



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد خيضر * بسكرة *

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس

عنوان المذكرة

واقع التكفل النفسي المريض بالفصامي داخل المؤسسة الاستشفائية

دراسة ميدانية بمستشفى الحكيم سعدان - قسم الأمراض العقلية - بولاية بسكرة -

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس - تخصص العيادي -

تحت إشراف الأستاذة:

د/عائشة نحوي

إعداد الطالبة:

-وئام بوزياني

السنة الجامعية 2012/ 2013

شكر وعرفان

باسم الله الرحمن الرحيم:

الحمد لله و الشكر و الثناء عليه، أعطى كل نفس خلقها وألهمها فجورها و تقواها وآثارها و منافعها ومضارها وابتلاها وعافاها وأماتها وأحيها ونشهد أن لا إله إلا الله ونشهد أن محمدا رسول الله، نور الأبصار وضياءها.

الشكر والتقديم إلى عباد الله وتخص بالذكر إلى من ساعدنا على إنجاز هذا

العمل، وفي مقدمتهم "**الدكتورة نحوي عائشة**" التي كانت لنا نعم

المرشدة والأستاذة الناصحة، فلها كل الشكر والتقدير.

والأستاذة "**دبلة خولة**" التي تقبلتني بصدق ولم تبخل علينا بما لديها من

معلومات وساعدتنا لإنجاز هذا العمل، وإلى كل أساتذة ودكاترة علم النفس الذين لم

يبخلوا علينا بأي معلومة وكانوا لنا القدوة الحسنة فلهم مني فائق الاحترام.

كما لا يفوتنا أن نثمن جهود مدير مستشفى الحكيم سعدان - بولاية بسكرة-

ورئيس مصلحة قسم الأمراض العقلية و كافة العاملين بالمصلحة، بالأخص

الأخصائيين النفسيين الذين قدموا لنا يد العون.

وإلى كل من ساعدنا من قريب أو بعيد لهم جزيل الشكر والاحترام ونسأل الله

العظيم أن يجعلها في ميزان حسناتهم.

ملخص الدراسة:

التكفل النفسي هو مجموعة من الخدمات النفسية التي تقدم للفرد، وفقا لإمكانياته وقدراته الجسمية والعقلية، المرضى العقليين عامة والفصامين خاصة بحاجة ماسة إلى التكفل بهم طبيا ونفسيا واجتماعيا بهدف علاجهم وإعادة دمجهم وتأهيلهم نفسيا واجتماعيا وذلك داخل المؤسسات الإستشفائية.

حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على واقع التكفل النفسي بالفصامي داخل مؤسسة إستشفائية، وتم إجراء الدراسة بمستشفى الحكيم سعدان قسم الأمراض العقلية بولاية بسكرة، وذلك باستخدام منهج دراسة حالة والمقابلة الإكلينيكية النصف موجهة كأداة أساسية لجمع المعلومات والملاحظة كأداة ثانوية للمساعدة على التحليل.

فكانت النتائج كالتالي: يركز التكفل النفسي بالفصامي داخل مؤسسة إستشفائية على العلاج الدوائي بالدرجة الأولى، أما العلاج النفسي فلم يعتمد على أساليب علاجية نفسية علمية معنية بل هي مجرد نصائح وإرشادات، مساندة نفسية، وقد يرجع هذا إلى الصعوبات التي تواجهها الأخصائية النفسية من نقص خبرتها وتكوينها السيكولوجي، وعدم تعاون أسر المرضى بالإضافة إلى نقص الإمكانيات المادية داخل المؤسسة الإستشفائية.

فهرس المحتويات

الصفحة	العنوان
	- شكر و عرفان..... - ملخص الدراسة.....
الفصل الأول: طرح إشكالية الدراسة	
02	01/ مقدمة إشكالية.....
04	02/ تساؤلات الدراسة.....
04	03/ تحديد مصطلحات الدراسة.....
05	04/ أهمية وأهداف الدراسة.....
05	05/ دوافع الدراسة.....
05	06/ الدراسات السابقة.....
08	07/ قراءة وتعليق على الدراسات السابقة.....
الفصل الثاني: الفصام	
11	- تمهيد.....
12	01/ مفهوم الفصام.....
16	02/ الشخصية الفصامية.....
16	03/ المراحل التطورية للفصام.....
18	04/ أعراض الفصام.....
22	05/ أسباب الفصام.....
29	06/ أنواع الفصام.....
33	07/ التشخيص.....
35	08/ العلاج.....
39	09/ مسار ومآل الفصام.....
الفصل الثالث: التكفل النفسي	
42	- تمهيد.....
42	01/ تعريف التكفل النفسي.....

فهرس المحتويات

43	02/ التكفل النفسي وبعض المفاهيم المتداخلة.....
45	03/ أهمية التكفل النفسي.....
45	04/ الأخصائي النفسي الإكلينيكي.....
50	05/ العلاج النفسي وبعض أشكاله.....
68	06/ واقع التكفل بالمرضى العقليين داخ المستشفيات العقلية الحديثة.....
71	07/ التأهيل النفسي والرعاية المجتمعية الفعالة للفصامي.....
الفصل الرابع: الإجراءات الميدانية	
79	01/ التذكير بتساؤلات الدراسة.....
79	02/ التذكير بحدود الدراسة.....
80	03/ المنهج المستخدم.....
81	04/ أدوات الدراسة.....
82	05/ الدراسة الاستطلاعية.....
83	06/ تقديم مصلحة الأمراض العقلية.....
85	07/ حالات الدراسة.....
الفصل الخامس: تحليل ومناقشة النتائج	
88	أولاً: تحليل دليل المقابلة.....
88	- تحليل دليل محتوى المقابلة مع الأخصائية النفسية الأولى (x).....
92	- تحليل دليل محتوى المقابلة مع الأخصائية النفسية الثانية (y).....
97	ثانياً: مناقشة النتائج على ضوء التساؤلات.....
100	* خاتمة.....
101	* التوصيات والاقتراحات.....
103	* قائمة المراجع.....
	* الملاحق.....

الفصل الأول

طرح إشكالية الدراسة

- 1/ مقدمة إشكالية.
- 2/ فرضيات الدراسة.
- 3/ تحديد مصطلحات الدراسة.
- 3-1/ التكفل النفسي.
- 3-2/ الفصامي.
- 3-3/ إعادة التأهيل.
- 4/ أهمية وأهداف الدراسة.
- 5/ دوافع الدراسة.
- 6/ الدراسات السابقة.
- 7/ قراءة وتعليق على الدراسات السابقة.

1/ مقدمة إشكالية:

الاضطراب العقلي مرض خطير رافق البشرية منذ القدم والتطور بتطورها، وأصبح من الأمراض المعاصرة التي تمثل مشكلة كبرى في جميع المجتمعات الإنسانية النامية أو المتطورة، ونظرا لخطورة الاضطرابات العقلية فقد حظيت باهتمام خاص من طرف الباحثين في شتى المجالات، خاصة الأطباء النفسانيين، أطباء الأمراض العقلية والأخصائيين الإكلينيكين فقد انصبت جهودها هائلة على وضع تصنيفات يحتكم إليها العلماء في تشخيص هذه الاضطرابات، فكان تصنيف كتالي : الذهانات العضوية كذهان الشيخوخة، كذهان الإدمان.... الخ والذهانات الوظيفية : كالبارانويا، الهوس الاكتئابي، الفصام، حيث يعد هذا الأخير من أكثر الاضطرابات العقلية خطورة وشيوعا فالفصام كمرض عقلي يعتبر من أكثر الأمراض العقلية التي تكثر الإصابة بعماني فترة العمرية الممتدة من (15 - 30) عاما فما فوق حيث تبدأ من فترة البلوغ وتزداد في مرحلة المراهقة ومرحلة الرشد، حتى أن بعض المختصين يطلقون عليه مرض جنون المراهقة. (محمد قاسم الله، 2008، ص 25)

كما شهد العالم في سنوات الأخيرة انتشارا كبيرا في الإصابة بالأمراض العقلية، حيث يشكل عدد المرض الفصاميين نحو 60% من الإجمالي المرض بالاضطرابات العقلية والراقدين في المستشفيات العامة والمصحات العقلية والراقدين في المستشفيات العامة والمصحات العقلية وأن عددهم خارج المستشفيات يصل إلى أضعاف ذلك. (أديب محمد الخالدي، 2009، ص333)

وحسب ما جاء في المراجعة العاشرة للتصنيف العالمي العاشر للاضطرابات العقلية والسلوكية ICD/10 التي أصدرتها المنظمة الصحية العالمية عام 1999 أن :

"الاضطرابات الفصامية بشكل عام تتميز بتعريفات أساسية ومميزة في التفكير وكذلك في العواطف التي تكون غير ملائمة أو متبلدة، وعادة يبقى الوعي والقدرة الذهنية سليمين، وإن كان يظهر بعض مظاهر النقائص المعرفية مع مرور الوقت. ويصيب اضطراب الشخصية تلك الوظائف الأساسية التي تعطي الشخص الطبيعي إحساسا بالفردية والتميز والتوجيه

الذات، فيشعر المريض أن الآخرين يعلمون أو يتقاسمون معه أكثر أفكاره وأفعاله الخصوصية. وقد تتكون هوامات (ضلالات) لتفسير هذه الظواهر تصل إلى حد الاعتقاد بوجود قوى طبيعية أو خارقة للطبيعية تعمل من أجل التحكم في أفكار وأفعال الشخص المصاب وذلك بأشكال شاذة غريبة في أغلب الأحيان. وقد يشعر المرضى بأنهم هم أنفسهم محور كل ما يحدث. والهالوس شائعة، خاصة الهالوس السمعية التي قد تنطوي على تعليق على سلوك الشخص وأفكاره. وكثيرا ما يضطرب الإدراك بأشكال أخرى، فالألوان أو الأصوات قد تبدو أكثر حيوية من الطبيعي، أو قد تبدو متغيرة نوعيا، وتكتسب السمات الثانوية للأشياء العادية أهمية تتجاوز أبعاد الشيء أو الموقع بأكمله".

(عبد الله حسين منولي، 2004، ص 137)

فالفصامي شخص مريض يعيش في العالم من الخيال والأوهام والهالوس، حيث تصاب حياته الوجدانية وتفكيره بالخلل فيظهر عليه التبدل العاطفي وخط وتشوش في الأفكار، فيصبح له عالم خاص به يجعله ينسحب تدريجيا عن الاهتمام بالواقع الذي يعيش فيه وفي مقدمتها الانعزال والانسحاب عن الناس الذين من حوله، فيشكل خطرا على نفسه، فهو يحتاج إلى تكفل طبي ونفسي معا، وفي هذا الصدد بذلت الكثير من الجهود وكانت الجزائر من بين الدول التي أعطت اهتماما كبيرا لهذه الفئة من المرضى، ذلك من خلال توفير العديد من المصحات العقلية والمستشفيات التي تحتوي على العديد من أصحاب التخصصات العلمية والمهنية المختلفة لعلاجهم وإعادة تأهيلهم ودمجهم اجتماعيا بغية التكفل بهم ومساعدتهم على استعادة مكانتهم كأشخاص عاديين حيث يقوم هذا التكفل:

أولا: بالعلاج الدوائي من طرف الأطباء وذلك عن طريق وصف العقاقير المضادة

للذهان للتخفيف من حدة الأعراض وتمكنه من التعايش مع من حوله.

ثانيا: مع العلاج النفسي الذي يقوم به الأخصائي النفسي الإكلينيكي فيطبق المناهج

النفسية التي تعتمد على المعالجات بعيدة المدى زيادة على الدعم الأسري والاجتماعي،

بالإضافة إلى العلاج الفردي الذي يعتمد على منهج لعب الدور، العلاج بالعمل و كذلك العلاج الجماعي.

فعلاج الفصامي لا يعتمد على الجانب الطبي الدوائي فقط، بقدر ما يعتمد على التكفل النفسي والدعم الأسري والاجتماعي الذي يلعب دورا مهما في إعادة تأهيل المريض وتكيفه وتوافقه نفسيا واجتماعيا وعدم انتكاسه، وهذا ما يجعلنا نقف عند نقطة ذات أهمية محددة، من أجل تحديد مجال الدراسة وطرح التساؤل العام المتمثل في:

*** ما هو واقع التكفل النفسي بالفصامي داخل مؤسسة استشفائية؟**

2/ تساؤلات الدراسة:

1-2/ التساؤل الرئيسي:

*** ما هو واقع التكفل النفسي بالفصامي داخل المؤسسة الإستشفائية؟.**

2-2/ التساؤلات الفرعية:

- كيف يمكن التكفل النفسي بالفصامي داخل مؤسسة استشفائية؟
- وما هي الأساليب العلاجية النفسية المطبقة للتكفل بهم؟
- وهل هي متطابقة مع الطرق العلمية للتكفل النفسي بالفصامي؟
- وما هي الصعوبات التي يواجهها الأخصائي النفسي أثناء القيام بعملية التكفل بالفصامي؟

3/ تحديد مصطلحات الدراسة:

1-3/ التكفل النفسي:

هو كل الطرق والأساليب العلاجية النفسية التي يقدمها الأخصائي النفسي الإكلينيكي للمعالجة النفسية العيادية والرعاية وإعادة التأهيل للمريض.

2-3/ الفصامي:

هو الشخص المريض عقليا المتواجد في مصحة عقلية لتلقي العلاج الطبي وذلك بأخذ الدواء للتخفيف من حدة الأعراض (الهلاوس-الخيالات-الهلذيات-الأوهام) وعلاج نفسي لإعادة تأهيله ودمجه اجتماعيا.

3-3/ إعادة التأهيل:

هي تحسين كفاءة المريض و زيادة الدعم الأسري والاجتماعي في مجالات العمل و السكن و الحياة الاجتماعية.

4/ أهمية وأهداف الدراسة:

- تتمثل أهمية الدراسة في أبراز أهمية التكفل النفسي ودوره في توفير عامل التوافق والتكيف النفسي وإعادة التأهيل الاجتماعي عند فئة المرض الفصاميين.
- الإشارة إلى ارتفاع نسبة المرض المصابين بالأمراض العقلية خاصة الفصاميين وضرورة اتخاذ التدابير اللازمة للتخفيف من معاناتهم وإعادة دمجهم اجتماعيا.
- ومن الأهداف العلمية لاختيار الموضوع محاولة تحسين الباحثين بضرورة الدعم النفسي والاجتماعي والأسري للمرض الفصاميين لتمكينهم من الاندماج والتكيف ثانية في المجتمع.
- لفت الانتباه إلى أهمية التكفل النفسي في علاج المرض الفصاميين.
- تفتح الدراسة الباب لإجراء المزيد من الدراسات العلمية حول الموضوع.

5- دوافع الدراسة:

تلخص دواعي اختيار هذا الموضوع فيما يلي:

- التعرف على واقع التكفل النفسي للمرض الفصاميين المتواجدين بمؤسسة استشفائية.
- التعرف على الطرق والأساليب النفسية المتبعة لعلاج ودمج الفصاميين اجتماعيا وإعادة تأهيلهم بعد الانتهاء من فترة العلاج.
- التعرف على الصعوبات التي تواجهها الأخصائية النفسية للتكفل النفسي بالفصامي داخل مؤسسة إستشفائية.
- مساهمة متواضعة لدراسة نفسية للمرض الفصاميين المتواجدين بمؤسسة استشفائية.

6- الدراسات السابقة:

6-1/ الدراسات العربية:

6-1-1/ دراسة زينب شقير: التي تطرقت فيها عن خصائص التعبير اللغوي للفصاميين:

دراسة إكلينيكية لاضطرابات لغة الفصامي من حيث علاقتها ببنائه النفسي، وتهدف الدراسة إلى التعرف على البناء النفسي لدى مرضى الفصام البارانوي و مرضى الفصام الهيبوفريني، وكذلك التعرف على لغة كل منهما و مدى الاضطراب في كل من اللغة و التفكير الفصامي.

واستخدمت الدراسة 10 حالات من مرضى الفصام البارانوي، و10 من مرضى الفصام الهيبوفريني مقارنة بالأسوياء، حيث اعتمدت في تشخيص الحالات على تشخيص الطبيب النفسي وعلى مقياس الفصام في اختبار الشخصية متعدد الأوجه، ومقياس (ويلوبي) للميل العصابي، إضافة إلى اختبار تفهم الموضوع لموراي TAT، اختبار تداعي الكلمات (لربابورت)، المقابلات الإكلينيكية المتعمقة الطليقة، والمقابلات الشخصية مع أقارب المرضى.

نتائج الدراسة:

توصلت الباحثة إلى وجود ارتباط وثيق بين اللغة و البناء النفسي للفصامي، حيث أن اضطراب البناء النفسي له يبدو أثره الواضح في أسلوبه التعبيري اللغوي و الذي ظهر واضحا في اضطراب علاقة الفصامي بالآخرين من حوله مما أدى إلى فشله في تحقيق التواصل الاجتماعي و الشخصي الذي يرجع إلى تفكك مكوناته النفسية وضعف الأنا و دفاعاتها مقارنة بالأسوياء، كما لوحظ من نتائج الدراسة تفكك مكونات الشخصية، بجانب الهذيان و الهلوس وابتعاد العلاقة بالواقع التي تعتبر من أهم الديناميات التي توضح تفكك الفصامي من الداخل، فنجد الفصامي يفشل في عمله، ويرفض دراسته، حتى انفعاله

يكون مضطرباً، فنجدّه يضحك في موقف محزن وكانت اللغة أداة التعبير عن الاضطراب النفسي الداخلي.

6-1-2/ دراسة ليلي عبد الحميد حلمي: التي قامت بدراسة لطبيعة اضطراب شكل التفكير لدى فئات فصامية مختلفة، كما هدفت الدراسة أيضاً إلى وضع بطارية لتشخيص الفئات الفصامية، يكون من مميزات توفير الوقت والخروج بنتائج أيسر في التداعي الموضوعي عن غيرها من الوسائل الإسقاطية المتداولة، حيث استخدمت مجموعة من الاختبارات التشخيصية للفئات الفصامية الثلاث: المبتدئ، البارانوي، الهيبوفريني هذه الاختبارات هي كالأتي:

- اختبار تداعي الكلمات/ اختبار التصنيف/ اختبار تكوين المفهوم.
نتائج الدراسة:

أسفرت نتائج الدراسة على أن الفروق الكيفية في طبيعة اضطراب شكل التفكير عند الفئات الفصامية الثلاث كانت واضحة، وظهرت بوضوح على اختبار تداعي الكلمات (الإسقاطي).

كما أظهرت النتائج وجود علاقة تشخيصية عند مرضى الفصام الهيبوفريني عن الآخرين في كل من: اضطراب التنظيم، اضطراب التوقع، الترابط العرضي، مع نقص في الاستجابات الملتصقة و استجابات تكلمة الجمل عند الفئتين الأخيرتين.
(زينب شقير، 2002، ص121)

6-2/ الدراسات الأجنبية:

6-2-1/ دراسة براون (1962):

التي قام فيها بتتبع 128 مريضاً بالفصام لمدة سنة كاملة بعد خروجهم من المستشفى.
نتائج الدراسة:

وجد (براون) أن نسبة الانتكاسات تزيد بين هؤلاء الذين يعودون لعائلات ذوي شحنات انفعالية كبيرة، سواء بالرعاية والحماية الشديدة أو العكس بالنقد اللاذع أو العدوان الدفين،

عن هؤلاء الذين يعودون لعائلات ذوي شحنات انفعالية سوية، ويوضح ذلك مدى تأثير الانفعالات وشدتها على استقرار المريض في مآل مرض الفصام.

(أحمد عكاشة، دس، ص 306)

6-2-2/ دراسة روميوا (Remero 1983):

قامت هذه الدراسة على 30 مريضا فصاميا مزمننا هدفت فيها إلى معرفة مدى فاعلية العلاج بالفن و ذلك باستخدام تكنيك الحركة الراقصة.

نتائج الدراسة:

وجد (روميوا) أن علاج الفصاميين بتكنيك الحركة الراقصة قد يسمح بمرونة في حركات جسمهم، ويجعلهم يتخلون عن انسحابهم ويستطيعون التعبير عن تفكيرهم وقد اقترح (روميوا) أن فعالية العلاج بالرقص تكون أفضل عندما يدمج مع الأساليب العلاجية الفنية الأخرى والسيكودراما والعلاج بالعقاقير. (إلهام عبد الرحمان خليل، 2004، ص 130)

6-2-3/ دراسة جوردن (Gordon) و معاونوه:

وهي دراسة قامت لمعرفة فاعلية العلاج السلوكي للفصاميين، حيث قاموا بمعالجة فصاميين مزمنين على مدى خمس سنوات، تم فيها قياس فاعلية العلاج السلوكي في ثلاث ظروف علاجية مختلفة :

1- برنامج علاجي تضمن استعمال العملات الرمزية مقرنتا بعلاجات سلوكية فردية.

2- برنامج علاجي بيئي قائم على المبادئ الإنسانية.

3- البرنامج التقليدي في العلاج الذي يعتمد على المستشفى.

نتائج الدراسة: دلت نتائج الدراسة على فاعلية البرنامج السلوكي في خفض السلوك الغريب و الشاذ، كذلك السلوك الذي يتصف بالعنف والاعتداء على الآخرين وزاد في السلوك

التكفي. (قاسم حسين صالح، 2008، ص 264)

7/ قراءة و تعليق على الدراسات السابقة:

إن الدراسات التي تناولت موضوع الفصام عديدة، حيث تناول الموضوع من عدة جوانب يمكن تقسيمها إلى ما يلي:

- 1- دراسات اهتمت بخصائص التعبير اللغوي للفصامي.
- 2- دراسات اهتمت بأهم الأساليب و الاختبارات النفسية لتشخيص الفصام.
- 3- دراسات ركزت على أثر المعاملة الأسرية بعد عودة المريض من المستشفى على انتكاس المريض الفصامي.
- 4- دراسات اهتمت بفاعلية العلاج النفسي للفصاميين. غير أن هذه الدراسات قليلة.

الحمد لله الذي
الناظر

الفصل الثاني

الفصام

- تمهيد

1/ مفهوم الفصام .

2/ الشخصية الفصامية .

3/ المراحل التطورية للفصام.

4/ أعراض الفصام.

5/ أسباب الفصام .

6/ أنواع الفصام .

7/ التشخيص.

8/ العلاج.

9/ مسار ومآل الفصام.

- الخلاصة

تمهيد:

الفصام مرض عقلي يتميز باضطراب في التفكير والوجدان والسلوك وأحيانا الإدراك، ويؤدي إذا لم يعالج في بادئ الأمر إلى تدهور في المستوى السلوكي الاجتماعي وبالتالي يصبح في معزل عن العالم الحقيقي، ويعتبر مرض الفصام من أخطر الأمراض العقلية التي تصيب الإنسان تسبب له المشاكل التي تبعده عن أهله وأصدقائه وتدفعه إلى العزلة والانطواء على ذاته ليسبح في أحلام خيالية لا تمد إلى الواقع بصلة.

وسوف نتطرق إلى هذا الفصل إلى تعريف الفصام، أسبابه، أنواعه، أعراضه ومختلف العلاجات المطبقة عليه ومآله .

1. مفهوم الفصام :

1.1 لمحة تاريخية عن الفصام :

يعود وصف أول حالة فصامية إلى عام 1400 ق.م، حيث نجد في أحد النصوص الهندية وفي القديمة وصفا دقيقا لما نسميه اليوم بالفصام .
أما بالنسبة لإدراج المرض في لوائح الطب النفسي الحديث فإنه يعود إلى عام 1851 (سمير بقيون ،2007، ص 54).

وفي عام 1860 وصف الطبيب النفسي مورل B.MOREL حالة فتى في 14 من عمره يعاني من تدهور عقلي متطور بشكل ملحوظ، حيث كان شديد التفوق في دراسته إلا أنه أخذ يهمل دروسه ونظافته وكل النشاطات الأخرى وينسى ما تعلمه وينطوي على نفسه، وتسيطر عليه فكرة القتل ومشاعر اضطهادية إزاء أبيه وأطلق عليها B.MOREL (بنيدتيكت مورل) اسم "العتة المبكر" أو الخبل (الخرف) المبكر **Dementia praecox** لأنه مرض ينتهي بصاحبه إلى العتة، ويأتيه في سن مبكرة وهي سن المراهقة. (عبد الله حسين منولي، 2004 ، ص 142)

وفي الفترة الممتدة ما بين (1863-1868) قدم طبيب آخر هو كاهلبوم (Kahtbaum) اصطلاحاً آخر للمرض هو (Dementia paranoids) وتعني الخرف الزوري وهي حالة وصفها أنها تتكون من أوهام واضطراب في السلوك، كما وصف حالة ؟ وهي أوهام عقلية منظمة.

وفي سنة 1868 وصف حالة ثالثة سماها (Catatonia) وتعني الجامودية أو التخشبية، حيث يبقى فيها المرض ساكناً بدون حركة، وفي 1896 قام العالم كرابلاين بدمج الصورة المرضية السابقة في حالتين، واحدة تتعلق بالمزاج سماها الزهو الاكتتابي والأخرى الخرف المبكر، وسيطر تقسيمه لفترة زمنية طويلة. (عبد اللطيف فرج الله، 2009، ص 164)

كما كانت إسهامات (أدولف ماير) الذي عمل بمستشفى جون هوبكنز والولايات المتحدة الأمريكية وترأس المدرسة التقنية والحيوية أو البيولوجية ولقد اهتم ماير بدراسة المريض وفهمه باعتباره إنسانا فريدا، وأن لكل فصام ظروفه ومن هنا توسعت نظريته لتشمل كل العوامل الحيوية والعضوية والنفسية والاجتماعية منطلقا من وحدة الجسم و العقل. وقد استخدم مصطلح آخر للفصام ألا وهو (Paregasia) (ولم يلاقي قبول) إلا أنه اعتبر الفصام لظروف ضاغطة وعدم قدرة الشخص مواجهة الضغوطات. (محمد قاسم عبد الله، 2008، ص ص 229-230)

وفي عام 1911 جاء دور العالم إيوجين بلوير (eugene bleuler) الذي عمل أستاذا للطب بجامعة زيورخ و نقد ما ذهب إلى (كربيلين) واعتبر مصطلح العته غير دال على طبيعة مرض الفصام وغير ملائم حتى لوصف الأعراض المختلفة المرتبطة به، وأسماه الفصام العقلي أو السكيزوفرينا schizophrenia وهو المصطلح الذي ما يزال مستخدما حتى الآن للإشارة إلى هذا المرض. (عبد الله حسين منولي، 2004، ص 143)

1-2-1- تعريف الفصام:

1-2-1- التعريف اللغوي:

الفصام كلمة يونانية الأصل وهي تنقسم إلى مقطعين، سكيذ (schize) ومعناها: تشقق أو تصدع أو انقسام، وفرينا (phrene) وتعني القول أي انقسام أو تشقق العقل. (Arinadcolim,1995,p81)

أما في قاموس د. سهيل إدريس فيعرف هذا المصطلح على أنه: بلاهة مبكرة ينطوي فيها المريض المصاب على نفسه مندفعاً تحت شعار التجول الذهني في عالم الخيال و الوهم و عدم الاتساق بين المزاج و الفكر. (سهيل إدريس، ص 102)

أما قاموس (اكسفورد) فيعرفه "بأنه اضطراب عقلي يتخذ عدة أشكال تتسم الأعراض فيها جميعا بانفصام الارتباط بين التفكير و الشعور و الأحداث على انسحاب من النشاط الاجتماعي و الشكوى من الهلوس و الضلالات". (عبد الله حسين المنولي، 2004، ص 137)

1-2-2-2-1 التعريف الاصطلاحي:

يعرف الفصام على أنه: حالة مرضية عقلية تتميز بانقطاع العلاقة مع الواقع و

الانفصال عن الحقيقة و التفكير الخلوي. (sillamyor,1996,p234)

• **تعريف بلوير bleuler** : الفصام مجموعة من الأعراض الذهانية تسلك أحيانا مصيرا مزمنا وأحيانا أخرى نوبات متكررة، ويحتمل أن تتوقف أو تتدهور هذه الأعراض في أي مرحلة، ولكن لا يعود الفرد للتكامل السابق، كما أن هذا المرض يتميز بأعراض خاصة في التفكير، والشعور وعلاقة الفرد بالعالم الخارجي، والتي لا تظهر بهذه الطريقة في أي مرض آخر. (أحمد عكاشة، ص 296)

• **تعريف سترانج strange** : فان الفصام اضطراب عقلي أو ذهان عقلي من الأعراض الوظيفية، أي تلك الأمراض التي لا ترجع إلى اضطراب أو أسباب عضوية في جسم الإنسان أو في محنه ولكنها اضطرابات تطراً على الوظائف العقلية فقط، ويهتم سترانج بإظهار عرضين من أعراض هذا المرض وهما: الانسحاب من الحياة الاجتماعية و البلادة وفقدان الإحساس.

