جامعة يحيى فارس - بالمدية -
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية

# الصحة النفسية لدى مرافقي مرضى الفصام

## دراسة عيادية لـ 13 حالة

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

**إعداد الطالبتين:**

- رشيدة خيثر
- صليحة شفارة

**تحت إشراف الأستاذة:**

سميرة مرداس

**السنة الجامعية 2021/2020**

# كلمة شكر

الشكر لله أولا وآخرا فله الحمد كله والشكر كله أن وفقنا لإنجاز هذا العمل المتواضع.

ثم من لا يشكر الناس لا يشكر الله

بكل عبارات الحب والتقدير والامتنان نتقدم بالشكر إلى الأستاذة مرداس سميرة على قبولها الإشراف على هذا العمل وعلى والتوجيهات والنصائح القيمة التي أفادتنا بها لإتمام هذا العمل المتواضع.

كما نتقدم بالشكر إلى كل أساتذة علم النفس بجامعة يحى فارس

نشكر كذلك العاملين بمركز الوسيط لعلاج المدمنين بالمدية والعيادة متعددة الخدمات حساك علي بالجلفة كما نشكر الدكتورة بوخلخال الذين وفروا لنا الظروف الممكنة لإنجاز الجانب التطبيقي من الدراسة.

نشكر مسبقا الأساتذة الأفاضل المناقشين لهذا العمل.

نشكر كل من ساهم من قريب أو بعيد في هذا العمل.

وفي الأخير تقبلوا فائق الشكر والاحترام والتقدير.

# إهداء

**بسم الله والصلاة والسلام على رسول الله وعلى آله وصحبه ومن والاه أما بعد**

**الحمد لله الذي تتم بنعمته الصالحات.**

**أتقدم بإهداء هذا العمل المتواضع إلى أبي وأمي والديا الحبيبين إلى من رافقني دعائهم في كل خطواتي إلى من لا تحلو الحياة إلا بهم.**

**إلى إخوتي وأحبتي وسندي بعد الله في هذه الحياة إلى من ينبض قلبي بحبهم إلى من تعجز الكلمات عن شكرهم.**

**إلى أختي فتيحة وزوجها وأختي فاطمة إلى زوجات إخوتي مريم وسعدية ونجوى إلى كل أولادهم وبناتهم**

**إلى زميلتي في العمل شفارة صليحة وإلي كل رفيقاتي التي تقاسمت معهن كل اللحظات إلى كل من كان له أثر في حياتي ومكانة في قلبي.**

**إلى أستاذتي المشرفة سميرة مرداس وإلى كل أساتذة قسم علم النفس الذين رافقونا طيلة مشوارنا الدراسي.**

**إلى كل من ساعدنا من قريب أو من بعيد في إتمام هذا العمل.**

**إلى كل مرضى الفصام وأسرهم.**

**رشيدة**

# إهداء

**الحمد لله والصلاة والسلام على رسول الله أما بعد:**

**الحمد لله الذي وفقنا في هذه الخطوة في مسيرتنا الدراسية بمذكرتنا هذه ثمرة الجهد والنجاح بفضله تعالى أهدي ثمرة جهدي إلى أعز الناس وأقربهم إلى قلبي إلى الينبوع الذي لا يمل من العطاء أمي الحبيبة. التي ساندتني طوال مسيرتي الدراسية إلى من سعى وشقى لأنعم بالراحة والهناء ولم يبخل بشيء من أجل دفعي لطريق النجاح أبي العزيز، أطال الله في عمرهما**

**إلى إخوتي وأخواتي الأعزاء وأخص بالشكر أختي فاطمة التي كانت ومازالت سندي متمنية لها حياة سعيدة إلى زوجي العزيز نذير وإلى صديقتي رشيدة إلى أستاذتي سميرة مرداس التي كانت لنا عونا لا يمل وجميع أساتذتي الكرام راجية من الله أن يوفقنا في دروب حياتنا لكل ما يرضاه ويحبه.**

**صليحة**

**الفهرس**

**كلمة شكر**

**الإهداء**

**الفهرس**

**فهرس الجداول**

**ملخص الدراسة**

**مقدمة .....أ**

**الجانب النظري**

**الفصل الأول: الإطار العام للدراسة**

**1-الإشكالية .....4**

**2_فرضيات الدراسة .....14**

**3_ أهمية الدراسة .....14**

**4_أهداف الدراسة.....15**

**5_تحديد المفاهيم الأساسية للدراسة .....16**

**6_ الدراسات السابقة .....18**

**7_ التعقيب على الدراسات السابقة.....26**

**الفصل الثاني: الصحة النفسية**

**تمهيد .....28**

**1- التطور التاريخي لمفهوم الصحة النفسية.....29**

**2- مفهوم الصحة النفسية.....30**

**3- أهمية الصحة النفسية .....32**

**4- مستويات الصحة النفسية.....33**

**5- معايير الصحة النفسية .....34**

6- خصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية ..... 36
7- التناولات النظرية للصحة النفسية ..... 38
8- التوافق النفسي و الصحة النفسية ..... 40
9- الصحة النفسية و الأسرة ..... 42
خلاصة الفصل ..... 45

**الفصل الثالث: اضطراب الفصام**

تمهيد ..... 46
1-لمحة تاريخية عن اضطراب الفصام ..... 47
2-تعريف الفصام(Schizophrenia) ..... 51
3- أعراض الفصام ..... 53
4- معايير تشخيص الفصام ..... 58
5- أنواع الفصام ..... 62
6- النظريات المفسرة للفصام ..... 67
7-التشخيص التفريقي للفصام ..... 71
8- الأسرة ومرض الفصام ..... 72
9- علاج الفصام ..... 74
10- مآل الفصام ..... 80
خلاصة الفصل ..... 84

**الجانب التطبيقي**

**الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة**

تمهيد ..... 85
منهج الدراسة ..... 86
الدراسة الاستطلاعية ..... 87
حدود الدراسة ..... 88
مجموعة الدراسة ..... 88
أدوات الدراسة ..... 91

خلاصة الفصل ..... 98

**الفصل الخامس: عرض الحالات ومناقشة الفرضيات**

عرض الحالات ومناقشة الفرضيات ..... 99
1-عرض الحالة الأولى ..... 99
2- عرض الحالة الثانية. ..... 108
3-عرض الحالة الثالثة ..... 115
4-عرض الحالة الرابعة ..... 123
2- عرض النتائج و مناقشة الفرضيات ..... 130
الاستنتاج العام..... 146
التوصيات والاقتراحات ..... 149
قائمة المراجع ..... 150
قائمة الملاحق ..... 160

**فهرس الجداول**


| رقم الجدول | عنوان الجدول | الصفحة |
|---|---|---|
| جدول رقم 01 | يبين الأعراض السلبية والايجابية لمريض الفصام | 56 |
| جدول رقم 02 | يبين خصائص العينة | 89-90 |
| جدول رقم 03 | يبين نتائج معامل ثبات الصحة النفسية بطريقة ألفا كرونباخ | 94 |
| جدول رقم 04 | يبين نتائج مقياس الصحة النفسية لسيدني كراون وكريسب للحالة(01) | 102 |
| جدول رقم 05 | يبين نتائج مقياس الصحة النفسية لسيدني كراون وكريسب للحالة(02) | 110 |
| جدول رقم 06 | يبين نتائج مقياس الصحة النفسية لسيدني كراون وكريسب للحالة(03) | 118 |
| جدول رقم 07 | يبين نتائج مقياس الصحة النفسية لسيدني كراون وكريسب للحالة(04) | 123 |
| جدول رقم 08 | يبين نتائج مقياس الصحة النفسية لسيدني كراون وكريسب لكل الحالات | 132 |
| جدول رقم 09 | يبين عرض نتائج المقابلة نصف الموجهة للحالات | 135 |

**الملخص:**

**عنوان الدراسة:** الصحة النفسية لدى مرافقي مرضى الفصام.

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على الصحة النفسية لمرافقي مرضى الفصام. وقد حددت إشكالية الدراسة بالتساؤل العام: هل يتمتع مرافقي مرضى الفصام بالصحة النفسية؟ وتتفرع منها التساؤلات الجزئية التالية: هل يعاني مرافقي مرضى الفصام من اضطراب القلق؟، هل يعاني مرافقي مرضى الفصام من اضطراب الاكتئاب؟، هل يعاني مرافقي مرضى الفصام من اضطراب الوسواس القهري؟، حيث انقسمت الدراسة إلى جانبين: جانب نظري يحتوي ثلاث فصول: الأول يعرض الإطار العام للدراسة والثاني يتعلق بالصحة النفسية والثالث حول اضطراب الفصام. أما الجانب التطبيقي فقد استند على البحث الميداني والتحقق من الفرضيات.

خصت الدراسة عينة تتكون من(13) حالة من مرافقي مرضى الفصام مست ذكور (03) وإناث (10) اعتمادا على المنهج الاكلينيكي القائم على دراسة الحالة، كما تم تطبيق مقياس الصحة النفسية لسيدني كراون وكريسب للكشف عن طبيعة الصحة النفسية لدى مرافقي مرضى الفصام، وتم استخدام المقابلة نصف الموجهة من أجل جمع أكبر قدر من المعلومات عن الحالات.

فيما يخص الفرضية العامة التي تنص على وجود اضطراب في الصحة النفسية لدى مرافقي مرضى الفصام فقد تحققت لدى 08 حالات ، فيما تبين أن هناك 05 حالات لا تعاني من اضطراب في الصحة النفسية. و قد تحققت الفرضية الجزئية الأولى التي تنص على أن مرافقي مرضي الفصام يعانون من اضطراب القلق، لـ (06) حالات. كما تحققت أيضا الفرضية الجزئية الثانية التي تنص على أن مرافقي مرضى الفصام يعانون من اضطراب الاكتئاب لكل الحالات (08) الذين ثبت عندهم اضطراب في الصحة النفسية، وفيما يخص الفرضية الجزئية الثالثة، التي تنص على أن مرافقي مرضى الفصام يعانون من اضطراب الوسواس القهري تحققت لـ(07) حالات ماعدا حالة واحدة التي لم يثبت أنها تعاني من اضطراب في الوسواس القهري.

## The summary:

The title of the study: the mental health of companions of Schizophrenic patients.

The current study aimed to identify the mental health of the companions of Schizophrenic patients. and the problematic of the research was determined by this global question: do companions of Schizophrenic enjoy there mental health? After that arise from it this following sub-questions:

Do Schizophrenics companions suffer from anxiety disorder?

Do Schizophrenics companions suffer from depressive disorder?

Do the companions of Schizophrenia suffer from obsessive-compulsive disorder?

Were the study was divided into two parts: the theoretical one containing three chapters: the first represents the general aspect of whole study. The second related to the mental health. The third is about Schizophrenia.

As for the practical side, it was based on field research and verification of hypotheses the study was made on a sample consisting of 13 cases of Schizophrenia companions 03 males and 10 females depending on the clinical approach based on the case study, the Sydney Crown and Grisp mental health scale was also applied to reveal the nature of mental health among Schizophrenics companions.

The semi-guided interview was used to collect as much information as possible about the cases.

With regard to general hypothesis that states that is a mental health disorder in the health disorder in the companions of Schizophrenic patients, it was verified in (08) cases, while it was found that there are (05) cases that do not suffer from any disorder, and the first partial hypothesis with states Schizophrenia have been suffering from anxiety disorder (06 cases) while practical second hypo thesis with states that person accompanying schizophrenia patients also achieved suffering from depression disorder for all eight (08) cases who have proven disorder in mental health.

And with respect to third partial hypothesis, which states that person accompanying schizophrenia patients are suffering from obsessive-compulsive disorder.

Except for one case, it was not proven that she suffers from obsessive-compulsive disorder.

# مقدمة

## مقدمة

تعد الصحة النفسية بمفهومها الشامل غاية لكل الافراد والمجتمعات على حد سواء، ولذلك تسعي المجتمعات الراقية لتوفير كل السبل و العوامل التي تضمن صحة نفسية كاملة لأفرادها، والذي يعود بدوره على أداء الفرد ونفعه لنفسه وأسرته ومجتمعه.

فالصحة النفسية تجعل الفرد متحكما في عواطفه وانفعالاته، فيتجنب السلوك الخاطئ ويسلك السلوك السوي، وهي لا تقل أهمية عن الصحة الجسمانية العامة بل قد تبقى هاته الأخيرة عاجزة عن إضفاء السعادة على الإنسان مالم تتوفر له أسباب وعناصر الصحة النفسية.

و الصحة النفسية تبقى غاية أساسية لدى الفرد والمجتمعات فتحقيقها يساعد الإنسان في الوصول إلى التوافق السليم والنجاح، وهي حالة إيجابية تتضمن التمتع بصحة العقل وسلامة السلوك وليست مجرد غياب أو خلو الفرد من أعراض المرض النفسي، كما تتميز بأنها غير مستقرة وتبقى دائما عرضة للانهيار، إن الصحة النفسية مطلب أساسي في حياة الانسان إذ بدونها يعيش الانسان في بؤس وشقاء لا يستطيع الاستمتاع بكل ما وهبه الله له من قدرات ذاتية، فهو غير قادر على استغلال تلك القدرات بما يعود عليه بالنفع والفائدة.

كما أن التطورات والتغيرات السريعة والمعقدة التي يشهدها عصرنا الحالي، والتي مست كافة جوانب الحياة، كان لها الأثر البالغ على الفرد وعلى توازنه النفسي، مما شكل لديه نوع من التحدي أثناء سعيه لتحقيق هذا التوازن الذي يضمن له التكيف و التعامل مع هذه الظروف و المشكلات الجديدة والطارئة بنوع من التقبل والمواجهة.

ومن المشكلات النفسية التي يتعرض لها الفرد تلك المتعلقة بالأمراض التي قد تصيبه أو تصيب أحدا من أفراد أسرته، وقد يعتبر الفصام من أخطر الأمراض العقلية التي تدفع الفرد إلى العزلة والانطواء وتبعده عن عائلته وأصدقائه ومجتمعه.

والفصام اضطراب ذهاني يجعل المريض منكبا على ذاته مشغول بعالمه الخاص، بما يحمله من هلاوس وضلالات وأوهام، غير مهتم بما يصدر عنه من تصرفات قد تكون منافية لقيم ومعايير المجتمع.

وبلا شك أن إصابة أحد أفراد الأسرة بالفصام هو بمثابة الصاعقة التي تحل على الأسرة بأكملها، خاصة عند بداية المرض، فأول مشكلة تواجه الأسرة أو ما يصطلح عليه بالمرافقين هي تقبل المرض، اذ ليس من السهل على أي أسرة تقبل كون أحد أفرادها مصابا بالفصام، أولا لطبيعة

المرض وما يصدر عنه من سلوكيات شاذة، وثانيا لطبيعة المجتمع والذي غالبا ما ينظر للأمراض النفسية رؤية سلبية.

والفصام قد يجعل من المصابين بهذا الاضطراب أفرادا غير فعالين، فلا يستطيعون تحمل مسؤولية أنفسهم أو تدبير أمورهم، فمريض الفصام قد لا يكون قادرا على العمل أو اتخاذ قرارات تخصه أو تخص أفراد أسرته، وهذا ينعكس سلبا على حياته وحياة المحيطين به، وغالبا ما يصبحون عبئا على أسرهم خاصة إذا لم يتم العلاج في المراحل الاولى للمرض.

وبرغم خضوع المريض لعلاج دوائي والذي تعتقد الاسرة أنه العلاج المناسب الا انها تتفاجئي في العديد من الأحيان بتراجع وضع المريض الصحي، فاحتمال حدوث الانتكاسة في الفصام وارد حتي مع التقدم في العلاج ،وهنا يضطرب وضع الاسرة بأكملها ويجعل المرافقين يعيشون حالة قلق مستمر مما يؤثر على حالتهم النفسية.

إن مرافقي مريض الفصام يعيشون ظروف صعبة، اذ أن مريض الفصام يحتاج رعاية خاصة قد لا تستطيع تحملها الأسر البسيطة ذات الدخل الضعيف وحتى المتوسط، وتضطر في كثير من الاحيان إلى تحمل كل الاعباء الثقيلة النفسية منها والمادية، وهذا ما يشكل ضغطا كبيرا يصعب تحمله و ينعكس سلبا على الصحة النفسية للأسرة، تظهر من خلال مؤشرات نفسية تأتي على شكل إحباط، قلق، أو اكتئاب أو غيرها، وقد تأتي على شكل مؤشرات فسيولوجية تظهر على هيئة أعراض جسمية مختلفة، مثل الأمراض السيكوسوماتية كارتفاع ضغط الدم والقولون العصبي وغيرها من الأمراض.

وغالبا ما يكون المرافقين ومقدمي الرعاية في حالة من الصدمة والحزن والغضب والحيرة وبعضهم يصفون تفاعلهم قائلين" نحن قلقون من تركه بمفرده ومن أن يؤذي نفسه أو الأخرين"، والتأرجح بين الشعور تجاه المصاب نحن نحبه جدا ولكن عندما يجعله المرض متوحشا نتمنى لو ذهب بعيدا، وقد يؤدي هذا بالمرافقين إلى الشعور بالقلق أو الاكتئاب وهذا الأمر من شأنه أن يؤثر في صحتهم النفسية.

وترى الباحثتان أنه برغم من أهميه موضوع مرضى الفصام ومرافقيهم، إلا أنه لم يولى اهتماما كبير من قبل الباحثين والدارسين في هذا المجال، ولم يكن له الحظ الوافر كباقي الأمراض الأخرى كالسكري والسرطان وغيره من الأمراض التي نالت انتباه الرأي العام، وهذا ما دفعنا للاهتمام بهذا الموضوع رغبة منا في معرفة الصحة النفسية لمرافقي مرضى الفصام وتسليط الضوء

على هاته الفئة التي تحتاج إلى الفهم الجيد لطبيعة المرض، والدعم النفسي من قبل المختصين والدعم من الأخرين الذين يمرون بنفس الظروف.

وقد قسمت الباحثتان هذه الدراسة إلى جانبين وهما الجانب النظري والجانب التطبيقي

الجانب النظري يحتوي على ثلاثة فصول.

**الفصل الأول:** الإطار العام للدراسة ويحتوي على اشكالية الدراسة وفرضياتها، أهمية وأهداف الدراسة، تحديد مفاهيم الدراسة، والدراسات السابقة.

**الفصل الثاني**: بعنوان الصحة النفسية، وتم التطرق إلى مفهوم الصحة النفسية ، أهمية الصحة النفسية، مستويات الصحة النفسية ومعاييرها، خصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية، أهم النظريات التي تناولت الصحة النفسية، التوافق النفسي والصحة النفسية وأخيرا الصحة النفسية والأسرة.

**الفصل الثالث:** تناولنا فيه لمحة تاريخية عن الفصام ونسبة انتشاره مرورا إلى التعريف بالفصام، أعراضه، معايير تشخيص الفصام، أنواعه والتشخيص الفارقي، كما تطرقنا إلى الأسرة ومرض الفصام، علاجه ومآله.

**الفصل الرابع:** والمتمثل في الجانب التطبيقي، وتم التطرق إلى الخطوات المنهجية للدراسة المتمثلة في: المنهج المتبع، الدراسة الاستطلاعية، حدود الدراسة، عينة الدراسة، أدوات الدراسة.

**الفصل الخامس:** والمتمثل في عرض وتحليل ومناقشة وتفسير النتائج وفي الاخير قامت الباحثتان ببلورة أهم ما جاء في الدراسة من خلال الاستنتاج العام، ثم ختمت الباحثتان الدراسة ببعض الاقتراحات والتوصيات.

# الجانب النظري

# الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1- إشكالية الدراسة.

2- فرضيات الدراسة.

3- أهمية الدراسة.

4- أهداف الدراسة.

5- تحديد المفاهيم الأساسية للدراسة.

6- الدراسات السابقة.

7- التعقيب على الدراسات السابقة.

## 1-الإشكالية

يعتبر موضوع الصحة النفسية من الموضوعات الحيوية في علم النفس وقد نال اهتماما كبيرا في ابحاث المتخصصين سواء في العلوم النفسية أو الطبية أو التربوية، كما أن الصحة النفسية هي مصدر اهتمام جميع الافراد على اختلاف مواقعهم سواء كانوا متخصصين أو مربين أو غيرهم، فالإنسان يسعي في هذه الحياة إلى تحقيق أعلى درجة من درجات الصحة النفسية وراحة البال والتكيف.

يعيش الإنسان في هذه الحياة وهو يسعى فيها ويكابد ارضاء لحاجاته المادية والمعنوية المختلفة، وهو في سعيه هذا لقضاء حاجاته وتحقيق أغراضه يلقى موانع وعقبات وصعوبات مادية واجتماعية، ويجد نفسه مضطرا إلى التوفيق بين حاجاته وإمكانات بيئته وإلى تعديل سلوكه والمحافظة على صحته النفسية حتى يتلاءم مع ما يعرض له من ظروف ومواقف جديدة أو عسيرة أو غير منتظرة.(**ريم عطية حيدر، 2017، ص99**)

وقد يواجه الفرد العديد من الاحداث الضاغطة التي تضم خبرات غير مرغوب فيها وأحداث تنطوي على الكثير من مصادر التوتر وعوامل الخطر والتهديد في كامل مجالات الحياة مما قد تسهم في اختلال الصحة النفسية للفرد.(**زينب بلقندور،2017، ص250**)

إن تحقيق الصحة النفسية يساعد الفرد في مواجهة مشاق الحياة وصعوباتها، وفي الوصول إلى العيش الكريم والحياة الهانئة المليئة بالسعادة، كما تساعده في الوصول إلى تحقيق أهداف الحياة وغاياتها.(**نايف علي نايف وحشة،2021، ص04**)

كما يرتبط مفهوم الصحة النفسية بقدرة الفرد على التوافق مع نفسه ومع المجتمع الذي يعيش فيه، وهذا يؤدي به إلى التمتع بحياة خالية من التأزم والاضطراب، مليئة بالتحمس ويعني هذا أن يرضى الفرد عن نفسه، وأن يتقبل ذاته كما يتقبل الآخرين، فلا يبدو منه ما يدل على عدم التوافق الاجتماعي كما لا يسلك سلوكا اجتماعيا شاذا، بل يسلك سلوكا معقولا يدل على اتزانه الانفعالي والعاطفي والعقلي، في ضل مختلف المجالات، وتحت تأثير جميع الظروف.**(مصطفى فهمي، 1995، ص16)**

ويرى حامد عبد السلام زهران (2005). أن الصحة النفسية هي حالة دائمة نسبيا، يكون فيها الفرد متوافقا نفسيا (شخصيا وانفعاليا واجتماعيا مع نفسه ومع بيئته) ويشعر بالسعادة مع نفسه ومع الآخرين ويكون قادرا على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن، ويكون قادرا على مواجهة مصاعب الحياة، وتكون شخصيته متكاملة سوية، ويكون سلوكه عاديا ويكون حسن الخلق بحيث يعيش في سلامة وسلام.

ويعتبر **فرويد** أن السمات الأساسية للشخصية المتوافقة والمتمتعة بالصحة النفسية تتمثل في ثلاث مسميات هي قوة الأنا، القدرة على العمل، والقدرة على الحب.**(نقلا عن محمد جاسم العبيدي، 2009، ص24)**

أما **بيرلز** فيرى أن الصحة النفسية تتحقق حين يتمكن الشخص من الوقوف على قدميه، وتحمل مسؤوليته ومصيره، ويتمكن من عيش رغباته ومشاعره في حالة اللقاء مع الذات وانطلاق حيويته في اتجاه نمائي.**(نقلا عن مصطفى حجازي، 2004،.ص41-42)**

وتتأثر درجة الصحة النفسية لدى الفرد سلبا أو ايجابا نتيجة للمثيرات التي تؤثر على العقل والجسم، حيث تنعطف هذه المثيرات بالإنسان وصحته النفسية نحو السواء أو اللاسواء، وهو ما يرسم ملامح وطبيعة حياته المستقبلية.(**نايف علي نايف وحشة، 2021، ص204**)

وتختلف قدرة الأفراد على تحمل المشاق والصعوبات التي تواجههم في الحياة، فكثيرا ما نجد من الناس من يصاب بهذا الإحباط، نتيجة أي تغيير غير متوقع في مجرى الأمور أو لفشله في الحصول على ما يريد، وهناك من الأفراد من يتمتع بصلابة قوية، تمكنه من مواجهة المتاعب والتغلب على عوائق الأحداث اليومية بدرجة عالية من الصمود والتحمل، بحيث لا يجعلون هذا الانفعال الناشئ من الإحباط يتمكن منهم أو يقلل من عزيمتهم.(**سيد صبحي، 2003، ص54**)

ولاحظ العلماء أن نسبة الناس الذين يعيشون في ظروف تتسم بالمحن، ويتعرضون لأخطار داهمة حروب، صدمات، كوارث، ويلات، فقر مدقع، إصابات، وأوبئة يخرجون منها بحد معقول من الأضرار النفسية والجسدية ويتمكنون من متابعة حياتهم ونموهم بشكل مقبول كما لاحظ العلماء أن الكثير من الاسر والجماعات تخرج بالحد الأدنى من الأضرار من التعرض لمثل هذه المحن والأخطار الداهمة، ولقد أطلقت الكثير من التسميات على هذه الظاهرة من مثل: المناعة ضد المحن، مقاومة الصدمات والشدائد وكذلك المرونة الاستيعابية التي أصبحت المصطلح المعتمد للدلالة على هذه الظاهرة .نعني بالمرونة الاستيعابية القدرة على امتصاص الصدمات والضغوط والانحناء لها والعودة ثانية إلى الوضع الطبيعي من مثل انحناء نبتة الخيزران أمام الريح الشديدة والعودة ثانية إلى وضع الانتصاب.(**مصطفى حجازي,2015، ص.ص185-186**)

ومن هذا يتضح لنا أن الصحة النفسية تعد عاملا من العوامل الأساسية في حياة الإنسان حيث تساعده على التكيف مع نفسه والتوافق مع الأخرين وبيئته كما تساعده على حل الكثير من المشكلات التي يعاني منها وحل الكثير من الأخطار.(**ريم عطية حيدر،2017، ص99**)

وترى الباحثة ان هناك الكثير من المشكلات التي تعترض الفرد والتي يمكن أن تؤثر على صحته النفسية وتشكل له ضغوطات ومن بين هذه المشكلات تلك الاضطرابات والأمراض النفسية والعقلية التي تشكل عبء كبير على الأسرة، وخاصة تلك التي تحدث بصورة مفاجئة ومن بين هذه الاضطرابات التي قد تصيب الأفراد وتؤثر على حياتهم وحياة المحيطين بهم ما يعرف باضطراب الفصام أو السكيزوفرينيا.

وينتمي اضطراب الفصام إلى الاضطرابات الذهانية، والذهان Psychosis يشير في معجم العلوم الاجتماعية إلى اضطراب خطير يصيب الشخصية بأسرها، فتضطرب علاقة المريض بعالمه اضطرابا شديدا، وتختل استجاباته الانفعالية، كما قد تختل وظائفه العقلية اختلالا شديدا، أو اختلالا محدودا، وهو مصطلح مرادف للمريض العقلي.(**محمد حسن غانم، 2002، ص133**)

وقد يخلط البعض خطأ بين الفصام كتعبير عن تفكك وظائف الشخصية وبين مجموعة الاعراض الهستيرية المسماة بانقسام الشخصية والتي روجت لها القصص والروايات من أمثال الدكتور **جيكل ومستر هايد** وأفلام هيتشكوك السينمائي وما يجب التأكيد عليه هنا هو أن ما يسمى بتعدد الشخصية يعتبر من أحد فئات العصاب وليس الذهان، ففيه يتقمص الشخص أدوارا مختلفة ولو أنها متناقضة، ولكنه يقوم بكل منها بطريقة منطقية ومتماسكة ومتلائمة مع المتطلبات الاجتماعية للدور، بعكس ما يحدث في الفصام حيث يعبر الاضطراب عن انفصال

الشخصية عن متطلبات الواقع، فيتصرف الشخص بطريقة تبدو للعين العادية مضطربة ولا تتلاءم مع المعايير الخارجية. ويستخدم مفهوم الفصام للإشارة أيضا إلى الانفصال وعدم التناسب بين المشاعر والأفكار.(**عبد ستار ابراهيم وعبد الله عسكر، 2008، ص77**)

ويرى عبد الرحمن محمد العيسوي(1995) أن الفصام مرض من الأمراض العقلية أو الذهانية التي يتميز صاحبها بالبلادة والانسحاب من المجتمع وهو من الأمراض الوظيفية أي تلك الأمراض التي لا ترجع إلى خلل عضوي وفيه يبتعد المريض عن عالم الحقيقة وينغمس في عالم الأوهام وتسيطر عليه الهلاوس السمعية والبصرية والذوقية والشمية وهي مدركات حسية زائفة أو غير موجودة ومن أعراضه وجود تفكك في حياة المريض بين الحياة العقلية والحياة الانفعالية والبعد عن الواقع وفقدان القدرة على التحكم في دوافع المريض وفي انفعالاته، كما تصاب عملية التفكير بالتدهور والانهيار وكذلك يعجز المريض عن الإدراك السليم، ويعاني المريض من الضعف في ممارسة الحيل الدفاعية التي تستهدف حماية ذاته من الشعور بالقلق، والحيل الدفاعية عمليات لاشعورية منها: الكبت، الإنكار، التبرير، الإسقاط، الإزاحة، العكسية، التعويض، التقمص، و التحويل.(**عبد الرحمن محمد العيسوي، 1995، ص300**)

في حين جاء في القاموس الطبي، أن الفصام هو عبارة عن اضطراب عقلي يتميز خاصة بتفكك في الشخصية (تفكك لغوي، أفكار هذيانية غير منظمة)، وجود ضغط تحت تأثير قوي، انفصال وغرابة، أحاسيس التقوقع حول الذات، مع فقدان الاتصال مع الواقع.(**لكحل مصطفى وبن عمر عواج، 2012، ص10**).

والفصام مرض عقلي يصنف ضمن فئة الامراض النفسية المعروفة بالذهان، ويعد أكثر الأمراض الذهانية انتشارا، وهذا المرض يمزق العقل ويصيب الشخصية بالتصدع فتفقد بذلك

التكامل والتناسق الذي كان يوائم جوانبها الفكرية والانفعالية والحركية والادراكية، وكأن كل جانب منها أصبح في واد منفصل ومستقل عن بقية الجوانب الاخرى، ومن هنا تبدو غرابة الشخصية وشذوذها ومن هنا أيضا اشتق اسم المرض حيث يشير إلى أي جوانب الشخصية المختلفة التي تصبح مفصومة بعضها عن بعض، وتفقد بهذا وحدتها وتماسكها وتكاملها.(**محمد حسن غانم، 2011، ص124**)

وينتشر مرض الفصام في جميع بقاع العالم تقريبا، ويصيب الفصام الذكور والإناث على السواء ويحدث في جميع المستويات العقلية والاجتماعية إلا أنه يكثر بين صفوف الطبقات الفقيرة حيث يبلغ تسعة أضعاف ما يبلغه بين الأغنياء ولعل ذلك يعود إلى ما يتعرض له المحتاجون من ضغوط نفسية جراء ما يمرون به من ظروف خانقة، وينتشر في الأحياء المزدحمة السكان والأحياء التي تكثر فيها مظاهر الانحراف السلوكي والبطالة.(**سوسن شاكر مجيد، 2015، ص170**)

ولقد أوضحت الدراسات الحديثة أن الفصام مرض ينتشر في جميع الثقافات المتحضرة والبدائية على حد سواء.(**عبد الرحمن محمد العيسوي،2011.ص217**).كما بينت إحصائيات وزارة الصحة (2019) أن أكثر من 420 ألف شخص، أي 1% من السكان الجزائريين يعانون من مرض الفصام(**نقلا عن نزيهة زواني، 2020، ص154**)

وترى الباحثة أن من بين المشكلات التي تطرح هي رعاية المصابين بالاضطرابات العقلية واضطراب الفصام خصوصا حيث يقع نبأ إصابة أحد أفراد الأسرة بالفصام وقع الكارثة على هذه الأسرة، ويعني هذا فقدان الاسرة أحد أفرادها ولو مؤقتا، ويضاف إلى ذلك وصمة

العار في نظر المحيط الخارجي للأسرة، مما يجرح كبرياء الأسرة وخاصة في المجتمعات الشرقية.(**نهى سعدي أحمد مغازي،2011، ص98**)

فالأسرة التي لديها مريض مصاب بالفصام تحتاج إلى جهد ووقت حتى تستطيع التكيف مع الوضع نظرا لما يطرأ من تغيرات في سلوك الفصامي من مشاكل تتعلق بعزلته الاجتماعية، وقلة حديثه وتفاعله مع أفراد عائلته، إضافة إلى إهماله لنظافته ومشاكل تتعلق بسلوكه المحرج مثل التصرف المنفلت اجتماعيا وجنسيا. كما قد تدخل الأسرة في مجادلات مرهقة ونقاشات عميقة حول الهلاوس والاوهام والشكوك وتقضي الأسرة وقتا طويلا في محاولة تغيير هذه الأفكار، وذلك لعدم معرفتهم أن هذه الأفكار في تعريفها لا تزول بالنقاش المنطقي، فقد يسأل المريض الكثير من الاسئلة المحيرة، مثل من خلق الله ولما لا أكون أنا النبي، لماذا تتآمر عليا الدولة وغيرها من الأسئلة.(**وليد سرحان، 2010، ص65**). فالفصامي يبدو شخصا يصعب التآلف معه، ويعطي انطباعا بالخوف منهم أو برفضه إياهم والفصامي ذو الميول البارنويا يتسم سلوكه بتصيد أخطاء الناس جمعيا وكل ما من شأنه اثبات أنهم غير منصفين.(**مجدي أحمد محمد عبد الله،2000، ص200**)

كما يعتبر الانتحار هو المسبب الاول للموت عند الفصاميين فمعظم المرضى المتواجدين بالمصحات العقلية يهددهم بالدرجة الاولى خطر الانتحار فيوجد ما بين 9% إلى 13% من الفصاميين يموتون منتحرين، فالخطر الانتحاري يمثل عشرين مرة عما هو عليه عند مجموع السكان، كما وجد (Meltzer1998) أن مابين30-50% من الفصاميين يحاولون الانتحار ولو مرة خلال حياتهم.(**رجاء زهاني،2016، ص180**)

وهذا يؤدي إلى قلق وجزع افراد عائلات مريض الفصام، وأحيانا الشعور بالذنب الناجم عن الاعتقاد بأنهم السبب في المرض أو أنهم قصروا في العلاج.(**أمونة تاج السر محمد محمود وآخرون، 2020، ص200**)

وما يميز عائلة الشخص المصاب بمرض الفصام هي غالبا الفوضى، ويكون الأولياء في حالة ذعر، يبحثون عن اجابة لتساؤلاتهم ويستبدل الأمل بالتشاؤم عندما يعلم الوالدين أن ابنهم مصاب بالفصام يصبحان في حالة صدمة وحزن وغيض واندهاش وبهوت،(**راضية حاج لكحل، 2018،ص74**)

وهناك من المرضى من يبقى مستقلا معتمدا على نفسه، قادر على تسيير أموره يترك باستقلاليته، أما بعض المرضى فإنهم يكونون بحاجة للرعاية والمتابعة الدائمة، والمساعدة في أمور الحياة اليومية، وحل المشاكل العائلية والاجتماعية.(**وليد سرحان، 2010، ص65**)

وليس فقط المرضى هم من يتأثرون بل أسرهم وأصدقائهم بسبب المرض كلا بطريقة ما، ومعاناتهم لا تقاس حيث يعاني 10-13% من أسر مرضى الفصام من مشاكل واضطرابات وجدانية ومعاناة اقتصادية ومادية بسبب أن أبنائهم لا يستطيعون الاعتماد على الذات وتحمل أعباء حياتهم.

ويضلون معتمدين على أسرهم لفترة طويلة أو مدى الحياة، ونجد أن الكثير من الأسر تعمل على عزل نفسها ومريضها من المجتمع، وذلك خوفا من إثارة المشاكل التي يسببها لهم سلوك المريض، وكذلك خوفا من نظرة الناس إليهم.(**ابراهيم عبد الرحيم ابراهيم محمود، 2008، ص1**)

كما أن رعاية مريض الفصام تحتاج إلى الكثير من الاهتمام وتحتاج إلى رعاية من نوع خاص، نتيجة لطبيعة مرض الفصام الذي يتميز بكثير من التناقضات في السلوكات والتصرفات التي تصدر عن المريض والتي لا يمكن لأي شخص أن يتحملها ما لم يكن يتميز بشخصية تستطيع أن تمتص وتتقبل التقلبات السلوكية والنفسية التي تصدر عن المريض، وكذلك يكون من الأفراد الذين يهمهم أمر المريض، بالإضافة إلى الوصمة الاجتماعية التي تعانيها أسر مريض الفصام، وأسوء ما تمر به الأسرة عند انفجار المرض لأول مرة هو أن يقوم المريض بالفصام بالاعتداء على أبيه أو على أمه أو على أخيه أو على أخته، يحدث هذا عموما في بداية المرض عندما يصبح الهذيان في أقصى حده.

تمر الأسرة بأوضاع صعبة وطارئة حتى بعد تدخل المعالجين وحتى بعد إقامة المريض في المستشفى يبقى لدى الأسرة عدم الشعور بالأمان، يشعرون أن للمعالجين ألفاظهم الغامضة وحتى إن قدموا شروحات حول المرض، فدائما تكون بداية الحالة صعبة على من يعيشها من أفراد الأسرة لأن الكل قلق عن طبيعة هذا المرض وطريقة علاجه وكذلك كيفية التعايش معه.( **راضية حاج لكحل، 2018، ص11)**

ويحتاج مريض الفصام الى مرافقة ومتابعة خاصة ،سواء في داخل الاسرة أو عند حضوره للطبيب وهذا راجع لطبيعة المرض، اذا يصعب على الأسرة الاعتماد على المريض وتركه لوحده دون مرافق، وقد يكون المرافق الذي يحضر معه للعيادة هو الذي يقوم برعايته والاهتمام به سواء بنظافته أو تنظيم عملية العلاج الدوائي والتأكد من أخذ المريض لدواء وملاحظة تحسن أو تدهور حالة المريض، كما يوفر له العلاجات الموصوفة من قبل الطبيب، لذا فهو على دراية بحالة المريض وتطوراتها، بحيث يسهل عليه وصف حالته للطبيب بصورة

جيده وعليه فالمرافق هو أحد أفراد أسرة المريض وأقربهم إليه فقد تكون الأم أو الأخ أو الأخت وقد تكون الزوجة أو الزوج وفي بعض الأحيان أحد أقاربه كابن الأخت أو غيره من المقربين، وذلك لأن مريض الفصام يتميز بخصائص وصفات لا يتحملها إلا من يهمه أمره.(**اعتدال عبده فقير سيد أحمد، 2010، ص48**)

ومن هنا اعتبرت الحالة النفسية لمرافقي مرضى الفصام مصدر قلق مهم كون إشراك أفراد الأسرة أمرا ضروري لتحقيق الحد الأمثل لعلاج المرضى لضمان استمرارية الرعاية والدعم الاجتماعي وعليه فإن أفراد الأسرة(المرافقين) ومقدمي الرعاية قد يعانون من العديد من المشكلات النفسية كالشعور بالعبء والضغط النفسي والصحة النفسية المنخفضة.(**نزيهة زواني،2020، ص154**)

ومن هذا المنطلق ونظرا لأهمية هذا الموضوع وما تعيشه أسر وعائلات مرضى الفصام وما يعترضها من تحديات نتيجة الضغوطات التي تتعرض لها يوميا فقد ارتأينا أن يكون موضوع بحثنا حول الصحة النفسية لدى مرافقي مرضى الفصام والذي من خلاله نطرح التساؤل العام التالي:

-هل يتمتع مرافقي مرضى الفصام بالصحة النفسية؟

ويتفرع من هذا الأخير الأسئلة التالية:

1-هل يعاني مرافقي مرضى الفصام من اضطراب القلق؟

2-هل يعاني مرافقي مرضى الفصام من اضطراب الاكتئاب؟

3-هل يعاني مرافقي مرضى الفصام من اضطراب الوسواس القهري؟

## 2_فرضيات الدراسة

للإجابة عن هذه التساؤلات تم اقتراح الفرضيات التالية:

1-يعاني مرافقي مرضى الفصام من اضطراب في الصحة النفسية.

