

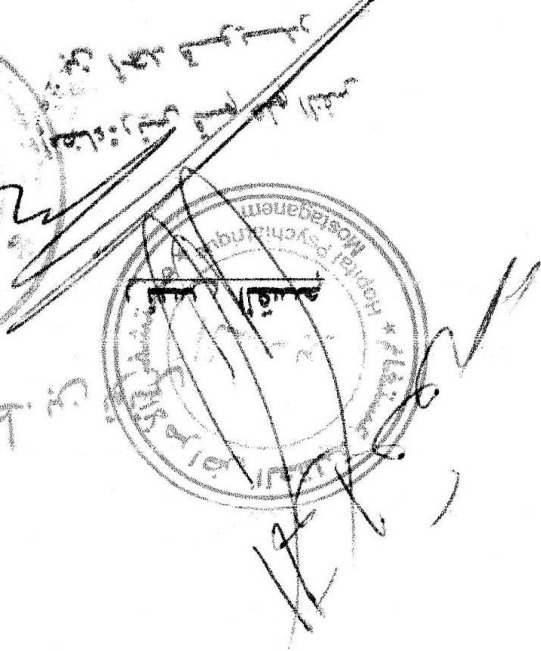
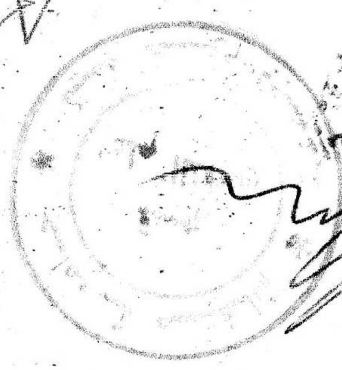


ما هو نوع العلاج النفسي الذي تصفه؟

37	العلاج النفسي التلقائي الذي يهدف إلى تغيير التفكير والتصرفات.
36	العلاج النفسي الجماعي الذي يهدف إلى مساعدة الأفراد على التغلب على مشاكلهم.
35	العلاج النفسي الذي يهدف إلى تغيير التفكير والسلوكيات.
34	العلاج النفسي الذي يهدف إلى تغيير التفكير والسلوكيات.
33	العلاج النفسي الذي يهدف إلى تغيير التفكير والسلوكيات.
32	العلاج النفسي الذي يهدف إلى تغيير التفكير والسلوكيات.
31	العلاج النفسي الذي يهدف إلى تغيير التفكير والسلوكيات.
30	العلاج النفسي الذي يهدف إلى تغيير التفكير والسلوكيات.
29	العلاج النفسي الذي يهدف إلى تغيير التفكير والسلوكيات.
28	العلاج النفسي الذي يهدف إلى تغيير التفكير والسلوكيات.
27	العلاج النفسي الذي يهدف إلى تغيير التفكير والسلوكيات.
26	العلاج النفسي الذي يهدف إلى تغيير التفكير والسلوكيات.
25	العلاج النفسي الذي يهدف إلى تغيير التفكير والسلوكيات.
24	العلاج النفسي الذي يهدف إلى تغيير التفكير والسلوكيات.
23	العلاج النفسي الذي يهدف إلى تغيير التفكير والسلوكيات.

Handwritten signature and scribbles at the top left.

Handwritten text below the signature.



Handwritten text in the upper middle section.

Two lines of dotted handwriting on a lined background.

Handwritten text below the dotted lines.

Handwritten text in the middle section.

Handwritten text in the lower middle section.

- 3-.....
- 2-.....
- 1-.....

Handwritten text below the list.

Handwritten text in the lower section.

Vertical handwritten text on the bottom left side.

Handwritten text at the bottom center.



الجامعة اللبنانية



المعهد

المهنية بالجامعة اللبنانية والجمعية واللائحة الداخلية للمؤسسة.

✓ أيدى من 2012/12/07 إلى غاية نهاية الترخيص

✓ إلى مصلحة علاج حرساء خارج مركز المستشفى لعلاج المدمنين - تخصص طبي

✓ الرتبة: تخصص نفسي علاج في الصحة العمومية

✓ رتبة الاستاذ: هو محمد

مؤقت

✓ 13/3/2013

✓ مديرية الشؤون الصحية اللبنانية

✓ في الأقسام المعنية بمستشفيات

✓ المؤسسة المستشفيات المتخصصة

ولاية مستشفيات

✓ مديرية الصحة والسكان

3.01.14 : مستشفى

88 وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

الخمسة عشر من أيلول سنة 2013

السؤال: على أية حال، يرجى وضع علامة (x) في الخانة المناسبة. وأعلى  
الأسئلة المطروحة بوضوح في اختبار (ي) هي الأسئلة المطروحة في اختبار (ي) وأخرى  
أسئلة صحيحة وأخرى غير صحيحة.

الأسئلة المطروحة في الاختبار (ي) هي الأسئلة المطروحة في الاختبار (ي) وأخرى  
أسئلة صحيحة وأخرى غير صحيحة. الأسئلة المطروحة في الاختبار (ي) هي  
الأسئلة المطروحة في الاختبار (ي) وأخرى أسئلة صحيحة وأخرى غير صحيحة.

المرکز الوطني للبحوث والدراسات	<input type="checkbox"/>	الخارجي	<input type="checkbox"/>	المرکز الوطني للبحوث والدراسات	<input type="checkbox"/>
10 سنوات فأكثر	<input type="checkbox"/>	10-5 سنوات	<input type="checkbox"/>	5-0 سنوات	<input type="checkbox"/>
التخصص:	<input type="checkbox"/>	التخصص:	<input type="checkbox"/>	التخصص:	<input type="checkbox"/>
إبني	<input type="checkbox"/>	إبني	<input type="checkbox"/>	إبني	<input type="checkbox"/>

ملاحظة: يرجى كتابة

اسمك

اسمك

اسمك

اسمك

اسمك

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عبد الحميد ابن باديس - مستغانم -

كلية العلوم الإجتماعية

قسم علم النفس

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر علم النفس العيادي والصحة العقلية

الموضوع :

تقييم فعالية العلاج النفسي في ظل بعض العوامل (المتغيرات) داخل  
المؤسسة الإستشفائية للأمراض العقلية من منظور الأخصائي النفسي العيادي

دراسة ميدانية على عينة من الأخصائيين النفسيين العياديين - مستغانم -

من إعداد الطالب : أعضاء لجنة المناقشة : الأستاذة المشرفة :

\*حمو محمد الدكتور : بن أحمد قويدر رئيسا ومناقشا \*بلعباس نادية

الأستاذة : غاني زينب مناقشة

الأستاذة : بلعباس نادية مشرفة السنة الجامعية :

2013-2012

## إهداء

إلى من رباني صغيرا ، والدي العزيزين

إلى أفراد عائلتي

إلى الزوجة الكريمة

## كلمة شكر

الحمد لله كما ينبغي لجلال وجهك وعظيم سلطانك

لك الشكر حتى ترضى ، ولك الشكر إذا رضيت ، ولك الشكر بعد الرضى.

أشكر الأستاذة المشرفة على ما قدمت من مجهودات من أجل أن  
نكون في المستوى الذي ينشده الباحث .

أشكر كل من أفادنا بعلمه وأخص بالذكر الأساتذة الكرام لقسم  
علم النفس .

أشكر الأخصائيين النفسانيين العياديين على تعاونهم معنا ، وكذلك  
العاملين بالمؤسسة الإستشفائية للأمراض العقلية .

أشكر كل من ساهم من قريب أو بعيد في إنجاز هذا العمل .

## المراجع أ- باللغة العربية :

- 1- إبراهيم عبد الستار وآخرون : علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب النفسي، القاهرة ، ط4  
2009 ، ص440 .
- 2- إبراهيم عبدالستار : العلاج النفسي الحديث ، قوة للإنسان ، 1988 .
- 3- إجلال محمد سرى : علم النفس العلاجي ، القاهرة ، عالم الكتب ، ط2 – 2000، ص288
- 4- أديب محمد الخالدي : المرجع في الصحة النفسية ، نظرية جديدة ، عمان، دار وائل للنشر  
ط3 ، 2009 ، ص503 .
- 5- إسماعيل علوي وآخر : العلاج النفسي المعرفي ، مدخل إلى تدبير صعوبات الحياة اليومية  
والتخفيف من المعاناة النفسية ، عمان ، عالم الكتب الحديث ، ط1 ، 2007 ، ص383 .
- 6- السيد فهمي علي : العلاج النفسي ، تقنياته ، وسائله ، طرقه ، القاهرة ، دار الجامعة الجديدة  
2010، ص442 .
- 7- جوليان روتر ، ترجمة عطية محمود هنا ، محمد عثمانى نجاتي : علم النفس الإكلينيكي –  
الكويت ، ط2 ، ص203 .
- 8- جيرالد كوراي Gerald Corey ، ترجمة سامح وديع الخفش : النظرية والتطبيق في الإرشاد  
والعلاج النفسي – عمان ، دار الفكر ناشرون وموزعون ، ط1 ، 2011 ، ص644 .
- 9- حامد عبد السلام زهران : الصحة النفسية والعلاج النفسي ، القاهرة ، عالم الكتب ، ط3  
2001 ، ص567.
- 10- حسين فايد : العلاج النفسي ، أصوله ، تطبيقاته ، أخلاقياته – القاهرة ، مؤسسة طيبة  
للنشر والتوزيع ، ط1 ، 2005 ، ص476 .
- 11- حسن مصطفى عبد المعطي : علم النفس الإكلينيكي – القاهرة ، دار قباء للطباعة والنشر  
1998 ، ص392 .
- 12- داليا مؤمن : الأسرة والعلاج الأسري – القاهرة ، دار السحاب للنشر والتوزيع ، ط1  
2004 .
- 13- رشاد عبد العزيز موسى : أساسيات الصحة النفسية والعلاج النفسي – القاهرة ، مؤسسة  
المختار ، ط1 ، 2001 ، ص461 .

- 14- رأفت عسكر : علم النفس الإكلينيكي ، التشخيص والتنبؤ في ميدان الإضطرابات النفسية والعقلية – القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية ، ط1 ، 2004 ، ص326 .
- 15- سيد عبد العظيم محمد وآخرون : فنيات العلاج النفسي و تطبيقاتها – القاهرة ، دار الفكر العربي ، ط1 ، 2010 ، ص 336 .
- 16- سعيد حسني العزة : الإرشاد الجماعي العلاجي – عمان ، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ، ط1 ، 2000 ، ص223 .
- 17- طه عبد العظيم حسين : العلاج النفسي المعرفي ، مفاهيم وتطبيقات – القاهرة ، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر ، ط1 ، 2007 ، ص383 .
- 18- عبد المنعم الحفني : موسوعة الطب النفسي ، الكتاب الجامع في الإضطرابات النفسية وطرق علاجها – القاهرة ، ط2 ، 1999 ، ص742 .
- 19- عبد الرحمن العيسوي : موسوعة كتب علم النفس الحديث ، فن الإرشاد والعلاج النفسي – القاهرة ، دار الراتب الجامعية ، ط1 ، 1999 ، ص445.
- 20- عبد الرحمن العيسوي : العلاج النفسي – بيروت ، دار النهضة العربية ، 1984، ص383
- 21- عبد الرحمن محمد العيسوي : علم النفس الإكلينيكي – بيروت ، الدار الجامعية ، 1992، ص503 .
- 22- عبد الرحمن محمد العيسوي : موسوعة كتب علم النفس الحديث ، علم نفس الشواذ والصحة النفسية – بيروت ، دار الراتب الجامعية ، ط1 ، 1999 .
- 23- عبد الرحمن محمد العيسوي : البارانويا والصحة النفسية – بيروت، منشورات الحلبي الحقوقية، ط1 ، 2001 ص479 .
- 24- عبد الرحمن العيسوي : الأعصبة النفسية والذهانات العقلية ، بحث ميداني في الأمراض النفسية والعقلية الشائعة – بيروت ، دار النهضة العربية للطباعة والنشر ، 1990 .
- 25- عبد الفتاح محمد دويدار : في الطب النفسي وعلم النفس المرضي الإكلينيكي - بيروت دار النهضة العربية ، ط1 ، 1994، ص542 .
- 26- عطا الله فؤاد الخالدي : الإرشاد والعلاج النفسي ، النظرية والتطبيق – عمان ، دار صفاء للنشر والتوزيع ، ط1 ، 2008، ص216 .

- 27- عبد الرحمن الوافي : مدخل إلى علم النفس - الجزائر ، دار هومة للنشر والتوزيع ، 2006 ، ص283.
- 28- عبد الفتاح علي غزال وآخر : الصحة النفسية بين النظرية والتطبيق - القاهرة ، ماهي للنشر والتوزيع وخدمات الكمبيوتر ، 2008 ، ص 392 .
- 29- عبد العلي الجسماني : الامراض النفسية ، تاريخها ، أنواعها ، أعراضها ، علاجها - بيروت ، الدار العربية للعلوم ، ط1 ، 1998 ، ص272 .
- 30- عادل عبد الله محمد : العلاج المعرفي السلوكي ، أسس وتطبيقات - القاهرة ، دار الرشد ط1 ، 2000 ، ص 518.
- 31- فوزي محمد جبل : الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية - القاهرة ، المكتبة الجامعية 2000 ، ص495.
- 32- فيصل عباس : الإختبارات النفسية ، تقنياتها وإجراءاتها - بيروت ، دار الفكر العربي ط1 ، 1992 ، ص183 .
- 33- فيصل عباس : العلاج النفسي والطريقة الفرويدية ، النظرية التقنية ، الممارسة - بيروت المنهل اللبناني ، ط1 ، 2005 ، ص 387 .
- 34- لويس كامل مليكة : التحليل النفسي والمنهج الإنساني في العلاج النفسي - القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية ، مطبعة النهضة العربية ، ص434 .
- 35- محمد السيد عبد الرحمان : علم الأمراض النفسية والعقلية ، الأسباب ، الأعراض التشخيص ، العلاج - القاهرة ، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع ، الكتاب الأول ، الجزء الثاني 1999 ، ص524 .
- 36- مفتاح محمد عبد العزيز : علم النفس العلاجي ، إتجاهات حديثة - القاهرة ، دار قباء 2001 ، ص336 .
- 37- محمد محروس الشناوي وآخر : العلاج السلوكي الحديث ، أسسه وتطبيقاته .
- 38- مجدي أحمد محمد عبد الله : علم النفس المرضي ، دراسة في الشخصية بين السواء والإضطراب - القاهرة ، دار المعرفة الجامعية ، 2000 ، ص326.
- 39- محمود عواد : معجم الطب النفسي والعقلي - عمان ، دار المشرق الثقافي ، دار أسامة للنشر والتوزيع ، ط1 ، 2006 ، ص504 .

- 40- معصومة سهيل المطيري : الصحة النفسية ، مفهومها، إضطراباتهما – الكويت ، مكتبة  
الفلاح للنشر والتوزيع ، ط1 ، 2005 ، ص 294 .
- 41- نادر فهمي الزيود : نظريات الإرشاد والعلاج النفسي – عمان ، دار الفكر للطباعة والنشر  
والتوزيع ، ط1 ، 1998 ، ص380 .
- 42- نظام أبو حجلة : الطب النفسي ، التشخيص والعلاج – عمان ، دار زهران ، 2009 .  
القواميس :

- 1-علي بن هادية وآخرون : القاموس الجديد للطلاب ، معجم عربي مدرسي ، ألبائبي –  
الجزائر، الشركة التونسية للتوزيع ، الشركة الوطنية للنشر والتوزيع ، ط1 ، 1979 ، ص1505  
ب- باللغة الأجنبية :

- 1- Carl .R.Rogers traduit par E.L.Herbert : le developpement de la  
personne , pour dunod , 1968 , p 286.
- 2- Dianne Tremblay : soins psychiatriques – ottawa , edditions du  
nouveau pedagogique , 1971 , p 173.
- 3- H.Bloch et autres : dictionnaire fondamental de la psychologie (l.z) -  
paris , les editions françaises , inc , v2 , 1997 , p 1425.

## II. الأخصائي النفسي العيادي (الإكلينيكي)

### A. تمهيد

- 1- تعريف الأخصائي النفسي الإكلينيكي
- 2- إعداد الأخصائي النفسي الإكلينيكي
- 3- سمات الأخصائي النفسي الإكلينيكي
- 4- المتطلبات الأخلاقية للعمل الإكلينيكي
- 5- دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي
- 6- أخلاقيات العلاج النفسي
- 7- مجالات العمل الإكلينيكي

خلاصة

**تمهيد :**

يعتبر علم النفس الإكلينيكي أو العيادي الميدان الذي تطبق فيه المبادئ النفسية التي تهتم أساسا بالتوافق النفسي أو السيكولوجي للأفراد، كما يهتم بتقديم الرعاية والاهتمام لمن هم في حاجة إليها وللقيام بهذا العمل لابد من وجود متخصصين يكونون على دراية وفهم للطبيعة الإنسانية والتي تعتبر في نظر الكثيرين الأكثر تعقيدا ، فالأخصائي النفسي العيادي (الإكلينيكي) يعتبر من بين هؤلاء المتخصصين ، وهذا الميدان يمثل أحد الميادين التي يمكنه العمل فيها .

**1- تعريف الأخصائي النفسي الإكلينيكي :**

- الأخصائي النفسي الإكلينيكي هو الذي يستخدم الأسس والتقنيات والطرق والإجراءات السيكولوجية، والذي يتعاون كلما إقتضى الأمر ذلك مع غيره من الأخصائيين في الفريق العيادي مثل الطبيب والأخصائي الإجتماعي كل في حدود إعداده وفي إطار من التفاعل الإيجابي، بقصد فهم ديناميات شخصية الفرد وتشخيص مشكلاته والتنبؤ عن احتمالات تطور حالته ومدى إستجابته لمختلف أنواع العلاج ثم العمل على الوصول بالفرد إلى أقصى توافق إجتماعي نفسي ممكن (فيصل عباس، 1992، 5) .

- هو الحاصل على درجة الماجستير في علم النفس الإكلينيكي بعد حصوله على درجة البكالوريوس أو الليسانس في علم النفس مع خبرة لا تقل عن ثلاث سنوات في ميدان القياس والعلاج النفسي، ويقوم بمهمة القياس النفسي للمساعدة على التشخيص الدقيق وتحديد خطة علاجية خاصة بكل مريض (علاج فردي) والمشاركة والمساعدة لقائد الجماعة العلاجية والمشاركة في القرارات الإكلينيكية وحضور إجتماعات الفريق العلاجي لوضع أنسب الخطط العلاجية بإشراف الإستشاري النفسي (عبد الستار إبراهيم وآخر، 2009، 42) .

**2- إعداد الأخصائي النفسي الإكلينيكي :**

يحتاج الأخصائي الإكلينيكي إلى إعداد مكثف في الجانبين النظري والتطبيقي :

**1-2- الإعداد النظري :**

ويتطلب إحاطته بكافة فروع علم النفس وخاصة :

- علم النفس النمو لأهميته في خصائص المراحل النمائية المختلفة .
- علم النفس الإجتماعي : لأن عمل الأخصائي الإكلينيكي سيكون دائما في نطاق التفاعل المستمر مع الآخرين .

- علم الإحصاء والقياس والإختبارات : لأنهما شريان العمل التشخيصي .  
 - علم النفس الفيسيولوجي وعلم الأعصاب : لما لهما من تأثيرات مباشرة في فهم الأعراض المرضية .

- علم النفس التجريبي ،وسيكولوجية التعلم ،ومناهج البحث ،ونظريات الشخصية،وعلم الأمراض النفسية والعقلية،وعلم الوراثة،وعلم النفس الصناعي والمهني،وسيكولوجية المعوقين والفئات الخاصة وأساليب العلاج النفسي (حسن مصطفى عبد المعطي،1998،101) .

## 2-2- الإعداد التطبيقي :

ويتضمن التدريب الميداني تحت إشراف أطباء متخصصين ،حيث يتخذ العمل عادة فكرة الفريق العيادي المؤلف عادة من الأخصائي الإكلينيكي ،والطبيب،والطبيب النفسي،والممرضة النفسية والأخصائي الإجتماعي،والمرشد المهني ،وكل من يساهم في عمليات التشخيص والعلاج .  
 لقد إنتهت مجموعة عمل من خبراء هيئة الصحة العالمية في إجتماعها ببولندا في شهر ماي (1973) إلى أن أسلوب التدريب والإعداد داخل نطاق العمل ،ولم يعد يمثل الإعداد الملائم ،وأن الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين في مختلف البلاد ينبغي أن يتلقوا تدريباً مهنيًا سليماً يمكن أن يقدم في شكل مقررات دراسية عليا لاحقة للدرجة الجامعية الأولى في علم النفس،على أن يكون برنامج هذه الدرجة مرنا وانتقائيا،وأن يكون المضمون والإتجاه مؤسسا على المعرفة النظرية وعلى الخبرة العملية المتصلة بمشكلات البلد الذي يعمل فيه الأخصائي والمرحلة التي يلغها المجتمع في التنمية .

وفيما يختص بالمكان الذي يقدم فيه التدريب،ترى مجموعة العمل أن يقدم في الجامعة ،أما فريق تحصيل الخبرة العملية للدارسين (بما تشتمل عليه من صور للإنضمام إلى فريق عمل يضم مهنيين آخرين)،فينبغي أن يقدم في المستشفيات والمؤسسات الإجتماعية الأخرى ،وترى مجموعة عمل هيئة الصحة العالمية أنه ينبغي أن يعلن الدارسون على فهم ومعالجة قلقهم الشخصي والصعوبات التي يواجهونها في إقامة علاقة علاجية مع المرضى،وأن يكون المنهاج المتخصص في علم النفس الإكلينيكي معادلا بصورة ما للمفردات الدراسية التي تؤهل للحصول على درجة الماجستير والتي تتطلب تدريباً بعد التخرج يتراوح بين عام واحد وعامين ،كما ينبغي عقد دورات دراسية لتجديد المعلومات المتصلة بالمجال ،وأن تتخذ التدابير اللازمة لإعادة التدريب بصورة دورية (حسن مصطفى عبد المعطي،1998،102) .

**\*\*** من خلال ما سبق ذكره عن كيفية إعداد الأخصائي النفسي الإكلينيكي، يتضح أن الإعداد النظري وحده لا يكفي مهما كان مكثفاً، كما أن الإعداد التطبيقي وحده لا يكفي هو الآخر، فلا بد من وجود تنسيق بينهما ليكمل أحدهما الآخر، كي يكون الأخصائي على دراية أوسع، ويمكنه أداء واجبه كما ينبغي له أن يكون .

### 3- سمات الأخصائي النفسي الإكلينيكي :

أصدرت لجنة التدريب الإكلينيكي في جمعية علم النفس الأمريكية السمات التالية للأخصائي الإكلينيكي :

- القدرة العلمية والأكاديمية الممتازة .
- الأصالة وسعة الحيلة .
- حب الإستطلاع .
- الإهتمام بالأشخاص كأفراد .
- الإستبصار .
- الحساسية لتعقيدات الدوافع .
- التحمل والصبر
- المثابرة .
- القدرة على تكوين علاقات طيبة مؤثرة مع الآخرين .
- المسؤولية .
- اللباقة والمرونة .
- القدرة على ضبط النفس .
- الإحساس بالقيم الأخلاقية والمثل العليا .
- الإطلاع الثقافي الواسع
- الإهتمام بعلم النفس عامة وعلم النفس الإكلينيكي خاصة (رأفت عسكر، 2004، 40) .

### 4- المتطلبات الأخلاقية للعمل الإكلينيكي :

فيما يلي بعض المبادئ الأخلاقية التي تربط بميدان الممارسة الإكلينيكية :

- **المبدأ الأول :** التمسك بالمعايير الأخلاقية والقانونية : على الأخصائي النفسي عند ممارسته لمهنته أن يظهر إحتراما واضحا للأوضاع الإجتماعية السائدة في مجتمعه، فضلا عن الإستجابة

للتوقعات الأخلاقية من قبل المجتمع الذي يعمل فيه، وأن يضع في الإعتبار أن قيامه بالخرق للمعايير الإجتماعية والأخلاقية والقانونية السائدة، قد يترك آثاره السيئة على مرضاه وطلابه وزملاء مهنته .

- **المبدأ الثاني : التصريحات العامة :** التحلي بالتواضع ، والحذر العلمي ، والوعي الواضح بحدود المعرفة العلمية المتاحة ، وذلك في كل التصريحات التي تصدر عن الأخصائي النفسي عندما يطلب منه مباشرة أو غير مباشرة الإدلاء بمعلومات معينة للجُمهور .

- **المبدأ الثالث : السرية :** حماية أي معلومات يكون قد حصل عليها من فرد معين بطريق التعليم أو الممارسة أو البحوث مطلب والتزام أخلاقي أساسي على الأخصائي النفسي العمل به، ويجب تجنب إفشاء هذه المعلومات بأي حال من الاحوال لأي شخص إلا تحت شروط ضرورية .

- **المبدأ الرابع : الصالح العام للعميل (أو الحالة) :** يحترم الأخصائي النفسي تكامل الشخص أو الجماعة التي يعمل معها ويحمي مصالحها ما أمكن (عبد الستار إبراهيم وآخر، 2009، 38) .

- **المبدأ الخامس : الإعلان عن الخدمات :** على الأخصائي النفسي أن يتمسك بالمعايير المهنية ، وليس بالمعايير الدعائية أو التجارية عند محاولته التعريف بخدماته .

- **المبدأ السادس : تفسير الاختبارات والمقاييس :** لا يجعل الدرجات التي يحصل عليها المريض متاحة إلا للأشخاص المدربين على تفسيرها أو الذين يستخدمونها بطريقة لائقة .

