

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي  
جامعة عبد الحميد بن باديس - مستغانم -  
كلية العلوم الاجتماعية  
قسم علم نفس

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي والصحة العقلية.

دور العلاج النفسي الجماعي في تنمية الاتصال الاجتماعي  
عند المرضى الفصامين داخل مستشفى الأمراض العقلية.

دراسة ميدانية لخمسة حالات بمستشفى الأمراض العقلية  
لولاية مستغانم.

تحت إشراف الأستاذة:

بلعباس نادية

من إعداد الطالبة:

بن زعيم سعاد

السنة الجامعية: 2013/2012

## قائمة الجداول

الصفحة	العنوان	رقم الجدول
71	جدول سير المقابلات النفسية للحالة الأولى	01
77	جدول سير المقابلات النفسية للحالة الثانية	02
83	جدول سير المقابلات النفسية للحالة الثالثة	03
88	جدول سير المقابلات النفسية للحالة الرابعة	04
93	جدول سير المقابلات النفسية للحالة الخامسة	05

## قائمة المحتويات

أ	كلمة شكر
ب	إهداء
ج	قائمة المحتويات
د	قائمة الجداول
ح	ملخص البحث
01	مقدمة
02	<b>الفصل الاول: مدخل الدراسة</b>
04	1 - اشكالية الدراسة
05	2- فرضيات الدراسة
06	3- أهداف الدراسة
06	4- أهمية الدراسة
06	5- دواعي اختيار الدراسة
07	6- التعاريف الاجرائية
	<b>الجانب النظري.</b>
08	<b>الفصل الثاني : الفصام</b>
10	تمهيد
11	1- نبذة تاريخية عن ظهور مرض الفصام
12	2- تعريف الفصام
14	3- العوامل المؤدية إلى الإصابة بمرض الفصام
16	4- الأشكال الإكلينيكية لمرض الفصام
19	5- مراحل تطور مرض الفصام
20	6- أعراض الفصام

24	7- تشخيص الفصام حسب DSM VI
26	8- طرق علاج مرض الفصام
29	خلاصة
30	<b>الفصل الثالث : الإتصال الإجتماعي</b>
32	تمهيد
33	1- تعريف الإتصال الإجتماعي
35	2- أهداف الإتصال الإجتماعي
36	3- عناصر عملية الإتصال
37	4- الحاجات الأساسية للإتصال الإجتماعي
39	5- سيكولوجية الإتصال الإجتماعي
39	6- نظريات الإتصال الإجتماعي
41	7- أهمية اللغة اللفظية وغير اللفظية في عملية الإتصال الإجتماعي
43	خلاصة
44	<b>الفصل الرابع : العلاج النفسي الجماعي .</b>
46	تمهيد
47	1- نبذة تاريخية عن العلاج الجماعي
48	2- تعريف العلاج الجماعي
49	3- الأسباب التي أدت إلى ظهور العلاج النفسي الجماعي
50	4- أهداف العلاج النفسي الجماعي
51	5 نظريات العلاج النفسي الجماعي
53	6- تنظيم الجماعة العلاجية
54	7- دينامية الجماعة العلاجية
55	8- أساليب العلاج النفسي الجماعي

58	..... خلاصة
	<b>الجانب التطبيقي :</b>
59	..... <b>الفصل الخامس : الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية</b>
61	..... تمهيد
62	..... 1- منهج الدراسة
62	..... 2- أدوات الدراسة
64	..... 3- تطبيق العلاج الجماعي
64	..... 4- عينة الدراسة
65	..... 5- مكان الدراسة
66	..... 6- مدة الدراسة
67	..... خلاصة
68	..... <b>الفصل السادس : عرض النتائج ومناقشة الفرضيات</b>
70	..... تمهيد
71	..... -عرض النتائج
71	..... 1- جدول سير المقابلات للحالة الأولى
71	..... 1-1- الدراسة النفسية للحالة الأولى
75	..... 1-2- عرض نتائج شبكة الملاحظة للحالة الأولى
76	..... 1-3- استنتاج عام حول الحالة الأولى
77	..... 2- جدول سير المقابلات للحالة الثانية
77	..... 2-1- الدراسة النفسية للحالة الثانية
81	..... 2-2- عرض نتائج شبكة الملاحظة للحالة الثانية
82	..... 2-3- استنتاج عام حول الحالة الثانية
83	..... 3- جدول سير المقابلات للحالة الثالثة

83	1-3- الدراسة النفسية للحالة الثالثة
86	2-3- عرض نتائج شبكة الملاحظة للحالة الثالثة
87	3-3- إستنتاج عام حول الحالة الثالثة
88	4- جدول سير المقابلات للحالة الرابعة
88	1-4- الدراسة النفسية للحالة الرابعة
91	2-4- عرض نتائج شبكة الملاحظة للحالة الرابعة
92	3-4- إستنتاج عام حول الحالة الرابعة
93	5- جدول سير المقابلات للحالة الخامسة
93	1-5- الدراسة النفسية للحالة الخامسة
97	2-5- عرض نتائج شبكة الملاحظة للحالة الخامسة
98	3-5- إستنتاج عام حول الحالة الخامسة
98	- مناقشة الفرضيات
101	خلاصة
102	خاتمة
103	الإقتراحات
104	قائمة المراجع
108	قائمة الملاحق

## قائمة المراجع :

### • المراجع باللغة العربية :

#### 1- الكتب :

- 1- إجلال محمد سرى : علم النفس العلاجي ، ط2 ، عالم الكتب ، القاهرة ، 2000.
- 2- أديب محمد الخالدي : المرجع في الصحة النفسية ، نظرية جديدة ، ط3 ، دار وائل للنشر والتوزيع ، عمان ، 2009 .
- 3- باساغانا ، ترجمة بوعبد الله غلام الله : علم النفس الاجتماعي ، دون طبعة ، ديوان المطبوعات الجامعية ، الجزائر ، 1983 .
- 4- جمعة سيد يوسف : اللغة والمرض العقلي ، ط2 ، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع ، القاهرة ، 198 .
- 5- حسان قميحة : الطب النفسي ، دون طبعة ، دار النابغة للنشر والتوزيع ، سوريا، 1990.
- 6- حسين على فايد : الإضطرابات السلوكية ، تشخيصها ، اسبابها ، علاجها ، ط2 ، مؤسسة حورص الدولية للنشر والتوزيع ، القاهرة ، 2003 .
- 7- دسوقي عبده غبراهيم : وسائل واساليب الإتصال الجماهيرية والإتجاهات الاجتماعية ، دون طبعة دار وفاء للنشر ، الإسكندرية ، 2000.
- 8- رافت عسكر : علم النفس الإكلينيكي ، التشخيص التنبؤ والعلاج ، دون طبعة ، مكتبة الأنجلو المصرية ، 2004 .
- 9- سعيد حسيني العزة : الإرشاد الجماعي العلاجي ، ط1 ، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ، عمان ، 2000.
- 10- شيلدونكاشدان ، ترجمة أحمد عبد العزيز : علم نفس الشواذ ، دون طبعة ، مكتبة اصول علم النفس الحديث ، دار العلم ، الكويت ، دون سنة .
- 11- على كمال : فصام العقل أو الشيزوفرينيا ، دون طبعة ، المؤسسة العربية للدراسات والنشر ، بيروت ، 1986 .

- 12- علي عابد : وسائل المواد التعليمية ، إنتاجها ، توظيفها، بدون طبعة ، دار جريجر للطباعة، 1996.
- 13- عبد الفتاح محمد دويدار : سيكولوجية الاتصال والإعلام ، دون طبعة ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، 1999.
- 14- عمر عبد الرحيم نصر الله : مبادئ الاتصال التربوي والإنساني ، ط2 ، دار وائل للنشر والتوزيع ، عمان ، 2010.
- 15- فخري الدباغ : اصول الطب النفسي ، دون طبعة ، دار الطليعة للطباعة ، بيروت، 1983.
- 16- كمال دسوقي : الطب العقلي والنفسي ، دار النهضة العربية ، دون سنة ، بيروت ، 1973.
- 17- لويس كامل مليكة : التحليل النفسي والمنهج الإنساني في العلاج النفسي ، ط1 ، دار الفكر ، عمان ، 2010.
- 18- محمد جاسم محمد : علم النفس الإكلينيكي ، ط1 ، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع ، الأردن 2004.
- 19- مدحت عبد الحميد ابوزيد: العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية ، الاسس ، الديناميات ،التصنيف ، والمشكلات ، دون طبعة ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، 2002.
- 20- محمد السيد عبد الرحمان : الأمراض النفسية والعقلية ، موسوعة الصحة النفسية ، الجزء الثاني ، دار قباء للنشر والتوزيع ، القاهرة ، 1999 .
- 21- مصطفى عضوي :مدخل إلى علم النفس ، دون طبعة ، ديوان المطبوعات الجامعية ، الجزائر ، 1999 .
- 22- محمد احمد عبد الله : السلوك الاجتماعيوديناميته ، دون طبعة ، دار المعرفة الجامعية ، 1999.
- 23- محمد سيد فهمي :فن الاتصال في الخدمة الاجتماعية ، ط2 ، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر ، الإسكندرية ، 2010.



- 24- محمد محمود مهدي : **الاتصال الاجتماعي وديناميته** ، دون طبعة ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، 1999.
- 25- محمد حسن غانم : **مناهج البحث في علم النفس** ، دون طبعة ، المكتبة المصرية ، القاهرة ، 2004.
- 26- محمد عوض العائدي : **إعداد وكتابة الرسائل الجامعية مع دراسة عن مناهج البحث** ، ط1 ، مركز الكتاب للنشر ، القاهرة ، 2005 .
- 2- المعاجم والقواميس :**
- 27- جون لابلانث و جون بول بونتاليس ، ترجمة مصطفى حجازي : **معجم مصطلحات التحليل النفسي**، دون طبعة ، ديوان المطبوعات الجامعية ، الجزائر، 1985.
- 28- شاكر عطية قنديل : **معجم علم النفس والتحليل النفسي** ، ط1 ، دار النهضة العربية للطباعة والنشر والتوزيع ، بيروت ، دون سنة.
- 29- فرج عبد القادر طه، شاكر عطية قنديل ، محمد السيد أبو النيل ، حسين عبد القادر محمد : **معجم علم النفس والتحليل النفسي** ، ط1 ، دار النهضة العربية ، بيروت ، دون سنة .
- 30- فؤاد أفرام البستاني : **منجد الطلاب** ، ط3، دار المشرق ، بيروت.
- 31- محمد عواد : **معجم الطب النفسي والعقلي** ، ط1 ، دار أسامة المشرق ، الاردن ، 2006.

• **المراجع باللغة الفرنسية:**

32-ALAIN RAOULT : **PSYCHATRIE ,PATHOLOGIE ET SOINS INFERMIES** ,  
LIBRAIRIE WIBERT ,PARIE ,2005 .

33-FRANSOIS SULGER : **LES GESTES VERTE** ,EDITION SAND,PARIE,SANS  
ANNE .

34-G-ZAGURAY /T TRAN/JM SERFTY : **PSYCHATRIE** ;EDITION  
ESTEM,PARIE,20000.

35- GILLE AMADO ,ANDRE GUITTET :**DYNAMIQUE DES COMMUNICATIONS DANS LE GROUPE** ,4eme EDITION ARMAND COLIN ,PARIE 2003.

36- I-GASMAN ,J-F ALLILAIRE : **PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT ET DE L'ADULTE**,2eme EDITION ,EL SEVIER MASON PARIE,2009 .

37-JEANS LOUIS PEDINIELIE , LYDIA FERNANDAZ :**L'OBSERVATION CLINIQUE ET L'ETUDE DE CAS** ,ARMAND COLIN,PARIE ,2005

- مواقع الأنترنت:

[WWW.filnafs.COM./schizo.html](http://WWW.filnafs.COM./schizo.html).

ملحق رقم 01 يوضح سير شبكة الملاحظة الخاصة بالحالة الأولى

• المستوى اللفظي :

ظهورها							المؤشرات الحصص	المستويات
الحصة 07	الحصة 06	الحصة 05	الحصة 04	الحصة 03	الحصة 02	الحصة 01		
X	X						1-مناقشة الموضوع	المستوى  اللفظي
X	X	X	X	X	X	X	2- التعبير الحر	
					X		3- التساؤل حول اسباب المرض	
	X	X	X				4- النقد المتبادل	
							5- السخرية المتبادلة	
				X	X	X	6- الإرتباك والتلعثم في الحديث	
					X	X	7- الصراحة حول المرض	
			X				8- المحادثات الجانبية المتبادلة	
				X	X	X	9- الإستقزاز اللفظي	
X	X	X	X				10- الإثارة واحتكار الحديث	
							11- إستعمال الألغاز في الحديث	
						X	12- الصياح	
		X					13- الممازحة المشتركة أثناء اللعب الجماعي	

• المستوى غير اللفظي :

ظهورها							المؤشرات والحصص	نوع المستوى
الحصة 07	الحصة 06	الحصة 05	الحصة 04	الحصة 03	الحصة 02	الحصة 01		
X	X	X	X	X	X	X	1- نظرات العين	المستوى غير اللفظي
X	X	X	X	X	X	X	2- حركات العين	
X		X	X		X		3- حركة حاجبي العين	
	X		X			X	4- حركة الرأس	
							5- حركة الفم	
						X	6- الحملقة	
X	X	X	X	X	X	X	7- الإصغاء	
			X				8- المشاركة الوجدانية	
X	X						9- الضحك	
X	X		X			X	10- الإبتسامة	
					x	X	11- التقطيب	

• مستوى بناء العلاقات ما بين المرضى:

ظهورها							المؤشرات والحصص	نوع المستوى
الحصة 07	الحصة 06	الحصة 05	الحصة 04	الحصة 03	الحصة 02	الحصة 01		
X	X						1- تبادل الخبرات والتجارب ما بين المرضى	مستوى بناء العلاقات ما بين المرضى
					X	X	2- تبادل الهدايا ما بين المرضى	
X	X	X	X	X	X	X	3- إبداء المساعدة	
X	X	X	X	X			4- إبداء الرأي	
X	X						5- المواسة	
X	X	X	X	X			6- التأف ما بين المرضى	
		X					7- الإندماج الجماعي	
X	X	X	X	X			8- إنشاء صدقات ما بين المرضى	
			X				9- بناء هدف مشترك	
X							10- التضامن ما بين المرضى	

ملحق رقم : 02 يوضح سير شبكة الملاحظة الخاصة بالحالة الثانية

• المستوى اللفظي :

ظهورها							المؤشرات الحصص	المستويات
الحصة 07	الحصة 06	الحصة 05	الحصة 04	الحصة 03	الحصة 02	الحصة 01		
			X	X			1-مناقشة الموضوع	المستوى  اللفظي
				X	X		2- التعبير الحر	
					X		3- التساؤل حول اسباب المرض	
		X	X				4- النقد المتبادل	
					X	X	5- السخرية المتبادلة	
		X	X	X	X	X	6- الإرتباك والتلعثم في الحديث	
					x		7- الصراحة حول المرض	
		X	X	X			8- المحادثات الجانبية المتبادلة	
			X		X	X	9- الإستفزاز اللفظي	
			X	X	X		10- الإثارة واحتكار الحديث	
							11- إستعمال الألغاز في الحديث	
						X	12- الصياح	
			x				13- الممازحة المشتركة أثناء اللعب الجماعي	

• المستوى غير اللفظي :

ظهورها							المؤشرات والحصص	نوع المستوى
الحصة 07	الحصة 06	الحصة 05	الحصة 04	الحصة 03	الحصة 02	الحصة 01		
X	X	X	X	X	X	X	1- نظرات العين	المستوى غير اللفظي
X	X	X	X	X	X	X	2- حركات العين	
	X				X	X	3- حركة حاجبي العين	
				X	X	X	4- حركة الرأس	
X			X		X	X	5- حركة الفم	
						X	6- الحملقة	
	X	X	X	X			7- الإصغاء	
				X			8- المشاركة الوجدانية	
X		X					9- الضحك	
		X	X				10- الإبتسامة	
						X	11- التقطيب	

• مستوى بناء العلاقات ما بين المرضى:

ظهورها							المؤشرات والحصص	نوع المستوى
الحصة 07	الحصة 06	الحصة 05	الحصة 04	الحصة 03	الحصة 02	الحصة 01		
			X	X			1- تبادل الخبرات والتجارب ما بين المرضى	مستوى بناء العلاقات ما بين المرضى
	X	X	X				2- تبادل الهدايا ما بين المرضى	
			X				3- إبداء المساعدة	
				X			4- إبداء الرأي	
		X	X				5- المواساة	
X	X	X	X	X			6- التألف ما بين المرضى	
		X					7- الاندماج الجماعي	
X	X	X	X	X			8- إنشاء صدقات ما بين المرضى	
			X				9- بناء هدف مشترك	
							10- التضامن ما بين المرضى	



ملحق رقم: 03 يوضح سير شبكة الملاحظة الخاصة بالحالة الثالثة

• المستوى اللفظي :

ظهورها							المؤشرات الحصص	المستويات
الحصة 07	الحصة 06	الحصة 05	الحصة 04	الحصة 03	الحصة 02	الحصة 01		
		X	X				1-مناقشة الموضوع	المستوى  اللفظي
		X	X	X			2- التعبير الحر	
					X		3- التساؤل حول اسباب المرض	
				X			4- النقد المتبادل	
		X					5- السخرية المتبادلة	
					X	X	6- الإرتباك والتلعثم في الحديث	
							7- الصراحة حول المرض	
			X	X			8- المحادثات الجانبية المتبادلة	
							9- الإستفزاز اللفظي	
							10- الإثارة واحتكار الحديث	
							11- إستعمال الألغاز في الحديث	
						X	12- الصياح	
		X					13- الممازحة المشتركة أثناء اللعب الجماعي	

• المستوى غير اللفظي :

ظهورها							المؤشرات والحصص	نوع المستوى
الحصة 07	الحصة 06	الحصة 05	الحصة 04	الحصة 03	الحصة 02	الحصة 01		
X	X	X	X	X	x	X	1- نظرات العين	المستوى غير اللفظي
X	X	X	X	X	X	X	2- حركات العين	
					X		3- حركة حاجبي العين	
				X	X	X	4- حركة الرأس	
							5- حركة الفم	
						X	6- الحملقة	
X	X	X	X	X	X	X	7- الإصغاء	
			X				8- المشاركة الوجدانية	
X				X			9- الضحك	
X	X			X			10- الإبتسامة	
					x	X	11- التقطيب	

• مستوى بناء العلاقات ما بين المرضى:

ظهورها							المؤشرات والحصص	نوع المستوى
الحصة 07	الحصة 06	الحصة 05	الحصة 04	الحصة 03	الحصة 02	الحصة 01		
							1- تبادل الخبرات والتجارب ما بين المرضى	مستوى بناء العلاقات ما بين المرضى
		X					2- تبادل الهدايا ما بين المرضى	
		X					3- إبداء المساعدة	
							4- إبداء الرأي	
				X			5- المواساة	
X	X	X	X	X			6- التآلف ما بين المرضى	
		X					7- الإندماج الجماعي	
X	X	x	X	X			8- إنشاء صدقات ما بين المرضى	
X	X						9- بناء هدف مشترك	
							10- التضامن ما بين المرضى	

ملحق رقم : 04 يوضح سير شبكة الملاحظة للحالة الرابعة

• المستوى اللفظي :

ظهورها							المؤشرات الحصص	المستويات
الحصة 07	الحصة 06	الحصة 05	الحصة 04	الحصة 03	الحصة 02	الحصة 01		
							1-مناقشة الموضوع	المستوى  اللفظي
			X				2- التعبير الحر	
							3- التساؤل حول اسباب المرض	
							4- النقد المتبادل	
							5- السخرية المتبادلة	
			X			X	6- الإرتباك والتلعثم في الحديث	
							7- الصراحة حول المرض	
							8- المحادثات الجانبية المتبادلة	
							9- الإستفزاز اللفظي	
							10- الإثارة واحتكار الحديث	
							11- إستعمال الألغاز في الحديث	
							12- الصباح	
							13- الممازحة المشتركة أثناء اللعب الجماعي	

• المستوى غير اللفظي :

ظهورها							المؤشرات والحصص	نوع المستوى
الحصة 07	الحصة 06	الحصة 05	الحصة 04	الحصة 03	الحصة 02	الحصة 01		
X	X	X	X	X	X	X	1- نظرات العين	المستوى غير اللفظي
X	X	X	X	X	X	X	2- حركات العين	
X	X	X	X	X	X	X	3- حركة حاجبي العين	
X	X	X	X	X	X	X	4- حركة الرأس	
X	X	X	X	X	X	X	5- حركة الفم	
						X	6- الحملقة	
X	X	X	X	X	X	X	7- الإصغاء	
							8- المشاركة الوجدانية	
X							9- الضحك	
X							10- الإبتسامة	
						X	11- التقطيب	

• مستوى بناء العلاقات ما بين المرضى:

ظهورها							المؤشرات والحصص	نوع المستوى
الحصة 07	الحصة 06	الحصة 05	الحصة 04	الحصة 03	الحصة 02	الحصة 01		
				X			1- تبادل الخبرات والتجارب ما بين المرضى	مستوى بناء العلاقات ما بين المرضى
							2- تبادل الهدايا ما بين المرضى	
							3- إبداء المساعدة	
							4- إبداء الرأي	
							5- المواساة	
							6- التآلف ما بين المرضى	
							7- الإندماج الجماعي	
							8- إنشاء صدقات ما بين المرضى	
							9- بناء هدف مشترك	
							10- التضامن ما بين المرضى	

ملحق رقم : 05 يوضح سير شبكة الملاحظة للحالة الخامسة

• المستوى اللفظي :

ظهورها							المؤشرات الحصص	المستويات
الحصة 07	الحصة 06	الحصة 05	الحصة 04	الحصة 03	الحصة 02	الحصة 01		
				X	X		1-مناقشة الموضوع	المستوى  اللفظي
X	X	X	X	X	X	X	2- التعبير الحر	
					X		3- التساؤل حول اسباب المرض	
			X	X			4- النقد المتبادل	
			X	X			5- السخرية المتبادلة	
						X	6- الإرتباك والتلعثم في الحديث	
					X		7- الصراحة حول المرض	
					X	X	8- المحادثات الجانبية المتبادلة	
				X			9- الإستفزاز اللفظي	
X	X	X	X	X			10- الإثارة واحتكار الحديث	
				X			11- إستعمال الألغاز في الحديث	
							12- الصياح	
		X					13- الممازحة المشتركة أثناء اللعب الجماعي	

• المستوى غير اللفظي :

ظهورها							المؤشرات والحصص	نوع المستوى
الحصة 07	الحصة 06	الحصة 05	الحصة 04	الحصة 03	الحصة 02	الحصة 01		
X	X	X	X	x	X	X	1- نظرات العين	المستوى غير اللفظي
X	X	X	X	X	X	X	2- حركات العين	
						X	3- حركة حاجبي العين	
					X	X	4- حركة الرأس	
							5- حركة الفم	
			X	X			6- الحملقة	
X	X	X	X	X	X	X	7- الإصغاء	
			X				8- المشاركة الوجدانية	
X							9- الضحك	
X	X	X	X	X	X	X	10- الإبتسامة	
						x	11- التقطيب	



• مستوى بناء العلاقات ما بين المرضى:

ظهورها							المؤشرات والحصص	نوع المستوى
الحصة 07	الحصة 06	الحصة 05	الحصة 04	الحصة 03	الحصة 02	الحصة 01		
				X	X		1- تبادل الخبرات والتجارب ما بين المرضى	مستوى بناء العلاقات ما بين المرضى
			X	X			2- تبادل الهدايا ما بين المرضى	
				X			3- إبداء المساعدة	
		X	X	X	X		4- إبداء الرأي	
				X			5- المواساة	
X	X	X	X	X			6- التآلف ما بين المرضى	
		X					7- الإندماج الجماعي	
X	X	X	X	X			8- إنشاء صدقات ما بين المرضى	
X	X						9- بناء هدف مشترك	
	X						10- التضامن ما بين المرضى	

# كلمة شكر

الحمد لله الذي تتم بنعمته الصالحات ، الحمد لله الذي جعل العلم صفة من صفاته ، واختار أن تكون الأكثر تكرارا في كتابه الكريم ، الحمد لله الذي جلت عن الإدراك صفاته ن والصلاة والسلام على اشرف الخلق وسيد الأنام سيد السادات وقائد القادات محمد بن عبد الله الرسول الكريم صلى الله عليه وسلم .

اتقدم بالشكر الجزيل إلى الوالدين الأعزاء اللذان وفرا لي الجو الاسري المناسب للدراسة .

وإلى الأستاذة المؤطرة بلعباس التي لم تبخلني بتوجيهاتها وبنصائحها من أول نقطة في هذا البحث إلى غاية آخر نقطة فيه .

وإلى الاستاذ بن أحمد الذي ساعدني بتوجيهاته وبكتبه الخاصة على إتمام هذا البحث .

إلى كل اساتذة علم النفس .

أشكر كل العاملين بمستشفى الأمراض العقلية لولاية مستغانم ، خاصة العاملين في مصلحة علاج حر رجال ، وبالخصوص الطبيب العقلي الذي ساعدني بتشخيصه للحالات وبالتالي اغتنام الوقت في الدراسة الميدانية .

واشكر كل من ساعدني من اصدقاء من قريب أو بعيد على إتمام هذه المذكرة .

