

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

Université Akli Mohand Oulhadj - Bouira -

Tasdawit Akli Muhend Ulhağ - Tubirett -



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة أكلي محمد أوحاج
- البويرة -

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم: علم النفس وعلوم التربية

الموضوع:

أثر ادمان المخدرات في ظهور الفصام لدى الراشد

مذكرة مقدمة لنيل شهادة ماستر في تخصص علم النفس العيادي

تحت إشراف:

- ا. ولد محند لامية

مناعداد الطالبة:

- خدوسي سعاد

السنة الجامعية: 2022/2021

شكر وعرfan

نتقدم بجزيل الشكر والامتنان إلى الأستاذة المشرفة "ولد محند لامية"
حيث لم تبخل علينا بالمعارف النظرية والممارسة العلمية واستقينا منها
مبادئ البحث العلمي على أصوله لك مني كل الامتنان والتقدير أستاذتي.

وشكري الخاص إلى الأساتذة الكرام، أستاذة أشروف،

أستاذة حلوان، أستاذة ساعد، أستاذة بن عليا، وخاصة أستاذة لرقط وكل من
ساعدني في مشواري الدراسي.

إلى الطيبة السيكاترية ولد اغوي وكل العاملين في المركز الوسيط لمعالجة
الأمراض العقلية وعمال مركز الوسيط لمعالجة الإدمان.

كما أتقدم بجزيل الشكر والعرfan إلى الأساتذة الأفاضل أعضاء اللجنة العلمية

الذين تفصلو بقبول مناقشة هذا العمل وتقويمه...

فلكم مني جميعا جزيلا الشكر والتقديم والاحترام.



إهداء

إليك أيها القارئ
والذي كل من يعرفني

فهرس

المحتويات

الصفحة	العناوين
	شكر
	إهداءات
	فهرس المحتويات
أ	مقدمة
الفصل التمهيدي: الإطار العام لاشكالية البحث	
2	1. الإشكالية
5	2. فرضية البحث
5	3. دوافع البحث
5	1.3. أسباب ذاتية
5	2.3. أسباب موضوعية
6	4. أهمية الدراسة
6	5. أهداف الدراسة
7	6. تحديد المفاهيم
7	1.6. الإدمان
7	2.6. المخدر
8	3.6. الفصام
الجانب النظري	
الفصل الأول: تعاطي المخدرات	
12	تمهيد
13	1. مفهوم الاعتماد.
14	2. المخدرات.
15	1.2. الكحول
15	2.2. الأمفيتامين

15	3.2. الكافيين
15	4.2. القنب
15	5.2. الكوكايين
16	1.2. المهلوسات
16	7.2. المواد المستطاييرة
16	8.2. النيكوتين
16	9.2. الأفيون
17	10.2. المهدئات، المنومات ومضادات القلق
17	3. التناول السيكاتري لمفهوم الإدمان.
17	1.3. الاعتماد
18	2.3. سوء الاستخدام
18	3.3. التسمم
18	4.3. الانسحاب
19	4. فرويد ومشكلة الإدمان.
20	5. الإدمان في الكتابات بعد الفرويدية.
20	1.5. سندور رادو
20	2.5. سيمال
21	3.5. ايدوارد غلوم
21	4.5. روزنفالد
21	5.5. جايمس
22	6. التناول الميتاسيكولوجي الحديث.
22	1.6. وجهة النظر الطوغرافية
23	2.6. وجهة النظر الاقتصادية
24	3.6. وجهة النظر الدينامية
25	7. الشخصية الإدمانية (المدمنة).

26	8. الإدمان كسلوك مرور إلى الفعل.
27	9. أعراض الإدمان.
28	10. أضرار ومضاعفات الإدمان.
28	1.10. أضرار صحية
28	2.10. تحطيم الشخصية والإدارة النفسية
28	3.10. التجرد من الأخلاق
29	4.10. ارتفاع نسبة الانتحار
29	5.10. ارتفاع نسبة الوفيات
29	6.10. الاضطرابات السلوكية والعقلية
29	11. التشخيص والتنبؤ والعلاج.
31	خلاصة.
الفصل الثاني: الفصام	
33	تمهيد.
34	1. تعريف الفصام.
35	2. انتشار الفصام.
37	3. المقاربة النظرية للفصام.
37	1.3. النظرية الوراثية
39	2.3. النظرية التحليلية
40	3.3. النظرية السلوكية
41	4.3. نظرية الفصام
41	5.3. نظرية التميظ الحيوي (النظرية المزاجية)
42	6.3. نظرية الفيزيولوجية
46	7.3. نظرية النور وعصبية
46	1.7.3. الفرضية الدوبامينية
47	2.7.3. فرضية الجلوتامات

48	3.7.3. نظرية تفاعل بين جلوتاماتوالدوبامين
48	4.7.3. فرضية السيروتونين:
49	8.3. نظرية متعددة الأبعاد
50	9.3. النظرية المضادة للطب النفسي
51	4. أعراض الفصام.
51	1.4. الأعراض الإيجابية
52	2.4. الأعراض السلبية
52	3.4. الأعراض المعرفية
53	5. أنواع الفصام.
53	1.5. النوع البرانوي (الهدائي)
53	2.5. النوع المتناثر (المتفكك)
54	3.5. النوع الكتاتوني
54	4.5. النوع غير المتميز
54	5.5. النوع المتبقي
55	6. تشخيص الفصام.
55	1.6. حسب DSMIV
57	2.6. الأخصائي النفسي
57	7. الشخصية قبل المرض ومسار الفصام.
57	1.7. الشخصية قبل المرض
58	2.7. مراحل تطور الفصام
58	1.2.7. المرحلة الأولى
58	2.2.7. المرحلة الثانية
58	3.2.7. المرحلة الثالثة
58	8. مسار الفصام.
58	1.8. المرحلة الأولى