- **المبدأ السابع : الحيطة عند ممارسة البحث العلمي :** وفقا للتنظيمات الحديثة في ميدان الخدمات الطبية النفسية في المجتمع الأوروبي والأمريكي، نشأت فكرة الفريق العلاجي داخل المؤسسات العلاجية وخارجها من خلال التعاون بين الفئات (رأفت عسكر، 2004، 46) .

#### 5- دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي :

يشير " شاركو Sharkow " إلى أن هناك إتفاقا نسبيا بين العلماء حول الدور الذي يضطلع به السيكولوجي الإكلينيكي والذي يجمع بين دوره بوصفه عالما ودوره بوصفه ممارسا للمهنة وهو يحدد مجالات إهتمامات الأخصائي النفسي الإكلينيكي فيما يلي :

**5-1- جانب البحث العلمي :** فجانبا للبحث العلمي يمثل أحد الأدوار التي يضطلع بها السيكولوجي الإكلينيكي، وتكون البحوث التي يهتم بها مرتبطة إرتباطا وثيقا بالمشكلات التطبيقية بما يؤدي في النهاية إلى فهم أفضل للمشكلات الإكلينيكية .

**5-2- الجانب التطبيقي العملي :** يتلخص دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي في الممارسة

الإكلينيكية في أربعة عمليات أساسية هي :

**5-2-1- التشخيص :** فتشخيص الحالة عملية يستخدم فيها الأخصائي الإكلينيكي مختلف أدوات القياس ووسائل الإختبارات المقننة الملائمة لأغراضه ،إلى جانب الإختبارات الإسقاطية والملاحظات ،والمقابلات التشخيصية ،ودراسة الحالة ،وغيرها من وسائل الدراسة الشمولية للشخصية للكشف عن بناء الشخصية وتركيبها وقدراتها وإهتماماتها وميولها وقيمها، أو ما قد تعاني منه من أعراض نفسية مرضية وإضطرابات في السلوك،وفي هذه العملية يتركز الإهتمام حول تحديد طبيعة المرض أو الإضطراب ،وذلك عن طريق دراسة أصوله ونشأته وخصائصه وتطوره ،والعوامل المسببة ،إلى جانب التعرف على مصدر الإضطراب إن كان عضويا أو وظيفيا ،ومسار هذا الإضطراب مستقبلا،والمناهج العلاجية التي تصلح لهذا المريض،ولهذا يفضل العلماء أن يستبدل مفهوم التشخيص بمفهوم التقييم النفسي للحالة بالمعنى العريض .

**5-2-2- العلاج :** ويتضمن العلاج النفسي معالجة المرضى النفسيين وجها لوجه لفترة من الزمن وتوجيه التوصيات للآباء أو المعلمين أو للمرضى أنفسهم مباشرة والقيام بإحداث تغييرات في الظروف المحيطة بالأفراد المودعين في المؤسسات ،أو توجيه بإحداث هذه التغيرات ،وبعبارة أخرى تتضمن هذه الطرق أية أساليب أو توصيات لزيادة توافق الفرد ،ومن ثم يستخدم الأخصائي النفسي الإكلينيكي أنسب العلاج النفسي .

**5-2-3- الإستشارة وتقديم النصح :** تعتبر وظيفة المستشار النفسي الإكلينيكي من الوظائف الحديثة التي أخذت في التطور، ويميز الباحثون بين نوعين من الإستشارة :

أ- الإستشارة الإكلينيكية التي يكون هدفها إعطاء النصح وتقديم المشورة فيما يختص بالجوانب الإكلينيكية للحالة ،وقد تشتمل هذه الوظيفة أن يقوم الأخصائي نفسه بإجراء عمليات التشخيص والعلاج ،أو يقتصر على إعطاء النصح للعاملين الآخرين الأقل تدريباً إكلينيكياً بخصوص المناهج العلاجية التي تصلح للمريض وأساليب معالجة المشاكل الطارئة في حياة المريض .

ب- الإستشارة التي تتم بهدف إنشاء البرامج الإكلينيكية العامة وتقييمها ،وفي هذه الحالات لا تكون وظيفة الأخصائي النفسي محصورة في الحالات الفردية ،فقد يطلب مدير المستشفى مثلا مشورة الأخصائي النفسي الإكلينيكي فيما يختص بتقديره للمناهج الملائمة لإدارة العنابر العلاجية وتدريب الممرضين والعاملين على ضبط سلوك المرضى .

ويضاف إلى الدور الإستشاري أيضا قيام الأخصائي النفسي الإكلينيكي بدور الموجه الطبي في

المجتمع، وتتجسد أبعاد هذا الدور في ضرورة تناوله لمجموعة المشكلات الصحية ذات الخلفية السيكولوجية كتعاطي المخدرات والأمراض التناسلية، والجناح، والتخلف العقلي، وعليه أن يفكر الأساليب الملائمة للرعاية التي تقتضي الإقامة داخل المؤسسات، وعليه أن يعلم المجتمع كيف يتبنى نحوهم إتجاها يتسم بمزيد من التسامح والمرونة .

**5-2-4- العمل الوقائي :** أكدت مجموعة العمل الخاصة بمنظمة الصحة العالمية بأن الأخصائي النفسي الإكلينيكي يمكن أن يلعب دورا فعالا في العمل الوقائي من الإضطرابات النفسية، وذلك على النحو التالي :

- الوقاية في المستوى الأول : حيث يكون عليه عبء القيام بمهنة صعبة هي تحسين نوعية الحياة بتعديل الظروف في المؤسسات الإجتماعية بالطريقة التي تصبح معها الإصابات الإجتماعية والنفسية أقل ما تكون .

- الوقاية من الدرجة الثانية : حيث تشمل مهمة الأخصائي النفسي الإكلينيكي إكتشاف المجموعات البشرية المعرضة للمرض النفسي، والبحث عن الأسر والأفراد المحتاجين إلى العون، وهذه مهمة ينبغي أن ينهض بها الأخصائي النفسي الإكلينيكي نحوهم قبل أن تؤدي بهم الضغوط التي يتعرضون لها إلى مرض خطير .

- الوقاية من الدرجة الثالثة : ويكون الهدف منها هو توقي الإنتكاس والحيلولة دون إزمان المرض، وتقليل دواعي البقاء في المستشفى لوقت طويل (حسن مصطفى عبد المعطي، 1998، 103) .

## 6- أخلاقيات العلاج النفسي :

أخلاقيات العلاج النفسي جزء لا يتجزأ من أخلاقيات علم النفس وأخلاقيات العلم بصفة عامة ، وفيما يلي أهم أخلاقيات العلاج النفسي :

**6-1- العلاقة المهنية :** يجب أن تكون محدودة وفي إطار العلاقة العلاجية بين المعالج والمريض، ويجب أن تكون محكومة في إطار محدد من المعايير والقيم الأخلاقية، حتى يجد المريض فيها خبرة حقيقية لعلاقة علاجية مع إنسان آخر .

**6-2- الترخيص :** يعطى الترخيص للمعالج من الجهات العلمية الرسمية بعد التأكد من المؤهلات العلمية والعملية في العلاج النفسي، وقبل الحصول على الترخيص يُقسم المعالج قسم المهنة بأن يراعي الله في عمله ويراعي أخلاقيات المهنة .

**3-6- سرية البيانات والمعلومات :** وهذا أمر بالغ الأهمية في العلاج النفسي ،فالمريض حين يفض إلى المعالج بأسرار حياته قد يبوح بسلوك يشعره بالذنب أو يدينه قانونا وهكذا ،وقبل أن يبوح المريض بأسراره يحتاج للتأكد من جانب المعالج بأن كل ما يدلى به من معلومات سوف يحاط بإطار كامل من السرية المطلقة وأن أسراره تكون عند المعالج في أمان تام .

**4-6- العمل المخلص :** فالعلاج النفسي عمل إنساني يحتاج إلى الإخلاص في العمل مما يرضي ضمير المعالج حتى يقدم كل الخدمات النفسية العلاجية للمريض .

**5-6- العمل كفريق :** فالتعاون بين الأخصائيين المختلفين في عملية العلاج مثل المعالج النفسي والطبيب النفسي والأخصائي الإجتماعي وغيرهم ضروري لتحقيق العلاج بصورة جيدة (السيد علي فهمي،2010،56) .

**6-6- العلم والخبرة :** العلاج النفسي خدمات متخصصة ،ومن ثم يجب أن يكون المعالج مؤهلا ومزودا بالعلم والمعرفة المتخصصة المتطورة ،والخبرات والمهارات اللازمة لذلك ،وأن يكون دائما حريصا على التزود بالمعلومات الأكاديمية وعلى دراية بالدراسات والبحوث في ميدان الصحة النفسية والعلاج النفسي .

**7-6- إحترام الإختصاصات :** أي إحترام إختصاص الزملاء،وهذا واجب حتى حين يضطر أحد الأخصائيين للقيام جزئيا بعمله .

**8-6- الإستشارة المتبادلة :** والإستعانة بأي أخصائي آخر،فأحيانا يحتاج المعالج إلى مشورة طبيب الأعصاب أو الطبيب الباطني أو الأخصائي الإجتماعي أو حتى المحامي .

**9-6- إحالة المريض :** إلى أخصائي آخر،وهذا واجب إذا لاحظ المعالج أن الحالة تحتاج إلى علاج متخصص يخرج عن إطار تخصصه ،فمن الخطأ أن يحاول المعالج علاج كل شيء .

**10-6- موضوع التكاليف :** وهذا أمر هام ولكنه يجب ألا يتحكم في عملية العلاج نفسها مهما كانت الظروف ،سواء كان العلاج مجانا أو يدفع المريض تكاليفه .

**11-6- كرامة المهنة :** ويجب أن يحافظ المعالج النفسي على كرامة المهنة في علاقته بالجمهور والمرضى وذويهم وفي سلوكه بصفة عامة (حامد عبد السلام زهران،2001،187) .

**7- مجالات العمل الإكلينيكي :**

- أ- العمل في العيادات النفسية أو المستشفيات الخاصة بالأمراض النفسية أو العقلية، ويقوم فيها بالتشخيص أو العلاج أو بهما معا، كما يشرف على البحوث الإكلينيكية .
- ب- العمل في المؤسسات الإصلاحية كمؤسسات الأحداث والمنحرفين، ويقوم فيها بدراسة الحالات وتقديم الإقتراضات الخاصة بذلك الحالات .
- ج- العمل في ميادين الخدمة الإجتماعية، والإسكان، والتعمير، والصناعة، والشركات، ووسائل الإعلام، ومكاتب العلاقات العامة، ومؤسسات التأمين، ومكاتب التدريب والتوجيه المعنوي للقوات المسلحة .
- د- العمل في مجالات التوجيه المهني والتربوي والنفسي في المؤسسات التعليمية والجامعية على إختلاف مراحلها، ويساعد التلاميذ والطلبة على الإختيار السديد للدراسات التي تلائم إمكانياتهم ويقوم بدراسة مشاكلهم وإيجاد الحلول لها ( رأفت عسكر، 2004، 42) .

### خلاصة :

من خلال ما سبق في هذا الفصل يتبين أن الأمراض العقلية (الذهانية) والتي تتمثل في (الفصام ، ذهان الهوس الإكتئابي ، البارانويا) تعتبر من بين أشد الأمراض خطرا سواء على المريض ذاته أو على المحيط الذي يعيش فيه ، فالمصاب بها يعيش في حالة من التفكك الكلي لشخصيته الأمر الذي يستدعي إيداعه في المستشفى لتلقي العلاج المناسب وعلى أيدي متخصصين .

كما تناولنا في هذا الفصل أيضا الأخصائي النفسي العيادي (الإكلينيكي) ، والذي يعتبر من بين المتخصصين وكأحد أعضاء الفريق العلاجي الذي يهتم بمثل هذه الحالات ويساهم في تقديم علاجات نفسية خاصة حسب كل حالة مرضية وحسب إعداده وتدريبه ، ووفقا للمتطلبات الأخلاقية للعمل الإكلينيكي .

## الفصل الرابع : الأمراض العقلية والأخصائي النفسي العيادي

### 1. الأمراض العقلية

تمهيد

- 1- مفهوم المرض العقلي (الذهاني)
- 2- الخصائص المميزة للأمراض العقلية (الذهانية)
- 3 - أسباب وعوامل الإصابة بالأمراض العقلية
- 4 - تصنيف الأمراض العقلية (الذهانية)

## تمهيد :

يصاب الشخص أحيانا بأمراض تسبب له تدهورا شديدا وفي أغلب مستويات شخصيته لدرجة أنه لا يمكنه الإهتمام بنفسه ، فيصبح سلوكه شاذا وغير مألوف لدى أفراد بيئته ، كما تظهر لديه بعض الهلاوس والهذيان التي من خلالها يعيش في عالم خاص به . إن هذه الأمراض تعرف بالأمراض العقلية أو الذهانية ، فما هي هذه الأمراض ؟ وما هي أسبابها؟ وكيف يتم تشخيصها وعلاجها؟.

### 1- مفهوم المرض العقلي (الذهاني) :

المرض العقلي (الذهاني) اضطراب عقلي شديد وخلل شامل في الشخصية ، يعوق نشاط الفرد ذاتيا وإجتماعيا ويسبب خلا واضحا في سلوكه . (أديب محمد الخالدي، 2009، 315) المرض العقلي أو الذهان هو اضطراب خطير في شخصية الفرد بأسرها ، يبدو في صورة إختلال شديد في التفكير والقوى العقلية بوجه عام ، كما يتميز باضطراب ملحوظ في الحياة الإنفعالية ، وعجز شديد عن ضبط النفس مما يحول دون المريض و رعاية نفسه ويمنعه من التوافق الإجتماعي في مختلف صورته ، التوافق العائلي، والمهني والديني وغيرها . (مجدي أحمد محمد عبدالله، 2000، 135)

\*\*- من خلال التعريفين يتبين خطورة المرض العقلي ، لِمَا يحصل للمريض من تدهور في أغلب جوانب شخصيته يجعل من سلوكه سلوكا مضطربا يعوق نشاطه الذاتي و الإجتماعي.

### 2- الخصائص المميزة للأمراض الذهانية (العقلية) :

- اضطراب واضح في السلوك بعيدا عن طبيعة الفرد من إنطواء ، إنعزال ، إهمال في الذات والعمل ، والإهتمام بأشياء بعيدة عن طبيعته الأصلية. - تغير الشخصية الأصلية ، وإكتساب عادات وتقاليد وسلوك يختلف عن الشخصية الأولى . - تشوش محتوى ومجرى التفكير، وأسلوب التعبير عنه . - تغير الوجدان عن سابق أمره . - عدم إستبصار المريض بعقلته ، فلا يشعر بمرضه وأحيانا يرفضه إعتقادا منه أنه لا يعاني من أي مرض . - اضطراب في الإدراك مع وجود الضلالات والهلاوس

- البعد عن الواقع والتعلق بحياة منشؤها اضطراب تفكيره .

(حسين مصطفى عبد المعطي، 1998، 340) 3- أسباب وعوامل الإصابة بالأمراض العقلية

:تتعدد العوامل التي تؤدي إلى الإصابة بالأمراض العقلية بحيث نجد أن بعضها يكون عوامل عضوية ،والأخرى عوامل خارجية عن الفرد ،وفي كثير من الأحيان فإن علة الإصابة بالمرض العقلي تكون متعددة العوامل (multi-factoral) تؤثر في أي فرد ،ومن هذه العوامل :

**3-1- الوراثة :** هناك بعض الأدلة على أن بعض أنماط الأمراض العقلية يمكن أن تكون وراثية ،وعلى سبيل المثال : بعض أشكال الفصام ،فقد أفادت دراسات التوائم أن نسبة الإصابة بهذا المرض في التوائم الصنوية تصل إلى (40%) ،وفي غير التوائم الصنوية (الأخوية) تصل نسبة الإصابة به إلى (10%) فقط ،وتكون نسبة الإصابة (أ) أعلى إذا كان المريضان من نفس الجنس.(مجدي أحمد محمد عبد الله، 2000، 129) . 3-

**2- العوامل البيوكيميائية :**تعتبر هذه العوامل عنصرا أساسيا في إحداث الذهانالعضوي، ومع تقدم العلوم الطبية العقلية حددت العديد من هذه العوامل ،فقد وُجد أن هناك ذهانات تكون نتاجا لإضطراب في الغدد الصماء خاصة الغدة الدرقية ،ومنها ما يكون لإضطراب في الغدد في عملية الأيض خاصة نقص فيتامين "B" ،ومنها ما يصدر عن التسمم الكحولي مثل الهذيان الإرتعاشي، وذهان كورساكوف ،والهلاوس الكحولية وحالات البرانويد الكحولي ،ومن الذهانات الأخرى ما ينتج عن الإصابة بأمراض معدية مثل : التيفوئيد والحمى والملاريا والحمى الروماتيزمية ،وما ينتج عن سوء التغذية ،أو وجود عناصر معدية مثل الرصاص والزنبق والنحاس بنسب عالية في الجسم والتي تؤثر تأثيرا سيئا في وظائف الدماغ والجهاز العصبي المركزي والغدد الصماء ،فقد وجد "كارل فايفر Carl.F" مدير مركز الدماغ الحيوي في الولايات المتحدة أن زيادة النحاس يمكن أن تؤدي إلى زيادة الإنفعالية وظهور الوسوس والهلوسة،وهناك نوع آخر منالإضطرابات العقلية يلي عملية الولادة مباشرة أو يسبقها (في فترة الحمل ) أو يليها بعدة شهور ، هذا النوع يُرد إلى خلل في العمليات الغدية والأيضية المرتبطة بالحمل ،وقد ينتج عن إصابة الحامل بتسمم الدم ،ويتحدث بعض أطباء العقل عن الآثار الجانبية لبعض الأدوية الهرمونية والمهدئة ويعتقدون أن هذه الآثار ذهانية في غالبيتها (عبد الفتاح علي غزال وآخر، 2008، 320).

**3-3- العوامل النفسية :**

- هي نتاج اضطرابات عاطفية و إنفعالية .
  - الإحباطات الشديدة و المتكررة في الطفولة .
  - الصراعات .
  - الصدمات الإنفعالية. (Diane Tremblay. 1971.p22)
  - التوتر النفسي الحاد .
  - المشكلات الإنفعالية المزمنة .
  - الصدمات النفسية العنيفة خاصة أزمات الطفولة المبكرة .
- بيد أن هناك من أرجع أسبابه إلى العوامل الحضارية والثقافية وإلى الظروف الأسرية الإجتماعية القاسية وإلى سوء التنشئة الإجتماعية وأساليبها الخاطئة (عبد الرحمان الوافي، 2006، 260).

#### 4- تصنيف الأمراض العقلية (الذهانية) :

إن تصنيف الأمراض العقلية في تطور مستمر، ولكن لا بد من تحديد أو تشخيص فئات معينة للاضطرابات العقلية حتى يسهل القيام بالبحوث الإكلينيكية وتحليلها، ثم تقديم العلاج النفسي المناسب للمصابين بها، وينقسم المرض العقلي (الذهاني) إلى نوعين رئيسيين هما :

أ- مرض عقلي عضوي : هو مرض عقلي ذو أصل عضوي، فيسيولوجي يتعلق بحدوث تلف في الجهاز العصبي ووظائفه سواءا كان هذا التلف جزئي أم كلي، ومن أشكاله اضطرابات الغدد الصماء والأورام المخية، وجنون الشيخوخة (الخرف) أو العته وجنون الإدمان على الخمر والمخدرات والشلل الجنوني العام الناتج عن الإصابة بمرض الزهري والجنون، وغيرها من الأمراض العقلية العضوية .

ب- مرض عقلي وظيفي : هو مرض عقلي ذو أصل نفسي، ولا يعود به لأي سبب عضوي ،

ومن أشكاله الفصام schizophrénie، الإكتئاب dépression، والهوس manie

، والبارانويا paranoia، وغيرها من الأمراض العقلية اللاعضوية (أديب محمد

الخالدي، 2009، 316).

#### 5- الأمراض العقلية الوظيفية :

##### 1-5- الفصام :

**5-1-1-1- تعريفه :** هو إضطراب العديد من وظائف الأنا، ينتج عنه عدم قدرة المريض على التمييز بدقة وثبات بين الواقع الداخلي والخارجي مع فشله في المحافظة على إتصاله بالعالم الخارجي (محمود عواد، 2006، 151) .

-الفصام مرض عقلي يتميز بإضطراب في التفكير والوجدان والسلوك وأحيانا الإدراك، ويؤدي إذا لم يعالج في بادئ الأمر إلى تدهور في المستوى السلوكي والإجتماعي كما يفقد الفرد شخصيته وبالتالي يصبح في معزل عن العالم الحقيقي (معصومة سهيل المطيري، 2005، 258) .

**\*\*-** يتبين من خلال التعريفين التدهور الشديد في شخصية المصاب بمرض الفصام إلى درجة أنه يعيش في عالم خاص به، بعيدا عن العالم الواقعي .

### 5-1-2- أعراض الفصام :

-نقص الأداء الوظيفي لدى المريض عن ذي قبل : يقل أداء الشخص لأعماله الوظيفية ويتدهور إنجازهم لأعماله بصورة عامة، كما تتدهور علاقاته الإجتماعية وإهتمامه بنفسه .

– الأعراض المرضية المميزة لإضطراب العديد من الوظائف النفسية :

أ- إضطراب التفكير: يبرز هذا الإضطراب في صورة إضطراب محتوى التفكير والقوة المتحكمة في التفكير وشكل التفكير .

ب- إضطراب محتوى التفكير: يشمل الضلالات المتعددة والمفرطة في الغرابة وقد تكون

ضلالات إضطهادية، أو ضلالات الإشارة، أو ضلالات العدمية أو العظمة، أو ضلالات الإعتقاد بأن هناك قوة خارجة تتحكم في أفعاله وتصرفاته .

ج- إضطراب القوة المتحكمة في التفكير: يتوهم المريض بأن هناك من يقوم بسلب أفكاره من رأسه (شخص أو قوة معلومة أو خفية ) ، أو يتوهم بأن هناك من يضع أفكارا في رأسه ليست أفكاره ودون إرادة منه أو أن هناك من يقوم بسلب أفكاره من رأسه و إذاعتها على الناس في وسائل الإعلام المختلفة .

د- إضطراب شكل التفكير: يلاحظ فقدان روابط التفكير (ترابط الأفكار مع بعضها) حيث ينتقل المريض من موضوع إلى موضوع آخر لا يرتبط معه .

هـ- البعد عن الواقع : يمتاز الفصام بفقدان المريض قدرته على الإتصال بالواقع فيعجز عن التكيف إجتماعيا ،وينسحب تدريجيا من جميع العلاقات الإنسانية (محمود عواد،2006،151)

و- الإضطرابات الإدراكية: تتنوع الإضطرابات الإدراكية في الفصام ،وتتغير رؤياه للموضوعات من حوله و للأشياء من حيث الشكل ،إلا أن أهم صور التغير الإدراكي للفصامي تبدو في هلوساته و هذائه :

- الهلوسات السمعية : حيث يسمع المريض أصواتا تناديه .
- الهلوسات البصرية : وكثيرا ما يعيش الفصامي هذه الهلوسات طوال اليوم ،وتكون الصورة البصرية واضحة في أبعادها الثلاث ،اللون والحجم والحركة ،وقد تسبب للمريض الرعب والفرع .
- الهلوسات الذوقية :حيث يشكو المريض من المذاق المر أو الحار للطعام ،كما يشكو من وجود روائح معينة تحيط به .
- الهلوسات اللمسية : وفيها ينتاب المريض إحساسات أليمة في أجزاء جسمه ،وقد تأخذ أشكالا مختلفة .
- أما الهذات (الضلالات) فتعتبر إضطرابات معرفية :
- هذاتالإضطهاد: ويمكن أن تأخذ أشكالا متعددة فيتجه الإضطهاد إلى أشخاص في البيئة ، أو جماعة معينة أو مذهب معين تبعا لثقافة المريض .
- هذات العظمة : يعتقد المريض إعتقادا جازما بأنه شخصية عظيمة ومرموقة في المجتمع و أنه أذكى وأقوى البشر وأنه منوط به إنقاذ البشرية .
- هذات توهم المرض : وهنا يستحوذ على أفكار المريض إعتقاد خاطئ بأنه يعاني من مرض خبيث ،وأنه لا يمكن شفاؤه ،أو يتوهم وجود تورم أو آلام في مناطق من جسمه .
- هذات الأهمية أو المعرفة : وهي تشبه العظمة ،حيث يعيش المريض إقتناعا كاملا ،بأنه على معرفة و إتصال بسكان المريخ أو القمر يمتلك القدرة على كشف الغيب
- هذات الإشارة أو التلميح : وتعد هذه الهذاتمن أكثر الهذات شيوعا ،حيث يعزي المريضهذائه إلى تأثير إشعاعات أو شحنات كهربائية متسلطة عليه ،وأنه واقع تحت

تأثير قوى داخلية أو خارجية، ويصبح أسير هذه الأفكار التي تختلف حسب ثقافة من أشعة الليزر إلى أعمال السحر .ي- إضطرابات الإرادة : في حالات الفصام نجد للمريض أكثر من إرادة، وهذا يفسر ضعف المريض عن إتخاذ قرار معين، حيث يصدر قرارا ثم يتراجع فيه، ويقوم بإصدار قرار آخر غيره، ولا ينفذ أي قرار مما أصدر و لا يتوقف عن ذلك، بل نجده يتردد عند تنفيذ فعل ما، كما يكرر المريض كلمات وجمل بصورة آلية وبدون هدف .

ح- الإضطرابات السلوكية :تنتج الإضطرابات السلوكية عن إضطراب التفكير وضعف الإرادة، وتبدو في شكل التكلف أو التصنع سواء في الحديث أو الحركات حيث يحرك المريض فمه أو حاجبيه وملامح وجهه بصورة ملفتة للنظر، ويكون سلوكه نمطيا جامدا، وتتجزأ حركات المريض وتبدو فيها العرقلة، وقد يقوم بحركات دورانه حول نفسه، تدل على إضطراب التفكير وشذوذ، ويزوي المريض بعيدا عن المجتمع .