## مقدمة :

يعتبر مرض الفصام ، مرض ذهانيا يفقد المريض فيه العلاقة مع العالم الخارجي وهذا لتظافر العديد من العوامل والأسباب ومن بينها نجد العوامل الوراثية والعوامل الاجتماعية والعوامل النفسية ، وحيث يلاحظ على المريض الفصامي جملة من الأعراض ، أبرزها الهذياناوالهلاوسوالانطواء على الذات وفقدان أداء الوظائف اليومية ، ومنه يصبح المريض مستغرقا في أوهامه وضلالته . ولهذا يعتبر الاتصالالاجتماعي أحد الوظائف المهمة في حياة الإنسان ، فالإنسان لا يمكنه العيش بمعزل عن المجتمع ومن خلال هذا فإن المريض الفصامي يعاني من اضطرابات نفسية واجتماعية ومعرفية ، تعرقل مسار حياته .

فشخصية المريض الفصامي تصبح مفككة على ثلاث مستويات : المستوى المعرفي والمستوى النفسي والمستوى العلائقي .

ولهذا يعتبر العلاج النفسي الجماعي من بين الاساليب النفسية التي تساعد المريض الفصامي على إقامة علاقات اجتماعية مع المحيط ، لتنمية مهارات الاتصال ، ومساعدة المرضى على التكيف مع المجتمع .

ومن هنا تبلورت لدينا فكرة القيام بدراسة عيادية حول هذا الموضوع ، وهو دور العلاج الجماعي في تنميةالاتصالالاجتماعي للمرضى الفصاميين .

وعليه اشتمل بحثنا على ستة فصول :

الفصل الأول يتعلق بمدخل الدراسة ، والفصل الثاني يعرض لنا بالتفصيل مرض الفصام ، والفصل الثالث الذي تناولنا فيه الاتصالالاجتماعي ، والفصل الرابع يعرض لنا العلاج النفسي الجماعي.

أما الفصل الخامس يعرض لنا الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية والفصل السادس تمحور حول عرض النتائج ومناقشة الفرضيات .

ثم أنهينا بحثنا بخاتمة تعقبها اقتراحات حول الموضوع المدروس .

## ملخص الدراسة :

تناولنا في هذا الموضوع دور العلاج الجماعي في تحسين الإتصال الإجتماعي عند المرضى الفصاميين ، داخل مستشفى الأمراض العقلية لولاية مستغانم وحيث هدفت هذه الدراسة إلى تحسين الإتصال الإجتماعي للمرضى الفصاميين من خلال العلاج الجماعي .

وهذا عبر ثلاثة مستويات هي المستوى اللفظي والمستوى غير اللفظي ، وبناء العلاقات التفاعلية ما بين المرضى .

وكانت إشكالية البحث المطروحة هي كالتالي :

هل يمكن للعلاج الجماعي أن ينمي الإتصال الإجتماعي للمرضى الفصاميين داخل مستشفى الأمراض العقلية ؟

وكيف يمكن تحسين الاداء الإتصالي للمرضى الفصاميين عن طريق تطبيق علاج جماعي عليهم ؟

وتمثلت فرضيات بحثنا في :

1- يمكن للعلاج الجماعي أن يحسن الإتصال الإجتماعي للمرضى الفصاميين .

2- العلاج الجماعي يحسن الاداء الإتصالي للمرضى الفصاميين من خلال تحسن الأداء اللفظي والأداء غير اللفظي ، وبناء علاقات تفاعلية بينهم .

واتبعنا المنهج الوصفي المتمثل في دراسة حالة ، وتمثلت عينة بحثنا في خمسة حالات من المرضى الفصاميين ، واستعنا بالأدوات الدراسية التالية :

المقابلة العيادية ، والملاحظة العيادية ، ودراسة حالة وشبكة ملاحظة أثناء الحصص العلاجية الجماعية .

حيث أسفرت نتائج بحثنا على تحسن الأداء الإتصالي عند اربعة حالات ماعدا حالة واحدة وهذا بسبب حدة وشدة المرض .

ومن خلال هذا فإن للعلاج الجماعي دور في تحسين الأداء الإتصالي للمرضى الفصاميين داخل مستشفى الأمراض العقلية .

# مقدمة

الجانب التطبيقي

# قائمة المراجع

خاتمة



# قائمة الملاحق

الفصل

الأول

# الفصل الأول : مدخل الدراسة .

- 1 - اشكالية الدراسة .
- 2- فرضيات الدراسة .
- 3- أهداف الدراسة .
- 4- أهمية الدراسة .
- 5- دواعي اختيار الدراسة .
- 6- التعاريف الإجرائية .

الجانب النظري

الفصل

الثاني

# الفصل الثاني : الفصام .

تمهيد .

1- نبذة تاريخية عن ظهور مرض الفصام .

2- تعريف الفصام .

3- العوامل المؤدية إلى الإصابة بمرض الفصام .

4- الأشكال الإكلينيكية لمرض الفصام .

5- مراحل تطور مرض الفصام .

6- أعراض الفصام .

7- تشخيص الفصام حسب DSM (IV) .

8- طرق علاج مرض الفصام .

خلاصة .

الفصل

الثالث

# الفصل الثالث : الإتصال الإجتماعي

تمهيد .

1- تعريف الإتصال الإجتماعي.

2- أهداف الإتصال الإجتماعي.

3- عناصر عملية الإتصال.

4- الحاجات الأساسية للإتصال الإجتماعي.

5- سيكولوجية الإتصال الإجتماعي.

6- نظريات الإتصال الإجتماعي.

7- أهمية اللغة اللفظية وغير اللفظية في عملية

الإتصال الإجتماعي.

خلاصة.



الفصل

الرابع

# الفصل الرابع : العلاج النفسي الجماعي

تمهيد.

- 1- نبذة تاريخية عن العلاج الجماعي .
- 2- تعريف العلاج الجماعي .
- 3- الأسباب التي أدت إلى ظهور العلاج النفسي الجماعي .
- 4- أهداف العلاج النفسي الجماعي .
- 5 نظريات العلاج النفسي الجماعي.
- 6- تنظيم الجماعة العلاجية .
- 7- دينامية الجماعة العلاجية .
- 8- أساليب العلاج النفسي الجماعي.

خلاصة.

الجانب التطبيقي

الفصل

الخامس

# الفصل الخامس : الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تمهيد .

1- منهج الدراسة .

2- أدوات الدراسة .

3- تطبيق العلاج الجماعي .

4- عينة الدراسة .

5- مكان الدراسة .

6- مدة الدراسة .

خلاصة .

الفصل

السادس

# الفصل السادس : عرض النتائج ومناقشة الفرضيات.

تمهيد .

-عرض النتائج .

1- جدول سير المقابلات للحالة الأولى .

1-1- الدراسة النفسية للحالة الأولى.

1-2- عرض نتائج شبكة الملاحظة للحالة الأولى .

1-3-استنتاج عام حول الحالة الأولى .

1-2- جدول سير المقابلات للحالة الثانية .

1-2-الدراسة النفسية للحالة الثانية.

2-2- عرض نتائج شبكة الملاحظة للحالة الثانية.

2-3- استنتاج عام حول الحالة الثانية .

3- جدول سير المقابلات للحالة الثالثة .

1-3- الدراسة النفسية للحالة الثالثة .

2-3- عرض نتائج شبكة الملاحظة للحالة الثالثة .

3-3- إستنتاج عام حول الحالة الثالثة .

4- جدول سير المقابلات للحالة الرابعة .

1-4- الدراسة النفسية للحالة الرابعة .

2-4- عرض نتائج شبكة الملاحظة للحالة الرابعة .

3-4- إستنتاج عام حول الحالة الرابعة .

5- جدول سير المقابلات للحالة الخامسة .

1-5- الدراسة النفسية للحالة الخامسة.

2-5- عرض نتائج شبكة الملاحظة للحالة الخامسة.

3-5- استنتاج عام حول الحالة الخامسة.

- مناقشة الفرضيات .

خلاصة .





# إهداء

أهدي هذه البصمة العلمية وتمرة جهدي:

إلى الذي غرس فيا مكارم الأخلاق، وزرع فيا الأمل إلى والدي العزيز.

إلى التي صبرت معي ، وصبرت عليا ، وغمرتني بحبها والذتي الغالية والعزيزة عليا.

إلى كل اساتذة علم النفس خاصة الاستاذة بلعباس التي ساعدتني على إنجاز هذه المذكرة  
والأستاذ بن أحمد الذي شجعني على اختياري هذا الموضوع إلى زملائي واصدقائي في  
الدراسة .

إلى كل من قام بمساعدتي بنصائحه وتوجيهاته على إتمام هذه المذكرة.

## خاتمة :

مرض الفصام يحدث التفكك على مستوى وحدة الشخصية ، بحيث نجد التفكك يمس المستويات التالية : المستوى المعرفي ، والمستوى النفسي ، والمستوى الإجتماعي .

ولهذا نلاحظ أن أغلب المرضى الفصاميين يتلقون خاصة العلاج الطبي ، داخل مستشفيات الأمراض العقلية ولا يمارس عليهم العلاج النفسي ، فالمريض الفصامي لا ينضر إليه على اساس انه وحدة شاملة ، ولهذا السبب يجب ممارسة العلاج النفسي على المرضى الفصاميين .

ومن خلال هذا البحث اثبتت نتائج الدراسة أن العلاج النفسي الجماعي حسن الأداء الإتصالي للمرضى الفصاميين ، داخل مستشفى الأمراض العقلية ومكنهم من التعبير عن مشاعرهم مهما كانت ، المهم أن يتواصلوا داخل الجلسات العلاجية الجماعية .

سواء كان هذا الإتصال عبر الإيماءات ولغة الجسد ، أو الإتصال عبر اللغة ، أو الإتصال عبر التفاعل الحاصل خلال الجلسات العلاجية الجماعية .

ومنه نصل إلى أن العلاج النفسي الجماعي يساهم في تحسين الإتصال الإجتماعي للمرضى الفصاميين .

## 1- إشكالية الدراسة :

لقد تزايدت معدلات انتشار مرضى الفصام، داخل مستشفيات الامراض العقلية ، حيث بلغت حوالي 60 و70% سنة 1998 ، وما بالك اليوم ، وهذا لتضافر مجموعة من العوامل ، والاسباب للإصابة به، وبالتالي نجد شخصية المريض الفصامي تتميز بالانطواء ، والانعزال ، والسلبية ، والحساسية الزائدة ، وتفكك وحدة الشخصية ، وعدم انسجامها وميلها للاستغناء عن مجابهة الواقع ، و نقص المهارات والوظائف الاجتماعية، ومن بينها تناقص في الاداء الاتصالي.

ونجد العديد من الدراسات التي قامت بدراسة مرض الفصام ، وبتطبيق طرق علاجية نفسية معينة ، حيث نجد دراسة وفاء جاسم العرادي من الكويت التي قامت بدراسة "فعالية استخدام العملات الرمزية كعلاج سلوكي في تمية المهارات الاجتماعية" ، حيث رأت الباحثة أن هناك نقص في المهارات الاجتماعية عند مرضى الفصام ، وترتب على ذلك صعوبات عديدة في التعامل مع الآخرين ، وهدفت الدراسة إلى :

تصميم أداة لقياس وتقييم المهارات الاجتماعية ، وعلى استخدام برنامج للعلاج السلوكي في تنمية بعض المهارات الاجتماعية عند مرضى الفصام المزمن ، وعلى بناء أساليب إيجابية تزيد من شعورهم بالأمل والتفاؤل وسرعة شفائهم .

و تكونت عينة الدراسة من أربعة عشر مريضا بالفصام من نزلاء مستشفى الطب النفسي الكويتي ، وقامت الباحثة باستخدام المقابلة الإكلينيكية ، والملاحظة الإكلينيكية بالإضافة إلى مقاييس خاصة بالمهارات الاجتماعية . بإتباع المنهج التجريبي ، وتوصلت هذه الدراسة إلى وجود فروق دالة بين المجموعتين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد انتهاء التدريب ، ووجود فروق دالة بعد البرنامج التدريبي بين المجموعة التجريبية ونفسها على كل متغيرات الدراسة ، كما وجدت فروق دالة بعد التجربة للمجموعة الضابطة ونفسها على متغيري توكيد الذات والاتصال فقط .

وهناك أيضا دراسات أمريكية استخدمت الاساليب السلوكية مع المرضى الفصاميين وأكدت على نجاح هذه البرامج في إكساب المرضى عددا من المهارات الاجتماعية مثل المهارات الاجتماعية كمهارة التواصل اللفظي الذي، تؤكد عليها دراسة " ونق Wong " سنة 1993، ومهارة التواصل غير اللفظي الذي يؤكد عليها دراسة " بيرش وود" و " بريستن " Prestonbrichiod سنة 1991 م .. ومن خلال هذه الدراسات سوف نحاول ان نحسن الأداء ، الإتصالي عند المرضى الفصاميين عن طريق العلاج النفسي الجماعي داخل المؤسسة الاستشفائية للأمراض العقلية .

وبعد هذا الطرح نصوغ الإشكالية العامة التالية:

هل العلاج الجماعي ينمي الاتصال الاجتماعي عند المرضى الفصاميين – داخل المؤسسة الاستشفائية للأمراض العقلية؟

والاشكالية الجزئية التالية:

كيف يتحسن الأداء الاتصالي عند تطبيق علاج جماعي على المرضى الفصاميين – داخل المؤسسة الاستشفائية للأمراض العقلية؟

## 2- فرضيات الدراسة:

بناء على صياغتنا لإشكاليات الموضوع يمكن اقتراح الفرضيات التالية :

1- يمكن للعلاج الجماعي أن يكون له دور في تنمية الاتصال الاجتماعي للمرضى الفصاميين داخل المؤسسة الاستشفائية للأمراض العقلية.

2- يتحسن الأداء الاتصالي لدى المرضى الفصاميين داخل مستشفى الأمراض العقلية من خلال:

- تحسن الأداء اللفظي.

- تحسن الأداء غير اللفظي.

- بناء العلاقات التفاعلية فيما بينهم.

### 3- أهداف الدراسة:

- 1- التعرف بدور العلاج النفسي الجماعي كطريقة مهمة من طرق العلاج النفسي.
- 2- معرفة إن كان للعلاج الجماعي دور في تحسين الاتصال الاجتماعي عند المرضى الفصاميين.
- 4- معرفة المستويات التي يتحسن عن طريقها الاتصال الاجتماعي عند فئة المرضى الفصاميين.
- 3- معرفة ان كان للمرضى الفصاميين القدرة على تحسين وظيفة الاتصال من خلال العلاج النفسي الجماعي.
- 5- ابراز أهمية وظيفة الاتصال عند المرضى الفصاميين لربط العلاقة مع الآخرين (محيط المريض).
- 6- دمج المريض الفصامي مع مرضى آخرين فصاميين لتحسين الأداء الاتصالي لديه, وبالتالي خروجه من الانطواء الذاتي.

### 4- أهمية الدراسة :

تكمن أهمية الدراسة في كونها :

- 1- دراسة جديدة تمكن الطالب من ممارسة العلاج النفسي الجماعي على المرضى الفصاميين ، وأن هذه الفئة ليس بالسهل التعامل معها .
- 2- أن المريض الفصامي من بين الاضطرابات التي يتعرقل مسار حياته الاتصال . ومن خلال العلاج النفسي الجماعي يمكن ان يتحسن الأداء الإتصالي لدى فئة المرضى الفصاميين
- 5- دواعي اختيار الدراسة:

- 1- لأنه مناسب ويتلاءم مع التخصص الخاص بعلم النفس العادي والصحة العقلية.
- 2- نقص الدراسات التي تتناول في موضوعها تطبيق علاج نفسي على المرضى الذهانيين خاصة المرضى الفصاميين.

3- لأنني لاحظت خلال التربصات الميدانية السابقة للسنوات الماضية من الدراسة ، أو من خلال زيارتي لمستشفى الأمراض العقلية أن معظم المرضى الفصاميين يميلون إلى الانعزال عن المحيط الخارجي.

وهذا ما أدى بي إلى البحث عن علاج نفسي يرجع المريض الفصامي إلى عالمه الخارجي, بدل الانطواء الذاتي, فاخترت العلاج النفسي الجماعي, لما يحدث فيه من تفاعلات ما بين المرضى. سواء كانت هذه التفاعلات لفظية، أو غير لفظية، أو تفاعلات نفسية اجتماعية.

#### 6- التعاريف الاجرائية:

1- **العلاج الجماعي:** هو أحد طرق العلاج النفسي. و هو العلاج الذي من خلاله تكون هناك علاقة نفسية اجتماعية تفاعلية بين المرضى والمعالج، وبين مجموعة من المرضى الذين يتشابهون في نوع المرض أو نوع الاضطراب ،ويتشابه جنسهم، وحيث يشكل هؤلاء المرضى الجماعة العلاجية.

2- **الاتصال الاجتماعي:** هو ذلك الاتصال الذي يحدث ما بين المرضى من خلال الاتصال اللفظي عن طريق استعمال اللغة اللفظية الاتصال غير اللفظي عن طريق استعمال الاشارات والإيماءات وتعابير الوجه، وانشاء وبناء العلاقات ما بينالمرضى. يتم قياسه من خلال نتائج شبكة الملاحظة .

3- **الفصاميين:** وهم مجموعة من المرضى، شخصوا من طرف الطبيب العقلي على أنهم يعانون من مرض الفصام، والذي هو عبارة عن مرض مصنف ضمن الذهانات وأين نجد فيه المريض منفصل عن العالم الخارجي، ويعاني من التفكك وعدم الانسجام في الشخصية، والانطواء على الذات، والانعزال عن المحيط الذي يكون فيه المريض، وحيث تلاحظ عليه الهلوس السمعية والهذيان، وإهمال المريض خاصة لنظافته.

## الإقتراحات :

- 1- يجب إعادة النظر في فئة المرضى الفصاميين داخل المؤسسة الاستشفائية للأمراض العقلية ، في كونهم مرضى يحتاجون فقط للعلاج الطبي والمتمثل في الدواء . حيث يجب تطبيق العلاج النفسي عليهم ، فمهما كانت فعالية الدواء إلى أن الجانب النفسي جد مهم.
- 2- يجب تكتيف وزيادة الجلسات العلاجية الجماعية حتى يتم تخلص المريض من الانعزال والتوحد الذي يعيشه .
- 3- يجب بناء برنامج للعلاج الجماعي السلوكي والمعرفي حتى يتم تحسين المهارات الاجتماعية عند المرضى الفصاميين .
- 4- العمل على تدريب الأخصائيين النفسانيين على هذا النوع من العلاجات النفسية لما له من أهمية في العلاج النفسي الجماعي، وربط المريض الفصامي بالعالم الخارجي من خلال التفاعلات الحاصلة ما بين المرضى .

**تمهيد:**

يعتبر الاتصال الاجتماعي عملية أساسية في دراسة النفس البشرية، فبدونه نكون عاجزين عن فهم معاناة النفس وما يجري فيها من اضطرابات، فغياب الاتصال عند الشخص غير السوي، يعني عدم إقامة علاقات مع المحيط الخارجي. سواء أصدقائه أو أسرته. وبالتالي يصبح منعزلاً عن دائرة العلاقات الاجتماعية، فينطوي على ذاته.

وعن طريق الاتصال الاجتماعي يمكن أن يتحقق التفاعل والاندماج الاجتماعي ، وبناء العلاقات الاجتماعية.



**1- تعريف الاتصال الاجتماعي:****1-1- التعريف اللغوي:**

يعرف الاتصال الاجتماعي لغة على أنه " البلوغ وقد ورد في مادة وصل المعجم الوسيط: يصل فلان وصولاً، ووصل إليه الشيء وصولاً أي بلغه وانتهى إليه رسمياً. "

(علي عابد، 1996، ص35)

**1-2- التعريف الاصطلاحي:**

نجد العديد من العلماء والمختصين الذين عرفوا الاتصال الاجتماعي، وكل على حسب اختصاصه:

**1-2-1- يعرفه علماء النفس:** على انه عملية من عمليا الاتصال يتم " من خلال الظواهر النفسية للإنسان، والتي تتعلق بظواهر الاستيعاب والإدراك والتفكير والتذكر وتغيير المواقف والاتجاهات والسلوك. أي أنهم يرون الاتصال مجرد عملية نفسية تؤدي الى النشاط النفسي والسلوكي للإنسان. " (عمر عبد الرحيم نصر الله، 2010، ص24)

والاتصال الاجتماعي في علم النفس يعتبر كنسق من الأنساق الجماعية، يؤثر بطريقة او بأخرى في العلاقات المتبادلة ما بين أعضاء الجماعة من خلال ما يحملونه من آراء واتجاهات مختلفة، حيث يقوم الاتصال على " فكرة الأخذ والعطاء أي تستمر في الاتصال بمقدار ما نتوقع تحقيقه من هذا الاتصال من فوائد. " (محمود مهدي، 2005، ص16)

وبهذا فإن الاتصال الاجتماعي هو عبارة عن تفاعل وتبادل مشترك للأفكار والخبرات والمعاني حيث يترتب عليه مواجهة المشكلات وتحقيق التوافق الاجتماعي.

وحيث يعرف "Davlore" دافلور الاتصال من الوجهة النفسية هو " عملية عصبية حيوية حيث يتم فيها تسجيل معاني ورموز معينة في ذاكرة الأفراد، وأنه عملية نفسية حيث يتم اكتساب معاني الرموز من خلال التعليم. " (محمد أحمد عبد الله، 1999، ص144)

كما أن علماء النفس أكدوا على أهمية العنصر الوجداني في عملية الاتصال، لأن كل من المرسل والمستقبل يتأثر بها. كما يحدث خلال العملية العلاجية بين المريض كمستقبل والمعالج كمرسل لإرشادات والنصائح والتوجيهات.

فالالاتصال الاجتماعي هو " عملية اجتماعية يتم من خلالها تبادل للأراء والمعلومات لنقل فكرة أو مهارة أو التوجيه والترشيد لتحقيق أهداف مرغوبة تخدم قضايا المجتمع.

ويشرف عليها متخصصون وتتم عبر وسائل متنوعة.

(دسوقي عبد ابراهيم، دون سنة، ص15)

فالالاتصال الاجتماعي في علم النفس إذن هو: عبارة عن تبادل فكري ووجداني وسلوكي بين الناس، فعملية الاتصال التي نحرص على تكوينها بين الأخصائي والعميل هي عملية تفاعل بين مشاعر وأفكار كل من المرسل والمستقبل، والذي هو المريض حيث يكون هذا التفاعل هادفا إلى تعديل السلوك.

### 1-2-2 تعريف الاتصال الاجتماعي حسب علماء الاجتماع:

ينظر علماء الاجتماع إلى الاتصال الاجتماعي على أنه: "عملية اجتماعية تحدث في كل لحظة بين أفراد المجتمع على اختلاف شخصياتهم وأماكن عملهم. والاتصال يتم في المجتمع له نظامه ونشاطه بهدف تأكيد هذا النظام والمحافظة عليه والاستمرار في السير عليه."

(عمر عبد الرحيم نصر الله، 2010، ص25)

كما أن علماء الاجتماع يرون بأن الاتصال الاجتماعي هو ظاهرة اجتماعية له أهمية في تماسك المجتمع من خلال بناء العلاقات الاجتماعية.

### 1-2-3 تعريفات العلماء حول الاتصال الاجتماعي:

تعريف "فلويدبروكر" "FloydeProcker": " هو عملية نقل فكرة أو مهارة أو حكمة من شخص لأخر."

تعريف كارل هوفلاند "Carle Hovland": "انه العملية التي ينتقل بمقتضاها الفرد القائم بالاتصال منبهات عادة رموز لغوية لكي يعدل سلوك الأفراد الآخرين مستقبلي الرسالة. البان اصطلاح الاتصال حينما نستخدمه بشكل واسع النطاق فإنه يتناول أي ظرف يتوافر فيه مشاركة عدد من الأفراد في أمر معين." (محمد سيد فهمي، 2010، ص 23)

فإن كلا العالمين من خلال تعريفهما يتبين بأن الاتصال الاجتماعي هو عبارة عن عملية، وفي العملية مجموعة من الخطوات المتسلسلة حيث تكون مرتبطة ببعضها البعض من أجل الوصول إلى هدف معين.

ويعرفه شارلزكولي "CharlezCouly": بأنها الآلية التي توجد فيها العلاقات الإنسانية عن طريق استعمال الرموز ووسائل نقلها وحفظها ."

ويعرفه جورج لندبرغ "Jorjlindber": أنه التفاعل بواسطة الرموز والإشارات التي تعمل كمنبه او مثير. يؤدي إلى إثارة سلوكا معيناً عند المتلقي."

(عمر عبد الرحيم نصر الله، 2010، ص32)

من خلال التعريفان الأخيران فإن الاتصال الاجتماعي مرتبط بعملية التفاعل وهذا الأخير يحدث ما بين شخصين أو أكثر.

كما يعرفه باساغانا "Basarana": على انه سلوك من "سلوكات التواصل كجزء من نظام عام، تقوم عناصره بدور الفاعلين الاجتماعيين فإن ذلك يجرنا إلى ان نتحدث عن التأثير المتبادل بين هذه العناصر، ويدعى هذا التأثير المتبادل في علم النفس الاجتماعي تفاعلا. كما أن نتائج الملاحظة تدعى سلوك التفاعل". ( باساغانا، 1983، ص 30 )

## 2- أهداف الاتصال الاجتماعي :

هناك العديد من الأهداف التي يحققها الاتصال الاجتماعي ويمكن حصرها فيما يلي :

1-2 "الاتصال الاجتماعي الهادف إلى تبادل المعلومات .( إحصاء ،انتخاب ، تصنيف )

2-2الاتصال الاجتماعي المرتكز على عناصر انفعالية عاطفية . ( الفحص والدعم والعلاج

النفسي .) " ( عبد الفتاح محمد دويدار ، 1999 ، 25 )

كذلك يمكن أن نجد أهدافا أخرى حسب طبيعة الاتصال وتتمثل هذه فيما يلي:

2-3هدف توجيهي : ويكون من خلال إكساب المستقبل اتجاهات جديدة أو تعديل اتجاهات

قديمة مرغوب فيها .

