مجلة روافد
للدراسات والأبحاث العلمية في العلوم الاجتماعية والإنسانية
المجلد 06 (02) جـوان 2022 ص ص 327-351

المسار العلاجي بين الانتكاسات والطعون العلاجية لدى حالات مصابة بالاكتئاب

Therapeutic itinerary between therapeutic failures and recourse, cases of depression

خوجة مليكة*[1] ؛ بن أحمد قويدر[2]

[1] طالبة دكتوراه في علم النفس العيادي – جامعة مستغانم (الجزائر).
البريد الالكتروني: khodjamalika20@gmail.com
[2] أستاذ التعليم العالي- جامعة مستغانم (الجزائر).
البريد الالكتروني المهني: kouider.benahmed@univ-mosta.dz

تاريخ الإيداع	تاريخ القبول	تاريخ النشر
2022/01/22	2022/05/16	2022/06/01

ملخص:

يهدف هذا المقال إلى بحث المسار العلاجي للمكتئب من خلال دراسة العلاقة بين الطعون العلاجية أين يبحث المعالج أو أهله عن بديل نتيجة عوامل مختلفة منها عدم فعالية العلاج او رفض المواد أو الطريقة العلاجية، مما يؤدي إلى انتكاسات في العلاج المتبع. في ظل هذه الوضعية يصبح المكتئب رهينة التقييمات التي يقوم بها المريض أو أقربائه في فترة زمنية معينة، حيث تكون كافية في معرفة مدى نجاعة العلاج المتبع من عدمه. نعتبر الطعون نوع من الانتقال بين ما هو طبي و تقليدي و ما هو نفسي، فإذا كانت الطعون العلاجية هي البحث عن العلاج و الانتكاسات هي فشل في العلاج المتبع، هل الطعون العلاجية هي نتيجة فشل العملية العلاجية أم أنها خيار في المسار العلاج؟ و كيف تم تقييم المسار العلاجي حتى يتم التوجه إلى الطعون العلاجية؟

اعتمدنا على منهج دراسة الحالة، فقد تكونت الدراسة من ثلاث حالات تعانين من الاكتئاب، وتخضعن للعلاج الطبي حيث تراوحت أعمارهن بين 28-68 عاما .

توصلنا إلى نتيجة أن للانتكاسات العلاجية دور في ظهور الطعون العلاجية، وذلك يعود إلى فشل العلاج المتبع وخلوه من المردودية العلاجية. أي لم تتوصل إلى تحقيق الشفاء والتخلص من المعاناة النفسية،

* المؤلف المرسل

ونتيجة غياب الدعم النفسي، مما طور لدى الحالات ضغوطات نفسية في المعاش اليومي، وغياب دور الأسرة في المساندة، وذلك برفضها وتجاهلها، وعدم وعيها بدورها المهم في تحسين الوضعية العلاجية للمكتئبات.

الكلمات المفتاحية: *الاكتئاب، الانتكاسات العلاجية، الطعون العلاجية، المسار العلاجي.*

Abstract:

This article aims to examine the therapeutic course of the depressed by studying the relationship between therapeutic appeals, where the therapist or his family searches for a therapeutic alternative, as a result of various factors, including the ineffectiveness of treatment or the rejection of materials or the therapeutic method, which leads to setbacks in the treatment followed. Under this situation, the depressed becomes hostage to the evaluations made by the patient or his relatives in a certain period of time, as it is sufficient to know the extent of the efficacy of the treatment followed or not. We consider appeals as a kind of transition between what is medical and traditional and what is psychological. If therapeutic appeals are the search for treatment and setbacks are a failure in the treatment followed, are therapeutic appeals the result of the failure of the therapeutic, process or is it an option in the course of treatment? How that was, the therapeutic itinerary evaluated in order to go to therapeutic appeals?

We relied on the case study approach, the study is consisted of three cases suffering from depression and undergoing medical treatment, their ages between 28 and 68 years. In conclusion, therapeutics setbacks have a role in the emergence of therapeutic itinerary that is due to the failure of the following treatment and its lack of therapeutic profitability. They can't achieve recovery and get rid of psychological suffering, because the absence of psychological support, which developed in the cases of psychological pressures in daily life, and the negative role of their family, its rejection and ignoring, and its lack of awareness of its important role in improving the therapeutic situation of depressed people.

Key words: *Depression, Therapeutic failure, Therapeutic recourse* **,***the therapeutic itinerary.*

مقدمة:

إن الاكتئاب النفسي هو أحد الاضطرابات النفــسية الأكثر انتشارا في الوقت الحالي، وتؤكد الدراسات العلمية ارتفاع نسبة حدوثه في المستقــبل، وحسب إحصائيات قدمتها المنظمة العالمية للصحة حيث تتوقع في سنة 2020 أن يكون الاكتئاب هو المرض الثاني بعد أمراض القلب والأوعية الدموية مباشرة، وسيؤدي إلى تكاليف رعاية صحية ضخمة (Murray et Lopez, 1997, p15).

يعرف الاكتئاب النفسي على انه اضطراب يؤثر بطريقة سلبية على طريقة التفكـــير والسلوك حيث يصيب الذكور والإناث على حد سواء الصغار والكبار، والمسنين لا يفرق بين مستوى التعليم والثقافة ولا المستوى المادي، فالجميع معرض للإصابة به.

ويظهر الاكتئاب من خلال معاش نفسي حزين وبطئ حسي حركي وتباطؤ عام أمام متطلبات الحياة اليومية (Widlokher ,1995, p12)

في دراستنا هده سنركز على المسار العلاجي لدى المرأة المكتئبة بين الانتكاس والطعون العلاجية لأن المرأة هي الأكثر عرضة لهدا الاضطراب وهدا ما تشير إليه نتائج نشرتها المنظمة العالمية للصحة OMS بأن: " 73 مليون امرأة راشدة عبر العالم تعاني من نوبة اكتئاب عظمى كل سنة، والاضطرابات العقلية بعد الولادة تصيب 13% من النساء بعد سنة من الولادة...ونسبة الانتحار لدى النساء أكبر منها لدى الرجال بسبب عوامل عديدة منها العدوان الجنسي في الطفولة، العدوان من طرف الأزواج، الفرق بين الأدوار الاجتماعية...وكذلك القلق الحاد الناتج عن أحداث مؤلمة في الحياة... بالإضافة إلى أن المشكل لدى المرأة المكتئبة هو تراكم الصعوبات، والضغوطات النفسية التي تواجهها... وبعض الباحثين يؤكدون بأن الأسباب الرئيسية لصحة نفسية سيئة لدى المرأة هو التمييز بين الجنسين والوضع الاجتماعي الاقتصادي الضعيف (Les femmes et la santé .OMS, 2000,p 53-54).

