



جامعة وهران 2
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس والأرطوفونيا
مذكرة لنيل شهادة ماستر
تخصص علم النفس الصحة
الموضوع:

أثر برنامج علاجي بأسلوب العلاج الواقعي في رفع
مستوى الاتزان الانفعالي لدى المصاب بالحبسة
الكلامية

تحت إشراف الأستاذة:
محزري مليكة

إعداد الطالب:
ملال سنوسي

أمام اللجنة المتكونة من:

جامعة وهران 2	د. لصقع حسنية	● رئيسة اللجنة
جامعة وهران 2	د. محزري مليكة	● الاشراف
جامعة وهران 2	د. سبع بروايل نادية	● المناقشة

السنة الجامعية: 2018 – 2019

الإهداء

○ إلى والدي العزيزين أطال الله في عمرهما

○ إلى أخواتي حفظهن الله

○ إلى اسادتي و مشرفتي في شهادة الماستر الكريمة محرزي مليكة وفقها الله

○ إلى مشرفتي في شهادة الليسانس الاستاذة غزال أمال

حماها الله

○ إلى جميع طلاب دفعة علم النفس الصحة 2019

ادام الله المحبة بيننا

○ إلى جميع أصدقائي

أهدي هذا العمل المتواضع

ملال سنوسي

~ أ ~

شكر وتقدير

الحمد لله رب العالمين، بذكره تطمئن القلوب، وبرحمته تغفر الذنوب، وبكرمه تستتر العيوب، وبقوته تفرج الكرب والسود، والصلاة والسلام على النبي المكرم وعلى آله وصحبه أجمعين.

وأقدم بخالص الشكر والعرفان إلى الأستاذة : **محرزي مليكة**، التي كانت بمثابة المعلمة الفاضلة والموجهة والمربي خلال إعداد هذا البحث و خلال المشوار الدراسي، فلما مني كل الاحترام والتقدير والشكر على ما بذلته من جهد والذي يعجز لساني عن التعبير في إعطائها حقها من التقدير والامتنان، جزاها الله كل خير.

وفي الأخير أتوجه بجزيل الشكر إلى أعضاء لجنة المناقشة الأستاذة **لصح حسنية** و الأستاذة **سرح بروايل نادية** على تفضلهم بمناقشة المذكرة وإثراءها بملاحظاتهم القيمة وآراءهم السديدة، وإلى كل أساتذتي بقسم العلوم الاجتماعية

إلى كل هؤلاء أقول : شكرا لكم ودمتم ذخرا للعلم والعلماء.

وختاماً أسأل الله أن يوفقني لما يحبه ويرضاه، ويجعل عملي خالصاً لوجهه الكريم، وأخدم به ديني وشعبي ووطني، وأن يرصده في صحف أعماله يوم لا يتفع مال ولا بنون إلا من أتى الله بقلب سليم.

ملخص الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى وضع برنامج علاجي إرشادي بأسلوب العلاج الواقعي لصاحبه وليام جلاسر في رفع مستوى الاتزان الانفعالي لدى المصاب بالحبسة الكلامية من نوع بروكا و التعرف على مدى فعاليته ، و لهذا الغرض تم مبدئيا القيام بدراسة إستطلاعية بشهر جانفي 2019 للمركز الاستشفائي الجامعي بوهران مصالحة الطب الفزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي و الذي توفرت فيه مجموعة من الحالات تحتوي على مواصفات البحث، هذا من أجل التعمق في موضوع الدراسة و التوسع في جميع جوانبه و بغية استطلاع جميع المتغيرات المتعلقة بمشكلة البحث.

و استنادا إلى المنهج العيادي القائم على دراسة حالة شاب يبلغ من العمر 44 سنة تعرض إلى الإصابة بحبسة بروكا نتيجة جلطة دماغية، فكانت فترة التكفل ما يقارب شهرين للإجابة على فرضيات الدراسة و التي تنص على مدى فعالية البرنامج العلاجي بأسلوب العلاج الواقعي على الحالة .

و لاختبار نتائج الفرضية تم الاعتماد على مقياس الاتزان الانفعالي لتقييم فعالية نجاح البرنامج العلاجي ضمن أساسيات العلاج الواقعي و ذلك عبر مراحل متبعة:

□ مرحلة القياس القبلي

□ مرحلة التدخل العلاجي

□ مرحلة القياس البعدي

و قد أسفرت الدراسة إلى النتائج التالية:

إن التدخل العلاجي المستخدم انطلقا من العلاج الواقعي له فعالية في رفع مستوى الاتزان الانفعالي و تدهور الحالة النفسية للمصاب.

الكلمات المفتاحية: الحبسة – الانفعالات – الاتزان الانفعالي – العلاج الواقعي

Abstract :

This study aims to set-up a therapy program, using the idea of William Glaser and his reality therapy style which balances the emotional reactions of the patients who suffer from Broca's Aphasia, and to find out how efficient it is. For this sake, a study was conducted primarily at the Medical institution of the Physic-Therapy & rehabilitation in Oran, January 2019. Where the samples and the cases needed for this study were found, in order dive deeper into the subject, and cover all of its edges and variables.

A case of 44 years old man who suffers from Brocka's Aphasia, a result of Stroke, was studied using the clinical psychology method. The study took about two months in order to answer the study's hypothesis about the efficiency of the Reality Therapy.

To test the results of the hypothesises, a scale to gauge the state of emotions was used to assess the efficiency of the Reality therapy during the three phases:

- ❖ Before using therapy.
- ❖ During the use of therapy.
- ❖ After the use of therapy

And the results were as followed:

The use of the reality therapy had shown a great efficiency at stabilizing the emotional state, and preventing the patient from an emotional breakdown.

Keywords: Aphasia – Emotions – Balance of emotions – Reality therapy

Abstrait:

Cette étude a pour objectif de mettre en place un programme de thérapie utilisant l'idée de William Glaser et son style de thérapie par la réalité qui équilibre les réactions émotionnelles des patients souffrant d'aphasie de Brocka, et de déterminer son efficacité. Dans ce but, une étude a été menée principalement au pavillon médical de Physiothérapie et réadaptation à Oran, en janvier 2019. L'échantillon et les cas nécessaires à cette étude ont été recueillis, afin d'approfondir le sujet.

Un cas d'homme de 44 ans atteint de l'aphasie de Brocka, conséquence de l'AVC, a été étudié selon la méthode de la psychologie clinique. L'étude a pris environ deux mois pour répondre à l'hypothèse de l'efficacité de la Réalité de la Thérapie. Pour tester les résultats des hypothèses, une échelle permettant de mesurer l'état des émotions a été utilisée pour évaluer l'efficacité de la thérapie Reality au cours des trois phases:

- ❖ Avant d'utiliser la thérapie.
- ❖ Pendant l'utilisation de la thérapie.
- ❖ Après l'utilisation de la thérapie

Et les résultats ont été les suivants:

L'utilisation de la thérapie de la réalité avait montré une grande efficacité pour stabiliser l'état émotionnel et prévenir le patient d'une dépression émotionnelle.

Mots-clés:

Aphasie - Émotions - Equilibre des émotions - Réalité thérapeutique

المقدمة

الصحة الجسدية و النفسية غايتان من غايات الفرد يسعى إلى تحقيقها و الحفاظ عليها لكي يستطيع إقامة علاقة مع محيطه، و قد يتعرض الفرد الى مجموعة من الامراض التي لم يكن يتوقعها خاصة المفاجئة منها و لعل من أبرزها الجلطة الدماغية التي تصيب الجهار العصبي المركزي و الذي بدوره مسؤولا رئيسا عن كامل أعضاء الجسم و أفعاله، مسببة أضرار كبيرا منها الشلل بشتى أنواعه و قد تتضرر مناطق اللغة مسببة اضطرابا في اللغة و الذي يدعى بالحبسة **Aphasia** و هي عبارة عن فقدان أو تشوه في اللغة تعبيريا و حتى فهما.

و تُعبّر اللغة عن شخصية الإنسان، واللغة هي نعمة من نعم الله الجليلة التي وهبها سبحانه وتعالى لبني آدم، فمن خلال الكلام يستطيع الإنسان أن يعبر عن كل ما يجيش في صدره وما يتطلبه جسده فهو أداة هامة في تواصل الناس مع بعضهم البعض، بل هو أساس هام في التعبير عن الحياة كلها بجلوها ومرها. وقالوا قديما ان المرء محتبئ وراء لسانه فإذا تكلم ظهر، وتعد اللغة من أهم ما يميزه عن غيره من الكائنات الحية، وتكمن أهميتها في كونها الوسيلة التي يستطيع الفرد عن طريقها إيصال المعلومات للمحيطين به، وكذلك الحصول على المعلومات منهم، والتأثير فيهم. ويعتبر التبادل والتواصل والتفاعل أهم ما يربط أفراد المجتمع بعضهم البعض، ذلك من أجل تحقيق التفاهم والتعايش والتواصل بين الناس .

تعد الإصابة بالحبسة، من أهم الاضطرابات التي تخل بتوازن حياة الإنسان على المستوى التعايشي الاتصالي كما على مستوى الاستقرار الفردي و الاجتماعي و النفسي، و هذا نتيجة تغير صورة الجسد من جهة و غياب التواصل اللفظي و الأداء الوظيفي من جهة أخرى، و من آثارها على حياة الفرد كونها تكون دائما مصاحبة للشلل على مستوى أطراف الجسم دخول المصاب في حالة من الاكتئاب و الصدمة و الانفعال الحاد و العزلة و تدمير للذات و الآخرين و هذا ما يلاحظ من خلال انخفاض المستوى الاتزان الانفعالي أي انعدام حالة الهدوء في التعامل مع المثيرات الخارجية الجديدة، و بناء على هذه المعطيات جاء بحثا لتقديم دعما علاجيا للرفع من المستوى الاتزان الانفعالي معتمدين على الأسلوب العلاج الواقعي لصاحبه وليام جلاسر.

وبناء عليه قُسمت الدراسة إلى جانبين : الجانب النظري و الجانب التطبيقي، فالجانب النظري يحتوي أربعة فصول و الجانب التطبيقي مكون من ثلاثة فصول بمجموع سبعة فصول لكامل الدراسة:

الفصل الأول تناولنا فيه الإشكالية وطرح الفرضيات و أهداف الدراسة و دوافع اختيارنا لموضوع الدراسة، وتطرقنا أيضا إلى أهمية وأهداف الدراسة وتحديد المصطلحات إجرائيا.

في الفصل الثاني تم تناول موضوع الحبسة، فتطرقنا إلى نبذة تاريخية عن الحبسة ثم مفهومها و تطرقنا أيضا إلى أعراض الحبسة و الآثار الناجمة عن الحبسة ، كما تناولنا أسباب الحبسة و أنواعها.

في الفصل الثالث تناولنا فيه مفهوم الانفعالات و أنواعها و تطرقنا إلى مراحل النمو الانفعالي ثم تناولنا مفهوم الاتزان الانفعالي و تطرقنا إلى العلاقة بين الصحة النفسية و الاتزان الانفعالي ثم خصائص الاتزان الانفعالي.

في الفصل الرابع تناولنا العلاج الواقعي بدءا من مفهوم العلاج الواقعي و تطرقنا إلى فلسفة و المفاهيم التي جاء بها "جلاسر" كما تناولنا ركائز العلاج الواقعي ثم أهداف العلاج الواقعي. أما الجانب النظري فجاء كالآتي:

في الفصل الخامس تناولنا المنهج المستخدم في الدراسة و تطرقنا إلى الدراسة الاستطلاعية وكذا عينة الدراسة و مكان إجرائها كما تناولنا المقاييس و الأدوات المستخدمة في الدراسة.

في الفصل السادس تناولنا فيه دراسة الحالة و علاجها بعد تقديم الحالة و تاريخها و الحوادث التي أثرت على الحالة و العوامل المفجرة و تطرقنا إلى التشخيص و تقييم العلاج من خلال التطرق إلى البرنامج العلاجي أهدافه و أساليبه و ملخص الجلسات العيادية.

في الفصل السابع تم مناقشة الفرضيتان الأولى و الثانية و الاستنتاج العام و ختاماً تقديم التوصيات و الاقتراحات.

الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة

- تمهيد
- إشكالية البحث
- فرضيات البحث
- أهداف البحث
- دواعي اختيار البحث
- أهمية البحث
- التعاريف الإجرائية

تمهيد:

الإنسان كائن متكامل الوظائف ، حيث أن أي خلل في هذا التكامل سيؤثر في التوازن و الاستقرار الجسدي و النفسي ، فيكون بذلك اختلال في نمط حياته و معاملاته ، بالتالي فان الإصابة باضطراب عضوي ، يؤثر علي الإمكانات الذاتية للفرد و تؤثر علي استقلالته ، هذه التحولات المصاحبة للاضطراب ترتبط عادة بفكرة العجز و الخوف التي تسيطر علي المصاب فتحول بينه و بين إمكانية المضي قدما في حياته و مزاوله نشاطاته اليومية المعتادة ، فيفرض عليه نمط مختلف عن حياته السابقة يتميز بالتبعية للآخرين و يجعله في حالة جمود علي مستوى إحدى القدرات الحيوية كالاتصال اللفظي ، هذا الأخير قد يختل و يتأثر بعدة أسباب و لعل أبرز هذه الأسباب نجد الإصابة بالحبسة و التي تعتبر من أهم الاضطرابات اللغوية التي تعيق الفرد من التقدم في حياته بشكل عادي ، و التي لا تزال حتى اليوم موضوع الدراسة بين شتي مجالات البحث المعاصر. فما الدافع لدراسة الحبسة دراسة نفسية و فيما تكمل أهمية هذه الدراسة.

1. إشكالية البحث:

تعد الحبسة احد اضطرابات اللغة و الكلام حيث هناك أسباب عديدة قد تؤدي إلى حدوث الحبسة ، مثل الأورام أو الجلطات، أو الإصابات الخارجية للدماغ ، و قد يصبح الحبسي أكثر انطوائية وأقل اجتماعية أو أكثر اندفاعية، كما قد يواجه الأشخاص الذين أصيبوا بالحبسة صعوبة أكثر في السيطرة على انفعالهم، أو قد يصابون باكتئاب أو ما يسمى باكتئاب ما بعد الصدمة، كل هذه الآثار الناجمة عن الحبسة قد تحدث اخفضا في المستوى الاتزان الانفعالي أي انخفاضاً في مستوى حالة الهدوء و الاستقرار في الاستجابة للمواقف و المثيرات الخارجية أي انعدام الهدوء والرزانة، والعقلانية في مواجهة الأمور، والتحكم في الانفعالات.

للأسرة و الأخصائي النفسي دور كبير و فعال لمعالجة هذا الانخفاض في مستوى الاتزان النفسي الذي يعاني منه الحبسي، وقد تعدد العلاجات و التقنيات النفسية في هذا المجال فنجد العلاج المعرفي السلوكي و العلاج الوجودي و العلاج الواعي و يعد هذا الأخير أسلوب إرشادي علاجي يعتمد على مساعدة الأفراد وتدريبهم على تحقيق التوافق لإدراك أنفسهم والبيئة الواقعية المحيطة بهم.

و من الدراسات العربية التي أولت اهتماماً بالعلاج الواعي في رفع مستوى الاتزان النفسي نجد دراسة الجميلي 2005 بعنوان اثر العلاج الواعي والتدريب على المهارات الاجتماعية في رفع مستوى الاتزان الانفعالي لدى طلبة المرحلة الإعدادية،هدفت هذه الدراسة التعرف على اثر العلاج الواعي والتدريب على المهارات الاجتماعية في رفع مستوى الاتزان الانفعالي لدى طلبة المرحلة الإعدادية، حيث قام الباحث بإعداد مقياس الاتزان الانفعالي ، كما تم بناء برنامج إرشادي بأسلوبين إرشاديين هما العلاج الواعي وفق نظرية

العلاج الواقعي للعالم (وليام جلاسر) أما أسلوب الثاني فهو التدريب على المهارات الاجتماعية التي تم بناءه على وفق آراء عدد من الخبراء ، وتوصل الباحث إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعتين التجريبيّة الأولى (العلاج الواقعي) والضابطة على مقياس الاتزان الانفعالي في الأختبار البعدي.

(الجميل ، : 2005 أطروحة دكتوراه).

و بناءا على هذه النتائج جاء الباحث بمجموعة تساؤلات مشابهة لدراسة الجميلي كون المصاب بالحبسة هو أيضا في إعادة التعلم لما فقدته من مكتسبات قبلية معرفية ، لغوية و حتى سلوكية أحيانا، كما يرى الباحث بوجود مشكلة حقيقية تحتاج بناء برنامج علاجي إرشادي بأسلوب العلاج الواقعي لرفع مستوى الاتزان الانفعالي و جاءت التساؤلات كالآتي:

1. هل للبرنامج العلاجي الإرشادي بالأسلوب الواقعي فعالية في رفع مستوى الاتزان

الانفعالي لدى المصاب بالحبسة الكلامية من نوع بروكا؟

2. هناك العلاقة بين مستوى الاتزان الانفعالي و حدة الاكتئاب؟

2. فرضيات البحث:

ككل بحث علمي فهو يتضمن عدد من الفروض كإجابات محتملة عن التساؤلات المطروحة سلفا والتي يكون التأكد من تحقيقها أو نفيها فيما بعد، وبناءا على ذلك فإن صيغ الفرضيات كانت كالتالي:

(أ). للبرنامج العلاجي الإرشادي بالأسلوب الواقعي فعالية في رفع مستوى الاتزان

الانفعالي لدى المصاب بالحبسة الكلامية من نوع بروكا.

(ب). هناك علاقة بين مستوى الاتزان الانفعالي و الاكتئاب.

3. أهداف البحث:

تحدد قيمة البحث العلمي بقيمة ما يصبو إليه من أهداف، وعليه فقد هدفت الباحثة من خلال دراسته إلى:

1. معرفة مستوى الاتزان الانفعالي لدى بالحبة الكلامية من نوع بروكا.
2. بناء برنامج علاجي إرشادي بأسلوب العلاج الواقعي يعمل على رفع مستوى الاتزان الانفعالي.
3. مدى فعالية البرنامج العلاجي إرشادي بأسلوب العلاج الواقعي في رفع مستوى الاتزان الانفعالي.

4. دواعي اختيار البحث:

و من خلال ممارستنا الميدانية كأرطوفونيين ثم كأخصائيين نفسانيين، أثار انتباهنا أن المصاب بالحبة يتم التكفل به و إعادة تأهيله فقط من طرف المختص الارطوفوني و المختص في التدليك و المتابعة من طرف طبيب الأعصاب أي أن المصاب بالحبة يخضع للتربية علاجية في غياب دور المختص النفسي أو لقلة الوسائل والتقنيات التي يستخدمها المختص النفسي بحجة أن المصاب بالحبة لديه فقدان كلي أو جزئي للغة فارتئ الباحثة تصميم برنامج علاجي يساعد أخصائي علم النفس الصحة في التعامل مع هذه الحالات.

و من دواعي اختيار موضوع البحث أيضا قلة الدراسات التي تهتم بالجانب النفسي للمصاب مثل هذه الاضطرابات و خاصة العربية منها.

5. أهمية الدراسة:

تكمن أهمية هذه الدراسة في أهمية المتغيرات التي تتناولها وفي طريقة معالجتنا لهذه المتغيرات والمتمثلة في اضطراب الحبسة، الاتزان الانفعالي، العلاج الواقعي.

الأهمية العلمية: تكمن في كونها تعتبر لبنة جديدة في كيان المكتبة العلمية العربية بشكل عام والجزائرية بشكل خاص.

أما من الناحية العملية: فتكمن أهميتها في كونها موضوع يمكن الاستفادة منه في ميادين وتخصصات تطبيقية ونظرية مختلفة منها، علم النفس الصحة، علم النفس الإكلينيكي، علم النفس العصبي، الأرففونيا، التربية الخاصة، اللسانيات.

كما تقدم الدراسة برنامج علاجي إرشادي يساعد المختص في علم النفس الصحة في كيفية التدخل و المعاملة مع مثل هذه الحالات.

6. التعاريف الإجرائية:

أ). الحبسة:

هي خلل في وظائف اللغة، بسبب عطب موضعي بالدماغ يؤدي إلى صعوبة في الفهم، أو إنتاج الصيغ اللغوية أو الأمرين معا، والسبب الرئيسي للحبسة هو السكتة الدماغية بالرغم من أن إصابات الرأس الناتجة عن عنف أو حوادث لها التأثير نفسه، ولذلك فالشخص الذي به حبسة يعاني من عيوب تتصل باللغة كصعوبات الفهم التي تؤدي إلى صعوبات في الإنتاج. (عبد الحافظ، 1995، ص174)

تعريف الباحث: الحبسة هي مجموعة التشوهات التي تمس اللغة جزئيا أو كليا حيث تؤثر على تنظيم العملية اللغوية سواء على مستوى الفهم أو إنتاج الصيغ اللغوية أو الأمرين معا، هذه التشوهات ناتجة عن تضررا في المناطق الدماغية المسؤولة عن اللغة تعبيراً و فهماً نتيجة عدة أسباب كالصددمات و الارتجاج و الجلطات الدماغية و الأمراض التقهقرية التطورية أو ما يسمى بالتنكسية.

ب). الاتزان الانفعالي:

إن الاتزان الانفعال هو حالة التروي و المرونة الوجدانية حيال المواقف الانفعالية المختلفة التي تجعل الأفراد الذين يميلون لهذه الحالة أكثر سعادة، وهدوءاً وتفأؤلاً، وثباتاً للمزاج، وثقة في النفس. أما الأفراد اللذين لا يعرفون عن هذه الحالة فليدهم مشاعر الدونية، وتسهل إثارتهم، و يشعرون بالانقباض والكآبة، والتشاؤم، وتقلب المزاج (ريان، 2006، ص38)

تعريف الباحث: الاتزان الانفعالي هو حالة الهدوء والمرونة الوجدانية والانفعالية التي تعتري انفعال شخص ما اتجاه المواقف الانفعالية المختلفة مما يتوافق مع قدراته وإمكانياته التي يختبرها في مثل تلك المواقف، والتي تجعل الشخص الذي يتمتع بهذه الحالة أكثر سعادة وهدوءاً وتفأؤلاً، وثباتاً للمزاج.

