

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة عبد الحميد ابن باديس
كلية العلوم الاجتماعية
ميدان العلوم الإنسانية و الإجتماعية
عمل تكميلي لنيل شهادة الماستر تخصص علم النفس العيادي و الصحة العقلية
موسومة ب:

غياب دور الأسرة و تطور مرض الفصام

دراسة عيادية لثلاث حالات بمستشفى الأمراض العقلية
لولاية مستغانم

الأستاذة المؤطرة :

غانى زينب

تحت إشراف الطالبة :

علامي سليمة

لجنة المناقشة:

*رئيس اللجنة: الدكتور بن احمد قويدر

*المناقشة: الأستاذة بلعباس نادية

*المؤطرة: الأستاذة غاني زينب

السنة الجامعية : 2012-2013

شكر و عرفان

الصلاة و السلام على سيدنا محمد عليه صلاة الله و تسليمه و على آله و صحبه أجمعين
أما بعد.....

أشكر بهذه المناسبة الأستاذة المؤطرة غاني زينب على مساعدتي في إتمام هذه المذكرة
وأشكر رئيس قسم علم النفس بن احمد قويدر.
كل أساتذة علم النفس.

كما أهدي هذا العمل إلى:

والدي العزيز رحمه الله و غفر له و أسكنه فسيح جنانه.
الوالدة العزيزة أطال الله في عمرها.
إلى العم العزيز الغالي علامي خالد.
إلى زوجي المخلص محمد الأمين.
إخوتي و كل الأحباب و الزملاء.
كل شاب مسلم و شابة مسلمة.

مع أسمى الأمنيات و أحلى التحيات
و الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات.

مقدمة:

الأمراض العقلية عبارة عن إصابات خطيرة تنتج عنها اضطرابات نفسية و عقلية من بينها الهذيان، الهلوس، اضطراب المزاج مثل الفصام، البارانويا، الهوس الإكتئابي... الخ.

فيحدث تغير في عالم المريض بحيث يصيب علاقه مع الواقع فيتشكل لدى المريض حقيقة لا تتماشى مع الواقع و لا مع الآخرين ، فموضوع بحثنا يدور حول مرض الفصام و هو نوع من الأمراض العقلية الوظيفية قد يحتاج إلى علاج لكن علاج متعدد التخصصات قد يكون في مصحات نفسية ، مراكز استقبال علاجية، أخصائيين الأمراض العقلية ، الأخصائي النفسي و أسرة المريض، موضوع البحث هو أسرة المريض الفصامي، فقد تأثر الأسرة في تطور وحدة الفصام لأن الأعراض التي تصاحب مرض الفصام قد لا تأثر على المريض بل على أفراد أسرته فقد تؤدي إلى النفور منه و إهماله ووضع داخل مصحة عقلية دون أداء دورها الفعال و الإيجابي في مساعدة مريضها و ذلك قد يكون بالتعاون مع الفريق الطبي للتكفل الجيد بالمريض و عليه يتم طرح الإشكالية التالية:

ما الدور الذي تلعبه الأسرة في تطور مرض الفصام؟

وهذا الإشكال يقودنا إلى طرح التساؤلات التالية:

1-هل إهمال الأسرة لمريضها الفصامي يؤدي إلى تطور مرض الفصام؟

2-هل نقص وعي الأسرة بالمرض الذي تعاني منه الحالة يؤدي إلى تطور مرض الفصام؟

3-هل المعاملة السيئة للأسرة تؤدي إلى تطور المرض عند المريض الفصامي؟

لمعالجة الموضوع تمّ تنظيم العمل إلى المراحل التالية:

1-**الجانب النظري** و يضم ،الفصل الأول: مدخل دراسة حددنا فيه إشكالية و التساؤلات ،فروض البحث، أهمية البحث، أسباب ودواعي اختيار البحث، المفاهيم الإجرائية، الدراسات السابقة أما الفصل الثاني حول الاضطرابات الذهانية-الفصام-، الفصل الثالث حول الأسرة.

2-**الجانب التطبيقي:** يحوي فصلين ، فصل حول الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية و فصل حول عرض النتائج ومناقشة الفرضيات ،وفي الأخير حاولت تقديم بعض الإقتراحات التي تساهم في عملية التكفل بالمريض الفصامي.

الفهرس

- أ.....شكر و عرفان
- ب.....ملخص الدراسة
- ج.....المقدمة العامة

❖ مدخل الدراسة

-مقدمة
- 1- إشكالية البحث.....
- 2- فرضيات البحث.....
- 3- أهمية البحث.....
- 4- دواعي إختيار البحث.....
- 5- المفاهيم الإجرائية.....
- 6- الدراسات السابقة.....

الجانب النظري

❖ الفصل الأول :الإضطراباتالذهانية–الفصام-

تمهيد

-الإضطراباتالذهانية
-الفصام
- 1- مفهوم الفصام.....

- 2-لمحة تاريخية.....
- 3-سير المرض وبدايته وتطوره.....
- 4-أسباب الفصام.....
- 5-الأعراض الإكلينيكية للفصام.....
- 6-الأنماط الإكلينيكية للفصام والأعراض الخاصة بكل نمط.....
- 7-التشخيص والتشخيص الفارقي.....
- 8-العلاج.....
- 9-أثر دمج العلاج الطبي والنفسي والإجتماعي.....

خلاصة

الفصل الثاني: الأسرة ودورها

تمهيد

- 1-مفهوم الأسرة.....
- 2-أنواع الأسرة.....
- 3-وظائف الأسرة.....
- 4-مقومات الأسرة.....
- 5-أهمية الأسرة في المجتمع.....
- 6-الأسرة السوية و الأسرة المريضة.....

7- الأسرة و تأثيرها بمرض الفصام.....

خلاصة الفصل

الجانب التطبيقي

الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية للدراسة العيادية

منهجية البحث

1-مكان الدراسة

2-مدّة الدراسة

3-الدراسة الإستطلاعية

4-مواصفات الحالات

5-المنهج

6-أدوات البحث.

الفصل الرابع:دراسة الحالات و مناقشة الفرضيات

عرض الحالات

..... الحالة الأولى

..... الحالة الثانية

..... الحالة الثالثة

..... مناقشة الفرضيات

..... توصيات واقتراحات

*الخاتمة العامة

*قائمة المراجع

*الملاحق

فهرس المحتويات

أ	شكر وعران	.....
ب	ملخص الدراسة	.....
ج	مقدمة	.....
الجانب النظري		
الفصل الأول: مدخل الدراسة		
05	1- إشكالية البحث	.....
05	2-فرضيات البحث	.....
06	3-أهمية البحث	.....
06	4- دواعي اختيار الموضوع	.....
06	5-المفاهيم الإجرائية	.....
07	6-الدراسات السابقة	.....
الفصل الثاني: الاضطرابات الذهانية -الفصام-		
تمهيد		
13	I-الاضطرابات الذهانية	.....
14	II-الفصام	.....
14	1-مفهوم الفصام	.....
16	2-لمحة تاريخية	.....
18	3-سير المرض وبدايته وتطوره	.....
21	4-أسباب الفصام	.....
24	5-الأعراض الإكلينيكية للفصام	.....
24	6-الأنماط الإكلينيكية للفصام والأعراض الخاصة بكل نمط	.....
26	7-التشخيص والتشخيص الفارقي	.....
28	8-العلاج	.....
30	9-اثر دمج العلاج الطبي والنفسي والاجتماعي	.....

الفصل الثالث: الأسرة

تمهيد

- 341- مفهوم الأسرة
- 352- أنواع الأسرة
- 353- وظائف الأسرة
- 374- مقومات الأسرة
- 395- أهمية الأسرة في المجتمع
- 396- الأسرة السوية والأسرة المريضة
- 447- الأسرة وتأثرها بالمرض الفصام

خلاصة الفصل

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تمهيد

- 491- منهجية البحث
- 492- أدوات البحث
- 503- الدراسة الاستطلاعية
- 504- مكان الدراسة
- 515- مدة الدراسة
- 516- مواصفات الحالات

الفصل الخامس: عرض النتائج ومناقشة الفرضيات

- 54I- عرض الحالات
- 541- الحالة الأولى
- 592- الحالة الثانية
- 633- الحالة الثالثة
- 67II- مناقشة الفرضيات

69	.....*صعوبات البحث
70	.....*توصيات واقتراحات
	خاتمة
72	.....قائمة المراجع
75	.....الملاحق

الفصل الثاني:

الإضطرابات الذهانية- الفصام-

تمهيد.

1-الإضطرابات الذهانية.

II-الفصام.

1- مفهوم الفصام.

2-لمحة تاريخية.

3-سير المرض وبدايته وتطوره.

4-أسباب الفصام.

5-الأعراض الإكلينيكية للفصام.

6-الأنماط الإكلينيكية للفصام والأعراض الخاصة بكل نمط.

7-التشخيص والتشخيص الفارقي.

8-العلاج.

9-أثر دمج العلاج الطبي والنفسي والإجتماعي.

خلاصة الفصل.

تمهيد :

تنقسم الأمراض في علم النفس إلى ثلاثة أقسام الذهان ، العصاب والحالات البينية فموضوع بحثنا منصب على قسم الاضطرابات الذهانية التي يقصد بها الأمراض العقلية من بين خصائصها تفكك في شخصية بشكل ملحوظ وتضطرب صلة المريض بالواقع ويحدث سوء أدراك هذا الواقع فتظهر على المريض أعراض عيادية من بينها الهلوس والهذيان، اضطرابات في المزاج وفي التفكير وهناك نوعان من الذهان وهما الذهان العضوي. أي راجع لأسباب عضوية بإصابات عضوية مثل ذهان الشيخوخة أو ذهان ناتج عن تلف في الجهاز العصبي أو في الغدد الصماء ويمكن أن يكون الذهان وظيفيا أي نفسي المنشأ ومن أهم صورته الفصام، البارانويا الاضطهاد والهوس ... الخ فالفصل هذا يحتوي على التعريف بالاضطرابات الذهانية بشكل عام ثم نتناول بشكل مفصل التعريف بمرض الفصام.

I- الاضطرابات الذهانية:

يعتبر الذهان أكثر اضطرابا وعجزا عن العمل والتكيف للحياة من العصابي لكون اضطرابات الذهاني حاسمة وتمس التفكير، والقدرة على التواصل بالآخرين والميزاج .

ومن السهل على الإنسان العادي أن يتعاطف مع العصابي ويشفق عليه لمعاناته وتعاسته لكن من الصعب عليه التعاطف مع الذهاني الذي يدرك الواقع بصورة مختلفة ، ويتبنى مفاهيم متباينة عما هو صواب أو خطأ.

وغالبا ما يعجز الذهانيون في المستشفيات الصحة العقلية لأنهم يشكلون أحيانا خطرا على أنفسهم أو على الآخرين. ولهذا يشعر الرجل العادي بالخوف من الذهانيين ويصفهم بالجنون أو فقدان العقل والخبل ويتميز الذهاني عن العصابي بخصائص منها:

- عدم الاستبصار بالمرض والعجز عن الإحساس بوجود مشكلة.

- فقدان الصلة بالواقع.

- الاختلال في إدراك الزمان والمكان.

- قد يكون خطرا على نفسه أو على الآخرين بالمعنى القانوني.

وهناك شكلان من الذهان : الذهان العضوي والذهان الوظيفي والفرق بينهما يكمل أساسا في مسببات المرض لدى كل منهما ففي حالة الذهان العضوي يكون الاضطراب بسبب اختلال أو إصابة عضو في الجهاز العصبي أما في الذهان الوظيفي فيصعب تحديد عوامل بيولوجية محددة بالرغم من كل المحاولات التي تجرى في هذا المضمار ولان العوامل العضوية مسؤولة عن الذهان العضوي يصعب عادة علاجها فان البعض يعتقد أن علاج الذهان الوظيفي أسهل من علاج الذهان العضوي ولكن هناك حالات من الذهان الوظيفي مثل الفصام الذي يظهر تدريجيا وفي أعمار مبكرة قد تستعصي على العلاج، وهناك بعض المصابين بإصابات عضوية في المخ يستطيعون أن يحيوا حياة عادية بعد الإصابة لهذا فان التمييز بين الذهان الوظيفي والعضوي لا يكون في مدى قابلية كل منهما للعلاج لكن في مسببات كل منهما ومن أكثر أنواع الذهان الوظيفي : الفصام وذهان الهوس والاكتئاب (إبراهيم وعسكر، 2009: 75- 76).

من خلال تعرفنا على الاضطرابات الذهانية سوف نتناول على حسب موضوع البحث إلى احد الأمراض الذهانية الوظيفية الأكثر انتشارا بالنسبة لأنواع الأخرى وهو الفصام.

II-الفصام:

1-مفهوم الفصام:

1-1-التعريف اللغوي:

كلمة فصام مشتقة من الفعل فصم، فصم فصما بمعنى كسره من غير أن تتفرق كسره.

تقسم أو انفصم: انكسر من غير بينونة /تصدع (المنجد،1998: 520) كلمة الفصام (schizophrénie) هي كلمة يونانية تنقسم إلى شطرين (schizo) وتعني انشقاق وانقسام، (phrène) وتعني العقل أي الانفصال أو عدم الانسجام بين الجوانب المتعددة للشخصية.

1-2-التعريف الاصطلاحي:

يعرف الفصام على انه اضطراب عقلي لا يوجد له أساس معروف ويتضمن تفككا في وظائف الشخصية الإدراكية والمعرفية والانفعالية (إبراهيم وعسكر، 1999: 85) ويعرف الفصام بأنه مرض ذهاني يؤدي إلى عدم انتظام الشخصية والى تدهورها التدريجي ومن خصائصه الانفصام عن العالم الواقعي الخارجي ، وانفصام الوصلات النفسية العادية في السلوك. والمريض يعيش في عالم خاص بعيدا عن الواقع وكأنه في حلم مستمر (زهران، 1992: 45) ويعرف الفصام بأنه حالة مرضية ذهانية يتميز بمجموعة من الأعراض النفسية والعقلية التي تؤدي إن لم تعالج في بادئ الأمر إلى اضطراب وتدهور في الشخصية والسلوك (عبد المعطي، 1998:341).

ويعرف الفصام كما جاء بكتاب DSM-IV (الطبعة الرابعة الصادرة عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي والمسمى الدليل التشخيصي للاضطرابات العقلية وتتسم هذه الاضطرابات بأعراض ذهانية تشمل التفكير ، المشاعر ، والسلوك والإدراك هناك ستة (6) معايير نوعية.

1-وجود بعض الأعراض الذهانية : الأوهام ، الهلوسات ، اضطراب التفكير.

2-التقهقر وتشوه الوظيفة العقلية بالنسبة لمستواه السابق.

3-العلامات المستمرة للمرض لمدة اقلها ستة أشهر.

4-الميل لبدأ ظهور الأعراض قبل العمر 45 سنة.

5-لا ترتبط الأعراض باضطراب الميزاج.

6-ليس للأعراض صلة بالاضطراب العقلي العضوي المنشأ أو بالتأخر العقلي.(الحجار،

ب س: 147).

من خلال التعريفات السابقة نستنتج التعريف التالي للفصام:

الفصام مرض عقلي يصنف ضمن الاضطرابات الذهانية الوظيفية يتميز بتفكك في جوانب الشخصية فتمس الجانب الإدراكي والمعرفي والانفعالي وبالتالي تحدث قطعة بين المريض والعالم الخارجي أي الواقع المحيط به.

2-لمحة تاريخية:

لعل "ب.أ. مورال" (B.A MOREL-1809-1873) هو أول من وصف هذا النمط للمريض في دراساته السريرية (1851-1852) حينما ذكر " مختلفون في ريعان الشباب تقدموا للملاحظ النفسي سعيا لفرص الشفاء. إنما بعد الإمعان في الفحص ، بتنا مقتنعين بان النهاية بالبلاهة والجنون هي التتويج المحزن للتطور وفي سنة 1860، في كتاب معالجة الأمراض العقلية ، مزج بين الجنون المبكر وهذا الشلل المفاجئ للحركة بجميع قابليته. وكان يصر على أعراض الايجابية (القابلية للإحياء). ونمنحه المواقف، والتكشير والتشنجات الغريبة للوجه ، والعدمية... الخ وكنا نجد إذا وصفا فوريا لأسبقية الإصابة وسرعة تطورها، والاختلال كتعبير عن هذا التطور في 1992 J.Garrabé وصف الكاتبان الألمانيان K.L. Kahlbaum (1828-1899) وتلميذه E.hicher (1843-1900) في العام 1863، وتحت اسم Hébéphrénie ومن ناحية أخرى كان Kahlbaum قد عزل الكتاتوني في سنة 1874 كجنون عضلي أو جنون التوتر الموصوف بتجلط معصم يقاطعه هياج متباين .

أما عند كرابلان منذ قرن من الزمان ، وفي مدينة ميونيخ، كان الطبيب النفساني الكبير E.Kraplin (1856-1926) رائد تصنيف الأمراض العصبية الحديث والذي كتابه " البحث في علم النفسي بطبعاته المتتالية ، ذات التأثير الكبير ، يجمع في مجموعة موحدة عدة جداول علاجية وصفت حتى ذلك الحين ككيانات منفصلة ويقترح نموذجا موحدا لـ الجنون المبكر ووفقا لـ Pichot (1981) نشأ الفصام تحديدا في 27 تشرين الثاني 1898، حيث في ذلك اليوم ، وبمناسبة اجتماع علمي ضمن إطار العيادة الطبية النفسية الجامعية لـHiedelberg، ألقن كريبلان محاضرة بعنوان: حول التشخيص والتنبؤ للجنون المبكر والتي نشرت في السنة التالية في مجلة ألمانية تختص بعلم الطب النفسي ، وكانت المبادئ التي وردت فيها مبنية في

الطبعة السادسة من بحثه عام 1899 والتي تركز فيها فصل عن الجنون المبكر و يشمل الوصف الكلاسيكي الأول للجنون المبكر.

واقعياً يبدأ تاريخ الجنون المبكر بصورة رسمية في سنة 1899، وفي الطبعة السادسة تلك الكتاب " البحث في علم الطب النفسي " الذي يركز الفصل الخامس لـ الجنون المبكر وتحت هذا العنوان يجمع كريبلان بكيوننة واحدة ثلاثة دلالات انحرافية:

1-الاختلال الذهاني. 2- الرкод-3- شكل من الاختلال المبكر هذه الأشكال الثلاثة السريرية للفصام نجدها أيضاً في CIM و DSM-IV وفي تلك السنة نفسها، عرض في فرنسا J.Christian الجنون المبكر للشباب 1899.

وكان التطور إذا يمكن في مبدأ الترتيب، كما طالب بذلك J-Pfalret منذ أواسط القرن التاسع عشر، تطور كان يؤدي بالمريض في النهاية المطاف إلى حالة نهائية من الاختلال أوبالأحرى الخبل وعلى العكس من ذلك كان المرضى لدى معاناتهم من نمط آخر من الذهان هو الجنون الهوس الاكتئابي يظهر نوبات معاودة مراحل المؤثرات الهوس أو الكآبة إنما بلا تطور ختامي هذا التطور المتباين المرضى العقليين في خلال القرن العشرين برمته كمبدأ في الترتيب.

بلولر:

أوجين بلولر (1857-1940) Eugen bleuler هو تلميذ فوريل الذي تبعه بعد أن تأهل في سويسرا إلى باريس وإلى لندن وإلى ميونيخ قبل أن يصبح أستاذاً في زيوريخ وكانت عيادة الطب النفسي الجامعية إحدى الأماكن الأكاديمية في العالم وكان المساعدون فيها K.Abrahem (1877-1925).

وكارل غوستاف يونغ (1875-1961) و E.Minkowski (1885-1972) ونخص بالذكر أيضاً أن أخت بلولر كانت مريضة بالفصام.