• **تعريف سانفور f.sanford** : فيعرف الفصام بأنه أحد الأمراض العقلية و فيه يتصف بالابتعاد عن عالم الحقيقة وفي غالب ما يتضمن هذا المرض الهلوس و الأفكار الزائفة، والهذيان و الانسحاب و الاضطراب الحاد في الحياة الانفعالية عند المريض. (عبد الرحمان العيسوي، 1990، ص 252)

ويعرفه الطبيب النفساني أحمد عكاشة في كتابه (علم النفس الفيزيولوجي) على أنه "مرض عقلي يتصف باضطراب في التفكير والوجدان، السلوك وأحيانا الإدراك، ويؤدي في

بادئ الأمر إلى تدهور واضح على المستوى السلوكي و الخلقى و الاجتماعي، مما يفقده الفرد شخصية وبالتالي يصبح في عزلة عن العالم الحقيقي والمجتمع. (مروان أبو حويج، 2008، ص 229)

ويمكن الإشارة في الأخير إلى إن الفصام مرض تطوري في بعض الحالات يكون حالات من السبات و الركود في الطاقة العقلية ومن الممكن أن تكون هناك حالات الشفاء في الإعاقة النهائية و ذلك بإعادة إدماج المريض اجتماعيا من جديد و تجديد قدراته من جديد. (mahfoul boucebc,1984,p159)

1-3 مدى انتشاره :

يعد الفصام من بين الاضطرابات العقلية الأكثر انتشارا في العالم، حيث تقدر نسبة انتشاره تقريبا من تعداد سكان العالم 1% فهو يصيب حوالي 3.4% من كل ألف شخص، وكل عام هناك مائة ألف شخص يصاب لأول مرة بهذا المرض، ونحو ستمائة ألف شخص ما يزالون يخضعون للعلاج الفعلي حيث يمثل مرض الفصام نسبة 60-70 % من نزلاء مستشفيات الصحة النفسية. (عبد الله حسين المنولي، 2004، ص 150)

كما تبين الإحصائيات المختلفة أن الفصام ينتشر بين الرجال و النساء بنسبة واحدة إلا أنه يظهر بشكل مبكر لدى الرجال مقارنة بالنساء، وتظهر معظم حالات الفصام حوالي 70 % بين السن 15-20 سنة، كذا أن الفصام ينتشر في الأماكن المكتظة بالسكان، حيث الفقر و الجريمة و التعطل و الانحرافات الاجتماعية الأخرى، بالإضافة الى أن 40 % من الحالات تظهر في الطبقات الاجتماعية ذات المستوى الأدنى يمكن تدعيم هذه النتائج ببعض الدراسات كدراسة شيلي و واطسن (1936) في روما وجد أن نسبة الفصام بين المرضى في المستشفيات العقلية هي 35.7 % أما دراسة فوستر (1958) في غانة فقد ارتفعت النسبة لتصل إلى 53.6% أما لامبر في نيجيريا حوالي 60 %.(أحمد عكاشة، دس، ص 298)

2- الشخصية الفصامية :

تعتبر الشخصية الفصامية بمثابة الأعراض الأولى أو الممهدة للإصابة بالفصام،

فالشخصية الفصامية تتسم بما يلي :

- 1) العزلة و الوحدة والكتمان و التحفظ و الانغلاق على الذات.
- 2) صفق العلاقات الاجتماعية و تفصيل الأنشطة الفردية.
- 3) صعوبة التعبير عن المشاعر و الحساسية الزائدة.
- 4) مواجهة الواقع بأساليب إنسحابية هروبية كالاستغراق في الخيال و أحلام اليقظة.
- 5) العناد والخجل. (محمد قاسم عبد الله، 2008، ص233)

ولقد أشار في هذا الصدد كرتشمير (kertshmer 1936) أن الشخصية الفصامية

تتضمن بذور مرض الفصام، حيث كان يعتقد أن هذه الشخصية هي مظهر جزئي للمرض والذي يظهر بشكل نهائي في هيئة مرض الفصام. (طارق بن علي الحبيب، 2008، ص27)

3- المراحل التطورية للفصام:

يأخذ الفصام مسارا منتظما أو مراحل تطورية عبر الزمن و لقد جرى تقليديا تقسيم

المسار الذي يتطور به الفصام إلى ثلاث مراحل وهي :

3-1- المرحلة الاستهلاكية (الأولية):

فبدايات الفصام غالبا ما تحدث في فترة المراهقة، وقد تحدث أحيانا بشكل مفاجئ جدا، وقد يحدث بشكل بطيء تستغرق سنوات حتى تظهر على شكل اضطرابات ذهانية واضحة، ولعل أهم ما تتصف به هذه المرحلة هو ميل الفصامي إلى الانسحاب والعزلة الاجتماعية، وغالبا ما يهمل مظهره وصحته، وينسى أن يذهب غلى الحمام، ويناام بملابسه.....الخ. كما أداءه في المدرسة أو في العمل يختل ويضعف ويبدو أدائه مهملا وتبدو انفعالاته، وفي الوقت نفسه سطحية وساذجة وغير مناسبة، وتحصل في الحالات أن الاضطراب يظل يتطور بصورة تدريجية ولكن بشكل غير واضح للآخرين إلى أن يبدأ الفرد بإظهار تصرفات

شاذة وغريبة، كأن يقوم بجمع القمامات أو التحدث إلى نفسه، أو الانشغال بتصرفات سلوكية أخرى غير مألوفة، فهو بذلك مهياً للدخول في المرحلة الثانية للفصام.

3-2- المرحلة النشطة:

يبدأ المريض في هذه المرحلة النشطة بتصرفات سلوكية ذهانية، حيث تظهر عليه أعراض متنوعة متمثلة في: الهلوس، الأوهام، الكلام غير المرتبط، الانسحاب الحاد وما إلى ذلك.

3-3- المرحلة المتبقية:

حيث يكون السلوك فيها مشابهاً للمرحلة الأولى، الاستهلاكية ويغلب عليه الجمود في العواطف، وتكون انفعالاته ووجداناته سطحية وبليدة، وقد يبقى كلامه مفككا، وصحته متدهورة، وبالرغم من هلاوسه وأوهامه قد تتبدد، فإنه يظل يمر بخبرة إدراكية غير عادية وأفكار غريبة، وإدعاءات قبيل القدرة على التنبؤ بالمستقبل أو السيطرة على الأحداث من خلال التفكير السحري، ونتيجة لذلك فإن الفصامي في هذه المرحلة يبقى غير قادر على تحمل مهمات بيتية أو القيام بعمل وظيفي، كم قد نجد بعض الحالات تتحسن أوضاعهم ويمارسون وظائفهم بشكل عادي لكن هذا لا يحدث إلا نادرا.

كما أثبتت دراسة مانفر (ابن الطبيب النفسي المعروف بلوير) لأكثر من ألف فرد مصاب بالفصام، تبين أن حوالي 10% منهم ظلوا على حالتهم و20% منهم عادوا ليمارسوا وظائفهم العادية، فما بقي 50% إلى 60% منهم تتأرجح حالتهم بين المرحلتين النشطة والمتبقية. (قاسم حسين صالح، 2005، ص ص 242-244)

4- أعراض الفصام: يمكن تقسيم أعراض الفصام إلى أراض إيجابية، أعراض سلبية، أعراض نفسية حركية وذلك للتوضيح أكثر وهي كالتالي:

4-1- أعراض الفصام الإيجابية Positive Symptoms :

والتي نعني بها أعراض جيدة من وجهة نظر المريض أو المعالج، لكنها تعني وجود أعراض وسلوكيات زائدة وغير طبيعية مثل: الهالوس، الضلالات وهي عكس الأعراض السلبية التي تظهر توحى بالقصور لدى المريض كالبلادة الانفعالية والفقر في محتوى الكلام. (وهذه الاضطرابات في السلوك تؤدي إلى الخلط والتشويش في تفكير المريض وعملية التواصل معه تكاد تكون مستحيلة، حيث يؤدي ذلك إلى عدم القدرة على التفكير العقلاني المنطقي وأنماط شاذة وغريبة من التفكير والكلام).

4-1-1. التفكير والكلام غير المنظم: وهو تلفظ المريض بكلام دون معنى مما يستحيل فهمه ومن أهم أشكال التفكير والكلام غير المنتظم ما ياي:

- عدم الترابط بين الأفكار: حيث ينتقل المريض من موضوع إلى آخر دون وجود أي علاقة منطقية ودون تسلسل بين الأفكار، مما يؤدي إلى تفكك العبارات المنطوقة وكلام بلا معنى، رغم أن الكلمات والجمل قد تكون صحيحة من الناحية اللغوية إلا أنها تفتقر إلى الترابط والتسلسل والمنطقية.

- الارتباط بالسجع: أي قد يلتزم ويتقيد بالسجع دون معنى أي يستخدم المريض الكلمات التي ترتبط أصواتها وليس معناها.

- اختراع ألفاظ وتعبيرات جديدة: ويطلق عليها Neologisms وهي تعبيرات وألفاظ ليس لها معنى سوى عند المريض فقط.

- التكرار: وهو تكرار المريض للكلمات والعبارات التي يستخدمها عدة مرات.

4-1-2. الهذاءات Pelusions : وهي أفكار زائفة يعتقد المريض بصحتها رغم عدم وجود

أي أساس لها في الواقع ومن أهم الهذاءات في الفصام:

- الهذات الاضطهادية: حتى يعتقد المريض أن المخابرات تحاول خطفه أو قتله وأنه مضطهد من زملائه أو رؤسائه أو جيرانه حيث يحاولون تشويه سمعته أو إيذائه.
- هذات الإشارة: حيث يعطي المريض أهمية كبيرة خاصة للأفعال الصادرة عن الآخرين أو لمختلف الأشياء والأحداث مع أن ذلك ليس صحيحاً على الإطلاق.
- هذات العظمة: حيث يعتقد أنه نبي أو مخترع عظيم أو أنه ذو قدرات خارق.
- هذات التحكم: حيث يعتقد المريض أن دوافعه ومشاعره وأفكاره وأفعاله يتم التحكم بها من قبل الآخرين وقد يعتبر البعض الآخر أن أفكارهم قد سرقت من رؤوسهم وأن أفكاره تذاق بالراديو.

3-1-4. اضطرابات الإدراك:

- الهالوس: وهي اضطرابات في الإدراك تحدث في غياب المثير الخارجي ومن أهم الهالوس وأكثرها شيوعاً:
- الهالوس السمعية: حيث يسمع المريض أصوات يخيّل إليه أنها تأتي من خارج رأسه، قد تكون في شكل مدح أو ذم أو انتقاده أو تعطيه أوامر معينة أو تحذره من أخطار معينة وهي تزداد في حالات العزلة الحسية.
- الهالوس البصرية: حيث يرى المريض أشخاص وأشياء وصور وألوان غير موجودة في الواقع.
- الهالوس اللمسية: حيث قد يشعر المريض بوخز خفيف أو حرق أو صدمة كهربائية أو الشعور بحشرات تزحف على الجلد أو حتى تحت الجلد وكلها لا أساس لها من الواقع.
- الهالوس الجسمية: وهي إحساسات بحدوث شيء ما داخل الجسم مثل تغير وضع أحد أعضاء الجسم أو الإحساس بوجود ثعبان يزحف داخل المعدة.
- الهالوس الشمية: حيث يشم روائح غير موجودة كالدخان والسموم والعفونة.
- الهالوس التذوقية: حيث يشعر بطعم غريب للأطعمة والسوائل التي يتناولها.

ويمكن الإشارة إلى أن الهلوس والضلالات تحدث معا، فعلى سبيل المثال الذي تسيطر عليه ضلالات الاضطهاد يشم رائحة السم في حجرة نومه ويشعر بطعم السم في الطعام الذي يتناوله.

4-1-4. عدم مناسبة الانفعال للموقف: حيث يظهر المريض انفعالات لا تتناسب مع الموقف الاجتماعي، ولا مع الظروف والأحداث الضاغطة: حيث يظهر السرور والضحك في المواقف المحزنة والعكس كذلك.

4-2-2- أعراض الفصام السلبية: وهي أعراض تعبر عن نواحي نقص أو قصور أو عجز في التفكير والكلام والانفعال والسلوك الاجتماعي، وفي توزيع المريض بصورة شديدة وهي تشمل:

4-2-1/ اللامبالاة Apathy:

وهي مشاعر سلبية تعبر عن نقص الاهتمام والدافعية، بالأنشطة الروتينية الاجتماعية والمهنية العادية، لذلك فالمريض يجد صعوبة في الاستمرار بالعمل والقيام بالمسؤولية وعدم الاهتمام بالمظهر الخارجي.

4-2-2/ الفقر في الكلام وفي محتوى الكلام: نقص كبير وواضح في الكلام (الكم) وفي المقابل قد يتكلم كثيرا لكن يوجد نقص خطير في المعلومات، وهو ما يعبر عنه بفقر المحتوى الكلامي، فالكلام لا معنى له، أما الفقر في الكلام فكلام المريض محدود، إجاباته محدودة وقصيرة جدا وقد لا يجيب على الأسئلة الموجهة له إطلاقا.

4-2-3/ تبدل المشاعر وسطحيته: حيث يبدو المريض متبدل المشاعر تماما بحيث لا يحزن ولا يفرح ولا يظهر أي نوع من أنواع الانفعال مهما كانت الظروف أو المواقف، ولا يظهر أي نوع من أنواع التعبير للانفعال على الوجه وهو منتشر لدى 66% من مرضى الفصام.

4-2-4/ الانسحاب الاجتماعي: يميل مرضى الفصام إلى الانسحاب الاجتماعي

والانفعالي من البيئة وتجنب الناس والحديث معهم، لأن أفكارهم مشوشة وغير منطقية والانسحاب يساعد على الاستمرار في الانفعال عن الواقع.

4-3- الأعراس النفسية الحركية: وتظهر بشكل واضح في الفصام التخشبي، وفيها يتخذ

المريض وضعا غريبا لساعات طويلة لا يتحرك وكأنه متخشب وقد تتتابه بعد هذه الوضعية حالة من الهياج الشديد يحطم فيها ما حوله وقد يجلس على الكرسي ورأسه للأسفل لساعات طويلة، وخلال السلوك الكتاتوني يكون المريض في حالة الذهول صامتا غير واع بالبيئة من حوله أو لمحاولات تحريكه وقد يصف البعض حالة الهياج بعد وضعية التخشب كحالة ناللة من أشكال الفصام ويطلقون عليها الإلارة أو الهياج الكلالوني، كما ينظر إليه بعض الإكلينيكيين على أنه يمثل أحد الأعراس الإيجابية والنوعين الآخرين (المرونة والصلب الكلالوني) كأعراس سلبية. (عبد المنعم عبد الله حسين، 2006، ص 178-186)

يمكن إضافة بعض الأعراس الإكلينيكية العامة وهي كالآلالي:

1- اضطرابات في الإرادة تتمثل في ضعف الإرادة والثقة بالنفس.

2- الضعف الجسمي ونقص الوزن وارتفاع سرعة الدورة الدموية والضغط أو نقصها عن الحدود الاعتيادية.

3- احتمال ارتفاع نسبة السكر والأملاح في الدم أو نقصها عن الحدود الطبيعية.

4- تدهور في ملكية التركيز والذاكرة والقيام بعادات شاذة كخلع الملابس والعراء أو

الاعلصاب الجنسي وقد يعود في بعض الحالات إلى ذاكرته بشكل طبيعي. (عطوف محمود ياسين، 1981، ص 300)

5- أسباب الفصام:

يعد الانفصام من بين الاضطرابات التي لا تزال حلقات البحث الطبي النفسي والعقلي تسعى للتعرف بدقة على الأسباب الكامنة وراء ظهور الأعراض الفصامية لدى المصابين به ويمكن تلخيص هذه الأسباب فيما يلي:

1-5. الوراثة:

لا يورث الفصام عن طريق جينات سائدة أو متنحية، بل الأرجح أنه ينتقل عن طريق جينات متعددة لكل منها تأثير محدود ومتراكم في نفس الوقت. (رأفت عسكر، 2004، ص189)

وقد ظهر الاعتقاد بأن للفصام أسباب وراثية، وذلك بملاحظة ارتفاع معدل حدوثه في عائلات معينة دون أخرى، وقد تكون أفضل الأساليب للبحث عن مدى تأثير العوامل الوراثية للإصابة بهذا المرض هو دراسة للتوائم المتماثلة حيث أثبتت دراسة كوتيسامان (1978) وكيسلر (1980) أن الدراسات التي أجريت على التوائم على مدى 20 سنة، فوجد أن متوسط معدل التطابق في الفصام تبلغ بين التوائم المتطابق 47% مقابل 15% بين التوائم المتأخية. (قاسم حسين صالح، 2008، ص270)

وفي ضوء هذه النتائج يمكن إعطاء أهمية للعوامل الوراثية في الإصابة بمرض الفصام لا تتعدى إلا تزود الفرد باستعداد بيولوجي للإصابة وأن ثمة عوامل أخرى لا بد من توافرها ليظهر المرض بشكل حقيقي:

2-5. كيميائية حيوية:

وتنسب الفصام إلى اختلال ناقلات عصبية ومستقبلاتها.

- فرضية الدوبامين: ومجمله أن الفصام ينتج عن زيادة في نشاط الألياف العصبية التي تفرز ناقل الدوبامين أو زيادة حساسية مستقبلاته ومما يؤدي هذا القرض نجاح الأدوية المضادة للذهان في تحسين أعراضه، وكلما تقلق مستقبلات الدوبامين ويخفض نشاط أليافه

- كما أن المركبات التي ترفع تركيز الدوبامين في أجزاء معينة من المخ تؤدي إلى تدهور حالة الفصام وأشهرها المنشطات والكوكايين.
- فرض النورأدرينالين: يزداد نشاط هذا الناقل في الفصام، مما يؤدي إلى زيادة الحساسية للمؤثرات الحسية الخارجية.
 - فرض حامض إيجا أمينو بيوتيريك (جابا): يؤدي انخفاض هذا الناقل إلى زيادة نشاط الدوبامين.
 - فرض السيروتونين: يضطرب تمثيل هذا الناقل في الفصام وقد ينتج عنه مواد تؤدي إلى أعراض ذهانية.
 - الفيتايل أتييل أمي (PEA) و هو مركب أميني يصنعه المخ ويشبه منشط الأمفيتامين، ويؤدي ازدياد افرازه إلى زيادة الاستعداد للإصابة بالفصام.
 - الجلوتين Geluten وهو من مكونات بروتين القمح الذي لا يتحملة بعض مرضى الفصام فيؤدي إلى المرض. (رأفت عسكر، 2004، ص190)
- 3-5. العوامل النفسية:**

إن دور المسببات النفسية في حدوث الفصام غير واضحة، لكن العديد من العلماء يقرون بإمكانية حدوث الفصام بفعل عامل نفسي وبناء على ذلك فقد دعاها فارجمان (Fargeman) في عام 1963 ذهانات نفسية المنشأ، وأشار إلى أن مآل من أصابته تلك النوبات الذهانية الحادة يعد جيداً مقارنة بمرضى الفصام الآخرين.

إن هذا النوع من النكوص (الفصام) يمكن أن يترسب بواسطة الصراعات أو الضغوط التي تتتاب المراهق في مقابلة مشكلات النضج، ولكي يتجنب المراهق هذه الصعوبات فإنه يتقهقر نحو النموذج الطفولي، إلى مرحلة الدنيا حيث كان أكثر أماناً وسيلة هروبية من التبعية وتجنب الشعور بمرارة الفشل والخيبة في مواجهة الصعوبات والمشاكل، والسبب في أن المراهقة تبدو أكثر مراحل النمو النفسي استهدافاً للسلوك النكوصي فإن هذا يرجع إلى

فرط حساسية المراهق لموقف المجتمع منه وكيفية استجابات الآخرين لتصرفاته، إلا أن الأسلوب النكوصي لا يرجع لتأثير البيئة فحسب بل يتأثر بالجهاز العصبي وجهاز الغدد والوراثة.

وبعض علماء النفس يفسر المرض بوجود صدمة نفسية قاسية في الطفولة المبكرة للمريض، تحيله إلى شخصية شديدة الحساسية لا تتحمل الضغوطات وتراكمات الاحباطات المستقبلية والتي قد يتحملها غيره من الناس، فإذا ما واجهه في كبره ضغوطات فإنه يرجع إلى عالم الطفولة حيث لا يوجد صراع مع عالم الواقع وحيث يجد إرضاء لذاته لا يجده في عالم الواقع. (عبد اللطيف حسين فرج، 2009، ص 169)

ومن بين المسببات النفسية التي ذكرتها مراجع الطبيب النفسي: الحمى، والعمليات الجراحية، الحمل، الولادة، برامج التنحيف القاسية، ووفاة أحد أفراد العائلة، والأزمات العاطفية والمالية والوظيفية وال فشل الدراسي، الإجهاد، الصدمات الانفعالية.

وكلما كان الإجهاد طفيفا وحدث المرض معه على أنه الاستعداد للإصابة بالمرض كان أكبر والعكس مما يتطلب مسببات (مرسبات) نفسية بالغة لإظهاره. (طارق بن علي الحبيب، 2008، ص 54)

4-5. العوامل الاجتماعية:

وهي تتعلق بالظروف البيئية التي يعيشها الفرد المصاب، وبالمجتمع الذي نشأ فيه، وإن هذه العوامل لها أهمية كبيرة في المجال ولكنها قد تكون محدودة بالنسبة لأسرة الفصامي أو الذي له صلة اجتماعية به، حيث تتعلق هذه العوامل بالمختصين المسؤولين عن منع حدوث الفصام، ولكن في حال الإصابة به يكون الوقت قد فات وسبق أي محاولة لتغيير الظروف الاجتماعية (الأسرة بالدرجة الأولى).

كذلك الظروف الثقافية من أجله وهذا العمل يتطلب عملا على نطاق واسع يتولى القيام به علماء الاجتماع، علماء النفس والتربية الخاصة والمختصين في مجالات علم الوبائيات

والصحة العامة، ويمكن الإشارة إلى نقطة مهمة وهي أن العوامل الاجتماعية والثقافية تؤثر على الفرد من خلال الفعل الوسيط للعمليات النفسية.

كما أن عوامل الفقر والحرمان والضغوط الاجتماعية والهجرة، الإنشاء، لأقلية اجتماعية من شأنها أن تعمل على ارتفاع معدل حدوث المرض، ولقد دلت دراسات أجريت للكشف عن مدى تأثير العوامل الاجتماعية تقلل عن تقدير الذات لدى الفرد مما يسهل الإصابة بالمرض النفسي وصعوبة الشعور بالتفاعل وضمان الأمن فتزداد فيه معدلات الإصابة بالفصام، إذ يتضح من كل هذا أن العوامل الاجتماعية التي يترتب عليها الإحساس بالمعاناة أن تكون غير مباشرة في الإصابة بالفصام. (أديب محمد الخالدي، 2009، ص347) كما يرى (كوير) أن الفصام انعكاس لنمط التنظيم الاجتماعي والاقتصادي لمجتمع معين.

5-5. العوامل الأسرية:

هناك العديد من البحوث والدراسات التي ركزت على العلاقة بين مرض الفصام والجو العائلي، خاصة الأب والأم ويمكن تلخيص ذلك في النقاط التالية:

- التعلق العاطفي: حيث يعكس تمزقا في الارتباط بين الطفل والوالدين وأن بناء الثقة الأساسية يكون ممزقا وينتج عن ذلك خوف من فقدان والانفصال والانسحاب.
- الترابط المزدوج: يمكن أن تسبب أشكال معينة من العلاقات بين الوالدين والطفل بسلوك الفصام، ويقوم الوالدان بالاتصال بالطفل بطرق مختلفة تتطلب استجابات متناقضة فيقول على سبيل المثال "لا تكن مطيعا تماما"، "افعل ولا تفعل" ويتعامل الطفل مع هذه التناقضات بطرق انسحابية.
- الشقاق وعدم التماثل بين الزوجين: حيث يكون الوالدين في صراع واضح ويحاول كل واحد منهما أن يجند الطفل إلى جانبه وفي حالات أخرى يكون هناك انحراف زواجي بحيث يسيطر أحد الوالدين بشدة على الآخر.

- الارتباك والحيرة: يمكن أن يكون الفصام الملاحظ لدى بعض الأطفال وسيلة عقلية عملية لتعامل مع الوالدين الذين يتصرفان بطرق غير ثابتة ومرتبكة.
- الأم الفصامية وراثيا: فقد تكون الأم من النوع الذي يحمي بإفراط أو تتسم بأنها كتومة رافضة ومنعزلة ومتحكمة لدرجة كبيرة بشكل يؤدي إلى إحداث سلوك فصامي عند الطفل فتهيئ بذلك إلى خلق شخصية فصامية عند أولادها.
- التعلم الاجتماعي: قد يكون التدعيم الفارق الذي تقوم به الأسرة أساسا في تعلم السلوك الفصامي، ويتلاشى السلوك نظرا لتجاهله، ويدعم السلوك الغريب عن طريق توجيه الانتباه إليه. (محمد قاسم عبد الله، 2005، ص147)

كما تشير نظرية واين وسنجر (Wynne and singer 1965) إلى أنماط التفكير لدى مريض الفصام تتشابه مع أنماط تفكير أسرته لدرجة يمكن التنبؤ بخصائص تفكير أحد الطرفين من خلال دراسة الطرف الآخر. ومن هذه الخصائص الفكرية استعمال كل الطرفين اللغة المبهجة في الكلام، وخلوها من الترابط وانتهاء الجملة قبل اكتمال المعنى.

5-6. العوامل الغدية والهرمونية:

هنالك العديد من الدراسات التي تفترض ارتباط الفصام باضطراب مستوى بعض الهرمونات الموجودة بالجسم، حيث يذكر أ.د أحمد عكاشة: أن هناك العديد من الملاحظات الإكلينيكية التي تؤيد هذا الإشراف، حيث أنه من النادر حدوث الفصام في الأطفال، كما أن نسبته تزداد عند البلوغ وفي سن توقيت الطمث وكذلك بعد الولادة، وفي فترة تمتاز باضطراب في إفراز الهرمونات وما يدعم هذا الرأي الأبحاث التي قامت على مرض الفصام البارانونيا حيث وجد أنهم يفرزون كميات كبيرة من الكورتيزون أكثر من سواهم من المرضى المصابين بأنواع الفصام الأخرى، وأن نكسات المرض يصاحبها زيادة في إفراز هذا الهرمون، وأشارت بعض الأبحاث أن مرضى الفصام يعانون من اضطراب في نشاط الغدة الكظرية.

وهناك بعض الاضطرابات الهرمونية لها ارتباط بالأغراض السلبية للفصام:

1- عدم وجود الاستجابة المعتادة في هرمون النمو وهرمون الحليب للاستثارة التي يسببها هرمون (Gnrh) أو هرمون (TRH).