ج). العلاج الواقعي:

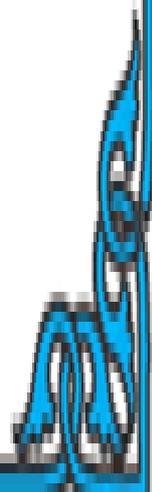
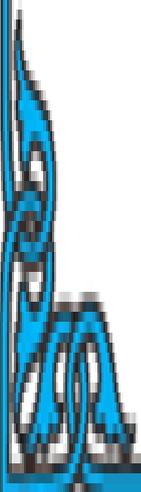
عرفه جلاسر انه طريقة من طرائق الإرشاد الحديثة التي تفترض أن الناس طبيعيون ولديهم تطور نفسي سليم إلى الحد الذي يمكنهم إلى التعامل مع العالم الحقيقي (ترجمة الجميلي، 2005، ص12).

العلاج الواقعي هو أسلوب إرشادي مباشر يهدف إلى مساعدة المسترشدين (المفحوصين) على تغيير سلوكهم والتحكم بحياتهم من خلال فهم الواقع الذي يعيشون فيه، وإشباع حاجاتهم بناءً على مفاهيم المسؤولية والواقع والصواب (ترجمة الجميلي، 2005، ص12).

تعريف الباحث: العلاج الواقعي هو عبارة أسلوب إرشادي علاجي مبني على مجموعة من الاستراتيجيات والفنيات لتدريب الفرد بالاعتماد على نفسه وزيادة الثقة فيها وتقديم الدعم النفسي والاجتماعي لتعديل السلوك، وإعادة النظر لذات المفحوص لفهم نفسه و وضعيته و فهم الآخرين بالاستعانة على مفاهيم المسؤولية والواقع والصواب.

الفصل الثاني : الحبسة

- تمهيد
- نبذة تاريخة عن الحبسة
- مفهوم الحبسة
- أعراض الحبسة
- آثار ناجمة عن الحبسة
- أسباب الحبسة
- أنواع الحبسة
- خلاصة الفصل



تمهيد:

النطق هو نعمة من نعم الله الجليلة التي وهبها سبحانه وتعالى لبني آدم فمن خلال الكلام يستطيع الإنسان أن يعبر عن كل ما في صدره وما يتطلبه جسده فهو أداة هامة في تواصل الناس مع بعضهم البعض، بل هو أساس هام في التعبير عن الحياة كلها بجلوها ومرها. إن الإنسان ليس إلا لساناً. وقالوا قديماً إن المرء محتبئ وراء لسانه فإذا تكلم ظهر، فاللغة هي أداة التواصل بين البشر، و اللّغة هي الرّكيزة الأولى التي نعتمدها في عملية الاتصال بالعالم الخارجي،

و يعد الجهاز العصبي المركزي مسؤولاً عن جميع وظائف الجسم بما في ذلك اللغة و الكلام، كما يتغذى الجهاز العصبي عن طريق شبكة من الأوعية الدموية تأتي محملة بالغذاء من القلب مروراً بالرقبة إلى شق سلفيوس لتوصل الغذاء إلى كافة مناطق القشرة الدماغية و أي خلل ما في تروية الأوعية الدموية، إما بسبب انسداد في أحد الشرايين لتخثر الدم أي توقف تدفقه إلى الدماغ، وفي حالة الانسداد لبضع دقائق فإن الخلايا في المنطقة المصابة تتلف ، وإما نتيجة نزيف في تلك الأوعية مع الدم محدثاً ذلك التلف و تسمى هذه الحادثة بالجلطة الدماغية و من المناطق التي تتضرر أو تموت نتيجة الجلطة الدماغية نجد مناطق اللغة بنسب كبيراً مؤدية إلى حدوث ما يدعى بالحبسة الكلامية، كما أن هناك عدة مسببات أخرى مؤدية للحبسة فإما ترى ما هي الحبسة، و ما هي الأسباب الأخرى و المؤدية لحدوثها، و ما أنواعها، و كيف يمكن التعامل معها؟

(1) نبذة تاريخية عن الحبسة:

يعد الطبيب الألماني (Gall) سنة 1828 أول من بين أن الفصوص الدماغية للشخص تتكون من عدد أعضاء قائمة بذاتها، وتتحكم في الإمكانيات العقلية المعرفية، (MESSERLI (P,1996,p19).

في عام 1861 اكتشف بروكا (Broka) في قاعدة التخفيف الجبهي الثالث اليساري منطقة لها علاقة باضطراب اللغة المنطوقة، والذي أطلق عليها اسم الافيما (Aphémie) أو استحالة التنسيق في السلسلة الصوتية، وقال إنها فقدان القدرة على الكلام بدون شلل في أعضاء النطق وبدون المساس بالذكاء، وهي مرتبطة بالتوفيق الجبهي الثالث.

و قام تروسو (TROUSSEAU) سنة 1864 بإلقاء محاضرة حول الحبسة، أين بين فيها أن المصاب يفقد كل من ذاكرة الكلمات، ذاكرة الحركات والذكاء ولكن بدرجات متفاوتة و استبدل كلمة أفيميا بكلمة أفازيا أو حبسة .

لكن بروكا الح على فكرته، حيث عرض تصوره النهائي للافيما عام 1865، وقال: " هي نتيجة إصابة الجهة الخلفية للتخفيف الجبهي الثالث لنصف كرة المخيمة اليسرى"، كما أنه قسم بين زمن حركي (moment moteur) وزمن حسي (moment sensoriel) للحبسة وذلك انطلاقا من أسس تشريحية (LECOURS A,1979,pp29-37).

وعرض بيارجير (Baillarger) في نفس السنة بحثه الذي انتقد فيه تروسو، فبالنسبة إليه فالحبسة هي اضطراب يمس الكلام دون أعراض أخرى، وسمها بالحبسة البسيطة ويضع بالمقابل ما يطلق عليه بالحبسة المرافقة للفساد في الملكة اللغوية، حيث يستبدل الكلام العفوي بالتحريض اللفظي الارادي (MESSERI P,1996,pp29-30).

وعرض بيارجير (Baillarger) في نفس السنة بحثه الذي انتقد فيه تروسو، فبالنسبة إليه فالحبسة هي اضطراب يمس الكلام دون أعراض أخرى، وسمها بالحبسة البسيطة ويضع بالمقابل ما يطلق عليه بالحبسة المرافقة للفساد في الملكة اللغوية، حيث يستبدل الكلام العفوي بالتحريض اللفظي الارادي (MESSERI P,1996,pp29-30).

(2) مفهوم الحبسة:

تعددت التعاريف واختلفت الأسماء بتعدد وجهات النظر والاهتمامات كون موضوع الحبسة يعتبر موضوع مشترك بين مجموعة من الاختصاصات من بينها: اللسانيات، الطب، علم النفس العام وعلم النفس اللغوي.

الحبسة هي فقدان كلي أو جزئي للقدرة على فهم أو إنتاج اللغة المنطوقة أو المكتوبة والمرتبطة بإصابة باحة من الباحات الدماغية المسؤولة عن اللغة (MICHEL et NAYDA, 2001,p45).

فكلمة أفازيا/حبسة هي مصطلح يوناني الأصل يتضمن مجموعة العيوب التي تتصل بفقدان القدرة على التعبير بالكلام أو الكتابة، أو عدم القدرة على فهم معنى الكلمات المنطوقة، أو إيجاد أسماء لبعض الأشياء أو المرئيات، أو مراعاتها القواعد النحوية التي تستعمل في الكتابة والقراءة (عبد المحسن زكي، 2001ص84).

يطلق مصطلح الافازيا (الحبسة) على الخلل الذي يطرأ على الميكانيزمات النفسية الحسية والحركية المسؤولة على إدراك وإنتاج اللغة، والذي يمس منطقة محددة من الكرة المهيمنة المسيطرة. (BARBIZET et DIARIO, 1977,p32)

أما في معجم التربية الخاصة فهي قصور في القدرة على فهم أو استخدام اللغة التعبيرية الشفوية وترتبط الحبسة الكلامية عادة بنوع من الإصابة في مناطق النطق والكلام في المخ، والحبسة مصطلح علم يشير إلى خلل واضطراب أو ضعف في أحد جانبي اللغة أو كليهما أي الاستيعاب والإنتاج، وينتج هذا الاضطراب عن خلل يصيب مراكز اللغة في الدماغ (جرادات ، 2009،ص171).

كما تعرف نصيرة زلال ZELLAL 1998 الحبسة على أنها: اضطراب الاتصال اللغوي الناتج عن ضعف بين علاقة الترميز و المصاب بحد ذاته. هذا الضعف يترجم شكليا باختلال في المراقبة لعمليات الاختيار ، و هي مراقبة ملازمة لمختلف مراحل برمجة اللغة ، و يكون الأداء اللغوي متميزا إذا ، بعدة مظاهر التي تختلف حسب درجة قوة الشدة لهذه المراقبة.

و تعرف الباحثة BRAHIMI الحبسة على أنها: ذلك الخلل الذي يحدث على مستوى الفعل التواصلية اللفظي ، نتيجة لإصابة دماغية ينتج عنه اضطراب على مستوى إحدى العمليتين المعرفيتين المتمثلتين في حركة الإخلال و حركة الإخراج.

و من خلال التعريفات السابقة يرى الباحث أن الحبسة هي عبارة عن تشوهات جزئية أو كلية تؤثر على تنظيم العملية اللغوية سواء على مستوى الفهم أو إنتاج الصيغ اللغوية أو الأمرين معا، و ذلك نتيجة إصابة المناطق المسؤولة عن اللغة على مستوى نصف الكروي الأيسر للدماغ (الجزء المسيطر).

(3) أعراض الحبسة:

لقد عدد الباحثون خلال دراساتهم للحبسة جملة من الأعراض تكون مصاحبة لهذا الاضطراب، فمنها ما هو متعلق بالتعبير ومنها ما هو متعلق بالفهم، نذكرها كالآتي:

- عدم القدرة على التعبير بالكلام أو الكتابة.
- عدم القدرة على فهم معنى الكلمات المنطوقة بها.
- عدم القدرة على إيجاد أسماء لبعض الأشياء أو المرئيات.
- عدم القدرة على مراعاة القواعد النحوية التي تتدخل في الحديث أو الكتابة.
- عدم القدرة على القراءة.
- اضطراب مجرى الكلام بحيث يكون المصاب بالحبسة أما بطيء وأما يكون سريع حيث يصعب عليه التوقف عن الكلام (حسن الطائي، 2008، ص ص 147-148)
- القولية (stéréotypie) وهي عبارة عن مقطع أو مقطعين يرددها المصاب في كل اتصال شفوي يقوم به بحيث يظهر هذا العرض بعد مرحلة الخرص، والقولية قد تختفي لبضعة أسابيع أو أشهر، كما يمكن أن تستمر لعدة اعوام، كما هو الحال لمفحوص بروكا الذي كرر لفظ لمدة 21 سنة (مصطفى فهمي، 1976، ص 65).

- التقليل الكمي للغة والتي تظهر في شكل فقر كلي للإنتاج اللغوي، ويمكن ملاحظته عند المصاب بشكل تدريجي أو بصفة مباشرة، وعند الاسترجاع تظهر في شكل قولبية.
 - **الحرص (le mutisme):** يتمثل في غياب كلي للإنتاج اللغوي، وتظهر في أنواع الحبسة التي تظهر فجأة لأسباب وعائية أو صدمات نفسية.
 - **نقص الكلمة (le manque de mot):** وهي عدم قدرة المصاب بالحبسة على استحضار الكلمات المناسبة عند التحدث، وفي هذه الحالة يفقد المصاب القدرة على انتقاء الكلمات المناسبة، فقد أشار جاكبسون إلى هذا الخلل في تصنيفه للحبسة وسمها اضطراب المماثلة (مُجَّد حولة، 2011، ص56).
 - **تحولات اللغة الشفوية (les paraphasies):** هي عبارة عن إنتاج خاطئ للكلمات وتحتوي على:
 - **تحولات صوتية (paraphasies phonémiques):** وتتمثل في حذف أو قلب أو إبدال الفونيمات مثل: قلب حرف الباء مع حرف الزاي في كلمة جيز لتصبح خزب، وبالرغم من هذه التغيرات يبقى الفهم العام ممكناً. (مُجَّد حولة، 2001، ص58).
 - **تحولات نطقية (paraphasies verbales):** تتمثل في إبدال كلمة بكلمة أخرى، هي بدورها تنقسم إلى قسمين:
 - **تحولات نطقية دلالية paraphasie sémantique** التي هي عبارة عن تبديل الكلمة المنتظرة بكلمة أخرى تشترك معها في الدلالة (المعنى) مثل نطق المصاب /الملعقة / بدلا من / الفرشاة . /
 - **تحولات نطقية شكلية morfologique paraphasie** : تتمثل في تبديل الكلمة المنتظرة بكلمة أخرى تشبهها في الشكل مثل /نار / / تصبح /فار/
- هذه التحولات تظهر بصفة واضحة أثناء بنود التسمية من اختبارات الحبسة كما يمكن ان تظهر كذلك أثناء اللغة العفوية و تسمى بعرض اختراع الكلمات néologisme ، و الكلمات الجديدة

المنتجة من طرف الحبسي يصعب إعطاؤها معنى من طرف السامع فتكون غير موجودة في القاموس اللغوي (jargon).

- الصمم اللفظي (**surdité verbale pure**): هو عبارة عن خلل في التعرف على المنبهات السمعية المكونة للغة الشفوية، بحيث يجد المصاب صعوبة في فهم الرسالة اللسانية الشفوية، وكذلك الفشل في الاختبارات الخاصة بالتكرار والتميز والإملاء وعدم التمييز بين الأصوات (مُحَمَّد حولة، 2001، ص58).

- الأخطاء النحوية و التركيبية **les troubles grammaticaux**:

هنا يقوم المصاب بإنتاج عبارات غير مطابقة لقواعد نحوية و مميزات الخطأ النحوي هو تقليل و تبسيط البنيات التركيبية و هذا ما يتجلى في غياب أدوات الربط و في استعمال الأفعال بدون صرف و فيما يخص الخطأ التركيبي يكون السرد الشفوي عادي و عدد البنيات التركيبية لا تختلف لكن استعمالها يكون مشوها

أ- اللانحوية أو اللاتركيبية : تتمثل في لغة فقيرة و في تقليل في البناء الشكلي و التركيبي حيث نلاحظ تراكم للجمل أخطاء في النحو وفي هذه الحالة يكون المصاب باللانحوية واعيا باضطرابه المتعلق بالصعوبة اللغوية و هذا ما يسمى بالنمط التلغرافي و هذا العرض يكون خاص بالحبسة الحركية او حبسا بروكا .

ب - فقدان النظامية : **la dysyntaxie** هي استعمال للغة تحتوي على بنيات تركيبية غير ملائمة ، فالتركيب او المستوى التركيبي للجمل يكون مستعملا بصفة غير صحيحة و في هذه الحالة يكون الحبسي غير واعى باضطرابه التركيبي .

- أعراض خاصة بالفهم الشفهي:

هذه الاضطرابات صعبة التحديد و التحليل و هذا لأنها تؤدي على أساس استجابة المفحوص التابعة للإصدارات اللفظية للفاحص و لهذا يجب مراعاة بعد المبادئ المنهجية من مثل تفادي كل المعلومات الإضافية التي تصاحب الرسالة اللفظية كالإشارات و الملامح و حتى نبرة الكلام كذلك نتأكد أن المريض عند تقديم له التعليمه بأنه لا يقرأ على الشفاه .

أعراض خاصة بالتعبير الكتابي :

تكون اللغة المكتوبة عموماً أكثر إصابة من اللغة الشفهية نظراً لأن هذه الأخيرة تكتسب قبل اللغة المكتوبة و بالتالي نلاحظ اضطرابات على مستوى سياق الكتابة من الناحية الكمية كما أن مجرى الكتابة يكون بطيئاً و الانتاج الكتابي يكون ضعيفاً

أعراض خاصة بالفهم الكتابي :

نلاحظ نفس الإضرابات التي نجدها في الفهم الكتابي و تسمى هذه الاضطرابات باضطرابات قراءة الكلمات و الحروف.

(4) آثار ناجمة عن الحبسة:

(أ). الألم:

قد يشعر الأشخاص الذين أصيبوا بالحبسة الناجمة عن الجلطة الدماغية بألم أو تخدر أو أحاسيس غريبة أخرى في بعض أجزاء أجسامهم المتضررة من الجلطة الدماغية. فعلى سبيل المثال، إذا تسببت الجلطة الدماغية في فقد الإحساس بذراعك اليسرى، فقد تشعر بوخز غير مريح في هذه الذراع.

(ب). التغيرات في السلوك والقدرة على رعاية الذات:

قد يصبح الحبسي أكثر انطوائية وأقل اجتماعية أو أكثر اندفاعية. وقد يحتاجون إلى مساعدة في الاعتناء بأنفسهم وأداء مهامهم اليومية.

(ج). المشاكل الانفعالية:

قد يواجه الأشخاص الذين أصيبوا بالحبسة صعوبة أكثر في السيطرة على انفعالاتهم، أو قد يصابون باكتئاب أو ما يسمى باكتئاب ما بعد الصدمة .

(د). الاكتئاب :

الاكتئاب من بين الاضطرابات السلوكية التي تظهر بصفة مبكرة عند المصاب بالحبسة منذ بداية الاضطراب. هذه الاضطرابات جد معقدة لاسيما إذا كان المصاب واعياً بحالته المرضية و بصعوباته وضعف قدراته المعرفية، و يؤدي الاكتئاب إلى اللامبالاة و الخمول و عدم إنجاز النشاطات اليومية.

كما يمكن أن يكون الاكتئاب مشترك مع اضطراب أخرى كعدم الانتباه و نقص التركيز.

(ه). القلق:

يعتبر القلق مثله مثل الاكتئاب من بين المؤشرات المبكرة التي تظهر أحيانا قبل الأعراض الأخرى فالقلق راجع للتحويلات و الصعوبات التي يتلقاها المريض في حياته اليومية فحوالي % 50 من اضطراب الحبسة يعانون من القلق، و يختلف الاضطراب من حالة إلى أخرى و حسب مرحلة تطور الاضطراب.

(و). العدوانية :

العدوانية سلوك سائد عند المصابين باضطراب الحبسة ويتمثل السلوك العدواني في: التعدي الجسمي على الآخرين، و التعدي اللفظي عن طريق الشتم و العبارات الغير اللائقة أو غير مفهومة في أغلب الاحيان.

(ز). اضطرابات التغذية :

تظهر اضطرابات التغذية واضطراب في البلع خاصة في المرحلة الأولى من الاضطراب، و تشمل بعض الأعراض الحادة لسوء التغذية، في البداية يلاحظ على المصاب نقص في التغذية و رفضه للأكل، مما يتسبب له في نقص واضح في الوزن.

(ح). الاضطرابات الجنسية:

يمكن ملاحظة هذا النوع من الاضطرابات عند أغلب الحالات و يتمثل في سلوك غريزي غير متحكم فيه، و تكون مصحوبة بعجز جنسي.

اضطرابات النوم:

تظهر اضطرابات النوم خاصة في بداية الاضطراب عند حوالي % 40 من الحالات و تأخذ أشكالا عدة نذكر من بينها:

- الاستيقاظ عدة مرات، أو عدم النوم
- الإفراط في النوم يشعر المريض برغبة كبيرة في النوم، متعلقة بالخمول و اللامبالاة.

اضطراب في وظائف الإخراج:

يعاني المصاب بالحبسة من صعوبات في التحكم في عملية البول وتظهر عدم التحكم في عملية البول و خاصة التبول الليلي

التبرز اللارادي: و يقصد بها عدم التحكم في عملية التبرز عند المريض بالحبسة و هي حالة نادرة.

الاتكالية: بسبب الشلل الذي يصاحب الحبسة نجد المصاب بالحبسة يعاني نوع من التبعية كونه في حاجة الى الرعاية و المساعدة مما يتسبب هذا الأخير في أن يصبح الشخص اتكالي.

(5) أسباب الحبسة:

(أ). الجلطة الدماغية AVC:

وهي أكثر الأسباب شيوعاً، حيث تبلغ نسبة الإصابة بالجلطات الدماغية التي تتخلف الحبسة مقارنة بالأسباب الأخرى 75% ، وتكثر في كبار السن، ولا تسلم منها الفئات العمرية الأخرى، وتحدث الجلطة الدماغية نتيجة خلل ما في تروية الأوعية الدموية، إما بسبب انسداد في أحد الشرايين لثثرة دم توقف تدفقه إلى الدماغ، وفي حالة الانسداد لبضع دقائق فإننا لخلايا في المنطقة المصابة تتلف وتموت مؤدية إلى حدوث الحبسة، وإما نتيجة نزف في تلك الأوعية فيتجمع الدم محدثاً ذلك التلف.

• الانسدادات الدماغية:

تتمثل في انسداد أحد الشرايين الدماغية أو المؤدية إلى الجملة العصبية بسبب تخثر الدم، تظهر أعراض الحبسة أما بصفة فجائية أو تدريجياً.

• الانسدادات الشريانية:

وهي أكثر الأنواع انتشاراً، ويقع هذا النوع من الانسدادات في منطقة سلفيوس (شريان سلفيوس وما يحيط به) في النصف المخيم المسيطر، عندما يكون التلف قريب من منطقة رولاندو (région prérolandique) ويتسبب في ظهور حبسة بروكا مع شلل نصف الجسم الأيسر عند الفرد اليميني، في حين اذا ما أتلفت المنطقة الخلفية اليسرى (région rétro rolandique)تظهر على أثرها حبسة فرنيكي اما مستقلة وأما مصحوبة بنقص حسي - حركي من نصف الجسم الايمن، غياب جانبي الايمن للمجال البصري، بالإضافة إلى اضطرابات براكسية. توجد حالات أخرى أين يتسبب في تخثرق الدم في محق كلي للمنطقة السيلفيوسية ينشأ على أثره حبسة كلية حيث تصيب فهم وإنتاج اللغة واضطرابات معتبرة على مستوى اليقظة، في أكثر من 30% من الحالات يموت المصاب والا تبقى أعراض الحبسة بصفة شبه نهائية (POTTIER, 1995,pp56-57).

• الإنسدادات اللحائية وتحت اللحائية:

تقع الانسدادات اللحائية على مستوى الشريان الدماغي الخلفي من النصف المخيم المهيمن وأكثر الاضطرابات الملاحظة هي العمه الشفوي (la cécité verbal) مصحوبة بغياب جانبي للمجال البصري، في حين نجد الانسدادات تحت اللحائية هي السبب في ظهور الحبسة تحت اللحائية (aphasie sous corticale) ومن أعراضها اضطرابات بصرية، حركات عشوائية واضطرابات في إنتاج اللغة.

