلى المستشفى وإخضاعه للمعالجة السريرية، وذلك بإبعاده عن كل الظروف التي تحول دون تحسن حالته، وكون مستلزمات العلاج ضمن فريق طبي متوفر في المستشفى، ولأن ذلك يقلل من مشاعر خوف المريض وقلقه، ويكسبه السيطرة على سلوكاته والتعبير عن مشاعره بعد استكمال فترة العلاج.

خلاصة:على ضوء ما سبق ذكره فإن العمل العيادي في علاج الاضطرابات النفسية بصفة عامة، وما تعلق منها بتأثير الأفكار الوسواسية على العلاقة الجنسية محل الدراسة، يتطلب كفاءة وخبرة والعمل ضمن فريق علاجي، تتظافر من خلالها جهود العاملين في ميدان الصحة النفسية، لما تتطلبه الخطة العلاجية من خطوات متكاملة، نظرا لما يحمله المريض من مشكلات معقدة، والتي تختلف باختلاف الحالات بل حتى في الحالة الواحدة نفسها، فقد تظهر على المريض مشكلة أساسية قد تكشف عن مشكلات ثانوية، وقد يجد المعالج صعوبة في إحجام المريض ومقاومته، وعدم الكشف عن صراعاته المكبوتة، وبخاصة التي تعد في مجتمع الدراسة صندوقا مقفلا يحظر فتحه إلا من قبل من يملك مفاتحه، ليستخرج ذلك الكيس المدفون الذي استمر مع حياة المريض وكان سبب معاناته. لذلك فعلى المعالج أن يكشف عن صراعات المريض وأسبابها الجوهرية الموضوعية، ويصوغ أهدافا إجرائية وفق ما يتطلبه التدخل العلاجي، لتحقيق توازن نفسي وتوافق اجتماعي.

الإجراءات المنهجية للدراسة

الإجراءات المنهجية للدراسة

1-الإطار المنهجي للبحث:

1-1-منهج الدراسة:

اعتمد الباحث في دراسته المنهج العيادي من خلال استخدام أسلوب دراسة حالة، للقيام بدراسة معمقة لعشر حالات تعاني كل منها من اضطراب العلاقة الجنسية، التي كانت نتيجة تأثير الأفكار الوسواسية التي ساهم في ظهورها العقل الجمعي والحمولة الثقافية، امتد تأثيرها على مختلف توافقات الحالة.

اعتمد الباحث على المقابلات "كتقنية من أجل جمع المعطيات وتحليل الخطابات التي تعبر عن الآراء والمعتقدات، والأفكار والاتجاهات، التي تخص مختلف المواضيع الاجتماعية".(قويدر،2011،176). لأن موضوع الدراسة يبحث عن مدى تأثير الأفكار الوسواسية على الصحة الجنسية التي أنتجت لدى المفحوصة الآلام والمعاناة النفسية بخاصة، دفعت بها إلى البحث عن العلاج للتخلص من المعاناة والأفكار الوسواسية، التي ساهم في ظهورها التصورات والمعتقدات حول تأثير القوى الغيبية على بعض جوانب الشخصية وبخاصة الهشة منها،" فالمريض هنا رهن المرض، ومن ثم فهو رهن الحاجة إلى العلاج، ومن ثم يبدأ في تقييم تصوراته للعلاج، ومن خلال خصائص العلاج، وتطور العلاج، وفاعلية العلاج، والاعتقاد في العلاج، والإحباطات الناتجة عن عدم فاعلية العلاج المتبع".(قويدر،2011،177).

كانت البداية بالتركيز على تحديد الاضطراب من خلال الفحص وتطبيق الاختبارات التشخيصية لضمان تشخيص دقيق وموضوعي. ومدى توافق نتائج هذه الأدوات مع خطابات المفحوصات التي أعربت عنها في المقابلات العيادية.

1-2-اختيار الحالات: إنه ورغم الصعوبات التي واجهت الباحث في بداية الدراسة، والتي كانت بدايتها مع احدى حالات الدراسة عن طريق زوج الحالة، والتي أجريت ببيته في ظروف غير مناسبة ، ورغم ذلك تمكن الباحث من جمع ما أمكن من المعلومات

والمعطيات عن الحالة قصد مساعدتها من جهة، ولتكون من حالات الدراسة ، وفق الباحث فيها إلى حد مقبول نتيجة تفاعل الحالة واستجابتها، وإن كانت مساندة الزوج للحالة نسبية. أما مجريات الدراسة مع الحالات الأخرى فقد تم بعضها بمقر المعالج الشعبي، أين تتابع الحالات علاجا تقليديا(الرقية) على يديه، رفضا منهن تلقي العلاج بالمؤسسة العمومية للصحة لاعتبارات ثقافية واجتماعية كشفت عنها الحالات في خطاباتها. في حين أجريت الدراسة مع بعض الحالات بالمؤسسة العمومية للصحة–والتي كان عددها محدودا–نظرا لما يسجل عن العلاج النفسي من عزوف بمجتمع الدراسة لاعتبارات ثقافية، وبخاصة ما تعلق بالكشف عن الاضطرابات التي تعد تابو تتطلب التكتم وعدم الكشف عنها كاضطراب العلاقة الجنسية ، ومن جهة أخرى النظرة السلبية للعلاج النفسي، وعدم قدرة المعالج النفسي على التعامل مع أسباب الاضطراب الذي أرجعت أسبابه لتفسيرات غيبية، تلك القدرات–حسب الحالات– التي لا يملكها سوى المعالج الشعبي. كان الاختيار للحالات التي شملتها الدراسة قصديا وبرغبة من الحالات وبإحالة من معالجها الذي رجح أن تكون أسباب الاضطراب نفسية تتطلب تكفلا نفسيا بعد فشل مساعيه. يتراوح سن الحالات ما بين (25 سنة –إلى–44سنة).المستوى التعليمي والمهني والاجتماعي للحالات متفاوت ومختلف ، كما تختلف الحالات في مدة الزواج التي تتراوح مابين (2سنتان –إلى– 17سنة)، وكذا عدد الأبناء، مع وجود البعض منهن بدون أبناء ، أما عن المسار العلاجي فقد اختلفت أنماطه بين الحالات، منه العلاج الشعبي الذي سجل حضورا قويا.

1–3–أدوات الدراسة: إن مما اعتمده الباحث في دراسته من أدوات وآليات مايلي:

أ–**الفحص النفسي:** اعتمد الباحث هذه التقنية لتحديد مدى توازن الشخصية ومدى الخلل الطارئ في هذا التوازن، وللكشف عن الاضطراب والتاريخ المرضي للحالات، والعوامل المسببة للاضطراب، وتصورات الحالات، وتفسيراتهن لأسبابه، وأساليب التعامل معه، وما عرفه المسار العلاجي من فاعلية، ومدى وجود علاقة بين التفسيرات للاضطراب والتوجه العلاجي، ومدى تأثير الأفكار الوسواسية على العلاقة الجنسية وجوانب شخصية الحالات.

-التعرف على الأعراض المرضية التي تقلق الحالة وتسبب لها المعاناة، ومدى تفسيراتها لها، وبخاصة الأعراض الهستيرية، التي تشكل لبسا للمريض والمعالج الشعبي في تشخيص الاضطراب ومسبباته (كالصرع الهستيري، العمى الهستيري، الشلل الهستيري وغيرها).

-الكشف عن الاضطراب باستخدام أدوات تساعد على التشخيص الدقيق ، وجمع قدر كاف من المعلومات. " فالعملية هنا يمكن أن يقوم بها أكثر من فاحص وفي اختصاصات عديدة، عكس التشخيص الذي يمكن أن يقوم به الفاحص نفسه". (يزيد،2015،85)

ب-أدوات الفحص: هي تلك الوسائل التي اعتمدها الباحث من ملاحظة ومقابلة واختبارات، "التي من شأنها أن تعطيه أجوبة كافية ودقيقة عن وضعية المفحوص، وحالته التي يكشف عنها ويشخصها. (يزيد،2015،86). والمتوفرة لدى الباحث، والملائمة لموضوع البحث، وتوفر ظروف إجرائها.

-المقايلة العيادية:

ركز الباحث في سياق المقابلة على ما أقره ج.ك.أبريك(1984) في تحديده لها في قوله:"هي نمط من أنماط إنتاج الخطاب تحت قواعد التلفظ، إلا أن التعبير الحواري في مقابلة ما يفضل استعمال ميكانيزمات نفسية ومعرفية واجتماعية، والتي تترجم بمنطقية الصد، المراقبة، والتصفية."(قويدر،2011،176). تمكن الباحث من تسجيل المعلومات أثناء أو بعد المقابلة، حتى لا تذهب في طي النسيان، ليحلل من خلالها خطابات المفحوص وتعبيراته المنطوقة والصامتة منها، ليهتدي من خلالها إلى تشخيص دقيق. وقد استعان الباحث عند الاقتضاء بمن تربطهم علاقة قريبة بالمفحوص، لتوفير أكبر قدر من المعطيات والبيانات التي يكون المفحوص قد أفصح عنها أو تجسدت في سلوكه.

لذلك كان تركيزنا على المقابلة الإكلينيكية التي من خلالها "يمكن التعرف على ما يعانيه الفرد من سيطرة الأفكار أو الطقوس السلوكية، وهذا يعد بمثابة المنهج الأولي في تشخيص هذا الاضطراب. (السيد،2009،110). "ولا تتوقف المقابلة الإكلينيكية على

تحديد الوساوس والقهور فتلك أمور معروفة مقدما، الغرض منها خصوصا عندما تكون المقابلة بغرض التعرف على اضطراب الوسواس القهري، لكن هناك مقابلات لا يكون الغرض منها ذلك. (السيد،2009،111) بل تكون في هذه الدراسة لتشخيص اضطراب العلاقة الجنسية، ومدى تأثير الأفكار الوسواسية على هذه العلاقة والتوجيه نحو العلاج. تم التركيز في شبكة المقابلة على الجوانب ذات الصلة بأهداف الدراسة من أجل التشخيص الدقيق، وتقديم ما أمكن من مساعدة للوسيط تحقيقا لتلك الأهداف.

-**الملاحظة:** تعد الملاحظة من الأساليب العلمية التي يتم فيها جمع البيانات والمعلومات عن السلوك الملاحظ، مرغوبا كان أو غير مرغوب فيه. فقد جاء في تعريف حامد زهران(73،1980) بأنها : ملاحظة الوضع الحالي للفرد موضع الدراسة في قطاع متعدد من قطاعات سلوكه، تسجيل لموقف من مواقف الحياة اليومية، مواقف التفاعل الاجتماعي، وفي مواقف الإحباط والمسؤولية الاجتماعية، والقيادة أو التبعية، وفي المناسبات الاجتماعية، بحيث يتضمن ذلك عينات سلوكية لها مغزى في حياة الفرد (مصطفى،2015،61).

اعتمد الباحث الملاحظة المباشرة، هدفت إلى التعرف على ما يظهر على الحالات من أعراض وسلوكات، وإيماءات وتعبيرات جسدية تعبر من خلالها عن معاناتها، استثمرها الباحث في التحليل والتفسير والتشخيص بناء على استمارة أعدها لهذا الغرض.

-**دراسة الحالة:** تعرف لويس كامل مليكة(79،1980) دراسة الحالة بأنها: الإطار الذي ينظم ويقيم فيه الأخصائي الإكلينيكي كل المعلومات، والنتائج التي يحصل عليها عن الفرد-وذلك عن طريق: الملاحظة، والمقابلة، والتاريخ الاجتماعي، والسيرة الشخصية، والاختبارات السيكولوجية، والفحوص الطبية. لذلك فإن دراسة الحالة التي تدور أساسا حول الكائن الإنساني في تفرده، تكون الطريقة المفضلة لدى الإكلينيكي.(مصطفى،2015،67).

ونظرا لما تكتسيه دراسة الحالة من أهمية فإن الباحث قد استخدم في دراسته أسلوب دراسة حالة كأداة، وكان اختيار الحالات قصديا وطواعية منها كما سبقت الإشارة إلى ذلك. باعتبار دراسة الحالة " الفضاء الأنسب الذي يعطي الأخصائي النفساني أدق

المعلومات ، للتمكن من إصدار الحكم نحو الحالة، والتشخيص الدقيق الشامل لها .(عطوان،1981،249).

1-4 خصائص الحالات: تشكو الحالات محل الدراسة اضطرابا في العلاقة الجنسية الزوجية، ترجع أسبابه إلى تفسيرات غيبية (غير موضوعية)، يتراوح سن حالات الدراسة ما بين (25سنة –إلى–44سنة). يتفاوت المستوى التعليمي والمهني والاجتماعي بين حالات الدراسة، كما تختلف مدة الزواج التي تتراوح ما بين(2سنتان إلى 17سنة)، وكذا عدد الأبناء بل بعض الحالات بدون أبناء. كان تركيز الحالات على العلاج التقليدي، واختلفت أنماطه بين الحالات، عرف العلاج الشعبي وبخاصة الرقية الشرعية حضورا قويا باعتباره واقع اجتماعي وثقافي.

1-5-مقاييس الدراسة: إلى جانب المقابلة "توجد مقاييس سيكومترية تعد بمثابة أدوات مفيدة في الكشف عن اضطراب الوسواس القهري مثل مقياس"بل براون" للوسواس القهري، وغيره من المقاييس السيكومترية التي تسهم في الكشف عن وجود اضطراب الوسواس القهري "(السيد،2009،110،111). فقد استخدم الباحث في دراسته مقياس "بيل براون" للوسواس القهري، للكشف عن مدى تأثير الأفكار الوسواسية وطبيعتها، كما استخدم اختبار اضطرابات الشخصية ل"هيلر"، للكشف عن نمط الشخصية لكل حالة. كما استخدم اختبار التوافق الزواجي ل"أسامة عبد الرزاق"، للكشف عن وجود توافق زواجي من عدمه، واختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي ل "حسان المالح"، للكشف عن تصورات الحالات للمرض والتوجه العلاجي، كل ذلك ليكون التشخيص دقيقا، نظرا لما تحظاه المقاييس والاختبارات من أهمية كونها" تعد من الأساليب العلمية التي تتصف بالصدق والثبات، ولها ما يبررها، كأساليب في جمع البيانات والمعلومات. وتتباين هذه الاختبارات والمقاييس باختلاف أهدافها.(مصطفى،67،2015،69).

-1-التعريف بالمقاييس(أدوات الدراسة):

-أ-مقياس" بيل براون" للأفكار الوسواسية والأفعال القهرية:

يتكون هذا المقياس من عشرة أبعاد لاضطراب الوسواس القهري (خمسة منها تقيس الوساوس، وخمسة أخرى تقيس الأفعال القهرية، وكل منها مقسم إلى خمس درجات تبدأ من الصفر(لا يوجد أعراض) إلى أربع درجات (أعراض شديدة)، ويقيس الفاحصون الوقت الذي تستغرقه الوساوس والأفعال القهرية، ودرجة تأثيرها على أداء الوظائف، ومستوى الشعور بالقلق، ومحاولات مقاومة الأعراض ودرجة التحكم فيها.

بلغ الصدق الذاتي 0.92 وهو دال إحصائيا وبمعدل ثبات (إعادة التطبيق) 0.90 وهو بذلك يتمتع بقدر من الثبات يوثق فيه.

ويتميز المقياس عن غيره من مقاييس الوسواس(مودزلي بادو..إلخ) في أنه يستخدم كأداة ملاحظة بشكل متكرر في الدراسات العلاجية لاضطراب الوسواس القهري. فهو يساعد كثيرا في اكتشاف ما لم يذكر، وما لم يعتقد أنه ذو علاقة بأمر في حياته، وبذلك نستطيع تحديد شدة الاضطراب، وبالتالي تقييم الاستجابة لطريقة العلاج المستخدمة. وقد استخدمت الباحثة "د. صباح السقا" هذا المقياس في دراستها حول فاعلية العلاج الاستعرافي–السلوكي للوساس القهري. (صباح،2014،367) .

–ب–مقياس تشخيص اضطراب الشخصية: صمم هذا المقياس هيلر ومعاونوه (1988). **و**يهدف المقياس إلى تقدير اضطرابات الشخصية وفقا للمحكات التشخيصية للدليل التشخيصي للاضطرابات العقلية. (DSM)، وتوجد طبعتان لهذا المقياس.

الطبعة الأولى: تهدف إلى تقدير الاضطرابات العشر للشخصية.(PDQ–4)

الطبعة الثانية: تهدف إلى تقدير هذه الاضطرابات العشرة بالإضافة إلى الشخصية الاكتئابية، والشخصية السلبية العدوانية. (PDQ–4+).(BOUVARD.2002).

يتكون المقياس من 99 بندا، توزع هذه البنود على النحو الذي يوضحه الجدول التالي:

جدول يبين بنود (سمات كل اضطراب شخصية وعتبته الباثولوجية).

	اضطرابات الشخصية	عدد البنود	رقم البنود(السمات)	العتبة الباثولوجية
1	شبه الهذائية	7	96/85/62/50/37/24/11	4 بنود
2	الفصامية النموذجية	9	86/60/74/72/61/48/36/23/10	5 بنود
3	شبه الفصامية	7	95/71/60/47/34/22/9	4 بنود
4	الهستيرية	8	90/80/67/55/43/30/17/4	5 بنود
5	البينية	9	93/78/69/58/45/98/32/19/6	5 بنود أو البند 98+2
6	النرجيسية	9	92/79/73/68/57/44/31/18/5	5 بنود
7	المضادة للمجتمع	8	99/94/75/59/46/33/20/8	3 من البند 99 إضافة إلى 3 بنود
8	الوسواسية القهرية	8	89/91/66/54/41/29/16/3	4 بنود
9	التجنبية	7	87/83/52/39/26/13/1	4 بنود
10	التابعة	8	88/82/65/53/40/27/15/2	5 بنود
11	الاكتئابية	7	97/84/70/56/42/28/14	5 بنود
12	السلبية العدوانية	7	91/77/63/49/35/21/7	4 بنود
سلم التحقيق	الصورة الجميلة	4	51/38/25/12	2 بندان
	استبيان	2	76/64	1 بند

	التشكيك			
	المجموع الكلي	99		25أو 28 بندا

طريقة الإجراء: تم اختيار استجابات المفحوص على بنود المقياس من النوع الثنائي(صحيح/ خطأ)، ويثبت البند أو السمة المرضية بالإجابة، ب" صحيح".

بعد إجابة المفحوص على جميع بنود المقياس، يتم الانتقال إلى المرحلة الثانية، وهي تحليل الدلالات الإكلينيكية لإجابات العميل، والتأكيد منها، وذلك من خلال التحقق من العناصر التالية:

-وجود السمات المرضية منذ سن 18 عاما أو منذ عدة سنوات.

-السببية الإمراضية لهذه السمات لا تعود إلى وجود اضطراب نفسي من الدليل التشخيصي.(DSM).

-السمات المرضية تسبب اختلالا وظيفيا في البيت، والمدرسة والعمل، أو في العلاقات الاجتماعية.

-السمات المرضية تسبب ضيقا وكربا للمفحوص.

-السببية المرضية لهذه السمات لا تكون ناتجة عن الإصابة باضطراب عضوي.

-ظهور السمات المرضية لا ترتبط بتناول الكحول أو المخدرات أو الأدوية.

طريقة التصحيح والتنقيط: تثبت السمة المرضية (البند) بالإجابة " صحيح" وإعطاء علامة واحدة لكل إجابة من هذا النوع، ثم تجمع النقاط لتشكل المجموع الكلي لاضطراب الشخصية، وتتحدد درجة مرضية الشخصية برمتها، دون تحديد نوع الاضطراب، وفق المعايير المحددة(انظر معايير فرساتي ودافيسيون).

بعد ذلك يتحدد نوع من أنواع الاضطرابات الشخصية من خلال وجود السمات المرضية لكل شخصية مرضية معينة.(ارجع إلى الجدول أعلاه).

هذا وقد يشكو المفحوص من عدة اضطرابات للشخصية. والجدير بالذكر أن هناك عددا مطلوبا من السمات، حتى نصل إلى "العتبة الباثولوجية" لكل اضطراب شخصية (كما هو مبين في الجدول أعلاه).

دراسات التحقق والصلاحية: أجريت العديد من الدراسات السيكومترية للتحقق من صدق وصلاحية المقياسين. (+4-PDQ) و(4-PDQ). ومن هذه الدراسات:

-دراسة فوساتي ومعاونيه (1998) تمت فيها المقارنة بين النسخة الحالية(SCID II) ومقياس (+4-PDQ). على عينة متكونة من عملاء ذوي الاضطرابات النفسية، قد وجد أن معاملات الاعتماد مع الشخصية المضادة للمجتمع(0.28) والشخصية النرجيسية(0.27) والشخصية التابعة(0.24).

-دراسة دافيسيون ومعاونيه(2001) والذي قام بنفس المقارنة، لكن على عينة مختلفة متكونة من سجناء إنجليز تم توقيفهم بسبب العنف والعنف الجنسي، وقد بلغ معامل كابا بين مقياس(+4-PDQ) ومقياس (SCID II)، (47. 0) في أي نوع من أنواع اضطراب الشخصية. وبلغ(0.57) في الشخصية البينية و(0.49) في الشخصية التجنبية وشبه الهذائية والاكتئابية، و(0.20) لدى الشخصية الوسواسية القهرية، وتراوح مابين (0.10) و (0.18) لدى الشخصية السلبية العدوانية والنرجيسية والفصامية النموذجية، بينما لم تسجل الشخصية شبه الفصامية سوى (0.05).

-دراسة هيلر ومعاونيه(1989) درس ثبات المقياس وتحديدا معامل الاستقرار باستخدام طريقة إعادة الإجراء. وسجل معامل ثبات جد مقبول لدى اضطرابات الشخصية العشرة المصنفة في الدليل التشخيصي.(4-DSM).

-دراسة رايش ومعاونيه(1990) سجل فيها معامل الثبات (الاستقرار) باستخدام طريقة إعادة الإجراء لمدة طويلة المدى (شهرين) جد مقبول في العموم، فيما تراوحت

معاملات كابا بين(0.17) لدى الشخصية الهستيرية إلى (0.75) لدى الشخصية التابعة، فيما سجلت معاملات تفوق(0.50) لدى خمس شخصيات.

-دراسة هيلر ومعاونيه(1990) تناولت هذه الدراسة الخصائص السيكومترية لهذا المقياس (PDQ-4) مقارنة مع المقياسين(SCID) – (PDE). وقد تبين أن مقياس (PDQ-4) أكثر حساسية للكشف على اضطرابات الشخصية من المقياسين المذكورين. وبناء على هذه الدراسة اعتمد الباحث مقياس تشخيص اضطراب الشخصية ل"هيلر".

-ج-**مقياس التوافق الزواجي:** تم اعتماد الباحث لمقياس "أسامة عبد الرزاق" لأن فقراته صيغت بطريقة أكثر سهولة، إضافة إلى مناسبة فقراته لموضوع البحث. ويهدف مقياس " أسامة عبد الرزاق" إلى قياس التوافق الزواجي، ويتكون من(80) فقرة موزعة على ثمانية أبعاد، يتكون كل بعد من(10) فقرات موزعة كالتالي:

التوافق العاطفي: ويقصد به الإشباع العاطفي المتمثل في الاهتمام بالمشاعر، وتبادل مشاعر الحب، والمشاعر الحميمة، والعواطف النبيلة، من حب وتسامح وعطف وحنان، ويتكون من الفقرات(1-9-17-25-33-41-49-57-65-73).

الاحترام المتبادل: ويتمثل في مدى التقدير والاحترام بين الزوجين في المعاملة بينهما وبين الآخرين، ومدى احترام وجهة نظر كل منهما للآخر، وحسن المعاشرة بينهما، ويتكون من الفقرات التالية (2-10-18-26-34-42-50-58-66-74).

التفاهم المتبادل: ويتمثل في مدى الاتفاق والتفاهم والانسجام بين الزوجين في وجهات النظر الخاصة بأمور الأسرة، والأطفال والحياة العائلية، والأنشطة والاهتمامات والمشاجرات بينهما. ويتكون من الفقرات(3-11-19-27-35-43-51-59-67-75).

الاتفاق في الأمور المادية: ويتمثل في مدى الاتفاق والتفاهم بين الزوجين في كيفية إدارة الأمور المادية المتعلقة بالمصاريف، والإنفاق، ومدى إدراك كل من الزوجين للآخر في

أسلوبه في إدارة الأمور المادية المتعلقة بالمصاريف والإنفاق. ويتكون من الفقرات (4-12-20-28-36-44-52-60-68-76).

المشاركة في تحمل المسؤولية: ويتمثل في مدى مقدار المشاركة والتعاون بين الزوجين في تحمل المسؤوليات، والقيام بالواجبات، والمسؤوليات الأسرية والعائلية، وقيام كل من الزوجين بدوره على الوجه الصحيح. ويتكون من الفقرات (5-13-21-29-37-45-53-61-69-77).

الثقة المتبادلة: ويتمثل في مدى الثقة بين الزوجين المتمثلة في الشك، والصراحة، والكذب، والغيرة، وحفظ الأسرار العائلية والشخصية. ويتكون من الفقرات (6-14-22-30-38-46-54-62-70-78).

الأنانية: وتتمثل في مدى فردية كل من الزوجين في إشباع حاجاته، والاهتمام بنفسه دون الاهتمام بالطرف الآخر والأسرة، ومدى القناعة والرغبة في التملك. ويتكون من الفقرات (7-15-23-31-39-47-55-63-71-79).

إدراك الحالة الزوجية: ويقصد به إدراك كل من الزوجين لحياته الزوجية، وتاريخه الزواجي مع شريك حياته، المتمثل في مدى السعادة والرضا عن حياته، والشعور بالندم في اختياره لشريك حياته، ومدى التفكير في الانفصال. ويتكون من الفقرات (8-16-24-32-40-48-56-64-72-80).

طريقة تصحيح المقياس: توجد أمام كل فقرة بديلين(نعم ، لا)، وعلى المفحوص أن يختار أحد البديلين وذلك بوضع علامة (×) في الخانة التي تناسبه، وكل الفقرات تشير إلى عدم توافق زواجي. حيث تعبر الدرجة المرتفعة على عدم توافق زواجي ، بينما تعبر الدرجة المنخفضة على وجود توافق زواجي.

الخصائص السيكومترية (الصدق والثبات) لمقياس التوافق الزواجي في الدراسات السابقة:

الصدق:

قام معدل المقياس عبد الرزاق(2003) بحساب معدلات الارتباط بين درجة العبارة ودرجة البعد، وتراوحت معاملات الارتباط بين (0.57-0.94)، كما قام بحساب معامل ارتباط درجة الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس، وتراوحت بين (0.69-0.90). وفي دراسة مصباح(2010) في البيئة الليبية تم حساب صدق المقياس بطريقة الاتساق الداخلي، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس بالدرجة الكلية للمقياس ما بين (0.60-0.89).

الثبات: قام معد المقياس عبد الرزاق(2003) بحساب ثبات المقياس باستخدام التجزئة النصفية، وكانت قيمة معامل الثبات (0.72)، وبلغ بعد التصحيح بمعادلة سبيرمان (0.74)، كما استخرج الثبات بطريقة إعادة الاختبار، وبلغ معامل الثبات(0.79).

-وفي دراسة مصباح(2010) في البيئة الليبية، تم حساب ثبات المقياس باستخدام معامل ألفا كرونياك، وتراوحت قيمة معاملات الثبات لأبعاد المقياس بين (0.53-0.90)، وباستخدام التجزئة النصفية تراوحت قيمة معاملات الثبات بين (0.59-0.91).

-وفي دراسة الكبير(2007) تم حساب ثبات المقياس باستخدام التطبيق وإعادة التطبيق، وباستخدام معامل ارتباط بيرسون، ووجد أن الثبات يساوي(0.89).

-واستخدمت الباحثة "نجمة اللاكي بركة التباوي" في دراستها (2012) مقياس التوافق الزواجي لقياس هذا المتغير، أضافت فيه بديلا ثالثا(أحيانا) تغيرت معه طريقة تصحيح المقياس لدى الباحثة.(نجمة،2012،74-77).

-د-اختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي: اختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي للدكتور حسان المالح(2001) وهو يضم 81 عبارة، ويقيس الأفكار الشائعة حول الطب النفسي ، قد تم تطبيقه في دراسة مبدئية في مدينة جدة، منشور في كتاب "فوائد نفسية" للمؤلف، الدار الشامية، بيروت،2001.

-يعتمد الاختبار على صياغة عدد من الأفكار الشائعة المرتبطة بالطب النفسي، وهذه الأفكار تتناول مختلف المواضيع العامة والخاصة المتعلقة بالطب النفسي، وقد تمت صياغتها بأسلوب واضح لإيصال الفكرة الشائعة. يهدف الاختبار إلى معرفة مدى ثقافة المريض، واطلاعه ومعلوماته في القضايا النفسية، كما يهدف إلى تحديد الأفكار الخاطئة وغير العلمية لدى عينة من الناس أو المجتمع عموما، مما يساعد على تفهم النقاط السلبية في الوعي العام، ومن ثم العمل على تعديلها وتغييرها بشكل دقيق ومنظم.

يعطي هذا الاختبار معلومات دقيقة عن آراء المريض فيما يتعلق بمرضه، بالطبيب المعالج، والعلاج الدوائي وغير الدوائي، مما يساهم في تفهم المريض وسلوكه وتعاونه مع الخطة العلاجية. قام صاحب الاختبار بإعداده وتطبيقه، وتم نشره والاستفادة منه.

كما طبق هذا الاختبار على عينة من الأطباء والطبيبات في طب الأسرة لمقارنة نتائج العينة العامة مع عينات الأطباء، والنتائج المبدئية هامة ومفيدة.

الأفكار الشائعة حول الطب النفسي تم جمعها وتصنيفها وصياغتها من خلال خبرة صاحب الاختبار العملية والعيادية الطويلة، وكانت النتيجة 81 فكرة مقسمة كما يلي:

من(1 إلى 16): (16) فكرة حول ميدان الطب النفسي عموما.

من (17 إلى 29):(13) فكرة حول الأدوية النفسية والعلاج الدوائي.

من (30 إلى 49):(20) فكرة حول الطبيب النفسي وشخصيته وكيفية التعامل معه.

من (50 إلى 63): (14) فكرة حول معاني الاضطراب النفسي وتشخيصه وكيفية علاجه.

من (64 إلى 69): (6) أفكار حول كيفية التعامل مع المريض النفسي.

من (70 إلى 75):(6) أفكار حول بعض الاضطرابات النفسية المحددة.

من (76 إلى 81):(6) أفكار حول العلاجات غير الدوائية.

طريقة الاستعمال: تمت صياغة هذه الأفكار بشكل استبيان، وبعد كل عبارة يطلب من المفحوص إبداء رأيه في درجة صحة الفكرة المطروحة، وأن يختار بين أربعة احتمالات وهي: صحيحة تماما، صحيحة جزئيا، خاطئة تماما، لا أدري.

ملاحظة : معظم هذه الأفكار الشائعة خاطئة تماما.(المالح،2001،142).

1-6-حدود الدراسة:

-1-الحدود المكانية: أجريت الدراسة مع معظم الحالات بمحلات المعالجين الشعبيين أين تتواجد الحالات في متابعتها للعلاج، كونه يلبي احتياجاتها، وقدرة المعالج على التعامل مع أسباب الاضطراب الذي ترجعه لأسباب غيبية، بناء على تصوراتها التي أنتجتها ثقافة المحيط، كما أجريت الدراسة مع بعض الحالات الأخرى بالمؤسسة الاستشفائية للصحة الجوارية س.م.بن علي، مع الحالات التي وجهت من قبل المعالجين الشعبيين لتلقي العلاج النفسي، كون الاضطراب لا يتعدى أن يكون نفسيا، أو يرجع لأسباب طبية، وسجل العزوف من الحالات عن العلاج النفسي لاعتبارات ثقافية، وأن الحالات التي سجلت حضورها كانت إقامتهن خارج الحدود المكانية للمؤسسة، كما تمت أول دراسة مع حالة ببت الحالة باتصال من زوج الحالة، وكانت أول خطوة في الدراسة الميدانية.

-أ-دراسة حالة المؤسسة

- **نشأة وتطور المؤسسة:** المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي أمحمد بن علي – غليزان- هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والإستقلال المالي، أنشأت بموجب المرسوم التنفيذي رقم 07. 140 المؤرخ في 02 جمادي الأولى عام 1428هـ الموافق لـ 19 مايو سنة 2007م المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها. تتكون المؤسسة من مجموعة عيادات متعددة الخدمات، وقاعات العلاج تغطي أكبر عدد من مجموع السكان.

ب- مهام المؤسسة: تتمثل مهام المؤسسة في التكفل بصحة المواطن بغض النظر عن جنسه أو مكان إقامته شأنها في ذلك شأن باقي المؤسسات الصحية، ومن أبرز مهامها ما يلي:

- الوقاية والعلاج القاعدي.
- تشخيص المرض.
- العلاج الجواري.
- الفحوص الخاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي .
- الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي.
- تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان، وتكلف على الخصوص بما يأتي:
- المساهمة في ترقية وحماية البيئة في المجالات المرتبطة بحفظ الصحة والنظافة، ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.
- المساهمة في تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة، وتجديد معارفهم. ويمكن إستخدام المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ميدانيا للتكوين شبه الطبي والتكوين في التسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين.

ج- موارد وإمكانات المؤسسة:

1-الموارد البشرية: تمثل الموارد البشرية موردا هاما في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية، فهي تزخر بالمؤهلات العلمية من:

- ممارسين طبيين أخصائيين وعامين.
- شبه طبيين بمختلف تخصصاتهم من مخبريين.
- مشغلي أجهزة التصوير الطبي المختصين في حفظ الصحة.
- الأخصائيين النفسانيين العياديين .
- المساعدين في التمريض.
- كما تشمل أيضا على الطاقم الإداري الذي بدوره يقوم بمهام التنظيم والتسيير الحسن لمختلف مصالح المؤسسة.
- تشمل المصالح التقنية من عمال مهنيين، وسائقي السيارات، والحجاب وأعوان الأمن.

2-الموارد المادية: تتمثل الموارد المادية للمؤسسة في المرافق الصحية التي تساهم بشكل كبير في تحسين الخدمات الصحية، والأجهزة الطبية من أجل الكشف عن الأمراض، والتكفل الحسن بالمرضى، والمواد الصيدلانية وتوفيرها للعلاجات القاعدية والعلاجات المنزلية. وتحتوي المؤسسة على ما يلي:

07 عيادات متعددة الخدمات.

32 قاعات العلاج.

05 مصالح المخبر.

05 مصالح التصوير الطبي (الأشعة).

-مصلحة أمراض السل.

-صيدلية مركزية.

02 مصلحتان للأمومة.

06 وحدات الكشف والمتابعة المدرسية.

3-الهيكل التظيمي للمؤسسة: يحدد الهيكل التظيمي للمؤسسة تقسيم المهام بين الموظفين وقنوات التنسيق الرسمية، كما ينظم العلاقات داخل المؤسسة، ويحدد المسؤوليات بموجب القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 2009/12/20.

- تتشكل المؤسسة من أربعة (04) مديريات فرعية، ولكل مديرية دور هام منوط بها إلى جانب مكتب المدير.

يعين مدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بقرار من الوزير المكلف بالصحة، وتنتهي مهامه حسب الأشكال نفسها.

4- مكتب التكوين: يقتصر الباحث في هذا العرض الموجز على مكتب التكوين، باعتباره حجر الزاوية في تحسين المستوى أثناء الخدمة، لما يقوم به من دور فعال في برمجة دورات تكوينية للموظفين من أجل تحسين مستواهم وتجديد معلوماتهم، والتذكير بما تتطلبه المهنة في مجال الخدمات الصحية من أخلاقيات وكفاءة، كل في مجال تخصصه، ضمانا للسير الحسن للمؤسسة، حيث يتم تكريس عمليات التكوين ضمن وثيقة " مخطط تكوين وتحسين المستوى، وتجديد المعلومات". تحدد مخططات التكوين طبيعة

عمليات التكوين المبسطة، فئات الموظفين المعنيين، مناصب التأهيل، ومجالات التكوين المعتمدة، وكذا مدة دورات التكوين المبرمجة، وإعداد مخططات التكوين، منها:

- دورات التكوين المتخصص الخاصة بالتوظيف الخارجي.
- دورات التكوين المتخصص الخاصة بالارتقاء الداخلي للموظفين.
- عمليات تحسين المستوى.
- عمليات تجديد المعلومات.

يتم تقييم كل عمليات التكوين المنفذة عند نهاية كل سنة مالية من طرف المصالح التابعة للوظيفة العمومية. وقد حظي الباحث في الفترة التي أجرى أثناءها دراسته بالإشراف على تنشيط فعالية اليومين الدراسيين في إطار التكوين المحلي المتواصل، الموسوم ب: "التكفل النفسي للمصابين بالأمراض المزمنة"، والذي نظمته مصلحة التكوين لفائدة الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمؤسسة العمومية للصحة (مازونة).

-2-**الحدود الزمنية:** بدأت الدراسة الفعلية بعد مصادقة المجلس العلمي وموافقته على مشروع الدراسة، فضل الباحث أن تكون الدراسة النظرية موازية مع الإجراءات المنهجية للدراسة من بدايتها ليكون العمل متكاملا. أجريت الدراسة الميدانية مع بعض الحالات بمقرات المعالجين الشعبيين الذين تتردد عليهم الحالات طلبا للعلاج كما أجريت الدراسة مع أول حالة ببيتها طلبا من زوج الحالة، كما أجريت الدراسة بالمؤسسة الاستشفائية للصحة الجوارية، ابتداء من 22 فبراير 2018 واستمرت إلى غاية 31 أوت 2018 بإحالة من المعالجين الشعبيين بعد فشل مساعي العلاج وكان ذلك عن رغبة في طلب التكفل النفسي .

-3-**الحدود البشرية:** سبقت الإشارة إلى أن الدراسة أجريت على 10 حالات تعاني من نفس الاضطراب في صحة العلاقة الجنسية، نتيجة ما تحمله من أفكار وسواسية، بنت على إثرها تصوراتها وتفسيراتها لأسباب اضطرابها، تمكن الباحث من إجراء سلسلة من المقابلات مع حالات الدراسة لأهداف بحثية.

2-إجراءات الدراسة: يمكن القول أن الدراسة أجريت في ظروف جد عادية، لما تلقاه الباحث من توجيهات من المشرف، ومساعدة، وتشجيع، واستخدام الأدوات التي تخدم

البحث، كما تلقى مساعدة من مدير المؤسسة الاستشفائية، والطقم الإداري، والأخصائيين النفسانيين، ومن المعالجين التقلديين، لإجراء الدراسة الميدانية التي تعد جوهر البحث وأساسه، إذ من خلال هذه الفضاءات تمكن الباحث من الاتصال بالحالات التي ساهمت بدورها في مساعدة الباحث،لأهداف بحثية. هذا بغض النظر عن الصعوبات التي تعامل معها الباحث بكل مرونة لتحقيق أهداف الدراسة.

دراسة الحالات

1-دراسة الحالات:

1-1-الحالة الأولى:

-البيانات الأولية عن الحالة:

الاسم واللقب: خ. ح الجنس: أنثى السن:36 سنة

المستوى الدراسي: جامعي الوظيفة: موظفة في القطاع الصحي

الحالة المدنية: متزوجة المستوى الاقتصادي: متوسط

عدد الإخوة والأخوات:4 رتبة الحالة بين الإخوة والأخوات: الرتبة الأخيرة

الأمراض السابقة: التهاب اللوزتين، والجيوب الأنفية

-السيميائية العامة للحالة:

الهيئة العامة:

الشكل المورفولوجي: بنية نحيفة ، قامة معتدلة، سمراء البشرة.

الهندام: لباس تقليدي، نظيف ومتناسق .

ملامح الوجه: تبدو خجولة، ملامح اليأس والتوتر، تحمل نظارات.

الاتصال: إحالة من قبل أحد المعالجين التقليديين، وبعد فشل مساعي العلاج الطبي.

اللغة: سليمة، واضحة.

1-تقديم الحالة الأولى: السيدة (خ.ح) أنثى تبلغ من العمر 36 سنة ، متزوجة، وبدون أبناء، مدة الزواج سبع سنوات، مستوى جامعي، موظفة بالقطاع الصحي . الحالة ذات بنية نحيفة، قامة معتدلة، تحمل نظارات، سمراء البشرة، ترتدي لباسا تقليديا أنيقا ، تبدو خجولة، ذات علاقة اجتماعية محدودة، تحتل الرتبة الأخيرة بين إخوتها وأخواتها.

كان الزواج تقليديا. تقيم الحالة مع عائلة الزوج، يبلغ زوج الحالة 40 سنة، يعمل تاجرا. علاقة الحالة بأفراد عائلتها عادية، مع عائلة الزوج متوترة وبخاصة أخت الزوج ووالدته ، عرفت العلاقة الزوجية في بدايتها توافقا. بدأت بوادر الاختلال تظهر ومعاني الحب تغيب مع غياب أعراض الحمل"باعتباره العامل الأساس في تكوين نظام أسري يتصف بالتكامل، وأن الاعتبارات العقائدية والاجتماعية والثقافية تزيد من أهميته وتلح على تحقيقه"(أسامة،2014،4). ومن خلال خطاب الحالة تبين أن ذلك قد يكون عاملا مهما في اضطراب العلاقة الزوجية التي تعاني منها، والتي أثرت- حسبها- على صحتها الجنسية والنفسية والاجتماعية ، حيث بدأت الحالة تشكو من عزوف الزوج عن البيت ودخوله المتأخر، وقضاء أكثر وقته جلوسا مع والدته ومع أخته، تشعر الحالة أنها مهمشة ، تسمع الكلام الجارح كونها عاقر، والعائلة في غنى عنها ، ناهيك عن تهديدات الزوج لها بالطلاق، واستخدام العنف اللفظي والبدني، تشك الحالة في ارتباطه بغيرها، فراحت تراقب مكالماته. عرفت خلال هذه الأجواء فتورا في رغبتها الجنسية مما أشعرها بالقلق والتوتر، فاضطرب نومها وقلت شهيتها وتراجع وزنها.

ملكت الحالة الوساوس والشكوك من أن زوجها سيتخلى عنها، مما جعلها تعتبر أن ما آلت إليه حالتها يكون نتيجة سحر دبر، قصد الإضرار بها والإخلال بعلاقتها الزوجية، كان ذلك بناء على ما عثرت عليه من أدوات ورموز سحرية، فهي توجه أصابع الاتهام إلى أخت الزوج بخاصة، كونها تتردد على ممارسي طقوس السحر والشعوذة . كما أرجعت عزوف الزوج عنها وارتباطه بغيرها لنفس التفسيرات (بزاف لي داوهم على نساهم). ذلك ما جعلها تبحث عن العلاج كمخرج لها.

تذكر الحالة ترددها على المعالجين الشعبين، فخضعت لإملاءاتهم وطقوسهم العلاجية التي تقوم -حسبها- علي تعاويذ وأحجبة وتمتمات ودعوات تتخللها طقوس غير مفهومة. وأثناء الجلسات ظهرت على الحالة بعض الأعراض الهستيرية(تشنج اليدين، الشعور بشلل الرجل اليسري، البكاء والصراخ عند سماع التلاوة، نوبة إغماء..) تلك الأعراض نفسها تجلت في جلساتها معنا، والتي أرجع المعالج تفسيرها لتلبس الجني بالحالة، وتأثير السحر في ظهور الاضطراب والحيلولة دون الإنجاب. لذلك فإن المعالج

يوهم الناس ويقنعهم بقدرته الفائقة والخارقة على كشف العلة وشفاء الأمراض " هذا ما جعل الناس يثقون في علاجه خاصة عندما نجح في شفاء بعض الأمراض الناتجة عن الحالات النفسية"(صالح،1979،65). ذلك ما زاد الاعتقاد تثبيتا والتفسير تأكيدا.

ذكرت أنها تعرف تحسنا نسبيا مع هذا النمط العلاجي، لكن سرعان ما تعود الأعراض أدراجها، فهي لا تزال تعيش هذه الهواجس والأفكار الملحة، نتجت عنها ممارسة سلوكيات نمطية تجسدت في مراقبة ملابسها، والبحث عن بقايا السحر، والقيام بطقوس علاجية تطهيرية لإزالة آثار سحر يكون قد دس بين الفنية والأخرى أثناء غيابها، فهي في صراع دائم مع أوهامها ووساوسها، تجسدت في خطاباتها(كيفهش ما أنأمنش وشت بعيني) ، (أنا أخته هي اللي بي، والله ما نسمح لها عند ربي) ، (شحال من مرة نصيب خزنتي مقلبة وكسوتي مرشوشة) ، (راني نظل انبخر والرش في داري، وخايفة إذا كاش حاجة تاع سحور خازنينها) ، (أنا الطالب قالي دايرين لك بهش ما تولديش)... (حاسة بروحي مخدرة ، وراني نستجب لو خوف من ربي يغضب علي) ، (واش من حياة بلا هنى، وبلا أولاد..) (أنا ما عندي زهر في زواجي وراجلي).وغيرها من التعبيرات التي أوردتها. وخلال الجلسات تم إجراء الاختبارات المعتمدة في الدراسة كأدوات تشخصية تكشف عن نتائجها الجداول التي عرضت أدناه.

2-تحليل محتوى المقابلات:

-**الملاحظة الإكلينيكية:** تبدو الحالة قلقة متوترة ، تظهر عليها ملامح اليأس، كما ظهرت عليها بعض الأعراض الهستيرية المعبرة عن معاناتها، ذات القابلية للإيحاء، والتحفظ في الإجابة عن الأسئلة ذات العلاقة بالجانب الجنسي.

-**الفحص العيادي وتحليل المعطيات:**

-**تاريخ الاضطراب:** الحالة تعاني من اضطراب في علاقتها الجنسية من جهة ، ومن العقم من جهة أخرى ، أرجعت أسباب ذلك إلى ما تحمله من أفكار وسواسية أنتجتها الحمولة الثقافية حول تأثير السحر على علاقتها الجنسية ووظيفتها الإنجابية. عرفت

العلاقة في بدايتها توافقا لكنها بدأت تسوء في غضون السنة الأولى، بناء على مؤشرات مادية وإيحاءات المحيطين بها.

-**سمات الحالة:** تبدو الحالة قلقة ومتوترة، تظهر عليها ملامح اليأس بعد فشل مساعي العلاج الطبي، إلا أنها لا تزال تتمتع ببصيص من الأمل في تحقق الإنجاب الذي أصبح يشكل هاجسا لدى الحالة ، ظهرت على الحالة أثناء مجريات المقابلات أعرض هستيرية اتضح من خلالها قابليتها للإيحاء، تلك الأعراض نفسها التي ظهرت في جلسات العلاج التقليدي حسب خطابات الحالة .

-**اللغة والاتصال:** كانت لغة الحالة واضحة وسليمة، تعكس المستوى التعليمي للحالة، تعبر عن معاناتها نتيجة التفسيرات التي تصف بها مسببات ما وصلت إليه (أي وصف معاشها النفسي).

-**النشاط الحركي:** تبدو الحالة قليلة النشاط والحركة، مشية بطيئة.

-**النشاط العقلي:** تتمتع الحالة بكامل قواها العقلية، إلا أنه يظهر عليها نوع من الشرود الذهني، كما ظهر عليها الصرع الهستيري في جلسات العلاج التقليدي حسب خطاباتها بما بلغت عنه من قبل المعالج، الذي أرجعه إلى صرع الجني وتلبسه بها.

-**محتوى التفكير:** تستحوذ على الحالة الأفكار الوسواسية ذات الطبيعة الخرافية، اعتقادا منها في تأثير السحر على صحة علاقتها الجنسية ووظيفتها الإنجابية، تجتر تلك الأفكار التي ساهمت ثقافة المحيط في بنائها، كما ظهر على الحالة غياب التفكير العلمي، واستحواذ التفكير الخرافي الذي ذابت في ظله أناها المثقفة في تفسير أسباب المرض تفسيرا غير موضوعي.

-**المزاج والعاطفة:** ظهر أن الحالة ذات القابلية للإيحاء وسرعة التأثر، كانت تستجيب لإملاءات المعالجين الشعبيين والمحيطين بها في تشخيص الاضطراب والتوجه نحو العلاج، الحالة ذات عاطفة حساسة، وضعف في الثقة بالنفس، تشكو فراغا عاطفيا، وتفتقد مساندة الزوج لها.

-**الحالة الصحية:** عرفت الحالة تراجعا في الوزن، تشكو اضطرابا في النوم وضعف الشهية، كما تشكو من التهاب اللوزتين، والجيوب الأنفية، ومن حروق على مستوي المعدة، ومن صداع نصفي(شقيقة).

-**التاريخ النفسي والاجتماعي:** كانت الحالة النفسية والعلاقات الاجتماعية للحالة قبل الزواج عادية إلا أنها عرفت توترا بعد الزواج. نتج عنها مخاوف على مستقبل العلاقة الزوجية وما قد تؤول إليه، نتيجة الصراع والخلاف المستمر.

-**علاقات الحالة (داخل البيت ومع الأقارب):**علاقة الحالة بأفراد عائلتها عادية. أما مع الزوج وعائلته فإنها عرفت توترا وبخاصة أخت الزوج ووالدته، تشكو الحالة في أجوائها من عزوف الزوج عن البيت ودخوله المتأخر ليلا، وعدم مساندته لها في المواقف الحرجة، والخلافات التي تكون أخت الزوج من ورائها، كما تشكو من تهميش عائلة الزوج، ومن عدم تقديرها لها، كونها عاقر والأسرة في غني عنها.

-**علاقات الحالة خارج البيت:** الحالة ذات علاقات محدودة بالمحيط، فهي تبدو متحفظة لاعتبارات عدة، قد تكون التنشئة الاجتماعية عاملا مهما في نموها الاجتماعي. كما قد يكون الاضطراب من بين العوامل ، فقد ظهرت على الحالة من خلال مقياس "هيلر " أعراض الشخصية التجنبية قدرت درجاتها ب85,71 بالمائة.

-**المعاش النفسي للحالة:** الحالة تعيش حالة من القلق والتوتر والشك في الشريك، والخوف على مستقبل العلاقة الزوجية نتيجة عقمها من جهة، واضطراب علاقتها الجنسية التي تعرف فتورا إلى حد البرود العاطفي من جهة أخرى.

-**تصورات الحالة للاضطراب وتفسير أسبابه:** نظرا لما عرفته العلاقة الزوجية من توتر كان له أثره على توافقهما الزواجي وصحة العلاقة الجنسية للمرأة، وما عرفته هذه الأخيرة من تأخر في الإنجاب لأسباب اعتبرت تفسيراتها غامضة ، بناء على نتائج التقرير الطبي، وما توفر لدى الحالة من مؤشرات وأدوات ورموز وإيحاءات، والتي ساهمت في ظهور الأفكار الوسواسية ذات الطبيعة السحرية منها، فإن الحالة بنت تفسيراتها لأسباب اضطراب العلاقات على إثر تلك المؤشرات والأدوات، استجابة لأفكارها الوسواسية

وتصوراتها الخاطئة، وما ترسب لديها ومنذ طفولتها من معتقدات خرافية مما أنتجته ثقافة المجتمع من تصورات حول تأثير القوى الخفية على الصحة، وسبل العلاج الذي غالبا ما يكون من نفس التفسيرات، في ظل توفر المعطى الطبي الذي أثبت عجزه.

-**التشخيص بناء على المقابلات ونتائج الاختبارات:** كشفت نتائج اختبار تشخيص اضطرابات الشخصية ل"هيلر" أن الحالة تظهر عليها أعراض الوسواس القهري، وأعراض الشخصية الهستيرية، تلك الأعراض التي تجسدت في الجلسات العلاجية من خلال خطابات الحالة، استخدمت الحالة من خلالها الجسدنة في التعبير عن صراعاتها، كما ظهرت على الحالة أعراض الشخصية التجنبية، قدرت النسبة العامة للاختبار ب45,70 بالمائة. كما كشف مقياس "بيل براون" عن ارتفاع درجات الأفكار الوسواسية، قدرت الدرجات الكلية للمقياس ب62,50 بالمائة. كما كشف اختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي "للمالح" عما تحمله الحالة من تصورات للمرض والعلاج، اعتقادا منها في تأثير القوى الغيبية على الصحة، والاعتقاد في العلاج الشعبي، والنظرة السلبية للعلاج الطب نفسي. قدرت الدرجات الكلية ب51,85 بالمائة. تجلى ذلك من خلال تصورات الحالة للمرض والمسار العلاج. ومن جهة أخرى كشف مقياس التوافق الزواجي ل"أسامة عبد الرزاق" انخفاضا في درجات التوافق الزواجي، وارتفاعا في درجات اللاتوافق، بلغت درجاته الإجمالية 81,25 بالمائة. توافق ذلك مع ما عبرت عنه الحالة عن سوء توافقها الزواجي واضطراب علاقتها الجنسية.

-تحليل نتائج الاختبارات حسب كل جدول:

جدول نتائج اختبار تشخيص اضطرابات الشخصية

الرقم	اضطرابات الشخصية	عدد البنود	عتبة الباثولوجية	الاستجابات(نعم)	نعم	النسب	الاستجابات(لا)	لا	النسب
01	شبه الهذائية	7	4 بنود	11-37-50-76	4	57,14	24-62-85	3	42,85
02	الفصامية النموذجية	9	5 بنود		0	%00	10-23-36-48-	9	100%

								-72-61 -60-74 86	
03	شبه الفصامية	7	4 بنود	95-71-22	3	42,85		-34-9 60-47	4	57,14
04	الهستيرية	8	5 بنود	-30-17-4 90-80-55	6	75%		67-43	2	25%
05	البينية	9	5 بنود أو البند 98+2	-58-19 93-78	4	44,44		-32-6 -69-42 98	5	55,55
06	النرجيسية	9	5 بنود	79-44-5	3	33,33		-31-18 -68-57 92-73	6	66,66
07	المضادة للمجتمع	8	3 من البند 99+3 بنود		0	%00		-20-8 -46-33 -75-59 99-94	8	100%
08	الوسواسية القهرية	8	4 بنود	-29-16-3 -66-41 89-81	7	87,50		%54	1	12,50
09	التجنبية	7	4 بنود	-26-13-1 87-83-39	6	85,71		%52	1	14,28
10	التابعة	8	5 بنود	53-27-2	3	37,50		-40-15 -82-65 88	5	62,50
11	الاكتئابية	7	5 بنود	-28-14 56-42	4	57,14		-84-70 97	3	42,85
12	السلبية العدوانية	7	4 بنود	63-21	2	28,57		-35-7 -77-49	5	71,42

			91						
س.ت	الصورة الجميلة	4	2 بندان	12-25-38	3	75%	51	1	25%
	استبيان التشكيك	2	1 بند		0	0%	76-64	2	100%
	مج الكلي	99	25أو 28		45	45,70		54	54,54

-**تحليل النتائج على ضوء الجدول:** كشفت نتائج الاختبار عن ارتفاع درجات الشخصية الوسواسية، والتي قدرت ب87,50 بالمائة، فيما ظهرت على الحالة سمات الشخصية التجنبية، قدرت ب85,71 بالمائة، وسمات الشخصية الهستيرية، بنسبة 75 بالمائة، بغض النظر عما ظهر على الحالة من أعراض لشخصيات أخرى، كان ذلك نتيجة تأثير الأفكار الوسواسية على مناحي حياة الحالة. ومن خلال قابلية الحالة للإيحاء وما كان يظهر عليها من أعراض هستيرية في الجلسات العلاجية، فإنه حسب تقدير الباحث يمكن تصنيف الحالة ضمن الشخصية الهستيرية. فقد أشار "عبد العزيز سلطان" إلى أن أصحاب الشخصية الهستيرية يشتكون من ضعف الصحة الجسمانية، وخلال فترات الضغط الشديد قد تصيبهم أعراض ذهانية عابرة لا تكفي لتشخيص اضطراب ذهاني (صالح،2014،488). وعليه فإن النسبة العامة للاختبار قدرت ب45,70 بالمائة.

جدول نتائج مقياس الوسواس القهري ل" بيل براون".

	البنود	الدرجات
1	مقدار الوقت الذي تستغرقه الأفكار الوسواسية	2
2	مقدار التعارض الذي تحدثه الأفكار الوسواسية مع نشطاتك الاجتماعية والعلمية	3
3	مقدار التوتر والقلق المصاحب للأفكار الوسواسية	3
4	مقدار الجهد المبذول في مقاومة الأفكار الوسواسية(بغض النظر عن نجاحك في المقاومة)	3
5	مقدار سيطرتك على الأفكار الوسواسية	3

المجموع		14
1	مقدار الوقت الذي تمضيه في القيام بالأفعال القهرية	1
2	مقدار التعارض الذي تحدثه الأفعال القهرية في نشاطاتك الاجتماعية والعلمية	2
3	مقدار التوتر والقلق الناتج في حال الامتناع عن القيام بالأفعال القهرية	3
4	مقدار الجهد المبذول في مقاومة الأفعال القهرية(بغض النظر عن مدى نجاحك في المقاومة)	2
5	مقدار سيطرتك على الأفعال القهرية	3
المجموع		11
مج الكلي		62,50-25

التقييم:

معدل نتائج المقياس	شدة الاضطراب
ما بين 24-30	ملحوظ

-**تحليل النتائج على ضوء الجدول:**كشفت نتائج اختبار الوسواس القهري ل"بيل براون" عن تأثير الأفكار الوسواسية على الحالة، فقد ظهرت بشكل ملحوظ ب25 درجة أي ما بين (24-30) درجة، قدرت النسبة العامة ب62,50 بالمائة . كان لتأثير الأفكار، ما يقدر ب14 درجة بنسبة 70 بالمائة، وتأثير الأفعال القهرية ما يقدر ب11 درجة، بنسبة 55 درجة. وقد كشف اختبار اضطرابات الشخصية عن وجود سمات الشخصية الوسواسية لدى الحالة، بدرجة مرتفعة قدرت ب87,50 بالمائة.

جدول نتائج اختبار التوافق الزواجي

الأبعاد	الفقرات	الاستجابات(اللاتوافق)	نعم	النسب	الاستجابات(التوافق)	لا	النسب
التوافق العاطفي	(1-9-17-25-33-41-49-57-65-73)	1-9-17-33-41-49-57-65-73	9	90%		0	0%

الاحترام المتبادل	(2-10-18-26-34-42-50-58-66-74)	66-58-50-34	4	40%	42-18-74-2	4	40%
التفاهم المتبادل	(3-11-19-27-35-43-51-59-67-75)	3-11-19-27-35-51-59-67-75	9	90%		0	0%
الاتفاق في الأمور المادية	(4-12-20-28-36-44-52-60-68-76)	12-20-28-36-44-52-60-68-76	9	90%	4	1	10%
المشاركة في تحمل المسؤولية	(5-13-21-29-37-45-53-61-69-77)	5-13-21-53-61-69-77	7	70%		0	0%
الثقة المتبادلة	(6-14-22-30-38-46-54-62-70-78)	6-22-30-38-46-54-70-78	8	80%	62-14	2	20%
الأنانية	(7-15-23-31-39-47-55-63-71-79)	15-23-31-39-47-55-63-71-79	9	90%	7	1	10%
إدراك الحالة الزوجية	(8-16-24-32-40-48-56-64-72-80)	8-24-32-40-48-56-64-72-80	10	100%		0	0%
المجموع	80		65	81,25		8	10%

-تحليل النتائج على ضوء الجدول: كشفت نتائج الاختبار عن ارتفاع درجات اللاتوافق بين الزوجين، قدرت نسبته ب81,25 بالمائة، حيث سجل اللاتوافق في الجانب العاطفي، وغياب التفاهم المتبادل، وعدم الاتفاق في الأمور المادية، وأنانية الزوج. وقد قدرت بنسبة 90 بالمائة لكل بعد، فيما كشف الاختبار عن عدم وجود ثقة متبادلة، قدرت درجاتها ب80 بالمائة. وعدم إدراك الحالة الزوجية، قدرت ب100 بالمائة، وعدم المشاركة في تحمل المسؤولية، قدرت نسبتها ب70 بالمائة، كانت درجات كل ذلك مرتفعة بشكل مخيف، نتيجة تأثير ما تحمله الحالة من تصورات خاطئة، وأفكار وسواسية وتفسيرات غير موضوعية، لمسببات الاضطراب الذي شمل مختلف جوانب حياة الحالة الزوجية.

جدول نتائج اختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي

الرقم	الفقرات	العدد	الأبعاد	ص. ت	النسب	ص ج.	النسب	خ. ت	النسب	لا أدري	النسب
01	(1-16)	16	ميدان الطب النفسي عموما	12	%75	2	12,5	2	12,5	0	0%
02	(17- 29)	13	الأدوية النفسية والعلاج الدوائي	07	54,80	5	38,46	0	0%	1	14,28
03	(30- 49)	20	الطبيب النفسي وشخصيته وكيفية التعامل معه	03	15%	11	55%	3	15%	3	15%
04	(50- 63)	14	معاني الاضطراب النفسي	08	57,14	5	35,71	1	7,14	0	0%

		وتشخيصه وكيفية علاجه								
05	(64-69)	06	كيفية التعامل مع المريض النفسي	04	66,66	1	16,66	1	16,66	0	0%
06	(70-75)	06	بعض الاضطرابات النفسية المحددة	05	83,33	0	0%	1	16,66	0	0%
07	(76-81)	06	العلاجات غير الدوائية	03	50%	1	16,66	1	16,66	1	16,66
المجموع		81		42	51,85	25	30,86	9	11,11	5	6,17

-تحليل النتائج على ضوء الجدول: تبين من خلال نتائج الاختبار أن الحالة ذات تصورات سلبية عن الطب النفسي والعلاج الدوائي، فكانت استجابتها حيال الطب النفسي بنسبة 75 بالمائة، بينما قدرت درجات النظرة للأدوية النفسية ب54,80 بالمائة، في حين أظهرت اعتقادها في تأثير القوى الخفية على الصحة والعلاقة الجنسية، وكان ذلك بنسبة 83,33 بالمائة، وعرف تصور الحالة للعلاج الشعبي نسبة 57,14 بالمائة، لذلك كان تركيز الحالة على العلاج الشعبي في علاج اضطراب علاقتها الجنسية، الذي أرجعت أسبابه للتفسيرات غير الموضوعية. وكشفت نتائج الاختبار عن أن النسبة العامة للأفكار الشائعة حول الطب النفسي كانت متوسطة، قدرت ب51,85 بالمائة، أما الاستجابات بعبارة صحيحة جزئيا، فقد قدرت ب30,86 بالمائة، فيما عرفت استجابات خاطئة تماما، نسبة 11,11 بالمائة، إذ أن معظم هذه الأفكار الشائعة خاطئة تماما حسب ما أورده مصمم الاختبار.

-**التوجه العلاجي:**عرف المسار العلاجي للحالة طعونا علاجية في ظل غموض أسباب الاضطراب وفشل مساعي العلاج، وشدة المعاناة التي دفعت بالحالة إلى البحث عن العلاج الذي يلبي احتياجاتها، ويتوافق وتفسيراتها لأسباب الاضطراب، بغض النظر عن نوعه.

-**العلاج الطبي:** كان إقبال الحالة على العلاج الطبي في علاج الأمراض العضوية، منها ما تعلق بتأخر الإنجاب، الذي كشفت فيه الفحوص عن خلوها من أي مانع طبي يحول دون تحققه، وهذا المعطى الطبي جعلها ترجع أسبابه إلى تفسيرات غيبية ، أما عن اضطراب صحة علاقتها الجنسية فإن الحالة قد اكتفت بالعلاج التقليدي، لأن مسببات المرض بالنسبة للحالة لا يتم علاجها إلا على يد من يملكون القدرات والكفاءة في التعامل مع هذه المسببات للاضطراب، هذا من جهة، ومن جهة أخرى، فإن اضطراب العلاقة الجنسية يشكل تابو يحظر الكشف عنه في المجتمعات التي تتمتع بطابع المحافظة، والتي يعد مجتمع الدراسة واحدا منها. فالمعالج التقليدي لا يفتح ملفا في هذا المجال، ولا يبحث عن تفاصيل الاضطراب وأسبابه. عرفت الحالة علاجا طبيا فيما تعلق بالأمراض ذات الأسباب العضوية والتي لا تحتمل أسبابها التفسيرات الغيبية.

-**العلاج الشعبي:** سجل العلاج التقليدي حضورا قويا لدى الحالة، وبخاصة ما تعلق منه بالرقية الشرعية، اعتقادا منها في فاعليتها، وأنها ذات مرجعية دينية. استجابت في ظل هذه الأجواء العلاجية التقليدية إلى تعليمات المعالجين، فمارست بعض طقوسهم (من بخور، ورش الماء المرقي، ودهن بزيت الزيتون وغيرها) وكانت طرق العلاج حسب ما يصفه كل معالج من وصفات. وأن الإقبال على المعالج يتم حسب" درجة الاقتناع به من خلال خبرته، أو التجارب والشهادات التي قدمت في حقه من قبل العملاء ، وحسب موقعه في سوق العلاج الشعبي، الذي هو فضاء لقياس كفاءة هذا المعالج أو ذاك"(إدريس، 2016، 13).

كما تجسد المسار العلاجي لدى الحالة في زيارة الأضرحة (سيدي سليمان، سيدي لخضر..)" نظرا لموقعها الرمزي والمادي في المتخيل الشعبي في إطار تحقق الشفاء للمريضات، لفك السحر وطلبا للذرية وتحقيق المودة والألفة" الطيب" مع الشريك.

فالإقبال على هذه الأنماط العلاجية لم يقتصر على شريحة الأميين، وبخاصة النساء كونهن الأكثر تشبعا وإيمانا واعتقادا بهذا النوع من العلاج، بل سجل حضوره حتى لدى المثقفين والمثقفات من ذوي الشهادات الجامعية وتعد الحالة واحدة من هذه الشريحة. لذلك" فالإقبال على هذا النمط العلاجي من طرف جميع مكونات النسيج الاجتماعي ما هو في الواقع سوى ترسيخ للهوية الاجتماعية، ما دام يجمع بين متعاطيه كل الشرائح الاجتماعية بما فيهم ذوو الشهادات العلمية العليا، والأطباء من بينهم، وما ذلك إلا تثبيتا لهذه التقاليد والعادات والمعتقدات، وهو تأكيد استمرارية الوعي الجمعي كما يقول دوركايم"(إدريس،2016،6)

-**العلاج النفسي:** لم تتلقى الحالة علاجا نفسيا إلا بعد فشل جميع المساعي العلاجية، وبإحالة من معالجها ، ذكرت أنه الوحيد من المعالجين من دلها نحو المعالجة النفسية، وأنه لا يرى مانعا من الجمع بين العلاج النفسي والعلاج بالرقية، لكن مختلف تفسيرات المعالجين –حسب الحالة– أرجعت الأسباب إلى تفسيرات غيبية ممثلة في تلبس الجني، وتأثير السحر على صحتها الجنسية، للحيلولة دون إنجابها، بناء على ما كان يظهر على الحالة من أعراض، وبخاصة الهستيرية منها، والتي لها مدلولها وتفسيرها في التحليل النفسي، إذ يعتبرها فرويد تعبيرا رمزيا عن الصراعات والمكبوتات، يستخدم المريض من خلالها الجسدنة كرسالة رمزية يتم الكشف عن أبعادها من قبل المعالج النفسي، بما يملكه من مهارات وآليات وتقنيات، تشخيصا وعلاجا. وهذا ما لم تهتدي إليه الحالة رغم درجتها العلمية وموقعها المهني.

الطعون العلاجية:عرف التوجه العلاجي لدى الحالة طعونا علاجية، نظرا لشدة معاناتها وما تجتره من أفكار وسواسية، التي كان لها تأثيرها في التوجه العلاجي، الذي تم التركيز فيه على العلاج التقليدي باعتباره من جنس التفسيرات، رغم ما عرفته الحالة من علاج طبي لعلاج الأمراض والاضطرابات العضوية (كعلاج التهاب اللوزتين والجيوب الأنفية، وارتفاع درجات الحرارة تزامنا مع موعد الدورة الشهرية، وعلاج حروق المعدة..) وكان اللجوء إلى العلاج النفسي كآخر محطة بعد توجيهها إليه من قبل معالجها(الراقي)، إلا أن قناعتها في ربط أسباب المرض ذات العلاقة بالعلاج الشعبي لا تزال قائمة، باعتبار أن

المعالج الشعبي وحده من يملك قدرة التعامل مع الظواهر الغيبية المسببة لاضطرابها – حسب تصور الحالة–، لذلك عرفت الحالة تسوقا علاجيا من خلال تلقي مختلف أنماط العلاج الشعبي (الطلبة، المشعوذين، التبرك بالأولياء، الرقاة..).وهذا الاعتقاد له جذوره السوسيو–تاريخية، توارثتها الأجيال أبا عن جد منذ حقبة من الزمن.

–**التصورات لفاعلية العلاج:** تعتقد الحالة أن علاجها لاضطراب علاقتها الجنسية واضطراب وظيفتها الإنجابية يخضع للعلاج الشعبي، الذي تعتقد في فاعليته، والذي عرفت من خلاله بعض الحالات تحسنا وإن كان نسبيا ، ذكرت الحالة أن حالات مثيلتها رزقت الذرية بعد زيارة ضريح (سيدي فلان..) ، وحالات تحسنت علاقتها الزوجية من خلال العلاج على يد الراقي فلان وغير ذلك ، وإنها هي الأخرى عرفت تحسنا نسبيا غابت معه بعض الأعراض (أعراض الهستيريا)، لكن سرعان ما تعود تلك الأعراض وبشدة، معتبرة أن العلاج يتطلب وقتا طويلا(أنا نتسبب على الله)، لذلك سجل التوجه نحو العلاج الشعبي حضورا قويا لدى الحالة، اعتقادا منها في فاعليته، بخلاف العلاج الرسمي(الطبي، النفسي)، الذي عرف عزوفا إلا ما تعلق منه باضطراب الوظيفة الإنجابية والأمراض العضوية .

–**تصورات الإحباطات العلاجية:** تشعر الحالة بالإحباط وخيبة الأمل كلما عرفت حالتها انتكاسات، من خلال مسارها العلاجي في ظل غموض التشخيص والكشف عن النتائج، وبخاصة ما تعلق بالعلاج الرسمي الذي كانت تشخيصاته غامضة–بالنسبة إليها– لأسباب عقمها الذي هو مربط الفرس. وفي ظل ما تحمله الحالة من أفكار وسواسية، فإن قلق الحالة وتوترها ومخاوفها تزداد حدة مع فشل كل مسعى علاجي حتى التقليدي منه، وبالتالي فإنها عرفت ارتباكا يتطلب تكفلا نفسيا، يخفف من حدة قلقها وتوترها، وتصحيح أفكارها وتصوراتها، مع مراعاة ما تحمله هذه الأخيرة من معتقدات وقناعات كسبا لثقتها، والتأسيس للعلاقة العلاجية وما تقتضيه من أدبيات في التعامل مع ثقافة المريض وتصوراته. وهذا يتطلب كفاءة عالية من المعالج النفسي لتلمس من خلالها الحالة فاعلية العلاج النفسي.

3–نتائج المقابلات: تم التركيز فيها على المحاور التالية:

-**تشخيص الاضطراب:** تعاني الحالة من اضطراب في صحة علاقتها الجنسية ووظيفتها الإنجابية، واللذان امتد تأثيرهما على التوافق بين الزوجين إلى حد الطلاق العاطفي، نتيجة تأثير ما تحمله الحالة من أفكار وسواسية ذات الطبيعة السحرية، التي ساهمت الحمولة الثقافية في ظهورها، والمؤشرات والرموز والإيحاءات في تعزيزها، حيث كشف مقياس "بيل براون" عن ارتفاع درجات الأفكار الوسواسية، قدرت الدرجات الكلية للمقياس ب62,50 بالمائة. فيما أظهرت نتائخ اختبار التوافق الزواجي ل"أسامة عبد الرزاق" انخفاضا في درجات التوافق الزواجي، وارتفاعا في درجات اللاتوافق، بلغت درجاته الإجمالية 81,25 بالمائة.

-**التصورات لأسباب الاضطراب:** ترجع الحالة أسباب اضطراباتها إلى ما تحمله من أفكار وسواسية ذات طبيعة سحرية، اعتقادا منها في تأثير السحر على العلاقة الجنسية والوظيفة الإنجابية وعلى التوافق الزواجي. تلك التصورات التي وظفت في تفسيراتها لأسباب الاضطراب، حمولتها الثقافية وما أنتجته ثقافة المجتمع محل الدراسة، من تفسيرات وتصورات للأمراض وأساليب العلاج التقليدي منه بالدرجة الأولى، الذي يعرف انتشارا واسعا ورواجا كبيرا، وإقبالا متزايدا حتى من قبل شريحة بعض المثقفين من مجتمع الدراسة. إذ في ظل أجوائه غابت التفسيرات الموضوعية لدى العديد من المرضى، وسجل العلاج النفسي عزوف الحالات عنه لاعتبارات ثقافية واجتماعية، غابت في ظلها الأنا المثقفة لدى الحالة.

-**المؤشرات لبناء تفسيرات الاضطراب:** بنت الحالة تفسيراتها لأسباب اضطرابها على ما كشفت عنه نتائج الفحوص والتحاليل الطبية، التي أثبتت خلوها عن أي مانع طبي يحول دون قدرتها الإنجابية، وبناء على ما عثرت عليه من أدوات ورموز سحرية، وملاحظتها لأخت الزوج في ترددها على ممارسي السحر والشعوذة، وعلى تعزيزات المعالجين الشعبيين في تفسيرهم لأسباب الاضطراب، كما أن للحالة قابلية التأثر بما توفر لديها من معطيات وإيحاءات توظيفا لما اكتسبته من محيطها من تصورات في تفسير أسباب المرض وأساليب علاجه. سجل عن الحالة التصديق بتفسيرات المعالجين الذين يعتبرون ما كان يظهر عليها من أعراض هستيرية (التشنجات، الصرع.، الشلل..وغيرها) إلى

تأثير السحر وتلبس الجني، للحيلولة دون إنجابها وتوافقها الجنسي والزواجي قصد التفريق(سحر التفريق).

-**تأثيرات الأفكار الوسواسية:** إن ما تتمتع به هذه الأفكار الوسواسية من خصائص غير واضحة في تفسير أسباب الاضطراب كونها غيبية، والتي ساهمت ثقافة المحيط في ظهورها وتعزيزها، كان لها بالغ التأثير على جوانب حياة الحالة. نورد هذه التأثيرات في الآتي:

أ-تأثيرات الأفكار الوسواسية على الحياة الانفعالية والعاطفية: تعيش الحالة في قلق وتوتر سجينة أفكارها الوسواسية وتصوراتها الخاطئة، وتفسيراتها غير الموضوعية لأسباب اضطراب صحة علاقتها الجنسية، واضطراب وظيفتها الإنجابية، هذا الأخير الذي كانت نتائج الكشف عنه من الناحية الطبية غامضة بالنسبة للحالة، وفي ظل ما توفر لدى الحالة من معطيات ومؤشرات مادية وإيحاءات معنوية، تعززت تصوراتها وتفسيراتها، فهذا المعطى الطبي، والتفسير غير الموضوعي جعل الحالة تعيش جوا باردا عاطفيا، خاليا من معاني الحب والمودة، تفتقد السند والدعم المعنوي من فارس حلمها، تعتبر نفسها مهانة مهمشة، تقابل بالرفض، وأنه لا مكانة لها في وسطها الأسري نتيجة عقمها بالدرجة الأولى، ناهيك عن الشك في خيانة الزوج لها، واضطراب صحة علاقتها الجنسية وتوافقها الزواجي، الذي تشعر أنه مهدد، فاضطرب مع ذلك نومها وقلت شهيتها، وعرفت تراجعا ملموسا في وزنها.

ب-تأثيرات الأفكار الوسواسية على الحياة الجنسية: رغم ما عرفته العلاقة الزوجية في بدايتها من توافق، إلا أن الحالة تشكو من فتور رغبتها الجنسية والتي بدأت مع غياب أعراض الحمل، الذي أرجعت أسبابه إلى تفسيرات غيبية، ممثلة في تأثير السحر على العلاقة بناء على ما عثرت عليه من أدوات ورموز سحرية، اعتبرت أخت الزوج طرفا فيها ومن ورائها، ومن خلال ما عرفته الحالة من عقم في ظل غياب التشخيص الطبي، اعتبرت الممارسة الجنسية قذارة ودنسا ولا جدوى منها دون إنجاب، مما عزز وساوسها وشكوكها ومخاوفها، فكان لذلك بالغ التأثير على توافقها الجنسي ."لذلك فالعلاقة الفاترة بين الرجل والمرأة تؤثر جدا على الاستجابة الجنسية، في حين العلاقة الجيدة الدافئة

القائمة على روح التفاهم تنعكس إيجابا على الحياة الجنسية، فتكون المرأة أكثر استجابة وتفاعلا مع شريك حياتها.(فوزية،د.س،111).

ج-تأثيرات الأفكار الوسواسية في التوجه العلاجي: إن شدة معاناة الحالة من جراء ما أنتجته الأفكار الوسواسية من تأثير على جوانب حياتها (الانفعالية والعاطفية،والجنسية والاجتماعية..) دفع بها إلى البحث عن العلاج الذي يتوافق مع تلك التفسيرات لأسباب الاضطراب، استجابة لما تجتره من أفكار وسواسية . لذلك عرف العلاج الشعبي حضورا قويا لدى الحالة بغض النظر عن أنماطه.

د- **تأثيرات الأفكار الوسواسية على التوافق الزواجي:** إن ما أنتجته الأفكار الوسواسية والتفسيرات غير الموضوعية من تأثير على صحة العلاقة الجنسية للمرأة امتد تأثيره على التوافق الزواجي، لما عرفه من اختلال من جراء الاضطراب الناتج عن تأثير تلك الأفكار والتفسيرات، حيث راحت الحالة تشكو عزوف زوجها عن البيت، ودخوله في ساعات متأخرة من الليل، واستخدام العنف الذي غاب في ظله الحوار والملاطفة والاحتضان، مما جعل الحالة تشك في ارتباطه عاطفيا بغيرها، دفعتها هذه الشكوك لمراقبة مكالماته وتحركاته، وأن خليلته استخدمت السحر لامتلاكه في حد تعبيرها" بزاف لي داوهم على نساهم". لذلك" فإن التكيف الجنسي لا يمكن أن يحدث إلا إذا تهيأت له الأرضية المناسبة التي تؤدي إلى اتصال دائم وحميمي، ولكي يتحقق ذلك لا بد من توفر الثقة في أوج مستوياتها العاطفية والجنسية والأخلاقية، بل وحتى المادية، وأن تبنى على التفاهم والتعامل المتبادل داخل الأسرة".(بريمن،د.س،75).

هـ-تأثيرات الأفكار على العلاقات الاجتماعية والأسرية: إن ما كانت تجتره الحالة من أفكار وسواسية وشكوك ومخاوف، وتصورات عن أفراد عائلة الزوج، وبخاصة أخت الزوج ووالدته، كونهما سبب معاناتها واستخدامهما للسحر في التأثير على العلاقة الزوجية، بناء على ما توفر لدى الحالة من مؤشرات، حيث فقدت ثقتها بهما وتكيفها معهما، وملكها الحذر وأخذ الحيطة، كما أن شكها في خيانة زوجها لها أفقدها الثقة في المحيطات بها، إضافة إلى ما عرفته من تأخر في الحمل والذي أرجعت أسبابه لنفس التفسيرات، ذلك ما جعلها تفضل العزلة، وتتفادى النقاشات، وتعزف عن حضور المناسبات السارة والمؤلمة،

تفاديا للتساؤلات عن حالتها وبخاصة الإنجابية منها، لما تعرفه عن المحيطين بها من فضول، ذلك ما كان له تأثيره على علاقتها المهنية والاجتماعية.

-**المسار العلاجي:**

-**العلاج الطبي:** اقتصرت الحالة في العلاج الطبي على ما له علاقة بالأمراض العضوية، والفحص عن وجود أسباب تحول دون صحة وظيفتها الانجابية، دون الجنسية منها، التي تعتبرها تابو يحظر الكشف عنه، والذي ترجع مسبباته لتأثيرات غيبية، كما أنها تعتقد في العلاج الشعبي لهذا الأخير، وكذا في علاج الاضطرابات التي يعجز الطب الرسمي في الكشف عنها وتشخيصها تشخيصا دقيقا.