وتؤكد دراسة الطبيب النفسي الجزائري عبد الكريم مسعودي Abdelkrim Messaoudi في اليوم الدولي للصحة العقلية الذي نظم في مستشفى الأمراض العقلية في ولاية تيزي وزو أنه يوجد 15 حالة منتحرة نتيجة الاكتئاب من بين 100000 من السكان وعليه يجب تفعيل وتكثيف وسائل الكشف عن الأمراض العقلية للحد من ظاهرة الانتحار في مجتمعنا (www.huffpostmaghreb.com/2017/04/11/la-depression) في دراسة لـــ: كريستوف ليو وآخرون Christophe Léon في فرنسا سنة 2017، توصل إلى أن زيادة

ارتفاع الإصابة بالاكتئاب بمقدار 1.8% خلال الفترة 2010-2017 ؛ هذه الزيادة تخص النساء بين 35- 44 سنة، ويبدو أن الاكتئاب قد انتشر في فرنسا في السنوات الأخيرة، ولا سيما في شرائح معينة من السكان مثل النساء والعاطلين عن العمل والطلاب، وأولئك الذين تقل أعمارهم عن 45 عامًا. تم العثور على نتائج مماثلة على وجه الخصوص في ألمانيا والولايات المتحدة، وتؤكد الدراسة على أنه يجب النظر إلى الوقاية من حالات الاكتئاب وإدارتها، وتشير **الاستنتاجات المستخلصة** من البحث إلى الاستثمار كأولوية في تنمية المهارات النفسية الاجتماعية في مرحلة الطفولة والمراهقة وفي إنشاء أنظمة تهدف إلى تسهيل التعرف على الفئات السكانية الأكثر ضعفًا وتوجيهها ورعايتها، ولا سيما العلاج النفسي.

أضف إلى ذلك غياب المساندة والدعم الاجتماعي وهذا ما أكدته دراسة (Julien et al, 2000, p15) في كندا التي توصلت إلى أن انخفاض مستوى الدعم الاجتماعي مرتبط بشكل واضح مع مستوى مرتفع من الضغوطات النفسية ومع أفراد ظهرت لديهم أفكار انتحارية مقارنة مع أفراد لديهم دعم اجتماعي إيجابي، ودراسة (Brugha et al, 2003, p10) في إنكلترا تشير إلى أن انخفاض درجة الدعم الاجتماعي سواء من أفراد العائلة أو الأقارب والأصدقاء مرتبط بشكل كبير بتطور درجة مرتفعة للإصابة باضطرابات عقلية، وكشفت دراسة كل من (Wade et Kendler,2000, p10) بهولندا أن نقص الدعم العاطفي يساهم في تطور نوبة الاكتئاب العظمى، وعلاوة على ذلك تؤكد كل من دراسة (nasser et overholser, 2005, Keitner 1992) بأن الدعم والمساندة الاجتماعية من الأهل والأصدقاء يساهم في التنبؤ بانخفاض مستوى الاكتئاب، وكذلك التعافي منه.

وخطورة الاكتئاب والأمراض المصاحبة له تمنع المرضى أحيانا من الاستفادة من الرعاية بحيث يتميز المكتئب بمقاومة للعلاج، وفي كثير من الأحيان يتطلب الاستشفاء في مستشفى الأمراض العقلية، فعلاج هذا المرض يتوجب علاج طبي بالموازاة مع علاج

نفسي في الممارسة الإسعافية (Friedman et al 2004,De maat et al 2007, Hollon et al 2005, Papalona et al 2004, Imel et al 2008, Vintengel et al 2007)، وتؤكد كل من دراسة (Tessier et coll, 1992, p168) بأن التشارك أو التعاون بالمعلومات بين المعالجين والعائلة يكون الوسيلة الأولى للاستعمال للتخفيف من الضغوط التي تفرض على كاهل العائلة وعلى المريض، وكما تؤكد دراسة كولات ومساعديها Collette: " أن التعاون مع العائلات والفريق العلاجي أمر حاسم لنجاح العلاج وتأهيل المريض...وأن الأسرة هي مصدر للمعلومات القيمة للفريق العلاجي فيما يتعلق بتطور الأعراض واستجابة المريض للأدوية، والالتزام بالخطة العلاجية (Collette & all, 2004, p236)

يتجلى من خلال ما تقدم أهمية دراسة اضطراب الاكتئاب كونه من الاضطرابات المزمنة التي تطرح مشكل الصحة العمومية نتيجة مضاعفاته وارتفاع نسبة انتشاره.

والجزائر كغيرها من دول العالم تعاني من انتشار هذا الاضطراب بشكل كبير نتيجة مجموعة من العوامل الاجتماعية والاقتصادية. لذلك كان التكفل الطبي إضافة إلى مختلف العلاجات التقليدية التي تهدف إلى العلاج من ضمن مجموعة كبيرة من الإجراءات العلاجية، محددين مسارا علاجيا لم يحقق الأهداف العلاجية بنفس الدرجة التي يخفف بها عن القلق، مما أدى بالمرضى أو ذويهم إلى الدخول في دوامة من الطعون في العلاج، نتيجة الإحباط. وعليه تبادرت لدينا التساؤلات الموالية، هل هذه الطعون في العلاج هي للبحث عن العلاج أم أنها هروب من الإحباط؟ في هذا السياق جاءت دراستنا لفهم المعاش النفسي للمكتئب **ما هي العلاقة بين الانتكاسات العلاجية والطعون العلاجية في ظل مسار علاجي متعدد الإجراءات؟**

ولقد طرحنا **الفرضيات** التالية:

- يعتبر المسار العلاجي للمكتئب الراشد متذبذب بين الانتكاسات العلاجية والطعون العلاجية.

- الانتكاسات العلاجية تؤدي إلى الطعون العلاجية.

1- مصطلحات الدراسة:

1.1 الاكتئاب: هو درجة الإصابة المحددة من خلال المرجعية العالمية DSM-5 &CIM-11

1. 2 المسار العلاجي: مختلف الإجراءات العلاجية الطبية، العلاجات التقليدية .

1. 3 الانتكاسات العلاجية: فشل وعدم القدرة على مواصلة العلاج سواء بالأدوية أو مختلف الإجراءات العلاجية التقليدية المتبعة نتيجة مجموعة من العوامل المتمثلة في : غياب الفعالية العلاجية، عدم التخفيف من القلق، لا يوجد أي تغير او تحسن يعزى الى الطريقة أو المواد العلاجية.

1. 4 الطعون في العلاج: الانتقال من مسار علاجي إلى آخر نتيجة البحث عن فعالية العلاج سواء الطبي أو التقليدي.

2. أهداف وأهمية الدراسة:

- تكمن أهمية هذا الموضوع في تحديد العلاقة بين الانتكاسات العلاجية أي الفشل العلاجي والطعون العلاجية من اجل وضع استراتيجيه علاجية محكمة، والتعرف على خصائص اضطراب الاكتئاب من كل جوانبه العرضية والعلاجية وامتداداته الاجتماعية، والتقرب أكثر من شريحة مرضى الاكتئاب للكشف عن وضعيتهم الصحية، والنفسية، والعقلية.

- تحديد أهمية الفحص والتوجيه العلاجي.

- التعرف كذلك عن الأسباب الكامنة وراء مشاعر الإحباط في المسار العلاجي.

- التأكيد على أهمية المتابعة النفسية، وإدماج الأسرة كعنصر فعال مدعم في العملية العلاجية، وذلك لتطوير وتحسين التكفل النفسي للمصابين بالاكتئاب لتحقيق الهدف المنشود، والذي يتمثل في استرجاع المكتئب توازنه النفسي وبالتالي شفاءه.

2. 1 **حدود الدراسة:** بما أن الاكتئاب يصيب النساء أكثر من الذكور فقد ركزنا على حالات نساء تخضعن للعلاج الطبي نتيجة الاضطرابات الاكتئابية، وسبق لهن أن تعرضن لحالة من الانتكاس مرات عديدة مما أفقدهن الثقة في مختلف العلاجات المقدمة، تمت الدراسة سنة 2019 بولاية مستغانم، وبلدية المحمدية ولاية معسكر.