58	2.8. المرحلة الثانية
58	3.8. المرحلة الثالثة
59	4.8. المرحلة الرابعة
59	9. علاج الفصام.
59	1.9. العلاج الدوائي
62	2.9. العلاج النفسي
64	1.2.9. العلاج المعرفي السلوكي
64	2.2.9. العلاج النفسي التعليمي
65	3.2.9. العلاج السلوكي
66	4.2.9. العلاج بالتحفيز المغناطيسي عبر الجمجمة (SMT)
66	5.2.9. العلاج النفسي والاجتماعي
67	6.2.9. العلاج العائلي للانفصام
67	7.2.9. العلاج بالرياضة
68	8.2.9. الإرشاد النفسي والتأهيل الفصام
70	خلاصة.
الفصل الثالث: منهجية البحث	
73	تمهيد
74	1. تذكير بفرضية البحث
74	2. المنهج المتبع في البحث
75	3. الدراسة الاستطلاعية
75	1.3. الإيطار المكاني
76	2.3. المجال الزمني
76	3.3. الحدود البشرية
76	4. مجموعة البحث
76	5. أدوات البحث

76	1.5. اختبار T.A.T
78	1.1.5. مادة الاختبار
84	2.1.5. طريقة إجراء الاختبار
85	3.1.5. شبكة الفرز والتنقيط.
89	خلاصة
91	خاتمة عامة
93	قائمة المراجع
	الملاحق

مقدمة عامة

تحول العالم في موجة تطور هائلة دفعه إلى التمرکز على الفرد في إطار علائقي وسيرورة التغيرات الفيزيولوجية والنفسية متأثراً سلبياً بثنائية الزمان والمكان مما استدعى إلى استخدام بدائل التي تساهم في تعديل سلوك الفرد وجعله اجتماعي بتفاعلاته وعلاقاته وبكل حالاته السوية وغير السوية.

تعتبر آفة الإدمان من أكثر المشكلات الاجتماعية الموجودة في العالم والأكثر خطورة على الفرد والتي تمس استقراره النفسي و توازنه العقلي و سلامته الصحية.

تعتبر فئة الشباب في مرحلة الرشد أكثر عرضة لتعاطي المخدرات والإدمان لكون الشباب في هذه المرحلة أكثر حساسية وإحساساً بالمشكلات مما يدفعه إلى التعبير عن ذاته وتأكيد وجوده بشكل منحرف.

فسلوك الفرد استجابة لدوافعه وحاجاته ورغباته دون أن يخلو من أحد الأمرين: إما ينجح في تحقيق رغباته ويتبع دوافعه ويرضى حاجاته ويتحقق التكيف النفسي.

وإما يفشل في تلبية رغباته لأسباب وعقبات ما يدخله في صراع نفسي يظهر على سلوكه على شكل أعراض سوء التكيف النفسي، التي تأخذ أشكالاً متنوعة تظهر على شكل إحباط، انطواء على النفس التوتر النفسي والشعور بالنقص أو قد يعمد الشخص إلى تعاطي المواد المخدرة والإدمان عليها.

مما لا شك فيه أن ظاهرة المخدرات تشكل ميداناً خصباً للدراسة في مختلف التخصصات خاصة السيكولوجية حيث توصلت إلى تحليل ظاهرة الإدمان بكونها بمثابة طلب السند والمساعدة يتميز الإدمان بكونه ذو طابع قهري للحصول على اللذة والراحة.

كما تناولت أسباب وعوامل توجه الشباب إلى الإدمان من الناحية النفسية حيث أن القلق والاكتئاب وثنائي القطب كلها عوامل نفسية مثبتة التأثير ولا يتوقف الأمر على ذلك بل العلاقة بين الاضطرابات النفسية والإدمان علاقة تداخل بين السبب والنتيجة، حيث أن الإدمان يؤدي إلى ظهور الاضطرابات النفسية السابقة الذكر وهذا ما يجعل الشخص المدمن في دوامة لا تنتهي من الاضطرابات ولا يستثنى من ذلك الامراض العقلية الذهانية من بينها الفصام.

يعتبر الفصام أكثر الأمراض العقلية انتشارا وأكثرها تعقيدا فواقع الأمراض العقلية في الجزائر في ارتفاع مخيف، مما دفعنا إلى تحديد هذا الاضطراب بالذات كأساس لدراستنا الحالية ففي بحثي هذا سلطت الضوء على معرفة أثر الإدمان في ظهور الفصام لدى الراشد فقسمت البحث إلى مقدمة وأربع فصول:

الفصل التمهيدي: يعتبر مدخل تمهيدي تعرضنا فيه للخطوات المنهجية المتمثلة في تحديد الإشكالية، الفرضية، تحديد أسباب اختيار الموضوع وكذا بيان أهدافه وأهميته وأخيرا التعريف بالمفاهيم الإجرائية.

الفصل الأول: تطرقنا فيه إلى مفهوم الاعتماد ثم مفهوم المخدرات وأنواعها لتنتقل إلى تناول السيكاتري لمفهوم الإدمان بعدها فرويد ومشكلة الإدمان لنذهب إلى تناول الميتاسيكولوجي الحديث للإدمان ثم تعرفنا على الشخصية الادمانية أعراض الإدمان والأضرار، مضاعفاته لنهي هذا الفصل بالتشخيص والتنبؤ والعلاج للإدمان.