-**العلاج الشعبي:** سجل العلاج الشعبي لدى الحالة حضورا قويا، وترددا على المعالجين الشعبيين، باعتباره يلبي حاجياتها العلاجية، ويتوافق مع تصوراتها، بغض النظر عن نوع العلاج، وإن كانت الحالة أظهرت قناعتها في العلاج بالرقية، باعتباره ذي مرجعية دينية، سجل إقبالها وتركيزها عليه في آخر محطاتها العلاجية، بعد أن تبركت حتى بأضرحة الأولياء وممارسة بعض الطقوس الموروثة، كتقديم القربان تحقيقا لمطالبها العلاجية (الطيب، الذرية).

العلاج النفسي: عرف العلاج النفسي عزوفا من قبل الحالة رغم وجود أخصائيات نفسانيات بالمؤسسة الصحية التي تشتغل بها الحالة، كان ذلك نتيجة اعتبارات ثقافية واجتماعية وتحفظات ذاتية، فالحالة كانت تعتقد في العلاج الشعبي الذي كانت نتائج الفحوص الطبية والتحاليل غامضة بالنسبة لها،هذا المعطى جعلها تتجه نحو العلاج الشعبي الذي تعتقد فيه، استجابة منها لأفكارها الوسواسية التي عززتها تصوراتها لأسباب الاضطراب، وما يتناسب مع أساليب العلاج ، وتحفظا منها أن تفصح عن اضطراب صحتها الجنسية بخاصة، لاعتبارات قد ترجع للتنشئة الاجتماعية، والواقع السوسيو ثقافي. أقبلت الحالة على العلاج النفسي بعد فشل مساعيها وبإحالة من معالجها، طلبا للمساعدة العلاجية، للتخفيف من صراعاتها ومعاناتها النفسية، والاهتداء إلى حل لمشكلاتها التي أصبحت تشكل هاجسا بالنسبة إليها.

فاعلية العلاج: تعتقد الحالة في فاعلية العلاج التقليدي بالدرجة الأولى، كان ذلك استجابة لما تحمله من أفكار وسواسية ذات الطبيعة السحرية، وما ترسب لديها من خلال تنشئتها الاجتماعية، من معتقدات وتصورات ثقافية عن تفسير أسباب المرض وطرق علاجه، بخاصة تلك التي يعجز الطب عن تشخيصها، أو تظهر نتائج الفحوص غامضة بالنسبة لها ، فتتجه إلى العلاج الشعبي، باعتبار المعالج التقليدي وحده من يملك قدرة التعامل مع أسباب اضطرابها، التي ترجع –حسبها– لتأثير القوى الغيبية(تفسيرات غير موضوعية) .

عرفت الحالة تحسنا نسبيا في فترة العلاج، لكن سرعان ما كانت الأعراض تظهر وبشدة كلما تهيأت الظروف، والعوامل المفجرة، وتوفرت المؤشرات والمعطيات، والتي يعد قدوم الدورة الشهرية واحدا منها. كما تعد تهديدات الزوج بالطلاق والتوعد بالزواج بثانية من العوامل المفجرة، يعزز ذلك ما توفر من وجود بقايا وآثار لرموز سحرية، ذلك ما يجعل العلاج يفقد فاعليته، فتجدد الحالة مساعيها العلاجية، بحثا عن معالجين آخرين قد يملكون من الكفاءة أكثر في وصف الدواء المناسب لها، وقوة التحكم في القوى الغيبية التي تعتقد في تأثيرها.

–**إحباطات العلاج والطعون العلاجية:** إن ما تعرفه الحالة من فشل في مسارها العلاجي أثر على معاشها النفسي، فأشعرها بالإحباط وخيبة الأمل وسوء الحظ " أنا ما عنديش الزهر في زواجي"، فهي تعيش حالات ارتباك وقلق وتوتر، اضطرب معه نومها، وقلت شهيتها، وعرفت تراجعا في وزنها، كما أثر على توافقها الزواجي والجنسي، وعلى علاقاتها الاجتماعية وحتى أدائها المهني.

–**الربط بين نتائج الاختبارات وتحليل المحتوى:** تبين من خلال الدراسة أن الحالة تعاني من اضطراب في صحة علاقتها الجنسية، نتيجة ما تحمله من تصورات خاطئة وتفسيرات غير موضوعية وأفكار وسواسية، تعزز الاضطراب من خلال ما عرفته الحالة من تأخر في الإنجاب، والذي أرجعت أسبابه لنفس التفسيرات، مما قادها إلى علاج اضطراب وظيفتها الإنجابية علاجا طبيا. وفي ظل فشل هذا المسعى العلاجي، كان التوجه نحو العلاج الشعبي باختلاف أنماطه، والذي عرفه اضطراب الصحة الجنسية بالدرجة الأولى،

هذا الأخير الذي يعد تابو في مجتمع الدراسة حسب تقدير الحالة، فكان لهذه الأفكار وما عرفته الحالة من اضطراب تأثيره، شمل مختلف جوانب حياة الحالة وتوافقاتها.

توافق تحليل محتوى المقابلات إلى حد كبير مع ما كشفت عنه نتائج الاختبارات المستخدمة كأدوات للدراسة. فقد كشف اختبار الوسواس القهري ل" بيل براون " عن ارتفاع درجات الأفكار الوسواسية والتي قدرت ب 70 بالمائة، فيما كشف مقياس تشخيص اضطرابات الشخصية عن وجود سمات وملامح الشخصية الوسواسية والتي قدرت ب87,50 بالمائة، كما أن ما كان يظهر على الحالة من أعراض هستيرية في الجلسات العلاجية، كشفت نتائج نفس الاختبار عن وجود سمات الشخصية الهستيرية، قدرت درجاتها ب75 بالمائة، كما كشف اختبار الأخطاء الشائعة للطب النفسي للدكتور"حسان المالح" عن التصورات السلبية لدى الحالة للعلاج الطب نفسي والعلاج بالأدوية النفسية، تراوحت درجاته ما بين (54,80–75) بالمائة، وكذا اعتقادها في تأثير القوى الغيبية على الصحة، والاعتقاد في العلاج الشعبي، تراوحت درجات هذين البعدين ما بين (66,66–83,33) بالمائة، توافقت هذه الاستجابات مع التوجه العلاجي للحالة، الذي عرف مساره طعونا علاجية.

كما كشفت نتائج اختبار التوافق الزواجي عن ارتفاع درجات اللاتوافق بين الزوجين، قدرت درجاته بنسبة 81,25 بالمائة أثرت في مختلف أبعاده، وهي نسبة جد مرتفعة تبعث الخوف على مستقبل العلاقة الزوجية، يعكس ذلك ما أظهرته الحالة من مخاوف على مآل العلاقة الزوجية . شدة هذا الاضطراب كان نتيجة تأثير الأفكار الوسواسية والتصورات الخاطئة، والتفسيرات غير الموضوعية. لذلك يمكن القول أن محتوى المقابلات توافق إلى حد كبير مع ما كشفت عنه نتائج الاختبارات.

خلاصة:

بناء على ما كشفت عنه نتائج الاختبارات وما أدلت به الحالة في المقابلات، فإن الحالة تعاني من اضطراب في علاقتها الجنسية، وسوء توافقها الزواجي، وتأخر الإنجاب. تستحوذ على الحالة الأفكار الوسواسية والتصورات الخرافية، اعتقادا منها في تأثير السحر

على ما تشكو من تلك الاضطرابات ، التي كشفت –بالنسبة لها– الفحوص سلامتها من أي مرض عضوي بخاصة ما تعلق منه بعدم الإنجاب. وعززت ذلك ما توفر لدى الحالة من معطيات ومؤشرات ورموز دالة. لذلك كان لهذه الأفكار والتصورات التي أنتجتها ثقافة المجتمع وثبتتها إيحاءات المعالجين، تأثيرها في تفسير أسباب الاضطراب والتوجه نحو العلاج الذي من جنس التصورات والتفسيرات. يستدعي ذلك تكفلا نفسيا حتى لا يزيد الاضطراب حدة، وتعرف من خلاله الحالة النفسية تدهورا، قد تنتج عنها اضطرابات نفسية أخرى تزيد المشكلة تعقيدا.

-1-2-دراسة الحالة الثانية:

-البيانات الأولية عن الحالة:

الاسم واللقب:غ.خ الجنس: أنثى السن: 25 سنة

المستوى الدراسي: دون مستوى الوظيفة: لا شيء

الحالة المدنية: متزوجة المستوى الاقتصادي: دون المتوسط

عدد الإخوة والأخوات:4 رتبة الحالة بين الإخوة والأخوات:الثالثة

السيميائية العامة للحالة:

الهيئة العامة:

الشكل المورفولوجي: بنية مقبولة، قامة معتدلة.

الهندام: لباس أنيق

ملامح الوجه: تظهر عليها ملامح اليأس، والبؤس

الاتصال: تمت إحالة الحالة من قبل المعالج الشعبي.

اللغة: سليمة، واضحة، بسيطة.

1-تقديم الحالة: السيدة (غ.خ)، أنثى، تبلغ من العمر 25 سنة، متزوجة أم لابنين ذكرين، مدة الزواج خمس سنوات، أمية، تقيم مع عائلة الزوج ببيت مستقل داخل السكن العائلي، دون عمل، تحتل الرتبة الثالثة بين إخوتها وأخواتها. بنية مقبولة، وقامة معتدلة، لباسها أنيق. تم الزواج بينهما عن تراض، وكان تقليديا ، الزوج عامل يومي، يبلغ من العمر 30 سنة، مستوى اقتصادي دون المتوسط، علاقات الحالة بعائلتها طيبة، لكنها مع عائلة الزوج متوترة.

عبرت الحالة عن معاناتها نتيجة اضطراب علاقتها الزوجية والتي أثرت –حسبها– على صحتها الجنسية وتفاعلها الاجتماعي. تذكر الحالة أن مؤشرات التوتر بدأت قبل الدخول إلى بيت الزوجية، إلا أنها سجلت تحفظاتها، عرفت في ليلة الزفاف صعوبة في أدائها الجنسي ، مما أدى بالعائلة إلى طلب تدخل المعالج الشعبي، باعتبار الأسباب ترجع إلى تأثير السحر على العلاقة (رباط) حسب تفسيراتهم.

ملكت الحالة من جراء ذلك الوساوس والشكوك، فراحت تفتش ملابسها وأمتعتها علها قد تجد آثارا سحرية قد دست، تذكر أنها وجدت إبرا موخوزة في فراشها، وأحجبة(تمائم) ورشا في ملابس زفافها، مما جعلها توجه أصابع الاتهام إلى "الخياطة" التي تواطأت – حسبها– مع المقربين منها، وبخاصة أخت الزوج –التي فاتها قطار الزواج– والتي أبدت رفضها لها كزوجة لأخيها في فترة الخطوبة .

ملك الحالة القلق والخوف وأخذ الحيطة والحذر، فهي تراقب غرفتها وأمتعتها من حين لآخر –استجابة لوساوسها– وتمارس بعض الطقوس التطهيرية. وما عزز شكوكها ووساوسها أخت الزوج التي كانت تتردد على بيتها، وتتصرف وكأنها صاحبة غرفة نومها، مما زاد من قلق الحالة وتوترها وشكوكها، واجترار أفكارها الوسواسية، التي انعكس تأثيرها على توافقها الزواجي لغياب موقف الزوج وتدخله. فغاب في ظل ذلك الحوار، وظهر من الزوج العزوف، ومن الحالة فتور الرغبة الجنسية –الذي يعد عرضا لاضطراب العلاقة الزوجية– فساور الحالة الشك في خيانة زوجها لها، والذي ظهرت لها ملامحه قبل الدخول بها كما عبرت عنه في خطاباتها، من جهة أخرى تذكر أن الزوج مدمن على التدخين، وأنها تنفر من مقابلته لما يفوح منه من رائحة كريهة، وأن الصراع بينهما يومي ومستمر تغذيه أخته، وينميه إلحاح الحالة على الزوج بالعمل لأن عمله غير قار(عامل يومي).

ظهرت على الحالة جملة من الأعراض كالإحساس بالصداع، وألم في المعدة، وتتمل في الأطراف، كما عرفت اضطرابا في نومها ونقصا في شهيتها.. أرجعت الحالة أسباب اضطرابها إلى تفسيرات غيبية(غير موضوعية) لاعتقادها في تأثير السحر على صحتها الجنسية وتوافقها الزواجي، ومما جاء في خطاباتها (دارولي بهش نطلق)، (أنا اخته غايرة

مني)، (تفاهمت مع الخياطة من وقت الخطبة)، (أنا من اليوم الأول كنت حاسة به يخدعني..)، مما دفع بالحالة إلى التوجه نحو العلاج الشعبي، كون المعالجين يملكون قدرة التعامل مع مشكلاتها –وأن هذا النمط العلاجي يتوافق مع تفسيراتها ومن جنس تصوراتها– وقد عزز المعالجون ذلك بناء على أعراض يشخصون على إثرها الاضطراب وأسبابه، والتي غالبا ما يرجعونه إلى تلبس الجني، أو تأثير السحر، أو الإصابة بالعين، كما أوردت الحالة ذلك (أنا الطالب قالي دايرنلك سحور)، وهذا ما زاد من وساوس وهواجس ومخاوف الحالة وشكوكها، مما أثر على مختلف وظائفها وتوافقاتها وزاد من حدة اضطرابها. وخلال الجلسات تم إجراء الاختبارات المعتمدة في الدراسة كأدوات تشخصية كشفت عن نتائجها الجداول التي عرضت أدناه.

2-تحليل محتوى المقابلات:

-**الملاحظة الإكلينيكية:** تبدو الحالة قلقة متوترة ، تعبر بكل أسف عن معاناتها، تتحفظ في الإجابة عن الأسئلة المحرجة ذات العلاقة باضطراباتها، وبخاصة الجانب الجنسي، كما أظهرت مقاومتها من خلال الصمت الطويل عن الإجابة ذات العلاقة بالحياة الجنسية.

-**الفحص العيادي وتحليل المعطيات:**

-**تاريخ الاضطراب:**الحالة تعاني من اضطراب في علاقتها الجنسية وسوء توافقها الزواجي، أرجعت أسبابه إلى ما تحمله من معتقدات خرافية التي ساهمت في ظهور الوساوس والشكوك، والتي ترتبت عنها المخاوف على مستقبل العلاقة، بناء على مؤشرات عرفتها قبل مراسيم الزفاف.

-**هيئة الحالة وهندامها:** ترتدي الحالة هنداما مقبولا ، لباسها تقليدي يعبر عن محافظتها

-**سمات الحالة:** تظهر على الحالة ملامح الحزن وفقدان الأمل بعد فشل مساعي العلاج، أظهرت مخاوفها على مستقبل العلاقة الزوجية نتيجة عوامل متداخلة، ذات اعتقاد في

تأثير السحر على علاقتها الجنسية وحياتها الزوجية، وامتد هذا التأثير على جوانب حياتها ومختلف توافقاتها.

-**اللغة والاتصال**:اللغة بسيطة، واضحة.

-**النشاط الحركي**: مشية بطيئة.

-**النشاط العقلي**: تتمتع الحالة بكامل قواها العقلية.

-**محتوى التفكير**: يغلب على الحالة التفكير الخرافي، والاعتقاد في السحر وتلبس الجني، الوساوس والأوهام، وغياب التفكير المنطقي في تفسير الأعراض وأسباب الاضطراب.

-**المزاج والعاطفة**: ثقة في النفس ضعيفة، عاطفة حساسة، تستجيب للإيحاءات وتعليمات المعالجين.

-**الحالة الصحية**:عرفت الحالة اضطرابا في النوم، وضعفا في الشهية، وتراجعا في الوزن تعاني من صداع نصفي، أثر على أداء وظائفها الشخصية.

-**التاريخ النفسي والاجتماعي**: الحالة النفسية والعلاقات الاجتماعية بالمحيطين كانت عادية قبل فترة الخطوبة، إلا أنها عرفت اضطرابا في فترة الخطوبة بناء على معطيات أرجعت أسبابها لتفسيرات غيبية (غير موضوعية).

-**علاقات الحالة (داخل البيت ومع الأقارب)**: العلاقة بأفراد العائلة جد عادية إلا أنها مضطربة مع عائلة الزوج، وعرفت اضطرابا بينا مع الزوج.

-**علاقات الحالة خارج البيت**: العلاقة مع المحيطين بها جد محدودة، الشك في الخياطة في إعمال السحر، بناء على آثار وجدتها في جهاز زفافها وأمتعتها التي كلفت بخياطتها.

-**المعاش النفسي للحالة**: الحالة تعيش حالة من القلق والتوتر، والشك في خيانة زوجها لها.

-**تصورات الحالة للاضطراب وتفسير أسبابه**: تعاني الحالة من اضطراب في علاقتها الزوجية، وما تعرفه هذه العلاقة من خلافات وصراعات أثرت على توافقها الجنسي،

أرجعت أسباب ذلك إلى الخياطة بالتواطؤ مع أخت الزوج في إعمال السحر بهدف التفريق.

-**التشخيص بناء على المقابلات ونتائج الإختبارات:** كشفت نتائج اختبار تشخيص اضطرابات الشخصية ل"هيلر" عن ارتفاع درجات سمات الشخصية الوسواسية، وسمات الشخصية الاكتئابية والتجنبية، تراوحت درجاتها ما بين (67,85-75) بالمائة، فيما أظهرت نتائج الاختبار عن وجود سمات الشخصية النرجيسية، قدرت نسبتها ب66,66 بالمائة، فيما كشف الاختبار عن وجود ملامح لشخصيات أخرى، تفاوتت درجاتها ما بين (0-50) بالمائة، قدرت النسبة العامة للاختبار ب40,40 بالمائة. فيما كشفت نتائج اختبار الوسواس القهري ل"بيل براون" عن ارتفاع درجات الأفكار الوسواسية، التي قدرت ب75 بالمائة، توافقت مع نتائج سمات الشخصية الوسواسية التي كشف عنها اختبار تشخيص اضطرابات الشخصية. هذه الأخيرة التي أثرت على التوافق الزواجي في معظم أبعاده، اتضح ذلك من خلال ما كشفت عنه نتائج اختبار التوافق الزواجي، الذي سجل ارتفاعا في أبعاد اللاتوافق، قدرت النسبة العامة للاختبار ب77,50 بالمائة. كما كشفت نتائج اختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي ل"المالح" عن تصورات الحالة السلبية للطب النفسي والعلاج بالأدوية، والاعتقاد في العلاج الشعبي، قدرت النسبة العامة ب29,25 بالمائة. تجسد ذلك من خلال مسارها العلاجي، الذي استجابت من خلاله لأفكارها الوسواسية وتصوراتها، حيث توافقت نتائج الاختبارات مع خطابات الحالة.

-تحليل نتائج الاختبارات حسب الجدول:

جدول نتائج اختبار تشخيص اضطرابات الشخصية:

الرقم	اضطرابات الشخصية	عدد البنود	عتبة الباثولوجية	الاستجابات(نعم)	نعم	النسب	الاستجابات(لا)	لا	النسب
01	شبه الهذائية	7	4 بنود	11-62-96	3	85,42	24-37-50 87	4	57,14
02	الفصامية النموذجية	9	5 بنود	61-72	2	22,22	10-23-36 48-60-74 86	7	77,77
03	شبه الفصامية	7	4 بنود	22-34	2	28,57	9-47-60 71-95	5	71,42
04	الهستيرية	8	5 بنود	80-90	2	25%	4-17-30 43-55 67	6	75%
05	البينية	9	5 بنود أو البند 2+98	6-19-58	3	33,33	32-45-69 78-93 98	6	66,66
06	النرجيسية	9	5 بنود	5-18-44- 57-79-72	6	66,66	31-68-73	3	33,33
07	المضادة للمجتمع	8	3 من البند 3+99 بنود		0	00%	8-20-33 46-59-75 94-ب=99	8	100%
08	الوسواسية القهرية	8	4 بنود	3-16-29- 41-66-81	6	75%	54-89	2	25%
09	التجنبية	7	4 بنود	1-13-26-	4	67,85	52-83-	3	42,85

			87			39		
10	التابعة	8	5 بنود	2	25%	2-15-27-53 -40-65-82-88	6	75%
11	الاكتئابية	7	5 بنود	5	71,42	14-42-56-84-97	2	28,57
12	السلبية العدوانية	7	4 بنود	3	42,85	7-35-21-63-77-49-91	4	57,14
س.ت	الصورة الجميلة	4	2 بندان	2	50%	12-25-38-51	2	50%
	استبيان التشكيك	2	1 بند	0	0%	64-76	2	100%
	المجموع الكلى	99	25 أو 28 بندا	40	40,40		59	59,59

-تحليل النتائج على ضوء الجدول: سبقت الإشارة إلى أن نتائج اختبار تشخيص اضطرابات الشخصية ل"هيلر" كشفت عن وجود سمات الشخصية الوسواسية التي قدرت درجاتها ب75 بالمائة والتي توافقت مع نتائج اختبار "بيل براون" للوسواس القهري في تأثير الأفكار الوسواسية على الحالة بنفس الدرجة، كما كشف الاختبار عن وجود سمات الشخصية الاكتئابية والتي قدرت درجاتها ب71,42 بالمائة، وكذا وجود سمات الشخصية التجنبية بنسبة 67,85 بالمائة، وسمات الشخصية النرجيسية، بنسبة 66,66 بالمائة، كما كشف الاختبار عن وجود سمات بدرجات منخفضة لشخصيات أخرى. وإن كان ما أظهرته نتائج الاختبار من سمات لعدة شخصيات لا يتم تصنيفها في واحدة منها. لكن حسب تقدير الباحث فإن الحالة تغلب عليها سمات الشخصية الوسواسية بنسبة عالية توافقت مع نتائج مقياس "بيل براون" في تأثير الأفكار الوسواسية على الحالة وما يترتب من قلق وتوتر وما يظهر على الحالة من أعراض، كالاكتئاب والعزلة التي كشف عنها مقياس تشخيص اضطرابات الشخصية (الاكتئابية، والتجنبية).

جدول نتائج مقياس الوسواس القهري ل" بيل براون".

	البنود	الدرجات
1	مقدار الوقت الذي تستغرقه الأفكار الوسواسية	3
2	مقدار التعارض الذي تحدثه الأفكار الوسواسية مع نشطاتك الاجتماعية والعلمية	3
3	مقدار التوتر والقلق المصاحب للأفكار الوسواسية	3
4	مقدار الجهد المبذول في مقاومة الأفكار الوسواسية(بغض النظر عن نجاحك في المقاومة)	3
5	مقدار سيطرتك على الأفكار الوسواسية	3
المجموع		15
1	مقدار الوقت الذي تمضيه في القيام بالأفعال القهرية	1
2	مقدار التعارض الذي تحدثه الأفعال القهرية في نشاكاتك الاجتماعية والعلمية	3
3	مقدار التوتر والقلق الناتج في حال الامتناع عن القيام بالأفعال القهرية	2
4	مقدار الجهد المبذول في مقاومة الأفعال القهرية(بغض النظر عن مدى نجاحك في المقاومة)	1
5	مقدار سيطرتك على الأفعال القهرية	2
المجموع		9
المجموع الكلى		24 6O%

التقييم:

معدل نتائج المقياس	شدة الاضطراب
24-31	ملحوظ

-**تحليل النتائج على ضوء الجدول:** كشفت نتائج الاختبار عن ارتفاع درجات الأفكار الوسواسية لدى الحالة، والتي قدرت ب75 بالمائة، وبلغت درجاته الكلية ما بين (24-31) بشكل ملحوظ بما نسبته 60 بالمائة، بما فيها الأفعال القهرية التي عرفت انخفاضا في درجاتها قدرت ب 45 بالمائة، مقارنة بنسبة الأفكار الوسواسية. والتي توافقت مع

نتائج الشخصية الوسواسية التي كشف عنها مقياس تشخيص اضطرابات الشخصية، بنسبة 75 بالمائة ، كان لهذه الأفكار بالغ التأثير على التوافق الجنسي والزواجي وجوانب حياة الحالة، وامتد التأثير على التوجه العلاجي الذي كشف عنه مقياس اختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي الذي قدرت نسبته الاجمالية ب59,25.

جدول نتائج اختبار التوافق الزواجي

الأبعاد	الفقرات	الاستجابات(اللاتوافق)	نعم	النسب	الاستجابات(التوافق)	لا	النسب
التوافق العاطفي	(1-9-17-25-33-41-49-57-65-73)	1-9-17-25-33-41-49-57-65-73	9	90%		0	0%
الاحترام المتبادل	(2-10-18-26-34-42-50-58-66-74)	34-50-66	3	30%	2-18-26-42-58-74	6	60%
التفاهم المتبادل	(3-11-19-27-35-43-51-59-67-75)	3-11-19-27-35-43-51-59-67-75	10	100%		0	0%
الاتفاق في الأمور المادية	(4-12-20-28-36-44-52-60-68-76)	1-12-20-36-44-52-68	7	70%	28-60-76	3	30%
المشاركة في تحمل المسؤولية	(5-13-21-29-37-45-53-61-69-77)	5-13-21-29-37-45-53-61-69-77	10	100%		0	0%
الثقة المتبادلة	(6-14-22-30-38-46-54-62-70-78)	6-22-30-38-46-54-70-78	8	80%	14-62	2	20%
الأنانية	(7-15-23-31-39-47-55-63-71)	7-15-39-47	4	40%	31-55-63-71-79	5	50%

	79)						
إدراك الحالة الزوجية	(8-16-24-32-40-48-56-64-72-80)	-8-16-24-32-40-48-56-64-72-80	10	100%		0	0%
المجموع	80		62	77,5O		16	20%

-تحليل النتائج على ضوء الجدول: كشفت نتائج اختبار التوافق الزواجي عن ارتفاع درجات اللاتوافق بين الزوجين في جل أبعاده وبشكل مخيف، فقد سجلت درجات اللاتوافق العاطفي ب90 بالمائة، وعدم التفاهم بين الزوجين، وعدم المشاركة في تحمل المسؤولية، وعدم إدراك الحياة الزوجية، بنسبة 100 بالمائة، وهي نسب تبعث على القلق والخوف على مستقبل الحياة الزوجية، كما أظهرت نتائج المقياس غياب الثقة بين الزوجين، هذه الأخيرة التي تعد معول هدم للعلاقة في حال غيابها وزعزعتها، والتي ظهرت بنسبة 60 بالمائة. وبذلك فإن النسبة العامة التي تكشف عن اللاتوافق بين الزوجين قدرت ب77,50 بالمائة، قد يكون ذلك نتيجة ما تجتره الحالة من أفكار وسواسية، التي عرفت ارتفاعا في نتائجها، وما ظهر منها من خلال خطابات الحالة في المقابلات.

جدول نتائج اختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي:

الرقم	الفقرات	العدد	الأبعاد	ص. ت	النسب	ص. ج	النسب	خ. ت	النسب	لا أدري	النسب
01	(1- 16)	16	ميدان الطب النفسي عموما	11	68,75	03	18,75	01	6,25	01	6,25
02	(17- 29)	13	الأدوية النفسية والعلاج الدوائي	10	76,92	00	00%	00	00%	03	23,07
03	(30- 49)	20	الطبيب النفسي وشخصيته	06	30%	00	00%	01	5%	13	65%
04	(50-	14	الاضطراب	11	78,5	00	00%	00	00%	03	21,4

	(63		النفسي وتشخيصه		7						2
05	(64- 69)	06	التعامل مع المريض النفسي	02	33,33	03	50%	01	16 ,66	00	00
06	(70- 75)	06	الاضطرابات النفسية المحددة	05	83,33	00	00%	00	00%	01	16,66
07	(76- 81)	06	العلاجات غير الدوائية	03	50%	00	00%	00	00%	03	50%
المجموع		81		48	59,25	06	7,40	03	3,70	24	29,62

-**تحليل النتائج على ضوء الجدول:** كشفت نتائج مقياس الأفكار الشائعة حول الطب النفسي عن تصورات الحالة السلبية للطب النفسي، التي قدرت درجاتها ب68,75 بالمائة وكذا نفس التصورات للأدوية النفسية بدرجة 76,92 بالمائة، كما كشفت نتائج المقياس عن الاعتقاد في تأثير القوى الغيبية على الصحة وعلى اضطراب العلاقة الجنسية بنسبة 83,33 بالمائة، والاعتقاد في العلاج الشعبي بنسبة 78,57 بالمائة. وقد تجسد ذلك من خلال ما أفصحت عنه الحالة في المقابلات، ومن خلال مسارها العلاجي الذي عرف حضورا واهتماما قويين من قبل الحالة، باعتباره يتوافق مع تصوراتها ويلبي احتياجاتها.

-**التوجه العلاجي:** بناء على ما تحمله الحالة من تصورات وتفسيرات لأسباب اضطرابها فإن مسارها العلاجي عرف طعونا تم التركيز فيه على العلاج الشعبي بالدرجة الأولى.

-**العلاج الطبي:** عرف العلاج الطبي عزوفا لدى الحالة عدا ما تعلق منه بالأمراض العضوية.

-**العلاج التقليدي:** سجل العلاج التقليدي حضورا قويا لدى الحالة باعتباره يتوافق وتفسيراتها لأسباب اضطرابها، التي يملك المعالج الشعبي-حسبها- قدرة التعامل مع أسباب الاضطراب، واعتقاد الحالة من جهة أخرى في جدوى هذا النمط من العلاج ، بناء

على إيحاءات لحالات عرفت تحسنا. خضعت الحالة لمختلف أنواع العلاج التقليدي (طلبة، رقاة ، عرفات (شوافات)، أضرحة الأولياء..).

-**العلاج النفسي:** اتجهت الحالة نحو العلاج النفسي بإحالة من أحد المعالجين الشعبين(الراقي)، وبعد فشل جميع مساعيها، فهي لا تزال تعتقد في كون اضطرابها لا يعالج إلا على يد المعالج الشعبي، وأن نقص كفاءة هؤلاء لم يحقق لها الشفاء، ولا تزال تتردد على المعالجين الشعبيين(الجمع بين العلاج النفسي والشعبي).

-**الطعون العلاجية:** سبق الذكر أن المسار العلاجي عرف طعونا تجسدت في تردد الحالة على المعالجين الشعبيين، واستجاباتها لإملاءاتهم، وممارسة مختلف الطقوس العلاجية ، فقد عرف هذا المسار إقبالا على العلاج التقليدي بالدرجة الأولى، باعتباره من نفس التفسيرات، واستجابة منها لما تحمله من أفكار وسواسية، التي ساهم النسيج الاجتماعي في بنائها، والوسط في تعزيزها.

-**التصورات لفاعلية العلاج:** بناء على تفسيرات الحالة لاضطراب علاقتها الزوجية وعدم توافقها الجنسي، هذه التفسيرات الغيبية (غير الموضوعية)، وقناعة منها في أن علاج اضطراب علاقتها الجنسية لا يتم إلا على يد المعالج الشعبي الذي يملك قدرة التعامل مع القوى الخفية، واستجابة لإيحاءات المعالجين، تذكر أنها عرفت تحسنا نسبيا خلال مسارها العلاجي، إلا أنها كانت تعرف انتكاسات متى توفرت العوامل والظروف المفجرة لظهور أعراض الاضطراب من جديد.

-**تصورات الإحباطات العلاجية:**عرفت الحالة إحباطا نفسيا من جراء ما يحدث لها من انتكاسات، وظهور الأعراض، واجترار الأفكار الوسواسية، واستحواذ الشكوك والمخاوف على الحالة ، مما أثر سلبا على معنوياتها وحالتها النفسية، فقدت معها الأمل في علاج مشكلاتها وترميم علاقتها الزوجية، التي توسعت هواها، مما أدى إلى تدخل أطراف خارجية (من العائلة).

-**نتائج المقابلة**:تم التركيز فيها على العناصر الآتية:

-**تشخيص الاضطراب:** بناء على ما ورد في خطابات الحالة، وما كشفت عنه نتائج الاختبارات المستخدمة، فإن الحالة تعاني من اضطراب في صحة علاقتها الجنسية، ومن سوء التوافق الزواجي نتيجة الأفكار الوسواسية التي أرجعت على إثرها أسباب الاضطراب إلى تفسيرات غيبية(غير موضوعية)، أسست لها ثقافة المحيط الأسري والاجتماعي، ترتبت عنها آثار نفسية، واختلال في العلاقات الزوجية والأسرية والاجتماعية.

-**التصورات لأسباب الاضطراب:** أرجعت الحالة أسباب اضطراب صحة علاقتها الجنسية وسوء توافقها الزواجي إلى تفسيرات غيبية (غير موضوعية)، اعتقادا منها في تأثير السحر على صحة علاقتها الجنسية وعلى توافقها الزواجي، بناء على إيحاءات ورموز مادية وتعزيزات المعالجين.

-**المؤشرات لبناء تفسيرات الاضطراب:** من بين المؤشرات التي ساهمت في تفسير الحالة لاضطراب صحة علاقتها الجنسية، ما عرفته من فشل في أداء وظيفتها الجنسية في ليلة زفافها"رباط حسب التفسير الشعبي" ،وهوما يعرف ب"قلق الأداء في ليلة الزفاف" لعوامل موضوعية غفلت عنها الحالة في تفسيراتها، واعتمدت في ذلك على تصوراتها الثقافية الناتجة عن تنشئتها الاجتماعية والواقع السوسيو ثقافي، والتي لا تزال شريحة من مجتمع الدراسة تعتقد فيها، رغم ما عرفته العلوم الطبية والنفسية من تقدم في تفسير الظواهر تفسيرا علميا موضوعيا.

وفي ظل غياب ثقافة العلاج النفسي كان توجه الحالة نحو العلاج الشعبي الذي اتخذته مسارا لها لفك السحر"الربط" حسب تصورها، والذي يعتبره المعالجون "سحر حبس الزوج عن أهله أو تصفيح الزوجة " كما هو شائع لدى المعالجين والوعي الجمعي لمجتمع الدراسة. إضافة إلى ذلك ما عثرت عليه الحالة من رموز دالة(أحجبة، إبر موخوزة، أثر سحر مرشوش في ملابس زفافها، معتبرة أن "الخياطة" قامت بذلك بالتواطؤ مع أخت الزوج، التي كانت ترفضها زوجة لأخيها.

فهذه المؤشرات وغيرها عززت وساوس وشكوك ومخاوف الحالة. وفي واقع اللامنطق غاب المنطق والتفكير السليم، في تفسير أسباب الظواهر والاضطرابات. والتي قد تكون الحالة طرفا في ظهورها وتطور اضطرابها، والحيلولة دون تواقها النفسي والاجتماعي.

-**تأثيرات الأفكار الوسواسية:** كان لهذه الأفكار الوسواسية تأثير بالغ على مختلف التوافقات لدى الحالة، نظرا لما تتمتع به هذه الأفكار من خصائص غير واضحة، ساهم في بنائها الواقع السوسيوثقافي، وعززتها الإيحاءات والأدوات والرموز المادية، واستجابة الحالة لإملاءات المعالجين والمحيطين، وممارسة الطقوس العلاجية تبعا لما تعتقده في فاعليتها من جهة، وباعتبار الاضطراب في العلاقة الجنسية بخاصة يشكل تابو في مجتمع الدراسة يحظر الكشف عنه من جهة أخرى، ولأن المعالج الشعبي لا يفتح ملفا في هذا الشأن بل يكتفي بطقوسه وأساليبه العلاجية.

-أ-**تأثيرات الأفكار الوسواسية على الحياة الانفعالية والعاطفية:** كان للأفكار الوسواسية أثرها على الحياة الانفعالية للحالة، لما تعرفه من قلق وتوتر ومعاناة، والتي ظهرت مؤشراتها في مرحلة الخطوبة، إلا أنها أبدت تحفظاتها لاتخاذ الموقف الفاصل في الوقت المناسب، لاعتبارات اجتماعية وأسرية وذاتية، تفاديا لتأويلات واستفسارات المحيطين بها الذين عرفوا بفضولهم.

أصبحت الحالة تعيش جوا باردا عاطفيا، غابت في ظله معاني المحبة والمودة، وفقدت السند المعنوي من شريك حياتها، والشعور بالرفض وعدم الرضا من قبل عائلة الزوج وبخاصة أخته ، كما تعززت مخاوف الحالة لارتباط الزوج عاطفيا بمن تعتبرها منافسة لها تسعى لاغتصابه منها. ذلك ما عزز مخاوف الحالة مما أشعرها أن علاقتها الزوجية مهددة بالانفصال، كانت الحالة تتردد على المعالجين استجابة لأفكارها الوسواسية، طلبا للعلاج وبحثا عن حل لمشكلاتها.

-ب-**تأثيرات الأفكار الوسواسية على الحياة الجنسية:** عرفت الحالة اضطرابا في صحة علاقتها الجنسية والذي ظهرت بوادره في أول ليلة من زفافها، حيث عبرت عما عرفته تلك الليلة من فشل في أداء وظيفتها الجنسية، أرجعت أسبابه إلى تأثير السحر" رباط"

لاعتقادها في ذلك، واستجابة لأفكارها الوسواسية وشكوكها، تجلى ذلك من خلال خطاباتها "أخت الزوج تفاهمت مع الخياطة من وقت الخطبة"، "دارولي بهش نطلق".هذا التأثير استمر مع الحالة ولازمها، تعززت على إثره وساوسها ومخاوفها وشكوكها، ذلك ما زاد من فتور رغبتها الجنسية، وبخاصة حين شعرت أن مستقبل العلاقة الزوجية مهدد بالانفصال، بناء على ما عرفته عن الزوج من خيانة منذ فترة خطبتها، تجلى ذلك في خطاباتها "أنا من اليوم الأول كنت حاسة به يخدعني" أرجعت أسباب الارتباط والخيانة إلى نفس التفسيرات والتصورات، "كاش ما دارتلو بهش يتزوج بها ويسمح في"،" خايفة يسمح في ولا يطلقني، من دامو معها" فكان لهذه الأفكار وسابقاتها تأثير ملحوظ على صحة العلاقة الجنسية، ترتب عنه ظهور جملة من الأعراض من قلق وتوتر، وصداع وألم في المعدة، واضطراب في النوم وضعف الشهية...إلخ.

-ج-تأثيرات الأفكار الوسواسية في التوجه العلاجي: إن معاناة الحالة من اضطراب علاقتها الجنسية نتيجة ما تشبعت به من أفكار وسواسية التي امتد تأثيرها على جوانب حياتها، دفع بها إلى التوجه نحو العلاج الذي تعتقد في فاعليته ويتوافق مع تفسيراتها، كان ذلك استجابة لأفكارها الوسواسية، باعتبار أن العلاج يكون من جنس التفسيرات لأسباب الاضطراب، لذلك عرف العلاج الشعبي حضورا قويا لدى الحالة، لاعتقادها في فاعليته وقناعتها به ناهيك عن نوعه، وإن كانت قد أبدت ميلها للعلاج بالرقية الذي كان في آخر محطاتها العلاجية.

-د-تأثيرات الأفكار الوسواسية على التوافق الزواجي: تبين من خلال تحليل المقابلات أن ما تعانيه الحالة من أفكار وسواسية وما تتمتع به من تفسيرات غير موضوعية لعوامل الخلاف وأسباب الاضطراب، قد امتد تأثيرها على التوافق الزواجي، لما تعرفه العلاقة الزوجية من خلافات وعزوف لأسباب ذاتية أو خارجية، والتي كان لها تأثيرها على حياة الأبناء، بما كانت تسقطه عليهم من انفعالات سلبية نتيجة ما تعرفه من توتر وقلق من جراء معاناتها.

-هـ-تأثيرات الأفكار الوسواسية على العلاقات الاجتماعية والأسرية: إن ما كانت تعتقده الحالة عن تواطؤ أخت الزوج مع الخياطة في إعمال السحر، والذي -كما ذكرت الحالة-

وجدت آثاره في جهازها وأمتعتها، كان بداية للخلاف وفقد الثقة ، فالحالة اعتبرت نفسها مرفوضة من قبل أخت الزوج من أول مراحل الزواج، وامتد ذلك إلى والدة الزوج التي أظهرت مساندتها لابنتها، وغياب مساندة الزوج لزوجته، كما يعد تصرف الأخت في شؤون الحالة، والتردد على غرفة نومها وفعل ما يروق لها، فهي تفتش خزانتها وترتدي ملابسها، وما يظهر من سلوكها من استفزاز، ذلك ما زاد من قلق وتوتر الحالة. عزز ذلك ما وجدته من أدوات ورموز سحرية (من إبر موخوزة في فراشها، ورش في ملابسها، و من أحجبة...) والتي قد ترجع لزمن خطبتها. وعلى إثرها توسعت هوة الخلاف وجعلها تأخذ الحذر والحيطة من كل المقربين المشتبه فيهم، فأصبحت العلاقة محدودة، عرفت في ظلها الحالة شللا في نشاطها الأسري والاجتماعي، وفقدت توازنها النفسي نتيجة تأثير تلك الأفكار الوسواسية التي أصبحت تلازمها رغم اللامعقوليتها.

-المسار العلاجي:

-العلاج الطبي: عرف العلاج الطبي عزوفا لدى الحالة اعتقادا منها أن اضطرابها لا يرجع لأسباب عضوية، كما اعتبرته من الموضوعات المسكت عنها والتي لا يتم الكشف عنها للطبيب، الذي لم تلجأ إليه إلا إذا كان المرض عضويا لا يحتمل تفسيرات غيبية، ويتم اللجوء إليه عند اللزوم والحاجة الملحة، لاعتبارات ثقافية واجتماعية.

-العلاج الشعبي: ترددت الحالة على محلات المعالجين الشعبيين بما في ذلك زيارة الأولياء، بحثا عن العلاج وقناعة منها في فاعلية هذا النمط العلاجي، بناء على تجاربها وتجارب من عرفت صحتهم تحسنا ولو نسبيا- حسب ما جاء على لسان الحالة- (بزاف ألي كي راحو عند الطالب فلان أو سيدي فلان ريحو...) كما خضعت للعلاج بالرقية في آخر محطات مسارها العلاجي، وكانت فاعليته نسبية .

-العلاج النفسي: الحالة ذات تصورات سلبية عن العلاج النفسي، اعتقادا منها أنه خاص بالمجانين، وأن الأدوية النفسية بالنسبة لها تعد مخدرا وتلازمها طوال حياتها. فهي لا تفرق بين الطبيب النفسي والمعالج النفسي، لذلك فإنها لم تقبل على العلاج النفسي إلا باحالة من معالجها (الراقي)، ومع ذلك فلا تزال مقتنعة أن اضطرابها يرجع إلى تأثير

السحر، بناء على ما توفر لديها من أدوات ورموز دالة وتفسيرات المعالجين، فهي تستجيب للعلاج الشعبي أكثر من العلاجات الأخرى.

فاعلية العلاج: جاء في خطابات الحالة أنها كانت تعرف تحسنا عند تلقي العلاج الشعبي، إلا أن فاعليته كانت نسبية لما كانت تعرفه من انتكاسات بين الحين والآخر، حيث تعود الأعراض للظهور وبشدة متى توفرت الظروف والمعطيات، شكا منها أن مساعي الكيد بها مستمرة، من خلال ما تسجله من ترددهما على محلات ممارسي طقوس الشعوذة، هذا ما دفع بالحالة هي الأخرى للبحث عن معالجين يملكون كفاءات أكثر.

-**إحباطات العلاج والطعون العلاجية:**الحالة تعيش حالات من القلق والتوتر والخوف على مستقبل العلاقة، تزداد هذه الأعراض حدة كلما عادت الأعراض للظهور من جديد، وبعد فشل مساعي العلاج المختلفة، ذلك ما أثر على حالتها الصحية وتطور اضطراب صحة علاقتها الجنسية ومختلف توافقاتها، نتج عن ذلك اضطراب في النوم، وتراجع في الوزن، وقلة الشهية، فاستجابت لأفكارها الوسواسية في مواصلة مساعي العلاج والبحث عن السبل والحلول للتخلص من مشكلاتها، فلم تستسلم للواقع رغم ما عرفته من إحباطات وانتكاسات نتيجة نسبية فاعليته.

-**الربط بين نتائج الاختبارات وتحليل المحتوى:** تبين من خلال الدراسة أن الحالة تعاني وبشدة من اضطراب في صحة علاقتها الجنسية الذي امتد تأثيره على مختلف جوانب حياتها ومختلف توافقاتها، نتيجة ما تجتره من أفكار وسواسية ومعتقدات حول تأثير السحرعلى صحة العلاقة. بنت الحالة تصوراتها وتفسيراتها لمسببات الاضطراب على ما توفر لديها من مؤشرات وأدوات مادية، حيث اعتبرت أخت الزوج والخياطة ومن ربطتها بالزوج علاقة عاطفية (الخليلة) أطرافا في الكيد بها. مما دفع بها إلى التوجه نحو العلاج الشعبي الذي تعتبره من جنس التفسيرات، وأنه يستجيب لحاجاتها العلاجية رغم فاعليته المحدودة.

وبذلك فإن ما توصلنا إليه من خلال تحليل محتوى المقابلات قد توافق إلى حد كبير مع ما كشفت عنه نتائج الاختبارات المشار إليها، والتي عرفت ارتفاعا ملموسا في

الأفكار الوسواسية، وسمات الشخصية الوسواسية، بنفس النسبة التي قدرت ب75 بالمائة. فيما قدرت النسبة العامة للاتوافق بين الزوجية، من خلال اختبار التوافق الزواجي 77,50 بالمائة، كما تراوحت درجات الاعتقاد في تأثير السحر والقوى الغيبية ، والاعتقاد في العلاج الشعبي، نسبة تراوحت بين (78,50-83,33) والتي كشف عنها اختبار الأفكار الشائعة للطب النفسي الذي استخدم للغرض نفسه.

خلاصة: بناء على نتائج الاختبارات، وما أفصحت عنه الحالة في المقابلات، فإن الحالة سجينة أفكارها الوسواسية، وتصوراتها الخرافية، التي كان لها تأثير كبير على توافقها الجنسي والزواجي بالدرجة الأولى، والذي امتد تأثيره على مختلف توافقاتها النفسية والعلائقية، إذ أن طريقة تفسير الحالة لأسباب اضطراباتها والمشكلات المحيطة بها تفسيرا خاطئا هو الذي يهوي بصاحبه في نفق العجز واليأس، وينظر إلى ما يحيط به من أحداث ومشكلات غير سارة، على أنها نتيجة تأثير قوى خفية، لا يمكن التحكم فيها إلا باللجوء إلى أولئك الذين يعتقد في كرامتهم وقدرتهم في السيطرة عليها، والتحكم فيها بما أوتوا من كرامات، وقد يكونون هم السبب الأساس في تأزم الوضع وتأخر الشفاء، لما يطالب به بعضهم المرضى بالاقلاع عن الدواء، والخضوع لعلاجاتهم التي ورثوها أبا عن جد. لذلك فإن ناقوس الخطر يدق إن لم تبادر الحالة بالعلاج الطبي أو النفسي أو الطب نفسي، حسب ما تتطلبه حالتها الصحية والنفسية والعقلية ، لاستدراك الوضع في ظل اتجاه مستقبل العلاقة الزوجية نحو المجهول، ناهيك عما يترتب عن كل تأخير من تبعات.

-1-3-دراسة الحالة الثالثة:

-البيانات الأولية عن الحالة:

الاسم واللقب: ح.م.د.أ. الجنس:أنثى السن: 30 سنة

المستوى الدراسي: الثانية ثانوي الوظيفة: لا شيء

الحالة المدنية: متزوجة المستوى الاقتصادي: مقبول

عدد الإخوة والأخوات: 4ذ+3إ رتبة الحالة بين الإخوة والأخوات: السابعة

السيميائية العامة للحالة:

الهيئة العامة:

الشكل المورفولوجي: قامة معتدلة.

الهندام: تقليدي ، أنيق

ملامح الوجه: تظهر عليها علامات القلق والتوتر، توجد شامة في أعلى حاجبها.

الاتصال: تم الاتصال بالحالة في محل الراقي الذي تتابع عنده العلاج.

اللغة: لغة الحالة بسيطة، واضحة.

1-تقديم الحالة الثالثة:

قابلنا السيدة ح.م.د.أ، تبلغ من العمر 30 سنة، متزوجة و بدون أبناء، مدة الزواج تسع سنوات، المستوى الدراسي الثانية ثانوي، تخلت عن الدراسة جبرا من والدها بعد رسوبها في السنة الدراسية. الحالة ذات قامة معتدلة، بنية مقبولة، تبدو محافظة، تظهر عليها ملامح اليأس والحزن. كان الزواج تقليديا. الزوج في العقد الرابع، يشتغل مقاولا.

تقيم الحالة مع عائلة الزوج، و هي ماكثة في البيت، علاقتها جيدة مع والدها وأخواتها، غير أن والدتها كانت قاسية معها منذ طفولتها. أما علاقتها بعائلة الزوج فهي

جد متوترة، يمارس الزوج العنف ضدها عند نشوب الخلاف مع والدته و أخته إرضاء لهما، ركزنا في المقابلات على المحاور ذات العلاقة بالاضطراب محل الدراسة.

تذكر الحالة أنها أجبرت على الزواج ولم تكن تربطها أي علاقة سابقة بالزوج، تعاني من النبذ والدونية و التهميش من قبل عائلة الزوج كونها عاقر، سجلت عجزا في وظيفتها الجنسية من أول ليلة زفافها، تطلب تدخل المعالج الشعبي (الطالب) المتواجد بالحي الذي تسكنه لفك الربط–حسبها– تبعا لما يحمله المحيط من تصورات في تفسير هذه الظواهر الناتجة عن قلق الأداء والخوف الذي يعتري بعض الأزواج في تلك الليلة.

تذكر الحالة أنها وجدت إبرا موخوزة في فراشها، أوضح المعالج أنها مسحورة "مربوطة". كما عرف الزوج من جهته عجزا جنسيا(العنة)، تلقى هو الآخر نفس العلاج، فقدت الحالة رغبتها الجنسية اعتقادا منها أن آثار السحر و مفعوله لا تزال قائمة، لما كانت تعثر عليه من أدوات دالة ، كوجود الأحجبة "الحروز" والإبر الموخوزة في الفراش والملابس، هذا ما زاد من فتور رغبتها الجنسية وولد لديها التوتر و القلق وكراهية بيت الزوجية، والشعور بضيق في التنفس، والشك والمخاوف، مما أدى إلى تدخل أفراد عائلة الزوجة لمساعدتها والتكفل بعلاجها، الذي كان على يد المعالجين الشعبيين في ظل تماطل الزوج وعدم المبادرة بعلاجها.

تلقت الحالة ألوانا من العلاج التقليدي باختلاف أنماطه قائلة: "الله يغفر". وأنها أثناء تلقي العلاجات كانت تظهر عليها بعض الأعراض الهستيرية، ك(ارتجاف اليدين والرجلين، و تشنج الأطراف، والصراخ والبكاء، ونوبات الإغماء) و ملازمة الفراش معظم الأوقات، اعتقادا أنها مصابة بتلبس جني موكل بالسحر– حسب تفسيرات المعالجين – مما زادها قناعة في تأثير السحر على صحة علاقتها الجنسية الزوجية، عزز ذلك وساوسها وشكوكها ومخاوفها، فاضطرب في ظل ذلك نومها و قلت شهيتها و تعطل نشاطها الشخصي والاجتماعي، كما عرفت تأخرا في الإنجاب الذي أرجع المعالجون أسبابه لتأثير قوى غيبية.

ترى الحالة أنه لا معنى للجنس دون إنجاب، وأن المآل سيكون حتما الانفصال إن استمر الحال على ما هو عليه، لما كانت تلمسه من سوء معاملة الزوج وعائلته لها، وبخاصة والدته و الأخت الكبرى، مما زرع الشك لدى الحالة بأنهما من وراء دس السحر، كون العائلة ممن يترددون على محلات المعالجين التقليديين المشتبه فيهم.

إن ما كان يظهر على الحالة من أعراض حسب تقدير المعالجين الشعبيين ما هو إلا مؤشر عن الإصابة بالسحر وتلبس الجني، و ما تلك الاستفراغات(التقيء) إلا علامة على سحر مأكول دسه المقربون منها، الأمر الذي عزز ترددها على المعالجين الشعبيين باعتبارهم يملكون قدرة التعامل مع القوى الخفية ويكشفون عن مدبري السحر. تلك الإيحاءات زادت من وساوسها ومخاوفها وأثرت على مختلف جوانب حياة الحالة وتوافقاتها.

كانت الحالة تشعر بأعراض الحمل، منها انتفاخ البطن، تحس وكأن الجنين يتحرك في بطنها، كما عرفت اضطرابا في دورتها الشهرية، مما دفعها إلى إجراء الفحوصات والتحاليل الطبية والتي كشفت نتائجها عن خلوها من أي مرض عضوي يحول دون إنجابها، إلا ما تعلق منه باضطراب دورتها الشهرية التي تتطلب علاجا طبيا. وإن اضطراب وظيفتها الجنسية لا يتعدى أن تكون أسبابه نفسية، تتطلب تكفلا نفسيا مما ساقها إلى التوجه نحو العلاج النفسي. عرفت الحالة علاجا نفسيا لكنها لم تلمس نتائجه، ولم تظهر لها فاعليته في حد تقديرها، واعتبرت أن أسلوبه العلاجي لم يقنعها وإن كان حضورها لثلاث جلسات غير كاف لإصدار أحكامها.

ذكرت الحالة أنها كانت ولا تزال تعاني من جفاء معاملة الزوج لها، ودخوله في ساعات متأخرة من الليل، مما جعلها تشك في خيانته لها، فراحت تراقب مكالماته وحركاته، وما لمسته من تغير في سلوكياته ومعاملته، فهي ترفض قبلته والقرب منه كونه يتعاطى التبغ "الشمة" لنفورها من رائحتها. وإنها لا تستجيب لتلبية رغباته إلا باعتبار ذلك واجبا دينيا "نخاف ربي يحاسبني".

ذكرت أنها كانت تمارس الجنس المثلي (السحاق) مع أختها، و كذا ممارسة العادة السرية في مرحلة المراهقة، منذ كان سنها 14 عاما إلى غاية الزواج، فكانت تتمثل ذلك السلوك وتعيش وقائعه عند كل لقاء جنسي مع الزوج، مما ولد لديها الشعور بالذنب "نخاف ربي ما يغفرليش". كما كانت تقوم ببعض السلوك الدرامي كالإغماء والخلود للنوم، لفتا للانتباه "نديرلو هكذا بهش يديها في ويداويني".فقد أشار "أولاي،وآخرون" (278،1999) إلى أن الملامح الجوهرية لهذه الفئة هي التمثيل المسرحي مع استعراض مبالغ به من الانفعالات الواضحة للعيان التي تهدف إلى جذب الانتباه والعطف. (العاسمي،2016،222).

تنتاب الحالة بعض الأفكار الانتحارية، حيث سجلت عنها محاولتان لوضع حد لحياتها تجسد ذلك في قولها" الموت و لا هذه الحياة"، " لوما نخاف ربي نهمل وإلا ندير حاجة في روحي"، " أنا قاع ما ريحتش"، كما تجسد الإسقاط لدى الحالة " بسيف أنأمن لأنني شفت بعيني و قاع هذا الشيء يصرى لي كيما أختي طلقت بنفس السبة".ومن خطاباتها عن عدم جدوى الجنس" واش من فايدة في الزواج بلا ولاد" وتعبيرا عن معاناتها "حياتي كامل مشاكل، أنا ما ريحتش خلاص" فيما عبرت عن توقعاتها من الزواج" الشي لي كنت نتوقعو من الزواج مالقيتوش" يما عبرت عن تهميشها وغياب المساندة "أنا قاع يكرهوني لأني ما نولدش" "الزوج ماهوش قاع دايها في..." كما أظهرت الحالة مخاوفها على مستقبل العلاقة الزوجية " راني خايفة يصرالي كيما أختي طلقت بنفس السبة".

من جهة ذكرت الحالة أنها لم تكن تؤمن بالعلاج الشعبي رغم أنها نشأت في بيئة مشبعة بهذه المعتقدات وثقافة العلاج، ومن جهة أجرى تشير إلى أنها ترددت على المعالجين الشعبيين ومارست طقوسهم العلاجية دون تمييز بين أنماطها وأساليبها وطقوسها "أنا المهم ريح، وربي يغفر، الله غالب الضر يحمل.." غير أن الحالة كانت تعرف تحسنا نسبيا تختفي في ظله الأعراض، ثم تعود للظهور من جديد عند موعد كل دورة شهرية، أو تذكر ما عرفته من صدمات وانتكاسات، كما ذكرت ميلها للجنس ورغبتها فيه في غياب الزوج وبعده عنها، إلا أنها تعرف الفتور والعزوف من فراش الزوجية عند ساعات الفراش، مما جعلها تحتمي بتفسيراتها الغيبية غير الموضوعية" أنا الله غالب كاش

ما دايرين لي بهش نكره الفراش وبهش ما نولدش". وخلال الجلسات تم إجراء الاختبارات المعتمدة في الدراسة كأدوات تشخصية كشفت عن نتائجها الجداول التي عرضت أدناه.

-2-تحليل محتوى المقابلات:

-**الملاحظة الإكلينيكية:** سجل لدى الحالة التباطؤ والتثاقل في مشيتها، تظهر قلقة متوترة يائسة من نتائج العلاج وبخاصة ما تعلق بوظيفتها الإنجابية ، ظهرت عليها أثناء المقابلة بعض الأعراض الهستيرية، (تشنج في اليد اليسري والإحساس بشلل الرجل اليسرى، ونوبات بكاء أثناء التعبير عن معاناتها وصل الحد إلى درجة الغشية)، كانت تجيب بتحفظ عن الأسئلة ذات العلاقة بالحياة الجنسية وبالعلاقات العاطفية قبل الزواج. كان لباس الحالة نظيفا متناسقا ، كانت تجلس مستوية، إلا أنها كانت تطأطئ رأسها من حين لآخر.

-**الفحص العيادي وتحليل المعطيات:**

-**تاريخ الاضطراب:** تبين من خلال عملية الفحص العيادي وما كشفت عنه نتائج الاختبارات، أن الحالة تعاني من اضطراب في صحة علاقتها الجنسية واضطراب في وظيفتها الإنجابية (العقم). التي ظهرت بوادره في ليلة زفافها " التصفيح" الناتج عن الخوف والقلق، وما تتطلبه تقاليد المجتمع من مراسيم وطقوس وغيرها، كما كان للعوامل الذاتية تأثيرها، تجسدت معتقدات الحالة وتصوراتها من خلال التوجه العلاجي بناء على تفسيراتها لأسباب الاضطراب، ملكت الحالة الأفكار الوسواسية من خلال ما عثرت عليه من أدوات ورموز سحرية عززت تصوراتها وتفسيراتها وغذت أفكارها الوسواسية، امتد تأثير هذه الأفكار ليشمل جوانب حياة الحالة. عرفت من خلالها فتورا في رغبتها الجنسية اشتدت حدته مع تأخر الحمل، الذي أرجعت أسبابه لنفس التفسيرات، وبخاصة في ظل غموض نتائج الفحوص والتحاليل الطبية وفشل مساعي العلاج النفسي الذي اتخذت تجاهه تصورات سلبية. كان التوجه نحو العلاج الشعبي من أول ليلة زفافها، لما تلقته من صعوبات أرجعت أسبابه إلى تفسيرات غير موضوعية. فهي من جهة تذكر عدم اعتقادها في تأثير السحر، إلا أن وجود آثاره ورموزه وإيحاءات المعالج رسخت لديها ذلك الاعتقاد

"بسيف نأمن لأني شفت بعيني" "الطالب قالي دايرينلك بهش ما تولديش". ذلك ما بعث على القلق والتوتر والمخاوف لدى الحالة، وجعلها حبيسة أفكارها الوسواسية التي عززتها جملة من المعطيات والأدوات الدالة.

-**هيئة الحالة وهندامها:** كان هندام الحالة نظيفا ومتناسقا يعبر عن هويتها الدينية .

-**سمات الحالة:** تظهر الحالة قلقة متوترة، يائسة من مساعي العلاج، وبخاصة ما تعلق منه باضطراب وظيفتها الإنجابية التي أرجعت أسبابه لنفس التفسيرات، وقد يكون عاملا مهما في فتور رغبتها الجنسية كون الجنس-حسب تصور الحالة- لا جدوى منه دون أبناء، الذين من خلالهم تحافظ على مكانتها في الأسرة والمجتمع، وتثبت كفاءتها وتحقق وجودها، باعتبار المرأة الولود بمثابة الأرض ذات الخصوبة، وأنها مصدر الإنجاب، تتبوأ بفضل خصوبتها مكانة في الأسرة والمجتمع، وبخاصة إن أنجبت الذكور الذين يعدون رمزا للمحافظة على تواجد الأسرة، هذا في مجتمع يقدس الذكور ويعتبر من لا ولد له أبترا (تيناش) أي مقطوع النسل. وهذا ما عرفته المجتمعات العربية قبل الاسلام التي تصف من لا ذكر له بهذه النعوت حيث وصف العاص بن وائل النبي محمدا صلى الله عليه وسلم بالأبتر، حين بلغه وفاة ابنه، فجاء رد القرآن سريعا تطييبا لقلب المصطفى " إن شانئك هو الأبتر" .

ومما عرف عن الحالة قابليتها للإيحاء وسرعة التأثر، والاستجابة للإيحاءات والإملاءات، تبين ذلك من خلال ما كان يظهر عليها من أعراض هستيرية توحي إلى ضعف مقاومتها، وضعف ثقتها في النفس، كما تجسد في ممارستها للطقوس العلاجية استجابة لوساوسها وتعليمات معالجيها.

-**اللغة والاتصال:** كانت لغة الحالة بسيطة، واضحة، كما استخدمت الجسدنة في التعبير عن صراعاتها المكبوتة، أفصحت عنها خلال مجريات المقابلات.

-**النشاط الحركي:** مشية الحالة كانت بطيئة، ، نشاطها الاجتماعي قليل نتيجة علاقتها المحدودة، التي عرفت تراجعا بعد زواجها وتحفظا نتيجة عقمها، تفاديا لتساؤلات المحيطات بها ممن تعرفهن. يظهر نشاطها الحركي من خلال مسارها العلاجي

ومساعيها في ممارسة الطقوس التطهيرية العلاجية، استجابة منها لأفكارها الوسواسية وتعليمات المعالجين، كان ذلك يأخذ منها وقتا على حساب مختلف نشاطاتها.

-**النشاط العقلي:** أثرت الأفكار الوسواسية على الجانب المعرفي للحالة في تغييب المنطق في تفسير أسباب اضطرابها ، يمتلك الحالة التفكير الخرافي والاعتقاد في تأثير السحر على الصحة، كما أنها لم تمارس أي نشاط عقلي تطور من خلاله قدراتها المعرفية، منذ انقطاعها عن الدراسة جبرا من والدها، تسيطر على الحالة الوساوس بشأن صحتها. كما يظهر على الحالة الشرود الذهني، وحالة الغشية (نوبات الصرع الهستيري) أثناء مجريات الجلسات العلاجية، سواء مع المعالج التقليدي أو في جلساتها مع المعالج النفسي.

-**محتوى التفكير:** تستحوذ على الحالة الأفكار الوسواسية ذات الطبيعة السحرية، وتراودها الشكوك من خيانة الزوج لها، وتملكها المخاوف على مآل العلاقة الزوجية بسبب عقمها وفتور رغبتها الجنسية، كما ظهر لدى الحالة أفكار انتحارية تجسدت من خلال خطاباتها ومحاولتها وضع حد لحياتها " لو ما نخاف ربي نهمل ولا ندير حاجة في روحي" كما تعبر عن شعورها بالذنب نتيجة ممارستها لأنواع الشذوذ الجنسي" نخاف ربي ما يغفرليش".

-**المزاج والعاطفة:** تظهر لدى الحالة القابلية للإيحاء والتأثر ، تستجيب لإملاءات المعالجين من خلال ممارسة طقوسهم العلاجية، فهي من جهة تذكر أنها لا تعتقد في تأثير القوى الغيبية وتأثير السحر، ومن جهة أخرى تستجيب لإملاءات المعالجين الشعبيين وتمارس طقوسهم العلاجية مع أن ألاتصال بالحالة والمقابلات أجريت معها بمقر المعالج الشعبي ، وقد خضعت قبله لأنماط علاجية شعبية غير الرقية الشرعية- كما ذكرت- بعد فشل مساعي العلاج الطبي والنفسي. هذه الإزدواجية في السلوك والخطاب تعبر عن ارتباك الحالة وتقلب مزاجها، "بسيف نأمن وأنا شفت بعيني" كما يتضح من خلال خطاب الحالة أن مسعاها العلاجي كان آلية دفاعية للفت انتباه الزوج للاهتمام بها، "نديرلو هكذا بهش يديها في ويداويني"، تقصد علاج عقمها الذي أصبح يشكل هاجسا بالنسبة إليها، والذي أرجعت أسبابه لنفس التفسيرات كما سبق ذكر ذلك.

تبدو الحالة حساسة، تعبر عن مشاعرها بدموعها ولغة جسدها، تجسيدا لخطابها وتحقيقا لأهدافها. فقد أشارت "لطيفة زروالي" إلى أن الشخصيات الهستيرية تميل إلى جسدنة مشاكلها من خلال أعراض التعب، والآلام والنوبات العصبية، وأعراض التحويل الهستيري النموذجي، والاضطرابات الجنسية. (لطيفة،2014،211).

-**الحالة الصحية:** تذكر الحالة أنها معافاة صحيا باستثناء ما يظهر عليها من أعراض نتيجة اضطراب علاقتها الجنسية، ومن اضطراب في دورتها الشهرية، ومن أعراض الحمل نتيجة اهتمامها وانشغالها به، حيث تبخر حلمها مع ما كشفت عنه نتائج مساعيها الطبية، وما هذه الأعراض إلا توهمات نتيجة تمركزها حول ذاتها وانشغالها بالرغبة في الإنجاب، نتج عنها ما يعرف ب"الحمل الكاذب". ذلك ما زاد الحالة قلقا وتوترا وإحباطا، وتعزيزا لمخاوفها وشكوكها ووساوسها، عرفت على إثرها اضطرابا في نومها، ونقصا في شهيتها، وتراجعا في وزنها. ذلك في ظل فشل مساعيها العلاجية وبخاصة الطبية منها، ولعل ذلك زاد من فتور رغبتها الجنسية التي لم تبادر بعلاجها طبيا، باعتبار الكشف عن اضطراب صحة علاقتها الجنسية يعد تابو يحظر الكشف عنه-حسبها- لاعتبارات ثقافية واجتماعية، وإن كان في تصورها أن الكشف عن العقم لا مانع من علاجه طبيا، غاب في ذلك التفكير المنطقي بأن الانجاب ثمرة الممارسة الجنسية التي ترفض الكشف عن اضطراب هذه العلاقة للطبيب طلبا لعلاجها، كما تعتبر أن أسبابها غير طبية، وهذا ما يؤكد التناقض في خطابات الحالة.

-**التاريخ النفسي والاجتماعي:**عرفت الحالة فشلا في أداء وظيفتها الجنسية من أول ليلة زفافها، اقتضت تدخل الراقي لفك الربط -حسبها-، كما عرف الزوج هو الآخر عجزا جنسيا وتلقى نفس العلاج.

كان اعتقاد الحالة أن ذلك كان نتيجة إعمال السحر من قبل المقربات منها، عزز ذلك المعالج، الذي غفل عما يترتب عن تلك الليلة من قلق وضغوط، نتيجة متطلبات المحيط، وعاداته في مراسيم الزواج وطقوسه التي تحكمها التقاليد والأعراف، ناهيك عما يقوم به العروسان من جهد مضن قبل الزفاف(في مرحلة الإعداد للزواج). إن ما عرفته الحالة من إخفاق في تلك الليلة له مبرراته وتفسيراته الموضوعية، إلا أن توظيف الحالة

لحمولتها الثقافية، وما عزز تصوراتها من أدوات دالة، ساهم بدوره في التأثير على صحتها الجنسية التي عرفت حدة بعد تأخر الحمل. كما كان لممارسة الحالة للسلوك الجنسي الشاذ تأثيره على حالتها النفسية وتوافقها الجنسي، وهذا ما غفلت عنه الحالة كمعطيات موضوعية لتفسير أسباب اضطراب صحة علاقتها الجنسية وتوافقها الزواجي، الذي يعرف خللا بينا من خلال ما كشفت عنه نتائج الاختبار، مما جعل الحالة تتجرع المعاناة النفسية وتتعرض للإهانات والتهميش من حرمان عاطفي وتهديد بسبب عقمها، الذي اعتبرت من خلاله أن الممارسة الجنسية قذارة وشيء مدنس، لا جدوى منها دون إنجاب.

-**علاقات الحالة (داخل البيت ومع الأقارب)**:عرفت الحالة اهتماما ومساندة من قبل والدها قبل الزواج وبعده بل ومنذ طفولتها، بخلاف والدتها التي كانت تعاملها بالقسوة والغلظة والمراقبة المستمرة منذ طفولتها، خوفا عليها من أي انحراف ، فهذا الحرمان عرفته الحالة أيضا بعد زواجها من خلال تهميش أسرة الزوج لها وغياب مساندة شريك حياتها، مما تعرفه العلاقة من سوء التوافق، عم في أجوائها الخلاف والصراع مما أدي بالحالة إلى العزوف عن الجنس وكراهة بيت الزوجية " كي نخرج من الدار الريح" قد يكون ذلك آلية دفاعية هروبا من الجو المشحون، ورسالة مشفرة للرغبة في الاستقلالية بيت بعيدا عن الأسرة الممتدة، كما تظهر عليها بعض الأعراض الهستيرية المشار إليها سابقا، مما جعل أهل الزوجة(والدها) يسارع لعلاجها في غياب مبادرة الزوج الذي تعتبره غير مبال بها.

-**علاقات الحالة خارج البيت**:الحالة ذات علاقة محدودة بالمحيطين بها قبل وبعد زواجها بخاصة، وقد يكون العقم عاملا معززا للحد من هذه العلاقة بعد الزواج، لما لهذا الأخير من تأثير على الناحية النفس اجتماعية، تفاديا لتساؤلات المحيطين بها عن وضعيتها الإنجابية وعلاقتها الزوجية.

-**المعاش النفسي للحالة:** تعيش الحالة في قلق وتوتر من جراء تلك الأفكار الوسواسية التي ساهمت في اضطراب صحة علاقتها الجنسية ومختلف توافقات حياتها(النفسية، الاجتماعية، الانفعالية والعاطفية..) ومما زاد الحالة النفسية تأزما ما عرفته من تأخر في

الإنجاب "العقم" والذي طالت مدته، وإن ما زاد من جرح نرجسيتها ما تتلقاه من إهانات وعبارات جارحة من قبل عائلة الزوج، وتهديد بالتعدد أو الطلاق من قبل الشريك، ومن إيحاءات المحيطين وإيماءاتهم.

فثقافة المجتمع قد " تفرض على المرأة العقيم أن تستسلم لتخلي زوجها عنها بحجة عدم قدرتها على الإنجاب، ويفرض عليها المجتمع أن تكون وفية لزوجها في حال عدم قدرته على الإنجاب، بحكم أن عقم الزوج قضاء وقدر وعلى الزوجة الصالحة أن تؤازر زوجها بدون شروط"(سهام،2016،71)، إنه منطق اللامنطق في مجتمع يكيل بمكيالين، فهو يعتبر عقم الرجل قضاء وقدرا في حين يلزم المرأة العقيم بالخضوع والإذعان والاستسلام لتخلي الزوج عنها، أو أن تكون وفية له في حال عدم قدرتها على الإنجاب، فهذا الأخير في تصورهم خارج عن نطاق القضاء والقدر، هذا منطق مجتمع الذكورة "يريد أن تكون المرأة ذات قيمة جنسية وإنجابية، تمكن الرجل من إشباع الرغبة الجنسية، ورغبة إنجاب الأبناء لدى الجسد المسيطر"(سهام،2016،15).

لذلك قد تجد المرأة العقيم نفسها ملزمة بالخضوع لما تمليه عليها ثقافة المجتمع من أفكار وتصورات وسلوكيات تساهم في بنائها المعرفي، وبالتالي تصبح أفكارها وتصوراتها جاهزة تبعا لما أنتجته ثقافة المحيط. وبالتالي "فإن خطاب التهديد الذي تسمعه المرأة العقيم وتراه في عيون الآخرين لا يهدد توافقها الاجتماعي فقط، وإنما يمتد إلى تهديد توافقها الشخصي"(سهام،2016 ،95) ليمتد ذلك إلى مختلف توافقاتها، لأنها في ظل هذه الثقافة تجد نفسها أنه لا داعم لها، ولا حامي لوجودها في المجتمع إلا الولد. لذلك تسعى جاهدة في البحث عما يحقق حلمها لتتخلص من تلك المعاناة والمخاوف والشكوك، ومن تخلي زوجها عنها لارتباطه عاطفيا بغيرها، هذه الشكوك دعمت وساوسها وزادت من حدة قلقها وتوترها، وأثرت على توافقها النفسي والاجتماعي والزواجي إلى حد الطلاق العاطفي الذي تعيش وقائعه، "تستجبلو خايفة من ربي يغضب علي" أي أنها استجابة دون رغبة، بل تراها واجبا دينيا، يرمز ذلك لهويتها العقائدية وإن كانت هذه الأخيرة محاطة بالشبهات من خلال التصورات الجاهزة، والأفكار الخرافية، والتفسيرات غير

الموضوعية لأسباب معاناتها التي هي نتاج ثقافة المجتمع، الذي ساهم في بنائها الفكري والمعرفي، والتي ترجع أصولها لحقبات من الزمن توارثتها الأجيال أبا عن جد.

-**تصورات الحالة للاضطراب وتفسير أسبابه:** تنظر الحالة إلى اضطراب صحة علاقتها الجنسية واضطراب وظيفتها الإنجابية على أنها ناتجة عما تحمله من أفكار وسواسية ذات الطبيعة السحرية، الذي اعتبرت أخت الزوج ووالدته طرفا مهما في الإضرار بها، وأنها عرفت فشلا في أداء وظيفتها الجنسية في ليلة الزفاف لنفس التفسير، والذي امتد تأثيره على حياتها الزوجية والإنجابية "دارولي بهش ما نولدش وبهش نطلق". فالحالة من جهة تذكر أنها لا تعتقد في تأثير طقوس السحر والشعوذة، ومن جهة أخرى يتجسد ذلك الاعتقاد في خطاباتها وتواجدها وترددها على المعالجين الشعبيين، فهي ترجع أسباب الاضطراب إلى عوامل غيبية، تجلى في فحواها توظيف مكتسباتها وحمولتها الثقافية، تأكدت من خلال ما كشفت عنه نتائج مقياس الأفكار الشائعة حول الطب النفسي الذي استخدمه الباحث لهذا الغرض.

-**التشخيص بناء على المقابلات ونتائج الاختبارات:** كشفت نتائج اختبار اضطرابات الشخصية ل"هيلر" أن الحالة ظهرت عليها أعراض الشخصية الهستيرية بدرجة عالية، بلغت درجاتها 87,50 بالمائة، تجسدت هذه الأعراض في مختلف جلساتها العلاجية (العلاج التقليدي – العلاج النفسي)، استثمرت الحالة الجسدنة في التعبير عن صراعاتها. كما يعد ما عرفته الحالة من تشنجات مهبلية(تصفيح) في ليلة زفافها كان نتيجة قلق وخوف له تفسيراته الموضوعية. فقد أشار العاسمي (2016) إلى أن المرأة الهستيرية تعاني من برود جنسي وتشنجات مهبلية قد تترافق بالنفور من النشاط الجنسي (العاسمي،2016،302).

كما كشف نتائج مقياس الوسواس القهري ل"بيل براون" عن ارتفاع درجة الأفكار الوسواسية بنسبة 65 بالمائة، فيما توافقت النسبة العامة المقدرة ب50 بالمائة لهذا المقياس مع ما ظهر على الحالة من سمات الشخصية الوسواسية التي كشف عنها اختبار تشخيص اضطرابات الشخصية. تقاطعت هذه النتائج مع سمات الشخصية شبه الفصامية التي قدرت درجاتها ب85,71 بالمائة. فقد أشار عبد العزيز(2013) إلى أنه

يظهر في اضطراب الوسواس والقهر أفكار متسلطة أو أفعال قهرية يصعب على صاحبها التخلص منها، ومدعباتها تسبب قلقا حادا، وتتقاطع هذه الشخصية مع الشخصية شبه الهذائية والشخصية شبه الفصامية(عبد العزيز،2013،97). كما يضيف أن كل اضطراب شخصية يتصف بزملة من الأعراض المرضية رغم وجود تداخل في السمات والأعراض (عبد العزيز،2013،28).

كما تجسدت التصورات السلبية لدى الحالة عن الطب النفسي والعلاج بالأدوية النفسية، وكذا الاعتقاد في تأثير السحر والقوى الغيبية من خلال ما كشفت عنه نتائج اختبار الأفكار الشائعة ل"المالح"، تراوحت درجات البعدين الأوليين ما بين(81,25-84,61) بالمائة بينما تراوحت درجات البعدين الخامس والسادس ما بين(66,66-85,71) بالمائة، وقدرت النسبة العامة للاختبار ب56,79 بالمائة.

كما كشفت نتائج اختبار التوافق الزواجي عن انخفاض درجات التوافق الزواجي، وارتفاع درجات سوء التوافق الزواجي، قدرت نسبته ب87،5 بالمائة.توافقت نتائج الاختبارات مع ما أفصحت عنه الحالة خلال المقابلات.

تحليل نتائج الاختبارات حسب الجداول:

جدول نتائج اختبار تشخيص اضطرابات الشخصية

الرقم	اضطرابات الشخصية	عدد البنود	عتبة الباثولوجية	الاستجابات(نعم)	نعم	النسب	الاستجابات(لا)	لا	النسب
01	شبه الهذائية	7	4 بنود	11-24-37-50-62-96	6	85,71	85	1	14,28
02	الفصامية النموذجية	9	5 بنود	10-23-36-48-61-72-86	7	77,77	60-74	2	22,22
03	شبه الفصامية	7	4 بنود	47-71	2	28,57	9-22-34-60-95	5	71,42
04	الهستيرية	8	5 بنود	4-17-30-55-67-80-90	7	87,50	43	1	12,50
05	البينية	9	5 بنود أو البند 2+98	6-45-58-69-93	5	55,55	19-32-78-98	4	44,44
06	النرجيسية	9	5 بنود	5-18-31-57-68-73-79	7	77,77	44-92	2	22,22
07	المضادة للمجتمع	8	3 من البند 3+99 بنود	46-59-ب=99+3بنود	3	37,50	8-20-33-75-94	5	62,50
08	الوسواسية القهرية	8	4 بنود	3-41-66-81	4	50%	16-29-54-89	4	50%

09	التجنبية	7	4 بنود	1-26-39-52-83-87	6	85,71	13	1	26,53
10	التابعة	8	5 بنود	2-27-40-53-65-88	6	75%	82-15	2	25%
11	الاكتئابية	7	5 بنود	14-28-2-56-84-97	6	85,71	70	1	26,53
12	السلبية العدوانية	7	4 بنود	7-21-35-49-63-77	6	85,71	91	1	26,53
س. ت	الصورة الجميلة	4	2 بندان	12-25-38	3	75%	51	1	25%
	استبيان التشكيك	2	1 بند		0	0%	76-64	2	100%
	المجموع الكلى	99	25 أو 28 بندا		69	69,69		30	30,30

-**تحليل النتائج على ضوء الجدول::** كشفت نتائج الاختبار عن ارتفاع درجات سمات الشخصية الهستيرية التي بلغت درجاتها 77,77 بالمائة، توافقت هذه النتائج مع ما كان يظهر على الحالة من أعراض هستيرية أثناء الجلسات العلاجية. كما أظهرت نتائج المقياس سمات للشخصية الاكتئابية والتجنبية بنفس النسبة، والمقدرة ب85,71 بالمائة، كانت نتيجة معاناة الحالة واستجابة لأفكارها الوسواسية. فيما كشف الاختبار عن وجود سمات الشخصية الوسواسية لدى الحالة، والتي توافقت نتائجها مع ما كشفت عنه النسبة العامة لنتائج مقياس الوسواس القهري ل"بيل براون" والمقدرة ب50 بالمائة، غير أنها عرفت ارتفاعا في الأفكار الوسواسية دون الأفعال القهرية التي عرفت انخفاضا قدر ب35 بالمائة، بينما عرف الأول منه ارتفاعا بنسبة 65 بالمائة، حيث كان لهذا الأخير تأثيره على جوانب حياة الحالة، نتجت عنه اضطرابات في شخصيتها، تجسدت من خلال ما سجل من وجود سمات لشخصيات مرضية بنسب مرتفعة ومتقاربة في مجملها. "فقد

يتصف كل اضطراب شخصية بزملة من الأعراض المرضية رغم وجود تداخل في السمات والأعراض".(عبد العزيز،2013،28).