خ- الإضطرابات الوجدانية : يبدأ الإضطراب الوجداني بضعف قدرة المريض على الإستجابة الإنفعالية، مع تناقض مشاعره تجاه أهله وذويه وتكون إنفعالاته سطحية ليس بها أي عمق، ثم ينطوي الإضطراب بعد ذلك فيصبح إنفعالات غير متناسبة وطبيعية الموقف الذي يوجد به ولا تتناسب مع مجرى الأحداث، وتتذبذب العاطفة، حيث ينتقل المريض من إنفعال لآخر في نفس الوقت، وقد ينتقل من حالة السرور إلى حالة الإكتئاب فجأة وقد يصل الإضطراب العاطفي لدرجة تبدل الشعور، حيث يبدو المريض في حالة لا مبالاة المريض، وقد يُظهر المريض عواطف بدائية مثل الغضب والهلع (عبد الفتاح علي غزال وآخر، 2008، 344) .

**3-1-5- مراحل تطور مرض الفصام :** "يمر تطور مرض الفصام بأربعة مراحل إلا أن هذا التطور يختلف من شخص لآخر : - المرحلة الأولى : دخول الشخص في مقاومة (معركة) ضد المرض.- المرحلة الثانية : زوال المقاومة وإستسلامه (تقبله) للمرض .- المرحلة الثالثة : ظهور الأعراض المرضية .- المرحلة الرابعة : تدهور الشخصية بشكل كبير . "يمكن لهذا التطور أن يحدث بسرعة أو يأخذ سنوات " (Diane Tremblay.1971.p50)

#### **4-1-5- أسباب مرض الفصام :**

-قد ترجع أسباب مرض الفصام إلى العوامل الوراثية، ذلك حسب ما أدلى به "كالمان Kallman" حيث قال : "إن عاملا وراثيا متتحيا يرثه الفرد قد يهيئه للفصام " . وكذا إستعداد الفرد للإصابة

بخاصة إذا توفرت وتجمعت الأسباب الحيوية والبيئية والنفسية. كما ترجع أسباب الفصام إلى العوامل الجسمية، حيث يربط بعض الأطباء والباحثين النفسانيين بين الفصام وبين النمطين الجسمي النحيل والمخي الأساسي. وقد تكون أسباب الفصام فيزيولوجية تمثلها اضطرابات الغدد الصماء وإندفاع وتخلل الموجات الكهربائية في الدماغ وإلى الجهاز العصبي، نتيجة الأمراض والتغيرات العصبية المرضية التي تحدثها العوامل الكيميائية الحيوية.

بيد أن هناك أسبابا نفسية قد تكون وراء الإصابة بالفصام، ومن أهم هذه الأسباب ما يلي :

- الصراع والتمويه عليه باللجوء إلى الآليات الدفاعية .
  - الصدمات النفسية العنيفة والحرمان العاطفي في الطفولة المبكرة مع عدم إشباع الدوافع .
  - اضطراب العلاقات الشخصية المبكرة بين الوالدين والطفل .
- ويرجع أصحاب مدرسة التحليل النفسي الفصام إلى الصراع المستمر بين الأنا الأعلى (الأخلاق والردع) والهو (الرغبات والمكبوتات)، أما السلوكي "ولمانWalman" فيرى أن زيادة الدافعية تؤدي إلى قوة الإستجابة وعدم مناسبتها وخطئها (عبد الرحمان الوافي، 2006، 263).

#### 5-1-5- أشكال مرض الفصام :

**أ-الفصام البسيط :** تظهر في واجهة هذا النوع من المرض اضطرابات إنفعالية وإرادية، وتكون مصحوبة بشيء قليل من التدهور العقلي، والانتقال فيه من الحالة أو المرحلة الأولية إلى المرحلة المتطورة منه لا يلاحظها إلا أفراد أسرة المريض، وإذا بدأ المرض في مرحلة المراهقة مثلا، فإنه تبدو على المريض حالات الكسل الدائم، التبدل الإنفعالي، والتبدل الوجداني والعاطفي، وكل ذلك دليل تدهور في الشخصية (عبد العلي الجسماني، 1998، 136).

**ب- الفصام الكتاتوني (التخشبي) :** يتميز هذا النوع باضطراب حركي بارز يأخذ شكل ذهول (stupor)، حيث يتوقف المريض عن الحركة والكلام والطعام ويستلقي على الفراش بدون حراك حتى أن سرعة رمش العينين تنخفض كثيرا، وقد يجلس أو يتخذ وضعية غير مريحة لا يغيرها لساعات طويلة، وفي بعض الحالات يتغير توتر العضلات بشكل غريب بحيث يصبح للجسم والأطراف مرونة خاصة تتيح للمريض إبقاء الأطراف أو الجسم في وضعية غير مريحة لفترات طويلة وتسمى هذه الحالة المرونة الشمعية (waxyflexibility)، وعلى النقيض من ذلك قد تحصل حالة من الحركة المفرطة غير الهادفة (excitement) أو يتناوب المريض في

الذهول والحركة المفرطة تباعا، ويجب مراقبة المريض في كلتا الحالتين حتى لا يؤذي نفسه أو الآخرين أو يحصل الإرهاق، ونقص التغذية، وارتفاع الحرارة، ونادرا ما نشاهد هذا النوع من الفصام أو الحالة الكاتونية لأنها أحيانا تنتج عن عدم العلاج للفصام الشديد لفترة طويلة (نظام أبو حجلة، 2009، 163).

**ج- فصام المراهقة:** يبدأ فصام المراهقة فجأة، وإذا لم يُعالج يؤدي إلى تدهور كامل في الشخصية ويتميز أيضا بوجود أغلب أعراض الفصام السابقة، وأهمها الفوضى الشديدة في الشخصي، ووجود الهالوسوالإعتقادات الوهمية، وإضطراب في التفكير والكلام، والتناقض الإنفعاليو إستجاباتإنفعالية غير ملائمة، وحركات نمطية مكررة (رشادعلي عبد العزيز موسى، 2001، 159).

**د- النمط البارانوي:** من أبرز أعراض هذا النمط من الفصام هذات العظمة، وهذاتالإضطهاد، فيه يعتقد المريض أن الآخرين يتهمونه بالصفات التي لا يحبها في نفسه، بل يصل في النهاية إلى أن ينسب لهم الصفات التي لا يستطيع قبولها في نفسه، فهو يبدأ بالشك في الآخرين، ثم لا يلبث بأن يصبح موقنا بأنهم يدبرون له مكيدة أو يتآمرون ضده، ويلاحظ أن المعتقدات الضلالية تحدث في هذا النوع من الفصام بمعدل أكبر من الأنواع الأخرى، وقد تكون ضلالات إضطهاد أو عظمة أو توهم الأمراض (مجدي أحمد محمد عبد الله، 2000، 204).

**هـ- الإضطراب فصامي النمط:** يتميز صاحب هذا الإضطراب بسلوك غريب وبأشكال غير مألوفة من الإنفعالاتوالتفكير، حتى وإن لم تظهر عليه الأعراض الفصامية المحددة، لذلك لا يمكنوصف أعراض واضحة تنتمي إلى هذا التقسيم، إلا أن وجود واحدة أو أكثر مما يلي يساعد في تشخيص هذا الإضطراب:

- إنفعالات غير مناسبة للموقف، أو إنفعالات شديدة التحفظ، بحيث يبدو المريض باردا.
- سلوك أو مظهر غريب، متطرف أو شاذ.
- فقر العلاقات مع الآخرين والميل إلى الإنعزال.
- إعتقادات وهمية أو خاصة بالسكر، تتحكم في سلوك المريض، وتكون غير مألوفة بالنسبة لثقافته بالذات.
- شكوك و أفكار هذائية.

- أفكار قهرية لا يستطيع المصاب التخلص منها وهذه الأفكار تخص جسده أو الجنس أو العنف .
- خبرات إدراكية غير مألوفة بما فيها الجسمية أو الحسية بالإضافة إلى الإحساس بتبدد الشخصية أو تبدد الواقع الحقيقي .
- تفكير نمطي غامض ، إستنتاجي ، مجازي التعبير ، أو شديد الإستفاضة ولا يمكن تلخيصه بطريقة معقولة .
- نوبات عارضة متباعدة لحالات شبه فصامية ، يعترى المريض أثناء هالهالوس وأفكار شبه هذائية ( عبد الفتاح محمد دويدار ، 1994 ، 303 ) .

\*\*- من خلال ماسبق ذكره عن أشكال الفصام يتبين أنه بالرغم من أن المرض واحد ، إلا أن أعراضه تختلف من شخص لآخر ، أو حتى الشخص نفسه لظهور أعراض غير مشابهة لأعراض ظهور المرض ، وهذا ما يجعل التشخيص صعبا في بعض الأحيان يحتاج إلى فترة زمنية معينة .

#### 5-1-6- تشخيص مرض الفصام :

- المواصفات المعتمدة في كتاب الإحصاء والتصنيف الأمريكي الرابع "DSM4" :
- أ- وجود أعراض ذهانية مميزة في المرحلة الحادة للفصام إستمرت لمدة أسبوع على الأقل وحسب واحدة من المجموعات الثلاث التالية : المجموعة الأولى : إثنان مما يلي :
    - أ- توهمات (delusions)
    - ب- هلاوس بارزة (تستمر طوال اليوم لمدة عدة أيام أو عدة مرات في الأسبوع لعدة أسابيع وليست مقصورة على لحظات عابرة )
    - ج- إنعدام أو قلة الترابط بين الأفكار .
    - د- سلوك كتاتوني (ذهولي أو تهيجي) . ه- غياب التعبير الإنفعالي أو عدم توافقه . المجموعة الثانية : توهمات غريبة (bizarre delusions) ، (تتضمن أفكارا يجدها المجتمع المحيط غريبة مثل إذاعة الأفكار أو الإعتقاد بأنه مسير ومسيطر عليه من شخص ميت) . المجموعة الثالثة :
      - أ- هلاوس غريبة مثل صوت يجري تعليقا على سلوك وأفكار المصاب أو عدة أصوات تتحدث فيما بينها .
      - ب- أثناء الإصابة بالحالة إنخفض مستوى الإنجاز في مجال العمل والعلاقات الإجتماعية والعناية بالذات عن السابق ، وفي الأطفال والمراهقين أصبح إنجازهم

وتحصيلهم أقل مما كان متوقعا . ج- نفي وجود تشخيص لحالة اضطراب

المزاج الفصامي ،أو اضطراب المزاج المترافق مع الأعراض .

د- إستمرار الأعراض لمدة ستة أشهر على الأقل بما فيه المرحلة الحادة التي إستمرت لمدة

أسبوع على الأقل (إذا لم تعالج بنجاح) ،ووجود أو عدم وجود أعراض تمهيدية تالية مرسبة .

هـ- لا يمكن الإثبات أن عاملا عضويا قد سبب هذه الأعراض وأبقاها .

و- إذا كان هناك تاريخ الإصابة بالأنية أو التوحد فإنه لا يشخص الفصام إلا إذا وجدت هلاوس

أو توهمات بارزة (نظام أبو حجلة،2009،158) . 5-1-7- علاج الفصام :

- يفضل إيداع الفصامي بالمستشفى إذا كان يمثل خطرا على نفسه أو على الآخرين ،وكذلك في

حالات رفض العلاج أو الطعام أو عند وجود ميول إنتحارية لدى المريض ،ويستخدم في علاج

الفصام ما يلي :

أ- العلاج بالعقاقير : وتستخدم المطمئنات العظمى بجرعات كبيرة ومتفاوتة تبعا لكل حالة ،وتفيد

هذه العقاقير في إعادة توازن الهرمونات العصبية في المخ ،وخفض التوترات الخارجية التي

تصل إلى التكوين الشبكي،ومن ثم تحسن المريض على أنه يستمر فترة طويلة في العلاج وتختلف

مدة العلاج بهذه العقاقير تبعا لكل حالة على حدة (عبد الفتاح علي غزال،2008،357) .

وقد كانت العقاقير في السنوات الأخيرة هي العلاج الجسمي الوحيد الأكثر قبولا ،وبالذات

الفينوثيازين Phenthiazine والذي أظهر فعالية معقولة في تحسين الأعراض الفصامية،وتقسم

مجموعة الفينوثيازين Phenthiazine إلى عدة أنواع منها

:الكلوربرومازين Chlorpromazine وهو من المسكنات التي تؤدي إلى تخفيض ملحوظ في

المستويات العامة

للهياج أو التنبيه الناتج عن المرض ،بما في ذلك إسترخاء عضلي هادئ وزيادة في ضغط الدم

(رشاد علي عبد العزيز موسى،2001،173) . ب- علاج بالصدمات الكهربائية : ويستخدم هذا

النوع مع العلاج بالعقاقير،ويستخدم في حالات الفصام المصحوبة بأعراض إكتئابية وحالات

الفصام التصليبي والفصام الهذائي . ج- علاج غيبوبة

الأنسولين : قد تضاعف إستخدام جرعات الأنسولين حاليا ،نظرا لما يصاحب هذه الطريقة من

مخاطر جعلت الأنواع الأخرى من العلاج أكثر إنتشارا،وقدأستحدثت طريقة معدلة لإستخدام

الأنسولين

د- العلاج بالجراحة : ويتم فيه قطع الألياف الموصلة بين الفص الجبهي في المخ والثلاموسي، فتقل حدة الإنفعال وتنخفض الإستجابة للمثيرات الخارجية، مما يترتب عليه أن يقل إضطراب الإدراك، وما يصحبه من أعراض الهذات والهوسات، وهذا النوع من العلاج يقتصر حالياً على الحالات المزمنة التي لا تستجيب لوسائل العلاج الأخرى، ويندر إستخدام الجراحة في معظم الحالات، لأنها تترك آثاراً لا تزول في شخصية المريض وتكوينه النفسي، ويستعاض عنها حالياً بالمطمئنتات العظمى بقدر الإمكان (عبد الفتاح علي غزال، 2008، 357).

هـ- العلاج بالتحليل النفسي : قد يفيد فقط في نوع واحد من أنواع الفصام البارانوي، حيث لا تكون صلة المريض بهذا النوع منقطعة تماماً مع العالم الخارجي ولكن له صلة بالواقع، وحتى إستخدام طريقة التحليل النفسي مع هذا النوع من الفصام تحتاج إلى وقت طويل وجهد مضاعف من المعالج

و- العلاج السلوكي : يقوم هذا النوع من العلاج على تعديل سلوك المريض وإختلالاته الفصامية، كما وأن الأمر يستلزم أن تكون لدى المعالج النفسي القدرة على مخالطة المريض والتعايش معه وجدانيا لساعات طويلة، ويقوم العلاج السلوكي على إستخدام عملية التشريط بكافة صورها في التعديل المباشر للسلوك غير مرغوب فيه لسلوك توافقي جديد .

ي- العلاج الجماعي : هذا النوع من العلاج يضم مجموعة من المرضى الفصاميين وفي وجود المعالج، وتعتبر هذه المجموعة كأسرة أو نموذج صغير من المجتمع، وفي وجود المعالج وبإدارته يتم الحوار والمناقشة بين المرضى وتتكون لديهم علاقات إجتماعية، وبإستمرار العلاج يتم عودة المرضى إلى الإتصال بالعالم الخارجي مع تجنب التعرض في الحديث إلى إجترار الماضيوما فيه من مساوئ، ولكن هذا النوع من العلاج يحتاج إلى المعالج الماهر (فوزي محمد جبل، 2000، 217).

ح- العلاج بالعمل : ويهدف هذا النوع من العلاج إلى عدم ترك المريض خاملاً مهما بلغت درجة تدهوره، بل يجب شغل وقت المريض في عمل منتج، فيما يعيد له ثقته بنفسه، فيعود للواقع من جديد ويبتعد عن العزلة والسلبية (عبد الفتاح علي غزال، 2008، 359).

5-2-2- ذهان الهوس الإكتابي :

5-2-2-1- تعريفه : -هو مرض يتميز بهجمات إكتابية أو هوسية وتكون مرحلية، وأحيانا كلاهما معا، مع عودة للحالة الطبيعية بين كل مرحلة. (Diane Tremblay.1971.p56)-هو اضطراب عقلي وظيفي وجداني، تنتاب فيه المريض حالات من الهياج والهوس وأخرى من الإكتئاب والهبوط دون سبب ظاهر أو مثير كاف في معظم الأحيان، لهذا يعرف بالذهان الدوري .  
(مجدي أحمد محمد عبد الله، 2000، 206)

5-2-2-2- تصنيف ذهان الهوس والإكتئاب :

هناك أنماط إكلينيكية ثلاثة لذهان الهوس والإكتئاب :

- الهوس / الإكتئاب / الذهان الدوري المختلط (حامد زهران، 2001، 551). 1- هناك ثلاث درجات للهوس، إلا أنها كلها تشترك في الخصائص الأساسية وهي: النشوة الفائقة والنشاط الحركي والفكري المفرط. أ- الهوس الخفيف : وكما يشير المصطلح، فالهوس هنا يتصف بأدنى درجات الإصابة، إرتفاع بمزاجه ومعنوياته، يستمر لعدة أيام، نشيط أثناءها بشكل واضح، ويعتريه إحساس قوي بكمال قوته الجسمية والعقلية، ويصبح إجتماعيا فائقا، ثرثارا، رافع الكلفة مع الآخرين، شديد الشراهة الجنسية، عازفا عن النوم. إلا أن تركيزه وإنتباهه يعتريهما التعرقل، مما يؤدي إلى الإقلال من كفاءته في الإنجاز أو قدرته على الإستمرار في مهمة واحدة لمدة كافية، وهو لذلك يجدد إهتماماته كما تراءت له وجهة جديدة يأخذها (عبد الفتاح محمد دويدار، 1994، 306). ب- الهوس الحاد : وتختلف هذه الحالة عن سابقتها في الدرجة فقط وليس في النوع، فحالة عدم الراحة أو الإستقرار تكون أكثر حدة أو حالة الإبتهاج تكون أكثر تطرفا، ويشعر المريض هنا بالثقة الزائدة ويصبح متحدثا بل كثير الحديث، والشخص المصاب بالهوس الحاد يرفض كل القيود وجميع أنواع النقد، وإذا تعرض للإنتقاد أو القيد، فإنه ينتقل إلى حالة الغضب مع رغبته في السيطرة والتسلط، وقد يُظهر المريض بعض الهذات والهلاوس، وينصح مريض الهوس الحاد بدخول المستشفى لتلقي العلاج (عبد الرحمن محمد العيسوي، 1992، 287). ج- الهوس الزائد الحاد (الهديانى) : وأهم أعراضه الهوس الحاد والخلط وعدم الترابط (التوجه الزماني والمكاني)، ويعتبر هذا الهوس الهديانى أشد مراحل الهوس، حيث يتهيج المريض بشكل

شديد وقد يحاول تحطيم الأشياء أو الإعتداء على الآخرين، وقد يمزق ملابسه، ولا يتعرف المريض على الزمان أو المكان أو الأشخاص، كما يصاب بهلوسات سمعية وبصرية، ويزداد شك المريض فيمن حوله، ويؤتى أعمالا متنافية للتقاليد ويفقد قدرته على التمييز (عبد الفتاح علي غزال، 2008، 372). **2- أعراض الهوس**: يمكن إيجاز أهم الأعراض التي يعاني منها مريض الهوس على النحو الآتي:

- نوبة أو فترة أو مرحلة تمتاز بالمزاج الهائج، وقد تستبدل هذه الحالة بحالة أخرى من الإكتئاب والهبوط والخمول والكسل والتراخي. - ممارسة نشاط أكثر من العادي سواء أكان نشاطا إجتماعيا أو في مجال العمل أو كان نشاطا جنسيا أو فسيولوجيا، مع عدم الشعور بالراحة. - كثرة الكلام أزيد من اللازم، مع رغبة قهرية في الإستمرار في الكلام. - تطاير الأفكار أو الشعور بأن الأفكار تجري في سباق سريع. - شعور زائد باحترام الذات "بتضخم أو إنتفاخ الذات" أي الشعور بالعظمة أو بشيء من أعراض جنون العظمة ذات الطبيعة الهذائية أو الضلالية. - قلة حاجة المريض إلى النوم. - حالة من الخبل والذهول، وصرف النظر عن المثيرات الخارجية بسهولة، حيث يغير المريض إنتباهه بسرعة نحو المثيرات عديمة أو قليلة الأهمية أو غير الملائمة، كأن يهتم بالنظر إلى قطة عابرة أمامه.

- الإنغماس الزائد في أنشطة دون النظر إلى نتائجها المؤلمة كالإسراف في الشراب أو النشاط الجنسي الأهوج أو القيادة الخطرة. وقد تنتاب حالة الهوس على المريض مع حالة الإكتئاب، وقد لا يحدث ذلك ويظل المريض في حالة هوس فقط (عبد الرحمن محمد العيسوي، 1999، 220).

**3- أسباب الهوس**:

فيما يلي أهم أسباب الهوس: - وجود الصراع والمواد والأفكار الداخلية غير السارة، وتكون حالة الهوس شكلا من أشكال حيل الدفاع كتعويض وكوسيلة نسيان. - الفشل و الإحباط ونقص الكفاية ومحاولة إنكار ذلك عن طريق لعب دور النجاح والكفاية. - وجود مشكلات يهرب منها الفرد خارج نفسه لينسى ويبعد عن القلق. - وجود مواد مكبوتة تنفس لتقليل الصراع وإسترخاء الأنا الأعلى القاسي، وعندما يسترخي الأنا الأعلى يضعف الكبت وتقلت الرغبات والدوافع التي يدور حولها الصراع، وتظهر المواد الممنوعة في مستوى الشعور وتجد لها مخرجا في السلوك الهوسي (حامد زهران، 2001، 549). **4- علاج الهوس**: يستحسن علاج حالات الهوس وخاصة

الحاد في المستشفى ،ويجب وضع المريض في مكان منفصل مع رعاية خاصة .

أ- العلاج بالعقاقير : تستخدم المهدئات العظمية، و كربونات الليثيوم Carbonate Lithiom في علاج حالات الهوس ،كما يمكن إستخدام عقاقير أخرى لعلاج المصاحبة مثل القلق أو فقد الشهية، ويستخدم أيضا علاج الأنسولين المعدل .

ب- الصددمات الكهربائية : ويمكن إستخدامها بعد إستخدام المطمئنتات العظمية، ويجب عمل حساب أي مضاعفات مثل الإنهاك أو هبوط القلب .

ج- العلاج النفسي : ويصلح في حالات الهوس الخفيف وبعض الهوس المزمن، ويستخدم العلاج النفسي لإستكشاف الجوانب المرضية في الشخصية ،والإضطراب في الشعور بقيمة الذات ويمكن إستخدام فنيات التحليل النفسي، كما يمكن إستخدام العلاج التدعيمي ،أي تعزيز أنواع السلوك التكيفي ،والعلاج التنفيذي أي كف الإستجابات المرضية غير المقبولة وذلك في العلاج السلوكي .

د- الجراحة النفسية : وفي حالة عدم إستجابة حالات الهوس لعلاج الادوية والصددمات الكهربائية والعلاج النفسي ،يلجأ الأطباء كحل أخير إلى الجراحة النفسية، بقطع الإتصالات العصبية بين قشرة الفص الجبهي الأمامي ومنطقة تحت المهاد، ولكن الجراحة النفسية تراجعت أمام المطمئنتات العظمية، نظرا للأعراض الجانبية التي تنجم عنها ( عبد الفتاح علي غزال، 2008، 372) .

\*\*- من خلال ما سبق ذكره عن المرحلة الهوسية يتبين أن المريض يعيش حالة من النشاط الزائد فتكثر حركاته ،ويزداد كلامه بدون معنى أو هدف واضحين، ويصل به الأمر إلى أن يصاب بهلوسات سمعية وبصرية ،وكذلك الهذات، وعدم إدراك التوجه الزماني والمكاني ،ويصبح غير قادرا على التمييز .

**2- الإكتئاب :**

**2-1- تعريفه :** هو حالة من الحزن العميق يحس فيها المريض بعدم الرضا ،وعدم القدرة على الإتيان بنشاطه السابق ،ويأسه في مواجهة المستقبل ،وفقدان القدرة على النشاط وصعوبة في التركيز، والشعور بالذهان التام ،مع إضطراب في النوم والشهية للطعام ،وأحلام مزعجة (مجدي أحمد محمد عبدالله، 2000، 185) .

- 2-2- أعراض نوبة الإكتئاب :-** هبوط القدرة على التركيز .  
 - إنحطاط تقدير المريض لذاته وثقته بنفسه .  
 - معاناته من الإحساس بالذنب وعدم أهميته .  
 - التشاؤم .  
 - سرعة الإنهاك أو إنعدام القدرة .  
 - التفكير في إيذاء نفسه بما فيه إقدامه على الانتحار .  
 - الأرق الشديد والنوم المتقطع .  
 - إنعدام الشهية . (عبد الفتاح محمد دويدار، 1994، 308) .

