جامعة عبد الحميد بن باديس ـ مستغانم ـ
كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية
قسم العلـــــوم الاجتماعـــــية
شعبة علم النفس و علوم التربية

Lu et approuvé
22/09/2020

مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس

تخصص علم النفس العيادي

واقع التكفل النفسي بمريض الفصام داخل المؤسسة الاستشفائية

(دراسة عيادية بقسم الأمراض العقلية الشهيد يوسف المجدوب ـ مستغانم)

مقدمة و مناقشة علنا من طرف

الطالب (ة) : بشكات عبد المالك

أمام لجنة المناقشة

اللقب و الاسم	الرتبة	الصفة
د.جناد عبد الوهاب	أستاذ محاضر (أ)	رئيسا
د.بوريشة جميلة	أستاذة محاضرة (ب)	مشرفا و مقررا
د.شرقي حورية	أستاذة محاضرة (ب)	مناقشا

السنة الجامعية: 2020/2019

الإهـــــــــداء

ـ إلى كل من علمني حرفا من حروف العلم و المعرفة في هذه الدنيا الفانية .

ـ إلى كل من ساعدني على تجاوز المحن و الصعاب .

ـ إلى الوالدين اللذين أفنوا حياتهم على تعليمنا و تربيتنا و تجسيدنا بأحسن حلة أمام الملأ ، من أجل الإفتخار بما أنجزاه .

ـ إلى صديقتي المقربة التي عملت جاهدتا على تقديم يد المساعدة من أجل إنهاء هذا العمل .

ـ إلى الأستاذة المؤطرة ، التي ساهمت بإرشداتها و نصائحها على اتمام مهمتها الملقاة على عاتقها بأكمل وجه .

ـ إلى جميع أفراد الأسرة التربوية في الجزائر الحرة الأبية .

ـ إلى كل هؤلاء و هؤلاء أهدي هذا العمل المتواضع .

و نسأل الله العلي القدير أن يجعله نبراسا لكل طالب علم .

شكـــــر و عرفان

. بداية الشكر لله على توفيقه و تسديد خطاي ، فهو المتفضل الأول بسابغ الكرم ، و المعطي دائما لجزيل النعم .

. أتقدم بأسمى عبارات الشكر و الثناء و العرفان و عظيم التقدير ، إلى كل من لديه يد العون في هذا البحث ، و لم يبخل علينا بالمعلومات التي تغمره ، إلى كل من ساندنا و حاول جاهدا على أن يوصلنا إلى طريق النجاح و العلم و المعرفة ، و سعى ساهرا على تعليمنا طريقة البحث و كيفية العمل .

قاصدا كل أستاذ له مقعد في الجامعة ، و خاصة تلك التي إذ سألنا أجبتنا ،و إذ غرقنا في متاهات العلم أنقضتنا ، فإنها استاذة للطالب نافعة ، و للجامعة نابغة ، هي غنية عن التعريف إسمها يبشر بالخير إنها الأستاذة : بوريشة جميلة حفظها الله و تركها سندا لنا و للأجيال القادمة إن شاء الله .

و إلى الأخصائي النفساني الذي لم يبخل علينا بالمعلومات و ساعدنا لإنجاز هذا العمل ، فقد مد يد العون بطريقة لم نكن ننتظرها ، رغم الصعوبات التي تواجهها البلد من خلال فيروس كوفيد 19 ، إلى أنه من خلال وسائل التواصل الإجتماعي أغمرني بالمعلومات ، حفظه الله و تركه سندا للمؤسسة .

و إلى كل من ساعدنا من قريب أو بعيد لهم جزيل الشكر و الإحترام و نسأل الله العظيم أن يجعلها في ميزان حسناتهم .

ملخـــــــــص الدراسة

إن التكفل النفسي له مجموعة من الطرق و المنهجيات النفسية الإجرائية ، المتداخلة للعناية بالأشخاص الذين يعانون من مختلف الاضطرابات العقلية عامة ، و الفصامية خاصة الذين هم بحاجة ماسة إلى التكفل بهم طبيا و نفسيا و اجتماعيا ، بهدف علاجهم و إعادة تأهيليهم و دمجهم اجتماعيا و نفسيا و ذلك داخل المؤسسة الاستشفائية ، و أيضا المتابعة المترتبة بعد الخروج من المؤسسة .

فقد هدفت الدراسة إلى التعرف على كيفية التكفل النفسي بمريض الفصام داخل المؤسسة الاستشفائية ، الواقعة بولاية مستغانم ، التي تمت فيها الدراسة الميدانية المتعلقة بموضوع البحث ، ألا و هو كيفية التكفل النفسي بمريض الفصام داخل المؤسسة الاستشفائية ، و قد إعتمدنا في هذه الدراسة على عدة أدوات منهجية المساعدة لجمع المعلومات و تعود بالفائدة على البحث ، التي منها :دراسة حالة ، المقابلة الإكلينيكية النصف الموجهة ، الملاحظة .

فمن خلال البحث و التقصي و جمع العديد من المعلومات حول عملية التكفل ، وجدنا بأن داخل المؤسسة يكون التكفل النفسي مع مريض الفصام تكفلا دوائيا أي علاج دوائي ، قبل العلاج النفسي للتهدئة و لصنع الطريق و للتمهيد له رغم نقص و عدم توفر الإمكانيات ، إلى أن العلاج النفسي داخل المؤسسة موجود و بصفة مساعدة للمريض رغم قلة و نقص و عدم توفر العلاجات الأخرى ، لكن الأساليب العلاجية المستعلمة لها دور كبير في عملية التكفل و هي العلاج بالعمل و العلاج المعرفي السلوكي و التأهيل النفسي ، في غياب عدة علاجات أخرى لها فائدة على مستوى الصحة النفسية ، و هذا راجع للنقائص الموجودة داخل المؤسسة ، و الصعوبات التي يعاني منها الأخصائي النفساني الموجود داخل المصحة .

فاستنتجنا من خلال مناقشة وتحليل نتائج الفرضيات، بأن التكفل بالمريض العقلي او النفسي بصفة عامة، وبمريض الفصام بصفة خاصة يتطلب مهارات خاصة وتكوين واطلاع مستمر نظريا وإجرائيا حسب خصوصيات ومتطلبات الميدان، للتوصل إلى التشخيص الجيد واستعمال الأساليب العلاجية الحديثة من أجل نجاح العملية التكفلية والادماج الفعال في المجتمع. وكذلك التوصل إلى توعية المجتمع وأسر المرضى حول خصوصيات الفصام والشخص الفصامي، وحثهم على التعاون من أجل التأطير الجيد لذلك الشخص المصاب باضطراب نفسي وعقلي كالفصام.

فالأمر لا يعتمد على الأساليب العلاجية فقط بل هناك المتابعة النفسية التي ترتكز على : المساندة النفسية و التفريغ الانفعالي و بعض الإجراءات الخاصة بالتكفل النفسي و الارشادات و النصائح ، في ظل غياب المساعدة الأسرية لأسر المرضى و نقص التكوين السيكولوجي للأخصائي و للمساعدين ، و غياب الدعم المادي .

Abstract

The psychological care has multiple methods and procedural psychological methodologies, integrated all together to look after people who suffer different mental disorders in general, and dissociative in specific, who desperately require medical psychological and social care in order to re habilitate them and integrate them socially psychologically inside a medical facility, and regular checkups after leaving

This study targets to recognize how to care for schizoid patients inside a hospital in Mosteghanem , where this study was conducted ,we relied on diverse help methodology tools to gather data that serve the research such as case study, clinical interviewing half directed and observation

Throughout the research and investigating and collecting data about the process of looking out the schizoids , we found out that in that facility they receive medicaments as psychological assistance, before any psychological help for pacification, just like a lead up only due to lack of necessary materials and potentials however the psychological treatment in the facility is available, the remedial methods implemented have a great deal of care like the behavioral cognitive treatment and psychological qualification, because the hospital is deficient in many treatments, these hardships hinder the psychiatrist to fulfill his job.

We concluded, through discussion and analysis of the results of the hypotheses, that the sponsorship of the mental or psychological patient in general, and the schizophrenic patient in particular, requires special skills of and the formation and continuous knowledge of theory and procedure according to the peculiarities and requirements of the field, in order to reach a good diagnosis and use of modern therapeutic methods for the success of the sponsorship process and effective integration in the society. As well as reaching the awareness of the community and the families of the patients about the peculiarities of schizophrenia and the schizophrenic person, and urging them to cooperate in order to better frame this person with a mental and disorder such as schizophrenia.

it doesn't only depends on treatment methods only but also on a psychological pursuance which is based on emotional décharge for instance, and other procedures consultations and tips in light of the absence of the family support to the patient and in lack of psychological training for psychiatrists assistants and the absence of material support .

فهرس المحتويات

العنـــــــــــــــوان	الصفحة
شكر و عرفان.....	
ملخص الدراسة	
مقدمة	
الفصل التمهيـدي : مدخل إلى الدراسة	
الإشكالية	03
تساؤلات الدراسة	07
الفرضيات	07
دوافع الدراسـة	07
أهداف الدراسة.....	08
أهمية الدراسة	08
تحديد مصطلحات الدراسة	08
الفصل الثاني : التكفل النفسي	
تمهيد	10
تعريف التكفل النفسي	11
أهمية التكفل	12
محاولة توضيح بعض المفاهيم المتداخلة مع مفهوم التكفل النفسي	12
الإستراتيجيات الواجب إعتمادها لنجاح عملية التكفل النفسي.....	13
الميثاق الأخلاقي للأخصائي النفسي	18
الأخصائي النفسي العيادي	19
أهداف الكفالة النفسية.....	22
العلاج النفسي و بعض أشكاله	23
التأهيل النفسي و الرعاية المجتمعية الفعالة للفصامي	29
الخلاصة	35
الفصل الثالث الفصام	
تمهيد	36
مفهوم الفصام	37
أعراض الفصام	39
أسباب الفصام	41
الأشكال العيادية للفصام	45
المقاربة النظرية للفصام	47
التشخيص	63
العلاج	65
مسار الفصام	67
الخلاصة	68

الفصل الرابع الإجراءات الميدانية	
الدراسة الإستطلاعية	69
الهدف من الدراسة الإستطلاعية	69
مكان إجراء الدراسة	70
هيكل المؤسسة الاستشفائية	71
مهام مصلحة الأمراض العقلية	71
المنهج المستعمل	72
أدوات الدراسة	73
زمن المقابلات العيادية	74
الفصل الخامس :تحليل و مناقشة النتائج	
تحليل دليل المقابلة مع الأخصائي النفساني (X)جناح رجال.....	75
تحليل دليل المقابلة مع الأخصائي النفساني (X)جناح نساء.....	77
الخلاصة	81
مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات	82
الاستنتاج العام	85
المقابلات العيادية	86
الخاتمة	89
العوائق و الصعوبات	90
التوصيات و الاقتراحات	90
قائمة المراجع	91

قائمة الجداول :

العنوان	الصفحة
جدول رقم (1) : يمثل أدلة خلال السنوات الماضية المتعلقة بأثر الوراثة في الاضطرابات الفصامية .	33
جدول رقم (02): يمثل الطاقم الطبي الخاص بالمؤسسة .	57
جدول (03): يمثل تحليل دليل المقابلة مع الأخصائي النفسي لجناح الرجال .	62
جدول رقم(04): يمثل تحليل دليل المقابلة مع الأخصائي النفسي جناح نساء	65.64

مقدمة:

يعتبر Eugene Bleuler أول باحث أدخل كلمة الفصام، بعده جاءت العديد من الأبحاث حول الفصام والتي بقيت نتائجها متناقضة ومتفقة أحيانا أخرى، بسبب عوامل ظهور هذا الفصام وميكانيزماته حتى الأن يبقى تعريف هذا الاضطراب ليس دقيقا بالمقارنة مع الاختلافات الموجودة بين مدارس الطب العقلي والنفسي، هذا التناذر المرضي يضم مجموعة من الأعراض العيادية والتي تتمحور حول ثلاث جوانب كبيرة، تفكك الحياة النفسية مع اضطرابات في التفكير، اضطرابات في العاطفة والوجدان اضطرابات في السلوك، هذيان برانويدي مبهم، متغير ومنظم، وتوحد بتميز بانقطاع للحياة الذهنية للمريض مع العالم الخارجي وخلق عالم داخلي يستثمر فيه طاقته الليبيدية وخاص به .

إن المفاهيم اليوم المقدمة حول عوامل الفصام هي متعددة ومتنوعة، منها معطيات نفسية، عصبية، تطورية، بيئية. فخلال السنوات الماضية أجريت العديد من الأبحاث والدراسات في مختلف دول العالم، من أجل الوصول إلى طريقة تكفليه صحيحة وناجحة في نفس الوقت، من أجل التكفل بمرضى الفصام داخل المؤسسات الاستشفائية وخارجها، وإعطاء صبغة أو نظرة مميزة لهذه الفئة.

إن الهدف من هذه الدراسة هو تقييم هذا القصور والعمل على فهم ميكانيزماته في الحالات المرضية ومحاولة معرفة عملية التكفل بهذه الفئة داخل المؤسسات الاستشفائية، سواء كان تكفلا طبيا أو نفسيا.

وللإحاطة بجوانب كل هذا الموضوع، اشتملت الدراسة على خمس فصول، عرضنا في الفصل الأول منها مدخلا إلى الدراسة، تطرقنا فيه إلى تحديد الإشكالية وبعض الدراسات السابقة حول الموضوع وعرض الفروض، ثم إبراز الأهداف والأهمية، ثم وضعنا التعريفات الإجرائية المستعملة في هذا العمل.

وجاء في الفصل الثاني ليشمل عملية التكفل النفسي، التي تطرقنا من خلالها إلى العديد من العناصر التي لها دور كبير في فهم هذه العملية، منها تعريف التكفل والأهمية التي يحظى بها،وتطرقنا إلى بعض المفاهيم المتداخلة مع عملية التكفل النفسي، والاستراتيجيات الواجب اعتمادها لنجاح هذه العملية، ثم الميثاق الأخلاقي للأخصائي النفسي وأهداف الكفالة النفسية، بدون نسيان العلاج النفسي والتأهيل النفسي والرعاية المجتمعية الفعالة للفصامي.

أما في الفصل الثالث، تطرقنا إلى الفصام الذي اعتمدنا في محتواه على تعريفه وأعراضه وأسبابه ثم الأشكال العيادية له، والمقاربة النظرية للفصام والتشخيص والعلاج ثم مسار الفصام.

وجاء في الفصل الرابع عنصر الإجراءات الميدانية، التي ضمت ثمانية عناصر منها: الدراسة الاستطلاعية والهدف منها، ثم مكان إجراء الدراسة والهيكل الخاص بالمؤسسة، ومهام المصلحة والمنهج المستعمل ثم أدوات الدراسة وزمن المقابلات.

أما الفصل الخامس ظم عنصر تحليل ومناقشة النتائج، التي تطرقنا من خلالها إلى تحليل دليل المقابلات مع الأخصائي ومناقشة النتائج والمقابلات العيادية، ثم العوائق والصعوبات والتوصيات والاقتراحات. والدافع الذي دفعنا إلى اختيار هذا الموضوع والعمل عليه هو: التعرف على الصعوبات التي تواجه الأخصائيين النفسانيين للتكفل النفسي بمريض الفصام داخل المؤسسة الاستشفائية، وكيفية التكفل النفسي لمريض الفصام المتواجد داخل المؤسسة الاستشفائية، والتعرف على الطرق والأساليب النفسية المتبعة لعلاج ودمج الفصاميين اجتماعيا، والتعرف على أحدثها وأكثرها فاعلية.

وأنهينا هذا العمل البحثي بخاتمة وتقديم بمجموعة من التوصيات التي يمكن أن يعتمد عليها أي باحث مهتم بموضوع الدراسة ويريد التعمق فيه.

الفصل التمهيدي مدخل إلى الدراسة

1) إشكالـــــــــية الدراسة
2) تساؤلات الدراســـــــــة
3) الفرضيـــــــــــــات
4) دوافع الدراســـــــــــة
5) أهداف الدراســـــــــــة
6) أهمية الدراســـــــــــة
7) تحديد مصطلحات الدراسة (تعريف الإجرائي لمصطلحات الدراس

طرح الإشكالية

علم النفس كباقي العلوم الأخرى مر بمراحل متعددة منذ نشأته ، خاصة بعد انفصاله عن الفلسفة و المذاهب الكلاسيكية القديمة التي تفسر ظواهر امتداد للخرافة ، بعيدة كل البعد على الأسس العلمية في تفسيرها للاضطرابات النفسية و مسبباتها ، بدايتها كانت باستخدام الفراسة من خلال ربط سمات شخصية الأفراد بالصفات العقلية و الخلقية و مقارنتها بالحيوانات ، و بعد ظهور الأبحاث الفيسيولوجية و التجريبية استعان العلماء في قياس القدرات بالفروق القائمة بينهما ، و جعل الاهتمام الأكثر بعملية القياس من خلال تفسير الظواهر النفسية بطرق كمية ، فما يشغل بال علماء النفس في هذا الزمن هو مصطلح الصحة العقلية بحيث أنها ليست بالحالة الدائمة أو غير القابلة للتغيير، بل تتعدد مواردها للفرد وفق المواقف و التجارب التي يمر بها في حياته ، و الصحة العقلية الجيدة هي التي تشكل أساس السرور الشخصي فهي تساعد على تحمل القلق المؤقت و تعزز قدرة الفرد في التصرف في ظل تغيير الظروف، كما تساعد في تحمل الجوانب الحتمية الصعبة في الحياة ، و تؤكد الرابطة الفنلندية للصحة العقلية على أهمية التفاعل بين البشر و البيئة ، و تعتبر الصحة العقلية هي مورد الحفاظ على تطور الاتصال بين الأفراد و ظروفهم المعيشية خلال جميع مراحل الحياة ، فهي تتأثر بعوامل مختلفة ، مثل توفر الدعم الاجتماعي ، أي العلاقة القوية بالعائلة و الأصدقاء ، و الصحة البدنية و العلاقات الإيجابية المبكرة ، و هناك عوامل اجتماعية تعد بمثابة شروط مسبقة للصحة العقلية الجيدة مثل : التعليم و العمل و القيم السائدة و المناخ الاجتماعي ، و القدرة على تقبل الاختلافات ، و بالفعل فإن الصحة العقلية هي مجموع عدة عوامل أو قد تكون نتيجة كل العوامل التي تتضمنها حياة الإنسان ، فعلى سبيل المثال التقدير الكافي للنفس ، و البيئة الآمنة للحياة ، و المهارات الجيدة لحل المشاكل ، هي التي تقوم الصحة العقلية ، و من ناحية أخرى يعتبر الإقصاء و الفقر و الانفصال و الخسائر و العلاقات السيئة عبء على صحة الفرد العقلية و عندما تصبح عدة عوامل مختلفة منهكة جدا للصحة العقلية ، فقد تكون النتيجة هي اضطراب عقلي ، تجدر الإشارة إلى أنه ليس من السهل دائما تحديد الاضطراب العقلي ، فهناك أعراض عقلية شائعة جدا بين معظم الناس إلى أنها تكون على نطاق أصغر ، و كل شخص يمر بتجربة ضغط أو توتر تؤثر على الصحة العقلية في مرحلة ما من الحياة ، كما أن الألم العقلي المؤقت أمر طبيعي جدا في ظل الظروف

الصعبة ، ومع ذلك حين تتعرض الصحة العقلية لتدهور ، فمن المهم جدا التعرف على الاضطراب العقلي و التعامل معه بشكل صحيح ، فالرعاية الصحية العامة تصنف الاضطرابات العقلية وفقا لأعراض النموذجية و درجة شدتها ، فبدون معالجة مناسبة فإن الاضطرابات العقلية الحادة ستشل قوة المصاب بها تماما ، و مع ذلك فإن الطريقة المناسبة للعلاج يمكن أن تؤدي إلى أن يتمتع من يعاني من اضطرابات عقلية حادة بحياة مرضية جدا .

. و علم النفس بصفة عامة أعطى اهتمام كبير أيضا بالاضطرابات العقلية التي تعتبر مرض خطير رافق البشرية منذ القدم ، و تطور بتطورها ، و أصبح من الأمراض المعاصرة التي تمثل مشكلة كبرى في جميع المجتمعات الإنسانية النامية أو المتطورة ، و نظرا لخطورة الاضطرابات العقلية فقد حظيت باهتمام خاص من طرف الباحثين في شتى المجالات خاصة الأطباء النفسانيين ، أطباء الأمراض العقلية و الأخصائيين الإكلينيكيين .

فحوالي 13% من سكان العالم ، أي ما يساوي 971 مليون شخص ، نوعا من الاضطرابات العقلية وفقا لتقييم العبء العالمي للمرض الصادر عن معهد القياسات الصحية و التقييم ، بالإضافة إلى أن الخرف هو المرض العقلي الأسرع نموا ، و هذا بالرغم من أن تجميع تلك الأرقام العالمية ليس بالمهمة السهلة إذ إن الكثير من الناس يمكن أن يعانون من أكثر من اضطراب في نفس الوقت .

و تشير مؤسسة Mind الخيرية البريطانية إلى إحصائية مفادها أن واحد من بين كل أربعة أشخاص سيعاني من صورة من صور الأمراض العقلية في عام أو في اخر ،و أهم هذه الأمراض العقلية و أكثرها شيوعا الفصام فقد كشفت إحصائيات صادرة عن المراكز الاستشفائية المتخصصة في علاج الأمراض العقلية ، أن 1% من الجزائريين أو ما يعادل 400 ألف جزائري يعانون من داء انفصام الشخصية ، حيث يمس بشكل كبير الذكور ، الذين تتراوح أعمارهم ما بين 20 و 40 سنة ، و الذين يجدون صعوبة في التأقلم مع الحياة الاجتماعية و حسب ما جاءت به بعض الدراسات المختلفة كلاَتي :

❖ الدراسات العربية :

1/ دراسة زينب شقير :

تطرقت فيها عن خصائص البناء اللغوي للفصاميين ، و تهدف الدراسة إلى التعرف على البناء النفسي لدى مرضى الفصام البارانوي و الفصام الهيبوفريني بحيث إعتمدت في دراسة الحالات على تشخيص الطبيب النفسي و على مقياس الفصام في إختبار الشخصية متعدد الأوجه ، و مقياس ويلوبي للميل العصابي ،إضافة إلى إختبار تفهم الموضوع لموراي TAT و إختبار تداعي الكلمات لرباربوت

- نتائج الدراسة :

توصلت الباحثة إلى وجود ارتباط وثيق بين اللغة و البناء النفسي للفصامي ، حيث أن إضطراب البناء النفسي له يبدو أثره الواضح في أسلوبه التعبير اللغوي و الذي ظهر واضحا في إضطراب علاقة الفصامي بالأخرين مما أدى إلى فشله في تحقيق التواصل الاجتماعي و الشخصي .

(زينب شقير . اضطرابات اللغة و التواصل ، اتحاد المكتبات الجامعات المصرية 2000 .ص 122)

2/ دراسة ليلى عبد الحميد حلمي :

قامت بدراسة لطبيعة اضطراب شكل التفكير لدى فئات فصامية مختلفة ، كما هدفت الدراسة إلى وضع بطارية لتشخيص فئات فصامية ، يكون من مميزاتها توفير الوقت و الخروج بنتائج أيسر في التداعي الموضوعي عن غيرها من الوسائل الإسقاطية المتداولة، حيث إستخدمت مجموعة من الإختبارات التشخيصية للفئات الفصامية الثلاث: المبتدئ البارانوي، الهيبوفريني.

- نتائج الدراسة :

أسفرت نتائج الدراسة على أن الفروق الكيفية في طبيعة إضطراب شكل التفكير عند الفئات الفصامية الثلاث كانت واضحة ، و ظهرت بوضوح على إختبار تداعي الكلمات الاسقاطي .

(https//www.dfaj.net/index.php.

❖ الدراسات الأجنبية :

1/ دراسة الدكتور جاكوب كريستنسن :

أستاذ الأمراض العصبية في كلية الطب بجامعة (واشنطن) كان هناك معدل وفيات مرتفع للغاية بين المصابيين بهذه الإضطرابات ، خاصة أولئك الذين يعانون من مزيج من الصرع و إنفصام الشخصية و يموت أكثر من 25 في المائة منهم بين سن 25 . 50 و تأملت الدراسة بصعوبات التعايش مع مرض الصرع و الفصام .

2/ دراسة ميشال ستكاوياك :

يعمل بقسم الأمراض و العلوم التشريحية بجامعة بافالو ، و الباحث الرئيسي في الدراسة ل _للعلم_ أن الفصام عبارة عن اضطراب عصبي مبكر ، يؤثر على تكوين قشرة الدماغ ، و يعاني المصابون به من الهلاوس و الأوهام و القلق و الاكتئاب و اللامبالاة و صعوبة التعلم و ضعف الانتباه في مرحلة الطفولة .

و حسب ما جاء في المراجعة العاشرة للتصنيف العالمي العاشر للاضطرابات العقلية و السلوكية ICD/10 التي أصدرتها منظمة الصحة العالمية عام : 1999 أن :

الاضطرابات الفصامية بشكل عام تتميز بتحريفات أساسية و مميزة في التفكير ، و كذلك في العواطف التي تكون غير ملائمة أو متبلدة ، و عادة يبقى الوعي و القدرة الذهنية سليمين .

(www.omicsonline.org/neurology.and.psychiatry.journals.php)

فالفصامي علاجه لا يعتمد على الجانب الطبي الدوائي فقط ، بقدر ما يعتمد كذلك على التكفل النفسي و الدعم الأسري و الاجتماعي الذي يلعب دورا مهما في إعادة تأهيل المريض و تكيفه و توافقه نفسيا و اجتماعيا و عدم انتكاسه ، و هذا ما يجعلنا نقف عند نقطة ذات أهمية محددة ، من أجل تحديد مجال الدراسة و طرح التساؤل العام المتمثل في :

كيف يتم التكفل النفسي بمريض الفصام داخل المؤسسة الاستشفائية ؟

2/ . التساؤلات الفرعية :

- ماهي الأساليب العلاجية المتخذة للتكفل بمريض الفصامي ؟
- ماهي الصعوبات التي يواجهها الأخصائي النفسي و الطبيب النفسي أثناء القيام بعملية التكفل ؟
- هل التكفل النفسي و الدوائي وحده كاف لدمج مريض الفصام إجتماعيا ؟
- هل الأخصائي النفسي قائم بعملية التكفل لديه تكوين كاف في مجال إضطراب الفصام ؟

3/ الفرضيات :

1.3/ الفرضية الرئيسية :

- التكفل النفسي بمريض الفصام داخل المؤسسة الإستشفائية يرتكز على المتابعة الطبية و تطبيق بعض الإختبارات النفسية

2.3/ الفرضيات الجزئية :

- هناك أساليب علاجية محددة للتكفل بهذه الفئة منها العلاج المعرفي السلوكي و التأهيل النفسي
- الصعوبات التي يواجهها الأخصائي النفسي و الطبيب النفسي تكون في نقص الإمكانيات المادية داخل المؤسسة
- التكفل النفسي و الدوائي غير كاف لدمج مريض الفصام إجتماعيا
- الأخصائي النفسي القائم بعملية التكفل لديه تكوين كاف في مجال إضطراب الفصام

4/ دوافع الدراسة :

- التعرف على الصعوبات التي تواجه الأخصائيين النفسانيين للتكفل النفسي بمريض الفصام داخل المؤسسة الإستشفائية .
- كيفية التكفل النفسي لمريض الفصام المتواجد داخل المؤسسة الإستشفائية .