2- عدم وجود الاستجابة المعتادة لهرمون النمو للاستثارة بالأبومورفين.
(طارق بن علي الحبيب، 2005، ص42)

5-7. العوامل المرتبطة باضطراب الجهاز العصبي والالتهاب الفيروسي:

لقد أشارت الدراسات إلى أن هناك بعض الأمراض العضوية المرتبطة بالجهاز العصبي تؤدي إلى أعراض شبيهة بالفصام: كزهري الجهاز العصبي، الحمى المخية وأورام الفص الجبهي والصدغي في المخ، وهبوط نسبة السكري في الدم، مما يدل على أن الاضطراب العصبي يؤدي إلى أعراض فصامية، وأن الفصام ذاته من الوارد أن يكون سببه اضطرابا فسيولوجيا في الجهاز العصبي، وهذا ما أظهرته الأشعة المقطعية على المخ وبعض الضمور في الخلايا العصبية، فبناءا على ذلك يميل البعض إلى فرضية أن سبب الفصام إنما يرجع إلى الدوائر العصبية ما بين القشرة المخية للفص الأمامي للمخ والمخيخ والمهاد، هذا ما أدى إلى صعوبة في معالجة المعلومات.

كما بينت أشعة الرنين النووي المغناطيسي وجود بعض التغيرات في نسيج المخ لدى بعض مرضى الفصام، كذلك لوحظ في أشعة تصوير المخ لمعرفة الدورة الدموية المخية استعمال الجلوكوز في الفصوص المخية وأن مرضى الفصام يعانون اضطرابا في الفص الجبهة الأيسر وفي السطح من الفص الصدغي. (عبد الله حسين المنولي، 2004، ص154)

وهناك بعض الدراسات التي أكدت على دور التغيرات الفسيولوجية العصبية في ظهور الفصام من خلال تخطيط الدماغ الكهربائي (EEG) الذي يظهر وجود زيادة في نشاط ثيتا وفي موجات أخرى متفرقة، إلا أنها لا توجد عند جميع مرضى الفصام، ويرى بعض العلماء أن الفصام ما هو إلا التهاب دماغي ناشئ عن فيروس بطيء التأثير أصيب به الفرد في أيام حياته الأولى أو حينما كان جنينا في بطن أمه، وهذا ما أثبتته الدراسات المسحية حيث

لوحظ زيادة حدوث الفصام عند تعرض الأم لفيروس الأنفلونزا أثناء الحمل، إلا أنه لم يتم اكتشاف فيروس محدد يدعم هذا الاتجاه وإنما يعتمدون على فرضية الأجسام المضادة للمناعة التي تعتقد أنها تحدث بسبب إصابة بعض الخلايا بالدماغ بالفيروس المفترض وهم يفترضون أن تفاعلا يحدث بين الجينات الوراثية وبين الفيروس أثناء نمو الجنين أو أن التفاعل قد يحدث لأحد الوالدين وينتقل بالوراثة إلى الأجيال اللاحقة.

5-8. الشخصية:

تعد الشخصية نتاج لتفاعل عوامل وراثية والبيئة التي نتج فيها الفرد وأسلوب التربية، ولهذا فقد تلعب شخصية الفرد دورا في الإصابة ببعض الأمراض النفسية والعقلية، حيث ذكرت كرتشمر (1936) أن الشخصية الفصامية تتضمن بذور مرض الفصام، فهي تعتبرها مظهر جزئي لمرض والذي يظهر شكله الكامل لاحقا على هيئة مرض الفصام، كما قد أشارت (Kendlereta 1994) و (Paranas et Al 1993) إلى أن بعض الاضطرابات الأخرى تلعب دورا في الإصابة بالفصام. (طارق بن علي الخطيب، 2004، ص27) وخصوصا الشخصية ذات النموذج الفصامي وهي التي يتصف صاحبها بالعزلة الاجتماعية والعجز عن بناء العلاقات الاجتماعية وغبابة الأطوار، الشذوذ في أسلوب التفكير والإدراك والسلوك والمشاعر والاتصال ولكن بدرجة أقل مما نراه عند المريض الفصامي. (محمد حمدي الحجار، 1998، ص137)

6-أنواع الفصام:

لقد تعددت أنواع الفصام واختلفت تصنيفاتها وذلك لتداخل هذه الأنواع فيما بينها كذلك احتمال انتقال المريض من نوع إلى آخر والأهم من هذا هو العلاج الذي يكاد يكون متماثلا، وعلى الرغم من هذا يمكن التطرق إلى أهم أنواع الفصام وهي كالتالي:

6-1. الفصام البسيط:

يعتبر هذا النوع أبسط الأنواع خطرا أو شدة من حيث الدرجة، يتسم أفراد هذه الفئة بالتبند العاطفي (الانفعالي) والانسحاب من العلاقات الاجتماعية وعدم الاهتمام بالجنس وعدم الإحساس بالمسؤولية والانخراط في صفوف المتشردين أو المجرمين، ويتصف سلوكهم بالاتكالية والاعتماد على الآخرين، ويفقدون أي حافز أو دافع للتحصيل أو الإنتاج وظهور تدهور عقلي واضح ويظهر الفصام البسيط بشكل تدريجي يبدأ بعدم الاهتمام واللامبالاة في كل شيء ثم فقدان الإرادة والطموح والدوافع وأخيرا تظهر الهذات والهالوس ويصبح المريض بحاجة للعلاج. (عطوف محمود ياسين، 1981، ص306)

كما أن المصاب بهذا النوع من الفصام يعاني من اضطراب في الانتباه وهو كذلك تسببه الدرجات الشديدة من الشخصية الشبه فصامية، إضافة إلى أنه قابل للتحسن أكثر من الأنواع الأخرى من الفصام.

6-2. الفصام الهيبوفريني (المراهقة):

وكلمة **Hebe** هي في الأصل اسم ابنة الآلهتين زيوس **Zeus** و **Hera** هيرا وهي أيضا تشخيص للربيع وللشباب وتستخدم كلمة **Hebe** عادة كمقطع يعني الشباب. (سهيل كامل أحمد، 1999، ص128)

والسلوك في هذا النوع من الفصام يكون أحرق وشاذ ويسميه (كريبين) جنون المراهقة، ينشغل التفكير في الموضوعات الفلسفية والدينية والأمور الجنسية والعادة السرية وكثرة التخيل والأوهام والانهيار الشديد ويظهر فيه ضحك طفولي ينقلب إلى بكاء وصراخ. ويعتقد المريض أن أعداء يلاحقونه، ويستغرق المريض بأفعال جنسية علنية دون إدراك لما يفعل، ويميل المريض لتكشير وجهه والتفاهة في سلوكه، ويعتقد أن دماغه قد تحلل وأن أمعاءه مليئة بالإسمنت أو أن قلبه مليء بالرمل.

6-3. الفصام التخشبي:

ويتصف بالانسحاب الكامل من الواقع وأمل الشفاء في هذا النوع قائم أكثر من بقية الأنواع، وفي الاستجابة التخشبية يتقلب المريض بين ذهول عميق وبين حالة الإثارة، وفي حالة الذهول تجمد كامل قد يستمر لساعات ولا يقوى على التبول أو التبرز أو الحركة وفي حالة الإثارة يمشي بسرعة ويسلك سلوكا جنسيا مكشوبا ويقوم بأفعال عدوانية ضد غيره وأحيانا ضد نفسه، ويتسم الفصام التخشبي أساسا بالأعراض السلبية وخاصة عدم الإيجابية للمثيرات البيئية. (حسين فايد، 2004، ص102)

4-6. الفصام الكتاتوني:

يتسم هذا النوع بأعراض حركية غريبة فالمريض في حالات يكون بها ساكنا وفي حالات أخرى هائجا ومتمردا، ويعاني من هلاوس وهذات قوية ويكون في حالة ذهول كتاتوني وهو: فإذا رفع الطبيب يده عاليا في أي وضع فإنه يحتفظ بذراعه ممتدة في الهواء لعدة ساعات.

5-6. فصام البارانوي (الهذائي):

وهذا النوع من ذهان الفصام يتميز أساسا بأوهام ويقع المريض تحت وطأة أوهام الاضطهاد والقسوة أو أوهام العظمة أو كليهما فالشخص الذي يشعر بأنه مضطهد قد يتمسك باعتقاده أن الناس يحاولون دائما قتله أو وضع السم له أو أنهم يدبرون له المكائد للنيل من لذا فهو يشك في أي شخص. (محمد جاسم العبيدي، 2009، ص210)

ويحاول أن يقدم الأدلة على ذلك ويعمم هذه الأفكار التي قد تؤدي به إلى موقف التهجم على الآخرين أو محاولة الانتحار وعندما تتحول أو تتركز هذه الهذات حول أعضاء الجسم ووظائفها وإحساسات المريض، فيصبح مرض الفصام الهيبوفريني. (ماجدة بهاء الدين السيد عبيد، 2008، ص256)

6-6. الفصام الحاد غير المتميز:

التفكير فيه مختلط ومشوش والاستجابة الانفعالية تظهر على شكل إثارة أو اكتساب ودراسة الحالة تنبئ على انهيار مقبل.

6-7. الفصام المزمن غير المتميز:

يصعب تشخيص هذا النوع لوجود التشابه بينه وبين الحالات الفصامية الأخرى والبعض يسميها (الفصام الكامن أو قبل الذهاني). ولكي نكشف هذا النوع لابد من استخدام الوسائل الإسقاطية مثل اختبار الروشاخ ومن المشكلات التشخيصية وفي هذه الحالات، وجود نمط سطحي خارجي شبه عصابي يخفي وراءه الفصامي الحقيقي.

6-8. الفصام الوجداني:

يتسم أفراد هذه الفئة تظهر عملياتهم الفكرية الفصامية مع الاستجابات الوجدانية التي تشبه نمط الهوس الاكتئابي.

فقد نجد المريض في حالة الإثارة وهوس أو في حالة اكتئاب شديد وتوجد أعراض هذائية وعدم تناسب بين ضبط التفكير والاستجابة الانفعالية.

6-9. الفصام الطفولي:

ما يزال هذا النوع مشكوك فيه وموضوع جدال بين العلماء لأن الفصام مرض يبدأ بمرحلة البلوغ، وقد تم إدراجه عام 1952 في الكتيب الإحصائي التشخيص للجمعية الأمريكية للطب النفسي وقد وصف العالم (بندر) مظاهره كالتالي:

- اضطراب الوظائف الحيوية من الأكل والنوم وتعرق وتبول.
- اضطراب في النشاط الحركي ودورات الدماغ بعد سن 6 سنوات.
- خلل في الاتزان الإدراكي واستعمال اللغة ومهارة ونبوغ في الرسم والموسيقى.
- اضطرابات سيكولوجية في مشكلات العلاقة بين الذات والواقع والبيئة والعلاقات غير الذاتية محطمة دون شك، وكذلك التوجيه في الزمان والمكان غير واضح، هذا وإن فصام الطفولة هو حالة نادرة.

6-10. الفصام المتبقي أو المتأخر:

ويستخدم هذا المصطلح لوصف المرضى الذين يصابون بانهيار فصامي ولكنهم تحسنوا بعد ذلك في وظائفهم في المجتمع إلا أنهم لازالوا محتفظين ببقايا السلوك والتفكير والأفعال، ويفيدنا هذا الاصطلاح في ترتيب السجلات الإحصائية أكثر مما يفيدنا في فهم سلوك المريض.

6-11. الفصام الارتكاسي والتدريجي:

إن الفصام التدريجي يظهر على مدار سنوات تتزايد في شدتها مع مرور الزمن، وقد كشف اختبار الروشاخ عدم وجود نشاط إدراكي في الفصام التدريجي، ووجود علامات بين أفراد الفصام التدريجي أفراد الفصام الارتكاسي، أما الفصام الارتكاسي فيكشف عادة في المريض عن نمو اجتماعي مع شيء من التوتر المرافق للاستجابة الذهانية والتتبا بالشفاء الجيد والمصاب بالفصام الارتكاسي ذو شخصية منظمة ووظائفه الإدراكية شبه متكاملة.

(عطوف محمد ياسين، 1981، ص308)

7-التشخيص:

إن تشخيص الفصام يعتمد على أنظمة التشخيص السريرية المتعارف عليها عند جميع الأطباء الإكلينيكين، وحسب جمعية الطب النفسي الأمريكية وما جاء في المرجع السريع إلى المعايير التشخيصية من الدليل التشخيصي والإحصائي المعدل للأمراض العقلية -4- DSM-IV فإن تشخيص الفصام يعتمد على ما يلي:

A. الأعراض الوضعية: وجود اثنين من الأعراض التالية (أو أكثر)، على أن يوجد كل

منهما لفترة معتبرة من الوقت وذلك خلال شهر على الأقل (أو أقل إذا عولج بنجاح):

1. الأوهام.

2. أهلاسات.

3. كلام غير منظم (مثل الخروج المتكرر عن الخط أو التفكك).

4. سلوك جامودي أو منتظم بشكل فاضح.

5. أعراض سلبية، أي: تسطح وجداني أو ندرة الكلام **Alogia** أو فقد الإرادة.

ملاحظة: يلزم وجود عرض واحد من المعيار (A) إذا كانت الأوهام غريبة أو إذا تكونت الهالوس من صوت يستمر في التعليق على سلوك الشخص أو أفكاره، أو وجود صوتين أو أكثر تتحدث مع بعضها البعض.

B. خلل الأداء الوظيفي الاجتماعي المهني: خلال فترة مهمة من الوقت، ومنذ بداية

الاضطراب، فإن مجالاً أو أكثر من مجالات الأداء الوظيفي كالعمل أو العلاقة بين الشخصية أو الرعاية الذاتية هي بصورة جُلْبُهُ دون المستوى المتحقق قبل النوبة (أو الإخفاق في بلوغ المستوى المنتظر في العلاقة بين الشخصية أو الإنجاز الأكاديمي، أو المهني عندما تكون الهجمة في الطفولة أو المراهقة).

C. المدة: تدوم علامات الاضطراب المستمرة ستة أشهر على الأقل. ينبغي أن تتضمن فترة

الستة أشهر هذه شهراً من الأعراض (أو أقل إذا عولجت بنجاح) التي تحقق المعيار (A) (أي أعراض الطور الإيجابي) وقد تتضمن فترات من الأعراض الباردة أو المتبقية، قد يتبدى الاضطراب أثناء هذه الفترة الباردة أو المتبقية بأعراض سلبية فحسب أو اثنين أو أكثر من الأعراض المدرجة في المعيار (A) التي تكون موجودة بشكل مخفف (مثل اعتقادات مشعرية، خبرات إدراكية غير مألوفة).

D. استبعاد اضطراب الفصام الوجداني واضطراب المزاج: استبعد اضطراب الفصام

الوجداني واضطراب المزاج مع مظاهر ذهانية إما:

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

2. أو إذا ما حدثت نوبات المزاج أثناء أعراض الطور الإيجابي، فإن مدتها الكلية كانت قصيرة بالنسبة إلى مدة الفترتين الإيجابية والمتبقية.

- E. استبعاد تأثير مادة/ حالة طبية عامة: لم ينجم الاضطراب عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة (مثال: إساءة استخدام عقار، دواء) أو عن حالة اضطراب نهائي شامل، فإن تشخيصا إضافيا للفصام يوضع فقط إذا كانت الأوهام أو الأهلالات (الهلاوس) بارزة أيضا لفترة شهر على الأقل (أو أقل إذا عولج بنجاح). (ت. تيسير حسون، 2004، ص76)
- وإضافة إلى التشخيص الأساسي المعمول عليه في DSM-IV، يمكن التطرق إلى التشخيص الفارقي والذي يقصد به التمييز بين مرضين متماثلين وذلك باكتشاف العرض الذي يتسم به أحدهما دون الآخر والتفريق بين الفصام والأمراض المشابهة له نذكر منها:
- الأمراض العضوية: مثل أورام الفص الجبهي والصدغي في المخ وتصلب الشرايين، زهري الجهاز العصبي، الحمى المخية، الصرع، الإيدز.
 - الذهانات العضوية والذي قد تؤدي إليه بعض الأمراض: *بعض الحمات كالصفراء، التيفويد، *الملاريا، *ذهان الوردية، *أعراض الفطء الصماء.
 - تناول بعض العقاقير الكيميائية: *عقاقير الهلوسة (K.S.D)، الكوكابين، والهيريون *المسكاليين والكحول.
 - الاضطراب الوجداني ثنائي القطب (ذهان الهوس الاكتئابي): إن أهم أعراضه التي تميزه عن الفصام هي النوبات الدورية المتكررة لهذا الذهان، وهذه النوبات تكون إما اكتئابية أو انبساطية وهي تظهر في سن متأخرة إلى حد ما عن الفصام والذهان والوجداني يرافقه الشعور بالذنب وتأنيب الضمير واحتقار الذات.
 - الاضطرابات الشخصية: كالشخصية السيكوباتية التي تبدأ من الطفولة أما الفصام فيصيب الفرد بعد فترة النضج.
 - الأمراض الفصامية: مثل العته الهستيرى والأعراض القهرية الشاذة والوسواس وتوهم المرض، والمخاوف. (فيصل محمد خير الزراء، 1983، ص52)

وهناك من يرى أن للاختبارات النفسية دورا مهما في تشخيص الفصام وفق اختبارات

اسقاطية مثل الروشاخ واختبارات غير اسقاطية (موضوعية) مثل: كسلر-بلفيو للذكاء

وللاختبار جزءان: جزء عملي والآخر لفظي فإذا وجد هناك اختلاف كبير بينهما كان ذلك

دليلا على الفصام، كذلك إذا حصل المريض على درجة عالية في اختبار المكعبات وعلى

درجة صغيرة في جمع الأشياء كان ذلك دليلا على وجود خالة فصام أيضا، فإن درجة الفهم

العام إذا كانت منخفضة عن درجة الفرد في اختبار المعلومات دلت أيضا على وجود خالة

فصام. (عبد الرحمن العيسوي، دس، ص 193)

8-العلاج:

إن علاج الفصام يعتمد على منهج متعدد: الطبي، النفسي، الاجتماعي...، وقد يتم

العلاج في العيادة الخارجية والبعض الآخر يتطلب دخول المستشفى المتخصص لمدة من

الزمن كالحالات الحادة التي لا يتعاون فيها المريض في العلاج وغير مستقبل له، وفي ما

يلي سوف نتطرق إلى أهم أنواع العلاجات المستخدمة في علاج الفصام:

8-1/ العلاج الكيميائي:

وهو علاج بالعقاقير، ويؤرخ له ابتداء من سنة 1933، عندما لجأ مانفريد ساكل

Sakel النمساوي (1900-1957) إلى علاج الفصام باستحداث غيبوية بالمريض بواسطة

الأنسولين وفي سنة 1935 استخدم فون ميدونا Von Meduna (الميترازول) حقنا في

الوريد لاستحداث تشنجات لوحظ أنها تؤثر تأثيرا حينا في بعض مرضى الاكتئاب والفصام،

ونجح كوهن (1958) بالفينوتيازين لعلاج الفصام. (عبد المنعم الحفني، 2005، ص 268)

ويمكن تقسيم العقاقير المضادة للفصام إلى مجموعتين:

- الأدوية التقليدية: وهي كالتالي: الكلوبرومازين، الثيروديازين، ترايكلبريزازين، فلوبنتيكسول،

هالوبيريدول، بموزايد، بنفلوريدول، فلوفينازين، كلوبنتيكسول.

وتتوافر هذه الأدوية على شكل: أقراص، إبر عضلية وريدية.

- الأدوية غير التقليدية: كلوراسيين، أولاترايين، ريسريدون، أميسليراد.

وتمتاز هذه العقاقير بأن أعراضها الجانبية أقل بكثير مقارنة بالأدوية التقليدية وأن

المرضى يتفاعلون معها بشكل جيد. (عبد اللطيف حسين، 2009، ص179)

8-2/ العلاج النفسي:

ويقصد بالعلاج النفسي علاج المرضى باستخدام أساليب نفسية بحتة، سواء قام بذلك

محللون نفسيون أو معالجون نفسانيين ومن أبرز الأساليب المستخدمة في العلاج النفسي:

الإيحاء، التطهير، الإقناع العقلي، الاستبصار بالذات، ويعتبر كل من العلاج التدعيمي

والعلاج السلوكي والمعرفي علاجات مكملة للعلاج الدوائي، كما يقول أحمد عكاشة بأن

العلاج النفسي يكون بعد شفاء المريض حيث يفقد الثقة بنفسه ويتبين له أنه أصيب بمرض

عقلي ويخشى نظرة المجتمع له ويبدأ في الانعزال مما يعرضه لنكسة أخرى، في حيث يشير

سيلفانو أريثي إلى أن العلاج النفسي الدينامي هو أنسب العلاجات النفسية، في اتجاه آخر

أن العلاج المعرفي السلوكي يلعب دورا مهما في علاج الفصام، كما انتهت العديد من

الدراسات الميدانية إلى ثبوت أهمية الدور الفعال الذي يلعبه العلاج المعرفي السلوكي في

علاج الأمراض النفسية العقلية ومن بينها الفصام وذلك من خلال رصد بعض التغيرات

الفسولوجية والكيميائية في المخ قبل انقضاء المدة الزمنية المتوقع أن يحدث العلاج

الكيميائي أثره بعدها، كاستجابة ورد فعل لهذا النمط من العلاج ويؤكد ألبرت إيليز كأحد

الرواد في مجال العلاج المعرفي السلوكي على أنه "لا ينبغي التوقف بالمريض عند مرحلة

إحلال الأفكار الصحيحة والمنطقية محل الأفكار الخاطئة واللامنطقية، بل لابد أن تتجاوز

بالمريض تلك المرحلة وجعله يتبنى فلسفة عامة تربط الأفكار بعضها ببعض، يؤمن بها

ويسير على هداها في حياته، وبذلك تكون عاصما له من التعرض للاضطراب بعد ذلك،

وتعتبر مساعدة المريض على تكوين مثل هذه الفلسفة الصحيحة والمنطقية هي آخر

الخطوات المكملة للعلاج".

وهناك العديد من العلاجات النفسية الأخرى التي سوف نفضل فيها في الفصل الثاني ولإظهار أهمية العلاج النفسي في تحسين وعلاج المرضى الفصاميين يمكن إبراز ما توصلت إليه الإحصائيات التي تقول أن مريضا واحدا فقط من بين خمس مرضى بالفصام يستجيب للعلاج الكيميائي إذا اعتمد عليه منفردا. (عبد الله حسين المنولي، 2004، ص199) ويمكن الإشارة إلى أن العلاج النفسي يتضمن العلاج النفسي الفردي الذي يهدف إلى تنمية الجزء السليم من الشخصية وإعادة تنظيمها والعلاج الجماعي على الاهتمام بالأسرة وأفرادها والتأهيل النفسي والاجتماعي بهدف تحقيق التوافق النفسي. (عبد الحميد شاذلي، 2001، ص152)

8-3/ العلاج الأسري:

والذي يعتمد على تحسين قدرات أفراد الأسرة على التكيف مع حالة المريض وتعريفهم بالمعانات والعبء الذي يقع على عاتق أفراد الأسرة التي يصاب أحد أفرادها بالمرض العقلي والمزمن، ويظل المريض يتلقى برامج لتعليم أفراد الأسرة لفهم وقبول طبيعة هذا الاضطراب وتوقع فقط الأمور الواقعية من جانب المريض، والعمل على تحسين وسائل الاتصال بالمريض والتدريب على فن حل المشاكل، ولقد تبين أن مثل هذه المناهج تقلل نسبة انتكاسة المريض وعودة المرض ثانية، فقد كانت نسبة الانتكاس 50% لدى المرضى الذين لا يتلقون العلاج الأسري في مقابل 20% لمن يتلقون مثل هذه البرامج، وتزداد هذه النسبة ثانية من توقف العلاج، ولذلك يجب أن يكون العلاج مستمرا للمريض وأسرته نظرا للطبيعة المزمنة للمرض. (عبد الرحمان العيسوي، 2011، ص175)

8-4/ العلاج الاجتماعي:

وهو علاج معاون غايته تغيير أو تعديل بيئة المريض بشكل موات، بحيث إذا شفي وعاد إلى بيته من جديد فإنه يجد الظروف التي عجلت بمرضه قد زالت بقدر الإمكان، وأن الناس الذين كان يزاملهم في العمل أو يعيش معهم قد صاروا أكثر تفهما لمشاكله وطبيعة

مرضه، حيث يلجأ الأخصائي الاجتماعي إلى عقد لقاءات مع أسرة المريض وجيرانه أو رئيس عمله وزملائه بالعمل ويقول لهم أن المرض العقلي أو النفسي كمرض جسمي، وأن الشفاء منه يعني زوال كل الظروف التي تمنع المريض أن يمارس حياته بشكل طبيعي. (عبد المنعم الحفني، 2005، ص187)

أما فيما يخص العلاج بالجراحة النفسية كحل أخير وبعد فشل جميع الوسائل العلاجية، وذلك بشق مقدمة الفص الجبهي وذلك حتى يقل الإجهاد والتوتر وردود الفعل الانفعالية. (سنا نصر حجازي، 2009، ص193)

9- مسار ومآل الفصام:

جاء في المراجعة العاشرة للتصنيف العالمي العاشر للاضطرابات العقلية والسلوكية ICD/10 التي أصدرتها منظمة الصحة العالمية عام 1999 أن: "بداية الفصام غالبا ما تكون حادة مع سلوك مضطرب اضطرابا شديدا، أو متدرجة تتكون فيها مجموعة الأفكار والسلوك غير الطبيعية بشكل تدريجي، كما أن مساره يتباين كثيرا، وليس ضروريا أن يكون مزمنًا أو متدهورا".

ومثلما أن هناك صعوبة في التنبؤ بمسار الفصام هناك صعوبة أيضا في التنبؤ بمآله، فهو يختلف من حيث أنه قد يتوقف أو يتراجع في أي مرحلة من مراحل تطور المرض، ويمكن في بعض الحالات أن ترى الشفاء كاملا، وإن كان ذلك نادرا، ومن المستغرب أن هذا الشفاء الكامل قد يتم بسبب العاج أو دون علاج أصلا.

وبشكل عام يمكن القول أن هناك مجموعة من العوامل التي تتحكم في منحنى خط

سير ومآل مرض الفصام ويمكن تلخيصها في النقاط التالية:

9-1. العوامل المرتبطة بمرض الفصام:

- العوامل الحافزة أو المساعدة على المرض: حيث تزيد نسبة الشفاء من الفصام في حالة إذا كان سببه أحد العوامل الجسمية أو النفسية، وتقل نسبته في حالة إذا كانت دون مسببات خارجية أو داخلية.
- الكيفية التي يبدأ بها المرض: فنسبة الشفاء من الفصام الذي تكون هجمته على الشخص فجائية وسريعة تكون أكبر من نظيراتها عند الشخص الذي يزحف عليه المرض ببطء وتدرجياً، كما أن الفصام الذي يحدث نتيجة مصاحبة لظروف ما: فقدان وظيفة... الخ إضافة إلى الظروف أو عوامل أخرى فقد يشفى عند زوال تلك الظروف.
- نوع الفصام: حيث لوحظ أن مآل الفصام الكاتاتوني والبارانوي أفضل من الفصام البسيط والهيوبفريني، وأنواع الفصام التي تحمل أعراض وجدانية قوية كالاكتئاب أو الابتهاج وتشوش الوعي، فرصة للتحسن فيها أفضل من الأنواع الأخرى التي تتضمن أعراضاً مثل تبلد أو تجمد الانفعال واختلال الآنية وإدراك أبعاد العالم المحيط.
- 9-2. العوامل المرتبطة بمرض الفصام:
- العمر عند بدء المرض: كلما كان ظهور المرض في سن مبكرة وتحديداً سن المراهقة كلما تقلصت نسبة الشفاء لأن الشخصية لم تكتمل بعد.
- مستوى الذكاء: كلما ارتفع مستوى الذكاء كلما كان الشفاء، بعكس المرضى منخفضي الذكاء أو المتخلفين عقلياً.
- الشخصية: يتحسن المرضى ذوو الشخصية السوية المتكاملة والعكس بالنسبة لذوي الشخصية غير المتكاملة والانطوائية.
- تاريخ العائلة: تتخفف فرصة الشفاء بالنسبة للمرضى الذين لديهم أفراد عائلتهم مرض الفصام والعكس بالنسبة للذين لا يوجد تاريخ للإصابة بهذا المرض في شجرة عائلتهم، حيث تلعب الوراثة والجينات هنا دوراً مؤثراً. (عبد الله حسين المنولي، 2004، ص187)

الخلاصة:

تبين لنا أن الفصام من بين الاضطرابات العقلية التي لقيت اهتماما كبيرا من طرف علماء النفس، حيث تعددت الدراسات فيما يخص هذا الاضطراب، الذي يظهر نتاج عديد العوامل النفسية والاجتماعية والأسرية، الوراثية، الغدية،... الخ، وأن المريض الفصامي يعاني العديد من المشكلات التي تزيد من حدة مرضه مما يستوجب التحاقه بالمستشفى لتلقي العلاج بمختلف أنواعه: الطبي، النفسي، الاجتماعي، الأسري، فهو في النهاية يحتاج إلى تكفل شامل وخاصة التكفل النفسي الذي يقلل من نسبة احتمال انتكاسة ويزيد من نسبة شفائه كأى مرض عضوي ويعود إلى حالته العادية.

