

(مذكرة انتهاء الدراسة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي - تخصص علاجات نفسية-)

أثر العلاج بالعمل والترفيه في إدماج الفصامي إجتماعيا

دراسة عيادية لحالة واحدة

تحت إشراف الأستاذ:

- مكي محمد

إعداد الطالبة:

- كلاعي خالدة

لجنة المناقشة:

أ/ الرئيس: محرزي مليكة

أ/ العضو المناقش: طالب سوسن

السنة الجامعية: 2015- 2016

الإهداء

أهدي هذا العمل المتواضع في المقام الأول إلى والدتي الكريمة ووالدي رحمة الله عليه الذي طالما تمنيت أن يشاركني هذه اللحظة، دون أن أنسى ذكر فضله علي لما توصلت إليه لحد الآن.

و في المقام الثاني إلى زوجي ورفيق دربي الذي ساندني في مشواري الجامعي وطالما شجعني.

وإلى قرة عيني ابني محمد إياس وإلى جميع إخواتي وعائلتي الكريمة.

شكر و عرفان

- بداية إلى الله سبحانه وتعالى على توفيقه وكرمه وجزيل نعمه علي.
- وأتقدم بأسمى عبارات الشكر والثناء للدكتور مكي محمد الذي أشرف على هذا العمل المتواضع.
- كما أتقدم بعبارات العرفان لجميع الأساتذة الذين كان لهم الفضل في إثراء مشواري الجامعي.
- وأوجه أخلص عبارات الشكر والتقدير لأعضاء لجنة المناقشة.

أثر العلاج بالعمل والترفيه
في إدماج الفصامي إجتماعيا

ملخص الدراسة:

لقد تناولت هذه الدراسة موضوع العلاج بالعمل والترفيه في الفصام وإعتمدت في تشخيص الحالة على Dsm4 tr وفي هذه المحاولة إنطلقنا من التساؤلات التالية:

الإشكالية الرئيسية: ما أثر العلاج بالعمل والترفيه في إدماج الفصامي إجتماعيا؟

1- هل العلاج بالعمل والترفيه يساعد الفصامي على التفاعل مع الغير والخروج من العزلة ؟

2- ما هو دور العلاج بالعمل والترفيه في التكفل النفسي بالفصامي وإعادة تأهيله ؟

3- هل العلاج بالعمل والترفيه يؤثر في تنمية الميل الإجتماعي للفصامي؟

وللتحقق من صحة هذه الفرضيات اعتمدنا على منهج دراسة الحالة الذي يركز على الملاحظة،

المقابلة العيادية، برنامج علاجي بالعمل والترفيه لإدماج الفصامي ومحاولة التخفيض من حدة

أعراض العزلة والإنطواء الذي تكون من 15 جلسة. و تم تطبيق هذه الأدوات على حالة ذكر مصاب

بالفصام البرانونيدي في السادسة والأربعين من العمر يتناول الدواء. ولقد أسفرت الدراسة على

مجموعة من النتائج منها:

- للعلاج بالعمل والترفيه أثر إيجابي في إدماج الفصامي إجتماعيا لكن بصفة نسبية فقد يقتصر هذا الإدماج على بعض الجيران و أفراد الأسرة.

- يساعد العلاج بالعمل والترفيه الفصامي على التفاعل مع الغير أثناء القيام ببعض النشاطات والخروج من العزلة بالتواصل مع أفراد العائلة.

- للعلاج بالعمل والترفيه دور فعال وأساسي في التكفل بالفصامي وإعادة تأهيله الذي لا يجب أن يقتصر فقد على العلاج الدوائي الذي يساعد في التخلص من الأعراض الإيجابية للفصام لكنه غير كافي وحده بل يحتاج أن يترافق مع العلاج النفسي للتكفل الجيد.

- يمكن للعلاج بالعمل والترفيه أن يؤثر إيجابيا على الميل الإجتماعي للفصامي من خلال دمج داخل المجتمع حتى وإن كان بنسبة قليلة.

- يؤثر العلاج بالعمل والترفيه في إدماج الفصامي إجتماعيا من خلال خفض حدة أعراض الانسحاب والعزلة والإنطواء عن طريق إسترجاع الثقة بالنفس وإستعادة الإرادة على العمل من خلال التعزيز والتشجيع والتدعيم للقيام بالعمل الذي يستهويه ولمسه لنتائجه إضافة إلى المشاركة في النشاطات الترفيهية المفضلة لديه للترويج عن النفس والخروج من جو الإضطراب والإحتكاك أكثر مع أفراد المحيط.

قائمة المحتويات:

- أ..... الإهداء
- ب..... الشكر والعرفان
- ج..... الخلاصة العامة
- د/ه/و..... قائمة المحتويات
- 1..... المقدمة العامة

الفصل الأول

مدخل الدراسة

- 4..... 1- طرح إشكالية الدراسة
- 4..... 2- صياغة فرضيات الدراسة
- 4..... 3- دوافع إختيار الموضوع
- 5..... 4- أهداف الدراسة
- 5..... 5- التعاريف الإجرائية لمصطلحات الدراسة
- 5..... 6- الدراسات السابقة

الفصل الثاني

الفصامات

- 10..... - تمهيد
- 10..... 1- نبذة تاريخية عن الفصامات
- 11..... 2- تعريف الفصام
- 12..... 3- المراحل التطورية للفصام
- 12..... 4- الإنتشار
- 13..... 5- أسباب الفصام
- 17..... 6- أعراض الفصام
- 19..... 7- أنواع الفصام
- 22..... 8- تشخيص الفصام
- 24..... 9- علاجات الفصام

الفصل الثالث

العلاج بالعمل والترفيه

- 28..... - تمهيد
- 28..... 1- لمحة تاريخية عن العلاج بالعمل والترفيه
- 29..... 2- تعريف العلاج بالعمل والترفيه
- 30..... 3- إجراءات العلاج بالعمل والترفيه
- 30..... 4- مراحل العلاج بالعمل والترفيه
- 31..... 5- طريقة العلاج بالعمل والترفيه
- 31..... 6- شروط العلاج بالعمل والترفيه
- 31..... 7- أشكال العلاج بالعمل والترفيه

- 32..... 8- أهداف العلاج بالعمل والترفيه
- 32..... 9- دور المعالج بالعمل والترفيه
- 33..... 10- فوائد العلاج بالعمل والترفيه
- 34..... 11- استخدام العلاج بالعمل والترفيه في الفصام

الفصل الرابع الإدماج الاجتماعي

- 37..... - تمهيد
- 37..... 1- مفهوم الإدماج الاجتماعي
- 37..... 2- مفهوم الاندماج الاجتماعي
- 37..... 3- أنماط الإدماج الاجتماعي
- 37..... 4- مستويات الإدماج الاجتماعي
- 37..... 5- الفرق بين الإدماج والانسجام
- 38..... 6- أبعاد الإدماج الاجتماعي
- 38..... 7- إعادة الإدماج الاجتماعي
- 38..... 8- التكيف
- 39..... 9- التوافق

الفصل الخامس الإجراءات المنهجية

- 42..... 1- التذكير بتساؤلات الدراسة
- 42..... 2- حدود الدراسة
- 42..... 3- المنهج المستخدم
- 42..... 4- تحديد أدوات الدراسة
- 45..... 5- دراسة الحالة
- 49..... 6- البرنامج العلاجي
- 54..... 7- عرض جلسات العلاج
- 62..... 8- عرض النتائج
- 64..... 9- مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات
- 66..... - الخاتمة
- 67..... - الاقتراحات
- قائمة المراجع
- الملاحق.

المقدمة العامة:

إن الإنسان كائن اجتماعي بطبعه، له رغبة ملحة في إقامة العلاقات والاتصال. وهذا ما يجعله في بحث دائم عن رفيق مستعملا كل الوسائل التعبيرية لذلك. لكن قد يصاب في مشوار حياته باضطراب يتسبب في تخليه عن هذه الصفة، وبالتالي قطع صلته بالواقع، واتصافه بالاجتماعية. وهذه من خصائص الإضطراب العقلي أو ما يعرف بالذهان، الذي ينتج عنه تفكك في شخصية الفرد واضطراب في جوانبها: المزاجية والعقلية والسلوكية. ويكون له صدى خطير على توافقه النفسي والعائلي والاجتماعي والمهني والديني.

لقد عرفت البشرية هذا الإضطراب منذ القدم، وتطور بتطورها فأصبح من الأمراض المعاصرة التي تمثل مشكلة كبيرة في جميع المجتمعات الإنسانية. ونظرا لخطورته فقد حظي باهتمام خاص من طرف الباحثين في شتى المجالات. خاصة الطب العقلي وعلم النفس وقد انصبت جهود هائلة لوضع تصنيفات تساعد على التشخيص الدقيق لهذه الاضطرابات (قاسم الله، 2008، ص25) التي تنقسم إلى عضوية أي ما كان سببه عضوي كتلف نسيج المخ ، ووظيفية تكون العوامل النفسية غالبية في حدوثها كالفسام. (مجدي أحمد عبد الله، 2000، ص199) .

ويعتبر الفصام من أكثر هذه الإضطرابات خطورة وانتشارا. وهو معروف منذ آلاف السنين، وقد كان بلولر Bleuler أول باحث استخدم هذا المصطلح الذي يعني انفصام العقل. (زروالي، 2014، ص135) بعده جاءت العديد من الأبحاث حول عوامل ظهور الإضطراب وميكانيزماته. حيث يضم مجموعة من الأعراض العيادية والتي تتمحور حول ثلاث جوانب رئيسية وهي : تفكك الحياة النفسية مع إضطرابات في التفكير والإدراك، إضطرابات في العاطفة والوجدان إضافة إلى إضطرابات السلوك. تتميز الإضطرابات الفصامية بشكل عام بتحريفات أساسية ومميزة في التفكير وفي العواطف التي تكون غير ملائمة، كما يصيب الإضطراب الوظائف الأساسية التي تعطي الشخص الطبيعي إحساسا بالتفرد والتميز وتوجيه الذات . فيشعر المريض أن الآخرين يتقاسمون معه أفكاره وأفعاله الخاصة.(المنشولي، 2004، ص137). وتتكون عنده ضلالات وإعتقادات خاطئة يصاحبها هلاوس تتسبب له في معاناة قد تجعله يشكل خطورة على نفسه والآخرين، الأمر الذي يستدعي تكفلا طبيا ونفسيا عاجلا. وفي هذا الصدد بذلت الكثير من الجهودات بتوفير المصحات والمستشفيات العقلية لعلاج وإعادة تأهيل المرضى ودمجهم اجتماعيا بغية التكفل بهم ومساعدتهم على إستعادة مكانتهم كأشخاص عاديين. وقد أثبتت الدراسات أن علاج الفصامي لا يقتصر فقط على العلاج الطبي والدوائي الذي يهدف إلى التقليل والتخفيف من الأعراض ومنع الإنتكاس.(سيلفانو اريتي، 1990، ص110)، بقدر ما يعتمد على التكفل النفسي الذي يتمثل في مجموعة الخدمات النفسية التي تقدم للفرد وفقا لإمكانياته وقدراته الجسمية والعقلية (عبد الهادي والعزة، 1999، ص14). ويهدف إلى

المساعدة على التعلم أو إعادة التعلم لطرق التفاعل السوية مع عالمه من جهة والمشكلات أو الصعوبات العاطفية التي يواجهها في حياته اليومية من جهة أخرى، إضافة إلى إعادة تأهيله من أجل دمجه في المجتمع عن طريق إستعادته لثقته بنفسه التي تتحقق بشعوره بأنه فرد فعال في المجتمع (شقير، 2002، ص 261). وهذا يعتبر من أهم أهداف العلاج بالعمل والترفيه الذي يساعد على الإتصال بالواقع ويحمي من الإستغراق في أحلام اليقظة كما يساعد على التوافق النفسي والإجتماعي (غباري، 2003، ص 167). ويهتم بتنمية الكفاءات الإجتماعية للمريض أو منع القصور الإجتماعي (رضوان، 2009، ص 433).

لذا سنتطرق في هذه الدراسة إلى البحث في العلاقة بين ممارسة النشاطات لدى الفصامي وبين اندماجه الإجتماعي. وللإحاطة بجوانب هذا الموضوع سنتشتمل الدراسة على خمسة فصول، سنعرض في الفصل الأول مدخلا للبحث من خلال التطرق إلى تحديد الإشكالية وصياغة الفروض من ثم إبراز الأهداف والأهمية وتحديد مصطلحات البحث وتعريفها إجرائيا مع عرض للدراسات السابقة أما الفصل الثاني سيشمل دراسة الفصامات من خلال عرض نبذة تاريخية وتعريف دقيق له كما ذكر الأسباب والعوامل المؤدية لظهوره ثم عرض الجدول العيادي وأهم أشكاله وتطوره وفي الأخير سيتم عرض وسائل التكفل والعلاج.

وسيختص الفصل الثالث بتعريف العلاج بالعمل والترفيه وأهم أشكاله وأهدافه واستعمالاته. أما الفصل الرابع فيتناول تعريف الإدماج الإجتماعي والمصطلحات المتعلقة به. وفي الأخير سيشمل الفصل الخامس الجانب التطبيقي ومناقشة وتحليل النتائج المتوصل إليها من الدراسة. وننهي البحث بخاتمة مع أهم التوصيات المقترحة.

الفصل الأول

مدخل الدراسة

- 1- المبحث الأول: تحديد الإشكالية والفرضيات.
 - المطلب الأول: طرح إشكالية الدراسة.
 - المطلب الثاني: صياغة فرضيات الدراسة.
- 2- المبحث الثاني: أهداف ودوافع الدراسة.
 - المطلب الأول: دوافع إختيار الموضوع.
 - المطلب الثاني: أهداف الدراسة.
- 3- المبحث الثالث: تحديد المصطلحات والدراسات.
 - المطلب الأول: التعاريف الإجرائية لمصطلحات الدراسة:
 - 1- العلاج بالعمل.
 - 2- العلاج بالترفيه.
 - 3- الفصامي.
 - 4- الإدماج الإجتماعي.
 - المطلب الثاني: الدراسات السابقة.

المبحث الأول: تحديد الإشكالية والفرضيات.

المطلب الأول: طرح إشكالية الدراسة:

إن الفصامي شخص يعيش بعيدا عن الواقع في عالم من الأوهام والخيال حيث تصاب شخصيته وتفكيره بالخلل مما يؤدي إلى إنقطاع حياته الإجتماعية والمهنية وفقده للقدرات فيخلق عالم ا داخلي خاصا به يستثمر فيه طاقته الليبيدية. مما يجعله يعاني من الحرمان في شتى المجالات فينظر إليه من طرف المجتمع نظرة خشية وإستحقار وتهميش تزيد من خفض ثقته بنفسه ونقص تقديره لذاته فيعتبر نفسه غير كفاء (سيلفانو أريتي، 1990، ص17). مما يستدعي توجيه طاقة المصاب بالإعتماد على العلاج بالعمل والترفيه قصد صرف الإنشغال عن مشكلاته الخاصة بحيث يخفف شحناته الإنفعالية ويشعر أثناء قيامه به بأهميته في المجتمع وتزداد ثقته بنفسه إضافة إلى شعوره بالطمأنينة (إجلال سري، 2000، ص159). كما يزيد من احتكاكه بالناس الأمر الذي يساعد على تقبله بينهم وتغيير نظرة المجتمع له. وهذا ما جعلنا نقف عند نقطة ذات أهمية محددة من أجل طرح الإشكالية الرئيسيّة التالي:

- ما هو أثر العلاج بالعمل والترفيه في إدماج الفصامي اجتماعيا ؟

والأسئلة المتفرعة عنها:

- 1- هل العلاج بالعمل والترفيه يساعد الفصامي على التفاعل مع الغير والخروج من العزلة ؟
- 2- ما هو دور العلاج بالعمل والترفيه في التكفل النفسي بالفصامي وإعادة تأهيله ؟
- 3- هل العلاج بالعمل والترفيه يؤثر على تنمية الميل الإجتماعي للفصامي؟

المطلب الثاني: صياغة فرضيات الدراسة:

1- الفرضية الرئيسية:

- قد يكون للعلاج بالعمل والترفيه أثر إيجابي في إدماج الفصامي إجتماعيا.

2- الفرضيات الفرعية:

- 1- يمكن للعلاج بالعمل والترفيه أن يساعد الفصامي على التفاعل مع الغير والخروج من العزلة.
- 2- قد يكون للعلاج بالعمل والترفيه دور فعال وأساسي في التكفل بالفصامي وإعادة تأهيله .
- 3- يمكن للعلاج بالعمل والترفيه أن يؤثر إيجابيا على الميل الإجتماعي للفصامي.

المبحث الثاني: أهداف ودوافع الدراسة.

المطلب الأول: دوافع إختيار الموضوع:

- الفضول العلمي والرغبة الملحة في دراسة العلاج بالعمل والترفيه نظرا لأهميته في الدول المتقدمة.
- التحقق من علاقة العمل والترفيه بالفصام.

- التعرف أكثر على مرض الفصام المنتشر في المجتمع.
- التعرف على كيفية التكفل النفسي والتعامل مع مريض مصاب بالفصام.
- تعلم مواجهة الصعوبات في تطبيق علاج نفسي.
- مساهمة متواضعة في مساعدة فصامي على الاندماج في المجتمع.

المطلب الثاني: أهداف الدراسة :

- تشخيص الفصام والنمط الفرعي له.
- الربط بين فقد الإرادة والقدرة على العمل وبين إنعزال الفصامي حتى بعد إستقرار حالته بإتباع علاج دوائي.
- إثبات أهمية التكفل النفسي عامة والعلاج بالعمل والترفيه خاصة في حالة الفصام.

المبحث الثالث: تحديد المصطلحات والدراسات السابقة.

المطلب الأول: التعاريف الإجرائية لمصطلحات الدراسة:

- 1- العلاج بالعمل:** هو أسلوب علاجي يستعمله الأخصائي النفسي بحيث يجعل الحالة يقوم بعمل يستهويه قصد الإحتكاك بالناس ومن أجل بذل جهد وتحقيق إنتاجية في المجتمع حتى يحس أنه عضو فعال كما أنه يرفه عن نفسه بالإنشغال عن مشكلاته.
- 2- العلاج بالترفيه:** هو مجموعة من الأنشطة والبرامج والخدمات الترفيهية يعدها المعالج بهدف معالجة النواحي الجسدية والنفسية والإجتماعية لدى الأشخاص المصابين بأمراض مزمنة أو إعاقات.
- 3- الفصامي :** هو الشخص المصاب بمرض عقلي، نوعه الفصام البرانويدي. وفي حالة مستقرة، متبع لعلاج دوائي قصد التخفيف من حدة الأعراض " الهالوس، الهذيان، اضطرابات السلوك " ، يعاني من أعراض إنسحابية.
- 4- الإدماج الاجتماعي:** هو تحسين الكفاءة الإجتماعية والإحتكاك بأفراد المجتمع من خلال العودة إلى الحياة الطبيعية والتعامل مع الآخرين في مجالات العمل.

المطلب الثاني: الدراسات السابقة:

1- دراسة الطالبة ونام بوزياني:

- أجريت هذه الدراسة في مستشفى الأمراض العقلية بولاية بسكرة، وكان موضوعها واقع التكيف النفسي بمرضى الفصام داخل المؤسسات الاستشفائية.
- نتائجها: لقد خلصت الدراسة إلى أهمية التكفل النفسي ودوره في توفير عامل التوافق والتكيف النفسي وإعادة التأهيل والإدماج الاجتماعي داخل المؤسسة الاستشفائية. وأثبتت دور المتابعة وإستخدام أنواع العلاجات النفسية من بينها العلاج بالعمل والترفيه في التكفل بمرضى الفصام بالرغم

من بعض المشاكل التي تواجه الأخصائيين. المتمثلة في نقص الإمكانيات وعدم تعاون أسر المرضى، إضافة الى نقص الخبرة والتكوين للأخصائيين.

2- دراسة الطالبة فاطمة مختاري وحليمة جيلالي:

أجريت هذه الدراسة في مستشفى الأمراض العقلية بولاية تيارت، وكان موضوعها أثر العلاج بالعمل والترفيه في بعض جوانب التوافق لدى الفصامي. وتمثل البحث في دراسة عيادية تجريبية لست حالات فصام، إستفادت من برنامج علاجي إعتد على أنشطة يدوية مست 4 جوانب من التوافق: النفسحركي، الفكري، النفسي والاجتماعي. ولتتبع تطور الحالات إستخدمت شبكة الملاحظة، وبعض الأنشطة مثل صناعة الدمى ولعبة البازل.

- نتائجها: خلصت إلى تأثير العلاج بالعمل والترفيه على الجانب النفسحركي للفصامي وتحسينه في حالات التخشب والخرس وصورة الجسم. كما يسمح بتفجير إبداعات المريض وإستثمار تفكيره وإكسابه الثقة بالنفس. إضافة الى إيقاظ وتنمية روح الجماعة.

- الدراسات الاجنبية:

1- دراسة روميرو Romero 1983 :

قامت هذه الدراسة على 30 مريض فصامي مزمن هدفت فيها إلى معرفة مدى فعالية العلاج بالفن بإستخدام تكنيك الحركة الراقصة.