التعرف على الطرق و الأساليب النفسية المتبعة لعلاج و دمج الفصاميين إجتماعيا، و التعرف على أحدثها و أكثرها فاعلية .

5/ أهداف الدراسة :

- لفت الإنتباه إلى أهمية التكفل النفسي في علاج مرض الفصام .
- محاولة تحسين الباحث بضرورة الدعم النفسي الاجتماعي و الأسري لمريض الفصام لتمكنه من الإندماج و التكيف ثانية مع المجتمع .
- مؤشر ارتفاع نسبة المرض المصابين بالفصام و ضرورة إتخاذ التدابير اللازمة للتخفيف من معاناتهم و إعادة دمجهم إجتماعيا .

6/ أهمية الدراسة :

تتمثل أهمية الدراسة في إبراز أهمية التكفل النفسي و دوره في توفير عامل التوافق و التكيف النفسي و إعادة التأهيل الاجتماعي عند فئة المرض بالفصام .

7/ تحديد مصطلحات الدراسة :

1.7/ التكفل النفسي : هي كل الإجراءات و التدابير المتخذة من قبل الأخصائي النفسي الإكلينيكي للمعالجة النفسية العيادية و الرعاية و إعادة تأهيل المريض و محاولة دمجه إجتماعيا و محاولة خلق طرق و أساليب لإنجاح عملية التكفل

2.7/ مريض الفصام : Schizophrenia

إن مريض الفصام يتميز بشدة القلق الاجتماعي ، و اضطراب الفكر ، و أفكار جنون العظمة و تبدد الواقع و الذهان العابر ، بجانب معتقدات غريبة في الكثير من الأحيان.

و يشعر بالانزعاج الشديد من بقاء العلاقات الوثيقة مع الاخرين ، وذلك لأنهم بشكل أساسي يعتقدون أن الأخرين يحملون أفكار سلبية تجاههم ، ولذلك يتجنب المصاب باضطراب الشخصية الفصامية تشكيل علاقات مع الأخرين ، و غرابة الكلام و السلوكيات و أنماط اللباس هي أيضا أعراض لهذا الاضطراب و هي شخصية تفاعلية بشكل غريب أثناء المحادثات ، ولا يستجيبون ، أو يتحدثون إلى أنفسهم .

3.7/ المؤسسة الاستشفائية :

هي الواجهة الحضارية التي تظهر التقدم الصحي و العلمي و الاجتماعي للمجتمع ، بحيث يشير تواجدها فيه على و جود الصحة به ، كما تمتاز أنشطتها بالحساسية لتعلقها بحياة الأفراد ، و قدرتها على توفير كافة أنواع الرعاية الصحية ، مما يجعل منها العمود الفقري لأي نظام صحي .

الفصل الثاني : التكفل النفسي

1) تمهيـــــــــــــــــــد
2) تعريف التكفل النفســـــي
3) أهمية التكفـــــــــــــــل
4) محاولة توضيح بعض المفاهيم المتداخلة مع مفهوم التكفل النفسي
5) الاستراتيجيات الواجب إعتمادها لنجاح عملية التكفل النفسي
6) الميثاق الأخلاقي للأخصائي النفسي
7) أهداف الكفالة النفسية
8) العلاج النفسي و بعض أشكاله
9) التأهيل النفسي و الرعاية المجتمعية الفعالة للفصامي
10) الخلاصة

❖ تمهيد :

إن المرضى العقليين عامة و الفصاميين خاصة في مجتمعنا يعانون من الحرمان في شتى المجالات ، فهم يخضعون لنظرة خاصة من طرف المجتمع يغلب عليها طابع الخشية منهم و الاحتقار و التهميش ، و لهذا خصصت لهم مؤسسات استشفائية من شأنها السهر على رعايتهم و التكفل بهم طبيا و نفسيا و اجتماعيا .

بهدف علاجهم و مساعدتهم في حل مشاكلهم ، و إعادة دمجهم و تأهيلهم نفسيا و اجتماعيا، و في هذا الفصل سوف نتطرق إلى مفهوم التكفل النفسي و الأهمية منه خلال تطبيق تقنيات علاجية نفسية من طرف المعالج نحو المريض ، بالإضافة إلى بعض العناصر .

1/ تعريف التكفل النفسي :

1.1 : لغة : كفل ، يكفل ، تكفيلا ، أو كفالة فلان في حالة ، و اتفق عليه و قام بأموره و الحافظ عليها .

(عبد القادر المعيري . 1984، ص 210)

2.1 : اصطلاحا :

يعرفه (Wolberg.1967) على أنه نوع من معالجة المشكلات ذات الطبيعة العاطفية ، يقوم فيها شخص مدرب ببناء علاقة مهنية مدروسة مع مريض، و ذلك بهدف إزالة أو تقليل الأعراض المتواجدة لديه و الحد منها ، أو التدخل في الأنماط المضطربة من سلوكه ، أو تعزيز النمو و التطور في شخصيته .

(بن سعيد زمعلاش واري عبد القادر 2007. 487)

- التكفل النفسي : هو تلك العملية الإنسانية الهادفة و المستمرة ، التي تهدف إلى إحتواء الفرد و إكسابه سلوكات و قيم و خبرات ، توصله إلى تكوين الشخصية المثالية التي تحقق له الإندماج و الفعالية في مجتمعه .

(بشير معمارية . بحوث و دراسات متخصصة في علم النفس 2007)

- يمكن أن يعتبر التكفل النفسي وظيفة ذات طابع تعديلي يسعى إلى تعديل السلوك وفقا للمعايير أي هي عملية لفهم إمكانيات الفرد و إستعداداته و استخدامها في حل مشكلاته ، ووضع خطط لحياته من خلال فهمه لواقعه و حاضره و مساعدته في تحقيق أكبر قدر من السعادة و الكفاية و تحقيق ذاته وصولا إلى درجة التوافق .

(سهل كامل أحمد ، 1999، ص 7)

- التكفل النفسي : هو مجموعة الخدمات النفسية التي تقدم للفرد ليتمكن من التخطيط لمستقبل حياته وفقا لإمكانيات و قدراته الجسمية ، و ميوله بأسلوب يشبع حاجاته، و يحقق تصوره لذاته و يتضمن ميادين متعددة ، أسرية شخصية ، مهنية و هو عادة بهدف إلى الحاضر و المستقبل مستفيدا من الماضي و خبراته (جودت عزت عبد الهادي ،سعيد حسن العزة 1999)

2/ أهمية التكفل :

تكمن أهمية التكفل في كونه وسيلة لإدماج الفرد من ذوي الاحتياجات الخاصة ، من الناحية النفسية الاجتماعية و مهنية و توعية أفراد المجتمع بضرورة النظر بموضوعية و بعدل لفئة ذوي الاحتياجات الخاصة ، للقضاء على نظرة النقض أو التحقير أو الشفقة لمنح فرصة العيش و تحقيق استقلالي بتنمية قدرته الحركية الاجتماعية و العاطفية . (children sp blag spot .com /2015/08)

1.2: أهمية التكفل النفسي :

- أن التكفل النفسي له دورا أساسا و مهم في تطوير مختلف القدرات الخفية عند الطفل المصاب خاصة ، و تنمية الشخصية نموا سليما و معالجة اضطراباته النفسية والسلوكية قدر الإمكان .
- يعد التكفل النفسي بالمضطربين نفسيا هو ضرورة اجتماعية إنسانية و أخلاقية دينية .
- ترميم الشخصية و إعادة بنائها فقد يكون أيضا إعادة الإتزان النفسي و التكيف مع المحيط .
- ضرورة اجتماعية تتمثل في صيانة الأسرة و حمايتها و تدعيمها و المحافظة على العلاقات الاجتماعية بين الناس و حماية المرضى و أولادهم من خطر التشرد و الضياع .
- ضرورة إنسانية و أخلاقية و دينية .
- ظروف العصر التي تتسم بالقلق و التوتر و الصراع و احترام شدة المنافسة بين أفراد المجتمع .
- دواعي سياسية تتمثل في ضرورة حفاظ المجتمع على الفكر الأيديولوجي المطلوب و تربية أبناء المجتمع على القيم و المبادئ و الأفكار و النظريات الموالية للمجتمع و التي تحفظ على المجتمع وحدته و تماسكه ، و بالتالي تحميه من عوامل التمزق و التفكك الاجتماعي و النفسي .
- أهمية العقل في ضبط سلوك الفرد و ترشيده و تصويبه و توجيهه

(العيسوي 1997،ص23,21)

3/ محاولة توضيح بعض المفاهيم المتداخلة مع مفهوم التكفل النفسي

1.3: التأهيل :

يعرف في معجم العلوم الاجتماعية (1975) بأنه مجموع العمليات و الأساليب التي يقصد بها محاولة تربية الشبان .

كما يعرف أيضا على أنه إعادة شخص غير سوي إلى وضع طبيعي ، و حسب أنطوان ستور " أنه فن تخفيف الهموم الشخصية بواسطة الكلام و العلاقة الشخصية المهنية "

كما أنه عملية مساعدة الأفراد على الوصول إلى الحالة التي تتبع بدنيا و نفسيا و اجتماعيا بأن ينهض بما تتطلب المواقف المحيطة . (محمد حسن غانم 2005. ص 195 . 43)

2.3: الرعاية :

هي الخدمة التي تقدم جهود مشتركة يمتلك القائمين عليها ، القدرة و المعرفة و المهارة التي تؤهلهم لمساعدة المرضى من الأفراد و المتحسسين منهم على معاودة نشاطاتهم التي كانوا عليها قبل المرض .

3.3: التكيف :

_تعني كلمة التآلف و التقارب فهي نقيض الإختلاف و التنافر و التصادم .

يعرف في معجم مصطلحات الطب بأنه " القدرة على التعامل مع المتغيرات الداخلية والخارجية ، دون إضطراب و يستخدم التعبير للدلالة على تكيف الحواس للمؤثرات أو التكيف للضغوط النفسية".

(لطفي الشربيني، دس، ص 3)

4.3: التوافق :

_يعرف في معجم مصطلحات الطب النفسي Adjustment بأنه "تحدث اضطرابات نتيجة للتعرض للمواقف الضاغطة في الحياة ، و تظهر علامات الاضطراب خلال 3 شهور من التعرض لهذه الضغوط في صورة اضطراب في الحياة الاجتماعية أو العملية أو الدراسية .

(لطفي الشربيني .3)

4/ الإستراتيجيات الواجب إعتمادها لنجاح عملية التكفل النفسي

نعني باستراتيجيات التكفل إستخدام جميع الوسائل النفسية لعلاج مرض عقلي ، أو نفسي سوء التوافق، أو سوء التكيف ، و حسب "كاتري""F.Guattaari" هي تسيير و استخدام المعلومات و تسيير

معرفي و تحسين علاقة إنسانية يندمج فيها ثلاث عناصر ، المريض والفاحص ، وقدرة خاصة و مميزة للتواصل. (عائشة عبد العزيز نحوي ، دس،ص3)

تتم الكفالة النفسية وفق استراتيجيات مختلفة و نعني بها تلك الخطة المنهجية المبنية على المبادئ و أسس المقاربات النظرية للعلاجات النفسية ، حيث تحتاج إلى فن ومهارة و توظيف كل الأسس النظرية التي تحصل عليها الأخصائي في مراحل التكوين و تتمثل في ما يلي :

1.4 . إستراتيجية الإحالة :

يستعمل في هذه المرحلة الفحص كالمقابلة ، الملاحظة ، و الاختبارات و تتمثل هذه

الاستراتيجية في إحالة المريض إلى الأخصائي النفسي.

2.4إستراتيجية التقدير :

يستعمل في هذه الحالة الفحص كمقابلة ، الملاحظة و الإختبارات النفسية ، التشخيص الفارقي و التشخيص .

أ. المقابلة العيادية :

هي الوسيلة الأولية الأساسية في الفحص و التشخيص و هي علاقة إجتماعية مهنية وجها لوجه بين المعالج و المريض و من يتصل بهم أو يهمهم أمره من أهله و أقاربه و أصدقائه و جيرانه و يجب الإعداد للمقابلة لضمان نجاحها و أن تكون العلاقة بين المعالج و المريض خالية من الشك و الخوف و تتسم بالقبول و التفهم و يجب أن تتوفر فيه خصائص منها ، حسن الإصغاء و أن تخلو المقابلة من الأمر و النهي و الإيحاء و إستعجال الحالة في الإجابة أو إكمال حديثه ، و أن لا تكون على شكل التحقيق . (حامد زهران ، 1997، ص159

ب . الملاحظة :

لابد من ملاحظة المريض في مواقف مباشرة ، وفي مناسبات متعددة ،وتهدف إلى تسجيل الحقائق الخاصة بسلوك المريض و تسجيل التغيرات التي تحدث في سلوكه نتيجة التطو و تحديد العوامل التي تحركه سلوكيا و تفسير السلوك الملاحظ .

(جلال سري ،2000،ص63,64)

ج . الإختبارات النفسية و المقاييس :

هي من أهم الوسائل لجمع المعلومات و الفحص و التشخيص ، حيث يعتمد اختبار أداة وطرقة التقويم على نوع المشكلة و شدتها ، وبالإضافة إلى كفاءة الأخصائي النفسي فالإختبارات تستخدم لقياس جوانب الشخصية . (جلال سري .2000.ص66)

د. جمع بيانات القياس و تفسيرها :

على الأخصائي أن يقوم بعملية تحليل و تركيب و دراسة للمعلومات التي حصل عليها بعد أن يجري إختبارا معينا و من ثم يقوم بتفسير النتائج بناءا على المشكلة المطروحة و هذا يكون بكتابة تقرير مفصل عن الحالة بطريقة واضحة و مفهومة ليأتي بعد ذلك التشخيص .

و. التشخيص :

هو عملية هامة في العلاج النفسي و هو السبيل الذي يمكن بواسطته التعرف على طبيعة و نوع المرض ، و التشخيص عملية معقدة تبلور نتائج عملية الفحص الطويلة المتشبعة بإعطاء إسم للمريض و أسباب و أعراض مرضه ، و هذا له قيمة كبيرة بالنسبة للمريض و المعالج و هدف التشخيص هو الحصول على أساس لتحديد العلاج من خلال معرفة العمليات المرضية

و نوع الإضطراب العضوي أو الوظيفي ، و يفيد التشخيص الدقيق في الاختبار السليم لطريقة

العلاج التي تناسب الإضطراب أو المرض . (حامد زهران.1997.ص172.173)

3.4. إستراتيجية التدخل :

إن التقويم هو مساعدة المريض على التكيف لما حوله أو الوصول به إلى شخصية ناضجة ، فإن علاجه كثيرا ما يتطلب إزالة العوائق التي تعرقل نمزه النفسي و الإنفعالي .

ويقوم بعملية تدخل المختص حيث يقيم علاقة وطيدة بينه و بين مريضه و ذلك بالإعتماد عليها لإزالة أو تخفيض أمراض سلوكية أو إتجاهات بالتفكير تعتبر غير مساعدة على تطوير و ترقية شخصية إيجابية سلمية إجتماعية .

(حمدي عبد الله العظيم 2013ص46)

تتمثل هذه الإستراتيجيات في :

أ. العلاج النفسي :

هو نوع من العلاج المتخصص تستخدم فيه طرق و أساليب نفسية لعلاج المشكلات أو الإضطرابات أو الأمراض النفسية المنشأ بهدف حل المشكلات و إزالة الأعراض ، و الشفاء من الأمراض الشخصية و تحقيق أفض مستوى ممكن من التوافق النفسي و التمتع بالصحة النفسية .

(إجلال سري .2000.84ً)

ب . العلاج المعرفي السلوكي :

هو علاج فعال للعديد من الإضطرابات النفسية حيث يعتمد على تقنيات منها حركة العينين و اكتشفت هذه الطريقة بالصدفة من طرف (Shapiro) عام 1889 تقتضي هذه الأخيرة بأن يطلب الفاحص من المفحوص بأن يركز بعينيه على حركة السبابة عند المعالج هذه الحركات تتجه يمينا و شمالا و تدور مقابل الوجه على مسافة 30.35سم.

ج . العلاج الاجتماعي :

هو عبارة عن التعامل مع البيئة الاجتماعية للحالة و تعديلها أو تغييرها أو ضبطها أو نقلها إما مؤقتا أو بصفة دائمة من البيئة الاجتماعية التي أدت إلى الإضطراب النفسي إلى بيئة إجتماعية أخرى بما يتيح و يحقق التوافق النفسي و السوي و المنشود، بمعنى إدماج الحالة في نشاطات إجتماعية و جماعية تدريجيا حتى تتدرب على الأخذ و العطاء ، و تتاح لها فرصة التفاعل الاجتماعي و تنمية شخصيتها مما ينمي الشخصية الاجتماعية . (حامد زهران .1997 ص237.238)

د . العلاج السلوكي :

يشير مصطلح العلاج السلوكي إلى أسلوب علاجي ' يستخدم مبادئ و قوانين السلوك نظريات التعلم في العلاج النفسي حيث تستند هذه النظريات إلى ما قدمه بافلوف " و واطسن " في التعلم الشرطي الكلاسيكي بالإضافة إلى النظريات "هيل و سكينز" في التعزيز و العقاب يعتبر العلاج السلوكي محاولة لحل المشكلات السلوكية بأسرع ما يمكن و ذلك بضبط و تعديل السلوك المرضي المتمثل في الأعراض و تنمية السلوك الإرادي السوي لدى الفرد (إجلال سري .2000 ص،141.134)

و. العلاج النفسي الجماعي :

هو علاج عدد من الحالات الذين يستحسن أن تتشابه مشكلاتهم و اضطراباتهم معا في جماعات صغيرة ، حيث يستغل أثر الجماعة في سلوك الأفراد، أي ما يقوم به أفراد الجماعة من تفاعل و تأثير متبادل بين بعضهم البعض و بينهم و بين المعالج أو أكثر مما يؤدي إلى تغيير سلوكهم المضطرب و تعديل نظرتهم إلى الحياة .

ن . العلاج النفسي الديني :

هو طريقة علاج و توجيه و إرشاد و تربية و تعليم و هو يقوم على معرفة الفرد لنفسه و لربه و لدينه و القيم و المبادئ الدينية و الأخلاقية حيث يهدف إلى تحرير الفرد المضطرب من مشاعر الإثم و الخطيئة التي تهدد أمنه النفسي و مساعدته على تقبل ذاته و إشباع الحاجة للأمن والسلام .

هـ . العلاج بالإسترخاء :

الإستراخاء حالة عضوية يتميز بالتقليل من التقلص العضلي الذي يرتبط بحالة نفسية معينة ، و قد إستعمل كعلاج في الطب بهدف ارتخاء عضلي يراد به هدف معين . (إجلال سري.2000،ص85)

<u>4.4 . إستراتيجية التقييم :</u>

إن التقييم عملية ديناميكية تستهدف مسحا شاملا لحالة معينة بهدف تقييمها و الحكم عليها و هو نقطة نهاية في تقييم الحالة أو برنامج أو عملية ، و يجب أن يكون دوريا و متكررا بهدف تطوير برنامج العلاج و تحسينها نحو الأفضل . (محمد علي كمال .2003،ص37)

5/ الميثاق الأخلاقي للأخصائي النفسي :

صدر الميثاق الأخلاقي لأول مرة عام 1953 عن الجمعية الأمريكية لعلم النفس(APA) وقد تمت مراجعته تسع مرات آخرها عام 1992. و قد قامت رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية و الجمعية المصرية لعلم النفس بنشر الميثاق الأول للمشتغلين بعلم النفس في مصر

عام 1995 ، معتمدة في ذلك على مراجعة ما جاء في مواد الميثاق الأمريكي ووضع العديد من القواعد التي تحكم عمل المشتغلين بعلم النفس ، و في ما يلي بعض المواد التي ينبغي على الأخصائي أن يلتزم بها :

1. يجب أن يحافظ الأخصائي النفسي على معايير عالية من الكفاءة في أداء للمهام التي يكلف بها في مجال عمله ، و أن يعترف و ان يعترف بأن هناك حدود لا يتخطاها .
2. مراعاة الأمانة في تحديد المهام التي يستطيع أن يقوم بها الأخصائي النفسي مع من يتعامل معهم .
3. تحمل مسؤولية تقديم خدمات فعالة لجمهور المتعاملين بغض النظر عن إنتمائهم وأفكارهم.
4. لابد و أن يعتمد الأخصائي النفسي في أحكامه على معايير علمية معترف بها .
5. احترام حقوق الأخرين في التمسك بالقيم و الاتجاهات الخاصة بهم .
6. لابد و أن ينتبه الأخصائي النفسي إلى مشكلاته و صراعاته الشخصية التي قد تؤثر في عمله مع الأخرين ، و يعمل على حلها أو تجنبها قدر الإمكان أثناء عمله .
7. الإحتفاظ بنتائج التقييم و التفسير و التشخيص المحتمل و تقديمها بشكل علمي واضح لمن يتعامل مع الحالة في سياق تقديم خدمة علاجية ، و ذلك حتى يضمن عدم إساءة إستخدام هذه المعلومات.
8. يحافظ الاخصائي النفسي بشكل مستمر على خصوصية أدواته و لا يجعلها شائعة الإستخدام من غير المختصين حتى لا يساء إستخدامها .
9. في حالة قيام الأخصائي النفسي بالعمل العلاجي لابد من البدء بتحديد كل الجوانب التي سوف تتناولها هذه العملية مع المرضى من حيث الأهداف و الوجبات و المسؤوليات وتصحيح بعض المفاهيم الخاطئة لدى المتعاملين معه .

10. لابد من يحصل الأخصائي النفسي على موافقة المريض أو من يتولى أمره قبل البدء بالعلاج.
11. يلتزم الأخصائي النفسي بأن يمهد لقطع الخدمة العلاجية لأي سبب ، و تأهيل مرضاه للانتقال لمعالج آخر أو لإنهاء العلاقة العلاجية .
12. يلتزم الأخصائي النفسي بالحفاظ على سرية معلومات من يتعاملون معه ، وعدم البوح بها إلا في حالات معينة تهدف إلى تحقيق مصلحة العميل .

(http ://www.acofps.com/vb/showthread.php?h=46)

6/ الأخصائي النفسي العيادي :

أ . تعريف المختص النفسي :

هو المسؤول المختص في عملية الإرشاد و العلاج النفسي يتم إعداده في أقسام غلم النفس بالجامعات ، و يتم تدريبه العلمي في مراكز الإرشادات و العيادات النفسية أو في مختلف المؤسسات تحت إشراف الأساتدة و الخبراء ، و يتطلب الإعداد العلمي و العملي و إهتماما

خاصا فهو يحتاج إلى دراسة خاصة و تدريب خاص في طرق الإرشاد و العلاج النفسي ومحاولته المتعددة(حامد عبد السلام زهران ، مصر 1995.ص174)

ب . سمات الأخصائي النفسي الإكلينيكي :

من السمات الأساسية التي يجب توفرها لدى الأخصائي النفسي الإكلينيكي :

- الرغبة في معاونة الآخرين و مساعدتم .
- التمتع بقدر عال من الإستبصار بالدوافع و المشاعر و رغبات الذاتية حتى لا تؤثر في عمله .
- التمتع بمستوى مرتفع من الضبط الذاتي و الإنفعال .
- التمتع بصفة التسامح و احترام وجهات نظر الأخرين .
- أن يكون على قدر من اللباقة و المرونة ، و مستوى لائق من الذكاء .
- القدرة على الإنصات و التحمل و الصبر .
- القدرة على تحمل المسؤولية .

- التحلي بالقيم الأخلاقية و المثل العليا .
- الأساس الثقافي الواسع .

ج . مهام الأخصائي النفسي الإكلينيكي :

المهام و الواجبات الرئيسية للأخصائي النفسي الإكلينيكي في المستشفى و العيادات النفسية :

- **التقييم النفسي :**

يتم من خلال المقابلات الأولى ، و يكون الهدف منه إجراء مسحا نفسيا شاملا للحالة الراهنة ، حيث يتم جمع المعلومات الأساسية ، و معرفة شكوى المريض و الأعراض و المشكلات التي يعاني منها ، و وصف الشخصية و الحالة العقلية .

- **تطبيق المقاييس و الاختبارات النفسية :**

كاختبارات الذكاء و مقاييس الشخصية و الاختبارات العضوية و الاختبارات التشخيصية الأخرى ، و القيام بتصحيح و تفسير نتائجها و شرح دلالتها .

- **المساهمة في التشخيص :**

حيث يساهم الأخصائي النفسي في عملية التشخيص مع باقي مع باقي أعضاء الفريق العلاجي من خلال المعلومات المتوفرة لديه عن الحالة ، و من المقابلات و الملاحظة و الاختبارات النفسية .