2-يعاني مرافقي مرضى الفصام من اضطراب القلق.

3-يعاني مرافقي مرضى الفصام من اضطراب الاكتئاب.

4-يعاني مرافقي مرضى الفصام من اضطراب الوسواس القهري.

## 3_ أهمية الدراسة

_يعتبر موضوع الدراسة من الموضوعات المهمة والتي مازالت بحاجة إلى مزيد من الدراسة والبحث، وقد تعتبر هذه الدراسة من الدراسات القليلة في هذا المجال بحسب علم الباحثتان والتي تتناول الصحة النفسية لدى مرافقي مرضى الفصام.

_الفضول العلمي بالإضافة إلى الميول الشخصية للباحث في معرفة الصحة النفسية لدى مرافقي مرضى الفصام.

_قد تفيد الدراسة العاملين في مجال الصحة النفسية في تقديم أفضل الخدمات المناسبة للمرضى وأسرهم من خلال تنظيم دورات تثقيفية بطرق التعامل مع مرضى الفصام.

_تغطي جانب من النقص الموجود في الدراسات المتعلقة بأسر وعائلات مرضى الفصام فحسب الباحثتان، الدراسات التي تناولت مرضى الفصام وخاصة مرافقي مرضى الفصام تعد قليلة جدا، ومنه فإن هذه الدراسة توفر لنا معلومات حول الصحة النفسية لمرافقي مرضى الفصام وتعتبر دراسة علمية متخصصة و ذات قيمة علمية نعزز بها البحث العلمي.

_ قد تفيد الدراسة الكثير من الباحثين في المجال النفسي والأكاديمي في التعرف والتعمق أكثر على طبيعة عينة الدراسة " مرافقي مرضى الفصام".

_إعطاء مؤشرات ومعلومات لكل المؤسسات المعنية والتي تساهم في تقديم الخدمات والمساعدات الاجتماعية لمرضى الفصام وذويهم، بأن يبذلوا كل جهدهم من أجل الوصول إلى حياة أفضل للمرضى وذويهم.

## 4_أهداف الدراسة

_تهدف الدراسة إلي التعرف على واقع الصحة النفسية لدى مرافقي مرضى الفصام المترددين على العيادات الطبية مع مرضاهم.

_ كما تهدف الدراسة إلى التعرف فيما إذا كان مرافقي مرضى الفصام يعانون من اضطراب في الصحة النفسية كالقلق والاكتئاب وغيرها من الاضطرابات التي تؤثر في الصحة النفسية لمرافقي مرضى الفصام.

_ الكشف إذا كان مرافقي مرضى الفصام يعانون من اضطراب القلق .

_ الكشف إذا كان مرافقي مرضى الفصام يعانون من اضطراب الاكتئاب.

_ الكشف إذا كان مرافقي مرضى الفصام يعانون من اضطراب الوسواس القهري.

_إثراء البحث العلمي في مجال الصحة النفسية لمرافقي مرضى الفصام.

## 5_تحديد المفاهيم الأساسية للدراسة

### 5_1. الصحة النفسية:

**-التعريف الاصطلاحي:**

الصحة النفسية هي الشرط أو مجموع الشروط اللازم توافرها حتى يتم التكيف بين المرء ونفسه وكذلك بينه وبين العالم الخارجي، تكيفا يؤدي إلى أقصى ما يمكن من الكفاية والسعادة لكل من الفرد والمجتمع الذي ينتمي إليه الفرد.**(جمال أبو دلو،2008، ص35)**

**-التعريف الإجرائي:**

هي عدم ظهور أي اضطرابات في الصحة النفسية لمرافقي مرضى الفصام كالقلق أو الاكتئاب أو الوسواس القهري والتي تظهر نتائجه من خلال مقياس الصحة النفسية لسيدني كراون وكريسب.

### 5_2. الفصام:

**-التعريف الاصطلاحي:**

الفصام هو أحد الأمراض الذهانية الوظيفية (العقلية) التي يقع فيها المريض ضحية اعتقادات وأفكار خاطئة ثابتة يؤمن المريض بها إيمانا قويا ويستحيل إقناعه بعدم صحتها أثناء المرحلة الحادة من المرض، وتسمى هذه الأفكار الخاطئة بالضلالات أو الهذاءات وتشمل ضلالات الاضطهاد والعظمة وخلافة، وكثير ما يعاني من هلاوس صوتية(إدراك أصوات غير موجودة في الواقع)، وهذه الأصوات قد تتحدث عنه أو تعقب على تصرفاته أو تسبه

وتلعنه، أو تأمره بالقيام بأفعال معينة كأن يضرب أو يقتل، وهناك أنواع أخرى من الهلاوس، مثل الهلاوس البصرية أو الشمية أو اللمسية.**(ابراهيم سالم الصيحان، 2010، ص122)**

**-التعريف الإجرائي للفصام:**

هو الاضطراب الذي شخص من طرف الطبيب العقلي والذي يتميز بتفكك في الشخصية حيث يعاني من يصاب به من البلادة والانسحاب وفيه يبتعد المريض عن عالمه الحقيقي وينغمس في عالم الأوهام مع اضطراب في الأفكار والسلوك.

## 5-3.المرافقين:

**-التعريف الاصطلاحي:**

هم الأشخاص الذين يهتموا برعاية الأشخاص المصابين بالفصام وينتمون إلى نفس الأسرة سواء كانت نووية أو ممتدة الوالدين، الأبناء، الإخوة .**(نزيهة زواني، 2020، ص156)**

**-التعريف الاجرائي للمرافقين.**

هم من أفراد أسرة المريض الذين أجرينا معهم المقابلة و قد يكون، الأم، أو الأخ و الأخت، الزوج أو الزوجة، أو أحد الأقارب مثل ابن الأخت.

## 6_ الدراسات السابقة

تستعرض الباحثتان هنا الدراسات السابقة والتي يرين أنها تتضمن بعض جوانب الدراسة الحالية ثم التعقيب عليها، وتوضيح الاستفادة منها ويجدر الذكر أن الدراسات التي تناولت مرافقي مرضى الفصام، قليلة جدا وسنعرض الأن بعض الدراسات العربية والأجنبية التي تناولت موضوع بحثنا.

### 6-1. الدراسات العربية:

**- دراسة اعتدال عبده فقير سيد أحمد(2000):**

-بعنوان: الصحة النفسية لدى مرافقي مرضى الفصام بمستشفيات الطب النفسي بولاية الخرطوم في ضوء بعض المتغيرات.

-هدفت الدراسة لمعرفة الصحة النفسية لدى مرافقي مرضى الفصام على ضوء بعض المتغيرات، مدة إصابة المريض بالمرض، نوع المرافق، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي للمرافق.

-استخدمت الباحثة المنهج الوصفي وتكونت عينة الدراسة من(80) مفحوص،(35) من الذكور(45) من الإناث من مرافقي مرضى الفصام تم اختيارها بطريقة عشوائية بسيطة من مستشفى التجاني الماحي بالخرطوم_ قسم الطب النفسي_ ومستشفى السلاح الطبي بأم درمان _ قسم الأمراض النفسية والعصبية.

-استخدمت الباحثة مقياس كورنل للصحة النفسية إعداد وترجمة محمد عماد الدين إسماعيل وسيد أحمد مرسي عام (1973).

وتوصلت الباحثة إلى النتائج التالية:

_ إن الصحة النفسية لدى مرافقي مرضى الفصام تتسم بالانخفاض وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسة لدى مرافقي مرضى الفصام تعزى للمدة الزمنية للإصابة بالمرض.

_ لا توجد فروق في الصحة النفسية لمرافقي مرضى الفصام تعزى لمتغير النوع كما لا توجد فروق في الصحة النفسية لمرافقي مرضى الفصام تعزى للحالة الاجتماعية.

_ ولا توجد فروق في الصحة النفسية لدى مرافقي مرضى الفصام تعزى للمستوى التعليمي.

**- دراسة إبراهيم عبد الرحيم إبراهيم محمود(2008):**

-بعنوان: الضغوط النفسية لدى مرافقي مرضى الفصام وعلاقتها بنوعية الحياة دراسة ميدانية بمستشفيات العلاج النفسي بولاية الخرطوم.

-هدفت الدراسة لمعرفة الضغوط النفسية لمرافقي مرضى الفصام وعلاقتها بنوعية الحياة للمرافق في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية، النوع، العمر، التعليم والحالة الاجتماعية.

-استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي في جمع البيانات، وتكونت العينة من(100) مفحوص(43 من ذكورو 57 من الإناث) من المرافقين لمرضى الفصام بمستشفيات الصحة النفسية الحكومية بولاية الخرطوم.

-واستخدم الباحث مقياس الضغوط النفسية للمرافقين من تصميمه ومقياس نوعية الحياة من تصميمه أيضا.

وتوصلت نتائج الدراسة إلى ما يلي:

_ تتسم الضغوط النفسية لدى مرافقي مرضى الفصام بالارتفاع.

_ توجد علاقة ارتباطية عكسية بين الضغوط النفسية ونوعية الحياة لدى مرافقي مرضى الفصام.

_ لا توجد فروق في الضغوط النفسية بين الذكور والإناث لدى مرافقي مرضى الفصام.

_ وجود علاقة ارتباطية موجبة في الضغوط النفسية لمتغير المستوى التعليمي لدى مرافقي مرضى الفصام.

_ لا توجد فروق في الضغوط النفسية تعزى لمتغير الفئة العمرية لدى مرافقي مرضى الفصام.

_ توجد فروقات في الضغوط النفسية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية لدى مرافقي مرضى الفصام.

_ توجد فروق في نوعية الحياة بين الذكور والإناث المرافقين لمريض الفصام لمصلحة الذكور.

**_دراسة شادي عبد الله شحدة بريخ (2014).**

- **بعنوان:** استراتيجيات مواجهة الضغوط وعلاقتها بجودة الحياة الأسرية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي.

هدفت الدراسة إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين استراتيجيات المواجهة وجودة الحياة الأسرية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي، والتعرف على أكثر استراتيجيات مواجهة الضغوط شيوعا ومستوى جودة الحياة الأسرية لديهن، والتعرف أيضا على مدى تأثير بعض المتغيرات الخاصة بالزوج والزوجة على استراتيجيات المواجهة وجودة الحياة الأسرية لزوجات مرضى

الفصام وقد تكونت عينة الدراسة من (154) زوجة من زوجات مرضى الفصام العقلي المتابعين والمترددين على عيادات ومراكز الصحة النفسية الحكومية التابعة لوزارة الصحة الفلسطينية بقطاع غزة.

وقد استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، حيث تم تطبيق الأدوات التالية:

_ مقياس استراتيجيات المواجهة إعداد وتقنين سمير قوته (1997).

_ مقياس جودة الحياة الأسرية من اعداد أماني عبد المقصود عبد الوهاب سميرة محمد شند(2010).

_ وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

1_إن زوجات مرضى الفصام في قطاع غزة يستخدمن جميع الاستراتيجيات ( الايجابية والسلبية) في مواجهة الضغوط وهي بالترتيب: استراتيجية الانتماء، استراتيجية التفكير بالتمني والتجنب، استراتيجية تحمل المسؤولية، استراتيجية اعادة التقييم، استراتيجية التخطيط لحل المشكلات، استراتيجية التحكم بالنفس، استراتيجية الارتباك والهروب.

2_ أن معدل جودة الحياة الأسرية لدى زوجات مرضى الفصام في قطاع غزة متوسط بوزن نسبي بلغ(51.8%)، حيث جاء في أعلى أبعاد مقياس جودة الحياة الأسرية لدى زوجات مرضى الفصام هو بعد التفاعل الأسري حيث بلغ الوزن النسبي له (64.6% )، يليه بعد الوالدية بوزن نسبي (58.1%)، ويأتي بعده بعد السعادة الانفعالية بوزن نسبي(43%)، ويأتي في المرتبة الأخيرة بعد المقدرة المادية بوزن نسبي(41.4%).

3_ وجود علاقة طردية ما بين الاستراتيجيات الايجابية ( التخطيط لحل المشكلات– اعادة التقييم– التحكم بالنفس)، باستثناء بعد الانتماء وجودة الحياة الأسرية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي.

4_ وجود علاقة عكسية ما بين الاستراتيجيات السلبية ( التفكير بالتمني والتجنب– تحمل المسؤولية) وبعدي( السعادة الانفعالية– المقدرة المادية– السلامة الصحية)، من مقياس جودة الحياة الأسرية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي.

**_ دراسة: مريم محمد سالم الغمري(2016).**

**عنوان الدراسة:** الطمأنينة النفسية وعلاقتها بمستوى الطموح لدى أبناء مرضى الفصام العقلي.

وهدفت هذه الدراسة إلى:

– التعرف على مستوى الطمأنينة النفسية لدى أبناء مرضى الفصام العقلي والكشف عن مستوى الطموح لدى أبناء مرضى الفصام العقلي، وتكونت عينة الدراسة من (197) من أبناء مرضى الفصام العقلي المترددين على عيادة الوسطي من الفئة العمرية (13–18) سنة، وقد تم اختيارهم بطريقة عشوائية، وقد استخدمت الباحثة مقياس الطمأنينة النفسية ومقياس مستوى الطموح من إعداد الباحثة، واتبعت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي.

**_ وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:**

_ وجود مستوى مقبول من الطمأنينة النفسية بوزن نسبي (65.83%) لدى أبناء مرضى الفصام العقلي.

_ ووجود مستوى متوسط من الطموح بوزن نسبي (72.92%) لدى أبناء مرضى الفصام العقلي.

_ توجد علاقة طردية ارتباطية ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسط درجات الطمأنينة النفسية ومتوسط درجات مستوى الطموح لدى أبناء مرضى الفصام العقلي.

**- دراسة راضية حاج لكحل:(2018).**

-**بعنوان:** مدى فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض الضغوط النفسية وتعديل الأفكار اللاعقلانية لدى أمهات مرضى الفصام.

-هدفت الدراسة لبناء برنامج علاجي لتعديل الأفكار اللاعقلانية وخفض الضغوط النفسية لدى أمهات مرضى الفصام استنادا لنظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي.

-استخدمت الباحثة نوعين من المناهج، المنهج العيادي، والمنهج الشبه التجريبي، حيث تكونت العينة من(08) حالات تراوحت أعمارهن بين(47-55) سنة، أين قامت الباحثة بتطبيق البرنامج العلاجي عليهن و طبقت مقياس قبلي و بعدي للتأكد من فعالية العلاج.

وقد توصلت الدراسة للنتائج التالية:

_ أن أمهات مرضى الفصام يعانين من ضغوط نفسية وأن لديهن أفكار لا عقلانية حول مرض أبنائهن، وقد أظهرت الدراسة أن كل الأمهات لديهن معتقدات غير منطقية وغير عقلانية حول المرض وخاصة فكرة أن السحر هو السبب في المرض.

_ وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في متوسطات درجات الأمهات على مقياس الأفكار اللاعقلانية بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

_ وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي لنفس المجموعة.

_ وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في متوسطات درجات الأمهات على مقياس إدراك الضغط بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

## 6-2الدراسات الأجنبية:

**- دراسة مارتن يلو(1992):**

-بعنوان عبئ الرعاية لأسر مريض الفصام.

هدفت الدراسة لتقييم مدى العبء الذي يقع على الأسرة والمرافقين لمرض الفصام.

تكونت عينة الدراسة من مرافقين مرضى الفصام المقيمين بالمستشفيات والمترددين للمتابعة وعددهم(44) منهم(36)من الذكور و(8) من الإناث، استخدم الباحث مقاييس عبئ الرعاية ومقياس الصحة النفسية وقد توصلت الدراسة للنتائج التالية:

_ يوجد العبء أكبر عندما يكون المريض ذكر.

_ وأن العبء أكبر عندما يكون عمر المريض ما بين(21-45).**(نقلا عن اعتدال عبده فقير سيد أحمد،2010،ص55).**

**_.دراسة نور هاياتي(2007)**،(Norhayati,t,Manian) نقلا عن: هاياتي

-عنوان الدراسة: الفصام المزمن وعبء الرعاية لأسر مرض الفصام(عينة المدن)، وهدفت الدراسة لتقييم مدى العبء الذي تواجهه الأسرة بالإضافة إلى معرفة نوع العبء_ النسبة المئوية لكل نوع من أنواع العبء وذلك لمعرفة أعلى نسبة للعبء.

-وتكونت عينة الدراسة من(80)، مفحوص(37)من الذكور(43)من الإناث من أقارب مرضى الفصام المزمن والذين يعانون من الفصام لأكثر من سنتين.

-استخدم الباحث مقياس عبء الرعاية والذي يتكون من(8) أبعاد( العبء المادي_ الخلل في روتين الحياة_ مستقبل المريض والعلاج_ التأثير في أوقات الفراغ_ العبء الاجتماعي_ التأثير في الناحية الصحية والناحية النفسية_ استخدام الكحول وسط العائلة). وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

(95%)من أفراد العينة يعانون من نوع من أنواع العبء.

(5%)من أفراد العينة لا يعانون من أي نوع من أنواع العبء.

_ أعلى أنواع العبء هو 90 %نتيجة للقلق على مستقبل المريض والعلاج.

_لا يوجد ارتباط بين العبء بين عينة الرعاية والمتغيرات التالية: النوع، الحالة الاجتماعية، المدة الزمنية للمرض، والارتباط الوحيد كان بين الدخل الشهري.**(نقلا عن اعتدال عبده فقير سيد أحمد،(2010)،ص56)**.

## 7_ التعقيب على الدراسات السابقة

من خلال عرض أهم الدراسات السابقة العربية والأجنبية والمتصلة بموضوع دراستنا، والتي تناولت أسر وعائلات مرضى الفصام. وهناك الدراسات المتعلقة بالصحة النفسية والضغوطات النفسية التي يتعرض لها أسر وعائلات مرضى الفصام.

ويمكن التعقيب على الدراسات السابقة فيما يلي:

### 7-1. التعقيب على الدراسات العربية:

_ أولا الدراسات الخاصة بالصحة النفسية والتي قام بها "عبده فقير سيد أحمد"(2000)، وقد أثبتت هذه الدراسة أن مستوى الصحة النفسية لأسر وعائلات مرضى الفصام تتسم بالانخفاض وهذا ما أوضحته نتائج الدراسة.

_ وهناك من الدراسات العربية التي تناولت الضغوطات النفسية لأسر وعائلات مرضى الفصام وعلاقتها ببعض المتغيرات كدراسة عبد الرحيم ابراهيم محمود(2008)، ودراسة شادي عبد الله شحدة بريخ(2014)، ودراسة راضية حاج لكحل(2018).

_ وقد أجمعت هذه الدراسات أن أسر وعائلات مرضى الفصام يعانون من ضغوطات نفسية.

### 7-2. التعقيب على الدراسات الأجنبية:

_ تناولت الدراسات الاجنبية عبئ الرعاية الأسرية لمرضى الفصام وقد أثبت نتائج الدراسة كدراسة **مارتن ليو(1992)، ودراسة نور هياتي(2007)**، أسر وعائلات ومرافقين مرضى الفصام يعانون من أعباء مختلفة ناتجه عن الحمل الكبير الذي تتحمله عائلات مرضى الفصام.

-ومن خلال هذا الطرح للدراسات العربية والأجنبة، تبين لنا أنها تتفق كلها على معاناة أسر وعائلات مرضى الفصام نتيجة الضغوطات التي تعيشها.

## _أوجه الاسفادة من الدراسات السابقة:

من خلال العرض المفصل للدراسات السابقة العربية والأجنبية والتي ترتبط بمتغيرات الدراسة الحالية، فقد استخلصت الباحثتان مجموعة من المتغيرات المهمة والتي ساعدت في توضيح موضوع الدراسة والمتمثلة:

1-الضغوط النفسية التي تعيشها أسر وعائلات مرضى الفصام.

2-العبء الأسري الذي تعانيه أسر مرضى الفصام وهذا يستدعي القيام ببحوث ودراسات تهتم بأسر وعائلات مرضى الفصام.

3-ندرة الدراسات والبحوث التي اهتمت بموضوع مرافقي مرضى الفصام.

-كما استفادت الباحثتان من الدراسات السابقة من الناحية النظرية والتطبيقية فيما يلي:

1- اعتماد خلفية نظرية للدراسة تساعدنا في دراستنا الحالية.

2- صياغة مشكلة الدراسة وفروضها.

3- اختيار أدوات الدراسة المناسبة والمنهج المناسب للدراسة الحالية.

# الفصل الثاني: الصحة النفسية.

**تمهيد:**

**1- التطور التاريخي لمفهوم الصحة النفسية.**

**2- مفهوم الصحة النفسية.**

**3- أهمية الصحة النفسية.**

**4- مستويات الصحة النفسية.**

**5- معايير الصحة النفسية.**

**6- خصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية.**

**7- التناولات النظرية للصحة النفسية.**

**8- التوافق النفسي و الصحة النفسية.**

**9- الصحة النفسية و الأسرة.**

**خلاصة الفصل.**

**تمهيد**

لقد أصبحت الصحة النفسية من أكثر المواضيع إثارة واهتمام بالنسبة لدارسين والمختصين، فصحة الإنسان العقلية لا تقل أهمية عن صحته الجسمية، فالصحة النفسية تعتبر عنصرا هاما في حياة الناس و تحقيقها يساعد في تحقيق أهداف الحياة و غايتها.

و في هذا الفصل سنعرض مفهوم الصحة النفسية و أهميتها و مستوياتها و معاييرها بالإضافة إلى التناولات النظرية المفسرة للصحة النفسية.

## 1- التطور التاريخي لمفهوم الصحة النفسية

لقد أشارت الدراسات في الحضارات القديمة إلى اهتمام الفراعنة و الإغريق و الصينيين القدماء بعلاج الاضطرابات العقلية عن طريق الكهنة و السحرة على أساس أن هذه الاضطرابات ناشئة من الأرواح و كانت مهمتهم طرد هذه الأرواح الشريرة.

### 1-1 عند اليونانيين:

كان اليونانيون القدماء يرون أن المرض العقلي من عمل الشياطين الذين يتجسدون الناس و أن هناك شياطين طيبة و أخرى شريرة في ضوء المرض الذي يصيب الفرد، فالصرع على سبيل المثال كان يعتقد أن له معان صوفية لذلك يسموه بالمرض المقدس و كان المرضى به يعاملون باحترام و تضفى عليهم الحماية باسم الروح الطيبة التي توحدت معهم.

أما المرض الذي كان يعتقد أن سببه شيطان شرير فقد كان صاحبه يعيش في كبد و قسوة تمثلت في السجن الانفرادي والتصفيد بالأغلال و قد ظلت هذه المعاملة غير الإنسانية مستمرة في العصر الروماني ثم في القرون الوسطى حتى أواخر القرن الثامن عشر. **(عبد الفتاح خواجة، 2010، ص.ص 22-23)**

### 1-2 في العصور الوسطى:

ازدهر علم الصحة النفسية في البلاد الإسلامية عكس ما كان عليه الوضع في أوروبا، فقد استمرت النظرة العلمية في جهود علماء المسلمين في مجالات التنمية و الوقاية و العلاج بينما سادت أوروبا الشعوذات و الخرافات و الاعتقادات في أن الأمراض العقلية من مس الشياطين.

**(مايسا محمد، 1997، ص 11).**

و قد ساعدت هذه النظرة الإسلامية إلى الاضطرابات العقلية على اهتمام علماء المسلمين بتشخيصها و علاجها و رعايتها و أنشئت أول مستشفى للطب النفسي في بغداد سنة ( 792م) و تتبعها مستشفيات أخرى دمشق و القدس و القاهرة و الأندلس.

**1-3 في العصر الحديث:**

نشأ علم الصحة النفسية في أوروبا سنة (1979) و ينسب إلى **فارلي** لأنه من الأوائل في العصر الحديث الذين بحثوا في فرنسا إمكانية إعادة التكيف الاجتماعي للمجرمين و المجانين و بين تاريخ الحياة الاجتماعية بفرنسا في أواخر القرن 19 إلى تأسيس عدد من الجمعيات التي تعمل لهذا الغرض و توالت البحوث و الدراسات الطبية و النفسية في الصحة النفسية و العلاج النفسي، و تعددت المجالات العلمية و الدورية التي تحوي ألاف البحوث و الدراسات في الصحة النفسية و العلاج النفسي في الوقت الحاضر.

**(زيدي ناصر ولحسن نصيرة، 2012، ص 87)**

## 2- مفهوم الصحة النفسية

يعتبر مصطلح الصحة النفسية من المصطلحات الأكثر اهتماما من قبل الباحثين و العلماء في مجال علم النفس حيث يظهر بعض الاختلاف المكمل بين الباحثين في تعريفاتهم، فكل باحث يعرفه من وجهة نظره الخاصة و لكن بالرغم من هذا يوجد جوانب الاتفاق بينهم و هذا ما سنتطرق إليه من خلال التعاريف التالي:

2-1-تعريف **أدولف ماير**: يعتبر أول من استخدم مصطلح الصحة النفسية، حيث استخدم هذا المصطلح يشير إلى نمو السلوك الشخصي و الاجتماعي نحو السواء وعلى الوقاية من الاضطرابات النفسية، فالصحة النفسية تعني تكيف الشخص مع العالم الخارجي المحيط به بطريقة تكفل له الشعور بالرضا كما تجعل الفرد قادرا على مواجهة المشكلات المختلفة. **(صالح حسن الداهري، 2005، ص25 )**

**2-2-** يعرف **أدوس وآخرون** (1992) الصحة النفسية على أنها ليست حالة ثابتة، وإنما هي عبارة عن حالة توازن بين الموارد الفيزيولوجية والنفسية والاجتماعية وآليات الحماية والدفاع للعضوية من جهة، وبين التأثيرات الكامنة المسببة للمرض للمحيط الفيزيائي والبيولوجي والاجتماعي من جهة أخرى.( **نقلا عن سامر جميل رضوان،2007، ص.ص25،26)**

2-3- معجم علم النفس و الطب النفسي: حالة عقلية تتميز بالسلامة و الصحة و الانفعالية وبالتحرر النسبي من القلق و أعراض العجز و القدرة على إنشاء علاقات إيجابية و الموازنة بين المطالب العادية وضغوط الحياة. **(العزيز محمد داوود، 2004، ص 47)**

2-4-منظمة الصحة العالمية: حالة كاملة من العافية الجسمية و العقلية و الاجتماعية و ليس مجرد غياب المرض أو الإعاقة. **(نقلا عن مصطفى حجازي، 2004، ص 26)**

هذه بعض التعريفات للصحة النفسية فهي لا تختلف كثيرا عن بعضها البعض بل هي أقرب على أن تكمل بعضها البعض و تتفق في بعض الجوانب التي يمكن تلخيصها فيما يلي:

- الصحة النفسية حالة إيجابية تتسم بالنسبية و عدم الثبات.
- الخلو النسبي من المرض النفسي أو العقلي أو النفس جسمي.
- تعكس تكيف الفرد مع نفسه و محيطه الخارجي.
- هي حدث تفاعلي يهدف إلى تحقيق الذات.
- هي توافق و تكامل بين الوظائف النفسية المختلفة.
- القدرة على مواجهة المشكلات و ضغوطات الحياة

## 3- أهمية الصحة النفسية

3-1: أهمية الصحة النفسية بالنسبة للفرد:

- فهم الذات: فالفرد الذي يتمتع بالصحة النفسية هو الفرد المتوافق مع ذاته فهو يعرف ذاته و يعرف حاجاتها و أهدافها.

- التوافق: يعني ذلك التوافق الشخصي بالرضا عن النفس و فهم نفسه و الآخرين من حوله.

-الصحة النفسية تجعل حياة الفرد خالية من التوتر و الاضطراب و الصراعات المستمرة مما تجعله يشعر بالسعادة مع نفسه.

-الصحة النفسية تجعل الفرد قويا اتجاه الشدائد و الأزمات و تجعل شخصيته متكاملة تؤدي وظائفها بشكل متكامل و متناسق.

-الصحة النفسية تجعل الأفراد قادرين على التحكم بعواطفهم و انفعالاتهم مما يجعلهم يتصفون بسلوكات سوية و يبتعدون عن السلوكات الخاطئة.

-إن الهدف النهائي للصحة النفسية هو إيجاد أكبر عدد من الأفراد الأسوياء.

**(صالح حسن الداهري، 2005، ص 202)**

**3-2-أهمية الصحة النفسية بالنسبة للمجتمع:**

تتجلى هذه الأهمية فما يلي:

-الصحة النفسية تؤدي إلى زيادة الإنتاج و كفايته: حيث أثبتت العديد من الدراسات بأن العاملين الذي يتمتعون بصحة نفسية جيدة عادة ما ترتفع إنتاجيتهم كما أن منتجاتهم تتميز بالجودة و الإتقان مما تؤدي إلى زيادة الدخل القومي.

-تماسك المجتمع فالأفراد المتمتعين بالصحة النفسية يتسمون بالتعاون و تكوين علاقات من الآخرين و الانسجام معهم، مما يجعلهم يدا واحدة أمام المشكلات التي تهدد مجتمعهم و يبذلون أقصى جهودهم بروح الفريق لتحقيق الازدهار والتطور.

-تؤدي إلى اختفاء الظواهر المرضية فبوجود الصحة النفسية تكاد تختفي معها الظواهر السلوكية المرضية كالإدمان على المخدرات و الخمور و السرقة، القتل. **(عبد الحميد محمد الشاذلي، 1999، ص، 31)**

## 4- مستويات الصحة النفسية

بما أن الصحة النفسية حالة غير ثابتة تختلف من فرد إلى آخر و تتغير من وقت إلى آخر لدى نفس الفرد و من مجتمع إلى آخر فإن ذلك يعني أن الصحة النفسية تتوزع على درجات و مستويات مختلفة و سوف نذكر خمسة مستويات تميز الصحة النفسية وقد حددها محمد قاسم عبد الله (2001) فيما يلي:

**4-1 المستوى الراقي:** هم أصحاب الأنا القوية و السلوك السوي و التكيف الجيد إنهم الأفراد الذين يفهمون ذواتهم و يحققونها و تبلغ نسبة هؤلاء 25% تقريبا. (يقعون على أقصى الطرف الإيجابي في البعد و المنحى الاعتدالي)

**4-2 المستوى فوق المتوسط:** هم أقل من المستوى السابق، سلوكهم طبيعي و جيد و نسبتهم 13.5%.

**4- 3 المستوى العادي (الطبيعي و المتوسط):** و هم في موقع متوسط بين الصحة المرتفعة و المنخفضة، لديهم جوانب قدرة و جوانب ضعف، يظهر إحداهما أحيانا و يترك مكانه آخر أحيانا و تبلغ نسبتهم في المجتمع حوالي (68%).

**4-4 المستوى الأقل من المتوسط:** هذا المستوى أدنى من السابقين من حيث مستوى صحتهم النفسية و أكثر ميلا للإضطراب و سوء التكيف، فاشلون في فهم ذواتهم و تحقيقها يقع في هذا المستوى الأشكال الإنحرافية النفسية و الاضطرابات السلوكية غير الحادة نسبة هؤلاء 13.5%.

**4-5- المستوى المنخفض:** و درجتهم في الصحة النفسية قليلة جدا و عندهم أعلى درجة من الاضطراب و الشذوذ النفسي، فهم يمثلون خطر على أنفسهم و على الآخرين و يتطلبون العزل في مؤسسات خاصة، و تبلغ نسبة هؤلاء 25% تقريبا. **(محمد قاسم عبد الله، 2001، ص 28.)**

## 5- معايير الصحة النفسية

سنتناول بعض المعايير( CRITERIA) أو المحكات (NORMS) التي تساعدنا على الفصل بين السلوك السوي و السلوك الغير سوي و يمكن استخدام هذه المعايير كمؤشرات تساعدنا على تقويم كل فرد بعناية فائقة.

قدم صالح حسن أحمد (2010) هذه المعايير فما يلي:

**5-1: المعيار الشخصي (الذاتي):**

يعتبر من المعايير الحديثة لتحديد طبيعة السلوك (السوي والغير سوي)

و يقوم هذا المعيار على التقرير الذاتي للفرد، فإذا كان الشخص راضيا عن حياته إلى حد ما ولا توجد لديه خبرات تعكر صفو حياته، فإننا نعرفه أوتوماتيكيا بأنه شخص سوي طبقا لهذا المعيار.

و من ناحية فإن الأفراد الذين يعانون إحباطا أو خوفا فإن مشاعرهم و أفكارهم أو أفعالهم تعتبر شاذة أو تحتاج إلى معاملة خاصة لأن هناك اضطراب في شخصيتهم.

و هناك مثال لجماعة الأطباء النفسانيين الأمريكان (1980) يفرق لنا بين السلوك السوي و الغير سوي، فقد صنفت الجماعة الشذوذ الجنسي على أنه تحت بند الاضطرابات الجنسية و الفكرية و

العاطفية ثم ناقضت هذه الجماعة نفسها حينما اعتبرت أن الأفراد السعداء بشذوذهم الجنسي أفراد أسوياء، و هناك أمثلة أخرى مثل القتل أو سلوك الاغتصاب فقد يعتبره المجتمع سلوكا شاذا منحرفا على الرغم من أن السلوك لا يكون كذلك من وجهة نظر صاحبه و على ذلك فإن المعيار الذاتي لا يعتمد به حيث أنه معيار مناسب في حد ذاته.

**5-2: المعيار الإحصائي:**

لو قمنا بتطبيق اختبار نفسي يقيس سمة معينة أو مجموعة سمات للشخصية على عينة ممثلة لأفراد أي مجتمع تمثلا جيدا فإن هذه السمة أو السمات سوف تخضع في توزيعها للمنحى الاعتدالي، مثال: سمة الذكاء هي الخاضعة للتوزيع بحيث نجد أن الأفراد الأسوياء أو العاديين يمثلون الأغلبية و يتركزون في منتصف المنحنى حول المتوسط، بينما الأفراد الغير عاديين أو الشواذ سوف يقعون على طرفي المنحنى و هما يمثلان القلة، فلأذكياء ينحرفون عن المتوسط بمقدار انحرافين معيارين موجبين بالزيادة أو النقصان، بينما ضعاف العقول يقعون على الطرف الأخر للمنحى بمقدار معيارين سالب بالزيادة أو النقصان.

**5-3 المعيار الاجتماعي:**

يتبنى هذا المعيار وجهة النظر القائلة أن لكل مجتمع ثقافة معينة و تحكمه معايير سلوكية اجتماعية تحكم تفاعلات الأفراد، كما أن لكل ثقافة مجتمع محرماتها و على الفرد أن يلتزم بهذه المعايير لكي يحقق سلوكه السوي فإذا خرج عنها اعتبر شخصا شاذا غير سوي.

كما أن التزام الفرد الشديد بالمعايير السائدة في المجتمع قد تجعله غير قادر على تقبل التغيرات الحادثة في مجتمعه.

**5-4 المعيار التلائمي:**

في هذا المعيار يحدد السلوك السوي و الغير سوي من خلال مساعدة الفرد على تحقيق النضج المطلوب و تحقيق الفرد لذاته، فالدافع لإدراك الجهد الكامل الذي يبذله الفرد يعتبر بمثابة عامل هام لتحديد السلوك السوي و الغير سوي و ما يميز هذا المعيار أنه يشجع الأفراد على أن تنموا شخصياتهم من خلال إدراكهم لأنفسهم كآدميين و يرى **كولمان** أن سلوك الفرد يصبح مقبول و يتصف سلوكه بالسواء حينما يتلاءم مع مجتمعه أما إذا خرج السلوك عن ذلك فإن سلوكه يصبح مرضيا. **(صالح حسن أحمد الداهري، 2010، ص 38، 39، 40)**

## 6- خصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية

تتميز الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية بعدة خصائص تميزها عن الشخصية المريضة، و فيما يلي أهم الخصائص التي قدمها كامل علوان الزبيدي (2007) فيما يلي:

**6-1 التوافق:** أي الرضا عن النفس و التوافق الاجتماعي و يشمل التوافق المدرسي و التوافق المهني و التوافق و لانفعالي.

**6-2 الشعور بالسعادة مع النفس:**

أي الراحة النفسية من ماض نظيف و حاضر سعيد و مستقبل مشرق و الاستفادة من مسرات الحياة اليومية و إشباع الحاجات و الدوافع الأساسية و الشعور بالأمن و الطمأنينة و الثقة و وجود اتجاه متسامح نحو الذات و احترام النفس و الثقة بها.

**6-3 الشعور بالسعادة مع الآخرين:** حب الآخرين و الثقة فيهم، و احترامهم و تقبلهم و وجود اتجاه متسامح نحو الآخرين و القدرة على إقامة علاقات اجتماعية سليمة و دائمة ، و الانتماء للجماعة و خدمة الآخرين و تحمل المسؤولية الاجتماعية و الاندماج في المجتمع.

**6-4 تحقيق الذات و استغلال القدرات:** فهم النفس و تقييم الواقعي و تقبل الحقائق المتعلقة بالقدرات موضوعيا، و تقبل مبدأ الفروق الفردية و احترام الفروق بين الأفراد و تقدير الذات حق قدرها و استغلال القدرات و الإمكانيات.

**6-5 القدرة على مواجهة مطالب الحياة و مشكلاتها:** من خلال النظرة السليمة للحياة و مشكلاتها اليومية و تقبل الواقع و البصيرة و المرونة و الإيجابية و القدرة على مواجهة إحباطات الحياة اليومية و الترحيب بالخبرات و الأفكار الجديدة و القدرة على تحسس المشاكل و اكتشاف القضايا ليجد لها حلا يرتاح إليه، لذا على كل فرد أن يأخذ فيه زمام المبادرة بمجابهة المشكلات التي تعترضه و يقوم بتحديدها و يحاول اكتشاف الحلول.

**6-6 دور الدين والإيمان في تمتع الشخص بالصحة النفسية:**

لقد اهتدى الإنسان بخبرته إلى وجود خالقه وخالق الكون الرزاق القادر، لذلك بدأت محاوله الإنسان في البحث عن العقيدة من خلال البحث عن الله أملا في طمأنينة الأمن وتحقيق الاحتياجات الرغبات، وهكذا بدأ الاحتياج إلى العقيدة شرط ملازم للحياة، ومع الإحساس الفطري للإنسان بوجود الله الخالق نزلت الديانات السماوية لتنتهي بالعقيدة كاملة **( كامل علوان الزبيدي، 2007، ص.ص 5- 6)**

**6-7 التكامل النفسي:** ودلائل ذلك، الأداء الوظيفي الكامل المتكامل المتناسق للشخصية ككل( جسميا، عقليا، انفعاليا، اجتماعيا) و التمتع بالصحة ومظاهر النمو العادي.

**6-8 السلوك العادي:** و دلائل ذلك: السلوك السوي العادي المعتدل المألوف الغالب على حياة غالبية الناس العاديين، والعمل على تحسين مستوى التوافق النفسي والقدرة على التحكم في الذات وضبط النفس.

6-9 **حسن الخلق:** الأدب والالتزام وطلب الحلال و اجتناب الحرام وبشاشه الوجه، وبذل المعروف وكف الأذى وإرضاء الناس في السراء والضراء، و لين القول وحب الخير للناس والكرم وحسن الجوار، وقول الخير وبر الوالدين والحياء والصلاح والصدق والبر، الوقار الصبر، الشكر، الرضا والحلم والعفة.

6-10 **العيش بسلامة وسلام:** هي التمتع بالصحة النفسية و الصحة الجسمية والصحة الاجتماعية، الأمن النفسي والسلام الداخلي والإقبال على الحياة بوجه عام، و التمتع بها و التخطيط للمستقبل بثقة و أمل. **(حامد زهران، 1997، ص 130.)**

## 7- التناولات النظرية للصحة النفسية

### 7-1- نظرية التحليل النفسي:

من وجهة نظر التحليل النفسي: يرى فرويد مؤسس مدرسة التحليل النفسي أن العناصر الأساسية التي يتكون منها البناء النظري للتحليل النفسي هي نظريات المقاومة و الكبت و اللاشعور، تقوم هذه النظرية على بعض الأسس التي تعد بمثابة مسلمات في نفس السلوك منها: الحتمية النفسية و الطاقة الجنسية و الثبات الاتزان و مبدأ اللذة.