**2-3- أنواع الإكتئاب :أ- الإكتئاب البسيط :-** في هذه الحالة لا يوجد إلا شعور خفيف نسبيا من الحزن والمنخولي ومن التأخر في النشاط العقلي ،هذه الحالات تشخص أحيانا خطأ على أنها حالات عصابية وذلك بسبب وجود عدد من الأعراض العصابية ،وفي حالة الإكتئاب البسيط يظل المريض قادرا على رعاية نفسه فيما يختص بإشباع حاجاته الأولية مثل : الأكل والإخراج والنوم ولا يظهر الهذيان أو الهلوس، وإنما تظهر الميول الإنتحارية ،في معظم حالات الإكتئاب البسيط يكون المريض راضيا وسعيدا في بقائه وحيدا بعيدا عن الناس ،ويحب أن يجلس ساكنا يجتر أفكاره المؤلمة .  
**ب- الإكتئاب الشديد أو الحاد :-** فهذه الحالة عبارة عن تكثيف أو تضخيم أو تجسيم لحالة الإكتئاب البسيط ، وتمتاز هذه الحالات بأن يعكس المريض شعورا قويا بالكراهية ،والعدوان ضد نفسه فالمرضى يتهم نفسه بإرتكاب أفظع الجرائم ،كما يتهم نفسه بأنه نحس ،بعض هذه الأفكار تزداد حتى تصبح هذيانا ولكنها تذهب وتعود تبعا لظروف المريض المزاجية ،أما إذا كان الهذيان كامل التكوين ومستقلا عن الحالة المزاجية ،فإن حالة المريض يُطلقُ عليها "جنون إضطهاد الإكتئاب" ، وفي بعض الحالات الشديدة يعاني المريض من الهلوس ولكن هذه الهلوس لا تصل إلى درجة الوضوح الذي تمتاز به الهلوس في حالة الفصام ،وتدور هذه الهلوس حول الإنفعال الغالب عند المريض، وهو الأسف والحزن، ويتكون من أصوات تُسبُّ المريض وتتهمه وتقرعه أو تعنفه وتعايره (عبد الرحمن محمد العيسوي، 2001، 229) .  
**ج- الإكتئاب شديد العنف :-** حيث تصل أعراض المنخوليا والإعاقة إلى درجة مبالغ فيها حتى أن المريض يصبح سلبيًا ،وساكنا ،ويكتفي بالنوم في فراشه دون أن يبدي

أي حراك ،ولابد من إطعامه بالقوة أو القسر، وإن تُرك وشأنه فإنه لا يتناول أي طعام ولا يبذل أي جهد لكي يرضى نفسه في أي من حاجاته الأساسية ،وإذا لم يتقدم أحد لرعايته وتوفير حاجاته فإنه يهمل نفسه حتى الموت ،ويبدو المريض غارقاً أو مغموراً في همومه وأحزانه وقضائه وقدره ،ولذلك يبدو عليه أنه لا يسمع ولا يرى ما يدور حوله ،وينقطع عن كل اتصال به ويبدو كما لو كان أخرس أو أكم، وإذا لم تخف هذه الحالة فإن المريض يفقد وزنه ويصاب بالضعف والوهن وقد يصبح عرضة للإصابة بالسل الرئوي . **د- الإكتئاب الهائج** :في هذا النوع من الإكتئاب توجد مشاعر الحزن والمنخوليا،ولكن دون وجود الإعاقة الحركية النفسية،فالمريض قد يعدو أماما وخلفا وقد يقفز في وسط الغرفة ،وقد يجلس ويتأرجح بشدة وعنف،وقد يأخذ في لوي أصابعه بشدة،ويعبر بين الحين و الآخر عن شعوره بعدم قيمته،وقد يشغل باله بأفكار عن الموت ولكن يظل نشطا و كأننا أمام شعور مريض يتصف بالإكتئاب ،بينما يتصف سلوكه أو نشاطه بالحيوية الزائدة والهوس (عبد الرحمن العيسوي، 1990،299) .

**\*\*-** من خلال ما سبق ذكره عن المرحلة الإكتئابية يتبين أن المريض في هذه المرحلة يعيش نوعا من الخمول إلى درجة تعوقه من رعاية نفسه وإشباع حاجاته الأولية ،كما تشغل باله أفكارا سوداوية تؤدي به إلى محاولة الإنتحار،إلى أن يتطور به الحال فيصبح يعاني من الهلوس وبالتالي تسوء حاله أكثر فأكثر .

**3- الذهان الدوري أو المختلط** :تعاقب الأعراض : لقد لوحظ أن حوالي 25% من المرضى تتناوبهم أعراض الإكتئاب والهيلاج في أوقات متعاقبة ،بعض هؤلاء المرضى يخضعون لنوبات منتظمة من الإكتئاب والتهيج ،وقد تبدأ نوبة التهيج وتستمر حتى يتحول المريض إلى الطرف الثاني أي الإكتئاب والعكس صحيح إكتئاب تهيج ،وقد يتخلل هذه النوبات فترات "راحة" يكون المريض فيها سويا وخاليا من الأعراض (عبد الرحمن محمد العيسوي،2001،235) .

**4- علاج ذهان الهوس والإكتئاب** :العلاج ضروري في المستشفى وخاصة في الحالات الحادة وفي حالات الخوف على حياة المريض أو الآخرين . وفيما يلي أهم معالم علاج ذهان الهوس والإكتئاب :  
أ- العلاج الطبي : ويعتمد على الدور الذي يعالج المريض أثناءه ويفضل الأطباء إستخدامثيوريدازينThioridazine لما له من أثر مزدوج في

الهوس والإكتئاب . - وفي دور الهوس يجب السيطرة على النشاط النفسي الحركي الزائد وعلى السلوك ،ويمكن تحقيق ذلك بإعطاء كلوربرومازين Chlorpromazine وإعطاء المسكنات حتى تنتهي النوبة وكذلك العلاج بالرجفة الكهربائية والعلاج المائي كمسكن . - وفي دور الإكتئاب يجب السيطرة على الإكتئاب ورفع الحالة المزاجية ،والعلاج بالرجفة الكهربائية،وعلاج الأعراض المصاحبة مثل فقد الشهية والأرق والقلق ،وحمية المريض من الإنهاك الشديد أو الموت جوعاً،والرعاية الخاصة للمرضى الذين يؤذون أنفسهم أو يحاولون الإنتحار .

ب- العلاج النفسي : (بعد الإجراءات الطبية التي تجعل المريض أكثر إستعداداً للعلاج النفسي) ويهدف العلاج النفسي في هذه الحالة إلى المساندة والدعم والحماية أثناء الدور وفهم وحل مشكلات المريض وصراعاته وإحباطاته وإعطاء الأمل في الشفاء .

ج- العلاج الإجتماعي والعلاج البيئي وتخفيف الضغوط البيئية لتدعيم توافق المريض إجتماعياً على المدى الطويل،والعلاج بالعمل لإثارة إهتمام المريض وإنتزاعه من أفكاره السوداء ومن التمرکز حول ذاته في دور الإكتئاب،ولتنظيم وضبط وتصرف نشاط وطاقته المريض في دور الهوس . د- العلاج الوقائي ضد النكسة : (لأن ذهان الهوس والإكتئاب يميل إلى المعاودة) ولذلك يجب إبقاء المريض تحت الملاحظة الدقيقة لمدة طويلة وتحت العلاج والتوجيه ،وتعليمه كيف يعبر عن إنفعالاته وكيف يتجنب النكسة ،ويلاحظ أن المريض قد يُشفى فجأة ثم يعاود المرض مرة أخرى،وإذا حدثت النكسة فإنها تحدث بعد فترة تتراوح بين بضعة شهور أو سنوات (عبد الفتاح علي غزال، 2008، 383) .

\*\*- ما سبق ذكره عن ذهان الهوس والإكتئاب يتبين لنا المراحل التي يأخذها هذا المرض ،فتارة تظهر المرحلة الهوسية ،ثم بعد ذلك تظهر المرحلة الإكتئابية،وقد تكون هناك فترة راحة بينهما وتارة أخرى تتعاقب المرحلتين الواحدة تلو الأخرى دون فاصل زمني طويل ،ولهذا يُعرف هذا المرض بالذهان الدوري .

**3-** البارانويا :

**3-1- تعريفه** : البارانويا أو الهذاء هي حالة مرضية ذهانية تتميز بالأوهام والهذيان الواضح والمنظم،أيالهذياناً المتمثلة في المعتقدات الخاطئة على أنه عظيم من العظماء أو مضطهد من

المضطهدين، وإنه منطقي في تفكيره مع عدم وجود هلوسات . -البارانويا هو مرض عقلي يتصف بالهذيان الواضح والمستمر، وفيه تسيطر على المريض مجموعة من المعتقدات الثابتة الخاطئة والتي تتميز بمجموعة ثابتة منتظمة من الهذيان (فوزي محمد جبل، 2000، 219) . - يُحدّد مفهوم البارانويا بأنها حالة مرضية ذهانية، وإضطرابوظيفي، تتصف بالهذيانات، والأوهام، والإعتقادات الخاطئة بالإضطهادية، والشعور بالعظمة، ويطلق عليها بجنون الإضطهاد أو جنون العظمة (أديب محمد الخالدي، 2009، 374) .

\*\* - من خلال تعاريف مرض البارانويا يتبين أنه بالرغم من تصنيفه كأحد الأمراض العقلية الوظيفية، إلا أنه يتميز عنها كونه يأخذ هذيانا منتظما ومستمر وواضحا، لكن المصاب به لا يعاني من الهلوس .

**2- أسباب البارانويا:** أهم الأسباب التي تسبب هذا المرض والتي هي كما يلي :

- الصراع النفسي الدائم بين رغبات الفرد المكبوتة والخوف من الفشل في إشباعها لتعارضها وتناقضها مع المعايير الإجتماعية ومع القيم .
- الإحباط والإخفاق المستمر في معظم مجالات التوافق الذاتي والإجتماعي مع الشعور بالنقص والإعتماد المفرط في إستخدام الآليات الدفاعية والتمويه على الذات .- خبرات الطفولة المبكرة المؤلمة وإضطرابالجو الاسري ونقص كفاية عملية التنشئة الإجتماعية وتهديد أمن الفرد .
- عدم نضج الشخصية وإضطرابها وسوء توافقها جنسيا (عبد الرحمان الوافي، 2006، 266) .- ينظر المختصون إلى البارانويا كحالة الشعور بالإضطهاد، وهذه الحالة تعتبر بمثابة حيلة دفاعية يبرر بها الفرد شعوره بالنقص لأنه شديد الشك بالآخرين، وتتملكه الحساسية الزائدة (الحساسية الإجتماعية) بأنه هدف سهل لمشاعر الغيرة . - ويُرجع بعض المختصين إضطراب البارانويد إلى عوامل تكوينية تجعل الفرد حساسا متمركزا حول نفسه وعنيدا، ومتقلب المزاج والإنفعالات، يتصارع فيه الطموح والكبرياء مع شعوره بالعجز والإمتهان وعدم الثقة بالنفس، إلى جانب ينقصه الشعور بالتفاؤل ومرح الحياة، وعامل السن له دور في ذلك، فالسن المتأخرة تمهد لظهور المرض (أديب محمد الخالدي، 2009، 376) .

**3- أعراض مرض البارانويا :** تتحدد الأعراض الإكلينيكية العامة للبارانويا كما يلي :

- في حالة البارانويا البسيطة قد لا يحدث عدم تكامل في الشخصية ،فيبقى سلوك المريض في الحدود التي يتحملها المجتمع .

في حالة البارانويا الفصامية فتكون حالة المريض الإجتماعية غير متماسكة،فهو لا يميل عادة إلى إحترام العرف والتقاليد وكذلك القانون كما هو مطلوب ،لأن المريض في هذه الحالة يتوقع سوء المعاملة والتضليل من أفراد المجتمع ويكون حساسا لدوافعهم .

- تنتاب المريض أنواع مختلفة من الوسوس الوهمية الناتجة عن شعوره بالمخاوف والإضطهاد والحسد والغيرة وظلم الناس وعدم فهم الآخرين له . - يتصف سلوك المريض بصفة عامة بسوء التوافق الإجتماعي وعدم الثبات الإنفعالي،فهو لا يستقر على حال وكثير الشك بمن حوله ولا يمنحهم الثقة ،وإذا تظاهر في ذلك فإنه يجعلها فترة إختبار لهم وسرعان مايعود إلى حالة الشك بهم .- يغلب على سلوك المريض سرعة الغضب ،والروح العدوانية،والحساسية غير العادية ،وعدم المبالاة بالقيم الإجتماعية أمام رغباته (أديب محمد الخالدي،2009،377) .-

الأوهام والهذيانات والمعتقدات الخاطئة الجامدة . - محاولة إقناع الآخرين بأوهامه وهذياناتهتماما،ويتمركز سلوكه ونشاطه بإستغراق كبير حول هذه الأوهام والهذيانات .- تظهر عليه أعراض أوهام التأثير والتأثر ،حيث يعتقد المريض أن قوى خارجية تؤثر فيه وتسيطر عليه رغم إرادته . - لديه إستعداد وميل لتزييف الحقائق وتشويهها .- يتصف مريض البارانويا بإسقاط مشاعر الكراهية على الآخرين،والشك فيهم لإعتقادهم بأنهم يتآمرون عليه ولذلك يبتعد عنهم (فوزي محمد جبل،2000،222) .

#### **4- الأعراض الإكلينيكية الخاصة للبارانويا :** 1-4- هذاء العظمة أو

**توهم العظمة :** - إعتقاده بأنه شخص عظيم أوحاكم أو زعيم أو قائد أو بطل أو مخترع .- يعتقد أن لديه قوى خارقة لا يصل إليها أحد .

- كثرة الحديث عن الذات والتعالي على الناس والمباهاة .

- دائما يتبنى أهداف غير عملية مستحيل تحقيقها ويحاول عملها ولكنه يتركها دون أن يكملها .

- متقلب المزاج والإنفعالات وذو طباع حادة .

- يظهر عليه إنفعالات الغضب والسلوك العدوانى .- غير منظم فى عمله ،وينقطع دائما عنه (فوزى محمد جبل،2000،223) .

**4-2- هذاء الإضطهاد :** - يتضح فى إعتقاد المريض أنه شخص مضطهد مظلوم،يسىء الناس تقديره ولا يفهمونه ويسئون معاملته وأنهم يكيدون له ويتآمرون عليه ،ويخططون لإيذائه وتحطيمه لأنهم يحقدون عليه .  
- عدايته نحو الآخرين وكرهيته لهم فإنه يشعر بالذنب .  
- وفى تعامله مع الآخرين يشعر بالنقص وعدم القيمة وينعزل ويملؤها بالخوف،وقد يعتقد أن المخبرات تتجسس عليه،وأن المباحث تتبعه .  
- وقد يدخل المريض دائرة التقاضى ويصر على الحقوق والمطالبة بها،ويصبح مغرما بالقضايا والشكاوى القانونية (عبد الفتاح على غزال،2008،362) .

**4-3- الهذاء الجنسى (جنون الجنس) :** يؤكد علماء النفس المرضى على بروز هذا المرض فى الأفراد المحرومين جنسيا ،حيث يعتقد المريض أن الطرف الآخر يحبه ويعمل كل شيء من أجله ويرسل إليه رسائل سرية غرامية عن طريق التلفزيون والجراند ،ويكتب عليه فى المجالات،وقد يظهر المرض فى شكل الهوس الجنسى والجنسية المثلية (عبد الرحمن الوافى،2006،266).

**4-4- هذاء المشاكسة :** وتظهر أعراض هذا النوع من الهذاء بأن يتوهم المريض نتيجة أفكار خاطئة بأن له حقوق وموارىث،أو حقوق فى العمل فيصر إصرارا بالفعل بالمطالبة بهذه الحقوق، وأيضا يلجأ بحالة هذائية إلى المشاكل والشكاوى القانونية والقضاء والعدا والخصام والتعدي على الآخرين ،وحيثما يبدي الآخرين عدم أحقيته يعتقد أنهم يتآمرون عليه ويسلبون حقوقه .

**4-5- هذاء الغيرة :** وهذه الغيرة تختلف تماما عن الغيرة العادية ،حيث تأخذ هذه الغيرة الحدة والإستمرارية ،وهذه الغيرة يصعب فهمها وفهم أسبابها لبناء المريض هذه الغيرة الهذائية على إعتقادات خاطئة ولا أساس لها .

**4-6- الهذاء المختلط :** وهو يضم مجموعة من أعراض هذاء العظمة و الإضطهاد والمشاكسة والغيرة،ومثال على ذلك فقد يتصور شخص أنه رجل عظيم من العظماء أو ملك له الكثير من

الممتلكات يشاكس ويطالب بها بدون وجه حق، وحينما يعترضه الناس يتولد لديه الشعور بالإضطهاد منهم وأنهم يدبرون له المؤامرات فيتولد لديه العدوان والغيرة، وهكذا جمع بين بالعظمة والإضطهاد والمشاكسة والغيرة في هذاء واحد وهو الهذاء المختلط (فوزي محمد جبل، 2000، 225).

**5- تصنيف البارانويا :** يمكن تصنيف البارانويا حسب نوع الهذاء إلى : **5-1- هذاء حقيقي:** حيث تسود أفكار العظمة وأفكار الإضطهاد، وهذاء المشاكسة، وهذاء الغيرة.

**5-2- حالة الهذاء:** وأهم أعراضها الهذاء العابر غير الدائم وغير المنتظم، مع وجود بعض إضطرابات التفكير . **5-3- الفصام البارانوي أو الهذائي:** وهو صورة من صورة الفصام . **5-4- الهذاء الثنائي :** وفي هذه الحالة يمكن أن تنتقل الأفكار الهذائية إلى شخص آخر عن طريق التوحد (التقمص) بشرط أن يكون الشخص الذي تنتقل هذه الأفكار إليه أكثر قابلية للإيحاء وأقل سيطرة، ويكون الشخصان عادة من محيط بيئي متماثل، ويواجهان نفس الظروف النفسية .

**5-5- نوبة الهذاء الحاد :** وتتميز بالبداية المفاجئة، دون سبب واضح وتغلب على الأعراض ضلالات الإشارة والإضطهاد بشكل خاص، وأثناء النوبة التي تستغرق وقتاً يمتد إلى بضعة شهور نجد أن أفكار المريض لا يمكن تصحيحها بالحجة أو البرهان . **5-6- حالات الهذاء المزمنة :** وتبدأ بإدراك هذائي ثم تتزايد نتيجة تراكم الهذات حتى تصبح مزمنة، وتصبح جزءاً لا يتجزأ من الشخصية، ويبدأ المريض في تفسير جميع الظواهر المحيطة به تفسيراً خاصاً، ويعلن أن هذا التفسير هو أول إختراع من نوعه في العالم وعندما يشعر بإعتراض المحيطين به على هذا التفسير يعتقد أنه مضطهد وأنهم يحاربونه ويتآمرون عليه (عبد الفتاح علي غزال، 2008، 363).

**6- علاج البارانويا :**

**أ- العلاج الطبي :** يساعد على إستجابة المريض الذهاني للعلاج النفسي، فالعلاج بالعقاقير الطبية لمريض البارانويا يجعل المريض أكثر طواعية للعلاج النفسي، ويستخدم العلاج الطبي ويكون أكثر إفادة إذا أُستخدم في بداية العلاج النفسي، ولكنه لا يحل محله، والعقاقير التي تستخدم هنا من

نوع المطمئنتات العظمى مثل ( فينوثيازين Phenothiazine ) - يمكن إستخدام الصدمات ،(نزيفلوبيرازين Nzyphlopirazine) ،(نورازين Norazine ) . - يمكن إستخدام الصدمات الكهربائية في علاج البارانويا وفي بعض حالاته وخاصة إذا أعطيت مبكرا وبالإشتراك مع المهدئات العظمى أو بعدها بجرعات كافية . - مازالت بعض المستشفيات تستخدم العلاج بالأنسولين المعدل في علاج ما يسمى (غيبوبة الأنسولين) . - كما ينصح بضرورة المحافظة على الصحة العامة للمريض وخاصة الإهتمام بتغذيته ،وتوفير الراحة له إلى أقصى حد (فوزي محمد جبل،2000،230) .

النفسي: ويستخدم بهدف تخفيف حدة قلق المريض وتجديد قدرته على الإتصال مع الآخرين ، وإقامة علاقات إجتماعية،وينبغي أن لا نضيع الوقت في حالات البارانويا في مناقشات منطقية مع المريض لتوضيح عدم صحة المعتقدات والأفكار لأن أهم خصائص الهذاء هو عدم الإستجابة للتأثر بالإقناع المنطقي .

ج- التحليل النفسي : يستغرق التحليل النفسي لمريض البارانويا وقتا طويلا،لأن المريض يغرق عادة في التفاصيل وفي الموضوعات الفرعية التي تتفرع عن الموضوع الأصلي إلى أن ينسى الموضوع الأصلي ولا يعود إليه .

د- العلاج السلوكي : في حالات البارانويا يهدف إلى رفض وكف المنظومة الهذائية وتعزيز وتدعيم السلوك التكيفي، وهنا قد يحدث إهتزاز في تماسك الشخصية في بدء العلاج،وتستخدم في هذه الحالة بعض الفنيات مثل التعزيز الموجب وإقتصادياتالبونات،حيث يمنح المريض مكافأة عينية أو معنوية عقب كل سلوك تكيفي ،أو بإستخدام التشريط التنفيذي أو السالب حيث يعقب السلوك غير التكيفي مثير غير سار أو مسبب للألم المادي أو المعنوي . ويستخدم في بعض الحالات العلاج بالعمل والعلاج الإجتماعي والعلاج الأسري والعلاج بتعديل البيئة المحيطة كأشكال مساعدة في تطور شخصية المريض وإستمرار تحسنه (عبد الفتاح علي غزال،2008،367) .

**\*\*-يتبين مما سبق ذكره عن مرض البارانويا ،وما يتميز به من أعراض والمتمثلة في الهذات والأوهام والتي بنيت على أساس فكرة خاطئة يتوهم المريض من خلالها أنه عظيم أو مضطهد أو**

كلاهما معاً، إلا أن شخصيته تبقى متماسكة نسبياً، كما أن إتصاله بالعالم الخارجي لا ينقطع كلية إلا بقدر ما تحدثه الفكرة المتسلطة .

## II. الدراسة الأساسية

### تمهيد

- 1- منهج البحث
- 2- عينة الدراسة الأساسية وخصائصها
- 3- مكان ومدة الدراسة
- 4- أدوات الدراسة الأساسية
- 5- الأساليب الإحصائية المستخدمة
- 6- مميزات العينة الممثلة

### خلاصة

**تمهيد :**

بعد التأكد من صدق و ثبات الإستبيان في الدراسة الإستطلاعية ، وإمكانية تطبيقه في الدراسة الأساسية ، قمنا في هذا الفصل بإتباع الخطوات المنهجية للبحث العلمي ، وذلك بجمع المعلومات والحقائق حتى نتمكن من تحليلها ومناقشتها وبذلك يمكننا التحقق من الفرضيات .

**1- منهج البحث :**

المنهج هو الطريقة التي يستعملها الباحث للوصول إلى نتيجة معينة ، وباعتبار موضوع بحثنا عن تقييم فعالية العلاج النفسي داخل المؤسسة الإستشفائية للأمراض العقلية ومدى تأثير بعض العناصر على فعاليته ، فقد بدى لنا أن المنهج المناسب والملائم لهذه الدراسة ، هو المنهج الوصفي المسحي ، ويعرف هذا المنهج بأنه وصف الظواهر أو الوقائع من خلال جمع الحقائق والمعلومات والملاحظات الخاصة بها .

**2- عينة الدراسة الأساسية وخصائصها :**

إن إختيار العينة ومراعاة قوة تمثيلها للمجتمع الأصلي ، هي من الشروط الأساسية للحصول على المعلومات والبيانات المتعلقة بموضوع الدراسة .

تمثلت عينة الدراسة من مجموعة مكونة من تسعة عشر (19) أخصائيا نفسانيا عياديا ، يعملون بالمؤسسة الإستشفائية للأمراض العقلية موزعين على مختلف مصالحها ، يمارسون العلاج النفسي مع مختلف الحالات المتواجدة داخل المؤسسة ، وكذلك الحالات المتوافدة إليها ، إلا أن العينة الحقيقية تمثلت في ثمانية عشر (18) أخصائيا ، نظرا لعدم صلاحية إستبياننا واحدا لأنه كان هناك سؤالا واحدا لم تتم الإجابة عنه ، وبالتالي تم إلغاء الإستبيان مع العلم أن عينة هذه الدراسة كانت مقصودة .

**3- مكان ومدة الدراسة الأساسية :**

**3-1- المكان :** تمت الدراسة الأساسية بالمؤسسة الإستشفائية للأمراض العقلية (مستغانم)

بمختلف مصالحها والتي ذُكرت في الدراسة الإستطلاعية .

**3-2- الزمان :** قمنا بتطبيق الإستبيان في 09 جوان 2013 ، ودام إلى غاية 13 جوان 2013

وتم هذا بعد إجراء مقابلات مع أفراد العينة ،وهو الأمر الذي سهل لنا إعارتها فور ملئها ،إلا مع فردين من العينة ،فقد قمنا بإعارة الإستبيان فيما بعد .

#### 4- أدوات الدراسة الأساسية :

تتنوع أدوات البحث بتنوع مواضيع البحث ،وتنوع المنهج المتبع في الدراسة ،وبما أن موضوع بحثنا يتمثل في تقييم فعالية العلاج النفسي داخل المؤسسة الإستشفائية للأمراض العقلية ،ومدى تأثير بعض العناصر على فعاليته ،فقمنا باستخدام الإستبيان كوسيلة من وسائل البحث .

#### 4-1- تعريف إستبيان البحث :

هو إستبيان قمنا بإعداده ثم عرضه على مجموعة من الأساتذة لأجل التحكيم ،ثم قمنا بحساب الصدق ،وبعد ذلك حساب معامل الثبات ،وكان هذا في الدراسة الإستطلاعية .