الفصل الثالث

التكفل النفسي

- تمهيد.

1/ تعريف التكفل النفسي.

2/ التكفل النفسي وبعض المفاهيم المتداخلة.

3/ أهمية التكفل النفسي.

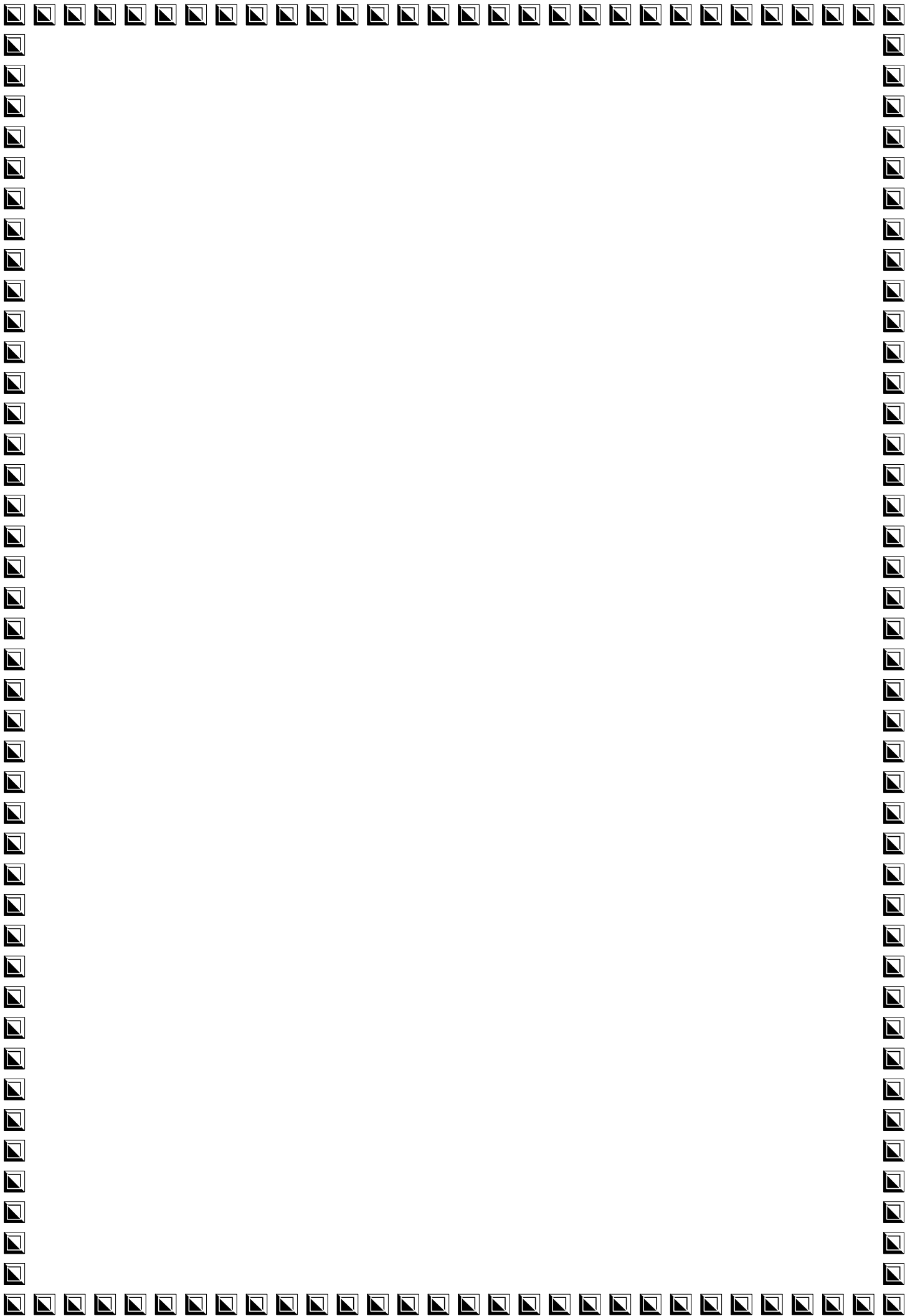
4/ الأخصائي النفسي الإكلينيكي.

5/ العلاج النفسي وبعض أشكاله.

6/ واقع التكفل بالمرضى العقليين داخل المستشفيات العقلية الحديثة.

7/ التأهيل النفسي والرعاية المجتمعية الفعالة للفصامي.

- الخلاصة.



تمهيد:

إن المرضى العقليين عامة والفصامين خاصة في مجتمعنا يعانون من الحرمان في شتى المجالات، فهم يخضعون لنظرة خاصة من طرف المجتمع يغلب عليها طابع الخشية منهم والاحترار والتهميش ولهذا خصصت لهم مؤسسات استشفائية من شأنها السهر على رعايتهم والتكفل بهم طبيا ونفسيا واجتماعيا.

يهدف علاجهم ومساعدتهم في حل مشاكلهم وإعادة دمجهم وتأهيلهم نفسيا واجتماعيا، وفي هذا الفصل سوف نتطرق إلى مفهوم التكفل النفسي والأهداف التي يسعى إليها من خلال تطبيق تقنيات علاجية نفسية من طرف المعالج نحو المريض، إضافة إلى بعض العناصر التي سوف يتم التطرق إليها في هذا الفصل.

1- تعريف التكفل النفسي:

1-1- لغة:

كفل، يكفل، تكفيلًا، أو كفالة فلان في حالة واتفق عليه وقام بأمره وحافظ عليها. (عبد القادر المعيري، 1984، ص210)

1-2- اصطلاحا:

يمكن أن يعتبر التكفل وظيفة ذات طابع تعديلي يسعى إلى تعديل السلوك وفقا للمعايير، أي هي عملية لفهم إمكانيات الفرد واستعداداته واستخدامها في حل مشكلاته ووضع خطط لحياته من خلال فهمه لواقعه وحاضره ومساعدته في تحقيق أكبر قدر من السعادة والكفاية وتحقيق ذاته وصولا إلى درجة التوافق يستقيه. (سهل كامل أحمد، 1999، ص7)

أو هو مجموعة الخدمات النفسية التي تقدم للفرد ليتمكن من التخطيط لمستقبل حياته وفقا لإمكاناته وقدراته الجسمية وميوله بأسلوب يشبع حاجاته ويحقق تصوره لذاته، ويتضمن

ميادين متعددة، أسرية، شخصية، مهنية، وهو عادة يهدف إلى الحاضر والمستقبل مستفيدا من الماضي وخبراته. (جودت عزت عبد الهادي وسعيد حسني عزة، 1999، ص14)

2- التكفل النفسي وبعض المفاهيم المتداخلة:

نجد أن مصطلح التكفل متداخل مع بعض المفاهيم والمصطلحات المرادفة له لذا أردنا التطرق إليها بغرض التفريق بين المصطلحات.

2-1- التأهيل: ويعرف في معجم العلوم الاجتماعية (1975) بأنه "مجموع العمليات

والأساليب التي يقصد به محاولة تربية الشبان". (محمد حسن غانم، 2005، ص195)

كما يعرف أيضا على أنه "إعادة شخص غير سوي إلى وضع طبيعي". (هلموت بيتشي

ترجمة أنطوان إ. الهاشم، 2003، ص15)

وحسب أنطوان ستور: "إنه فن تخفيف الهموم الشخصية بواسطة الكلام والعلاقة

الشخصية المهنية". (رابح تركي، 1982، ص102)

كما أنه عملية مساعدة الأفراد على الوصول إلى الحالة التي تتيح بدنيا ونفسيا

واجتماعيا بأن ينهض بما تتطلبه المواقف المحيطة. (محمد حسن غانم، 2005، ص43)

2-2- الرعاية:

هي الخدمة التي تقدم جهود مشتركة، يمتلك القائمين عليها بها القدرة والمعرفة والمهارة

التي تؤهلهم لمساعدة المرضى من الأفراد أو المتحسسين منهم على معاودة نشاطاتهم التي

كانوا عليها قبل المرض. (عبد الكريم قاسم أبو الخير، 2002، ص21)

2-3- التكيف:

لغة: يعني كلمة التآلف والتقارب، فهي نقيض التخالف والتنافر أو التصادم. (جمال أبو

دلو، 2008، ص77)

ويعرف في معجم مصطلحات الطب النفسي بأنه: "هو القدرة على التعامل مع المتغيرات الداخلية والخارجية دون اضطراب، ويستخدم التعبير للدلالة على تكيف الحواس للمؤثرات أو التكيف للضغوط النفسية. (لطفى الشربيني، دس، ص3)

وحسب (فهيمى، 1987): "فإنه العملية الديناميكية المستمرة التي يهدف بها الشخص إلى أن يغير سلوكه ليحدث علاقة أكثر توافقاً مع بنيته وبين بيئته".

أما (عبد الله، 2001) فيعرفه بأنه: "مجموعة من الاستجابات وردود الأفعال التي يعدل بها الفرد سلوكه وتكوينه النفسي أو بيئته الخارجية لكي يحدث الانسجام المطلوب، بحيث يشبع حاجاته ويلبي متطلبات بيئته الاجتماعية والطبيعية. (بطرس حافظ بطرس، 2008، ص101)

2-4- التوافق:

ويعرف في معجم مصطلحات الطب النفسي **Adjusstmen** بأنه: "تحدث اضطرابات نتيجة للتعرض للمواقف الضاغطة في الحياة، وتظهر علامات الاضطراب خلال 3 شهور من التعرض لهذه الضغوط في صورة اضطراب في الحياة الاجتماعية أو العملية أو الدراسية" (لطفى الشربيني، دس، ص3)

ويعرف التوافق على أنه عملية ديناميكية كلية مستمرة يحاول بها الفرد عن طريق تغيير سلوكه تحقيق التوافق بينه وبين نفسه، وبين بيئته المحيطة به، بغية الوصول إلى حالة الاستقرار النفسي والبدني والتكيف الاجتماعي. (صالح حسين الداھري، 2008، ص189)

3- أهمية التكفل النفسي:

- ضرورة إنسانية وأخلاقية ودينية.
- ضرورة اجتماعية تتمثل في صيانة الأسرة وحمايتها وتدعيمها والمحافظة على العلاقات الاجتماعية الإيجابية بين الناس وحماية المرضى وأولادهم من خطر التشرد والضياع.
- دواعي سياسية، تتمثل في ضرورة حفاظ المجتمع على الفكر الإيديولوجي المطلوب وتربية أبناء المجتمع على القيم والمبادئ والأفكار والنظريات المواتية للمجتمع، والتي تحفظ على المجتمع وحدته وتماسكه، وبالتالي تحميه من عوامل التمزق والتفكك الاجتماعي والنفسي.
- ظروف العصر التي تتسم بالقلق والتوتر والصراع واحتدام شدة المنافسة بين أبناء المجتمع.
- ازدياد معدلات الفقر والغلاء الفاحش والبطالة والجريمة وتغير أنماطها وخاصة جرائم الأقارب والسطو المسلح والاعتصاب.
- العلاقة الوطيدة بين الإدمان والجريمة.
- ازدياد مشاكل الأسرة وتفاقمها، وضعف سلطانها ورقابتها وقدرتها في توجيه أبنائها مما يؤدي إلى الانحراف.
- أهمية العقل في ضبط سلوك الفرد وترشيده وتصويبه وتوجيهه.

(الرحمان العيسوي، 1997، ص 21-23)

4-الأخصائي النفسي الإكلينيكي:

الأخصائي النفسي الإكلينيكي: هو ذلك الشخص المتخصص الذي يستخدم الأسس والتكتيكات والطرق والإجراءات السيكولوجية، ويتعاون مع غيره من الأخصائيين في الفريق الإكلينيكي مثل: الطبيب، الطبيب النفسي، الأخصائي الاجتماعي والممرضة النفسية - كل في حدود إعداده وتدريبه وإمكاناته- في تفاعل إيجابي بقصد فهم ديناميات شخصية العميل (المريض) وتشخيص مشكلاته، والتنبؤ باحتمالات تطور حالته ومدى استجابته لمختلف

أساليب العلاج، تم العمل على الوصول إلى أقصى درجة تمكنه من التوافق الشخصي والاجتماعي.

4-1- سمات الأخصائي النفسي الإكلينيكي:

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

- القدرة العلمية والأكاديمية الممتازة.
 - الأصالة وسعة الحيلة.
 - حب الاستطلاع.
 - الاهتمام بالأشخاص كأفراد.
 - الاستبصار.
 - الحساسية لتعقيدات الدوافع.
 - التحمل والصبر والمثابرة.
 - القدرة على تكوين علاقات طيبة مؤثرة مع الآخرين والمسؤولية.
 - اللباقة والمرونة.
 - القدرة على ضبط النفس.
 - الإحساس بالقيم الأخلاقية والمثل العليا.
 - الإطلاع الثقافي الواسع والاهتمام بعلم النفس عامة وعلم النفس العيادي خاصة.
- (رأفت عسكر، 2008، ص40)

4-2- دور الأخصائي الإكلينيكي: يشير شاركو Sharkow إلى أن هناك اتفاقاً نسبياً بين العلماء حول الدور الذي يقوم به الأخصائي النفسي الإكلينيكي والذي يجمع بين دوره بوصفه ممارسة للمهنة ويمكنه التركيز على الجانب التطبيقي العلمي الذي يمكن تلخيصه فيما يلي:

أ/ **التشخيص Diagnosis:** وهي حالة عملية يستخدم فيها الأخصائي مختلف أدوات القياس وسائل الاختبارات المقننة الملائمة لأغراضه إلى جانب تطبيق الاختبارات الإسقاطية والملاحظات، والمقابلات الشخصية، ودراسة الحالة،... الخ. وفي هذه العملية يركز الاهتمام حول تحديد طبيعة المرض أو الاضطراب وذلك عن طريق دراسة أصوله ونشأته وخصائصه وتطوره والعوامل المسببة، إلى جانب التعرف على مصدر الاضطراب إن كان عضوياً أو وظيفياً، ومسار هذا الاضطراب مستقبلاً والمناهج العلاجية لهذا المريض.

ب/ **العلاج Therapy:** لم تصبح هذه الوظيفة جزءاً من عمل الأخصائي النفسي الإكلينيكي إلا بعد الحرب العالمية الثانية.

ويتضمن العلاج النفسي معالجة المرضى النفسيين والعقليين وجهاً لوجه لفترة من الزمن وتوجيه التوصيات للآباء أو المعلمين أو للمرضى أنفسهم مباشرة، والقيام بإحداث تغييرات في الظروف المحيطة بالأفراد المودعين في المؤسسات أو توجيهه بإحداث هذه التغييرات وبعبارة أخرى: تتضمن هذه الطرق أية أساليب أو توصيات لزيادة توافق الفرد ومن ثم يستخدم الأخصائي النفسي الإكلينيكي أنسب أساليب العلاج النفسي Psychotherapy مثل العلاج بالتحليل النفسي، العلاج النفسي الموجه، العلاج غير الموجه (الاستبصار)، العلاج السلوكي، العلاج باللعب، العمل بالسيكودراما،... ويتم العلاج فردياً أو جماعياً، ويتوقف استخدام الأخصائي لأساليب العلاج على مناهج إعداده وتدريبه العلمي وحسب المناهج النظرية وخبرات عملية داخل العمل، وتدرج إلى فترات التدريب المتعمق داخل المؤسسة، والمدارس والسجون، وعيادات التوجيه والإرشاد النفسي، ومعاهد المكفوفين، الصم، ومستشفى الأمراض النفسية والعقلية تحت إشراف هيئة من الأكاديميين والمهنيين المدرسين.

ج/ **الاستشارة وتقديم النصح:** ويفرق العلماء بين نوعين من الاستشارة:

1. الاستشارة الإكلينيكية التي يكون هدفها إعطاء النصح وتقديم المشورة وقد تشمل هذه الوظيفة أن يكون الأخصائي نفسه بإجراء عمليات التشخيص والعلاج أو يقتصر على

إعطاء النصح للعاملين الآخرين الأقل تدريباً إكلينيكياً بخصوص المناهج التي تصلح للمريض وأساليب معالجة المشاكل الطارئة في حياة المريض.

2. الاستشارة التي تتم بهدف إنشاء البرامج الإكلينيكية، العاملة وتقييمها في هذه الحالة لا تكون وظيفة الأخصائي النفسي محصورة في الحالات الفردية فقد يطلب مدير المستشفى مثلاً مشورته فيما يخص تقديره للمناهج الملائمة لإدارة العناصر العلاجية وتدريب الممرضين والعاملين على ضبط سلوك المرضى أو مدير مدرسة كذلك فيما يخص تقييم الأساليب الدراسية ويضاف إلى الدور الاستشاري أيضاً قيام الأخصائي الإكلينيكي بدور الموجه الطبي في المجتمع، ويتجسد هذا الدور في ضرورة تناوله لمجموعة من المشكلات الصحية ذات الصلة بالسيكولوجية كالأزمات التناسلية، التخلف العقلي، وعليه أن يبتكر الأساليب الملائمة للرعاية التي تقتضي الإقامة داخل المؤسسات كالأضطرابات العقلية وعليه أن يعلم المجتمع كيف يتعاملون معه ويتكفلون به ويفهمونه.

د/ العمل الوقائي: أكدت مجموعة العمل الخاصة بمنظمة الصحة العالمية بأن الأخصائي النفسي الإكلينيكي يمكن أن يكون له دور فعال في العمل الوقائي من الاضطرابات النفسية والعقلية وذلك على النحو التالي:

* 1* في المستوى الأول: حيث يكون عليه عبء القيام بمهمة صعبة هي تحسين نوعية الحياة بتعديل الظروف في المؤسسات الاجتماعية بالطريقة التي تصبح معها الإصابة النفسية والاجتماعية أقل ما يكون.

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

3-4- مجالات عمل الأخصائي النفسي الإكلينيكي:

لا يقتصر العمل الإكلينيكي على مساعدة المرضى داخل العيادات والمستشفيات فقط، وإنما يمتد بالتشخيص والعلاج والتوجيه والإرشاد إلى المؤسسات التربوية والمهنية والإصلاحية وإلى ميادين العمل وميادين الخدمات الاجتماعية وهناك اتجاه جديد في الوقت الحاضر هو أن تنتقل مجالات الطب النفسي والممارسة الإكلينيكية من المستشفى على المجتمع ويمكن تحديد مجالات العمل الإكلينيكي في الآتي:

- العمل في العيادات أو المستشفيات الخاصة بالأمراض النفسية والعقلية، ومنها العيادات النفسية الخارجية، والعيادات المدرسية، وتكون مهمة الأخصائي الإكلينيكي هنا هي القيام بتشخيص الاضطراب النفسي العقلي، وعلاج هذه الحالات بالتعاون مع المختص في هذا المجال كالطبيب النفسي والمحلل النفسي.

- العمل في مجالات التوجيه النفسي والتربوي والمعني في المدارس والجامعات: وذلك بتطبيق الاختبارات النفسية للذكاء والقدرات والتحصيل والميولات،... الخ مما دفع الأخصائي للاهتمام بتسوية الأفراد للاختيار المناسب: دراسيا أو مهنيا بما يلاءم إمكانياتهم وقدراتهم على ضوء ما تكشف عنه نتائج الاختبارات والمقاييس، فالأخصائي الإكلينيكي يقوم بعملية التشخيص والتوجيه أو الإرشاد.

- العمل في مجالات العمل والعمال، ودوره هنا القيام بشؤون التوجيه والإرشاد للعمال والموظفين من أجل صحة نفسية أفضل و طاقة أكبر على العمل والإنتاج وقد يقوم بإعداد برامج ترفيهية ومكافآت مادية معنوية للعمل.

- العمل في المؤسسات الإصلاحية كالسجون ومؤسسات الأحداث الجانحين ومؤسسات علاج الإدمان على الكحول والخمور، ويقوم الأخصائي الإكلينيكي بكتابة التقارير الخاصة بتلك الحالات (دوافعهم، فهم مشكلاتهم، أنواع الصراعات التي يعانون منها) مع تقديم الاقتراحات والتوصيات التي تساعد في توجيه هذه الفئات الجانية والعمل على توافيقهم الشخصي والاجتماعي.

- العمل في مراكز البحوث: فعمله في جمع الحالات تنحصر في تشخيص اضطرابات الأفراد النفسية والعقلية وبوضع خطة علاجية، فعمل الأخصائي النفسي الإكلينيكي لم يعد يقتصر على المشكلات العقلية والنفسية، ولكن امتد ليشمل أي ميدان يوجد فيه اهتمام بإمكانيات البشرية من أجل دفعها إلى الأمام وإلى مزيد من الصحة والفاعلية والإنتاج.
(حسين مصطفى عبد المعطي، 1998، ص 108)

5- العلاج النفسي وبعض أشكاله:

ينشأ العلاج النفسي في كشف الأمراض النفسية والعقلية لإحداث التغييرات المطلوبة في نفس المريض بواسطة وسائل نفسية، وهي متعددة ومتنوعة ويتم تطبيقها حسب كل حالة، ولمعرفة المزيد عن العلاج النفسي من حيث التفريق والأهداف وخطواته وأشكاله خصصنا له في هذه الدراسة عنصراً سوف نتطرق فيه إلى ما يلي:

5-1-1- تعريف العلاج النفسي:

5-1-1-1- لغة:

إن كلمة العلاج النفسي في اللغة الانجليزية مكونة من مقطعين إغريقيين

Psycho-therapy حيث يعني المقطع الأول **Psycho**: نفس، أما الثاني **therapy**

فيعني "خادم" وفي فعله "يخدم"، فالعلاج النفسي يشير في أصله اللغوي إلى عملية يقوم فيها شخص بدور المساعد لشخص آخر وبعبارة أخرى يعني "علاج العقل". (لويس كامل مليكة، 2009، ص 11)

وفي هذا الصدد يمكن الإشارة إلى أن العلاج **therapy** عبارة عن مصطلح طبي بالأساس ويقصد من وراءه مجموعة من الإجراءات ضمن إطار طبي (استخدام العقاقير، الجراحات) أما مبدأ العلاج النفسي **Psychotherapy** فيقوم على قوانين عامة للنمو الإنساني والدعم الاجتماعي وبناء العلاقات البين إنسانية. (Micheal Geyer، ترجمة سامر جميل رضوان، 2010، ص 19)

5-1-2- اصطلاحا:

فالعلاج النفسي كمصطلح سيكولوجي ركز على الطرق التي يتحقق فيها تأثير سيكولوجي على الشخص الذي يخضع للعلاج، فهو لا يدرج التأثيرات الفسيولوجية كما يحدث في استخدام العقاقير المهدئة أو المضادة للاكتئاب مثلا، بينما يعتبر القرص placebo الخداعي طريقة من طرق العلاج النفسي. (لويس كامل مليكة، 2009، ص 11) وكما عرفه فريدمان (1967): "نوع من العلاجات للأمراض العقلية والاضطرابات السلوكية التي ينشئ فيه المعالج عقدا مهنيا مع المريض. ومن خلال اتصال علاجي محدد، يحاول المعالج أن يخفف من اضطرابات المريض الانفعالية وتغيير أنماط السلوكية بيئة التوافق وتنمية شخصيته وتطويرها". (محمد حسن غانم، 2009، ص 587) أما "روتر Roter (1971) فيعرفه على أنه النشاط المخطط الذي يقوم به السيكولوجي هادفا منه إلى تحقيق تغيرات في الفرد تجعل حياته أسعد وأكثر أو كليهما. وقاموس "لاروس" في علم النفس يعرفه بأنه "تطبيق منهجي لتقنيات نفسية محددة لإعادة التوازن العاطفي". (زعتن نور الدين، 2009، ص 54) وحسب مدحت أبو النصر" فهو عملية إحداث تغييرات نفسية في المريض بواسطة وسائل تقنية، ويكون العنصر المعالج هنا هو علاقة المعالج (الطبيب النفسي أو الأخصائي النفسي) بالمريض، ويحاول المعالج أن يخفف من الاضطرابات النفسية للمريض، ويغير أو يعكس أنماط سلوكية سيئة التكيف، ويشجع نمو شخصيته وتطوره. (مدحت أبو النصر، 2005، ص 222)

5-2- أهداف العلاج النفسي:

إن معظم إجراءات العلاج النفسي العلمي للمرضى المضطربين جدا تتم في المستشفيات. أما الغالبية الكبرى من المرضى الذين يعانون من العصاب النفسي كالهستيريا والحصر والوسواس والفوبيات وكذلك مدمني الخمر والمجرمين تتم رعايتهم خارج جدران

المستشفيات وبصورة عامة يسعى العلاج النفسي إلى نمو الشخصية وسيرها نحو النضج والكفاءة وتحقيق الذات غالبا عن طريق المرور بالعمليات الآتية:

- زيادة وعي الفرد واستبصاره وفهمه.
- حل أو تصفية الصراعات التي تسبب عجزه.
- تقوية عامة للذات الوسطى وبنائها عن طريق الملائمة والتصوير بالأمان.
- توفير أساليب أكثر كفاءة للتعامل مع المشاكل.
- زيادة قبول الفرد لذاته. (عبد الرحمن محمد العيسوي، 2005، ص 21)
- زيادة القدرة على حل الصراع النفسي والتغلب على الإحباط والتوتر وتقليله.
- تعزيز وتدعيم نواحي القوة والتصرف على القدرات وتمييزها.
- زيادة تقبل وتحمل المسؤولية الشخصية. (حامد زهران، 1997، ص 31)
- إزالة أسباب المرض وعلاج أعراضه.
- تعديل السلوك غير السوي واللا توافقي للمريض وتعلم السلوك السوي والتوافقي وتحويل الخبرات المؤلمة إلى خبرات معلمة.
- إعطاء الفرصة للمريض أن يتعلم أساليب متنوعة من السلوك المتوافق.
- تدعيم نواحي القوة وتلافي نواحي الضعف في الشخصية.
- تهيئة المناخ المشبع بالأمن النفسي وإزالة القلق والتخلص من السلوك المرضي.
- العمل على إتمام الشفاء. (إجلال محمد سري، 2000، ص 85)

3-5- خطوات العلاج النفسي:

3-5-1- خلق جو وعلاقة علاجيين:

ويتضمن هذا إعداد حجرة العلاج أو مكتب الطبيب بحيث يكون هادئا ومناسبا لإجراء المقابلة أو المناقشة. وينبغي أن يعتنق المعالج اتجاهها ودِّيا فيه قبول وتسامح للمريض وآراءه، من شأن هذا أن ينمي الشعور بالثقة في المريض، وبذلك يشعر بالأمان أمام

الإفصاح عن مشاكله الحقيقية وعلى المعالج أن يخطط أو يبنى الموقف العلاجي بمعنى أن يحدد الوقت والتكاليف والمسؤوليات وما إلى ذلك.