الفصل الثاني: تطرقنا إلى تعريف للفصام وإلى المقاربة النظرية له لتنتقل إلى أعراضه وأنواعه ثم التشخيص وتعرفنا على الشخصية قبل المرض ومسار الفصام وأخيرا علاجه.

الفصل الثالث: عرضنا فيه منهجية الدراسة.

الفصل التمهيدي

الإطار العام لإشكالية البحث

1. الإشكالية

2. فرضية البحث

3. دوافع البحث

1.3. أسباب ذاتية

2.3. أسباب موضوعية

4. أهمية الدراسة

5. أهداف الدراسة

6. تحديد المفاهيم

1.6. الإدمان

2.6. المخدر

3.6. الفصام

1. الإشكالية:

الحديث عن الإدمان لا منتهي ولا يعد البحث عن أسبابه وعوامل حدوثه اجترارا للمعلومات فهو ظاهرة بارزة في كل المجتمعات خاصة العوامل والنتائج حسب عدة معطيات منها شخصية الفرد وصحته النفسية والعقلية وحياته الاجتماعية.

ولا يمكن فهم أي اضطراب إلا بالاعتماد على البحث العلمي الميداني الذي يمكن من استجلاء الحقائق واستقراء الواقع وإفرازاته.

ولقد ساهمت عدة دراسات علمية في دراسة ظاهرة الإدمان خاصة من الجانب النفسي قبل أن نستشهد بتلك الدراسات نقوم بتوضيح لمعنى الإدمان وتعريفه علميا حيث أن الإدمان أو الاعتماد نقصد به الحاجة النفسية والانفعالية التي يتبعها المخدر. (سعد جلال، 1985، ص 432).

ويشير الإدمان إلى الاعتماد أو الاعتياد وهو حالة نفسية وأحيانا عضوية تنتج عن تفاعل الكائن الحي مع العقار، وقد يدمن المتعاطي على أكثر من مادة واحدة. (عادل الدمرداش، 1982، ص 23).

أما المخدر هو مادة كيميائية تسبب النعاس والنوم أو غياب الوعي المصحوب بتسكين الألام، كما أن هذه المادة تسمم الجهاز العصبي وتجعل الفرد غير قادر على التحكم في أفعاله وتصرفاته. (عادل الدمرداش، 1982، ص 99).

من جانبه فرويد فسر الإدمان على أنه الشبقية الطفلية الذاتية النكوصية ويعود إلى خبرة البداية باعتبارها سارة ثم غير سارة وهي الدائرة الشريرة لمعظم الأشكال الادمانية وفي هذه الدائرة تصبح الرغبة في اللذة متبعة ولكن فقط بمصاحبة الذنب وانخفاض تقدير الذات وتنتج هذه المشاعر قلقا غير محتمل يؤدي بدوره إلى تكرار السلوك لإيجاد شفاء، ومن ثم تبدأ الدورة من جديد وهكذا ومن هذا المنظور لا تكون الادمانات بديلا فقط عن الإدمان الأولي ولكنه أمثلة كذلك على التكرار القهري الذي يبذل فيه المدمن محاولات للسيطرة على مشاعر مؤلمة وإعادة تقدير الذات. (فايد، 2004، ص 365).

والإدمان حسب Mercelli et Bracgnnier 2011: يعتبر حماية لأننا والذي يتميز بالهشاشة والمهدد في كماله أن هذه المواد تمثل مواضيع خارجية خالية من الصراع يستطيع التحكم فيها ليحافظ على هويته. (محمّد سمير، 2018، ص 8).

أما بالنسبة للدراسات التي تناولت الخصائص والأسباب النفسية والعقلية للإدمان وكذا الاضطرابات الناتجة عنه كثيرة منها:

دراسة فريدة قماز (2009): التي هدفت إلى معرفة عوامل الخطر وعلاقتها بالوقاية من تعاطي المخدرات وذلك بالمقارنة بين المدمنين وغير المدمنين على وجود علاقة بين الإدمان على المخدرات وكل من الاكتئاب وغياب السند الاجتماعي.

وأكدت دراسة بن عيسى سعيدة (2013): التي هدفت إلى دراسة العوامل التقنية المؤدية بالشباب إلى تعاطي المخدرات حاولت الباحثة تأكيد قول بعض العلماء على أن المشكل هو من شخصية المدمن وأن الإدمان مشكلة نفسية بالدرجة الأولى مفترض وجود علاقة سلبية بين البناء النفسي للمدمن وطبيعة تفضيل عقار مخدر ما.

أما دراسة عنو عزيزة (2008): تحت عنوان التنظيم العقلي عند الراشد بين المدمنين على المخدرات استعملت في بحثها المقابلة العيادية نصف مواجهة واختبار تفهم الموضوع T.A.T توصلت إلى أن المبحوثين يندرجون ضمن عصابات السلوك وانعدام التنظيمات العصابية والذهانية ضمن عينة البحث لتؤكد أن المدمنين لا يدخلون في التنظيمات الذهانية ولا العصابية. (مخند سمير، 2018، ص 16).

إن الاضطرابات النفسية والعقلية لا تعتبر عوامل وأسباب تؤدي بالفرد إلى الإدمان فقط بل تعد كنتائج له أيضا حيث تجعل الشخص في دائرة مغلقة من الاضطرابات المتسلسلة تبدأ باضطراب نفسي يؤدي إلى الإدمان وهو بدوره يلقي به في جملة اضطرابات أخرى جديدة.