النص المؤسس هو فصل من كتاب ضخيم حول علم الطب النفسي Aschaffenburg في هذا النص سنة 1911 يقترح بلولر إذا هذا المفهوم الجديد للفصام وهي كلمة مستخدمة منذ 1908. وقد انتقلت بصورة مسبقة عبارات الجنون المبكر وبديلها الفصام لأنه بما أنني أمل أن

أوضحها فان تفكك فصامي مختلف الوظائف النفسية هو إحدى السمات الأكثر أهمية. ومن اجل السهولة سأستخدم الكلمة بالمفرد مع أن المجموعة يقصد منها عدة أمراض schizo كلمة يونانية تعني القطع؟، عنصر أساسي من المفهوم وقد ترجم بالفرنسية بصورة مخالفة التفكك أو تفتت أو انفصال... الخ وظلت هذه العبارة الأخيرة عامية جدا في فرنسا وملتبسة الذهانات الانفصالية. (مارك لويس، 2012: 15-17).

من خلال هذه اللوحة التاريخية نستنتج أن كانت مساهمات في دراسة الفصام حيث بدأ مع مورال ثم أميل كرابلين حيث استنتج ثلاث نماذج تصنيفية كتاتوني، هيبفيرينيا، برانويدي وجمعهم تحت باب الخبل المبكر بينما أوجين بلولر هو من أعطى تسمية الفصام فهي إصابة على شكل أعراض عيادية متمثلة في تفكك الوظائف النفسية زيادة على ذلك فقدان وحدة الشخصية ووجود قطيعة في الاتصال مع الواقع.

3- سير مرض الفصام وبدايته وتطوره:

وإذا نظرنا للمرض من حيث مراحل تطوره من الإنذار إلى الحدة فالأزمان فالشفاء على حسب وصف بروان ومننجر وجدنا الصور الأربعة الرئيسية للفصام تتبع مراحل الحدة- ووجدنا المرض يتطور على النحو التالي:

1- في مرحلة الإنذار بالخطر نلاحظ في كل صور الفصام تهرب المرضى عموما من الواقع مع انشقاق الشحنات الوجدانية السليمة عن العمليات المعرفية. هذا الانسحاب (التهرب) وذلك الانشقاق وإذا لم يظهر للملاحظ العادي- هما العامل الأساسي في الظهور المبكر للأعراض.

فالشخص الذي هو حتى الآن في الظاهر على الأقل- متيقظ عقليا ونشط اجتماعيا ومتزن انفعاليا- يبدأ في عدم المسؤولية وعدم الدقة في عملياته المعرفية. وعدم الاكثرات بوجباته وعلاقاته الاجتماعية. وتحليل تاريخ مياها المريض نجد عادة انه كان لديه طابع فصامي -أي انه لم ينص لديه قط التكامل بين العمليات الانفعالية والمعرفية. والبداية عادة بطيئة جدا فإذا كان المريض يدرس أصبح أقل جهدا وإذا كان يعمل فهو يزداد عدم كفاءة في عمله. ينسحب بالتدرج من المواقف الاجتماعية سواء منها السار والملزم كما يكشف عن سلوك غير سليم انفعاليا. وطوال هذا ، ينمي لوازم عجيبة لهيئة ومشيه وحركاته، وتعبيرات وجهه. وكلها تهرب بالتدريج

من واقع الحياة التي أصبحت مواقفها بالنسبة للمريض لا تحتمل. وخلال ذلك فهو يعاني قدرا كبيرا من القلق، وتنتابه هموم ما يتوقع أن يحدث له كالشعور بأنه ربما يجن. يكتئب لكون الحياة لا معنى لها، وإذا اشتد قلقه وهمومه وصل إلى ما نسميه الرعب الفصامي حيث يخاف بشدة من كل ما يتصل بمواقف الحياة. وتصبح حالته ظاهرة للجميع.

2- أما في مرحلة الحدة فتختلف الأعراض من صورة فصامية لأخرى بحيث يلزم وصفها بالنسبة لكل منها على حدة قصور الفصام كلها تمثل كيانا مرضيا موحدًا لما بينها من اشتراك في انشقاق الانفعالات عن العمليات المعرفية، وعدم اتساق الارتباطات التي تصبح مفككة وغريبة، وتبذل الذي تتدهور معه المشاعر والانفعالات بالتدرج والتصرفات الاندفاعية وغير الهادفة، والالزيمات الفصامية والحركات العضلية غير السليمة... كدلائل على عملية الانفصام.

أ- في الصورة الفصامية البسيطة نجد التدهور الانفعالي، والتبذل او الخمول وفقدان الاهتمام. التصرف غير سليم وبإهمال قد تظهر توهمات خفيفة كلها غير منتظمة. الهلوسات نادرة. فهذه أساسا الصورة المراهقية للفصام. لذا فهي أقل الصور إدخالا للمستشفى وان لم يكن بها قليلين. والكثير من المشردين والمجرمين المبتدئين داخلون في هذا الصنف من المرض، وبعضهم يصل الى نحو من التوافق الاقتصادي، ويشبه هؤلاء من اسماهم زلبورج المنتقلين تدريجيا من الخبل المبكر البسيط الى الفصامي.

ب- أما في الصورة المراهقية للفصام فنجد تدهور أعمق واصرع بكثير الهلوسات غالبية والتوهمات خيالية وبلهاء وغير منسقة.

الارتباطات تكشف عن فقر الأفكار كما تظهر في جمل مطولة ممدودة واختراع الكلمات الجديدة أمر مألوف فالمراهقي كثيرا ما يبدي لزوميات لا هدف لها ويقوم بحركات غير سليمة ومما له دلالة تشخيصية هامة تلك الضحكة الجوفاء التي لا معنى لها تصحبها حركات تقطيب الوجه. وفي الحالات المتطرفة ينكص المريض إلى الطفولة، فيتكلم كلام الأطفال ويسلك سلوكهم، حتى ليعجز عن التحكم في الإخراج أو وضع ملابسه بنفسه... والمراهقية هكذا صورة نادرة من صور الفصام، أما أكثر الصور شيوعا فهي الكاتونية.

ج-يكشف الكاتاتونيون من الفصامين أما عن انارات او غير غيبوبات كلتاها بالغة الشدة، وقد تتكافأ كلتاها أو تسيطر إحداها.

يتميز الهياج أو الإثارة بزيادة النشاط الحركي النفسي، وكثرة الأفعال الاندفاعية والتسلطية، وعدم الاتساق أبدا في الارتباطات أما الغيبوبة أو الذهول فتتميز بالبكم والتخشب بحيث يبدو المريض وقد انسحب نفسه تماما من عالم الواقع.

د- وأخيرا فالصورة الهذائية للفصام تكشف عن وجود مجموعات الأعراض الأخرى مضافا إليها توهمات البارانونيا. بحيث يصعب التفرقة بوضوح بين البارانونيدي والفصامي الهذائي.

3- كل هذا أعراض مرحلة الحدة بما ينشأ فيها من تعدد الصور. فإذا تطور الفصام البسيط إلى الحدة يتقدم المريض نحو المرحلة المزمنة فالانشقاق بين العمليات الانفعالية والمعرفية يستمر ويزداد حدة ومع هذا فكثيرا ما يصل المرضى إلى درجة من التحسن الاجتماعي يمكن معها إقامتهم بأعمال خدمة بسيطة تحت رقابة مشددة كمسح وتنظيف وغسل وبستنة المستشفى.

والصور الكاتاتونية الحادة أكثر الصورة قابلية للتكهن بسير المريض. فالكاتاتوني بدلا من التقدم من مرحلة الحدة إلى مرحلة الأزمات يحقق شفاء تاما جدا مرة على الأقل. وإذا لم يكن الشفاء كافيا للسماح بالإفراج عن المريض الى خارج المستشفى، فهو في هذه المرحلة المزمنة يعطي صورة علاجية اشبه بصورة الفصام البسيطة : بطء العمليات الانفعالية والمعرفية مستمر، لكن الهلوسات، والتوهمات والاستجابات الحركية الغريبة تكاء تختفي تماما. هذا بينما في الصورة المراهقية للفصام لا تغلب قط على مرحلة الحدة فالأعراض تبقى واضحة جدا وقد يهدأ المريض كثيرا لكنه يظل ذهانيا تماما.

4-مرحلة الشفاء من أكثر موضوعات الطب العقلي الوصفية جدا مشكلة الشفاء من الفصام فحتى عهد قريب كان الأطباء ينظرون لتقارير شفاء المرضى بهذا الداء بالكثير من الشك ولا زلنا حتى الآن نجد منهم من يقول انه لا وجود للفصامي التام الشفاء، ومن يعتقد أن الحالات التي شفيت لعل تشخيص مرضها على انه الفصام تشخيص خاطئ. لكن الرأي الأحدث هو أن الفصامين خصوصا الكاتاتونيين وبعض ذوي الفصام البسيط على الأقل يتحسنون اجتماعيا بدرجة لا باس بها.(الدسوقي، ب س: 142-145).

4-أسباب الفصام:

هناك عوامل متضافرة مع بعضها البعض تؤدي للإصابة بمرض الفصام ونذكر منها

مايلي:

4-1-العوامل البيولوجية:

ظهر اعتقاد بان الفصام أسباب وراثية وذلك من ملاحظة ارتفاع معدل حدوثه في عائلات معينة دون أخرى، فإذا كان احد الأبوين أو احد الإخوة قد أصيب بالفصام، فإذا النسبة لحدوثه بين باقي الأفراد تصل إلى 10% وعلى ضوء هذه الملاحظة البسيطة يمكن القول بان الفصام أساس وراثيا. أنفضلا لأساليب للبحث عن مدى تأثير العوامل الوراثية للإصابة بالفصام باعتباره مرضا عقليا هو دراسة التوائم المتماثلة التي نشأ كل منهما يعبر عن الآخر لتجنب تأثير التنشئة الأسرية. وقد اجري الكثير من الباحثين مثل هذه الدراسات، وأظهرت نتائجها انه لو حدث وأصيب احد التوائم المتماثلة بمرض الفصام فان الآخر سوف يصاب في وقت ما بنسبة (35%) حتى لو نشأ كل منهما بعيدا عن الآخر. وهذا يدل أن معدل حدوث المرض في هذه الحالة يصل تقريبا إلى أربعين ضعف معدل حدوثه بين سائر الأفراد، وهي نتيجة مذهلة. والأكثر دهشة هو حقيقة أما (60%) من التوائم المتماثلة الذين نشأوا بعيدا عن بعضهما البعض وإذا أصيب احدهما بمرض الفصام فان الآخر لا يصاب به حاضر أو مستقبلا.

وفي ضوء هذه الحقيقة العلمية نستطيع القول بأنهايا كان تأثيرا العوامل الوراثية في مرض الفصام ، فان ذلك التأثير لا يتعدى إلا أن يزود الفرد بإمكان حدوث المرض (استعداد بيولوجي) وان ثمة عوامل أخرى لا بد من توافرها لكي يتحول ذلك إلى حقيقة فعلية، وإذا كانت المورثات الجينية تحمل تلك الإمكانية، فلا بد لها من أن تلتقي بعوامل أخرى منشطة، ربما تحدث في فترة لاحقة من حياة الفرد.

وعن تأثير النشاط الكيميائي على مرض الفصام ، فقد وجد العديد من الباحثين تغيرات كيميائية حيوية محددة في الفصامين ولكن هذه التغيرات الكيميائية التي تثبت وجودها فعلا هل هي سبب للفصام أم نتيجة له؟

إذ من المفهوم أن كل ما يحدث في المخ له مقابله الكيميائي الحيوي، فمن المحتمل أن تكون هناك حلقة مفرغة، بمعنى أن المشكلات النفسية يمكن أن تحدث تغيرات كيميائية حيوية وهذه بدورها تؤدي إلى تغيرات كيميائية حيوية وهذه بدورها تؤدي إلى تغيرات في الوظائف النفسية ومن الممكن أيضاً أن تكون التغيرات البيولوجية الأصلية قد أحدثت اختلالات نفسية وهذه بدورها أدت إلى المزيد من التغيرات البيولوجية ، ولقد أجريت دراسات عديدة حول مدى التأثيرات الكيميائية من شأنها أن تخل بالتوازن الدقيق بين الجهاز العصبي السمبثاوي (الذي يؤدي عمله من خلال مركب الابينفرين) وبين الجهاز العصبي الباراسمبثاوي (الذي يؤدي عمله من خلال مركب الاستيكولين) وعن هذا النشاط العلمي الذي قام به الباحثون في هذا المجال فقد أظهرت نتائج دراسات بعضهم أن مرض الفصام يحدث نتيجة لنقص مادة في المخ تسمى (سيروتونين) بينما جاءت نتائج جهود فريق آخر من الباحثين بعدم وجود دليل مؤكد على أن تمت خلا كيميائيا حيويا بسبب الفصام. وفيما يتعلق بالعوامل الغدية والهرمونية وعلاقتها بالفصام، فقد اتجه بعض الباحثين إلى دراسة كمية النيتروجين في الجسم ، وهرمون الكورتيزون كما اظهر أن معدلات الفصام تزداد تبعا لزيادة اضطراب الهرمونات في حالات البلوغ و سن اليأس (محمد أديب ، 2009 :104-105).

2-4 - العوامل النفسية :

لا يمكن استبعاد العوامل البيولوجية بجانب العوامل النفسية فالاستعداد البيولوجي يضاف إليه العوامل النفسية و البيئية التي تعتبر عامل مفجر للمرض تؤدي إلى الإصابة بالفصام فمن بين العوامل النفسية نذكر مايلي:

4-2-1- الصراع النفسي: يرجع أعلام المدرسة التحليلية النفسية مرض الفصام إلى الصراع المستمر بين الأنا الأعلى الهو مما يضعف سيطرة الأنا الأعلى على الشخصية و يضعف الأنا و يخلق صراعا مستمرا بينه و بين العالم الخارجي و يؤدي إلى الانفصام عن الواقع مما يجعل المريض يمتص الطاقة الليبيدية للداخل بدلا من توجيهها للخارج و ينكص للمراحل الجنسية الأولى في حياة الفرد و ينكص لأنماط التفكير الطفيلي و ينسحب إلى داخل نفسه إلى المستوى النرجسي و يتمركز حول ذاته و يتجنب العلاقات الشخصية الاجتماعية و يصبح انطوائيا و يفشل في التوافق مع البيئة الاجتماعية (حامد زهران:1992 ، 536).

4-2-2-2- الصددمات النفسية في الطفولة : يمكن للفصامي أن يتعرض لصدمة نفسية عنيفة في الطفولة المبكرة هذه الصدمة تجعل الفرد حساسا حتى أنه لا يستطيع تحمل الضغط المتأخر أو و بعد ذلك الذي لا يستطيع الآخرون تحمل الضغط المتأخر أو التالي و بعد ذلك و الذي يستطيع الآخرون تحمله فكلما ازداد اضطرابا كلما لجأ إلى الانسحاب التام إلى عالم طفيلي لا يتفق مع عالم الواقع و لكنه يستطيع أن يجد فيه الإشباع الذي حرمه منه هذا العالم .

4-2-3- اختلال العلاقة المبكرة بالموضوع : فقد اعتبرت ميلاني كلا أن الشهور الأولى من حياة الطفل و ما ينشأ خلالها من المشاعر موجبة أو سلبية تجاه النفس و الآخرين هي الأساس الموقف الفصامي و تكوين دفعات مرضية تظل إلى الحياة بينما ركز فربين على التشققات الأنا إلى تداخل مع وظائف التكوينية و تكامله و اختباره للواقع و هذه مع العلاقة غير الناضجة للموضوع تمنع الانتقال من الاعتمادية الفمية إلى الاعتمادية الناضجة المبنية على تمييز النفس الآخر" (حسين فايد، 2001: ص 159).

4-3- الأسباب البيئية:

ترفض الأسرة دائما سلوكيات أبنائهم و خاصة في مرحلة المراهقة و هذا يشعر المراهقون بالإحباط و اضطراب قدراتهم على المبادرة بأنشطة هادفة و موجهة .

4-3-1- الإفراط في الرعاية : ينظر للفصام على أنه اضطراب له جذوره الطفيلية و أنه توافق زائد لتاريخ يتسم بتزايد الميل لوقاية الطفل عن طريق تجنبه العلاقات الإنسانية و ذلك التجنب اجبر عليه الطفل نظرا لانعدام الأمن و الدفء في هذه العلاقة الإنسانية بعزل الفرد عن المؤثرات التربوية التي يقدمها المجتمع (حسين فايد، 2001: 160).

4-3-2 - العلاقات الأسرية المضطربة: مثل اضطراب العلاقات الشخصية المبكرة بين الوالدين و الطفل و خاصة مع الأم أو من يمثلها و كذلك الحال مع الأب القاسي أو السلبي بمعنى وجود تنافر في شخصيات الوالدين و الأولاد و المشكلات العائلية و الانهيار الأسري و البرود الانفعالي

4-3-3- التغيرات الثقافية و الحضارية: مثل التي تصاحب الهزات الاقتصادية و الكوارث الاجتماعية و الهجرة دون الاستعداد النفسي لذلك مع وجود عوامل مهينة للمرض للوحدة و العزلة الاجتماعية (حامد زهران، 1992 ، ص 536).

5- الأعراض الاكلينيكية للفصام:

من أهم الأعراض العامة التي نلاحظها على المريض الفصامي مايلي:

1- اضطراب في التفكير

2- اضطراب الوجدان

3- اضطراب الإرادة .

4- الأعراض الكاتاتونية أو التصليبية.

5- الهذيانات.

6- الهلوس (السمعية، الشمية ، البصرية).

7- اضطرابات السلوكية.

و تختلف هذه الأعراض من مريض إلى آخر حسب شدة و مدة المرض أحيانا نجد كل

الاضطرابات سابقة الذكر في مريض واحد و أحيانا يحمل المريض اضطرابين أو 3

اضطرابات نجدها بارزة لديه.

6- الأنماط الاكلينيكية للفصام و الأعراض الخاصة بكل نمط:**1-6- الفصام البسيط:**

أهم خصائص أن بدايته تدريجية غير حادة و سيره بطيء و الانفصال عن الواقع تدريجي و

الهلوسات و الأوهام نادرة و قد لا يوجد بالمرّة و السلوك الغريب قليل نسبيا و من أهم

أعراضه: نقص النشاط و النمطية الحركية و اللزمات الحركية و عدم القدرة على التركيز

و هذا التأثير و التأثير و اضطراب التوجيه و نقص الاتصال الاجتماعي و انعدام المسؤولية

و قلة الميول و الاهتمامات و نقص مستوى الطموح و الانطواء و الانسحاب و سوء التوافق

الاجتماعي و التبلد الانفعالي و الخمول الانفعالي و اللامبالاة و فقر الدافعية و فقدان التعلق

الانفعالي بالآخرين و الاستغراق في أحلام اليقظة و فقدان الاهتمام بالمظهر الشخصي و

سوء التوافق الجنسي أو العمل و عدم القدرة على القيام ببعض الأعمال البسيطة ، البطالة أو

عدم الاستقرار في العمل ، التشرّد و التناقض السلوكي و يبدو المريض في حالة حلم دائم .

2-6- الفصام المبكر:

أهم خصائصه أن بدايته مبكرة و مفاجئة عادة في المراهقة) و ذلك يسمى أحيانا فصام المراهقة أو فصام الشباب) و يؤدي إلى تدهور الشخصية و عدم تكاملها و الأعراض فيه غير مستقرة و كثيرة التغيير ومن أهم أعراضه: قلة العناية بالنظافة الجسمية و الصحية و النكوص المرضي و خاصة في عادات الأكل و الإخراج و اختلاط و عدم الترابط الفكر و الكلام و السلوك و التفكير الاجتراري و الخيالي الغريب و ضعف التركيز و الهذات المتغيرة و الانطواء و الاستغراق في أحلام اليقظة و الخروب الغريب على المعايير الاجتماعية و التبلد الانفعالي و التذبذب الانفعالي ، التناقض الوجداني عدم النضج الانفعالي ، و الأوهام ذات الطبيعة الجسمية ، السلوك الطفيلي.