وعلى العموم يجلس الطبيب والمريض وجها لوجه ويدير المعالج المناقشة أو المقابلة. وفي بعض الأحيان يجلس المريض إلى جانب الطبيب وليس في مواجهته، وقد يجلس المريض بعيدا عن الطبيب.

5-3-2- الارتياح الانفعالي أو التنفيس الانفعالي:

في الجو التسامحي يستطيع أن يستدعي المريض مشاكله، ويعبر عن عداوته ومخاوفه وذنوبه وغير ذلك من الانفعالات.

وعندما يتحدث عن هذه الانفعالات التي لم يكن يدركها كليا من قبل فإنها تطفو على السطح (من خلال عملية الإفصاح **talking out**) هذا التصريف أو التنفيس أو الفضفضة، وكذلك التعبير اللفظي أساسي في فاعليات العلاج النفسي، ويمهد الطريق نحو الاستبصار، والإجراءات الإيجابية لكل مشاكل المريض، وما لم يخرج المريض هذه الانفعالات من فوق صدره فإن التوتر والصراع المرتبط به يسدان الطريق نحو تحقيق التكيف السليم. وللمساعدة في عملية الكشف عن الصراعات الانفعالية وإطلاق صراح التوترات هناك عدة أساليب تستخدم منها الأسئلة والتفسير والتداعي الحر والتتويم المغناطيسي... الخ.

5-3-3- عملية الاستبصار:

ما إن تصبح صراعات المريض الانفعالية مكشوفة في العلن ويستطيع أن يراها كما هي بالفعل فإنه تلقائيا يكشف قدرا كبيرا من الفهم في دوافعه وسلوكه، فأول وهلة يدرك منها أن مستوى طموحه عال علوا غير منطقي وأن هذا يجعله يتسم دائما بعدم المواءمة وبالنقص. هذا الفهم أو الاستبصار ربما يصاحبه تفسيرات من قبل المعالج وتقديم لبعض الأسس الصالحة للعمل الفعلي.

إنه فقط عن طريق فهم المريض لذاته ولمشاكله يستطيع أن يحسن من أساليبه في التكيف.

5-3-4- إعادة التعلم الانفعالي:

من العمليات التي تساعد في شفاء المريض إعادة تعليمه انفعاليا. وتقتضي هذه العملية إزالة تلك العادات الانفعالية الخاطئة التي تعلمها المريض، وتعليمه عادات أخرى إيجابية، واعتناق أساليب وتقنيات جديدة للتعامل مع مشاكله، ولكن إعادة التعلم عملية طويلة وشاقة وبطيئة، وقد تبدأ بتعلم عادات بسيطة كتعلم الفرد التعبير عن عداوته أو عدوانه بأسلوب مقبول اجتماعيا وذلك أفضل من حبس العدوان في الداخل، لأن الضغط يولد الانفجار ومن شأن هذا التعلم الجديد إلى مزيد من الشعور بالثقة بالنفس.

5-3-5- توقف العلاج:

عندما يحل المريض صراعاته ويحقق مزيدا من التكيف الشخصي الفعال عندئذ يصبح على العلاج النفسي أن يتوقف ويصبح هذا التوقف سهلا إذا كان المريض يشعر بالثقة بنفسه، وأنه يستطيع أن يسير بمفرده، ولكن المهم أن يترك الباب مفتوحا للمريض لكي يعود للمعالج حين يشاء.

وهكذا نرى أن عملة العلاج مهما اختلفت اتجاهاتها تتضمن خلق موقف علاجي، وإتاحة الفرصة لإخراج الطاقات الانفعالية وإطلاقها واستبصار المواد غير المكتشفة في لاشعور الفرد، واتخاذ خطوات إيجابية للإصلاح الانفعالي لكسر العادات القديمة ووضع محلها أنماط إيجابية من الاستجابات.

ويمكن أن يحدث هذا التفرغ أو التصريف الانفعالي وكذلك الخبرات التصحيحية أو التعليمية خلال المقابلات أو على الأريكة بين المحلل والمريض أو بمساعدة التنويم المغناطيسي وقد يحضر المريض جلسة واحدة مدتها ساعة في اليوم لمدة خمسة أيام في الأسبوع كما يحدث في التحليل النفسي أو يحضر مرة واحدة كما هو الحال في العلاج

الكهربائي وفي بعض الحالات يكون الشفاء صعبا ولذلك يتم ببطء شديد ويحتاج لجهود جهيد، ولذلك يمر بخطوات صغيرة، وفي حالات أخرى يتم التقدم نحو الشفاء بسرعة معقولة. (عبد الرحمان محمد العيسوي، 2005، ص 22-24)

5-4-4 أشكال العلاج النفسي:

5-4-4-1 العلاج الجماعي:

يعرف في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي بأنه شكل من أشكال العلاج النفسي يقوم على علاج المريض داخل جماعة يختلف حول عدد أفرادها باختلاف المدرسة التي يتبعها المعالج والهدف من العلاج. لكنه في كل الأحوال يستحيل أن يقل عن اثنين.

تعريف شيلدون كاتسيران 1984 يتضمن العلاج الجماعي " مجموعة من الأفراد يتراوح ما بين ستة أشخاص وثمانية يتجمعون مرة أو مرتين كل أسبوع في العادة لمدة تبلغ الساعة ونصف الساعة. والجماعة التي تتألف في العادة من الغراء تلتقي بانتظام لمدة تتراوح ما بين ستة أشهر في السنة، ويمكن أن تتكون الجماعة من مجموعة فيها نسبة من المرضى (كجماعة من الفصامين أو المكتئبين) ويمكن أن تكون مجموعة غير متجانسة، وأن الدور الأكبر في التغيير يقع على عاتق الجماعة العلاجية وأن دور المعالج النفسي هو التسيير".

تعريف موسوعة كورسيني 2001 للعلاج النفسي يرى (Coollye Christoph)

(2001) أن العلاج النفسي يهدف إلى حدوث تغيير في شخصية المريض أو المرض من خلال فنيات وتكنيكات معينة تنشأ في الغالب بين معالج ومريض (في العلاج الفردي) ومعالج ومجموعة من المرضى (في العلاج الجماعي) وأن الهدف هو الوصول بأفراد الجماعة إلى حالة من الاستبصار والسيطرة على ما يحدث في ذواتهم وصولاً إلى حالة من السواء مع الذات والآخرين. (محمد حسن غانم، دس، ص 45-48)

ويعرف أنه لعلاج عدد من المرضى يستحسن أن تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم معا، ويستغل أثر الجماعة في سلوك الأفراد إلى ما تقوم بين أفراد الجماعة من تفاعل وتأثير متبادل بين بعضهم البعض، وبينهم وبين المعالج أو أكثر من معالج، يؤدي إلى تغيير سلوكهم المضطرب وتعديل نظرتهم إلى أمراضهم. (حنان عبد الحميد العناني، 2000، ص189)

5-4-1-1- خطوات العلاج الجماعي:

أ/ المرحلة الأولى: وتتضمن:

* القلق والدفاعية وتأرجح المشاعر اتجاه المعالج.

* ظهور روح الجماعة.

* نمو الثقة وتبادل الخبرات.

* وضوح أنماط الأفراد.

ب/ المرحلة الثانية: وتتضمن:

* تفاعل كل فرد بإيجابية ومشاركة ورؤية نفسه في الآخرين واعترافه بالمشاعر

المكبوتة.

* ظهور التنافس في الكشف عن المخاوف والقلق والصراعات.

* احتمال ظهور عمليات مضادة للعلاج مثل الاعتماد على الدفاعات.

ج/ المرحلة الثالثة:

* الاستفادة من خبرات الآخرين وتطبيقها على حالة الفرد.

* احتمال حاجة بعض الأفراد إلى علاج فردي مكمل.

5-4-1-2- أساليب العلاج النفسي الجماعية: تتعدد أساليب العلاج النفسي الجماعي

ومنها :

أ- /السيكودراما Psychodrama:

التمثيل النفسي المسرحي هو عبارة عن تصوير مثلي مسرحي لمشكلات نفسية في شكل تعبير حر في موقف جماعي يتيح فرصة التنفيس الانفعالي التلقائي والاستبصار الذاتي ورائد هذا الأسلوب هو **يعقوب مورينو Moreno** الذي يرى أن أهم ما في التمثيل النفسي المسرحي هو حرية السلوك لدى الممثلين (المرضى) وتلقائيتهم حين يعبرون عن اتجاهاتهم ودوافعهم وصراعاتهم وإحباطاتهم مما يؤدي في النهاية إلى تحقيق التوافق والتفاعل الاجتماعي السليم والتعلم من الخبرة الجماعية.

وفي هذا النوع من العلاج يترك للمرضى الحرية في اختيار التمثيلية النفسية، ويكون تلقائياً حسب الموقف، وقد يساعد المعالج في التأليف، أما الحوار فيترك لتلقائية وابتكار المرضى أثناء التمثيل. (إجلال محمد سري، 2000، ص 134-137)

* 1/ خطوات إجراء العلاج بالسيكودراما:

يتم العلاج بالسيكودراما بإتباع الخطوات التالية:

- تقديم أعضاء الجماعة لبعضهم البعض لتكوين الألفة بينهم.
- عرض كل فرد من المجموعة مشكلته أمام الجميع.
- ترتيب المشاكل المطروحة حسب الأساس الذي ستناقش عليه.
- يتم تحديد أول مشكلة وإعطاء أمثلة عنها.
- اختيار أحد هذه الأمثلة المعبرة عن المشكلة الأولى ومحاولة عرضه على المسرح بعد تحديد الأفراد اللازمين للمشاركة وإعطاء كل فرد حولها مع تشجيع المعالج لعملية النقاش.

- يمكن إعطاء الأدوار لأشخاص آخرين يعيدون تمثيل المشكلة بطريقة أخرى.

* 2/ دور المعالج أثناء تمثيل الأدوار: يتمثل دور المعالج فيما يلي:

- لفت نظر الجماعة إلى مفاتيح لحلول معينة في لعب الأدوار كمشاهدة الحركات التعبيرية.

- يمكن لأي ممثل أو عضو أن يوقف التمثيل وذلك برفع إصبعه فيوقف المعالج العرض ويسمح له بالحديث، وذلك لإتاحة الفرصة أمام الممثلين للتعبير عن مشاعرهم عما يقومون به، ولإمكان اشتراك المشاهدين.

- بعد انتهاء التمثيل يعبر كل ممثل عما شعر به، وفكر فيه أثناء التمثيل، كذلك تعبر الجماعة عن ردود الفعل عندها.

قد تظهر خلافات بين أعضاء الجماعة والأدوار وطرق حل المشكلات، فيسمح لكل فريق بالتعبير التمثيلي عن وجهة نظره وعن أدواره، فتناقش الجماعة الدورين إذ قد ينتج عن ذلك ظهور أدوار جديدة، وقد يتم تعديل فريق أو رأي كلا الفريقين. (عبد الرحمان محمد العيسوي، 2005، ص 240)

ب- / التمثيل الاجتماعي المسرحي (السوسيو دراما Sociodrama):

يعتبر التمثيل الاجتماعي المسرحي نموذج مماثل للتمثيل النفسي المسرحي، ويطلق عليه أحيانا (لعب الأدوار)، ويتناول المشكلات الاجتماعية والمجتمعية.

ومن أشهر أساليب التمثيل المسرحي النفسي المسرحي والعلاج النفسي المسرحي أسلوب قلب الأدوار، حيث يقوم أحد المرضى بدور المعلم مثلا ومعه مريض آخر يقوم بدور قلب الأدوار - أي يقوم المعلم بدور التلميذ والعكس - للتعرف على درجة التصلب والمرونة، وذلك بجانب التعرف على واقع السلوك الانفعالي، ومشكلات المريض التي يمكن أن يعيشها في الأدوار، واستجاباته التلقائية.

ج- / المحاضرات والمناقشات الجماعية:

ومن رواده ماكسويل جوتزن، حيث يلعب في هذا النوع من العلاج أسلوب التعلم وإعادة التعلم دورا رئيسا يعتمد فيه على إلقاء محاضرات سهلة على المرضى تليها مناقشات، ومن أهدافها تغيير اتجاه لدى المرضى. حيث يشترط غالبا أن يكون أعضاء الجماعة العلاجية عادة متجانسين من حيث المشكلات أو الاضطرابات.

وقد تتناول هذه المحاضرات والمناقشات مواضيع الصحة النفسية والمرض العقلي،

الأسباب، الأعراض، مشكلات التوافق النفسي، وقد تتضمن مناقشة " حالة افتراضية"

يطرحها المعالج أو مناقشة بعض الأفكار الخرافية والمعتقدات الخاطئة.

أما المحاضرون فهم: المعالج، الأخصائيون النفسيون، الاجتماعيون، علماء الدين أو

بعض المرضى السابقين والذين استفادوا من هذا الأسلوب العاجي، وفيما يخص الوسائل

المستخدمة فقد تتضمن: الأفلام، الكتيبات والمنشورات، شرائط فيديو، وفي بعض الأحيان يتم

المزاوجة بين المناقشات والمحاضرات والترفيه والنشاط الفني التلقائي حتى لا تأخذ العملية

شكلا أكاديميا.

كما أن أسلوب المحاضرات والمناقشات الجماعية العلاجية على نطاق واسع في

الوقاية وخاصة في المدارس والمؤسسات.

د-/- العلاج الأسري:

العلاج الأسري أسلوب من أساليب العلاج النفسي الجماعي، يتناول أعضاء الأسرة

كجماعة وليس كأفراد، وهذا العلاج يعمل على كشف المشكلات والاضطرابات الناتجة عن

التفاعل بين أعضاء الأسرة كنسق اجتماعي، ومحاولة التغلب على هذه المشكلات عن

طريق مساعدة أعضاء الأسرة كمجموعة على تغيير أنماط التفاعل المرضية داخل الأسرة.

إجلال محمد سري، 2000، ص 137-139

فتطبيق العلاج الأسري في حالات الفصام قد يعزز شفاءه، حيث يصمم العديد من

الإكلينيكيين الآن على أهمية العلاج الأسري في معالجة الفصام ويقدم هذا العلاج لأعضاء

الأسرة التوجيه والتدريب، والنصيحة العملية والتعليم عن الفصام (تعليم نفسي)، والمساندة

الاجتماعية ويساعد أعضاء الأسرة على أن يصبحوا أكثر واقعية في توقعاتهم، وأكثر رضا

بمحاولة عمل نماذج جديد من التفاعل والاتصال، وعلى مدى سير العلاج، يحاول

المعالجون كذلك أن يساعدوا المريض الفصامي على مواجهة ضغوط الحياة الأسرية،

ويتجنبوا التفاعلات المثيرة للمشاكل، وغالبا ما ينجح هذا المجال في تحسين الاتصال وتخفيض التوترات في نطاق الأسرة، ويساعد بذلك على خفض معدل الانتكاسات وبصفة خاصة حينما تمزج مع العلاج بالعقاقير.

كما تحتاج الأسر ذات الأشخاص المصابين بالفصام خارج المساندة الاجتماعية مساعدة من أقاربهم، وعدد من جماعات المساندة الأسرية وبرامج الأسرة التعليمية التي أنشأت ويأتي أعضاء الأسرة معا ومعهم آخرون في نفس الموقف، للمشاركة في أفكارهم وانفعالاتهم، ويتلقون المساندة، ويتعلمون عن الفصام. (حسين فايد، 2008، ص 218)

5-4-2- العلاج الفردي:

يحتوي العلاج النفسي الفردي على جلسات نفسية بصفة منتظمة بين المريض والمعالج النفسي (الطبيب النفسي أو الأخصائي النفسي أو الأخصائي الاجتماعي)، ويرتكز الحديث أثناء الجلسات على المشاكل الحديثة أو الماضية وإظهار الأحاسيس والأفكار والعلاقات المختلفة التي تدور حول المريض، وبمشاركة هذه الأحاسيس مع المعالج وبالكلام عن عالمه الخاص مع فرد آخر من خارج هذا العالم فمريض الفصام يبدأ بالتدرج في فهم أنفسهم ومشاكلهم، وبذلك يستطيعون أن يتعلموا أن يفرقوا بين ما هو حقيقي أو واقعي وبين ما هو غير واقعي، ويتقدم الأخصائي النفسي في هذا النوع من العلاج بعض الأساليب العلاجية أكثر استخداما في حالات الفصام.

5-4-2-1- العلاج السلوكي:

العلاج السلوكي قديم قدم محاولات تعديل وتغيير وضبط السلوك عن طريق الثواب والعقاب، وبصورة أخرى فالعلاج السلوكي هو تطبيق علمي لقوانين ومبادئ وقواعد التعلم في ميدان العلاج النفسي. (عبد الكريم قاسم أبو الخير، 2004)

كما يرى السلوكيون أن السلوك يمكن تشكيله واكتسابه للأفراد وكذلك محوره وإطفائه، وينظرون إليه مباشرة دون البحث في الأسباب التي أدت إلى حدوثه ويتعاملون معه وفقا

لأهم قاعدة تعديل السلوك التي نادى بها العالم سكينر (السلوك المحكوم بنتائجه). (جمال متقال، القاسم وآخرون، 2000، ص179)

يرى حسين فايد أن أحد المجالات الرئيسية لعلاج الأمراض العقلية يعرف بالعلاج السلوكي. والأفكار الرئيسية هي أن معظم أشكال المرض العقلي تحدث كنتيجة لتعلم سيء التكيف، وأن أفضل علاج يتكون من تعلم جديد ملائم أو إعادة التعلم. (حسين فايد، 2008، ص65)

-أ/ حالات استخدام العلاج السلوكي:

ثبتت فعالية العلاج السلوكي في علاج بعض الاضطرابات وعلى وجه الخصوص علاج الفوبيا، القلق، اللوازم القهرية والتبول اللاإرادي، الإدمان على المخدرات، والخمور، الاضطرابات العقلية، التدخين، الشذوذ الجنسي، وعليه فنجاح العلاج السلوكي يتحقق بما يلي:

- * قدرة المعالج السلوكي على الضبط والتحكم في وضع خطة العلاج.
- * اعتماد المعالج على تطبيق بعض المبادئ التجريبية الثابتة.
- * بإمكان المعالج التحكم في كثافة وقوة المثيرات المقدمة للمريض. (زينب شقير، 2002، ص201)

-ب/ إجراءات العلاج السلوكي: تسير العملية العلاجية من وجهة نظر سلوكية على النحو التالي:

- 1- تحديد السلوك المشكل والمطلوب تعديله وتعريفه إجرائياً.
- 2- تحديد الظروف التي حدث فيها السلوك المضطرب.
- 3- استمارة التقييم الوظيفي للسلوك للتعرف على ضوابط السلوك المشكل. (عطا الله الخالدي، 2008، ص94)
- 4- تحديد العوامل المسؤولة عن استمرار السلوك المضطرب.

5- إعداد جدول لإعادة التدريب.

6- تعديل الظروف السابقة للسلوك المضطرب. (سامي محمد ملحم، 2001، ص438)

-ج/ بعض أساليب العلاج السلوكي لعلاج الفصام:

لقد توصل العديد من السلوكيين إلى أهمية نظرية التعلم في علاج الفصام وليس في البحث عن أسبابه المرضية ومن بين أهم الأساليب التي استخدمتها هي ما يلي:

- إعادة تعلم السلوك السوي: مهما يكن جذر سبب السلوك الفصامي، فإن ما يحصل الفرد الذي يصاب بالفصام، إن التعزيزات التي يتلقاها في مجرى حياته حدثت. وربما بشكل غير مقصود، لتلك الاستجابات الشاذة غير العقلانية. ولم يحصل على تعزيزات لاستجاباته التكيفية.

فإذا كانت الحالة كذلك، فإنه يجب قلب نمط ذلك التعزيز الذي يؤدي إلى تحسين

استجابته. وهذا هو هدف استراتيجيات العلاج السلوكي في السنوات الأخيرة.

- التعزيز المباشر: يعتمد الكثير من المعالجين السلوكيين على التطبيقات المباشرة

لمبادئ الإشراف الإجرامي. فهم يحاولون تغيير السلوك من خلال نتائجه، حيث لا الانتباه الاجتماعي، المصحوب بتقديم شيء يحبه المريض لتلك الاستجابات المناسبة التي يقدمها المريض في حضور الآخرين.

- أسلوب التعامل بالعلامات الرمزية: أي تعمل بعض المعالجين مع المرضى في

المستشفيات أسلوب التعامل بالعلامات الرمزية (الماركات). وهو إجراء يستعمل في تعديل

السلوك القائم على مبادئ الإشراف الإجرامي، حيث يعطى المرضى مكافآت رمزية للوك

المرغوب فيه اجتماعيا وهذه المكافآت التي يختارها كل مريض. إذ يمنح المريض عملة

رمزية **Token** أو نقاط أو أي نوع من التعزيزات الشرطية التعميمية كبديل أو مكافأة على

حث وتعزيز سلوك معين مقبول من قبيل تنظيف غرفته وتزيينها بالورود أو تدريبه على مهنة

أو حرفة (نجارة، حدادة، رسم،...) يحبها ويستطيع المريض أن يشتري بالعملات الرمزية

التي يجمعها أشياء يرغب فيها مثل: السجائر، القهوة، ملابس جديدة وأشياء أخرى يحتاج إليها.

- **التدريب على المهارات الاجتماعية:** إن أغلب الفصاميين يكونون غير كفيئين في

تصرفاتهم الاجتماعية فهم يتجنبون من ينظر إليهم ويتكلمون قليلا مع الآخرين، ويظهرون انفعالات ليس لها علاقة بالموقف الذي هم فيه وما إلى ذلك.

ولتمكن المرضى من تخطي هذه الصعوبات، فقد عمد المعالجون السلوكيون إلى وضع

برامج سلوكية تتضمن التدريب على مهارات اجتماعية، يتم فيها تعليمهم مهارة التحدث

والنقاش مع الآخرين والاتصال البشري، والوقفة أو الجلسة الجسمية المناسبة والابتسام. كما

تضمنت البرامج المخصصة لغرض التدريب على المهارات الاجتماعية مهارات معرفية،

وحل مشكلات اجتماعية متنوعة بأسلوب النمذجة والتغذية الراجعة الإيجابية. (قاسم حسين

صالح، 2008، ص 264-265)

5-4-2- العلاج المعرفي:

إن العلاج المعرفي هو العلاج الذي يعتمد فيه على تصحيح الأفكار الخاطئة عند

المريض بأسلوب المريض ذاته الذي اعتاد من خلاله حل مشاكله، إذ يعتمد المعالج على

العمليات العقلية للمريض كالتخيل والتذكر والانتباه، بالنسبة للدوافع والانفعالات السلوك.

بحيث يعتمد على المفاهيم الموجودة لدى المرضى كما هي مشوهة وخاطئة، بحيث يتم إعادة

بنائها وتشكيلها بمدركات تغير سلوكه بكل بساطة عن طريق صياغة أكثر واقعية للخبرات

بواسطة تقنيات معرفية أخرى. (محمد حسين الحجار، 1998، ص 32)

كما يعرف العلاج المعرفي على أنه حزمة علاجية مشتقة من النظرية المعرفية، تهدف

إلى تحديد، ومحاربة الأفكار الذاتية السلبية، للعمل على تنمية أفكار بديلة أكثر دقة وأكثر

تكيفاً، وتشجيع الاستجابات المعرفية والسلوكية المعتمدة على تلك الأفكار التكيفية. (زيري السيد إبراهيم، 2005، ص164)

بالإضافة إلى أن العلاج المعرفي يركز على مبدأ أساسي مفاده أن سبب هموم الفرد وقلقه والكثير من معاناته هو طريقة نظرتة للأشياء والأحداث، فالسلوك غير السوي ينتج إما عن أفكار سيئة في الذات أو عن الواقع أو عن المستقبل.

1 أسس العلاج المعرفي:

- مصدر الصعوبات النفسية للفرد هو أسلوب تفكيره وإدراكه للأحداث.
 - إمكانية تعلم كيفية تغيير هذا الأسلوب من التفكير.
 - التأثيرات الإيجابية لتغيير الأفكار على الانفعالات والسلوكيات المرتبطة بها.
- (بنعيسى زغبوشي، وإسماعيل علوي، 2011، ص59-60)
- إن أخطاء التفكير ناتجة عن خبرات مقدمات خاطئة.
 - تبعاً للمواقف يكون سلوك الأفراد واستجاباتهم مع مراعاة الفروق الفردية.
 - للوصول لعلاج الفرد المتمثل في مضمونه الخاطئ للواقع نتبع نفس أسلوب علاج الفرد لمشاكله في حياته اليومية. (محمد حمدي الحجاز، 1998، ص33)

2 أهداف العلاج المعرفي:

- يركز العلاج المعرفي مثله مثل العلاجات النفسية الأخرى على تحقيق الغايات التالية:
- التعبير المعرفي: ومفاده حمل الأفراد على مقارنة مختلفة للأشياء، من خلال الكثير من الهدوء والوضوح، واتخاذ مسافة معينة تجاه الحدث.
- تغيير نظرة الفرد إلى العالم وتمثله حوله، سيسمحان له بالوصول إلى التحكم أكثر في ذاتيته وأفكاره الآلية.
- تعلم كيف قبول العالم كما هو، وليس كما يجب أن يكون، وأن يتخلى الفرد عن النظرة المثالية المرضية للذات والواقع والمستقبل.

- تعلم كيف يقدم الفرد نفسه للآخرين كما هو وليس كما يريد أن يكون، وتقبل الآخر كما هو وليس كما يريده أن يكون.

- تعليم الفرد كيف يضع عقله وذكاءه في وجه هفوات انفعالاته وذاتيته الناتجة عن أفكاره المشوهة وأسلوب تفكيره غير المتلائم مع الواقع. (بنعيسى زغبوشي، وإسماعيل علوي، 2011، ص60)

5-4-2-3-العلاج المعرفي السلوكي:

يعتبر أرنولد لازاروس (Arnold Lazarus) واحد من المعالجين الأوائل الذين أحدثوا التكامل بين التقنيات السلوكية والمعرفية في العلاج وهو يفترض أن الاضطراب يظهر عند المريض بسبعة مستويات مختلفة اصطلح عليها (BASICID) حيث يمثل (B) السلوك، (A) العاطفة، (S) الإحساس، (I) التخيل، (C) الفكر، (I) العلاقات الشخصية و (D) الأدوية، ويعرف هذا النوع من العلاج بالنموذج المتعدد (Multi Model) الذي يؤكد مرونة تفكير العيادي وسعة أفقه والاهتمام العميق بالتخفيف من معاناة العميل بأسرع وقت ممكن دون التعصب لوجهة نظر معينة. فهو يقوم على الجمع بين العلاج السلوكي والمعرفي والصيدلاني في آن واحد، ويؤكد لازاروس أن عمل المعالج الذي يستخدم هذا النوع من العلاج يتركز على تعيين المستويات المختلفة من الاضطراب واختيار التقنيات الملائمة لكل مستوى من هذه المستويات، وقد طبق لازاروس علاجه على سيدة مصابة بفصام مزمن تبلغ من العمر (24) عاما تعاني من سمنة مفرطة ومن انسحاب اجتماعي شديد جدا، وبعد تطبيق البرنامج العلاجي لمدة (13 شهرا) شفيت هذه السيدة من الفصام وتزوجت، علما أنها قد خضعت للعلاج الصيدلاني لمدة طويلة دون جدوى. (صاغي نورة، 1994، ص61)

فالعلاج المعرفي السلوكي مبدأه الأساسي هو أن الأفكار، الوجدان، السلوك، الجوانب الفيزيولوجية هي كلها مكونات لنظام موحد، فالتغيير الحادث في أي مكون منها يكون

مصحوبا بتغيير في المكونات الأخرى، ويتطور هذا النوع من العلاج تطورت أسسه وقواعده التي تساعد على فهم واكتشاف أسس الأفكار التي تقود العميل إلى المشاعر والسلوك وبعض الاستجابات الفيزيولوجية الشاذة والتي رمز إليها في هذه الآونة إلى أ، ب، ج، حيث يعني (أ) الحدث المثير، (ب) المعتقد، (ج) النتائج. وعلى سبيل المثال انفعال ما يؤدي إلى الخوف، أو سلوك الهروب أو استجابة فسيولوجية (الخفقان)، حيث نقوم في هذا النوع من العلاج بتغيير الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية ويتم إعادة تشكيلها إلى صورة أكثر توافقا، وهذه المعتقدات الجديدة تدعم الانفعالات المحيطة والسلوك الشاذ. (بيرني كوروين وآخرون، ترجمة محمود عيد مصطفى، 2008، ص 29-34)

5-4-2-4- العلاج بالعمل:

هو توجيه طاقة المريض إلى عمل حتى ينصرف عن الانشغال بمشكلاته الخاصة بحيث يشعر أثناء قيامه بالعمل بأهميته، ويزداد شعوره بالطمأنينة والثقة بالنفس، وتخفيف شحناته الانفعالية.