2-4 هدف تثقيفي : ويكون من خلال تبصير وتوعية المستقبلية بأمور تهتم قصد مساعدتهم وزيادة معارفهم واتساع أفقهم لما يدور حولهم من أحداث .

2-5 هدف تعليمي: ويكون من خلال إكساب المستقبل خبرات أو مهارات جديدة.

2-6 هدف ترفيهي: ويكون من خلال إدخال البهجة والسرور والاستمتاع إلى نفس المستقبل.

2-7 هدف اجتماعي : ويكون من خلال تقوية الصلات الاجتماعية بين الأفراد.

( محمد سيد فهمي ، 2010 ، ص 32 )

ولهذا يمكن للاتصال الاجتماعي تحقيق أهداف أساسية للإنسان، بحيث لا يستطيع أن يعيش بعيدا عنها أو بدونها.

### 3- عناصر عملية الاتصال الاجتماعي :

هناك أربع عناصر أساسية في عملية الاتصال ولا تتم هذه العملية دون وجود هذه العناصر وتمثل فيما يلي :

المرسل: Emetteur والمستقبل: Récepteur و القناة: Canal والرسالة Message .:

حيث أن المرسل يصدر الرسالة وينشئها والمستقبل وهو : " هدف عملية الاتصال ، وقد يكون المستقبل رجلا أو امرأة أو طفلا أو شابا أو عجوزا أو معلما أو طبيبا أو عدوا أو صديقا لذا يجب على المرسل ان يعرف خصائص المستقبل وطبيعته . حتى يتمكن من مخاطبته . ويستحوذ على قلبه وعقله . " ( محمد أحمد عبد الله ، 1999 ، ص 145 )

كما أن عملية الاتصال الاجتماعي تستلزم وجود سيرورة تآثر وتأثير متبادلة بين أطراف الاتصال .

والرسالة: " تعني المعلومات أو الخبرات أو الأفكار أو الاتجاهات أو القيم التي يرغب المرسل في توصيلها إلى المستقبل." ( محمد سيد فهمي ، 2010 ، ص 25 )

ثم بعد ذلك يقوم المرسل باختيار وسيلة معينة من الوسائل التي يستعملها المستقبل في نقل وتوصيل الرسالة .

" ويمكن أن نقول أن الرسالة هي الموضوع أو المحتوى الذي يريد المرسل أن ينقله إلى المستقبل أو هي الهدف التي تهدف عملية الاتصال إلى تحقيقه."

( محمد سيد فهمي ، 2010 ، ص 25 )

حيث يمكننا أن نعرف تحقيق هدف الرسائل من خلال ملاحظة ذلك في السلوك الذي يظهر على المستقبل ويظهر ذلك من خلال أفعال التأثير والتأثر ومن خلال أنواع التفاعلات التي تظهر على كليهما .

#### 4-الحاجات الأساسية للاتصال الاجتماعي :

هناك مجموعة من الحاجات الأساسية التي يوفرها الاتصال الاجتماعي للفرد تتمثل هذه الحاجات فيما يلي:

##### 4-1-الحاجة إلى الانتماء :

الإنسان دائماً يتفاعل مع المحيط الذي ينتمي إليه سواء كان ذلك العائلة، أو الأصدقاء " وهذا للوصول إلى الحب والشعور بالأمن، من هنا يأتي قبول الفرد لمعايير الجماعة وعاداتها وقيمها ويحاول أن يتكيف معها. وعملية تبادل الرموز واللغة مع الآخرين تقوي لديه الشعور بتلك الجماعة وأنه عضو من أعضائها." ( عمر عبد الرحيم نصر الله، 2010، ص 36 )

لذلك تعتبر عملية الاتصال الاجتماعي من أولى العمليات التي يقوم بها الفرد للحصول إلى الانتماء إلى جماعة معينة.

##### 4-2-الحاجة إلى الاطمئنان والاستقرار:

هذه الحاجة تتداخل مع الانتماء لأن الفرد عن طريق الاتصال يحقق بشكل فعلي الخروج من العزلة والقلق ويقوم بالانخراط مع الجماعة فيتفاعل معها، الأمر الذي يشعره بالاطمئنان والقوة والاستقرار النفسي.

##### 4-3-الحاجة إلى تحقيق وتوكيد الذات :

المقصود بهذه الحاجة هو أن كل ما يستطيع الإنسان أن يكون يجب أن يعمل عليه حتى يكونه ، وذلك لكي يصبح سعيداً أي أن الإنسان يختار العمل الذي يلائمه في حدود قدراته وإمكانياته

، ويحاول تحقيق أهدافه في مجال عمله ولذا تختلف صيغة هذه الحاجة بالنسبة لإمكانيات الفرد ، ويتم تحقيق الذات من خلال تأثر الفرد بالآخرين وتأثيره فيهم لأن الإنسان بحاجة للتأثير في غيره وأن يحقق النجاح . ( عبد الرحيم نصر الله ، 2010 ، ص 37 )

ومن خلال الاتصال الاجتماعي يمكن للإنسان أن يحقق ذاته عن طريق التأثير والتأثر بالآخرين ومن خلال المشاركة في المسائل المختلفة التي تتعلق بحياته فيحقق النجاح لذاته .

#### 4-4- الحاجة إلى الاعتراف والتقدير :

" لدى معظم الناس حاجة أو رغبة في تقدير أنفسهم وأعمالهم تقديرا عاليا مع احترام ذاتهم أضف إلى هذا أنه توجد لديهم الرغبة الخاصة في أن يقوم الآخرين بتقديرهم من جميع الجوانب وعملية إشباع الحاجة إلى التقدير تؤدي إلى الإحساس بالثقة بالنفس والقوة والمقدرة والكفاءة. "

( عمر عبد الرحيم نصر الله ، 2010 ، ص 37 )

فإذا لم يتم تلبية هذه الحاجة تؤدي إلى الصراع النفسي لدى الفرد ، فعملية الاتصال الاجتماعي يسعى الفرد من خلالها إلى الوصول لتحقيق هذه الحاجة كأحد الوسائل المهمة التي يعتمد عليها الإنسان .

#### 4-5- الحاجة إلى المعلومات :

عملية الاتصال الفردية أو الجماهيرية في جوهرها تقوم على المعلومات التي ترسل من المرسل إلى المستقبل بواسطة وسيلة التي تنقل بها الرسالة لكي تحقق الهدف المقصود منها، لذا فإن الحاجة إلى المعلومات لها تأثيرها على الفرد من حيث فهمه لكل ما يتعلق بحياته وحياة الآخرين.

#### 4-6- الحاجة إلى الفهم :

في عملية أو عمليات الاتصال التي تحدث في كل وقت بين الأفراد في المواضيع المختلفة يشعر الفرد بالحاجة الضرورية إلى أن يفهم معنى المعلومات التي يحصل عليها - بالإضافة إلى فهم معنى الجوانب المختلفة للحياة والعالم الذي نعيش فيه .

( عمر عبد الرحيم نصر الله ، 2010 ، ص 38 )

من خلال جميع الحاجات التي ذكرت سابقا فإن الاتصال الاجتماعي يعتبر من الحاجات الاجتماعية والنفسية الأساسية والمهمة التي لا يستطيع الإنسان الاستغناء عنها.

فمن طريقه يمكن تحقيق التفاعل مع الآخرين وتغيير مجموعة من السلوكات غير السوية بفعل عملية الاتصال. والفشل فيه يعني الكبت والانعزال والابتعاد عن الآخرين .

### 5- سيكولوجية الاتصال :

" إن الاتصال هو الذي يرسم خطوط السلوك السوي من خلال تفاعل الأفراد ، وعلم النفس لم يعد ليكتفي اليوم بدراسة الظواهر وملاحظة خطوط السلوك السوي بل أنه تعمق في دراسة الدوافع والأسباب المؤدية إلى الظواهر ، وهكذا يمكننا القول أن لا علم النفس بدون اتصال . فالاختبارات والفحوص النفسية والأساليب الإسقاطية والإيحائية وأنواع العلاج النفسي، كلها تستند إلى مبادئ الاتصال . وكلها تصبح عديمة الجدوى في حالة اضطرابالاتصال "

( عبد الفتاح محمد دويدار ، 1999 ، ص 15 )

فالمرض النفسي يمكنه أن يؤدي إلى اضطرابات اتصال المريض بالمحيط الذي يعيش فيه ، وبالتالي تصبح لديه مشاكل في عملية التكيف ، فالمقابلات التي يجريها الأخصائي النفسي مثلا تعتبر كعملية أساسية أو كوسيلة أساسية في عملية الاتصال، وحتى العلاجات النفسية نجد فيها عملية الاتصال . ولذلك نجد تفرع خاص بالاتصال في علم النفس يسمى " علم النفس الاتصال " وهو بدوره يتفرع إلى اختصاصات فرعية أخرى أهمها .

- علم النفس اللغوي أو اللساني .
- الاتصال بواسطة الآلات لتحديد الحالة العقلية للشخص .
- الاتصال بواسطة الاختبارات لتحديد الحالة العقلية للشخص .
- علم نفس الحوار الإنساني أو ( المقابلة ) .
- العلاج النفسي العائلي.
- العلاج النفسي الجماعي " ( عبد الفتاح دويدار ، 1999 ، ص 17 )

### 6- نظريات الاتصال الاجتماعي:

هناك مجموعة من النظريات التي تفسر عملية الاتصال وهي كالاتي :

#### 6-1 النظرية السلوكية:

تعتمد النظرية السلوكية على العلاقة بين المثير والاستجابة فعن طريق هذه العلاقة يمكننا فهم عمليتي التعلم والاتصال حيث " ركز Hull على الحوافز كعنصر في عملية المعرفة وأكد Skinner على عنصر التدعيم أو التعزيز وتتضمن وجهة النظر العامة ، أو الإطار العام الافتراض القائل بأن الكائن العضوي يعتبر في علاقة منظمة مع البيئة بحيث أن التغيير في أحدهما سوف يترتب عليه نتائج متبادلة وتؤدي إلى استجابات متبادلة .

ويعتبر الاتصال الإنساني من هذا المنظور ، العملية التي تربط الافراد ببعضهم البعض والبيئة التي يعيشون فيها .

ومن خلال وصف نيوكمب Newcomb للأفعال الاتصالية والذي يتخلص في أن الأفعال الاتصالية يمكن أن تحدد على أنها نتائج لتغيرات في العلاقات .

( محمد سيد فهمي ، 2010 ، ص 48 )

من خلال هذه النظرية يمكننا أن نفهم أن الاتصال يحدث كاستجابة لمثير معين ، حيث تكون هذه الاستجابة تلقائية تحدث كتعبيرات فعالة لهذا المثير . لذلك تعتبر عملية الاتصال كعملية رد الفعل

### 6-2- النظرية التوافقية:

من مؤسسي هذه النظرية نجد هيدر Heider ونيكوب Newcomb حيث يرى هذا الأخير بأن " الاتصال هو استجابة مكتسبة ومتعلمة لمواجهة التوتر . وعلى ضوء هذا الرأي فإن الاتصال يأتي في أعقاب اختلال التوازن في النسق ويتجه الاتصال نحو إعادة حالة التوازن هذه. ( محمد سيد فهمي ، 2010 ، ص 53 )

حيث من خلال طرح Newcomb لراية نفهم بأن عملية الاتصال تعتبر العامل الرئيسي لتحقيق حالة التوازن .

### 6-3- نظرية النسق الاجتماعي :

يعتبر " تالكوتبارسونز " Talcotparsons من أنصار نظرية النسق الاجتماعي ، وعلى الرغم أنه لم يكن يتناول الاتصال بالتفصيل تام من خلال أعماله . إلا أنه يمكننا أن نستخلص ، من خلال أعماله هذه خصوصا النسق الاجتماعي منظورا متناسقا لعملية الاتصال.

حيث أن Parsons كان ينظر إلى الفعل الاجتماعي عموما على أنه يتميز بوجود دافع له



إنجاز بعض الأهداف ، وقد يتمثل هذا الهدف في الوصول إلى حالة من الرضا وتجنب الحرمان ، كما أنه أكد بأنه حينما يوجد اتصالاجتماعي فإن الرموز والإشارات تكتسب معاني عامة أو شائعة ، ويصبح لها دور هام كوسائل اتصال .

كما أن أنساق الاتصال تنشأ عن عملية التفاعل مع الأهداف الاجتماعية ، وأن الاشكال المتطورة للسلوك الاجتماعي تعتمد بدورها على عملية الاتصال.

(محمد سيد فهمي ، 2010،ص56)

من خلال هذه النظرية يتبين بأن العلاقات الاتصالية تكون نتيجة للعمليات الاجتماعية وأن أي سلوك اجتماعي يعتمد على عملية الاتصال والتي تكون عبارة على نسق منظم من الرموز والإشارات .

#### 7-أهمية اللغة اللفظية وغير اللفظية في عملية الاتصالاجتماعي :

" تمثل اللغة أهم جوانب الحياة النفسية والاجتماعية للفرد ، فهي اساس العلاقات الاجتماعية ووسيلة التواصل النفسي بين الأفراد علاوة على أنها أداة ضغط ونقل وتنمية التراث "

( شاكر عطية قنديل دون سنة، ص384 )

كما أن اللغة هي التي تحدد الفكر بالإضافة إلى طبيعتها التواصلية حيث يرى سميث Smith أن التواصل يمكن النظر إليه أنه تبادل للأفكار أو المعلومات ،والتي تتضمن الرسالة المراد نقلها إلى الغير وذلك من خلال متحدث وملتق يقوم بترميز هذه الرسالة المتحدثة .

كما أن عملية الاتصال لا تختصر فقط على اللغة اللفظية فبالإضافة إلى اللغة اللفظية هناك اللغة غير اللفظية حيث يتدخل في عملية الاتصال " اللغة غير اللفظية تعبيرات الوجه والإيماءات فهي تشكل 55%منعملية الاتصال" ( FrançoisSulger,SansAnnee,P15 )

فبذلك فإن الاتصال اللغوي يتحول إلى اتصال عقيم إذا نحن لم نستخدم مرونة كافية في تفسيره ، فالاتصال اللغوي وجهان الوجه الأول ويتمثل بالمعنى الحرفي كما يقال خلال الاتصال،أما الوجه الثاني فهو ما يمكننا تسميته بما خلف الاتصال، وهو يعني الطريقة التي تفسر الحديث من خلالها ، وفي هذه الحالة فإن لهجة الحديث ونبرته والكلمات المنتقاة والهفوات والحركات والنظرات كلها عوامل مؤثرة في تفسيرنا لحقيقة ما يحتويه الحديث أو ما هو المقصود منه .

( عبد الفتاح محمد دويدار، 1999 ، ص 53 )

لذلك فإن الاتصال الاجتماعي يركز على اللغة كوسيلة أساسية لعملية الاتصال سواء كانت هذه اللغة لفظية أو غير لفظية فاللغة هي التي تمكننا من الاتصال وبها نستطيع تبادل الأفكار والمشاعر وبها نفهم سلوك المتكلم .

**خلاصة :**

إن الاتصال الاجتماعي هو أساسي لإقامة العلاقات الاجتماعية، ولخروج الشخص من دائرة العزلة التي كان يعيش فيها.

فعن طريق عملية الاتصال يمكن تبادل الأفكار والمشاعر ويمكن تغيير المواقف والاتجاهات .

فالالاتصال الاجتماعي هو عبارة عن التفاعل المشترك بين الأفراد لتحقيق حاجات نفسية كثيرة أهمها تحقيق الحاجة إلى الانتماء وإشباع هذه الحاجة يعني الإحساس بالثقة بالنفس .

والنفساني يحتاج إلى تحقيق الاتصال بينه وبين المريض حتى يكسب ثقته ،ويستند كذلك إليه المرضى داخل المستشفيات حتى يخرجون من المعاش المرضي اليومي لهم .



**تمهيد :**

يعتبر مرض الفصام من الأمراض العقلية المصنفة ضمن الذهانات ، هذا المرض الذي أصبح في الآونة الأخيرة من أكثر الأمراض المنتشرة في العالم ، حيث نجد أغلب نزلاء المستشفيات العقلية مشخصين ، على أنهم يعانون من مرض الفصام .

وهذا الأخير ، يتدخل في الإصابة به جملة من الأسباب مما يصيب الشخصية بالتفكك ، على ثلاث مستويات المستوى المعرفي والمستوى الاجتماعي والمستوى النفسي. لذلك نلاحظ عند المصاب بهذا المرض مجموعة من الأعراض ، أبرزها الانفصال عن العالم الخارجي واستغراق المريض في الأوهام والضلالات .

**1- نبذة تاريخية عن ظهور مرض الفصام :**

عند التتبع في تاريخ ظهور هذا المصطلح فنجد في ظهوره مساهمة العديد من الأطباء العقليين خاصة ، وكذلك مساهمة الأخصائيين النفسانيين ، فنجد "موريل MOREL قد دمج بتسميته الخبل المبكر سنة 1857 ، تلك الأمراض العقلية التي يصعب التنبؤ بمصيرها لأنها تنتهي بالتدهور إلى الجنون وعدم القابلية للشفاء .

كما كانت كلمة المبكر تشير إلى حقيقة بدء الاضطرابات في السن المبكرة " .

(كمال دسوقي ، 1973 ، ص 135 )

وبهذا فربط موريل الخبل المبكر بالجنون ، وبعدم القابلية للشفاء أي صعوبة العلاج ، كما وصفه ضمن الأمراض العقلية .

كما نجد كذلك كرابلين kraepelin حيث يعتبر أول من وصف هذا الاضطراب عام 1889 حيث جمع بين آراء كهالبوم Kahalbom وموريل Morel ووصفه بأنه "مجموعة من الأعراض التي تحدث في عمر المراهقة أو بداية البلوغ متمثلة في الانسحاب ، والسلبية ، وضعف الإرادة ، والتناقض الوجداني وامتزاج الواقع مع الخيال" .

( حسين فايد ، 2003 ، ص 133 )

وحيث وصف الشخصية بأنها تعاني من عدم الانسجام الداخلي وضعف شامل في كل الوظائف العقلية.

ومع الطبيب النفسي أوجين بلولر EugenBleuler . ظهر مصطلح الفصام ، حيث نجده قد تأثر بفرويد Freud ، " حيث يوافق أنه ليس من الضروري أن تكون للفصام بداية ظهور مبكرة ، وانه لا يؤدي بشكل حتمي إلى انهيار عقلي وعلى العكس بما اعتقد هكرا بلينا اعتقد بلويلر أن الشفاء من المرض أمر ممكن" ( محمد السيد الرحمان ، 1999 ، ص 390)

ولقد حدد بلويلر أربعة أعراض أساسية في هذا المرض وهي :

اضطرابات الترابط ، والوجدان ، والانطواء على الذات ، والتناقض الوجداني .

ومع هذا فقد اتفق بلويلر مع كرابلين في دور العوامل البيولوجية في الإصابة بالمرض ، وفي تفاعل الضغوط البيئية مع العوامل البيولوجية في ظهور المرض ، وكذلك أكد على ضرورة أن يتضمن العلاج تحقيق أثر الضغوط البيئية على الفرد واعتقد أن الفصامين يمكن تحسينهم مع الوقت ولكنه لم يرى أنهم سيشفون تماما .

أما مانفرد بلويلر Manefred Bleuler وهو ابن أوجين بلويلر Eugen Bleuler . وله آراءه الخاصة التي يعارض في بعضها والده . "حيث يرى أن العمليات العقلية التي تتوفر في المريض بالفصام تتوفر أيضا في الشخص العادي . ومن هذه العمليات ، التفكير في أحلام اليقظة ، والهلاوس الرمزية العجبية في أحلام النوم الطبيعي ، غير أن الفرق بين الشخص السوي والشخص الفصامي ، هو أن الفصامي لا يستطيع التفرقة بين الحالتين : واقع الحلم وواقع اليقظة ، واقع العالم الداخلي كما يتخيله وواقع العالم الخارجي كما هو ، وهو كذلك لا يستطيع إبعاد خيالاته وأحلامه ولا يستطيع تصحيحها عن طريق قياسها بالواقع وهذا يؤدي بالضرورة إلى إدخاله لعناصر غير متكاملة إلى شخصيته وبصورة لا تسمح بإقامة الترابط الطبيعي بينها." ( علي كمال ، 1986 ، ص ، 391 )

ومن خلال هذه التطورات التاريخية حول ظهور مرض الفصام نجد اختلاف في الآراء حول هذا المرض ، خاصة في أسباب هذا المرض ولكن مع هذا الاختلاف إلا أن مرض الفصام أصبح واضح البنية خلال مختلف التطورات التاريخية .

## 2- تعريف الفصام :

### 1-2 التعريف اللغوي:

الفصام لغة من " الفعل فصم كثيره عن غيره وتفرق .

تفصم وانفصم : إنكسر وتصدع " ( منجد الطلاب ، 1956 ، ص 553 )

## 2-2 التعريف الاصطلاحي :

نجد العديد من علماء النفس الذين عرفوا هذا الاضطراب. أو بالأحرى هذا المرض فيعرفه جون لابلانج Jan Laplanche و ج ب . بونتاليس J. P. Pentalis في معجم مصطلحات التحليل النفسي بأن " مصطلح الفصام مكون من كلمتين يونانيتين schizo وتعني الإنشطار والإنقسام . و phrenie وتعني الفكر.

( جون لايلانش ، وج ، ب ، بونتاليس ، 1985 ، ص 395 )

ويعرفه Alain Raoult في كتابه " La psychiatrie " على أنه : "مرض عقلي يتميز من خلال التوحد والهذيان البراناويوانقطاع العلاقة مع العالم الخارجي. ونلاحظ فيه مجموعة من الاضطرابات منها ، بلادة التفكير وغرابة في السلوك والهلاوس السمعية والانطواء على الذات وعدم انتظام التفكير"

( Alain Raoult ,2005,p 416 )

وبهذا يجمع لنا Alain Raoult مجموعة من الاضطرابات على مستوى التفكير والسلوك وخاصة في انفصال المريض عن العالم الخارجي .وتعرفه جمعية علم النفس الأمريكية بأنه مرض ذهاني تشترك فيه أعراض أساسية متشابهة كالتفكير المفكك غير الواقعي، واضطرابات وجدانية وسلوكية غير واقعية كما يتميز بالإنعزال الشديد عن الناس والواقع . والتبذل العاطفي والهذات والتدهور التدريجي في بناء الشخصية.

( حسين فايد ، 2003 ، ص ، 133 )

إذن الفصام مرض ذهاني يصيب الشخصية بالتفكك على ثلاث مستويات ، المستوى الوجداني والمستوى السلوكي ، والمستوى المعرفي .

تتداخل فيه زملة من الأعراض المرضية التي تؤدي بالانفصال عن العالم الخارجي .و الانطواء على الذات .

ويعرفه فرج عبد القادر طه في "معجم علم النفس والتحليل النفسي" بأنه مرض عقلي يصنف ضمن فئة الأمراض النفسية المعروفة بالذهان ، ويعتبر أكثر الأمراض الذهانية انتشارا وهذا المرض يمزق العقل ، ويصيب الشخصية بالتصدع فتفقد بذلك التكامل والتناسق الذي كان يوائم جوانبها الفكرية الإنفعالية والحركية والإدراكية ، وكأن كل جانب منها أصبح في واد



منفصل ومستقل عن بقية الجوانب الأخرى ، ومن هنا تبدو غرابة الشخصية وشدوذها ، ومن هنا ايضا اشتق اسم المرض حيث يشير إلى أن جوانب الشخصية تصبح مفصومة بعضها عن بعض وتفقد بهذا وحدتها وتماسكها وتكاملها."

( فرج عبد القادر طه ، دون سنة ، 348 )

ومن خلال جل التعاريف التي ذكرت يتبين بأن الفصام هو مرض ذهاني ويعاني المرضى المصابين بالفصام بالتفكك على مستوى وحدة الشخصية ، ويصبح فيه المريض منفصل عن العالم الخارجي الواقعي ويصاب بالتوحد فلا يكثرث لمن حوله ولا يهتم بأصدقائه أو أسرته أو عمله .

### 3- الأسباب والعوامل التي تساهم في ظهور مرض الفصام :

هناك جملة من العوامل والأسباب التي تساهم وتؤدي إلى الإصابة بمرض الفصام ، ونذكر منها مايلي :

**3-1- الأسباب البيولوجية :** أسفرت نتائج الأبحاث إلى تدخل العامل الوراثي جد مهم ولكنه لا يشرح لوحده ظهور هذا المرض ، فبينت " الدراسات العلمية أن 4% إذا كان الوالدان مصابان درجة ثانية من الفصام ، و10% من الإصابة بالدرجة الأولى بالفصام ويمكن أن تصل إلى 30% إذا كان الوالدان كلاهما مصاب ، ومن 50 % إلى 60% لما يكون توأمان من نفس البيوضة " .  
(-Gasman, J,F, Allilaire 2009 , p3021)

وبهذا يتبين بأنه للوراثة الأثر في الإصابة بمرض الفصام ، هذا وتجدر الإشارة إلى أنه لا يورث الفصام من العائلات المصابة به ، ولكن الاستعداد للمرض ، وهذا بتدخل العامل المفجر للمرض .