جدول نتائج مقياس الوسواس القهري ل" بيل براون".

	البنود	الدرجات
1	مقدار الوقت الذي تستغرقه الأفكار الوسواسية	2
2	مقدار التعارض الذي تحدثه الأفكار الوسواسية مع نشطاتك الاجتماعية والعلمية	3
3	مقدار التوتر والقلق المصاحب للأفكار الوسواسية	3
4	مقدار الجهد المبذول في مقاومة الأفكار الوسواسية(بغض النظر عن نجاحك في المقاومة)	2
5	مقدار سيطرتك على الأفكار الوسواسية	3
المجموع		13
1	مقدار الوقت الذي تمضيه في القيام بالأفعال القهرية	1
2	مقدار التعارض الذي تحدثه الأفعال القهرية في نشاكاتك الاجتماعية والعلمية	2
3	مقدار التوتر والقلق الناتج في حال الامتناع عن القيام بالأفعال القهرية	2
4	مقدار الجهد المبذول في مقاومة الأفعال القهرية(بغض النظر عن مدى نجاحك في المقاومة)	1
5	مقدار سيطرتك على الأفعال القهرية	1
المجموع		7
المجموع الكلى		20 50%

التقييم:

معدل نتائج المقياس	شدة الاضطراب
16-23	متوسط

-**تحليل النتائج على ضوء الجدول** : كشفت نتائج الاختبار عن ارتفاع درجات الأفكار الوسواسية، والتي كان لها تأثيرها على التوافق الجنسي والزواجي للحالة، عززت هذه

الأفكار الوسواسية ما عرفته الحالة من اضطراب في علاقتها الإنجابية، التي أرجعت أسبابها لنفس التفسيرات، وقد بلغت نسبة الأفكار الوسواسية 65 بالمائة مقارنة بالأفعال القهرية التي لم تسجل سوى نسبة 35 بالمائة، وبالتالي فإن النسبة العامة التي كشفت عنها نتائج المقياس قدرت ب50 بالمائة، توافقت مع نتائج سمات الشخصية الوسواسية في نفس الدرجات التي كشف عنها اختبار تشخيص اضطرابات الشخصية ل"هيلر".

جدول **نتائج اختبار التوافق الزواجي**

الأبعاد	الفقرات	الاستجابات(اللاتوافق)	نعم	النسب	الاستجابات(التوافق)	لا	النسب
التوافق العاطفي	(1-9-17-25-33-41-49-57-65-73)	1-9-17-25-33-41-49-57-65-73	10	100%		0	0%
الاحترام المتبادل	(2-10-18-26-34-42-50-58-66-74)	34-58-66	3	30%	2-18-42-74-50	5	50%
التفاهم المتبادل	(3-11-19-27-35-43-51-59-67-75)	3-11-19-27-35-51-59-67-75	9	90%		0	0%
الاتفاق في الأمور المادية	(4-12-20-28-36-44-52-60-68-76)	4-12-36-60-68-44-52	7	70%	20-28-76	3	30%
المشاركة في تحمل المسؤولية	(5-13-21-29-37-45-53-61-69-77)	5-13-21-53-61-69-77	7	70%		0	0%
الثقة المتبادلة	(6-14-22-	6-22-78-30-	8	80%	14-62	2	20%

	-46-38-30 -70-62-54 (78	70-54-46-38					
الأنانية	(7-15-23- -31-39-47 -55-63-71 (79	-7-15-39-71 63-79-47	7	70%	55-31	2	20%
إدراك الحالة الزوجية	(8-16-24- -32-40-48 -56-64-72 (80	-8-16-24-32 -40-48-56-64 80-72	10	100%		0	0%
المجموع	80		70	87,50		12	15

-**تحليل النتائج على ضوء الجدول:** كشفت نتائج الاختبار عن ارتفاع درجات اللاتوافق بين الزوجين في مختلف أبعاده، والتي كانت درجاتها متقاربة. عرف اللاتوافق العاطفي، وعدم إدراك الحالة الزوجية أكبر نسبة قدرت ب100 بالمائة، كما عرفت العلاقة سوء التفاهم، الذي قدرت درجاته ب90 بالمائة، وغياب عنصر الثقة الذي قدرت نسبته ب80 بالمائة، فيما سجلت نفس النتائج عن اللاتوافق في الأمور المادية، وغياب مشاركة الزوج في تحمل المسؤولية، وأنانية الزوج في قضاء مآربه وبخاصة حاجته الجنسية، تجسد من خلال خطابات الحالة. بلغت درجات ذلك 70 بالمائة. وبذلك فإن النسبة العامة للاتوافق قد قدرت ب87,50 بالمائة، توافقت نتائج الاختبار مع ما جاء في محتوى المقابلات.

جدول نتائج اختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي

الرقم	الفقرات	العدد	الأبعاد	ص. ت	النسب	ص. ج	النسب	خ. ت	النسب	لا أدري	النسب
01	(1- 16)	16	ميدان الطب النفسي عموما	13	81,25	00	00 %	01	6,25	02	12,5
02	(17 - 29)	13	الأدوية النفسية والعلاج الدوائي	11	84,61	00	00 %	00	00 %	02	15,38
03	(30 - 49)	20	الطبيب النفسي وشخصيته وكيفية التعامل معه	02	10%	09	45 %	04	20 %	05	25 %
04	(50 - 63)	14	معاني الاضطراب النفسي وتشخيصه وكيفية علاجه	12	85,71	02	14,28	00	00 %	00	00 %
05	(64 - 69)	06	كيفية التعامل مع المريض النفسي	01	16,66	03	50 %	02	33,33	00	00 %
06	(70 -	06	بعض الاضطرابا	04	66,66	01	16,16	00	00 %	01	16,16

	75)		ت النفسية المحددة								
07	76) – (81	06	العلاجات غير الدوائية	03	50%	01	16,16	00	00 %	02	33,33
المجموع		81		46	56,79	16	19,75	07	8,64	12	14,81

-تحليل النتائج على ضوء الجدول: كشفت نتائج الاختبار عن نظرة الحالة السلبية للطب النفسي والأدوية النفسية، حيث سجلت نتائج المقياس نسبة81,25 بالمائة في بعد الطب النفسي، ونسبة 84,61 بالمائة في بعد الأدوية النفسية، كما عرف الاعتقاد في تأثير القوى الغيبية على الصحة وعلى صحة العلاقة الجنسية ، قدرت نتائج الأولى المتعلقة ببعد الاضطراب النفسي وتشخيصه بنسبة 71,,85 بالمائة، وهي أعلى نسبة سجلها الاختبار، فيما ظهرت نسبة أسباب الاضطرابات الجنسية والنفسية والمدرجة في بعد بعض الاضطرابات النفسية كانت نتيجتها 66,66 بالمائة، توافقت نتائج الاختبار مع خطابات الحالة حول تصوراتها وتفسيراتها لأسباب اضطرابها، والتوجه العلاجي الذي عرف طعونا علاجية، قدرت الدرجات الكلية للاختبار ب56,79 بالمائة.
المسار العلاجي:عرف المسار العلاجي لدى الحالة طعونا علاجية، حيث خضعت لمختلف العلاجات (العلاج الطبي، العلاج النفسي،العلاج التقليدي بمختلف أنماطه) وسجل العلاج بالرقية حضورا قويا لدى الحالة، لاعتقادها في فاعليته وخلوه من طقوس السحر والشعوذة، وأنه–حسبها– يستجيب لحاجاتها ويتوافق مع مرجعيتها.

-العلاج الطبي: تلقت الحالة علاجا طبيا فيما تعلق باضطراب علاقتها الإنجابية بخاصة، والتي كشفت الفحوص عن خلوها من موانع عضوية تحول دون الإنجاب، وبالمقابل تلقى الزوج نفس الفحوص التي كشفت عن نفس النتائج. وعلى ضوء هذا المعطى الطبي كان توجه الحالة إلى العلاج الشعبي استجابة لوساوسها، وتوظيفا لحمولتها الثقافية وتصوراتها، وبناء على مؤشرات وأدوات مادية ورموز دالة، أوعزت نفس

التفسيرات لاضطراب علاقتها الجنسية التي اقتصرت فيها على العلاج الشعبي لاعتبارات ثقافية واجتماعية.

-**العلاج التقليدي:** سجل العلاج التقليدي حضورا قويا لدى الحالة حيث تلقت مختلف أنماطه بما فيه، زيارة مقامات الأولياء طلبا للذرية و المحبة الزوجية "الطيب" إلا أن التركيز كان أكثر على الرقية الشرعية في آخر محطاتها العلاجية، اعتقادا منها في فاعليتها وثقة منها في ممارسيها، وأنها ذات مرجعية دينية خالية من الطقوس السحرية مقارنة بالأنماط الأخرى، من خلال ما يروج لها وما عرفته من انتشار في السنوات الأخيرة.

-**العلاج النفسي:** تلقت الحالة علاجا طبيا ونفسيا لعلاج اضطراب وظيفتها الإنجابية بإحالة من طبيبها، على اعتبار أن أسبابه قد تكون نفسية، وبإحالة من المعالج" الراقي" بعد فشل مساعيه، دون أن تكشف عن اضطراب صحتها الجنسية، كانت نظرتها للمعالج النفسي سلبية كونه –حسب تقديرها– لا يملك كفاءة عالية، وأن جلساته اقتصرت على الاسترخاء وأسلوبه العلاجي كان روتينيا، تتكرر نفس الأسئلة، وتقوم بنفس التمارين والواجبات المنزلية. لذلك انقطعت عن متابعة العلاج النفسي، وكان تركيزها أكثر على العلاج الشعبي الذي عززته المؤشرات والرموز والأدوات الدالة، وإيحاءات المعالجين الشعبيين وتفسيراتهم، ونظرا لنسبية فاعلية هذه العلاجات تمت إحالتها من جديد إلى العلاج النفسي من قبل معالجها"الراقي". حضرت الحالة الجلسات بمقر المعالج الراقي رفقة والدها، تابعنا من خلالها مجريات الجلسة لملاحظة ما كان يظهر على الحالة من أعراض هستيرية، وردود أفعال انفعالية–بصفة نمطية– وتفسيرات المعالج لها، ومدى استجابات الحالة لإيحاءاته، وما كان يعتمده من أساليب وطقوس علاجية. بعدها أبدت الحالة استعدادها لمتابعة العلاج النفسي، عرفت من خلاله توافقا نفسيا وترميما للعلاقة الزوجية والأسرية، مع تصحيح ما أمكن من أفكارها وتصوراتها المشوهة عن المحيطين بها، وتصوراتها السلبية للعلاج النفسي الذي يتطلب وقتا طويلا وصبرا من طرفي العلاقة العلاجية، ومساندة من المحيطين بها، القائمين منهم على التكفل بعلاجها ضمانا لنتائج

ذات فاعلية، تتحرر من خلالها من معاناتها النفسية بخاصة، ويتحقق توافقها النفسي والاجتماعي بقدر يمكنها من ممارسة مختلف نشاطاتها الشخصية والأسرية والاجتماعية.

-**الطعون العلاجية:**عرف المسار العلاجي لدى الحالة طعونا علاجية تمثلت في تسوقها العلاجي، حيث تلقت مختلف أنواع العلاج، وبخاصة فيما تعلق باضطراب وظيفتها الانجابية. كما سجل العلاج التقليدي حضوره في علاج اضطراب صحة العلاقة الجنسية وسوء توافقها الزواجي. ترددت الحالة على مختلف المعالجين الشعبيين بما في ذلك التبرك بمقامات الأولياء، وكان التركيز في آخر محطاتها على العلاج بالرقية دون أن تكشف عن تفاصيل معاناتها وتاريخها المرضي لهؤلاء المعالجين وبخاصة ما تعلق بالحياة الجنسية.

-**التصورات لفاعلية العلاج:** كان تركيز الحالة على العلاج التقليدي، لاعتقادها في فاعليته وبخاصة الرقية الشرعية، باعتبار أنها خالية من طقوس السحر والشعوذة، وأن المعالج محل ثقة، وأن أسلوبه العلاجي لا يتعدى تلاوة القرآن والأدعية، وبعض الخلطات (أعشاب ممزوجة بعسل النحل) حسب ما جاء على لسان الحالة. كانت تظهر على الحالة بعض الأعراض الهستيرية التي اعتبرها المعالج أعراض مس شيطاني، وبعض حالات التقيؤ التي اعتبرها سحرا مأكولا. هذه التفسيرات عززت وساوس الحالة ومعتقداتها. فكانت تلك الأعراض تختفي بعد تلقي العلاج مما جعلها تسلم بفاعلية العلاج التقليدي، باعتباره من جنس التفسيرات، ويتوافق مع قناعاتها. الحالة ذات القابلية للإيحاء والتصديق بما يوحي به إليها المعالج، لذلك فإنها كانت تستجيب لإملاءاته وتعليماته، وتمارس طقوسه العلاجية. لكن سرعان ما تعود الأعراض بحدة كلما تهيأت الظروف والعوامل المفجرة –حسب ما ذكرت الحالة–، لأن المعالج في تلك الجلسات تعامل مع الأعراض التي فسرت على إثرها أسباب الاضطراب –من قبل الحالة ومعالجيها– تفسيرات غيبية، دون الكشف عن الأسباب الموضوعية التي ترجع لعوامل متداخلة، (ذاتية، ثقافية، أسرية..).بخلاف العلاج النفسي فإنه يتعامل مع المريض بكليته، ويبحث عن الأسباب الحقيقية للاضطراب، معتمدا في ذلك التقنيات العلاجية الملائمة للتشخيص والعلاج، أسست لها نظريات في مجال العلاج النفسي.

-**تصورات الإحباطات العلاجية:**إن فشل مساعي العلاجي أثر على الناحية النفسية للحالة وزاد من إحباطها، فارتفعت معه درجة القلق والتوتر، فهي إما أن تجد في البحث عن معالجين ذوي كفاءة عالية متى كانت درجة مقاومتها قوية، وإما تستسلم للواقع وتعيش حبيسة أوهامها ووساوسها، فتشل في ظل ذلك مختلف نشاطاتها وتوافقاتها، بل وقد تتطور تلك الأعراض وتتقوى تلك الوساوس، فينتج عنها اضطرابات نفسية أو عقلية تدخل الحالة في دائرة يصعب الخروج منها، في ظل تلك الوساوس التي تغذي تفسيراتها وتصوراتها غير الموضوعية، كل ذلك في غياب ثقافة العلاج الطب نفسي، والعلاج النفسي، وتأثير الحمولة الثقافية.

3-نتائج المقابلة: يتم خلالها التركيز على:

-**تشخيص الاضطراب:** تعاني الحالة من اضطراب في صحة علاقتها الجنسية، ومن اضطراب وظيفتها الانجابية (العقم)، كشفت نتائج التشخيص الطبي عن خلو الحالة من موانع طبية وأسباب عضوية، هذا المعطى الطبي قادها إلى التفسيرات الغيبية على ضوء غموض الأسباب ونتائج التشخيص حسب تقدير الحالة. فقد أشارت "فيروز" إلى أن المرضى يلجأون إلى العلاج التقليدي خاصة عند فشل الطب الحديث في علاج مرضهم (فيروز،2014،19).

-**التصورات لأسباب الاضطراب:** اعتبرت الحالة أن اضطراب صحة علاقتها الجنسية ناتج عن تأثير تلك الأفكار الوسواسية ممثلة في تأثير السحر على علاقتها الجنسية، والذي ظهرت بوادره في ليلة زفافها، وتطلب الأمر تدخل المعالج الراقي لحل المشكلة "فك الربط" في تصور المعالج. كما أرجعت الحالة اضطراب وظيفتها الإنجابية إلى نفس التفسيرات في ظل غموض نتائج الفحص الطبي حسب تصورها ، ومن خلال تحليلنا لخطابات الحالة أن التشخيص والكشف الطبي لم يكن دقيقا ومركزا ولم يتم من قبل مختصين، سواء ما تعلق منه بالحالة أوالزوج بخاصة، والذي يعد طرفا مهما في اضطراب الوظيفة الإنجابية، هذا الأخير الذي يعفي نفسه من مسؤولية ذلك من خلال ما أعرب عنه في مقابلتنا له. من جهة أخرى قد ترجع الأسباب لعوامل نفسية، بناء على ما سجل عن الحالة من أعراض الحمل الكاذب، أما عن اضطراب صحة العلاقة الجنسية

فأسبابها متداخلة وموضوعية، قد يكون العقم عاملا معززا لفتور الرغبة لدي المرأة، لما تتعرض له من تهميش وإهانات، وتهديد ونظرة دونية نتيجة عدم خصوبتها.

المؤشرات لبناء تفسيرات الاضطراب:بنت الحالة تصوراتها وتفسيراتها لاضطراب صحة علاقتها الجنسية بخاصة على ما عثرت عليه من رموز وأدوات سحرية، من إبر موخوزة في فراشها وملابسها، وما وجدته من أحجبة، وبناء على تفسيرات المعالجين، وملاحظتها لأخت الزوج وترددها على ممارسي طقوس الدجل والشعوذة، كما عززت تفسيراتها المعطيات الطبية التي أثبتت خلوها من موانع طبية تحول دون تحقق الإنجاب، ذلك ما زاد من حدة فتور رغبتها الجنسية، معتبرة أنه لا جدوى من ممارسة الجنس دون إنجاب.

-**تأثيرات الأفكار الوسواسية:** تبين من خلال خطابات الحالة تأثير تلك الأفكار الوسواسية على مناحي حياة الحالة منها:

-أ-**تأثيرات الأفكار الوسواسية على الحياة الانفعالية والعاطفية:** كان للأفكار الوسواسية أثرها على الحياة العاطفية والانفعالية للحالة، لما نتج عنها من قلق وتوتر ومخاوف، وشك وإحباط ويأس، وما كانت تشعر به من حرمان وتهميش، وفقد السند المعنوي والمساندة الزوجية "أنا قاع ما ريحتش".

-ب-**تأثيرات الأفكار الوسواسية على الحياة الجنسية:** إن ما كانت تجتره الحالة من أفكار وسواسية التي ساهمت في ظهورها ما وجدته من أدوات وتعزيزات المحيطين بها وإيحاءات المعالجين، كان له أثره على صحة علاقتها الجنسية، التي عرفت فتورا، ونفورا من بيت الزوجية(كي نخرج من هذا الدار نحس بروحي مريحة)، هذا الخطاب الذي يعبر عن الخروج من هذا الفضاء الذي تعتبره سبب معاناتها، ورسالة توحي إلى الرغبة في الاستقلال عن الأسرة الممتدة، ومما جاء في خطاباتها أيضا ما كانت تجتره من أفكار وسواسية مشحونة بالمخاوف (قاع هذا الشي ويصرالي كيما أختي طلقت بنفس السبة)،(شابغاو عندي كل مرة ونصيب حاجة في كسوتي)،(بسيف نأمن وشفت بعيني)،اتضح من خلال ذلك اسقاط الحالة ومخاوفها على مستقبل العلاقة وتعزيز اعتقادها وتفسيراتها. كما أثر اضطراب الوظيفة الإنجابية على فتور رغبتها الجنسية،

واعتبرت الممارسة الجنسية لا معنى لها دون ذرية تحافظ من خلالها على مكانتها في الأسرة والمجتمع. هذا المعطى زاد من هواجسها ووساوسها وشكوكها (دارولي بهش ما نولدش)، فخطابها هذا يترجم قناعتها وحمولتها الثقافية في تفسير أسباب عقمها واضطراب علاقتها الجنسية لأن الانجاب نتيجة التفاعل الجنسي.

-ج-**تأثيرات الأفكار الوسواسية في التوجه العلاجي:** كان التوجه العلاجي للحالة استجابة لأفكارها الوسواسية، ومن جنس تصوراتها وتفسيراتها لأسباب اضطراب علاقتها الجنسية ووظيفتها الإنجابية، اعتبرت نتائج ما كشفت عنه الفحوص الطبية غامضة بالنسبة لها، فيما سجل العلاج النفسي فشله في هذا المسعي-حسب الحالة-، تلك المعطيات ساهمت في التوجه نحو العلاج الشعبي، وإن كان قد سجل لدى الحالة اعتقادها فيه،" فعدم فاعلية العلاج الطبي يصبح يشكل تهديدا ضد تصورات المريض للعلاج يستدعي مراعاة وظيفة الثقافة التي يتمسك بقيمها، وكمرحلة أخرى يلجأ إلى البحث عن علاج فعال."(قويدر، 24،2011) وبذلك عرف العلاج الشعبي باختلاف أنماطه إقبالا وحضورا قويا من الحالة وبخاصة ما تعلق منه بالرقية الشرعية، اعتقادا منها في فاعليتها وإن كانت نسبية.

-د-**تأثيرات الأفكار الوسواسية على التوافق الزواجي:** تبين من خلال تحليلنا لمحتوى المقابلات أن العلاقة الزوجية عرفت خللا واضطرابا نتيجة ما تحمله الحالة من أفكار وسواسية عن أسباب اضطرابها، حيث أرجعت الحالة هذا الخلل في العلاقة إلى ما تعرفه الحياة الزوجية من خلاف نتيجة عوامل متداخلة سبقت الإشارة إليها. غفلت الحالة عن تفسير أسبابها تفسيرا موضوعيا، وطلب المساعدة من المختصين لحل مشكلاتها، متمسكة في ذلك بما أنتجته ثقافة المجتمع من تفسيرات غيبية. فغاب في ظل هذه الأجواء الحوار ومعاني المودة، وفقدان الثقة، وانسحاب الزوج من هذا الجو المشحون بالصراعات والخلافات اليومية.

-هـ-**تأثيرات الأفكار على العلاقات الاجتماعية والأسرية:**عرفت الحالة بعلاقتها المحدودة قبل زواجها وذلك تبعا لطبيعة تنشئتها الاجتماعية، فهي تعيش عزلة شعورية من قبل أفراد عائلة الزوج، لما عرفته من تهميش وإهانات وعدم التقدير، نتيجة عقمها وما تحمله من

شكوك في من تعتبرها سبب معاناتها من جهة، ومن تعتبرها منافسة لها في كسب مودة زوجها من جهة أخرى. وإن ما توفر لدى الحالة من معطيات ومؤشرات، ومن معتقدات خرافية وإيحاءات، ملكت من خلالها الحالة المخاوف من أطراف أخرى ذوي العلاقة بمن تعتبرهم خصوما لها. ذلك ما أدى إلى شلل علاقتها الاجتماعية ونشاطاتها الشخصية، فأصبحت تخلد للنوم هروبا من الواقع، كما أنها في صراع مع ذاتها حبيسة وساوسها وشكوكها ومخاوفها، تجسدت تعبيراتها عن معاناتها فيما كان يظهر عليها من أعراض هستيرية التي أصبحت جزءا من حياتها.

-**المسار العلاجي:** إن معاناة الحالة وما خلفته الاضطرابات من آثار انعكست على مختلف توافقاتها وما نتج عنها من مخاوف دفع بها إلى التوجه نحو العلاج الذي تعتقد في فاعليته، والذي يتوافق وتفسيراتها لأسباب الاضطراب، وتستجيب من خلاله لوساوسها. لذلك عرف العلاج الشعبي اهتماما كبيرا وسجل طعونا علاجية.

-**العلاج الطبي:** اقتصرت الحالة في هذا النوع من العلاج على ما تعلق باضطراب وظيفتها الإنجابية التي كان التشخيص لأسبابها غامضا بالنسبة لها، هذا المعطى عزز تفسيراتها غير الموضوعية لأسبابه، واعتبرت علاج اضطراب صحة علاقتها الجنسية والكشف عنه للطبيب محظورا، لاعتبارات ثقافية واجتماعية، فقد كشفت نتائج دراسة عكاشة (1998) عن الدور الذي تلعبه العوامل الثقافية والنفسية والاجتماعية في ظهور الوسواس القهري، كما أن تلك العوامل تؤثر في استجابة المرضى للعلاج، وأن غالبية المرضى غير متبصرين بحالتهم المرضية (السيد،2009،143).

-**العلاج الشعبي:**عرف العلاج الشعبي إقبالا من الحالة باعتبار أسباب اضطراب علاقتها الجنسية ترجع لتأثيرات غيبية، وما كشفت عنه الفحوص الطبية التي اعتبرت نتائجها غامضة، وبناء على ما توفر لدى الحالة من معطيات ومؤشرات وإيحاءات، وما اكتسبته من المحيط من معتقدات وتصورات للمرض والعلاج، فإن إقبالها على العلاج الشعبي كان هو الأقوى رغم ما عرفت خلاله من انتكاسات، ذلك "كون الوعي الجماعي الذي يجب أن يكون موضوع اهتمامنا، باعتباره الكلية التي تشجع هذا الشكل من المعتقدات المشتركة التي تملكها الجماعة"(Vidal,2006،14). عرف هذا التأثير فيما سجل عن

الحالة من تناقض من خلال خطاباتها، فهي من جهة تذكر أنها لا تعتقد في تأثير القوى الخفية والسحر على صحة الإنسان، ومن جهة أخرى تتردد على محلات المعالجين الشعبيين استجابة لما تملكه الجماعة من معتقدات.

-**العلاج النفسي:** تلقت الحالة علاجا نفسيا للكشف عن معاناتها والتخفيف من توترها وقلقها، الناتج عن اضطراب وظيفتها الإنجابية دون الإفصاح للمعالج عن اضطراب علاقتها الجنسية، كان ذلك بإحالة من طبيبها، غير أن تصوراتها للمعالج النفسي كانت سلبية، طعنا منها في نقص كفاءته. وعبرت عن قناعتها في العلاج الشعبي، كونه يتوافق مع تفسيراتها لأسباب الاضطراب، بناء على المعطى الطبي وفشل مسعى العلاج النفسي، وما توفر لدى الحالة من معطيات وأدوات، إلا أن الحالة جددت إقبالها على العلاج النفسي بإحالة من المعالج(الراقي) الذي عرفته في آخر محطاتها. تم استقبالنا للحالة بمقر المعالج الشعبي(الراقي)، حيث أبدت استعدادها لمتابعة الجلسات، وتقديم ما أمكن من مساعدة تخفيفا من معاناتها.

-**فاعلية العلاج:** ذكرت الحالة عدم فاعلية العلاج الطبي والنفسي، وكانت نظرتها للمعالج النفسي سلبية، واعتبرت ما كشفت عنه نتائج الفحوص الطبية غامضة. في حين عرف العلاج الشعبي الذي تلقته الحالة فاعلية نسبية في علاج الأعراض، نظرا لما تتمتع به الحالة من قابلية للإيحاء والاستجابة لإملاءات المعالجين، لكن سرعان ما كانت الأعراض تعود للظهور متى توفرت العوامل المفجرة.عبرت الحالة عن قناعتها بالعلاج الشعبي وتمسكها بتفسيراتها لمسببات الاضطراب التي استجابت من خلالها لما تحمله من أفكار وسواسية ومعتقدات خرافية في تأثير السحر والقوى الخفية، تجسدت الازدواجية في خطاباتها تجاه تصوراتها للعلاج.

-**احباطات العلاج والطعون العلاجية:** تبين من خلال خطابات الحالة أن درجة القلق لدى الحالة ترتفع كلما فشل أي مسعى علاجي، مما جعلها تفقد الأمل في علاج اضطراب وظيفتها الانجابية التي أولتها أهمية، واعتبرتها من أولى الأولويات لارتباطها بمستقبل الحياة الزوجية التي أصبحت مهددة، فزادت من حدة فتور رغبتها الجنسية وارتفاع درجة أفكارها الوسواسية، وشدة قلقها وتوترها، فاضطرب نومها وقلت شهيتها،

وعرفت تراجعا في وزنها، وأصبحت متمركزة حول ذاتها، شغلها الشاغل انتظار الحمل الذي تستشعر أعراضه من خلال ما يمتلكها من توهمات، وأحلام اليقظة، وكأن الجنين يتحرك في بطنها، وأن حجم الجنين يزداد من خلال الشعور بانتفاخ بطنها، كما تعرف الحالة اضطرابا في دورتها الشهرية، التي تعتبر انقطاعها عرضا من أعراض الحمل ، مما يدفعها إلى زيارة الأطباء للكشف والفحص، والتي كانت نتائجها تعكس تصوراتها، وبذلك فإن إحباطاتها كانت تتجدد مع كل مساعيها العلاجية، ومع موعد دورتها الشهرية التي لا تعرف انتظاما ، هذا بغض النظر عما ترتب عن فتور في رغبتها الجنسية، واللاتوافق في علاقتها الزوجية، وما تتعرض له من تهميش وإهانة، كان لكل ذلك تأثيره البالغ على مناحي حياتها ومختلف توافقاتها.

-**الربط بين نتائج الاختبارات وتحليل المحتوى:** كشفت نتائج اختبار اضطرابات الشخصية عن ارتفاع درجات أعراض الشخصية الهستيرية، والتي قدرت ب87,50 بالمائة، ظهرت هذه الأعراض أثناء الجلسات العلاجية، استخدمت الحالة من خلالها الجسدنة في التعبير عن صراعاتها ومعاناتها. كما كشفت نتائج الاختبار عن ارتفاع درجات الشخصية التجنبية، والتي توافقت في درجاتها مع الشخصية الاكتئابية، والسلبية العدوانية، والشخصية شبه الهذائية بنفس الدرجات، التي قدرت ب85,71 بالمائة. كما ظهرت على الحالة أعراض لشخصيات أخرى تفاوتت درجاتها، وقد قدرت النسبة العامة للاختبار ب69,69 بالمائة، توافقت العديد من السمات لمختلف الشخصيات مع ما كان يظهر على الحالة من أعراض، وما لمسناه من خطاباتها كالميل للعزلة، والشعور بالذنب وبالتهميش، ومن محدودية علاقتها الاجتماعية، وما يملكها من شكوك وغيرها من الأعراض التي تشترك فيها عدة شخصيات. كما كشفت نتائج اختبار التوافق الزواجي عن اللاتوافق في العلاقة الزوجية في مختلف أبعاده، التي عرفت ارتفاعا محسوسا تقاربت درجاته، وبلغت نسبته العامة 87,50 بالمائة، والتي تجسدت من خلال محتوى المقابلات التي تبين من خلالها أن مستقبل العلاقة الزوجية يتجه نحو الانفصال، لما تعرفه هذه الأخيرة من فتور في رغبتها الجنسية، واضطراب في وظيفتها الإنجابية، واللاتوافق في مختلف جوانب حياتها. كما كشفت نتائج اختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي عن

تصورات الحالة السلبية للطب النفسي والعلاج بالأدوية النفسية، والاعتقاد في تأثير السحر، والاعتقاد في العلاج الشعبي، بلغت الدرجات الكلية للاختبار نسبة 56,79 بالمائة. اتضح من خلال أبعاد الاختبار، ما تحمله الحالة من تصورات وتفسيرات لأسباب اضطرابها وعن توجهها العلاجي، الذي عرف فيه العلاج الشعبي حضورا قويا رغم نسبية فاعليته. كما كشف مقياس "بيل براون" عن ارتفاع درجات الأفكار الوسواسية، والذي قدرت نسبته ب65 بالمائة، والتي كان لها تأثير على حياة الحالة، لما كانت تجتره من أفكار في تفسير مسببات اضطرابها، بناء على ما توفر لديها من مؤشرات. توافقت الدرجات الكلية للمقياس مع نسبة أعراض الشخصية الوسواسية التي قدرت ب50 بالمائة.

خلاصة: تبين من خلال الدراسة أن الحالة تعاني من اضطراب في علاقتها الزوجية ووظيفتها الإنجابية نتيجة عوامل متداخلة ذات أسباب موضوعية. استجابت الحالة لما تحمله من تصورات وأفكار وسواسية، عززتها ما عثرت عليه من رموز سحرية، ومعطيات وإيحاءات المعالجين، متغافلة عن الأسباب الموضوعية التي كانت عاملا مهما في اضطراباتها، التي امتد تأثيرها على مختلف جوانب حياتها وتوافقها النفس اجتماعي. وقد توافقت نتائج الاختبارات مع ما اتضح من خلال خطابات الحالة، مما يشير إلى أن الحالة تزداد سوء، والعلاقة الزوجية قد تنتهي بالانفصال، اللهم إن استدركت الحالة الوضع، واتجهت نحو العلاج الرسمي حسب ما تتطلبه حالتها الصحية والنفسية، ذلك في ظل فشل جميع مساعيها نحو العلاج الشعبي، الذي عزز تصورات ومعتقدات الحالة، وجعلها تجتر تلك الأفكار الوسوسية التي تغذيها ثقافة المحيط. قد يكون هذا التمسك بالعلاج الشعبي آلية دفاعية بغرض الاحتماء بالمرض، تجسد من خلال ما كان يظهر على الحالة من أعراض هستيرية للفت الانتباه، فقد جاء في حد تعبيرها " نديرلو هكذا بهش يديها في ويداويني".

-1-4-دراسة الحالة الرابعة:

-البيانات الأولية عن الحالة:

الاسم واللقب: ب.ل الجنس:أنثى السن:37 سنة

المستوى الدراسي: دون مستوى الوظيفة:لا شيء

الحالة المدنية: متزوجة المستوى الاقتصادي: دون المتوسط

عدد الإخوة والأخوات:2ذ+2إ رتبة الحالة بين الإخوة والأخوات:3

السيميائية العامة للحالة:

الهيئة العامة:

الشكل المورفولوجي: قامة معتدلة، مشية متثاقلة، تظهر عرجاء الرجل اليمنى، سمراء البشرة.

الهندام: لباس تقليدي نظيف

ملامح الوجه: تظهر عليها ملامح اليأس والبؤس والإرهاق

الاتصال: تم الاتصال بالحالة بمقر المعالج الشعبي.

اللغة:بسيطة، واضحة، عامية

1-تقديم الحالة الرابعة: قابلنا السيدة "ب. ل"، أنثى، تبلغ من العمر 37 سنة، متزوجة، بدون أبناء، مدة الزواج سنتان، لم تلتحق بالمدرسة، كون الأسرة لا تدرس البنات، تقيم مع عائلة الزوج، ماكثة في البيت، والدها متقاعد والأم متوفاة، مهنة الزوج بناء، لكنه غالبا ما يكون عاطلا عن العمل، تم الزواج عن تراض.

تم استقبال الحالة بمحل المعالج(الراقي) بعد موعد سابق بغرض دراسة بحثية، تتابع الحالة علاجا على يديه. تابعنا مجريات الجلسة التي أجراها معها باتفاق الطرفين،

لملاحظة ما يظهر على الحالة من سلوكات وانفعالات وبعض الأعراض، والتي سجلنا منها: ما كان يظهر على الحالة من أعراض هستيرية(بكاء الحالة، تشنج الأطراف وارتجاف اليدين، والصراخ كلما علا صوت المعالج بالتلاوة، وتهديد الجني المتلبس بالحالة –حسب تفسيره– بالخروج من جسدها، وصل الأمر بالحالة إلى حد الغشية والسقوط على الأرض، معتمدا في ذلك نضح الماء على وجهها والإيحاء لها باليقظة بعد طرد الجني من جسدها –حسبه– كما جاء على لسان الحالة.

من خلال مجريات المقابلات وبعد جمع ما أمكن من البيانات، وتركيزا منا على الجوانب ذات العلاقة بالتاريخ المرضي للحالة، وماله صلة بموضوع الدراسة من محاور، كان مما أعربت عنه الحالة أنه في ليلة زفافها عرف الزوج عجزا جنسيا ، استدعى إحضار الراقي قصد فك السحر "الرباط"، و هو ما يعرف ب "حبس العريس" عن زوجه ، و لما أحس بالتحسن ظهر أن زوجته "مربوطة " كما يصطلح عليه "بالتصفيح" أو بتشنج المهبل، الناتج عما يعتري العروس في تلك الليلة من قلق وخوف في تسليم نفسها، ورمز عفتها وشرفها مطية لشخص قد تكون أجبرت على الزواج به من قبل ولي أمرها، باعتبار ذلك" أنه خوف غامض من الزوج ومن الإشباع الجنسي، ومن كل ما يرتبط بهما، فتزداد مقاومتها اللاشعورية في تسليم نفسها لزوجها لفض بكارتها، وقد تعاني من البرود الجنسي والاضطراب النفسي بعد ذلك"(كمال،2005،133). ونظرا لما يتمتع به أفراد المجتمع من تصورات وتفسيرات لهذة الظواهر استجابت الحالة هي الأخرى لنفس العلاج، عرف الشريكان خلاله حلا لمشكلتهما واستكمالا لما يمليه المحيط من طقوس وعادات وتقاليد في مراسم الزواج، يظهر من خلالها الزوج فحولته والزوجة عفتها وشرفها ومنبتها الأصيل.

تذكر الحالة أن الفتور في رغبتها الجنسية بقي ملازما لها، وأنها تشعر بالبرودة الجنسية، والنفور من الممارسة الجنسية وبخاصة عند اقتراب الزوج منها، في حين تميل نفسها وتتحرك شهوتها متى كان بعيدا عنها، اعتقادا منها في تأثير السحر على علاقتها الجنسية الزوجية، و أنها كانت تتوقع برودها قبل ليلة الزفاف، وذلك بناء على ما وجدت في جهازها "ملابس العرس" من آثار سحر مرشوش وتميمة "حجاب " وإبر موخوزة في

ملابسها وفراشها، كما أنها افتقدت الحزام و لباسا داخليا،على حد تعبيرها. هذا ما عزز اعتقادها و زاد من قلقها وتوترها وأثار في نفسها الشكوك والمخاوف والوساوس، وعلى إثر ما توفر لديها من تلك المعطيات والمؤشرات بنت تفسيراتها لأسباب اضطراب علاقتها الجنسية التي عرفت فتورا من أول ليلة زفافها.

اتجهت شكوك الحالة إلى "الخياطة" أنها من وراء ذلك، ملكتها المخاوف من أن يلحقها مكروه يهدد علاقتها الزوجية كما حدث لأختها المطلقة التي أرجعته لنفس التفسيرات . كما أخبرتها عائلة الزوج بأن الغرفة التي تسكنها كان يجهز فيها الموتى للدفن، مما أثار لدى الحالة الخوف و الشعور بالضيق و النفور من البيت، و سماع بعض الأصوات والحركات داخل البيت ليلا، و كأن شيئا يلامسها ويقتفي أثرها، معتقدة أن أرواح الموتى ترجع إلى الغرفة، وأن الغرفة مأوى الجن "الدار معمورة". ذلك ما جعلها تخاف الجلوس في الغرفة منفردة وبخاصة ليلا، اعتقادا منها أن الجنة تنتشر في الظلام، ومن جراء ذلك تحس بالارتجاف وتشنج اليدين والشعور بألم في الساقين الذي اعتبرته من تأثير الجن"المومنين".

ولما تطورت الأعراض وعرفت حالتها الصحية والنفسية تأزما ونفذت مقاومتها، تدخلت عائلة الحالة بالإسراع لعلاجها على يد معالجين شعبيين، لاعتقادهم في بركة علاجهم وقدرة تحكمهم في مسببات المرض، كان ذلك التفسير وفق ما أنتجته ثقافة المجتمع من تصورات وتفسيرات للمرض وأساليب علاجه، التي غالبا ما تكون من جنس هذه التفسيرات.

ترددت الحالة على المعالجين الشعبيين "طلبة" و "رقاة" وزيارة مقامات الأولياء طلبا للشفاء والإنجاب، لكن حالتها ازدادت تدهورا رغم ما تلقته من علاجات كون الأعراض تختفي لكن سرعان ما تظهر من جديد. مما أفقدها الوزن و أدى إلى اضطراب نومها وضعف شهيتها، وفتور رغبتها الجنسية، بل وهجر فراش الزوج والتخلي عن بيت الزوجية إلى بيت الأبوة مصممة عدم الرجوع، إلا بعد حصول الشفاء أو تغيير السكن الذي تقيم فيه.

تشكو الحالة من اضطراب دورتها الشهرية، مما دفع بها إلى إجراء فحوص وتحاليل طبية أثبتت خلوها من أي مانع طبي يحول دون إنجابها، وأن تأخر حملها قد يكون لأسباب طبية تتطلب مزيدا من الفحوصات الموسعة. كما عرفت تأخرا في الزواج رغم تردد الخطاب عليها، ولم يتحقق لها الغرض إلا بعد تلقي العلاج التقليدي "الرقية"، و قد أرجع المعالج ذلك إلى تأثير السحر "سحر تعطيل الزواج". وخلال الجلسات تم إجراء الاختبارات المعتمدة في الدراسة كأدوات تشخصية تكشفت عن نتائجها الجداول التي عرضت أدناه.

-2-تحليل محتوى المقابلات:

-**الملاحظة الإكلينيكية:** تبدو الحالة متثاقلة في مشيتها ، تظهر عرجاء، تسحب رجلها اليمنى، ترتدي لباسا تقليديا غير متناسق، عليها ملامح الحزن والبؤس والإرهاق وكأنها بحاجة إلى الراحة، واتضح ذلك من خلال جلوسها وتثاؤبها بين الحين والآخر، كانت تجيب بتحفظ وباختصار، تعبر بدموعها ، ظهرت عليها بعض التشنجات في اليدين، وألم على مستوى الرجل اليمنى، تستجيب للإيحاءات.

-الفحص العيادي وتحليل المعطيات:

-**تاريخ الاضطراب:**عرفت الحالة عجزا في الأداء الجنسي في الليلة الأولى من زفافها، كما عرف الزوج هو الآخر ذلك، مما استدعى تدخل المعالج التقليدي(الطالب) باعتبار فشل الزوجين ناتج عن تأثير السحر "الربط" ، استمر هذا الشعور مع الحالة ، أرجعت أسبابه لتفسيرات غيبية (غير موضوعية)، كما عرفت تأخرا في الإنجاب.

-**هيئة الحالة وهندامها:**كانت الحالة ترتدي لباسا تقليديا نظيفا لكنه غير متناسق.

-**سمات الحالة:** تظهر على الحالة ملامح البؤس واليأس والتعب، تمشي عرجاء(الرجل اليمنى) كما تبدو خجولة كتومة، يغلب عليها الصمت والاختصار والتحفظ في الإجابة عن أسئلتنا ذات العلاقة بالاضطراب، ظهر على الحالة في جلستها العلاجية مع الراقي بعض الأعراض الهستيرية، من بكاء وصراخ كلما ارتفع صوت الراقي بالتلاوة، صاحبت

ذلك تشنجات وتصلب في اليدين، وألم في الساق اليمنى، توصلت الحالة إلى حد الغشية، هدد المعالج (الراقي) الجني الموكل بالسحر –حسبه– بالخروج من بدنها والانصراف إلى قبيلته. تلك الأعراض نفسها تكررت مع الحالة في مختلف جلساتها حتي النفسية منها، استثمرت الجسدنة في التعبير عن صراعاتها ومعاناتها.

–**اللغة والاتصال**:كان الاتصال بالحالة بمقر المعالج الشعبي(الراقي) وبإحالة منه، فهي تتابع العلاج على يديه.

–**النشاط الحركي**: مشية الحالة متثاقلة تبدو عرجاء(شلل الرجل اليمنى).

–**النشاط العقلي**: تبدو الحالة ساهية واهية، قليلة التركيز، تدخل في حالة الغشية(الصرع الهستيري)، ذات القابلية للإيحاء والاستجابة لتعليمات المعالج.

–**محتوى التفكير**: يغلب على الحالة التفكير الخرافي (السحري)، تعتقد في تأثير السحر والقوى الغيبية ، تستحوذ على الحالة الأفكار الوسواسية والشكوك والأوهام والهلاوس السمعية بخاصة.

–**المزاج والعاطفة**:الحالة ذات القابلية للإيحاء، والتأثير بالأحداث المحيطة بها، التصديق بالأساطير الخرافية، تستجيب لإملاءات المعالجين، عاطفة حساسة، دموعها على خديها، سريعة التأثر بالأحداث المؤلمة، تستثمر الجسدنة في التعبير عن صراعاتها.

–**الحالة الصحية**: لم تشكو الحالة من أي مرض عضوي عدا ما تعلق باضطراب صحتها الجنسية، واضطراب وظيفتها الإنجابية.

–**التاريخ النفسي والاجتماعي**: خلف اضطراب صحة العلاقة الجنسية آثارا نفسية واجتماعية تعززت مع تأخر الحمل لدى الحالة، والذي أصبح يشكل تهديدا لها من قبل الزوج وعائلته. كانت أول صدمة للحالة في تاريخها الزواجي فيما عرفته من فشل في ليلة زفافها، والتي شعرت بعدها بفتور رغبتها الجنسية، أرجعت أسبابها إلى تفسيرات غير موضوعية بناء على ما توفر لديها من مؤشرات مادية، زادت معاناة الحالة من جراء تأخر حملها في ظل غموض نتائج التشخيص الطبي في الكشف عن الأسباب، هذا المعطى

عزز تفسيرات الحالة وشكوكها وجعلها تعيش أسيرة أفكارها الوسواسية، مما أثر على معاشها النفسي وتوافقها الاجتماعي.

-**علاقات الحالة (داخل البيت ومع الأقارب)**:عرفت علاقة الحالة بعائلتها توافقا، إلا أنها تسقط ما وقع لأختها من فشل في علاقتها الزوجية نتيجة تأثير السحر على علاقتها الزوجية-حسب تفسيراتها-ذلك ما أثار مخاوف الحالة على مستقبل حياتها الزوجية لتلقى نفس المصير، لما لمسته من معاملة أهل الزوج لها في ظل غياب أعراض الحمل بعد مضي سنة من زواجها، وبناء على ما وجدت من أدوات ورموز مما يفعله السحرة مع ضحاياهم.

-**علاقات الحالة خارج البيت**:علاقة الحالة جد محدودة، ومع ذلك فإنها ترجع أسباب فشل أدائها الجنسي في ليلة الزفاف إلى "الخياطة" بناء على ما وجدته من أثار سحرية (حروز، إبر موخوزة في جهاز عرسها، عدم وجود الحزام)، تعتقد أن آثار ذلك امتد إلى ما تشكوه من فتور في رغبتها الجنسية وتأخر إنجابها.

-**المعاش النفسي للحالة:** تعيش الحالة في قلق وتوتر، تملكها الوساوس والشكوك والمخاوف خشية أن يكون مصيرها كأختها التي طلقت لنفس الظروف والملابسات، نتيجة ما تعرضت له من تأثير السحر على علاقتها الجنسية والإنجابية -كما جاء على لسانها- وان ما كان يظهر على الحالة من أعراض هستيرية، عزز تفسيراتها ومعتقداتها في تأثير القوى الغيبية على صحة علاقتها الجنسية واضطراب وظيفتها الإنجابية، وأنه سبب معاناتها النفسية.

-**تصورات الحالة للاضطراب وتفسير أسبابه:** أرجعت الحالة أسباب اضطراب علاقتها الجنسية- التي ظهرت بوادرها مع ليلة زفافها- وبناء على ما عثرت عليه من أدوات ورموز سحرية في جهاز عرسها إلى تفسيرات غيبية، شكا منها في "الخياطة" وامتد – حسبها – هذا التأثير على صحتها الإنجابية. فالحالة توظف ما ترسب لديها ومنذ طفولتها من معتقدات حول تأثير السحر ومس الجني، كما كان لتصور عائلة الزوج في كون الغرفة التي تسكنها، كان يغسل فيها الموتى ويجهزون للدفن، وما يترتب عن ذلك من

أساطير خرافية أبلغت بها الحالة، كان له تأثيره على الناحية المعرفية وإدراك الحالة، تجسد في ظهور الهلاوس والأوهام والمخاوف لدى الحالة.

-**التشخيص بناء على المقابلات ونتايج الاختبارات:** كشفت نتائج اختبار تشخيص اضطرابات الشخصية عن ارتفاع درجات أعراض الشخصية الهستيرية، والتي بلغت نسبتها 87,50 بالمائة، فيما ظهرت على الحالة سمات الشخصية الوسواسية القهرية، والتي بلغت نسبتها 75 بالمائة، تقاربت مع نتائج الأفكار الوسواسية التي كشفت عنها نتائج اختبار الوسواس القهري ل"بيل براون "، الذي بلغت درجاته الاجمالية 50 بالمائة. كما ظهرت على الحالة سمات الشخصية الاكتئابية والشخصية التجنبية، والتي عرفت نفس النسبة المقدرة ب71,42 بالمائة، هذه السمات للشخصيتين قد تكون نتيجة الواقع المعاش للحالة، وما يترتب عن الأفكار الوسواسية من تأثير على المعاش النفسي والتوافق الاجتماعي للحالة، تجسد ذلك في خطاباتها. كما ظهرت على الحالة أعراض لشخصيات أخرى تفاوتت درجاتها.

تحليل نتائج الاختبارات من خلال الجداول:

جدول نتائج اختبار تشخيص اضطرابات الشخصية

الرقم	اضطرابات الشخصية	عدد البنود	عتبة الباثولوجية	الاستجابات(نعم)	نعم	النسب	الاستجابات(لا)	لا	النسب
01	شبه الهذائية	7	4 بنود	96-62	2	28,57	11-24-37-50-85	5	71,42
02	الفصامية النموذجية	9	5 بنود	72-60-86	3	33,33	10-23-36-48-61-74	6	66,66
03	شبه الفصامية	7	4 بنود	9-22-34-95	4	57,14	47-71	2	28,57
04	الهستيرية	8	5 بنود	4-17-30-43-67	7	87,5	55	1	12,50

					90-80			
05	البينية	9	5 بنود أو البند 2+98	6	6-19-58-69-78-93	66,66	3	33,33
06	النرجيسية	9	5 بنود	4	5-44-57-79	44,44	5	55,55
07	المضادة للمجتمع	8	3 من البند 3+99 بنود	1	46	12,50	7	87,50
08	الوسواسية القهرية	8	4 بنود	6	3-16-29-41-66-89	75%	2	25%
09	التجنبية	7	4 بنود	5	1-13-26-39-87	71,42	2	28,57
10	التابعة	8	5 بنود	2	53-65	25%	6	75%
11	الاكتئابية	7	5 بنود	5	14-52-70-84-97	71,42	2	58,57
12	السلبية العدوانية	7	4 بنود	2	21-35	58,57	5	71,42
س.ت	الصورة الجميلة	4	2 بندان	3	12-25-38	75%	1	25%
	استبيان التشكيك	2	1 بند	0		00%	2	100%
	المجموع الكلى	99	25 أو 28 بندا	50		50,50	49	49,49

-**تحليل النتائج على ضوء الجدول:** كشفت نتائج اختبار الشخصية عن ارتفاع درجات سمات الشخصية الهستيرية والتي قدرت ب 87,50 بالمائة، توافقت هذه النتيجة مع ما كان يظهر على الحالة من أعراض هستيرية أثناء الجلسات العلاجية. كما كشفت نتائج المقياس عن وجود سمات الشخصية الوسواسية، والتي قدرت ب75 بالمائة، وكانت هذه النتيجة مقاربة لما كشفت عنه نتائج مقياس الوسواس القهري ل"بيل براون" الذي سجل ارتفاعا محسوسا في درجات الأفكار الوسواسية، والتي قدرت ب70 بالمائة، في حين عرفت الأفعال القهرية انخفاضا في درجاتها، والتي قدرت ب30 بالمائة. كما كشفت النتائج عن وجود سمات الشخصية الاكتئابية والشخصية التجنبية، والتي عرفت نفس الدرجات قدرت ب71,42 بالمائة، والتي يعود ظهورها للواقع المعاش للحالة نتيجة تأثير الأفكار الوسواسية على جوانب شخصيتها، قدرت النسبة العامة لاختبار الشخصية ب50,50 بالمائة، تقاربت مع نتائج "بيل براون" للوسواس القهري التي قدرت ب50 بالمائة.

جدول نتائج مقياس الوسواس القهري ل" بيل براون".

	البنود	الدرجات
1	مقدار الوقت الذي تستغرقه الأفكار الوسواسية	2
2	مقدار التعارض الذي تحدثه الأفكار الوسواسية مع نشطاتك الاجتماعية والعلمية	4
3	مقدار التوتر والقلق المصاحب للأفكار الوسواسية	3
4	مقدار الجهد المبذول في مقاومة الأفكار الوسواسية(بغض النظر عن نجاحك في المقاومة)	2
5	مقدار سيطرتك على الأفكار الوسواسية	3
المجموع		14
1	مقدار الوقت الذي تمضيه في القيام بالأفعال القهرية	1
2	مقدار التعارض الذي تحدثه الأفعال القهرية في نشاكاتك الاجتماعية والعلمية	1
3	مقدار التوتر والقلق الناتج في حال الامتناع عن القيام بالأفعال القهرية	2
4	مقدار الجهد المبذول في مقاومة الأفعال القهرية(بغض النظر عن مدى نجاحك في المقاومة)	1

5	مقدار سيطرتك على الأفعال القهرية	1
المجموع		6
المجموع الكلى		20 50%

التقييم:

معدل نتائج المقياس	شدة الاضطراب
16-23	متوسط

-**تحليل النتائج على ضوء الجدول:**كشفت نتائج المقياس عن ارتفاع درجات الأفكار الوسواسية والتي كان لها تأثيرها على جوانب حياة الحالة وشخصيتها، حيث عرف تأثير الأفكار الوسواسية نسبة مرتفعة قدرت ب 70 بالمائة، والتي تقاربت مع ما ظهر على الحالة من سمات الشخصية الوسواسية، التي كشفت عنها نتائج اختبار تشخيص اضطرابات الشخصية، فيما سجل انخفاض في درجات الأفعال القهرية لمقياس "بيل براون"، والتي قدرت درجاتها ب30 بالمائة، كانت النسبة العامة لنتائج المقياس متوسطة قدرت ب 50 بالمائة .

جدول نتائج اختبار التوافق الزواجي

الأبعاد	الفقرات	الاستجابات(اللاتوافق)	نعم	النسب	الاستجابات(التوافق)	لا	النسب
التوافق العاطفي	(1-9-17- 25-33-41- 49-57-65- 73)	1-9-17-25-33- 41-49-57-65- 73	10	100%		0	00%
الاحترام المتبادل	(2-10-18- 26-34-42- 50-58-66- 74)	58-66	2	20%	2-18-26-34- 42-50-74	7	70%
التفاهم	(3-11-19-	11-19-27-51- 59-67-75	7	70%	3-35	2	20%

المتبادل	27-35-43-51-59-67-75)						
الاتفاق في الأمور المادية	(4-12-20-28-36-44-52-60-68-76)	4-36-44-52	4	40%	12-20-28-60-68-76	6	60%
المشاركة في تحمل المسؤولية	(5-13-21-29-37-45-53-61-69-77)	5-53-61-69-77	5	50%	13-21	2	20%
الثقة المتبادلة	(6-14-22-30-38-46-54-62-70-78)	22-30-38-54-78	5	50%	6-14-22-46-70	5	50%
الأنانية	(7-15-23-31-39-47-55-63-71-79)	79	1	10%	7-15-31-39-47-53-55-71	8	80%
إدراك الحالة الزوجية	(8-16-24-32-40-48-56-64-72-80)	8-16-24-32-40-48-56-64-72-80	10	100%		0	00%
المجموع	80		44	55%		30	37,50

-**تحليل النتائج على ضوء الجدول:** كشفت نتائج الاختبار عن اللاتوافق بين الزوجين شمل بعض أبعاد العلاقة، عرف اللاتوافق في الحياة العاطفية، وفي عدم إدراك الحالة الزوجية، دراجات مرتفعة، قدرت ب100 بالمائة، فيما عرف سوء التفاهم بين الزوجين

درجات قدرت ب70 بالمائة، تراوحت نتائج الأبعاد الأخرى ما بين(10-50) بالمائة. أما النسبة العامة لنتائج الاختبار فقد قدرت ب55 بالمائة، والتي توحي إلى إمكانية ترميم العلاقة الزوجية في ظل وجود نسبة متوسطة من عنصر الثقة بين الزوجين والتي تعد من مقومات العلاقة الزوجية وسر نجاحها.

جدول نتائج اختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي:

الرقم	الفقرات	العدد	الأبعاد	ص.ت	النسب	ص.ج	النسب	خ.ت	النسب	لا أدري	النسب
01	(1- 16)	16	ميدان الطب النفسي عموما	13	81,25	00	00%	02	15,38	01	7,69
02	(17- 29)	13	الأدوية النفسية والعلاج الدوائي	10	76,92	00	00%	00	00%	03	23,07
03	(30- 49)	20	الطبيب النفسي وشخصيته وكيفية التعامل معه	01	5%	06	30%	01	5%	12	6O%
04	(50- 63)	14	معاني الاضطراب النفسي وتشخيصه وكيفية علاجه	12	85,71	02	14,28	00	00%	00	00%
05	(64	06	كيفية	02	33,3	02	33,33	02	33,33	00	00%

	– (69		التعامل مع المريض النفسي		3					
06	(70 – 75)	06	بعض الاضطرابات النفسية المحددة	05	83,33	00	00 %	00	01	16,16
07	(76 – 81)	06	العلاجات غير الدوائية	02	33,33	01	16,66	00	03	50%
المجموع		81		45	55,55	11	13,58	05	20	24,69

-تحليل النتائج على ضوء الجدول : كشفت نتائج الاختبار عن تصورات الحالة السلبية للطب النفسي والعلاج بالأدوية النفسية، حيث قدرت نتائج البعد الأول ب81,25 بالمائة وقدرت درجات البعد الثاني ب76,92 بالمائة وهي نسب متقاربة نسبيا. كما سجلت نتائج المقياس اعتقاد الحالة في تأثير القوى الغيبية على الصحة والعلاقة الجنسية والاعتقاد في العلاج الشعبي، تراوحت النتائج للبعدين ما بين (83,33–85,71) وكانت هذه النسب متقاربة إلى حد كبير، اتفقت نتائج الاختبار مع تصورات الحالة ومسارها العلاجي كما اتضح من خلال خطابات الحالة أثناء المقابلات.

-المسار العلاجي:عرف المسار العلاجي للحالة طعونا علاجية استجابة منها لأفكارها الوسواسية، بحثا عن العلاج الذي يحررها من معاناتها، ويتوافق مع تفسيراتها لأسباب اضطرابها. تجسد المسار العلاجي للحالة في الآتي:

-العلاج الطبي: اقتصر توجه الحالة في العلاج الطبي على ما كان يظهر عليها من أمراض عضوية، فقد سجل لدى الحالة إقبال على العلاج الطبي للكشف عن أسباب

تأخر حملها واضطراب دورتها الشهرية دون الإفصاح عن اضطراب صحة علاقتها الجنسية لاعتبارات ثقافية واجتماعية.

-**العلاج التقليدي:** كان توجه الحالة نحو العلاج التقليدي لاعتقادها أن العلاج يكون من جنس التفسيرات لأسباب الاضطراب وبالتالي- حسب تصورها- فإن علاج السحر لا يتم إلا على يد (الطلبة، الرقاة..) كونهم متخصصون في ذلك ويملكون القدرة في التعامل مع أسباب المرض، بل ويطلع بعضهم المريض بمكان تواجد السحر وفاعله، وإخراج المدفون والمخبأ منه وغيره مما هو شائع لدى العامة. ومما جاء على لسان الحالة "الطالب يقولك شكون ألي دارلك، ويخرخو من البلاصة ألي داروه فيها، وعلاهش داروه ، وإذا أنت كليتو تتقياه، وإذا رشوه وامشيت عليه راك تتبرليزا وين حطيت كراعك..". إن تصديق الحالة بهذا التفسير الخرافي دفع بها إلى طلب المساعدة من هؤلاء الدجالين والعرافين الذين ابتزوا أموال العامة وأثروا على عقولهم وغيبوا تفكيرهم.

-**العلاج النفسي:** عرف العلاج النفسي غيابا لدى الحالة باعتبار هذا الأخير لا يقبل عليه إلا المرضى عقليا. وكان لقاؤنا بالحالة بمقر المعالج(الراقي) وبإحالة منه لها. أظهرت من خلال خطاباتها قناعتها في العلاج الشعبي باعتبار أسباب الاضطراب غيبية أكدتها ما توفر لديها من رموز سحرية موظفة في ذلك معتقداتها التي عززتها إيحاءات المعالجين من خلال تفسيراتهم لأعراض الاضطراب.

-**الطعون العلاجية:** كان تركيز الحالة في مسارها العلاجي على العلاج التقليدي لأنه – في نظرها- يستجيب لحاجاتها ويتوافق وتفسيراتها لأسباب اضطرابها ، حيث ترددت على العديد من مقرات المعالجين، ومارست طقوسهم العلاجية التي كانت تملى عليها، عرفت من خلالها تحسنا وإن كان نسبيا في التخفيف من الأعراض التي كانت تعود للظهور كلما توفرت العوامل المفجرة، معتبرة أن بقايا السحر لا تزال وأن إفعال السحر يتكرر، لذا ترى أنه عليها ألا تتوقف عن العلاج إلا بعد حصول الشفاء التام.

-**التصورات لفاعلية العلاج:** تعتقد الحالة في فاعلية العلاج الشعبي أكثر من اعتقادها في العلاج الطبي أو النفسي، بخاصة ما تعلق باضطراب علاقتها الجنسية ووظيفتها

الإنجابية، التي اعتبرت أنها ترجع لتأثيرات غيبية، كان ذلك استجابة لوساوسها وأوهامها، وتوظيفا لحمواتها الثقافية، كما اعتبرت أن العلاج النفسي يتجه إليه المرضى عقليا، وبذلك فهي لا تميز بين العلاج النفسي والطب العقلي، ولها عذرها في ذلك لما تحمله من تصورات سلبية نابعة من محيطها في ظل غياب ثقافة العلاج النفسي.

-**تصورات الإحباطات العلاجية:**إن فشل مساعي العلاج كان له تأثيره على الناحية النفسية للحالة، مما زاد من حدة قلقها ومخاوفها وشكوكها ووساوسها ، لكن قناعتها بالعلاج الشعبي وخوفها على مستقبل العلاقة الزوجية، واستجابتها لإيحاءات المحيطين بها، جعلها تتردد على المعالجين رغم الفاعلية النسبية للعلاج، وما كانت تعرفه من انتكاسات. الحالة تعتقد في العلاج بالرقية لما عرفه هذا الأخير من رواج في السنوات الأخيرة " بزاف قالولى لوكان روحتي عند الراقي فلان، يدو مليحة ألي راحو عندو ريحو...".

-**3-نتائج المقابلات:** تم التركير في ذلك على العناصر التالية:

-**تشخيص الاضطراب:** من خلال المقابلات ونتائج الاختبارات، تبين أن الحالة تعاني من اضطراب في صحة علاقتها الجنسية ومن تأخر في الإنجاب الذي عرفته منذ سنة مرت على زواجها رغم مساعيها العلاجية، تأثرت هذه العلاقة بما تحمله الحالة من أفكار وسواسية ذات الطبيعة السحرية، التي ساهم المحيط في تثبيتها وتنميتها لدى الحالة هذا الأخير" الذي يظل دائما طرفا ليس في نشوء المرض فحسب بل وفي تظاهراته واستمراره"(العاسمي، 2016، 302).

-**التصورات لأسباب الاضطراب:** تنظر الحالة إلى اضطراب صحة علاقتها الجنسية والذي ظهرت بوادره من أول ليلة زفافها إلى تفسيرات غيبية ممثلة في تأثير السحر على صحة هذه العلاقة، كما امتد هذا التصور والتفسير إلى ما عرفته من تأخر في إنجابها.

-**المؤشرات لبناء تفسيرات الاضطراب:** اعتمدت الحالة في تفسيراتها لأسباب الاضطراب على ما توفر لديها من معطيات ومؤشرات من رموز وأدوات سحرية في جهاز عرسها، ملكت من خلالها الحالة الوساوس والمخاوف والشكوك، فكانت تفسيراتها لذلك استجابة

لتلك الأفكار والشكوك التي عززتها إيحاءات المعالجين من خلال المسار العلاجي والواقع السوسيو ثقافي للحالة.

-**تأثيرات الأفكار الوسواسية:**عرفت الحالة اضطرابا في صحة علاقتها الجنسية أرجعت أسبابه إلى تفسيرات غيبية (غير موضوعية)، بناء على ما تحمله من تصورات لأسباب الاضطراب عززتها أدوات ورموز دالة أثارت وساوسها وشكوكها، والتي امتد تأثيرها (أي الأدوات) إلى ما عرفته الوظيفة الإنجابية من خلل والتي أرجعتها الحالة لنفس التفسيرات. وبذلك ومن خلال خطابات الحالة اتضح تأثير الأفكار الوسواسية على صحة العلاقة الجنسية، ومختلف توافقات وجوانب حياتها نوردها فيما يلي:

-أ-**تأثيرات الأفكار الوسواسية على الحياة الانفعالية والعاطفية:**عرفت الحالة قلقا وتوترا، وانتابتها الوساوس والشكوك والمخاوف على مآل العلاقة الزوجية نتيجة اضطراب صحة علاقتها الجنسية، واضطراب وظيفتها الإنجابية، التي أشعرتها بالنقص وعدم الكفاءة، وعرضتها للتهديد والتهميش واللامبالاة من الزوج. أرجعت أسباب ذلك كله إلى ما عثرت عليه من أدوات ورموز عززت ووساوسها ومخاوفها وفتور رغبتها الجنسية، بل اعتبرت أن الجنس لا جدوى منه دون إنجاب، استجابة منها لتلك الوساوس التي كانت تلازمها.

-ب-**تأثيرات الأفكار الوسواسية على الحياة الجنسية:** عرفت الحالة فشلا في أداء وظيفتها الجنسية في أول ليلة زفافها، أرجعت أسبابه إلى "الخياطة"، بناء على ما عثرت عليه من رموز وأدوات في جهازها، مما دفع بالحالة وزوجها -الذي عرف هو الآخر عجزا-إلى الاستعانة بالمعالج(الراقي) الذي عزز تفسيراتها. ملكت الحالة الوساوس والشكوك والمخاوف والتي استمر تأثيرها على توافقها الجنسي. كما عرفت الحالة خللا في وظيفتها الإنجابية، أرجعت أسبابها إلى نفس التفسيرات بعد أن أظهرت الإجراءات الطبية خلوها من أي مانع عضوي يحول دون قدرتها الإنجابية، هذا المعطى الطبي عزز وساوسها ومخاوفها مما دفع بها إلى التوجه نحو العلاج الذي يتوافق مع تفسيراتها.

-ج-**تأثيرات الأفكار الوسواسية في التوجه العلاجي:** تبين من خلال خطابات الحالة ومسارها العلاجي- وما عرفه هذا الأخير من طعون علاجية- استجابتها لأفكارها

الوسواسية حيث سجل الإقبال على العلاج الشعبي حضورا قويا وبخاصة فيما تعلق باضطراب صحة علاقتها الجنسية، وأن العلاج الطبي اقتصر على ما له علاقة بالأمراض العضوية ممثلا فيما عرفته وظيفتها الإنجابية من خلل، ودورتها الشهرية من اضطراب ، فيما عرف العلاج النفسي عزوفا من قبل الحالة نتيجة تصوراتها السلبية عنه، باعتبار أنه لا يقبل عليه إلا المرضى عقليا.

-د-تأثيرات الأفكار الوسواسية على التوافق الزواجي: نظرا لما تتمتع به الحالة من أفكار وسواسية وشكوك في خيانة الزوج لها، بناء على ما لاحظته من تغير في سلوكه، وما عرفته الممارسة الجنسية من فتور لدى المرأة، هذه العوامل ساهمت في نشوب الخلاف وتوتر العلاقة الزوجية، نتج عنها سوء التوافق الزواجي، الذي كان نتيجة تلك الأفكار الوسواسية التي تلازم الحالة، كون ما توفر لديها من مؤشرات ومعطيات ورموز سحرية، يهدف أساسا إلى فك العلاقة الزوجية، والتي يعد العقم مبررا وسندا بالنسبة للزوج، لتحقيق ذلك حسب تصور الحالة.

-هـ-تأثيرات الأفكار الوسواسية على العلاقات الاجتماعية والأسرية: عرفت العلاقة الأسرية توترا وصراعا نتيجة ما تحمله الحالة من أفكار وسواسية، جعلت الحالة تأخذ الحذر والحيطة من أفراد الأسرة ومن بعض المحيطين بها ممن تعرف ترددهم على المشعوذين، خوفا من الكيد بها وإيذائها، معبرة عن ذلك بقولها (لي قرصاتو لفعى يخاف من حبل) لذلك فقد سجل عن الحالة ضعف في توافقها الاجتماعي ومحيطها الأسري نتيجة هذه الأفكار والتصورات والمخاوف.

-المسار العلاجي: عرف المسار العلاجي لدى الحالة طعونا علاجية كانت فاعليته نسبية لما عرفته الحالة من انتكاسات أثرت على حالتها النفسية، وكان تركيزها في علاج اضطراب علاقتها الجنسية بخاصة على العلاج الشعبي باختلاف أنماطه ، فيما عرف مسارها العلاجي تلقي فحوصا طبية للكشف عن أسباب تأخر حملها.غير أن العلاج النفسي عرف عزوفا من الحالة وتصورا سلبيا.

-**العلاج الطبي:** لم تتلق الحالة علاجا طبيا بشأن اضطراب علاقتها الجنسية، إلا ما تعلق منه بالأمراض العضوية كاضطراب وظيفتها الإنجابية، وما عرفته من اضطراب في دورتها الشهرية، للكشف عن أسباب ذلك والبحث عن العلاج لارتباطها بالإنجاب.

-**العلاج الشعبي:** سجل هذا النوع من العلاج حضورا قويا لدى الحالة اعتقادا منها في أنه يتوافق مع مسببات اضطرابها وتصوراتها وتفسيراتها، وأن ما حققه من تلك النتائج النسبية يرجع لنقص في كفاءة المعالج، وما عرفته من ارتكاس يعود لوجود بقايا السحر وآثاره.

-**العلاج النفسي:** عرف العلاج النفسي عزوفا لدى الحالة باعتبار أن هذا الأخير لا يقبل عليه إلا المرضى عقليا، وأنه لا يلبي احتياجاتها. وكانت هذه الجلسة من أول جلساتها وتجربتها مع العلاج النفسي " نجرب ونشوف وأنا في الحق مرضي باين وراني عارف شكون سبب فيه" لذلك أظهرت تحفظاتها في بداية الجلسة.

-**فاعلية العلاج:** عرف المسار العلاجي لدى الحالة وبخاصة ما تعلق منه بالعلاج التقليدي فاعلية نسبية، لأن المعالج يهتم بالتخفيف من الأعراض دون البحث عن الأسباب، بخلاف العلاج النفسي الذي يبحث في التاريخ المرضي للحالة، للكشف عن أسبابه الجوهرية لإمكانية التشخيص الدقيق، وتقديم المساعدة العلاجية وفق خطة علاجية تراعى فيها الخلفية الثقافية للمفحوص. و رغم ما عرفه المسار العلاجي للحالة من طعون، فإنها لا تزال متمسكة بالعلاج الشعبي، تبعا لتصوراتها وتفسيراتها التي ثبتتها ما توفر لدى الحالة من مؤشرات واستعدادات.

-**إحباطات العلاج والطعون العلاجية:** إن ما عرفه العلاج من فاعلية نسبية، وما عرفه المريض من انتكاسات ظهرت من خلالها الأعراض من جديد وبحدة، وعدم شعور المريض بالراحة والتحرر من معاناته، جعل الحالة متمركزة عن ذاتها مستسلمة لأوهامها ووساوسها، سجينة تفسيراتها وتصوراتها، تتجرع المعاناة وتعيش حالات من القلق والتوتر والإحباط الذي تزداد حدته كلما فشلت مساعيها. لذلك فإن هذه الأفكار الخرافية والتفسيرات الساذجة، والتصورات الخاطئة، والتوجه العلاجي غير المبني على أسس

وتقنيات ونظريات ودراسات علمية، ساهم بشكل كبير في تأخر الشفاء وزاد من حدة الاضطراب، وقد يؤول إلى ظهور اضطرابات نفسية وعقلية قد يستعصى علاجها.

-**الربط بين نتائج الاختبارات وتحليل المحتوى:** كشفت نتائج اختبار تشخيص اضطرابات الشخصية عن ارتفاع درجات الشخصية الهستيرية، والتي بلغت 87,50 بالمائة، تجسدت فيما كان يظهر على الحالة من سمات وأعراض لهذه الشخصية. كما كشف الاختبار عن ظهور سمات الشخصية الوسواسية القهرية، والتي بلغت نسبتها 75 بالمائة، تقاربت مع نتائج اختبار "بيل براون" للوسواس القهري في تأثير الأفكار الوسواسية، والتي قدرت ب70 بالمائة. كما ظهرت على الحالة سمات الشخصية الاكتئابية، والشخصية التجنبية، والتي عرفت نفس النسبة المقدرة ب71,42 بالمائة، هذه السمات للشخصيتين قد تكون نتيجة الواقع المعاش للحالة، كما ظهر من خلال خطاباتها. فيما عرفت الأبعاد الأخرى لاختبار الشخصية درجات متباينة، كان لتلك الاضطرابات في الشخصية وبخاصة ما تعلق منها بالأفكار الوسواسية والسلوكات القهرية تأثير على الحياة الجنسية والتوافق الزواجي الذي عرف ارتفاعا ملموسا في اللاتوافق العاطفي واللاتفاهم، وغياب إدراك الحالة الزوجية، وضعف عنصر الثقة الذي يعد من مقومات الحياة العاطفية وتحقيق التوافق. قدرت النسبة العامة للاختبار ب55 بالمائة. كما كشف اختبار الأفكار الشائعة عن الطب النفسي عن اعتقاد الحالة في تأثير القوى الغيبية، والاعتقاد في العلاج الشعبي، عرفت درجات هذه الأبعد ارتفاعا ملموسا وكانت نتائج الأبعاد الأخرى متفاوتة في درجاتها، قدرت النسبة العامة لهذا الاختبار ب55,55 بالمائة، هذه النتائج توحي إلى إمكانية ترميم العلاقة متى بادرت الحالة بالعلاج النفسي والطبي، ومتى توفرت رغبة الحالة في ذلك، وأظهر الزوج مساندته لها.

خلاصة: من خلال ما توفر من معطيات وما كشفت عنه نتائج الاختبارات، فإن الحالة تعاني من اضطراب في علاقتها الجنسية، وفي وظيفتها الإنجابية، هذا الأخير الذي ساهم بدوره في التأثير على التوافق الجنسي والزواجي، نتيجة ما تحمله الحالة من تصورات وتفسيرات وتجنيد لأفكارها الوسواسية التي عززتها ما توفر من أدوات ومؤشرات، بإرجاع أسباب الاضطراب إلى تفسيرات غيبية أنتجتها ثقافة المحيط، تغافلت من خلالها الحالة

عن الأسباب الموضوعية التي كان لها تأثيرها في ظهور الاضطراب، ذلك ما جعلها تعزف عن العلاج الطبي والعلاج النفسي بخاصة، وتتخذ العلاج الشعبي مسلكا لها والذي عرف طعونا علاجية وفاعلية نسبية. ولم يسجل إقبال الحالة على العلاج الطبي إلا ما تعلق منه بالأمراض العضوية، تجسد في علاج اضطراب وظيفتها الإنجابية التي عرفت نفس المسار العلاجي بعد فشل مساعي العلاج الطبي، الذي اعتبرت نتائجه غامضة وأن أسبابه ترجع لنفس التفسيرات السابقة.

-1-5-دراسة الحالة الخامسة:

-البيانات الأولية عن الحالة:

الاسم واللقب: ص.ص الجنس: أنثى السن:34 سنة

المستوى الدراسي:بدون مستوى الوظيفة:لا شيء

الحالة المدنية: متزوجة المستوى الاقتصادي:دون المتوسط

عدد الإخوة والأخوات:3 ذكور رتبة الحالة بين الإخوة والأخوات: الثالثة

-السيميائية العامة للحالة:

الهيئة العامة:

الشكل المورفولوجي:الحالة ذات قامة معتدلة، لون أسمر.

الهندام: لباس تقليدي نظيف

ملامح الوجه: تبدو شاحبة الوجه، تظهر عليها ملامح اليأس والبؤس.

الاتصال:كان الاتصال بالحالة بمقر المعالج الشعبي الذي تتابع على يديه العلاج

اللغة: بسيطة، واضحة، عامية.

1-تقديم الحالة الخامسة:السيدة (ص.ص) أنثى، تبلغ من العمر 34 سنة، متزوجة، الحالة ذات قامة معتدلة، سمراء البشرة ، لباس تقليدي، أم لولدين ذكر وبنت، كانت ظروف الحمل شاقة ومؤلمة نتيجة مشاكل عائلية، مدة الزواج عشر سنوات، دون مستوى دراسي(أمية)، تقيم بمسكن خاص، دون عمل، تحتل الرتبة الأخيرة بين إخوتها الثلاث كلهم ذكور متزوجون، والد الحالة متوفى بعد زواجها بسنتين، والدتها متوفاة بعد ميلاد البنت بثلاث سنوات.

العلاقة مع الإخوة عادية غير أنها متوترة مع زوجاتهم ومع أخيها الأكبر، كما عرفت العلاقة توترا مع أخت الزوج ومع إحدى الجارات، ربطت الحالة بالزوج علاقة عاطفية قبل خطبتها انتهت بالزواج، وكان عن تراض وعرفيا(دون عقد رسمي) كونها الزوجة الثالثة في عصمة الزوج، الذي جمع بين زوجتين في بيت واحد. تقيم الحالة ببيت مستقل بعيدا عنهما، إلا أنه لا يتوفر على ظروف ملائمة تبعث على الراحة (بيت قصديري)، يعمل الزوج مقاولا وهو في العقد الخامس من عمره، المستوى الاقتصادي للحالة دون المتوسط.

تظهر الحالة قلقة متوترة، تبدو عليها علامات اليأس ذات وجه شاحب. تمت المقابلة، بمحل أحد المعالجين التقليديين كون الحالة تتابع علاجا على يديه، خصصت المقابلة الأولى للتعرف على الحالة وكسب ثقتها، والتخفيف من قلقها وتوترها، وجمع قدر كاف من البيانات، والتعرف على اضطرابها ومعاناتها، ومسارها العلاجي ومدى فاعليته.

أبدت الحالة في بداية أول لقاء بها تحفظاتها، لكن بعدها راحت تعبر بكل طلاقة وأريحية عن مشكلاتها وبخاصة الجنسية منها، التي تعرف توترا أرجعت أسبابها إلى الإعتقاد في تأثير السحر على صحتها الجنسية، والتي قد تكون من ورائه الزوجة الأولى، كما راحت تشك في جارتها، باعتبار علاقتها بهما متوترة، مشحونة بالصراع لأسباب أخلاقية تخص الثانية كما ذكرت(أي الجارة).

ملكت الحالة الوساوس والشكوك مما جعلها تبحث وتفتش في ملابسها وأمتعتها عما يكون قد دس من سحر، تذكر أنها وجدت آثار الرش في عتبة دارها التي كان يتردد عليها من تعتقد في تواطئهم معهما، تذكر أنها بعد تخطي ما وجدته من آثار لسحر قد رش أحست بألم في رجلها، عرفت بعده شللا في ساقها اليمنى، وأنها تعاني منه منذ بضعة أشهر.

اتجهت الحالة نحو العلاج الشعبي اعتقادا في فاعليته، وأنه من جنس تفسيراتها لأسباب معاناتها، إلا أن الحالة لم تعرف تحسنا ولو نسبيا، مما دفع بها إلى العلاج الطبي، الذي أثبتت نتائج الفحوص والتحاليل من خلاله خلوها من أي سبب عضوي، مما

زاد من توترها ووساوسها، وشكوكها واعتقادها أكثر في العلاج الشعبي، فجددت مساعيها نحوه بحثا عمن يملكون كفاءات أكثر ولهم قدرة التعامل مع القوى الغيبية حسبها.

استثمرت الحالة هذا المسعى العلاجي في علاج ما عرفته علاقتها الجنسية من فتور، والعلاقة الزواجية من خلل واضطراب، فكانت بذلك–حسبها وحسب المعالج(الراقي)–تحافظ على الجلسات وتستجيب لتعليمات المعالج، فتمارس طقوس المعالجين تطهيرا لأثر السحر(البخور، رش مكان تواجد السحر، دهن مكان الألم بزيت الزيتون ممزوج بالحرمل والفيجل). واختلفت–حسبها– هذه الوصفات من معالج لآخر بل منهم من اكتفى بالسحبات(تمرير كف اليد) على الرجل المصاب، وشرب الماء المرقي.