- نتائجها: وجد الباحث أن علاج الفصام بالحركة الراقصة قد يسمح بمرونة حركات جسمهم ويجعلهم يتخلون عن إنسحابهم ويستطيعون التعبير عن تفكيرهم وقد إقتراح أن العلاج بالرقص يكون أفضل إذا عندما يدمج مع السيكودراما والعلاج العقاقيري.(بوزياني، 2012، ص 7).

الجانب النظري

الفصل الثاني

الفصامات

- تمهيد

المبحث الأول: مفهوم وتاريخ الفصام.

المطلب الأول: نبذة تاريخية عن الفصام.

المطلب الثاني: تعريف الفصام.

المطلب الثالث: الإنتشار.

المبحث الثاني: أسباب ومراحل الفصام.

المطلب الأول: المراحل التطورية للفصام

1- المرحلة الأولية

2- المرحلة النشطة

3- المرحلة المتبقية

المطلب الثاني : أسباب الإصابة بالفصام.

1- العوامل الوراثية

2- العوامل البيوكيميائية والحيوية

3- العوامل النفسية

4- الشخصية

5- العوامل الإجتماعية

6- العوامل الجسمية والوبائية

7- العوامل التشريحية والدماعية

المبحث الثالث: أعراض وأنواع الفصام.

المطلب الأول: أعراض الفصام

1- إضطرابات التفكير

- 2- اضطرابات اللغة
- 3- اضطرابات الإدراك
- 4- اضطرابات الإنفعال
- 5- اضطرابات السلوك
- 6- اضطرابات الإنتباه
- 7- الإضطرابات النفسحركية
- 8- اضطرابات الإرادة

المطلب الثاني: أنواع الفصام

- 1- الفصام البسيط
- 2- الفصام الكتاتوني (التخشبي)
- 3- فصام المراهقة (الهيفريني)
- 4- فصام الاضطهاد (البارانويدي)
- 5- الفصام المتبقي

المبحث الرابع: تشخيص وعلاج الفصام.

المطلب الأول: تشخيص الفصام

- 1- حسب الدليل الإحصائي والتشخيصي الأمريكي Dsm4 TR

المطلب الثاني: علاجات الفصام

- 1- الإستشفاء
- 2- العلاج الدوائي
- 3- العلاج الكهربائي
- 4- العلاج الجراحي
- 5- العلاج النفسي

- تمهيد:

يعتبر الفصام مرضا عقليا يتميز بإضطرابات التفكير والوجدان والسلوك، ولهذا فهو من أخطر الأمراض التي تصيب الإنسان وتسبب في إنزاله عن العالم، وتدهور في جميع جوانب الحياة. سوف نتطرق في هذا الفصل الى التعرف أكثر على إضطراب الفصام، أسبابه، أنواعه، وأعراضه ومختلف العلاجات المستعملة في الحد منه.

المبحث الأول: مفهوم وتاريخ الفصام.

المطلب الأول: نبذة تاريخية عن الفصام:

يعود وصف أول حالة فصامية إلى عام 1400 ق م، حيث نجد في أحد النصوص الهندية القديمة وصفا دقيقا لما نسميه اليوم بالفصام (بقيون، 2007، ص 54). أما وصف الضعف النفسي المبكر فيعود إلى عام 1814م (مطيع، 2001، ص 127). وبعدها تم إستعمال مصطلح الخبل المبكر لأول مرة من طرف العالم موريل Morel في سنة 1860م وذلك للإشارة للحالات الفصامية حيث قام بوصف حالة فتى في الرابعة عشر من العمر كان يعاني من تدهور عقلي متطور بشكل ملحوظ (المنشولي، 2004، ص 142) وبعد سنوات قام هيكر Hecker في 1871م بإستبدال كلمة خبل بالهيفرينيا ومثله بمرض عقلي يظهر عند البلوغ ويتطور سريعا نحو الخبل. (لكحل، 2011، ص 20). وفي سنة 1874م قام كالبوم kahlbaum بوصف التخشب والذي هو عبارة عن شكل خاص من الخبل المبكر، يتميز بأعراض حركية ذات طابع ذهولي أما في سنة 1898م قام كرابلين Kraepeline بلبعتبر الخبل المبكر كوحدة مرضية مستقلة (لكحل، 2011، ص 20) تضم ثلاث أشكال سريرية: الفصام الشبابي، الجمودية والعتة الزوراني. (مطيع، 2001، ص 128).

وفي سنة 1911م قام الطبيب العقلي السويسري بلولر Bleuler بإستخدام كلمة الفصام لوصف إضطراب خاص ملاحظ عند الشباب خاصة معياره الأساسي هو التفكك الذي يمس ثلاث أجزاء من الشخصية: التفكير، العاطفة والسلوك. وقد كان موقف بلولر مختلف عن كرابلين في :

- إن الإضطراب ليس من الضروري أن تكون له بداية مبكرة.

- ليس بالضروري أن يكون هناك تدهور نحو الخبل.

ورغم هذا الإختلاف إلا أن كل منهما ركز على إضطراب سير العمليات السيكلوجية (لكحل، 2011، ص 21).

- في عام 1939م إعتبر شنيدر Shneider أن الإدراك الهذيانى يتم الإعتراف به عندما يتردد معنى غير مألوف على نفس الشخص في أغلب الأحيان. ثم وصف مينكوفسكي Minkovski الإضطراب الأساسي في الفصام على أنه فقدان الإتصال بالحقيقة ولكن التوسع الأكثر أهمية لمفهوم

الفصام بقي لوقت طويل وقفا على المدرسة الأنكلوساكسونية التي إعتبرت أن ردود الفعل الفصامية تتضمن هذيانا مزمنة. (مطيع،2001، ص128).

- أما في سنة 1953م فلقد ميز كانتور Kantor بين نوعين من الفصام أي نظر إليه كحالة ثنائية فهناك فصام يتميز بمجموعة من الأعراض التي تصيب العمليات العقلية وهناك فصام آخر يظهر في مجموعة أعراض ردود أفعال أو إستجابات، الأول يمتاز بالظهور تدريجيا في الفرد الذي كانت تتميز شخصيته قبل المرض بعدم الثبات أما ظهور الأعراض في الثاني تحدث بطريقة فجائية عند الشخص الذي كان يعتبر سويا نسبيا ولقد تبين من تطبيق أحد الإختبارات الإسقاطية أن هذا الأخير يظهر علامات ذهانية أقل من النوع الأول. (العيسوي،2004، ص 124).

- في بداية سنة 1980م قام Crow بوصف شكل إيجابي للفصام من النمط الأول والذي يتميز بوجود الأعراض الإيجابية مثل الأفكار الهذيانية، الهلوس، و بعض الإضطرابات في التفكير وبيدء مفاجئ مع الإحتفاظ بالقدرات العقلية وإستجابة جيدة للمنبهات العصبية الكلاسيكية، ووصف أيضا شكل سلبي له من النمط الثاني والذي يتميز بوجود الأعراض السلبية: فقر عاطفي، فقر في الحديث، فقدان الطاقة الحيوية كما يتميز ببء مخادع وتلف معرفي وإستجابة سيئة للمنبهات العصبية. (لكل،2011، ص21).

المطلب الثاني: تعريف الفصام:

الفصام schizophrénie كلمة يونانية تنقسم إلى شقين schizo معناها الإنقسام أو الإنشقاق، phrénie التي تعني العقل، وهو نوع من أنواع الذهان الوظيفي الذي يكون عادة مزمنًا. يعرف في القاموس الطبي على أنه عبارة عن إضطراب عقلي داخلي المنشأ يتميز خاصة بتفكك في الشخصية " تفكك لغوي، أفكار هذيانية غير منظمة، إنفصال و غرابية، أحاسيس التمركز حول الذات مع فقدان الإتصال مع الواقع. (لكل،2011، ص 22).

عرفه سانفورد Sanford : بأنه أحد الأمراض العقلية فيه يبتعد المصاب عن عالم الحقيقة وفي الغالب ما يتضمن الهلوس، الأفكار الزائفة أو الهذيان، الإنسحاب والإضطراب الحاد في الحياة الإنفعالية عند المريض. (العيسوي،2004، ص 122) .

- الدليل التشخيصي و الإحصائي الأمريكي الرابع: يعرف على أنه خليط من العلامات الإيجابية والسلبية التي تظهر في حدود شهر واحد وتستمر لمدة ستة أشهر تصاحبها إضطرابات في الحياة الإجتماعية و المهنية. (علوي وزغبوش، 2009 ، ص 154) .

المطلب الثالث: الانتشار:

يعد الفصام من أكثر الإضطرابات العقلية إنتشارا في العالم حيث تتراوح نسبة إنتشاره ما بين 1 إلى 1.5 % في شتى أنحاء العالم. وتقدر النسبة في البلدان الغربية بين 0.05 و 1% . ويقدر إحتمال أن يصاب إنسان ما في حياته بالمرض بنسبة 1% (رضوان، 2009، ص426).

تكثر الإصابة بهذا الإضطراب في الفترة العمرية الممتدة بين الخامسة عشر والثلاثين عاما فما فوق حيث تبدأ في مرحلة البلوغ وتزداد في المراهقة ومرحلة الرشد. (الخالدي، 2009، ص 333).

وفي ما يخص متغير الجنس تشير الدراسات إلى تساوي نسبة الإصابة بالنسبة للجنسين غير أن بداية المرض عند الرجل هي أبكر منه عند المرأة (زروالي، 2014، ص 136).

المبحث الثاني: مراحل وأسباب الفصام.

المطلب الأول: المراحل التطورية للفصام:

يأخذ الفصام مسارا منتظما عبر الزمن ولقد جرى تقليديا تقسيم هذا المسار إلى:

1- المرحلة الأولية:

تحدث بدايات الفصام غالبا في فترة المراهقة وقد تحدث أحيانا بشكل مفاجئ وأحيانا بشكل بطيء تستغرق سنوات حتى تظهر على شكل إضطراب ذهاني واضح. ولعل أهم ما تتصف به هذه المرحلة هو الميل إلى الإنسحاب والعزلة الإجتماعية وغالبا ما يهمل مظهره وصحته. كما أن أداءه في المدرسة أو العمل يختل ويضعف ويبدو مهملًا لواجباته وتبدو إنفعالاته سطحية وساذجة وغير مناسبة ويظل الإضطراب في التطور بالتدريج وبشكل غير واضح إلى أن يبدأ بالتصرف بخرابة وينشغل بسلوكات غير مألوفة ويهيأ للدخول في المرحلة الثانية.

2- المرحلة النشطة:

يبدأ القيام بتصرفات سلوكية ذهانية، حيث تظهر عليه أعراض متنوعة من الهلوس والأوهام والكلام الغير مترابط والإنسحاب الحاد .

3- المرحلة المتبقية:

حيث يكون السلوك فيها مشابه للمرحلة الأولى ويغلب عليه الجمود في العواطف. وقد يبقى كلامه مفككا وصحته متدهورة بالرغم من تبدد الهلوس والأوهام فإنه يظل يمر بخبرة إدراكية غير عادية وأفكار غريبة ونتيجة لذلك يبقى غير قادر على تحمل مهمات بيئية أو القيام بعمل وظيفي. (صالح، 2005، ص 242-244).

المطلب الثاني: أسباب مرض الفصام:

ينتج الفصام عن تفاعل عوامل متعددة بعضها يتعلق بالعوامل البيولوجية، الوراثية، الكيميائية ومجموعة عوامل أخرى تتعلق بالحالات النفسية والإنفعالية ومجموعة تتعلق بالجوانب الإجتماعية والبيئية. (الخالدي، 2009 ، ص 341).

1- العوامل الوراثية :

أظهرت جل الدراسات التي ظهرت إبتداءا من بداية القرن العشرين تواجد تركيز عائلي في الإصابة بالفصام (زروالي، 2014، ص 138) وأسفرت نتائج دراسات مختلفة تناولت دور العوامل الوراثية في الفصام على أن إرتفاع معدل حدوثه يشيع في تاريخ عائلات معينة وتمت ملاحظة ذلك على مدى ثلاثة أجيال. فإذا كان أحد الأبوين أو أحد الإخوة أصيب بالفصام فإن نسبة حدوثه بين باقي الإخوة تتراوح بين 4 و 10 % (المشيخي، 2013 ، ص 300).

إن أفضل الأساليب للبحث عن مدى تأثير العوامل الوراثية للإصابة بمرض الفصام بإعتباره مرضا عقليا هو دراسة التوائم المتماثلة التي نشأ كل منهما بعيدا عن الآخر لتجنب تأثير التنشئة الأسرية وقد أجرى الكثير من الباحثين مثل هذه الدراسات وأظهرت نتائجها أنه لو حدث وأصيب أحد التوائم المتماثلة بمرض الفصام فإن الآخر سوف يصاب في وقت ما بنسبة 35% حتى لو نشأ كل منهما بعيدا عن الآخر. (الخالدي، 2009 ، ص 342) .

2- العوامل البيوكيميائية والحيوية :

وعن تأثير النشاط الكيميائي على مرض الفصام فقد وجد العديد من الباحثين تغيرات كيميائية حيوية محددة في الفصامين ولمن هذه التغيرات الكيميائية التي تثبت وجودها فعلا. هل هي سبب للفصام أم نتيجة له ؟ إذ من المفهوم أن كل ما يحدث في المخ له مقابله الكيميائي الحيوي ومن المحتمل بأن تحدث المشكلات النفسية تغيرات كيميائية وهي بدورها تؤدي إلى التغيرات بالوظائف النفسية ومن الممكن أيضا أن تكون التغيرات البيولوجية الأصلية قد أحدثت إختلالات نفسية (الخالدي، 2009 ، ص 343). كما أكدت دراسات أخرى أن الفصامين يظهرون إختلالات كبيرة على مستوى توازن بعض النواقل العصبية في الدماغ من أهمها :

- **فرضية الدوبامين :** يذهب هذا المبدأ إلى أن الفصام يحدث من خلال فرط حساسية مستقبلات الدوبامين في باحات معينة من الدماغ، في المنظومة اللمبية الوسطى تحديدا والدوبامين عبارة عن مادة من النواقل العصبية التي تساعد على نقل الإشارات العصبية من خلية إلى خلية عصبية أخرى (رضوان، 2009 ، ص 427).

إن زيادة نسبة إفراز الدوبامين تؤدي بالمريض إلى سماع أصوات غير موجودة أو الاعتقاد ببعض الأفكار الغريبة وغير ذلك من الأعراض، كما أظهرت الأبحاث أن بعض الظواهر الذهانية الحادة قد تحدث لدى المصابين بدون سوابق مرضية نتيجة التناول المفرط لبعض المخدرات ذات التأثير الدوباميني مثل الكوكايين. إضافة فإن تناول Lévodopa التي تعتبر من مشتقات الدوبامين تثير ظواهر هلوسية وذهيانية عند المصابين بالباركينسون (زروالي، 2014 ، ص139).

وعلى الرغم من أن هذه الفرضية غير مبرهنة بصورة كافية بعد إلا أن هناك دلائل عديدة تشير إلى صحتها فمن المعروف أن نقص الدوبامين يقود إلى ظهور الأعراض الباركنسونية ويعد تأثير الأدوية النفسية وفعاليتها في العلاج من الأمور التي تؤيد الفرضية كما أن من المعروف أن فرط إفراز الدوبامين في الدماغ يقود إلى تضيق طلاقة التفكير والتداعيات الترابطية والمنطقية (رضوان، 2009 ، ص 427).

- **فرضية النورادرينالين:** يزداد نشاط هذا الناقل في الفصام، مما يؤدي إلى زيادة الحساسية للمورثات الحسية الخارجية.

- **فرضية حامض الجامينوبيوتيريك(جابا):** يؤدي إنخفاض هذا الناقل إلى زيادة نشاط الدوبامين.

- **فرضية الفيتايل أثيل أماي (PEA):** هو مركب أميني يصنعه المخ ويشبه منشط الأنفيتامين وتؤدي زيادة إفرازه إلى زيادة الاستعداد للإصابة بالفصام.

- **فرضية الغلوتين :** وهو من مكونات بروتين القمح الذي لا يتحملة بعض مرضى الفصام فيؤدي إلى الإضطراب. (عسكر، 2004، ص 190). حيث حاول البعض أخيراً إيجاد ترابط بين نوع الطعام والفصام فقط لاحظ دوهان 1966م أن عدد الفصاميين في مستشفيات النرويج والسويد وفنلندا إنخفض أثناء الحرب العالمية بينما زاد في كندا والولايات المتحدة وبتحليل النتائج ونقص بعض المواد الغذائية، وجد الباحث أن نسبة الفصام تزيد ثلاث مرات في البلاد التي يستعمل فيها القمح كغذاء أساسي عنها في البلاد التي لا تستعمله. (عكاشة، دت، ص 313).

لقد أجريت دراسات عديدة حول مدى التأثيرات الكيميائية في الإصابة بمرض الفصام وتوصلوا إلى نتيجة تفيد بأن التغيرات الكيميائية من شأنها أن تخل بالتوازن الدقيق بين الجهاز العصبي السمبتاوي الذي يؤدي عمله من خلال مركب الأبينفرين وبين الجهاز العصبي الباراسمبتاوي الذي يؤدي عمله من خلال مركب الأستيل كولين. وعن هذا النشاط العلمي الذي قام به الباحثون فقد أظهرت النتائج أن مرض الفصام يحدث نتيجة لنقص السيروتونين. (الخالدي، 2009، ص 343)

لقد أثبتت الدراسات الحديثة أنه يوجد إضطراب في ميثيلية Methylation هرمون الأدرينالين في مرض الفصام لدرجة أنه إذا أطمعنا بعض الفصاميين بمركبات كيميائية بها مستحضرات ميثيلية تزيد أعراضهم بشدة. وقد استطاع بعض العلماء إستخلاص بروتين تاراكسين Taraxein، وإذا أعطيناه

لأسوياء سيصابون بأعراض فصامية. وقد نشأت نظرية تؤيد أن سبب الفصام هو مناعة ذاتية داخل الجسم وأنه يجري في دم الفصاميين أجسام مضادة تتفاعل مع مولدات مضادة في المخ تسبب اضطرابات في الجهاز العصبي يؤدي إلى أعراض هذا المرض. كما وجدت مادة خاصة تفرز مع عرق مرضى الفصام وهي حمض الهكسونيك. (عكاشة، د ت، ص 313).

4- العوامل النفسية :

تؤثر العوامل النفسية في التكوين الإنفعالي للفرد كما تؤثر في تكوينه العقلي فهي تؤدي إلى إختلال في وظيفة إستقبال المنبهات الحسية وضعف الذات وفي علاقاته بالآخرين فضلا عن الضغوطات ومشاعر القلق وحالات الإحباط والفشل في التكيف الحياتي (الخالدي، 2009، ص 344). يرى أنصار التحليل النفسي أن مريض الفصام لديه أنا ضعيف في مواجهة الواقع وليس لديه القدرة على التوفيق بين نزعات الهو ومتطلبات الأنا الأعلى مما يسبب هذا الصراع العنيف النكوص إلى الشق الأول من المرحلة الفمية حيث لا يستطيع الفرد التمييز بين الذات والموضوع وتصبح الأوهام مختلطة بالواقع وتسبب الهلاوس والضلالات كما تصبح النزعات البدائية والليبيدية أقوى من المعايير الإجتماعية وتظهر في أنماط سلوك غير مقبولة. (المشيخي، 2013، ص 301) .

وفي هذا الصدد إهتم عدد الباحثين بتحديد بعض العوامل النفسية الأخرى:

- المعاملة الوالدية التي نشأ عليها المريض منذ طفولته. وبصفة خاصة المعاملة المتسمة بالتسلطية أو القهرية أو معاملة تتصف بالحماية الزائدة، إضافة إلى الظروف المحيطة بطفولة المريض التي جعلت علاقاته مع الآخرين تتصف بالقلق أو الشعور بالعداء نحوهم أو بالغيرة الشديدة إتجاههم والعزلة عنهم. حيث أن آباء الفصاميين يشعرون من جراء تلك المعاملة التي إتسمت بممارسة أسلوب كبح الجماع والحرمان العاطفي. وبالنسبة للأمهات فقد أشار الباحثون أنهن يفتقدن مشاعر الأمومة ويتبعن ميولا عصابية ومواقف تعسفية في تعاملهن مع أطفالهن. (الخالدي، 2009، ص 345).

- لقد لاقت الدراسات التي أجريت بعد الحرب العالمية الثانية حول البعد العائلي للفصام رواجاً مع ما نتج من تحميل المسؤولية للآباء فبعد مفهوم الأم الفصامية الذي أدخله Fromm reihmann كانت محاولات عملت على توضيح مسؤولية التشوش الوظيفي لعائلة الفصامي خاصة فيما يتعلق بتوزيع الأدوار الوالدية. أما بالنسبة ل Palo Alto فإن اضطرابات التواصل داخل العائلة تسبب الفصام حيث تعمل العائلات المولدة للمأزق المزدوج على إحداث صراعات داخلية للمريض إتجاه المقتضيات المنطقية (زروالي، 2014، ص 140).

5- الشخصية:

تلعب دوراً مهماً في تهيئة الفرد للإصابة باضطراب الفصام خاصة إذا عرفنا أن تكوين الشخصية يتم من خلال تفاعل عاملي البيئة والوراثة وأن الشخصية المحفزة للفصام ما هي إلا مورثات ضعيفة لهذا

المرض تحتاج عوامل لظهور الإضطراب. لقد تعددت الآراء حول الشخصية المهيأة للفصام، ومن أهم الأبحاث ما قام به أرنولد 1955م حيث قام بدراسة 500 فصامي وجد شخصياتهم قبل المرض 32.2% شخصية سوية، 26.2% شخصية غير محددة، 26.2% شخصية شبه فصامية و 15.4% شخصية مضطربة غير فصامية. (عكاشة، دت، ص 302).