حيث أكدت دراسة سويف (1999): التي تهدف إلى التعرف على الاضطرابات والمشكلات المترتبة على تعاطي المخدرات فكان من ضمن الاضطرابات الصحية والنفسية للمتعاطي: التفكير الاضطهادي والنوبات الذهانية والاكتئابية.

أفاد الدكتور محمد بخير رئيس قسم مستشفى الامراض العقلية من خلال جريدة الشروق أن حوالي 40 بالمئة من المرضى داخل المستشفى والمصابين بالامراض العقلية هم مدمني المخدرات. (حوام، 2016، ص 4-23).

وهذا هو موضوع بحثنا الحالي حيث ركزنا على علاقة الإدمان بالاضطرابات الذهانية، من المعلوم بأنه هناك اضطرابات ذهانية تؤدي إلى الإدمان من بينها الفصام حيث أن الذهان الفصامي غالبا ما يحدث التواجد المشترك بينه وبين الإدمان.

الفصام هو اضطراب عقلي خطير ينتمي إلى المجموعة الذهانية يصيب 1 % من المجتمع بشكل عام وكغيره من الاضطرابات الذهانية الاخرى يتميز بميكانيزم الإنكار وفقدان الصلة بالواقع وبالتالي رفض العلاج. (فتيحة فضلي، 2021، ص 594).

يتم تعريف الفصام في الدليل التشخيصي الإحصائي للأمراض العقلية (DSM5-2013) لجمعية الطب النفسي الأمريكية كاضطراب يتميز بالضلالات والهلاوس وعدم انتظام الكلام والسلوك الحركي غير المنتظم والأعراض السلبية مثل التبلد العاطفي او الوجداني وتدهور الوظائف والعلاقات. (فتيحة فضلي، 2021، ص 594).

ومن بين الدراسات التي أظهرت علاقة الادمان بالذهان دراسة فاطمة صادفي (2014) التي هدفت بالدراسة الآثار النفسية للادمان على المخدرات إلى صعوبة التمييز الارتباطات النسبية بين الاضطرابات النفسية والإدمان حيث أن اضطرابات الشخصية ترتبط باستعمال المخدرات حسب الفرد وتأخذ كاسباب اولية أو ثانوية لتعاطي المخدرات كما أن الغلبة تستعمل الإدمان كعلاج ذاتي للاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب والهذات الدورية والذهان. (فاطمة صادفي، 2014، ص 192-201).

نحن في صدد دراسة أخطر اضطرابين على الإطلاق لاسيما إذا اجتماعا معا فإن شخصية المدمن العدوانية والمتوترة والعنيفة تتداخل مع أعراض الفصام المتمثلة في الهلاوس السمعية والبصرية والشك.

هذا ما أكدته دراسة قديح (2009): هدفت إلى التعرف إلى خصائص النفسية لمتعاطي المخدرات "البانجو" في مركز الإصلاح والتأهيل في غزة ومقارنتها بخصائص أنتقاهم على عينة من المتعاطين بلغت (74) وغير متعاطين (74) توصلت الدراسة إلى وجود فروق بين المتعاطين في المقاييس الفرعية لاختبار الشخصية متعدد الأوجه وهي الوهم المرض، الهستريا، والانحراف السيكوباثيولبارانويا والفصام. (د. عون عوض محسن، 2012، ص 309).

وفي الأخير ومن خلال هذا التناول الميتاسيكولوجيسنسى إلى الوصول إلى نتائج علمية من وراء هذا البحث ولهذا طرحنا التساؤل التالي:

- هل يؤثر الإدمان في ظهور الفصام لدى الراشد؟

2. فرضية البحث:

- الإدمان يؤثر في ظهور الفصام لدى الراشد.

3. دوافع البحث:

1.3. أسباب ذاتية:

حيث أننا لاحظنا من خلال حالات الإدمان المتوجهة إلى العيادة نوعين من المدمنين الفصامين.

- النوع الأول: هو الشخص الذي كان يعاني من الفصام أولديه تاريخ عائلي فيه فصام يتوجهون إلى الإدمان كمحاولة منهم لتخلص من ضغط أعراض الفصام ومعالجة أنفسهم بالإدمان.

- أما النوع الثاني فهو الشخص الذي يعاني من الفصام بعد تعرضه للإدمان تاريخ الحالة يكون خالي تماما من الفصام والشخص قبل الإدمان يكون سليم لا يعاني من أي اضطرابات نفسية او عقلية غالبا ما يسقطون في الإدمان يدافع حب التجربة بعدها يصاب بالفصام.

هذا ما جعلنا في حيرة هل يا ترى الإدمان هو سبب الفصام أم أن الشخص كان له استعداد ذهاني كامن منذ الصغر والإدمان ما هو إلا عنصر مفجر.

2.3. أسباب موضوعية:

الإحصائيات المرعبة التي صرح بها مكتب الأمم المتحدة حول الإدمان وازدياد نسبته بطريقة جنونية خاصة في فترة كورونا والضغط النفسي التي تعرضا له بسبب الحجر الصحي والبطالة والصدمات في الآونة الأخيرة بسبب فقدان أفراد مقربين كلها عوامل فاقمت الظاهرة.

وهذا ما صرح به أيضا في الملتقى الوطني المنعقد بجامعة اكلي محند أولحاج الشهر الفارط تحت عنوان "ظاهرة المخدرات في المجتمع الجزائري التشخيص الوقاية والمكافحة".

وتتضاعف خطوة الموضوع عند تداخله مع اضطراب ذهاني خطير مثل الفصام مما يؤدي إلى

عدة جرائم.