3. الإطار النظري:

يعاني المصاب بالاكتئاب من تغيرات نفسية، وسلوكية شديدة يظهر ذلك من خلال شدة الهم والحزن، والإحساس باليأس والعجز وسوء التفاهم، بالإظافة إلى انخفاض في النشاط والطاقة مع القلق، التعب، فقدان الهمة، والإحساس با لنقــص الذي ينجم عن تقدير الذات المنخفض ومشاعر عدم الاستحقاق، وحسب **معجم علم النفس** الاكتئاب هو حالة مرضية دائمة نسبيا تتميز أساسا بالحزن والنقص في الحيوية، والطاقة، والفرد المكتئب نجد عنده الإحساس بالتعب، القنوط ويكون غير قادر على التصدي لأقل الصعوبات ولا يأخذ أي قرار، لأنه يعاني دائما من عدم القدرة، وكذا الانتباه والذاكرة قد تدهورت، كما أن الإحساس بالنقص يزيده الشعور بالدونية والتي قد تزيد من حدة الاكتئاب (عاقل،1971، ص33) وفي تصنيف (DSM V, 2013) يتميز الاكتئاب بتغيرات عميقة في المزاج بين معنى الحزن والمعاناة النفسية" وهنالك أنواع مختلفة من الاكتئاب حسب الدليل التــشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفــسية نذكر منها حسب الدليل السابق الذكر: نــوبة الاكتئاب العظمى، النوبة المختلطة، ديستيميا.

إن الطب العقلي يقوم على " المعاينة الطبية، والتي تعتمد على تحديد الأهداف المرجوة من الفحص، والتي هي عمل يقوم من خلاله الطبيب باستخراج علامات، وأعراض الاضطرابات العقلية لإيجاد الروابط السببية بين العوامل البيولوجية، والنفسية والاجتماعية، ويقترح خلاصة تشخيصية، من بين أهدافه:

-الوصول مع المريض إلى علاقة ثقة والتي تصبح فيما بعد قاعدة التوافق العلاجي.

-جمع المعطيات.

-اقتراح خلاصة تشخيصية وعلاجية (Gasman, Allilaire et coll, 2003, p05).

فإن التشخيص حسب المنظمة العالمية للصحة OMS في تصنيفها العالمي للأمراض العقلية CIM10 فالاكتئاب يشمل مجموعة من الخصائص والتي تتشكل من الحدة والتكرارية في الأعراض، وتعرف بأنواع الاكتئاب، فبوجود الأعراض التالية على الأقل، في فترة أسبوعين، حيث تبدأ التغيرات بالنسبة للتوظيف الداخلي، فوجود عرض واحد على الأقل من بين الأعراض المتمثلة في مزاج المكتئب، ثانيا فقدان الاهتمام واللذة في الأشياء.

- المزاج الاكتئابي يكون تطبيقيا طول النهار وكل يوم.
- انخفاض واضح في الاهتمام بالأشياء وبالمرح لكل النشاطات كل يوم.
- فقدان الوزن مهم (5% من الوزن) في غياب أي حمية غذائية.
- أرق أو إفراط في النوم كل يوم تقريبا.
- هيجان أو بطئ حسي حركي كل يوم تقريبا.
- تعب وفقدان الجهد كل يوم تقريبا.
- عدم الشعور بقيمة الذات، والشعور بالذنب في بعض الأحيان يكون هذياني، تقريبا كل يوم.
- انخفاض في التفكير والتركيز وعدم القدرة على اتخاذ القرار تقريبا كل يوم.
- أفكار الموت المتكررة، أفكار انتحارية بدون محدد واضح، محاولات انتحار.

وفق ما جاء في تصنيف DSM V أن قسم اضطرابات المزاج ضم مجموعة من الأعراض أين يكون الخاصية الأساسية هي اضطرابات المزاج (DSM V, 2013, p156).

ويعتمد العلاج على ثلاثة مبادئ أساسية وهي : محاولة الشفاء من المرض أو تحسينه أو اختيار مدته وذلك لاختيار أفضل طريقة لمعالجة كل حالة على حدا،

وقاية المريض من الانتحار وذلك باتخاذ كـــل الاحـــتياطات اللازمة بما فـــيها قـــبوله في مستشـــفى إن لزم الأمر، والعناية الصحية والنفسية بالمريض (شابيرول، 1998، ص 93).

إضافة إلى أن العلاج الطبي داخل المؤسسة الاستشفائية يعتمد بشكل كبير على العلاج البيولوجي والكيميائي أي علم الأدوية النفسية، والذي يرتكز على العقاقير الكيميائية، وهذا يجعلنا نحدد توجهه العضوي والجسمي، من خلال معرفة الاختلالات الكيميائية والفيزيولوجية وإعادة ترميمها بواسطة الأدوية.

بالنسبة للعلاج الطبي للحالات الاكتئابية فهو يقوم على:

ملح اللثيوم: تعتبر العلاجات الأولية لهذه الحالات، فهي تباع على شكل كربونات اللثيوم (téralithe) و(carbonate de lithium) أقراص بـــ 250 ملغ وأقراص بـــ 400 ملغ مع الحرية في التمديد (téralithe LP 400) و نورونات اللثيوم (neurolithium) في كابسولات بـــين 5 و10 مل، فاللثيوم منصوح به في الفترات الهوسية والفترات الاكتئابية.

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

بالنسبة للعلاج التقليدي فهو يقوم على: الرقية الشرعية وشرب الماء المرقي والدهن بزيت الزيتون، وهذا من خلال المرجعية للنصوص القرآنية والأحاديث الدينية ففي القرآن الكريم يوجد إشارة إلى العلاج بالقران والعسل منها **قوله تعالى:**" وَنُنَزِّلُ مِنَ القُرآنْ مَا هُوَ شِفَاءْ وَرَحْمَة للمُؤْمِنِينْ"[سورة الإسراء، الآية 82] ، وعن عبد الله بن مسعود قال رسول الله صلى الله عليه وسلم قال: "عليكم بالشفائين: العسل والقرآن (الحافظ، 1990، ص 37)

إن العلاج التقليدي مطلوب في مجتمعنا الجزائري نتيجة طبيعة العلاج فيه وإقبال الأفراد عليه لأنه يتعامل بنفس السجلات الاعتقادية المرتبة بالمرض وبتصورات العلاج، فهذا العلاج يعتمد تقنيات بسيطة آيات قرآنية العسل وزيت الزيتون، والتي تجد قبولا

واستحسانا وتعاونا من طرف المرضى، ومن أهاليهم لأنه يشعرهم بالثقة والأمان لأن خلفية هذا العلاج مصدر مطلق المتمثل في القرآن الكريم.

ولكل أسلوب من هذه الأساليب العلاجية له مميزاته وفعاليته وآثاره في النجاح، ولقد حدد أرتير كليمان A. klienman المسار العلاجي على انه مختلف المحطات التي يتبعها المريض النفسي للبحث وللوصول إلى حل لمشكلته ويصفه " بسلوكات البحث عن العلاج أو استراتيجيات الطعون في العلاج وهذا يعود إلى البحث عن العلاج، والبحث عن معنى المرض أيضا." (Patricia JOLY , et coll,2005,p542).

إن المريض بالاكتئاب في الجزائر يخضع لنموذجين علاجيين يتمثلان في العلاج الطبي، والعلاج التقليدي، فنظرا لهذه الوضعية التي يعيش فيها المكتئب يلجأ المريض أو الأسرة إلى مختصين في الميدان من أجل إيجاد الحلول لهذا المريض، والعلاج يصبح رحلة البحث عن مختلف الوسائل، والتقنيات، والاستراتيجيات التي تساعد الفر د على إسترجاع توازنه، وتوافقه مع اختلافات فردية في الاستجابة للعلاج فهناك من يتقبل العلاج ويشعر بالتحسن، وهنالك من يشعر بالإحباط وخيبة الأمل لعدم التوصل إلى الهدف المنشود من العلاج ألا وهو الشفاء.