- **تقديم خدمات الارشاد النفسي :**

نعني بالإرشاد النفسي العملية التي تهدف إلى مساعدة الفرد على إكتشاف و فهم وتحليل مشكلاته الشخصية و الإنفعالية و السلوكية ، التي تؤدي إلى سوء التوافق والعمل على مساعدته في حلها ، بما يحقق مستوى أفضل للتوافق و الصحة النفسية و يهتم الإرشاد النفسي بالأفراد الذين لم يصلوا إلى مرحلة المرض ، أو تكون الأعراض لديهم غير واضحة أو شديدة ، و نتجت غالبا عن ضغوط بيئية و نفسية إجتماعية ، و لكنها قد تؤدي إلى إضطرابات نفسية إذا لم يتم التعامل معها ، بمعنى أخر هم الأفراد الذين يكونوا أقرب للسواء من المرض ، و من المشكلات التي تتناولها عملية الإرشاد النفسي المشاكل الشخصية ، اضطرابات الشخصية ، الخوف ، الغضب ، الغيرة ، ضعف الثقة في النفس ، الحساسية الزائدة ، الخجل و سوء التوافق الاجتماعي ....الخ

- **تقديم العلاج النفسي :**

و هي من المهام الأساسية للأخصائي الإكلينيكي ، حيث يعتمد على مدارس و نظريات علم النفس المختلفة في فهم أسباب المرض ، و التدخلات العلاجية التي تتناسب معه بهدف مساعدة المريض على تعديل سلوكه ، و الوعي بإنفعلاته و مشاعره ، و التعامل مع الأعراض المرضية بشكل يساعده على تحقيق التوافق و إستعادة التوازن و يستغرق العلاج النفسي في الغالب مدة أكبر من العملية الإرشادية، و يلعب فيه المعالج فيه الدور الأكبر .

- **المتابعة العلاجية :**

و يتم ذلك من خلال متابعة المرضى ، و معرفة مدى تقدم و تحسن الحالة ، و تقييم النواحي الإجابية و السلبية ، و القيام بتدخلات لضمان استمرارية التحسن ، و تسجيل كل المعلومات و التدخلات و الأساليب التي تم إستخدامها بصيغة سيكولوجية مختصرة في الملف الطبي بصورة يمكن الاستفادة منها في بعض الأحيان .

- **حضور الإجتماعات العلاجية :**

إن الأخصائي النفسي عضوا أساسيا من أعضاء الفريق العلاجي ، لذلك لابد من المواظبة على حضور الإجتماعات التي يعقدها الفريق المعالج ، و مناقشة تطورات الحالة و تبادل المعلومات التي يمكن أن تساعد في تقديم خدمة علاجية هادفة و فعالو .

- **العلاج الأسري :**

يشترك الأخصائي النفسي مع الأخصائي الاجتماعي في مقابلة أسر المرضى وإعطاء الإرشاد النفسي المناسب لهم ، و تبصيرهم بكيفية التعامل مع ذويهم مع المرضى وتبصيرهم بأعراض المرض و مفهومه ، بشكل يساعد على استمرار التحسن .

. المساهمة في برامج التوعية لنفسية و الوقائية و العلاجية داخل المستشفى و خارجه .

. المساهمة في الدراسات و الأبحاث النفسية المتعلقة بالظواهر النفسية و السلوكية التي تؤثر على صحة الفرد و المجتمع .

. كتابة التقارير النفسية : المتعلقة بالتقييم النفسي و نتائج الإختبارات النفسية و التدخلات العلاجية المقدمة و المقترحات .

د . أدوات الأخصائي النفسي الإكلينيكي :

د . 1 : المقابلة :

هي عبارة عن علاقة دينامية ، و تبادل لفظي بين شخصين أو أكثر ، محورها الأمانة و بناء العلاقة العلاجية التي يسودها روح الصدق و الأمانة ، و للمقابلة أهداف و فقا لنوعها ، فإما أن تكون تشخيصية أو إرشادية أو إستطلاعية أو علاجية .

د . 2 : الاختبارات و المقاييس :

هي وسائل و أدوات تقييم و تشخيص ، تستخدم للحصول على عينة من سلوك الفرد في موقف مقنن ، كإختبارات الذكاء و مقاييس الشخصية و الإختبارات العضوية والإختبارات التشخيصية ...الخ

د . 3 : نماذج دراسة الحالة :

و تعني الحصول الأخصائي النفسي على معلومات شاملة عن الحالة، في مختلف المجالات المحيطة بالمريض ، كتاريخ الأسرة و تاريخ النمو و التاريخ التعليمي و المهني و الاجتماعي ، و التاريخ المرضي ، و هذا ما يعرف بتاريخ الحالة ، و كذلك جمع كل المعلومات في الحاضر و الحالة الراهنة بما في ذلك نتائج المقابلات و الاختبارات .

7/ أهداف الكفالة النفسية :

تعد الخدمات النفسية التي يؤيدها الأخصائي النفسي الاكلينيكي في العيادات و المؤسسات كثيرة ، ومتنوعة حتى أنها أصبحت حاجة ضروية تتطلبها ظروف الحياة الاجتماعية في الوقت الراهن .

و إن جهود الأخصائي النفسي التي يقوم بيها في العيادات أو في المؤسسات كمرشد أو كمعالج ، تتجلى في تطبيق الطريقة الاكلينيكية في التشخيص و العلاج من أجل مساعدة الفرد و حل مشكلات التوافق أو التخفيف منها .

و باعتبار التكفل النفسي بالأطراف الذين هم بحاجة ماسة إليهم يتضمن التشخيص و العلاج ثم التقويم ، فان أهداف هذه العملية لا تختلف عن مساعد العلاج النفسي ، و التي تتمثل في نمو الشخصية و سيرها نحو النضج و الكفاءة و تحقيق الذات و كذا تحقيق الصحة النفسية (عيسوي 1984،ص21)

و يتحقق ما سبق ذكره عن طريق الخطوات التالية :

1 . مساعدة الفرد على حل المشكل الراهن و التخلص من كل الصراعات التي تواجهه .

2 . زيادة تقبل الفرد لذاته على أساس معرفة واضحة لقدراته و حدودها و هذا يكون على مستوى معرفي إنفعالي .

3 . زيادة شعور الفرد بالأمن النفسي .

4 . زيادة قدرة الفرد على حل أنواع الصراع النفسي الداخلي الذي يتعرض لها و مواجهة دوافعه ، و نزعاته و التوفيق بينها .

5 . اكساب الفرد أساليب أكثر فاعلية لمواجهة البيئة و مشاكلها .(عباس 1994،ص21)

لكن هذه الأهداف ليست سهلة التحقيق ، ذلك لأن نظرة الشخص للبيئة و لذاته تصبح مضطربة نتيجة الخبرات الأولى التي عاشها الفرد، و في حالات أخرى تكن البيئة محاطة بمواقف مزعجة بدرجة تجعل من الصعب تحقيق التكيف حتى مع وجود أمهر المعالجين النفسانيين .

إذن فالتكفل بهذه الفئة يساعدهم من التقليل من حدة الاضطرابات التي يعاني منها ، كما تساعده أيضا على تحقيق درجة من التوافق النفسي .

الكفالة النفسية إذن تهدف إلى مساعدة المضطربين الذين يعانون من اضطرابات العقلية على تجاوز الأحداث المؤلمة ، و التقليل من حدة القلق و الخوف الذين يعاني منه المريض و كذا مساعدتهم للوصول إلى درجة من الشعور بالأمن النفسي و تقبل ذواتهم لمواصلة مشوار حياتهم ، عن طريق التغلب عن العوائق التي تواجههم .

8/ العلاج النفسي و بعض أشكاله :

1.8: تعريف العلاج النفسي :

يشير مصطلح العلاج النفسي إلى استخدام وسائل و تقنيات علمية ذات أساس سيكولوجي لعلاج الاضطرابات النفسية و العقلية ، و بالرغم من اختلاف مناهجها و خطواتها و مستعملاتها فإن منها ما

يركز على السلوك ، و منها ما يركز على الجانب المعرفي للفرد ومنها ما يهتم ببيئة الفرد و محيطه و أخرى تولي اهتماما أكثر بالإنفعالات و العواطف ، إلا أنها تهدف جميعها إلى تقديم يد العون للأفراد الذين يعانون من مختلف الأمراض النفسية و مساعدتهم على تحسين ظروفهم و ذلك وفقا لإمكانياتهم و قدراتهم و طموحهم .

و حسب " كتري F.Guattari " هي تسيير و استخدام المعلومات ، وتسيير معرفي و تحسين علاقة إنسانية ، يندمج فيها عناصر ثلاث :

. المريض الذي لديه أعراض و غير متوافق .

. الفاحص و المستخدم للعلاج النفسي ، و الحامل لمعلومات مختلفة ، وقدرات و مهارات علاجية .

. القدرة الخاصة و المميزة للتواصل .

Grand Dictionnaire de la psychologie.1991.p631)

- يعرفه "نوبار سيلامي"Nobert Sillamy" على أنه التفاعل بين المعالج و المريض الذي يعد العامل الأول في تعديل عملية التعلم ، فمن خلال الحديث مع المعالج ، تظهر خبرات المريض و استجاباته ، و دور المعالج ليس فقط التفسير ، بل دور دينامي يستجيب له المريض ، و من هذا الدور ، يتسنى المعالج ، إبعاد العادات المرضية عن الإستجابات المرضية .

(عبد المنعم حنفي . موسوعة علم نفس و تحليل النفسي ،1994ص688)

- يعرفه "النابلسي" على أنه وسيلة تهدف إلى إقامة اتصال متميز خاصة ، اتصال كلامي بين المعالج و الشخص المعاني ، من اضطرابات تكيفية ، مع الواقع ، على أن تستند هذه العلاقة و هذا الاتصال إلى نظريات علم النفس ، و تحديده للسوي و المرضى وتسخر وسيلة العلاج النفسي لهدف علاج اضطرابات يفترض أن تعود في منشأها ، إلى عوامل نفسية اجتماعية .

(محمد حمد النابلسي ،.1991ص5)

2 . 8 :أهداف العلاج النفسي :

. تفسير الأعراض ، و الوقوف على أسباب التي أدت إليها .

. العمل على إزالة هذه الأعراض ، أو التخفيف منها .

. تعديل سلوك الفرد ، و تعليمه السلوك الصحيح .

تعديل الدوافع الكامنة وراء السلوك غير السوي .

. تدريب الفرد على توجيه مشكلاته .

. العمل على تأكيد الذات (تنمية مفهوم الذات الإيجابي لدى المريض).

. تحقيق التوافق و تحمل المسؤولية ، و القيام بالواجبات ، و الإندماج الاجتماعي .

(Jean Arsenean.Psychthérapie attention.1983.P97/115)

3.8. خصائص العلاج النفسي :

أدمج العلماء ، أحسن ما توصل إليه كل إتجاه ، دون التفريق بين أي منها ، أو التحيز لأحدها و لاحظ كل من "M.Smith.Glass.and Miller" 1980 أن الأخصائيين النفسانيين العيادين ، ينتمون إلى الاتجاه الإدماجي ،Approache integratives

ظهر هذا الاتجاه من خلفية الاتجاه الدينامي و السلوكي المعرفي ، الإنساني و النسقي و اتجاه جامع شامل لهم .

تجتمع كل المناهج و المقاربات و النظريات العلاجية ، في نقاط مشتركة الأهداف و متكاملة

الأوجه ، كل علاج له مميزاته و أثاره الإيجابية ، على النفس الإنسانية ، آخذا بعين الإعتبار المرحلة العمرية ، و نوع الاضطراب ، و سيكولوجية النمو ، و سيكولوجية المجتمع ، الذي يعيش فيه الفرد و عليه تميز الاتجاه الإدماجي بالخصائص التالية :

. تطبيقاته المنهجية و التقنية مرنة ، و اجرائاتها محددة ، لاستعادة التوازن العاطفي للمفحوص.

. تمس جوانب متعدة من الاضطرابات ، و ذلك بفضل ، تكامل تقنيات ، العلاجات المختلفة و انبثق منها عدة أشكال للعلاج النفسي .

. ميدان العلاج النفسي ، أصبح جد واسع ، يمس الاضطرابات المزاجية ، و الأعصبة والاضطرابات السيكوسوماتية ، و حتى الذهنية .

. مزايا جميع التقنيات العلاجية مدمجة ، لتقديم المساعدة المعنوية للمفحوص ، سواء كان توجيه و ارشاد أو إيحاء ، أو إعادة تأهيل ، أو تحليل نفسي .

. تعتمد كلها على التواصل بين المعالج و المفحوص .

. قابلية استخدام العلاج النفسي بأشكاله ، على مستوى فردي ، أو جماعي حسب الحاجة لذلك. .

(Nober sillamy.Dictionnaire psychologie.2003.p216/217)

(Ibid.P216/217)

4.8. أشكال العلاج النفسي :

أ . العلاج بالاسترخاء :

الاسترخاء يعتبر مدخلا و بداية لكل أسلوب علاجي اَخر ، فالإنسان منذ أن تبدأ معاناته يسعى لإزالتها مهما كانت الوسيلة ،سواء بالعلاج الدوائي ، أو بممارسة أسلوب حياتي ، أو طقوس معينة، لها أن تبدد توتره ،و تعطيه الراحة و الهدوء ، و نتيجة سعيه المستمر نحو تحقيق هذا الهدف .

و هو حالة هدوء ،تنشأ في الفرد عقب إزالة التوتر ، بعد تجربة انفعالية شديدة ، أو جهد جسدي شاق و قد يكون الاسترخاء غير إرادي (عند الذهاب للنوم،بحيث تتحول كهرباء الدماغ من "غاما" إلى "دالتا" في حالة النوم أو إرادي عندما يتخذ المرء وضعا مريحا ويتصور حالات باعثة على الهدوء عادة ، أو يرخي العضلات المشاركة في أنواع مختلفة من النشاط .)

(فاروق السيد عثمان ، القلق و إدارة الضغوط النفسية دار الفكر العري القاهرة.2001ص147)

ب . العلاج الجماعي :

هو علاج عدد من المرضى ، الذين تتشابه مشكلاتهم ، و اضطراباتهم معا ، في جماعات صغيرة و يستغل أثر الجامعة ، في سلوك الأفراد ، من تفاعل و تأثير متبادل بين بعضهم البغض ، و بينهم

و بين المعالج ، أو أكثر من معالج ، مما يؤدي إلى تغيير سلوكهم المضطرب ، و تعديل نظرتهم إلى أمراضهم .

(حنان عبد الحميد العناني الصحة النفسية 2000ص189)

وهو عبارة عن مناقشة جماعية ، لها قيمة علاجية ، يشترك فيها أكثر من مريض في وقت واحد و يعرفه "جيمس دريفر" بأنه أسلوب من العلاج الجماعي ، أو التجمعي ، لمجموعة من الأفراد كما يحدث في السوسيودراما و السيكودراما .

(عبد الرحمان العيسوي "العلاج السلوكي دار الراتب الجماعية 1997ص97)

ج . العلاج باللعب :

يعرف العلاج باللعب ، على أنه أي نشاط ، أو أي سلوك يقوم به الفرد بدون غاية علمية مسبقة . و هو مشاط سار ممتع ، يتضمن إشباعا للحاجات ، كما أنه وسيلة للتعبير عن النفس و طريقة لفهم العالم من حولنا (لطفي الشربيني ، الطب النفسي و مشكلات الحياة 2003ص222.221)

هو راحة للفكر و تنفيس و ترويح ، و تشخيص و علاج في اَن واحد ، و هو حاجة نفسية ضرورية لكل فرد تساعده على التوازن ، و الشعور بالراحة ، و يبعده عن القلق والتوتر

و الإكتئاب .

يدمج الفرد اجتماعيا ، و يزيد من مناعته ، و لكل عمر لعب معين ، يتماشى مع قدراته العقلية ، و نموه النفسي و الاجتماعي ، و هو عمل الأطفال ، و ترويح وترفيه للراشدين و الكبار .

د . العلاج بالعمل :

يعتمد هذا النوع من العلاج ، على استنفاذ طاقة المرض ، بتوجيه هذه الطاقة ، إلى النواحي العملية حتى ينصرف المريض ، عن الإنشغال بمشكلاته الداخلية ، و التفكير فيها ، يشعر و هو يقوم بدور إنتاجي ، بأهميته في الحياة ، و سيعيد ثقته في نفسه .

(علي كمال ، 1994.ص486)

و . العلاج بالإرشاد و التوجيه :

إن العملية الإرشادية و التوجيهية ، مصطلح يخدم علم النفس التربوي ، و أسلوب التعليم و التوجيه المدرسي ، يعد أسلوبا علاجيا مختصرا ، يستخدم من أجل التوجيه السليم للفرد و إرشاده إلى ما يستطيع القيام به ، في حدود امكانياته العلمية و العقلية و الاجتماعية ، و هو علاقة مساعدة مختصرة ، و طريقة "كارل روجرز" ، في علاجه المتمركز حول الزبون

أخذ منه المبادئ الأساسية و يستخدم في جميع المجالات الإنسانية ، وله نفس تاريخ العلاج المتمركز حول الزبون .

هـ . العلاج الجشطالتي :

العلاج الجشطالتي ، مبني على مبدأ ، أن الشخصية كل موجه و منظم ، هذا التعريف مبني بدوره على نظرية المجال الحيوي .

ترى هذه النظرية أن السلوك موحد ، و يخضع للتجارب عن طريق مثير و إستجابة و إعتبرت السلوك مجموعة من القوانين و الإجراءات ، يتمكن من خلالها الفرد من الشفاء العاجل، و إيقاف أو تغيير أو زيادة السلوك بطريقة مضبوطة ، و تطورت هذه النظرية كالآَتي:

- ✓ المرحلة الأولى : كان خلالها العالم "بيرلز" يعمل على تطور تصوراته الميدانية ، عن النظرية بمعزل عن نظرية التحليل النفسي .
- ✓ المرحلة الثانية : انتشار أفكار "بيرلز " من خلال كتبه
- ✓ المرحلة الثالثة : اكتمال مبحث النظرية الجشطالتية ، نظرية التحليل متكاملة ، لها أبعادها و طرائقها المميزة ، و التي تختلف عن النظريات الأخرى في العلاج و كان ذلك سنة 1969.

(نادر فهمي الزيود ، نظريات الإرشاد و العلاج النفسي 1998ص ّ 7,2)

(Arnould F.wittig .introduction a la psychologie .1973/P281)

9/ التأهيل النفسي و الرعاية المجتمعية الفعالة للفصامي :

1.9 التأهيل النفسي لمرضى الفصام :

التأهيل النفسي لمريض الفصام هو: «عملية إعادة المريض لممارسة حياته بأقرب صورة للوضع الطبيعي، وهذا يتم في برنامج خاص لكل مريض حسب إمكانياته وثقافته ودراسته وعمله وشخصيته وعمره وطبيعته ومتطلبات حياته المستقبلية و التأهيل لا يتم بمعزل عن العلاج الدوائي ».(عبد اللطيف حسين فرج، **2009**، ص**179)**

أما في مجال الطب النفسي فعلاج الأمراض النفسية و العقلية المزمنة مثل الفصام وبعض حالات اضطراب الشخصية يتم في المستشفى مفتوح ويلحق بالمستشفى مركز التّأهيل المتخصصة يهدف علاج الآثار السلبية التي تسببها هذه الأمراض في سلوك المريض مثل: الانطواء العزلة و السلبية والاندفاعية وعدم الرغبة في العمل.

وفلسفة التأهيل النفسي تقوم على أن المرض العقلي لا يصيب كل مجالات السلوك في الشخص المصاب حيث يتبقى له قدر من إمكانية التصرف في بعض الأمور العادية مثل:

المساعدة في تجهيز الطعام ومصادقة الآخرين و المشاركة في أعمال المنزل وشراء بعض المستلزمات. ومهمة المعالج النفسي هي العمل على تنشيط مجال هذه الإمكانيات وزيادة المشاركة الإيجابية.

1.1.9. خطوات التأهيل النفسي للفصامي :

- وضع استمارة بحث خاصة لكل مريض عند الدخول لتقييم حالته من مختلف الجوانب الجسمية و النفسية والاجتماعية وذلك بقياس مستوى الذكاء ومدى التدهور الإدراكي، ويتم عمل اختبارات شخصية للمريض لمعرفة مدى قدرته على المشاركة في برنامج التأهيل ويخصص برنامج لكل مريض حسب استمارة البحث.

- تحديد نقاط الضع و القوة في شخصية المريض.

تعزيز نقاط القوة والاهتمام بها و التقليل من نقاط الضعف.

(عبد اللطيف حسين فرج،2009، ص179)

– وضع برامج تأهيل تشمل على العلاج بالعمل حيث يقوم المرضى ببعض الأعمال التي تحتاج للمهارات اليدوية مثل أعمال النجارة وأشغال البلاستيك و ذلك تحت إشراف أخصائيين مهنيين و الهدف من ذلك هو قبوله لمبدأ العمل و العودة التدريجية للإنتاج و ليس الهدف هو تحقيق عائد مادي أثناء فترة عمله.

–برنامج تأهيلي يعتمد على العلاج بالفن حيث يساعد على علاج تشوهه الإدراكي لدى المريض.

– القيام بالأنشطة الرياضية المختلفة وحضور محاضرات ثقافية وعلمية تهدف إلى تنمية قدرة المريض على التفكير المنطقي ومواجهة المشكلات ووضع الحلول اللازمة لها ويشمل البرنامج كذلك القيام بالرحلات الترفيهية والأنشطة الدينية التي تساعد المريض على زيادة ارتباطه بالدين وربط الدين بالحياة و الواقع.

(بطرس حافظ بطرس، 2008، ص294–295)

. ومن الأدوار المفيدة للمريض اشتراكية في برامج جماعية مع المريض و مناقشة مشاكلهم و طموحاتهم وعدم الاستهانة بها و تحفيزها أو التهجم على أفكارهم.

. تنظيم جلسات عائلية و تخفيف النقد و العدوانية و التدخل الزائد في حياة مريض الفصام.(عبد الـلطيف حسين فرج، **2009، ص180)**

.1.1.9 أهداف التأهيل النفسي للفصامي :

– تنمية القدرات السلوكية والإدراكية والاجتماعية للمريض .

. الوصول بالمريض إلى أفضل مستويات الأداء التي تمكنه من العودة للحياة الطبيعية .

– العودة بالمريض بعد طول مدة معاناته إلى إنسان منتج ومفيد لمجتمعه و لنفسه .

(بطرس حافظ بطرس، 2008، ص294)

- التقليل من الانتكاسات التي تحدث للمريض. تعلم مهارات تكيفية مع الآخرين.
- قبول المريض حقيقة مرضه وكيفية التعامل معه.
- إعادة إدماج المريض في الحياة و المجتمع .
- شعور المريض بالثقة في النفس .
- اكتساب المريض الدافعية لمواجهة الحياة من جديد وعدم الهروب من الواقع الذي يعيش فيه.

3.1.9. بعض النماذج الناجحة لإعادة التأهيل :

أ/ نموذج إدارة الحالة : ويقوم في هذا النوع من التأهيل أحد المختصين النفسانين ، الاجتماعيين... بالتكفل بأحد المرضى ويكون مسؤولا عنه بشكل كامل ويقوم بتنسيق الخدمات التي يحتاجها.

ب/ نموذج فريق العمل: حيث يعتمد هذا التأهيل على تكون فريق من العاملين في الصحة النفسية من مختلف الفروع و التخصصات، حيث يسمح هذا النموذج بتحقيق التواصل بين من يقدمون الرعاية للمريض كما يقدم رعاية طويلة دائمة.

(أحمد عكاشة، 2010، ص17)

2.9 الرعاية المجتمعية الفعالة للفصامي :

يحتاج المرضى الفصاميون الذين يتم شفاؤهم و الذين يعيشون في المجتمع إلى مداومة علاج نفسي، ومساعدة في تناول الضغوط و المسؤوليات اليومية ، و التوجيه في اتخاذ القرارات و التدريب على المهارات الاجتماعية، ٍواشراف خاص في الإقامة، ٍوارشاد وتدريب مهني، فإن المرضى الذين توفر مجتمعاتهم بشكل منهجي هذه الاحتياجات يظهرون تقدما أكبر من المرضى الذين يعيشون في مجتمعات أخرى، حيث تعتمد هذه الرعاية على بعض العناصر الرئيسية من برامج الرعاية في المجتمع من تناسق خدمات المريض عن طريق مركز مجتمعي للصحة العقلية، ودخول المستشفى قصير المدى ، دخول المستشفى جزئيا، ومساكن غير نائية، وتدريب مهني.

1.2.9. خدمات متناسقة:

حيث اقترحت الوكالة المشتركة للمرضى العقليين و الصحة العقلية أن حجر الزاوية لرعاية المجتمع يجب أن تكون مركز المجتمع للصحة العقلية ، ومرفق علاج يقدم المداواة و العلاج

النفسي ، ورعاية الطوارئ للمرضى الداخليين من أجل الناس المضطربين بشدة، بالإضافة إلى أن مركز المجتمع للصحة العقلية ينسق خدمات المرضى المقدمة عن طريق وكالات المجتمع الأخرى، وكان يتوقع من كل مركز أن يخدم "منطقة مجتمعية" منطقة جغرافية بسكان يتراوح عددهم من **50000** إلى **200000** شخص.

وحينما تضع مراكز المجتمع للصحة العقلية أولوية عالية لعلاج الفصاميين ، وينمون وينسقون سلسلة من الخدمات المجتمع لهم ، فإن المرضى غالبا يحققون تقدما ثابتا ودالا ويعاد تعاملهم بشكل أفضل في المجتمع ويؤدون بشكل أكثر فاعلية من أولئك الذين يتلقون رعاية خارجية.

.2.2.9 دخول المستشفى قصير المدى:

تقر حركة الصحة العقلية بالمجتمع بتزويد المرضى الذين يبدوا أنهم يحتاجون إلى دخول المستشفى ببرنامج قصير المدى من العلاج بالعيادة الداخلية يستمر أسابيع قليلة بدلا من شهور أو سنوات، يتبع ببرنامج خاص بالرعاية بعد الخروج من المستشفى و العلاج بالخارج في المجتمع ويؤدي دخول المستشفى قصير المدى من هذا النوع عادة إلى خفض أكبر للاعراض وعدل إعادة أدنى إلى دخول المستشفى من الرعاية المؤسساتية الممتدة.

.3.2.9 الدخول الجزئي إلى المستشفيات:

قد نجد بعض المجتمعات تقدم دخول جزئي إلى المستشفى في مراكز اليوم أو المستشفيات، وقد نشأت هذه البرامج في موسكو عام **1933**م، حينما استلزم نقص أسرة المستشفيات التسريح السابق الأوان لكثير من المرضى العقليين، وتم تأسيس مستشفيات اليوم لتزويد المرضى برعاية تأخذ نمط المستشفى خلال اليوم، و لكن المرضى عادوا ليلتهم . وتم قبول المفهوم فيما بعد في كندا وانجلتراوتقدم الآن مراكز اليوم نشاطات يومية وبرامج علاج معين للمرضى، وبرامج تأهيل لمساعدتهم على تحسين مهاراتهم الاجتماعية، وتقترح دراسات عديدة أن المرضى الفصاميين الذين يتم شفاؤهم في مراكز اليوم يؤدون في الغالب بشكل أفضل من أولئك الذين في البرامج التي تقد إقامة ممتدة بالمستشفى أو العلاج التقليدي بالعيادات الخارجية.