" وعن العوامل البيو كيميائية ، فيكون نتيجة اختلال الناقلات العصبية مثل الدوبامين فإن الفصام ينتج في زيادة نشاط الألياف العصبية التي تفرز ناقل الدوبامين أو ازدياد حساسية مستقبلاته " .  
(رأفت عسكر ، 2004، ص 185 )

ومن خلال هذائتبيين أن الفصام يمكن أن يتدخل في ظهوره الخلل في إفراز مادة الدوبامين ، وفي زيادة إفراز هذه المادة . اما بعض الدراسات فأظهرت ان "هناك نقص في مادة في المخ تسمى السيروتونين " . (أديب محمد الخالدي، 2009، ص 343)

إذن فالاستعداد الوراثي والتغيرات البيوكيميائية يمكن أن تساهم في ظهور مرض الفصام .

### 3-2- الأسباب النفسية :

يرى أنصار التحليل النفسي أن مريض الفصام لديه أنا ضعيف في مواجهة الواقع وليس لديه القدرة على التوفيق بين متطلبات الهو والأنا الأعلى حيث يسبب الصراع النكوص إلى الشق الأول من المرحلة الفمية، وهي مرحلة لا يستطيع الشخص التمييز فيها بين متطلبات الذات والعالم الخارجي .

وهناك كذلك اختلال في العلاقة المبكرة بالموضوع " حيث اعتبرت ميلاني كلاين mélanieklein " أن الشهور الأولى من حياة الطفل وما ينشأ خلالها من مشاعر موجبة أو سالبة ، وهو نتيجة فشل الأم في تمكين الطفل من النضج والاتصال بالعالم الخارجي "

(حسين فايد ، 2003 ص 159 )

ومن خلال هذا فإن لمراحل النمو النفسي للطفل الأثر المهم في تكوين شخصية الطفل وفي التأسيس لظهور الاضطرابات النفسية .

وتتلخص آراء فرويدfreud وأتباعه بأن الفصام ينشأ من صدمات نفسية في مراحل الطفولة الأولى ، وإن الفصام هو نكوص إلى أدوار جنسية أولية وإن طاقة الليبيدو تنحصر في داخل الفرد بدلا من انفتاحها ، واتجاهها إلى العالم الخارجي ويتضح هذا النكوص في السلبية الواضحة لبعض المرض وفي السلوك البدائي لهم، وفسر فرويد تكون الشعور بالاضطهاد والبرانونيا أنهار رغبات لواطية مثلية جنسية مكبوتة. أي أن المصاب بدلا من يعترف بحبة للرجال يقاومها بفكرة غضة للرجال وعدائه لهم تم تنتقل العملية إلى إسقاط بحيث يتصور المصاب أن الرجال هم الذين يكرهونني.( فخري الدباغ ، 183، ص 158 - 159 )

**3-3- العوامل الاجتماعية :**

هناك العديد من الدراسات التي بينت أن الفصام يكثر في المدن الكبرى والمناطق ذات الكثافة السكانية الكبيرة ومن بين هذه الدراسات نجد دراسة DUHEM ET FARIS اللذان قاما بتقسيم خريطة شيكاغو إلى مناطق محددة المركز تبدأ من وسط المدينة وتمتد إلى الضواحي . ثم جمعت معدلات استقبال المرضى العقول من المستشفيات في انحاء المدينة حيث اتضح أن معدلات المرض العقلي تبلغ أعلى درجة في أواسط المدينة . فاستنتجوا أن الفصام ينتج نتيجة التفكك الاجتماعي .

وهناك أيضا نموذج التأهب أو التوترا لايزنبرج EISENBARG الذي أكد على " تفاعل عوامل الإستعداد الوراثي لتطور الفصام مع ضغوط البيئة لخلق مخاطر أكثر احتمالية للإصابة بالفصام " (السيد محمد عبد الرحمان ، 1999 ، ص 438 )

حيث يقصد بالتأهب هنا الحساسية أو الإستعداد الوراثي والبيولوجي والسيكولوجي للشخص ، ويقصد بالتوتر العوامل الاجتماعية والبيئية والشخصية الراهنة المسببة للتوتر كالفقر .

**4- الأشكال الأكلنيكية لمرض الفصام :**

لقد اتفق غالبية أطباء الأمراض العقلية على وجود العديد من الأنواع العيادية للفصام يختلف كل منهما عن الآخر من خلال اختلاف اللائحة العيادية التي تشكلها الأعراض المرضية وفي اختلاف الأعمار المصابين بها ، وفي سير المرض وتطوره واستجابته للعلاج ، والأشكال العيادية للفصام هي :

**4-1- الفصام البراناوي : laschinzophrenieparanoide :** يبدأ هذا النوع بعد سن 35

سنة إلى نهاية أواسط العمر وفي كلا الجنسين على السواء ويتميز هذا النوع بما يلي :

" سيطرة النشاط الهذيانى البراناوي ، كما يتسم بالشك وعدم الثقة في الآخرين ، وقد يسعون للانتقام من الآخرين بسبب اعتقادهم أن الآخرين يدبرون لهم المكائد "

( . J.F. Alilaire , 2009 - Gasman . p310I )

وهذا النوع من الفصام هو الشكل الأكثر تكرارا والمريض بهذا النوع من الفصام تكون لديه ملاحظة شديدة وانتباه زائد فهو ذكي ومتيقظ لكل ما يجري من حوله ، بحيث أنه يمتلك قابلية للجدال والدفاع المنطقي ، ومن الصعب أن نكشف أن لديه إضراب في تفكيره .

**2-4- الفصام الهيبرفريني :Schizophreniehebephrenique:** يبدأ هذا الفصام ما بين 15-20 سنة ، حيث يكون فيه حديث المريض غير منظم ، ولديه استجابات عاطفية وانفعالية غير ملائمة كالضحك والاستهزاء والسذاجة ونجد فيه " سيطرة التفكك في الجانب النفسي والعاطفي والسلوكي ونلاحظ فيه فقر أو غياب الهذيان " .

(I-Gasmam ,J.F Alilaire ,2009,p310)

كما تظهر لديه شتى أنواع الأوهام والإضطهادية ، وكذلك الهلوسات السمعية ، وغيرها ، ويصل المريض بسرعة إلى مرحلة الأزمات .

" وفصام المراهقة والشباب اشد مقاومة للعلاجات المختلفة ولذلك فإن نتائج العلاج غير مشجعة وما يزيد عن 75 % من الحالات تبقى في حالة مرضية سيئة " .

( مصطفى عضوي ، 1999 ، ص 135 )

#### **3-4- الفصام البسيط . Schizophrenie Simple :**

يكون ما بين 15-25 سنة " وهو مزمن وعلاجه صعب وهو يمتاز بأعراض أولية بسيطة كالصداع ، وعدم التركيز ثم الكسل والتردد ، وضعف الإرادة والخمول والشكوى من أعراض جسمية لا أساس لها. وينتقل المريض بين الأطباء ، ويكون فيه اضطراب في التفكير والإرادة وتدهور الشخصية وتبلد الوجدان والعاطفة ويميل المريض إلى التنقل من عمل لآخر إلى التسكع والتشرد ويصبح باهت الشعور " .

(G.Zaguay .T.A.Tran. J.M .Serfaty ,2000,p42)

كما أنه لا يلاحظ في البداية الهذيان ، كما يكون لديه " فقر في العلاقات الخارجية ومع المحيط العائلي وتوحد وهذا ما يسبب إعاقة اجتماعية لديه " .

(I - Gasman .J.F.Allilaire ,2009,p 310)

**4-4- الفصام شبه العصابي : schizophrénie pseudo-Névrotique**

" الأعراض المرضية تكون عصابية ونمطية وتكون صعبة التشخيص "

(.AlainRaoult, 2005,p423)

حيث يلجأ المريض إلى الإنسحاب من الحقيقة ومن العالم الخارجي مع سلوك هستيري أو مع أوهام خارج حدود الخوف والشك الموجود في العصاب الاعتيادي .

**4-5- الفصام التخشبي : Schizophréniecatatonique**

" ونجد فيه زيادة النشاط الحركي والعنف تارة وأخرى فيه الذهول الصامت وسلوك تخشبي ويبدو المريض منقطع الصلة تماما مع العالم الخارجي " .

(حسين على فايد ، 2003، ص 150)

وهو يظهر في سن متأخرة ما بين 20-45 سنة حيث يلاحظ في هذا النوع الوضع التخشبي دون تعب المريض وحيث تنعدم فيه الحركات تقريبا .

وحيث يظهر على المريض: " جمود في النشاط والحركة العامة كالانسحاب ، وعزلته ، الكأبة المتقطعة أو الصمت أو رفض الطعام أو السلبية التي تتخللها بعض الأوهام والهوسات " .

( فخري الدباغ ، 1983، ص 168 )

**4-6- الفصام الوجداني :**

مهم جدا أن نذكر هذا النوع من الفصام لأنه يساعدنا أثناء التشخيص في تفرقة عن بعض الأمراض الأخرى كالهوس " حيث أننا كثيرا ما نجد مريضا يعاني من أمراض فصامية واضحة ، إلا أنه يعاني كذلك من الاضطراب في الوجدان يقارب مرضى الكأبة أو الهوس الدوري الحقيقي فالعاطفة عنده عميقة ودافئة ومتسمة ومعبرة فكأن المريض يجمع بين الفصام والوجدان كما أن شخصيته تظل على حدتها وتماسكها واستجابته للعلاج جيدة ومشجعة ويكون

مصيره حسن أيضا " . (جمعة سيد يوسف ، 1998 ، ص 174 )

**5- مراحل تطور مرض الفصام :**

هناك ثلاثة مراحل يمر بها تطور مرض الفصام وتتمثل هذه المراحل في: مرحلة الإنذار بالخطر، ومرحلة الحدة، وأخيرا المرحلة المزمنة .

**5-1- مرحلة الإنذار بالخطر :** نلاحظ في كل صور الفصام تهرب المرضى عموما من الواقع مع انشقاق الشحنات الوجدانية السليمة عن العمليات المعرفية . وهذا الانسحاب وذلك الانشقاق هما العامل الاساسي في الظهور المبكر للأعراض. فالشخص الذي هو حتى الآن في الظاهر على الأقل متيقظا عقليا ونشيطا اجتماعيا ومتزنا انفعاليا يبدأ في عدم المسؤولية وعدم الدقة في عملياته المعرفية ، وعدم الاكتراث بواجباته وعلاقاته الاجتماعية .

( كمال د سوقي ، 1973، ص 142 )

وتكون البداية في الإصابة بهذا المرض بطيئة بحيث لا تظهر على المريض الأعراض الأولية أثناء التشخيص حيث إن كان المريض يدرس فإن نتائجه تتدهور ويصبح أقل جهدا . وإن كان يعمل فإنه يبدأ بالانسحاب التدريجي من المواقف الاجتماعية. ويظهر كذلك على المريض التبلد الانفعالي ، ويهيمن عليه القلق والاكتئاب .

**5-2- مرحلة الحدة :** تختلف الأعراض من صورة فصامية لأخرى بحيث يلزم وصفها بالتدقيق لكل حالة مرضية. إلا أنه يمكن أن نجد : " صور الفصام كلها تمثل كيان مرضيا موحدًا لما بينها من اشتراك في انشقاق الانفعالات عن العمليات المعرفية وعدم اتساق الارتباطات التي تصبح مفككة وغريبة والتبلد التي تتدهور معه المشاعر والانفعالات بالتدريج والتصرفات الاندفاعية وغير الهادفة وكلها دلائل على عملية الانفصام" .

وتبدأ مرحلة الحدة في أشكال الفصام المختلفة في التطورات التالية .

**5-2-1)- في الصورة الفصامية البسيطة :** نجد التدهور الانفعالي والتبلد والخمول وفقدان الاهتمام وقد تظهر توهمات غير منتظمة ونجد نذرة الهلوس .

5-2-2-) في الصورة المراهقية للفصام : نجد تدهور أعمق وأسرع بكثير كثرة الهلاوس ، وتوهامات خالية ، غير منسقة ، نكوص المريض إلى مرحلة الطفولة .

5-2-3-) " يكشف الكتاتونيون من الفصامين إما عن إثارات أو غيوباتكلتاهمات بالغة الشدة وقد تكافئ كلتاهما أو تسيطر إحداهما . عدم الاتساق في الأفعال ، البكم والتخشب حيث يبذوا المريض أنه انفصلت تماماً عن العالم الواقعي " . ( كمال دسوقي 1973 ، ص 145 )

5-2-4-) وفي الصورة الهذائية للفصام :تظهر مختلف الهذيانا تو الهلاوس. وفي هذه المرحلة يصعب التفريق بين الفصام البرانويو البرانويا .

5-3- المرحلة المزمنة : كل ما ظهر في مرحلة الحدة من تعدد الأنواع الفصامية فإنه يتطور بشكل تدريجي إلى أن يصل إلى المرحلة المزمنة .

## 6- أعراض الفصام :

هناك زملة الأعراض الخاصة بمرض الفصام وفي هذا " قسم Eugen Bleuler أوجين بلويلر أعراض الفصام إلى مجموعتين جوهرية أساسية أو أولية خاصة بالطبع وعلاقة مميزة لتطور المرض . وأعراض ثانوية تلاحظ غالباً في أنواع الفصام وربما تحتل واجهة لوحة الأعراض ، يدخل في هذه الأعراض الثانوية الهلوسات والهذيانات والأفكار المرجعية واضطرابات الذاكرة أما الأعراض الجوهرية للفصام هي : اضطرابات التداعي والارتباط والاضطرابات الوجدانية والتناقض الوجداني واجترار الأفكار . "

( كمال دسوقي ، 1973 ص 138 )

## 6-1- اضطرابات التفكير :

إن الاضطرابات التي تمس عملية التفكير عند المريض الفصامي تكون على مستوى الترابط الفكري ، والمحتوى والتعبير ، ونسق التفكير كذلك حيث يكون " التفكير عند المريض الفصامي مبهماً وغامضاً ومغلقاً بضبابية تجعله أشبه باللغزو لا يركز المريض ذهنه في الموضوع فيتيه تفكيره ويفقد وحدته ويتفتت أو ينقسم وعليه يصبح تفكيره غامضاً

وتعبير هغير مترابط أوسخيفالا معنى له ، وقد يزداد التفكك في التعبير والكلام إلى حدود فقدان الجمل والكلمات ترابطهما المنطقي وعلاقتها السلبية المتسلسلة " .

( فخري الدباغ ، 1983 ، ص 161 )

حيث يتضح تفكير المريض من طريقة كلامه ، فقد نجده يتكلم بسرعة ، وبدون توقف ولكن وبدون ترابط منطقي وخلال كلامه نلاحظ توقفات ، وقد نلاحظ لديه كذلك لغة خاصة به ، لا يفهمها أي شخص آخر ولا حتى هو نفسه .

وحيث يكون التفكير عند الفصامي مفكك فلا يمكنه أن يكون التصورات والمفاهيم المنطقية ، فإن " أنواع التداعي المفككة التي تميز تفكير الفصامي تمثل في نظر الكثير من أصحاب علم النفس الإكلينيكي والباحثين جانب القصور الرئيسي في الاضطراب الفصامي وغرض التعطيل بمثابة المحاولة لتفسير الأعراض المختلفة في الفصام عن طريق تحليل الوسيلة التي يعتمد بها التداعي المفكك إلى إفساد أو تعطيل العمليات الفكرية عند المريض " .

( شيلدونكاشدان ، دونسنه ، ص 150 )

## 6-2- اضطرابات الوجدان :

يعاني المريض الفصامي من تغيرات عاطفية وجدانية تتناول الجوانب التالية في الانفعالات وهي الشدة في الوجدان ونوعية الوجدان وتناسقه وترابطه .

" فمن اضطرابات الوجدان المهمة الأخرى أن استجابة المريض للعالم الخارجي أو لعالمه الداخلي غيره متوازن وغير منسجم ، فقد يضحك على حين غيره أو يبكي دونسبب أو ينتقل من حالة إلى أخرى بسرعة غير معقولة وغير منسجمة ، وكذلك التفكك العاطفي هما من الصفات المميزة للفصام " . ( فخري الدباغ ، 1983 ، ص 163 )

كما وأن المرضى الفصاميين يعانون كذلك من عدم القدرة على استخدام الإيماءات وتعبيرات الوجه ونغمة الصوت كتعبيرات انفعالية تؤثر في الآخرين ، حيث " تبلغ حالات تسطح



المشاعر لديهم حوالي 50 % تقريبا ولذلك يصعب تمييز مرضى الفصام عن غيرهم بناء على هذا المحك وحده . ( محمد السيد عبد الرحمان ، 1999 ، ص 410 )

### 3-6- اضطراب الإرادة :

" يحدد اضطراب الإرادة كذلك بأربعة أعراض هي : فقدان المتعة ، والدوافع ، والحافز والطموح ، وقد يرفض بعض مرضى الفصام الاستجابة العلاجية للأدوية المضادة للذهان في المستشفيات بسبب هذا الاضطراب ، وفقدان المتعة الجسدية من الأكل والشرب والنشاط الجسدي أو فقدان المتعة الاجتماعية وهي التلاحم مع الآخرين . "

( حسان قميحة ، 1990 ، ص 411 )

فالملاحظ على المرضى الفصاميين أن لديهم فقدان الإرادة كعرض بارز ، وعدم مقدرة المريض على اتخاذ أي قرار حيث يبرز لدى المرضى الفصاميين فقدان الطاقة وعدم الاهتمام بالأشياء ، كما وأن لديهم تردد قبل قيامهم بأي عمل ، حيث يستغرق المريض الفصامي بالتفكير طويلا دون جدوى . ويكون كذلك المريض الفصامي " محذقافي الهواء ، مسلوب الإرادة ويشعر بأن ما يفعله ليس بإرادته بل أمر من قوى خارجية عنه .

أو أن قوى غامضة تسيطر على عقله وتسيره كيفما تريد ، وهذا ما يدعى بالشعور بالاستسلام أو السلبية " . ( فخري الدباغ ، 1983 ، ص 163 )

### 4-6 اضطراب النشاط والسلوك الحركي :

يتميز السلوك الحركي عند المريض الفصامي بالاضطراب حيث يلاحظ لديه ازدياد في النشاط والحركة والهيجان إلى حد الصراخ والتحطيم أو الاعتداء على الآخرين ، كما يلاحظ لديه كذلك تكرار الحركات ، كهز الرأس ، أو تأرجح الجذع أو تدوير الأيدي ، ويلاحظ كذلك التصلب الحركي ، التخشبالكاتاتوني .

ومن الأعراض السلوكية كذلك التي تظهر على الفصامي أنه ذو سلوك جنسي شاذ ، والإدمان على العادة السرية التي قد يمارسها أمام أفراد عائلته ، وكذلك استعراض أعضائه التناسلية أو

القيام بالاغتصاب الجنسي ، وقد يرتكب المحرمات ، ويجب الانتباه إلى أن المريض الفصامي لا يعاني من اضطراب الذاكرة أو التعرف إلا في الحالات الحادة الكتاتونية ، كما أن درجة الذكاء تبقى في حدودها دون تدهور ، وهذا ما يساعدنا على التفرقة بين الفصام والذهان العضوي . ( محمد فيصل خير الزاد ، دون سنة ، ص 36 )

**6-6- اضطرابات الإدراك :** ويعبر عنها بكل أشكال الهلاوس والهذيان " إن الهلاوس هي إدراكات خاطئة وتكون في غياب المثير الخارجي "

( I. Gasman.J.f. Allilaire , 2009 , p302 )

وهناك العديد من أنواع الهلاوس التي تتردد على إدراكات المريض الفصامي ومن بين هذه الهلاوس:

6-6-1- الهلاوس البصرية : *Hallucination visuelles* : وتكون قليلة بشكل خاص عند المريض الفصامي ، وتكون بشكل أشباح أو حيوانات وأشكال مبهمه .

6-6-2- الهلاوس السمعية : *Hallucination Auditives* : حيث يسمع المريض الفصامي أصواتا غير واضحة وهي أكثر أنواع الهلاوس لدى المرضى الفصاميين .

6-6-3- الهلاوس الشمية : حيث يشم المريض أنواع من الروائح لا وجود لها .

6-6-4- الهلاوس الذوقية : حيث يتذوق المريض أنواع من المأكولات دون وجودها .

6-6-5- الهلاوس اللمسية : " حيث يحس المريض من خلالها ببرد أو حرارة ، أو وخز على جلده " ( I. Gasman ,j.f. Allaire , 2009 , p 33 )

## 7-6- الهذات :

هناك العديد من المواضيع الهذيانية عند المريض الفصامي والتي تعبر عن اضطراب في عملية التفكير .

6-7-1)- الهذياناالإضطهادية : حيث يشعر المريض بأنه مضطهد وأن الآخرين يدبرون له المكائد وأن الجواسيس تلاحقه وهو الشكل الأكثر تكرارا عند المرضى الفصاميين .

6-7-2)- الهذيانا الجنسية : " وهي أوهام ذات طابع جنسي فبعض المرضى الذكور يتوهمون أنهم إناث والعكس ، ويتوهم آخرون أنهم متزوجون ولهم أطفال ، وقد يرى البعض أن قضيبيه مغير جدا أو معدم على الرغم من وضوحه أمام عينه ، وتعتقد الأنثى أنها عارية أمام الرجال ، غالبا ما تكون علاقتهم العاطفية والجنسية بعد الزواج فاشلة ويميلون إلى التركيز على الأشخاص الذين يحتلون مكانة مرموقة وتدور هذاتهم حولهم "

(فخري الدباغ ، 1983 ، ص 166 )

6-7-3)- هذيانا العظمة : وهنا يشعر المريض بأن لديه قوى خارقة ، وهو يستعين بذلك بميكانيزم الإسقاط .

6-7-4)- هذيانا الغيرة : حيث يشعر المريض بأن زوجته مثلا تخدعه .

والملاحظ في الهذيانا أنها لا توجد فقط عند المريض الفصامي لذلك يجب الحذر عند تشخيص المريض بأنه يعاني من مرض الفصام .

6-8- اضطرابالانتباه:" ويظهر بشكل نقص القدرة على المحافظة على الانتباه للمثيرات الخارجية وصعوبة الانتقال من مثير إلى آخر ، يسهل تشتت الانتباه بمثيرات ليس لها علاقة به (محمد عواد، 2006، ص 446)

ولذلك فإن المريض الفصامي يصعب عليه أن يندمج في عمل محدد له .

## 7- تشخيص الفصام :

يتم تشخيص الفصام وفقا لمعايير كتيبالتشخيص الإحصائي الرابع .VIDSM. كما يلي :

أ)- وجود أعراض ذهانية مميزة في مرحلة النشطة واستمرار هذه الأعراض لمدة شهر(مالم يتم علاجها بنجاح ) ويتحدد الفصام إذا وجد اثنين أو أكثر من الأعراض التالية :

1- الضلالات .

2- الهلوسات .

3- عدم اتساق الحديث ، الخروج المتكرر من مسار الحديث أو عدم الترابط .

4- عدم اتساق السلوك .

5- أعراض سلبية مثل سطحية الوجدان أو تبدله مع ملاحظة أنه في المعيار أ . يجب أن لا يكون محتوى الضلال له علاقة بالاكتئاب أو السرور المرضي ، أو أن الهلوس على هيئة صوت يستمر في تعليق على السلوك أو أفكار الشخص أو هيئة صوتية أو أكثر تحدث مع بعضها البعض .

(ب)- أثناء تطور الاضطراب يقل الإنجاز : يقل إنجاز الشخص الأدائي ، مثل الأداء المهني والعلاقات الشخصية المتبادلة ورعاية الذات وذلك خلال مسار الاضطراب. وإذا كان طفلاً أو مراهقاً فإنه يفشل في تحقيق الإنجاز المتوقع منه أكاديمياً أو مهنياً أو في مجال العلاقات الشخصية المتبادلة .

(ج)- يشترط استمرار تلك الأعراض لمدة سنة شهور على الأقل على أن تشمل مرحلة نشطة مدتها شهراً واحداً على الأقل . ( حسين فايد ، 2003 ، ص 146 )

أو أقل إذا ما عولج بنجاح وتكون أعراضها الذهانية مميزة للفصام كما في المعيار أ سواء صاحب ذلك فترة أعراض منذرة أو متبقية .

(د)- استبعاد كل من اضطراب الفصام الوجداني والاضطراب المزاجي المصحوب بأعراض ذهانية وذلك لأنها :

1- لم تحدث نوبات اكتئاب عظمى أو نوبات هوس أو نوبات مختلطة على نحو متلازم مع أعراض المرحلة النشطة .

2- إذا حدثت نوبات مزاجية أثناء أعراض المرحلة النشطة فإن مدتها يشترط أن تكون قصيرة لمدة النوبات النشطة والمتبقية .

هـ- لا يرجع الاضطراب إلى التأثيرات الفيزيولوجية المباشرة للمادة المؤثرة نفسياً مثل سوء استخدام العقاقير أو العلاج بالأدوية النفسية .

و- إذا وجد تاريخ الاضطراب التوحدي أو اضطراب نمائي شامل فإن الفصام لا يضاف تشخيصه إلا إذا وجدت الهلوس والضلالات البارزة لمدة شهر على الأقل .