ومن مظاهر الانتكاسات نجد الإحباط في فعالية العلاج المتبع، فالإحباط هو حالة نفسية يشعرها الفرد تنتج عن وجود عائق يحول دون إشباع هذا الشخص لدافع ما أوحاجة ملحة، وبالتالي عدم بلوغ الهدف ينتج عنه الشعور بالتوتر والقلق واختلا ل في توازن الفرد مع ذاته ومع غيره، حيث يعرفه بولبي Bowlby بقوله " يكون الفرد غير قادر على تحمل الإكراه والتضايق الخفيف الذي يؤدي به إلى الهيجان وبالتالي إلى تحرير كل قوة دوافعه من غير دراسته لنتائج ذلك، وهو الفرد الذي ليست له القدرة على تحمل الإحباط الذي يتطلب الإشباع الكلي للرغبات، فالإحباط هو وجود حاجز يمنع تحقيق الدافع (نجاتي، 1987، ص 34) وهناك أنواع من الإحباط:

الإحباط الداخلي: مرتبط بالإعاقة الآتية من فكرة عكس ما كان يؤمن بها الفرد، والإحباط الداخلي ينبع من صفات الفرد الشخصية مثل وجود عاهات وعيوب .

الإحباط الخارجي: هو نتيجة الإعاقة المرتبطة بمواقف خارجية عن ذات الإنسان مثـــل العوامل البيئية والاقتصادية كالفقر (عويضة، 1996 ، ص 20 – 21)

فمشاعر الإحباط عامةَ سببها وجود عائق يمنع الفرد من تلبية دافع ما، بحيث يمكن أن تكون هذه العراقيل ذات صلة بأسباب متعددة منها ما يتعلق بالبيئة الخارجية أي المادية والاقتصادية والاجتماعية أو أخرى شخصية داخلية كالبدنية، عقلية، ونفسية.

فالمصاب بالاكتئاب يعـــيش حالة إحباط في مساره العلاجي، ويتمثل ذلك من خلال الانتكاسات المتكررة وعدم التوصل إلى الشفاء مما يؤدي إلى حالة نفسية من التوتر، واخـــتلال في التوازن، والتوافق النفـــسي والشعور بعـــدم جـــدوى العلاج يؤدي إلى زيادة حدة الاكتئاب.

4. الإطار الميداني:

4. 1 منهج البحث: ومن هنا جاءت الحاجة إلى إجراء هده الدراسة للتعرف على أسباب الطعون العلاجية لدى المكتئبين، وعليه تم القيام بدراسة ميدانية استهدفت 3 حالات تعاني من الاكتئاب، وتتبع مسار علاجي بين العلاج الطبي والعلاج التقليدي، ولكن تتخللها فترات انتكاسها مما يضطرها إلى الانتقال من مسار علاجي إلى آخر.

في سياق إيجاد تفسير لتلك العلاقة بين الطعون العلاجية والانتكاسات العلاجية تم إتباع المنهج العيادي الذي يعتمد على دراسة الحالة، حيث يعرفها هادلي Hadeley على أنها تجميع لكل المعلومات المتراكمة حول الفرد حيث أنها تحتوي بالإضافة إلى المعلومات التاريخية التي تسرد عنه وعلى معلومات الاختبارات التي أجريت عليه، معلومات المقابلات التي تمت معه ومعلومات الفحوصات والملاحظات التي تتعلق به، لذا تشمل

طريقة دراسة حالة على المعلومات المتحصلة عن الحالة فيما يتعلق بماضيه وحاضره، وما يمكن التنبؤ به من مشروعات في المستقبل (عمر، 1988، ص209- 210)

4. 2 **عينة الدراسة:** اشتملت دراستنا على 03 حالات، يتراوح سنهن بين 28-68 سنة، يخضعن للعلاج الطبي، تم الاتصال بهن بمساعدة الأخصائية النفسية المتواجدة في المستشفى.

4. 3 أدوات الدراسة:

- **المقابلة العيادية:** وهدفت إلى تكوين علاقة تسودها الثقة المتبادلة في جو نفسي آمن بهدف جمع أكبر قدر من المعلومات بحجم كبير، حول الأعراض المقدمة من طرف الحالة وحول الوضعية الحالية وماضي الحالة ومحيطها، قمنا بإجراء 4 مقابلات بمعدل مقابلة كل أسبوع، كل حصة مدتها 45 دقيقة.

- الملاحظة العيادية: هي وسيلة علمية منظمة تستخدم لإثبات فرض ما أونفيه حول سلوك معين، وهذا يعني تدوين حتى الإيماءات، الإجابات، لحظات الصمت، الخ...وذلك قصد التشخيص والتحليل.

- أداة البحث: تتمثل في شبكة جمع المعلومات إعداد الدكتور **بن أحمد قويدر**، وهي جملة العناصر قيد البحث والتي تم تحديدها انطلاقا من الملاحظات والتصنيفات والمقابلات مع مجموعة من الحالات المقصود منها تحديد أهداف الدراسة، والتي احتوت على استمارة تشخيصية للاكتئاب من المنظمة العالمية للصحة CIM10 بهدف جمع أكبر قدر من المعلومات التي تمس الجوانب النفسية والاجتماعية والعلائقية للمريض، وهذا من أجل تسهيل عملية التشخيص والتعرف على العلاجات المتبعة، والطعون العلاجية، بالإضافة إلى تقييم فعالية العلاج من طرف الحالات (بن احمد، 2011).

5. تحليل نتائج الدراسة التطبيقية:

5. 1 نقدم دراسة حالة واحدة نظرا لكبر حجم الدراسة:

الحالة تبلغ من العمر 28 سنة مطلقة، ولديها طفلة عمرها سنة ونصف، تظهر عليها ملامح حزينة، تميزت الحالة بصوت منخفض ومظهر لا بأس به، مستواها الدراسي الرابعة متوسط تنتمي إلى عائلة متوسطة، عدد الإخوة سبعة، 04 إناث و03 ذكــور، وتحتل الحالة المرتبة الثالثة في ترتيب الإخوة، توقفت عن الدراسة تحت (ضغط العائلة) كون العائلة لا تعطي أهمية لدراسة البنات حيث يقول لها والديها: " البَنْتْ مَسِيْرهَا فِي دَارْهَا" رغم أن نتائجها الدراسية كانت جيدة، وتم إرغامها على الزواج في سن 17 سنة من رجل عمره 36 سنة ويعمل في أوربا ولا يعود للبلاد إلا لمدة شهرين في السنة، تلقت الحالة معاملة سيئة من طرف عائلة الزوج خاصة أم الزوج التي كانت تعاملها كخادمة، واللامبالاة من طرف الزوج حيث كان يقول لها " أنا جَبْتك لَمَا مَشِي لِيَا "، نشبت الخلافات بين الحالة وزوجها وأهل الزوج، وتعرضت للعدوان المادي أي الضرب الجسدي والمعنوي من خلال مختلف الإهانات من طرف الزوج، وتم تطليقها بعد عامين من الزواج، لم تتقبل أسرة الحالة طلاقها لأن لقب " هَجَالَة " أومطلقة عيب وعار لدى العائلة، فعاملتها بقسوة من خلال رفض حضانة الطفلة، والتعامل الفظ والإذلال والإهانات والتهكم والتجريح، والنقد المستمر، خاصة من طرف الأم والإخوة حيث كانوا يقولون لها: " لَوْكَانْ جِيتِي مْرَ لُكَانْ قْعَدْتِ فِي دَارَكْ"، والأم تقول : " نْتِ هَجَالة، أنتِ شَانْقْــلَة ".