4.2.9. المنازل الوسيطة:

المنزل الوسيط هي إقامات للناس الذين لا يتطلبون إقامة بالمستشفيات و لكنهم لا يستطيعون الحياة لوحدهم ولا مع أسرتهم. هذه الإقامات عبارة عن منازل كبيرة في مناطق

يكون الإسكان فيها غير مرتفع، عادة مأوى لشخص واحد حتى عشرين شخص.

و بالرغم من أن مهنيي الصحة النفسية قد يكونوا متاحين للمقيمين، فإن الهيئة التي تعيش في الداخل تتكون عادة من مساعدي مهنيين. أشخاص عاديون تلقوا بعض التدريب في تقديم مساندة انفعالية وتوجيه عملي بخصوص أمور الحياة اليومية ، وتقيم مجتمعات المرضى المتنوعين في المنازل الوسيطة و المرضى الفصاميين هم من بين الأكثر شيوعا.

ويكون جو معظم المنازل الوسيطة مدعما. ويناقش المقيمون مشاكلهم اليومية و يحاولون مساعدة بعضهم، وتنشئ المساكن عادة حول فلسفة العلاج البيئي: يشجع المقيمين على خلق قواعدهم الخاصة وميكانيزماتهم الحاكمة، ليكونوا مسؤولين ومستقلين، وأن يساهموا في رفاهية المنزل الوسيط بعمل أنظمة، ومساعدة مقيمين آخرين و التصرف بشكل لائق.

وتشير العديد من الدراسات أن المنازل الوسيطة تساعد كثيرا من الناس الذين يتم شفاؤهم من الفصام على التوافق مع الحياة المجتمعية ويتجنبوا العودة إلى الإقامة بالمستشفيات.

5.2.9. التدريب المهني (العرضي):

يعتبر التدريب المهني شكلا هاما للعلاج المجتمعي بالنسبة للأشخاص الفصاميين لأنه يساعدهم في ممارسة الاستقلال وكسب احترام الذات وتعلم العمل مع الآخرين حيث يعمل العديد من العاملين بالصحة العقلية المجتمعية مع وكالات التأهيل المهني لوضع العملاء في برامج تدريبية ملائمة.

وكثير من الناس الذين يتم شفاؤهم من الفصام يبدؤون تدريبهم المهني في ورشة عمل مستورة ، مكان عمل محمي ومشرف عليه بالنسبة للمستخدمين غير المستعدين

للأعمال التنافسية أو المعقدة لتأسيس بيئة عمل نمطية تنتج مثل اللعب، التجهيزات المنزليةأجهزة بسيطة تصنع وتباع فيما بعد، ويدفع للعمال طبقا لأدائهم ويتوقع من الجميع أن يكونوا في العمل بانتظام وفي الوقت المحدد ، بالنسبة للبعض، تصبح ورشة العمل المستورة ورشة عمل دائمة.

و بالنسبة للاخرين تكون خطوة هامة تجاه أجر أفضل واستخدام خارجي أكثر تعقيدا أو عودة إلى عملهم السابق أو ما يكافئه.

(حسين فايد، 2008، ص222-228)

خلاصة

بعد تعرضنا إلى تعريف التكفل و التكفل النفسي ، و نظام التكفل و القائمين عليه خاصة الأخصائي النفسي العيادي الذي يعتبر هو جوهر التكفل النفسي أو أساسه في تقديم يد المساعدة للأفراد عموما و إلى الفصاميين خصوصا لمحاولة فهمهم و تأهيلهم و دمجهم من جهة المجتمع فإننا نستخلص أهمية التكفل النفسي و الدور الفعال الذي يقوم به الأخصائي النفسي من رعاية و تكفل الذي يحتاجه الشخص الفصامي .

الفصل الثالث : الفصام

1) تمهـــــــــــيد
2) مفهوم الفصـــام
3) أعراض الفصام
4) أسباب الفصام
5) الأشكال العيادية للفصام
6) المقاربة النظرية للفصام
7) التشخيـــــــــص
8) العـــــــــــلاج
9) مسار الفصـــــــام
10) الخلاصـــــــة

❖ تمهيد :

يعتبر الفصام من بين الذهانات المزمنة الأكثر إنتشارا ، فهو يصيب 1% من مجموع السكان ، كما أنه يعتبر أعقدها علاجا ، و لقد حظي بالكثير من البحث و الدراسة ، وذلك بسبب ما يسببه من اضطرابات نفسية و تتتميز باضطراب في التفكير و الوجدان و السلوك و أحيانا الإدراك ، و يؤدي إذا لم يعالج في بادئ الأمر إلى التدهور في المستوى السلوكي الاجتماعي وبالتالي يصبح في معزل عن عن العالم الحقيقي ، و يعتبر مرض الفصام من أخطر الأمراض العقلية التي تصيب الإنسان تسبب له المشاكل التي تبعده عن أهله و أصدقائه و تدفعه إلى العزلة و الإنطواء على ذاته ليسبح في أحلام خيالية لا تمد إلى الواقع بصلة .

و سوف نتطرق إلى هذا الفصل إلى تعريف الفصام ، أسبابه أنواعه ، أعراضه و مختلف العلاجات المطبقة عليه و مآله .

1/ ***مفهوم الفصام*** :

❖ لمحة تاريخية حول مرض الفصام :

يعود وصف أول حالة فصامية إلى عام 1400 ق.م حيث نجد في النصوص الهندية و في القديمة وصفا دقيقا لما نسميه اليوم بالفصام .

أما بالنسبة لإدراج المرض في اللوائح الطب النفسي الحديث فإنه يعود إلى عام 1851.

و في عام 1860 وصف الطبيب النفسي مورل .B.MOREL . حالة فتى في 14 من عمره يعاني من تدهور عقلي متطور بشكل ملحوظ ، حيث كان شديد التفوق في دراسته إلا أنه أخذ يهمل دروسه و نظافته و كل النشطات الأخرى و ينسى ما تعلمه و ينطوي على نفسه ، و تسيطر عليه فكرة القتل و المشاعر الإضطهادية إزاء أبيه و أطلق عليها B.MOREL (بنيدتيكت مورل) اسم "العتة المبكرة" أو الخبل أو "الخرف" المبكر Dementia praecox لأنه مرض ينتهي بصاحبه إلى العتة ، و يأتيه في سن مبكرة وهي سن المراهقة .

كما كانت إسهامات (أدولف ماير) الذي عمل بمستشفى جون هوبكنز و الو.م.أ و ترأس المدرسة التقنية والحيوية و البيولوجية و لقد إهتم ماير بدراسة المريض و فهمه باعتباره إنسانا فريدا ، و أن لكل فصام ظروفه و من هنا توسعت نظريته لتشمل كل العوامل الحيوية و العضوية و النفسية و الاجتماعية منطلقا من وحدة الجسم و العقل ، و قد إستخدم مصطلح أخر للفصام ألا و هو (Paregasia) (ولم يلاقي القبول) إلا أنه إعتبر الفصام لظروف ضاغطة و عدم قدرة الشخص مواجهة الضغوطات

(محمد قاسم عبد الله .2008.ص230.229)

1 . 1 : تعريف الفصام :

- **بلولر Bleurer** :

مصطلح الفصام المكون من كلمتين يونانيتين : Schizo :و تعني الإنشطار (الانقسام) Phrenie و تعني (الفكر) :" إلى إبراز ما يمثل في نظره العارض الأساسي لهذه الأذهنة ، أي الانفصام أو التفكك ، و

يتميز بخصائص تفكك الفكر و الفعل ، و العاطفة ، و يسار إلى هذا التفكك بالمصطلحات التقليدية التالية : التنافر ، فقدان الترابط ، التخلف و اللامبلاة إتجاه الواقع ، و الانكفاء على الذات مع طغيان الحياة الداخلية غارقة في النشاط الهوامي (و هو ما يطلق عليه اسم فصمة) .

(جلال لابلانش و.ج.ب بونتاليس 1985.ص395)

- **ماير :**

الفصام هو عدم التوافق في الجانب العقلي لا يختلف عما هو عليه لدى الأسوياء ، إلا في الكم فقط فالفصام تضخيم لعناصر وجودها مؤكد في أذهان الأسوياء .(فيصل محمد خير الزراد 1983ص14)

- **أحمد عكاشة :**

الفصام هو مرض عقلي يتصف في اضطراب في التفكير و الوحدات و السلوكي و الخلقي و الاجتماعي مما يفقد الفرد شخصية ، و بالتالي يصبح عزلة عن العالم الحقيقي و المجتمع .

- **حسب الرابطة الإكلينيكية :**

الفصام عبارة عن أفكار وهمية سلوك مفكك ، وهذه الأعراض السلبية تتمثل في انخفاض الإمكانيات الوظيفية ، وهذه الأعراض ، يجب أن تستمر لمدة ستة أشهر على الأقل و تؤدي إلى فقدان التكيف الاجتماعي و الموضوعي .

<u>تعريف :</u>

الفصام (الشيزوفرينيا):

مرض ذهاني يحدث بصورة أكثر شيوعا في سن الرشد ، و يتميز باضطراب في الوجدان ، و ظهور أعراض الانسحاب إلى عالم الخيال ، و اضطراب التحكم الانفعالي ، و وظائف التفكير و اللغة ، و يعيش المريض في عالم خاص من صنعه ، و كأنه يعيش في حلم

(صالح حسن الداهري 2008ص310)

2/ أعراض الفصام :

علامات و أعراض مرض الفصام كثيرة و تختلف من فرد إلى آخر ، و يمكن أن يحدث الفصام في أي مرحلة عمرية ، و تظهر علامات مبكرة في معظم الأحيان في المراهقة سواء في وقت مبكر أو متأخر حيث نميز نوعين من الأعراض المتمثلة في الأعراض الإيجابية و السلبية ، حيث اول من قدم المصطلحين طبيب الأعصاب الإنجليزي جاكسون (Jakson) و رونولدس (Reynolds) لكتابة ظاهرة الصرع ، أما إستعمال المصطلحين في ميدان الطب العقلي من قبل كابكاربنتر ستروس (Capcarpenter strauss1974) يصف هذا القسم الأعراض الإيجابية و السلبية و التي تتمثل في معايير التشخيص .

1.2 / الأعراض الإيجابية :

- مجموعة من الهلاوس : يرى ، يسمع ، يشم ، يشعر أي الأشياء التي لا وجود لها ، هذه الأعراض تشمل مختلف الأوهام و الاضطهاد مثل (أن المريض يرى نفسه في قلب كل الأحداث ، و خيال العلمي)
- اضطراب اللغة : عند مرضى الفصام توجد عدة نماذج مقترحة مثل نموذج فريث ، الذي إقترح أن مريض الفصام يعاني من عدم القدرة على معالجة النوايا ، و من جهته رأى بلولر أن اضطرابات اللغة عند مرضى الفصام هي ترجمة و تعبير عن اضطرابات التفكير عندهم ، أما شابمان فقد رأى أن الخلل يكون في التخطيط ، من أهم الاضطرابات اللغوية التي ظهرت عند

هؤلاء المرضى التوقف و النمطية و الوظوب ، يكون كلامه غريب مبهم ، تكون عباراته غير مفهومة و غير منطقية ، لا يعالج نواياه ولا نوايا الآخرين ، يميل إلى الرمزية ، يعاني من الشرود و عدم الانتباه . (بوخميس بوفولة 2008ص189)

- السلوك العنيف : رغم أن التهديدات بالعنف ، وحتى الانفجارات العدوانية خفيفة الشدة ، هي الشائعة في الحالات الفصامية الحادة و الناكسة ، فإن سلوك الخطر هو عندما ينصاع المريض إلى الهلاوس الصوتية التي تأمره بالهجوم على مضطهديه حسب ما تبدو له هذياناته و هلاوسه هذا السلوك هو الخطر العدواني عند مرضى الفصام ، و هناك جرائم صغيرة طفيفة ترتكب من

قبل الفصاميين مزمنين يتصفون بالشعور بالصغارة و الرفض الاجتماعي ، و لنعلم أن مخاطر الإنتحار تتزايد في جميع أطوار المرض عند الفصاميين . (محمد حمدي الحجار 1998ص146)

2.2 / الأعراض السلبية :

- فقدان العاطفة ، الانسحاب الجماعي (العائلة ، الأصدقاء ، و التغيرات في أنماط النوم ، السلوك المعادي للمجتمع)
- التناقض (Ambivalence) : حيث يظهر المريض الفصامي المشاعر و الإتجاهات و الأماني والأفكار المتناقضة اتجاه الشخص أو موقف معين ، و التناقض مظهر لأمراض أخرى ، لكنه سرعان يكون أشد وطأة في الفصام .
- اختلال الهوية (Depersonalization): و هي أفكار غير واقعية لا تكون هذائية عادة ، ويدرك المريض شذوذها و يشكو من الكرب الذي تحدثه ، و يوجد شعور بالتغير في الشخصية أو في أجزاء الجسم ، و يشعر المريض بأنه لم يعد هو نفسه ، و لكنه لا يشعر بأنه صار شخص اَخر و قد يكون هناك شعور مخيف بالغربة ، و بذكر المريض أن مشاعره قد تجمدت و أفكاره أصبحت غريبة ، و أن أفكاره ، و تصرفاته تبدو كما لو كانت تنفذ بطريقة اَلية .
- عدم التناسب الوجداني : حيث تكون الاستجابات الانفعالية غير ملائمة لمحتو التفكير ، و يكون المزاج غير متسق أو مبالغ فيه ، و قد يشمل الاضطراب الوجداني ، و اللامبالاة ، و الضحالة و التبلد الوجداني . (جمعة سيد يوسف 1990ص192)

3.2 / الأعراض المعرفية :

- فكر مشوش ، عدم القدرة على التركيز ، الحجج .
- اضطراب في شكل التفكير تتمثل في التغير من موضوع إلى موضوع اَخر بسبب التداعي لتفاصيل تافهة ، الميل للتهويمات و التجريديات العامة ، أو الميل إلى العناية الشديدة و أفكار الفصامي غامضة ، متكررة ، و لا تحمل كثيرا من الوقائع و المعلومات بالرغم منة زيارة معدل الكلام .
- اضطراب في عمليات التفكير العجز عن الاستمرار في موضوع واحد مع الميل إلى تشتت التفكير

نحو جوانب هامشية لا علاقة لها بالموضوع الرئيسي و خاصة شكل البطء في الاستنتاجات أو الاستجابة للمنبهات .

و نجد الاضطرابات المعرفية في مرض الفصام جدل في تركيز الأطباء النفسانيين بالاهتمام على الأعراض الإيجابية و هو العجز المعرفي ، بالإضافة إلى طبيعة التعطيل و علاوة على ذلك هناك العجز المعرفي يؤثر على حوالي 85% من المرض الذين يعانون مرض الفصام .

مما سبق يتضح أن أعراض الفصام تشمل جميع من الجوانب من تفكير و انفعالات و الجانب الحركي والأعراض الإيجابية و السلبية ، و السلوكات التي يغلب عليها طابع الهيجانات ، و تعدد مواضيع الهذاءات ، هذا لا يمنع من وجود السلوك الذي يتميز بالاستقرار أي (غير الهائج) و يحمل غرابة في الأفكار ، فالفصامي له صعوبات في التكيف مع الواقع ، هذا ما جعله يعيش في عالم مليء بمجموعة من الهلاوس و الهذاءات للاحتماء بها من الواقع الخارجي ، حيث صراعه يتوقف على الأنا و الواقع الخارجي ، لهذا أفكاره مجزأة و مشتتة و تأخذ العديد من مواضيع الهذاءات ، و لكل فصامي يتميز بمجموعة من الأعراض تختلف حتى في نفس النمط من فرد إلى آخر .

3 / أسباب الفصام :

لم يتم حتى الآن التوصل إلى الأسباب الحقيقية التي تؤدي إلى نشأة هذا المرض ، فهي لا تزال مجهولة لحد الآن و لهذا فإن كل باحث يرجع مرض الفصام إلى سبب أو جانب من أثار إهتمامه ، فمنهم من يرى أن له أسباب وراثية ، و آخرين يرجعونه إلى سبب بيولوجي ، و منهم من يؤكد على العامل النفسي ، و سنتطرق إلى مجموعة من الأسباب المفسرة لمرض الفصام :

1.3. عوامل وراثية :

أدلة عديدة خلال السنوات الماضية أشارت إلى أثر الوراثة في الاضطرابات الفصامية ، و حسب النظرية الوراثية فإن الفصام يحدث بنسبة عالية في عائلات المرضى الفصاميين .

جدول رقم (1) : يمثل أدلة خلال السنوات الماضية المتعلقة بأثر الوراثة في الاضطرابات الفصامية .

آباء	خطر المرض عند الأطفال
المجتمع العام	%1
عم أو أخ فصامي	%2
والد فصامي	%12.3
الوالدين فصاميين	%36.6

خطر المرض عند التوأم الفصامي	
توأم غير حقيقية مختلفين في الجنس	%5.6
توأم غير حقيقية من نفس الجنس	%12
توأم حقيقية	%57

إحصائيات Zerbin/rudin

(Guy Besançon.Manuel de psychiatrie.2éme édition.Dunod.paris.2005.p185)

و حسب إحصائيات أخرى فإن نسبة الإصابة عند التوأم غير الحقيقي تقدر ب 8 إلى 18% ، أما عند التوأم الحقيقي فتصل النسبة إلى 86 % ، حتى عند التوأم المتفرقين في التنشئة فإن نسبة الإصابة تبقى مرتفعة و تصل إلى 77.6% ، أما بالنسبة للتوأم التي تتلقى تنشئة مشتركة فإن نسبة الإصابة ترتفع أكثر و تقدر بـ 91.5% ، وهذا ما يشير إلى تدخل عوامل التربية .

(Farid kacha.psychiatrie et psychologie médicale.2éme édition .Algérie.2002p172)

2.3. العوامل البيوكميائية :

اكتشف أن تسيير L .dopa و L' amphétamine (التي ترفع نسبة الدوبامين و تستثير ذهانات تجريبية) ، تعقد الأعراض الفصامية و أن المثبطات العصبية تحسن من هذه الأعراض لنشاطها المضاد للدوبامين ، و هذا ما فتح المجال لبروز النظرية الخاصة بالدوبامين في الفصام ، المثبطات العصبية تعمل على كبح المستقبلات البعد مشبكية للدوبامين حيث ترتفع كميتها في المشبك العصبي و من هنا أتت

الفرضية الدوبامينية Dopaminergique ، و التي تعتبر أن الأعراض السلبية (انعزال . فقد الطاقة) هي بسبب انخفاض في انتقال الدوبامين في الدماغ في حين أن الأعراض الإيجابية (هلاوس . هذيانات) هي نتيجة لارتفاع في الدوبامين .

(DavidGovrion.AnneQut.fayand les troubles schizophéniques/ellipses.2004.p32)

3.3. عوامل تشريحية :

حيث تشير معطيات حديثة إلى أن الفصام يمكن أن يكون ناتجا عن النمو غير سوي الذي يصيب الفصوص الصدغية المتوسطة ، اللوزة و الفص الصدغي و الجبهي للقشرة المخية ، أو ناتج عن إنخفاض في حجم حصان البحر، أو ارتفاع في حجم البطينات الدماغية .
(christine.Vanessa.cuevro.lombard.op.cit.p22)

4.3. العوامل الوبائية :

بعض العوامل المحيطة التي تحدث قبل أو بعد الولادة يمكن أن يكون لها تأثيرات على النمو الدماغي وهذا ما يرفع من خطر الإصابة بالفصام .

- الفصول لديها تأثير في تطور المرض، فقد بينت الدراسات أن الولادات التي تحدث في فصل الشتاء و الربيع ترفع من خطر الإصابة بالفصام بـ 5% إلى 8 % بالنسبة لمجموع السكان .
- الامراض المختلفة التي تصيب الأم أثناء الأشهر الثانية و الثالثة من الحمل أو عند إقتراب الولادة

مثل : الحصبة الألمانية La rougeole ، الزكام La grippe ، الحميراء La rubeol ، الأنفلونزا L'influenza ، الالتهاب داخل رحمية هي عوامل تلعب دور كبير في تطور هذا النوع من المرض .

- خطر الإصابة بالفصام تزداد في الولادات التي تحدث في المدن الكبيرة مقارنة بالقرى و الأرياف .
- التعقيدات الولادية (التي تحدث عادة في الشهر الرابع من الحمل)، وبعد الولادة تؤثر على النمو الدماغي ، هذه التعقيدات تضاعف الإصابة بالمرض ، من بين هذه التعقيدات نذكر : نقص كمية

الأوكسجين في الدماغ Hypoxémie، التعرض للحمى او الفيروس بعد الولادة ، و الولادات المبكرة ، اختلاف في الزمر الدموية ، الصدمات التي تحدث أثناء الوضع .

إضافة إلى أن السوابق التعقيدية هي موجودة بكثرة عند الأشخاص الذين طوروا فصام مبكر .

(Christine.Vanessa.Cuevro.Lombard/op.citp22)

5.3. عوامل نفسية :

إن الصراعات النفسية و ما ينتج عنها من شعور بالإحباط و الفشل في أساليب التوافق تؤدي إلى جدوث الاضطرابات العقلية ، كذلك الصدمات النفسية و الحرمان في الطفولة المبكرة .

الفصام يعتبر استجابة لحالة نفسية متميزة باختلال في وظيفة استقبال المنبهات الحسية ، و ضعف الأنا واضطراب العلاقة مع المحيط ، وقد أثبتت الدراسات الحديثة وجود تلف في الادراك و الانتباه ، و كذلك المعرفة عند أغلبية مرضى الفصاميين ، كما يكون لديهم استعداد جد حساس لأحداث الحياة القلقة ، كما وأن لديهم استخدام مرضي لبعض الآليات الدفاعية .

(رمضان محمد القذافي ، الصحة النفسية و التوافق ، الطبعة 2، المكتب الجامعي الحديث . القاهرة 2002،ص172)

6.3. عوامل اجتماعية :

بالنسبة لهذه المعطيات يمكن الرجوع إلى الاتصال الأولي الذي يتحقق في الوسط العائلي ، حيث أن الدراسات التي أقيمت داخل العائلات الفصاميين بينت أنه يوجد اضطراب في الاتصال داخل هذه الأخيرة: فمثلا يكون الأب غائبا أو غير مبالي ، أم مسيطرة عدوانية أو مفرطة الحماية ، و بالتالي فإن هذا سيؤدي إلى وجود بعد علائقي بين الأبوين ، حيث أن هذا سيكون أحد العوامل المفجرة للفصام . (Farid kacha .op.cit.p174)

4/ الأشكال العيادية للفصام :

1.4. تصنيف الفصام حسب DSM IV

أشكال الفصام تعرف من خلال الأعراض السائدة أثناء القيام بالفحص :

1.1.4. النمط شبه زوراني Type paranoide

نمط من الفصام يستجيب للمعايير التالية :

أ) الانشغال بواحدة أو مجموعة من الأفكار الهذيانية أو بهلاوس سمعية متكررة .

ب) لا يوجد أي من التظاهرات الآتية في البداية : حديث غير منتظم ، سلوكات غير منتظمة أو تخشبية عاطفة سطحية أو غير ملائمة .

2.1.4. النمط غير المنظم Type désorganisé

أ) كل التظاهرات الآتية تأتي في البداية :

1. حديث غير منظم
2. سلوك غير منظم
3. عاطفة سطحية او غير ملائمة

ب) لا يستجيب لمعايير النمط التخشبي ، و كان يعرف باسم فصام الخبل المبكر Hébéphrénie في التصنيف الكلاسيكي .

3.1.4. النمط التخشبي Type catatonique

هو نمط من الفصام تهيمن عليه على الأقل اثنان من التظاهرات التالية :

1. ثبات حركي يظهر من خلال جمود أو ذهول خشبي .
2. نشاط حركي مفرط (بدون هدف و لا يتأثر بمنبه خارجي)

3. سلبية قصوى (مقاومة لا هدف منها ظاهريا لكل الأوامر ، أو الاحتفاظ بوضعية صلبة ومعارضة كل المحاولات الموجهة لتغييرها)
4. غرابة في الحركات الارادية و تظهر من خلال وضعيات تخشبية (الاحتفاظ الارادي بوضعية غريبة أو غير ملائمة)، حركات نمطية ، تصنعات ظاهرة أو ايماءات بارزة .
5. صدى الأصوات أو صدى حركي .

4.1.4. النمط غير مميز Type indifférencie

هذا النمط من الفصام يضم الأعراض التي تستجيب لمعايير أ و لكن لا تستجيب لمعايير النمط الزوراني ، الغير منظم أو التخشبي .

5.1.4. النمط المتبقي Type résiduuel

هذا النمط من الفصام يستجيب للمعايير التالية :

أ) غياب الأفكار الهذيانية البارزة ، هلاوس ، حديث غير منظم ، سلوكات غير منتظمة أو تخشبية بشكل كبير .

ب) دوام العناصر المرضية كما يدل عليه وجود أعراض سلبية ، أو عرضين أو أكثر من الأعراض المدرجة في معيار أ من معايير الفصام و التي توجه بصورة خفيفة (مثلا : اعتقادات غريبة ، ادراكات غير عادية)

و قد كان يعرف باسم الفصام البسيط في التصنيف الكلاسيكي .

2.4. أشكال أخرى من الفصام :

لم يتطرق اليها دليل التشخيص الأمريكي الرابع للاضطرابات النفسية و العقلية و هي :

1.2.4. الفصام الشبه عصابي Schizophrénie pseudo . névrotique

- بدء الاضطراب يكون غالبا بمظهر عصابي و هذا ما يؤدي إلى صعوبة التشخيص .

- أغراض عصابية (خاصة رهابية ، وسواسية ، هستيرية) لا نموذجية ، مع وجود أعراض تفككية و أفكار هذيانية .

. الرهاب يكون غالبا اجتماعي، مع انطواء و خوف هذياني ، من أن يكون ملاحظ أو أن يتم الكشف عن أفكاره .

. وسواس مع اجترار ، و بدون مقاومة حقيقية للقلق .

. مظاهر هستيرية عادة صاخبة مع إمكانية حالات ثانوية غسقية ووهمية

- اضطرابات عاطفية مهمة غالبا .
- تطور دوري مع نوبات تحتوي على عناصر ذهانية .