ويتحقق هذا التوازن بين الهو و الأنا و الأنا الأعلى و يضطرب عندما لا تتمكن الأنا من الموازنة بين الهو الغريزية و الأنا العليا المثالية، و يرى فرويد أن عودة الخبرات المكبوتة تؤثر تأثيرا رئيسيا في تكوين الأمراض العصبية وأن الفرد الذي يتمتع بصحة النفسية يستطيع إشباع المتطلبات الضرورية للهو بوسائل مقبولة اجتماعيا. **( سهير كامل أحمد، 2001، ص 153).**

### 7-2- النظرية السلوكية:

يرى أصحاب هذه النظرية أن السلوك متعلم من البيئة وان عملية التعلم تحدث نتيجة لوجود الدوافع والمثير والاستجابة التي تتكرر بعمليه التعزيز لكي يتشكل الإنسان، وإن ما يصيب الإنسان من

اضطراب انفعالي حسب السلوكيين نتيجة عدم قدرة الفرد على استيعاب المواقف الجديدة في حياته، هذا ما يؤدي بالإنسان إلى الشعور بعدم الراحة والاطمئنان وتتمثل الصحة النفسية وفق هذه المدرسة في اكتساب الفرد لعادات مناسبة ومرضية تمكنه من مواجهة المواقف الصعبة واتخاذ القرار الذي يمكنه من التعامل مع الآخرين بما يحقق له حياة مطمئنة وسعيدة. **( ابراهيم نبيه، 2001، ص.ص 63-64).**

**7-3- النظرية المعرفية:**

يرى أصحاب هذه النظرية أن الصحة النفسية للفرد ترتبط بقدرته على تفسير الخبرات بطريقة منطقية، تمكن الفرد من المحافظة على الأمل، وذلك باستخدام مهارات معرفية مناسبة لمواجهة الأزمات وحل المشكلات، وعليه فإن الشخص المتمتع بالصحة النفسية هو فرد قادر على استخدام الاستراتيجيات المعرفية المناسبة للتخلص من الضغوط النفسية، ويحى على فسحة أمل ولا يسمح لليأس بتسلل إلى نفسه.**(عليوي نوال، 2011، ص68)**

**7-4- النظرية الإنسانية:**

ترى هذه النظرية أن الصحة النفسية تتمثل في تحقيق الفرد لإنسانيته، وأن الطبيعة البشرية خيرة بالطبع أو على الأقل محايدة وإن الظاهرة السلوكية السيئة بمثابة أعراض، وتؤكد أن الصحة النفسية توجه إلى الكائن الإنساني السليم وليس الأفراد العصبيين، ويؤكد **روجرز** ان هناك اتصال وثيقا بين مفهوم تقبل الذات وتحقيقها وبين الصحة النفسية.

ويرى **روجزر** أن الإنسان كائن عقلاني اجتماعي متعاون ويمكن الوثوق به وأن الأفراد لديهم إمكانية أن يتعايشوا ومن الضروري الإيمان بقيمة الإنسان وقدرته على مواصلة النمو والتطور الذاتي، فالإنسان مسئول عن تقرير مصيره ورعاية مصالحه بطريقته الخاصة دون المساس بحريه الآخرين. **(عواطف ملوكة، 2013، ص 84)**

تقوم النظرية الإنسانية على بعض المعتقدات الأساسية منها:

- الإنسان خير بطبيعته و أن المظاهر السلوكية السيئة أو العدوانية تنشا بفعل ظروف البيئة.
- الإنسان حر ولكن في حدود معينة، فهو حر في اتخاذ ما يراه من قرارات وقد يكون هنالك مواقف وظروف تحد من حريته.
- التأكيد على السلامة أو الصحة النفسية.
- الدراسة النفسية يجب أن تتوجه إلى الكائن الإنساني السليم وليس الأفراد العصابيين أو الذهانيين
- الإنسان كائن حي في نشاط مستمر.
- الخبرة: دراسة الخبرة الحاضرة للفرد كما يدركها من يمر بها وليس كما يدركها الآخرون.

لقد أشار أصحاب المدرسة الإنسانية أن صحة الإنسان النفسية لا تتحقق بصورة كاملة ما لم يتوافر للفرد شروط تسمح لطبيعة الإنسان أن تأخذ مداها وعندما يكون الفرد قد حقق إنسانيته. **( معصومة سهيل المطيري 2005، ص.ص 66-67.)**

## 8- التوافق النفسي و الصحة النفسية

لقد تعددت التعبيرات والمصطلحات التي يقصد بها التعبير عن حالة الصحة النفسية للفرد ومن ذلك: الاتزان الانفعالي، السواء، العقل السوي، التوافق، وهذا الأخير هو الأكثر شيوعا عند المهتمين بعلم النفس و العلوم السلوكية بصفه عامة.

و نتيجة لتعدد مصطلحات التوافق أصبح معناه يتوقف على الموقف الذي يستخدم فيه حيث يرجع مفهوم التوافق حسب لازاريسLazarus إلى مفهوم التكيف الذي يعتبر حجر الزاوية في نظريه داروين، حيث كان يشير إلى التراكيب والعمليات البيولوجية التي تسهل بقاء الأنواع **( احمد عبد الخالق، 2006، ص 14)**

القدرة على التواؤم مع النفس ( توافق نفسي) ومع البيئة الاجتماعية واعتبره الباحثون عمليه دينامية مستمرة تتناول السلوك والبيئة الطبيعية و الاجتماعية بالتغيير و التعديل حتى يحدث التوازن بين الفرد وبيئته ويتم فيها انجاز أعمال معينة لتحقيق أهداف وإشباع الحاجات ومواجهه العوائق الصعوبات وتخفيف التهديدات واحتواء الأزمات و السيطرة عليها بأساليب ترضي الفرد ويقبلها المجتمع الذي يعيش فيه.( **سناء محمد سليمان، 2005، ص 21**).

يحدث خلط لدى كثير من الباحثين بين الصحة النفسية و التوافق لارتباطهما الشديد مع بعضهما البعض مع أنهما ليس اسمين مترادفين لمعلومة واحدة، فالصحة النفسية تقترن بالتوافق فلا توافق دون التمتع بصحة النفسية جيدة ولا صحة النفسية بدون توافق، هدف الصحة النفسية تحقيق التوافق السليم ويعد الفرق بينهما في الدرجة. **(سفيان نبيل صالح، 2004، ص 157)**

ومن الملاحظ أن الكثير من الباحثين يوحدون بين الصحة النفسية وحسن التوافق ويرون أن دراسة الصحة النفسية هي دراسة التوافق و أن حالات عدم التوافق مؤشر لاختلال الصحة النفسية، فلقد عرف **الدسوقي** علم النفس على أنه علم دراسة التوافق. **(كمال الدسوقي، 1974، ص 180)**

و لقد عرف فهمي الصحة النفسية بأنها علم التكيف أو علم التوافق النفسي الذي يهدف إلى تماسك الشخصية و وحدتها و تقبل الفرد لذاته و تقبل الآخرين له بحيث يترتب على كل هذا الشعور بالسعادة و الراحة النفسية. ( **مصطفى فهمي، 1995، ص 18)**

و يرى باحثون أخرون أن السلوك التوافقي ليس هو الصحة النفسية بل أحد مظاهرها حيث أن الصحة النفسية حالة أو مجموعة شروط و السلوك التوافقي دليل وجودها، فقلد ذكر Schwebe(1990، ص 43) في العلاقة بين الصحة النفسية و التوافق ما يلي:

- الصحة النفسية توافق مستمر غير ثابت، هدف دائم، ضروري و أساسي في نمو الشخصية السوية.

- الصحة النفسية حالة إيجابية تشمل الجوانب النفسية و الجسمية و العقلية الاجتماعية، الانفعالية و هذه الجوانب متكاملة تنمو خلال عملية التوافق.
- الصحة النفسية عملية توافق تهدف إلى إيصال الفرد إلى أعلى مراتب تحقيق الذات.

## 9- الصحة النفسية و الأسرة

### 9- 1 العلاقة بين الوالدين:

تتوقف سعادة الأسرة و توافقها الأسري على طبيعة العلاقة القائمة بين الزوجين، فإذا وجدت الزوجة أن حياتها الزوجية مشبعة و أنها تحقق ما تتطلع إليه من أهداف و ما تشعر به من حاجات فإن ذلك يؤدي إلى حرصها على تماسك الأسرة.

و كذلك الزوج الذي يجد في زوجته مصدرا لإشباع حاجاته فإنه بدوره يعمل على تماسك الأسرة و إسعاد زوجته، و هناك نمطان من الحاجات النفسية يشيع وجودهما في الأسرة وهما:

أولا: الحاجة إلى الحب و الإعجاب و الحماية أما الثاني: الحاجة إلى الاستقلال و تحقيق الذات و على الرغم من أنه قد يكون هناك تعارض بين هذين النمطين من الحاجات إلا أنه يحدث أن يصل الزوجان إلى الموائمة بينهما و ينعكس أثر العلاقة بين الوالدين على شخصية الطفل فكلما كانت العلاقة بين الوالدين منسجمة أدى ذلك إلى جو يساعد على نمو الطفل، وعلى نمو شخصية متكاملة متزنة، أما الخلافات و المشاحنات بين الوالدين تعتبر من العوامل المؤدية إلى نمو الطفل نموا نفسيا غير سوي. **(سناء حامد زهران، 2011، ص 31)**

**9-2- الصفات الواجب توفرها في الوالدين لتحقيق الصحة النفسية لأبناء:**

لكي تتحقق لأبناء الصحة النفسية ينبغي على الوالدين أن يكونا المثل الأعلى في التصرفات و السلوك و القدوة الصالحة التي يحتذي بها الأبناء و تحقق لهم السعادة و النجاح حاليا و مستقبلا، و في ما يلي الصفات الواجب توفرها في الوالدين ليكونا المثل الأعلى للأبناء لتحقيق الصحة النفسية:

- يتمتعان باتزان الشخصية البعيدة عن العصبية و الثورة.
- يراعيان العلاقات الإنسانية مع من يتعاملون معهم.
- يمثلان القدوة الحسنة في التصرفات و السلوك.
- التمسك بالعدل و الحكمة في التصرفات و الأمانة في العمل.
- القدرة على الاندماج الاجتماعي و حب الآخرين.
- الاهتمام بحل مشاكل أبنائهم و مساعدتهم.
- القدوة الصالحة لأبناء من الناحية الدينية.
- يداومان على القراءة و التثقيف الذاتي و التعليم.
- يكونان إيجابيان بمقاومة السلبية، التشاؤم، الانتقاد.
- يعملان على أن يسود جو الأسرة الوفاق و الهدوء و تجنب الغضب و القسوة.

تجنب النقد اللاذع و التفرقة في المعاملة بين الأبناء. **( كلير فهيم، 2007، ص.ص 12- 13)**

**9-3- العلاقة بين الوالدين و الطفل:**

تعد العلاقة بين الوالدين و الطفل من العوامل الهامة التي تدخل في تشكيل شخصية الطفل، فالطفل الذي ينشأ في ظل التدليل و العطف الزائد و الرعاية الشديدة تختلف شخصيته عن طفل أخر نشأ في جو الصرامة و النظام المتشدد الذي يتصف بالقسوة، فإذا ما نشأ الطفل في جو مشبع بالحب و الثقة تشكلت لديه شخصية تحب الآخرين لأنها لاقت الحب من الآخرين و تعلمت كيف تحب و تثق في الآخرين لأنها عاشت في جو من الثقة مع الوالدين و العكس عند الطفل الذي نشأ في جو من

الحرمان و شعور رفض الوالدين له فإنه ينمو فردا أنانيا عدوانيا. ( **أحمد سلامة وعبد سلام عبد الغفار، 1970،ص)**

**4-9 العلاقة بين الإخوة:**

كما تؤثر العلاقة بين الوالدين و الاتجاهات الوالدية في نمو شخصية الطفل تؤثر العلاقة بين الإخوة فيهما أيضا، فكلما كانت العلاقة منسجمة و كلما خلت من التفرقة كلما كانت هناك فرصة للنمو السليم للطفل.

و قد يؤثر مركز الطفل في الأسرة على العلاقة بينه و بين إخوته، فالطفل الأصغر قد يشعر بالنقص نحو أخيه الأكبر، و الطفل الوحيد قد يسوء توافقه بسبب التدليل و الحماية الزائدة، و الطفل الأكبر قد يصبح غيورا عدوانيا إذا ما ولد طفل أخر في الأسرة و هكذا إلا أن مركز الطفل داخل الأسرة لا يكون عاملا مؤثرا بقدر ما يؤثر اختلاف معاملة الوالدين للطفل، فإذا ما شعر الطفل بالتقبل و الحب و العطف من والديه و المساواة و عدم التفرقة في المعاملة بينه و بين إخوته ينمو نموا سليما و هكذا نجد أن عملية التنشئة الاجتماعية التي تؤدي إلى نمو النفسي السوي و التوافق النفسي و الصحة النفسية، تتطلب أن تتسم العلاقات الأسرية و المناخ الأسري بما يلي:

- إشباع الحاجات النفسية و خاصة الحاجة إلى الأمن و الحب و التقدير و الانتماء.
- تنمية الاستعدادات و القدرات عن طريق اللعب و الخبرات البناءة و الممارسة الموجهة.
- تعليم مهارات التفاعل الاجتماعي و احترام حقوق الآخرين و التعاون و الإيثار.
- تعليم التوافق الشخصي و الاجتماعي.
- تكوين العادات السليمة نحو الوالدين و الإخوة و الآخرين.
- تكوين العادات السليمة الخاصة بالتغذية و الكلام و النوم.

تكوين الأفكار السليمة. ( **سناء حامد زهران، 2011، ص.ص 34- 35)**

## خلاصة الفصل

لقد تناولنا في هذا الفصل أهم النقاط حول الصحة النفسية من تعريفات مختلفة، كما أشرنا إلى أهميتها ومستوياتها ومعاييرها والتطور التاريخي لها، وأهم خصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية ومختلف النظريات المفسرة لها.

وما يمكن استخلاصه من خلال ما أشرنا إليه أن الصحة النفسية ترتبط بقدرة الفرد على تحقيق التكيف مع نفسه ومع المجتمع الذي يعيش فيه نظرا للضغوطات والظروف والأزمات التي يمر بها في حياته، وأن يكون قادرا على مواجهة مطالب الحياة وتجنب كل ما يعصف برضاه واستقراره وتوافقه.

# الـفـصـل الـثـالـث: اضـطـراب الـفـصـام

**تمهيد.**

**1-لمحة تاريخية عن الفصام.**

**2-تعريف الفصام.**

**3-أعراض الفصام.**

**4-معايير تشخيص الفصام.**

**5- أنواع الفصام.**

**6- النظريات المفسرة للفصام.**

**7- التشخيص الفارقي للفصام.**

**8- الأسرة ومرض الفصام.**

**9- علاج الفصام.**

**10- مآل الفصام.**

**خلاصة الفصل:**

**تمهيد**

يعتبر اضطراب الفصام من أكثر الاضطرابات خطورة وتعقيدا وغموضا، حيث ماتزال الابحاث العلمية فيه متواصلة والتي ما فتئت تعمل على فك الكثير من ألغازه وعلى فتح أفاق جديدة على مستوى التشخيص والتكفل والعلاج، ويتميز هذا الاضطراب بتنوع في أشكاله وفي أعراضه، والتنوع في حدته وشدته وغالبا ما تكون بدايته في سن المراهقة متسببا في الكثير من القصور على المستوى الاجتماعي والمهني والعائلي، والكثير من المعاناة النفسية.

وسوف نتطرق في هذا الفصل إلى تعريف الفصام، أنواعه، أعراضه، وأهم النظريات المفسرة له، ومختلف العلاجات المطبقة معه ومآله.

## 1-لمحة تاريخية عن اضطراب الفصام

على مدى القرون المتعاقبة، لوحظ أن أول توصيف تاريخي لمرض الفصام في(1400 ق.م) على يدآ**يورمثير** وقد كانت هناك نظريات متعددة سعت لتفسير الأسباب وراء الاصابة بمرض الفصام، ففي القرن الثامن عشر أرجع **جورج ستال** أعراضه إلى أنها نتيجة فقدان قوة حيوية في حياة المرء، ولكنه لم يوضح المقصود بهذه القوة، وفي القرن التاسع عشر أرجعها **هيرنيشننيوهان** إلى فقدان الحميمية في العلاقة بالآخرين.

وقد حدثت نقلة في هذا القرن، متمثلة في زعم **جريس ينجر**بأن كل الأمراض النفسية والعقلية تنتج في حقيقة الأمر عن الإصابة بمرض ما عضوي في المخ، وظهرت مدرسة أخرى في الوقت نفسه زاعمة أن الأمراض العقلية تنتج عن صراعات داخلية في العقل الباطن للمرء، وما بين الحرية والعقبات في حياته، والخطيئة والطهر من ناحية أخرى، وما إلى ذلك من القوى النفسية المحتملة بداخل الانسان.(**نهى سعدي أحمد مغازي، 2011، ص50)**

أما التاريخ الحديث للفصام فقد بدأ عام(1856م) مع العالم الفرنسي **موريل (Morel)**الذي وصف حالة لحدث في الرابعة عشرة من عمره تدهور بسرعة من طالب نبيه إلى فتى مضطرب في فكره وسلوكه، واصطلح **موريل** على استعمال تعبير الخرف المبكر(Dementiapraecox) للدلالة على حالة مرضية تبدأ في الصغر وتنتهي بالتدهور العقلي إلى حد كبير.

ويؤكد الباحثون بأن مرض الفصام موجود منذ سنين عديدة واستمر مع ذلك حتى منتصف القرن التاسع عشر، وكانت مجموع الاضطرابات العقلية تعتبر مرضا واحدا وكان يسمى **اختلال عقلي** يظهر في أشكال متعددة اكتئابية ومقلقة وهذيانية ولم يتم فصل مرض

الفصام إلا في بداية القرن العشرين، حيث أخذ مفهوم المرض يعد حديثا نسبيا.(**Koening-M,2013.p.32**)

وقد أشار **تلويلر** أن أهم ما يمز هذا المرض ليس الميل إلى التدهور وإنما هي الاعراض الجوهرية التي تتميز باضطراب التفكير، وتفكك الروابط واضطراب الوجدان والذاتوية يليها الاعراض المصاحبة مثل الهلاوس والهوامات والظلالات.

وفي عام (1870م) استعمل الدكتور هيكر(Heckir) مصطلح هبفرينيا ( Hebephrenia) لوصف حالة من المرض العقلي الشديد بدأت في سن البلوغ، وأدت إلى تدهور شديد في الشخصية، والمصطلح الذي استعمله مشتق من اليونانية من مقطعين هبي وتعني ربة الشباب وفرينيا وتعني العقل، اي عقل الشباب للدلالة أن المرض يصيب الشباب.(**عبد اللطيف حسين فرج،2009،ص163**)

وأصل الفصام من حيث النشأة هو فرنسي، نظرا لما وجد من ملامح هذا الاضطراب وخصائصه في ما سماه إسكرول (idiotieaccidentelle) إضافة لما وجد في أعمال مورال ما بين سنتي (1851) و(1860) من مميزات وخصائص في ما بعد سمى "Lhébéphréno-Catatonique"، أما من حيث التطور فهو ألماني من قبل عهد **كرايبلين** وفقا للأعمال التي قام بها **كاهلبومويكر** عام(1871) حول مرض أطلقوا عليه تسمية **ابفرينيا** الذي يضم تناذر الانهاك النفسي المتميز بالتطور التدريجي وبكونه يصيب فئة الشباب الذين كانوا يعانون من اضطراب اللغة والسلوك، ليطلق **كاهلبوم** عام(1879)مصطلح التخشب أو الجنون مع الضغط العضلي، على التظاهرات الحسية الحركية لهذا المرض المتميز بالتطور الجنوني إضافة لجملة من الأعراض من بينها الليونة الشمعية، التصنع.(**تواتي مريم، دليلة حدادي،2016،ص42**)

وفـي (1911) انطلـق الطبيـب النفسـي السويسـري **بلولسـر** مـن منهجيـة مختلفـة فـي دراسـاته لتنـاذرات النفسية الموصوفة بالعتة الباكر، فاعتمد على معايير الأعراض وتطور الأمراض النفسية وانتهى إلى استنتاج أن الاضـطراب الرئيسـي فـي هذه التنـاذرات يتمثل فـي الانفصـام أو التفكك النفسـي، واقتـرح إطـلاق تسمية خاصـة عليها، ابتكرها هي السكيزوفرينيا أي **الانفصام الذهني** وضلت هذه التسمية معتمدة إلى حد الأن، إلا أن حدودها ومضامينها تختلف من بلد لأخر ومن مدرسة طبية إلى أخرى.**(محمود هاشم الودرني، 1976،ص254)**

وأشار المعالج النفساني السويسري المعروف **بول يوجين بليولر (BleulerEugen)** في سنة(1911) إلى مصطلح "الخرف المبكر" هو وصف ضعيف ذلك لأن **كريبلين**(Kraepelin) اعتقد بأنه يصيب الشباب وينتهي لا محالة بالعته والانحلال والخرف، وأن **كريبلين**(Kraepelin) قد أخطأ لسببين أولهما: أن الكثير من المرضـى يصـابون بهـذا الاضـطراب بعـد مرحلـة الشـباب وثانيهمـا: أن أغلـب المرضـى لا يتطـور لـديهم هـذا الاضطراب، فبعضـهم يبقى على حاله سنة بعد أخرى وبعضـهم يتحسن وضـعه، ولهذا يصبح "الخرف المبكر" غير مناسب فضـلا علـى أن المعـالجين النفسـانيين لا يتشـجعون علـى معالجتـه لأن **كـريبلين** قد طرح "الخرف المبكر كحالة ميؤوس من شفائها ولغرض حل هذه المشكلة فقد اقترح **(Bleuler)**مصطلح جديدا بقوله: سأطلق على "الخرف المبكر" مصطلح **السكيزوفرينيا** (schizophrenie).(5: **Martin2004-21.2011,Kingdon)**

كمـا أدخـل **بليـولر** مصـطلح سكيزوفرينيا لكـي يشـير إلـى مجموعـة الـذهان الـذي يكـون تطـوره أحيانـا مـزمن وأحيانـا فـي شـكل دفعـات متقطعـة والتـي يمكـن أن تعـود فـي أي لحظـة دون العـودة إلـى الوضع الأصلي الاجمالي ويتقارب هذا التعريف مع المفهوم الحالي للفصام.**(Bindler,2012.p.12)**

ومـن خـلال هـذا العـرض التـاريخي، نسـتطيع القـول أن مـرض الفصـام موجـود منـذ القـدم حيـث يعـود إلـى (1400) سـنة قبـل الميـلاد. ولكنـه لـم ينفـرد كمـرض إلا فـي بـدايات القـرن العشـرين ومنـذ (1911) أجريت العديد من الدراسات التي تناولت الفصام من كل جوانبه ولكنها لم تأتي بتغيرات حول

مفهوم المرض وإذ كان المرض في وجوده الاكلينيكي موجود منذ القدم، يمكن حينها أن نعتبر بأن مصطلح السكيزوفرينيا هو مفهوم نوعا ما حديث النشأة حيث ظهر في التصنيفات العالمية الامريكية المتتالية: DSM3. **(راضية حاج لكحل،2018،ص37)**

## 1-1 مدى انتشار اضطراب الفصام:

يعتبر الفصام من أكثر الاضطرابات العقلية انتشارا حيث يشكل عدد المرضى الفصاميون (60%)من اجمالي المرضى المتواجدين بالمصحات العقلية **(رجاء زهاني،2016،ص180)**

وينتشر المرض في كل المجتمعات ويسجل (3-4) حالات لكل عشرة ألاف من السكان سنويا، واحتمال إصابة الفرد في المرض على مدى حياته هو(1%) وقد قامت منظمة الصحة العالمية بدراسة المرض في عشر دول مختلفة في مستوى تقدمها، وكان هناك تراوح بسيط في الانتشار، من الواضح أن هذا المرض موجود عبر العصور، وفي القرن الماضي تراوحت الدراسات بين ارتفاع وهبوط ولكن حول المعدلات المذكورة.**(وليد سرحان، 2010،ص12)**

ويصيب الفصام حوالي(3%) من المجموع العام للشعب، وعدد الفصاميين يتراوح بين خمسمائة إلى ستمائة ألف نسمة، وهي نسبة خطيرة خاصة، إذا أخذنا في عين الاعتبار أن هذا المرض يصيب الفرد في سن الشباب والنضوج، أي فترة العمل والدراسة والازدهار الفكري، مما يجعل الفصام ليس ظاهرة مرضية فقط بل ظاهرة تؤثر على الناحية الاقتصادية والاجتماعية، وكان البعض يعتقد أن الفصام لا يظهر في المجتمعات النامية، وأنه يترعرع مع الحضارة، ولكن ثبت خطأ هذا الظن، لأن الدراسات أشارت إلى وجوده بالنسبة الموجودة نفسها في الأماكن المتحضرة، ولكن تختلف مظاهر المرض حسب الحالة الثقافية والحضارية والاجتماعية، فمثلا تصل نسبته في السويد إلى(3%) من مجموع الشعب، وهي أعلى النسب العالمية.**(أحمد عكاشة،1996، ص297)**

## 2-تعريف الفصام(Schizophrenia)

### 2-1 التعريف اللغوي للفصام:

الفصام كلمة يونانية الأصل وهي تنقسم إلى مقطعين، سكيز(**schize**) ومعناها تشقق أو تصدع أو انقسام، وفرينيا(**phrene**) وتعني العقل أو الفكر أو انقسام العقل.( **Armand coliml 1995p81**).

وهو ذهان خطير يصيب الشباب، عادة مزمن يتميز اكلينيكيا بتفكك الذهن، عدم التوافق الوجداني وعمليات هذيانية غير متماسكة تؤدي عادة إلى انقطاع الاتصال مع العالم الخارجي وانعزال توحدي.(**مصطفى لكحل،2010، ص22**)

### 2-2 التعريف الاصطلاحي:

يعرف **ستانفورد** الفصام بأنه أحد الأمراض العقلية، وفيه يتصف الفرد بالابتعاد عن عالم الحقيقة، ويتضمن هذا المرض الهلاوس والأفكار الزائفة أو الهروب والانسحاب والاضطراب الحاد في الحياة الانفعالية عند المريض.

أما **جيمس دريفر** يشير إلى وجود تفكك في حياة المريض بين الحياة العقلية والحياة الانفعالية، كما أن الحياة الانفعالية نفسها يغيرها التفكك والانحلال وعدم التماسك والتناسق أو التنظيم.(**نقلا عن نبيل محمد محمد جودة، 2008، ص33**)

ويقصد بذهان فصام الشخصية حالة الفصام العقلي التي تتميز بالبلادة والانسحاب من المجتمع ومن الحياة الاجتماعية العادية.

وتبعا لتعريف سترانج(**Strange**) فإن الفصام اضطراب عقلي أو ذهان عقلي من الأمراض الوظيفية أي تلك الامراض التي لا ترجع إلى اضطرابات أو أسباب عضوية في جسم الانسان أو في مخه، ولكنها اضطرابات تطرأ على الوظائف العقلية فقط، ويهتم **سترانج** بإظهار عرضين من أعراض هذا المرض، هما الانسحاب من الحياة الاجتماعية والبلادة أو فقدان الإحساس.**(نقلا عن عبد الرحمن محمدالعيسوي، 2011، ص185)**

وفي التصنيف الدولي للأمراض النفسية (ICD10) لمنظمة الصحة العالمية(1991) يعرف الفصام كمجموعة أمراض، تتميز بشكل عام باضطراب أساسي في الشخصية، وتحريفات مميزة في التفكير والإدراك وكذلك في المشاعر التي تكون غير سوية ومتبلدة وعادة ما يبقى الوعي والقدرة الذهنية سليمان وإن يظهر بعض مظاهر القصور المعرفي مع مرور الوقت، ويمكن إيجازه في:

هو مرض عقلي جسيم يتميز بأعراض متنوعة من أهمها الانسحاب من الواقع، والميل إلى تفكك الشخصية، أي تباعد كل جزء عن الجزء الأخر وكذلك عدم اتساق الوظائف النفسية مع بعضها وأخيرا الميل إلى ظهور أعراض سلبية تدل على اضمحلال القدرات العقلية تدريجيا إذا لم تعالج علاجا صحيحا.**(نقلا عن ابراهيم عبد الرحيم ابراهيم محمود، 2008، ص8)**

وعرفه **عكاشة(2008)** أنه مرض عقلي يتميز باضطراب في التفكير، والوجدان والسلوك وأحيانا الادراك ويؤدي إن لم يعالج إلى تدهور واضح في المستوى السلوكي والخلقي والاجتماعي، مما يفقد الفرد شخصيته وبالتالي يصبح في عزلة عن العالم الحقيقي والمجتمع.**(نقلا عن ألاء عبد الرحمن رفيق البشتاوي،2015، ص14)**

وترى الباحثتان أن الفصام مرض عقلي يصيب الشخصية ككل بتفكك والبعد عن الواقع كما يحدث خللا وتدهورا واضحا في الإدراك والتفكير والسلوك، ويظهر علي شكل هلاوس وظلالات وأوهام

وانسحاب تدريجي من الحياة الاجتماعية، كما يتميز المصاب به بعدم التمييز بين الحقيقة الداخلية والخارجية مع فقدان الإحساس وتبلد المشاعر يتطلب تدخل علاجي مبكر للمريض.

## 3- أعراض الفصام

عادة ما تبدأ أعراض الفصام في الظهور بطريقة تدريجية، ومع ذلك فإن بعض الحالات تبدأ بصورة حادة عقب الإصابة بمرض فيزيقي على سبيل المثال.

وقد يبدي المريض قبل الاصابة بالمرض أعراضا غريبة بعض الشيء، ولكن هذه الأعراض لا تصل إلى حد المرض النفسي أو العقلي ومن هذه الأعراض: الخجل والانعزال وأحلام اليقظة.**(طارق كمال ،2005، ص103)**

*يمكن تلخيص أعراض الفصام بصورة عامة في المظاهر والعلاقات الآتية:

**3-1- اضطرابات التفكير**: وتنقسم إلى الاضطرابات الآتية:

اضطرابات في التعبير عن التفكير، اضطرابات في مجرى التفكير، اضطرابات التحكم في التفكير، اضطراب محتوى التفكير.

**3-2 اضطراب الادراك:**

وتأخذ المظاهر الآتية:

- إدراك أشياء لاوجود لها في الواقع مثل الهلاوس، حيث يحس الفرد أحاسيس ليست تنبيهات حقيقية وتكون هلاوس سمعية، لمسية، تذوقية.

– سوء التأويل حيث تدرك الأشياء الموجودة في الواقع ليست كما هي موجودة بالفعل بل يدركها في صورة أو أكثر وبصورة محرفة بحيث يتفق هذا التحريف مع حالته النفسية.**(محمد حسن غانم،2001، ص143)**

**3-3التفكك على مستوى الحياة العاطفية:**

لا مبالاة عاطفية، ردود أفعال انفعالية غير ملائمة ومتناقضة، تناقض وجداني، نكوص شهواني نرجسي، شهوانية ذاتية، جنسية مثلية، زنا المحارم.

**3-4 التفكك على مستوى السلوك:**

غرابة سلوك تمثيلي شاذ ومتصنع، نمطية، مظاهر نفس حركية للتناقض الوجداني، فقدان الحركة، سلبية نفس حركية، هروب انقطاعات، سلبية كبيرة، نوبات تفككية، اعتراض عن الطعام والتخشب، اندفاعات غامضة مثل القيام بجرائم أو تشويهات ذاتية، شراهة، سمنة، انفعالات رمزية ونكوصيه.**(لكحل مصطفى وين عمر عواج،2012،ص24)**

**3-5.البعد عن الواقع:** يمتاز الفصام بفقدان المريض القدرة على الاتصال بالواقع، فيعجز عن التكيف اجتماعيا وينسحب تدريجيا من جميع العلاقات الانسانية، واستجاباته للمواقف الاجتماعية تصبح غير ملائمة، ونجد أن المريض هنا يفسر الحقيقة ويشوهها حتى تخدم حاجاته الداخلية والذاتية، وبمرور الوقت لا يستطيع التمييز بين عالمه الخيالي الوهمي وبين العالم الخارجي.**(ريهام حسين يوسف أبو فايد، 2016، ص55)**

**3-6.اضطراب الإرادة:** كل فعل وكل حركة وكل سلوك يحتاج لإرادة والإرادة هي القوة المحركة للإنسان نحو هدف معين والمثابرة حتى يتم تحقيقه أو إنجازه، وفقدان الإرادة معناه التوقف والشلل،

والإرادة هي أحد أعراض مرض الفصام فقد يصل الأمر إلى حد عدم الاستحمام لشهور طويلة وقد يفقد المريض

أشياء كثيرة بسبب هذا العرض فيفصل عن عمله لكثرة تغيبه ويفصل من جامعته لرسوبه المتكرر لعدم استذكاره.**(عادل صادق، 2006، ص.ص 145-146)**

**3-7 الهلاوس:** يري، يسمع، يشم، أو يشعر بأشياء لا وجود لها، هذه الأعراض تشمل مختلف أوهام الاضطهاد مثل: أن المريض يرى نفسه في قلب كل الأحداث.**( مليوح خليدة، 2014، ص75)**

**3-8 المعتقدات الخاطئة:** وهي اضطرابات في محتوى التفكير، وتعرف بأنها معتقدات خاطئة يعتنقها الشخص بقوة رغم نقص الادلة التي تبررها واستجابتها لظلالاته، قد يشترك الفصاميون في سلوك غريب الأطوار بل وحتى عدواني، ويتميز الفصام بظاهرة الأفكار الشاذة والمعتقدات غير المعقولة التي تثبت في عقل المريض.**(ريهام حسين يوسف أبو فايد، 2016، ص55)**

وقد تتخذ في معظم الاحيان صورة أقل وضوحا وتنمو خلال فترة طولية، وتوخيا للدقة، يجب أن نشير إلى الأعراض بطيئة الحدوث التي تظهر بصورة متسللة، أو تظهر بصورة حادة نتيجة لعوامل مرسبة حادة.**(سيلفانو أريتي،1991، ص34)**

وهناك من الباحثين من يصنف الأعراض إلى الأعراض الايجابية والسلبية، تسمى بالأعراض الإيجابية تلك الإضافات غير المستحبة على الحياة العقلية، وتتسم بالبدء الحاد وتتصف باستجابة جيدة للعلاج بالمثبطات العصبية في حين أن الأعراض السلبية والتي تكون تابعة للبدء الحاد للاضطراب تتميز باستجابة سيئة للعلاج بالمثبطات العصبية وهذه الأعراض هي كالآتي:

**جدول رقم(01): يوضح الأعراض الإيجابية والسلبية لمريض الفصام.**

| الأعراض الإيجابية | الأعراض السلبية |
|---|---|
| -الهلوسات. | فتور وانشغالات جسمية |
| -أفكار هذيانية. | انسحاب اجتماعي وعاطفي. |
| - اضطراب في التفكير. | قلق- شعور بالذنب. |
| - فقدان الثقة.<br>- عناد-مقاومة. | ميل إلى الاكتئاب- بطئ حركي |
| -استثارة. | |

**(لكحل مصطفى وبن عمر عواج، 2012، ص24-25)**

ويوضح المرشد الطبي النفسي لتشخيص الأمراض النفسية والعقلية الصادرة عن جمعية الطب النفسي الأمريكية سنة(1980) أن هناك أشكالا مختلفة من الفصام وكل شكل منها يتميز بأعراض إكلينيكية مستقلة، على أن هناك مع ذلك خصائص عامة تجمع بين الاضطرابات الفصامية يجملها المرشد الطبي فيما يلي:

وجود هواجس لا أساس لها من الصحة أو الواقع كأن يعتقد المريض أن سلوكه تحكمه قوى خارجة عنه، أو أن أفكاره الداخلية تذاع على الهواء أو تنقل للأخرين بطريقة ما. ومن الهواجس التي وجد أنها تتملك الفصامي اعتقاده، أن أفكاره ومشاعره والاندفاعات التي تحكمه ليست من صناعته ولكنها دخيلة عليه من خلال قوى لا يستطيع السيطرة عليها، وتمارس سيطرتها عليه من خلال

عمليات خفية، أو من خلال الأجهزة والآلات ويطلق الأطباء النفسيون على هذا النوع من الاضطراب الفصامي: اضطراب في محتوى التفكير.**(نقلا عن عبد الستار ابراهيم و عبد الله عسكر، 2008، ص77)**

**3-9 الأعراض المبكرة للفصام:**

هناك مجموعة من أعراض الفصام قدمها علي عبد الرحيم صالح(2014) تتمثل في الاعراض المبكرة التي تمت ملاحظتها من قبل أسر مرضى الفصام، وقد لاحظوا بعض العلامات والتصرفات الغير طبيعية على المريض تتميز بالتدهور والانسحاب الاجتماعي، كما تختلف هذه الاعراض في عددها وشدتها من فرد لآخر.

قبل البداية الحقيقية للمرض تلاحظ الأسر عرض أو أكثر من الاعراض الآتية لدى أبنائها:

1. تدهور في النظافة الشخصية.
2. الاكتئاب.
3. النوم المفرط أو عدم القدرة على النوم او التقلب بين النقيضين.
4. الانسحاب الاجتماعي والعزلة.
5. التغير الفجائي في طبيعة الشخصية.
6. التدهور في العلاقات الاجتماعية.
7. الإفراط في الحركة أو عدم الحركة أو التقلب بين الحالتين.
8. عدم القدرة على التركيز او التعامل مع المشاكل البسيطة.
9. التدين الشديد أو الانشغال بالسحر والاشياء الوهمية.
10. عداء غير متوقع.
11. عدم المبالاة حتى في المواقف الهامة.

12. إساءة استخدام العقاقير والكحوليات.

13. الانفعال الحاد اتجاه النقد من الاسرة والأقارب.

14. النسيان وفقدان الممتلكات القيمة.

15. الضحك غير المناسب.

16. التصرفات الشاذة.

17. جرح النفس أو التهديد بإيذاء الذات.

18. البحلقة والنظر بدون رمش أو الرمش المستمر.

**19.** العناد وعدم المرونة .**(على عبد الرحيم صالح، 2014، ص414-415)**

## 4- معايير تشخيص الفصام

يعتمد تشخيص الفصام في المراجعة العاشرة على وجود أوهام(ضلالات) نموذجية أو هلاوس أو أعراض أخرى حددت فترتها الدنيا بشهر واحد.

وتقترح أغلب التقارير السريرية والمراجع أن الغالبية العظمى من المرضى الذين يعانون من ذهانات حادة تظهر فيهم الأعراض الذهانية خلال عدة أيام، أو على مدى أسبوع أو أسبوعين على الأكثر، وأن كثيرا منهم يشفى سواء بالعلاج أو بدونه في خلال أسبوع أو أسبوعين أو ثلاثة، ويبدو كذلك من المناسب أن نحدد شهرا واحدا كمرحلة انتقالية بين الاضطرابات الحادة التي تظهر فيها الأعراض الفصامية النمط كأحد الملامح، وبين الفصام نفسه.**( ICD/10، ص10)**

ويقوم تشخيص الفصام على مجموعة من الأعراض ذات التطور المزمن فلا يوجد عرض محدد وإنما الربط بين مجموعة متعددة من الأعراض التي تسمح بتشخيص الحالة قيد الفحص، كما أن عامل الوقت يلعب دورا مهما كون تطور الحالة يطرح أحيانا مشكلة إعادة التشخيص.**(كوروغلي محمد لمين،2017 ، ص423)**

وبالرغم من عدم التعرف حتى الآن على أعراض معينة تميز الفصام إلا أنه بالإمكان تجميع الأعراض لأغراض علمية، في مجموعات تتسم بأهمية خاصة في التشخيص، وكثيرا ما تحدث الأعراض معا، وهي كما يلي:

أ- صدى الأفكار، إدخال الأفكار أو سحبها، إذاعة الافكار.

