

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
جامعة الدكتور محمد أمين دباغين- سطيف 2

## أطروحة

مقدمة بكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية  
قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا

لنيل شهادة

## دكتوراه العلوم

تخصص : علم النفس العيادي

من قبل الطالب

علي حمايدية

الموضوع:

# التكفل النفسي بالأمراض المستعصية بالمواسطة العلاجية والعلاج بالفرن

أمام لجنة مكونة من:

رئيسا	الأستاذ الدكتور: شلبي محمد (جامعة قسنطينة 2)
مشرفا	الأستاذ الدكتور: لحسن بوعبد الله (جامعة قسنطينة 2)
مناقشا	الأستاذ الدكتور: ناصر ميزاب (جامعة تيزي وزو)
مناقشا	الأستاذ الدكتور: محمد نجيب نيني (جامعة قسنطينة 2)
مناقشا	الدكتورة: خرباش هدى (جامعة سطيف 2)
مناقشا	الدكتورة: قماز فريدة (جامعة سطيف 2)

السنة الجامعية: 2015-2016

## **Remerciements**

*La réalisation d'une thèse passe par l'écriture solitaire, mais avant tout elle s'est construite dans un partage et une confrontation d'opinions m'ouvrant vers des horizons théorico-pratiques insoupçonnés et des rencontres enrichissantes. La globalité des personnes ayant contribué à la rédaction de cette thèse ne peut être citée ; j'adresse ainsi, à ceux qui ont croisé mon chemin durant l'élaboration et la finalisation, un grand merci pour tout ce que j'ai appris grâce à eux.*

*J'exprime ma profonde reconnaissance à mon directeur de thèse ; Monsieur le Professeur **Lahcène Bouaabdallah** qui m'a guidée avec une grande bienveillance à travers ce parcours de recherche, me permettant d'élargir toujours plus l'horizon de mes questionnements par ses apports méthodologiques, théoriques, et sa passion pour transmettre et partager son savoir.*

*Un remerciement tout particulier à Monsieur le Professeur **Bernard Chouvier** du CRPPC- Univ. Lyon 2 ; pour ses précieuses relectures et remarques pertinentes, avec la sensibilité et la singularité de l'attention qui sont les siennes, ainsi pour sa bonne accueil sur place et via internet...*

*J'adresse mes plus sincères remerciements à l'équipe du CRPPC de l'Université Lumière-Lyon 2 qui ont contribué à étendre mes connaissances et/ou à m'aider dans l'élaboration de cette thèse: Pr **Claudine Vacheret.**, Pr **Anne Brun**, Dr **George Gaillard**, Mm **Gabriella Comte...** et mon amie **Blandine Bruyère..***

*Ainsi ; je tiens à remercier chaleureusement tous ceux qui m'ont aidé dans le travail pratique aux services et établissements sanitaires : Pr **Ouyahia**, Dr **Raïs**, Pr **Méchakra**, Pr **Lach'heb**, Pr **Dib** ; et tous les psychologues cliniciennes qui m'ont fait confiance et laissé travailler avec leurs patients et dans leurs bureaux...*

## الإهداء

أولا وقبل أي كان، أهدي عملي المتواضع إلى من لا تفي كلمات في رسالة علمية حقهم من الوفاء والعرفان والشكر، إلى من قدموا أغلى ما لديهم: الحياة، ليهدوننا وطننا ننتمي إليه، ندرس فيه ونحيا في أرجائه أحرارا بفضل الله... إنهم شهادونا الأبرار...

إلى والدتي العزيزة أولا وثانيا وثالثا، وهي التي رافقتني طيلة كل مراحل حياتي، ولكم أتمنى أن يطول بها العمر لترافقني في نجاحات أخرى... إلى روح والدي وذكراه الطيبة... إلى زوجتي سارة وابنتي كهينة...

إلى كل أساتذتي ممن تتلمذت على أيديهم منذ الصغر، واللذين لولاهم لما وصلت إلى ما وصلت إليه... وإلى كل طلبتي بجامعة: تبسة، عنابة، سطيف وبجاية؛ وكل من عرفني طالبا أو زميلا أو أستاذا..

إليكم جميعا.. أهدي هذا العمل المتواضع...



***« Il n’y a que deux créatures qui s’amusent au désert: les diables et les bédouins ; et tu es ni l’un ni l’autre !!... »***

Conseil donné par un diplomate anglais au Caire au jeune enthousiaste Thomas Edward Lawrence, alors lieutenant de l’armée Britannique ; juste avant qu’il entame sa fameuse traversée de désert de 1916...

A Peter O’tool (cette fois-ci) qui a incarné “mystérieusement” le rôle du “mystérieux” Lawrence d’Arabie au cinéma; tout en engendrant chez nous le “mystérieux” amour de l’aventure et de la tentation.. je dédie ce travail spécialement...

Ali Hamaïdia

## خطة البحث:

مقدمة

الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة

تمهيد

1-1. مشكلة الدراسة

1-2. أهمية الدراسة

1-3. أهداف الدراسة

1-4. تحديد المصطلحات

1-5. الدراسات السابقة

1-6. فرضيات الدراسة

الفصل الثاني: التكفل والعلاج النفسي

تمهيد

1-2. التكفل النفسي

2-2. العلاج النفسي

الفصل الثالث: ماهية وواقع الممارسة والعلاج النفسي في الجزائر

تمهيد

1-3. مفهوم الممارسة السيكلوجية

2-3. مهام الأخصائي النفسي الإكلينيكي

3-3. مجالات العمل الإكلينيكي وأبعاده

3-4. إعداد وتكوين الأخصائي النفسي الإكلينيكي

3-5. واقع الأخصائي النفسي الإكلينيكي في الجزائر

الفصل الرابع: العلاج والوساطة بالفن

تمهيد

أولاً: العلاج بالفن

1-4. تعريف العلاج بالفن

- 4-2. لمحة تاريخية
- 4-3. أهداف العلاج بالفن
- 4-4. أسس العلاج بالفن
- 4-5. إجراءات العلاج النفسي بالفن
- 4-6. استخدامات العلاج النفسي بالفن
- ثانياً: الوساطة العلاجية**
- 4-7. نبذة تاريخية
- 4-8. تعريف الوساطة
- 4-9. الفرق بين الوساطة العلاجية والعلاج بالفن
- 4-10. تطبيقات الوساطة العلاجية
- 4-11. الورشة العلاجية
- 4-12. الوسائط العلاجية
- 4-13. تعريف الوساطة بالرسم
- 4-14. التأثير النفسي للألوان و أنواعها

## **الفصل الخامس: مرض السرطان**

### **تمهيد**

#### **أولاً: مرض السرطان**

- 5-1. تعريف مرض السرطان
- 5-2. الوفيات بسبب السرطان
- 5-3. كيف ينشأ السرطان ؟
- 5-4. أسباب مرض السرطان
- 5-5. السرطان كمرض سيكوسوماتي
- 5-6. تشخيص والكشف عن مرض السرطان
- 5-7. العلاج الطبي والوقاية من مرض السرطان
- ثانياً: المعاش النفسي لمريض السرطان**
- 5-8. منشأ المشاكل النفسية للسرطان
- 5-9. الإضطرابات النفسية المصاحبة للسرطان
- 5-10. الاستجابات النفسية عقب الإصابة بالسرطان
- 5-11. الصدمة النفسية عند مرضى السرطان
- 5-12. الإكتئاب عند مرضى السرطان

- 5-13. علاج الإكتئاب لدى مريض السرطان  
5-14. أهداف التدخل النفسي عند مرضى السرطان

### الفصل السادس: مرض السيدا

#### **تمهيد**

- 6-1. مفهوم مرض السيدا (الإيدز)  
6-2. نبذة تاريخية عن ظهور مرض السيدا  
6-3. معطيات إحصائية  
6-4. الجهاز المناعي للجسم البشري  
6-5. فيروس الإيدز (السيدا)  
6-6. طرق انتقال مرض السيدا  
6-7. مراحل مرض السيدا  
6-8. أعراض مرض السيدا  
6-9. التشخيص  
6-10. الوقاية والعلاج  
6-11. جهود الجزائر في مكافحة مرض السيدا  
6-12. المعاش النفسي للمصاب بمرض السيدا

### الفصل السابع: الإجراءات المنهجية

#### **تمهيد**

- 7-1. الدراسة الإستطلاعية  
7-2. المنهج المتبع في الدراسة  
7-3. أدوات الدراسة  
7-3-1. المقابلة الإكلينيكية  
7-3-2. دراسة الحالة  
7-3-3. البروتوكول العلاجي  
7-4. عينة الدراسة  
7-5. الإطار الزمني والمكاني  
7-5-1. الإطار الزمني  
7-5-2. الإطار المكاني

### الفصل الثامن: عرض ومناقشة النتائج

## أولاً: عرض النتائج

8-1. الحالة الأولى

8-2. الحالة الثانية

8-3. الحالة الثالثة

8-4. الحالة الرابعة

8-5. الحالة الخامسة

8-6. الحالة السادسة

8-7. الحالة السابعة

8-8. الحالة الثامنة

## ثانياً: مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات

### الخاتمة

- التوصيات (الآفاق التطبيقية للبحث)

قائمة المراجع

الملاحق



## مقدمة

لا يختلف إثنان على جدوى العلاج النفسي الذي إنتشر تطبيقه في وطننا في الفترة الأخيرة بشكل كبير، وذلك لما ثبت عنه ميدانيا من نجاعة وفعالية في شفاء المرضى النفسيين والتخفيف من معاناتهم، وإزالته للضغط النفسي، والتكفل بطالبي المساعدة الإكلينيكية على تجاوز المواقف والمراحل الصعبة في الحياة، وإيجاد الحلول لأصحاب المشاكل، والوصول إلى التوافق والراحة النفسية، بل وحتى تحرير الطاقات الكامنة لدى الأسوياء...

هذا العلاج النفسي على تعدد طرقه وتقنياته، ما تزال البحوث جارية إلى يومنا هذا لتحسينه وتحسينه وتفعيله أكثر، وهذه الرسالة تدرج ضمن هذا المسعى إذ تتعرض إلى طريقة علاجية معروفة هي "العلاج بالفن" من المنظور التحليلي وتسمى "العلاج بالوسائط الفنية"، حيث قمنا ببلورة بروتوكول علاجي ضمن إطار هذه التقنية مستنبط من مدرستين متخصصتين في هذه الطريقة في العلاج وهما مدرسة مدينة تور **Tours** الفرنسية ورائدها العالم **فوريستي** **Forestier** ومدرسة مدينة ليون **Lyon** ذات التوجه التحليلي ورائدها العلامة **شوفيري** **Chouvier**؛ وطبقناها على حالات مصابة بمرض السيدا أو السرطان، بهدف التكفل العيادي بالمشكلات النفس مرضية الناجمة عنهما كالصدمة النفسية، الاكتئاب، قلق الموت، الإحباط وغيرها... سعيا منا للتحقق من مدى فعالية هذا البروتوكول العلاجي كوسيلة للمرافقة النفسية تساهم في علاج وحل مشكلات هذه الفئة من المرضى.

لكن قبلا كان من الواجب علينا منهجيا تحديد مشكلة الدراسة وفروضها، أهدافها وأهميتها العلمية؛ حدودها المنهجية والواقعية (المكانية والزمنية)، بالإضافة إلى الركيزة النظرية التي سيتم الاعتماد عليها في تحليل ما سيتوصل إليه التحقيق الميداني من نتائج، حيث سنعرض خمسة فصول نظرية تتضمن فصلين عن مرضي السيدا والسرطان وجميع ما يتعلق بهما من

معطيات كالتعريف والأعراض والأسباب وسبل التكفل الطبي، وخصائص المرض خاصة من الجانب النفسي؛ بالإضافة إلى ثلاثة فصول مخصصة على التوالي للتكفل والعلاج النفسيين، واقع العلاج والمعالج النفسي في الجزائر؛ وأخيرا ماهية العلاج بالفن وبالوسائط الفنية، حيث سنعرض في هذا الأخير تعريفاتهما، مبادئهما وأسسهما النظرية وكيفية تطبيقهما إجرائيا، من منطلق أن الطريقة العلاجية المتبناة تنتمي لنفس الصنف. لنخلص في الأخير إلى عرض نتائج الدراسة الميدانية التي شملت ثماني حالات تمت دراستها بشكل مطوّل وعمق وفق المنهج العيادي، وتحليل هذه النتائج ومناقشتها على ضوء ما افترضناه مسبقا، والتحقق من مدى صدق هذه الفرضيات وإمكانية تأكيدها وترسيمها كنتائج للدراسة.

تجدر الإشارة إلى أن اختيارنا لهذا الموضوع بالذات لم يكن وليد الصدفة، بل سبقته تساؤلات وقراءات متعددة، شملت العديد من الدراسات السابقة، إضافة إلى قيامنا بدراسة استطلاعية لاستكشاف جوانب المشكلة عن كثب، مما سيساعدنا كثيرا في تحديد مشكلة الدراسة وتعيين أركانها بدقة.

## الفصل الأول:

### مدخل إلى الدراسة

## تمهيد:

كأغلب البحوث العلمية، ارتأينا أن نخصص فصلا كاملا عنوناه بـ "مدخل إلى الدراسة" ليكون بمثابة بوابة نسهل من خلالها دخول القارئ لموضوع هذا البحث وتناوله بالشكل الصحيح والدقيق، ف جاء يتضمن الإشكالية التي تدور في فلكها الدراسة، أهميتها وأهدافها، تحديد تعريف دقيق لمصطلحات البحث الأساسية التي سنركز عليها في تحليلنا لمختلف عناصر البحث التطبيقية ، إضافة إلى الدراسات السابقة سواء تلك ذات العلاقة المباشرة أو غير المباشرة، لنخلص إلى الفرضيات التي نسعى إلى التحقق من صحتها.

## 1-1. مشكلة الدراسة

إنعكس التقدّم الذي شهده علم النفس والنجاحات التي توصل إليها على مهنة الأخصائي النفسي الإكلينيكي وعلى أدائه المهني إيجاباً، حيث أصبحت الخدمات النفسية العيادية مطلوبة بشكل كبير مقارنة بالماضي القريب؛ وذلك مردّه إلى الفعالية الميدانية التي لم يعد يختلف فيها إثنان، ولم يعد يقتصر تدخّل الأخصائي النفسي فقط على الحالات المرضية الكلاسيكية التي تندرج ضمن الفئات المرضية المعروفة: عصاب-ذهان- وحالات حدية؛ بل أصبح يتعداها إلى مختلف المشكلات السلوكية والاستجابات النفسية لظروف معينة كمشكلات الطفولة والمراهقة أو المتعلقة بالتمدرس، أو الإصابة بأحد الأمراض المزمنة كالقصور الكلوي ومرض السكري، أو المستعصية كمرض السرطان ومرض السيدا؛ هذان الأخيران ولو إختفاً، كون الأول ناجم عن وجود نسيج خلوي هجين يتطور ليشكل وربما خبيثاً في أحد أعضاء الجسم، فيما يتمثل الثاني في مرض فيروسي يؤدي بالمصاب به إلى فقدان المناعة المكتسبة فيجرّد من سبل مقاومة شتى الأمراض؛ فبالرغم من اختلافهما من المنظور الطبي إلا أنهما يشتركان في كونهما مرضان مستعصيان يؤديان إلى الموت في أغلب الحالات، كما أنّ معرفة الإصابة بهما من طرف العميل تجرّ لوحدها إلى المعاناة النفسية وقد تشكّل صدمة له، بالإضافة إلى تظاهرات عيادية تختلف من حالة إلى أخرى أثبتت الدراسات العلمية المجراة في هذا الموضوع إمكانية وجودها (كدراسات **Yves Morhain** 1991 و 1995 على سبيل المثال لا الحصر). فإذن بات التدخّل النفسي للتكفل بمثل هذه الحالات مسألة ضرورية وأكيدة، غير أن الطريقة المثلى لذلك ما تزال غير محددة، حيث قمنا بغرض التأسيس لإشكالية هذا البحث بدراسة إستطلاعية - سنعرضها بالتفصيل في الفصل الخامس منه- شملت عدداً من الأخصائيين النفسيين الذي يتعاملون مع هذه الحالات المرضية، وتوصلنا إلى نتيجة مفادها أنّ الأخصائي النفسي عموماً غير مزوّد بأدوات علاجية معيّنة للتكفل النفسي بحالات السرطان والسيدا، كما أنه غير مكوّن للتعامل معهم عيادياً، مما يدفعه في غالب الأحيان إلى الإرتجال ومحاولة إيجاد السبل الإكلينيكية الأمثل، أو إنتظار أن تبرمج له المؤسسة التي ينتمي إليها دورات تكوينية وتدريبية قد

لا تأتي إطلاقاً، ما دامت نفس المؤسسات تضع التكفل النفسي في المرتبة الثانية ضمن أولوياتها.

من هذا المنطلق، أُجريت دراسات عديدة على غرار دراسة مونتي وبترسن (2005) ودراسة فافارا-سكاكو (2001) ودراسة أكشي وأوكوياما (2010)<sup>1</sup> خلصت إلى بلورة وتجريب طرق علاجية نفسية مجرّبة ومكيفة ثبتت نجاعتها في هذا الميدان. هذه الدراسات وإن كانت تمثل نقلة نوعية في مجال الممارسة العيادية في علم النفس، غير أنها تبقى مع ذلك بعيدة وغير متماشية نسبياً مع ثقافتنا وواقعنا المحلي (سيأتي ذكرها ونقدها لاحقاً في عنصر "الدراسات السابقة")؛ وهو ما حدا بنا في هذا البحث إلى اقتراح العلاج بالفن وبالوسائط الفنية اللذان يقومان على "تناول واستخدام وسائل التعبير الفني التشكيلي، وتوظيفها بأسلوب منظم ومخطط لتحقيق أغراض علاجية وتنموية، في أنشطة فردية أو جماعية، حرة أو مقيدة، وذلك وفقاً لخطة العلاج، وتطور مراحلها وأغراض المعالج وحاجات المريض، مما يتيح الفرصة للأعراض النفسية أن تغير شكلها وتظهر ضمن "سيرورة إبداع فني" (حسب ما يشير إليه فرويد)؛ كطريقة للتكفل النفسي بالحالات المصابة بمرض السيدا والسرطان وما يخلفاه من مشكلات نفسية، وكتقنية للمرافقة النفسية لهما. وعلى هذا الأساس تدور إشكالية هذا البحث العلمي في فلك السؤال الآتي:

## ما مدى فعالية العلاج بالفن والوسائط العلاجية في التكفل النفسي بالحالات

### المصابة بمرض السرطان أو السيدا ؟

بناءً على ما سبق، وبالاستناد إلى نتائج الدراسات التي انصبّت على تبيان الآثار النفسومرضية المنجّرة عن الإصابة بمرض السيدا والسرطان، والتي أثبتت معاناة المصابين بهما في الغالب من: الصدمة النفسية (وما قد ينجر عنها)، الإكتئاب، قلق الموت، اضطرابات التكيف، المعاناة العاطفية، الشعور بالذنب، اختلال كلا من: صورة الذات، الاستقلالية، الميزانية، الإحساس بالقيمة، فقدان الأمل في المشاريع المبرمجة على المدى الطويل،

(HAREL-BIRAUD H., 1995)

فقد ارتأينا للضرورة المنهجية طرح تساؤلات فرعية تربط بين الطريقة العلاجية المقترحة و مختلف هذه المميزات للمعاش النفسي لمرضى السرطان والسيدا:

■ ما مدى فعالية العلاج بالفن والوسائط العلاجية في علاج الصدمة النفسية (وما قد

ينجر عنها) لدى المصاب بمرض السرطان أو السيدا ؟

<sup>1</sup> - أنظر عنصر (الدراسات السابقة) من هذه الرسالة.

- ما مدى فعالية العلاج بالفن والوسائط العلاجية في علاج الإكتئاب لدى المصاب بمرض السرطان أو السيدا ؟
- ما مدى فعالية العلاج بالفن والوسائط العلاجية في إزالة قلق الموت لدى المصاب بمرض السرطان أو السيدا ؟
- ما مدى فعالية العلاج بالفن والوسائط العلاجية في علاج اضطرابات التكيف والمعاناة العاطفية لدى المصاب بمرض السرطان أو السيدا ؟
- ما مدى فعالية العلاج بالفن والوسائط العلاجية في إزالة الشعور بالذنب لدى المصاب بمرض السرطان أو السيدا ؟
- ما مدى فعالية العلاج بالفن والوسائط العلاجية في تصحيح اختلال كلا من: صورة الذات، الاستقلالية، الميزانية، الإحساس بالقيمة، فقدان الأمل في المشاريع المبرمجة على المدى الطويل الناجمة عن الإصابة بمرض السرطان أو السيدا ؟

هذا في المجمل، بالإضافة إلى خصوصيات كل حالة على حدة، وحتى نخرج عن النمطية التي قد تشوب هذا البحث بعدم الموضوعية، فإننا سنستهدف المشكلات النفسية الأخرى والغير محددة الخاصة بكل حالة من الحالات التي ستكوّن عينة الدراسة الميدانية لهذا البحث.

ومنه فقد تحددت لدينا الكثير من المعطيات المتعلقة بموضوع الدراسة، أولها المنهج

الذي إرتأينا أن يكون المنهج العيادي (الإكلينيكي)؛ وذلك لأننا سنقوم بدراسة ما أمكن من

الحالات المصابة بأحد المرضين السابقين الذكر دراسة إكلينيكية طويلة، مع الحفاظ على ذاتية

(subjectivité) كل حالة -وهو ما لا يوفره المنهج التجريبي- وتطبيق الطريقة العلاجية

المقترحة على كل واحدة منها، مع التقييم الدوري لها لمعرفة مدى فعالية العلاج المتّبع.

فإذا كان بإمكان الإنتاج الفني للحالة المدروسة أن يزودنا بمعطيات آنية عنها على اعتبار أن

العملاء يقومون عبره بالإسقاط، فإذن يمكن الاحتكام إليه في تقييم مدى تقدّم العلاج وتحديد ما

تحقق من أهدافه المسطرّة سواء منها الهدف العام أو الأهداف الجزئية والإجرائية.

كذلك نشير هنا إلى أننا سنخلص في نهاية البحث إلى بلورة تقنية علاجية مستمدة من

مدرستين لهذه الطريقة في العلاج وهما مدرسة مدينة تور **Tours** الفرنسية ورائدها العالم

**فوريسيتي Forestier** ومدرسة مدينة ليون **Lyon** ذات التوجه التحليلي.

وأخيراً، فأبي بحث له ركيزة نظرية يُستند إليها في تحليل الدراسة الميدانية وما توصلت

إليه من نتائج، ولا يحيد هذا البحث عن هذه القاعدة؛ فسنستعرض بالتالي في الجانب النظري

تعريفات المرضين وكل ما يتعلق بهما خاصة من الجانب النفسي؛ بالإضافة إلى ثلاثة فصول

مخصصة على التوالي للتكفل والعلاج النفسيين، واقع العلاج والمعالج النفسي في الجزائر؛ وأخيرا  
ماهية العلاج بالفن وبالوسائط الفنية.



## 1-2. أهمية الدراسة

تكمن أهمية هذه الدراسات في اقتراح العلاج بالفن وبالوسائط الفنية اللذان يقومان على استخدام وسائل التعبير الفني التشكيلي، وتوظيفها بأسلوب منظم كطريقة للتكفل النفسي بالحالات المصابة بمرضي السيدا والسرطان وما يخلفاه من مشكلات نفسية، وكتقنية للمرافقة النفسية لهما متماشية مع ثقافتنا وواقعنا المحلي؛ حيث سنخلص في نهاية هذا البحث إلى وضع بروتوكول علاجي مكيف يمكن للممارسين للعلاج النفسي عموماً، وأخصائيي علم النفس الإكلينيكي العاملين مع الفئات المرضية المذكورة استعماله، كما يمكن للباحثين الأكاديميين نقده واقتراح بدائل له أو البحث على تحسينه مما يؤدي بالتالي إلى تحسين مستوى البحث العلمي والرفع من مستواه فيزود الميدان والفاعلين فيه بما يلزمهم من أدوات محيئة ومكيفة.

## 1-3. أهداف الدراسة

نرمي من خلال هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية:

- 1-3. تدعيم أحد البدائل العلاجية للاستعمال الإكلينيكي متمثلاً في العلاج بالفن.
- 2-3. البرهنة على إمكانية التكفل النفسي بالأمراض المستعصية وتحقيق أهداف علاجية معها.
- 3-3. إثبات أنّ التكفل النفسي بالأمراض المستعصية لا يقل أهمية عن التكفل الطبي بها.
- 3-4. وضع منوال علاجي خاصّ ومكيّف ومحدد للتكفل النفسي العيادي بالمشكلات النفسية لفئة الأمراض المستعصية (وهو العلاج بالوسائط الفنية).
- 3-5. التجديد في سبل التكفل العيادي بتبني طريقة علاجية غير مستعملة كثيراً محلياً وهي العلاج بالفن.
- 3-6. المساهمة في إعادة الاعتبار للعلاجات المستمدة من التحليل النفسي التي فقدت الاهتمام بها في ظل ظهور طرق علاجية أخرى أثبتت فعاليتها بسبب تطويرها كالعلاجات المعرفية-السلوكية.
- 3-7. إثبات إمكانية تطبيق العلاج المستمد من التحليل النفسي في المؤسسات، في ظل ثبوت استحالة تطبيق التحليل النفسي (والعلاج المستمد منه) فيها واقتصراره على المجال الليبرالي (العيادات الخاصة).
- 3-8. بلورة بروتوكول علاجي خاصّ بموضوع وإشكالية هذا البحث، من الممكن الاعتماد عليه بعد ترسيمه في استنباط بروتوكولات علاجية من نفس النمط لاضطرابات أو إشكاليات أخرى.

## 1-4-4. تحديد المصطلحات

### 1-4-1. التكفل النفسي:

هو تقديم المساعدة للمريض المصاب بالسرطان أو بفقدان المناعة المكتسبة "السيدا" الذي يعاني من اضطرابات نفسية وذلك بغرض تغيير وجهة نظره للعالم الخارجي ذاته، وفهمه لمرضه وتقبله أو تعايشه معه لأنه يرافقه طوال فترة حياته، ويهدف هذا التكفل إلى مساعدة العميل على التوافق والتغلب على الضغوطات المختلفة التي تسببها إصابته بالعدوى والتخفيف من مشاعر الحزن والكرب التي تحدث له ومساعدته على اتخاذ القرارات وإيجاد الحلول المناسبة لمشاكله والتخلص من توتراته النفسية والمشاعر السلبية التي تسيطر عليه نتيجة تعرضه للإصابة بهذا المرض، فعادة ما تسيطر عليه أفكار ومشاعر سلبية وأحيانا انتحارية، كما يلزمه الشعور بالذنب والقلق والاكتئاب والتوتر والإحساس بالخوف والتهديد بالموت.

### 1-4-2. العلاج النفسي:

وهو تلك العملية العلاجية التي يمارس من خلالها المعالج النفسي ألوان التأثير المختلفة على عميل أو مجموعة من العملاء؛ ويأخذ التأثير النفسي طابع التغيير حيث يتأثر العميل بإيحاءات محددة أو إشارات خاصة ترتبط بالحالة المرضية، أو نظام تأثير البيئة الاجتماعية المحيطة به، كما يعمل على إزالة الأعراض المرضية الموجودة أو تعديلها أو تعطيل أثرها، مع مساعدة المريض على حل مشكلاته الخاصة والتوافق مع بيئته واستغلال إمكانياته ومؤهلاته على أقصى حد وأفضل وجه، إضافة إلى تنمية شخصيته ودفعها في طريق النمو النفسي السليم بحيث يصبح العميل أكثر نضجا وقدرة على التوافق النفسي.

### 1-4-3. العلاج بالفن:

هو طريقة علاجية تقوم على توظيف مختلف وسائل التعبير الفني التشكيلي، واستخدامها بأسلوب منظم ومنهجي لتحقيق أهداف علاجية أو تنمية الشخصية، من خلال أنشطة فردية أو جماعية، حرة أو مقيدة، وذلك وفقا لخطة علاج مضبوطة وموضوعة مسبقا.

### 1-4-4. الوساطة العلاجية:

تعني الوساطة العلاجية استعمال الإبداع أو التعبير الفني لأغراض علاجية، ففي ظل صعوبة التعبير لأي سبب من الأسباب، يمكن الاستئجاب بوسيط فني كبديل عن الكلام لتمكين العميل من التعبير عن صراعاته وصعوباته الكامنة ضمن علاقة ثلاثية: عميل - وسيط فني - معالج، مما يتيح الفرصة للأعراض النفسية أن تغير شكلها إلى "سيرورة إبداع فني". وهي تستند إلى نظرية العالم وينيكوت Winnicott في الموضوع الانتقالي<sup>1</sup>.

### 1-4-5. الأمراض المستعصية:

هي أمراض لم يتم اكتشاف علاج أو عقار أو دواء شافٍ لها، وتختلف عن الأمراض المزمنة في أنها تؤدي إلى الموت وتتسبب فيه بشكل مباشر كالسرطان ومرض السيدا؛ فيما يمكن التعايش مع الأمراض المزمنة مع الالتزام بنظام حياة خاص أو تناول دواء خاص بشكل دوري كمرض السكري والقصور الكلوي.

### 1-4-6. مرض السرطان:

يشمل مرض السرطان مجموعة واسعة من الأمراض التي تتميز بنمو غير طبيعي لخلايا تنقسم بدون رقابة حتى تشكل نسيجا من الخلايا خارجة عن الطابع العادي لنظيراتها ولديها القدرة على اختراق الأنسجة وتدمير أنسجة سليمة في الجسم، وهو قادر على الانتشار في جميع أنحاء هذا الأخير ويعرض الحياة للخطر، ويوجد ما يقارب مائة نوع من أنواع السرطان، فيما أكثر الأعضاء تعرضا للإصابة هي: الجلد، والجهاز الهضمي والرئتان وعنق الرحم والثدي.

<sup>1</sup> - Objet transitionnel.

#### 1-4-7. مرض السيدا:

هو مرض فيروسي يتسبب فيه فيروس VIH ويؤدي إلى فقدان الإنسان المكتسبة طبيعياً، فتزول بالتالي وسائل الدفاع الطبيعية من جسمه ويصبح حامل هذا الفيروس عرضة للإصابة بجميع أنواع الفيروسات والبكتيريا والطفيليات بالإضافة إلى التعرض لبعض أنواع السرطان. وهو مرض يؤدي إلى الموت لأنه لم يتم اكتشاف دواء شاف له.

## 1-5. الدراسات السابقة

ليس موضوع هذا البحث وليد الصدفة أو لديه السبق في طرح الإشكال، وإنما سبقته دراسات عديدة ذات علاقة سواء من بعيد أو قريب، لكل منها طريقة معينة في تناول وطرح المشكلة ومنهجية دراستها والإجابة عن تساؤلاتها؛ وفي ما يلي عرض موجز لأهمها مع ذكر مقوماتها المنهجية من موضوع وأدوات وعينة والنتائج المتوصل إليها؛ وسنتطرق إليها مرتبة حسب علاقتها بموضوع هذا البحث ودرجة قربها منه: الدراسات المتعلقة بالمعاش النفسي لمرضى السيدا والسرطان؛ الدراسات المتعلقة بالعلاج بالفن وبالوسائط الفنية؛ لنخلص إلى الدراسات المتعلقة بالعلاج النفسي للأمراض المستعصية.

### 1-5-1. الدراسات المتعلقة بالمعاش النفسي لمرضى السيدا والسرطان:

أ- دراسة دينيس موريل D. Morel (1984) ونشرت الباحثة ملخصاً عنها ضمن كتاب بعنوان "السرطان والتحليل النفسي"

موضوع الدراسة: هدفت هذه الدراسة تشخيص ما تعانيه مرضى السرطان من مشكلات نفسومرضية وتظاهرات عيادية.

منهج الدراسة: اتبع في هذه الدراسة المنهج العيادي حيث قامت الباحثة بدراسة والقيام بالتحليل النفسي للحالات المدروسة.

عينة الدراسة: وشملت تسعة (09) حالات تعاني جميعها من مرض السرطان.

نتائج الدراسة: توصلت دراسة د. موريل إلى أن:

- أغلب الحالات يقيمون وينكرون (باستعمال ميكانيزم الإنكار) العواطف الغير مقبولة؛ حققت التكيف الاجتماعي
- كل الحالات يظهرون مزاجاً حسناً
- أغلب الحالات فعالين ويؤثرون الغير ويقبلون التضحية بأنفسهم
- ست حالات منهم لا يعبرون عن قلقهم أو توتراتهم (بينما إثنان منهم محايدان)
- إثنان فقط من التسعة أفراد لديهم إكتئاب منم حالة واحدة عانت منه أثناء التحليل.

- ثماني حالات تلقوا تربية قاسية أو باردة
- وأخيرا: كل الحالات تمكنوا -بعد الخضوع للتحليل- من التكيف الاجتماعي الجيد<sup>1</sup>.

(MOREL D., (1984), pp. 182-185)

## 1-5-2. الدراسات المتعلقة بالعلاج بالفن والوسائط:

أ- دراسات Bernard Chouvier: وهو رائد الوساطة العلاجية بالفن من المنظور التحليلي ومدير أبحاث كثيرة في هذا الميدان، كما يعود له الفضل في تحديد مختلف الوسائط العلاجية الممكنة وآلية عملها إذا تم توظيفها عياديا؛ ويرجع له الفضل كذلك في البحث والكشف عن سيرورات الوساطة العلاجية<sup>2</sup> والسيرورة النفسية للإبداع<sup>3</sup> وكذا الرمزية<sup>4</sup> وسبلها.

انصبت دراساته الحديثة على:

- "الوساطة بالقصة" ويصفها للكثير من الاضطرابات النفسية وخاصة للأطفال المتوحدين، الأطفال الذهانيين، المراهقين ذوي الصعوبات، الراشدين الذهانيين وكذا للتكفل بمشكلات الشيخوخة.

(BRUN A., CHOUVIER B., ROUSSION R. 2013, pp. 233-258)

- "الوساطة بالتشكيل"<sup>5</sup> وقد درسها مع Béatrice Rey كطريقة علاجية ناجعة مع جماعات علاجية مكونة من حالات راشدين ذهانيين ومتوحدين يفتقرون للغة؛ حيث تتكون الجماعة العلاجية من خمسة (05) عملاء نزلاء بمركز طبي-اجتماعي من تنشيط معالجين إثنين، بمعدل حصة واحدة كل أسبوع، ودامت الدراسة خمس سنوات. والهدف العملي الوحيد لهذه الورشة تمثل في "أن نكون معا ونلامس الطين بغرض صنع أشكال"؛ أما الهدف العلاجي فيتمثل في منحهم فرصة لاستدراك مراحل تكوين المعنى النفسي

1- أنظر الملحق رقم 4.

2- من خلال نشره لأعماله في مقالات ومؤلفات أشرف عليها:

BRUN A., CHOUVIER B., ROUSSION R. (2013), *Manuel des médiations thérapeutiques*, Paris, Dunod.

CHOUVIER B. & Coll. (2002), *Les processus psychiques de la médiation*, Paris, Dunod.

CHOUVIER B. (s.d.) (2000), *Matière à symbolisation (Art, création et psychanalyse)*, Paris, delachaux et niestlé.

CHOUVIER B. & Coll. (1998), *Symbolisation et processus de création*, Paris, Dunod.

3- Création et créativité.

4- Symbolisation.

5- le modelage.

للجماعة وحث السيرورات الرمزية لديهم بالانطلاق من الإحساس<sup>1</sup>. تمّ وضع كل الأدوات اللازمة للتشكيل تحت تصرف العملاء: الماء، الطين، إزميل النحت، لوياحات خشبية (التي تحدّ وتضفي معنى مادي على فضاء التفرقة بين 'الداخل-والخارج') مآزر متشابهة بهدف حث التقمص لدى العملاء في المكان والزمن المحدد للحصة العلاجية..

وتوصلت الدراسة إلى تحقيق الهدف المنشود بتمكين العملاء موضوع الدراسة من تكوين الانتماء النفسي للجماعة وإدراك صورتهم الجسمية من خلال تعاملهم -وبالتالي إتقائهم- بمادة خام قابلة للتشكيل (الطين) وهو ما يدل على أن هذا الأخير له خاصية "الصدى" على المستوى النفسي الداخلي للأفراد. وذهب البروفيسور شوفيي أبعد من ذلك في شرح وتفسير التغيرات التي طرأت على العملاء بحيث إعتبره ترجمة للإرتقاء من الرمزية البدائية على أساس أنهم حالات كانوا لا يستعملون الكلام ويقصر التعبير لديهم على النمط الحسي وباستعمال الجسد؛ فأصبحوا يشكّلون أشياء من الطين موجهة إلى "الأخر" الذي يردّ من جهته بتشكيل شيء ثانٍ، ضمن إطار جماعي اتصالي يشابه إلى حد كبير نمط الاتصال لدى الأسوياء، وتعتبر هذه نتيجة باهرة بالنسبة لعملاء كانت وظيفتهم الرمزية معطّلة (قبل الخضوع للعلاج).

(BRUN A., CHOUVIER B., ROUSSION R. 2013, pp. 330-342)

- "الوساطة بالصور العائلية" قام بالدراسة مع Florence Carles ودارت في مركز لرعاية الأطفال، حيث عرضا حالة زوج (السيد والسيدة A) وابنتهما 'جوليان' Julien اللذي وضعه والداه في المركز ويأتیان لزيارته دورياً، ويتلخص العمل في أخذ صور لهم في أوقات الزيارة، وتكليف المريبة المنتدبة للطفل بوضع الصورة في مكان لها بألبوم الصور العائلية المخصص لهذا الغرض.

انطلق الباحثان من حقيقة أن والدا الأطفال المودعين بمراكز الرعاية يجدان صعوبة في التعامل مع ابنهم بعد مدة بسبب عدم إتقائهم النفسي لأنهم يصبحون ينتمون إلى عالمين مختلفين. فالهدف يتمثل إذن في التقريب بين هذين العالمين من خلال "ألبوم الصور العائلية" الذي يرسّخ ذكريات اللقاءات العائلية "القصيرة الأمد" ولكن المليئة بالعاطفة والألفة.

<sup>1</sup>-(re)saisir les étapes de la constitution de l'enveloppe psychique groupale et mobilise les processus de symbolisation à partir de la sensorialité.



دامت الدراسة سبعة أشهر بواقع أربعة عشر (14) حصة، في حضارة الأطفال (مركز الرعاية).

توصلت الدراسة إلى تحقيق الهدف المنشود بترسيم الألفة بين أفراد الأسرة (الوالدان والابن) ضمن علاقة ثلاثية في أقرب صورة للسواء.

### ب- Chouvier والوساطة بالرسم:

قدّم الباحث Chouvier حالة طفل درسها وطبّق عليها طريقة العلاج بالرسم كوسيط فني وهي حالة الطفل دينو الذي يبلغ من العمر سبع (07) سنوات، جيء به للعيادة النفسية بسبب نتائج الدراسة المتدنية، ومواجهة صعوبة في التركيز وكذا معاناته من النشاط الزائد.

شخّص الباحث الحالة على أنها ذات تنظيم قبل-ذهاني خطير<sup>1</sup>، وقد عالجه في خمس وعشرون (25) حصة بحيث ساهم قيام العميل بالإسقاط عبر الرسم في تجاوز صراعاته<sup>2</sup>.

(CHOUVIER B., 2000, pp. 111-135)

ج- دراسات Anne Brun: وقد قامت بدراسات وبحوث عديدة في إطار مركز البحث في

علم النفس المرضي وعلم النفس الإكلينيكي - جامعة ليون<sup>3</sup> (فرنسا)

لعل ما يهمننا أكثر من دراساتها واحدة متعلقة بالرسم الزيتي تناولت مجموعة علاجية تتكون من أطفال متوحدين وذهانيين، تمت دراستهم لمدة ستة أشهر، بمعدل حصة أسبوعياً دامت كل حصة حوالي 45 دقيقة.

شملت الدراسة عينة مكونة من خمسة (05) أطفال، وقام بالعمل معهم أخصائي نفسي (وكان رساما أيضاً)، ممرضة، مع حضور الباحثة نفسها كملاحظة. كانت مهمة المنشطين للورشة العلاجية تقتصر على الإستجابة لطلبات العملاء دون القيام بالرسم معهم أو الإيحاء لهم، وتوصلت من خلال العديد من الحصص إلى وضع الأطفال العملاء في السيرورة الجماعية للعمل<sup>4</sup> وبداية إستدخال الظرف النفسي الجماعي<sup>5</sup>. حيث انتقلت الجماعة العلاجية من غياب آثار تمثلات الواقع النفسي المعبر عنها خاصة بالشكل الحسي-الحركي-الإدراكي (البدايي)؛ إلى إمكانية إنتاج الآثار الصورية (الرمزية)؛ كما مكّنهم العمل الجماعي من اكتساب خاصية ذاتية للواقع النفسي.

(BRUN A., 2002)

1- Pré-organisation psychotique alarmante.

2- أنظر الملحق 5.

3- CRPPC- Université Lyon2.

4- Un processus groupal à l'œuvre.

5- L'enveloppe psychique groupale.

#### د- دراسة أفلالو وكوفريير (1998) **Aflalo M. et Couvreur F. (1998)**

وجرت هذه الدراسة في بروكسيل ببلجيكا، وقام بها معا الباحثان أفلالو (وهو طبيب نفسي) وكوفريير (وهو معالج بالموسيقى) والجديد في دراستهما العيادية الصرف هو استعمال عدة وسائط (بشكل مركّب) ضمن أربعة ورشات: الورشة الأولى (اللتصق، الرسم الزيتي والكتابة)، الورشة الثانية (لعبة التارو<sup>1</sup>، الفيديو ولعبة squiggle)، الورشة الثالثة (التارو، اللصق، الرسم الزيتي، الفيديو، الكتابة، الريبورتاج) والورشة الرابعة (لعبة الإوز باللصق، الرسم الزيتي بالموسيقى). الهدف منها مساعدة المرضى الذهانيين على الاندماج وإعادة التكيف الاجتماعي عقب الاستفادة من الاستشفاء والعلاج الطبي. انصبت الدراسة على أربعة مجموعات من هؤلاء المرضى مقسمين على عدد الورشات (بمعدل من ستة إلى عشرة عملاء في الورشة الواحدة). وتوصلا إلى أنّ استعمال تركيبة من الوسائط العلاجية يمكنّ العملاء من التعبير بشكل أفضل وأحسن، يتعدى مميزات الإسقاط والتداعي الحر. ويقول الباحثان في خاتمة دراستهما أنّ النتائج العلاجية لهذه الورشات تأتي ضمن ثلاثة مستويات (مع الشرح): الاشتراك - مع الزملاء - في معايشة لحظات وجودية؛ القيام بعمل يمكن عرضه على الغير؛ وكذا إكتشاف الفرد أنه يمكنه فهم ذاته ضمن مقوماته الشخصية ومعنى حياته الخاص.

#### (AFLALO M. & COUVREUR F.,1998)

ه- دراسة **Jean-Paul Petit**: عن العلاج باستعمال القص واللصق<sup>2</sup> وشملت عشرات الحالات المرضية (ذهانية وعصابية) ضمن ورشتين علاجيتين، جرت إحداها في مصلحة إستشفائية طب-نفسية والثانية في جماعة علاجية بمركز طبي ونفسي (كلاهما بمدينة ليون - فرنسا).

استعمل الباحث الجرائد والمجلات موضوعة على طاولة ليقص العملاء ما يحلو لهم منها (صور، أحرف وكلمات، قطع دون دلالة واضحة..) ويقومون بقصها وتجميعها ثم لصقها على ورقة. كانت النتيجة تجميع يعكس الحالة النفسية لكل عميل، إسقاطاته وترميز يعد بمثابة تداعي حر مقنّع. دامت الورشات عدة أشهر في حصص علاجية ذات ساعتين على الأكثر. توصلت الدراسة إلى تمكين العملاء من التعبير وطرح تمثلاتهم للنقاش العلني، تمثلات محتوى خيالهم ومعايشهم. تحقيق الذات بتأهيل البعد الذاتي الذي يظهر وجود الفرد ضمن علاقة بالآخرين بعيدة عن الأعراض أو السلوكيات ذات الطابع المرضي، أي وباختصار: كشخص ذي حياة وكيونة خاصة ولديه علاقات عادية.

1- Tarot.

2- Atelier Collage.

المنهج المتبع في هذه الدراسة هو المنهج العيادي، وذلك بدراسة الحالات منفردة، دراسة طولية مرفوقة بمتابعة بعدية.

(VACHERET C. et al. 2002, pp. 23-34)

### 1-5-3. دراسات حول العلاج النفسي للمصابين بأمراض مستعصية:

#### أ- دراسة كانون وآخرين (2012)

قام بهذه الدراسة فريق من الباحثين الفرنسيين<sup>1</sup> تحت عنوان "تقييم طريقة علاج نفسي دينامي مطبق في مجال طب السرطان: تقديم لبروتوكول دراسة حالة فردية"<sup>2</sup> بهدف تبين أهمية المساندة النفسية<sup>3</sup> لمرضى السرطان بإتباع المقاربة الدينامية (أي التحليلية النفسية<sup>4</sup>). وتعتبر هذه الدراسة الأقرب لموضوع بحثنا هذا.

موضوع الدراسة: دارت هذه الدراسة حول السؤالين التاليين: "هل توجد اليوم أدوات عيادية نابغة عن بحث منهجي تُمكن النفساني من أن يقيّم أداءه العلاجي التحليلي؟ وفق أية معايير يمكننا تقييم عملية علاجية نفسودينامية في مؤسسة إستشفائية أو مصلحة لعلاج السرطان؟" حيث طبق الباحثون برنامجا علاجيا نفسيا وفق المقاربة الدينامية التحليلية النفسية، يتضمن استعمال تقنيات: تحليل العلاقة العلاجية بين الأخصائي النفسي والعميل من خلال تحليل مقاومات العميل، وتحليل النقلة<sup>5</sup> والقيام بتدخلات متنوعة ضمن هذا الإطار لدرء المعاناة النفسية وتحسين تكيف العميل، وقام بهذه الدراسة الباحثون المذكورة أسماؤهم آنفا، في "مصلحة علاج أمراض السرطان متعدد التخصصات والابتكارات العلاجية" بالمستشفى الجامعي الشمالي بمرسيليا<sup>6</sup> (فرنسا)، بالتعاون مع "وحدة الأبحاث في علم النفس" بجامعة لويس باستور - ستراسبورغ (فرنسا).

منهج الدراسة: انتهج الباحثون في هذه الدراسة المنهج العيادي، إذ قاموا بدراسة أربع حالات بشكل معمق قبيل وأثناء استفادتها من علاج نفسي-دينامي، بحيث تم تركيز إهتمام خاص على التفاعل بين المعالج والعميل، مع تحليل وتفسير مقاومات هذا الأخير

1-Cannone P. Bert A.-L. ; Grimaldi M.-A. ; Bacqué M.-F.

2- « Evaluer une psychothérapie psychodynamique en pratique oncologique : présentation d'un protocole d'étude de cas singulier ».

3- Soutien psychologique.

4- Psychanalytique.

5- Analyse du transfert.

6- Service d'oncologie multidisciplinaire et innovations thérapeutiques, CHU- hôpital Nord ; Marseille.

والنقلة، بحيث يكون هذا التفسير مبنيًا على تقدير دقيق لمساهمة المعالج في العلاقة الثنائية مع عميله.

**عينة الدراسة:** اقتصرَت عينة هذه الدراسة على أربع حالات لعملاء راشدون يعانون من مرض السرطان في المراحل الأولى منه، وكانت الدراسة طويلة ومعقدة وتمت بالطريقة التي تمت الإشارة إليها آنفاً.

### **نتائج الدراسة:**

توصلت هذه الدراسة إلى أنّ العلاج النفسي ليس مسألة ثانوية بالنسبة لمريض السرطان بل هو في نفس المرتبة مع التكفل الطبي لأنه لا يقل أهمية عنه. كما أثبتت أنّ العلاج السيكودينامي فعال في هذا المجال ويحقق أهدافاً إكلينيكية جيدة وذلك وفق عدة ركائز: أولها الإصغاء الإيجابي لشكاوى المريض النفسية والعاطفية، البناء الرمزي للعلاقة العلاجية وتوظيف النقلة في التكفل بالحالات تكفلاً نفسياً فعالاً يمكنهم من التعايش مع مرض السرطان وكل ما قد يمثله أو ينجر عنه من مشكلات نفسية.

### **ب- دراسة مرزوق آسيا<sup>1</sup> (2011)**

وهي رسالة دكتوراه في علم النفس الإكلينيكي بعنوان "رهانات التكفل والمتابعة النفسيتين للأطفال المصابين بالسيدا (دراسة عيادية لحالتين تعيشان في سرية المرض)"<sup>2</sup> بجامعة ليون 2؛ بإدارة من الأستاذ: **جاك غوشر Jaques Gaucher** وشملت الدراسة حالتين اثنتين.

**منهج الدراسة:** انتهجت الباحثة في هذه الدراسة **المنهج العيادي**، إذ قامت بدراسة حالتين اثنتين بشكل معمق، دراسة طويلة، بحيث ركزت إهتمامها على كشف وتحديد التفاصيل والعوامل التي تتدخل في عملية العلاج والتكفل النفسي بها، وتحليل هذه العوامل وتفسيرها من منطلق إعاقتها للعملية العلاجية أو مساهمتها في نجاح العلاج والوصول إلى تحقيق أهدافه المسطرة، خاصة في ظل عدم معرفة كليهما بمرضهما ومعايشتهما لقلق الموت بشكل مختلف.

**عينة الدراسة:** اقتصرَت عينة هذه الدراسة على حالتين اثنتين لطفلين تتراوح أعمارهما بين 9 و 10 سنوات، يعانيان من الإصابة بمرض السيدا في المرحلة الأولى منه (مرحلة حمل الفيروس)، وكانت الدراسة طويلة ومعقدة وتمت بالطريقة التي تمت الإشارة إليها آنفاً.

<sup>1</sup> - [http://theses.univ-lyon2.fr/documents/lyon2/2011/merzouk\\_a](http://theses.univ-lyon2.fr/documents/lyon2/2011/merzouk_a)

<sup>2</sup> - Les enjeux de la prise en charge et du suivi psychologique des enfants infectés par le VIH/SIDA : Etude de deux cas cliniques d'enfants vivant dans le non dit et le secret de la maladie.

## نتائج الدراسة:

توصلت هذه الدراسة إلى أنّ الطفل الذي يحيا ضمن عدم إخباره بمرضه يظهر عليه نكوص لمواجهة قلق الموت، ثانياً يستعمل كثيرا الطفل الذي يحيا ضمن سرية المرض البنى الخيالية لمواجهة قلق الموت، وثالثاً: تبلور الصراعات العائلية والثقافية الحاضرة في لعب النقل، انكار المرض والحضور القوي للسرية، كلها تساهم في بلورة المشكلات.

## ج- دراسة أكشي، أوكوياما وآخرين<sup>1</sup> (Akechi T, Okuyama T et al.)

2010

وهي دراسة كندية معنونة بـ "العلاج النفسي للاكتئاب الناجم عن مرض السرطان" أجريت في العام 2010 في المعهد الكندي للبحث في الصحة، موضوع الدراسة: تطبيق برنامج علاجي نفسي يتضمن تدخلات متنوعة لتحسين أو تفادي المعاناة النفسية وذلك باستعمال الإتصال اللفظي أو التفاعلي أو الاثنان معاً، ويسهر على تطبيقه العاملون في الصحة، كل ذلك بهدف علاج الاكتئاب لدى مرضى السرطان ذوي الحالة المتقدمة (المراحل الأخيرة من المرض).

منهج الدراسة: انتهج الباحثون في هذه الدراسة المنهج التجريبي، بحيث وضعوا مجموعتين للبحث: مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة تتوفر فيها نفس صفات مجموعة البحث أي مكونة من مرضى السرطان يعانون من الاكتئاب. مع استعمال التحليل الإحصائي للنتائج.

عينة الدراسة: شملت هذه الدراسة عينة مكونة من 780 مشاركاً يعانون من السرطان في مرحلة متقدمة، راشدون، مقسمين إلى عشرة فئات، ستة منهم فقط أخذوا بعين الإعتبار في التحليل الإحصائي (292 عميلاً منهم خضعوا للعلاج النفسي؛ و225 هم من شكّلوا المجموعة الضابطة). بحيث اتبع مع أربع مجموعات العلاج التديمي<sup>2</sup> (بالسند)، واحدة طبّق عليها العلاج المعرفي السلوكي وواحدة طريقة التركيز على حلّ المشكلة<sup>3</sup>.

## نتائج الدراسة:

توصلت هذه الدراسة إلى أنّه بالمقارنة بالعلاج الطبي للاكتئاب فقد خفّض العلاج النفسي له -بأشكاله المتعددة- بصفة ذات دلالة إحصائية واضحة: (الانحراف

<sup>1</sup> - Akechi T, Okuyama T, Onishi J, Morita T, Furukawa TA.

Psychotherapy for depression among incurable cancer patients. (2010)

<sup>2</sup>- Psychothérapie de soutien.

<sup>3</sup>- un traitement de résolution de problèmes.

المعياري = -0,44، بمجال ثقة 95% = -0,08 إلى 0,80). مع الإشارة إلى أن العملاء لم يكونوا يعانون من إكتئاب مسبقاً.

#### د- دراسة مونتي وبترسن وآخرون (2005):

دراسة أجريت بنيويورك في الولايات المتحدة الأمريكية في العام 2005<sup>1</sup>.

**موضوع الدراسة:** تطبيق برنامج علاجي بطريقة العلاج بالفن، على نساء تمّ إخبارهنّ للتو بتشخيص السرطان لديهن؛ ضمن ورشات فنية-علاجية جماعية (متنوعة الوسائط الفنية). مدة العلاج ثمانية أسابيع بمعدل حصتين أسبوعياً، وذلك بهدف تخفيف آثار الصدمة النفسية عليهن.

**منهج الدراسة:** اتّبع الباحثون في هذه الدراسة **المنهج التجريبي**، بحيث جرى تجريب العلاج على عينة من النساء ثم مقارنة النتائج بعد ثمانية أسابيع مع مجموعة ضابطة مكونة من نساء تتوفر فيهن نفس صفات مجموعة البحث: الإصابة بالسرطان، المرحلة العمرية: سن الرشد، المعرفة الحديثة بالإصابة بالسرطان.

**عينة الدراسة:** شملت هذه الدراسة عينة مكونة من مائة وأحد عشر 111 امرأة يعانين من السرطان (راشداً)، بالإضافة إلى مجموعة ضابطة بنفس الخصائص كما سبقت الإشارة إليه.

#### **نتائج الدراسة:**

أثبتت هذه الدراسة أنّ اتباع برنامج علاجي بالفن لمدة ثمانية أسابيع لدى أفراد العينة قد خفّض كثيراً من أعراض المعاناة النفسية لديهن (الإحباط، القلق والتوتر، الحساسية الزائدة، المزاج الاكتئابي..). عقب صدمة معرفة الإصابة بمرض السرطان، كما ساعدهن على تحسين نمط حياتهن من خلال الإقبال بشكل أفضل على الحياة وعدم إغفال المشاريع الحياتية على المدى الطويل، مقارنة بنساء المجموعة الضابطة اللاتي أصبحن ذوات مزاج سيء وفقدن الرغبة في الحياة، كما صرن لا يفكرن في المستقبل البعيد، وإذا فكّرن في المستقبل فبأفكار سوادوية ومتشائمة.