2.2.4. الفصام المزاجي Schizophrénie dysthymique

- الشكل الدوري مرتبط بنوبات هذيانية حادة و اضطرابات المزاج (سوداوية ،هوسية أو مختلطة)
- وجود سوابق عائلية للفصام أو لاضطرابات المزاج
- خطر الانتحار كبير طول مدة النوبات الاكتئابية او الهذيانية الحادة .
- بين النوبات : تفكك خفي . شخصية قليلة الاضطراب .

3.2.4. الفصام الشبه السيكوباتي Heboidophrenie

- اضطراب في السلوك من النمط : سلوكات مضادة للمجتمع . انحراف . اندفاعية مرتبطة ببرودة عاطفية .
- مظاهر نمطية غير متكيفة و غريبة للسلوكات المضادة للمجتمع .

5 / المقاربة النظرية للفصام :

نجد الكثير من النظريات التي تفسر منشأ حدوث الفصام ، على أساس مبدأ كل مقاربة نظرية ، و العوامل التي تفسر على أساسها و نزاعاتها التحليلة .

5 . 1 . النظرية الوراثية :

كانت وراثة المرض موضوع عمل المئات من الأسر (رودن RUDIN 1916 ، لوكسمبور luxemburger1940 ، سترومقرينstromgren , 1950) ، في حين هذه الدراسة صعبة جدا لأن التحديد المكان الدقيق للعامل الوراثي يفترض استبعاد الدور الاجتماعي أو البيئة العائلية ، وفيما يخص خطر الوراثة ، أن نسبة الانفصام في عامة السكان تكون أقل من نسبة 1% لإخوة الفصامين ، الخطر يرتفع إلى

10,8 حسب فرشور (1939) ، إلى نسبة 14,2 % لكالمان (1946) ، ونسبة 10 % لبلانسكي (1955)، والخطر بالنسبة للأطفال ، حسب فرشور ولكسمبوقر (1939) يقدر بنسبة 4,16 % لبلاتسكي (1955) بنسبة 10 إلى 15 % ، ومن جهة أخرى نجد عند والدي الفصاميين، حسب كالمان 3,9 % من المرضى ، وحسب بلاننسكي من 5 إلى 10 % ، ودراسة التوائم أكثر برهانا ، لأنه حسب سلاكر (1953) العلاقة بين أحادي البويضة تقدر بنسبة 76 % ، أما بالنسبة لكالمان وهي بـ % 86 ,20

(Henriey .P ,Bernard et les autres1970 p 545)

وأكدت دراسة على الوراثة خاصة دراسات التبني في السبعينات والثمانينات من القرن الماضي تطور الباحثون دراسات يمكن بموجبها تمييز التأثيرات البيئية عن التأثيرات الوراثية بدقة علمية عالية معتمدين في ذلك على دراسات التبني Adoptive Studies ، ففي هذه الدراسات يجري نقل الأطفال بعيدا عن أسرهم التي ولدوا فيها حال ولادتهم ، أو في فترة الرضاعة ، وبالتالي فأنهم سيتعرضون إلى نوعين من الأسر ، واحد ولدوا فيها ويحملون تأثيراتها البيئية ، والأخرى نشئوا في أجوائها ويتعرضون الى تأثيراتها البيئية، فإذا استطاعت أن ترينا هذه الدراسات أن الأطفال الذين ولدوا من أمهات مصابات بالفصام ، وتربوا في أجوء أسر أخرى سوي Normal من الناحية النفسية ، وأن هؤلا الأطفال ظهر عليهم الفصام بنفس

النسبة التي تظهر لدى أولئك الأ طفال الذين ولدوا من أمهات مصابات بالفصام ، وعاشوا في أجوء هذه الأسر التي ولدو فيها ،عندما سيكون هذا بنسبة أو دليلا قويا جدا لصالح الافتراضات الوراثية .

والواقع أنه أجريت دراسات كثيرة شملت آلاف الأطفال من كل الصنفين في عدد من دول العالم بينها : أمريكا ، الدانمارك ، النرويج وكندا ، وكانت بينها دراسات تتبعيه استمرت أكثر من 10 سنوات، واتسمت بالمنهجية العلمية ، فضلا عن الجهود الكبيرة والتكاليف الضخمة ، ويخلص المقيمون لنتائج هذه الدراسات .

الدراسات الحديثة تشير إلى وجود عوامل وراثية وعضوية وراء الإصابة بالفصام ، وفي هذا الصدد

يذكر جوتزمان وشيلدز في بحثها عن الفصام في التوأم

Schizophrénia in Twins يؤيد وجود الاستعداد الوراثي للتعرض لها المرض كجينات تهيأ الإصابة به ، كما يضيفان " يبدو " من حقيقة أن التوائم المتطابق Identical twin للفصامي، يكون لديه احتمال أن يكون فصاميا يعادل على أقل تقدير 42 ضعف للشخص من المجتمع العام ، ومن حقيقة أن التوائم المتأخي Fraternal twin من نفس الجنس لديه نفس الاحتمال بما يعادل تسعة أضعاف ، وان العوامل الجينيةGenetic Factors (الوراثة) هي إلى حد كبير مسؤول عن البنية الخاصة لمعظم الفصاميين .

(فرج عبد القادر طه 2000 ص 336) .

5 . 2 النظرية التحليلية :

نجد عدة وجهات نظر سيكولوجية من زاوية تحليلية فرض النكوص(The regression) hypthesis يستند هذا المنحنى في فهم أصول الفصام ومصادره إلى النظرية التحليل النفسي في الشخصية ، ونظرية التحليل النفسي ترى ميل الفصامي إلى الالتجا إلى السلوك الطفلي أو النكوص إنما ينتج عن خبرات انفعالات سلبية تحدث خلال السنوات الأولى القليلة من الحياة ، كما يرون أن المواقف الذي يتخذوه الآبا تكون له أهميه قصوى خلال هذه الفترة التي يتعين فيها على الطفل أن يواجه ما ينطوي عليه النضج من تحديات واحد بعد الآخر، فالآبا الذين يشجعون ما يقوم به الطفل في محاولات الإتقان والسيطرة والذين لا يتدخلون إلا عند الضرورة القصوى ،إنما يعينونه على أن يصل إلى أقصى النمو النفسي ،على أن آبا الفصاميين وخصوصا الأمهات يظن أنهم يحرفون انحرافا ذا دلالة على هذا المعيار.

تذهب نظرية التحليل النفسي إلى أن أمهات الفصاميين إما يكون منسلخات انفعاليا على أطفالهن وإما يكن مفرطات في حمايتهن لهن ، فسلوك الفصامي نزيل المستشفى الذي يأكل أصابعه ويتبرز في ملابسه يفسر بأنه عودة بدائية الى أولى مراحل النمو ،كما أن الهلاوس السمعية والبصرية والميل الى الانعزال الاجتماعي تعد نتائج مباشرة لانغماسه في الأوهام . (شيلدون ؟ ص 119)

نجد فرويد ربط بين الإحباط الذي يتضمن الإحساس بالعجز أمام تحقيق دافع ما وبين الإصابة بالفصام خاصة في الحالة التي يعجز معها الأنا عن القيام بدوره كمنسق ومنظم لتلبية الحاجات وإشباعها في إطار اجتماعي (أنا أعلى) معين، مما يسمح بسيطرة مطلقة للهو، وتصبح النتيجة ضياعا في متاهات ..الخ وصراعات بين مكنونات متناقضة لا منطقية ولا عقلانية ، وتعود خبرات طفلية غير ناضجة ويستدل المشتغلون في التحليل النفسي إلى صحة فروضهم مما يظهره الفصامي من أنماط سلوكية نكوصية حيث يظهر الفصامي عند مواجهة الصعوبات في تحقيق حاجاته ردود أفعال طفلية وتقوم علاقاته مع العالم الخارجي في ضو نزواته شأن في ذلك شأن الأطفال ، كما يستدل من عادات الطعام واتجاهات الفصاميين نحوها ،وكذلك من فقرهم الوجداني ورغباتهم العدوانية على أثر مراحل الجنسية الطفلية المستمر، وهذا يتضح من خلال فق دان الأنا لدوره في التنسيق داخليا ونرجسية تبنى واقعا ذاتي داخليا في مواجهة الواقع الموضوعي، وكذلك رغبات جنسية مثلية مكبوتة و ضغوط النفسية تهدم الجانب الوجداني من الشخصية .

5 . 3 النظرية السلوكية :

يبدو أن لقوانين التعلم أثارا يمكن كشفها وملاحظاتها في أنماط سلوكية فصامية متقنة يقوم بها الفصاميون ، وهذا يشير إلى أهمية التعلم والاكتساب كعوامل نفسية لها مكانة كبيرة في تفسير حالات الفصام ، ويفترض النموذج السلوكي إلى أن الاضطرابات عبارة عن أساليب غير توافقية متعلمة ولذلك فإن أفضل طريقة تفسيرها هي إعادة التعلم .

(صبرة محمد علي ، أشرف محمد عبد الغني 2005ص 350)

إن السلوكيون سوف ينظرون إلى الاصطلاح "فصام" باعتبار أن ليس له قيمة فيما يتعلق بعلم أسباب الأمراض Aetiology،وحتى النظر إليه على نحو وصفي ،فان الاصطلاح سوف يرى باعتباره نافعا فقط بقدر ما يصف بثقة نماذجا خاصة من السلوك .

كذلك بتفسير أصل الفصام ،فان رأي السلوكية يتضمن نقاطا عديدة من الضعف منها ،أنه بالرغم من أن التدعيم يعتبر مبدا عاما محددا على نحو جيد فانه لا يوجد دليل مباشر لاكتساب السلوك الفصامي .

(حسين فايد 2004 ص 111)

كما يرى بافلوف أن ردود الفعل الفصامية تعود الى انتشار نوع من الكف الوقائي في المخ ،ونظرا لضعف خلايا المخ عند الفصامي تصبح المنبهات العادية حادة وتؤدي بالتالي الى تكوين الكف الوقائي ،ويتكون الكف عادة في القشرة ولكنه يصل الى جذع المخ ، وتتوقف الصورة الإكلينيكية على قوة ومدى عمليات الكف ،فنوبات الهياج في الكتاتونية مثلا تحدث في الحالات يكون الكف في القشرة لذلك حركات الكتاتوتي في نوب ات الهياج مضطربة غير منتظمة ،وغير متناسقة ،ويرى الماديون أن ردود الأفعال الفصامية الأساس فيها ضعف خلايا المخ والسبب في هذا الضعف تسمم الكائن الحي كله بما في ذلك المخ واختلال العمليات الميتابولية وخاصة البروتينية ،أما سبب هذا التسمم فليس معروفا لحد الآن .

(نبيل محمد جودة 2008 ص 40)

5 . 4 :نظرية الفصام :

يقول بروفيسور يحي الرخاوي الغرض الأساسي وتطوره إلى ثمة عين داخلية لها علاقة بالحواس وما حولها هي نوع محور من الإدراك القديم عبر تاريخ التطور ،تستطيع أن ترصد الداخل بما هو ،وهي التي تنشط في النوم أثنا النشاط الحالم (نوم حركة العين الرابعة rem)،كما تنشط في بداية الذهان خاصة ،وفي أطواره النشطة ،وليست بالضرورة المادة ،ونشاطها غير قاصر على الفصام ،بل هي تنشط في معظم الذهانات النشطة ، وهي ترصد الداخل "بما هو " إذا أن صعوبة التعبير عن حركية الإدراك كما تمارسها هذه العين يخلق مشاكل حين يقتصر ،أن هذه العين الداخلية (الحالة الداخلية)هي بعض نشاطات ما يسمى العقل الأحدث (بمعنى مستوى الوعي) ،وذلك برغم أنها داخلية

وأننا يمكن أن نتتين معالمها من خلال العودة إلى أنواع إدراك بدائية قبل أن تتميز أدوات وأعضا الحس ،إلا أن نقلة من هذه الإدراك إلى القدرة على وصفه هكذا ،يحتاج إل ى نشاط العقل الأحدث القادر على الوصف والتعبير اللغوي الذي تميز به بدقة بالغة .

(يحي الرخاوي 2012 ص 2)

5 . 5 نظرية التنميط الحيوي (النظرية المزاجية) :

ليست النزعة الوراثية المسجلة في شكل الجسم ، مدرسة كرتشمر قام بتعميق هذه الدراسة ، وكانت فكرته الأساسية لكرتشمر (1921) التعارض بين صلة نوع Pyenique للهوس الإكتئابي وصلة مجموعة تنميط الحيوي للانفصام ، من بين 175 فصامي مدروس من قبل لكرباربو ، نجد أن نسبة 47 منهم من نوع Leptosome ونسبة 34 من نوع Dysplasique ،نسبة17 من نوع رياضي ،وإلا pycnique 3 ، فنوع Dysplasique أراد به كرشمر وصف الأشخاص المتصنعين وغير المتناسبين على أساس اضطراب الغدد الصما ، فكريشمر يجمع بين تشكيلتين جسميتين مميزتين بكل مدارس النحيل العضلي Brévilique الدموي ، ويستدل ماير قروس (1954) ، إذا حصل للشخص أصيب بانفصام من النمط Pycnique يستحسن التشخيص .

(Henriey .P ,Bernard et les autres1970 p 545)

كما ربطت مدرسة توبنجان (كرتشمار) الأنماط الحيوية التي أرادت تعريفها كنزعة للانفصام مع نوع النفسي المطابق للنوع الانطوائي لجانغ (1907) وللمنظم لبلولر (1920) ، وتشير هذه المصطلحات إلى نوع مزاجي عادي ، مزاج منطوي ، الإفراط في الأحاسيس مظهر بارد ، التوجه نحو التثبيط، ولكن مسلم لمسؤوليات دافعة وغير ملائمة ، الإنفصاميون الإنطوائيون أشخاص متأملون منهجيون مجردين ،عنيدين وحالمين ، يمكننا المرور من Schizothymie إلى الانفصام (طابع مرضي) أين المزاج المنطوي يصبح منعزل ، بينما التثبيط والاندفاع يؤديان إلى عدم الاستقرار الاجتماعي وعمق التأمل والحلم يؤدي إلى روح نظام ، عقلانية مرضية ، مثالية جامدة ، استعملت الدراسات حول الوراثة استعمالا واسعا لمبدأ الانفصام،أضافت له تأكيد غير مباشر فهو بالفعل مقبول من مجموع الباحثين أن البيئة العائلية للإنفصاميين تتضمن جزء من الانفصامين (15 إلى 35) أعلى

بكثير من عامة السكان والتي تقدر بحوالي 3 ،من المقبول أيضا أن حوالي نصف الانفصاميين يظهرون قبل المرض ، مظهر الشخصية الانفصامية.

بالرغم من الانتقادات المقدمة ضد المبدأ للإنفصام (غياب المنهجية الصارمة للإحصا الدقيق)، فقد فرض نفسه واستعمله كل الأطبا النفسانيين ، فالانتقادات غير مبررة إلا إذا أردنا أن نعطي لهذا العامل المزاجي دورا مبالغا فيه، والذي يعنيه له بعضهم ،عندما أردنا أن نجعل هذه الثلاثية Schizophrénie, Schizoïde , Schizothymie عملية المعتادة لتطور المرض هذا لا يطابق الحقائق ، لأنه إلا 50 من المرضى يظهرون هذا النوع من المزاج القبل الفصامي ، وأظهرت بعض الدراسات قبل ظهور الانفصام سمات مزاجية و تصرفية منها اضطرابات المزاج ، سمات عصبية ، عدوانية مندفعة قلق الوسوسة ، وحسب كادوال التي فيها الانفصام مسبوق بتطور غير عادي. (Henriey.P ,Bernard et les autres 1970 p 547)

5 . 6 النظرية الفزيولوجية :

الفزيولوجية المرضية لمرض الفصام قد ظهرت نتائج هامة فيما يتعلق بالفصام ،خاصة التطورات الحديثة في تقنيات التشخيص في علم الأعصاب وتشمل التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI) ،ويعتقد مناطق في الدماغ البشري تشارك في الفزيولوجية المرضية وتشمل الفص الجبهي ، اللوزة ، الحصين التلفيف Parahippocampal والمخيخ ، والسبب الحقيقي لمرض الفصام ، من خلال الأبحاث خلال عشر السنوات الماضية خاصة في مناطق معينة من المخ ، بما في ذلك الجهاز الحوفي ، والقشرة الأمامية ، المخيخ والعقدة القاعدية مترابطة هذه المجالات والخلل الاجتماعي في منطقة واحدة ، قد تكون بداية العملية أولية للمرض ، وبتصوير الدماغ تشير إلى قوة أن الجهاز الحـ وفي هو موقع محتمل للعمليات المرضية.

قد أظهرت تقنيات التسجيل الجديدة في نشاط الدماغ أثنا تنفيذ المهام التجريبية التي تنطوي على وظيفة معينة المعرفية لمرضى فصاميين تتمثل في قصور النشاط من مناطق معينة في المخ ،وهكذا فان التخطيط المعرفي أو مراقبة عمل الدماغ ،وخلل في نشاط المناطق الفص الجبهي ،ويمكن لهذه

النماذج المعرفية من مرض فصام على افتراض تحقيق الوظائف العقلية العليا المشتركة في التنظيم والتكيف والسيطرة وتوضيح أوجه القصور الموجودة في الدماغ ،على سبيل المثال فان اضطراب في التخطيط أو الرقابة الدماغ تشير الى تفكك العلامات الإكلينيكية. (Marie .C,Bayle .H 2005 p105)

كذلك دراسات أخرى اتضح أن السبب الرئيسي خلل بالمخ أو العملية المرضية خلال فترة نمو المخ قبل ظهور المرض إكلينيكيا بوقت طويل (Weinberger 1995) ، وتتبعا لهذا الرأي ، فإن المصابين بالفصام قد يعانون من شكل من أشكال خلل نمو المخ أثنا فترة الحمل ،وبخاصة 3 أشهر الوسطى للحمل وللأسباب عصبية حيوية مختلفة ،فإن هذا الاضطراب يظهر فقط في فترة البلوغ المبكرة عند توقيت حدوث نضجا في أجزا محدد بالمخ ، والتي تحدث بعد الولادة بفترة طويلة ،مما يجعلها غير قادرة على التكيف مع أنواع متعددة من الضغوط النفسية والاجتماعية وتقلبات الحياة وعلى الرغم من أن هذا الرأي لا يزال يثير جدل

(Canon 1997) ، فإن أدلة عديدة ومتنوعة تدعمه ، وبشكل خاص ، فقد تبين أن مضاعفات الحمل والولادة تضاعف احتمال حدوث الفصام مرتين أو ثلاث مرات بسبب حدوث تلف في المخ النامي .

ويبدو أن نقص الأكسجين أثنا الولادة لحرمان جنين من الأكسجين والذي يحدث في نسبة بين 20 إلى 30 من المصابين بالفصام بالمقارنة بنسبة 5- 10 من مجموع السكان يلعب دورا هاما حسب (McNeil 1988 , canon 1988) كما تزداد احتمال الإصابة بالفصام مع حدوث بعض مضاعفات الولادة ، إن احتمال تلف مخ الجنين داخل الرحم يزداد إذا أصيبت المرأة بمرض فيروسي ، وقد لاحظ أن

عدد كبير من المصابين بانفصام ، وخلل بالتركيب التشريحي الدقيق للمخ سيقدم صور الأشعة المقطعية وصور الرنين المغناطيسي صور لتركيب التشريحي الدقيق المخ، وهذا أظهر دراسات الأشعة المقطعية المبكر عدم تماثل المخ والجهاز البطيني،وبخاصة الذي يصيب الفصوص الأمامية والفص الأيسر للمخ ، هذا اللاتماثل ، لا علاقة له بتطور أو مدة المرض أو العلاج ولا يتقدم أثناء المرض (Vitu et al 1997) ، ولذلك يمكن أن يعتبر وجوده مظهرا للأحداث التي تحدث مبكرا أثنا نمو المخ ، وقد أظهرت دراسات الرنين المغناطيسي نتائج متشابهة (Andreasen et al

(1986 إن تلازم الخلل التركيبي مع أعراض أو مجموعات الأعراض يلقي من الأعراض دعما أقل على الرغم من تلازم اللاتماثل السالبة تبين أن الأعراض السالبة تتلازم أيضا وجود ضمور (Messing et al 1984)، تبين أن الأعراض السالبة تتلازم في الصدغي الأيسر (Ture et sheyet .al 1999 وكلما وضحت التغيرات أكثر كلما زادت شدت الاضطرابات التفكيروحدوث هلاوس سمعية(Saddathet et al 1990) وبشكل رئيسي فإن التصوير السطحي للبوزيدرون المطلق صورا مشابهة من الخلل ، وقد أظهرت دراسات سريان الدم بواسطة نفس تقنيات التصوير السابقة تلازما بين أعراض أو أنماط أعراضية معينة مع وجود خلل في سريان الدم في مناطق مختلفة أو بشكل عام فإن الأعراض الموجبة تتلازم مع زيادة في نشاط بعض المناطق ونقص في نشاط مناطق أخرى .

بينما تتلازم الأعراض السالبة غالبا مع وجود نقص في سريان الدم (Sabri et al 1997) وقد تبين فحص نسيج المخ بعد الوفاة للمصابين بالفصام وجود مشاكل في بعض أنواع خلايا المخ خلايا البينية الكابحة، بإخماد عمل الخلايا العصبية الرئيسية مما يمنعها من الاستجابة لمعلومات أكثر غزارة ، إذا اجتمعت هذه النتائج معا فإنها تقترح أن الفصام عبارة عن خلل في تنظيم نشاط المخ بواسطة الخلايا البينية ، مما يجعل المخ يستجيب بشكل مبالغ للمثيرات البينية المحيطة ،ويفقد القدرة على حجب المثيرات غير المرغوب فيها ، وفي نفس الوقت يحدث نقصا في حجم الفصوص الصدغية ، التي تقوم بتسهيل المعلومات الحسية

فتجعل في مقدرة الشخص أن يكتسب سلوكا مناسبا وجديدا . (http//www.your doctor net)

نجد الشذوذ في الجهاز المركزي هو يسبب الفصام من خلال الانحراف الوظيفي لكل من الحبل العجزي إلى الفص الجبهي، وبالتالي خلل على جميع المستويات ،وحول طريقة عمل الخلايا العصبية الفردية

وبالتالي الخلل على جميع المستويات وحول طريقة عمل الخلايا العصبية الفردية بانحراف وظيفي حدودي لنظام الرقابة المتشابك ،ويظهر الخلل في الإدخال والتخزين أو الاسترجاع ، وأصناف كل واحد منها من الصعب تتناسب مع الانجاز العمليات الفكرية العالية من الفصمنة Schizotypes.

حيث تقنيات التصوير الجديدة للرنين مغناطيسي MRI من خلال الافتراضية التصوير الطبقي

(PET) في الدماغ لأدمغة المصابين بالفصام (الأسوياء) ، وجد العلماء الاختلاف في بنية وظائف أدمغة المصابين بالفصام ونظرائهم ، ولاحظو أن الأشخاص الذين يعانون من مرض الفصام يتميزون بتضخيم البطنين الـ مملوءة بسائل التجويف داخل الدماغ ، وفقدان المادة المادية لأنسجة من المخ ، شذوذ في المادة البيضاء ، والآليات العصبية بمثابة أسلاك ربط مختلفة في الدماغ تتصل بـ مربعات غير عادية أين يحدث الفصام .

كثرت المناقشة حول ظهور (النقطة القرمزية) في بول مرضى الفصام ، فقد لوحظ أنه إذا عرضنا بول هؤلاء المرضى الفصام على ورق حساس للضوء Paper chromatography

فإنه يحدث نقطة قرمزية في موقع معين من هذا الورق الحساس ، وهذا لا يحدث مع بول الطبيعي وهذا برهان دامغ على وجود اضطراب كيميائي وتمثيلي في جسم مرضى الفـ صام يؤدي إلى وجود مركبات شاذة في البول ، وما يزال الجدل قائما بين العلماء حول موضوع (النقطة القرمزية) فالبعض يقول إن سببها هو العقاقير الكيميائية التي تعطى لهؤلاء المرضى، وهناك من يرى أنها تفاعل بين نوعيات الطعام التي يأكلها هؤلاء المرضى .

(عطوف محمود ياسين 1986 ص 304)

كذلك نجد أهمية الاضطرابات المعرفية وارتباطها بالفصام عدد قليل من الدراسات حول الموضوع لكن أن اضطراب الذاكرة العرضية تلعب دورا أساسيا لارتباطها بثلاثة مناطق وظيفية وهي نوعية الحياة (الاجتماعية والمهنية في المجتمع) ، والقدرة على التعرف وحل المشاكل الاجتماعية والقدرة على تعلم قواعد السلوك والحياة الاجتماعية .