ب- أوهام (ضلالات) التحكم أو التأثير أو اللافاعلية، التي تنسب بوضوح إلى حركات الجسم أو الاطراف أو الافكار أو الأفعال أو أحاسيس معينة، وإدراك وهامي(ضلالي).

ج-أصوات هلوسية تتعلق بشكل مستمر على سلوك المريض أو تتناقش فيما بينها بشأنه أو أنواع أخرى من الاصوات الهلوسية التي تأتي من بعض أجزاء الجسم.

د-أوهام (ضلالات) مستديمة ذات أنواع أخرى غير ملائمة للثقافة المحيطة ومستحيلة تماما، كتلك التي تتصل بالهوية الدينية أو السياسية، والقوى فوق البشرية والقدرات الخارقة( مثل القدرة على التحكم في المناخ أو الاتصال بمخلوقات غريبة من عالم آخر.

هـ- أوهام (ضلالات) مستديمة بأي شكل، عندما تصاحبها أوهام (ضلالات) إما سريعة الزوال أو نصف مكتملة بدون مضمون وجداني واضح، أو أفكار مستديمة مبالغ في قيمتها، أو عندما تحدث يوميا لمدة أسابيع أو شهور متصلة.

و-انقطاعات أو انحرافات في تسلسل الأفكار تؤدي إلى كلام غير مترابط أو لا معنى له، أو تعبيرات جديدة مستحدثة.

ز-سلوك جمودي مثل الثوران، أو الوضعة (posturi)أو المرونة الشمعية، أو المعاندة (negativism)أو الخرس أو الذهول.

ح- أعراض سلبية مثل الخمول فقد الاهتمام الشديد، وندرة الكلام ، والاستجابات الانفعالية المتبلدة أو غير الملائمة تؤدي هذه عادة إلى انسحاب وانخفاض في الأداء الاجتماعي، وينبغي أن يكون من الواضح أن هذه الأعراض السلبية غير ناجمة عن الاكتئاب ولا عن تعاطي الأدوية المضادة للذهان.

ط-تغير واضح ثابت في النوعية العامة لبعض جوانب السلوك الشخصي والذي يظهر على شكل فقد الاهتمام، انعدام الاهداف، فقد المبادرة، موقف الاستغراق الذاتي، والانسحاب الاجتماعي.(**ICM/10،ص 96.95**)

*** المعايير التشخيصية حسب الدليل التشخيصي الخامس (DSM5):**

أ-تواجد اثنين أو أكثر مما يلي على أن يوجد كل منهما لفترة معتبرة من الزمن خلال فترة شهر واحد أو أقل إذا عولجت بنجاح وأحدها على الأقل يجب أن يكون (١)،(٢)،(٣).

(١) أوهام.

(٢) هلاوس.

(٣) كلام غير منظم مثل الانحراف المتكرر أو التفكك.

(٤) سلوك غير منظم أو كاتاتوني بشكل صارخ.

(٥) أعراض سلبية أي تناقص التعبير العاطفي أو فقدان الإرادة.

ب- خلال فترة معتبرة من الوقت، ومنذ بداية الاضطراب، فإن مجالا أو أكثر من مجالات الأداء الوظيفي الأساسية كالعمل أو العلاقات الشخصية او الرعاية الذاتية هي بصورة جلية دون

المستوى المتحقق قبل النوبة أو الإخفاق في بلوغ المستوى المنتظر في العلاقات الشخصية أو الإنجاز الأكاديمي أو المهني عندما تكون البداية في الطفولة أو المراهقة.

ج- تدوم علامات الاضطرابات المستمرة ستة أشهر على الاقل. ينبغي أن تتضمن فترة الستة أشهر هذه شهرا من الاعراض ( أو أقل إذا عولجت بنجاح) والتي تحقق المعيار ب( أي أعراض الطور- النشط) وقد تتضمن فترات من الاعراض المبكرة أو المتبقية قد يتجلى الاضطراب أثناء هذه الفترات المبكرة أو المتبقية بأعراض سلبية فحسب، أو اثنين أو أكثر من الأعراض المدرجة في المعيار ب التي تكون موجودة بشكل مخفف مثال اعتقادات مستغربة، تجارب ادراكية غير مألوفة.

د- الفصام الوجداني والاضطراب الاكتئابي أو ثنائي القطب مع المظاهر الذهانية قد تم استبعادها وذلك بسبب:

١-لم تحدث نوبة للاكتئاب الجسيم أو لثنائي القطب بشكل متزامن خلال الطور النشط للأعراض.

٢-إذا حدثت نوبة مزاجية خلال الطور النشط للأعراض فقد كان حضورها لفترة قصيرة من الفترة الكلية للطور النشط والمتبقي من المرض.

هـ- لا يعزى المرض لتأثيرات فيزيولوجية لمادة مثل سوء استخدام عقار، دواء أو عن حالة طبية عامة.

و- إذا كان هناك تاريخ لاضطراب طيف التوحد أو اضطراب التواصل ذو البدء الطفلي، فالتشخيص الإضافي للفصام لا يوضع إلا كانت الأوهام أو الهلاوس بارزة، بالإضافة إلى كون

الأعراض الأخرى المطلوبة للفصام، قد وجدت لشهر واحد على الاقل أو أقل إذا عولجت بنجاح.(**DSM5، 2014، ص.ص45-46**)

## 5- أنواع الفصام

يمكن تقسيم الفصام إلى أربعة أنواع متمايزة، ولكن أحيانا يصعب وضع مريض معين في أي من هذه الانواع الاربعة، ولذلك يلجأ العلماء احيانا على وضع تصانيف أكثر من ذلك حتى تلائم مرضاهم.

1- الفصام البسيط (Simples Chizophrenia)

2- فصام الجمود والتخشبCatatonic أو الفصام التصلبي أو التخشبي.

3- الفصام الإضطهاديParanoid.

**4**- الفصام العاطفي Hebephrenic.(**عبد الرحمن العيسوي،2011، ص204**).

### 5-1-الفصام البسيط: (Simple Schizophrenia).

يعتبر هذا النوع أبسط الأنواع خطرا وشدة من حيث الدرجة يتسم أفراد هذه الفئة بالتبلد الانفعالي والانسحاب من العلاقات الاجتماعية وعدم الاهتمام بالجنس وعدم الاحساس بالمسؤولية والانخراط في صفوف المتشردين أو البغايا أو المجرمين، ويتصف سلوكهم بالاتكالية والاعتماد على الآخرين، ويفقدون اي حافز أو دافع للتحصيل أو الإنتاج وظهور تدهور عقلي واضح ، ويظهر الفصام البسيط بشكل تدريجي يبدأ بعدم الاهتمام واللامبالاة في كل شيء ثم فقدان الارادة والطموح والدافع وأخيرا تظهر الهذاءات والهلاوس ويصبح المريض في حاجة للعلاج.(**عطوف محمود ياسين، 1976، ص306**)

**5-2- الفصام الكاتاتوني: (Catatonie cSchizophrenia).**

وهذا النوع قد أصبح نادر الحدوث، ويتميز باضطراب حركة المريض فقد يصاب المريض بالتخشب والتصلب وقد يأخذ وضعا غريبا يضل متجمدا فيه لفترات طويلة كتمثال من الشمع، وقد يحدث في هذا النوع أيضا ذهول أو هياج شديد بدون سبب واضح.(**سناء نصر حجازي،2013،ص198**).

**5-3-الفصام الهيبيفريني( البلوغ-المراهقة).**

وتتجمع فيه كل أعراض الفصام ويبدأ هذا النوع في سن مبكرة ويزحف ببطيء ، وإن لم يعالج ينتهي بتدهور تام في الشخصية وأهم ما يميز هذا النوع.

أ- اضطراب التفكير صعوبة التركيز وعدم ترابط الأفكار، وخلل في التفكير المجرد، وهامشية الإجابة عن الأسئلة، والالتفاف حول المعنى.

ب- اضطراب الإرادة السلبية.

ت- اضطراب الوجدان من التبلد، والتجمد، إلى عدم التناسب الانفعالي.

ث- الضلالات المتغيرة وأحيانا الهلاوس السمعية.

ج- اضطرابات السلوك مع تصرفات اندفاعية تلقائية غريبة وغير مفهومة.

ح- تتأرجح بعض الأعراض القهرية الغامضة، وتتحول أحيانا إلى ضلالات وهلاوس.

خ- اختلال الآنية والعالم الخارجي حيث يبدأ المريض في الشعور بأنه قد تغير، وأن منظره وسيره وسلوكه ليس كما كان، وأن العالم حوله قد تغير ويبدأ في الاحساس وكأنه في حلم دائم.

**د-** يبدأ المرض أحيانا بطريقة غامضة قبل ظهور بعض الاضطرابات مثل: توهم علل بدنية، وتركيز على العادة السرية، أو الطمث أو الخوف من الامراض خاصة الدرن والسرطان، بل أحيانا ما يبدأ المرض بأعراض عصابية، أو زيادة وانحراف في الطاقة الجنسية.( **أحمد عكاشة، 1996،ص ص343-344)**

### 5-4- فصام البارانويدي(paranoid Schizophrenia):

ومرضى الفصام "البارانويدي" عادة أكثر ذكاء من مرضى الأنواع الأخرى، ومنذ بداية المرض نجدهم ميالين لشك، ولسوء تفسير الأشياء والأحداث من حولهم، على نحو يحط قدرهم أمام أنفسهم، فالشعور السائد لدي مريض الفصام البارنويدي تجاه نفسه يحال للخارج فورا، ويعود المريض فيدركه في صورة تقييم سلبي له من الآخرين، ويتميز هذا النوع بوجود ضلالات بشكل ظاهر، يصاحبها عادة هلاوس من الأعراض الفصامية الناتجة من اضطراب عملية التفكير ذاتها، وانسحاب العواطف، وقد تكون الضلالات من أي نوع، إلا أنه كثيرا ما يغلب عليها ضلالات الاضطهاد أو العظمة، وقد يصحبها ميل مرضي إلى فرط التدين، وقد يتخذ المريض موقف العدوان وتتفق أغلب تصرفاته مع محتويات ضلالاته، ولا تتدهور شخصية المريض بشكل واضح مثلما يحدث في الفصام" الهيبفريني" **(نهى سعدي أحمد مغازي،2011، ص.ص58-59)**

### 5-5-الفصام غير المميز:

هي حالات ذهانيه تستوفي الشروط العامة للفصام ولكنها لا تنطبق على أي نوع من الأنواع المذكورة من المؤشرات التشخيصية.

- يستوفون الشروط التشخيصية للفصام.
- لا يستوفون شروط النوع الزوراني (البارانويدي) أوفصام المراهقة أو التخشبي.
- لا يستوفون شروط الفصام المتبقي أو اكتئاب ما بعد الفصام. **(ابراهيم عبد الرحيم ابراهيم محمود،2008، ص13)**

### 5-6- الفصام الخيلائي:

هو نوع من الفصام يقل حدوثه عن بقية الأنواع الاخرى من الفصام ويتميز هذا النوع بالهذاءات والهلاوس دون اثر للاضطرابات الأخرى للفصام وأحيانا تكون شخصية المصاب متكاملة

مـع بعض الاستبصـار لدرجـة أن المـريض يحـاول تكـرار الأعراض والتـي لا تظهـر إلا اذا أثيـر اثـارة شديدة.

**5-7- الفصام الحاد:**

يتميز هذا النوع بظهور أعراض مسامية حادة فجائية يصحبها التشوش في الوعي، واختلاط التفكير والاحساس كأنه في حلم دائم وبتحول المعرفة وتنتهي هذه الحالة بعد أسابيع أو شهور دون تدهور، وقد تتحول إلى أنواع الفصام التي ذكرناها.

**5-8-الفصام الكامن:**

هو الذي تختفي فيه بعض الأعراض المعروفة للفصام فيعتمد على الإحساس بالسلوك الشاذ الغريب الذي ينتهجه المريض مع اضطرابات مقلقة للأنظار في الوجدان وقد يتعرض المريض لحالات تجمع ظواهر اكتئابيه أو أعراض مرح مع ظواهر الفصام، ويميل هذا النوع من الفصام الوجداني إلى نوبات متكررة

يشفى بعدها المريض.**(صالح حسن أحمد الداهري، 2010، ص80-79)**

**5-9-فصام الطفولة:**

تعد دراسة فصام الطفولة كنوع خاص من أنواع الفصام، دراسة حديثة ولكنها هامة للغاية وحتى سنوات قليلة ماضية كان الأطباء يترددون في تشخيص الأطفال كمرضى ذهان عقلية، ومازال كثيرا من الأطباء يتحاشى استخدام اصطلاح الفصام في وصف أمراض الأطفال ويفضلون استخدام اصطلاحين آخرين هما:

النزعة الذاتية ويقصد بها سيطرة النزعات الذاتية الشخصية للفرد وطغيانها على الحقيقة الواقعية، فكأن الفرد مغلق على ذاته، ويعيش في عالمه هو، أما الثانية فتشير إلى اختلاط الطفل بأمه والتصاقه بها، والاعتماد عليها وعدم قدرته على الحياة بدونها.

وفي كلا الاضطرابين نجد الأطفال الصغار يعانون من اضطراب حاد في الذات الوسطى، ويميل هؤلاء الأطفال في الصغر إلى المشاكسة والعدوان والمشاجرة والثورة والتهيج والسلوك الشاذ، ويلاحظ كذلك أن هؤلاء الأطفال يشعرون بالسعادة طالما كانوا يلعبون مع الدمى ولكنهم يلجؤون إلى البلادة بمجرد ظهور أي شخص آخر، ولقد لاحظت الأمهات هذا الانكماش على الأطفال حتى في سنتهم الأولى.

ويظهر هؤلاء الاطفال عجزا كبيرا في ربط الاجزاء بالكليات، فإذا كان الطفل يلعب بدميته ووضعت يدك عليها ومنعته من اللعب، فإن الطفل يحاول أن يزيح يدك فقط دون النظر إليك أو التفاهم معك، فلا يلاحظ إلا يدك فقط ولا يحاول أن ينسبها إليك، ولكن الهلاوس والهذيان لا يظهران في الطفولة المبكرة في هذا المرض ولكن العرض الشائع في معظم الحالات هو فقدان صفات الشخصية الدافئة، الصفات الانسانية ووجود حياة ميكانيكية آلية جافة.**(عبدالرحمن محمد العيسوي، 2011، ص214)**

### 5-10-فصام الشباب(hebephrinic type):

هذا النوع من الفصام يشبه النوع البسيط في كيفية بدئه وفي أعراضه لكنه يؤدي إلى التأخر العقلي بصورة أسرع، ويعاني المريض في هذا النوع من الفصام من اضطرابات في النشاط الحركي، أيضا قد يعاني المريض من هلاوس وأوهام واعتقادات خاطئة.**(طارق كمال، 2005، ص108)**

**5-11- النمط المتبقي(المترسب):**

هو نمط من الفصام يتميز بما يلي:

_ غياب سيادة الأوهام والهلاوس والكلام المشوش والسلوك الكاتاتوني المشوش بصورة ظاهرة.

_ وجود دليل مستمر من الاضطرابات كما يشار إليها بظهور الأعراض السلبية أو اثنين أو أكثر من الأوهام والهلاوس وتشوش الكلام أو التشوش الكاتاتوني والتسطح العاطفي، كما تظهر فيه المعتقدات الغريبة أو الشاذة وخبرات من المدركات غير العادية.**(مريم سليم، 2010، ص287)**

## 6- النظريات المفسرة للفصام

تعددت النظريات المفسرة للفصام وكل فسره حسب توجهه، وقد يكون الفصام راجع لتفاعل العديد من العوامل، نذكر منها الآتي:

**6-1-النظرية الوراثية:**

ينتشر مرض الفصام بين أسرة الفصامي بمعدل أعلى من نظيره في المجموع العام لسكان، كما لوحظ انتشار المرض بين التوائم المتشابهة(60%) أعلى منه بين التوائم المختلفة(11%) وهذا دليل على أهمية عامل الوراثة، ولم يتفق الباحثون على طبيعة هذا العامل الوراثي، هل مورث **(Gene)**أحادي أم متعدد وتجدر الإشارة إلى أن الفصام بوصفه مرضا ذهانينا لا يورث بل هو الاستعداد والتهيؤ والقابلية للإصابة بالمرض، والدليل على ذلك أن التوائم المتماثلة التي توافقت فيها الإصابة بالفصام(60%) ولو كانت الوراثة العامل الأساسي والوحيد لبلغت النسبة(100%) وقد أوجدت دراسة أجريت على الإخوة التوائم بوجود جينات تمثل الاستعداد للإصابة بالمرض في توائم من التوائم العينية(Identicaltwins) يصبح لديه احتمال أن يصاب بذهان الفصام إذا أصيب شقيقه

تعادل(42) ضعفا بالنسبة لغير التوائم من أبناء المجتمع العام، أما التوائم الأخرى(fratemaltwin) من نفس الجنس، فله نصيب يعادل (9) أضعاف، وعلى ذلك لا يمكن إنكار العوامل الوراثية في نشأة ذهان الفصام.(**عمرو سامي محمد أبو عقل، 2016، ص64**)

أكدت العديد من الدراسات دور الجينات في الفصام وفي الثلاثينات، في الدراسات الروتينية للجينات الفصامية لوحظ أن معدل الانتشار بين أفراد العائلة أكثر منه بين عامة الناس وتزداد كلما قربت صلة القرابة، وكشفت الدراسات التي أجريت على الأطفال الذين أخذوا من آبائهم الفصاميين وربوا في أسرة غير فصامية أن معدل الانتشار هو نفس المعدل كما ربوا مع آبائهم الأصليين، كما أن متابعة التوائم المتماثلة الذين تم فصلهم عن بعضهم وتمت تربيتهم في أماكن متباعدة أعطت نفس معدل الانتشار كما لو تم تربيتهم مع آبائهم، وللعامل الجيني أهمية في حدوث مرض الفصام حيث أن البيولوجيا الجزئية كشفت عن الارتباط بين موضع الكروموسومات والفصام، وأن أكثر من نصف الكروموسومات(18-11) والتصرف الكروموسومي(X19 )، ولكن عدم تطابق معدل الحدوث بين القوائم المتماثلة يشير إلى أهمية العوامل غير الجينية أيضا.(**ألاء منار أبو سلطان، 2019، ص44**)

**6-2-النظرية التحليلية والدينامية:**

ذكر سعد جلال (1994) وحامد عبد السلام زهران(2005) أن مدرسة التحليل النفسي ترجع مرض الفصام إلى الصراع المستمر بين الأنا الأعلى والهو مما يضعف سيطرة الأنا الأعلى على الشخصية ويضعف الأنا، ويخلق صراعا مستمرا بينه وبين العالم الخارجي، ويؤدي الفصام إلى الانفصام عن الواقع، مما يجعل المريض يمتص الطاقة الليبيدية للداخل بدلا من توجيهها للخارج، وينكص للمراحل الجنسية الأولى في حياة الفرد، وينكص لأنماط التفكير الطفلي، وينسحب إلى داخل

نفسها إلى المستوى النرجسي ويتمركز حول ذاته ويتجنب العلاقات الاجتماعية ويصبح انطوائيا ويفشل في التوافق مع البيئة الاجتماعية.**(اعتدال عبده فقير سيد أحمد، 2010، ص31)**

ترى نظرية التحليل النفسي أن ميل الفصامي إلى الالتجاء إلى السلوك الطفلي أو النكوص إنما ينتج عن خبرات انفعالية سلبية تحدث خلال السنوات الأولى القليلة من الحياة، كما يرون أن الموقف الذي يتخذه الآباء تكون له أهمية قصوى خلال هذه الفترة التي يتعين فيها على الطفل أن يواجه ما ينطوي عليه النضج من تحديات واحدا بعد الآخر فالآباء الذين يشجعون ما يقوم به الطفل من محاولات الاتقان والسيطرة والذين لا يتدخلون إلا عند الضرورة القصوى إنما يعينونه على أن يصل إلى أقصى النمو النفسي، على حين أن أباء الفصاميين، وخصوصا الأمهات، يظن بهم أنهم ينحرفون انحرافا ذا دلالة عن هذا المعيار، وتذهب نظرية التحليل النفسي إلى أن أمهات الفصاميين إما أن يكن منسلخات انفعاليا عن أطفالهن، وإما أن يكن مفرطات في حمايتهن لهم.**(شيلدون كاشدن، 1984، ص118)**

**6-3-النظرية السلوكية:**

يرى بافلوف أن ردود الفعل الفصامية تعود بشكل كبير إلى انتشار نوع من الكف الوقائي في المخ، ونظرا لضعف خلايا المخ عند الفصاميين تصبح المنبهات عادية وتؤدي بالتالي إلى تكوين الكف الوقائي، ويتكون الكف الوقائي عادة في القشرة ولكنه يصل إلى جذع المخ، وتتوقف الصورة الإكلينيكية على قوة ومدى عملية الكف، ويرى الماديون أن ردود الأفعال الفصامية الأساس فيها هو ضعف خلايا المخ ، والسبب في هذا الضعف يعود إلى تسمم الكائن الحي كله بما في ذلك المخ، واختلال العمليات الميتابولية وخاصة البروتينية، وسبب هذا التسمم مازال غير معروفا حتى الأن. والطفل الذي سيكون فصامي في المستقبل يتعلم ردود الفعل غير المناسبة، وطرق التفكير بتقليد الوالدين، الذين يعانون من مشاكل عاطفية، وينشأ ضعف في العلاقات الاجتماعية ويكون مثال

لضعف التعلم في الطفولة، ولازال السبب الحقيقي للفصام غير معروف، والاكثر اعتقادا أنه بسبب عوامل مختلطة نفسية وبيولوجية وتربوية واجتماعية، وتشير الدراسات إلى وجود ثلاثة أنواع من العلاقات بين الفصام والأحداث المثيرة للضغط،(**ريهام حسين يوسف أبو فايد، 2016، ص52**)

### 6-4-نظرية النورو عصبية:

الفرضية الدوبامينية: من خلال فحوصات تشريحية لأدمغة مرضى الفصام بعد الوفاة، تبين بأن مستقبلات مادة الدوبامين في الخلايا العصبية أكثر لدى مرضى الفصام من الناس العاديين، وكذلك فإن حساسية هذه المستقبلات لمادة الدوبامين أكثر منها عند الإنسان العادي، وكل هذه الدلائل تؤيد الفرضية الدوبامنية التي تقول بأن زيادة نشاط الدوبامين في العصب المركزي من خلال وسيلتين، زيادة الدوبامين في أماكن المشبكات العصبية بالإضافة إلى زيادة حساسية المستقبلات العصبية، وفي النظرية الدوبامنية للفصام تفترض أن الزيادة في مستويات مستقبلات الدوبامين في الجزء الظهري أو البطني للجسم وراء أعراض الفصام والخلل يكون في المسار الميزولونبي، حيث يكون هناك فرط نشاط الدوبامين على مستواه.( **مليوح خليدة، 2014، ص70**)

ودور النواقل العصبية في زيادة أو نقص نواقل عصبية(neurotransmitter) معينة أو تغيرها في المستقبلات قبل المشبكية أو بعدها، وزيادة معدل الدوبامين الذي يعتبر المسبب الرئيسي للفصام وذلك لزيادة إنتاجه وتخلق مستقبلات دوبامنية وزيادة نشاط الدوبامين أو تراكمه لنقص الأنزيم المؤكسد للأمينيات الأحادية MAO أو لزيادة حساسية المستقبلات بعد المشبكية للدوبامين، حيث أن مضادات الذهان التي تعد مثبطة لنشاط الدوبامين تقلل من الأعراض الذهانية، كما لوحظ زيادة النورآدرينالين في منطقة الدماغ الأوسط في مرضى الفصام، ونقص الجابا(GABA) وهي مثبطة خاصة في منطقة نواة accumbens مع زيادة الدوبامين في نفس المنطقة(**نبيل محمد محمد جودة، 2008، ص38**)

## 7-التشخيص التفريقي للفصام

- ويجب تفريق الفصام عن الذهان العضوي وأمراض المخ العضوية، حيث نجد أنه في الفصام يبقى الذكاء والذاكرة دون تدهور، وفي الذهان العضوي نلاحظ أعراضا جسمية واضحة.

- ويجب التفريق بين الفصام والهستيريا، حيث نجد في الهستيريا أن البدء فجائي والسبب واضح.

- ويجب التفريق بين الفصام والوسواس، حيث في الوساوس يقاوم المريض وساوسه شعوريا.

- ويجب التفريق بين الفصام وذهان الهوس والاكتئاب حيث في ذهان الهوس الاكتئاب يتغير الانفعال ويشتد بسرعة.

- ويجب التفريق بين الفصام واضطرابات الشخصية مثل السيكوباتية، حيث نجد في الأخير الاندفاع والانحراف ممتد الجذور إلى الطفولة.

- ويجب التفريق بين الفصام خاصة الفصام المبكر أو ما يسمى فصام المراهقة وبين اضطرابات مرحلة المراهقة وصراعاتها ومشكلاتها وما يشاهد فيها من الثورة والتمرد والعناد والتذبذب الانفعالي وغرابة السلوك والشذوذ.

- ويجب التفريق بين الفصام والصرع، فقد وجد العلماء أنه يوجد علاقة وارتباط وثيق بين هذين المرضين، ولوحظ أن الكثير من مرضى الصرع خصوصا الصرع النفسي الحركي، يعانون بعد فترة من أعراض شبيهة بمرض الفصام، وبالتالي اتجهت الآراء عن احتمال تشابه أسباب مرض الصرع ومرض الفصام ونحن نعلم أن السبب الرئيسي للصرع هو موجات كهربائية دورية شاذة في الدماغ، وأنه من الممكن أن يكون سبب الفصام أسبابا فسيولوجية كيميائية متشابهة لما يحدث في الصرع.(**علي عبد الرحيم صالح، 2014، ص433-434**)

- أمراض المخ العضوية: الأورام الدماغية، تصلب الشرايين، زهري الجهاز العصبي، التهاب السحايا والدماغ، الصرع، الإيدز.
- الذهان العضوي: بعض الحميات مثل الصفراء، التيفوئيد، الملاريا.
- ذهان الولادة.
- أمراض الغدد الصماء: كوشينغ، أديسون، نقص نشاط درق، علاج بالكورتيزون.
- استخدام عقاقير كيميائية:ل.س.د(Lysergicaciddithylamide)، مسكالين، كحول، كوكائين، هيروين، أمفيتامين.
- اضطراب وجداني ثنائي القطب(ذهان الهوس والاكتئاب).
- الفصام الوجداني: ترافق الاعراض الفصامية مع الأعراض الوجدانية.(**محمد إياد الشطي،2001، ص78)**

## 8- الأسرة ومرض الفصام

لقد توالت الملاحظات منذ أقدم العصور وحتى الان على أن المرض العقلي يقع في عائلات دون أخرى، وأنه إذا ما حدث في عائلة ما في جيل واحد فإن له أن يتكرر في أجيال لاحقة، وبأنه قد يصيب أكثر من فرد واحد، وقد فسرت هذه الظاهرة في الماضي. ومازالت تفسر الأن في الأقوام البدائية وبعض المجتمعات الأخرى، بأنها مسببة عن قوى خارقة لطبيعة سواء كانت إلهية أو شيطانية، وبأن العائلة التي يظهر من بينها مريض عقلي هي عائلة قد ارتكبت ذنبا أو عملا محرما، وأن عليها التكفير عنه بما يرضي هذه القوى الخارقة، وإلا ظل المرض ساريا أو منتقلا من جيل إلى جيل.

إن هذه المفاهيم حول أسباب المرض العقلي، سواء كانت بفعل القوى الخارقة أو بنتيجة الامتداد الوراثي، قد أدت بالضرورة إلى النظر إلى عائلة المريض أنها مشاركة للمريض ليس في سبب مرضه فحسب، بل بعض أعراض مرضه، ولهذا فإن العائلة ككل، وليس المريض وحده، هي المسئولة عن المرض، ومتهمة في أعين الناس بأنها تعاني منه، ومجتمع المريض يتوجه بالضرورة إلى ملاحظة المريض وعائلته أكثر مما يلتف إلى ملاحظة الاسوياء من الناس، ليس لأن أعراض المرض العقلي هي أعراض غريبة وشاذة فقط، وإنما لخشيته وخوفه من وجود المرض في نطاقه، ولعل المجتمع أكثر من المريض وعائلته يعود إلى الوراء ليذكر ويتابع تاريخ العائلة، كما ينظر إلى المستقبل ليرى امتداد المرض فيه.(**علي كمال، 1986، ص75**).

وقد يجر مرض الفصام نتائج خطيرة على مستوى العائلة كما أن تطور حالة العائلة تخضع لعوامل عديدة منها خطورة المرض، تركيبة وطريقة تفاعل الأفراد المختلفة لهذه العائلة فضلا على أن كل حالة هي نوعية في حد ذاتها، ويمكننا ملاحظة الكثير من القياسات المتماثلة لتأثير المريض على الحياة العائلية، غالبا ما تتواجد العائلات في ظروف متشابهة يكون فيها الأولياء في الخمسينات من أعمارهم ويكون الأولاد في سن الرشد أو اقل من ذلك، أين يخلق الذهان بلبلة في حياة المريض وفي حياة الوالدين على حد سواء.(**راضية حاج لكحل، 2018، ص76**)

وتتسم حياة مريض الفصام بالفوضى وعدم القدرة على التركيز والإنجاز، وصعوبة بالغة في إقامة علاقات اجتماعية اذا لم يكن في كثير من الاحيان هناك اضطراب وتشوش في العلاقة، بالإضافة إلى الأوهام والهلاوس التي ترافقه إن كانت سمعية أو بصرية أو غيرها.

وعليه فإن الأعراض التي تصاحب مرض الفصام العقلي لا تؤثر على المريض فحسب بل على أفراد أسرته والمجتمع المحيط به، وهي تؤدي إلى النفور منه لعدم فهم طبيعة الأعراض والاعتقاد أنه إحدى السلوكيات غير المقبولة التي يقوم بها المريض.

ومع تطور المرض واكتشاف العائلة لحقيقة المرض تبدأ رحلة الألم وخيبة الأمل في اكتشاف المجهول شيئا فشيء، والسؤال عن العلاج والدواء، وفي كثير من الأحيان تخطأ عائلات المرضى النفسيين في التوجه للجهات غير الصحيحة كالمشايخ وزيارة الأضرحة والكنائس لتلقي العلاج، معتقدين أنهم يقدمون لأبنائهم أفضل ما يمكن أن يقدموا آملين في شفائه بشكل سريع ونهائي.

وأسرة مريض الفصام هي أسرة تعاني من سلوك المريض والذي قد يضعها في موقف محرج أمام الأصدقاء والجيران والأقارب، وقد تضطرب حياة الأسرة وتتأثر علاقة الأبناء بآبائهم وبعضهم البعض، وكذلك علاقة الجميع بالمريض وهذا يؤدي إلى نفور الأسرة من المريض وعدم تقبلهم له بسبب المعاناة التي يشعرون بها وعدم قدرتهم على تحمل وفهم المريض أو لنقص المعلومات حول طبيعة المرض.

وأوضحت دراسة عبد الرحمن العيسوي(1999) أن هناك صورا عديدة للتدخل الأسري التي تساعد الأسر في التوافق أو التكيف، والاعتراف بالصعوبات التي تقابلها الأسر التي يوجد بها المريض الفصامي، وأن معظم البرامج تتضمن جانبا تربويا تعليميا لمساعدة أعضاء الأسرة لفهم الاضطراب وقبوله وعدم وضع توقعات غير واقعية للمرض.**(نقلا عن شادي عبد الله شحدة بريخ، 2014، ص72-73)**

## 9- علاج الفصام

لقد استغنى المجال الطبي عن الوسائل والتصورات البدائية حول المرض العقلي إذا شهد تطورا كبيرا في مجال العلاج عامة وعلاج الفصام خاصة من خلال الاعتماد على العلاج الكيميائي

باستخدام العقاقير الطبية، الصدمة الكهربائية إضافة إلى الاعتماد على الطرق والعلاجات النفسية التي كانت لها فعالية في هذا المجال، وما يجدر الاشارة اليه هو أن التكفل بالمرضى الفصاميين يتطلب:

1- مؤسسات استشفائية من خلال مستشفيات تستقبل المرضى يوميا.

2- مختصين اجتماعيين ومساعدين ومختصين نفسانيين.

3- الطبيب المعالج.

4- المحيط العائلي.**(لكحل مصطفى وبن عمر عواج، 2012، ص41)**

**9-1- العلاج الدوائي:**

ويشمل العلاج بمضادات الذهان(Antipychootic) :

**_ مضادات الذهان التقليدية:**

وهي مجموعة المهدئات الكبرى، ففي الحالات الحادة يفضل إعطاء الهالوبيريدول(Haloperido) الذي يعرف باسم هالدول(haldol) لتخفيف العدوانية وهو من مجموعة البيوتيروفينون(Butrophenone)، وكذلك إعطاء الكلوربرمازين(Chloropromazine) أو مايسمى لارجاكتيل(Largakti)

وهو لتخفيف الهياج العصبي، وفي الحالات المزمنة يفضل اعطاء علاجات طويلة المفعول عن طريق

الحقن العضلي وخصوصا في حالات عدم الطاعة العلاجية ويكون مفعوله من (2-4 أسابيع) مثل الفلوفينازين(Fluphenazine) وهو مايعرف باسم موديكيت(Modicate)

وهالوبيرودول(Haloperidol) وهو مايعرف باسم هالدول(Haldol) عن طريق الحقن.(**شادي عبد الله شحدة بريخ، 2014، ص82**).

- **مضادات الذهان غير التقليدية:**

كلوزابين _ أونلازايين_ رسبيريدون_ أميسليراید.

وتمتاز هذه العقاقير بأن أعراضها الجانبية أقل بكثير مقارنة بالأدوية التقليدية كما أن مرضى الفصام يتفاعلون مع هذه الأدوية بشكل جيد.(**عبد اللطيف حسين فرج،2009،ص179**)

**9-2- العلاج بالصدمة الكهربائية:**

تتمثل هذه الطريقة من خلال تمرير تيار كهربائي محدد الشدة عبر رأس المريض تتراوح قوة التيتر ما بين (70) إلى (130) درجة في مدة ما بين عشر ثانية إلى نصف ثانية، ويكون معدل الصدمة ما بين(8) إلى(12) مرة كل يوم أو يومين بما يتناسب مع الحالة المرضية، حيث يفترض أن الصدمة الكهربائية تغير من نشاط الهرمونات العصبية في أغشية خلايا المخ مما يعيد المريض إلى حالة توازن، والصدمة تقوم بتنبيه الهيبوتلاموس وبالتالي تؤثر على نسبة الهرمونات مما يؤدي إلى راحة مؤقتة لنشاط الدماغ ويستخدم هذا العلاج في الحالات الكاتاتونية وحالات الفصام المرفقة بالاكتئاب.(**لكحل مصطفى وبن عمر عواج، 2012، ص42**)

**9-3- العلاج النفسي:**

من أبرز العلاجات النفسية، الإيحاء، التطهير، الإقناع العقلي والاستبصار بالذات، ويعتبر كل من العلاج التدعيمي والعلاج السلوكي والمعرفي علاجات مكملة للعلاج الدوائي، فالعلاج النفسي يكون بعد شفاء

المريض حيث يفقد المريض الثقة بنفسه ويتبين له بأنه أصيب بمرض عقلي ويخشى نظرة المجتمع له ويبدأ في الانعزال مما قد يعرضه لنكسة أخرى.**(بغالية هاجر،2017، ص103)**

على الرغم من أن هناك العديد من أنواع العلاجات النفسية (الاقناع- العلاج السلوكي- العلاج الجشطالي) إلا أن العلاج الدينامي هو الذي يستخدم غالبا في حالات الفصام.

والعلاج النفسي الدينامي الذي يستخدم في حالات الفصام يختلف في عديد من النواحي عن التحليل النفسي الفرويدي بصورته التقليدية، إذا قد لا يتطلب أربع أو خمس جلسات أسبوعيا، وإنما يتم بخطة علاجية تحدد وفقا لاحتياجات المريض، وأول ما يقوم به المعالج النفسي مع مرض الفصام هو جمع معلومات تاريخ حياته في الحاضر والماضي كما يفعل معظم الأطباء عند أول مقابلة لمرضاهم، والمؤكد أنه من المهم للمعالج أن يعرف عن مريضه أكبر قدر من المعلومات، فهذه المعلومات التي بمقدور الأسرة والأصدقاء والزملاء، أو الأطباء الذين عالجوه سابقا، تزويده بها، تعتبر مفيدة للغاية، على أن الهدف الذي عليه أن يبتغيه عند أول مقابلة مع المريض هو أن يصل إليه أي يقيم معه رابطة شخصية عادية بقدر الامكان، فالمريض يكون شكاكا وبلا ثقة في الآخرين، ويعتبر أي سؤال يوجه إليه تدخلا في شؤونه الخاصة، أو جزء من مؤامرة أو محاولة لحرمانه من شيء يخصه وحده، وفي أحيان قليلة قد يعتبر الأسئلة بمثابة حيل دبرت له لإثبات أنه مريض، أو أنه يلزم عزله بمستشفى أمراض عقلية، أو أنه غير كفئ أو أنه يجب أن يحرم من حقوقه القانونية وتسلب منه حريته وممتلكاته، وعلى المعالج إقناع المريض أن دوره هو أن يساعده على فهم كثيرا من الأمور وخاصة تلك التي تتعلق بالمتاعب التي واجهها حديثا، أو الخبرات التي مر بها ولم يوافقه الآخرون على تفسيره لها لسبب أو لأخر.**(سيلفانوآرتي،1991، ص110-112)**

وقد يلجأ معالج الحالات الفصامية في المرحلة الأولى إلى طرق غير معروفة لم يجر عليها العرف فقد يمسك بيد المريض أو يربت على كتفه أو يمشي معه في الحديقة أو يلقى نظرة على كتاب معه، أو يتناول فنجان من القهوة معه، فإذا سمعت الاسرة بهذه الامور فعليهم أن لا ينزعجوا من تلك الممارسات التي تبدو خارجة النطاق العمل المهني وأن لا يتصوروا أن الطبيب والمريض يضيعان وقتهما.

فلا يستطيع المعالج النفسي التعامل مع الأعراض الأساسية للمريض إلا عندما يتحقق ذلك التفاهم الشخصي بينهما، فعلى المعالج أن يقوم بمعالجة ما يبدوا للجميع عدا المريض نفسه ضربا من الخيالات والتصورات، وهذا معناه اقتحام البؤرة المركزية للفصام، وليس من الضروري بالنسبة لأسرة المريض ولا للمريض نفسه أن يعرف طرق العلاج النفسي إلا في صورته العامة، وأحد تلك الطرق الشائعة أن نلفت نظر المريض إلى ما يفعله مع نفسه حين يفكر ويشعر على طريقته الخاصة، فإذا تعرف المريض على الميكانيزمات الخاصة التي يستخدمها، فيمكن أن يتعلم كيف يتصدى لها وإن كان ذلك أمرا صعبا في البداية.**(سيلفانوآريتي، 1991، ص ص113-114)**

**9-4- العلاج المعرفي السلوكي:**

دلت الدراسات على أن العلاج السلوكي المعرفي، فعال في التخفيف من أعراض الفصام وفي إمكانية اقتناع المريض بوجود المرض وضرورة العلاج بحيث يوجه هذا للمريض فاقد البصيرة، مما يؤدي بالتالي للالتزام أكثر في المعالجة الدوائية.**(ألاء عبد الرحمن رفيق لبشتاوي،2015، ص24)**

ويتضمن العلاج المعرفي السلوكي للذهان ست مراحل هي:

1-مرحلة الانغماس والتقييم.

2-تطبيق استراتيجيات المواجهة المعرفية السلوكية على الأعراض الذهانية.

3-مناقشة تعاونية لنموذج جديد للاضطراب الذهاني للمريض.

4-تطبيق الاستراتيجيات المعرفية السلوكية على الاعتقادات المرتبطة بالضلالات والهلاوس.

5-تطبيق استراتيجيات المواجهة المعرفية السلوكية على الافتراضات المختلة وظيفيا.