وللوقوف وقفة جدية لدراسة هذا الموضوع وسعيا منا إلى الإثبات العلمي الذي يتجسد في دراسة الموضوع بأسلوب علمي ميداني ومعرفة اثر الادمان في ظهور الفصام .

4. أهمية الدراسة:

- يعد موضوع الإدمان موضوع خصبا للدراسة من حيث الأسباب والدوافع التي تجعل الفرد يتجه نحوه والأعمق من ذلك دراسة الآثار النفسية والعقلية المترتبة عنه.
- لفت الانتباه إلى خطورة الإدمان على الصحة العقلية والاضطراب الخطيرة التي تنتج عنه وبالتالي الخطر المحدق على النفس وعلى المجتمع.
- يعد البحث كصفحة يقظة للمحيطين بالمدمن خاصة عندما يكون يعاني من شكوك وهلاوس وعلاقات متوترة مع المحيطين إلى ضرورة أخذ الحيطة والحذر وحماية أنفسهم من الأذى والتعامل مع الحالة بجدية وتوجيهها إلى العلاج في أقرب وقت ممكن قبل حدوث جريمة ما وخاصة مع تفاقم الجرائم في المجتمع الجزائري.

5. أهداف الدراسة:

جل البحوث العلمية لها عدة أهداف لهذا فإن الهدف الرئيسي لهذا البحث هو إظهار خطورة الإدمان على الصحة النفسية والعقلية للفرد خاصة التي تنتهي غالباً بنهاية مؤسوية كالفصام.

كل البحوث الموجودة حول الإدمان مركزة حول الاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب لهذا أردنا أن نقدم إضافة وإثراء الموضوع بدراسة الآثار الناتجة عن الإدمان على الصحة العقلية.

يندرج هذا البحث ضمن تحقيق أهداف البحث العلمي من حيث التفسير والتنبؤ والتحكم، أي نتجه نحو فهم سلوك الإدمان وتفسير ظهور الفصام لدى الراشد والتنبؤ بمستقبل الصحي النفسي والعقلي للمدمن.

6. تحديد المفاهيم:

1.6. الإدمان:

نقصد بالإدمان في دراستها تلك الحالة من التعود على التعاطي المستمر والمتكرر للمواد المخدرة بمختلف الأنواع والأشكال والحصول عليها بأي طريقة والميل إلى الزيادة في الجرعة من وقت لآخر. (سعيد زيوش، 2014، ص 8).

عرفته منظمة الصحة العالمية بأنه حالة نفسية وفي بعض الأحيان عضوية ناتجة عن التفاعل الذي يحدث بين الكائن الحي والمخدر باستجابات سلوكية عادة ما تتضمن دافعا عنيفا لتناول المخدر بشكل دائم أو بين فترة وأخرى للحصول على آثاره النفسية وأحيانا من أجل تقادي أو تجنب الآثار المزعجة من تعاسة وقلق التي تنتج في حالة الامتناع. (Schilik and Gombage, 1991, p4)

وتفضل المنظمة استخدام مصطلح الاعتمادية على العقار المخدر وهو مصطلح دبلوماسي بمعنى الإدمان والتعاطي وتصنيف أن هذا المفهوم ينطوي على الخصائص التالية:

- رغبة قهرية لتعاطي المخدرات والحصول عليه بأي وسيلة وبأي ثمن.
- ميل لزيادة الجرعة نتيجة لتعود الجسم على المخدر أو لعدم الحصول على التأثير المعتاد.
- وجود حاجة نفسية وجسمية للتعاطي.
- حدوث نتائج وتأثيرات ضارة بالحد من وبالبيئة الاجتماعية. (أبو غرارة، 1990، ص 93).

2.6. المخدر:

المخدرات مادة خام أو مستحضرة قد تكون منبهة أو مسكنة بحيث إذا استعملت لغير الأغراض الطبية والصناعية، فإن من شأنها أن تؤدي بالفرد إلى حالة من التعود والإدمان فتلحق به أضرارا جسمية ونفسية وتمتد هذه الآثار لتشمل المجتمع. (بدوين 1977، ص 111).

وتعرف المخدرات علميا بأنها كل مادة كيميائية يؤدي تناولها إلى النعاس والنوم أو غياب الوعي المرفوق بالآلام، ووفقا لهذا التعريف فإن المخدرات المنشطة وعقاقير الهلوسة لا تدخل ضمن إطار المواد المخدرة بينما يندرج الخمر تحت ضمن المخدرات. (دعبس، 1994، ص 23).

3.6. الفصام:

هو اضطراب عقلي خطير ومزمن ينتمي إلى مجموعة الذهانية يتميز بميكانيزم الانكار وفقدان الصلة بالواقع يتم تعريف الفصام حسب الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية (DSM5-2013) لجمعية الطب النفسي الأمريكية كاضطراب يتميز بالضلالات والهلاوس وعدم انتظام الكلام والسلوك الحركي غير المنتظم والعراض السلبية مثل التبدل العاطفي أو الوجداني وتدهور الوظائف والعلاقات.