فإنّ يساهم العلاج بالفن على التخفيف من الآثار النفسية للصدمة الناجمة عن معرفة الإصابة بالسرطان ويحث العمليات على تحسين نمط الحياة.

<sup>1</sup> - Monti DA, Peterson C, et al. A randomized, controlled trial of mindfulness-based art therapy (MBAT) for women with cancer. *Psychooncology*. 2005 Nov 15.

(2001):

وهي دراسة كندية أجريت بمصلحة الأمراض الورمية بمستشفى الأطفال (أوتاوا- كندا) سنة 2001.

**موضوع الدراسة:** تطبيق برنامج علاجي بطريقة العلاج بالفن مكون من توليفة<sup>1</sup> تتضمن استعمال الرسم واللعب مع إعطاء فرصة للحوار وإفراح المجال والحث على التخيل البصري؛ على أطفال مصابين بالسرطان، بهدف مساعدتهم على تبني سلوكيات إيجابية وتحمل التدخلات الطبية المؤلمة ك: العلاج الكيميائي، تغيير الدم، حقن دم جديد (من فصيلة مناسبة)، تصفية الدم، وغيرها...

**منهج الدراسة:** انتهج الباحثون في هذه الدراسة المنهج التجريبي، بحيث وضعوا مجموعة ضابطة مكونة من أطفال تتوفر فيهم نفس صفات مجموعة البحث (الإصابة بالسرطان، السن من 02 إلى 14 سنة، الخضوع للتدخلات الطبية التي قد تخلف آلاما). **عينة الدراسة:** شملت هذه الدراسة عينة مكونة من إثنان وثلاثون 32 طفلا يعانون من اللوكيميا (سرطان الدم) تتراوح أعمارهم بين سنتين و14 سنة، بالإضافة إلى مجموعة ضابطة كما سبقت الإشارة إليه.

**نتائج الدراسة:**

توصلت هذه الدراسة إلى نتيجة مفادها أنّ المقاربة العلاجية المتبعة (العلاج بالفن باستعمال تركيبة من الرسم واللعب والحوار مع الخيال البصري) قد ساهمت بشكل كبير وفعال في ترسيخ سلوكيات إيجابية تبناها الأطفال قبل، خلال وبعد إجراء التدخل الطبي المؤلم عليهم؛ مقارنة بالمجموعة الضابطة المكونة من أطفال يعانون من نفس الاضطراب وخضعوا لنفس التدخل الطبي المؤلم<sup>2</sup>.

ومنه فالعلاج بالفن يساعد كثيرا الأطفال المصابين بسرطان الدم -والسرطان عموما- على تبني سلوكيات إيجابية تساعدهم كثيرا في مواجهة الآلام التي قد تنجر عن متابعتهم لعلاج طبي قد يكون مؤلما كالخضوع للعلاج الكيميائي، تغيير الدم، حقن دم جديد (من فصيلة مناسبة)، تصفية الدم، الجراحة أو أشكال علاجية طبية أخرى...

1- Combinaison.

2 - Favara-Scacco C, Smirne G, et al. Art therapy as support for children with leukemia during painful procedures *Med Pediatr Oncol.* 2001 Apr;36(4):474-80.

كما هنالك عديد الدراسات الأخرى التي للأسف لم تُذكر تفاصيلها المنهجية في المصادر المتوفرة، لكنها أثبتت كلها أن العلاج بالفن طريقة علاجية واعدة لتحقيق الراحة النفسية والتوافق، تحسين الاتصال والمساعدة على تسيير وحل الصراعات الانفعالية المرتبطة بمرض السرطان<sup>1</sup>.

---

1- a savoir:

a) Deane K, Fitch M, Carman M. An innovative art therapy program for cancer patients *Can Oncol Nurs J*. 2000 Fall;10(4):147-51, 152-7.

b) Gabriel B, Bromberg E, *et al*. Art therapy with adult bone marrow transplant patients in isolation: a pilot study. *Psychooncology*. 2001 Mar-Apr;10(2):114-23.

c) Rollins JA. Tell me about it: drawing as a communication tool for children with cancer. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2005 Jul-Aug;22(4):203-21.

هذه الدراسات موجودة ملخصاتها على الموقعان التاليان:

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list\\_uids](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids)

[http://www.passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/Fiche.aspx?doc=art\\_therapie\\_th##](http://www.passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/Fiche.aspx?doc=art_therapie_th##)



## 1-6. فرضيات الدراسة

### 1-6-1. الفرضية العامة:

- إنَّ العلاج بالفن والوسائط العلاجية فعال في التكفل النفسي بالحالات المصابة بمرض السرطان أو السيدا.

### 1-6-2. الفرضيات الجزئية:

- إنَّ العلاج بالفن والوسائط العلاجية فعال في علاج الصدمة النفسية (وما قد ينجر عنها) لدى المصاب بمرض السرطان أو السيدا
- إنَّ العلاج بالفن والوسائط العلاجية فعال في علاج الإكتئاب لدى المصاب بمرض السرطان أو السيدا
- إنَّ العلاج بالفن والوسائط العلاجية فعال في إزالة قلق الموت لدى المصاب بمرض السرطان أو السيدا
- إنَّ العلاج بالفن والوسائط العلاجية فعال في علاج اضطرابات التكيف والمعاناة العاطفية لدى المصاب بمرض السرطان أو السيدا
- إنَّ العلاج بالفن والوسائط العلاجية فعال في إزالة الشعور بالذنب لدى المصاب بمرض السرطان أو السيدا
- إنَّ العلاج بالفن والوسائط العلاجية فعال في تصحيح اختلال كلا من: صورة الذات، الاستقلالية، الميزانية، الإحساس بالقيمة، فقدان الأمل في المشاريع المبرمجة على المدى الطويل الناجمة عن الإصابة بمرض السرطان أو السيدا

## الفصل الثاني:

### التكفل النفسي

« *La Prise en Charge Psychologique* »

## تمهيد:

يعتبر التكفل النفسي وسيلة مواساة ومساعدة مختصة تقدم للذين تعرضوا لاعتداءات وانتهاكات أصابت بناءهم النفسي باضطراب، إذ لا يقل هذا الأخير بالنسبة لمريض الإيدز أهمية عن غيره من الأمراض المستعصية الأخرى باعتباره يصنف ضمن الأمراض العشرة الأولى المسببة للوفاة في العالم لذا سنحاول في هذا الفصل التعرف على معنى التكفل النفسي ومراحله وسبله وأهدافه.

## 2-1. التكفل النفسي

### 2-1-1. تعريف التكفل النفسي:

#### لغة:

تكفل بالشيء: أزمه نفسه وتحمل به. ويقال تكفل بالدين أي التزم به.

تكفل، يتكفل، تكفلا فهو متكفل والمفعول متكفل.

التكفل برعاية المحتاجين " الالتزام بذلك". (المنجد في اللغة والأعلام، 1992، ص 291)

#### اصطلاحا:

هو إعانة الفرد من جانب ذاته والاهتمام بجوهره، والتكفل عادة يوجه للأفراد الذين يعانون من اللاإستقرار النفسي.

والتكفل النفسي هو جملة من الاجراءات الوقائية أو العلاجية باستعمال الوسائل والإمكانات العملية التي يتم من خلالها التركيز على الفرد بهدف علاجه أو مساعدته في حل مشكلة ما.

كما يعرف بأنه تعبير يشمل كل المقاربات الفردية والجماعية في مختلف الحقول العلاجية، التربوية، البيداغوجية، والاجتماعية، يمكن لهذا المفهوم أن يكون علاج نفسي أو إعادة تأهيل أطفوني أو علاج نفسي حركي أو علاج بالعمل أو حتى تكفل مؤسساتي باعتبار المؤسسة مكان للتكفل بالفرد الذي يواجه صعوبات وهذا لما سيتعرض له الفرد من فعل تربوي أو تعليمي أو علاجي (محمد شلبي، محاضرات غير منشورة).

#### التعريف الإجرائي:

هو تقديم المساعدة للمريض المصاب بالسرطان أو بفقدان المناعة المكتسبة "السيدا" الذي يعاني من اضطرابات نفسية وذلك بغرض تغيير وجهة نظره للعالم الخارجي ذاته، وفهمه لمرضه وتقبله أو تعايشه معه لأنه يرافقه طوال فترة حياته، ويهدف هذا التكفل إلى مساعدة العميل على التوافق والتغلب على الضغوطات المختلفة التي تسببها إصابته بالعدوى والتخفيف من مشاعر الحزن والكرب التي تحدث له ومساعدته على اتخاذ القرارات وإيجاد الحلول المناسبة لمشاكله والتخلص من توتراته النفسية والمشاعر السلبية التي تسيطر عليه نتيجة تعرضه للإصابة بهذا المرض، فعادة ما تسيطر عليه أفكار ومشاعر سلبية وأحيانا انتحارية، كما يلزمه الشعور بالذنب والقلق والاكتئاب والتوتر والإحساس بالخوف والتهديد بالموت.

## 2-1-2. مراحل التكفل النفسي:

للتكفل النفسي مراحل أساسية وهي:

### أ- الفحص Examen!

- تعريفه:

يعتبر الفحص الدقيق حجر الزاوية للتشخيص الموفق والعلاج الناجح، ويجب أن تكون عملية الفحص واضحة تماماً لدى المعالج، من حيث أهميتها، هدفها، شروطها، ومصادر المعلومات كالبيانات وخطوات الفحص. (حامد عبد السلام زهران، 1997، ص157)

ونقصد بالفحص مجموع الخطوات التقنية المؤدية إلى تحديد مدى توازن الشخصية ومدى الخلل الطارئ على هذا التوازن.

ويمكن القول كذلك أنه مجموعة الخطوات التي تستطيع أن تساعدنا على تحديد خمسة متغيرات في شخصية المفحوص وهي:

- التعرف على اضطرابات الشخصية في حال وجودها.

- تحديد هذه الاضطرابات وتصنيفها ضمن جدول الدلالات المرضية.

- تحديد منشأ هذه الاضطرابات.

- فهم أبعاد الشخصية ومدى نضجها.

- مقارنة التناسب بين الشخصية والعمر الزمني للمفحوص.

إن الفحص النفسي إذا ما استطاع أن يساعدنا على تحديد هذه المتغيرات فإنه يكون بذلك قد ساعدنا على التشخيص الموضوعي للاضطراب النفسي أو العقلي الذي يعاني منه المفحوص

وبهذا نقصد بالفحص النفسي ذلك الفحص المتكامل الذي لا يقتصر على بعد من أبعاد الشخصية مهماً بقية أبعادها، ويعتبر الباحثان **Stern** و **Robbins** الفحص النفسي: " يعني أن يتعلم الفاحص متى يسكت، متى يتدخل، ومتى يشجع المريض على الكلام عن نفسه، كما يجب على الفاحص أن يتعلم كيف يكسب ثقة المريض وأن يتدرب على التحكم بمجرى الفحص. (محمد أحمد النابلسي، 1991، ص111)

- الهدف منه:

يكمن هدف الفحص في فهم شخصية المريض دينامياً و وظيفياً، والوقوف على نواحي قوته وضعفه، وتحديد اضطرابات الشخصية التي تؤثر في سعادته وهنائه وتوافقه النفسي والاجتماعي، وعلاقته بالآخرين خاصة الأقرب إليه، وفهم حياته الحاضرة والماضية وعلاقتها بمشكلاته ومرضه.

## - شروطه:

- يجب أن تراعى في عملية الفحص الشروط التالية:
- دقة وموضوعية الفحص: وهذا من أجل الوصول إلى تشخيص دقيق وبالتالي تقييم عملية العلاج، مثل إعادة بعض الاختبارات لملاحظة مدى التغير الذي طرأ على حالة العميل.
- بذل أقصى جهد للحصول على المعلومات والبيانات بكافة الطرق.
- حث العميل على التعاون والاهتمام بعملية الفحص، حتى يستطيع المعالج مساعدته، فكثيرا ما يكون الفحص متعذرا بسبب ما يبديه العميل من مقاومة وعدم التعاون.
- سرية المعلومات: وهو أمر ضروري يجب أن يؤكد المعالج للمريض حتى يتحدث بحرية وثقة في جو آمن.
- تنظيم المعلومات: وهذا ما يجعل تفسيرها دقيقا ويضمن الحصول على صورة كاملة للشخصية.
- تقييم المعلومات التي يحصل عليها المعالج وعليه يحدد إذا كانت حقائق ثابتة أو احتمالية، ويمكن قياس صدق المريض بطرح بعض الأسئلة التي لا يمكن الإجابة عليها بالنفي.
- وعلى الفاحص أن يضع بعض الملاحظات العامة في حسابه أثناء عملية الفحص وهي كالتالي:

- معرفة ماذا ولماذا وكيف ومتى يسأل.

- إتمام الفحص بطريقة سهلة وطبيعية تمهد لها الخبرة والخلفية العلاجية.

- التأني في الحكم والتقدير وعدم الاعتماد على الملاحظة العابرة أو الصدفية.

- التثبيت وتجنب التخمين أو الاستنتاج الخاطئ.

- وضع مبدأ الفروق الفردية في الحسبان.

- سلامة الحكم والتقدير وتجنب التسامح الزائد أو التعسف الزائد.

- وسائل الحصول على المعلومات في الفحص:

إن هذه الوسائل يكمل بعضها بعضا ومن أهمها ما يلي:

## المقابلة العيادية L'entretien clinique :

تعتبر المقابلة الوسيلة الأولى في الفحص والتشخيص وهي علاقة اجتماعية مهنية وجها لوجه بين المعالج والعميل في جو نفسي آمن تسوده الثقة المتبادلة بين الطرفين بالإضافة إلى حسن الإصغاء يهدف إلى جمع المعلومات اللازمة والتعرف على خبرات

ومشاعر واتجاهات العميل. كما قد يلجأ المعالج إلى استجواب أهل المريض وأصدقائه.

(حامد عبد السلام زهران، 1997، ص159)

إن نتائج المقابلة مرهون بالإعداد الجيد لها، إذ يجب أن يكون المريض أثناءها مسترخيا واثقا في المعالج، تسود بينهما علاقة طيبة مرنة خالية من الشك والخوف والتهديد وتتسم بالتعاطف والفهم والقبول والتسامح، ويجب أن يتيح المعالج الفرصة الكاملة للمريض للتعبير عن نفسه وأن يكون حسن الإصغاء ماهرا في كسب ثقة المفحوص، كما يجب أن تخلو المقابلة من الأمر والنهي والإيحاء وعدم استعجال المريض أو اتخاذ صورة التحقيق.

إن الحديث عن الثقة يأخذنا إلى الحديث عن التحكم في انفعالات المختص (المعالج) التي هي عامل مهم في كسب ثقة المريض لأن الخطأ في التحكم الانفعالي قد يوقع المعالج في مأزق التشخيص المتسرع للحالة وفي هذا الصدد يقول **Bernard**: " إن مراقبة انفعالنا الخاصة هي أصعب وأعدد كثيرا من مراقبة انفعالات الآخرين".

نستعمل في معظم البحوث والدراسات المقابلات من نوع:

- المقابلة المبدئية: هي التي تمهد للمقابلات التالية.
- المقابلة الفردية: تتم بين المعالج ومريض واحد فقط.
- المقابلة نصف الموجهة: لاهي مقيدة بأسئلة أو موضوعات أو تعليمات ولا هي حرة.
- المقابلة التشخيصية.
- المقابلة العلاجية الإكلينيكية.

حيث يقوم المعالج بإجراء المقابلة في خطوات وعلى مراحل مرنة، تبدأ بالإعداد المرن لها وتحديد الزمن الكافي والمكان المناسب لإجرائها وبدئها بداية متدرجة مشجعة وتكون الألفة والتقبل وحسن الإصغاء وملاحظة سلوك المريض وتوجيه الأسئلة بالصيغة المناسبة والوقت المناسب، وإنهائها بإنهاء متدرجا عند تحقيق هدفها.

إن المواجهة بين المعالج والمريض تفرض على المعالج الاعتماد على دراسة المظهر الخارجي ثم طريقة الحوار معه كذلك محتوى أفكار المفحوص وهذا للوصول إلى عملية التشخيص.

دراسة المظهر الخارجي:

- دراسة شكل الوجه، تعابيره التي يمكن أن تعكس الانهيار، القلق، الحيرة، فقدان القدرة على التعبير، الإيماءات....
- دراسة مزاج المفحوص الذي يمكن أن يعكس من خلال مظهره وتصرفاته فقد يكون متفائلا أو متشائما، ضاحكا أو هو بين الضحك والبكاء دون سبب.
- دراسة النظرة التي قد تكون ثابتة ، متحركة، كثيرة الحركة، حزينة....

- مراقبة النشاط العام للمفحوص ، هل هو جامد أم هو في حالة ذهول، هل يرتجف لا إراديا، هل هو مضطرب، هل يتخذ مواقف تشخيصية، هل يعاني من الهبوط الحيوي.  
- محتوى أفكار المريض:

إن اكتشاف محتوى أفكار المريض يسمح للمختص بالتوجه الجيد في تشخيصه وفي استخلاصه للنتائج ، وقد يكون محتوى الأفكار هذيانا وسواسيا، ووهما مرضيا....  
الملاحظة L'observation:

يقصد بها الملاحظة العملية المنظمة للوضع الحالي للمريض في قطاع محدود من قطاعات سلوكه أثناء مواقف الحياة اليومية الطبيعية، ومواقف التفاعل الاجتماعي بالإضافة إلى مواقف الاحباط وغيرها مما يمثل عينات سلوكية ذات مغزى في حياة المريض ومن أنواعها نجد:

- الملاحظة وجها لوجه مع المريض.
- الملاحظة غير المباشرة دون اتصال مباشر مع المريض.
- ومن عوامل نجاح الملاحظة: السرية المهنية، الموضوعية، الدقة، الخبرة والشمول لعينات متنوعة من السلوك تتناول الإيجابيات والسلبيات ونقاط القوة والضعف، وانتقاء السلوك المتكرر الثابت نسبيا.
- إن إجراء الملاحظة يتطلب خطوات أساسية أهمها:
- الإعداد والتخطيط المحكم.
- تحديد الزمان والمكان والأجهزة اللازمة لعملية الملاحظة.
- إجراء عملية الملاحظة مع التركيز على السلوك المتكرر والاهتمام بتسجيل السلوك الملاحظ وتفسيره.

### دراسة الحالة L'étude de cas :

هي وسيلة لجمع المعلومات حول المريض وهي تحليل دقيق للموقف العام للمريض ككل وبحث شامل لأهم خبراته، وهي وسيلة لتقديم صورة شاملة للشخصية ككل بهدف تجميع المعلومات ومراجعتها ودراستها وتحليلها وتركيبها وتلخيصها.

ويعتبر تاريخ الحالة جزء من دراستها أي حياة المريض ( ماضيه وتتبع مسار حياته ) ومن عوامل نجاحها ما يلي:

- التنظيم والدقة في تحري المعلومات والاعتدال بين التفصيل الممل والاختصار المخل والاهتمام بالتسجيل.

### الاختبارات والمقاييس:



تعتبر من أهم وسائل جمع المعلومات وتستوجب توفر عدة شروط ألا وهي:  
الصدق والثبات، التقنين والموضوعية، سهولة الاستخدام، تعدد الاختبارات والمقاييس مع  
الاعتدال في استخدامها.

يتطلب إجراء الاختبارات والمقاييس النفسية مراعاة بعض الأمور الأساسية: اختيار  
أنسبها حسب الحالة وحسن اختيار الأخصائي الذي يقوم بإجرائها وتفسير نتائجها بالإضافة  
إلى إثارة دافعية المريض لأخذها في مكان ومناخ نفسي مناسب. (حامد عبد السلام زهران،  
1997، ص160-162)

## ب- التشخيص Diagnostic :

### - تعريفه:

كلمة التشخيص جاءت من أصل إغريقي يعني الفهم الكامل وهو يتطلب خطوات معينة  
تشتمل على: الملاحظة والوصف، تحديد الأسباب، التصنيف والتحليل الدينامي بقصد التوصل  
إلى افتراض دقيق عن طبيعة وأساس مشكلة المريض، فالتشخيص هو تقويم شخصية العميل  
(قدراته، إنجازاته، سماته التي تساعد على فهم مشكلاته). (لويس كامل مليكة، 1977، ص  
47)

وفي علم النفس الإكلينيكي: التشخيص يعني تقييم خصائص الفرد من حيث قدراته وسماته  
وأعراضه المرضية ودرجة حدتها مبينا الأسباب المباشرة لنشأتها بغية الوقوف على حقيقة  
المشكلة التي يعاني منها المريض، وإخضاعه لبرنامج علاجي مناسب لحالته. (أديب محمد  
الخالدي، 2006، ص30)

إذ هو عملية هامة في العلاج النفسي ويعني السبيل الذي يتسنى به التعرف على أصل  
وطبيعة ونوع المرض، وتتضمن عملية التشخيص التعرف على ديناميات شخصية المريض  
وأسباب وأعراض مرضه. (حامد عبد السلام زهران، 1997، ص172)

فالتشخيص بالتالي نقصد به فحص الأعراض المرضية واستنتاج الأسباب، ثم تجميع  
المعلومات والملاحظات في صورة متكاملة وبالتالي تحديد نوع المرض وتقديم العلاج المناسب.

### - هدفه:

تتمثل الأهداف العامة للتشخيص الإكلينيكي في:

- تحديد العوامل المسببة للاضطراب.

- التمييز بين الاضطراب العضوي والوظيفي.

- تقدير عمق وشدة درجة الاضطراب.

- التنبؤ بالمسار المحتمل للاضطراب.

- تحديد طريقة العلاج التي تناسب الاضطراب. (لويس كامل مليكة، 1977، ص 48)

### ج- العلاج La thérapie :

يتمثل الهدف النهائي للعلاج النفسي في مساعدة الفرد على التوافق من جديد، لذا لا بد على الأخصائي النفسي أن يمضي في تناوله المشكلة إلى أبعد من التشخيص وحده، وإلا كان العمل عقيماً، ينبغي إذاً أن توضع خطة للعلاج وأن تكون هذه الخطة موضع التنفيذ. أما فيما يتعلق بأنواع العلاج وأسسها سنتطرق لها لاحقاً.

### د- التنبؤ Pronostic :

يمكن القول أن الفحص يتناول ماضي وحاضر العميل (ما حدث وما يحدث) في حين أن التشخيص يتناول حاضر المريض (ما هو المرض) مع نظرة إلى مستقبله، أما بالنسبة للتنبؤ فهو يتناول مستقبل المرض (ماذا سيحدث) في ضوء ماضيه وحاضره، ويتضمن المآل الذي يتحدد في ضوء بدايته وأسبابه وأعراضه وفحصه وتشخيصه وطريقة علاجه، وشخصية المريض وتوافقه وبيئته وظروف حياته وصحته العامة.

عندما يقوم المعالج بتحديد التنبؤ يكون حاله مثل الطبيب الجراح الذي يحاول التنبؤ بمدى النجاح المحتمل أي بمآل العملية التي سيقوم بإجرائها فيحدد نسبة النجاح المحتمل.

#### الهدف من التنبؤ:

تهدف عملية تحديد المآل إلى توجيه وتحسين عملية العلاج في ضوء المآل المتوقع، وتحديد أنسب طرق العلاج لتحديد أكبر قدر من النجاح. (حامد عبد السلام زهران، 1997، ص189)

### - الفرق بين التشخيص والفحص والعلاج:

يعتبر الفحص الدقيق حجر الزاوية للتشخيص الموفق والعلاج الناجح ويكون منظم باستخدام وسائل وطرق عملية، يتم تقييمها وتفسيرها ثم تلخيصها، مما يؤدي مباشرة إلى التشخيص الذي يرتبط بالعلاج، فكل من هذه المراحل الثلاث: الفحص والتشخيص والعلاج متصلة ومرتبطة ببعضها البعض.

إن عملية التشخيص تدخل في صميم عملية العلاج ولا تقتصر على كونها مجرد تمهيد له، فالمريض يشعر بالثقة ويكتشف الحقائق عن نفسه ويزداد فهمه لشخصيته ويطمئن بمجرد انتقال المسؤولية إلى المعالج الذي شخص مشكلته، فأسباب المرض والأعراض قد وضحت

والمرض قد شخص وطريق العلاج حدد مما يزيد الأمل في الشفاء. (حامد عبد السلام زهران، 1997، ص178)

## 2-2. العلاج النفسي

لم يصبح العلاج النفسي مجالاً من المجالات التطبيقية لعلم النفس بشكله الحالي إلا في بداية القرن العشرين، ولم يكن مقصوداً على إزالة الأعراض المرضية التي يشكو منها المريض، وإنما كان يعالج الاضطرابات السلوكية والأمراض النفسية التي يعاني منها بعض الأفراد، والتي تحول دون توافقهم السليم في الحياة والتمتع بالصحة النفسية، كما اهتم بتفسير طبيعة الأعراض للتخلص منها ومعرفة الأسباب لإزالة أثارها، وتشجيع استقلالية المريض والعمل على تحقيق شفائه من مرضه النفسي.

يعتبر برنهام من أوائل ممارسي العلاج النفسي (مدرسة نانسي للعلاج بالتنويم المغناطيسي)، ثم أخذت مدرسة التحليل النفسي زمام الأمور، حتى نهاية الحرب العالمية الثانية تاركة المجال للتحليل النفسي الحديث ومختلف الطرق العلاجية الأخرى كالعلاج السلوكي، المعرفي السلوكي، المتمركز حول العميل وغيرها..

### 2-2-1. تعريف العلاج النفسي:

إن العلاج النفسي ليس علاجاً للنفس ولكنه فن العلاج بالنفس<sup>1</sup>.

يتمثل بالمعنى الواسع للمصطلح في مجموع الطرق العلاجية المبنية على مبادئ نفسية، ويتم ضمن إطار علاقة علاجية بين معالج نفسي وعميل، ويرمي إلى حل صراعات هذا الأخير الداخلية أو مع محيطه. يدخل العلاج النفسي ضمن سيرورة تغيير وتحويل على مستوى شخصية الفرد.

وللعلاج النفسي تعريفات عديدة، نذكر منها تعريفاً هما:

تعريف فريدمان و آخرون: " نوع من العلاج للأمراض العقلية والاضطرابات السلوكية يُنشئ فيه المعالج عقداً مهنيًا مع المريض، ومن خلال اتصال علاجي محدد (لفظي أو غير لفظي) يحاول المعالج أن يخفف من اضطرابات المريض الانفعالية وتغيير أنماطه السلوكية سيئة التوافق، و تنمية شخصيته وتطورها ".

1- « Non un soin de l'esprit mais « l'art de soigner par l'esprit ».

وهو تلك العملية العلاجية التي يمارس من خلالها المعالج النفسي ألوان التأثير المختلفة على المريض أو مجموعة من المرضى. وتأخذ تلك المؤثرات النفسية طابع التأثير، حيث تتأثر بإيحاءات محددة أو إشارات خاصة ترتبط بالحالة المرضية، أو نظام تأثير البيئة الاجتماعية المحيطة بالمريض، كما يعمل على إزالة الأعراض المرضية الموجودة أو تعديلها أو تعطيل أثرها ، مع مساعدة المريض على حل مشكلاته الخاصة والتوافق مع بيئته واستغلال امكاناته على خير وجه ، بالإضافة الى تنمية شخصيته ودفعها في طريق النمو النفسي الصحي ، بحيث يصبح المريض أكثر نضجا وقدرة على التوافق النفسي مستقبلا. (حامد عبد السلام زهران، 1997، ص181)

كما عرفته إجلال محمد سرى بأنه : " نوع من العلاج المتخصص ، تستخدم فيه طرق وأساليب نفسية لعلاج المشكلات أو الاضطرابات أو الأمراض نفسية المنشأ بهدف حل المشكلات وإزالة الأعراض والشفاء من المرض، ونمو الشخصية وتحقيق أفضل مستوى ممكن من التوافق النفسي، والتمتع بالصحة النفسية". (إجلال محمد سرى، 2000، ص 83)

“ هو طريقة علاجية للاضطرابات النفسية أو الجسدية، باستخدام الوسائل السيكولوجية المختلفة مثل العلاقة بين المعالج والمريض، التنويم المغناطيسي، الإيحاء، الاشراف وإزالة الاشراف، الاستبصار *Insight*...”

يوجد حاليا ما يزيد عن 400 طريقة للعلاج النفسي.

## 2-2-2. أهداف العلاج النفسي:

تهدف كل عملية علاجية نفسية إلى تحقيق واحد أو أكثر من الأهداف التالية:

- 1 . تعديل السلوك غير السوي للمريض، وتعلم السلوك السوي، وتحويل الخبرات المؤلمة إلى معلّمة.
- 2 . إعطاء الفرصة للمريض أن يتعلم أساليب متنوعة من السلوك المتوافق.
3. تهيئة المناخ المشبع بالأمن النفسي، وإزالة القلق والتخلص من السلوك المرضي.
- 4 . إزالة أسباب المرض و علاج أعراضه، وحل المشكلات والسيطرة عليها.
- 5 . تدعيم نواحي القوة وتلافي نواحي الضعف في الشخصية.
- 6 . تحقيق تقبل الذات والآخرين، مع إقامة علاقات اجتماعية سوية.
- 7 . تدعيم وبناء الشخصية وتكاملها.

9 . زيادة القدرة على حل الصراعات والتغلب على الإحباطات ومواجهة الحرمانات وتحمل الصدمات.

9 . العمل على إتمام الشفاء.

### 2-2-3. المظاهر العيادية للعلاج النفسي:

تتمثل المظاهر العيادية للعلاج النفسي بمختلف طرائقه (وبمختلف أطره النظرية) في:

أ- **المناخ العلاجي** : وذلك بإعداد المكان والزمان المناسبين لعملية العلاج .

ب- **العلاقة العلاجية** : حيث من الضروري أن تتسم هذه العلاقة بالثقة المتبادلة والشعور بالأمن والأمل كما تتضمن التفاعل والاتصال بين المعالج وعميله.

ج- **التداعي الحر (Association libre)** : هو إطلاق العنان للأفكار والخواطر والاتجاهات والصراعات والرغبات و المشاعر في تلقائية دون قيد أو شرط مهما بدت تافهة أو محرجة أو مؤلمة أو معيبة و إخراج هذه المواد المكبوتة من اللاشعور إلى حيز الشعور حتى يمكن التعامل معها.

د- **التنفيس الانفعالي (Catharsis)** : وهو تطهير وتفريغ الشحنات النفسية الانفعالية وفي هذه الحالة يجب على المعالج شرح وتفسير الانفعالات النفسية كيفية التخلص من آثارها السلوكية الضارة .

هـ- **التفسير ( Interprétation )** : هو إعطاء معنى للمعلومات التي جمعت، وإيضاح ما ليس واضحاً، وإفهام ما ليس مفهوماً، وإعادة بناء خبرات المريض، ويتضمن ذلك تفسير الأعراض، ويتناول العلاقة العلاجية بين المعالج و المريض ، وأسباب الاضطرابات، وأعراضها ونماذج من سلوك المريض، ومن عوامل نجاح التفسير : الوضوح ، والإيضاح ، والتدرج ، والشمول ، والدقة والإقناع.

و- **الإستبصار ( Insight )** : هو فهم و معرفة مصدر المشكلة أو الاضطراب لدى المريض والتعرف على نواحي قوته وضعفه، وكشف جوانب شخصيته الموجبة والسالبة، وقدرته على التحكم في سلوكه، وفهمه لذاته فهما جيداً.

ز- **التعلم ( Apprentissage )** : يكتسب المريض سلوكه المرضي عن طريق مروره بخبرات نفسية شخصية واجتماعية وانفعالية أليمة، ويمكن علاج هذا عن طريق المحاولة والخطأ أو الأسلوب الشرطي في التعلم، وهكذا تعتبر عملية العلاج النفسي عملية تعلم وتغيير سلوك نتيجة للخبرة والممارسة.

ح- تعديل السلوك ( Modification du comportement ) : وهذا يتضمن محو تعلم السلوك الخاطئ غير السوي وإطفائه وتعديله إلى الأفضل والسوي .

ط- تغيير الشخصية (Modification de la personnalité): ويتناول البناء الوظيفي والدينامي للشخصية بهدف تحقيق النمو السليم و التكامل و التوازن و النضج ، و تحسين العوامل التي تؤثر فيها وضبطها، كما يلاحظ أن تغير شخصية المريض أمر خطير ويحتاج إلى خبرة، و يقتصر إجراؤه على المعالجين النفسيين المتخصصين ذوي الخبرة الطويلة والحاصلين على أعلى المؤهلات العلمية في العلاج النفسي.

ي- التقييم ( Evaluation ) : الهدف من عملية التقييم هو الوصول إلى تقدير كفي و ليس كمي لقيمة عملية العلاج، وهناك طرق ووسائل عديدة للتقييم منها : التقارير الذاتية وقوائم المراجعة، ومقاييس التقدير، واختبارات التشخيص النفسي، وملاحظة السلوك.

ك- الإنهاء : عندما يتم تقييم عملية العلاج في ضوء أهدافها ونتائجها ، والتأكد من نجاحها وشفاء المريض، بحيث يشعر الفرد بقدرته على الاستقلال و الثقة بالنفس، و القدرة على حل مشكلاته وقدرته على تحقيق توافقه النفسي والاجتماعي والانفعالي والمهني مستقبلا ، يجب إنهاء العملية العلاجية .

ل- المتابعة ( Suivi post-cure ) : يقصد بها تتبع مدى تقدم و تحسن حالة المريض الذي تم علاجه لأنه قد يحتاج إلى مزيد من المساعدة والتشجيع من وقت لآخر، و قد يحدث له انتكاس<sup>1</sup> في حالات الشفاء الظاهري، و لكي تتم المتابعة يجب أن يترك المريض عنوانه ورقم هاتفه إن أمكن.

(إجلال محمد سرى، 2000، ص.ص 83 - 95)

## 2-2-4. المعالج النفسي:

هو الأخصائي الذي يقوم بالدور الأساسي في عملية العلاج النفسي ، ويعتبر صلة الوصل بين العميل والتشخيص الدقيق ، ولا بد أن تتوفر فيه مجموعة من الصفات الايجابية التي تجعله عنصرا ناجحا في تعامله مع الأسوياء وغير الأسوياء ، وتصبح هذه السمات ضرورية لأنها تساعد على حسن التكيف مع الظروف المختلفة. ويجب أن تكون لديه القدرة على فهم الآخرين ودوافعهم واحباطاتهم ، وأن تكون لديه شخصية ثابتة وناضجة ذات توازن انفعالي ، ولها نظرة شاملة. (فيصل عباس، 1994، ص ص 69-79 بتصرف)

- دور المعالج النفسي:

<sup>1</sup> - rechute.

يتمثل دور المعالج النفسي في القيام بإجراء الفحص النفسي والاختبارات ليتوصل لتشخيص الحالة والتنبؤ بمآلها ووضع خطة علاجية للتكفل بها، وتطبيقها متعاوناً مع بعض زملائه أعضاء فريق العلاج إذا استلزم الأمر ذلك.

## 2-2-5. أبعاد العلاج النفسي:

✚ مسؤولية العميل في العلاج، وتتأتى في حالة ما إذا كان العميل (المريض) واعياً بحالته معترفاً بمرضه

✚ للاضطرابات صلة وثيقة بالصراع المستدخل، ولا يمكن للمريض وحده تجاوز هذا الصراع

✚ لا بدّ من تبني إطار نظري (من طرف المعالج) وبالتالي نموذج تفسيري معين يحلّ ويفسر على ضوءه حالة العميل ويضع بناءً على ذلك خطته العلاجية

✚ “العلاقة العلاجية” وتأتي من رغبة المريض في العلاج وقدرة المعالج على وضع صراعات المريض في مركز إهتمام العملية العلاجية

✚ لا بد أن تكون العلاقة العلاجية موضوعية قدر الإمكان.

✚ الهدف من أي علاج هو دعم استقلالية العميل<sup>1</sup> وعليه فلا يفرض عليه المعالج تبني أيديولوجية معينة، بل الوصول به إلى القدرة على اختيار ما يناسبه من أفكار بكل نضج.. (فيصل عباس، 1994، ص ص 150-153 بتصرف)

## 2-2-6. أسس وركائز العلاج النفسي:

حسب العالم بلوخ يرتكز العلاج النفسي على ما يلي:

أ- المعالج النفسي مؤهل علمياً ومهنياً، وفي وطننا الجزائر يمارس العلاج النفسي من طرف الحاصلين على الليسانس في علم النفس العيادي (على الأقل) أو الأطباء المتخصصين في الطب النفسي<sup>2</sup>.

ب- العميل، وهو الشخص الذي يطلب المساعدة لعدم تمكنه من تجاوز مشكلاته لوحده.

ت- مكان العلاج، أي عيادة نفسية مجهزة.

ث- العلاقة العلاجية، مبنية على المهنية والسرية والاحترام المتبادل.

ج- المقابل المادي، وهو عادة محفز جيد لنجاح العلاج حسب العديد من المنظرين.

ح- الطريقة العلاجية التي يتبعها المعالج ويلتزم بأسسها وخطواتها.

1- promouvoir l'autonomie du patient

2- Psychiatre.

خ- إطار نظري يستند إليه المعالج خاصة في تفسيره لمرض عميله.  
(BLOCH C. (1983), in: LECOURT E., 2005, p. 49)

## 2-2-7. أنواع العلاج النفسي:

للعلاج النفسي أنواع كثيرة تتعدد بتعدد الأطر النظرية له: علاج تحليلي، علاج سلوكي، علاج معرفي، علاج جشطالتي، علاج متركز حول العميل، علاج بالسيكودراما، علاج بالفن، علاج أسري نسقي، علاج جماعي وغيرها.....  
وكما ذكرنا سابقا يوجد حاليا ما يزيد عن 400 طريقة متعددة للعلاج النفسي.

## 2-2-8. مشكلات العلاج النفسي:

هنالك بعض المشكلات التي قد تقلل من احتمالات نجاح عملية العلاج النفسي وهي : وسائل الإحالة الإجبارية، اتجاهات الوالدين والأولياء السالبة، المفاهيم الخاطئة لدى المريض أو محيطه عن العلاج النفسي، نقص القدرة العقلية العامة له ، صغر سنه أو كبره، الإصرار على تناول الدواء لوحده، بعد مكان العلاج أو عدم مناسبة مواعيده، ارتفاع تكاليفه، مضاعفات العلاج النفسي غير الناجح إذا ما قام بعلاجه غير مختص أو قليل الخبرة أو إذا كان المريض غير متقبل له أو انقطع عن عملية العلاج لمدة طويلة. (إجلال محمد سرى، 2000، ص 95)



## الفصل الثالث:

ماهية وواقع الممارسة والعلاج  
النفسي في الجزائر

## تمهيد:

تطرقنا في الفصل السابق (الفصل الأول) إلى العلاج النفسي، وقلنا أنه الأخصائي الذي يقوم بالدور الأساسي في هذه العملية هو الأخصائي النفسي الإكلينيكي، حيث يتمثل دوره في القيام بإجراء الفحص النفسي والاختبارات ليتوصل لتشخيص الحالة والتنبؤ بمآلها ثم وضع خطة علاجية للتكفل بها، والسهر على تنفيذها سواء لوحده أو متعاوناً مع بعض زملائه أعضاء فريق العلاج إذا استلزم الأمر ذلك.

غير أنه لا بدّ من تعريف الهوية المهنية للممارس للعلاج النفسي نظرياً وميدانياً، والحديث عن صفته محلياً، مع تسليط الضوء على واقع الممارسة النفسية - وخاصة ممارسة العلاج النفسي - في الجزائر، ولا يتأتى ذلك دون إعطاء تعريف للممارسة السيكلوجية والمهام المترتبة عنها.

### 3-1. مفهوم الممارسة السكولوجية:

يقول ع.إبراهيم و ع.عسكر(1999) أنّ « الممارسة النفسية تحدد في المساهمة في تشخيص الأمراض النفسية والعقلية؛ باستخدام المقابلة أو الإختبارات النفسية أو الملاحظة أو دراسة الحالة؛ ثم التصنيف إلى فئات إكلينيكية أو فئات التخلف العقلي؛ والعلاج والبحث والإستشارة الإكلينيكية التي تشمل ممارسة الإكلينيكي بنفسه للتشخيص والعلاج، أو تقتصر على إعطاء المشورة للآخرين الأقل تدريباً إكلينيكياً، بخصوص المناهج العلاجية المناسبة للحالة، وأساليب التعامل مع المشكلات الطارئة في حياة المريض، وكذلك الإستشارة التي تتمّ بهدف إنشاء البرامج الإكلينيكية العامة وتقييمها».

(إبراهيم عبد الستار وعبد الله عسكر، 1999، ص 27، 30)

كما يعرف الباحثان Reynnaud و Bergeret (1989) الممارسة النفسية بأنها تشمل تشخيص الاضطراب النفسي أو العقلي أو حالات التخلف العقلي، باستخدام المقابلة أو الاختبارات النفسية أو الملاحظة أو دراسة الحالة، والتعاون مع الأفراد المحيطين بالحالة سعياً إلى تقديم الأسلوب العلاجي المناسب لكل حالة، وفي حالات أخرى: العون من خلال البرامج التدريبية والإرشادية بالمؤسسات الإستشفائية أو التأهيلية التي يعمل بها. ويكون تدخّله بشكل فردي أو كعضو ضمن فريق عمل يسعى إلى القيام بتكفل متكامل، وكذا وضع الخطط والبرامج الإكلينيكية لتطوير نوعية التكفل النفسي، الاجتماعي والتربوي للعميل، ويتمّ الكشف عن ذلك من خلال تحليل نتائج بروتوكول المقابلة الذي صمّم لذلك الغرض.

(REYNAUD M. et BERGERET J. 1989)

إنّ الممارسة النفسية حسب سيلامي N. Sillamy هي أمر شاق، وتتطلب من الذي يقوم بها أن تكون لديه معلومات واسعة، نظرية وتطبيقية، مع قدرة علائقية تسمح له بإقامة علاقات حقيقية مع الآخرين وبضبط دوره، بفهم مواقفه وسلوكاته.

(SILLAMY N., 1996, p. 207)

وعلى ضوء هذه التعريفات تتوضح المهام التي يقوم بها الممارس النفسي الذي لا يعدو أن يكون أخصائياً نفسياً عيادياً (إكلينيكياً).

### 3-2. مهام الأخصائي النفسي الإكلينيكي:

يربط لاغاش (1949) مهام الأخصائي النفسي الإكلينيكي بالفرد الذي ينمو ويتطور طيلة مراحل حياته (طفولة، مراهقة، رشد فشيخوخة)، ومنه يستنتج هذا الأخير المهمات الأربعة التي يعزوها للأخصائي النفسي الإكلينيكي، وهي: التشخيص، الإرشاد، العلاج، التربية. (LAGACHE D. 1949)

فيما يحددها غوس Gose (1972) في سبعة مهام وهي:

- 1- القيادة المتخصصة لفريق التوجيه والإرشاد والقيادة العملية في عمليات الإرشاد الجماعي وغيرها.
- 2- تشخيص وحل وعلاج المشكلات النفسية .
- 3- الإشراف على إعداد وسائل وحفظ السجلات الخاصة بالعملاء.
- 4- القيام بعملية الإرشاد، فهو الأخصائي الخبير المسؤول عن هذه العملية، وتقديم خدمات الإرشاد العلاجي بصفة خاصة.
- 5- تولي مسؤولية متابعة حالات العلاج والإرشاد.
- 6- مساعدة زملائه أعضاء الفريق العلاجي والإرشادي إستشارياً، فيما يتعلق ببعض نواحي التخصص.
- 7- الإسهام في تطوير العملية التربوية و المناهج، وإدماج وتكامل برنامج العلاج والتوجيه والإرشاد فيها.

ويتفق الدكتور عطية محمود هنا (1976) إلى حد ما مع Gose ، حيث يقول

أن دور الأخصائي النفسي يتمثل في :

- 1- تطبيق الإختبارات و تصحيحها و تفسير نتائجها.
  - 2- المقابلة لجمع المعلومات عن الأفراد لوضع تقارير نفسية عنهم.
  - 3- المقابلة للتوجيه والإرشاد النفسيين.
  - 4- وضع التقارير الخاصة بالأفراد.
  - 5- الإشتراك مع غيره من الأخصائيين في وضع الخطط (العلاجية) و تنفيذها.
  - 6- مقابلة من يتصل بالحالات كأهل المرضى أو بقية الأخصائيين ممن يتعاونون في تقديم المساعدة.
  - 7- القيام بالبحوث المختلفة. (عطية محمود هنا، 1976، ص49)
- أمّا سيلامي فيذهب إلى القول أنّ : « وظائف النفساني متعددة، تتمثل تقليدياً في: المشاركة في التشخيص (من خلال الاختبارات أو المقابلات)، وفي تنمية الفرد (إرشاد- دعم-

علاج نفسي). لديه غالبا أيضا نشاطات وقائية، إعلامية، تعليمية، وكذا في مجال البحث». (SILLAMY N., 1996, p. 207)

### 3-3. مجالات العمل الإكلينيكي وأبعاده:

من الممكن أن نقسّم أوجه النشاط الذي يمارسه السيكولوجيون الإكلينيكيون إلى ثلاث مجموعات من الأساليب و المهارات:

- 1\* أولى هذه المهارات في قياس الذكاء والقدرات العامة، وهذا النشاط لا يتضمن مجرد قياس القدرة الحالية للفرد، بل يتضمن أيضا تقدير إمكاناته وكفاءته وأثر المشكلات أو الظروف الأخرى التي تحيط به في قيامه بوظائفه العقلية.
- 2\* قياس الشخصية وما يتعلق بها، ووصفها وتقويمها.
- 3\* وهو ما نطلق عليه عادة «العلاج النفسي»، وهو مجال واسع من مجالات الممارسة السيكولوجية.

وعرفنا مما سبق أن المسؤوليات الرئيسية التي يضطلع بها الأخصائي النفسي الإكلينيكي هي ثلاث: التشخيص، العلاج والبحث، وعليه فمنها تتفرع المجالات الخمس التالية للعمل الإكلينيكي:

أ- العمل في العيادات أو المستشفيات، والمصحات الخاصة بالأمراض النفسية والعقلية؛ وتكون مهمته هنا هي القيام بتشخيص الاضطراب النفسي أو العقلي، وعلاج هذه الحالات بالتعاون مع المختصين في هذا المجال، كالطبيب العقلي أو العامّ أو الأروطوفوني...  
ب- العمل في مجالات التوجيه المهني والتربوي و النفسي:

ويرجع هذا المجال إلى التطور المتواصل الذي أحرزه علم النفس الإكلينيكي في تصميم اختبارات التحصيل و اختبارات الميول و الاتجاهات والقيم، مما دفع بالأخصائي النفسي الإكلينيكي إلى الإهتمام بتوجيه الأفراد للاختيار المناسب، دراسيا أو مهنيا بما يلائم إمكانياتهم و قدراتهم، على ضوء ما تكشف له نتائج الاختبارات والمقاييس، فالإكلينيكي هنا يؤدي عمليتي التشخيص، و التوجيه و الإرشاد.

ج- العمل في مجالات العمل والعمال:

إن دوره في ميدان العمل هام جدا، فهو يقوم بدراسة الظروف المادية داخل مكان العمل نفسه، وما لها من آثار نفسية على العامل، وعلى إنتاجية العمل كذلك، كما يكشف أيضا عن الدوافع النفسية للعمال وأثرها عليهم من حيث التعب والملل والإرهاق، وتعرضهم إلى حوادث العمل وزيادة نسبة التغيب والمرض أو التمارض، ولهذا يقدم الأخصائي الاقتراحات المناسبة لتلك الظواهر من أجل حلها، مع إعداد برامج ترفيهية ومكافآت مادية ومعنوية للعمال.

د- العمل في مراكز البحوث:

أي التأكيد على قضايا البحث والمعرفة والاضطلاع بأهم مناهج الدراسات الإنسانية (التربوية و الاجتماعية والسيكولوجية) لأن أعمال الأخصائي النفسي هي على اتصال مستمر ومتفاعل مع الآخرين، وخاصة في ضوء التطورات العلمية الحديثة في علم النفس الإكلينيكي، وتطوير برامج الصحة النفسية.

#### هـ- العمل في المؤسسات الإصلاحية:

لقد أصبحت مؤسسة الأحداث الجانحين تعتمد على الأخصائي النفسي الإكلينيكي، في دراسة حالات الجانحين وإجراء المقابلات معهم لمعرفة دوافعهم، وفهم مشاكلهم و أنواع الصراعات التي يعانون منها، ويقوم الأخصائي بكتابة التقارير الخاصة بتلك الحالات، مع تقديم الاقتراحات والتوصيات التي تساعد في توجيه هذه الفئات الجانحة، والعمل على تكييفهم الشخصي والاجتماعي مع مواقف الحياة الواقعية.

هذه المجالات النظرية يقابلها ميدانيا قطاعات :

- 1- الصحة العمومية : و تشمل: المستشفيات- المراكز الصحية- وحدات الصحة المدرسية- العيادات متعددة الخدمات- المستشفيات الجامعية- المستشفيات المتخصصة (أمراض عقلية- أمراض الكلى ... )...
  - يمكننا أن ندرج هنا العمل في الوحدات الصحية التابعة لمؤسسات أو قطاعات أخرى:
    - العيادات التابعة للشرطة أو الجمارك .
    - المستشفيات العسكرية .
    - الحماية المدنية .
    - عيادات الأحياء الجامعية .
    - و أخرى غيرها...
  - 2- النشاط الاجتماعي : وذلك في جميع المراكز المتخصصة في رعاية : المسنين، الأحداث الجانحين، وأرعاية الطفولة المسعفة، وكذا الصمّ والبكم، و المراكز النفسية البيداغوجية (للمتخلفين ذهنيا) .
  - 3- التوجيه المهني و التربوي و النفسي : في مراكز التجنيد والتوظيف للعديد من القطاعات كالشرطة والجيش وغيرها .
- كما في التوجيه التربوي في المؤسسات التربوية، ومراكز التوجيه التربوي والمدرسي التابع لمديريات التربية، وكذا العمل في الحضانه ورياض الأطفال .

- 4- ما يقابل مراكز البحوث ميدانيا، وفي الجزائر، نجد المخابر الجامعية التابعة لأقسام علم النفس أو علم الاجتماع، أو مراكز البحوث و تقنين الاختبارات النفسية<sup>1</sup>.
- 5- في قطاع العدالة: في مؤسسات إعادة التربية، والملاحظة و التربية للجانحين في الوسط المفتوح .

---

<sup>1</sup> - كمركز البحوث والدراسات التطبيقية في علم النفس CRÉAPsy



### 3-4. إعداد وتكوين الأخصائي النفسي الإكلينيكي:

يتضمن دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي على مستوى الممارسة العملية (كما مرّ بنا) عمليتين أساسيتين مهمتين هما: التشخيص ( ويستخدم في مختلف أدوات القياس والاختبارات و غيرها في الدراسة الشمولية للشخصية)، والعلاج ( باستخدام أنسب أساليب العلاج المختلفة: العلاج النفسي الموجّه- والغير موجّه- المعرفي- التحليلي- الجماعي- السيكو دراما...). ويتوقف هذا الأمر على مناهج إعدادة وتدريبه عمليا في المجال الإكلينيكي و توجّهه العلمي.

وبالتالي فإعداد الأخصائي النفسي الإكلينيكي لا بد أن يكون مكثفا في الجانبين: النظري والتطبيقي، فهو باحث وممارس في نفس الوقت، ولهذا لا بدّ أن يكون له أساس من المعرفة والتدريب، يربط خلال فترة تدريبه بين الإعداد الأكاديمي والتدريب الإكلينيكي في برنامج متدرّج، كما لا بدّ من إحاطته بكل فروع علم النفس خاصة ما يتصل بمناهج علم النفس الديناميكي والدراسة الدقيقة للمشكلات النفسية الأساسية، فضلا عن المعرفة العامة بالعلوم البيولوجية، والفيزيولوجية، والتربوية والاجتماعية. (RICHELLE M., 1978, p 157)

كذلك الإحصاء والمنهجية النفسية- النظري والتطبيقي للاختبارات، أو بصفة عامة: القياس النفسي، هي أمور أساسية أيضا في تكوين الأخصائي النفسي. (RICHELLE M., 1978, p 158)

تحتوي برامج إعداد الأخصائي النفسي الإكلينيكي وتدريبه عموما على الميادين الرئيسية التالية:

علم النفس العامّ - الطرق التشخيصية - أساليب العلاج النفسي - ومناهج البحث.  
1- في علم النفس العام *la psychologie générale* يتضمن الإعداد على الأرجح :  
تاريخ علم النفس - علم النفس الارتقائي - وعلم النفس الاجتماعي.  
كما لدراسة نظريات الشخصية، والنظريات الديناميكية للسلوك أهمية أيضا، لأن الأخصائي النفسي الإكلينيكي سيواجه مشكلات الفرد ككل في تفاعلاته مع بيئته و مع الآخرين، ولذا لا بد أن يفهم السلوك الإنساني السوي واللاسوي في ضوء الدوافع والحاجات، وهذا للمساعدة والإرشاد.

2- وفي التشخيص *le diagnostic* يركز الإهتمام حول تحديد طبيعة المرض أو الاضطراب وذلك عن طريق دراسة أصوله ونشأته وخصائصه وتطوره والعلامات التي يظهرها.

3- و في العلاج *la thérapie* يتمّ التدريب الذي يبدأ بمناهج نظرية وخبرات عملية، تنطلق من الخبرات الإكلينيكية خلال الممارسة، وتندرج إلى فترات من التدريب المركز والمعّمق في

المؤسسات والمدارس والمصانع والسجون، وكذلك في عيادات التوجيه ومؤسسات التخلف العقلي ومستشفيات الأمراض العقلية والنفسية، تحت إشراف هيئة من الأكاديميين و الممارسين.

4- و في مجال التدريب على البحث، تتمركز الدراسة حول مناهج علم النفس، الطرق الإحصائية و حلقات البحث في مشكلة الممارسة الإكلينيكية. وينبغي على الأخصائي النفسي الإكلينيكي أن يتقن المعرفة النظرية والعملية في ميادين علم النفس الدينامي و علم النفس المرضي. (فيصل عباس، 1994، ص87)

فعليا، يقوم بالممارسة النفسية الحاصلون على دبلوم أو إجازة في علم النفس الإكلينيكي كل دولة وخصائصها (حسب النظام التكويني القديم الذي ينتمي إليه معظم الممارسين حاليا):

فرنسا مثلا، كانت الممارسة النفسية لا يؤدّيها سوى الحاصلين على شهادة دراسات عليا متخصصة (D.E.S.S) أو شهادة الدراسات المعمّقة (D.E.A) مع درجة الأستاذية (une Maîtrise)، حيث تدوم مدة التكوين في كلا الحالتين خمس (05) سنوات، وتنقسم مدة التكوين إلى طورين: الطور الأول ويدوم ثلاث سنوات، يتلقّى فيها الطالب « المعلومات العامة النظرية و المنهجية»، تتكون لديه بذلك ثقافة علمية تعتبر بمثابة مدخل للمقاربة الإكلينيكية، وعلم النفس المرضي لديه مكانة متواضعة هنا. (PERRON R. 1997, p. 242)

الطور الثاني هو الذي يتم خلاله التطرق إلى الجانب الإكلينيكي، والتدرّب على العمل الإكلينيكي، وبتخصّص الطالب في ميدان معيّن : علاج عائلي أو فردي أو جماعي، تحليلي أو سلوكي- معرفي...