يتكون الإستبيان من سبعة وثلاثون (37) سؤالاً ،تكون الإجابة عنهم بـ : نعم أو لا ،بالإضافة إلى سؤالين مفتوحين : أما الأول فهو : ما هو نوع العلاج النفسي الذي تمارسه ؟ ، والثاني هو : ماذا تقترح ؟

وقد قسمنا الإستبيان إلى سبعة أبعاد ،كل بعد يتضمن عددا من الأسئلة وهي كالآتي :

- البعد الأول : يخص الفرضية الأولى ،والمتمثلة في : رغبة المريض تؤثر على فعالية العلاج النفسي ،ويتضمن الأسئلة التالية : 1 ، 8 ، 15 ، 22 ، 29 .

- البعد الثاني : يخص الفرضية الثانية المتمثلة في : تتأثر فعالية العلاج النفسي بمدى تقبل المريض للطريقة العلاجية ،ويتضمن الأسئلة التالية : 2 ، 9 ، 16 ، 30 . وهناك سؤالاً واحداً يخص الأخصائي النفسي العيادي : 23 .

- البعد الثالث : يخص الفرضية الثالثة المتمثلة في : كلما كان تعاون المريض مع الأخصائي النفسي كانت هناك فعالية للعلاج النفسي ، ويتضمن الأسئلة التالية : 3 ، 31 ، وأسئلة خاصة بالنفسي وهي : 10 ، 17 ، 24 .

- البعد الرابع : يخص الفرضية الرابعة وهي كالآتي : كفاءة الأخصائي النفسي العيادي تمكنه من إنجاز العمل العلاجي ، وكانت الأسئلة الخاصة به كما يلي : 4 ، 11 ، 18 ، 25 ، 32 .

- البعد الخامس : يخص الفرضية الخامسة والتي نصها كالآتي :

تؤثر العلاقة طبيب عقلي / أخصائي نفساني في نجاح العمل العلاجي ، وكانت الأسئلة الخاصة به كالتالي : 5 ، 12 ، 19 ، 26 ، 33 .

- البعد السادس : يخص الفرضية السادسة المتمثلة فيما يلي : تؤثر صعوبات العمل العلاجي سلبا في فعالية العلاج النفسي ، ويتضمن الأسئلة التالية : 6 ، 13 ، 20 ، 27 ، 34 ، 36 .

- البعد السابع : يخص الفرضية السابعة والتي نصها كآلاتي : يحقق العلاج النفسي تغيرا لدى المريض إلى حد إعتباره شفاء له ، وكانت الأسئلة الخاصة بها كما يلي : 7 ، 14 ، 21 ، 28 ، 35 ، 37

#### 5- الأساليب الإحصائية المستخدمة :

لترجمة النتائج التي حصلنا عليها من خلال توزيع الإستبيان ، قمنا بإستخدام النسبة المئوية ، (النسبة المئوية الخاصة بالمجيبين بـ : نعم ، والنسبة المئوية الخاصة بالمجيبين بـ : لا ) . معادلة النسبة المئوية كآلاتي :

$$\text{النسبة المئوية \%} = \frac{\text{عدد الأفراد المجيبين بنعم أو لا}}{\text{المجموع الكلي لأفراد العينة}} \times 100$$

#### 6- مميزات العينة الممثلة :

الجدول رقم 01 : توزيع أفراد العينة حسب السن :

النسبة المئوية %	التكرار	السن
50	9	[27-22]
38,89	7	[32-27]
11.11	2	[37-32]
100	18	المجموع

من خلال الجدول رقم 01 ، نلاحظ أن معظم أفراد العينة يتراوح سنهم ما بين [27-22] ، بينما عدد قليل من أفراد العينة يتراوح سنهم ما بين [37-32] .

الجدول رقم 02 : توزيع أفراد العينة حسب الجنس .

النسبة المئوية %	التكرار	الجنس
38.89	7	الذكور
61.11	11	الإناث
<b>100</b>	<b>18</b>	<b>المجموع</b>

يظهر من خلال الجدول رقم 02 : أن عدد الإناث يفوق عدد الذكور ، أي أن معظم أفراد العينة من الإناث ، حيث تزيد نسبة الإناث عن الذكور بـ : 22,22 % .

الجدول رقم 03 : توزيع أفراد العينة حسب المؤهل العلمي .

النسبة المئوية %	التكرار	المؤهل العلمي
88,89	16	ليسانس (علم النفس العيادي )
11,11	2	ماستر 1 (علم النفس العيادي والصحة العقلية)
<b>100</b>	<b>18</b>	<b>المجموع</b>

من خلال الجدول رقم 03 : يتبين أن غالبية أفراد العينة لديهم شهادة ليسانس ، تخصص علم النفس العيادي ، بنسبة تقدر بـ : 88,89 % ، بينما عدد قليل لديهم شهادة ماستر 1 تخصص علم النفس العيادي والصحة العقلية .

الجدول رقم 04 : توزيع أفراد العينة حسب الخبرة المهنية

النسبة المئوية %	التكرار	الخبرة المهنية
100	18	[5-0]
0	0	[10-5]
0	0	[10- فأكتر]
<b>100</b>	<b>18</b>	<b>المجموع</b>

نلاحظ من خلال الجدول رقم 04 ، أن كل أفراد العينة من ذوي خبرة مهنية تتحصر في المجال [5-0].

الجدول رقم 05 : توزيع أفراد العينة حسب المصلحة (مكان العمل) .

النسبة المئوية %	التكرار	المصلحة
38,89	7	علاج حر رجال
27,78	5	علاج حر نساء
5,55	1	الفحص الطبي
27,78	5	المركز الوسيطي لمكافحة الإدمان
<b>100</b>	<b>18</b>	<b>المجموع</b>

يتضح لنا من خلال الجدول رقم 05 ، أن أكثر عدد أفراد العينة هم من يعملون في مصلحة علاج حر رجال ، بنسبة تقدر بـ : 38,89 % ، وتتساوى النسبة في مصلحة علاج حر نساء والمركز الوسيطي لمكافحة الإدمان والتي تقدر بـ : 27,78 % ، أما النسبة القليلة والتي تقدر بـ : 5,55 % فهي تخص أفراد العينة العاملين بمصلحة الفحص الطبي .

### خلاصة :

تطرقنا في هذا الفصل إلى الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية ، حيث قمنا بالدراسة الإستطلاعية أين تم التعرف على عينة البحث والتي تتمثل في الأخصائيين النفسيين العياديين بعد إجراء عدة مقابلات وكذلك الميدان أو المكان الذي أجري فيه البحث والمتمثل في المؤسسة الإستشفائية للأمراض العقلية بمختلف مصالحها ، كما أننا أعددنا إستبياننا يضم عددا من الأسئلة وهذا بعد التأكد من صدق محتواها ثم التأكد من ثبات الإستبيان ، حتى نتمكن من تطبيقه في الدراسة الأساسية والتي تناولنا من خلالها التعريف بالإستبيان وكذلك منهج البحث والأساليب الإحصائية المستخدمة ، وخصائص العينة ومميزاتها ..

الجدول رقم 01 : هل يكون العلاج النفسي فعالا إذا أقبل المريض بنفسه طالبا العلاج ؟

المجموع	لا	نعم	
18	0	18	التكرار
100	0	100	النسبة المئوية %

يلاحظ من الجدول رقم 01 أن نسبة الإجابات بنعم قدرت بـ : 100% ، بمعنى أن كل أفراد العينة أكدوا على أنه يكون العلاج النفسي فعالا إذا أقبل المريض بنفسه طالبا العلاج.

الجدول رقم 07 : هل إلزام المريض بطريقة علاجية معينة يؤثر سلبا على العلاج النفسي ؟

المجموع	لا	نعم

18	10	8	التكرار
100	55,56	44,44	النسبة المئوية %

يتبين من خلال النتائج المدونة في الجدول رقم 07 أن النسبة الكبيرة ترى أن إلزام المريض بطريقة علاجية معينة لا تؤثر سلباً على العلاج النفسي، وقدرت بـ : 55,56% ، بينما باقي أفراد العينة والتي قدرت نسبتها بـ : 44,44% فترى عكس ذلك .

**الجدول رقم 08 :** هل نجاح العلاج النفسي يتوقف على تعاون المريض مع الأخصائي النفسي ؟

	لا	نعم	
18	1	17	التكرار
100	5,56	94,44	النسبة المئوية %

من خلال الجدول رقم 08 ، يتبين أن الغالبية العظمى من أفراد العينة والتي قدرت نسبتها بـ : 94,44% أكدت على أن العلاج النفسي يتوقف على تعاون المريض مع الأخصائي النفسي، إلا أنه قدرت النسبة التي ترى عكس ذلك بـ : 5,56% .

**الجدول رقم 09 :** هل التكوين الجامعي أهلك بأن تمارس العلاج النفسي ؟

	لا	نعم	
18	12	6	التكرار
100	66,67	33,33	النسبة المئوية %

يبين لنا الجدول رقم 09 ، أن أغلب أفراد العينة بنسبة 66,67% أكدوا على أن التكوين الجامعي

لم يؤهلهم بأن يمارسوا العلاج النفسي، بينما النسبة المتبقية والتمثلة في 33,33% ترى عكس ذلك، بمعنى أن التكوين الجامعي أهلها بأن تمارس العلاج النفسي .

**الجدول رقم 10 :** هل تمارس العلاج النفسي مع الحالة إذا شُخصت من طرف الطبيب العقلي بخلاف ما تراه ؟

المجموع	لا	نعم	
18	8	10	التكرار
100	44,44	55,56	النسبة المئوية %

تُبين لنا نتائج الجدول رقم 10 أن النسبة الأكبر من أفراد العينة والمقدرة بـ : 55,56% تمارس العلاج النفسي مع الحالة إذا شُخصت من طرف الطبيب العقلي بخلاف ما تراه ،أما النسبة المتبقية وهي الأقل والمقدرة بـ :44,44% تؤكد عكس ذلك .

**الجدول رقم 11 :** هل المكان مناسب لممارسة العلاج النفسي ؟

المجموع	لا	نعم	
18	12	6	التكرار
100	66,67	33,33	النسبة المئوية %

يُبين لنا الجدول رقم 11 أن أغلب أفراد العينة وبنسبة تقدر بـ : 66,67% يرون أن المكان غير مناسب لممارسة العلاج النفسي ،أما النسبة المقدر بـ : 33,33% فهي تخص أفراد العينة الذين يرون أن المكان مناسب لممارسة العلاج النفسي .

**الجدول رقم 12 :** هل عالجت حالات إلى أن تماثلت للشفاء طيلة مدة تواجدك في المستشفى ؟

المجموع	لا	نعم	
18	6	12	التكرار

النسبة المئوية %	66,67	33,33	100
------------------	-------	-------	-----

من خلال الجدول رقم 12 يتضح لنا أن أعلى نسبة والتي تقدر بـ : 66,67% تخص أفراد العينة الذين تمكنوا من علاج حالات إلى أن تماثلت للشفاء طيلة مدة تواجدهم في المستشفى ، أما النسبة التي تقدر بـ : 33,33% فهي تخص أفراد العينة الذين لم يتمكنوا من علاج حالات إلى أن تماثلت للشفاء طيلة مدة تواجدهم في المستشفى .

**الجدول رقم 13 :** هل يكون العلاج النفسي فعالا إذا كان الطلب من أسرة المريض مع رفضه لذلك ؟

المجموع	لا	نعم	
التكرار	16	2	18
النسبة المئوية %	88,89	11,11	100

تُظهر لنا نتائج الجدول رقم 13 أن الغالبية العظمى من أفراد العينة وبنسبة تقدر بـ : 88,89% ، ترى أن العلاج لا يكون فعالا إذا كان الطلب من أسرة المريض مع رفض المريض للعلاج ، بينما الأقلية والتي تقدر نسبتها بـ : 11,11% ترى خلاف ذلك .

**الجدول رقم 14 :** هل عدم متابعة المريض للعلاج النفسي دليل على عدم تقبله ؟

المجموع	لا	نعم	
التكرار	8	10	18
النسبة المئوية %	44,44	55,56	100

من خلال الجدول رقم 14 ، يتبين أن النسبة الأكبر والتي تقدر بـ : 55,56% وهي تخص أفراد العينة الذين أجابوا بنعم ، بمعنى أن عدم متابعة المريض للعلاج النفسي دليل على عدم تقبله ، أما النسبة المقدر بـ : 44,44% فهي تخص أفراد العينة الذين أجابوا بـ : لا ، بمعنى أنهم يرون خلاف ذلك .

**الجدول رقم 15 :** هل تُوقَف عملية العلاج النفسي إذا لم يلتزم المريض بالخطة العلاجية ؟

المجموع	لا	نعم	
18	8	10	التكرار
100	44,44	55,56	النسبة المئوية %

إن ما يظهر من خلال الجدول رقم 15 ، يعبر لنا عن نتائج أفراد العينة فيما يخص إيقاف عملية العلاج النفسي إذا لم يلتزم المريض بالخطة العلاجية ، فقدرت نسبة المجيبين بنعم بـ : 55,56% وهي أعلى نسبة مقارنة بالنسبة التي قدرت بـ : 44,44 % وهي النسبة التي تخص المجيبين بـ: لا بمعنى أنهم يؤكدون خلاف ذلك ، أي لا يوقفون عملية العلاج النفسي .

**الجدول رقم 16 :** هل من الممكن تطبيق العلاجات النفسية المعتمدة التي درستها ؟

المجموع	لا	نعم	
18	7	11	التكرار
100	38,89	61,11	النسبة المئوية %

يتضح لنا من خلال الجدول رقم 16 ، أن النسبة الأكبر والتي تقدر بـ : 61,11% وهي تخص أفراد العينة الذين أجابوا بنعم ، أنه من الممكن تطبيق العلاجات النفسية المعتمدة التي درسوها ، بينما النسبة الأقل والمقدرة بـ : 38,89% والتي تخص أفراد العينة الذين أجابوا بـ : لا ، بمعنى أنه ليس من الممكن تطبيق العلاجات النفسية المعتمدة .

**الجدول رقم 17 :** هل يساعدك تشخيص الطبيب العقلي في وضع بروتوكول علاجي مناسب إذا كان التشخيص بخلاف ما تراه ؟

المجموع	لا	نعم	
18	9	9	التكرار

النسبة المئوية %	50	50	100
------------------	----	----	-----

تُبين لنا نتائج الجدول رقم 17 ، أن النسبتين متكافئتين بالنسبة لأفراد العينة المجيبين بـ : نعم ، والأفراد المجيبين بـ : لا والتي قدرت بـ : 50% ، بمعنى أن نصف عدد العينة يؤكدون على أن تشخيص الطبيب العقلي يساعدهم في وضع بروتوكول علاجي مناسب إذا كان التشخيص بخلاف ما يرونه ، أما النصف الآخر من العينة فيؤكدون عكس ذلك ، بمعنى أنه لا يساعدهم تشخيص الطبيب العقلي إذا كان بخلاف ما يرونه في وضع بروتوكول علاجي مناسب .

**الجدول رقم 18 : هل يؤثر جنس المريض على نجاح العملية العلاجية ؟**

المجموع	لا	نعم	
18	7	11	التكرار
100	38,89	61,33	النسبة المئوية %

يُظهر لنا الجدول رقم 18 ، أن النسبة الأكبر تخص أفراد العينة الذين أجابوا بنعم والتي قدرت بـ : 61,11% ، فهم من أقرروا بأن جنس المريض يؤثر على نجاح العملية العلاجية ، أما النسبة الأقل والتي قدرت بـ : 38,89% وهي تخص أفراد العينة الذين أجابوا بـ : لا وهم من أقرروا بأن جنس المريض لا يؤثر على نجاح العملية العلاجية .

**الجدول رقم 19 : هل يحقق العلاج النفسي تغيراً لدى المريض داخل المصلحة بعد إنهاء مدة العلاج ؟**

المجموع	لا	نعم	
18	2	16	التكرار
100	11,11	88,89	النسبة المئوية %

إن النتائج المبينة في الجدول رقم 19 ، تعكس لنا أن الغالبية العظمى والتي تقدر نسبتها بـ: 88,89% ترى بأن العلاج النفسي يحقق تغيرا لدى المريض داخل المصلحة بعد إنهاء مدة العلاج، أما باقي أفراد العينة والتي تقدر نسبتهم بـ: 11,11% ترى أن العلاج النفسي لا يحقق تغيرا لدى المريض داخل المصلحة .

**الجدول رقم 20 :** هل يكون العلاج النفسي فعالا إذا كان الطلب من أحد أقارب أو زملاء المريض مع رفضه لذلك ؟

المجموع	لا	نعم	
18	17	1	التكرار
100	94,44	5,56	النسبة المئوية %

من خلال الجدول رقم 20 ، يتبين لنا أن أغلب أفراد العينة والتي تقدر نسبتها بـ: 94,44% ترى أن العلاج النفسي لا يكون فعالا إذا كان الطلب من أحد أقارب أو زملاء المريض مع رفض المريض للعلاج، أما أفراد العينة الذين يرون عكس ذلك فإن نسبتهم تقدر بـ: 5,56% وهي نسبة قليلة جدا .

**الجدول رقم 21 :** هل يتجاوب المريض داخل المصلحة أثناء العملية العلاجية ؟

المجموع	لا	نعم	
18	0	18	التكرار
100	0	100	النسبة المئوية %

تُظهر لنا نتائج الجدول رقم 21 ، أن كل أفراد العينة بنسبة 100% أكدوا بأن المريض داخل المصلحة يتجاوب أثناء العملية العلاجية .

**الجدول رقم 22 :** هل تُغير الطريقة العلاجية إذا لم يتعاون المريض ؟

المجموع	لا	نعم	
18	2	16	التكرار
100	11,11	88,89	النسبة المئوية %

إن أعلى نسبة تظهر على الجدول رقم 22 تقدر بـ : 88,89 % وهي تمثل أفراد العينة الذين أجابوا بنعم ،بمعنى أنهم يُغيرون الطريقة العلاجية إذا لم يتعاون المريض ،بينما أقل نسبة والتي تقدر بـ : 11,11% أجابوا بـ لا ،بمعنى أنهم لا يُغيرون الطريقة العلاجية إذا لم يتعاون المريض.

**الجدول رقم 23 :** هل ترى نفسك عاجزا عن تطبيق العلاج النفسي كما ينبغي ؟

المجموع	لا	نعم	
18	8	10	التكرار
100	44,44	55,56	النسبة المئوية %

يوضح لنا الجدول رقم 23 أن أعلى نسبة والتي تقدر بـ : 55,56 % وهي تمثل أفراد العينة الذين أجابوا بنعم ،بمعنى أنهم يرون أنفسهم عاجزين عن تطبيق العلاج النفسي كما ينبغي ،أما أقل نسبة والتي تقدر بـ : 44,44 % هم أفراد العينة الذين أجابوا بـ : لا ،بمعنى لا يرون أنفسهم أنهم عاجزين عن تطبيق العلاج النفسي كما ينبغي .

**الجدول رقم 24 :** هل يكون العلاج النفسي فعالا إذا تعاون الطبيب العقلي مع الأخصائي النفسي؟

المجموع	لا	نعم	
18	0	18	التكرار
100	0	100	النسبة المئوية %

يُظهر لنا من خلال الجدول رقم 24 أن كل أفراد العينة أي بنسبة 100 % أجابوا بنعم ،بمعنى أن العلاج النفسي يكون فعالا إذا تعاون الطبيب العقلي مع الأخصائي النفسي .

**الجدول رقم 25 :** هل يتلقى جميع المرضى داخل المصلحة علاجا نفسيا ؟

المجموع	لا	نعم	
18	16	2	التكرار
100	88,89	11,11	النسبة المئوية %

من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 25 يتبين أن الغالبية العظمى من أفراد العينة أجابوا بـ : لا وبنسبة تقدر بـ : 88,89 % ، على أنه لا يتلقى جميع المرضى داخل المصلحة علاجاً نفسياً ، بينما أقل نسبة والتي تقدر بـ : 11,11 % وهي تخص أفراد العينة الذين أجابوا بنعم بمعنى أن جميع المرضى داخل المصلحة يتلقون علاجاً نفسياً .

**الجدول رقم 26 :** هل تكون نسبة التغير التي تحدث للمريض عالية بعد ممارسة العلاج النفسي ؟

المجموع	لا	نعم	
18	6	12	التكرار
100	33,33	66,67	النسبة المئوية %

يتبين لنا من خلال الجدول أن أعلى نسبة والمقدرة بـ : 66,67 % تمثل أفراد العينة الذين أجابوا بنعم ، بمعنى أن نسبة التغير التي تحدث للمريض تكون عالية بعد ممارسة العلاج النفسي ، بينما أقل نسبة والمقدرة بـ : 33,33 % فهي تمثل أفراد العينة الذين أجابوا بـ : لا ، أي أن نسبة التغير التي تحدث للمريض لا تكون عالية بعد ممارسة العلاج النفسي .

**الجدول رقم 27 :** هل يكون العلاج النفسي فعالاً إذا أحيل المريض من الجهات المسؤولة كالمحكمة مثلاً ؟

المجموع	لا	نعم	
18	6	12	التكرار
100	33,33	66,67	النسبة المئوية %

من خلال ما يُظهره الجدول رقم 27 يتضح لنا أن أعلى نسبة والتي تقدر بـ : 66,67 % هم من أفراد العينة الذين أجابوا بنعم ،بمعنى أن العلاج النفسي يكون فعالا إذا أحيل المريض من الجهات المسؤولة كالمحكمة مثلا ،بينما أقل نسبة والتي تقدر بـ : 33,33 % هم من أفراد العينة الذين يؤكدون عكس ذلك .

**الجدول رقم 28 :** هل تستخدم طريقة علاجية واحدة مع المرضى داخل المصلحة ؟

المجموع	لا	نعم	
18	17	1	التكرار
100	94,44	5,56	النسبة المئوية %

تُظهر لنا نتائج الجدول رقم 28 أن الغالبية العظمى من أفراد العينة والتي تقدر نسبتهم بـ : 94,44 % أجابوا بـ : لا ، أي أنهم لا يستخدمون طريقة علاجية واحدة مع المرضى داخل المصلحة ،بينما نسبة قليلة جدا والتي تقدر بـ : 5,55 % أجابوا بنعم ،أي أنهم يستخدمون طريقة علاجية واحدة مع المرضى داخل المصلحة .

**الجدول رقم 29 :** هل تحاول إقناع المريض بالتعاون معك في العملية العلاجية إن لم يكن متعاوناً ؟

المجموع	لا	نعم	
18	0	18	التكرار
18	0	100	النسبة المئوية %

ما يوضحه الجدول رقم 29 يعكس لنا إجابات أفراد العينة ككل والتي كانت كلها بنعم وبنسبة تقدر بـ : 100 % أي أن كل فرد من أفراد العينة يحاول إقناع المريض بالتعاون معه في العملية العلاجية إن لم يكن متعاوناً .

**الجدول رقم 30 :** هل ترغب في تكوين يؤهلك لممارسة علاجية فعالة ؟

المجموع	لا	نعم	
18	0	18	التكرار
100	0	100	النسبة المئوية %

إن أعلى نسبة تظهر على الجدول رقم 30 والتي تقدر بـ : 100 % ، يتبين من خلالها أن كل أفراد العينة أجابوا بنعم أي أنهم يرغبون في تكوين يؤهلهم لممارسة علاجية فعالة .

**الجدول رقم 31 :** هل هناك تعاون بينك وبين الطبيب العقلي في العمل العلاجي ؟

المجموع	لا	نعم	
18	6	12	التكرار
100	33,33	66,67	النسبة المئوية %

تُظهر لنا نتائج الجدول رقم 31 أن أعلى نسبة والتي تقدر بـ : 66,66 % تمثل أفراد العينة الذين أكدوا أن هناك تعاون بينهم وبين الطبيب العقلي في العمل العلاجي ، بينما أقل نسبة والتي تقدر بـ : 33,33 % تمثل أفراد الذين أكدوا أنه ليس هناك تعاون بينهم وبين الطبيب العقلي في العمل العلاجي .

**الجدول رقم 32 :** هل يكون العلاج النفسي فعالاً مع الحالات الذهانية ؟

المجموع	لا	نعم

18	13	5	التكرار
100	72,22	27,78	النسبة المئوية %

يتضح لنا من خلال الجدول رقم 32 أن الغالبية العظمى والتي تقدر نسبتها بـ : 72,22 % تمثل أفراد العينة الذين أجابوا بـ : لا ، بمعنى أن العلاج النفسي لا يكون فعالاً مع الحالات الذهانية ، بينما نسبة قليلة والتي تقدر بـ : 27,78 % تمثل أفراد العينة الذين أجابوا بنعم أي أن العلاج النفسي يكون فعالاً مع الحالات الذهانية .

**الجدول رقم 33 :** هل يشمل التغير الحاصل للمريض بعد العلاج النفسي أغلب جوانب شخصيته؟

المجموع	لا	نعم	
18	10	8	التكرار
100	55.56	44.44	النسبة المئوية %

تُبين لنا نتائج الجدول رقم 33 أن أعلى نسبة تقدر بـ : 55,56 % وهي تمثل أفراد العينة الذين أجابوا بـ : لا ، أي أن التغير الحاصل للمريض بعد العلاج النفسي لا يشمل أغلب جوانب شخصيته ،بينما النسبة الأقل تقدر بـ : 44,44 % وهي تمثل أفراد العينة الذين أجابوا بنعم أي أنهم يرون خلاف ذلك .

**الجدول رقم 34 :** هل المرضى داخل المصلحة لهم رغبة في أن يخضعوا للعلاج النفسي ؟

المجموع	لا	نعم	
18	2	16	التكرار
100	11,11	88,89	النسبة المئوية %

يظهر لنا من خلال الجدول رقم 34 أن الغالبية العظمى من أفراد العينة والتي تقدر نسبتهم بـ : 88,89 % أجابوا بنعم ،أي أن المرضى داخل المصلحة لهم رغبة في أن يخضعوا للعلاج النفسي أما النسبة القليلة والتي تقدر بـ : 11,11 % تمثل أفراد العينة الذين أجابوا بـ : لا ،بمعنى أن المرضى داخل المصلحة ليس لديهم رغبة في أن يخضعوا للعلاج النفسي .