حسب سي موسى التوظيف الذهاني للفصام في رئيس تفهم الموضوع (T.A.T) يتميز بـ:

- إنتاج مثبت او فائض الحالات متميزة بحوار مبهم لا منطقي مجرد يصعب فهمه نظرا لتقطع الأفكار ونقص الاتصال الترابطي.
- غياب القصص، والأفعال والتفاعل في الخطاب.
- غياب الصدى الرمزي للصور.
- استعمال خاص وتعسفي لبعض كلمات.
- حضور حالات الرفض في اللوحات التي تظهر تقاربا علائقيا ونزويا (4-8BM-10-13MF) أو التي تذكر بصورة الأم والمواضيع (19-11-5) بسبب استحالة العجز عن تسيير و/ أو استثمار العلاقات.
- حضور قوي للسياقات الولية أمثلة بأغلبية الدفاعات في هذه السلسلة ويختلف تكرارها تبعا لدرجة الاختلال الفكري، فكلما كان القلق التفكك معتبرا، كلما تشمل الفساد عدة جوانب في التوظيف النفسي (الإدراك، الهوام، الهوية، الخطاب).
- تتمثل السياقات الأكثر في E8-E4-E1-E20-E19-E17-E11-E10-E9 وهي تتعلق بتهديد الروابط ورفض الاختلاف عن الآخر، كما تتضمن أيضا الاختلاط بالآخر كدفاع ضد التفكك والموت الذي يشير الانفصال، يمثل الانكفاء النزوي بواسطة نزع الاستثمار وإزالة الموضوع حماية من الانهيار ومن الموت وتقابلها السياقات الأولية لكاتزينسايبير-2-E4-3-E4-1-E4-1-E3-3-E2-E1-1-E1-3.

- حضور سياقات الصلابة من نوع A2-1, A2-8, A2-3 يزيد من حدة فهم التكرار الذي يهدف إلى منع أو حجز الحركة النزوية وتقابلها سياقات لكاتزينسابير A1-4, A3-1.
- التعلق بالمدرجات واليوميات (CF) يسمح بتحديد العواطف وتجنب أي بروز هوامي من أجل الفراغ CN3, CN4, CN5, CN8, CN10. (سي موسى عبد الرحمن، بن خليفة محمود، 2010، ص 203).

الجانب النظري

الفصل الأول

تعاطي المخدرات

تمهيد

1. مفهوم الاعتماد.
 2. المخدرات.
 3. تناول السيكاتري لمفهوم الإدمان.
 4. فرويد ومشكلة الإدمان.
 5. الإدمان في الكتابات بعد الفرويدية.
 6. تناول الميتاسيكولوجي الحديث.
 7. الشخصية الإدمانية (المدمنة).
 8. الإدمان كسلوك مرور إلى الفعل.
 9. أعراض الإدمان.
 10. أضرار ومضاعفات الإدمان.
 11. التشخيص والتنبؤ والعلاج.
- خلاصة.

تمهيد:

يعد سلوك تعاطي المخدرات من الظواهر الأكثر انتشاراً في الآونة الأخيرة وخاصة منذ الدخول في جائحة كورونا التي أدخلت العالم في ضغط نفسي وقلق وذكر مما فاقم من ظاهرة الإدمان حيث أصبحت المخدرات ملجأً للتخفيف من الآلام النفسية والقلق والاكتئاب والوحدة...الخ.

وهذا ما جعل في الظاهرة تجذب اهتمام كبير من حيث الدراسة والبحث في مختلف الميادين والتخصصات لاسيما الأبحاث الوقائية التي تستند إلى النموذج المركز على الخطر.

وعليه سيتم التطرق في هذا الفصل إلى تعريف الاعتماد والمخدرات والنظريات المفسرة لها ودراسة من حيث الأعراض والأضرار والمضاعفات وخاصة التشخيص والتنبؤ والعلاج.

1. مفهوم الاعتماد:

يحتل مفهوم الاعتماد قيمة نظرية محورية في فهم ظاهرة الإدمان، أين يمكننا من نسج علاقة بين الاعتماد على المادة والاعتماد على الموضوع من وجهة نظر علائقية، ومن خلال اطلاعاتنا نجد الكثير من المراجع تتكلم عن تعريف الاعتماد بدل الإدمان، إذ أن هذا الأخير يتحدد من خلال اعتماد الفرد عن مادة ذات تأثير نفسي، لا يستطيع الاستغناء عنها، وفيما يلي سوف نورد تعريف الاعتماد:

تعرف المنظمة العالمية للصحة OMS الاعتماد بأنه حالة نفسية وأحيانا عضوية تنتج عن تفاعل الفرد مع المادة، ومن خصائصها استجابات وأنماط سلوك مختلفة تشمل دائما الرغبة الملحة في تعاطي المادة بصورة متصلة أو دورية، للشعور بآثارها النفسية أو لتجنب الآثار المزعجة التي تنتج عن عدم توفر المادة، وقد يدمن الفرد على أكثر من مادة واحدة. (Mercredi, Braconnier, 2011, p 381)

باختصار يمكن أن نعرف الاعتماد على أنه "عدم القدرة على الامتناع عن الاستهلاك". (Guylaine, Benec'h, 2014, p3)

الإدمان على المخدرات la toxicomanie هو اضطراب نوروبولوجي يرجع إلى عوامل وراثية، نفس اجتماعية ومحيطية، يتحدد من خلال مجموعة سلوكيات: فقدان التحكم في استهلاك المادة، الاستعمال القهري واستمرار رغم خطورته. (Marilyn et al, 2010, p 5).