أ- / أهداف العلاج بالعمل: يهدف العلاج بالعمل إلى تحقيق ما يلي:

- تحويل طاقة المريض في عمل مشوق.
- التخلص من التركيز على الانفعالات النفسية التي تسبب الاضطراب.
- المساعدة على التعبير عن المشاعر.
- الحد من الميولات اللاإجتماعية.
- شغل وقت المريض، وإثبات قدرته على الإنتاج.
- المساعدة في عملية التشخيص والعلاج والتأهيل.

ب- / طريقة العلاج بالعمل: يقسم المرضى إلى ثلاثة أقسام:

1- المرضى الأكفاء المهتمون بالعلاج والمقبلون عليه (دور النقاهاة).

2- المرضى أقل اهتماما.

3- المرضى المزمنين.

وتكون المهمة مع القسم الأول أسهل وأيسر عن القسم الثاني، وتكون النتيجة عادة أفضل في القسمين الأولين، أما القسم الثالث فيحتاج إلى كل أنواع الإثارة والتشجيع والتبسيط والوضوح في التعليمات والعمل، ويجب أن يكون بدأ العمل سهلا وبسيطا مشوقا حتى يلمس المريض إنتاجه وتفوقه مما يزيد استجابته وتقدمه. ويشترك الأخصائي النفسي مع المعالج بالعمل لتحديد نوع العمل وكميته وأوقاته في ضوء معرفة شخصية وميول وصحة المريض واضطرابه، بحيث يشتمل أيضا على عنصر الترويح والتسلية والترفيه، كما يجب إتاحة حرية اختيار نوع العمل للمريض.

ويجب ألا ينتهي العلاج بالعمل بمجرد خروج المريض من المؤسسة العلاجية، ولكن يجب أن يستمر بعد خروجه لضمان عدم انتكاسته. (إجلال محمد سرى، 2000، ص159-160)

6. واقع التكفل بالمرضى العقليين داخل المستشفيات العقلية الحديثة:

قد يتقبل بعض المرضى الفصاميين العلاج الطبي والنفسي وأحيانا يطلب البعض مساعدته للعلاج من اضطرابات التفكير والسلوك والوجدان، ويعتمد قبول المريض للعلاج على درجة استبصاره بالمرض. أما إذا فقد القدرة على الاستبصار فيؤدي ذلك إلى رفض العلاج ويهاجم من يتهمه بالمرض، مما يستدعي إدخاله إلى المستشفى للعلاج قبل زيادة أعراض المرض ومن أهم الأسباب التي تدعو الطبيب إلى إدخال المريض إلى المستشفى هي:

- عدم استبصار المريض بأعراضه ورفضه العلاج بشدة.

- الفصام الكاتوني الحاد.

- محاولات الانتحار المتعددة.
 - العدوان المستمر على الغير وتحطيم الأثاث.
 - القيام بسلوك فاضح يهدد استقرار المجتمع والعائلة.
 - رفض الطعام والشراب والخطورة على حالته الجسمانية.
 - حالات الهياج الشديد أو الغيبوبة والانعزال المفرط.
 - علاج المريض بجرعات عالية من دواء يحتمل أن يؤدي إلى أعراض جانبية سلبية إذ يستلزم وضع المريض في حاجة إلى الجماعة العلاجية أو إلى أن يحيا ويعمل داخل وسط اجتماعي في برنامج تأهيلي.
 - حينما يكون المريض قد اجتاز نوبة ذهانية سابقة ثم ظهرت عليه دلالات عدم التكيف وعدم القدرة على التحمل وبدا أنه في أمس الحاجة إلى وسط اجتماعي مطالبه أول).
- بطرس حافظ بطرس، 2008، ص 301)
- وبعد إدخاله إلى المستشفى يتم التكفل به من جميع النواحي، حيث يختلف هذا التكفل في المستشفيات الحديثة عن المستشفيات التقليدية وذلك في مظاهر النشاط، وفي أسلوب معاملة المرضى ورعايتهم، حيث توفر لهم جو ودياً مشجعاً، مع توفير مجالات واسعة من النشاط التي تضمن للمرضى أقصى درجة ممكنة من الصحة العقلية، ففي المستشفى الحديث لا يوجد وقت للفراغ أو البطالة حيث توجد نشاطات مثيرة في جو جذاب.
- ومن خلال هذا يتخلص المريض من الانفعال والتوتر، كما أن حمامات السباحة تعطي له الفرصة للعلاج بالماء مع النشاط الترويحي ويوجد بها مقاعد مريحة وحجرات مجهزة تجهيزاً ممتازاً، وكتب للقراءة من مختلف الألوان.
- وفي المستشفيات الحديثة تهيأ أساليب العلاج طبقاً لحاجات كل مريض، فالمرضى المتهيجين يتناولون المسكنات والعلاج بالماء، ومرضى الاكتئاب يأخذون العلاج بالصدمات الكهربائية، ومرضى الفصام يأخذون صدمات الأنسولين.

وتشمل خطة علاج المريض حياته اليومية منذ أن يستيقظ من نومه حتى يذهب للنوم مرة أخرى، كما يشجع المريض على الاهتمام بشفاء نفسه، والوصول إلى بر السواء ويتلقى المريض معالجة لمدة ساعة ونصف الساعة مرتين في الأسبوع أو أكثر، كذلك يقدم المستشفى لمن يرغب وتسمح حالته العلاج عن طريق العمل، والعلاج عن طريق المستشفى إلى جانب الدروس المدرسية الرسمية التي تقود للحصول على بعض الشهادات، كذلك نشجع على بعض النشاطات الجماعية كلعبة كرة الطائرة، أو كرة اليد، وعروض سينمائية جيدة.

كما تبذل الجهود لتوفير مواقف حياتية متكاملة تنمي الاهتمامات والمهارات والاتجاهات الصحية التي تجعل المريض يستطيع تحمل صعوبات الحياة الحديثة، والتي تساعد المرضى الغير منسجمين والخائفين على إعادة الشعور بالثقة في أنفسهم وكذا مشاركة المريض في كثير من النشاطات الإيجابية البناءة، كالعلاج عن طريق الفنون الجميلة والاشتراك في حلقات الرقص ولعبة المباريات والأغاني والأناشيد والنشاطات الرياضية المختلفة وإقامة حفلات السمر والقيام بالرحلات وكتابة الصحف والمجلات الحائطية وغيرها من النشاطات التوجيهية.

1-6- Admission: الدخول

على الرغم من أن بعض المرضى يعتبرون أنفسهم قد سجنوا في المستشفى العقلي إنما في الواقع الحصول على مكان في المستشفى العقلي مسألة صعبة أكثر من الخروج منها، ففي الولايات المتحدة الأمريكية لوضع مريض في أحد المستشفيات العقلية رغم عدم قبوله يلزم الحصول على شهادة من طبيبين بأنه خطر على نفسه وعلى الآخرين (وذلك بتوفر الشروط السالف ذكرها)، وهناك طريقة أخرى للدخول بأن يطلب المريض نفسه وبإرادته الإقامة في المستشفى ويستطيع أن يخرج بناء على رغبته أو بناء على إلحاح أقاربه حتى ضد المصلحة الطبية، عند دخول المريض المستشفى الحديث يقابله الأطباء والمرضى

الذين يقومون بفحصه والكشف عن حالته الصحية والعقلية حيث يأخذ ضغطه ويكشف على قلبه ودرجة حرارته، وتتخذ ملابسه ويتم الحصول على المعلومات الاجتماعية من الأقارب المصاحبين له في هذا الوقت ثم يوضع في عنبر معين ويخضع لنوع التقييم (التشخيص الكامل (Diagnostic Evaluation)

6-2-2- عملية التقييم التشخيصي:

فبعد دخوله المستشفى يخضع المريض بأسرع ما يمكن لفحص نفسي وطبي، وتستغرق هذه العملية عدة أيام حيث يقاس ضغط دم المريض، وعمليات الأيض القاعدي أو التمثيل الغذائي القاعدي، ويتم فحص القلب وأخذ صورة أشعة أكس لتشخيص حالته، وكذلك تطبيق كثير من الاختبارات التشخيصية (T, A, T، الروشاخ...) ثم يضاف إلى هذه المعلومات المعطيات المستمدة من الأخصائي الاجتماعي، ثم يتم تكاملها وتفاعلها عندما يخضع المريض "لمؤتمر الحالة" أو مؤتمر العاملين بالمستشفى Staff Conference وهنا توضح خطة متكاملة متناسقة للعلاج.

6-3-3- علاج المريض Therapy:

وهي تعتمد على الإمكانيات المادية والبشرية المناسبة في المستشفى العقلي وعلى احتياجات المريض المعين. فقد تتضمن مزيجا لأنواع متعددة من العلاج النفسي والاجتماعي. وإذا سمحت حالة المريض يعطى إجازة لقضاء عطلة نهاية الأسبوع مع أسرته، أو يعطى إجازة لفترات أطول، أما الحالات الصعبة فإنها تبقى في المستشفى.

6-4-4- الخروج Discharge:

يتم الخروج بالنسبة لمعظم المرضى بعد الشفاء أو التحسن، وعلى الرغم أن الأطباء يرغبون في بقاء المريض في المستشفى حتى يتم شفاؤه نهائيا إلا أن معظم المرضى يخرجون بمجرد إحساسهم أنهم ليسوا في حاجة إلى المستشفى. (عبد الرحمان محمد العيسوي،

2005، ص 87-90)

7- التأهيل النفسي والرعاية المجتمعية الفعالة للفصامي:

7-1- التأهيل النفسي لمرضى الفصام:

التأهيل النفسي لمرضى الفصام هو: «عملية إعادة المريض لممارسة حياته بأقرب

صورة للوضع الطبيعي، وهذا يتم في برنامج خاص لكل مريض حسب إمكانياته وثقافته ودراسته وعمله وشخصيته وعمره وطبيعته ومتطلبات حياته المستقبلية والتأهيل لا يتم بمعزل عن العلاج الدوائي». (عبد اللطيف حسين فرج، 2009، ص179)

أما في مجال الطب النفسي فعلاج الأمراض النفسية والعقلية المزمنة مثل الفصام

وبعض حالات اضطراب الشخصية يتم في المستشفى مفتوح ويلحق بالمستشفى مركز

التأهيل المتخصصة يهدف علاج الآثار السلبية التي تسببها هذه الأمراض في سلوك

المريض مثل: الانطواء والعزلة والسلبية والاندفاعية وعدم الرغبة في العمل.

وفلسفة التأهيل النفسي تقوم على أن المرض العقلي لا يصيب كل مجالات السلوك في

الشخص المصاب حيث يتبقى له قدر من إمكانية التصرف في بعض الأمور العادية مثل:

المساعدة في تجهيز الطعام ومصادقة الآخرين والمشاركة في أعمال المنزل وشراء بعض

المستلزمات. ومهمة المعالج النفسي هي العمل على تنشيط مجال هذه الإمكانيات وزيادة

المشاركة الإيجابية.

7-1-1. خطوات التأهيل النفسي للفصامي:

- وضع استمارة بحث خاصة لكل مريض عند الدخول لتقييم حالته من مختلف

الجوانب الجسمية والنفسية والاجتماعية وذلك بقياس مستوى الذكاء ومدى التدهور الإدراكي،

ويتم عمل اختبارات شخصية للمريض لمعرفة مدى قدرته على المشاركة في برنامج التأهيل

ويخصص برنامج لكل مريض حسب استمارة البحث.

- تحديد نقاط الضعف والقوة في شخصية المريض.

– تعزيز نقاط القوة والاهتمام بها والتقليل من نقاط الضعف. (عبد اللطيف حسين فرج، 2009، ص 179)

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

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

– القيام بالأنشطة الرياضية المختلفة وحضور محاضرات ثقافية وعلمية تهدف إلى تنمية قدرة المريض على التفكير المنطقي ومواجهة المشكلات ووضع الحلول اللازمة لها ويشمل البرنامج كذلك القيام بالرحلات الترفيهية والأنشطة الدينية التي تساعد المريض على زيادة ارتباطه بالدين وربط الدين بالحياة والواقع. (بطرس حافظ بطرس، 2008، ص 294-295)

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

– تنظيم جلسات عائلية و تخفيف النقد والعدوانية و التدخل الزائد في حياة مريض

الفصام. (عبد اللطيف حسين فرج، 2009، ص 180)

7-1-2. أهداف التأهيل النفسي للفصامي:

– تنمية القدرات السلوكية والإدراكية والاجتماعية للمريض.

– الوصول بالمريض إلى أفضل مستويات الأداء التي تمكنه من العودة للحياة

الطبيعية.

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

(بطرس حافظ بطرس، 2008، ص 294)

- التقليل من الانتكاسات التي تحدث للمريض. تعلم مهارات تكيفية مع الآخرين.
- قبول المريض لحقيقة مرضه وكيفية التعامل معه.
- إعادة إدماج المريض في الحياة والمجتمع. (أحمد عكاشة، 2010، ص16)
- شعور المريض بالثقة بالنفس.
- اكتساب المريض الدافعية لمواجهة الحياة من جديد وعدم الهروب من الواقع الذي يعيش فيه. (عبد اللطيف حسين فرج، 2009، ص180)

7-1-3. بعض النماذج الناجحة لإعادة التأهيل:

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

ب/ نموذج فريق العمل: حيث يعتمد هذا التأهيل على تكون فريق من العاملين في الصحة النفسية من مختلف الفروع والتخصصات، حيث يسمح هذا النموذج بتحقيق التواصل بين من يقدمون الرعاية للمريض كما يقدم رعاية طويلة دائمة. (أحمد عكاشة، 2010، ص17)

7-2- الرعاية المجتمعية الفعالة للفصامي:

يحتاج المرضى الفصاميون الذين يتم شفاؤهم والذين يعيشون في المجتمع إلى مداومة و علاج نفسي، ومساعدة في تناول الضغوط والمسؤوليات اليومية، والتوجيه في اتخاذ القرارات والتدريب على المهارات الاجتماعية، وإشراف خاص في الإقامة، وإرشاد وتدريب مهني، فإن المرضى الذين توفر مجتمعاتهم بشكل منهجي هذه الاحتياجات يظهرون تقدماً أكبر من المرضى الذين يعيشون في مجتمعات أخرى، حيث تعتمد هذه الرعاية على بعض العناصر الرئيسية من برامج الرعاية في المجتمع من تناسق خدمات المريض عن طريق

مركز مجتمعي للصحة العقلية، ودخول المستشفى قصير المدى، دخول المستشفى جزئياً، ومساكن غير نائية، وتدريب مهني.

7-2-1. خدمات متناسقة:

حيث اقترحت الوكالة المشتركة للمرضى العقليين والصحة العقلية أن حجر الزاوية لرعاية المجتمع يجب أن تكون مركز المجتمع للصحة العقلية، ومرفق علاج يقدم المداواة والعلاج النفسي، ورعاية الطوارئ للمرضى الداخليين من أجل الناس المضطربين بشدة، بالإضافة إلى أن مركز المجتمع للصحة العقلية ينسق خدمات المرضى المقدمة عن طريق وكالات المجتمع الأخرى، وكان يتوقع من كل مركز أن يخدم "منطقة مجتمعية" منطقة جغرافية بسكان يتراوح عددهم من 50000 إلى 200000 شخص.

وحيثما تضع مراكز المجتمع للصحة العقلية أولوية عالية لعلاج الفصامين، وينمون وينسقون سلسلة من الخدمات المجتمع لهم، فإن المرضى غالباً يحققون تقدماً ثابتاً ودالاً، ويعاد تعاملهم بشكل أفضل في المجتمع ويؤدون بشكل أكثر فعالية من أولئك الذين يتلقون رعاية خارجية.

7-2-2. دخول المستشفى قصير المدى:

تقر حركة الصحة العقلية بالمجتمع بتزويد المرضى الذين يبدو أنهم يحتاجون إلى دخول المستشفى ببرنامج قصير المدى من العلاج بالعيادة الداخلية يستمر أسابيع قليلة بدلاً من شهور أو سنوات، يتبع ببرنامج خاص بالرعاية بعد الخروج من المستشفى والعلاج بالخارج في المجتمع أو رعاية الناقلين، وبمجرد أن يستقر المرضى، يسرحون إلى المجتمع لعلاج الناقلين، ويؤدي دخول المستشفى قصير المدى من هذا النوع عادة إلى خفض أكبر للأعراض وعدل إعادة أدنى إلى دخول المستشفى من الرعاية المؤسساتية الممتدة.

7-2-3. الدخول الجزئي إلى المستشفيات:

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

7-2-4. المنازل الوسيطة:

المنزل الوسيط هي إقامات للناس الذين لا يتطلبون إقامة بالمستشفيات ولكنهم لا يستطيعون الحياة لوحدهم ولا مع أسرهم. هذه الإقامات عبارة عن منازل كبيرة في مناطق يكون الإسكان فيها غير مرتفع، عادة مأوى لشخص واحد حتى عشرين شخص. وبالرغم من أن مهنيي الصحة النفسية قد يكونوا متاحين للمقيمين، فإن الهيئة التي تعيش في الداخل تتكون عادة من مساعدي مهنيين. أشخاص عاديون تلقوا بعض التدريب في تقديم مساندة انفعالية وتوجيه عملي بخصوص أمور الحياة اليومية، وتقيم مجتمعات المرضى المتنوعين في المنازل الوسيطة والمرضى الفصاميين هم من بين الأكثر شيوعا.

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

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

7-2-5. التدريب المهني (العرضي):

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

وكثير من الناس الذين يتم شفاؤهم من الفصام يبدؤون تدريبهم المهني في ورشة عمل مستورة ، مكان عمل محمي ومشرف عليه بالنسبة للمستخدمين غير المستعدين للأعمال التنافسية أو المعقدة لتأسيس بيئة عمل نمطية تنتج مثل اللعب، التجهيزات المنزلية، أجهزة بسيطة تصنع وتباع فيما بعد، ويدفع للعمال طبقا لأدائهم ويتوقع من الجميع أن يكونوا في العمل بانتظام وفي الوقت المحدد، وبالنسبة للبعض، تصبح ورشة العمل المستورة ورشة عمل دائمة. وبالنسبة للآخرين تكون خطوة هامة تجاه أجر أفضل واستخدام خارجي أكثر تعقيدا أو عودة إلى عملهم السابق أو ما يكافئه. (حسين فايد، 2008، ص222-228)

الخلاصة:

مما سبق التطرق إليه نجد أن، التكفل النفسي بالمريض الفصامي يكون في عدة جوانب ويعتمد على عدة وسائل وتقنيات: نفسية، طبية، اجتماعية، حيث يهدف العلاج الدوائي إلى التقليل والتخفيف من الأعراض (الهلاوس، العقديات،...) ومنع الانتكاسات، أما العلاج النفسي فيقوم بمساعدته على تعلم أو إعادة تعلم طرق التفاعل السوية مع عالمه من جهة والمشكلات أو الصعوبات العاطفية التي يواجهها في حياته اليومية من جهة أخرى، إضافة إلى برامج إعادة التأهيل النفسي والاجتماعي لإعادة دمجهم في المجتمع واستعادة مكانتهم ووظائفهم الدراسية والعملية.

الطاهر الطاهر

الفصل الرابع

الإجراءات الميدانية

1/ التذكير بتساؤلات الدراسة.

2/ التذكير بحدود الدراسة.

3/ المنهج المستخدم.

4/ أدوات الدراسة.

5/ الدراسة الاستطلاعية.

6/ تقديم مصلحة الأمراض العقلية.

7/ حالات الدراسة.

يشمل هذا الفصل على التذكير بتساؤلات الدراسة وحدودها الزمنية والمكانية والمنهج المستخدم فيها، إضافة إلى وصف الأدوات والدراسة الاستطلاعية وحالات الدراسة.

1- التذكير بتساؤلات الدراسة:

1-1. التساؤل الرئيسي:

* ما هو واقع التكفل النفسي بالفصامي داخل المؤسسة الإستشفائية؟.

1-2. التساؤلات الفرعية:

- كيف يمكن التكفل النفسي بالفصامي داخل مؤسسة استشفائية؟
- وما هي الأساليب العلاجية النفسية المطبقة للتكفل بهم؟
- وهل هي متطابقة مع الطرق العلمية للتكفل النفسي بالفصامي؟
- وما هي الصعوبات التي يواجهها الأخصائي النفسي أثناء القيام بعملية التكفل بالفصامي؟

2- التذكير بحدود الدراسة:

1-2. المجال المكاني:

تم إجراء الدراسة الحالية بمستشفى الحكيم سعدان - قسم الأمراض العقلية- بعد الحصول على تصريح بالزيارة من طرف جامعة محمد خيضر -بسكرة- وإدارة قسم العلوم الاجتماعية تخصص علم النفس.

2-2. المجال الزمني:

تم إجراء الجانب التطبيقي لهاته الدراسة ابتداء من تاريخ: 2012/02/19 إلى غاية تاريخ: 2013/02/20 أما عن الجانب التطبيقي فكان ابتداء من 2013/02/19 إلى غاية 2013/02/28.

3- المنهج المستخدم:

المنهج هو الطريق المؤدي إلى الكشف عن الحقيقة في العلوم بواسطة مجموعة من القواعد التي تبحث في سير العقل وتحديد عملياته حتى يصل إلى نتائج معينة. (بشير صالح الرشيدي، 2000، ص22)

كما أن المنهج هو التنظيم الصحيح لسلسلة الأفكار العديدة إما من أجل الكشف عن الحقيقة حيث نكون بها جاهلين، أو من أجل البرهنة عليها للآخرين حيث نكون بها عارفين. (عمار بخوش، 1999، ص103)

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

حيث يعرفه فيرتشيد (Fairchild) في قاموسه علم الاجتماع بأنه منهج في البحث عن طريقة تمكن من جمع المعلومات حول الحالة ودراستها. (حسن عبد الحميد رشوان، 2003، ص152)

ويعرف منهج دراسة حالة كذلك "أنه دراسة معمقة لجميع البيانات المجمعة عن وحدة سواء أكانت فردا أو مؤسسة أو فريق ومنهج دراسة الحالة هو المنهج الذي يتجه إلى جمع البيانات العلمية المتعلقة بأية وحدة ويستخدم من أجل الحصول على المعلومات والحقائق التفصيلية بفرد ما أو موقف معين ويستخدم هذا النوع من المناهج في المجال الطبي وعلم النفس والرياضة والقانون. (مروان عبد المجيد إبراهيم، 2000، ص133-134)

ومن مميزاته التي تجعله يختلف عن بقية المناهج الأخرى أنه يهدف إلى التعرف على وضعية واحدة معينة وبطريقة تفصيلية دقيقة. وبعبارة أخرى، فالحجة التي يتعذر علينا أن نفهمها أو يصعب علينا إصدار حكم عليها نظرا لوضعيتها الفريدة من نوعها، يمكننا أن

نركز عليها بمفردها، ونجمع جميع البيانات والمعلومات المتعلقة بها، ونقوم بتحليلها والتعرف على جوهر موضوعها، ثم التوصل إلى نتيجة واضحة بشأنها. (حسام هشام، 2007، ص60)

3-1. تحليل المحتوى:

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

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

وعليه يتطلب تحليل المحتوى الموضوعية، إذ تعتبر المعطيات، أو المعلومات القابلة للدراسة العلمية، قابلة للوصف، والتحليل، وتقسيمها إلى عناصر شاملة، دون نسيان أو تجاهل أي بند أو موضوع. هذا التقسيم يجب أن يكون كمي، بمعنى التوصل إلى حسابات، وقياسات، وإلى تقييمات دقيقة، ومحددة. (عائشة نحوي، 2010، ص146)

4- أدوات الدراسة:

4-1. الملاحظة العلمية:

تعرف الملاحظة على أنها توجيه الحواس لمشاهدة ومراقبة سلوك معين أو ظاهرة معينة وتسجيل جوانب ذلك السلوك وخصائصه أو الانتباه إلى ظاهرة أو حادثة معينة أو شيء ما بهدف الكشف عن أسبابها وقوانينها. (سامي محمد ملهم، 2000، ص275)

كما أنها تعتبر من أهم الوسائل المساعدة على جمع المعلومات والحقائق حيث يعرفها معجم أكسفورد الدقيق "بأنها مشاهدة صحيحة تسجل الظاهرة كما تقع في الطبيعة، وذلك بأخذ أسباب ونتائج العامة المتبادلة بعين الاعتبار. (محمد مزيان، 1999، ص97)

وتتميز الملاحظة العلمية عن غيرها من أدوات جمع البيانات بأنها تفيد في جمع بيانات تتصل بسلوك الأفراد العقلي في بعض المواقف بحيث يمكن تكرارها دون جهد وتفيد أيضا في جمع البيانات في الأحوال التي قد يرفض فيها المبحوث الإجابة عن الأسئلة. (عبد الفتاح محمد دويدار، دس، ص 45)

4-2. المقابلة:

المقابلة هي عبارة عن لقاء يتم بين الشخص المقابل (الباحث أو من ينوب عنه) الذي يقوم بطرح مجموعة من الأسئلة على الأشخاص المستجيبين وجها لوجه، ويقوم الباحث أو المقابل بتسجيل الإجابات على الاستمارات. (ربحي مصطفى عليان، عثمان محمد غنيم، دس، ص 102)

ويعرفها أنجلش: "أنها محادثة موجهة يقوم بها الفرد مع آخر، أو مع أفراد بهدف الحصول على المعلومات لاستخدامها في البحث العلمي". (عائشة نحوي، 2010، ص 142) كما أن تعرف على أنها محادثة منظمة ذات هدف قد يكون:

1. الحصول على المعلومات.
2. الإرشاد والتوجيه والعلاج.
3. إجراء اختبار معين أو إعطاء استفتاء. (هند عبد الكريم، مصطفى حسين علي، 2009، ص 25)

* المقابلة النصف موجهة:

يعرفها بنجهام: "أنها المحادثة الجادة الموجهة نحو هدف محدد غير مجدد الرغبة في المحادثة لذاته. (جودت عزت عطوي، 2000، ص 120)

5- الدراسة الاستطلاعية:

من الضروري في أي بحث علمي القيام بدراسة استطلاعية، فهي بمثابة الخطوة الأولى التي من خلالها يمكن للباحث الإحاطة بأبعاد المشكلة المراد دراستها وتساعد على التعرف

على حالات الدراسة والإطلاع على كل ما كتب حول الموضوع وما توفر من مراجع وبهذا تعتبر الدراسة الاستطلاعية المرحلة التحضيرية للدراسة. حيث بعد ما تم الحصول على الإذن من الجامعة توجهنا بتقديم طلب إلى مستشفى الحكيم سعدان قسم الأمراض العقلية للسماح لنا بإجراء الدراسة الميدانية في هذه المصلحة -الأمراض العقلية- بمدينة بسكرة، وبعد الحصول على الموافقة، حضينا باستقبال جيد من قبل العاملين بالمصلحة: رئيس المصلحة، الممرضين، الأخصائيين النفسيين خاصة، ومن خلال الدراسة الاستطلاعية تم الحصول على المعلومات التي نحتاجها والتي تخدم موضوع الدراسة.