أو أقل إذا ما تم علاجها بنجاح . ( حسين فايد ، 2003 ، ص 147 )

### 8-طرق علاج الفصام :

هناك طرق متعددة لعلاج المريض الفصامي ، وتتمثل هذه الطرق العلاجية فيما يلي:

#### 8-1-العلاج المؤسسي :

حيث يجب إدخال المريض الفصامي إلى المستشفى الخاص بالأمراض العقلية للأسباب التالية  
8-1-1- " خطر الانتحار

8-1-2- وجود الهلوس والهذيان .

8-1-3- الحالات الهيجانية . " (I.Gasmam .j.fAlillaire ,2009,p312)

وبعد تشخيص الطبيب العقلي للحالة المرضية ،يقوم بوصف الأدوية المناسبة لنوع الحالة المرضية وعلى حسب الأعراض المرضية لدى المريض الفصامي ، حيث يتم علاجه بالأدوية المضادة للذهان .

### 8-2-العلاج بالأدوية المضادة للذهان : Les Antipsychotiques

وتتمثل هذه الأدوية فيما يلي :

#### - L'aripiprazole (A-bilify )

**L'amisulpride (Solian )-**

**L'oLanzapine( Zyprexa )-**

**L'ipéridone (Risperdal)-**

**L'haloperidol(Haldol)-**

**L'argactil –**

**Nozino -(I.Gasman.j.f.Allilaine ,2009 , p 313 )**

ويكون الهدف من العلاج بالأدوية للتخلص من الأعراض الظاهرة كالهلاوس والهلوسات " ولتصبح علاقة المريض بالعالم الخارجي في حالة جيدة كما يصبح قادرا على رعاية نفسه وتوفير احتياجاته الشخصية " (حسين فايد ، 2003 ، ص 164 )

### **3-8- العلاج النفسي :**

بعد أن يعالج المريض الفصامي بالعلاج الدوائي يجب أن يكون هناك تكفل نفسي خاص بالمريض الفصامي ، وتتمثل الطرق العلاجية النفسية فيما يلي :

#### **8-3-1)- العلاج المعرفي السلوكي :**

" ويتمثل في تكوين برامج معرفية سلوكية لتصحيح المعتقدات المعرفية الخاطئة عند

المريض" (I.Gasman.j.f.Allilaire , 2009,p 315)

#### **8-3-2)- العلاج بالتحليل النفسي :**

" إن العلاج بالتحليل النفسي يكون طويل الامد ودقيق ، وكل خطأ في تحريك التحويل وكل مراقبة غير كافية لردود الفعل المعاكسة للتحويل يمكنها ، وفي الواقع ، أن تؤدي إلى تفاقم شديد في الأعراض كالمعاودات والقلق الهذيانية أو الاكتئابية "

( مطيع رثيف سليمان ، 2001 ، ص 341 )

حيث أن التحليل النفسي يركز على العلاقة الموجودة بين المريض والمعالج النفسي ، فعندما يحس المريض بأنه مقبول من طرف المعالج ، يستطيع أن يتقبل نفسه .

(3-3-8)- العلاج الأسري:

" يكون محور العلاج الأسري :اهتمامه بالأسرة حيث لم ينظر إلى العضو الذي حددته الأسرة كمريض على أنه فقط الشخص الذي يحتاج الرعاية بل إن الأسرة ككل تحتاج إلى الرعاية بعد تشخيصها جيدا " ( سيد محمد ، فضل محمد، محمد أبو النور، 2010، ص 272 )

حيث انصباهتمام العلماء بأسرة المريض الفصامي من منطلق أن المريض الفصامي ماهو إلا تعبير عن عرض من أعراض اضطرابات الأسرة .

(4-3-8)- العلاج الجماعي:

ويكون بتكوين مجموعة من المرضى الذين تتشابه مشكلاتهم حيث " يستغل أثر الجماعة في سلوك الأفراد ، أي ما يقوم بين أفراد الجماعة من تفاعل وتأثير متبادل بين بعضهم البعض وبينهم وبين المعالج ، مما يؤدي إلى تغيير سلوكهم المضطرب وتعديل نظرتهم إلى الحياة وتصحيح نظرتهم إلى أمراضهم "

( سيد محمد ، فضل إبراهيم ، محمد ، أبو النور، 2001، ص 272 )

حيث يمكن عن طريق العلاج الجماعي أن نحرر المريض الفصامي من العزلة النفسية التي يعيشها بإدخاله في جماعة من المرضى ويكون هناك تفاعل ما بين المرضى خلال الجلسة العلاجية .

## خلاصة :

الفصام مرض ذهاني ، يتميز من خلال انفصال المريض عن العالم الخارجي ، حيث يصيب الشخصية بالتفكك على ثلاث مستويات :

المستوى المعرفي وحيث نجد فيه الهلوس والهذيان خاصة كاضطرابات أساسية في عملية التفكير ، والمستوى الاجتماعي العلائقي ، وحيث نجد فيه انعزال المريض عن المحيط الاجتماعي الذي يعيش فيه ويصبح بذلك منطويا على ذاته ، والمستوى النفسي حيث نلاحظ فيه بلادة الانفعالات .

فالمريض الفصامي لا يهتم بأسرته أو عمله أو دراسته أو أصدقائه ، لذلك علاج هذا المرض يعتبر علاج متعدد التخصصات ، فيكون هناك علاج مؤسساتي لتتبع حالة المريض من خلال العلاج الكيميائي والعلاج النفسي ليكون مكملا للعلاج الدوائي .



**تمهيد .**

تعدد العلاج النفسي وتنوعت أشكاله وابعاده ، فمنه المطور والمختصر ، والسطحي والعميق ، وعلاج الفرد وعلاج البيئة ، وكذلك العلاج الفردي والعلاج الجماعي . ويعتبر هذا الأخير من العلاجات النفسية التي أهتم بها الكثير من المعالجين ، لِماله من مزايا تخص المعالج والمريض وكما تعددت النظريات التي تخص العلاج النفسي الجماعي ، وتعددت كذلك الأساليب التي يستعملها المعالج النفسي . وللعلاج النفسي الجماعي العديد من الخطوات التي يتبعها المعالج النفسي من أجل تنظيم الجماعة العلاجية ، لتحقيق مجموعة من الأهداف ، التي يسعى إلى تحقيقها من خلال الجلسة العلاجية الجماعية .

### 1- نبذة تاريخية حول العلاج الجماعي :

وجد العديد من العلماء الذين ساهموا في ظهور العلاج النفسي الجماعي و نذكر من بينهم:

**1-1 برات bratt :** ترجع اليه البدايات الأولى للعلاج النفسي الجماعي ،كانت اولى محاولاته عام 1905 على مرضى السل Tuberculose , وذلك من خلال جلسات علاجية جماعية حيث شجع المرضى على التعبير عن أفكارهم و مشاعرهم و أحاسيسهم .

**2-1 ادلر Adler:** ساهم في العمل الجماعي و التوجيه في عيادات فينا للأطفال عام 1919 و كانت مجموعته التوجيهية تضم عددا من الاطفال .

**3-1 لازال Lazall :** اسس عقب الحرب العالمية الاولى مباشرة فصولا علاجية من خلال محاضرات تربوية وتعليمية لكل من جماعات الفصام.

**4-1 مورينو Moreno:** بدأ تجريب أساليب العلاج النفسي الجماعي في الو.م.ا , و الهدف العلاجي لمورينو هو تكامل ذات المريض في مواجهة القوى المتعذر عليه ضبطها حوله بواسطة التحليل السوسيومترى، والتفاعل الحر التلقائي ، ويعد مورينو مبتدع منهج الدراما الاجتماعية Sociodrame عام 1911 والتي طورها بعد ذلك في الفترة الممتدة ما بين 1936 إلى 1959 لتصبحالسيكو دراما psychodrama .

**5-1 يالوم :** ساهم سنة 1975 بتطوير ما يسمى:

بالعوامل العلاجية و علم تصنيف الجماعات العلاجية فضلا عن تطويره للعلاج الجماعي التفاعلي

(مدحت عبد حميد أبو زيد، 2002، ص 23 )

من خلال التطور التاريخي للعلاج النفسي الجماعي فيتبين بأن هذا العلاج هو وليد القرن العشرين وتتعدد أساليبه ومناهجه حسب اختلاف منهج كل عالم .

## 2- تعريف العلاج الجماعي :

**1-2 لغة:** من الفعل عالج يعالج معالجة زاول ومارسه المريض داواه ، والجماعي من الفعل جمع أي ضمه والجماعة الفرقة من الناس .

(فؤاد أفرام البستاني ، دون سنة ، ص 52 ، 92)

## 2-2- اصطلاحا :

تعرفه موسوعة كورسيني corcinie سنة 2001 على أنه " يهدف إلى حدوث تغيير في شخصية المريض أو المرضى ، من خلال فنيات وتكنيكيات معينة ، تنشأ في الغالب بين المعالج والمريض (في العلاج الفردي) . وأن الهدف هو الوصول لحالة من الاستبصار والسيطرة على ما يحدث في ذواتهم وصولا إلى حالة من السواء مع الذات والآخرين " .

( محمد حسن غانم ، 2007 ، ص 43 )

وبهذا يتضح بأن العلاج النفسي الجماعي يعتمد على علاج المريض داخل الجماعة بواسطة المعالج للوصول إلى أهداف معينة .

ويعرفه Gasman و Allilaire بأنه يكون على حسب هدف الجماعة العلاجية ، فمثلا يكون هدف الجماعة العلاجية لتأكيد الذات ولتحرير القلق ، كالمريض الذين يعانون من مخاوف اجتماعية ، والمريض المدمنين حيث يكون هدف هذه الجماعة هو مواجهة هذه الوضعيات والمشاكل التي تسبب لهم الاضطراب ، وحيث يكون ذلك عن طريق استماع المرضى لبعضهم البعض عن طريق المناقشات والتعبير بطريقة دون خوف، والتقبل مهما كانت الانتقادات لمواجهة المشاكل اليومية لهم .

(Gassman .J .F. Allilaire ,2009P51,52)

ويعرفه مدحت عبد الحميد أبوزيد : على أنه " علاقة نفسية اجتماعية حوارية تفاعلية بين عدد من الافراد ، ومعالج أو أكثر وقد يكون هؤلاء الأفراد مرضى ، أو مضطربين ، أو شواذ ، أو جانحين ، وقد يكون أطفالا أو مراهقين ، أو راشدين ، أو مسنين ، وقد يكون ذكورا أو إناثا . وتكون هذه الجماعة إما صغيرة أو متوسطة ، أو كبيرة الحجم ، وتختلف طبيعة العلاج ووفق

طبيعة الاضطرابات ، والنظرية والأسلوب العلاجي ، ومهارة المعالج ، وتصبح الجماعة ، ودافعيتها وذلك من خلال عمليات التفاعل " .

(مدحت عبد الحميد أبوزيد، 2002، ص 22 )

حيث أن هذا التعريف يبين أن العلاج الجماعي هو عبارة عن علاقة تفاعلية ما بين المرضى وما بين المعالج حيث يعتمد المعالج فيه على أسلوب علاجي معين وعلى نظرية معينة . وتعرفه إجلال محمد سرى على أنه : " علاج عدد من المرضى الذين تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم معافي جماعة علاجية صغيرة ، ويستغل إثر الجماعة في سلوك الأفراد من تفاعل وتأثير متبادل بينهم بعضهم وبعض . وبين المعالج بما يؤدي إلى تغيير سلوكهم المشكل أو المضطرب " .

(إجلال محمد سرى ، 2000، ص 133 )

إذن فالعلاج النفسي الجماعي هو علاج مجموعة من المرضى من خلال التفاعلات الحاصلة خلال الجلسة العلاجية ويستعمل المعالج هذه التفاعلات لأحداث تغيير في سلوكات المرضى .

### 3- الأسباب التي أدت إلى ظهور العلاج النفسي الجماعي:

توجد اسباب عديدة ادت الى ظهوره ونجد من بينها ما يلي :

3-1- زيادة حجم حالات العصاب ، والذهان خاصة بعد الحربين العالميتين الاولى و الثانية . وتفشي حالات ردود الافعال الهستيرية ، و رهاب الحرب . وظهور الاضطرابات السيكوسوماتية ، فضلا عن تفشي بعض الانماط الاكلينيكية الفصامية التي فجرتها الحرب.

3-2- تجانس طبيعة المرضى : حيث فوجئ العالم بكم هائل من الجنود المضطربين، وساعدت هذه الخاصية الى الانتقال الى مرحلة العلاج النفسي الجماعي.

3-3- تشابه الاعراض الاكلينيكية للمرضى في ذلك الوقت نظرا لمتغيرين اساسيين و هما:

3-3-1- ان الموقف الضاغط و المثير المفجر للاضطراب واحد وهو الحرب .

3-3-2- متلقي هذا الضغط هو فئة واحدة ،وهي فئة الجنود ونتج عن ذلك وجود قواسم مشتركة بين حالات الجنود في معاناتهم و شكواهم . و بالتالي تشابهت نسبيا اعراضهم الاكلينيكية ، مما دعا الى ضرورة علاجهم في جماعات .

3-4- قلة عدد المعالجين : حيث ان عدد المعالجين في ذلك الوقت كان لا يكفي للتعامل مع الاعداد الهائلة التي تطلب العلاج. ولهذا كان التعامل مع تلك الفئات من خلال جماعات لسد ثغرة نقص المعالجين .

3-5- الانتقادات الشديدة التي وجهت الى تيار التحليل النفسي السائد في ذلك الوقت ، حيث جعل هذا الافراد في حالة تهيؤ ذهني ووجداني لاستقبال شكل جديد للعلاج .

3-6- قلة تكاليف العلاج النفسي الجماعي. (مدحت عبد الحميد ابو زيد، 2002، ص 33)

ويتضح لنا من خلال الاسباب التي ذكرت ان العلاج الجماعي جاء نتيجة ما خلفته الحرب من اثار نفسية على الجنود ، ومن خلال تفاقم الاضطرابات النفسية فكان لابد من علاجهم عن طريق العلاج الجماعي.

#### 4-اهداف العلاج النفسي الجماعي:

يسعى العلاج النفسي الى تعليم اعضاء المجموعة مهارات الاتصال والتواصل ، وتعليم طرق حل المشكلات وتعديل سلوكياتهم المختلفة بطريقة غير مباشرة . ومساعدتهم على التكيف مع الرفاق، وافراد الاسرة، وافراد المجتمع. ويعلمهم طرق التفاعل الاجتماعي والتعاون ، واحترام الاخرين ، والالتزام بأخلاقيات الجماعة ، ومعاييرها . والمحافظة على اسرار الناس . والى تنمية روح القيادة لدى افراد المجموعة. ويعلمهم كيفية تكوين الصداقات ، والاعتماد على النفس ، وحب مساعدة الاخرين ، والاحذ والعطاء في الحديث واكتساب الثقة بالنفس وغيرها من المهارات الكثيرة .

(سعيد حسيني العزة ، 2000 ، ص 21 )

لهذا فالعلاج النفسي الجماعي يساهم في اعادة نظرة المريض لمرضه و المشكلات النفسية التي يعاني منها ، وذلك من خلال ابداء كل مريض رأيه ، ومن خلال المناقشة الجماعية . وخروج المريض من الحيز " الميكروسكوبي ، فعادة ما يعيش المريض اسيرا لحيز ادراكه الفردي ، والذاتي ، سجيناً داخل مجال مرضه حبيسا لتصوراته الخاصة . تعتقله اوهامه وتستحذوه افكاره والعلاج النفسي الجماعي يهدف الى فك أسر المريض من حيز ادراكاته الضيق "

(مدحت عبد الحميد ابو زيد، 2002 ، ص 67)

فالعلاج الجماعي يساعد المريض من خلال الجماعة العلاجية على تغيير نظراته نحو مرضه ، فيبدأ بتصحيح تصوراته الخاطئة بمساعدة المعالج.

**5-نظريات العلاج النفسي الجماعي :** تعددت نظريات العلاج الجماعي ونجد منها مايلي :

### **5-1- النظرية التحليلية او الدينامية:**

رغم أن الام وطفلها لا يعدان جماعة فإن الامر غير كذلك لدى سيغموند فرويد S.FREUD سنة 1921 الذي افترض أن الام وطفلها وما بينهما من علاقة دينامية يكونان جماعة. وخاصة الوالدان حيث يكونان بمثابة الجماعة الاولى للطفل، واعتبر أن العلاج النفسي الجماعي لا بد أن يهتم بالفرد داخل الجماعة ، وليس الجماعة ككل.

(محمد مدحت أبو زيد ،2002،ص 79)

فتعتبر العلاقات الاولى للطفل مع اسرته خاصة الوالدان الجماعة الاولى التي يعيش فيها الطفل "كما أن العلاقات ما بين الافراد داخل الجماعة تولد غريزة الحب"

(Alain blanchet ,Alain Trognon ,2008,P14 )

ولهذا فإن FREUD يرى بأن غريزة الحب هي التي تدفع الافراد الى أن يعيشوا داخل الجماعات بفعل العلاقات العاطفية التي تربط بينهم.

اما فولكس fauleks ،وهو من أتباع فرويد قام بتطبيق مبادئ التحليل النفسي في العلاج الجماعي من حيث ظاهرة التحويل وظاهرة المقاومة ،والتفسير او التأويل كما أنه يرى بأن، الانسان ذو طبيعة اجتماعية ،وان كل الامراض النفسية والعقلية ما هي الا نتاج اضطراب العلاقة الاجتماعية، و لذلك فإن الجلسات الجماعية في نظره تتيح فرصة اصلاح توتر هذه العلاقات و ازالة الصراعات الخاصة والمترتبة عليها. ( مدحت أبو زيد،2002،ص 80 )

لذلك فالعلاج النفسي الجماعي من منطلق النظرية التحليلية فإنه يعتمد على مبادئ التحليل النفسي.

### **5-2- نظرية الانساق المعيشية:**

تعتبر هذه النظرية الجماعية العلاجية هي نسق، ورائد هذه النظرية هو دركن Durkin سنة 1975.وتفترض هذه النظرية ان تقرب أفراد الجماعة من بعضهم البعض يقرب للشفاء كذلك

يجب الالتفات الى وظيفة النسق في ضوء المهام التي تسند للأفراد في الجماعة وما هي الاسس التي يجب مراعاتها عند استقبال عضو جديد في الجماعة ، ومتى يمكن تقديم المساعدة. لذلك فإن هذه النظرية تركز على اهمية النسق داخل الجماعة وتؤكد على التواصل ما بين أفراد الجماعة ،وعلى التبادلات اللفظية وغير اللفظية .

**3-5- النظرية الانسانية:** رائد هذه النظرية هو كارل روجرز Rogers، ويعتمد في العلاج الجماعي على "جماعة المواجهة بدأ أسلوبه العلاجي الجماعي سنة 1970"

( اجلال محمد سرى ،2000،ص 141)

لقد حدد روجرز مجموعة من المراحل داخل الجماعة العلاجية وتتمثل فيما يلي :

**5-3-1- التحرك الدائري :** عندما يلتقي الاعضاء مع بعضهم البعض لأول مرة ، فإنه لا يكون بينهم أي حديث لعدم معرفة بعضهم البعض ،ولكنهم ملزمين بالبقاء لفترة من الزمن، ويتسم هذا الموقف بالإضراب. ( سعيد حسني العزة ،2000، ص 132)

**5-3-2- مرحلة الاستكشاف:** خلال المرحلة الاولى فإن بعض الافراد قد يكشفون عن اتجاهاتهم الشخصية وهذا ما يسبب لهم حالة من القلق و عدم الارتياح لكن مع الوقت تتحقق الثقة المتبادلة بين الافراد.

**5-3-3- وصف المشاعر الماضية:** في هذه المرحلة يكشف الاعضاء عن مشاعرهم الشخصية و لكن بتردد.

**5-3-4- التعبير عن المشاعر السلبية:** كلما تقدمت المجموعة فإن الاعضاء يميلون الى التعبير عن المشاعر السلبية التي لديهم .

**5-3-5-التعبير عن امور شخصية ذات قيمة ومعنى :** اذا تقبلت المجموعة المشاعر السلبية فإن جوا من الثقة سوف يسود المجموعة ،وهذا ما يؤدي بهم الى الافصاح عن أمور شخصية ،وهنا يبدأ أعضاء المجموعة بالاندماج مع الجماعة.

**5-3-6 التعبير عن المشاعر الانية الشخصية بين أعضاء الجماعة :** في هذه المرحلة يميل الاعضاء الى التعبير عن مشاعرهم سواء ايجابية أو سلبية اتجاه بعضهم البعض.

**5-3-7-تطور القدرة العلاجية في الجماعة :** يبدأ الاعضاء بشكل تلقائي الوصول الى بعضهم البعض معبرين بذلك عن عنايتهم ودعمهم لدى فهم يقدمون الدفيء والثقة لبعضهم البعض .

( سعيد حسني العزة،2000، ص 132 )

من خلال العلاج الجماعي بالمواجهة الاساسية على حسب النظرية الانسانية ،فإن كل عضو داخل الجماعة العلاجية يمكنه أن يصل الى التعبير عن نفسه ، ويتقبل مشاعره ، ثم يصل الى التعبير عن مشاكله لاكتشاف ذاته.

**6- تنظيم الجماعة العلاجية:** يتم تنظيم الجماعة العلاجية في اطار العلاج الجماعي باتباع الخطوات التالية :

**6-1-اختيار المريض للعلاج :**حيث يتم اختيار المريض في العلاج النفسي الجماعي بحذر لأنه سوف يلاقي مرضى اخرين . وبذلك ستظهر صراعات ما بين المرضى ،وعلى المعالج النفسي أن يكون متفطنا لذلك . بجمع عدد كبير من المعلومات عن طريق المقابلات الفردية التي تشمل تاريخ الحالة ،وعلى فحص نفسي و عقلي.

**6-2-اعداد المريض للعلاج الجماعي :**من المهم اعداد المريض للعلاج فيتم شرح للمريض العمليات التي سوف يتعرض لها المريض حيث سوف تزداد معرفته بذاته ،وسوف يكتسب من خلال هذه العملية طرقا للتفكير والشعور.

(لويس كامل مليكة،2010، ص 103)

فعن طريق هذين العنصرين يمكن للمعالج أن يكتسب ثقة المريض في جذبه للدخول الى العلاج الجماعي ، والتالي التمسك بهذا العلاج لعلاج الإضطراب الذي يعاني منه .

**6-3-حجم الجماعة:** تختلف الدراسات في عدد وفي حجم الجماعة العلاجية.لكن أغلب الباحثين يرون أن الجماعة العلاجية الصغيرة يستطيع المعالج التحكم فيها من خلال أنماط التفاعل الحاصل ما بين المرضى. وعموما يتراوح حجم الجماعة العاجية ما بين 3 الى 15 مريضا ، ولكن معظم الباحثين يعتبرون الحجم الامثل هو ثمانية أو عشرة مرضى ، فإذا كان أقل فقد يكون التفاعل أقل الا اذا كان تفاعلا لفظيا.



**6-4-تواتر الجلسات:** يمكن أن تكون جلسة واحدة أو جلستين أسبوعياً ، وحيث من الضروري المحافظة على استمرارية الجلسات ، وتمتد الجلسة من ساعة إلى ساعة و نصف حيث يجب أن تكون الفترة ثابتة لكي توحى للمريض أن التزامه في الجلسات يلزم عليه الالتزام في حياته اليومية.

**6-5-درجة التجانس :** يفضل معظم الباحثين أن تكون الجماعة العلاجية غير متجانسة قدر الامكان لتحقيق أقصى تفاعل ممكن. (لويس كامل مليكة ، 2010 ، ص 107 )  
من خلال تنظيم الجماعة العلاجية فإن المعالج يستطيع أن يفهم مشاكل المرضى ، و أن يلاحظ مختلف التفاعلات و أن يسير الجلسة.

#### **7-دينامية الجماعة العلاجية :**

تتمثل دينامية الجماعة العلاجية من خلال دينامية الجلسات العلاجية حيث نجد فيها ظواهر ، ومشاعر ، وأحداث حية ما بين أعضاء الجماعة العلاجية ،وتكون مركبة ما بين أحداث مختلفة من خلال التفاعلات اللفظية وغير اللفظية ،ومن خلال مختلف العلاقات داخل الجماعة العلاجية وتتمثل دينامية الجماعة العلاجية فيما يلي :

**7-1- " التفاعل النفسي الاجتماعي:** ويقصد به شكل العلاقات النفسية الاجتماعية بين أفراد الجماعة فيما بينهم ،وبين المعالج تلك العلاقات التي يتأثر بها و يؤثرون في الآخرين و يتضمن التفاعل النفسي الاجتماعي لهيكل من المتغيرات المتعلقة بالعلاقات النفسية الاجتماعية المتبادلة. " (مدحت عبد احمد أبو زيد ،2002، ص 223)

حيث يكون التفاعل النفسي الاجتماعي متمثلاً في جملة من المحتويات الايجابية والسلبية ملاحظة من طرف المعالج حيث تشمل التشجيع ،الترحيب،التقدير،التفهم والتدعيم. وينشأ نتيجة هذا التفاعل التماسك و التحالف والترابط والانتماء ما بين أعضاء الجماعة . وعلى المعالج ملاحظة جملة من الصراعات التي تحدث داخل الجماعة العلاجية .وحيثما يكون التفاعل سلبياً فتتعدد المحتويات ، وتتمثل في الاهانة ، المراوغة،العنف،إفشاء الاسرار ، ولهذا يكون التصدع في العملية العلاجية.

**7-2-التفاعل اللفظي:** وهو التفاعل الذي يكون عن طريق الالفاظ والكلمات والعبارات والجمل ، والحوار والتعبير وهو يشمل المناقشات مع المرضى ، ومع المعالج، ومختلف التساؤلات السائدة داخل الجماعة العلاجية.