**الجدول رقم 35 : هل المرضى داخل المصلحة يتقبلون طريقة العلاج المقترحة ؟**

	نعم	لا	المجموع	
التكرار	17	1	18	نسبة التي الجدول
النسبة المئوية %	94,44	5,56	100	

إن أعلى  
تظهر على

رقم 35 تقدر بـ : 94,44 % وهي تمثل الغالبية العظمى من أفراد العينة الذين كانت إجاباتهم بنعم ،على أن المرضى داخل المصلحة يتقبلون طريقة العلاج المقترحة ،أما أدنى نسبة والتي تقدر بـ : 5,56 % فهي تمثل أفراد العينة الذين كانت إجاباتهم بـ : لا ،بمعنى أن المرضى داخل المصلحة لا يتقبلون طريقة العلاج المقترحة .

**الجدول رقم 36 : هل يبدي المرضى داخل المصلحة تعاونهم مع الأخصائي النفسي خلال العمل العلاجي؟**

	نعم	لا	المجموع	
التكرار	17	1	18	نسبة التي الجدول
النسبة المئوية %	94,44	5,56	100	

يُظهر من خلال الجدول رقم 36 أن الغالبية العظمى والتي تقدر بـ : 94,44 % تمثل أفراد العينة الذين أقرروا بأن المرضى داخل المصلحة يبدون تعاونهم مع الأخصائي النفسي خلال العمل العلاجي ،بينما نسبة قليلة جدا من أفراد العينة وهي تقدر بـ : 5,56 % أقرروا بخلاف ذلك .

**الجدول رقم 37 :** هل ممارستك للعلاج النفسي داخل المؤسسة الإستشفائية يعتمد على تشخيصك للحالة ؟

المجموع	لا	نعم	
18	1	17	التكرار
100	5,56	94,44	النسبة المئوية %

توضح لنا نتائج الجدول رقم 37 أن الغالبية العظمى والتي تقدر بـ : 94,44 % تمثل أفراد العينة الذين أكدوا على أن ممارستهم للعلاج النفسي داخل المؤسسة الإستشفائية تعتمد على تشخيصهم هم للحالة ، بينما أدنى نسبة والتي تقدر بـ : 5,56 % وهي تمثل أفراد العينة الذين أكدوا على أن ممارستهم للعلاج النفسي داخل المؤسسة الإستشفائية لا تعتمد على تشخيصهم هم للحالة .

**الجدول رقم 38 :** هل يكون العلاج النفسي فعالا داخل المصلحة دون ملازمة العلاج الدوائي ؟

المجموع	لا	نعم	
18	15	3	التكرار
100	83,33	16,67	النسبة المئوية %

نلاحظ من خلال الجدول رقم 38 أن النسبة الأكبر والتي تقدر بـ : 83,33 % تمثل الغالبية العظمى من أفراد العينة الذين أكدوا على أن العلاج النفسي لا يكون فعالا داخل المصلحة دون ملازمة العلاج الدوائي ،بينما أقل نسبة والتي تقدر بـ : 16,67 % فهي تمثل أفراد العينة الذين أكدوا على أن العلاج النفسي يكون فعالا دون ملازمة العلاج الدوائي .

**الجدول رقم 39 :** هل يكون العلاج النفسي فعالا مع الحالات المدمنة على المخدرات ؟

المجموع	لا	نعم	
18	3	15	التكرار
100	16,67	83,33	النسبة المئوية %

يتضح لنا من خلال الجدول رقم 39 أن أكبر نسبة تقدر بـ : 83,33 % وهي تمثل الغالبية العظمى من أفراد العينة الذين أجابوا بنعم ،على أن العلاج النفسي يكون فعالا مع الحالات المدمنة على المخدرات ،بينما أقل نسبة تقدر بـ : 16,67 % وهي تمثل أفراد العينة الذين أجابوا بـ : لا ، بمعنى أن العلاج النفسي لا يكون فعالا مع الحالات المدمنة على المخدرات .

**الجدول رقم 40 :** هل يحقق العلاج النفسي تغيرا في سلوك المريض إلى حد التكيف داخل المصلحة؟

المجموع	لا	نعم	
8	3	15	التكرار
100	16,67	83,33	النسبة المئوية %

تُظهر لنا نتائج الجدول رقم 40 أن أعلى نسبة والتي تقدر بـ : 83,33 % تمثل الغالبية العظمى من أفراد العينة الذين أكدوا بأن العلاج النفسي يحقق تغيرا في سلوك المريض إلى حد التكيف داخل المصلحة ، بينما أقل نسبة تقدر بـ : 16,67 % وهي تمثل أفراد العينة الذين أكدوا عكس ذلك .

**الجدول رقم 41 :** هل يكون العلاج النفسي فعالا مع الحالات العصائبية ؟

المجموع	لا	نعم	
18	1	17	التكرار

النسبة المئوية %	94,44	5,56	100
------------------	-------	------	-----

نلاحظ من خلال الجدول رقم 41 أن الغالبية العظمى والتي تقدر نسبتها بـ : 94,44 % تمثل أفراد العينة الذين أجابوا بنعم ، على أن العلاج النفسي يكون فعالاً مع الحالات العصابية ، بينما نسبة قليلة جداً والتي تقدر بـ : 5,56 % فهي تمثل أفراد العينة الذين أجابوا بخلاف ذلك .

**الجدول رقم 42 : هل تُعتبرُ التغيرُ الذي يحدث للمريض بعد العلاج النفسي شفاءً له ؟**

المجموع	لا	نعم	
18	9	9	التكرار
100	50	50	النسبة المئوية %

يتضح لنا من خلال الجدول رقم 42 أن النسبتين متكافئتين (متساويتين) ، وتقدر كل منهما بـ : 50 % ، بمعنى أن نصف عدد أفراد العينة يعتبرون التغير الذي يحدث للمريض بعد العلاج النفسي شفاءً له ، أما النصف الثاني من عدد أفراد العينة فلا يعتبرونه شفاءً للمريض .

## 2-مناقشة الفرضيات على ضوء النتائج :

تعتبر هذه المرحلة أساسية في كل بحث علمي ، وهذا بعد عرض النتائج المتحصل عليها ليكون بإمكان الباحث مناقشة فرضيات البحث بما فيها العامة والجزئية ، والوصول إلى تحقيقها أو عدم تحقيقها (نفيها) .

- فبعد مقارنة النتائج المتحصل عليها بالفرضية الأولى للبحث والتي يتمثل نصها فيما يلي : تؤثر رغبة المريض في فعالية العلاج النفسي ، يتضح من خلال نتائج البعد الذي يخص هذه الفرضية أن رغبة المريض تعتبر الخطوة الأساسية والضرورية في نجاح العلاج النفسي ، وبالتالي تحقيق فعاليته ، وهذا بخلاف المريض الذي يُدفع أو يُحال إلى العلاج ، فإن احتمال نجاحه يكون ضئيلاً

جدا ، وهذا ما أكده أغلب أفراد العينة ، وعليه فيمكن إعتبار أن هذه الفرضية قد تحققت .

- أما الفرضية الثانية والتي تتمثل فيما يلي : تتأثر فعالية العلاج النفسي بمدى تقبل المريض للطريقة العلاجية ، فبالمقارنة مع النتائج المتحصل عليها فيما يخص أسئلة هذا البعد ، يتضح أنه ليس هناك فرق شاسع بين إجابات أفراد العينة ، إلا أن النسبة الأكبر أكدت على أن فعالية العلاج النفسي لا تتأثر بمدى تقبل المريض للطريقة العلاجية ، فالمريض يتقبل طريقة العلاج المقترحة وبالرغم من هذا فإن فعالية العلاج النفسي تتأثر ولو بشكل نسبي بمدى تقبل المريض للطريقة العلاجية . وعليه فيمكن إعتبار أن الفرضية الثانية لم تتحقق .

- أما بالنسبة للفرضية الثالثة والتي يتمثل نصها فيما يلي : كلما تعاون المريض مع الأخصائي النفسي كانت هناك فعالية للعلاج النفسي ، فبعد مقارنتها مع النتائج المتحصل عليها ، إتضح أن أفراد العينة والتي تمثل الأخصائيين النفسيين العياديين أكدوا على أهمية تعاون المريض في نجاح العلاج النفسي وبنسبة مرتفعة جدا ، وهذا ما يثبت على أن كلما تعاون المريض مع الأخصائي النفسي كانت هناك فعالية للعلاج النفسي ، وبالتالي تحققت الفرضية الثالثة .

- أما فيما يخص الفرضية الرابعة والتي تتمثل فيما يلي : كفاءة الأخصائي النفسي العيادي تمكنه من إنجاز العمل العلاجي ، فقد إتضح بعد المقارنة مع النتائج المتحصل عليها فيما يخص أسئلة هذا البعد أن الأخصائيين النفسيين العياديين يقرون بالنقص فيما يخص الجانب التطبيقي للعلاج النفسي ، وهذا ما أكده أغلب أفراد العينة من خلال النتائج التي أظهرت عجزهم عن تطبيق العلاج النفسي كما ينبغي ، وتكوينهم الجامعي الذي لم يؤهلهم لممارسة علاجية فعالة ، إلا أنه هناك إمكانية تطبيق العلاجات النفسية المعتمدة ، وهذا ما أكده معظم أفراد العينة . وعليه فإن هذه الفرضية لم تتحقق .

- أما الفرضية الخامسة التي تشير إلى أن العلاقة طيبب عقلي / أخصائي نفسي تؤثر في نجاح العمل العلاجي ، فمن خلال مقارنة الفرضية بالنتائج المتحصل عليها يتضح أن كل أفراد العينة أكدوا على أن العمل كفريق علاجي يساعد على نجاح العلاج بنوعيه الدوائي والنفسي ، وهذا ما يحتاجه المريض داخل المؤسسة الإستشفائية ، فمن غير الممكن أن يتم العلاج النفسي بنجاح دون ملازمة العلاج بالأدوية رغم آثاره الجانبية ، إلا أنه يمهد المريض حتى يتمكن الأخصائي النفسي العيادي من ممارسة ما يستخدمه من طرق علاجية نفسية ، فبالرغم من أهمية العلاج النفسي

والدور الذي يلعبه في التخفيف من حدة ما يعانيه المريض من آلام نفسية، إلا أن العلاج الدوائي يبقى هو العلاج المستخدم وبشكل كبير، وخاصة مع الحالات الذهانية المتواجدة داخل المستشفى، والحالات المتوافدة على المركز الوسيطي لمكافحة الإدمان، والتي تحتاج هي الأخرى إلى أنواع خاصة من الأدوية، لكي يكون بالإمكان أن تخضع للعلاج النفسي، وبالتالي يمكن اعتبار هذه الفرضية قد تحققت .

- أما بالنسبة للفرضية السادسة والتي يتمثل نصها فيما يلي : تؤثر صعوبات العمل العلاجي سلبا في فعالية العلاج النفسي، فمن خلال مقارنة هذه الفرضية بالنتائج المتحصل عليها، يتضح أن هناك صعوبات يتلقاها الأخصائي النفسي العيادي أثناء عملية العلاج النفسي، ومن بينها المكان الذي أكد أغلب أفراد العينة على أنه غير مناسب، وبالفعل كان هذا ملاحظا، فكيف يمكن أن يتم العلاج النفسي بنجاح مع عدم توفير ما يلزم من أثاث مريح حتى يشعر المريض بنوع من الراحة بالرغم ما يعانيه من آلام، فكيف يراد منه أن يعبر عن خبراته، ومشاعره، وومكوناته وهو جالس على كرسي من خشب لمدة أطول في غالب الأحيان .

وكذلك جنس المريض الذي يعد من الصعوبات أيضا كما أكد ذلك أغلب أفراد العينة، فأحيانا يكون الأخصائي ذكرا والمريض أنثى، وأحيانا أخرى يكون الأخصائي أنثى والمريض ذكرا، فيحدث نوعا من المقاومة في غالب الأحيان أثناء الجلسات العلاجية، كما يظهر لدى بعض المرضى ما يعرف بالتحويل (الأمر الذي يستدعي وجود عون أمن لمرافقة المريض )، كما أكدت الغالبية العظمى من أفراد العينة أيضا على عدد المرضى المقيمين والمتوافدين على المؤسسة الإستشفائية الذي يعد هو الآخر من بين الصعوبات التي تؤثر سلبا في فعالية العلاج النفسي، لأن المرضى لا يتلقون جميعهم علاجا نفسيا، فقد يصل العدد أحيانا إلى مئة (100) مريض تقريبا وخاصة في مصلحة علاج حر رجال .

ومن بين الصعوبات كذلك الحالة المرضية في حد ذاتها، فليس من السهل التعامل مع الحالة الذهانية والعمل على تطبيق العلاج النفسي بنجاح لعدم إستبصار المرضى لحالاتهم، كذلك بعض الحالات المدمنة على المخدرات التي يكون هدفها من العلاج هو أن يكون قانونيا وبوصفة طبية مرخصة يتمكن من خلالها بإقتناء الدواء دون معاناة أو خفية كما كان يفعل سابقا، وبالتالي فإن الصعوبات التي يتلقاها الأخصائي النفسي العيادي تؤثر سلبا في فعالية العلاج النفسي .

- أما فيما يخص الفرضية السابعة و التي يتمثل نصها فيما يلي : يحقق العلاج النفسي تغيرا للمريض إلى حد إعتباره شفاء له ،فبعد مقارنة النتائج المتحصل عليها فيما يخص هذا البعد ، يتضح أن أغلب أفراد العينة أكدوا على أن هناك تغيرا يحدث للمريض بعد ممارسة العلاج النفسي ،وتكون نسبة التغير عالية لكنها لا تشمل أغلب جوانب شخصيته ،وإنما تكون نسبة التغير عالية على مستوى سلوكه الذي يصل إلى حد التكيف داخل المصلحة ،أما فيما يخص إعتبار التغير الذي يحدث للمريض شفاء له فكانت النسبة متكافئة ،فنصف عدد أفراد العينة يعتبرون التغير الذي يحدث للمريض من خلال العلاج النفسي شفاء له ،أما النصف الآخر من أفراد العينة فلا يعتبرون ما يحدث من تغيير شفاء للمريض .

### الفرضية العامة :

من خلال ما تحقق من الفرضيات الجزئية والتي بينت الدراسة الإحصائية بعد عرض النتائج ، تحليلها وتفسيرها مدى تأثير العوامل أو المتغيرات في فعالية العلاج النفسي ،والتي كانت تمثل أبعاد هذا البحث ، وبالتالي يمكن إعتبار أن الفرضية العامة قد تحققت ، والتي يتمثل نصها فيما يلي :

تؤثر بعض العوامل (المتغيرات) في فعالية العلاج النفسي داخل المؤسسة الإستشفائية للأمراض العقلية .

## الفصل الخامس : الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

### أ. الدراسة الإستطلاعية

#### تمهيد

- 1- أهداف الدراسة الإستطلاعية
- 2- مكان وزمان الدراسة الإستطلاعية
- 3- عينة الدراسة الإستطلاعية
- 4- الخصائص السيكومترية لأدوات القياس

**تمهيد :**

يعتمد معظم الباحثين على الدراسة الإستطلاعية في أبحاثهم العلمية، فهي خطوة ضرورية وهامة تساهم في التعرف على الميدان الذي يجرى فيه البحث، كما تمكننا من التعرف على حيثيات الموضوع وكذا عينة البحث، كما أنها تساعد الباحث على رسم الخطة والمنهج الصحيح لمواصلة عملية البحث، كما تعتبر أيضا تمهيدا للدراسة الأساسية، ولهذا كان من الضروري القيام بهذه الدراسة .

**1- أهداف الدراسة الإستطلاعية :**

هي دراسة أولية، الغرض منها مايلي :

- التأكد من التصور العام للبحث.
- معرفة مدى توافق المعلومات التي يقيسها الإستبيان مع ما هو موجود في الميدان .
- تهدف إلى تصور الطريقة التي يمكن أن يُقدم بها الإستبيان .
- تساهم في التعرف على أفراد العينة (عينة البحث) .
- تمكننا من تفادي وتجنب المشاكل والصعوبات التي يمكن أن نواجهها في الدراسة الأساسية .
- تهدف إلى التأكد من صدق وثبات الإستبيان .

**2- مكان وزمان الدراسة الإستطلاعية :**

**2-1- المكان :** أجريت الدراسة الإستطلاعية بالمؤسسة الإستشفائية للأمراض العقلية (مستغانم) ،

بمختلف مصالحها والمتمثلة في :

- مصلحة علاج حر نساء .
- مصلحة علاج حر رجال .
- مصلحة الفحص الطبي .
- المركز الوسيطي لمكافحة الإدمان ،الذي يقع خارج المؤسسة الإستشفائية لكنه تابع لإدارتها .

**2-1-1- البطاقة الفنية لمصالح المؤسسة الإستشفائية :**

أ- مصلحة علاج حر رجال : تتكون من طابقين، الطابق العلوي يحوي (07غرف للمرضى

حمامين، 04 غرف للعزل، مكتب خاص بالأخصائيين النفسانيين العياديين (الذي يبلغ عددهم 06). أما الطابق السفلي يحوي (حمامين ،نادي،مكتب الطبيب ،هناك أربعة أطباء(04) عقليين + طبيب عام ،قاعة للعلاج ،مكتب خاص بالمرضى يبلغ عددهم 14 منهم ممرض ومنهم مساعد ممرض يعملون بالتناوب، مكتب خاص برئيس المصلحة ،03غرف للمرضى ، أعوان الأمن ويبلغ عددهم (20) ،أعوان النظافة ويبلغ عددهم (11) .

**ب- مصلحة علاج حر نساء :** تتكون من طابقين ،الطابق العلوي يحوي (03 غرف للمرضى غرفة للعزل ،حمام ،قاعة خاصة بالحلاقة ،مكتب خاص بالأخصائيين النفسانيين العياديين ويبلغ عددهم ثمانية (08) + أخصائي العلاج بالعمل .أما الطابق السفلي فيحوي (قاعة للعلاج ،مطبخ حمام ،نادي ،غرفة للمرضى ،مكتب الطبيب (طبيب عقلي +طبيب عام) ، يعمل بالمصلحة (12) ممرض،منهم ممرض ومنهم مساعد ممرض يعملون بالتناوب + رئيس المصلحة ،قاعة للإنتظار أعوان الأمن (04) ،أعوان النظافة (04) .

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

**د- المركز الوسيط لمكافحة الإدمان :** يحوي مكتبين خاصين بالأخصائيين النفسانيين العياديين، ويبلغ عددهم (06) ،يعملون بالتناوب ،مكتب خاص بالطبيب العام ،مكتب خاص بالطبيب العقلي مكتب خاص برئيس المصلحة ،مكتب خاص بالأمانة (السيكريتارية) يضم أربعة موظفين من بينهم ذكور وإناث ،مخزن (أدوات النظافة ،أدوات المكتب ،...) ،حمامين (أحدهما للذكور،والثاني للإناث ) ،أعوان الأمن (05) ،أعوان النظافة (01) .

**2-2- الزمان :** أجرينا تطبيق الإستبيان في 19 ماي 2013م ،حيث قمنا بتوزيعه على عين البحث المتواجدة في مختلف مصالح المؤسسة الإستشفائية ،فمنهم من قام بملئها وهذا بالإجابة عن الأسئلة المطروحة حين إستلمها ،ومنهم من أخذ وقتا لذلك ،وهذا راجع إلى نظام التناوب المتبع في العمل ،وقد تم إستيلاء آخر إستبيان في يوم 27 ماي 2013م .

### 3- عينة الدراسة الإستطلاعية :

تمثلت عينة هذه الدراسة من الأخصائيين النفسانيين العياديين ،وكان عددهم سبعة عشر(17) أخصائيا تم إختيارهم بشكل عشوائي .

### 4- الخصائص السيكومترية لأدوات القياس :

**4-1- الصدق :** بعد وضع عدة أسئلة خاصة بكل بعد من أبعاد الإستبيان ،وقبل القيام بتوزيعه على أفراد العينة ،قمنا بالتأكد من صدق الإستبيان من خلال عرضه على مجموعة مكونة من خمسة (05) أساتذة ، أربعة منهم من كلية العلوم الإجتماعية (جامعة عبد الحميد ابن باديس - مستغانم-) ، وأستاذ واحد من جامعة معسكر، وهم كالآتي :

- الأستاذ : كروجة الشارف

- الأستاذة : بن عروم وافية

- الأستاذة : مسعود ليلي

- الأستاذ : حامق محمد

- الأستاذة : بوزيدي هدى

حيث طلبنا منهم الإطلاع على أسئلة الإستبيان لمعرفة رأي وتقدير كل أستاذ في إمكانية تطبيقه ومدى صلاحيته للغرض الذي يرمي إليه ،وهذا من حيث الصياغة اللغوية للفقرات ومدى تناسب كل فقرة مع هدف المقياس وعلاقة الفقرات (الأسئلة) بالأبعاد التي تنتمي إليها ،مع تسجيل الملاحظات التي تتعلق بفقرات الإستبيان ككل وإقتراح صياغة بديلة إذا دعت الضرورة لذلك . وبعد الإطلاع على الإستبيان من قبل الأساتذة المحكمين ،كانت آراؤهم متقاربة في فقرات ومختلفة في فقرات أخرى ،وفيما يلي الجدول الذي يوضح النسبة المئوية للإتفاق بين المحكمين

حيث إستعملنا السلم التالي :

يقيس	لا يقيس	يعدل
------	---------	------

وكانت المعادلة كالآتي :

$$\frac{\text{النسبة المئوية لكل سؤال} \times \text{عدد الإجابات المتكافئة} \times 100}{5 \text{ (عدد المحكمين)}} =$$

4-1-1- الجدول الخاص بالنسبة المئوية لإتفاق المحكمين :

النسبة المئوية للإتفاق %			5	4	3	2	1	المحكمين العبارات
تعديل	لا تقيس	تقيس						
0	0	100	تقيس	تقيس	تقيس	تقيس	تقيس	1
80	0	20	تعديل	تعديل	تعديل	تعديل	تقيس	2
40	20	40	تقيس	تعديل	تعديل	لا تقيس	تقيس	3
20	20	60	تقيس	تقيس	تعديل	لا تقيس	تقيس	4
20	0	80	تقيس	تقيس	تقيس	تقيس	تعديل	5
0	0	100	تقيس	تقيس	تقيس	تقيس	تقيس	6
0	0	100	تقيس	تقيس	تقيس	تقيس	تقيس	7
20	0	80	تقيس	تقيس	تقيس	تقيس	تعديل	8
0	40	60	تقيس	تقيس	لا تقيس	لا تقيس	تقيس	9
20	20	60	تقيس	تقيس	تقيس	لا تقيس	تعديل	10
0	0	100	تقيس	تقيس	تقيس	تقيس	تقيس	11
0	20	80	تقيس	تقيس	تقيس	لا تقيس	تقيس	12
0	20	80	تقيس	تقيس	تقيس	لا تقيس	تقيس	13
20	20	60	تقيس	تقيس	تقيس	لا تقيس	تعديل	14
0	40	60	تقيس	تقيس	لا تقيس	لا تقيس	تقيس	15

20	0	80	تقيس	تقيس	تقيس	تعديل	تقيس	16
0	20	80	تقيس	تقيس	تقيس	لا تقيس	تقيس	17
0	20	80	تقيس	تقيس	تقيس	لا تقيس	تقيس	18
0	20	80	تقيس	تقيس	تقيس	لا تقيس	تقيس	19
40	0	60	تقيس	تعديل	تقيس	تعديل	تقيس	20
20	0	80	تقيس	تقيس	تعديل	تقيس	تقيس	21
60	0	40	تقيس	تقيس	تعديل	تعديل	تعديل	22
40	0	60	تقيس	تقيس	تعديل	تعديل	تقيس	23
20	0	80	تقيس	تقيس	تقيس	تعديل	تقيس	24
20	60	40	تقيس	لا تقيس	لا تقيس	لا تقيس	تقيس	25
20	40	40	تقيس	تقيس	لا تقيس	لا تقيس	تعديل	26
0	0	100	تقيس	تقيس	تقيس	تقيس	تقيس	27
40	0	60	تقيس	تقيس	تعديل	تقيس	تعديل	28
60	0	40	تقيس	تعديل	تقيس	تعديل	تعديل	29
20	20	60	تقيس	تقيس	تقيس	لا تقيس	تعديل	30
20	20	60	تقيس	تقيس	تقيس	لا تقيس	تعديل	31
0	20	80	تقيس	تقيس	تقيس	لا تقيس	تقيس	32
60	0	40	تقيس	تعديل	تعديل	تعديل	تقيس	33
20	20	60	تقيس	تقيس	تعديل	لا تقيس	تقيس	34
40	0	60	تقيس	تقيس	تعديل	تعديل	تقيس	35
40	20	40	تعديل	تقيس	تعديل	لا تقيس	تقيس	36
0	20	80	تقيس	لا تقيس	تقيس	تقيس	تقيس	37
20	0	80	تعديل	تقيس	تقيس	تقيس	تقيس	38

وبعد حساب النسب المئوية لكل أسئلة الإستبيان ،قمنا بتعديل بعض الأسئلة والمتمثلة في الآتي :

( 2،3،20،22،29،33،35،36 ) ، وحذفنا سؤالاً واحداً والمتمثل في العدد (25) ، كما أننا إحتفظنا بالأسئلة التي أجمع (إتفق) الأساتذة المحكمين على صحة مضمونها ،وكانت نسبتها عالية كما قُدر معامل الصدق للإستبيان ككل بـ: (67%) أي ما يعادل (0.67) بالدرجات ،وهذا بعد حسابه بإستخدام المعادلة الآتية وفقاً لقانون العلاقة الثلاثية :

$$190 \leftarrow 100 \leftarrow 190$$

$$128 \leftarrow س \leftarrow 128$$

$$س = \frac{100 \times 128}{190} = 67.36\%$$

$$190 = \text{عدد الأسئلة} \times \text{عدد المحكمين} = 5 \times 38$$

$$128 = \text{عدد الأسئلة المناسبة (تقيس) للإستبيان ككل حسب آراء الأساتذة المحكمين .}$$

وبناء على هذه النتيجة تم التأكد من صدق الإستبيان .