• النزيف الدماغي:

هناك عدة عوامل تساهم في حدوث النزيف الدماغي منها الضغط الدموي، التشوه الشرياني، اضطرابات في عملية تخثر الدم، بحيث تظهر أعراض الحبسة بشكل عميق ومباشر وذلك حسب اتساع الإصابة العصبية، فعلى سبيل المثال إذا حصل نوع على مستوى نصف المخيم المسيطر فإنه يؤدي إلى شلل نصف الجسم المسيطر مع انحراف الرأس والعينين في اتجاه نصف الجسم المصاب، إضافة إلى اضطرابات في اليقظة إضافة إلى أعراض حبسة بروكا أو الحبسة الكلية.

أما النوع الثاني من أنواع النزيف فنجد (hémorragie contro latérale) والتي تصيب الفص الجداري و الفص الصدري أو الفص الصدغي الأيسر عند الشخص اليميني فيؤدي إلى حبسة فنيكي، والأعراض المشاهدة في الإصابة الصدغية تتركز بالخصوص في اضطرابات اللغة الشفهية، أما الإصابة الجدارية فيترتب عنها اضطرابات في اللغة المكتوبة مصحوبة باضطرابات حسية وحركية في النصف الجسمي المعاكس لموقع الإصابة، كما نشاهد أعراض الحبسة الانتقالية (aphasie de conduction) أو الحبسة اللحائية الحسية (aphasie transcorticale) و إصابة الفص الجبهي يؤدي إلى حبسة بروكا، وإصابة الفص الشفوي يؤدي إلى عمه شفوي خالص (cécité verbal pure).

ب). الأمراض الورمية (les tumeurs):

جميع الأورام الدماغية البسيطة والخطيرة (tumeurs bénignes/malignes) عندما تصيب النصف المخي المهيمن تؤدي إلى اضطرابات حسية، تتوقف خطورتها على موقعها وسرعة تطورها، ففي

حالة الأورام الصدغية اليسرى نجد اضطرابات لغوية من نوع الرطانة، أما الأورام الجبهية فيترتب عليها اضطرابات وجدانية، ونقص معتبر في النشاط وفي الإقبال على الكلام.

ج). الصدمات الدماغية (traumatismes crâniens):

يعد الفص الصدغي والجبهي من أكثر المناطق العصبية تضررا مما يفسر كثرة الحالات المصابة بحبسة فرنيكي والتي تكون غالبا مصحوبة باضطرابات على مستوى السلوك، كما أن الإصابات الناتجة عن الصدمات معقدة وتتسبب في ظهور أي نوع من أنواع الحبسة إضافة إلى اضطرابات ذات الطبيعة النفس عصبية (POTTIER, 1995, p58).

د). الأمراض العصبية التطورية (les maladies neurodégénératives):

إن مصطلح الأمراض التَنَكُّسِيَّة أو التطورية في الجهاز العصبي هو مصطلح شامل يتضمن حالات عدة والتي تؤثر بالأساس على الخلايا العصبية في المخ.

والخلايا العصبية هي حجر الأساس للنظام العصبي والذي يتضمن المخ والحبل الشوكي. لا تستطيع الخلايا العصبية في الوضع العادي أن تعيد إنتاج أو استبدال نفسها، لذا فعند تضررهم أو موتهم فإن الجسم لا يستطيع استبدالهم. تتضمن الأمثلة على المرض التنكسي في الجهاز العصبي داء باركنسون (الرعاش) والزهايمر ومرض هونتيفغتون معطية خلل في المساحات المسؤولة عن اللغة أي ينتج عنها حبسة كلامية.

والأمراض التَنَكُّسِيَّة في الجهاز العصبي هي حالات لا يمكن الشفاء منها وتسبب العجز وتتسبب في التنكس المترقي أو/و موت الخلايا العصبية. وهذا يسبب مشكلات في الحركة (وتسمى الاختلاج الحركي) أو الوظائف الذهنية (وتسمى الخرف).

6) انواع الحبسة :

تتنوع الحبسة كما حسب موقع الإصابة ، لذا نجد لها عدة أشكال ، حيث اهتم بتصنيفها العديد من الفيزيولوجيين كالأخصائيين أمثال Wernicke و Pierre Marie حيث تم تحديد أعراضها من خلال معطيات مبينة على أسس تشريحية.

أ). حبسة بروكا Aphasie de Broca :

تسمى أيضا بالحبسة اللفظية مثلما أشار إليها Head ، بينما Goldstein أطلق عميها اسم الحبسة الحركية، كما سماها Cohen أيضا بحبسة التحقق الصوتي.

خصائص حبسة بروكا:

- صعوبة استحضار الكلمة رغم سلامة أعضاء النطق.
- فقر في التعبير الشفوي وأحيانا يكون أبكن أي غير قادر على التسمية الشفوية.
- القولية والفهم السليم نسبيا.
- كتابة مضطربة بنفس درجة اللغة الشفوية.

(ب). حبسة فرنكي **Aphasie de Wernicke** :

هذه الحبسة قائمة نتيجة إصابة المنطقة الخلفية من التلفيفين الصدغيين T1 – T2 و هي حبسة تضم كل الاضطرابات اللغوية، ما عدا اضطرابات النطق،

تعتبر حبسة Wernicke أخطر من حبسة Broca كما يطلق عليها اسم Sensorielle حبسة حسية لأنها تتمركز في الفص الصدغي كما أنها حبسة جارية.

خصائص حبسة Wernicke :

- سياق الكلام سريع أو تقريبا عادي.
- فهم الكلام الشفهي مضطرب.
- خطاب غير مفهوم.
- الخطاب عادي من الناحية الصوتية أما من الناحية الكيفية، فيكون ناقصا.
- فهم مضطرب سواء على مستوى اللغة الشفهية أو المكتوبة.
- التعبير يتميز بنقص الكلمة.
- الخطاب غير مفهوم.
- الفهم الشفهي تقريبا عادل.
- صعوبات على مستوى اللغة المكتوبة.
- اضطرابات في القراءة بصوت عال وممكن استحالتها.

(ج). الحبسة التواصلية **Aphasie de conduction** :

هي حبسة جارية ناتجة عن إصابة الألياف الرابطة بين المساحة السمعية ومساحة الفص الصدغي ، أي بين منطقة Broca ومنطقة Wernicke .

يتميز الخطاب لدى المصاب بهذا النوع من الحبسة بترددات كتوقعات حيث تنتج جمل منفصلة عن بعضها البعض لا تحتكم على روابط نحوية ، كما تتخللها تكرارات ونجد نقص الكلمة الذي يؤدي إلى إنتاج Paraphasie phonémique ، بالإضافة إلى الفهم الذي يكون عادي أو قريبا للعادي.

من حيث الوظيفة اللغوية، نجد مجرى الكلام يكون عادي مع وجود اضطرابات واضحة في التكرار، مع عدة تحولات صوتية، كما تصادف المصاب المشاكل المرتبطة بالقراءة ، لتصبح قراءته بصوت عال مضطرب و الكتابة تكون مليئة بالأخطاء.

(د). الحبسة النسيانية **Aphasie Amnésique** :

تسمى أيضا بحبسة الانتقاء ، وذلك راجع لعدم القدرة على انتقاء الكلمات المراد استحضارها، حسب الرغبة والموقف الذي يختار المصاب ، حيث يتحدد بذلك مكان الإصابة على مستوى الفص الجداري.

- نقص الكلمة وعدم القدرة على تسمية الأشياء التي تقع في مجال الإدراك البصري للحبسي.
- عدم القدرة على الربط بين الدال والمدلول في الحالات المعقدة.
- الفهم للغة الشفهية والمكتوبة جيد.
- المريض يكتسب القدرة على القراءة بصوت مرتفع في الحالات الخفيفة.

(هـ). الحبسة الكلية **Aphasie globale** :

هذه الحبسة ناتجة عن أورام و أمراض تطورية ، حيث تكون الاضطرابات اللغوية فيها حادة مثل التي نجدها في حبسة Broca مع اضطرابات في الفهم للغة الشفهية والكتابية، مثل التي نجدها في حبسة Wernicke.

(و). الحبسة المختلطة: **Aphasie mixte**

تتمركز الإصابة في منطقة اللغة وخاصة منطقتي Broca و Wernicke وسميت بالحبسة المختلطة لأن المصاب هنا يحمل كل الأعراض التي نجدها في حبسة Broca و Wernicke.

خلاصة الفصل:

تعد الحبسة احد اضطرابات اللغة و الكلام حيث هناك أسباب عديدة قد تؤدي إلى حدوث الحبسة ، مثل الأورام أو الجلطات، أو الإصابات الخارجية للدماغ.. بحيث ينتج عن ذلك إصابة لمراكز اللغة في الدماغ مما يؤدي إلى حدوث خلل في الوظائف اللغوية، وترتبط نوعية هذا الخلل وحدته بنوع الإصابة التي لحقت بمراكز اللغة في الدماغ. مما ينتج عن هذا الأخير تمييز عدة أنواع منها كحبسة بروكا و حبسة فيرنيك و الحبسة التواصلية و غيرها ، كما أن الحبسة تصيب الطفل و الراشد ، و لكن يمكن معالجتها باستخدام عدة أساليب في وسط مجموعة من العوامل .

الفصل الثالث : الاتزان الانفعالي

- تمهيد
- مفهوم الانفعالات
- أنواع الانفعالات
- مراحل النمو الانفعالي
- مفهوم الاتزان الانفعالي
- الصحة النفسية و الاتزان الانفعالي
- خصائص المتزن انفعاليا
- خلاصة الفصل

تمهيد:

تؤدي الانفعالات في حياة الإنسان إلى حالة من القلق وسرعة الغضب وردود الفعل غير المتوازنة .وقد تزداد تلك الانفعالات إلى أن تملأ فضاء الإنسان النفسي فتقل بذلك الفترات التي يشعر فيها الإنسان بالراحة والاطمئنان . وقد تشتد تلك الانفعالات فتؤدي إلى حالة من الاكتئاب إذا صاحبها ضغوط خارجية أو أزمات أو عوامل تزيد من حدتها وخطورتها ، لكن الإنسان يتوفر عادة على قدرات لتحل هذه الانفعالات والتغلب عليها وربما نسيانها.

حيث توصل روجرز بناءً على فحصه عدد من الدراسات حول آثار العلاج النفسي إلى حدوث تغيرات في مشاعر الفرد ، واتجاهاته لذاته وقدراته، وخصائصه بانفعال أقل ، وموضوعية أكثر، كما يدرك نفسه بأكثر قدرة على مواجهة مشكلات الحياة ، كما تحث تغيرات في شخصية الفرد في اتجاه نقص القلق، والميول العصائيه ، والانطوائية ، وازدياد في التكامل النفسي ، والاتزان الانفعالي، والقدرة على التكيف، والميل الاجتماعي ، والثقة بالنفس (الغامدي، 2009)

و يعد الاتزان الانفعالي حالة من الهدوء و الاستقرار في الاستجابة للمواقف و المثيرات الخارجية يسعى لها كل فرد من أفراد المجتمع، و سيتم في التطرق لهذه الحالة بالتفصيل في ما يلي من تعريفات و تحيدي للمفاهيم و مدى علاقة الاتزان الانفعالي بالصحة النفسية وكيف يمكن لكل فرد أن يحقق اتزانه الانفعالي.

1. مفهوم الانفعالات:

لغة : يشار إلى مفهوم عملية الانفعالات في اللغة اللاتينية بكلمة (Emovire) و أما في اللغة الإنجليزية يشار إليها بكلمة (Emotion) و في اللغة العربية فإن مفهوم الانفعالات مأخوذة من (انفعال، منفعال، انفعالات) اي تأثر متأثر .

مفهوم الانفعالات إجرائيا:

عملية الانفعالات كباقي مفاهيم في علم النفس لا يوجد لها تعريف إجرائي واحد، و معياري متفق عليه من قبل جمهور علماء النفس كافة ، و ذلك لاختلاف خصائص ، و مكونات و وظائف الانفعالات بالإضافة إلى الفروق في الخلفيات النظرية لدى علماء النفس و عموما يمكن الإشارة إلى بعض هذه التعريفات الإجرائية لعملية الانفعالات، من بينها إنها :

- عملية عقلية عليا غير معرفية.
- حالة وجدانية عنيفة تصحبها تغيرات فسيولوجية حشوية، و تعبيرات حركية مختلفة ، تنتاب الفرد بصورة مفاجئة و تأخذ صورة أزمة عابرة (مؤقتة) لا تدوم طويلا.
- حالة معقدة أو مركبة من حالات الكائن العضوي تنطوي على تغيرات جسمية ذات طابع واسع النطاق في التنفس، و إفراز الغدد، أما من الجانب العقلي هي حالة من التهيج أو الاضطراب تتميز بشعور قوي و تؤلف عادة دافعا نحو شكل من أشكال السلوك و أنماطه.
- حالة طارئة مؤقتة مقيدة بموضوع معين.
- حالة الاستعداد للفعل و وضع الأولويات و تدعيم المخططات و ما يصاحبها من تغيرات جسمية ، و تعبيرات و أفعال .
- مزيج من نشاط فسيولوجي (كضربات القلب) و سلوكيات تعبيرية و خبرة شعورية تتضمن الأفكار و مشاعر كالشعور بالخوف ، و الفرح ، و غيره . حالة و وجدانية طارئة أو عابرة و مزمنة ، كالحالات المزمنة من القلق و الإكتئاب.
- حالات داخلية تشبه الدوافع من حيث عدم ملاحظتها مباشرة، أو قياسها مباشرة.

- حالات داخلية تتصف بجوانب معرفية خاصة ، و إحساسات و ردود أفعال فسيولوجية و سلوك تعبيرى معين ، و هي تنزع للظهور فجأة ، و يصعب التحكم فيها.
- حالة من اللاتوازن بين الكائن الحي (الحيوان و الإنسان) من جهة، و المثيرات الخارجية (المادية و الاجتماعية) من جهة أخرى مما يؤدي إلى ظهور الانفعالات بصورة مفاجئة، و لحظة زائلة تدفعنا للاقتراب من شيء أو الابتعاد عنه ، و تكون مصحوبة باضطرابات جسدية خارجية ، و حشوية.
- حالة استثارة تتم داخل كائن الحي ، و لها مكونات فسيولوجية، و معرفية موقفية، و تتسم بإحساسات و سلوك تعبيرى معين، و هي تنزع إلى الظهور فجأة ، و يصعب التحكم فيها . في ضوء ما ذكر سابقا يتضح أن التعريفات الإجرائية مختلفة في شكلها ، و لكنها متشابهة في محتواها ، حيث أن القاسم المشترك في كافة التعريفات الإجرائية لها اعتبرت الانفعالات.
- حالة وجدانية. و داخلية مفاجئة . يصاحبها تغيرات فسيولوجية و نفسية معا.

(عبد الخالق، 1984، ص98)

و من خلال ما سبق يتضح لنا أن الانفعال Emotion يتمثل في كل ما ينتاب الفرد من حالات وجدانية كالحب أو الكره أو الحزن أو الغضب أو الغيرة أو السرور أو القلق أو النفور ، كما يتصف الانفعال بحدوث استجابة فسيولوجية على درجة من الشدة تتضح في الارتفاع المفاجئ لضربات القلب، انقباض عضلات المعدة ، ازدياد في ضغط الدم ، ازدياد التوتر العضلي.

2. أنواع الانفعالات:

قد تطول قائمة المشاعر والاستجابات التي ندرجها تحت مصطلح "الانفعال" حتى تكاد تكون لا متناهية، ولعل بعض ما يرد للذهن في أول برهة هو الخوف والغضب والفرح والرعب والألم والقلق والغيرة والحجل والحرج والتقزز والحزن والضيق والرفض، وهذه في غالبها انفعالات سلبية، ولكن يمكننا أن نضيف بعض الانفعالات الإيجابية كالحب والفرح والحبور والنشوة واللذة والسعادة و سنفصل في بعضها في ما يلي: (عجو، محمصاجي، 2015، ص48)

(أ). **إنفعالات ايجابية:** وهي الانفعالات التي تعمل على زيادة النشاط والحيوية والنشاط والطاقة والحماس كما تعمل على زيادة ضربات القلب وضغط الدم ومن هذه الانفعالات الحب والسرور والحنين وهذه الانفعالات تكون شدتها مرتفعة ونتائجها حميدة بالنسبة للصحة النفسية والجسمية .

(ب). **انفعالات سلبية:** وهي الانفعالات الباعثة للتعاسة التي تكون شدتها ضعيفة وتعمل على التقليل من النشاط والحيوية مثل الكره والضجر ونتائجها غير حميدة بالنسبة للصحة النفسية والجسمية .

(ج). **انفعالات فطرية:** تظهر مبكرة في حياة الفرد ومثيراتها بسيطة، وهي أولية لا يمكن ردها إلى أبسط منها مثل الخوف والحزن.

(د). **انفعالات مكتسبة:** تظهر في وقتٍ متأخرٍ نسبياً من حياة الفرد، وهي مركبة من عدة انفعالات كالإزدراء الذي يمكن اعتباره مزيج من الغضب والاشمئزاز، والغيرة التي تتألف من الغضب والخوف والشعور بالنقص وحب التملك. ومن الانفعالات ما هو منشط كالفرح والغضب، ومنها مثبط كالحزن والاكتئاب. (<http://www.uobabylon.edu.iq>)

3. مراحل النمو الانفعالي:

يرى اريكسون Erikson أنه توجد ثمان مراحل يسير خلالها النمو الانفعالي، و هذه المراحل هي:

1- **الثقة في مقابل عدم الثقة:** حيث أن الشعور بالثقة ينمو مع الطفل منذ السنوات الأولى، و يساعد حب الوالدين على تعزيز هذه الثقة.

2- **الاستقلالية في مقابل الشك و الحزي:** و تبدأ مع السنة الثانية، حيث يرغب الفرد في إبراز قدراته و مهاراته، و يجب على الأسرة أن تتيح له الفرصة لذلك، و إلا تهتز شخصية الفرد و تضطرب.

3- **المبادرة في مقابل الشعور بالذنب:** و تبدأ مع السنة الرابعة، و فيها يحاول الفرد استطلاع العالم الخارجي و تنمية التفكير و التخيل.

4- الكفاية في مقابل الدونية: و تبدأ مع السنة الخامسة، و يبدو الطفل إما نشطاً منتجاً، أو لا يستطيع أن يتكيف مع معايير الأسرة.

5- الإحساس بالهوية في مقابل التشتت بين الأدوار: و تبدأ مع بداية مرحلة المراهقة، حيث يستبصر المراهق الأدوار الجديدة التي يطمح في أدائها.

6- الاجتماعية في مقابل العزلة: حيث يحاول المراهق أن يُكون صداقات حميمة مع الآخرين من خلال تكوين نظام حُلقي متمثل في الالتزام الحُلقي و الاجتماعي، و الذي يُؤدي بدوره إلى التكيف.

7- الإنتاجية في مقابل استغراق الذات: و تتمثل في القدرة على التفاعل مع الآخرين لإثبات و تحقيق الذات مقابل الانطوائية.

8- تكامل الذات في مقابل اليأس: و يأتي ذلك من خلال الاقتناع بإشباع حاجات الفرد، و الاقتناع بإشباع منظومة قيمه، و اتخاذ القرارات السليمة (العدل، 1995، ص 126 – 127).

و هذه المراحل تعني أن دورة الانفعالات تشبه دورة الدافعية، حيث أن ظهور أي انفعال يتطلب حدوث تفاعل تكاملي بين المفاتيح الداخلية و المفاتيح الخارجية لها (المكونات المعرفية و البيولوجية) من جهة، و المفاتيح الخارجية لها (العوامل المادية و الاجتماعية) من جهة أخرى. (بني يونس، 2007، ص 236).

4. مفهوم الاتزان الانفعالي:

عرف راجح (1961، ص 101) الاتزان الانفعالي بأنه قدرة الفرد على ضبط انفعالاته والتعبير عنها بصورة ناضجة متزنة بعيدة عن تعبيرات الطفولة وعن التهور والاندفاع، ولا يتسم سلوك الفرد على أنه مدعور أو واقع تحت ضغط شديد، وأن تكون حياته الانفعالية رزينة لا تتذبذب وتتقلب لأسباب تافهة بين المرح والانقباض، وبين الحزن والفرح، وبين الضحك والبكاء، وبين الزهو والخنوع، وبين التحسس والفتور.

وذكر عبد الغفار (1976، ص ص220-221) أن الاتزان الانفعالي هو الوسطية، إذ أن الوسطية كما ينظر إليها، هي الاعتدال في إشباع الفرد لحاجاته البيولوجية، وكذلك هي الاعتدال في إشباع الفرد لحاجاته النفسية، وهي أيضا الاعتدال في تحقيق قيمة، أو تحقيق ذلك الجانب من الشخصية الذي أهمله الآخرين، ويقصد به الجانب الروحي من الشخصية.

وعرفه سوييف (1978، ص252) بأنه ذلك الأساس أو المحور الذي تنتظم حله جميع جوانب النشاط النفسي التي اعتدنا أن نسميها بالانفعالات أو التقلبات الوجدانية من حيث تحقيقها لشعور الشخص بالاستقرار النفسي أو باختلال الاستقرار، وبالرضا عن نفسه أو باختلال هذا الرضا، وبقدرته على التحكم في مشاعره أو بانفلات زمام السيطرة من يديه.