وتحدد المنظمة العالمية للصحة OMS مجموعة مميزات تحدد الاعتماد، تظهر في نفس الوقت خلال الثلاث سنوات الخيرة وهي:

- رغبة قوية أو قهرية في استعمال المادة النفسية؛
- صعوبة التحكم في استعمال المادة؛
- ظهور أعراض الانسحاب الفيزيولوجية عند تقليل أو إيقاف تناول المادة النفسية؛
- تحمل آثار المادة النفسية، أين يكون الفرد في حاجة إلى كمية أكبر من أجل الحصول على الأثر المرغوب؛
- إهمال تدريجي لرغبات واهتمامات أخرى نتيجة استهلاك المادة النفسية؛
- زيادة الوقت المستغرق في استهلاك واسترجاع آثار المادة. (Marie de noailles et al, sd, 14)

ويؤدي السلوك الإدماني إلى:

- زيادة التوجه نحو سلوكيات المرور إلى الفعل le passage à l'acte؛
- زيادة الاستعمال المتتالي للمادة ومشتقاتها لدى الفرد؛

يؤول التوظيف العلائقي لدى المدمن نحو توظيف يتمحور حول الذات. (Mercelli, Braconnier,)
2011, p 381)

نفرق بين نوعين من الاعتماد، اعتماد نفسي واعتماد جسدي:

- **الاعتماد النفسي:** حالة ناتجة عن استهلاك المادة تسبب الشعور باللذة والإشباع، تولد دافع نفسي لتناول المادة مرة أخرى بصورة دائمة لتحقيق لذة أو لتجنب الشعور بالألم.
- **الاعتماد الجسدي:** حالة ناتجة عن تفاعل طويل وتعود الجسم على المادة النفسية، أين يظهر على المدمن اضطرابات نفسية أو جسدية عند الامتناع عن استهلاك المادة، ويحدث أن تعتاد أجهزة الجسم على المادة، فتكون في حاجة إلى جرعة أكبر من أجل الحصول على نفس الأثر، ويعد الاعتماد الجسدي أكثر خطورة من الاعتماد النفسي، لأنه يؤدي إلى اضطرابات شديدة في الجسم أو الوفاة.

من المهم أيضا أن نميز بين الإدمان l'addiction والتعاطي l'usage فمن خلال ملاحظتنا نقول بأن الإدمان يتحدد بمدة زمنية طويلة في استهلاك المادة، في حين أن لتعاطي يطلق على التجارب الأولى في استعمال المادة ولا يصاحبه اعتماد جسدي، حيث أن التوقف عن تناول المادة لا ينجر عنه أعراض الانسحاب، بعبارة أخرى المتعاطي هو من يتحكم في المادة المخدرة، في حين أن المدمن تتحكم فيه المادة، يمكن أن نقول أيضا بأن السلوك الذي يحرك المتعاطي في السعي نحو المخدر هو الرغبة le desire فيما سلوك المدمن مدفوع بالحاجة le besoin.

2. المخدرات:

تعرف المخدرات على أنها كل العقاقير من النباتات والمواد الكيميائية والمشروبات الكحولية ومشتقاتها والتي تحتوي على مواد تؤثر على الفرد وتؤدي إلى خلل في الوظائف العقلية وتؤدي إلى الإدمان عليها، وتؤدي إلى رغبة في الاستمرار في تناولها وقد تكون لهذه المواد آثار هلوسية، منبهة، مثبطة للأعصاب، تسكين الألم أو تؤدي إلى غياب الوعي. (Porot, 1995, 719).

تحدد جمعية الطب النفسي الأمريكية L'APA من خلال دليلها التشخيصي DSM5 المواد المخدرة في فئات، نوجزها فيما يلي:

1.2. الكحول Alcool:

تعتبر أكثر المخدرات انتشارا واستهلاكاً، ويعد إدمانها مشكلة شائعة في كثير من المجتمعات لع مشكلة صحية كبيرة، تلقي بآثار أسرية، اجتماعية، مهنية وقانونية.

2.2. الأمفيتامين l'amphétamine:

مستحضر كيميائي على شكل كبسولات أو أقراص، لها تأثير مشابه للأدرينالين، يعد منشط قوي للجهاز العصبي المركزي، يتم تناولها عن طريق الفم، لكن الرغبة الشديدة تجعل المدمنين عليها يستعملونها عن طريق الحقن في الوريد، تظهر الحاجة له بعد ساعتين من آخر جرعة.

3.2. الكافيين la caféine:

تتوفر هذه المادة في القهوة، الشاي والكاكاو، يؤدي إلى اعتماد نفسي يظهر من خلال زيادة الشرب، وله ثلاثة تأثيرات رئيسية: تأثير منشط للجهاز العصبي المركزي يظهر من خلال النشاط وقلة النعاس، وتأثير على الجهاز البولي من خلال زيادة إدرار البول، وتأثير منشط للجهاز الدوراني من خلال زيادة سرعة نبضات القلب.

4.2. القنب le cannabis:

يعد القنب من فئة المثبطات، يتم تعاطيه عن طريق التدخين، يعطي شعور وهمي بالرضا والراحة والمرح تزول بعد ساعات لنتترك أعراضا عكسية، والملاحظ أن التوجه نحو تعاطي القنب أكثر انتشارا لدى فئة المراهقين، ليظهر فيما بعد توجه نحو تعاطي مواد ذات أثر اعتمادي أكبر.

5.2. الكوكايين la cocaïne:

مادة بيضاء تستخرج من نبات الكوكا، لها تأثير منبه للجهاز العصبي، تم استخدامه في البداية كمخدر موضعي لجراحات العيون، يؤدي تناوله إلى إحساس بالنشوة مصحوب بحساسية زائدة للمثيرات الحسية، مدة التخدير قصيرة تتبعها حالة قلق واكتئاب، له تأثيرات قوية على الجهاز العصبي تؤدي إلى

التهيج والانهيار، كما يثير مخاوف وهذيانا توها لوس، وفي بعض الحيات يؤدي إلى سلوكات عدوانية لدى الشخص الذي يتناوله.