هذا الضغط النفسي ولد لدى الحالة الصداع اليومي الذي كانت تزداد شدته مع الأيام فانعزلت الحالة وانطوت على نفسها حيث فقدت الشهية واضطرب نومها مع وجود كوابيس زيادة على الحزن الشديد مع نوبات بكاء يومية، نصحت الأخت الكبرى الذهاب إلى الراقي حيث تلا عليها بعض الآيات القرآنية، ووصف لها العقدة بالعسل، ودهن الجسد بزيت الزيتون المرقي، وشخص الحالة بأنها مصابة بالسحر، لكن بقيت الحالة على وضعها إلى أن أخد تها أختها الكبرى إلى الطبيب فمن خلال الأعراض وصف لها مضادات الاكتئاب.

5. 2 الدراسة العيادية للحالة:

ـــــ تعاني الحالة من الاكتئاب منذ 3 سنوات.

- الجانب المعرفي:

لغة الحالة واضحة خالية من الأخطاء اللغوية، حيث استعملت اللغة العامية مع ألفاظ من اللغة العربية، تميزت لغتها بالبطء حيث تقول " أنا كرِهْت حَياتِي، لُكَانْ غِيرْ نْمُوتْ ونْرَيحْ، كْرَهْتْ أُمِي، أُمِي تسْتعْملْ كَلْمَاتْ جَارِحَة حتى أُمْ أخرى ما تقولهُم لبنتها، لُكَانْ غِيرْ قْعَدْتْ عَنْدْ رَاجْلِي لَبْغَا مَغْبُونَه "، فمن خلال حديث الحالة سبب معاناتها هو السحر، والوضعية الاجتماعية المفقودة **(من امرأة متزوجة إلى امرأة مطلقة)** ورفض الأولياء حضانة طفلتها، ووضعية المطلقة ولدت المعاملة القاسية للإخوة الذكور لها، والنقد المستمر والكلام الجارح من طرف الأم، وعدم مبالاة الأب لمعاناتها.

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

ـــــ **الانتباه والتركيز**: الحالة تتعب إذا ركزت وغير قادرة على التحكم في التفكير، ألام الرأس.

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

ـــــ **المعاش اليومي**: تقوم الحالة ببعض الأعمال المنزلية، وتخرج من المنزل للضرورة مثل الطبيب أو الراقي.

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

ـــــ **الجانب السلوكي**: الإيماءات فالحالة تحرك يديها عند التحدث أما مستوى النظر فهو ثابت، وتنظر إلينا أحيانا أثناء حديثها.

ـــــ **الجانب العلائقي**: العلاقة الأسرية سيئة وقاسية من طرف أفراد العائلة، فعلاقة الحالة الآنية سلبية مع الأسرة، متوترة، وتخلو من التواصل الايجابي.

-عملية الاتصال مع الحالة:

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

-التكفل العلاجي:

- **العلاج الطبي**: قام الطبيب النفسي من خلال الفحص العادي (قياس التنفس، مراقبة نبض القلب وحالة الأطراف) والتشخيص من خلال التعرف على الأعراض، فالأعراض المستخلصة هي : الحزن، الانعزال، النظرة السوداوية للحياة، اضطرابا ت في النوم، عدم التوافق الاجتماعي، أفكار عن الموت، فقدان الشهية مع فقدان الوزن، لوم الذات.

- **التشخيص**: الحالة مصابة باضطراب الاكتئاب، حيث وصف الطبيب الأدوية التالية Tegretol, Tranxen, Haldol ، علاج يدوم مدة 3 أشهر ثم تعود للفحص مرة ثانية.

- فالحالة تعاني من **الاكتئاب** نتيجة عدم القدرة على التكيف بين إمكاناتها الشخصية، وما يتطلبه المجتمع، فقدان عدد من المواضيع خاصة منها الرمزية المحبوبة منها المكانة الاجتماعية كزوجة، ممارسة أمومتها مع ابنتها، العلاقة الطيبة مع أفراد الأسرة التي من المفروض أن تكون الحضن الدافئ الغني بالمحبة، والحنان ومصدر الإحساس بالأمان، وعليه المعاملة القاسية لأفراد عائلته، وذلك بسبب تعرضها للطلاق " **المرأة المطلقة في نظرهم عار**" ورفض العائلة أن تحتضن طفلتها، ونتيجة الوضعية الجديدة، وهذا الضغط النفسي على الحالة جعلها تنهار، وتصاب بمرض الاكتئاب.

- **الرقية:** تخضع الحالة للعلاج من فترة لأخرى إلى العلاج بالرقية لاعتقادها أنها تعرضت إلى السحر، ويتم العلاج من خلال القرآن الكريم وشرب الماء المرقي والدهن بزيت الزيتون.

- **العلاج النفسي:** أما العلاج النفسي من خلال أهداف واضحة ومحددة فهو غائب ما عدى حصة خاصة من خلال التكفل النفسي بعد الفحص الطبي مباشرة ودلك للتنفيس عن معاناتها، ولا يمكنها أن تواظب على حصة في كل أسبوع كون الأسرة تمنعها من الخروج ماعدا الذهاب إلى الطبيب ليصف لها الدواء أو الذهاب للراقي، وكذلك الخلفية السلبية في مجتمعنا نحو الأخصائي النفسي المرتبطة بالجنون.

الطعون العلاجية: الحالة غير راضية على العلاج الطبي، وحسب قولها فهي لم تحقق الشفاء التام من هذا المرض لأنها تنتكس، وهي تحس بالكره لهذه الأدوية لأنها تجعلها تحس بجفاف فمها المستمر مما يجعلها تشرب باستمرار، وكذلك الإحساس بالملل لأنها تتناوله يوميا، ولمدة ثلاثة سنوات وأحيانا توقف عن تناوله، فهي تشعر بأن هذه الأدوية لم تفعل لها شيئا، وهذا ما يجعلها تشعر بالإحباط نحو العلاج، وبالتالي فقدان الأمل من الشفاء، وتصرح أنه بتوجيه من الأخت الأكبر منها فهي تواصل العلاج عند الراقي لأنها تشعر بالطمأنينة عند سماع تلاوة القرآن لكن وضعيتها الصحية لم تتحسن.

التكفل النفسي: تم توظيف التكفل النفسي من خلال مساعدة الحالة على التحدث عن ما تعانيه من قسوة من طرف عائلتها، وتصحيح بعض المعتقدات الخاطئة عن مرضها حيث تظن أنها مسحورة، ومجنونة لأنها تخضع للعلاج الطبي النفسي، وأن الأدوية التي تتناولها هي للمجانين، فشرحنا لها نوع المرض الذي تعاني منه وكيف حدث لها وما هي العوامل المسببة لحدوثه، وأن هذه الأدوية تسترجع من خلالها التوازن الكيميائي لجسمها، وأن هذا المرض يتطلب علاجا طبيا ونفسيا حتى تصل إلى الشفاء، حيث حاولنا زرع الأمل وتغيير النظرة التشاؤمية للحالة إلى نظرة أكثر تفاءلا.

- **التحليل الإكلينيكي للحالة**: إن المعلومات المجمعة من خلال المقابلات، وشبكة جمع المعلومات كانت متطابقة، ومن خلالها استنتجنا أن مرض الاكتئاب أحدث تغيرات عميقة في شخصية الحالة.