#### 4-1-2- الجدول الخاص بالفقرات (الأسئلة) التي تم تعديلها :

الأسئلة قبل التعديل	الأسئلة بعد التعديل
- هل يكون العلاج النفسي فعال إذا كان الطلب من عائلة المريض ؟	- هل يكون العلاج النفسي فعالاً إذا كان الطلب من أسرة المريض مع رفضه لذلك ؟
- هل يكون العلاج النفسي فعال إذا كان الطلب من أحد أقاربه أو زملائه ؟	- هل يكون العلاج النفسي فعالاً إذا كان الطلب من أقارب أو زملاء المريض مع رفضه لذلك؟
- هل تقوم كأخصائي نفسي عيادي بتشخيص الحالة المرضية ؟	- هل ممارستك للعلاج النفسي داخل المؤسسة الإستشفائية يعتمد على تشخيصك للحالة؟
- هل يساعدك ذلك في وضع بروتوكول علاجي مناسب ؟	- هل يساعدك تشخيص الطبيب العقلي في وضع بروتوكول علاجي مناسب إذا كان التشخيص بخلاف ما تراه ؟
- هل تتلقى جميع الحالات داخل المصلحة العلاج النفسي ؟	- هل يتلقى جميع المرضى داخل المصلحة علاجاً نفسياً ؟
- مدة تواجدك في المستشفى هل عالجت حالات؟	- هل عالجت حالات إلى أن تماثلت للشفاء طيلة مدة تواجدك في المستشفى ؟
- هل كانت نسبة التغير عالية ؟	- هل تكون نسبة التغير التي تحدث للمريض عالية بعد ممارسة العلاج النفسي ؟
- هل تم التغير على جميع مستويات الشخصية؟	- هل يشمل التغير الحاصل للمريض بعد العلاج النفسي أغلب جوانب شخصيته ؟

#### 2-4- الثبات :

يقصد به أن تكون أدوات القياس ذات نسبة عالية، أي إذا أعيد تطبيقها بعدة مدة على العينة ذاتها وفي نفس الظروف فإنها تعطي نفس الإستجابات تقريبا .

#### 4-2-1- ثبات الإستبيان :

بعد التأكد من صدق الإستبيان والقيام بالتعديلات اللازمة ووضعها في صورتها النهائية، قمنا بالتأكد من ثباته، وقد إختارنا طريقة التجزئة النصفية، حيث تم حساب معامل ارتباط "بيرسون" بين الفقرات الفردية والفقرات الزوجية وتصحيحه بمعادلة "سبيرمان براون"، وذلك وفقا للخطوات التالية :

- جمع درجات الفقرات (الأسئلة) الفردية على مستوى كل فرد .
- جمع درجات الفقرات الزوجية على مستوى كل فرد .
- حساب معامل ارتباط بيرسون بين نصفي الإستبيان (الفقرات الفردية والفقرات الزوجية).
- إجراء معامل التصحيح .

#### 4-2-2- الجدول الخاص بتربيع، ضرب وجمع الدرجات الفردية والزوجية لأفراد العينة :

الدرجات الأفراد	درجات الأسئلة الفردية (س)	درجات الأسئلة الزوجية (ص)	س <sup>2</sup>	ص <sup>2</sup>	(س × ص)
1	30	30	900	900	900
2	35	28	1225	784	980
3	34	27	1156	729	918
4	34	27	1156	729	918
5	32	28	1024	784	896
6	34	30	1156	900	1020
7	36	30	1296	900	1080
8	35	28	1225	784	980
9	35	31	1225	961	1085
10	36	30	1296	900	1080
11	34	30	1156	900	1020
12	37	28	1369	784	1036
13	33	29	1089	841	957
14	36	27	1296	729	972
15	36	27	1296	729	972
16	32	29	1024	841	928
17	35	28	1225	784	980
المجموع	584	487	20114	13979	16722

4-2-3- حساب معامل ارتباط بيرسون :

$$r = \frac{n \text{ مج (س} \times \text{ص) - (مج ص) } \times \text{(مج س)}}{\sqrt{\left[ \left( \sum \text{مج ص}^2 - \frac{(\sum \text{مج ص})^2}{n} \right) \times \left( \sum \text{مج س}^2 - \frac{(\sum \text{مج س})^2}{n} \right) \right]}$$

$$= \frac{(487) \times (584) - (16722) \cdot 17}{\sqrt{\left[ \left( 237169 - \frac{(13979 \times 17)}{17} \right) \times \left( 341056 - \frac{(20114 \times 17)}{17} \right) \right]}}$$

$$= \frac{284408 - 284274}{\sqrt{(237169 - 237643) \times (341056 - 341938)}}$$

$$= \frac{134}{\sqrt{418068}} = \frac{134}{474 \times 882} = \frac{134}{646.58} = 0.20$$

4-2-4- معادلة سبيرمان براون :

$$r \times 2 = \frac{(0.20) \times 2}{(0.20) + 1} = \frac{0.40}{0.80} = 0.50$$

وبالتالي :  $r = 0.50$  ، وهي نتيجة معامل الثبات ، التي تدل على ثبات الإستبيان ، وهذا ما يُمكننا من تطبيقه في الدراسة الأساسية .



**تمهيد:**

يعد مجال العلاج النفسي من المجالات التي يعنى بها الكثيرين لما له من أهمية بالغة تعود على الفرد بنتائج إيجابية بعد صعوبات ومشاكل أو اضطراب أو مرض أصيب به في فترة من الفترات عاش خلالها معاناة نفسية فسأت حالته، وتدهورت شخصيته وأصبح يفترق إلى التكيف والتوافق، يحتاج إلى من يأخذ بيده من أهل الإختصاص مستخدماً العلاج النفسي بثتى أساليبه وطرقه العلاجية والتي يراها مناسبة لنوع المرض أو الإضطراب، تحقق الأهداف المرجوة من العلاج النفسي، الذي يتميز عن غيره من العلاجات الأخرى في تعاريفه وتصنيفاته، وكذلك خصائصه وأبعاده.

**1- حاجة الفرد إلى العلاج النفسي:**

عندما يبدو الفرد مضطرباً بدرجة تخرج عن المعيار العادي للسلوك ، مما يعوق حياته العادية وتوافقه الشخصي والإجتماعي ويعكر صفو سعادته ، فإنه يكون مضطرباً أو مريضاً نفسياً يحتاج إلى العلاج ويصبح العلاج النفسي ضرورة ملحة ، وتستجيب كل المشكلات السلوكية البسيطة وإضطرابات الشخصية وأنواع العصاب وأنواع الذهان والأمراض النفسية الجسمية للعلاج النفسي. (السيد فهمي علي، 2010، 36)

**2- تعريف العلاج النفسي:****لغة:**

العلاج : عَالَجٌ : يُعَالَجُ ، عَالِجٌ ، مُعَالَجَةٌ ، وَعِلَاجًا الطَّبِيبُ المَرِيضَ : دَاوَاهُ .

الشَيْءَ : زَاوَلَهُ وَمَارَسَهُ .

نَفْسِيَّةٌ : النَفْسِيَّةُ هِيَ حَالَةُ النَّفْسِ .

(علي بن هادية وآخرون، 1979، 640)

**إصطلاحاً :**

- يعرف "فريدمان Freedman " (1967) العلاج النفسي بأنه نوع من العلاج للأمراض العقلية والإضطرابات السلوكية ، ينشئ فيه المعالج عقداً مهنيًا مع المريض ، ومن خلال إتصال

علاجي محدد (لفظي أو غير لفظي) يحاول المعالج أن يخفف من اضطرابات المريض الإنفعالية وتغيير أنماطه السلوكية سيئة التوافق وتنمية شخصيته وتطورها .

(مفتاح محمد عبد العزيز، 2001، ص22)

- العلاج النفسي بمعناه العام هو نوع من العلاج تستخدم فيه أية طريقة نفسية، لعلاج مشكلات أو اضطرابات أو أمراض ذات صبغة إنفعالية يعاني منها المريض وتؤثر في سلوكه، وفيه يقوم المعالج وهو شخص مؤهل علميا وفنيا بالعمل على إزالة الأعراض المرضية الموجودة أو تعديلها أو تعطيل أثرها مع مساعدة المريض على حل مشاكله الخاصة، والتوافق مع بيئته وإستغلال إمكاناته على خير وجه ومساعدته على تنمية شخصيته ودفعها في طريق النمو النفسي الصحي، بحيث يصبح المريض أكثر نضجا وأكثر قدرة على التوافق النفسي في المستقبل.

(حامد زهران، 2001، 183)

- يقصد بالعلاج النفسي تلك العمليات والإجراءات التي يقوم بها الأخصائي النفسي، بقصد إعادة تكيف الفرد مع نفسه ومع المجتمع المحيط به، أي معالجة الإضطرابات أو الأمراض النفسية " الأعبية " والأمراض العقلية " الذهانات " والإضطرابات السلوكية أو الأخلاقية، والأمراض السيكوسوماتية أي النفسجسمية، حيث يقوم الأخصائي المعالج بالرعاية والخدمات العلاجية في شكل جلسات فردية تخص مريض واحد بعينه، أو في شكل جلسات جماعية تخص مجموعة من المرضى فيما يعرف بإسم العلاج الجماعي .

(عبد الرحمن محمد العيسوي، 1990، 27)

- هو العلاج للإضطرابات النفسية أو العقلية الذي يقتصر على غير الوسائل الطبية أو الطبيعية، كالتحليل، الإيحاء، التنويم، الإقناع، إعادة التعلم، إعادة الإشراف والتنفيس، وغير ذلك، وأما العلاج بالعقاقير أو بالصدمة أو بالجراحة فلا يدخل ضمن مفهوم العلاج النفسي، ويقوم بالعلاج أخصائي في العلاج " psychotherapist " وقد يشترك معه في العلاج آخرون كالأخصائي الإجتماعي والموجه أو المرشد الديني اللذين مجال عملهما الطب النفسي.

(عبد المنعم الحفني، 1990، 742)

- هو النشاط المخطط الذي يقوم به السيكولوجي هادفاً منه إلى تحقيق تغير في الفرد ،  
يجعل حياته أسعد وأكثر بناءة أو كليهما معا .

(جوليان روتر، ترجمة عطية محمود هنا وآخر، 1984، 137)

- كل إستعمال للوسائل النفسية من أجل معالجة مرض عقلي، عدم تكيف أو اضطراب  
سيكوسوماتي .

(H.Bloch et qutres,1997,p1041)

**\*\* تعددت تعاريف العلاج النفسي وتنوعت لكنها تتفق على أنها عملية تجرى بين الأخصائي  
النفسي والمريض ، بإستخدام وسائل نفسية تهدف إلى تحقيق تكيف الفرد .  
ومن خلال هذه التعاريف يمكن إستنتاج تعريفاً خاصاً للعلاج النفسي وهو كالآتي : " هو  
العملية التي تجرى بين الأخصائي النفسي (المعالج) والفرد (المريض) ، الذي يعاني من مرض  
نفسي أو عقلي أو سيكوسوماتي أو اضطراب سلوكي بعد إجراء عقد بينهما ، وتتم في شكل  
جلسات فردية أو جلسات جماعية، تخص مجموعة من المرضى بإستعمال وسائل وتقنيات نفسية  
بهدف تحقيق تكيف الفرد مع ذاته ومع المحيط الخارجي.**

### 3- أهداف العلاج النفسي :

يهدف العلاج النفسي إلى تحقيق ما يلي :

- تعديل السلوك غير السوي للمريض ، وتعلم السلوك السوي والتوافقي .
- تحويل الخبرات المؤلمة إلى خبرات معلمة .
- تهيئة المناخ المشبع بالأمن النفسي وإزالة القلق والتخلص من السلوك المرضي.
- زيادة القدرة على حل الصراعات والتغلب على الإحباطات ومواجهة الحرمانات وتحمل  
الصددمات .
- تحقيق تقبل الذات وتقبل الآخرين وإقامة علاقات إجتماعية سوية .
- إزالة أسباب المرض وعلاج أعراضه، وحل المشكلات والسيطرة عليها .

(إجلال محمد سرى، 2000، 85)

- نقص المستوى المرتفع من القلق عند المريض .

- تجديد قدرة المريض على الإتصال على مستوى واقعي في العلاقات الشخصية والتخلص من أوهامه . (رشاد علي عبد العزيز موسى، 2001، 211)
- التخلص من نواحي الضعف والعجز وتدعيم وتعزيز نواحي القوة والتعرف على القدرات وتنميتها .
- تعلم أساليب أكثر فاعلية لمواجهة البيئة بمتطلباتها المتعددة بصورة واقعية .
- تحقيق التوافق الشخصي والإجتماعي والمهني . (السيد فهمي علي، 2010، 37)
- تعزيز الدوافع التي تكمن وراء السلوك السوي الناضج .
- زيادة تقبل وتحمل المسؤولية الشخصية بالنسبة لتقدم العلاج نحو تحقيق أهدافه.
- تغيير مفهوم الذات السالب والقضاء على عدم التطابق بين مستويات مفهوم الذات المختلفة وتنمية مفهوم الذات الموجب وتحقيق التطابق بين مستويات مفهوم الذات.
- العمل على إتمام الشفاء والحيلولة دون حدوث النكسة. (حامد زهران، 2001، 186)
- \*\*- تعددت أهداف العلاج النفسي وتنوعت، وهذا بتعدد الجوانب المتدهورة في شخصية المريض، ولهذا شملت الأهداف أغلب نواحيها من أجل أن يتمتع الشخص بالصحة النفسية، بعد تعديلها وإعادة تنظيمها .

#### 4- تصنيفات العلاج النفسي :

يصنف العلاج النفسي أحيانا إلى:

- 4-1- علاج نفسي مُعَاوِن supportive- p :** هدفه تقوية دفاعات المريض وتطوير ميكانيزماته للسيطرة على نفسه، وإستعادة توازنه الذي به يكون تكيفه وتوافق المنشودان، ومن العلاج المعاون ترشيد المريض وتطمينه وإقناعه، وعلاجه بالتفريغ، وبسلب الحساسية، وتوجيهه وجهة إجتماعية بحيث يتفاعل مع بيئته وتكون له إهتمامات خارجية.
- 4-2- علاج نفسي بإعادة التعليم Re-educative- p :** مساعدة المريض على التعرف إلى صراعاته الشعورية، فيزيد إستبصاره بها ويكون أكثر واقعية بالنسبة لأهدافه فيعدل منها، ويستخدم إمكانياته الفعلية الإستخدام الأمثل لتحقيقها، ومن ذلك علاج الإتجاهات، والترشيد، وإعادة الإشراف والعلاج الجماعي بإعادة التعلم، والبيولوجيا النفسية .
- 4-3- علاج نفسي بإعادة البناء Reconstructive- p :** مساعدة المريض على أن يستبصر

صراعاته ويغير من تركيب شخصيته، ومن ذلك التحليل النفسي، والعلاج بطريقة أدلر Alderian-p، وبطريقة يونج Yung، وطرق العلاج الثقافي التفاعلي عند سوليفان Sullivan وهورني Horney . (عبد المنعم الحفني، 1999، 273)

\*\*- من خلال هذه التصنيفات يتبين أن العلاج النفسي يُمارَس وفقا لما يحتاجه المُعالَج وحسب مايراه المُعالَج مناسباً له، مستخدماً أساليب وطرق علاجية تمكنهما من تحقيق الهدف المسطر.

### 5- خصائص العلاج النفسي :

للحلاج النفسي خصائص عدة، فهناك فروقا أساسية بينه وبين غيره من أساليب العلاجات الأخرى، ويمكن تلخيص هذه الخصائص فيما يلي :

- إلقاء مسؤولية كبرى للحلاج وتوجيهه ونتائجه على عاتق المريض.
- تحديد دور المعالج تحديدا صارما في القبول والإعتراف والإنعكاس وتوضيح مشاعر المريض.
- تجرى وتتقدم عملية الحلاج طبقا لحدود العميل وإمكاناته، فالمريض هو الذي يتخذ موقف المبادرة وهذا أفضل عما يتخذه المعالج. (السيد فهمي علي، 2010، 36)

- العلاج النفسي فرصة للعميل(المريض) ليعيد التعلم.
- العلاج النفسي يساعد على تنشيط نمو خبرات جديدة ذات أهمية إنفعالية .
- توجد علاقة علاجية ذات مواصفات خاصة. (مفتاح محمد عبد العزيز، 2001، 23)
- \*\*- يتبين من خلال الخصائص السابقة الذكر أن الحلاج النفسي يتميز عن غيره من العلاجات الأخرى كونه يركز على العلاقة العلاجية في حد ذاتها، والعمل على نجاحها باعتبارها الأرضية التي يمهد عليها باقي الخطوات العلاجية.

### 6- أشكال العلاج النفسي :

يأخذ الحلاج النفسي شكلين أساسيين هما :

**6-1- الحلاج الفردي :** وهنا يقتصر الحلاج النفسي على مريض واحد في الجلسة العيادية، ويستخدم معه المعالج أي طريقة أو أسلوب من أساليب الحلاج النفسي، وهنا يكون الطرح مركزا على المُعالَج، وهذا بخلاف الحلاج الجمعي الذي يكون الطرح فيه موزعا على باقي أفراد المجموعة.

**6-2- العلاج الجمعي :** بالرغم من أن العلاج النفسي غالبا ما يجرى مع أفراد، فإنه يمكن أن يجرى أيضا مع مجموعات من العملاء أو مع أفراد الأسرة، ويشير العلاج الجمعي إلى علاج متزامن خاص بعملاء عديدين تحت إرشاد معالج يحاول أن يسهل التفاعلات المساندة بين أعضاء المجموعة، ويمكن توظيف العلاجات السيكودينامية والظاهرانية والسلوكية جميعها للإستخدام في جماعات، وتتنظم كثير من الجماعات حول نمط واحد من المشاكل (مثل إدمان الكحول) أو نمط واحد من العملاء (مثل المراهقين) (حسين فايد، 2005، 13)

**\*\*-** من خلال الشكلين الأساسيين للعلاج النفسي يتضح أن دور المعالج يختلف في كل منهما ، وهذا باختلاف العلاقة العلاجية، ففي العلاج الفردي تكون العلاقة بين المعالج والمريض، أما في العلاج الجماعي فتكون العلاقة بين المعالج والمريض ،وبين المريض وباقي أفراد الجماعة.

### 7- أبعاد العلاج النفسي :

توجد أبعاد متعددة للعلاج النفسي وتتضمن هذه الأبعاد طرقا كثيرة للعلاج ، ويلاحظ أن الفرق بين طرفي كل بعد ليس فرقا مطلقا ولكنه فرق في الدرجة ،أي أن كل طرف يتضمن عناصر من الطرف الآخر،وفيما يلي أهم أبعاد العلاج النفسي :

#### 7-1- علاج الأسباب وعلاج الأعراض :

- علاج الأسباب : يعني العلاج الذي يركز على إكتشاف أسباب المرض النفسي وإجتثاث جذوره مما يؤدي بطبيعة الحال إلى إختفاء الأعراض التي نتجت عنها ، ويعتقدون المهتمون بعلاج الأسباب إذا إقتصر الأمر على علاج الأعراض وبقيت الأسباب والجذور كما هي فسوف ينمو منها أعراض أخرى مشابهة أو مختلفة .

- علاج الأعراض : يركز على تحرير المريض من الأعراض ، وهذا هو أول ما يتوقعه المريض من عملية العلاج ورغم ما وُجه إلى علاج الأعراض من إعتراضات إلا أن له ضرورة أحيانا خاصة في حالات مثل الهياج وإضطرابات مثل الهستيريا، حيث يساعد علاج العرض في إقناع المريض أن حالته نفسية وليس عضوية .

#### 7-2- علاج التدعيم وعلاج إعادة البناء :

- علاج التدعيم : يهدف إلى تدعيم الشخصية بتحقيق وتسكين الأعراض وحل المشكلات عن

طريق تغيير ظروف المريض ودون إحداث تغيير أساسي في بناء شخصيته، وفيه يقوم المعالج بدور المساند والمطمئن والناصح والمقنع والموجه والمشارك إنفعاليا والمشجع والمعلم .

- علاج إعادة البناء : يهدف إلى تغيير الشخصية وإعادة بنائها وتغيير عادات المريض السلوكية وطريقة تفكيره وإتجاهاته الأساسية وأسلوب حياته، ومفهومه عن ذاته وعن الآخرين .

(حامد زهران ،2001،207)

### 7-3- العلاج السلوكي والعلاج المعرفي :

- العلاج السلوكي : يهدف إلى تغيير السلوك المرضي المكتسب .
- العلاج المعرفي : يركز على تغيير الجوانب المعرفية والعقلية لدى المريض .

### 7-4- العلاج العميق والعلاج السطحي :

- العلاج العميق(أو التحليلي): يهدف إلى إكتشاف المواد المكبوتة لدى المريض وإظهارها حيث تتركز الصراعات حولها .

- العلاج السطحي : يهدف إلى إعادة الثقة وطمأنة المريض ومساندته ،دون الدخول إلى أعماقه وصراعاته .

### 7-5- العلاج الموجه والعلاج غير الموجه :

- العلاج الموجه : يقوم فيه المعالج بدور فعال ونشط في كشف صراعات المريض وتوجيهه نحو السلوك الموجب المخطط ليؤثر في الشخصية .

- العلاج غير الموجه : يكون المعالج فيه أقل إيجابية ،ويقتصر دوره على تهيئة المناخ العلاجي الذي تسوده المودة والتسامح حتى يشعر المريض بالأمن والتقبل فيخرج كل ما لديه من أفكار ومشاعر وأسرار خاصة دون خجل ،ويكون المعالج كمرآة عاكسة لمشاعر وإتجاهات المريض ، وبذلك تتضح شخصيته ويزداد إستبصاره . (إجلال محمد سرى،2000،99)

### 7-6- العلاج المطول والعلاج المختصر:

- العلاج المطول : علاج شامل يهدف عادة إلى تنظيم بناء شخصية المريض وهذا يستغرق وقتا طويلا ، فقد يستغرق بضع جلسات أسبوعيا على مدى بضعة أشهر أو على مدى بضع سنوات ، ويعتبر التحليل النفسي أشهر طرق العلاج المطول .

- العلاج المختصر: علاج مكثف قصير الأمد بسيط يركز على الأهم والضروري والمحدد ،

ويهدف إلى حصول المريض على أكبر فائدة علاجية في أقل وقت ممكن ، وهو مفيد بصفة خاصة في العيادات النفسية ومستشفيات الأمراض النفسية حيث يزداد عدد المرضى ويقل عدد الأخصائيين ، ومن أساليبه التدريب المختصر و ورش السلوك النموذجي .

#### 7-7- علاج الفرد وعلاج البيئة :

**-علاج الفرد :** يهتم فيه المعالج بالمريض كفرد ويساعده لحل مشكلاته وتحقيق مستوى أفضل من التوافق النفسي ، ولا يهتم كثيرا بربط العلاج بمواقف حياة المريض و أوجه نشاطه الأخرى في بيئته الخارجية .

**- علاج البيئة :** أو علاج المحيط البيئي ، يتضمن إحداث تغييرات في البيئة المباشرة للمريض ومواقف حياته وأوجه نشاطه ،ويدخل في تخطيط علاجه أدوار كل من المعالجين والمخالطين له.

#### 7-8- العلاج المرن والعلاج الملتمزم :

**- العلاج المرن :** يقصد به الإختيار بين طرق العلاج النفسي المختلفة بمرونة وإنتقاء الطريقة المناسبة للحالة وإستخدامها، والمرونة والإختيار وعدم الإلتزام بطريقة محددة في العلاج النفسي يتيح للمعالج إمكانية علاج معظم أشكال الإضطراب النفسي. (حامد زهران،2001،209)

**- العلاج الملتمزم :** أو غير المرن يقصد به الإلتزام بطريقة محددة من طرق العلاج النفسي وعدم الحياد عنها(مثل التحليل النفسي)، وصحيح أن الإلتزام بطريقة واحدة مفيد وله بعض المزايا إلا أن من يلتزمون بمثل هذا الجمود وعدم المرونة يضطرون لإنتقاء المرضى الذين تصلح طريقتهم في علاجها . (السيد فهمي علي،2010،73)

**\*\*-** إن تعدد أبعاد العلاج النفسي تعكس لنا تعدد الأمراض وتنوعها وبالتالي تعدد أسبابها وأعراضها ، فمن خلال هذه الأبعاد يمكن للمعالج أن يحدد أهداف العلاج ومحاولة العمل على تحقيقها ، وهذا ما يُمكنه من إستخدام أيّ الطرق أو الأساليب العلاجية المناسبة لذلك .

### خلاصة :

من خلال ما سبق ذكره يتبين أن مجال العلاج النفسي يعتبر مجالاً واسعاً ، فهو لا يقف عند تعريف أو هدف أو تصنيف أو خاصية أو شكل أو بعد واحد، بل يتعدى أكثر من ذلك، وهذا إن دل على شيء فإنما يدل على تعدد المناهج والمدارس التي نظرت وأسست للعلاج النفسي وفقاً لما خلُصت إليه من نتائج لدراسات وأبحاث وتجارب تعاقبت على مر الأزمنة.