تعيش الحالة هاجس الخوف والقلق والتوتر نتيجة تلك الأفكار الوسواسية التي تزاحمها وتطارد فكرها جل أوقاتها، في ممارسة الطقوس العلاجية وتفتيش أمتعتها، والتوجس من كل ما يلفت الانتباه ويثير الشك، ويرمز للأفعال السحرية من أدوات أو إيحاءات، فاضطرب بذلك نومها وقلت شهيتها وعرفت تراجعا في وزنها، وشل نشاطها وتقلصت علاقتها الاجتماعية، وإن كانت محدودة قبل اضطرابها.

تذكر الحالة أن فتور رغبتها الجنسية عرف حدة، كما تذكر نفورها من بيت الزوجية، تراودها أفكار انتحارية، وفكرة الهروب من بيت الزوجية، والتخلي العائلي، صحبة أبنائها (أنا كرهت من هذا الدار، تقول نرفد ولادي وروح نهمل على راسي، ولا ندير حاجة في روحي) لكنها سرعان ما تعدل عن رأيها بعد التروي، لما ينجر عن ذلك –حسبها–من عواقب وتبعات قد تكون أسوأ، تهدد مستقبل أبنائها، وتفقد من خلاله بعض امتيازاتها وإن لم تكن في المستوى المطلوب(نقول الروحي، نصبر على هذا العيشة ولا نفركت داري وولادي ونتمرقد في الطرقان). لذلك فهي من وجهة نظر أخرى ترى أن في هذا الحل مشقة لأبنائها، ولا يليق بشرفها، وأنه وصمة عار لعائلتها(راني عارفة بلي نتبهدل مع الناس ونبهدل أهليتي).

وكان مما أشارت إليه الحالة أن ابنها – البالغ وقتها سبع سنوات، المتمدرس في السنة الثانية – قد تعرض لتحرش جنسي من قبل ابن عمه، وهو لا يزال يعيش حالة من

التوتر من جراء الصدمة. غير أن الزوج يستبعد ذلك، ويعتبر زوجته موسوسة وشكاكة، وبالمقابل فهي تعتبر أنه يبعد التهمة ووصمة العار عن ابن أخيه المراهق.

كما أشارت إلى أن الزوج غير مهتم بها وبأبنائه معها، ولا يأتي إلى بيتها إلا مرة في الأسبوعين، وقد يصل غيابه إلى مدة أطول، وأنه يولي اهتمامه أكثر لضرتيها المقيمتين بوهران أين يمارس نشاطاته.

جاء في سياق خطابات الحالة، شعورها بالذنب نتيجة العلاقة العاطفية التي ربطتها بالزوج قبل إجراءات الزواج، استجابت خلالها لرغباته الجنسية من مقدمات، معتبرة أنها قد انتهكت حرمة شرعية (أنا غلطت وخصرت مع ربي، وخنت الثقة تاع والدي، درت حاجة مشي مليحة، أنا حشاوها لي لبنات)، كانت تعبر عن ذلك والدمع على خديها. (ياربي اسمح لي غلطت غلطة كبيرة ، وكنت من قبل حلفت على المصحف بلي ما يحشيهاليش ولد المرأة، هذه ألي راه غايضتني كيفاهش حتى تورطت) ، كان ذلك السلوك بدافع من إحدى معارف الزوج التي توسطت بينهما وعدا منه بالزواج بها كما ذكرت. ومما زاد من جرح نرجسيتها أن الزوج كان يذكرها بذلك بنوع من التهكم والشك، كما جاء على لسانها (كيما درتي معاي، قادرة ديري مع غيري) ، فضلا عن ذلك فإنه كان يعزز ما تعانيه من فتور في رغبتها الجنسية (أنت باردة، عندي الشك راك مع كاش واحد). وغيرها من الإيحاءات والتلميحات التي زادت الجرح عمقا، والثقة ضعفا، والاضطراب شدة، وبعثت على المخاوف.

عرف العلاج الشعبي لدى الحالة إقبالا قويا بخاصة، والذي سجل مساره طعونا علاجية مارست طقوسه منذ بداية اضطرابها، نتيجة اعتقادها في تأثير السحر على علاقتها الجنسية والزوجية، وما عرفته من شلل في رجلها اليمنى من جراء تخطي آثار سحر مرشوش كما أشارت إلى ذلك من قبل، وقد ملكتها من جراء ذلك الوساوس والأوهام والشكوك، والمخاوف على مستقبلها ومستقبل أبنائها، فهي تتجرع المعاناة من قلق وتوتر وشعور بالذنب وصدمات، كما تجلى في خطاباتها، مما أثر على توافقها الزواجي والنفس اجتماعي، تدهورت حالتها الصحية والنفسية، فهي حبيسة وساوسها وأوهامها.

و على إثر ما عرفته حالتها النفسية والصحية، وبعد فشل مساعي العلاجات، تمت إحالتها إلى العلاج النفسي من قبل معالجها(الراقي)، فكان أول لقاء بها بمقر هذا الأخير. أبدت استعدادها لتلقي العلاج النفسي" أنا أنحوس وين نفرغ، ولمن نحكي، بهش الرياح، وخاصني لي يوجهني ويعاوني، أنا حتى واحد ما أعطاني الحل، الطلبة والراقي يقولولي عندك سحور ومضروبة، عييت نبخر ورش وأنا حالى حالى..وبلاك ربي يديرك سبة بهش تعاوني ولا توجهني". سجلت الحالة مواظبتها وحضورها في كل الجلسات، باستثناء جلسة واحدة لظروف استثنائية قاهرة حالت دون الحضور. قدمنا ما أمكن من مساعدة للتخفيف من قلقها وتوترها وترميم علاقتها الزوجية إلى حد كبير، كما عرفت تحسنا فيما كانت تشكوه من شلل هستيري، نتيجة تخطي السحر حسبها،" باعتباره من الأعراض الجسمية التي ليس لها أساس عضوي"(محمود،2014،108)، عرف عن الحالة قابليتها للإيحاء واستجابتها لإيحاءات وتعليمات المعالج، من خلال ما كان يظهر عليها من أعراض هستيرية، لازمتها بقوة واستمرار خلال تلقي العلاج الشعبي، علما أنه"لا توجد أعراض الهستيريا مجتمعة في مريض واحد"(محمود،2014،108) هذه الأعراض اعتبرها المعالجون الشعبيون علامات عن تلبس الجني بالحالة، بينما تعد من منظور التحليل النفسي لغة رمزية تعبر الحالة من خلالها عن معاناتها" أو هروبا من الصراع النفسي أو موقف مؤلم دون أن يدرك الفرد الدافع لذلك"(محمود،2014،108). قمنا من خلال الجلسات بمراعاة تصورات الحالة مجاراة لها، بهدف التخفيف من وساوسها وتصحيح تصوراتها الخاطئة وتفسيراتها غير الموضوعية عبر سلسلة من المقابلات، دعم ذلك المسعى ما كانت تلمسه من فاعلية العلاج النفسي، مقارنة بما عرفته خلال مسارها العلاجي المرتكز على العلاج الشعبي.

أظهر الزوج مساندته للحالة ومرافقته لها في حضور مختلف الجلسات العلاجية، كان ذلك عاملا في طمأنتها ورفع معنوياتها، وتصحيح تصوراتها السلبية عن شريك حياتها. وخلال الجلسات تم إجراء الاختبارات المعتمدة في الدراسة كأدوات تشخصية كشفت عن نتائجها الجداول التي تعرض لاحقا.

-2-تحليل محتوى المقابلات:

-**الملاحظة الإكلينيكية:** كانت مشية الحالة في جل المقابلات بطيئة، وهي تسحب رجلها بعناء، تظهر عليها ملامح البؤس واليأس، ترتدي لباسا تقليديا غير متناسق يعبر عن حالتها المادية، كانت جلستها تعبر عن حاجتها إلى الراحة، تعبر عن معاناتها بدموعها، ظهرت عليها بعض الأعراض الهستيرية وصلت إلى حد الغشية ، أظهرت تحفظا في إجابتها عن الأسئلة ذات العلاقة بالجانب الجنسي والعلاقات العاطفية في بداية الجلسة.

-**الفحص العيادي وتحليل المعطيات:**

-**تاريخ الاضطراب:**الحالة تعاني من اضطراب في علاقتها الجنسية بعد توفر المعطيات والمؤشرات التي بنت على إثرها تفسيراتها لأسبابه. وكان ذلك في سنتها الأولى من زواجها.

-**هيئة الحالة وهندامها:** ترتدي الحالة لباسا تقليديا غير متناسق، يعكس حالتها الاقتصادية.

-**سمات الحالة:** تظهر على الحالة ملامح الحزن واليأس من خلال ملامح وجهها الشاحب، فهي قلقة بشأن حالتها الصحية والاجتماعية، كانت تستثمر الجسدنة في التعبير عن معاناتها وصلت إلى حد الغشية، مع الشعور بشلل الرجل اليمنى، ظهر ذلك من خلال مشيتها.

-**اللغة والاتصال:** كانت لغة الحالة بسيطة، واضحة، عامية، تعكس مستواها التعليمي، أظهرت في المقابلة الأولى تحفظها في الإجابة عن الأسئلة ذات العلاقة بالجانب العاطفي والجنسي، كانت تعبر عن معاناتها بدموعها مع ظهور بعض الأعراض الهستيرية عند سرد تاريخها المرضي (تشنج اليدين ، تنمل وألم في الرجل اليمنى التي تعتقد في شللها بعد تخطي السحر المرشوش كما ذكرت). كان الاتصال بالحالة في مقر المعالج(الراقي) الذي تتابع على يديه العلاج.

-**النشاط الحركي:** الحالة تبدو مشلولة الرجل اليمني، التي أرجعت سببها إلى تخطي سحر رش في عتبة بيتها، كما تظهر على الحالة بعض التشنجات في اليدين، والتي تعطلت على إثرها –حسبها – نشاطاتها الحركية.

-**النشاط العقلي:**يلاحظ على الحالة الشرود، وضعف التركيز عند الإجابة عن الأسئلة ، كما عرفت نوبات من الصرع الهستيري التي كانت ترافقها في جلساتها مع المعالج الشعبي بخاصة، و كانت تلازمها التشنجات عند سماع القرآن.

-**محتوى التفكير:** تستحوذ على الحالة الأفكار الوسواسية ، والمعتقدات الخرافية، فهي تعتقد في تأثير السحر وتلبس الجني، تغلب عليها السلبية والنظرة السوداوية لمستقبل علاقتها الزوجية، وحياتها الاجتماعية والاقتصادية، فهي شكاكة في المحيطين من المقربين منها، كما تراودها الأفكار الانتحارية، والتخلي عن بيت الزوجية.

-**المزاج والعاطفة:**الحالة ذات مزاج متقلب، يملكها التردد بين الإحجام والإقبال، عاطفة حساسة، ذات قابلية للإيحاء وسرعة التأثر، تستجيب لإملاءات المعالجين والمحيطين، ويغلب عليها التفكير الخرافي، وممارسة الطقوس السحرية العلاجية، بهدف تطهير أماكن السحر، استجابة منها لتلك الأفكار والتصورات تجسيدا لحمولتها الثقافية .

-**الحالة الصحية:**عرفت الحالة تراجعا في الوزن، واضطرابا في النوم، وضعفا في الشهية، أثر ذلك على الجانب الصحي للحالة، إضافة إلى ما تعرفه من شلل في الرجل اليمنى، ونوبات الصرع التي تلازمها وبخاصة عند تلقى العلاج التقليدي، مع ظهور تلك التشنجات ، فهذه الأعراض تعتبرها عائقا لممارسة مختلف نشاطاتها ذات التأثير على صحتها النفسية والجسمية، وعلى توافقها الجنسي والزواجي.

-**التاريخ النفسي والاجتماعي:**الحالة عرفت عدة صدمات منها ما تعلق بوفاة والديها، ومن معاناة نفسية من جراء معاملة أخيها الأكبر القاسية، ومن تأنيب الضمير والشعور بالذنب لمخالفة شرعية ذات الصلة بالعلاقة العاطفية المشبوهة قبل خطبتها، ولما تتعرض له من تأنيب من قبل الزوج لعلاقتها المشبوهة به قبل الزواج، تلميحا منه لإمكانية خيانتها له.

-**علاقات الحالة (داخل البيت ومع الأقارب):** كانت علاقة الحالة بأفراد عائلتها عادية باستثناء أخيها الأكبر الذي كان يعاملها بقسوة، أما مع زوجات إخوتها فكانت متوترة وكذا مع أخت الزوج، رغم انفراد الحالة بالسكن الذي لا يتوفر -حسبها- على الظروف الملائمة(سكن قصديري) بعيدا عن ضرتيها، فإن علاقتها بضرتها الأولى جد متوترة- وتعد الحالة هي الزوجة الثالثة- وكلهن في عصمته، معتبرة أن ميله إلى هذه الأخيرة أكثر(الضرة الأولى).

-**علاقات الحالة خارج البيت:**علاقة الحالة عادية مع جيرانها وإن كانت محدودة مقتصرة على المناسبات، غير أنها سجلت تحفظها في علاقتها مع إحدى الجارات، نتيجة خلافات ترجع لاعتبارات أخلاقية لا تحبذها الحالة.

-**المعاش النفسي للحالة:** تعيش الحالة في قلق وتوتر، تملكها الشكوك والمخاوف على مستقبل حياتها الزوجية، وعلى ابنها الذي تعرض لتحرش جنسي من قبل ابن عمه، والتي كانت صدمة بالنسبة لها، تلقت عدم تصديق زوجها بذلك، معتبرا إياها -حسب ما ذكرت- أنها موسوسة، اعتبرت تبريره ذلك أنه يبعد وصمة العار عن ابن أخيه. إضافة إلى الزواج الذي تم عرفيا(غير إداري) تضيع في ظله كثير من الحقوق، وكذا حالتها الاجتماعية والاقتصادية المزرية، ،بغض النظر عن غياب الزوج عن بيته وإهماله لأبنائه، وما كان ينتاب الحالة من أفكار وسواسية، كل هذه العوامل وغيرها كان لها بالغ التأثير على توافقها الجنسي والزواجي والنفس اجتماعي.

-**تصورات الحالة للاضطراب وتفسير أسبابه:** إن اضطراب صحة العلاقة الجنسية الذي يرجع لجملة من الأسباب ذات التفسيرات الموضوعية، والتي تكون الحالة قد غفلت عنها في تفسيراتها لأسباب اضطرابها، التي أرجعتها إلى ما تحمله من تصورات أنتجتها ثقافة المحيط، اعتقادا منها في تأثير السحر على صحة هذه العلاقة، والذي تكون ضرتها (الزوجة الأولى) من ورائه بناء على تفسيرات ليس لها ما يبررها، عدا ما وجدته من آثار الرش في بيتها بعد زيارتها لها، والتي نتج عنه شلل في رجلها اليمنى وما يظهر عليها من أعراض هستيرية أوعزتها لتفسيرات غيبية، مما دفع بها إلى التوجه نحو العلاج الشعبي بالدرجة الأولى.

-**التشخيص بناء على المقابلات ونتائج الاختبارات:** إضافة إلى المقابلات قام الباحث خلال المقابلات بإجراء اختبارات تشخيصية كشفت نتائجها عما يلي:

كشف اختبار تشخيص اضطرابات الشخصية ل"هيلر" عن وجود أعراض هستيرية قدرت درجاتها ب75 بالمائة، تجسدت هذه الأخيرة في مختلف جلساتها العلاجية. كما كشف نفس الاختبار عن وجود سمات الشخصية الوسواسية والتي قدرت درجاتها ب 87,50 بالمائة، تقاربت إلى حد ما مع ما كشفت عنه نتائج مقياس "بيل براون" للوسواس القهري، الذي أظهر ارتفاع درجات الأفكار الوسواسية بنسبة 75 بالمائة، والذي قدرت درجاته الاجمالية ب60 بالمائة، تراوحت ما بين(24-35) التي تعد مؤشرا عن أن شدته ملحوظة، كما أظهر الاختبار وجود أعراض الشخصية التجنبية وأعراض الشخصية الاكتئابية، قدرت درجات الأولى ب 57,14 بالمائة، ونسبة الثانية 71,82 بالمائة، كما سجل الاختبار وجود أعراض لشخصيات أخرى بدرجات منفاوتة، تراوحت ما بين(0-50) بالمائة، وقدرت الدرجة الكلية للاختبار ب45,45. أما مقياس اختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي، فقد كشفت نتائجه عن اعتقاد الحالة في تأثير القوى الغيبية، وفي العلاج الشعبي، ونظرتها السلبية للطب النفسي والعلاج بالأدوية النفسية، قدرت درجاته الكلية ب54,32 بالمئة، تواوحت درجات التصورات السلبية للطب النفسي والعلاج الدوائي مابين(76,72-81,25) فيما تراوحت درجات الاعتقاد في تأثير القوى الغيبية والاعتقاد في العلاج الشعبي، ما بين 64,28-83,33)، تجسدت من خلال ما عرفته الحالة من تصورات وتفسيرات للاضطراب والتوجه نحو العلاج الشعبي بالدرجة الأولى. أما مقياس التوافق الزواجي فقد كشفت نتائجه عن انخفاض درجات التوافق الزواجي، وارتفاع درجات اللاتوافق بين الزوجين، قدرت نتائجه الكلية ب 78,75، عرفت مختلف أبعاد الاختبار ارتفاعا ملموسا يتطلب المسارعة بالعلاج على يد مختصين في الصحة النفسية والعقلية، ومستشاري العلاقة الزوجية، ليكون العلاج متكاملا تساهم فيه أطراف العلاقة الزوجية، رغم ما عرفته الحالة من تحسن من خلال ما قدم لها من مساعدة دفعا لتوقع الانتكاسة، في حال توفر العوامل المفجرة لظهور الاضطراب.

-تحليل نتائج الاختبارات من خلال الجداول:

جدول نتائج اختبار تشخيص اضطرابات الشخصية

الرقم	اضطرابات الشخصية	عدد البنود	عتبة الباثولوجية	الاستجابات(نعم)	نعم	النسب	الاستجابات(لا)	لا	النسب
01	شبه الهذائية	7	4 بنود	85-62-50	3	42,85	24-11-96-37	4	57,14
02	الفصامية النموذجية	9	5 بنود	72	1	11,11	23-10-48-36-74-61-86-60	8	88,88
03	شبه الفصامية	7	4 بنود	22	1	14,28	34-9-60-47-95-71	6	85,71
04	الهستيرية	8	5 بنود	43-30-4-90-80-67	6	75%	55-17	2	25%
05	البينية	9	5 بنود أو البند 2+98	69-45-93-78	4	44,44	98-22-58-19-6	5	55,55
06	النرجيسية	9	5 بنود	57-44-31	3	33,33	18-5-73-68-92-79	6	66,66
07	المضادة للمجتمع	8	3 من البند 3+99 بنود	75-46-ب=99-94	4	50%	20-8-59-33	4	50%
08	الوسواسية القهرية	8	4 بنود	29-16-3-54-41-89-66	7	87,50	81	1	12,5

09	التجنبية	7	4 بنود	1-13-26-39	4		52-83-87	3	
10	التابعة	8	5 بنود	27	1	12,5	2-15-40-53-65-82-88	7	87,50
11	الاكتئابية	7	5 بنود	14-42-56-70-84	5	71,82	28-97	2	28,57
12	السلبية العدوانية	7	4 بنود	21-63-77	3	42,85	7-35-49-91	4	57,14
س.ت	الصورة الجميلة	4	2 بندان	12-25-38	3	75%	51	1	25%
	استبيان التشكيك	2	1 بند		0	00%	64-76	2	100%
	المجموع الكلى	99	25 أو 28 بندا		45	45,45		54	54,54

-**تحليل النتائج على ضوء الجدول:** كشفت نتائج الجدول عن ارتفاع درجات سمات الشخصية الوسواسية، والتي قدرت ب87,50 بالمائة، تقاربت نسبيا مع نتائج اختبار "بيل براون" الذي كشف عن ارتفاع درجات الأفكار الوسواسية بخاصة، والتي قدرت درجاتها بنسبة 75 بالمائة، كما كشف الاختبار عن وجود سمات الشخصية الهستيرية، التي قدرت درجاتها بنسة 75 بالمائة، والكشف عن وجود أعراض الشخصية الاكتئابية، بنسبة 71,82 بالمائة، كما ظهرت سمات الشخصية التجنبية بنسبة 57,14 بالمائة.

جدول نتائج مقياس الوسواس القهري ل" بيل براون".

	البنود	الدرجات
1	مقدار الوقت الذي تستغرقه الأفكار الوسواسية	2
2	مقدار التعارض الذي تحدثه الأفكار الوسواسية مع نشطاتك الاجتماعية والعلمية	4
3	مقدار التوتر والقلق المصاحب للأفكار الوسواسية	3
4	مقدار الجهد المبذول في مقاومة الأفكار الوسواسية(بغض النظر عن نجاحك في المقاومة)	3
5	مقدار سيطرتك على الأفكار الوسواسية	3
المجموع		15
1	مقدار الوقت الذي تمضيه في القيام بالأفعال القهرية	1
2	مقدار التعارض الذي تحدثه الأفعال القهرية في نشاكاتك الاجتماعية والعلمية	2
3	مقدار التوتر والقلق الناتج في حال الامتناع عن القيام بالأفعال القهرية	3
4	مقدار الجهد المبذول في مقاومة الأفعال القهرية(بغض النظر عن مدى نجاحك في المقاومة)	2
5	مقدار سيطرتك على الأفعال القهرية	1
المجموع		9
المجموع الكلى		24 %60

التقييم:

معدل نتائج المقياس	شدة الاضطراب
35-24	ملحوظ

-**تحليل النتائج على ضوء الجدول:** كشفت نتائج المقياس عن ارتفاع درجات الأفكار الوسواسية، التي قدرت ب75 بالمائة، فيما عرفت الأفعال القهرية نسبة دون المتوسط قدرت ب45 درجة. توافقت نتائج الأفكار الوسواسية مع ما ظهر على الحالة من سمات الشخصية الوسواسية، التي عرفت نسبة عالية قدرت ب87,50 بالمائة حسب ما كشفت

عنه نتائج اختبار الشخصية ل"هيلر"، تجسد تأثير الأفكار الوسواسية على جوانب حياة الحالة، ومن خلال خطاباتها ومسارها العلاجي.

جدول نتائج اختبار التوافق الزواجي

الأبعاد	الفقرات	الاستجابات(اللاتوافق)	نعم	النسب	الاستجابات(التوافق)	لا	النسب
التوافق العاطفي	(1-9-17-25-33-41-49-57-65-73)	1-9-17-25-33-41-49-57-65-73	10	100%		0	00%
الاحترام المتبادل	(2-10-18-26-34-42-50-58-66-74)	66-58-34	3	30%	2-18-26-42-50-74	6	60%
التفاهم المتبادل	(3-11-19-27-35-43-51-59-67-75)	11-35-43-51-59-67-75	7	70%	3-19-27	3	30%
الاتفاق في الأمور المادية	(4-12-20-28-36-44-52-60-68-76)	12-28-36-44-52-60-68-76	8	80%	4-20	2	20%
المشاركة في تحمل المسؤولية	(5-13-21-29-37-45-53-61-69-77)	5-13-21-29-37-45-53-61-69-77	10	100%		0	00%
الثقة	(6-14-	6-2-30-38-	8	80%	14-62	2	20%

المتبادلة	22-30- 38-46- 54-62- 70-78)	46-54-70-78					
الأنانية	(7-15- 23-31- 39-47- 55-63- 71-79)	7-15-23-39- 47-63-71-79	8	80%	31-55	2	20%
إدراك الحالة الزوجية	(8-16- 24-32- 40-48- 56-64- 72-80)	8-16-32-40- 48-56-64-72- 80	9	90%		0	00%
المجموع	80		63	78,75		15	18,75

-**تحليل النتائج على ضوء الجدول:** كشفت نتائج اختبار التوافق الزواجي عن انخفاض درجات التوافق الزواجي، وارتفاع درجات اللاتوافق في مختلف أبعاده، والذي كانت نتائجه جد مرتفعة، قدرت النسبة العامة للاتوافق ب78,75 بالمائة، وهي تبعث على الخوف على مآل العلاقة الزوجية، التي اتضح من خلال خطابات الحالة أنها مهددة بالانفصال في حال عدم إستدراك الموقف والمسارعة إلى العلاج على يد المختصين في الصحة النفسية والعقلية والعلاقات الأسرية.

جدول نتائج اختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي

الرقم	الفقرات	العدد	الأبعاد	ص. ت	النسب	ص. ج	النسب	خ. ت	النسب	لا أدري	النسب
01	(1- 16)	16	ميدان الطب النفسي عموما	13	81,25	00	00 %	02	12,5	01	6,25
02	(17 - 29)	13	الأدوية النفسية والعلاج الدوائي	10	76,92	00	00 %	00	00 %	03	23,07
03	(30 - 49)	20	الطبيب النفسي وشخصيته وكيفية التعامل معه	02	10%	12	60 %	00	00 %	06	30 %
04	(50 - 63)	14	معاني الاضطراب النفسي وتشخيصه وكيفية علاجه	09	64,28	05	35,71	00	00 %	00	00 %
05	(64 - 69)	06	كيفية التعامل مع المريض النفسي	02	33,33	02	33,33	02	33,33	00	00 %
06	(70 -	06	بعض الاضطرابا	05	83,33	00	00 %	00	00 %	01	16,66

	75)		ت النفسية المحددة								
07	76) – (81	06	العلاجات غير الدوائية	03	50%	01	16,16	00	00 %	02	33,33
المجموع		81		44	54,32	20	24,69	04	4,93	13	16,04

-**تحليل النتائج على ضوء الجدول:** كشفت نتائج الاختبار عن تصورات الحالة السلبية للعلاج الطب نفسي والعلاج بالأدوية النفسية، تراوحت النتائج بين (76,92-81,25) وكانت متقاربة ، فيما كشف المقياس عن اعتقاد الحالة في تأثير القوى الغيبية وتأثيرها على الصحة، وعلى العلاقة الجنسية، قدرت درجات البعدين مابين (64,28-83,33)، توافقت هذه النتائج مع تصورات الحالة لاضطرابها ومسارها العلاجي الذي عرف طعونا علاجية ونسبية في فاعليته.

-**المسار العلاجي:** كان تركيز الحالة أكثر على العلاج الشعبي الذي عرف هو الآخر طعونا علاجية.

-**العلاج الطبي:** لم تتلقى الحالة علاجا طبيا لاضطراب صحة علاقتها الجنسية، لاعتبار أن أسباب الاضطراب ترجع لتأثير عوامل غيبية(غير موضوعية)، وأنها تتحفظ من عرض مشكلات علاقتها الجنسية على الطبيب لاعتبارات ثقافية واجتماعية، وبناء على تفسيراتها الذاتية لأسبابه.

-**العلاج التقليدي:** عرف هذا النوع من العلاج إقبالا مكثفا من الحالة، لاعتقادها أنه يتوافق مع تفسيراتها ويلبي حاجياتها، وأن المعالج الشعبي لا يتدخل في تفاصيل حياتها، بل يكتفي بإعطائها العلاج المناسب، وأن المعالج الشعبي(الطالب أو الراقي) يكتفي بتلاوة التعويذات وممارسة بعض الطقوس، وكانت استجابتها أكثر للرقية الشرعية، معتبرة أنها تناسب هويتها لما يتلى فيها من قرآن وأدعية، التي كانت تظهر على الحالة بعد سماعها

تلك الأعراض الهستيرية(تشنج اليدين،الغشية، الصراخ عند سماع التلاوة..)، التي كان يعتبرها المعالج، والحالة ومرافقها أعراضا عن تلبس الجني بالحالة، وما شلل الساق اليمنى إلا علامة تأثير الجني الموكل بالسحر الذي تخطته. وما هذه الأعراض من وجهة التحليل النفسي إلا تعبير رمزي عن الصراعات والمعاناة، وقد تكون آلية دفاعية للفت انتباه الزوج للعناية بها، ولتحقيق بعض مطالبها.

-**العلاج النفسي:** لم تقبل الحالة على العلاج النفسي، ولا تملك أي معلومة عنه."أنا نعرف غير الطالب والراقي والوليا ، ولا الطبيب كي يكون المرض باين.."

-**الطعون العلاجية:** عرف المسار العلاجي لدى الحالة طعونا علاجية رغم اقتصاره على العلاج الشعبي، الذي ترددت خلاله على مختلف المعالجين ممن عرفتهم أو وجهت إليهم، (طلبة، شوافات، رقاة، زيارة مقامات الأولياء..) ولما عرفت حالتها تدهورا واضطرابها حدة تمت إحالتها من قبل أحد معالجيها(الراقي) للعلاج النفسي.

-**التصورات لفاعلية العلاج:** ذكرت الحالة أن فاعلية العلاج كانت جد نسبية، حيث أن الأعراض لا تزال تلازمها، وأن حالتها النفسية والصحية في تدهور، وأن رغبتها الجنسية تعرف فتورا وعزوفا أكثر إلى حد كراهة بيت الزوجية، والتفكير من حين لآخر في مغادرته لولا الأبناء. وترجع تأخر شفائها إلى نقص كفاءة المعالجين الذين يمكنهم مساعدتها رغم تلقي العلاج الشعبي باختلاف أنماطه.

-**تصورات الإحباطات العلاجية:** إن مساعي العلاج التي عرفت فشلا في تحرير الحالة من معاناتها أثر على معاشها النفسي، هذه الإخفاقات لم تؤثر على مساعيها بحثا عن العلاج بل لا تزال تتردد على المعالجين، لذلك فإنها في هذه المرحلة تبدي استعدادها لتقبل العلاج النفسي الذي سجل غيابا لدى الحالة، بحكم مستواها الدراسي والاجتماعي ومكان إقامتها(بادية)، لذلك فهي تبحث عن المخرج، بغض النظر عن نوع العلاج " أنا أنحوس وين نفرغ ولمن نحكي، بهش الرياح، وخاصني لي يوجهني ويعاوني، أنا حتى وحد ما أعطاني الحل، الطلبة والرقاة يقولولي عندك سحور ومضروبة، عييت نبخر ورش وأنا حالى حالى..وبلاك ربي يديرك سبة بهش تعاوني ولا توجهني".

-**3-نتائج المقابلة:** تم التركيز في عرض نتائج المقابلات على العناصر التالية:

-**تشخيص الاضطراب:** تعاني الحالة من اضطراب في صحة علاقتها الجنسية وسوء توافقها الزواجي.

-**التصورات لأسباب الاضطراب:** ترجع الحالة أسباب اضطرابها إلى ما تعتقده من تأثير السحر على صحة علاقتها الجنسية التي عرفت فتورا، بناء على ما توفر لديها من مؤشرات، موظفة في ذلك حمولتها الثقافية، التي ساهمت في بناء تلك الأفكار الوسواسية ذات الطبيعة السحرية.

-**المؤشرات لبناء تفسيرات الاضطراب:** اعتمدت الحالة في تفسيراتها لأسباب اضطراب صحة علاقتها الجنسية، وعدم توافقها الزواجي، وما شعرت به من شلل في رجلها اليمني، على ما عثرت عليه في عتبة باب بيتها من آثار سحر قد رش في حد تعبيرها. أرجعت فعله إلى ضرتها الأولى، التي كانت علاقتها بها متوترة، حدث ذلك أثناء زيارتها لها، مما دفع بالحالة إلى البحث عن العلاج. تعززت تفسيرات الحالة من خلال ما كان يظهر عليها من أعراض في جلسات العلاج (تشنجات، غشية، صراخ عند سماع التلاوة، تنمل وألم في الساق اليمنى..) والتي اعتبرها المعالج أعراضا ناتجة عن تلبس الجني بها، الحارس لمكان السحر في حد تعبير الحالة.

في ظل ذلك وبناء على تلك الأدوات والإيحاءات، وما تحمله الحالة من تصورات ومعتقدات، وما ترسب لديها ومنذ طفولتها من أفكار خرافية حول تأثير القوى الخفية على الصحة، كانت لدى الحالة القابلية للتصديق وسرعة التأثر والاستجابة للإيحاءات والتفسيرات، وما تحمله من أفكار وسواسية، وشكوك في المحيطين بها ممن تخاف إذيتهم. ذلك ما جعل الحالة تتغافل عن التفسيرات الموضوعية لأسباب اضطراب علاقتها الجنسية، وما عرفته العلاقة الزوجية من خلل، هذه المعطيات والمؤشرات أفصحت عنها الحالة أثناء مجريات المقابلات ، والتي كان لها تأثيرها على مختلف جوانب حياة الحالة وتوافقاتها، فقد كشفت نتائج الاختبارات عن درجات هذا التأثير، وما عرفته الحالة من استجابة وقابلية للإيحاء.

-تأثيرات الأفكار الوسواسية: تبين من خلال الدراسة أن للأفكار الوسواسية تأثير على جوانب حياة الحالة نذكرها في الآتي:

-أ-تأثيرات الأفكار الوسواسية على الحياة الانفعالية والعاطفية: عرفت الحالة قلقا وتوترا من جراء معاناتها التي ارجعت أسبابها إلى ضرتها الأولى وجارتها ومن تربطهن بها علاقة، فهي تعيش حبيسة أفكارها الوسواسية وتصوراتها الخاطئة، وشكوكها ومخاوفها، كما عرفت غيابا ملموسا من قبل الزوج ولامبالاته بأبنائه، ناهيك عما سجل عنها من شعور بالذنب، وتلميحات الزوج شكا منه في خيانتها له، ذلك ما جرح نرجسيتها ووسع هوة الخلاف، وزاد الاضطراب شدة والعلاقة توترا. تغافلت الحالة عن المعطيات الموضوعية في تفسير أسباب الاضطراب وعوامل الخلاف.

-ب-تأثيرات الأفكار الوسواسية على الحياة الجنسية: كان تركيز الحالة في تفسير أسباب اضطراب علاقتها الجنسية على ما كانت تعتقده في تأثير السحر والمس الشيطاني على هذه العلاقة التي عرفت فتورا إلى حد الطلاق العاطفي، وفي ظل قوة المعتقد الخرافي استجابت الحالة لما ترسب لديها ومن خلال تنشئتها الاجتماعية في بناء مخططاتها المعرفية بناء مشوها. لذلك غفلت عن العوامل الموضوعية المسبب للاضطراب. قد تبن من خلال دراستنا قابلية الحالة للإيحاء من خلال ما كان يظهر عليها من أعراض هستيرية، التي عرفت درجاتها ارتفاعا من خلال ما كشفت عنه نتائج اختبار الشخصية. عبرت الحالة بذلك عن صراعاتها من جهة، كما تجسدت من خلال التشنجات وغيرها -عند تلقي العلاج- معتقداتها الخرافية في أنها مصابة بتلبس الجني.

-ج-تأثيرات الأفكار الوسواسية في التوجه العلاجي: كان إقبال الحالة على العلاج الشعبي بالدرجة الأولى، ترددت خلاله على مختلف ممارسيه، رغم ما عرفه من نتائج نسبية لم تحقق أهداف العلاج ، الذي عرف طعونا علاجية، كان ذلك استجابة لأفكارها الوسواسية وتجسيدا لتفسيراتها الغيبية (غير الموضوعية) وتصوراتها لأسباب الاضطراب.

-د-تأثيرات الأفكار الوسواسية على التوافق الزواجي: تعيش الحالة اللاتوافق في علاقتها الزوجية، نتيجة ما تحمله من شكوك في تخلي الزوج عنها من خلال تلميحاته

وتأنيبه واتهامها بخيانتها له، ورغم غياب الزوج لظروف العمل أو لتحقيق العدل بين زوجاته أو غير ذلك من العوامل، إلا أن العلاقة تعرف توترا كبيرا نتيجة ما يعتري الحالة من شكوك، وتفسيرات غير مؤسسة لهذا الغياب، وذاك الاضطراب في العلاقة، استجابة منها لأفكارها الوسواسية التي ترجع من خلالها تأثير السحر الذي تكون الأطراف المذكورة سابقا من ورائه.

-هـ-**تأثيرات الأفكار الوسواسية على العلاقات الاجتماعية والأسرية**:عرفت العلاقة الأسرية والاجتماعية توترات وسوء تفاهم، نتيجة ما ينتاب الحالة من أفكار وسواسية ومن شكوك، ومخاوف عززتها ما توفر لديها من إيحاءات وآثار سحرية، انعكست على توافقها الاجتماعي وعلاقتها الأسرية رغم محدوديتها.

-**المسار العلاجي**: ارتكز المسار العلاجي لدى الحالة على العلاج الشعبي، الذي تعتقد الحالة أنه يستجيب لحاجاتها العلاجية، عدا ما تعلق بالفحص والكشف عما عرفته من شلل في رجلها اليمنى، والذي أكدت الفحوص عدم وجود خلل عضوي. هذا المعطى الطبي عزز تصوراتها وتركيزها على العلاج الشعبي، رغم مساعيها السابقة والتي لم تعرف حالتها من خلالها إلا تحسنا ضعيفا، بعده تمت إحالتها من قبل معالجها(الراقي) إلى العلاج النفسي.

-**العلاج الطبي**: تلقت الحالة فحصا طبيا للكشف عن أسباب ما عرفته من شلل في رجلها من جراء تخطي السحر المرشوش-حسبها- غير أن نتائج الفحص كشفت عن عدم وجود أي سبب عضوي. فغموض التشخيص الطبي بالنسبة للحالة جعلها تجدد مسعاها للعلاج الشعبي الذي عرفته.أما بالنسبة لاضطراب صحة علاقتها الجنسية فإنها لم تتلقى علاجا طبيا، باعتبار الاضطراب ترجع أسبابه لتأثير قوى غيبية يكون العلاج من جنس التفسيرات للأسباب الاضطراب، من جهة أخرى تعتبر أن الكشف عن اضطراب صحة علاقتها الجنسية للطبيب محظورا اجتماعيا "عيب" وأن المعالج الشعبي(الراقي) يكتفي بطقوسه العلاجية دون البحث عن الأسباب.

-**العلاج الشعبي:** ركزت الحالة على العلاج الشعبي لاعتقادها في فاعليته، وأن اضطرابها وما يظهر عليها من أعراض لا يتم علاجها طبيا، لأن المعالج الشعبي له قدرة التحكم- حسبها – في مسببات الاضطراب، والأعراض التي بنتها وفق تفسيراتها وتصوراتها ومعتقداتها ، كما سجلت إقبالا على العلاج بالرقية في آخر محطات العلاج الشعبي ، الذي وجهت أثناءه للعلاج النفسي.

-**العلاج النفسي:** عرف العلاج النفسي غيابا لدى الحالة تبعا لمستواها الدراسي من جهة، وتأثير موروثها الثقافة ومحيطها من جهة أخرى ، أحيلت الحالة إلى العلاج النفسي من قبل معالجها لالتباس الأمر عليه، وترجيع تأثير العوامل النفسية. أظهرت الحالة استعدادها في تقبل العلاج النفسي، سجلت انضباطها وحضور الجلسات ، عرفت من خلاله تحسنا في حالتها النفسية والصحية، وترميما لعلاقتها الزوجية والاجتماعية التي تتطلب تكفلا فعليا ومستمرا قد تطول مدته اتقاء لوقوع الانتكاسة. من خلال ما ظهر على الحالة من معاناة وما كشفت عنه نتائج الاختبارات.

-**فاعلية العلاج:** كانت للعلاج الشعبي فاعليته النسبية في علاج الأعراض التي كانت تعود للظهور كلما توفرت العوامل المفجرة، وأن قابلية الحالة للإيحاء والتأثير والتصديق بكفاءة المعالج، والاعتقاد في فاعلية العلاج، وبركة المعالج، تساهم في ضمور الأعراض، بل قد تصل إلى حد الشفاء لدى بعض الحالات حسب نوع الاضطراب وحدته وظروف المفحوصة. وقد سجل غياب الحالة في الإقبال على العلاج الطبي فيما تعلق باضطراب علاقتها الجنسية، عدا الكشف عما عرفته من شلل في رجلها بعد تلقي العلاج الشعبي، دفعتها نتائج التشخيص الطبي التي كشفت عن خلوها من أي مرض عضوي إلى أن تجدد مسعاها نحو العلاج الشعبي. كما عرفت الحالة عزوفا عن العلاج النفسي إلا بعد أن وجهت إليه من قبل معالجها. فتركيز الحالة كان بالدرجة الأولى على العلاج الشعبي رغم فاعليته النسبية، وكانت تستجيب من خلال مسارها العلاج لأفكارها الوسواسية، وبتفسيراتها لمسببات الاضطراب. أما ما عرفته الحالة من تحسن من خلال العلاج النفسي فقد تبين مدى فاعلية الإيحاء في ضمور الأعراض الهستيرية، كما ساهم

العلاج المعرفي في تصحيح التصورات والمعتقدات، وإعادة البناء المعرفي للحالة، وكانت للاسترخاء فاعليته في التخفيف من قلق وتوتر الحالة.

ورغم ما عرف عن العلاج من فاعلية إلا أن الحالة النفسية للحالة ووضعيتها الاجتماعية والاقتصادية وتاريخها المرضي وغيرها، تتطلب تكفلا نفسيا قد تطول مدته حتى لا تعرف الحالة بعدها انتكاسات، قد تؤثر على مسارها العلاجي النفسي منه بخاصة.لأن الباحث لم يركز على العلاج بقدر التركيز على تحقيق أهداف الدراسة، والتي يعد التخفيف من حدة قلق الحالة وتوترها وتصحيح تصوراتها واحدا من تلك الأهداف.

-**احباطات العلاج والطعون العلاجية:** إن ما عرفه العلاج الشعبي من فشل ونسبية فاعليته، وما كانت تعرفه الحالة من انتكاسة من جراء توفر العوامل المفجرة، ومن خلال استحواذ تلك الأفكار الوسواسية والشكوك، والمخاوف التي كانت تلازمها، فإن الحالة النفسية والجسمية للحالة عرفت تدهورا ملك من جرائها الحالة الإحباط واليأس، رغم أن مساعيها العلاجية التي لم تتوقف، الحالة ذات القابلية للإيحاء، لذلك فهي بحاجة إلى مساندة، ومرافقة وتكفل نفسي تستجيب من خلاله لما يقدمه المعالج النفسي من مساعدة لحل مشكلاتها وصراعاتها المكبوتة التي تكون أسبابها موضوعية ومتداخلة، تتطلب وقتا كافيا للكشف عنها.

-**الربط بين نتائج الاختبارات وتحليل المحتوى:** تبين من خلال نتائج الاختبارات وما جاء في خطابات الحالة، أن الحالة تعاني من اضطراب في علاقتها الجنسية، التي امتد تأثيرها على توافقها الزواجي، نتيجة ما كانت تجتره من أفكار وسواسية، والتي وظفت من خلالها حمولتها الثقافية في تفسير أسبابه، التي قادتها إلى التوجه نحو العلاج الشعبي بالدرجة الأولى، والذي غاب فيه التوجه نحو العلاجات الرسمية(الطبي، الطب نفسي، النفسي) وإن ما عرفته الحالة من إقبال على العلاج الشعبي بالدرجة الأولى، واعتقاد في تأثير القوى الغيبية، قد كشفت عنه نتائج اختبار الأخطاء الشائعة للطب النفسي، كما توافقت نتائج اختبار التوافق الزواجي، عما عرفته العلاقة من اللا توافق ومن اضطراب، والتي كشفت عن اللاتوافق في مختلف أبعاد الاختبار، الذي عرفت درجاته ارتفاعا قدرت نسبته العامة ب78,75 بالمائة. فيما توافق تحليل محتوى المقابلات مع نتائج اختار

الشخصية، الذي كشف عن وجود سمات لشخصيات مختلفة، عرفت فيه سمات الشخصية الوسواسية درجات مرتفعة قدرت ب87,50 بالمائة، والتي تقاربت مع نتائج اختبار "بيل براون" التي كشفت عن ارتفاع تأثير الأفكار الوسواسية، التي قدرت درجاتها ب75 بالمائة، وكانت النسبة العامة للمقياس 60 بالمائة. كما كشف اختبار الشخصية ل"هيلر" عن ظهور سمات أعراض الشخصية الهستيرية وبدرجة مرتفعة، قدرت ب75 بالمائة، توافقت مع ما كان يظهر على الحالة من أعراض هستيرية أثناء تلقي العلاج الشعبي والنفسي. لذلك يمكن القول أن هناك توافق إلى حد كبير بين ما كشفت عنه نتائج الاختبارات، وبين تحليل محتوى المقابلات.

خلاصة: من خلال الدراسة تبين أن الحالة تعاني من اضطراب في علاقتها الجنسية، وتوافقها الزواجي، نتيجة عوامل متداخلة، ركزت على تفسيراتها الغيبية بناء على مؤشرات وما توفر لديها من معطيات، مما دفعها إلى التوجه نحوالعلاج الشعبي، الذي عرفت خلاله انتكاسات وبدرجات حادة، كلما توفرت العوامل المفجرة لظهور الأعراض من جديد وبخاصة الهستيرية منها، مما جعلها حبيسة أفكارها التي أثرت على مختلف جوانب حياتها وتوافقاتها، وقد توافقت ما كشفت عنه المقاييس من نتائج مع ما جاء في خطابات الحالة، تبين من خلالها ارتفاع مخيف في درجات الأفكار الوسواسية ذات التأثير على التوافق الزواجي، الذي عرف هو الآخر ارتفاعا مدهشا في درجات اللاتوافق، يوحي إلى أن العلاقة الزوجية مهددة بالانفصال، إن لم تسارع الحالة بالعلاج على يد المختصين في الصحة النفسية، والطب نفسي، والعلاقات الأسرية.

-1-6-دراسة الحالة السادسة:

البيانات الأولية عن الحالة:

الاسم واللقب: م.ف الجنس:أنثى السن:39 سنة

المستوى الدراسي:جامعي الوظيفة: موظفة إدارية

الحالة المدنية: متزوجة المستوى الاقتصادي:مقبول

عدد الإخوة والأخوات:07 من بينهم 3إناث رتبة الحالة بين الإخوة والأخوات:الثالثة

السيميائية العامة للحالة:

الهيئة العامة:

الشكل المورفولوجي: قامة معتدلة .

الهندام: تقليدي، نظيف ومتناسق.

ملامح الوجه: تظهر على الحالة ملامح اليأس من العلاج، والقلق.

الاتصال: كان الاتصال بالحالة بالمؤسسة الصحية ، قد سبق للحالة الاستفادة من المساعدة.

اللغة: سليمة، واضحة تعبر عن مستواها التعليمي، تتخللها العامية.

-1-تقديم الحالة: السيدة (م.ف)، أنثى، تبلغ من العمر 39 سنة، معتدلة القامة، مقبولة البنية، ترتدي هنداما نظيفا ومتناسقا يعبر عن محافظتها، مستوى جامعي، موظفة إدارية بمؤسسة تربوية، مستوى اقتصادي متوسط، متزوجة وبدون أبناء، تحتل الرتبة الوسطى بين إخوتها، والد الحالة متقاعد، والأم دون عمل.

تعاني الحالة من العقم من جهة، ومن فتور رغبتها الجنسية منذ 2012 ، تظهر على الحالة ملامح اليأس والتوتر والخوف على مآل العلاقة الزوجية، التي طالت معها

مدة الاضطراب، ورافقتها تهديدات الزوج بالتعدد أو فك الرابطة الزوجية، لغة الحالة سليمة وواضحة، كانت صريحة في التعبير عن معاناتها رغم ما سجل عنها من تحفظات في المقابلة الأولى التي ظهرت من خلال إيماءاتها، وبخاصة في الإجابة عن الأسئلة ذات العلاقة بالصحة الجنسية. كان الاتصال بالحالة في المؤسسة الصحية بعد فشل مساعي العلاج الطبي والعلاج الشعبي، بإحالة من طبيبها والمعالج الشعبي (الراقي).

أظهرت تقارير الأطباء خلوها من أي مرض عضوي يحول دون قدرتها الإنجابية ووظيفتها الجنسية، وأن اضطرابها قد يكون نفسي المنشإ(عقم نفسي)، يتطلب تكفلا نفسيا . وفيما يلي ملخص لأهم خطابات الحالة من خلال المقابلات:

كانت علاقات الحالة مع جميع أفراد عائلتها طيبة، الزواج تم في ظرف قياسي قصير وبعد تردد الحالة في قبول الزواج، حيث كانت الحالة تنتظر موقف شاب ربطتها به علاقة عاطفية، قد وعدها بالزواج ، إلا أن ذلك لم يتحقق فتبخر حلمها بعد طول انتظار، مما أثر على حالتها النفسية. وجعلها ترفض الزواج إطلاقا، إلا أن عدولها عن رأيها كان بدافع زميلة لها، زكت الشاب الذي يطلب يدها ، ولم تكن تربطها به علاقة سابقة، لا تملك عنه أية معلومة إلا ما أفادتها به صديقتها، وأنه قد سبق له الزواج الذي لم يدم أكثر من سنتين. أبدت الحالة قبولها ، وتم القران بينهما بموافقة عائلتها.

تذكر أنها عرفت عجزا في أداء وظيفتها الجنسية، وارتبكا في ليله الزفاف لما تتطلبه تقاليد المحيط من طقوس ومراسيم ، وبناء على ما تحمله الزوجة والمحيطون بها من تفسيرات لأسباب المشكلة المصطلح عليه ب"الرباط"، أدى ذلك باللجوء إلى المعالج الشعبي اعتقادا منهما في تأثير السحر على العلاقة الجنسية، والتي أكدتها تفسيرات المعالج تبعا لاعتقاده في ذلك.

عرفت العلاقة الزوجية في بدايتها التوافق والتفاهم بين الشريكين، كانت الحالة تقيم مع زوجها في بيت منفرد عن أسرة الزوج برغبة منه، ، بعد مضي سنة بدأت تظهر ملامح الاضطراب في العلاقة الزوجية نتيجة تأخر الإنجاب، الذي كان الزوجان يرغبان فيه، وهو طموح جل الأزواج والزوجات في بداية حياتهما حتى تكتمل متعة الزواج، ويثبت

من خلاله الرجل فحولته، والزوجة كفاءتها، وتحافظ من خلاله على وجودها في الأسرة ومكانتها في المجتمع.

إن هذا التأخر بعث في نفس الحالة القلق وراودتها الشكوك، وجهت أصابع الاتهام إلى مطلقة الزوج، والتي ترغب في الرجوع، وبناء على ما لاحظته من زوجها وهو يتصفح ألبوم زواجه الأول ظنا منها في ارتباطه بمطلقته، هذه الأخيرة التي تقيم مع عائلتها في السكن المقابل للحالة، وأنها تقوم بسلوكات توحي بالاستفزاز ، وبالرغبة في الرجوع إلى عصمة مطلقها حسب تصور الحالة، مما جعلها تعتبر أن ما أصابها من عجز عن أداء وظيفتها الجنسية في ليلة زفافها قد تكون هذه الأخيرة من ورائه، فملكتها الوساوس والأوهام خوفا من كيدها. ذلك ما دفعها إلى تفتيش أمتعتها وجميع غرف البيت، بحثا عن وجود آثار سحر يكون قد دس قبل تسريحها، إلا أن الحالة لم تعثر على أدوات ورموز دالة.

عرفت الحالة خلال مسارها العلاجي تترددا على المعالجين الشعبيين اعتقادا منها في تأثير السحر على وظيفتها الإنجابية، والتي عززتها تفسيرات بعض المعالجين بأنها مصابة بسحر وأن الجني الموكل بالسحر يسكن في الرحم ويمنع البويضة من الإخصاب. بقيت الحالة تتردد على المعالجين وتمارس طقوسهم العلاجية، منها "تبخير البيت، رش الغرف، دهن الجسم بزيت الزيتون، تناول بعض الأدوية التي يعدها المعالجون(عقدة) وغيرها"، كان ذلك أملا في الإنجاب وإبطال السحر الذي أوهمها به المعالج، وهي تترقب حدوث الحمل لكن دون جدوى، وكانت مساعيها بموافقة الزوج الذي كان يرافقها ويجاريها في مسارها العلاجي، وإن كان يعتقد في العلاج الطبي بحكم وظيفته بقطاع الصحة حسب ما أفادنا به.

تذكر الحالة أنها بدأت تشعر بفتور رغبتها الجنسية، معتبرة أنه لا معنى للجنس دون إنجاب، وأن عقمها يهدد مستقبل الحياة الزوجية. ينتاب الحالة القلق عند ظهور كل دورة شهرية والتي تعرف اضطرابات في طبيعتها (عدم انتظامها)، بدأت تلمس تغيرات في سلوك ومزاج زوجها، الذي عبر لها أنه أصبح لا يطيق صبرا حين أدرك ضعف تفاعلها معه، وفتور رغبتها وبرودتها، وعدم تحقق الحمل. وحين فشلت مساعي العلاج الشعبي

اتجهت نحو العلاج الطبي بإلحاح من زوجها عليه. وقد كشفت نتائج الإجراءات الطبية عن خلوها من أي مانع طبي يحول دون تحقق الحمل، فهذا المعطى الطبي زاد من حدة توترها ومخاوفها، وعزز تفسيراتها وأثر على مختلف توافقاتها، فاضطرب نومها وشل نشاطها المهني والشخصي، وأصبحت تفضل العزلة تفاديا لتساؤلات المحيطين بها.

ذكرت الحالة أن الزوج ألحقها بأهلها مرتين بغرض إنهاء العلاقة، مفضلا –حسبه– أن يكون الطلاق عن تراض، إلا أن تدخل أطراف الصلح جعله يعدل عن قراره، وفي ظل هذه الأجواء تبقى الحالة ملازمة للعلاج، ولما لم يحقق لها العلاج الشعبي والطبي نتائج كان توجهها نحو العلاج النفسي بإحالة من المعالج (الراقي)، واعتبره زوج الحالة كآخر مرحلة، معبرا عن يأسه ونفوذ طاقتها وعدم صبره، "راك اتشوف الواقع كيفاهش داير، وتعرف المحيط لي نعيشوا فيه، والفتنة في كل بلاصة، في الخدمة ،وفي المجتمع، أنا مقدرتش نصبر، لازملي حل، نعدد ولا نطلق، ومانيش حاب نمشي في الطريق تاع الحرام، المرأة راهي باردة". أظهر الزوج قلقه مؤكدا أن اضطرابها لا يتعدي أن يكون طبيا وأن الأطباء لم يتوصلوا إلى التشخيص الصحيح الدقيق–حسبه– وأن مشكلها يصعب علاجه، ويذكر أنه قد وفاها جميع حقوقها، وأنه يرفض أن يخضع للعلاج معتبرا نفسه غير معني به، فهو يلح على الحل الذي حصره في إنهاء العلاقة الزوجية الذي لا يرى بديلا عنه.

لا تزال الحالة تتجرع المعاناة، تراودها تلك المخاوف على مستقبل العلاقة الزوجية، وتشغل فكرها تلك الأفكار الخرافية، معتبرة أن آثار السحر لا تزال باقية رغم ما تلقته من علاجات، مستدلة بما يظهر عليها من أعراض كالقلق، وانتفاخ البطن، والشعور بالتعب، وألم في الرحم، وتأخر موعد الدورة، تلك الأعراض التي لم تظهر عليها حسبها قبل الزواج، وأنها من أعراض السحر بناء على تفسيرات المعالجين الشعبيين –حسبها–، وأنه عليها المزيد من العلاج على يد من يملكون القدرة في التعامل مع مشكلاتها بقولها: "أنا وحدة صاحبتي كانت نفس شي معاي، وكي لازمت الرقية ريحت وارزقها رب بنت".

كما أظهرت الحالة مخاوفها في أن يكون الزوج على علم بالعلاقة التي ربطتها بالشاب الذي وعدها بالزواج ثم تخلى عنها بعد فترة من انتظارها، تبخر معه حلمها وكان

عاملا في تأخر زواجها. تذكر أن هذه الصورة تلازمها كظلها كون هذا الأخير كان وقتها يشتغل مع زوجها في نفس المؤسسة، واستنتجت ذلك من خلال إيحاءاته وأسئلته وبإلحاح عليها "هل سبق وأن ربطت علاقة عاطفية قبل الزواج؟"، إلا أنها ظلت متحفظة، وهذا ما زاد من مخاوفها وأشعرها بالذنب. عبرت الحالة عن قلقها وتوترها ومخاوفها، وكانت من حين لآخر تجهش بالبكاء قائلة "مستقبلي لا يبشر بالخير، لست قارة في وظيفتي، ولا مستقرة في حياتي الزوجية التي تلاحقها تهديدات الزوج". فهي توجه أصابع الاتهام إلى مطلقة زوجها كما سبق وأن أشرنا لذلك.

حاولنا خلال هذه الجلسات التعرف على معاناة الحالة، والكشف عن تصوراتها وتفسيراتها لأسباب اضطراب صحة علاقتها الجنسية، ووظيفتها الإنجابية واللاتوافق في العلاقة الزوجية، ومدى مساعيها العلاجية، ومعرفة الأسباب الجوهرية لذلك، ومدى تأثير ما يراودها من أفكار وسواسية على مختلف جوانب حياتها وتوافقاتها، لتقديم ما أمكن من مساعدة للتخفيف من شدة قلقها وتوترها ومخاوفها، والعمل قدر الإمكان على تصحيح تلك الأفكار والتصورات الخاطئة التي ساهمت في بنائها ثقافة المجتمع، وغابت في ظلها أناها المثقفة. إلا أن إصرار الزوج حال دون تحقيق أهداف العلاج لغياب مساندته، ورفضه أن يكون طرفا في العلاقة العلاجية، مما أدى بالحالة إلى الانقطاع عن الجلسات، ويعد ذلك من الصعوبات التي تواجه الباحث، في الكشف عن مدى فاعلية العلاج. وخلال الجلسات تم إجراء الاختبارات المعتمدة في الدراسة كأدوات تشخصية، كشفت عن نتائجها الجداول التي عرضت أدناه.

-2-تحليل محتوى المقابلات:

-**الملاحظة الاكلينيكية:** الحالة ذات قامة معتدلة، وبنية مقبولة ، مشية بطيئة تظهر عليها ملامح الخجل، كانت متحفظة في الإجابة عن الأسئلة ذات الصلة بالجانب الجنسي والعاطفي، دموعها على خدها، يظهر اليأس والتعب على قسمات وجهها، سبق للحالة أن استفادت من المساعدة لنفس الغرض.

-الفحص العيادي وتحليل المعطيات:

-تاريخ الاضطراب: الحالة تشكو من اضطراب في صحة علاقتها الجنسية منذ 2012، إضافة إلى اضطراب وظيفتها الإنجابية(العقم). تلقت من قبل مساعدة علاجية لكنها انقطعت عن الجلسات لظروف أسرية واجتماعية، وهي تتابع حاليا علاجا مزدوجا(تقليدي، طبي) بحثا عن حل لمشكلاتها.

-هيئة الحالة وهندامها:الحالة ذات قامة معتدلة، حسناء ،ترتدي لباسا تقليديا نظيفا ومتناسقا .

-سمات الحالة: تظهر على الحالة ملامح القلق والتوتر، عبرت عن يأسها من علاج عقمها، وفتور رغبتها الجنسية، اللذان طالت مدتهما رغم مساعي العلاج بأنواعه، وتقدمها في السن الذي يقارب الأربعين، تعبر عن مخاوفها على مستقبل العلاقة الزوجية.

-اللغة والاتصال: لغة الحالة كانت سليمة واضحة تعكس مستواها التعليمي، كان الاتصال بها بالمؤسسة الصحية، سبق للحالة أن تلقت مساعدة لنفس الغرض.

-النشاط الحركي: تبدو الحالة رزينة، هادئة، حركاتها بطيئة ، ، نشاطها الاجتماعي جد محدود.

-النشاط العقلي: يظهر على الحالة نوع من الشرود وقلة التركيز، قلة اهتماماتها بتنمية قدراتها المعرفية، تظهر انشغالها باضطرابها وتمركزها حول ذاتها.

-محتوى التفكير: تملك الحالة الأفكار الوسواسية، والنظرة السوداوية لمآل علاقتها الزوجية، تفكيرها أصبح سلبيا، ونظرتها للعلاقة الزوجية متشائمة. تجتر تجاربها الفاشلة وشعورها بالذنب، نتيجة تجربة عاطفية فاشلة سبقت الزوج، لم تظهر على الحالة أفكار انتحارية، استسلمت لليأس وفقد الأمل في علاج عقمها بخاصة.

-المزاج والعاطفة: الحالة ذات مشاعر رقيقة، سريعة التأثر، سلاحها دموعها في التعبير عن معاناتها ، نبرة صوتها خافتة، تبدو كتومة، أظهرت تحفظاتها في التعبير عن عواطفها ومعاناتها ذات العلاقة باضطراب صحة علاقتها الجنسية.

-**الحالة الصحية:** لم تشكو الحالة من أي مرض عضوي عدا ما تعلق باضطراب وظيفتها الإنجابية، وفتور رغبتها الجنسية، واضطراب في دورتها الشهرية.

-**التاريخ النفسي والاجتماعي:** عرفت الحالة اضطرابا في علاقتها الجنسية في أول ليلة زفافها، أرجعت أسبابه إلي ما تحمله من تصورات ساهم في بنائها ثقافة المجتمع. تعتقد في تأثير القوى الخفية على الصحة، تجسدت في تفسير ما يعترض الأزواج من معيقات في ليلة زفافهم، والذي يتطلب من الأطراف المتضررة الاستعانة بالمعالجين الشعبيين وهذا ما عرفته الحالة، عززت إيحاءات المعالجين تفسيراتها وتصوراتها. كانت الحالة تعمم هذه التفسيرات على مختلف مشكلاتها، لذلك فإنها أرجعت ما عرفته من تأخر في الإنجاب إلى نفس التفسيرات، مما دفعها إلى التوجه نحو العلاج الشعبي الذي من جنس هذه التفسيرات ، غاب في ظل ذلك الأنا المثقفة لدى الحالة مبررة ب" الضر يحمل".

كانت تنتاب الحالة الوساوس والشكوك، بحثا عن مسببات الاضطرابين وما نتج عنهما من معاناة بعثت على القلق والمخاوف على مستقبل العلاقة الزوجية في ظل غياب فاعلية مساعيها العلاجية، والتي كانت التشخيصات الطبية غامضة بالنسبة لها، فيما تعلق باضطراب دورتها الشهرية وعقمها الذي طالت مدته، وما زاد من توترها تقدمها في السن، وما كان ينتابها من مخاوف من جراء تهديدات الزوج، وما لمسته من تغير في سلوكه ومعاملته لها رغم ما كان يوفره لها من إمكانات مادية التي لم تكن تعيرها اهتماما أكثر، لانشغالها بصحتها الجنسية والإنجابية التي يتوقف عليهما توافقها الزواجي.

-**علاقات الحالة (داخل البيت ومع الأقارب)**:علاقة الحالة بأفراد عائلتها عادية، غير أنها ترى أن والدها كان قاسيا معها خوفا من تورطها في علاقات عاطفية مشبوهة، وتعتبر أنه كان صارما معها حريصا على تربيتها. أما علاقتها بعائلة الزوج فكانت عادية، لا تتدخل في شؤون حياتها الزوجية، وأنها تعيش ببيت مستقل، عرفت العلاقة الزوجية في بدايتها التفاهم والتوافق، لكن مع ظهور اضطراب علاقتها الجنسية، وما عرفته من تأخر في الإنجاب، الذي أرجعت أسبابهما لتفسيرات غيبية، وبعد فشل مساعي العلاج، بدأت العلاقة تعرف خللا وتوترا، من خلال ما لاحظته من تغير سلوك زوجها وطريقة معاملته لها، وما كان يصدر عنه من تهديدات وتوعد بالتعدد أو الطلاق، ذلك مما أثار مخاوفها

كون الزوج سبق له الزواج بغيرها، هذه الأخيرة التي تشك الحالة أنها من وراء الكيد لها بإعمال السحر، رغبة منها في الرجوع إلى مطلقها، فغابت في ظل ذلك المودة والحوار وما يحقق التقارب بينهما، وصل ذلك إلى حد الطلاق العاطفي، ومؤشرات الطلاق من خلال إلحاق الزوجة بأهلها لولا تدخل أطراف الصلح.

-**علاقات الحالة خارج البيت:**علاقات الحالة الاجتماعية عادية رغم محدوديتها، فهي تقلل من اتصالاتها بمعارفها، تفاديا من الدخول في حوارات ذات العلاقة بحياتها الزوجية، ووضعيتها الإنجابية التي أصبحت بالنسبة لها بمثابة مركب نقص-حسب الحالة-"ما نحبش أي واحد يسألني في هذا الموضوع، همي نحملو وحدي". فمن خلال هذا الخطاب يتضح أن الحالة كتومة ومتحفظة بأسرارها الزوجية وأمورها الشخصية.

-**المعاش النفسي للحالة:**الحالة أصبحت تميل للعزلة تفاديا لتساؤلات المحيطات بها حتى في مكان عملها، مما جعلها تلجأ إلى العطل المرضية والغيابات المتكررة، نتيجة ما تشعر به من قلق وتوتر، وتأثير على معاشها النفسي وتوافقها الاجتماعي. تظهر ملامح معاناتها النفسية من خلال نبرة صوتها، وقسمات وجهها، تنتابها نوبات الحزن والبكاء في التعبير عن معاناتها، تشكو صداعا نصفيا، واضطرابا في نومها، ونقصا في شهيتها، وتراجعا في وزنها، تنتابها الوساوس والمخاوف والشكوك، مع شعور بالذنب والتمركز حول الذات. تجسدت معاناتها من خلال خطاباتها ولغتها غير المنطوقة في بعض المواقف.

-**تصورات الحالة للاضطراب وتفسير أسبابه:** نظرا لما عرفته الحالة من فشل في علاقتها الجنسية في ليلة زفافها (التصفيح)، والذي استجابت من خلاله لتصورات وتفسيرات المحيطين بها، وبناء على ما ترسب لديها من معتقدات حول تأثير السحر على العلاقة الزوجية، فإن الحالة أرجعت أسباب فشلها إلى تأثير هذا الأخير الذي يتطلب تدخل المعالج الشعبي(الراقي) لفك السحر، والذي عزز هذه التصورات والتفسيرات. عرفت الحالة بعد ذلك فتورا في رغبتها الجنسية، وتأخرا في اضطراب وظيفتها الإنجابية، أرجعت أسبابه لنفس التفسيرات، في ظل غموض نتائج العلاج الطبي بالنسبة لها للكشف عن أسباب هذا التأخر. ذلك ما ساهم في ظهور الأفكار الوسواسية والشكوك بحثا عن

مسببات الاضطراب. معتبرة أن مطلقة الزوج من وراء معاناتها فيما صنعته من سحر، لم تعثر الحالة على آثاره وبقاياه.

-**التشخيص بناء على تحليل المقابلات ونتائج الاختبارات:** كشفت نتائج اختبار تشخيص اضطرابات الشخصية عن وجود سمات الشخصية الاكتئابية، التي بلغت درجتها 71,42 درجة، كما ظهرت على الحالة أعراض الشخصية التجنبية قدرت ب57,14 بالمائة، كما أظهر المقياس سمات الشخصية الوسواسية، والتي قدرت بنسبة 62,50 بالمائة، توافقت مع نتائج مقياس"بيل براون" للوسواس القهري، الذي بلغت نسبته 60 بالمائة، فيما تعلق منه بالأفكار الوسواسية. أما المجموع الكلي لاختبار الشخصية فقد بلغت نسبته 33,33 بالمائة.

كما كشف الاختبار عن وجود أعراض لشخصيات مختلفة، تراوحت نسبتها ما بين (11,11-33,33). كما كشفت نتائج اختبار التوافق الزواجي عن ارتفاع ملموس كمؤشر لغياب التوافق العاطفي، وعنصر الثقة، وضعف في إدراك الحالة الزوجية، تراوحت درجات هذه الأبعاد ما بين (70-90) بالمائة، فيما عرف بعد المشاركة في تحمل المسؤولية، وبعد التفاهم المتبادل، ضعفا بنفس الدرجات، التي قدرت بنسبة 60 بالمائة، فيما تراوحت نسبة الأبعاد الأخرى ما بين(10-30)بالمائة، والتي لم تسجل تأثيرها على التوافق الزواجي . قدرت النسبة العامة للاختبار ب55 بالمائة، والتي كان لها بالغ التأثير على جوانب حياة الحالة في الأبعاد التي عرفت ارتفاعا ملموسا في درجاتها. كما كشفت نتائج اختبار الأفكار الشائعة عن اعتقاد الحالة في تأثير السحر والقوى الغيبية على الصحة، واعتقادها في العلاج الشعبي الذي اتخذته مسارا لها. تراوحت نسبة هذين البعدين ما بين (83,33-85,71) بالمائة فيما تراوحت درجات الأبعاد الأخرى وبنسب متفاوتة ما بين(15-53,84) بالمائة، وقدرت النسبة العامة للاختبار ب50,61 بالمائة.

-تحليل نتائج الاختبارات من خلال الجداول:

جدول نتائج اختبار تشخيص اضطرابات الشخصية

الرقم	اضطرابات الشخصية	عدد البنود	عتبة الباثولوجية	الاستجابات(نعم)	نعم	النسب	الاستجابات(لا)	لا	النسب
01	شبه الهذائية	7	4 بنود	96-62	2	28,57	11-24-37-50-85	5	71,42
02	الفصامية النموذجية	9	5 بنود	72	1	11,11	10-23-36-48-61-74-60-86	8	88,88
03	شبه الفصامية	7	4 بنود	60-22	2	28,57	9-34-47-71-95	5	71,42
04	الهستيرية	8	5 بنود	90-80	2	25%	4-17-30-43-55-67	6	75%
05	البينية	9	5 بنود أو البند 2+98	78-58-19	3	33,33	6-32-45-69-93-98	6	66,66
06	النرجيسية	9	5 بنود	79-31	2	22,22	5-18-44-57-68-73-92	7	77,77
07	المضادة للمجتمع	8	3 من البند 3+99 بنود	94-ب=99	2	25%	8-20-33-46-59-75	6	75%

08	الوسواسية القهرية	8	4 بنود	3-16-29-41-66	5	62,50	54-81-89	3	37,50
09	التجنبية	7	4 بنود	1-13-26-39	4		52-83-87		
10	التابعة	8	5 بنود	53	1	12,50	2-15-27-40-65-82-88	7	87,50
11	الاكتئابية	7	5 بنود	28-42-52-84-97	5	71,42	14-70	2	28,57
12	السلبية العدوانية	7	4 بنود	63	1	14,28	7-21-35-49-77-91	6	85,71
س.ت	الصورة الجميلة	4	2 بندان	12-25-38	3	75%	51	1	25%
	استبيان التشكيك	2	1 بند		0	00%	64-76	2	100%
	المجموع الكلى	99	25 أو 28 بندا		33	33,33		66	66,66

-تحليل النتائج على ضوء الجدول: كشفت نتائج اختبار تشخيص اضطرابات الشخصية أن النسبة العامة لهذا الاختبار قدرت ب33,33 بالمائة، عرفت ارتفاعا في ظهور سمات الشخصية الاكتئابية، والتي قدرت ب71,42 بالمائة، كما كشفت نتائج الاختبار عن وجود أعراض الشخصية الوسواسية، قدرت درجاتها ب62,50 بالمائة، والتي توافقت مع نتائج مقياس الوسواس القهري ل" بيل براون " الذي قدرت نتائجه ب 60 بالمائة، فيما تعلق منه بالأفكار الوسواسية، فيما كشف الاختبار عن وجود سمات الشخصية التجنبية التي قدرت درجاتها ب57,14 بالمائة. كما كشف الاختبار عن وجود أعراض بنسب متفاوتة لشخصيات مختلفة، تراوحت درجاتها ما بين(11,11-28,57) بالمائة.

جدول نتائج مقياس الوسواس القهري ل" بيل براون".

	البنود	الدرجات
1	مقدار الوقت الذي تستغرقه الأفكار الوسواسية	2
2	مقدار التعارض الذي تحدثه الأفكار الوسواسية مع نشطاتك الاجتماعية والعلمية	2
3	مقدار التوتر والقلق المصاحب للأفكار الوسواسية	3
4	مقدار الجهد المبذول في مقاومة الأفكار الوسواسية(بغض النظر عن نجاحك في المقاومة)	2
5	مقدار سيطرتك على الأفكار الوسواسية	3
المجموع		12
1	مقدار الوقت الذي تمضيه في القيام بالأفعال القهرية	1
2	مقدار التعارض الذي تحدثه الأفعال القهرية في نشاكاتك الاجتماعية والعلمية	2
3	مقدار التوتر والقلق الناتج في حال الامتناع عن القيام بالأفعال القهرية	2
4	مقدار الجهد المبذول في مقاومة الأفعال القهرية(بغض النظر عن مدى نجاحك في المقاومة)	2
5	مقدار سيطرتك على الأفعال القهرية	2
المجموع		9
المجموع الكلى		21 52,50%

التقييم:

معدل نتائج المقياس	شدة الاضطراب
23-16	متوسط

-**تحليل النتائج على ضوء الجدول:** كشفت نتائج الاختبار عن أن النسبة العامة لاضطراب الوسواس القهري كانت متوسطة، قدرت ب52,50 بالمائة، غير أن الأفكار الوسواسية بلغت درجاتها 60 بالمائة، مقارنة بالأفعال القهرية التي بلغت نسبتها 45 بالمائة، وقد عرفت نسبة الأفكار الوسواسية تقاربا مع نتائج سمات الشخصية الوسواسية، التي بلغت 62,50 بالمائة، من خلال ما كشفت عنه نتائج اختبار تشخيص اضطرابات

الشخصية ل"هيلر". وبذلك يمكن القول أن الحالة تتسم بسمات الشخصية الوسواسية التي تظهر عليها الأعراض الاكتئابية، وأعراض الشخصية التجنبية.

جدول نتائج اختبار التوافق الزواجي

الأبعاد	الفقرات	الاستجابات(اللاتوافق)	نعم	النسب	الاستجابات(التوافق)	لا	النسب
التوافق العاطفي	(1-9-17-25-33-41-49-57-65-73)	1-9-17-25-33-41-49-57-65-73	10	100%		0	00%
الاحترام المتبادل	(2-10-18-26-34-42-50-58-66-74)	66-58	2	20%	2-18-34-42-50-74	6	60%
التفاهم المتبادل	(3-11-19-27-35-43-51-59-67-75)	3-27-51-59-67-75	6	60%	11-19-35	3	30%
الاتفاق في الأمور المادية	(4-12-20-28-36-44-52-60-68-76)	20	1	10%	4-12-28-36-44-52-60-68-76	9	90%
المشاركة في تحمل المسؤولية	(5-13-21-29-37-45-53-61-69-77)	5-13-21-29-37-45-53-61-69-77	6	60%	53	1	10%

	(69-77						
الثقة المتبادلة	(6-14-22-30-38-46-54-62-70-78)	6-22-30-38-46-54-62-70-78	9	90%	14	1	10%
الأنانية	(7-15-23-31-39-47-55-63-71-79)	47-71-79	3	30%	7-15-31-39-55-63	6	60%
إدراك الحالة الزوجية	(8-16-24-32-40-48-56-64-72-80)	8-16-32-56-64-72-80	7	70%	24-40-48	3	30%
المجموع	80		44	55%		29	36,25

-**تحليل النتائج على ضوء الجدول:** بلغت النسبة العامة لهذا الاختبار 55 بالمائة، حيث كشفت نتائج الاختبار عن ارتفاع في البعد الأول، الذي عرف غيابا تاما للتوافق العاطفي بين الزوجين والذي كانت نسبته 100 بالمائة، كما كشف الاختبار عن انعدام الثقة بين الزوجين والتي بلغت نسبته 90 بالمائة وهذا المؤشر له تأثيره على العلاقة الزوجية التي لا تعرف الاستقرار والتوافق ، اللهم إلا إن جددت الثقة، وصححت تصورات الحالة الخاطئة وظنونها عن الشريك. كما كشفت نتائج الاختبار عن غياب إدراك الشريك للحالة الزوجية، والتي قدرت درجاتها بنسبة 70 بالمائة، كما سجل عدم التفاهم في العلاقة الذي قدرت درجاته ب60 بالمائة، والتي توافقت مع بعد المشاركة في تحمل المسؤولية، كما كشفت نتائج الاختبار عن نسب متفاوتة في الأبعاد الأخرى تراوحت بين (10-30) درجة أي بمعدل 20 بالمائة.

لذلك فإنه رغم كون النسبة العامة للاختبار متوسطة على العموم، فإنه يجب استدراك الوضع والمسارعة إلى علاج مواطن الخلل المسجلة في الأبعاد التي عرفت ارتفاعا محسوسا في درجاتها، قبل أن تعرف العلاقة توترا أكثر، قد يشمل جميع جوانب الحياة الزوجية ومختلف أبعادها.

جدول نتائج اختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي

الرقم	الفقرات	العدد	الأبعاد	ص. ت	النسب	ص. ج	النسب	خ. ت	النسب	لا أدري	النسب
01	(1- 16)	16	ميدان الطب النفسي عموما	08	50%	05	31,25	03	18,75	00	00%
02	(17- 29)	13	الأدوية النفسية والعلاج الدوائي	07	53,84	03	23,07	03	23,07	00	00%
03	(30- 49)	20	الطبيب النفسي وشخصيته وكيفية التعامل معه	03	15%	11	55%	04	20%	02	10%
04	(50- 63)	14	معاني الاضطراب النفسي وتشخيصه وكيفية علاجه	12	85,71	02	14,28	00	00%	00	00%
05	(64	06	كيفية	03	50%	01	16,66	02	33,33	00	00

	– (69		التعامل مع المريض النفسي							%
06	(70 – 75)	06	بعض الاضطرابا ت النفسية المحددة	05	83,3 3	00	00 %	00	00 %	01	16,66
07	(76 – 81)	06	العلاجات غير الدوائية	03	50%	01	16,6 6	00	00 %	02	33,33
المجمو ع		81		41	50,6 1	23	28,3 9	12	29,9 6	05	6,17

-**تحليل النتائج على ضوء الجدول:** بلغت النسبة العامة لنتائج الاختبار ما يقدر ب50,61 بالمائة، حيث كشفت نتائج الاختبار عن ارتفاع في درجات الاعتقاد في تأثير القوي الغيبية والاعتقاد في العلاج الشعبي. كانت النتائج متقاربة، تراوحت بين(83,33-85,71) والتي توافقت مع تصورات الحالة ومسارها العلاجي. كما كشفت نتائج الاختبار عن تصورات الحالة للطب النفسي والعلاج بالأدوية النفسية، تراوحت درجاتها ما بين (50-53,84) بالمائة وهي نسب متوسطة ومتقاربة.

-**المسار العلاجي:**تلقت الحالة مختلف أنواع العلاج منذ بداية اضطرابها، وبخاصة ما تعلق باضطراب وظيفتها الإنجابية (العقم)، الذي تعتبره عاملا مهددا لعلاقتها الزوجية.

-**العلاج الطبي:** كان إقبال الحالة على العلاج الطبي للكشف عن أسباب اضطراب دورتها الشهرية، وما ترتب عنها من آلام وعدم انتظامها، كما أجرت فحوصا وتحاليل طبية لمعرفة أسباب تأخر إنجابها، هذه الإجراءات أثبتت خلوها من أي مانع عضوي يحول دون تحقق الإنجاب، عدا ما تعلق باضطراب الدورية الشهرية التي تتطلب متابعة

علاجية طبية. أما عن اضطراب صحة علاقتها الجنسية فإنها لم تتلقى أي علاج طبي، ولم تفصح عن ذلك حتى لزوجها الذي تبين له ذلك من خلال ضعف تفاعلها معه.

-**العلاج التقليدي:** بعد أن كشفت نتائج الفحوص عن خلوها من موانع طبية تحول دون الحمل، اتجهت الحالة إلى العلاج التقليدي استجابة لأفكارها الوسواسية وتفسيراتها غير الموضوعية، هذا المعطى الطبي جعل الحالة توظف حمولتها الثقافية، التي ساهم المحيط في بنائها، أنتجت تلك الأفكار الوسواسية، التي على إثرها بنت تصوراتها وتفسيراتها للأسباب اضطراب صحتها الجنسية واضطراب وظيفتها الإنجابية، التي أرجعتها لأسباب غيبية ممثلة في تأثير السحر على هاتين الوظيفتين. تلقت الحالة مختلف أنواع العلاج الشعبي (طلبة، رقاة، التبرك بالأولياء..)" الضر يحمل" وكان تركيزها أكثر على الرقية الشرعية لثقتها في ممارسيها، ممن تسمع عنهم بمجتمع الدراسة وكانت في آخر محطاتها.