والتكوين المعتمد حاليا (ضمن نظام الـ LMD) لا يختلف كثيرا عن ذلك إذ يقابل الطور الأول الليسانس والطور الثاني الماجستير.

يكون الطالب مؤهّلا بعدها للممارسة الإكلينيكية، ومع ذلك فهناك أيضا من يقول أن التكوين ناقص، ومدته غير كافية.

فيما يلي جدول يبيّن عدد سنوات التكوين الإكلينيكي (حسب النظام القديم) في عدد من الدول، مع عدد الطلبة وعدد معاهد وجامعات علم النفس في كل دولة منها:

التكوين				الدول
عدد الطلبة بما يقابل 1000 نسمة	مدة الدراسة وطبيعة الشهادة	عدد معاهد أو جامعات علم النفس	عدد طلبة علم النفس	
-	3 سنوات (ليسانس LMD)	20	-	الجزائر
0.4	6 إلى 7 سنوات عالم نفس مُجاز . Psychologue diplômé	41	25000	ألمانيا
0.9	7 سنوات (ماجستير)	4	7000	النمسا
-	5 سنوات . (kandidat-seksamen)	2	-	الدانمارك
1.02	5 سنوات.(Maîtrise)	13	40000	إسبانيا
؟	5 سنوات (ليسانس)	7	400 (غير مؤكّد)	بلجيكا
0.3	6 إلى 8 سنوات (ليسانس أو دكتوراه)	6	1500	فنلندا
0.7	5 سنوات (DESS أو تريض+DEA)	30	40000	فرنسا
0.04	4 سنوات.(Maîtrise)	1	450	اليونان
0.06	7 سنوات(دكتوراه)	2	600	المجر
1.25	3 سنوات. (Bachelor of Art)	1	250	ايسلندا
-	5 سنوات+ سنة تطبيق مؤطر + إمتحان .	-	-	إيطاليا
-	6 إلى 7 سنوات(شهادة عامة)	2	-	النرويج
-	4 إلى 6 سنوات (Doctorandus)	7	-	هولندا
-	5 سنوات(Maîtrise)	4	-	البرتغال
0.06	5 سنوات .	2	300	سلوفاكيا
0.004	5 سنوات.	3	100	رومانيا
-	6 سنوات. (Chartered Psychologist)	-	-	المملكة المتحدة
0.1	5 سنوات.(ليسانس)	-	1000	السويد
0.016	4 سنوات.(دكتوراه)	6	900	تركيا
-	5 سنوات(Maîtrise)	-	-	تونس
-	4 سنوات	-	-	المغرب

جدول رقم 01 يحوي معلومات عن التكوين في علم النفس الإكلينيكي في بعض الدول

مما سبق، يمكننا القول أن للأخصائي النفسي الإكلينيكي دورا هاما في المجتمع ككل، وهو ما يفسّر وجوده في مختلف دول العالم كمتنهن للمساعدة والممارسة النفسية بمختلف أشكالها. وفي الجزائر، يسمى الممارس لعلم النفس الإكلينيكي والعلاج النفسي بـ "أخصائي نفسي إكلينيكي (أو عيادي)"، فيما لا توجد صفة (أو لقب مهني un titre) للمعالج النفسي، وإنما يمكن للأخصائي النفسي الإكلينيكي ممارسة العلاج النفسي وفق ما ينص عليه القانون (الذي سنتعرض له لاحقا).

### 3-5. واقع الأخصائي النفسي الإكلينيكي في الجزائر:

أصبحت تسمية "الأخصائي النفسي الإكلينيكي" متداولةً بكثرة في الجزائر، وخصوصاً بعد الأحداث التي شهدتها الوطن في الفترة الأخيرة من زلازل ومشكلات ناجمة عن تغيرات في المجتمع، وهو ما يدعونا للتساؤل عن واقع هذه المهنة وأداء هذه الفئة من الإطارات الآن.

تطرقنا آنفاً إلى مهام الأخصائي النفسي الإكلينيكي النظرية، وفيما يلي سنتعرض لها بشكل دقيق ورسمي، ففي القانون الأساسي الخاص بالوظائف العمومي الصحي الفرنسي (1991/01/31) في المادة (02) يحدد مهام الأخصائي النفسي الإكلينيكي كالتالي:

« يؤدون عملهم، مستعملين، الطرق والوسائل التقنية التي نالوها خلال تكوينهم. وبهذا الصدد، يدرسون ويعالجون، من خلال خطة مهنية خاصة، العلاقة بين الحياة النفسية والسلوكيات الفردية و الجماعية، بهدف الوصول لإستقلالية الشخصية<sup>1</sup>، ويسعون أيضاً إلى تحديد، ووصف وتحقيق النشاطات الوقائية والعلاجية المؤمنة من طرف المؤسسات والتعاون في تطبيق البرامج العلاجية والتربوية، على المستوى الفردي كما على المستوى المؤسساتي ».

وبالنسبة لتعريف ومهام الأخصائي النفسي الإكلينيكي بالجزائر، فقد حددها المرسوم 69-73 المتضمن القانون الأساسي الخاص بالأخصائيين في علم النفس، وخاصة المرسوم التنفيذي 91-111 الوارد بالعدد 22 للجريدة الرسمية الصادرة بتاريخ 27 أبريل 1991، في مادتيه 20 و 18 ب :

« يوظف الاختصاصيون في علم النفس العيادي... من بين الحائزين على ليسانس في "الطب العيادي" أو شهادة معادلة لها..... يُكَلَّف الإختصاصيون في علم النفس العيادي التابعون للصحة العمومية، تحت سلطة المسؤول السُّلَمي بالمهام الآتية:

- إختبارات بسلوكية.
- حصيات بسلوكية.
- تشخيص و تنبؤات بسلوكية.
- توجيهات.
- مساعدات بسلوكية (توجيه، إرشادات، مرافقات بسلوكية للمصاب بمرض خطير، تحضيرات بسلوكية للعمليات الجراحية ..الخ...).
- الوقاية والعلاج الشفائي<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> - L'autonomie de la personnalité

<sup>2</sup> - أنظر الملحق رقم (3).

نلاحظ ذكر القانون بشكل صريح لمهمة المرافقة النفسية للمرضى المصابين بالسرطان والسيّد ضمن الأمراض الخطيرة.

إنّ تدريس علم النفس ( وتدرّس علم النفس الإكلينيكي بالذات) ظهر في الجزائر وسار جنباً إلى جنب تقريباً مع أغلب بلدان العالم، حيث أنّ تخصص علم النفس تتولى تدريسه فقط الجامعة الجزائرية لأنها وحدها المخولة تخريج دفعات من الإطارات يدعون فيما بعد: أخصائيون في علم النفس الإكلينيكي.

والأخصائي النفسي الإكلينيكي في الجزائر، هو المتحصل على شهادة الليسانس في علم النفس الإكلينيكي (أو أكثر)، بعد دراسة تدوم ثلاث سنوات (كانت تدوم في النظام الكلاسيكي أربع سنوات) بقسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا التابع لكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، وكان في الماضي معهد علم النفس مستقلاً في غياب هذه الكلية، وكان المتحصل على شهادة الليسانس ينال شهادته من دائرة علم النفس الإكلينيكي التابعة لمعهد علم النفس التابع للجامعة.

يبدأ التخصّص من السنة الثالثة، بعدما يكون الطالب قد اكتسب عموماً المعلومات النظرية الأساسية حول علم النفس العام وعلم النفس الاجتماعي، الإحصاء، علم النفس المرضي وعلم النفس القياسي، وعلم نفس النمو في الجذع المشترك لمدة سنتين. يُلزم الطالب بإجراء تربيص ميداني بإحدى المؤسسات التي يعمل فيها الأخصائيون في علم النفس العيادي، ثمّ يقدم ويناقشة مذكرة تخرّج تكون بمثابة تخصص في ميدان ما من ميادين علم النفس الإكلينيكي العديدة، حيث تكون له الفرصة للقيام بتربيص ثانٍ في إطار عمله الميداني المكملّ لعمله النظري.

يرى الكثيرون أنّ مدة التكوين (حالياً 03 سنوات) غير كافية، ويشتكون من نقص التربيصات الميدانية رغم كل الجهود المبذولة.

وفيما يتعلق بالعلاج النفسي فالمسألة أسوأ لأنّ المتخرج يدرس العلاجات النفسية كمقياس لمدة سداسي واحد فقط وهذا غير كافٍ بالمرّة، كما لا يستفيد من تدريب عليه مطلقاً مما يصعب عليه ممارسته مستقبلاً لما يتوجه إلى ميدان العمل.

## الفصل الرابع:

### العلاج والوساطة بالفن

## تمهيد:

إنتشر تطبيق العلاج النفسي في المرحلة الأخيرة بشكل كبير، وذلك لما ثبت عنه ميدانياً من نجاعة وفعالية في شفاء المرضى والتخفيف من معاناة المكروبين، وإزالة للضغط النفسي، ومساعدة لتجاوز المواقف والمراحل الصعبة في الحياة، وإيجاد حلول لأصحاب المشاكل، والوصول إلى الراحة النفسية، بل وحتى تحرير طاقات الأفراد الأسوياء الكامنة... هذا العلاج النفسي على تعدد طرقه وتقنياته، ما تزال البحوث جارية إلى يومنا هذا لتحسينه وتحسينه وتفصيله أكثر. سنتعرض في هذا الفصل إلى تعريف العلاج النفسي ثم العلاج بالفن لنصل إلى تقديم وشرح الوساطة العلاجية (Médiation thérapeutique)، وذلك بالتعرض لمبادئها وأسسها النظرية والتطبيقية، سبل تطبيقها، والحالات التي تتطلب توظيفها لدى التعامل معها في الميدان العيادي الإكلينيكي.



## أولاً: العلاج بالفن Art-thérapie

### 4-1. تعريف العلاج بالفن:

عرّفه جوديث روبين Rubin ومارجريت نومبورغ بقولهما: " هو طريقة تقوم على تناول واستخدام وسائل التعبير الفني التشكيلي، ووظيفتها بأسلوب منظم ومخطط لتحقيق أغراض تشخيصية وعلاجية وتنموية، في أنشطة فردية أو جماعية، حرة أو مقيدة، وذلك وفقاً لخطة العلاج، وتطور مراحلها وأغراض المعالج وحاجات المريض". (حامد عبد السلام زهران، 1997، ص 378)

كما يقول عنه ج. كلاين ما يلي: " يضيف العلاج للفن مشروع تغيير الذات ويضيف الفن للعلاج الخاصية العجبية لتصوير الوجود البشري. يمكن الإبداع الفرد من إحداث تغيير عميق في شخصيته. يتمثل العلاج بالفن في مرافقة العميل أثناء إبداعه الفني ضمن سيرونة رمزية تهدف إلى تنمية الشخصية والوصول بها إلى التوافق النفسي". (KLEIN J.-P. 2001, p. 126)

و العلاج النفسي بالفن له وجهان متكاملان متكافئان هما :

1. الفن التشكيلي: و هو التعبير الفني ( غير اللفظي ) بالرسم أو أعمال الخزف والفخار.
2. العلاج النفسي: حيث يتم تفسير ومعرفة حقيقة تلك الخبرات وإيجاد حلول للمشكلات وإحداث تغيير إلى الأفضل في شخصية الفرد وفي حياته بصفة عامة.

### 4-2. لمحة تاريخية:

إن العلاقة وثيقة جدا بين تاريخ العلاج بالفن وتاريخ ممارسة الفن ذاته من قبل الإنسان، إذ يُرجع عديد المؤرخين مزاوله الفن لديه إلى العصور الأولى للوجود البشري، حيث مارس الإنسان البدائي التشكيل الفني بمختلف أنواعه لأسباب نفعية أو كطريقة للتواصل والتعبير عن أفكاره ومعتقداته ومشاعره والأحداث التي عاشها؛ كرسوم إنسان ما قبل التاريخ على جدران الكهوف في الكثير من المناطق على غرار الطاسيلي بالجزائر التي تعود رسومها إلى 40 ألف سنة سبقت، أو كهوف لاسكو بفرنسا وغيرها. فيما يرجع استعمال الفن للتنفيس والراحة إلى عهد الحضارة

الإغريقية، حيث انتبه الإغريق إلى الأثر التنفيسي<sup>1</sup> للتعبير الفني مبكراً، وهو ما حدا بهم وبالكهان عموماً إلى توظيفه في الطقوس الدينية. غير أن أول استعمال طبي للفن المذكور في التاريخ يتعلق بالطبيب المسلم ابن سينا الذي يقال أنه استعمل الموسيقى لعلاج بعض الحالات المرضية. أما في القرن الثامن عشر فإن ظهور الفن ودوره السيكولوجي يعزى إلى كشف رسوم المرضى النفسيين أو ما يسمى أحياناً "فنون المجانين"، ويعود تاريخ فنون المرضى النفسيين في الحضارة الغربية إلى عام 1735 عندما نشر الفنان ويليام هوغارث مجموعة من الصور تحت عنوان "تتالي الحطام" وتصور نزيلاً نفسياً في مصحة نفسية يحدق بنظره في مجموعة من الرسومات الرمزية، يعتقد بأنه قد قام برسمها على حائط تلك المصحة، وقد أعطت تلك المجموعة من الصور الفكرة للأطباء النفسيين آنذاك ليدرسوا خصائص الأمراض النفسية من خلال رسومات مرضاهم.

وتوالى بعد ذلك في ألمانيا بحوث الأطباء النفسيين في فنون المرضى النفسيين، فكانت ضمن الميدان التشخيصي، وتوصلت إلى بناء العديد من الإختبارات التشخيصية الإسقاطية مثل إختبار روشاخ وإختبار تفهم الموضوع TAT، المتداولين حتى وقتنا الحاضر وفي مجتمعات مختلفة. (محمد احمد النابلسي، 1981، ص 188 "بتصرف")

واجتهد علماء النفس الفني بعدها في إبتكار الكثير من المقاييس المعتمدة على الرسم والتي يطلق عليها في وقتنا الحاضر المقاييس الإسقاطية. والجدير بالذكر أن أقسام علم النفس تقوم بتدريس هذه التقنيات لطلابنا في التعليم العالي ويتبعها المعالجون النفسيون في كثير من تعاملاتهم العلاجية مع مرضاهم، إلا أن الكثير منهم يصر على إبقاء تلك المهارة الفنية في حدود ذلك الإطار التشخيصي فقط، فيما لا يستعملونه لأغراض علاجية مع أنّ للفن التشكيلي قدرات علاجية قد تفوق أحياناً المهارات اللفظية.

في بدايات القرن العشرين اكتشف يونغ الفوائد العلاجية للتعبير بالرسم، ثم استخدم هذه المقاربة في ممارساته العيادية. بينما يعود الفضل لمارجريت نومبورغ M. Naumburg في الثلاثينيات من القرن الماضي في استعمال العلاج بالفن بالشكل المعروف حالياً وتسميته هذه التسمية ذاتها. ونحن بهذا الصدد لا بد أن نذكر الإسهامات الرائدة في هذا المجال للطبيب والفنان برينزورن H. Prinzhorn الذي تعتبر أعماله ركيزة أساسية استند إليها العالم الفرنسي فوريسيتي Forestier وكذا مدرسة مدينة تور الفرنسية الشهيرة للعلاج بالفن والتي تعتبر رائدة في هذا النسق العلاجي حالياً.

تجدد الإشارة إلى أن كل نوع من أنواع العلاج بالفن قد تطور بشكل مستقل، فالعلاج المسرحي<sup>2</sup> على سبيل المثال ارتبط ظهوره بظهور وتطور السيكودراما على يد العالم مورينو.

1- effet cathartique.

2- Théâtrothérapie.

#### 4-3. أهداف العلاج بالفن :

يهدف العلاج بالفن إلى ما يلي:

- 1 . مساعدة المريض على إعادة بناء الطريقة التي ينظم بها حياته ويعيشها ويدركها.
- 2 . طرح الخبرات الحياتية المؤلمة واستبدالها بخبرات معلمة مثمرة وذات قيمة.
- 3 . تحريك المريض من حالة الشعور بالاغتراب والعدوانية، والتمركز حول الذات، والقلق إلى حالة تسودها مشاعر الحب والتعاطف والرغبة في التعلم والنمو والشعور بالتوازن والسلم الداخلي.

يكون العمل في العلاج بالفن ضمن ورشات علاجية، وتتمثل هذه الورشات في:

✚ ورشات الرسم

✚ التشكيل

✚ الصور الفوتوغرافية

✚ الموسيقى

✚ الرقص

✚ التمثيل

✚ القراءة

✚ وغيرها...

#### 4-4. أسس العلاج بالفن :

يقوم العلاج بالفن على عدة أسس وهي:

##### 4-4-1. فيما يتعلق بالمريض :

أ . المريض لديه قدرة كامنة للتعبير عن نفسه تلقائيا ولا شعور عن طريق الفن كوسيلة تعبير غير لفظية , تتيح إظهار محتويات لا شعورية على مستوى الشعور ليتمكن من مواجهاتها و التعامل معها في إطار الواقع .

ب . للمريض حاجة للتعبير عن ذاته والتعبير الفني التشكيلي رمزي غير لفظي ورسالة بصرية ووسيلة اتصال وحوار ، والعمل الفني تعبير باليد عما في العقل، وإخراج ما بالداخل ليراه الفرد و غيره.

ج . قد تكون لدى المريض خبرات يعجز عن التعبير عنها لفظيا فيعبر عنها بالفن التشكيلي فتعطي فرصة لتشخيص المعاناة وتنفيس الضغوط والتوترات.

##### 4-4-2. فيما يتعلق بالتعبير الفني للمريض:

أ . إن العمل الفني هو تعبير رمزي يعكس شخصية المريض ودوافعه وصراعاته وحاجاته... وكذلك فإن التقنيات والألوان لها دلالات وقيمة تشخيصية هامة وخاصة في حالات التكرار والاستمرار ومن أمثلة ذلك: التعبير بخطوط مهوشة وأشكال طفولية ناقصة في حالة الفصام، واستخدام الألوان القاتمة في حالات الاكتئاب.

ب . التعبير الفني التلقائي يتيح فرصة إسقاط مصور لمكونات و مكبوتات نفسية داخلية مثل : المخاوف، وتجسيدها في أعمال فنية مما تعين المريض على النظر في مشكلته واضطرابه بموضوعية متزايدة.

ج . التعبير الفني التلقائي وسيلة للتفيس عن الانفعالات، والضغوط والتوترات والصراعات.

د . قد يقوم التعبير الفني مقام ميكانيزمات الدفاع النفسي (اللاشعورية ) مثل : التعويض، والإعلاء أو التسامي.

هـ . يُشعر العمل الفني الفرد بالإنجاز و النجاح والثقة بالنفس ، ودعم الأنا، الشعور بالهوية، ودعم النضج النفسي.

#### 4-5. إجراءات العلاج النفسي بالفن :

ويمكن إيجازها فيما يلي :

أ. إعداد متطلبات العلاج بالفن :ويقصد بها المواد المطلوبة، وأدوات جمع المعلومات عن المريض وشخصيته ومشكلاته، والمكان، والزمان (الجلسات تكون لمدة ساعتين أسبوعيا على الأقل) لأن العمل فيها يكون مناصفة بين التعبير الفني و مناقشته.

ب . تحديد الأهداف الإجرائية لعملية العلاج: مثل أن يخفض السلوك العدوانى عند المريض، ويتخلص من خوف مرضي.

ج . تكوين العلاقة العلاجية و الألفة في مناخ علاجي آمن .

د . تشجيع التعبير الفني لدى المريض .

هـ . تنويع فنيات التعبير الفني : تتمثل في التعبير الاستكشافي، التعبير عن المشاعر الداخلية، التعبير عن مفهوم الذات ( رسم الشخص لنفسه، رسم شخص لآخر )، التعبير عن العلاقات الاجتماعية ( رسم الأسرة، العمل الفني الجماعي).

و . فهم التعبير الفني: يتضمن فهم ما يقول النتاج الفني و ما يعبر عنه وما تعليق المريض عليه وما علاقته بتاريخه الماضي وحياته الحاضرة.

ز بالتشخيص: يستفاد من الإنتاج الفني ( الرسم أو النحت و غيره ) في عملية التشخيص الفني النفسي، والأدب الشعبي مليء بتعبيرات مثل:

- مرضى الفصام : يرسون صورا مجزأة و كأنها مكسرة، أو مؤلفة من شظايا ، و

يرسمون صورا غريبة .

- **المكتتبون:** يرسمون صورا مظلمة أو داكنة أو سوداء.

- **الكحوليون :** غالبا يرسمون الماء.

**ح . التفاعل مع المريض حول التعبير الفني:** يتم في مشاركة المعالج للمريض في العمل الفني , و مناقشة العمل الفني مع المريض بقصد استكشاف عمله الفني، ويجب التغلب على مقاومة المريض باستخدام فنيات مقاومة المقاومة، أو تحليل التحويل المعروفة .

**ط . استغلال الفوائد العلاجية للتعبير الفني :** عندما يسقط الفرد خبراته السلبية والايجابية يحدث نوعا من الإفراج والتخفيف والتنفيس... وهذا يسهم في تنمية صورة الذات وتحقيق التوافق بأنواعه.

**ي . تقدم عملية العلاج :** من خلال نمو عملية العلاج بالفن وتقدمها تزداد الثقة المتبادلة، وتزداد بالتالي ايجابية مفهوم الذات.

**ك . إنهاء عملية العلاج :** و نجد بعد التنفيس، والإسقاط ، والمناقشة، والتفسير يحدث تدريجيا الشعور بالسلام والصحة النفسية.

#### **4-6. استخدامات العلاج النفسي بالفن :**

يعتبر **فورستيري** مجالات استخدام العلاج بالفن واسعة إلى حد أنه خصص ملحقا في كتابه يذكر فيه فقط المجالات التي مارس معها هو نفسه أو فريقه العلاج بالفن. وفيما يلي ذكر سريع لأهمها:

1 . المشكلات السلوكية والاضطرابات الانفعالية.

2 . حالات جنوح الأحداث والسلوك المضاد للمجتمع.

3 . أمراض الشيخوخة.

4 . حالات العصاب.

5 . حالات الذهان .

6 . حالات الإعاقة وذوي الحاجات الخاصة.

(FORESTIER R. 2007, p.40 et annexe)

كما بيّنت العديد من الدراسات الحديثة فعالية العلاج بالفن في التكفل بـ:

1- التخفيف من التوتر والقلق

2- مساعدة مرضى الفصام

3- مرافقة مرضى السيدا

- 
- <sup>1</sup> - a) Favara-Scacco C, Smirne G, *et al.* « *Art therapy as support for children with leukemia during painful procedures* » *Med PediatrOncol.* 2001 Apr;36(4):474-80.  
b) Monti DA, Peterson C, *et al.* "A randomized, controlled trial of mindfulness-based art therapy (MBAT) for women with cancer". *Psychooncology.* 2005 Nov 15.  
c) Deane K, Fitch M, "Carman M. An innovative art therapy program for cancer patients", *CanOncolNursJ.* 2000 Fall;10(4):147-51, 152-7.  
d) Gabriel B, Bromberg E, *et al.* "Art therapy with adult bone marrow transplant patients in isolation: a pilot study", *Psychooncology.* 2001 Mar-Apr;10(2):114-23.  
e) Rollins JA. "Tell me about it: drawing as a communication tool for children with cancer", *J PediatrOncolNurs.* 2005 Jul-Aug;22(4):203-21.  
f) Walsh SM, Chang CY, *et al.* "Lowering stress while teaching research: a creative arts intervention in the classroom", *J Nurs Educ.* 2005 Jul;44(7):330-3.

**Ces études sont cités avec plus de détails sur :**

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list\\_uids](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids)

**Ou encore :**

[http://www.passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/Fiche.aspx?doc=art\\_therapie\\_th##](http://www.passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/Fiche.aspx?doc=art_therapie_th##)

## ثانياً: الوساطة العلاجية *Médiation thérapeutique*

رأينا في العنصر السابق أنّ العلاج بالفن يطبق بشكل فعّال في التعامل مع الاضطرابات النفسية، فالفن يمكن رؤيته كتعبير عن النفس أو المشاعر، غير أنّ استخدامه ضمن إطار تحليلي نفسي (أي بالاستناد إلى التحليل النفسي كإطار نظري) ووفق مجموعة من الإجراءات التي تمدنا بالإدراك والتعبير عن المشاعر الصعبة من خلال العلاقة العلاجية بين العمل الفني والمريض والمعالج (علاقة ثلاثية)، هنا تسمى الطريقة العلاجية الوساطة العلاجية، وذلك بتوظيف وسائط علاجية فنية كالصور المتخيلة ومواد الرسم (الألوان)، التصوير الضوئي والتشكيل الطيني وغيرها... من الوسائط التعبيرية التي يعبر بها الفرد عن حاجاته الانفعالية والجسمية، حيث أنّ هذه الوسائط التعبيرية تتجاوز حدود اللغة، وتساعد العميل الذين يعانون من اضطراب نفسي أو انفعالي على أن يضع بعض العبارات أو الكلمات المعبرة عن الرسم أو عمله الفني لكي يستثير لديه بعض الخبرات كنوع من التطهير الداخلي للإنفعالات والدوافع بشكل إسقاطي والتي قد تكون مصدر للصراعات النفسية اللاشعورية.

### 4-7. نبذة تاريخية :

تطرقنا آنفاً لتاريخ العلاج بالفن، أما بالنسبة للوساطة العلاجية الفنية فقد كانت بداياتها الحديثة مع فرويد الأب الروحي للتحليل النفسي، فهو نفسه تابع رصد الخصائص المرضية من خلال الفن عندما حلل إنتاج بعض الفنانين السابقين والمعاصرين له مما أدى إلى التركيز على القيمة التعبيرية والتنقيسية للفن التي لها أن تحرر اللاشعور من ما اختزنه من عقد نفسية، كما أشار إلى أنّ الإبداع الفني مثله مثل الأحلام: يُمكن صاحبه من التعبير عن الصراعات والمكبوتات بدل تشكيل أعراض نفسية؛ إلا أنّه لم يتعمق في دراسة جدوى العلاج بالوسائط الفنية بعكس ما قدمه العالم النفسي يونغ حيث كان ولعاً بالفن وتبوء لديه مركزاً خاصاً، إذ كان يشجع مرضاه على التعبير الفني للفائدة الإكلينيكية.

لقد كانت محاولات فرويد ويونغ الخجولة في هذا المجال بمثابة الشرارة الأولى للعلاج التحليلي بالفن، إذ أنّ من جاء بعدهم تبنى الأسس التي وضعوها، وفي ذلك الإطار نجد رواد

مدرسة مدينة ليون الفرنسية<sup>1</sup>، وقد اختلفوا في إطارهم النظري عما يسلكه النفسانيون في التعامل مع الفن التشكيلي، إذ ركزوا على الفائدة الإكلينيكية من وراء العمليات الفنية، أي أنّ الفن لديهم يحمل فوائد علاجية بالإضافة إلى الفوائد التشخيصية، وبعين ثاقبة استطاعوا أن يخرجوا بأسلوب علاجي بالفن يسمح لمحتوى اللاشعور بالتمثل في الرموز الفنية التي يحتويها العمل الفني، وقد سمو ذلك الأسلوب **الوساطة العلاجية**، مستندين إلى اكتشافات ونظرية العالم **وينيكوت Winnicott** في النمو النفسي والموضوع الانتقالي<sup>2</sup>، كما طرحوا الكثير من البدائل للوسائط الفنية، فيما تركزت أعمالهم بشكل أكبر على العلاج بالوسائط ضمن جماعة علاجية<sup>3</sup>.

#### 4-8. تعريف الوساطة:

##### - لغة :

الوساطة في اللغة مشتقة من الأصل "وسَطًا"، ولفظة "وسط" ولها من مشتقات أخرى كواسط، وأوسط، ووسيط، وواسطة، ووساطة، وتطلق في اللغة على معنيين :

المعنى الأول : بديهي وعام، يقصد به مجرد التوسط بين شيئين مطلقا معنويا كان أو حسيا كقولهم: فلان يقوم بدور الوسيط أو الوساطة بين خصمين.

المعنى الثاني : هو المعنى الخاص، حيث يُراد به في لغة العرب الأعدل، والأفضل، والأحسن والأخير ومن ذلك قولهم: فلان وسط قومه، أي: من أحسن القوم وأخير الناس، وقولهم عن رسول الله صلى الله عليه وسلم أنه كان من أوسط قومه نسبا وشرفا.

وعن تعريف لمصطلح "الوساطة" *médiation* مأخوذ من المعجم الفرنسي لاروس بأنه "التوسط المخصص لتحقيق الاتفاق وهو أيضا مفصل بين شخصين أو مصطلحين داخل طريقة جدلية"

##### - اصطلاحا :

يرى المفكر **A. Rey** أن أصل المصطلح "وسائط" *Médiations* يعود إلى الفعل اللاتيني *Mediare* ويعني: أن تكون في الوسط وقد حمل المعنى الحالي في القرن السادس عشر، بينما في مجال علم النفس فقد إستعمل المصطلح في القرن العشرين حيث عرّفه **M. Richelle** في إطاره النظري على أنه المرور عبر مرحلة أو متغير وسيط يعيد الإعتبار للصلة بين حدثين لا يمكن للإتجاه المباشر أن يشرحها.

ويعرف دبراي الوساطة بأنها: مجموع حيوي لإجراءات ولأجسام وسيطة تتموضع بين إشارات منتجة وبين إحداث منتجة أيضا.

1 - René Kaës, B. Chouvier, R. Roussillon, C. Vacheret, A. Brun,...

2 - Objet transitionnel.

3 - Médiation de groupe.



## - الوساطة العلاجية:

تعني الوساطة العلاجية استعمال الابداع أو التعبير الفني لأغراض علاجية، ففي ظل صعوبة التعبير لأي سبب من الأسباب، يمكن الاستجداد بوسيط فني كبديل عن الكلام لتمكين العميل من التعبير عن صراعاته وصعوباته الكامنة ضمن علاقة ثلاثية: عميل- وسيط فني- معالج. وهي تستند إلى نظرية العالم وينيكوت Winnicott في الموضوع الانتقالي. وتأخذ الإبداعات الفنية سيرورة بديلة عن تشكيل الأعراض المرضية النفسية كما هو الأمر في سيرورة الأحلام مثلما توصل إليه رائد التحليل النفسي سيجموند فرويد.

(BRUN A., CHOUVIER B., ROUSSION R., 2013, p. 41)

(CHOUVIER B. & Coll., 2002, p. 15)

(SOULIGOUX D. 2000)

ويعرف الباحث Jean Ambrosi الوساطة العلاجية بأنها: "تخص الشخص في حد ذاته، تعمل على تفكيره على ما مدى قدراته الذاتية التي يتردد الفرد على استعملها، فهي تجعل الطاقة الداخلية المكبوتة في نشاط على ارض الواقع. فالوساطة تأخذ بعين الاعتبار المعاناة النفسية، فهي لها دور ملاحظة ودراسة السلوكات وكذلك المخاوف وايضا الاشياء المتعلقة بحاضر وماضي الحالة.

(AMBROSI J., 1996, pp.13-16)

فوينيكوت يمثل اتجاهاً مختلفاً في العلاج بالتحليل النفسي، وعلى الرغم من تأثره برؤية ميلاني كلاين، إلا أنه طور رؤية جديدة ومبتكرة؛ فبالنسبة إليه يشكل اللعب مكاناً لاختبار الواقع لأنه يمثل مساحة انتقالية<sup>1</sup> ما بين داخل الفرد والحياة الخارجية، أي أن وظيفة اللعب في العلاج هو أن يُسمح للطفل باستخدام هذه المساحة الانتقالية والأغراض (أو الموضوعات) التي تتضمنها حسبما يشاء، فيقوم بتدمير هذه الأغراض أو يحتفظ بها، وبذلك ينتقل من التعامل مع الموضوعات الداخلية إلى التعامل معها بوصفها ظواهر خارجية، ومن خلال إخراجها هذه الموضوعات من ذاته فإنه يقوم ببناء الواقع، أي أن اللعب هو مكان وسيط ما بين العالم الداخلي النفسي والعالم الخارجي الواقعي. وبالنسبة إليه فاللعب ليس شيئاً نفسياً بحتاً كما انه ليس شيئاً خارجياً صرفاً، وكمثال على ذلك أطفال الصغار الذين يصرون على حمل لعبة معينة معهم إلى الروضة، خصوصاً في بداية انتسابهم إليها وقلقهم الكبير من تجربة الانفصال عن الوالدين التي يعيشونها، فتمثل تلك اللعبة "موضوعاً انتقالياً Objet transitionnel" بمعنى انه يربط ما بين جو الروضة والجو الأسري/ الأمومي).

<sup>1</sup> - Un espace transitionnel.

وترى عالمة **Edith Lecourt** أن مفهوم الوساطة أصبح يستخدم على نطاق واسع وتشكل وظيفة معينة (وسيط حي سكني، وسيط قانوني ...) وتأخذ الوساطة في العلاج النفسي معنى خاصا إذ يعود تطورها إلى نظرية الطبيب النفسي والمحلل النفسي البريطاني **D. W. Winicott** الذي استعمل فكرة الوساطة واقتراحه لمفاهيم " كائن انتقالي - انتقالية الهواء أو المساحة " من ظواهر محتملة و تكمن دور ووظيفة استخدام وساطة (رسم، لعب، موسيقى...) في المساهمة في الاستخدام اللغوي. (LECOURT E. 2005, pp. 61-62)

تعتمد الوساطة على حث العميل لإستعمال الإسقاط الذي هو تصوير الخريطة الداخلية لبنية الشخصية، وهو ميكانيزم أو حيلة دفاعية لاشعورية للتخلص مما هو غير مقبول من الذات ولاشعوري جزئيا، وهذا الميكانيزم طريقة من أجل التنفيس عن الصراع والتعبير عن المشاعر والأحاسيس التي يطرحها الرسام ضمن العمل الفني وقد تكون شعورية أو لاشعورية، فتنبنى النفس (psychisme) سيرورة الإبداع والرمزية<sup>1</sup> بدلا عن تشكيل العرض النفسي تماما مثلما هو عليه الأمر في سيرورة الأحلام، والفرق الوحيد بينهما هو أنّ المسألة تكون مفتعلة من طرف المعالج في العلاج بالوسائط فيما تكون "آلية" في الأحلام.

على هذا الأساس، يوجد عدد كبير من الأدوات الممكن استعمالها كوسائط علاجية لعل أهمها الرسم، ولكن هنالك الكثير غيره ك: التشكيل بالطين<sup>2</sup>، النحت، الموسيقى، الصور الفوتوغرافية، التمثيل، الرقص، القصص، القراءة والكتابة، وغيرها....

#### 4-9. الفرق بين الوساطة العلاجية والعلاج بالفن:

لا بد من التفريق بين الاثنين لأنهما لا يعنيا الشيء نفسه بأي حال من الأحوال، فالأولى هي علاج نفسي ذو دعامة فنية<sup>3</sup>، يستند لنظرية التحليل النفسي، يستخدم سيرورة الابداع ويساءل عمل التفاعل بين الوظيفة اللفظية الجمعية ورابطة النقلة والسجل الحس-حركو-إدراكي<sup>4</sup>. فيما العلاج بالفن لا يتعدى التوظيف العيادي والعلاجي للجسد الطبيعي، وهو أوسع نطاقا من الوساطة العلاجية لأنه يشمل كل استعمال للفن لأغراض طبية.

#### 4-10. تطبيقات الوساطة العلاجية:

يجري العلاج بالوسائط ضمن ورشات، وفق حصص علاجية فردية أو جماعية،

1- Processus de création ; processus de symbolisation.

2 - Modelage par l'argile.

3 - Psychothérapie à support artistique.

4 - Le registre sensori-perceptivo-moteur.

بوثيرة يتم تحديدها بالاتفاق مع العميل (أو العملاء).

يمكن تطبيقها على كل ميادين العلاج النفسي مثلما يمكن استعمالها لمواجهة المشكلات العابرة.

ينتهي العلاج لما يتم التوصل على تحقيق الهدف المتفق عليه مسبقا بين العميل والمعالج. وإذا كان الهدف هو إحداث تغيير جذري في الشخصية تصبح علاجا أساسيا وتتطلب بالتالي وقتا أطول؛ وتتوقف الوثيرة هنا أيضا على ما يساعد العميل وعلى قدرته على تسيير التغيير. أما إذا ما وجد العميل صعوبة في الانخراط في مسار علاجي فردي، فما عليه سوى المشاركة في الورشات العلاجية الجماعية<sup>1</sup> (AIN M., 2001)

#### 11-4. الورشات العلاجية:

تقترح ورشات الوساطة العلاجية على المتعالج إطارا علاجيا يتكون من: فضاء، زمن ونظام يضبط المجال الانتقالي والعلاقة العلاجية، والذي يسهر على هذا الإطار هو "المنشط"؛ فيستقبل العميل، يتقبله كما هو، يدعو إلى أخذ مكان، الإحساس بنفسه وإيجاد موقع له ضمن علاقته ب"الآخر". هذه هي المرحلة الأهم قبل الحركة، قبل القيام باختيارات، قبل التحرك ضمن الممكن، وكذا قبل إيجاد الراحة ومنتعة العمل سويا.

#### 12-4. الوسائط العلاجية:

يوجد عدد متنوع وكبير للوسائط العلاجية لا يمكن تخيله، وفيما يلي البعض منها، أو الأكثر استعمالا في المجالين العيادي والبحثي:

##### الرسم

هو الأكثر استعمالا كوسيط علاجي، وسنتطرق له بأكثر تفصيل فيما بعد لأنه كذلك كان الأكثر استعمالا في الدراسة الميدانية لهذه الأطروحة.

##### التشكيل بالصلصال

نظرا لخاصيته الحسية وملامسة هذا "العجين الحي"، الذي يأخذ بسرعة حرارة جسم الشخص الذي يشكّله، ولا يتطلب تقنيات ومهارة كبيرة لاستعماله وتشكيله مما يسهل كثيرا التعبير عن الأنماط البدائية للنفس (BAYRO-CORROCHANO F., 2000).

##### التشكيل بالعجين<sup>2</sup>

ويعتبره René Roussillon أفضل الوسائط مهما كانت المادة المستعملة للتشكيل

<sup>1</sup> - Ateliers thématiques.

<sup>2</sup> - La pâte à modeler.

لأنه له خاصية القابلية لأخذ أي شكل وبالتالي فهو يسهل كثيرا الرمزية والإسقاط النفسيين.

(BRUN A., CHOUVIER B., ROUSSION R., 2013, p. 41)

### التجميع واللصق<sup>1</sup>

وذلك باستعمال الجرائد والمجلات الموضوعية على طاولة فيقص العملاء ما يحلو لهم منها (صور، أحرف وكلمات، قطع دون دلالة واضحة..) ليلصقوها على ورقة. تكون النتيجة تجميع يعكس الحالة النفسية للعميل. يشتهر ممن عمل كثيرا هذه التقنية الباحث:

(VACHERET C. et al. 2002, pp. 23-34) . Jean-Paul Petit

### التعبير بالصور<sup>2</sup>

وهي تقنية اكتشفت في السنوات 1965 و 1966 من طرف فريق من النفسانيين التربويين، بغرض تسهيل التعبير لدى فئة من المراهقين القاطنين بالأحياء الهشة. وطوّرته الباحثة Claudine Vacheret، ويتلخص العمل بها في عرض مجموعة من الصور بالأبيض والأسود (من ملفّ خاص للصور) موضوعة على الطاولة بشكل مرتب، وعلى كل عميل (جماعة علاجية مكونة من 12 جماعة علاجية مكونة من 12 إلى 15 فردا) اختيار واحدة منها، والصيغة المستعملة في ذلك كالآتي: (اختر من فضلك الصورة التي تعجبك أكثر)، ثم يأتي المرحلة الثانية من الحصة للتعبير، حيث يعبر كل عميل طوعيا عن صورته ودوافع اختياره لها، كما يساعده رفاقه من أعضاء الجماعة العلاجية في تحديد هذه الدوافع اللاشعورية كما يتبادلون معه الأفكار. واحدة من مزايا هذه الطريقة هي إتاحتها فرصة للعمل بين سجلّين اثنين هما: سجلّ الأفكار (أو الخطاب) والثاني سجلّ الصور. تستعمل هذه الطريقة السيكوباتيين، كما يمكن تطبيقها على فئة أوسع من ذلك، أي على كافة الاضطرابات النفسية.

(BOYER-LABROUCHE A. 2012, p. 115)

### الكتابة

أي الوساطة بالتعبير الكتابي، فالكتابة تجعل الفرد يسقط معاشه وصعوباته وصراعاته، مع استعمال الرمزية.

### العرائس<sup>3</sup>

برجع الفضل في استعمال دمي العرائس كوسيط علاجي إلى الأراجوز السويسري Käthy Wüthrich (1931-2007) الذي طوّر هذه التقنية ووضع لها نظرية خاصة، مستندا

1 - Le collage.

2 - Le photolangage.

3 - Les marionnettes.

إلى نظرية العالم **يونغ**. يمكن أن يبدأ العمل العلاجي خلالها من صنع الدمى أو اختيارها من بين أخرى مقترحة على العملاء. كما اقترحت هذه الطريقة في الولايات المتحدة الأمريكية في نفس الفترة تقريبا من قبل **بندر و وولتمان**. يكون استعمالها ضمن سيناريو موضوع مسبقا أو بالارتجال، وهو مشابه للسيكودراما والعلاج المسرحي. يمكن من خلالها التعبير عن الصراعات الشعورية واللاشعورية للأفراد المحركين للدمى. كما يمكن عبرهم التعبير عن عواطفهم المكبوتة وعن حاجاتهم.

### **الفديو**

ويمكن استعماله كوسيط علاجي فهو مستعمل في بعض مصالح الطب النفسي ضمن ورشات يقوم فيها المشاركون بإخراج مقاطع مصوّرة بمساعدة منشط الورشة الذي قد يكون ممرضا. في هذا المجال تشتهر أعمال **Guy Lavallée** الذي أنشأ عدة ورشات علاجية بمستشفى الطب النفسي **إتيان مارسيل** في مدينة باريس.

### **الرقص**

ونستعمل في الوساطة بالرقص جسم العميل وحركاته ونشاطاته في إطار استغلال مفعول هذه الأنشطة الجسمية على نمو الفرد، تنشئته الاجتماعية حسب سيرورة ترمي إلى تحقيق ودعم السلامة الصحية والنفسية.

### **الأقنعة<sup>1</sup>**

للتنوع وظيفة علاجية أشارت إليها خاصة أعمال (**Buchbinder M. J. 2002**) لأنه يلبس على الوجه الذي هو واجهة العلاقات الاجتماعية، فهو يُسائل صورة الفرد وعلاقته بالوسط الاجتماعي، من خلال بنائه لجسور بين الصورة، العاطفة والخطاب، بين الفرد والجماعة. يمكن أن يؤدي وظيفة على مستوى الهوية، ويكمل العمل به بالكلام والجسم والصور وأكسسوارات... (**VACHERET C. et al. 2002, pp. 55-63**)

### **القصص**

وهي وسيط علاجي يُستعمل خاصة مع الأطفال ذي مشكلات إستجابية<sup>2</sup>، عصابية، حرمان عاطفي، فقدان التوازن النفسي أو اضطرابات الحاجات الضرورية (التبرز اللاإرادي أو اضطرابات النوم).

يتم العمل وفق مرحلتين: وقت الإصغاء للقصة والتذكير بمختلف أحداثها واستخراج خصائص ووظائف شخصياتها؛ ويجب التأكد من أن فهم الحكاية قد تم ولم يشوش عليه

<sup>1</sup> - Atelier thérapeutique Masque.

<sup>2</sup> - présentant des problématiques réactionnelles.

اضطراب في الانتباه أو إعتبارات العاطفية. ثم يُدعى العميل (أو العملاء إذا كانت الورشة جماعية) إلى "تصوير"<sup>1</sup> ما رسخ في ذهنه من أحداث باستعمال أقلام اللباد أو الأقلام الشمعية على الورق؛ وأخيرا التعليق على هذا "العمل الوسيط" فرديا ثم جماعيا.  
(BRUN A., CHOUVIER B., ROUSSION R., 2013, pp. 232-258)

كما هنالك وسائل أخرى على غرار: المهرج le clown والعلاج المسرحي و القراءة (المطالعة) والموسيقى والأغنية ...

#### 4-13. تعريف الوساطة بالرسم :

إذا كان الرسم وسيلة تعبير عن مخاوف الإنسان منذ القدم خاصة إذا تعلق الأمر بخوفه من حيوانات ذلك العصر مما دفعه إلى رسمها على الصخور والجبال وداخل الكهوف، فكان الرسم بذلك وسيلة تخزين للموروث الثقافي وليصبح فيما بعد وسيلة ابداع، ولعل أهم شيء ينتج عن أي معمل من المعامل سابقة الذكر هو ما يتم إنتاجه سواء كان أدبيا أو فنيا و الإنتاج الفني يعكس بدوره شيئا مهما كونه يشتمل على التواجد الفعلي والأکید للوسيط بين ما يبدو غير معبر عنه أو غير مطروح على تفكير الفرد وبين ما يمكن التلفظ به فالصورة المرسومة مثلا تأتي لتدعيم التفكير بحيث قد تسمح للفرد بتقمص أحد أسباب المعاناة.

والرسم يمثل في بعض الأحيان بالنسبة للمريض الصفحة التي تمكنه أن يعكس عليها ألوان صراعاته ومكبوتاته، وما خفق في تحقيقه وتلك الآلام التي يعانيتها نتيجة ضغط المجتمع عليه وإغفاله وعدم الاعتراف بحاجاته، فكان الرسم بوجه عام يعطي المجال للشخص كي ينفس عما يعانیه لا شعوريا، عندما يعاني من عدم قدرته على مواجهة نفسه، وكذلك المجتمع الذي يعيش فيه، فهو يعطي الفرصة بطريقة لاشعورية للتنفيس عن القوة المكبوتة التي تحقق حاجاته.

فالرسوم تستخدم لتجسيد الأفكار وللتعبير عنها بوضوح، عادة يضع الرسامون رسوما تمهيدية أو دراسات لصورهم قبل البدء بتلوينها، وفي بعض الحالات يدخلون في صورهم أفكارا من رسومات أنجزت من قبل سنوات عدة وقد تكون خطوط قليلة رسمها فنان موهوب أكثر أهمية من لوحة كاملة، و لا يكتفي الفنان الجيد برسم الأشياء بوضوح فحسب، بل يمكنه التعبير عن الأفكار والحالات النفسية والمشاعر بخطوط قليلة.

فالرسم يشكل تعاملًا شخصيًا وسريًا بين الفنان وخامات فنه ويتضح ذلك من خلال طريقة تفكيره وتفاعلاته الداخلية والخارجية ليصبح الرسام قادرا على الإستبصار بنفسه وبيئته مبتكرا بذلك عالما جديدا يعكس آمالا وأفاقا جديدة بواقع ذاتي متجدد طموح و إيجابي.

1 - Figuarabiliser.

وحسب أحد الأطباء النفسانيين فإن الرسم قدرة إدراكية و تآزر بصري وحركي يساعد في الكشف عن أنماط الشخصية وأن ظهور أي اضطراب يعني وجود مشاكل بصرية تستوجب ما يسمى بالتصحيح البصري المبرمج وهو من مهام الرسم، كما قد يساهم الرسم بإشراف من المعالج في معرفة مدى تركيز المفحوص أثناء الحصص العلاجية قصد كشف معاشه العاطفي من حزن أو فرح قلق إكتئاب إنعزال، وقد أكد طبيب نفسي آخر أنه بواسطة الرسم يمكن تحقيق نوع من التصحيح على المستوى المعرفي للأفراد ومثال ذلك مطالبة المفحوص بتقديم رسم لشيء شرير ثم مساعدته على رسم نفس الشيء بمعناه الخير وبهذا يتم كشف أهم الإعتقادات المسيطرة على تفكيره خاصة الخاطئة منها والعمل على تغييرها الشيء الذي يمكن المعالج من معرفة مراحل تطور المرض لدى العميل، وعلى هذا الأساس يمكن التأكيد بأن الرسم أسلوب علاجي يستخدم كمكمل للعلاج الدوائي.

#### - الإسقاط بالرسم :

إن أهم ما يمكن أن يذكر حول الرسم قد يتلخص فيما أشار إليه كل من أنستازي و فولاي أن كل مل يصدر عن الإنسان من نتاجه وفي نهاية المطاف مرآة تعكس نفس مبدعها و آرائه في أحوال المجتمع، وهذه الأعمال نتاج سيكولوجي يعكس بناء صاحبها السيكولوجي.

(دينا مصطفى، 2010، ص101)

إذ يعد الرسم عملاً فنياً تعبيرياً يقوم به الفرد كبديل عن اللغة المنطوقة، وشكل من أشكال التواصل غير اللفظي، وكذلك له وظيفة التنفيس الانفعالي، حيث تمثل الرسوم انعكاساً لحقيقية مشاعر العملاء نحو أنفسهم ونحو الآخرين، ومن ثم كانت الرسوم وسيلة ممتازة لفهم العوامل النفسية وراء السلوك المشكل. وقد أثبتت الدراسات النفسية التحليلية لرسوم العملاء أننا نستطيع من خلال الرسم الحر الذي يقوم به الفرد أن نصل إلى الجزء غير المفهوم من سلوكه ومشاعره، أو إلى أمور لاشعورية غير ظاهرة، والتعرف بالتالي على مشكلاته وما يعانیه، وكذلك التعرف على ميوله واتجاهاته ومدى اهتمامه بموضوعات معينة في البيئة التي يعيش فيها، وعلاقته بالآخرين سواء في الأسرة أو الأصدقاء أو الكبار.

وعلى هذا يكون الرسم أداة مناسبة لإقامة الحوار وتحقيق التواصل مع كل الأشخاص على حد سواء، حتى أولئك الذين لا يجيدون الرسم. لذا يوصى علماء النفس باستخدام الرسم مع الأطفال المتأخرين دراسياً و الأفراد الذين يعانون من سوء التوافق الاجتماعي والانفعالي ومن لديهم مشكلات سلوكية، إضافة إلى ذوى الاحتياجات الخاصة الذين هم في حاجة أكبر للتعبير الفني من الأطفال غير المعاقين، خاصة ممن لديهم مشكلات لغوية، ومن ثم فيمكن أن يكون الرسم أداة قيمة لفهم حالاتهم، وليس مضيعة للوقت والجهد كما يعتقد البعض، ما دام هذا الرسم موجهاً وليس عشوائياً؛ حيث يتم إمعان النظر في رسومات العملاء وفحواها ونسألهم عنها

ونتفحص الألوان التي يستخدمونها والخطوط من حيث الدقة والعمق، وطبيعة الرسومات التي يميلون لها ومعنى كل رسمة بالنسبة لهم. (نحاس جزيل، 2008، ص64)

فالرسم من النشاطات التي تحتل مكانة هامة في عالم الطفل وأيضاً الراشد لأن الرسم يتجاوز التعبير إلى محاولة حل مشكلة الإنسان مع العالم ومع ذاته، فمن خلال الوظيفة الإسقاطية للرسم يستطيع أن يتحرر من وطأة المأزم الداخلي أو المأزم العلائقي، و يتمكن من إعطاء جواب عليها بثنيتها في واقع خارجي في أثر هو من صنعه ويساعد على هذه الوظيفة الإسقاطية إمتزاج الواقع بالخيال، المادي بالذاتي والعقلاني بالإنفعالي في الرسم. (مصطفى حجازي، 2003، ص252)

من هذا المنطلق يتعين علينا أن نفهم بأن تلك الأعمال أو ما يصطلح عليها البعض بالإنتاج الفني و الذي يرمز إلى سيكولوجية محددة لابد أن يمر عبر آلية نفسية هي الإسقاط قبل أن يصل إلى صورته النهائية. وقد عرف عوض مبارك على أن الإسقاط إحدى العمليات النفسية التي يستند إليها بعض المعالجين النفسيين في إستخراج إستجابات معينة نحو صور معينة، أو نحو بقع من الحبر، أو أن يقوم المريض برسم موضوع ما أو تكلمة جملة ما. وقد عرّفه التحليليون بداية من فرويد و صولا إلى أنا فرويد وميلاني كلاين على أنه ميكانيزم دفاعي أو حيلة دفاعية لاشعورية للتخلص مما هو غير مقبول من الذات و لاشعوري جزئيا على الأقل، وفي هذا الميكانيزم تنسب مشاعر وحاجات ودوافع المفحوص إلى أشخاص أو موضوعات من العالم الخارجي.

وهذا التعريف للإسقاط يؤيد فكرة التعبير الفني عن المشاعر والأحاسيس التي يطرحها الرسام ضمن العمل الفني وقد تكون شعورية أو لاشعورية، ومن الممكن من خلالها أن نستخرج بعض معالم شخصية الرسام سواء أكان مريضا أم صحيحا معافى، لذلك إستخدم علماء النفس الرسم مادة لإسقاط الشخص لانفعالاته ووجدانه ثم التعرف عليها من خلال ذلك الرسم لأن تلك الإنفعالات والأحاسيس قد تكون غير معروفة لدى المريض والمعالج ولكنها قد تنعكس من خلال التعبير الفني ويتمكن المعالج من تحديدها ومن ثم محاولة التعرف عليها ودراستها وعلاجها بالطرق السليمة.

#### - الأساليب الإسقاطية :

يقسم العالم ليندزي 1939 الأساليب الإسقاطية إلى أنواع طبقا لنمط الاستجابة وهي:

#### - أساليب التداعي :

يستجيب المفحوص للمثير بكلمة أو صورة أو مدرك، و العلاقة واضحة بين هذه المجموعة من الأساليب و التداعي الحر في التحليل النفسي، و من أمثلتها اختبار تداعي الكلمات، واختبار الروشاخ.



### - أساليب التكوين :

إن الاستجابة هنا تكون ناتجة عن نشاط معرفي أو تكويني معقد، ومثالها ان يكون المفحوص قصة حول صورة تعرض عليه كما هو الحال في اختبار تفهم الموضوع TAT

### - أساليب الاختيار و التنظيم:

وفيما يقدم إلى المفحوص عدد من المثيرات، و يطلب منه أن يختار واحدا أو أكثر من البدائل على أساس التفضيل، أو تنظيمها في نظام تتابع محدد ومن أمثلة ذلك إختبار تنظيم الصور عند إستخدامه إسقاطيا.

### - أساليب التعبير :

تستخدم هذه الأساليب لغايات تشخيصية وعلاجية ومن هذه الأساليب رسم بالخطوط أو بالألوان واللعب والدراما النفسية.

### - خصائص وأسس الرسم :

#### - الفراغ :

هو إمكانية التحكم في شكل ورقة الرسم ويدخل في ذلك الأبعاد المختلفة: كالطول، والعرض، والعمق أو طريقة تقسيم المساحة إلى شكل وأرضية. الشكل يبرز إلى الأمام و الأرضية تتوارى إلى الخلف هو منهج التعبير وإبتكار الرموز داخل حيز الورقة بحيث يمكن للرأي أن يحس بها احساسا مكانيا. التعاطي مع الفراغات في الرسوم يتم من خلال ذاتية العميل ورؤيته الخاصة للعمل الفني.

#### - التسطیح:

عندما يرسم العميل الشيء ببسط جميع جوانبه بحيث يمثلها جميعها بنفس القدر من الأهمية دون أن يحجب أجزاءها الخافية، فتأتي رسومه مسطحة خالية من الأبعاد التي تعكس وضع الشكل كما نراه في الفراغ.