وكذا التقرب من حالات البحث والتقصي عن توافرها.

6- تقديم مصلحة الأمراض العقلية:

تمت الدراسة في قسم الأمراض العقلية بمستشفى الحكيم سعدان والذي يعتبر جديد العهد في التأسيس حيث نقلت المصلحة من مستشفى البشير بالناصر المشفى المحلي في نهاية سنة 2004، حيث تتكون المصلحة من:

1. جناح إداري.

2. جناح أمراض عقلية نساء.

3. جناح أمراض عقلية رجال.

6-1. الجناح الإداري: يتكون من:

6-1-1. مكتب الطبيب العام: وبه طبيب عام يقوم بالفحص الشامل لحالات المرضى

(نساء/رجال) وتساعد الممرضة.

6-1-2. مكتب أخصائي نفسي: وبه مختص نفسي يقوم بالعناية والتكفل النفسي بالمرضى

وهو الذي يساعد الطبيب العقلي على تشخيص الحالة النفسية للمرضى.

3-1-6. مكتب طبيب مختص في الأمراض العقلية: وفيه يوجد الطبيب المختص في الأمراض العقلية وهو الذي يعطي التشخيص النهائي للحالة ويوقع على إقامة المرضى وإخراجهم بعد شفائهم.

4-1-6. مكتب المراقبة الطبية: وفيه تتم المراقبة المستمرة للحالة الصحية العامة للمرضى.

5-1-6. مكتب السكرتيرة والأرشيف: وفيه توجد ملفات المرضى الخاصة بالمراقبة المستمرة لهم من الجانب الصحي والنفسي.

6-1-6. حديقة المصلحة: وهي خاصة بالحصص الاستجمامية واللعب للمرضى.

2-6. جناح أمراض عقلية رجال: وهو جناح القسم الخاص بالرجال المرضى عقليا المقيمين بالمستشفى وهو يتكون من:

- (6) غرف بكل غرفة سريران.

- غرفة العلاج.

- غرفة أشغال وترفيه.

- غرفة انفرادية لعزل الحالات الهائجة حتى تهدأ.

- مرحاض وحمام.

بالإضافة إلى وجود حلاق خاص يهتم بحلاقة الرجال.

3-6. جناح أمراض عقلية نساء: وهو قسم خاص بالنساء المريضات عقليا والمقيمات بالمشفى وهو مكون من:

- (6) غرف بكل غرفة 3 أسرة.

- غرفة العلاج.

- غرفة أشغال وترفيه بها تلفاز وطاولات للقيام بالأشغال اليدوية.

- مطبخ.

- مرحاض وحمام.

حيث أن لكل جناح فريق تمريض خاص يسهر على رعايتهم والتكفل بهم طبيا ونفسيا.

4-6. مهام مصلحة الأمراض العقلية:

1. فحص نفسي.
2. فحص طبي للمرضى.
3. استقبال الحالات الاستعجالية للمرضى.
4. استخراج الشهادة التي تثبت المرض العقلي.
5. استخراج شهادة السلامة العقلية.
6. التكفل الطبي بالمرضى المقيمين.
7. التكفل النفسي بالمرضى المقيمين.
8. إيصال المرضى إلى بيوتهم.
9. إجراء الحقن.

7- حالات البحث:

7-1. الحالة الأولى:

الحالة (X) أخصائية نفسية تبلغ من العمر 25 سنة، تعمل بمستشفى الحكيم سعدان - قسم الأمراض العقلية - جناح رجال متحصلة على شهادة ليسانس في علم النفس العيادي وهي تعمل منذ عامين ونصف.

7-2. الحالة الثانية:

الحالة (Y) أخصائية نفسية تبلغ من العمر 26 سنة، تعمل بمستشفى الحكيم سعدان - قسم الأمراض العقلية - جناح نساء وهي متحصلة على شهادة ماستر في علم النفس العيادي وهي تعمل منذ ثلاث سنوات.

7-3. الحالة الثالثة:

الحالة (A) أخصائية نفسية تبلغ من العمر 30 سنة، تعمل بمستشفى الحكيم سعدان -
قسم الأمراض العقلية- جناح رجال وهي متحصلة على شهادة ماجستير في علم النفس
العيادي وهي تعمل منذ ثلاث سنوات.

4-7. الحالة الرابعة:

الحالة (B) أخصائية نفسية تبلغ من العمر 24 سنة، تعمل بمستشفى الحكيم سعدان -
قسم الأمراض العقلية- جناح نساء وهي متحصلة على شهادة ليسانس في علم النفس
العيادي وهي تعمل منذ عام.

الفصل الخامس

تحليل ومناقشة النتائج

أولاً: تحليل دليل المقابلة.

* تحليل دليل محتوى المقابلة مع الأخصائية النفسية الأولى (X).

* تحليل محتوى المقابلة مع الأخصائية النفسية الثانية (Y).

ثانياً: مناقشة النتائج على ضوء التساؤلات.

أولاً: تحليل دليل المقابلة:

* تحليل دليل محتوى المقابلة مع الأخصائية النفسية الأولى (×):

1. المرحلة الأولى:

- 1/الممرض، 2/الطبيب العام، 3/الطبيب العقلي، 4/إعطائه حقن مهدئة، 5/من طرف الممرض، 6/ويقوم الطبيب العقلي، 7/بعملية التشخيص، 8/المعاينة الطبية، 9/المقابلة، 10/ملاحظة الأعراض، 11/طرح بعض الأسئلة، 12/العلاج الدوائي، 13/بعد شرب الدواء، 14/استقرار حالته، 15/تستطيع التحوار معه، 16/إعادة التشخيص، 17/استخدام الاختبارات النفسية، 18/ T.T.A، 19/الروشاخ، 20/MMP₂، 21/ التعرف على المريض، 22/تطبيق بعض التقنيات، 23/الفراغ الموجود داخل المؤسسة، 24/العلاج بالعمل، 25/العلاج باللعب، 26/العلاج بالموسيقى، 27/التفريغ الانفعالي، 28/اللعب بالديمينو، 29/الشطرنج، 30/حركات رياضية، 31/كرة القدم، 32/لا هذه التقنيات فقط، 33/لا توجد تقنية خاصة بالفصامي، 34/فهي مجرد نصائح، 35/إرشادات، 36/فالأسر التي تكون مثقفة تساعد في التزام المرضى بالجلسات، 37/نعم داخل المصلحة فقط، 38/المرضى مستحيل يرجعون ذلك لإهمال أسرهم، 39/في بعض الأحيان أسر المرضى هي التي تحضر المرضى لكن قليلا، 40/إلا بعض الأسر المثقفة، 41/نوعا ما بوجود العلاج الدوائي، 42/كسب ثقة المريض، 43/ومساندته نفسيا، 44/لا يصبح عدوانيا، 45/هائجا، 46/يتكلم كلاما مفهوما، 47/متسلسلا، 48/الأكل الجيد، 49/المظهر الخارجي، 50/نظيف، 51/النوم، 52/الوعي نوعا ما، 53/العلاج الدوائي، 54/ثم العلاج بالعمل، 55/التفريغ الانفعالي، 56/المساندة النفسية، 57/الرياضة، 58/يلتزم المريض بالجلسات العلاجية لأنها قانونية، 59/وأملا في الخروج، 60/للضغوط داخل المؤسسة، 61/تقبل المرض، 62/تقبل الدواء، 63/وأنه داخل المصلحة بهدف العلاج فقط، 64/نصائح للمريض، 65/شرب الدواء في وقته، 66/بالجرعة التي أعطاها الطبيب، 67/شرح أهمية

الدواء للمريض، 68/في حالة الشعور بالتعب مرة أخرى أن يرجع إلى الطبيب، 69/أم أسرته استخدام حيل لإعطاء الدواء، 70/المعاملة الحسنة، 71/إعطائه أعمال يقوم بها، 72/نقوم باستدعاء أسرهم ولا يأتون، 73/ وهي من معيقات لعدم تطبيق العلاج الأسري، 74/ لأن الأسر لا يتعاونون معنا، 75/ بعد إعطاء الدواء، 76/يتم التعامل معه كما في البداية، 77/50؟ العلاج الطبي، 78/50؟ العلاج النفسي، 79/نعم داخل المصلحة، 80/عدم التزام المريض بالجلسات خارج المصلحة لعدم إحضارهم، 81/كل المرضى مع بعضهم البعض، 82/عدم تفهم الأسرة لحالة المريض، 83/نقص الخبرة، 84/والممارسة السيكولوجية، 85/في حالة استدعاء الأسر للقيام بالعلاج الأسري لا يأتون، 86/عدم توفر أعوان الأمن.

2. المرحلة الثانية:

النسبة المئوية	تواتر الفئات	الفئات التي تمثلها (ف)	الأبعاد المشكلة
%22,22 %11,22 %66,66	2 1 6	* العلاج بالعمل: 54/24. * العلاج بالموسيقى: 26 * العلاج بالرسم: 57/31/30/29/28/25	أساليب العلاج النفسي
%10,46=ن	ك = 9	ف = 03	
%7,14 %7,14 %32,24 %53,57	2 2 9 15	* المساندة النفسية: 56/43. * التفريغ الانفعالي: 55/27. * إجراءات التكفل النفسي: 42/22/21/20/19/18/17/16/ 76 * الإرشادات والنصائح: 64/63/62/61/50/49/35/34/ 71/70/69/68/67/66/65/	المتابعة النفسية

ن=32,55%	ك = 28	ف = 4	
19,23% 80,76%	5 21	* التشخيص: 27/19/10/9/8/7. * العلاج الدوائي: /14/13/12/6/5/4/3/2/1 . /77/75/53/52/51/45/44/41/15	المتابعة الطبية
ن=26,59%	ك = 26	ف = 2	
26,06% 43,47% 30,43%	6 11 7	* بعض النقائص داخل المصلحة: 86/81/60/59/58/23 * تطبيق العلاج الأسري: 85/82/80/74/73/72/40/39/38/36 * الخبرة والتكوين السيكلوجي لها: 84/83/81/80/37/33/32	الصعوبات التي تواجهها الأخصائية النفسية.
ن= 26,74%	ك = 23	ف = 3	

- عدد العبارات: 86.

- ف: 12.

- الأبعاد: 4

3. المرحلة الثالثة:

من خلال تحليل محتوى المقابلة مع الحالة الأولى المتمثلة في الأخصائية النفسية (×)

المتواجدة بقسم الأمراض العقلية (رجال) للتعرف على واقع التكفل النفسي بالمريض

الفصامي داخل مؤسسة استشفائية تشكلت لدينا (4) أبعاد مرتبة على التوالي:

1- المتابعة النفسية: وهذا البعد يشكل محورا هاما للتكفل النفسي بالفصامي

بنسبة 32,55% ولقد ضم هذا البعد (04) فئات على التوالي:

- الإرشادات والنصائح بنسبة **53,57%**، حيث توجه هذه الإرشادات والنصائح إلى المريض وأسرته وذلك بتوعيتهم بأهمية شرب الدواء والإقامة بالمستشفى وكذلك المعاملة الحسنة.

- إجراءات التكفل النفسي: بنسبة **32,14%** والتي تضم إعادة التشخيص وتطبيق بعض الاختبارات النفسية المتمثلة في **T.A.T** ، الروشاخ، **MMP₂**.

- أما المساندة النفسية والتفريغ الانفعالي فكانا بنفس النسبة **7,14%** وعليه فالمتابعة النفسية تعتمد على الإرشادات والنصائح بالدرجة الأولى.

2- **المتابعة الطبية:** ويمثل هذا العد خطوة أساسية للتكفل بالمريض الفصامي

واستقرار حالته، حيث تمثل نسبة **30,23%** وقد ضم هذا البعد فئتين:

- العلاج الدوائي بنسبة **81,81%**.

- التشخيص بنسبة **18,18%**.

فالمتابعة الطبية تركز على العلاج الدوائي والتشخيص.

3- **الصعوبات التي تواجهها الأخصائية النفسية:** حيث تواجه الأخصائية النفسية

بعض الصعوبات بنسبة **26,74%** وقد ضم هذا البعد (03) فئات على التوالي:

- تطبيق العلاج الأسري بنسبة **43,47%**.

- الخبرة والتكوين السيكلوجي لها بنسبة **30,43%**.

- بعض النقائص داخل المؤسسة بنسبة **26,06%**.

وعليه فالصعوبات التي تواجهها الأخصائية هي متقاربة نسبياً، إلا أن صعوبات تطبيق

العلاج الأسري يمثل المرتبة الأولى.

4- **أساليب العلاج النفسي:** بنسبة **10,46%** وهذا البعد يمثل نسبة ضعيفة وقد ضم

ثلاث فئات وهي:

5- **العلاج بالعمل** بنسبة **66,66%**.

6- **العلاج بالرسم** بنسبة **22,22%**.

7- العلاج بالموسيقى بنسبة 11,22%.

حيث تركز الأخصائية على العلاج باللعب بالدرجة الأولى، ثم العلاج بالعمل والعلاج بالموسيقى.

خلاصة:

فالتكفل النفسي بالفصامي داخل مؤسسة استشفائية يعتمد على المتابعة النفسية المتمثلة في تقديم النصائح والإرشادات بالدرجة الأولى وبعض الإجراءات واستخدام المساندة النفسية والتفريغ الانفعالي، أما المتابعة الطبية فتركز على العلاج الدوائي والتشخيصي، بالإضافة إلى أن الأخصائية النفسية لا تعتمد على أساليب علاجية نفسية علمية بدرجة كبيرة سوى العلاج باللعب، العلاج بالعمل، العلاج بالموسيقى، وذلك لما تواجهه من صعوبات في تطبيق العلاج الأسري وبعض النقائص داخل المؤسسة من جهة وخبرتها وتكوينها السيكولوجي من جهة أخرى.

* تحليل محتوى المقابلة مع الأخصائية النفسية الثانية (Y):

1. المرحلة الأولى:

- 1/الممرضين، 2/الطبيب العام، 3/الطبيب المختص بالأمراض العقلية،
- 4/الأخصائيين النفسيين، 5/يأتي المريض في حالة هيجان، 6/يقوم الطبيب العام بالسماح له بالدخول، 7/ويقوم الطبيب العقلي بإجراءات، 8/المقابلة، 9/ملاحظة الأعراض،
- 10/يشخص الحالة، 11/يصف له الدواء، 12/بعد أسبوع من تناول الدواء، 13/أقوم بدراسة الحالة، 14/المقابلة مع جميع أفراد العائلة، 15/البحث عن عوامل التي أدت إلى هيجان الحالة، 16/الممرض، 17/الطبيب العقلي، 18/الطبيب العام، 19/من خلال ملاحظتهم،
- 20/بناء علاقة تعاطفية، 21/كسب الثقة، 22/تطبيق بعض الاختبارات النفسية،
- 23،/الروشاخ، 24،/T.T.A، 25/MMP₂، 26/للتشخيص، 27/بعد تشخيص الطبيب المختص، 28/وتشخيص الأخصائية النفسية، 29/أطبق معهم بعض العلاجات النفسية،

30/تقديم بعض النصائح، 31/الإرشادات، 32/العلاج بالعمل، 33/العلاج بالموسيقى،
 34/العلاج بالرسم، 35/إرشادات، 36/أهمية الدواء، 37/الاحتفال في المناسبات، 38/لعدم
 تحسيسهم بأنهم في وحدة، 39/القضاء على الفراغ، 40/إلقاء في المستشفى لتلقي العلاج،
 41/عدم إخراجهم إلى الحديقة، 42/لهروبهم، 43/لعدم وجود أعوان الأمن، 44/لا توجد
 تقنيات علمية مستخدمة، 45/إلا بعض أدوات الرسم، 46/أوراق بيضاء، 47/أوراق رسم،
 48/أدوات الخياطة، 49/كروشي، 50/طرز، 51/إبر للخياطة، 52/التفريغ الانفعالي،
 53/أما خارجها فلا لعدم إحضارهم، 54/لا يعاودون الرجوع، 55/إلا في موعد أخذ الدواء
 (الحقنة)، 56/الإرشادات، 57/والنصائح، 58/التفريغ الانفعالي، 59/المريض يمثل للدواء،
 60/يعرف أهمية العلاج الدوائي، 61/تقبل المرض، 62/المجيء للعلاج وحده، 63/العمل،
 64/إرشادات للأسرة، 65/أهمية الدواء كوسيلة لعلاجها، 66/نظرة الأسرة للمريض،
 67/تجنب الظروف التي تزيد من معاناته، 68/إعطائهم معلومات حول مرض الفصام،
 69/تكليم الأسر عند ملاحظتهم بعض الأعراض يقومون باستشارة الطبيب، 70/إرشادات
 للمريض، 71/شرب الدواء، 72/أهمية علاجية، 73/القيام بإيصالهم إلى بيوتهم، 74/لأن
 أسرهم عند استدعائهم لا يحضرون، 75/بعد معاودة وصف الدواء، 76/شرب الدواء،
 77/وإعطائه حقن مهدئة، 78/وبعض الأدوية الأخرى، 79/العلاج الدوائي، 80/الفحص
 الطبي، 81/من قبل الطبيب العام، 82/العلاج الدوائي، 83/تقبل المرض، 84/شرب الدواء
 بانتظام، 85/نقص التكوين، 86/عدم القدرة على تطبيق بعض العلاجات النفسية،
 87/وبعض الاختبارات النفسية، 88/عدم توفر اللباس للمرضى، 89/عدم تجاوب أفراد
 الأسرة، 90/عدم مجيئها في حالة استدعائها، 91/عدم توفر أعوان الأمن، 92/لحمايتنا،
 93/وحماية المرضى، 94/لهذا السبب لم نعد نخرج المرضى.

2. المرحلة الثانية:

الأبعاد	الفئات التي تمثلها (ف)	تواتر	النسبة
---------	------------------------	-------	--------

المشكلة	الفئات	المئوية
أساليب العلاج النفسي	5	* العلاج بالعمل: 51/50/49/48/32.
	1	* العلاج بالموسيقى: 33/
	4	* العلاج بالرسم: 47/46/45/34
	ك = 10	ن = 10,62 %
المتابعة النفسية	3	* المساعدة النفسية: 39/38/37.
	2	* التفريغ الانفعالي: 58/52.
	22	* الإرشادات والنصائح: 59/57/56/40/36/35/31/30 68/64/63/62/61/60 67/65/84/83/72/71/70/69/
	ك = 13	ن = 32,5 %
	ك = 40	ن = 42,55 %
المتابعة الطبية	6	* التشخيص: 27/19/10/9/8/7.
	19	* العلاج الدوائي: 17/16/12/11/6/5/3/2/1 82/81/80/79/78/77/76/75/55/18
	ك = 25	ن = 26,59 %
الصعوبات التي تواجهها	9	* بعض النقائص داخل المصلحة: 94/93/92/91/88/54/43/42/41
	6	* تطبيق العلاج الأسري: 90/78/74/73/66/53

الأخصائية النفسية	* الخبرة والتكوين السيكولوجي لها: .87/86/85/44	4	21,05%
	ف = 3	ك = 19	ن = 20,21%

- عدد العبارات: 94.

- ف = 12.

- الأبعاد: 04.

3. المرحلة الثالثة:

من خلال تحليل محتوى المقابلة مع الحالة الثانية المتمثلة في الأخصائية النفسية (Y) التي تعمل بقسم الأمراض العقلية -نساء- للتعرف على واقع التكفل النفسي بالفصامي داخل مؤسسة استشفائية تشكلت لدينا (4) أبعاد مرتبة على التوالي:

1- المتسابقة النفسية بنسبة 42,55% حيث ضم هذا البعد (04) كالتالي:

- الإرشادات والنصائح بنسبة 55% وهي تمثل النسبة الأكثر من النسبة المئوية الكلية لبعد المتابعة النفسية.

- إجراءات التكفل النفسي بنسبة 32,5% حيث تقوم الأخصائية بإجراءات معينة تتمثل في تطبيق بعض الاختبارات النفسية لإعادة التشخيص وكسب الثقة وبناء علاقة تعاطفية.

- المساندة النفسية بنسبة 7,5%

- التفريغ الانفعالي بنسبة 5%

فالمتابعة النفسية تركز على تقديم النصائح والإرشادات للمريض وأسرته، بالإضافة

إلى بعض الإجراءات التي تقوم بها الأخصائية النفسية من تطبيق بعض الاختبارات النفسية

والتي تساعدها في إعادة التشخيص، أما المساندة النفسية والتفريغ الانفعالي فحضي بنسب قليلة.

2- المتابعة الطبية: بنسبة 26, 59% وهو البعد الأساسي لبداية التكفل النفسي بهذه الفئة من المرضى عقليا، لما له من أهمية في استقرار حالته الجسمية والنفسية، وقد ضم هذا البعد فئتين:

- التشخيص بنسبة 24%

- العلاج الدوائي بنسبة 76%

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

3- الصعوبات التي تواجهها الأخصائية النفسية: بنسبة 20,21% فالأخصائية

تواجه بعض الصعوبات التي تعيق عملية التكفل النفسي بالمريض الفصامي حيث ضم هذا البعد (03) فئات على التوالي:

- بعض النقائص داخل المصلحة بنسبة 47,36%

- تطبيق العلاج الأسري بنسبة 31,57%

- الخبرة والتكوين السيكلوجي لها بنسبة 21,05%

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

4- أساليب العلاج النفسي: بنسبة 10, 63% حيث ضم هذا البعد ثلاث فئات وهي

كالتالي:

- العلاج بالعمل بنسبة 50%

- العلاج بالرسم بنسبة 40%

- العلاج بالموسيقى بنسبة 10%

فالأخصائية النفسية تستخدم الأساليب العلاجية المتمثلة في العلاج بالعمل والعلاج بالرسم بالدرجة الأولى، بالإضافة إلى العلاج بالموسيقى.

خلاصة:

إن التكفل النفسي بالفصامي داخل مؤسسة استشفائية يعتمد على المتابعة الطبية التي تركز على التشخيص والعلاج الدوائي، ثم المتابعة النفسية من طرف الأخصائية النفسية، حيث تقوم بتقديم النصائح والإرشادات للمريض وأسرته بالإضافة إلى بعض الإجراءات التي تقوم بها كتطبيق الاختبارات النفسية: T.A.T ، الروشاخ، MMP₂، وإعادة التشخيص، كذلك الاعتماد على المساندة النفسية والتفريغ الانفعالي، أما فيما يخص تطبيق بعض الأساليب العلاجية النفسية فقد ركزت الأخصائية على العلاج بالعمل والعلاج بالرسم بالدرجة الأولى تم العلاج بالموسيقى، كما أنها تواجه بعض الصعوبات التي تعيق عملية التكفل النفسي والتي تمثلت في نقص الإمكانيات داخل المصلحة وعجزت في تطبيق العلاج الأسري لعدم حضور أسر المرضى، بالإضافة إلى نقص في الخبرة والتكوين السيكلوجي للأخصائية النفسية.

ثانياً: مناقشة النتائج على ضوء التساؤلات:

مما سبق توصلنا في دراستنا هذه حول موضوع واقع التكفل النفسي بالفصامي داخل مؤسسة استشفائية

أنه يتميز: بالتركيز على المتابعة الطبية التي تعتمد على عملية التشخيص والعلاج الدوائي بالدرجة الأولى من جهة، والمتابعة النفسية من جهة أخرى التي تركز بدورها على: إجراءات التكفل النفسي المتمثلة في تطبيق بعض الاختبارات النفسية T.A.T ، الروشاخ، MMP₂، بالإضافة إلى تقديم بعض النصائح والإرشادات، المساندة النفسية، التفريغ الانفعالي والاعتماد على بعض الأساليب العلاجية النفسية.

وهكذا نكون قد أجبنا على التساؤل الفرعي الأول الذي مفاده: كيف يتم التكفل النفسي بالفصامي داخل مؤسسة استشفائية؟

أما فيما يخص الأساليب العلاجية النفسية المطبقة للتكفل بهذه الفئة من المرضى فقد تمثلت في العلاج بالرسم الذي يعتبر مجالاً للتعبير عن الصراعات والقلق والتفريغ الانفعالي وذلك باستخدام أدوات الكتابة والرسم، بالإضافة إلى تطبيق العلاج باللعب وذلك من خلال ممارسة الألعاب التالية: الشطرنج، اليمينو، الألعاب التركيبية، وكذلك العلاج بالموسيقى من خلال سماع بعض الموسيقى والرقص، أما العلاج بالعمل فقد تم استخدامه مع النساء فقط مع عدم ملاحظة ورشة خاصة للعلاج بالعمل.

ومن هنا فقد أجبنا على التساؤل الفرعي الثاني الذي ينص على: ما هي الأساليب العلاجية النفسية المطبقة للتكفل به؟

إلا أن الأخصائية لم تعتمد على بعض الأساليب العلاجية الأخرى التي لا تقل أهمية عن الأساليب العلاجية السالف ذكرها: كالعلاج السلوكي المعرفي بتقنية **BASICID**، العلاج بالسيكودراما، السوسيودراما، العلاج الأسري، كذلك التأهيل النفسي، الرعاية المجتمعية الفعالة، بالإضافة إلى عدم وضع خطة علاجية معينة.

وبهذا نكون قد أجبنا على التساؤل الفرعي الثالث الذي مفاده: وهل هي متطابقة مع مبادئ التكفل النفسي بالفصامي؟

فالأخصائية النفسية تواجه بعض الصعوبات والنقائص التي تعتبر من معوقات العمل وعدم تطبيق العديد من العلاجات النفسية بالأخص، وذلك من جهتها كأخصائية نفسية من نقص في الخبرة والتكوين السيكولوجي من جهة ونقص الإمكانيات المادية داخل المصلحة من جهة أخرى، بالإضافة إلى عدم تعاون أسر المرضى خاصة فيما يخص تطبيق العلاج الأسري، وعلى الرغم من هذه النقائص فهي تسعى جاهدة للعمل على تحقيق الأفضل في ممارستها السيكولوجية.

وبالتالي نكون قد أجبنا على التساؤل الفرعي الرابع الذي ينص على: ما هي

الصعوبات التي تواجهها الأخصائية النفسية للتكفل به؟

وفي الأخير نكون قد أجبنا على التساؤل الرئيسي للدراسة الذي مفاده: ما هو واقع

التكفل النفسي بالفصامي داخل مؤسسة استشفائية؟

خاتمة:

وفي ختام دراستنا هذه الموسومة بـ "واقع التكفل النفسي بالفصامي داخل مؤسسة استشفائية"، نستنتج أن التكفل النفسي بهذه الفئة من المرضى داخل مؤسسة استشفائية يركز على العلاج الدوائي من الدرجة الأولى والعلاج النفسي ما هو إلا تقديم توجيهات وإرشادات للمريض وأسرته، بالإضافة إلى المساندة النفسية وإجراءات متمثلة في تطبيق بعض الاختبارات النفسية.

وعليه فالتكفل النفسي بالفصامي يحتاج إلى متابعة نفسية معمقة وشاملة من قبل الأخصائي النفسي الذي بدوره يجب أن يكون ملماً بكل الإلمام بأساليب العلاج النفسي وتقنياته، بالإضافة إلى التكوين الجيد والخبرة السيكلوجية هذا من جهة، ومن جهة أخرى توفير الإمكانيات المادية وتغطية النقائص الموجودة داخل المؤسسة الإستشفائية.

مما سبق يعتمد التكفل النفسي الفعال بالفصامي على العلاج الدوائي لتخفيض الأعراض ومنع الانتكاسات، ووسائل علاج نفسية واجتماعية لمساعدة المرضى وأسره على حل المشاكل، والتعامل مع الضغوط والتكيف مع المرض ومضاعفاته والمساعدة على منع الانتكاسات، بالإضافة إلى التأهيل النفسي والاجتماعي الذي يساعد المرضى على أن يعودوا للاندماج في المجتمع وأن يستعيدوا وظائفهم التعليمية أو العملية.