وهو الحالة التي يستطيع فيها الشخص إدراك الجوانب المختلفة للمواقف التي تواجهه، ثم الرابط بين هذه الجوانب وما ليه من دوافع وخبرات وتجارب سابقة من النجاح تساعد على تعيين وتحديد نوع الاستجابة وطبيعتها، بحيث تتفق ومقتضيات الموقف الراهن وتسمح بتكييف استجابته تكييفاً ملائماً ينتهي بالفرد إلى التوافق مع البيئة والمساهمة الإيجابية في نشاطها، وفي نفس الوقت ينتهي بالفرد إلى حالة من الشعور بالرخاء والسعادة (عبد الفتاح، 1984، ص77)

وذكر داؤد والعيدي أن الاتزان الانفعالي يتمثل في قدرة الفرد على تناول الأمور بتأني و صبر، لا يستفز ولا يستثار من الأحداث التافهة، ويتسم بالهدوء والرزانة، وعقلاني في مواجهة الأمور، ويتحكم في انفعالاته، خصوصا "الغضب، الغضب والغيرة". (داؤد والعيدي ، 1990 ، ص378)

و أشار المزيني إلى نفس المعنى، حيث عرفه بأنه التحكم والسيطرة على الانفعالات والتعامل بمرونة مع المواقف والأحداث الجارية منها والجديدة، مما يزيد من قدرته على قيادة المواقف والآخرين. (المزيني، 2001، ص69)

يرى محمود إسماعيل محمد ريان أن الاتزان الانفعالي هو : حالة التروي والمرونة الوجدانية حيال المواقف الانفعالية المختلفة التي تجعل الأفراد الذين يميلون لهذه الحالة الأكثر سعادة، وهدوءاً وتفاؤلاً، وثباتاً للمزاج ، وثقة في النفس . أما الأفراد الذين يعزفون عن هذه الحالة فليدهم مشاعر الدونية، وتسهل إثارتهم ، ويشعرون بالانقباض والكآبة ، والتشاؤم ، ومزاجهم متقلب. (ريان، 2006، ص09)

حسب موسوعة علم النفس، فان الثبات الانفعالي أو الاتزان الانفعالي يعني درجة من الضبط الذاتي الانفعالي، والتناسب بين الاستجابة ونوعية المثيرات في ضوء المتوقع اجتماعيا، مع وضوح الاستقرار والاتساق الانفعالي والبعد عن التقلبات الحادة والشديدة، وعدم ظهور أي آثار سلبية بسبب الانفعال على المظاهر الفسيولوجية التي يتحكم فيها الجهاز المستقل، مثل التغيرات الحشوية في الجهاز الهضمي أو الجهاز الدوري أو الجهاز النفسي أو في السلوك. (طه، 1993، ص 266).

فمن خلال التعريفات السابقة لمصطلح الاتزان الانفعالي، يتبين لنا أن الفرد المتزن انفعاليا يستجيب للمواقف والمشاكل التي تواجهه بأسلوب يتصف بالمرونة والنضج والاعتدال والصبر والإيثار والهدوء وعدم التطرف والمبالغة والاندفاع والمغالاة في الاستجابة للمواقف الانفعالية المختلفة، فهو شخص يشعر بالتفاؤل والبشاشة والاستقرار النفسي، والتحرر إلى حد كبير من الشعور بالإثم والقلق، والوحدة النفسية، كما أنه شخص يشعر بالراحة والطمأنينة في المواقف كافة، ويربأ بنفسه عن الأنانية المفرطة، وهو شخص يعرف إمكانياته ويدرك حجم قدراته الشخصية جيدا من خلال خبرته الشخصية، مما يساعده في تحييدي نوع الاستجابة المناسبة وطبيعتها، بحيث تتواءم وتتلاءم مع الموقف الراهن الذي يعيشه في لحظة ما، منتهيا به ذلك إلى التوافق مع البيئة المحيطة به في تلك اللحظة.

بينما الشخص الغير متزن انفعاليا، فهو شخص اندفاعي ومتقلب المزاج، تسهل استثارته، وتسم جميع انفعالاته بالتطرف وعدم النضج، وشعر بالكآبة، والتشاؤم ولا يعرف الصبر والإيثار والاعتدال طريقا، وبهذا التصور يتضح لنا أن الاتزان الانفعالي سمة عامة تفرق بين الأسوياء وغير الأسوياء.

ووفقا لما سبق، فان الباحث يرى أن الاتزان الانفعالي هو حالة الهدوء والمرونة الوجدانية والانفعالية التي تعتري انفعال شخص ما اتجاه المواقف الانفعالية المختلفة مما يتوافق مع قدراته وإمكانياته التي يجربها في مثل تلك المواقف، والتي تجعل الشخص الذي يتمتع بهذه الحالة أكثر سعادة وهدوءا وتفاؤلا، وثباتا للمزاج، وثقة في النفس من أقرانه الآخرين، أما الأفراد الذين يعزفون عن هذه الحالة ولا يتمتعون بها فان لديهم مشاعر الدونية، وتسهل إثارتهم ويشعرون بالانقباض والكآبة والتشاؤم، ومتقلب المزاج.

5. الصحة النفسية والاتزان الانفعالي:

يرى كفاي أن الاتزان الانفعالي شرطاً من شروط الصحة النفسية، بل هو مرادف لها كون كل من هذين المصطلحين يشير إلى عملية واحدة، أو أن الصحة النفسية تتحقق كنتيجة للاتزان الانفعالي. (كفاي، 1986، ص161)

ويعرف علماء آخرون الصحة النفسية بأنها حالة نفسية يشعر فيها الإنسان بالأمن والطمأنينة عندما يحقق التوازن بين قوى نفسية داخلية أو بين مطالب جسمه ونفسه وروحه، وبين مصالحه الفردية ومصالح الجماعة التي يعيش فيها، وبين هذه الجوانب جميعاً. (أبو زيد، 1987، ص198).

و للصحة النفسية شقان، أولهما نظري علمي، يتناول الشخصية و الدوافع و الحاجات، و أسباب الأمراض النفسية و أعراضها، و حيل الدفاع النفسي، و التوافق، و تعليم الناس، و تصحيح المفاهيم الخاطئة، و تدريب الأخصائيين للقيام بالبحوث العلمية .. و الشق الثاني تطبيقي عملي، يتناول الوقاية من المرض النفسي، و تشخيص الأمراض النفسية و علاجها. (العناني، 2011، ص10).

و للصحة النفسية علامات تدل عنها، و مؤشرات ترشد إليها، و دلالات تدل عليها، و تشير هذه العلامات إلى مظاهر سلوكية محددة يتوافر الكثير منها لدى الشخص الذي يتمتع بدرجة عالية من الصحة النفسية، و هذه المؤشرات هي مؤشرات نوعية منها ما هو ذاتي لا يشعر بها إلا صاحبها، و منها ما هو خارجي يدركه الآخرون، و منها (الاتزان الانفعالي)، فيتسم الشخص بالاتزان الانفعالي، و الثبات الوجداني، و استقرار الاتجاهات، و نضج الانفعالات إلى حد بعيد، و يعني وجود حالة من التماثل بين نوع المنبه و نوع الانفعال الناتج عنه، فإذا تضايق شعر بالقلق و الضيق و الهم، و إن قابله شيء سار شعر الفرح و النشوة. (حامد 2005، ص1).

إن شعور الإنسان بأنه سيد نفسه، و أنه قادر على التحكم بما في كل المواقف، و أنه ليس منجرًا وراء انفعالاته، يعد النموذج الأفضل في الصحة النفسية، فتحقيق التوازن الانفعالي بإظهار العاطفة المناسبة في الموقف المناسب هو الذي يعطي الشخص التوازن النفسي، إذ بدون العاطفة تصبح الحياة راكدة مملّة و منعزلة عن ثراء الحياة نفسها، و إذا تجاوزت الحدود و أصبحت حالة متطرفة، فإنها تصبح حالة مرضية كما في حالات القلق و الاكتئاب و الغضب و التهيج.

(روبنس و سكوت، 2000).

و الصحة النفسية مسألة نسبية يتمتع بها الفرد بدرجة من الدرجات، بمعنى أنه ليس هناك فاصل بين الصحة و المرض، و هذا ما يؤكد تعريف صموئيل مغاربوس، فيعرف الصحة النفسية بأنها: مدى أو درجة نجاح الفرد في التوافق الداخلي بين دوافعه و نوازعه المختلفة، و التوافق الخارجي في علاقاته ببيئته المحيطة بما فيها من موضوعات و أشخاص. (أحمد، 1999، ص 18).

و الصحة النفسية بكل بساطة و دون تعقيد هي: انعدام المرض النفسي و الاتجاه إلى السلوك السوي. (الرخاوي، 2003، ص 1).

و يمكن تعريف الصحة النفسية هي حالة دائمة نسبيا، يكون فيها الفرد متوافقا نفسيا (شخصيا و انفعاليا و اجتماعيا، أي مع نفسه و مع بيئته)، و يشعر بالسعادة مع نفسه و مع الآخرين، و يكون قادرا على تحقيق ذاته و استغلال قدراته و إمكانياته إلى أقصى حدٍ ممكن، و يكون قادرا على مواجهة مطالب الحياة، و تكون شخصيته متكاملة سوية، و يكون سلوكه عاديا، و يكون حسن الخلق؛ بحيث يعيش في سلامة و سلام. (زهران 2005، ص 9).

و تعرف منظمة الصحة العالمية WHO الصحة النفسية بأنها: حالة من الراحة الجسمية والنفسية والاجتماعية، و ليست مجرد عدم وجود المرض. (زهران، 2005).

و يقول صاموئيل: إن تدريبنا على استعادة حالة الاتزان هي إحدى الدلائل على صحتنا الجسمية و النفسية، و في ذلك يختلف الأفراد اختلافات واسعة، و إن سلوكنا في النهاية يرمي إلى المحافظة على اتزاننا و على معادلة كل إخلال بهذا الاتزان. (صاموئيل مغاربوس، 1974، ص 18)

و توجد مجموعة من الأسس النفسية التي تفسر العلاقة بين الاتزان الانفعالي، و الصحة النفسية، و هي:

- 1- تكامل شخصية الفرد في تفاعلها مع البيئة لتحقيق أهدافه.
- 2- تفاعل الفرد مع مطالب الحياة الاجتماعية دون التخلي عن تلقائيته.
- 3- تكيف الفرد مع شروط الواقع و تقبله لها لتحقيق أهدافه المستقبلية.
- 4- الزيادة في النضج مع تقدم السن بما يحقق العمليات التوافقية الأكثر تعقيداً.
- 5- احتفاظ الفرد بحالته الانفعالية المتزنة و بصفة خاصة في المواقف ذات الشحنة الانفعالية.
- 6- مساهمة الفرد في النشاط الجماعي بزيادة كفاءته الفردية.

(الخالدي، 2002، ص 53 - 54).

و يتعرض الاتزان الانفعالي إلى الاختلال حينما لا يستطيع الأنا (ego) التوفيق بين المطالب القوى النفسية (الهو، و الأنا الأعلى)، و هذا ما يؤثر في صحة الفرد. أما التوفيق بين تلك المطالب يؤدي إلى السلوك المتزن. و من ثم إلى الاتزان الانفعالي، و هذا من دعائم صحة الفرد النفسية.

(المهبط، 1987، ص216).

و يرى الباحث أن الاتزان الانفعالي لا يعد مرادفاً للصحة النفسية، بل هو مؤشر من مؤشرات الصحة النفسية التي تعد مصطلح أعم و أشمل من الاتزان الانفعالي.

6. خصائص المتزن انفعالياً:

توجد مجموعة من السمات التي تميز الشخص المتزن انفعالياً عن غير المتزن، حيث يرى روزن زويج Rosen Zweig أن قدرة الأفراد على تحمل الضغوط الخارجية يعتمد على قدراتهم العالية، و التي تعد مؤشراً للاتزان الانفعالي، فالفرد المتزن له القدرة العالية على تحمل الإحباط (الشمري، 2001، ص4).

و يشير السيد إلى أن الشخص غير المتزن يتميز بعدم التوافق مع نفسه و مع المجتمع الذي يعيش فيه، بل يمثل خطراً على نفسه و على مجتمعه. و بشكل عام فإنه يتصف بالتعاسة و عدم الواقعية في السلوك، و إضافة على ذلك تظهر عليه جملة من الأعراض، منها القلق و الوسواس القهري. (السيد وآخرون، 1973، ص243)

يمكن اعتبار الاتزان الانفعالي سمة تميز الفرد الذي يتفاعل بدون تطرف في المواقف الانفعالية، و أن عدم الاتزان الانفعالي يعني استعداد الفرد لتقديم استجابة انفعالية مضطربة و سريعة التغير. (الخالدي، 2002، ص51)

و من خصائص الفرد المتزن انفعالياً:

- 1- قدرة الفرد على التحكم في انفعالاته، و ضبط نفسه في المواقف التي تثير الانفعال، و قدرته على الصمود و الاحتفاظ بهدوء الأعصاب، و سلامة التفكير حيال الأزمات الشدائد.
- 2- أن تكون حياته الانفعالية ثابتة رصينة لا تتذبذب أو تتقلب لأسباب و مثيرات تافهة.
- 3- ألا يميل الفرد إلى العدوان، و أن يكون قادراً على تحمل المسؤولية و القيام بالعمل و الاستقرار فيه و المثابرة عليه أطول مدة ممكنة.
- 4- توازن جميع انفعالات الفرد في تكامل نفسي يربط بين جوانب الموقف و دوافع الشخص و خبرته.

- 5- قدرة الفرد على العيش في توافق اجتماعي و تكيف مع البيئة المحيطة و المساهمة بإيجابية في نشاطها بما يضيف عليه شعوراً بالرضا و السعادة.
- 6- قدرة الفرد على تكوين عادات أخلاقية ثابتة بفضل تحكمه في انفعالاته و تجميعها حول موضوعات أخلاقية معينة.
- 7- يشعر بدرجة مناسبة من الأمن النفسي تؤهله لأن يشعر بالاستقرار و الطمأنينة، يستطيع من خلالها مواجهة صعوبات و مشكلات الحياة بسلوك معقول يدل على اتزانه الانفعالي و العاطفي و العقلي في مختلف المجالات و تحت تأثير مختلف الظروف (أبو زيد 1987، ص 227).
- ويرى ماسلو أن الشخصية المتزنة تتسم بمايلي:

- 1- قدرتها على اتخاذ القرار من دون الاعتماد على الآخرين.
- 2- لها درجة عالية من قبول الذات و قبول الآخرين.
- 3- تدرك الحقائق بشكل موضوعي.
- 4- تتسم بالخصوصية و عدم الاستسلام للآخرين.
- 5- لها القدرة على معالجة مشاكل الحياة بشجاعة.
- 6- تمتلك علاقات حميمة مع الآخرين ذوي الشأن.
- 7- يتسم تعاملها مع الحياة بشكل ديمقراطي

(الربيعي، 1994، ص 49).

و توجد ستة معايير للحكم على اكتمال الشخصية و اتزانها، و هي:

- 1- الإحساس بالذات و امتدادها في مجالات متعددة.
- 2- دفء العلاقات مع الآخرين.
- 3- الشعور بالأمن.
- 4- الإدراك الواقعي للأشياء.
- 5- روح المداعبة، و موضوعية الذات.
- 6- وضوح الأهداف المشتقة من فلسفة موحدة تمنح حياة الفرد المعنى.

(الشمري، 2001، ص 57).

و مما سبق يمكن استنتاج أن الشخص المتزن انفعالياً يتميز بسمات تُعينه على التمتع بصحة نفسية جيدة، لذلك فلا عجب أن يربط العلماء بين الصحة النفسية والاتزان الانفعالي.

7. مؤهلات المتزن انفعاليا:

- و لكي يتمتع الفرد بالصحة الانفعالية التي تؤهله لحياة مستقرة، يجب توجيه طاقاته نحو:
- 1- التمتع بالصحة البدنية التي تساعد الفرد على تحقيق قدر من الصحة النفسية الانفعالية؛ لأن من يعاني من أمراض جسدية يجد صعوبة كبيرة في التحكم في انفعالاته.
 - 2- اختيار المهنة المناسبة ضروري لكي يحقق الفرد فيها ذاته و يثبت فيها كيانه.
 - 3- الاستقرار الأسري ضروري لكي يشعر الفرد بهدوء العيش و الطمأنينة التي تؤدي به إلى الصحة الانفعالية.
 - 4- الحصول على القدر الكافي من الراحة، ذلك لأن العمل الشاق المستمر كثيرا ما يؤدي إلى التوتر و الاضطراب الانفعالي.
 - 5- تجنب الضغوط غير الضرورية.
 - 6- مساعدة الفرد على حل المشكلات المحيطة به، ذلك لأن تراكم المشكلات و تركها دون حل، عادة ما يؤدي الفرد إلى التوتر و القلق، و إلى الاضطرابات الانفعالية.
 - 7- تهيئة الفرص التي تمكن الفرد من التنفيس عن ضيقه و متاعبه، و ذلك عن طريق ممارسة الهوايات المفيدة، و الأنشطة المحببة إلى النفس.
 - 8- محاولة التمتع بكل ما هو جميل و حسن في هذا الكون، و عدم التركيز فقط على النواحي السيئة و الرديئة، فالشخص الذي يرى الحسن و الجمال عادة ما يكون مستبشرا يتمتع بالهدوء و الاتزان الانفعالي.
 - 9- الترويح عن النفس، فالروتينية و الرتابة في الحياة عادة ما تسهم في خلق الاضطرابات الانفعالية.
 - 10- تهيئة النفس و الاستعداد دائما للطوارئ في الحياة اليومية؛ لمواجهة المواقف التي تثير الانفعال بقدر كبير من الثبات و الهدوء
- (الكناني و آخرون، 2002، ص417 - 418).

خلاصة الفصل:

تعد العملية العلاجية للأخصائي هي الركيزة الأساسية التي يستطيع من خلالها الفرد من فهم أعمق لنفسه ، ومشاكله وكيفية التعامل معها، فالعلاج النفسي لا يهدف فقط إلى حل المشكلة الانفعالية أو غيرها من المشكلات ، بل يرمي إلى تزويد الفرد بفهم أفضل لنفسه و بفهم الآخرين، ولتحرير جميع طاقاته ، وإمكاناته أثناء عملية العلاج لإكساب وجهات نظر صحية نحو ذاته ونحو الناس والحياة والوصول إلى أقصى درجة ممكنة من التناسق لجميع جوانب شخصيته، فالعلاج النفسي يركز على مساعدة الفرد للتغلب على مشكلاته الانفعالية أو تجاوز قلقه وحيرته، وتعديل سلوكه غير السوي أثناء عملية العلاج بدرجة تعيد للفرد تماسكه النفسي ، وتنمي فيه القدرة على الاتزان الانفعالي ، وتجنبه حالة الاضطراب النفسي ولعل من بين العلاجات نجد العلاج الواقعي الذي جاء به وليام جلاسر وهذا ما سيقوم الباحث في التفصيل فيه الفصل الموالي.

الفصل الرابع: العلاج الواقعي

- تمهيد
- مفهوم العلاج الواقعي
- الفلسفة و المفاهيم الرئيسية لدى جلاسر
- ركائز العلاج الواقعي
- أهداف العلاج الواقعي
- خلاصة الفصل

تمهيد:

لقد انتشر العلاج بالواقع بصورة سريعة بين المعالجين و الأخصائيين في منتصف الستينات ، واستخدم في العلاج الفردي والجماعي في المؤسسات والمدارس ، وهو احد الاتجاهات الجديدة في الإرشاد والعلاج النفسي ، ويعتمد على الإدراك والتفكير ، ويربط بين الاضطراب العقلي والنفسي والسلوكي حيث يرى العالم صاحب هذه النظرية (وليام جلاسر) أن السلوك اللامسؤول هو سلوك انهماجي يستدعي إيذاء الذات وإيذاء الآخرين ، وتركز هذه النظرية على فكرة أن الإنسان كائن عقلائي شخصيا و مسؤول عن سلوكياته.

ويرى جلاسر Glasser أن الواقع يشمل الشخص والظروف التي تحيط به بعلاقة تفاعلية ، وان الذين يعانون من مشكلات نفسية واجتماعية فإنهم يعجزون عن إشباع حاجاتهم بطريقة واقعية وعليه فإنهم يسلكون سلوكا غير واقعي وغير مسؤول في محاولاتهم لإشباع حاجاتهم. (الرشيدى ، 2000،ص502)

ويعتقد جلاسر أن المشكلة تكمن في أن يتمكن الناس من مواجهة حاجاتهم بواقعية وهذا يعني أن يتوجهوا بشعور المسؤولية ، وعدم التراجع أمامها لان ذلك يؤدي إلى حالة من العجز الكامل في تحقيق الذات. (كمال،1989،ص501)

و سيتم خلال هذا الفصل التطرق إلى بعض المفاهيم و المزايا الخاصة العلاج الواقعي و أهم ركائزه و كذا أهم الخطوات المتبعة في العملية العلاجية الواقعية حسب ما جاء به جلاسر.

(1) مفهوم العلاج الواقعي:

تعريف ايفي 1980 Ivey هو أسلوب إرشادي يعتمد على مساعدة الأفراد وتدريبهم على تحقيق التوافق لإدراك أنفسهم والبيئة الواقعية المحيطة بهم.

(Ivey,1980,p.305).

تعريف كوري 1990 Corey هو أسلوب إرشادي يهدف إلى مساعدة الأفراد على التحكم بحياتهم وإشباع رغباتهم الواقعية وحاجاتهم النفسية.

(Corey,1990,p.452).

تعريف الجميلي (2005): هو أسلوب إرشادي مباشر يهدف إلى مساعدة المسترشدين على تغيير سلوكهم والتحكم بحياتهم من خلال فهم الواقع الذي يعيشون فيه، وإشباع حاجاتهم بناءً على مفاهيم المسؤولية والواقع والصواب.

عرفه الشناوي (1994) انه أسلوب إرشادي يعتمد على الجانب اللفظي المعرفي بهدف تغيير السلوك بناءً على مفاهيم أساس في السلوك وهي المسؤولية ، الواقعية والصواب.

من خلال التعاريف السابقة يتضح لنا أن العلاج الواقعي هو عبارة أسلوب إرشادي علاجي مبني على مجموعة من الاستراتيجيات والفنيات لتدريب الفرد بالاعتماد على نفسه وزيادة الثقة فيها وتقديم الدعم النفسي والاجتماعي لتعديل السلوك، وإعادة النظر لذات المفحوص لفهم نفسه و وضعيته و فهم الآخرين بالاستعانة على مفاهيم المسؤولية والواقع والصواب.

(2) الفلسفة و المفاهيم الرئيسة لدى "جلاسر":

أ). وجهة نظره في الأشخاص:

المتصفح لأراء و أفكار " جلاسر " تتضح له وجهة نظره الايجابية تجاه الأشخاص، و يبدووا ذلك على نحو خاص في منحاه التربوي، فهو يرى أن النظرة التقليدية للتربية تعاملت مع المتعلم على أنه وعاء فارغ (أجوف) و الذي يتعين على المربي (المعلم) أن يصب فيه كل أنواع المعرفة من حقائق، و تصورات و مفاهيم. و يعتقد "جلاسر" (1969) أن هذا المنحى لا يزال يأخذ به إلى يومنا هذا من قبل المربين.