تتسم الشخصيات الشبه فصامية بالإنطواء والهدوء، الخجل والحساسية المفرطة مع عزوفهم عن الإختلاط وصعوبة التعبير عن إنفعالاتهم لفظيا والجنوح الدائم للخيال والتفكير، تجنبهم مواجهة الواقع مما يجعلهم يميلون للأعمال التي تحتاج للعزلة. (المشيخي، 2013، ص 301).

6- العوامل الإجتماعية:

التي تتعلق بالظروف البيئية التي يعيشها الفرد المصاب وبالمجتمع الذي نشأ فيه والتي تتمثل في الأسلوب الذي يدرك به الفرد واقعه البيئي حيث من المحتمل أن تكون لديه حساسية خاصة أو إستعداد بيولوجي يجعله يستجيب بقوة لا تتناسب مع شدة المواقف أو الأحداث المؤلمة. إضافة إلى كيفية إستيعاب الطفل لخبرات بيئته بمعنى آخر كيف تصبح تلك الخبرات جزءا من شخصيته. (الخالدي، 2009، ص 346). كذلك التغيرات الثقافية والحضارية الشديدة والمفاجئة كالتي تصاحب الهزات الإقتصادية والكوارث الإجتماعية والهجرة إلى بيئة جديدة مع عوامل مرسبة للمرض ذاته (المشيخي، 2013، ص 302). كما دلت الدراسات أن عوامل الفقر والحرمان والضغط الإجتماعية تقلل من تقدير الذات لدى الفرد مما يسهل الإصابة بالإضطراب وصعوبة الشعور بالتفاعل وضمن الأمن فتزداد معدلات الإصابة بالفصام. (الخالدي، 2009، ص 347).

7- العوامل الجسمية والوبائية:

لقد دلت الشواهد الإكلينيكية على أن الكثير من الأمراض الجسمية تكون أحيانا الزناد الذي يفجر مرض الفصام فنلاحظه بعد الحميات والولادة وبعض أمراض الجهاز العصبي والصرع وأورام المخ (عكاشة، دت، ص 314).

8- العوامل التشريحية والدماعية :

تسمح تطور تقنيات الكشف الدماغى والتصوير العصبى البنيوي والوظيفي للدماغ بتوفير معطيات مهمة في هذا المجال فقد لوحظ على أدمغة الفصاميين وجود ضمور في حجم البنيات الصدغية الوسيطة للمدار الصدغى العلوي وبدرجة أقل في القشرة الدماغية ما قبل الجبهية التي ترتبط بتوسع في البطينات الدماغية كما لوحظت إضطرابات خاصة في ما يتعلق بحجم الخلايا العصبية على مستوى بعض مناطق الدماغ ونقص في عدد المشابك العصبية. (زروالى، 2014، ص 139) ولقد وجدت الدراسات أن دماغ الفصامي يتمتع بخصائص بنوية تتمثل في توسع البطين الثالث إضافة إلى

وجود تبدلات في التروية الدموية الدماغية ويبدو أن هذا الشذوذ يرتبط بإضطرابات التفكير التي تميز مرضى الفصام. (رضوان، 2009، ص 424).

المبحث الثالث: أعراض وأنواع الفصام.

المطلب الأول: أعراض الفصام:

1- إضطرابات التفكير:

أ – إضطرابات التعبير عن التفكير:

- خلط المجرّد بالعياني حيث يضعف تفكيره المجرّد ويفسر الأمور تفسيراً عيانياً.

- تكثيف عناصر مفاهيم متعددة في مفهوم واحد.

- إقامة علاقات بين مفاهيم غير موجودة وإستخدام الرموز على نطاق واسع وإمتزاج الواقع بالخيال.

ب- إضطرابات مجرى التفكير: يأخذ عدة مظاهر :

- توقف التفكير: يحدث توقف مفاجئ للتفكير وأحياناً يتبع ذلك البدء في تتابع أفكار جديدة تماماً.

- ضغط الأفكار: يشعر المريض بسباق بين أفكاره ويشكو من إزدحام رأسه بالأفكار المتعددة و حينما

يطلب منه الإفصاح عنها يعجز عن ذلك لعدم قدرته على التعبير ويبدأ في إسقاط ذلك على الغير.

ج- إضطراب التحكم في الأفكار: يشعر المريض بما يلي :

- سحب الأفكار: يشكو الفصامي من أن أفكاره تسحب منه بواسطة تأثيرات قوى خارجية.

- إقحام الأفكار: يشعر أن هناك أفكار غريبة تفرض عليه ولا يستطيع مقاومتها.

- إذاعة وقراءة الأفكار: يحس أن الناس يقرؤون أفكاره ويذيعونها دون تصريح منه.

د- إضطراب محتوى التفكير: وجود الضلالات والهذيان (المشيخي، 2013، ص 293)

الهذيان عبارة عن تقييم خاطئ للواقع تتمثل غالبية التصورات الهذيانة لدى الفصاميين في هذيان

الملاحقة، يمكن أن يظهر دون أن يكون له علاقة بالواقع. (رضوان، 2009، ص 428) تتميز هذه

الهذيانات بالتشوش وعدم الإنتظام والغرابة إضافة الى التفكك وغياب البنية والتناسق أو المنطق. كما

يكون متعدد الأشكال ترتبط به عدة آليات ومواضيع قد تؤدي بالمريض إلى فقدان القدرة على التحكم

في النشاط الذاتي (زروالي، 2014، ص 144).

2- إضطرابات اللغة: تشمل اللغة المنطوقة كما تشمل الإنتاجات الخطية وخاصة بالرسم.

- عدم إتساق الحديث وعدم ترابطه.

- يخلق الفصامي لغة جديدة خاصة به يستخدمها في توضيح مفهوم معين لا يفهمها غيره.

- الحديث لفترة طويلة في مواضيع تافهة.

- عدم القابلية للفهم. والتكرار الممل للأسئلة التي توجه إليه في الإختيارات النفسية أو غيرها.

- البكم أو التوقف التام عن الحديث لمدة ساعات (المشيخي، 2013، ص 294).

3- اضطرابات الإدراك: يبدو في الهلوس التي يعاني منها المريض وهي إدراك مثير خارجي

لا وجود له وتأخذ أشكال متعددة:

1- سمعية: يسمع شخصا يتحدث معه أو أصوات تعلق على تصرفاته وتكرر أفكاره بصوت مرتفع وهي أكثر انتشارا.

2- بصرية: حيث يرى أشباحا أو أرواحا أو يدرك أشخاصا غير موجودين.

3- شمعية: يشم رائحة غير موجودة.

4- لمسية: هنا يدرك أن هناك من يضربه بآلات حادة وتأخذ أحيانا شكلا جنسيا كشعور أحدهم كأنه يضاجع امرأة دون أن يراها.

5- تذوقية: يحس بطعم شيء غير موجود (المشيخي، 2013، ص 297).

4- اضطرابات الإنفعال " الوجدانية":

تتميز عاطفة الفصامي بفقد الإنفعال والجمود العاطفي وضياح الحيوية وبالتناقض والإنهاك والبرودة والإنفصال. (زروالي، 2014، ص 143)، يمكن للمريض أن يعبر في مواقف معينة عن أفكار غير متناسبة مع الموقف أو يقوم بردود أفعال غريبة (رضوان، 2009، ص 429). ويكون الفصامي عادة ضيق الخلق وسريع الغضب والإنفعال لأنفه الأسباب (علوي وزغبوش، 2009، ص 156). كما يشهد المجال الجنسي نفس مظاهر التفكك إما أن تظل جنسية شهوانية ذاتية وإستثنائية، أو تكون شهوانية غيرية دون وجود شحن عاطفية (زروالي، 2014، ص 143).

5- اضطرابات السلوك:

- تواجد لأعراض فقد الإرادة والإهتمام وفقد القدرة على الإستمتاع ومواقف الإستكانة التي تفسر حالة الإنسحاب من النشاطات المدرسية والمهنية ومن المسؤوليات العائلية (زروالي، 2014، ص 145).
- فقدان الوازع الديني حيث لا يعير الفصامي أي اهتمام للمعايير الأخلاقية فقد يتلفظ بعبارات منافية للأخلاق وتكون تصرفاته فاحشة دون إحساس بالخجل. (علوي وزغبوش، 2009، ص 156).
- مظاهر العدائية التي تلاحظ خاصة في الفترات الحادة تتمثل في مظاهر العنف اللفظي وردود الأفعال العدائية.

- اضطرابات في السلوك الغذائي جد منتشرة ومتعددة الأشكال، في بعض الأحيان تبني سلوكيات رفض الأكل خشية التسمم أو نتيجة مواقف العقلنة كما تنتشر سلوكيات فرط شرب المياه التي قد تتطور الى حالة تسمم والدخول في غيبوبة أو قد تؤدي في بعض الأحيان للوفاة.

- محاولات الإنتحار الذي يتسبب فيه المزاج الكئيب وتواجد هذيان وهلوسة تأمره بقتل نفسه وكذلك الشعور باليأس الناتج عن الإعاقة النفسية والإجتماعية. (زروالي، 2014، ص145).

6- إضطرابات الإنتباه:

- سهولة تحول إنتباه الفرد من موضوع لآخر بالرغم من محاولة تركيز إنتباهه على الأول.
- تبدل الإنتباه بحيث يصعب أن يستثار إنتباه الفرد نحو موضوع معين. (غانم، 2006، ص141).

7- الإضطرابات النفسحركية:

- تظهر من خلال التخشب الذي يتمثل في فقدان المبادرة الحركية والمحافظة على وضعية واحدة للجسم لعدة ساعات.
- تشوه التعبيرات: تتمثل في التعبيرات الإيمائية أو الحركية التي تعوض أو تشوه التعبيرات العادية أي هي حركات لا إرادية تتطفل على النشاط الحركي الطبيعي.
- النمطية: هي سلوكيات أو حركات ثابتة يرددها المريض كالإهتزازات، ظاهرة الصدى.
- الغرابة: إتجاهات وحركات غير متلائمة، تصنع، سلوك تمثيلي شاذ.
- تظاهرات تناقضية: خمول، ابتسامات غير مبررة. (لكحل، 2011، ص36).

8- إضطرابات الإرادة:

- عدم القدرة على المبادرة بوضع مخطط.
- عدم القدرة على ممارسة الأنشطة. والإفتقاد إلى المعنى و الهدف.
- الإفتقار إلى القدرة على المثابرة لحل المشاكل. والسلبية التامة. (غانم، 2006، ص 141).

المطلب الثاني: أنواع الفصام:

1- الفصام البسيط:

سمي بالبسيط نظرا لعدم وجود الأعراض المعقدة مثل الأنواع الأخرى، حيث نجد المريض بليدا لكنه يهتم بما يصنع الغير وكذلك فإنه يعتمد إعتقادا كبيرا على أسرته. (العيسوي، 2004، ص 141). يتميز هذا النوع من الفصام بإضطراب الإنفعال والنشاط وقلة الهلوسة وندرة الهذيان ويبدو أن ذلك راجع إلى ما يظهر على الفرد من ضعف الوجدان وضآلة التفكير. (العبيدي، 2013، ص 438). كما أن المريض يميل إلى الإنعزال والإنطواء وتصبح عاداته الشخصية مفككة وغير متكاملة ولكنه مع ذلك يظل قادرا على التحدث وعلى الإجابة على الأسئلة ويبدو أنه قادرا جزئيا على الإتصال بالحياة ولكنه لا يقوى على التكيف مع الحياة الخارجية، فيعزل عن بقية الناس ويلاحظ على تفكيره بعض علامات النكوص والعودة لعمليات التفكير الأولية. (العيسوي، 2004، ص 141). تبدأ

الإصابة بهذا الاضطراب في مرحلة عمرية مبكرة ويدب بصورة تدريجية ويعتبر أقل خطرا من حيث الدرجة (الخالدي، 2009، ص 337).

2- الفصام الكاتوني :

يظهر غالبا ما بين سن الخامسة عشر والخامسة والعشرين، وكثيرا ما يكون ظهوره بشكل حاد ونتيجة لإضطراب إنفعالي شديد لكن إحتمال شفائه أكثر من أي نوع آخر ويأخذ مظهرين:

1- تخشب كاتوني : (العبيدي، 2013، ص 440)

يشير إصطلاح التخشب إلى صعوبة حركة العضلات وإلى جمودها وفقدان القدرة على القيام بالنشاط الحركي ويبدو المريض في حالة جمود وخمول فإذا ما وضع المريض في وضعية معينة يستمر فيها لساعات طويلة دون أي محاولة لتغييرها. (العيسوي، 2004 ، ص 143).

كما يتميز هذا الإضطراب بالجمود النفسي ونجد المريض يمتنع عن الطعام لكنه يأكل بشراهة عندما يشعر بأنه غير مراقب، يطيع أي أوامر طاعة عمياء حتى ولو كانت نتائجها خطيرة، لا يخضع لأي مبادئ النظافة فلا يحاول أن يتحكم في التبول والتبرز. ومع ما يبدو عليه من عدم إدراكه لما يدور حوله إلا أنه حينما يفيق من حالة الجمود يحكي كل ما دار حوله بتفصيل مذهل.

2- توتر كاتوني :

يتميز بنشاط حركي عدواني غير منظم وغير مصاحب بأي تعبير إنفعالي وغير متأثر بأي مثير خارجي ولذلك يقوم أحيانا بأعمال عدوانية غير متوقعة كأن يهاجم أي شخص أمامه و يكسر أي شيء يصادفه وقد ينزع ملابسه ويظل عاريا ويتبول أو يتبرز دون أي إعتبار وتكثر عند المريض الأزمات الحركية، قليل النوم، يرفض الأكل ويتناقص وزنه بسرعة وقد يصل إلى حالة من التوتر فينهار ويموت. (العبيدي، 2013 ، ص 440). يلاحظ على المصابين قبل الإضطراب أنهم كانوا يمتازون بالهدوء والإنطواء أو الإنعزال والإنسحاب من المجتمع وكانوا يحاولون التكيف ولكن بصعوبة بالغة. وفي كثير من الحالات تتدخل الهالوس (العيسوي، 2004 ، ص 144).

3- فصام المراهقة (الهيبفريني):

يظهر عادة في بدء المراهقة وبطريقة غير واضحة والأفراد الذين يصابون بهذا المرض غالبا ما يكونون من النوع غير المتزن إنفعاليا. (العبيدي، 2013 ، ص 439). يبدأ بصعوبات التركيز والتراجع في المستوى الدراسي والمهني واللامبالاة (زروالي، 2014 ، ص 152). يمتاز المصاب بالفراغ العاطفي وعدم ملائمة الإستجابات العاطفية وبالسلوك الساذج والضحك والإستهزاء (العيسوي، 2004 ، ص 148) وهذا راجع إلى أن إنفعالات المريض تتحول من الشعور إلى اللاشعور فتتصل بالعقد والرغبات المكبوتة وعليه يعتبر الإضطراب الوجداني نوع من تحويل العاطفة لا فقدانها (العبيدي، 2013 ، ص 439). إضافة إلى الهذيان والهالوس السمعية والبصرية

والنكوص ويمثل هذا النوع أشد الأنواع اضطرابا في الذات (العيسوي، 2004، ص 148). كما يصاحبه الشعور بالإنقباض والاستجابة الوجدانية السطحية ويتميز كلام المريض بعدم الترابط أما السلوك فهو طفلي من حيث التبرز والتبول وطريقة الأكل وتظهر الإنسحابية الشديدة (العبيدي، 2013، ص 439). كما ينشغل المريض بالتفكير في الموضوعات الفلسفية والدينية والأمور الجنسية وممارسة العادة السرية ويتصف بالإكتئاب والإنهيار الشديد (الخالدي، 2009، ص 337).

4- فصام الإضطهاد (البرانويدي):

لا يظهر بشكل واضح إلا بعد فترة طويلة ويكثر ظهوره ما بين نهاية المراهقة وبين سن الثلاثين وقبل ظهور المرض يتصف المريض بضعف العلاقات الشخصية والبرود ولا يتفق مع الغير في الرأي كثير الجدل والنقد اللاذع والمعارضة ويقاوم أي إحياء أو سلطة وكثيرا ما تمثل إستجاباته عداء داخليا و بتقدم المرض تزداد إتجاهاته السلبية حدة ويضعف إتصاله بالواقع ويبدأ الهذيان الذي يعبر عادة عن الحاجات النفسية التي سببته. (العبيدي، 2013، ص 440).

يتميز الجدول العيادي بتواجد نشاط هذيان في الواجهة الأولى تصاحبه مظاهر هلوسية سمعية ولفظية بالخصوص وأحيانا هلوسات خاصة بالحساسة الداخلية وهلوسات شمعية ولمسية كما تتميز الأفكار الهذيانبة بالغرابة بإفتقارها للتبرير وبتعدد المواضيع، وفي ما يخص الخطاب والسلوك فهما يتميزان بالتشوش. (زروالي، 2014، ص 152). يعاني المصاب من الشعور بالنقص لذلك فإنه ينمي في نفسه شعورا دفاعيا بتوكيد ذاته وإثبات كيانه لذلك فهو لا يرغب أن يناقضه أحد. وهناك حالات يبدي فيها المريض أعراض الإنسحاب والرقة والخوف من كل شيء يلقاه كما يشعر بالحرمان الجنسي. (العيسوي، 2004، ص 145). وعلى العموم يعتبر هذا النمط نوعا من الإستجابة الإسقاطية الدفاعية النكوصية وهو أكثر الأنواع شيوعا وأقلها إحتمالا للشفاء.

- الفرق بينه وبين البارانويا:

هناك تشابه بين هذا النوع وبين البارانويا حيث أن الإثنين يتميزان بوضوح تسلط هذيان الإضطهاد وأنهما يحدثان عادة للأفراد الذين يتصفون بشدة الحساسة والعناد والتمركز حول الذات والفرق بينهما هو أن الفصام يشمل جوانب الشخصية جميعها في حين أن البارانويا تتمركز حول الجانب الإدراكي لذلك يعتبر الهذيان فيها أوليا وأي مظاهر اضطراب أخرى تكون نتيجة له ومتصلة به، حيث يبدو المريض بها عاديا في نواحي سلوكه الأخرى إلا ما يتصل بهذا الهذيان الذي يبدأ بالشك المبالغ فيه والشعور بأنه مستغل من الآخرين ثم يتطور إلى هذيان منتظم يتحول أو يصاحب بهذيان العظمة. (العبيدي، 2013، ص 441).

5- الفصام المتبقي:

يستخدم لوصف حالات الشفاء الجزئي عندما تختفي الأعراض المنتجة وتستمر الأعراض السلبية حيث يعاني المريض من انخفاض النشاط وفقر الخطاب وهمود المشاعر ومن تواصل ضعيف وحياء إجتماعية فقيرة (زروالي، 2014، ص 153). كما تظهر عليهم حالات إضطرابية في التفكير وردود الأفعال (الخالدي، 2009، ص 341).

المبحث الرابع: تشخيص وعلاج الفصام.

المطلب الأول: تشخيص الفصام:

- حسب الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع Dsm4 TR:

أ- الأعراض الوصفية: وجود إثنين من الأعراض التالية (أو أكثر)، على أن يوجد كل منهما لفترة معتبرة من الوقت وذلك خلال شهر على الأقل (أو أقل إذا عولجت بنجاح):

1- أوهام.

2- إهلاسات.

3- كلام غير منظم (مثال، الخروج المتكرر عن الخط أو التفكك).

4- سلوك جامودي أو غير منظم بشكل فاضح.

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

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

ب - خلل الأداء الوظيفي الإجتماعي/ المهني: خلال فترة مهمة من الوقت، ومنذ بداية الإضطراب، فإن مجالاً أو أكثر من مجالات الأداء الوظيفي كالعامل أو العلاقات بين الشخصية أو الرعاية الذاتية هي بصورة جلية دون المستوى المتحقق قبل النوبة.

ج- المدة: تدوم علامات الإضطراب المستمرة ستة أشهر على الأقل. ينبغي أن تتضمن فترة الستة أشهر هذه شهوراً من الأعراض التي تحقق المعيار (أ) وقد تتضمن فترات من الأعراض البادرية أو المتبقية. قد يتبدى الإضطراب أثناء هذه الفترات البادرية أو المتبقية بأعراض سلبية فحسب أو إثنين أو أكثر من الأعراض المدرجة في المعيار (أ) التي تكون موجودة بشكل مخفف .

د- إستبعاد إضطراب الفصام الوجداني و إضطراب المزاج: إستبعاد إضطراب الفصام الوجداني وإضطراب المزاج مع مظاهر ذهانية إما (1) لأنه لم تحدث نوبة إكتئابية جسيمة أو نوبة هوسية أو

نوبة مختلطة في وقت واحد مع أعراض الطور الإيجابي أو (2) إذا ما حدثت نوبات المزاج أثناء أعراض الطور الإيجابي، فإن مدتها الكلية كانت قصيرة بالنسبة إلى مدة الفترتين الإيجابية والمتبقية. ه- إستبعاد تأثير مادة/ حالة طبية عامة: لم ينجم الإضطراب عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة أو عن حالة طبية عامة.