3-6 الفصام الحركي :

خصائصه أنه يبدأ في سن متأخرة عن الفصام البسيط و المبكر بين سن [20-45] سنة و توجد فيه أعراض حركية واضحة اما بالنقص أو بالزيادة

و الفصام الحركي شكلان :

1-3-6-التصلب: الوضع التصليبي التخشبي و التصلب الشخصي و الوضع الثخالي ، وضع الصليب ، و وضع الجنين ، وضع ميت ، و هذه الأوضاع تدوم طويلا و بدون تعب و عدم الحركة و فقدان النشاط و الأسلوبية و الذهول و تكرار الكلام و ترديده و النمطية و الانسحاب و السلبية و الصمت و الطاعة الآلية و السلوك الحركي القهري مما تعودته المريض في مهنته مثلا و فقدان الشهية و رفض الطعام و عدم القدرة على ضبط التنفس و جنسيا أو من ناحية التبول أو التبرز.

2-3-6--الهياج: الهياج الحركي غير الهادف و عدم الاستقرار و الأرق و الإعياء و فقدان الوزن و عدم التوافق بين المزاج و التفكير و سرعة الكلام و ردود الأفعال الغريبة للهوسات و الاتجاهات الشاذة الغريبة و العدوان أو التكلف في الكلام و المشي و الحركات و محاولة الانتحار أو قتل الغير و الإنهاك في النشاط الجنسي المكشوف.

4-6 الفصام الهذائي (البرانويدي):

أهم خصائصه يبدأ عادة متأخرا بعد سن 30 سنة و يتصف بالتفكير و السلوك الذاتي و الأوهام و أفكار المرجع أو الإشارة و التأثير و تكون الهذيان غير متنسقة و سريعة التغير و يكون السلوك ليس من السهل التنبؤ به و الفصام الهذائي شكلان :

1-4-6:الاضطهاد : أفكار الاضطهاد و الشك و الميول الاتهامية و العزلة الشديدة و الاعتقاد المريض أن الآخرين يتأثرون عليه و يكيّدون له , و عدم الرضا و الحقد و محاولة الانتحار و السلوك المضاد للمجتمع و الاعتقاد أن هناك من ينومه مغناطيسيا و التأثير عليه

2-4-6:العظمة:أفكار العظمة و اعتقاد المريض بأنه موهوب بقدرات عقلية عالية فريدة أو أنه يشغل منصبا كبيرا و التطرف و أوهام القدرة و القوة على كل شيء و التناقض السلوكي (حامد زهران ، 1992 : 538، 539، 540).

7- التشخيص و التشخيص الفارقي للفصام حسب DSM4:

حتى تستطيع تشخيص مرض الفصام و معرفته يجب توفر ملامح و أعراض خاصة بهذا المرض تميزه عن باقي الأمراض العقلية ندرجها كالاتي و لكن دائما يجب انتظار التطور الكافي من ستة (06) أشهر إلى اثني عشر شهرا قبل وضع التشخيص.

1-الأعراض المميزة : اثنان أو أكثر من الأعراض الآتية تكون موجودة أثناء فترة الشهر

أ- أفكار هيدانية : البوح عن التفكير لزوم التفكير ، سرقة التفكير ، هذيان العظمة ، هذيان ديني ، هذيان الاضطهاد.

ب- الهالوس: هناك هالوس سمعية التي تتحكم فيها الأصوات في الأفعال أو التفكير المريض أو تنقلب فيما بينها ، و الهالوس السمعية بدون أصل اكتبابي أو اغتباطي إذا كانت لم تتكرر عدة مرات و إذا لم تكن محدودة بكلمة أو كلمات ، التفكك ، التداعيات بدون أي علاقة تفكير منطقي.

ج- خطاب غير منتظم : فقر محتوى الكلام.

د- سلوك كتاتوني

و- أعراض سلبية : ضعف وجداني ، حصر ، فقدان الإدارة .

2-الخلل الوظيفي الاجتماعي للنشاطات :

أثناء جزء معبر من الوقت منذ الاضطراب المفاجئ أحد أو العديد من المجالات الرئيسية للسير ، مثل العمل ، العلاقات البين شخصية و الاهتمامات الشخصية و هي بوضوح رديئة قبل الاضطراب المفاجئ

3-المدة : إشارات مستمرة للاضطراب تثبت أثناء على أقل ستة أشهر هذه الفترة يجب فهم على الأقل شهر من الأعراض المميزة بمعنى أعراض المرحلة النشطة و يمكن فهم الأعراض التمهيدية أو المتبقية حيث إشارات الاضطراب تستطيع أن تظهر فقطك بالأعراض السلبية أو باثتان أو أكثر من الأعراض المذكورة موجودة تحت شكل مخفي مثل اعتقادات خاطئة و ادراكات غير عادية .

4-استبعاد اضطراب الفصام الوجداني أو اضطراب المزاج :

اضطراب الفصام الوجداني و اضطراب المزاج مع خصائص ذهانية هي محدودة سواء (الاكتئاب و الاضطراب الوجداني ثنائي القطب)

5-استيعاب الأمراض التي قد تشابه الفصام:

مثل امراض طبية عامة أورام الدماغ خاصة في الفص الجبهي و الصدعي و الصرع و أمراض الغدد و زهري الجهاز العصبي و بعض الالتهابات و التي تسبب ما يعرف بالذهان العضوية كمرض نقص المناعة المكتسبة (الايدز) و غيرها" (H.BLOCH.E.Depret . A .GOLLO , 1150,1151).

8- العلاج:

الفصام كغيره من الاضطراباتالذهانيةالأخرى يتم علاجه أو التخفيف من حدة زيادة الأعراض من خلال استخدام العلاج الطبي والنفسي والاجتماعي سنتطرق إلى التعرف على هذه العلاجات.

8-1-العلاج الدوائي:

ظهر الانقلاب الكبير في معالجة الفصامات مع اكتشاف الأدوية الحديثة التي تطلق عليها تسمية مضادات الذهان وهناك عدة طوائف من هذه الأدوية النفسية، تختلف عن بعضها في تركيبها الكيميائي ومعاييرها وتأثيرها، ويتفق كل الخبراء تقريبا على أن مضادات الذهان تمثل

الوسيلة المثلى في معالجة الفصامات وقد تمت مقارنة فاعلية هذه الأدوية علاج الفصام اتباع أدوية أخرى وبالعلاج النفسي وبمجرى غير معالجين في كثير من الدراسات وهنا أثبتت مضادات الذهان نفسها على أنها أكثر الوسائل فاعلية سواء لدى المرضى الموجودين داخل المستشفيات أو من أجل الوقاية من الانتكاس لدى الأشخاص الذين استطاعوا العودة لحياتهم الطبيعية ولكنهم استمروا في تناول الدواء. ويؤثر الكلوتساين CLOZAPIN أحيانا في الحالات التي لا تؤثر فيها الأدوية الأخرى، من أجل كبح الأعراض جانبية أقل من مضادات الذهان الأخرى غير أن من سيئاته الوخيمة انه يمكن لعدد الكريات البيضاء أن ينخفض بشكل خطير لدى عدد محدود من المرضى.

وغالبا ما يتم استخدام ادوية معينة في علاج أعراض معينة من الفصام وعليه يمكن للفينوثيازين phenothiazine الذي يمتلك تأثيرا مهدئا.

استنتج سوليفان أن استخدام هؤلاء المرضى للغة بهذا الشكل هو حيلة الدفاعية أكثر من كونه نوعا من التواصل الايجابي، ويعتقد أن حديثهم قد أفاد في بقاء الناس على المسافة منهم وهو ما يحمى المرضى الذين يعانون بالفعل من تدني مفهوم عن ذاتهم.

إن المعوق الرئيسي للتواصل مع المرضى الفصام من وجهة نظر سوليفان هو قلق المريض ولذلك يمكن من المهام الأولية للمعالج هو تجنب الإثارة غير الضرورية لقلق المريض أثناء جلسات العلاج، ويعتقد سوليفان كذلك أن مرضى الفصام يمكن أن يستفيدوا لو أن المعالجين شجعوهم ان يعودوا تدريجيا الى خبرات الطفولة القلقة التي خبروها في مواقف جرحه من الحياة وقرب نهاية حياته راح سوليفاني يؤكد على أهمية الجماعة والمناخ الاجتماعي لمريض الفصام وخاصة التوثر والقلق الذي كان يشعر به المريض في جماعته ويعد سوليفان أشهر من عالج الفصام لدرجة أنالإجراءات التيأسسها ظلت تمثل الإجراءات العلاجية المعمول بها في أمريكا حتى السبعينات.

2-8 العلاج البيئي:

قبل الستينات كان معظم مظاهر العناية اليومية لمرضى الفصام تركز على النظام الروتيني و أسلوب الرعاية داخل المستشفى و ناقش الخبراء الآثار المؤذية للحجز المؤسسي

للمريض وفي الستينات هاجم العديد من الكتاب الأنظمة التقليدية لمستشفيات الصحة العقلية حيث نشر عالم الاجتماع فينجوفمانⁱ, goffmane كتابا في 1961 بعنوان الملاحيء أوضح فيه أوجه التشابه بين حياة المرضى العقلين و المساجين.

شديدا أن يستخدم في علاج المرض الذين يعانون من حالات إثارة. ويتم تمثيل الأدوية منفردة بطريقة مختلفة من قبل الجسد لهذا من الممكن أن يتم تفصيل استخدام دواء على آخر لان خطر إلحاق الضرر بالكبد فيه اقل الذي يكون متضررا مسبقا وان يزيد من مرض القلب سواء أو يزيد من ضغط الدم المرتفع أصلا ولهذه الأدوية تأثيرات وخيمة إذا أنها أدوية قوية تغير من التوازن الكيماوي للدماغ ويمكن أن تقود إلى مجموعة من الأعراض الجانبية وأحيانا يمكن للإنسان أن يتحكم بالتأثيرات الجانبية هذه من خلال تغيير مقدار الجرعة أو من خلال تغيير الدواء إلى دواء له تركيب كيماوي آخر وفي حالات أخرى ينبغي أن لا بد من إضافة دواء آخر من أجل السيطرة على الأعراض الجانبية ومن الأعراض الجانبية يمكن ذكر الإمساك، اضطرابات الرؤية، اضطرابات الحركة المستثمرة أو اضطرابات الإيقاع القلب أو اضطرابات تركيبية الدم

(PARDES- Oltham-Kass-2009 :106/107).

3-8-العلاج النفسي:

نظر فرويد إلى الفصام كمشكلة عضوية وليست مشكلة نفسية وفي سنة 1938. قال يجب أن نتحلى عن فكرة تجريب خططنا في العلاج السيكونامي على مرضى الذهان وفي المقابل لذلك برع احد الفرويديين الجدد في هذا المجال الا وهو هاري ستاك سوليفان الذي احتج في 1924 على البحث غير المجدي في الاسباب العضوية للفصام حيث شعر أن مرضى الفصام قد يستجيب والى اسلوب معدل للعلاج بالتحليل النفسي.

ولقد عمل سوليفان مع مرضى الفصام في مستشفى جديد وشهير للأمراض النفسية في ميرلاند هو مستشفى جديد شيسنتوننت لودج وعند بداية عمله في الأربعينات والخمسينات مع هؤلاء المرضى.

8-4-العلاج الأسري:

أصبح العلاج الأسري واحدا من أعظم التطورات المثيرة في علاج الفصام خلال العقدين الآخرين ، فالعمل الرائع لجورج براون و فاقه.

Georg Brown في انجلترا قائد الخبراء إلى الاعتقاد أن الأسر ذات الانفصال التعبيري المرتفع قد ينقصها المعرفة و المهارات لمساعدة المرضى على السيطرة على اضطراباتهم بفعالية و بتطوير التدخلات لزيادة المعرفة و المهارات فان المعالجين كانوا حريصين على عدم لوم الأسرة على تطور الاضطراب البيولوجي و ركزوا على إعطاء الأسرة فنيات محددة يمكن أن يستخدموها في المنزل مثل كيفية أخبار المريض أن الأعراض الجانبية للعقاقير التي يتعاطاها جادة جدا و كيفية التحدث مع المريض دون إرباكه.

9-أثر دمج العلاج الطبي و النفسي و الاجتماعي :

منذ عام 1955 انخفض عدد المرضى العقليين في المستشفيات العامة في أمريكا منذ 560 ألف مريض إلى حوالي 116 ألف مريض فمع الإطلاق المتتابع لسراح المرضى وجد أن هؤلاء الأشخاص يحتاجون خدمات عديدة بعضها كان يقدم بشكل طبيعي في المستشفى حيث بقو في حاجة إلى أسلوب منظم إلى الخدمات الجماعية أو الإقامة بالمستشفى و في مراجعة لأربعة عشر من الدراسات الحديثة نسبيا على مرضى تم اختيارهم عشوائيا سواء للعلاج الجماعي أو الإقامة بالمستشفى استنتج كسلر و سيبولكين 1987 kiesler et sibulkin أن العناية الجماعية أكثر فعالية من الإقامة بالمستشفى في العديد من الأبعاد و مهما كان الهدف من الفاعلية فان معالجة الجماعة المنظمة لأغلب الأشخاص المصابين بالفصام مازالت بعيدة عن الواقعية(محمد السيد، 2000: 441-444).

لقد تطرقنا في العلاج إلى التعرف على أنواع العلاجات التي يستخدمها الطبيب والأخصائي النفسي للعلاج المريض الفصامي ويعتبر العلاج الأسري حاليا أهم الطرق العلاجية للمرض الذي يتوجه إلى أسرة المريض لزيادة فهمهم لطبيعة المرض وأهم الأعراض المرضية وما يجب عمله في مختلف مراحل المرض والدور الهام الذي يقومون به لمنع الانتكاسة.

خلاصة الفصل:

حاولنا من خلال هذا الفصل التعريف بمرض الفصام وأسبابه وأعراضه ومسارات تطوره فسننتقل إلى الفصل نرى أن الأسرة عامل أساسي ومهم في العملية العلاجية فمن خلال دراستنا للعلاجات استنتجنا أن قد يكون للأسرة تأثير في ظهور الفصام أو زيادة تطور مرض الفصام.

الفصل الثالث:

الأسرة

تمهيد

1- مفهوم الأسرة

2- أنواع الأسرة

3- وظائف الأسرة

4- مقومات الأسرة

5- أهمية الأسرة في المجتمع

6- الأسرة السوية و الأسرة المريضة

7- الأسرة و تأثيرها بمرض الفصام

خلاصة الفصل

تمهيد:

الأسرة هي الخلية الأولى للحياة الاجتماعية وهي أول الإطار الذي يتلقى فيه الإنسان أول دروس الحياة الاجتماعية، يتلقى أفرادها قيم المجتمع وعاداته وتقاليده بحيث تخلق في كل فرد كائنا اجتماعيا، وهي المدرسة الاجتماعية التي تعلم الطفل الأساليب السلوكية الملائمة للمواقف الاجتماعية وبالرغم من ذلك لم تنتعش دراسات الأسرة إلا في أواخر القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين على يد علماء الأنثروبولوجيا وعلماء الآثار الذين اهتموا بدراسة الأسرة في الثقافات البدائية وفي الحضارات القديمة ومنذ ذلك الوقت بدأت دراسة الأسرة تحتل مكانة هامة في العلوم الاجتماعية.

سنقوم في هذا الفصل بإلقاء الضوء على الأسرة بتعريفها وذكر أنواعها ووظائفها ودورها.

1- مفهوم الأسرة:**1-1- التعريف اللغوي:**

الأسرة من الناحية اللغوية كما ورد في لسان العرب بمعنى: أسرة الرجل بمعنى عشيرته ورهطه الأذنون لأنه يتقوى بهم والأسرة بمعنى عشيرة الرجل ومل بيته (ابن منظور، 2008: 18).

والأسرة لغة مشتقة من الأسروالأسر لغة بمعنى القيد يقال أسر أسرا واسارا قيده وأسرها أخذها أسيرا. (المنجد، 1998: 85)

1-2- التعريف الاصطلاحي:

تجدر الإشارة إلى أن تعريف الأسرة يختلف باختلاف مجال الدراسة فالأسرة تعرف بأنها جماعة اجتماعية مكونة من أفراد ارتبطوا مع بعضهم برباط الزواج أو الدم أو التبني، وهم غالبا يشتركون مع بعضهم في عادات عامة، ويتفاعلون مع بعضهم تبعا للأدوار الاجتماعية المحددة من قبل المجتمع (محمد شريف صقر، 1987: ص16)..

والمفهوم النفسي للأسرة هي الوسط الذي يعتمده الإنسان في تحقيق دوافعه الغريزية والجنسية والعواطف والانفعالات (محمد عاطف، ب س: 176).

أما التعريف الاجتماعي لها فهي هيكل اجتماعية تتميز بطابع ثقافي تختلف باختلاف المجتمعات وهي جماعة اجتماعية بيولوجية نظامية تتكون من زوج وزوجة وأبنائهما، فنجد مثلا

ماكيفريكتب عن الأسرة قائلا "إن الأسرة جماعة تعرف على أساس العلاقات الجنسية المستمرة على نحو يسمح بإنجاب الأطفال ورعايتهم...".

كما يكتب روبرت لوي "R.LOWI" إن الأسرة هي الوحدة الاجتماعية القائمة على الزواج" ويعرفها W.BURGESS ولوك الأسرة في كتابهما "THE FAMILY" بنها جماعة من الأشخاص يرتبطون بروابط الزواج والدم.

وتتكون من الزوجة، الأموالأب، الأخوالأخت ويشكلون ثقافة مشتركة (سلوى عثمان، 2001، ص15).

2-أنواع الأسرة:

2-1-الأسرة الممتدة:

هي نوع من أنواع الأسرة تتكون من الزوج والزوجة والأولاد الذكور والإناث غير متزوجين والأولاد وزوجاتهم وأبنائهم وغيرهم من الأقارب كالعمة والعم... الخ وهؤلاء جميعا يقيمون في نفس المسكن ويتشاركون في حياة الاقتصادية والاجتماعية واحدة، كما يمكن إن يون لهذا النوع من الأسرة نظام تعدد الزوجات.

2الاسرة النووة:

وهي نوع من أنواع الأسرة تتميز بصغر حجمها حيث تتكون من زوج وزوجة وأبناء هما غير متزوجين نادرا ما يحدث أن يعيش احد الأبناء المتزوجين مع والديه ويكون ذلك في ظروف استثنائية.

3-وظائف الأسرة:

تقتصر وظائف الأسرة على أربعة وظائف رئيسية و هي:

3-1 الوظيفة البيولوجية:

وهي التي ترتبط بالإنجاب والتناسل وحفظ النوع وتتأثر بالتشخيص الوراثي للمرض وبالتالي تتأثر القرارات المرتبطة بالإنجاب (الميلادي 2003، ص 334).

تعتبر هذه الوظيفة أساسية في استمرارية البقاء بالإضافة إلأنها تشكل إشباع جنسي بشكل قانوني ومنظم للزوجين ضمن مجموعة من المعايير والقيم الاجتماعية.

2-3- الوظيفة النفسية :

من المعروف إنالأطفال في الأسرة يتأثرون بالمناخ النفسي السائد في الأسرة وبالعلاقات القائمة بين الأبو الأم، ويكتسبون اتجاهاتهم النفسية بتقليد الآباء والأهل وبتكرار الخبرات العائلية الأولى. فالشخصية السوية هي التي نشأت في جو تشيع فيه الثقة والوفاء، والحب والتالف والأسرة التي تحترم فردية الشخص وتدربه على احترام نفسه وتساعده على أن يحافظ على كرامته بين الناس وتوحي إليه بالثقة اللازمة لنموه هي الأسرة المستقرة الهادئة من ناحية العلاقات التي تعكس ثقته على أطفالها فالعلاقات والشعور المتبادل بين الأفراد الأسرة (الأب والأم).

لها أهمية كبرى وذلك لان هذا الشعور إذا صادفته أية عقبات أو انحلال أصبحت العلاقات داخل الأسرة مضطربة مما يؤدي إلى انحلال وتفكك الأسرة وبالتالي إلى تشرد الأطفال وانحرافهم أو إلى عدم الإنتاج السليم، وعدم أداء كل فرد لوظيفته نحو الأسرة بطريقة صحيحة وحرصا على أن يكون الشعور المتبادل بين الأفراد الأسرة شعورا يسوده الاطمئنان والشعور بالمسؤولية (احمد وسامي، 2011، ص42،41).