-**العلاج النفسي:** سجلت الحالة استجاباتها للعلاج النفسي الذي وجهت إليه من قبل معالجها (الراقي)، عرفت خلاله تحسنا نسبيا، إلا أن غياب مساندة الزوج وتملصه من المسؤولية ورفضه أن يكون طرفا في العلاقة العلاجية، حال دون تحقيق أهداف العلاج النفسي. وإن كانت الحالة تعتقد أكثر في العلاج الشعبي، كونه يتوافق مع تفسيراتها لأسباب اضطراب علاقتها الجنسية، وفي ظل غموض نتائج الفحوص في الكشف عن أسباب عقمها، هذا المعطى الذي جعلها ترجع أسبابه لنفس التفسيرات، ساهم في تصوراتها والاستجابة لوساوسها وشكوكها غير المؤسسة بأدلة وأدوات ملموسة، التي عززتها إيحاءات المعالجين.

-**الطعون العلاجية:**عرف المسار العلاجي للحالة طعونا علاجية تركزت مساعيها على العلاج الشعبي بمختلف أنماطه، استجابت من خلاله لإملاءات المعالجين، وممارسة طقوسهم رغم فاعليته النسبية.

-**التصورات لفاعلية العلاج:** ترى الحالة أن ما تلقته من علاجات كانت فاعليتها نسبية، نتيجة عدم توفر الدعم المعنوي من قبل الزوج، بخاصة لما تتلقاه من تهديدات بالطلاق

أو التعدد، وما تعرضت له من إلحاقها بأهلها بهدف إنهاء العلاقة بالتراضي، لولا تدخل أطراف الصلح، ناهيك عن الإيحاءات السلبية الصادرة عنه "أنت باردة".

-**تصورات الإحباطات العلاجية:** إن فشل مساعي العلاج، وغياب مساندة الزوج للحالة، وما كانت تتعرض له من تهديدات، أثر على الناحية النفسية للحالة، مما أفقدها الأمل في العلاج، وزاد من حدة قلقها وتوترها ووساوسها، ومخاوفها على مستقبل العلاقة الزوجية، معتبرة أن العلاج لا يعطي ثمارها طالما الظروف لم تتوفر.

-**3-نتائج المقابلة:** تم الاقتصار فيها على العناصر التالية:

-**تشخيص الاضطراب:**عرفت الحالة اضطرابا في صحة علاقتها الجنسية ظهرت بوادره في ليلة زفافها، كما عرفت عجزا في وظيفتها الإنجابية، واستجابة لأفكارها الوسواسية فسرت أسباب اضطرابها في تأثير العوامل الغيبية ممثلة في تأثير السحر على هاتين الوظيفتين، تلك الأفكار والتصورات التي تعكس حمولتها الثقافية، وتأثرها بالواقع السوسيو ثقافي، عزز ذلك تهديدات الزوج وإيحاءاته السلبية.

-**التصورات لأسباب الاضطراب:** ترى الحالة أن اضطراب صحة علاقتها الجنسية واضطراب وظيفتها الإنجابية يرجعان إلى تأثير السحر، الذي اعتبرت الحالة أن مطلقة الزوج طرفا فيه، رغبة منها في الرجوع إلى عصمة مطلقها. وما عرفته عنها من استفزازات وتلميحات هذه الأخيرة التي تقيم مع عائلتها بالسكن المقابل للحالة.

-**المؤشرات لبناء تفسيرات الاضطراب:** بنت الحالة تفسيراتها لأسباب الاضطراب على توقعاتها وملاحظتها لتصرفات مطلقة الزوج، وتغير مزاج وسلوك الزوج، وكذا تفسيرات المعالجين، ولم تتوفر لدى الحالة أدلة مادية من أدوات ورموز سحرية تؤكد وتثبت صحة تفسيراتها لأسباب الاضطراب، وإن كانت الحالة قد تغافلت في تفسيراتها عن العوامل الموضوعية لهذا التأثير على العلاقة.

-تأثيرات الأفكار الوسواسية: من خلال تحليلنا للمقابلات وما ظهر من خلال خطابات الحالة تبين أنها تعيش حبيسة أوهامها، وأفكارها الوسواسية، التي كان لها تأثير واضح على جوانب حياتها، ومختلف توافقاتها، نوجزها في الآتي:

-أ-تأثيرات الأفكار الوسواسية على الحياة الانفعالية والعاطفية: اتضح تأثير الأفكار الوسواسية على الحياة الانفعالية والعاطفية للحالة، من خلال ما عرفته من قلق وتوتر، وما سجل عنها من مخاوف على مستقبل العلاقة الزوجية، وما تعرفه من تأنيب الضمير وشعور بالذنب، وشك في مطلقة الزوج، وبما عرفته من تهديدات من قبل الزوج وتغير في سلوكه ومعاملته، وغياب مساندته لها.

-ب-تأثيرات الأفكار الوسواسية على الحياة الجنسية: كان للأفكار الوسواسية أثرها البالغ على الحياة الجنسية لدى الحالة، عرفت على إثرها فتورا في رغبتها الجنسية التي عززها ما عرفته من تأخر في الإنجاب، ساهم في ظهور هذه الأفكار وما ترسب لدى الحالة من خلال تنشئتها الاجتماعية من معتقدات حول تأثير السحر على العلاقة الزوجية بخاصة، والتي ظهرت بوادرها ومؤشراتها في أول ليلة زفافها(التصفيح) استدعى ذلك تدخل المعالج الشعبي لفك السحر(الرباط). مما جعل الحالة توجه أصابع الاتهام لمطلقة الزوج دون توفر أدلة لدى الحالة تثبت ذلك، إلا استجابة لوساوسها وظنونها وأوهامها التي عززت مخاوفها.

-ج-تأثيرات الأفكار الوسواسية في التوجه العلاجي: إن ما عرفته الحالة من إقبال على العلاج الشعبي واعتقادها فيه كان استجابة منها لأفكارها الوسواسية وتوظيفا لحمولتها الثقافية، اعتقادا منها في العلاج الشعبي الذي تعتبره من جنس التفسيرات والتصورات رغم ما عرفه من فاعلية نسبية في علاج اضطرابها وحل مشكلاتها.

-د-تأثيرات الأفكار الوسواسية على التوافق الزواجي: كان للأفكار الوسواسية أثرها على التوافق الزواجي، لما عرفه هذا الأخير من خلل، حيث سادت الخلافات، وغاب الحوار والمساندة، واستخدم الشريك ألوان التهديد، وعرفت العلاقة توترا بينا بخلاف ما كانت عليه

من قبل، أرجعت الحالة أسباب ذلك لتفسيرات غيبية(غير موضوعية) استجابة لأفكارها الوسواسية وما تحمله من ظنون تجاه مطلقة الزوج.

-هـ-**تأثيرات الأفكار على العلاقات الاجتماعية والأسرية:** إن ما تحمله الحالة من أفكار وسواسية ومن شكوك في الكيد بها والتآمر عليها من قبل مطلقة الزوج بخاصة، وما ترتب عن ذلك من اضطراب في صحة علاقتها الجنسية، ونتيجة ما عرفته من تأخر في الإنجاب، جعل الحالة تحد من علاقتها الاجتماعية تفاديا لتساؤلات المحيطين بها عن حياتها الزوجية التي تعرف اضطرابا. غير أن ما سجل عن علاقة الحالة بعائلة الزوج فإنها لم تعرف هذه الأخيرة توترا نظرا لعدم تدخلهم في شؤون الزوجين، كما هو الشأن بالنسبة لأطراف عائلتها، إلا بما تعلق بمساعيهم العلاجية، رغم ما تلقته الحالة من تهديدات التي لم تبلغ أهلها عن وقائعها.

يعد تكتم الزوجين عن الكشف عن مشكلاتهما عاملا في الحفاظ على العلاقات الأسرية حتى لا تتسع دائرتها إن سويت مشكلاتهما على المستوى الداخلي، ولم يعلن تدخل أطراف الصلح عن نفسه إلا حين بلغ المشكل مداه حين ألحقت الزوجة بأهلها لإنهاء العالاقة بالتراضي، ذلك ما كان يسعى إليه الزوج ويرغب فيه في حد تعبيره.

-**المسار العلاجي:** ركزت الحالة في مسارها العلاجي على العلاج التقليدي بالدرجة الأولى، وبخاصة ما تعلق منه بالرقية الشرعية باعتباره ذو مرجعية دينية، ويتوافق مع تفسيراتها لأسباب الاضطراب، ويلبي حاجياتها العلاجية، رغم ما عرفته من إقبال على الأنماط الأخرى من العلاج الشعبي. لذلك فإن المسار العلاجي عرف طعونا علاجية لدى الحالة.

-**العلاج الطبي:** لم يكن تركيز الحالة على العلاج الطبي إلا ما تعلق باضطراب وظيفتها الإنجابية، التي كشفت الفحوص والتحاليل عن عدم وجود موانع طبية تحول دون الإنجاب، عدا ما تعلق بالدورة الشهرية التي تتطلب علاجا طبيا، ذلك ما جعل الحالة لا تعطي أهمية كبرى للعلاج الطبي، فيما تحفظت عن تلقى العلاج لما تعرفه من اضطراب في صحة علاقتها الجنسية، باعتباره تابو يحظر الكشف عنه من جهة، وأن أسبابه لا

تتطلب التدخل الطبي بل يتم علاجه من قبل المعالجين الشعبيين، الذين يملكون–حسبها– قدرة التعامل مع القوى الخفية في فك السحر.

–**العلاج الشعبي**:عرف العلاج الشعبي إقبالا من قبل الحالة، باعتباره يتوافق مع تفسيراتها ويستجيب لحاجاتها، وكان اعتقادها أكثر في الرقية الشرعية التي تعرف توافدا كبيرا ورواجا واسعا من قبل شريحة من مجتمع الدراسة، فهي تطلبها لعلاج مختلف معاناتها، وما يواجهها من مشكلات حياتية، كونها ذات مرجعية دينية، وأنها خالية من الممارسات والطقوس السحرية في حد تعبيرات الحالات، مقارنة بالعلاجات الشعبية الأخرى التي تلقتها. ورغم قناعة الحالة بهذا النمط العلاجي إلا أن فاعليتها كانت نسبية.

–**العلاج النفسي**: لم تتلقى الحالة علاجا نفسيا إلا بعد فشل مساعيها، وبإحالة من معالجها، وبموافقة الزوج الذي كان يرافقها، والذي أفصح عن يأسه من العلاج، ويعتبره آخر مسعى نحو العلاج، معتبرا أن عقمها يرجع لعوامل طبية، وأنه لا يعتقد في جدوى العلاج التقليدي، إنما يجاري زوجته في ذلك تطييبا لخاطرها. وفي الوقت ذاته يعفي نفسه من أن يكون طرفا في العلاقة العلاجية أو تلقي العلاج .

–**فاعلية العلاج**: كانت فاعلية العلاج –حسب الحالة– نسبية، وأن الأعراض تلازمها وتزداد حدة، لأن الظروف مهيأة لظهورها، وبخاصة غياب المشاركة الوجدانية والدعم المعنوي من الزوج ، بل كان عاملا في تأزم المشكلة من خلال إيحاءاته السلبية وتهديداته، وتوعده بالطلاق أو إعادة الزواج، ذلك ما عزز شكوك الحالة في رجوعه لمطلقته.

–**إحباطات العلاج والطعون العلاجية**: كان لتلك الظروف والملابسات والمعطيات أثره في فشل مساعي العلاج، وتدهور معنويات الحالة وحالتها النفسية.

–**الربط بين نتائج الاختبارات وتحليل المحتوى**: من خلال الدراسة والتحليل تبين للباحث توافق إلى حد كبير بين محتوى المقابلات، وما كشفت عنه نتائج الاختبارات المستخدمة في الدراسة، حيث كشفت نتائج اختبار التوافق الزواجي عن ارتفاع درجات اللاتوافق في الحياة الزوجية، بخاصة ما تعلق باللاتوافق العاطفي الذي عرف ارتفاعا مذهلا، قدرت

نسبته ب100 بالمائة، تقاربت مع نتائج عنصر غياب الثقة، الذي قدرت نسبته ب90 بالمائة، كما كشفت النتائج عن ضعف إدراك الحالة الزوجية التي قدرت ب70 بالمائة، وضعف التفاهم المتبادل والمشاركة في تحمل المسؤولية، قدرت درجاتهما ب60 بالمائة، فيما تراوحت نتائج الأبعاد الأخرى ما بين(10-30) بالمائة. وقد قدرت النسبة العامة للاختبار ب55 بالمائة.

وبذلك فإن ارتفاع درجات بعض الأبعاد قد توافق مع ما أعربت عنه الحالة، وما تعرفه العلاقة من اللاتوافق بين الزوجين وبالأخص ما تعلق باللاتوافق العاطفي، وغياب عنصر الثقة. كان ذلك نتيجة تأثير الأفكار الوسواسية التي عرفت ارتفاعا في درجاتها من خلال الاختبارين، هذه الأفكار التي تنتاب الحالة وتلازمها، وتفرض نفسها عليها في تفسيراتها لأسباب معاناتها دون وجود مؤشرات مادية، والتي امتد تأثيرها على معاشها النفسي والاجتماعي، لما ظهر على الحالة من أعراض الشخصية الاكتئابية، والشخصية التجنبية، توافقت في ذلك النتائج مع تحليل المحتوى.

كما توافق المسار العلاجي الذي عرفته الحالة مع ما كشفت عنه نتائج اختبار الأخطاء الشائعة للطب النفسي، الذي تراوحت فيه درجات البعدين ما بين(83,33-85,71). وعلى إثر ما سبق يمكن القول أن تحليل محتوى المقابلات قد توافق إلى حد كبير مع ما كشفت عنه نتائج الاختبارات في الأبعاد ذات العلاقة بمحاور الدراسة وفروضها.

خلاصة:تبين من خلال تحليل المقابلات وما كشفت عنه نتائج الاختبارات أن الحالة تعاني من اضطراب في علاقتها الجنسية، واضطراب وظيفتها الإنجابية التي أثرت على مختلف جوانب حياتها، والتي كشفت عنها نتائج الاختبار في عدم وجود توافق عاطفي، وغياب عنصر الثقة المتبادلة، وإدراك الحالة الزوجية، كما سجل ضعف في التفاهم المتبادل، والمشاركة في تحمل المسؤولية، كان ذلك من خلال خطابات الحالة ونتائج الاختبار، نتيجة تأثير الأفكار الوسواسية والتصورات الخاطئة والتفسيرات غير الموضوعية، لذلك كان تركيز الحالة على العلاج الشعبي الذي يتوافق مع تفسيراتها وتصوراتها، وهذا ما كشفت عنه نتائج الاختبارات.

لذلك فإنه متى كانت النتيجة العامة متوسطة في عمومها، إلا أن ارتفاعها في بعض أبعاد الاختبار، وما عبرت عنه الحالة من خلال خطاباتها، فإن العلاقة قد تتجه نحو الانفصال إن لم يستدرك الوضع، وتبادر الحالة بالعلاج الرسمي، ويظهر الزوج مساندته التي سجلنا غيابها من خلال نتائج المقابلات وما كشفت عنه نتائج الاختبارات.

-1-7-دراسة الحالة السابعة:

البيانات الأولية عن الحالة:

الاسم واللقب: ع.س الجنس: أنثى السن: 26 سنة

المستوى الدراسي: جامعي الوظيفة: موظفة في قطاع التربية

الحالة المدنية: متزوجة المستوى الاقتصادي: مقبول

عدد الإخوة والأخوات: 2إناث. رتبة الحالة بين الإخوة والأخوات: الوسطى

السيميائية العامة للحالة:

الهيئة العامة:

الشكل المورفولوجي: قامة طويلة، سمراء البشرة، نحيفة البنية

الهندام: لباس تقليدي ، نظيف، متناسق.

ملامح الوجه: تظهر الحالة قلقة، يائسة.

الاتصال: كان الاتصال بالحالة في المؤسسة الصحية بإحالة من معالجها.

اللغة: لغة واضحة وسليمة، مزجت بين الفصحى والعامية.

-1-تقديم الحالة: السيدة (ع.س) تبلغ من العمر 26 عاما، مستوى جامعي، موظفة في قطاع التربية، مستوى اقتصادي مقبول، متزوجة وبدون أبناء، تحتل المرتبة الوسطى بين أختيها، والد الحالة متقاعد، ووالدتها دون عمل، الحالة ذات قامة طويلة، سمراء البشرة، نحيفة البنية، هندام نظيف متناسق يعبر عن محافظتها.

كان زواج الحالة في سن مبكرة، تظهر الحالة قلقة ويائسة، تبدو خجولة، لغتها واضحة وسليمة، تجيب بتحفظ في بداية المقابلة، لكن بعد طمأنتها راحت تسترسل وبأريحية، معبرة عن انشغالاتها ومعاناتها فيماتعرفه من اضطراب في علاقتها الزوجية.

كانت إحالتها إلى المؤسسة الصحية عن طريق معالجها الذي تتابع على يديه علاجا تقليديا، بعد فشل مساعيه العلاجية وأنها تحتاج إلى مساعدة نفسية. عرفت الحالة تأخرا في إنجابها، وتعاني من اضطراب في علاقتها الجنسية.

تذكر الحالة أن الزواج كان عن تراض دون علاقة سابقة، عرفت العلاقة الزوجية في بدايتها التفاهم والانسجام رغم الصعوبة التي اعترضت الزوجين معا في ليلة زفافهما، نتيجة قلق تلك الليلة، والناتج عما تتطلبه تقاليد المحيط من مراسيم وطقوس، راحت ترجع أسبابها إلى"الربط" أي تأثير السحر كما حدث لمثيلتها –حسبها– مما جعل العائلة تستنجد بالمعالج الشعبي(الطالب)، وتدخلت والدتها لفك ربطها بطقوسها الخاصة التي قامت بها قبل الزواج تحصينا لها، وكانت لها طريقتها في ذلك مع تكرار بعض التمتمات والتعويذات في حد تعبير الحالة. حلت هذه المشكلة في الليلة الثانية.

تقيم الحالة مع عائلة الزوج نظرا لظروف عمل الزوج، كون الزوج ضابط في الجيش، يبلغ من العمر 29 سنة، تذكر أن الزوج قد وفر لها كل ظروف العيش وأن علاقتها بعائلته كان يسودها التفاهم والتعاون في بدايتها. كان الزوجان يرغبان في الإنجاب وينتظرانه على فارغ الصبر، لكن بوادره لم تظهر بعد مضي أكثر من سنتين، مما بعث على القلق والبحث عن أسبابه، ذلك ما دفع بالزوجين إلى التوجه نحو العلاج.

كان المسار العلاجي طبيا في بدايته، فأجريت الفحوص والتحاليل والكشف على الأشعة، ترددت خلاله الحالة على الأطباء العامين والمختصين، أثبتت نتائج الكشوف عدم وجود مانع طبي يحول دون قدرتها الإنجابية. وبناء على ما كشفت عنه النتائج الطبية وبخاصة عند قدوم كل دورة شهرية، كانت تنتاب الحالة الوساوس والشكوك، مما جعلها توظف حمولتها الثقافية، وما يعرفه المحيط من تصورات ومعتقدات في تفسير الظواهر والمشكلات التي يعجز الطب عن تشخيصها، مما جعل الحالة ترجع أسباب تأخر حملها إلى تفسيرات غيبية، وتأثير السحر على الصحة والعلاقة الزوجية، ربطت ذلك بما عرفته من صعوبات في أدائها الجنسي ليلة زفافها التي تجهل أسبابها الموضوعية. ذلك ما أدى بها إلى الاتجاه نحو العلاج الشعبي كونه يتوافق مع تلك التفسيرات والتصورات. طرقت خلاله أبواب من تعرفهم أو دلت عليهم من المعالجين

الشعبيين المتواجدين بمحيطها وخارجه، طلبا للعلاج باختلاف أنماطه" قاع وين سمعت بطالب ولا راقي مشيت عندو" بما في ذلك التبرك بمقامات الأولياء وممارسة طقوس الشعوذة.

في ظل هذا التسوق العلاجي عرفت العلاقة الزوجية توترا، والعلاقة الاجتماعية سوء، والحالة النفسية للحالة انهيارا، أحست بالفتور الجنسي، والنفور من فراش الزوجية، معتبرة أنه لا جدوى من الجنس دون ذرية، التي كان يلح عليها الزوج وعائلته. وإن عدم تحقق هذا الحلم أشعرها بتغير سلوك الزوج ومعاملة عائلته لها، أعفى الزوج نفسه من هذه المسؤولية كونه تلقى هو الآخر فحوصات أثبتت كفاءته وقدرته على الإنجاب، وبذلك اعتبرت الزوجة المسؤولة عن ذلك رغم ما كشفت عنه نتائج الفحوص التي أجرتها هي الأخرى، والتي أثبتت خلوها من أي مانع عضوي يحول دون إنجابها.

وحين فشلت مساعيها العلاجية (العلاج الطبي، والتقليدي) وجهت من قبل أحد الرقاة إلى العلاج النفسي. عبرت خلال جلساتها عن معاناتها، وتاريخها المرضي ومسارها العلاجي، وأن المعالجين –حسبها– أرجعوا أسباب عقمها إلى تأثير السحر على وظيفتها الإنجابية، وما تلك الأعراض الهستيرية كحالات الإغماء والتصلب وغيرها التي كانت تظهر على الحالة أثناء العلاج عند سماع التلاوة–حسبها– إلا نتيجة تأثير السحر وتلبس الجني، الذي كان يرفض الخروج من جسد الحالة عند أمره بمغادرة الجسد، حسب تفسيرات المعالجين وإيحاءاتهم، أخبرت الحالة بذلك من قبل المعالج ومن حضر الجلسة من عائلتها. عزز ذلك اعتقاد وتفسيرات الحالة مما دفعها إلى تفتيش أمتعتها بحثا عن آثار دالة على إفعال السحر. وتذكر أنها لم تعثر على شيء، ورغم ذلك فهي تتجرع المعاناة، ذلك ما أثر على توافقها النفسي والاجتماعي وعلى توافقها الزواجي في حد تعبيرها.

تذكر أنها تعرضت للضرب والتعنيف من زوجها مرتين لعدم تفاعلها معه، ورفضها تلبية رغباته الجنسية، وإن استجابت لذلك فمن باب الواجب الديني(نخاف ربي يحاسبني) ، إحساسا منها كما ذكرت بفتور رغبتها الجنسية. وأنه لا جدوى من الجنس حسب تصورها دون إنجاب.

إن مما ذكرت الحالة من أعراض كالإحساس بالتعب، وتنميل الأطراف، والصداع النصفي، وضيق الصدر مساء، وما تعرفه من قلق كلما تقدمت ساعات الليل، ذلك ما جعلها تلازم الفراش طلبا للراحة والاسترخاء، فهي تفضل الوحدة والهدوء بعيدا عن المحيطين بها، تخلت عن ملازمة زميلاتها في العمل، واللجوء إلى العطل المرضية، تفاديا لتساؤلاتهن عن صحتها الإنجابية وعلاقتها الزوجية.

كما عرفت الحالة تراجعا في الوزن، ونقصا في شهيتها، اضطرب نومها، وزادت مخاوفها على مستقبل حياتها الزوجية، لما كانت تتعرض له من إيحاءات سلبية، وتهديدات من قبل الزوج بالتعدد أو الطلاق، أحست بالألم على مستوى المعدة، عرفت تشنجات وارتجاف الأطراف، الصراخ عند تلقي العلاج التقليدي وسماع القرآن ولو من التلفاز، والخوف من مسك المصحف الشريف. تلك الأعراض التي بنيت على إثرها التفسيرات الذاتية، التي تترجمها الحمولة الثقافية في ظل غياب ثقافة العلاج النفسي والتفسير الموضوعي للمرض، وأعراضه، وأسبابه، وأساليب علاجه، تلك التفسيرات عززتها إيحاءات المعالجين الشعبيين.

حاولنا التخفيف من قلق الحالة وطمأنتها، وإعادة توازنها النفسي، والعمل على تصحيح تصوراتها وتفسيراتها لأسباب اضطرابها، وإعادة ترميم العلاقات الزوجية رغم صعوبات تواجد الزوج لظروف مهنية. إن ما آلت إليه الحالة يتطلب تكفلا نفسيا، يقتضي مساندة الزوج بخاصة، وتحسين ما يحيط بالحالة من ظروف تحول دون وقوع الانتكاسات. وخلال الجلسات تم إجراء الاختبارات المعتمدة في الدراسة كأدوات تشخصية كشفت عن نتائجها الجداول التي عرضت أدناه.

-2-تحليل محتوى المقابلات:

-**الملاحظة الإكلينيكية:** ظهرت الحالة بطيئة في مشيتها، مطأطئة رأسها، تبدو خجولة ، لباسها أنيق ومتناسق، جلستها مستقيمة مع تشبيك أصابع اليدين، يظهر عليها القلق، كانت تستثمر الجسدنة في التعبير عن معاناتها.

-الفحص العيادي وتحليل المعطيات:

-تاريخ الاضطراب: أرجعت الحالة أسباب اضطرابها إلى ما عرفته ليلة الزفاف من فشل في أداء وظيفتها الجنسية، التي وظفت حمولتها الثقافية في تفسير أسبابها، هذا الاضطراب الذي تعزز مع تأخر الحمل، الذي أرجعت الحالة أسبابه إلى نفس التفسيرات، وبخاصة بعد ما كشفت عنه نتائج الفحوص الطبية، وبناء على إيحاءات المعالجين، وما كان ينتاب لحالة من وساوس وشكوك دون وجود آثار مادية دالة.

-هيئة الحالة وهندامها: كان هندام الحالة نظيفا ومتناسقا ، ذات قامة طويلة ومعتدلة.

سمات الحالة: تبدو الحالة قلقة ، يائسة متأثرة من تأخر حملها، تظهر مخاوفها وشكوكها، ورغبتها في العلاج، كما تظهر سريعة التأثر وذات القابلية للإيحاء من خلال ما كان يظهر عليها من أعراض هستيرية أثناء خطاباتها.

-اللغة والاتصال: كان الاتصال بالحالة بالمؤسسة الصحية بإحالة من معالجها(الراقي)، كانت تعبر بلغة واضحة وسليمة وبأسلوب وجيز ، إجابتها تظهر تحفظا فيما تعلق بالمعاناة من اضطراب صحتها الجنسية.

-النشاط الحركي: تميل الحالة إلى الحد من حركاتها وزيارتها،اتقاء لتساؤلات المحيطين بها، كما تلجأ إلى العطل والتغيبات والتأخرات، تفاديا لتساؤلات الموظفين معها عن حالتها الإنجابية التي عرفت تأخرا.

-النشاط العقلي:الحالة في كامل قواها العقلية، ينتابها أحيانا بطء في الإجابة عن الأسئلة ، يظهر عليها نوع من الشرود والتحفظ في الإجابة عن الأسئلة ذات العلاقة باضطراب علاقتها الحنسية.

-محتوى التفكير: تفكير الحالة غير منطقي في تفسير أسباب الاضطراب، تعتقد في تأثير القوى الغيبية، ظهر غياب التفكير العلمي الموضوعي من خلال تصوراتها وتفسيراتها، تجسدت استجاباتها لأفكارها الوسواسية التي أثرت على المحتوى المعرفي مقارنة بمستواها الأكاديمي.

-**المزاج والعاطفة:** مشاعر رقيقة، رغبة في البكاء، تعبير بالجسدنة ، مزاج غير ثابت، الاستجابة لأملاءات المعالجين وممارسة طقوسهم.

-**الحالة الصحية:** لم تذكر الحالة أنها تعرضت لمشكلات صحية عدا ما عرفته من اضطراب في دورتها الشهرية بعد زفافها، ومن تأخر في الإنجاب، وما عرفته من أمراض سيكوسوماتية.

-**التاريخ النفسي والاجتماعي:** بدأت معاناة الحالة مع أول ليلة زفافها لما عرفته من عجز جنسي، كما عرفت تأخرا في إنجابها، واضطرابا في صحة علاقتها الجنسية، ذلك ما أثار لدى الحالة القلق والتوتر، والشكوك والمخاوف، مما جعلها حبيسة أفكارها الوسواسية ومعاناتها النفسية التي أثرت على توافقها النفسي والاجتماعي والمهني.

-**علاقات الحالة (داخل البيت ومع الأقارب)**:علاقة الحالة بأفراد عائلتها عادية، كان الزواج تقليديا وعن تراض وفي سن مبكرة، عرفت العلاقة بين الزوجين توافقا في بدايتها، رغم ما سجل من صعوبات في ليلة زفافهما، كانت تقيم مع عائلة الزوج نتيجة ظروف عمل الزوج، عرفت علاقتها مع عائلة الزوج توافقا في السنة الأولى.

-**علاقات الحالة خارج البيت:** كانت علاقة الحالة بمحيطها محدودة قبل وبعد الزواج، لطبيعة شخصية الحالة(متحفظة).

-**المعاش النفسي للحالة:** يظهر على الحالة القلق والخوف نتيجة تأخر الحمل وغياب أعراضه، هذا العرض الذي تزداد حدته مع حضور كل دورة شهرية باعتبارها من مؤشراته، كما أظهر الزوج وعائلة الزوجين قلقهما عن ذلك ، مما دفع بالزوجين إلى البحث عن العلاج. وفي ظل غموض نتائج الفحوص الطبية بدأت العلاقة تعرف اختلالا أثر على الحياة النفسية للحالة، وعلى توافقها الجنسي بالدرجة الأولى، فانتابت الحالة أفكار وسواسية، وشكوك ومخاوف على مستقبل العلاقة الزوجية.

-**تصورات الحالة للاضطراب وتفسير أسبابه:** نظرا لما عرفته ليلة الزفاف من صعوبات تطلبت تدخل الراقي لفك "الربط" حسب الحالة، وبتدخل والدتها أيضا لفك "التصفيح" الذي

استخدمته لتحصين ابنتها في طفولتها كما هو سائد في المخيال الشعبي. وبناء على هذه المعطيات والتفسيرات راحت الحالة ترجع أسباب اضطراب العلاقة الجنسية، وتأخر الحمل إلى تأثير القوى الخفية، دون أن يتوفر لدى الحالة أدوات مادية. عزز هذا التصور ما أظهرته نتائج الفحوص من سلامتها العضوية لأسباب تأخر الحمل، وبناء على تفسيرات المعالجين الذين ترددت عليهم الحالة خلال مسارها العلاجي. وتعزيزات المحيطين بها لهذه التفسيرات.

-التشخيص بناء على نتائج الاختبارات وتحليل المقابلات:

-نتائج الاختبارات:إن مما كشفت عنه نتائج الاختبارات المستخدمة في الدراسة ما يلي:

كشفت نتائج اختبار تشخيص اضطرابات الشخصية عن وجود سمات للشخصية الهستيرية، التي عرفت ارتفاعا قدر ب87,50 بالمائة، تجسد من خلال ظهور الأعراض الهستيرية في الجلسات العلاجية، فيما كشف المقياس عن وجود سمات الشخصية الاكتئابية، والوسواسية القهرية، والتجنبية، تراوحت درجاتها بين (62,50-85,71)، كما وجدت أعراض متباينة لشخصيات أخرى، كما هي مبينة في الجدول أدناه، تراوحت درجاتها ما بين (0-55,55) بالمائة، وقدرت النسبة العامة لنتائج المقياس ب43,43 بالمائة. كما كشفت نتائج اختبار التوافق الزواجي عن وجود اللاتوافق في العلاقة الزوجية تفاوتت درجاتها بين أبعاد المقياس، والتي تراوحت نسبتها ما بين (10-100) بالمائة وبلغت النسبة العامة للمقياس 66,25 بالمائة. أما اختبار الأفكار الشائعة فقد كشفت نتائجه عن ارتفاع درجات تصورات الحالة للطب النفسي والعلاج بالأدوية النفسية، والتي تراوحت درجاتها ما بين (69,23-75) بالمائة، وكذا ارتفاع درجات الاعتقاد في تأثير القوى الغيبية وأساليب العلاج الشعبي، تراوحت درجاتها ما بين (71,42-83,83) بالمائة، وقدرت النسبة العامة للاختبار ب50,61 بالمائة. أما مقياس الوسواس القهري فقد قدرت نتائجه ب55 بالمائة، والذي عرف ارتفاعا ملحوظا في الأفكار الوسواسية المقدرة ب65 بالمائة.

تحليل نتائج الاختبارات من خلال الجداول:

جدول نتائج اختبار تشخيص اضطرابات الشخصية

الرقم	اضطرابات الشخصية	عدد البنود	عتبة الباثولوجية	الاستجابات(نعم)	نعم	النسب	الاستجابات(لا)	لا	النسب
01	شبه الهذائية	7	4 بنود	96-62-50	3	42,85	24-11-85-37	4	57,14
02	الفصامية النموذجية	9	5 بنود	60-72	2	22,22	23-10-48-36-74-61-86	7	77,77
03	شبه الفصامية	7	4 بنود	60-24-22	3	42,85	47-9-75-71	4	57,14
04	الهستيرية	8	5 بنود	30-17-4-67-43-90-80	7	87,50	55	1	12,50
05	البينية	9	5 بنود أو البند 2+98	58-19-6-78-69	5	55,55	45-32-98-93	4	44,44
06	النرجيسية	9	5 بنود	79-44-5	3	33,33	31-18-68-57-92-73	6	66,66
07	المضادة للمجتمع	8	3 من البند 3+99 بنود		0	00%	20-8-46-33-75-59-94-ب=99	8	100%
08	الوسواسية القهرية	8	4 بنود	29-16-3-66-41	5	62,50	81-54-89	3	37,50
09	التجنبية	7	4 بنود	26-13-1	5	71,42	87-52	2	28,57

					83-39				
10	التابعة	8	5 بنود	0		00%		8	100%
							2-15- 27-40- 53-65- 82-88		
11	الاكتئابية	7	5 بنود	6	14-28- 56-70- 84-97	85,71	42	1	14,28
12	السلبية العدوانية	7	4 بنود	2	63-91	28,57	7-21- 35-49- 77	5	71,42
س.ت	الصورة الجميلة	4	2 بندان	2	25-38	50%	12-51	2	50%
	استبيان التشكيك	2	1 بند	0		00%	64-76	2	100%
	المجموع الكلى	99	25 أو 28 بندا	43		43,43		57	57,57

-تحليل النتائج على ضوء الجدول: كشفت نتائج الاختبار عن ارتفاع درجات سمات الشخصية الهستيرية، والتي قدرت نسبتها ب87,50 درجة مائوية، كما كشفت النتائج عن وجود سمات الشخصية الوسواسية، والتي قدرت نسبتها ب62,50 بالمائة، توافقت إلى حد ما مع ما كشفت عنه نتائج اختبار "بيل براون" للوسواس القهري، الذي بلغت فيه الأفكار الوسواسية نسبة 65 بالمائة، كما كشف مقياس اختبارات الشخصية عن وجود أعراض الشخصية الاكتئابية، وأعراض الشخصية التجنبية، حيث قدرت نتائج الأولى ب85,71 بالمائة، وقدرت نتائج الثانية بنسبة 71,42 بالمائة، كما كشف المقياس عن وجود أعراض لشخصيات أخرى تفاوتت درجاتها ما بين (0-55,55) بالمائة. ومن خلال النتائج التي كشف عنها الاختبار لكل شخصية فإن النتيجة الكلية للاختبار قدرت ب43,43 بالمائة.

جدول نتائج مقياس الوسواس القهري ل" بيل براون".

	البنود	الدرجات
1	مقدار الوقت الذي تستغرقه الأفكار الوسواسية	2
2	مقدار التعارض الذي تحدثه الأفكار الوسواسية مع نشطاتك الاجتماعية والعلمية	3
3	مقدار التوتر والقلق المصاحب للأفكار الوسواسية	2
4	مقدار الجهد المبذول في مقاومة الأفكار الوسواسية(بغض النظر عن نجاحك في المقاومة)	3
5	مقدار سيطرتك على الأفكار الوسواسية	3
المجموع		13
1	مقدار الوقت الذي تمضيه في القيام بالأفعال القهرية	1
2	مقدار التعارض الذي تحدثه الأفعال القهرية في نشاكاتك الاجتماعية والعلمية	2
3	مقدار التوتر والقلق الناتج في حال الامتناع عن القيام بالأفعال القهرية	2
4	مقدار الجهد المبذول في مقاومة الأفعال القهرية(بغض النظر عن مدى نجاحك في المقاومة)	2
5	مقدار سيطرتك على الأفعال القهرية	2
المجموع		9
المجموع الكلى		22 %55

التقييم:

معدل نتائج المقياس	شدة الاضطراب
16-23	متوسط

-**تحليل النتائج على ضوء الجدول:** كشف المقياس عن أن النسبة العامة لاختبار الوسواس القهري ل"بيل براون" قدرت ب55 بالمائة، والتي حصرت بين (16-23) درجة، وهي نسبة متوسطة من حيث شدة الاضطراب. بينما عرفت الأفكار الوسواسية ارتفاعا قدر ب65 بالمائة، مقارنة بالأفعال القهرية التي بلغت درجاتها 45 بالمائة. وقد توافقت

درجات الأفكار الوسواسية لهذا المقياس مع نتائج الشخصية الوسواسية، التي كشف عنها اختبار الشخصية والتي قدرت ب62,50 بالمائة.

جدول نتائج اختبار التوافق الزواجي

الأبعاد	الفقرات	الاستجابات(اللاتوافق)	نعم	النسب	الاستجابات(التوافق)	لا	النسب
التوافق العاطفي	(1-9-17-25-33-41-49-57-65-73)	1-9-17-25-33-41-49-57-65-73	10	100%		0	00%
الاحترام المتبادل	(2-10-18-26-34-42-50-58-66-74)	34-58-66	3	30%	2-18-42-50-74	5	50%
التفاهم المتبادل	(3-11-19-27-35-43-51-59-67-75)	3-11-19-27-35-51-59-67-75	9	90%		0	00%
الاتفاق في الأمور المادية	(4-12-20-28-36-44-52-60-68-76)	68	1	10%	4-12-20-28-36-44-52-60-76	9	90%
المشاركة في تحمل المسؤولية	(5-13-21-29-37-45-53-61-69-77)	5-13-21-53-61-69-77	7	70%		0	00%
الثقة المتبادلة	(6-14-22-30-38-46-54-62-70-78)	6-22-30-38-46-54-70-78	8	80%	14-62	2	20%

الأنانية	(7-15-23-31-39-47-55-63-71-79)	39-47-63-71-79	5	50%	7-15-31-55	4	40%
إدراك الحالة الزوجية	(8-16-24-32-40-48-56-64-72-80)	8-16-24-32-40-48-56-64-72-80	10	100%		0	00%
المجموع	80		53	66,25		20	25%

-تحليل النتائج على ضوء الجدول: كشفت نتائج الاختبار عن ارتفاع درجات اللاتوافق العاطفي، والتي بلغت نسبته ب100 بالمائة، كما عرف اللاتوافق في إدراك الحالة الزوجية نفس النسبة، كما كشف الاختبار عن اللاتفاهم بين الزوجين قدرت درجاته ب90 بالمائة، فيما عرفت العلاقة ضعفا في الثقة قدرت درجاتها ب80 بالمائة، كما كشف الاختبار عن غياب تحمل الزوج للمسؤولية، والتي قدرت درجاته ب70 بالمائة، كما كشف الاختبار عن درجات بعد الاتفاق في الأمور المادية والاحترام المتبادل وأنانية الزوج، وتراوحت نسبتها ما بين (10-50) بالمائة. وبذلك فإن النسبة العامة التي كشفت عن اللاتوافق بين الزوجين قدرت درجاتها ب66,25 بالمائة.

جدول نتائج اختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي

الرقم	الفقرات	العدد	الأبعاد	ص. ت	النسب	ص. ج	النسب	خ. ت	النسب	لا أدري	النسب
01	(1-16)	16	ميدان الطب النفسي عموما	12	75%	01	6,25	03	18,75	00	00%
02	(17-29)	13	الأدوية النفسية والعلاج	09	69,23	02	15,38	01	7,69	01	7,69

		الدوائي								
03	30) – (49	20	الطبيب النفسي وشخصيته وكيفية التعامل معه	01	5%	11	55 %	05	25%	03	15 %
04	50) – (63	14	معاني الاضطراب النفسي وتشخيصه وكيفية علاجه	10	71,42	03	21,42	01	7,14	00	00 %
05	64) – (69	06	كيفية التعامل مع المريض النفسي	01	16,16	03	50 %	02	33,33	00	00 %
06	70) – (75	06	بعض الاضطرابا ت النفسية المحددة	05	83,83	00	00 %	00	00%	01	16,16
07	76) – (81	06	العلاجات غير الدوائية	03	50 %	02	33,33	00	00%	01	16,66
المجمو ع		81		41	50,61	22	27,16	12	14,81	06	7,40

-تحليل النتائج في ضوء الجدول: تبين من خلال ما كشفت عنه نتائج الاختبار أن الحالة ذات تصورات سلبية عن الطب النفسي والعلاج بالأدوية النفسية، تراوحت درجاتها مابين (69,23-75) بالمائة، كما كشفت النتائج عن اعتقاد الحالة في تأثير القوى الغيبية على الصحة والعلاقة الجنسية، وكذا الاعتقاد في العلاج الشعبي، وتراوحت

درجات هذين البعدين ما بين (71,42–83,83). حيث تراوحت درجات الأبعاد الأخرى بين (5–50) بالمائة. أما النسبة العامة للاختبار فقدرت ب 50,51 بالمائة .

-**المسار العلاجي**:عرف التوجه العلاجي للحالة خلال مساره طعونا تمثلت في إقبال الحالة على مختلف أنواعه منها :

-**العلاج الطبي**: اقتصر هذا النوع من العلاج على الكشف عن أسباب تأخر العلاج ، حيث خضعت الحالة للكشف عن أسباب تأخر حملها، ترددت على الأطباء العامين والمتخصصين في أمراض النساء والتوليد، والتي أظهرت لها خلوها من موانع طبية. كما خضع الزوج لنفس الفحوص التي كشفت–حسبه– عن نفس النتائج. التي اعتبرها مبررا لإعفاء نفسه من المسؤولية، أما فيما تعلق باضطراب العلاقة الجنسية الذي عرفته الحالة والذي ظهرت مؤشراته مع ليلة الزفاف، فإن الحالة لم تتلقى علاجا طبيا لاعتبارات ثقافية واجتماعية، كما جاء في خطاباتها، وكشفت عنه نتائج الاختبار الذي استخدم لهذا الغرض.

-**العلاج التقليدي**: عرف هذا النمط العلاجي إقبالا واضحا من الحالة منذ ليلة الزفاف، تجسيدا لما يحمله الزوجان من تفسيرات لأسبابه، التي عززتها أفراد العائلة بتدخلهما في التوجه نحو العلاج، بناء على تجاربهما والواقع السوسيو ثقافي لمجتمع الدراسة الذي يفرض نفسه. وبناء على نفس التفسيرات، وبعد فشل مساعي العلاج الطبي، فإن الحالة تلقت مختلف أنماط العلاج التقليدي بما فيه التبرك بمقامات الأولياء، رغبة منها في طلب الذرية استجابة منها لأفكارها الوسواسية، وتفسيراتها غير الموضوعية التي غابت في ظلها أناها المثقفة، وبدعم من عائلة الزوجين، وموافقة الزوج المشبع هو الآخر بتلك المعتقدات، وبناء على ما كان يظهر على الحالة من أعراض هستيرية عززتها تفسيرات المعالجين، كونها أعراض دالة عن تأثير السحر وتلبس الجني الموكل بالسحر. .

-**الطعون العلاجية**: سبقت الإشارة إلى أن المسار العلاجي قد عرف طعونا علاجية كان تركيز الحالة فيه على العلاج التقليدي استجابة لأفكارها الوسواسية، التي بنت على إثرها تفسيراتها غير الموضوعية لأسباب الاضطراب، والتي تخلو من وجود أدوات ورموز دالة،

مكتفية بتفسيرات المعالجين الشعبيين، وما كان يظهر عليها من أعراض ، علما أن الحالة لم تعرف إقبالا على العلاج الطبي إلا ما تعلق منه بالأمراض العضوية وبتأخر حملها، أما عن اضطراب علاقتها الجنسية فاكتفت بالعلاج الشعبي ، كما أن الحالة لم تتلقى العلاج النفسي إلا بعد فشل مساعيها العلاجية، وبإحالة من معالجها الشعبي(الراقي) الذي أظهر عجزه.

-**التصورات لفاعلية العلاج:** تذكر الحالة أن العلاج الطبي أثبت خلوها من مانع طبي يحول دون قدرتها الإنجابية، ذلك ما دفع بها إلى التوجه نحو العلاج التقليدي، موظفة في ذلك حمولتها الثقافية، وما أنتجته ثقافة المجتمع من تصورات في تفسير أسباب الأمراض، في ظل غموض نتائج العلاجات الطبية وعجزها عن العلاج . عرفت الحالة من خلال ما تلقته من علاج شعبي تحسنا نسبيا في اختفاء الأعراض، التي كانت تظهر من جديد متى توفرت العوامل المفجرة. ذلك ما جعلها تعتقد أكثر في تفسيرات المعالجين وتقبل على العلاج الشعبي" نداوم بلاك ريح".

-**تصورات الإحباطات العلاجية:** ترى الحالة أن ما تلقته من علاج طبي لم يكشف عن أسباب تأخر إنجابها، بل أثبت خلوها من موانع طبية عدا ما تعلق باضطراب دورتها الشهرية. هذا المعطى الطبي زادها قلقا وإحباطا، وعزز وساوسها مما دفعها إلى التوجه نحو العلاج الشعبي، والذي لم يعط نتائج تحرر الحالة من معاناتها، وأن فشل هذه المساعي زاد من إحباطات الحالة، وتمركزها حول ذاتها، فأصبحت سجينة أفكارها الوسواسية التي أثرت على جوانب حياتها ومختلف توافقاتها.

-3-نتائج المقابلات:

-**تشخيص الاضطراب:** تبين من خلال تحليل المقابلات ونتائج الاختبارات، أن الحالة تعاني من اضطراب في وظيفتها الإنجابية، وامتد هذا التأثير على صحة علاقتها الجنسية التي ظهرت -حسب الحالة- في أول ليلة زفافها، عرف الزوجان فيها عجزا جنسيا أرجعا أسبابه إلى تفسيرات غيبية، عرفت بعده الحالة فتورا في رغبتها الجنسية .

-**التصورات لأسباب الاضطراب:** كانت الحالة ترجع أسباب تأخر الإنجاب -بعد فشل مساعي العلاج الطبي-إلى تفسيرات غيبية استجابة لأفكارها الوسواسية واعتقادها في تأثير القوى الغيبية على قدرتها الإنجابية. بناء على ماعرفته من فشل في ليلة زفافها، وما لمسته من تحسن بعد تلقي العلاج التقليدي ولو كان نسبيا. كما أرجعت أسباب اضطراب صحة علاقتها الجنسية التي ظهرت مع تأخر الحمل إلى نفس التفسيرات، والتي لم تكشف عنها للمعالجين لاعتبارات ثقافية واجتماعية. وكان التوجه العلاجي من جنس تلك التفسيرات.

-**المؤشرات لبناء تفسيرات الاضطراب:**الحالة لم تعثر -حسبها- على أدوات ورموز مادية كدليل مؤثر على اضطراباتها، رغم ما قامت به من تحريات، من تفتيش لملابسها وأمتعتها وغرفتها، بل اكتفت بما تحمله من تصورات وما تلقته من إيحاءات، ساهم في بنائها المحيط، وتفسيرات المعالجين. الذين أرجعوا أسباب الاضطراب إلى تأثير القوى الخفية، للحيلولة دون توافقها الجنسي وقدرتها الإنجابية وتوافقها الزواجي. عزز تلك التفسيرات ما كان يظهر على الحالة من أعراض هستيرية في الجلسات العلاجية وعند سماع تلاوة القرآن ونحوها من مصادر التأثير والإيحاء.

-**تأثيرات الأفكار الوسواسية:** كان لتلك الأفكار الوسواسية التي أنتجتها ثقافة المحيط وتشبعت بها الحالة تأثيرها على مختلف جوانب حياة الحالة نذكر منها:

-أ-**تأثيرات الأفكار الوسواسية على الحياة الانفعالية والعاطفية:** الحالة تجتر أفكارها الوسواسية، متمركزة حول ذاتها، بحثا عن مسببات الاضطراب، نتج عن ذلك القلق والشكوك والمخاوف ، وغياب ما تتطلبه العلاقة الزوجية من احتضان وملاطفة وتبادل المشاعر..

-ب-**تأثيرات الأفكار الوسواسية على الحياة الجنسية:** إن ما كان ينتاب المرأة من وساوس ومخاوف نتيجة تصوراتها الخاطئة وتفسيراتها غير المبررة، أثر على توافقها الجنسي الذي اشتدت وطأته من خلال ما عرفته الحالة من تأخر في إنجابها، معتبرة أن الجنس قذارة لا جدوى منه دون إنجاب.

-ج-**تأثيرات الأفكار الوسواسية في التوجه العلاجي:** تجسد تأثير الأفكار الوسواسية على المسار العلاجي من خلال ما عرفه هذا الأخير من طعون علاجية، استجابة لتلك الوساوس، توافقت مع تفسيرات الحالة وتصوراتها للمرض وطرق علاجه.

-د-**تأثيرات الأفكار الوسواسية على التوافق الزواجي:** عرفت العلاقة الزوجية توافقا في بدايتها إلا أن الحلم تبخر نتيجة ما تحمله الحالة من أفكار وسواسية في تفسيراتها لأسباب اضطرابها، غابت في ظلها معاني الحب والمودة والحوار والتعاون، وعمت الخلافات والتهديد من قبل الزوج- بالطلاق أو التعدد- نتيجة ما ظهر على الحالة من تأخر في الإنجاب، وضعف الاستجابة لحاجات الشريك في اشباع نزواته الجنسية.

-هـ-**تأثيرات الأفكار على العلاقات الاجتماعية والأسرية:** عرفت العلاقة الاجتماعية للحالة تحفظا وتراجعا رغم محدوديتها، لما كان ينتاب الحالة من أفكار وسواسية مما قد تتعرض له من تساؤلات واستفسارات المحيطين بها عن وضعيتها الإنجابية، وعلاقتها الزوجية وحياتها الأسرية .

-**المسار العلاجي:** عرف المسار العلاجي طعونا علاجية حيث تلقت الحالة مختلف أنواعه (طبي، نفسي، تقليدي) حسب طبيعة الاضطراب، والإحالة، والتصور.

-**العلاج الطبي:** لم تركز الحالة كثيرا على العلاج الطبي، بل اكتفت بما كشفت عنه نتائج الفحوص والتحاليل من خلوها من أي مانع طبي يحول دون إنجابها، لذلك اعتبرت أن تأخر الإنجاب غامضة أسبابه بالنسبة لها، فاتجهت نحو العلاج الشعبي.

-**العلاج الشعبي:**عرف العلاج الشعبي إقبالا كبيرا واهتماما واضحا من قبل الحالة ومحيطها، باعتبار -حسبها- أنه يستجيب لحاجاتها العلاجية ويتوافق وتفسيراتها، رغم عدم توفر الأدلة المادية من أدوات ورموز دالة ، مكتفية بما قدمه معالجوها من تفسيرات بناء على ما ظهر عليها من أعراض هستيرية.

-**العلاج النفسي:**عرف العلاج النفسي عزوفا من قبل الحالة إلا بعد أن وجهت إليه من قبل أحد معالجيها، وبعد فشل مساعي العلاج. تم خلال هذا المسعى العلاجي، التعرف

على اضطراب الحالة وما تحمله من تصورات في تفسير أسباب اضطرابها، وما تلقته من علاج ، وما كان يظهر عليها من أعراض، التي يعتبرها التحليل النفسي تعبيرا رمزيا عن صراعات، قد تكون نتيجة ظروف وعوامل متداخلة، لها مبرراتها الموضوعية.

حاولنا التخفيف من قلق الحالة وتوترها، والعمل على تصحيح تصوراتها ومعتقداتها، وإعادة بنائها المعرفي، وحثها على الاهتمام أكثر بالعلاج والإقبال على العلاج الطبي والنفسي للوصول إلى تشخيص دقيق، تظهر من خلاله الأسباب الموضوعية لتأخر الإنجاب، واضطراب العلاقة الجنسية الزوجية، والعمل على علاجه بأساليب علمية، إن عن طريق الأدوية أو بالمعالجة النفسية إن توفرت إمكانية الحمل، بعيدا عن تلك الممارسات العلاجية التقليدية التي ساهمت في تثبيت الأفكار الوسواسية وتعزيز المخاوف في ظل غياب الموضوع (الأدوات والأدلة الملموسة) التي تبعث على الخوف.

-**فاعلية العلاج:** إن ما تلقته الحالة من علاجات وبخاصة الشعبية منها، فإن فاعليتها كانت نسبية، تختفي الأعراض في ظلها ثم تظهر من جديد وبحدة أكثر. كانت نفس الأعراض تتكرر إضافة إلى ما عرفته الحالة من تراجع في وزنها وضعف شهيتها، واضطراب في نومها، تعدى ذلك إلى الإحساس بالصداع والحروق المعدية والآلام المعوية، وضيق في التنفس.

-**إحباطات العلاج والطعون العلاجية:** نظرا لما ترتب عن العلاج من نسبية فاعليته فإن الحالة تشعر باليأس والإحباط ، فنتائج العلاج السلبية جعلت الحالة تستسلم لأفكارها الوسواسية التي تلازمها والتي أثرت على جوانب حياتها. لكن رغم ذلك فإنها تبحث عمن تعتقد في كفاءتهم، ويظهر من خلال متابعتها للجلسات، فإنها تتابع بالمقابل علاجا تقليدا مقتصرا في هذه المرحلة على الرقية الشرعية التي لا ترى بأسا من الإقبال عليها والجمع بينها وبين العلاج النفسي" ماعليهش نرقي ونتبع الجلسات بلاك ربي أيجيب الشفاء".

-**الربط بين نتائج الاختبارات وتحليل المحتوى:** تبين من خلال تحليل محتوى المقابلات ونتائج الاختبارات أن هناك توافقا إلى حد كبير بين ما كشفت عنه نتائج الاختبارات المستخدمة في الدراسة، وبين محتوى المقابلات، فقد كشفت نتائج اختبار تشخيص

اضطرابات الشخصية عن وجود سمات للشخصية الهستيرية، التي عرفت ارتفاعا في درجاتها قدر ب87,50 بالمائة، تجسد من خلال ظهور الأعراض الهستيرية في الجلسات العلاجية، حيث كانت الحالة من خلالها تعبر عن معاناتها ومكبوتاتها وصراعاتها التي تعد رسالة رمزية لتوصيل رسالتها بلغتها الصامتة التي تعبر عن حاجتها، قد يكون ذلك للفت الانتباه، وقضاء مآربها ومزيد من العناية بها، إن لم أقل أنها تجسيد لمعتقداتها وحمولتها الثقافية التي تعتقد من خلالها أنها مملوكة من قبل قوى خفية.

فيما كشفت نتائج المقياس عن وجود سمات الشخصية الاكتئابية والوسواسية القهرية والتجنبية، تراوحت درجاتها بين (62,50-85,71)، تقاربت فيها نتائج اختبار الوسواس القهري ل"بيل براون" مع نتائج أعراض الشخصية الوسواسية، عرفت فيه الأفكار الوسواسية ارتفاعا قدر ب65 بالمائة. توافقت هذه النتائج مع ما كانت تجتره الحالة من أفكار وسواسية، والتي أثرت على توازنها النفسي وتكيفها الاجتماعي، مما قادها إلى الانطواء على ذاتها والابتعاد عن المحيطات بها، تفاديا لتساؤلاتهن، وما خلودها للنوم إلا هروبا من الواقع أو بحثا عن الهدوء وما يحقق راحتها النفسية .

كما كشفت نتائج اختبار الشخصية عن وجود أعراض لشخصيات أخرى تباينت نسبتها، والتي تراوحت درجاتها ما بين (0-55,55)، عرفت فيها درجات أعراض الشخصية شبه الهذائة وشبه الفصامية أكبر نسبة، غير أنه لا يمكن تصنيف الحالة في واحدة منهما من حيث الاضطراب، قد تدرج الحالة ضمن اضطراب الشخصية المزيج"وهذا التصنيف هو للاضطرابات الخاصة بوظيفة الشخصية التي لا تتوفر فيها معايير لأي اضطراب شخصية، وإن هذا المثال هو وجود سمات لأكثر من اضطراب واحد نوعي للشخصية، لا تتوفر فيه المعايير الكاملة لأي اضطراب واحد(الشخصية المختلطة)"(عبد العزيز،98،2013).

أكدت المنظمة العالمية للصحة بأن الشخصية المزيج هي" وجود ملامح لأكثر من اضطراب شخصية، دون أن تحقق المعايير الكاملة لأي اضطراب شخصية، على أن تسبب هذه الملامح مشكلة أو ضائقة في واحد أو أكثر من مجالات الإنسان الاجتماعية

أو المهنية(WHO .66،2001) . ولذلك فإن النسبة العامة لنتائج الاختبار قدرت ب43,43 بالمائة.

كما كشفت نتائج اختبار التوافق الزواجي عن وجود اللاتوافق في العلاقة الزوجية تفاوتت درجاتها بين أبعاد المقياس، والتي تراوحت نسبتها ما بين (10–100) بالمائة، وبلغت النسبة العامة للمقياس 66,25 بالمائة. توافقت مع محتوى المقابلات التي اتضح من خلالها اللاتوافق بين الزوجين في مختلف جوانب الحياة الزوجية وبخاصة الجنسية والعاطفية والإنجابية، نتيجة ما تحمله الحالة من أفكار وسواسية وتصورات خاطئة في تفسير مسببات اضطراباتها دون وجود مؤشرات مادية.

كما توافقت نتائج الاختبارات مع محتوى المقابلات من حيث تصورات الحالة السلبية للطب النفسي، والاعتقاد في تأثير القوى الغيبية الذي قادها إلى التوجه نحو العلاج الشعبي بالدرجة الأولى، تراوحت درجات البعدين الأوليين ما بين (69,23–75) بالمائة أما درجات الاعتقاد في تأثير القوى الغيبية وأساليب العلاج الشعبي، فقد تراوحت نسبتها ما بين (71,42–83,83) بالمائة، وقدرت النسبة العامة للاختبار ب50,61 بالمائة.

خلاصة:عرفت الحالة اضطرابا في صحة علاقتها الجنسية وفي وظيفتها الإنجابية، امتد تأثيرهما على مختلف جوانب حياة الحالة، وتوافقها الزواجي وتوجهها العلاجي الذي سجل العلاج الشعبي فيه حضورا قويا، كان ذلك نتيجة تأثير الأفكار الوسواسية وتفسيراتها غير الموضوعية لمسببات الاضطراب، بناء على إيماءات المحيطات بها وشكوكها في نواياهم، وإيحاءات المعالجين في تفسير ما كان يظهر عليها من أعراض، دون توفر أدوات مادية، ورموز سحرية تؤكد تصوراتها وتفسيراتها، والتي تغافلت فيها عن التفسيرات الموضوعية التي ظهرت من خلال خطاباتها. كان ذلك في ظل غياب أناها المثقفة فاستسلمت لوساوسها.

-1-8-دراسة الحالة الثامنة:

البيانات الأولية عن الحالة:

الاسم واللقب: ب.س الجنس: أنثى السن:30 سنة

المستوى الدراسي: الثانية متوسط الوظيفة: بدون عمل

الحالة المدنية: متزوجة المستوى الاقتصادي: دون المتوسط

عدد الإخوة والأخوات: 4 ذكور رتبة الحالة بين الإخوة والأخوات:الثانية

الأمراض السابقة: ارتفاع ضغط الدم، السكري، فقر الدم.

السيميائية العامة للحالة:

الهيئة العامة:

الشكل المورفولوجي: قامة معتدلة، بنية نحيفة

الهندام:لباس تقليدي، نظيف.

ملامح الوجه: تظهر عليها ملامح البؤس، واليأس والمرض.

الاتصال:كان الاتصال بالحالة بمقر المعالج التقليدي (الراقي).

اللغة: لغة الحالة بسيطة ، واضحها.

1-تقديم الحالة: قابلنا السيدة (ب.س)، أنثى ، تبلغ من العمر30 سنة، ، تزوجت وعمرها 23 سنة ، الحالة ذات قامة معتدلة، بنية مقبولة، ترتدي لباسا تقليديا غير متناسق، تبدو يائسة، مضطربة، مشيتها متثاقلة، ذات مستوى الثانية متوسط، أجبرت على ترك الدراسة من قبل زوجة الأب التي هي بنت عم والدها.

توفيت الأم وسن الحالة سنة ونصف، حضنتها زوجة الأب ، وكانت قاسية معها، متشددة عليها، تشعر بالنبذ والمراقبة المفرطة، فكانت تعتبرها خادمة بيتها، تولت تربية

إخوتها من الأم والقيام بشؤونهم وخدمتهم، ترى أن زوجة الأب كانت تفضل أبناءها (إخوة الحالة من الأب)، وإن كانت علاقتها بهم عادية، كان الزواج تقليديا، تمت مراسيم الزواج في فترة حداد الحالة، أي بعد مرور الأربعنيات من وفاة والدها.

علاقتها بوالد الزوج وأبنائه الذكور عادية إلا أنها مع أخواته متوترة، يمتلكها الخوف من حماتها لمعاملتها القاسية. تنتاب الحالة مخاوف على مستقبل العلاقة الزوجية، فهي تفكر في الطلاق وتطالب به الزوج وتلح عليه ، نظرا لعدم توافقها مع الزوج وأخواته، وظروف السكن المزرية التي تفتقد أدني حد من الشروط الملائمة.

كانت لغة الحالة وخطاباتها واضحة وحوارها متواصل، تعتقد في تأثير السحر على علاقتها، والذي عثرت على أثاره في أمتعتها، فهي تعتقد في تأثير القوى الخفية وتخاف من أذاها وتلبسهم بها (الجن والعفاريت)، نتيجة ما ترسب لديها من معتقدات خرافية أنتجتها ثقافة المحيط، فهي حبيسة وساوسها وهواجسها وأوهامها.

تذكر أنها تعاني من فتور رغبتها الجنسية والنفور من فراش الزوجية. عرفت في ليلة زفافها عجزا في أداء وظيفتها الجنسية، وعدم تفاعلها مع الزوج رغم المقدمات والمداعبات التي كان يبادر الزوج بها، أرجعت أسباب ذلك إلى تأثيرات غيبية ممثلة في السحر شكا منها في محيطها، عرفت بعدها اضطرابا في صحة علاقتها الجنسية، عززتها إيحاءات الزوج عند كل لقاء جنسي "أنت باردة". مارس الزوج العنف الجسدي معها عند نشوب الخلاف مع أمه وأخواته وحتى عند عدم تفاعلها معه جنسيا، مما جعلها تطلب الطلاق عند إصراره عليها وتعنيفه لها: "من راك تقول هكذا وأنا الله غالب، هيا طلقني" مما أدى بالزوج إلى تهديدها بالطلاق في كل مقام مناسب لذلك.

كان الزوج يتأخر في الدخول إلى البيت ليلا ويفضل الجلوس في المقاهي، اعتبرت الحالة ذلك مؤشرا لخلل العلاقة، من جهة أخرى تعترف الحالة للزوج بهيبته وسلطته وكلمته في الأسرة، وأنه غير منقاد، وأن أخواته لا تتدخلن في شؤونه، غير أنه لا يحب سماع المشكلات والخلافات وأن ذلك يثير قلقه وتوتره فكان يسقط انفعالاته عليها.

لذلك اعتبرت الأخوات أن سلاح التأثير يكمن في اللجوء إلى طقوس السحر والشعوذة لتعكير صفو العلاقة–حسب تصور الحالة– وأن ذلك من عوامل فتور رغبتها، الذي قد يؤول إلى الانفصال. دعم هذا التصور –حسبها– ترددهم على "الطلبة" وما وجدته من رموز سحرية وآثار للرش. ذلك ما أثار وساوسها وشكوكها وقلقها وتوترها، وزاد من التأثير على صحة العلاقة الجنسية والتوافق الزواجي والاجتماعي. من خلال ذلك فقدت ثقتها بالمحيطين بها، وبخاصة أخوات الزوج ومن لهم بهن صلة باعتبارهم متواطئين ووشاة.

تراود الحالة الأفكار الوسواسية منها: أنه لو كان لها ولد ذكر لكانت معاملتها لهم أفضل، ومنزلتها أقرب وبخاصة الزوج، لمنزلة الذكر في العائلة باعتباره الحامي للأسرة والمحافظ على نسلها لما لمسته من خطابات وإيحاءات المحيطين بها تبعا لمعتقدات المجتمع.

فهذه العوامل مجتمعة أثرت –حسب الحالة–على معاشها النفسي وتوافقها الاجتماعي، فاضطرب نومها وضعت شهيتها، تخاف الظلام، ملكتها المخاوف والهواجس والهلاوس، ذكرت أنها تسمع آثار المشي ليلا في يقظتها وحال نومها. فقد أخبرت من قبل العائلة أن البيت معمور –أي تسكنه الجن–"كان عبارة عن حويطة" كما تسمع أصواتا لأشياء تسقط "تقربيع" ومما جاء في خطاب الحالة "راني مغبونة، مكاش سكنة، لبنات مشتين، كل مرة في بلاصة، السكنة مكرية وما تصلحش، ومعرفناش وينت أيخرجون منها، مولاها باغي يعاودها "، "أنا كامل ما ريحتش ماتت ما، وأنا صغيرة ما نعقلهاش، عشت الميزيرية مع زوجة بابا، زاد مات بويا، وتزوجت بهش نخرج من الغبينة، وماكنتش راضية، وزيد معنديش الزهر حتى في زواجي". "علاهش راهم جايبنها من وراي سلايفتي وحتى أمهم وجاية معاهم، كل مرة واش نصيب دايرن لي ، مرة حجاب في الوسادة ، ومرة راشين قدام الدخلة تاع الباب.. راني شفت بعيني كيفاهش ما أنأمنش هذي حتى واحد ما ينحيهاليش من راسي، مانيش مليحة لا في ذاتي لا مع زوجي ولا مع حتى واحد". في ظل هذه الأجوء كان توجه الحالة إلى العلاج الشعبي الذي يتوافق وتصوراتها ومعتقداتها، أخبرها المعالج أنه يحس بشيء غريب، وأن السكن معمور" تسكنه الجن" كما أخبرها أحد

الرقاة ممن ترددت عليهم بأنها مصابة بسحر مأكول، وأنه سبب برودتها الجنسية، وتم فعله لكراهة الزوج وبغرض الطلاق، ذلك ما عزز معتقداتها وتفسيراتها لأسباب معاناتها وتأكيد ما تلقته من إيحاءات في شأن الغرفة التي تسكنها.

ترددت الحالة على المعالجين المعروفين منهم وغير المعروفين حتى من خارج الولاية. أثارت تفسيراتهم مخاوف لدى الحالة وشكوكها بإرجاع أسلوب معاملة الزوج إلى تأثير السحر على العلاقة الزوجية وصحتها الجنسية. فمارست طقوسا علاجية عرفت من خلالها تحسنا نسبيا إلا أن أعراض الاضطراب تظهر من جديد وبقوة من حين لآخر، في ظل تلك الأجواء المحيطة بها واجترار تفسيرات المعالجين. تذكر أن المعالجين ابتزوا مالها حتى باعت أعز ما تملك(مصوغاتها)، فهي لم تتلق علاجا طبيا، بل اقتصرت على العلاج الشعبي وممارسة طقوسه بصفة نمطية، استجابة لإملاءات المعالجين، وتوظيف حمولتها الثقافية.

كان الاتصال بالحالة بمقر المعالج، تم التعرف على معاناتها ومختلف مشكلاتها التي أثرت على جوانب حياتها، قدمنا ما أمكن من مساعدة للتخفيف من توترها وقلقها ومخاوفها، والكشف عن تصوراتها وما تجتره من أفكار وسواسية، ومدى تأثيرها على حياتها الزوجية، وعلاقتها الجنسية باستخدام أدوات تشخيصية.

تمت الدراسة في ظروف عادية إلا أن الحالة لم تواظب على العلاج قناعة منها في العلاج الشعبي الذي –حسبها– يستجيب لحاجاتها العلاجية، ويتوافق مع تصوراتها وأسباب اضطرابها، مستدلة في ذلك بما توفر لديها من معطيات وأدوات ورموز سحرية. لذلك فإن التكفل بالحالة يتطلب الرغبة والمواظبة والصبر والمساندة من الزوج، وهذا ما لم نلمسه من الحالة. لأن الحالة ترفض العلاج بالمؤسسة الصحية لاعتبارات ثقافية اجتماعية" ما يخلنيش الروح لسبيطار، وحتى أنا منبغيش واحد يعرف واش عندي ".

من جهة أخرى ذكرت أنها تعاني من مرض الصداع النصفي"الشقيقة"، وتستعمل الأدوية الطبية، والتي تعتبرها مسكنات فقط، كما أنها تعاني من فقر الدم الذي تظهر عليها أعراضه، وكشفت عنه التحاليل المخبرية، فاضطرت لزيادة كميات من الدم، عند

ميلاد البنت الثانية التي تبلغ من العمر أربعة أشهر. ذكرت أنها كانت رافضة لحملها، وقامت بمحاولة إجهاض(إسقاط البنت)، لأن الطبيب المختص في أمراض النساء والتوليد منع عليها الحمل لظروف صحية كانت تمر بها إلا أنها أخفقت في ذلك، وتذكر أن البنت ولدت ناقصة من حيث الوزن لازمتها الأم بالمستشفي مدة عشرين يوما. كما تعاني الحالة من ارتفاع في ضغط الدم، ومرض في الرحم " كيست" يتطلب إجراء عملية.

ومن الأعراض التي تظهر على الحالة وتلازمها: القلق، تنمل في الأطراف، الرجفة أحيانا وبخاصة في جلسات العلاج التقليدي وفي البيت ليلا، الدوخة، الشقيقة، ارتفاع ضغط الدم، انخفاض نسيبة السكر في الدم.

تابعت علاجا طبيا ولا تزال، كما أنها تتابع العلاج التقليدي نتيجة فتور رغبتها الجنسية، ونفورها من الزوج ومن بيت الزوجية إلى حد الطلاق العاطفي، دون أن تكشف عن تفاصيل ذلك للمعالج الشعبي. كما أنها لم تتلقى علاجا طبيا بشأن اضطراب علاقتها الجنسية. تفضل الوحدة والتمركز حول الذات، الشك، البكاء خوفا على مستقبل العلاقة الزوجية، الوساوس والأوهام والهواجس والهلاوس، والانشغال بصحتها ومصير الأبناء، شلت مختلف نشاطاتها، وقضاء وقت في ممارسة الطقوس العلاجية كالتبخير ورش البيت وتفتيش الملابس. بحثا عن آثار السحر استجابة لأفكارها الوسواسية، ذاك ديدانها وسلوكها . وخلال الجلسات تم إجراء الاختبارات المعتمدة في الدراسة كأدوات تشخصية كشفت عن نتائجها الجداول التي عرضت أدناه.

-2-تحليل محتوى المقابلات:

-**الملاحظة الإكلينيكية:** الحالة ذات قامة معتدلة، مشية بطيئة ، ، يائسة، تظهر عليها ملامح المرض والمعاناة والتعب، تجسد ذلك في وضعية جلوسها، حساسة، رقيقة العواطف، تعبر بدموعها ، ظهرت عليها بعض التشنجات في اليدين، ونوبة إغماء في جلستها مع المعالج الذي تابعنا مجريات مقابلته بها. أظهرت الحالة في بداية الجلسة تحفظاتها ثم أرسلت في التعبير عن معاناتها.

-الفحص العيادي وتحليل المعطيات:

-تاريخ الاضطراب: عرفت الحالة اضطرابا في علاقتها الزوجية منذ ليلة زفافها، ومع ذلك كانت أجواء تلك الليلة عادية بعد تدخل المعالج لفك الربط حسب تصوراتها وتفسيرات المعالج(الطالب). إلا أن الاضطراب تجدد ظهوره بعد عثور الحالة على آثار سحر وجدته في ملابس زفافها، ذلك ما ساهم في ظهور الوساوس لدى الحالة فملكتها الشكوك والمخاوف.كما تعاني الحالة من أمراض سيكوسوماتية

-هيئة الحالة وهندامها: كان لباس الحالة أنيقا نظيفا، إلا أنه غير متناسق، يعبر عن حالتها الاقتصادية، مشيتها متثاقلة، قامتها معتدلة ، بنيتها مقبولة.

-سمات الحالة: تظهر على الحالة ملامح البؤس، واليأس نتيجة ظروفها الاجتماعية والاقتصادية، وما عرفته من صدمات متوالية و من مشكلات أسرية ، الحالة سريعة التأثر ذات القابلية للإيحاء، ظهرت عليها بعض الأعراض الهستيرية عبرت من خلالها عن معاناتها وصراعتها التي كانت نتيجة تراكمات ومكبوتات.

-اللغة والاتصال: كان الاتصال بالحالة عن طريق معالجها، أظهرت تفاعلها وتجاوبها أثناء الجلسات، لغتها واضحة وبسيطة. عبرت عن معاناتها من خلال ما ظهر عليها من أعراض (البكاء بالصوت العالي،ظهور بعض التشنجات والاهتزازات ، وصلت إلى حد الغشية).

-النشاط الحركي: إن ما عرفته الحالة من مشكلات أسرية كان لها أثرها السلبي على معاشها النفسي وتواصلها الاجتماعي، وقد ساهم في ذلك ما كان يظهر عليها من أعراض هستيرية حالت دون تفاعلها الاجتماعي ونشاطها الحركي .

-النشاط العقلي: ظهرت على الحالة نوبات من الإغماء(الصرع) أثناء الجلسات مع المعالج التقليدي، كان يظهر على الحالة نوع من الشرود، نتيجة قلة التركيز وإن كانت تتمتع بقواها العقلية، كانت تستثمر الجسدنة في التعبير عن معاناتها، واتضح أن الحالة ذات القابلية للإيحاء، والاستجابة للتعليمات والإملاءات.

-**محتوى التفكير**: تملك الحالة أفكار وسواسية أثرت على الناحية المعرفية، تجسدت من خلال خطاباتها وتفسيراتها غير الموضوعية لاضطرابها، ظهر ذلك من خلال ما تحمله من أفكار ومعتقدات خرافية، ساهم المحيط في بناء خطاطاتها المعرفية.

-**المزاج والعاطفة**: الحالة ذات مشاعر رقيقة وعاطفة حساسة، ضعيفة المقاومة تظهر عليها الاندفاعية، فهي تطالب الزوج بالطلاق وتلح عليه لأنها ترى أنه المخرج الوحيد، دون دراسة لتبعاته وانعكاساته السلبية.

-**الحالة الصحية**: تعرف الحالة الصحية للحالة تدهورا وضعفا نتيجة إصابتها ببعض الأمراض المزمنة(السكري، ارتفاع ضغط الدم..) وكذا فقر الدم الذي عرفته في فترة حملها.

-**التاريخ النفسي والاجتماعي**:عرفت الحالة عدة صدمات من بينها وفاة والدتها وعمرها سنة ونصف، ذاقت بعدها مرارة اليتم في أحضان زوجة والدها التي كانت تتخذها خادمة لأبنائها(إخوة الحالة من الأب)، وسخرتها لتدبير شؤون البيت، ناهيك عن معاملتها القاسية لها وشدة مراقبتها، وأنها ألزمتها على ترك الدراسة للغرض ذاته، تجددت صدمات الحالة مع وفاة والدها، فوجدت نفسها ملزمة بقبول الزواج دون رغبة منها، ودون استعداد لذلك. الذي تم بعد مرور الأربعينيات من وفاة والدها ، كان ذلك بحثا عن الخروج من أسرها وهروبا من الجو المشحون بالمعاناة، إلا أن الحالة لم يتحقق حلمها في أجواء فارس حياتها لما تعرضت له في ذلك الوسط الجديد من معاناة نفسية واجتماعية، الناتجة عن ظروف السكن وتوتر العلاقات مع أفراد عائلة الزوج (أخوات الزوج بخاصة..)

-**علاقات الحالة (داخل البيت ومع الأقارب)**: كانت علاقة الحالة بزوجة الأب متوترة، تعتبر نفسها خادمة لها حاضنة لأبنائها ، وأنها مصدر شقائها وسبب انقطاعها عن الدراسة، ورغم ذلك فإن علاقتها بإخوتها من الأب وإخوتها الأشقاء كانت عادية، غير أن الأخ الأكبر للحالة كان قاسيا معها، سجلت تخليهم عنها وعدم مساندتهم لها في وقت الشدة، وبخاصة بعد زواجها، فهي تفتقد مساعدتهم بل حتى زيارتهم لها. أما عن علاقتها مع والد الزوج وإخوته فهي عادية إلا أن العلاقة مع والدة الزوج وأخواته فهي متوترة،

فهي تعتقد أنهم سبب اضطرابها ومعاناتها بإعمال السحر للإضرار بها، وتفكيك الرابطة الزوجية، كان ذلك بناء على ما عثرت عليه من أدوات ورموز سحرية (كالتمائم وآثار الرش..)، هذه الأدوات والمؤشرات ساهمت في تعزيز وساوسها، والتي عرفت على إثرها اضطرابا في صحة علاقتها الجنسية وتوافقها الزواجي. فالحالة تعترف لزوجها بصلابته وهيبته في الأسرة، وأنه لم يعط أخواته فرصة التدخل في شؤونه ، لذلك كان سبيلهم اللجوء إلى استخدام السحر –حسبها– بهدف الإضرار بها والتفريق بينهما، تعزز ذلك بما لاحظته من ترددهن على ممارسي طقوس السحر والشعوذة.

–**علاقات الحالة خارج البيت:** أما عن علاقة الحالة بالمحيط فهي عادية وإن كانت جد محدودة، نتيجة ما عرفته من ظروف قاسية في تنشئتها الاجتماعية التي أثرت في نموها الاجتماعي.

–**المعاش النفسي للحالة:** إن الظروف الاجتماعية والأسرية والعلائقية والاقتصادية، وما تعانيه الحالة من أمراض مزمنة واضطراب في صحة علاقتها الجنسية التي كانت نتيجة أفكارها الوسواسية، وما صاحبها في ظل ذلك من صدمات، كلها أثرت على معاشها النفسي والاجتماعي.

–**تصورات الحالة للاضطراب وتفسير أسبابه:** الحالة ترجع أسباب اضطراب علاقتها الجنسية إلى تفسيرات غيبية، بناء على ما عثرت عليه من مؤشرات وأدوات ورموز دالة، موظفة في تفسيراتها لذلك ما تعرضت له من فشل في أداء وظيفتها الجنسية في أول ليلة زفافها، موجهة أصابع الاتهام إلى أخوات الزوج التي تعرف علاقتها بهن توترا، وبناء على ملاحظتها لترددهن على ممارسي طقوس الشعوذة. فهذه الشكوك والمخاوف دفعت بالحالة إلى البحث عن العلاج.

–**التشخيص بناء على تحليل المقابلات ونتائج الاختبارات:** كشفت نتائج اختبار الشخصية عن وجود أعراض هستيرية لدى الحالة، كما ظهرت عليها من خلال نتائج الاختبار نفسه أعراض الشخصية التجنبية والشخصية الاكتئابية، وأعراض الشخصية شبه الفصامية، وأعراض الشخصية الوسواسية التي قدرت درجاتها ب62,50 بالمائة، هذه

الأخيرة التي تقاربت نتائجها مع ما كشفت عنه نتائج مقياس الوسواس القهري ل"بيل براون" الذي قدرت فيه الأفكار الوسواسية ب75 بالمائة، وبلغت النسبة العامة لاختبار الشخصية 40,40 بالمائة.

أما اختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي فقد كشف عن تصورات الحالة السلبية للطب النفسي والعلاج بالأدوية النفسية التي تعتبرها مهدئة فقط، وكذا اعتقادها في تأثير القوى الغيبية والعلاج الشعبي، وبلغت النسبة العامة للاختبار 56,79 بالمائة. كما كشفت نتائج اختبار التوافق الزواجي عن انخفاض درجات التوافق وارتفاع درجات اللاتوافق بشكل ملحوظ، بلغت درجاته 80 بالمائة، حيث سحل اللاتوافق في مختلف أبعاد الاختبار، تراوحت درجاته ما بين (40-100) بالمائة.