6-تطبيق استراتيجيات مواجهة العجز الاجتماعي والانتكاسة.**(عادل عبد الله محمد، 1999، ص406)**

**9-5- العلاج بالتقبل والالتزام:**

يعد العلاج بالتقبل والالتزام أحد نماذج مدخل العلاج السلوكي المعرفي الحديث والذي يستخدم الوعي والتقبل بدلا من استراتيجيات التغيرات المعرفية المباشرة، وتظهر التحليلات البعدية الحديثة للتجارب الإكلينيكية أن العلاج بالتقبل والالتزام مفيد في العديد من الاضطرابات، وأن حجم التأثير يفوق حجم تأثير العلاج السلوكي المعرفي التقليدي، وقد أجرى باتش و هايس( Bach &Hyes)(2002) أول تجربة عن العلاج بالتقبل والالتزام في علاج السكيزوفرينيا، وما يرتبط به من اضطرابات تتعلق بطيف الذهان، فقد تم تقسيم(80) مريضا لديهم الأعراض الذهانية عشوائيا إلى العلاج كالعادة(treatment as usual)،أو العلاج كالعادة بالإضافة إلى أربع جلسات فردية للعلاج بالتقبل والالتزام، تبدأ أثناء الايداع في المستشفى نتيجة الأمراض النفسية، تم تشجيع المرضى على تقبل الأحداث التي لا يمكن تجنبها، والملاحظة البسيطة للأعراض الذهانية لديهم بدون التعامل معها على أنها خطأ أو صواب، والتحديد والسعي نحو تحقيق الأهداف على الرغم من أي وجود لأي أعراض قد يمرون بها، تم جمع التقديرات الذاتية للتكرار، والقلق والاعتقاد بوجود الأعراض الذهانية في مرحلة ما قبل العلاج وفي مرحلة المتابعة بعد 4 أشهر، مع البيانات المأخوذة من السجلات الطبية،

أظهرت مجموعة العلاج بالتقبل والالتزام نتائج مرتفعة من الأعراض الذهانية، ولكن معتقدات منخفضة، مقارنة بمجموعة العلاج كالعادة فقط، وتم تفسير ذلك على أنه يوحي بأن المرضى في العلاج بالتقبل والالتزام قد تقبلوا أعراضهم الذهانية.**(كريج ستيل، 2014، ص284-285)**

**9-5- العلاج الأسري:**

إن التدخل الأسري من أهم العوامل الحديثة في العلاج وخفض نسبة التعرض للانتكاسة، فمعرفة الأسرة بالمرض وأسبابه واحتمالات الشفاء، وعدم النقد المستمر، وإحساس المريض بهويته، وطريقة تشجيعه على العمل والاختلاط دون تحد لقدراته، وأهمية الانتظام على تناول العلاج الدوائي، كل ذلك له الأثر الكبير على جودة حياة المريض بالفصام، وقد دلت الأبحاث الحديثة أنه بتعليم وتدخل الاسرة تنخفض النكسات بنسبة (40%).**(مريم محمد سالم الغمري، 2016، ص52)**

**9-6- العلاج الاجتماعي:**

الغرض من هذا العلاج الاجتماعي هو مصاحبة الفصامي عن قرب في تكيفه مع محيطه، إن مهمة العلاج الاجتماعي هو تأهيل المريض، وتتم عملية التأهيل على مستوى العديد من الهياكل المختصة أهمها، مراكز ما بعد العلاج، الورشات العلاجية، مراكز المساعدة عن طريق العمل، يساعد العلاج الاجتماعي على إدماج الفصامي مهنيا واجتماعيا بصورة نهائية وكلية، وأحيانا أخرى على إدماجه في وسط محمي **(بوفولة بوخميس، 2014، ص66)**

**10- مآل الفصام**

تحسن مآل الفصام كثيرا منذ اكتشاف علاج الرجفات الكهربائية، وحديثا مع استخدام الأدوية والعلاج النفسي أصبح المآل أحسن، وقد يحدث شفاء تلقائي في حوالي (5%) وقد يحدث تحسن

تلقائي في حوالي 25% من مرضى الفصام وأهم ملامح الشفاء هو الشفاء الاجتماعي وتدل الإحصائيات على أن حوالي ثلث مرضى الفصام يتوافقون اجتماعيا تماما إلى حد ما، والثلث الباقي يتدهورون أو ينتحرون أو يحتاجون إلى الايداع بالمستشفى مدى الحياة حين يزمن المرض ويكون التدهور العقلي المعرفي والخلقي أمرا لا مناص منه، هذا وتختلف فرص الشفاء من الفصام باختلاف درجة إزمانه.

ومرض الفصام من الأمراض التي تشاهد فيها النكسات أحيانا، وعلى العموم نجد أن نسبة الشفاء التام حوالي (25%) ونسبة الإزمان حوالي(25%) في مرضى الفصام، ويمكن لمرضى الفصام الذين يتلقون العلاج السليم الخروج من المستشفى في حدود(6-12) شهرا.(**حامد عبد السلام زهران،2005، ص542**)

ورغم أن الفصام مرض خطير وسيئ السمعة إلا أن هذا ليس قاعدة مطردة، وهناك علامات تشير إلى مآل حسن في بعض الحالات كما أن هناك علامات أخرى تدل على العكس، وهي كالتالي:

**_ مآل حسن:**

- البداية في سن متأخرة.
- البداية الحادة.
- المسار الدوري.
- الشخصية قبل المرض ناجحة وجافة عاطفيا واجتماعيا.
- ارتفاع نسبة الذكاء الذي استعمل في انجازات واقعية.
- وجود سوابق (تاريخ عائلي سليم) سليم أو فيه اضطرابات عاطفة (دورية).

- وجود عامل مرسب واضح هو الذي أظهر المرض.
- وجود علامات وأعراض إيجابية مثل أوهام(الضلالات) الزورية.
- عدم نموذجية أعراض الفصام تماما.
- الاحتفاظ بدرجة مناسبة من التفاعل الوجداني(العاطفي).
- وجود دعم أسري محصن وموفر للحنان في نفس الوقت.
- العلاج المبكر.
- العلاج التأهيلي المتكامل والمركز على استعادة العلاقة بالواقع وليس مجرد اختفاء الأعراض.

**مآل سيئ:**

- البداية في سن مبكرة (أوائل المراهقة).
- البداية المتدرجة.
- المسار المتفتر والمستمر.
- الشخصية قبل المرض هشة ومنغلقة وحساسة ومنعزلة.
- وجود سوابق (تاريخ عائلي) حافل وخاصة بحالات فصام، تدهورات أو اضطرابات شخصية لها مضاعفات جسمية.
- عدم وجود عامل مرسب precipitating ( المرض ظهر هكذا فقط).
- وجود علامات وأعراض سلبية مثل ضحالة الوجدان وفقد الإرادة.
- الافتقار إلى جو أسري ( واجتماعي) حازم ومسامح ومحتمل معا.
- التأخر في بداية العلاج.
- العلاج أحادي الشكل مثل الاقتصار على العلاج بالحقن طويلة المدى، أو مثل الاكتفاء بالعلاج النفسي العميق دون الأدوية المناسبة.(**أحمد شوقي العقباوي وآخرون، 1999 ،ص128)**

ومصير مرض الفصام في الوقت الحالي يختلف كلية عن مصير من كان عندهم مثل هذا المرض منذ ثلاثين عاما، بل يختلف إلى حد كبير عن الذين أصيبوا به منذ عشر سنوات، ففي كل دقيقة هناك بحث جديد وأفكار عن أنواع حديثة من العلاج، ونسبة معقولة جدا تشفى ونسبة أخرى تبقى لديها بعض الأعراض ولكنها تستمر في حياتها بصورة طبيعية في العمل والمنزل ومع الاصدقاء، ومثل أي مرض آخر يصاب به الإنسان فإن بعض الحالات تصبح مزمنة، والتشخيص المبكر والعلاج المنتظم لمدة عامين متصلين دون انقطاع يضمنان الشفاء بإذن الله لكثير من الحالات.(**عادل صادق، 2006، ص149**)

## خلاصة الفصل

من خلال هذا الفصل المخصص لاضطراب الفصام تبين لنا أن الفصام مرض عقلي خطير، يصيب الرجال والنساء بلا استثناء وقد حاولنا في هذا الفصل التطرق لأهم العناصر الملمة بهذا المرض، بغية تقديم صورة شاملة عن هذا الاضطراب، ويظهر لنا من خلال ما قدمناه أن الفصام مرض مزمن ويستدعي التدخل العلاجي السريع، وقد أثبتت الابحاث أن الفصام تتدخل فيه عدة عوامل منها الوراثية والنفسية، أو الخلل في كيمياء المخ، وغيرها من الأسباب، وقد يتخذ الفصام أشكالا عدة وصورا مختلفة ، ولاشك أن الفصام من الامراض الخطيرة التي تربك الأسر بحيث أن وجود فصامي في الأسرة يخلق اضطرابات داخل الأسرة، نتيجة تلك السلوكات الغريبة والشاذة والتي لا تفهمها الأسر، لكن تطور الطب وزيادة الاهتمام بالأمراض العقلية والفصام خصوصا أحرز تقدما واضحا في علاج الفصام إذا ما تم التدخل مبكرا مع تقديم العلاج المناسب بمختلف أنواعه سواء الدوائي أو النفسي والاجتماعي، اضافة إلى دور الأسرة في العلاج فهو مرض يحتاج إلى تكفل نفسي شامل كي يقلل من نسبة الانتكاس.

# الجانب التطبيقي

# الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة

**تمهيد**

**1- منهج الدراسة.**

**2- الدراسة الاستطلاعية.**

**3- حدود الدراسة.**

**4- مجموعة الدراسة.**

**5- أدوات الدراسة.**

**خلاصة الفصل.**

**تمهيد**

إن الدراسة الميدانية لا تخلو من الجانب التطبيقي الذي يعتبر جانب أساسي لدراسة الجانب النظري، وبعد تطرقنا في الجانب النظري إلى متغيرات الدراسة، سنتطرق في الجانب التطبيقي إلى التعرف على المنهج المستخدم والمجال الزماني والمكاني للدراسة، كذلك نذكر شروط اختيار العينة وخصائصها والتعرف على أدوات الدراسة التي تم تطبيقها على العينة المدروسة.

## منهج الدراسة

حتى يتأتى للباحث تحديد طبيعة المشكلة المدروسة وتحديد أبعادها فإنه لا بد عليه من اتباع منهج علمي سليم، والمنهج هو مجموعة القواعد والأسس العلمية التي تهدف للوصول إلى الحقيقة، حيث تقول رجاء محمود أبو علام بأن المنهج هو التصميم والخطة التي يضعها الباحث على البيانات وتحليلها بغرض الوقوف على طبيعة مشكلة الدراسة.**(رجاء محمود أبو علام،2004، ص4)**.

وقد اعتمدنا في دراستنا على المنهج الاكلينيكي( العيادي)، حيث نشأ هذا الأخير من الإتلاف ما بين تيارين هما علم النفس الطبي وعلم النفس التطبيقي القياسي، ذلك أن المرض ليس حالة يستحيل استحداثها تجريبيا من حيث المبدأ، ومن هنا كانت ضرورة اللجوء للجوء في تناول منهج خاص هو المنهج الاكلينيكي،**(محمد عبد الطاهر الطيب،2001، ص234)**.

ويرى فرج عبد القادر طه(2000) أن المنهج الاكلينيكي هو التركيز على دراسة الحالة الفردية التي تمثل الظاهرة المراد دراستها وخاصة ظواهر الاضطرابات الشخصية والأمراض النفسية أو المشكلات الاجتماعية والانحرافات الخلقية والشذوذ الجنسي وغيرهما، وبعبارة أخرى فالطريقة الاكلينيكية تمثل إجراء بحث تفصيلي شامل ومتعمق عن شخص واحد، ويعتبر من أدق المناهج في دراسة الظواهر النفسية، حيث يقوم الباحث باستخدام أدوات البحث النفسي المختلفة والتي تمكنه من دراسة الحالة دراسة شاملة ومعمقة، ويكشف عن كينونة وانفعالات العميل.**(فرج عبد القادر طه،2000، ص91)**

إذن فالمنهج الإكلينيكي يعتمد على دراسة الحالة وهو منهج يسمح لنا بمعرفة تاريخ الحالة وجمع المعلومات والبيانات وهو المناسب لبحثنا وقد استخدمنا هذا المنهج في هذه الدراسة مع حالات مرافقين مرض الفصام.

## الدراسة الاستطلاعية

- لقد قمنا بدراسة استطلاعية قبل الشروع في التطبيق الميداني والهدف الرئيسي منها يتمثل في ضبط متغيرات بحثنا والتأكد من توفر العينة في الميدان( مرافقي مرضى الفصام)، ومعرفة مدى امكانية تطبيق مقياس الصحة النفسية لسيدني كراون وكرسب، حيث قمنا بإجراء مقابلة عياديه مع عينة من المرافقين وتتمثل في المقابلة العيادية نصف الموجهة وكذا تطبيق مقياس الصحة النفسية لسيدني كراون وكرسب، وقد ساعدتنا الدراسة الاستطلاعية في ضبط محاور المقابلة، بالإضافة إلى معرفة الوقت الذي تستغرقه المقابلة، ومعرفة مدى استجابة وتقبل العينة لإجراء المقابلة معهم، كما سمحت لنا هذه الدراسة برصد أهم الصعوبات المتوقعة والمتمثلة في:

- عدم امكانية اجراء أكثر من مقابلة مع الحالات لجمع أكبر قدر من معلومات.
- في بعض الأحيان نضطر لقطع المقابلة مع الحالة نتيجة المضايقات التي تصدر من المريض اتجاه الحالة.
- ضيق الوقت.
- تغير مكان اجراء المقابلة لعدم توفر الحالات في مكان واحد.

كما أتاحت لنا هذه الدراسة فرصة مراجعة فرضيات الدراسة ومدى امكانية تطبيقها في الميدان وقد تبين لنا مدى حاجة المرافقين على التفريغ وهذا ما شجعنا في الاصرار على إكمال بحثنا المتمثل في الصحة النفسية لدى مرافقي مرضى الفصام.

**حدود الدراسة**

**3-2- الحدود الزمانية:** استغرق زمن إجراء بحثنا في الفترة الممتدة بين 2021/03/21 إلى غاية2021/03/31.

**3-2 الحدود المكانية:**

- قمنا بإجراء الدراسة بمركز الوسيط لعلاج المدمنين حي ولد الطيب_ الغزاغزة_ المدية(-C.I.S.A) وهو مركز خاص بعلاج الإدمان بكل أنواعه ومراحله التي تم إنشاؤه بموجب القرار الوزاري رقم (98) المؤرخ في (17) مارس (2004) الخاص بالإنشاء ومهام المركز الوسيطية، لعلاج المدمنين وهو تابع للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية الزبيرية_ المدية، تحت غطاء مديرية الصحة والسكان لولاية المدية، يقوم بالإشراف على المركز متخصصون في شتى المجالات، ويتوفر على مكتبين(02) للطب العام، مكتبين (02) للطب النفسي ، مكتبين (02) أخصائيين نفسانيين وأخصائية اجتماعية بالإضافة إلى قاعة العلاج والتضميد، قاعة للنشاطات البيداغوجية ومخبر.

- العيادة المتعددة الخدمات، الشهيد حساك علي- حي بوتريفيس- الجلفة.

**مجموعة الدراسة**

أجرينا هذه الدراسة على عينة مرافقي مرضى الفصام والمتكونة من (13) حالة.

**4-1- معايير اختيار مجموعة الدراسة:**

لاختيار فرد ضمن مجموعة دراستنا يجب أن تتوفر فيه الشروط التالية:

- أن يكون المرافق من أفراد أسرة المريض.
- أن تتجاوز مدة المرافقة أكثر من سنة.

- علما أنه تم اختيار العينة من كلا الجنسين.
- أن يتراوح سنهم ما بين (30-63)سنة.

**2-2 خصائص العينة:**

- **جدول رقم(02) يبين خصائص الحالات:**

| الحالة | السن | المستوى التعليمي | الحالة الاجتماعية | الحالة الاقتصادية | درجة القرابة | مدة الاصابة بالمرض |
|---|---|---|---|---|---|---|
| عائشة | 53 سنة | ابتدائي | متزوجة | متوسطة | زوجة المريض | 7 سنوات |
| عبد الرحمان | 42 سنة | الرابعة متوسط | متزوج | متوسطة | زوج المريضة | 11 سنة |
| أم محمد | 53 سنة | ابتدائي | مطلقة | ضعيفة | أخت المريض | 39 سنة |
| نبيلة | 35 سنة | متوسط | متزوجة | متوسطة | زوجة المريض | أكثر من 10 سنوات |
| نعيمة | 46 سنة | ثانوي | عزباء | متوسطة | أخت المريض | 27 سنة |
| خيرة | 50 سنة | غير متعلمة | متزوجة | متوسطة | أم المريضة | 4 سنوات |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| محمد | 52 سنة | غير متعلم | متزوج | ضعيفة | أخ المريضة | 30 سنة |
| مريم | 42 سنة | جامعية | عزباء | متوسطة | أخت المريضة | 10 سنوات |
| فاطمة | 48 سنة | ابتدائي | متزوجة | متوسطة | أخت المريض | أكثر من 10 سنوات |
| سعاد | 30 سنة | ثانوي | عزباء | متوسطة | أخت المريض | أكثر من عشر سنوات |
| نورة | 63 سنة | غير متعلمة | متزوجة | متوسطة | أم المريضة | 23 سنة |
| كمال | 31 سنة | ثانوي | أعزب | متوسطة | إبن أخت المريضة | أكثر من 10سنوات |
| مليكة | 53 سنة | ابتدائي | عزباء | متوسطة | أخت المريضة | أكثر من 10سنوات |

نلاحظ من خلال جدول رقم( 02) أن العينة تحتوي ذكور واناث حيث بلغ عدد الذكور(03) وبلغ عدد الاناث(10)، وقد تراوحت أعمارهم ما بين(30-63) سنة، يتبين من خلال الجدول أن المستوى التعليمي كان متفاوتا ما بين ابتدائي، متوسط وثانوي، يوجد 3 حالات لم تتمدرس أبدا فيما توجد حالة واحدة لديها مستوى عالي(جامعي)، وفيما يخص الحالة الاجتماعية فيوجد 5 حالات غير متزوجين و7 حالات متزوجين وهناك حالة واحدة مطلقة. أما

الحالة الاقتصادية فكانت متوسطة ماعدا حالتين كانت حالتهم الاقتصادية ضعيفة، أما درجة القرابة التي بين الحالات والمرضى يوجد06 حالات تربطهم صلة الأخوة، حالتين أمهات للمريض، حالتين زوجات للمريض، وهناك عبد رحمان وهو زوج المريضة وحالة واحدة هو ابن أختها، ويظهر من خلال الجدول أن مدة المرض تراوحت ما بين 4 سنوات الى أكثر من 10 سنوات. مع العلم أننا أردنا وضع مدة المرافقة لمريض الفصام إلا أننا وجدنا صعوبة في ذلك، فكتفينا بمدة الاصابة.

## أدوات الدراسة

يحتاج الباحث إلى أدوات معينة لجمع البيانات والتي من خلالها يستطيع قياس الظاهرة موضوع الدراسة، ونظرا لمتغيرات الموضوع وطبيعته تم الاعتماد على الأدوات التالية:

- المقابلة العيادية نصف الموجهة.
- مقياس الصحة النفسية لسيدني كراون وكرسب.

### 4-1- المقابلة العيادية نصف الموجهة:

لقد اخترنا المقابلة العيادية نصف الموجهة لأنها المناسبة لدراسة الحالة، إذ تمكننا من جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات حول أفراد عينة الدراسة، وهم مرافقين مرضى الفصام.

حيث ترى **شيلاند** أن المقابلة العيادية نصف الموجهة ليست مقابلة حرة ولا مقابلة مقيدة، بل تقع بين الاثنين حيث يكون دور الفاحص الاستماع إلى المفحوص، ويتدخل لغرض توجيهه وهذا النوع من المقابلة يسمح للمفحوص بالتعبير بكل ارتياح وطلاقة وتشجيعه على الكلام،**(مصطفى عبد المعطي،2003،ص)**.

ويتضمن دليل المقابلة نصف الموجهة الذي أعددناه المحاور التالية:

**4-1-1. المحور الأول: معلومات المرافق حول المرض.**

تتضمن أسئلة حول المعلومات التي يحملها المرافق عن المرض(الفصام).

**4-1-2. المحور الثاني: تصورات المرافق حول المريض.**

يتضمن أسئلة حول تأثيرات المرض على المريض.

**4-1-3. المحور الثالث: الحالة النفسية للمرافق:**

معرفة الحالة النفسية للمرافق.

**4-1-4. المحور الرابع: العلاقات الاجتماعية للمرافق.**

الهدف من هذا المحور هو التعرف على رأي المرافق في العلاقات الاجتماعية.

**4-1-5. المحور الخامس: رأي المرافق حول العلاج.**

يدور حول رأي المرافق في طريقة العلاج المتبعة مع الحالة.

**4-1-6. المحور السادس: وجهة نظر المرافق المستقبلية:**

يتضمن أسئلة حول نظرة المرافق المستقبلية بوجود المريض الفصامي.

**4-2. مقياس الصحة النفسية لسيدني كراون وكريسب:**

تم بناء هذا المقياس نتيجة الحاجة الماسة والملحة للعثور على تقنية ذات كفاءة عالية لدراسة المرض النفسي والعصابي، حيث ظهرت هذه الحاجة من خلال البحث العيادي والممارسة العيادية ولقد استخلص الباحثان **سيدني كراون وكريسب**(1966)، سلسلة من

المقاييس الفرعية استنادا إلى الخبرة الاكلينيكية تهدف إلى التعريف السريع والثابت للاضطرابات العصابية والانفعالية التالية:

القلق، الفوبيا، الوسواس القهري، القلق الجسمي، الاكتئاب، الهيستيريا.

يتكون هذا المقياس من ثمانية أسئلة لكل مؤشر، وبهذا يكون مجموع الأسئلة الكلي (48) سؤال وقد استعمل هذا المقياس كأداة للبحث مع الأشخاص الذين يعانون من الأعراض البدنية أو من الاضطرابات الشخصية، ويركز الهدف الرئيسي للمقياس في توفير تقديرات لتشخيص الأمراض الكمية السيكو عصبية.

**4-2-1. الخصائص السيكومترية للمقياس:**

استثار هذا المقياس عددا كبيرا من الدراسات أجريت على عينات كبيرة من الأشخاص المرضى والأصحاء من العمال والممرضين وصل عددهم إلى (9000) لاختبار خصائصه من جهة ولاختبار صلاحيته لأغراض البحث من جهة أخرى، منها دراسات **كريسب بريست**(1971) **وكراون** وجماعته(1970) **وهويل** و**كراون**(1970) و**كريسب** وجماعته في (1978).

خلصت جميعها إلى أن المقياس عموما أداة ثابتة وصالحة لتقدير الاضطرابات النفسية العصابية للبحث الأكاديمي و الممارسة العيادية، يمكن الاستفادة من المقياس بطريقتين في الممارسة العيادية وهي:

1- التعامل مع المقياس ككل في جميع مقاييسه الفرعية للوصول إلى بروفيل نفسي للصحة النفسية.

2- 1التعامل مع كل مقياس فرعي على انفراد للوصول إلى تشخيص محدد لكل اضطراب من الاضطرابات الستة التي يحتويها المقياس.

**4-2-2.ثبات المقياس:**

يقصد بثبات المقياس أن تكون أدوات القياس على درجة عالية من الدقة والاتقان والاتساق والاطراد، فيما تزودنا به من بيانات عن سلوك المفحوص، ويرى علام (2000) إنه متى كانت أداة القياس خالية من الأخطاء العشوائية، وكانت قادرة على قياس المقدار الحقيقي للسمة أو الخاصية المراد قياسها قياسا متسقا وفي ظروف مختلفة ومتباينة، كان المقياس عندئذ مقياسا ثابتا.**(سوسن شاكر مجيد، 2014، ص124)**

تم التأكد من الثبات بواسطة طريقة (معامل ألفا كرومباخ) وكانت النتائج كما هي مبينة في الجدول.

الجدول رقم (03) :نتائج معامل ثبات الصحة النفسية بطريقة ألفا كرومباخ.

| الأداة | عدد الفقرات | معامل ألفا كرومباخ | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|
| **مقياس الصحة النفسية** | **48** | **0.86** | **0.1** |

نلاحظ من خلال الجدول السابق أن معامل ثبات مقياس الصحة النفسية بطريقة الاتساق الداخلين وفق معادلة ألفا كرومباخ كان مساويا(0.86) وهي قيمة دالة عند نسبة الدلالة (0.01) مما يؤكد تمتع المقياس **بمستوى جيد من الثبات.(سامية شويعل، 1994،ص63)**

**4-2-3. صدق المقياس:**

تم تطبيق المقياس بصورته العربية التي قامت بترجمتها أمال معروف تطبيقا فرديا، وقد تم عرض هذه البنود على لجنة التحكيم التي تتكون من ثلاثة أساتذة في علم النفس وثلاثة أساتذة في اللغة الإنجليزية بجامعة بغداد، وكان هناك اتفاق كبير على دقة الترجمة والصياغة ثم أعيدت للتأكد من التماثل في المعنى مع البنود الأصلية.(سامية شويعل،1994،ص66)

**4-2-4. تعليمة المقياس:**

إليك بعض الأسئلة البسيطة التي تتعلق بحقيقة شعورك يرجى وضع علامة (x) على العبارة التي تنطبق عليك.

4-2-5. **طريقة تطبيق وتصحيح مقياس الصحة النفسية:**

يمكن تطبيق المقياس بطريقة جماعية او فردية ويعتمد التصحيح على سلم تنقيط متدرج يتكون من نقطتين في بعض الاسئلة وهي من (0-1) حيث تشير الدرجة (0) إلى عدم وجود العرض وتشير الدرجة(01) إلى وجوده في بعض الاحيان والدرجة (02) إلى وجوده دائما.

الاسئلة التي يتم تنقيطها من (0-1)عددها(27) وهي تحمل الارقام التالية :(9 ،12 ،17، 19 21 ،22، 23 ،24، 26، 27 ،31، 32 ،33، 34، 36، 37 ،38، 40 ،42، 47، 48 ،1، 3، 5 ،6، 10)

ويتم تنقيط الاسئلة الباقية بين (0-2) وعددها (21) وهي تحمل الارقام التالية : (2 ،4 ،7، 8 11، 13، 14، ،15 ،16، 20، 25 ،28، 29، 30 ،35، 39 ،41، 43 ،44، 45، 46 )

وتتكون القائمة من (48) سؤال تقع في ستة مقاييس فرعية ويتكون كل مقياس فرعي من (08) أسئلة هي:

-أبعاد القلق: وهي الأسئلة التي تحمل الأرقام (01،07،13،19،25،43،37،31).

-أبعاد الفوبيا: وهي الأسئلة التي تحمل الأرقام(14،20،26،32،38،44،02،08).

-أبعاد الوسواس القهري: وهي الأسئلة التي تحمل الأرقام( 45،03،09،15،21،27،33،39).

-أبعاد القلق البدني: وهي الأسئلة التي تحمل الأرقام(40،34،28،22،16،10،04،46).

-أبعاد الاكتئاب: وهي الأسئلة التي تحمل الأرقام(47،41،35،29،23،17،11،05).

-أبعاد الهستيريا: وهي الاسئلة التي تحمل الأرقام(06،12،18،24،30،36،42،48).

وقد استعمل المقياس كأداة للبحث عن الاشخاص الذين يعانون من الأعراض البدنية، أو من اضطرابات الشخصية أو الأمراض العصبية، ويركز الهدف الرئيسي للمقياس في توفر تقديرات كمية لتشخيص الأمراض السيكولوجية العصبية.

ويتم جمع الدرجات التي يتحصل عليها المفحوص على كل مقياس فرعي على انفراد أو على المقياس بجميع المقاييس الفرعية وكلما ارتفعت الدرجات الكلية للمقياس كان ذلك مؤشر على وجود اضطراب في الصحة النفسية، حيث يشير انخفاض الدرجة إلى الخلو من الاضطراب، كما أن ارتفاع الدرجة في كل مقياس فرعي يشير إلى وجود الاضطراب في مجال هذا المقياس، في حين يشير انخفاضها إلى عدم وجود الاضطراب.

إن أعلى درجة في المقياس هي (69) درجة وبتقسيمها على اثنان نتحصل على متوسط وسط العلامة ب(34.5) ومنه إذا كانت الدرجة التي يتحصل عليها المفحوص أكبر من (34.5)، هذا دليل على اضطراب الصحة النفسية، وإذا كانت الدرجة المتحصل عليها أصغر من (34.5) فإن هذا يشير إلى انخفاض في وجود أعراض الاضطرابات النفسية وإلى صحة نفسية جيدة.

## خلاصة الفصل

لقد تم التطرق في هذا الفصل إلى المنهجية المتبعة في الدراسة من أجل قياس الصحة النفسية لدى مرافقي مرضى الفصام، حيث تم استخدام المنهج العيادي القائم على دراسة الحالة، والذي يعتبر الطريقة المعتمدة في معظم دراسات علم النفس الاكلينيكي والأنسب لجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات.

وقد تضمن هذا الفصل الدراسة الاستطلاعية التي مكنتنا من ضبط متغيرات الدراسة والاعتماد على المقابلة العيادية نصف الموجهة، التي تعتبر من أبرز أدوات البحث العلمي في علم النفس العيادي، وتطبيق مقياس الصحة النفسية لسيدني كراون وكريسب الذي يساعدنا في معرفة الصحة النفسية لمرافقي مرضى الفصام، ويتم في الفصل الموالي عرض وتحليل نتائج الدراسة ومناقشتها وتفسيرها في ضوء فرضيات الدراسة.

# الفصل الخامس: عرض الحالات ومناقشة الفرضيات

**1**- عرض الحالات.

- عرض الحالة الأولى

- عرض الحالة الثانية

-عرض الحالة الثالثة

-عرض الحالة الرابعة

2- مناقشة الفرضيات:

2-1 مناقشة الفرضية العامة

2-2 مناقشة الفرضيات الجزئية:

مناقشة الفرضية الأولى

مناقشة الفرضية الثانية

مناقشة الفرضية الثالثة

الاستنتاج العام

## عرض الحالات ومناقشة الفرضيات

قدمنا في هذا الفصل13 حالة كان التحليل لأربع حالات تحليلا مفصلا ، أما الحالات الأخرى قدمنا فيها أهم المعلومات لتفادي الإطالة في الجانب التطبيقي.

## 1-عرض الحالة الأولى

### 1-1 تقديم الحالة:

تبلغ عائشة من العمر53 سنة متزوجة وأم لأربعة أولاد وأحد أولادها الاربعة متوفي منذ سبع سنوات، الوضع الاقتصادي للعائلة متوسط، أما المستوى التعليمي للحالة فهو ابتدائي، حضرت السيدة عائشة مع زوجها المصاب بالفصام والبالغ من العمر 55 سنة، تمت المقابلة معها في أحد المراكز بولاية المديةٍ بتاريخ2021/03/22، لمدة 35 دقيقة. قمنا بتطبيق مقياس الصحة النفسية **لسيدني كراون وكريسب**، وكانت الحالة متجاوبة معنا من خلال الاجابة عن كل أسئلتنا وعندها رغبة في إجراء المقابلة وهذا ما قالته: "**أنا تاني عندي بنتي كيما نت نعاونكم باش تلقى بنتي ليعاونها**". إلا أنه ظهر عليها بعض القلق عن زوجها الذي ينتظرها بالقاعة واضطرت إلى قطع المقابلة لتطمئن عنه.

**1-2 عرض وتحليل نتائج المقابلة نصف موجهة.**

**محور معلومات المرافق حول الفصام.**

عائشة لا تعرف شيئا عن طبيعة مرض زوجها فحين سألناها ماذا تعرفين عن مرض زوجك قالت" نعرف أنو جاتو صدمة لما مات وليدو" ولما سألناها هل سمعت من قبل عن الفصام قالت "قالولي عن مرضه لكن نسيت".

**محور تصورات المرافق حول المريض**

من خلال سرد السيدة عائشة لقصتها فقد عانت قبل مرض زوجها مع ابنها المتوفي والذي كان يعاني من الصغر من الفشل الكلوي، تسرد قصتها عائشة وهي تتنهد "أنا من بكري وأنا نعاني عانيت مع وليدي وسوفريت معاه كان مريض بالكلى وكنت نضطر نديه لبني مسوس باش يعالج، عشرين سنة وهو مريض توفى في (2014) ومن هذاك الوقت مرض باباه"، وحسب ما ذكرت الحالة أنه تعرض لصدمة ناتجة عن وفاة ابنه وله سبعة سنوات منذ أن أصيب بالمرض تقول "رغم أني كنت أنا مع ابني وهو ماعلابالوش أنا نديه لطبيب لكن لما مات ماتحملش"، تقول لنا عائشة "زوجي مكاش يتبع ابني وهو مريض" تقول "راجلي مكانش يقرب لوليدو، ويوم ليتوفى ابني ماجاش زوجي معانا قتلو علاه ابنك راه يموت ونت قاعد فدار، كنت متحملة أنا المسؤولية"، عائشة عانت من إهمال زوجها وعدم تحمله المسؤولية خاصة مع مرض ابنها الذي أثقل كاهلها.

ترى عائشة أن علاقتها مع زوجها علاقة عادية لم تتغير بعد مرضه،"علاقتي معاه كانت عادي كيما أي زوج وزوجة وهو وليد خالتي"، يبدو أن عائشة عانت من تصرفات ابنها المتوفي حيث صرحت أن ابنها صار عدواني معها ومع زوجها "كان يقولنا علاه جبتوني مريض وحتى دعيت ربي

لأنو رجع يكسر كلش لما يزعف"، من خلال ما روت لنا عائشة، فهي تعبت نفسيا من تصرفات ابنها مما جعلها تتمنى له الموت حتى ترتاح من ذلك التعب وهذا ما يفسر حالة اليأس التي وصلت لها الحالة.

تقول عائشة عن بداية مرض زوجها ومنذ وفاة ابنه بدأت تلحظ عليه تصرفات غريبة "رجع يلبس لبسة ماكانش يلبسها، يروح للبحر وقبل ماكانش يروح يحب يزهى، يشطح فطريق"، لما رأت عائشة تصرفات زوجها الغريبة أصيبت في البداية بالذهول وهذا ما دفعها لأن تأخذه عند الطبيب، وكما أخبرتنا السيدة عائشة أن زوجها دخل المستشفى مرتين لأن حالته كانت تستدعي ذلك تقول عائشة «لما دخل سبيطار دارولو تشكة فشل ورجع ماينوضش قريب مات وزاد طرطق عرق في راسو". حسب ما ذكرت عائشة أن دخوله المستشفى أثر على حالته سلبيا.

عائشة تشعر بالحزن لحالة زوجها فهي ترى أن مرضه أثر عليه سلبا من خلال نظرة الناس إليه "زوجي راحتلو الهيبة نتاعو ليكانت عندو وشخصيته ولما تروحلك الهيبة ناس ماتقيمكش". وحسب ما ذكرت الحالة لم يكن عنيف معها ولا مع نفسه وهي متقبلة لمرضه تقول عائشة "مزالني محافظة عليه كيما بكري، ونظرتي ليه ماتبدلتش لأنه ماأذانيش باش مايقولوش كي مرض راجلها دارت رايها".

الحالة هي دائما من تحضر معه إلى الطبيب إلا اذا كانت مريضة يأتي لوحده، تقول عائشة "أنا لازم نجيبو لطبيب مانحبش نخليه وحدو الا كي نكون مريضة". وهي لا تشعر بأي احراج كون زوجها مريض فهي تقول "فاميلتي كامل عارفينو مريض وأنا راح نوقف معاه كيما كنت واقفة مع وليدي".

**محور الحالة النفسية للمرافق.**

تبدو حالة عائشة متعبة قليلا لكن هي تحاول أن تبقى قوية لأجل زوجها، تخبرنا عائشة عن نفسها:" نحب روحي قوية أناكلش"، ومع قوة شخصيتها وتحديها إلا أنها ظهرت عليها بعض الامراض؛ عائشة مصابة بضغط الدم كما تعاني من القولون العصبي، تقول عائشة "عندي لوطونسيو والقولون وليت نتقلق بزاف"، ويتبين من تصريحات عائشة أنها كتومة ولا تحب أن تعبر عن ما يؤلمها لأي أحد" نعمر في قلبي ومانهدرش" وهذا ما ساعد في ظهور بعض الاضطرابات السيكوسوماتية، فهي تحاول اخفاء ضعفها (المحافظة على قوتها) أمام نفسها وامام الاخرين كي تسطيع ان تعتني بعائلتها وزوجها المريض، كما صرحت السيدة عائشة أن ابنتها أيضا مريضة" بنتي صرالها شوك وشعرها طاح" وهي تتألم لأجلها تقول "ولات تبكي وتضبح نقلها ناس يضحكوا علينا يقولو كامل مرضو".

تعاني ايضا عائشة من بعض الوسواس وهذا من خلال ما ذكرته لنا "أنا وليت نخاف علي بناتي من باباهم حتى وهو يحبهم لكن نخاف عليهم ونعسهم وبحكم ان راجلي أثر عليه دوا في علاقته الحميمية ورجع يتقلق أنا وليت نخاف على بناتي ونخاف عليهم أيضا من خوهم ما نحبش نخليهم وحدهم". عائشة تقول أن الوقت تبدل رجع يخوف، من خلال ما قالته عائشة فهي تعاني من الوسواس والذي يظهر في فكرة الخوف من اعتداء الوالد أو الأخ على بناتها، كما تبدو متأثرة لوفاة ولدها فهي ما تلبث تتحدث عنه كما تشعر بالذنب والندم لتقصيرها اتجاهه وهذا ما تحاول تعويضه في زوجها المريض،" نندم على حاجات مادرتهاش لوليدي ونحاول نعوض زوجي".

عائشة عندها مشكل مع الأماكن المغلقة ويظهر ذلك من خلال حديثها " حتى باب الشمبرة نخليه مفتوح مانحبش تسكار"،تهرب عائشة من كل هذا من خلال اشغال نفسها بالعمل المنزلي كي

تبعد عن نفسها كثرة التفكير " نحب نخدم أي حاجة باش نشغل روحي"تقول عائشة لحياة تعب بزاف والله ما تلحق". تعاني عائشة من الروماتيزم كما تعاني أيضا من مشكل في عينيها كما تقول "عندي روماتيزم وعينيا فيهم ضبابة لكن مالحقتش ماديا فاليل مانرقدش نخمم ونطلع ونهبط ونكره لكن من بعد نستغفر".

## محور العلاقات الاجتماعية للمرافق:

كانت العلاقات الاجتماعية للحالة جيدة قبل وفاة ابنها، فحسب ماذكرت الحالة "أنا الناس لكل تحبني"، لكن بعد وفاة ابنها تغيرت وهذا يظهر من خلال تصريحها "بعد ما مات وليدي كلش سماطلي ندير الواجب فقط ومانروحش في نفس نهار نروح من بعد مانحبش نحظر المناسبات ولما سألناها عن من تلجأ إليه عند الحاجة قالت "ما عندي حتى واحد إلا خواتاتي".

## محور رأي المرافق حول العلاج:

تبدو الحالة راضية ومقتنعة بالعلاج الذي يقدم لزوجها فهي لم تستعمل له أي علاج غير العلاج الدوائي حيث تقول عائشة "أنا رقية ومانديرهاش حتى ونلقى صعوبات باش ياكل دوا لكن الحمد لله مانحبش وسائل أخرى غير دوا خاطر راه يتحسن خير من كان".

## محور النظرة المستقبلية للحالة:

لدى عائشة نظرة مستقبلية متفائلة وعندها رغبة في شفاء زوجها وتغيير حياتها إلى الافضل وهذا ما صرحت به، "أنا كل يوم ندعي ربي صباح مذابيا يقعد راجلي يدخل ويخرج عليا حابة نروح معاه للعمرة وولادي يتزوجوا".