يرسم العميل الأشياء كما لو كان يراها من زوايا متعددة في أنها واحدة لذا تبدو رسومه غير منفتحة مع مظهرها الواقعي، فعندما يرسم مثلا طاولة طعام، يرسمها على شكل مستطيل أو مربع عليه عدة دوائر يرمز بها إلى الأطباق والصحون، وكأنه ينظر إلى المائدة من أعلى، ثم يضيف إلى كل زاوية من زوايا المستطيل أو المربع خطا يمثل أرجل الطاولة، ويضع الأشخاص على جوانبها الأربعة بشكل مواجه إلى الأمام، فيبدون جميعهم حولها كما لو كانوا. مستقلين على ظهورهم.

#### - التلقائية :

يعبر العميل تعبيرا حرا ومنطلقا على سجيته ووفق منطقة الذاتى، وإستجاباته السريعة لما في

داخل نفسه دون أن يلتفت ودون أن يأبه لما يفرض عليه من الخارج أو يراه رأي العين في محيطه المباشر، وفي نظره أنه يمضي قدما في تياره المنطلق لا يلوي على شيء من هنا وهناك إلا ما تهفو به نفسه، بمعنى أنه لا يستجيب قط للمؤثرات الجانبية، ولا يخضع إلا لسلطانه هو، ومن هنا فقلما تجد في هذا العمل بين مجموعة من العملاء تمام التشابه أو التوافق وإنما تجد الإنفراد والتميز.

#### - الوضع المثالي للأشكال :

يرسم العميل عناصر موضوعه في أمثل أوضاعها وأكثرها وضوحا، فالرجل قائم والوضع المثالي لجسمه مستطيل والأكتاف من الأمام كاملة. ولكي يظهر الأنف في أصرح أوضاعه فإنه يرسمه في شكله المكتمل مرئية في وضع المواجهة. سواء كان الرأس مرئيا من الأمام أم من الجانب، كما أن الأفراد يرسمون أصابع اليد كلها ظاهرة في نهاية الذراع. والوضع المثالي لشجرة في مفهومهم ألا تغطي ورقة من أوراقها ورقة أخرى، ولا يغطي فرع من فروعها فرعا آخر.

#### - التمائل :

نلاحظ في بعض رسوم العملاء خاصية التماثل ممثلة في بعض العناصر كالأشخاص والحيوانات والأشجار والازهار في هياكل متناظرة نسبيا وكذلك الحال فيما يخص بقية العناصر، ويلجأ الفرد إلى هذا الوضع ربما لتحقيق التوازن عن هذا الطريق.

#### - الخلط بين المسطحات و المجسمات :

يلجأ العميل إلى التعبير عن الأشياء كما لو كان يدور حولها ليراها من زاوية مختلفة يطلق البعض على هذه الطريقة في الرسم إختيار الأوضاع المثالية أي الأوضاع التي تظهر معها الخصائص البارزة في الشيء المرسوم في أوضح صورة ممكنة من وجهة نظر العميل. فالحيوان مثلا يرسم جسمه بشكل جانبي، وأقدامه الأربعة إلى جوار بعضها البعض على خط واحد، والرأس موجهها إلى الأمام، كما يركز في رسمه للإنسان على إبراز الصدر والوجه مواجهها والقدمين جانبه وأحيانا كثيرة تبدو ملامح و جهي الإنسان والحيوان في رسم الطفل مختلطة بعضها مأخوذ من الوضع الأمامي والآخر من الوضع الجانبي.

#### - المبالغة و الحذف :

تبدو خاصية المبالغة في عدم التناسب بين الأجزاء المكونة للشكل الواحد في الرسم، أو بين أكثر من شكل، حيث يعطي العميل أهمية خاصة لجزء ما تفوق ما يعطيه للأجزاء الأخرى بتكبيره أو تضعيفه تأكيدا لأهميته في الموقف الذي يعبر عنه. وغالبا ما يلجأ العميل من منطلق تأكيد أهمية جزء أو شكل ما دون الآخر والمبالغة فيه، إلى إهمال بعض أجزاء أخرى ليس لها قيمة من وجهة نظره، مما يترتب عليه حذف هذه الأجزاء تماما أو تصغيرها.

#### - الشفافية :

يقصد بالشفافية إظهار العميل ما بداخل الأشكال المرسومة من محتويات والكشف عما يستتر خلف جدران هذه الأشكال من خبايا لا يمكن رؤيتها لذا يطلق البعض على هذه الظاهرة إنتاج الصور المشعة وهي تدل على مدى حرصه على تضمين رسومه الحقائق التي يدركها عن الأشياء في الواقع المرئي. ويستخدم في ذلك ما يشبه المقاطع في الأشكال التي يرسمها لتعريفنا بمحتوياتها الداخلية، فهو يرسم مفهومه وخبراته عن المنزل ليس كشكل مكعب فحسب، وإنما كمأوى يعيش بداخله مجموعة من الأفراد و يستخدمون أدوات و أثاث معين.

#### - خط الأرض القاعدة :

لوحظ أن بعض العملاء لا يتركون في رسومهم الأشكال معلقة في الفراغ، وإنما يضعون تحتها بعض الخطوط الأفقية أو المائلة تعبيراً عن الأرض التي تتركز عليها، وهي وسيلة رمزية يعبر بها العميل عن احساسه بالفراغ و العلاقات المكانية التي تربط بين الأشكال المرسومة، ويشير **لونفيلد** إلى أن المفحوص عندما يرسم خط الأرض يكون قد إكتشف جزءاً من كل أكبر، وتحقق من هناك علاقة مكانية تجمع بين الأشياء.

#### - التمثيل الزماني والمكاني:

يسعى العميل إلى تضمين رسومه مشاهدة الموضوع في حيز واحد بصرف النظر عن إختلاف أحداثه و أزمنته و أماكنه، ومن ثم يلجأ إلى سرد أحداث ووقائع الموضوع في رسومه كما لو كان يعرض علينا شريطاً مصوراً له، و ربما يعكس ذلك حرص الطفل على عدم التفريط فيما يعرفه من وقائع و ما لديه من معلومات أو عدم قناعته بأن الجزء يمكن أن ينوب عن الكل، ويطلق البعض على هذه الخاصية الجمع بين الأمكنة و الأزمنة المختلفة في حيز واحد.

#### - الجمع بين اللغتين الشكلية واللفظية :

كثيراً ما يجمع العملاء في رسومهم بين الرموز الشكلية واللفظية (الرسم و الكتابة) كأن يكتبوا أسماء الأشكال المرسومة ويصفونها لفظياً، و يفصحون بالكتابة عن مضمون الأحداث والوقائع وما يتم تبادلته من محادثات في الموضوعات التي يرسمونها.

#### - الانحناء :

يعرض العميل عادة الأشياء بصورة منظمة على خط أفقي عريض يعني الأرض، فلو أراد أن يرسم خطاً عمودياً آخر تظل القاعدة منحدرية و تشكل زاوية 90° درجة. لهذا السبب تظهر الأبنية التي يرسمها مائلة في إتجاه معين.

#### - التكرار الأوتوماتيكي :

يظهر عادة في رسوم العميل عندما يكتشف طريقة ما لرسم شجرة أو زهرة ما، فيكرر رسمها بطريقة أوتوماتيكية دون أن يغير فيها شيئاً، فتصبح هذه الأشكال رسوماً إصطلاحية يستخدمها.

## - الرمزية :

الرمزية من مميزات الانسان (اللغة نفسها هي وظيفة رمزية) ولها مظاهر معنوية وجسمية كما لها دلالتها في التعبير الفني. والرمزية تمثل مرحلة الخيال وعدم التقيد بالواقع، والعمل في اتجاهه الرمزي هو عبارة عن بلورة للإتجاهات التخطيطية، أو ترسيب خطي للتجارب التخطيطية السابقة، لكنها مرتبطة بعناصر، وإن كانت لا تحمل دلالات بصرية مباشرة، كما أن الرمزية متكيفة للموضوع فكريا وإنفعاليا.

و نقصد بفكريا أن الرمز مفهوم مؤلف بالذهن و يقدم علاقات تمثل ميكانيزم الحركة الفكرية أما إنفعاليا فتعني أن الرمز يتحسس العمل فيضع فيه إنفعالاته بالقوة و الضعف و الجراءة والتردد، فكل النبض بدقاته المختلفة يعطي الحيوية للرمز، و يجعله ناطقا و معبرا، وصدى لمكونات النفس البشرية.

## - التخطيط والألوان :

يعتبر التخطيط بالنسبة للطفل في مرحلة الطفولة الهيكل الذي يمثل أشكاله أو الأساس في التشكيل و التركيب لبناء أشكاله، وينمو هذا التخطيط ويتطور من خلال ممارسة الفرد له بقلم رصاص أو اللون أو الحبر على أي سطح ناعم بشكل متواصل، فتقوى بذلك حركات يديه. ويختلف الأشخاص في التخطيط، فبعضهم تبدو حركات خطوطهم جزئية وبعضهم يظهرون بحركات بطيئة.

أما اللون فيعتبر مكملا للتخطيط ويخدم حاجاته وأغراضه في الرسم ويؤدي وظيفة جمالية مساعدة، يشعر فيها بالمتعة واللذة الحسية، واللون عنصر مهم في تكوين الصورة، والعمل يختار الألوان التي يرغب فيها و يحبها و يراها مناسبة لأشكاله و يصنعها ليس كما هي موجودة في الطبيعة بل على أساس أهميتها العاطفية عنده وما تعنيه بالنسبة له و ما يشعر فيها من لذة و متعة، لذا ينبغي علينا أن نضع الألوان التي يحبها العمل ويرغب فيها بين يديه، وندعه يجرب بها ويستعملها بما يرضى نفسه و يحقق رغباته.

## الفوائد الإكلينيكية للرسم:

رغم أن الرسم بإنتاجه الفريد يعكس من خلال الصورة المنجزة قيمة واحدة إلا أنه موجه للغربيين عن المجال لإعطائه قيمة إجتماعية، و إذا تحدثنا عن الرسم لابد أن ندرج شيئا مما جاء في فلسفة الفنان PICASSO في هذا الفن حيث يرى أن إنجاز لوحة يأتي في ثاني مرتبة لأن المهم هو الحدث الدرامي للفعل نفسه في الوقت الذي يهرب فيه الكون من أجل الإلتقاء بتهديمه الخاص. (LECOQ C., 2000)

ولابد من الإشارة إلى أنه منذ السنوات الأولى من حياة الفرد إقترن نشاط الرسم في شكله

- البسيط والعفوي بالحركات الأولى للأطفال، صح أن نؤكد على وجود فوائد للرسم فيما يلي :
- التعبير عن الحاجات والرغبات والدوافع التي لا يمكن التلفظ بها شفهايا .
- البحث عن الصراعات الدفينة في الشخصية و التعرف على جوانب القوة والضعف .
- التعرف على المشكلات السلوكية و الإنفعالية التي يعاني منها المراهقون .
- التعرف على شبكة العلاقات الإجتماعية التي يعيش فيها، والأشخاص المؤثرين في حياته والتعرف على المشاعر الإيجابية أو السلبية التي يكنها نحوهم.
- التعرف على الألوان وعلاقتها بالطبيعة والحياة الإجتماعية المحيطة، ودلالات إستخدامها في الرسومات.

- تنمية الحس الجمالي والذوق الفني وتنمية روح الخيال.
- تفرغ الشحنات الإنفعالية السلبية كالغضب والعدوان والخوف في أمور إيجابية .
- وسيلة للتعبير والتواصل مع الآخرين في حالات الإمتناع عن الكلام.
- التعرف على الحالة التي يعيشها المراهق أثناء الرسم كالخوف والغضب والقلق .
- قياس التطورات العلاجية التي وصل إليها بعد الخضوع للعلاج .

كما أثبتت الدراسات النفسية التحليلية للأطفال انه بالإمكان من خلال الرسم الحر التوصل إلى الجزء غير المفهوم من السلوك والمشاعر وإلى أمور لاشعورية، والتعرف بالتالي على المشكلات التي يعانون منها وكذلك التعرف على ميولاتهم وإتجاهاتهم ومدى إهتمامهم بموضوعات معينة في البيئة التي يعيشون فيها، وعلاقتهم بالآخرين سواء في الأسرة أو الأصدقاء أو الكبار وطريقة التعبير عن المشاعر والإنفعالات بواسطة الرسم والتلوين في مراحل الطفولة والمراهقة كانت وسيلة فعالة لفهم مكبونات الأطفال والمراهقين ودوافعهم ومشاعرهم، حيث يسقطون على الورق ما يجول بداخلهم ويرسمون أحلامهم وأمنياتهم ومستقبلهم الذي يريدون وحتى ماضيهم، وبالتالي يمكن أن يؤدي الرسم إلى تحقيق التواصل معهم مادام الإنتاج الفني يستطيع توظيف الوسائط بين ما يبدو غير معبر عنه أو غير مطروح على التفكير وبين ما يمكن التلفظ به، فمن الممكن للصورة التي يتم الإستغلال عليها أن تدعم تفكير الفرد حيث تسمح بتقمص أحد أسباب المعاناة لديه، إضافة إلى أن الصورة قد تكون دعما لتقمص الكثير من المعالجين.

وقد أثبتت الدراسات أن الوساطة العلاجية بصفة عامة تسمح بـ :

- تحسين نوعية الحياة لدى المسنين.
- مساعدة المرضى الذهانيين .
- الإنقاص من التوتر و الحصر.
- مساعدة المصابين بداء السكري من التخلص من الإكتئاب و القلق.

فالتجربة العيادية اذا تبين أن الفائدة من الوساطة بالرسم لا تعود إلى محاولة تمثيلية بالشكل المعروف ولكن إلى إنتاج في شكل حسي حركي إنطلاق من العرض الفريد لكل عميل ومن الأدوات كذلك من إطار معمل الرسم وهكذا سجل هذا النوع من الوساطة كموضوع للتعريف بهدف مختلف فوائد التحولات التي تبقى عذرا لاستثمار أساسه نفسي.

و بالإضافة إلى كل ما سبق من حديث فيما يخص الفائدة من الوساطة بالرسم يتعين التذكير والتأكيد على تلك الفائدة من خلال أهم إكتشاف في علم النفس والمتمثل في مختلف الإختبارات الإسقاطية التي كان أساسها الرسم.

#### 4-14. التأثير النفسي للألوان و أنواعها :

يعتبر اللون الأساس الوحيد لصياغة التصميم بشكل متكامل وقد تطور اللون تبعاً لاحتياجات التصميم. والألوان في كل مكان نتحرك فيه في بيوتنا، ملابسنا، شوارعنا، سياراتنا، صحفنا، مجلاتنا ، أفلامنا، كل شيء ملون ، يؤثر ويتأثر بذوق الإنسان. والألوان أيضا لها أثرها النفسي ومقدرتها على الإثارة أو بعث الهدوء، الإحساس بالقوة أو الضعف، فهي ذات إمكانية عظيمة يمكن إستثمارها في سبيل إرتقاء حياتنا الثقافية والجمالية، كما أن هناك الكثير من الوظائف المتصلة، الإستعمالات اللونية تزيد من أهمية الألوان في حياة الإنسان .

و نذكر منها مجموعة من الألوان :

4-14-1. اللون الأحمر : يعتبر اللون الأحمر من الألوان الدافئة إنه لون قوي يعرف بلون النار والدماء، كما أنه يرمز الى العاطفة البدائية والحروب والنشاط والحركة والعنوان والجرأة والحب، لون الحياة والطموح يساعد على إجتياز الأفكار السلبية لكنه ينتسب للغضب إذا كان لدينا الكثير من الأحمر في جهازنا، نشعر بعدم الراحة، بالعصبية.

4-14-2. اللون الأصفر : يعبر اللون الأصفر من الألوان الدافئة يعبر أيضاً عن الفرح، النجاح، الإحتفال بالأيام المشمسة، أنه لون الجانب الفكري في العقل، وهو معبر للأفكار ويساعد على إتخاذ القرارات والأحكام الصائبة ويساعد على التنظيم الصحيح وإستيعاب الأفكار الجديدة، يبني الثقة بالنفس ويشجع الإيجابية كذلك الرغبة في الأمان و الحذر الشديد.

4-14-3. اللون الأخضر : يعتبر اللون الأخضر من الألوان الباردة لديه علاقة بالطبيعة، يساعد على التواصل، يخلق شعوراً بالراحة والاسترخاء لكن عندما يكون الأخضر داكناً أو زيتونياً، يميل الى الانهيار، مثل أوراق الشجر في فصل الخريف الأخضر، لون الشهوة، الغيرة وحب التملك.

4-14-4. اللون الأزرق : يعتبر اللون الأزرق من الألوان الباردة، هادئ، له علاقة بأعلى العقل، يجسد الليل فيشعرنا بالإسترخاء، يحميننا من نشاط النهار ويخفف الأرق، يساعد على

سيطرة العقل والإبداع. هو لون الطيبة والهدوء والراحة، وكذلك النظام والواجب وبعض المحافظة<sup>1</sup>. محبو هذا اللون هم عموماً أشخاص حساسين ومتأدبين، كما يسعون إلى نيل إعجاب الآخرين وهم متفوقون في مجال الاتصال. (COUWENBERGH J-P., 2007, p. 22)

الكثير من الأزرق الداكن يؤدي إلى الإكتئاب البرود العاطفي، الإنغلاق على الذات والعزلة والعدوانية.

**4-14-5. اللون البنفسجي :** يعتبر اللون البنفسجي من الألوان الدافئة يساعد على تلطيف أوجاع العصبية ويخفف الهوس والخوف إنه لون قوي، متعلق بالجهة اليمنى من الدماغ، يتواصل مع الحدس والخيال، إنه لون تحول، لون سلام يحارب الخوف كما يشير إلى الإنبساط كما يمكن أن تشير إلى نزوة مفرطة ميل إلى التوتر والإثارة.

**4-14-6. اللون البني :** يعتبر اللون البني من الألوان الباردة إنه لون الأرض الأم، يعطي الإستقرار، يخفف الشعور بالأمان كما يمكن أن تشير إلى طابع شرطي كذلك الرغبة في الإغواء والمبالغة في تقدير الذات.

**4-14-7. اللون الرمادي :** يعتبر اللون الرمادي من الألوان الباردة لون الإستقلالية، مراقبة الذات، لديه شعور سلبي، إنه لون التهرب، عدم الإلتزام، كونه لا أبيض ولا أسود، ويبين عن إنتقاد ذاتي كما يمكن أن يشير إلى الصد والخوف والقلق.

**4-14-8. اللون الأسود :** يعتبر اللون الأسود من الألوان الباردة إنه لون مريح، غامض، لون السكوت، وقوة الحياة الأنثوية يحمي من التغيير والنضوج ثورة على الظروف و مبالغة في البحث عن المنطق.

**4-14-9. اللون البرتقالي :** يعتبر اللون البرتقالي من الألوان الدافئة: إنه لون الفرح، يفرج عن الأحاسيس ويعطي شعوراً بالخفة والحياة ينشط العقل ويجدد حب الحياة إنه مفيد ضد الإكتئاب ويرفع المعنويات.

**4-14-10. اللون الأبيض :** يعتبر اللون الأبيض من الألوان الدافئة إنه لون الطهارة، لون الحماية، يجلب السلام والإرتياح يخفف من الصدمات العاطفية ويساعد على تنظيف الأفكار والروح، يعطي الشعور بالحرية، لكن الكثير من الأبيض يضفي شيئاً من البرودة والإنعزالية، كون الأبيض يعرفنا على الآخرين كما يمكن أن يشير إلى الخوف والقلق.

#### - الأدوات المستعملة في الرسم :

لقد وقع إختيارنا على الرسم كوسيط و كأمر أولي نظراً إلى النجاحات المحققة من خلال

<sup>1</sup> - Un certain conservatisme.

هذا النوع من الأنشطة الفنية ونخص بالذكر الإكتشاف الهام لمختلف الإختبارات الإسقاطية والتي قامت أساس على مادة الرسم.

كون هذا الأخير يعتبر عمل بسيط بساطة أدوات إعتبرها جد متوفرة من جهة واجدها ذات إستعمال سهل يتناسب وجميع الفئات العمرية بداية من الأطفال الصغار الذين نجدهم أول ما يعبرون به قد يكون الرسم ليس كعمل فني منظم و لكن بخر بشات أو بخطوط مستقيمة وأخرى متعرجة أو حتى بأشكال مشوهة أو مبتدعة قد تشكل حسب رأي علماء النفس مادة علمية وعملية جد ثرية بما يمكنها أن تكشف عنه من أسرار بشقيها الإيجابي و السلبي وعن أهم تلك الأدوات التي تتناسب و طبيعة مادتنا البحثية نذكر :

- أقلام رصاص
- أقلام ملونة بشتى أنواعها (الألوان الخشبية، الألوان الشمعية، الألوان المائية، الألوان الزيتية، الطباشير، أقلام اللباد، ألوان الباستيل)
- أوراق بيضاء
- ممحاة
- مبراة
- سيالات بمختلف ألوانها (أزرق - أخضر - أحمر - اسود- بني)
- فرشاة.



## الفصل الخامس:

### مرض السرطان

## تمهيد

ارتبط مرض السرطان بأوصاف عديدة ك: مرض العصر، الوباء الصامت، الموت البطيء والصامت وغيرها... وكلها تثير لدى الإنسان مواقف ومشاعر نابغة عن تمثلات هذا المرض وما يرتبط به من معاناة، مما جعله لا يقتصر في طرحه للمشاكل فقط على المستوى الطبي، وإنما يتعداه إلى المستويات النفسية والاجتماعية وغيرها. سنتطرق في هذا الفصل إلى تعريف هذا المرض وعرض مفصل لمختلف المشكلات التي تنجم عنه على المستوى النفسي.

## أولاً: مرض السرطان:

### 5-1. تعريف مرض السرطان:

إن كلمة سرطان هي مصطلح طبي يشمل مجموعة واسعة من الأمراض التي تتميز بنمو غير طبيعي للخلايا التي تنقسم بدون رقابة ولديها القدرة على اختراق الأنسجة وتدمير أنسجة سليمة في الجسم، وهو قادر على الانتشار في جميع أنحاء هذا الأخير. هو عبارة عن تورم ناتج عن نمو نسيج من الخلايا خرجت عن الطابع العادي لنظيراتها فأخذت تنمو بصفة عشوائية. يحدث النمو في البدء في العضو المصاب وابتداء من إصابة أولية ثم يتخطى التورم الحواجز التي تفصل بين الأعضاء وخلال هذا التخطي قد تخرج بعض الخلايا السرطانية لتدخل الشعريات الدموية أو البلغمية التي تنقلها إلى مختلف أنحاء الجسم حيث تبني مستعمرات سرطانية تكمن عشرات السنين. ومن المعلوم أنه في الحالة الطبيعية يتمكن جهاز المناعة في الجسم من مواجهة أي عدوان على الجسم ولكن في مثل هذه الحالات لا يتمكن من إيقاف هجمة السرطان وهذا ما يشكّل سرا لم يتم كشفه لحد الآن. هذا الورم الخطير والخلية السرطانية لا تتوقف عن النمو بعد أداء مهمتها وبلوغ اكتمالها الطبيعي على العكس من الخلايا السليمة ونظرا لحاجتها إلى الغذاء فإنها تدمر أعضاء الجسم الحيوية مما يسبب العجز والموت.

(فيصل محمد خير الزراد، 2000، ص 478)

وهو مرض تتكاثر فيه الخلايا دون ضبط أو نظام، ويتلف النسيج السليم، ويعرض الحياة للخطر، وهو المرض الرئيسي الذي يسبب الموت في عديد من دول العالم، وكما أنه يصيب البشر فإنه يصيب معظم أنواع الحيوانات والنباتات. يوجد ما يقارب مائة نوع من أنواع السرطان، تهدد البشر في كافة الأعمار وخاصة الأشخاص ذوي الأعمار المتوسطة وكبار السن، ويصيب الجنسين على حد سواء ويمكن أن يحدث المرض في أي جزء من أجزاء البدن، كما يمكن أن ينتقل إلى أجزاء أخرى ومهما يكن فإن أكثر الأعضاء تعرضا للإصابة هو: الجلد، وجهاز الهضم والرئتان، وعنق الرحم والثدي.

لم يتم إلى حد الآن تحديد السبب المباشر أو كيف ينشأ مرض السرطان بالضبط، ولكن لاحظ العلماء أن بعض العوامل تؤدي دورا فعالا في إحداث المرض وتسمى هذه العوامل: العوامل المسرطنة أو **المسرطنات**<sup>1</sup>، وتتضمن القطران الموجود في التبغ وضروبا أخرى من مواد كيميائية وبعض أنواع الإشعاعات (كالأشعة فوق البنفسجية)، وفي العديد من الحالات يمكن منع حدوث السرطان بتجنب عامل معروف أو التخلص منه، فالامتناع عن التدخين مثلا يمكن أن

<sup>1</sup> -Cancérogènes.

يمنع حالات كثيرة من سرطان الرئة. ويعتقد العلماء أيضا أن بعض الأشخاص يمكن أن يرثوا الاستعداد لتشكيل سرطان. وبدون معالجة مناسبة وجيدة فإن معظم أنواع السرطان تكون مميتة، وفي الماضي كانت طرق المعالجة تعطي آمالا ضئيلا في الشفاء وقد تحسنت طرق تشخيص وعلاج هذا المرض منذ عام 1930، أما اليوم فإن نحو نصف المرضى المصابين بالسرطان قد يعيشون 5 سنوات بعد المعالجة والأشخاص الذين يصبحون خالين من السرطان خلال تلك المدة الطويلة بعد المعالجة، يكون حظهم كبير في البقاء معافين من هذا المرض، ولكن مازال الأمر يتطلب كثيرا من الأبحاث لإيجاد السبل الجيدة للوقاية والعلاج.

(محمود سرحان، ص 20 "بتصرف")

## 5-2. الوفيات بسبب السرطان Mortalité

يعتبر السرطان من أهم أسباب الوفاة في جميع أرجاء العالم، فقد تسبب هذا المرض في وفاة 7.6 مليون نسمة (نحو 13% من مجموع الوفيات) في عام 2008<sup>1</sup>. وتأتي سرطانات الرئة والمعدة والكبد والقولون والثدي وراء معظم الوفيات التي تحدث كل عام من جراء السرطان. هناك اختلاف بين الجنسين فيما يتعلق بانتشار أنواع السرطان؛ وتحدث 30% من وفيات السرطان بسبب خمسة عوامل خطر سلوكية وغذائية رئيسية هي ارتفاع منسوب كتلة الجسم، وعدم تناول الفواكه والخضر بشكل كاف، وقلة النشاط البدني، وتعاطي التبغ، وتعاطي الكحول. يمثل تعاطي التبغ أهم عوامل المرتبطة بالسرطان، إذ يقف وراء 22% من الوفيات الناجمة عن سرطان الرئة.

من المتوقع أن يتواصل ارتفاع عدد الوفيات الناجمة عن السرطان على الصعيد العالمي، وأن يناهز 13.1 مليون وفاة في العام.

يأتي ترتيب الوفيات حسب نوع السرطان كالتالي:

- سرطان الرئة (1.37 مليون وفاة)
- سرطان المعدة (736 000 وفاة)
- سرطان الكبد (695 000 وفاة)
- سرطان الثدي (458 000 وفاة)
- السرطان القولوني المستقيمي (608 000 وفاة)
- سرطان عنق الرحم (275 000 وفاة)

محليا، وحسب وزارة الصحة الجزائرية يتم تسجيل 43 ألف حالة جديدة كل سنة<sup>2</sup>، رغم أن الكثيرين من رجال الصحة المتخصصين يذكرون أرقام أكبر في غياب سجل وطني

1- حسب تقرير منظمة الصحة العالمية OMS لنفس السنة.

2 - Journal : *Elmoudjahid*; édition du 14 avril 2012.

للسرطان. في مقابل كل مئة ألف ساكن نجد 125,5 حالة؛ والأفراد المسنون يمثلون نسبة 07%. وبالاستناد إلى أرقام المعهد الوطني للصحة العمومية (INSP) يبلغ متوسط العمر للإصابة بالسرطان 52 سنة، باستثناء سرطان الثدي الذي يصيب النساء في سن 40 سنة فما فوق، وهو سن مبكر جدا بالمقارنة بالدول المتقدمة التي يبدأ فيها المرض بعد الـ 50 سنة<sup>1</sup>.

### 3-5. كيف ينشأ السرطان ؟

ينشأ السرطان نتيجة التكاثر الشاذ للخلايا، فجسم الإنسان البالغ يتألف من مئات المليارات من الخلايا، وفي كل دقيقة تموت عدة ملايين منها ويستعاض عنها بعدة ملايين أخرى من الخلايا الجديدة، هذه الأخيرة تنشأ بالإنقسام الخلوي، حيث تنقسم الخلية إلى خليتين متماثلتين تتضاعف كل منها وتصبح عندئذ قابلة للإنقسام من جديد، وبهذه الطريقة فإن الخلايا الجديدة المتكونة تأخذ مكان الخلايا الميتة. وتنتج الخلايا تماما بنفس المعدل المطلوب لتحل مكان الخلايا الميتة وليس أبدا بمعدل أسرع. فيما يتكون السرطان نتيجة للتكاثر الشاذ للخلايا، ولا تستجيب الجينات في الخلايا السرطانية لإشارات تنظيم النمو فتستمر الخلايا في التضاعف وتشكل تدريجيا كتلة تدعى الورم، وبعض الأورام ليست سرطانات بل تسمى الأورام الحميدة، ولا ينتشر الورم الحميد في الأنسجة الطبيعية المحيطة بها وكذلك إلى أجزاء الجسم الأخرى.

يحدث السرطان أوراما خبيثة، حيث يهاجم الورم الخبيث الأنسجة الطبيعية المعافاة المحيطة به ويضغطها وينلفها. يمكن للخلايا بالإضافة إلى ذلك أن تتفصل عند الورم الخبيث وقد يحملها الدم أو اللمف إلى أجزاء أخرى من الجسم، حيث تستمر في التضاعف وبذلك تشكل أوراما ثانوية ويدعى انتشار السرطان في الورم الأصلي لجزء أو أكثر من أجزاء الجسم " النقلة " وتجعل قدرة السرطان الانتشار في أجزاء الجسم الأخرى معالجة هذا المرض بالغة الصعوبة إلا إذا اكتشفت في مراحله المبكرة.

### 4-5. أسباب مرض السرطان:

يتفق العلماء على أن الأشخاص يكتسبون السرطان بصورة رئيسية عبر تعرضهم المتكرر والطويل لواحد أو أكثر من العوامل المسببة للسرطان والتي تسمى " المسرطنات " بالإضافة إلى ذلك يعتقد العلماء أن الشخص يمكن أن يرث الاستعداد أو قابلية تشكيل المرض. يبدأ التسرطن بمرحلة تدعى " البداية " وخلال هذه المرحلة تحدث طفرة (أي: تغيرات في المادة

<sup>1</sup> - Elmoudjahid.dz (Article publié le 26/06/2013).

الوراثية) في الحمض النووي الريبي منقوص الأوكسجين ARN الذي يحوي التعليمات والطبقات الزرقاء للخلية، ويمكن أن يحصل التغيير الوراثي بشكل عرضي خلال الإنقسام الخلوي، ويمكن أن يحدث أيضا نتيجة عوامل خارجية تدخل إلى الجسم وتتضمن العوامل الخارجية : الإشعاعات الميمنة، التدخين، أو بعض الفيروسات، أو بعض المواد الكيميائية.

وبالرغم من أن هذه البداية قد لا تحدث السرطان فإن الخلية المصابة تصبح جاهزة للدخول في المرحلة الثانية من التسرطن التي تسمى مرحلة " التأسيس " ، وأثناء هذه المرحلة تبدأ الخلية المستعدة لذلك بالإنقسام وتنقل بذلك التغييرات الوراثية وعندما يتشكل الورم يمكن أن يستمر بالتطور حتى يصبح سرطانا، ويصبح عدد من الخلايا في جسم الشخص مثارة، وتبدأ بالإنقسام وتشكل بؤر (أورام حميدة صغيرة).

ولكن في معظم الأحيان لا يحدث تطور البؤرات لأن من ذلك الحد والأسباب التي تؤدي إلى إصابة بعض الناس بالمرض غير مفهومة حتى الآن وقد ينتج عدد من السرطانات عن اجتماع عاملين أو أكثر وليست ناتجة عن عامل واحد فقط)

(غادة الدهان، 2002، ص65)

ويمكن أن تظهر في مجموعة معينة من الناس نسبة مرتفعة من السرطان فيبحث الخبراء عن مواد في البيئة المحلية وقد تكون في إحداث السرطان ولتحديد الطبيعة السرطانية لمادة ما يلجأ العلماء لاختبارها في حيوانات المخبر، وإذا وجد أن النسبة مرتفعة من الحيوانات أصيبت بالسرطان فإن العلماء عندئذ يقررون احتمال محدثا للسرطان أيضا بالنسبة للبشر ويقوم العلماء بعد ذلك بإجراء ما يسمى بالدراسات الوبائية وتقارن في هذه الدراسات مجموعة من أناس معرضين لهذه المادة التي يعتقد أنها مسرطنة مع مجموعة أخرى منتقاة بعناية وغير معرضة لها؛ فيؤكد ظهور السرطان بشكل مرتفع في المجموعة الأولى أن هذه المادة مسرطنة. وتشير الفحوص المخبرية والدراسات الوبائية أن هناك مجموعتين رئيسيتين من المسرطنات يمكن أن تسبب السرطان عند الإنسان وهما: المواد الكيميائية وبعض أشكال الإشعاعات، وتشكل الفيروسات مجموعة ثالثة من المسرطنات الكامنة.

**5-4-1. المواد الكيميائية :** كشف العلماء عن المئات من المواد الكيميائية التي يمكن أن تسبب السرطان عند الحيوانات وهذه المواد الكيميائية خطيرة أيضا ومسببة للسرطان عند الإنسان، إذ أصبحت واسعة الإنتشار في المواد الغذائية وفي البيئة العامة أو محيط السكن أو العمل؛ لمجموعة معينة من الناس، وفي معظم الحالات تدخل الكيميائيات المسرطنة الغذاء عبر الإضافات أو المضاعفات الغذائية ( الكيميائية المستعملة في معالجة الطعام ) أو أثناء استعمالها في الزراعة، فقد اكتشف أن بعض المواد المضافة للطعام والمستعملة بشكل واسع مسرطنة كما هو الحال في المبيدات الحشرية والكيميائيات الأخرى المستعملة في الزراعة، وبدل

العفن الذي يتكون أحيانا على المحاصيل الزراعية مثل الذرة والفول السوداني على أنها تحتوي على مسرطنات. ويبحث العلماء عن السبل اللازمة لمكافحة هذه التعففات عبر التخلص من النفايات المنتجة تلقى بعض المصانع كيميائيات متسرطنة في الوسط المحيط بها، ويمكن لهذه المتسرطنات أن تلوث الهواء ومياه الشرب وبذلك تكون خطرة على الجماعات بكاملها، وتعمل الوكالات المحلية والوطنية والدولية على إيقاف هذه الممارسات قبل أن تصبح خطرا مهددا، ويمكن أن تتكون مسرطنات أخرى في محيط الإنسان أثناء معيشته أو عمله وتتضمن:

- قطران التبغ.

- بعض الكيمائيات الصناعية.

- بعض الكيمائيات الموجودة في الأغذية الطبيعية.

- بعض الكيمائيات المستعملة في الدواء.

ويعد تدخين السجائر السبب الرئيسي في حدوث سرطان الرئة وله علاقة أيضا بسرطانات أخرى منها : سرطان الفم والحنجرة والبلعوم والمريء والبنكرياس والكلية والمثانة وعنق الرحم، وتكون بعض الكيمائيات الصناعية خطرة لإحداثها سرطان عند الأشخاص العاملين بها وتتضمن هذه الكيمائيات:

أصبغة الأنيلين، والزرنيخ والأسيستوس ومركبات الكروم والحديد والرصاص والنيكل وكلوريد الفينيل وبعض منتجات الفحم الحجري وفحم اللجنيت وصخر الزيت والنفط وإذا لم يراقب استعمال مثل هذه الكيمائيات في المصانع بعناية فإن الكمية الزائدة من ها قد تفلت وقد يتم التخلص منها في البيئة المحيطة وتسبب هذه الكيمائيات عندئذ خطرا على الأشخاص الموجودين بتلك المنطقة وتوجد بعض الكيمائيات عادة في الغذاء ولكنها يمكن أن تهدد بحدوث السرطان إذا استهلكت بكمية كبيرة، فالأغذية الغنية بالدهون مرتبطة بإحداث سرطان الثدي والقولون و غدة البروستات، وبعد الاستهلاك الكبير للأملاح والغذاء المدخن ذا علاقة بسرطانات جهاز الهضم فيما نقلل الأغذية الغنية بالفواكه والخضراوات والخبز الكامل والحبوب من خطر حدوث بعض أنواع السرطان.

ويمكن أن تسبب الأدوية الطبية سرطانا ويدخل في ذلك الأشكال الصناعية للهرمون الأنثوي "الأستروجين". والهرمونات (بما فيها الأستروجين) هي عبارة عن مواد ينتجها الجسم لكي تنظم وظائف متعددة فيه، وقد استعملت الأستروجينات الصناعية على شكل أقراص لتنظيم الحمل وفي علاج أعراض اليأس<sup>1</sup> (أي نهاية الدورة الشهرية) عند المرأة وإذا أخذت بجرعات كبيرة فإن هذه المادة تسبب سرطان، مثلا يحدث سرطان الرحم بنسبة عالية بين النساء اللواتي

<sup>1</sup> - ménopause.

تتاولن الأستروجين بانتظام لعلاج أعراض اليأس ولقد ترافق وجود حالات قليلة من سرطان الكبد مع تتاول الأقراص المنظمة للحمل.

#### 5-4-2- الإشعاع:

يمكن لكل الإشعاعات الأيونية أن تؤدي إلى ظهور سرطانات، وهذا ما أكدته الإحصائيات، فالأشخاص الذين يتعرضون بكثرة لكمية كبيرة من الإشعاعات إكس X، يكون إحتمال إصابتهم أكبر عن بقية الفئات الأخرى .

#### 5-4-3- أسباب فيروسية:

إن استعمال المجهر الإلكتروني يسمح بالرؤية المباشرة للفيروس Sarcome المسؤول عن سرطان الدم لدى الدجاج وكذا بعض الفيروسات المسؤولة عن أورام حيوانية، ويمكن ملاحظة دور الفيروسات عند دراسته لدى الحيوان، أما عند الإنسان ففيروس السيدا VIH يعد من الفيروسات التي لها قدرة كبيرة على توليد السرطان.

#### 5-4-4- بعض الأمراض:

يمكن أن تؤدي بعض الأمراض إلى ظهور السرطان فتعطي أوراما خبيثة مثل مرض Polypose colique كما يمكن أن يتحول إلى ورم خبيث.

**فإن:** أسباب سرطانات الإنسان غير معروفة والأسباب المذكورة سابقا ما هي إلا عوامل بإمكانها أن تكون عاملا مولدا للسرطان، كما أن العامل الوراثي يلعب دورا هاما، فإمكانية إصابة شخص بسرطان كان قد تعرض له أفراد العائلة يكون أكبر من احتمال إصابة فرد لا توجد أي إصابة مشابهة في العائلة.

#### 5-5. السرطان كمرض سيكوسوماتي:

##### 5-5-1. الأمراض السيكوسوماتية:

لا يعدو أن تكون بعض الانفعالات كالغضب والقلق والفرح والحزن وما ينجم عنها من تغيرات فيزيولوجية مثل ازدياد ضربات القلب، إصفرار الوجه واحمراره، عوارض إقلايية وهستيرية وغيرها ولكن كل هذه الإنفعالات والصدمات النفسية إذا استمرت تؤدي إلى سوء التكيف وبالتالي أمراض عضوية والتي تظهر أعراضها في إضطرابات جسدية ومايصطلح على تسميتها " الأمراض السيكوسوماتية" وتعرف لدى الأطباء أنها تلك الأمراض الجسدية التي تحدث من جراء خلل في وظيفة عضو ما أو تلف في جزء من أجزاء الجسم نتيجة إضطرابات نفسية مزمنة والتي لا يفلح معها العلاج الطبي التقليدي وحده ولا ينجح إلا بإرفاقه بعلاج نفسي يكشف الأسباب النفسية المقنعة بعوارض جسمية.



وتختلف الأمراض السيكوسوماتية أيضا في درجة خطورتها حسب نوعية الإختلال النفسي جسدي وحسب إضطراب تنظيمه، وهي عموما تشمل : ارتفاع ضغط الدم، الصراع النفسي، القرحة المعدية، أمراض القلب، والسرطان بأنواعه..

### 5-5-2. أهم الدراسات التي تناولت العلاقة بين الظروف الشديدة والإصابة بالسرطان :

هناك عدة دراسات متعلقة بدراسة الحالات الإنفعالية والعاطفية الباعثة عن الإصابة بالسرطان من أهمها:

- دراسة **Elida Evans** وهي طبيبة عقلية استخلصت أن معظم المصابين بالسرطان التي درستهم قد فقدوا علاقة مهمة قبل ظهور المرض فاستثمروا هوياتهم في دور أحد المواضيع أو الأشخاص ( شخص، منزل، عمل...) على خلاف تطور فرديتهم، إذ عندما يلغي هذا الإستثمار يتراجع إلى الذات فيواجه بقدرات داخلية قليلة.
- دراسات **William Green** حيث درس أشخاصا مصابين بسرطان الدم الحاد وامتدت هذه الدراسات حوالي 15 سنة حيث لوحظ أنهم فقدوا علاقة مهمة في تاريخ الحالة لهؤلاء وهذا بسبب الموت أو التهديد خاصة الأم وهناك عوامل أخرى مثل : فقدان أو تهديد بفقدان عمل، الإحالة على التقاعد جبرا أو الرحيل إلى المنزل الجديد أو سن اليأس لدى المرأة فكلما كانت العوامل الضاغطة للإصابة بالسرطان مما أدت أيضا إلى حالة نفسية من فقدان الأمل بالإضافة إلى صعوبة التعبير عن الأحاسيس السلبية والحاجة للظهور في حالة جيدة.
- وفي نفس المجال يرى البروفيسور **Klopfner B.** أنه في حالة الزحف السريع لا يتركون طاقة كافية لمقاومة السرطان وهذا بسبب استعمال طاقة كبيرة تكون محجوزة للدفاع عن الأنا أي يكون الشخص في موقع دفاعي مستمر، وقد توصل أيضا **Lasham** وهو عالم نفسي قام بدراسة حديثة عام 1977 إلى إيجاد أربع مكونات في تاريخ الحالة أكثر من 500 مصاب بالسرطان:
- أ- يتأثر المصاب بالشعور بالعزلة، فقد للأمل مع وجود علاقات خارجية مكثفة التي تبدو صعبة وخطيرة وهذا يكون في الطفولة والمراهقة
- ب- في مرحلة الرشد كان المصاب قادرا على إيجاد علاقة مع شخص وأتته وجد إشباع لمواهبه أو في عمله وأصبحت كل حياته.
- ج- علاقة أو دور اختفى بسبب وفاة مغادرة الإبن من المنزل استبدال المنزل الإحالة للتقاعد وهذا يؤدي إلى فقدان الأمل فترجع هنا صدمة الطفولة من جديد
- د- أحد الصفات المتعلقة بالمصابين هي فقدان الأهل فهم غير قادرين على إظهار أحاسيسهم عندما يكونون مهانين، في حالة غضب أو عدوان ولكن الآخرين يرون

أنهم أشخاص رائعين ومتميزين. (عبد الرحمن العيسوي، 1994، ص 112،

(113)

## 5-6. تشخيص والكشف عن مرض السرطان:

بوسع الطبيب وحده تشخيص السرطان ولكن في العديد من الحالات يستشار الطبيب فقط بعد أن يكون المرض قد انتشر ولذلك يجب أن يوجه إنتباه الشخص لعدد من التغيرات الجسمانية التي يمكن أن تكون عرضا للسرطان ويزيد الكشف المبكر كثيرا من فرص نجاح المعالجة. فالإختبار الوحيد الذي يسمح في بعض الحالات للكشف عن السرطان هو التحاليل التكميلية مثل لأشعة السينية وهذا في حالة سرطان الجلد، الثدي، عنق الرحم، هذه التحاليل ضرورية لكن في جميع الحالات وحده الإختبار المجهرى<sup>1</sup> (أخذ عينة من عضو المريض) يسمح بالتأكد مع يقين تشخيص السرطان وصنفه.

### 5-6-1. التشخيص الأولي:

تبدأ حوالي % 50 من كل أنواع السرطانات بأجزاء من الجسم يستطيع الطبيب فحصها بشكل روتيني خلال زيارة المريض، ويعتمد الأطباء على التصوير والفحوص المخبرية لفحص السرطانات المشكوك فيها، فمثلا تمكن إحدى تقنيات الأشعة السينية وتدعى تصوير الثدي، الأطباء من الكشف عن سرطان الثدي في مراحله المبكرة وتكشف تقنية أخرى تسمى التصوير المقطعي الحاسوبي عن السرطان في الأعضاء الداخلية مثل : الدماغ والرئتين وفي هذه التقنية يحلل الحاسوب المعلومات الواردة من الأشعة السينية ويوضح صورة منفصلة للعضو على الشاشة ويكشف الأطباء أيضا عن السرطان بواسطة التصوير بالرنين المغناطيسي وتستعمل هذه التقنية حقولا مغناطيسية وموجات الراديو لإنتاج صور للأعضاء الداخلية، ساعد إختبار " بابانيكولا " على إنقاص نسبة الوفيات من سرطان عنق الرحم وقد سمي هذا الإختبار باسم مكتشفه الطبيب الأمريكي اليوناني المولد جورج بابانيكولا ، وفي هذا الإختبار يؤخذ سائل من المهبل أو خلايا من عنق الرحم وتفحص بواسطة المجهر، ويمكن لهذه التقنية أن تكشف عن سرطان الرحم قبل ظهور الأعراض بفترة من 5 إلى 10 سنوات. ويستعمل الأطباء طرقا مماثلة للكشف عن سرطانات المثانة والرئتين في مراحلهما المبكرة.

### 5-6-2. التشخيص النهائي:

يمكن أن تكشف الطرق المختلفة عن وجود ورم، لكن الأطباء يحتاجون نتائج إختبار خاص يدعى "الخرعة " لتحديد ما إذا كان الورم خبيثا، ولإجراء هذا الإختبار تنزع جراحيا

<sup>1</sup> - Tests microscopiques ; Biopsie.

قطعة صغيرة من الورم وتفحص هذه العينة بواسطة المجهر للبحث عن وجود خلايا سرطانية حيث يكون منظرها مخالف للخلايا الطبيعية وتجرى اختبارات مشابهة لتشخيص اللوكيميا اللمفوم حيث ينزع نسيج من عضو مكونات للدم أو تؤخذ عينة من الدم ويفحص النسيج أو الدم بواسطة المجهر لمعرفة وجود خلايا سرطانية.

## 5-7. العلاج الطبي والوقاية من مرض السرطان:

5-7-1- العلاج : يقوم علاج السرطان على طرق عدة وتقنيات نذكر منها:

### أ- العلاج بالأشعة<sup>1</sup> :

تصدر جزئيات الطاقة الضوئية المستخدمة في المجال الطبي من جهاز الباعث لأشعة X والطاقة التي تبعث بها تبلغ قوتها 20 كيلو فولط وهو ما يفسر قدرتها على إختراق الأنسجة موقفة بذلك عملية التضاعف، كما تحافظ على الأنسجة المحيطة السليمة. واستعمالها يختلف حسب نوع الورم وموضعه وحساسيته للأشعة وينبغي استعمال الأشعة لقتل أكبر عدد ممكن من الخلايا السرطانية بأقل خطورة للأنسجة السليمة. وهناك نبتيتان حديثتان من الأشعة هما : المعجل الخطي والسيكلوترون وهما أكثر فعالية في هذا المجال، تنتج المعجلات الخطية، إلكترونات ذات طاقة عالية، تستخدم الآن بكثرة في علاج الأورام الداخلية، أما النيوترونات ذات الطاقة العالية التي تنتجها أجهزة السيكلوترون فقد استعملت تجريبيا في معالجة السرطان المتقدم في الرأس والعنق والثدي والمرىء والرئة والمستقيم.

### ب- الجراحة :

تحتل المرتبة الأولى في علاج السرطانات، فهي تسمح عندما يكون التشخيص مبكرا بنزع الورم وفروعه أو التقليل قدر الإمكان من حجم الورم ونزع أكبر عدد ممكن من الخلايا السرطانية وقد تتعدى إلى بتر العضو كليا إذا تطلب الأمر ذلك وهذه الطريقة تسمح بالشفاء الكامل من المرض الذي يكون متبوعا بنوع من الجراحة البلاستيكية أو التجميلية لإصلاح الإقتطاعات التي خلفتها العملية.

### ج- المعالجة الدوائية :

تعرف أيضا بالمعالجة الكيميائية وهي طريقة أخرى مهمة لمعالجة السرطان، فقد استخدم أكثر من 60 دواء ضد أنواع من السرطانات. تنتمي الأدوية والسرطانية إلى مجموعة مختلفة يميز منها:

### - الهرمونات :

<sup>1</sup> - la radiothérapie.

ترتكز هذه الفكرة التي مفادها أن بعض الأورام تبقى معتمدة على الهرمونات الضرورية للنمو والنشاط الوظيفي للنسيج العادي الذي يعتبر أصل ورم وهي ما يعرف بالهرمونات المعتمدة، ونستعمل هذا النوع في سرطانات الثدي والبروستات، وكذلك سرطان الدم وتعطي نتائج مرضية.

#### - المواد الكيميائية:

هي مواد يمكنها التأثير بإفساد جزئيات معقدة لنواة الخلايا السرطانية وذلك بتدخل جذر كيميائي من بينها: Chlorithylamine méthyle-bis ، والفوسفور أميدات Phosphoramide ، Cyclophosphamide ، وأخيرا: Triéthylène.

#### - المضادات الحيوية:

هي مواد من تأسيس جزئيات القريبة من المادة المعاقدة التي تشكل في الخلية العناصر العادية وتوقف أيضا عملية الأيض.

Asparaginase وهو إنزيم إكتشف حديثا ويعطي طريقة عمل قريبة من عمل مضادات الأنزيمية L وتعطي أملا كبيرا.

#### - المواد المستخرجة من النباتات:

توقف الإنقسام الكروموزومي لكن طريقة عمل هذه المواد على المستوى الجزيئي غير معروفا تماما . و فيبلاستين Vinblastine نستعمل خاصة : كولشيسين Colchicine - المضادات الحيوية المضادة للإنقسام.

- بعض العلاجات الأخرى.

### 5-7-2- الوقاية من السرطان:

من باب الوقاية من السرطان يمكننا القول أنه هناك عدة نقاط لا بد من مراعاتها للتمكن من الحماية من السرطان أو على الأقل التقليل من حدة الإصابة به. ومن بين هذه النقاط: -تفادي الإشعاعات مهما كانت نوعيتها، إذ ينصح الأطباء بعدم الإكثار من القيام بالصور الإشعاعية إلا في حالات الضرورة القصوى كما يستحسن أن تكون الفترة الفاصلة بين التصوير الإشعاعي الأول والثاني على الأقل 6 أشهر تفاديا لتأثيرات الإشعاعات التي تظهر على المدى الطويل.

- إتباع نظام غذائي جيد ومتنوع ومنظم وهذا بتأمين كل المواد الأساسية اللازمة للجسم ويجب التقليل من : الشحوم، تعديل استهلاك المواد الملحية، التقليل من استهلاك اللحوم الحمراء ومراقبة نسبة الكولسترول.

-إحداث توازن للتقليل من خطر الشحوم وذلك بتناول الألياف والأطعمة النباتية.

- تجنب المواد الكيميائية الضارة وتجنب التدخين.
- عدم تناول الأدوية دون استشارة الطبيب المختص.
- تجنب التعرض لأشعة الشمس لتفادي سرطان الجلد.
- كما ينصح بممارسة النشاطات الرياضية في مختلف الأعمار قصد المحافظة على الجسم والعقل إضافة إلى ما أعلن عنه الإتحاد الأوروبي من إرشادات يمكن بموجبها المساعدة في انقاص خطورة السرطان : إجراءات فحوص حول الثدي بحثًا عن وجود أورام أو دمامل أو تجعدات وإجراءات فحص مسحات عنق الرحم للنساء كل ثلاث إلى خمس سنوات بالاضافة إلى الإرشادات السابقة الذكر. (عبد الهادي مصباح ، ص20)

## **ثانياً: المعاش النفسي لمريض السرطان**

يعتبر المرض خبرة ذات أهمية خاصة في حياة الإنسان لما يتركه من آثار على جميع جوانب شخصيته البدنية منها والنفسية والعقلية والاجتماعية، فالمرضى سواء كانوا رجالاً أم نساء أم أطفالاً هم أفراد المجتمع الذي نعيش فيه، فهم ليسوا سوى مرضى بل هم أعضاء أيضاً في مجتمع تربطهم مع الآخرين علاقات إجتماعية، وعليهم مسؤوليات تجاه أنفسهم وأسرهم ومجتمعهم الذي يعيشون فيه.

### **5-8. منشأ المشاكل النفسية للسرطان:**

تنشأ المشاكل والتعقيدات النفسية لدى مريض السرطان من عدة عوامل قد تكون متضافرة أو منفردة:

- قد تنجم المضاعفات النفسية عن التدهور العام للصحة.
- قد تنجم المضاعفات النفسية عن اضطراب الوضع الإجتماعي والإقتصادي، البطالة، كلفة العلاج.
- ريدود فعل العائلة على المرض، حداد مبكر، حماية زائدة.
- قد تنشأ المشاكل عند الإصابة المباشرة للمناطق الدماغية.
- بعض الأورام لها مضاعفات نفسية مباشرة مثل : سرطان البنكرياس والإكتئاب.
- قد تنشأ المشاكل كمضاعفات للألم.
- قد تنجم المشاكل النفسية من مضاعفات العلاج.
- الخوف من المجهول.

### **5-9. الإضطرابات النفسية المصاحبة للسرطان:**

توصلت الدراسات التي مست هذا الموضوع إلى تحديد سبعة إضطرابات نفسية رئيسية تترافق مع السرطان:

- إضطرابات التكيف.
- إضطرابات المزاج، الكآبة.
- الهذيان.
- إضطراب القلق العام.
- العتة (الخرف).
- إساءة استعمال الأدوية والمؤثرات العصبية والإدمان.

-إضطراب الشخصية عضوي المنشأ. (HAREL-BIRAUD H., 1995)

## 5-10. الاستجابات النفسية عقب الإصابة بالسرطان:

### أ- الفقدان:

-فقدان الحياة : فكثيرا ما كان يُنظر إلى السرطان على أنه حكم محقق بالموت.  
-فقدان الصحة وتدهور صحة المريض بدرجات متفاوتة ولا يعود قادرا على ممارسة النشاط المعتاد.

-فقدان الدور : حيث يتراجع الدور الحياتي الذي كان يؤديه المريض : كأم، ابن، أم...  
-فقدان السيطرة : حيث يفقد المريض سيطرته على مقدرات حياته ويصبح جزءا كبيرا منها يخضع لمقتضيات المرض أو العلاج.  
-فقدان الإستقلالية : يتبع فقدان السيطرة بما يعني تزايد إعتما المريض على الآخرين.  
-ردة فعل المريض على الفقدان، حيث يتمثل غالبا بمشاعر الحزن التي قد تتجاوز الحزن العادي لتصل إلى حالة الإكتئاب المرضي.  
-يعتقد أن المصاب بالسرطان عرضة للإكتئاب أربعة أضعاف للشخص الغير مصاب.