و- العلاقة مع إضطراب نمائي شامل: إذا كان ثمة قصة لإضطراب توحيدي أو إضطراب نمائي شامل، فإن تشخيصاً إضافياً للفصام يوضع فقط إذا كانت الأوهام أو الإهلاسات بارزة أيضاً لفترة شهر على الأقل (أو أقل إذا عولجت بنجاح).

- تُحدد الأنماط الفرعية للفصام عن طريق الأعراض السائدة وقت التقييم.

1- النمط الزوراني:

نمط من الفصام يستوفي المعايير التالية:

أ- الإستغراق بوهم أو أكثر أو غهلاسات سمعية متكررة.

ب- ليس ما يلي بارزاً: كلام مشوش (غير منظم)، سلوك مشوش (غير منظم) أو جامودي، أو وجدان مسطح أو غير مناسب.

2- النمط المشوش (غير المنظم):

نمط من الفصام يستوفي المعايير التالية:

أ- جميع ما يلي بارزاً:

1- كلام مشوش.

2- سلوك مشوش.

3- وجدان مسطح أو غير مناسب.

ب- لا تتوافق المعايير مع النمط الجامودي.

3- النمط الجامودي (الكتاتوني):

نمط من الفصام يسيطر على صورته السريرية إثنان على الأقل مما يلي:

1- لاهركية كما تتجلى بالتخشب (ويشمل ذلك المرونة الشمعية) أو الذهول.

2- فعالية حركية مفرطة (وهي بدون هدف ولا تتأثر بمنبه خارجي).

3- معاندة قصوى (وهي مقاومة لا غرض لها لكل التعليمات أو المحافظة على وضعة متصلبة تعاكس كافة محاولات التحريك) أو صمات.

4- غرابة في الحركة الإرادية كما تتجلى بلبتخاذ وضعية.

5- صداء صوتي أو صداء حركي.

4- النمط غير المميز:

نمط من الفصام تكون فيه الأعراض التي تلبي المعيار (أ) موجودة، لكن المعايير لا تفي متطلبات النمط الزوراني أو المشوش أو الجامودي.

5- النمط المتبقي (الثمالي):

نمط من الفصام تتوفر فيه جميع المعايير التالية:

أ- غياب الأوهام البارزة والإهلاسات والكلام المشوش وكذلك غياب السلوك الواضح التشوش أو الجامودي.

ب- هناك دليل متواصل على الإضطراب، كما يدل عليه وجود أعراض سلبية أو عرضين أو أكثر من الأعراض المدرجة في المعيار (أ) من معايير الفصام، والتي تتواجد بصورة مخففة. (جمعية الطب النفسي، 2004، ص 101-104).

المطلب الثاني: علاجات الفصام:

1- الإستشفاء:

يلعب دورا هاما في علاج الفصام ويكون الإستشفاء الأولي حرا وأحيانا عن طلب من أشخاص أو من مصلحة من أجل:

- القيام بالتشخيص والفحوصات الطبية لإقصاء الأسباب العضوية. (لكحل، 2011، ص46).

إن الكثير من مرضى الفصام يحتاجون إلى الدخول للمستشفى لأنهم في حالة تشوش ذهني ونكوص يستلزم الملاحظة والمراقبة المستمرة لما في ذلك من أهمية كبرى تتمثل في :

- إبعاد المريض عن بيئته الإجتماعية التي تسببت له في صراع نفسي.

- تخفيف العبء عن الأسرة التي يصعب عليها السيطرة على المريض بعد رفضه لتعاطي الدواء.

- توفير علاج مزدوج طبي ونفسي جماعي. (سيلفانو أريتي، 1991، ص130-132).

2- العلاج الدوائي:

يهدف الى زوال الأعراض الظاهرة مثل الهلوس والضلالات وتصليح علاقة المريض بالعالم كما يصبح قادرا على رعاية نفسه وتوفير إحتياجاته. (المشيخي، 2013، ص 304). ويتمثل في:

1- المثبطات العصبية الكلاسيكية : تتواجد تحت شكل أدوية تأخذ عن طريق الفم أو الحقن العضلي

أهمها: haldopéridol

2- المثبطات العصبية اللانموذجية (الجيل 2): يجب أن توصف في التدخل الأول، لديها فعالية على

الأعراض السلبية وليس لديها الكثير من الآثار الجانبية الخارج هرمية وأكثرها إستعمالا (solian)

Amisulpride، Olanzapine (Zyprexa) وRespiridone (Risperdal)

3- المهدئات: تعتبر Benzodiazpine ذات فائدة في حالات القلق: (Diazepan (Valium)،

Lorazepam (Temesta) و Clomazepam (Rivotril).

ويمكن أيضا تقديم مثبطات عصبية مهدئة في حالة الهيجان الكبير Clorpromazine

(Largactil) و (Lévomépromazine (Nozinan).

4- المثبطات العصبية ذات المفعول المطول: قد تحدث إنتكاسات عديدة عند بعض المرضى، وذلك

بسبب رفضهم للدواء لذلك على الأطباء إعطاء دواء طويل المفعول يدوم إلى أربع أسابيع كأقصى حد

مثل: Halopéridol، Pipotiazine. (لكحل، 2011، ص 48). ومما يجب الإشارة إليه أن

الإستمرار في العلاج الدوائي ضروري في فترة على الأقل عام بعد النوبة الأولى. وخلال 5 سنوات

على الأقل إذا تتابعت عدة فترات ذهانية (زروالي، 2014، ص 153).

3- العلاج الكهربائي:

يستخدم في حالات قليلة كالحالات الحادة أو المصحوبة بأعراض تخشبية أو المصاحبة بخمول

وإنسحاب وقلق وبأعراض وجدانية إكتئابية في حدود من ست إلى ثماني جلسات بمعدل مرتين أو

ثلاث مرات أسبوعيا ويستعمل مصاحبا بالدواء. (المشيخي، 2013، ص 303).

4- العلاج الجراحي:

لا يلجأ للعملية الجراحية في المخ إلا في حالات نادرة جدا لقلّة فائدتها ومن بين هذه الحالات:

- الفصام الكتاتوني المزمن الذي يصاحبها نوبات متكررة من الهياج الشديد والعدوان الحاد.

- الفصام شبه عصابي عندما يعيش المريض فريسة لأوهامه مع قلق شديد ومخاوف.

- فصام برانويدي عندما تسبب الأعراض آلام شديدة من قلق وتوتر.

حيث تقطع الألياف الموصلة بين الفص الجبهي والتلاموس لنقل حدة الإنفعال وتنخفض الإستجابة

للهاوس والهديانات وتجعله في حالة أفضل للتوافق الإجتماعي. (عكاشة، د ت، ص 391).

5- العلاج النفسي:

يستهدف بصفة عامة إعادة تنظيم شخصية المريض وإعادته إلى عالم الواقع وربطه به وتنمية

إستبصاره وإكتسابه مهارات جديدة وتنمية ثقته بنفسه عن طريق تقوية الأنا والتخفيف من حدة

الصراع (المشيخي، 2013، ص 303). وللعلاج النفسي عدة أنواع:

1 - العلاج السلوكي المعرفي:

أثبت نجاحه في علاج الأعراض المتمثلة في الهذيان والهاوس والحديث غير المنظم والتبلاذ الإنفعالي

بالإضافة إلى إضطرابات التفكير والإرادة والوجدان، وتقوم الأساليب السلوكية على أساس تعليم

الفصاميين مجموعة من المهارات السلوكية والإجتماعية مثل التواصل اللغوي والإنصات والانتباه،

بالإضافة إلى مهارة الإعتناء بالذات ورعايتها. كما أثبت أهمية العلاج الشامل والمتمثل في التعاقد

العلاجي والعلاقات الإيجابية وهذا ما سمح بإمكانية إستخدام وسائل مبتكرة لخفض حدة الأفكار الإكتئابية والوساوس والهلاوس، ويشمل أساليب للفت إنتباه الفصامي للمثيرات الإيجابية الخارجية وتعليمه طرق مقاومة الهلاوس والتغلب عليها أي محاولة تحدي الأصوات والصور التي تسيطر على تفكيره كما تم إعتداد تقنية العلاج البيئي والتدريب على المهارات وتنمية مهارة الحوار وتبادل الأدوار وإقامة جلسات الإستماع الجماعي وجعل الفصامي ينتبه إلى سلوكه وتصرفاته من خلال مشاهدتها بواسطة شريط مسجل ثم التعليق عليها والتمييز فيما بين السلوك اللائق والغير لائق إضافة إلى محاولة التدريب على التحكم في الحوار الداخلي والتغلب على الأفكار السلبية والعدوانية والوساوس المسيطرة. (علوي وزغبوش، 2009، ص 157).

2 - العلاج الداعمي:

ضروري لتعزيز العلاج والكشف عن الإشارات الأولى لأي إنتكاسة ومساعدة المريض على الإندماج الإجتماعي داخل الواقع.

3 - العلاج العائلي النسقي:

يقترح هذا النموذج خاصة عندما تكون إشكالية العائلة مطروحة وتكون بمختلف أفرادها متقبلة لمبدأ العلاج. يستهدف التواصل التحتي والإختلالات داخل العائلة. (زروالي، 2014، ص 154).

4 - العلاج الإجتماعي:

يهتم بالتطبيع الإجتماعي وتجنب العزلة والإنسحاب والإنشغال بالذات والحوار مع النفس وذلك من خلال الأنشطة الرياضية. ولا بد أن نحيط المريض بالرعاية الإجتماعية كالإهتمام والحب ودفعه للعمل (المشيخي، 2013، ص 304).

الخلاصة:

لقد تبين أن الفصام من الإضطرابات التي لقيت إهتماما كبيرا من العلماء، حيث تعددت الدراسات حول هذا الإضطراب التي تظهر أنه نتاج لعدة عوامل. وأن الفصامي يعاني العديد من المشاكل التي تزيد من حدة مرضه مما يستوجب التكفل به بطريقة شاملة قصد التقليل من الإنتكاس وزيادة نسبة الشفاء والعودة إلى الحياة السابقة.

الفصل الثالث

العلاج بالعمل والترفيه

- تمهيد

المبحث الأول: تاريخ ومفهوم العلاج بالعمل والترفيه.

المطلب الأول: لمحة تاريخية عن العلاج بالعمل والترفيه.

المطلب الثاني: تعريف العلاج بالعمل والترفيه.

المبحث الثاني: إجراءات ومراحل العلاج بالعمل والترفيه.

المطلب الأول: إجراءات العلاج بالعمل والترفيه.

المطلب الثاني: مراحل العلاج بالعمل والترفيه.

م1- إستعمال الإحباط

م2- الإثارة

م3- التمكين من الإبداع

المبحث الثالث: طريقة وشروط العلاج بالعمل والترفيه.

المطلب الأول: طريقة العلاج.

المطلب الثاني: شروط العلاج بالعمل والترفيه.

المطلب الثالث: أشكال العلاج بالعمل والترفيه.

المبحث الرابع: أهداف ودور المعالج بالعمل والترفيه.

المطلب الأول: أهداف العلاج بالعمل والترفيه.

المطلب الثاني: دور المعالج بالعمل والترفيه.

المطلب الثالث: فوائد العلاج بالعمل والترفيه.

المبحث الخامس: إستخدام العلاج بالعمل والترفيه في الفصام.

- تمهيد:

لقد عرف الإنسان منذ القديم أهمية العلاج بالعمل والنشاط الزراعي وبعد الحرب العالمية الثانية تطور هذا النوع من العلاج وتطورت أهدافه عبر الزمن مفادها إدماج الفرد مع الواقع العملي وإعادة تنشئته فمن خلال العمل يحقق الفرد ذاته. (نحوي، 2010، ص 90). ويعتبر العمل عند الكبار من وجهة العلاج النفسي وكأنه اللعب عند الصغار بإعتباره نوع من التنفيس المريح، لذا أصبح العلاج بالعمل عن طريق مشاركة المريض في نشاط مهني من أهم الطرق والوسائل العلاجية في الأمراض النفسية وهو علاج ضروري مكمل للعلاج الجسدي والنفسي بكل أنواعه حيث يعتبر وصف العمل المناسب من أهم ما يعنى به المعالج. (السيد فهمي علي، 2010، ص 225).

المبحث الأول: تاريخ ومفهوم العلاج بالعمل والترفيه.

المطلب الأول: لمحة تاريخية عن العلاج بالعمل:

- أصل هذا العلاج يعود إلى ما قبل عصر المسيح فالمعلومات القديمة تذكر استخدام الموسيقى والرقص واللعب وأشياء أخرى عند اليونانيين والمصريين، وهذا لعلاج الأمراض العقلية.

(jean dumoulin, 1967, p14)

- **العمل قديماً:** بين الإستغلال والعرض (3200 ق م- 476 م): في أغلب العصور القديمة كان العمل، أو بالأحرى الأعمال البسيطة يكلف بها المرضى العقليون ذوي النسبة البسيطة من الارتباط بالواقع. بينما في العهد اليوناني والروماني. فقد إهتم العلماء بهذه الفئة وكان Ipocrite أشهر الاطباء الذين إستعملوا المعالجة بالتمرين والدلك، وحمامات المياه المالحة، إلى جانب العلاج بالعمل حيث كان يكلف مرضاه بالأعمال البسيطة.

- **في العصور الوسطى:** التراجع بين الإستغلال والعلاج (474- 1453): عرفت هذه الحقبة في أوروبا بالعصور المظلمة حيث العمل عبارة عن إستعباد لم يسلم منه حتى المختلون عقلياً. أما في بلاد المسلمين فقد عرفت قيمة العمل كعلاج لبعض المرضى الذين يؤدي بهم الإضطراب إلى الإنعزال والإنطواء.

ومن جهة لأخرى ظهر العلاج بالعمل والترفيه في الأندلس في عدة مصحات فتحت في عدة مدن.
- ساراجوسا 1425: من المدن التي فتحت فيها مصحات إستقبلت كل أنواع المرضى خصوصاً المصابين بالأمراض العقلية تحت شعار الصحة للجميع وكانوا يلقون الرعاية الحسنة هناك.
بالإضافة إلى القيام ببعض الأعمال كالفلاحة. وقسموا إلى فوجين: فوج يقوم بالأعمال المنزلية كالترتيب والتنظيف والمساعدة في التمريض وفوج آخر يشتغل خارجاً كالزراعة.

- **العصر الحديث:** العمل والترفيه أكيد المنفعة.

- فرنسا 1780م: الركيزة الأولى لعلاج فعال. فسر Tissot التعليمات والكيفيات المحتملة لتدريب قصور الجهاز المحرك وذلك عن طريق اللعب. بعدها ظهر فيليب ph. Pinel الذي نفذ أسلوب معاملة المرضى المزمنة ونزع القيود عنهم، وقد أكد على ضرورة القيام بتمارين الجسم والقيام بأعمال ميكانيكية.

- روسيا 1818: ركز الطبيب Tasilcorskies على أهمية العمل في النظافة. وهكذا أخذ هذا النوع من العلاج ينتشر في بلدان العالم تدريجياً. (مختاري وجلايلي، 1995، ص64) أما بخصوص العلاج بالترفيه فتعد ماري بوتر مختصة بالخدمة الإجتماعية من الدنمارك من أوائل الأشخاص الذي صمموا برامج ترفيهية متكاملة للأفراد المصابين بأمراض مزمنة أو إعاقات مختلفة وذلك في عام 1895، ومنذ ذلك التاريخ ظهر عدد كبير من البرامج المصممة بشكل خاص لكي تساعد المعاقين في تطوير مهارات معينة، وظهر كذلك عدد آخر من الجمعيات والمؤسسات التي تعنى بهذا النوع من البرامج الترفيهية الموجه للمعاقين والمصابين بأمراض مزمنة وأسره على سبيل المثال لالحصر الجمعية الأميركية للمعالجة الترفيهية.

وأصبح تخصص معالج بالترفيه من التخصصات المعروفة في مجال علاج وتأهيل المعاقين

<http://www.albayan.ae/paths/1188742636357-2007-09-08-1.787912>

المطلب الثاني: تعريف العلاج بالعمل والترفيه:

هو مشتق من الكلمة اليونانية Ergo تعني العمل أو المهنة (مختاري وجلايلي، 1995، ص20) يعتبر العلاج بالعمل من بين الطرق المستخدمة في العلاج النفسي، ويعتمد على إستنفاد طاقة المريض بتوجيهها إلى نواحي عملية، حتى ينصرف عن الإنشغال بمشكلاته الداخلية والتفكير فيها، حيث يشعر وهو يقوم بدور إنتاجي بأهميته في الحياة وبذلك يستعيد الثقة بنفسه. والمقصود بالعمل هنا ليس المتعب بل هناك عدة مجالات لا تحتاج إلى القوة وفي نفس الوقت ذات فائدة (الشاذلي، 2001، ص203). ومبدأ المعالجة قائم على دراسة المشكلة الفردية للمريض وإيجاد نوع العمل المناسب لشخصيته ومقوماته النفسية، ثم في دراسة طبيعة العلائق التي تربط الفرد بالجماعة والوقوع على مواطن الخطأ وإصلاحه بالشكل الذي يمكن المريض من العمل في وسط إجتماعي أكثر ملائمة لإمكانياته ورغباته ومقومات حياته النفسية. (علي كمال، 1994، ص486).

- عرفه تومار سلامي على أنه مجموعة الدراسات والبحوث التي تهدف إلى تنظيم منهجي للعمل وإعداد تجهيزاته المناسبة من أجل ظهور نظام (إنسان- الآلة) الأكثر فعالية إلا أن في العلاج النفسي إعادة تأهيل وعلاج للإعاقة الجسدية أو العقلية عن طريق العمل. عندما يكون الإدماج الإجتماعي في الوسط السوي مستحيل يكشف العلاج بالعمل عن تقنياته ونظامه أو ما يعرف بالعمل المحمي وهو رحلة إنتقالية من النفاهة إلى الحالة السوية للمريض المتمثل للشفاء وعليه فإن العمل هو ما خلق

الإنسان من أجله فكل من يعمل نجده في حركة ونشاط فكري وعقلي، يشعر بالزمن وبلذة الراحة بعد التعب. العمل عند الراشد هو بمثابة اللعب عند الطفل إلا أنه أكثر هدف ومسؤولية إذ يخرج من دوامة التفكير الممل والحوار السلبي. يعرف العمل بأنه كل نشاط جسمي أو فكري يقوم به الفرد كمطلب إجتماعي وفردى وله هدف. (نحوي، 2010، ص 90).

يعرف العلاج بالترفيه بأنه مجموعة متكاملة من الأنشطة والبرامج والخدمات الترفيهية التي يعدها متخصصون وتسهم في معالجة النواحي الجسدية والنفسية والاجتماعية لدى الأشخاص المصابون بأمراض مزمنة أو إعاقات مختلفة http://www.alshareef.ws/blog/?page_id=39

المبحث الثاني: إجراءات ومراحل العلاج بالعمل والترفيه.

المطلب الأول: إجراءات العلاج بالعمل والترفيه:

- 1- يخصص له قسم خاص يقسم إلى أقسام فرعية أو ورش مختلفة على أن يخصص قسم للرجال وآخر للنساء، ويشرف على القسم أخصائيو العلاج بالعمل وخبراء التدريب في الحرف.
- 2- من أنماط العمل التي يقوم بها المريض:

- العمل الروتيني في العنبر مثل النظافة والغسيل أو العمل في المغسل أو المطبخ.

- الأعمال اليدوية المتنوعة مثل صناعة السجاد والنسيج، الحياكة والنجارة إضافة إلى الرسم بألوان مائية أو زيتية، النحت، الفلاحة والبستنة.

- يقوم المعالج ومعه عدد من الأخصائيين النفسيين بملاحظة مدى إستجابة المرضى للعلاج وتسجيل التغيرات التي تطرأ على سلوكهم. ويجب أن يلاحظ بدقة إستخدام المعدات حتى لا تكون مصدر للخطر في العدوان والإنتحار. (الشاذلي، 2001، ص 204).

المطلب الثاني: مراحل العلاج بالعمل والترفيه:

تتكون العلاقة بين المريض والمعالج على ثلاث مستويات أولية:

1- مرحلة إستعمال الإحباط: قد يقود المعالج المريض إلى لحظات الإحباط، تساعد على المضي في العلاج، ويتجلى ذلك في عدم تمكين المريض تحقيق رغباته في الثبات، فقد يبقى المعالج، لكن يتغير الممرض والنشاط، هذه الوضعية تعطي المعالج وظيفة ما بعد الإحتضان التي تأتي بعد وظيفة الممرض، وهذا الإحباط يساعد المريض على تحقيق رغبته على شكل بداع.

2- مرحلة الإثارة "الحث والتشجيع": تتلخص في إقتراح جدول أنشطة، وحث المريض على الإختيار، وجلب إنتباهه لنشاط ما، ثم مساعدته على الإتصال وعلى إقامة علاقة. حيث تسمح هذه الخطوات للمريض بمعرفة واقع الآخر الذي يكون في بعض الأحيان مملا وثقيل بالنسبة له. لكن بعد مدة يصبح وسيلة تشجيعه للمرور إلى المرحلة التالية.