-تحليل نتائج الاختبارات من خلال الجداول:

جدول نتائج اختبار تشخيص اضطرابات الشخصية

الرقم	اضطرابات الشخصية	عدد البنود	عتبة الباثولوجية	الاستجابات(نعم)	نعم	النسب	الاستجابات(لا)	لا	النسب
01	شبه الهذائية	7	4 بنود	96-62-11	3	42,85	37-24-85-50	4	57,14
02	الفصامية النموذجية	9	5 بنود	72-61-36	3	33,33	23-10-74-48-86-60	6	66,66
03	شبه الفصامية	7	4 بنود	34-22-9-60-47	5	71,42	95-71	2	28,57
04	الهستيرية	8	5 بنود	30-17-4-80-67-43	6	75%	90-55	2	25%
05	البينية	9	5 بنود أو البند 2+98	69-58-6	3	33,33	32-19-78-45-98-93	6	66,66
06	النرجيسية	9	5 بنود	79	1	11,11	18-5	8	88,88

								-44-31 -68-57 72-73	
07	المضادة للمجتمع	8	3 من البند 3+99 بنود	46-ب=99	2	25%		-20-8 -59-33 94-75	6	75%
08	الوسواسية القهرية	8	4 بنود	3-16-29- 66-41	5	62,50		-81-51 89	3	37,50
09	التجنبية	7	4 بنود	1-13-39- 83	4	57,14		-52-26 87	3	42,85
10	التابعة	8	5 بنود		0	00%		-15-2 -40-27 -65-53 88-82	8	100%
11	الاكتئابية	7	5 بنود	14-28- 42-56- 70-84	6	85,71		97	1	14,28
12	السلبية العدوانية	7	4 بنود	21	1	14,28		-35-7 -63-49 91-77	6	85,71
س.ت	الصورة الجميلة	4	2 بندان	25-38	2	50%		51-12	2	50%
	استبيان التشكيك	2	1 بند		0	00%		76-64	2	100
	المجموع الكلى	99	25 أو 28 بندا		40	40,40			59	59,59

-**تحليل النتائج على ضوء الجدول:** تبين من خلال الجدول أعلاه أن الدرجات الكلية للاختبار قد بلغت نسبة 40,40 بالمائة، سجل من خلالها تفاوت في الدرجات بين مختلف الشخصيات، كانت أعلى نسبة فيما ظهر من سمات الشخصية الاكتئابية، والتي بلغت درجاتها 85,71 بالمائة، كما كشفت نتائج الاختبار عن ارتفاع في درجات الشخصية الهستيرية، والتي قدرت ب75 بالمائة، كما أظهر الاختبار سمات للشخصية شبه الفصامية، بلغت درجاتها 71,42 بالمائة، كما كشف عن وجود أعراض الشخصية الوسواسية، التي بلغت درجاتها 62,50 بالمائة، والتي تقاربت مع نتائج مقياس الوسواس القهري ل"بيل براون"، الذي سجل ارتفاعا ملموسا في تأثير الأفكار الوسواسية على الحالة، بلغت درجاته 70 بالمائة. كما أظهر الاختبار وجود سمات للشخصية التجنبية بلغت درجاتها 57,14 بالمائة، وتباينت نتائج الشخصيات الأخرى في درجاتها التي تراوحت ما بين (0-50) بالمائة. فمن خلال ما ظهر على الحالة من سمات لمختلف الشخصيات يمكن اعتبارها من الصنف غير النوعي وإن كانت حسب تقدير الباحث وبناء على ما كان يظهر عليها من أعراض هستيرية وقابلية للإيحاء قد تصنف ضمن الشخصية الهستيرية، باعتبار تلك الضلالات والهلاوس قد تكون نتيجة برمجة عقلية استجابة لايحاءات المحيطين، وأن ما ظهر على الحالة من سمات الشخصية شبه الفصامية كان نتيجة تأثير الأفكار الوسواسية والظروف المحيطة بالحالة.

جدول نتائج مقياس الوسواس القهري ل" بيل براون".

	البنود	الدرجات
1	مقدار الوقت الذي تستغرقه الأفكار الوسواسية	2
2	مقدار التعارض الذي تحدثه الأفكار الوسواسية مع نشطاتك الاجتماعية والعلمية	3
3	مقدار التوتر والقلق المصاحب للأفكار الوسواسية	3
4	مقدار الجهد المبذول في مقاومة الأفكار الوسواسية(بغض النظر عن نجاحك في المقاومة)	3
5	مقدار سيطرتك على الأفكار الوسواسية	3
المجموع		14

1	مقدار الوقت الذي تمضيه في القيام بالأفعال القهرية	1
2	مقدار التعارض الذي تحدثه الأفعال القهرية في نشاكاتك الاجتماعية والعلمية	2
3	مقدار التوتر والقلق الناتج في حال الامتناع عن القيام بالأفعال القهرية	3
4	مقدار الجهد المبذول في مقاومة الأفعال القهرية(بغض النظر عن مدى نجاحك في المقاومة)	2
5	مقدار سيطرتك على الأفعال القهرية	2
المجموع		10
المجموع الكلى		24 %60

التقييم:

معدل نتائج المقياس	شدة الاضطراب
31-24	ملحوظ

-**تحليل النتائج على ضوء الجدول:** كشفت نتائج المقياس عن وجود تأثير ملحوظ للاضطراب على حياة الحالة قد تراوحت درجاته ما بين(24-31) درجة بما نسبته 60 بالمائة. عرفت خلاله الأفكار الوسواسية ارتفاعا ملموسا قدرت درجاته ب70 بالمائة، والذي تجسد تأثيره على التوافق النفسي والاجتماعي، والأسري والزواجي للحالة، كما كشفت عنه الاختبارات واتضح من خلال خطابات الحالة.

جدول نتائج اختبار التوافق الزواجي

الأبعاد	الفقرات	الاستجابات(اللاتوافق)	نعم	النسب	الاستجابات(التوافق)	لا	**النسب**
التوافق العاطفي	(1-9-17-25-33-41-49-57-65-73)	1-9-17-25-33-41-49-57-65-73	10	%100		0	**00%**
الاحترام المتبادل	(2-10-18-26-34-42-50-58-66-74)	24-50-58-66	4	40%	2-18-26-42-74	5	**50%**

التفاهم المتبادل	(3-11-19-27-35-43-51-59-67-75)	3-11-19-27-43-51-59-67-75	10	100%		0	**00%**
الاتفاق في الأمور المادية	(4-12-20-28-36-44-52-60-68-76)	4-36-44-52-68-76	6	60%	60-28-20-12	4	**40%**
المشاركة في تحمل المسؤولية	(5-13-21-29-37-45-53-61-69-77)	5-13-21-29-37-45-53-61-69-77	10	100%		0	**00%**
الثقة المتبادلة	(6-14-22-30-38-46-54-62-70-78)	6-22-30-38-46-54-70-78	8	80%	62-14	2	**20%**
الأنانية	(7-15-23-31-39-47-55-63-71-79)	15-23-39-47-63-71-79	7	70%	55-31-7	3	**30%**
إدراك الحالة الزوجية	(8-16-24-32-40-48-56-64-72-80)	8-16-32-40-48-56-64-72-80	9	90%		0	**00%**
المجموع	80		64	80%		14	**15,50**

-**تحليل النتائج على ضوء الجدول:** كشف الجدول عن ارتفاع درجات اللاتوافق بين الزوجين في مختلف جوانبه، حيث بلغت النسبة العامة 80 بالمائة والتي اتضحت من خلال أبعاد الاختبار، حيث عرف اللاتوافق العاطفي وعدم التفاهم بين الزوجين، وغياب المشاركة في تحمل المسؤولية، بلغت درجات كل بعد منها 100 بالمائة، كما قدرت

درجات عدم إدراك الحالة الزوجية ب90 بالمائة، فيما كشف الاختبار عن ضعف عنصر الثقة الذي قدرت درجاته ب80 بالمائة، وعرف بعد الأنانية 70 بالمائة، أما عدم الاتفاق في الأمور المادية فقد بلغت درجاته 60 بالمائة . فهذه النتائج مؤشر على أن مآل العلاقة الزوجية يتجه نحو الانفصال إن لم يسارع أطراف العلاقة الزوجية بالعلاج الرسمي باختلاف أنواعه، دون التركيز فيه على العلاج الشعبي الذي أظهر عجزه، بل قد زادته إيحاءات وتفسيرات بعض ممارسيه تدعيما وتثبيتا وتعقيدا.

جدول نتائج اختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي

الرقم	الفقرات	العدد	الأبعاد	ص. ت	النسب	ص. ج	النسب	خ. ت	النسب	لا أدري	النسب
01	(1- (16	16	ميدان الطب النفسي عموما	13	81 ,25	00	OO %	01	6,25	02	12,5
02	(17 - (29	13	الأدوية النفسية والعلاج الدوائي	10	76,9 2	00	00%	00	0%	03	23,0 7
03	(30 - (49	20	الطبيب النفسي وشخصيته وكيفية التعامل معه	05	25%	09	45%	03	15%	03	15%
04	(50 - (63	14	معاني الاضطراب النفسي وتشخيصه وكيفية	10	71,4 2	03	21,42	01	7,14	00	0%

								علاجه			
05	(64 – (69	06	كيفية التعامل مع المريض النفسي	01	16,16	03	50%	02	33,33	00	0%
06	(70 – (75	06	بعض الاضطرابات النفسية المحددة	05	83,33	00	00%	00	00%	01	16,16
07	(76 – (81	06	العلاجات غير الدوائية	02	33,33	01	16,16	00	00%	03	50%
المجموع		81		46	56,79	16	19,75	07	8,64	12	14,81

-**تحليل النتائج على ضوء الجدول:** كشفت نتائج الاختبار عن تصورات الحالة السلبية للعلاج الطب نفسي والعلاج الدوائي، والتي تراوحت درجاته ما بين (76,92-81,25) فيما عرف اعتقاد الحالة في تأثير القوى الخفية ممثلة في تأثير السحر على الصحة والعلاقة الجنسية ، كما سجل عن الحالة اعتقادها في العلاج الشعبي، تراوحت درجات هذين البعدين ما بين (71,42-83,33) تجسد ذلك من خلال خطابات الحالة ومسارها العلاجي، استجابة منها لأفكارها الوسواسية وتصوراتها لمسببات الاضطراب.

-**المسار العلاجي:**عرفت الحالة علاجا طبيا في علاج أمراضها المزمنة بخاصة، كما استجابت للعلاج الشعبي الذي كان تركيزها عليه أكثر، فيما عرف العلاج النفسي عزوفا إلا بعد إحالتها إليه من معالجيها، سجلت انقطاعها عنه استجابة منها لوساوسها وقناعتها بتفسيراتها لأسباب اضطرابها.

-**العلاج الطبي:** لم تتلقى الحالة علاجا طبيا لما عرفته وظيفتها الجنسية من خلل، باعتبار هذا النوع من العلاج لا يتوافق مع تفسيراتها لأسباب الاضطراب من جهة، وأنها تعتبره من الموضوعات التي يحظر الكشف عنها" ما يخلينيش الروج عند الطبيب، وأنا بروحي ما نبغيش واحد يعرف واش عندي.).لذلك فإن العلاج الطبي كان مقتصرا على ما تعلق بالأمراض العضوية المزمنة منها (ارتفاع ضغط الدم، داء السكري، فقر الدم..).

-**العلاج التقليدي:** عرف العلاج التقليدي من قبل الحالة إقبالا كبيرا سجلت من خلاله تحسنا نسبيا ساهم في اختفاء الأعراض الهستيرية، والتخفيف من قلق وتوتر الحالة، إلا أن هذه الأعراض كانت تعود للظهور كلما لاحظت الحالة تردد أخوات الزوج على "الطلبة"، ووجدت آثار رش السحر أمام باب بيتها وغيرها من المعطيات التي كانت تغذي وساوسها وشكوكها ومخاوفها.

-**العلاج النفسي:** لم تتلقى الحالة علاجا نفسيا قناعة منها أن اضطراب علاقتها الزوجية وفتور رغبتها الجنسية يتم علاجها على يد المعالج الشعبي، باعتبار أسبابه ترجع لتأثير القوى الغيبية حسب تفسيراتها. وإن ما تلقته من جلسات في محطاتها الأخيرة إلا بتوجيه من معالجها(الراقي) الذي تابعنا معه مجريات جلساته بموافقة من طرفي العلاقة العلاجية. إلا أن فاعلية العلاج النفسي لم تظهر لأن الحالة لم تواظب على الجلسات تمسكا بقناعتها، كون العلاج النفسي يتطلب وقتا قد تطول مدته لتحقيق أهداف العلاج، وضمان فاعليته، بناء على ما كشفناه من سجل الحالة وتاريخها المرضى، وبنائها المعرفي.

-**الطعون العلاجية:** عرفت الحالة ترددا على المعالجين التقليديين لعلاج اضطراب علاقتها الجنسية باعتبار هذا النمط يستجيب لحاجياتها العلاجية، ويتوافق مع تفسيراتها لأسباب الاضطراب، استجابة منها لتلك الأفكار الوسواسية التي غززتها الأدوات والرموز الدالة، والإيحاءات الممثلة في تردد أختي الزوج على "الطلبة"(راني نشوف بعيني كيفهش ما نأمنش، هذي حتى واحد ما ينحها ليش من راسي...).

-**التصورات لفاعلية العلاج:** تعتقد الحالة في فاعلية العلاج التقليدي دون سواه من أنواع العلاجات الأخرى، كونه يتوافق مع تصوراتها التي عززتها ما لاحظته وما وجدته الحالة من رموز وآثار، وأن فاعليته تجسدت -بالنسبة لها- فيما تعرفه من تحسن ولو نسبي بعد تلقي العلاج، أرجعت ظهور الأعراض من جديد إلى تكرار فعل السحر، مما دفعها إلى أن تمارس بعض الطقوس العلاجية التطهيرية، وتقوم ببعض السلوكات النمطية كمراقبة بيتها وملابسها للكشف عما يكون قد دس من السحر. هذه السلوكات والطقوس قد أخذت وقتا معتبرا من الحالة، إضافة إلى ما خلفته من آثار نفسية، وتأثير على علاقتها الاجتماعية، كشفت عنها نتائج الاختبارات التي استخدمها الباحث لهذا الغرض.

-**تصورات الإحباطات العلاجية:** إن ما سجلته الحالة عن العلاج من فاعلية لم يحررها من معاناتها، نتيجة استحواذ الأفكار الوسواسية ومصاحبة الشكوك والمخاوف لها، خوفا من إعادة إعمال السحر ووجود بقاياه، وفي ظل غياب المساندة من الزوج فإن العلاج لم يحقق أهدافه، بل عرفت حالتها توترا وقلقا أكثر زاد من حدة فتور رغبتها الجنسية، وتوتر علاقتها الزوجية، واستمر تأثير الإحباطات العلاجية على مختلف جوانب حياتها . كما أن وجود الحالة في وسط يعتبر الابن امتدادا لنسل الأسرة تحافظ من خلاله على وجودها واستمرارها ومكانتها في المجتمع باعتباره الإرث الرمزي، فإن ذلك يعد عاملا مهما في شعورها بالإحباط، ويعرضها للتهميش والتهديد بالطلاق، أو التعدد رغبة من الزوج في الولد الذكر.

3-نتائج المقابلة:تم التركيز خلالها على العناصر الآتية:

-**تشخيص الاضطراب:** الحالة تشكو أمراضا عضوية ممثلة في ارتفاع ضغط الدم، والسكري، وفقر الدم، تتابع علاجا طبيا. كما ظهر على الحالة الاضطراب في أداء وظيفتها الجنسية منذ ليلة زفافها، والذي تطلب تدخل المعالج الشعبي، تبعا لما تعتقد فيه الحالة وما يعرفه المخيال الشعبي في مجتمع الدراسة عن هذه الظاهرة، لكن بعده كانت العلاقة عادية، إلا أنها عرفت توترا نتج عنه اضطراب في وظيفتها الجنسية، وامتد تأثيره على التوافق الزواجي، كان ذلك بعد توفر المعطيات لدى الحالة (عثور الحالة على آثار السحر) عززتها شكوك الحالة من خلال تردد أختي الزوج على ممارسي طقوس الشعوذة،

والتي ظهرت من خلالها الوساوس والشكوك والمخاوف، طالبت الزوجة الزوج بطلاقها كونها لم تعد تطيق صبرا، هذا الاستفزاز ترتبت عنه تهديدات الزوج بالطلاق أو التعدد .

-**التصورات لأسباب الاضطراب:** غفلت الحالة عن التفسيرات الموضوعية لأسباب الاضطراب، والذي تساهم فيه جملة من العوامل الصحية والنفسية والاجتماعية والثقافية، واقتصرت في تفسيراتها على تلك التفسيرات الغيبية التي كانت استجابة لما تحمله من أفكار وسواسية ومعتقدات خرافية. فهي من جهة تلوم أختي الزوج على التردد على المعالجين" الطلبة" لأسباب قد تكون على خلاف تفسيراتها، ولاعتبارات ثقافية كحل لما قد يكون لهما من مشكلات، وما تحملانه من معتقدات وتصورات قد تصب في نفس اتجاهاتها. وفي نفس الوقت تسجل هي الأخرى إقبالها وترددها على المعالجين الشعبيين. فلما لا تكون التهم متبادلة بين الحالة وأختي الزوج، في أن تكون الحالة هي الأخرى تسعى لامتلاك أخيهما من خلال ترددها على المعالجين -كما قد تتصوره الأختان- وأنها تقوم بالسحر للإضرار بهما، وتعطيل مصالحهما(أي نفس التفسيرات). فهذه الثنائية تشير إلى اللا منطق في التفكير والتفسير والتصور.

-**المؤشرات لبناء تفسيرات الاضطراب:** اكتفت الحالة في تفسيراتها لأسباب الاضطراب على ما عثرت عليه من أدوات ورموز قد يكون بعضها قد دس قبل أن تعرف العلاقة اضطرابا -بناء على ما جاء على لسان الحالة -فالعلاقة كانت عادية لكنها عرفت اضطرابا بعد العثور على آثار السحر. التي وظفت من خلالها ما تحمله من تصورات ومعتقدات استجابة لوساوسها في تفسير أسبابه. وبذلك يكون التأثير نتيجة الاعتقاد في تأثير السحر بعد العثور على أدواته ورموزه. كما قد يكون بمجرد مؤشرات وإيحاءات تترجمها الأفكار الوسواسية التي تنتاب الحالة، وهذا ما عرفته بعض الحالات التي تربطهن بها علاقات متوترة من خلال ترددهن على ممارسي طقوس السحر والشعوذة لأغراض قد تكون تخصهن.

-**تأثيرات الأفكار الوسواسية:** أثرت الأفكار الوسواسية على مختلف جوانب حياة الحالة، اتضح ذلك من خلال خطاباتها وما كشفت عنه نتائج الاختبارات.

-أ-تأثيرات الأفكار الوسواسية على الحياة الانفعالية والعاطفية: إن ما كان ينتاب الحالة من أفكار وسواسية أثار لديها الشكوك والمخاوف، أنتجت القلق والتوتر، وغياب مساندة الزوج، والشعور بالتهميش والتهميش من قبل أختي الزوج، غابت في ظل ذلك معاني المودة والمحبة، وتبخرت أحلام الحالة من تحقيق الاستقرار الزواجي، والتوافق النفس اجتماعي، وما تتطلبه الحياة الزوجية من مقاصد.

-ب-تأثيرات الأفكار الوسواسية على الحياة الجنسية: إن استجابة الحالة لأفكارها الوسواسية كان له أثره البليغ على توافقها الجنسي، الذي أرجعته لتفسيرات غير موضوعية، ولم يحقق لها مسارها العلاجي الشفاء منه، باعتباره العامل المؤثر على التوافق الجنسي والزواجي.

-ج-تأثيرات الأفكار الوسواسية في التوجه العلاجي: تبين من خلال المسار العلاجي أن الحالة قد استجابت لأفكارها الوسواسية، باعتبار التوجه العلاجي من نفس التفسيرات لأسباب الاضطراب.

-د-تأثيرات الأفكار الوسواسية على التوافق الزواجي: إذا كان للأفكار الوسواسية تأثيرها على صحة العلاقة الجنسية، فإن هذه الأخيرة ذات ارتباط وثيق بالتوافق الزواجي، ذلك لأن إشباع الغريزة الجنسية في إطار العلاقة الزوجية من مقاصد الزواج وغاياته، وبدونها لا يتحقق التوافق بين الزوجين. فقد سجلت الدراسة أن جل الخلافات كانت نتيجة ما عرفته الصحة الجنسية من خلل في وظيفتها مهما كانت أسبابها وتفسيراتها.

-هـ-تأثيرات الأفكار الوسواسية على العلاقات الاجتماعية والأسرية: إن ما تحمله الحالة من شكوك في المقربين منها وبخاصة أختي الزوج في الإضرار بها، جعل العلاقة بين هذه الأطراف يسودها التوتر والخلاف، والذي امتد إلى التحفظ -من الحالة- بمن تربطهم بهما علاقة باعتبارهم متواطئين معهما، وأنه متى ساءت العلاقة مع عائلة الزوج أثرت نتائجها وتبعاتها على الشريك، وقد تتسع دائرة الخلاف وتتقلص العلاقات الاجتماعية من جراء ذلك.

-**المسار العلاجي:**عرف التوجه العلاجي طعونا خلال مساره وبخاصة العلاج التقليدي منه.

-**العلاج الطبي:**كان العلاج الطبي مقتصرا على علاج ما عرفته الحالة من أمراض عضوية سبق ذكرها. أما اضطراب علاقتها الجنسية فإنها تعتبر الكشف عنها للطبيب محظورا لاعتبارات اجتماعية وثقافية.

-**العلاج الشعبي:** تلقت الحالة علاجا تقليدا باختلاف أنماطه، ولم تفصح للمعالجين عن اضطراب صحة علاقتها الجنسية ولا عن أسبابه، مكتفية بطلب المساعدة للتوافق الأسري "الطيب" مستجيبة لإيحاءات المعالجين، ظهرت عليها من خلال تلقي العلاج بعض الأعراض الهستيرية التي اعتبرها معالجوها أعرض مس شيطاني وتأثير السحر، استجابت من خلالها لتعليماتهم بممارسة الطقوس العلاجية التطهيرية، والتي تجلت من خلالها طقوس الشعوذة فيما ما كان يطلبه المعالج من معلومات وما تحضره الحالة من مستلزمات وأدوات، وما كان يقوم به من تمتمات وتعويذات أثناء التلاوة وتحضير الوصفات . وتذكر أن الأساليب العلاجية وما تمارسه من طقوس كان يختلف من معالج لآخر، حيث اكتفى بعضهم بالتلاوة وشرب الماء المرقي .

-**العلاج النفسي:** عرف العلاج النفسي عزوفا من قبل الحالة كونه لا يتوافق مع أسباب اضطرابها، الذي تعتبر أن علاجه لا يتم إلا على يد من يملكون قدرة العلاج الشعبي في التعامل مع مسبباته. ورغم أن الحالة قد وجهت إلى العلاج النفسي إلا أنها انقطعت عنه تمسكا بقناعاتها في العلاج الشعبي.

-**فاعلية العلاج:** كان علاج الحالة مرتكزا على العلاج الشعبي بالدرجة الأولى وبالأخص الرقية الشرعية في محطاتها العلاجية الأخيرة ، هذه الأنماط كانت الحالة تعرف من خلالها تحسنا لكن سرعان ما تعرف حالتها انتكاسا . كلما ملكتها الوساوس، وتوفرت لديها المؤشرات والمعطيات و العوامل المفجرة.

-**إحباطات العلاج والطعون العلاجية:** إنه رغم ما عرفه المسار العلاجي من فشل أو نسبية في فاعليته، إلا أن الحالة لا تزال تواظب عليه ومتمسكة به، قناعة منها في

فاعليته متى واظبت عليه، مستجيبة لإيحاءات المحيطين" داومي على الرقية تريحي" فهي ترى فيه متنفسها، يخفف من قلقها وتوترها، والتحرر من مخاوفها، وما يظهر عليها من أعراض كانت تختفي عند تلقي العلاج. ورغم ما عرفته الحالة من إحباطات ومن انتكاسات فلا تزال تواظب على العلاج، فهي من جهة تطالب الزوج بأن يطلقها ومن جهة أخرى تعلق الأمل في إمكانية شفائها وترميم علاقتها الزوجية، ورغبتها الملحة في إنجاب ولد ذكر، لتحافظ من خلاله على مكانتها في الأسرة والمجتمع الذي يقدس الذكورة، ويعتبرها رمزا لامتداد نسل الأسرة وتواجدها، إرضاء منها للعقل الجمعي الذي يلقي على عاتقها هذه المسؤولية، بخلاف ما أظهرته الدراسات العلمية أن الرجل هو المسؤول عن نوع الجنس(ذكرا كان أم أنثى).

-**الربط بين نتائج الاختبارات وتحليل المحتوى:** كشفت نتائج اختبار الشخصية عن وجود أعراض هستيرية لدى الحالة، كما ظهرت عليها من خلال نتائج الاختبار نفسه أعراض الشخصية التجنبية، والشخصية الاكتئابية، وأعراض الشخصية شبه الفصامية، وأعراض الشخصية الوسواسية التي قدرت درجاتها ب62,50 بالمائة، هذه الأخيرة التي تقاربت نتائجها مع ما كشفت عنه نتائج مقياس الوسواس القهري ل"بيل براون"، الذي قدرت فيه الأفكار الوسواسية ب75 بالمائة، وبلغت النسبة العامة لاختبار الشخصية 40,40 بالمائة.

توافقت النتائج المشار إليها أعلاه مع محتوى المقابلات من خلال ما كان يظهر على الحالة من أعراض هستيرية، كون الحالة ذات القابلية للأيحاء، والاستجابة لأفكارها الوسواسية التي ساهمت في ظهور أعراض لشخصيات أخرى قادت الحالة إلى العزلة والانطواء والاكتئاب وما تعرفه من أوهام وهلاوس ونحوها.

أما اختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي فقد كشف عن تصورات الحالة السلبية للطب النفسي والعلاج بالأدوية النفسية التي تعتبرها مهدئة فقط، وكذا اعتقادها في تأثير القوى الغيبية والعلاج الشعبي، وبلغت النسبة العامة للاختبار 56,79 بالمائة.

توافقت هذه التصورات مع محتوى المقابلات التي سجلت الحالة خلالها قناعتها في العلاج الشعبي وتمسكها به، باعتباره يستجيب لحاجياتها، كما اتضح اعتقاد الحالة في تأثير القوى الغيبية وتلبسها بها لما كان يظهر عليها من أعراض هستيرية ترجمتها حمولتها الثقافية وتفسيرات المعالجين، أنها أعراض لتلبس الجني بها، إلا أن الحالة مسكونة بالأوهام ، وقد تكون هذه الأعراض رسالة رمزية تعبر من خلالها عن صراعاتها ولفتا للانتباه لتحقيق مآربها.

كما كشفت نتائج اختبار التوافق الزواجي عن انخفاض درجات التوافق وارتفاع درجات اللاتوافق بشكل ملحوظ، بلغت درجاته 80 بالمائة، حيث سجل اللاتوافق في مختلف أبعاد الاختبار، تراوحت درجاته ما بين (40-100) بالمائة. توافقت هذه النتائج مع محتوى المقابلات لما كانت تعرفه العلاقة الزوجية من توتر، والحالة من فتور في رغبتها الجنسية إلى حد الطلاق العاطفي والمطالبة بالانفصال، كان ذلك نتيجة ما تحمله الحالة من أفكار وسواسية وتصورات خاطئة وتفسيرات ذاتية.

خلاصة: توصلت الدراسة إلى أن الحالة تعاني من اضطراب في علاقتها الجنسية، نتيجة تأثير الأفكار الوسواسية وما تحمله من تصورات نحو مسببات الاضطراب وسلوكيات المحيطين بها، الذين تعتبرهم طرفا في سبب معاناتها، التي امتد تأثيرها على توافقها الزواجي ومختلف جوانب حياتها، مما دفعها إلى التوجه نحو العلاج باختلاف أنواعه، فكان تركيزها أكثر على العلاج الشعبي في علاج اضطراب علاقتها الجنسية واللاتوافقها الزواجي. وكان هذا التوجه استجابة لأفكارها وتوظيفا لحمولتها الثقافية كما كشفت عن ذلك نتائج الاختبارات المشار إليها أعلاه، وما أفصحت عنه الحالة من خلال خطاباتها. لذلك ومن خلال نتائج الدراسة فإن مستقبل العلاقة الزوجية والحالة النفسية والعقلية للحالة تتطلب الإسراع بالعلاج والتكفل الفعلي لاستدراك الوضع، وإلا فإن المآل حسب تقدير الباحث ينتهي بالانفصال وأخف ضرره الطلاق العاطفي أو لجوء الزوج إلى التعدد إن لم أقل الخيانة الزوجية. وتبقى الحالة تتجرع المعاناة سجينة أفكارها الوسواسية وأوهامها المرضية.

1-9-دراسة الحالة التاسعة:

البيانات الأولية عن الحالة:

الاسم واللقب: أ.ف الجنس: أنثى السن: 44 سنة

المستوى الدراسي: الثالثة ابتدائي الوظيفة: لا شيء

الحالة المدنية: متزوجة المستوى الاقتصادي: متوسط

عدد الإخوة والأخوات: 2 شقيقان،6 من الأب رتبة الحالة بين الإخوة والأخوات:الوسطى

الأمراض السابقة: ارتفاع ضغط الدم. متابعة بسيكاترية.

السيميائية العامة للحالة:

الهيئة العامة:

الشكل المورفولوجي:قامة معتدلة، شقراء البشرة.

الهندام: لباس تقليدي، نظيف ، غير متناسق.

ملامح الوجه:شاحبة الوجه، قسمات الوجه لا تعكس سنها(تظهرمسنة)، تبدو خجولة، قلقة ومتوترة.

الاتصال:كان الاتصال بالحالة بمقر المعالج (الراقي) الذي تتابع علاجا على يديه.

اللغة:لغة الحالة بسيطة ، نبرة الصوت منخفضة، تظهر من خلالها معاناتها.

-1-تقديم الحالة: السيدة (أ،ف)، أنثى، تبلغ من العمر44 سنة، المستوى الدراسي الثالثة ابتدائي، أجبرت على ترك مقاعد الدراسة من قبل والدها، متزوجة، أم لستة أولاد من بينهم بنتين، تزوجت في سن مبكر وعمرها ستة عشر سنة، دون عمل، بنية مقبولة وقامة معتدلة ، ترتدي لباسا تقليديا أنيقا لكنه غير متناسق، تبدو خجولة، تظهر عليها ملامح الاكتئاب والقلق والتوتر، تظهر من خلال قسمات وملامح الوجه متقدمة في السن

(تبدو مسنة)، لغة الحالة كانت بسيطة ، نبرة صوت منخفضة، تظهر من خلالها معاناتها.

كان الاتصال بالحالة عن طريق المعالج(الراقي)، كان الزواج تقليديا ودون رضا منها، تقيم ببيت مستقل عن عائلة الزوج، الزوج يبلغ من العمر 58سنة، مدير مدرسة سابق، وهو متقاعد، علاقتها بالإخوة والأخت الشقيقة عادية، لكن مع الإخوة من الأم متذبذبة، ومع زوجات الإخوة متوترة إلى حد ما، وكذا مع زوجة الأب، الزوج قاس في معاملته معها .

العلاقة الزوجية لم تعرف توافقا منذ السنوات الأولى من الزواج، عرفت في ليلة زفافها عجزا في أداء وظيفتها الجنسية(رباط)، مما استدعى تدخل المعالج"الطالب" لفك السحر في حد قولها وبتدخل عائلة الزوج.

عرفت خلال طفولتها القسوة والتشديد، والمراقبة والتربية الصارمة، خوفا عليها من الانحراف، وكان ذلك عاملا في زواجها المبكر تبعا لأعرف الأسرة "يطلبها الأول نعطوها لو" ، بدأت بوادر الخلاف تظهر منذ الأشهر الأولى من زواجها لعوامل متداخلة.

عرفت اضطرابا في صحة علاقتها الجنسية، وخللا في توافقها الزواجي، لفترات عابرة نتيجة خلافات تقع مع زوجها، والتي لم تلتفت حسبها لتفسير أسبابها، بل كانت تعتبر نفسها طرفا مثيرا لهذه الخلافات، تعتبر أن الاضطراب عرف حدة في الأشهر الخمس الأولى بعد زواج الابن بمن كانت ترفضها كنة لها، وذلك–حسبها– لاعتبارات أخلاقية، والتي آلت إلى الطلاق في سنتها الأولى دون إنجاب، وأن إجراءات الطلاق الإدارية والقانونية في انتظار الفصل فيها بعد مساعي الصلح. اتضح من خطاب الحالة أنها تضغط على ابنها بطلاق زوجته. "أنا قتلو طلقها، هذي ما نستحقهاش وما عجبتنيش هي والدها من النهار الأول وأنت ما صنتليش"، ذلك ما أثر على الحالة النفسية للابن ويعد عاملا مساهما في انخراطه مع جماعة الأشرار، الذين قادوه لانحرافات سلوكية وأخلاقية حسب ما جاء على لسانها، فانفلت من بين يديها وتمرد عن أوامرها، بخلاف ما جاء على لسان والده الذي ينفي ذلك ويعتبرها(الحالة) موسوسة وشكاكة، فأصبحت ترفض إرجاع

ابنها زوجته ولو ببيتها المستقل في حين لا يرى والده مانعا في ذلك. كما كانت ترفض زواجه بغيرها ممن يرغب فيهن، ولا تريد له إلا ابنة أختها التي لم يوافق عليها قبل زواجه الأول، جاء في حد تعبيرها " أنا بنت أختي ونعرفها" ، "بنات اليوم ما يصلحوش وما يتأمنوش" .

تشك الحالة في كنتها أنها سبب معاناتها واضطراب توافقها الجنسي والزواجي الذي تعرفه، وما آلت إليه حالتها الصحية من تدهور في حد تعبيرها. باعتبار أنها منحدرة من أسرة تتردد على ممارسي السحر والشعوذة، تذكر أن كنتها كانت تقوم بتبخير حجرتها وفضاء السكن خفية عنها وفي غيابها، وأنها تشم بقايا رائحته(التبخير)، وهذا ما زاد الخلاف حدة، وأصبح البيت مشحونا بالصراع وتوتر العلاقة التي أصبحت أطراف الأسرة لا تطيق تحمل سلوكها، وتذكر أن هذه الأخيرة تكيد للعائلة بمختلف أساليب السحر وممارسة طقوسه، بهدف –كما تذكر– تمزيق الروابط الأسرية، والرغبة في الرجوع إلى عصمة الزوج، " راهي أتحوس باهش تديه علي"، "كامل المشاكل ألي راه عندي هي سبابها"، "راهي غير مع الطلبة ولي يخدمو سحور.."(حتى ولدي وماشي غرضو كاش ما راه دايرتلو".

في ظل هذه الظروف والملابسات السابقة والحالية والتي أنتجت التوترات تتجه الحالة إلى العلاج، وكان العلاج التقليدي من أولى اهتماماتها، مركزة على الرقية الشرعية "أنا خاطيني الطلبة والي يخدموا السحور"، لكن رغم ذلك تمارس طقوسا قد اكتسبتها من المحيط ومما أملاه عليها المعالجون، ك "البخور، ورش السكن، والاغتسال بالماء المرقي، واستخدام زيت الزيتون مع الحرمل لدهن الجسم، ذلك تبعا لتعليمات المعالج. واستجابة لوساوسها. كانت تقوم بسلوكات وأعمال قهرية، كمراقبة بيتها وخزانتها باستمرار، والغسل المتكرر للملابس التي تشك في وجود السحر بها. هذا ناهيك عن متابعتها الطبية والبسيكاترية.

ومن الأعراض التي تشكو منها الحالة: الصداع النصفي، والتوتر والقلق، كما سجل عنها فرك اليدين بصورة قهرية ونمطية، والتشخيص في السماء بين الحين والآخر، وظهور بعض الأعراض الهستيرية كالبكاء والصراخ، والتشنج ونوبة الإغماء إلى حد

السقوط على الأرض، والإحساس بشلل الساق اليسرى. تلك الأعراض سجلناها من خلال حضورنا الجلسات مع المعالج والتي كان يتجدد ظهورها كلما عبرت عن معاناتها وفي مختلف الجلسات. تلك الأعراض اعتبرها الراقي نتيجة مس من الجني المتلبس بالحالة التي تعاني من السحر المرشوش، بناء على تصوراته وخبرته مع المرضى –كما ذكر– فحسب الحالة أن هذه الأعراض تلازمها معظم وقتها وبخاصة متى توفرت العوامل المفجرة. وأنها تقضي جل وقتها تجتر تلك الأفكار الوسواسية التي أثرت على معاشها النفسي وتوافقها الاجتماعي.

تذكر الحالة أن معاناتها لا تزال قائمة، وتزداد حدتها يوما بعد يوم أكثر مما كانت عليه من قبل. وحصولا منا على معطيات ومعلومات أكثر، والتعرف على مختلف الملابسات قمنا بإجراء مقابلات مع زوج الحالة، الذي ذكر أن زوجته ذات مزاج حاد وعصبية، وأنها موسوسة تشك في كل شيء، وتؤول المواقف والسلوكيات قراءة سلبية.

تعتقد الحالة في تأثير القوي الخفية على الصحة والسلوك، نتيجة تأثير السحر وتلبس الجني، فهي تتحسس وتتوهم أن شيئا يمشي خلفها ويقتفي أثارها، بل وترى صورة من تعتقد أنها تكيد لها بالسحر ماثلة أمامها ، كما أنها لا تحسن التعامل والتواصل معه، وأنه لم يعرف للعلاقة الزوجية طعمها وسعادتها ، فهي فاقدة لأدنى رغبة في تواصلها الجنسي وكأنها جثة هامدة، وأنه رغم معاملته ومؤازرته لها إلا أنها تعتقد أنها مهانة وأنه مساند لابنها وكنتها.

تقضي وقتا طويلا في ممارسة الطقوس التطهيرية التي تعتبرها علاجية، كما أنها تقوم بسلوكات نمطية (كتفتيش ملابسها وإعادة ترتيب خزانتها، ومراقبة كامل غرف السكن)، كما أنها تفرك اليدين بصفة نمطية ، حسب تعبير الزوج ذلك ما كان يزعجه ويقلقه ويعطل نشاطاته بسبب تكفله بها، ومجاراتها في مسارها العلاجي الذي لم تظهر فاعليته بالنسبة له في علاجها حتى ما تعلق منه من أدوية نفسية. وأنها لا تزال تعيش التوتر والقلق وتلازمها تلك الأعراض، كالتشنجات والرجفة والخلود للنوم نهارا، عرفت من خلال ذلك كله شللا في نشاطاتها الشخصية وتكيفها الاجتماعي الذي فقدت معه صديقاتها، وإن كانت علاقتها جد محدودة.كل ذلك أدلى به زوج الحالة. من جهة أخرى

ما ذكره الابن كما جاء على لسان والده " ما صعيبة وما تعشرش، راه باغي ألي تحبها هي" . وخلال الجلسات تم إجراء الاختبارات المعتمدة في الدراسة، كأدوات تشخصية كشفت عن نتائجها الجداول التي عرضت أدناه.

-2-تحليل محتوى المقابلات:

-**الملاحظة الإكلينيكية:** الحالة ذات قامة معتدلة، ترتدي لباسا تقليديا غير متناسق، مشيتها جد بطيئة، شاحبة الوجه، تظهر عليها علامات المرض واليأس، ملامح وجهها لا تعكس سنها، فهي تبدو متقدمة في السن، تظهر قلقة متوترة ، تقوم ببعض السلوكات بصفة نمطية ذات الأعراض الوسواسية (فرك اليدين، النظر إلى أعلى دون مبرر)، ظهرت عليها أعراض هستيرية، هلاوس سمعية وبصرية، كأنها ترى صورة كنتها ماثلة أمامها، وتمركزها حول ذاتها، فهي حبيسة أوهامها، ووساوسها وشكوكها.

-**الفحص العيادي وتحليل المعطيات:**

-**تاريخ الاضطراب:**ظهرت على الحالة بوادر اضطراب صحتها الجنسية في ليلة زفافها، استدعى ذلك تدخل المعالج (الطالب) لفك الربط، استجابة لما يعرفه مجتمع الدراسة من معتقدات وتصورات ثقافية في تفسير هذه الظاهرة(قلق ليلة الزفاف)" حيث يشهد الحس المشترك في مجتمع الدراسة على أن المصاب بالثقاف(السحر) هو ذلك الشخص الذي يعجز عن ممارسة الجنس مع الطرف الآخر، أو ينفر من الزواج"(إدريس،2016،9) ، مما جعل الحالة تشكو بعدها من فتور الرغبة الجنسية بصورة عابرة، وبتوتر العلاقة الزوجية التي اعتبرت نفسها وقتها طرفا في توترها ، لكن عرف هذا الاضطراب حدته في الأشهر الأولى من زواج الابن، أرجعت أسبابه لتفسيرات غيبية شكا منها في كنتها.

-**هيئة الحالة وهندامها:** ترتدي الحالة لباسا تقليديا غير متناسق، مشيتها جد بطيئة، تبدو من خلال ملامح وجهها مسنة، تظهر عليها ملامح المرض والضعف.

-**سمات الحالة:** تظهر الحالة خجولة، قلقة ومتوترة، تقوم بأفعال قهرية ذات أعراض وسواسية بصفة نمطية، كما ظهرت عليها بعض الأعراض الهستيرية أثناء المقابلات، تبدو ذات شخصية هشة، ، ذات القابلية للإيحاء.

-**اللغة والاتصال:** كانت لغة الحالة بسيطة، نبرة صوت منخفضة، غير أن صوتها يعلو بالصراخ والبكاء عند تلقي العلاج الشعبي بخاصة، صعوبة في التواصل معها لما تقوم به من سلوكات نمطية، وما يظهر عليها من أعراض هستيرية، مع قلة في التركيز، والايماء لما تراه من صور ماثلة أمامها.

-**النشاط الحركي:** النشاط الحركي شبه مشلول لدى الحالة، نتيجة معاناتها من المرض، وما يظهر عليها من أعراض تحول دون تواصلها والقيام بنشاطاتها الحس حركية.

-**النشاط العقلي:** يغلب على الحالة الشرود الذهني، قلة التركيز، ظهور نوبات الصرع الهستيري، كما يبدو عليها الركود نتيجة تعاطي الأدوية النفسية المضادة للقلق والاكتئاب الموصوفة من طبيبها.

-**محتوى التفكير:** يغلب على الحالة التفكير السحري الخرافي، وتستولي عليها الوساوس والأوهام والهلاوس، والتمركز حول الذات، متصلبة في آرائها وقراراتها.

-**المزاج والعاطفة:** تتسم الحالة بالعصبية، والمزاج الحاد، رغم أن عاطفتها حساسة ، تملكها الشكوك والمخاوف، ذات القابلية للإيحاء.

-**الحالة الصحية:** تعاني الحالة من مشكلات صحية وعصبية، تتابع علاجا طبيا وعلاجا بسيكاتريا. كما تعتبر نفسها مسكونة بالأمراض ، فهي متمركزة حول ذاتها، شديدة الحساسية للمرض والشك في مسبباته، والتي تغلب عليها التفسيرات الغيبية (غير الموضوعية).

-**التاريخ النفسي والاجتماعي:** عرفت الحالة المعاناة منذ طفولتها، من قسوة وما عرفته من صدمات من جراء وفاة والدتها، ومعاناة مع زوجة الأب، كما أن زواجها كان مبكرا ودون رضاها، نشأت في أسرة مشبعة بالمعتقدات الخرافية، لم تعرف توافقا في زواجها لما

لمسته من قسوة وتشدد من زوجها كما جاء في خطاباتها، إضافة إلى سوء التفاهم مع كنتها التي كانت ترفضها ، فكانت تعتبرها سبب معاناتها، مما جعلها تفرض رأيها على ابنها ليطلقها، كل ذلك وغيره كان له تأثيره النفسي والاجتماعي على حياة الحالة.

-**علاقات الحالة (داخل البيت ومع الأقارب):** علاقة الحالة بإخوتها الأشقاء عادية، لكن مع إخوتها من الأب مضطربة، وكذا مع زوجة والدها، تعتقد أن زوجة والدها كانت تفضل أبناءها عليها وعلى إخوتها، لم تتلقى مساندة أو دعما من والدها الذي كان يضيق من حريتها ويحد من حركاتها خوفا عليها من الانحراف، لذلك كان زواجها في سن مبكرة(16 سنة) ودون رضاها. أما علاقتها بالزوج فتعرف اضطرابا، فهي تشكو قسوته وتشدده، كما أن علاقتها بابنها وكنتها مضطربة. يرجع الزوج أسباب ذلك إلى ما تتسم به زوجته من عصبية وحدة المزاج.

-**علاقات الحالة خارج البيت:**علاقة الحالة بمحيطها جد ضعيفة، تفضل العزلة، وتتسم بالشك في المحيطين بها، من أصهار ابنها خوفا من أذاهم باعتبارهم –حسبها– من المترددين على ممارسي السحر والشعوذة.

-**المعاش النفسي للحالة:** تعبر الحالة عن قلقها وتوترها وما يراودها من شكوك ومخاوف بشأن صحتها، وما تجتره من أفكار وسواسية وما تعانيه من هلاوس وأوهام تثير مخاوفها نتيجة معاناتها النفسية والصحية، في ظل فشل مساعي العلاج.

-**تصورات الحالة للاضطراب وتفسير أسبابه:** ترجع الحالة أسباب اضطرابها وبخاصة ما تعلق منه باضطراب علاقتها الجنسية، وسوء توافقها الزواجي إلى تفسيرات غيبية، فهي شديدة الاعتقاد في تأثير السحر وتلبس الجني، هذه المعتقدات التي غذت أفكارها الوسواسية وساهمت في تعزيز اضطراباتها، بناء على مؤشرات وإيحاءات قد تكون وهمية، مما جعلها تستجيب لإملاءات المعالجين، وتمارس طقوسهم العلاجية التطهيرية.

-**التشخيص بناء على تحليل المقابلات ونتائج الاختبارات:** كشفت نتائج اختبار تشخيص اضطرابات الشخصية عن أن النسبة العامة للاختبار بلغت 66,66 بالمائة. كما كشفت نتائج اختبار التوافق الزواجي عن ارتفاع في درجات اللاتوافق بين الزوجين،

اختلفت بين مختلف أبعاده، حيث قدرت النسبة العامة ب73,75 بالمائة، فيما كشف اختبار الأخطاء الشائعة للطب النفسي عن تصورات الحالة نحو هذا الأخير، واعتقادها في العلاج الشعبي. بلغت النسبة الكلية للاختبار61,72 بالمائة والتي عرفت تفاوتا بين مختلف أبعاده. كما كشف مقياس الوسواس القهري ل"بيل براون" عن ارتفاع محسوس في درجاته والتي قدرت ب80 بالمائة. وقد توافقت هذه النتائج إلى حد كبير مع محتوى المقابلات.

-تحليل نتائج الاختبارات من خلال الجداول:

جدول نتائج اختبار تشخيص اضطرابات الشخصية

الرقم	اضطرابات الشخصية	عدد البنود	عتبة الباثولوجية	الاستجابات(نعم)	نعم	النسب	الاستجابات(لا)	لا	النسب
01	شبه الهذائية	7	4 بنود	11-24-37-50-62	5	71,42	85-96	2	28,57
02	الفصامية النموذجية	9	5 بنود	10-36-48-72-74	5	,5555	23-60-61-86	4	44,44
03	شبه الفصامية	7	4 بنود	9-22-34-60-71	5	71,42	47-95	2	28,57
04	الهستيرية	8	5 بنود	17-30-55-67-90	5	62,50	4-43-80	3	37,50
05	البينية	9	5 بنود أو البند 2+98	6-19-32-58-98-69-78-93	7	77,77	45	1	11,11
06	النرجيسية	9	5 بنود	5-18-31-44-79-92	6	66,66	57-68-73	3	33,33
07	المضادة للمجتمع	8	3 من البند 3+99 بنود	8-33-46	3	37,50	20-59-75-94-ب=99	5	62,50

08	الوسواسية القهرية	8	4 بنود	3-16-41-66-89	5	62,50	29-54-81	3	37,50
09	التجنبية	7	4 بنود	1-13-26-39-83-87	6	85,71	52	1	14,28
10	التابعة	8	5 بنود	27-40-65-88	4	50%	2-15-53-82	4	50%
11	الاكتئابية	7	5 بنود	14-28-42-56-97	5	71,42	70-84	2	28,57
12	السلبية العدوانية	7	4 بنود	21-35-49-63-77	5	71,42	7-91	2	28,57
س.ت	الصورة الجميلة	4	2 بندان	12-25-38	3	75%	51	1	25%
	استبيان التشكيك	2	1 بند	64	1	50%	76	1	50%
	المجموع الكلى	99	25 أو 28 بندا		66	66,66		33	33,33

-**تحليل النتائج على ضوء الجدول:** كشفت نتائج الاختبار عن وجود سمات لعدة شخصيات، حيث كشف الاختبار عن ارتفاع في درجات الشخصية شبه الهذائية قدرت ب71,42 بالمائة، وعن ارتفاع في درجات الشخصية شبه الفصامية قدرت بنفس النسبة. فيما عرفت الشخصية الاكتئابية والسلبية العدوانية نفس النسبة ، كما قدرت سمات الشخصية الفصامية النموذجية ب55,55 بالمائة، كما كشف الاختبار عن وجود ملامح للشخصية الهستيرية والوسواسية القهرية قدرت ب62,50 بالمائة والشخصية النرجيسية ب66,66 بالمائة، كما عرفت سمات الشخصية التجنبية 85,71 بالمائة وبذلك فإن الدرجات الكلية للاختبار قدرت ب66,66 بالمائة. فوجود سمات لأكثر من اضطراب واحد قد يدرج الحالة ضمن اضطراب الشخصية غير النوعي "ففي دليل الصحة النفسية للأطباء عن منظمة الصحة العالمية أن هناك كثيرا من اضطرابات الشخصية يمكن وضعها تحت هذا التصنيف وأهمها الشخصية المزيج، وهي وجود ملامح لأكثر من اضطراب شخصية، دون أن تحقق المعايير الكاملة لأي اضطراب شخصية، على أن

تسبب هذه الملامح مشكلة أو ضائقة في واحد أو أكثر من مجالات الإنسان الاجتماعية أو المهنية (WHO.2001.66).

جدول نتائج مقياس الوسواس القهري ل" بيل براون".

	البنود	الدرجات
1	مقدار الوقت الذي تستغرقه الأفكار الوسواسية	2
2	مقدار التعارض الذي تحدثه الأفكار الوسواسية مع نشطاتك الاجتماعية والعلمية	3
3	مقدار التوتر والقلق المصاحب للأفكار الوسواسية	3
4	مقدار الجهد المبذول في مقاومة الأفكار الوسواسية(بغض النظر عن نجاحك في المقاومة)	4
5	مقدار سيطرتك على الأفكار الوسواسية	3
المجموع		15
1	مقدار الوقت الذي تمضيه في القيام بالأفعال القهرية	3
2	مقدار التعارض الذي تحدثه الأفعال القهرية في نشاكاتك الاجتماعية والعلمية	3
3	مقدار التوتر والقلق الناتج في حال الامتناع عن القيام بالأفعال القهرية	3
4	مقدار الجهد المبذول في مقاومة الأفعال القهرية(بغض النظر عن مدى نجاحك في المقاومة)	4
5	مقدار سيطرتك على الأفعال القهرية	4
المجموع		17
المجموع الكلى		32 80%

التقييم:

معدل نتائج المقياس	شدة الاضطراب
32-40	شديد

-**تحليل النتائج على ضوء الجدول:** من خلال نتائج الاختبار تبين أن الدرجات الكلية تراوحت ما بين (32-40) درجة كمؤشر عن شدة الاضطراب الذي بلغ نسبة 80 بالمائة ، كانت نسبة تأثير الأفكار الوسواسية على جوانب حياة الحالة ب75 بالمائة، فيما عرفت الأفعال القهرية نسبة 85 بالمائة، استجابت الحالة من خلالها لوساوسها وتعليمات وإملاءات وإيحاءات المعالجين في ممارسة الطقوس العلاجية.

جدول نتائج اختبار التوافق الزواجي

الأبعاد	الفقرات	الاستجابات(اللاتوافق)	نعم	النسب	الاستجابات(التوافق)	لا	النسب
التوافق العاطفي	(1-9-17-25-33-41-49-57-65-73)	1-9-17-25-33-41-49-57-65-73	10	100%		0	00%
الاحترام المتبادل	(2-10-18-26-34-42-50-58-66-74)	2-18-26-34-42-50-58-66-74	9	90%		0	00%
التفاهم المتبادل	(3-11-19-27-35-43-51-59-67-75)	3-11-19-27-35-43-51-59-69-75	10	100%		0	00%
الاتفاق في الأمور المادية	(4-12-20-28-36-44-52-60-68-76)	4-36-44-52-68	5	50%	12-20-28-60-76	5	50%
المشاركة في	(5-13-	5-37-53-61	4	40%	13-21-29-	6	60%

تحمل المسؤولية	21-29- 37-45- 53-61- 69-77)			45-69-77		
الثقة المتبادلة	(6-14- 22-30- 38-46- 54-62- 70-78)	6-22-30- 38-46-54- 70-78	8	80%	14-62	2	20%
الأنانية	(7-15- 23-31- 39-47- 55-63- 71-79)	39-47-79	3	30%	7-15-31- 55-63-71	6	60%
إدراك الحالة الزوجية	(8-16- 24-32- 40-48- 56-64- 72-80)	8-16-24- 32-40-48- 56-64-72- 80	10	100%		0	00%
المجموع	80		59	73,75		19	23,75

-**تحليل النتائج على ضوء الجدول:** كشفت نتائج الاختبار عن ارتفاع في درجات اللاتوافق بين الزوجين بلغت درجاته الكلية 73,75 بالمائة، وقد شملت جل أبعاد الحياة الزوجية، حيث عرف اللاتوافق العاطفي ارتفاعا رهيبا في درجاته، توافقت هذه النتيجة مع بعد غياب التفاهم وغياب إدراك الحالة الزوجية بنفس النسبة، التي قدرت ب100 بالمائة. عرف البعد الثاني غياب الاحترام المتبادل الذي قدرت درجاته ب90 بالمائة، وبلغت نسبة ضعف الثقة 80 بالمائة، فيما تراوحت درجات الأبعاد الأخرى بين 30-50 بالمائة. كان ذلك نتيجة عوامل متداخلة، جندت الحالة ما تحمله من تصورات خاطئة استجابة لوساوسها في تفسير مسببات الاضطراب، حيث كشفت نتائج مقياس "بيل براون" للوسواس

القهري عن ارتفاع درجات تأثير الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية على الحالة، والتي بلغت درجاتها الكلية 80 بالمائة.

جدول نتائج اختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي

الرقم	الفقرات	العدد	الأبعاد	ص. ت	النسب	ص. ج	النسب	خ. ت	النسب	لا أدري	النسب
01	(1- 16)	16	ميدان الطب النفسي عموما	13	81,25	00	0%	02	12,5	01	6,25
02	(17 - 29)	13	الأدوية النفسية والعلاج الدوائي	10	76,72	00	0%	00	0%	03	23,07
03	(30 - 49)	20	الطبيب النفسي وشخصيته وكيفية التعامل معه	04	20	03	15 %	00	0%	13	65 %
04	(50 - 63)	14	معاني الاضطراب النفسي وتشخيصه وكيفية علاجه	13	92,85	00	0%	01	7,14	00	00 %
05	(64 - 69)	06	كيفية التعامل مع المريض النفسي	02	33,33	02	33,33	02	33,33	00	00 %

06	(70 – 75)	06	بعض الاضطرابات النفسية المحددة	05	83,83	00	0%	00	0%	01	16,66
07	(76 – 81)	06	العلاجات غير الدوائية	03	50	00	0%	01	16,66	02	33,33
المجموع		81		50	61,72	05	6,17	06	7,40	20	24,69

-تحليل النتائج على ضوء الجدول: كشفت نتائج الاختبار عن ارتفاع درجات الأفكار الشائعة حول الطب النفسي، بلغت النسبة الكلية للاختبار 61,72 بالمائة. حيث كشف الاختبار عن تصورات الحالة السلبية للطب النفسي والعلاج بالأدوية النفسية بخاصة، رغم أنها تتابع علاجا بسيكاتريا، تراوحت درجات هذين البعدين ما بين (76,72-81,25) بالمائة. كما كشفت نتائج الاختبار عن اعتقاد الحالة في تأثير القوى الغيبية ممثلة في تلبس الجني وتأثير السحر على الصحة والعلاقة الجنسية، تراوحت درجات هذين البعدين ما بين(83,83-92,85)، تجسدت التصورات والتفسيرات لمسببات الاضطراب والمسار العلاجي من خلال خطابات الحالة أثناء مجريات المقابلات.

-المسار العلاجي: عرف التوجه العلاجي لدى الحالة طعونا علاجية خلال مساره، سواء ما تعلق بالعلاج الطبي في علاج أمراضها العضوية، أو العلاج الطب نفسي حضوره لدى الحالة من خلال متابعتها البسيكاترية. كما عرف العلاج الشعبي حضورا قويا لعلاج اضطراب توافقها الجنسي والزواجي، الذي لم تكشف عنه للطبيب، كونه يشكل تابو بالنسبة للحالة لما تتمتع به من طابع المحافظة، وأن أسبابه غير طبية.

-العلاج الطبي: كان تردد الحالة كثيرا على الأطباء لعلاج أمراضها العضوية، كارتفاع ضغط الدم وما تعرفه من أوهام مرضية مختلفة، فهي تعتقد أن جسمها مسكون بالأمراض، والأطباء والرقاة عجزوا عن علاجها" حتى واحد ما نفعني"،" قاع الدوية وما دارو لي والو"

-**العلاج التقليدي:** كما سجل العلاج التقليدي حضوره القوي لدى الحالة، لعلاج اضطراب علاقتها الجنسية التي أرجعت أسبابه لتفسيرات غيبية (غير موضوعية).

-**العلاج النفسي:** تتابع الحالة علاجا بسيكاتريا للتخفيف من أعراض القلق والاكتئاب وحدة المزاج، وما يملكها من وساوس قهرية، وقد ظهرت عليها بعض الأعراض خلال الجلسات العلاجية. الحالة لم تتلق علاجا نفسيا إلا بعد أن وجهت إليه من قبل المعالج (الراقي).

-**الطعون العلاجية:** عرف المسار العلاجي طعونا علاجية، وكان تركيزها في علاج اضطراب صحة علاقتها الجنسية على العلاج التقليدي بالدرجة الأولى، إضافة إلى العلاج الطبي والبسيكياتري الذي تعتقد في عدم فاعليته بل تعتبر الأدوية مهدئة فقط.

-**التصورات لفاعلية العلاج:** ترى الحالة أن جميع مساعيها العلاجية لم تعط نتائج، وأن معاناتها تزداد، والأعراض لا تزال قائمة. لذلك فهي تنتقل من طبيب لآخر ومن راق لآخر، الذين يعدون حسبها بالعشرات خلال تاريخها المرضي.

-**تصورات الإحباطات العلاجية:** إن فشل مساعي العلاج وعدم فاعليتها في تصور الحالة، جعلها تتردد على المعالجين الشعبيين والأطباء. تريد أن تحصل على الشفاء بمجرد تلقى أول فحص هذا من جهة، ومن جهة أخرى فإنها تستجيب لأوهامها المرضية وتمركزها على ذاتها وكأنها مسكونة بالأمراض أو مملوكة من قبل قوى خفية.

-**3-نتائج المقابلات:** تم التركيز على العناصر التالية:

-**تشخيص الاضطراب:** تعاني الحالة من اضطراب في علاقتها الجنسية، والذي ظهرت مؤشراته في ليلة زفافها لما عرفته الحالة من فشل في أدائها الجنسي، وما تتطلبه تلك الليلة من طقوس ومراسيم تخضع لتقاليد العقل الجمعي لمجتمع الدراسة، وقد أرجعت أسباب فشلها إلى إعمال السحر، مما تطلب تدخل المعالج(الطالب)، وهي ظاهرة شائعة في الوسط الاجتماعي للحالة بالرجوع إلى المعالج الشعبي لفك "الربط" دون البحث عن الأسباب الموضوعية. وامتد هذا التأثير على العلاقة والذي ساهم في ظهور الوساوس

والشكوك لدى الحالة. كان الاضطراب موقفيا وبدرجة ضعيفة ، لكنه عرف شدة وعرفت العلاقة الزوجية توترا في الأشهر الخمس الأولى بعد زواج ابنها، مما جعلها توجه أصابع الاتهام إلى كنتها، بناء على مؤشرات وأدوات ورموز دالة قد تكون وهمية، وظفت خلالها ما تحمل من أفكار وسواسية وتصورات ومعتقدات. كما تشكو الحالة من أمراض عضوية وعصبية وتوهمات مرضية، انعكس تأثيرها على مختلف توافقاتها وجوانب حياتها.

-**التصورات لأسباب الاضطراب:** إن التنشئة الاجتماعية للحالة، وما أفرزته ثقافة المجتمع من معتقدات خرافية، ساهم في البنية المعرفية للحالة التي أنتجت أفكارا مشوهة وتصورات خاطئة للمرض، حيث ترسخ لدي الحالة ومنذ طفولتها الاعتقاد في تأثير السحر وتلبس الجني، مشبعة بذلك بجملة من المعطيات التي على إثرها تبنى التصورات والتفسيرات، والتي ساهمت في ظهور الأفكار الوسواسية لدى الحالة، تلك الأفكار التي تلعب دورا مهما في التأثير على جوانب شخصيتها ومختلف توافقاتها. لذلك فإن الحالة ومن خلال خطاباتها فإنها ترجع أسباب اضطراب علاقتها الجنسية وسوء توافقها الزواجي، وما يحل بها من مشكلات ولو وهمية إلى حمولتها الثقافية وما ترسخ لديها ومنذ طفولتها من معتقدات.

-**المؤشرات لبناء تفسيرات الاضطراب:** ترجع الحالة أسباب اضطراب علاقتها الجنسية إلى كنتها، وبخاصة عندما ظهرت حدة الاضطراب، الذي امتد تأثيره على العلاقة وإن كان أن الحالة عرفت اضطرابا في هذه العلاقة لفترات موقفية تجهل أسبابه، وتعتبر نفسها طرفا فيه، ومن جهة ترجع الأسباب إلى ما وجدت من آثار للسحر، وترقب لحركات وسلوكات كنتها، واعتبارها من عائلة تتردد على ممارسي طقوس السحر والشعوذة.

-**تأثيرات الأفكار الوسواسية:** ظهر تأثير الأفكار الوسواسية -التي تستحوذ على الحالة- جليا من خلال ما يملكها من شكوك وأوهام ، وما تقوم به من طقوس تطهيرية وبصفة نمطية، وامتد هذا التأثير على جوانب حياتها(الانفعالية والعاطفية والأسرية..).

-أ-**تأثيرات الأفكار الوسواسية على الحياة الانفعالية والعاطفية:** الحالة تعيش قلقة مضطربة، تملكها الأوهام والوساوس والشكوك والمخاوف، مما أدي إلى اضطراب نومها

وضعف شهيتها، وعرفت تراجعا في وزنها، كما تعرف اللااستقرار في حياتها العاطفية، حيث الخلافات والصراعات التي غابت في ظلها معاني المودة والتفاهم وغيرها من متطلبات العلاقة الزوجية.

-ب-تأثيرات الأفكار الوسواسية على الحياة الجنسية: إن تأثير الأفكار الوسواسية وما تبعث عليه من شكوك ومخاوف وتصورات وتفسيرات غير موضوعية، أثر على صحة علاقتها الجنسية. فهي تشعر بالبرود العاطفي، وفتور الرغبة الجنسية، والعزوف عن فراش الزوجية، قناعة منها أن ذلك نتيجة ما عثرت عليها من أدوات وآثار سحرية، كان له تأثيره على هذه العلاقة بهدف التفريق وإيقاع الخلاف، وأن كنتها بالتواطؤ مع عائلتها ينتقمون منها جزاء رفضها لابنتهم.

-ج-تأثيرات الأفكار الوسواسية في التوجه العلاجي: كان توجه الحالة نحو العلاج الشعبي بخاصة استجابة لما تحمله من تفسيرات غير موضوعية، وما تجتره من أفكار وسواسية لأسباب اضطرابها، فكان العلاج من جنس التفسيرات باعتباره يلبي حاجياتها العلاجية، كان تركيزها أكثر على الرقية الشرعية باعتبار أنها خالية من طقوس الشعوذة . كما عرفت علاجا طبيا وبسيكاتريا لما كانت تتمتع به من أوهام مرضية.

-د-تأثيرات الأفكار الوسواسية على التوافق الزواجي: عرفت العلاقة الزوجية خللا نتيجة ما تحمله الحالة من أفكار وسواسية وتفسيرات غير موضوعية لأسباب الخلاف، التي لها ما يبررها من الناحية الموضوعية، إلا أن الحالة أعفت نفسها من هذه المسؤولية التي تعد طرفا مهما فيها كما جاء في اعترافاتها، واكتفت بما تحمله من تصورات وتفسيرات ذاتية، كون الخلاف وتوتر العلاقة يرجع لتلك التفسيرات.

-هـ-تأثيرات الأفكار على العلاقات الاجتماعية والأسرية: امتد تأثير الأفكار الوسواسية إلى درجة أن عرفت من خلاله الحياة الأسرية والعلاقة بين أفرادها انسدادا وتأزما، ليشمل الحياة الاجتماعية والتأثير على مختلف نشاطات الحالة الشخصية والاجتماعية، وإن كان يغلب على الحالة طابع التحفظ قبل أن تعرف العلاقة حدة في اضطرابها، والحالة الصحية والنفسية تأزما.

-**المسار العلاجي**:عرف التوجه العلاجي للحالة طعونا علاجية كان التركيز فيه على العلاج الشعبي بالدرجة الأولى.

-**العلاج الطبي:** عرفت الحالة ترددا على الأطباء لعلاج ما تعانيه من أمراض مزمنة، فهي لا تنقطع عن العلاج وعن تناول الأدوية، كما تتابع علاجا بسيكاتريا فهي تعتبر الدواء غير مجد وأن فاعليته ضعيفة ، وتارة تشك في كفاءة الطبيب، ذلك دأبها في العلاج، وفي تعاملها مع الأطباء. كما تعتقد أن تلك الأمراض ناتجة عن تأثير السحر كما جاء في خطاباتها " دارولي بهش يهبلوني"

-**العلاج الشعبي:** كان تركيز الحالة أكثر على العلاج التقليدي باعتباره يستجيب لحاجياتها، وأنه من نفس التفسيرات لأسباب اضطرابها، مركزة فيه على الرقية الشرعية " أنا خاطيني الطلبة ولي يخدمو السحور". تجهل الحالة ما يقوم به بعض هؤلاء المعالجين من طقوس سحرية مخالفة لقواعد وأخلاقيات الرقية الشرعية، لذلك فهي تمارس طقوسهم العلاجية، والتي تظهر من خلالها استجابتها لأفكارها الوسواسية، وما يظهر عليها من أفعال وسلوكيات قهرية.

-**العلاج النفسي:** لم يظهر من خلال خطابات الحالة استجابتها للعلاج النفسي عدا ما تعلق بالعلاج الدوائي، وكانت هذه الجلسات من أول محطاتها في العلاج النفسي والتي كانت فاعليتها جد نسبية لصعوبة تفاعلها مع هذا النمط العلاجي. لما تحمله الحالة من تصورات ومعتقدات تتطلب وقتا طويلا لإعادة بنائها المعرفي، وتصحيح تشوهاتها المعرفية وأفكارها الوسواسية ذات الطبيعة السحرية والخرافية ، إضافة إلى تأثيرات الأدوية النفسية والحالة المزاجية للحالة. ولا يتم التكفل بالحالة إلا في المصحات النفسية التي تتوفر على الظروف المناسبة، وبذلك تم توجيه الحالة إليها ليعطي العلاج نتائجه حيث تتوفر ظروف العمل العيادي، والعلاج النفس طبي.

-**فاعلية العلاج:** من خلال خطابات الحالة فإن فاعلية العلاج كانت ضعيفة، أرجعت أسباب ذلك الإخفاق إلى قلة فاعلية الدواء النفسي منه بخاصة، وإلى نقص في كفاءة المعالجين حتى الشعبيين منهم، كما اعتبرت ما تعرفه من نكسات ناتجا عن وجود آثار

للسحر لم تعثر عليها الحالة، وأن إعماله يتكرر من خلال ما كانت تشمه من رائحة البخور، وما تعثر عليه من ماء مرشوش، كما اعترفت أنها طرف في المشكلات، ولا تحافظ على مواعيد الجلسات، غير منضبطة في تناول الأدوية، وأنها عصبية وموسوسة، وهذا ما أكده زوجها وابنها فيما أورده والده على لسانه، ذلك ما يتطلب تكفلا بالمصحة حيث تتوفر الظروف الملائمة للعلاج ضمن فريق طبي.

-**إحباطات العلاج والطعون العلاجية:** إن ما عرفه العلاج من ضعف في فاعليته نتيجة عوامل سبق ذكرها، كان له تأثير فيما تعرفه الحالة من انتكاسات وعودة الأعراض للظهور وبحدة أكثر، وبخاصة تلك النوبات الهستيرية التي تصل إلى حد الصرع والشعور بالشلل ، فكانت الحالة تخلد إلى النوم هروبا من الواقع، مما أثر على مختلف نشاطاتها وحالتها النفسية والانفعالية والعاطفية، متمركزة على ذاتها مستجيبة لأفكارها الوسواسية، مترددة على المعالجين رغم ما عرفته مساعيها العلاجية من إخفاقات وما تعيشه من جراء ذلك من إحباطات.

-**الربط بين نتائج الاختبارات وتحليل المحتوى:** تبين من خلال الدراسة أن هناك توافقا إلى حد كبير بين نتائج الاختبارات وتحليل محتوى المقابلات. حيث كشفت نتائج اختبار اضطرابات الشخصية أن الحالة قد ظهرت عليها أعراض الشخصية الهستيرية، وبدرجة مرتفعة، سجلت بعضها حضورا في الجلسات العلاجية "لأن كل الشخصيات الهستيرية تميل إلى جسدنة مشاكلها من خلال أعراض التعب، والآلام والنوبات العصبية، وأعراض التحويل الهستيري النموذجي، والاضطرابات الجنسية"(لطيفة،2014،211). كما أظهرت النتائج أعراض الشخصية شبه الفصامية، وأعراض الشخصية الوسواسية.

فيما كشف الاختبار نفسه عن وجود أعراض الشخصية التجنبية، والشخصية الاكتئابية، وكانت الدرجات متقاربة. كما كشف مقياس الوسواس القهري عن ارتفاع درجات الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية. فقد أشار عبدالعزيز إلى أنه" يظهر في اضطراب الوسواس والقهر، أفكار متسلطة أو أفعال قهرية يصعب على صاحبها التخلص منها، ومداعبتها، تسبب قلقا حادا، تتقاطع هذه الشخصية مع الشخصية شبه الهذائية والشخصية شبه الفصامية"(عبد العزيز،2013،97).

أما اختبار بناء التصورات فقد كشفت نتائجه عن اعتقاد الحالة في العلاج الشعبي، وفي تأثير القوى الغيبية على الصحة، وكانت نظرتها للعلاج الطب نفسي سلبية، توافقت هذه التصورات مع ما عرفته الحالة في مسارها العلاج الذي كان التركيز فيه على العلاج الشعبي بالدرجة الأولى.

أما اختبار التوافق الزواجي فقد كشفت نتائجه عن انخفاض في التوافق بين الزوجين، وارتفاع درجات اللاتوافق بنسبة أعلى. وبناء على هذه النتائج وما تعرفه العلاقة الزوجية من خلل في مختلف وظائفها فإن النتائج قد توافقت مع محتوى المقابلات.

خلاصة: من خلال نتائج الدراسة فإن الحالة تعاني من مزاج عصبي حاد، واعتقاد راسخ في القوى الماورائية وتأثيراتها، وما ينتابها من شكوك ومخاوف. كما تبين من خلال الدراسة أن الحالة ذات الشخصية المزيج، نظرا لوجود ملامح لأكثر من اضطراب شخصية، وإن كان الغالب ظهور أعراض هستيرية بصفة نمطية ومستمرة في كل جلساتها العلاجية، وتسلط الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية. فقد سبق ذكر ما أشار إليه عبد العزيز في أن أصحاب الشخصية الهستيرية يشتكون من ضعف الصحة والأعراض الجسمانية، وخلال فترات الضغط الشديد قد تصيبهم أعراض ذهانية عابرة لا تكفي لتشخيص اضطراب ذهاني. فالحالة تشكو من اللاتوافق النفسي والأسري والاجتماعي، وظفت ما تحمله من أفكار وسواسية وتصورات خرافية في تفسير مسببات اضطراب علاقتها الجنسية واللا توافقها الزواجي، وجميع أشكال معاناتها. كما أنها تتابع علاجا طبيا لما تعرفه من ضغط في الدم، وعلاجا بسيكاتريا، كما تعتقد في العلاج الشعبي، وتواظب على جلساته وتستجيب لإملاءات معالجيه في ممارسة طقوسهم. لذلك فإن الحالة تتطلب تكفلا نفسيا وعلاجا دوائيا بالمصحة النفسية والبسيكاترية حيث تتوفر الظروف، مع وجوب توفر مساندة أطراف الأسرة للحالة، ضمانا لفاعلية العلاج وتحقيق نتائجه.

2-1-10-دراسة الحالة العاشرة:

البيانات الأولية عن الحالة:

الاسم واللقب: ش.س الجنس: أنثى السن: 33 سنة

المستوى الدراسي: السابعة أساسي الوظيفة: لا شيء

الحالة المدنية: متزوجة المستوى الاقتصادي: مقبول

عدد الإخوة والأخوات: 4 إخوة وأخت. رتبة الحالة بين الإخوة والأخوات: الأولى

عدد الأبناء:5 من بينهم بنت واحدة. سن الزواج: 16 سنة.

السيميائية العامة للحالة:

الهيئة العامة:

الشكل المورفولوجي: قامة معتدلة ، مشية بطيئة.

الهندام: لباس منزلي، تقليدي، نظيف ومتناسق

ملامح الوجه: تبدو الحالة قلقة ومتوترة ، شاحبة الوجه، عليه ملامح الحزن.

الاتصال: كان الاتصال بالحالة في بيتها عن طريق الزوج

اللغة: بسيطة ، واضحة، نبرة الصوت منخفضة.

-**1-تقديم الحالة:** السيدة (ش.س)، أنثى، تبلغ من العمر 33 سنة، تحتل الرتبة الأولى بين إخوتها، الحالة ذات بنية مقبولة، قامة معتدلة، ترتدي لباسا تقليديا، مشية متباطئة، تبدو خجولة، مستوى السابعة أساسي، أجبرت على ترك مقاعد الدراسة من قبل عائلتها، والد الحالة متقاعد ومعاق حركيا، والدتها دون عمل.

الحالة متزوجة، كان الزواج تقليديا، تقيم ببيت مستقل عن عائلة الزوج، أم لخمسة أبناء من بينهم بنت واحدة، مدة الزواج 17 سنة، تم الإنجاب بعد مرور سنة على الزواج،

كانت ولادتها عادية . زوج الحالة يبلغ من العمر 40 سنة، أستاذ التعليم المتوسط، يمارس نشاطا تجاريا موازيا، يعول عائلته كونه المسؤول عن إخوته بعد وفاة والديه.

كان الاتصال بالحالة عن طريق زوجها، لغة الحالة بسيطة وواضحة، كانت تتجاوب في بداية اللقاء بتحفظ، بعد طمأنتها وكسب ثقتها تفاعلت بكل تلقائية وأريحية، تم خلال المقابلة الأولى جمع البيانات الأولية، والتعرف على معاناة الحالة التي كانت تشكو من اضطراب صحة علاقتها الجنسية، وسوء توافقها الزواجي.

علاقاتها بأفراد عائلتها عادية، إلا أن الأم كانت قاسية معها لعوامل تربوية واجتماعية، عدد الإخوة أربعة وأخت واحدة، علاقتها بهم عادية ، أم الزوج متوفاة، علاقتها بعائلة الزوج عادية إلا أن العلاقة مع أخت الزوج (ص) فهي جد متوترة. تظهر الحالة قلقة متوترة، شاحبة الوجه، تقضم أظافرها بين الحين والآخر.

تذكر الحالة أن الزواج كان عن تراض، وكانت العلاقات الزوجية يسودها التفاهم رغم ما عرفته في بدايتها من مشكلات مع عائلة الزوج وبخاصة أخته (ص)، هذه الأخيرة دفعت تصرفاتها بزوج الحالة إلى الاستقلال ببيته تفاديا لتلك الخلافات المتكررة، وفي ظل أجواء البيت المستقل عرفت العلاقة أوج جودتها حسبما ذكرت. إلا أنها بدأت تعرف توترا تغذيه أخت الزوج (ص) قبل زواجها وبعده ، كانت هذه الأخيرة تتدخل في شؤون الحالة، وتفتش خزانتها وتلبس ما يطيب لها من ملابس الحالة حتى الداخلية منها، الشيء الذي أقلق الحالة وبعث في نفسها الحيرة وبدأت تراودها الوساوس والشكوك في أن تقوم بإعمال السحر أو الوشاية لتمزيق الرابطة الزوجية. تحفظت الحالة أن تخبر زوجها خوفا من أن تكون سببا في نشوب الخلاف والصراع مع أخته.

بدأت الحالة تلمس تغيرا في سلوك الزوج ومزاجه ومعاملته على غير ما ألفته عليها، مما جعلها تشك أن أخته تثير الوشاية وتحرضه عليها، تذكر أن أخت الزوج زارتها في بيتها الجديد، فتتبعت حركاتها لاحظت أنها خرجت إلى ساحة البيت وأخفت شيئا في حديقة البيت. ملكت الحالة من جراء ذلك الشكوك والوساوس، والتساؤلات عن مغزى التوجه لذاك المكان، بعيدا عن مكان وجود دورة المياه التي وجهت إليها بناء على طلبها،

وبعد أسابيع مرت بدأت الحالة تشعر بالقلق والتوتر والكسل وضيق الصدر، وأحست بفتور رغبتها الجنسية والنفور من البيت، رغم ما وفره الزوج من حاجيات وإمكانات وظروف العيش. تبلورت الشكوك واستحوذت الوساوس من ذلك. عززتها زيارتها غير المتقطعة لها، رغم أنها كانت متزوجة وتقيم بعيدا عنها (خارج تراب الولاية).

عرفت درجة التوتر والشكوك والوساوس ارتفاعا من يوم لآخر، لفت انتباه الزوج ما لاحظه من تغير في سلوك الزوجة ومزاجها، ومن ضعف تفاعلها معه جنسيا، مما قاده إلى البحث عن العلاج، قام هذا الأخير بإجراء فحوصات وتحاليل طبية على الحالة للكشف عن الأسباب، أثبتت نتائج الفحوص خلوها من أي مانع طبي (عضوي) لما كان يظهر عليها من أعراض.

لا تزال الحالة متحفظة ولم تخبر الزوج عن تلك الوقائع، مما أدى إلى تدهور حالتها النفسية والتأثير على وظيفتها الجنسية بدرجة أكثر، نتج عنه النفور من الزوج ومحاولة الخروج من البيت، وما يطاردها من هلاوس، تحس أن ظلا يلاحقها نتيجة ما استحوذ عليها من وساوس وأوهام التي أثارت مخاوفها. كما تذكر أنها في زيارة قادتها عند أخت الزوج التي قدمت لها طعاما، وأنها بعد تناوله بوقت قليل أحست بالصداع والتنمل والرغبة في القيء، وهذا ما أثار أيضا شكوكها في أن يكون الطعام قد دس فيه سحر لغرض تريد تحقيقه أخت الزوج.

توترت حالتها النفسية وتدهورت حالتها الصحية، وشل نشاطها واستسلمت للوساوس، بادر الزوج بالعلاج بموافقة ورغبة منها، فاتجه نحو أحد الرقاة والذي طلب أن يتم العلاج ببيت الزوجية. يذكر الزوج أنه أثناء جلسة العلاج وتلاوة المعالج للقرآن بدأت الحالة ترجف وتتشنج، وتبكي وصوتها يعلو إلى أن وصلت حالة الغشية، في حد تعبير الزوج، بدأت تسرد وقائعها وهي في حالة اللاوعي في اعتقاد الزوج وبتعزيز من الراقي أنها متلبسة بجني، وان الجني يتحدث على لسانها عن قصة حياتها، بما لم يكن الزوج يعرفه من معطيات، ودل الجني المعالج أن الحالة قد أكلت طعاما دس فيه سحر كما أن في حديقة البيت سحرا مدفونا قامت به واحدة من المقربات، ولم يفصح الجني–حسبه– عن اسمها، وأن الجني وجه المعالج إلى مكان تواجد السحر وقامت الحالة وهي على تلك

الحال بإخراجه. هذا وغيره مما أفادنا به الزوج من خلال ملاحظته وتواجده مع المعالج الذي أرجع الأسباب إلى تأثير القوي الغيبية، وما آلت إليه الحالة، وما ذكرت الحالة وهي في كامل وعيها تلك الوقائع وهي في كامل وغيها أثناء لقاءتنا بها.