لا بد على الأسرة إن توفر الحماية والأمن لأفرادها والتقرب منه وتفهمه والعطف عليه ومنحه حق الانتماء حتى يحس بمكانته الاجتماعية والتقبل م طرف المجتمع وكل هذا يحفره على توظيف طاقاته في المجتمع وفي نفسه.

3-3- الوظيفة الاجتماعية:

كانت الأسرة ولا تزال أقوى سلاح يستخدمه لمجتمع في عملية التشبيح الاجتماعي ونقل التراث الاجتماعي من جيل لأخر، وبمعنى آخر تعليم الفرد الامتثال للمطالب المجتمع والاندماج في ثقافته وإتباع تقاليده والخضوع للالتزاماته مجارة الآخرين بوجه عام.

إن السنوات الخمس الأولى من حياة الفرد هامة لأسباب عدة منها أن الطفل في هذه المرحلة لا يكون خاضعا لسلطة جماعة أخرى غير أسرتهولأنه يكون فيها سهل التأثير وسهل التشكيل، وشديد القابلية للإيجاد والتعلم وقليل الخبرة وعاجزا ضعيف لإرادة وقليل الحيلة وفي حاجة دائمة إلى من يعوله ويرعى حاجاته النفسية والجسمية المختلفة.

4-3- الوظيفة الاقتصادية:

لقد كان معروفا في الأزمنة السابقة إن رب الأسرة هو كفيل الاقتصادي لجميع مطالب الأسرة، أي انه العائل الأول المسؤول عن كل الموارد الاقتصادية..

لكن نظرا لظهور المدنية وزيادة المتطلبات الأسرية، فقد أدى ذلك إلى تعويد الأفراد على التربية الاستقلالية، حتى ينشأ كل طفل منهم وهو يشعر بالمسؤولية، ولكي تتحقق الوظيفة الاقتصادية في الأسرة.

4- مقومات الأسرة:

تبقى الأسرة وتستمر على مقومات أساسية التي تحدد جوانب التكامل الأسري والتي تجعل منها نسق اجتماعي ومن أهم هذه المقومات ما يلي:

4-1- المقوم النفسي:

لا تبني الأسرة والحياة الزوجية بطريقة آلية إذ أن البناء الحقيقي لها يتم على مدى التوافق النفسي وهي انتماء الزوجين، إلى ثقافة اجتماعية متماثلة فعندما ينتمي الشريكان إلى أسرة متماثلة تسود منها عادات سلوكية متشابهة يخلق اتفاق أساسي حول التصرفات المختلفة، تصبح الحياة المشتركة من الأمور السهلة (سلوى عثمان 2001، ص28).

4-2- المفهوم الديني:

الدين من أهم النظم الاجتماعية، بحيث كال ما هو ملاحظ في سلوكيات الأفراد باختلاف انتمائهم الاجتماعي تكون طوعا أو كرها إلا استحق الجزاء الذي يفرضه المجتمع، وعند ميلاد الفرد يكون الدين احد الدعائم ويعتبر الدين حتمية أخلاقية فهو يساعد الفرد في كبح غرائزه والسيطرة على أنانية وعند عرضنا لمقومات الحياة الأسرية التي تساعد على استقراره، فنجد أن الدعامة الأولى هي ضرورة توفير القيم الروحية وتدريب الأبناء من طرف الآباء على اعتماد الدين لتكوين الشخصية (سلوى عثمان 2001، ص28).

فالمقوم الديني هو الإطار المرجعي لسلوكيات الأسرة المرتبطة بالعقائد والفضائل والقيم الروحية.

ويمكن إدراك القيم من خلال إحدى الصور الأربعة التالية التي ذكرها عبد المنعم في كتابه الصحة النفسية وهي:

أ- جوانب مطلقة لها أهميتها.

ب- خصائص في الأشياء سواء كانت مادية أو معنوية.

ت- مفاهيم لدى الفرد تبرز من خلال حاجاته البيولوجية وأفكاره التي يمثلها أفعال تترجم القيم

محل الاهتمام (عبد المنعم، 2003، ص335).

4-3- المقوم الاقتصادي:

4-4- يتجه النمط الأسري في حياتنا نحو قيام سيد البيت بالحصول على الدخل اللازم فالعامل الاقتصادي هو أساس قيام الحياة الأسرية، ففكرة تكوين أسرة تكون مرتبطة بقدرة الزوج على تحمل المسؤوليات الاقتصادية، ويترتب على قصور العامل المادي بحرمان الأسرة من المشاركة الاجتماعية.

والكثير من المشكلات المالية تبدأ بجدل حول الشخص، الذي يقوم بالإنفاق في الأسرة ولذلك يجب أن تكون مسؤولية الاتفاق مشتركة بين كل من الزوج والزوجة في ضوء تخطيط مناسب لميزانية الأسرة.

4-4 المقوم الصحي:

الأسرة هي الأداة البيولوجية تحقق الإنجاب والاستمرارية الحياة وهي أيضا الوسيلة التي تنتقل من خلالها الخصائص الوراثية عن طريق الصفات التي تحملها الجينات ومن المهم أن تقوم الأسرة على أساس صحي.

فعندما يتعرض احد من الأفراد لمرض تؤثر حالة في كل أعضاء العائلة، حيث يضطرب نظام الحياة اليومية وقد يؤدي الموقف إلى ظهور أعراض سلوكية مرضية كالقلق، فقدان العلاقات الاجتماعية وفي بعض الأحيان إلى اكتئاب وقد يشعر الفرد اتجاه هذا الموقف باليأس والعجز وعدم القدرة على التعامل معه ويصبح أكثر قابلية للتأثر.

كما قد يرتبط مرض احد الأفراد الأسرة بانعدام الحب والحنان فقد تؤدي الجهود المختلفة التي توجه نحو الإشباع الحاجات إلى استمرار المرض.

وقد أظهرت احد دراسات Friedrich 1983 أن هناك مجموعة من المشكلات المرتبطة بإعاقة الطفل في الأسرة المتمثلة فيما يلي:

- المشكلات المرتبطة بنشاط الأسرة.
- المشكلات الاجتماعية للأسرة.
- المشكلات العاطفية للأسرة.
- زيادة المطالب المرتبطة بالرعاية في الأسرة.
- المتعاب الانفعالية للوالدين.
- اليأس والإحراج المرتبطة بمراقبة الطفل (عبد المنعم 2003، ص332).

إذن من المهم أن تنشأ الأسرة نشأة صحية لتفادي وجود الصراعات والمشكلات المرتبطة بوجود طفل أو احد أفراد العائلة لديه اضطراب إذ أن الاستعداد الجسمي السليم هو حجم الزاوية في الحياة الأسرية السعيدة.

4-5-المقوم الإجتماعي:

تعتبر العلاقات الاجتماعية أساس الاستقرار والاطمئنان في الجو الأسري، كما تقوم على التكيف المتبادل بين الأدوار الزوجية من ناحية الاشباعات الجنسية والعواطف الودية والصدقة. فالأسرة كنسق اجتماعي طبيعي، لا يمكن النظر إليها فقط على إنها تجمع من الأفراد يمثل كل منهم مكانة معينة في الأسرة ولكنها شبكة من التفاعلات والعلاقات داخل هذا النسق الاجتماعي. وفي هذه الشبكة من العلاقات ويوجد فيها العديد من الأدوار والقواعد التي تحكم هذا التفاعل منها النظام الزوجي والنظام الأبوي والنظام الأخوي والنظام الاجتماعي الداخلي والخارجي (سلوى عثمان ، 2001، ص35).

5-أهمية الأسرة في المجتمع:

إنها أول جماعة إنسانية يتكون منها البنيان الاجتماعي، وهي أكثر الظواهر الاجتماعية عمومية وانتشارا.

تعتبر الأسرة الإطار العام الذي يحدد تصرفات أفرادها، فهي يشكل حياتهم وتضفي عليهم خصائصها وطبيعتها، وبذلك فهي مصدر العادات والتقاليد وقواعد السلوك.

- تقوم الأسرة على أوضاع يقرها المجتمع في المراحل تكوينها وتطورها وصورة حياتها.
- الأسرة بوضعها كنظام اجتماعي تؤثر في النظم الاجتماعية الأخرى.
- تعتبر الأسرة في كثير من المجتمعات وحدة إنتاجية، وان كانت هذه الوظيفة تختلف من مجتمع لأخر.

- الأسرة وسط اصطلح عليه المجتمع لإشباع غرائز الإنسان ودوافعها الطبيعية.
- تلقي الأسرة مسؤوليات مستمرة على أعضائها أكثر من أي جماعة أخرى (محمد شريف 1998: 23).

6- الأسرة السوية والأسرة المريضة:

في علم النفس العيادي يوجد حالات سوية وحالات غير سوية أي مرضية فينطبق نفس الشيء على الأسرة فهناك ما يسمى بالأسرة السوية أي الصحية تتبع نظام صحي يتماشى مع جميع أفرادها وهناك الأسرة الغير سوية أي المريضة نظامها المتبع مرضي لا يتماشى مع جميع أفرادها.

6-1- الأسرة السوية:

ويطلق عليها الأسرة الصحيحة أو الصحية أو الأسرة الفعالة في وظيفتها وهي الأسرة التي تشبع حاجات مختلف أفرادها، فقد يرغب الوالد في أن يبقى أولاده في البيت مثلا في مناسبة عيد مع زوجته ومعهم، وهذا الشعور يناسب هدفه في أن تحقق الأسرة التقارب فيما بينها غير أن احد أبنائه يود أن يمضي العيد مع أصدقائه، وتود ابنتاه أن تقضيا العيد مع جدتهما لأمهما وتؤيدهما الأم في ذلك، هنا يبدو أن أهداف الأب والأم والابن والبنات متعارضة أي انه في صراع وحلهم لمثل هذه الاختلافات سيؤدي إلى الإجابة على السؤال المتصل بأداء الأسرة فالأسرة الصحيحة أو ذات الأداء السليم يمكنها أن توقف بين رغبات وأهداف أفرادها في حين إن الأسرة المعتلة الوظيفة لا يمكنها أن تجري مثل هذا التوفيق وإجمالا فان الأسرة السوية هي أسرة تتسم العلاقات بين أفرادها بالنضج والإشباع المتبادل. هي أسرة يكون التواصل أعضائها صريحا ومباشرا وواضحا . هي أسرة لديها قواعد ظاهرة وغير ظاهرة بان العنف غير مسموح به داخل بناء الأسرة، أسرة تتقبل التغيير كجزء من الحياة مع وجود ادوار تتفق مع إمكانية الأفراد ووجود توازن اسري يتسم بأنه سوي وبذلك تختلف الأسرة السوية اختلافا جوهريا عن الأسرة المريضة (داليا مؤمن 2004 : 9، 10).

نستنتج من خلال تعريفنا للأسرة السوية على أن أساس الصحة النفسية والعقلية في المناخ الأسري هو الحوار والتواصل الدائم للفهم وبالتالي تحقيق الرضا للوصول إلى الأهداف التي يريد كل فرد من أفراد الأسرة تحقيقها على الطريقة التي تتوافق مع النظام المتبع داخل الأسرة.

6-2- الأسرة المريضة:

حينما نستخدم مصطلح الأسرة المريضة أو المعتلة الوظيفة فإننا نقصد ب هان هناك طابع مرضي عام تعاني منه الأسرة ككل، فهناك أنماط معينة من التفاعلات الجامدة والأسرية تصبح علاقات هذه الأسرة، بل قد نجد نوع معين من الأمراض النفسية يميز عند بعض العائلات وهو نوع من الأمراض العصابية لا يعاني منه احد أعضاء الأسرة بمفرده بل الأسرة ككل. أي يظهر في كل أفراد الأسرة عندما تجتمع معا. أن المرض النفسي الأسري يؤدي إلى مرض أساليب التفاعل فيها وهو انعكاس له في نفس الوقت وبالرغم من أن كلا منها يؤدي إلى الآخر إلا انه من الصعب تحديد أيهما السبب وأيهما النتيجة... ولكن المؤكد أن هذا التفاعل المرضي يعطل تطور الأسرة الصحيح ويعطل أداء أفرادها ويخلق أعراض نفسية جديدة ومواقف تصبح بعد ذلك مشاكل الأسرة.

ويمكن القول بأنه يكاد يتفق الباحثون في مجال العلاج النفسي الأسري على ضرورة إعادة النظر في تعريف المرض النفسي فالعلاقات الأسرية هي مرض نفسه أو محوره أو موضوعه الأساسي ولقد نمت هذه النظرة للعلاقات الأسرية نتيجة للملاحظات العلمية للرواد الأوائل وللمجدين والمحدثين في مجال العلاج النفسي الأسري، وخاصة في ميدان الفصام فقد وجد هؤلاء وهؤلاء إنهم عندما يعالجون الفرد المصاب بعيدا عن أسرته فان أجزاء أو جوانب هامة في المشكلة الكلية للمريض تظل غير واضحة، ولاحظوا أن الأسرة غالبا لا تهتم كثيرا بالعلاج التي ليست طرفا فيه، وانه من النادر أن يستمر التقدم الذي يحققه العلاج الفردي إذا تم ذلك العلاج بعيدا عن الأسرة، أو إذا لم يتضمن إحداث تغيير فيها طبقا لما يقتضيه العلاج.

وتسهم المقابلة الأسرية والجلسة الأسرية في اكتشاف أن المرض في الأسرة وليس في المريض نفسه، بل قد يكون المريض أكثر أعضاء الأسرة صدقا واعترافا من أي فرد آخر في الأسرة ومن هذا نجد أنواعا الأسرة صدقا واعترافا من أي فرد آخر في الأسرة. ومن هذا نجد أنواعا من الأسرة المضطربة أو المريض من أمثالها مايلي:

6-2-1- تفكك البناء الداخلي للأسرة مع التكامل الخارجي. كانت " ويلي " من أكثر الأعضاء المؤثرين في المجتمع وظهر اسمها في كثير من المؤسسات الاجتماعية فكانت تجمع وتوزع الطعام على البلدان المحتاجة وتعمل كمتطوعة في الهلال الأحمر وهي مديرة لمخزن به 20

موظف، وأطفالها مشتركون في دروس ثقافية وموسيقية بالإضافة إلى الأنشطة العادية بالمدارس كما أنها تساعدهم في أنشطتهم عندما تجد الوقت.

يلعب الزوج نوع من الرياضة ثلاث مرات أسبوعيا كما يذهب أسبوعيا إلى رحلات صيد مع أصدقائه من المكتب. ونادرا ما يتناول الوجبات مع أسرته فيما عدا الإجازات يشعر كل فرد في الأسرة بكم رضا كبير من العمل أو الأنشطة المجتمعية وقل قدر من الرضا من الزواج أو الأسرة. ففي بعض الأوقات ينشغل الزوجان في نفس الوقت في اتجاهات مختلفة. وفي أوقات أخرى ينغمس أحدهما في أنشطة خارج الأسرة رغم اعتراض الطرف الآخر. ومع الوقت تزداد المسافة بين الزوجين ولا يشتركان في أي اهتمامات، وفي ذلك الوقت تزداد قد يعني أحدهما بحدوث تغييرات دون أن يعرف كيف يحل الوضع.

6-2-2- الأسرة المتداخلة: إذا كانت العلاقات الأسرية تتراوح بين الالتصاق والابتعاد، فإنه في مراحل الالتصاق العاطفي تظهر الأنظمة النفسية الداخلية لأعضاء الأسرة ارتباطا وثيقا لدرجة أن التميز بين العضو وبين الآخر يكون مستحيلا، فنجد اتحادا في وظائف الأنا بحيث يمكن لأحد أعضاء الأسرة أن يعرف أفكار ومشاعر وأحلام فرد آخر، كما يمكن لأحد أعضاء الأسرة أن يصبح مريضا جسديا كرد فعل انفعالي لعضو آخر، ويمكن إن تكون تفاصيل القلق النفسي في احد أعضاء الأسرة هي مرآة كاملة لفرد آخر، ويمكن لجزء " المرض النفسي " أن يكون في عضو بالأسرة ويكون الجزء المكمل له في عضو آخر بها وهكذا تتكامل عوامل القوة أو الضعف في الأسرة الواحدة . ويشير مصطلح الأسرة المتداخلة إلى عدم وجود فروق واضحة بين الأفراد في الأسرة، فسلوك احد أعضاء الأسرة يعدى (ينتشر بالعدوى كل عضو آخر في الأسرة بدلا من أن يظل محددًا في الفرد الذي بدأ معه فالحماية الزائدة أو الانشغال الزائد مع الطفل يؤثر بدوره على علاقة كل من الطفل والوالدين بالأعضاء الآخرين في الأسرة. فهي اسر غير واضحة المعالم ولا يوجد فروق كبيرة بين الأفراد كما يتضح من الإجابات المتشابهة لأعضاء الأسرة المختلفين حين يكمل كل منهم حديث الآخر ولا يستطيعون تكوين صورة واضحة عن مشاعرهم.

6-2-3- الأسرة المفككة: هي التي لها حدود جامدة غير سليمة بين أعضائها، كما أن الاختلافات في سلوك أعضاء الأسرة لا تؤثر في أعضاء الأسرة الآخرين فعلى سبيل المثال لا ينتبه الوالدين

إلى سرقة الطفل لبعض النقود لشراء الطعام ، أو يتضح من نقص قيام الوالدين بوظائفهما حيث يتركون الأطفال الصغار دون إرشاد أو عناية فبالرغم أن أفراد الأسرة يعيشون معا إلا أنها أسرة مفككة داخليا وقد يصل ذلك إلى درجة يشعر فيها الطفل بالاستقلال المتطرف أي أن يدرك الطفل أن والده الأب والأم يعطيه الحرية الكاملة لكي يفعل ما يريد وانه لا يهتم بموعد عودته إلى البيت في حين إن الاستقلال قد يكون ايجابيا ففي بعض الأحيان نجد أن الاحتفاظ بالبعد عن الآخرين قد يساعد على تطوير التفكير المستقل والإحساس بالاعتماد على النفس والثقة والذي قد يؤدي إلى التكيف واعتناق أنماط مؤثر ومفيدة في التعامل داخل الأسرة وفي الحياة بشكل عام.

6-2-4- الأسرة المسيئة: هي الأسرة التي يتعرض فيها الأطفال إلى سوء المعاملة البدنية كالضرب المبرح او غيره من الإيذاء البدني في عضو أو أكثر من أعضاء الأسرة.

ويشيع في هذه الأسر اضطراب التواصل بين الوالدين سواء تواصل المشاعر أو تواصل الأفكار مما يؤدي إلى علاقات أسرية غر مشبعة كما أن قمع التعبير عن الأفكار والمشاعر وابتعاد الزوجين حيث كل عن الآخر يزيد من الصراعات داخل الأسرة. وغالبا ما يتم التنفيس عن هذه المشاعر العدائية بالإساءة البدنية للأطفال مع ملاحظة أن الطفل قد يلعب أدوارا مختلفة داخل أسرته تجعله يتعرض لإساءة المعاملة كدور المستقر مثلا ويكون لإساءة معاملة الطفل آثار سيئة عليه فيظهر عليهم أعراض الاكتئاب وينخفض تقديرات الذات والانسحاب والوسواس القهري وفرط النشاط الحركي والعدوانية .

6-2-5- الأسرة الفصامية: يقصد بها الأسرة التي أصيب احد أبنائها بالفصام وقد تبين أن المريض غالبا ما يكون عرض لمرض الأسرة، وان المرض موجود في جميع أفراد أسرة المريض الفصامي. فمن سمات الأم ذات الابن الفصامي على سبيل المثال العصبية والعنف والتدخل والحماية الزائدة، بينما تتعامل مع البنت الفصامية بالقسوة والتناقض والانسحاب والغموض، في حين أن المريض الفصامي يتسم بالشك والعصبية، ونجد صراعا غير محلول بل وغير معلق بين الأفراد الأسرة. وغالبا ما تسيطر الأم في علاقتها بالأب في حين يظل خاضع وهناك درجة من الذهانية لدى كل منهما وكلما زادت هذه الذهانية كلما شعر الفصامي بوجود علاقات ذات قيد مزدوج فيشعر إنهما يوجهان إليه الرسالة وعكسها في نفس الوقت. (داليا مؤمن، 2004، 13-16).