من خلال المقابلة التي تمت مع الحالة ذكرت انها مرت بفترات صعبة ومرهقة وهذا يظهر من خلال قولها "من بكري وأنا نعاني" جعلها تمر بظروف نفسية صعبة وهذا بسبب مرض ابنها لدرجة أنها تمنت له الموت وهذا يفسر بلحظات اليأس والمعاناة التي كانت تشعر بها الحالة، كما أن الحالة كانت لاتزال متأثرة بوفاة ابنها رغم مرور 7 سنوات على وفاته وهذا يظهر من خلال تنهيداتها وهي تتكلم عنه. عائشة كانت تشعر بثقل المسؤولية على عاتقها خاصة بعد مرض زوجها، كل هذا دفع عائشة الى الرغبة في عدم إظهار ضعفها أمام نفسها وأمام الآخرين كي تستطيع تحمل العبء( مرض الزوج ومسؤولية الابناء)، ما جعلها تخفي حاجتها إلى السند ليظهر هذا كله على شكل أمراض نفسية وجسمية كالقلق، والقولون، والضغط، "نحب روحي قوية أنا كلش".

تشعر عائشة بنظرة سلبية للمجتمع اتجاه مرض زوجها لذى هي تحاول الحفاظ بقدر الإمكان على صورتها كزوجة تعيش تحت كنف زوجها حتى بعد المرض «زوجي راحتلو لهيبة نتاعو وكي تروحلك الهيبة ناس ماتقيمكش، ومزالني محافظة عليه كيما بكري" وهذا مايزيد العبء على الحالة اذا هي تحاول أن تظهر بمظهر المرأة القوية، مرض زوجها كان له أثر على نفسيتها وهذا ما عبرت عنه اتجاه سلوك ابنتها" نقلها ناس يضحكوا علينا يقولو كامل مرضوا"، وقد ظهر هذا أيضا على شكل وساوس ومخاوف، خوف من أن يعتدي الوالد المريض أو الابن على بناتها، كما أنها لا تستطيع اغلاق باب غرفتها حتى عند النوم خوفا من أن يحدث أي شيء، وهذا يفسر وجود أعراض وسواسية لدى الحالة مع الشعور بعدم الأمان.

غياب السند واحساسها بالمسؤولية زاد من حدة الأعراض التي ظهرت على شكل مخاوف ووساوس مرضية أثبتها مقياس الصحة النفسية لسيدنى كراون، كما أن الحالة عندها شعور بالذنب وشعور بالندم، تبرره بتقصيرها نحو ابنها المتوفي وهذا ماتحاول تعويضه في زوجها." تبدو عائشة

مرهقة نفسيا وهذا ما عبرت عنه «لحياة تعب بزاف" كما أن أعراض القلق بادية عليها وهذا ما أثبتته نتائج المقياس والمقابلة" مانرقدش ونخمم ونطلع ونهبط" عائشة تعاني من الاكتئاب وهذا ظهر من خلال تصريحاتها" بعد ما مات وليدي كلش سماطلي"، وبالرغم من أن الحالة متعبة من المسؤولية التي على عاتقتها إلا أنها أبدت رغبتها في بقاء زوجها بجانبها.

### 3-1 نتائج مقياس الصحة النفسية للحالة الأولى

سنقدم فيما يلي نتائج مقياس الصحة النفسية لسيدني كراون وكرسب للحالة الأولى من خلال الجدول الموالي:

**جدول رقم (04): نتائج مقياس الصحة النفسية للحالة الأولى**

| المقاييس الفرعية | أقصى درجة | الدرجة المتحصل عليها | تفسير النتائج |
|---|---|---|---|
| القلق | **12** | **7** | وجود أعراض القلق |
| الفوبيا | **13** | **5** | لا توجد أعراض الفوبيا |
| الوسواس القهري | **11** | **6** | وجود أعراض الوسواس |
| القلق الجسمي | **11** | **7** | وجود أعراض القلق البدني |

| | | | |
|---|---|---|---|
| الاكتئاب | **13** | **11** | وجود أعراض الاكتئاب |
| الهستيريا | **09** | **4** | لا توجد أعراض للهستيريا |
| المجموع | **69** | **40** | صحة نفسية مضطربة |

نلاحظ من خلال نتائج الجدول رقم (04) الذي يوضح نتائج مقياس سيدني كراون وكرسب للصحة النفسية المطبق على الحالة، أن الحالة أظهرت (40) درجة على المقياس الكلي وهي درجة مرتفعة عن متوسط الصحة النفسية الذي يقدر ب( 34.5) وهذا ما يدل على انخفاض في مستوى الصحة النفسية للحالة، مما يبين أن الحالة تعاني من اضطرابات عصابية، وهذا ما تأكد من خلال تحصلها على درجات مرتفعة في الاكتئاب الذي قدر بـ (11)، وهي درجة أعلى من متوسط الاكتئاب وهو( 6.5) تليها أعراض القلق والقلق الجسمي، وقد سجلت فيهم (7) درجات وهي درجة مرتفعة بالنسبة لمتوسط القلق الذي يقدر بـ(6) والقلق الجسمي الذي قدر 5.5 يأتي في الأخير الوسواس القهري حيث تحصلت على (11/6) وهي أيضا درجة مرتفعة مقارنة بالمتوسط وهو (5.5)، وقد أظهرت نتائج المقياس عدم وجود أعراض للفوبيا والهستيريا وذلك من خلال تحصلها على درجات منخفضة عن متوسط بعدي الفوبيا والهستيريا المقدرة بـ(6.5) في الفوبيا و(4.5) في الهستيريا.

. ونستنتج في الأخير أن عائشة تعاني من اضطراب في الصحة النفسية، ظهر من خلال النتيجة الكلية للمقياس والتي قدرت ب (40) درجة وهي درجة مرتفعة عن متوسط الصحة النفسية.

**ملخص الحالة:**

انطلاقا من نتائج المقابلة ونتائج المقياس توصلنا إلى مايلي:

عائشة البالغة من العمر 53 سنة والتي أتت برفقة زوجها المصاب بالفصام تعاني من اضطراب في الصحة النفسية وهذا ما صرحت به من خلال المقابلة العيادية وما أثبتته نتائج مقياس الصحة النفسية، وقد ظهر في تحصلها على (40) درجة، كما تعاني الحالة من اكتئاب وهذا راجع للظروف التي مرت بها بعد وفاة ابنها إضافة للظروف الصحية لزوجها والتي بدورها أثرت على حالتها النفسية نتيجة القلق الذي تعيشه وهذا ما أكدته نتائج المقياس من خلال حصولها على درجة مرتفعة في القلق والقلق الجسمي وقد ظهر في معاناتها من القلون العصبي وارتفاع ضغط الدم، كما تعاني الحالة من وسواس ناتج من خوفها على بناتها تبرره "**الوقت تبدل رجع يخوف**" وهذا ما أظهرته نتائج المقياس المرتفعة في الوسواس القهري، وقد صرحت عائشة أنها عندها نوع من الوسواس من الأماكن المغلقة "حتى باب الشمبرة نخليه مفتوح مانحبش تسكار" وقد أظهرت نتائج المقياس وجود أعراض الوسواس القهري للحالة.

جاءت نتائج المقياس مطابقة لما صرحت به الحالة من كثرة التفكير والقلق، والوساوس، والشعور بالمسؤولية اتجاه عائلتها، مما زاد من شعورها بالقلق وهذا ما أدى إلى اضطراب في صحتها النفسية، أثبتتها نتائج مقياس الصحة النفسية لسيدني كراون وكرسب. وبالتالي تحققت الفرضية عند الحالة التي تنص على وجود اضطراب في الصحة النفسية، كما تحققت الفرضيات الجزئية التي تنص على وجود اضطراب القلق والوسواس القهري والاكتئاب لدى الحالة.

## 2- عرض الحالة الثانية.

### 2-1 تقديم الحالة:

عبد الرحمان يبلغ من العمر 42 سنة متزوج ولديه ثلاث أطفال مستواه التعليمي الرابعة متوسط، الحالة الاقتصادية متوسطة، تمت المقابلة مع عبد الرحمان في أحد المراكز بالمدية بتاريخ 2021/03/30 لمدة 35د طبقنا عليه مقياس الصحة النفسية لسيدني كراون وكرسب، وقد كان متجاوبا معنا وله رغبة في إجراء المقابلة، وأجاب عن جميع الأسئلة التي بالمقياس.

### 2-2 عرض وتحليل المقابلة نصف موجهة:

**-محور معلومات المرافق حول الفصام.**

عبد الرحمان لم تكن لديه معلومات كافية عن طبيعة مرض زوجته كما أنه لم يسمع من قبل عن الفصام ، "ما نعرفوش لكن نعرف أنها تعرضت لصدمة". ولها قرابة (11) عشر سنة منذ اصابتها بالمرض.

**-محور تصورات المرافق حول المريض.**

يخبرنا عبد الرحمان عن بداية مرضها ، "كانت لباس عليها وفي صغرها كانت تقرى مليح وتعرضت لحسد"، لكن بداية مرضها حسب ما ذكر عبد الرحمان نتيجة صدمة تعرضت لها في (2010) وذلك إثر عراك نشب بين إخوتها وكانت حديثة الولادة أنذاك،" تخلعت لما تعاركوا خاوتها وكانت في دارهم وعندها عشرين يوم فقط منذ إنجابها كانت نافسة"، يقول" لما شافتهم يتعاركو بدات تعيط، ومن بعد ولات ما تتكلم مع حتى واحد". يذكر عبد الرحمان أن مازاد حدة مرضها أيضا هو غيرتها من بنت خالته، التي كانت تكلمه كما قال" شكها وغيرتها من بنت خالتي كانت تعيطلي في

تيليفون زاد دارلها شوك". كما ذكر لنا أن زوجته تعرضت لصدمات في صغرها، ذلك بسبب وفاة أخوها بمرض السرطان، يصف يوم مرضها فيقول" كان نهار أكحل".

يخبرنا عبد الرحمان عن علاقته بزوجته أنها تغيرت وتميزت بالفتور من طرفه وهذا بعد اصابتها بالمرض، فيقول "نحس روحي ظالمها وليت نحاول نبعد عليها ما نيش حاب نزيد نجيب ذراري أما هي ما تحبش تبعد عليا وتحبني أكثر من باباها". يضطر عبد الرحمان لمعاملتها بقسوة في حال رفضها تناول الدواء " لما ما تحبش تشرب دوا نستعمل معاها العنف"، عبد الرحمان منذ مرض زوجته أصبح لا يترك المنزل إلا للضرورة " وليت ما نقدرش نفارق الدار كاش ما دير، لكن راني صابر معاها ".

لا يشعر عبد الرحمان بأي حرج أو خجل من التحدث عن مرض زوجته وقد صرح لنا بأنه تلقى المساعدة من أخته بعد مرض زوجته" أختي رافدتها ورافدة ولادها".

**-محور الحالة النفسية للمرافق.**

يعاني عبد الرحمان من مشاكل نفسية كثيرة وهذا حسب ما صرح به" جاتني صدمة لما مرضت زوجتي وراني نعالج بدوا وليت ما نرقدش، وعندي عامين كي كنت راقد فاليل حتى قاتلي باب لخزانة راح يطيح جاتني خلعة ومن هذاك الوقت وليت ما نرقدش، ويجيني لخوف ورحت لبسيكاتر وراني بدوا".

حسب ما ذكرت لنا الحالة أن حالته ليست صعبة وهي ناتجة عن ضغوط العمل،" قالي طبيب لحالة نتاعك ما هيش قراف بيك الضغط ولشارج نتاع الخدمة"، يعاني عبد الرحمان من خوف شديد من أن يحدث له مثل زوجته وهذا ما صرح به "خفت يصرالي كيما هي وعلى هذا رحت لطبيب"

قالي طبيب لا حالتك وحدها، يبدو أن عبد الرحمان يعاني من فكرة وسواسية وهي خوفه من أن يصاب بنفس مرض زوجته، كما يعاني أيضا من الفوبيا (من ركوب وسائل النقل)، " ما نحبش نركب فطرونسبور وحتى باش نجيب عمرة نخاف من طائرة ولما تحكمي كومبروموا نتفرفش، ومرات يحكمني لخوف فاليل نبدا نكالمي في روحي.

يتساءل عبد الرحمان عن حالته، "ما فهمتش علاش كي يلحق الليل نخاف،" وهو يرى أن سبب تدهور وضعه الصحي مرض زوجته، "هي دارتلي "لابريسيو". "وليت نتقلق"، وليت نعيا ومانقدرش نمشي ويحكمي لخباط، لكن الأن الحمد لله مع دوا ،" كذلك يشتكي عبد الرحمان من كثرة النسيان "وليت ننسا بزاف". يذكر أنه تعرض لحادث في صغره في العشرية السوداء" شفت ثلاثة قتلوهم الارهاب ومذبوحين وليت ما نرقدش شربت دوا شهر من بعد ريحت، وجراو عليا ورقاوني لكن الخلعة ولات تكرر عندي".

يشعر عبد الرحمان أنه ليست له القدرة على التحمل أكثر اذا ما واجه ظروف صعبة" كنت كوراج نريح معاها نساعفها لكن كان تعاود تتأزم حالتها نسمح فيها ونقول لخاوتها دوها"، كان عبد الرحمان له رغبة في زيارة أخصائي نفساني والبحث عن من يساعده للخروج من حالة الخوف التي يعانيها" حاب نلقى بسيكولوق مليح باش تروحلي لفوبيا.

**-محور العلاقات الاجتماعية للمرافق.**

أما عن علاقاته الاجتماعية يقول أنها عادية، لكن بعد مرض زوجته اصبح يتجنب مغادرة المنزل الا لضرورة خوفا من أن يحدث شيء بغيابه."وليت نخاف نبعد كاش مادير"

**-محور رأي المرافق حول العلاج.**

يرى عبد الرحمن أن العلاج الدوائي مناسب لها اذا التزمت به "لكان تبقى هاك راها مليحة وتبع دواها"، "وهي راها تاخذ دواها وحدها"، يبدو أنهم جربوا لها علاج غير الأدوية مثل الرقية في بداية الامر لكن لم تتحسن بالرقية وهذا ما جعلهم يلتزمون بالعلاج الدوائي، "لما مرضت ولينا نرقيولها لكن الامور طورت".

**-محور النظرة المستقبلية للمرافق.**

تحمل نظرة عبد الرحمان المستقبلية الكثير من القلق والحيرة والخوف كما تحمل الكثير من المشاعر السلبية اتجاه المستقبل "رانا نجوزو فالوقت وحياتي ضاعت ما هيش حياة"، وعن زوجته يقول "المهم تكون مليحة حتى وتبقى بدوا.

عبد الرحمن يشعر بالقلق على صحته أكثر وهذا ما صرح به" أنا خايف من المشكل نتاعي أكثر من مشكلتها، ما قد يفسر مدى المعاناة التي يشعر بها عبد الرحمان فهو يشعر بنوع من القلق، الحيرة والتعب من وضعه الحالي والذي انعكس سلبا على رؤيته المستقبلية، "وليت نتقلق على المستقبل نقول واش راح يكون"، كما يشعر بالخوف من أن يصيبه المرض مرة أخرى" خايف تولي ليا الحالة".

من خلال المقابلة التي أجريناها مع الحالة اتضح لنا أنا عبد الرحمان كانت له رغبة واضحة في إجراء المقابلة معنا وذلك للمشاكل النفسية التي يعاني منها، تأثير مرض زوجته كان باديا عليه فهو لا يزال يتذكر أول يوم أصيبت فيه زوجته بالمرض، "كان نهار اكحل" وهذا يفسر أن وقع مرض زوجته لم يكن سهلا عليه، فقد ترك أثر نفسي بالغا على صحته النفسية، وهذا يظهر من خلال

تصريحه لحاجته للذهاب للأخصائي النفسي، والذي يدل على المعاناة النفسية التي يعيشها عبد الرحمان، وهو مدرك لتلك المعاناة، وهذا أثر على علاقته العاطفية بها، مما ولد لديه الشعور بالذنب اتجاه زوجته.

يعاني عبد الرحمان من القلق والوسواس وهذا ما صرح به في المقابلة «وليت مانرقدش"، كما يعاني من الوسواس المتمثلة في خوفه من أن يحدث له ماحدث لزوجته، ونتيجة لحالة القلق التي يعيشها عبد الرحمان والضغط أصبح يشتكي من كثرة النسيان" كما يعاني من الفوبيا (وسائل النقل).

يعاني عبد الرحمان كذلك من نوبات هلع "لما تحكمني encombrement نتفرفش"، عبد الرحمان يقول أن زوجته هي من سببت له أزمته النفسية" هي دارلتيla pression" لكن عبد الرحمن عانى من مشاكل نفسية قبل مرض زوجته نتيجة تعرضه لصدمة نفسية إثر مشاهدته جثث أشخاص تعرضوا للذبح في العشرية السوداء، وخضع للعلاج. وهذا ما قد يفسر أن شخصية الحالة كانت مهيئة للأمراض العصابية في حالة ما تعرض لصدمة أو ضغوط ما، وهذا ماحدث له إثر مرض زوجته، حيث وجد نفسه يواجه ضغوطات لم يتحملها انعكست سلبا على صحته النفسية.

كان يبدو على عبد الرحمان الارهاق النفسي والشعور بالاكتئاب" كنت كوراج نريح معاها نساعفها لكن لو تتأزم حالتها نسمح فيها"، وهذا يفسر أن عبد الرحمن وصل لحالة من العجز والإرهاق النفسي التي لا يستطيع معها تحمل أي تعب نفسي جديد.

### 3-2 نتائج مقياس الصحة النفسية للحالة الثانية

سنقدم فيما يلي نتائج مقياس الصحة النفسية لسيدني كراون وكرسب للحالة الثانية من خلال الجدول الموالي:

**جدول رقم (05): نتائج مقياس الصحة النفسية للحالة الثانية**

| المقاييس الفرعية | أقصى درجة | الدرجة المحصل عليها | التفسير |
|---|---|---|---|
| القلق | 12 | 7 | وجود أعراض القلق |
| الفوبيا | 13 | 9 | وجود أعراض فوبيا |
| الوسواس القهري | 11 | 7 | وجود أعراض للوسواس القهري |
| القلق الجسمي | 11 | 3 | لا توجد أعراض القلق الجسمي |
| الاكتئاب | 13 | 8 | وجود أعراض الاكتئاب |
| الهستيريا | 9 | 5 | وجود أعراض هستيريا |
| المجموع | 69 | 39 | صحة نفسية مضطربة |

نلاحظ من خلال الجدول رقم (05) والذي يوضح نتائج مقياس سيدني كراون وكرسب للصحة النفسية المطبق على الحالة، والتي أظهرت نتائجه (39) درجة على المقياس الكلي وهي درجة مرتفعة

عن وسيط الصحة النفسية الذي يقدر ب (34.5)، وهذا يدل على انخفاض مستوى الصحة النفسية للحالة مما يبين أن الحالة تعاني من اضطرابات عصابية، ظهرت نتائجها كالتالي:

حيث تحصل على (09) في الفوبيا وهي درجة أعلى من متوسط الفوبيا الذي يقدربـ(6.5)، تليها (08) درجات في الاكتئاب وتعتبر أيضا درجة مرتفعة بالنسبة لمتوسط الاكتئاب الذي يقدر ب (6.5)، وقد تحصل على (7) درجات في القلق والوسواس القهري، وهي درجة أعلى من المتوسط، والذي يقدر ب (6) درجات بالنسبة للقلق و(5.5) درجة بالنسبة للوسواس القهري، وقد سجلت الحالة (5) درجات في أعراض الهستيريا وهي تعبر ايضا عن وجود أعراض للهستيريا، أما بالنسبة لبعد القلق الجسمي فلم تسجل أي أعراض، وذلك لتحصلها على (3) درجات وهي درجة أقل من المتوسط والتي تقدر بـ(5.5).

ومن خلال نتائج المقياس تبين أن عبد الرحمان يعاني من اضطراب في الصحة النفسية، ظهر ذلك من خلال الدرجة الكلية للمقياس والتي قدرت ب (39) درجة وهي درجة أعلى من متوسط الصحة النفسية التي تقدر بـ(34.5).

**ملخص الحالة:**

انطلاقا من نتائج المقابلة ونتائج المقياس توصلنا إلى مايلي:

عبد الرحمان البالغ من العمر(42) سنة والذي أتى برفقة زوجته المصابة بالفصام، يعاني من اضطراب في الصحة النفسية، وهذا ما صرح به من خلال المقابلة العيادية، وما أثبتته نتائج مقياس الصحة النفسية لسيدني كراون وكرسب، وقد تحصل على (39) درجة وهي درجة أعلى من متوسط الصحة النفسية المقدر بـ(34.5)، كما أن الحالة يعاني من مجموعة من الاضطرابات العصابية

كالفوبيا وقد جاءت نتائج المقياس مطابقة لما صرح به أثناء المقابلة، فقد ذكر أنه يعاني من الفوبيا والمتمثلة في الخوف من ركوب وسائل النقل، "مانحبش نركب في طرنسبور ونخاف من طائرة"، كما أن الحالة يعاني أيضا من الاكتئاب ظهر من خلال نتائج المقياس ومن تصريحه" حياتي ضاعت وماهيش حياة « يعاني عبد الرحمان من اضطراب القلق وقد جاءت نتائجه أيضا مطابقة لما صرح به في المقابلة، "وليت نتقلق، وليت ننسا بزاف، وليت نخاف نبعد على دار" ، تسيطر على عبد الرحمان فكرة الإصابة بنفس المرض الذي تعاني منه زوجته "خفت يصرالي كيما هي". وقد أثبتت نتائج المقياس أن الحالة يعاني من أعراض الوسواس القهري، بالإضافة إلى وجود أعراض الهستيريا عند الحالة، وفي الأخير فإن نتائج المقياس جاءت مطابقة لما صرح به الحالة، من معاناته من بعض الاضطرابات كالفوبيا والقلق، والوسواس القهري، فقد كان لمرض زوجته أثر في اضطراب صحته النفسية، وبالتالي ظهور اضطرابات عصابية، ومنه تبين لنا تحقق الفرضية التي تنص على وجود اضطراب في الصحة النفسية، كما تحققت أيضا الفرضيات الجزئية التي تنص على وجود اضطراب القلق والوسواس القهري والاكتئاب والهستيريا لدى الحالة.

## 3-عرض الحالة الثالثة

### 3-1 تقديم الحالة:

نبيلة سيدة متزوجة تبلغ من العمر 35 سنة وأم لثلاثة أولاد، المستوى التعليمي متوسط، الوضع الاقتصادي للحالة متوسط، حضرت نبيلة مع زوجها المصاب بالفصام والبالغ من العمر45 سنة تم إجراء المقابلة مع الحالة في ظروف جيدة في أحد المراكز بالمدية بتاريخ2021/03/25 لمدة30د طبقنا عليها مقياس الصحة النفسية لسيدني كراون وكريسب، كانت الحالة متجاوبة ومتعاونة معنا وتجيب عن جميع الأسئلة التي في المقياس دون مساعدة سوى في بندين أو اثنين التي احتاجت

للشرح من طرفنا. كما بدت لها رغبة في اجراء المقابلة معنا من خلال قولها لنا "حابة نفرغ"، بدا عليها بعض القلق من زوجها الذي كان يتردد عليها طالبا منها الذهاب إلا أنها أصرت على اكمال المقابلة.

**3-2 عرض وتحليل المقابلة نصف موجهة:**

**-محور معلومات المرافق حول المرض:**

لما سألنا السيدة نبيلة عن طبيعة مرض زوجها وهل عندها خلفية عن هذا المرض، أجابت نبيلة "ايه نعرفو عندو لعصاب"، فلما سألناها عن الفصام إذا كانت تعرفة قالت نعم فصام الشخصية "و راجلي مريض بيه"، نبيلة ليس لديها فكرة عن الفصام سوى اسمه، تقول نبيلة "زوجي مزاجي مرات فرحان مرات حزين وعندو لوسواس واكتئاب، وعدم تركيز"، هكذا وصفت نبيلة مرض زوجها.

**-محور تصورات المرافق حول المريض:**

تقول نبيلة حين تزوجته وجدته مريض، "أنا لقيتو مريض ونظن مرضه من الطفولة أو المراهقة كي خطبني قالولي كان يتعاطى الخمر وحبس، ولخطبة مجاش باش نشوفو حتى قلتلهم حابة نشوفو باش جا، وكنت نظن أنو ياكل دوا باش يتجاوز الادمان". حسب ماروت لنا نبيلة أنها لم تكن تعلم بمرضه قبل زواجها وهذا ما سبب لها صدمة، تقول نبيلة "ماكنتش نعرف بلي مريض ماكنتش عارفة كوعو من بوعو"، وصفت زواجها بالقنبلة الموقوته واكتشافها حقيقة مرضه شكل لها صدمة، "ومن بعد وليت نكتشف".

تحكي نبيلة عن ليلة دخلتها ولحظة اكتشافها بأنه مريض، تقول نبيلة "أول ليلة مرضت قعدت بلاغوب بلونش ونشوف تصرفاتو غريبة"، تتنهد نبيلة وتقول "عندي 10 سنوات مزال نتفكرهم، ولا يجبد في ساشي دوا ومقلق، وكان يبان ماشي طبيعي وآن نورمال".

تقول نبيلة "أول ليلة ماتهنيتش كنت مشوكية وحتى مكانش يعرف كيفاش يتصرف معايا، ومنبعد خممت كيفاش ندير نرجع لدارنا، بابا وخاوتي واحنا محافظين ومن بعد قررت نصبر ونرضى بالأمر الواقع، حسيت حياتي تبدلت (180) درجة".

تشعر نبيلة بالقهر والظلم وهذا يظهر من خلال كلامها، "بعد 15 يوم حسيت نفسي دمرت ومن بعد قاتلي عجوزتي تحبي تطلقي طلقي، ومن بعد قاتلي راني حايرة كيفاش والديك مدوك لواحد مريض تخيلي تقول على إبنها هاك تما حسيت رصاصة، تقول نبيلة هي واش خاسرة".

يظهر من خلال تصريحاتها أن علاقتها مع زوجها جيدة فيها نوع من الحب والشفقة والعطف، "علاقتي معاه عادية كأي زوج وزوجة، ونحس روحي حبيتو حب شفقة تقول نبيلة عاملتو وحصلت، وزدت شفت معاملة والديه وخاوتو يعيطولو لمهبول، على هذا ما براش، تقول نبيلة "يقول لأمه علاه أنا مانيش وليدك". تعبر نبيلة عن احساسها بالظلم والقهر بسبب معاملة عائلة زوجها له، فتلخصها في ثلاث كلمات "مجتمعنا يحقر بالعين".

تقول نبيلة عن زوجها أنه ليس عنيفا معها "ماهوش آقريسيف بالعكس يحوس على لحنانة، هكذا وصفت نبيلة زوجها، كما أبدت انزعاجا من بعض تصرفاته والتي تراها غير مناسبة وتحط من قيمته وهذا مايسبب لها القلق،"لكن تصرفاتو تقلقني يزغد بزاف، ويحط روحوا بزاف ومجتمعنا مايرحمش" وهذا شي يقلقني، وهذا وين كنا جايين تعاركت معاه، ناس كلهم قاعدين وهو يسلم على هذا ويزيد على هذا، نقلو ارفد روحك يلوح روحو على الناس وأنا مانحبش".

أما عن أسباب المرض فتقول نبيلة أنه وراثي عندهم، أخته وأخوه أيضا مصابين بالوسواس، "أختو عندها وسواس وتعالج عليه وخوه أيضا عندو الوسواس، وحتى أمه تبانلي مريضة"، ويبدو أنه تعرض لصدمة في صغره وهذا حسب ما صرحت به نبيلة، "قالولي جاه شوك لما تحرق وهو صغير".

**-محور الحالة النفسية للمرافق:**

نبيلة بعد زواجها تعرضت لأزمة نفسية وتعاني من الإكتئاب، كما صرحت لنا "عندي ديبريسيو بعد سبعة سنين مرضت وبديت نشرب دوا لكن حالتي ماشي قراف،" تخبرنا نبيلة أنها تعيش في ضغط نتيجة مرض زوجها كما تعاني من ضغوطات في الأسرة الكبيرة فهي تعيش مع أهل زوجها، نبيلة تعاني أيضا من بعض الألآم الجسدية تذكرها لنا،" عندي كتفي يوجعني وعندي لكولسترول طالع".

ترى نبيلة أن مضادات الاكتئاب ساعدتها في التخفيف من حدته لكن رغم ذلك فهي تشعر أنها أصبحت كثيرة القلق مما يجعلها تستثار بسرعة في أبسط الأمور، "فاليل نرقد نورمال عندي دوا نتاعي حبة وحدة نشربها فاليل، تقول نبيلة "نشرب دوا زولفت وكيتيل المضاد لاكتئاب، لكن صباح نوض بزاف عيانة"، وليت نتقلق بزاف ونشعل على أبسط الأمور".

مما يؤرق نبيلة فكرة حدوث أي شيء مفاجئ أو غير متوقع يهدد حياتها وحياة أولادها، "عيانة في ذاتي، نخاف نوض على حاجة جديدة ذراري شكوم بيهم"، تشعر نبيلة أيضا بتذمر من كثرة الشكوى من زوجها، "راني كارهة كي يولي يشتكي راجلي نقلو لازم تصبر"، "ونتأثر من هدرة و نديرلها حساب"، نبيلة تشعر بعدم الاستقرار في حايتها، وهذا يظهر من خلال تصريحها" مانيش مستقرة، عجوزتي تحب تسيطر وأنا مانقدرش نشوف لعوج ونسكت يديرو سحر فالبيت، وأني حابة نخرج من عندهم"، تعاني نبيلة حسب ما صرحت به من ضغوطات كثيرة اضافة لمرض زوجها مما أدي الى اصابتها بعدة أمراض نفسية وعضوية، تقول نبيلة "عندي فوبيا من الاماكن العالية نحس روحي رايحة نطيح، ولما نشوف بلاصة عالية في تلفاز نخاف، ويجيني لخباط، ورغم هذا نحب نخدم خدمتي روحي".

**-محور العلاقات الاجتماعية للمرافق:**

تتمتع نبيلة بعلاقات اجتماعية جيدة وهي تحب الاختلاط بالناس رغم الضغوط التي تعاني منها، لكن هي لاتحب اشراك أي أحد في مشاكلها أو التعبير عنها للآخرين"عندي صحاباتي وحباباتي أنا بيفيه نتأقلم مع الغاشي لكن مانحبش نحكي مشاكلي حتى لواحد ومعنديش أختي وأمي مانحكيلهاش خاطر ماعندها في اليد حيلة، وبابا ما يحوسش عليك كي تتزوجي، أنا متكلة على نفسي تقول نبيلة، نحب نخرج ونحضر مناسبات".

**-محور رأى المرافق حول العلاج :**

نبيلة مقتنعة بالعلاج الدوائي لزوجها لكن مشكلتها في عدم انتظام زوجها على أخذ الدواء وتغيير الأطباء فهو لا يستمر عند طبيب معين، تخبرنا نبيلة فتقول،" نحب نجي معاه لطبيب خاطر هو ما يمدش صح لطبيب ويقلي ما تهدريش انت، نقلو خذ رأي الطبيب، لكن حاط روحو يعرف خير من طبيب، نقلو تبع طبيب وهو ياكل دوا يمات ولما مايعجبوش يبدل طبيب ويجيب دوا أخر على هذا ما براش"، لكن تقول نبيلة أن حالته تحسنت مقارنة مع مكان عليه "راهو تحسن الحمد لله، كيما جيتو لقيت حالتو متدهورة".

**-محور النظرة المستقبلية للمرافق:**

لدى نبيلة نظرة متفائلة للمستقبل فهي تحمل آمالا وتطلعات ايجابية، اتجاه أولادها وزوجها فهي تطمح أن تتغير حياتها للأفضل، تغيرا يعطيها شعورا بالاستقرار والراحة، وهذا يظهر من خلال قولها "حابة نقري ولادي،..... ونعيش حياة مليحة كيما ناس ونستقر وحابة راجلي يبرا، حابة نأمنلهم حياتهم، حابه لكفاف والعفاف."

من خلال المقابلة التي أجريناها مع الحالة يبدو أن الحالة تعرضت لصدمة نفسية جراء اكتشافها مرض زوجها الذي تم إخفائه عنها، فقد وصفته بالقنبلة الموقوتة، نبيلة كان تأثرها واضحا فهي لا زالت تتذكر ليلة زواجها" عندي 10 سنين مزال نتفكرها"، وهذا يفسر مدى الجرح النفسي بسبب زواجها من رجل مريض.

تشعر نبيلة أنها خدعت وهذا ما يفسر مشاعر الحزن والقهر التي تشعر بها وهي تروي قصتها، رغم أن نبيلة تصف زواجها بالقنبلة الموقوتة إلا أنها تحمل عاطفة اتجاه زوجها المريض" حبيتو حب شفقة" تبرر نبيلة عاطفتها اتجاه زوجها بقساوة أهله عليه وهذا ربما يفسر أن نبيلة تحاول تبرير تلك المشاعر الطبيعية التي تنشأ من الزوجة اتجاه زوجها بأنها(شفقة). تشعر نبيلة بمشاعر القهر والحسرة من طريقة تعامل أسرته معه.

العلاقة بين نبيلة وزوجها علاقة طيبة"ماهوش آقريسيف يحوس على الحنان"، نبيلة رغم الصدمة التي تعرضت لها إلا أنها استطاعت احتواء زوجها المريض، عانت نبيلة من الاكتئاب ولازلت تتعالج منه لحد الآن وهذا يدل على أن وقع الصدمة كانا قويا.

كما تعاني نبيلة من مشاكل نفسية عديدة، فمرض الزوج جعلها تشعر وكأن حياتها مهددة وغير مستقرة،"نخاف نوض على حاجة جديدة ذراري شكون بيهم" رغم معاناة نبيلة من مرضها ومرض زوجها إلا أنها بدت بشخصية قوية ظهرت من خلال قدرتها على تجاوز حالتها الصحية، وهذا يظهر من خلال المشاعر الايجابية التي تحملها اتجاه مستقبلها ومستقبل الأولاد.

تحاول نبيلة تجاوز الصراع النفسي والتغلب على المرض ويظهر هذا من خلال تصريحاتها،"حالتي ماشي قراف... نحب نخرج ونحضر مناسبات" وتظهر كذلك من خلال قولها"حابة

نقري ولادي ونعيش حياة مليحة كيما الناس ونستقر و حابة راجلي يبرا"، وهذا يؤكد مشاعر الأمل والتفاؤل عند نبيلة.

### 3-3 نتائج مقياس الصحة النفسية للحالة الثالثة

سنقدم فيما يلي نتائج مقياس الصحة النفسية لسيدني كراون وكرسب للحالة الثالثة من خلال الجدول الموالي:

**جدول رقم (06): نتائج مقياس الصحة النفسية للحالة الثالثة**

| المقاييس الفرعية | أقصى درجة | الدرجة المتحصل عليها | التفسير |
|---|---|---|---|
| القلق | 12 | 8 | وجود أعراض القلق |
| الفوبيا | 13 | 4 | لا توجد أعراض للفوبيا |
| الوسواس القهري | 11 | 6 | وجود أعراض للوسواس القهري |
| القلق الجسمي | 11 | 7 | وجود أعراض للقلق الجسمي |
| الاكتئاب | 13 | 8 | وجود أعراض الاكتئاب |
| الهستيريا | 9 | 3 | لا توجد أعراض للهستيريا |
| المجموع | 69 | 36 | صحة نفسية مضطربة |

من خلال الجدول رقم(06) الذي يوضح نتائج مقياس الصحة النفسية لسيدني كراون وكرسب، المطبق على الحالة، أظهرت الحالة درجة (36) على المقياس الكلي وهي درجة مرتفعة عن وسيط الصحة النفسية، الذي يقدر ب(34.5) وهذا ما يدل على انخفاض في مستوى الصحة النفسية للحالة، مما يبين أن الحالة تعاني من اضطرابات عصابية، وقد تأكد هذا من خلال نتائج المقياس التي أظهرت نتائج مرتفعة تمثلت في حصولها على درجة (8) في الاكتئاب والقلق وهي درجة أعلى من متوسط الاكتئاب الذي يقدر ب (6.5 ) درجة ومن متوسط القلق الذي يقدر ب(6) درجات، تليها تحصلها على (7) درجات في القلق الجسمي وهي أيضا درجة أعلى من متوسط القلق الجسمي التي تقدر ب(5.5)، كما سجلت الحالة 6 درجات في الوسواس القهري وهي أيضا درجة مرتفعة عن المتوسط الذي يقدر ب(5.5)، لم تسجل الحالة أي أعراض للفوبيا والهستيريا وذلك لتحصلها على درجات منخفضة تمثلت في(4) في الفوبيا وتعتبر درجة أقل من المتوسط الذي يقدر ب(6.5)، ودرجة (03) في الهستيريا وهي أيضا درجة أقل من المتوسط الذي يقدر ب(4.5).

نستنتج في الأخير أن نبيلة تعاني من اضطراب في الصحة النفسية، ظهر من خلال النتيجة الكلية للمقياس تمثلت في حصولها على (36)، وهي درجة مرتفعة بالنسبة لوسيط الصحة النفسية المقدرة بـ (34.5).

**ملخص الحالة:**

يتضح لنا من خلال نتائج مقياس الصحة النفسية والمقابلة ما يلي:

تعاني نبيلة من اضطراب في الصحة النفسية، ظهر في النتيجة الكلية للمقياس بدرجة 36 وهي أعلى من متوسط الصحة النفسية، كما تعاني من اضطرابات عصابية متفاوتة الدرجة، وهذا ما صرحت به في المقابلة "عندي depression ونعالج عند psychiatre"وهذا ما أوضحته نتائج

المقياس رغم أنها تخضع للعلاج الدوائي. وقد جاءت نتائج المقياس متطابقة مع ما أظهرته نتائج المقابلة من وجود أعراض للقلق والاكتئاب والوسواس القهري إضافة إلى وجود أعراض القلق الجسمي، وهذا يثبت تحقق الفرضية العامة التي تنص على وجود اضطراب في الصحة النفسية، كما تحققت أيضا الفرضيات الجزئية التي تنص على وجود اضطرابات عصابية المتمثلة في: القلق، الوسواس القهري، والاكتئاب، والقلق الجسمي.

## 4- عرض الحالة الرابعة

### 4-1 تقديم الحالة:

نعيمة تبلغ من العمر 46 سنة عزباء مستواها التعليمي ثانوي، الحالة الاقتصادية لها متوسطة، نعيمة تعمل كسكرتيرة بمؤسسة إعادة التربية، تحضر نعيمة مع أخوها المصاب بالفصام ليراجع الطبيب والبالغ من العمر 44 سنة، نعيمة لها أخوين ايضا مصابين بنفس المرض وهذا ما صرحت به "عندي خاوتي ثلاثة مراض"، تمت القابلة مع نعيمة في ظروف جيدة وكانت متفهمة ومتعاونة معنا، إلا أنها كانت تنزعج من أخوها الذي كان يتردد عليها أثناء المقابلة طالبا منها المغادرة، اجرينا المقابلة مع الحالة في أحد المراكز بالمدية بتاريخ 2021/03/29 لمدة 38د، طبقنا على الحالة مقياس الصحة النفسية لسيدني كراون، وقد أجابت على أسئلة المقياس جميعا دون تردد، بدا على الحالة بعض القلق حين كان اخوها يطلب منها المغادرة.

**4-2 عرض وتحليل نتائج المقابلة نصف موجهة:**

**-محور معلومات المرافق حول الفصام.**

عندما سألناها عن مرض أخوها تقول نعيمة عندو لقلق ولعصاب، ونعرف أنو وراثي وكامل خاوتي لما يوصلو لسن الرشد يمرضوا وكاين ليقلك علاقة قرابة بين الأم والاب، نعيمة لا تعرف عن المرض سوى الاعراض التي كانت تلاحظها على إخوتها ،تقول "حاولت نفهم هذا المرض لكن مافهمتوش يمرضوا خاوتي في نفس السن، كي يوصلو 17 سنة ".