تذكر الحالة وزوجها أنها عرفت تحسنا بعد تلقي العلاج الشعبي بمختلف محطاته، وأنها بدأت تمارس نشاطاتها بصفة عادية، إلا أنها بعد مدة زادت عن السنة عرفت حالتها الصحية ورغبتها الجنسية وعلاقتها الزوجية نفس الأجواء والتوترات، ظهرت الخلافات بحدة لأسباب كانت موضوعية في الواقع، كانشغال الزوج في عمله وتأخره عن الدخول المستمر ليلا وهو مرهق، وكذا انفعال الزوج وقسوته في معاملة أبنائه، وعدم اهتمامه بها مقارنة بما ألفته عليه حسب تصورها. وعادت الأعراض للظهور من جديد، وأنه لما لمس نفورها من ممارسة الجنس وعدم تفاعلها معه كان يشك في خيانتها له، وجه إليها على إثر ذلك قائمة من الممنوعات تحد من زيارتها واتصالاتها حتى من أقرب الناس منهما، ولا تتم الزيارة والخروج إلا رفقته، بل ومنع عليها حتى فتح النوافذ التي بواجهة السكن المطلة على الطريق ، كما أفصحت هي الأخرى عن شكها في خيانته لها، مدللة ذلك بتأخر دخوله وتغير سلوكه، لذلك فالاتهامات والشكوك متبادلة.

ذلك ما زاد من حدة الخلاف وتوتر العلاقة ، أرجعت الحالة أسباب ذلك إلى بقايا ما دس من سحر أو إعادة إعماله، بناء على ما يسجل من تردد أخت الزوج على بيتها وتصرفاتها غير العادية . جددت الحالة مساعيها العلاجية بغض النظر عن أنوع العلاج وممارسيه ، والذي عرف طعونا علاجية، وكان اهتمامها أكثر بالرقية الشرعية لاعتقادها في فاعليتها وقداستها وبركتها. كانت نتائج العلاج ضعيفة وأساليبه مختلفة بين المعالجين. حالتها النفسية متوترة ومعنوياتها منهارة، فتور العلاقة الجنسية يزداد شدة ، مما أثر على حياة الأبناء ومسارهم الدراسي الذي عرف تراجعا في أدائهم ونتائجهم، ناهيك عما عرفته الحالة من شلل في نشاطها الاجتماعي والشخصي، والخلود للنوم وملازمة الفراش. كما كانت تفتش خزانتها وتجدد ترتيب ملابسها، وتراقب حجرات بيتها وساحته بصفة نمطية، رغم تدهور حالتها النفسية والصحية.

إن ما سبق ذكره – منه ما أفصحت عنه الحالة، ومنه ما أورده زوجها في اللقاءات التي جمعتنا به. حاولنا التخفيف من قلق الحالة ومخاوفها ووساوسها، وتصحيح تصوراتها، والعمل على الرفع من معنوياتها، وتعزيز الثقة بينها وبين شريك حياتها، وحثها على متابعة العلاج النفسي ، والالتزام بالخطة العلاجية بما تحتويه من واجبات منزلية، لإعادة ترميم العلاقة الزوجية. وفقنا إلى حد ما من تحقيق التوافق وتحرير الحالة من مخاوفها وتوترها ووساوسها، وكان أسلوب الإيحاء ذا فاعلية في ضمور الأعراض الهستيرية التي كانت تظهر على الحالة، كانت استجاباتها سريعة فأظهر العلاج النفسي نتائجه الإيجابية في ترميم العلاقة، والتخفيف من معاناة الحالة، وإن كانت الحالة تحتاج إلى تكفل أكثر قد تطول مدته، إتقاء من تعرضها لانتكاسات متى توفرت العوامل المفجرة لظهور الأعراض من جديد. وخلال الجلسات تم إجراء الاختبارات المعتمدة في الدراسة كأدوات تشخصية، كشفت عن نتائجها الجداول التي عرضت أدناه.

-2-تحليل محتوى المقابلات:

-**الملاحظة الاكلينيكية:** الحالة ذات قامة معتدلة، ترتدي لباسا منزليا أنيقا ومتناسقا، مشيتها بطيئة، ذات بنية مقبولة، تظهر عليها ملامح الحزن من خلال وجهها الشاحب ، أظهرت قلقها وتوترها من خلال التعبير عن معاناتها التي صاحبتها بعض الأعراض الهستيرية، من بكاء وتشنج وصل بها الأمر إلى حد الغشية، اتضح من خلال الحوار مع الحالة أنها ذات قابلية للإيحاء، سريعة التأثر رغم أنها تبدو كتومة، تتحفظ في الكشف عن اضطرابها ومشكلاتها.

-الفحص العيادي وتحليل المعطيات:

-**تاريخ الاضطراب:** زواج الحالة كان مبكرا وعن تراض، ساد أجواء العلاقة في بدايتها التفاهم رغم ما كان يظهر من خلافات بين الحالة وأخت الزوج(ص) التي تكبر عن الحالة سنا وهي بدون زواج، كانت وقتها الحالة تقيم مع عائلة الزوج، وبعد انفراد الحالة ببيت مستقل نتيجة الخلافات الأسرية التي كانت تغذيها أخت الزوج(ص) بدأت هذه الأخيرة تتردد على بيت الحالة وتحاول تعكير أجواء العلاقة الزوجية.

وبناء على ما سجلته الحالة عن هذه الأخيرة من تحركات وسلوكيات مشبوهة، وصلت إلى حد التصرف وكأنها صاحبة البيت، تفتش خزانة الحالة وتلبس ما يطيب لها من ملابس الحالة بما فيها الداخلية، اعتبرت الحالة ذلك استفزازا لها، إضافة إلى ما لاحظته عنها من دفن السحر –حسب ما ذكرت الحالة– في حديقة البيت. مع دعوتها للضيافة التي قدمت لها طعاما، شكت الحالة بوجود السحر به.

ملكت الحالة من جراء ذلك الشكوك والوساوس في أن تكون أخت الزوج قد دست السحر في الطعام كما قامت بدفنه في ساحة البيت. تكتمت الحالة عن ذلك –كما ذكرت– حتى لا تزرع الفتنة بين الزوج وأخته. بدأت الحالة تعرف توترا واضطرابا في صحة علاقتها الجنسية وخللا في توافقها مع الزوج ، أرجعت أسباب ذلك إلى المعطيات السابقة استجابة لوساوسها وشكوكها وتوظيفا لحمولتها الثقافية ومعتقداتها الخرافية.

–**هيئة الحالة وهندامها**:كان لباس الحالة منزليا تقليديا ومتناسقا، ذات مشية بطيئة تظهر علامات الحزن على وجهها الشاحب، بنيتها مقبولة، وقامتها مستقيمة، تطأطئ رأسها وتقضم أظافرها بين الحين والآخر.

–**سمات الحالة**:تبدو الحالة قلقة متوترة، خجولة، متحفظة، كتومة، تستثمر الجسدنة في التعبير عن معاناتها.

–**اللغة والاتصال**: كانت لغة الحالة بسيطة واضحة، كان الاتصال بها عن طريق زوجها وتمت مقابلتها ببيتها في ظروف ملائمة.

–**النشاط الحركي**: عبرت الحالة عن قلة نشاطاتها بما فيها المنزلية، في الظروف التي عرفت فيها صحتها تدهورا، وبخاصة ما كان يظهر عليها من أعراض، والرغبة في الوحدة والخلود إلى النوم وملازمة الفراش.

–**النشاط العقلي**: ظهر على الحالة أثناء المقابلات الشرود الذهني، وضعف في التركيز، كما ظهرت عليها نوبات الإغماء.

-**محتوى التفكير:** يغلب على الحالة التفكير السلبي، والأفكار الوسواسية والشكوك، والتفكير في الخيانة الزوجية من خلال ما جاء في خطاباتها انتقاما من الزوج" بهش أنوريلو لي راه شاك في لوكان نبغي ندير ما يقدرش يعسني".

-**المزاج والعاطفة:** الحالة ذات شخصية ضعيفة ، سريعة التأثر والاستجابة للإيحاءات، ظهر عليها صراع الإقدام والإحجام من خلال التفكير في الخيانة والتخلي عن البيت، ذات قابلية للإيحاء . كتومة، تستثمر الجسدنة في التعبير عن صراعاتها.

-**الحالة الصحية:** كانت الحالة تعاني من آلام جسدية وكانت نتائج الكشوف الطبية غامضة بالنسبة لها في إظهار أسبابها حسب ما جاء على لسانها وأورده زوج الحالة.

-**التاريخ النفسي والاجتماعي:** تعيش الحالة قلقة متوترة، منطوية على نفسها، حبيسة أفكارها الوسواسية وشكوكها التي أثارت مخاوفها نتيجة ما تعرفه من فتور في رغبتها الجنسية وتوافقها الزواجي الذي عرف توترا، مما أثر على معاشها النفسي وتوافقها الاجتماعي.

-**علاقات الحالة (داخل البيت ومع الأقارب):**علاقات الحالة بعائلتها وعائلة الزوج عادية باستثناء توتر العلاقة مع أخت الزوج (ص) التي تعتبرها سبب معاناتها من خلال ما تقوم به من طقوس سحرية، ووشاية لتأليب الزوج وتحريضه لتعكر صفو العلاقة، فقد لاحظت تغير سلوكه ومعاملته لها وما سجلته عنه من دخوله المتأخر ليلا، وتصلبه وعصبيته ومراقبته لها شكا منه في خيانتها له، وما لمسه من ضعف تفاعلها معه جنسيا ذلك ما لم تألفه الحالة عليه سابقا.

-**علاقات الحالة خارج البيت:** علاقة الحالة محدودة تضبطها تعليمات الزوج الذي يحدد توجه ومسار هذه العلاقة، فلا تكون زيارتها إلا عند من يعرفهم ويوافق على زيارتهم ولو من أقاربها وأقاربه ولا يتم ذلك إلا رفقته.

-**المعاش النفسي للحالة:** إن ما يحيط بالحالة من ظروف، وما تجتره من معاناة، كفيل أن يجعل الحالة تشعر بالقلق والتوتر، ويساهم في تعزيز أفكارها الوسواسية ومعتقداتها

الخرافية، بحثا عن العلاج الذي يخفف من تلك المعاناة، ولتعبر على إثره عن صراعاتها المكبوتة. فالعلاج النفسي هو الكفيل لتفريغ تلك الانفعالات والكشف عن تلك الصراعات والمكبوتات، والتخفيف من حدة قلقها وتوترها وتقديم ما أمكن من مساعدة علاجية تتطلب أجواء مناسبة لضان تكفل أحسن يعطي نتائجه وتلمس الحالة فاعليته، ذلك في ظل ما يواجه هذا الأخير من تحديات العلاج الموازي الذي فرض نفسه في الواقع السوسيو ثقافي لمجتمع الدراسة.

-**تصورات الحالة للاضطراب وتفسير أسبابه:**أرجعت الحالة أسباب اضطراب علاقتها الجنسية وسوء توافقها الزواجي، بناء على مؤشرات وملاحظات ومعطيات ترجع من خلالها أسبابه لتفسيرات غيبية مستجيبة في ذلك لوساوسها وشكوكها، موظفة ما ترسب لديها ومنذ طفولتها من معتقدات وتصورات حول تأثير السحر والقوي الخفية على الصحة، والتي ساهم المحيط والمعالجون في تعزيزها من خلال تفسيراتهم لأسباب الاضطراب، تبعا لما كان يظهر على الحالة من أعراض وبخاصة الهستيرية منها، من تشنجات وإغماءات، وبكاء وصراخ عند تلقي العلاج التقليدي، باعتبارها-حسبهم- أعراض سحر وتلبس جني.

-**التشخيص بناء على تحليل المقابلات ونتائج الاختبارات:** كشفت نتائج اختبار تشخيص اضطرابات الشخصية عن وجود أعراض لشخصيات مختلفة تفاوتت درجاتها، والتي عرفت ارتفاعا محسوسا في ملامح وسمات الشخصية الهستيرية التي قدرت ب87,50 بالمائة،حيث بلغت الدرجات الكلية للاختبار 44,44 بالمائة، فيما عرف اختبار الوسواس القهري ل"بيل براون" ارتفاعا في تأثير الأفكار الوسواسية على الحالة، بلغت درجاته الكلية 55 بالمائة. . كما كشف اختبار الأفكار الشائعة للطب النفسي عن تصورات الحالة لهذا الأخير واعتقادها في العلاج الشعبي الذي يتوافق وتفسيراتها للاضطراب. بلغت نتائجه الكلية 61,72 بالمائة. كما كشف اختبار التوافق الزواجي وبشكل محسوس في درجات اللاتوافق في جوانب حياة الحالة الزوجية. بلغت النسبة العامة للاختبار 83,75 بالمائة

-تحليل نتائج الاختبارات من خلال الجداول:

جدول نتائج اختبار تشخيص اضطرابات الشخصية:

الرقم	اضطرابات الشخصية	عدد البنود	عتبة الباثولوجية	الاستجابات(نعم)	نعم	النسب	الاستجابات(لا)	لا	النسب
01	شبه الهذائية	7	4 بنود	11-62-96	3	42,85	24-37-50 65	4	57,14
02	الفصامية النموذجية	9	5 بنود	36-61-72	3	33,33	10-23-48 74-60 86	6	66,66
03	شبه الفصامية	7	4 بنود	22	1	14,28	9-34-47 60-71 95	6	85,71
04	الهستيرية	8	5 بنود	14-17-30 43-67 80-90	7	87,50	55	1	12,50
05	البينية	9	5 بنود أو البند 98+2	58-78-93	3	33,33	6-19-32 45-69 98	6	66,66
06	النرجيسية	9	5 بنود	5-18-31 57-79	5	55,55	44-68-73 92	4	44,44
07	المضادة للمجتمع	8	3 من البند 99+3 بنود	94	1	12,50	8-20-33 46-59 75 ب=99	7	87,50
08	الوسواسية القهرية	8	4 بنود	3-16-29 41-89	5	62,50	54-66 81	3	37,50
09	التجنبية	7	4 بنود	1-13-26 39	4	51,14	52-83 87	3	42,85
10	التابعة	8	5 بنود	53	1	12,50	2-15-27 40	7	87,50

							-82-65 88	
11	الاكتئابية	7	5 بنود	-42-14 -70-56 -97-84	6	85,71	28	1	14,28
12	السلبية العدوانية	7	4 بنود	77-21	2	28,57	-35-7 -63-49 91	5	71,42
س.ت	الصورة الجميلة	4	2 بندان	38-25-12	3	75%	51	1	25%
	استبيان التشكيك	2	1 بند		0	00%	76-64	2	100%
	المجموع الكلى	99	25 أو 28 بندا		44	44,44		55	55,55

-**تحليل النتائج على ضوء الجدول:** كشفت نتائج الاختبار عن ارتفاع درجات سمات الشخصية الهستيرية والتي قدرت ب87,50 بالمائة، تجسدت أعراضها في الجلسات العلاجية. كما عرفت الشخصية الاكتئابية ارتفاعا في درجاتها، قدرت ب85,71 بالمائة، فيما كشفت نتائج الاختبار عن وجود سمات الشخصية الوسواسية، التي بلغت نسبتها 62,50 بالمائة، تقاربت مع نتائج مقياس"بيل براون" للوسواس القهري، الذي قدرت نسبته العامة ب55 بالمائة، والذي عرف ارتفاعا في تأثير الأفكار الوسواسية على جوانب حياة الحالة، بلغت درجاتها 70 بالمائة. كما كشف الاختبار عن ملامح لشخصيات أخرى تراوحت درجاتها ما بين (0-55) بالمائة، وقدرت النتيجة الكلية للاختبار ب44,44 بالمائة.

جدول تحليل نتائج مقياس الوسواس القهري ل" بيل براون".

	البنود	الدرجات
1	مقدار الوقت الذي تستغرقه الأفكار الوسواسية	2
2	مقدار التعارض الذي تحدثه الأفكار الوسواسية مع نشطاتك الاجتماعية	3

	والعلمية	
3	مقدار التوتر والقلق المصاحب للأفكار الوسواسية	3
4	مقدار الجهد المبذول في مقاومة الأفكار الوسواسية(بغض النظر عن نجاحك في المقاومة)	3
5	مقدار سيطرتك على الأفكار الوسواسية	3
المجموع		14
1	مقدار الوقت الذي تمضيه في القيام بالأفعال القهرية	1
2	مقدار التعارض الذي تحدثه الأفعال القهرية في نشاكاتك الاجتماعية والعلمية	1
3	مقدار التوتر والقلق الناتج في حال الامتناع عن القيام بالأفعال القهرية	3
4	مقدار الجهد المبذول في مقاومة الأفعال القهرية(بغض النظر عن مدى نجاحك في المقاومة)	2
5	مقدار سيطرتك على الأفعال القهرية	1
المجموع		8
المجموع الكلى		22 %55

التقييم:

معدل نتائج المقياس	شدة الاضطراب
16-23	متوسط

-**تحليل النتائج على ضوء الجدول:** كشفت نتائج المقياس عن ارتفاع في درجات الأفكار الوسواسية التي كان لها تأثير واضح على جوانب حياة الحالة وفي مسارها العلاجي، بنت على اثرها تصوراتها وتفسيراتها لأسباب الاضطراب في العلاقة الجنسية، واللاتوافق في حياتها الزوجية، قدرت درجات نسبة تأثير هذه الأفكار ب70 بالمائة، فيما عرف تأثير الأفعال القهرية نسبة قدرت ب40 بالمائة. وكانت النتيجة العامة للاختبار 55 بالمائة، والتي تقاربت مع سمات الشخصية الوسواسية، التي كشفت عنها نتائج اختبار تشخيص اضطرابات الشخصية، وقد بلغت نسبتها 62,50 بالمائة.

جدول نتائج اختبارالتوافق الزواجي

الأبعاد	الفقرات	الاستجابات(اللاتوافق)	نعم	النسب	الاستجابات(التوافق)	لا	النسب
التوافق العاطفي	(1-9-17-25-33-41-49-57-65-73)	-17-25-33-41-49-57-65-73	10	%100		0	0%
الاحترام المتبادل	(2-10-18-26-34-42-50-58-66-74)	-10-18-26-34-42-50-58-66	5	50%	-2-18-26-34-42-50-58-66-74	4	40%
التفاهم المتبادل	(3-11-19-27-35-43-51-59-67-75)	-3-11-19-27-35-43-51-59-67-75	10	100%		0	0%
الاتفاق في الأمور المادية	(4-12-20-28-36-44-52-60-68-76)	-4-12-20-28-36-44-52-60-68-76	5	50%	-20-28-36-44-52-60-68-76	5	50%
المشاركة في تحمل المسؤولية	(5-13-21-29-37-45-53-61-69-77)	-5-13-21-29-37-45-53-61-69-77	10	100%		0	0%
الثقة المتبادلة	(6-14-22-30-38-46)	-6-14-22-30-38-46	10	100%		0	0%

	38-46- 54-62- (70-78	54-62-70- 78					
الأنانية	(7-15- 23-31- 39-47- 55-63- 71-79)	7-15-39- 47-63-71- 79	7	70%	31-55	2	20%
إدراك الحالة الزوجية	(8-16- 24-32- 40-48- 56-64- 72-80)	8-16-24- 32-40-48- 56-64-72- 80	10	100%		0	0%
المجموع	80		67	83,75		11	13,75

-تحليل النتائج على ضوء الجدول: كشفت نتائج اختبار التوافق الزواجي عن اللاتوافق بين الزوجين في مختلف أبعادة، حيث عرف اللاتوافق العاطفي، وعدم التفاهم المتبادل، وانعدام المشاركة في تحمل المسؤولية، وغياب عنصر الثقة، وعدم ادراك الحالة الزوجية، نفس الدرجات والتي تعد نتائجها مخيفة ومؤشرا للانفصال إن لم يستدرك الوضع ولم تخضع الحالة للعلاج النفسي، ويبدي الزوج مساندته ومشاركته الوجدانية، وبذلك فإن نسبة هذه الأبعاد قدرت ب100 بالمائة. فيما عرف بعد الأنانية نسبة 70 بالمائة، بينما كانت نتائج الاحترام المتبادل والاتفاق في الأمور المادية متوسطة قدرت ب50 بالمائة. بينما قدرت النتيجة العامة للاختبار بنسبة 83,75 بالمائة. توافقت هذه النتائج مع المعاش النفسي للحالة، وأجواء العلاقة، وما عرفته التصورات والأفكار الوسواسية من تأثير على جوانب حياة الحالة ومختلف توافقاتها.

جدول نتائج اختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي

الرقم	الفقرات	العدد	الأبعاد	ص. ت	النسب	ص. ج	النسب	خ. ت	النسب	لا أدري	النسب
01	(1- 16)	16	ميدان الطب النفسي عموما	13	81,25	00	0%	01	6,25	02	12,5
02	(17 – 29)	13	الأدوية النفسية والعلاج الدوائي	09	69,23	01	7,69	00	0%	03	23,07
03	(30 – 49)	20	الطبيب النفسي وشخصيته وكيفية التعامل معه	05	25%	10	50%	03	15 %	02	10 %
04	(50 – 63)	14	معاني الاضطراب النفسي وتشخيصه وكيفية علاجه	13	92,85	01	7,14	00	0%	00	0%
05	(64 – 69)	06	كيفية التعامل مع المريض النفسي	02	33,33	02	33,33	02	33,33	00	0%
06	(70 – 75)	06	بعض الاضطرابات النفسية	05	83,33	00	0%	00	0%	01	16,66

								المحددة			
07	(76 – (81	06	العلاجات غير الدوائية	03	50%	01	16,66	00	0%	02	33,33
المجموع		81		50	61,72	15	18,51	06	7,40	10	12,34

-تحليل النتائج على ضوء الجدول: كشفت نتائج الاختبار عن ما تحمله الحالة من تصورات سلبية عن العلاج الطب نفسي والعلاج بالأدوية النفسية، تراوحت نتائج هذين البعدين ما بين (69,23-81,25) بالمائة، فيما كشفت نتائج الاختبار عن اعتقاد الحالة في تأثير السحر على الصحة، وتلبس الجني، قدرت درجات ذلك ما بين (83,33-92,85) بالمائة ، فيما تراوحت درجات الأبعاد الثلاثة الأخرى ما بين (25-50) بالمائة. قدرت النسبة العامة للاختبار ب61,72 بالمائة. تجسدت نتائج الاختبار في تصورات الحالة للاضطراب وتفسير أسبابه، ومسارها العلاجي من خلال ما أظهرته نتائج تحليل محتوى المقابلات.

-المسار العلاجي: لم تكشف الحالة عن اضطرابها ولم تفصح عن معاناتها إلا بعد أن لاحظ الزوج ما ظهر عليها من أعراض، وتغير في السلوك، وفتور في الرغبة، مما دفع به إلى عرض الحالة للعلاج للكشف عن أسباب ذلك، وكان التوجه في بدايته نحو العلاج الطبي.

-العلاج الطبي: كان العلاج الطبي أول خطوة قام بها الزوج للكشف عن أسباب معاناة الحالة، أثبتت نتائج الفحوص والتحاليل خلوها من أي مانع طبي يعطل نشاطاتها.

-العلاج التقليدي: بناء على نتائج الفحص الطبي والتي اعتبرت الحالة أن نتائجها غامضة في الكشف عن أسباب اضطرابها ومعاناتها، هذا المعطى الطبي تولدت عنه الشكوك لدى الحالة، فبادر الزوج بعرض الحالة على المعالج الشعبي(الراقي) لاعتقاده في فاعلية الرقية واعتبارها ذات المرجعية الدينية، وأبدت الحالة موافقتها. لا تزال الحالة متحفظة ولم تكشف عن المعطيات التي بنت على إثرها تفسيراتها.

وأثناء المقابلة مع المعالج (الراقي) كشف الستار عن كل ما تعلق بالتاريخ المرضي للحالة مما سبق أن ورد على لسانها خلال المقابلات. تفاجأ الزوج مما كانت تفصح عنه زوجته مع الراقي – وفي حضرته– من معلومات والتي سبقها ظهور بعض الأعراض الهستيرية كالتشنجات وغيرها التي وصلت بالحالة إلى حد الإغماء، والذي راحت خلاله تكشف عن كل مكبوتاتها، ذكر الزوج أنه كان يجهل تلك المعطيات، مما جعله يصدق بتفسيرات الراقي، باعتبار أن الجني الموكل بالسحر يتحدث على لسان الحالة. وهذا ما زاد المعتقد تثبيتا لدى الحالة وزوجها. لذلك كان التركيز على العلاج التقليدي الذي عرف حضورا قويا لدى الحالة وبموافقة من زوجها. و للمحلل النفسي تفسيراته لهذه الظواهر التي انساق وراءها الكثير من الناس بما فيهم شريحة من المثقفين نتيجة ما ورثوه من ثقافة المحيط في تفسير ملابساتها.

-**العلاج النفسي:** لم يعرف العلاج النفسي إقبالا من قبل الحالة إلا بعد أن وجه الزوج إليه، نظرا لما كان يلمسه من ظهور الأعراض بحدة، وفي ظل فشل مساعي العلاج الذي كانت فاعليته نسبية. حيث تعاود الأعراض للظهور كلما تهيأت العوامل المفجرة، والتي كان لها تأثيرها على مختلف توافقات الحالة وجوانب حياتها.

-**الطعون العلاجية:** تلقت الحالة علاجا طبيا، كانت نتائجه غير واضحة بالنسبة للحالة، مما دفع بها إلى التوجه نحو العلاج الشعبي، ركزت خلاله على الرقية الشرعية، وكان العلاج النفسي آخر محطاتها العلاجية، فيما كانت نظرتها للعلاج الطب نفسي سلبية.

-**التصورات لفاعلية العلاج:** لم تعرف الحالة تحسنا مرضيا من جراء ما تلقته من علاج، بل كانت الأعراض تظهر من جديد وبحدة وتلازم الحالة، متى توفرت العوامل لظهور الأعراض. كما أنها اعتبرت نتائج العلاج الطبي غامضة في الكشف عن أسباب اضطراب علاقتها الجنسية، مقتنعة بتفسيراتها بناء على مؤشرات تكتمت عن الكشف عنها لشريك حياتها.

-**تصورات الإحباطات العلاجية:** كانت تعتقد الحالة أن فاعلية العلاج النسبية التي لم تحررها من معاناتها، ترجع لنقص كفاءة المعالجين من جهة، كما ترجع من جهة أخرى- حسبها -لبقايا آثار السحر أو إعادة فعله.

-**3-نتائج المقابلة:**تم التركيز فيها على العناصر التالية:

-**تشخيص الاضطراب:** تعاني الحالة من اضطراب في صحة علاقتها الجنسية نتيجة ما تحمله من أفكار وسواسية ذات طبيعة سحرية، والتي امتد تأثيرها على توافقها الزواجي ومختلف جوانب حياتها.

-**التصورات لأسباب الاضطراب:** أرجعت الحالة أسباب اضطراب علاقتها الجنسية والزوجية إلى تفسيرات غيبية، بناء على ما تحمله من أفكار وتصورات حول أسباب المرض التي ساهمت ثقافة المجتمع والمعالجين الشعبيين في بنائها، عززتها ما توفر لديها من معطيات.

-**المؤشرات لبناء تفسيرات الاضطراب:** يعد توتر العلاقة بين الحالة وأخت الزوج من المؤشرات التي بنت الحالة على إثرها تفسيراتها، تولد لدى الحالة الشك من أن تكون أخت الزوج(ص) تحاول خلخلة العلاقة والإضرار بها، مما جعلها تراقب حركاتها وسلوكياتها وتصرفاتها. وبناء على ما توفر لدى الحالة من معطيات، وما كشف عنه المعالج(الراقي) من أحداث ووقائع أدلت بها الحالة في مقابلتها معه ، -الذي عزز هذه المعتقدات من خلال تفسيراته- وفي ظل ذلك كانت المعطيات بالنسبة للحالة كافية لبناء تفسيراتها.

-**تأثيرات الأفكار الوسواسية:** كان للأفكار الوسواسية التي تملك الحالة، وتوجه سلوكها ومسارها العلاجي، أثر بالغ على مناحي حياة الحالة ومختلف توافقاتها، نوجزها في الآتي:

-أ-**تأثيرات الأفكار الوسواسية على الحياة الانفعالية والعاطفية:** كان للأفكار الوسواسية تأثير على الحياة الانفعالية والعاطفية من خلال ما ترتب عنها من قلق وتوتر، ومخاوف

وشكوك، أثرت على معاشها النفسي، فاضطرب نومها، وقلت شهيتها، وعرفت تراجعا في وزنها، كما غابت في ظلها معاني المودة والمحبة، وما تتطلبه الحياة الزوجية من هذه المعاني.

-ب-تأثيرات الأفكار الوسواسية على الحياة الجنسية: عرفت الحياة الجنسية فتورا وعزوفا من قبل الحالة، نتيجة ما تحمله من وساوس وشكوك في أخت الزوج ، حيث عرف الفتور في الرغبة الجنسية حدة بعد توفر المعطيات والمؤشرات والتي عززتها تفسيرات المعالجين الشعبيين.

-ج-تأثيرات الأفكار الوسواسية في التوجه العلاجي: تجسد تأثير الأفكار الوسواسية في التوجه العلاجي من خلال النمط العلاجي الذي اتخذته الحالة أنموذجا، باعتباره يستجيب لحاجاتها العلاجية، ويتناسب مع تفسيراتها لأسباب اضطرابها، بعد أن سجل العلاج الطبي عجزه في الكشف عن أسباب الاضطراب والتعامل مع ثقافة المريض في بناء تصوراته وتفسيراته لأسباب معاناته.

-د-تأثيرات الأفكار الوسواسية على التوافق الزواجي: امتد تأثير الأفكار الوسواسية ذات الطبيعة السحرية على التوافق الزواجي، لما كانت تعرفه العلاقة من خلافات لأسباب موضوعية غفلت عنها الحالة، وتركز اهتمامها على ما توفر لديها من معطيات موظفة في تفسيراتها لأسباب الاضطراب ما ترسخ لديها من معتقدات خرافية، أسست لها ثقافة المحيط وعززتها تفسيرات المعالجين.

-هـ-تأثيرات الأفكار على العلاقات الاجتماعية والأسرية: عرفت العلاقة الأسرية والاجتماعية تقلصا وتراجعا، نتيجة تلك الأفكار الوسواسية التي كانت تبعث على الشك، وأخذ الحذر والحيطة من المحيطين، خوف الإضرار بها والتواطؤ والتآمر عليها، ونتيجة لما عرفته العلاقات من خلاف وسوء التفاهم.

-**المسار العلاجي:** تمثل المسار العلاجي لدى الحالة فيما يلي:

-**العلاج الطبي:** امتثلت الحالة -بعد ظهور أعراض اضطراب علاقتها الجنسية، وما صاحبها من أعراض هستيرية- إلى فحوص طبية للكشف عن أسباب الاضطراب وفي ظل غموض نتائج التشخيص -بالنسبة للحالة- وبناء على ما ظهر على الحالة من تغير في السلوك، وتدهور في صحتها النفسية والجسدية، كان التوجه نحو العلاج الشعبي للكشف عن أسباب الاضطراب.

-**العلاج الشعبي:** سجل إقبال الحالة على العلاج الشعبي ممثلا في الرقية الشرعية، والذي كان يتوافق مع تصورات وتفسيرات الحالة لاضطرابها، و من خلال ما قدمه المعالج(الراقي) من تفسيرات، بناء على ما ظهر على الحالة من أعراض، تعززت أفكار الحالة الوسواسية وتفسيراتها الخرافية، والتي أثرت بشكل كبير على اضطراب علاقتها الجنسية وتوافقها الزواجي.

فتلك الأعراض الهستيرية يعتبرها التحليل النفسي تعبير رمزي عن الصراعات المكبوتة والمعاناة، وأن ما جاء على لسان الحالة من ذكر للوقائع والأحداث التي أرجعها المعالج إلى الجني الموكل بالسحر الذي ينطق باسم الحالة، ما هي إلا تعبير من الحالة نفسها لما هو مخزن في عقلها الباطن (اللاوعي)، لما كانت على علم به، بما قامت به أخت الزوج التي تحفظت عن ذكر اسمها، فاتجهت وبإيحاء من المعالج نحو المكان الذي وضع فيه السحر لاستخراجه، وغير ذلك مما سردته من أحداث التي لا علاقة لها بما ذهب إليه المعالج في تفسيراته التي تحكمها الخرافة والتمويه وتسفيه العقول، في ظل واقع سوسيوثقافي يوظف أفراده ما ترسب لديهم من معتقدات وتصورات في تفسير الاضطرابات تفسيرا غيبيا، لظواهر قد يعجز الطب أحيانا عن الكشف عن أسبابها، وهي من اختصاصات ممارسي العلاج النفسي، وبخاصة التحليلي منه، متى توفرت الكفاءة لدى المعالجين النفسيين.

-**العلاج النفسي:** سجل غياب ثقافة العلاج النفسي لدى الحالة، بل كانت نظرتها له سلبية باعتباره لا يقبل عليه إلا المرضى عقليا، وأنه من المحظور في مجتمع الدراسة أن

تكشف الحالة عن اضطراب علاقتها الجنسية إلا ما تعلق بمسائل أمراض النساء والولادة مع إظهار كامل التحفظات، وبحضور الزوج لعملية الفحص. غير أن إقبالها عليه في آخر محطاتها كان بإيعاز من الزوج، وبعد فشل مساعي العلاج، وتطلب الوضع الصحي والحالة النفسية ذلك. أظهرت الحالة في البداية تحفظا كبيرا ومقاومة إلا بعد أن أقنعت بذلك في ظل ضعف فاعلية العلاج الشعبي الذي استمر ولمدة طويلة.

-**فاعلية العلاج:** أظهر العلاج التقليدي(الرقية) فاعليته النسبية ، كما عرفت الحالة تحسنا تدريجا نتيجة ما قدم لها من مساعدة علاجية نفسية، التي تتطلب الاستمرارية والعمل بالخطة العلاجية، التي تتضمن واجبات منزلية تكلف بها الحالة بعد أن تدرب عليها، ونظرا لمتطلبات وظروف التكفل غير المتوفرة لدى الباحث تم توجيه الحالة إلى الأخصائي، سواء بالمؤسسة العمومية للصحة أو إلى العيادات الخاصة حتى يعطي العلاج نتائجه وتظهر فاعليته جلية. وتفاديا لما قد تعرفه الحالة من انتكاسة في ظل المحيط الذي يغذي أفراده التصورات والمعتقدات،هذا الأخير(المحيط) "الذي يظل دائما طرفا ليس في نشوء المرض فحسب بل وفي تظاهراته واستمراره"(العاسمي،2016،302).

-**إحباطات العلاج والطعون العلاجية:** إن فشل مساعي العلاج وفاعليته النسبية أثر على الحالة النفسية للحالة، وأن ما عرفته من انتكاسة ساهم من ظهور الأعراض بحدة أكثر، مما دفع بالحالة إلى مزيد من البحث عمن لهم كفاءة أكثر وبخاصة من يملكون قدرات التحكم في القوى المسببة للاضطراب.

-**الربط بين نتائج الاختبارات وتحليل المحتوى:** كشفت نتائج الدراسة عن وجود توافق إلى حد كبير بين ما كشفت عنه نتائج الاختبارات وتحليل محتوى المقابلات، حيث كشفت نتائج اختبار اضطرابات الشخصية عن وجود أعراض الشخصية الهستيرية، التي عرفت ارتفاعا كبيرا في درجاتها قدرت ب87,50 بالمائة، والتي تجسدت بعضها من خلال المقابلات والجلسات مع المعالج الشعبي، كما كشف الاختبار نفسه عن وجود أعراض الشخصية الوسواسية، قدرت درجاتها ب62,50 بالمائة، تقاربت مع النتائج العامة لمقياس "بيل براون" للوسواس القهري، التي قدرت ب55 بالمائة، والذي عرفت فيه الأفكار الوسواسية ارتفاعا قدرت نسبته ب70 بالمائة. كما كشف الاختبار عن وجود أعراض

لشخصيات أخرى كانت نتائجها متاوتة، تراوحت ما بين(12,5-55,55)بالمائة." حيث يتصف كل اضطراب شخصية بزملة من الأعراض المرضية، رغم وجود تداخل في السمات والأعراض"(عبد العزيز،2013،28). تجسد تأثير الأفكار الوسواسية في تأثيرها على مختلف جوانب الحالة، وتوافقها النفسي والاجتماعي، وما عرفته نشاطاتها الشخصية من شلل.

أما اختبار بناء التصورات للمرض والعلاج، فقد كشف عما تحمله الحالة من تصورات سلبية للعلاج الطب نفسي واعتقادها في العلاج الشعبي، الذي بنت على إثره أسباب اضطراب علاقتها الجنسية، بلغت النسبة العامة للاختبار61,72 بالمائة، تجسد ذلك مع محتوى المقابلات من خلال تفسيرات الحالة لأسباب اضطرابها ومسارها العلاجي الذي كان التركيز فيه على العلاج الشعبي أكثر.

كما كشف مقياس التوافق الزواجي عن انخفاض درجات التوافق وارتفاع درجات اللاتوافق بين الزوجين بنسبة جد مرتفعة، قدرت الدرجات الكلية ب83,75 بالمائة، وهي أكبر نسبة عرفها هذا الاختبار مقارنة بالاختبارات المشار إليها، حيث شمل التأثير مختلف جوانب حياة الحالة، وهذا ما توافق مع محتوى المقابلات التي ظهر من خلالها المعاش النفس اجتماعي للحالة، وما تعرفه العلاقة من اللاتوافق يتطلب تكفلا نفسيا فعليا قد تطول مدته ضمانا لمنع الانتكاسة نتيجة العومل والظروف المحيطة بالحالة.

خلاصة: تبين من خلال الدراسة أن الحالة كانت تعاني من اضطراب في علاقتها الجنسية واللاتوافق في علاقتها الزوجية، نتيجة عوامل وأسباب موضوعية ومتداخلة غفلت عنها الحالة في تفسير مسببات الاضطراب، جندت في ذلك مكتسباتها الثقافية اعتقادا منها في تأثير السحر على الصحة الجنسية والعلاقة الزوجية، بناء على ما توفر لديها من مؤشرات ومعطيات، شكا منها في أخت الزوج أنها سبب معاناتها، عبرت الحالة عن هذه المعاناة وما تعيشه من صراعات باستثمار الجسدنة، لما كان يظهر عليها من أعراض هستيرية في الجلسات العلاجية، حيث عرف العلاج الشعبي حضورا قويا لدى الحالة وبخاصة ما تعلق منه بالرقية الشرعية، باعتبارها أنموذجا ذات مرجعية دينية بالنسبة لحالة وزوجها. ورغم نسبية فاعلية هذا النمط العلاجي في الحد من هذه الأعراض

التي كان يتجدد ظهورها كلما توفرت العوامل المفجرة، تبقى الحالة متمسكة بمعتقداتها التي عززتها ما توفر لديها من مؤشرات وتعزيزات، اللهم إن واظبت على العلاج النفسي واستجابت لمتطلباته في ظروف تضمن نجاعته وفاعليته، متى توفرت كفاءة المعالج ومساندة الزوج والتزمت الحالة بالبرنامج العلاجي.

4-التحيل العام للحالات:

-تحليل نتائج المقابلات لحالات الدراسة:

بناء على ما قام به الباحث من إجراءات منهجية، تناول من خلالها الموضوع من جانبيه النظري والتطبيقي، تبعا للخطوات الإجرائية التي اعتمدها لتحقيق أهداف البحث، فكان التركيز على المقابلات العيادية التي وفرت للباحث العديد من المعطيات التي استثمرها في تشخيص الاضطراب ومسبباته، وما عرفه المسار العلاجي من طعون علاجية ومدى فاعليتها، باعتبار المقابلة" تقنية لجمع المعلومات وتحليل المعطيات التي تعبر عن الآراء والمعتقدات والأفكار والاتجاهات التي تخص مختلف المواضيع الاجتماعية" (Pascol,2002,52). كما تتم اعتماد الملاحظة المباشرة، واستخدام الاختبارات الموضوعية للربط بين ما كشفت عنه نتائجها، وتحليل محتوى المقابلات. وفي هذه المرحلة تم اعتماد النموذج التالي في تحليل نتائج المقابلات، اقتصر فيه على العناصر التالية:

جدول البيانات العامة لحالات الدراسة:

الرمز	الجنس	السن	م.التعليمي	الوظيفة	م.اقتصادي	الرتبة	ع.الأبناء	الاضطراب
خ.ح	أنثى	36	جامعي	م.ق.الصحي	متوسط	الأخيرة	لا يوجد	إ.ع.ج+عقم
غ.خ	أنثى	25	أمية	لا شيء	د.المتوسط	الثالثة	2 ذكور	إ.ع.ج
ح.م.أ	أنثى	30	2 ثانوي	لا شيء	متوسط		لايوجد	إ.ع.ج+ع
ب.ل	إنثى	37	أمية	لا شيء	د.المتوسط		لا يوجد	إ.ع.ج+ع
ص.ص	أنثى	34	أمية	لا شيء	د.المتوسط	الأخيرة	1ذ،1أ	إ.ع.ج
م.ف	أنثى	39	جامعي	م.ق.تربية	مقبول	الوسطى	لا يوجد	إ.ع.ج+ع
ع.س	أنثى	26	جامعي	م.ق.تربية	مقبول	الوسطى	لا يوجد	إ.ع.ج+ع
ب.س	أنثى	30	2متوسط	لاشيء	د.المتوسط	الأخيرة	بنتان	إ.ع.ج
أ.ف	أنثى	44	3إبتدائي	لاشيء	متوسط	الوسطى	4ذ،2إ	إ.ع.ج+إع
ش.س	أنثى	33	7 أساسي	لاشيء	مقبول	الأولى	4ذ،1أ	إ.ع.ج

-**تحليل البيانات العامة على ضوء الجدول:** اتضح من خلال الجدول(1) أن الدراسة شملت 10 حالات من نفس الجنس(إناث)، تراوح سنهن ما بين25-44 سنة، اختلاف في المستوى التعليمي من (دون مستوى-إلى -مستوى جامعي)، كما سجل اختلاف بين الحالات من حيث المستوى الاقتصادي، والرتبة بين الإخوة، وفي عدد الأبناء، ، اشتركت جميع حالات الدراسة في اضطراب العلاقة الجنسية ، فيما تبين وجود خمس حالات تعاني من اضطراب وظيفتها الإنجابية، هذا الأخير الذي كان له تأثيره في تعزيز اضطراب صحة العلاقة الجنسية لدى الحالات محل الدراسة.

-**البيانات العامة من خلال المقابلات:** كانت الدراسة عيادية، اشتملت عشر حالات، اشتركت من حيث الجنس ونوع الاضطراب المستهدف بالدراسة، والذي اشترك فيه عامل تأثير الأفكار الوسواسية نتيجة التصورات الثقافية التي أسست لها ثقافة المجتمع. اختلفت الحالات من حيث السن الذي تراوح ما بين (25سنة-إلى-44 سنة) وبين مدة الزواج من (2 سنتان- إلى- 17 سنة) وتفاوت حدة الاضطراب ومدته بين (علاقة مضطربة – إلى- صراع مستمر) وكذا كان الاختلاف في عدد الأبناء بوجود حالات دون أبناء إلى عدد ستة أبناء ، وكذا الاختلاف من حيث جنس الأبناء، كما سجلت حالات العقم الذي ساهم في اضطراب العلاقة، كما تجلى الاختلاف في الحالة الاقتصادية من دون المتوسط إلى فوق المتوسط، وكذا الوضعية الاجتماعية الممثلة فيما بين أسرة نووية إلى أسرة ممتدة، واختلفت الظروف وقفا لحالات كل أسرة ونسيجها الاجتماعي والثقافي، سجل توافق بين الحالات في الهندام ذا الطابع التقليدي، وان كان الاختلاف في جودته.

-**عمليات الفحص وفعاليات اللقاء الأول:** اختلفت أجواء وظروف الفحص والتشخيص والكشف، نظرا لصعوبة الاتصال بالحالات ، فمن الحالات من تم إجراء المقابلات العيادية معها بالمؤسسة العمومية للصحة بعد الحصول على ترخيص وموافقة مديرها، بناء على طلب الباحث وبمصادقة الجامعة التي ينتمي إليها الباحث ، ، ولم يتأت ذلك إلا مع الحالات التي تم توجيهها من المعالجين الشعبيين بخاصة، بعد فشل مساعي العلاج الشعبي، نظرا لما سجلناه من عزوف هذه الشريحة عن طلب المساعدة بالمؤسسة العمومية، لاعتبارات ثقافية واجتماعية وذاتية. ومع ذلك فإن الحالات التي وجهت إلى

المؤسسة تقيم خارج مركز البلدية رغم عدد الحالات الجد محدود. وهذه الصعوبات لامسناه مع الحالات التي كانت ترفض تلقي العلاج بالمؤسسة الصحية. لذلك فإن جل الحالات تم اللقاء بها أين يتابعن العلاج الشعبي، لاعتقادهن في فاعليته بالدرجة الأولى . والذي عرفت فيه أجواء الدراسة الحد الأدنى لشروط وأجواء إجراء الدراسة، وعدم توفر الوسائل التي لا غنى للباحث عنها فقد تعامل الباحث مع هذه الظروف بكل مرونة عملا بما توفر لديه من إمكانات وأدوات لتحقيق أهداف الدراسة.

-**تشخيص الاضطراب** : بناء على ما أظهرته المقابلات، وما كشفت عنه أدوات الدراسة من نتائج، فإن الحالات تعاني من اضطراب في صحة علاقتها الجنسية، كما تعرف بعضها اضطرابا في وظيفتها الانجابية عزز تأثير الأول، كان ذلك نتيجة ما تحمله الحالات من أفكار وسواسية ذات طبيعة سحرية أنتجتها ثقافة المحيط وعززتها تفسيرات المعالجين، وإيحاءات الوسط الاجتماعي للحالات، في واقع سوسيو ثقافي تعمقت فيه جذور المعتقدات الخرافية وانتشار الممارسات السحرية، والاعتقاد في تأثير القوى الخفية على الصحة وإنتاج المرض وتعطيل المصالح، وغيرها مما توارثته الحالات بمجتمع الدراسة أبا عن جد. والتي تعلق أملها على العلاج الذي من جنس هذه التصورات والتفسيرات. إذ في ظل" انخفاض مستوى الثقافة النفسية، وقوة الخلفية العقائدية الخرافية، يعتقد الناس أن الأمراض النفسية كالقلق والاكتئاب، العجز الجنسي، ونوبات الصرع وغيرها، تنتج عن تأثير السحر ومس الجن، مما يدفعهم إلى طلب العلاج لدى المشعوذين"(صالح،2014،600).

-**التصورات للاضطراب وتفسير أسبابه:** تختلف النظرة للمرض باختلاف الثقافات والمجتمعات، وبذلك فإن مجتمع الدراسة تجمعه ثقافة واحدة سادها الاعتقاد في تأثير القوى الغيبية، ممثلة في تلبس الجني والاعتقاد في تأثير السحر على الصحة، بخاصة في الأمراض التي لم تشخص طبيا أو تجهل أسبابها، وتكون نتائج الكشف عنها غامضة. إذ ما يلاحظ من الواقع أن الفرد حين يعجز عن تفسير بعض الظواهر فإنه يلجأ إلى التفسيرات الغيبية (تلبس جني، سحر ، الإصابة بالعين..). هذه التفسيرات التي لا يخرج عن إطارها حتى المعالجين الذين ساهموا في بنائها وتعزيز الاعتقاد فيها. وهذا ما

ذهب إليه بومدين(2003-2004) في دراسته الموسومة بالتصورات الاجتماعية للصحة والمرض في الجزائر، بهدف كيفية بناء وتشكيل التصورات الاجتماعية للصحة والمرض في مجتمع الدراسة، كشفت نتائج الدراسة أن من أفراد العينة من يرجع أسباب المرض إلى عوامل طبيعية كالفيروسات والمكروبات. ويرجعها البعض لأسباب غيبية، كالعين والجن والمكتوب، والسحر، التي يعتمدون في علاجها على الطب النبوي، أو باللجوء إلى ممارسات علاجية تعتمد على الكهنة والسحر(فيروز،2014،19).

فمن خلال المقابلات ونتائجها، وما كشفت عنه نتائج اختبار"حسان المالح" للأخطاء الشائعة حول الطب النفسي، فإن الحالات لها تصورات سلبية نحو هذا الأخير، والاعتقاد في تأثير القوى الغيبية، وتأثير السحر على الصحة والعلاقة الجنسية وإن اختلفت درجات ذلك حسب ما كشفت عنه نتائج الاختبار لكل حالة، كما هو مشار إليه في تحليل نتائج الاختبارات. وبذلك فإن التصورات للمرض وأساليب علاجها لا تزال تخضع لما يحدده العقل الجمعي لمجتمع الدراسة، " كون الوعي الجماعي الذي يجب أن يكون موضوع اهتمامنا، باعتباره الكلية التي تشجع هذا الشكل من المعتقدات المشتركة التي تملكها الجماعة"(Vidal .2006.14).

إن تفسيرات الحالات والتي توافقت جلها، قد بنت تصوراتها وتفسيراتها على وجود مؤشرات وأدوات مادية، تقنع الحالة بأن سبب الاضطراب كان نتيجة ما دبر لها بليل أو نهار، فقد جاء في خطاب بعض منهن " كيفهش ما نأمنش وشفت بعيني" وكذا الحالة التي استخرجته من حديقة بيتها، في حين اكتفت البعض منهن بالإيحاءات وتفسيرات المعالجين، والاستجابة لوساوسها في تفسير ما كان يظهر عليها من أعراض.

-**مؤشرات بناء التصورات وتفسير أسباب الاضطراب:** تبين من خلال تحليل المقابلات أن جل الحالات اعتمدت في تفسيراتها لاضطراب علاقتها الجنسية على ما وجدته من أدوات وآثار مادية، سواء في ملابسها أو أماكن معينة في البيت (ما دفن من سحر، أو آثار رش، أو تمائم، إبر موخوزة في الفراش، أومن نوع التوكال..). واختلفت الشكوك بين الحالات في مصدره، وإن كان المتهم لدى الغالبية من الحالات أخت الزوج أو الخياطة، أو الخليلات (العلاقات العطفية المشبوهة). في حين اكتفت البعض بتفسيرات المعالجين

وإيحاءات المحيطين وتهديداتهم، وملاحظة المترددات من المحيطين بالحالة على مقرات ممارسي طقوس السحر والشعوذة، دون توفر معطيات وأدوات مادية تثبت صحة هذا التصور.

-**مجالات تأثير الأفكار الوسواسية:** بناء على نتائج تحليل محتوى المقابلات لكل حالة، وما كشفت عنه نتائج الاختبارات، نركز على الجوانب التالية:

-أ-**تأثير الأفكار الوسواسية على صحة العلاقة الجنسية:** تبين من خلال المقابلات التي أجريت مع الحالات محل الدراسة، أن للأفكار الوسواسية التي اختلفت مضامينها ودرجات تأثيرها بين الحالات من خلال الخطابات والتعبيرات، وبناء على ما كشفت عنه نتائج الاختبارات، فإن الحالات كانت تجتر أفكارا وسواسية تضمنتها شكوك ومخاوف، وتساؤلات عن مسببات الاضطراب ودوافعه ، بناء على ما توفر لكل حالة من مؤشرات وأدوات وإيحاءات، وتفسيرات وأعراض، فهذه المعطيات كان لها بالغ التأثير على اضطراب صحة العلاقة الجنسية لحالات الدراسة، وإن اختلفت شدتها من حالة لأخرى تبعا لطبيعة شخصية كل حالة، واختلاف المواقف وعوامل التأثير، وما توفر من معطيات مقنعة ومدعمة.

-ب-**تأثير الأفكار الوسواسية على الحياة الانفعالية والعاطفية:** كان لتلك الأفكار الوسواسية التي تقحم تفكير الحالات تأثير على الحياة الانفعالية والعاطفية، لما عرفته الحالات من قلق وتوتر، وضعف الثقة في النفس، وارتباك ومخاوف، أنتجت اضطرابات سيكوسوماتية وحالات من الإحباط واليأس، وفي ظلها غابت متطلبات العلاقة الزوجية ومقاصدها، إذ أن" متغيرات التعاطف بين الأزواج والقدرة على ضبط الانفعالات والاكتفاء الذاتي، وتوكيد الذات مع القرين، والتعبير عن الاحترام، كانت من أهم العوامل التي ترتبط بالاستقرار الزواجي"(دلال،2017،18) وهذا ما لم يتحقق في الحياة العاطفية لدى الحالات، بناء على ما كشفت عنه أبعاد اختبار التوافق الزواجي، وما توصلت إليه الدراسة من خلال محتوى المقابلات، نتيجة تفسيرات غير موضوعية، وتأثيرات الأفكار الوسواسية، وما ترتب عنها من شكوك، وتوفر لديها من معطيات وإيماءات وإيحاءات.

-ج-تأثير الأفكار الوسواسية في التوجه العلاجي: كان للأفكار الوسواسية تأثير كبير في التوجه العلاجي الذي عرف مساره طعونا علاجية، تجلى ذلك في إقبال جل الحالات على العلاج التقليدي بالدرجة الأولى، كونه يستجيب لحاجيات العلاج، ويتوافق مع التصورات للاضطراب والتفسيرات لأسبابه، التي تتطلب أن يكون العلاج من جنسها. وهذا ما كشفت عنه نتائج اختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي ل"حسان المالح"، الذي تقاربت درجاته مع تصورات الحالات، عرفت من خلاله جميع الحالات الاعتقاد في تأثير السحر والقوى الغيبية، والاعتقاد في العلاج الشعبي الذي سجل حضورا قويا ، كان ذلك استجابة من الحالات لأفكارهن الوسواسية، ومن جنس التفسيرات لأسباب الاضطراب.

-د-تأثير الأفكار الوسواسية على التوافق الزواجي: إن ما توفر لدى الحالات من معطيات كافية، وأدوات ورموز دالة، وإيحاءات وإيماءات، والتي ساهمت في بناء تصوراتها وتفسيراتها غير الموضوعية، أنتجت تلك الأفكار الوسواسية التي وظفتها الحالات، فكانت عبارة عن إسقاطات ترتبت عنها إختلالات وتوترات وخلافات، أثرت على التوافق الجنسي، الذي امتد تأثيره على التوافق الزواجي، فغاب في ظل ذلك التفاعل والتعاطف بين الزوجين. لأن"التفاعل اللطيف بين الزوجين هو الذي يؤدي إلى إيجاد علاقة طيبة بينهما"(العزة،2000،121)، كما أن " التعاطف بين الزوجين يجعل العلاقة بينهما قوية تنمي التفاعل الإيجابي وتقرب وجهات النظر"(Williamson.1972.336).

-هـ-تأثير الأفكار الوسواسية على الحياة النفس اجتماعية: تبين للباحث أن الحالات تعيش حالات من القلق والتوتر، والمخاوف على مستقبل العلاقة الزوجية، التي أصبحت مهددة إن بالانفصال أو التعدد أو التخلي،"إنه قلق على الصحة يتميز بالتركيز على وظيفة عضو من أعضاء الجسم"(Daco,1973,270) نتيجة تلك الأفكار الوسواسية والتفسيرات غير الموضوعية، وما تحمله الحالات من شكوك في المحيطين بها. ذلك ما أثر على توافقهن الاجتماعي والمهني، تفاديا لتساؤلات المحيطين من جهة، وتحرزا لما قد تتعرض له من كيد المقبلات على ممارسي طقوس السحر والشعوذة، الذين تعتبرهم بعض حالات الدراسة سبب معاناتها النفسية والصحية والاجتماعية.

-**علاقة التفسيرات للاضطراب بالمسار العلاجي:** تبين من خلال تحليل المقابلات أن ما كانت تحمله الحالات من أفكار وسواسية، التي ساهمت في بناء تصوراتها وتفسيراتها لأسباب الاضطراب كان ذا علاقة وطيدة بالمسار العلاجي، حيث سجل عن بعض الحالات الإقبال على العلاج الطبي للكشف عن أسباب الاضطراب، وبخاصة ما تعلق باضطراب الوظيفة الإنجابية، وتوجه الحالة ما قبل الأخيرة نحو المختص في الطب النفسي بإيعاز من زوجها ، وفي ظل غموض نتائج الفحوص والتحاليل -حسب الحالات- فيما تعلق باضطراب الوظيفة الإنجابية، كان التوجه نحو العلاج التقليدي، الذي وظفت من خلاله الحالات ما تحمله من التصورات والتفسيرات. إذ في ظل غموض أسباب الاضطراب لجأت الحالات إلى التفسيرات الغيبية، لذلك"فهم يلجأون للعلاج التقليدي خاصة عند فشل الطب الحديث في علاج مرضهم، وأن هناك عدة مسارات علاجية يسلكها المريض وهي مسارات ترتبط بتصور المريض ومحيطه عن المرض"(فيروز،2014،19) كما اتضحت العلاقة بين التفسيرات للاضطراب والمسار العلاجي لدى جميع الحالات في علاج اضطراب العلاقة الجنسية، الذي تعتبره الحالات محل الدراسة تابو يحظر الكشف عنه للطبيب من جهة، وكون التفسيرات لا تتوافق مع النموذج العلاجي(الطبي، الطب نفسي، النفسي) من جهة أخرى.

-**تأثيرات اضطراب العلاقة الجنسية على التوافق الزواجي:** إن ما تعانيه الحالات من اضطراب في علاقتها الجنسية، قد امتد تأثيره على التوافق بين الزوجين لما نتج عن الاضطراب من خلافات، وتوتر في العلاقات الزوجية، نتيجة عدم تحقق الإشباع الجنسي لحاجات الزوج، ذلك لأن التوافق الزواجي يقتضي أن يكون الزوجان متوافقين يملك كل منهما القدرة على التواؤم مع الآخر وتكون لدى كل منهما حالة من الشعور بالسعادة والرضا تجاه زواجهما وتجاه بعضهما البعض" (فرحان، العنزي،2009،24) وإلا قد يدفع التعطش الجنسي، وعدم إرواء هذه الغريزة إلى الخيانة الزوجية، أو التهديد بالطلاق أو التعدد، مما يزيد من حدة الصراع بين الزوجين، ويغذي الأفكار الوسواسية لدى الحالات، وينمي شكوكها، وقد يمتد هذا التأثير ليشمل الأبناء نتيجة ما تسقطه الحالات من

انفعالات، وردود أفعال سلبية تنعكس آثارها على حياة الأطفال، وتوافقهم النفسي والاجتماعي، وأدائهم الدراسي.

فالتوافق الجنسي يهدف إلى " استمتاع كلا الزوجين باشباع حاجاته الجنسية مع الزوج الآخر، واتفاقهما على أهداف هذا الإشباع، وإجراءاته وشعورهما بالمودة، والحب والرضا في علاقتهما الجنسية"(نادية،2016،82).فهو عامل مهم في تحقيق التوافق الزواجي، والحصن المنيع من الانحراف، وإشباع الغريزة الجنسية في إطارها الشرعي والقانوني لتحقيق الصحة النفسية والعقلية.

-**تأثيرات العقم على صحة العلاقة الجنسية:** كما تبين للباحث من خلال تحليل المقابلات أن بعض الحالات تعاني من اضطراب في وظيفتها الإنجابية "العقم" ، أرجعت أسبابه لنفس التفسيرات، لاضطراب علاقتها الجنسية، وكان للعقم تأثيره على الوظيفة الجنسية لارتباط الممارسة الجنسية بالإنجاب، حيث تجلى واضحا من خلال خطابات بعض الحالات، أن الجنس لا جدوى منه دون إنجاب، باعتبار هذا الأخير رمز تحافظ من خلاله الأسرة بنسلها على وجودها ومكانتها داخل المجتمع. إذ "تنظر المجتمعات على أن الزواج وعاء لإنتاج الذرية"(أسامة،2014،4)، وتعبر من خلاله المرأة عن كفاءتها وخصوبتها، كما أنه رمز الفحولة.

-**التنشئة الاجتماعية والواقع السوسيو ثقافي:** إن ما تلقته الحالات من أساليب التربية من خلال التنشئة الاجتماعية-وإن اختلفت أشكالها بين الحالات-لها تأثير على بناء المخطط المعرفي للحالة، لما تغرسه الأسرة ، ويدعمه المحيط ، من قيم وأفكار واتجاهات، ومعتقدات ، وأنماط التفكير وغيرها، تنعكس آثارها على جوانب شخصية الحالات إيجابا أو سلبا.إذ أن نتائج تلك التنشئة الخاطئة كانت عبارة عن اسقاطات تترتب عنها اختلالات وخلافات أثرت على التوافق الجنسي الذي امتد تأثيره على التوافق الزواجي فمع غياب التربية الجنسية غاب التفاعل والتعاطف بين الزوجين" لأن التفاعل اللطيف هو الذي يؤدي إلى إيجاد علاقة طيبة بينهما "العزة،2000،21).

وعلى إثر ما كشفت عنه نتائج اختبار الأخطاء الشائعة للطب النفسي للدكتور" حسان المالح"، وعلى ضوء خطابات الحالات من خلال المقابلات، فإنه اتضح جليا تأثير التنشئة الاجتماعية في بناء التصورات، وتفسير أسباب الاضطرابات، تبعا لما اكتسبته الحالات، وتشبعت به من محيطها ، تجسد ذلك في المسار العلاجي. فقد ركز "فرويد" على تاريخ الطفولة لكل حالة، وانعكاس ذلك على العلاقة الزوجية في ضوء القيم الاجتماعية، باعتبار" أن المشكلات الزوجية كسلوك يمثل الصراعات اللاشعورية، نتيجة الاحباطات البيئية في السنوات الخمس الأولى من حياة الفرد"(فهمي،1967)، إذ يظهر على الشخص ما تعرض له من خبرات سيئة في صورة إسقاطات على الواقع، وهذا ما قد يكون له أثره السلبي على التوافق.

-**أساليب المعاملة الزوجية:** إن أساليب العنف الممارسة على بعض حالات الدراسة من قبل الزوج تطييبا لخاطر والدته أو أخته، أو أحد أفراد عائلته-كما ظهر من خلال خطابات الحالات- وما كانت تتعرض له من ازدراء وتهميش من قبل المحيطات بها، أعني من عرفن تأخرا في الإنجاب بخاصة ، لما له من وظيفة رمزية تحافظ من خلالها العائلة على نسلها وكيانها في المجتمع، والمرأة على مكانتها داخل الأسرة، فهذه الأساليب وغيرها، التي تغيب في ظلها معاني المودة والمحبة والاحتضان والحوار، تعد من العوامل المهددة لمستقبل العلاقة الزوجية، لما ينتج عنها من تأثير على صحة علاقتها الجنسية ومعاشها النفسي والاجتماعي، التي لا تتحقق إلا في جو آمن مستقر يسوده التفاهم والتعاون، والاحترام والثقة المتبادلة وغيرها من العوامل المحقق للتوافق الزواجي وجودة العلاقة الزوجية،" لأن التعاطف بين الزوجين يجعل العلاقة بينهما قوية تنمي التفاعل الإيجابي، وتقرب وجهات النظر، وتدفعهما إلى التكامل والتفاهم والمصاحبة"(williamson,1972,336).

-**المسار العلاجي:** اتضح من خلال تحليل المقابلات أن التوجه العلاجي كان ممثلا في العلاج الشعبي بالدرجة الأولى، باعتبار أن الاضطراب ناتج عن تأثير ما وجد من أدوات ورموز مادية، أو إيحاءات وتفسيرات المعالجين، أو تدخل المحيط في توجيه المريض نحو المعالج، الذي ذاع صيته ويعتقد المريض في كفاءته، لما عرفته بعض الحالات من

تحسن بعد العلاج لنفس الاضطراب، أو ما هو مماثل له، ، وكذا الاعتقاد السائد أن المعالج يملك قدرة التعامل مع أسباب الاضطراب، وأن أسبابه ليس علاجها طبيا.

فقد جاءت دراسة الباحث سليمان(2004) الموسومة بالتصورات الاجتماعية للصحة والمرض في الجزائر، كشفت نتائجها أن هناك نمطين من الطب يوجدان في الجزائر: طب رسمي ذو نمط جامعي، وطب تقليدي، وفي الغالب يتوارث المعالجون التقليديون مهنة هذا الأخير أبا عن جد داخل الأسرة الواحدة، كأن تعطى لهم كرامة العلاج، وأن الممارسات تختلف بين المعالجين، وأنهم يتجهون نحو العلاج التقليدي خاصة عند فشل الطب الحديث في علاج مرضهم. وأن هناك عدة مسارات علاجية يسلكها المريض، وهي مسارات ترتبط بتصور المريض ومحيطه عن المرض(فيروز،2014،19).

"فعدم فعالية العلاج الطبي يصبح يشكل تهديدا ضد تصورات المريض للعلاج يستدعي مراعاة وظيفة الثقافة التي يتمسك بقيمها، وكمرحلة أخرى يلجأ إلى البحث عن علاج فعال"(قويدر،2011، ،23،24). لأن استمرار المعتقدات حول المرض يعود إلى التنشئة الاجتماعية السائدة في الأوساط الاجتماعية التي لها دورها وأهميتها في تثبيت الاعتقاد في فاعلية العلاج التقليدي بخلاف العلاج النفسي. لذلك فإنه من الصعب تخلي هذه الشريحة من مجتمع الدراسة عنه لأنه "يعد الذاكرة الثقافية والشعبية لكل الشرائح الاجتماعية في مجتمع الدراسة، وبالتالي القادر على الحفاظ على هويتها والمجسد لثقافتها الشعبية"(إدريس،2016،16).

وفي هذا المقام يرى الباحث أن ما ذكر من أسباب قد تكون تبريرات من بعض الحالات في العزوف عن العلاج النفسي والإقبال المتزايد على العلاج التقليدي، ولا ينفي تأثير المعتقدات ولا التفسيرات للمرض، والإقبال على العلاج الذي تعتقد الحالات في فاعليته كواقع ثقافي، كما قد يكون المسار العلاجي آلية دفاعية، إن حفاظا من المريض على اضطرابه(الإحتماء بالمرض) لتحقيق مطالب، أو لفتا للانتباه حتى يلقى اهتماما أكثر من المحيطين به، وقد يكون تملصا من المسؤولية، وهروبا من الواقع كخلود بعض الحالات للنوم. ومما يتردد في بعض المجالس عن مثل هذه الحالات المرضية " الله

غالب مشي غرضو، دارولو ، ضربو جن ، ربطوها، عينوها ، غارو منها.. وغير ذلك من الخطابات والتعبيرات المشبعة بالتفكير الخرافي.

-**تصورات الاعتقاد في العلاج:** تبين من خلال تحليل نتائج المقابلات أن حالات الدراسة تعتقد في العلاج الشعبي بالدرجة الأولى باختلاف أنماطه، " وربما كان منشأ هذا الاعتقاد يعود إلى الزعم بفشل محاولات العلاج بالطب النفسي التقليدي، نظرا لأن شفاء ذلك النوع من الحالات يحتاج لفترة طويلة من السنوات تفوق قدرة تحمل معارف أو أقارب المريض ولهذا يلجأون لعدة طرق"(www. paranormal,2011).كان التركيز من بعضهن على الرقية الشرعية، باعتبار أنها ذات مرجعية دينية، عرفن من خلالها تحسنا ولو كان نسبيا حسب تقديرهن. واعتبرن أن ظهور الأعراض من جديد نتيجة عدم المواظبة على العلاج، أو نتيجة لبقايا وجود آثار السحر أو تكرار فعله وغيرها من المبررات لدى البعض منهن، كما استدلت الحالات التي تابعت علاجا من هذا النمط أنه خال من طقوس الشعوذة مقارنة بما تلقته من مختلف العلاجات الشعبية الأخرى، وما شابها من ممارسات مشبوهة على حد تعبيرهن.

كان هذا الاعتقاد يتوافق وتفسيراتهن للاضطراب باعتباره من جنسها. بينما العلاج الطبي فإنه يعالج الأمراض العضوية الظاهرة التي تم تشخيصها، و الكشف عنها طبيا، وإن كانت بعض الحالات ترجع بعضها لتفسيرات غيبية، كقلق ليلة الزفاف الذي تعرضت له بعض الحالات. واضطراب الوظيفة الإنجابية، والبرود الجنسي، والتي لها أسبابها وتفسيراتها الموضوعية، غفلت الحالات عن أخذها بعين الاعتبار في تفسيراتها .

فقد أشارت "فرانسواز دولتو" أن الاضطراب في العلاقة الجنسية قد يكون نتيجة صدمة ليلة الدخلة، وهذا ما يمكن تجنبه إذا هيأت الأم ابنتها لذلك قبل الزواج، كما أن عدم الرغبة في الإنجاب يولد لدى المرأة الخوف من العلاقة الجنسية هروبا منه"(Marie,2007).

كما ظهرت لدى غالبية الحالات النظرة السلبية للعلاج الطب نفسي، وما يترتب عنه من تبعات وتأثيرات على حياة المريض النفسية والعقلية ، إذ تعتبر الحالات الأدوية

النفسية تسبب الإدمان، وأنه لا يقبل عليه إلا المرضى عقليا. فيما ظهر غياب ثقافة العلاج النفسي لدى الحالات. فقد كشف اختبار الأفكار الشائعة الذي أعده "المالح " عن تصورات الحالات السلبية للطب النفسي، والاعتقاد في العلاج الشعبي، سجل ارتفاعا في ذلك تقاربت فيه الدرجات بين الحالات.

-**التصورات للمسار العلاجي:** عرف العلاج الطبي عزوفا من قبل حالات الدراسة، إلا ما تعلق بالأمراض العضوية كعلاج حالات العقم، لأن ذلك نابع من قناعتهن من جهة، وعن عجز الطب في الكشف والتشخيص الدقيق لبعض الاضطرابات. فيما تعتقد البعض أن اضطراب علاقتها الجنسية يحظر الكشف عنه للطبيب لاعتبارات ثقافية واجتماعية، شأنه في ذلك شأن العلاج النفسي، الذي عرف هو الآخر عزوفا لنفس التبريرات وإن كانت بعض الحالات لا تميز بين العلاج الطب نفسي والعلاج النفسي، بل قد تجهل هذا الأخير، وللبعض منهن نظرة سلبية تجاهه. في حين تحفظت بعض الحالات من العلاج الشعبي الذي تمارس فيه طقوس الدجل والشعوذة "أنا خاطيني الطلبة والسحارين". لذلك سجل العلاج بالرقية حضورا قويا لدي جل الحالات على أنه خال من هذه الطقوس والممارسات، وأنه ذو مرجعية دينية، ويتوافق مع هويتهن في حد تصورات الحالات. لذلك كان اللجوء إلى ممارسة طقوس هذا العلاج والإقبال عليه قناعة واعتقادا، ترسيخا لهويتهن الدينية والاجتماعية والثقافية بما في ذلك حالات من ذوي الشهادات الجامعية. كما لا تفوتنا الفرصة أن ننوه إلى أن بعض الحالات لا تميز بين أنواع العلاجات الشعبية ولا تعير اهتماما لأنماطها بقدر ما تبحث عن الشفاء" انا المهم ريح، ونصيب روحي، وين ما نعتولي روح".

-**فاعلية العلاج :** عرفت الكثير من الحالات من خلال ما أفصحت عنه، تحسنا ولو نسبيا خلال مسارها العلاجي، وبخاصة العلاج الشعبي(الرقية) لكثرة الاعتقاد فيه، وباعتباره ذي مرجعية دينية، وأنه خال من طقوس السحر والشعوذة، دون أن تدرك هذه الشريحة ما شابه هذا النمط العلاجي من تجاوزات من قبل بعض المعالجين خرقا لقواعده وأدبياته. لكن رغم ذلك ومن خلال تحليل المقابلات فان الحالات عرفت ارتكاسا، وعادت الأعراض للظهور وبقوة وحدة متى توفرت العوامل المفجرة.

ذلك أن المعالج التقليدي لا يبحث في التاريخ المرضي للحالة والكشف عن مسبباته، بقدر ما يركز على الأعراض التي سرعان ما تختفي من خلال أسلوبه الإيحائي، وقد أثبت هذا الأخير نجاعته مع الحالات ذات القابلية للإيحاء وبخاصة الهستيرية منها. ومن هذه الإيحاءات "تشرب هذا الماء المرقي تريح" ، " تدهن بزيت الزيتون مع الفيجل يروح عليك ستر(الألم)" إذا تخاف من الجنون بخر الدار تولي ترقد" وغير ذلك كثير.

-**تصور الإحباطات للعلاج والطعون العلاجية:** إن ما عرفته الحالات محل الدراسة من فشل في مساعي العلاج، وما سجل من انتكاسات بعد عودة أعراض الاضطراب للظهور وبخاصة الهستيرية منها لدى بعض الحالات، ساهم في إحباطات الحالات وزاد من قلقهن وتوترهن إلى حد اليأس من نتائج العلاج لولا رغبتهن الملحة وإصرارهن عليه، حفاظا منهن على الرابطة الزوجية، وإن كانت حالة منهن تطالب الزوج بالطلاق والإصرار عليه لكن تبين من خلال خطاباتها تناقضات. فهي من جهة تطالب بالطلاق، ومن جهة أخرى تسعى للعلاج الذي عرف طعونا في مسارها.

فهذه الطعون العلاجية حسب تقدير الباحث قد تكون بهدف البحث عن العلاج لدى بعض حالات الدراسة، كما قد تكون آلية دفاعية تحافظ من خلالها المرأة على مكانتها وبقائها ببيت الزوجية، حفاظا منها على بعض الامتيازات التي لا تتوفر لديها في حالة طلاق ، وقد تكون بهدف الاحتماء بالمرض لتحقيق أغراض وحاجيات، أو لدرء المسؤولية عنها نتيجة برودتها وعقمها، بإرجاع أسباب الاضطراب إلى تأثير القوى الخفية، التي لا تملك –حسبها– سلطة في التغلب عليها، والتي عجز أمامها الأطباء في تشخيصهم، ومن عرف عنهم أنهم يملكون خوارق وقدرات في التعامل مع هذه القوي.

تجسدت تعبيرات هذا النموذج عند بعض الحالات الهستيرية منها في استثمار الجسدنة كتعبير رمزي عن تلك الصراعات والمعاناة، أو لفتا للانتباه قصد الاهتمام والاستعطاف أو تحقيق بعض المطالب، وهذا ما ذهب إليه الاتجاه التحليلي في تفسيراته لهذه الظاهرة، باعتبار تلك الأعراض تعبير رمزي عن صراعات مكبوتة.

ومن جهة أخرى فقد تبرر الحالات تلك الإحباطات وما عرفه مسارها العلاجي من طعون علاجية إلى ضعف كفاءة المعالج، أو لاعتبارات وظروف اجتماعية أو ثقافية، حالت دون استمرارية العلاج، أو كون نوع العلاج لا يتوافق مع تصوراتها ولا يستجيب لأفكارها الوسواسية وأنها تلقته دون رغبة منها، ذلك لأن المريض ليس وحده المسؤول عن اختيار التوجه العلاجي وتفسير مسبباته، بل هناك أطراف تشاركه في مساره العلاجي وقد تفرض عليه علاجا يتوافق وتصوراتها للمرض.

– **دلائل حضور المساندة الأسرية:** تلقت بعض الحالات مساندة واهتماما من الشريك والمبادرة بالعلاج، بيد أن أغلب الحالات كانت تهدد بالطلاق أو بالتعدد وبخاصة حين طالت مدة الاضطراب. فقد جاء في خطاب أحد الأزواج" أنا الله غالب راك تعرف الواقع وظروف العمل ، لازم ندير حل الروحي وإلا ندير الحرام". سجل الباحث من خلال تحليله للمقابلات أن المساندة العائلية كانت ضعيفة من قبل عائلة الزوج، بل حتى من الزوج نفسه، وقد سجل أن عائلة الزوج كانت مساهمة في تطور الاضطراب وتعزيز الأفكار الوسواسية، التي انعكست على العلاقة الجنسية والتوافق الزواجي. كما سجل غياب تدخلات عائلة الزوجة لاعتبارات وعوامل اجتماعية، وقد تكون ثقافية، فلم يتدخل أطرافها إلا بعد تطور الاضطراب، واشتدت حدة الخلاف إلى حد إلحاق بعض منهن بأهلها بهدف التسريح. كما قد يعود ضعف المساندة إلى تكتم بعض الحالات وعدم الإفصاح عن الاضطرابات والمشكلات، باعتبار الاضطراب يشكل تابو في مجتمع الدراسة من جهة، وحسب طبيعة الشخصية من جهة أخرى (شخصية كتومة).

–**مشاعر الفقدان:** ما سجل من خلال تحليلنا للمقابلات أن حالات الدراسة تشعر بغياب المودة والاحتضان، ومشاعر الحب والعطف من الزوج، وغياب الحوار والتفاعل، وعدم مساندته لها في المواقف التي تتطلب تدخله، لما تتعرض إليه بعضهن من عنف لفظي وتهميش، وتجريح ورفض من قبل أخت الزوج بخاصة، واعتبار الحماة طرفا في ذلك لدى بعض الحالات ، إضافة إلى الشك في خيانة الزوج، والذي تعتبره الحالات مؤشرا في تخليه عنها والذي يجسده غيابه عن البيت، وتخليه عن مسؤولياته. مما جعل جل الحالات تعيش طلاقا عاطفيا، تبخرت في ظله مقاصد الزواج وغاياته وتوقعات الزوجة

وأحلامها، وتعززت مخاوفها. لذلك" فالشخص العاقل هو الذي يحاول أن يجد حلولا للمشكلة، ويختار أحسنها وأكثرها قابلية للتنفيذ على أرض الواقع، فإنه لا يوجد حل واحد نموذجي"(كفافي،323،1999).

كما كان للعقم تأثيره على جوانب حياة الحالات التي تعرف اضطرابا في وظيفتهن الإنجابية التي أفقدتهن مشاعر الأمومة، ومكانتهن في الأسرة والمجتمع الذي يعتبر المرأة وعاء لإنجاب الذرية، التي تعد الإرث الرمزي للأسرة وامتداد لها، تحافظ من خلاله على وجودها. ففي ظل هذه المعطيات فقدت الحالات معاني المودة والمحبة والسند من الزوج وبخاصة في المواقف الحرجة، هذا ما عزز أفكارهن الوسواسية ومخاوفهن وشكوكهن، وزاد من حدة قلقهن وتوترهن التي انعكست آثارها على جوانب حياة الحالات ،الانفعالية والعاطفية، وتوافقهن النفسي والاجتماعي ونحو ذلك.

5-تحليل النتائج في ضوء الفرضيات:

من خلال الدراسة الميدانية و بعد تحليل المقابلات تبين ما يلي:

-الحالات تعاني من اضطراب العلاقة الجنسية الزوجية الذي كان نتيجة ما تجتره من أفكار وسواسة، ممثلة في تأثير السحر على العلاقة الجنسية والتوافق الزواجي. والتي كشفت نتائج مقياس الوسواس القهري "لبيل براون" عن ارتفاع درجتها.

-أرجعت الحالات أسباب الاضطراب إلى الأفكار الوسواسية ذات الطبيعة السحرية، بناء على أدوات ورموز دالة على إعمال السحر لدى الكثير من الحالات، وبتأثير إيحاءات المعالجين لدى البعض منهن.

-تعتقد الحالات أن العلاج يتم على يد المعالجين الشعبيين، كونهم يملكون القدرة في التعامل مع الأرواح الخفية المسببة للاضطراب، وأن علاجها ليس طبيا، هذا في ظل غياب ثقافة العلاج النفسي، وغموض التشخيص الطبي في الكشف عن مسببات الاضطراب لدى البعض منهن.

-تلقت بعض الحالات علاجا طبيا أثبت سلامتها من أي مرض عضوي، مما أدى بها إلى التوجه نحو العلاج التقليدي، واتخاذ الرقية الشرعية أنموذجا .

-تعاني بعض الحالات من تأخر الإنجاب (العقم) و الذي أرجعت أسبابه إلى نفس التصورات والتفسيرات بعد فشل مساعي العلاج الطبي.