3- مرحلة التمكين من الإبداع: حيث يستطيع المريض من إبداع شيء غريب وبالتالي ظهور هذا الشيء ينهي العلاقة معالج- مريض. والذي هو علامة على تقدم ملحوظ في سير العلاج وهذا يساعد على شعور المريض ووعيه بإمكانياته التي تؤدي إلى إعادة التكوين النرجسي (مختاري وجلايلي، 1995، ص85).

المبحث الثالث: طريقة وشروط العلاج بالعمل والترفيه.

المطلب الأول: طريقة العلاج بالعمل والترفيه:

يتم تقسيم المرضى إلى ثلاث أقسام رئيسية:

- 1- المرضى الأكفاء المهتمين بالعلاج والمقبلين عليه.
 - 2- المرضى الأقل كفاءة وإهتماما ويكون لهم أمل في الشفاء.
 - 3- المرضى المتبلدون المزمنون.
- تكون المهمة مع القسم الأول أسهل عنها مع القسم الثاني وتكون النتيجة عادة أفضل. أما القسم الثالث فيحتاج فيه المرضى لكل أنواع الإثارة والتشجيع والتبسيط والوضوح في التعليمات والعمل. ويجب أن يكون بدأ العمل سهلا وبسيطا مشوقا حتى يلمس المريض إنتاجه وتفوقه مما يزيد إستجابته وتقدمه. حيث يشمل على عنصر الترويح والتسلية والترفيه كما يجب إتاحة حرية إختيار نوع العمل. كما يجب أن لا ينتهي العلاج بعد الخروج من المشفى. (سرى، 2000 ، ص 160).

المطلب الثاني: شروط العلاج بالعمل والترفيه: من أهمها:

- أن يبدأ بالسهل مما يثير الحماس والإستمرار في العمل.
- التدرج في الصعوبة حسب إستجابة المريض للعمل وتقبله له.
- أن يتحدد نوع العمل الملائم بمساعدة الأخصائي النفسي، حتى يتم إختيار نوع العمل وكميته ومدته مما يتناسب وقدرة المريض وإستعداداته الداخلية وميوله وعمره الزمني ونوع مرضه.
- يستمر مزاوله العمل حتى بعد الخروج من المستشفى حتى يمنع حدوث الإنكاس.
- هناك علاقة بين درجة التحسن من المرض وبين مستوى الأداء في العمل والإرتياح له حيث يدعم الثقة ويشعر المريض أنه فعال في المجتمع. (شقيير، 2002 ، ص 261).

المطلب الثالث: أشكال العلاج بالعمل والترفيه:

يأخذ أشكالا وطرقا مختلفة، حيث نجد أهمية التأهيل وإعادة التأهيل تخضع لقواعد، وأسس فسيولوجية ونفسية ووظيفية وذهنية وإجتماعية. مما يجعل الخدمات التي يقدمها للمرضى أساسية ومكملة للوسائل العلاجية الأخرى، ويشمل العلاج بالعمل الأنشطة التالية:

- يتم إختبار المهارات النفسية للمريض عن طريق تلوين أشكال هندسية متدرجة من البسيط إلى المركب، وبعد هذه المرحلة يتم تعليمه الرسم على الزجاج أو الحرير والخط. أما الموهوبين من المرضى فيمنحون الفرصة من خلال الفن التشكيلي بتمازج الألوان وتغيير الأشكال.
- النسيج: من خلاله يتعلم المريض الأشغال النسيجية المبسطة، حيث يقوم بعمل لوحات بمقاسات مختلفة من القماش، ثم يرسم عليها مناظر من وحي الطبيعة وواقع البيئة ويلونها بخيوط متنوعة.
- الكهرباء: يتعرف من خلالها على كيفية عمل توصيلات كهربائية، ومعرفة أجزاء المولد.
- الأعمال اليدوية: في هذا النشاط يتعرف المريض على أنواع مختلفة من الأعمال الفنية وعمل الإطارات بأشكال الحفر على الخشب، كما يتعلم كيفية تقطيع الزجاج لعمل المرايا وأحواض السمك.
- الإلكترونيات: تتركز في كيفية إصلاح الأجهزة، وكيفية إستخدامها.
- التدريب على الحاسوب ومهارات المخاطبة.
- التدريب والمشاركة في الأنشطة البدنية والفكرية والترفيهية داخل المجتمع. (نحوي، 2010، ص 92-93). أما الترفيه فيأخذ أشكالاً أخرى وهي: الجلسات الإجتماعية، الألعاب الرياضية، الفنون اليدوية والرسم، الرحلات الخارجية. http://www.alshareef.ws/blog/?page_id=39.

المبحث الرابع: أهداف ودور المعالج.

المطلب الأول: دور المعالج:

يجب أن يشرك المعالج معه عدد من الأخصائيين أو المساعدين حتى لا تقتصر مسؤولية العلاج ولا يقع عبؤها عليه وعلى المريض فقط. كما أن عليه أن يشرك المرضى في فهم وإدراك أهداف وقيم العلاج حتى لا يظن المرضى أنهم موضع إستغلال. وأن يراعي دقة تحديد مدة ووقت العلاج وإعداد وإثارة إقبال المريض وحماسه للعمل. إضافة إلى تهيئة المناخ النفسي للعمل في إطار علاجي، فقد يقابل حالات من الشعور بالفشل والإحباط عليه التغلب عليها. أما في الترفيه فيقوم المعالج في هذه الطريقة بتقديم أنشطة الترفيه المختلفة للمريض من أنشطة موسيقية وغنائية ومشاهدة الأفلام الهادفة. وهي تساعد أن يرى المريض الجوانب المشرقة والجميلة من الحياة التي تستحق منه ان يكافئ من أجل الخلاص مما يعانیه من إضطرابات التي تحول دون توافقه الحسن مع بيئته، ويجب أن يلاحظ المعالج وسيلة الترفيه المحبوبة لدى المريض والتركيز عليها. (شقيير، 2002، ص 233).

المطلب الثاني: أهداف العلاج بالعمل والترفيه:

- إن لهذا النوع من العلاج أهداف كثيرة تتمثل في :
- المساعدة على التعبير عن المشاعر والحد من الميولات اللاإجتماعية.
- شغل وقت المريض وإثبات قدرته على الإنتاج.

- المساعدة في عملية التشخيص والعلاج والتأهيل. (سرى، 2000 ، ص 159).
- إن توجيه المريض إلى العمل النشط مثل: النجارة والحدادة وكلاهما يحتاج إلى القوة. بذلك يستخدم هذا النوع من العمل مع ذوي السلوك العدواني حيث يتمكن من توجيه العدوان خارجا مما يؤدي إلى إسترداد الأمل والثقة في نفس المريض ويفيد في حالة الإكتئاب.
- تحويل طاقة المريض في مهنة نافعة، حتى وإن كان المنتج من هذا العمل ذو قيمة محددة ويفيد ذلك في علاج حالة الهوس.

- التخلص من التركيز على الإنفعالات النفسية التي تسبب الإضطرابات ويفيد ذلك في علاج الأمراض النفسجسمية.

- المساعدة في التعبير عن المشاعر والتحقق من الميول الإجتماعية وأحلام اليقظة ونقص الإتصال بالواقع ويفيد في الفصام. (الشاذلي، 2001 ، ص 203).

- إستعادة مفاصل المريض لحركتها حيث يساعد على سرعة إستعادة العضلات لحالتها الطبيعية وذلك في حالة الإصابات التي يترتب عليها تصلب بعض المفاصل أو لعدم قدرة المريض على الحركة بعد ملازمته الفراش لفترة طويلة.

- يساعد المريض على إستعادة توافقه النفسي والإجتماعي. (غباري، 2003، ص 167)

المطلب الثالث: فوائد العلاج بالعمل والترفيه:

- يصرف المريض من عالم الخيال إلى عالم الواقع.
- يثير العمل إهتمام المريض بشيء آخر غير أعراض مرضه.
- يرفع من الروح المعنوية للمريض عن طريق القيام بشيء مفيد.
- يقلل من الملل والسأم عند المريض.
- يساعد على الترويح عن النفس والإستمتاع بالحياة.
- يقوي القدرة على التركيز.
- يساعد على تحسين العلاقة مع الزملاء.
- يهيئ المريض لحياة إجتماعية متفاعلة يسودها التعاون والتنافس الصحي مما ينتشله من الإنطواء.
- يؤهل المريض مهنيا بعد الخروج من المستشفى. (الشاذلي، 2001، ص 205).
- يقلل من التوتر النفسي ويجعل المريض أقل إحتياجا للمهدئات.
- يكون بمثابة نشاط جسمي ينشط المرضى الكسولين المتواكلين وينمي إنتباههم ويجعل إهتمامهم بما حولهم مستمرا.
- يزيد شعور المريض بالأمن النفسي ويبعث فيه الأمل بالشفاء.

- يخرج المريض بعيدا عن نفسه ويجدد إتصاله بالعالم الخارجي ويساعده على الإتصال بالواقع والتوافق معه، ويوجه طاقة المريض إلى وجهات خارجية منتجة بدلا من توجيهها إلى التحطيم.
- يبعد المريض عن الإستغراق في أحلام اليقظة والتأمل في الخيال والهلاوس ويفيد في عملية التطبيع الإجتماعي.

- يحدث تغييرا في البيئة الشخصية والإنفعالية للمريض.
- يؤهل المريض مهنيا من خلال إتقانه لعمل يستفيد منه بشكل جاد.
- يمكن المعالج من فهم سلوك المريض وأعراضه وإتجاهاته ودوافعه.
- يساعد في التقدم في العلاج حيث يتخلص المريض من العدوان والنكوص ويحقق قسطا من تكامل الشخصية ويجعل المريض أكثر تقبلا للعلاج.
- يحسن الأداء في العمل. (زهرا ، 2005 ، ص 316-317)

المبحث الخامس: إستخدام العلاج بالعمل والترفيه في تأهيل للفصام:

إن التأهيل النفسي للفصام هو عملية إعادة المريض لممارسة حياته بأقرب صورة للوضع الطبيعي ويتم في برنامج خاص لكل حالة وحسب إمكانياته، ثقافته، شخصيته، عمره والعمل الذي كان يزاوله ولا يتم هذا بمعزل عن العلاج الدوائي. (فرج، 2009 ، ص 179).
إن العلاج في مجال الطب النفسي للأمراض المزمنة مثل الفصام يتم من خلال علاج الآثار السلبية التي يسببها المرض في سلوك الفرد كالإنطواء، السلبية، الإندفاعية وعدم الرغبة في العمل. وفلسفة التأهيل النفسي تقوم على أن المرض لا يصيب كل مجالات السلوك في الشخص حيث يتبقى له قدر من إمكانية التصرف في بعض الأمور العادية مثل: المساعدة في تجهيز الطعام، مصادقة الآخرين والمشاركة في أعمال المنزل وشراء مستلزمات المنزل. ومهمة المعالج العمل على تنشيط مجال هذه الإمكانيات وزيادة المشاركة الإيجابية. (بوزياني، 2013 ،ص71).

يعتبر التدريب المهني شكلا هاما من أشكال العلاج المجتمعي بالنسبة للأشخاص الفصامين لأنه يساعدهم في ممارسة الإستقلال وكسب إحترام الذات وتعلم العمل مع الآخرين حيث يعمل العديد من العاملين بالصحة العقلية مع وكالات التأهيل المهني لوضع العملاء في برامج تدريبية ملائمة. وكثير من الذين يتم شفاؤهم من الفصام يبدؤون تدريبهم المهني في مكان عمل محمي ومشرف عليه بالنسبة للمستخدمين غير المستعدين للأعمال التنافسية أو المعقدة لتأسيس بيئة عمل نمطية تنتج مثل اللعب، التجهيزات المنزلية، أجهزة بسيطة تصنع وتباع فيما بعد. ويدفع للعمال طبقا لأدائهم ويتوقع من الجميع أن يكونوا في العمل بانتظام وفي الوقت المحدد، وبالنسبة للبعض تصبح ورشة العمل

المستورة ورشة عمل دائمة. وبالنسبة للآخرين تكون خطوة هامة تجاه أجر أفضل وإستخدام خارجي أكثر تعقيدا أو عودة إلى عملهم السابق أو ما يكافئه. (فايد، 2004 ، ص222-228).

- يقوم المعالج في هذا المجال ب:

- تحديد المشكلات إضافة إلى نقاط الضعف والقوة في شخصية المريض.

- تعزيز نقاط القوة والإهتمام بها والتقليل من نقاط الضعف.

- وضع برنامج تأهيل يشمل على العلاج بالعمل حيث يقوم المريض ببعض الأعمال التي تحتاج

لمهارات يدوية مثل أعمال النجارة تحت إشراف أخصائي مهني والهدف هو قبوله لمبدأ العمل

والعودة التدريجية للإنتاج وليس الهدف تحقيق عائد مادي.

- القيام بالأنشطة الرياضية المختلفة وحضور محاضرات ثقافية وعلمية تهدف إلى تنمية قدرة

المريض على التفكير المنطقي ومواجهة المشكلات ووضع الحلول اللازمة لها ويشمل كذلك القيام

برحلات ترفيهية وأنشطة تساعد على الإرتباط بالحياة والواقع. (بطرس، 2008، ص 294 - 295).

و من أهدافه:

- التقليل من الانتكاسات التي تحدث للمريض، تعلم مهارات تكيفية مع الآخرين .

- تقبل المريض لمرضه وكيفية التعامل معه وإعادة إدماجه في المجتمع (عكاشة، د ت، ص 16).

شعور المريض بالثقة بالنفس وإكتسابه الدافعية لمواجهة الحياة من جديد وعدم الهروب من الواقع

الذي يعيش فيه. (فرج، 2009 ، ص 180).

- إن تحديد العمل المناسب يحسن الوظيفة وتطوير القدرات إضافة إلى السماح للفرد بالحفاظ على

الإمكانيات البدنية، المعرفية، الحسية، النفسية والعلائقية. (mylène le gall , 2008, p 9).

الخلاصة:

مما سبق التطرق إليه نجد أن العلاج بالعمل والترفيه له عدة فوائد في علاج مختلف الإعاقات سواء

كانت حركية أو عقلية، كما يساعد على منع الإنتكاس وتقبل الإعاقة قصد التكيف مع العالم الخارجي،

ومواجهة الصعوبات التي تواجه المصابين بهذه الإضطرابات.

الفصل الرابع

الإدماج الاجتماعي

- تمهيد

المبحث الأول: مفهوم الإدماج والإندماج.

المطلب الأول: مفهوم الإدماج

المطلب الثاني: مفهوم الإندماج

المبحث الثاني: أنماط ومستويات الإدماج.

المطلب الأول: أنماطه

المطلب الثاني: مستوياته

المبحث الثالث: أبعاد الإدماج والفرق بينه وبين الانسجام.

المطلب الأول: الفرق بين الإدماج والانسجام

المطلب الثاني: أبعاد الإدماج

المطلب الثالث: إعادة الإدماج

المبحث الرابع: المصطلحات المرتبطة بالإدماج.

المطلب الأول: التكيف

المطلب الثاني: التوافق

تمهيد:

قد يتعرض الإنسان خلال مسار حياته إلى مختلف الأنواع من سوء الإتصال أو عدم القدرة على التكيف والإندماج داخل المجتمع، وقد تكون عادية وغير عادية حيث يتطلب الأمر تدخلا نفسيا في حالة تعرض الفرد إلى عدم الإستقرار أو عدم الشعور بالراحة والأمان التي تفقده القدرة على الإستمتاع بالحياة وبتسبب في إنعزاله عن المجتمع، ومن بين الأشخاص الغير مندمجين هم الأشخاص ذوي الإعاقات المختلفة ذهنية كانت أو جسدية مما يستلزم بذل جهود لإعادة إدماج وتأهيل هذه الفئات الذين هم بحاجة ماسة إلى إعادة الإدماج الإجتماعي من جديد حتى يتعايشوا مع معطيات المجتمع بكل ثقة وأمان ويتمكنوا من التفاعل داخل الوسط الذي يعيشون فيه.

المبحث الأول: مفهوم الإدماج والإندماج.

المطلب الأول: مفهوم الإدماج:

الإدماج عكس النبذ والتهميش ويقصد به محاولة الفرد إختراق عائق والدخول والإندماج وسط جماعته ويتوقف هذا الإندماج على عدة عوامل تجعل العملية جزئية أو كلية، ضعيفة أو قوية، سهلة أو صعبة. (محمد مصطفى احمد، 1996، ص 10).

المطلب الثاني: مفهوم الإندماج:

هو التجاوب مع الآخرين ومشاركتهم أنشطتهم وإقامة علاقة إيجابية معهم وإظهار القدرات والخبرات والسعي نحو تحقيق الأهداف والإحساس بسعادة الحياة (جعفر، 2014، ص 9).

المبحث الثاني: أنماط ومستويات الإدماج.

المطلب الأول: أنماطه:

يميز Landecker أربعة أنماط أساسية من الإندماج :

- 1- الثقافي : يهتم درجة الإنسجام بين قيم ثقافة ما.
- 2- المعياري: يتعلق بدرجة تطابق السلوكات مع المعايير الإجتماعية.
- 3- التواصلية: يرتبط بكثافة تبادل المعاني بين الفاعلين.
- 4- الوظيفية: المتعلق بتبادل الخدمات.

المطلب الثاني: مستوياته:

ينبغي التمييز بين الإندماج في جماعة والإندماج في المجتمع. (فوزي بوخريص، د س ، ص 6)

المبحث الثالث: أبعاد الإدماج والفرق بينه وبين الإنسجام.

المطلب الأول: الفرق بين الإدماج و الإنسجام:

إذا كان مفهوم الإدماج متقارب أحيانا مع مفهوم الإنسجام فإنه يبقى من الضروري الإشارة إلى الاختلافات بينهما:

- الإنسجام: يستعمل قديما في علم الاجتماع من طرف دوركايم ككلمة مفتاحية في تحليله لنسب الانتحار وحسبه فإنه تعتبر الجماعة أو المجتمع منسجمين عندما يشعر الأعضاء بالترابط فيما بينهم من خلال المعتقدات، القيم، والأهداف المشتركة. فالإنسجام هنا له خاصية جماعية وليست فردية.

- الإدماج: في المقابل يختص بالأفراد المستبعبدين بصفة أو بأخرى من المشاركة في نظام إجتماعي منسجم.

المطلب الثاني: أبعاد الإدماج:

الإدماج بناء إجتماعي مركب، فهو نتاج الفعل التاريخي والمؤسساتي للأفراد من خلال تطور علاقتهم بالسلطة وبحقوقهم الإجتماعية، ففي زمن يشترط الشغل في الإدماج الإجتماعي للأفراد في هذا البناء الذي يتضمن ثلاثة أبعاد مترابطة:

- البعد الأول: بنية أشكال الشغل واللاشغل والتوزيع الغير متساوي للأفراد بين هذه الأشكال المختلفة حيث أصبح يتحدد الشغل حسب معايير الكرامة الإنسانية والتصنيف.

- البعد الثاني: مرتبط بالهياكل والأدوار الإجتماعية المشتركة مع الأشكال المختلفة للإدماج واللاإدماج.

- البعد الثالث: ويخص أشكال الهوية النفس - إجتماعية المشتركة مع هذه الأشكال ومختلف الإستراتيجيات التي يمكن أن يتبناها الأفراد عند فقدانهم للإندماج الإجتماعي المعترف به.

المطلب الثالث: إعادة الإدماج الإجتماعي والمهني:

نفهم من المفهوم المركب إعادة الإدماج أن عملية الإدماج أعيدت للمرة الثانية على الأقل. إن الإدماج موجه للأفراد الذين لسبب أو لآخر يوجدون خارج النظام الإجتماعي المدمج. وظيفة الإدماج هي التي تضمن لهم مكانة معترف بها في المجتمع. (هامل، 2012 ، ص 85- 87).

المبحث الرابع: المصطلحات المرتبطة بالإدماج.

المطلب الأول: مفهوم التكيف:

وهو مجموعة من ردود الأفعال التي يعدل بها الفرد بناءه النفسي وسلوكه ليستجيب إلى شروط محيطه محدودة أو خبرة جديدة قصد تحقيق الإنسجام المطلوب بحيث يشبع حاجاته ويلبي متطلبات بيئته الاجتماعية. ينقسم المحيط الذي يتكيف الفرد معه إلى ثلاثة أنواع:

- المحيط الذاتي الداخلي: هو البناء النفسي للفرد «الشخصية، الحاجات، الدوافع والإتجاهات».
- المحيط الخارجي الاجتماعي: يتمثل في الأسرة، المدرسة والتفاعل في المجتمع.
- المحيط الخارجي الطبيعي: المادي كالمناخ والجبال والأمطار. (بطرس ، 2008 ، ص 101)

المطلب الثاني: مفهوم التوافق:

هو عملية دينامية مستمرة تتناول السلوك والبيئة الطبيعية والاجتماعية بالتغير والتعديل حتى يحدث توازن بين الفرد وبيئته. وهذا التوازن يتضمن إشباع حاجات الفرد وتحقيق متطلبات البيئة. (زهران، 2005، ص 28).