**-محور تصورات المرافق حول المريض.**

حسب ما صرحت به نعيمة أن أخوها كان عاديا وكان يدرس، لكن لما وصل سن 17 سنة بدأه المرض، "بدا يكسر يضرب يطلع فوق القرمود"، من خلال ما روته لنا نعيمة أن أخوها كان عنيفا كما قالت لنا "يؤذي ناس ويكره يما ويضربها، دارولها لوطنسيوا، ديناه لطبيب هنا بالمدية عند فخار قالنا دخلوه جوانفير ودخلناه"، تحكي لنا عن بداية أعراض المرض " ما يحبش يروح يقرى ويحب يرقد وحدو ويقعد وحدو ويسكر على روحو".

تقول نعيمة "نقول خاوتي الكل مراض واحد ما يخرجش صحيح "هكذا وصفت نعيمة احساسها تجاه مرض اخوتها "مرات نخاف منهم" حياة ما هيش حياة سامطة، مايدوشوا ما يخليك تسيقي ما هيش حياة، حياة لامبالاة، نعيمة تبدو متذمرة ومنزعجة من وضع إخوتها والواقع الذي تعيشه، كما عبرت عن كل ما بداخلها من شعور بالمرارة والحزن، "حياة مملة ما كاش نقى ما كاش راحة ما يخلوكش ترقد، وما نقدرش نتقلق عليهم لازم نكالمي روحي، لأنو راح نتقاتلوا"، تشعر بالإحراج اتجاه تصرفات أخوها فتقول، "مرات يعيط يخلع ناس ويخلي صباطوا ويدير تبهديل فالبلوك وأنا نتأثر خاطر ناس تضحك علينا"، تصف إخوتها نعيمة فتقول "كيفيف مهابل كيما ليتشوفيهم، و ناس تهرب منهم."

**-محور الحالة النفسية للمرافق:**

تبدو الحالة النفسية لنعيمة متعبة جدا وهذا ما كان يظهر عليها من خلال تصريحاتها، "حياتي ماهيش حياة، نخدم برة ولداخل، انا نشري لخبز أنا ندير كلش وهوما مايخدموا والو، نحس روحي تعبانة، تلقايني نهدر وخلاص نتقلق، أنا عييت مايبدلوا مايدوشوا ".

لم تكن نعيمة وحدها من تعاني من وضع إخوتها بل المعاناة شملت أيضا أخوها الأصغر وهذا مازاد حجم معاناتها،"عندي خويا صغير تأثر بيهم مرض نفسيا، هدرة ناس عقداتو وصحابوا لاحوه وحالتو نفسية ضرتنا ولا يكسر وزادت مع كورونا، رجع يعاف خاوتوا لمراض ويقول كرهت منهم".

تصف لنا نعيمة حجم التعب والمعاناة التي تعيشها فتقول "أنا مانحسش بالراحة لا ليل لانهار، نحب نريح مايخلونيش نرقد يعيطو نحس روحي تعبانة لكن لازم نخدم ونوض بكري"، بلإضافة إلى معاناتها النفسية فهي تعاني من آلام في الظهر.

تشعر نعيمة أن حياتها لم تكن سهلة وكانت حياة مليئة بالمشقة، تحكي عن نفسها فتقول ،"ماعشتش حياتي على لعام مهلوكة ملي كنت صغيرة في عمري 10 سنين نجيب قرعة الغاز_ ولمازوت كي نخرج من القراية " كان حجم المعاناة واضحا عليها من خلال تصريحاتها وتنهيداتها وهي تروي قصة إخوتها ، تقول "كرهت _عييت، علاه احنا، علاه أنا وخاوتي هاك شكون بيهم كي مرضوا، والدي متوفي، بقيت أنا المسؤولة ولازم نبطل خدمتي باش نجيبهم لطبيب."

نعيمة تفتقد إلى (السند) الذي يتحمل معها أعباء الحياة وأوجاعها فهي تشعر أنها وحيدة فهي المسؤولة عن إخوتها وأمها المسنة، "نحس روحي معنديش راجل أي حاجة تفسد مكاش ليسقمها"، " حتى خويا تأثر بيهم ومرض نفسيا وقالي طبيب معندوش مرض عقلي كيما خاوتو، لكن مرضهم أثر عليه".

**-محور العلاقات الاجتماعية للمرافق:**

من خلال ماقالته لنا نعيمة فهي ترفض إقامة العلاقات الاجتماعية وتكوين صداقات، فهي تشعر أن الكل منافق ولا يمكنهم التعاطف معها، "ماعنديش صحاباتي كلهم منافقات، كذابات، مانغيضهمش، وكي نحب نحكي، نحكي لأمي". تقول نعيمة "أنا مانخرجش بزاف إلا للعمل أو إلى الطبيب، نروح للحاجة الضرورية".

تشعر نعيمة بأنها موضع سخرية هي وإخوتها وهذا ما يشعرها بالألم والحزن، "وكي نخرج ندم نحس لفاميليا يضحكوا علينا وفاميلتنا مايجوناش خاوت يما ما يجوهاش، وحتى الجيران يكرهونا وحاقدين علينا رغم أن ظروفنا يعرفوها"، وتقول "دنيا بالوجوه والأخرة بالفعال".

بدت نعيمة متذمرة من معاملة الناس لهم، "فاميلتنا مايحبوش نروح ليهم يقلك يتبعوها حتى خاوت يما ما نحبش نروح ليهم"، ترى نعيمة أن الناس تنفر منهم وتتجنبهم بسبب سلوكات إخوتها الناتجة عن طبيعة مرضهم رغم معرفتهم بأنهم مرضى، وهذا ما يجعلها تتجنب أي علاقات اجتماعية، "وناس ولات تهرب منهم خاطر حنا معفنا."

**-محور رأي المرافق حول العلاج:**

ترى نعيمة أن أخوها يحتاج لعلاج نفسي مع العلاج الدوائي واستجابته للعلاج تتوقف على مدى انتظامه على أخذ الدواء بالجرعات الموصوفة من قبل الطبيب، تقول نعيمة" العلاج لا باس بيه هو ما يتبعش ويحب ياكل دوا واحد، يليقلو بسيكولوق ونحس حالتوا ماهيش تتحسن، خاطر ما يخضش راي يشرب دوا ويخلي دوا وقالي طبيب إذا بقى هاك ندخلو جوانفير".

**-محور وجهة النظر المستقبلية للمرافق:**

لدى نعيمة نظرة تشاؤمية يتخللها بعض الأمل ثم تعود لتنفي تلك المشاعر الايجابية وكأن واقعها يرفض ذلك،"حياتي مكاش، مسودة، وراه المخرج مافهمتش؟"، ثم تقول "أملي بيد ربي مكاش أمل، لكن على حساب شوفة مكاش أمل"، "ماقدرتلهمش"، تتمنى نعيمة سكن واسع يضم إخوتها، فهي تشعر أن إخوتها يحتاجون رعاية خاصة مما يتطلب تهيئة ظروف مناسبة تساعدها على رعايتهم "حالتهم نفسية ضيقة وتزيد سكنة ضيقة لازمهم تاويل وأوضاعهم سيئة"، "حابة نرتاح فدار باش نقي، نغسل، ويكون سكن واسع".

تعود نعيمة مرة أخرى لتتشبث ببعض الأمل في شفاء أخوها، وكل همها التكفل بأخوتها وهذا ما صرحت به،" يقدر يبرا إذا كان ياخذ راي ويدوش ومايسمعش لكلام ناس" وعن نفسها تقول "حابة نتكفل بهذوا المرضى وكيما جات تجي، ونتهنى على خويا يتزوج ويبعد خاطر راه يعاني".

من خلال المقابلة وما صرحت به نعيمة تبين أن الحالة تشعر بأن طاقتها مستنزفة بشكل كبير وهذا ما قالته "حياتي ماهيش حياة نخدم برا ولداخل، ماعشتش حياتي" تشعر نعيمة بالمرارة والالم والحسرة فتعبر عنها بـ " خاوتي لكل مراض واحد ما يخرج صحيح". تعبر نعيمة عن حيرتها اتجاه مرض إخوتها، كما تعبر عن مشاعر الرفض اتجاه وضعها الحالي" علاه احنا علاه أنا وخاوتي" تبدو نعيمة غير متقبلة للوضع الذي تعيشه، كما تفتقد نعيمة للسند الذي يحمل معها عبء المسؤولية " نحس روحي معنديش راجل أي حاجة تفسد مكاش ليسقمها"، نعيمة تسقط كل ألامها وأوجاعها على المجتمع" ماعنديش صحاباتي كلهم منافقات، كذابات، وهذا يفسر أن نعيمة تعاني من مشاعر النبذ والرفض الاجتماعي نتيجة مرض إخوتها، وهي تحاول تبرير ذلك من خلال قولها،"كلهم منافقات" تجنبا للتواصل معهم، " فامليتنا مايحبوش نروح ليهم يقلك يتبوعها..... "، كل هذا يفسر بأن نعيمة تعاني

من صراع نفسي ومشاعر مختلطة بين(الرفض، اليأس، الشعور بالنبذ، عدم التقبل والتردد) سببه مرض إخوتها كل هذا خلق عند نعيمة نفسية منهكة ومتعبة.

تعبر نعيمة عن مشاعر اليأس يتخلله أمل تحاول التحفظ عليه كي لا تشعر بالألم، حجم المعاناة التي تعيشها لا يترك لتلك المشاعر المفعمة بالأمل أن تطفوا للسطح، فهي ترفض واقعها من خلال عدم تقبلها لمرض إخوتها، لم تحمل نعيمة أي رؤية مستقبلية لنفسها فهي تربط حياتها بحياة اخوتها فكل أمنياتها متعلقة بتحسن أوضاعها كي تستطيع خدمة إخوتها، كمحاولة منها في تجاهل رغباتها الشخصية وهذا يفسر مدى شعورها بمرارة الواقع الذي تعيشه والذي جعلها تؤجل أو تلغي أي رغبة متعلقة بها.

### 4-3 نتائج مقياس الصحة النفسية للحالة الرابعة

سنقدم فيما يلي نتائج مقياس الصحة النفسية لسيدني كراون وكرسب للحالة الرابعة من خلال الجدول الموالي:

**جدول رقم (07): نتائج مقياس الصحة النفسية للحالة الرابعة**

| المقاييس الفرعية | أقصى درجة | الدرجة المتحصل عليها | التفسير |
|---|---|---|---|
| **القلق** | 12 | 7 | وجود أعراض للقلق |
| **الفوبيا** | 13 | 9 | وجود أعراض للفوبيا |
| **الوسواس القهري** | 11 | 5 | لا توجد أعراض للوسواس القهري |
| **القلق الجسمي** | 11 | 4 | لا توجد اعراض للقلق |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | الجسمي |
| **الاكتئاب** | 13 | 11 | وجود أعراض للاكتئاب |
| **الهستيريا** | 9 | 2 | لا توجد أعراض للهستيريا |
| **المجموع** | 69 | 38 | اضطراب في الصحة النفسية |

نلاحظ من خلال الجدول رقم(07) الذي يوضح نتائج مقياس سيدني كراون وكرسب للصحة النفسية المطبق على الحالة، أن الحالة تعاني من اضطراب في الصحة النفسية ظهر من خلال النتيجة الكلية للمقياس والتي قدرت ب (38) درجة وهى درجة أعلى من متوسط الصحة النفسية المقدرة ب (34.5) وهذا ما يدل على انخفاض في مستوى الصحة النفسية للحالة، ومن خلال النتائج الموضحة في الجدول يظهر على أن الحالة تعاني من اضطرابات عصابية، وقد سجلت الحالة درجة مرتفعة في الاكتئاب بلغت (11) درجة وهي أعلى من متوسط الاكتئاب الذي يقدر ب (6.5)، تأتي في المرتبة الثانية الفوبيا ب (9) درجات وتعتبر أيضا درجة مرتفعة عن متوسط الفوبيا المقدر ب(6.5)، كما تحصلت على (7) درجات في القلق مما يؤكد على وجود أعراض للقلق لارتفاعها عن متوسط القلق المقدر ب(6) درجات، لم تسجل الحالة أي وجود لأعراض كل من الوسواس القهري والقلق الجسمي والهستيريا وذلك لتحصلها على درجات أقل من متوسط أبعاد الوسواس القهري والقلق الجسمي والهستيريا.

نستنتج في الأخير أن نعيمة تعاني من اضطراب في الصحة النفسية ظهر من خلال النتيجة الكلية للمقياس قدرت ب (38) درجة وهي أعلى من متوسط الصحة النفسية المقدرة بـ (34.5).

**ملخص الحالة:**

يتضح لنا من خلال مقياس الصحة النفسية ونتائج المقابلة:

أن نعيمة تعاني من اضطراب في الصحة النفسية ، وهذا ما صرحت به في المقابلة العيادية من خلال أقوالها، والتي جاءت مطابقة لنتائج المقياس من خلال تحصلها على درجة (38) وهي درجة مرتفعة عن متوسط الصحة النفسية، وهذا يدل على انخفاض في مستوى الصحة النفسية للحالة، دلت نتائج المقياس أن نعيمة تعاني من الاكتئاب وهذا ما بدا واضحا في المقابلة من خلال تصريحاتها من خلال النظرة السوداوية للحالة، "حياتي مسودة ما هيش حياة" كما أن نعيمة تعاني من الفوبيا والقلق ناتجة عن الظروف الصعبة التي تعيشها اضافة إلى الجو المشحون بالتوتر جعلها تعاني مجموعة من الاضطرابات العصابية تمثلت في: الاكتئاب والفوبيا والقلق، كما أن نتائج المقياس جاءت مطابقة لما صرحت به الحالة، وبهذا نستطيع القول أن الفرضية العامة التي تنص على وجود اضطراب في الصحة النفسية قد تحققت، كما تحققت الفرضيات الجزئية التي تنص على وجود اضطراب القلق والاكتئاب والفوبيا.

## 2- عرض النتائج و مناقشة الفرضيات

### 2-1- عرض بعض النتائج الكمية و النوعية

**الجدول رقم (08):نتائج مقياس الصحة النفسية لسيدني كراون وكرسب للحالات**

| الحالة | الدرجة الكلية | القلق | الفوبيا | الوسواس القهري | القلق الجسمي | الاكتئاب | الهستيريا | التفسير | الحالات |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| عائشة | 40 | 7 | 5 | 6 | 7 | 11 | 4 | اضطراب في الصحة النفسية | عدد الحالات التي ظهر |
| عبد الرحمن | 39 | 7 | 9 | 7 | 3 | 8 | 5 | اضطراب في الصحة النفسية | لديها اضطراب في الصحة |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| أم محمد | 45 | 7 | 6 | 7 | 6 | 12 | 7 | اضطراب في الصحة النفسية | النفسية هو (08)حالات |
| نبيلة | 36 | 8 | 4 | 6 | 7 | 8 | 3 | اضطراب في الصحة النفسية | |
| نعيمة | 38 | 7 | 9 | 5 | 4 | 11 | 2 | اضطراب في الصحة النفسية | |
| **خيرة** | 49 | 11 | 8 | 7 | 8 | 10 | 5 | اضطراب في الصحة النفسية | |
| محمد | 35 | 5 | 4 | 7 | 4 | 9 | 6 | اضطراب في الصحة النفسية | |
| نورة | 35 | 5 | 4 | 8 | 5 | 12 | 2 | اضطراب في الصحة النفسية | |
| مريم | 23 | 3 | 3 | 6 | 3 | 4 | 3 | لا يوجد اضطراب في الصحة النفسية | عدد الحالات التي تتمتع بصحة نفسية جيدة هي (5) |
| مليكة | 34 | 8 | 6 | 3 | 6 | 7 | 5 | لا يوجد اضطراب في الصحة النفسية | |
| فاطمة | 34 | 6 | 5 | 5 | 5 | 8 | 6 | لايوجد اضطراب في الصحة النفسية | |
| سعاد | 15 | 2 | 0 | 2 | 3 | 5 | 2 | لايوجد اضطراب في الصحة النفسية | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| كمال | 19 | 3 | 1 | 5 | 2 | 5 | 3 | لا يوجد اضطراب في الصحة النفسية | |
| المجموع | | | | | | | | | 13 |

من خلال الجدول رقم (08) والذي يوضح نتائج مقياس الصحة النفسية لسيدني كراون لكل الحالات التي طبق عليها المقياس تبين لنا أن هناك من الحالات التي تحصلت على درجات مرتفعة وبالتالي اتضح أنها تعاني من اضطراب في الصحة النفسية وهذا حسب متوسط الصحة النفسية الذي يقدر ب(34.5)

وقد قدرت الحالات التي تعاني من اضطراب في الصحة النفسية بـ (08) حالات فيما اتضح لنا أن هناك (05) حالات لا تعاني من اضطراب في الصحة النفسية، وحسب النتائج الموضحة في الجدول فقد سجلت خيرة أعلى درجة بتحصلها على (49) درجة وسجلت أقل درجة في الاضطراب النفسي عند كل من محمد ونورة ب(35) درجة، كما أن هناك تفاوت في درجات البنود الفرعية للحالات التي تعاني من اضطراب في الصحة النفسية، فمثلا سجلت كل من أم محمد ونورة الدرجة (12) وهي أعلى درجة في الاكتئاب، فيما تحصلت باقي الحالات على درجات ما بين(8 و11)، أما بالنسبة للقلق فكانت أعلى درجة هي التي تحصلت عليها خيرة والتي قدرت بـ(11) درجة فيما تحصل الباقي على درجة ما بين(7و8) درجات، ولم يسجل كل من محمد ونورة أي ارتفاع في درجة القلق، أما في ما يخص بعد الفوبيا فقد سجل ارتفاع عند ثلاث حالات حيث تحصل كل من عبد الرحمان ونعيمة على (9) درجات وخيرة على (8)، وفيما يخص بعد الوسواس القهري فكانت النتائج ما بين (6 و8) درجات ماعدا نعيمة التي سجلت درجة منخفضة في الوسواس القهري، وقد ظهر ارتفاع في درجة القلق الجسمي عند كل من خيرة، نبيلة، عائشة وأم محمد، أما الحالات الأخرى فلم يثبت وجود

اضطراب في القلق الجسمي، وفيما يخص الهستيريا فقد سجلت أربع حالات درجات مرتفعة تتراوح بين(5و7) درجات.

## 2-2- عرض نتائج المقابلة نصف الموجهة للحالات:

سنقدم فيما يلي أهم ما جاء في المقابلة نصف الموجهة لكل الحالات من خلال الجدول الموالي:

**جدول رقم (09): نتائج المقابلة نصف الموجهة للحالات**

| الحالة | مدة المقابلة | محاور المقابلة |
|---|---|---|
| عائشة | 35د | **محور معلومات المرافق حول الفصام:** ليس لديها أي معلومة عن اضطراب الفصام<br>**محور تصورات المرافق حول المريض:** علاقة جيدة لم تتغير، شعور بالعطف اتجاه زوجها،<br>**محور الحالة النفسية:** صحة نفسية مضطربة تمثلت في مشاعر الألم، قلق، أرق، أفكار وسواسية تمثلت في خوفها من اعتداء الأب أو الإبن على بناتها شعور بالذنب من تقصيرها نحو ابنها المتوفي، أمراض جسدية(قلون عصبي ضغط الدم)<br>**العلاقات الاجتماعية للمرافق:** علاقات محدودة منذ وفاة ابنها.<br>**محور رأي المرافق حول العلاج:** العلاج الدوائي هو المناسب وهي لا تبحث عن أي علاج آخر.<br>**النظرة المستقبلية للمرافق:** تحمل نظرة تفاؤلية تجاه زوجها واتجاه أسرتها وتطمح إلى تغيير حياتها للأفضل. |
| عبد الرحمن | 35د | **محور معلومات المرافق حول الفصام:** ليس لديه أي فكرة حول اضطراب الفصام **محور تصورات المرافق حول المريض:** تغير في العلاقة العاطفية بعد المرض وتغير على المستوى الشخصي، مع وجود دعم أسري من طرف أسرته.<br>**محور الحالة النفسية:** اضطراب في الصحة النفسية تمثلت في القلق والفوبيا والوسواس، ومشاكل في الذاكرة (النسيان). |

| | | |
|---|---|---|
| | | **العلاقات الاجتماعية:** علاقات محدودة، خوف من ترك المنزل لاحتمالية حدوث أي شيء خلال غيابه.<br>**محور رأي المرافق في العلاج:** مقتنع بالعلاج الدوائي المقدم لها إذا التزمت به ولا جدوى من تجربة علاجات أخرى.<br>**النظرة المستقبلية للمرافق:** قلق وخوف من تأزم حالته الصحة و عنده رغبة في زيارة أخصائي نفساني للعلاج. |
| أم محمد | 45د | **محور معلومات المرافق حول اضطراب الفصام:** لا تملك أي معلومة عن المرض.<br>**محور تصورات المرافق حول المريض:** وجود عاطفة قوية اتجاه أخوها المريض، عدم الرغبة في الابتعاد عنه، متفهمة لتصرفاته المزعجة الناتجة عن المرض، غياب السند والدعم الأسري.<br>**محور الحالة النفسية:** حالة نفسية متعبة جدا، شعور بالاضطهاد من طرف أحد الأخوة، مشاكل في النوم، تعاني أمراض جسدية ونفسية، تردد ناتج عن ضعف الثقة بالنفس، شعور بعدم الأمان.<br>**محور العلاقات الاجتماعية:** علاقاتها الاجتماعية محدودة ظهرت في قولها" لعباد ماولاوش يجونا، مكاش ليحس بيك"<br>**محور رأي المرافق حول العلاج:** هي ترى أن العلاج الدوائي مناسب له ولا تريد تجربة أي علاج آخر.<br>**محور النظرة المستقبلية:** تحمل أم محمد آمال في شفاء أخوها وتحسن أوضاعها الاقتصادية، كما تشعر ببعض الخوف من المستقبل على حياتها هي وأخوها. |
| نبيلة | 30د | **محور معلومات المرافق حول الفصام:** ليس لها فكرة واضحة عن الفصام كل ماتعرفة هو اسمه "فصام الشخصية وراجلي مريض بيه "<br>**محور تصورات المرافق للمريض:** تغير جذري في حياة نبيلة، التعرض لصدمة نفسية قوية لحظة اكتشافها لمرض زوجها، علاقتها بزوجها فيها نوع من الحب ممزوج بالشفقة، ترى أن مرضه وراثي ، الانزعاج من تصرفاته التي تراها تحط من قيمته.<br>**محور الحالة النفسية:** تعرضت لأزمة نفسية حادة ، نتج عنها اكتئاب، قلق، شعور بعدم |

| | | |
|---|---|---|
| | | الاستقرار، أ مراض جسدية.<br>**محور العلاقات الاجتماعية،** علاقاتها الاجتماعية جيدة لم تتأثر.<br>**محور رأي المرافق حول العلاج:** مقتنعة بالعلاج الدوائي المقدم له كما تضع اللوم عليه في عدم انتظامه على أخذ الدواء.<br>**محور النظرة المستقبلية للمرافق:** كل امالها متعلقة بشفاء زوجها وتغير اوضاعها، تطمح للوصول للاستقرار. |
| نعيمة | 30د | **محور معلومات المرافق حول الفصام:** ليس لديها فكرة عن الفصام سوى ما يبدو منه من أعراض وكل ما تعرفه أنه وراثي.<br>**محور تصورات المرافق حول المريض:** الشعور بالانزعاج والتذمر اتجاه سلوكات إخوتها المرضى، مشاعر مختلطة بين الرفض واليأس والخوف وعدم التقبل الافتقاد للسند زاد من الشعور بثقل المسؤولية التي على عاتقها مما خلق عندها نفسية منهكة.<br>**محور الحالة النفسية:** الشعور بالحزن والغضب والتذمر مع الحيرة ،عاطفة حب اتجاه إخوتها، مشاعر فيها يأس وعدم تقبل(رفض للواقع وعدم تقبلها لمرض إخوتها)، مشاعر سلبية اتجاه نظرة المجتمع لهم، وبالتالي شعور بالرفض من قبل المجتمع.<br>**محور رأي المرافق حول العلاج:** مقتنعة بالعلاج الدوائي مع ضرورة تقديم علاجي نفسي له، وتري أن تدهور حالته راجع لعدم انتظامه على الدواء.<br>**محور النظرة المستقبلية للحالة:** يأس مع الأمل وال قليل من التفاؤل، أمنيات بسيطة لتستطيع بها خدمة إخوتها في ظروف حسنة لتخفف عنها وعنهم واقعهم الأليم. |
| خيرة | 35 | **محور معلومات المرافق حول الفصام:** لا تحمل أي فكرة عن اضطراب الفصام، تعتقد أن مرض ابنتها سببه خلعة وسحر .<br>**محور تصورات الحالة حول المريض:** علاقتها جيدة مع ابنتها لم تتغير بسبب المرض، مع بعض الشعور بالتعب والانزعاج من سلوكاتها، الحالة حريصة على الحضور مع ابنتها للطبيب. |

| | | |
|---|---|---|
| | | **محور الحالة النفسية للحالة:** مشاكل نفسية وجسمية متعددة، شعور بعدم الاستمتاع ، أوجاع بالرأس والكتفين، قلق مستمر وإحساس بالملل وعدم الرغبة في فعل أي شيء، مع شعور بالضيق والحزن.<br>**محور العلاقات الاجتماعية:** لا تحب الخروج وعلاقاتها الاجتماعية محدودة.<br>**محور رأي الحالة حول العلاج:** مقتنعة بالعلاج المقدم للمريضة وهي ترى أن حالتها تتحسن.<br>**محور النظرة المستقبلية للمرافق:** نظرة تفاؤلية في امكانية شفاء ابنتها وعودتها لحياتها الطبيعة هذه كل أمنيات السيدة خيرة. |
| محمد | 45د | **محور معلومات المرافق حول الفصام:** لا يملك أي فكرة عن اضطراب الفصام، كل ما يعرف أن أخته تعاني من حالة نفسية.<br>**محور تصورات المرافق حول المريض:** مرض أخته سببه صدمة تعرضت لها منذ **20** سنة، لم يشعر بمرضها إلا بعد وفاة الوالد الذي ترك له مسؤوليتها وبعد تعرضها للانتكاسة، تقرب منها وأصبحت علاقته بها قوية. لا يحب التكلم عن مرضها مخافة من الوصمة الاجتماعية.<br>**محور الحالة النفسية للمرافق:** الحالة النفسية لمحمد جيدة يعاني من بعض المشاكل الصحية، مشاكل في المعدة وآلام في الظهر.<br>**محور العلاقات الاجتماعية:** علاقاته الاجتماعية محدودة.<br>**محور رأي المرافق حول العلاج:** مقتنع بالعلاج الدوائي لأنه جرب لها الرقية ولم تنفع معها، وهي حاليا تستجيب للعلاج.<br>**محور النظرة المستقبلية للمرافق:** يرى محمد أن سعادته تكمن في شفاء أخته وهو يحمل نظرة تفاؤلية اتجاه مستقبله كما يتمنى حياة أفضل لأولاده وتحقيق أحلامه من خلال دراستهم. |
| مريم | 35د | **محور معلومات المرافق حول الفصام:** لا تملك معلومات واضحة عن مرض أختها ولا عن اضطراب الفصام.<br>**محور تصورات المرافق حول المريض:** كل ما تعرفه أن أختها تعرضت لصدمة نفسية نتيجة انفصالها عن خطيبها، كما تعرضت لسحر، بداية مرضها كانت على شكل وساوس، علاقة مريم |

| | | |
|---|---|---|
| | | مع أختها طيبة ولم تتغير بعد المرض، إلا أنها تشعر بالانزعاج من بعض تصرفاتها مما تسبب لها غضب وقلق، تتلقي مساندة من صديقاتها وزميلاتها في العمل.<br>**محور الحالة النفسية:** الحالة النفسية لمريم مستقرة ، شخصيتها حساسة وعاطفية لكن بعض الاحيان تشعر بالغضب والانزعاج من تصرفات أختها، تحاول احتواء أختها قدر الامكان، تعاني من مشاكل صحية في المعدة مع حساسية في الأنف، تستمد قوتها من تقوية صلتها بالله.<br>**محور العلاقات الاجتماعية للمرافق:** تتمتع بعلاقات اجتماعية جيدة، تحب الاختلاط وتكوين الصداقات.<br>**محور رأي المرافق حول العلاج:** ترى أن أختها تحتاج إلى علاج بالرقية لاعتقادها أنها تعرضت لسحر مع العلاج الدوائي.<br>**محور النظرة المستقبلية:** تحمل مشاعر تفاؤلية اتجاه وضع أختها كما تحمل نوع من الرضى على حياتها ، فهي تؤمن بأن هذا امتحان تمر به وسينتهي. |
| مليكة | 30د | **محور معلومات المرافق حول المرض:** ليس لديها أي فكرة عن المرض سوى أن أختها تعاني من "خلعة".<br>**محور تصورات المرافق حول المريض:** تذكر أن سبب مرضها ناتج عن ضغوط وصدمة نفسية تعرضت لها، بدأ بسلوكات غريبة تظهر عليها، تحمل مليكة مشاعر الأسى والحزن على أختها، كما تشعر أن تصرفات أختها مستفزة وتشعرها بالغضب، تشعر بالتعاطف اتجاه أختها وعلاقتها مع أختها لم تتغير بعد المرض.<br>**محور الحالة النفسية:** معاناة وحالة نفسية سيئة، كما عانت من القلق المستمر وكوابيس مخاوف، آلام بالرأس، تشعر ان تدهور أوضاعها وتأخرها عن الزواج بسبب السحر.<br>**محور العلاقات الاجتماعية:** علاقات اجتماعية محدودة.<br>**محور رأي المرافق حول العلاج:** غير مقتنعة بالعلاج الدوائي وتعتبره مهدئ فقط يمنع تطور |

| | | |
|---|---|---|
| | | المرض، اذ لم يحقق لها تحسن ملحوظ.<br>**محور النظرة المستقبلية للمرافق:** تحمل مليكة نظرة سلبية اتجاه الحياة ومشاعر تشاؤمية مع فقدان الامل في شفاء أختها. |
| فاطمة | 35د | **محور معلومات المرافق حول الفصام:** ليس لها أي فكرة عن المرض سوى أنه مرض عقلي.<br>**محور تصورات المرافق حول المريض:** ترى أن أخوها مريض من صغره بالحمى وهو الطفل الوحيد لأخوات بنات، تعاني الأسرة من تصرفاته الغريبة اضطرتهم إلى غلق الباب عليه وعدم اصطحابه معهم، تعبر فاطمة عن مشاعر الشفقة والحزن اتجاه أخوها.<br>**محور الحالة النفسية:** تعاني من بعض المشاكل في النوم، وأمراض معدية، حالتها النفسية مستقرة لكنها دائمة التفكير في اخوها المريض.<br>**محور العلاقات الاجتماعية:** تتمتع بعلاقات اجتماعية جيدة مع الجيران ومع صديقاتها،<br>**محور رأي المرافق حول العلاج:** ترى أن العلاج الدوائي مناسب له غير أن حالته لم تتحسن 100%.<br>**محور النظرة المستقبلية:** لا تحمل أي أمل في تحسن وضع أخوها الصحي. |

| | | |
|---|---|---|
| سعاد | 32د | **محور معلومات المرافق حول المرض:** ليس لديها أي معلومة عن مرض أخوها ولا عن الفصام.<br>**محور تصورات المرافق حول المريض:** أن سبب مرضه راجع للأدوية التي تناولتها الام عند الحمل وإلى الوراثة بحكم أن له عمة عندها تأخر عقلي، تحضر معه الطبيب عند غياب الاب أو الأخ.<br>**محور الحالة النفسية للمرافق:** صحتها النفسية جيدة ولا تعاني من أي مشاكل نفسية ولا صحية سوي الرغبة في انقاص الوزن.<br>**محور العلاقات الاجتماعية:** تتمتع سعاد بعلاقات اجتماعية جيدة بحكم عملها، كما أن طبيعة شخصيتها يجعلها تتأقلم بسرعة مع الناس.<br>**محور رأي المرافق حول العلاج:** ترى أن العلاج الدوائي مناسب.<br>**محور النظرة المستقبلية للمرافق:** شعور بالحسرة اتجاه مستقبل أخوها مع بعض الامل في امكانية تحسن حالته، تحمل نظرة تفاؤلية اتجاه حياتها المستقبلية. |
| نورة | 38د | **محور معلومات المرافق حول الفصام:** ليس لديها أي معلومة عن طبيعة المرض وتصر على أن ابنتها تعرضت لسحر.<br>**محور تصورات المرافق حول المريض:** حسب ماروت لنا ابنتها كانت بصحة جيدة عند وصولها لسن 18 عشر بدأت تظهر عليها بعض الاعراض كالقلق مع عدم الرغبة في ممارسة أي شيء جربوا لها علاجات تقليدية مثل أخذها لطالب الا أن حالتها ساءت بعدها، حسب ظنها فإن السحر أثر على أعصابه،<br>**محور الحالة النفسية:** حالة نفسية متعبة مع إرهاق ناتج عن الضغوطات التي تعيشها مع ابنتها |

| | | |
|---|---|---|
| | | يوميا، مشاكل في النوم وأرق.<br>**محور العلاقات الاجتماعية:** انقطاع عن العلاقات الاجتماعية بسبب مرض ابنتها<br>**محور رأي المرافق حول العلاج:** لا ترى أنه العلاج المناسب وابنتها تحتاج إلى علاجات اخرى.<br>**محور النظرة المستقبلية للمرافق:** تبدو نورة راضية عن حياتها وكل ما يشغلها وتتمناه أن تشفى ابنتها. |
| كمال | 30د | **محور معلومات المرافق حول الفصام:** كمال لا يعرف شيء عن الفصام كل ما يعرفه أن خالته مصابة بمرض عقلي.<br>**محور تصورات الحالة حول المريض:** حسب ما ذكر فقريبته بدأها المرض في سن مبكرة، ويرى أن مرضها وراثي، يصف لنا أعراضها بحكم أنها تعيش معهم وتتصرف بعدوانية أحيانا ،كمال يتناوب مع والدته في الحضور لطبيب، كان كمال يتكلم عن خالته المريضة بكل أريحية ولا يبدو علية أنه متأثر.<br>**محور الحالة النفسية:** لا يشكو من أي مشاكل نفسية أو جسدية.<br>**محور العلاقات الاجتماعية:** علاقاته الاجتماعية جيدة ويتعامل مع الناس يوميا بحكم عمله.<br>**رأي المرافق حول العلاج:** لم يستخدموا علاجات أخرى مع الحالة ماعدا العلاج الدوائي الذي يعتبره العلاج المناسب.<br>**النظرة المستقبلية للحالة:** نظرته للحياة جد متفائل، أما بخصوص قريبته فهو يرى أنه عليها الالتزام بالدواء كي تبقى حالتها مستقرة. |

من خلال الجدول رقم (09) الذي يوضح نتائج المقابلة لكل الحالات، يتضح أن كل الحالات التي تم عرضها ليس لديها فكرة عن اضطراب الفصام، ماعدا حالة واحد (نبيلة) والتي ليس لديها فكرة واضحة سوى أنه يسمى "انفصام الشخصية"، تظهر نتائج المقابلة أن بعض الحالات التي تعاني من

اضطراب في الصحة النفسية أظهرت تغيرا في علاقتها مع المريض بعد الاصابة بالمرض، فهناك من أصيبت علاقته بالفتور مثل حالة عبد الرحمان وهناك من تغيرت فأصبحت كنوع من التعاطف والشعور بالشفقة مثل حالة أم محمد مع أخيها. وبعض الحالات التي تعاني من اضطراب في الصحة النفسية لم تتأثر علاقتها مثل: حالة عائشة وخيرة. معظم الحالات التي تعاني من اضطراب في الصحة النفسية أظهرت انزعاج من سلوكات وتصرفات المريض التي يعتبرونها مزعجة في حين أن بعض الحالات أظهرت نوع من التقبل والتفهم لوضع المريض وهذا كان واضحا عند محمد، أما في ما يخص العلاقات الاجتماعية فحسب تصريح الحالات تبين لنا أن معظم الحالات التي تشكوا من اضطرابات نفسية صرحت بمحدودية علاقاتهم الاجتماعية، ماعدا نبيلة التي كانت تتمتع بعلاقات اجتماعية جيدة، أما الحالات التي تميزت بصحة نفسية جيدة فأغلبها تتمتع بعلاقات اجتماعية جيدة ماعدا حالة مليكة التي كانت علاقاتها محدودة، و قد يفسر هذا بأن الانفتاح على العلاقات يساعد في تخفيف الضغوط عن المرافقين، وبالتالي يسمح لهم بالتفريغ الذي قد يحد من ظهور أي اضطرابات نفسية عندهم، كما نفسره بأن الذين يعانون من اضطرابات تتأثر علاقتهم الاجتماعية بالأخرين. لقد تفاوتت الحالة النفسية للحالات ما بين مضطربة وحالة نفسية سليمة فبعض الحالات جاءت تصريحاتهم مطابقة لنتائج المقياس وهذا كان واضحا عند كل الحالات التي تعاني من اضطراب في الصحة النفسية ماعدا محمد الذي بدا بحاله نفسية جيدة أثناء المقابلة، كما أظهرت نتائج المقياس عدم وجود اضطراب نفسي عند مليكة، مريم، فاطمة ، سعاد، وكمال وقد جاءت تصريحاتهم مطابقة لنتائج المقياس، ماعدا حالة واحدة(مليكة)التي كانت تبدو متعبة نفسيا وهذا ما ظهر من خلال تصريحاتها: "مزالني خفيفة ونتقلق، راسي نحسو مفتوح، صباح نحس روحي دايخة، ماعنديش صحاباتي، كليت دوا باش وليت نرقد"، كما صرحت أيضا بمحدودية علاقاتها الاجتماعية "مانحب نخالط حتى واحد ومكاش ليسقسي علينا"، كما تبدو نظرتها للحياة متشائمة: " أنا عشت مايكفي، لما تكبري كلش سامط"؛ لكن

نتائج المقياس جاءت غير مطابقة لما صرحت به الحالة، وهذا يرجع ربما لعدم فهمما بعض بنود المقياس، أو أنها حاولت التحفظ عن بعض الأسئلة الموجودة في المقياس.

**2-2 مناقشة الفرضية العامة:**

تنص الفرضية العامة على أن مرافقي مرضى الفصام يعانون من اضطراب في الصحة النفسية وبعد جمع وتحليل البيانات إتضح تحقق الفرضية لـ (08) حالات في حين لم تتحقق الفرضية للخمس حالات الأخرى، وذلك من خلال تطبيق مقياس الصحة النفسية لسيدني كراون وكريسب والتي أظهرت درجات مرتفعة على متوسط الصحة النفسية لـ (08) حالات والتي تقدر ب (34.5)؛ وقد جاءت دراستنا متوافقة مع دراسة اعتدال عبده فقير سيد أحمد (2000)، والتي هدفت لمعرفة الصحة النفسية لدى مرافقي مرضى الفصام و توصلت لوجود انخفاض في الصحة النفسية لمرافقي مرضى الفصام.

وقد جاءت تصريحات الحالات التي تعاني من اضطراب في الصحة النفسية أثناء المقابلة نصف الموجهة مطابقة لما جاء في نتائج مقياس الصحة النفسية، باعتبار أنهم صرحوا بمعاناتهم النفسية، ويرجع احتمال عدم وجود اضطراب في الصحة النفسية للحالات الخمس إلى وجود المساندة الاجتماعية فوجود دعم ومساندة اجتماعية تعمل على تخفيف العبء على المرافق كذلك العوامل الاقتصادية، فمسؤولية المريض الملقاة على عاتق المرافق تزيد من المعاناة، وقد يكون السبب راجع أيضا إلى استقرار المرافق في حياته الشخصية والاجتماعية.

وقد ترجع إلى نوعية الاستراتيجيات المستخدمة من طرف المرافقين والمتمثلة في الاستراتيجيات (الايجابية والسلبية) كاستراتيجية التفكير بالتمني، التجنب، التحكم بالنفس، تحمل المسؤولية واستراتيجية حل المشكلات أو الارتباك والهروب. وهذا حسب دراسة شادي شحدة عبد الله

بريخ(2014)، والتي هدفت إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين استراتيجيات المواجهة وجودة الحياة الأسرية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي. وهذا ما قد يفسر وجود اضطراب نفسي عند (08) حالات فيما أظهرت الحالات (05) الأخرى صحة نفسة سليمة.