-أثرت الأفكار الوسواسة على مختلف جوانب حياة الحالات، وعلى توافقهن النفسي والاجتماعي، وحتى على المسار العلاجي الذي عرف طعونا علاجية، ونسبية في فاعليته.

-كشفت نتائج مقياس الوسواس القهري ل"بيل براون" عن ارتفاع درجة الأفكار الوسواسية.

كما كشفت نتائج مقياس تشخيص اضطراب الشخصية عن ارتفاع درجة أعراض الوسواس القهري، في حين ارتفعت نسبة أعراض الشخصية الوسواسية لدى بعض الحالات، مع وجود أعراض للشخصية الهستيرية والشخصية التجنبية وكذا الشخصية شبه الفصامية لدى البعض من الحالات.

-كشفت نتائج اختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي ل" حسان المالح" عن تصورات الحالات السلبية للطب النفسي والعلاج بالأدوية النفسية، والاعتقاد في تأثير السحر والقوى الغيبية على الصحة والعلاقة الجنسية، وكذا الاعتقاد في العلاج الشعبي.

-كشفت نتائج مقياس التوافق الزواجي ل" أسامة عبد الرزاق" عن انخفاض درجات التوافق، وارتفاع درجات اللاتوافق بين الزوجين لدى حالات الدراسة، وكانت نتائجه متقاربة بين الحالات.

-كما تبين من خلال الدراسة دور المحيط ، وبخاصة الأسري منه، في ظل تواجد الزوجين في الأسرة الممتدة التي يتدخل أفرادها في الشؤون الخاصة بالزوجين، محاولة من بعض أفرادها تعكير أجواء العلاقة بشتى الطرق والأساليب، لدوافع نفسية لها تفسيراتها وخلفياتها من منظور التحليل النفسي.فقد أشار الحنفي إلى أنه "يمكن للمرأة مع العائلة الكبيرة ظهور مشاكل عائلية قد تكون سببا في اضطراب السلوك الجنسي عند

المرأة"(الحنفي،209،2001). كما كان لثقافة المحيط دور في ظهور الأفكار الوسواسية وبناء التصور في تفسير أسباب المرض والتوجه نحو العلاج، وبالتالى فإن المريض لا يتحمل مسؤولية وتبعات ذلك، باعتبار أنه ليس وحده المسؤول عن المرض واختيار العلاج الذي قد تحدده ثقافة المجتمع ، كون "الوعي الجماعي الذي يجب أن يكون موضوع اهتمامنا باعتباره الكلية التي تضايق وتشجع هذا الشكل من المعتقدات المشتركة التي تملكها التمثلات الجماعية"(vidal,2006,14).

كما تؤكد نتائج الدراسة أن اضطراب الصحة الجنسية لا يزال يشكل تابو في مجتمع الدراسة، ومن الموضوعات التي لا يزال يغلب عليها طابع المحافظة. فيما سجل عزوف الحالات عن المؤسسات العمومية للصحة في علاج اضطراب علاقتها الجنسية علاجا نفسيا، عدا بعض الحالات التي وجهت إليه من معالجيها. كما عرف العلاج التقليدي إقبالا من جميع حالات الدراسة، واعتبار العلاج بالرقية الشرعية أنموذجا لتوافقه مع هويتهن الدينية، واعتقادا منهن في فاعليته وخلوه من طقوس السحر والشعوذة.

6-الإجابة عن الفرضيات:

-**الفرضية الأولى:** تؤثر الأفكار الوسواسية على العلاقة الجنسية من خلال ما عرفته العلاقة الجنسية من اضطراب كفتور الرغبة الجنسية والعزوف عن الجنس واعتباره دنس لدى بعض الحالات التي عرفت اضطرابا في وظيفتها الإنجابية لارتباط الجنس بالإنجاب هذا الأخير قد كان عاملا في تعزيز اضطراب العلاقة الجنسية، تجلى ذلك من خلال:

-1- ما تحمله المرأة من تفسيرات لهذه الأفكار الوسواسية وتصوراتها لأسباب الاضطراب.إذ من خلال الدراسة العيادية وتحليل المعطيات تبين تأثير الأفكار الوسواسية على العلاقة الجنسية، تلك الأفكار التي ساهم في بنائها النسيج الاجتماعي الذي يعتقد أفراده في تأثير القوى الغيبية، والتي على إثرها بنت الحالات تفسيراتها لأسباب الاضطراب. "حيث يشهد الحس المشترك في مجتمع الدراسة على أن المصاب بالثقاف(السحر) هو ذلك الشخص الذي يعجز عن ممارسة الجنس مع الطرف الآخر أو ينفر من الزواج، هذا العجز يعود حسب الاعتقاد الشعبي إلى عامل

السحر".(إدريس،9،2016).كما أشار صالح (2014) إلى أنه في ظل" انخفاض مستوى الثقافة النفسية، وقوة الخلفية العقائدية الخرافية، يعتقد الناس أن الأمراض النفسية كالقلق والاكتئاب، العجز الجنسي، ونوبات الصرع وغيرها، تنتج عن تأثير السحر ومس الجن، مما يدفع بهم إلى طلب العلاج لدى المشعوذين"(صالح،600،2014).فالحالات محل الدراسة أرجعت أسباب اضطرابها إلى ما توفر لديها من معطيات وأدوات ورموز دالة أو إيحاءات المعالجين التي ملكت من خلالها الحالات الوساوس والشكوك في أن يكون للسحر تأثيره على العلاقة الجنسية، وكذا على الوظيفة الإنجابية لدى الحالات التي عرفت عقما.

-2-من خلال خطابات الحالة والتعبير عن معاناتها النفسية والحياة الانفعالية والعاطفية لما كان يظهر عليها من أعراض ذات التأثير النفسي والعاطفي ك(القلق،التوتر، الشكوك، المخاوف) التي كان لها بالغ التأثير على الحياة الانفعالية والعاطفية. توافق ذلك مع دراسة السيد(2009) التي من نتائجها أن السلوك الذي يمارسه المصابون بالوسواس يكون مشحونا بالتوتر ويصاحبه قلق، فضلا عن الشك خلال تعاملهم مع الآخرين. كما اتضح من خلال هذه الدراسة أن المصابين بالوسواس يعانون من مخاوف ليس لها وجود حقيقي، فضلا عن معرفتهم أن الطقوس التي يمارسونها لا معنى لها، كما أنهم يعانون من سوء العلاقة الزوجية.(السيد،134،2009).فالحالات أفصحت عن معاناتها النفسية ومشكلاتها العاطفية لما تعرفه العلاقة الجنسية من فتور والعلاقة الزوجية من اضطراب وسوء التوافق في مختلف جوانب حياتها.

-3-المسار العلاجي: فقد كان للأفكار الوسواسية تأثيرها على المسار العلاجي لما سجل من طعون علاجية لدى الحالات، وظفت ما تحمله من معتقدات وتصورات لأسباب الاضطراب، وأساليب علاجه في ظل الواقع السوسيوثقافي لمجتمع الدراسة، حيث سجل العلاج التقليدي حضورا قويا وبخاصة ما تعلق منه بالعلاج بالرقية الشرعية، لاعتقاد الحالات ومحيطها في فاعليته، كون" الوعي الجماعي الذي يجب أن يكون موضوع اهتمامنا، باعتباره الكلية التي تشجع هذا الشكل من المعتقدات المشتركة التي تملكها الجماعة.(14; 2006; Vidal.) فقد أشارت دراسة عكاشة (1994) التي استخدم فيها

مقياس "بل براون"، على عينة الدراسة، والتي كشفت نتائجها عن الدور الذي تلعبه العوامل الثقافية والنفسية والاجتماعية في ظهور الوسواس القهري كما أن تلك العوامل تؤثر في استجابة المرضى للعلاج، وأن غالبية المرضى غير متبصرين بحالتهم المرضية(السيد،2009،143). يؤكد ذلك ما ذهب إليه"قويدر"أن "عدم فاعلية العلاج الطبي يصبح يشكل تهديدا ضد تصورات المريض للعلاج، يستدعي مراعاة وظيفة الثقافة التي يتمسك بقيمها، وكمرحلة أخرى يلجأ إلى البحث عن علاج فعال"(قويدر ،24،23،2011).

توافق ذلك مع دراسة سليمان بومدين(2003-2004) التي توصلت إلى أن المرضى يتجهون إلى العلاج التقليدي خاصة عند فشل الطب الحديث في علاج مرضهم، كما بينت نتائج الدراسة أن أفراد العينة من يرجع أسباب المرض لأسباب غيبية، كالعين والجن والمكتوب، التي يعتمدون في علاجها على الطب النبوي، أو إلى ممارسات علاجية تعتمد على الكهنة والسحر.(فيروز،19،2014).

كما توافق ذلك مع دراسة قويدر (2010-2011) التي كان مما توصلت إليه أن التمثلات الثقافية للعلاج ناتجة عن الوضعية العلاجية للمسار العلاجي، فالتفسيرات للأمراض من حيث الأسباب والمسببات هو من يتحكم في الطريقة العلاجية، ولاحظ الباحث انسجام الحالة مع العلاج التقليدي عندما لا تجد ما يقدمه العلاج الطبي والعلاج النفسي من حلول وإجابة، وبذلك يعتقد أن إصابته فعلا غيبية وهي نتيجة إما عين أو سحر أو جن، لكن لاحظ الباحث أن هذا العلاج غير كاف.

2-**الفرضية الثانية:** تؤثر الأفكار الوساسية على التوافق الزواجي من خلال ما عرفته العلاقة الزوجية من اضطراب وسوء التوافق العاطفي، وعدم الاحترام والتفاهم المتبادلان كما سجل لدى جل الحالات كما أن الشك في القرين زعزع الثقة بين الزوجين فكانت التهم متبادلة، كما عرفت العلاقة الزوجية تملص أحد طرفي العلاقة من المسؤولية، وعدم إدراك مطالب الحياة الزوجية وما تقتضيه من حقوق وواجبات، ذلك وغيره ما أثر على التوافق الزواجي نتيجة ما تحمله المرأة من أفكار وسواسية توافق ذلك مع دراسة أديز التي توصلت إلى أن الأفكار اللاعقلانية والتصورات الخاطئة عن القرين والقلق والغضب

ونقص مهارات الاتصال والفضولية ارتبطت بانخفاض التوافق الزواجي(محمود،2006،80) تأكد ذلك من خلال ما أفصحت عنه حالات الدراسة.

فقد أشارت الدراسة التي قام بها"فرانك وافري وليام(1988) إلى أن متغيرات التعاطف بين الأزواج والقدرة على ضبط الانفعالات والاكتفاء الذاتي، وتوكيد الذات مع القرين، والتعبير عن الاحترام كانت من أهم العوامل التي ترتبط بالتوافق الزواجي.(دلال،2017،18). وهذا ما لم يتحقق لدى الحالات من خلال خطاباتها، وما كشفت عنه نتائج اختبار التوافق الزواجي ل"أسامة عبد الرزاق" الذي سجل انخفاضا في درجات التوافق، وارتفاع درجات اللاتوافق بين الزوجين، في جل أبعاد الاختبار المشار إليها أعلاه، والتي تفاوتت درجاتها بين الحالات وإن كانت متقاربة في مجملها.

الفرضية الثالثة: تبين من خلال نتائج الدراسة تأثير الأفكار الوسواسية على التوافق الاجتماعي للحالات لما عرفته العلاقات الأسرية والاجتماعية من تصدع واضطراب نتيجة الشكوك في المقربين باعتبارهم من وراء الكيد بالحالة والاضرار بها من جهة ولجوء بعض الحالات إلى العزلة تفاديا لتساؤلات المحيطين عن علاقتهن الجنسية وما تعانيه البعض من عقم كان له بالغ الأثر على معاشهن النفسي وتوافقهن الزواجي والاجتماعي. توافق ذلك مع ما جاء في خطابات الحالة. فقد أشار السيد(2009) إلى تأثير اضطراب الوسواس القهري على التكيف النفسي والاجتماعي للمصابين به، وتوصلت دراسته إلى أن السلوك الذي يمارسه المصابون بالوسواس يكون مشحونا بالتوتر ويصاحبه قلق، فضلا عن الشك خلال تعاملهم مع الآخرين(السيد،134،2009).

خاتمة: ان ما يمكن استخلاصه من دراستنا لهذا الموضوع أن هناك شريحة من النساء تعاني من اضطراب في علاقتها الجنسية الزوجية، والتي قد تظهر بوادرها من أول ليلة الزفاف، إذ على إثرها قد تبني المرأة أسباب الاضطراب على تفسيرات غير موضوعية، ممثلة في تأثير السحر على صحة علاقتها الجنسية، عزز تلك التفسيرات والتصورات ثقافة المريض وتأثيرات المحيط ، وكذا ما يلمسه المريض من أدوات ومؤشرات مؤكدة، وهذا ما دفع عينة الدراسة إلى التماس العلاج من المعالجين الشعبيين، باعتبارهم أنهم

وحدهم من يملكون قدرة التعامل مع مشكلاتهم، وكون العلاج من جنس تفسيراتهم للاضطراب.

قد أكدت الدراسة الميدانية مدى تأثير الأفكار الوسواسية على صحة العلاقة الجنسية الزوجية وعلى المسار العلاجي، وقد سجل إقبال حالات الدراسة على العلاج التقليدي الذي تعتقد في فاعليته، وبخاصة الرقية الشرعية كونها مستمدة من المرجعية الدينية، الأمر الذي يستوجب مزيدا من البحث والدراسة لحماية هذه الشريحة من مخاطر ما يترتب عن بعض الممارسات العلاجية الشعبية من انعكاسات وتبعات سلبية التي تزيد الجروح عمقا والاضطراب حدة والمريض معاناة، لما قد ينتج عنها من اضطرابات نفسية أو عقلية أو جسدية تهدد أمن وصحة الفرد وتتطلب جهدا ووقتا وكلفة لعلاجها.

لذلك ونظرا لما تحمله شريحة من المجتمع من تصورات وتفسيرات غير موضوعية للظواهر الماورائية التي يعتقد في تأثيراتها على الصحة وتعطيل المشاريع، يتطلب من الباحثين والمهتمين بالصحة، والأنتروبولوجيين، والمختصين كل في مجال تخصصه، البحث عن آليات وسبل ليحظى التفكير العلمي والتفسير المنطقي الموضوعي مكانته في تنوير العقل وتطهيره من التفكير الخرافي، الذي غابت في ظله الأنا المثقفة لدى شريحة من حاملي الشهادات العليا من الذين يعتقدون في تأثير القوى الغيبية على الصحة، ويستنجدون بمن يعتقد في كرامتهم وقدرتهم على التعامل مع هذه القوى لحل مشكلاتهم أم علاج أمراضهم واضطراباتهم، التي قد يجد الطب نفسه عاجزا عن علاجها وتفسيراتها. فكيف يتعامل الأخصائي مع تلك الحالات التي تعتقد في تأثير هذه القوى على صحتها وأنها سبب معاناتها؟ وهل لهذه القوى فعلا سلطة التسلط والتلبس بالإنسان والتأثير على صحته النفسية والعقلية؟

فهذه التساؤلات وغيرها اختلفت حولها الآراء وبخاصة رجال الدين وحتى بعض الباحثين. ذلك ما يتطلب مزيدا من والدراسات العلمية وبخاصة العيادية الميدانية منها مع حالات تتجرع المعاناة في ظل واقع سوسيوثقافي يفرض فيه العلاج الشعبي نفسه لما يعرفه من رواج وإقبال حتى من قبل شريحة من المثقفين وحاملي الشهادات العليا. من خلال ما أفرزه الواقع وما كشفت عنه نتائج الدراسة .

6-صعوبات البحث:

إنه رغم الصعوبات التي تواجه كل باحث فإنه تم التعامل معها بكل مرونة واستثمار ما توفر من إمكانات للحصول على المعلومات الكافية لتحقيق أهداف البحث ومن أهم الصعوبات التي واجهت الباحث في دراسته ما يلي:

- صعوبة الاتصال بالحالات كون الموضوع يشكل تابو يكتسي طابع المحافظة، وكون الحالات لا تقبل إلا على العلاج الشعبي الذي لا تفتح فيه الملفات للمفحوص.وبذلك فإن علاقة الباحث بالمعالجين الشعبيين مهدت له الطريق للاتصال بالحالات بتوجيه منه، تم الاتصال ببعضها بمقر المعالج كما وجهت بعضها إلى المؤسسة الاستشفائية محل حدود الدراسة المكانية.
- غياب ثقافة العلاج النفسي لدى جل الحالات، والاعتقاد الجازم في العلاج الشعبي بخاصة ما تعلق منه بالرقية الشرعية التي تعرف رواجا وانتشارا في مجتمع الدراسة، إلا أن فاعلية هذا الأخير النسبية جعلت الباحث يقنع الحالات بالاقبال على العلاج النفسي بناء على إحالة المعالج الشعبي الذي أكد للحالة خلوها من أي مرض روحي.
- انقطاع الحالات عن الجلسات، ورفض العلاج بالمؤسسات الصحية لاعتبارات ثقافية واجتماعية تختلف بين الحالات.
- عدم توفر الظروف والأجواء الملائمة لإجراء المقابلات، وقلة الإمكانات والوسائل المطلوبة لضمان السير الحسن للدراسة والتكفل الفعلي بالحالات. ورغم ذلك فإن الباحث وظف ما توفر لديه من أدوات بحثية، وما تلقاه من مساعدة من قبل المعالج الشعبي وفريق المؤسسة الاستشفائية لاستقبال الحالات.

8-المقترحات والتوصيات: إن ما يمكن اقتراحه في نهاية هذه الدراسة ما يلي:

1-المزيد من البحوث والدراسات لتناول الموضوعات التي تشكل تابو في المجتمعات التي يكتسيها طابع المحافظة في الكشف عن معاناة الحالات، تصحيحا لما تحمله من تمثلات ثقافية وتفسيرات غير موضوعية لأسبابها وسبل علاجها.

2-إعداد بروتوكول علاجي تراعى من خلاله ثقافة المريض وتصوراته للمرض، وطرق علاجه، يمكن الأخصائي الممارس من التعامل مع الخلفية الثقافية للمريض في ظل واقع سوسيو ثقافي يفرض نفسه ويعرف في فضائه العلاج النفسي عزوفا وتصورا سلبيا. بالمقابل يعرف العلاج الشعبي رواجا وانتشارا واسعا وإقبالا حتى من شريحة حاملي الشهادات الجامعية ومتقلدي المناصب العليا.

3-التكوين الميداني الفعال للأخصائيين النفسيين والممارسين منهم بخاصة، بإيجاد مراكز تكوين متخصصة، كقيمة إضافية لما تقدمة الجامعات من جهود ودراسات أكاديمية التي يغلب عليها الطابع النظري، على أن يتم ذلك في ظل التكوين المستمر أثناء الخدمة للعاملين في القطاع العمومي أو العيادات الخاصة على حد سواء، وتشجيع الدورات المتخصصة التي تنظمها المراكز الخصوصية للغرض ذاته.

4-يحبذ أن يكون المعالجون النفسيون من الجنسين في العيادة النفسية العمومية، لتعطى للمريض حرية التوجه نحو جنس المعالج في الكشف عن مشكلاته واضطرابه الذي يعد بالنسبة له تابو يحظر الإفصاح عنه للجنس الآخر، ذلك لإمكانية التكفل الفعلي بالحالات وضمانا لفاعلية العلاج إلى أن ينتشر الوعي وثقافة العلاج النفسي، فيما عرفه العلاج الطبي في بدايته، من تحفظ في إقبال النساء على الطبيب، ولا تزال مخلفاته لدى البعض لاعتبارات ثقافية ودينية واجتماعية.

قائمة المراجع:

1. المنجد في اللغة والأعلام (1981) ، المطبعة الكاثوليكية ، دار الشروق ، بيروت ، ط 25
2. سهيل إدريس(2010)، المنهل(قاموس فرنسي عربي)، دار الأدب للنشر والتوزيع،لبنان، بيروت،ط42
3. أبو هندي،وائل(1998) الوسواس القهري من منظور عربي،مكتبة النهضة العربية، مصر ، القاهرة.
4. أبو هند وائل(2003)، الوسؤاس القهري من منظور عربي إسلامي،عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والفنون، الكويت.
5. ابراهيم سالم الصيخان(2010)،الاضطرابات النفسية والعقلية، دار الصفاء للنشر والتوزيع،الأردن،ط1
6. أديب محمد الخالدي(2015)،علم النفس الإكلينيكي، في التدخل العلاجي، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة،عمان،الأردن،ط1
7. أديب محمد الخالدي(2006)، الصحة النفسية، نظرية جديدة، دار وائل للطباعة والنشر،عمان،ط1
8. أدوارد بريمنن،تريب جورج رزق (د.س)، المشكلات الجنسية، أسبابها وعلاجها، منشورات دار الآفاق الجيدة، بيروت.
9. أحمد عكاشة(1999) ،المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض،تصنيف الأمراض النفسية والسلوكية(cim :10)،ترجمة وحدة الطب النفسي،منظمة الصحة العالمية، المكتب الاقليمي لشرق المتوسط، جامعة عين شمس، القاهرة.
10. أحمد عزت(1964)، الأمراض النفسية والعقلية،دار المعارف، القاهرة،ط1
11. أسعد شريف الإمارة(2014)،علم نفس الشواذ، دار الصفاء للنشر والتوزيع،الأردن، عمان.
12. أحمد عبد اللطيف أبو أسعد،سامئ محسن الختاتنة(2014)،سيكولوجية المشكلات الأسرية،دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان،الأردن ،ط2
13. أسامة فاروق مصطفى(2015)،مدخل الى الاضطرابات السلوكية،دار المسيرة للنشر والتوزيع،عمان الأردن،ط4.
14. أسامة، سعيد، حمدونة. (2014). الانعكاسات النفسية للعقم لدى عينة من الزوجات غير المنجبات في مدينة غزة. مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية، المجلد الثاني، العدد8.
15. اسماعيل قيرة، عبد الحميد ديلمي، سليمان بومدين(د.س) التصورات الاجتماعية ومعاناة الفئات الدنيا، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع، عين مليلة، الجزائر.
16. إسماعيل علوي، بن عيسى زغبوش(2009) ، العلاج النفسي المعرفي ، عالم الكتب الحديث للنشر والتوزيع ، الأردن ، ط 1.

17. آرثر.ي.جونجسما، ك.مارك بيترسون(1998)، خطة العلاج النفسي، ترجمة، عادل دمرداش، مراجعة،د. لطفي فطيم، ، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
18. باسمة كتال(1993)،سيكولوجية المرأة،عز الدين للطباعة،بيروت،ط1
19. بدرة معتصم ميموني(د.س)، الاضطرابات النفسية عند الطفل والمراهق،ديوان المطبوعات الجامعية.
20. بن عبد الله محمد(2010)، سيكولوجية الشخصية المغاربية، ديوان المطبوعات الجامعية،الجزائر.
21. البشير سعاد(2007)، كيف تتخلص من الوسواس القهري،غراس للنشر،الكويت،ط1
22. بيير داكو(2002)، العصاب والأمراض الذهانية، ترجمة رعد اسكندر،أركون بيثون، ، مكتبة التراث الاسلامي، الاسكندرية ، القاهرة.
23. د.بيير شنيارة وآخرون(2001).دليل الصحة النفسية للأطباء والعاملين في الرعاية الصحية الأولية،وزارة الصحة بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية،سوريا ،دمشق.
24. بثينة السيد العراقي (2000)،أسرار في حياة المطلقات، دار طويق للنشر والتوزيع، الرياض،ط2.
25. جيتر(1996)، معالم الرغبة الجنسية عند المرأة ،ترجمة طلال حرب ، دار الأمير للثقافة والعلوم، لبنان، بيروت، ط2.
26. جوليان روتر ، ترجمة محمد هنا(1980) ، ديوان المطبوعات الجامعية ، الجزائر.
27. الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية الطبعة الخامسة(2013)،الرابطة الأمريكية للكتب الأمريكية للأطباء النفسيين،الولايات المتحدة (dsm /5).
28. هبة محمد عبد الحميد(2008)، موسوعة علم النفس والتربية، دار البداية ،الأردن، عمان،ط1
29. هند رشدي(2010)،علاج الوسواس القهري بالبرمجة اللغوية العصبية،الدار العالمية للكتب والنشر،دار طيبة للطباعة،الجيزة،مصر،القاهرة،ط1.
30. حسان، المالح (1997)، الطب النفسي والحياة، دار الاشرافات،دمشق،ط1
31. حسان المالح(1998)، الطب النفسي والحياة،الكتاب الأول، دار الإشراقات للنشر والتوزيع الخدمات الطباعية،سريا، دمشق،ط2-
32. حسان المالح (2001)، فوائد نفسية، الدار الشامية، بيروت.
33. حسن عبد الحميد، أحمد رشوان(د.س) ،علم اجتماع المرأة
34. حسين مرعي(2006) ، الثقافة الجنسية ، دار مكتبة الهلال للطباعة والنشر ، بيروت ، د.ط .
35. الحنفي عبد المنعم(1978)،موسوعة علم النفس والتحليل النفسي،مكتبة مديولي،القاهرة.

36. الحنفي عبد المنعم(2001)، الموسوعة النفسية الجنسية، مكتبة مديولي، القاهرة،ط2.
37. حسون، تيسير(2007) ، المرجع السريع إلى الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية ، جمعية الطب النفسي الأمريكية ، دمشق .
38. طارق كمال (2005)، الصحة النفسية للأسرة، الإسكندرية، القاهرة.
39. يوسف مراد (د.س)، سيكولوجية الجنس، دار المعارف، القاهرة، ط2
40. يحي مرسي عيد بدر(2007)،أصول علم الإنسان، الأنتروبولوجيا الطبية، الجزء الثاني، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية،ط1
41. كلثوم بلميهوب(2012)،الاستقرار الزواجي،الكتاب الالكتروني،شبكة العلوم النفسية،العدد 24
42. كمال ابراهيم مرسي(1995)، العلاقة الزوجية والصحة النفسية في الإسلام وعلم النفس، دار القلم للنشر والتوزيع، جامعة الكويت، عمان، ط2.
43. كمال علوان الزبيدي ، أشواق صبر ناصر(2014) .علم النفس الجنسي ، دار الصفاء للنشر والتوزيع ، عمان، الاردن، ط 1.
44. كمال دسوقي،(1990)، ذخيرة علم النفس،وكالة الأهرام للتوزيع،القاهرة
45. كمال،ع(1984)،الجنس والنفس في الحياة الإنسانية ،المؤسسة العربية للدراسات والنشر، بيروت.
46. كفافي علاء الدين(1999)،الإرشاد والعلاج النفسي الأسري، دار الفكر العربي، مصر،القاهرة.
47. لطفي الشربيني ، مراجعة عادل صادق ، معجم مصطلحات الطب النفسي ، تعريب مركز العلوم الطبية ، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي .
48. لطفي الشربيني(1999) الاضطرابات النفسية ،حقائق ومعلومات، مؤسسة دار الشعب، القاهرة،ط1
49. لي باير (2010)،الوسواس القهري،علاجه السلكي والدوائي، ترجمة محمد عيد خلودي، منشورات الهيئة العامة السورية للكتاب،وزارة الثقافة،دمشق.
50. لطيفة زروالي(2014)،علم النفس المرضي للراشد،منشورات دار الأديب،الجزائر.
51. مجدي عبد العزيز ابراهيم(2006)، موسوعة المعارف التربوية، عالم الكتب، القاهرة،ط1.
52. د.مجدي أحمد محمد عبد الله(2012) علم النفس المرضي،دراسة في الشخصية بين السواء والاضطراب،دار المعرفة الجامعية،الإسكندرية،مصر.د.ط
53. مجدي عبد العزيز ابراهيم(2006)،موسوعة المعارف التربوية،عالم الكتب،القاهرة،ط1
54. محمد جاسم العبيدي(2009)،علم النفس الإكلينيكي،دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان،الأردن،ط.1.

55. محمد جاسم العبيدي(2009)، مشكلات الصحة النفسية،أمراضها ،علاجها،دار الثقافة للنشر والتوزيع،عمان، الأردن،ط1.
56. محمد، خليفة بركات (1977)،دار القلم، علم النفس التربوي في الأسرة، ط1.
57. محمد عودة الريماوي وآخرون(2014)، علم النفس العام،دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة،عمان، الأردن،ط5.
58. محمد محمد قاسم الطيشي، وآخرون(2009)،الكامل دليل الطب النفسي العام،وطب نفس اللأطفال للأطباء العاملين في الرعاية الصحية الأولية،الجمهورية اليمنية، صنعاء.
59. محمود المهدي الأسطنبولي (د.س) ،تحفة العروس، دار المعرفة
60. محمود هاشم الودرني(1986)،مدخل إلى الطب النفسي وعلم النفس المرضي،دار الحوار للنشر والتوزيع،ط1
61. محمود قمر فلاتة(2008)، التوافق الزواجي بين الوالدين وعلاقته بمفهوم الذات، رسالة دكتوراه، جامعة أم القرى،المملكة العربية السعورية.
62. محمود كاظم محمود التميمي(2014)، الصحة النفسية، مفاهيم نظرية وأسس تطبيقية، دار صفاء للنشر والتوزيع، الأردن، عمان،ط2.
63. مصباح، الهلي (2017). استبيان المعتقدات الخرافية الشائعة في الجزائر، مجلة العلوم النفسية والتربوية، جامعة الوادي، الجزائر، العدد5، ج1، شهر سبتمبر.
64. معصومة سهيل المطيري(2005)،الصحة النفسية،مفهومها ،اضطرابها،مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع،الكويت،ط1
65. مروان أبو عريج،عصام الصفدي(2009)، المدخل إلى الصحة النفسية، دار المسيرة للنشر التوزيع،الأردن،ط1.
66. ميخائيل أسعد(1994)،علم الاضطرابات السلوكية، دار الجيل، بيروت،ط1
67. نبيهة صالح السامراني(2007)،أعراض الأمراض النفسية العصابية،دار المناهج للنشر والتوزيع،الأردن،ط1
68. سامر جميل رضوان (2009)، الصحة النفسية ، دار المسيرة، عمان، الأردن،ط3.
69. السيد فهمي على(2009)،علم نفس الصحة،الخصائص النفسية الإيجابية للمرضى الأسوياء،دار الجامعة الجديدة للنشر،الاسكندرية،القاهرة،د.ط
70. سعيد حسني العزة،(2004)،تمريض الصحة النفسية، دار الثقافة للنشر والتوزيع،عمان، الأردن،ط1.
71. سعيد حسني العزة(2000)، الإرشاد الأسري، مكتبة الثقافة للنشر والتوزيع،الأردن، عمان، ط1
72. سهيل حسين سماحة(1984) ، معجمي الحي ، مكتبة سمير ، ط .1
73. سعفان محمد أحمد(2003)،اضطراب الوسواس والأفعال القهرية، مكتبة زهراء الشرق،القاهرة.

74. سمير عبده(1994)، التحليل النفسي للمكاشفة الباطنية، التفكير البدائي، دار علاء الدين، دمشق،ط1
75. عبد العلي الجسماني(1998) ، الأمراض النفسية ، الدار العربية للعلوم ، لبنان، ط 2
76. عبد الله جاد، محمود.(2006). التوافق الزواجي في علاقته ببعض عوامل الشخصية والذكاء الانفعالي، كلية التربية، القاهرة.
77. عبد المحسن، صالح.(1979)، الإنسان الحائر بين العلم والخرافة، عالم المعرفة، سلسلة كتب ثقافية شهرية، المجلس الطبي للثقافة والفنون والأدب، الكويت.
78. عبد القادر، العصير(1999)، الأسرة المتغيرة في مجتمع المدنية العربية، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت ،ط1.
79. عبد الرحمان الراني(2009)، مدخل إلى علم النفس، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر،ط4.
80. عز الدين جميل عطية(2003)، الأوهام المرضية أو الضلالات في الأمراض النفسية والعنف،عالم الكتب والنشر والتوزيع والطباعة، القاهرة، ط1.
81. عزي شهدي(2012)،دليل السعادة الجنسية،دار الكتاب العربي،دمشق ،ط1.
82. علي عبد الرحيم صالح(2014)،علم نفس الشواذ،الاضطرابات النفسية والعقلية،دار صفاء للنشر والتوزيع،عمان ، الأردن،ط1
83. علي القائمي(1996)،الوساوس والهواجس النفسية،دار النبلاء،التبيان للترجمة، بيروت،ط1
84. علي محمود كاظم الجبوري،كريم فخري هلال الجبوري(2014)، الصحة النفسية علما وتطبيقا،دار الرضوان للنشر والتوزيع، الأردن،عمان،ط1
85. عبد السلام حامد زهران(2005)، الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب للنشر والتوزيع الطباعة،مصر ، القاهرة،ط4
86. د.عبد العزيز حدار(2013)، تشخيص اضطرابات الشخصية،جسور للنشر والتوزيع، المحمدية، الجزائر،ط1.
87. عبد الرحمان العيسوي(1999)،علم النفس الطبي،دار الغريب الجامعية،مصر، القاهرة،ط1
88. عبد الرحمان العيسوي(1999)، علم نفس الشواذ والصحة النفسية، دار الراتب الجامعية،مصر،ط1
89. عبد المنعم الحنفي(1994) موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، مكتبة مديولي، القاهرة ،ط4
90. عبد الخالق أحمد محمد(2002) الوسواس القهري، التشخيص والعلاج،مكتبة الكتب الوطنية ،الكويت،ط1
91. علي محمد يزيد لرينونة(2015)،أسس علم النفس،جسور للنشر والتوزيع، المحمدية، الجزائر،ط1

92. العنزي، فهد بن سعيد(2007) الوسواس القهري وعلاقته بالعوامل الخمسة الكبرى،رسالة ماجستير،كلية العلوم الاجتماعية،جامعة نايف للعلوم الأمنية.
93. عطوان محمد ياسين(1981)، علم النفس العيادي الإكلينيكي، دار العلم للملايين،لبنان،ط1-
94. فايد حسين(2001)، الاضطرابات السلوكية، تشخيصها ،أسبابها،علاجها، -د.ب ،ط1
95. فايد حسين(2005)، العلاج النفسي، مؤسسة دبية للنشر والتوزيع، مصر/ القاهرة،ط2
96. فؤاد السيسي(2010)،الاكتئاب مشكلة العصر،دار القروان للنشر والتوزيع،القاهرة،ط1
97. فوزية الدريع (د.س)، برود النساء، دراسة علمية، المؤسسة العربية للدراسات والنشر، لبنان، بيروت.
98. فيصل عباس(1994)،أضواء على المعالجة النفسية، دار الفكر اللبناني، بيروت،د.ط
99. فيصلعباس(1997)،الشخصية(دراسة حالات)،المناهج ،التقنيات،الاجراءات،دار الفكر العربي للطباعة والنشر، بيروت،ط1
100. فهمي مصطفي(1967)، علو النفس الإكلينيكي،دار مصر للطباعة، القاهرة،د.ط
101. صالح معاليم(2008)، محاضرات في الأمراض النفسية الجسدية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
102. صولة، فيروز(2014)، المتغيرات الاجتماعية لتصور المرض وأساليب علاجه، أطروحة دكتوراه علوم، جامعة محمدخضير، بسكرة، الجزائر.
103. راغد أسعد(2007)،كيف تتحرر من مخاوفك وهواجسك،دار الفكر العربي للطباعة والنشر والتوزيع،بيروت ،لبنان،ط.1
104. رشاد علي عبد العزيز(د.س)،الجنس والصحة الجنسية،عالم الكتب،القاهرة.
105. رضوان ،سامر جميل(2007) الصحة النفسية، دار المسيرة للنشر والتوزيع،الأردن ،عمان،ط.2
106. رضوان،سامر جميل(2009)،الصحة النفسية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن، عمان،ط3
107. شلبي محمد أحمد، الدسوقي محمد ابراهيم، زيزي السيد ابراهيم(2014)تشخيص الأمراض النفسية للراشدين ، مستمدة من المراجعة الرابعة والخامسة، مكتبة الأنجلو المصرية،القاهرة،ط1
108. رياض نايل العاسمي (2016)، العلاج النفسي، منشورات جامعة دمشق، كلية التربية.
109. رياض نايل العاسمي،(2016)، علم الأمراض النفسية، دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ط1.

110. رياض نايل العاسمي (2016)، علم نفس الصحة الإكلينيكي،ج1،، دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع، عمان، الأردن،ط1.
111. 111 غالب محمد المشيخي(2014)،أساسيات علم النفس،دار المسيرة للنشر والتوزيع والطبعة،عمان،ط3
112. عبد الله معمر، الطب الشعبي، حقيقة العلاج وثقافة العلاج، جامعة صنعاء، مقال علمي نشر بتاريخ:29 /06/2010
113. Munamer171blogspot.com .
114. محمد حامق، تصورات المرض وأشكال العلاج في الجزائر بين الدين والطب، رسالة ملتقى علمي، جامعة معسكر. http://adfly/hum59.
115. فكري عبد العزيز، الشعوذة دليل الخواء الروحي www.yabey ro ueh.com
116. إدريس، مقبوب،(2016)، مجلة الثقافة الشعبية، البحرين، العدد.34.
117. Upload /issues/issue34.pdf
118. بن أحمد قويدر، التمثلات الثقافية للعلاج ووظيفتها في المسار العلاجي للمكتئب الراشد،جامعة وهران،2010-2011.
119. بلعباس نادية، أنماط الاتصال وعلاقتها بجودة الحياة الزوجية، جامعة وهران،2015-2016.
120. دلال، سلامي،(2017)، علاقة الذكاء العاطفي بالتوافق النفسي والاجتماعي والزواجي، أطروحة دكتوراه،جامعة العربي بن مهيدي، أم البواقي، الجزائر.
121. نجمة اللاكي بركة التباوي (2012)، التوافق الزواجي وعلاقته بضغوط العمل لدى موظفي وموظفات جامعة بنغازي، رسالة ماجستير، كلية الأدب، جامعة بنغازي.
122. فرحان بن سالم، ربيع العنزي(2009)، دور أساليب التفكير معايير اختيار الشريك وبعض المتغيرات الديمغرافية في تحقيق التوافق الزواجي، رسالة دكتوراه، جامعة أم القرى،المملكة العربية السعودية.

المراجع باللغة الأجنبية:

1. Alberto ;P et Atroutmam ;(1986) :Applied Bahavior analysis ;for teachers colomvus merrilla belland howeni.
2. Alain Sauteraud(2005) Le trouble obsessonel-compulsif ; le manuel du thérapeute ;odile Jacob ;parie.
3. Bernard.P etTrouvé.S(1977) ;Sémiologie psychiatrique ;masson ;Paris ; p.58
4. Cottraux, J. Blackburn. I. M (2001) ,Thérapies cognitive de la personnalité. Parie . Masson
5. Comer Ronald J.(2014) abnormal psychology.seventh Edition.new york :worth publishers.
6. Durand.v .M. Barlow.D.H.(2002) : psychopathologie, une perspective multimensionnelle trad : M. gottschalk. De beeck.bruwelles.
7. Derksen ; J.(1995) ;Personality disorders clinical and treatment based on dsmlvan(CD /10 chichester ;john viley et sous.

8. E.Durkheim.(1967).sosiologie et philosophie.Edition puf.Paris.p113.
9. Eliane ;Ferrague.(2001).la psychopathologie de la douleur ;évaluation thérapies prévention.Paris.p12
10. Gasman / J.F.Allilaire / psychiatrie del enfant et l adolescent et de l adulte.
11. Gzagumyt.Atran , Jmservati (2000), psychiatrie, Edition,Estem,Paris
12. Hill. J (2005) childhood experiences in the development of personality disorders. Psychiatry. Volume 4.issue 3 .p 8-11
13. J.Abric.(1998).coopération ; compédetion ; représentation.Docales.France.p64.
14. Julien, vidal ; patrick, rateau ; pascal ; moliner.(2006), les representations en psychologie sociale du livre coll. Dans les concepts de representation en psychologie sous la direection de nathalie blanc, edit in press.l anthropologie, puff,2 édition,parie, p14
15. Jean.guyotat.(1978).psychothérapie médicale.Edit masson
16. Johns et al (1976) health for effective 1living.new york.mc graw hill co
17. kiston et sussman(1982) ;marital complants demographie characteristic and symptoms of mentol distress in divorce.journol of marriage and the or effecti family.
18. Marie Madeleine.Ravillon.(2007).les origines de la frigidité chez la femme. article publier le 28/12/2007. www.relation.aide.com
19. Martine Betou Bascaules. Santé sexuelle au féminin ;www.ff35.fr
20. Moscovici.(1992).Psychologie social. 07 édition puf.p48.
21. Nobert, siliamy (1997), larousse dictionnaire de la psychologie
22. La plantine.(1993).éthnopsychiatrie psychologique.p131.
23. Liberman et al(1980) ;handbook of maritol therapy ;new york ;plenum ;press.
24. Olivier schnitz.(2006).soigner par l'invisible.édit imago.paris.
25. Patricia Joly.coll.(2005). Représentations culturelles. Itinéraires thérapeutiques et santé mentale infantile en guadaluperevue la psychiatrie de l'enfant.2.482.p542.
26. Pascol ;Molinercoll(2002) ;les 4 représentations sociales presse-universitaire de granoble ;puff ;p52
27. Pierre Daco(1973) ;les prodigieuses victoires de la psychologie moderne ;Paris.
28. Pierre,Bonte, Michel ,Izard (1992) dictionnaire de l'enthnologie.
29. Rascke et al(1986) ;hand book of marriage and family ;new york ;pienum.
30. Serge ;Mascovici.(1990).psychologie sociale ;3Edit.p36
31. Wilson ;G .terence ;nathon ;peter ;E ;o'leary ;k.(1996)daniel and vlark ;lee anna :Abnormal psychology integrating perspective ;allyn and bacon ;boston.
32. williamson ;R.C(1972) ; marriage and family relation ;new york ;p336

.

الملاحق

الملاحق:

مقياس تشخيص اضطراب الشخصية(ملحق1)

	البنود (السمات)	نعم	لا
01	أتجنب العمل مع الأشخاص الذين ينتقدونني		
02	لا أستطيع أن أتخذ أي قرار دون نصيحة أو سند الآخرين		
03	غالبا ما أضيع في التفاصيل وتغيب عني النظرة الشاملة		
04	أنا بحاجة أن أكون مركز اهتمام الجميع		
05	لقد أنجزت الكثير من الأمور أكثر مما اعترف به الناس		
06	سأفعل كل شيء لكي أتجنب أن يهجرني المقربون مني		
07	لقد اشتكى الآخرون لكوني لست على مستوى عال مهنيا أو أنني لا أفي بالتزاماتي		
08	لقد كانت لي مشاكل مع العدالة في العديد من المرات(أو يمكن أن تقع لي مشاكل)		
09	لا أهتم بتمضية الوقت مع عائلتي ومع أصدقائي		
10	تصلني رسائل خاصة حول ما يحدث حولي		
11	أعرف أن الناس يستغلونني أو يحاولون ذلك إذا ما تركت لهم المجال مفتوحا		
12	أحيانا أحس أنني مرتبك		
13	لا أرتبط بالأشخاص إلا حينما أكون متيقنا أنهم يحبونني		
14	أنا عادة مكتئب		
15	أفضل أن يكون الآخرون مسؤولين عني		
16	أضيع الكثير من الوقت في محاولة القيام بالأشياء بإتقان		
17	أنا أكثر جاذبية من الآخرين		
18	أتفاجأ غالبا من كوني أفكر في ذاتي كشخص مهم أو كشخص مهم الذي سأصبحه ذات يوم		
19	إما أن أحب الشخص وإما أن أكرهه ليس هناك حالة وسط بين ذلك		
20	أتشاجر غالبا بدنيا		
21	أشعر جيدا بأن الآخرين لا يهموننني أو لا يقدرونني		
22	أحبذ أن أقوم بالأشياء بمفردي على أن أقوم بها صحبة الآخرين		
23	أنا قادر على معرفة بعض الأشياء التي ستقع في المستقبل قبل أن تحدث		
24	أنا غالبا ما أتساءل إذا ما يستحق الأشخاص الذين أعرفهم كل ثقتي		

25	في بعض الأحيان أتحدث عن الأشخاص ي غيابهم(الغيبة)		
26	أنا أتحاشى الدخول في علاقة حميمة لأني أخاف أن أكون مثيرا للسخرية أو أضحوكة		
27	أخشى أن أفقد مساندة الآخرين إذا لم أكن متفقا معهم		
28	أعاني من نقص تقدير الذات		
29	أضع عملي قبل العائلة والأصدقاء أو التسلية(الترفيه)		
30	أظهر بسهولة انفعالاتي		
31	هناك بعض الأشخاص فقط الذين في مقدورهم أن يقدروني أو يفهموني		
32	أتساءل من أكون حقيقة		
33	أجد صعوبة في تسديد فواتري لأنني لا أبقى دائما ولمدة طويلة في نفس العمل		
34	لا يهمني الجنس بكل بساطة		
35	يجدني الآخرون حساسا وغضوبا		
36	يحدث لي غالبا أن أدرك أو أشعر بأمور بينما الآخرون لا يدركونها بتاتا		
37	سيستخدم الآخرون صدى ما قلته عن نفسي		
38	يوجد أشخاص لا أحبهم		
39	أنا جد حساس للنقد والنبذ أكثر من معظم الناس		
40	أجد صعوبة في إنجاز شيء إذا كان لازما علي القيام به بمفردي		
41	أتمتع بضمير أخلاقي حي أفضل من الآخرين		
42	أنا أنتقد نفسي بشدة		
43	أستخدم مظهري لأستقطب(لجلب) الانتباه الذي أحتاجه		
44	لدي حساسية من أن الناس يلاحظونني ويطرونني		
45	لقد حاولت أن أجرح نفسي أو أن أنتحر		
46	لقد قمت بالكثير من الأشياء دون التفكير في عواقبها		
47	لا يوجد الكثير من النشاطات التي تثير اهتمامي		
48	غالبا ما يجد الناس صعوبة في فهم ما أقوله		
49	أعارض شفويا مسؤولي عندما يوضحون لي الكيفية التي أنجزت بها الأشياء		
50	أنا جد منتبه في تحديد المعنى الحقيقي لما يقوله الناس		
51	لم أدل بأي كذبة إطلاقا في حياتي		
52	أخشى أن ألتقي بأشخاص جدد لأنني أشعر بأنني شخص غير مناسب		

53	أرغب في أن يحبني الناس إلى درجة أنني أتطوع للقيام بأعمال لا أريد القيامبها في الحقيقة		
54	لقد جمعت العديد من الأشياء التي لست بحاجة إليها لكن لست قادرا على التخلص منها		
55	حتى لو أنني أتكلم كثيرا إلا أن الناس يقولون لي بأنني أجد صعوبة في التعبير عن أفكاري		
56	أنا جد مهموم		
57	أنتظر من الآخرين أن يعاملوني بنوع من التفاضلية بينما لا أرضى معاملتهم بالمثل		
58	أنا جد حساس		
59	سهل علي الكذب وغالبا ما أكذب		
60	لست مهتما من أن يكون لي أشخاص مقربون		
61	أنا جد حذر في الغالب مخافة أن يستغلني الناس		
62	أنا لا أنسى ولن أسامح أبدا الذين أساءوا إلي		
63	إنني أغير من الذين يتوفرون على الحظ أكثر مني		
64	إن اندلاع حرب نووية ربما ليست فكرة سيئة		
65	حينما أكون وحيدا أشعر بالحيرة وعدم القدرة على أن أعتني بنفسي		
66	إذا لم يكن بمقدور الآخرين القيام بالأشياء بطريقة دقيقة أفضل أن أنجزها بنفسي		
67	أميل إلى التهويل وما هو درامي		
68	هناك أشخاص يعتقدون أني أستغل الآخرين		
69	يبدو لي أن الحياة ليست لديها أهمية ولا معنى لها		
70	أنا أنتقد الآخرين		
71	لا أنشغل بما قد يقوله الآخرون عني		
72	أجد صعوبة في مواجهة الآخر وجها لوجه		
73	غالبا ما يشتكي الآخرون من أنني لا ألاحظ أنهم مرتبكون		
74	قد يعتقد الآخرون بأني فريد وغريب الأطوار		
75	أحب القيام بالأعمال الخطيرة		
76	لقد كذبت كثيرا في هذا الاستبيان		
77	أشتكي كثيرا من الصعوبات التي تواجهني		
78	أجد صعوبة في التحكم في غضبي أو تعكر مزاجي		
79	بعض الأشخاص يغيرون مني		
80	أنا سهل التأثير من قبل الآخرين		
81	أعتبر نفسي مقتصدا بينما الآخرون يعتبرونني بخيلا		

82	لما تنتهي علاقة حميمية أنا بحاجة إلى أن أعقد فورا علاقة أخرى		
83	أعاني من نقص تقدير الذات		
84	أنا متشائم		
85	لا أضيع وقتي في الرد على الذين يشتمونني		
86	وجودي وسط الناس يجعلني متوترا		
87	في الوضعيات الجديدة أخشى أن أكون غير مرتاح		
88	أنا جد مفزوع من فكرة إلزامية تحمل مسؤولية ذاتي بمفردي		
89	يشتكي الناس من أنني عنيد متصلب الرأي		
90	آخذ علاقاتي بالآخرين بجدية أكثر مما يفعلون هم		
91	أستطيع أن أكون فظا مع شخص ما في لحظة معينة ثم بعد دقيقة أقدم له اعتذاري		
92	يعتقد الآخرون بأنني مغرور		
93	حينما أكون متوترا يحدث أن أصبح متوجسا وشكاكا أو أفقد وعيي		
94	طالما أني أتحصل على ما أريد فلا يهمني أن يتألم الآخرون من جراء ذلك		
95	أحتفظ بمسافة معينة في علاقاتي مع الآخرين		
96	أتساءل غالبا إذا ما كانت زوجتي(زوجي) أو صديقي قد خانني		
97	غالبا ما أشعر بأنني متهم(أو أتهم نفسي)		
98	قمت بالأشياء المذكورة أدناه بطريقة اندفاعية والتي يمكن أن تسبب لي مشاكل		
	ملاحظة:اذكر الأشياء التي تتطابق مع ما قمت به		
أ	تبذير الأموال		
ب	إقامة علاقة جنسية		
ج	شرب الخمر		
د	تعاطي المخدرات		
ه	الأكل بنهم وشره		
و	القيادة المتهورة للسيارات		
99	لما كنت طفلا (قبل سن 15 عاما) كنت أمارس نوعا من الانحراف الطفولي حيث كنت أقوم ببعض الأشياء التالية:		
	(حدد الأشياء المذورة أدناه التي تتطابق مع سلوكك أنذاك) 1-كان الناس يعتبرونني عنيفا وشرسا		

	2-غالبا ما أطلقت الشجار مع الأطفال 3-استعملت السلاح في المشاجرات 4-سرقت واعتديت على أشخاص 5-كنت أتعامل مع الناس بقسوة 6-كنت أتعامل مع الحيوانات بقسوة 7-أجبرت شخصا على إقامة علاقة جنسية معي 8-كنت أكذب كثيرا 9-بت خارج البيت دون ترخيص أو موافقة والدي 10-سرقت أشياء الآخرين 11-أشعلت حرائق 12-كسرت نوافذ أو حطمت ممتلكات الآخر 13-فررت أكثر من مرة من البيت في جنح الليل 14-شرعت في التغيب أكثر من مرة من المدرسة دون عذر قبل سن 13 عاما 15-اقتحمت عنوة منزل أو بناية أو سيارة شخص آخر.		

مقياس بيل براون للوسواس القهري(ملحق2)

1-مقدار الوقت الذي تستغرقه الأفكار الوسواسية:

	0	لاشيء
	1	أقل من ساعة في اليوم أو تتكرر أحيانا(بمعدل 8 مرات فأقل يوميا)
	2	من ساعة إلى 3 ساعات في اليوم أو تتكرر كثيرا(أكثر من 8 مرات في اليوم لكن معظم ساعات اليوم خالية من الأفكار الوسواسية
	3	من 3 إلى 8 ساعات في اليوم أو تحدث كثيرا جدا (تحدث أكقر من 8 مرات في اليوم في معظم ساعات اليوم)
	4	أكثر من 8 ساعات في اليوم أو تحدث بشكل دائم (أكثر من تحملها ونادرا ما تمر ساعة بدون وساوس كثيرة)

2-مقدار التعارض الذي تحدثه الأفكار الوسواسية مع نشاطاتك الاجتماعية والعملية:

	0	لا يوجد
	1	تعارض خفيف مع النشاطات الاجتماعية أو العملية ولكن النشاط العام لا يتأثر
	2	تعارض واضح في النشاطات الاجتماعية أو العملية ولكن يمكن السيطرة عليه
	3	تسبب خللا كبيرا في أداء النشاطات الاجتماعية أو العملية
	4	تسبب خللا بليغا

3-مقدار التوتر والقلق المصاحب للأفكار الوسواسية:

	0	لا يوجد
	1	خفيف (أحيانا) ليس مزعجا
	2	متوسط (غالبا) ومزعج ولكن يمكن السيطرة عليه
	3	شديد (أغلب الوقت) ومزعج جدا
	4	توتر بليغ (دائم) لحد الإعاقة تقريبا

4-مقدار الجهد الذي المبذول في مقاومة الأفكار الوسواسية)بغض النظر عن نجاحك في المقاومة:

	0	لا أبذل جهدا حتى أقاوم دائما(أو أن الأفكار قليلة جدا بحيث لا حاجة للمقاومة)
	1	أحاول أن أقاوم معظم الوقت
	2	أبذل بعض الجهد حتى أقاوم
	3	أستسلم للأفكار الوسواسية بدون محاولة السيطرة عليها وإن حاولت السيطرة فيكون بعد تردد
	4	أستسلم كلية وبإرادتي للأفكار الوسواسية كلها

5-مقدار سيطرتك على الأفكار الوسواسية:

	0	سيطرة تامة
	1	سيطرة كبيرة عادة يمكنني أن أوقف أو أصرف انتباهي عن الوسواس عند بذل بعض الجهد والتركيز
	2	سيطرة متوسطة بعض الأحيان أستطيع إيقاف أو صرف انتباهي عن الوسواس
	3	سيطرة قليلة نادرا ما أنجح في إيقاف الوسواس أستطيع فقط صرف الانتباه وبصعوبة
	4	لا سيطرة نادرا ما أستطيع صرف الانتباه عن الوسواس ولو للحظات قليلة

مجموع الدرجات= ( )

6-مقدار الوقت الذي تمضيه في القيام بالأفعال القهرية:

	0	لا شيء
	1	أقل من ساعة في اليوم أو تقوم بالأفعال أحيانا (لا تزيد عن 8 مرات في اليوم)
	2	من ساعة إلى 3 ساعات في اليوم أو تقوم بالأفعال كثيرا (أكثر من 8 مرات في اليوم ولكن معظم الساعات تخلو من الأفعال القهرية)
	3	أكثر من 3 ساعات في اليوم أو تقوم بالأعال كثيرا جدا (أكثر من 8 مرات في اليوم وخلال معظم ساعات اليوم)
	4	أكثر من 8 ساعات في اليوم أو تقوم بالأفعال بشكل دائم (أكثر من أن تحصيها ونادرا ما تمر ساعة لا تقوم قيها بالأفعال)

7-مقدار التعارض الذي تحدثه الأفعال القهرية في نشاطاتك الاجتماعية والعملية:

	0	لا يوجد
	1	تعارض خفيف مع النشاطات الاجتماعية أو العملية ولكن النشاط العام لا يتأثر
	2	تعارض واضح مع النشاطات الاجتماعية أو العملية لكن يمكن السيطرة عليه
	3	تسبب خللا كبيرا في أداء النشاطات الاجتماعية أو العملية
	4	تسبب عجزا كبيرا

8-مقدار التوتر والقلق الناتج في حال الامتناع عن القيام بالأفعال القهرية:

	0	لا يوجد
	1	قلق بسيط عند الامتناع عن القيام بالأفعال
	2	يظهر القلق لكن يمكن تحمله
	3	قلق واضح ومزعج للغاية
	4	قلق شديد يسبب عجزا بليغا

9-مقدار الجهد المبذول في مقاومة الأفعال القهرية)بغض النظر عن مدى نجاحك في المقاومة:

	0	أبذل جهدا حتى أقاوم دائما(أو أن الأفعال القهرية قليلة بحيث لا حاجة للمقاومة)
	1	أحاول أن أقاوم معظم الوقت
	2	أعمل بعض المحاولات للمقاومة
	3	أستسلم لكل الأفعال القهرية بدون محاولة للسيطرة عليها وإن حاولت السيطرة فيكون بعد تردد
	4	أستسلم كلية وبإرادتي لكل الأفعال القهرية

10-مقدار سيطرتك على الأفعال القهرية:

	0	سيطرة تامة
	1	عادة ما أوقف الأفعال القهرية بصعوبة
	2	أحيانا أستطيع إيقاف الأفعال القهرية بصعوبة
	3	أستطيع بصعوبة أن أؤخر-فقط- الأفعال القهرية لكن يجب علي القيام بها حتى النهاية
	4	نادرا ما أستطيع أن أؤخر القيام بالأفعال القهرية ولو للحظات

مجموع الدرجات= ( )

مجموع الدرجات الكلي= ( )

مقياس التوافق الزواجي(ملحق 3)

	العبارات	لا	نعم
01	كثيراً ما يتجاهل شريك حياتي(زوجتي-زوجتي) مشاعري		
02	.في كثير من المواقف يتعمد شريك حياتي إهانتي أمام الآخرين		
03	.أشعر بأن التفاهم بيني وبين شريك حياتي يكاد يكون معدوماً		
04	اعتقد أن شريك حياتي مسرف أكثر من اللازم		
05	أشعر بافتقاد التعاون بيني وبين شريك حياتي في القيام ببعض الأعمال الخاصة بالأسرة		
06	.أشعر معظم الأحيان بغياب الثقة بيني وبين شريك حياتك		
07	.أعتقد أن شريك حياتي غير قنوع بما يملك		
08	في كثير من الأحيان أشعر بأنني غير سعيد في حياتي الزوجية		
09	أشعر في معظم الأحيان أن شريك حياتي لا يهتم بمشاعري		
11	كثير ما نختلف أنا وشريك حياتي في وجهات النظر المتعلقة بالحياة العائلية		
12	.لا يدير شريك حياتي الأمور المادية بطريقة صحيحة		
13	في كثير من الأحيان يترك لي شريك حياتي كل المسؤوليات الخاصة بالأسرة		
14	في أوقات كثيرة لا يحافظ شريك حياتي على أسرار الأسرة		
15	غالباً يهتم شريك حياتي بنفسه دون الاهتمام بمتطلبات الأسرة		
16	في معظم الأحيان اشعر بعدم الرضا عن حياتي الزوجية		
17	.كثيراً ما أشعر بعدم تبادل مشاعر الحب بيني وبين شريك حياتي		
18	.يتعمد شريك حياتي في معظم الأوقات إهانة كرامتي أمام أقار		
19	غالباً ما تحدث مشادات بيني وبين شريك حياتي بسبب اختلاف آرائنا .في موضوع معين		
20	.أعتقد أن طلبات شريك حياتي أكبر من قدراتنا المادية		
21	.أرى أن شريك حياتي يحملني كل أعباء الأسرة		
22	.كثير ما اكتشف أن شريك حياتي قدكضب علي		
24	في كثير من المواقف اشعر بأنني أستحق حياة زوجية أفضل من التي .أعيشها حال		
25	.نادراً ما يعاملني شريك حياتي بعطف وحنان		
26	كثير ما يحرص شريك حياتي على أن يقلل من شأني أمام الأبناء		
27	يضايقني في معظم الأحيان أن شريك حياتي يصدر القرارات الخاصة بالأسرة		
28	.شريك حياتي يبذر أموالهعلى أشياء ليس لها فائدة		
29	في معظم الأحيان يترك لي شريك حياتي الاهتمام بصحة الأبناء		
30	.في أغلب الأحيان اكتشف أن شريك حياتي قد أخفى الحقيقة عني		
31	شريك حياتي يصرف كل أموالهعلى حاجاته الشخصية دون الاهتمام بمتطلبات الأسرة		
32	أشعر معظم الأحيان بالفشل في حياتي الزوجية		

33	أشعر في أغلب الأوقات بأن شريك حياتي لا يبادلني نفس المشاعر		
34	.يتعمد شريك حياتي في معظم الأحيان أن يعبر عن تفاهة آرائي		
35	نادراً ما يوجد اتفاق بيني وبين شريك حياتي تجاه موضوع معين		
36	كثيراً ما يتضايق شريك حياتي عندما أطلب منه تلبية احتياجات الأسرة		
37	.قليلاً ما يهتم شريك حياتي بدراسة الأبناء		
38	أشعر في معظم الأحيان أن شريك حياتي غير صادق معي في كلامه		
39	أشعر من حين لآخر أن شريك حياتي لا يهتم إلا بنفسه		
40	كثيراً ما أشعر بأنني أقل سعادة من معظم الأزواج والزوجات		
41	أشعر معظم الأحيان بتناقص حب شريك حياتي لي عما كان عليه من .قبل		
42	كثيراً ما يسخر مني شريك حيا أمام الآخرين		
43	كثيراً ما أختلف أنا وشريك حياتي في أسلوب تربية الأبناء		
44	يضايقني أن شريك حياتي يرفض توفير طلبات الأسرة		
45	.شريك حياتي يلقي على مسؤولية تربية الأبناء		
46	.أشعر في معظم الأحيان أن شريك حياتي لا يثق في		
47	.اعتقد أن شريك حياتي لا يفكر إلا في مصلحته		
48	كثيراً ما أشعر بالندم من هذا الزواج		
49	كثيراً ما أفتقد للعلاقة الحميمة بيني وبين شريك حيا		
50	أشعر بأن شريك حياتي لا يحترم أي عمل جاد أقوم به من أجل الأسرة		
51	في أعلب المواقف يتمسك شريك حياتي بعناده رغم خطأ رأيه		
52	كثيراً ما نتشاجر أنا وشريك حياتي عندما نتحدث في الأمور المادية		
53	.اعتقد أن شريك حياتي لا يقوم بدوره على الوجه الصحيح		
54	في كثير من المواقف أفتقد الصراحة بيني وبين شريك حياتي		
55	كثيراً ما يصرف شريك حياتي أموالاً كثيرة على مظهره دون الاهتمام بشؤون المنزل		
56	غالباً ما أشعر بأنني أخطأت في الاختيار المناسب		
57	لا أستمتع بالحديث مع شريك حياتي عما كنت عليه من قبل		
58	في كثير من المواقف يجرح شريك حياتي مشاعري ببعض الألفاظ .المهينة		
59	أشعر بأن هناك خلاف بيني وبين شريك حياتي في أسلوب كل منا في الحياة		
60	.لا يعجبني أسلوب شريك حياتي في إدارة المصاريف والإنفاق		
61	اعتقد في كثير من المواقف أن شريك حياتي غير متحمل المسؤولية .تجاه أسرته		
62	غالباً ما يظهر شريك حياتي الغيرة علي دون داع		
63	.كثيراً ما يعطي شريك حياتي الأولوية لنفسه على أي أمور أخرى		
64	.تراودني فكرة الانفصال عن شريك حياتي		
65	.أشعر بافتقاد الحب في علاقتي مع شريك حياتي		
66	أشعر بأن حسن العشرة والاحترام غير متوافر بيني وبين شريك حياتي		
67	كثيراً ما تحدث مشاجرات بيني وبين شريك حياتي لأتفه الأسباب		

68	كثيراً ما يوجد اختلاف في وجهات النظر بيني وبين شريك حياتي فيما يتعلق بالمصارف والإنفاق		
69	في كثير من الأحيان لا يضحي شريك حياتي من أجل سعادة الأسرة		

الرقم	العبارات	ص.ت	ص.ج	خ.ت	لا أدرى
70	.اعتقد أن الثقة بيني وبين شريك حياتي تكاد تكون معدومة				
71	أشعر في معظم الأحيان أن شريك حياتي أناني				
72	.أعتقد أن الانفصال عن شريك حياتي أفضل حل لي				
73	أشعر بافتقاد العطف والحنان في علاقتي مع شريك حياتي				
74	.يتعمد شريك حياتي على استفزازي أمام الآخرين				
75	لا يوجد اتفاق بيني وبين شريك حياتي على الاهتمامات والأنشطة				
76	أعتقد أن شريك حياتي لا يعمل توازن بين الدخل والإنفاق				
77	يتركني شريك حياتي أواجه صعوبات اتخاذ القرارات التي تهم الأسرة				
78	ينتابني الشك في شريك حياتي بسبب تصرفاته				
79	أعتقد أن شريك حياتي لا يحب إلا نفسه				
80	تتملكني التعاسة عندما أفكر في حياتي الزوجية				

الدكتور حسان صالح المالح (2001)

(ملحق4)

01	الطبيب النفسي يتعامل مع حالات الجنون بشكل أساس				
02	الطب النفسي معظم مرضاه من المجانين وحالات الإضطراب العقلي الشديدة .				
03	إذا ذهبت إلى الطبيب النفسي وتعرف عليك شخص ما فإنك تعرض نفسك إلى إتهامك بالجنون من الناس .				
04	الطب النفسي والعلوم النفسية بشكل عام تؤدي بمن يقرأ عنها أو يمارسها إلى العقد النفسية أو الجنون .				
05	- إذا ترددت على العيادة النفسية عدة مرات فهذا يعني أن مشكلتك خطيرة حاول أن تكتفي بزيارة واحدة أو زيارات متباعدة نادرة .				
06	الطب النفسي هو الطب الروحاني وهو يتعامل مع الظاهرات الغريبة مثل الإصابة بالعين والسحر والحسد والجان .				
07	إذا دخلت العيادة النفسية فستجد معظم المرضى مقيدين أو مربوطين وستسمع الصراخ والسباب وستجد التصرفات الغريبة والمشينة .				
08	الذهاب إلى الطبيب النفسي ليس شائعاً بل هو نادراً جداً.				
09	إذا كنت تعرف أخصائياً نفسياً أو طبيباً ورأيته في مكان عام أو تحدث عنه أحد الأشخاص فمن الأفضل تجاهل معرفتك به لئلا يظن أحد أنك مريض نفسي .				
10	هناك حساسية سلبية مرتبطة بكل ماهو نفساني أو نفسي في ذهن عامة الناس				
11	الجنون في أحد معانيه " وصمة سلبية " وإهانة تستعمل في اللغة الشائعة والرسمية .				
12	الطب النفسي يعالج إضافة لحالات الجنون حالات الإدمان وحالات التخلف العقلي وهذا هو مجاله فقط .				
13	الذهاب إلى الطبيب النفسي أو المعالج النفسي " موضة " وتقليد وعادة شائعة في المجتمعات الغربية ، وأما في بلادنا فإن ذلك من الأمور النادرة ، وأنا مثلي مثل الآخرين لا أريد أن أراجع طبيباً نفسياً أبداً				

14	لست واثقاً بأن حالتي تحتاج للطب النفسي فهي حالة عادية وكثير ممن حولي يعاني مثلها ولا يراجع طبيباً نفسياً ، ويبدو أن هذه الحالات خفيفة ولا تحتاج إلى عون إختصاصي أبداً .				
15	إستعمال التهديد بالأخذ إلى الطبيب النفسي وسيلة مفيدة لمنع سلوك معين أو تعديله عند الأطفال أو الزوج أو الزوجة أو غيرهم .				
16	مصطلح الطب النفسي أو الطبيب النفسي مخيف ومرعب بحد ذاته ويجب تبديله أو تعديله إلى مصطلح آخر				
17	إذا وصف لك دواء نفسي فسيحدث لك إدمان على هذا الدواء ولا تستطيع تركه مدى الحياة .				
18	الطبيب النفسي الذى لا يخاف الله ربما يكتب لك دواء عن قصد يسبب الإدمان وتضطر لإستعماله فترة طويلة جداً ، وإذا توقفت عنه يتسبب لك ذلك بالإنهيار العصبي والجنون .				
19	الدواء النفسي كثيراً ما يتسبب في الهياج والجنون .				
20	الأدوية النفسية كلها تسبب مرض الصرع .				
21	الأدوية النفسية تؤدي إلى الإنتحار				
22	إذا سببت لي الأدوية النفسية آية آثار جانبية فهذا يعني أنها أدوية خطرة ، وسأتوقف عن إستعمالها فوراً ودون إستشارة الطبيب لأن المعلومات العامة التي أعرفها تفيد بأن الأدوية النفسية خطرة وتؤثر على كل أجهزة الجسم بشكل سلبي .				
23	إذا سببت لي الأدوية النفسية آثار جانبية من خلال إستعمالها فهذا يعني أن جسمي لا يمكنه أن يتحمل هذه الأدوية ويجب التوقف عن إستعمالها والبحث عن طرق علاجية غير دوائية روحية و شعبية أو غير ذلك .				
24	إذا نصحني الطبيب النفسي بضرورة إستعمال علاج دوائي لفترة طويلة على إعتبار أن حالتي تتطلب ذلك ، فإنه من الأفضل ترك إستعمال الدواء أو التخفيف منه أو إستعماله أحياناً لأن ذلك يقلل من مخاطر الدواء وآثاره على جسمي وعقلي ، ولا يؤثر ذلك على حالتي				

	المرضية أبداً .				
25	الأدوية النفسية هي أدوية مهدئة فقط وليست علاجية .				
26	إستعمالك للدواء النفسي دليل واضح على ضعفك ، لذلك حاول أن تترك هذا الدواء في أسرع وقت ممكن .				
27	إستعمالك للدواء النفسي دليل واضح على ضعف الإيمان ، لذلك حاول أن تترك هذا الدواء وتعود إلى ربك .				
28	الأدوية النفسية جميعها تسبب الإدمان .				
29	أدوية الإكتئاب جميعها تسبب الإدمان .				
30	أصعب المشكلات النفسية والشخصية يمكن أن يحللها لك الطبيب النفسي بجلسة واحدة أو من خلال كلمات قليلة مؤثرة .				
31	أن تتحدث للطبيب النفسي أو الخبير النفسي عن مواضيع شخصية حساسة وأسرار خاصة يعرضك لأن تكشف أسرارك إلى الآخرين .				
32	إذا قررت الذهاب إلى الطبيب النفسي بعد تردد طويل فما علي إلا أن أوضح له كل التفاصيل المتعلقة بشخصي ومشكلتي وظروفي وهو يحل لي مشكلاتي جميعاً .				
33	الطبيب النفسي هو صديق للمريض ويمكن أن يساعده بشكل غير رسمي من خلال لقآء في مطعم أو سهرة خاصة وغير ذلك ، وهذا هو الشكل الأفضل في التعامل معه .				
34	إذا إجتمعت بطبيب نفسي في مجلس فكن حذراً منه لأنه يمكنه أن يعرف عنك وعن أسرارك وشخصيتك .				
35	الطبيب النفسي يمكنه أن يمتلك رؤى مستقبلية وأن يتنبأ بالأحداث قبل وقوعها فيما يخص عدداً من المواضيع الإجتماعية والإقتصادية والعامة بما يشبه " العرّاف " .				
36	الطبيب النفسي يمكنه أن يملك رؤى للستقبل وأن يتنبأ بالأحداث فيما يخص مشكلات المريض وحالته .				
37	الطبيب النفسي يستطيع أن يكشف على الأعمال الأدبية والفنية وأن يحلل خلفياتها ومدلولاتها حتى وإن كان غير خبير في هذه المجالات .				
38	الطبيب أو المعالج النفسي لا يختلف أبداً عن الصديق				

	العزيز الناضج والذى يمكن أن تحدثه عن مشكلاتك الخاصة وهو يتعاون معك على حلها . وإذا كان لديك صديق عزيز فلا حاجة لك إلى الطبيب النفسي .				
39	إذا تحدثت للطبيب النفسي عن مشكلتك بصدق وأخرجت ما في صدرك من هموم فهذا هو العلاج النفسي . وهو يكفي بزيارة واحدة في الغالب .				
40	الطبيب النفسي أو المعالج النفسي يؤثر بشكل حاسم على أخلاق المريض ودينه وقراراته الأساسية في الزواج والطلاق والعمل وغير ذلك .				
41	كل ما يقوله الطبيب النفسي ويفعله مع المريض مدروس بشكل مسبق ومحدد ليؤثر على المريض وعلاجه ، مما يجعل من المستحيل أن نفسر بعض تصرفات الطبيب أو كلماته على أنها عفوية وتلقائية ، وأنه قد يتصرف بشكل خاطىء ، أو غير مناسب في تعابير وجهه ، أو ردوده أو في حدوث سوء التفاهم معه .				
42	كل حركات وكل سكنات الطبيب النفسي لها معاني مهمة ويجب تفسير ذلك كي نستفيد من جلستنا معه .				
43	عندما تذهب إلى الطبيب النفسي ليس من الضروري أن تخبره عن كافة التفاصيل المتعلقة بالمرض أو المشكلة ، وإذا كان خبيراً بعمله فسيصل إلى التشخيص الصحيح والعلاج الصحيح من خلال معلومات قليلة .				
44	من الأفضل مراجعة الطبيب النفسي خارج أوقات الدوام أو في مكان عام أو المنزل منعاً لأي إحتمال للإحراج				
45	عندما تشتكي من أمور نفسية فإن عليك أن تكشف عن عيوبك ونقاط ضعفك وكل هواجسك الذاتية الخاصة أمام المعالج النفسي . ووضعية الضعف هذه يؤكدها المعالج في ذاتك . إضافة إلى أن أي علاج هو نوع من الضعف وشهادة عليه وهذا لا أقبله على نفسي أبداً .				

46	الطبيب النفسي أو المعالج النفسي هو مريض نفسي .				
47	الطبيب النفسي يمكن أن يعرف بماذا تفكر من خلال بعض التصرفات التى تقوم بها وقليل من كلماتك .				
48	الطبيب النفسي يعطيك حلولاً كاملة لمشكلتك وكيف يجب أن تتصرف في مختلف المواقف والمشكلات الحياتية التي تتعرض لها .				
49	من الأفضل عند الذهاب إلى الطبيب النفسي التنكر في الهيئة واللباس أو تغيير الإسم وإخفاء الشخصية الحقيقية منعاً لأي إحراج ممكن .				
50	الإكثار والإفراط فى تطبيق الأمور العقائدية مثل الإصابة بالعين والسحر والحسد والجان فى أمور الطب النفسي والأعراض النفسية المتنوعة ، وأيضاً فى الأمراض والأعراض الجسمية بما فيها الإلتهابات والإسهالات والصداع دليل على الإلتزام الديني الصحيح .				
51	يجب تجريب العلاجات الشعبية والروحية ولفترة كافية فى حال ظهور أعراض نفسية شديدة على مريض ما ، وأيضاً يجب مراجعة عدد من المعالجين الشعبيين وليس واحداً فقط ، وإذا لم يحدث تحسن فيمكن عندها عرض الحالة على الطب النفسي .				
52	الإضطراب النفسي بكافة أشكاله هو مصدر عار وإهانة للمريض نفسه ولأسرته ، لأنه لم يستطع القيام بوظائفه النفسية والعقلية والسلوكية بالشكل المطلوب .				
53	ظهور أعراض حادة وبشكل سريع أو أعراض جسمية سريعة الظهور يدل على الإصابة بالعين أو الحسد أو الجان وليس الإصابة بالأمراض والإضطرابات النفسية .				
54	الإصابة بالإضطرابات النفسية مدعاة للسخرية وأيضاً فهي تمثل نوعاً من العيب والعار والضعف				
55	لا مانع من مراجعة الطبيب النفسي وأخذ رأيه ومشورته ومقارنة ذلك مع رأي المعالج الشعبي وإتباع				

	النصيحة التي نراها مقنعة أكثر .				
56	المعالج الشعبي عندما يشخص حالة المريض بأنها نفسية وناتجة عن العين أو الحسد أو السحر أو الجان أو جميع ذلك ، فإن له علمه الخاص الذي يمكنه من ذلك ، وأما الطبيب النفسي فهو جاهل في هذه الأمور ولذلك فمن الأجدى الذهاب إلى المعالج الشعبي في القضايا النفسية .				
57	الأمراض والإضطرابات النفسية ليست لها أي علاقة بالإضطرابات الكيميائية والعضوية والأمراض الجسمية الأخرى المعروفة في الطب الباطني وهي لا تتأثر بها مطلقاً .				
58	تشخيص الإضطرابات النفسية لا يحتاج إلى أية فحوصات جسمية أو عضوية لمعرفة حالة الجسم ووظائفه ، ولذلك فإنه من الغريب ومن غير المفهوم أن يطلب منك الطبيب النفسي إجراء تحليل دم أو صورة أشعة أو تخطيط دماغ أو غيره من الفحوصات .				
59	الجنون هو فقدان كامل للعقل والمرض النفسي الشديد يجعل الإنسان لا يعرف أبسط الأمور المنطقية مثل إسمه والطاولة والتفاحة .				
60	الزواج دواء للاضطرابات النفسية بكافة أنواعها .				
61	الفسحة والترويح عن النفس وتغيير الجو دواء نفسي لكثير من الاضطرابات النفسية الشديدة .				
62	إصابتك بمعاناة نفسية أو مرض نفسي دليل أكيد على ضعف الإيمان وضعف الإلتزام الديني والخلقي .				
63	إذا أصبت بمعاناة نفسية أو أعراض نفسية فعليك بالعلاج الديني والروحي مثل قراءة القرآن والذكر والصلاة وأداء العمرة وغير ذلك ، لأن الدين هو وحده علاج لكافة الاضطرابات النفسية .				
64	المريض النفسي يجب مراعاته دائماً وعدم تحميله أية مسؤليات ، وأيضاً عدم مواجهته بأخطائه عندما يتصرف بشكل غير مناسب ، لأن ذلك يجرح شعوره ويزيد في مرضه.				
65	المريض النفسي يجب تقويمه وتوجيهه بإستمرار من خلال النقد والعقوبات والحرمانات الشديدة إلى أن يعتدل سلوكه .				

66	المريض النفسي يجب أن لا نواجهه بأنه مريض ، بل يجب التحايل عليه دائماً في ذلك .. مثل أن لا نقول له بأن الطبيب الذي يعالجه هو طبيب نفسي كي لا يشعر بالإهانة .				
67	- المريض النفسي يجب عزله والإبتعاد عنه وعدم إعتباره كائن إنساني له حقوقه الطبيعية لأنه لا عقل له				
68	- المريض النفسي يشكل خطراً على نفسه وعلى الآخرين في كل الأوقات والأحوال .				
69	من المتوقع أن أي مريض نفسي سيفاجئك بتصرفات عنيفة وعدوانية .				
70	- في حالات عدم تطور اللغة والنطق عند الأطفال والذي قد يترافق مع التخلف العقلي ، ينصح بأن يتعرض الطفل لصدمة شديدة مخيفة تجعله ينطق .				
71	العجز الجنسي عند الرجل نتيجة للربط والعين والسحر يجب علاجه من خلال الطرق الشعبية وليس بالطب النفسي أو العضوي .				
72	الصعوبات التي تواجهها المرأة ليلة الزفاف أو بعدها فى ممارسة العلاقة الجنسية الطبيعية مع الزوج هي نتيجة للعين والحسد والسحر والجان وليست إحدى الاضطرابات النفسية المعروفة .				
73	- المريض الذي يشعر بأن هناك أصواتاً تتكلم معه أو عنه وتأمره بالقيام بأفعال معينة مصاب بالمس والجان وليس بالفصام .				
74	المريض الذي يتصرف تصرفات غريبة وغير منطقية وكلامه مضطرب مصاب بالمس والجان وليس الفصام .				
75	إن اضطراب الوسواس القهري والذي يتمثل بالغسيل المتكرر والوسوسة في أمور الطهارة والنجاسة أو غيرها من الأمور ليس له علاقة بالطب النفسي أبداً .				
76	العلاج الشافي لمعظم المشكلات والاضطرابات النفسية هو التنويم المغناطيسي بإشراف الطبيب الذي يجعل المريض ينسى كل آلامه ويكتشف أسبابها كلها .				

77	العلاج بالصدمات الكهربائية علاج خطير جداً ويؤدي إلى الجنون وفقدان الذاكرة أو الموت غالباً .				
78	العلاج بالصدمات الكهربائية مفيد جداً لمعظم الاضطرابات النفسية .				
79	العلاج بالصدمات الكهربائية هو نوع من العقاب للمريض ولذلك ينبغي تجنبه .				
80	الجلسات النفسية تفيد في معظم الاضطرابات النفسية وهي بديل عن الأدوية النفسية الضارة .				
81	الجلسات النفسية تحتاج إلى مبالغ مالية ضخمة ، لأنها تستمر شهوراً عديدة أو سنوات .				