"فالمناقشة تعد بمثابة قلب التفاعل اللفظي والجلسة العلاجية ماهي الا شكل أو اخر من المناقشة." (مدحت محمد أبو زيد ،2002، ص 236)

وعملية المناقشة ما بين المرضى تشمل الاثارة حول الموضوع المطروح من قبل المعالج والمجموعة العلاجية .حيث استخدم كلابمانKlabman طريقة المحاضرات والمناقشات مع مرضى العصاب ومرضى الذهان وتناول فيها المشكلات الانفعالية والصحة النفسية والتوافق." (محمد جاسم محمد ،2006، ص 169)

كما يعد " التساؤل من أحد مظاهر التفاعل اللفظي داخل الجماعة العلاجية ، ويشير التساؤل الى مدى نضج الفرد والجماعة ." (مدحت عبد الحميد أبو زيد ،2002، ص 239)

ويمكن من خلال التساؤل مثلا دراسة مجموعة من المؤشرات هي: الصياغة للسؤال، والغرض منه ،وحيث على المعالج ملاحظة السلوك المرتبط بالتساؤل كالانفعالات المصاحبة له .

**7-3-التفاعل غير اللفظي:** وهو الذي يكون عن طريق مختلف التفاعلات القائمة بين المرضى من خلال الايماءات والاشارات . "فالمسافة الي تفصل المرسل عن المتلقي مملوءة بمجموعة من الرموز التي تجمع المجموعة سواء ثقافيا او اجتماعيا."

(Gilles Amado ,AndretGuittet ,2003,P 20)

وتتمثل هذه الرموز فيما يلي : نظرات العين ،حركة العين ،حركة حاجبي العين ، حركة الرأس،حركة الجسم ،و طريقة الجلوس.

**8-اساليب العلاج النفسي الجماعي:** هناك العديد من الاساليب التي يمكن للمعالج النفسي الجماعي أن يستعملها وتتمثل فيما يلي:

**8-1- التمثيل النفسي المسرحي:** وهو عبارة عن تصوير تمثيلي مسرحي لمشكلات نفسية في شكل تعبير حر في موقف جماعي يتيح فرصة التنفيس الانفعالي التلقائي ، والاستبصار الذاتي ورائد هذا الاسلوب هو مورينو Moreno الذي يرى أن أهم ما في التمثيل النفسي المسرحي

هو حرية السلوك لدى المرضى و تلقائيتهم ،حيث يعبرون عن اتجاهاتهم ،و دوافعهم وصراعاتهم واحباطاتهم ،مما يؤدي في النهاية الى تحقيق التوافق ،والتفاعل الاجتماعي السليم والتعلم من الخبرة الجماعية.

(اجلال محمد سرى ،2000، ص 135)

وفيما يخص المواضيع فتكون على حسب اختيار أعضاء المجموعة العلاجية ،ويوزعون الادوار بينهم بمساعدة المعالج، ويختار البطل الرئيسي ، والمتفرجون يكونون من اعضاء المجموعة العلاجية .

**8-2-المحاضرات والمناقشات الجماعية:** من رواد استخدام أسلوب المحاضرات والمناقشات الجماعية العلاجية نجد: ماكسويل Maxwile . ويلعب في هذا أسلوب عنصر التعلم واعادة التعلم دورا رئيسيا حيث يعتمد اساسا على القاء محاضرات سهلة على المرضى يتخللها ويليها مناقشات ، ويكون أعضاء الجماعة العلاجية متجانسين من حيث نوع المشكلات ، أو الاضطرابات. ( اجلال محمد سرى ،2000 ، ص 138 )

ويمكن عن طريق المناقشات الجماعية ما بين المرضى اقتراح المعالج المواضيع التالية :  
الصحة النفسية ، أسباب المرض النفسي ، أو مناقشة بعض المعتقدات الخرافية الخاطئة.  
**8-3-العلاج الاسري :** "العلاج الاسري أسلوب من أساليب العلاج النفسي الجماعي ،يتناول أعضاء الاسرة كجماعة وليس كأفراد، وهو علاج يعمل على كشف المشكلات والاضطرابات الناتجة عن التفاعل بين أعضاء الاسرة كنسق اجتماعي.

(اجلال محمد سرى ، 2000 ، ص 139)

ومن خلال هذا الاسلوب يحاول المعالج تغيير أنماط التفاعل المرضية داخل الاسرة.

**8-4- جماعة المواجهة :** ان رائد هذا الاسلوب العلاجي هو كارل روجرز Karl Rogers سنة 1970 ، حيث يسمى هذا الاسلوب كذلك ب "جماعة اللقاء " .

(Gilles Amado,AndretGittet ,2003,P110)

وتضم جماعة المواجهة 8 الى 10أفراد لديهم مشكلات متشابهة ،وتستمر الخبرة الجماعية المكثفة فترة تتراوح بين يومين الى ثلاثة ايام ،وقد تمتد الى ثلاثة أو أربعة أسابيع ، وتساعد

جماعة المواجهة في الوقاية من التوترات وفي حل الصراعات النفسية، وتتناول القيم والاتجاهات بالتعديل والتغير واثراء وتحسين الاتصال، وتساعد في حل المشكلات النفسية الاجتماعية، والمشكلات الزوجية. (اجلال محمد سرى، 2000، ص 141)

لهذا فان للعلاج النفسي الجماعي أساليب مختلفة ، وعلى المعالج أن يختار الاسلوب العلاجي الذي يناسب مرضاه.

خلاصة :

من خلال ما سبق ذكره ، يتضح لنا أن العلاج النفسي الجماعي ، يعتمد على علاج المرضى الذين تتشابه مشكلاتهم ، وحيث يكون مجموعة من التفاعلات اللفظية ، وغير اللفظية قائمة بين مجموعة من المرضى داخل الجلسة الجماعية ، ويستغل هذا التفاعل المعالج لإحداث تغيير في سلوكيات المرضى باتباع مجموعة من الأساليب العيادية.



**تمهيد:**

بعدها تم عرض الوسائل التي سنعتمد عليها في عملية البحث ،سوف نحاول بعد هذا كله أن نطبق ما تم عرضه على خمسة حالات يعانون من مرض الفصام.

وذلك لملاحظة التغير،او التحسن أو التطور في وظيفة الاتصال عند هؤلاء المرضى الفصاميين.

1- عرض النتائج :

1-جدول سير المقابلات للحالة الاولى:

الهدف منها	مدتها	تاريخها	المقابلة
التعرف على الحالة وكسب ثقة المفحوص وأخذ البيانات الاولية.	30 د	2013/01/03	01
الدراسة السيميولوجية للحالة .	45 د	2013/01/08	02
التعرف على مرحلة الطفولة ومرحلة المراهقة وأسباب المرض.	45 د	2013/01/10	03
أخذ موافقة الحالة للدخول في العلاج الجماعي ،والتعريف بأهداف هذا العلاج.	45 د	2013/01/13	04

1-2-2- الدراسة النفسية للحالة الاولى :

1-2-1- البيانات الاولية:

تقديم الحالة:

الجنس: ذكر.

الاسم: (م. غ . )

السن: 39 سنة.

الحالة المدنية: متزوج

المهنة: أستاذ ثانوي.

المستوى التعليمي: ليسانس في الرياضيات.

المستوى المعيشي: لا بأس به .



الرتبة في العائلة: الثانية.

البنية المرفولوجية : إن الحالة (م.غ) ذو نمط سمين ،وقامة متوسطة ذو بشرة سمراء ،وشعر أسود، و عيون سوداء.

● أسبابالاستشارة: الحالة (م.غ) أتت به الزوجة إلى مستشفى الامراض العقلية لولاية مستغانم حيث ظهر عليه :الهيجان ،هذيان الغيرة، الحساسية المفرطة، العدوانية اتجاه أفراد الاسرة.

● الاطلاع على السجل الطبي والتقارير الطبية: من خلال الاطلاع على الملفات الطبية والتقارير الطبية ، فإن الحالة (م.غ) لا يعاني من أي اصابة عضوية على مستوى الجهاز العصبي المركزي .أما التحاليل الطبية فأثبتت بأن هناك تسمم في الدم الناجم عن تعاطي الكحول والمخدرات .وأما بالنسبة للأعراض فكانت كالتالي :اضطرابات في التفكير ، الهلوس السمعية والبصرية ، الهذيان الحادة ، اضطرابات النوم ،حالة هيجان نفس حركي،العدوانية.

● العلاجات القبلية: كانالحالة (م.غ) يعالج عند طبيب عقلي منذ سنة 2011، لكن دون علم أسرته.

● السوابق الطبية: تعرض الحالة في سن 30 سنة من عمره إلى فقر الدم مما أدى بإدخاله إلى المستشفى

● ردود أفعال الحالة اتجاه عملية الفحص واللقاء الاول:

كانت ردود أفعال الحالة خلال المقابلة الاولى ردود أفعال ايجابية تعبر عن الثقة والتعاون.

1-2-1-الدراسة السيميولوجية للحالة :

● سيميولوجية الاتصال:

● نوع التعبير عن الأفكار: ينتقل الحالة من موضوع لآخر خلال حديثه، وأفكاره غير متسلسلة حيث يقول: "مرتي نحسها تخدعني " . "علاه ماجاتش تزورني " . "نساتني".

● الايقاع اللغوي : الحالم يتكلم ببطيء ، وحديثه متقطع ، يتخلله توقفات ثم يستأنف الحديث مجدداً.

● تركيب ومعاني الكلمات: إن الكلمات التي يستعملها الحالة مفهومة . إلا أنه يركبها بشكل صعب.

● سيميولوجية النشاط المعرفي :

● الانتباه : إن الحالة لا يكثرث لمن حوله ، فهو يتوجه بنظره إلى مكان معين ، كمكتب الفحص أو النظر مطولاً إلى الأرض ، ولكننا عند سؤاله عن أي شيء يتعلق بالماضي فيتذكره

● الإدراك : الحالة يعي بأنه متواجد بمستشفى الأمراض العقلية وهذا لأنه يعالج داخل

المصحة بالأدوية المضادة للذهان والمتمثلة في (Haldo , Nozino 25,Zyprexa)

● سيميولوجية الحس حركية :

إن الحالة يغلق دائماً يدها ويجمعهما عند الحديث مع تحريك الأرجل باستمرار ، كما أن لديه بطئ في عملية المشي .

● سيميولوجية العاطفة :

الحالة متقلب المزاج ويغلب عليه أحياناً الغضب والتوتر.

1-2-3- مرحلة الطفولة والمراهقة وتطور الحالة المرضية:

● مرحلة الطفولة:

الحالة كانت له علاقات جيدة مع أمه وأخوته إلا أن العلاقة مع والده كانت سيئة حيث كان يعامله بقسوة. ولا يريده أن يلعب كبقية الأطفال ، تلقت الحالة تربية صارمة من طرف والده (والد الحالة لم يسمح له باللعب ، اثناء فترات اللعب ، بل كان يأمره بمراجعة الدروس باستمرار ) كان الحالة متفوق في دراسة إلا أنه كان كثير الشجار مع زملائه .

- **مرحلة المراهقة:**

واصل الحالة تدرسه بشكل عادي خلال مرحلة الثانوية إلا أنه كان شديد الانعزال. عندما يرجع من الثانوية إلى البيت ، لا يتكلم مع احد ، وينزعج لأتفه الاسباب ، وينام كثيرا ، ولا يبالي بالشؤون المنزلية ، تحصل على شهادة البكالوريا في عامه الثاني حيث أنه كرر السنة الثالثة ثانوي ، كان يدخل دون علم اي أحد من افراد أسرته .

عندما درس في الجامعة تعلق بفتاة ومعظم الوقت كان يقضيه بجانبها ، كان يدرسان في تخصص واحد وعندما أتم دراسته الجامعية ، قام بالخدمة الوطنية وعند الانتهاء من الخدمة الوطنية ، ذهب لخطبتها إلا أنه لقي في الايام الأولى معارضة من أسرة زوجته إلا أنه مع تدخل الاقارب تزوج بها وهو في عمر 26 سنة .

- **تطور حالته المرضية :**

في سن 27 سنة بدأ الحالة في التفكير بإنجاب الأطفال فأخذ زوجته إلى طبيب مختص في أمراض النساء ليفحصها ، فقال الطبيب بأن زوجته لا تعاني من أية أمراض عضوية بعد التحاليل والأشعة الطبية ، فقام الطبيب بطلب من الحالة القيام بالفحوصات الطبية ليتعرف على مشكل تأخر الانجاب لديها فاكشف الحالة بأنه لا يمكنه الانجاب. هنا كانت الصدمة النفسية الأولى التي تعرض لها الحالة فياس وحزن لهذا الأمر كثيرا. وبدأ بالانعزال والانغلاق على نفسه إلى أن وصل به الأمر الى تعاطي الكحول والمخدرات لنسيان الأمر وشيئا فشيئا تطور الأمر لدى الحالة إلى أن أصبح مدمنا ومنعزلا عن أسرته، وعن زوجته وحتى بالغياب عن عمله.

وفي سن 36 سنة اشتد الامر لدى الحالة فأصبح يداوم على العلاج عند الطبيب العقلي دون علم أي أحد من أفراد أسرته إلى غاية سن 38 سنة أين ظهرت على الحالة الهذيانات و الهلاوس و العدوانية، اتجه أفراد أسرته خاصة الزوجة التي أصبح يحس بأنها تخدعه (هذيان الغيرة) . فأخذته الزوجة إلى المستشفى الأمراض العقلية ليداوم على العلاج.

فيما يخص المقابلة الرابعة كان هدفه الأساسي هو أن نشرح للمفحوص دور العلاج الجماعي، والفائدة التي سيحققها هذا العلاج ان أبدى تعاوننا معنا خلال الجلسات العلاجية الجماعية، وشرحت له بأنه سيكون منضمًا إلى جماعة من المرضى الذين يعانون من نفس مرضه حتى تتحسن عملية الاتصال لدى الحالة، فوافق على الدخول في هذا النوع من العلاجات النفسية.

### 1-3- عرض نتائج شبكة الملاحظة للحالة الأولى:

بالموازاة مع تطبيق العلاج الجماعي، عن طريق أسلوب المناقشة والمواجهة الجماعية ما بين المرضى الفصاميين، تم ملاحظة الملاحظة الخاصة بالحالة الأولى التي أسفرت على النتائج التالية:

- **المستوى اللفظي:** استعمل الحالة العديدة من المؤشرات من بينها مناقشة الموضوع خلال الحصّة (07,06) واستعمل التعبير الحر خلال جميع الحصص، أما التساؤل حول أسباب المرض فكان خلال الحصّة (02)، والنقد المتبادل كان خلال الحصّة (04 و05 و06). ولم يستعمل الحالة المؤشر الخامس و المتمثل في السخرية المتبادلة خلال جميع الحصص. وفيما يخص الارتباك و التلعثم في الحديث فكان خلال الحصّة (01 و02 و03). والصراحة حول المرض كان خلال الحصّة (01 و02) وفيما يخص المحادثات الجانبية المتبادلة ما بين المرضى فكانت خلال الحصّة (04) والاستفزاز اللفظي كان خلال الحصّة (01 و02 و03)، والآثار و احتكار الحديث فكان خلال الحصّة (04 و05 و06 و07). أما مؤشر استعمال الالغاز في الحديث فلم يستعمله الحالة خلال جميع الحصص، والصرح كان خلال الحصّة (01) أما الممازحة المشتركة أثناء اللعب الجماعي فكان خلال حصته فقط هي الحصّة (05). **أنظر ملحق رقم 01**

**المستوى غير اللفظي** استعمل الحالة جميع المؤشرات ما عدى المؤشر الخامس و المتمثل في حركة الفم. فاستعمل الحالة نظرات العين خلال جميع الحصص وكذلك بالنسبة لحركات العين. أما حركة الرأس فكانت خلال الحصّة (01 و04 و06)، والاصغاء خلال جميع الحصص، والمشاركة الوجدانية كانت خلال حصّة واحدة فقط هي الحصّة (04). والضحك

خلال الحصة (06 و07) . والابتسامة خلال الحصة (01 و04 و06 و07). والتقطيب خلال الحصة (01 و02).

### أنظر الملحق رقم 01

- مستوى بناء العلاقات ما بين المرضى: استعمل الحالة جميع المؤشرات، فتبادل الخبرات والتجارب كان خلال الحصة (06، 07). وتبادل الهدايا ما بين المرضى كان خلال الحصة (01 و02). وابداء المساعدة كان خلال جميع الحصص. وإبداء الراي كان خلال الحصة (04، 05، 06، 07)، والمواساة كان خلال الحصة (06، 07)، والتالف ما بين المرضى كان خلال الحصة التالية: (04 و05 و06 و07)، والاندماج الجماعي ما بين المرضى في اللعب كان خلال الحصة الرابعة، وإنشاء الصداقات ما بين المرضى كان خلال الحصة (04، 05، 06، 07) وبناء هدف مشترك كان خلال الحصة الرابعة، والتضامن ما بين المرضى كان خلال الحصة السابعة.

### أنظر الملحق رقم 01

- استنتاج عام حول دراسة الحالة الأولى : من خلال دراسة الحالة نستخلص بأن الحالة ( م . غ ) يعاني من اضطراب علائقي في الأسرة ، وهذا نتيجة عدم إنجاب الحالة للأطفال الذي سبب له الاضطرابات النفسية والتي أدت به إلى الإدمان على المخدرات والتي ساهمت في دورها كعامل مفرج للمرض أما بالنسبة لوظيفة الاتصال عند الحالة خاصة في الجانب اللغوي نلاحظ فقر في اللغة ، وعلى المستوى غير اللفظي نلاحظ تشتت الانتباه عند الحالة ، وفقر في استعمال الإيماءات مما يصعب عليه عملية الاتصال . أما فيما يخص بناء العلاقات مع المرضى فالحالة منعزل عن بقية المرضى الآخرين ، داخل المستشفى وهذا للأسباب التي ذكرت سابقا في دراسة الحالة. ومن خلال شبكة الملاحظة يتضح لنا أن الحالة ( م ، غ ) تحسن لديه الأداء الإتصالي في المستوى اللفظي ، وغير اللفظي وبناء العلاقات ما بين المرضى ، ويمكن ملاحظة هذا التحسن في الأداء الإتصالي من خلال المؤشرات التي استعملها الحالة ( م ، غ ) خلال الحصة السبعة في الجلسة العلاجية الجماعية .

2- جدول سير المقابلات الحالة الثانية :

الهدف منها	مدتها	تاريخها	المقابلة
التعرف على الحالة وكسب ثقة المفحوص، وأخذ البيانات الأولية المتعلقة بالحالة.	30د	2013/01/15	01
الدراسة السيميولوجية للحالة.	45د	2013/01/17	02
التعرف على طفولة ومراهقة الحالة واسباب المرض.	50د	2013/01/22	03
أخذ موافقة المريض للدخول في العلاج الجماعي وتعريف المريض بهذا العلاج النفسي.	40د	2013/01/23	04

2-1- الدراسة النفسية للحالة الثانية :

2-1-1- البيانات الأولية.

• تقديم الحالة:

الاسم : ن ، ع . الجنس : ذكر.

السن : 36 سنة.

الحالة المدنية: أعزب .

المهنة: حارس لموقف السيارات.

المستوى المعيشي: لا بأس به

المستوى التعليمي : السنة السادسة ابتدائي.

الرتبة في العائلة : الأخير .

البنية المرفولوجية : الحالة ( ن، ع ) ذو نمط نحيف وقامة طويلة ، ذو بشرة سمراء ،

وعيون سوداء وشعر أسود .

- اسباب الاستشارة : الحالة ( ن ، ع ) أتى به أخوه الأكبر إلى المستشفى الأمراض العقلية بولاية مستغانم حيث ظهر لديه :

- الهيجان
- الهذيان الإضطهادي .
- العدوانية إتجاه أخوه الأكبر .
- السلوك العدواني في عمله .

- الإطلاع على السجل الطبي والتقارير الطبية .

من خلال الاطلاع على الملفات الطبية والتقارير الطبية فإن الحالة ( ن ، ع ) لا يعاني من أي إصابة عضوية على مستوى الجهاز العصبي المركزي ، أما التحاليل الطبية فأظهرت بأنه كان يتعاطى المخدرات . أما بالنسبة للأعراض فكانت كالتالي : الهذيان الاضطهادي ، الهلاوس ، السمعية والبصرية الهيجان والعدوانية .

العلاجات القبلية : لم يكن للحالة أية علاجات قبلية .

- السوابق الطبية :

إن الحالة (ن،غ) يعاني من الربو ، واصيب بهذا المرض وهو في عمر 10 سنوات ، كما أنه أدخل المستشفى العديد من المرات نتيجة هذا المرض .

- ردود افعال الحالة إتجاه عملية الفحص وللقاء الأول :

كانت ردود أفعال الحالة خلال عملية الفحص وللقاء الأول تعبير عن الثقة والتعاون

2-1-2- الدراسة السيميولوجية للحالة :

- سيميولوجية الإتصال .

نوع التعبير عن الافكار : الحالة يعاني من صعوبة في التفكير الاصطلاحي ، وافكاره غير منظمة ، يغلب عليها الهذيان خاصة الهذيان الاضطهادي حيث يقول : أنه " الدولة حقرتني "

، " رجال الدولة كلاب " " راهمحاقريني " ، " الدولة مرضتني " ، " خويا يكرهني بغا يكتلني " .

• الإيقاع اللغوي :

الحالة يتكلم بسرعة ، مع بنره صوت حادة وقوية .

- تركيب ومعاني الكلمات :

معظم الكلمات التي يستعملها الحالة مفهومة وواضحة .

• سيميولوجيةالنشاط المعرفي .

- الإنتباه :الحالة شديد الإنتباه ، يتلفت يمينا وشمالا خلال عملية الفحص .

- الذاكرة : الحالة يسترجع الذكريات المتعلقة بالماضي بشكل سهل .

- الإدراك : يعاني الحالة من بعض الهلوس السمعية في معظم الأحيان ، " نسمع حس

القبابل يطردقوا في وذني دائما "

• سيميولوجيةالحسحركية .

الجالاة يحرك أصابعه بإستمرار ويحرك رجليه كذلك ، لديه بطئ في عملية المشي .

• سيميولوجيا العاطفة :

الحالة سريع الغضب والتوتر ، يبكي عند تذكر أمه . يكره تواجده داخل مستشفى الأمراض

العقلية .

2-1-3- مرحلة الطفولة ومرحلة المراهقة وتطور الحالة المرضية :

• مرحلة الطفولة :

الحالة كان له علاقات جيدة مع الأم بحيث كان متعلقا جدا بها ، أما أبوه فتوفى وعمر الحالة لا

يزيد عن 9 تسعة سنوات ، فدللتهاأم كثيرا ، إلا أن أخاه الاكبر كان يضربه ويشتمه لأنه لم



يكن متفوقا في داسته كان دائمايفضل اللعب مع أصدقائه وجيرانه وفي سن 10 عشرة سنوات أصيب الحالة بمرض الربو .

• **مرحلة المراهقة :**

معظم الأوقات التي كان يقضيها الحالة كانت برفقة أصدقائه ، كان يدخن وعمره 13 سنة لأن جميع أصدقائه كانوا يدخنون وفي سن 15 سنة بدأ الحالة يدخن الحشيش وتعلم ذلك في الشارع " الذي كان يظل معظم الوقت فيه دون أية مراقبة من أفراد أسرته ، فإعتاد الحالة السهر مطولا وفي بعض الأحيان كان ينام خارج البيت ، علم اخوه الأكبر بأنه يتعاطى الحشيش ، فقام بطرده من المنزل ولكن الأم كانت تدافع عنه باستمرار ولم يتذكر الحالة السن الذيدأ يتعاطى فيه المهلوسات بالإضافة إلى الكحول .

• **تطور حالته المرضية :**

وفي سن 18 سنة بدأت تظهر على الحالة العدوانية اتجاه اخوه الأكبر ، فكان يتشاجر معه معظم الوقت ويطرده من المنزل لأنه كان يعلم بأنه يتعاطى الكحول والمخدرات .

ثم بعد هذا بدأ الحالة يفقد الإهتمام بنفسه لأنه كان يفكر في معظم الوقت في كيفية الحصول على المخدرات مهما كان الثمن ،وفي سن 22 سنة إشتدت الأعراض المرضية لدى الحالة من وبرزها السلوك العدواني إتجاه أفراد أسرته ومع اصدقائه وزملائه في العمل وفي سن 34 سنة بدأت تظهر على الحالة اضطرابات في عملية التفكير ، سيطرة الهذياناالإضطهادية الموجهة نحو أخوه الأكبر بأنه يكرهه ويريد قتله وموجهة نحو الدولة بحين أنها تكره الشعب وتحطمه بقوله " الدولة مصيبة في حق الشعب " و " خويا زاد كمل عليا ، تعرفي بغا يكتلني ، سمعته يهدر عليا " فلاحظت الاسرة خاصة الام وأخوه الأكبر بأن الحالة ليس على ما يرام فقاما بإدخاله إلى المستشفى للأمراض العقلية لولاية مستغانم لمدة ثلاثة اشهر وفي السن 36 سنة انتكست الحالة المرضية لديه فأدخلالمستشفى للمرة الثانية.

وبعد القيام بالمقابلات الثلاثة التي ذكرت سابقا تم في المقابلة الأخيرة أخذ موافقة الحالة حتى يدخل في جلسات علاجية جماعية مع مجموعة من المرضى الذين يعانون من نفس المرض الذي لديه وثم من خلالها كذلك تعريف المفحوص بالأهداف التي سيحققها هذا العلاج إن كان متعاوننا معنا .