نستنتج من خلال تطلعنا على الأسرة السوية والأسرة المريضة إنالأساس قيام مناخ اسري صحي هي طريقة التواصل بين الأفرادالأسرة خاصة العضويين الكبيرين هما الأبوالأب فهناك سمات أساسية لبناء مناخ اسري صحي والمتمثلة فيما يلي:

- إشباع الحاجات النفسية الأساسية التي يحتاجها الطفل.
- تنمية القدرات عن طريق اللعب والخيرات البناءة.
- تعليم التفاعل الاجتماعي واحترام حقوق الآخرين.
- تكوين الاتجاهات السليمة نحو الوالدين والإخوةوالآخرين.
- تكوين العادات السليمة الخاصة بالتغذية والكلام والنوم أوالسلوكات اليومية.
- تكوين أفكار ومعتقدات سليمة في شتى الأمور.

7- الأسرة وتأثرها بمرض الفصام:

إن مرض الفصام هو مرض الأكثر إرباكا لأسرة المريض، كما أن الأسرة هي أول جهة تتأثر بإصابة فرد منها به ويمر هذا التأثير بمراحل ثلاث هي:

المرحلة الأولى: مرحلة الإنكار

فعند البدايات الأولى للمريض يميل الأهل عادة إلى إنكاره والى نية الأعراض التي يعاني منها ابنهم إلى عوامل مؤقتة مثل الإرهاق أو التكامل أو أعراض فترة المراهقة أو غيرها. ونسمعهم يرددون عبارات مثل "هذا لا يمكن أن يحدث في عائلتنا " و"هذه الحالة سرعان ما تمضي إلى غير رجعية: ومن نتائج ذلك أن الأسرة قد تلجأ إلى أساليب الضغط أو التعنيف لحمل المريض على التخلي عن سلوكه الغريب أو المتوتر أو الانطوائي وشيئا فشيئا تدرك الأسرة إلا جدوى مما تفعل وخصوصا إذا حاولت جهة طبية أو شبه طبية إفهامهم أن ابنهم مريض حقيقة وأنه لا يعتمد تلك التصرفات بل هي نتيجة لما يعانيه من مرض.

المرحلة الثانية: مرحلة الحيرة.

مع المدة يفهم أقارب المريض أن الأمر ليس كما يتصورون وان هناك أمرا قد لا يكون خطيرا ويبدأ القبول التدريجي بما يقوله الطبيب المختص مع الاحتفاظ بأمل أن يكون قد اخطأ أو بالغ وكثيرا ما يشعرون أيضا بمشاعر الصدمة والحزن والغضب وعادة ما يخلطون في هذه

المرحلة بين كل ما يقترح عليهم من علاجات حديثة وتقليدية فنجد كثيرين يقومون بمحاولات لإزالة السحر أو الصراع بالقران أو الحجامه أو غيرها.

المرحلة الثالثة: مرحلة الاستسلام.

يكتشف أهل المريض تدريجيا اناي شيء آخر غير العلاجات الطبية لا تأثير لعه على الأعراض المرض، فيستلمون لما قدره الله ويتفاوت شعورهم حسب الثقافة السائدة وحسب التصورات المتحصلة حول مرض الفصام فقد تسمع منهم الشعور بالذنب، بأنهم مسؤولون وملامون عما جرى لابنهم، ولو كانوا أباء أفضل ما حدث المرض ويحتل موضوع المرض تفكيرهم كله ولا يكادون يدور كلامهم إلا عليه.

أن مرض الفصام يغير كثيرا حياة الأسرة التي تنقلب أحيانا رأسا على عقب ومن مظاهر تلك:

الخوف المستمر على المريض، مما يجعل الأسرة في بدايات أمرها بالخصوص تخاف أن تتركه بمفرده حتى لا يؤدي نفسه أو يؤدي الآخرين.

الانشغال المستمر بالمريض ومحاولة الاستجابة لحاجاته مما ينتج عنه عدم النوم المريح والإجهاد، وأحيانا الخلافات بين أفرادها حول كيفية التصرف مع المريض.

الانسحاب التدريجي من الأنشطة الاجتماعية تفرغا للمريض ومعالجة لأثار وضعيته الجديدة.

الشعور بالحرَج المستمر بسبب التصرفات غير مسؤولة أو الطفولية أو الشاذة التي تصدر عن المريض وفي بعض الأحيان تظهر على غير المعتاد ممارسات مثل الإكثار من الأكل مع السمنة الزائدة أو الإسراف في التدخين أو إهمال النظافة و المظهر أو تعاطي المسكرات أو المخدرات.

وإذا ابتليت الأسرة بأكثر من مريض بالفصام كان يكون لها ابنان وثلاثة كلهم مرضى فان المعاناة تكون اكبر والكلفة أعلى لكن جميع المختصين متفقون على أن الأفضل للمريض أن يعيش بين أهله وذويه والمقاربة القديمة التي تقتضي بعزل المرضى في أماكن خاصة بمستشفيات أو مراكز. قد تخلي عنها نهائيا لأنها تنتقص من إنسانية المريض و من حاجته لأسرته.

كما أن الأسرة يجب أن لا تنظر إلى مريض الفصام كأنه فقد قدرته على العيش وسطها فاغن لديه- على الرغم من مرضه- القدرة على الاستمتاع بالحياة و لو في حدود و القدرة على التفاعل و اللعب مع أخواته حتى لو لم يعبر ذلك صراحة .

و اليوم يصبح الطريق الوحيد للتخفيف من معاناة الأسرة هو التوعية بكل ما يتعلق بالمرض و حدود المسؤولية المريض عما يقوله و يفعله و احتمالات التطور المستقبلي للمرض و الامكانيات العلاجية المتوفرة و حدودها فالوعي و المعرفة السليمة و حدهما يمكنان من التخفيف من تأثير هذا النوع من الأمراض على الأسرة (www.maghress.com) يوم 20/06/2013: 20:00 (سا).

نستنتج من خلال هذا المقال أن أسرة المريض هي التي تتأثر بوجود مريض فصامي كما أنها تستطيع أن تؤثر عليه سلبا أو إيجابا فسلبا بعدم تقبلها و إنكارها و القيام بدورها السلبي اتجاه المريض و إيجابا عن طريق الدور الايجابي أي معاملة المريض معاملة ايجابية كالإنسان العادي.

خلاصة الفصل :

يتبين في هذا الفصل أن الأسرة أحد مقومات الوجود في المجتمع تساعد الأفراد على تكوين شخصيتهم من خلال اكتساب القيم و المعتقدات و تؤثر بشكل فعال في تكوين ميولاتهم . كما تؤثر في تكوين شخصياتهم و من هذا فان السلوك المرضي في الكثير من الأحيان يعكس الواقع الذي يعيش فيه الفرد .

الفصل الرابع:

الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تمهيد

1- منهجية البحث

2- أدوات البحث

3- الدراسة الإستطلاعية

4- مكان الدراسة

5- مدّة الدراسة

6- مواصفات الحالات

تمهيد:

بعد التطرف وإنهاء الجانب النظري يتم طرق الباب الثاني من البحث إلا وهو الجانب التطبيقي أي نقوم من خلاله بالدراسة الميدانية التي تكمل الجانب النظري للوصول من خلالها إلى إجابة عن الإشكالية المطروحة وتأكيد أو نفي الفرضيات، فموضوع بحثنا يطرح دور الأسرة في تطور مرض الفصام. حيث أن الأسرة تتأثر بوجود مريض بالفصام وقد يتأثر المريض بالمعاملة التي قد تكون إما ايجابية أو سلبية على حسب دور كل أسرة. مما ينتج عنها إما تحسن أو تطور مرضي.

1-منهجية البحث:

المنهج المتبع في الدراسة هو المنهج العيادي وهو المنهج الأكثر عمقا في دراسة الحالات وتكون على شكل دراسة تطبيقية لكل حالة على حدى وذلك بهدف رسم صورة اكلينيكية لكل حالة والتوصل إلى المعارف العلمية السيكولوجية.

2-أدوات البحث:

في علم النفس العيادي نستعمل المقابلة والملاحظة والهدف منها هو التدقيق ودراسة الحالة من كل نواحيها وقد ارتكزت على دراسة الحالة باستخدام الوسائل التالية:

1-2- المقابلة العيادية:

عرفها "Gustarmoor" على أنها محادثة موجهة لغرض محدد غير الإشباع التي تتم عن طريق المحادثة نفسها وهي متنوعة منها الفردية والجماعية، الموجهة والغير الموجهة وهذا حسب الهدف المرجو تحقيقه منها (عطوف محمود، ب س، ص135).

فالمقابلة هي الوسيلة الأولى في الفحص و التشخيص تتم وجها لوجه في جو آمن تسوده الثقة المتبادلة تهدف إلى جمع المعلومات و لقد اتبعنا في دراستنا المقابلة الموجهة لغرض التفصيل في بعض الأسئلة التي تخص العلاقة بين المريض و أفراد الأسرة التي تم برمجتها في شبكة المقابلات و غير موجهة التي كان الغرض منها التعرف و بصفة شاملة عن التاريخ المرضي و الحياة النفسية للمريض و معاشه اليومي داخل المستشفى.

2-2- الملاحظة العيادية :

هي الركيزة في الدراسة السيكولوجية و تعتبر أداة مكملة للمقابلة للتعرف على البنية المورفولوجية و الهيئة الخارجية و الانفعالات و ردود الأفعال أثناء التحدث عن المرض و عن معاشه داخل المؤسسة و أثناء اتصاله مع أفراد أسرته.

3- الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر هذه الدراسة من بين الخطوات الأولى في كل بحث علمي وكان الهدف منها اختيار الحالات المراد دراستها وكان ذلك في مصلحة الرجال لمستشفى الأمراض العقلية لولاية مستغانم بغرض التقرب والتحاور مع الحالات ومع أسرة كل حالة لمعرفة حالتهم النفسية والدور الذي تلعبه كل أسرة.

4- مكان الدراسة:

تم إجراء البحث في مستشفى الأمراض العقلية لولاية مستغانم بمصلحة الرجال التي تم فيها اختيار العينة وإجراء المقابلات.

البطاقة الفنية لمصالح المؤسسة الإستشفائية:

1-1- مصلحة علاج حر للرجال: تتكون من طابقين، الطابق العلوي يحوي 07 غرف للمرضى، حمامين، 04 غرف للعزل، مكتب خاص بالأخصائيين النفسيين العياديين، الذي يبلغ عددهم 06. أما الطابق السفلي يحوي حمامين، نادي، مكتب الطبيب، هناك أربعة أطباء عقليين و طبيب عام، قاعة للعلاج، مكتب خاص بالمرضى يبلغ عددهم 14 منهم ممرض و منهم مساعد ممرض يعملون بالتناوب، مكتب خاص برئيس المصلحة، 03 غرف للمرضى، أعوان الأمن و يبلغ عددهم 20، أعوان النظافة و يبلغ عددهم 11.

1-2- مصلحة علاج حر نساء: تتكون من طابقين، الطابق العلوي يحوي 03 غرف للمرضى غرفة للعزل، حمام، قاعة خاصة للحلاقة، مكتب خاص للأخصائيين النفسيين العياديين و يبلغ عددهم 08 ، وأخصائي العلاج بالعمل، أما الطابق السفلي فيحوي قاعة للعلاج، مطبخ، حمام، نادي، غرفة للمرضى، مكتب الطبيب (طبيب عقلي+ طبيب عام)، يعمل بالمصلحة 12 ممرض، منهم ممرض ومنهم مساعد ممرض يعملون بالتناوب، رئيس المصلحة و قاعة إنتظار، أعوان الأمن 04 و أعوان النظافة 04.

1-3-3-مصلحة الفحص الطبي: تتكون من طابقين، الطابق العلوي يحوي مكتب خاص بالأخصائيين النفسيين العياديين ويبلغ عددهم 02، مخبر للتحاليل، مكتب خاص بفحص النشاط الكهربائي للدماغ، صيدلية، غرفة خاصة للأشعة. أما الطابق السفلي فيحوي على مكتب خاص بالأخصائيين النفسيين العياديين، يعملون بالتناوب يستقبلون الحالات المتوافدة إلى المؤسسة الإستشفائية ، غير المقيمين بها، والتي تكون مرفوقة برسائل توجيه من طرف الجهات المختصة، مكتب الفحص الخاص بالطب العقلي، قاعة للعلاج، قاعة طب جراحة الأسنان، غرفة امنح الأدوية للمرضى حسب المواعيد المحددة، مكتب الفحص الطبي.

1-4-المركز الوسيطي لعلاج المدمنين: يحوي مكتبين خاصين بالأخصائيين النفسيين العياديين ويبلغ عددهم 06، يعملون بالتناوب، مكتب خاص بالأمانة يضم 04 موظفين من بينهم ذكور و إناث ، مخزن أدوات النظافة وأدوات المكتب...، حمامين أحدهما للذكور و الآخر و الثاني للإناث، أعوان الأمن 05، أعوان النظافة 01 .

4-مدة الدراسة :

لقد دامت الدراسة مدة شهر ونصف بمعدل أربع جلسات في الأسبوع وامتدت من 06 ماي 2013 إلى 30 جوان 2013.

5-مواصفات الحالات:

تم إختيار 03 حالات فصامية من جنس الرجال داخل مصلحة الرجال بالمستشفى تتراوح أعمارهم ما بين 25 سنة و 40 سنة .

صعوبات البحث:

- 1-صعوبة التعامل و التواصل مع الحالات الفصامية لنقص الخبرة.
- 2-عدم توفر مكان مناسب لإجراء المقابلات.
- 3-خروج الحالات قبل إتمام المقابلات.
- 4-صعوبة الوصول إلى أسر الحالات إذ بعض الأسر نادرا ما تأتي لزيارة مريضها.
- 5-تدخل أعوان الأمن والعاملين في المؤسسة أثناء المقابلة.
- 6-انعدام التناغم ودينامكية بين العاملين في المؤسسة (الطبيب العقلي، الأخصائي النفسي، الطاقم الطبي بصفة عامة)

شبكة المقابلات

اسم المفحوص.....، الجنس.....، العمر.....
الحالة المدنية.....، المهنة.....، الرتبة.....
المستوى التعليمي.....، الحالة المرضية.....

*أسباب دخول المستشفى و متى ؟ (المدة الزمنية)

.....
.....

*الإطلاع على السجل الطبي و التقارير الطبية:

.....
.....

*تاريخ المرض الحالي:

.....
.....

*الأعراض المرضية للحالة:

.....النوم.....

.....التفكير.....

.....الهذيان.....

.....الهلاوس.....

.....
.....

.....

*علاقة الحالة مع أسرته قبل المرض:

مع الأب

.....

مع الأم

.....

مع الزوجة

.....

مع الأبناء

.....

مع الإخوة و الأخوات

.....

*علاقة الحالة مع أسرته بعد المرض:

مع الأب

.....

مع الأم

.....

مع الزوجة

.....

مع الأبناء

.....

مع الإخوة و الأخوات

.....

* عدد الزيارات الأسبوعية داخل المستشفى و من يزوره:

.....
.....

* عدد الانتكاسات مع ذكر السبب

.....
.....

* الأدوية و مسؤولية المواظبة عليها :

.....
.....

* عند الخروج في عطلة مرضية من الذي يعطيه الدواء و هل يحترم مواعيد زيارة الطبيب

.....
.....

مناقشة الفرضيات:

في ما يخص الفرضية العامة التي تقول: "للأسرة دور فعال في تطور مرض الفصام" من خلال دراسة الموضوع من الجانبين النظري و التطبيقي تبين لنا أن الأسرة تتأثر و تؤثر على المريض المشخص بالفصام ، و يظهر ذلك في الدور الذي تلعبه الأسرة في مساعدة مريضها على تجاوز مرضه، و كذا تحسنه كما يتأثر بالدور السلبي المتمثل في الإهمال و عدم الوعي و المعاملة السيئة، و هذا ما استنتجناه من خلال الدراسة الميدانية للحالات المدروسة فأظهرت أن الفرضية تحققت في جميع الحالات فعلى سبيل المثال الحالة الأولى تعرّض بعد الإصابة بالمرض إلى نوع من الإهمال من طرف الزوجة و عدم المبالاة بالدواء الذي يتناوله بالإضافة إلى نقص الزيارات الأسبوعية للحالة مع إنعدام زيارات الأخ الأكبر وخاصة أبناء الحالة ونجدها في قوله: "توحشت ولادي بزاف باغي نخرج باش نشوفهم". أما الحالة الثانية (ب ن) لاحظنا نقص الوعي و الإهمال ، عند إصابة الحالة بالمرض كان العلاج الأولي بالنسبة للأب هو العلاج بالرقية و الأعشاب مما زاد الحالة تطورا للأعراض المرضية كما لاحظنا معاملة سيئة للحالة من طرف الأب المتمثلة في اللامبالاة بالأحداث المرضية و عدم سؤال الطبيب على الحالة المرضية لإبنه رغم أن أب الحالة ليس أمي، واهتمام الأخ الأكبر للحالة إلا على أساس مادي كتغيير الملابس و الحاجات الضرورية فالجانب المعنوي و الإهتمام النفسي غائب في كلا الطرفين الأب و الأخ. أما الحالة الثالثة (ح ص) لا يعاني من إهمال عائلي خاصة من طرف الأم التي كانت تأتي لزيارته يوميا، لكن حدث للحالة إنتكاسة بسبب عدم شرب الدواء أثناء العطلة المرضية لأن أم الحالة عند تحسن إبنها أوقفت له الدواء دون إستشارة الطبيب العقلي، وهذا راجع لنقص درجة الوعي ونقص المعرفة بطبيعة مرض الحالة.

أما فيما يخص الفرضية الجزئية الأولى التي تقول: "إهمال الأسرة لمريضها الفصامي يؤدي إلى تطور مرض الفصام". مثل الحالة الأولى و الثانية ، تعرضا إلى إهمال أسري، فالحالة الأولى (ح ج) عدد زيارات زوجته كانت ضئيلة جدا، فأما الأبناء تكاد تنعدم إلا عند طلب الحالة، وأيضا عدم إهتمام الزوجة بالزوج عند خروجه من المستشفى في العطلة المرضية، فعند العودة عند الطبيب العقلي في المستشفى يرى تطور في الأعراض أو تراجع

لبعض الأعراض السابقة التي تحسنت قبل الخروج ، أما الحالة الثانية تعرض إلى إهمال نفسي من طرف الأب و الأخ بالإضافة إلى المعاملة السيئة من طرف الأب وزوجة الأب المتمثلة في عزله لوحده في الغرفة.

و الفرضية الجزئية الثانية تقول " نقص وعي الأسرة بالمرض يؤدي إلى تطور مرض الفصام". بالنسبة إلى نقص الوعي نجد هذا المتغير متكرر عند جميع أسر الحالات المدروسة فنقص المعرفة بالمرض، وطريقة التكفل بالمريض الفصامي و العوامل المؤدية إلى التحسن و الإيجابية ، يجهلها جميع أسر الحالات المدروسة ، فمثلا الحالة الثالثة (ح ص) نظرا لنقص وعيالأأم لخطورة توقيف الدواء للمريض عند تحسن أعراضه أدى بالحالة إلى الإنتكاسة و العودة مرّة ثانية إلى المستشفى.

و الفرضية الثالثة و الأخيرة التي تقول:"المعاملة السيئة للمريض الفصامي تؤدي إلى تطور مرض الفصام" المعاملة السيئة للمريض كالضرب المبرح و الشتم و عزله عن بقية أفراد الأسرة يؤدي إلى تطور مرض الفصام مثل الحالة الثانية (ب ن) أثناء مرضه كان أبوه يعزله لوحده بعيدا عن باقي أفراد الأسرة .