الخلاصة:

في الأخير نستنتج أن كل كائن حي إنساني يعيش في مجتمع تحدث داخل إطاره عمليات التأثير والتأثر المتبادلة التي تتم بين أفرادها. و يحدث بينهم نمط ثقافي ويتصرفون وفق نظم وقوانين وتقاليد وعادات، وتعرف هذه العملية في مجال علم النفس الاجتماعي بالتطبيع الاجتماعي الذي يتم داخل إطار العلاقات الاجتماعية وهو ذو طبيعة تكوينية لان الكيان الشخصي والاجتماعي للفرد يبدأ في إكتساب الطابع الاجتماعي السائد، من إكتساب اللغة وتشرب للعادات وتقبل المعتقدات، لكن هذا لا يكفي لإتمام التطبع التي تحقق التكيف للفرد إلا في حدود الإلتزام بأخلاقيات المجتمع والإمتثال لقواعد الضبط والتفاعل الاجتماعي.

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس

الإجراءات المنهجية

- المبحث الأول: إجراءات الدراسة.
- المطلب الأول: التذكير بتساؤلات الدراسة.
- المطلب الثاني: حدود الدراسة.
- المبحث الثاني: المنهج المتبع في الدراسة.
- المطلب الأول: المنهج المستخدم.
- المطلب الثاني: تحديد أدوات الدراسة.
- المطلب الثالث: وصف حالة الدراسة.
- المبحث الثالث: تطبيق العلاج.
- المطلب الأول: البرنامج العلاجي.
- المطلب الثاني: عرض الجلسات.
- المبحث الرابع: مناقشة النتائج.
- المطلب الأول: مناقشة نتائج العلاج.
- المطلب الثاني: مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات

- تمهيد:

يشمل هذا الفصل على الجانب التطبيقي و كل ما يتعلق بتطبيق الدراسة .

المبحث الأول: إجراءات الدراسة.

المطلب الأول: التذكير بتساؤلات الدراسة:

1- التساؤل الرئيسي:

- ما هو أثر العلاج بالعمل و الترفيه في إدماج الفصامي إجتماعيا ؟

2- التساؤلات الفرعية:

- هل العلاج بالعمل والترفيه يساعد الفصامي على التفاعل مع الغير والخروج من العزلة ؟

- ما هو دور العلاج بالعمل والترفيه في التكفل النفسي بالفصامي وإعادة تأهيله ؟

- هل العلاج بالعمل والترفيه فعال في إدماج الفصامي داخل المجتمع.

المطلب الثاني: حدود الدراسة:

1- المجال المكاني:

تم إجراء الدراسة في حديقة خاصة تابعة لمنزل الحالة وهذا بعد التكلم وأخذ الموافقة من عائلة الحالة، التي رحبت بالفكرة.

2- المجال الزمني:

تم إجراء الجانب التطبيقي لهاته الدراسة ابتداء من تاريخ: 2016/02/02 إلى غاية تاريخ 2016/04/23 .

المبحث الثاني: المنهج المتبع في الدراسة.

المطلب الأول: المنهج المستخدم:

لقد تم إتباع المنهج العيادي الذي يعتمد على الفحص النفسي و دراسة الحالة.

1- المنهج العيادي: هو طريقة من طرق البحث في علم النفس يسمح بالتعرف على الحالة ودراستها بصورة أدق وأعمق من خلال:

1- دراسة الحالة:

هي طريقة بحث يستخدمها الفاحص من أجل الحصول على معلومات تساعد في فهم المفحوص والتعرف على القدرات وتشمل تركيب المعلومات التي تجمع بوسائل وأساليب من أجل الوصول إلى تقييم شامل عن الفرد والعوامل المؤثرة في سلوكه ويمكن تلخيصها بأنها كل المعلومات التي تجمع عن الحالة كما أنها تهدف إلى الوصول إلى فهم أفضل وتحديد وتشخيص مشكلاته وتعتبر وسيلة تقييمية. (عبد الهادي والعزة، 2007، ص90).

أ- مزايا دراسة الحالة :

- تعطي أوضح وأشمل صورة للشخصية.
- تيسر فهم وتشخيص وعلاج الحالة على أساس دقيق غير متسرع مبني على دراسة وبحث.
- تفيد في التنبؤ بالمستقبل .
- لها فائدة علاجية لأنه يحدث خلالها نوع من التنفيس الإنفعالي وإعادة تنظيم الخبرات والأفكار.
- تستخدم لأغراض البحث العلمي والأغراض التعليمية. (عبد الهادي والعزة، 2007، ص 95).

2- الملاحظة:

تعني الإهتمام أو الإنتباه إلى شيء أو حدث أو ظاهرة بشكل منظم عن طريق الحواس حيث نجمع خبراتنا من خلال ما نشاهده أو نسمع عنه، والملاحظة العلمية تعني الإنتباه للظواهر والحوادث بقصد تفسيرها وإكتشاف أسبابها والوصول إلى القوانين التي تحكمها. (عطوي، 2007، ص 120).

أ- أنواع الملاحظة :

- 1- الملاحظة دون مشاركة: وهي التي يقوم فيها الباحث بالملاحظة دون أن يشترك في أي نشاط تقوم به الجماعة، وهي التي يلعب فيها الباحث دور المتفرج أو المشاهد بالنسبة للظاهرة أو الحدث موضوع الدراسة، فالباحث يكون بعيدا عن الظاهرة موضوع البحث قدر الإمكان، وتمتاز هذه الملاحظة بالموضوعية لعدم تأثر الباحث بالظاهرة الملاحظة.
- 2- ملاحظة المشاركة: يقوم الباحث من خلال هذه الطريقة من الإشتراك المباشر في إطار عملية الملاحظة في وقت معين أو في موقف معين. (عطوي، 2007 ص 121) .
- 3- الملاحظة العلمية أو المنظمة: يعتبر هذا النوع إمتدادا طبيعيا للملاحظة البسيطة إذ يصمم طبقا لخطة موضوعية ويستخدم الكثير من الأدوات والإجراءات التجريبية وتهدف الملاحظة العلمية إلى تحقيق فرض علمي محدد، كما توجه للكشف عن تفاصيل الظواهر والعلاقات التي تتواجد بينها بطريقة ضمنية. (الهادي، 1990، ص 147)
- 4- الملاحظة المباشرة: وتتم حين يقوم الباحث بملاحظة سلوك معين من خلال إتصاله مباشرة بالأشخاص أو الأشياء التي يدرسها.

5- الملاحظة المفتوحة: وتعني بجميع المعلومات والبيانات الخاصة بموضوع معين.

6- الملاحظة المقيدة: وتكون مقيدة بمجال أو موقف معين ومقيدة ببنود أو فقرات معينة تخص هذا المجال أو الموقف مثل: ملاحظة الأطفال أثناء تفاعلهم الإجتماعي (عطوي، 2007، ص 123).

ب- مزايا الملاحظة

- الملاحظة هي الأداة الوحيدة التي يمكن من خلالها دراسة سلوك أفراد الجماعة بشكل تلقائي
- تفيد في التعرف على بعض جوانب الحياة الإجتماعية بشكل فعال كالعادات الإجتماعية وغيرها من

الموضوعات التي يفضل استخدام الملاحظة في دراستها دون غيرها من أدوات البحث الإجتماعي
بإستخدام الملاحظة لدراسة موضوعات تربوية بشكلٍ علمي وموضوعي من باحثٍ قديرٍ على التمييز
بين الأحداث والمشاهدات والربط بينها، ودقيق في تدوين الملاحظات فإنها تحظى بالمزايا الآتية
- أنها أفضل طريقة مباشرة لدراسة عدة أنواع من الظواهر، إذ أن هناك جوانب للتصرفات الإنسانية
لا يمكن دراستها إلا بهذه الوسيلة.
- أنها لا تتطلب جهوداً كبيرة تبذل من قبل المجموعة التي تجري ملاحظتها بالمقارنة مع طرق بديهي
(رشوان، 2006، ص 150)

3 - المقابلة:

أداة للحصول على المعلومات من خلال مصادر بشرية وهي في أبسط صورها مكونة من مجموعة
من الأسئلة والبنود التي يقوم الأخصائي بإعدادها و يمكن تعريفها بأنها علاقة دينامية وتبادل لفظي
بين شخصين أو أكثر. وهي أداة من أدوات البحث العلمي. (ملحم، 2008، ص 92) .
ب- أهداف المقابلة وأهميتها:

- الحصول على معلومات تتضمن اتجاهات، آراء، قيم، أسباب المشكلة المطروحة والتأكد من صدق
المعلومات.
- الوصول إلى كيفية تفاعل العوامل بعضها ببعض التي أدت بالمشكلة من أجل إنقاذ صاحبها
وتحريره من المشاعر السلبية.
- إقامة علاقة مهنية بين الفاحص والحالة قائمة على التفاهم والإحترام.
- تفسير البيانات والمعلومات التي يتم جمعها.
وتبرز أهميتها في:

- تعتبر عملية تتيح للحالة التعبير الحر عن الآراء والأفكار.
- تتحول من أداة إتصال إلى تجربة عملية للتعلم عن العالم الذي يعيش فيه. (ملحم، 2008، ص 97)
ج- أنواع المقابلة:

- المقابلة المبدئية: هي أول مقابلة يتم فيها التمهيد للمقابلات التالية ويتم تحديد إمكانات المفحوص
- المقابلة الفردية: تتم بين فاحص و مفحوص واحد.
- المقابلة المطلقة: تترك الحرية للفاحص في إختيار الأسئلة وإستقصاء بعض البيانات (سهلي كامل،
2000 ، ص 165).

- مزايا المقابلة:

- إتاحة فرصة التنفيس الإنفعالي و تبادل الآراء و المشاعر في جو نفسي آمن.

- إتاحة الفرصة للمفحوص للتفكير بإمعان في حضور مستمع جيد مما يمكنه من التعبير عن نفسه وعن مشكلته. (عبد الهادي وسعيد العزة، 2007، ص 85).

المطلب الثاني: دراسة الحالة:

1 - البيانات الأولية:

الإسم: ب أ

الجنس: ذكر

السن: 46 سنة.

الحالة الإجتماعية: أعزب.

السكن: الشلف

المؤهل التعليمي: التاسعة أساسي ولديه دبلوم في كهرباء السيارات.

العمل: بدون عمل.

2 - مشكل الإحالة:

حالة هيجان وتكسير لأثاث المنزل.

3 - الحالة العائلية:

الأب: متوفي عن عمار يناهز 65 سنة ، كان فلاح .

الأم: متوفية عن عمر يناهز 67 سنة بعد 10 سنوات من وفاة الأب، ربة بيت، أمية، كانت تعاني من الضغط الدموي.

الإخوة والأخوات: 5 إخوة، 3 إناث و 2 ذكور.

الترتيب بين الإخوة: الحالة هو الأصغر.

لا توجد قرابة عائلية بين الأبوين كما أنه لا يوجد تعدد زوجات.

4 - الحالة الإجتماعية والأمراض العائلية:

يذكر الحالة أن العلاقة بينه وبين أفراد أسرته طيبة وأنه محبوب من طرف إخوته.

-المستوى الإقتصادي: متوسط حيث أنه يعيش مع أخيه الأكبر وهو من يتكلف بجميع مصاريفه.

- بالنسبة للأمراض العقلية العائلية: فقد أصيب أخوه الأكبر سابقا من إضطراب عقلي لمدة ثلاث

سنوات لكنه شفي وعاد إلى حياته الطبيعية بالمتابعة الطبية التي توقف عنها منذ حوالي 20 سنة وهو

الآن في كامل قواه العقلية.

- إضافة إلى إصابة ابني خالته وإبن خاله بإضطرابات عقلية.

5 - التاريخ الشخصي:

- ظروف الولادة: كانت طبيعية.

- الرضاعة: كانت طبيعية أيضا.

- الفطام: كان في السنة الثالثة.

- التسنين: 8 أشهر.

- المشي: عام وشهرين.

- التبول: توقف عن التبول على نفسه في عامه الثالث.

- التاريخ المدرسي والحالة التعليمية:

- الدخول المدرسي: كان في السنة السادسة.

- المرافقة: كانت عادية و كان لديه أصدقاء حيث كانوا يقومون بفوضى في القسم حيث طرد من

المتوسطة بسبب تكسيره لزجاج نوافذ القسم.

- التاريخ المهني: كان يعمل بالبلدية ثم فتح محل لبيع الأدوات المدرسية.

- التاريخ الطبي:

في عمر الست سنوات تعرض لحادثة حيث جره عجل نقل أثرها إلى المشفى حيث وضعت له 9 غرز على مستوى الرأس.

العمليات الجراحية: لم يتم بأية عملية جراحية.

- السوابق العدلية: لم تكن له أي سوابق عدلية.

الإدمان: على التدخين منذ العشرين من العمر.

- العلاج الدوائي:

كان سابقا يستعمل :

Nozinan 100

Tegretol 400

Laroxyl

Lysanxia 10mg

Escitalopram 10mg

لكن حاليا فهو يستعمل :

Isoperidol 2mg gouttes بجرعة : 38 قطرة في اليوم.

يقول الحالة أنه يعاني من الآثار الثانوية للأدوية وهي الدوخة، النعاس.

- العلاج التقليدي:

الرقية: قال أنه ذهب عند الراقي.

6- نشأة المرض:

بدأ الإضطراب في 2007 حين بدأ الحالة بالإنسحاب تدريجيا والبقاء منعزلا في غرفة مظلمة كما كان يعجز عن النوم فيخرج إلى الشارع في أي وقت من اليوم ويبقى هائما حتى يعيده أخوه إلى البيت - كان الحالة يعتقد أن أفراد عائلته يكرهونه و أنهم كانوا يحاولون دس السم له في الأكل لأنهم كانوا يحسون بالغيرة إتجاهه لأنه كان صاحب مال وجاه كما أنه شخصية معروفة ولها أهميتها في المجتمع و أنه ذكي جدا لأنه تظن لنيتهم فأصبح يمتنع عن الأكل، كما قال أنه عندما كان يمشي في الشارع كان الناس يسبونهم ويشتمونه وكان يرد لهم الشتيمة و يحاول ضربهم.

- أدخل إلى مستشفى الأمراض العقلية بأمر من طبيب نفسي إثر نوبة هيجان قام فيها بكسر أثاث المنزل ومحاولة ضرب أفراد أسرته حيث مكث هناك مدة شهر، ومزال يتابع علاجه عند الطبيب المختص خارج المشفى.

1- الأعراض العامة سابقا:

أ - الهديان: متعدد:

- الغيرة: أفراد أسرته يغيرون منه لأنه صاحب مال وجاه. وهو تأويلي .
- الإضطهاد: أفراد أسرته يحاولون سمه والتخلص منه. وهو تأويلي.
- العظمة: هو صاحب مال وجاه وهو شخصية معروفة في المجتمع.
- ب - الهلوس السمعية : يسمع أصوات سب و شتم.

ج - إضطراب السلوك:

- الإنسحاب: كان يبقى منعزلا في غرفة مظلمة ومستيقظا لأيام.
- العدوانية: كان يحاول ضرب الناس في الشارع لأنهم يشتمونه.
- كان يخرج من المنزل ويبقى هائما في الشارع .

7- الفحص الحالي:

- المظهر الحالي: متوسط القامة و الوزن.
- اللباس: نظيف.
- تعابير الوجه: غير معبرة، التواصل البصري ضعيف.
- الكلام: مفهوم.
- وضعية الجلوس: غير مستقرة لأنه كان يقف من حين لآخر.
- علامات غير عادية: كان يبدو غير مهتم وبدت عليه مظاهر القلق حيث كان يهز رجليه.
- الإتصال: سطحي وإجابات محدودة.
- المزاج: غير ملائم.

- القدرات المعرفية:

- 1- اليقظة: كان في حالة يقظة.
- 2- التفكير: متسلسل.
- 3- الوعي بالزمان والمكان: واعي بالزمان والمكان.
- 4- مدى الإنتباه: كان منتبها معظم الوقت ومتتبع لكل ما أقول.
- 5- الذاكرة: سليمة.
- 6- محتوى التفكير: غياب الهذيان والهلاوس.

الأكل: عادي.

النوم: ينام لفترات طويلة حيث يقضي معظم نهاره نائماً.

الجوانب السلوكية: العزلة و الإنطواء و الإنسحاب.

الوعي بالمرض : واعي بمرضه.

8- التشخيص:

إعتماداً على الدليل التشخيصي الرابع وإنطلاقاً من الأعراض السابقة ، فإن الحالة يعاني من فصام برانويدي لكنه يتابع علاجه الطبي عند مختص أمراض عقلية وهو في حالة مستقرة أي " غياب الهذيان والهلاوس وإضطرابات السلوك ". مع بقاء الأعراض الإنسحابية والعزلة إضافة إلى الكسل والخمول.

المبحث الثالث: تطبيق العلاج. المطلب الأول: البرنامج العلاجي:

العلاج مكون من 12 جلسة، إضافة الى ثلاث مقابلات تشخيصية، في الفترة الممتدة من 2 فيفري إلى 23 أبريل 2016.

بعد القيام بالمقابلات الثلاثة الأولى التي شملت على التعريف بالصفة الشخصية، كوني أخصائية نفسية وطالبة ماستر علاجات نفسية. وتحديد الطلب الذي تمثل في شرح للحالة حول موضوع الدراسة الذي يشمل أثر العلاج بالعمل والترفيه في إدماج الفصامي. ودعوته لتطبيق محاولة العلاج عليه قصد محاولة المساعدة على التكيف مع الإضطراب، والتعاون لإجراء الدراسة. كانت الأهداف كالتالي:

- التعرف على المشاكل التي يعاني منها الحالة من خلال دراسة الحالة بإستعمال الإستجواب والإصغاء وحث الحالة على الكلام. والتي تمثلت في: الإنطواء والعزلة، الكسل والخمول، الخوف والقلق من التعامل مع الآخرين، إضافة إلى نظرة المجتمع.
- إقامة علاقة ودية مع الحالة ومحاولة كسب ثقته من خلال الدعم والتفهم والتشجيع.
- جمع المعلومات عن الإضطراب الذي يعاني منه وتصنيف الأعراض والتشخيص.
- مساعدته في الكشف عن الصراعات الداخلية المتمثلة في القلق والتخوف من نظرة المجتمع وفقد الإرادة والثقة بالنفس إضافة الى الشعور بالنقص، حيث يرى أنه غير قادر على القيام بأي شيء.
- تحديد المشاكل التي سنعمل معا على التخلص منها أو على الأقل التخفيف من حدتها. والتي تتمثل في العزلة والإنطواء والخمول.
- التفاهم مع الحالة حول طبيعة العلاج وكل ما يتعلق بالجلسات، الوقت والمدة والمكان.
- إعطاء الحالة الأمل في العلاج، والتفاؤل بما توصل له لحد الآن عن طريق شرح طبيعة إضطراب الفصام وأن هناك عدة حالات قد عادت لحياتها الطبيعية، وتبيان له ضرورة الإلتزام بجرعات العلاج الدوائي وإتباع توصيات الطبيب العقلي.

الجلسة الأولى:

- الإعداد لبداية العلاج من خلال تحديد نوع الأعمال التي سيقوم بها المتعالج عن طريق إكتشاف ميوله، مع مراعاة قدراته، سنه وشدة الإضطراب.
- إقناع الحالة بأهمية القيام بهذه الأعمال ومحاولة تحبيبه فيها، وأنه قادر على القيام بها إن أراد ذلك.
- شرح ضرورة الإلتزام بالتعليمات، وما سيكون من نتائج إيجابية لهذا الإلتزام.

- أهداف الجلسة:

- معرفته لفوائد العمل وأهميته في تأكيد الذات.
- كسب ثقة الحالة وتحسيسه بالأمان إضافة الى إشعاره بإنسانيته وأهميته في الحياة.
- إعادة إتصاله بالواقع، من خلال التفاعل مع المحيط وإستشعاره بلذة الحياة.
- رفع معنوياته ومساعدته على إسترجاع إرادته الذاتية وثقته بنفسه.

الجلسة الثانية:

- بدء القيام بالأعمال تدريجيا والانتقال من السهل إلى الصعب، مع الزيادة في مدة العمل في كل مرة.
- المهمة:** ترتيب غرفته وتلبية حاجياته الشخصية بنفسه بإستعمال أسلوب التدعيم والتشجيع والمدح والتعزيز المادي والمعنوي عن طريق تقديم مكافئات.

- أهداف الجلسة:

- محاولة تحقيق إهتمام الحالة بالعمل وتحبيبه فيه وتشويقه له.
- منحه الثقة بنفسه من خلال مقدرته على القيام بالعمل وتأكيد ذاته داخل الأسرة.
- تحسيسه بأنه فرد كباقي أفراد الأسرة له دور داخل المنزل وبالتالي تغيير نظرتة حول العجز الذي سببه له هذا الإضطراب، مع تغيير فكرة عدم قدرته على الإعتماد بنفسه في عنايته الشخصية.
- محاولة دمج داخل أسرته عن طريق الإتصال بأفرادها أكثر والتواصل معهم .

الجلسة الثالثة:

- المهمة:** متابعة ترتيب الغرفة وضرورة القيام بتلبية الحاجات الخاصة داخل المنزل بإستعمال التعزيز والتشجيع حتى بعد الجلسات.

- أهداف الجلسة:

- تحبيبه في الأعمال وتحسيسه بالمتعة أثناء القيام بها.
- تنمية الشعور بالثقة بالنفس وتأكيد الذات داخل الأسرة.
- إشعاره بمسؤوليته حول نفسه.
- التخلص من الخمول والكسل وشغل الوقت فيما يفيد.
- تحقيق إستمراره في القيام بالأعمال خارج الجلسات.