**2-3 مناقشة الفرضيات الجزئية:**

**- مناقشة الفرضية الجزئية الأولى:**

تنص الفرضية الأولى على أن مرافقي مرضى الفصام يعانون من القلق، وبعد جمع وتحليل المعطيات إتضح لنا أنه يوجد ارتفاع في مستوى القلق عند الحالات الذين يعانون من اضطراب في الصحة النفسية،

وقد أظهرت النتائج ارتفاع مستوي القلق لـ (06) حالات ممن يعانون من اضطراب في الصحة النفسية، ماعدا حالتين (02) من أصل (08) حالات لم يثبت عندهم اضطراب للقلق. وقد يرجع ارتفاع القلق للحالات الستة إلى الضغط الذي يعيشه المرافق والقلق بسبب وضع المريض ومستقبله، وهذا ما توصلت إليه دراسة هاياتي (2007) والتي جاءت متوافقة مع دراستنا. وقد هدفت هذه الدراسة لتفسير العبء الذي تواجهه الأسرة، وقد أوضحت الدراسة على أن هناك(95%)من أفراد العينة يعانون من نوع من أنواع العبء وكان أعلى أنواع العبء هو(90%) نتيجة القلق على مستقبل المريض والعلاج.

وقد يفسر ارتفاع درجة القلق عند الحالات إلى عدم الاحساس بالطمأنينة والراحة النفسية عند المرافقين وهذا الاستنتاج يتوافق مع دراسة مريم محمد سالم الغمري(2016)، والتي هدفت إلى التعرف إلى مستوى الطمأنينة النفسية لدى أبناء مرضى الفصام.

**-مناقشة الفرضية الجزئية الثانية:**

تنص الفرضية الثانية على أن مرافقي مرضى الفصام يعانون من الاكتئاب، وبعد جمع وتحليل المعطيات، تبين لنا أن الحالات التي تعاني من اضطراب في الصحة النفسية (8 حالات) أظهرت ارتفاع في درجة الاكتئاب، وهذا ما كان متوافقا مع تصريحات بعض الحالات، في المقابلة وهذا ما يفسر حالة الحزن واليأس عند مرافقي مرضى الفصام، وقد أشارت دراسة نزيهة زواني (2020) التي تهدف إلى معرفة مستوى جودة الحياة لدى مرافقي الأشخاص المصابين بالفصام في ضوء بعض التغيرات، كما اعتبرت أن الحالة النفسية لمرافقي مرضى الفصام مصدر قلق مهم، وأن مقدمي الرعاية قد يعانون من العديد من المشكلات النفسية كالشعور بالعبء والضغط النفسي والصحة النفسية المنخفضة.

وقد يرجع ارتفاع مستوى الاكتئاب عند كل الحالات التي تعاني من اضطراب في الصحة النفسية(8 حالات) إلى كمية الضغوط التي يعيشها مرافقي مرضى الفصام، وهذا ما توافق أيضا مع دراسة ابراهيم عبد الرحيم محمود(2008)، التي هدفت للكشف عن الضغوط النفسية عند مرافقي مرضى الفصام وعلاقتها بنوعية الحياة، وقد توصلت إلى وجود ارتفاع في مستوى الضغوط النفسية لمرافقي مرضى الفصام.

**-مناقشة الفرضية الجزئية الثالثة:**

تنص الفرضية الثالثة على أن مرافقي مرضى الفصام يعانون من اضطراب الوسواس القهري، وبعد جمع المعطيات وتحليلها تبين لنا أن هناك (7) حالات من أصل 8 حالات التي ثبت لديهم اضطراب في الصحة النفسية، ماعدا حالة واحدة التي لم يكن لديها ارتفاع في درجة الوسواس القهري

ومنه نستنتج أن الفرضية التي تنص على أن مرافقي مرضى الفصام يعانون من اضطراب في الوسواس القهري تحققت عند السبعة حالات التي تعاني من اضطراب في الصحة النفسية، ويمكن تفسير ارتفاع درجة الوسواس القهري عند أغلب الحالات التي تعاني من اضطراب في الصحة النفسية إلى حالة القلق التي يعيشها مرافقي مرضى الفصام وهذا يرجع إلى ما يسببه المريض من توتر وضغط للمرافق و أيضا نتيجة قلق المرافق على وضع المريض الصحي ومستقبله، وهذا ما ظهر في نتائج مقياس الصحة النفسية وفي تصريحاتهم أثناء المقابلة: "وليت نتقلق بزاف"؛ بالإضافة إلى الضغوط النفسية الناتجة عن سلوكات المريض غير المنطقية والمحرجة أحيانا: " أنا عييت مايبدلو ما يدوشوا" مانحسش براحة لا ليل لا نهار.... كان تعاود تتأزم الحالة نسمح فيها". كل هذا يؤكد حجم الضغط التي يعيشه المرافق، وقد توافقت دراستنا هذه مع دراسة راضية حاج لكحل (2018) التي تهدف لبناء برنامج علاجي لتعديل الأفكار اللاعقلانية وخفض الضغوط النفسية لدى أمهات مرضى الفصام استنادا لنظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، وقد توصلت إلى أن أمهات مرضى الفصام يعانين من ضغوط نفسية و لديهن أفكار لا عقلانية حول مرض أبنائهن، وقد أظهرت الدراسة أن كل الأمهات لديهن معتقدات غير منطقية وغير عقلانية حول المرض وخاصة فكرة أن السحر هو السبب في المرض.

## الاستنتاج العام

ترمي هذه الدراسة التي تحمل عنوان الصحة النفسية لدى مرافقي مرضى الفصام، إلى الكشف عن الصحة النفسية لدى مرافقي مرضى الفصام وذلك من خلال الجانب النظري والجانب التطبيقي، فالجانب النظري خصص للتعرف على الصحة النفسية واضطراب الفصام.

أما الجانب التطبيقي فاعتمدنا فيه على المنهج الإكلينيكي، من خلال تطبيق المقابلة نصف الموجهة ومقياس الصحة النفسية لسيدني كراون وكرسب على مرافقي مرضى الفصام، وأجريت الدراسة على عينة عددها (13) حالة بين الذكور والإناث، (10) من الإناث و(3) ذكور؛ تتراوح أعمارهم ما بين(30و63) سنة وقد سمحت لنا النتائج المتوصل إليها في دراستنا إلى معرفة مدى المعاناة والضغوط التي يعيشها بعض مرافقي مرضى الفصام، وهذا كان واضحا من خلال عدد الحالات التي أظهرت اضطراب في الصحة النفسية والتي كانت نتائجها كالتالي:

- ثمانية (08) حالات من أصل (13) حالة من مرافقي مرضى الفصام يعانون من اضطراب في الصحة النفسية، في حين أن هناك خمس حالات لا تعاني من اضطراب في الصحة النفسية.

- يعاني (06) حالات من أصل (08) حالات الذين تبين أن لديهم اضطراب في الصحة النفسة من اضطراب القلق، وهناك حالتين من أصل (08) حالات لم تثبت النتائج أنهم يعانون من اضطراب القلق.

- يعاني مرافقي مرضى الفصام من الاكتئاب وقد ثبت أن كل الحالات الثمانية التي تعاني من اضطراب في الصحة النفسية لديهم اكتئاب.

– أثبتت النتائج وجود اضطراب الوسواس القهري عند (7) حالات، في حين لم يثبت وجوده عند حالة واحدة.

– يعاني مرضى الفصام ضغوطات كبيرة ناتجة عن قلق المرافقين من وضع المريض الصحي ومن مستقبله وهذا ما قد سبب لهم اضطراب في الصحة النفسية.

– و اتضح لنا أن الحالات التي لم يظهر عندها اضطراب نفسي راجع لحصولها على المساندة الاجتماعية، وهذا كان ظاهرا عند حالة مريم "صحاباتي كلهم زينين ومعاونيني ونحكيلهم"، وهذا ما يؤكد دور المساندة الاجتماعية في التخفيف من الضغوط لدى مرافقي مرضى الفصام.

– بعض الحالات (04) أرجعوا المرض لأسباب غيبية( كالحسد، السحر والعين) إلا أنهم كانوا مقتنعين بنجاعة العلاج الدوائي بعد تجربة علاجات أخرى مثل: الرقية.

– ساعدتنا هذه الدراسة على التقرب من مرافقين مرضى الفصام و الوقوف على الواقع الحقيقي لهذه الفئة، التي لم تحضى باهتمام كبير عند الباحثين، وقد مكنتنا من التعرف على حجم المعاناة والألم الذي يستشعره هؤلاء الأفراد ، وهذا راجع لصعوبة هذا المرض وما يصدر عن المريض من سلوكات قد تكون مزعجة وغير مفهومة في كثير من الأحيان.

–كما تم الكشف على أن المرافقين لا يملكون أي فكرة عن اضطراب الفصام وقد كان واضحا عند كل الحالات التي أجرينا معهم المقابلة وهذا ما قد يفسر عدم تفهم بعض( المرافقين) للمريض وكيفية التواصل معه، وهذا ما جاء متوافق مع ما ذكر في الجانب النظري أن أسرة المريض بالفصام تعاني من سلوك المريض الذي قد يضعها في مواقف محرجة أمام الناس وهذا قد يؤدي إلى نفور الأسرة من المريض وعدم تقبله بسبب المعاناة التي يشعرون بها، وعدم قدرتهم على تحمل وفهم المريض أو نقص المعلومات حول طبيعة المرض.

وفي كثير من الأحيان يلجأ مرافقين المريض إلى التقليل أو الحد من علاقاتهم الاجتماعية مما تحرمهم من لذة الاستمتاع بالحياة وهذا يزيد من حدة القلق الناتجة عن الضغوط المستمرة بسبب عبء الرعاية وعدم قدرتهم على التفريغ.

وهذه الدراسة قدمت دليلا على أن الأمراض النفسية مثل الفصام أوجدت عبئا مستمرا على المرافقين، كما أن الوصمة اتجاه المرض النفسي والفصام خصوصا تشكل مصدر ضغط عند المرافقين، وأن عبئهم متعدد الأبعاد يشمل الصحة النفسية والجسدية وحتى الحياة الاجتماعية.

كما توصلنا إلى أن وجود صحة نفسية عند (05) حالات من أصل (13) يدل على الإمكانيات النفسية لهؤلاء المرافقين، ونعتقد أن وجود برامج توعوية للتعريف بالمرض واكساب المرافقين وأسر مرضى الفصام استراتيجيات مواجهة الضغوط سيساعدهم على تجاوز وضعهم وتقوية الجانب الأسري والتكافل الاجتماعي، ومحاولة التخلص من فكرة الوصمة الاجتماعية عند من لديهم مريض فصامي مما قد يساعدهم على التخفيف من معاناتهم.

**التوصيات والاقتراحات**

- إجراء المزيد من الدراسات على أسر المرضى النفسيين بشكل عام ومرافقي مرضى الفصام بشكل خاص لندرة الدراسات.
- تغطية إعلامية تستهدف مرضى الفصام وأسرهم وإلقاء الضوء على المعاناة التي يعيشونها.
- اقتراح برنامج إرشادي أو علاجي لأسر مرضى الفصام.
- عمل دورات توعوية وتثقيفية بمرض الفصام داخل الأسرة وخارجها.
- الكشف عن معاناة أسر مرضى الفصام من وصمة المرض النفسي والعمل على إزالتها أو التخفيف منها.
- عمل ورشات داخل العيادات أو المستشفيات لأهالي مرضى الفصام، وتوعيتهم بطرق وآليات التعامل مع المريض.
- إنشاء مراكز خاصة مهيئة خصيصا لمرضى الفصام من أجل التكفل بهم والتخفيف من عبء الرعاية على المرافقين، مع إبقاء التواصل مع الأسرة من أجل عدم فصل المرضى على المحيط الأسري والاجتماعي.
- وفي الأخير نتمنى أن نكون بهذه الدراسة المتواضعة فتحنا المجال لمزيد من البحوث والدراسات حول مرافقي مرضى الفصام والتي تسمح لهم بالتطرق إلى متغيرات أخرى لم نتطرق لها مثل: دور الأسرة في علاج مرضى الفصام، دراسة بعض المتغيرات مثل: الحالة الاجتماعية والاقتصادية وعلاقتها بالصحة النفسية للمرافق.

# قائمة المراجع

## قائمة المراجع

**أولا الكتب:**

**1.** إبراهيم سالم الصبحان(2010)، **الاضطرابات النفسية والعقلية الاسباب والعلاج**، ط 1، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن .

2. أحمد شوقي العقباوي وآخرون(1999)،**المرشد في الطب النفسي**، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق الأوسط.

3. أحمد عبد الخالق(2006)، **الصدمة النفسية**، ط 2، دار اقرأ، الكويت.

4. أحمد عبد العزيز سلامة وعبد السلام عبد الغفار(1970)، **علم النفس الاجتماعي**، دار النهضة العربية، القاهرة.

**5.** أحمد عكاشة(1996)، **الطب النفسي المعاصر**، دار الآنجلو المصرية، القاهرة، مصر.

**6.** بوفولة بوخميس(2014)، **الاضطرابات اللغوية عند الفصامي دراسة نفسية معرفية**، دار جوانا للنشر، القاهرة، مصر.

7. جمال أبو دلو(2009)، **الصحة النفسية**، ط 1، دار أسامة للنشر والتوزيع، الأردن.

8. حامد عبد السلام زهران(1997)، **الصحة النفسية والعلاج النفسي**، ط 3، عالم الكتب، القاهرة.

9. حامد عبد السلام زهران(2005)، **الصحة النفسية والعلاج النفسي**، ط 4 ، عالم الكتب، مصر.

**10.**حامد عبد السلام زهران(2005)، **الصحة النفسية والعلاج النفسي**، ط 4، الشركة الدولية للطباعة، القاهرة ، مصر.

11.حسن مصطفى عبد المعطي(2003)، **الأمراض السيكوسوماتية ( التشخيص والأسباب والعلاج)**، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.

12.رجاء محمود أبو علام(2004)، **مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية**، دار النشر للجامعات، القاهرة.

13.الزبيدي كامل علوان(2007)، **دراسات في الصحة النفسية**، ط 1، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

14.سناء حامد زهران(2011)، **الصحة النفسية والأسرة**، ط 1، عالم الكتب، القاهرة.

15.سناء محمد سليمان(2005)، **التوافق الزواجي واستقرار الأسرة من منظور اسلامي نفسي اجتماعي**، ط 1، عالم الكتب، القاهرة.

16.سناء نصر حجازي(2013)، **علم النفس الاكلينيكي للأطفال**، ط 2، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

17.سهير كامل أحمد(2001)، **الصحة النفسية لأطفال الإسكندرية**، مركز الإسكندرية للكتاب،

18.سوسن شاكر مجيد(2014)، **أسس بناء الاختبارات والمقاييس النفسية والتربوية**، ط 3، مركز ديبونو لتعليم التفكير، عمان، الأردن.

**19**.سوسن شاكر مجيد(2015)، **اضطرابات الشخصية، أنماطها_قياسها**، ط 2 ،دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

**20**.سيد صبحي(2003)، **الإنسان وصحته النفسية**، الدار المصرية اللبنانية، مصر.

**21**.سيلفانو آريتي( 1991)، **الفصامي كيف نفهمه ونساعده**، تر عاطف أحمد، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.

**22**.شيلدون كاشدان(1984)، **علم نفس الشواذ**، تر أحمد عبد العزيز سلامة ومحمد عثمان نجاتي، ط 2، دار الشروق، بيروت، لبنان.

**23.**صالح حسن أحمد الداهري **(2010)، مبادئ الصحة النفسية،** ط 2، دار وائل للنشر، عمان، الأردن.

**24.**طارق كمال(2005)، **الصحة النفسية للأسرة،** مؤسسة شباب الجامعة، الاسكندرية، مصر.

25. عادل صادق(2006)، **الطب النفسي** ، ط 1، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع ، القاهرة.

26. عادل عبد الله محمد(1999)، **العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات،** دار الرشد، مصر.

27. عبد الحميد محمد الشاذلي(1999)، **الصحة النفسية سيكولوجية الشخصية،** المكتب العلمي، الإسكندرية.

28. عبد الرحمن محمد العيسوي (1995)، **علم النفس الاكلينيكي،** الدار الجامعية .

**29.**عبد الرحمن محمد العيسوي(2011)، **البارانويا والصحة النفسية،** ط1، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت، لبنان.

**30.**عبد الستار ابراهيم وعبد الله عسكر(2008)، **علم النفس الاكلينيكي في ميدان الطب النفسي،** ط-4، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، مصر

31. عبد الطيف حسين فرج (2009)، **الاضطرابات النفسية** الخوف، القلق، التوتر، الانفصام، الأمراض النفسية للأطفال، ط1، جامعة أم القرى، السعودية.

32. عبد الفتاح خواجة(2010)، **مفاهيم أساسية في الصحة النفسية والإرشاد النفسي،** ط 1، دار البداية ناشرون وموزعون، عمان، الأردن.

33. عبد اللطيف حسين فرج(2009)، **الاضطرابات النفسية الخوف، القلق التوتر،الإنفصام، الامراض النفسية للأطفال،** ط1، دار الجامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

34. عبد الله محمد قاسم (2001)، **مدخل إلى الصحة النفسية،** ط 1، دار الفكر للطباعة والنشر، عمان.

**35.** عطوف محمود ياسين(1968)، **علم النفس العيادي(الاكلينيكي)**، ط 2، دار العلم للملايين، بيروت، لبنان.

**36.** علي عبد الرحيم صالح (2014)، **علم نفس الشواذ- الاضطرابات النفسية والعقلية**، ط 1، دار صفاء للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.

**37.** على كمال (1986)، **فصام العقل أو الشيزوفرينيا**، المؤسسة العربية للدراسات والنشر.

38. فرج عبد القادر طه(2000)، **أصول علم النفس الحديث**، دار أنباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.

39. فكري لطيف متولي و صبحي بن سعيد الحارثي(2016)، **دراسة الحالة في علم النفس**، ط 1، مكتبة الرشد.

40. كامل علوان الزبيدي(2004)، **دراسات في الصحة النفسية**، ط1، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

**41.** كريج ستيل(2014)، **الشيزوفرينيا انفصام الشخصية-العلاج السلوكي المعرفي للمرض والتدخلات القائمة على التوجيهات المستقبلية**، تر مراد علي عيسى، ط 1، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.

42. كلير فهيم(2007)، **الصحة النفسية في مراحل العمر المختلفة**، ط 1، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.

43. كمال الدسوقي(1974)، **علم النفس ودراسة التوافق**، دار النهضة للطباعة والنشر، القاهرة.

44. لكحل مصطفى وبن عمر عواج (2012)، **الفصام**، ط 1، دار الخلدونية للنشر والتوزيع، الجزائر.

**45.**مجدي أحمد محمد عبد الله (2000)، **علم النفس المرضي دراسة في الشخصية بين السواء والاضطراب**، دار المعرفة الجامعية، بيروت، لبنان.

**46.**محمد إياد الشطي(2001)، **دليل الصحة النفسية للأطباء والعاملين في الصحية الأولية**، منظمة الصحة العالمية.

**47.**محمد جاسم العبيدي(2009)، **مشكلات الصحة النفسية أمراضها وعلاجها**، ط1، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

**48.**محمد حسن غانم(2011)، **المرأة واضطراباتها النفسية والعقلية**، ط 1، إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.

49.محمد داوود العزيز(2004)، **الصحة النفسية للطفل**، ط 1، القاهرة.

50.محمد عبد الظاهر الطيب(2001)، **مناهج البحث في العلوم التربوية والنفسية**، ط 1، مكتبة الانجلو المصرية.

51.محمد قاسم عبد الله(2001)، **مدخل إلى الصحة النفسية**، ط1، دار الفكر للطباعة والنشر، عمان.

52.محمد مايسا(1997)، **الصحة النفسية والأمراض النفسية والعقلية والوقاية وعلاجها**، ط 1، دار الجيل، بيروت.

53.محمود هاشم الودرني (1986)، **مدخل إلى الطب النفسي وعلم النفس المرضي**، ط 1، دار الحوار للنشر والتوزيع، سوريا.

**54.**مريم سليم (2010)، **الاضطرابات النفسية عند الأطفال والمراهقين**، ط 1، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان.

**55.**مصطفى حجازي(2004)، **الصحة النفسية- منظور دينامي تكاملي للنمو في البيت والمدرسة،** ط 2، المركز الثقافي العربي، الدار البيضاء المغرب.

56.مصطفى فهمي(1995)، **الصحة النفسية دراسات في سيكولوجية التكيف،** ط 3، مكتبة الخانجي، القاهرة.

57.المطيري معصومة سهيل(2005)، **الصحة النفسية (مفهومها واضطراباتها)،** ط1، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

58.منظمة الصحة العالمية(2014)، **التصنيف التشخيصي والإحصائي للإضطرابات العقلية،** تر أنور حمادي، الدار العربية للعلوم ناشرون.

59.منظمة الصحة العالمية، **المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية،** تر أحمد عكاشة، المكتب الإقليمي لشرق متوسط.

60.نبيل صالح سفيان(2004)، **الشخصية والإرشاد النفسي،** إيتراك للنشر والتوزيع، القاهرة.

61.نبيه ابراهيم إسماعيل(2001)، **عوامل الصحة النفسية السليمة،** إيتراك للنشر والتوزيع، مصر.

**62.**نهى سعدي أحمد مغازي(2011)، **الخدمة الاجتماعية وفصام الشخصية،** ط1، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الاسكندرية، مصر.

63.نوال عليوي(2011)، **مواجهة التأخر الدراسي وصعوبات التعلم،** مكتبة الساعي، القاهرة.

**64.**وليد سرحان (2010)، **سلوكيات (2) الفصام،** ط 2، دار مجدلاوي، للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

**ثانيا: الرسائل:**

1. إبراهيم عبد الرحيم إبراهيم محمود (2008)، **الضغوط النفسية وعلاقتها بنوعية الحياة لدى مرافقي مرضى الفصام**، دراسة ميدانية بمستشفيات العلاج النفسي بولاية الخرطوم، رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة الخرطوم، السودان.

2. إعتدال عبده فقير سيد أحمد(2010)، **الصحة النفسية لدى مرافقي مرضى الفصام بمستشفيات الطب النفسي بولاية الخرطوم في ضوء بعض المتغيرات**، رسالة ماجستير الآداب في علم النفس العلاجي، كلية الآداب، جامعة الخرطوم، السودان.

3. ألاء عبد الرحمن رفيق البشتاوي(2015)، **جودة الحياة وعلاقتها باختلاف أعراض الفصام لدى عينة من مراجعي عيادات الطب النفسي الخاصة في عمان**، رسالة ماجستير في علم النفس، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية، الأردن.

4. ألاء منار أبو سلطان(2019)، **المساندة الإجتماعية والكفاءة الذاتية كمنبئات لتوجه نحو الحياة لدى عينة من زوجات مرضى الفصام**، رسالة ماجستير في علم النفس، كلية التربية، جامعة الأقصى غزة.

5. راضية حاج لكحل (2018)، **مدى فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض الضغوط النفسية وتعديل الأفكار اللاعقلانية لدى أمهات مرضى الفصام**، أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الجزائر 2، الجزائر.

6. رهام حسن يوسف أبوفايد(2016)، **المناخ الاسري وعلاقته بتوكيد الذات لدى زوجات مرضى الفصام**، رسالة ماجستير في قسم الصحة النفسية والمجتمعية، كلية التربية، الجامعة الاسلامية، غزة.

7. سامية شويعل(1994)، **الخصائص السيكو اجتماعية للأمهات العازبات اللواتي يحتفظن بأطفالهن**، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.

8. شادي عبد الله شحدة بريخ(2014)، **إستراتيجيات الضغوط وعلاقتها بجودة الحياة الأسرية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي**، رسالة ماجستير في الإرشاد النفسي، كلية التربية، جامعة الأقصى، فلسطين.

9. عمرو سامي محمد أبو عقل(2016)، **المساندة الأسرية وعلاقتها بالاستشفاء لدى عينة من مرضى الفصام المترددين على الصحة النفسية في قطاع غزة**، رسالة ماجستير في الصحة النفسية والمجتمعية، كلية التربية، الجامعة الاسلامية، غزة.

10. عواطف ملوكة(2013)، **إتجاهات المعلمين نحو ممارسة مديري المدارس الابتدائية للعلاقات الإنسانية وعلاقتها بالصحة النفسية**، دراسة ميدانية بدائرة قمار ولاية الوادي، رسالة ماجستير، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.

11. لكحل مصطفى(2011)، **الكشف عن أداء الذاكرة الأتوغرافية عند مرضى الفصام، أطروحة دكتوراه في علم النفس النمو**، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة بالقايد، الجزائر.

12. **مرضى الفصام**، دراسة ميدانية بمستشفيات العلاج النفسي بولاية الخرطوم، رسالة ماجستير الآداب في علم النفس، كلية الآداب، جامعة الخرطوم، السودان.

13. مريم محمد سالم الغمري، (2016)، **الطمأنينة وعلاقتها بمستوى الطموح لدى أبناء مرضى الفصام العقلي**، رسالة ماجستير في الصحة النفسية والمجتمعية، كلية التربية، الجامعة الاسلامية، غزة.

14. مليوح خليدة (2014)، **مدى فعالية تقنيات الفحص العيادي الإسقاطية والموضوعية في تشخيص الفصام في المجتمع الجزائري**، ( دراسة مقارنة) دراسة عيادية ل 10 حالات في مدينة

بسكرة، أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد خيضر، بسكرة.

15. نبيل محمد محمد جودة (2008)، **الإتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي في قطاع غزة في ضوء بعض المتغيرات**، رسالة ماجستير في الصحة النفسية، كلية التربية، الجامعة الاسلامية، غزة

**رابعا: المجلات**

**1.** أمونة تاج السر محمد محمود وآخرون(2020)، أثر الارشاد المعرفي السلوكي في تحسين المعرفة لدى أفراد عائلات مرضى الفصام، **المجلة الأكاديمية للأبحاث والنشر العلمي**، العدد(14)، جوان.

2. بغالية هاجر(2017)، العلاج التقليدي لمرض الصرع والفصام انطلاقا من المخيال الشعبي، مقاربة بين منطقة تيسمسيلت ومطقة مستغانم، **مجلة الأنثروبولوجيا**، جامعة المدية، مجلد 03، عدد06.

3. تواتي مريم ودليلة حدادي (2016)، الذكاء لدى الفصامي بين مؤشر للتخلف العقلي ودليل لتدهور القدرات المعرفية ، **الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والانسانية**، قسم العلوم الاجتماعية، العدد(15)، جانفي، ص 41-47.

4. رجاء زهاني(2016)، التوظيف النفسي للفصامي محاول الانتحار-دراسة حالة- **مجلة العلوم الانسانية**، جامعة الجزائر، العدد(05)، جوان.

**5.** ريم عطية حيدر(2017)، مستوى الصحة النفسية لدى عينة من طلاب كلية التربية- دراسة مقارنة في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية-، **مجلة التربية**، الجامعة الأسمرية الاسلامية، العدد(03)، ديسمبر.

6. زينب بلقندور(2017)، واقع الصحة النفسية لدى طلبة جامعة عبد الحميد ابن باديس، مستغانم، **مجلة العلوم النفسية والتربوية**، جامعة مستغانم، الجزائر، مارس.

7. كوروغلي محمد لمين(2017)، مقاربة وبائية للفصام، **مجلة أبحاث نفسية وتربوية**، مجلد ج، العدد (10)، جوان، ص.ص 419-432.

8. نايف علي نايف وحشة(2021)، فاعلية برنامج إرشادي لتحسين درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين في مدينة عجلون، **المجلة العربية في العلوم الإنسانية والاجتماعية**، جامعة عجلون الوطنية، الأردن، مجلد (13)، عدد (01)، جانفي.

9. نزيهة زواني(2020)، جودة الحياة لدى مرافقي الأشخاص المصابين بمرض الفصام في ضوء بعض المتغيرات، أعمال الملتقى الوطني الأول، جودة الحياة والتنمية المستدامة في الجزائر – الأبعاد والتحديات، فيفري.

**المراجع باللغة الأجنبية:**

**1-** Bindler-L and Louero (2012), **La schizophrenie 100 Questions/ Reponses**، Elipses E diton M arketirg, paris.

**2-** K ingdon D.G, Turkington.D (2011), **therapie cognitive de la schizophrenie,** 1er Edition paris.

**3-** Koenig-M (2013), Le **Retablissemeent dons La schizophrenie,** these de Doctorat en psycologie clinique Universite, paris.

**4-** Martin ,PAZOUIN. j.M (2004), **Qualite devie et Schzophnies** ,Editions jonn bilbey Eurotext , France, paris.

# قائمة الملاحق

## قائمة الملاحق

## ملحق رقم(01): مقياس الصحة النفسية لسيدني كراون وكرسب.

**بيانات خاصة بالمريض:**

**الجنس:** ذكر( ) أنثى ( )

**سن الاصابة بالمرض:**

**مدة الاصابة بالمرض:** من 1-3 سنة ( ) 4-9 سنوات ( ) أكثر من 10 سنوات ( )

**بيانات خاصة بالمرافق:**

**الجنس:** ذكر( ) أنثى( )

**الحالة الاجتماعية:** عازب( ) متزوج( ) مطلق( ) منفصل ( ) أرمل( )

**المستوى التعليمي:** أمي ( ) ابتدائي ( ) متوسط( ) ثانوي( ) جامعي( )

**الحالة الاقتصادية:** جيدة( ) متوسطة( ) ضعيفة( )

**درجة القرابة:** أب( ) أم( ) أخ( ) زوج( ) ابن( ) قريب( )

**التعليمة:**

إليك بعض الأسئلة البسيطة التي تتعلق بحقيقة شعورك يرجى وضع علامة(x) على العبارة التي تنطبق عليك.

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 غالبا ما أشعر بالانزعاج دون سبب واضح. | نعم( ) | لا( ) | |
| 2 أشعر بخوف لا مبرر له عندما أكون في مكان مغلق مثل المخزن أو الحانوت أو ما شابه | كثيرا( ) | أحيانا( ) | مطلقا( ) |
| 3 هل تقول عن نفسك أنك حريص أكثر مما ينبغي؟ | نعم( ) | لا( ) | |
| 4 هل تعاني من الدوار(الدوخة) أو تشعر بضيق التنفس؟ | نعم( ) | لا( ) | |
| 5 هل تفكر بنفس السرعة التي اعتدت أن تفكر بها سابقا؟ | كثيرا( ) | أحيانا( ) | مطلقا( ) |
| 6 هل تتأثر بآراء الآخرين بسهولة؟ | نعم( ) | لا( ) | |
| 7 هل شعرت مرة أنه سيغمى عليك؟ | غالبا( ) | أحيانا( ) | مطلقا( ) |
| 8 هل يصيبك الخوف أن تصاب بمرض لا علاج له؟ | غالبا( ) | أحيانا( ) | مطلقا( ) |
| 9 هل تعتقد أن النظافة من الإيمان؟ | نعم( ) | لا( ) | |
| 10 هل تعاني كثيرا من سوء الهضم أو الاستفراغ؟ | نعم( ) | لا( ) | |
| 11 هل تشعر بأن الحياة متعبة جدا؟ | غالبا( ) | أحيانا( ) | مطلقا( ) |
| 12 هل تتذكر أنك تمتعت بتمثيل دور من الادوار في حياتك؟ | نعم( ) | لا( ) | |
| 13 هل تحس بالضيق وعدم الارتياح؟ | غالبا( ) | أحيانا( ) | مطلقا( ) |
| 14 هل تشعر بالأمان والاطمئنان عندما تكون في الداخل(في البيت أو في البناية) على عكس ما تشعر به وأنت في حديقة الشارع؟ | غالبا( ) | أحيانا( ) | مطلقا( ) |
| 15 هل تراود عقلك أفكار سخيفة وغير منطقية؟ | غالبا( ) | أحيانا( ) | مطلقا( ) |
| 16 هل تشعر بأن هناك وخزات أو تشنجات في جسدك وأطرافك؟ | غالبا( ) | أحيانا( ) | مطلقا( ) |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 17 هل تنسى كثيرا من سلوكك السابق؟ | نعم( ) | لا( ) | |
| 18 هل أنت عادة انسان عاطفي بدرجة كبيرة؟ | نعم( ) | لا ( ) | |
| 19 هل تشعر بالفراغ الشديد في بعض الاحيان؟ | نعم( ) | لا ( ) | |
| 20 هل تشعر بالضيق عند تنقلك في الحافلة أو القطار حتى عندما لا تكون وسيلة النقل مزدحمة؟ | غالبا( ) | أحيانا( ) | مطلقا( ) |
| 21 هل تكون في قمة سعادتك عندما تزاول عملك؟ | نعم( ) | لا( ) | |
| 22 هل شعرت مؤخرا بفقدان الشهية؟ | نعم( ) | لا( ) | |
| 23 هل تستيقظ مبكرا جدا في الصباح؟ | نعم( ) | لا( ) | |
| 24 هل يعجبك أن تكون محط الأنظار؟ | نعم ( ) | لا( ) | |
| 25 هل تقول عن نفسك أنك انسان كثير القلق؟ | غالبا ( ) | أحيانا( ) | مطلقا( ) |
| 26 هل تكره الخروج لوحدك؟ | نعم ( ) | لا ( ) | |
| 27 هل أنت من النوع الذي يتوخى الكمال في الأشياء؟ | نعم ( ) | لا ( ) | |
| 28 هل تشعر بالتعب والإعياء دون سبب؟ | غالبا ( ) | أحيانا ( ) | مطلقا ( ) |
| 29 هل تمر بك فترات طويلة من الاكتئاب؟ | غالبا( ) | أحيانا( ) | مطلقا( ) |
| 30 هل تجد نفسك تنتهز الفرص لتحقيق أغراضك الشخصية؟ | غالبا ( ) | أحيانا ( ) | مطلقا ( ) |
| 31 هل تشعر بالانقباض عندما تكون في الأماكن المغلقة؟ | نعم ( ) | لا( ) | |
| 32 هل تقلق دون سبب عندما يتأخر قريب لك في العودة إلى البيت؟ | نعم( ) | لا ( ) | |
| 33 هل تتحقق من الأشياء التي تنجزها بدرجة مبالغ فيها؟ | نعم ( ) | لا ( ) | |
| 34 هل تستطيع الذهاب إلى الفراشة في هذه اللحظة؟ | نعم ( ) | لا ( ) | |
| 36 هل تنفق كثيرا على ملابسك؟ | نعم( ) | لا ( ) | |
| 37 هل راودك شعور يوما ما بأنك على وشك الانهيار؟ | نعم ( ) | لا ( ) | |
| 38 هل تخاف من الأماكن العالية؟ | نعم ( ) | لا ( ) | |
| 39 هل يضايقك اختلاف حياتك عن سيرها المألوف؟ | غالبا ( ) | أحيانا ( ) | مطلقا ( ) |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 40 هل تعاني كثيرا من تصبب العرق أو من خفقان القلب؟ | نعم ( ) | لا ( ) | |
| 41 هل تجد نفسك بحاجة للبكاء؟ | غالبا ( ) | أحيانا ( ) | مطلقا ( ) |
| 42 هل تستهويك المواقف الدرامية التي تحمل انفعالات كثيرة | نعم ( ) | لا ( ) | |
| 43 هل تراودك كوابيس مزعجة تحس بالضيق عندما تستيقظ؟ | غالبا ( ) | أحيانا ( ) | مطلقا ( ) |
| 44 هل تشعر بالفراغ عندما تكون بين حشد من الناس؟ | غالبا ( ) | أخيانا ( ) | مطلقا ( ) |
| 45 هل تجد نفسك قلقا دون مبرر حول أشياء لا تستحق القلق؟ | غالبا ( ) | أحيانا ( ) | مطلقا ( ) |
| 46 هل حدث تغير في اهتماماتك الجنسية؟ | أقل ( ) | كما هي ( ) | ازدادت ( ) |
| 47 هل فقدت قابليتك لتعاطف مع الآخرين؟ | نعم ( ) | لا ( ) | |
| 48 هل تجد نفسك أحيانا تدعي أو تتظاهر؟ | نعم ( ) | لا ( ) | |

**الملحق رقم (02): دليل المقابلة نصف الموجهة.**

**المحور الأول: معلومات المرافق حول المرض.**

هل لديك فكرة عن طبيعة مرض قريبك؟

هل سمعت من قبل عن مرض الفصام؟

ماذا تعرف عن الفصام؟

هل حاولت فهم هذا المرض أو الاطلاع على معلومات تخصه؟

**المحور الثاني: تصورات المرافق حول المريض.**

ماهي تصوراتك للحالة قبل وبعد المرض؟

صف لي كيف كانت بداية مرضه؟

هل لاحظت تغير في تصرفاته لفتت انتباهك قبل مرضه؟

قل لي كيف كانت حياته وعلاقاته قبل مرضه وكيف أصبحت حاليا؟

صف لي شعورك أول مرة عرفت أن الحالة مصاب بالفصام؟

كيف كانت ردة فعلك؟

برأيك ما هو سبب مرضه؟

كيف هي حياتك اليومية معه؟

هل تشعر أن حياتك تغيرت بعد إصابته بالفصام؟ وكيف ذلك؟

ما الشيء الذي يثير قلقك عند تعاملك مع الحالة؟

كيف هي تصرفاته وما رأيك فيها؟

هل حاول إيذاء نفسه أو إيذاء الاخرين؟

عندما تكون بعيدا عنه بماذا تشعر؟

هل ترى نفسك ملزم في الحضور معه إلى الطبيب؟

ما هو شعورك عندما تكون معه في مكان عام؟

إذا تصرف تصرفا يزعجك كيف تكون ردة فعلك؟ وكيف تتعامل معه؟

كيف ترى نظرة الناس له وما رأيك فيها؟

هل تتكلم عن مرضه أمام الاخرين؟

**المحور الثالث: الحالة النفسية للمرافق.**

هل ممكن أن تحدثني عن نفسك قليلا؟

حدثني عن حالتك النفسية؟

هل تعاني من مشكلات نفسية، اذكرها؟

هل تتردد على الطبيب؟

هل تعاني مشاكل في النوم؟ أذكرها؟

كيف تشعر عند استيقاظك مباشرة؟

صف لي شعورك عند قيامك بأعمالك اليومية؟

هل ترى أن غيرك يمكن أن ينجز عملك بنفس الدقة التي تنجز بها أنت أعمالك؟

هل أنت من الذين يفكرون كثيرا ويقلقون دون مبرر لذلك؟

هل تشعر أنك دقيق في عملك أكثر من اللازم؟

هل تسامح نفسك عند ارتكابك خطأ ما؟

هل لك اهتمامات بأنشطة معينة؟

وهل أنت مواظب على ممارستها؟

هل تشعر أنك تملك المرونة الكافية للتعامل مع أي موقف جديد؟

هل تتضايق من أي تغير قد يحدث اختلافا في حياتك المعتادة؟

هل تتأثر بآراء الاخرين؟

**المحور الرابع: العلاقات الاجتماعية للمرافق.**

كيف تبدو لك العلاقات الاجتماعية؟

حدثني عن علاقاتك الاجتماعية؟

هل لك أصدقاء؟

و هل تتلقى مساعدة من أصدقائك؟

من هم الأشخاص الذين تلجأ إليهم في حالة واجهت ضغطا ما؟

هل أنت من الذين يحضرون المناسبات الاجتماعية؟

وهل تستمع بحضورك تلك المناسبات؟

**المحور الخامس: رأي المرافق حول العلاج.**

مارأيك في طريقة العلاج المتبعة مع الحالة؟

هل تجد أن العلاج الدوائي كاف؟

هل جربتم معه علاجات أخرى؟

كيف هي استجابة الحالة للعلاج؟

**المحور السادس:** وجهة نظر المرافق المستقبلية

ماهي نظرتك للمستقبل بوجود قريبك الفصامي؟

كيف ترى حياتك معه مستقبلا؟

كيف ترى علاقتك معه مستقبلا؟

هل تشعر أنه باستطاعته تجاوز هذا المرض والتغلب عليه؟

هل عندك أمل في أنه سيشفى تماما ويستعيد حياته الطبيعية؟

هل أنت متفائل اتجاه حياتك القادمة معه؟