### 2-3- عرض نتائج شبكة الملاحظة للحالة الثانية :

بالموازاة مع تطبيق العلاج الجماعي عن طريق أسلوب المناقشة، والمواجهة الجماعية، ما بين المرضى الفصاميين، تم ملاءمة شبكة الملاحظة الخاصة بالحالة الثانية والتي أسفرت على النتائج التالية:

#### ● المستوى اللفظي : استعمل الحالة العديد من المؤشرات وتمثل فيما يلي :

مناقشة الموضوع كانت خلال الحصص (03 و 04) ، واستعمل التعبير الحر خلال الحصص (02 و 03) ، والتساؤل حول أسباب المرض كان خلال حصص واحدة من الحصص (02) ، واستعمل النقد المتبادل خلال الحصص (04 و 05) ، والسخرية المتبادلة خلال الحصص (01 و 02) ( والارتباك والتلعثم في الحديث كان خلال الحصص التالية ( 01 و 02 و 03 و 04 و 05 ) والصراحة حول المرض كانت خلال حصص واحدة هي ( 02 ) والمحادثات الجانبية خلال الحصص (03 و 04 و 05) والاستفزاز اللفظي كان خلال الحصص (01 و 02 و 04) ، والإثارة وإحتكار الحديث كانت خلال الحصص ( 02 و 03 و 04 ) ولم يستعمل الحالة المؤشر الحادي عشر والمتمثل في استعمال الألفاظ في الحديث .

الصياح كان خلال الحصص الأولى فقط . أما المؤشر الأخير والمتمثل في الممازحة المشتركة أثناء اللعب الجماعي استعمل خلال حصص واحدة فقط هي الحصص الرابعة .

### أنظر الملحق رقم 02

- **المستوى غير اللفظي :**

إستعمل الحالة جميع المؤشرات ، حيث إستعمل نظرات العين وحركات العين خلال جميع الحصص ، وحركة حاجبي العين خلال الحصص ( 01 و 02 و 06 ) ، وحركة الرأس خلال الحصص ( 01 و 02 و 03 ) ، وحركة الفم خلال الحصص ( 01 و 02 و 04 و 07 ) والحملقة خلال الحصص الأولى فقط ، والإصغاء خلال الحصص ( 03 و 04 و 05 و 06 ) ، والمشاركة الوجدانية خلال الحصص الثلاثة فقط والضحك خلال الحصص ( 06 و 07 ) ، والإبتسامة خلال الحصص ( 04 و 05 ) والتقطيب خلال الحصص الأولى فقط .

### أنظر الملحق رقم 02

- **مستوى بناء العلاقات ما بين المرضى :**

إستعمل الحالة جميع المؤشرات ما عدى المؤشر الأخير والمتمثل في التضامن ما بين المرضى فتبادل الخبرات والتجارب كان خلال الحصص ( 03 و 04 ) ، وتبادل الهدايا كان خلال الحصص ( 04 و 05 و 06 ) ، وإبداء المساعدة كان خلال الحصص الرابعة فقط ، وإبداء الرأي خلال حصص واحدة فقط هي الحصص الثلاثة ، والتألف ما بين المرضى كان خلال الحصص التالية : ( 03 و 04 و 05 و 06 و 07 ) ، والإندماج الجماعي كان خلال حصص فقط في الحصص الخامسة أو إنشاء صدقات ما بين المرضى كان خلال الحصص ( 03 و 04 و 05 و 06 و 07 ) ، والإشتراك في هدف واحد كان خلال حصص فقط هي الحصص الرابعة

### أنظر الملحق رقم 02

- **إستنتاج عام حول دراسة الحالة الثانية :**

من خلال دراسة الحالة الثانية فإن الحالة ( ن . ع ) كان لديه مشاكل عائلية خلال طفولته ، خاصة بعد موت الأب وهذا ما جعل الاخ الأكبر يتكفل بتربية ولكن تربية قاسية ، وخلال مرحلة المراهقة بدأ يدمن على المخدرات التي ساهمت في ظهور الأعراض المرضية ،

وتطور الأمر إلى غاية مرحلة الحدة اين ظهرت الهذيانا توالهلاوس وفيا يخص وظيفة الإتصال عند الحالة ، فإنه لا يتصل مع المرضى الذين معهم في المستشفى ويضل منطويا على ذاته مستغرقا في أوهامه وضلالاته . ومن خلال عرض النتائج المستخلصة من شبكة الملاحظة يتضح لنا أن الحالة ( ن ، ع ) إستعمل الكثير من المؤشرات سواء في المستوى اللفظي أو غير اللفظي أو بناء العلاقات وهذا ما يوضح لنا أن هناك تحسن في الاداء الإتصالي لدى الحالة ويمكن ملاحظة ذلك من خلال المؤشرات التي إستعملها الحالة خلال الحصص السبعة عن طريق الجلسات العلاجية الجماعية .

### 3- جدول سير المقابلات للحالة الثالثة :

المقابلة	تاريخها	مدتها	الهدف منها
01	2013/01/24	30د	التعرف على الحالة وكسب ثقة المفحوص وأخذ البيانات الاولية المتعلقة بالحالة .
02	2013/01/29	45د	الدراسة السيميولوجية للحالة .
03	2013/01/30	45د	التعرف على مرحلة الطفولة مرحلة المراهقة واسباب المرض .
04	2013/01/31	30د	أخذ موافقة المريض للدخول في جلسات علاجية جماعية . وتعريف المريض بهذا العلاج .

### 3-1- الدراسة النفسية للحالة الثالثة :

#### 3-1-1 – البيانات الأولية :

• تقديم الحالة :

الإسم : ( ب ، ف ) الجنس : ذكر

السن : 25 سنة

الحالة المدنية : أعزب

المهنة : بناء

المستوى التعليمي : السنة التاسعة اساسي .

المستوى المعيشي : لا باس به .

الرتبة في العائلة : الأولى .

البنية المرفولوجية : الحالة ( ب ، ف ) ذو نمط نحيف وقامة طويلة ، ذو بشرة سمراء ، وعيون بنية اللون ، وشعر اسود .

● أسباب الإستشارة : الحالة ( ب ، ف ) أتت به أمه إلى المستشفى للأسباب التالية :

- السلوك العدوانى داخل البيت وتكسير الاثاث المنزلي .

- فقدان الشهية .

- الغضب الشديد لأتفه الأسباب .

- الهذيانات الحادة والهلاوس السمعية و البصرية .

● الاطلاع على السجل الطبي والتقارير الطبية:

حسب ما أوضحتها التقارير الطبية فإن الحالة لا يعاني من أية أمراض عضوية على مستوى الجهاز العصبي المركزي . أما التحاليل الطبية فأظهرت بأن الحالة كان يتعاطى المخدرات وأن لديه فقر الدم.

● العلاجات القبلية: لم يسبق للحالة أن عالج في مصحة عقلية .

● السوابق الطبية: لم تظهر على الحالة أية سوابق مرضية .

● ردود أفعال الحالة اتجاه عملية الفحص واللقاء الأول :

إنسم اللقاء الأول مع الحالة بالثقة والتعاون .

3-1-2- الدراسة السيمولوجية للحالة:

● سيمولوجية الاتصال:

- **نوع التعبير عن الأفكار:** الحالة يعاني من خلط في الأفكار تغلب عليها الهذيان حيث يقول: "أبا يكرهني"، " تخيلي " نشوفاه جاي باه يكتلني " " يكرهني على خاطر ما نبغيش على أما "، " و بغا يديرلي السم في القهوة باه يكتلني "، "سمعتة يهدر مع صاحبه عليا".
- **الايقاع اللغوي:** الحالة يتكلم ببطئ، مع نبرة صوت خافته.
- **تركيب و معاني:** الكلمات التي يستعملها الحالة سهلة وواضحة.
- **سيمولوجية النشاط العرفي:**
- **الانتباه:** الحالة يتنبه لكل التفاصيل الخاصة بقاعة الفحص.
- **الذاكرة:** الحالة يسترجع الذكريات المتعلقة بطفولته بشكل سهل.
- **الادراك:** الحالة يعاني من الهلوس السمعية و البصرية حيث يقول " نشوفاه جاي باه يكتلني، سمعتة يهدر علي مع صاحبه".
- **سيمولوجية الحس حركية:**
- **تحريك اليدين وحك الرأس وتحريك الرجلين باستمرار**
- **سيمولوجية العاطفة:**
- **الحالة جد متشائم من الحياة، يبكي عندما يتذكر والدته.**
- **3-1-2 مرحلة الطفولة:** الحالة كان لديه علاقة جيدة مع أمه، أما أبوه فلم يكن يحبه لأنه كان كثير الشجار مع والدته وكان يضربها، وكان متفوقا في دراسته.
- **مرحلة المراهقة:**
- **ساهمت المشاكل الأسرية في تشكيل العقدة النفسية عند الحالة، فكان كل يوم يرى والده يشتم أمه ويضربه و يأتي في ساعات متأخرة من الليل وهو متخمر، وعندما كان سنه 15 سنة بدأ يدخل برفقة أصدقائه، ولكنه لم ينسى همومه، فبدأتعطى الكحول ثم المخدرات و النوم خارج البيت مما سبب له الشجار مع والده.**
- **تطور حالته المرضية:**
- **في سن 20 سنة بدأ يحس بالخمول وبفقدان متعة الحياة وبالانعزال عن المحيط الذي يعيش فيه، وكان يستغرق الكثير من وقته في التفكير بنفسه خاصة، وفي السن 25 سنة بدأت**

الأعراض المرضية تظهر على الحالة، كالعوانية اتجاه الأب، والسلوك العدوانية في البيت وتحطيم الأدوات والأثاث المنزلي، والهذيانا تالاضطهادية ، وتناقص في الوزن وفقدان الشهية، فقررت الأم ادخاله المستشفى الخاص بالأمراض العقلية.

وبعد المقابلات التي استعرضناها سابقا قمت بمساعدة الطبيب العقلي بإقناع المريض بضرورة العلاج النفسي حتى تتحسن حالته، فأخذت موافقة المريض بصعوبة لممارسة العلاج النفسي الجماعي بعد تعريفه بأهداف هذا العلاج.

### 3-3- عرض نتائج شبكة الملاحظة للحالة الثالثة:

بالموازاة مع تطبيق العلاج الجماعي عن طريق أسلوب المناقشة الجماعية وأسلوب المواجهة الجماعية ما بين المرضى الفصامين، تم ملأ شبكة الملاحظة الخاصة بالحالة الثالثة، والتي أسفرت على النتائج التالية:

#### ● المستوى اللفظي:

استعمل الحالة مناقشة الموضوع خلال الحصة (04 و 05)، واستعمل التعبير الحر خلال الحصة (03 و 04 و 05)، والتساؤل حول أسباب المرض كان خلال الحصة الثانية، والنقد المتبادل كان خلال حصة فقط هي الحصة الثالثة، والسخرية المتبادلة كانت خلال الحصة الخامسة، والارتباك والتلعثم في حديثه كان خلال الحصة (01 و 02)، ولم يستعمل الحالة المؤشر السابع والمتمثل في الصراحة حول المرض، والمحادثات الجانبية المتبادلة كانت خلال الحصة (03 و 04)، ولم يستعمل الحالة المؤشرات التالية: (الاستفزاز اللفظي والاثارة واحتكار الحديث واستعمال الأغاز). أما الصياح فكان خلال الحصة الأولى فقط، والممازحة المشتركة أثناء اللعب الجماعي كان خلال الحصة الرابعة.

#### أنظر الملحق رقم 03

#### ● المستوى غير اللفظي:

استعمل الحالة (ب، ف) جميع المؤشرات الخاصة بالمستوى غير اللفظي وذلك حسب الحصص العلاجية الجماعية فاستعمل نظرات العين وحركات العين خلال جميع الحصص،

وحركة حجابي العين خلال الحصة الثانية وحركة الرأس خلال الحصة (01 و 02 و 03)، والحملقة خلال الحصة الأولى فقط و الاصغاء خلال جميع الحصص المشاركة الوجدانية خلال الحصة الرابعة، والضحك خلال الحصة (03 و 07) ، والابتسامه خلال الحصة (02 و 06 و 07)، والتقطيب خلال الحصة الأولى و الثانية.

### أنظر الملحق رقم 02

#### • مستوى بناء العلاقات ما بين المرضى:

لم يستعمل الحالة المؤشر الأول خلال جميع الحصص العلاجية و المتمثل في تبادل الخبرات والتجارب، أما تبادل الهدايا فكان خلال حصة فقط هي الخامسة ، وابداء المساعدة كان خلال الحصة الخامسة والمساواة كان خلال الحصة الرابعة والتآلف ما بين المرضى كان خلال الحصة ( 03 و 04 و 05 و 06 و 07 ) ، والاندماج الجماعي كان خلال الحصة الخامسة ، وإنشاء صداقات ما بين المرضى كان خلال الحصة ( 03 و 04 و 05 و 06 و 07 ) ، والاشترك في هدف واحد كان خلال الحصة ( 06 و 07 ) ولم يستعمل الحالة المؤشر الأخير المتمثل في التضامن ما بين المرضى .

### أنظر الملحق رقم 03

#### • إستنتاج عام حول الحالة الثالثة :

من خلال ما تم عرضه في دراسة الحالة يتبين أن الحالة ( ب . ف ) عاش حياة اسرية مضطربة السبب الذي أدى به إلى الإدمان على المخدرات وبتالي ظهور الاعراض المرضية الخاصة بمرض الفصام والتي بينها سابقا . أما فيما يخص وظيفة الإتصال فإن الحالة ليس له اصدقاء داخل المستشفى . وليس له أية علاقات مع المرضى وهذا يعني أن الحالة لا يهتم بوظيفة الإتصال خاصة من حيث مستوى بناء العلاقات مع المرضى ومن خلال النتائج المستخلصة من خلال شبكة الملاحظة يتضح لنا أن الحالة ( ب ، ف ) ، إستعمل المؤشرات الخاصة بالمستوى اللفظي ما عدى ثلاث مؤشرات التي ذكرت سابقا واستعمل بكثرة



المؤشرات الخاصة بالمستوى غير اللفظي وبناء العلاقات ، ومنه يلاحظ بأن هناك تحسن في الأداء الإتصالي على حسب تزايد في الجلسات العلاجية الجماعية.

#### 4- جدول سير المقالات الحالة الرابعة .

الهدف منها	مدتها	تاريخها	المقابلة
التعرف على الحالة وكسب ثقة المفحوص وأخذ البيانات الأولية .	30 د	2013/02/05	01
الدراسة السيميولوجية للحالة .	45 د	2013/02/06	02
التعرف على مرحلة الطفولة والمراهقة واسباب المرض .	45 د	2013/02/07	03
أخذ موافقة المريض للدخول في العلاج النفسي الجماعي والتعريف بهذا النوع من العلاجات النفسية .	45 د	2013/02/12	04

#### 4-1- الدراسة النفسية للحالة الرابعة :

##### 1-4-1- البيانات الأولية :

##### • تقديم الحالة :

الإسم : ( ب ، م ) الجنس : ذكر

السن : 32 سنة

الحالة المدنية : أعزب

المهنة : عامل بمطعم

المستوى التعليمي : السنة الثالثة ثانوي .

المستوى المعيشي : متوسط

الرتبة في العائلة : الأخير

البنية المرفولوجية : إن الحالة ( ب ، م ) دو نمط نحيف ، وقامة متوسطة نوعاما ، ذو بشرة سمراء ، وشعر اسود ، وعيون بنية اللون .

• أسباب الاستشارة :

أدخل الحالة ( ب ، م ) مستشفى الأمراض العقلية لولاية مستغانم بطلب من أصدقائه الذيم قاموا بإبلاغ الشرطة ، بأن لديه ، عدوانية شديدة في المحيط الذي يعيش فيه والسلوك الهيجاني ، ورمي الحصى على المارين بقربه .

• الإطلاع على السجل الطبي والتقارير الطبية :

أكدت التحاليل أن الحالة لا يعاني من أي إصابة عضوية على مستوى الجهاز العصبي المركزي أما فيما يخص تحاليل الدم فبينت بأن الحالة كان مدمنا على المخدرات .

• العلاجات القبلية :

الحالة كان يعالج في المركز الوسيطي لعلاج المدمنين بحي تبجديت لولاية مستغانم منذ سنة 2010.

• السوابق الطبية :

تعرض الحالة في سن 25 سنة إلى عملية جراحية في المعى الدقيق .

• ردود افعال الحالة إتجاه عملية الفحص واللقاء الأول :

كانت عملية الفحص واللقاء الأول مع الحالة جدا إيجابية توحى على أن هناك ثقة وتعاون من طرف المفحوص .

1-4-2- الدراسة السيمولوجية للحالة :

• سيمولوجية الإتصال :

- نوع التعبير عن الأفكار : أفكار التي يستعملها الحالة غير منسجمة وغير منظمة .
- الإيقاع اللغوي : الحالة يتكلم ببطئ وبشكل متقطع مع توقفات أثناء الحديث في بعض الأحيان .

• سيمولوجية النشاط المعرفي :

- الإنتباه: الحالة يعاني من تشتت في عملية الإنتباه .
- الذاكرة : الحالة يسترجع الذكريات المتعلقة بماضيه بشكل سهل .
- الإدراك : إن الحالة يعاني من الهلوس السمعية " صوت الأذان والمصلين دائما في وذي " وبعاني كذلك في بعض الأحيان من الهلوس البصرية " نشوف واحد لابس ابيض وجاي يجيفني " والهدياناتالإضطهادية " أنا منيش مريض خوتي جابوني هنا بسيف باه يتقاسمو الرزق في غرودهم " .

- سيمولوجية الحس حركية : يغلب على الحالة السلوكات النمطية في بعض الأحيان كهز الرأس ، وحك والشعر والتلاعب بالاصابع .

• سيمولوجية العاطفية :

يعاني الحالة من اليأس والحزن والملل بسبب حالته وبسبب تواجده داخل مصلحة عقلية ، يبكي باستمرار لأنه يرى نفسه ويحس بأنه مظلوم من طرف إخوته .

1-4-3- مرحلة الطفولة ومرحلة المراهقة وتطور الحالة المرضية .

• مرحلة الطفولة :

إن الحالة ( ب ، م ) عاش طفولته بالقرب من أمه لأن أباه توفي وهو لا يزيد عن سنة واحدة ، فلم يتعرف الحالة على أباه بحيث أنه لا يتذكر اي شيء عنه ، كان أخوه الأكبر بمثابة والد له لأنه كان يرافقه ويذهب معه إلى المدرسة ويلعب معه .

- **مرحلة المراهقة :**

تحصل الحالة على شهادة التعليم الاساسي وعمره 15 سنة ، بعدها انتقل إلى الثانوية حيث أكمل دراسته بالسنة الأولى والثانية ثانوي بصعوبة بسبب الأوضاع المعيشية الصعبة التي كان يعيش فيها ، وسجل في الثالثة ثانوي ولكنه لم يدرس لأنه قرر العمل ليعين أخوه في مصاريف البيت ، بعدها تعرف على ثلاثة أصدقاء وبدأ يدخن معهم ، ثم أصبح يأخذ المخدرات وعمره 18 سنة لينسى المشاكل التي كان يعاني منها .

- **تطور الحالة المرضية :**

في سن 29 سنة بدأت تظهر الأعراض المرضية على الحالة ، حيث كان شديد القلق ، معظم وقته يقضيه خارج البيت منعزلا يدخن الحشيش ويتعاطى الكحول ، مع صعوبة في التركيز ، وخلق الأفكار الصمت والانطواء على ذاته وعدم وعدم الاكتراث لأسرته ، فقرر بعد هذا أن يعالج الحالة في المركز لمعالجة المدمنين ولكنه لم يتابع العلاج لأنه لم يستطع التخلي عن المخدرات .

بحيث زاد تعاطيه للكحول والمخدرات وزادت الأعراض المرضية إلى أن وصلت مرحلة الحدة أين ظهرت الهذياناوالهلاوس السمعية بكثرة والهلاوس البصرية فأدخل مستشفى الأمراض العقلية للأسباب التي ذكرت سابقا .

وبعد المقابلات التي تمت ثم في المقابلة الأخيرة أخذ موافقة المفحوص للدخول في جلسات علاجية جماعية ، وشرحنا له دور العلاج النفسي الجماعي ، والاسلوب الذي سنتم به جلسات العلاج النفسي الجماعي بعدما تعرف على المرضى الذين سيكونون معه ، فوافق وأعجبته الفكرة .

- **3-4- عرض نتائج شبكة الملاحظة للحالة الرابعة :**

- بالموازاة مع تطبيق العلاج الجماعي عن طريق أسلوب المناقشة الجماعية ، وأسلوب المواجهة الجماعية ، ما بين المرضى الفصاميين .تم ملاءمة شبكة الملاحظة الخاصة بالحالة الرابعة.

● **المستوى اللفظي** : استعمل الحالة مؤشرين فقط في المستوى اللفظي حيث استعمل التعبير الحر خلال الجلسة الرابعة فقط ، واستعمل الارتباك والتلعثم في الحديث خلال الحصة (01 و 04) **أنظر الملحق رقم 04**

● **المستوى غير اللفظي** :

استعمل الحالة العديد من المؤشرات الخاصة بهذا المستوى فاستعمل نظرات العين وحركات العين ، وحركة حاجبي العين وحركة الرأس ، وحركة الفم خلال جميع الحصص واستعمل الحلقمة خلال الحصة الأولى فقط والإصغاء خلال جميع الحصص ولم يستعمل المؤشر الثامن الخاص بالمشاركة الوجدانية واستعمل الضحك والابتسامة خلال الحصة السابعة فقط واستعمل التقطيب خلال الحصة الأولى فقط .

#### أنظر الملحق رقم 04

● **مستوى بناء العلاقات ما بين المرضى** :

استعمل الحالة المؤشر الأول فقط في الحصة الثالثة والمتمثل في تبادل الخبرات والتجارب، ولم يستعمل المؤشرات الأخرى التي بقيت **أنظر الملحق رقم 04**

● **استنتاج عام حول دراسة الحالة الرابعة** :

إن الحالة ( ب . م ) أصيب بمرض الفصام نتيجة الإدمان على المخدرات ، والتي نجمت عن أسباب كثيرة أهمها الأوضاع المعيشية الصعبة التي جعلت الحالة يتخلى عن مدرسته ويبحث عن عمل ليعين أخاه ، وفيما يتعلق بوظيفة الإتصال في المستوى غير اللفظي إستعملنا لاحظ فقر في هذا المستوى بسبب تشتت عملية الإنتباه وفيما يخص المستوى اللفظي ايضا نلاحظ فقر في اللغة ، فمعظم الكلمات التي يستعملها عبارة عن تكرارات الهلاوس والهديانات وأما مستوى بناء العلاقات فالحالة منعزل داخل المستشفى لأنه يقضي معظم وقته مستغرقا في أوهامه وضلالته. ومن خلال شبكة الملاحظة يتضح لنا أن الحالة

( ب ، م ) لم يتحسن لديه الأداء الإتصالي بشكل ملحوظ فهناك نقص كبير في إستعمال المؤشرات الخاصة بالمستوى اللفظي ومستوى بناء العلاقات ما بين المرضى أما الإتصال عبر الإيماءات وتعابير الوجه من خلال المستوى غير اللفظي فكان بشكل ملحوظ خلال الحصصة السبعة وهذا ما يدل على أن الحالة يستعمل الإتصال عن طريق تعابير الوجه ( الإيماءات ) .

#### 5- جدول سير المقابلات للحالة الخامسة :

المقابلة	تاريخها	مدتها	الهدف منها
01	2013/02/13	30 د	التعرف على الحالة وجمع البيانات الأولية وكسب ثقة المفحوص
02	2013/02/14	45 د	الدراسة السيميولوجية للحالة .
03	2013/02/19	45 د	التعرف على مرحلة الطفولة ومرحلة المراهقة وتطور الحالة المرضية.
04	2013/02/20	45 د	شرح للمفحوص أهمية العلاج النفسي الجماعي عن طريق التعريف بهذا النوع من العلاجات النفسية .

1

#### 5- الدراسة النفسية للحالة الخامسة :

##### 1-5-1- تقديم الحالة :

الإسم : ( ب ، هـ ) الجنس : ذكر

السن : 34 سنة

الحالة المدنية : اعزب .

المهنة : فلاح

المستوى التعليمي : السنة الرابعة ابتدائي .

المستوى المعيشي : جيد

الرتبة في العائلة : الأخيرة

البنية المرفولوجية : الحالة ( ب ، هـ ) ذو قامة طويلة ، اسمر اللون ، اسود الشعر ، و عيون سوداء .

• اسباب الإستشارة :

الحالة ( ب ، هـ ) اتى به ابوه برفقة أخوه الأكبر إلى المستشفى الأمراض العقلية لولاية مستغانم بعدما ظهر لديه .

- العدوانية إتجاه الاسرة ، خاصة الاب .
- الهيجان .
- ضيق التنفس وفقدان الشهية ، الهلوس السمعية .
- هذيانات حادة .

• الإطلاع على السجل الطبي والتقارير الطبية :

من خلال تفحص الملفات الطبية ، فأكدت الفحوصات أن الحالة لا يعاني من اي إضطراب على مستوى الجهاز العصبي المركزي ، أما التحاليل الطبية فبينت بأن الحالة كان مدمن على المخدرات والكحول .

• العلاجات القبلية :

كانيعلاج الحالة منذ سنة 2010 عند طبيب مختص في الامراض العقلية .