### ب- عدم الأمان:

-بسبب الخطر الداهم.  
-المستقبل المجهول.  
-العيش في أجواء غياب التيقن وعدم الثقة في المستقبل من المشاعر التي تتولد بقوة لدى مرض السرطان.  
-رد فعل الإنسان على التهديد وغياب الأمان هو القلق والتوتر الذي يمتد من الخوف العادي إلى ليصل إلى أقصى درجات الفزع المرضي بأعراضه النفسية والجسدية.

### ج- ميكانيزمات الدفاع لدى مريض السرطان:

بالإضافة لميكانيزم الإنكار الذي يعتبر إحدى مراحل سيرورة الحداد، نجد الميكانيزمات الكلاسيكية من قبيل: النفي<sup>1</sup>، التجنّب، الإلغاء والعقلنة. (MOREL D., pp. 204-206)

### - الخوف عند مرضى السرطان:

<sup>1</sup> -La négation.

في مجال قلق الموت أو الخوف منه وضع تمبلر "تظرية العاملين" في هذا الصدد إذ افترض أن الخوف من الموت يرجع إلى محددتين أساسيين هما:

(1) الحالة العامة للصحة النفسية لدى الفرد.

(2) خبرات الحياة المرتبطة بموضوع الموت.

ويمكن القول بأن أسباب الخوف من هذا المرض ترتبط سلبيا بمستوى الصحة النفسية لدى الفرد بوجه عام وبخبرات الحياة المتصلة بهذا المرض في الأسرة أو لدى الأقارب والأصدقاء، ومن ثم يمكن افتراض أن هناك تغييرات مصاحبة بين الخوف من السرطان بدرجة مرتفعة . وكل من انخفاض الصحة النفسية لدى الفرد ووجود أو كثرة حوادث المعاناة والموت لهذا المرض في الحياة الواقعية. ولعل من أكثر ما يجعل الخوف من هذا المرض يتزايد هو:

- أن هذه الأمراض تبدأ على هيئة أورام عادية ومستخفية وغير مؤلمة ولكن ما تقفأ تتزايد حجما وإيلاما بحيث تزحف على الجسم من النقطة التي بدأت من ها فتجعل المصاب بها في جحيم من العذاب أليم.

- أن من يصاب بتلك الأمراض يصاب في نفس الوقت باليأس من الشفاء مهما حاول المحيطون به طمأنته وبت الأمل في قلبه بأنه سيحظى بالشفاء.

- أن من طبيعة تلك الأمراض السرطانية أنها تثبت في المصاب بها حالة من الإكتئاب حيث أنها تصيب الإنسان ككل.

- أن مريض السرطان يكون خاضعا لمجموعة كبيرة من المواجهة والعواطف المتضاربة إزاء المحيطين به.

- أن الإصابة بتلك الأمراض تعني نهاية العالم بالنسبة للمريض.

#### أ- الخوف من الموت:

قد يكون لخوف الفرد من الموت نفس السبب الذي يخاف من أجله العزلة، فالموت مظهر من مظاهر العزلة وترتبط العزلة بالموت ارتباطا واضحا، فحادث يعانیه الشخص على انفراد والفرد يتألم أشد الألم من مظاهر العزلة التي يتصف بها الموت.

#### ب- الخوف من عودة المرض:

لقد عبر عدد من مرضى السرطان الذين تعرضوا فعلا لانتكاس المرض بعد العلاج عن عدم الشعور بالرضى نحو العلاج الذي تلقوه، ولوم الذات والشعور بالأسى لعدم فعالية العلاج الذي خضعوا له فضلا عن الإحساس بالفشل نحو أسرهـم واليأس من الطب والعلاج وفي هذا الصدد يشير سالكو فسكيس إلى ضرورة مساعدة المرضى الذين يخافون من ارتداء المرض وتشجيعهم على التعبير عن مخاوفهم ومثل هذا الإجراء من شأنه أن يقلص المخاطر التي تهدد



صحة الفرد النفسية، فليس من شك أن توفير جو من المودة وتهيئة موقف يتسم بالتشجيع والصدق بين المريض والمعالج يسهم في دفع المريض نحو رؤية أكثر موضوعية وعقلانية للموقف، فتتخفف لديه مشاعر الخوف والقلق إزاء الانتكاس.

## 5- 11. الصدمة النفسية عند مرضى السرطان:

يعتبر خبر الإصابة بالسرطان شكلا من أشكال الأزمة الكبرى التي تلم بالإنسان ويكون أثره ابتداء يشبه الأثر الذي تتركه الصدمة حيث يمر المريض بنفس أطوارها.

### 5-11-1. تعريف الصدمة النفسية:

يشير مصطلح الصدمة إلى حوادث شديدة أو عنيفة تعد قوية ومؤذية ومهددة للحياة بحيث تحتاج هذه الحوادث إلى مجهود غير عادي لمواجهتها والتغلب عليها.

وتعرف الصدمة بأنها : أي حادث يهاجم الإنسان ويخترق الجهاز الدفاعي لديه مع إمكانية تمزيق حياة الفرد بشدة وقد ينتج عن هذا الحادث تغيرات في الشخصية أو مرض عضوي إذا لم يتم التحكم فيه والتعامل معه بسرعة وفاعلية، وتؤدي الصدمة إلى نشأة الخوف العميق أو العجز أو الرعب. وهي حدث خارجي فجائي وغير متوقع يتسم بالحدة، ويفجر الكيان الإنساني ويهدد حياته بحيث لا تستطيع وسائل الدفاع المختلفة أن تسعف الإنسان للتكيف معه.

### 5-11-2. مراحل الصدمة عند مرضى السرطان:

-طور الإنكار وعدم التصديق (أول أسبوع)

-الحسرة والحداد : طورا الإنتقال الشديد (أسبوعين)، ويمكن ملاحظة ثلاث محاور رئيسية من المشاعر:

(1) محور القلق - الخوف وتمتد المشاعر هنا من التوتر والانفعال لتصل إلى أقصى درجات الفزع.

(2) محور الحزن ويبدأ من مشاعر الحسرة والضيق ليصل إلى مستوى الإكتئاب الكامل.

(3) محور الغضب :قد يكون الغضب موجها للذات أو ضد الآخرين أو الظروف.

-طور المساومة والتقبل(شهر) : حيث تتحول المشاعر من العموميات إلى المسائل العملية من قبيل الورم الكبير أو الصغير المنتشر من قبيل البحث عن إمكانيات العلاج المتاحة ومن ثم تبدأ الخطوات العملية.

-طور التعايش والتكيف (شهر) : وهو أن يعيد المريض رسم حياته مع مراعاة التغيرات الحاصلة على نمط الحياة، وهناك نوعان من التكيف:

**إيجابي** : بمعنى القدرة على المواجهة والتصدي للبحث عن الحلول والبدائل.

سلبى : بمعنى الهرب.

### 5-11-3- الصدمة النفسية والعصف بالفرضيات الأساسية في الحياة:

يرتكز وجودنا في الحياة وتوظيف طاقاتنا وفعاليتنا فيها وانتظام علاقاتنا بالبيئة والمجتمع والآخرين والذات على أساس من الفرضيات والنظريات الشخصية التي تسمح بأن نضع أهدافا نتبناها ونخطط لأنشطة نضطلع بها وننظم سلوكنا. وقد تتعرض للإنتهاك والعصف من جراء الصدمة وهي:

أ- فرضية المناعة أو الحصانة: قد يبدو أننا نفر بالحوادث والكوارث والصددمات، فالجرائم شائعة وأمراض السرطان أو أمراض القلب تصيب نسبة كبيرة من الناس ومع ذلك فإننا في نفس الوقت نعتقد " بأن ذلك لن يحصل لي " فنحن في وجودنا نسلك ونعمل على أساس الخداع أو وهم الحصانة والمناعة، فالناس يميلون إلى المبالغة في تقرير احتمال أن يخبروا مواقف موجبة في الحياة أو الإقلال من تقدير احتمال المواقف السالبة، لكن التعرض لصدمة أو خبرة وقوع الفرد ضحية عنف أو جريمة يبدد فرضية الحصانة والمناعة لذلك تتحول فرضية " ذلك لن يحدث لي " إلى إحساس بالقابلية للإنجراح أو السقوط الذي يعم إدراكات الضحايا فيشعرون أنهم لم يصبحوا حصينين وأن أي شئى يمكنه أن يقع لهم ويصبح هؤلاء غير قادرين على الشعور بالأمن في عالم عدواني وفقدان الثقة بالآخرين.

ب- فرضية أن العالم ذو معنى:

ترتكز هذه النظرية على أننا نعيش في عالم منظم تحكمه معايير ومبادئ منظمة ومستقرة إلى حد كبير ولكي نستخلص معنى عالمنا يجب أن نعتبر أن كل ما يحدث لنا يمكننا التحكم فيه.

### 5-11-4- علاج الصدمة:

هناك نوعان من التكيف كعلاج: كما سبق وأشرنا إليه: الإيجابي بمعنى القردة على المواجهة والتصدي للبحث عن الحلول والبدائل. والسلبى بمعنى الهروب.

تعتمد قدرة الإنسان على التكيف إيجابا وسلبا على عدة عوامل منها:

أ- عوامل داخل الإنسان تتعلق بشخصية الفرد وتكوينها الجيني والبيئي والروحاني لشخصيات الأفراد متباينة تباين بصماتهم فما قد يشكل طرفا مستحيلا لشخص قد لا يبدو كذلك لشخص آخر.

ب- عوامل متعلقة بإمكانية مادية ومسؤوليته، فلا يستوي رد فعل المتمكن ماديا والذي لا يملك من المصادر والأرصدة ما يساعده على مواجهة الظروف مع من يضطر للاستدانة أو لمواصلة العمل المضني.

## 5-12. الإكتئاب عند مرضى السرطان:

### 5-12-1. تعريف الإكتئاب :

يعد الإكتئاب من أكثر الإضطرابات النفسية التي تنتشر بين مرضى السرطان وهو المزاج المنخفض ويأتي بسبب الضغوط النفسية التي تتراكم مع الأشخاص المصابين بأمراض مزمنة تتطلب منهم العلاج لفترات طويلة كمرضى الفشل الكلوي و مرضى الأورام خاصة و ذلك بسبب المخاوف التي تعترهم من مراحل العلاج المختلفة.

ويعد الإكتئاب الإستجابي *la dépression réactive* من أكثر أنواع الإكتئاب شيوعا لدى مرضى السرطان ويتميز بتقلبات المزاج والنكد وعدم القدرة على إنجاز النشاطات المعتادة وتستمر أعراضه لفترات أطول وتظهر بوضوح أكثر من ردود الفعل العادية والمتوقعة إضافة إلى أنه لا يرقى إلى مستوى حالات الإكتئاب الحاد. وحين يؤثر على الحياة اليومية للمريض مثل : العمل أو المدرسة أو الشؤون البيئية أو يتداخل مع البرامج العلاجية ينبغي معالجته كما لو كان من النمط الحاد.

### 5-12-2. أعراض وعلامات الإكتئاب:

-وجود مزاج محبط و مكتئب على مدار اليوم و في أغلب الأيام.  
-فقدان الرغبة أو الإهتمام بالقيام بأغلب النشاطات، والشعور بعدم الجدوى أو عدم القيمة ونقص الذات.

-تغيرات عميقة في عادات الأكل و النوم و الشعور بالإعياء الدائم.

-التوتر العصبي أو البلادة و ضعف التركيز الذهني.

-الشعور الغير ملائم بالذنب و دوام التفكير في الموت أو في الإنتحار.

وتجدر الإشارة إلى أنه ينبغي ظهور هذه العلامات و إستمرارها لمدة أسبوعين على الأقل لوضع تشخيص للإكتئاب، وفي المراحل المتقدمة تعتبر بعض الأعراض : مثل الشعور بالذنب والشعور ببخس النفس وفقدان الأمل وأفكار انتهاء الحياة و فقدان الرغبات من أهم العلامات المفيدة في تشخيص الإكتئاب.

ومن ناحية أخرى تزداد نسبة التعرض لخطر الإكتئاب عند بعض مرضى السرطان دون غيرهم ورغم أن السبب وراء حدوث الإكتئاب غير معروف على وجه الدقة، إلا أن عدة عوامل مؤثرة تزيد من إمكانية حدوثه وتشمل:

\*حدوث الإكتئاب عند سماع التشخيص أو وجود الإكتئاب كعلة مرضية سابقة لدى المريض أو محاولات للإنتحار في الماضي.

\*المعالجة غير الناجعة للألم أو إزدياد الإعاقة الجسدية و الضعف.

\*فقدان الدعم العائلي و النبذ الإجتماعي أو وجود الإكتئاب أو الإنتحار كعلة في تاريخ عائلة المريض.

\*وجود مرحلة متقدمة من السرطان أو سرطان البنكرياس.

\*وجود جوانب وأحداث حياتية أخرى تزيد من الضغوطات والإجهاد النفسي والعصبي أو وجود علة الإدمان الكحولي عند المريض أو إساءة الإستعمال الدوائي.

\*الشعور بفقدان الأمل واليأس والشعور بالعجز وفقدان المساعدة أو الشعور بالذنب.

\*وجود أمراض أخرى تسبب الإكتئاب (مثل النوبات القلبية) وتأثيرات بعض العقاقير المضادة للأورام.

وإضافة إلى تأثيرات بعض عقاقير معالجة السرطان ثمة عوامل طبية أخرى قد تسبب الإكتئاب بدورها لدى مرضى السرطان وهي تشمل: وجود ألم غير معالج - وجود مستويات شاذة من الكالسيوم أو الصوديوم أو البوتاسيوم بالدم - فقر الدم - نقص حاد بفيتامين ب - 12 الحمى - وجود مستويات غير عادية من الهرمونات الدرقية أو الستيرويدية بالدم.

ومن المفيد عادة إستخدام الأدوية في معالجة هذا النوع من الإكتئاب بفاعلية أكبر من المشورة النفسية خصوصا إن تعذر تغيير العوامل الطبية المسببة (مثل عدم إمكانية تغيير أو تعديل جرعات العقار المسبب للإكتئاب).

ومن جهة أخرى ينبغي تحري النقاط التالية وبعناية لتقييم حالة الإكتئاب لدى مرضى

السرطان:

-نظرة المريض وأفكاره حول مرضه.

-تاريخ المريض الطبي والحالة العقلية الحالية والحالة الجسدية.

-التأثيرات الجانبية للعلاجات ومضاعفات المرض.

-أية ضغوطات أخرى في حياة المريض.

-مدى الدعم المتوفر للمريض سواء المعنوي أو المادي.

**5-12-3. أهم الصفات التي تسيطر على مريض السرطان:**

- التشاؤم بنسبة عالية وذلك من خلال تركيز إهتمامه وحصره على الإحتمالات السلبية للأحداث القادمة وهذا التوقع السلبي قد يثبط عزائمهم ويؤثر بشكل سلبي على مراحل العلاج.

- يصاب بالقلق من الغد والمستقبل والقلق انفعال غير سار وشعور مكرر بتهديد متوقع أو وهم دائم وعدم راحة أو استقرار وغالبا ما يتعلق بالمستقبل والمجهول خصوصا إذا كان المريض مسؤولا عن عائلة أو الخوف من فقدان الوظيفة والضغط المادية وعواقب ذلك على عائلته.

- يعاني المريض من صدمة وعدم التصديق وهو الشعور الطبيعي بعد التشخيص للمريض ولأفراد عائلته، ومن الممكن أن تتناوب حالات الذهول لفترات معينة ويتردد على ألسنتهم " لماذا

أصابني المرض أنا دون غيري؟" فهم يشعرون في البدء بأن ما حدث أمر غير واقعي يرفضه العقل أو قد يكون خطأ في التشخيص، فيقدمون التبريرات لأنفسهم لرغبتهم في عدم التصديق مما يجعلهم غير قادرين على التفكير، وذلك بسبب الخوف من المرض ورحلة العلاج ويعاني المريض من عدم القدرة على التفكير والتركيز بعد التشخيص، يصبح المريض غير قادر على الفهم ولا يمكنه استيعاب المعلومات التي يستقبلها ممن حوله سواء من الطبيب المعالج أو أفراد العائلة ويشمل الجميع باختلاف أعمارهم ومستوياتهم الثقافية والاجتماعية وهو شعور طبيعي جدا.

بعض المرضى يتعاملون مع المرض بإنكار، وجدوه أصلا ويرفضون التحدث عنه مع الآخرين وقد يستمر هذا الإحساس بالرفض حتى أثناء بدء أو خلال مراحل العلاج. بعد التشخيص يشعر بعض المرضى بموجات من الغضب موجة نحو الطاقم الطبي أو العائلة خصوصا عند تلقي الخبر. والشخص الغاضب لا يمكننا لومه بل لا بد من تفهم وضعه النفسي؛ واعتبار أن هذا الغضب موجه إلى المرض وليس إلى الأشخاص وسيزول بمرور الوقت.

وفي فترات علاج المرضى فهم يرغبون في البقاء بمفردهم وعدم الدخول في الحديث مع المحيطين بهم بسبب اليأس، وبعض المرضى يمتلكهم الإحساس بالذنب وإلقاء اللوم على أنفسهم لإعتقادهم أن ما حدث هو سبب أخطاء ارتكبوها بحق غيرهم وما حدث هو نوع من أنواع العقاب. تتعدد الإضطرابات النفسية لدى مرضى السرطان وإن كانت هذه أهمها ويتوقع حدوثها بنسبة عالية للمريض وفي هذه الحالة لا بد أن يعلم المريض أنه سيواجه هذه المعضلة القوية بمحاولة التأقلم وبالقبضاء وإيجاد الأمل في النفس ووجود العلاج يفتح أبوابا معها بشكل أو بآخر.

### 5-13. علاج الإكتئاب لدى مريض السرطان:

يمكن معالجة الإكتئاب الحاد بتوليفة مشتركة بين العلاج النفسي والأدوية (مثل مضادات الإكتئاب) وقد يصف الطبيب المعالج عقاقير معالجة للإكتئاب ومن ثم يلجأ إلى عرض المريض على طبيب نفسي مختص في بعض الحالات مثل:

- حين يجد أنه ليس مرتاحا لمعالجة الإكتئاب مثلا: المريض لديه أفكار إنتحارية.

- لم تتحسن أعراض الإكتئاب عقب مضي فترات تتراوح بين أسبوعين إلى أربعة أسابيع من بدء المعالجة.

- إزدیاد الأعراض سوءا.

- التأثيرات الجانبية لمعالجات الأورام تمنع المريض من تناول معالجات الإكتئاب أو أن أعراض الإكتئاب تتداخل مع قدرة المريض على الإستمرار في معالجة السرطان وتعيقها، ومن المعتاد أن

تعمل مضادات الإكتئاب بفاعلية عند مرضى السرطان وهي آمنة بالنسبة لهم في معالجة الإكتئاب وأعراضه، إلا أنه وفي أغلب الأحيان لا يتم وصفها لهم. وتفيد بعض الإحصاءات الطبية أنه من بين نسبة 25% من المرضى الذين يعانون الإكتئاب توصف مضادات الإكتئاب لحوالي 2% منهم فقط.

ويعتمد خيار استخدام هذه العقاقير على حالة المريض ومدى شدة تأثيراتها الجانبية عليه ومدى وجود حساسية أو تفاعلات تجاهها في السابق، ونشير إلى أن معظم مضادات الإكتئاب تعطي مفعولها خلال فترات تتراوح بين 3 وستة أشهر على الأقل إذا كان مضاد الإكتئاب المستخدم ناجحاً.

وثمة عدة علاجات نفسية تبين نفعها في معالجة الإكتئاب المتعلق بالسرطان وهي تستخدم غالباً بتوليفة علاجية من العلاج النفسي، وما يعرف بإدارة الأزمات وأساليب التفكير المقترن بالسلوكيات، وتستهدف المعالجة متعددة النواحي والجوانب مثل: تحرّي الأساليب التي تخفف من الحزن والكرب لدى المريض وإثارة الهمة وتحسين مهارات حل المشاكل وإثارة روح التحدي اتجاه المرض ورفع المعنويات ونفي الأفكار السلبية حول الذات، إضافة إلى توجيه التفكير نحو المعتقد الديني والنواحي الإيمانية وإعطاء نظرة أشمل للحياة وإنشاء روابط شخصية وقوية بين المريض وشخص أو أشخاص متفهمين من الفريق الطبي.

ومن المهارات الضمنية لهذه المعالجات على مستوى أشمل:

- مساعدة المرضى وعائلاتهم عند التشخيص خاصة بالإجابة على الأسئلة المتعلقة بالمرض وشرح المعلومات بشكل واف وتصحيح المفاهيم الخاطئة حول السرطان، وإعطاء التطمينات الواقعية حول الوضع وتنمية قدرات المريض للتعامل مع المرض.
- المساعدة في حل المشكلات وتنمية قدرات المريض على التعامل مع المرض مجاهدته، وكذا مساعدة عائلته في التحري عن وجود ضغوطات أخرى.

## 5-14. أهداف التدخل النفسي عند مرضى السرطان:

يستند التدخل النفسي إلى تطورين رئيسيين:

- التطور الأول : متعلق بتحسين مسار المرض وزيادة عمر المرضى، وذلك بسبب التقدم الحاصل في وسائل الكشف المبكر وكذلك العلاج حيث لم يعد السرطان بمثابة حكم الموت وأصبح أمام المرضى سنوات طويلة ليعيشوها أو يتعايشوا مع المرض خلالها.
- التطور الثاني : والمتعلق بسياسة المكاشفة والمصارحة المنبثقة عن ضرورة احترام حقوق المرضى وضرورة المهام بما يتعلق بأوضاعهم.

ويهدف التدخل النفسي والإجتماعي إلى تحقيق هدفين رئيسيين:

-تحسين نوعية حياة المرضى.

-تحسين النتيجة العامة للعلاج.

لا تعني إصابة المريض بالسرطان أن تتحول حياته إلى سلسلة من الأزمات، وإنما يجب مساعدته على تحسين نوعية حياته بكافة مناحيها مثل : تحسين الشهية للأكل، تحسين النوم، تحسين النشاط العام، التقليل من القلق والخوف والشعور بعدم الطمأنينة، التقليل من مشاعر الحزن واليأس ومعالجة الكآبة، مساعدة المرضى على التكيف على الظروف الجديدة، وكذلك مساعدتهم على تجاوز العوائق والإعاقة التي يخلقها المرض.

وفيما يتعلق بالأطفال والطلاب يتم مساعدتهم لتجاوز التأخرات الدراسية والإضطرابات السلوكية التي تنتج عن المرض أو طول فترة العلاج.

وبغض النظر عن المدة المتاحة للشخص ليحيا والتي لا يعرفها المريض ولا السليم نهدف من التدخل أن نجعل هذه الفترة مثمرة وطبيعية إلى أقصى قدر ممكن، أما الأمر الثاني المتعلق بكمية الحياة لا نوعيتها فقط هو من الأهداف التي يحاول التدخل النفسي المساعدة فيها عبر عدة محاور:

-تحفيز التكيف الإيجابي وما يستتبع من أخذ العلاج وأسباب الشفاء.

-إبعاد المريض عن بعض العادات السلبية والمرسبة للمرض أو لسوء النتائج مثل : التدخين.

-أثبتت بعض الدراسات أن الحالة النفسية تؤثر على درجة الشفاء وتزيد من فرص العلاج، وتستند هذه الدراسات في تفسيرها لذلك إلى فرع من علوم المناعة ويسمى علم المناعة العصبية النفسية، وهو يرى أن تحسن نفسية الإنسان يرفع من قدرته على المقاومة. فالدراسات في هذا المجال تقوم بتقييم كل مريض لمعرفة الأثر الذي تركه المرض عليه وذلك بقياس الضيق وهو يعني مجمل المعاناة النفسية والجسدية والإجتماعية والحياتية والروحانية التي يمر بها المريض.

## الفصل السادس:

### مرض السيدا



## تمهيد

يعد مرض السيدا موضوع الساعة على المستوى العالمي، وذلك لأنه يعتبر أخطر مرض في الوقت الراهن، حيث أحدث هذا الأخير خوفا عالميا شديدا، كما حير العلماء وأعجز الباحثين لعدم تمكنهم من إيجاد علاج لهذا الداء حتى الآن، وسوف أحاول في هذا المبحث التطرق إلى الجانب الطبي لهذا المرض، حيث سأستهل أولا بالحديث عن نبذة تاريخية لظهوره.

## 6-1. مفهوم مرض السيدا:

مصطلح السيدا SIDA هو اختصار لتسمية المرض بالفرنسية « Syndrome Immuno Déficience Acquis » ومصطلح الإيدز "AIDS" هو اختصار لتسمية المرض بالانجليزية « Acquired Immuno Déficience Syndrome » وقد ترجمت إلى العربية: " بمتلازمة العوز المناعي المكتسب "1. أو "تناذر فقدان المناعة المكتسبة".

والسيدا بالمعنى الدقيق للكلمة هو مرحلة متقدمة من حالة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري وهو مرض معد وقاتل. فيما يطلق على المرحلة الأولى منه بـ "حمل الفيروس" أو "إيجابية المصل"<sup>2</sup>.

### - المفهوم الاصطلاحي الطبي:

هو مرض فيروسي يؤدي إلى فقدان المناعة، حيث تنهار وسائل الدفاع الطبيعية في الجسم، يتسبب فيه فيروس VIH المسبب للنقص المناعي، وخاصة في عدد الخلايا للمقاومة التائية T، أو الخلايا البائية B وحيدة النواة، محدثا بذلك شللا في عملها، الذي يتمثل في مقاومة العناصر المسببة للأمراض، وبالتالي يصبح المصاب بهذا المرض عرضة للإصابة بجميع أنواع الفيروسات والبكتيريا والطفيليات بالإضافة إلى التعرض لبعض أنواع السرطانات. (فتحي دردار، 2000، ص 9)

أول تعريف وضع للسيدا كان في 24 سبتمبر 1982 من طرف مركز مراقبة الأمراض (CDC) بأطالانطا (الولايات المتحدة الأمريكية) وافقت عليه منظمة الصحة العالمية، ممثلة بمركزها المختص بهذا المرض، وموجز هذا التعريف أنه يجب أن تتوفر الأمور التالية في المرء حتى يكون مريضا به وهي:

1- أن يعاني من إنتان<sup>3</sup> انتهازى أو أكثر يدل على تدهور في جهاز المناعة عنده كـ بعض الإنتانات التي تسببها الطفيليات، الفطريات، الفيروسات، البكتيريا أو سرطان الجلد المسمى " كابوسي ساركوما "

2- أن يكون عمره أقل من 70 عاما وكان يتمتع بصحة جيدة.

1- مكتب اليونسكو الإقليمي للتربية والوقاية من الإيدز - 1991.

2 - Séropositivité.

3 - Infection.

3- أن لا يعاني من أي من الأمور الطبية المتعارف عليها، كأسباب لفقدان المناعة مثل استعمال بعض العلاجات، أو المعاناة من أورام سرطانية أو فشل كلوي.

5- عزل الفيروس المسبب لمرض الإيدز (HIV III) من المريض أو على الأقل كشف الأجسام المضادة الخاصة بهذا الفيروس في دم المريض.

(JOSSAY M. ; DONADIEU M. ; 2013)

(<http://www.abbott.fr/pathologie/>)

هذا هو التعريف الذي تم الاتفاق عليه بشكل عام لغايات إحصائية، ولإزالة متبعا لحد الآن. (عبد الحميد قضاة، 1996، ص02)

كما تعرّفه منظمة الصحة العالمية في تقريرها الصادر يوم 2 أكتوبر 1985: " السيدا هو بمثابة مرض يتصف بمجموعة من الأعراض والعلامات والدلائل الناجمة عن نقص المناعة الخلوية، مترافق بإيجابية الفحوص والتحليل المخبرية ، دون أن يكون هناك سبب آخر لاضطراب وخلل في المناعة ".

## 6-2- نبذة تاريخية عن ظهور مرض السيدا (الإيدز):

يعود اكتشاف مرض السيدا إلى خريف 1981، حيث شاهد أحد الأطباء من جامعة كاليفورنيا بالولايات المتحدة الأمريكية في غضون أشهر قليلة أربع حالات من التهاب الرئة، ولقد جرى العرف على تسمية هذه الإصابة مرضا معديا انتهازيا، وذلك لشيوعه لدى من ضعفت أجهزتهم المناعية منتهزا فرصة انعدام المقاومة لديهم، مثلما هو الحال بالنسبة لمرضى السرطان الواهينين.

ورغم أن أول وصف موثق لهذا المرض قد ظهر في عام 1981 م، إلا أن العلماء يعتقدون أن الإصابة به قد حصلت قبل ذلك بكثير، نظرا لطول فترة الحضانة التي تمتد إلى عدة سنوات قبل ظهور المرض.

ويمكن تلخيص تاريخ ظهور المرض فيما يلي:

### في عام 1981:

تم تشخيص واكتشاف أول حالة مرضية، وذلك على يد الدكتور مايكل جوتليب في لوس أنجلوس بأمريكا الشمالية بين الشواذ الذكور.

### في نهاية عام 1981:

تم نشر أول معلومات وبائية عن السيدا والتي أشارت إلى أن هذا المرض مرض معدي ينتقل بالاتصالات الجنسية وعن طريق الدم.

### في عام 1982:

- قام المركز الأمريكي للوقاية من الأمراض بوضع وصف لحالة المرض.
- جرى استقصاء حول المرض في كل من أمريكا وأوروبا.
- تبين أن المرض ينتقل عن طريق الحقن الإبري لدى مدمني المخدرات كما ينتقل من الأم لجنينها.

### في ماي 1983:

تمت أول عملية وصف لفيروس السيدا وأطلق عليها اسم (LAV)<sup>1</sup> وذلك في معمل باستور في باريس بقيادة البروفيسور مونتانيير وفريقه وأطلقوا عليه اسم (LAV). كما تم عزل فيروس السيدا في الولايات المتحدة الأمريكية بواسطة الدكتور روبرت غالو وفريقه وأطلقوا عليه اسم (HTLV3)<sup>2</sup>. ونسب الفريق إلى نفسه حق اكتشاف فيروس السيدا.

### في نهاية عام 1984:

تم إلغاء الأسماء (HTLV3) و (LAV) وقامت لجنة التسمية العالمية باستبدالها باسم (HIV)

### Human Immune Deficiency Virus

أو فيروس نقص المناعة البشري، وذلك لإرضاء طرفي الصراع العلمي حول أحقية اكتشاف فيروس السيدا.

### وفي عام 1985 :

تم تطوير أجهزة مخبرية لأغراض المسح الوبائي لأول مرة في مجال مكافحة السيدا. كما سجلت أول حالة للسيدا بالجزائر

### وفي أوت 1985:

كانت بداية الفحص الدوري والمنتظم للدم المنقول ومشتقاته حيث تم إجراء مسح لكل عينات الدم في فرنسا.

### وفي مارس 1986:

تم اكتشاف فيروس السيدا رقم (2) وذلك من قبل البروفيسور الفرنسي لوك مونتانيير (MONTAGNIER L. 1994) وفريقه من معهد باستور بالتعاون مع الباحثين والأطباء في مستشفى كلود برنار في باريس وإيفانس يونيس (لشبوننة).

### وفي نهاية 1989:

بداية المعالجات السريرية للمصابين الذين يستخدمون بعض الأدوية المضادة لهذا الفيروس وهي (AZT) و (DDT) التي يرجى فيها العلاج من الإيدز والتي أظهرت أنها تقوي جهاز

<sup>1</sup> - Lymphadenopathy Associated Virus

<sup>2</sup> - Human T- Lymphotropic Virus Type III

المناعة من جهة، وتمنع تكاثر فيروس الإيدز من جهة ثانية، ومع ظهور أدوية الكوكبتيل الثلاثية والأدوية المضادة للفيروسات الحديثة في منتصف التسعينات وحتى يومنا هذا ظهرت بشائر الأمل لكثير من مرضى الإيدز في تأخير ظهور أعراضه.

**في نهاية 1995:**

نهاية البرنامج العالمي لمكافحة السيدا (GPA) حيث قامت منظمة الصحة العالمية بقيادة معركة السيدا في العالم منفردة.

**وفي عام 1996:**

بداية برنامج الأمم المتحدة لمكافحة السيدا (ONU/SIDA) الساري لحد الآن. (GRMIK M. 2005)

**في عام 2008:**

ظهر ما يسمى بـ **عميل برلين** وهو أول شخص يشفى تلقائيا من السيدا، والبحوث جارية للإستفادة من تجربته وإيجاد علاج قد يمكن تعميمه على كل المرضى.

### **6-3- معطيات إحصائية:**

صنفت منظمة الصحة العالمية مرض السيدا وباءا <sup>1</sup>عالميا منذ عام 2002، بينما تذكر الإحصائيات الأخيرة رقم: 33,2 مليون شخص حامل للفيروس، و 2,1 مليون شخص متوفى بسببه وهو ما يشير إلى وفاة 25 مليون شخص بالسيدا منذ اكتشافه في سنة 1981.

على المستوى المحلي، يذكر معهد باستور بالجزائر العاصمة رقم 6615 حامل للفيروس، منهم 1234 حالة سيدا بالجزائر، وبالتالي 5381 حالة مسجلة منذ 1985 سنة اكتشاف أول حالة في الجزائر. (<http://www.actusante.info/2012/>)

غير أن البروفيسور **صنهاجي** (وهو باحث عالمي في مجال السيدا بمدينة ليون-فرنسا) يعتبر هذه الأرقام لا تعكس الواقع ويقدر المصابين بالفيروس في الجزائر بـ 30 ألف.

( <http://www.liberte-algerie.com/actualite/>;

<http://www.lexpressiondz.com/actualite/164860>)

### **6-4 - الجهاز المناعي للجسم البشري:**

#### **6-4-1- تعريف الجهاز المناعي:**

<sup>1</sup> - une pandémie mondiale.

يقصد بالجهاز المناعي جميع الأعضاء والغدد والخلايا التي تتصدى وتقاوم الأجسام الغريبة التي تغزو جسم الإنسان ولذا تسمى بوسائل الدفاع الطبيعية للجسم أو أجهزة المناعة الذاتية، وكذلك الجهاز المناعي للجسم. (فتحي دردار، 2000، ص9)

يتألف الجهاز المناعي من أعضاء و خلايا و بروتينات وأجسام مضادة للميكروبات، ويعمل من خلال الكريات البيضاء المتواجدة بشكل دائم في الأعضاء اللمفاوية.

#### 6-4-2- وظيفة الجهاز المناعي:

يقوم الجسم بالدفاع عن نفسه ضد الجراثيم المكونة من الفيروسات والبكتيريا والفطريات والطفيليات عن طريق جهازه المناعي، ولهذا الجهاز دور آخر إذ يمنع تكون السرطانات انطلاقاً من الخلايا الخبيثة التي يمكن أن تنشأ في الجسم، حيث يعمل هذا الأخير عن طريق أنواع معينة من كريات الدم البيضاء أي اللمفاويات التي تجول في أنحاء الجسم المختلفة. وتوجد فصيلتان كبيرتان من اللمفاويات (اللمفاويات T واللمفاويات B) تعمل كل منها بطرق مختلفة، وثمة نوع من اللمفاويات T التي تعرف باللمفاويات T4 والتي تؤدي دوراً بالغ الأهمية في الدفاع عن الجسم. (فتحي دردار، 2000، ص21، 22)

#### 6-4-3- كيف يدمر الإيدز جهاز المناعة:

عندما تغزو الجرثومة جسم الإنسان يتم التعرف عليها من قبل اللمفاويات T4، التي تهاجمها بمعية اللمفاويات T و B، فتهاجم اللمفاويات T الجرثومة مباشرة أما اللمفاويات B فتهاجمها عن طريق الأجسام الضدية، فهذه الأجسام تميز الجرثومة، ووجودها في جسم الإنسان يدل على أن تلك الجرثومة موجودة فيه أيضاً.

يهاجم فيروس الإيدز مركز قيادة الجهاز المناعي أي اللمفاويات T4، ويشل الدفاعات قبل أن تتأهب وتنظم نفسها لمهاجمته، مما يجعل الجسم عرضة لمختلف الأمراض والسرطانات.

#### 6-5- فيروس الإيدز (السيدا):

#### 6-5-1- تعريف فيروس السيدا (VIH):

هو فيروس من فصيلة الفيروسات القهقرية Rétrovirus وهو صغير جداً (1/1000ملم) لا يستطيع أن يعيش ويتكاثر إلا داخل خلايا جسم الإنسان. يغلف الفيروس غلاف خارجي يتألف من بروتينات خاصة به، وأهمها البروتين GP120 الذي بواسطته يتعلق الفيروس بخلية الإنسان ليدخل إليها، ولقد تم التعرف إلى ثلاثة أنواع من الفيروس وهي HIV0 و HIV1 و HIV2، ومع أن HIV1 هو الأكثر انتشاراً عالمياً، إلا أن كلاهما يتسببان في المرض والأعراض نفسها، لكن الأشخاص الذين يصابون بـ HIV2 يعيشون مدة أطول من الأشخاص الذين يصابون بـ HIV1.

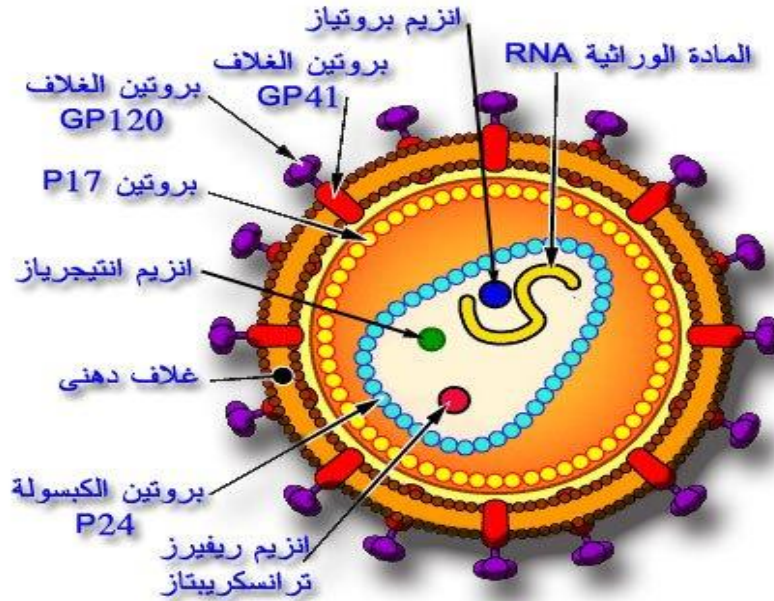
يقوم فيروس السيدا بتعطيم جهاز المناعة مما يجعله عرضة للإصابة بجميع الأمراض التي تؤدي إلى الضعف والوهن، فالموت البطيء لا يمكن الهروب منه بسبب مضاعفات الفيروس.

### 6-5-2- تركيب فيروس السيدا:

يمكن توضيح تركيب فيروس الإيدز كما يظهر تحت المجهر (الميكروسكوب الإلكتروني) مكبرا مئات الآلاف قدر حجمه الأصلي كالتالي:

أ- اللّب: يحتوي اللّب على المادة الوراثية، وهي الحمض النووي الريبي (RNA)، تحيط به أنواع من البروتينات: بروتين 24 (P24) وبروتين 18 (P18)، ويحتوي هذا القسم من الفيروس على مستضادين يستطيعان الحث على تفاعل المناعة عند المصاب.

ب- الغلاف: يحيط باللّب ويسمى كذلك بالمحفظة، ويحتوي على بروتينات سكرية وهي نوعان: بروتينات سكرية 41، وبروتينات سكرية 120، وهذه الأخيرة مغروسة في طبقة من الدسم، وقد تبين أن البروتينات السكرية يمكن أن تعتبر كمستضد، ولهذا يوجد في غلاف الفيروس نوعان من المستضدات يمكن أن تحرض الاستجابة المناعية وتكوين الأضداد ويشار لهما بـ P120 ، P41.



## فيروس الإيدز

### 6-5-3- خصائص الفيروس:

لفيروس السيدا خصائصه المميزة التي تختلف في حالة وجوده خارج أو داخل الخلايا الحية، ويمكن بيان ذلك على النحو التالي:

### \* خارج الخلايا الحية:

فيروس هش، سهل التحطيم أو الهلاك إما بالحرارة (حيث يتحطم إذا تعرض لدرجة 56° مئوية لمدة 30 دقيقة)، أو بعوامل بيئية أخرى، أو المطهرات مثل الكحول 70% والفينول 5% والفورمالين 3% وهيبوكلوريت الصوديوم 300 جزء/ مليون، والتي تعتبر من العوامل المؤثرة في عملية إبطال مفعول الفيروس لإحداث العدوى بالمرض.

### \* داخل الخلايا الحية:

يتبدل حال الفيروس، فيبدو كاسحا أو كمارد جبّار لا يستطيع أن يقف أمامه حاجز، حيث يتكاثر بسرعة مذهلة إلى أن يقضي عليها ويدمرها تماما، ولذا يفقد T4 Lymphocytes (عدده إلى كمّ هائل حيث يبدأ في مهاجمة الخلايا للمفاوية T4 ) فيفقد الجسم مناعته الطبيعية ويصبح هزيلا عاجزا حتى تنقض عليه الجراثيم الانتهازية فتصيبه بالأمراض الفتاكة. ومن خصائص هذا الفيروس أيضا أنّه متقلّب ومخادع ويغيّر مظهره دائما، لذا يصعب على جهاز المناعة القضاء عليه بكفاءة.

### 6-5-4- كيفية تكاثر الفيروس:

عندما يدخل الفيروس جسم الإنسان يمر مباشرة إلى الدم بحثا عن خليته المفضلة بحيث يبدأ الاتصال الغشائي بين الفيروس والخلية تمهيدا للدخول النهائي للفيروس ، ثم يمر إلى نواة الخلية المصابة ويسيطر عليها ويستحوذ على نظامها لصالحه كما يتغذى على حساب غذائها وبالتالي يتجدد ويتكاثر إلى آلاف الفيروسات، وعندما يحين وقت خروج الفيروس يتمزق الغشاء الهولي للخلية وتخرج الفيروسات الجديدة إلى الخارج ثم تتكاثر الدورة الفيروسيّة بانتقال العدوى إلى خلايا ثنائية T4 وينجر عن ذلك تلف معظم الخلايا وبذلك يصاب جهاز المناعة كليا وهذا ما نسميه من الناحية الاصطلاحية بفقدان المناعة المكتسبة . ويقول الباحث الأمريكي هسلتاين من جامعة هارفارد الأمريكية : " إن لفيروس السيدا القدرة العظيمة على التكاثر تعادل نحو ألف مرة القدرة التي تميز الفيروسات الأخرى".

واكتشف الدكتور جون سال أن 1 ملم من الدم يحتوي على نحو 100.000 وحدة فيروسية فعالة، وبكل وحدة فيروسية القدرة على إصابة الشخص بالمرض مع توفر الشروط.

### 6-5-5- الفرق بين المصاب بفيروس السيدا والمريض به (السيدا):

إن الشخص المصاب بفيروس السيدا هو شخص حامل للفيروس وليس مريضا به إذ لا تظهر عليه أي أعراض مرضية وهو في هذه الحالة يمر بفترة حضانة وهي الفترة الممتدة ما بين دخول الفيروس إلى الجسم (انتقال العدوى) إلى بداية ظهور الأعراض المرضية وتتراوح ما بين



6 أشهر إلى 15 سنة ، فقد يبدو الشخص الحامل للفيروس بحالة جيدة في حين بإمكانه نقل العدوى لغيره، لذا فهو يعتبر أشد خطرا من مريض السيدا.

أما مريض السيدا فهو الشخص الذي وصل إلى آخر مرحلة من مراحل هذا المرض والتي تتميز بانخفاض قدرة الجهاز المناعي على مجابهة الأمراض والجراثيم المختلفة ، فهو شخص مصاب قد ظهرت عليه أعراض وعلامات هذا المرض ، وهذا يعني أن كل مريض إيدز مصاب بالفيروس ولكن العكس غير صحيح.

### **6-6- طرق انتقال مرض السيدا:**

رغم أن السيدا من الأمراض المعدية إلا أن الإصابة به ليست أمرا سهلا كما يتراءى للبعض فهو لا ينتقل عن طريق الطعام أو الشراب أو الهواء أو المصافحة...الخ، ولكن هناك طرق معينة ينتقل بها هذا الفيروس ، فهو يتركز في بعض سوائل الجسم التي يتم عن طريقها انتقال العدوى من شخص مصاب إلى شخص سليم ، ويمكننا حصرها فيما يلي:

#### **1-6-6- السائل المنوي:**

إن السائل المنوي لمريض السيدا مليء جدا بهذا الفيروس، حيث يحتوي الميليلتر الواحد منه على ما يزيد عن مليون وحدة فيروسية ، فإذا وصلت أي كمية منه إلى شخص آخر فإنه يصبح فريسة سهلة له ، كما أن وصول فيروس واحد منه إلى دمه كفيلا أن يسبب له الإصابة به، ويتم انتقال السائل المنوي من شخص إلى آخر بإحدى مختلف طرق الاتصال الجنسي العادي منها والشاذ.

#### **2-6-6- الحقن الوريدية الملوثة:**

وهذه الحقن إما تستعمل قصدا نتيجة الإدمان، أو جهلا نتيجة الإهمال وتحصل الإصابة من خلالها بإحدى الوسائل التالية:

أ- الإدمان على المخدرات بواسطة الحقن

ب- استعمال الحقن الوريدية الملوثة

#### **3-6-6- سوائل الجسم الأخرى:**

أ- **الدم:** حيث يلعب دورا هاما في انتقال العدوى، إذا أخذ من أحد حاملي فيروس السيدا واستعمل في عملية نقل الدم أثناء العمليات الجراحية أو حالات الأنيميا.

ب- **مشتقات الدم:** مثل العامل الثامن الذي يعطى لمرضى النزف الوراثي (الهيموفيليا) والذي يساعد على تجلط الدم ومنع النزيف، وتعتبر طائفة مرضى الهيموفيليا من أكبر الطوائف التي تتعرض للإصابة بمرض السيدا، حيث أن عناصر الدم التي يحتاجونها يتم تجميعها من آلاف المتبرعين وهذا ما يزيد فرص إصابتهم بهذا المرض، علما أن مركز مراقبة الأوبئة في

أمريكا أعلن عن 60 - 80 % من مرضى الهيموفيليا قد أصيبوا بفيروس السيدا. (عبد الحميد قضاة، 1996، ص19)

ج- حليب الأم المصابة: إذا كانت الأم مصابة بالفيروس، وحملت وأصبحت مرضعا فإن الفيروس ينتقل إلى الطفل بواسطة الحليب أثناء الرضاعة. كما يمكن للأم المصابة أن تنتقل العدوى إلى جنينها أثناء الحمل أو الولادة عن طريق المشيمة التي تنقله عبر الدم ، ويتم الانتقال بنسبة 10-40%.

بالإضافة إلى هذه الطرق هناك بعض العوامل الأخرى يمكن أن ينتقل فيروس السيدا بواسطتها ألا وهي:

- استعمال بعض الأدوات الخاصة بالمرضى: كفرشاة الأسنان وأدوات الحلاقة.
- أدوات الوشم: ويمكن لهذه الأخيرة أن تنقل الفيروس إذا استعملت لأكثر من فرد دون تعقيم.
- الأدوات الجراحية الملوثة: رغم ندرة حدوثها في الجراحة إلا أنها اكتسبت أهمية خاصة بعد التقرير الذي ظهر في الولايات المتحدة الأمريكية عام 1991، ومفادها أن أحد أطباء الأسنان الأمريكيين كان سببا في نقل الإيدز إلى ثلاثة من مرضاه أثناء العمل. (عبد الحميد قضاة، 1996، ص24)

- لا ينتقل فيروس نقص المناعة المكتسبة عن طريق:
- العلاقات الاجتماعية مع الشخص المصاب.
- المصافحة، الملامسة، المعانقة، التقبيل....الخ.
- مشاركة مريض السيدا أدوات الأكل والشرب.
- استعمال فراش المريض أو الجلوس معه.
- دورات المياه وحمامات السباحة.
- الدموع والعرق واللّعاب.
- الحشرات (كالدباب، البعوض، البراغيث، البق....الخ).

## 6-7- مراحل مرض السيدا:

لقد بذلت محاولات عدّة لتتبع مسار العدوى بفيروس السيدا وتحديد مراحل السريرية (العيادية)، إلا أنّ صعوبات جمّة حالت دون ذلك، فبعد انتقال العدوى قد تظهر على المصاب أعراض بسيطة أو قد لا تكون هناك أية أعراض على الإطلاق، وتكمن الصعوبة في تحديد تاريخ العدوى وفترة الحضانة لدى كل شخص، وهذه الأخيرة هي الفترة التي تظهر فيها أعراض الإيدز بصورة واضحة. فبعد مرور فترات زمنية متفاوتة قد ينتقل المصاب بالسيدا من المرحلة

الأولى إلى المرحلة الثانية والتي من بين أعراضها الأساسية تضخم الغدد اللمفاوية ليصل بعد ذلك المريض إلى آخر مرحلة من مراحل السيدا ألا وهي مرحلة المرض. وللتعرف أكثر على هذه المراحل قمنا بتفصيلها فيما يلي:

### 6-7-1- المرحلة الأولى:

- **مرحلة الأعراض المستترة Séropositif** : وتتميز هذه المرحلة بإصابة الشخص بالمرض دون أن يبدو عليه ذلك (يبدو وكأنه سليم) في حين يقوم الفيروس بغزو الجسم دون أن تظهر عليه أية أعراض مرضية، فهي تبقى مستترة، باستثناء بعض الأعراض الخفيفة التي لا تتبأ بالخطر كارتفاع بسيط في درجة الحرارة، آلام في العضلات، أوجاع خفيفة في الرأس ، وهي أعراض مشابهة لأعراض الانفلونزا أو الزكام ثم تختفي هذه الأعراض بعد فترة زمنية قصيرة ليواصل المصاب حياته دون أن يشعر بالمرض وذلك لعدة سنوات، وبهذا يكون المصاب ناقلاً خطراً لهذا الداء فيقوم بنشره في المجتمع دون أن يشعر به أحد.

### 6-7-2- المرحلة الثانية:

- **مرحلة التغيرات في جهاز المناعة وبدء الأعراض المتعلقة بالسيدا Para Sida** : حيث تبدأ أعراض المرض بالظهور لدى الشخص المصاب بالسيدا بعد فترة زمنية تمتد ما بين 6 أشهر إلى عدة سنوات من تاريخ إصابته ، وهي أعراض مشابهة لأعراض أمراض أخرى كالسرطان مثلاً. ويصاحب ذلك انهيار عام للجسم بسبب فقدان المواد المغذية الأساسية وعدم القدرة على المقاومة فيفقد المصاب شهيته للطعام ويصاب بإسهال مزمن يدوم عادة أكثر من شهر ، مما يجعل المصاب هزيل الجسم ، متعباً ، منهكاً لا يستطيع الحراك إلا بصعوبة ، كما يظهر على جلده طفح وتقرحات وتجتاح فمه وسقف حلقه ولسانه آفات جلدية ناتجة عن غزو الفيروسات والفطريات، ويمكن للطبيب أن يشخص مرض السيدا عند ظهور عرضين أو أكثر من الأعراض الرئيسية وعرض واحد على الأقل من الأعراض الثانوية.

#### \* الأعراض الرئيسية:

- نقص في الوزن بنسبة تتجاوز 10% من وزن الجسم.
- فقدان الشهية.
- ارتفاع في درجة حرارة الجسم وتعرق ليلي لأكثر من شهر.
- اسهال مزمن ومستديم.
- سعال يدوم أكثر من شهر.

#### \* الأعراض الثانوية:

- شعور مستمر بالتعب والإرهاق العام.
- تضخم وانتفاخ الغدد اللمفاوية في جميع أنحاء الجسم.

- التهاب فطري في الفم، اللسان، وسقف الحلق.
- طفح جلدي وتقرحات.
- ظهور القوباء الفيروسية ( الهريس Herbes ) حول مدخل الفم والشرح.

### 6-7-3- المرحلة الثالثة:

- **مرحلة المرض Etat de sida** : وتمثل أسوأ مراحل العدوى وتسمى بمرحلة الأعراض السريرية الواضحة الخاصة بالسيدا أو مرحلة الالتهابات الجرثومية. في هذه المرحلة يصل المصاب إلى مرحلة الخطر الأخيرة التي يكون فيها محتضر (مرحلة ما قبل الموت) وتتميز هذه المرحلة بالانهيار الكامل لجهاز المناعة المكتسبة، وانهيار جسم المريض حيث يتعرض لهجمات مجموعة من الأمراض والالتهابات التي يتميز بها وباء الإيدز بشكل خاص عن غيره من الأمراض، وتصيب الالتهابات الجرثومية تقريبا كل مريض من مرضى السيدا، كما أن الأكثرية الساحقة منهم يصابون بأكثر من التهاب جرثومي واحد، والتي غالبا ما تؤدي بحياتهم وذلك إما لفقدان الدواء الفعال ضد الجرثومة وإما الالتهابات تستعصي على المضادات الحيوية المتوفرة التي توصل إليها الطب الحديث.

(<http://www.unaids.org>,

<http://www.abbott.fr/pathologie/Qu'estcequeleSIDA.htm>

&: BOUNAN M. 2004)



## 6-8- أعراض مرض الإيدز:

تبدو خطورة مرض السيدا الحقيقية في طول فترة الحضانة (حمل الفيروس)، هذه الأخيرة التي تبدأ منذ الإصابة بالعدوى إلى حين ظهور أعراض المرض حيث تتراوح بين عام وعشرة أعوام وهي فترة طويلة جدا مقارنة بغيرها من الأمراض الأخرى.

وخلال فترة الحضانة يكون فيروس السيدا داخل الجسم دون أن يشكو المريض من أية أعراض على الإطلاق (كما سبق وأشرنا إليه)، ويعيش حرا طليقا حاملا للمرض سنين طويلة بالإضافة إلى كونه قادرا على نقل العدوى للآخرين، من خلال الاتصال الجنسي أو بأية طريقة أخرى، ثم تظهر أعراض السيدا بانتهاء فترة الحضانة. كما يلي:

- نقص في الوزن بنسبة 10% .
- احساس دائم بالتعب والإرهاق.
- ارتفاع في درجة الحرارة مع تعرق ليلي.
- اختناق في الأنف والقصبه الهوائية.
- سعال جاف مصحوب بارتفاع في درجة الحرارة وإحساس بضيق في التنفس فيظن المريض أنه قد أصيب بأنفلونزا عادية.
- فقدان الشهية.
- آلام في البطن.
- اسهال شديد ومزمن.
- آلام في المفاصل.
- عدم التوافق في الحركة مع ضعف في حركات اليدين والساقين.
- تضخم الغدد اللمفاوية في أماكن متفرقة من الجسم مثل: تحت الأذن أو العنق أو الإبطين....الخ.
- عدم القدرة على التركيز مع نقص في الإدراك والوعي.
- ظهور بعض البثرات على الجلد.
- ظهور بقع بيضاء في الفم سميكة نوعا ما وتظهر على كل أجزاء الفم من الداخل.
- ظهور أورام حمراء داكنة في أماكن مختلفة من الجسم.
- ظهور بعض الأورام السرطانية.
- كثرة النسيان.
- الضعف الجنسي.
- التهاب الرئة الكيسي.