من خلال الحديث مع الحالة علاقتها بالطبيب النفسي تتحدد من خلال الفحص العادي الآلي ووصف الدواء مع النصح بالانتظام على الأدوية وعدم الاكتراث لكلام أفراد الأسرة.

لاحظنا عدم رضاها عن العلاج الطبي الذي تخضع له نظرا لطول مدة تتناولها له لمدة 3 سنوات يوميا ولكن بدون نتيجة، حسب ما تقول الحالة فتناول الأدوية أصبح يشكل لديها إحساس بالملل، وعدم جدواه مما يجعلها تتخلى عنه لتراجع فيها المعالج التقليدي، وبين هذا التنقل من معالج لآخر يحدث الانتكاس والرجوع إلى نقطة الصفر، فاقتصار العلاج على الأدوية والاهتمام بالجانب الفسيولوجي، وإلغاء الجانب النفسي جعل الحالة مستقرة في مرضها، وهذا ما يقره الطبيب النفساني BURNS: أن من شأن عقار مضاد للاكتئاب أن يمنحك على الأقل بعض القدرة التي تحتاج إليها لتبدأ في المعالجة بصورة بناءة ومن تم الإسراع في العمليات المؤدية إلى الشفاء وبهذا المعنى فالعلاج الكيميائي بالعقاقير المضادة للاكتئاب، إذا ما حتمت الظروف تعاطيه ماهو إلا مرحلة أولى من المراحل الميسرة للعلاج والشفاء، لكن العلاج الحقيقي هو الذي يتطلب تدريبات تساعد وتعين على مواجهة ضغوطات الحياة وأحداثها على نحو أكثر إيجابية، فهو ما يجب أن نخطط له بطرق أخرى أكثر فاعلية مثل العلاج النفسي المعرفي السلوكي من خلال التدرب على اكتساب المهارة في فهم الأمور وتفسير المواقف الخارجية بعقلانية، وإدراك الذات والعالم بصورة غير مهددة للذات، والتعامل مع الآخرين والضغوط الاجتماعية، والانطلاق نحو تبني أساليب سلوكية صحية بديلة (عبد الستار، 1989، ص101)، وحسب كل من ساتر وباسكاليس SUTTER et PASSCALIS فالعلاج النفسي يساعد المريض على النمو

النفسي السوي، وكذلك في كيفية حل مشكلاته مثل العلاج المعرفي السلوكي الذي يستهدف علاج الأفكار الزائغة، والسلبية بالإضافة الى تقنيات سلوكية تحسن من تصرفات المكتئب "**فالعلاج النفسي هو مختلف الوسائل من خلالها نؤثر على نفسية المريض أو على جسمه بواسطة التدخل النفسي** (SUTTER et PASSCALIS, 1969, P 489- 492).

بين الحالة وأسرتها علاقة تشوبها القسوة خاصة الأم من خلال معاملتها القاسية والإهانة، والتجريح المستمر، بالإضافة لحرمانها من طفلتها شكل لديها ضغطا نفسيا كبيرا في معاشها اليومي مما يجعل الحالة في توتر مستمر لتفقد توازنها النفسي والصحي، وبالتالي الانهيار وتكرر الانتكاس " فمن المعروف أن الضغوط النفسية وأحداث الحياة تقوم بدور مهم في تفجير النوبة الاكتئابية، بعبارة أخرى استجابة الاكتئاب دائما ما تكون مسبوقة بوجود أحداث وكوارث وخسائر مادية وبشرية ومعنوية، ومن ثم يمكن أن نعامل ضغوطات الحياة بمنزلة القشة التي قسمت ظهر البعير بالنسبة للشخص المهيأ للإصابة بالاضطراب النفسي" (عبد الستار، 1989، ص116).

من خلال خطاب الحالة فهي تصرح بعدم اهتمام أفراد عائلتها بمرضها، ولا حتى دعمها نفسيا وهذه المعاملة ولدت لديها شعورا بالاغتراب والابتعاد النفسي، وفي النهاية الانعزال والانسحاب من الحياة، فغياب عامل الأسرة في الفريق العلاجي أزم الوضع الصحي للحالة مما يجعلها تتوقف عن تناول الأدوية لتنتكس عدة مرات ويجعلها تهمل كل ما يحيط بها في حياتها اليومية، ولهذا يؤكد جابر أنه على الأسرة " أن تبتعد تماما عن إتباع الأساليب الخاطئة في التعامل كالقسوة والحرمان لأن مثل هذه الأساليب تؤدي إلى الاضطرابات في الشخصية، وتفككها وتكون عرضة لعدم التوافق النفسي والشخصي والاجتماعي "(جابر، 2000، ص54)، ويؤكد رشوان أنه "على الأسرة أن تساعد أعضاءها على نضجهم نفسيا وذلك بتوفير الحب لهم والاهتمام والرعاية والاستقرار والحماية " (رشوان، 2003، ص45)، ويضيف جابر أن الأمر الذي يسرع ويساعد على

تحسن المكتئب هو أن الأسرة بخصائصها السيكولوجية والاجتماعية يمكنها أن تساعد أو تعيق التكيف الأسري (جابر، 2000، ص35)

الحالة في مسارها العلاجي تخضع للعلاج الطبي بالإظافة إلى العلاج التقليدي منذ مدة طويلة تمثلت في ثلاث سنوات، فهذا المسار العلاجي لم يمكن الحالة من الوصول إلى الشفاء، وهذه المعانات جعلتها تطعن في العلاج مما نمى لديها مشاعر الإحباط.

6. مناقشة الفرضية في ضوء النتائج:

ومن خلال الدراسة التطبيقية للحالات تأكدت الفرضيات التي تقول:

- يعتبر المسار العلاجي للمكتئب الراشد متذبذب بين الانتكاسات العلاجية والطعون العلاجية.

- الانتكاسات العلاجية تؤدي إلى الطعون العلاجية.

وللتفصيل أكثر سنحاول مناقشة الفرضيات:

لقد تحققت هذه الفرضية من خلال المقابلات التي أجريت مع الحالات أين وجدنا أنه بالرغم من خضوع الحالات للعلاج الطبي والعلاج التقليدي بالرقية، واستمرارهن في تناول الأدوية بانتظام إلا أنهن لم يتحسن بل تعرضن إلى عدة انتكاسات كان سببها الرئيسي الضغوطات النفسية، ومنغصات الحياة التي يتعرضن لها في معاشهن اليومي.

ما يمكن ملاحظته كذلك هو أن تفسير المرض وفهمه يحدد نموذج العلاج أي أن حضور مفهوم التصور بالنسبة لأسباب المرض هو ما يحدد طريقة العلاج لدى المريض أولا ثم المعالج، وهذا يعني أنه إذا كنت أظن أنني مصاب بسحر فهذا سيوجهني إلى الراقي حسب ثقافتي وثقافة محيطي والمجتمع عامة، وهذا ما قامت به كل الحالات من خلال توجههن إلى المعالج التقليدي أولا إما من طرفهن أو من طرف أحد أفراد العائلة فالحالات تؤكدن أنهن تثق فيه لأن مصدره القرآن، وكذلك إذا لم ينفع لن يضر لأنه يعتمد كذلك على العسل والأعشاب الطبيعية وهذا ما نجده في أعمال باسكوليدو 1992، إيغون1987،