وهذا المنحى التقليدي يؤكد على أهمية الذاكرة الصماء (التي تستظهر من غير فهم) ، و على المعرفة الواقعية (التي تتمسك بالوقائع) و تقلل من قيمة أسلوب حل المشكلات ، و التفكير النقدي ، و تؤكد على وثافة صلة المادة الدراسية ، ووضوح موضوعها بالنسبة للطالب. و بالجملة، تركز التربية التقليدية على المعلم أكثر من تركيزها على الطالب.

وفي المقابل من هذا، نجد أن " جلاسر " (1969) يضع ثقة تامة في القدرة التي يتمتع بها الطلاب على تحديد العلاقات بين خبراتهم التربوية ، و على معونة هذه الخبرات لهم في إتخاذ قرارات تتعلق بكل من المنهج المدرسي و القواعد التي تدير على مدارسهم. و من ثم فهو يؤكد على حل المشكلات ، التفكير النقدي ، و المهارات الاجتماعية أكثر من تأكيده على الحقائق و الوقائع. و في ضوء هذا المنحى - غير التقليدي - ينظر إلى المعلم كمسير أو محفز يثير الإمكانيات الممكنة للتعلم و التي يظهرها الطالب في الفصل المدرسي. وهذا المنحى يتحاشى - بحكم طبيعته غير التقليدية - وجهة النظر الحتمية لسلوك الإنسان.

(ب). الهوية - الحاجة إلى الحب و التقدير:

من وجهة نظر العلاج النفسي الواقعي، يجب على جميع الناس أن يخلقوا لديهم شعوراً بكيوناتهم (من يكونون؟ Who they are) (Glasser, 1969: 15). يجب عليهم أن يحققوا ذواتهم ، أو يحددوا أنفسهم كأشخاص ، على قدر من من الأهمية ، الاستقلالية ، التفرد. وهذا كله يسميه "جلاسر" * الهوية * وهي حاجة أساسية إلى الدرجة التي تجعلها قاعدة لدى كل شخص وهي إحدى الحاجات النفسية التي لا تقل في أهميتها عن الحاجات الفطرية الأولية كالطعام، الماء ، و الهواء.

إن * الهوية * متطلب أساسي، فريد في نوعه، لكل أفراد الجنس البشري

(Glasser & Zunin, 1973: 294).

هذا ، و يميز " جلاسر " بين نوعين من الهوية. الأول هو ما يسميه " الهوية الناجحة " " A " (أو النجاح في تحقيق الهوية) و يشير هذا النوع إلى أن الفرد ينجح في تحديد نفسه (أو معرفة ذاته) ، أو ينجح في أن يرى نفسه كذات أساسها و قاعدتها الكفاءة ، الاقتدار ، و أنه شخص جدير بالاهتمام ، ذو شأن يملك القوة و القدرة على التأثير في البيئة.

3) ركائز العلاج الواقعي:

أشار 'جلاسر' في أكثر من موضع في كتاباته إلى أن العلاج الواقعي يستند إلى عدّة ركائز هي المسؤولية، الواقعية، الصواب، تكوين الهوية و نمو المسؤولية، مصادر الهوية، المحبة و الاستحقاق القيمة. و سوف نتحدث عن كل ركيزة بشيء التفصيل:

أ). المسؤولية :

من بين المعتقدات الأساسية للعلاج الواقعي أن يكون الفرد مسؤولاً على المستوى الشخصي. و قد حدد 'جلاسر' المسؤولية بأنها ' قدرة الفرد على تحقيق حاجاته، شريطة أن يفعل هذا بطريقة لا ترحم الآخرين من القدرة على تحقيق حاجاتهم.

ب). الواقعية:

إن قبول المسؤولية يتطلب من الأفراد إن يواجهوا الواقع. و هذا معناه انه يجب عليهم أن يعوا حقيقة العالم الذي يعيشون فيه على نحو صحيح، و إن يفهموا أن حاجاتهم يجب أن تلبى من خلال إكراه هذا العالم الذي ربما يخدعنا أو يستغلنا. و الشكل التالي يوضح المسارات المتباينة التي يسير فيها أسلوب العلاج الواقعي 'جلاسر' و تجدر الإشارة هنا إلى أن مواجهة أو إنكار الواقع تكون نقطة حاسمة في طريق خطوات تحقيق نجاح أو فشل الذات أو الهوية و على اية حال، يمكن اعتبار الشكل مجرد رسم تخطيطي مبسط، لأنه في واقع الأمر لا يوضح المنطقة الوسطى، و التي قد يسقط فيها الكثير، و هم الفئة التي تواجه الواقع أو الحقيقة مواجهة جزئية فقط. و الحقيقة المرة هي إن كل منا يتصرف في بعض الأحيان بطريقة غير مسؤولة، و ليس فقط المرضى العقليون أو الأشخاص الجانحون.

ج). الصواب:

تعتبر الأحكام القيمية ملح أساسي و جوهري في ذخيرة المعرفة لشخص المسؤول و بدون أن يقيم الناس سلوكهم من حيث كونه صحيحاً أو خاطئاً جيداً فسوف تكون أفعالهم و أنشطتهم من باب نزوات المتقلبة المتحولة أو تدخل ضمن ما يمكن تسميته السلوك الاعتيادي و لا يتعين فقط على الناس أن يهتدوا في سلوكهم بمعايير و أحكام الخلقية بل عليهم كذلك أن يوفوا جزءاً ضرورياً و هو إشباع حاجاتهم إلى استحقاق الذات فالأخلاقيات، المعايير، القيم، أو السلوك الصائب أو خاطيء كل ذلك له علاقة صميمية بتحقيق و إنجاز حاجاتنا إلى توفير و إجلال الذات.(GLASER)

كما كان 'جلاسر' شديد الحرص على أن يطالب بالحذر من أن يستخدم الفرد قيمه الخاصة في استغلال الآخرين و كان شديد الحرص و بنفس الدرجة في الاهتمام بالتأكيد على أن المعالج النفسي الواقعي يتحمل هو الآخر مسؤولية أن مواجهة العميل بإختياره القيمة (باختياره قيم معينة دون أخرى) و إن يشير إلى عواقب المحتملة و مترتبة على هذه الاختبارات .

(د). الهوية:

ويؤكد العلاج الواقعي على حقيقة هامة مؤداها ان كل بني البشر، بصرف النظر عن الثقافة التي يعيشون فيها، يحتاجون إلى إشباع دافع أساسي وحيد . و هذا الدافع هو الحاجة إلى الهوية و هي من جهة نظره تعني الحاجة إلى شعور بأن نكون منفصلين بطريقة أو بأخرى و متميزين بعضنا عن بعض في معيشتنا، على الرغم من و جودنا معا على وسط هذه الكرة الأرضية.

و يرى 'جلاسر' إن الحاجة إلى تحقيق هوية ناجحة يمكن النظر إليه على أنه الحاجة إلى قوة النضج أو القوة الصحة . و هكذا يمكن القول أن العلاج الواقعي يرى أن البشر ذوو طبيعة مفهومة ضمنا هي أنهم اجتماعيون و من ثم فهو يؤيد المعيشة في مجتمع.

مصادر الهوية : وضع كل من 'جلاسر' و 'زونين' Classer and zunin قائمة بالمصادر التي تمكن

الناس من أن يتضح لهم و يفهموا من يكونون، و هذه المصادر يمكن إجمالها على الوجه الآتي:

أولاً: نحن نميل إلى أن نربط أنفسنا ذهنيا ، و نتوحد سيكولوجيا او ندمج أنفسنا مع الناس الذين نحبهم و نعجب بهم. و بالمثل، نحن نرفض أو ننبذ و نبتعد عن أولئك الذين نكرههم.

ثانياً: نحن نكتسب الهوية عن طريق ما نضيفه على القضايا، وما يتعلق بها من أمور تشغلنا الكثير من الأهمية، و بالتالي نقضي معظم أوقاتنا، و نبذل فيها كل طاقاتنا.

ثالثاً: إن سلوكنا في الأزمات قد يعطينا مزيدا من المعلومات عن أنفسنا (أو ذاتنا).

رابعا : إن معتقداتنا، و قيمتنا و فلسفتنا تسهم في تحديد شكل هويتنا.

خامسا : كذلك يسهم في تحديد شكل هويتنا مستوانا الاجتماعي، الاقتصادي بالنسبة الآخرين .

سادسا: و أخيرا أن صورة الجسم لدينا، و تكويننا يساعدنا على تحديد و تعريف هويتنا.

(هـ). المحبة و إستحقاق :

لقد كان الشعور بالأمن أحد مفاتيح النجاح في مجتمع البقاء، لكن المحبة و الشعور بالقيمة و الجدارة كانت كذلك أساسيتين لتحقيق الهوية الناجحة في مجتمع البحث عن هوية جديدة و لذلك نجد أن 'جلاسر' يؤكد في كتابه الموسوم 'العلاج النفسي على أن هناك حاجتان أساسيتان يتعين إشباعهما هما: الحاجة إلى منح الآخرين الحب و إلى أن يكون الإنسان محبوبا ، بالإضافة إلى الحاجة إلى الشعور بأننا ذوو قيمة و مهمون سواء بالنسبة لأنفسنا أو بالنسبة للآخرين.

(4) أهداف العلاج الواقعي:

مساعدة العملاء على القيام بمسؤولياتهم الشخصية:وتحمل المسؤولية يعني القدرة على التصرف بطريقة يتمكن الفرد من خلالها من إشباع حاجاته إشباع كاملا،والتي بدورها تؤدي إلى تحقيق هوية ناجحة؛ وبناء على ذلك، فإنه بطريقة غير مباشرة يمكن أن نقول أن هدف العلاج الواقعي هو معاونة المسترشدين على تحقيق هذه النجاح.

بالإضافة إلى هذا الهدف الشامل للعلاج الواقعي وهو تحمل المسؤولية الشخصية، فإن العملاء بإمكانهم تحديد أهداف حياتية خاصة بهم، وهذه الأهداف تتضمن كل من الأهداف العاجلة التحقيق والغايات البعيدة المدى، فإذا ضربنا للأهداف العاجلة مثلا فيمكن الإشارة إلى التوقف عن عادة التدخين، في حين يمكن أن نضرب مثلا عن العادات بعيدة المدى للحصول على وظيفة مناسبة بعد الانتهاء من الدراسة الجامعية. حيث يمكن القول بأن المعالج يعاون العملاء في تقييم سلوكهم الحاضر، وفي تحديد ما إذا سوف يعاونهم في تحقيق هذه الأهداف بنوعيتها؛ وكذلك يعاونهم في وضع الخطط التي تصلهم إلى تلك الأهداف.

وبناء على ما سبق يمكن النظر إلى طبيعة المعالج النفسي الواقعي بأنه يحاول أن يعلم العميل أسلوبا يتخذه في حياته أو منحى حياة (an approach to life)، وهذا يتضمن في واقع الأمر معاونة العميل في أن يتعلم مهارات عامة، معرفية، مهارات للتغلب على المشكلات أكثر من كونه يهتم فقط بتغيير السلوك اللاتكفي.

ومن هنا يشجع المعالج الواقعي كل عميل على حدة أن يعيش في ظل الركائز الثلاثة للعلاج النفسي الواقعي وهي: المسؤولية، الواقعية والصواب، وبهذا يكون الهدف الشامل والعام للعلاج الواقعي هو معاونة

العميل في أن ينمي نسق أو أسلوب للحياة يعاونه كشخص حتى يصبح إنسانا ناجحا في كل مساعيه وجهوده (GlasseretZunin.1973.p292)

5) الاستراتيجيات العلاجية المستخدمة في العلاج الواقعي:

1. التساؤل:

المعالج يسأل أسئلة كثيرة مهمة ليستكشف السلوك الكلي، ويقيم ما يفعله الناس، ويعمل خططا محددة، والأسئلة مفيدة في العلاج الواقعي لأسباب وهي لتدخل في العالم الداخلي للمفحوص، لتجمه معلومات، لتعطي معلومات، لتساعد المفحوص أن تكون لديه سيطرة أكثر فعالية. ومن الأسئلة المفيدة: ماذا يريدون حقيقة؟ ماذا يعملون؟ ما هي خططهم؟ وعندما يتم جمع المعلومات فإنها تكشف عن السلوك الكلي، وتساعد المفحوص أن يعمل خطط ومن المفيد توجيه أسئلة محددة مثل متى تترك المنزل؟ أين تذهب؟ هل ت... .. وحدك؟

2. كونه إيجابيا:

المعالج الواقعي يركز على ماذا يفعل المفحوص، ويعزز السلوك ويركز على التخطيط البناء الإيجابي، والمفحوصون يتوقعون بأن المعالج يريد أن يستمع إلى مشاكلهم وتعاستهم وفشلهم وخيبة أملهم والمناقشة السلبية تقود إلى مزيد من الإحباط والشعور بالاكتماب، والإستراتيجية الجيدة هي التي تساعد المفحوص على التخلص من هذه المشاعر عن طريق التركيز على أمور بناءة وإيجابية تحدث مع المفحوص في الوقت الحاضر.

ويستخدم جلاسر في ذلك الإدمان الإيجابي ويستخدمه لمساعدة المفحوصين للتغلب على ضعفهم وعدم مقدرتهم على حل المشاكل الجسمية والعقلية التي يعانون منها، ويتطلب الإدمان الإيجابي أن يكون لدى من يستخدمه ممارسة في العلاج ومن الأنشطة التي تستخدم في الإدمان الإيجابي: التفكير، الركض وعن طريق الإدمان الإيجابي نحصل على مدخل سهل للإبداع، ويمارس المفحوص هذا النشاط لمدة ساعة يوميا، وهذه الأنشطة يجب ألا تكون منافسة للآخرين وأن يكون تأديتها دون انتقاد للذات ويساعد الإدمان الإيجابي في التعامل مع أية مشكلة ربما يمتلكها الشخص في حياته.

والناس الذين طوروا إدمانا سلبيا كالإدمان على عقار النيكوتين، كحول، قد يجدون أن الإدمان الإيجابي كالسباحة والركض والتأمل مفيدا لهم بشكل كبير، والأنشطة التي يمارسها الشخص في الإدمان الإيجابي

يجب أن تكون ذات قيمة جسدية، عقلية، روحية، وأن يكون هذا النشاط من النشاط تأديته لدى المفحوص.

3. الدعابة أو الفكاهة:

لأن في بيئة الصداقة العي يعمل على تطويرها المعالج تكون الدعابة مناسبة بشكل طبيعي، والمعالجون أحيانا تكون لديهم الفرصة للضحك على أنفسهم لتشجيع المعالج لأنه يعمل نفس الشيء، وهذا يمكن أن يخفف ضغط المفحوص فالدعابة حاجة أساسية، فمتى كان المعالج والمفحوص اشتركوا في نكت فهما يكونان متساويان في القوة، ويمكن أن يطور بيئة الصداقة، وتساعد في مقابلة حاجة المفحوصين للانتماء.

4. المجابهة أو المواجهة:

إن العلاج الواقعي لا يوافق على الأعذار ولا يستسلم بسهولة في عمله فالمواجهة هنا حتمية، وفي الواقع فإن المعالج ما يزال إيجابيا في التعامل مع أعذار المفحوص، ولا يوافق على تلك الأعذار، المعالج لا ينتقد أو يجادل ولكنه يستمر بالعمل باستكشاف السلوك الكلي وعمل خطط مؤثرة، والمواجهة يمكن أن تحدث في أي مظهر من العلاج الواقعي.

5. تقنيات التناقض:

في العلاج الواقعي عمل خطط والحصول على التزام من المفحوص للخطة يمكن أن يعمل مباشرة، وهناك أوقات ترى المفحوصين فيها يقاومون تنفيذ الخطط التي عملوها، وتقنيات التناقض تعطي تعليمات معارضة للمفحوص، التغيير الفعلي يمكن أن يكون نتيجة المتابعة لأية بدائل تم إعطاؤها بواسطة المعالج، مثل المفحوصين الذين يكونون قلقين بوضوح بسبب عدم عملهم أخطاء في العمل ربما يوجهون الى عمل أخطاء.

وتقنيات التناقض تكون غير متوقعة وصعبة للاستخدام ولا بد من التدريب والألفة قبل استخدامها، والارتباط والأمان هي مفاهيم مفتاحية في استخدام التدخلات التناقضية، وهذه التدخلات يجب ألا

تستخدم مع الأفراد مثل الانتحاريين. (عبد اللطيف، عبد الحميد، 2012، ص309-310)

6) مميزات العلاج الواقعي:

1. أسلوب علاجي، إرشادي، معرفي ، موضوعي، تعليمي وعقلاني يعتمد على الجانب اللفظي ويمكن تطبيقه في المؤسسات التربوية الاضطرابات النفسية بسهولة .
2. إزالة الصعوبات التي تقف أمام آلية التعلم التي تمكن المفحوص أن يواجه أسباب القلق والاضطراب وتغيير سلوكه نحو الأحسن في حل مشاكله والتصرف السليم في المواقف الأخلاقية والاجتماعية التي تعترض الأفراد.
3. يعد احد أساليب العلاج المعرفي والسلوكي الحديثة والتي ثبت من خلال الدراسات والبحوث في معالجة المشكلات الدراسية و الاضطرابات السلوكية والنفسية والاجتماعية.
4. مشاركة المفحوص في وضع الخطة وتحمل المسؤولية في التنفيذ ، وواقعية الأخصائي في وضع التعديلات المناسبة على الأهداف العلاجية.
5. اكتشاف قدرات الفرد ومن ثم مساعدته في استثمار هذه الخبرات والأفكار إلى حيز الإدراك وإلى معرفة المواقف التي تسبب القلق والإرباك.
6. استنباط أساليب فنية من واقع البيئة الاجتماعية للمفحوصين لمراعاة خلفيتهم الاجتماعية ومعتقداتهم الروحية وانتماءاتهم المذهبية.
7. سهولة استخدامه من قبل الأخصائيين و المدرسين ويمكن تطبيقه داخل الصفوف إلى جانب نشاطاتهم التربوية اليومية.
8. يعطي دورا مهم ومؤثرا "وفعالا" للمرشد في العملية الإرشادية والعلاجية، مع عدم تغير المفحوص.

(الجبوري،،2010 ص36)

خلاصة الفصل:

لقد أصبح العلاج الواقعي أحد النماذج الحديثة نسبياً في ميدان العلاج النفسي ويركز هذا العلاج على السلوك الحالي ويهدف إلى مساعدة المفحوص على تحمل المسؤولية عن سلوكه وتلبية حاجاته دون أن يؤدي ذاته أو الآخرين. ويعتبر وليام جلاسر (William Glasser) مطور هذا النموذج العلاجي. ويتميز العلاج الواقعي بكونه لفظياً، بمعنى أن المعالج يوجه المفحوص لفظياً ويدخل بمواجهات بناءة معه. ولما كان الأمر كذلك فالعلاج الواقعي غير قابل للاستخدام مع بعض فئات الإعاقة (كالتخلف العقلي والتوحد مثلاً). وعموماً، يستخدم هذا المنحى بعد على نطاق واسع في مجال تأهيل الأشخاص المعوقين ولكنه قد يكون مفيداً في تأهيل الأشخاص الذين يواجهون مشكلات في تحمل المسؤولية والاعتماد على الذات على وجه التحديد.

الفصل الخامس: منهجية البحث و إجراءاتها

- تمهيد
- المنهج المستخدم في الدراسة
- الدراسة الاستطلاعية
- عينة الدراسة
- مكان الدراسة
- الادوات و المقاييس المستخدمة
- خلاصة الفصل

تمهيد:

يعرض الباحث في هذا الفصل الخطوات والإجراءات التي تمت في الجانب الميداني من هذه الدراسة من حيث المنهجية التي اتبعها الباحث في إجراءات الدراسة، مجتمع الدراسة، وعينة الدراسة، والأدوات التي استخدمتها الدراسة، و تقديم البرنامج العلاجي الإرشادي الذي يعتمد على الأسلوب الواقعي لصاحبه وليام جلاسر وذلك على النحو التالي:

(1) المنهج المستخدم في الدراسة :

يعد المنهج العيادي أحد المناهج المهمة والأساسية في مجال الدراسات النفسية ولقد اعتمدنا عليه لكونه مناسباً لفرضية الدراسة حيث يسمح لنا بتفهم أكثر لتصرفات الفرد الماضية والحالية والمستقبلية. كما يعتمد على الملاحظة المعمقة المستمرة للحالات الخاصة والذي من خصائصه دراسة كل حالة على إنفراد وهو أحد الوسائل المعرفية التي تمكننا من التعرف وتحديد خصائص سلوك الفرد وإمكاناته باستخدام أساليب القياس والتحليل والملاحظة كما يقدم التوصيات لغرض توافق الفرد توافقاً سويًا بعد أن يتم معالجة ما توصل إليه الفحص الطبي و الفحص النفسي والبيانات الشخصية التاريخية والخلفية الاجتماعية من خلال استخدام علم النفس الإكلينيكي أساليب العلمية لتقديم العون لأشخاص يعانون من اضطرابات انفعالية نفسية ومن ثم علاجها.

كم يقوم هذا المنهج على دراسة الحالة باعتبارها الطريقة الأنسب للفهم للحالة الفردية والحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات عن المفحوص، و تعد دراسة الحالة على أنها طريقة لدراسة وحدة معينة مثل مجتمع محلي أو أسرة أو قبيلة أو منشأة صناعية أو خدمة دراسة تفصيلية عميقة بغرض إستيفاء جميع جوانبها والخروج بتعميمات تنطبق على الحالات المماثلة لها.

(2) الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية أساساً جوهرياً لبناء البحث العلمي، فهي تمثل الخطوة الأولى للدراسة الميدانية، إذ من خلالها يسعى الباحث إلى إلقاء نظرة تواجد جديدة الموضوع المطروح، فهي تساعد على التعرف عن قرب عن الظروف التي سيتم فيها إجراء البحث و تبيان الصعوبات التي قد يتعرض لها الباحث و هذا لتفاديها في الدراسة الأساسية، فضلاً عن كونها تساعد في جمع المعطيات الأولية عن مكان و مجتمع الدراسة ومن ثمة تحديد كيفية اعتماد طريقة اختبار عينة البحث بمراعاة خصائصها لما جاء في الطرح النظري لموضوع الدراسة.

و نظراً لأهمية هذه الخطوة فقد قمت بإجراء زيارة ميدانية للمركز الاستشفائي الجامعي بوهان CHUO مصلحة إعادة التأهيل و هذا بتاريخ 22 جانفي 2019، حيث اتضح من خلال

المختصة الارطوفونية أن لدى المصلحة 8 حالات تعاني من حبسة كلامية مختلفة الأنواع، كما أن الحالات لا تخضع لأي متابعة علاجية من طرف الأخصائي النفسي بحجة أن الحبسي لا يتكلم و يصعب التعامل معها، كل هذه العوامل و الأسباب دفعتنا إلى التثبث بموضوع الدراسة الذي محتواه التكفل النفسي بالمصاب بالحبسة.