- سرطان كابوسي وهريس.

- ظهور بعض البقع القطنية على العين أو التهابات بالشبكية قد تؤدي إلى العمى.

ومع ظهور هذه الأعراض يلجأ المريض إلى وسائل العلاج الروتينية التي تتخذ في مثل هذه الحالات ، ولا يستجيب لها الجسم ، ومن ثم يدخل مراحل التدهور السريعة ، لعدم وجود المناعة الكافية لديه لمواجهة فيروس المرض.

## 6-9 - التشخيص:

إن تشخيص الإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسبة يعتمد أساساً على فحص الدم للكشف عن وجود الأجسام المضادة للفيروس في جسم المصاب. ففي حالة ظهور الأعراض الإكلينيكية على المصاب يتم تحديد مرحلة المرض من خلال النظام الذي وضعته منظمة الصحة العالمية لهذا الغرض: حيث يقوم هذا النظام بتحديد أربع مراحل بناءً على الأعراض والعلامات الإكلينيكية والأمراض المصاحبة والقدرة على الحركة والنشاط، ويتم تصنيف المرض في أقصى المراحل تقدماً باستخدام هذه المعايير، ويمكن للمريض أن يتدرج بين مراحل المرض بالتسلسل من الأدنى إلى الأعلى فقط.

### 6-9-1 - أنواع اختبارات الكشف عن فيروس نقص المناعة المكتسبة:

هناك نوعان أساسيان من اختبارات فيروس نقص المناعة المكتسبة:

أ- اختبارات الأجسام المضادة: مثل فحص إليزا (ELISA) ، الاختبار السريع (Test rapide)، اختبارات اللعاب والبول واختبار البقعة الغربية.

ب- اختبارات الفيروس: مثل اختبار مولدة مضادات فيروس نقص المناعة البشري، واختبار (PCR) ومزرعة الفيروس.

### أ- اختبارات الأجسام المضادة:

هذا النوع من الاختبارات يكشف عن الأجسام المضادة لفيروس نقص المناعة البشري ولا يكشف عن وجود الفيروس نفسه، فعندما يغزو فيروس نقص المناعة البشري الجسم يدخل في CD4 اللمفاوية، وهي إحدى فئات كريات الدم البيضاء، فيرد جهاز المناعة على هذا الغزو بإنتاج الأجسام المضادة لمحاربة العدوى، وتعتمد اختبارات الأجسام المضادة على الكشف عن وجود هذه الأجسام كدليل على وجود فيروس نقص المناعة البشري. وأكثر اختبارات الأجسام المضادة شيوعاً هي اختبار ELISA واختبار Rapide Test أما اختبار Western Blot فهو أقل شيوعاً ويتم استخدامه في الدول الصناعية للتأكد من نتيجة اختبار سابق، فهو الأقدر على تشخيص حالة الإصابة عن غيره من الاختبارات إلا أنه أكثر تكلفة.

### ب- الاختبارات الفيروسية:

تختلف الاختبارات الفيروسيّة عن اختبارات الأجسام المضادة كونها تكشف عن وجود فيروس نقص المناعة البشري مباشرة، ولا تبحث عن الأجسام المضادة التي ينتجها الجسم لمقاومته وهناك ثلاثة أنواع من الاختبارات الفيروسيّة:

\* اختبارات مولد الأجسام المضادة الفيروسي والذي يعرف أيضا باختبار P24 Antigen .  
\* اختبارات الأحماض النووية: وهي اختبارات متخصصة تبحث عن أجزاء محددة من المواد الوراثية الفيروسيّة التي تتبثق من الفيروس أثناء تكاثره في شكل أحماض نووية يمكن التعرف عليها، ومن هذا النوع من الاختبارات اختبار PCR.  
\* مزرعة الفيروس.

ومن النادر استخدام الاختبارات الفيروسيّة في الدول النامية لتشخيص الإصابة بالفيروس فهي اختبارات مكلفة وتحتاج إلى معامل عالية التطور.

#### 6-9-2- نتائج التشخيص المخبري للمصاب بمرض السيدا:

- فقر الدم.
- وجود مادة انترفيرون في الدم.
- ارتفاع في الانزيمات الهاضمة.
- زيادة نشاط الخلايا للمفاوية.
- انخفاض في عدد الخلايا البيضاء في الدم.
- انخفاض شديد في الاستجابة للفحص الجلدي.
- انخفاض في عدد الكريات البيضاء عن معدلها الطبيعي.
- انخفاض في القدرة الدماغية ضد الأجسام الدقيقة الغريبة.
- انخفاض عدد الخلايا التائية T4 بالنسبة لبقية الخلايا للمفاوية.
- انخفاض عدد الخلايا التائية T4 عن معدلها الطبيعي (أقل من 200 خلية في 1 ميكرو لتر).
- قلة الأجسام المضادة للجسم الغريب (فيروس السيدا ) المسمى T24 .
- ارتفاع هائل في ميكروغلوبولين الدم (أكثر من 5 مليغرام في اللتر). (فتحي دردار، 2000، ص75)

#### 6-10- الوقاية والعلاج:

##### 6-10-1- الوقاية:

" درهم وقاية خير من قنطار علاج " قول قديم تزداد قيمته مع مرور الزمن، وتؤمن به النظريات الطبية الحديثة أكثر من أي وقت مضى، ورغم أن العلم قد نجح في إيجاد الطرق

الميسرة لتشخيص المرض إلا أن فائدة ذلك تبقى قليلة مادام قاصرا عن إيجاد علاج ناجح لهذا الفيروس، لذا لا يتوفر إلى الآن إلا بعض الإجراءات الوقائية للتخفيف من انتشاره قدر الإمكان. و كما مر بنا فإن المصابين بهذا الفيروس يقعون في مجموعتين رئيسيتين:

أ- المرضى الذين ظهرت عليهم علامات المرض.  
ب- حاملي فيروس السيدا: وبما أن حاملي الفيروس أخطر على المجتمع من المرضى وكون كل منهما معدي للغير فلا بد من التعامل حسب الإرشادات المتبعة دوليا ألا وهي:

- فحص كل وحدة دم قبل نقلها لأي مريض، للتأكد من خلوها من الفيروس.
- عدم استعمال أي من مشتقات الدم، خاصة العامل الثامن المستعمل لمرضى النزف الوراثي (الهيموفيليا) إلا إذا ثبت خلوها من الفيروس.
- منع أي مصاب من التبرع لغيره بأي من أعضائه أو دمه مهما كان السبب.
- تنصح منظمة الصحة العالمية الناس باتباع الطريق الفطري عند قضاء الشهوات الجنسية والابتعاد عن تعدد الشركاء.
- تنصح زوجات المصابين بعدم الحمل، لأنهن وأطفالهن معرضين للإصابة.
- استعمال الكيس الوقائي أثناء الاتصال الجنسي بشخص مصاب بالإيدز.
- عدم استعمال ما يخص المصابين من أدوات كفرشاة الأسنان وموس الحلاقة.... الخ.
- تجنب الملامسة المباشرة للدم أو السوائل الأخرى.
- تضميد الجروح الموجودة على الجسم.
- التخلص من المواد الملوثة بفيروس السيدا عن طريق حرقها.
- يجب على المصاب إبلاغ طبيب الأسنان أو الفريق الطبي عند إجراء أي عملية جراحية بمرضه لأخذ الاحتياطات اللازمة.
- وضع عينات الدم بأنابيب خاصة، وعليها ملصقات ظاهرة تشير بوضوح للسيدا حفاظا على سلامة العاملين بالمختبرات ومنعا لانتشار الفيروس.
- التوعية بعدم الاستخدام المشترك للحقن بين مدمني المخدرات بالوريد.
- استعمال الحقن لمرة واحدة فقط.
- تعقيم الأدوات الجراحية جيدا قبل وبعد الاستعمال.
- اصدار منشورات طبية وتوزيعها مجانا لتوضيح مخاطر المرض وأعراضه وطرق انتقاله.

- القيام بحملات تحسيسية في المدارس لشرح ظهور هذا المرض وكيفية الوقاية منه.
- عرض حصص وبرامج تلفزيونية تتناول أخطار المرض والمضاعفات الناجمة عنه.



- تنظيم لقاءات مع الأطباء والمرضى ونقل وقائعها للمشاهدين .
- التوعية بعدم شرعية وخطورة الشذوذ الجنسي بين الذكور وخصوصا في مراحل الطفولة والشباب، وتوعية الصغار حتى لا يقعوا فريسة في أيدي المعتلين نفسيا ( الشاذين جنسيا ) .

## 6-10-2- العلاج:

على الرغم من المحاولات العديدة لعلاج مرض السيدا، إلا أنه لا يوجد حتى الآن علاج ناجح وفعال لهذا المرض، فهو يمثل تحديا كبيرا للعلماء الذين لم يجدوا له علاجا نهائيا حتى الآن، غير أنهم تمكنوا من اكتشاف أدوية تستطيع إيقاف نمو هذا الفيروس وتؤجل تدمير الجهاز المناعي، ويبدو أن هذه العقاقير تطيل بقاء المريض وتؤخر تطور حالة العدوى بفيروس VIH من المرحلة الخالية من الأعراض إلى مرض السيدا بكامل شدته وقسوته.

و يمكننا حصر هذه العلاجات فيما يلي:

أ- علاج الانتانات الانتهازية: وتنقسم هذه الأخيرة من حيث توفر العلاج لها إلى نوعين، فمنها ما له علاج معروف، ولكنه يحتاج إلى مدة طويلة، يعاني المريض أثناءها آلاما حادة ومضاعفات جانبية أكثر إيلا ما حتى أن المريض يرفض أحيانا أخذ الحقن من شدة ألمها ومضاعفاتها، ومع ذلك لا تقوم هذه العلاجات بدورها المطلوب لغياب مساعدة جهاز المناعة عند المصاب. أما النوع الآخر منها فلا علاج له إلى الآن مثل الالتهابات التي يسببها طفيل (كربتوسبورديم)، والذي يسبب إسهالات شديدة للمريض.

ب- علاج سرطانات الجلد والأنسجة الضامة: (Kaposi Sarcoma) يمكن أن تعالج الأطوار الأولى لهذا السرطان جراحيا أو بواسطة الأشعة، أما الأطوار المتقدمة منه فلها علاجات أخرى، ولكن لها أضرار جانبية كبيرة، حيث تزيد من تلف جهاز المناعة عند المريض، وبالتالي تزداد فرصة الإيدز، والانتانات الانتهازية الأخرى، وأفضل هذه العلاجات إلى الآن وأقلها ضررا. هو ما يسمى (انترفيرون) (Interféron) ، إلا أنها مكلفة جدا. ( عبد الحميد قضاة-الإيدز حقائق وأرقام-2000-ص41).

ج- محاولة علاج فقدان المناعة: إن وجود فيروس السيدا داخل الخلايا للمفاوية المنشطة يؤدي بها إلى التلف، إذ لا يوجد للآن علاج يعيد بناء جهاز المناعة التالف، إلا أن المحاولات لازالت جارية بشكل حثيث لإيجاد علاج لذلك ومع أن الأمل ضعيف، إلا أن العلماء يعلقون بعض الآمال على مادة (انترفيرون) ومادة ( انترليوكن ) المنشطة للخلايا للمفاوية، وبعض الهرمونات وكذلك استخدام طريقة الحماية السلبية، وذلك بحقن

المريض بأجسام مضادة جاهزة الصنع، وهي مازالت قيد البحث وإن نجحت فإن فعاليتها ليست طويلة.

د- محاولة منع فيروس الإيدز من التكاثر داخل الخلية: ربما تؤثر بعض الأدوية على فيروس السيدا، بأن تمنع تكاثره داخل الجسم، ولكنها لا تستطيع اصلاح ما تلف من خلايا جهاز المناعة، وقد ثبت أن الفيروس يستعيد نشاطه، ويكمل مشواره حال زوال أثر العلاج، وقد جربت عليه مواد كثيرة في المختبر - خارج جسم المريض - وكان لها فعالية جيدة عليه. غير أن لها مضاعفات جانبية على المريض.

وتجري الآن عدة تجارب في الولايات المتحدة الأمريكية وبريطانيا ودول أوروبية أخرى على علاج اسمه (AZT) وقد ثبت أنه يساعد على تخفيض إصابة الجنين عند الأم المصابة بالفيروس. ([http://www.abbott.fr/pathologie/Qu'est ce que le SIDA htm](http://www.abbott.fr/pathologie/Qu'est%20ce%20que%20le%20SIDA.htm))

### 6-10-3- الأدوية المستخدمة في علاج مرض الإيدز:

#### أ- العقاقير المستخدمة لإيادة الفيروس:

- عقار السورامين: ويستخدم هذا الدواء للقضاء على بعض الطفيليات وله فعالية كبيرة في الحد من قدرة الفيروس إلا أن له آثار جانبية خطيرة.

- عقار زيدوفيدين: ويختصر إلى (AZT) ويعرف كذلك باسم Retovir لم ينجح في إيادة الفيروس نهائيا، إلا أنه أثبت فعاليته في التقليل من تكاثر الفيروس، كما أنه يوقف عدوى الخلايا الجديدة بالفيروس، وتزداد فعاليته كلما أعطي في مراحل مبكرة من المرض.

- عقار DDI: يستخدم لعلاج مرضى السيدا وحاملي الفيروس، وهو أقل فعالية من عقار (AZT) ولكن استخدامها معا يقلل من جرعة AZT الشديد السمية، ويزيد من احتمالات تكاثر الفيروس، خاصة بعد أن تبين أن الفيروس يغير تباعا من نمطه الجيني ويكتسب مناعة ضد مضادات الفيروسات بسرعة شديدة.

- العلاج الثنائي: وهو مزج عقار AZT مع عقار DDI مما يسمح بإطالة عمر المصاب، واستخدام العقارين معا اعطى نتائج أولية منذ بدء الاستعمال سنة 1995.

- العلاج الثلاثي<sup>1</sup>: اكتشف الطب الصيدلي سنة 1996 عقار الإنتيبيروتاز أو الكريكسبان وقدم للمرضى مع عقاري AZT و DDI مما أدى إلى انخفاض كبير لتكاثر الفيروس، بالإضافة إلى نقص نسبته في الدم، ولكن لا تعرف فعالية هذا العلاج على المدى الطويل.

- عقار الإيموثيل: اكتشف هذا الدواء من طرف مختبرات ميريو الفرنسية وتتمثل ميزته في أنه يحول دون تدمير الخلايا للمفاوية من قبل فيروس السيدا، ويحافظ على بقاءها في الدم

<sup>1</sup> -Trithérapie.

مما يدعم ويعزز جهاز المناعة لدى المصاب، وهذا يعني الحد من غزو الأمراض الانتهازية والالتهابات العصبية والرئوية والجلدية الفتاكة التي تنشأ في أعقاب زوال الخلايا للمفاوية الخاصة بالمناعة في الدم.

### ب- العقاقير المستخدمة لتقوية وإصلاح الجهاز المناعي:

هناك عدة عقاقير تستخدم لتقوية الجهاز المناعي نذكر منها:

- عقار الانتلوكين2: هذه المادة لها القدرة على تنشيط الخلايا التائية T.
- عقاقير تنشيط رد الفعل المناعي في الجسم: وهي لازالت تحت التجربة ولم تثبت فعاليتها التامة ومنها: عقار أزكسون ، أيسوبرينوسين ، سيميبيدين ، أندومناثين كما تجرى محاولات لزرع نخاع العظم في المريض المصاب بعد نقله من شخص سليم.
- مجموعة المنشطات البيولوجية للمناعة: أو المنشطات الحيوية للمناعة وتشتمل على:

\* ألفاجاما أنترفيرون.

\* لقاح بكتيري مختلط.

\* هرمونات الغدة التيموسية ( تيموسين، تيموبويتين ).

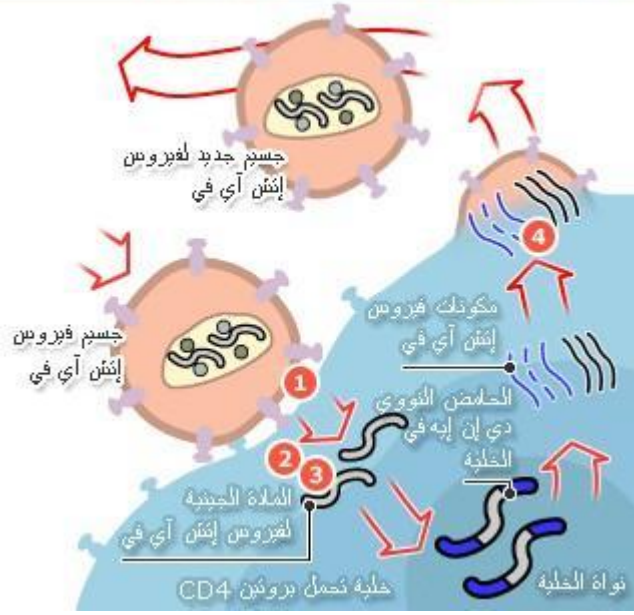
- مضادات الأجسام وحيدة النوعية: لكن التجارب أثبتت أن الأنتروفيرون هو الذي أعطى نتيجة.

### ج- العقاقير المستخدمة لعلاج الأمراض الانتهازية:

- تختلف عقاقير علاج الأمراض الانتهازية حسب نوع الالتهاب المصاحب لمرض الإيدز:
- الالتهاب الرئوي الناتج عن الطفيليات: يستخدم لعلاج نثرايموثوبرم ، سافامينتازول.
- داء المصورات الليفانية (تيكسوبلازما): يمكن القضاء عليها باستخدام نيساتين، أمفتروسين(B).
- داء المستخفيات: يستخدم لعلاج عقار أمفروسين (B) وعقار فلوسيتوسين.
- داء الحلا البسيط والنطاقي: يمكن علاجه بعقار السيكلوفير.
- داء الدرن: يمكن علاجه ب: ريفمبازين ، إيثامبيبتول ، لايسونيازول ويختصر إلى INAH.

وفي الأخير يمكننا القول أنه لا يوجد علاج شافي من هذا المرض حتى الآن، لذا توجهت أنظار العلماء والسلطات الصحية في العالم إلى وضع تعليمات عامة للحد من انتقال المرض، وهم يعلقون عليها آمالا أكثر مما يعلقون على العلاج.

## كيف تعمل الأدوية المضادة لفيروس HIV



### 6-11- جهود الجزائر في مكافحة مرض السيدا:

- ضمان سلامة عملية نقل الدم.
- فحص دم المتبرعين وأعضائهم.
- انشاء المخبر الوطني للفحص وهو فرع من معهد باستور.
- التكفل الطبي والاجتماعي بمرضى السيدا وحاملي الفيروس.
- الفحص المجاني لكل شخص يريد الكشف عن نفسه.
- انشاء لجنة وطنية لمكافحة السيدا التي أوكلت لها مهمة التكفل بحاملي الفيروس والمرضى بالإضافة إلى القيام بالإعلام والتربية والاتصال.
- إنشاء مصلحة مكافحة السيدا على مستوى مديرية الوقاية بإشراف وزارة الصحة.
- إنشاء لجان على مستوى الولايات لمكافحة السيدا.
- منح الاعتماد إلى العديد من الجمعيات التي تنشط في مجال الأمراض المعدية والآفات الاجتماعية.
- التنسيق مع برنامج الأمم المتحدة لمكافحة السيدا وافتتاح مكتب لها بحيدرة ( الجزائر العاصمة).
- انضمام الجزائر إلى برنامج الأمم المتحدة لمكافحة السيدا (ONUSIDA) و التي تضم عدة هيئات (اليونيسيف، اليونيسكو، البنك الدولي).
- تخصيص ميزانية لعلاج مرضى السيدا .

- تنظيم ملتقيات حول المرض ينشطها أطباء ومختصون.
- التوعية الإعلامية حول طرق انتقال الفيروس .
- تنظيم أيام إعلامية في الفترة التي تسبق وتلي اليوم العالمي للسيدا على مستوى البلديات والولايات بالتنسيق مع المستشفيات ومصالح الطب الوقائي.
- القيام بتوعية دينية ينشطها موظفو الشؤون الدينية والأئمة.
- التحسيس اليومي عن طريق وسائل الإعلام المرئية، المكتوبة والمسموعة بخطر هذا المرض وسبل الوقاية منه. (فتحي دردار، 2000، ص113. 114)

## 6-12- المعاش النفسي للمصاب بمرض السيدا:

لم يتجه الاهتمام بالجانب النفسي لمرض السيدا إلا ابتداء من العام 1988 لما توجّهت الهيئات البحثية بطلبات للقيام ببحوث علمية في هذا المجال، مع أنّ "مأساة" السيدا لا يمكن تجاهلها بما أنها مرتبطة بالوفاة ونهاية الحياة بشكل مأساوي.

الشيء الأكيد هو أنّ مظهرا من مظاهر النقلة المضادة لدى العامة من الناس كان جلبا وذلك بتبني مشاعر متباينة: إيجابية تجاه ضحايا كالأطفال ومرضى الهيموفيليا، وسلبية تجاه "المنحرفين" كالشواذ جنسيا والمدمنين؛ فخاصية مرض السيدا (عكس الأمراض الأخرى) أنّه يبيّن أسلوب حياة الفرد. هنالك خاصية أخرى وهي ارتباط انتقال العدوى فيه بالإفرازات الجسدية التي تحمل معاني الأمل في الحياة (الدم والمنى)، كما أن المرض يصيب الجانب الحميمي، كما يصيب الصحة الجسدية والنفسية للفرد.

في دراسة لـ Yovtcheva (2003) التي كانت تهدف إلى تحديد الاضطرابات النفسية لدى مرضى السيدا، وشملت 306 مريضا، مرتكزة على دليل DSM IV التشخيصي؛ توصلت إلى النتائج التالية:

- أنّ 38 % من أفراد العينة يعانون من اضطرابات مزاجية.
  - أنّ 30 % منهم يعانون من اضطراب الشخصية
  - أنّ 19% يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة
  - وجود اضطراب القلق لدى 09% منهم
  - وجود اضطرابات ذهانية لدى 17% منهم
- فإنّ المعاناة النفسية أكيدة وتتطلب تكفلا نفسيا خاصا، وتتأتى هذه المعاناة من عدة معطيات عيادية والتي هي:

**القلق** الذي يبدأ منذ إخبار العميل بإصابته، ويدوم أسابيع وربما أكثر من أسابيع. ترتبط درجته بالطريقة التي تلقى بها الخبر وكذا الظروف المصاحبة. بهدف الإعلان للمريض عن إصابته بالسيدا، من الضروري مراعاة ثلاثة جوانب أساسية: (لمن نعلن عن المرض؟ متى نعلن عنه؟ كيف نعلن عنه؟).

من الممكن أن نلاحظ عقب الإعلان لعميل ما عن إصابته بالسيدا الاستجابات التالية: من المظاهر الممكن توقعها كاستجابة لتلقي خبر الإصابة بالسيدا: الهلع<sup>1</sup>، نوبات قلق وحصر أو هيجان<sup>2</sup>، الإكتئاب، الإنطواء (BOTTERO A. et coll., 1992, p.279)..

وفي حالات قليلة: الانتحار. من الممكن أن يتربص مريض السيدا ظهور الأعراض وبيالغ في الاستجابة لأقلها خطورة.

يظهر **الشعور بالذنب**<sup>3</sup> لدى كل الحالات، ويكون هذا الشعور بالذنب باطنياً<sup>4</sup> أحياناً، حتى لدى المصابين عن طريق نقل الدم؛ وتظهر عبارات من قبيل: « لماذا أنا بالذات؟ ماذا فعلت من ذنوب لأنال هذه المصيبة؟.....».

يواجه المصابون بالسيدا كذلك **الشعور بالوحدة**<sup>5</sup> إما بسبب السرية وضرورة عدم الإفصاح عن مرضهم أو تحاشي الغير لهم وفقدانهم للمحيطين بهم، وهو ما يزيد من ضرورة المتابعة والتكفل النفسي.

تختل لدى المصاب بالسيدا الكثير من الأمور: صورة الذات، الاستقلالية، الميزانية، احساسه بقيمته، مشاريعه على المدى الطويل.... (HAREL-BIRAUD H., 1995)

نجد أيضاً لدى مريض السيدا التظاهرات النفسية التالية: الإكتئاب، الإنكار، الحصر، وكلها مظاهر لما يسمى بالحداد le Deuil.

وأخيراً لا بدّ من الإشارة إلى قلق الموت (MORHAIN Y., 1995) الذي تتفاوت وتزداد درجته من عميل لآخر وفق عوامل عديدة.

### 6-12-1. سبل التكفل النفسي بمريض السيدا:

إن السبيل الوحيد لحماية مريض السيدا من الوقوع عرضة للمشاكل النفسية الناجمة عن المرض هو وضع خطة تكفل نفسية واضحة تقوم على فكرة مفادها مساعدة المريض على أن يساعد نفسه في حل مشاكله والتخلص من انفعالاته، وعلى العموم فإن أهم الأساليب المعتمدة للوصول إلى تكفل نفسي جيد بمريض السيدا تقوم على استخدام العلاج النفسي، الإسنادي

1 - Panique.

2- Crises d'angoisse et d'agitation anxieuse.

3 - Culpabilité.

4 - culpabilité latente.

5 - la solitude.

والإرشادي في جميع المراحل التي يمر بها المريض، حيث تتمثل أهمية العلاج الإسنادي في حسن اختيار الطريقة التي يتم من خلالها إخبار المريض بمرضه وذلك بمحاولة إفهامه واقع مرضه بأسلوب يبعد عن التخويف، ويعتمد على ضرورة الإقناع والتقبل، لتأتي مرحلة العلاج النفسي التي يخضع فيها المريض للعلاج، وفي هذه المرحلة بالذات يتم إقناع المريض بضرورة التعايش مع المرض من خلال احترامه لمواعيد الفحص الطبي بانتظام والمداومة على الدواء بالإضافة للعلاج النفسي.

## 6-12-2. أهداف التكفل النفسي بمريض السيدا :

يمكننا تحديد جملة من الأهداف المهمة التي تبرز الفائدة من التكفل النفسي بمريض الإيدز الذي يعد من الأمراض الصامتة، والتي يصعب على المريض تقبلها بعد اكتشافها، فالمريض يعيش مرحلة من الحزن بعد الإصابة حتى يتمكن من طي صفحة المعاناة المبدئية، لأنها مرحلة حتمية يمر بها كل المرضى وبالتالي لا يمكن إغفالها لذا يجب العمل على إقناع المريض بضرورة التعايش مع مرضه لأنه من المستحيل أن يتقبله تقبلا تاما، ومن بين الأهداف أيضا تصحيح الأفكار السوداوية الخاطئة اتجاه المرض عن طريق مساعدة المريض على الاعتماد على نفسه والاعتناء بها، بالإضافة إلى تشجيعه على المشاركة في المجتمع بتأدية دوره وملاً الفراغ بممارسة هواية أو نشاط واكتشاف مواهبه وقدراته والتركيز عليها، ومساعدته كذلك على تحديد هدفه مستقبلا والسعي إلى تحقيقه وإقناعه بمخاطر الفراغ المادي والروحي على صحته، و إبعاد فكرة الانتحار عن ذهنه إلى جانب تمكينه من الامتثال للدواء والمتابعة الدورية للفحص الطبي، وكل هذا يمكن من الوصول إلى أسمى هدف وهو النجاح في تمكين المريض من تجاوز أزمته وحته على مساعدة غيره من المصابين من خلال التوعية والنصيحة، فإن حدث ووصلنا إلى هذا الهدف نكون قد حققنا الغاية من العلاج النفسي ألا وهي إقناع المريض بأن يكون فعالا وإيجابيا قدر الإمكان مهما كان وقع الصدمة عليه.

## الفصل السابع:

### الإجراءات المنهجية



## تمهيد:

تعد الدراسة الميدانية مكملًا هامًا لموضوع هذه الدراسة، فهي تتمّ الجانب النظري كما تعمل على تأكيد فروض البحث بصورة موضوعية ومنهجية سعياً للإجابة على السؤال العام المطروح في الإشكالية، بالإضافة إلى تسهيل الوصول إلى نتائج الدراسة وفقاً للفرضيات المحددة، والهدف الرئيسي من الدراسة الميدانية هو التأكد من مدى ارتباطها وتكاملها مع الجانب النظري . وهي تشكل أساس كل بحث علمي، إذ أنها تعتمد على تقنيات في التحليل كالأدوات الإحصائية والاختبارات التي تثبت مدى صحة النتائج المحصّل عليها، كما أنّها تهدف إلى الإجابة عن إشكالية البحث. وقبل عرض هذه النتائج سنتطرق إلى أهم الإجراءات المنهجية المتبعة خلال ذلك.

## 7-1. الدراسة الاستطلاعية:

قبل الخوض في الدراسة الميدانية، وبغرض تحديد معالم الإشكالية بدقة وكذا التأسيس لموضوع هذه الدراسة؛ قمنا بدراسة استطلاعية قادتنا إلى المؤسسات التي تقدّم خدماتها النفسية لمرضى السرطان والسيدا، وكنا نهدف من خلال ذلك إلى تسليط الضوء على مسألتين رئيسيتين: 1- أخذ فكرة سريعة عن طبيعة المشكلات النفسية التي يعاني منها مرضى السيدا والسرطان وهل هي تلك الموصوفة نظريا.

2- التعرف على واقع التكفل النفسي بهذه الفئات والسبل العيادية المتبعة في ذلك. وعليه فقد توجهنا إلى الأخصائيين النفسيين العياديين العاملين في هذا المجال، مستخدمين أداة بحث صممت خصيصا لهذا الغرض (استبيان مقابلة).

### 7-1-1. الإجراءات المنهجية للدراسة الاستطلاعية:

#### أ- إشكالية الدراسة الاستطلاعية:

كما سبق وأشرنا إليه فقد قمنا بهذا الاستطلاع الميداني بالإنطلاق من السؤال القائل: **ما هو واقع التكفل النفسي العيادي بمرضى السرطان والسيدا محليا؟**

واشتققنا منه مجموعة الأسئلة الفرعية التالية (ومنها استتبنا فيما بعد أسئلة استبيان المقابلة):

1- هل توجد متابعة نفسية لحالات مرضى السرطان والسيدا في المؤسسات المختصة بذلك؟

2- كيف يتعامل الأخصائيون النفسيون (إن وجدوا) عياديا مع حالات مرضى السرطان والسيدا؟

3- ما هي المشكلات النفسية التي يعاني منها مرضى السيدا والسرطان؟

4- هل هي نفسها الموصوفة نظريا؟

5- ما هي السبل العيادية أو التقنيات المستخدمة بغرض التكفل النفسي بمرضى السرطان والسيدا؟

6- هل الأخصائيون في علم النفس العيادي الذين يتكفلون بمرضى السرطان والسيدا مكوّنون خصيصاً لذلك؟

على هذا الأساس استخدمنا خلال الدراسة الاستطلاعية المنهج الوصفي وذلك لأننا بصدد استقصاء حقائق ميدانية واقعية والقيام بوصفها وبالتالي اتخاذها ركيزة للقيام بدراسة الموضوع الأصلي لهذه الرسالة وهو اقتراح العلاج بالفن كطريقة مثلى ناجعة وفعالة للتكفل النفسي بمرضى السيدا والسرطان.

#### ب- أدوات الدراسة الاستطلاعية:

صممنا بالتالي أداةً للإجابة عن تساؤلات هذه الدراسة وتمثلت في استبيان مقابلة كما سبقت الإشارة إليه؛ إذ أننا نوينا مقابلة الأخصائيين النفسيين العياديين الذين يعملون في المصالح والعيادات المختصة في التكفل الصحي بمرضى السرطان والسيدا، والقيام معهم بمقابلات - ليست عيادية تشخيصية- ل طرح الأسئلة بشكل مباشر، لكن لم نشأ تقييد المجيبين بأجوبة محددة، فتركنا الأسئلة مفتوحة، كما قللنا قدر الإمكان من الأسئلة التي يجاب عنها بنعم أو لا. فكان الاستبيان مكوناً من ستة 06 أسئلة (بعد المعلومات العامة حول الاسم واللقب والسن والجنس وعدد سنوات الخبرة والمصلحة أو العيادة المنتمى إليها) كالتالي:

1- هل تنتمي مهنيًا وإداريًا لهذه المصلحة/العيادة ومنذ متى؟

.....

2- هل تقوم بالمتابعة النفسية لحالات مرضى السرطان/السيدا؟

.....

3- كيف تتعامل عيادياً مع حالات مرضى السرطان/السيدا (بمعنى: ما هي المهام التي تقوم بها)؟

.....

4- فيم تتمثل المشكلات النفسية التي يعاني منها مرضى السرطان/السيدا؟

.....

5- ما هي السبل العيادية أو التقنيات التي تستخدمها خلال تكفلك النفسي بمرضى السرطان/السيدا؟

.....

6- هل تلقيت تكويناً أو استفدت من دورات تدريبية مكيفة مع طبيعة المهام التي تقوم بها؟

.....

### ج- عينة الدراسة الاستطلاعية:

- كانت عينة الدراسة الاستطلاعية قصدية، حيث اتجهنا مباشرة بعملنا إلى الأخصائيين في علم النفس العيادي (الإكلينيكي) العاملين بالمصالح أو العيادات المختصة في علاج السرطان والسيدا. وتكونت العينة من أحد عشر أخصائيا نفسيا، موزعين كآتي:
- سبعة 07 أخصائيين في علم النفس العيادي يعملون في مصلحة ومستشفى علاج السرطان والأورام.
  - أربعة 04 أخصائيين في علم النفس العيادي يعملون في مصلحة الأمراض والإنتانات المعدية<sup>1</sup>.
  - كل أفراد العينة من الإناث.

### د- الإطار الزمني والمكاني:

دامت الدراسة الاستطلاعية ثمانية أسابيع، حيث وخلال هذه المدة بدأنا بوضع التساؤلات، وقمنا بعدها بتصميم الأداة (استبيان المقابلة) ثم أجرينا المقابلات مع الأخصائيين وتطلب منا ذلك وقتا بسبب تواجد بعض أفراد العينة في أماكن بعيدة (كما سيأتي بيان ذلك لاحقا) وأخيرا حللنا واستخلصنا نتائج الدراسة الاستطلاعية.

جرت الدراسة في ستة أمكنة:

- 1- مصلحة متابعة مرضى السرطان بالعيادة المتعددة الخدمات "الهضاب" - سطيف (أخصائية واحدة).
- 2- مركز مكافحة السرطان والأورام "الباز" - سطيف (ثلاث أخصائيات نفسانيات).
- 3- مصلحة علاج ومتابعة مرضى السرطان بالمستشفى الجامعي CHU - قسنطينة (ثلاث أخصائيات نفسانيات).
- 4- مصلحة الأمراض المعدية بالمستشفى الجامعي CHU - قسنطينة (لا وجود لأخصائيين نفسانيين).
- 5- مصلحة الأمراض المعدية بالمستشفى الجامعي CHU - سطيف (أخصائيتان نفسيتان).
- 6- مصلحة الأمراض المعدية بمستشفى ضربان - عنابة (أخصائيتان نفسيتان).

<sup>1</sup> - Service des maladies infectieuses.

## 7-1-2. نتائج الدراسة الاستطلاعية:

وتوصلنا إلى النتائج التالية:

- أول نتيجة لا بد من ذكرها هي عدم توفر أخصائي نفسي في مصلحة الأمراض المعدية بمستشفى قسنطينة، وبالتالي فمرضى السيدا لا يستفيدون من متابعة نفسية.
- ستة 06 من بين الأحد عشر أخصائيا نفسانيا العاملين بالمصالح المذكورة يشغلون مناصب عملهم بشكل دائم (مرسمين) والخمسة الباقون يعملون في إطار عقود ما قبل التشغيل.
- تبدو نسبة المرسمين مقبولة لكن إذا علمنا التوزيع فالاستنتاج سيكون عكسيا، إذ أنّ مصلحتي الأمراض المعدية بكل من عنابة وسطيف تحتوي على أخصائيات نفسانيات يعملن في إطار عقود ما قبل التشغيل، والأخصائية النفسية الوحيدة المرسمة غادرت فيما بعد مصلحة الأمراض المعدية بسطيف بعد استقالتها لأسباب عائلية (تغيير محل السكن)، وبقية النفسانيين المرسمين خمسة ينتمون كلهم لمصلحة ومركز مكافحة السرطان (بقسنطينة وسطيف على التوالي).
- فيما يتعلق بالخبرة فهي مقبولة نسبيا على اعتبار أن العاملين المرسمين شغلوا نفس المنصب لمدة تتراوح بين أربع وست سنوات كمتعاقدين، والبقية لا تقل خبرتهم على السنة والنصف لأحدثهم.
- يقوم جميع الأخصائيين النفسيين بالمتابعة النفسية لحالات مرضى السرطان/السيدا، وهم متفرغون لذلك إذ أنهم -رسميا- ليسوا مكلفين بمهام أخرى إدارية أو إعلامية أو غيرها.
- أجمع أفراد العينة على أنهم يقومون بالأنشطة العيادية التالية:
  - إجراء مقابلات تشخيصية مع حالات مرضى السرطان/السيدا
  - برمجة حصص لإخبار بعض العملاء (بإحالة من الفريق الطبي) بتشخيص حالتهم المرضية (سرطان أو سيدا).
  - متابعة الحالات التي تتطلب المتابعة النفسية.
- كما أجمع أفراد العينة على أن المشكلات النفسية التي يعاني منها مرضى السرطان/السيدا تتمثل في المشكلات الموصوفة نظريا.
- بعض أفراد العينة من الأخصائيين النفسيين لا يمتلكون إحاطة نظرية كافية أو دقيقة بطبيعة المشكلات النفسية التي يعاني منها مرضى السرطان.
- وفيما يتعلق بالسبل العيادية والتقنيات التي يستخدمونها خلال التكفل النفسي بمرضى السرطان/السيدا:

- أربعة منهم صرحوا بأنهم يستعملون العلاج السلوكي المعرفي (ثلاثة منهم لم يقدموا تفاصيل مقنعة عن الطريقة والكيفيات المتبعة)
  - إثنان قالوا بأنهم يستعملون الإرشاد والتوجيه (ذكروا حرفيا الـ counseling) مع حالات السيدا، حسب شكوى الحالة آنيا.
  - واحدة أجابت بأنها تستعمل العلاج المتمركز حول العميل.
  - واحدة أجابت بأنها تعتمد على المقابلات مع مرضى السيدا وهم في أسرّتهم وتكتفي بنتائج الإصغاء الإيجابي التي لا تقل أهمية وأثرا عن نتائج العلاج النفسي.
  - إثنان أجابا بأنّ طريقة عملهم تلقائية، وتتلخص في الإصغاء للعملاء والتدخل من حين لآخر للتفسير أو تقديم إرشادات ونصائح.
- وفيما يتعلق بالتكوين أو الدورات التدريبية المكيفة مع طبيعة المهام المطلوبة وهي التكفل النفسي بمرضى السرطان/السيدا فأخصائية واحدة (متعاقدة، تعمل في مصلحة الأمراض المعدية) أجابت بأنها تلقت دورة سريعة في الإرشاد counseling (في إطار جمعياتي)، وثلاثة أجابوا بأنهم شاركوا في أيام دراسية، كما وعدتهم إدارتهم ببرمجة تكوين تكميلي خاص بالتكفل بمرض السرطان لاحقا.

### 7-1-3. الاستنتاج العام:

نستخلص مما سبق عرضه من نتائج لهذه الدراسة الإستطلاعية ما يلي:

- عدم إيلاء الجانب النفسي الأهمية اللازمة في مؤسسات التكفل بالمرضى المذكورين، وخاصة مصالحي الأمراض المعدية حيث هنالك منها التي لا تتوفر على أخصائي نفسي عيادي، والبقية يعملون بصيغة التعاقد التي من عيوبها عدم ديمومة المنصب وكذا إمكانية ضياع الخبرة أو التكوين في حال عدم تجديد العقد لأي سبب.
- غياب التكوين المكمل للتكفل بالأمراض المستعصية -التي من بينها مرضى السرطان والسيدا- في ظل عدم التطرق له ضمن برنامج التكوين الأصلي (الجامعي) للأخصائي النفسي العيادي.
- عدم وجود نموذج معين وخاص بالتكفل النفسي بهذه الأمراض حتى في المراجع النظرية، سواء طريقة علاجية معينة أو تقنيات عيادية خاصة ومكيفة، وهو ما

جعل من الأخصائيين "يتدبرون أمورهم بمعرفتهم" أي يبتدعون طرقهم الخاصة التي لا تستند إلى ركيزة إمبريقية واضحة ودقيقة.

## 7-2. المنهج المتبع في الدراسة:

المنهج هو جملة من المبادئ والقواعد والإشارات التي يجب على الباحث اتباعها من بداية بحثه إلى نهايته بغية الكشف عن العلاقات الجوهرية التي تخضع لها ظواهر الموضوع المدروس؛ ويرى فريديريك أنّ المنهج المتبع في بحث علمي هو: "مجموعة الطرق التي توجه الباحث في بحثه وبالتالي فإن وظيفة المنهجية هي جمع المعلومات ثم العمل على تصنيفها وقياسها وتحليلها من أجل استخلاص نتائجها والوقوف على ثوابت الظاهرة المدروسة".

فالمنهج هو الطريقة التي تتبع في دراسة مشكلة ما للاستكشاف على الحقيقة وللإجابة على الأسئلة والاستفسارات التي يثيرها موضوع البحث، وهو البرنامج الذي يحدد السبيل للوصول إلى تلك الحقائق. وعليه فإن موضوع البحث هو الذي يفرض على الباحث استخدام منهج معين دون غيره لذلك تختلف المناهج باختلاف المواضيع؛ وحتى يتمكن الباحث من دراسة موضوعه دراسة علمية وعملية فإن المنهج المتبع في البحث يعتبر خطوة هامة وضرورية.

ونظرا لطبيعة المشكلة المطروحة فالخيار كان بين منهجين إثنين: المنهج التجريبي والمنهج العيادي (الإكلينيكي)، حيث -وكما مرّ بنا- هنالك دراسات سابقة تناولت موضوعا مشابها بإتباع المنهج التجريبي (على غرار دراسة فافارا-سكاكو ومساعدوها)<sup>1</sup>، لكن ما يعاب عليها هو سطحية النتائج وبساطة التناول رغم كل ما يمكن أن يقال عن القيمة العلمية لذلك البحث الجماعي والذي لسنا نشك في قيمته هنا. فالدراسة التجريبية لهذا الموضوع تستلزم عددا معينا من الحالات المدروسة مما يصعب دراسة كل حالة على حدة وبشكل معمق، ولذا إرتأيت بعد تفكير طويل وتمحيص أن المنهج الإكلينيكي هو منهج أفضل، ذلك لأن موضوع بحثنا هذا هو ذي طبيعة عيادية بحتة من جهة، ومن جهة أخرى فإن دراسة الحالة - التي نفسها تعتبر أساس المنهج الإكلينيكي - تفضي إلى تسليط الضوء بشكل أفضل على أعماق شخصية الفرد المدروس فيتضح بالتالي مدى التغيرات التي تطرأ عليه على المستوى النفسي، خاصة التغيرات العميقة والأساسية عقب متابعة علاج نفسي كالعلاج بالفن، فلا نتوقف عند إستنتاجات مقتضبة ومبسطة، عامة تخلو من خصوصية كل حالة، بل نذهب إلى أبعد حد من التعمق والوضوح، ونحيط بأكبر حيز للشخصية ونتعرض لأكبر قدر من المعطيات الشخصية الذاتية لكل عميل على حدة.

1 - أنظر عنصر "الدراسات السابقة" من هذه الرسالة.



كما أن الدراسة التجريبية تفرض علينا تحديد الشروط اللازمة لتكرر نفس الظاهرة (تجريبيا) وبالتالي التركيز -بالنسبة لموضوع بحثنا هذا- على التظاهرات النفسو-مرضية للسيدا والسرطان المحددة نظريا والتقييد بها، وإغفال -بالتالي- خصوصية كل حالة ستشملها الدراسة الميدانية، وتجاهل كل ما يمكن أن يظهر عليها من أعراض عيادية لم تتم الإشارة إليها نظريا. بينما يمكننا المنهج الإكلينيكي من دراسة الحالات ضمن أكبر قدر من الذاتية ( la subjectivité) التي يؤكد عليها الباحثون وأنصار هذا المنهج ويعتبرونها أحسن خاصية فيه.

#### - تعريف المنهج الإكلينيكي "العيادي":

يعدّ المنهج الإكلينيكي أسلوبا من أساليب التحليل المركز على معلومات كافية عن الحالة أو موضوع محدد خلال فترة زمنية أو فترات معلومة وذلك من أجل الحصول على المعلومات التي تتطلبها الدراسة كخطوة أولى، ثم يتم تحليلها بطريقة موضوعية ما ينسجم مع المعطيات الفعلية للظاهرة كخطوة ثانية، والتي تؤدي إلى التعرف على العوامل المكونة والمؤثرة على الظاهرة كخطوة ثالثة . (حامد عبد السلام زهران، 1987، ص192)

كما يعرف على أنه: « الدراسة المعمقة لحالات إكلينيكية، ودراسة السلوك الإنساني الفردي وشروطه [الوراثة-النضج-الشروط الفيزيولوجية والمرضية- تاريخ الحياة ...]، في كلمة موجزة: الدراسة الكلية للفرد في موضعه ». (GHIGLIONE R., 1998, p. 15)

وقد عرفه M. Reuchelin : « بأنه طريقة تنظر إلى السلوك من منظور خاص فهي تحاول الكشف عن كينونة الفرد و الطريقة التي يشعر بها و يسلك من خلالها موقفا ما و هذا بكل ثقة بعيدا عن ذاتية الباحث ". (REUCHLIN M., 1973, p.16)

ويعرفه Delay و Pichot: "أنه يعطي علامات خاصة، هذه الأخيرة تتطلب وضع فرضيات يجب التحقق منها فيما بعد كما أن المنهج الإكلينيكي يهدف إلى إبراز الشيء النوعي الأكثر خصوصية عند الشخص المدروس عن طريق دراسة الحالات والمقابلات الإكلينيكية".

(DELAY J. et PICHOT P., 1990, p.11)

كما عرفه Huber بأنه " الملاحظة المعمقة والمطولة لحالات فردية؛ والوسيلة الأساسية هي ما يراه ويسمعه الباحث أثناء المقابلات مع العميل، هذه الملاحظات يتم إثراؤها عبر مصادر أخرى: معلومات من أشخاص آخرين، نتائج فحوصات نفسية أو طبية... ثم تصنّف هذه المعطيات وتنظّم حسب طبيعة المشكلات المطروحة من قبل العميل والأهداف المسطرة من طرف الأخصائي العيادي كلاً حسب انتمائه النظري".

(HUBER W., 1997, p. 184)

## 3-7. أدوات الدراسة :

استعملنا ضمن المنهج العيادي الوسائل التالية بغرض جمع المعلومات اللازمة للتحقق من صحة فرضية الدراسة:

### 1-3-7. المقابلة الإكلينيكية :

تعتبر المقابلة الإكلينيكية من الأدوات الهامة التي يستخدمها الباحث في علم النفس الإكلينيكي لفهم الأفراد وإدراك مشاعرهم واتجاهاتهم حيال المواقف التي يواجهها، وحيال الأشخاص المحيطين بهم في الأسرة والمجتمع، وذلك بسبب ما تتيحه من فرصة الملاحظة المباشرة لسلوك الفرد وفهم مشكلته عن كثب. تأتي غالبية المعلومات من الخطاب، وتتمثل خصوصيته في إحياء مواضيع ووقائع وظروف خارجة وبعيدة عن حضورها الملموس.

وهي في واقع الأمر علاقة ديناميكية بين العميل والفاحص، يحاول فيها العميل أن يحصل على حل المشكلة التي يعاني منها ويحاول الأخصائي النفسي أن يقدم له المساعدة التي يراها ملائمة له سواء كانت هذه المساعدة مباشرة أو غير مباشرة، موجهة أو غير موجهة.

وقد عرفها **حامد زهران عبد السلام** على أنها "الوسيلة الأولى في الفحص والتشخيص وهي علاقة اجتماعية مهنية وجها لوجه بين العميل والمعالج في جو آمن ونشوء الثقة المتبادلة بين الطرفين يهدف إلى جمع المعلومات". (حامد عبد السلام زهران، 1987، ص196)

إن معرفة عميل معين وإقامة علاقة معه يتحققان إذن بفضل المقابلات التي تشكل حجر الزاوية للحوصلة النفسية *le bilan psychologique*.

وقد استعملنا مقابلة نصف موجهة، استخدمنا خلالها دليل مقابلة نرمي من خلاله إلى التزود بالمعلومات الشخصية والعيادية عن كل عميل ممن شملتهم الدراسة الميدانية، مع ترك مجال لطرح الأسئلة حسب كل حالة وما لديها من خصوصيات. وقد ساعدتنا هذه المعلومات في تغذية دراسة حالة كل واحد منهم والتوصل إلى تشخيص ووضع هدف وخطوات وكل تفاصيل الخطة العلاجية المراد اتباعها.

تضمن دليل المقابلة ثلاثة محاور: الأول يتعلق بالمعطيات البيوغرافية أي المعلومات العامة عن الحالة وهي: الاسم، الجنس، السن، المسكن، المستوى الدراسي، المهنة، الحالة المدنية، ونوعية المرض سرطان أم سيذا، وهذا الأخير في أية مرحلة منه؟

والمحور الثاني فيه أسئلة عامة عن المعطيات العائلية من قبيل عدد أفراد الأسرة والترتيب بين الإخوة والسوابق العائلية. بعدها المحور الثالث ونرمي من خلاله إلى تسليط الضوء

على تاريخ الحالة ويتضمن ملخصا عن التاريخ المرضي لها والسوابق الشخصية ومختلف المعلومات النفسية المتعلقة بها (وهذه نستنتجها) كميكانزمات الدفاع والنكوص والتثبيت وغيرها..

### 7-3-2. دراسة الحالة :

وهي تتضمن جمع المعلومات التي يمكن جمعها من المجالات المختلفة عن حالة الفرد مثل: تاريخ النمو والتاريخ التعليمي، والتاريخ الصحي والاجتماعي والأسري. وتتيح دراسة الحالة للباحث فرصة جمع بيانات شاملة عن تاريخ الفرد الكلي. يرى **Huber** أن : « دراسة الحالة كلاسيكيا لا تهدف إلى وصف شخص معين ووصف ظروفه ومشاكله فقط؛ بل تبحث أيضا عن تفسير مصدر هذه المشاكل وتصورها. كما يهدف الإذكار [ *l'anamnèse*: تاريخ الحالة ] إلى تحديد أسباب المشاكل ونشئها ». و يذهب **Revault d'allonnes** إلى أن : " دراسة الحالة تهدف إلى تحديد منطوق تاريخ حياة، التي هي على علاقة بظروف معقدة تتطلب فهم مختلف مستوياتها ».

(REVAULT D'ALLONNES C. et al., 1989)

ويرى **Rotter** أن: « دراسة الحالة هي المجال الذي يتيح للأخصائي جمع عدد أكبر من المعلومات حتى يتمكن من إصدار حكم قيم حول الحالة. ومن المعلومات ما يأتي من المقابلة المباشرة مع المفحوص كطبيعة المشكلة وظروفها؛ وما يأتي من الوالدين والأسرة أو رفاق العمل أو أساتذة المدرسة، وتساهم الاختبارات النفسية في الكشف عن القدرات العقلية وعن دينامية الشخصية، ويقدم الطبيب تفاصيل الحالة الصحية». (جوليان روتر، 1989)

وأخيرا تعرّفها **Favez- Boutonnier** بأنها : « فحص معمق لحالة فردية بهدف تفسير سلوك المفحوص و ذلك بربطه بتاريخه الشامل ».

لا بد من الإشارة إلى أن دراسة الحالة تركز على : المقابلة والملاحظة والمعلومات الإذكارية. إنّ المعطيات التي يجمعها الإكلينيكي بواسطة تطبيقه تقنيات في إطار معين (بحث علمي مثلا)، يتم ربطها كي تسمح له بفهم كل الظواهر و تحديدها، وطرح فرضيات فيما يخص نشوء المشكل ووظيفته وعواقبه، إلى جانب المكان الذي يشغله (أي المشكل) في تاريخ العميل، وكذا الدلالة التي يمنحها له.

استعملنا في هذه البحث بطاقة للإذكار<sup>1</sup> واستقينا المعلومات عن الحالات المدروسة من خلال المقابلات العيادية المجرأة معهم (كما سبق وأشرنا إليه)، والإطلاع على ملفاتهم الطبية التي زودنا بها الأطباء العاملين بالمصالح التي شهدت الدراسة الميدانية.

<sup>1</sup> - Fiche d'anamnèse.

### 7-3-3. البروتوكول العلاجي:

وهو بروتوكول الذي قمت بتصميمه خصيصاً لهذا البحث، بالاستناد إلى طريقة العالم ريشارد فورستيني مع إضافات وتكييف مع موضوع الدراسة وخصوصياتها العلمية والميدانية (الفئة المستهدفة: السرطان والسيدا؛ التوجّه التحليلي....)؛ مع تدعيمه بما جاءت به أعمال البروفيسور <sup>1</sup>Chouvier الذي اطلع ووافق عليه شخصياً لما عرضته عليه في التربين العلميين اللذان قاداني إلى مركز البحث في علم النفس المرضي وعلم النفس الإكلينيكي<sup>2</sup> بجامعة ليون 2- فرنسا، ومواصلة الاتصال به عبر الشبكة العنكبوتية (الانترنت) .

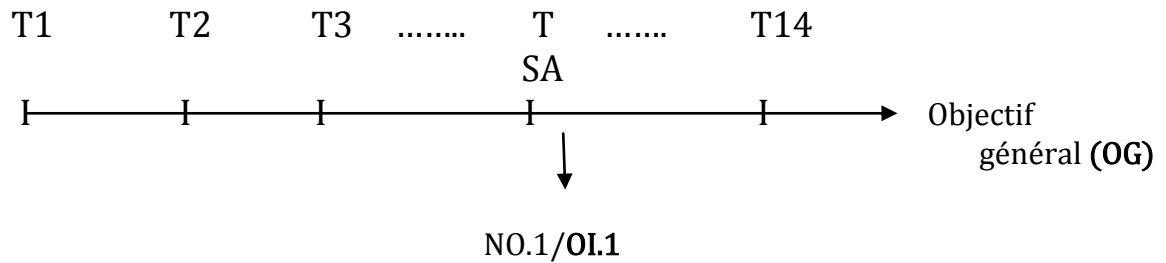
يتضمن البروتوكول العلاجي المزمع تطبيقه ما يلي:

**(1) التشخيص:** ويضعه أخصائي في علم النفس الإكلينيكي بعد إجراء مقابلات عيادية ودراسة حالة معمّقة ومفصّلة للعميل المراد التكفّل به (مصاب بأحد المرضين: السرطان أو السيدا).

بعد وضع تشخيص دقيق للحالة مع وصف مفصّل لمختلف التظاهرات النفسية العيادية لها، من الضروري وضع بروتوكول علاجي خاصّ بها والسهر على تطبيقه. يتضمن هذا البروتوكول مجموعة العناصر التي تكوّن فائدة وإمكانية تحقيق النشاط العلاجي على العملاء المستهدفين.

فإذن وبغرض التسيير الأمثل للحصص العلاجية التي تكون عموماً ضمن ورشات، لا بد من تحديد الهدف العام<sup>3</sup> للعملية العلاجية. بعدها مباشرة نحدد المسار العلاجي<sup>4</sup> المكيف للوصول إلى الهدف O.G المسطرّ.