وجانزون1978 نقلا عن أورليان فرانكل أن أفراد العائلة الأم والأب، والأقارب يشغلون أدوار مكملة بينهم فالأفراد المدمجين في النظام الاجتماعي هم أكثر من منبع تأثير في البحث عن العلاج وهم كذلك مستشارين ومتدخلين مدمجين في نظام التكفل العلاجي الجماعي (Aurelien Franckel, 2004,p65)، وتشير أعمال ريان Ryan إلى أن الاستراتجيات العلاجية لا يتم إنشائها بواسطة أنظمة تصنيف الأمراض، ولكن من خلال منطق عملي يهدف إلى تعظيم فرص الشفاء والأفراد لا يترددون في ربط الرعاية الطبية إلى جانب الرعاية التقليدية فمن الشائع جدا أن المسار العلاجي يدعوا إلى استخدام عدة أنواع من الرعاية (Ryan, 1989)، **وهنا يظهر أن المسار العلاجي لمرضى الاكتئاب متذبذب بين الأطباء والمعالجين التقليديين للتخفيف من معاناتهم النفسية والجسدية.**

وجدنا غيابا لوظيفة الأخصائي النفسي المهمة في إعادة التربية النفسية لدى كل الحالات الأمر الذي عرقلة مسار تحسن وشفاء المكتئبات وذلك لنقص التوعية النفسية، ولأسباب مختلفة أخرى كالوضع الماد للحالات، وغياب الدعم الأسري المادي والمعنوي، والخلفية السلبية اتجاه الأخصائي النفسي المرتبطة بالجنون، ويشير جون غويوتا Jean Guyotat على أن التدخل النفسي: "هو مختلف الوسائل السيكولوجية التي يمكنها أن تعمل وفق هدف علاجي محدد، مفهوم الأثر أي المفعول العلاجي هو ما يجب أن نعرفه منذ البداية، وهو يؤدي إلى الحصول على ضمور الحالة المعقدة التي يعاني منها الفرد إما لأنها تجعله يعاني أو لأنها تخفف عنه، وتمنع تفاقم الوضع، إلى حدود خطيرة في حياته، هذا ما يفترض أن الفرد يريد التخلص من هذه المعاناة وأن محيطه أيضا يريد هذا (Guyotat, 1978, p9). وبالتالي كل هذه الأمور الغائبة تتدخل في مسار المرض وشدته وتعرقل عملية الشفاء.

فلمكتئبات فاقدات للروح المعنوية والنشاط والحيوية، وحزينات ومتمركزات حول أنفسهن مما أفقدهن مهاراتهن الاجتماعية والأساليب الايجابية في مواجهة ضغوطات ومنغصات

الحياة، لأن هذه الأخيرة والمستمرة بصفة متتالية في معاشهن اليومي جعلتهن عرضة للانتكاسات المتكررة مما عرقل مسارهن العلاجي في الشفاء وفي تحقيق الصحة النفسية والجسدية، وهذا ما أكدته المنظمة العالمية للصحة OMS بأن: " المشكل لدى المرأة المكتئبة هي تراكم الصعوبات والضغوطات النفسية التي تواجهها...وأن بعض الباحثين يؤكدون بأن الأسباب الرئيسية لصحة نفسية سيئة لدى المرأة هو التمييز بين الجنسين والوضع الاجتماعي والاقتصادي الضعيف (Les femmes et la santé .OMS, 2000)

وجدنا غيابا كليا لوظيفة الأسرة في كل الحالات حيث لمسنا من خلال حديث كل حالة غياب الحوار بينهما، عدم اهتمام الأسرة ولا مبالاتها، غياب الوعي النفسي لديها زيادة على قسوتها وسوء معاملتها للمريض، وكل هذه الأمور تتدخل في تدهور التوافق والتوازن النفسي، وتعرقل عملية الشفاء وتجعله ثابتا على هذا المرض والرجوع بالمريض إلى نقطة الصفر والانتكاسات المتكررة، وهدا ما تؤكده كولات ومساعديها Collette: " أن التعاون مع العائلات والفريق العلاجي أمر حاسم لنجاح العلاج وتأهيل المريض... وأن الأسرة هي مصدر للمعلومات القيمة للفريق العلاجي فيما يتعلق بتطور الأعراض، واستجابة المريض للأدوية، والالتزام بالخطة العلاجية (Collette & all, 2004, p236). وتضيف دراسة تسيي وكول بأن التشارك أوالتعاون بالمعلومات بين المعالجين والعائلة يكون الوسيلة الأولى للاستعمال للتخفيف من الضغوط التي تفرض على العائلة وعلى المريض (Tessier et coll, 1992, p168).

وبناءا على ما سبق فالانتكاسات المتكررة نتيجة عدة أسباب كغياب الدعم الأسري، وتأثير الضغوطات النفسية والتنقل بين المعالجين الأطباء والرقاة تأثر على الجانب العلاجي وتؤدي إلى الطعون العلاجية من خلال التنقل عبر مختلف المحطات العلاجية وذلك لعدم فعالية العلاج المتبع لأنه لا يستجيب إلى المعانات النفسية للمصاب بالاكتئاب وهذا ما تؤكده بعض متغيرات الدراسات لـــ أجماكبو Adjamagbo: "أن الطعون إلى عدة

مسارات علاجية يمكن ربطها بتطور المرض مع مرور الوقت، وأيضا من التعايش بين عدة أهداف مثل الرغبة المزدوجة لشفاء الجسد المريض وتفسير أصل الاضطراب الذي عبر عنه المرضى، والبحث بالقرب من معالج تقليدي على تفسير وحماية، وأن فكرة إيجاد حماية سحرية للمرض لا يمنع المريض من طلب العلاج من جهات أخرى للظواهر السريرية كالأطباء " (Adjamagbo et al, 1999)

7. إستنتاج:

وعليه نستنتج أن العلاج الطبي يستهدف الجانب الفسيولوجي وكيمياء الجسد لان الطب يعزي المرض إلى إصابة عضوية وعليه يحاول التدخل من خلال الأدوية في استرجاع التوازن الكيميائي للجسد، وهذا يعتبر إسقاط لمعارف الطبيب على الأمراض، وعليه يشخص ويصف الأدوية، لكن الحالات وجدت نفسها في تبعية لمدة سنوات طويلة في استهلاك الأدوية وهده التبعية أصبحت مملة حسب رأيهم وبدون نتائج فعالة.

أما العلاج النفسي فهو غائب لاقتصاره على تنفيس الحالة عن همومها وعلى بعض الإرشادات الخالية من العمل العلاجي الذي يكون محدد من خلال أهداف واضحة وخطة علاجية وفق تقنيات تستهدف الجانب المعرفي والسلوكي للحالات، وعليه يثبت الاعتقاد بأن هذا العلاج غير فعال.

كل الحالات تثق في العلاج التقليدي وتتفاعل معه أكثر لارتباطه بالقرآن الكريم فمصدر العلاج هو مقدس القرآن والعسل، بالإضافة إلى المريض عموما يفضل أن ينسب الإصابة إلى شيء آخر، ويخلي مسؤوليته في ما يعانيه وأن الإصابة خارجة عن قدرته إما سحر أو عين أو مس من الجن، لكن رغم هذه الثقة يتضح أن هذا العلاج غير كاف لأنه إسقاط كذلك لمجموعة من الأفكار، والمعتقدات لدى المعالج التقليدي على مرضى الاكتئاب.

دور الأسرة غائب في احتواء مريضها لأن المريض يشكل عبئ نفسي ومادي واجتماعي كون المرض النفسي في المجتمع الجزائري مرفوض ومرتبط بالجنون، ويشكل وصمة

اجتماعية لدى العائلات وهذا دليل على رفض المرض النفسي، ويضع المصاب به في فئة مختلفة عن الآخرين، وهذا الأمر يعطي صورة سلبية عن المحيط الأسري الذي يعيش فيه المريض.