الجلسة الرابعة:

- الإستفسار حول إلتزامه بالقيام بالأعمال بعد الجلسة السابقة.
- المهمة:** المشاركة في الأعمال المنزلية مع أفراد الأسرة ومشاركتهم الفطور وإقتناء المستلزمات، أثناء الجلسة وبعدها. وإستعمال أسلوب التعزيز، التشجيع بالمدح والتدعيم الرمزي.

- أهداف الجلسة:

- التشجيع على الإحتكاك والتواصل مع أفراد الأسرة وإعادة إحياء علاقته بهم، بالتالي تغيير رؤيته حول نظرة الأسرة إليه.
- تحسيسه بالأمان والأهمية ولمسه لمحبة عائلته له.
- زيادة النشاط وشغل الوقت للإبتعاد عن الأفكار السوداوية حول العجزو نظرة المجتمع.
- تحقيق إحترام ومراقبة الذات.
- الشعور بالمسؤولية والمساواة.
- الواقعية والشعور بالفعالية.

- الجلسة الخامسة:

المهمة ترفيهية: الخروج من المنزل ومشاهدة أفراد أسرته يلعبون كرة القدم مع أبناء الجيران ومحاولة المشاركة معهم.

- أهداف الجلسة:

- الخروج إلى المجتمع والإحتكاك بأفراد آخرين.
- إعطائه فرصة لإقامة علاقات مع الجيران.
- التخلص من القلق والخوف من الآخرين.
- الترويح عن النفس .
- تغيير فكرته عن الناس ومحاولة إرجاع ثقته بهم.
- تغيير نظرتة حول الحياة وتغيير نظرة المجتمع له.
- تجديد النشاط لمتابعة الأعمال والعلاج عامة.

- الجلسة السادسة:

المهمة: الإستمرار في متابعة قيامه بالأعمال المنزلية، إضافة إلى الإنتقال إلى عمل البستنة مع العمال ومساعدتهم في تنظيف الحديقة من الأعشاب الضارة بإستعمال التعزيز والتشجيع والتدعيم الرمزي.

- أهداف الجلسة:

- تطوير قدراته البدنية وزيادة نشاطه، إضافة إلى شغل الوقت وتخليصه من الملل والسأم.
- توجيه طاقته نحو عمل مفيد.
- المشاركة في العمل الجماعي، والإحتكاك بالجماعة.
- تحسيسه بالمساواة مع باقي أفراد مجموعة العمل.
- خلق روح التعاون .

- محاولة الإدماج التدريجي في المجتمع.
- الخروج من العزلة والإنطواء داخل الغرفة إلى العالم الخارجي.
- إعطائه فرصة إقامة علاقات.
- الإحساس بفعاليته في المجتمع.

الجلسة السابعة:

المهمة: تجهيز مستلزمات الغرس والحفر والسقي، ومساعدة العامل، وجعله يقود هذه العملية، بإستعمال التشجيع والمدح والدعم.

- أهداف الجلسة:

- التواصل بإستعمال الكلام والتعبير.
- إعادته الى ممارسة هوايته لشغل الوقت.
- تطوير إنتباهه.
- إعطاءه الأمل في المستقبل إزالة التثبيط.
- تحقيق الرضا عن النفس من خلال الشعور بالأهمية والفعالية.
- الإرتباط أكثر بالواقع والعودة تدريجيا للحياة السابقة.

الجلسة الثامنة:

المهمة: الإستمرار في العمل ومتابعة ما قام به الجلسة السابقة.

- أهداف الجلسة:

- التعود على العمل والحركة، التخلص من عقدة النقص والعجز.
- إثبات قدرته على القيام بالأعمال وإنهائها.
- التقليل من الإنشغال بالذات والأعراض والتفكير في الإضطراب.
- التعود على مراقبة الذات.

الجلسة التاسعة:

المهمة: الترفيه بالمشاركة في مباراة كرة القدم مع الجيران.

- أهداف الجلسة:

- خلق روح المشاركة والجماعة.
- تحسين العلاقة مع الآخرين .
- الإندماج في المجتمع والإحساس بطعم الحياة.
- الخروج من أجواء الإضطراب والعزلة.

الجلسة العاشرة:

المهمة: البدء في عمل جديد متمثل في المشاركة في عملية طلاء المنزل مع إستعمال التشجيع والتدعيم والتعزيز.

- أهداف الجلسة:

- تنويع الأعمال التي يمكنه القيام بها.
- إثبات قدرته على الإنتاج.
- إثارة الإهتمام بالعمل.
- الإتصال بواقع العمل.
- رفع الروح المعنوية والثقة بالنفس.
- تقوية القدرة على التركيز ومراقبة الذات.
- إدماجه داخل المجتمع من خلال الإندماج مع فريق العمل.

الجلسة الحادي عشر:

المهمة: متابعة أعمال الطلاء مع العمال.

- أهداف الجلسة:

- تحسين أداء العمل.
- تعلم مهارات تكميلية.
- تعلم التعامل مع الإضطراب أثناء العمل.
- الخروج من أجواء المرض.
- إكسابه الدافعية لمواجهة الحياة.
- الإندماج أكثر في المجتمع من خلال الإتصال بالعمال.

الجلسة الثانية عشر:

المهمة: قراءة قصة حول الفصام ومناقشتها، وإنهاء العلاج.

- أهداف الجلسة:

- إعطائه الأمل في الشفاء والتحسن.
- الوقاية من الإنتكاس.
- تشجيعه على متابعة القيام بالأعمال.
- تحسيسه بأنه ليس الوحيد الذي لديه إضطراب.
- تغيير نظرتة حول إضطراب الفصام والعجز الذي ينتج عنه.

- رفع روحه المعنوية وزيادة الثقة بالنفس.

- تبيان له أهمية بذل الجهد وتحديد الهدف في الحياة.

- إستخلاصه نتيجة أن الإرادة تحقق المستحيل.

المطلب الثاني: عرض الجلسات العلاجية:

تكون العلاج من 12 جلسة كانت كالتالي:

الجلسة الأولى:

التاريخ: السبت 13 فيفري 2016

الساعة: العاشرة صباحا

المدة: 45 دقيقة.

في بداية العلاج تم تحديد نوع الأعمال والنشاطات الترفيهية بالإشتراك مع المتعالج من خلال التعرف

على هواياته وميوله وقدراته ومع الأخذ بعين الإعتبار لشدة الإضطراب. وتمثلت في:

- الأعمال المنزلية: ترتيب الغرفة ومساعدة أفراد الأسرة في القيام بأعمال خارج الغرفة إضافة الى

تلبية المتعالج لحاجياته بنفسه من تقديم الطعام وترتيب الملابس والشراء من الدكان المجاور.

- البستنة والعناية بالحديقة: هذا لأنه في السابق وقبل الإضطراب كان من هواياته.

- الطلاء: مساعدة العمال في طلاء غرف المنزل.

- أما النشاط الترفيهي فتمثل في لعب مباراة كرة القدم مع ابناء الحي .

2- إقناع الحالة بأهمية القيام بالأعمال للتخلص من المشاكل التي يعاني منها. وشرح له أن التحسن

سيكون تدريجيا. وتشجيعه وتحفيز ثقته بنفسه بأن له القدرة على القيام بالأعمال.

3- شرح ضرورة الإلتزام بالتعليمات. بتقديم التعزيزات عن طريق التدعيم الرمزي بإعطاء مكافئة

على كل عمل يقوم به حتى النهاية، تقديرا لجهوده.

الملاحظات:

- تغيير وضعية الجلوس حيث أصبحت أكثر راحة وثقة بعدما كان في المقابلات الأولى تبدو عليه

علامات القلق بهز الرجلين والضغط على أصابع اليدين.

- زيادة التعبير والكلام حيث أصبح يبدي رأيه ويعبر عن نفسه.

النتائج:

- قبول الحالة لفكرة العلاج، وتقبله للشروط من خلال إدراكه لفوائد العمل ومعرفته أن هذه الأعمال

سيلقى لأجلها مقابل.

- كسب ثقة الحالة.

- إحساسه بإنسانيته.

- إعادة إتصاله بالواقع .

الجلسة الثانية:

التاريخ: السبت 20 فيفري 2016.

الساعة: العاشرة صباحا .

المدة: 45 دقيقة.

البدء في القيام بالأعمال بالتدرج من السهل إلى الصعب .

المهمة: الطلب منه القيام بترتيب غرفته. وإستخدام أسلوب التشجيع والمدح بكلمات: لقد أحسنت، جيد، لقد قمت بعمل ممتاز. والتدعيم الكلامي بقول: أنت قادر على إنهاء الأعمال وأنها سهلة بالنسبة لك.

- بعد الإنتهاء من ترتيب الغرفة حيث قام بترتيب السرير، طي الملابس ووضعها في الخزانة، فتح النافذة لتهووية الغرفة والكنس. تحصل على علبة سجاير كمكافئة على إنهائه لعمله.

الملاحظات:

- التكاسل والبطء في أداء العمل حيث قام بها في مدة نصف ساعة.

- الشعور بالفرح والسرور عند الإنتهاء من العمل وخاصة عند تحصله على المكافئة.

النتائج:

- تحقيق إهتمام الحالة بالعمل وتحبيبه فيه من خلال التعزيز.

- تعزيز الثقة بالنفس من خلال قدرته على إنهاء العمل المطلوب منه.

- تحسيسه بأنه فرد كباقي أفراد الأسرة وتخليصه من عقدة العجز.

- تغيير فكرة عدم قدرته على الإعتداد على نفسه في القيام بعمل ما.

الجلسة الثالثة:

التاريخ: السبت 27 فيفري 2016.

الساعة: العاشرة صباحا .

المدة: 45 دقيقة.

- في بداية الجلسة تم الإستفسار حول الأعمال التي قام بها بعد الجلسة السابقة.

حيث أنه لم يقم بترتيب غرفته.

المهمة: ترتيب الغرفة والقيام بنفس الأعمال التي قام بها المرة السابقة إضافة إلى التدريب على طلب حاجياته بنفسه، بإستعمال التعزيز والتدعيم والتشجيع. حيث طلب من زوجة أخيه أن تعد له الطعام الذي يشتهي. مع محاولة إقناعه بالقيام بهذه الأعمال بصفة يومية.

الملاحظات:

- عدم الإلتزام في القيام بترتيب الغرفة بعد الجلسة، لغياب التعزيز والتدعيم.

- زيادة النشاط حيث قام بترتيب الغرفة في وقت أقل من المرة السابقة بعشر دقائق.

- الإحساس بالرضا عن النفس عند حصوله على المكافئة المتمثلة في علبة سجائر وبعض الحلويات.
النتائج:

- زيادة الإهتمام بالعمل والإحساس بمتعة الإنتهاء منه.
- تنمية الشعور بثقة في النفس.
- شغل الوقت وتنشيط المتعالم.

الجلسة الرابعة:

التاريخ: السبت 5 مارس 2016.

الساعة: التاسعة صباحا .
المدة: ساعة

- الإستفسار حول الإلتزام بالأعمال خارج الجلسات.
- حيث أنه قام بترتيب الغرفة بشكل يومي وتحصل على مكافئة إضافة الى التشجيع والمدح.
- المهمة:** المشاركة في الأعمال المنزلية خارج الغرفة مع باقي أفراد الأسرة حيث قام بمساعدتهم في حمل الأثاث الثقيل أثناء تغيير مكانه. إضافة إلى مشاركتهم الفطور وإحضار بعض المستلزمات من الدكان المجاور، بإستعمال أسلوب التشجيع والتدعيم والتعزيز، حيث تحصل على علبة سجائر إضافة إلى شراء ما أراد من الدكان.

الملاحظات:

- التردد في البداية أثناء المشاركة في أعمال المنزل.
- قلة الكلام والتعبير بالمقابل مع الجلسات السابقة وهذا بسبب الجماعة.

النتائج:

- التواصل مع أفراد الأسرة بالرغم من أنه كان محدود وسطحي.
- الإحساس ببعض الأمان داخل الأسرة من خلال القيام بالأعمال وإنهائها بوجودهم.
- زيادة النشاط من خلال الزيادة في الأعمال وشغل الوقت وإلغاء فكرة العجز.
- الشعور بالثقة بالنفس وإحترام الذات.
- الشعور بالفاعلية من خلال طلبه للمكافئة بعد الإنتهاء من العمل .
- الإتصال بالواقع.

الجلسة الخامسة:

التاريخ: السبت 12 مارس 2016.

الساعة: 14 ظهرا .

المدة: ساعة.

- نشاط ترفيهي: الخروج إلى الحي ومشاهدة مباراة كرة قدم بين الجيران ومشاركتهم اللعبة.

الملاحظات:

- التمتع بمشاهدة المباراة وطلب المشاركة في اللعبة.
- النشاط واللعب بعفوية والتواصل مع اللاعبين طلبا منهم تمرير الكرة.
- الأنانية في الإستحواذ على الكرة وعدم تمريرها.
- الغضب في حال عدم تمرير الكرة له.

النتائج:

- الخروج إلى المجتمع والتفاعل والإحتكاك بالآخرين.
- إقامة علاقة مع الآخرين والتحدث معهم بشأن اللعبة.
- التعامل بكل عفوية ودون قلق أو خوف.
- الترويح عن النفس.
- تحسين الصورة وأخذ فكرة إيجابية عن الآخرين والمجتمع وإعادة الثقة في التعامل معهم.
- تجديد النشاط.

الجلسة السادسة:

التاريخ: السبت 19 مارس 2016.

الساعة: التاسعة والنصف صباحا .

المدة: ساعة.

- بعد القيام بعمله اليومي المتمثل في ترتيب الغرفة. تم الانتقال إلى الحديقة لتنظيفها مع العمال وإزالة الأعشاب الضارة بإستعمال التعزيز المادي المتمثل في إعطائه راتب كباقي العمال، وإستعمال التشجيع والمدح.

الملاحظات:

- العمل بجهد.
- الشكوى من التعب.
- إعطاء الأوامر للعمال .

النتائج:

- تطوير القدرات البدنية وزيادة النشاط.
- شغل الوقت والتخلص من الملل والخمول.

- توجيه الطاقة إلى عمل مفيد تحصل فيه على فوائد شخصية.
- إحساسه بالمساواة في العمل حيث قام بنفس العمل مع العمال وفي نفس الوقت.
- خلق روح التعاون.
- الإحتكاك بالعمال والإدماج التدريجي في المجتمع.
- الخروج من العزلة والإنطواء إلى العالم الخارجي.
- الإحساس بالفعالية بلمسه لنتائج جهده.

الجلسة السابعة:

التاريخ: السبت 26 مارس 2016.

الساعة: التاسعة صباحا. **المدة:** ساعة.

المهمة: تجهيز مستلزمات الغرس من فأس وجاروف وأنبوب الري، وتحضير الشتلات. و مساعدة العامل في الحفر والغرس والسقي، وجعله هو القائد لهذه العملية بحكم خبرته في هذا المجال وأخذ رأيه حول المسافة بين الشتلات وعمق الحفر. وإستعمال أسلوب التشجيع والمدح والتعزيز المادي.

الملاحظات:

- التكلم بثقة أكبر.
- التواصل مع العامل بإعطائه الأوامر.
- النشاط والحيوية.

النتائج:

- تحسن التواصل اللفظي.
- العودة إلى ممارسة هوايات سابقة لشغل الوقت.
- التعود على البقاء خارج الغرفة لمدة اطول.
- تطور الإنتباه.
- الإحساس بالتحسن وزيادة الأمل.
- تحقيق الرضا عن النفس من خلال الشعور بالفعالية وبدا هذا واضحا في التعامل مع العامل.
- الإرتباط بالواقع بالعودة إلى ممارسة الأعمال.

الجلسة الثامنة:

التاريخ: السبت 2 افريل 2016.

الساعة: العاشرة صباحا .

المدة: 30 دقيقة.

المهمة: العناية بالحديقة وسقي النباتات. كما ذكر المتعالج أنه طيلة الأسبوع كان يقوم بالعناية بالنباتات والإهتمام بالحديقة. إستعمال أسلوب المدح والتشجيع.

الملاحظات:

- زيادة النشاط والإلتزام بالتعليمات.

- التواصل اللفظي جيد .

النتائج:

- التعود على العمل والحركة والتخلص من عقدة العجز والنقص.

- إثبات القدرة على القيام بالأعمال وإنهائها.

- تحسن العلاقة مع الأسرة وزيادة التواصل معهم.

- الإندماج داخل الأسرة والقيام بالأعمال المطلوبة منه.

- التعود على الخروج من المنزل وعدم التخوف من الخروج للشارع.

الجلسة التاسعة:

التاريخ: السبت 09 افريل 2016.

الساعة: الثانية زوالا .

المدة: ساعة.

- نشاط ترفيهي : لعب مباراة كرة القدم مع أبناء الحي.

الملاحظات:

- الإستمتاع باللعب.

- التواصل اللفظي واستعمال الاشارات.

- التصافح مع الآخرين.

النتائج:

- تفريغ الشحنات العاطفية.

- خلق روح المشاركة مع الجماعة.

- تحسن العلاقة مع أبناء الحي والتواصل معهم.

- الإندماج الجزئي والخروج إلى المجتمع.

- الخروج من أجواء الإضطراب.

الجلسة العاشرة:

التاريخ: السبت 16 افريل 2016.

الساعة: التاسعة صباحا.

المدة: 45 دقيقة.

المهمة: مساعدة العمال في عملية الطلاء مع إستعمال التعزيز المادي بالتحصل على مبلغ مالي والتشجيع والمدح.

الملاحظات:

- محاولة التعلم لعملية الطلاء.
- تحسن التواصل اللفظي.

النتائج:

- التنوع في الأعمال التي قام بها.
- إثبات القدرة على الإنتاج.
- زيادة الإهتمام بالعمل.
- تحسن الإتصال بالواقع.
- رفع الروح المعنوية وزيادة الثقة بالنفس.
- مراقبة الذات أثناء القيام بالأعمال والتعامل مع الآخرين وتقوية القدرة على التركيز.
- تحسن الإندماج في العمل.

الجلسة الحادي عشر:

التاريخ: الأحد 11 افريل 2016.

الساعة: العاشرة صباحا.

المدة: 45 دقيقة.

المهمة: متابعة أعمال الطلاء بإستعمال التعزيز المادي المتمثل في إعطائه مبلغ مالي.

النتائج:

- تحسن أداء العمل.
- تعلم المهارات التكيفية في القيام بالأعمال.
- التعامل مع الإضطراب وتقبله.
- الخروج من أجواء المرض والتعود على العمل.
- إكتساب الدافعية للعمل.
- الإندماج مع مجال العمل .

الجلسة الثانية عشر:

التاريخ: 23 أبريل 2016 .

الساعة: العاشرة صباحا .

المدة: 30 دقيقة.

- إنهاء العلاج وقراءة قصة حول فصامي ناجح لم يستسلم للمرض ولم يكن الإضطراب سببا في عجزه. بغرض إعطائه نموذج في الحياة قصد تشجيعه على متابعة القيام بالأعمال. مع بقاء الباب مفتوح في حال إحتاج إلى علاج مرة أخرى.

الملاحظات:

- الإنصات والتركيز في القصة.

النتائج:

- إعطائه الأمل في الشفاء والتحسن.

- الوقاية من الإنتكاس.

- تغيير النظرة حول الإضطراب .

- إدراك أهمية الجهد والعمل والسعي لتحقيق هدف في الحياة.

المبحث الرابع: مناقشة نتائج الدراسة.

المطلب الأول: عرض نتائج الدراسة:

- حوصلة الدراسة:

ما يمكن إستنتاجه وإستخلاصه من خلال دراسة حالة فصام ومحاولة تطبيق علاج بالعمل والترفيه في إدماجها إجتماعيا هو:

- أن العلاج الدوائي في إضطراب الفصام يساعد على التخلص من الهذيان والهلوس والإضطرابات السلوكية والعدوانية عند المرضى. لكنه ليس كافيا في التخلص من جميع الأعراض الناتجة عن هذا الإضطراب، كالعزلة والإنطواء والإنسحاب من المجتمع.

- الفصامي يعاني من خوف وقلق من التعامل مع الآخرين، واليأس وفقدان الأمل في الشفاء والعودة إلى الحياة الطبيعية، إضافة إلى أنه فاقد للقدرة على العمل بسبب إفتقاره للثقة بالنفس وعجزه عن إقامة علاقات مع الآخرين.

- الفصامي يرى أن المجتمع ينظر إليه نظرة إحتقار، ويرفض التعامل معه.

بعد جمع المعلومات الأساسية حول العلاج بالعمل والترفيه وبعد التوصل إلى هذه النتائج وبناء برنامج علاجي ترفيهي، وملاحظة أثره في إدماج الحالة من خلال سلوكياته وتحسن تعامله مع أفراد الأسرة وأبناء الحي. وملاحظة إنخفاض في حدة أعراض العزلة والإنطواء من خلال الخروج من الغرفة وقضاء الوقت مع أفراد الأسرة أو في الحديقة، دون أن ننسى الأخذ بعين الإعتبار لدور الطبيب العقلي والعلاج الدوائي.

لقد أسفرت ملاحظات الحالة أنه يعاني من العزلة والإنسحاب والإنطواء حيث يقضي معظم وقته في الغرفة ولا يخرج منها إلا للضرورة. كما أن تواصله كان قليلا مع أفراد الأسرة.