وبعض الدراسات كشفت على نوعين الأول هو أنه مثل كل وظائف الدماغ و الذاكرة العرضية تعتمد على شبكات نظم العصبية التي تتألف من الهياكل القشرية وتحت القشرية مترابطة ويبدو أن ضعف إدراك للفصام بما فيها تلك المتعلقة بالذاكرة العرضية ، تعتمد في جزء كبير منه إلى فشل التكامل الوظيفي بين قشرة الفص الجبهي، والقشرة الرمادية الوسطى ، وقد أظهرت دراسات عديدة وجود العجز في الذاكرة العرضية في مرضى الفصام خاصة الذاكرة اللفظية أو الذ اكرة البصرية وأن المرضى الذين يتلقون أولا مضادات الذهان والآثار التي يمكن أن تكون مضادة ضارة على

وظائف الإدراك واختلال الوظيفي للقشرة الفص الجبهي للذاكرة العرضية تسبب مرض الفصام .
(Hollat .H 1999 p15)

5 . 7 نظرية النوروعصبية : تتمثل في ثلاث فرضيات وهي :

5 . 7 . 1 الفرضية الدوبامينية :

تطورت في سنين الأخيرة بعد أن تبين أن مستقبلات مادة الدوبامين تنقسم لعدة أنواع من رقم 1 إلى 5 وأن مستقبل دوبامين 1 يختلف عن بقية الأنواع وأن استثارة الدوبامين 1 بالأدوية المخصصة يؤدي إلى علاج الأعراض السلبية التي كانت جعل مريض الفصام لا يستطيع العمل ويحيا حياة هامشية ، أما الدوبامين 2 فكانت تركز عليه جميع الأدوية السابقة في علاج مرض الفصام ، حيث أن زيادته كانت المسؤولة عن التهيؤات والأوهام التي كان يعانيها مريض الفصام ، وتقوم هذه النظرية إلى عدة أدلة أدوية مثل Amphétamine الذي يحرر الدوبامين ، ينتج عن تناوله سلوكات لا يمكن تميزها عن أعراض الفصام ، وعند إعطائه للمريض الفصامي يؤدي
لاشتداد الحالة ، أيضا لـL–dopa الذي يتحول إلى الدوبامين، Apomorphine
Bromocriptine وكل شادات لمستقبلات الدوبامين Agonist dopamine تحدث أعراض
مشابهة لأعراض الفصام ، و أدوية الفصام الحالية هي عبارة عن حاصلات مستقبلات الدوبامين بعض المسارات العصبية Pathways في الجهاز اللمبي التي لها دور في المزاج والسلوك والتفكير.
تستخدم الدوبامين كناقل عصبي لدراسة افتراض أن فرط فعالية جهاز الدوبامين (المحور خاصة من VTA) (Ventral Tegmental Area) المنطقة اللحاقية الباطنية من المسؤولة عن حدوث أعراض الفصام ،أما أدوية دا باركنسون (زيادة الدوبامين) تؤدي إلى أعراض الفصام والعكس صحيح ،كما بينت الفحوصات التشريحية لأدمغة مرض الفصام بعد الوفاة بأن مستقبلات مادة الدوبامين في الخلايا العصبية هي أكثر في مرض الفصام من الناس العاديين ، وكذلك فإن حساسية هذه المستقبلات لمادة الدوبامين أكثر لدى مرض الفصام منها عند الإنسان العادي ،وكل هذه الدلائل تؤيد النظرية الدوبامينة التي تحدث في دماغ مريض الفصام.
(http : // www . q8 nursing com / Forun / showthread .php ? t : 3036

تحدث زيادة في نشاط الدوبامين في الجهاز العصبي المركزي من خلال وسيلتين زيادة الدوبامين في أماكن المشتبكات العصبية بالإضافة إلى زيادة حساسية المستقبلات العصبية ،وفي النظرية الدوبامينية للفصام تفترض أن الزيادة في مستويات مستقبلات الدوبامين أو الدوبامين في الجزء الظهري أو البطني للجسم المخطط ورء الأعراض في الفصام الخلل يكون في المسار الميزولمبي

حيث يكون هناك فرط نشاط الدوبامين على مستواه دلائل على صحة النظرية المنشطات مثل الأمفيتامينات والكوكايين والتي تزيد من إفراز الدوبامين في الخلايا الناقلات العصبية neuro transmission ، يمكن أن يؤدي إلى هلاوس تشبه الأعراض الايجابية الشيزوفرينيا وخاصة بعد جرعات كبيرة أو استخدام لفترات طويلة ،كما نجد كاريسور ولندفيست Carissor and lindqvist 1963 أول من افترض أن العقاقير مثل كلوبرومازين هالبريدول chlopromazine Haloperidol تخفف من أعراض الفصام من خلال تثبيط مستقبلات الدوبامين ،وبالتالي تقليل تأثير مضادات الذهان ،هذه التي أثبتت فعاليتها في العلاج على مدى 50 عاما تشترك في قدرتها على تنشيط مستقبلات الدوبامين D2، ولوحظ أن مرضى الفصام يكون الدم الحالي الجامع(HT5) تركيزات، فيحدث خلل أساسي واحد مع ناقل عصبي تبادل في الناقلات العصبية الأخرى وهذا يؤدي إلى تغيرات طفيفة للبروتينات واستقلاب البروتين ، وغيرها من العمليات فرعي البيولوجيا الخلوية التي تشير إلى اضطراب مرض الفصام .

أقترح بعض العلماء أن كثرة الدوبامين تنجم عنها أعراض تنبعث من العقد القاعدية ،وان قلة الدوبامين تنجم عنها أعراض ترتبط بالقشرة المخية الجبهية ،وقد تنجم من التأثير الكلوتاماتي غير الكافي تلك الأعراض ذاتها. (زياد قطب 2004 ص 11).

كما وجد علماء آخرون أمثال الطبيب (جنسخ) وجود علاقة وترابط بين الغدد الصماء أو الهرمونات ومرض الفصام ، ويقول الدكتور جيسنغ أن مرض الفصام (الكتاتوني الدوري) يحتفظون بمادة النتيرون في الجسم ، وأنهم يتحسنون عند طردهم هذه المادة ،ومن الأبحاث العربية قام الدكتور أحمد عكاشة في قياس كمية الكورتيزون في مرض الفصام وأثر ذلك في شفائهم، فقد وجد أن هذا الهرمون يفرزه مرضى فصام البارانويا أكثر من مرض أنواع الفصام الأخرى ، وأن نكسات المرض يصاحبها زيادة في إفراز هرمون الكورتيزون وأن شفاهم يصاحبهم نقصان في إفراز من الهرمون .

2.7.5. فرضية الجلوتامات :

بما أن مضادات الذهان النمطية (حاصرات الدوبامين) تعالج الأعراض الايجابية للمرض ولا تعالج الأعراض السلبية، افترض العلماء وجود ناقل عصبي آخر مسؤول على حدوث الأعراض السلبية للفصام ، تفترض وجود خلل وظيفي على مستوى المستقبلات العصبية للجلوتامات من النوع (NMDA) على مستوى أجزاء من الدماغ مما يؤدي إلى ظهور الأعراض السلبية للفصام ، أن كبح مستقبلات الجلوتامات من النوع (NMDA) ينتج عنه أعراض مشابهة للفصام ، والجلوماتات (Glutamate) هو حمض أميني ، وناقل عصبي منشط ، قررت بعض الدراسات أن له دورا في الأسس البيولوجية للفصام ،عندما ظهرت مضادات الذهان غير النمطية (كلوزابين ، وريسيبدون أرلانزابين وغيره) بدأ الباحثون في التشكك في الفرض القائل بأن سد متقبلات الدوبامين2 بواسطة مضادات الذهان هو السبب الرئيسي لمفعوله المضاد للذهان وقد تبين أن مفعول مضادات الذهان غير النمطية (الحديثة) يشمل ميلا شديدا للعديد من أنواع المستقبلات بالإضافة إلى الدوبامين 2 تشمل من بينها مستقبلات السيروتونين ،ولهذا فإن الأبحاث الحالية تقترح أن أنواعا عديدة أخرى من المتقبلات مثل NMDA , 5 –HT2, D–5 ,D–4 , 3 – D, D–1 نشأ ة الفصام .

(http/www.open the door .com / 18 arabic / 02/02/ 2002 htm)

5 . 7 . 3 نظرية تفاعل بين جلوتامات والدوبامين :

توليفها من جلوتامين ،الجلوتامين هو من النواقل العصبية الأساسية التي تثير مركز لنظام الدماغ المركزي (snc)،انها بمثابة المغير لمجموعة من النظامات الأساسية للنواقل العصبية

خاصة في نظام الدوبامين ،حوالي من 60% من العصبونات نظام المركزي الدماغي يستعمل الجلوتامات glutamate كأول للنواقل العصبية ،وحوالي 40% من النهايات المتشابكة لجهاز الدفاع المركزي المرتبطة بجلوتامات مع الدوبامين ،الذي يسمح لأثنين من النواقل العصبية لمشاركة في حدوث الفصام نتيجة لصلابة الدعم الأمبريقي ،وطريقة تفاعلات جلوتامات – دوبامين في الفصام تطورت بقاعدة العجز الملاحظ في النواقل الجلوتانرجيك والدوبامينرجيك القشرية،ومن التفاعلات في النواقل الدوبامينية للجسم المخطط.

5 . 7 . 4 فرضية السيروتونين :

حديثا اكتشف أن هناك مادة أخرى مسؤولة على وجود أعراض مرض الفصام وهي مادة السيروتونين، لذا تركزت الاكتشافات العلاجية الحديثة عن تأثير إفراز السيروتونين يؤدي هذا التقدم في فهم المسببات العصبية لمرض الفصام إلى علاج الأعراض النشيطة من هذا المرض دون المساس بحيوية المريض ودون ظهور الأعراض الجانبية التي كانت منتشرة من قبل مع العلاجات التقليدية وبعد السيروتونين أحد أهم

الموصلات العصبية في الجسم ويعرض هذا الموصل بخماسي هيدروكسي تريبتامين (Hydroxytryptamine) والمعروف (HT5)،أما دور السيروتونين في الفصام مضادات الذهان الحديثة غير النمطية، أظهرت التشابه الكبير لمستقبلات السيروتونين، بمعنى أن مضادات الذهان الحديثة هي الأكثر فعالية والأكثر بثها لمستقبلات السيروتونين ، هناك تغييرات واسعة النطاق ومعقدة في نظام السيروتونين لدى المصابين بالفصام ، هذه التفسيرات تشير إلى أن الاختلال الوظيفي في السيروتونين مشارك في أعراض المرض ، وتظهر نتائج التشريح انخفاض مستقبلات السيروتونين في لحا الجزء الأمامي من الدماغ، والأدوية الجديدة المثبطة للسيروتونين فعالة في معالجة الأعراض السلبية (انسحاب ، بلادة العواطف ، نقص القدرة على التواصل والعلاقات الاجتماعية) ، ثم تحرير السيروتونين عن طريق تنبيه مستقبلات السيروتونين من النمط HT2 A-5 الذي ويترافق ذلك بحدوث الهلاوس وبالتالي فهي تعتبر من المركبات المهلوسة تأثير السيروتونين علىC.N.S.

(http // www .open the door)

5 . 8 نظرية متعددة الأبعاد :

نمط الأندروفيني إلى علم الوراثة من مرض فصام ، اليوم تعتبر مجموعة الأمراض للفصام لديها أسباب منطقية معقدة ينطوي على العديد من الجينات بدرجة معينة من متعدد النمط الظاهري (تأثيرات مختلفة على الجينات) والعوامل البيئية العقلية التي تؤدي للعزلة ، ويمكن أن تشارك في تغيير الوراثي للفصام ، وهذا خلال الدراسات لسكان ايرلندا أن الأشخاص

المصابين بمرض الفصام مشتركة من خلال الأبعاد الإكلينيكية وسمات الشخصية ،وكذلك الأعراض السلبية والايجابية ويحدده الأساسي الجيني المشترك، ولكن دراسات أخرى في دراسة التوائم ،أثبتت أنها قادرة على التحقق من الاستقلال الجزئي الوراثية لهذه الأبعاد الإكلينيكية ،أي الجينات لا تكون مسؤولة أقل إكلينيكيا من الأشخاص في النمط الظاهري، وهذا النهج العيادي الجديد رغبة في تعقيد الوراثة للمرض فصام وزيادة درجة الترابط بين النمط الجيني والنمط الظاهري A.

وهذا شجع البحث عن الخصائص العصبية والنفسية والعصبية التي تنتقل الأندوفينوتيب Endophénotypes والنتيجة هو أن النمط الظاهري من أبعاد مرض الفصام.

5 . 9 النظرية المضادة للطب النفسي :

يرى لانج وساز Laingnand Szasz (1962) أنه لا يمكن تفسير الفصام في إطار طبي ،وأن الحل الأمثل شموله تحت الإطار الاجتماعي والإنساني ،وتتلخص النظرية في أنه عرف الفصام بأنه نعت أو لقب يتداوله ويسقطه البعض على الآخر تحت ظروف اجتماعية معينة ،وحدث سياسي ويرجع ذلك لان الفصام هو أحد أنواع الاغتراب والذي يرتكبه الإنسان في حق أخيه بطريقة وحشية عنيفة ،وان السلوك المخالف والذي يلقبه البعض بالفصام ما هو إلا إستراتيجية خاصة يلجأ إليها الفرد ،ليتعايش مع مواقف غير محتملة ،وأنه إذا لقب أحد بأنه فصام فسيبقى هذا النعت وسيتجه العلاج نحو تعزيز هذا السلوك الذي سمي بالفصام في بدو الأمر وتدور اللعبة في حضنة مفرغة .(نبيل محمد جودة 2008 ص 39) .

ويؤكد كوبر من مؤيدي هذا العلاج أن المواقف الاجتماعية والأسرية الظالمة التي يتخذها الأصحا العاقلون ضد المرضى المجانين وهو يدين عدة مواقف ويدعو الى تفسيرها واستبدالها بمواقف إنسانية تتسم بالتفهم والرحمة وخاصة من جانب أفراد عائلة المريض ،وقد أكتشف كوبر أن المواقف العائلية القاسية تساعد على التهيئة للمرض العقلي، وتوصل الى هذا الاستنتاج عندما قام بفحص عائلات بعض المرضى المصابين بالفصام فوجد أن سلوك أفرادها تطرفا وقسوة وأن مواقفهم

تعوزها المرونة وفي مثل هذه البيئة الصارمة يتعلم الطفل أنه إذا خرق القواعد والنظم فان ذلك سيسفر عن عواقب وخيمة للغاية تسبب خرابة العائلة بأكملها ،لذلك نراه يختار أحد الطريقتين فإما الإدمان الكامل والتخلي عن حريته أو الاغتراب النفسي والابتعاد كليا عن العائلة مع ما ينجر عن ذلك من وخز الضمير الذي يظل مشتعلا في وجدان الطفل فيزيد حالته سوا ،ومعظم الأفراد الذين يختارون الطريق الثاني ويتركون عائلاتهم ،يدخلون مستشفيات الأمراض العقلية وهناك يجدون في المعالجين والممرضات والإداريين صور والديهم وأشقائهم وشقيقاتهم

فيتصرفون أن هم يكيدون لهم ويحيكون الدسائس نفسها ضدهم ،وإزا ذلك يواجهون اختيارا جديدا فأما الانسحاب والعيش منعزلين في حجر المستشفى أو الشعور بالحنين الى عائلاتهم والطوق الى العودة لها وهنا يكمن الأمل في الشفا ،وكثيرا من مرضى الفصام يطلق سراحهم من المستشفى، ويعود دون فعلا الى أسرهم خلال أقل من سنة.

ويرى كوبر أن أساس الصحة النفسية والعقلية يكمن في تبادل عاطفة الحب بين الطفل والأم ،وهناك بعض الأطفال لا يتطورون تطورا نفسيا سليما بسبب عوامل عديدة لذلك فهم يعجزون عن الشعور بأنهم منفصلون عن أمهاتهم وأن لهم شخصياتهم المستقلة وهكذا تنعدم علاقة الحب المتبادلة بعدم وجود طرفين يتبادلانه،ففي عقل الطفل هناك فقط طرف واحد وشخصية واحدة يندمج فيها الطفل والأم معا ،وهنا يفسح المجال للاضطراب. (ياسر فهد ؟ ص 10)

ويؤكد كوبر من مؤيدي هذا العلاج أن المواقف الاجتماعية والأسرية الظالمة التي يتخذها الأصحا العاقلون ضد المرضى المجانين وهو يدين عدة مواقف ويدعو الى تفسيرها واستبدالها بمواقف إنسانية تتسم بالتفهم والرحمة وخاصة من جانب أفراد عائلة المريض ،وقد أكتشف كوبر أن المواقف العائلية القاسية تساعد على التهيئة للمرض العقلي، وتوصل الى هذا الاستنتاج عندما قام بفحص عائلات بعض المرضى المصابين بالفصام فوجد أن سلوك أفرادها تطرفا وقسوة وأن مواقفهم

تعوزها المرونة وفي مثل هذه البيئة الصارمة يتعلم الطفل أنه إذا خرق القواعد والنظم فان ذلك سيسفر عن عواقب وخيمة للغاية تسبب خرابة العائلة بأكملها ،لذلك نراه يختار أحد الطريقتين فإما الإدمان الكامل والتخلي عن حريته أو الاغتراب النفسي والابتعاد كليا عن العائلة مع ما ينجر عن ذلك من وخز الضمير الذي يظل مشتعلا في وجدان الطفل فيزيد حالته سوا ،ومعظم الأفراد الذين يختارون الطريق الثاني ويتركون عائلاتهم ،يدخلون مستشفيات الأمراض العقلية وهناك يجدون في

المعالجين والممرضات والإداريين صور والديهم وأشقائهم وشقيقاتهم فيتصرفون أن هم يكيدون لهم ويحيكون الدسائس نفسها ضدهم ،وإزاء ذلك يواجهون اختيارا جديدا فأما الانسحاب والعيش منعزلين في حجر المستشفى أو الشعور بالحنين الى عائلاتهم والطوق الى العودة لها وهنا يكمن الأمل في الشفا ،وكثيرا من مرضى الفصام يطلق سراحهم من المستشفى، ويعود دون فعلا الى أسرهم خلال أقل من سنة.

ويرى كوبر أن أساس الصحة النفسية والعقلية يكمن في تبادل عاطفة الحب بين الطفل والأم ،وهناك بعض الأطفال لا يتطورون تطورا نفسيا سليما بسبب عوامل عديدة لذلك فهم يعجزون عن الشعور بأنهم منفصلون عن أمهاتهم وأن لهم شخصياتهم المستقلة وهكذا تنعدم علاقة الحب المتبادلة بعدم وجود طرفين يتبادلانه،ففي عقل الطفل هناك فقط طرف واحد وشخصية واحدة يندمج فيها الطفل والأم معا ،وهنا يفسح المجال للاضطراب.

(ياسر فهد ؟ ص 10)

6 التشخيص :

إن تشخيص الفصام يعتمد على أنظمة التشخيص السريرية المتعارف عليها عند جميع الأطباء الإكلينيكيين ، و حسب جمعية الطب النفسي الأمريكية و ما جاء في المرجع السريع إلى المعايير التشخيصية من الدليل التشخيصي و الإحصائي المعدل للأمراض العقلية .4 DSM.IV فإن تشخيص الفصام يعتمد على ما يلي :

أ . الأعراض الوضعية :

وجود اثنين من الأعراض التالية أو أكثر ، على أن يوجد كل منهما لفترة معتبرة من الوقت و ذلك خلال شهر على الأقل (أو أقل إذا عولج بنجاح):

- الأوهام .
- أهلاسات .
- كلام غير منظم (مثال الخروج المتكرر عن الخط أو التفكك).
- سلوك جامودي أو منتظم بشكل فاضح .
- أعراض سلبية ، أي : تسطح وجداني أو ندرة الكلام أو فقد الإرادة .

ملاحظة :

يلزم وجود عرض واحد من المعيار (أ) إذا كانت الأوهام غريبة أو إذا تكونت الهلاوس من صوت يستمر في التعليق على سلوك الشخص أو أفكاره ، أو وجود صوتين أو أكثر تتحادث مع بعضها البعض .

ب . خلل الأداء الوظيفي الاجتماعي المهني :

خلال فترة مهمة من الوقت ، و منذ بداية الاضطراب ، فإن مجالا أو أكثر من مجالات الأداء الوظيفي كالعمل أو العلاقة بين الشخصية أو الرعاية الذاتية هي بصورة جلبه دون المستوى المتحقق قبل النوبة (أو الإخفاق في بلوغ المستةى المنتظر في العلاقة بين الشخصية أو الإنجاز الاكاديمي ، أو المهني عندما تكون الهجمة في الطفولة أو المراهقة)

ج . المدة :

تدوم علامات الاضطراب المستمرة ستة أشهر على الأقل . ينبغي أن تتضمن فترة الستة أشهر هذه شهرا من الاعراض (أو أقل إذا عولجت بنجاح) التي تحقق المعيار (أ) (أي أعراض الطور الإيجابي) و قد تتضمن فترات من الأعراض الباردة أو المتبقية ، قد يتبدى الاضطراب أثناء هذه الفترة الباردية أو المتبقية بأعراض سلبية فحسب ، أو اثنين أو أكثر من الأعراض المدرجة في المعيار (أ) التي تكون موجودة بشكل مخفف (مثال اعتقادات مشعرية ، خبرات إدراكية غير مألوفة).

د . إستبعاد اضطراب الفصام الوجداني و اضطراب المزاج :

استبعد اضطراب الفصام الوجداني و اضطراب المزاج مع مظاهر ذهانية إما :

1 . لأنه لم تحدث نوبة إكتئابية جسمية أو نوبة هوسية ، أو نوبة مختلطة في وقت ما مع أعراض الطور الإيجابي .

2 . أو إذا حدثت نوبات المزاج أثناء أعراض الطور الإجابي ، فإن مدتها الكلية كانت قصيرة بالنسبة إلى مدة الفترتين الإيجابية و المتبقية .

و . استبعاد تأثير مادة . حالة طبية عامة :

لم ينجم الاضطراب عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة ، (مثال : إساءة استخدام عقار . دواء) أو عن حالة اضطراب نهائي شامل ، فإن تشخيصا إضافيا للفصام يوضع يوضع فقط إذا كانت الأوهام أو الأهلاسات (الهلاوس) بارزة أيضا لفترة شهر على الأقل (أو أقل إذا عولجة بنجاح) (ت.تيسير حسون 2004.ص76)

و إضافة إلى التشخيص الأساسي المعول عليه في DSM.IV يمكن لبتطرق إلى التشخيص الفارقي والذي يقصد به التمييز بين مرضين متماثلين و ذلك باكتشاف العرض الذي يتسم به أحدهما دون

الآخر و التفريق بين الفصام و الأمراض المشابهة له نذكر منها :

1) الأمراض العضوية : مثل أورام الفص الجبهي و الصدغي في المخ و تصلب الشرايين ،زهري الجهاز العصبي ، الحمى المخية ، الصرع ، الإيدز .
2) الذهانات العضوية و الذي قد تؤدي إليه بعض الأمراض : بعض الحمات كالصفراء، التيفويد الملاريا، ذهان الواردة، أعراض فطء الصماء.
3) تناول بعض العقاقير الكيميائية : عقاقير الهلوسة (K.S.D، الكوكايين،الهيروبين) ، المسكالين و الكحول .
4) الاضطراب الوجداني ثنائي القطب(ذهان الهوس الاكتئابي) : إن أهم أعراضه التي تميزه عن الفصام هي النوبات الدورية المتكررة لهذا الذهان ، و هذه النوبات تكون إما إكتئابية أو انبساطية و هي تظهر في سن متأخرة إلى حد ما عن الفصام و الذهان و الوجداني يرافقه الشعور بالذنب و تأنيب الضمير و احتقار الذات.
5) الاضطرابات الشخصية : كالشخصية السيكوباتية التي تبدأ من الطفولة أما الفصام فيصيب الفرد بعد فترة النضج.
6) الأمراض الفصامية : مثل العته الهيستيري و الأعراض القهرية الشاذة و الوسواس و توهم المرض ، و المخاوف.(فيصل محمد خير الزهراء،1983ص52)

7 /العلاج:

إن علاج الفصام يعتمد على منهج متعدد: الطبي، النفسي ، الاجتماعي...، وقد يتم العلاج في العيادة الخارجية والبعض الآخر يتطلب دخول المستشفى المتخصص لمدة من الزمن كالحالات الحادة التي لا يتعاون فيها المريض في العلاج وغير مستقبل له، وفي ما يلي سوف نتطرق إلى أهم أنواع العلاجات المستخدمة في علاج الفصام:

1.7: العلاج الكيميائي:

و هو العلاج بالعقاقير ، و يؤرخ له إبتدءا من سنة 1933، عندما لجأ مانفريد ساكل النمساوي (1900. 1957) الى علاج الفصام باستحداث غيبوبة بالمريض بواسطة الأنسولين و في سنة 1935 استخدم فون ميدونا (الميترازول) حقنا في الوريد لاستحداث تشنجات لوحظ أنها تؤثر تأثيرا حينا ي بعض مرضى الاكتئاب و الفصام ، و نجح كوهن (1958) بالفينوتيازين لعلاج الفصام . (عبد المنعم الحقني 2005.ص268)

و يمكن تقسيم العقاقير المضادة للفصام إلى مجموعتين :

- ✓ الأدوية التقليدية : و هي كالتالي : الكلوبرومازين، الثيروديازين، ترايقلربيرازين، فلوينتيكسول هالوبيريدول، بموزايد، بنفلوريدول، فلوفينازين، كلوينتيكسول. و تتوافر هذه الأدوية عل شكل : أقراص ، إبر عضلية وريدية .
- ✓ الأدوية غير التقليدية : كلوراسيين ، أولاترايين، ريسردون،أميسليراد.

و تمتاز هذه العقاقير بأن أعراضها الجانبية أقل بكثير مقارنة بالأدوية التقليدية و أن النرضى يتفاعلون معها بشكل جبد . (عبد اللطيف حسين 2009ص 179)

2.7:العلاج النفسي :

و يقصد بالعلاج النفسي علاج المرضى باستخدام أساليب نفسية بحتة ، سواء قام بذلك محللون نفسيون أو معالجون نفسانيين و من أبز الأساليب المستخدمة في العلاج النفسي: الإيحاء،التطهير،الإقناع العقلي ، الإستبصار بالذات ، و يعتبر كل من العلاج التدعيمي و العلاج السلوكي و المعرفي علاجات مكملة للعلاج الدوائي ، كما يقول أحمد عكاشة بأن العلاج النفسي يكون بعد شفاء المريض حيث يفقد الثقة بنفسه و يتبين له أنه أصيب بمرض عقلي و يخشى نظرة المجتمع له و يبدا في الإنعزال مما يعرضه لنكسة أخرى . (عبد الله حسين المنولي 2001ص152)

3.7: العلاج الأسري :

و الذي يعتمد على تحسين قدرات أفراد الأسرة على التكيف مع حالة المريض و تعريفهم بالمعانات و العبء الذي يقع على عاتق أفراد الأسرة الذي يصاب أحد أفرادها بالمرض العقلي و المزمن و يظل المريض يتلقى بامج لتعليم افراد الأسرة لفهم و فبول طبيعة هذا الاضطراب و توقع فقط الأمور الواقعية من جانب المريض ، و الهمل على تحسين وسائل الإتصال بالمريض و التدرب على فن حل المشاكل ، و لقد تبين أن مثل هذه المناهج تقلل نسبة إنتكاسة المريض و عودة المريض ثانية ، فقد كانت نسبة النتكاس 50% لدى المرضى الذين لا يتلقون العلاج الأسري في مقابل 20% لمن يتلقون هذه البرامج ، و تزداد هذه النسبة ثانية من توقف العلاج ، ولذلك يجب أن يكون العلاج مستمرا للمريض ، و أسرته نظرا للطبيعة المزمنة للمرض .