وبناءا على كل ما ورد من معلومات تحققت فرضيتنا في الدراسة الميدانية ولكن تبقى هذه النتائج نسبية نظرا لاقتصار دراستنا على عينة صغيرة وكذا لغياب أفراد الأسرة خلال المقابلات.

خلاصة:

حاولنا في هذه الدراسة التعرف على الأسباب التي جعلت المصابات بالاكتئاب تتكسن في مسيرتهن العلاجية وأسباب الطعن في العلاجات، والتذبذب في المسار العلاجي، باستخدام المنهج الكيفي من خلال دراسة الحالة والمقابلات العيادية، وشبكة جمع المعلومات، وأسفرت النتائج على أن الانتكاس لدى المكتئبات سببه التنقل بين مختلف المعالجين للبحث عن العلاج الفعال وعدم إيجاده، غياب العلاج النفسي الكفء، الضغوطات النفسية اليومية، وغياب المساندة والدعم الأسري.

لنختم في هده الدراسة بالإشارة إلى أن الأفراد المصابين عامة بالاضطرابات النفسية يتوجب تناول وضعيتهم الصحية من مختلف الجوانب الفسيولوجية والنفسية والأخذ بعين الاعتبار ثقافة المجتمع السائدة، لأن الفرد هو وحدة نفسية جسدية متواجدة داخل محيط معين لا يمكن الفصل بينهما أو الاهتمام بجانب وإهمال جانب آخر، بالإضافة إلى المحيط العائلي وثقافته، وإدماجه في العملية العلاجية.

8. التوصيات والاقتراحات:

ـــــ ضرورة تدخل الهيئة التنفيذية للصحة النفسية والعقلية لتوعية كل من يخضع للعلاج الطبي النفسي أن يخضع للعلاج وللتكفل النفسي، وإدماج الأسرة كفريق علاجي يساهم في

خلق الجو المناسب الذي يساعد المريض النفسي على التحسن، لأن العلاج النفسي للمرضى في الجزائر لا زال مهمشا.

ـــــ ضرورة تكثيف نشر التوعية النفسية عن طريق الإعلام من خلال البرامج التلفزيونية والإذاعة للأسرة الجزائرية على أساس أن التلفزيون والإذاعة هما أكثر وسائل الإعلام انتشارا في الجزائر.

ـــــ ضرورة متابعة الأخصائي النفساني للمصاب بالاكتئاب داخل أسرته وذلك لمعرفة مدى مساهمة الأسرة في تحسنه أو تدهور حالته.

ـــــ ضرورة القيام بحملات تربوية وتوعية في مجا ل الصحة النفسية للمرضى النفسيين ولأسرهم.

9. قائمة المراجع:

القرآن الكريم.

إبراهيم عبد الستار(1998): *الاكتئاب*، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.

حسين عبد الحميد رشوان(2003): *الأسرة والمجتمع*، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية.

الحافظ عماد الدين ابن كثير(1994): *تفسير القرآن العظيم*، دار الثقافة للنشر والتوزيع، ط 1، ص 37.

فاخر عاقل(1971): معجم *علم النفس*، دار العلم للملايين، بيروت، ط 1.

فوزي محمد جابر(2000): *الصحة النفسية*، المكتبة الجامعية، الإسكندرية.

بن أحمد، قويدر(2011/2010): *التمثلات الثقافية للمسار العلاجي لدى المكتئب*، رسالة دكتوراه في علم النفس، جامعة وهران، الجزائر.

كمال محمد محمد عويضة (1996): *الصحة في منظور علم النفس*، دار الكتب العالمية، بيروت.

محمود عثمان نجاتي (1978): *علم النفس في حياتنا اليومية*، الكويت، ط 1.

هانري شابيرول(1998): *المراهقة والاكتئاب*، عويدات للنشر والطباعة، بيروت، ط1.

مراجع باللغة الأجنبية:

Adjamagbo A., Guillaume A., Koffi N. (eds.) (1999) *Santé de la mère et de l'enfant* : exemples africains. Paris : IRD, 165 p.

Aurelien Franckel(2004) *: LES COMPORTEMENTS DE RECOURS AUX SOINS EN MILIEU RU-RAL AU SENEGAL*. Le cas des enfants fébriles a Niakhar. Sociologie. Université de Nanterre- Paris X.

BRUGHA, T. S., MORGAN, Z., BEBBINGTON, R, JENKINS, R., LEWIS, G., FARRELL,

M., MELTZER, H.,(2003), *Social support networks and type of neurotic symptom among adults in British households, Psychological Medicine*, 33, 307-318.

Collette, S., P. Lalonde et C. Jalbert.(2004) : *Approches familiales* , Dans T. Lecomte etC. Leclerc (edit.), Manuel de réadaptation psychiatrique (231-252). Sainte-Foy, Presses de l'Universite du Quebec.

JULIEN, M., JULIEN, D. et P.LAFONTAINE, (2001), *Environnement de soutien*, dans Enquête sociale et de santé 1998. (En ligne), Adresse URL :

Jean Guyotat(1978) : *psychothérapie médicale*, Edit Masson.

J.m. SU TTER et G. PASSCALIS(1969) : *psychothérapie*, ANTOINE POROT; Manuel alphabétique de psychiatrie PUF paris 4 édit.

Les femmes et la sante, OMS,(2000).pdf.

L. Gasman, J. -F. Allilaire et coll(2003): *Psychiatrie* ,édit Masson Paris.

Léon C, Chan Chee C, du Ro scoät E ; le groupe Baromètre santé 2017. *La dépression en France chez les 18-75 ans* : résultats du Baromètre santé 2017. Bull Epidémiol Hebd. 2018;(32-33):637-44. http://invs.santepubliquefrance.fr

Murray C.J., Lopez A.D. (1997) : *Alternative projections of mortality and disability by cause 1990- 2020* : Global Burden of Disease Study, *Lancet*.

*Manuel Diagnostique Et Statistique Des Troubles Mentaux,*DSM V,(2013).

NASSER, E. H., OVERHOLSER, J. C.,(2005), *Recovery from major depression* : The role of support from family, friends, and spiritual beliefs, *Acta*

Psychiatrica Scandinavia.

PAMPALLONA S., BOLLINI P., TIBALIDI G., KUPELNICK B., MUNIZZA C. (2004)

Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression : A systematic review. Arch. Gen. Psychiat.

Patricia JOLY , et coll(2005) : *représentations culturelles, itinéraires thérapeutiques et santé mentale infantile en Guadalupe*, revue la psychiatrie de l'enfant.

Tessier,L., M.Clément et V.Wagener-Jobidon.(1992) : *La réadaptation psychosociale en psychiatrie* : défis des années 90, Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur,1992.

VITTENGL J.R., CLARK L.A., DUNN, TODDW., JARRETT R.B. (2007) : *Reducing relapse and recurrence in unipolar depression : a comparativemeta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. J.* Cons.Clin. Psychol.

WIDLÖCHER D. (1995) : *Les logiques de la dépression.* Paris, Fayar

WADE, T. D., KENDLER, K. S.,(2000), *The relationship between social support and major depression : cross-sectional, longitudinal, and genetic* ***perspectives****, Journal of Nervous and Mental Disease.*

Ryan G.W. (1998) *What do sequential behavorial patterns suggest about the medical decision-making process* ? Modeling home case management of acute illness in a rural Cameroonian village., Social Science & Medicine, Vol. 46, n°2. http://www.huffpostmaghreb.com/2019/04/11/**la-depression-**une *pathologie-qui-touche-de-plus-en-plus-d'algeriens*