مما تطلب القيام ببعض الأعمال لشغل الوقت وإستعادة النشاط وزيادة الإحتكاك بالآخرين قصد إدماجه في المجتمع، مع إشراكه في نشاط ترفيهي للترويج عن النفس قصد الشعور بلذة الحياة والخروج إلى المجتمع والعودة التدريجية للحياة السابقة بعد إستقرار الحالة.

فيما يلي تلخيص لحوصلة الدراسة الأساسية للحالة:

إن الحالة يعاني من إضطراب الفصام البرانويدي ومن المحتمل أن يكون السبب وراثي وذلك لوجود الإضطرابات العقلية في العائلة ومن جهة الأم (الأخ الأكبر، ابن الخال، وإبني خالتيه). وهو في حالة مستقرة ومتقدمة من العلاج لأنه يتابع علاجه عند طبيب عقلي، حيث تخلص من الأعراض الإيجابية للفصام، الهذيان والهلوس وإضطرابات السلوك. لكنه مازال يعاني من الأعراض السلبية كالعزلة والإنطواء والإنسحاب، الأمر الذي جعله يفقد القدرة على القيام بأي عمل مهما كان سهلا، إضافة إلى

فقدته الإرادة والثقة بالنفس وهذا راجع لعدم التكفل به نفسيا وإجتماعيا. فأصبح يبتعد عن المجتمع فضلا البقاء وحيدا مما تسبب في نقص إتصاله بالناس، والسبب عدم شغل الوقت في عمل مفيد والإستغراق في التفكير بالمرض، الملل والسأم والإنغلاق على الذات. وبعد تطبيق العلاج بالعمل والترفيه الذي نتج عنه إستجابة الحالة بالخروج من العزلة والإنطواء والقيام ببعض الأعمال البسيطة وتحسين العلاقة بأفراد الأسرة وشغل الوقت لكن هذا لم يكن كافيا لإدماجه إجتماعيا. بل إنحصر على إلقاء التحية والتعامل مع بعض الجيران فقط. لكن تحسنت علاقته مع أفراد الأسرة حتى بعد العلاج وأصبح يخرج من غرفته ويقضي الوقت معهم. كما أنه يخرج من المنزل من وقت لآخر لجلب مستلزمات البيت.

- تلخيص مقارن للحالة قبل وبعد مدة من إنهاء العلاج:

المقياس	قبل العلاج	بعد العلاج
الإتصال	اتصال سهل، لكنه سطحي. خال من الإنفعال. إقتصر حديثه على الإجابة على الأسئلة.	إتصال حار، بدأ يتواصل مع أفراد أسرته، يبادر في الحديث ويعبر عن ما يريد. وأصبح يلقي التحية على الجيران.
المزاج والعاطفة	لم يكن يبدي أي انفعال وكان يبدو عليه القلق و التوتر.	أصبح أكثر تعبيراً عن انفعالاته وإختفت مظاهر القلق والتوتر.
اللغة والكلام	كلام قليل ولغة بسيطة تتخللها الركافة في التعبير.	زيادة في نسبة الكلام وتطور بسيط في اللغة.
السلوكات والتصرفات	الميل للإعزال والإنطواء والبقاء داخل الغرفة.	- البقاء أكثر خارج الغرفة ومع أفراد الأسرة. إضافة إلى الخروج للشارع وإحضار مستلزمات البيت.
الإجتماعية	ليس لديه أصدقاء ولايلقي التحية على الجيران.	يلقي التحية على الجيران ويشاركهم مباراة كرة القدم من وقت لآخر.
العمل	لايحب النشاطات ولايساعد في القيام بالأعمال.	يهتم بالحديقة ويساعد في الأعمال داخل البيت.

المطلب الثاني: مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات والدراسات السابقة:

بعد أن قمنا بعرض النتائج الأساسية من خلال دراسة الحالة بالإعتماد على المنهج العيادي بأدواته وتطبيق البرنامج العلاجي بالعمل والترفيه توصلنا إلى التحقق من الفرضيات الفرعية للدراسة المتمثلة في:

1- إن العلاج بالعمل والترفيه يساعد الفصامي على التفاعل مع الغير خاصة أثناء القيام بالأعمال المطلوبة منه داخل الجماعة، حيث كان الحالة يعبر عن ما يريد القيام به ويتواصل مع الآخرين فيما يخص طريقة العمل وإنهائه. وخلال ممارسة النشاط الترفيهي التي ساهم في تخليصه من الملل والبقاء في جو الإضطراب وإخراجه من العزلة إلى إكتشاف المحيط وبالتالي الشعور بلذة الحياة. وهذا ما أكدته دراسة روميرو **1983 Romero** حيث توصل إلى أن علاج الفصام بالحركة الراقصة قد يسمح بمرونة حركات الجسم ويجعلهم يتخلون عن إنسحابهم ويستطيعون التعبير عن تفكيرهم.

2- إن للعلاج بالعمل والترفيه دور فعال وأساسي في التكفل بالفصامي وإعادة تأهيله. بعد أن أثبتت الدراسات أن العلاج الدوائي غير كاف للتخلص من جميع أعراض الفصام بل يقتصر فقط على الأعراض الإيجابية. ومن خلال نتائج الدراسة تأكدت صحة هذه الفرضية. حيث يستلزم أن يترافق بعلاج نفسي تمثل في إستخدام العمل والترفيه الذي يمكن المريض من الوثوق في قدراته على أداء العمل والتأثير في المحيط الذي يكسبه الثقة بالنفس ويساعده في تجاوز الصراعات والتكيف مع المرض ويجعله أكثر قابلية للإندماج داخل المجتمع والإعتراف بالحاجة إلى الجماعة والتعاون لدى الفصامي. عبر عنه تقبل الحالة للعمل والنشاط الترفيهي كمظهر ضروري من مظاهر الإندماج الإجتماعي. وهذا ما تطابق مع نتيجة دراسة الطالبة وئام بوزياني التي قامت بها في مشفى الأمراض العقلية و توصلت إلى أهمية التكفل النفسي بإستخدام أنواع العلاجات النفسية ومن بينها العلاج بالعمل والترفيه ودوره الهام في توفير عامل التوافق والتكيف النفسي وإعادة لتأهيل والإدماج الإجتماعي .

3- إن العلاج بالعمل والترفيه يؤثر تأثيرا واضحا وإيجابيا على الميل الإجتماعي للفصامي من خلال التخفيف من حدة أعراض الميل للإنعزال والبقاء وحيدا إلى الإندماج في المحيط والخروج إلى المجتمع بإقامة علاقة سطحية ومحدودة مع الجيران. وهذا ما أكدته دراسة الطالبتين مختاري وجيلالي التي تناولت دراسة ست حالات فصام تحت عنوان أثر العلاج بالعمل والترفيه في بعض جوانب التوافق لدى الفصامي، وخلصت الدراسة إلى الدور الفعال لهذا العلاج في تحسين الجانب النفسحركي، والسماح بتفجير إبداعات المريض وإستثمار تفكيره وإكسابه الثقة بالنفس، زيادة على إيقاظ وتنمية روح الجماعة لديه.

وفي النهاية نشير إلى التحقق من الفرضية الرئيسية القائلة: أن للعلاج بالعمل والترفيه تأثير إيجابي في إدماج الفصامي إجتماعيا خاصة في ما يتعلق بالتواصل والتفاعل داخل الأسرة، ومع المحيطين من العائلة الكبيرة والجيران. حيث ظهر واضحا أن للعلاج أثر هام في الإدماج الإجتماعي بعدما كان الحالة يقضي معظم الوقت وحيدا داخل الغرفة، أصبح يشارك أسرته الطعام والحديث، كما تحسن إتصاله مع المحيطين بإلقاء التحية على الجيران والمعارف. وقضاء الوقت في العناية بالحديقة ويساعد في بعض الأعمال المنزلية ويمارس هواية لعب الكرة مع الجماعة.

من خلال الدراسة التي قمنا بها والنتائج المتحصل عليها توصلنا إلى أن الحالة قد إستجاب للعلاج وكان أثره واضحا على سلوكه. الأمر الذي أكدته المتابعة بعد مدة من إنتهاء العلاج حيث مازال الحالة في تطور وتحسن مستمرين.

الخاتمة:

في ختام دراستنا المتمثلة في أثر العلاج بالعمل والترفيه في إدماج الفصامي إجتماعيا نستنتج أن التكفل الجيد لهذه الفئة يرتكز بالدرجة الأولى على العلاج الدوائي، الذي يجب أن يترافق بعلاج نفسي لمساعدة المريض على تقبل إضطرابه وتعلم كيفية التعامل معه، بالإضافة إلى إعادة الإندماج داخل المجتمع من خلال ممارسة النشاطات المختلفة سواء كانت مهنية أو ترفيهية، تساعده في التمتع باستقلاليته والشعور بلذة الحياة وإسترجاع الثقة بالنفس كما تساهم في إعادة إتصاله بالواقع وإعادته إلى حياته السابقة قصد الوقاية من الإنتكاس. ومن خلال هذا نقول أن للعلاج بالعمل والترفيه أثر إيجابي وفعال في إدماج الفصامي بإعتباره علاج مساند وهام لإعادة تأهيل هذه الفئة.

التوصيات والإقتراحات:

في ضوء ما توصلت إليه نتائج الدراسة تم إدراج بعض التوصيات التالية:

- تعريف وتوعية المجتمع بالأمراض العقلية وإعطاء فكرة عن طبيعتها وأهمية إكتشافها في الوقت المبكر ومعالجتها قبل فوات الأوان.
- أهمية التكفل النفسي وضرورة وضع برامج علاجية نفسية وإجتماعية تسمح بتحسين حياة مريض الفصام داخل وخارج المستشفى.
- توعية الأسرة بدورها الكبير في معالجة الفصامي، إنطلاقاً من الإكتشاف المبكر وصولاً إلى كيفية التعامل معه بعد الخروج من المستشفى.
- وجوب توفير ورشات عمل محمية خاصة بهذه الفئة يمارسون فيها مختلف النشاطات تحت رقابة متخصصين في علم النفس لتحسين إتصالهم بالواقع وإعادتهم إلى حياتهم السابقة.
- ضرورة إقامة مراكز التكوين المهني لمرضى الفصام وتوفير مناصب عمل تتناسب مع قدراتهم لمساعدتهم على تجاوز مشقات الحياة.

قائمة المراجع:

- 1- اجلال محمد سرى (2000)، علم النفس العلاجي، ط 2، عالم الكتب للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
- 2- احمد عكاشة (د ت)، الطب النفسي المعاصر، د ط، مكتبة الأنجلو، مصر.
- 3- أديب محمد الخالدي (2009)، الصحة النفسية، ط3، دار وائل للنشر، عمان، الأردن.
- 4- اسماعيل علوي وبنعيسى زغبوش (2009)، العلاج النفسي المعرفي مدخل إلى تدبير صعوبات الحياة اليومية والتخفيف من المعاناة النفسية، ط1، جدار الكتاب العالمي للنشر والتوزيع وعالم الكتب الحديث للنشر والتوزيع، الأردن.
- 5- السيد فهمي علي (2010)، العلاج النفسي تقنياته، وسائله، طرقه، د ط، دار الجامعة الجديدة، مصر.
- 6- المنشولي عبد الله حسين (2004)، مبادئ العلاج بالقراءة مع دراسة تطبيقية مع مرضى الفصام، د ط، دار المصرية اللبنانية، مصر.
- 7- بطرس حافظ بطرس (2008)، التكيف والصحة النفسية للطفل، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.
- 8- جمعية الطب النفسي (2004)، تر: تيسور حسون، المرجع السريع الى الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع والمعدل للاضطرابات النفسية.
- 9- جودت عزت عبد الهادي وسعيد حسني العزة (1999)، مبادئ التوجيه والارشاد النفسي، ط1، مكتبة الثقافة للنشر والتوزيع، الأردن.
- 10- جودت عزت عبد الهادي وسعيد حسني العزة (2007)، مبادئ التوجيه والارشاد النفسي، دار الثقافة، عمان.
- 11- جودت عزت عطوي (2007)، اساليب البحث العلمي، دار الثقافة للنشر.
- 12- حامد عبد السلام زهران (2005)، الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط 4، عالم الكتب نشر وتوزيع وطباعة، القاهرة.
- 13- حسين عبد الحميد رشوان (2006)، اصول البحث العلمي، د ط، مؤسسة شباب الجامعة، الاسكندرية.
- 14- حسين فايد (2004)، علم النفس الاكلينيكي، ط1، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
- 15- رأفت عسكر (2004)، علم النفس الاكلينيكي التشخيص والتنبؤ في ميدان الاضطرابات النفسية والعقلية، د ط، مدرسة علم النفس آداب الزقازيق، مصر .

- 16- زروالي لطيفة (2014)، علم النفس المرضي للراشد، د ط، منشورات دار الأديب، الجزائر.
- 17- زينب محمود شقير، 2002، علم النفس العيادي المرضي للأطفال والراشدين، ط1، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 18- سامر جميل رضوان، 2009، الصحة النفسية، ط3، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 19- سامي محمد ملحم (2008)، التوجيه والإرشاد النفسي، ط1، دار الفكر للنشر والتوزيع، الأردن.
- 20- سمير بقبون (2007)، الطب النفسي، د ط، دار اليازوني العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 21- سهيل كامل أحمد (2000)، التوجيه والإرشاد النفسي، د ط، مركز الإسكندرية للكتاب، مصر.
- 22- سيلفانو أريتي، تر: عاطف أحمد (1999)، الفصامي كيف نفهمه ونساعده، د ط، عالم المعرفة.
- 23- عبد الحميد الشاذلي (2001)، الواجبات المدرسة والتوافق النفسي، المكتبة العلمية للكمبيوتر والنشر والتوزيع، الإسكندرية، مصر.
- 24- عبد الرحمان محمد العيسوي (2004)، الصحة النفسية من منظور قانوني، ط1، منشورات الحلبي الحقوقية، مصر.
- 25- عبد اللطيف حسن فرج (2009)، الاضطرابات النفسية، ط1، دار حامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 26- علي كمال (1994)، العلاج النفسي قديما وحديثا، ط1، المؤسسة العربية للدراسات والنشر، عمان.
- 27- غالب محمد المشيخي (2013)، أساسيات علم النفس، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 28- فوزي بوخريص (دس)، الاندماج الاجتماعي والديمقراطية نحو مقاربة سوسولوجية، مؤسسة مؤمنون للدراسات والأبحاث.
- 29- قاسم حسين صالح (2005)، الأمراض النفسية والانحرافات السلوكية أسبابها وأعراضها وطرائق علاجها، د ط، دار دجلة، عمان، الأردن.
- 30- مجدي أحمد محمد عبد الله (2000)، علم النفس المرضي، د ط، دار المعرفة الجامعية.
- 31- محمد أحمد فضل الخاني (2006)، المرشد إلى الفحص مريض النفساني، ط1، منشورات الحلبي الحقوقية، لبنان.

32- محمد جاسم العبيدي (2013)، علم النفس الإكلينيكي، ط3، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الاردن .

33- محمد حسن غانم (2006)، الإضطرابات النفسية والعقلية و السلوكية، ط1، مكتبة الأنجلو، مصر.

34- محمد سلامة غباري (2003)، رعاية الفئات الخاصة في محيط الخدمة الإجتماعية، د ط، المكتب الجامعي الحديث

35- محمد عبد العابد أبو جعفر (2014)، علم النفس النمو، مركز المناهج العلمية والبحوث التربوية، ليبيا.

36- محمد قاسم الله (2008)، مدخل إلى الصحة النفسية، ط 4، دار الفكر، عمان، الأردن.

37- محمد محمد الهادي (1990)، أساليب إعداد وتوثيق البحوث العلمية، د ط، المكتبة الأكاديمية.

38- محمد مصطفى احمد (1996)، التكيف والمشكلات الدراسية، دار المعرفة الجامعية، مصر.

39- مطيع رثيف سليمان (2001)، الأمراض النفسية المعاصرة، ط1، دار النفاس للنشر والتوزيع، بيروت، لبنان.

- المراجع الأجنبية:

- J. Dumoulin (1967) , précis d'ergothérapie, 5 édition, librairie maloine, parie, France .

- الرسائل الأكاديمية:

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

2- مختاري فاطمة وحليمة جلايلي(1995)، اثر العلاج بالعمل والترفيه في بعض جوانب التوافق عند الفصامي، مذكرة لنيل شهادة الليسانس في علم النفس العيادي، جامعة وهران.

3- مصطفى لكحل (2011)، الكشف عن أداء الذاكرة الأوتوماتيكية عند مرضى الفصام ، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس النمو، جامعة بلقايد، تلمسان.

4- هامل سميرة (2012)، التصورات الاجتماعية للسجين واثرها في اعادة الادمج الاجتماعي، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، جامعة باتنة.

5- ونام بوزياني(2013)، واقع التكفل النفسي بالمريض الفصامي داخل المؤسسة الإستشفائية، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس تخصص عيادي، جامعة محمد خيضر، بسكرة.

- الرسائل الأجنبية:

1- Myléne le gall (2008), en quoi une activité est – elle ergothérapeutique ?, mémoire de fin d'étude en vue de l'obtention du diplôme d'état d'ergothérapie, institut de formation de renne.

- مواقع الأنترنت:

- <http://www.albayan.ae/paths/1188742636357-2007-09-08-1.787912>

- http://www.alshareef.ws/blog/?page_id=39

الملاحق

القصة: من الفصام إلى جائزة نوبل.

وهي قصة نجاح مريض بالفصام وحصوله على جائزة نوبل.

جون ناش عالم الرياضيات الفذ الذي ابتكر أحد أشهر أبحاث الرياضيات في مجال الفيزياء والرياضة. ونشره عام 1950م عندما كان في الحادية والعشرين من عمره، ولم يلتفت أحد إلى نبوغه المبكر ولم يهتم أحد بأبحاثه، توالى عليه مراحل الإحساس بالفشل، ثم ظهرت عليه أعراض الفصام ومضاعفاته.

أثناء رحلته مع المرض قدمت زوجته نموذجا رائعا في الحب والرعاية إيمانا منها بعقليته ونبوغه وقالت عن هذه الفترة انها فكرت في الأمر بطريقة إيجابية وتجنب الهزيمة واليأس، حيث حاولت إخفاء أعراض المرض عن الأسرة والأصدقاء، وكانت تقف إلى جواره وتصاحبه في قاعات الجامعة لكي تحافظ على على مستقبله العلمي والأكاديمي. لكنها لم تستطع أن تمنع ظهور سلوكياته وأفكاره التي اضطربت بسبب المرض، واكتشفت ادارة الجامعة حقيقة اضطرابه مما ترتب عليه فصله من العمل وتوقفت أبحاثه ودراساته لمدة عشرين عاما، عانى فيها من الضلالات والهالوس وبقي فيها وحيدا عاجزا عن التواصل مع الواقع.

لكنه استطاع بمساعدة زوجته السيطرة على الأعراض بعد رحلة طويلة مع المرض، وتمكن من التحرر من الهذيان والهالوس. كما تحولت زوجته في هذه الفترة عبء اعالة الأسرة ماديا ومعنويا. وأثبتت الدراسات التي أجريت على حالة جون ناش أن طرق العلاج الخاطئة التي انحصرت على العلاج الدوائي فقط، وعدم التفات الأطباء المباشرين لحالته وعدم اشراكه عمليا واجتماعيا وعدم مساعدته على استعادة مهاراته وقدراته التي تأثرت سلبا بالمرض باستخدام العلاج النفسي انعكس على حالته وأخر شفاؤه، الا ان دور زوجته عوض ذلك القصور وأعاد الى ذلك العقل قدراته العبرية. فواصل أبحاثه العلمية مرة أخرى وحصل على جائزة نوبل في الإقتصاد سنة 1994م.

ومن هنا تتضح أهمية ادماج مريض الفصام في المجتمع ودور العلاج النفسي والاجتماعي في شفاء مريض الفصام وتحوله الى درجات من الابداع كما حدث مع جون الذي أثبت أنه بالإرادة والعزيمة وبالحب ومؤازرة الأسرة وتلقي العلاج المتكامل يمكن قهر المرض واستعادة القدرات الذهنية والنفسية وتحقيق النجاح.

المصدر: موقع د. رامز طه

الموقع: www.almostshar.com

ملخص البحث:

من خلال القيام بهذه الدراسة التي تمثلت في أثر العلاج بالعمل والترفيه في إدماج الفصامي، إستنتجنا أن التكفل الجيد لهذه الفئة يرتكز على العلاج الطبي بالدرجة الأولى، إضافة إلى العلاج النفسي الذي يساعد المريض على التكيف وتقبل الإضطراب وإعادة الإندماج داخل المجتمع، من خلال ممارسة النشاطات المهنية والترفيهية التي تعيد له شعوره بلذة الحياة وتساهم في إعادة إتصاله بالواقع.

Le résumé :

A la fin de notre étude sur **L'effet de l'ergothérapie pour l'insertion sociale du schizophrène**. On conclure que la bonne prise en charge de ces malades se base principalement sur le traitement médicale ce qui doit être accompagnée avec une thérapie psychologique pour aider le malade à accepter son handicap et à apprendre à traiter les choses, dans le but de pratiquer des activités professionnelles et loisirs pour qu'il sent le gout de sa vie et récupère la cofiance sur soi. En outre elle lui permetre de revenir à la vie ordinaire et l'integre dans sa société et le protège conte la rechute.