(عبد الرحمان العيسوي،2011ص175)

4.7: العلاج الاجتماعي:

و هو علاج معاون غايته تغيير أة تعديل بيئة المريض بشكل موات ، بحيث إذا شفي و عاد إلى بيته من جديد فإنه يجد الظروف التي عجلت بمرضه قد زالت بقدر الإمكان ، و أن الناس الذين كان يزاملهم في العمل أو العيش معهم قد صاروا أكثر تفهما لمشاكله و طبيعة مرضه ، حيث يلجأ الأخصائي الاجتماعي إلى عقد لقاءات مع أسرة المريض و جيرانه أو رئيس عمله و زملائه بالعمل و يقول لهم أن المرض العقلي أو النفسي كمرض جسمي ، و أن الشفاء منه يعني زوال كل الظروف التي تمنع المريض أن يمارس حياته بشكل طبيعي (عبدالمنعم الحنفي 2005ص187)

8 / مسار الفصام :

يمكن تقسيم مسار الفصام إلى أربعة مراحل :

1. المرحلة الأولى :

تمتد من بداية فقد المريض صلته بالواقع إلى أن تكتمل لديه الأعراض الفصامية .

2. المرحلة الثانية :

و هي مرحلة متقدمة ، يبدو فيها المريض مستقبلا لحالته ، فالأعراض المرضية لا تظل مصدرا لإنزعاج المريض ، كما كانت من قبل .

3. المرحلة الثالثة :

و هي المرحلة قبل النهائية تفقد الأعراض حدتها الأصلية ، و تصبح متشابهة على حد كبير في أنواع الفصام كافة ، حتى معه التمييز بين الأنواع المختلفة خاصة بين النوع البارنوي و نوع كتاتوني.

4. المرحلة الرابعة :

فيتسم سلوك المريض فيها الإندفاعية و بالأفعال الإنعكاسية .

(مجدي أحمد محمد عبد الله 2006ص206)

خلاصة :

تبين لنا أن الفصام من بين الاضطرابات العقلية التي لقيت إهتماما كبيرا من طرف علماء النفس حيث تعددت الدراسات فيما يخص هذا الإضطراب ، الذي يظهر نتاج عديد العوامل النفسية والاجتماعية و الأسرية ، الوارثية ...إلخ ، و أن المريض الفصامي يعاني العديد من المشكلات التي تزيد من حدة مرضه مما يستوجب إلتحاقه بالمستشفى لتلقي العلاج بمختلف أنواعه ، فهو في النهاية يحتاج إلى تكفل شامل و خاصة التكفل النفسي الذي يقلل من نسبة احتمال انتكاسه و يزيد من نسبة شفائه كأي مرض عضوي و يعود إلى حالته العادية .

الفصل الرابع : الإجراءات الميدانية

1) الدراســـة الاستطلاعيــة

2) الهدف من الدراسة الاستطلاعية

3) مكان إجراء الدراســـــة

4) هيكل المؤسسة الاستشفائيــة

5) مهام مصلحة الأمراض العقلية

6) المنهج المستعـــــمل

7) أدوات الدراســـــة

- ✓ الملاحظة العلمية
- ✓ دراسة الحالة
- ✓ المقابلة نصف موجهة

8) زمن المقابلات العياديـــة

1/ الدراسة الاستطلاعية:

من الضروري في أي بحث علمي القيام بدراسة استطلاعية، فهي بمثابة الخطوة الأولى التي من خلالها يمكن الباحث الإحاطة بأبعاد المشكلة المراد دراستها وتساعد على التعرف على حالات الدراسة والإطلاع على كل ما كتب حول الموضوع وما توفر من مراجع وبهذا تعتبر الدراسة الاستطلاعية المرحلة التحضيرية للدراسة .

حيث بعد ما تم الحصول على الإذن من الجامعة توجهنا بتقديم طلب إلى مستشفى الأمراض العقلية للسماح لنا بإجراء الدراسة الميدانية في هذه المصلحة –الأمراض العقلية – بمدينة مستغانم ، وبعد الحصول على الموافقة ، حضينا باستقبال جيد من قبل العاملين بالمصلحة : رئيس المصلحة ، الممرضيين ، الأخصائيين النفسانيين خاصة، ومن خلال الدراسة الاستطلاعية تم الحصول على المعلومات التي نحتاجها التي تخدم موضوع لدراسة . وكذا التقرب من حالات البحث و التقصي عن توافرها.

2/ الهدف من الدراسة الإستطلاعية :

إن الدراسة الميدانية تستهدف اختيار الفرضيات التي انطلق منها الباحث و التي على أساسها أعدت أدوات جمع البيانات و المعطيات و تطلب إجراءات منهجية تحدد على ضوئها خطة الدراسة و كيفية تطبيق الاختبارات في الميدان .

و تعتبر الدراسة الاستطلاعية الخطوة الأولى التي لابد منها لاختبار أدوات القياس ، كما يتمكن الباحث من التعرف على الصعوبات التي قد يتعرض لها ليتفاداها في الدراسة الأساسية ، و كذلك التعرف على حالات الدراسة و خاصة انتقاء الحالات المرضية (الفصام) عل ضوء الخصائص التي تم تعيينها من قبل مجموعة المعايير التي حددها دليل الجمعية الأمريكية لتصنيف الأمراض العقلية DSMIV لتقييم الحالات الفصامية ، و أخيرا التأكد من قبول أو رفض الفرضيات الأساسية المطروحة .

3/ مكان إجراء الدراسة :

_جرت الدراسة في المؤسسة الاستشفائية للأمراض العقلية بمستغانم المسماة ب (EHSPM) (يوسف المجدوب) التي فتحت أبوابها سنة 2007، بعدما تأكدنا من وجود حالات مناسبة للموضوع الذي تطرقنا إليه .

1.3 : دراسة المؤسسة :

تم إنشاء هذه المؤسسة سنة 2007 بمرسوم وزاري رقم 06.206في 13 جوان 2006 ،تشرف على ثلاث أجنحة جناح خاص بالنساء ، و الأخر بالرجال ، و جزء مخصص للإدارة و جزء خاص بالإستعجالات و جناح خاص بالطب الأطفال و طب المراهقين ، إضافة إلى وجود صيدلية و مخبر تحاليل ، و مقياس رسم الدماغ EEG .

من بين مهامها : الاستشفاء داخل المؤسسة . العلاج و المتابعة. الفحص . التدخلات الاستعجالية الطبية .

أما الطاقم الطبي فهو متكون من أخصائيين في الطب العقلي ، أطباء عاميين ، أخصائيين نفسانيين ممرضين و هم كالتالي :

جدول رقم (02): يمثل الطاقم الطبي الخاص بالمؤسسة .

الاختصاص الطبي	العدد
طبيب عقلي	8
طبيب مختص في الأعصاب	1
طبيب عام	7
أخصائي نفسي	3
جراح أسنان	5
ممرضين	33

2.3: تاريخ الإجراء :

تم إجراء الجانب النظري لهاته الدراسة ابتداء من تاريخ : 2020/01/01 إلى غاية 2020/04/20 .

أما الجانب التطبيقي فكان مقسم إلى جزأين الأول في 13 / 2020/04 بمثابة دراسة استطلاعية فقط أما من خلال جمع المعلومات من 2020/05/02 إلى غاية 2020/05/15.

4 / هيكل المؤسسة الإستشفائية :

أ/ الجناح الإداري :

يتكون من مكتب الطبيب العام ، مكتب الأخصائي النفساني ، مكتب الطبيب مختص في الأمراض العقلية،مكتب المراقبة الطبية ، مكتب السكرتير و الأرشيف ، حديقة المصلحة .

ب/ جناح الأمراض العقلية رجال :

يتكون من 6 غرف بكل غرفة سريران ، غرفة العلاج ، غرفة أشغال و ترفيه ، غرفة انفرادية لعزل الحالات الهائجة ، مرحاض و حمام .

د/ جناح الأمراض العقلية نساء :

يتكون من 6 غرف بكل غرف سريران ، غرفة العلاج ، غرفة الأشغال و الترفيه ، مطبخ ، مرحاض وحمام.

5/ مهام مصلحة الأمراض العقلية :

- ✓ فحص نفسي .
- ✓ فحص طبي للمرضى .
- ✓ استقبال الحالات الاستعجالية للمرضى .
- ✓ إجراء الحقن .
- ✓ التكفل النفسي و الطبي بمرضى المقيمين .

- ✓ استخراج شهادة السلامة العقلية .
- ✓ استخراج شهادة التي تثبت المرض العقلي .

6/ المنهج المستعمل :

المنهج هو الطريق المؤدي إلى الكشف عن الحقيقة في العلوم بواسطة مجموعة من القواعد التي تبحث في سير العقل وتحديد عملياته حتى يصل إلى نتائج معينة.

كما أن المنهج هو التنظيم الصحيح لسلسلة الأفكار العديدة إما من أجل الكشف عن الحقيقة حيث نكون بها جاهلين، أو من أجل البرهنة عليها للآخرين حيث نكون بها عارفين.

فالمنهج سبيل الباحث لأجل الوصول إلى نتائج الموضوع المراد دراسته والإجابة على الأسئلة،ويتم ذلك بإتباع خطوات تؤدي إلى الحقيقة التي نريد الوصول إليها وبما أن لكل منهج خصائص ومميزات تم اعتمادنا في دراستنا على منهج دراسة حالة لما له من مميزات تخدم موضوع الدراسة.

حيث يعرفه فيرتشيد **(FAIRCHILD)** في قاموسه علم الاجتماع بأنه منهج في البحث عن طريقة تمكن من جمع المعلومات حول الحالة ودراستها.

ويعرف منهج دراسة حالة كذلك "أنه دراسة معمقة لجميع البيانات المجمعة عن وحدة سواء أكانت فردا أو مؤسسة أو فريق ومنهج دراسة الحالة هو المنهج الذي يتجه إلى جمع البيانات العلمية المتعلقة بأية وحدة ويستخدم من أجل الحصول على المعلومات و الحقائق التفصيلية بفرد ما أو موقف معين ويستخدم هذا النوع من المناهج في المجال الطبي وعلم النفس و الرياضةو القانون .

ومن مميزاته التي تجعله يختلف عن بقية المناهج الأخرى أنه يهدف إلى التعرف على وضعية واحدة معينة وبطريقة تفصيلية دقيقة. وبعبارة أخرى، فالحجة التي يتعذر علينا أن نفهمها أو يصعب علينا إصدار حكم عليها نظرا لوضعيتها الفريدة من نوعها، يمكننا أن نركز عليها بمفردها، ونجمع جميع البيانات و المعلومات المتعلقة بها، ونقوم بتحليلها و التعرف على جوهر موضوعها، ثم التوصل إلى نتيجة واضحة بشأنها.

6 . 1 تحليل المحتوى :

وهو الأسلوب الذي يتم من خلاله تحليل المقابلات ، ويعرف تحليل المضمون على أنه البحث عن المعلومات الموجودة بالمستند و ابراز معاني الشيء المقدم ، ويتم بصياغة وترتيب محتواه.

أشارت "أنطوان ليون **ANTOINE LÉON**" إلى أن تشكيل وحدات التحليل ، يعتمد على اختيار عبارات ذات معنى، سواء كانت جملة أو كلمة، وأنه بعد تحديد الفئات ، تأتي عملية التتكميم التي يتم فيها حساب تواتر هذه الفئات ، عن طريق حساب العدد الكلي للوحدات ، التي تدخل في كل فئة، وكذلك لحساب عدد الأفراد الذين تطرقوا لفئة معينة.

وعليه يتطلب تحليل المحتوى الموضوعية ، إذ تعتبر المعطيات ، أو المعلومات القابلة للدراسة العملية ، قابلة للوصف ، و التحليل ، وتقسيمها إلى عناصر شاملة، دون نسيان أو تجاهل أي بند أو موضوع. هذا التقسيم يجب أن يكون كمي، بمعنى التوصل إلى حسابات، وقياسات، و إلى تقييمات دقيقة، و محددة .

7/ أدوات الدراسة :

➢ الملاحظة العلمية :

هي المشاهدة و المراقبة الدقيقة لسلوك ما أو ظاهرة معينة في ظل ظروف و عوامل بيئية معينة بغرض الحصول على معلومات دقيقة لتشخيص هذا السلوك أو الظاهرة .

و تعتمد الملاحظة على خبرة و قابلية الباحث في الصبر لفترات طويلة لتسجيل المعلومات ، كما أن هناك خطوات ضرورية لإجرائها :

- تحديد الهدف الذي يسعى الباحث في الحصول عليه .
- تحديد الأشخاص المعنيين بالملاحظة مع الأخذ في الاعتبار ضرورة الاختيار الجيد و الملائم لهؤلاء الأشخاص .
- تحديد الفترة الزمنية اللازمة للملاحظة بحيث يتناسب مع الوقت المخصص للباحث .
- ترتيب الظروف المكانية الملائمة للملاحظة .
- تحديد النشاطات المعنية بالملاحظة (ما يتطلب معرفته من الملاحظة)
- جمع المعلومات بشكل نظامي ثم تسجيلها .

و يعرفها معجم أكسفورد الدقيق : بأنها مشاهدة صحيحة تسجل الظاهرة كما تقع في الطبيعة ، وذلك بأخذ أسباب و نتائج العامة المتبادلة بعين الاعتبار .

- دراسة الحالة :

هي وسيلة شائعة الاستخدام لتلخيص أكبر عدد من المعلومات عن الفرد و هي الأكثر وسائل شمولا وتحليلا ، و هي كل المعلومات التي تجمع عن الحالة (قد تكون فردا أو اسرة أو جماعة) ، و منهج لتنسيق أو تحليل المعلومات ، جمعت بوسائل جمع المعلومات المتعددة عن الحالة و عن البيئة .

- المقابلة نصف موجهة :

في هذا النوع من المقابلة يقوم الباحث بتحديد مجموعة من الأسئلة بغرض طرحها على المبحوث ، مع احتفاظ الباحث بحقه في طرح الأسئلة من حين إلى أخر دون خروجه عن الموضوع .

يعرفها بنجهام: "أنها المحادثة الجادة الموجهة نحو هدف محدد غير مجدد الرغبة في المحادثة لذاته .

8/ ***زمن المقابلات العيادية :***

إن المقابلات العيادية لم تكن بالمستوى المطلوب ، أي الحضور إلى المركز و التكلم و جها لوجه مع الإخصائي النفساني ، بل كانت عبر وسائل التواصل الاجتماعي لجمع العديد من المعلومات حول المرضى و المؤسسة الاستشفائية .

المقابلة الأولى من 14:00 إلى غاية 14:40 بتاريخ 2020/05/02

المقابلة الثانية من 10:00 إلى غاية 10:30 بتاريخ 2020/05/05

المقابلة الثالثة من 11:20 إلى 12:00 بتاريخ 2020/05/13

المقابلة الرابعة و الأخيرة من 13:00 إلى 13:45 بتاريخ 2020/05/15

أ/ الحالة :

الحالة (X) أخصائي نفساني يبلغ من العمر 34 سنة يعمل بمستشفى الأمراض العقلية بمستغانم . قسم الأمراض العقلية ، هو أخصائي نفساني يعمل في جناح الرجال متحصل على شهادة الماستر في علم نفس العيادي و هو يعمل منذ 7سنوات .

الفصل الخامس : تحليل ومناقشة النتائج

1) تحليل دليل المقابلة مع الأخصائي النفساني X للرجال
2) تحليل دليل المقابلة مع الأخصائي النفساني X للنساء
3) خلاصـــــــــــــــــــة
4) مناقشة النتائج على ضوء التساؤلات
5) المقابلات العياديـــــــــــــــــة
6) الخاتمـــــــــــــــــــــــة
7) العوائق و الصعـــــــــــــوبات
8) التوصيات و الاقتراحـــــــــــات
9) قائمة المراجـــــــــــــــع

أولا : تحليل دليل المقابلة :

تحليل دليل محتوى المقابلة مع الأخصائي النفساني الأول (×): جناح رجال

❖ ***المرحلة الأولى :***

من خلال تحليل محتوى المقابلة مع الحالة الأولى المتمثل في أخصائي نفساني (×)المتواجد بقسم الأمراض العقلية (رجال) للتعرف على واقع التكفل النفسي بمريض الفاصم داخل مؤسسة استشفائية تشكلت لدينا أربعة أبعاد مرتبة علىالتوالي :

1-المتابعة النفسية : وهذا البعد يشكل محورا هاما للتكفل النفسي بمريض الفصام بنسبة 34.80% ولقد ضم هذا البعد أربع فئات على التوالي :

- الإرشادات و النصائح بنسبة **54.49%**، حيث توجه هذه الإرشادات و النصائح إلى المريض وأسرته و ذلك بتوعيتهم بأهمية شرب الدواء والإقامة بالمستشفى و كذلك المعاملة الحسنة .

- إجراءات التكفل النفسي: بنسبة **31.15%** و التي تضم إعادة التشخيص وتطبيق بعض الاختبارات النفسية المتمثلة في**T.A .T** ، الروشاخ ،**MMP_2**.

. أما المساندة النفسية و التفريغ الإنفعالي فكان بنسبة **6,18 %** و عليه فالمتابعة النفسية تعتمد على الإرشادات و النصائح بالدرجة الأولى .

2 . المتابعة الطبية : ويمثل هذا العد خطوة أساسية للتكفل بمريض الفصام واستقرار حالته ، حيث تمثل نسبة **%** 28 وقد ضم هذا البعد فئتين:

- العلاج الدوائي بنسبة 81 **%**
- التشخيص بنسبة .**19%**.

فالمتابعة الطبية ترتكز على العلاج الدوائي و التشخيص .

3- ***الصعوبات التي تواجهها الأخصائية النفسية***: حيث تواجه الأخصائية النفسية بعض الصعوبات بنسبة **26.20%** وقد ضم هذا البعد **(03)** فئات على التوالي:

- تطبيق العلاج الأسري بنسبة **43.94%**.
- الخبرة و التكوين السيكولوجي لها بنسبة **29%**.
- بعض النقائص داخل المؤسسة بنسبة **27,06%**.

وعليه فالصعوبات التي تواجهها الأخصائية هي متقاربة نسبيا، إلا أن صعوبات تطبيق العلاج الأسري يمثل المرتبة الأولى .

4-*أساليب العلاج النفسي* : بنسبة **11%** وهذا البعد يمثل نسبة ضعيفة وقد ضم ثلاث فئات وهي:

- – العلاج بالعمل بنسبة 33,33**%**
- – التأهيل النفسي بنسبة .55,55**%**
- ـ العلاج السلوكي المعرفي بنسبة **11.12%**.

❖ ***المرحلة الثانية :***

جدول (03): يمثل تحليل دليل المقابلة مع الأخصائي النفسي لجناح الرجال .

أبعاد المشكلة	الفئات التي تمثلها (ف)	تواتر الفئات	النسبة المئوية
أساليب العلاج النفسي	• العلاج بالعمل • التأهيل النفسي • العلاج السلوكي المعرفي	3 2 5	**%**33,33 %55,55 **%11,12**
	ف=3	ك= 10	ن = 11
المتابعة النفسية	• المساندة النفسية • التفريغ الإنفعالي • إجراءات التكفل النفسي • الإرشادات و النصائح	3 3 8 16	**%**6,18 **%**6,18 **%**31,15 **%**54,49
	ف = 4	ك = 30	ن=**%**34,80
المتابعة	• التشخيص	4	**%**19

الطبية	• العلاج الدوائي	22	%81
	ف= 2	ك = 26	ن= **28%**
الصعويات التي يواجهها الأخصائي النفسية	• بعض النقائص داخل المصلحة • تطبيق العلاجات الأخرى • الخبرة و التكوين السيكولوجي له	5 12 8	%27,06 %43,94 %29
	ف= 3	ك = 25	ن=،%26,20

تحليل محتوى المقابلة مع الحالة الثانية المتمثلة في الأخصائية النفسية **(X)** : جناح نساء

❖ ***المرحلة الأولى :***

من خلال تحليل دليل المقابلة الثانية مع أخصائي نفساني الذي يعمل بقسم الأمراض العقلية – نساء– للتعرف على واقع التكفل النفسي بالفصامي داخل المؤسسة الاستشفائية تشكلت لدينا أربعة أبعاد مرتبة على التوالي :

1– ***المتابعة النفسية*** بنسبة **44.15%** حيث ضم هذا البعد **(04)** كالتالي :

– الإرشادات و النصائح بنسبة **50.5%** وهي تمثل النسبة الأكثر من النسبة المئوية الكلية لبعد المتابعة النفسية .

– إجراءات التكفل النفسي بنسبة **35.5%**حيث تقوم الأخصائية بإجراءات معينة تتمثل في تطبيق بعض الاختبارات النفسية لإعادة التشخيص وكسب الثقة وبناء علاقة تعاطفية.

– المساندة النفسية بنسبة **9%**

– التفريغ الانفعالي بنسبة **5%**

فالمتابعة النفسية ترتكز على تقديم النصائح والإرشادات للمريض وأسرته، بالإضافة إلى بعض الإجراءات التي تقوم بها الأخصائية النفسية من تطبيق بعض الاختبارات النفسية و التي تساعدها في إعادة التشخيص ، أما المساندة النفسية و التفريغ الانفعالي فحضي بنسب قليلة.

2- المتابعة الطبية : بنسبة **27.22%**وهو البعد الأساسي لبداية التكفل النفسي بهذه الفئة من المرضى عقليا، لما له من أهمية في استقرار حالته الجسمية النفسية، وقد ضم هذا البعد فئتين:

- التشخيص بنسبة **20%**
- العلاج الدوائي بنسبة **80%**

وعليه فالمتابعة الطبية تعتمد على العلاج الدوائي بنسبة أكبر من التشخيص.

3- الصعوبات التي تواجهها الأخصائية النفسانية: بنسبة **20,21%** فالأخصائية تواجه بعض الصعوباتالتي تعيق عملية التكفل النفسي بمريض الفصام حيث ضم هذا البعد **(03)** فئات على التوالي:

- بعض النقائص داخل المصلحة بنسبة **47,36%**
- تطبيق العلاج الأسري بنسبة **31,57%**
- الخبرة و التكوين السيكولوجي لها بنسبة **21,05%**

ومنه فالصعوبات التي تواجهها الأخصائية ترتكز على بعض النقائص الموجودة داخل المصلحة بالإضافة إلى عجز في تطبيق العلاج الأسري من جهة ومن جهة أخرى نقص في خبرتها وتكوينها.

4- أساليب العلاج النفسي: بنسبة **11.20%**حيث ضم هذا البعد ثلاث فئات وهي كالتالي :

- العلاج بالعمل بنسبة **15%**
- التأهيل النفسي بنسبة **55%**
- العلاج السلوكي المعرفي بنسبة **30%**

❖ ***المرحلة الثانية*** :

جدول رقم(04): يمثل تحليل دليل المقابلة مع الأخصائي النفسي جناح نساء.

أبعاد المشكلة	الفئات التي تمثلها	تواتر الفئات	النسبة المئوية
أساليب العلاج النفسي	• العلاج بالعمل • التأهيل النفسي • العلاج السلوكي المعرفي	4 2 4	%15 55% %30
	ف = 3	ك=10	ن=11,20 %
المتابعة النفسية	• المساندة النفسية • التفريغ الإنفعالي • الارشادات و النصائح • إجراءات التكفل النفسي	4 2 20 16	%9 5% %50,5 35,5%
	ف =4	ك =42	ن =%44,15
المتابعة الطبية	• التشخيص • العلاج الدوائي	7 22	%20 80%

	ف=2	ك= 29	ن= **%**27,22
الصعوبات التي تواجهها الأخصائية النفسانية	• بعض النقائص داخل المصلحة • تطبيق العلاج الأخرى • الخبرة و التكوين السيكولوجي له	10 5 3	**27.06%** **44.94%** **28%**
	ف = 3	ك= 18	ن= **%**17,4

الخلاصـــــــة :

إن التكفل النفسي بمرض الفصام يختلف من مؤسسة إلى أخرى حسب الإمكانيات الموجودة والدعم الذي تحظى به المؤسسة سواء كان داخلي أو خارجي ، و حسب التكوين السيكولوجي للأخصائيين النفسانيين و الأطباء، فإن التكفل النفسي بمرض الفصام داخل مؤسسة الأمراض العقلية بولاية مستغانم يحظى بمجموعة من الأساليب التي لها دور كبير للمساندة النفسية و الطبية للتكفل بهذا المرض، لكن ليست بالقدر الكافي أو بمعنى اَخر فهي أساليب ناقصة مقارنة بالأساليب الموجودة في المؤسسات العالمية.

ففي هذه المؤسسة يعتمد على المتابعة الطبية التي ترتكز على التشخيص و العلاج الدوائي ، ثم المتابعة النفسية من قبل الأخصائي النفساني ، حيث يقوم بتقديم النصائح و الإرشادات للمريض و أسرته بالإضافة إلى بعض الإجراءات التي يقوم بها كتطبيق الاختبارات النفسية : ***MMP$_2$ ، الروشاخ . T.A.T*** و إعادة التشخيص ، كذلك الإعتماد على المساندة النفسية و التفريغ الإنفعالي ، أما في ما يخص تطبيق بعض الأساليب العلاجية النفسية فقد ركز الأخصائي على التأهيل النفسي و العلاج المعرفي السلوكي بالدرجة الأولى ثم العلاج بالعمل ، كما أنه يواجه صعوبات متعددة التي لها أثار سلبية (عوائق) على عملية التكفل النفسي و التي تتمثل في نقص الإمكانيات داخل المصلحة و العجز في تطبيق بعض العلاجات مثل العلاج الأسر و هذا من خلال عدم حضور أسر المرضى ، و عدم وجود الدعم و المساعدة اللائقة من قبل المساعدين، و نقص العديد من الأساليب التي تساعد في التكفل النفسي للمريض التي منها العلاج السيكودرامي ، السوسيودراما ، الرعاية المجتمعية الفعالة ،،،إلخ.