ملخص الدراسة:

موضوع البحث هو دور الأسرة في تطور مرض الفصام ، الهدف منه البحث عن العوامل الأسرية التي تساهم في تطور مرض الفصام قمت بدراسة عيادية لثلاث حالات مشخصة على أنها فصامية بمستشفى الأمراض العقلية لولاية مستغانم، تم استخدام المنهج العيادي لدراسة الحالات بهدف رسم صورة إكلينيكية لكل حالة وذلك باستخدام أدوات البحث المتمثلة في المقابلة العيادية والملاحظة العيادية ، دامت مدة الدراسة الميدانية حوالي شهر ونصف بمعدل أربع جلسات في الأسبوع مع الحالات وأسرة كل حالة، ومن خلال هذه الدراسة توصلنا إلى مايلي: أن للأسرة دور فعال في تطور مرض الفصام وهذا الدور يتمثل في الإهمال الأسري للمرضى و نقص وعي الأسرة بالمرض، المعاملة السيئة للأسرة على المريض وتم الكشف عن وجود هذه العوامل من خلال معرفة عدد الانتكاسات مع ذكر السبب، بالإضافة إلى ملاحظة عدد الزيارات المريض (الأسرة) وكذا طريقة تعامل الأسرة مع مريضها الفصامي أثناء العطلة المرضية ، معرفة هل هناك مواظبة على تناول الدواء في مواعده مع احترام الجرعات الموصوفة من طرف الطبيب العقلي.

1-أهمية البحث:

لكل بحث علمي له أهمية خاصة ترجع إلى طبيعة موضوع البحث المراد التطرق إليه للوصول إلى الهدف المراد تحقيقه فأهمية دراسة العلاقة بين الأسرة و تطور مرض الفصام تبرز لنا الدور الذي يجب القيام به لتحسين ظروف المريض الفصامي و ذلك بإنشاء ورشات توعية للأسر التي لديها مريض فصامي لتكملة العلاج الطبي العقلي و النفسي لأن الفصامي يستطيع أن يعيش حياته لكن تحت ظروف ملائمة لطبيعة مرضه خاصة الأسرة التي ينتمي إليها مع مواصلة العلاج الدوائي فهناك عدّة مرضى فصاميين قد يعودون إلى إعادة إنتاج حالة مرضية أكثر من المرحلة التي مرّ عليها من قبل ،فقد يكون السبب عدم التوافق الأسري و إهمال المريض أو غيرها من الأسباب على حسب كل مريض.

2-دواعي إختيار البحث:

- 1-عدم توفر مراكز خاصة بتوعية الأسر التي لديها أحد أفرادها مريض بمرض الفصام.
- 2-معاملة المريض بالفصام معاملة سيئة و عدم الإهتمام به.
- 3-نظرة المجتمع إلى المرض العقلي على أنه مخجل.
- 4-معاناة الأسرة عند الإصابة لجهلها بدورها و كيفية التعامل مع مريضها .
- 5-إهمال الأسرة للمريض الفصامي.
- 6-عدم إعطاء الأهمية للعلاج الاسري من طرف الأخصائيين في الطب النفسي و العقلي داخل المستشفى للأمراض العقلية.

3- إشكالية البحث:

لعلّ دور الأسرة له أهمية كبيرة في حياة المريض بالفصام، فرغم قيام الفريق الطبي داخل المؤسسة الإستشفائية للأمراض العقلية بمتابعة المريض بالعلاج النفسي و الدوائي، إلا أنه عند خروجه و اتصاله مع الأسرة قد يتراجع وضع المريض و عليه نطرح الإشكال التالي:

ما الدور الذي تلعبه الأسرة في تطور مرض الفصام؟

وهذا الإشكال يقودنا إلى طرح التساؤلات التالية:

- 1- هل إهمال الأسرة لمريضها الفصامي يؤدي إلى تطور مرض الفصام؟
- 2- هل نقص وعي الأسرة بالمرض الذي تعاني منه الحالة يؤدي إلى تطور مرض الفصام؟
- 3- هل المعاملة السيئة للأسرة تؤدي إلى تطور المرض عند المريض الفصامي؟

4-فرضيات البحث:

على ضوء الإشكالية المطروحة تكون فرضيات البحث كما يلي:

الفرضية العامة:

للأسرة دور فعال في تطور مرض الفصام.

الفرضيات الجزئية:

- 1- إهمال الأسرة لمريضها الفصامي يؤدي إلى تطور مرض الفصام.
- 2-نقص وعي الأسرة بالمرض يؤدي إلى تطور مرض الفصام.
- 3-المعاملة السيئة للمريض تؤدي إلى تطور مرض الفصام.

5- المفاهيم الإجرائية:

دور: هو النشاط الذي يقوم به الفرد.

الأسرة: هي وحدة إجتماعية تتكون من مجموعة من الأفراد الأب، الأم، الأبناء وهو نوع أسر الحالات المدروسة.

دور الأسرة: هو قيام مجموعة أفراد الأسرة بواجباتها نحو المريض الفصامي .

إضطراب: خلل على مستوى الأجهزة النفسية أو العضوية.

الذهان: هو صنف يضم مجموعة من أنواع الأمراض العقلية.

الإضطرابات الذهانية: هي أمراض عقلية تتسم بفقدان الصلة مع الواقع.

الفصام: مرض عقلي ذهاني يتميز بمجموعة من الأعراض النفسية و العقلية تحتاج إلى علاج طبي و نفسي و أسري.

6- الدراسات السابقة:**1-دراسة ديترش (2006):**

بعنوان " :- المعتقدات العامة والاتجاهات نحو المرضى النفسيين :مراجعة لدراسات سكانية. هدفت الدراسة إلى تقديم مراجعة للبحث عن الاتجاهات السكانية في الطب النفسي خلال الخمسة عشر عاما الأخيرة.

عينة الدراسة :- كانت دراسة تحليلية حيث تم تحديد 33 دراسة عالمية و 29 دراسة محلية ، معظمها من أوروبا.

أداة القياس :- تم عمل بحث الكتروني باستخدام مواقع البحث

بالإضافة إلى البحث اليدوي في مراجع (Pubmed,medline and academic search)

الدراسات عن المعتقدات العامة حول الصحة النفسية والاتجاهات نحو المرضى النفسيين

التي تم نشرها بين عام 1990 م وعام 2004 م.

نتائج الدراسة - : تم تحديد 33 دراسة عالمية و 29 دراسة محلية ، معظمها من أوروبا . بالرغم أن أغلبها كان ذو طابع وصفي ، وقد تضمنت المنشورات الأكثر حداثة دراسات تفحص الأنماط النظرية لتكوين الوصمة لدى المرضى النفسيين، وتحليلات للمحددات الزمنية ومقارنات عبر الثقافات ، وتقييم للإجراءات المتخذة ضد الوصمة . ويدل ذلك على أن بحث الاتجاهات في الطب النفسي أحرز تقدما مهما على مدار 15 عاما ، مع ذلك هناك حاجة لإجراء المزيد من الدراسات التي تقدم أساسا تجريبيا للإجراءات الواضحة لتخفيف سوء الفهم حول المرض النفسي وتحسين الاتجاهات نحو المرضى النفسيين.

2- دراسة عبد الرحمن (1998) :

بعنوان : أساليب المعاملة الوالدية كما يدركها العصائبيون -والذهانيون -الأسوياء.

هدفت الدراسة إلى التعرف على أساليب المعاملة الوالدية كما يدركها الأسوياء والعصائبيون والذهانيون ومعرفة الفرق في أساليب المعاملة لدى الأب والأم والتي طبقت على عينة تتكون من مجموعة ذهانيون وعددهم 36 تتكون من 28 من الذكور و 8 من الإناث ومجموعة من العصائبيون من الذكور و 10 من الإناث ومجموعة من الأسوياء عددهم 50 منهم 32 من - عددهم 30 الذكور و 8 من الإناث ، وقد استخدم الباحث أدوات دراسة مكونة من استمارة بيان عام إعداد عبد الرحمن (1998) واستمارة المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة من إعداد شوقي و خليل واستخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي لمعرفة الفروق بين المتوسطات واختبار لمعادلة الفروق بين المتوسطات واختبار الوسيط وقد كانت نتائج الدراسة عن وجود فروق بين الأسوياء والعصائبيون والذهانيون في أساليب المعاملة الوالدية لصالح الأسوياء ولا توجد فروق بين العصائبي والذهاني تعزى للجنس في أساليب المعاملة الوالدية.

3-دراسة الدليم (2005) :

بعنوان :-المهارات الاجتماعية لدى الفصاميين المراجعين والمنومين

هدفت الدراسة إلى الكشف عن الفروق بين الفصاميين المراجعين و الفصاميين المنومين لمدة لا تقل عن سنتين متواصلتين. وكانت عينة الدراسة مكونة من (201) من الفصاميين المراجعين والمنومين بمستشفى الصحة النفسية بالطائف 140 ذكرا و 161 أنثى وقد طبق الباحث المقياس المعرب على العينة وهو عبارة عن خمسة من أبعاد مقياس المهارات

الاجتماعية من إعداد رونالد ريجيو وقد استخدم الباحث عدد من الأساليب الإحصائية للتحقق من فروض دراسته وقد كانت نتائج دراسته وجود فروق دالة إحصائية على بعدي الضبط الانفعالي والتعبير لاجتماعي بالإضافة إلى الدرجة الكلية لصالح الفصامين المراجعين، كذلك أظهرت نتائج التحليل الإحصائي وجود فروق لصالح الذكور في مهارة التعبير الاجتماعي. كما وجدت فروق لصالح المراجعات على الدرجة الكلية وعلى بعدي التعبير الاجتماعي والمراوغة، كما كشفت وجود فروق بين الفصامين تعزى لاختلاف فئاتهم العمرية ومستوياتهم العقلية ولكن ليس في ضوء متغير الحالة الاجتماعية.

4- دراسة شانج و آخرون (2005) :

بعنوان ":- اتجاهات المجتمع نحو المرضى عقليا : نتائج المسح الوطني لسكان تايوان" هدفت الدراسة للكشف عن الاتجاهات للسكان عامة نحو المرضى عقليا في تايوان بشكل محدد، وفحص تأثير اتصال اتجاهات الفرد بعد التحكم في المتغيرات الديموغرافية. تكونت عينة الدراسة تم تنفيذ مسح وطني في شهر يناير 2003 وقد تم اختيار أفراد البحث من شرائح مختلفة خلال عينة عشوائية. تم جمع المعلومات باستخدام نظام مقابلات الهاتف والحاسوب المتفاعل.

والنكوص المتعدد لاكتشاف ارتباطات الاتجاهات Manova . استخدم الباحث تحليل نتائج الدراسة :- كشفت النتائج أن السكان عامة يحملون مستويات عالية ونسبية من الإحساس والتسامح على التأهيل في المجتمع وعدم وجود قيود لاجتماعية، مع ذلك هم يحملون اتجاهات أقل ايجابية نسبيا نحو عدم التسلط والجهود الطبيعية، علاوة على ذلك الاتصال المباشر والسن كانت أكثر الارتباطات أهمية تجاه اتجاهات المجتمع، التعليم والوظيفة كانت أيضا مميزة. إن الأفكار والمعتقدات الخيرية لا تكفل بالضرورة تقبل التأهيل في المجتمع أو التعامل مع المرضى عقليا كشخص كأى شخص آخر، مع ذلك الأفكار المتعاطفة يمكن تحويلها إلى تعاطف وتقبل للكائن الإنساني شريطة إعطاء الناس الفرصة للتعامل المباشر مع الأشخاص المرضى عقليا، كما أشارت النتائج إلى أن تعليم المجتمع يجب أن يستهدف العاملين من كل المجموعات العمرية.

5-دراسة كارون وآخرون (2004)

بعنوان " : الإدراك والمعتقدات حول المرض النفسي لدى البالغين في قرية كار في شمال نيجيريا"

هدفت الدراسة لفحص المعرفة والاتجاه والمعتقدات حول أسباب المرض النفسي لدى البالغين في المجتمع الريفي في شمال نيجيريا.

تكونت عينة الدراسة من (250) شخص بالغ يقطنون في قرية كار شمال نيجيريا.

استخدم الباحث في دراسته نظام الدراسة المقطعي واختبار قبلي واستبانة تركيبية على العينة وكانت نتائج دراسته كالتالي:-

تبين أن الأعراض الأكثر شيوعا لدى المستجيبين كأعراض للمرض النفسي بما فيه العدوانية والتدميرية % 22 -، الثرثرة % 21,2 ، سلوك غريب الأطوار % 16,16 ، والتجوال 13,3، إدمان الخمور والمخدرات والحشيش ومخدرات أخرى تم تشخيص ما نسبته % 19 منها ، السحر واستحضار الأرواح % 18 وحوالي % 46 من المستجيبين فضلوا العلاج الديني للمرض النفسي ، وتبين أن % 24 كانوا يميلون إلى العلاج الروحي.

تقريبا نصف المستجيبين أخفوا مشاعر سلبية تجاه المرض النفسي.

أما المستجيبين المتعلمين كانوا(7) أمثال أولئك الذين سبقوا لإظهار مشاعر سلبية اتجاه المرض النفسي إذا قورنوا بغير المتعلمين من أفراد الدراسة.

الفصل الأول:

مدخل دراسة

1 - إشكالية البحث.

2 - فرضيات البحث.

3- أهمية البحث .

4 - دواعي اختيار الموضوع

5- المفاهيم الإجرائية .

6- الدراسات السابقة

مدخل الدراسة :

مقدمة

1- أهمية البحث

2- - دواعي إختيار البحث

3- إشكالية البحث

4- فرضيات البحث

5- المفاهيم الإجرائية

6- الدراسات السابقة

1-المعلومات الأولية:

الإسم واللقب: ح ص، السن: 28 .

الجنس: ذكر، المستوى الدراسي: حامل شهادة البكالوريا وتقني سامي في الصحة .

الحالة المدنية: أعزب، المهنة: ممرض .

الحالة الإقتصادية:متوسطة، عدد الإخوة:3 (1 ذكر و2 بنات) .

الرتبة: الأخيرة ،مقرالإقامة:مستغانم بدائرة ماسرة.

عدد المقابلات:05

2-عرض المقابلات:

المقابلة الأولى:28-05-2013 دامت 30 دقيقة مع الحالة داخل المستشفى

الهدف منها التعرف على الحالة وجمع المعلومات الأولية.

المقابلة الثانية: 29-05-2013 دامت 40 دقيقة مع الحالة داخل المستشفى

الهدف منها التعرف على التاريخ المرضي و الأعراض التي تعاني منها الحالة

المقابلة الثالثة: 02-06-2013 دامت 45 دقيقة مع الحالة داخل المستشفى

الهدف منها التعرف على الأسرة وعلاقتها مع الأفراد.

المقابلة الرابعة : 13-06-2013 دامت 30 دقيقة مع أسرة الحالة داخل المستشفى

الهدف منها التعرف على أفراد أسرة المريض.

المقابلة الخامسة: 27-06-2013 دامت 50 دقيقة مع أسرة الحالة داخل المستشفى

الهدف منها التعرف على علاقة الأسرة بمريضها.

3- تقديم الحالة:

الحالة (ح ص) يبلغ من العمر 28 سنة ، غير متزوج ، ممرض حاصل على شهادة تقني سامي في الصحة ، كان يعمل في المستشفى بوهران بعد مرضه توقف و تخلى عن عمله . يسكن مع والديه، أبوه تاجر و أمه مأكثة في البيت ، إخوته البنات متزوجات في مدينة وهران، الحالة الإقتصادية للحالة متوسطة.

الحالة(ح ص) نحيف الجسم، قصير القامة، عيان بنيتان و شعر أسود، مهتم بمظهره ونظيف الجسم و الثياب.

4-التاريخ المرضي للحالة:

الحالة (ح ص) دخل إلى مستشفى الأمراض العقلية لولاية مستغانم يوم 2013-07-30

بسبب ظهور الأعراض التالية: نوبات هيجانية (الصراخ و عدم التوقف عن الكلام ، كسر الأشياء الموجودة أمامه)، هلاوس سمعية، هذيان العظمة.

جاء إلى المستشفى مع أمه ، بعد الفحص من طرف الطبيب العقلي فقرّر الطبيب إدخاله إلى مصلحة المستشفى للعناية و المتابعة الطبية و النفسية،رفض الحالة البقاء داخل المستشفى فبقي منعزل في مكان ولا يتكلم مع المرضى الأخرينتحسنت حالته بعد أن تمّ فحصه من طرف الطبيب العقلي وذلك يوم 2012-10-20 و باستخدام العلاج الدوائي التالي:

" HALDOL " و " NOZINON " و " SOWEL " إضافة إلى " Valium " في حالة الهيجان

طلبت الأم إخراجها من المستشفى فصرح لها الطبيب بخروج الحالة لكن الأخذ بعين الاعتبار تناول الدواء في موعده وإرجاعه إلى الزيارة الطبية من أجل الفحص بعد 10أيام أي بتاريخ 2012-10-30. رجع الحالة في يوم موعد الزيارة الطبية لوحده، وجده الطبيب في وضعية حسنة فأنقص له من الجرعات الدوائية السابقة وأعطى له موعد طبي بعد 15 يوما أي في 2012-11-15. عاد الحالة إلى منزلهم بشكل عادي وبدأ في العمل لكن ليس في المستشفى بل بممارسة حرفة النجارة مع صديقه.

في 30-01-2013 عاد الحالة إلى حالته المرضية السابقة المتمثلة في العدوانية ، نوبات هيجانية ، الهذيان بالإضافة للإدمان على الكحول و المخدرات.

عاد مع الأم ، سبب إعادة إنتاج الأعراض المرضية هو أنّ أمه حين رأت حالته في التحسن أنقصت له الجرعات الدوائية دون إستشارة الطبيب العقلي مما ازدادت حالته تطورا وأدخل إلى المصلحة للمرة الثانية و أصبح تحت العناية الطبية و النفسية إلى أن تحسنت حالته، في مارس 2013 بعدها خرج في عطلة مرضية مدتها أسبوع ثم عاد إلى المصلحة مع الأم و الأب ولم يتقبل الدخول كقوله "أنا ما ندخلش لهنايا أنا ما عندي والو مارانيش مريض" و صرحت والدته أنه عند خروجه لا يواظب على مواعيد أخذ الدواء و يعود إلى الإدمان على تناول المخدرات و شرب الكحول ، فبقي داخل المستشفى تحت العناية.

5- عملية الإتصال مع الحالة:

الحالة قليل الكلام أثناء المقابلات ، منعزل ، وجدت صعوبة في التواصل معه بسبب ردّه المختصر على الأسئلة فاستعملت المقابلة الموجهة في المقابلة الأولى أما المقابلات الباقية كان يتكلم بطلاقة و يجيب عن الأسئلة. في الإتصال أثناء المقابلة مع أسرة الحالة لم أجد صعوبة ، لكن هناك بعض المعلومات لم يجيبوا عن الأسئلة بسبب رفضهم و التهرب من الجواب خاصة في العلاجات السابقة.

6- الأعراض الملاحظة على الحالة:

1-6- الجانب المعرفي:

6-1-1- التفكير: الحالة له القدرة على التفكير لكن تفكيره مشوه و غير منطقي ،تنتابه أفكار هذيان العظمة مثل قوله: "أنا عالم كبير ، غير هنا في جزاير ما عرفليش".

5-1-2- الإنتباه والتركيز: الحالة يركز بشكل عادي في الإجابة على الأسئلة والإنتباه ناقص بسبب إنعزاله ففي كثير من الأحيان يحدث له شروذ ذهني .

5-1-3-الذاكرة: ذاكرة الحالة جيدة حيث إستطاع أن يتذكر حياته في الطفولة وأثناء مرضه وكان يتحدث عن علاقته مع والديه بدون إشكال.

5-2-المعاش اليومي:

5-1-2-النوم:طبيعة النوم عند الحالة عادي ، إلا في الأيام الأولى كان لديه نوم متقطع لكن بعد فترة تحسسن نومه.

5-2-2-الغذاء: شهية الحالة عادية، أما الحالة الجسمية لا يعاني من أي إضطراب جسمي.

5-3-الجانب العاطفي:

5-1-3-الميزاج:ميزاج الحالة مضطرب ،نلاحظ علامات الحزن ، البكاء المستمر أثناء المقابلات نتيجة وجوده داخل المستشفى فهو يريد البقاء في المنزل كقوله"راني باغي نروح لدارنانا مرانيش مريض "

6-الجانب العلائقي:

6-1- العلاقة معالأب:قبل المرض علاقة الحالة مع الأب عادية ، لكن عند المرض لم يتخذ الأب المسؤولية في علاجه بسبب إنشغالاته في أمور العمل و عند حدوث نوبات هيجانية كان يضربه و يغلق عليه لوحده داخل الغرفة ، لم يتحمل أعراض ابنه المرضية.