فنتحصل على المسار العلاجي بهذا الشكل:



1 - Bernard CHOUVIER Professeur émérite en psychologie clinique, psychanalyste, directeur du CRPPC et auteur de plusieurs livres en le domaine de la médiation thérapeutique.

برنارد شوفيفي أستاذ تعليم عالي في علم النفس الإكلينيكي، محلل نفسي، مدير مركز البحث في علم النفس المرضي وعلم النفس الإكلينيكي بجامعة ليون 2 ومؤلف لعدة كتب ودراسات في مجال الوساطة العلاجية.

2 - Centre de recherche en psychopathologie et psychologie clinique (CRPPC) Université Lumière Lyon2- France.

3 - l'Objectif général O.G.

4 - Cheminement.

كما جرى تحليل الرسوم والإنتاجات الفنية للعملاء مع مراعاة ثلاثة مستويات: المستوى التعبيري، مستوى المعنى والمستوى العلائقي.

( CHOUVIER B. & Coll., 2002, pp. 34 -43)

- الورشات العلاجية: في ظل وجود عدة خيارات للورشات العلاجية والوسائط الفنية الممكن

استعمالها، استعملنا في هذه الدراسة ثلاث ورشات مختلفة وهي: ورشة الرسم

Atelier dessin، ورشة التعبير بالصور Atelier de photolangage

وورشة القصة .Atelier conte.

أ- ورشة الرسم:

استعملت خلالها أدوات متعددة للرسم:

- أوراق رسم متعددة الأنواع (عادية، أوراق الطباعة A4، أوراق من وزن 150غ، أوراق من وزن 180غ..)
- أوراق ملونة
- أقلام تلوين (24 لونا)
- أقلام التلوين المائية aqua color (12 لونا)
- فراشي الرسم (وعددتها 6 متفاوتة الأحجام)
- ألوان مائية وغواش Gouach
- أقلام لباد ملونة (نوعان: خشنة ورقيقة)
- ألوان شمعية "باستل"
- أقلام رصاص HB
- أقلام جافة ملونة (12 لونا)
- مبراة
- ممحاة
- غراء
- غبار فضي
- مسطرة
- طبشور
- ورق كرتوني من نوع بريستول papier Bristol

- ورق شفاف
- ورق كربوني
- قاطع حادّ Cutteur
- وأدوات أخرى....<sup>1</sup>

ولحث العملاء على الرسم فقط في حالات التنشيط أو غياب الأفكار أو الرغبة، قدّمت لهم اقتراحات عديدة، لا تؤثر على مواضيع الرسم وإنما تزودهم بتقنيات تسهل عليهم التعبير وتجعلهم يبدوونه دون صعوبة، لاستعمال أدوات فنية منها ما لا يعرفونه من قبل؛ كما تقدّم لهم بدائل لتفادي التكرار أو الملل من القيام بنفس الشيء. سنورد هذه التقنيات بشيء من التفصيل عند عرضنا للحالات.

**ب- ورشة التعبير بالصور:** وهي تقنية تعتمد على الصور الفوتوغرافية لحث العميل على

التعبير والإسقاط (وقد سبق شرح آلية العمل فيها في الفصل الثاني من هذا البحث) **الصور المستعملة:** استعملنا صور اختبار تفهّم الموضوع T.A.T، وبما أنّ استعملنا لهذه التقنية تمّ فقط مع عميل ذكر من أفراد العينة فقد اخترنا فقط الصور الموجهة للذكور، أي التي تحمل حروف B و M. أما عن أسباب استعمال التعبير بالصور مع العميل المعني فهي المستوى التعليمي لهما (ابتدائي)، وعهده بالنشاطات الكتابية أو الفنية الذي كان قديما جدا، كذلك درجة معاناته النفسية التي لم تكن كبيرة، وأخيرا خاصية الصور في حث أيّا كان على التعبير وإثارة سيرورة رمزية وإسقاطية<sup>2</sup>.

**ج- ورشة القصة:** واستعملتها مع عميلة كانت درجة الاكتئاب لديها عالية لأنها ما تزال

تحت تأثير الصدمة، كما أنها لم تستطع الرسم في البداية فاقترحت عليها هذه التقنية (القصة) وأبدت تفضيلها لهذا الوسيط العلاجي عن بقية الوسائط.

استعملت قصصا مختارة متعددة المصادر: ألف ليلة وليلة، الأدب الشعبي المغربي (خاصة قصص القصّاص التونسي الشهير عبد العزيز العروي)، كليلة ودمنة، حكايات الأديب لافونتين... تصرفت في بعضها بما يخدم الغاية العلاجية؛ واخترتها على أساس وجود شخصيات تتشابه والنماذج الوالدية لإظهار التقمصات وطبيعتها، مع مناقشة كل قصة.

1 - أنظر الملحق 4.

2 - un processus de symbolisation et de projection.

## 7-4. عينة الدراسة:

العينة هي محور البحث من الناحية التطبيقية وتحوي الأفراد الذين نطبق عليهم الوسائل المستخدمة في البحث وهي جزء من مجتمع الدراسة الذي يتمثل في جميع المرضى بأحد المرضين العضويين المستعصيين واللذان يؤديان إلى الموت ألا وهما مرض السيدا أو السرطان. قمنا بانتقاء عينة منهم مع مراعاة الشروط المنهجية، تتكون من ثمانية 08 حالات ( 4 ذكور و4 إناث)، وقد تمّ اختيارهم بطريقة قصدية لا عشوائية.

وفيما يلي جدول يوضح بعض صفات أفراد العينة (السن، الجنس ونوع المرض):

الحالة الأولى	السن	الجنس	نوع المرض
الحالة الأولى	50 سنة	ذكر	السيدا
الحالة الثانية	33 سنة	أنثى	السيدا
الحالة الثالثة	30 سنة	ذكر	السيدا
الحالة الرابعة	34 سنة	ذكر	السيدا
الحالة الخامسة	33 سنة	أنثى	السيدا
الحالة السادسة	39 سنة	أنثى	السرطان
الحالة السابعة	16 سنة	ذكر	السرطان
الحالة الثامنة	46 سنة	أنثى	السرطان

ومن الضرورة بمكان تبرير هذا العدد الذي قد يبدو قليلا، لكن وبإتباع منهج دراسة الحالة من الصعب جدا التوفيق بين الدراسة المستفيضة والمعمّقة للحالات مع القيام بذلك في الوقت نفسه مع عدد كبير، فالدراسة الطولية تستلزم تركيز الاهتمام على عدد معين من الممكن التحكم فيه والتفرغ لدراسته بشكل دقيق وجدي وموضوعين مع أخذ الوقت اللازم الذي قد يدوم مدة طويلة؛ وهو ما حصل معنا في هذا البحث.

### 7-4-1. معايير انتقاء العينة:

أجرينا دراستنا على مجموعة من المرضى من قسم الأمراض المُعدية بالمستشفى الجامعي "سعادنة عبد النور" بسطيف، وكذا مستشفى مكافحة السرطان CAC (سطيف) وقد تم اختيار عينة البحث بالاعتماد على المعايير التالية:

أ- السن: أن يكون جميع أفراد مجموعة بحثنا من الراشدين، ذلك لأنّ الطريقة العلاجية المطبّقة تخصّ هذه الفئة العمرية، فيما العلاجات الطفلية مختلفة عنها قليلا ولا يمكن

بالتالي تطبيقهما كليهما في دراسة واحدة، أو جمع الفئتين (أطفالا وراشدين) ضمن نفس العينة.

ب- المرض: لكي ينتمي كل فرد إلى مجموعة بحثنا يجب أن يكون مصاب بمرض فقدان المناعة المكتسبة أو السرطان (بمختلف أنواعه).

- أن تكون الحالة على علم بمرضها.

- استثنينا الحالات المتدهورة صحيا والمتقدمة في المرض (في المرحلة النهائية<sup>1</sup>) وذلك لاستحالة العمل معها وهي لا تستطيع التنقل والحركة بحرية، فيما يستلزم القيام بعمل فني التمتع بدرجة معينة من القوة الذهنية والصحية.

فيما لم نشترط شروط أخرى؛ فكانت العينة متنوعة الجنس والمستوى التعليمي والاجتماعي.

---

<sup>1</sup> - Stade terminal.



## 7-5. الإطار الزمني والمكاني:

### 7-5-1. الإطار الزمني:

دامت الدراسة الميدانية لهذا البحث سنة ونصف (بالأشهر: 18 شهرا) وذلك ابتداء من شهر جويلية 2012 إلى غاية 31 ديسمبر 2013. حيث وبعد صياغة بطاقة الإذكار (Fiche d'anamnèse) ووضع البروتوكول العلاجي ومختلف إجراءات البحث الميدانية، قمت بتطبيق العلاج على مختلف الحالات المدروسة كلا حسب ظروفه (الإقامة بالمستشفى، برمجة حصص علاجية بمواعيد...) ثم قمت بعد ذلك بتحليل النتائج، وأخيرا تم إعداد البحث وإخراجه في صورته النهائية.

### 7-5-2. الإطار المكاني:

تمت هذه الدراسة بثلاثة مواضع: مستشفى مكافحة السرطان CAC (سطيف) ومصلحة الأمراض المعدية بالمركز الاستشفائي الجامعي CHUS سعادنة عبد النور بسطيف؛ ومصلحة علاج السرطان بالمستشفى الجامعي ابن باديس CHUC - قسنطينة.

- **مركز مكافحة السرطان CAC (سطيف):** وتمّ تدشينه في العام 2013 ويقع بمرتفعات الباز على أطراف مدينة سطيف، غير بعيد عن جامعة فرحات عباس/سطيف1، وهو متخصص في علاج ومتابعة وعلاج أمراض السرطان والأورام، مجهز بمعدّات حديثة غير أنه ما زال لا يعمل بكل طاقاته في انتظار استكمال التجهيز وتحيين موارده البشرية.

- **المستشفى الجامعي ابن باديس (مصلحة علاج السرطان) - قسنطينة:** وهو مستشفى بُني وفتحت أبوابه أثناء الفترة الاستعمارية، وتمّت توسعته عدة مرات. يقع في أعالي المدينة غير بعيد عن سطح المنصورة، مقابلا لقصبة المدينة القديمة حيث يربط بينهما جسر قسنطينة المعلق الشهير. ظلّ المركز الجهوي -الشرقي- للإستشفاء لعقود من الزمن مما دفع بالسلطات المركزية إلى إنشاء مراكز بمدن أخرى (على غرار سطيف وعنابة) للتخفيف من الضغط السكاني عليه.

- **التعريف بالمركز الاستشفائي الجامعي (سطيف) :**

تم إنشاء المركز الاستشفائي الجامعي - سطيف - بموجب المرسوم رقم 304/86 المؤرخ في 1986/12/16 وهو يقع بوسط المدينة، بُني خلال الفترة الاستعمارية وبدأ العمل في سنة 1934، وكان يتسع لـ 200 سرير مقابل 200 ألف ساكن بمنطقة سطيف في ذلك الوقت. جرى توسيعه لعدة مرات بعد الاستقلال حتى أصبح يتسع إلى 1100 سرير خلال سنة 2013. و يضم ( 28 ) مصلحة من بينها مصلحة الأمراض المعدية أين تمت دراستنا. ويضم الوحدات التالية (تابعة له):

- المستشفى الجامعي سعادنة محمد عبد النور 512 سرير.
  - عيادة أمراض العيون والأذن والحنجرة 83 سرير.
  - مستشفى الأم والطفل 253 سرير.
  - وحدة طب العمل، الطب الشرعي وجراحة الأسنان وهي تضم الفحوصات الخارجية.
- يشتمل المستشفى الجامعي بسطيف على عدة تخصصات ويقوم بتقديم الخدمات الصحية لسكان الولاية والبلديات المجاورة لها.

#### التعريف بالمصلحة:

مصلحة الأمراض المعدية بالمستشفى الجامعي سعادنة عبد النور بسطيف هي مصلحة تهتم بالمرضى الذين يعانون من مرض معدى مثل: السل، السيدا، الكوليرا، الالتهابات، الالتهاب الفيروسي الكبدي، ويشرف عليها أطباء مختصين وأخصائيين نفسانيين.

تحتوي المصلحة على:

- قاعتان للفحص الطبي، قاعة التحاليل الطبية، قاعة الاستقبال، غرفتا إجراء فحوصات الصباح والمغادرة في المساء، مكتب الأخصائية النفسية، الصيدلية، قاعة المداولات، قاعة الأشعة، مكتب الأطباء المقيمين، مكتب الأطباء الداخليين؛ بالإضافة إلى جناح النساء الذي يحتوي على عشر غرف حيث تحتوي كل غرفة على سريرين، مكتب رئيس للمصلحة، مكتب الطبيب المساعد، قاعة العلاج، قاعة المداولات، مطبخ، حمام، صيدلية.
- وأیضا جناح للرجال يحتوي على تسع غرف وكل غرفة تحتوي على سريرين، مكتب طبيب رئيس المصلحة، مكتب الأمانة، مكتب الأمراض المنقولة عبر الجنس ويحتوي على قاعتين للفحص الطبي وقاعة التحاليل الطبية، حمام.

## الفصل الثامن:

### عرض وتحليل النتائج

سنقوم فيما يلي بعرض نتائج دراستنا الميدانية للحالات الثماني المدروسة حالة بحالة، وسنعرض المسار العلاجي مفصلاً بالنسبة لكل عميل حصة بحصة، لنخلص إلى حوصلة عامة لكل مسار وتقديم عوامل نجاحه والعوامل التي أعاقته تقدمه إن وجدت.

تجدر الإشارة هنا إلى أنه بالعادة يتم عرض الحصص العلاجية ضمن إطار دراسة الحالة بالتطرق إلى مقتطفات من أهم الحصص وليس كلها؛ كما هو عليه الأمر بالنسبة لحالة الطفل "دينو" التي درسها العالم شوفيي وعرضها في أحد مؤلفاته (CHOUVIER B., 2000) (أنظر الملحق 05) لكننا ارتأينا عرض كل الحصص العلاجية واحدة بواحدة، وذلك لأننا بصدد عرض نتائج دراسة علمية قابلة للمناقشة والنقد، ضمن مسعى للتحقق من فرضيات علمية والإجابة عن تساؤلات تم طرحها مسبقاً في مشكلة الدراسة.

# أولاً: عرض النتائج

## الحالة الأولى

### 1- المعطيات البيوغرافية

الاسم: ف. أحمد (اسم مستعار)

الجنس: ذكر

السن: 50 سنة

المسكن: عين الطريق (ولاية سطيف)

المستوى الدراسي: ابتدائي

المهنة: حارس ليلي بالحظيرة البلدية

الحالة المدنية: متزوج وأب لـ 07 أطفال

نوعية المرض: مرض فقدان المناعة المكتسبة- مرحلة السيدا

- استشفاء بسبب تدهور الحالة الصحية العامة

- مريض مواظب على تناول الدواء<sup>1</sup>

معطيات عائلية: الوالدان على قيد الحياة. متزوج وأب لـ 07 أطفال (من بينهم توأم).

أسرة تعيش في مسكن خاص (شقة تملك)

### 2- تاريخ الحالة

العميل أب عائلة متكونة من تسعة أفراد: زوج وزوجة وسبعة أبناء؛ له عمل قار ويمتلك شقة تحصّل عليها بعد معاناة سنوات في حي قصديري. أصيل مدينة سطيف ويقطن مدينة عين الطريق القريبة جدا من مدينته الأم.

علم العميل بحمله للفيروس منذ سنوات دون أن يحدد لغاية الآن طريق العدوى، وخلال الفحص العيادي بدا لي متجاوزا للصدمة ومنقبلا للمرض. لم يصرّح العميل عن طبيعة مرضه إلا لزوجته التي تعلم فقط أنّ زوجها مصاب بمرض خطير ومستعصي.

العميل غير إجتماعي بطبعه وصرّح أثناء المقابلة أن ليس لديه أصدقاء مقربين؛ ولا يقابل إلا زملاء العمل خارج ساعات العمل الرسمية؛ كما أنّه يفضل الجلوس وحيدا (حتى في المنزل).

<sup>1</sup> - malade observant.

السيد ف. متواجد بمصلحة الأمراض المعدية (المستشفى الجامعي لسطيف) بسبب مشكلات صحية، وهو يتناول دواءه بشكل منتظم. على المستوى المهني هو بصدد تسوية تقاعده المبكر بسبب مرضه الذي يتطلب فترات استشفاء طويلة نسبيا من حين لآخر مما يترتب عنه غيابات متكررة عن العمل.

### 3- الفحص العيادي

3-1. الوسيلة: المقابلة العيادية - العدد: 02 مقابلتين

3-2. النتائج:

- السوابق الشخصية:

- نمو وطفولة عاديان
- متزوج منذ 27 سنة
- عدم استقرار اجتماعي (التحصل مؤخرا على مسكن خاص بعد المعاناة لسنوات طويلة والسكن في حي قصديري)
- اضطراب القذف<sup>1</sup>: انخفاض الليبيدو، صعوبة القذف والتمكن منه إلا بمساعدة الاستمناة في اللحظات الخيرة من الإتصال الجنسي (منذ أربعة سنوات)، والسبب عضوي مرتبط بمرض السيدا.

- السوابق العائلية: لا توجد

- ميكانيزمات الدفاع: الكبت، النكوص، الاستدخال....

- النتائج العيادية:

سيرورة الحداد مكتملة<sup>2</sup> (بشكل ايجابي) مع بعض المخلفات:

- عدم استثمار العالم الخارجي<sup>3</sup>، ويظهر ذلك في الإحباط والانطواء.
- معاناة عاطفية
- قلق الموت
- الإحساس بالذنب (باطني)<sup>4</sup>
- ميولات جنسية مثلية كامنة وخفية<sup>5</sup>

1 - trouble de l'orgasme.

2 - Processus de deuil accompli.

3 - Désinvestissement du monde extérieur

4 - Culpabilité latente

5 - Tendances homosexuelles sous-jacentes

- هلاوس سمعية وبصرية (حدثت له مرتين ليلا: في العمل وأثناء الاستشفاء) ولكن دون أن يكون ذلك اضطراب هذيانى حاد<sup>1</sup> أو تناذر خبلي ناجم عن تطور مرض السيدا<sup>2</sup>.
- عدوانية (نادرا)

#### 4- البروتوكول العلاجي:

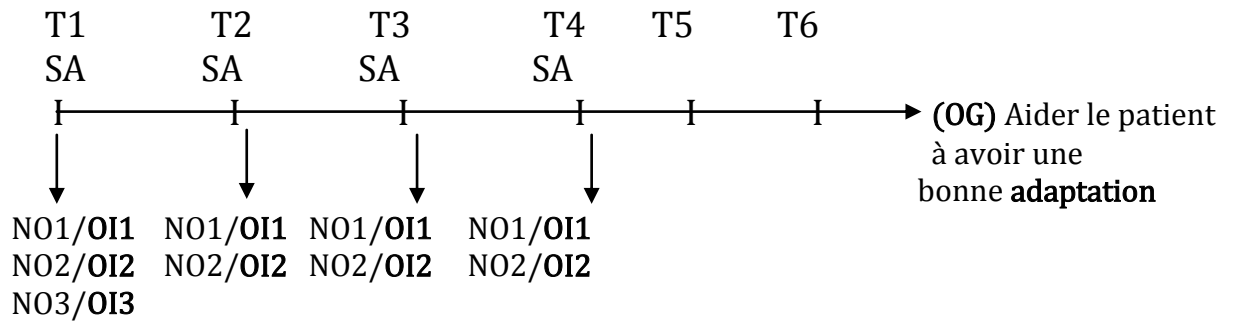
- 1-4. التشخيص: تعاني الحالة من تظاهرات عدم التكيف<sup>3</sup> (أي تكيف سيء مع وضعية جديدة في الحياة وهي الإصابة بمرض السيدا).
- 2-4. الورشة العلاجية: ورشة التعبير بالصور<sup>4</sup>

- الصور المستعملة: استعملنا صور اختبار تفهم الموضوع T.A.T (بالتحديد: الصور الموجهة للذكور، أي التي تحمل حروف B و M)
- 3-4. الهدف العام (O.G):

يتمثل الهدف العام لهذه الورشة العلاجية في مساعدة العميل على تحقيق التكيف بشكل أفضل.

#### المسار العلاجي:

جرت الورشة العلاجية بالصور للحالة الأولى في ستة حصص كالاتي:



تحقق الهدف العام للورشة العلاجية والمتمثل في تحقيق التكيف للعميل بشكل أفضل. وتوصلنا إلى ذلك عمليا ب:

- تحقيق التوازن العاطفي (الشعور بالاطمئنان الداخلي)

1 - décompensation délirante aigüe

2 - syndrome confusionnel relevés d'une étiologie organique caractérisant l'évolution morbide de l'infection par VIH

3 - Inadaptation.

4 - Atelier de Photolangage

- إحتواء القلق الذي سببه الإحباط ونجم عنه الانطواء.

وكان التنقيس الإنفعالي حاضرا بقوة أثناء كل الحصص مما زاد في فائدة رحلة العلاج.

حتى عند دخوله المستشفى لاحقا ومكوثة لعدة أيام بهدف علاجه من بعض التعقيدات الصحية، كان يبدو متكيفا نفسيا لأنه أصبح أكثر مقاومة للإحباطات، فرغم مواجهته للعديد من المشاكل خاصة مع صندوق الضمان الاجتماعي الذي رفض تعويضه عن عطلة المرضية الطويلة؛ وحدث سوء تفاهم آخر مع ابنه البكر، إلا أنه لم يكن يشكو من أية متاعب نفسية؛ وهو ما ثبت لي بعد مقابلة عيادية أجريتها معه بهدف الفحص والمتابعة.



## الحالة الثانية

### 1- المعطيات البيوغرافية

الإسم: بختة (اسم مستعار)

الجنس: أنثى

السن: 33 سنة

المسكن: إحدى بلديات ولاية تيارت

المستوى الدراسي: ابتدائي (سنة رابعة)

المهنة: لا شيء

الحالة المدنية:

نوعية المرض: مرض فقدان المناعة المكتسبة- مرحلة السيدا

- استشفاء بسبب تدهور الحالة الصحية العامة

- مريضة غير مواظبة على تناول الدواء<sup>1</sup>

معطيات عائلية:

أب وأم متوفيان حاليا، 4 إخوة متزوجون ومستقلون بحياتهم. أصغر إخوتها وهي الفتاة الوحيدة في الأسرة.

### 2- تاريخ الحالة

العميلة أصيلة أسرة فقيرة تعيش في قرية بولاية تيارت؛ الأسرة كانت متكونة من أب وأم معاقة بصريا وأربعة إخوة ذكور يفوقونها سنا بكثير. بعد فترة طفولة عادية وت مدرس عادي، توقفت عن الدراسة بأمر من الأب عقب فقدان الأم للبصر الذي جاء بالتدريج، كان ذلك في مستوى الرابعة ابتدائي. ولما بلغت سن الرابعة عشرة بدأ الأب يتحرش بها جنسيا مستغلا حالة الأم؛ ثم تطور الأمر إلى ممارسات سطحية للجنس في الليل تحت جنح الظلام. لم يطل الأمد حتى حملت الفتاة من أبيها وكان هذا حدثا كبيرا غير من مجرى حياة الأسرة؛ حيث أنّ الأمر وصل إلى السلطات، وتمت محاكمة الأب بتهمة زنا المحارم وهناك عرض قاصر، فيما توعدّها إخوتها بقتلها لولا حماية الدرك الوطني لها بأخذ تعهد منهم بعدم التعرّض لها بسوء.

وضعت العميلة بنتا رضية وتنازلت عنها في المستشفى؛ غير أنها وبعد أن حاولت استرجاعها بلّغت بأنّ ابنتها قد توفيت وهو الأمر الذي لم تصدّقه وما زالت لا تصدّقه. ثم دخلت العميلة عالم الانحراف وذلك بتشجيع من زوجة أخيها حسب قولها،

<sup>1</sup> - malade non observante.

فأصبحت تستقبل عملاء بغرض ممارسة الدعارة، وتعلّمت فنون هذه المهنة، كما اكتسبت عادة التدخين، وصارت تنتقل من مدينة لأخرى وعملت في بيوت كثيرة، وكانت عرضة للاستغلال المادي والمعنوي، كما أنّ الزبائن كانوا من الصنف الذي يسيء معاملتها.

اكتشفت العملية إصابتها بمرض السيدا لما قامت بتحاليل بغرض القيام بعملية جراحية (ألغيت بسبب ذلك) في عيادة خاصة؛ ومع ذلك كتمت الأمر وتجاهلته وواصلت ممارسة الدعارة لسنوات إلى أن اكتشف أمرها سنة 2012 في مدينة بسكرة وتمّ تحويلها إلى مصلحة الأمراض العدية بمستشفى سطيف؛ وأصبحت تتابع علاجها بنفس المصلحة منذ ذلك التاريخ.

### 3- الفحص العيادي

3-1. الوسيلة: المقابلة العيادية - العدد: 02 مقابلتين

3-2. النتائج:

- السوابق الشخصية:

- التعرض للاغتصاب في سنّ الـ 14 سنة من قبل الأب
- حمل وولادة في سنّ مبكرة (14 سنة)
- حمل ناجم عن زنا المحارم

- السوابق العائلية:

- صدمة أسرية عقب حدث الاغتصاب وما انجرّ عنه من أحداث
- أب منحرف جنسيا

- ميكانيزمات الدفاع: الكبت، النكوص، الإنكار، ....

- النتائج العيادية: سيرورة حداد غير مكتملة<sup>1</sup>، بالإضافة إلى ذلك:

- مزاج اكتئابي
- قلق الموت
- معاناة عاطفية
- الإحساس بالذنب

### 4- البروتوكول العلاجي

4-1. التشخيص: تعاني الحالة من سيرورة حداد غير مكتملة

4-2. الورشة العلاجية: ورشة رسم<sup>1</sup>

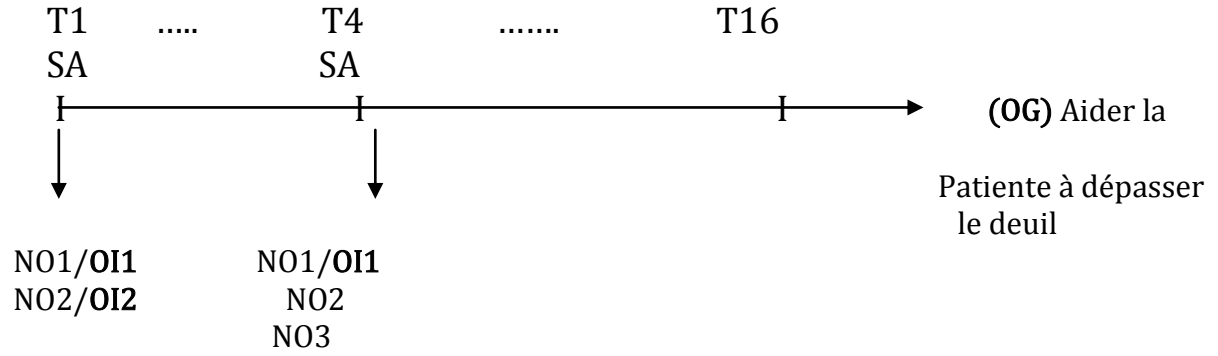
<sup>1</sup> - Processus du deuil non accompli.

4-3. الأدوات المستخدمة: أدوات الرسم: أوراق رسم متعددة الأنواع (عادية، أوراق الطباعة A4، أوراق من وزن 150غ، أوراق من وزن 180غ، أوراق ملونة..)، أقلام تلوين (24 لونا)، أقلام التلوين المائية aqua color (12 لونا)، فراشي الرسم (وعددها 6 متفاوتة الأحجام) وألوان مائية وغواش، أقلام لباد ملونة (نوعان: خشنة ورقيقة)، ألوان شمعية "باستل"، أقلام رصاص، أقلام جافة ملونة (12 لونا)، مبراة، ممحاة، غراء، غبار فضي، مسطرة، ورق شفاف، ورق كربوني، وأدوات أخرى....

4-4. الهدف العام: مساعدة العميلة على تجاوز الصدمة واستكمال عمل الحداد.

4-5. المسار العلاجي:

جرت الورشة العلاجية "رسم" للحالة الثانية (حالة بخنة) في ستة عشرة حصة كما يلي:



5- نهاية العلاج:

أما الحصة الأخيرة فقد قامت فيها بالرسم التالي:



نلاحظ بوضوح التغيير الذي طرأ عليها من خلال إنتاجها الفني، فهي أصبحت تستعمل اللون الأحمر دون عقدة أو خوف، كما زينت الرسم بقمر ذو هالة وانعكاس لضوئه على الأرض، وهو ما يدلّ على سيرها في المسار الصحيح: نحو النضج والاستقلالية في الشخصية. والدليل على ذلك أنها صارت تتحدث عن مشاريعها بعد الخروج من المستشفى، حيث أنها تنوي البحث عن حلّ لمشكلة قطعة أرض هي ميراثها، قامت بكرائها لأحدهم فاحتال عليها بأن جعلها توفّع على عقد كراء لمدة عشر سنوات، فيما يدفع لها المبلغ المالي بالتقسيط. وعلى هذا الأساس أنهيت العلاج.

يمكننا القول أن الأهداف المسطرة لهذا التدخل قد تحققت:

#### - سيرورة حداد اكتملت

بالإضافة إلى ذلك:

- المزاج الإكتئابي زال (ابتداء من الحصة T6)
- قلق الموت زال (ابتداء من الحصة T7) وقد ساهم في ذلك نجاح العملية الجراحية
- المعاناة العاطفية زالت
- الإحساس بالذنب زال في الحصة الأخيرة

- **ملاحظة:** للأمانة العلمية لا بد من القول أن هنالك عوامل ساهمت في نجاح عملية العلاج النفسي بشكل فعال وهي:

- طول مدة استشفاء العميلة مما سمح لي بمتابعة العلاج معها دون انقطاع
  - نجاح العملية الجراحية التي أجريت لها
  - النتيجة الايجابية لتحليل عينة الورم المستأصل بعد العملية
  - تعاطف جميع عاملي المصلحة بمختلف رتبهم معها
- وهناك عامل أساسي آخر هو مقاومة العميلة التي تكاد تكون معدومة.

## الحالة الثالثة

### 1- المعطيات البيوغرافية

الإسم: الوناس (اسم مستعار)

الجنس: ذكر

السن: 30 سنة (مولود في العام 1983)

المسكن: أقبو (ولاية بجاية)

المستوى الدراسي: أولى ثانوي

المهنة: متوقف عن العمل حاليا

الحالة المدنية: أعزب

نوعية المرض: مرض فقدان المناعة المكتسبة- مرحلة السيدا

- استشفاء بسبب طفح جلدي ثم بسبب حساسية من الدواء الثلاثي

معطيات عائلية: أب متوفي، أم موجودة، 05 إخوة وأخوات وهو الثالث في الترتيب.

### 2- تاريخ الحالة

بعد طفولة وتمدرس عاديين، يقول العميل أن الحدث الذي غير كثيرا من مجرى حياته هو وفاة والده وكان في عمره 13 سنة آنذاك (فترة البلوغ والمراهقة). أدى غياب الأب إلى فقدانه للدافعية نحو الدراسة ثم الغياب المتكرر دون عذر، وأخيرا عدم الالتحاق بالثانوية رغم نجاحه في الانتقال إليها. كان يفضل التسكّع واللعب واللهو مع الأصدقاء في حرية. ثم وفي غياب معيل للأسرة أصبح يعمل تاجرا فزال عنه خطر الانحراف، كما اكتسب خبرة في الحياة إذ كان يسافر ويتاجر ويختلط بالناس. ثم وافته فرصة للعمل مسيرا لمهلى ليلي في مدينة **وهران** السياحية، وكان العمل مريحا ومريحا لأنه ضمن له الإطعام والإقامة الجيدة. في تلك الأثناء أقام علاقات جنسية مع فتيات محترفات للدعارة بحكم وجوده في نفس الوسط السياحي. بعد سنوات غادر العمل والمدينة وعاد إلى مسقط رأسه لأنه ملّ الغربة والبعد عن الأسرة والمنزل، وفيما هو في نقاهة من عملية جراحية أجراها في وهران قبل الرحيل، ظهر عليه طفح جلدي غريب ولم يتمكن الأطباء من تشخيصه أو علاجه، فوصف له طبيب عام كبير في السن الفحص السيروولوجي الذي أجراه في مستشفى **القطار بالجزائر العاصمة** وثبت بعدها أنه مصاب بمرض فقدان المناعة المكتسبة.

لما خيّر بين المتابعة الطبية بالجزائر العاصمة أو سطيف إختار هذه الأخيرة لأنها الأقرب لمكان سكنه. ومن هنا بدأت علاقتي به، حيث أجريت أول مقابلة عيادية معه يوم



## 5-إنهاء العلاج:

يمكننا القول أن الأهداف المسطرة لهذا التدخل قد تحققت:

- سيروورة الحداد اكتملت ووصل العميل إلى تقبل مرضه.  
بالإضافة إلى ذلك:

- المزاج الإكتئابي زال ابتداء من الحصة T4
- قلق الموت زال ابتداء من الحصة T3 وقد ساهم في ذلك أنه لم يكن حادا.
- المعاناة العاطفية زالت
- الإحساس بالذنب زال في الحصة الأولى
- خفّت حدة الطبع الوسواسي فأصبح أكثر سيطرة على أفكاره الإجترارية التي كانت تشكل مصدرا للقلق (ابتداء من الحصة T7)
- زوال اضطراب التأناة (ابتداء من الحصة T8)
- كما أن العميل صار يفكر جديا في الزواج والعمل وتأسيس بيت وأسرة، بمعنى أنه صار يبرمج على المدى الطويل.

- **ملاحظة:** كما كان الحال بالنسبة للحالة الماضية (الحالة الثانية) هنالك عوامل ساهمت في نجاح عملية العلاج النفسي بشكل فعال وهي:

- طول مدة استشفاء العميل مما سمح لي بمتابعة العلاج معه دون انقطاع.
- مستوى العميل التعليمي الذي ساعده في فهم مختلف عناصر العملية العلاجية والتفسير التحليلي المقدم له.
- رغبة العميل في العلاج وانخراطه فيه وثقته في تحقيق نتيجة إيجابية.
- مقاومة العميل التي كانت معدومة.

## الحالة الرابعة

### 1- المعطيات البيوغرافية

الإسم: سمير (اسم مستعار)

الجنس: ذكر

السن: 34 سنة

المسكن: مدينة صالح باي (ولاية سطيف)

المستوى الدراسي: متوسط

المهنة: نادل بمقهى

الحالة المدنية: أعزب

نوعية المرض: مرض فقدان المناعة المكتسبة- مرحلة السيدا

- مريض مواظب على تناول الدواء<sup>1</sup>

معطيات عائلية:

أب وأم على قيد الحياة، إخوة وأخوات متزوجون.

### 2- تاريخ الحالة

عاش العميل طفولة عادية تميّزت بقسوة الأب وحنان الأم، وتعرض إلى التحرش والاعتداء الجنسي من طرف ابن خالته، ثم إلى الاختطاف والاعتداء الجنسي عدة مرات من طرف أعراب، فأصبح يخالط كثيرا أخواته البنات ويقضي معظم وقته معهن؛ كما ترسخت لديه الميولات الأنثوية أصبح يفضل تقليد الإناث.

في فترة الشباب عمل في فندق بمدينة سطيف فعرض عليه نزلاء من ليبيا مرافقتهم للعمل هناك؛ ووثق في أحدهم الذي كان طبيبا غير أنهم استغلوه في ليبيا في المتاجرة به وتمكّن بعدها من التخلص من سيطرتهم وإيجاد عمل، مع ذلك كان له مرافقون (شركاء) يمارس معهم الانحراف، مع الالتزام معهم بالصدقة والوفاء، وقد سهّل هذا الأمر وجوده غريبا في بلد آخر. ظلّ كذلك لعشر سنوات، وكان يزور عائلته أحيانا قليلة محمّلا بالهدايا، كما كان يرسل لهم مبالغ من المال. بعد الفوضى التي عرفها ذلك البلد رجع مؤقتا للجزائر، ثم ولدى عودته من جديد أثبتت التحاليل المجرة له هناك أنه حامل للفيروس؛ فعاد للوطن وأعاد التحاليل التي أكّدت التشخيص. لما بدأت العمل معه كان قد مضى على اكتشافه للمرض سنة؛ فوجدته قد تجاوز الصدمة ويعاني من مشكلات مختلفة قليلا عن الحالات السابقة.

<sup>1</sup> - malade observant.



### 3- الفحص العيادي

3-1. الوسيلة: المقابلة العيادية - العدد: 02 مقابلتين

3-2. النتائج:

- السوابق الشخصية:

- جنسية مثلية
- التعرض للاختطاف والاعتداء الجنسي عدة مرات
- ممارسات مثلية مع شركاء عديدين

- السوابق العائلية:

- أب قاسي شيئاً ما
- أسلوب تنشئة إجتماعية خاطئ ساهم في تعزيز الميولات الجنسية المثلية
- ميكانيزمات الدفاع: الكبت، النكوص، التكوين العكسي،....

- النتائج العيادية:

- أعراض وسواسية: أفكار اجترارية
- هواجس مرضية<sup>1</sup> (حيث يتردد على مقهى الانترنت ويبحث دائماً عن معلومات وصور عن مرض السيدا)
- ميولات جنسية مثلية
- قلق الموت
- ميولات جنسية سادية شرجية كامنة
- الإحساس بالذنب (ظاهري)

### 4- البروتوكول العلاجي:

4-1. التشخيص: تعاني الحالة من العصاب الوسواسي (دون وجود قهر)

4-2. الورشة العلاجية: ورشة العلاج بالرسم

4-3. الهدف العام (O.G):

يتمثل الهدف العام لهذه الورشة العلاجية في علاج العصاب الوسواسي.

### 4-4. المسار العلاجي:

جرت الورشة العلاجية بالرسم للحالة الرابعة في إثنتا عشر حصة كالاتي:

<sup>1</sup> - Cybercondrie.



- رغبة العميل وقراره مواجهة ووضع حد لانحرافه الجنسي لم يكن وليد علاقتي به بل كان قبل ذلك بفترة بعدما ربط إصابته بمرض السيدا بالعقوبة الإلهية ومع ذلك بقي لديه صراع داخلي بين هذا القرار والميولات الجنسية المثلية (التي لم تُزل فعلا بزوال الممارسة) والتخلص منها لم يتأتى إلا بعد متابعة العلاج والخوض في حل الصراع الأدبي ومشكلة الخساء لديه.

## الحالة الخامسة

### 1- المعطيات البيوغرافية

الاسم: حميدة (اسم مستعار)

الجنس: أنثى

السن: 33 سنة

المسكن: مدينة بسكرة

المستوى الدراسي: ثانوي

المهنة: مراقبة بمدرسة (متعاقدة)

الحالة المدنية: متزوجة وأم لطفلين (فتاة 8 سنوات و فتى 6 سنوات)

نوعية المرض: مرض فقدان المناعة المكتسبة- مرحلة السيدا

- استشفاء بسبب تدهور الحالة الصحية العامة

معطيات عائلية:

أب وأم على قيد الحياة؛ سبق للأب الزواج والإنجاب.

### 2- تاريخ الحالة

العميلة متزوجة منذ سنوات من رجل عسكري، وكان أخوتها الذكور قد أوقفوها عن الدراسة رغم وصولها المستوى الثانوي ونتائجها الحسنة؛ وذلك لأنهم بدأوا بالشك في التزامها بعادات مدينتهم الصغيرة.

صارت هنالك حساسية بينها وشريك حياتها عقب اكتشاف حملها للفيروس وعدم إصابة الزوج به، مع أنه كان يعاشرها إلى وقت قريب. إذ أصبح يشك في وفائها الزوجي ويتساءل عن كيفية انتقال العدوى إليها؟

دخلت العميلة لمصلحة الأمراض المعدية بمستشفى سطيف بسبب تعقيدات صحية وبغرض إجراء عملية جراحية (إذ لا بدّ من أن يكون طلب وبرمجة العمليات الجراحية لمرضى السيدا انطلاقاً من مصلحة الأمراض المعدية المتابعة للحالة).

وطلب الفريق الطبي مني فحص العميلة لأنها تقول أنها تعاني آلاماً معدية لم تزل رغم كل الأدوية التي وصفوها وغيرها لها.

### 3- الفحص العيادي

3-1. الوسيلة: المقابلة العيادية - العدد: 02 مقابلتين

3-2. النتائج:

- السوابق الشخصية:

- مشكلات جسدية ونوبات إغماء
- زواج تقليدي
- السوابق العائلية: لا توجد
- ميكانيزمات الدفاع: الكبت، النكوص، الإسقاط، التبرير...
- النتائج العيادية:
- التحويل الهستيرى (آلام معدية دون وجود سبب عضوي)
- التمسرح<sup>1</sup>
- عدم النضج الانفعالي والعاطفي
- الولع بالكذب<sup>2</sup>
- الإحساس بالذنب (باطني)<sup>3</sup>
- قلق الموت (نابع عن إقدامها على إجراء عملية جراحية)

#### 4- البروتوكول العلاجي

1-4. التشخيص: تعاني الحالة من الهستيريا التحويلية

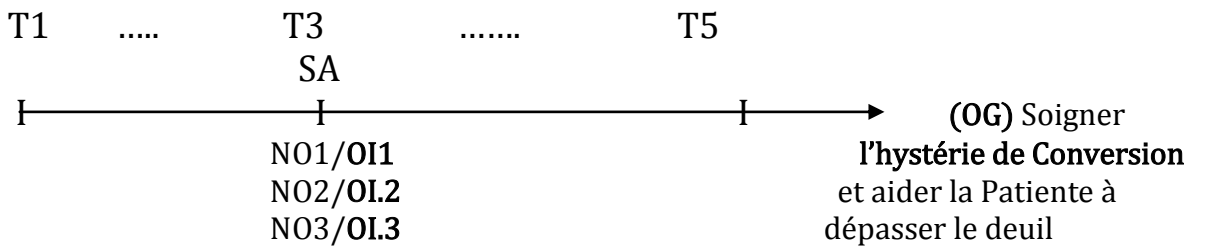
2-4. الورشة العلاجية: ورشة العلاج بالرسم

3-4. الهدف العام (O.G):

يتمثل الهدف العام لهذه الورشة العلاجية في علاج الهستيريا التحويلية، بالإضافة إلى مساعدتها على تحقيق التكيف بشكل أفضل.

4-4. المسار العلاجي:

جرت الورشة العلاجية بالرسم للحالة الخامسة في خمسة حصص كالاتي:



غير أن العلاج لم يستكمل إلى نهايته بسبب مغادرة العميلة للمستشفى فجأة غاضبة كما سيأتي توضيح ذلك فيما بعد..

1 - théâtralisme.

2 - mythomanie.

3 - Culpabilité latente

## 5- توقف العلاج

بالنسبة لهذه الحالة فقد توقف العلاج لأن العملية قررت مغادرة المستشفى فجأة، بحجة أنها لم تلق الاهتمام الجيد -حسب قولها- من الفريق الطبي، وتعتقد أن إقامتها فيه دون فائدة بدليل عدم تحسنها، والعامل المباشر هو أنّ الفريق الطبي قرر منع الزيارة عنها بسبب ملاحظتهم انخفاضا محسوسا في قدراتها المناعية، كما طلبوا من مرافقتها<sup>1</sup> (الأم) بأن تقلل من مكوثها معها قدر الإمكان بنفس الغرفة في انتظار أن ترتفع نسبة الكريات البيضاء وتعود مناعتها إلى المستوى المقبول؛ وهو ما لم تستسغه العملية. وفشل الأطباء في إقناعها بالمكوث فغادرت المستشفى بمحض إرادتها بعد أن قامت بمختلف الإجراءات الإدارية.

لا يمكن أن نقول أن العلاج قد فشل مع هذه العملية لأنه لم يتم إلى النهاية وانقطع لأسباب خارجة عن نطاقها؛ كما أنّ مقاومة العملية ظلت قوية وأعاقت تقدمه بشكل ملحوظ.

ومع ذلك فقد تحققت بعض النتائج متمثلة في:

- بداية زوال عَرَض التحويل الهستيرى (ألم المعدة) وهو ما ذكرته العملية في الحصة الأخيرة T5.

- بداية تحقيق الأهداف العرضية المحددة في الحصة T3

- أخذ العلاج المسار الأصح بالتطرق لعقدة أوديب وبداية تفسيرها من طرف العملية.

- بداية التحكم في المقاومة والتجاوب مع العلاج بشكل أفضل.

ولذلك كان من المؤسف توقف العلاج في هذه المرحلة بالذات، بعدما بدأت بشائر الشفاء تظهر.

---

<sup>1</sup> -Garde malade.

# حالات مرضى السرطان

## الحالة السادسة:

### 1- المعطيات البيوغرافية

الاسم: غنية

الجنس: أنثى

السن: 39 سنة

المسكن: مدينة سطيف

المستوى الدراسي: ثانوي

المهنة: مأكثة بالبيت

الحالة المدنية: عزباء

نوعية المرض: سرطان الكبد

- العميلة تخضع حاليا للعلاج الكيميائي (تمّ العمل معها ابتداء من الحصّة

الثانية)

معطيات عائلية: العميلة أصيلة أسرة مكونة من أب وأم (على قيد الحياة) وأربعة إخوة:

أخت وأخ متزوجان وأخوان عزاب.

### 2- تاريخ الحالة

بعد طفولة عادية وتمدرس دون مشاكل تذكر، توقفت العميلة عن الدراسة لما

فشلت في إجتياز امتحان البكالوريا، ومكثت بالبيت لمدة طويلة، ولم تكن تخرج كثيرا

لأن نظام الأسرة يحتم ذلك إلا للضرورات القصوى. كما أنها هي نفسها انشغلت

بالأعمال المنزلية خاصة وأن والدتها كبيرة في السن ولم تعد تقوى على أعمال البيت.

تعرفت العميلة صدفة على شاب عبر الهاتف المحمول منذ ثلاث سنوات،

وتوطدت العلاقة بينهما بعد أن إلتقيا ورأى الواحد منهما الآخر (لأنه من مدينة **جيجل**)،

كما كانا -وما يزالان- يتصلان عبر الانترنت (الفايسبوك).

أما الحدث الذي غير حياتها هو إصابتها بمرض إحتار الأطباء في تشخيصه،

وأثارت تصرفاتهم قلقها، حيث يطلبون منها إجراء فحوص (تصوير طبي بالليزر) ثم

يقولون لها أنهم لم يفهموا حالتها ومع ذلك يؤكدون لها أنها غير مصابة بالسرطان.

تزامنا مع ذلك أصبح سلوك صديقتها -الذي لم يتقدم لخطبتها بحجة أنه ما زال غير جاهز للزواج- غريبا وغير منتظر، ففي أول الأمر كان يسعى دائما لأن يتأكد من عدم إصابتها بمرض السرطان، ثم أصبح باردا معها ولم يعد يتصل بها كثيرا، ولا يردّ دائما على مكالماتها؛ ولما سألته إن كان يريد إنهاء العلاقة أكد لها أنه متمسك بها، وتحجج لها بأنه مشغول بعمله، ووصل بها الأمر إلى القول خلال المقابلة التشخيصية أنها ندمت على إطلاعه بأمر مرضها والفحوص التي تجريها.

جاءت العملية لمستشفى مكافحة السرطان بغرض إجراء العلاج الكيميائي، ويخفي عليها الأطباء أنها مصابة بسرطان الكبد الذي تعتبر فرص الشفاء منه قليلة؛ حيث قالت لها الطبيبة المعالجة أنّ لديها ورما غير واضح والعلاج الكيميائي الغرض منه إزالته، فإذا زال فهذا معناه أنها لم تكن مصابة بالسرطان؛ وكان هذا تجربة أخرى غير سعيدة لأن مهمة اصطحابها للمستشفى أصبحت تضايق إخوتها، فيما من الممنوع أن تأتي لوحدها.

### 3- الفحص العيادي:

3-1. الوسيلة: المقابلة العيادية -العدد: 02 مقابلتين

3-2. النتائج:

- السوابق الشخصية: لا توجد
- السوابق العائلية: لا توجد
- ميكانيزمات الدفاع: الكبت، النكوص، التكوين العكسي، الإنكار....
- النتائج العيادية:

- شخصية وسواسية
- إنكار إصابتها بمرض السرطان وتصديقها مسألة عدم التوصل إلى تشخيص
- معاناة عاطفية
- قلق الموت

### 4- البروتوكول العلاجي

4-1. التشخيص:

- شخصية وسواسية
- تعاني الحالة من صدمة نفسية وهي في المرحلة الأولى من سيرورة الحداد (مرحلة الإنكار)

4-2. الورشة العلاجية: ورشة الرسم

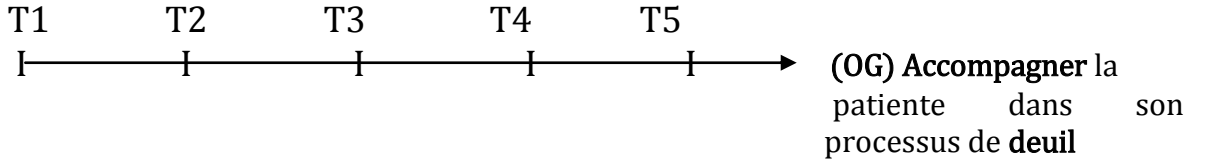


### 3-4. الهدف العام (O.G):

يتمثل الهدف العام لهذه الورشة العلاجية في مرافقة العميلة في المراحل الثلاث الباقية من سيرورة الحداد (الغضب، الاكتئاب والتقبل) ومساعدتها على تحقيق التكيف بشكل أفضل ضمن نمط شخصيتها الوسواسي.

### 4-4. المسار العلاجي:

جرت الورشة العلاجية بالرسم للحالة السادسة في خمسة حصص كالاتي:



### 5- نتائج المسار العلاجي

كما مرّ بنا فقد تمت مرافقة العميلة طيلة فترة علاجها الكيميائي بمعدل حصة علاجية أسبوعياً، وتمّ تجاوز جميع مراحل الحداد (الدخول في مرحلة الغضب في الحصة T2 والانتقال إلى مرحلة الإكتئاب في الحصة T3) والوصول بها إلى مرحلة التقبل، حيث تقبلت متابعة العلاج الكيميائي وكأنها مريضة بالسرطان فعلاً؛ كما زالت المعاناة العاطفية وكذا قلق الموت لديها؛ بناءً عليه يمكن القول أن المسار العلاجي المتبّع مع هذه الحالة قد حقق أهدافه.

## الحالة السابعة

### 1- المعطيات البيوغرافية

الاسم: مراد (اسم مستعار)

الجنس: ذكر

السن: تاريخ الميلاد 1997

المسكن: خنشلة

المستوى الدراسي: ابتدائي

المهنة: لا شيء

الحالة المدنية: أعزب

نوعية المرض: سرطان النخاع العظمي<sup>1</sup>

### معطيات عائلية:

أب وأم على قيد الحياة، عدد الإخوة أربعة 4 والعميل هو الثالث في الترتيب.

### 2- تاريخ الحالة

طفولة وتمدرس دون مشاكل تذكر، أُكتشفت إصابته بعد مشكلات صحية وهو نزيل بالمستشفى الجامعي ابن باديس (قسنطينة) بهدف متابعة العلاج الكيميائي والتكفل الطبي بصحته.

### 3- الفحص العيادي

1-3. الوسيلة: المقابلة العيادية - العدد: 01 مقابلة واحدة

### 2-3. النتائج:

- السوابق الشخصية: لا توجد

- السوابق العائلية: لا توجد

- ميكانيزمات الدفاع: الكبت، النكوص، الإزاحة....

- طبيعة القلق:

- النتائج العيادية:

■ عدم استثمار العالم الخارجي<sup>2</sup>، ويظهر ذلك في الإحباط والانطواء.

■ معاناة عاطفية

<sup>1</sup> - Ostéosarcome.

<sup>2</sup> - Désinvestissement du monde extérieur

- قلق الموت
- مزاج إكتئابى

#### 4- البروتوكول العلاجي

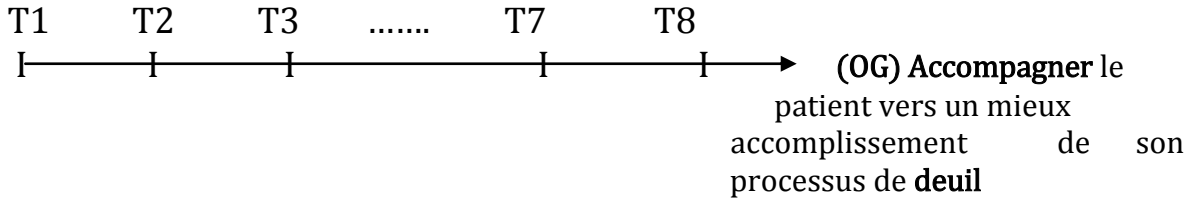
4-1. التشخيص: تعاني الحالة من صدمة نفسية (في مرحلة الاكتئاب وهي الثالثة في سيرورة الحداد)

4-2. الورشة العلاجية: ورشة العلاج بالرسم

4-3. الهدف العام: يتمثل الهدف العام لهذه الورشة العلاجية في مرافقة العميل في المرحلة المتبقية من سيرورة الحداد (الاكتئاب فالتقبل) ومساعدته على تحقيق التكيف بشكل أفضل.

4-4. المسار العلاجي:

جرت الورشة العلاجية بالرسم للحالة الثامنة في ثماني حصص كالاتي:



يمكن القول أن الأهداف المسطرة لهذا التدخل قد تحققت، فقد:

- زال الإكتئاب ابتداء من الحصة T5 لما تجاوز العميل قلق الانفصال وصار يتذكر الأسرة دون ألم ومعاناة نفسية، فتحول رسمه إلى الأشياء المادية (وردة، منزل، مزهرية، قلب...) بدل أفراد العائلة.
- زال قلق الموت T6 عندما صار العميل يتخيل حياته في المستقبل وأمانيه التي يرغب في أن تتحقق (الحب والزواج وتكوين أسرة وبناء أو شراء سكن جميل).

وبالتالي فمرافقته نفسيا خلال سيرورة الحداد، مع أنها بدأت من آخر مرحلة من مراحلها -ولكن الأصعب من بينها- كانت فعالة في إزالة أهم ما يميزها وهو الاكتئاب مما سهّل تقبله للمرض ومتابعته للعلاج الطبي بشكل جيد.

## الحالة الثامنة

### 1- المعطيات البيوغرافية

الإسم: فريدة (اسم مستعار)

الجنس: أنثى

السن: 46 سنة

المسكن: مدينة سطيف

المستوى الدراسي: ثانوي (مع دبلومات في: التسويق، الاعلام الآلي والحلاقة للسيدات)

المهنة: حلاقة للسيدات

الحالة المدنية: عزباء

نوعية المرض: سرطان الثدي

- أورام في الرئة والكبد (مع إخفاء الأطباء عليها صعوبة حالتها)
- العملية تخضع حاليا للعلاج الكيميائي (تمّ العمل معها ابتداء من الحصاة الأولى)

معطيات عائلية: أم متوفية (منذ كان في عمرها 10 سنوات)، أب على قيد الحياة، ثلاثة

إخوة وأختان؛ متزوجون جميعا إلا أخ واحد.

تعيش مع أبيها وزوجته وأخيها في بيت كبير.

- العملية تجيد السياقة وتملك سيارة سياحية.