## ١١. العلاج النفسي : تعريفه ، أشكاله وأبعاده

### تمهيد

- 1- حاجة الفرد إلى العلاج النفسي
- 2- تعريف العلاج النفسي
- 3- أهداف العلاج النفسي
- 4- تصنيفات العلاج النفسي
- 5- خصائص العلاج النفسي
- 6- أشكال العلاج النفسي
- 7- أبعاد العلاج النفسي

### خلاصة

## الفصل الثاني: العلاج النفسي

### 1. العلاج النفسي بين الماضي والحاضر

#### تمهيد

- 1- العلاج النفسي في العصور القديمة
- 2- العلاج النفسي مع تقدم الحضارة
- 3- العلاج النفسي في العصور الوسطى
- 4- العلاج النفسي في العصر الحديث
- 5- العلاج النفسي في الوضع الحالي

#### خلاصة

**تمهيد :**

ظهرت الأمراض النفسية والعقلية منذ زمن بعيد، إلا أنها كانت تسمى بمسميات العصور التي شهدت، وكان الإعتقاد السائد آنذاك والمهيمن متمثلاً في السحر والشعوذة والخرافة، وقد أرجعت أسباب الأمراض والسلوكات المضطربة إلى قوى غيبية وأرواح شريرة تسكن جسد المريض فتجعل تكيفه مع ذاته ومع بيئته صعباً للغاية مما يسبب خطراً لكلاهما. ولهذا كان الإنسان في محاولة بحث دائمة عن حلول لذلك متمثلة في علاجات بإمكانها تغيير سلوكات المرضى وتحسين أحوالهم، فاستمر البحث لفترات متتالية ومن عصر لآخر .

**1- العلاج النفسي في العصور القديمة :**

توجد الجذور التاريخية لما يوجد الآن من فكر عن الصحة النفسية والأمراض النفسية والعلاج النفسي، في الحضارة المصرية والحضارة البابلية والحضارة الصينية والحضارة الهندية والحضارة السومرية.

ومنذ حوالي ثلاثة آلاف (3000) سنة قبل الميلاد ، كان الإعتقاد السائد أن الأمراض النفسية والعقلية ترجع إلى قوى خارجية وأن سببها مس الجن وتأثير الأرواح الشريرة ،ولذلك كان المريض يعاني الأمرين ،الأفكار البدائية والعلاج البدائي (حامد زهران،2001،95)، وكان يعزل حتى لا يؤذي نفسه والآخرين،وانبثق عن هذا الإعتقاد محاولات علاجية بدائية خرافية ، مثل عملية تربنة الجمجمة أي إحداث ثقب بها حتى يخرج منها الروح الشريرة ،وادعى السحرة والمشعوذون والعرافون وغيرهم بعلاج الحالات العقلية والنفسية بالسحر (عبد الرحمان الوافي،2006،225).

ولعل " أمنحتب Amenhotep " هو أول طبيب في مصر القديمة (4000سنة ق.م) عالج "المجانين" على أنهم "مرضى عقليين" ،وكان هدفه في علاجهم أن يعود السلام إلى حياتهم.

وفي مصر كان القدماء المصريون أول من ميزوا المرض النفسي ،وصفوه وكتبوه على أوراق البردي قبل(1500سنة ق.م).

وفي الثوراه توجد إشارات إلى الأمراض العقلية وخاصة الصرع الذي كان يعرف بالمرض المقدس (حامد زهران، 2001، 95).

وفي الإنجيل تردد أكثر من موضع على أن رجال الدين والطب في فجر التاريخ قد سعوا للمحاولة في السيطرة على تلك الأرواح الشريرة (خليل أبو فرحة، 2000، 6).

\*\*- يتبين من خلال ما سبق ذكره عن العلاج النفسي في العصور القديمة، أنه كان يمارس حسب الاعتقاد السائد بأن أرواح شريرة تسكن جسد المريض فيصاب بإضطرابات وأمراض، ولهذا تمثل العلاج المستخدم آنذاك في السحر والشعوذة، إلى أن وصل الأمر إلى إحداث ثقب بالجمجمة حتى تخرج منه الروح الشريرة، وهذا ما تسبب في وفاة الكثير من الحالات.

## 2-العلاج النفسي مع تقدم الحضارة :

وبتقدم الحضارة الإنسانية وخاصة في عهد الحضارة اليونانية والرومانية في الفترة ما بين (500ق.م و 200 بعد الميلاد)، ظهرت أفكار أخرى أرجعت سبب المرض العقلي إلى اضطراب المخ، وبرزت بعد ذلك فكرة جديدة تؤكد على أن المخ هو العضو الذي يتركز فيه النشاط العقلي المعرفي وأن المرض العقلي سببه خلل يصيب المخ (عبد الرحمان الوافي، 2006، 225).

وفي العصر اليوناني منذ خمسة وعشرين (25) قرنا من الزمان حيث حاول الطبيب اليوناني هيبوقراط Hippocrates (460-357ق.م) ،وضع نظام طبي بعيدا عن الدين وعن الروحانية، ولقد أسس نظريته في الطب على أساس من خبراته الواقعية مع المرضى دون الاعتماد على أنه قوى خارقة (عبد الرحمان محمد العيسوي، 1992، 52) .

وأكد من جهة أخرى على أن المخ هو عضو العقل ويرتكز فيه النشاط العقلي المعرفي وأن المرض العقلي دليل على إصابة المخ، ودرس دور الوراثة والإستعداد وعلاقتهما بالإضطراب العقلي ،وقدم بذلك نظرية تتعلق بتصنيفات الطبع الدموي والبلغمي والصفراوي والسوداوي. كما أشار إلى أن الإضطراب فيها يؤدي إلى المرض عامة بما في ذلك المرض العقلي والنفسي .

وفي الهند قدم " شاركا Sharka " (400ق.م) نظرية مماثلة عن أخلاط ثلاثة، وناقش أفلاطون plato (380ق.م) العقل والكائن البشري، ووجه العناية إلى المعاملة الإنسانية والفهم اللازم لعلاج المرضى ووجه العناية إلى أحلام المريض وأهميتها ولعل كتاب "الجمهورية" لأفلاطون أول مرجع في معاملة المريض العقلي، حيث أكد ضرورة حسن المعاملة والرعاية المنزلية و توقيع غرامة مالية على من يهمل المريض العقلي .

كذلك ناقش أرسطو Aristotle العقل والكائن البشري .

وهذا مصري آخر إرازسيتراتوس Irasistratus (300ق.م)، إعتقد أن "الجنون" يسببه الإضطراب الإنفعالي وبنى علاجه على ذلك .

ومع جالين Galen (200ق.م) بدأ علم الأعصاب التجريبي ودرس جالين تشريح الجهاز العصبي ووظائفه، وأوضح أنه ليس من الضروري أن يكون هناك إصابة عضوية في حالة المرض العقلي .

وبعد ذلك كان إنشاء أول مستشفى للأمراض العقلية في أورشليم سنة ( 490 ) بعد الميلاد. وفي العالم العربي الإسلامي ازدهرت علوم الطب والعلاج ، ومن أعلام العرب الطبري والرازي وابن سينا "أمير الأطباء" (980-1037م) (حامد زهران ،2001،96). ولقد كان لابن سينا Ibn Sina الفيلسوف والطبيب العربي الشهير فضل السبق على سيجموند فرويد S.Freud وغيره من علماء الغرب في استخدام الأحلام في الكشف عن العلل والعقد النفسية، وفي علاج الأمراض النفسية، فلقد كان ابن سينا يستخدم الأحلام قبل فرويد بمئات السنين في تشخيص الأمراض النفسية والعقلية، فالأحلام الرديئة والمزعجة والمشوشة وتلك التي ينساها الفرد لكل دلالاته في الكشف عن المرض. وفي تفسير ابن سينا للأمراض لا نجد أي أثر للرجوع إلى العوامل الخرافية أو الغيبية أو السحر أو الشعوذة والشياطين، وإنما يُرجعها إلى عوامل موضوعية في بدن الإنسان أو في ظروفه المعيشية، وتلك من سمات المنهج العلمي الحديث. ويقوم التشخيص عند ابن سينا على استخدام الملاحظة والتجربة أو المشاهدة والقياس ويرفض إرجاع الأمراض إلى الجن والشياطين، ويستخدم في العلاج الأدوية والعقاقير، ويمزج بينها وبين أنواع من العلاج النفسي كإقناع المريض وإشباع حاجاته عن طريق التعويض حيث يستبدل الهدف

صعب المنال بأهداف أخرى في متناول اليد، كما يوصي بما يعرف في أيامنا هذه بالعلاج الطبيعي حيث التريُّض والمشى في الهواء العليل وممارسة التمرينات الرياضية الخفيفة واللعب والصيد والإستحمام بالماء الفاتر. وينصح بالإهتمام بالتغذية وبالراحة الكافية والنوم الهادئ المعتدل وبتحسين الظروف الفيزيائية المحيطة بالمرضى كالإستتارة والرطوبة والحرارة ويعكس هذا سعة أفقه وشمول نظرتة للمرض وللمرضى. (عبد الرحمان العيسوي، 1992، 30).

وتأثر العرب بروح الإسلام في رعايتهم للمرضى العقلين، وإقامة المستشفيات والبيماريستانات (دور المرضى) مثل بيماريستان هارون الرشيد وبيماريستان البرامكة، والبيماريستان المنصوري الذي أنشأه محمد بن قلاوون، وكانت معاملة المرضى في هذه المستشفيات في أول الأمر مماثلة لنظيراتها في أوروبا حيث كانوا يُصَفَدون في الأغلال ويودعون في زنانات ويعالجون بالسحر والرقى والعزائم. وكان بعض المرضى العقلين يرتقون إلى مصاف الأولياء وبعضهم ينالهم السخرية، إلا أن الحال أخذ يتحسن بعد ذلك في هذه البيماريستانات (حامد زهران، 2001، 97).

\*\* يتبين من خلال هذه المرحلة ظهور فلسفات جديدة كان العقل فيها هو الجوهر، فأخذ العلاج النفسي منحى جديدا بناء على تفسيرات قامت على المنهج العلمي فيما يخص الأمراض النفسية والعقلية، بعيدا عن الخرافات والغيبيات والسحر والشعوذة. وخاصة عندما تأثر العرب بروح الإسلام الذي جعلهم يولون إهتماما ورعاية كبيرين للمرضى العقلين وقيّمون المستشفيات والبيماريستانات (دور المرضى).

### 3- العلاج النفسي في العصور الوسطى :

وعبر العصور الوسطى حدثت نكسة وعاد الفكر الخرافي والخزعبلات وانتشرت الشعوذة وساد الدجل مرة أخرى، وعادت فكرة تَمَلُّك الجن والأرواح الشريرة لجسم المريض، وتعتبر العصور الوسطى عصورا مظلمة بالنسبة للعلاج النفسي فقد عاد العلاج إلى سابق عهده في العصور القديمة، وفي تلك العصور وفي بعض البلاد كان الأغنياء يستطيعون شراء "المجانين" وضعاف العقول ويرعونهم مقابل أي عمل يمكن أن يقوموا به، وقام رجال الدين بمحاولات علاجية تحت إسم "العلاج الديني" أو "العلاج الأخلاقي"، وكان يتكون من بعض الأعشاب ومياه الآبار "المباركة"، والتعويزات والأناشيد بقصد طرد الشيطان والجن ولم يخل الحال من ربط

المريض بالسلاسل وتجويعه وضربه بالسياط، بدعوى أن هذه الطريقة تعيد الذاكرة وتفتح شهية المريض.

وفي إنجلترا بني أول ملجأ للمجانين سنة (1403م) (حامد زهران، 2001، 97).

وكان جان لويس فيفس Jean Louis Fifes (1492-1540م) من الرجال الذين حاربوا هذه الظواهر ودعا لإستخدام العقل والمنطق، ودعا لمحاربة الجهل وتنوير مختلف طبقات المجتمع بالعلم وضرورة علاج المرضى العقليين بالمعالجة الطبية، مع توفير كل الظروف والأجواء التي من شأنها توفير الهدوء والإستقرار للشعب ضمانا لسلامة العقل. (خليل أبو فرحة، 2000، 7).

\*\* يتبين من خلال ما سبق ذكره أن العلاج النفسي في العصور الوسطى لم يعرف تطورا أو تقدما، بل عاد إلى ما كان عليه من خرافات وسحر وشعوذة، وازدادت معاملة المرضى سوءا فقد كانوا يُربطون ويُضربون ويُجوعون، إلا أننا نجد في كل عصر من كان ينادي ويدعو إلى تنوير العقول، والعمل على توفير كل ما من شأنه أن يساهم في علاج المرضى العقليين.

#### 4- العلاج النفسي في العصر الحديث :

وفي العصر الحديث (عصر النهضة العلمية) منذ أن قامت الثورة الفرنسية في سنة (1789م)، أشرق نور جديد على طريق الإصلاح وأعيد النظر في الأفكار التقليدية، وتعدلت النظرة إلى المرض العقلي كمرض مثله مثل أي مرض جسمي آخر، وبدأ الإهتمام بالنظرة الإنسانية للمرضى العقليين وأقيمت المستشفيات وتحسنت بيئتها من حيث الرعاية والعلاج، ورفعت عنهم السلاسل وتحرروا من الزنانات في فرنسا وإنجلترا وألمانيا وأمريكا، وأتيحت لهم فرصة التنزه والترفيه والعمل وتحسنت معاملتهم في مجتمع أوسع وبحرية أكبر.

وفي أواخر القرن الثامن عشر وأوائل القرن التاسع عشر ظهر الفكر الحديث وزاد التقدم وظهرت أشكال جديدة من العلاج منها : "المنطل البارد" و "الحمامات الساخنة" ومازالت تستخدم حتى الآن، وكان من بين قادة الإتجاه الحديث والذين نشروا أفكاره فيليب بينيل في فرنسا (حامد زهران، 2001، 97)، الذي نظر للمرضى العقليين على أنهم مازالوا بشرا يستجيبون للعطف والتقدير والفهم (عبد الرحمان العيسوي، 1984، 12)، وويليام تيوك Tuke في إنجلترا وبينيامين روش Rush في أمريكا، وقد إهتم روش خاصة بالدراسة العلمية لعلاج

المرض العقلي وأدخل طريقة العلاج الإشرافي في علاج الكحوليين وأوصى بالعلاج المائي والرياضي، ونشر هذا في كتاب سنة (1812م).

وهكذا تحسن الحال رويدا رويدا وعمق الفهم وتطور نظام رعاية المرضى العقليين في تلك الفترة ونشط البحث، وظهرت أول مجلة علمية تخصصت في الأمراض النفسية سنة (1805م) وبدأ تدريس الأمراض النفسية والعقلية في شكل محاضرات ألقاها سير ألكسندرموريسون Morisson في أدنبره بأسكتلندا سنة (1823م)، ثم حاضر بعد ذلك في لندن وظهرت التشريعات والقوانين لحماية المرضى العقليين وحسن معاملتهم، وظهر أول قانون من هذا النوع في إنجلترا سنة (1808م)، كذلك تكونت أول لجنة لرعاية المرضى العقليين في إنجلترا سنة (1845م). وفي أواخر القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين زاد التقدم أكثر وأكثر، فمثلا قام كراپلن Kraepelin (1856-1926م) بعمل تصنيف ووصف للمرض العقلي (حامد زهران، 2001، ص97). ووصف أعراضه وبداية ظهوره وافترض أسبابا لظهوره لتكون كامنة في الدماغ ومن الطريف أنه استطاع أن يصف اثنين من الأمراض العقلية التي مازالت شائعة بأسمائها، أولها الجنون الدائري أو الجنون الدوري، وفيه تتعاقب المرضى نوبات حادة من التهيج وسرعة الحركة تارة ونوبات من الخمول والحزن والإكتئاب والكسل تارة أخرى، والذهان الثاني هو ما أسماه العته المبكر وما نسميه نحن الآن الفصام (عبد الرحمان العيسوي، 1992، ص58)، وأدخل علم النفس الفسيولوجي وأبرز أهميته في مجال العلاج النفسي، وأكد ضرورة علاج معين فحسب وأقام كراپلن Kraepelin أول معهد للبحوث به قسم خاص لعلم النفس التجريبي والمرضي، ويعتبره البعض "أبو الطب النفسي الحديث".

وفي هذه الفترة أيضا إزدهر علم الأعصاب وتركز الإنتباه العلمي على الأمراض العصبية وأصبح الفحص والتشخيص والعلاج أكثر دقة وتحدد ميدان المرض العصبي والعضوي والإضطرابات العصبية والوظيفية.

وفي مصر أنشأ كلوت بك Beck سنة (1880م) مستشفى للأمراض العقلية في الأزبكية بالقاهرة وكانت تابعة للجيش، ثم نقلت إلى بولاق ثم إلى العباسية في السرايا التي اشتهرت بإسم "السرايا الصفراء" نسبة للون طلائها، وقد تجددت هذه المستشفى وتطورت وتعرف الآن بإسم "دار الإستشفاء للصحة النفسية".

وفي فرنسا أسهم شاركو Charcot (1825-1893م) ورفاقه وتلاميذه إسهاما واضحا في تقديم العلاج النفسي، وركزوا الإهتمام على الهستيريا واستخدموا التنويم الإيحائي في العلاج، ومن بين الأعلام في هذه المرحلة بلولر Bleuler (1857-1939م)، واهتم بالفصام والشخصية الفصامية وعلاج التنفيس، وقدم جانيت Janet (1859-1947م) نظرية التوتر النفسي واهتم بالقلق والهستيريا والخوف والوهن النفسي (حامد زهران، 2001، ص100)، وأشار إلى أن الفرد لا بد أن تتوفر لديه درجة من الطاقة العقلية حتى يحتفظ بحالة التوافق، فإذا استنفذت هذه الطاقة وقع الإنهيار النفسي وظهرت الأمراض العصابية، (حسن مصطفى عبد المعطي، 1998، ص55). واهتم بالعلاج بالإقناع والإيحاء، وطالب بتنوع طرق العلاج حسب نوع المرض وحالة المريض. وظهرت مدرسة التحليل النفسي بزعامة سيجموند فرويد S.Freud (1856-1939م) واهتم بالنمو النفسي الجنسي، وأكد أن كل أنواع العصاب يسببها اضطراب الوظيفة الجنسية، وركز على عقدة أوديب وعقدة إكتر، وقدم فرويد نظريته في الشخصية ومكوناتها والجهاز النفسي (الأنا، الهو، والأنا الاعلى)، (الشعور، اللاشعور، وما قبل الشعور). واستخدم فرويد في العلاج النفسي طريقة التداعي الحر والتفريغ الإنفعالي وتحليل الأحلام والإيحاء، وحدد عمليات تحدث في التحليل النفسي مثل: التحويل والمقاومة...، ثم حدثت حركة إنشقاق على فرويد وطرأت تعديلات على نظريته على يد زملائه وتلاميذه "الفريديون الجدد". أسس ألفريد أدلر Alfred Adler (1870-1937م) مدرسته المعروفة بإسم علم النفس الفردي، وركز على الصدمات النفسية والمؤثرات الثقافية والإجتماعية، وأدخل مفاهيم مثل: أسلوب الحياة وعقدة النقص واهتم في العلاج بالتخلص من عقدة النقص وتعديل أسلوب الحياة، وأسس كارل يونج Jung (1875-1961م) مدرسة علم النفس التحليلي، وقدم نظرية الطاقة النفسية، واهتم بالدين والمسائل الروحية، واستخدم طريقة التداعي الحر وتداعي الكلمات، وأدخل مفاهيم مثل اللاشعور الشخصي واللاشعور الجمعي والنماذج الأصلية، وحدد الأنماط النفسية المعروفة "الإنبساط والإنطواء"، واهتمت كارين هورني Horney (1885-1952م) بالإتجاهات العصابية ومفهوم الإرادة، واهتم إيريك فروم Fromm بالخلق الفردي والخلق أو الطابع الإجتماعي، وقال: "إن هدف العلاج النفسي هو الوصول إلى المجتمع الصحيح نفسيا". وركز هاري ستاك سوليفان Sullivan على العلاقات الشخصية والإجتماعية وأهمية التطبيع الثقافي وتعديل الوسط الشخصي والإجتماعي وتحقيق

الأمن النفسي، وظل التحليل النفسي أقوى تيار في العلاج النفسي لمدة طويلة . ونشطت حركة القياس النفسي ومن أقطابها ألفريد بينيه Binet ، وعلم النفس التجريبي ومن أقطابه فونت wundt ، والمدرسة السلوكية ومن أقطابها واطسون Watson ، وفي سنة (1924) أجري أول رسم مخ للإنسان على يد بيرجر Berger (حامد زهران، 2001، ص101) كما تطورت الإختبارات والمقاييس النفسية لقياس وتقدير سلوكيات الإنسان ومكونات الشخصية من ميول واتجاهات وحاجات وقيم، إلى مكونات مقاييس تكشف عن الإضطرابات الإنفعالية، والقلق والإكتئاب ومفهوم الذات وانبساط وانطواء وميول عصابية وغيرها من خصائص شخصية الفرد، ناهيك عن الإختبارات الإسقاطية التي تكشف عن أعماق النفس البشرية وتكشف عن الجوانب الدينامية في الشخصية. (حسن مصطفى عبد المعطي، 1998، ص64).

ومنذ الحرب العالمية الأولى ظهر سيل ضخم من البحوث التجريبية والإكلينيكية، أدت إلى إكتشاف بعض الطرق العلاجية مثل: علاج غيبوبة الأنسولين على يد ساكيل Sakel ، وعلاج الرجفة الكهربائية على يد سيرليني وبينيني Cerletti et Binni ، وجراحة الفص الجبهي ونما علم الطب النفسي والعصبي وأصبحت المستشفيات وحدات علاج نشطة أكثر منها أماكن للرعاية وجاءت الحرب العالمية الثانية، ونمت أفكار جديدة مثل: العلاج النفسي المختصر والعلاج النفسي الجماعي والتوجيه والإرشاد النفسي والتربوي المهني.

وفي فترة ما بعد الحرب تطور البحث في كل الجبهات، ونمت مفاهيم ونظريات جديدة مثل: نظرية الأساس العصبي للسلوك، وزاد اهتمام المشرعين بالمرضى وأولت الدول المختلفة اهتماما خاصا بهم (حامد زهران، 2001، ص101) .

**\*\* يتضح لنا من خلال هذه المرحلة أن العلاج النفسي شهد تطورا كبيرا، كما ازداد الإهتمام بالبحث العلمي فظهرت عدة نظريات ساعدت على بلورة وبناء أشكال جديدة للعلاج النفسي ، قائمة على أسس علمية ، كما ظهرت بعض التخصصات التي ساهمت وبشكل كبير في تقدم طرق وأساليب العلاج النفسي.**

#### 5- العلاج النفسي في الوضع الحالي :

تطور الحال في السنوات الأخيرة إلى حد كبير وزاد الإهتمام بالصحة النفسية والعلاج النفسي،

وظهرت ثورة العلاج الجسدي بالصدمات والأدوية والجراحة في علاج الأمراض النفسية والعقلية، ولم يعد العلاج يقتصر على ناحية دون أخرى بل أصبح يشمل النواحي النفسية والطبية والاجتماعية...

وتطورت أساليب العلاج النفسي وتعددت وأصبح معروفاً منها الآن على سبيل المثال: العلاج السلوكي على يد إيفان بافلوف I.Pavlov وآخرون، وظهر العلاج النفسي الممركز حول العميل على يد كارل روجرز C.Rogers ونمت حركة التوجيه والإرشاد النفسي والتربوي والمهني نمواً ملحوظاً، وظهرت طرق علاجية متعددة منها العلاج النفسي التدميمي، والعلاج باللعب، والعلاج الجماعي، والتأهيل الطبي والنفسي، والاستشارة النفسية، والعلاج الديني ... وزاد إهتمام المجتمع والحكومات بإنشاء المستشفيات الخاصة بالأمراض النفسية والعقلية، والعيادات النفسية (الخارجية).

وتطورت وتوالى البحوث والدراسات الطبية والنفسية في الصحة النفسية والعلاج النفسي، وتعددت المجالات العلمية الدورية التي تحوي الآلاف من البحوث والدراسات في الصحة النفسية والعلاج النفسي في الوقت الحاضر (حامد زهران، 2001، 102).

\*\* يتبين أن العلاج النفسي من خلال هذه المرحلة تطور إلى حد كبير، وأصبح يشمل مختلف النواحي النفسية منها والطبية والاجتماعية وغيرها، دون أن يركز أو يقتصر على ناحية ويهمل أخرى. كما ازداد الإهتمام بإنشاء الممستشفيات والمراكز الخاصة بالأمراض النفسية والعقلية وتطورت البحوث والدراسات فيما يخص العلاج النفسي والصحة النفسية.

### خلاصة:

مما سبق ذكره، تتضح لنا مختلف المراحل والتطورات التي مر بها العلاج النفسي على مر العصور، فقد كان ناتجا عن تصورات وإعتقادات كل عصر من العصور، كما ظهر في كل فترة من صبب إهتماماته عليه محاولا إيجاد حلولاً لمرضى عصره، حسب ما يراه مناسباً ويُمْكِنُهُ من بلورة وبناء العلاج الأمثل والأنجع لتحقيق راحتهم وصحتهم النفسية. فمن العلاج بالشعوذة إلى العلاج العلمي الذي يقوم على أساس دراسات وأبحاث علمية، كما تعددت المدارس والمناهج وتنوعت الوسائل والتقنيات التي ساهمت ويسرت إجراءات العلاج النفسي، وجعلت منه علاجاً ذا أهمية وفعالية .

## الفصل الثالث : مدارس العلاج النفسي وأساليبها العلاجية

١. مدرسة التحليل النفسي وأساليبها العلاجية
٢. المدرسة السلوكية وأساليبها العلاجية
٣. المدرسة المعرفية وأساليبها العلاجية
٤. المدرسة الإنسانية وأساليبها العلاجية