(3) عينة الدراسة:

تم اختيار مجموعة البحث حسب طبيعة البحث العلمي بطريقة غرضية و قصدية حيث أن الدراسة الغرضية مناسبة للتعرف على أنواع معينة من الحالات لدراستها دراسة معمقة والتي تمثلت في حالة تعاني من حبسة كلامية من نوع بروكا ناجمة عن الإصابة بجلطة دماغية و التي تسببت أيضا في شلل نصفي للحالة.

(4) مكان الدراسة:

تمت دراسة الحالة في المركز الإستشفائي الجامعي CHCO في شارع الدكتور بن زرجب بولاية وهران، وهو مستشفى تابع لجامعة وهران يتسع ل 600 إلى 2000 سرير و يهتم ب :

- الرعاية المتخصصة للمرضى.
- التكوين الطبي و شبه الطبي.
- البحث في الميدان الطبي .

و تمت دراسة الحالة بالتحديد في مصلحة الطب الفيزيائي و إعادة التأهيل الوظيفي، بمساعدة الأخصائية الارطوفونية مسلم.ف.

(5) الأدوات المستخدمة في الدراسة:

من أهم الوسائل للحصول على المعلومات من الحالة المراد دراستها هي:

أ. المقابلة :

تعد المقابلة أداة بارزة من أدوات البحث العلمي الإكلينيكي وفي غيره من العلوم وتبرز أهميتها في هذا المجال لأنها الأداة الرئيسية التي يستخدمها الأخصائيون في مجال التشخيص والعلاج وعليه فإن العلماء يميزون بين نوعين من المقابلة تلك التي تجرى بهدف التشخيص وتقييم وتلك التي تستخدم في مجال الخدمات العلاجية والإرشادية.

فالمقابلة سواء كان الهدف منها التشخيص أو العلاج فهي وسيلة فعالة تفتح الاتصال مباشرة مع المفحوص، فقد اعتمد الباحث في بحثه على المقابلة التشخيصية في تقييم و تشخيص الحالة ، و كذا المقابلة العلاجية من خلال الجلسات التي تم تقديم البرنامج العلاجي للحالة.

ب. الملاحظة:

تعتبر الملاحظة وسيله هامه من وسائل جمع البيانات، وتعرف الملاحظة العلمية بأنها العملية العلمية لتسجيل الأنماط السلوكية للأفراد والأشياء والأحداث بدون طرح أسئلة أو الاتصال بهم والباحث الذي يستخدم طريقه الملاحظة لتجميع البيانات يقوم فقط بمشاهده الأحداث حين وقوعها في تسجيل المعلومات عنها، و ترى الدكتورة كبداني أن الملاحظة هي تفاعل ديناميكي بين طرفي التفاعل يخلص بتسجيل و فهم وقائع تم ملاحظتها ليتم تحليلها و مناقشتها فيما بعد.

6) المقياس المستخدم للدراسة:

أ. رانز 2002 MTA:

يعتبر رانز مونريال تولوز 86 أهم رانز لساني، نفس معربي، يستعمل في ميدان الحبسة، و قد أنشئ سنة 1986 من طرف فرقة بحث فرنسية كندية،تضم مجموعة من الباحثين. كيف من طرف ن.زلال على البيئة الجزائرية و يتكون من:

1. البند الأول: اللغة الشفوية

يحتوي على اختبارات: الفهم الشفوي، التعبير الشفوي.

2. البند الثاني: اللغة المكتوبة

يحتوي على اختبارات: الفهم الكتابي، و التعبير الكتابي.

3. البند الثالث: البراكسيا و القنوزيا (praxies et gnosies)

و هو عبارة عن اختبارات تخص البراكسيا و القنوزيا.

كما يسمح هذا الرائد (MTA 2002) بتشكيل جدولاً كاملاً و شاملاً لأعراض المفحوص. كما أنه يسمح بإعطاء تشخيص دقيق لنوع الحبسة، و كذا مكانية رسم مخططاتها البيانية. (نجية تيثموني، 2006، ص).

تم تطبيق الرائد من طرف المختصة الأروطوفونية كاملاً و تم إعادته من طرف الباحث و تم الاقتصار على اختبارات الفهم الكتابي و الفهم الشفوي ، كون الدراسة تتطلب مفحوص مصاب بالحبسة من نوع بروكا الذي يتميز بسلامة الفهم، لتسهيل عملية التشخيص النفسي و كذا تسهيل تطبيق البرنامج العلاجي.

ب. مقياس الاتزان الانفعالي:

أعدَ هذا المقياس في الأصل عادل العدل (1995)، وقام أسامة المزيني (2001) بتقنيته ليتناسب مع البيئة الفلسطينية، وقام ريان (2006) بتطوير هذا المقياس عن طريق التعديل في العديد من عباراته. (ناصر بن راشد، 2014، ص 112)،

1) وصف المقياس:

يتألف المقياس من 56 فقرة بعدما كان في الأصل 112 و تم تعديله من طرف الباحث محمود إسماعيل مُجد ريان إلى 63 فقرة، إلى أن قام الباحث ناصر بن راشد بتعديله في الصيغة التي اعتمدنا عليها في بحثنا و التي تتكون من 56 فقرة موزعة على بعدين:

البعد الأول: يتمثل في بعد التحكم في الانفعالات والذي يتألف من 24 فقرة،

البعد الثاني: بعد المرونة والجمود و الذي يتألف من 32 فقرة،

و كلا من البعدين يحوي أبعاد موجبة و أخرى سالبة.

2) طريقة تصحيح المقياس

تتم عملية الإجابة على فقرات المقياس عن طريق اختبار المستجيب أحد البدائل المعطاة وهي ثلاثة بدائل (نعم ، أحياناً ، لا) ، ولغايات التصحيح أعطيت الأوزان (1,2,3) على التوالي للفقرات الموجبة للفقرات السالبة (1,2,3) ، كما هو موضح في الملحق (*). (ناصر بن راشد، 2014، ص 112)

1) صدق المقياس:

استخدم مصمم المقياس أنواع الصدق الآتية:

أ). صدق المحكمين:

قام مصمم المقياس بعرض المقياس على عشرة من المحكمين من ذوي الاختصاص لمعرفة آرائهم حول صلاحية عبارات مقياس الاتزان الانفعالي ، حيث تم تعديل بعض العبارات ، واستبعاد أخرى ، وإعادة صياغة بعض العبارات.

ب). صدق الاتساق الداخلي:

قام مصمم المقياس بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس حيث تبين أن أغلب فقرات المقياس حققت ارتباطات دالة مع الدرجة الكلية للمقياس عند مستوى دلالة أقل من (0.01). (ناصر بن راشد، 2014، ص 112)

2) ثبات مقياس الاتزان الانفعالي:

قام مصمم المقياس بحساب ثبات مقياس الاتزان الانفعالي بالطرق الآتية:

أ. ثبات التجزئة النصفية:

تم حساب معامل الارتباط بطريقة بيرسون Person، وقد بلغت قيمة معامل الثبات بعد التعديل (ر = 0.856) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة أقل من (0.01) الأمر الذي يدل على درجة جيدة من الثبات تفي بمتطلبات تطبيق مقياس الاتزان الانفعالي. (ناصر بن راشد، 2014، ص 112)

ب. طريقة ألفا كرونباخ:

كما قام مصمم المقياس بحساب معامل ثبات المقياس بطريقة ألفا كرونباخ، وقد بلغت معامل ثبات قيمة ألفا (0.895) وهي قيمة تدل على مستوى جيد من الثبات ، وهي دالة عند مستوى دلالة أقل (0.01)

إجراءاتها

تم اختيار هذا المقياس بناء على مصداقيته و صحة ثباته كما أن فقراته تخدم غرض البحث خاصة و أنها تجمع بين الانفعال و الجانب اللغوي للحالة المدروسة.

خلاصة الفصل:

بعدها تم التطرق في هذا الفصل المنهجي لمنهج دراسة الحالة و أهم الوسائل المستخدمة فيها من مقابلة و الملاحظة كأداة تساعد في تشخيص الحالات , و التطرق لمجتمع الدراسة, و عينة البحث بتقديم خصائصها و بعدها الحدود المكانية و الزمانية و الأدوات المستعملة في الدراسة تطبيقها. و المتمثلة في مقياس الحبسة MTA 2002 و مقياس الاتزان الانفعالي.

الفصل السادس: دراسة الحالة و علاجها

- تقديم الحالة
- تاريخ الحالة
- العوامل التي أثرت بالحالة
- التشخيص
- التحليل الطولي Diachronique
- تقييم العلاج
- سيرورة العلاج
- تقييم البرنامج العلاجي

تقديم الحالة:

يتعلق الأمر بالشاب (ع.ع). أعزب ، و الذي يبلغ من العمر 44 سنة تقدم إلى مصلحة الطب الفيزيائي و إعادة التأهيل بالمركز الإستشفائي الجامعي بوهرا ن بعد إحالته من طرف طبيب الأعصاب، تأتي الحالة بالمرتبة الثالثة ضمن الأخوة الخمس، متعلق بالأم كثيرا. التي يعتبرها السند و المرجع الذي يعتمد عليها و هي الوحيدة التي تتفهم مشاعره، و تستمع إلى مشاكله و تفهم وضعيته التي هو عليها.

يتميز الجانب الاقتصادي و الاجتماعي أنه جيد حيث أن حالة تعيش نوع من الترف بسبب الورث الذي تحصلت عليها بعد وفاة الأب، الأم مائكة بالمنزل تقوم برعاية الحالة و سهر عليها . كانت الحالة تعمل في مجال تصليح الأجهزة الكهربائية قبل الإصابة بالحادث، عاشت الحالة مجموعة من الحوادث المتسلسلة التي كانت صادمة ، نذكر منها إجراء عملية جراحية على مستوى القلب في سن الثالثة عشر في فرنسا و كانت ناجحة 100%، عدم نجاح الحالة في بناء علاقات ناجحة خاصة في البحث عن الشريك الأخر، حيث فشلت الحالة في عدة مرات آخرها ما تسبب في حادثها .

أما في ما يخص الطفولة فكانت عادية حيث عاشت الحالة نوع من الرفاهية مما دفعها إلى شرب التدخين و التهرب المدرسي في السن المبكر انفصلت عن الدراسة بعد التكرارات المتتالية في مستوى الثانية ثانوي مما دفع الحالة إلى الحياة المهنية المبكرة بحثا عن مكسب لشرب التدخين رغم المستوى الاقتصادي الجيد للعائلة. أما في ما يخص المظهر الخارجي فالحالة هزيلة بنية، لائقة أنيقة تلمس نوع راقى في الكلام لكن من خلال الملاحظة المباشرة نلاحظ نوع بطيء في حركة و المدة متفرقة في أخطاء صدفية، كما نلاحظ تعرق شديد، تخللت المقابلات الأولى و فترات من السكون و أخرى من البكاء، كما تصطحب الحالة معها دائما قارورة ماء صغيرة تشربها خلال الجلسة.

تم تشخيص الحالة من طرف طبيب الأعصاب بعد تعرضها إلى الحادث على انها تعاني من حبسة كلامية من نوع بروكا مصحوبة بشلل جزئي يمس الجهة اليمنى راجعة لتعرض الحالة لحادث وعائي دماغي انسدادى.

كما تخضع الحالة لعلاج دوائي و متابعة من طرف الأخصائي الأرتو فوني و أخصائي التدليك بمعدل مرة كل أسبوع لكل منها أي بعد إحالتها من طرف طبيب الأعصاب.

تاريخ الحالة:

لم تعاني الحالة أية مشاكل خلال مرحلة طفولة، بالعكس كانت إيجابية و لم تسجل ذكريات مؤلمة و كانت تتصف بعلاقات متزنة داخل المنزل سواء مع الإخوة أو مع الوالدين ، تميزت الحالة بنوع من بالرفاهية الزائدة و الترف و الحماية الزائدة.

بينما تميزت مرحلة مراهقة بنوع من الاضطرابات الحالة حيث أن الحالة أحببت عدة مرات في الدراسة مما أدى بالحالة لبناء علاقة بأصدقاء منحرفين، الأمر الذي ترتب عليها لتعاطي التدخين و المخدرات في سن مبكرة إلا أن الحالة و بتدخل من الأب سرعان ما تجاوز تعاطي المخدرات ليبقى التدخين مصاحبا لها ، كما تميزت المراحل التي بعدها بفشل الحالة في بناء علاقات ناجحة جديدة.

تعرض الحالة للإصابة في تاريخ 06 /12/ 2013 حيث تعرضت إلى ارتفاع الضغط الدموي دون أي سوابق مرضية سوى العملية الجراحية على مستوى القلب التي قامت بها الحالة في سن 13 سنة، و كان الحادث نتيجة شجار مع خطيبة الحالة أدى إلى مشاكل عائلية التي رفضت و عارضت هذا الزواج نقلت الحالة إثرها إلى مصلحة الإستعجلات بالمركز الإستشفائي بوهران ، ثم حولت إلى مصلحة العناية المركزة حيث مكثت 20 يوما، ثم بعد استقرار حالتها الصحية العامة ، وجهت إلى مصلحة طب الأعصاب و أظهرت نتائج المغناطيسي IRM cérébrale عن حادث وعائي دماغي انسدادى AVC ischémique يخص الجهة الجدارية اليسرى و الذي أدى إلى إصابتها بشلل نصفي أيمن إلى جانب حبسة كلامية من نوع بروكا الأمر الذي دفع بالحالة إلى صدمة نفسية حادة بعد الاستفاقة مما زاد من تفاقم الأعراض النفسية خاصة اكتئاب ما بعد الصدمة.

عانت الحالة بعد الحادثة الخرس (فقدان كلي للكلام) لمدة 3 أشهر، ثم استعادت الحالة نوع من اللغة تلقائيا، كما عانت الحالة من نوع الاكتئاب الأمر الذي استلزم تعاطي مضادات الاكتئاب، كما عانت الحالة من نوع الانعزال و الانغلاق و لم تخضع لأي متابعة نفسية أو أرتوفونية، إلا بعد سنوات بعد إحالتها من طرف طبيب الأعصاب .

بدأت الحالة إعادة التأهيل اللغوي من طرف الأخصائية الأرتوفونية بتاريخ 26 /11/ 2018 مما سمح لها باسترجاع شبه كلي للغة لكن لم يتم التكفل النفسي بالحالة.

العوامل التي أثرت بالحالة :

من العوامل التي أثرت بالحالة خاصة بعد التعرض للإصابة هي الإعاقة الشلل و العجز اللذان تسببت فيه الإصابة، و في سنة 2017 توفيت والد الحالة الخبر الذي تنزل على الصاعقة على الحالة مما زاد من حدة الاضطرابات النفسية التي كانت تعيشها الحالة، في نفس الوقت بعد فترة معينة تم تقسيم الميراث على الأخوة الأمر الذي أتى بالشيء الإيجابي للحالة حيث كان لها نصيب من الميراث ، هذا الأخير أعطى أريحية من نوع الاستقلالية خاصة الجانب المادي، كون الحالة كانت تعاني نوع من الخوف من المستقبل.

التشخيص :

بناء على تشخيص طبيب الأعصاب و بناء على تشخيص الأروطوفوني فان الحالة تعاني من حبسة كلامية من نوع بروكا أو حبسة حركية غير طليقة يميزها اختزال كفي و كمي على مستوى التعبير الشفوي إلى جانب مشكل في استحضار الكلمة و فقدان الكلمة مع غياب جزئي للقراءة و الكتابة، مع الحفاظ قدرة التكرار و قدرة الفهم و غياب اضطراب البراكسيا و القنوزيا .

أما في ما يخص التشخيص النفسي فبناء على الأعراض التالية :

- أرق.
 - عزلة.
 - صعوبة في اتخاذ القرارات.
 - فقدان الطاقة و النشاط.
 - الإرهاق المستمر.
 - فقدان الثقة بالنفس و التمرکز حول الذات.
 - عدم الإرتياح و شعور بالضيق.
- فالحالة تعاني من نوع الاكتئاب حسب معايير التشخيص من " DSM5 " أما في ما يخص سرعة و الغضب و الانفعال فالحالة تعاني من انخفاض في مستوى الانفعالي برغم من كل هذا لم تسجل لدي حالة أي محاولة اعتداء على الآخرين.

التحليل الطولي Diachronique

المعطيات البنيوية:

- كان الأب يعمل في مجال التجارة و لم يكن لديه الوقت الكافي للتعامل مع الأولاد مما إستبدله بتدليل و الرفاهية المفرطة .
- الأم مائكة بالبيت و منه تعتني عناية مفرطة بالأولاد.

العوامل التاريخية المثبتة:

- عدم النجاح في علاقات مع الشريك الآخر .
- فقدان الأب.

احداث ساهمت في الإصابة:

- الانفصال عن الشريك
- لتسرب المدرسي المبكر

مشاكل أخرى:

- الإدمان على التدخين
- عدم وجود عمل ثابت و مستقر

الأدوية متناولة:

- Antidépresseur

تقديم العلاج :

في بداية العلاج تم استخدام مقياس قبلي يدعى مقياس الاتزان الانفعالي الى جانب مقياس بيك للاكتئاب ثم تطبيق البرنامج العلاجي ثم إعادة تقييم باستخدام مقياس بعدي متمثل أيضا في مقياس الاتزان الانفعالي نفسه و مقياس بيك للاكتئاب.

العلاج:

يعد برنامج العلاجي أسلوب العلاج الواقعي في هذي الدراسة من الأدوات الأساسية لتحقيق أهداف الدراسة، و البرنامج مخطط و منظم، يستند على مفاهيم و أساسيات الأسلوب العلاجي الواقعي وبناءا عليه تم تحديد الأساليب المستخدمة في كل جلسة من جلسات البرنامج العلاجي و كذلك تحديد أهداف كل جلسة و ذلك لرفع مستوى الاتزان الانفعالي للمصاب بالحسبة.

سيرورة العلاج:

البروتوكول المستخدم:

- المرحلة 1: يعتمد على الأساس العيادي قبل العلاج و تسمى بمرحلة التمهيدية و تضم جلسة واحدة.
- المرحلة 2: وهي مرحلة العلاج بتطبيق تقنيات و أساليب البرنامج العلاجي و تضم 8 جلسات.
- المرحلة 3: و تسمى المرحلة المتابعة بهدف إلى تقديم التغيير المتحصل عليه من خلال البرنامج العلاجي. و تضم جلسة واحدة

تقييم البرنامج العلاجي:

البرنامج العلاجي متكون من 10 جلسات مختلفة الأهداف و الأساليب الفنية و كلها تعمل على تعديل مستوى الاتزان الانفعالي حيث أن مدة الجلسة تكون 30 دقيقة.

● الجلسة التمهيديّة: هي عبارة عن مقابلة تشخيصية للتعرف على الحالة و تقييم نسبة الاتزان الانفعالي لديها و حدة الاكتئاب.

● البرنامج العلاجي: عبارة عن 8 جلسات مختلفة الأهداف و الأساليب و الفنيات.

● جلسة تقييمية: و هي جلسة ختامية يتم تقييم نسبة الاتزان الانفعالي و حدة الاكتئاب.

و سوف نفصل في ما يلي كل جلسة موضوعها، أهدافها و كذا أساليبها الفنية:

الجلسة :	الموضوع:	تاريخ الجلسة	مدة الجلسة:
.01	❖ بناء المقابلة العلاجية.	2019/04/25	30 دقيقة
.02	❖ الالتزام اتجاه قوانين المجتمع.	2019/05/02	30 دقيقة
.03	❖ تخفيف شعور التمركز نحو الذات.	2019/05/09	30 دقيقة
.04	❖ إدراك حاجات الآخرين وانفعالهم.	2019/05/13	30 دقيقة
.05	❖ ضعف الأداء الوظيفي للمراكز والأدوار في الأسرة المجتمع.	2019/05/16	30 دقيقة
.06	❖ الحاجة إلى الهوية والبحث عن الاستحقاق.	2019/05/23	30 دقيقة
.07	❖ المرونة و الليونة في مواقف الحياة اليومية.	2019/05/30	30 دقيقة
.08	❖ التوازن والتنسيق النهائي.	2019/06/02	30 دقيقة

● الجلسة التمهيديّة:	
- الموضوع	- بناء المقابلة العلاجية.
- الأهداف	- التعرف على الحالة و على ماضيها. - تقييم نسبة الفهم الشفوي و التعبير الشفوي. - تقييم درجة الاتزان الانفعالي. - تقييم درجة الاكتئاب.
- الأساليب والفنيات العلاجية	- افتتاح الجلسة بتقديم التحية والترحيب. - تطبيق اختبار MTA 2002 - مقياس الاتزان الانفعالي. - مقياس تقييم الاكتئاب.

ملخص الجلسة التمهيديّة:

تمت المقابلة الأولى على مستوى مصلحة الطب الفيزيائي و إعادة التأهيل الوظيفي المركز الإستشفائي الجامعي بوهراڤ كمقابلة تمهيديّة هدفها جمع المعلومات من بيانات أولية حول الحالة، و سبب الإحالة وكذا التعرف على تاريخ الحالة والسوابق المرضية وتطورها، ثم تطبيق مقياس الاتزان الانفعالي على الحالة حيث تحصلت الحالة على درجة 120 أي نسبة مقدرة ب 60.70% و هذا ما يدل على أن الحالة تعاني من انخفاض نسبي فوق المتوسط على مستوى الاتزان الانفعالي كما تم تطبيق بعض بنود اختبار الحبسة MTA 2002 والتي تشمل (التكرار - التعيين - الفهم - التعبير) وهذا ما أسفر على أن الحالة تعاني من حبسة من نوع بروكا مع استرجاع شبه كلي للغة وكذا الاحتفاظ بالفهم الشفهي ونقص في الكلمة المستهدفة وأخطاء في النحو والصرف.

ومن خلال التفاعل في المقابلة الأولى اتضح أن الحالة تعاني من نوع الاكتئاب من خلال الأعراض التي تظهر على الحالة، و قد أسفرت نتائج مقياس بيك للاكتئاب عن درجة 34 أي أن الحالة لديها اكتئاب شديد.