وهذه الدراسة ما هي إلا مساهمة بسيطة للتعرف على واقع التكفل النفسي بالفصامي داخل مؤسسة استشفائية، ويبقى هذا الموضوع بحاجة إلى دراسات معمقة وفتح المجال أمام الباحثين والمختصين والأخذ بعين الاعتبار النقائص وتغطيتها لتحسين عملية التكفل النفسي بهذه الفئة من المرضى عقليا داخل المؤسسات الإستشفائية.

التوصيات والاقتراحات:

في ضوء ما توصلت إليه نتائج الدراسة الحالية وعلى ضوء الملاحظات، تم إدراج بعض التوصيات والاقتراحات التي يرجى أن تؤخذ بعين الاعتبار:

- 1- الوسائل الإعلامية المختلفة تلعب دورا كبيرا في توعية الناس وتعريفهم بأهم الأمراض العقلية، على رأسهم الفصام و توعيتهم بأهمية اكتشاف المرض في الوقت المبكر ومعالجته قبل أن يتفاقم المرض ويصعب علاجه.
- 2- يستحسن أن يكون لدى الفريق الطبي ثقافة نفسية زيادة على الثقافة الطبية، التي تخفف من معاناة المريض وتجعله يتقبل مرضه.
- 3- توعية الأسرة بدورها الكبير في معالجة مريض الفصام، انطلاقا من الاكتشاف المبكر وصولا إلى كيفية التعامل معه بعد خروجه من المستشفى.
- 4- تغطية النقائص الموجودة داخل المؤسسة الإستشفائية من ضرورة إقامة أماكن للترفيه، ورفع نسبة العاملين داخل المصلحة على رأسهم أعوان الأمن لحماية المرضى.
- 5- توفير ورشة عمل خاصة للقيام بالعلاج بالعمل الذي يلعب دورا مهما في جعل المريض الفصامي يتصل بالواقع.
- 6- توفير أخصائي اجتماعي للقيام بالتأهيل الاجتماعي للتغلب على المشاكل الاجتماعية التي يواجهها المرضى الفصاميين لإعادة دمجهم اجتماعيا.
- 7- إقامة دورات تدريبية للأخصائيين النفسيين لتطبيق بعض التقنيات العلاجية، لاكتساب التكوين والخبرة للقيام بالتكفل الفعال بالمرضى عقليا.

قائمة المراجع:

1/ الموسوعات والمعاجم:

- 1- د، سهيل إدريس: 2005، قاموس المنهل عربي-فرنسي،
(ب ط)، دار الآداب للنشر و التوزيع.
- 2- عبد القادر المعيري و آخرون: القاموس الجديد، (ب ط)، الشركة التونسية
للتوزيع.
- 3- عبد الكريم الحجازي: (2004)، موسوعة الطب النفسي، ط1، دار أسامة للنشر
والتوزيع، عمان، الأردن.
- 4- عبد المنعم الحنفي: (2005) ، موسوعة الطب النفسي، المجلد الرابع، ط1، دار
النشر والتوزيع، بيروت، لبنان.
- 5- لطفي الشربني: معجم مصطلحات الطب النفسي، (ب ط)، مؤسسة الكويت للتقدم
العلمي.

2/ الكتب باللغة العربية:

- 6 - إجلال محمد سري: (2000) علم النفس العلاجي، ط2، عالم الكتب للنشر
والتوزيع القاهرة.

7- أحمد عكاشة: الطب النفسي المعاصر، (ب ط)، مكتبة الأنجلو المصرية للنشر و التوزيع، مصر، دس.

8 - أحمد عكاشة: (2010) الطب النفسي المعاصر، ط5، مكتبة الأنجلو المصرية .

9 - أديب محمد الخالدي: (2009) المرجع في الصحة النفسية (نظرية جديدة)، ط1، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان ، الأردن.

10 - إلهام عبد الرحمان خليل: (2004) علم النفس الإكلينيكي (المنهج و التطبيق)، ط1، دار ايتراك للنشر والتوزيع، مصر.

11- بشير صالح الرشيدى: (2000) مناهج البحث التربوية، رؤية تطبيقية مبسطة، ط1، دار الكتابة الحديثة، الكويت.

12- بطرس حافظ بطرس: (2008)، التكيف والصحة النفسية للطفل، ط1، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

13- بن عيسى زغبوش، إسماعيل علوي: (2011) الإرشاد النفسي المعرفي و الوساطة التربوية، ط1، عالم الكتاب الحديث، عمان، الأردن.

14- بيرني كوردين و آخرون، ترجمة محمود عيد مصطفى: (2008)، العلاج المعرض السلوكي المختصر، ط1، ايتراك للنشر و التوزيع، القاهرة.

15- تيموثي ج.ترول، ترجمة، فوزي شاكر طعيمة داود:(2007)، حنان لطفي زين الدين، علم النفس الإكلينيكي، ط1، دار الشروق للنشر و التوزيع، عمان، الأردن.

16-جمال أبو دلو:(2008)، الصحة النفسية، ط1، دار أسامة للنشر و التوزيع، الأردن، عمان.

17_ جمال مقال القاسم و الآخرون:(22/2000) الإضطرابات السلوكية، ط1، دار صفاء، عمان، محمد حمدي الحجار:(1998) مدخل علم النفس المرضي، ط1، دار النهضة، بيروت.

18-جودت عزت عبد الهادي وسعيد حسني العزة:(1999) مبادئ التوجيه و الإرشاد النفسي، ط1، مكتبة الثقافة للنشر والتوزيع، ط1، الأردن.

19-حامد زهران:(1997)الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط3، عالم الكتب، القاهرة، مصر.

20-حسين فايد:(2004) علم النفس الإكلينيكي، ط1، مؤسسة طبية للنشر و التوزيع، القاهرة، مصر.

21-حلمي المليجي:(2001)، مناهج البحث في علم النفس، ط1، دار النهضة العربية، عمان.

22-حنان عبد الحميد العناني:(2000) الصحة النفسية، ط1، دار المكر للطباعة و النشر و التوزيع.

23- ربحي مصطفى عليان و عثمان محمد غنيم: (2002)، مناهج البحث العلمي النظري والتطبيقي، ط1، دار الصفاء، عمان.

24- ربحي مصطفى عليان و عثمان محمد غنيم: مناهج و أساليب البحث العلمي، دار الصفاء، للنشر و التوزيع، عمان، الأردن.

25- رأفت عسكر: (2004) علم النفس الإكلينيكي، التشخيص و التنبؤ في ميدان الاضطرابات النفسية و العقلية، (ب ط)، مدرسة علم النفس بآداب الزقازيق، مصر.

26- رشيد حميد زغير: (2010) الصحة النفسية والمرض النفسي و العقلي، ط1، دار الثقافة للنشر و التوزيع، عمان، الأردن.

27- زيزي السيد إبراهيم: (2005) العلاج المعرفي للاكتئاب، (ب ط)، دار غريب للطباعة و النشر و التوزيع، القاهرة.

28- زينب شقير: (2002) علم النفس العيادي و المرضي للأطفال و الراشدين، ط1، الفكر للطباعة و النشر و التوزيع، عمان، الأردن.

29- سامي محمد ملحم: (2000) مناهج البحث في التربية و علم النفس، ط1، دار المسيرة للنشر و التوزيع، عمان، الأردن.

30- سمير بقيون: (2007) الطب النفسي، (ب ط) دار اليازوي العلمية للنشر و التوزيع، عمان، الأردن.

31-سمير كامل أحمد:(1999)، الصحة النفسية و التوافق، (ب ط)، مركز الإسكندرية للكتاب، مصر.

32-سناء نصر حجازي: (2009)، علم النفس الإكلينيكي للطفل، ط1، دار المسيرة للنشر و التوزيع، عمان، الأردن.

33-سهيل أحمد كامل: (1999)التوجيه و الإرشاد النفسي، (ب ط)، مركز الإسكندرية للكتاب، مصر.

34-صالح حسين الداھري:(2008)سيكولوجية الإبداع و الشخصية، ط1، دار الصفاء للنشر و التوزيع، عمان، الأردن.

35-طارق بن علي الحبيب: (2008)الفصام، (ب ط)، مؤسسة دوس للنشر و التوزيع، مصر.

36-عبد الحميد محمد الشاذلي:(2001)الصحة و السيكولوجية ال، ط2، المكتبة الجامعية الإسكندرية، مصر.

37-عبد الرحمان العيسوي:(1990)، العصبية النفسية و الذهانات العقلية(بحث ميداني للأمراض العقلية و النفسية الشائعة)، (ب ط)، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان.

38- عبد الرحمان العيسوي:(1997)،العلاج النفسي، ط1، دار الراتب الجامعية، لبنان.

39- عبد الرحمان العيسوي: علم النفس الطبي، (ب ط)، دار المعارف للنشر و التوزيع، مصر. دس.

40- عبد الرحمان العيسوي: (2011) مرض الزهايمر و الذهانات الأخرى، ط1، منشورات الجلي الحقوقية، بيروت، لبنان.

41- عبد الفتاح محمد دويداد: (1994) في الطب النفسي و علم النفس الإكلينيكي، (ب ط)، دار النهضة العربية، بيروت.

42- عبد الفتاح محمد دويداد: مناهج البحث في علم النفس، (ب ط)، دار المعرفة الجامعية للنشر و الطباعة، الإسكندرية.

43- عبد الفتاح نجلة: (2006) العلاج النفسي بالموسيقى، ط1، عالم الكتب للنشر و التوزيع، القاهرة.

44- عبد الكريم قاسم أبو الخير: (2001)، أساسيات التمريض في الأمراض العقلية و النفسية، ط1، دار وائل للطباعة و النشر، عمان، الأردن.

45- عبد الكريم قاسم أبو الخير: (2002)، التمريض النفسي، مفهوم الرعاية التمريضية، ط1، دار وائل للطباعة و النشر، عمان، الأردن.

46- عبد الكريم مصطفى حسين علي: (2009) مناهج البحث في علم النفس، النمو، ط1، دار السلام، القاهرة.

47- عبد اللطيف حسن فرج: (2009)، الاضطرابات النفسية، ط1، دار حامد للنشر و التوزيع، عمان، الأردن.

48- عبد الله حسين المنشولي: (2004)، ط1، مبادئ العلاج بالقراءة مع دراسة

تطبيقية مع مرضى الفصام، دار المصرية اللبنانية، مصر.

49- عبد المنعم عبد الله حسين: (2006)، مقدمة في الصحة النفسية، ط2، دار

الوفاء للنشر، الإسكندرية.

50- عطوف محمود ياسين: (1981)، علم النفس العيادي (الإكلينيكي)، ط1، دار

العلم للملايين، بيروت، لبنان.

51- عمار بخوش، محمد محمود الذنبيات: مناهج البحث العلمي و طرق إعداد

البحوث، (ب ط)، ديوان المطبوعات الجزائرية، الجزائر.

52- فيصل عباس: (1996)، الاختبارات النفسية، تقنياتها و إجراءاتها، ط1، دار

الفكر العربي، بيروت، لبنان.

53- فيصل محمد خير الزراد: (1983)، الأمراض العقلية، الذهان الوظيفي و

العضوي، ط1، دار القلم للنشر، بيروت، لبنان.

54- قاسم حسين صالح: (2008)، الأمراض النفسية و الانحرافات السلوكية،

أسبابها و أعراضها، و طرائق علاجها، (ب ط)، دار دجلة، عمان، الأردن.

55- لويس كامل مليكة: (2009)، العلاج النفسي، ط1، دار الفكر للنشر و التوزيع،

عمان، الأردن.

56- ماجدة بهاء الدين و السيد عبيد: (2008)، الضغط النفسي و مشكلاته و أثره

على الصحة النفسية، ط1، دار الصفاء للنشر و التوزيع، عمان، الأردن.

57- محمد جاسم العبيدي: (2009)، مشكلات الصحة النفسية، أمراضها و علاجها،

دار الثقافة، عمان، الأردن.

58- محمد حسن غانم: العلاج النفسي الجماعي، () ، www.kotob

arabia .com.

59- محمد حسن غانم: (2009) مقدمة في علم النفس الإكلينيكي، تقييم تشخيص

العلاج، المكتبة المصرية للنشر و التوزيع، و الطباعة، القاهرة.

60- محمد حسن غانم: (2009) مقدمة في علم النفس الإكلينيكي، ط1، المكتبة

المصرية ، القاهرة.

61- محمد حمدي الحجار: (1994) علم النفس المرضي، ط1، دار النهضة العربية،

بيروت.

62- محمد قاسم الله: (2008) مدخل إلى الصحة النفسية، ط4، دار الفكر، عمان،

الأردن.

63- مدحت أبو النصر: (2005) الإعاقة النفسية، مفهوم و أنواع و برامج الرعاية،

ط1، مجموعة نيل العربية، مدينة نصر، القاهرة.

64- مروان أبو حويج، عصام الهندي: (2008) المدخل إلى الصحة النفسية، ط1،

دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة، عمان، الأردن.

65- مروان عبد المجيد ابراهيم: (2000) أسس البحث العلمي لإعداد الرسائل

الجامعية، ط1، مؤسسة الوراق للنشر و التوزيع، عمان، 133، 134

66- هلموت بينيشي، ترجمة: أنطوان إ. الهاشم: (2003) علم النفس، ط1، المكتبة الشرقية، بيروت، لبنان.

67- المرجع السريع إلى المعايير التشخيصية من الدليل التشخيصي و الإحصائي المعدل للأمراض العقلية 4 (DSM)

3/ الرسائل الأكاديمية:

68- زعتر نور الدين: (2009)، فعالية نموذج علاجي نفسي إسلامي، مقترح في تخفيف القلق، (قلق ما قبل العملية الجراحية)، رسالة ماجستير، جامعة محمد خيضر، بسكرة.

69- صاغي نورة: (1994)، اختبار صلاحية بعض أدوات التقدير السيكولوجي في تشخيص الفصام، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر، معهد علم النفس و علوم التربية، جامعة الجزائر.

70- عائشة نحوي: (2010)، العلاج النفسي عن طريق البرمجة العصبية اللغوية، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علم النفس العيادي، جامعة الإخوة منتوري، قسنطينة.

5- الكتب باللغة الفرنسية:

71- Armand colin : (1995), l'introduction de la psychologie

de l'adulte, Evelyne pew, zner .

72–Mahfoud bouceleci : (1984), maladie mentale et handical
montal, entreprise national de live Alger.

73– Sillamy(n) (1996), dictionnaire de la psychologie, paris.

العلماء

المقابلة كما وردت:

الحالة الأولى:

س1: صباح الخير.

ج1: صباح النور.

س2: ما هي الأمراض العقلية الأكثر انتشارا داخل المصحة؟ حسب الجنس والفئة العمرية.

ج2: - إن الأمراض العقلية الأكثر انتشارا داخل المصلحة هي: الفصام، الإدمان، الهوس،

الاكتئاب، الهوس الاكتئابي، فقدان الشهية العصبي والبارانويا.

- حسب الجنس فالنساء نجد: الفصام، فقدان الشهية العصبي، الاكتئاب، الهوس الاكتئابي،

... أما عددهم فهو أقل من الرجال فيبلغ عددهم حوالي 15 مريض.

س3: إلى ما يرجع ذلك؟

ج3: يرجع ذلك إلى تحفظ الأسرة.

س4: حسب الرجال.

ج4: أما الرجال فنجد: الفصام والإدمان هما أكثر الأمراض العقلية المتواجدة داخل

المصلحة، أما عددهم فيصل إلى 25 مريضا ويكثر في فصل الصيف.

س5: ما هي الفئة العمرية المتواجدة داخل المصلحة (نساء/رجال)؟

ج5: نجد أغلبهم بين الفئة العمرية: المراهقة والرشد أما الشيخوخة فهي منعدمة تقريبا.

س6: ما هو الفريق الذي تعملين معه داخل المصلحة؟

ج6: أعمل بالتعاون مع الممرض، الطبيب العقلي، الطبيب العام والمختص بالأمراض

العقلية.

س7: كيف يتم ذلك التعاون؟

ج7: عند دخول المريض للمصلحة يتم إتباع الخطوات التالية:

- إعطاؤه حقن مهدئة من طرف الممرض.

- يقوم الطبيب العقلي بعملية التشخيص.

- العلاج الدوائي.
- بعد أخذ المريض الدواء واستقرار حالته، ويستطيع التهاور معك، هنا يبدأ عملنا كأخصائيين نفسيين.
- س8: كأخصائية نفسية ما هي الإجراءات التي تتبعينها مع المريض الفصامي عند دخوله المصلحة؟
- ج8: إعادة التشخيص للتأكد فقط وذلك باستخدام الاختبارات التالية T.A.T، الروشاخ، MMP₂ والتعرف على المريض.
- س9: كيف يتم التكفل النفسي بالمريض الفصامي داخل المصلحة من قبلك؟
- ج9: يتم التكفل بهم من خلال تطبيق بعض التقنيات والوسائل التي تجعلهم يتغلبون على الفراغ الوجود داخل المصلحة.
- س10: ما هي الأساليب العلاجية المستخدمة في عملية التكفل؟
- ج10: نطبق معهم: العلاج بالعمل، العلاج باللعب والعلاج بالموسيقى.
- س11: ما هي التقنيات المستخدمة؟
- ج11: تقنيات العلاج بالعمل، الموسيقى للرقص، التفريغ الانفعالي، تقنيات العلاج باللعب: اللعب بالديمينو، الشطرنج، حركات رياضية، كرة القدم.
- س12: هل تتواجد تقنيات أخرى؟
- ج12: لا هذه التقنيات فقط.
- س13: هل تركزين على تقنية معينة أثناء التكفل بالفصامي؟
- ج13: لا توجد تقنية خاصة بالفصامي فهي مجرد نصائح وإرشادات.
- س14: على أي أساس تضعين الخطة العلاجية؟
- ج14: حسب طبيعة المريض، الفئة العمرية، الجنس والمستوى الدراسي.
- س15: صف لماذا.

ج15: لأن الإرشادات والنصائح تختلف من مريض لآخر، فالمريض الذي يكون مثقفا يساعدك ويلتزم بالمواعيد.

س16: هل تمارسين التكفل داخل المكتب فقط (المصلحة)؟

ج16: نعم داخل المصلحة فقط.

س17: لماذا؟

ج17: لأن المريض مستحيل أن يرجع إلى المصلحة لوحده، بل يرجع من أجل الحقنة فقط، إلا في بعض الحالات المثقفة.

س18: هل تلاحظين تجاوب مع العلاجات المطبقة؟

ج18: نوعا ما بوجود العلاج الدوائي والعلاج النفسي.

س19: كيف ذلك؟

ج19: من خلال الملاحظة: كسب ثقة المريض، لراحة نفسية لا يصبح المريض عدوانا وهائجا، يتكلم كلاما مفهوما ومتسلسلا، الأكل الجيد، المظهر الخارجي النظيف، النوم، والوعي نوعا ما بما يقول.

س21: ما هي التقنيات التي أثبتت ذلك؟

ج21: العلاج الدوائي ثم العلاج باللعب، العلاج بالعمل، التفريغ الانفعالي، المساندة النفسية، الرياضة.

س22: هل يلتزم المرضى بمواعيد الجلسات العلاجية داخل المصلحة؟

ج22: يلتزم المرضى بالجلسات لأنها قانونية وأملا في الخروج فقط؟

س23: متى يمكن الحكم على فعالية التكفل النفسي وأن هذا الأخير أعطى نتيجة؟

ج23: - تقبل المرض.

- تقبل الدواء.

- وأن تدخل المصلحة بهدف العلاج فقط.

س24: ما هي الإرشادات التي تقدم للمريض وأسرته قبل خروجه من المصلحة؟

ج24: بالنسبة للمريض:

- شرب الدواء في وقته وبالجرعة التي أعطاها الطبيب
 - شرح أهمية الدواء للمريض.
 - في حالة شعور بالتعب مرة أخرى أن يرجع للطبيب.
- أما بالنسبة لأسرته:
- استخدام حيل لإعطاء الدواء.
 - المعاملة الحسنة.
 - إعطاءه أعمال يقوم بها.

س25: هل تأتي أسر المرضى عند خروجهم؟

ج25: لا بل في بعض الأحيان نقوم باستدعائهم ولا يأتون وهذه من بين المعوقات لعدم تطبيق العلاج الأسري لأن الأسر لا تتعاون معنا.

س26: في حالة انتكاسة المريض كيف يتم التعامل معه من قبلك كأخصائية نفسية؟

ج26: بعد إعطائه الدواء يتم التعامل معه كما في البداية.

س27: فيما تكمن أهمية التكفل النفسي لهذه الفئة من المرضى العقلين؟

ج27: لديها أهمية في شفاء المريض 50% العلاج الطبي و50% العلاج النفسي.

س28: هل يمكن للتكفل النفسي أن يساهم في عدم انتكاسة المريض وتحسن حالته النفسية؟

ج28: نعم داخل المصلحة.

س29: ما هي الصعوبات التي تواجهها كأخصائية نفسية للقيام بعملية التكفل؟

ج29:- عدم التزام المريض بالجلسات العلاجية بعد خروجه/كل المرضى مع بعضهم البعض.

- عدم تفهم الأسرة لحالة المريض/ الخبرة في الممارسة السيكولوجية.

- في حالة استدعاء الأسرة للقيام بالعلاج الأسري لا تأتي.

- عدم توفر أجواء الأمن.

س30: ما هو الفرق بين فصامي متكفل به نفسيا وفصامي غير متكفل به؟
ج30: المتكفل به: مقتنع بأنه مريض، يشرب الدواء، عدم انتكاسته وفي حالة انتكاسته تكون طويلة.

أما الفصامي غير المتكفل به يكون ذو شعر طويل، طول الأظافر، مقتنع بأنه إنسان عادي، الهالوس السمعية.

الحالة الثانية:

- صباح الخير.

- صباح النور.

س1: ما هي الأمراض العقلية الأكثر انتشارا داخل المصحة؟ حسب الجنس والفئة العمرية.

ج1: الفصام والهوس الاكتئابي.

نساء: الفصام والهوس الاكتئابي.

رجال: الفصام، الهوس الاكتئابي، الإدمان على المخدرات الذي يؤدي إلى تسمم عقلي.

أما الفئة العمرية هي بين المراهقة والرشد أما الشيخوخة فهي غير موجودة تقريبا.

س2: ما هو الفريق الذي تعملين معه داخل المصلحة؟

ج2: الممرضين، الأطباء العامين، الطبيب المختص العقلي، والأخصائيين النفسيين.

س3: كيف يتم ذلك؟

ج3: عند يأتي المريض في حالة هيجان بعد إجراء المقابلة وملاحظة الأعراض يشخص

الطبيب العقلي الحالة ويصف له الدواء المناسب.

أقوم كأخصائية نفسية بدوري.

س4: كأخصائية نفسية ما هي الإجراءات التي تتبعينها مع المريض الفصامي؟

ج4: بعد أسبوع من تناول الدواء أقوم:

- دراسة الحالة (المقابلة مع جميع أفراد الأسرة ومعه).

- البحث عن العوامل والأسباب التي أدت بهيجانه في تلك الحالة.

- المقابلة مع الممرض والطبيب العقلي والطبيب العام خلال ملاحظتهم.
- بناء علاقة تعاطفية (لكسب الثقة) بتطبيق بعض الاختبارات النفسية،
الروشاخ، T.A.T، MM₂ للتشخيص.

س5: كيف يتم التكفل النفسي بالمريض الفصامي داخل المصلحة من قبلك؟

ج5: بعد التشخيص نطبق معه بعض العلاجات النفسية وتقديم بعض الإرشادات والنصائح.

س6: ما هي الأساليب العلاجية المستخدمة في عملية التكفل؟

ج6: المرافقة والعلاج بالعمل، والعلاج بالموسيقى والعلاج بالرسم، الاحتفال في المناسبات (عيد الأضحى، عيد الفطر) العلاج الأسري عدم تطبيقه لعدم موافقة وتفهم الأسر، الإرشاد والتوجيه.

س7: من خلال الملاحظات في فترة إجراء التريص لم ألاحظ خروج المرضى إلى الحديقة، وسماع الموسيقى؟

ج7: نعم، لأن المرضى أصبحوا حين إخراجهم يهربون ولا يوجد أعوان الأمن.

س8: ما هي التقنيات المستخدمة؟ وهل هي متواجدة داخل المصلحة؟

ج8: لا توجد تقنيات علمية مستخدمة، إلا بعض أدوات الرسم من أقلام وأوراق بيضاء وبعض أدوات الخياطة بالنسبة للنساء.

س9: هل تركزين على تقنية معينة أثناء التكفل بالفصامي؟

ج9: التفريغ الانفعالي، الإرشاد والتوجيه.

س10: على أي أساس تضعين الخطة العلاجية وهل توجد خطة علاجية واضحة ومتفق عليها؟

ج10: من خلال خبرتي تكون حسب: المرض، التشخيص، معرفة الأسباب والأعراض، ثم التكفل به.

س11: هل يلتزم المرضى بمواعيد الجلسات العلاجية داخل المصلحة وبعد خروجهم؟

ج11: يلتزمون المرضى داخل المصلحة أما خارجها فلا.

س12: لماذا؟

ج12: لأنهم لا يعاودوا الرجوع إلا في موعد أخذ الدواء (الحقنة).

س13: هل تلاحظين تجاوب مع العلاجات المطبقة؟

ج13: نعم.

س14: ما هي التقنيات التي أثبتت ذلك؟

ج14: الإرشاد والتوجيه، التفريغ الانفعالي.

س15: متى يمكن الحكم على فعالية التكفل النفسي وأن هذا الأخير أعطى نتيجة؟

ج15: المريض يمثل للدواء + العلاج، يعرف أهمية العلاج الدوائي + تقبل المرض.

- المجيء للعلاج وحده.

- اندماجه في المجتمع التوافق على الأسرة والبيئة+العمل.

س16: ما هي الإرشادات والنصائح التي تقدم للمريض وأسرته قبل خروجه من المصلحة؟

ج16: الأسرة:

- أهمية الدواء كوسيلة لعلاجه.

- نظرة الأسرة للمريض.

- تجنب الظروف التي تزيد من معاناته.

- إعطاؤهم معلومات حول مرض الفصام.

- تكلف الأسرة في حالة ملاحظتها بعض الأعراض باستشارة الطبيب.

المريض:

- شرب الدواء في وأهميته في علاجه.

س17: هل تأتي أسر المرضى عند خروجهم؟

ج17: لا بل نحن نقوم بإيصالهم إلى بيوتهم، لأن أسرهم عند استعادتهم لا يحضرون.

س18: في حالة انتكاسة المريض كيف يتم التعامل معه من قبلك كأخصائية نفسية؟

ج18: بعد معاودة وصف الدواء وشربه أقوم بمعاقبته هو والأسرة.

س19: كيف تعاقبينه؟

ج19: أمنعه من التدخين مثلا، أو عدم عودته إلى المنزل وحرمانه من بعض الأشياء التي يحبها.

س20: فيما تكمن أهمية التكفل النفسي لهذه الفئة من المرضى العقلين؟

ج20: بالعلاج.

س21: هل يمكن للتكفل النفسي أن يساهم في عدم انتكاسة المريض وتحسن حالته النفسية؟

ج21: نعم.

س22: كيف ذلك؟

ج22: تقبل المرض وشرب الدواء بانتظام.

س23: ما هي الصعوبات التي تواجهونها كأخصائية نفسية للقيام بعملية التكفل؟

ج23: نقص تكوين في الطرق العلاجية وتطبيق الاختبارات والمقاييس النفسية:

- عدم توفر اللابس للمرضى.

- عدم تجاوب أفراد الأسرة ومجيئها في حالة استدعائها.

- عدم توفر أعوان الأمن لحمايتنا وحماية المرضى في حالة إحراجهم إلى حديقة المرضى

لهذا السبب لم نعد نخرجهم.

س24: ما هو الفرق بين فصامي متكفل به نفسيا وفصامي غير متكفل به نفسيا؟

ج24: الفصامي المتكفل به يكون مندمجا اجتماعيا. أما الثاني غير مندمج.