6-2- العلاقة مع الأم:علاقة الحالة مع الأم جيدة فهو يحب الأمه ، عانت كثيرا مع الحالة وحرصت على علاجه ،تأتي لزيارته يوميا ،وتهتم بنظافته و هندامه .

الجانب النظري

الجانب التطبيقي

1-المعلومات الأولية:

الإسم و اللقب: ب ن ، السن: 25 سنة.

الجنس: ذكر، المستوى الدراسي: السنة السادسة ابتدائي.

المهنة: لايعمل، مقر الإقامة: مستغانم.

الحالة المدنية: أعزب، الحالة الاقتصادية: ميسورة الحال.

عدد الإخوة: 4 (2ذكور و 2بنات)، رتبة الحالة: الأخيرة.

الحالة المرضية: فصام بسيط.

عدد المقابلات: 04

2-عرض المقابلات:

المقابلة الأولى: 05-12-2013- دامت 40 دقيقة مع الحالة في المستشفى .

الهدف منها التعرف على الحالة و جمع المعلومات الأولية.

المقابلة الثانية: 05-13-2013 دامت 30 دقيقة مع الحالة في المستشفى.

التعرف على طبيعة المرض و الاعراض التي يعاني منها.

المقابلة الثالثة: 05-14-2013 دامت 45 دقيقة مع الحالة في المستشفى

الهدف منها التعرف على الحياة الأسرية و العلاقة مع أفرادها.

المقابلة الرابعة: 05-27-2013 معالأب و الأخ الأكبر للحالة في المستشفى

الهدف منها التعرف على أفراد أسرة المريض و معرفة العلاقة مع المريض.

3-تقديم الحالة:

الحالة (ب ن) يبلغ من العمر 25 سنة ، الطفل الأخير في الترتيب الأخوي من عائلة

ميسورة الحال ، أبوه متقاعد و أمه متوفية أخوه يعمل و البنات متزوجات .

توفيت أمه بسبب ورم في ثديها كان عمره 12 سنة ، تزوج أبوه، فالحالة يعيش مع الأب و

زوجة الأب و أخوه الأكبر منه الذي يبلغ 32 سنة وهو غير متزوج، توقف الحالة عن الدراسة

منذ وفاة أمه و تزوج أبيه فلم يتقبل زوجة أبوه.

الحالة (ب ن) طويل القامة ، نحيف الجسم، ذو بشرة بيضاء و شعر أشقر.

لباس الحالة عبارة عن بدلة رياضية تبدو غير نظيفة.

4-التاريخ المرضي للحالة:

دخل (ب ن) إلى مستشفى الأمراض العقلية لولاية مستغانم يوم 13-03-2013 بسبب

ظهور الأعراض التالية:قلة النوم، كثرة الحركة، الهذيان، الكلام غير منقطع، أدخل إلى

المصلحة من طرف الأخ الأكبر و الأب.

بداية المرض قبل ثلاث أشهر من ظهور الأعراض السابقة في شهر جانفي 2013، كان

يتكلم لوحده و لا ينقطع عن الكلام لمدة طويلة و الضحك بدون سبب، عند ظهور هذه

الأعراض أخذه أبوه عند الراقي الذي دلّه على أحد الأعشاب لم يتذكر أب الحالة إسم الأعشاب

، وطريقة الرقية في أول الزيارة كانت بالقرآن و شخّصه الراقي على أن لديه مس (مسكون)

بعد ذلك تغيرت الطريقة وأصبح يعالجه الراقي بالضرب بحجة إخراج الجن وبالإضافة إلى

وجود حروق طفيفة في اليد اليسرى ، بعدها رفض الحالة العودة ، لم يظهر عليه تحسن

إستمرت حالته و ازدادت تطورا ، عدم النوم و الخروج من البيت و الغياب لساعات طويلة ،

على حسب ما صرح به الحالة أثناء المقابلة أن حياته تغيرت نحو الأسوء منذ وفاة أمّه وزواج

أبوه كقوله " ملي ماتت ما ماولينتش عايش غاية ، ما حملتش مرت با" ، مع الوقت إزدادت

المشاكل مع الاب و زوجة الأب فالحالة لم يتقبل زوجة أبوه، وعليه أصبح يغيب عن البيت

حيث رافق أصدقاء السوء ، أصبح مدمن على الكحول و المخدرات مما انعكس سلبا على الجانب النفسي و العقلي للحالة فتدهورت حالته إلى درجة لاحتلمو ظهرت عليه الأعراض التالية: قلة النوم، كثرة الحركة ، الهذيانات الإضطهاد كقوله " راني محقور مرت با تکرهني بزاف " وأیضا" حتا واحد ما يبغيني في هاد أدنيا" إضافة إلى العدوانية على زوجة الأب كان يضربها و يشتمها بكلام رديء، فكان أبوه يضربه و يطرده من البيت لأيام لكن بعد مرور أسبوع حمله أخوه الأكبر مع الأب إلى مستشفى الأمراض العقلية فبعد الفحص من الطبيب العقلي صرح بإبقاء الحالة تحت العناية داخل المصلحة ، بعد مرور شهرين تحسن و وضع الحالة بإستخدام العلاج الدوائي التالي:

" HALDOL " و " LARGATRIL " و " SOWEL "

منذ دخوله المستشفى لم يخرج الحالة في عطلة مرضية لأنه لم يطلب الخروج و أهله أيضا لم يطلبوا خروجه ، فعدد الزيارات ضئيلة جدا إلا لإحضار الملابس أو بعض الحاجيات فقط.

5-الإتصال مع الحالة:

تمت المقابلة مع الحالة بشكل عادي لم أجد صعوبة في التواصل معه ،كان يجيب على جميع الأسئلة ،أما المقابلة مع أب و أخ الحالة كانت صعبة لعدم إهتمامهم بحالة إبنهم إلا بعد شرح لهم دور الأخصائي النفساني وافقوا التکلم لكن ليسوا بطلاقة بالإضافة أنني إستطعت القيام بمقابلة واحدة بسبب قلة الزيارات.

6-الأعراض الملاحظة على الحالة:

6-1- الجانب المعرفي:

6-1-1- التفكير: الحالة يفكر بشكل جيد حيث استطاع أن يسرد قصة حياته، تنتابه أفكار هذيانية إضطهادية مثل "راني محقور".

6-1-2- الإنتباه و التركيز: أثناء المقابلات الحالة كان يركز معي ، لكن في بعض اللحظات كان يحدث له شروذ ذهني.

6-1-3-الذاكرة:ذاكرة الحالة عادية ، استطاع أن يتذكر أحداث طفولته كيوم دخوله المدرسي وتذكر حدث أمه المؤلم ووفاتها.

6-2-المعاش اليومي:

6-2-1-النوم: في أيامه الأولى الحالة كان يعاني من قلة النوم ، لكن بعد مرور فترة زمنية ينام في الليل جيدا.

6-2-2-الغذاء: شهية الحالة قليلة لا يأكل جيدا.

6-3-الجانب العاطفي:

الميزاج:ميزاج الحالة أثناء المقابلة متقلب، فهو عادي وأحيانا يبكي حين يتذكر وفاة والدته فالحالة متؤثر جدا بوفاتها.

6-4-الجانب العلاقي:

9-4-1 العلاقة مع الأب:قبل المرض أب الحالة كان غير مهتم بتربية أبنائه ، وفي حالة المرض أخذه عند الراقي ثم إلى المستشفى ولم يبالي بوضعية إبنهإن تحسنت أو تطورت ولا يقوم بمقابلة طبيبه العقلي لمتابعة الأحداث المرضية للحالة و العلاج المقدم وكان الاب يغلق عليه في الغرفة ويتركه يأكل و يشرب لوحده.

6-4-2-العلاقة مع زوجة الأب: الحالة لا يحب زوجة أبيه فعند التحدث عنها ينفعل ،ويقول أنها هي أسباب كل المشاكل داخل البيت، ورفض التكلم عن المشاكل الداخلية.

6-4-3-العلاقة مع الأخ الأكبر:العلاقة عادية يأتي مع الأب للزيارة فيغير له ملابسه ويأتي له ببعض الحاجات الضرورية التي يطلبها الحالة.

1- عرض الحالات

الحالة الأولى:

1-المعلومات الأولية:

الإسم و اللقب: ح ج، السن:40 سنة .

الجنس: ذكر، المستوى الدراسي: السنة الثانية ثانوي.

المهنة: مقاول، مقر الإقامة: ولاية معسكر.

الحالة المدنية: متزوج الحالة الإقتصادية: متوسطة.

عدد الأولاد: 03 ذكور، عدد الإخوة: 02 ذكور و02 إناث.

الحالة المرضية: فصام بسيط. عدد المقابلات:05

2-عرض المقابلات:

المقابلة الأولى: 06-05-2013 دامت 30 دقيقة مع الحالة في المستشفى.

الهدف منها التعرف على الحالة و جمع المعلومات الأولية

المقابلة الثانية:07-05-2013 دامت 45 دقيقة مع الحالة في المستشفى.

التعرف على طبيعة المرض و الأعراض التي يعاني منها.

المقابلة الثالثة: 08-05-2013 دامت 30 دقيقة مع الحالة في المستشفى.

الهدف منها التعرف على الحياة الأسرية و العلاقة مع أفرادها.

المقابلة الرابعة: 09-05-2013 دامت 20 دقيقة مع أسرة الحالة في المستشفى.

الهدف منها التعرف على أفراد أسرة المريض.

المقابلة الخامسة: 20-05-2013 دامت 40 دقيقة مع أسرة المريض في المستشفى.

الهدف منها معرفة علاقة الأسرة مع مريضها الفصامي.

3-تقديم الحالة:

الحالة (ح ج) يبلغ من العمر 40 سنة مستواه الدراسي السنة الثانية ثانوي ، متزوج وأب لثلاثة أولاد ولده الأول عمره 15 سنة والثاني 13 سنة يدرسا في المتوسطة، الإبن الثالث عمره 10 سنوات يدرس في الابتدائي، الحالة يسكن في بيت لوحده مع زوجته وأولاده. والد الحالة و والدته متوفيان في حادث مرور كان عمره 32 سنة،الحالة يعمل مقاول مع أخيه الأكبر منه سنا ،الحالة متوسط القامة، بشرة سمراء، العينان بنيتان، الشعر أسود، الهندام عبارة عن لباس منزلي غير نظيف.

4-التاريخ المرضي:

دخل الحالة ح ج إلى مستشفى الأمراض العقلية لولاية مستغانم يوم 26 جوان 2011 الزوجة هي التي أتت به بسبب ظهور الأعراض التالية: فقدان النوم ، الكلام الغير منطقي، هلاوس سمعية، عدوانية على زوجته بالضرب.

بداية المرض كانت في شهر مارس 2011 عند زيارته للطبيب العقلي خارج المستشفى بسبب عدم النوم، الهلاوس السمعية كقوله "راني نسمع في واحد راه يمشي وجاي لعندي باش يقتلني" بعدزيارة الطبيب العقلي تحسن وضع الحالة ولكن باستخدام الدواء التالي:

"HALDOL و" "SOWEL"

عاد إلى مهنته بدون إشكال بعد مرور شهرين لم تواظب الحالة على شرب الدواء في مواعده و بدأ في استعمال المخدرات (الحشيش) وهي أحد العوامل التي أدت بالحالة إلى التدهور الصحي وتطور أعراضه ،أخذته زوجته إلى مستشفى الأمراض العقلية بمستغانم يوم 26-06-2011، عند فحصه طلب منه الطبيب العقلي البقاء داخل المستشفى لأن حالته غير مستقرة . لم يتقبل الحالة دخوله إلى المستشفى حيث بدأ يصرخ "أنا محقور، أنا معنديش

الزهر، أنا مانيش مريض ،جابوني بسيف " رفض الحالة دخوله إلى المستشفى. بعد 04 أشهر تحسن وضع الحالة واستقرت حالته باستخدام العلاج الدوائي المتمثل في " NOZINON و "SOWEL و " HALDOL "

خرج الحالة من المستشفى في عطلة مرضية يوم 12-10-2011مدتها أسبوع غادر المستشفى مع الزوجة.

بعد خروجه لم يعد إلى المستشفى و لم يواظب على الدواء في موعده فدخل مرة ثانية و تم إعادة فحصه و بقي داخل المستشفى تحت العناية.

على حسب ما لوحظ من خلال الإطلاع على السجل الطبي حدث للحالة 03 نكسات بسبب عدم الإنضباط في شرب الدواء و إدمانه على المخدرات، أما بالنسبة للزيارات الأسرية ضئيلة جدا و الزوجة هي التي تزوره فقط وفي بعض الأحيان يأتي أبناءه عندما الحالة يطلب ذلك من زوجته.

و على حسب المقابلة مع الزوجة لوحظ أنه كان لوحده يشرب الدواء ولا تتدخل الزوجة في ذلك كقولها " هو لي كان يعرف دواه أنا ما كنتش نعطيهوره" إضافة أنه في المرة الأخيرة عند دخوله صرحت زوجته على أنها لم تتحمل تصرفاته و أصرت على إبقائه داخل المستشفى كقولها "ماحملتش، بزاف عليه شدوه عندكم". الزوجة لم تأتي لزيارته إلا مرة أو مرتين في الشهر أما باقي الأفراد لم يأتوا عنده.

5-عملية الإتصال مع الحالة:

عملية الإتصال بالحالة أثناء المقابلة إمتازت بالصعوبة أحيانا لكثرة حركته مما جعله لا يركز معي جيدا لكن عند إصراري له كان يجيب على جميع الأسئلة بدون رفض وكان يطلب مني مساعدته على إخراجه من المستشفى.

6- الأعراض العيادية المستخلصة من المقابلات:**1-6- الجانب المعرفي:**

1-1-6-التفكير: الحالة له القدرة على التفكير لكن تفكيره مشوه و غيرمنطقي ،تنتابه أفكار هذيانية إضطهادية مثل قوله:"أنا محقور، أنا ماعنديش الزهر، انا مانيش مريض جابوني بسيف".

2-1-6-الإنتباه والتركيز:الحالة كثير الحركة أثناء المقابلات لا يستطيع التركيز معي في الأسئلة إلا بعد تكرارها له وإصراري على الإجابة ليس رفضا لكن قلة تركيزه لأنه كان يتكلم معي و ينظر إلى أشياء أخرى و يتكلم ثارة أخرى مع أصدقائه.

3-1-6-الذاكرة:ذاكرة الحالة جيدة حيث إستطاع أن يتذكر حياته في الطفولة وأثناء مرضه وكان يتحدث عن علاقته مع زوجته وأبنائه قبل دخوله المستشفى بدون إشكال.

2-6-المعاش اليومي:

1-2-6-النوم:طبيعة النوم عند الحالة مضطرب ، يعاني من الأرق رغم تناوله الدواء الذي وصفه له الطبيب العقلي في المستشفى.

2-2-6-الغذاء: شهية الحالة عادية، أما الحالة الجسمية لا يعاني من أي إضطراب جسمي

3-6-الجانب العاطفي:

1-3-6-الميزاج:ميزاج الحالة مضطرب ،نلاحظ علامات الحزن ، البكاء المستمر أثناء المقابلات نتيجة وجوده داخل المستشفى فهو يريد البقاء مع زوجته و أولاده كقوله"راني باغي نروح لداري مع مرتي و ولادي".

4-6-4- الجانب العلائقي:

1-4-6 العلاقة مع الزوجة: العلاقة مع الزوجة قبل المرض عادية ومستقرة دون مشاكل، لكن بعد الإصابة بالمرض أصبحت الزوجة لا تطيق تصرفاته كقوله "مرتي تبغيني ونات اني نبغيها كنت عايش غاية معاها بصح مين نتنارفا نضربها سمحت فيا و قاستني فسبيطار"

2-4-6-العلاقة مع الأبناء: قبل إصابته بالمرض و دخوله المستشفى كانت علاقته مع أبنائه جيدة كان يوفر لهم جميع حاجاتهم المادية أما النفسية حسب ما قالته زوجته كان يضربهم في بعض الأحيان كقولها: "مين يتقلق من كاش حاجة و ينارفوه ولاده يضربهم حتى ولاو يخافو منه " بعد دخوله المستشفى لا يزورونه حتى يطلب هوزيارتهم له.

3-4-6-العلاقة مع الأخ الأكبر: قبل المرض كانت علاقته جيدة مع أخيه كان يعمل معه و يتوافق معه في كل شيء يخص العمل لكن بعد المرض لم يقم بزيارته إلا مرة واحدة فقط

الحالة الثانية

1-المعلومات الأولية:

الإسم و اللقب: ب ه ، السن: 25 سنة.

الجنس: ذكر، المستوى الدراسي: السنة السادسة ابتدائي.

المهنة: لايعمل، مقر الإقامة: مستغانم.

الحالة المدنية: أعزب، الحالة الإقتصادية: ميسورة الحال.

عدد الإخوة: 4 (2ذكور و 2بنات)، رتبة الحالة: الأخيرة.

الحالة المرضية: فصام بسيط.

عدد المقابلات: 04

2-عرض المقابلات:

المقابلة الأولى: 05-12-2013 دامت 40 دقيقة مع الحالة في المستشفى .

الهدف منها التعرف على الحالة و جمع المعلومات الأولية.

المقابلة الثانية: 05-13-2013 دامت 30 دقيقة مع الحالة في المستشفى.

التعرف على طبيعة المرض و الاعراض التي يعاني منها.

المقابلة الثالثة: 05-14-2013 دامت 45 دقيقة مع الحالة في المستشفى

الهدف منها التعرف على الحياة الأسرية و العلاقة مع أفرادها.

المقابلة الرابعة: 05-27-2013 دامت 30 دقيقة مع الأب و الأخ الأكبر للحالة في المستشفى

الهدف منها التعرف على أفراد أسرة المريض و معرفة العلاقة مع المريض.

3-تقديم الحالة:

الحالة (ب ه) يبلغ من العمر 25 سنة ، الطفل الأخير في الترتيب الأخوي من عائلة ميسورة الحال ، أبوه متقاعد و أمه متوفية أخوه يعمل و البنات متزوجات .

توفيت أمه بسبب ورم في ثديها كان عمره 12 سنة ، تزوج أبوه، فالحالة يعيش مع الأب و زوجة الأب و أخوه الأكبر منه الذي يبلغ 32 سنة وهو غير متزوج، توقف الحالة عن الدراسة منذ وفاة أمه و تزوج أبوه فلم يتقبل زوجة أبيه.

الحالة (ب ه) طويل القامة ، نحيف الجسم، ذو بشرة بيضاء و شعر أشقر.

لباس الحالة عبارة عن بدلة رياضية غير نظيفة.

4-التاريخ المرضي للحالة:

دخل (ب ه) إلى مستشفى الأمراض العقلية لولاية مستغانم يوم 13-03-2013 بسبب ظهور الأعراض التالية:قلة النوم، كثرة الحركة، الهذيان، الكلام غير منقطع، أدخل إلى المصلحة من طرف الأخ الأكبر و الأب.