### 2- تاريخ الحالة:

بعد طفولة وتمدرس عاديين جاء الحدث الذي غير مجرى حياة الأسرة بكاملها، وهو تعرّض الأسرة لحدث مرور أدى إلى وفاة الأم وإحدى البنات وإصابة البقية بجروح (الأب والعملية وإثتان من إختها)، كان سنهما آنذاك عشر سنوات. بعدها تزوج الأب وطلق كذلك مرات عديدة لأجل الأبناء، كما وجد صعوبة في نسيان زوجته الأولى التي كان يحبها. باعتبارها كبرى البنات لعبت دور الأم في بعض المراحل والمواقف (ولكن ليس دائما)، ثم وبعد فشلها في اجتياز امتحان البكالوريا تابعت تكوينها في الإعلام الآلي، الإدارة والتسويق، وحلاقة السيدات؛ ثم فتحت مشروعا بالتكوين الأخير (صالون حلاقة) رغم أن الوالد حاول نثيها بحجة أنّها ليست في حاجة إلى العمل، ولم تندم على ذلك لأن تجربة إقامة مشروع والسعي لإنجاحه والسهر عليه أفادوها كثيرا على المستويين الإجتماعي والنفسي.

عُرِضت على العميلة عدة طلبات زواج لكنها لم تقبل أياً منها لعدم رضاها على المتقدمين؛ وكانت تتوخى الحذر الشديد حتى لا تخوض تجربة زواج فاشلة كالتى عرفتھا من حولھا (أخواتھا وبنات من محيطھا).

أجرت العميلة فحوصات طبية لما أحست بوجود دمّل داخل ثديها فأكد لها أحد الأطباء سلامتها من مرض السرطان؛ وبعد مدة طويلة أعادت الفحوصات فثبت أن ذلك الدمّل هو سرطان الثدي؛ كما أخبرھا الأطباء أن هنالك أنسجة سرطانية أيضا في الكبد والرئة، ولتخفيف وقع الصدمة عليها أخبروها أن نسبة الأمل في الشفاء تبلغ 70% .

كانت العميلة في شدة الحزن بسبب خطأ الطبيب الأول في التشخيص الذي ضيّع عليها وقتا ثمينا كان من الممكن استثماره في علاج السرطان الذي كان ربما في بداياته.

### 3- الفحص العيادي

3-1. الوسيلة: المقابلة العيادية - العدد: 02 مقابلتين

3-2. النتائج:

- السوابق الشخصية:

■ شخصية نرجسية

- السوابق العائلية:

■ أب سبقت له الإصابة بسرطان الرئة وعالجه

■ أب متزوج لـ 5 مرات (دون تعدد)

■ الأم وأخت صغرى توفيا في حادث مرور في عام 1978.

■ مرور شقيقتان لها بفترات إكتئاب ذات أسباب مباشرة (إفلاس، خلافات

زوجية...)

- ميكانيزمات الدفاع: الكبت، النكوص، التكوين العكسي، التسامي، التقمص

الإسقاطي،....

- النتائج العيادية:

■ اكتئاب

■ معاناة عاطفية

■ قلق الموت

■ إحباط

■

### 4- البروتوكول العلاجي

#### 1-4. التشخيص:

- شخصية نرجسية
- تعاني الحالة من الصدمة النفسية وهي في المرحلة الثانية من سيرورة الحداد (مرحلة الغضب)

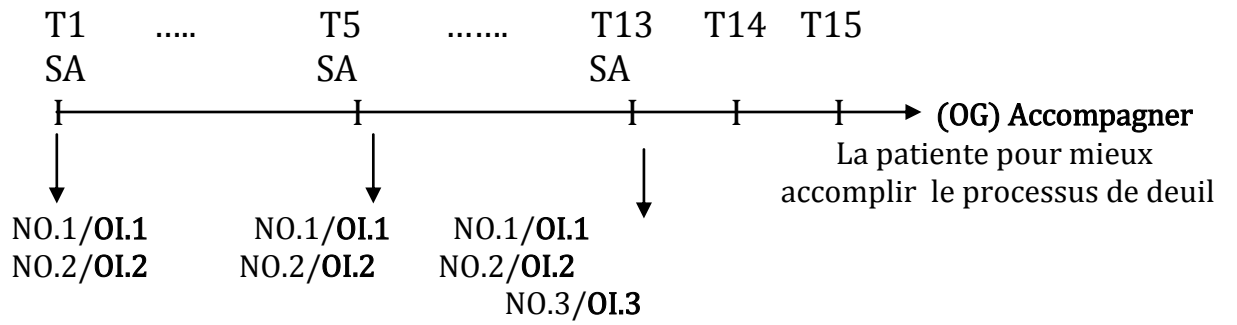
#### 2-4. الورشة العلاجية: ورشة العلاج بالقصة

#### 3-4. الهدف العام (O.G):

يتمثل الهدف العام لهذه الورشة العلاجية في مرافقة العملية في المرحلتين المتبقيتين من سيرورة الحداد (الغضب، الاكتئاب فالتقبل) ومساعدتها على تحقيق التكيف بشكل أفضل ضمن نمط شخصيتها النرجسي.

#### 4-4. المسار العلاجي:

جرت الورشة العلاجية بالرسم للحالة الثامنة في أربعة عشر حصة كالآتي:



#### 5- نتائج المسار العلاجي:

- بهذا يمكن القول أن الأهداف المسطرة لهذه الورشة العلاجية بالقصة قد تحققت، حيث:
- زال الإكتئاب - واكتشفت ذلك ثم اعترفت به- في الحصة T13 حيث أصبحت تتقبل المرض ومتابعة العلاج الطبي بالتالي.
  - زال الإحباط في الحصة الأولى بطريقة خاطئة -لما أقنعت العملية نفسها بأن تتقبل مرضها فداء لأخواتها- ثم عاد وظهر فعملنا عليه حتى زال في الحصتين الأخيرتين.
  - زال قلق الموت في الحصتين الأخيرتين.
  - زال الإحساس بالذنب في الحصة الأخيرة T15 خلال العمل على المستويين التنظيميين المحددين ضمن هذه الحصة.
  - كما زال تأثير نمط شخصيتها النرجسي على معاشها النفسي وأصبحت أكثر استبصاراً بصراعاتها وأسباب مشكلاتها.

وبالتالي فقد نجح التدخل العلاجي مع هذه الحالة في مرافقتها إلى تجاوز الصدمة النفسية واستكمال مراحل الحداد مع حل المشكلات النفسية الطارئة عليها ضمن تلك السيرونة.

**ملاحظة:** لا بد من ذكر مجموعة من المعطيات والملاحظات بخصوص هذه الحالة الأخيرة، منها ما أعاق سير العلاج كما بينها ما ساهم في نجاحه:

- أولها مقاومة العميلة الشديدة والتي رافقت معظم الحصص العلاجية ولم تختف إلا في الحصة الأخيرة، وسببها النمط النرجسي لشخصيتها.
- الأحداث المتعاقبة وأهمها الشكوك بخصوص مرض أختها الذي جعل مشكلات نفسية تتبثق من جديد ليتم حلها نهائياً وبشكل صحيح.
- متابعة العميلة للعلاج ومواظبتها على حضور الحصص المبرمجة، مما يدل على تجاوبها معه وثقتها في فعاليته رغم المقاومة التي أبدتها كما سبق وذكرنا.
- جدوى اختيار الوسيط (القصة) الذي ساهم بشكل فعال في إقبال العميلة على العلاج، حيث كان ظني في محله لما لم أختار الرسم (أو وسيط آخر) لأنها كانت -بحكم طبيعتها النرجسي- ستزدري مختلف الوسائط (لأنها ستعتبرها أنشطة طفلية/مدرسية) فتزول الرغبة في متابعة العلاج والإقبال عليه.

## ثانياً: مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات

مما سبق وما توصل إليه تحقيقنا الميداني الذي شمل بالدراسة ثمانية حالات، حيث درسناها بتعمق خلال تطبيقنا للبروتوكول العلاجي المقترح والمكيّف مع كل حالة، يمكننا استخلاص ما يلي:

✚ **بالنسبة للحالة الأولى** - وهي حالة ذكر مصاب بالسيدا- والتي تعاني من تظاهرات **عدم التكيف** مع وضعية جديدة في الحياة وهي الإصابة بمرض السيدا. واستفادت من العلاج ضمن ورشة **التعبير بالصور** ( Atelier de Photolangage ) تمثل الهدف العام لهذه الورشة العلاجية في **مساعدة العميل على تحقيق التكيف** بشكل أفضل.

تمت المرافقة العلاجية في سنة 06 حصص و تحقق ما يلي:

- تحقيق التوازن العاطفي (الشعور بالاطمئنان الداخلي)
  - إحتواء القلق الذي سببه الإحباط ونجم عنه الانطواء.
- أصبح العميل أكثر مقاومة للإحباطات؛ وكان **التنفيس الانفعالي** حاضرا بقوة أثناء كل الحصص مما زاد في فائدة رحلة العلاج.

✚ **وبالنسبة للحالة الثانية** - وهي حالة أنثى مصابة بالسيدا- كانت تعاني من سيرورة حداد غير مكتملة، واستفادت من العلاج ضمن ورشة رسم بهدف مساعدتها على تجاوز الصدمة واستكمال عمل الحداد. استغرقت ستة عشر 16 حصة علاجية (بمعدل حصة واحدة أسبوعيا إلى إثنين أحيانا) وتحققت الأهداف المسطرة لهذا التدخل كما يلي:

- **اكتملت سيرورة حداد** وتجاوزت الحالة الصدمة النفسية أخيرا
- زال المزاج الإكتئابي (ابتداءا من الحصة T6)



- قلق الموت زال (ابتداءاً من الحصة T7) وقد ساهم في ذلك نجاح العملية الجراحية
  - زالت المعاناة العاطفية
  - كما زال الإحساس بالذنب في الحصة الأخيرة
- وساهم في ذلك طول مدة استشفاء العميلة وكذا نجاح العملية الجراحية التي أجريت لها.

وفيما يتعلق بالحالة الثالثة -وهي حالة ذكر مصاب بالسيدا- وهو عميل كان يعاني من صدمة نفسية، في مرحلة الإنكار من سيروورة حداد، إضافة إلى النمط الوسواسي لشخصيته؛ مع تأتأة نفسية المنشأ. وتابع علاجاً بالفن ضمن ورشة رسم؛ وتمثل الهدف العام لهذه الورشة العلاجية التي استغرقت ثلاثة عشر 13 حصة في مساعدته على تخطي مراحل الحداد والوصول به إلى تقبل مرضه.

وجاءت النتائج كالتالي:

- اكتملت سيروورة الحداد ووصل العميل إلى تقبل مرضه.

- زال المزاج الإكتئابي ابتداءاً من الحصة T4
- زال قلق الموت ابتداءاً من الحصة T3 وقد ساهم في ذلك أنه لم يكن حاداً.
- زالت المعاناة العاطفية
- الإحساس بالذنب زال في الحصة الأولى
- خفت حدة الطبع الوسواسي فأصبح أكثر سيطرة على أفكاره الإجتزارية التي كانت تشكل مصدراً للقلق (ابتداءاً من الحصة T7)
- زال اضطراب التأتأة (ابتداءاً من الحصة T8)
- كما صار العميل يفكر في مشاريع على المدى الطويل (العمل، تكوين أسرة...).

أما الحالة الرابعة -وهي حالة ذكر مصاب بالسيدا- تعاني من العصاب الوسواسي (دون وجود قهر) تابع علاجاً ضمن ورشة العلاج بالرسم، وتمثل هدفها العام في يتمثل الهدف العام لهذه الورشة العلاجية في علاج العصاب الوسواسي. وتوصلنا إلى ذلك عملياً بـ:

- تحقيق التوازن العاطفي (الشعور بالاطمئنان الداخلي)

- إحتواء القلق والصور الملحة (صور الموت، الهواجس مرضية، صور تطور المرض) التي تهدد سلامته النفسية.
  - إزالة أسباب ومصادر الأفكار الإجترارية.
  - مساعدته على مواجهة الميولات الجنسية المثلية.
  - مساعدته على التخلص من الإحساس بالذنب.
- جرت الورشة العلاجية بالرسم للحالة الرابعة في إثنا عشر 12 حصة؛ وتحقق ما يلي:

- زالت الهواجس المرضية (بدأ فضوله للمعلومات والصور عن مرض السيدا بالزوال منذ الحصة T4 وزال نهائيا في الحصة T9)
- بدأت الميولات الجنسية المثلية بالزوال منذ الحصة T6 لما عملت على المستويين التنظيميين المحددين ضمن هذه الحصة.
- الإحساس بالذنب زال في الحصة T6 خلال العمل على المستويين التنظيميين المحددين ضمن هذه الحصة.
- قلق الموت زال ابتداءً من الحصص الأولى وقد ساهم في ذلك أنه لم يكن حادا.
- خفت حدة الطبع الوسواسي فأصبح أكثر سيطرة على أفكاره الإجترارية التي كانت تشكل مصدرا للقلق.
- كما صار العميل يفكر في مشاريع على المدى الطويل (تكوين أسرة...).

وفيما يتعلق بالحالة الخامسة -وهي حالة أنثى مصابة بالسيدا- التي تعاني من الهستيريا التحويلية، تابعت معها العلاج ضمن ورشة للرسم، كان هدفها العام -متمثلا علاج الاضطراب المشخص (أي الهستيريا التحويلية)، بالإضافة إلى مساعدتها على تحقيق التكيف بشكل أفضل.

وقد دام المسار العلاجي خمسة حصص، ثم توقف العلاج لأن العميلة قررت مغادرة المستشفى فجأة، فانقطعت عن متابعة الحصص؛ ومع ذلك تحققت بعض النتائج متمثلة في:

- بداية زوال عَرَض التحويل الهستيري (ألم المعدة) وهو ما ذكرته العميلة في الحصة الأخيرة T5.
- بداية تحقيق الأهداف العرضية المحددة في الحصة T3 (شرح تفاصيل العملية العلاجية لها وأهدافها ودورها كعميلة في إنجاحها؛ إفهامها أنّ مشكلتها تعود

- جذورها إلى فترة الطفولة المبكرة (المرحلة الأوديبية)؛ إزالت أحد أهم أعراض الهستيريا "عدم النضج الانفعالي" بحل الصراع الأوديبى المكبوتة نزواته).
- أخذ العلاج المسار الأصح بالتطرق لعقدة أوديب وبداية تفسيرها من طرف العميلة.
- بداية التحكم في المقاومة والتجاوب مع العلاج بشكل أفضل.

✚ و بالنسبة للحالة السادسة - حالة أنثى مصابة بالسرطان - هي شخصية وسواسية، تعاني من صدمة نفسية وهي في المرحلة الأولى من سيرورة الحداد (مرحلة الإنكار)، واستفادت من العلاج ضمن ورشة رسم؛ تمثل الهدف العام منها في مرافقة العميلة في المراحل الثلاث الباقية من سيرورة الحداد (الغضب، الاكتئاب فالتقبل) ومساعدتها على تحقيق التكيف بشكل أفضل ضمن نمط شخصيتها الوسواسي.

وجرى العمل في خمسة 05 حصص؛ خلصنا بعدها إلى تجاوز جميع مراحل الحداد (الدخول في مرحلة الغضب في الحصة T2 والانتقال إلى مرحلة الإكتئاب في الحصة T3) والوصول بها إلى مرحلة التقبل، حيث تقبلت متابعة العلاج الكيميائي؛ كما زالت معاناتها العاطفية وكذا قلق الموت لديها.

✚ وبالنسبة للحالة السابعة - وهي حالة ذكر مصاب بالسرطان - كانت تعاني من صدمة نفسية (في مرحلة الاكتئاب وهي الثالثة في سيرورة الحداد)؛ واستفادت من علاج ضمن ورشة علاجية بالرسم؛ كان الهدف العام منها مرافقة العميل في المرحلة المتبقية من سيرورة الحداد (الاكتئاب فالتقبل) ومساعدته على تحقيق التكيف بشكل أفضل. دام العلاج ثماني 08 حصص، وتحقق ما يلي:

- زال المزاج الإكتئابي ابتداءاً من الحصة T5 لما تجاوز العميل قلق الانفصال وصار يتذكر الأسرة دون ألم ومعاناة نفسية، فتحول رسمه إلى الأشياء المادية (وردة، منزل، مزهرية، قلب...) بدل أفراد العائلة.
- زال قلق الموت T6 عندما صار العميل يتخيل حياته في المستقبل وأمانيه التي يرغب في أن تتحقق (الحب والزواج وتكوين أسرة وبناء أو شراء سكن جميل).

وبالتالي فمرافقته نفسياً خلال سيرورة الحداد، مع أنها بدأت من آخر مرحلة من مراحلها -ولكن الأصعب من بينها- كانت فعالة في إزالة أهم ما يميزها وهو الاكتئاب مما سهل تقبله للمرض ومتابعته للعلاج الطبي بشكل جيد.

وأخيرا فيما يتعلق بالحالة الثامنة (أنثى مصابة بالسرطان)، والتي هي ذات شخصية نرجسية وتعاني من الصدمة النفسية وهي في المرحلة الثانية من سيرورة الحداد (مرحلة الغضب) فقد استفادت من مرافقة نفسية ضمن ورشة علاجية بالقصة؛ كان هدفها العام يتمثل في مرافقة العميلة في المرحلتين المتبقيتين من سيرورة الحداد (الغضب، الاكتئاب فالنقبَل) ومساعدتها على تحقيق التكيف بشكل أفضل ضمن نمط شخصيتها النرجسي. وجرت الورشة العلاجية بالرسم للحالة الثامنة في خمسة عشر حصة، وتحققت الأهداف المسطرة لها، حيث:

- زال الإكتئاب واكتشفت العميلة ذلك ثم اعترفت به- في الحصة T13 حيث أصبحت تتقبل المرض ومتابعة العلاج بالتالي.
- زال الإحباط في الحصة الأولى بطريقة خاطئة -لما أقنعت العميلة نفسها بأن تتقبل مرضها فداء لأخواتها- ثم عاد وظهر فعملنا عليه حتى زال في الحصتين الأخيرتين.
- زال قلق الموت في الحصتين الأخيرتين.
- زال الإحساس بالذنب في الحصة الأخيرة T15 خلال العمل على المستويين التنظيميين المحددين ضمن هذه الحصة.
- كما زال تأثير نمط شخصيتها النرجسي على معاشها النفسي وأصبحت أكثر استبصارا بصراعاتها وأسباب مشكلاتها.

وبالتالي فقد نجح التدخل العلاجي مع هذه الحالة في مرافقتها إلى تجاوز الصدمة النفسية واستكمال مراحل الحداد مع حل المشكلات النفسية الطارئة عليها ضمن تلك السيرورة.

وفيما يتعلق بفروض هذا البحث المذكورة آنفا، يمكننا القول أن:

- الفرضية الجزئية الأولى القائلة "العلاج بالفن والوسائط العلاجية فعال في علاج الصدمة النفسية (وما قد ينجر عنها) لدى المصاب بمرض السرطان أو السيدا" قد تحققت بالنسبة للحالات الثانية والثالثة والرابعة والسادسة والسابعة والثامنة.
- الفرضية الجزئية الثانية القائلة: "العلاج بالفن والوسائط العلاجية فعال في علاج الإكتئاب لدى المصاب بمرض السرطان أو السيدا" قد تحققت بالنسبة للحالات: الأولى والثانية والثالثة والرابعة والسادسة والسابعة والثامنة.

■ الفرضية الجزئية الثالثة القائلة: "العلاج بالفن والوسائط العلاجية فعال في إزالة قلق الموت لدى المصاب بمرض السرطان أو السيدا" قد تحققت بالنسبة لكل الحالات المدروسة.

■ الفرضية الجزئية الرابعة القائلة: "العلاج بالفن والوسائط العلاجية فعال في علاج اضطرابات التكيف والمعاناة العاطفية لدى المصاب بمرض السرطان أو السيدا" قد تحققت بالنسبة للحالات: الأولى (خاصة) والثانية والثالثة والرابعة والسادسة والسابعة والثامنة.

■ الفرضية الجزئية الخامسة القائلة: "إنّ العلاج بالفن والوسائط العلاجية فعال في إزالة الشعور بالذنب لدى المصاب بمرض السرطان أو السيدا" قد تحققت بالنسبة للحالات: الثانية والثالثة والرابعة. (فيما لم يتم استهدافه لدى حالات السرطان لعدم وجوده أصلا بسبب كون هذا المرض لا ينتقل بالعدوى وبالتالي فمن المستبعد أن يلوم العملاء انفسهم أو يعتبرونه عقابا إلهيا)

■ الفرضية السادسة القائلة: العلاج بالفن والوسائط العلاجية فعال في تصحيح اختلال كلا من: صورة الذات، الاستقلالية، الميزانية، الإحساس بالقيمة، فقدان الأمل في المشاريع المبرمجة على المدى الطويل الناجمة عن الإصابة بمرض السرطان أو السيدا قد تحققت بالنسبة لجميع الحالات المدروسة كلا حسب حاجاته العيادية، بما فيهم الحالة التي لم تنهي العلاج (الحالة الخامسة).

وبناء عليه يمكننا القول أن الفرضية العامة لهذا البحث العلمي، التي تنصّ على أنّ العلاج بالفن والوسائط العلاجية فعال في التكفل النفسي بالحالات المصابة بمرض السرطان أو السيدا قد تحققت، حيث لاحظنا أن التدخل العلاجي مع الحالات المدروسة قد نجح في مرافقتها إلى تجاوز الصدمة النفسية واستكمال مراحل الحداد مع حل المشكلات النفسية الطارئة عليها ضمن تلك السيرورة، كل ضمن خصوصياتها (شخصية نرجسية، وسواسية، حالات عدم التكيف...)، وذلك حسب المبدأ الخاص بهذه الطريقة العلاجية: دفع لاشعور العملاء إلى تبني سيرورة إبداعية رمزية بدلا وذلك بالتعبير الفني، بدلا عن السيرورة النفس-مرضية (تكوين الأعراض النفسية) التي كانت تتبعها نفسياتهم (leurs psychismes) في السابق، أي قبل وخلال الفحص العيادي الذي سبق تطبيق العلاج عليهم.

# الخاتمة

نستخلص بعد عرضنا للدراسة المجراة بمختلف أطوارها، والتي حاولنا فيها الالتزام بالضوابط المنهجية للبحث العلمي، ومررنا بجميع مراحلها المعروفة من طرح لسؤال الانطلاق فالقيام بدراسة استطلاعية وضعت مسار البحث على السكة الصحيحة، فقمنا بالتالي بتحديد أسئلة الدراسة وفروضها، وبنينا -بالاستناد إلى الرصيد النظري الذي تم تجميعه وتبويبه في خمسة فصول نظرية مفصلة- مختلف أدوات التحقيق الميداني من بطاقة لدراسة الحالة ودليل للمقابلة، كما وضعنا البروتوكول العلاجي الذي سهرنا على تطبيقه بعناية خلال إجرائنا للإستقصاء الميداني؛ مع مراعاة خصوصية الموضوع المدروس، وإتبعنا في هذا الصدد المنهج العيادي.. نستخلص بعد كل ذلك ثلاث نقاط أساسية، أولها: أنّ التكفل المؤسساتي بمرضى السيدا والسرطان لا ينحصر فقط في الجانب الطبي بل لا بد أن يتعداه إلى الجانب النفسي الذي لا يقل أهمية عنه، على أساس وجود عدة مشكلات نفسوعيادية -أثبتتها عدة دراسات في العديد من دول العالم- من الضروري التكفل الجدي بها، على رأسها الصدمة النفسية الناجمة عن تلقي خبر الإصابة بأحد هذين المرضين، مشاعر الإحباط والاكنتاب الناجم عنها، قلق الموت وغيرها... ثاني نقطة مهمة أننا توصلنا إلى اقتراح العلاج بالفن وبالوسائط الفنية اللذان يقومان على استخدام وسائل التعبير الفني التشكيلي، وتوظيفها بأسلوب منظم كطريقة للتكفل النفسي بالمرضى المذكورين، وكنتفنية للمرافقة النفسية لهما متماشية مع ثقافتنا وواقعنا المحلي؛ حيث خلصنا في نهاية هذا العمل إلى وضع بروتوكول علاجي مكيف يمكن للممارسين للعلاج النفسي عموماً، وأخصائيي علم النفس الإكلينيكي العاملين مع الفئات المرضية المذكورة استعماله والاعتماد عليه. ثالث وآخر نقطة يمكن استخلاصها من خلال إجرائنا لهذا البحث هي التأكيد مرة أخرى وبتجددة -على غرار ما يعيده ويكرره الباحثون في علم النفس الإكلينيكي- على عدم وجود نمط عيادي واحد للحالات المتكفل بها، مما يجعل من الضرورة بمكان ترك هامش من الحرية للمعالج لوضع خطة علاجية مناسبة لكل حالة مع الأخذ بعين الإعتبار خصوصياتها

والأهداف العلاجية المحددة من طرفه بناء على ما خلصت إليه دراسة الحالة السابقة لأي عملية عيادية.

إن البروتوكول العلاجي المقترح خلال هذه الدراسة عبارة عن خلاصة إجتهد من طرف الباحث، لا يمكننا أن ندّعي بأي حال من الأحوال أنّه يرقى إلى مرتبة العمل الكامل ولا ندّعي له المثالية أو أنه نهائي لا يمكن تغييره، وبالتالي فهو قابل للإنتقاد والمناقشة وحتى التعديل، كما يمكن للباحثين الأكاديميين المتخصصين نقده واقتراح بدائل له أو البحث على تحسينه مما من شأنه أن يؤدي بالتالي إلى التحسين من مستوى البحث العلمي في هذا المجال والرفع من مستواه، فيزود الممارسة الميدانية والفاعلين فيها بما يلزمهم من أدوات محيئة ومكيفة، تشخيصية كانت أو علاجية.

## التوصيات

نقترح بناءً على ما ثبت من نتائج عيادية لهذا البحث، طريقة مفصلة للتكفل النفسي بالحالات التي تعاني من السرطان والحالات المصابة بمرض فقدان المناعة المكتسبة (السيدا)، بداية من المقابلة التشخيصية الأولى معها ووصولاً إلى علاجها أو مرافقتها النفسية (حسب التظاهرات العيادية للحالة) وذلك بالعلاج بالوسائط الفنية. يتم العمل بالوسائل التالية: بطاقة الإنكار و البروتوكول العلاجي (للتعرف على تفاصيلهما يرجى الاتصال بالمؤلف)

1- **بطاقة الإنكار:** يقوم الأخصائي النفسي الإكلينيكي بتسجيل المعلومات ضمن البطاقة عقب إجراء مقابلتين عياديتين على الأكثر مع العميل. وبعد ذلك يضع البروتوكول العلاجي الخاص بالحالة المراد متابعتها بعد إختيار وسيط فني وبالتالي ورشة علاجية معينة. هنالك عدد كبير من الأدوات الممكن استعمالها كوسائط علاجية لعل أهمها الرسم، ولكن هنالك الكثير غيره ك: القصص، الصور الفوتوغرافية (التعبير بالصور)، التشكيل بالطين، النحت، الموسيقى، اللصق، الأقنعة، التمثيل، الرقص، القراءة والكتابة، الدمى والعرائس وغيرها.... فإذن من الضروري توفير الأدوات اللازمة (أدوات رسم، صور "كصور اختبار الـ TAT"، اختيار قصص تتماشى وطبيعة صراعات العميل، مجلات وأوراق ملونة للتجميع واللصق...).

يجري العلاج بالوسائط ضمن ورشات، وفق حصص علاجية فردية أو جماعية، بوتيرة يتم تحديدها بالاتفاق مع العميل (أو العملاء).

نقترح ورشات الوساطة العلاجية على العميل إطاراً علاجياً يتكون من: فضاء، زمن ونظام يضبط المجال الانتقالي والعلاقة العلاجية، والذي يسهر على هذا الإطار هو الأخصائي النفسي الإكلينيكي الذي يلعب دور "المنشط"<sup>1</sup>؛ فيستقبل العميل، يتقبله كما هو، يدعوه إلى أخذ مكان، وإلى الإحساس بنفسه وإيجاد موقع له ضمن علاقته ب"الآخر". هذه هي المرحلة الأهم قبل

<sup>1</sup> - Animateur.



الحركة، أي قبل القيام باختيارات، وقبل التحرك ضمن الممكن، وكذا قبل إيجاد الراحة وممتعة العمل سويا.

ينتهي العلاج لما يتم التوصل إلى تحقيق الهدف العام (المتفق عليه مسبقا مع العميل)؛ وإذا كان الهدف هو إحداث تغيير جذري في الشخصية تصبح العملية علاجا أساسيا وتتطلب بالتالي وقتا أطول؛ وتتوقف الوتيرة هنا أيضا على ما يساعد العميل وعلى قدرته على تسيير التغيير. أما إذا ما وجد العميل صعوبة في الانخراط في مسار علاجي فردي، فما عليه سوى المشاركة في الورشات العلاجية الجماعية<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> - Ateliers thématiques.

# قائمة المراجع

## المراجع باللغة العربية:

1. البسيوني محمود (1980)، *التربية الفنية والتحليل النفسي*، القاهرة، عالم الكتب.
2. الخالدي أديب محمد (2006)، *مرجع في علم النفس الإكلينيكي (المرضي)*، عمان، دار وائل، ط1.
3. الصقر إياد محمد (2010)، *فلسفة الألوان*، بيروت، دار الأهلية، ط1.
4. الدهان غادة (2002)، *أسباب السرطان والوقاية منه*، دمشق، منشورات جامعة دمشق.
5. الزراد فيصل محمد خير (2000)، *الأمراض النفسية - الجسدية : أمراض العصر*، بيروت، دار النفايس.
6. الشربيني لطفي (2001)، *الإكتئاب الأسباب والعلاج*، بيروت، دار النهضة العربية، ط1.
7. العناني حنان عبد الحميد (2007)، *الفن التشكيلي وبيكولوجية رسوم الأطفال*، عمان، دار النصر، ط1.
8. العيسوي عبد الرحمن (1994)، *الأمراض السيكوسوماتية*، القاهرة، دار النهضة العربية.
9. النابلسي محمد أحمد (1991)، *الصدمة النفسية علم النفس الحروب والكوارث*، بيروت، دار النهضة العربية.
10. النابلسي محمد أحمد (1981)، *مبادئ العلاج النفسي ومدارسه*، بيروت، دار النهضة العربية.
11. اليامي عوض مبارك (2007)، *العلاج بالفن التشكيلي (تاريخه مفهومه نظرياته تطبيقاته)*، الرياض، النشر العلمي والطبع جامعة الملك سعود.
12. جيزل نحاس (2008)، *الرسم كوسيلة للتعبير في ظل المعاناة النفسية*، عمان، دار المشرق.

13. حجازي مصطفى (2003)، *الفحص النفسي*، بيروت، دار الفكر اللبناني، ط1.
14. خميس فاروق مصطفى (1987)، *قاموس الإيدز الطبي (السيدا مرض العصر)*، منشورات مكتبة الهلال، ط1.
15. دردار فتحي (2000)، *السيدا بين الواقع وآفاق العلاج*، الجزائر، ط2.
16. رياض سعد (2005)، *الشخصية أنواعها أمراضها فن التعامل معها*، القاهرة، مؤسسة إقرأ، ط1.
17. زهران حامد عبد السلام (1997)، *الصحة النفسية والعلاج النفسي*، القاهرة، عالم الكتب، ط3.
18. سرحان محمود (دون سنة)، *علاج الأورام والخلايا الجذعية*، الكويت، دار الوثائق.
19. سري إجمال محمد (2000)، *علم النفس العلاجي*، القاهرة، عالم الكتب، ط3.
20. عباس فيصل (1994)، *أضواء على المعالجة النفسية*، بيروت، دار الفكر اللبناني.
21. عبد الستار إبراهيم وعسكر عبد الله (1999)، *علم النفس الإكلينيكي*، القاهرة، المكتبة الأنجلو مصرية.
22. عسكر عبد الله (2000)، *الإكتئاب النفسي بين النظرية والتشخيص*، القاهرة، المكتبة الأنجلو مصرية.
23. عطوف محمود ياسين (1983)، *علم النفس الإكلينيكي (العيادي)*، بيروت، دار العلم للملايين، ط2.
24. عطية محمود هنا (1976)، *علم النفس الإكلينيكي*، القاهرة، دار النهضة العربية.
25. قضاة عبد الحميد (1986)، *الإيدز حقائق وأرقام*، بيروت، دار ابن قدامة للطباعة والنشر، ط2.
26. مصباح عبد الهادي (دون سنة)، *أهم مقومات شفاء مرض السرطان*، بيروت، دار الأمل.
27. مصطفى دينا (2010)، *العلاج بالفن*، القاهرة، المكتبة الأنجلو مصرية.
28. مليكة لويس كامل (1977)، *علم النفس الإكلينيكي ج1*، القاهرة، الهيئة المصرية العامة.

1. AFLALO M. & COUVREUR F. (1998), « Association des médiateurs de l'expression en thérapie », *LA REVUE FRANCAISE DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE MÉDICALE*, Paris, n°21, pp. 15-19.
2. AMBROSI J. (1996), *La médiation thérapeutique*, Paris, L'Harmattan.
3. AKECHI T, OKUYAMA T, ONISHI J, MORITA T, FURUKAWA TA, "Psychotherapy for depression among incurable cancer patients". Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 11. Art. No.: CD005537. DOI: 10.1002/14651858.CD005537.pub2 (consulté le 10/03/2014)  
**Disponible sur :**  
[http://cochrane.fr/index.php?option=com\\_k2&view=item&id=2709](http://cochrane.fr/index.php?option=com_k2&view=item&id=2709)
4. ANTIER E. (2007), *Les dessins d'enfants vous parlent*, Grasset & Fasquelle.
5. ARIS P. (1975), *Essais sur l'histoire de la mort en occident*, Paris, Seuil.
6. ARIS P., DOLTO F., MARTY F., SCHWARTZENBERG L. (1983), *En face de la mort*, Toulouse, Privat.
7. ATTIGUI P. (2000), « Le jeu théâtral : entra transfert et relation d'objet », *LE JOURNAL DES PSYCHOLOGUES*, Paris, n° 182, pp. 36-41. AIN M. (2001), *Le lâcher prise en médiation thérapeutique*, Paris, L'Harmattan.
8. BARBERIS BIANCHI M. & DELAGE M. (1998), « Introduction aux Journées de printemps 1997 de la SFPE L'art thérapie, médiation créatrice », *LA REVUE FRANCAISE DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE MÉDICALE*, Paris, n°21, pp. 12-14.
9. BAYRO-CORROCHANO F. (2000), « De l'argile en thérapie », *LE JOURNAL DES PSYCHOLOGUES*, Paris, n° 182, pp. 43-47.

10. BELPOMME D. (2005), *Guérir du cancer ou s'en protéger*, Fayard.
11. BENEDETTO P. (2008), *Psychologie de la personnalité*, Bruxelles, de boeck.
12. BERGERET J. (s.d.) et coll. (2008), *Psychologie pathologique*, Paris, Elsevier Masson, 10<sup>ème</sup> édition.
13. BERTHIAUME F. et LAMOUREUX A. (1981), *Initiation à la recherche en psychologie*, Montréal, HRW Itée.
14. BEUCHAUT B. (2000), « Chacun cherche sa chanson », *LE JOURNAL DES PSYCHOLOGUES*, Paris, n° 182, pp. 48-52.
15. BOTTERO A. et coll. (1992), *Psychiatrie de l'adulte*, Paris, Maloine.
16. BOUNAN M. (2004), *Le Temps du sida*, Paris, éditions Allia.
17. BOUZID D. (2013), « Cancer : Une nouvelle approche thérapeutique bientôt en Algérie », article publié le 02/03/2013 (consulté le 28/07/2013) **Disponible sur** :  
<http://www.elmoudjahid.com/fr/actualites/38886>
18. BOYER-LABROUCHE A. (2011), *Manuel d'art-thérapie*, Paris, Dunod, 3<sup>e</sup> éd.
19. BROUSTRA J. (1998), « Le polytope interlangagier », *LA REVUE FRANCAISE DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE MÉDICALE*, Paris, n°21, pp. 20-25.
20. BROUSTRA J. (1998), « Atelier colimason », *LA REVUE FRANCAISE DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE MÉDICALE*, Paris, n°21, p. 26.
21. BRUN A. (2002), « Groupe thérapeutique de peinture et réalité du lien précoce à l'objet », *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, Paris, n° 41, Ramonville Saint Agne, Érès, pp. 167-176.
22. BRUN A. (2003), « Historique de la médiation artistique dans la psychothérapie psychanalytique », *TOPIQUE*, Paris, n° 10, pp. 01-25.
23. BRUN A. (2007), *Médiations thérapeutiques et psychose infantile*, Paris, Dunod.

24. BRUN A., CHOUVIER B., ROUSSION R. (2013), *Manuel des médiations thérapeutiques*, Paris, Dunod.
25. CANCÈS A.M. (1990), « Limites et perspectives des tests neuro-psychologiques dans l'évaluation des troubles cognitifs chez les patients séropositifs », *L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE*, Volume 66, Privat, Paris, N° 08, pp. 775-779.
26. CAPACCHIONE L. (2009), « *L'art thérapie* », article publié (consulté le 21/07/2013) **Disponible sur** :  
[http://www.passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/Fiche.aspx?doc=art\\_therapie\\_th##](http://www.passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/Fiche.aspx?doc=art_therapie_th##)
27. CARRUGI C. (1998), « Art thérapie, l'image du corps dans le modelage de la terre », *LA REVUE FRANCAISE DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE MÉDICALE*, Paris, n°21, pp. 59-61.
28. CASSUTO G.P. et REBOULOT B., *La séropositivité au quotidien*, Paris, Ed. Odile Jacob.
29. CHAPPUIS R. (1986), *La psychologie des relations humaines*, Paris, PUF.
30. CHEVROLLIER J.-P., DESBRUERES D., LEBLED B., *PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE MÉDICALE*, Paris, n°21, pp. 75-77.
31. CHOUVIER B. & Coll. (2002), *Les processus psychiques de la médiation*, Paris, Dunod.
32. CHOUVIER B. (s.d.) (2000), *Matière à symbolisation (Art, création et psychanalyse)*, Paris, delachaux et niestlé.
33. CHOUVIER B. (1998a), « La symbolique des substances primaires en psychothérapie de l'enfant », *champs psychanalytiques*, Lausanne, pp. 103-135.
34. CHOUVIER B. & Coll. (1998b), *Symbolisation et processus de création*, Paris, Dunod.
35. CHRISTOFOROV B. (1990), « Prise en charge globale de l'infection à VIH dans un service de médecine interne », *L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE*, Volume 66, Privat, Paris, pp. 752-754.
36. Comité français de suivi "Soins palliatifs et accompagnement" (2004) , « *Guide de bonnes pratiques d'une démarche palliative*

*en établissements* », publié en 2013 (consulté le 28/07/2013)  
**Disponible sur :**

[http://www.art-therapie-tours.net/fr/newsletter\\_onco\\_2013.php](http://www.art-therapie-tours.net/fr/newsletter_onco_2013.php)

37. COUWENBERGH J.-P. (2007), *Chromothérapie et luminothérapie*, Paris, Éditions Eyrolles Pratiques.
38. CURINIER M. (2008), *Art-thérapie (La peinture qui guérit)*, Bruyère-le-Châtel, nouvelle cité.
39. DANTZER S. (1989), *L'illusion psychosomatique*, Paris, Éd. O. Jacob.
40. DELAQUAIZE H. (2009), « *La médiation thérapeutique* », article publié le 22 octobre 2009 (consulté le 13/01/2014)  
**Disponible sur** le site internet officiel du collectif français de médiation en santé publique (MSP) :  
<http://www.cfmsp.org/spip.php?article28>
41. DELAY J. et PICHOT P. (1990), *Abrèges de psychologie*, Paris, Masson.
42. DELBROUCK M. (2008), *Psychopathologie*, Bruxelles, de boeck.
43. DOLTO F. (1985), *Solitude*, Paris, Vertiges.
44. DRAMINSKI F. (2011), « *le Cancer* », article publié le 26/05/2011 (consulté le 28/07/2013) **Disponible sur :**  
<http://www.futura-sciences.com/magazines/sante/infos/dico/d/medecine-cancer-108/>
45. DURAND J. (2000), « les premiers entretiens en psychanalyse », *LE JOURNAL DES PSYCHOLOGUES*, Paris, n° 182, pp. 34-35.
46. DUVAL-LEVESQUE F. (2014), « Nouvelle étude de l'Inserm : être déprimé ne provoque pas le cancer », article publié le 2014/01/15 (consulté le 09/03/2014) **Disponible sur :**  
<http://psychotherapeute.wordpress.com/2014/01/15/nouvelle-etude-de-linserm-etre-deprime-ne-provoque-pas-le-cancer/>
47. ELAROUSSI K. (1989), Contribution à une étude sur la mort en islam. « *Bulletin de la société de Thanatologie* », pp. 77-78.

48. FAVARA-SCACCO C, SMIRNE G. & *Al.* (2001), « Art therapy as support for children with leukemia during painful procedures », *Med Pediatr Oncol.* ;36(4):474-80.
49. FORESTIER R. (2007), *Tout savoir sur l'art-thérapie*, Lausanne, Favre, 5<sup>ème</sup> édition.
50. FRUCHARD D. (1998), « Soutien musicothérapique auprès d'adolescents : quels effets ? », *LA REVUE FRANCAISE DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE MÉDICALE*, Paris, n°21, pp. 48-51.
51. FUA D. sd (2002), *Le métier de psychologue clinicien*, Paris, Coll. Nathan, 2<sup>ème</sup> édition.
52. GAVIN J. (1998), « La thérapie par le jeu pour enfants victimes d'abus sexuels », *LA REVUE FRANCAISE DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE MÉDICALE*, Paris, n°21, pp. 62-64.
53. GEISSMANN C., HOUZEL D. (s.d.) (2003), *L'enfant, ses parents et le psychanalyste*, Paris, Bayard Compact.
54. GHIGLIONE R. (1998), *Les métiers de la psychologie*, Paris, Dunod.
55. GRANIER F. & CERCOS-SEVERAC D. (1998), « Création d'une unité psychothérapique de transition », *LA REVUE FRANCAISE DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE MÉDICALE*, Paris, n°21, pp. 27-30.
56. GRAWITZ M. (1996), *Méthodes des sciences sociales*, Paris, Edition Dalloz, 10<sup>e</sup> édition.
57. GRMIK M. (2005), *Histoire du sida : début et origine d'une pandémie actuelle*, Paris, Payot.
58. GUITTET B. & CHALLANDE B. (1998), « Le théâtre de l'expérience », *LA REVUE FRANCAISE DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE MÉDICALE*, Paris, n°21, pp. 55-58.
59. HAREL-BIRAUD H. (1995), *Manuel de psychologie pour les soignants*, Paris, Masson, 2<sup>ème</sup> édition.
60. HELD R. R. (1980), *De la psychanalyse à la médecine psychosomatique*, Paris, Payot.



61. HUBER W. (1997), *les psychothérapies*, Tours, NATHAN.
62. JOBIN A-M. (2010), *Le nouveau journal créatif*, Montréal, Le jour.
63. JOSSAY M. ; DONADIEU M. « *Le SIDA :Etude prévention traitement* » pp. 61, 66-67, 78 ; (consulté le 28/07/2013)  
**Disponible sur :**  
<http://www.france.com/sebIV/defin.htm>
64. KAEPPELIN Ph. (1987), *L'écoute*, Paris, Éditions ESF.
65. KHAYAT D. (2005), *Les chemins de l'espoir : Comprendre le cancer pour l'éviter et le vaincre*, Odile Jacob.
66. KLEIN J.-P (1998a), « Intermède sur la médiation », *LA REVUE FRANCAISE DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE MÉDICALE*, Paris, n°21, pp. 35-36.
67. KLEIN J.-P (1998b), « l'art-thérapie est-elle une psychothérapie ? », *LA REVUE FRANCAISE DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE MÉDICALE*, Paris, n°21, pp. 37-38.
68. LAMBRICHS L., *Psychisme et cancer*, Seuil.
69. LAGACHE D. (1949), « Psychologie clinique et méthode clinique », *L'évolution psychiatrique*, Paris, n°1, pp. 155-178.
70. LAOUAR M. (2001), « Les approches thérapeutiques des troubles liés à l'infection par le VIH », *Santé Algérie*, Alger, n° 07, pp. 39-41.
71. LAVAL V. (2007), *La psychologie du développement*, Paris, Armand Colin.
72. LECOQ C. (2000), « Ateliers thérapeutiques de peinture », *LE JOURNAL DES PSYCHOLOGUES*, Paris, n° 182, pp. 32-35.
73. LECOQ J. (1987), *Le Théâtre du geste, mimes et acteurs*, Paris, Éditions Bordas.
74. LECOURT E. (2006), *Découvrir la psychanalyse de Freud à aujourd'hui*, Paris, Éditions Eyrolles Pratiques.
75. LECOURT E. (2005), *Découvrir la musicothérapie*, Paris, Éditions Eyrolles Pratiques.

76. LE SHAN L. (1982), *Vous pouvez lutter pour votre vie. Les facteurs psychiques dans l'origine du cancer*, Paris, Robert Laffont.
77. LINARD F. (1999), « La clinique du sida, une clinique en mouvement », *CLINIQUE MÉDITERANÉENNES (Psychanalyse et psychopathologie freudiennes)*, *Les années sida, la psychanalyse et la psychologie*, Paris, érès, n°59/60, pp. 17-25.
78. LYR G. (2003), *Oser s'exprimer*, Paris, Éditions Eyrolles.
79. MARCHAND F. (s.d) (1978), *Le psychologue et la santé*, Toulouse, agir Privast.
80. MARSO P., *La prévention du sida*, Édition Megacom-ik.
81. MILLAU B. (2012), « *L'art-thérapie fait du bien aux malades du cancer* », article publié le 09/03/2012 (consulté le 16/03/2014) **Disponible sur :**  
<http://www.midilibre.fr/2012/03/09/l-art-therapie-fait-du-bien-aux-malades-du-cancer,468570.php>
82. MONTAGNIER L. (1994), *Des Virus et des Hommes*, Paris, Éditions Odile Jacob.
83. MOREL D. (1984), *Cancer et psychanalyse*, Paris, belfond.
84. MORHAIN Y. (1991), « Cancer et remaniements psychiques », *Soins (gynécologie obstétrique puériculture pédiatrie)*, Paris, n°s 115/116, pp. 01-10.
85. MORHAIN Y. (1995), « Sida : repenser l'accompagnement », *Le journal des psychologues*, Paris, n° 123, pp. 52-57.
86. MORHAIN Y. (1997), « Sida : le chevauchement entre fantasme et réalité », *L'ÉVOLUTION PSYCHIATRIQUE*, Tome 62, pp. 01-10.
87. MORREL D. (1993), *L'épidémiologie en médecine générale (trad. Iwaz J.)*, Paris, Éditions FRISON-ROCHE.
88. MORON P., SUDERS J.-L, ROUX G. (2004), *Créativité et art-thérapie en psychiatrie*, Paris, Masson, 2<sup>e</sup> édition.
89. MOURTADA Y. (1998), « Théorie et créativité », *LA REVUE FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE MÉDICALE*, Paris, n°21, pp. 52-54.

90. MUCCHIELLI R. (1978), « Phénoménologie et psychiatrie (Les origines historiques) », *Psychologie médicale*, 10. 7, pp. 1337-1350.
91. PERRON R. et coll. (1997) *La pratique de la psychologie clinique*, Paris, Dunod.
92. PHILLIPOT P. (1998), « L'expérience d'un objet sonore avec des patients douloureux chroniques », *LA REVUE FRANCAISE DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE MÉDICALE*, Paris, n°21, pp. 82-83.
93. POMMIER F. (1999), « Sida et préconception de l'objet », *CLINIQUE MÉDITERANÉENNES (Psychanalyse et psychopathologie freudiennes)*, *Les années sida, la psychanalyse et la psychologie*, Paris, érès, n°59/60, pp. 53-63.
94. REDLUS N. (2000), « Animation thérapeutique théâtre », *LE JOURNAL DES PSYCHOLOGUES*, Paris, n° 182, pp. 53-54.
95. REUHLIN M. (1973), *Traité de psychologie*, Paris, PUF, 2-Méthodes-.
96. REVAULT D'ALLONNES C. et al. (1989), *La démarche clinique en sciences humaines*, Paris, Dunod.
97. REYNAUD M. et BERGERET J. (1989), *Songer la folie*, Paris, éd. Frison Roche.
98. RICHELLE M. (1978), *Pourquoi les psychologues ?*, Bruxelles, Pierre MARGADA.
99. RODRIGUEZ J. (1998), « Art-thérapie systémique ou systémie de l'art-thérapie », *LA REVUE FRANCAISE DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE MÉDICALE*, Paris, n°21, pp. 39-42.
100. ROUSSEL C. (2011), « *Ateliers d'Art -Thérapie : des oasis dans l'hôpital* », Publié le 17/05/2011 à 9h36(consulté le 16/03/2014) **Disponible sur** :  
<http://www.la-maison-du-cancer.com/magazine/la-salle-de-soins/soins-complimentaires/cancer-ateliers-d-art-th-rapie-des-oasis-dans-l-h-pital>
101. RUZNIEWSKI M. (1996), *Les soignants face à la maladie grave*, Paris, Dunod.

102. RUSZNIEWSKI M. (1997), « Soins palliatifs : face à l'angoisse de mort », *Le journal des psychologues*, Paris, n° 144, pp. 49-52.
103. RUFFIOT A. et coll. (1989), *Psychologie du sida*, Liège, Pierre Mardaga.
104. SCHEIDT S. (2011), « *La médiation thérapeutique* », article publié (consulté le 22/07/2013) **Disponible sur** : <http://www.mon-psychotherapeute.com/mediation-therapeutique/>
105. SERVAN-SCHREIBER D. (2007), *Anticancer*, Robert Laffont.
106. SCHILDER P. (1968), *L'image du corps*, Paris, Gallimard.
107. SÉCHAUD E. et coll. (2006), *Psychologie clinique*, Paris, Dunod.
108. SILLAMY N. (1996), *Dictionnaire de la psychologie*, Paris, Larousse.
109. Société canadienne du cancer, « [\*Traitements complémentaires : Art-thérapie\*](#) », (consulté le 16/03/2014) **Disponible sur** : <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/diagnosis-and-treatment/complementary-therapies/art-therapy/?region=qc>
110. SOULIGOUX D. (2000) « De l'objet à la médiation », *REVU DE PSYCHOTHERAPIE DE GROUPE*, n°182, pp. 30- 38.
111. STERNIS C. (1998), « Autisme et Psychothérapie L'atelier psychothérapeutique à médiations comme lieu (ou lien) intermédiaire de passage », *LA REVU FRANCAISE DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE MÉDICALE*, Paris, n°21, pp. 84-87.
112. SVENSK AC. et al. (2009), « *L'art-thérapie améliore l'expérience de la qualité de vie chez les femmes subissant un traitement pour le cancer du sein: une étude randomisée et contrôlée* », . Svensk AC et al. Eur J Cancer Care (Engl). Soins Eur J Cancer (ENGL). 2009 Jan. (consulté le 09/03/2014) **Disponible sur** : <http://marielea.over-blog.com/article-l-art-therapie-et-post-cancer-70866633.html>

113. TERKI I. , « *LUTTE CONTRE LE SIDA : L'Algérie enregistre 550 cas en 2012* » , Article publié dans le journal quotidien : "L'expression" édition de dimanche 02 Décembre 2012 (consulté le 04/08/2013) **Disponible sur** : <http://www.lexpressiondz.com/actualite/164860>
114. TESSIER S. et ANDREYS J-B. (1996), *Santé publique et santé communautaire*, Paris, Maloine.
115. THOMAS L.V. (1975), *Anthropologie de la mort*, Paris, Payot.
116. THOMÉ-RENAULT A. (1995), *Le traumatisme de la mort annoncée. Psychosomatique et sida*, Paris, Dunod.
117. TOURETTE-TURGIS C. & REBILLON M. (2000), *Accompagnement et suivi des personnes sous traitement antirétroviral*, Paris, Comment Dire.
118. VACHERET C. (1999), « Le psychanalyste et le groupe à médiation », *Revue française psychanalytique*, 3/1999, pp. 879-889.
119. VACHERET C. et al. (2002), *Pratiquer les médiations en groupes thérapeutiques*, Paris, Dunod.
120. VACHON J. (1990), « Accompagner la mort », *LIEN SOCIAL*, N° 75, pp. 04-07.
121. VAN EERSEL P. (1987), *La source noire*, Paris, Grasset.
122. VASCONCELLOS D. (2000), « Sida : observance du traitement par la trithérapie (Conditions psychologiques) », *L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE*, Privat, Paris, N°1, pp. 55-63.
123. VERDEAU-PAILLES J. (1998), « Ouverture des Journées de Printemps 1997 de la SFPE », *LA REVUE FRANCAISE DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE MÉDICALE*, Paris, n°21, pp. 10-11.
124. WATZLAWICK P. (1981), *La nouvelle communication*, Paris, Seuil.

125. WELNIARZ B. (2000), « Les enfants, le sida et le secret », *L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE*, Privat, Paris, N°1, pp. 49-54.
126. WINNICOTT D.W (1971.), *Jeu et réalité*, Paris, Payot.
127. ZITTOUN C. (1999), « D'une mort infinie à une mort certaine », *CLINIQUE MÉDITERRANÉENNES (Psychanalyse et psychopathologie freudiennes)*, *Les années sida, la psychanalyse et la psychologie*, Paris, érès, n°59/60, pp.65-74.

1. <http://www.abbott.fr/pathologie/Qu'estcequeleSIDA.htm> (consulté le 18/11/2013)
2. « *Sida en Algérie : les enfants aussi sont concernés* », article sans auteur, publié le 23 janvier 2012(consulté le 04/08/2013)  
**Disponible sur :**  
<http://www.actusante.info/2012/>
3. [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list\\_uids](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids) (consulté le 21/07/2013)
4. <http://perso.club-internet.fr/mcl/lapagedevalantin/liens-therapies.html> (consulté le 04/03/2013)
5. <http://theses.univ-lyon2.fr/documents/lyon2/2011/> (consulté le 08/02/2014)
6. <http://www.unaids.org> (consulté le 04/03/2013)

# الملاحق



الملحق رقم (01)

بطاقة الإنكار

**الملحق رقم (02)**

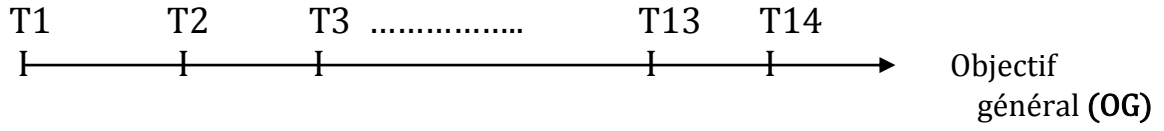
**البروتوكول العلاجي**

## البروتوكول العلاجي

- التشخيص

1- الهدف العام: O.G

2- المسار العلاجي:



3- مواضع التدخل (S.A)

4- مستويات التنظيم (N.O)

5- الهدف العرضي (O.I)

مستويات التحليل:

- المستوى التعبيري

- مستوى المعنى

- المستوى العلائقي

## الملحق رقم (03)

القانون الأساسي للأخصائي النفسي  
العيادي للصحة العمومية

## الملحق رقم (04)

جدول لنتائج دراسة دينيس موريل  
D. Morel (1984)

## الملحق رقم (05)

عرض حالة طُبِّقَت معها الوساطة بالرسم  
(حالة الطفل "دينو")