• الجلسة الأولى:	
- الموضوع	- بناء المقابلة العلاجية.
- الأهداف	<ul style="list-style-type: none"> - الاستعداد للبرنامج العلاجي. - التعرف على مواضيع البرنامج العلاجي. - التعرف مكان البرنامج العلاجي وأوقاته. - التعرف على الضوابط والتعليمات الخاصة بالجلسات العلاجية.
- الأساليب والفنيات العلاجية	<ul style="list-style-type: none"> - افتتاح الجلسة بتقديم التحية والترحيب. - تقديم المعالج لنفسه للحالة. - الاتفاق على الزمان والمكان. - توضيح الأساليب العلاجية والفنيات المستخدمة في التدريب

ملخص الجلسة الأولى :

بعد بناء علاقة علاجية تعاونية هدفها تدخل علاجي سليم، كانت معنويات الحالة في التعامل ضعيفة رغم الرغبة في التغيير ولذلك تم الاقتران بالفنيات المتعلقة بالمقابلة التحفيزية من أجل رفع الدافعية لتغيير السلوك، كما تم أيضا التعرف على مواضيع البرنامج بالتفصيل، تم فيما بعد إبرام عقد علاجي مع الحالة حول البرنامج العلاجي المتكون من عدد الحصص، والتطبيقات المطالب بها، مدة العلاج، شرح للحالة بأن البرنامج العلاجي يحتاج أن يكون المفحوص متفاعل وتعاوني مع المعالج من أجل الوصول إلى نتائج ايجابية، كما تم تحديد حصتين أسبوعيا مدة كل واحدة 30 دقيقة، وفي نهاية الحصة طلب من الحالة تلخيص ما فهمته، وإن كانت هناك نقاط غامضة أو لم ترضى بها الحالة. وفي الأخير طلب من الحالة واجب منزلي تمثل في تسجيل الأحداث التي يتعرض لها في البيت و الشارع.

● الجلسة الثانية:	
- الموضوع	- الالتزام اتجاه قوانين المجتمع.
- الأهداف	- التعرف على واجبات و حقوق الفرد داخل المجتمع. - الالتزام بالمسؤولية داخل الأسرة و المجتمع. - تعديل بعض السلوكيات التي لديك إمكانية تنفيذها داخل الأسرة ومع الأصدقاء التي تعاني الحالة منها ضعف في الالتزام بها.
- الأساليب والفنيات العلاجية	- تقديم الموضوع بقول المعالج: "الالتزام هو الإحساس بالدقة والواجب و التضامن واحترام الزمن". - سؤال من الواقع قام الباحث بصياغة سؤال من الواقع الاجتماعي مستنبط من موضوع الجلسة. - توضيح الخطوات الواقعية لتعلم السلوك. - إثارة المرح. - الواجب المنزلي و إعادة التعلم.

ملخص الجلسة الثانية:

بعد بناء العلاقة العلاجية التعاونية وأهمية الواجبات المنزلية تم بدأ البرنامج العلاجي مع الحالة. تم تقييم موضوع الجلسة من طرف الباحث بقوله الالتزام هو الإحساس بالدقة والواجب والتضامن واحترام الآخر، تم صياغة سؤال من الواقع للحالة تمثل في: لو كنت تمشي ووجدت رجل أعمى وأنت على هذه الحالة ماذا تفعل؟ الحالة: البحث عن شخص يساعده على قطع الطريق. تم توضيح للحالة خطوات تعلم سلوك مغاير بأن يقوم هو بالفعل بدل الاستعانة بالآخر رغم إعاقته على مستوى اليد اليمنى. في نهاية الحصة تقديم واجب منزلي تمثل في مراقبة سلوكيات الفرد مع مواقف مماثلة في المنزل.

• الجلسة الثالثة:	
الموضوع	تخفيف شعور التمرکز نحو الذات
الأهداف	<ul style="list-style-type: none"> - تفعيل الرؤية المستقبلية للفرد ولاكتشاف نفسه، و الانفتاح نحو الآخرين. - التغلب على إحساسه ككيان مستقل وان موقعه ضمن كيان أكبر هو المجتمع.
الأساليب والفنيات العلاجية	<ul style="list-style-type: none"> - تقديم الموضوع بقول المعالج: "التمرکز حول الذات هو تقدير الفرد ما يستطيعه وما لا يستطيعه ، فلا يعرفه لنفسه دورا محددًا في علاقته عن حوله". - الخطوات الواقعية لتعلم السلوك. - تقديم نموذج لمسؤولية سلوكية. - الفعالية والمرح. - إعادة التعلم. - تحديد الواجب بتقليص حب الذات المفرط الذي يقود إلى الوحدة وتوسيع سمة الانفتاح ومشاركة الآخرين.

ملخص الجلسة الثالثة :

في البداية تم مراجعة ما تم تعلمه في الحصة السابقة وتم مناقشة الواجب المنزلي الذي تمثل في مراقبة التعامل مع المواقف الإنسانية والقانونية. من خلال المناقشة اتضح أن الحالة استوعبت تدريجياً الموضوع ثم تم التعرف على موضوع الجلسة الذي قدمه الباحث بقوله "التمرکز حول الذات هو تقدير الفرد ما يستطيع وما لا يستطيع، فلا يعرف لنفسه دورا محددًا في علاقته مع من حوله" ثم تم طرح أسئلة حول الموضوع ما هو دورك في المنزل وما الفرق بين أخوك الأصغر؟ كانت الأجوبة كالتالي: ليس لي أي مهام في المنزل أخي سليم وأنا معاق. وضع الباحث خطوات لتصحيح سلوك متمثل في توضيح بعض الأدوار التي يمكن أن يقوم بها الفرد في المنزل وأنه لديه القدرة شأنه شأن الآخرين. تم استدرج المرح خلال الجلسة وفي الأخير تم إعادة ما تعلمته الحالة. وفي النهاية تم تحديد واجب منزلي تمثل في تقليص حب الذات المفرط ومحاولة الانفتاح على الآخرين، وتكوين علاقات جديدة.

● الجلسة الرابعة:	
- الموضوع	- إدراك حاجات الآخرين وانفعالاتهم
- الأهداف	- تنمية تقبل الآخرين وحب الخير لهم. - تنمية السلوك الاجتماعي الذي يدرك مشاعر الناس ومعتقداتهم وإغراضهم. - الاهتمام بحاجات الآخرين وتوقعاتهم.
- الأساليب والفنيات العلاجية	- تقديم الموضوع بقول المعالج: إن لجميع الناس حق الحياة ولهم حاجات يجب أن نولي الاهتمام بها بقدر ما يتعلق بنا - تحديد الخطوات الواقعية لتعلم السلوك وكيفية استبدال الأناية بأخرى إنسانيه - تقديم نموذج لمسؤولية سلوكية من الواقع. - الفعالية والمرح. - إعادة تعلم ما تم تعلمه خلال الجلسة بإيجاز. - واجب بيتي يتضمن تشجيع الفرد على تطبيق ما تعلمه بالجلسة الحالية داخل أسرته.

ملخص الجلسة الرابعة:

في البداية تم إعادة مراجعة الواجب المنزلي ثم تقديم موضوع الجلسة بقول الباحث " إن لجميع الناس حقه في الحياة ولهم حاجاته يجب أن نولي الاهتمام بها بقدر يتعلق بنا .
وتم صياغة السؤال التالي: " هل فكرت بمعانات أمك عندما تراك على هذه الحالة، فجاء الرد كالتالي:
أمي تحبني ولا يمكن أن تعاني بسببي".
تم اقتراح نموذج سلوكي تمثل في: " أن للأم حق في العيش بحرية، للأم حق أن تفرح بك كعريس، الأم تحب أن تراك كشخص آخر".
ثم إدراج جانب من المرح بالتحدث عن متى تريد الحالة أن تتزوج و عن مواصفات الشريك، أخيرا تم إعادة ما تم تعلمه من الجلسة ثم الخروج بواجب منزلي متمثل في مراعاة حاجات الأخوة والجيران والأصدقاء وأغراض.

• الجلسة الخامسة:	
- الموضوع	- تحديد الأداء الوظيفي للمراكز والأدوار في الأسرة و المجتمع
- الأهداف	- التغلب على السلوك الانهزامي وتقليل التصرفات الغير مسؤولة. - التغلب على سمة الصرامة والتسلط والكسل أثناء الحياة اليومية - تنمية الأخلاق الواقعية لدى أفراد المجموعة التي تتضمن درجة من الالتزام بسلوكيات أخلاقية عالية (الأمانة -الصدق - إتقان العمل -التفاني والتضحية في الانجاز - مرونة التفكير - تحمل المسؤولية).
- الأساليب والفنيات العلاجية	- تقديم الموضوع بقول المعالج: " ضعف الأداء نابع من اللامبالاة أو الكسل او ضعف الإرادة أو استغلال البعض أو الاتكالية و كل هذا يحدث ضررا كبير في المنظومة الاجتماعية". - سؤال من الواقع: - الخطوات الواقعية للسلوك: - إعادة ما تم تعلمه خلال الجلسة من خطوات ومعلومات وملاحظات مع إعطاء أمثلة أخرى، و إثراء الجلسة بالمرح و الفعالية.

ملخص جلسة الخامسة:

كباقي الجلسات السابقة تمت مراجعة موضوع الجلسة الرابعة، و اتضح الاستيعاب جليا من خلال قول الحال: " راني نخمم نعاود نبي حياتي من جديد غير نلقى لي تقبل بيا كما راني"، أما في ما يخص موضوع الجلسة الجديد فجاء على لسان المعالج بقوله: " ضعف الأداء نابع من اللامبالاة أو الكسل او ضعف الإرادة أو استغلال البعض أو الاتكالية و كل هذا يحدث ضررا كبير في المنظومة الاجتماعية"، و جاء السؤال من الواقع كالآتي: " إذا طلب منك عمل تستطيع القيام به مقابل مبلغ من المال ماذا تقول؟"

الحالة: "مخصنيش الدراهم باه نخدم عند الناس".

تم تعديل خطوات السلوك كالآتي:

• الامتناع عن أي فعل او سلوك يمت بصله بضعف الأداء.

• تحديد النتائج المترتبة على هذا الفعل.

• اختيار طرق تحقق نتائج مقبولة ومعقولة وتجنب التقصير في الوظائف.

كما تم اسدراج جانب من المرح من خلال بعض النكت، و في النهاية تم تحديد الواجب المنزلي: نحن ماذا تصبح أن تكون بعد سنة؟

• الجلسة السادسة:	
- الموضوع	- الحاجة إلى الهوية والبحث عن الاستحقاق.
- الأهداف	<p>- تحديد وتصحيح بعض المفاهيم الخاصة بمصادر الهوية مثل: (الحب، الكراهية، الدين، القيم، الأخلاق، المعتقد، العادات، التقاليد، صورة الجسم، المستوى الاجتماعي و الاقتصادي)</p> <p>- تحديد أهداف و أحلام تناسب الفرد و تتناسب مع المجتمع.</p> <p>- الإحساس بالذات و امتدادها في مجالات متعددة.</p> <p>- الحاجة إلى الشعور بأننا ذوو قيمة و مهمون سواء بالنسبة لأنفسنا أو بالنسبة الآخرين.</p>
- الأساليب والفنيات العلاجية	<p>- تقديم الموضوع بقول المعالج: "كلنا لنا أصل و عرق و نسب و تحكنا أعراف و قيم و عادات و قوانين فيا ترى كيف ترى هذه المحددات و الأسس التي نسير على نهجها"</p> <p>- صياغة أسئلة حول مفاهيم مصادر الهوية.</p> <p>- إعطاء أمثلة و تعاريف حول مصادر الهوية.</p> <p>- تقديم نموذجاً لمسؤولية سلوكية مستمداً من الواقع الاجتماعي و مناقشته مع الحالة.</p> <p>- إعادة التعلم من خلال إعادة تحديد المفاهيم الخاصة بالهوية.</p>

ملخص الجلسة السادسة:

تم مراجعة موضوع الجلسة السابقة و اتضح نسبة الاستيعاب من خلال قول الحالة: "راني نخمم باه نحل كوسميتيك و لا نروح فرانسنا نخدم و نشوف طبيب تاغي " ثم تم مناقشة رأي الحالة.

أما في ما يخص موضوع الجلسة ف جاء بقول المعالج: "كلنا لنا أصل و عرق و نسب و تحكنا أعراف و قيم و عادات و قوانين فيا ترى كيف ترى هذه المحددات و الأسس التي نسير على نهجها"

كما تم إعطاء أمثلة حول الهوية و تحديد مفاهيم خاصة بالهوية و تحديد مصادرها، و في النهاية تم إعادة مراجعة المفاهيم الخاصة بالهوية و حب الانتماء.

• الجلسة السابعة:	
- الموضوع	- المرونة و الليونة في مواقف الحياة اليومية.
- الأهداف	- كيفية التعامل مع المواقف الجيدة. - تجنب الضغوط غير الضرورية. - تهيئة النفس و الاستعداد دائما للطوارئ في الحياة اليومية.
- الأساليب والفنيات العلاجية	- تقديم الموضوع من خلال مثال يضع الفرد في موقف غير متوقع. - تحديد الخطوات الواقعية للسلوك الواقعي. - سؤال من الواقع. - إعادة ما تم تعلمه خلال الجلسة من خطوات ومعلومات وملاحظات مع إعطاء أمثلة أخرى. - الفعالية و المرح. - الواجب المنزلي: تشجيع الفرد محاولة تطبيق ما تم تعلمه خلال الجلسة في الحياة اليومية مع المثبرات الجيدة و تدوين كيفية تعامل مع الأفراد.

ملخص الجلسة السابعة:

في البداية تمت مراجعة المفاهيم الخاصة بالهوية و الانتماء، ثم التطرق إلى موضوع المرونة و الليونة بقول المعالج: "إذا كنت في عدا وخصام مع احد الأشخاص في أهلك وفي يوم العيد فوجئت بزيارته إلى بيتك بدون أي مقدمات ولاحظت على ملامحه النية الصادقة لردم هذه الفجوة بينكم ، ماذا تفعل؟" الحالة: "معلبلش ، إذا مجاش عندي هو أنا منروحش عنده ولا نخرج قاع مدار".
جاء تعديل السلوك كالآتي:

- عدم التركيز فقط على النواحي السيئة.
- الاسترخاء و التنفس بعمق لعدة مرات قبل اتخاذ القرار أو السلوك.
- تكوين عادات أخلاقية ثابتة بفضل تحكمه في انفعالاته و تجميعها حول موضوعات أخلاقية معينة.

و في نهاية جاء تحديد الواجب المنزلي من خلال تشجيع الفرد محاولة تطبيق ما تم تعلمه خلال الجلسة في الحياة اليومية مع المثبرات الجيدة

• <u>الجلسة الثامنة:</u>	
- الموضوع	- التوازن والتنسيق النهائي
- الأهداف	<ul style="list-style-type: none"> - الربط والتوازن والتنسيق بين مواضيع الجلسات العلاجية للبرنامج جميعها. - تبليغ الحالة بانتهاء البرنامج.
- الأساليب والفنيات العلاجية	<ul style="list-style-type: none"> - إجراء حوار حول ما دار من خطط معلومات وملاحظات ومناقشة جميع جلسات البرنامج. - الاستفسار عن مدى الفائدة التي تحققت من البرنامج وعن أدق الصعوبات التي واجهت الحالة أثناء التطبيق. - استعراض جميع الجلسات التي تدربت الحالة عليها والتأكيد على أهم الخطوات. - التحضير لإعادة تطبيق مقياس الاتزان الانفعالي. - تقديم الشكر والامتنان والتقدير للحالة لتعاونها في تطبيق البرنامج.

ملخص الجلسة الثامنة:

تم من خلال هذه الجلسة مراجعة و استعراض جميع مواضيع الجلسات السابقة و محاولة الربط و التنسيق و مناقشة مدى الفائدة التي تحققت من البرنامج و كذا الصعوبات التي واجهت الحالة، ومدى الرضا عن الجلسات العلاجية و في الختام تم التحضير لإعادة تطبيق المقاييس في الجلسة الأخيرة.

ملخص الجلسة الختامية :

تم خلال الجلسة الختامية تطبيق مقياسي الاتزان الانفعالي و مقياس الاكتئاب كمقياسين بعديين لمعرفة مدى تأثير البرنامج العلاجي على الحالة و هذا بعد التحضير المسبق للحالة التي أبدت رغبة في معرفة النتائج، وقد أسفرت النتائج عن ما يلي:

درجة الاتزان الانفعالي 188 ، و في مقياس الاكتئاب تحصلت على درجة 19.

و في الختام تم طمأنة الحالة و تهنئة على النجاح المتحصل عليه وتم تقديم الشكر و الامتنان و التقدير للحالة لتعاونها في تطبيق البرنامج، و في نهاية الحصة تم تقديم البعض النصائح و الإرشادات بغية محافظة الحالة على توازنها الانفعالي في مواجهة مفاجئات المستقبل و قبول التحديات الجديدة.

أما في ما يخص تحليل النتائج و مناقشات الفرضيات فتم استعراضها في الفصل الموالي.

الفصل السابع: مناقشة نتائج الدراسة

- مناقشة الفرضة الأولى
- مناقشة الفرضية الثانية
- الاستنتاج العام
- التوصيات و الاقتراحات

← مناقشة النتائج و الفرضيات:

بعدها تم عرض الحالة و تاريخها و علاجها في الفصل السابق، و التطرق إلى عرض مفصل لكل جلسات البرنامج العلاجي توصلنا في هذه المرحلة الأخيرة من الدراسة إلى مجموعة من النتائج التي تعتبر كحوصلة للتطبيق الميداني الذي تم القيام به، و القائم على مجموعة من الأساليب العلاجية المبينة على أسلوب العلاج الواقعي لصاحبه وليام جلاسر المبني على مفاهيم (المسؤولية، الصواب، الواقعية)، وكذا المقاييس المستخدمة في الدراسة و المتمثلة في مقياس الاتزان الانفعالي لصاحبه ناصر بن راشد الذي قام بتعديله سنة 2014 و مقياس الاكتئاب والتي تخدم الأهداف المنشودة من الدراسة، كما تخدم فرضيات الدراسة والتي كانت كالتالي:

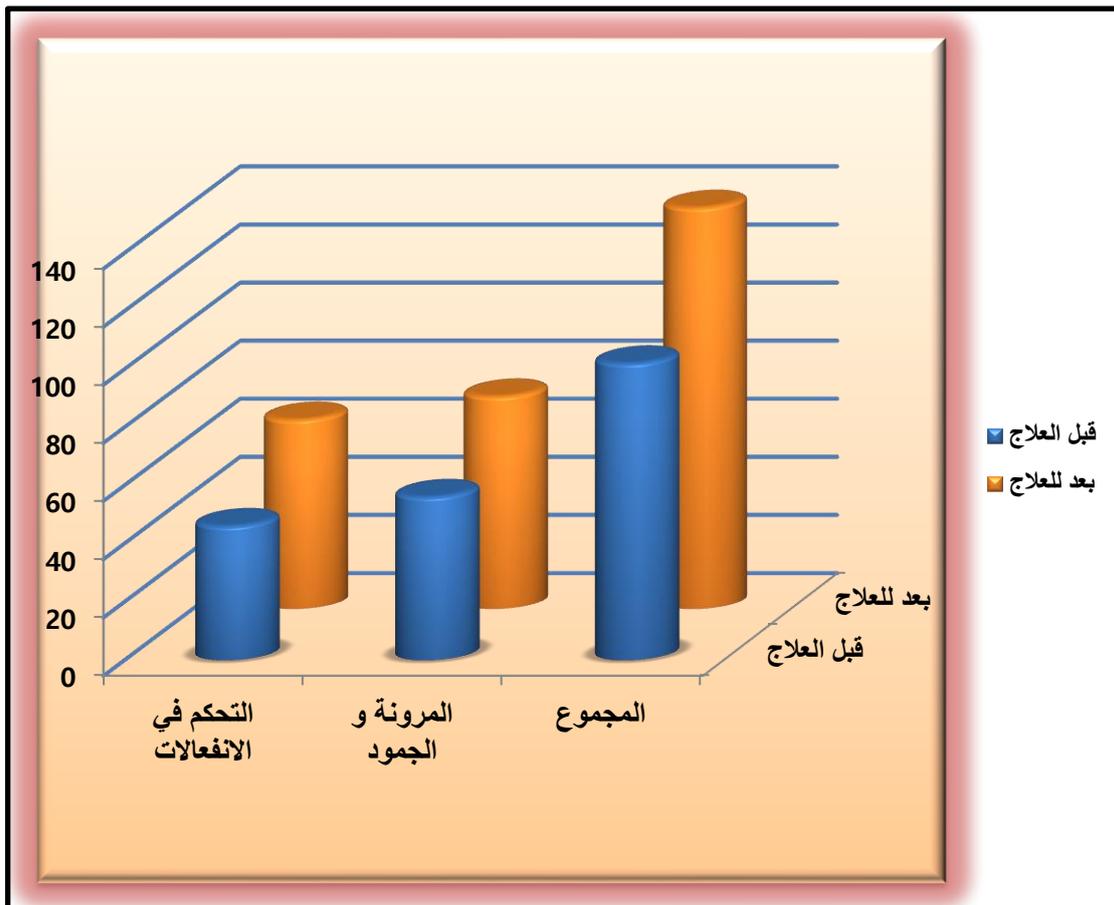
1. للبرنامج العلاجي الإرشادي بالأسلوب العلاج الواقعي فعالية في رفع مستوى الاتزان الانفعالي لدى المصاب بالحبسة الكلامية من نوع بروكا.
2. هناك علاقة بين مستوى الاتزان الانفعالي و الاكتئاب.

I. مناقشة الفرضية الأولى:**(أ). نتائج مقياس الاتزان الانفعالي:**

قد أسفرت نتائج مقياس الاتزان الانفعالي المطبقة على الحالة في الحصبة التمهيدية عن درجة 102 من أصل 168 درجة أي ما يعادل 60.7%، ما يفسر لنا أن الحالة تعاني من اخفضا على مستوى الاتزان الانفعالي يفوق المتوسط، كما نلاحظ ارتفاعا نسبي بالنسبة لبعده التحكم في الانفعالات حيث تحصلت الحالة على درجة 46 أي ما يعادل 63.89% مقارنة ببعده المرونة و الجمود حيث تحصلت الحالة على درجة 56 أي ما يعادل 58.83%.