ثانيا : مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات :

أ / مناقشة على ضوء التساؤلات :

1/ كيف يتم التكفل النفسي بالفصامي داخل المؤسسة الاستشفائية ؟

إن التكفل النفسي داخل المؤسسة الإستشفائية يرتكز على الجانب الطبي، المتمثل في التشخيص و العلاج الدوائي ، لكن لا يقتصر على هذا فقط بل هناك الجانب المهم أيضا و هو المتابعة النفسية التي لها دور أساسي و فعال ، و التي ترتكز بدورها على تطبيق بعض الأساليب النفسية المعتمدة من قبل المؤسسة ، التي تتوفر هناك و تطبيق بعض الإجراءات التكفل النفسي المتمثلة في تطبيق بعض الاختبارات النفسية و التي منها الروشاخ و .T.A.T. MMP_2 بالإضافة إلى تقديم بعض النصائح والإرشادات، و المساندة النفسية و التفريغ الانفعالي

2/ ماهي الأساليب العلاجية المتخذة للتكفل بمريض الفصامي ؟

إن من أهم الأساليب العلاجية التي أعتمدت داخل المؤسسة رغم النقائص الموجودة إلا أنها تعتبر من الأساليب الناجحة و التي منها :

- العلاج المعرفي السلوكي : و هو الطريقة العلاجية تعتمد على الحديث بين المريض و المعالج بهدف التغلب على المشاكل عن طريق تغيير طريقة التفكير و التصرف .
- التأهيل النفسي : هو عملية استعادة الوظيفة الاجتماعية و صحة المريض المشخص بالاضطراب العقلي أو العاطفي ، و من يمكن اعتباره مصابا بالإعاقة النفسية إذ يعتبر مفتاحا مهما ، للمهنيين لتكوين نظرة ثاقبة حول المرض ، بمساعدة استعراض للأعراض الخاصة بالمريض و توقعات سير المرض .
- العلاج بالعمل : هو إمكانية العمل و القيام بالأنشطة و المهارات المتعلقة بالعمل ، و يهدف إلى تحسين تطور الشخص و زيادة إستعداده للإستقلالية و منع العجز ، كما يركز على الكيفية التي يقضي بها الأفراد أوقاتهم .

3 / ماهي الصعوبات التي يواجهها الأخصائي النفسي و الطبيب النفسي أثناء القيام بعملية التكفل ؟

من أهم الصعوبات التي يواجهها الأخصائي النفسي هي :

- عدم تعاون أسر المرضى مع الطاقم النفساني في عملية التكفل النفسي و ذلك بسبب عدم الحضور.

- نقص الإمكانيات المادية داخل المؤسسة مما نتج عنه عائق و مشكل عويص لعملية التكفل .
- نقص الخبرة العلمية اللازمة و الكافية لمساعدين الأخصائيين
- نقص كبير بالنسبة للمقاييس و الاختبارات التي تساعد في عملية التكفل النفسي
- اللامبالاة من الأعلام حول ضرورة الاهتمام بالأخصائي النفساني أثناء القيام بعملياتها التكفلية من أجل توعية الأخرين على المساعدة
- صغر حجم المؤسسة مما أدى إلى تحويل بعض المصابين بالأمراض العقلية و النفسية إلى مؤسسة دار المسنين .

4/ هل التكفل النفسي و الدوائي وحده كاف لدمج مريض الفصام إجتماعيا ؟

التكفل النفسي و الدوائي عنصران مهمان لا يمكن الإستغناء عنهم لدمج مريض الفصام اجتماعيا،فالجانب الطبي الدوائي مفيدا جدا لكن لا يمكن الاستغناء على استخدام أنواع أخرى من المساعدة ،لإعطاء أفضل الفرص للتحسن ألا و هو الجانب النفسي ، لكن لوحدهم غير كافيان لأن هناك عنصر أخر مهم و جد فعال لدمج الفصامي إجتماعيا ألا و هو الدعم الأسري ، و المساندة الاجتماعية .

5/ هل الأخصائي النفسي قائم بعملية التكفل لديه تكوين كاف في مجال إضطراب الفصام ؟

الأخصائي النفساني المتواجد في المصحة لديه تكوين شامل في علم النفس ، لكن ليس لديه تكوين معمق في كل إضطراب معين ، بل لديه نظرة شاملة حول كل الاضطرابات فقط ، ففي مرض الفصام لديه نظرة شاملة عليه و يعمل على تلك النظرة ، فمن خلالها يعمل و يجتهد ، لكن تفكيره و الإجتهاد الذي يقوم به فهو يعتبر سار في طريق العلم و المعرفة لهذا الاضطراب فهو حامل للمسؤولية الملقاة على عاتقه و يعمل بجد و كد من أجل المساعدة .

ب/ مناقشة فرضيات البحث :

- **الفرضية الرئيسية:**

التكفل النفسي بالفصامي داخل المؤسسة الاستشفائية يرتكز على المتابعة الطبية وتطبيق بعض الاختبارات النفسية.

إن النتائج الرئيسية المتوصل إليها ترتكز على استعمال وسائل تكفليه أخرى بمريض الفصام، من غير المتابعة الطبية والاختبارات النفسية، بحيث توصلت النتائج إلى الاعتماد على النصح والإرشاد والمتابعة النفسية واستعمال أساليب علاجية نفسية.

وعند النظر إلى بعض الدراسات السابقة والبحوث التي أجريت حول هذا الموضوع فإن النتيجة المتوصل إليها مطابقة نوعا ما إلى نتائج هذه الفرضية.

نستنتج بأن ما توصلنا إليه في هذه الفرضية هو على طريق الصحيح، فالدراسات السابقة وحتى البحوث في هذا الموضوع أكدت بأن عملية التكفل تكون بالمتابعة الطبية، والاختبارات النفسية والنصح والارشاد والمتابعة النفسية، واستعمال أساليب علاجية نفسه.

- **الفرضيات الفرعية:**

✓ **الفرضية الأولى:**

هناك أساليب علاجية للتكفل بهذه الفئة منها العلاج المعرفي السلوكي والتأهيل النفسي.

توصلت نتائج الدراسة إلى أن هناك أساليب علاجية للمساعدة على عملية التكفل، بمريض الفصام وأهمها العلاج المعرفي السلوكي والتأهيل النفسي والعلاج بالعمل. لكن بالمقارنة مع بعض نتائج الدراسات والبحوث الأخرى، توصلنا إلى أن هناك أساليب علاجية أخرى لها دور في عملية التكفل النفسي بمريض الفصام كذلك، التي تتمثل في العلاج السيكو درامي والعلاج الأسري والعلاج بالفن، والتي لها أثر ودور في عملية التكفل.

نستنتج من خلال ما سبق بأن الفرضية تحققت، فالأساليب المستعملة ناقصة وغير كافية لوحدها، بل يجب استعمال الأساليب الأخرى كالعلاج السيكو درامي و العلاج الأسري إلخ ... من الأساليب الأخرى .

✓ **الفرضية الثانية:**

الصعوبات التي يواجهها الأخصائي النفسي والطبيب النفسي تكمن في نقص الإمكانيات المادية داخل المؤسسة.

توصلت نتائج الدراسة بأن الصعوبات التي يواجهها الأخصائي النفساني والطبيب النفسي، تكمن في نقص الإمكانيات المادية داخل المؤسسة، وعدم تلقي المساعدة من أسر المرضى، ونقص التكوين المستمر السيكولوجي للأخصائي النفساني ولطاقمه المساعد في عملية التكفل بهذه الفئة.

هذه العوائق تؤدي إلى فشل عملية التكفل، وعدم نجاح الأخصائي والطبيب النفساني في أداء مهامه على أكمل وجه.

وعليه، نستنتج بأن الفرضية الثانية تحققت.

✓ **الفرضية الثالثة:**

التكفل النفسي والدوائي غير كاف لدمج مريض الفصام اجتماعيا. وتوصلت نتائج الدراسة بأن التكفل الدوائي والنفسي، غير كاف لعملية التكفل بمريض الفصام، في ظل غياب الدعم الأسري، والمساندة المجتمعية.

التكفل الدوائي و النفسي و حده غير كافي بدون المساندة الأسرية و الدعم المجتمعي ، لأن هذا الأخير يلعب دورا كبير في عملية الدمج و التكفل . وبالتالي نستنتج بأن ما توصلت إليها هذه الفرضية: نقص في الدعم والمساعدة على الدمج والتكفل، هو عنصر مهم يجب الاهتمام به والمسارعة على إيجاد حل لهذا المشكل العويص ، لذا نقترح على المؤسسات الاستشفائية أن تنسق مع مختلف المنظمات الخيرية لتقديم المساعدة و التواصل مع مختلف وسائل الإتصال من أجل المساندة على تقديم نصائح للمجتمع و أسر المرضى من أجل تلقي تعليمات على كيفية التعامل و التكفل مع المريض .

✓ **الفرضية الرابعة :**

الأخصائي النفسي القائم بعملية التكفل لديه تكوين كاف في مجال اضطراب الفصام.

توصلت نتائج الدراسة، بأن الأخصائي النفسي ليس له تكوين ميداني إجرائي كاف لعملية التكفل بالفصامي،بل له تكوين نظري عام حول مختلف الأمراض النفسية والاضطرابات العقلية .

يجب على الأخصائي القائم بعملية التكفل أن يكون لديه تكوين متخصص كاف، وأن يكون ملم كل الإلمام بالموضوع أي معرفة تامة بالمرض وكيفية تشخيصه، والتعامل معه من أجل القدرة على التكفل به.

<u>الاستنتاج العام:</u>

نستنتج من خلال مناقشة وتحليل نتائج الفرضيات، بأن التكفل بالمريض العقلي او النفسي بصفة عامة، وبمريض الفصام بصفة خاصة يتطلب مهارات خاصة وتكوين واطلاع مستمر نظريا وإجرائيا حسب خصوصيات ومتطلبات الميدان، للتوصل إلى التشخيص الجيد واستعمال الأساليب العلاجية الحديثة من أجل نجاح العملية التكفلية والادماج الفعال في المجتمع. وكذلك التوصل إلى توعية المجتمع وأسر

المرضى حول خصوصيات الفصام والشخص الفصامي، وحثهم على التعاون من أجل التأطير الجيد لذلك الشخص المصاب باضطراب نفسي وعقلي كالفصام.

ثالثا : المقابلة .

_ إن المقابلة التي جرت بين الباحث و الأخصائي النفساني لم تكن وجها لوجها بسبب الوضع التي آلت إليه البلد بسبب فيروس كرونا كوفيد 19 ، بل كانت عبر وسائل التواصل الاجتماعي المختلفة ، التي منها : (الفايبر ، المسنجر) ، فهذا الأخير كان الوسيلة المساعدة بنسبة 100 % للحصول على قدر كاف من المعلومات .

1/ مقابلة مع الحالة :

س1: هل يوجد مرضى مصابين بمرض الفصام داخل المؤسسة ؟

ج1: نعم أكيد يوجد مرضى الفصام في المؤسسة و لا توجد أي مؤسسة خالية من هذا المرض ، لأنه أصبح مرض منتشر جدا ، و أصبح يلقب بمرض العصر .

س2: كم عددهم ؟

ج2: يبلغ عددهم داخل المؤسسة حوالي 10 أشخاص و هناك حوالي 2 أو 3 أحلناهم إلى مؤسسة دار المسنين نظرا لنقص الغرف داخل المؤسسة ، للتكفل بهم ، لكن كل ثلاثاء نتفحصهم طبيا و نفسيا و هناك أشخاص آخرين في بيوتهم لكن درجة المرض عندهم خفيفة ، عندهم موعد أيضا بيوم الثلاثاء للفحص الطبي و النفسي .

س3: ما هو أكثر جنس مصاب بالفصام (الذكور أم الإناث) ؟

ج3: أكثر جنس مصاب بالفصام داخل و خارج المؤسسة الذين تقدموا إلى المصلحة هم الذكور .

س4 ما هي أنواع الاضطرابات الفصامية المتواجدة في المؤسسة ؟

- ✓ Type paranoide ⟵ نمط شبه زوراني
- ✓ Type catatonique ⟵ نمط تخشبي
- ✓ Schizophrénie pseudo névrotique ⟵ الفصام الشبه العصابي

س5: هل هناك إختلاف في درجتها ؟

ج5: نعم أكيد هناك إختلاف في الدرجة

س6: هل يوضع المرضى حسب أنواع اضطراباهم أم حسب الدراجات (الهياجان / الاستقرار)

ج6: يوضع المرضى حسب دراجات مرضهم بين الهياجان و الاستقرار ، و هذا راجع للضيق الموجود داخل المؤسسة ، و لكان هناك إتساع كاف ، لا وضعنا كل نوع وحده ، و أيضا الهياجان و الاستقرار وحده.

س7: ما هي أسباب إصابة كل حالة ؟

ج7: الأسباب غير متضحة اطلاقا ، و خاصة مع الفصاميين ، لكن هناك بعض التأويل التي نضعها من خلال دراسة الحالة سواء مع المريض أو أي فرد من أسرته و نتوصل إلى مجموعة من الأسباب مثل الإدمان ، أو شرب الكحول بإفراط ... إلخ ، لكن هذه الأسباب غير كافية .

س8: ما هي أنواع العلاجات التي تتلقاها كل حالة ؟

ج8: جميع الحالات لهم علاج واحد سواء كانت هائجة أو مستقرة للمحافظة على إستقرارها ، و هو العلاج الدوائي و العلاج النفسي .

س9: هل هنالك تكفل نفسي لمرضى الفصام داخل المؤسسة؟

ج9: نعم أكيد هناك تكفل نفسي ، لأنه لا يمكن الاستغناء عنه إطلاقا .

س10: هل هناك مساعدة طبية داخل المؤسسة ؟

ج10: نعم المساعدة الطبية موجودة 99,99 % لأنها يجب أن تكون ، ولولاها لما كان التكفل النفسي .

س11: هل هناك مساعدة أسرية في التكفل ؟

ج11: المساعدة الأسرية متكونة في الزيارات و إحترام مواقيت العلاج للمريض الخارجي ، أما المريض الداخلي فيسعى للزيارات فقط ، وهذه المساعدة غير كافية مما أدى إلى عدم تطبيق العلاج الأسري .

س12:هل الجانب الاجتماعي له دور في عملية التكفل ؟

ج12: أكيد الجانب الاجتماعي هو الأساس و هو المرتبة الثانية بعد الأسرة في التربية و التكوين و الساندة و المعاملة أيضا ، و له دور أساسي في عملية التكفل ، و ذلك بتقديم يد العون للمؤسسة و للمريض .

س13: هل الجو الموجود داخل المؤسسة يساعد على عملية التكفل ؟

ج13: الجو الموجود 50 % مساعد 50% غير مساعدة بسبب نقص الخبرة للمساعدين و نقص الإمكانيات الموجودة داخل المؤسسة .

س14: هل الدعم الموجود من طرف الدولة كاف لعملية التكفل ؟

ج14: الدولة من دورها توفير الجانب المادي سواء كان أموال أو أشياء تحتاجها المؤسسة ، لكنه دعم ناقص ، لأن مثل هذه الأمراض يجب أن يكون هناك دوارات تكوينية مكثفة للمساعدين و حتى

الأخصائيين ، و توفير جو جد ملائم لعملية التكفل ، و ذلك بتوفير العلاجات و الاختبارات اللازمة و المساعدة أيضا على توسيع المؤسسة .

س15: هل هناك متابعة نفسية للمريض بعد خروجه من المؤسسة ؟ و هل تكون المتابعة من قبل أخصائي المؤسسة ؟

ج15: نعم هناك متابعة طبية من قبل الأخصائي النفساني و حتى الطبيب النفساني ، و هي بتحديد مواعيد مع أسر المرضى من أجل المريض للمتابعة النفسية و الطبية .

الخاتمة

و في خاتمة هذه الدراسة التي تطرقت إلى أهم المواضيع الحساسة و شغلت بال علماء النفس و أطباء الأمراض العقلية ، التي خصصت من أجلها مراكز خاصة للمساعدة و الدعم النفسي و الطبي ، ألا و هو كيفية التكفل النفسي بمريض الفصام داخل المؤسسة الاستشفائية ، فمن خلال ما تطرقنا إليه من الجانب النظري و التطبيقي ، استنتجنا بأن التكفل النفسي بهذه المجموعة من المرضى داخل المؤسسة الاستشفائية يرتكز على جانبين ، أولهما الجانب الطبي أي العلاج الدوائي المتمثل في تقديم عدة أدوية للمريض من أجل التخفيف من شدة التوتر و الألم ، و هذا الأخير يمثل البوابة الرئيسية للعلاج النفسي من أجل التأهيل و الاستعداد للدخول في الجانب الثاني ألا و هو الجانب النفسي ، الذي يرتكز على عدة أساليب مختلفة و متعددة عالميا ، لكن داخل المؤسسة الاستشفائية لا يستعمل سوى بعض الأساليب المؤهل لها ، التي تعد بأصابع اليد نظرا لنقص الإمكانيات ، و عدم تلقي المساعدة من أسر المرضى و حتى من المجتمع ، فما يقدمه الأخصائي النفسي ما هو إلا جهد مبذول منه لتقديم النصائح و الارشادات للمريض و لأسرته بالإضافة إلى المساندة النفسية و تطبيق بعض الاختبارات للتشخيص و تقديم العلاج .

و عليه فإن التكفل النفسي النفسي بالفصامي يحتاج بالدرجة الأولى إلى المتابعة النفسية بصفة معمقة و شاملة من قبل الأخصائي النفساني الذي بدوره يجب أن يكون مهتما بالأساليب العلاجية المساعدة للعلاج ، و لها دور في العملية العلاجية ، و أيضا توفير من الدولة دورات تكوينية في عملية التكفل بمريض الفصام ، و توفير الإمكانيات المادية و تغطية النقائص الموجودة داخل المؤسسة ، و المساعدة أيضا على التوعية و طلب المساعدة من أسر المرضى .

و في الأخير تعد هذه الدراسة مساهمة في التعرف على كيفية التكفل بمريض الفصام داخل المؤسسة الاستشفائية المتواجدة بولاية مستغانم ، و يبقى هذا الموضوع بحاجة ماسة إلى دراسات معمقة أخرى من قبل الباحثين و علماء النفس ، نظرا لأهميته .

العوائق و الصعوبات :

من أهم العوائق و الصعوبات التي قد صنعت حاجزا بيننا و بين البحث و الدراسة ، و بين المعرفة و العلم من المكتبات ، و بين الطالب و المؤسسة المستقبلة لإجراء التربص الميداني ، و بين الطالب و الأستاذ للمواجهة وجها لوجه ، هو الفيروس كوفيد 19 من الدرجة الأولى الذي حرمنا من الذهاب بعيدا في هذا التربص ، و كان العائق الأكبر في نقص المعلومات و في تأليف مذكرة بأحسن حلة .

التوصيات و الاقتراحات :

- إقامة دورات تدريبية للأخصائيين النفسانيين لتطبيق التقنيات العلاجية المختلفة لاكتساب التكوين و الخبرة للقيام بالتكفل الفعال بالمرضى عقليا .
- المساهمة في توعية الأسر لأن لديها دور كبيرة في المعالجة انطلاقا من الاكتشاف المبكر وصولا إلى كيفية التعامل معه بعد خروجه من المستشفى .
- يجب تغطية النقائص الموجودة داخل المؤسسة الإستشفائية .
- يستحسن أن يكون لدى الفريق الطبي ثقافة طبية ، التي تخفف من معاناة المريض و تجعله يتقبل الوضع الذي آل إليه .
- يجب أن تكون هناك المساعدة من وسائل الإعلامية في توعية الأخرين، و تعريفهم بالأمراض العقلية ، و على رأسهم الفصام .

❖ ***قائمة المراجع :***

1) حامد عبد السلام زهران : الصحة النفسية ،ط ، عالم الكتب للنشر و التوزيع ، مصر 1995.

2) محمد حسن غانم : مقدمة في علم النفس الاكلينيكي ،تقييم،تشخيص، العلاج ، المكتبة المصرية القاهرة مصر 2009.

3) محمد علي كمال : الاوتييرم الإعاقة الغامضة بين المفهوم و العلاج مركز الإسكندرية . مصر 2003.

4) لطفي الشربني : معجم مصطلحات الطب النفسي (ب ، ط) مؤسسة الكويت للتقدم العلمي .

5) جلال محمد السري (2000) علم النفس العلاجي (ط2) عالم الكتب للنشر و الوزيع القاهرة.

6) عبد الرحمان العيسوي 1997 العلاج النفسي ط1 دار الراتب الجامعية لبنان .

7) فاروق السيد عثمان ، القلق و ادراة الضغوط النفسية ، دار الفكري العري ، القاهرة ، 2001

8) سمير بقيون 2007 ، الطب النفسي ، ط1 ، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة عمان ، الأردن .

9) حسين فايد 2004. علم النفس المرضي (السيكوباثولوجي) ط1 مؤسسة طيبة للنشر و التوزيع .

10) رشيد حميد الزعير 2010 . الصحة النفسية و المرض العقلي و النفسي . ط1 دار الثقافة للنشر و التوزيع عمان الأردن .

11) شيلدون كاشدان . ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة . محمد عثماني نجاتي .علم النفس الشواذ . ب.ط مكتبة الأصول علم الحديث دار الشروق بيروت .

12) صبرة محمد علي . أشرف محمد عبد الغني ، 2005 الصحة النفسية (بين النظرية و التطبيق) دار المعرفة الأزاربطة .

13) عطوف محمد ياسين 1986. علم النفس العيادي ط2 دار الملايين . بيروت لبنان .

14) عبد اللطيف حسين فرج 2009 الاضطرابات النفسية ب . ط دار حامد . عمان الأردن .

15) فيصل محمد خير الزراد ،1983 ، الأمراض العقلية دار القلم بيروت .

16) فرج عبد القادر طه 2000 أصول علم النفس الحديث ب.ط دار قباء للطباعة و النشر و التوزيع ، القاهرة .

17) لطفي الشربني 2003 الطب النفسي و مشكلات الحياة ط1 دار النهضة العربية . بيروت لبنان .

18) مروان أبو حويج ، عصام الصفدي .2009 المدخل إلى الصحة النفسية ط 1 دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة ، عمان الأردن .

19) محمد حمدي الحجار 1998 المدخل إلى علم النفس المرضي ط1 دار النهضة العربية للطباعة و النشر بيروت لبنان .

20) رمضان محمد القذافي ، الصحة النفسية و التوافق ، الطبعة 2، المكتب الجامعي الحديث . القاهرة 2002.

21) مجدي أحمد محمد عبد الله 2006 علم النفس المرضي (دراسة في الشخصية بين السواء و الاضطراب) . ب.ط . دار المعرفة الجامعية الأزاربطة .

22) عبد القادر المهيري مفهوم الكلمة في النحو العربي ، مجلة الجامعة التونسية عدد 23 سنة 1984.

23) بن سعيد زمعلاش واري عبد القادر (487) رسالة ماجستار تحليل نتائج الدراسة الميدانية 2007

24) بشير معمارية . بحوث و دراسات متخصصة في علم النفس 2007

25) سهل كامل أحمد سيكولوجية نمو الطفل 1999 ، مركز الإسكندرية للكتاب .

26) جودت عزت عبد الهادي . سعيد حسني العزة ، نظريات الارشاد و العلاج النفسي دار العلم و الثقافة للنشر و التوزيع 1999.

27) محمد حمد النابلسي ، مبادئ العلاج النفسي و مدارسه .1991 . دار الفرابي بيروت .

28) محمد حسن غانم الأمراض النفسية و العلاج الإسلامي 2005 . المكتبة المصرية للطباعة و النشر و التوزيع

29) عائشة عبد العزيز نحوي مبادئ لبعبلج النفسي و اتجاهاته 2016 . مملكة الكتب الحصرية.

30) حامد عبد السلام زهران الصحة النفسية و العلاج النفسي 1997، (ط3) عالم الكتب . القاهرة .

31) حمدي عبد الله العظيم ، البرامج الارشادية ، 2013. الطبعة 1.

32) عبد الرحمان عيسوي معالم علم النفس . 1984، دار النهضة العربية للطباعة و النشر و التوزيع .

33) عباس محمود العقاد التحليل النفسي و الاتجاهات الفرويدية . 1994 . دار الكتاب اللبناني للطباعة و النشر و التوزيع .

34) حنان عبد الحميد العناني . الصحة النفسية 2000. دار الفكر عمان .

35) لطفي الشربني الطب النفسي و مشكلات الحياة . 2003 . دار النهضة العربية للطباعة و النشر و التوزيع .

36) علي كمال . العلاج النفسي قديما و حديثا ،1994، المؤسسة العربية للدراسات و النشر و التوزيع .

37) نادر فهمي الزيود . نظريات الارشاد و العلاج النفسي 1998 . دار الفكر الإسلامي الحديث .

38) محمد قاسم عبد الله مدخل إلى الصحة النفسية 2008. دار الفكر عمان .

39) حسن صلاح الدهري . مقياس التوافق النفسي و الاجتماعي . 2008 . مركز الإسكندرية للكتاب .

40) عبد المنعم الحنفي . الموسوعة النفسية 2005 . مكتبة مدبولي .

41) عبد الله مجدي أحمد محمد . أسس علم النفس العصبي الإنساني ، 2006 . دار المعرفة الجامعية .

42) جلال لابلانش و.ج.ب بونتاليس معجم مصطلحات التحليل النفسي . 1985. ديوان مطبوعات الجامعية الجزائر .

43) مروان أبو حويج عصام الصفدي المدخل إلى الصحة النفسية . 2009 ، دار المسيرة للطباعة و النشر .

44) يحي رخاوي . مؤسسة العلوم النفسية العربية . 2012 . مصر

45) عطوف محمد ياسين . علم النفس العيادي (الاكلينيكي) 1986. دار العلم للملايين بيروت .

46) عبد اللطيف الحسين . الاضطرابات النفسية . 2009 . دار حامد للنشر و التوزيع .

47) بطرس حافظ بطرس التكيف و الصحة النفسية للطفل . 2008 ط1 دار الصفاء للنشر و التوزيع. عمان .

48) عبد اللطيف حسين فرج . الاضطرابات النفسية . 2009 . دار حامد للنشر و التوزيع عمان . الأردن

49) حسين فايد علم النفس الاكلينيكي ط1 2004. مؤسسة طبية للنشر و التوزيع . القاهرة . مصر .

❖ قائمة المراجع باللغة الأجنبية :

1) (children sp blag spot .com /2015/08)

2) (http://WWW.acofbs.com/vb/showthread.php.?h=46)

3) Grand Dictionnaire de la psychologie.1991.p631

4) Jean Arsenean . psychthérapie attention . 1983.p97/115

5) Nober sillamy.Dictionnaire psychologie.2003.p216/217/lbid.p216/217

6) Arnould F.wittig.introduction a la psychologie .1973/p281

7) Guy Besançon.Manuel de psychiatrie.2éme édition.Dunod.paris.2005.p185

8) Farid kacha.psychiatrie et psychologie médicale.2éme édition Algérie/2002 p 172

9) David Govrion.Anne Qut.fayand les troubles schizophéniques/ellipses.2004.p32

10) christine.Vanessa.cuevro.lombard.op.cit.p22)

11) http//WWW.Your doctor net

12) (http : // www . q8 nursing com / Forun / showthread .php ? t: 3036

13) http/www.open the door .com / 18 arabic / 02/02/ 2002 htm

14) tellis prisalla Addresses and phone nrmberj for 18 people 2008