• السوابق الطبية : الحالة لا يعاني من أية سوابق بسيكو مرضية .

• ردود أفعال الحالة إتجاه عملية الفحص واللقاء الأول :

الحالة كان جد متعاوننا معنا خلال عملية الفحص .

### 1-5-2- الدراسة السيميولوجية للحالة :

- سيميولوجية الإتصال :
- نوع التعبير عن الأفكار : الحالة ( ب ، هـ ) يستعمل افكار غير منسجمة وغير منظمة تغلب عليها الهذيانناتالإضطهاديةوالهلاوس السمعية " حيث يقول : " بنت عمي سحرتني باه نتزوج بيها " ، " ونسمع صوتها دائما في وذي " ، " أنا نكرها ما نبغيهاش " .
- الإيقاع اللغوي : الحالة يتكلم بسرعة مع توقعات خلال مسار حديثه .
- تركيب ومعاني الكلمات :

الكلمات التي يستعملها الحالة غير مفهومة في بعض الاحيان لأنه يتكلم بسرعة .

### ● سيميولوجيةالنشاط المعرفي :

- الإنتباه : الحالة شديد الإنتباه ، بحيث أنه ينتبه لكل تفاصيل قاعة الفحص .
- الإدراك : الحالة تعاني من بعض الهذيانناتالإضطهادية " أنا نكره بنت عمي على خاطر هي مرضتني ودارتلي سحور باه نبغيها " .
- سيميولوجية الحس حركية :

الحالة يجلس وهو يثني رجليه إلى الخلف من وراء الكرسي ، وهذا دليل إلى الرجوع للماضي ، ويجمع يديه ، ولا يتحرك ، وهو يتوجه بنظره إلى الارض .

### ● سيميولوجية العاطفة :

الحالة يعاني من التبدل الوجداني ، والبرود الإنفعالي واللامبالاة .

### 1-5-3- مرحلة الطفولة والمراهقة وتطور الحالة المرضية .

#### ● مرحلة الطفولة :

عاش الحالة طفولتهمع أمه وابيه في جو اسري مشبع بالحنان ، لم يكن الحالة متفوقا في دراسته ، حيث تخلى عن مقاعد الدراسة وعمره 9 سنوات عندما كان في السنة الرابعة ابتدائي



لم يرغبه الاب أو الام على مواصلة الدراسة .وهنا بدأ الحالة يذهب مع أبيه إلى العمل حيث كانت لديهم مزرعة ، وكان همه الوحيد أن يكون بجوار والده و سندا له .مثل أخيه الكبير.

#### • مرحلة المراهقة :

عندما كان عمر الحالة 13 سنة بدأ يدخن دون علم والده ،وكان يقضي معظم وقته في المزرعة ،ولا يذهب باكرا إلى البيت ،وكان متعلقا بأصدقائه الذين كانوا يرافقونه دائما،ويسهر معهم ،تعاطى الحالة المخدرات دون أن يعلم أنها مخدرات لأن أصدقاءه قدموها له على أنها سجائر ،وكان عمره لا يتجاوز 16 سنة ،وبعدها أصبح مدمنا عليها.

#### • تطور الحالة المرضية :

عندما بلغ الحالة 20 سنة بدأ سلوكه يتغير ،حيث أصبح لا يذهب إلى العمل مع أبيه ،يقضي معظم وقته في التفكير عن الوسيلة التي يحصل بها على المخدرات ،ومهما كان الثمن ،وحيث أصبح جسمه يضعف ،وعندما بلغ الحالة سن 30 سنة تغير سلوكه فلاحظت الاسرة ذلك خاصة الأم فأخذوه إلى طبيب مختص في الامراض العقلية ليفحصه ،فأكد للولدين أن الحالة تغير سلوكه نتيجة الادمان على المخدرات .وفي سن 34 سنة اشتدت الاعراض المرضية لدى الحالة ،وأصبحت تظهر عليه الهلوس السمعية والهذيانatalاضدهادية والسلوك العدواني والهيجان ،فأخذه والده إلى المستشفى الخاص بالأمراض العقلية لولاية مستغانم للأسباب التي ذكرت سابقا.

ومن خلال المقابلات التي تمت قمنا في المقابلة الاخيرة بشرح للمريض ضرورة العلاج النفسي ،وأهميته وطريقة العلاج النفسي الجماعي ،فوافق الحالة على هذا النوع من العلاجات النفسية .

## 5-3- عرض نتائج شبكة الملاحظة للحالة الخامسة :

بالموازاة مع تطبيق العلاج الجماعي عن طريق أسلوب المناقشة، والمواجهة الجماعية ما بين المرضى الفصاميين، تم ملاءمة شبكة الملاحظة الخاصة بالحالة الخامسة التي أسفرت على النتائج التالية :

- **المستوى اللفظي** : استعمل الحالة كل المؤشرات ما عدى المؤشر الثاني عشر والمتمثل في الصياح، فاستعمل مناقشة الموضوع في الحصة (01 و 02)، واستعمل التعبير الحر خلال جميع الحصص، والتساؤل حو أسباب المرض في الحصة الثانية. واستعمل النقد المتبادل في الحصة ( 03 و 04 )، وكذلك الصخرية المتبادلة ما بين المرضى واستعمل الارتباك والتلعثم في الحديث في الحصة الأولى فقط، والصراحة حول المرض في الحصة الثانية، والمحادثات الجانبية المتبادلة في الحصة ( 01 و 02) والإستفزاز اللفظي في الحصة الثالثة فقط، والإثارة واحتكار الحديث في الحصص التالية : ( 03 و 04 و 05 و 06 و 07 ) واستعمل الالغاز في الحديث في الحصة الثالثة فقط. وكانت الممازحة المشتركة في اللعب الجماعي ما بين المرضى في الحصة الرابعة فقط.

## أنظر الملحق رقم 05

- **المستوى غير اللفظي** : استعمل الحالة كل المؤشرات الخاصة بالمستوى غير اللفظي حيث استعمل نظرات العين وحركات العين خلال جميع الحصص، واستعمل حركة حاجبي العين خلال الحصة الأولى فقط وحركة الرأس خلال الحصة الأولى والثانية، والحملة خلال الحصة الثالثة والرابعة، والإصغاء خلال جميع الحصص، والمشاركة الوجدانية خلال الحصة الرابعة فقط والضحك خلال الحصة السابعة، والابتسامه خلال جميع الحصص، واستعمل التقطيب خلال الحصة الأولى فقط

## أنظر الملحق رقم 05

- **مستوى بناء العلاقات ما بين المرضى** : استعمل الحالة كل المؤشرات الخاصة بهذا المستوى حيث استعمل تبادل الخبرات والتجارب خلال الحصة ( 02 و 03 )، وتبادل الهدايا

ما بين المرضى في الحصة ( 03 و 04 ) ، وإبداء المساعدة في الحصة الثالثة فقط ، وإبداء الرأي خلال الحصص : ( 02 و 03 و 04 و 05 ) والمواساة خلال الحصة الثالثة فقط ، والتآلف ما بين المرضى خلال الحصص التالية : ( 03 و 04 و 05 و 06 و 07 ) والاندماج الجماعي خلال الحصة الخامسة فقط وانشاء صدقات ما بين المرضى خلال الحصص التالية ( 03 و 04 و 05 و 06 و 07 ) وبناء هدف مشترك خلال الحصة ( 06 و 07 ) والتضامن ما بين المرضى خلال الحصة السادسة فقط. انظر الملحق رقم 05

• إستنتاج عام حول الحالة الخامسة :

من خلال ما تقدم عرضه فإن الحالة ( ب . هـ ) عاش في جو اسري مشبع بالحنان ، وسبب مرضه هو الإدمان على المخدرات ، والذي جاء نتيجة الاصدقاء الذين قدموها له على اساس أنها سيجارة . أما فيما يخص الاتصال عند الحالة فيمكن أن نلاحظ فقر في الاتصال في المستوى اللغوي وغير اللغوي بسبب سيطرة الهذيان والهلاوس . أما فيما يخص بناء العلاقات مع المرضى فإن الحالة منطوي على ذاته لا يتصل مع بقية المرضى في المستشفى وعن طريق الحصص العلاجية الموضحة من خلال نتائج شبكة الملاحظة فيتضح لنا أن الحالة تحسن لديه الأداء الإتصالي من خلال التحسن البارز عن طريق المستوى اللفظي وغير اللفظي وبناء العلاقات ما بين المرضى ويؤكد هذا المؤشرات التي استعملها الحالة خلال الجلسات العلاجية الجماعية .

- II - مناقشة الفرضيات :

• مناقشة الفرضية الجزئية الأولى :

يتحسن الأداء الإتصالي للمرضى الفصاميين من خلال تحسن الأداء اللفظي : بناء على ما تم التوصل إليه من خلال نتائج شبكة الملاحظة الخاصة بكل حالة ، فيتضح لنا أن هذه الفرضية تحققت من خلال العلاج الجماعي ، وعن طريق التفاعل اللفظي الحاصل من خلال الجلسات العلاجية الجماعية عن طريق أسلوب المواجهة ، وهذا ما يبين أهمية العلاج النفسي الجماعي في إتاحة الفرصة للمريض على أن يتعرف على مرضى آخرين ، وينمي

بذلك الجانب اللغوي الذي لديه . ويطوره وهذا ما يتماشى مع دراسة هاييز Hayes الأمريكي سنة 1995 عن طريق حلقة النقاش الجماعي ، والمطبق على 63 مريضا فصاميا ، حيث يتراوح سنه ما بين 18 إلى 65 عاما أين تحسن لديهم المهارات الاجتماعية ، من بينها مهارة الاتصال اللفظي من خلال الأسلوب المتمثل في النقاش الجماعي . وحيث تعرضوا ل 36 جلسة علاجية لمدة شهر كامل . وايضا تؤكد دراسة وانج Wanje سنة 1993 التي تم فيها تدريب 3 من الفصاميين على مهارات المحادثة بواسطة برنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية عن طريق العلاج الجماعي .

#### ● مناقشة الفرضية الجزئية الثانية :

يتحسن الأداء الإتصالي للمرضى الفصاميين من خلال تحسن الاداء غير اللفظي :

من خلال عرض نتائج شبكة الملاحظة الخاصة بكل حالة فيتضح أن هذه الفرضية تحققت من خلال التفاعل غير اللفظي ما بين المرضى ، عبر المؤشرات التي ذكرت في شبكة الملاحظة في المستوى غير اللفظي ، فنجد أن المرضى الفصاميين يستعملون بكثرة الإيماءات وتعابير الوجه كأسلوب من أساليب الاتصال كما أن نظرية النسق الاجتماعي : تؤكد على أهمية الرموز والإشارات كوسائل مهمة تساعد في عملية الإتصال .

#### ● مناقشة الفرضية الجزئية الثالثة :

يتحسن الأداء الإتصالي لدى المرضى الفصاميين داخل المؤسسة الاستشفائية للأمراض العقلية من خلال بناء العلاقات التفاعلية فيما بينهم .

من خلال عرض نتائج شبكة الملاحظة الخاصة بالمستوى المتعلق ببناء العلاقات التفاعلية ما بين المرضى ، فيتضح أن هذه الفرضية تحققت من خلال ما تم عرضه من النتائج المستخلصة من استعمال الحالات للمؤشرات الخاصة بهذا المستوى . ويؤكد هذه النظرية الدراسة التي قام بها دوبسون Dobson سنة 1996 على عينة مكون من 30 مريضا فصاميا للمجموعة التجريبية من من تلقوا العلاج الجماعي بواسطة أسلوب الدعم طويل الأجل مع التدريب على

المهارات الاجتماعية ، و30 مريضا للمجموعة الضابطة من من تلقوا الخدمات السيكاثرية ، وقد كشفت النتائج عند مقارنة المجموعتين ارتفاعا في مستوى المهارات الاجتماعية ، والتفاعل الإجتماعي لدى أفراد المجموعة التجريبية .

● مناقشة الفرضية العامة :

يمكن للعلاج الجماعي أن يكون له دور في تحسين الاتصال الاجتماعي للمرضى الفصاميين داخل المؤسسة الاستشفائية للأمراض العقلية .

من خلال مناقشة الفرضيات الجزئية فنتوصل إلى ما يلي :

العلاج الجماعي له دور في تحسين الاتصال الاجتماعي لدى المرضى الفصاميين داخل المؤسسة الاستشفائية للأمراض العقلية ويؤكد هذا تحقق الفرضيات الجزئية المتمثلة في :  
تحسن الأداء اللفظي وتحسن الأداء غير اللفظي وتحسن بناء العلاقات التفاعلية ما بين المرضى حيث أنه :

كلما تزايدت الحصص العلاجية الجماعية المطبقة على المرضى الفصاميين، كلما تزايد تحسن الأداء اللفظي وغير اللفظي وبناء العلاقات التفاعلية ما بين المرضى داخل المؤسسة الاستشفائية للأمراض العقلية .

حيث يتبين من خلال مناقشة الفرضيات أن العلاج الجماعي لديه أهمية كبرى في تنمية وتحسين وتطوير وظيفة الاتصال عند المرضى الفصاميين . وحتى في اكتساب المريض الحرية في التعبير عن أفكاره مهما كانت المهم أن يتبادل أطراف الحديث مع مرضى آخرين ، أن يتصل معهم بالإيماءات وأن يبني علاقات معهم ، حتى يتغير نظرة المريض لمستشفى الأمراض العقلية على أنه سجن فقط يتعاطى فيه الدواء لا غير إذا فالعلاج الجماعي يساهم في تطوير الأداء الإتصالي للمرضى الفصاميين .

## خلاصة :

من خلال النتائج المتوصل إليها عن طريق تحليل نتائج شبكة الملاحظة ، وعن طريق مناقشة الفرضيات ، نصل إلى أن الأداء الإتصالي تحسن عند اربعة حالات فصاميين ما عدى حالة واحدة لشدة وحدة المرض لديه .

وتصل إلى أن العلاج الجماعي الذي طبق على المرضى الفصاميين خلال سبع جلسات علاجية جماعية ، ابرز نتائج إيجابية حيث تم من خلاله تحسن الأداء الإتصالي المتمثل في ثلاثة مستويات : التحسن في المستوى اللفظي ، والتحسن في المستوى غير اللفظي ، وبناء العلاقات التفاعلية ما بين المرضى الفصاميين داخل المؤسسة الاستشفائية للأمراض العقلية . ومنه تبرز أهمية العلاج النفسي الجماعي في تنمية الاتصال الاجتماعي عند المرضى الفصاميين ، وذلك نظرا لما يبرزه هذا العلاج من إحداث مختلف التفاعلات ما بين المرضى خلال الجلسات العلاجية الجماعية . خاصة من خلال تقنية المناقشة الجماعية عن طريق أسلوب المواجهة .

**تمهيد :**

بعد ما تطرقنا في الجانب النظري من دراساتنا لمرض الفصام وأسبابه والأعراض المميزة له وأيضاً للاتصال الاجتماعي ولأهمية الاتصال اللفظي والغير اللفظي ، وتطرقنا كذلك إلى العلاج النفسي الجماعي وكيفية تنظيم الجلسات العلاجية الجماعية .

من هذا كله نحاول بعد هذه الالتفاتة أن نبين دور العلاج النفسي الجماعي في تحسين الإتصال الاجتماعي عند المرضى الفصاميين ، عن طريق الدراسة الميدانية وملاحظة إذا كان لهذا العلاج دور في تحسين المستوى اللفظي ، والمستوى الغير اللفظي ، وبناء العلاقات التفاعلية ما بين المرضى .

وهذا لغرض الإجابة على الإشكالية المطروحة وتأكيد أو نفي ما جاء في فرضيات بحثنا . وذلك باتباعنا للمنهج الوصفي المتمثل في دراسة حالة وباستعمال المقابلة العيادية والملاحظة العيادية ودراسة الحالة وبناء شبكة ملاحظة .

**1- منهج الدراسة :**

إتجهنا في هذا البحث إلى إتباع المنهج الوصفي للوصول إلى نفي أو إثبات الفرضيات ، " وهو عبارة عن دراسة ظاهرة المشكلة كما هي في الواقع . ووصف وضعها الراهن كما يهتم بوصف ظواهرها وخصائصها ، ومعرفة اسبابها وسبل التحكم فيها معتمدا على تجميع البيانات وتحليلها ، وبالتالي استخلاص النتائج بغرض معالجة المشكلة "

( محمد عوض العايدي ، 2005 ، ص 69 )

ونجد من الطرق الأساسية التي يعتمد عليها المنهج الوصفي : دراسة حالة حيث تعتبر كمنهج بحث يعتمد على " دراسة حالة أو بعدد قليل من الوحدات أو الحالات ، فرد ، أسرة ، جماعة يجمع فيها الباحث كل البيانات والحقائق والتفاصيل عن هذه الحالة ، لمعرفة كافة الخصائص والعوامل والأسباب المحيطة بها . وتسجيلها بطريقة منظمة ودقيقة بحيث تمكن الباحث من استخلاص الحقائق بغرض الوصول إلى نتائج سليمة يمكن تعميمها تطبيقها على غيرها من الحالات المماثلة (محمد عوض العايدي ، 2005، ص 91)

**2- ادوات الدراسة:****1-2-المقابلة العيادية:**

تعتبر المقابلة العيادية من أهم الوسائل التي يعتمد عليها الاخصائي النفسي ، حيث يرى كارل روجرز Carl Rogers أنه على "النفسي أن يستمع إلى المفحوص، ويشجعه على التعبير عن نفسه دون اصدار حكم أو تقييم ، ودون أن يحاول أن يضيفي على المقابلة أي تشكيل structure. ويكون الهدف هنا هو إتاحة الفرصة للمفحوص لكي يكتشف نفسه، خلال

المقابلة " (محمد حسن غانم ، 2004 ، ص 170)

كما يستطيع الاخصائي النفسي أن يجري المقابلة بإلقاء سلسلة من الاسئلة التي يأمل في الحصول على إجابة عيها من المفحوص ويحرص على ألا يقترح أي إجابات مباشرة أو غير مباشرة على المفحوص.



**2-2- الملاحظة العيادية:**

إن الملاحظة العيادية تكون مناسبة "لملاحظة السلوك في ذلك الموقف الملموس وهو موقف الفحص النفسي. حيث يرى Lagache أن المادة التي يجمعها المحلل النفسي تختلط فمعاني الكلمات بالأسلوب والايحاءات الصوتية ويحملا لتعبير اللفظي الايحاءات الانفعالية"

(محمد حسن غانم ، 2004 ، ص 172)

فالملاحظة العيادية تكون من خلال ملاحظة مجموع السياقات الفعلية وغير الفعلية للمفحوص وتكون من خلال الانتاج الرمزي الذي يعبر عن الحياة النفسية للمفحوص.

(Jean pedenieli , Lidia fernandaz,2005 ,P14)

**2-3- شبكة الملاحظة:**

قامت الباحثة ببناء شبكة ملاحظة بناء على التفاعلات الحاصلة ما بين المرضى الفصامين، من خلال جماعة المناقشة خلال الجلسات العلاجية الجماعية .

وقسمت شبكة الملاحظة إلى ثلاثة مستويات بالرجوع إلى فرضيات البحث ، وتمثلت هذه المستويات في :المستوى اللفظي ، والمستوى غير اللفظي ، وبناء العلاقات . وكل مستوى فيه مجموعة من المؤشرات .

فالمستوى اللفظي فيه ثلاثة عشرة (13) مؤشرا ، وهي كالتالي : ( مناقشة الموضوع، التعبير الحر، التساؤل حول أسباب المرض، النقد المتبادل ما بين المرضى ، السخرية المتبادلة ما بين المرضى ، الارتباك والتلعثم في الحديث ،الصراحة حول المرض، المحادثات الجانبية المتبادلة ما بين المرضى، الاستفزاز اللفظي ، الاثارة واحتكار الحديث ،استعمال الالغاز في الحديث، الصياح ، والممازحة المشتركة أثناء اللعب الجماعي).

والمستوى غير اللفظي وفيه احدى عشرة (11) مؤشرا . وهي كالتالي : ( نظرات العين ،حركات العين ، حركة حاجبي العين ، حركة الرأس حركة الفم ، الحملقة، الاصغاء ،المشاركة الوجدانية ،الضحك ،الابتسامة،التقطيب.)

ومستوى بناء العلاقات وفيه عشرة (10) مؤشرا،وهي كالتالي : ( تبادل الخبرات، والتجارب ما بين المرضى ، تبادل الهدايا ما بين المرضى ، إبداء الرأي ، المواساة ،التالف ما بينالمرضى ،

الاندماج الجماعي ، انشاء صداقات ما بين المرضى ،بناء والاشترك في هدف واحد ما بين المرضى.

**3- تطبيق العلاج الجماعي :** لمعرفة تطورات وتحسن الأداء الاتصالي ،من خلال شبكة الملاحظة التي بنتها الباحثة ،ثم تطبيق العلاج الجماعي ، والمتمثل في اختيار المريض أولاً للعلاج .ثم شرح أهمية العلاج الجماعي ،خاصة بتحسين ،وتنمية وظيفة الاتصال لديه وتعريفه بالمرضى الذين سيتقابل معهم في الجلسات العلاجية ،وهكذا يتم مع جميع المرضى إلى غاية الوصول إلى الجلسة العلاجية الاولى .وسيتبع في العلاج الجماعي أسلوب المناقشة الجماعية وأسلوب المواجهة لتحسين الاتصال لدى المرضى الفصامين.

#### 4-عينة الدراسة:

قبل إجراء الدراسة الاساسية أجريت دراسة استطلاعية لمكان الدراسة . ( مستشفى الأمراض العقلية لولاية مستغانم ) تم من خلال من هذه الدراسة التعرف على الطاقم الطبي المشرف على متابعة الحالات ، خاصة الطبيب العقلي ليتم اختيار الحالات بناء على تشخيصه لهم على أنهم يعانون من مرض الفصام وذلك بالاطلاع على الملفات الطبية الخاصة بهم .

واقترنت الدراسة يعلى خمسة حالات من جنس الذكور لسببين:

أولاً : لا بد عند تطبيق علاج جماعي أن يكون المرضى من نفس الجنس لتجانس المجموعة العلاجية .

ثانياً : لأنني تواجدت في الدراسة الاستطلاعية بمصلحة علاج حر رجال ، داخل مستشفى الأمراض العقلية .

وروعي كذلك عند اختيار العينة على أن لا يزيد عمرهم عن أربعون (40) سنة ، ولا يقل عن عشرون (20) سنة . وهو المدى الذي يظهر فيه معظم حالات الفصام .

## 5- مكان الدراسة :

يقع مستشفى الأمراض العقلية لولاية مستغانم بتيجديت ، وهو يبعد عن مقر الولاية بثلاثة (03) كلم .

دشن هذا المستشفى في 2006/06/13 م ، وفتح أبوابه في 2007/07/01 م . من طرف رئيس الجمهورية السيد عبد العزيز بوتفليقة .

يحتوي هذا المستشفى على مديرية عامة، مديرية فرعية النشاطات الصحية ( الأكل والأدوية)مكتب التنسيق ( الإدارة )، مكتب الاستجالات ، مكتب القبول .

ونجد فيه تسعة (09) أطباء مختصين في الطب العقلي و مختص في طب الأعصاب وسبعة (07) اطباء مختصين في الطب العام ، وطببيين (02) مختصين في جراحة لأسنان وصيدي عشرة (10) اخصائيين نفسانيين ، و ثلاثة وخمسون (53) ممرضا ، ومائة وإثنا عشرة عون أمن ونظافة .

وفيما يخص المصالح المتواجدة بالمستشفى هناك :

- مصلحة الاستجالات .
- مصلحة الطب العقلي ، تنقسم إلى قسمين : قسم خاص بطب الاطفال قسم خاص بالمرهقين .
- مصلحة حر نساء .
- مصلحة حر رجال .

أما المصلحة التي كانت فيها الدراسة الميدانية للحالات هي مصلحة علاج حر رجال ، حيث تحتوي على نادي للمرضى وعشرة (10) غرف ، ثلاثة بالطابق السفلي وسبعة بالطابق العلوي ، غرفة لعزل المرضى الشادين جنسيا أو عدوانيين ، وحمام للمرضى ، وقاعة للعلاج ، ومكتبين : مكتب رئيسة المصلحة ، ومكتب الأطباء ، وقاعة الفحص ، وطاقم طبي يتكون من ثلاثة اطباء مختصين في الأمراض العقلية ، وطببيان عامان ، و ثمانية (08) أخصائيين نفسانيين ، وطاقم شبه طبي يتكون من رئيسة المصلحة ، وأربعة ممرضين حاصلين على

شهادة دولة في الصحة العمومية واربعة مرضين حاصلين على شهادة دولة في الأمراض العقلية .

وخمسة مساعدين في التمريض . كما يحتوي على عشرين عون أمن موزعين بين فرق الليل و فرق تعمل بالنهار وإحدى عشرة (11) منظمة موزعين بين الليل والنهار .

#### 6- مدة الدراسة :

دامت الدراسة الميدانية من 2012/01/13 م إلى غاية 2013/05/10 م وبهذا استغرقت الدراسة حوالي خمسة اشهر.

**خلاصة :**

من خلال ما تم تقديمه من الوسائل المهمة لعملية البحث ، سواء ما تعلق بمنهج الدراسة أو ادوات الدراسة ، المتمثلة في المقابلة العيادية ، والملاحظة العيادية وتعريفنا، لكيفية بناء شبكة الملاحظة ، نستخلص بأن هذه الوسائل المتعددة في عملية البحث تساعد الباحث على أن تكون دراسته مبنية على اسس وإجراءات منهجية علمية منظمة .