بداية المرض قبل ثلاث أشهر من ظهور الأعراض السابقة في شهر جانفي 2013، كان يتكلم لوحده ولا ينقطع عن الكلام لمدة طويلة و الضحك بدون سبب، عند ظهور هذه الأعراض أخذه أبوه عند الراقي الذي دلّه على أحد الأعشاب لم يتذكر أب الحالة إسم الأعشاب ، وطريقة الرقية في أول الزيارة كانت بالقرآن و شخّصه الراقي على أن لديه مس (مسكون) بعد ذلك تغيرت الطريقة وأصبح يعالجه الراقي بالضرب بحجة إخراج الجن وبالإضافة إلى وجود حروق طفيفة في اليد اليسرى ، بعدها رفض الحالة العودة ، لم يظهر عليه تحسن إستمرت حالته و ازدادت تطورا ، عدم النوم و الخروج من البيت و الغياب لساعات طويلة ، على حسب ما صرح به الحالة أثناء المقابلة أن حياته تغيرت نحو الأسوء منذ وفاة أمّه وزواج أبوه كقوله " ملي ماتت ما ماوليتش عايش غاية ، ما حملتس مرت با"، مع الوقت إزدادت المشاكل مع الاب و زوجة الأب فالحالة لم يتقبل زوجة أبوه، وعليه أصبح يغيب عن البيت

حيث رافق أصدقاء السوء ، أصبح مدمن على الكحول و المخدرات مما انعكس سلبا على الجانب النفسي و العقلي للحالة فتدهورت حالته إلى درجة لاحتتملو ظهرت عليه الأعراض التالية: قلة النوم، كثرة الحركة ، الهذيانات الإضطهاد كقوله " راني محقور مرت با تکرهني بزاف " وأيضا" حتا واحد ما يبغيني في هاد أدنيا" إضافة إلى العدوانية على زوجة الأب كان يضربها و يشتمها بكلام رديء، فكان أبوه يضربه و يطرده من البيت لأيام لكن بعد مرور أسبوع حمله أخوه الأكبر مع الأب إلى مستشفى الأمراض العقلية فبعد الفحص من الطبيب العقلي صرح بإبقاء الحالة تحت العناية داخل المصلحة ، بعد مرور شهرين تحسن و وضع الحالة بإستخدام العلاج الدوائي التالي:

" HALDOL " و " LARGATRIL " و " SOWEL "

منذ دخوله المستشفى لم يخرج الحالة في عطلة مرضية لأنه لم يطلب الخروج و أهله أيضا لم يطلبوا خروجه ، فعدد الزيارات ضئيلة جدا إلا لإحضار الملابس أو بعض الحاجيات فقط.

5-الإتصال مع الحالة:

تمت المقابلة مع الحالة بشكل عادي لم أجد صعوبة في التواصل معه ،كان يجيب على جميع الأسئلة ،أما المقابلة مع أب و أخ الحالة كانت صعبة لعدم إهتمامهم بحالة إبنهم إلا بعد شرح لهم دور الأخصائي النفساني وافقوا التكم لكن ليسوا بطلاقة بالإضافة أنني إستطعت القيام بمقابلة واحدة بسبب قلة الزيارات.

6-الأعراض العيادية المستخلصة من المقابلات:

6-1- الجانب المعرفي:

6-1-1- التفكير: الحالة يفكر بشكل جيد حيث استطاع أن يسرد قصة حياته، تتنابه أفكار هذيانية إضطهادية مثل "راني محقور".

6-1-2-1- الإنتباه و التركيز: أثناء المقابلات الحالة كان يركز معي ، لكن في بعض اللحظات كان يحدث له شروذ ذهني.

6-1-3-الذاكرة:ذاكرة الحالة عادية ، استطاع أن يتذكر أحداث طفولته كيوم دخوله المدرسي وتذكر حدث أمه المؤلم ووفاتها.

6-2-المعاش اليومي:

6-2-1-النوم: في أيامه الأولى الحالة كان يعاني من قلة النوم ، لكن بعد مرور فترة زمنية ينام في الليل جيدا.

6-2-2-الغذاء: شهية الحالة قليلة لا يأكل جيدا.

6-3-الجانب العاطفي:

الميزاج:ميزاج الحالة أثناء المقابلة متقلب، فهو عادي وأحيانا يبكي حين يتذكر وفاة والدته فالحالة متؤثر جدا بوفاتها.

6-4-الجانب العلاقي:

9-4-1 العلاقة مع الأب:قبل المرض أب الحالة كان غير مهتم بتربية أبنائه ، وفي حالة المرض أخذه عند الراقي ثم إلى المستشفى ولم يبالي بوضعية إبنه إن تحسنت أو تطورت ولا يقوم بمقابلة طبيبه العقلي لمتابعة الأحداث المرضية للحالة و العلاج المقدم وكان الاب يغلق عليه في الغرفة ويتركه يأكل و يشرب لوحده.

6-4-2-العلاقة مع زوجة الأب: الحالة لا يحب زوجة أبيه فعند التحدث عنها يفعل ،ويقول أنها هي أسباب كل المشاكل داخل البيت، ورفض التكلم عن المشاكل الداخلية.

6-4-3-العلاقة مع الأخ الأكبر:العلاقة عادية يأتي مع الأب للزيارة فيغير له ملابسه ويأتي له ببعض الحاجات الضرورية التي يطلبها الحالة.

الحالة الثالثة:

1-المعلومات الأولية:

الإسم واللقب: ح ص، السن: 28 .

الجنس: ذكر، المستوى الدراسي: حامل شهادة البكالوريا وشهادة ممرض .

الحالة المدنية: أعزب، المهنة: ممرض .

الحالة الإقتصادية:متوسطة، عدد الإخوة:3 (1 ذكر و2 بنات) .

الرتبة: الأخيرة ،مقرالإقامة:مستغانم بدائرة ماسرة.

عدد المقابلات:05

2-عرض المقابلات:

المقابلة الأولى:28-05-2013 دامت 30 دقيقة مع الحالة داخل المستشفى

الهدف منها التعرف على الحالة وجمع المعلومات الأولية.

المقابلة الثانية: 29-05-2013 دامت 40 دقيقة مع الحالة داخل المستشفى

الهدف منها التعرف على التاريخ المرضي و الأعراض التي تعاني منها الحالة

المقابلة الثالثة: 02-06-2013 دامت 45 دقيقة مع الحالة داخل المستشفى

الهدف منها التعرف على الأسرة وعلاقتها مع الأفراد.

المقابلة الرابعة : 13-06-2013 دامت 30 دقيقة مع أسرة الحالة داخل المستشفى

الهدف منها التعرف على أفراد أسرة المريض.

المقابلة الخامسة: 27-06-2013 دامت 50 دقيقة مع أسرة الحالة داخل المستشفى

الهدف منها التعرف على علاقة الأسرة بمريضها.

3- تقديم الحالة:

الحالة (ح ص) يبلغ من العمر 28 سنة ، غير متزوج ، ممرض حاصل على شهادة تقني سامي في الصحة ، كان يعمل في المستشفى بوهران بعد مرضه توقف و تخلى عن عمله. يسكن مع والديه، أبوه تاجر و أمه مأكنة في البيت ، إخوته البنات متزوجات في مدينة وهران، الحالة الإقتصادية للحالة متوسطة.

الحالة(ح ص) نحيف الجسم، قصير القامة، عينان بنيتان و شعر أسود، مهتم بمظهره ونظيف الجسم و الثياب.

4-التاريخ المرضي للحالة:

الحالة (ح ص) دخل إلى مستشفى الأمراض العقلية لولاية مستغانم يوم 2012-07-30 بسبب ظهور الأعراض التالية: نوبات هيجانية (الصراخ و عدم التوقف عن الكلام ، كسر الأشياء الموجودة أمامه)، هلاوس سمعية، هذيان العظمة.

جاء إلى المستشفى مع أمه ، بعد الفحص من طرف الطبيب العقلي فقرّر الطبيب إدخاله إلى مصلحة المستشفى للعناية و المتابعة الطبية و النفسية،رفض الحالة البقاء داخل المستشفى فبقي منعزل في مكان ولا يتكلم مع المرضى الآخرين تحسنت حالته بعد أن تمّ فحصه من طرف الطبيب العقلي وذلك يوم 2012-10-20 و باستخدام العلاج الدوائي التالي:

" HALDOL " و " NOZINON " و " SOWEL " إضافة إلى " Valium " في حالة الهيجان

طلبت الأم إخراجها من المستشفى فصرح لها الطبيب بخروج الحالة لكن الأخذ بعين الاعتبار تناول الدواء في موعده وإرجاعه إلى الزيارة الطبية من أجل الفحص بعد 10أيام أي بتاريخ 2012-10-30. رجع الحالة في يوم موعد الزيارة الطبية لوحده، وجده الطبيب في وضعية حسنة فأنقص له من الجرعات الدوائية السابقة وأعطى له موعد طبي بعد 15 يوما أي في

15-11-2012. عاد الحالة إلى منزلهم بشكل عادي وبدأ في العمل لكن ليس في مهنته السابقة (ممرض) بل بممارسة حرفة النجارة مع صديقه.

في 30-01-2013 عاد الحالة إلى حالته المرضية السابقة المتمثلة في العدوانية ، نوبات هيجانية ، الهذيان بالإضافة للإدمان على الكحول و المخدرات.

عاد مع الأم ، سبب إعادة إنتاج الأعراض المرضية هو أنّ أمه حين رأت حالته في التحسن أنقصت له الجرعات الدوائية دون إستشارة الطبيب العقلي مما ازدادت حالته تطورا وأدخل إلى المصلحة للمرة الثانية و أصبح تحت العناية الطبية و النفسية إلى أن تحسنت حالته، في مارس 2013 بعدها خرج في عطلة مرضية مدتها أسبوع ثم عاد إلى المصلحة مع الأم و الأب ولم يتقبل الدخول كقوله "أنا ما ندخلش لهنيا أنا ماعندي والو مارانيش مريض" و صرحت والدته أنه عند خروجه لا يواظب على مواعيد أخذ الدواء و يعود إلى الإدمان على تناول المخدرات و شرب الكحول ، فبقي داخل المستشفى تحت العناية.

5- عملية الإتصال مع الحالة:

الحالة قليل الكلام أثناء المقابلات ، منعزل ، وجدت صعوبة في التواصل معه بسبب ردّه المختصر على الأسئلة فاستعملت المقابلة الموجهة في المقابلة الأولى أما المقابلات الباقية كان يتكلم بطلاقة و يجيب عن الأسئلة. في الإتصال أثناء المقابلة مع أسرة الحالة لم أجد صعوبة ، لكن هناك بعض المعلومات لم يجيبوا عن الأسئلة بسبب رفضهم و التهرب من الجواب خاصة في العلاجات السابقة.

6- الأعراض العيادية المستخلصة من المقابلات:

6-1- الجانب المعرفي:

6-1-1- التفكير: الحالة له القدرة على التفكير لكن تفكيره مشوه و غير منطقي ، تنتابه أفكار هذيان العظمة مثل قوله: "أنا عالم كبير ، غير هنا في لجزاير ما عرفليش".

5-1-2- الإنتباه والتركيز: الحالة يركز بشكل عادي في الإجابة على الأسئلة والإنتباه ناقص بسبب إنعزاله ففي كثير من الأحيان يحدث له شروذ ذهني .

5-1-3- الذاكرة: ذاكرة الحالة جيدة حيث إستطاع أن يتذكر حياته في الطفولة وأثناء مرضه وكان يتحدث عن علاقته مع والديه بدون إشكال.

5-2- المعاش اليومي:

5-1-2- النوم: طبيعة النوم عند الحالة عادي ، إلا في الأيام الأولى كان لديه نوم متقطع لكن بعد فترة تحسسن نومه.

5-2-2- الغذاء: شهية الحالة عادية، أما الحالة الجسمية لا يعاني من أي إضطراب جسمي.

5-3- الجانب العاطفي:

5-1-3- المزاج: مزاج الحالة مضطرب ،نلاحظ علامات الحزن ، البكاء المستمر أثناء المقابلات نتيجة وجوده داخل المستشفى فهو يريد البقاء في المنزل كقوله"راني باغي نروح لدارنانا مرانيش مريض "

6- الجانب العلائقي:

6-1- العلاقة مع الأب: قبل المرض علاقة الحالة مع الأب عادية ، لكن عند المرض لم يتخذ الأب المسؤولية في علاجه بسبب إنشغالاته في أمور العمل و عند حدوث نوبات هيجانية كان يضربه و يغلق عليه لوحده داخل الغرفة ، لم يتحمل أعراض ابنه المرضية.

6-2- العلاقة مع الأم: علاقة الحالة مع الأم جيدة فهو يحب الأمه ، عانت كثيرا مع الحالة وحرصت على علاجه ،تأتي لزيارته يوميا ،وتهتم بنظافته و هندامه .

II-مناقشة الفرضيات:

في ما يخص الفرضية العامة التي تقول: "للأسرة دور فعال في تطور مرض الفصام" من خلال دراسة الموضوع من الجانبين النظري و التطبيقي تبين لنا أن الأسرة تتأثر و تؤثر على المريض المشخص بانه فصامي ، و يظهر ذلك في الدور الذي تلعبه الأسرة في مساعدة مريضها على تجاوز مرضه، و كذا تحسنه كما يتأثر بالدور السلبي المتمثل في الإهمال و عدم الوعي و المعاملة السيئة، و هذا ما استنتجناه من خلال الدراسة الميدانية للحالات المدروسة فأظهرت أن الفرضية تحققت في جميع الحالات فعلى سبيل المثال الحالة الأولى تعرض بعد الإصابة بالمرض إلى نوع من الإهمال من طرف الزوجة و عدم المبالاة بالدواء الذي يتناوله بالإضافة إلى نقص الزيارات الأسبوعية للحالة مع إنعدام زيارات الأخ الأكبر وخاصة أبناء الحالة ونجدها في قوله: "توحشت ولادي بزاف باغي نخرج باش نشوفهم". أما الحالة الثانية (ب ه) لاحظنا نقص الوعي و الإهمال ، عند إصابة الحالة بالمرض كان العلاج الأولي بالنسبة للأب هو العلاج بالرقية و الأعشاب مما زاد الحالة تطورا للأعراض المرضية كما لاحظنا معاملة سيئة للحالة من طرف الأب المتمثلة في اللامبالاة بالأحداث المرضية و عدم سؤال الطبيب على الحالة المرضية لابنه رغم أن أب الحالة ليس أمي، واهتمام الأخ الأكبر للحالة إلا على أساس مادي كتغيير الملابس و الحاجات الضرورية فالجانب المعنوي و الإهتمام النفسي غائب في كلا الطرفين الأب و الأخ. أما الحالة الثالثة (ح ص) لا يعاني من إهمال عائلي خاصة من طرف الأم التي كانت تأتي لزيارته يوميا، لكن حدث للحالة إنتكاسة بسبب عدم شرب الدواء أثناء العطلة المرضية لأن أم الحالة عند تحسن ابنها أوقفت له الدواء دون إستشارة الطبيب العقلي، وهذا راجع لنقص درجة الوعي ونقص المعرفة بطبيعة مرض الحالة.

أما فيما يخص الفرضية الجزئية الأولى التي تقول: "إهمال الأسرة لمريضها الفصامي يؤدي إلى تطور مرض الفصام". مثل الحالة الأولى و الثانية ، تعرضا إلى إهمال أسري، فالحالة الأولى (ح ج) عدد زيارات زوجته كانت ضئيلة جدا، فأما الأبناء تكاد تنعدم إلا عند طلب الحالة، وأيضا عدم إهتمام الزوجة بالزوج عند خروجه من المستشفى في العطلة المرضية، فعند العودة عند الطبيب العقلي في المستشفى يرى تطور في الأعراض أو تراجع

لبعض الأعراض السابقة التي تحسنت قبل الخروج ، أما الحالة الثانية تعرض إلى إهمال نفسي من طرف الأب و الأخ بالإضافة إلى المعاملة السيئة من طرف الأب وزوجة الأب المتمثلة في عزله لوحده في الغرفة.

و الفرضية الجزئية الثانية تقول " نقص وعي الأسرة بالمرض يؤدي إلى تطور مرض الفصام". بالنسبة إلى نقص الوعي نجد هذا المتغير متكرر عند جميع أسر الحالات المدروسة فنقص المعرفة بالمرض، وطريقة التكفل بالمريض الفصامي و العوامل المؤدية إلى التحسن و الإيجابية ، يجهلها جميع أسر الحالات المدروسة ، فمثلا الحالة الثالثة (ح ص) نظرا لنقص وعيالأأم لخطورة توقيف الدواء للمريض عند تحسن أعراضه أدى بالحالة إلى الإنتكاسة و العودة مرّة ثانية إلى المستشفى.

و الفرضية الثالثة و الأخيرة التي تقول:"المعاملة السيئة للمريض الفصامي تؤدي إلى تطور مرض الفصام" المعاملة السيئة للمريض كالضرب المبرح و الشتم و عزله عن بقية أفراد الأسرة يؤدي إلى تطور مرض الفصام مثل الحالة الثانية (ب ه) أثناء مرضه كان أبوه يعزله لوحده بعيدا عن باقي أفراد الأسرة .

توصيات واقتراحات:

*الاهتمام بالمرضى الذهانيين وتقديم الدعم النفسي اللازم لهم وذلك من خلال عمل برامج تهتم بهم و تعمل على إعادة إدماجهم في المجتمع من جديد.

*عمل ورشات ودورات تعليمية لأسر المرضى الذهانيين من أجل معرفة المرض وكيفية التعامل مع المرضى.

قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية:

- 1- إبراهيم عبد الستار، عبد الله عسكر/ علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب النفسي/مكتبة أنجلو المصرية/القاهرة / الطبعة الرابعة / 2009 .
- 2- ابن منظور / لسان العرب / الجزء الرابع/2008.
- 3- أحمد عبد اللطيف أبو أسعد ،سامي محسن الختاتنه / دار المسيرة للطباعة و النشر و التوزيع / عمان / الطبعة الأولى / 2011.
- 4- حامد عبد السلام زهران / الصحة النفسية و العلاج النفسي / مكتبة عالم الكتب / القاهرة / 1992.
- 5- حسين فايد /الاضطرابات السلوكية/2011.
- 6- داليا مؤمن / الأسرة و العلاج الأسري / دار السحاب للنشر و التوزيع / القاهرة / الطبعة الأولى / 2004.
- 7- سلوى عثمان / قضايا الأسرة و الإسكان من منظور الخدمة الإجتماعية / دار الهناء / مصر / ب ط / 2001.
- 8- عبد المعطي حسن مصطفى / علم النفس الإكلينيكي / دار قباء للطباعة والنشر و التوزيع / القاهرة / 1998 .
- 9- عبد المنعم الميلادي / الصحة النفسية / مؤسسة شباب الجامعة / مصر / 2003
- 10- عطوف محمود ياسين / علم النفس العيادي / دار الملايين للنشر والتوزيع / الطبعة الثانية / ب س.
- 11- كمال الدسوقي / الطب العقلي و النفسي / دار النهضة العربية / بيروت لبنان / ب ط / ب س .
- 12- مارك لويس برجوا ترجمة اسكندر جرجي معصب / الفصام/ مجد المؤسسة الجامعية للدراسات و النشر و التوزيع / بيروت لبنان / الطبعة الأولى / 2012 .

13-محمد أديب الخالدي / المرجع في الصحة النفسية / دار وائل للنشر والتوزيع الطبعة الثالثة
/ عمان-الأردن / 2009.

14-محمد السيد عبد الرحمن / علم الأمراض النفسية و العقلية / دار قباء للطباعة و النشر و
التوزيع / ب ط / 2000 .

15-محمد حمدي الحجار/ المدخل إلى علم النفس المرضي / دار النهضة العربية للنشر و
التوزيع / بيروت،لبنان / ب ط / ب س .

16-محمد شريف صقر / الأسرة و الطفولة في محيط الخدمة الإجتماعية / دار المكتب
الإسلامي / بيروت / ب ط/ 1987 .

17-محمد عاطف غيث / قاموس علم الإجتماع / دار المعرفة الجامعية / الإسكندرية / ب ط/
ب ت .

القواميس:

18-محمد عاطف غيث / قاموس علم الإجتماع / دار المعرفة الجامعية / الإسكندرية.

19-المنجد في اللغة /منشورات دار المشرق /بيروت-لبنان / 1998.

المراجع باللغة الأجنبية:

20-H.BLOCH-E.DEPRET-A.GALLO/DICTIONNAIRE DE LA PSYCHOLOGIE /
EDITION LA ROUSSE / BORDAS / 1997 .

المذكرات:

21-نبيل محمد محمد جودة/ الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي في
قطاع غزة في ضوء بعض المتغيرات/رسالة لنيل شهادة الماجستير/ تحت اشراف
أ.د سميح قوتة/ السنة الجامعية 2008

مواقع الأنترنت:

22-www.Almaghress.com