المقياس	قبل العلاج	بعد للعلاج	نسبة النجاح
التحكم في الانفعالات	46	65	%26.38
المرونة و الجمود	56	73	%17.70
المجموع	102	138	%27.40

الجدول (1) : القياس القبلي و البعدي لمقياس الاتزان الانفعالي



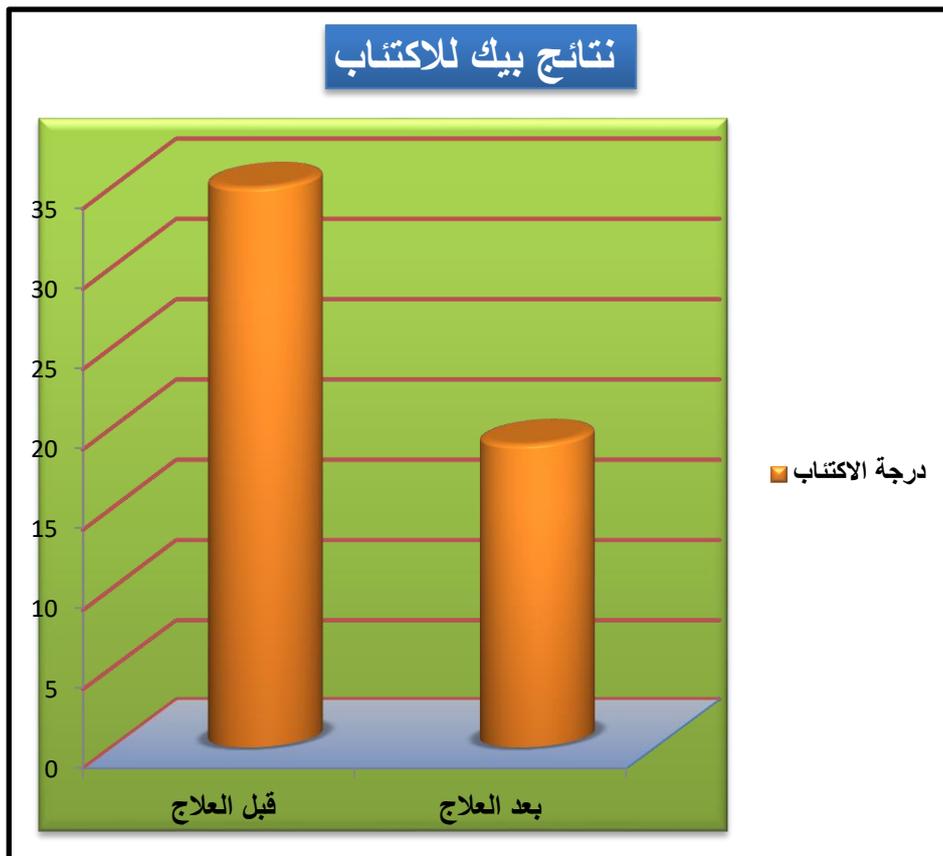
المنحنى (1) : القياس القبلي و البعدي لمقياس الاتزان الانفعالي الخاص بكل بعد

(أ). نتائج مقياس بيك للاكتئاب:

أسفرت نتائج مقياس بيك للاكتئاب عن درجة 34 هذا ما يدل أن الحالة تعاني من اكتئاب شديد، رغم أن الحالة لم تسجل عليها أية محاولة انتحار و اعتداء على الآخرين مما يفسرنا أن الحالة تعيش نوع من التمرکز نحو الذات و الانطوائية، لكن بعد تطبيق البرنامج العلاجي سجل تحسن نوعي و الانتقال من اكتئاب شديد إلى اكتئاب متوسط من خلال النتائج المحصل عليها و التي قدرت ب 19 درجة أي بنسبة نجاح قدرت ب 32%.

المقياس	قبل العلاج	بعد العلاج	نسبة النجاح
مستوى الاكتئاب	34	19	32%

الجدول (2) : القياس القبلي و البعدي لمقياس الاتزان الانفعالي

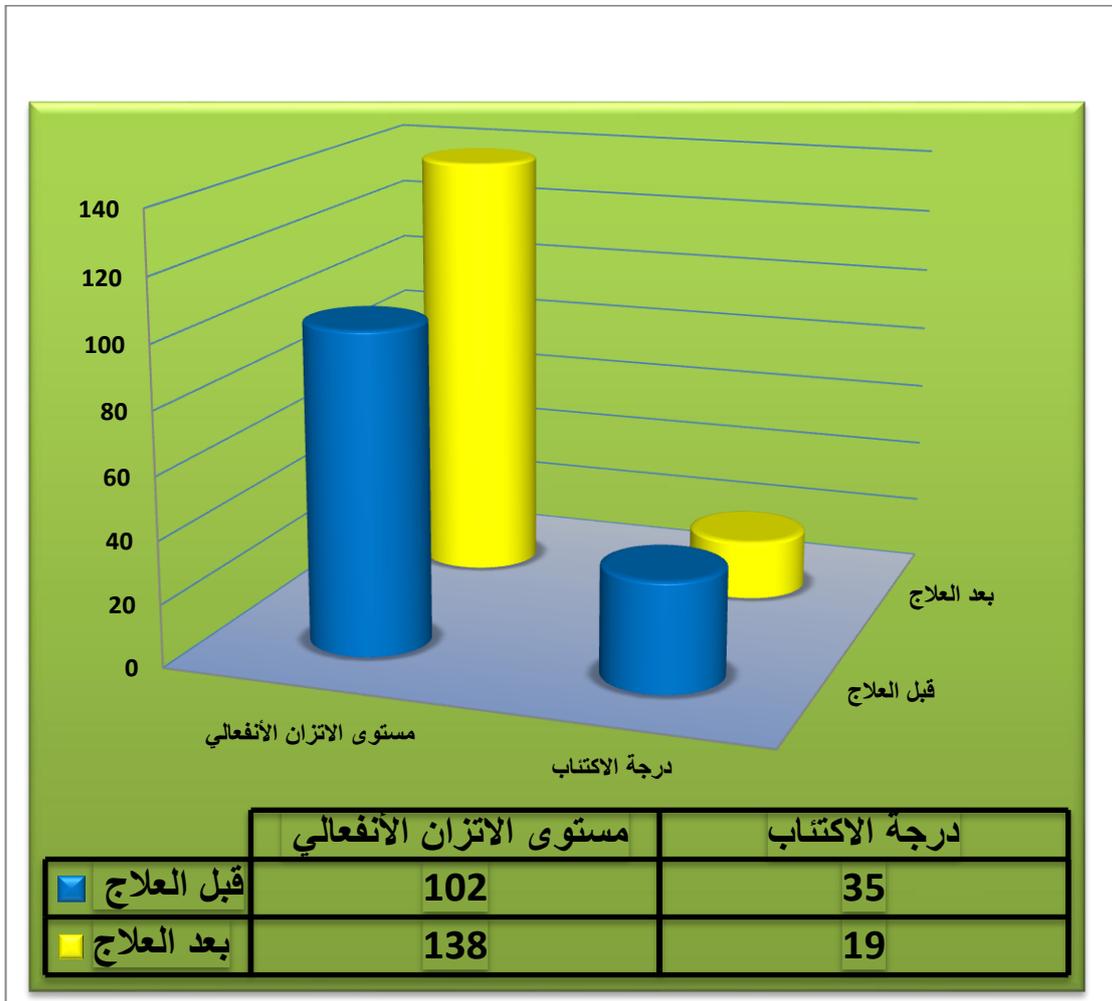


المنحنى (2): القياس القبلي و البعدي لمقياس بيك للاكتئاب

تفسير المنحنى: من خلال المنحنى البياني نلاحظ التغير الواضح بين القياس القبلي و القياس البعدي لدرجة الاكتئاب لمقياس بيك يتضح الفرق بين القياسين و الذي تمثل في انخفاض في درجة الاكتئاب، و هذا ما لمسناه في نهاية الجلسات حيث أبدت الحالة نوع من الارتياح و التفاؤل و حب التغيير.

← من خلال المنحنى (1) و (2) جاءت نتائج الدراسة إيجابية فيما يخص فعالية البرنامج العلاجي بأسلوب العلاج الواقعي الذي طبق على الحالة حيث استفادت من تكفل علاجي اعتمد على جلسات، و نجاح البرنامج ظهر من خلال ارتفاع مستوى الاتزان الانفعالي و الذي قدر بـ 27.40%، و انخفاض في حدة الاكتئاب إذ قدرت نسبة النجاح بـ 32%.

II. مناقشة الفرضة الثانية:



المنحنى(2): القياس القبلي و البعدي لمقياس الاتزان الانفعالي و مقياس بيك للاكتئاب

المنحنى البياني يوضح العلاقة بين حدة الاكتئاب و مستوى الاتزان الانفعالي ففي بداية العلاج نلاحظ انخفاض في مستوى الاتزان الانفعالي في نلاحظ ارتفاع في درجة الاكتئاب، أما في نهاية العلاج نلاحظ في ارتفاع مستوى الاتزان الانفعالي في نلاحظ انخفاض في درجة الاكتئاب.

← فالعلاقة بين الاكتئاب و الاتزان الانفعالي هي علاقة عكسية أي كلما زادت نسبة مستوى الاتزان الانفعالي انخفضت في درجة الاكتئاب و العكس صحيح، و منه نستنتج أن أحدها يؤثر على الثاني تأثيراً عكسياً.

الاستنتاج العام:

بناءً على ما تم تناوله في موضوع الدراسة الحالية نستنتج أن الإصابة العضوية كالحبسة تخلف آثار نفسية بليغة تزداد و تنخفض حدتها حسب بنية و شخصية المصاب و بالتالي فهي تؤثر على الفرد و على حياته المهنية و الأسرية و الزوجية، و عدم التكفل النفسي يمثل هذه الحالات يزيد من حدة الاضطرابات النفسية مما يعود بالسلب على الفرد معطياً اضطرابات سيكوسوماتية و قد تؤدي في بعض الأحيان إلى حالات من الانتحار.

و يبقى التدخل العلاجي العشوائي للأخصائي لا يجدي نفعاً، لذا وجب على المختص النفسي وضع منهجية و برنامج علاجي للتكفل مثل هذه الحالات و هو ما تم التعمق فيه من خلال هذه الدراسة حيث تم التكفل حالة مصابة بالحبسة وفق برنامج علاجي مبني على أسلوب العلاج الواقعي لرفع مستوى الاتزان الانفعالي لدى المصاب الذي يعاني من اكتئاب شديد مصاحب للإصابة، و أظهرت الدراسة فعالية البرنامج العلاجي بأسلوب العلاج الواقعي في رفع مستوى الاتزان الانفعالي لدى المصاب و كذا انخفاض في حدة الاكتئاب إلى المتوسط، كما أظهرت الدراسة أن هناك علاقة عكسية بين الاتزان الانفعالي و الاكتئاب.

و من الملاحظ أن هناك عدة عوامل تداخلت في نجاح البرنامج العلاجي:

رغبة الحالة في التغيير.

ربط الحالة بالواقع.

- تحسيس الحالة بالمسؤولية.
 - المراجعة المستمرة للجلسات السابقة.
 - ربط الجلسات بالمعاش من خلال واجبات منزلية.
 - إدخال الفعالية و المرح في الجلسات العلاجية.
 - إعادة رسم الهوية و تحديد مصادرها.
- ❖ كل هذه العوامل التي ساهمت في نجاح البرنامج العلاجي و غيرها جاءت مؤيدة لمبادئ و فلسفة العالم وليام جلاسر صاحب العلاج الواقعي.
- الاقتراحات و التوصيات:
- في ضوء ما أسفرت عنه نتائج الدراسة الحالية و استكمالاً للجهد المبذول، نقترح مجموعة من التوصيات و البحوث و الدراسات للقيام بها:
- ⇐ تقديم برامج مماثلة و تصميم البرامج العلاجية وفق أساليب مختلفة و التعرف على آثارها في التخفيف من الأعراض النفسية المرضية الناجمة عن الإصابات العضوية.
 - ⇐ اقتراح دراسة حول تأثير الاتزان الانفعالي على الاكتئاب.
 - ⇐ تقديم برامج علاجية أخرى في التكفل النفسي بالمصاب بالحبسة.
 - ⇐ توسيع و تطبيق البرنامج العلاجي المقترح على مجموعة من المصابين بالحبسة و التعرف على فعاليته في العلاج الجماعي.
 - ⇐ عقد محاضرات و ندوات تلمس ميدان الصحة من الجانب النفسي.

قائمة المراجع:

I. المراجع بالعربية:

- ناصر بن راشد، أساليب المعاملة الوالدية كما يدركها الأبناء وعلاقتها بالانتران الانفعالي لدى الأطفال المضطربين كلامياً، رسالة ماجستير، جامعة نزوى، قسم التربية والدراسات الإنسانية، عمان، 2014.
- علي بن ناصر بن دشن القحطاني، الاتزان الانفعالي و علاقته بالسّمات الخمس الكبرى للشخصية، رسالة ماجستير قسم علم النفس، جامعة أم القرى، السعودية، 2013.
- أحمد عبد اللطيف أبو سعيد، أحمد عبد الحليم عربيات، نظريات الارشاد النفسي و التربوي، دار المسيرة، الاردن، ط 2، 2012.
- مُجّد حولة، الارطفونيا علم اضطرابات اللغة و الكلام و الصوت، دار هومه، الجزائر، ط 4، 2011.
- مال طلب صحن عبد الله الجبوري، أثر برنامج إرشادي بأسلوب العلاج الواقعي لرفع مستوى الأحكام الخلقية لدى طلاب المرحلة الإعدادية، أطروحة دكتوراه، جامعة سانت كليمنتس العالمية، قسم الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي، بغداد، 2010.
- حسيان مُجّد، علاقة نوع الحبسة و اعراضها بموقع الاصابة الدماغية، رسالة ماجستير في علوم الارطفونيا، جامعة الجزائر، 2009/2008.
- حميدة عوايحية، اثر الصورة الذهنية البصرية في التعرف على الكلمات المكتوبة لدى الحبسي رسالة ماجستير في علوم الارطفونيا، جامعة الجزائر، 2008.
- نجية تيقمونين، اللغة الشفهية بين اكتسابها لدى الطفل المصاب بالديسغافيا واسترجاعها لدى الحبسي الراشد، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، 2006.
- محمود اسماعيل مُجّد ريان، الاتزان الانفعالي وعلاقته بكل من السرعة الإدراكية والتفكير الابتكاري، رسالة دكتوراه غير منشورة، قسم علم النفس، جامعة الأزهر، غزة، 2006.
- علي الجميلي، اثر العلاج الواقعي والتدريب على المهارات الاجتماعية في رفع مستوى الاتزان الانفعالي لدى طلبة المرحلة الإعدادية، كلية التربية، 2005.

قائمة المراجع

- جورج بول :معرفة اللغة، ترجمة مُجَّد فراج عبد الحافظ، دار الوفاء لندنيا الطباعة والنشر، الاسكندرية،1994 .
- عبد الخالق، أحمد، محاضرات في علم النفس العام . دار المعرفة الجامعية، غزة،1984.
- سويف ، مصطفى علم النفس الحديث – معالمه ونماذج من دراساته. مكتبة الأنجلو المصرية ،دار وهدان للطباعة والنشر ، القاهرة،1978.

.II ج المراجع بالفرنسية:

- Michel S., NaylaF. Livre de la médecine. Li pommier , 2001.
- Brahimi S. L'agrammatisme dans L'aphasie de Brokaet de conduction. Approche Neuropsycholinguistiqueà travers l'adaptation de la langue et la réévaluation du Boston Los Angeles Morphology Syntax Battery GOODGLASS. Thèse de Doctorat d'état en orthophonie. Université d'Alger ,1999.
- MesserliP., Langage et aphasie : séminaire J.LSignionret. Bruxelles :Boeck Université ,1996.
- Zellal N., L'aphasie en milieu hospitalier algérien étude psycholinguistique et linguistique. Thèse en doctorat d'état. Paris 3 ,1986.
- LecoursA., L'aphasie. Paris : Flamunarion ,1979.
- Glasser , w zunin L.M. Reality Therapy, In/R, cornidi(Ed),current psychotherapies, Itasca,illinois: Peacock, 1973.
- Pottier B., Neuropsychologie cognitive (introduction clinique). Paris :PUF
- Jakobson R., Langage enfantin et aphasie. Paris : Minuit ,1969.

الملاحق

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

الإجابة	رقم
---------	-----

جامعة وهران 2

كلية: العلوم الانسانية و العلوم الاجتماعية

قسم: علم النفس و ارطوفونيا

السنة: ماستر 2 علم النفس الصحة

عزيزي /عزيزتي

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته...وبعد

أمامك مجموعة من العبارات التي تتضمن آرائك حول موضوع المقياس ، هذه العبارات آراء قد تنطبق عليك وقد لا تنطبق ، فالرجاء قراءة كل عبارة بدقة ثم ضع علامة (√) مقابل العبارة التي تراء إنها تعبر عن موافقتك تحت بنود الإجابة المعطاة (نعم) ، أو (أحيانا)، أو (لا)، لذا أرجو عدم ترك أي عبارة بدون إجابة ، فالإجابة الصحيحة تمثل رأيك الخاص . ولتوضيح ذلك إليك المثال التالي :

الرقم	العبارة	الإجابة		
		نعم	أحيانا	لا
1	لا أغضب بسرعة	√		

تذكر أنه لا يوجد هناك وقت محدد للإجابة، وكن واثقاً أن كل ما تذكره هو محاط بسرية البحث ولا يستخدم إلا للدراسة العلمية فقط.

وشكراً لكم على تعاونكم

مقياس الاتزان النفسي

لا	أحيانا	نعم		
			أستطيع أسيطر على انفعالاتي أمام الآخرين.	01
			أشعر بالهدوء الداخلي والاطمئنان معظم الوقت.	02
			أشعر أن بداخلي كثيرا من الصراعات.	03
			أغضب بسهولة ولأسباب تافهة.	04
			نادرا ما أكون فخورا بما حققت من انجازات.	05
			أجد صعوبة في اتخاذ القرارات.	06
			لا أستطيع التحدث مع الآخرين بسبب إعاقتي.	07
			أجد صعوبة في التعبير عما بداخلي.	08
			أتماسك عندما أتعرض لمواقف انفعالية.	09
			غرفتي في المنزل منظمة إلى حد كبير.	10
			أعتقد أنني محبوب جدا من زملائي.	11
			يمكنني أن أتغاضى بسهولة عن أخطاء الآخرين.	12
			أشعر كثيرا بالخوف والرهبة عند التعرض لمواقف جديدة.	13
			كثيراً ما يتدخل أبي وأمي في أموري الخاصة.	14
			أشعر بالغضب عندما لا يفهم مشكلتي أحد.	15
			أشعر بالاضطراب عندما تكون الأشياء في غير موضعها.	16
			أشعر كثيراً بالمعاناة في حياتي.	17
			لا يمكن أن أعترف بالخطأ مهما كان.	18
			أميل إلى التحدي شرط أن تكون المخاطر محسوبة.	19

مقياس الاتزان النفسي

رقم	العبارة	الإجابة		
		نعم	أحيانا	لا
20	كثيرا ما أشعر أن زملائي يسخرون مني.			
21	أفضل الحياة بدون قيود.			
22	لا أغير رأيي بسهولة.			
23	أجد صعوبة في تغيير عاداتي.			
24	أتضايق من كثرة المناقشة والجدل.			
25	أنتقم ممن يسيء لي مهما كلفني ذلك.			
26	أشعر بالضيق كثيرا عند استيقاظي في الصباح.			
27	أؤمن أن الإنسان يتعلم من أخطائه.			
28	أنا متفائل جداً بالمستقبل.			
29	يضايقني كثيراً اللوم والعتب حتى لو أستحقه.			
30	عندما أنفعل وأثور أعاني من زيادة التأناة والتلثم.			
31	يزعجني كثيراً إضطرابي في الكلام.			
32	عندما أكون في حشد من الناس لا أستطيع أن أتحدث بسهولة.			
33	أفقد الثقة في أي شخص.			
34	أشعر بأنني ناجح في جميع أفعالي.			
35	غالباً ما أسير وفق خطة.			
36	عندي دائماً رغبة في أن أبدأ الشجار.			
37	أغضب كثيراً عندما أرى والداي مشغولون عني.			
38	أنا غير قادر على إنجاز ما أطمح إليه.			

مقياس الاتزان النفسي

رقم	العبارة	الإجابة	
		نعم	أحيانا لا
39	أجد راحة في الجلوس منفرداً.		
40	من الصعب وجود أشخاص مخلصين.		
41	غالباً ما أبدأ بمصالحة من يخاصمني.		
42	أستطيع التكيف مع المشكلات الحياتية.		
43	لا بد للإنسان أن يحن رأسه أمام العواصف.		
44	أحزن بشده عندما أواجه موقف محزن.		
45	أعتقد أن كل يوم جديد يحمل لي مفاجأة سعيدة.		
46	أنا إنسان غير عصبي.		
47	سيكون عمري المتبقي أكثر سعادة.		
48	أستطيع التغلب على المشكلات الحياتية مهما كانت.		
49	أقضي كثيراً من اللحظات في سعادة.		
50	أواصل دائماً حياتي بهمة ونشاط رغم وجود المعوقات.		
51	أرتبك إذا ناداني أحد ما.		
52	أنظر إلى نفسي كثيراً على أنني فاشل.		
53	أنا راض تماماً عن حياتي ونفسي.		
54	أغضب عندما أشعر بأن أقاربي يتعدون عني بسبب إضطرابي في الكلام.		
55	تنتابني حالات من الفتور واللامبالاة.		
56	أرغب في أن أكون إنساناً آخر.		

مقياس الاتزان النفسي

توزيع عبارات مقياس الاتزان الانفعالي (الصورة النهائية).

م	الأبعاد	أرقام العبارات	عدد العبارات	المجموع
1	التحكم في الانفعالات	-20-19-17-16-15-10-9-8-7-3-2-1 -46-44-37-36-32-31-30-26-25-24 54-49	24	56
2	المرونة والجمود	-23-22-21-18-14-13-12-11-6-5-4 -41-40-39-38-35-34-33-29-28-27 56-55-53-52-51-50-48-47-45-43-42	32	

تصحيح مقياس الإتزان الانفعالي

الاتزان الانفعالي	عدد الفقرات	الفقرات الموجبة	الفقرات السالبة
التحكم في الانفعالات	24	49-46-10-9-2-1	25-24-20-19-17-16-15-8-7-3 54-44-37-36-32-31-30-26-
المرونة	32	-35-34-28-27-21-12-11 56-53-50-48-47-45-42-41- 39	29-23-22-18-14-13-6-5-4 55-52-51-43-40-38-33
المجموع	56	22	34