6.2. المهلوسات les hallucinogènes:

هي مجموعة من المواد التي تثير لدى الشخص الذي يتناولها أعراض هلوسية سمعية أو بصرية دون أن يصاحبها هذيان، تفصل الفرد عن الواقع وتؤدي إلى اضطراب في المعرفة والإدراك كما أنها تؤدي إلى أنماط سلوكية مثل تلك الموجودة في الذهان، تختلف آثارها من حيث سرعة بدء التأثير ومدة استمراره، وسدته.

لها تأثيرات على الجهاز الدوراني، فتؤدي إلى تسارع نبضات القلب وارتفاع الضغط الدموي، كما تؤدي إلى الوهن، الارتعاش، اضطراب المهارات اليدوية والتوازن الحركة...

7.2. المواد المتطايرة les solvants volatils:

مجموعة من المواد المستنشقة مثل البنزين والغراء، يتصف هذا النوع من التعاطي باعتماد نفسي، يؤدي استهلاكها إلى تغييرات سلوكية أو نفسية غير تكيفية مثل التوتر، العدوانية، اختلال في الأحكام واختلال في الوظائف الاجتماعية والمهنية، ويعتبر د خطير أين يؤدي إلى اضطرابات بصرية وله أثر على أنسجة الدماغ ونقي العظام والكبد الكليتين.

8.2. النيكوتين la nicotine:

تعد مادة النيكوتين المادة الفعالة في التبغ، لذلك فإن تأثير تدخين واستهلاك التبغ هي نفسها آثار النيكوتين، يؤدي إلى اعتماد نفسي، والانقطاع عنه يؤدي إلى اللهفة والانتكاس.

9.2. الأفيون les opiacés:

يستخرج من نبات الخشخاش، وتتعدد المواد التي تستخلص منه ليتم تناولها طبيعية أو نصف مصنعة مثل الهيروين والمورفين، تستخدم عن طريق الفم أو تحت اللسان، كما تستخدم عن طريق الحقن ليؤدي الجرعات الزائدة منه إلى الموت، يبدأ أثره بإحساس بالمتعة والنشوة لتنتهي بإحباط وملل.

10.2. المهدئات، المنومات ومضادات القلق les sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques:

هي مستحضرات كيميائية لها استخدامات طبية عديدة، كمهدئات ومضادات للصرع وتساعد على استرخاء العضلات وكعلاجات للتوقف عن استهلاك الكحول، غير أن استعمالها لمدة طويلة يؤدي إلى الاعتماد النفسي والعضوي، ومن ثم فإن التوقف عنها يخلف أعراض انسحاب تتمثل في القلق والأرق وعدم الاستقرار واضطرابات سلوكية كالعدوانية، ومعرفية كالنسيان وضعف القدرات العقلية.

3. التناول السيكاتري لمفهوم الإدمان:

تنظر الجمعية الأمريكية للطب النفسي L'APA لظاهرة الإدمان باعتبارها اضطراب متعلق باستعمال مادة نفسية مثل: الكحول، الكافين، النيكوتين، القنب، الكوكايين، المواد المتطايرة، المفيتامينات، المهلوسات، المسكنات، المنومات، مزيلات القلق، وهي تستعمل مفاهيم مختلفة في تناولها من خلال الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية DSM4، وفيما يلي سوف نذكر تلك المفاهيم:

1.3. الاعتماد :dépendance à une substance

نمط من سوء التكيف في استخدام مادة، يؤدي إلى اختلال أو معاناة ذات دلالة عيادية، تظهر من خلال وجود ثلاثة (أو أكثر) من الأعراض التالية، لفترة 12 شهرا متواصلة:

- التحمل *tolérance*، كما يحدّد بواحد مما يلي:
- حاجة إلى زيادة واضحة في مقادير المادة لبلوغ التأثير المرغوب؛
- تأثير متناقص بصورة واضحة مع الاستخدام المتواصل لنفس المقدار من المادة.
- الامتناع *sevrage*، كما يتظاهر بواحد مما يلي:
- متلازمة الامتناع المميزة لمادة؛
- تناول نفس المادة (أو مادة مشابهة) لتخفيف أو تجنب أعراض الامتناع.
- غالبا ما تؤخذ المادة بمقادير أكبر أو لفترة أطول مما كان مقصودا؛
- هناك رغبة متواصلة أو جهود غير ناجحة لتخفيض أو ضبط استخدام المادة؛
- بذل كثير من الوقت والجهد لحصول على المادة؛

- التخلي عن النشاطات الاجتماعية أو المهنية أو الترفيهية بسبب استخدام المادة؛
- تواصل استخدام المادة رغم العلم بالآثار النفسية أو الجسدية الدائمة لها. (APA, 2005, 228).

2.3. سوء الاستخدام *Abus d'une substance*:

نمط من سوء التكيف في استخدام مادة يقود إلى اختلال أو معاناة ذات دلالة عيادية، تظهر من خلا واحد (أو أكثر) من التالي: يحدث ضمن فترة 12 شهرا:

- استخدام متكرر لمادة ينشأ عنه إخفاق في الالتزامات الأساسية في العمل أو المدرسة و المنزل؛
- الاستخدام المتكرر للمادة في أوضاع تسبب خطورة جديّة مثل قيادة سيارة؛
- مشكلات قانونية معاودة بسبب استخدام المادة؛
- الاستخدام المستمر للمادة رغم المشكلات الاجتماعية أو الشخصية الدائمة أو المتكررة. (APA, 2005, 230).

3.3. التسمم *Intoxication à une substance*:

يظهر من خلال الأعراض التالية:

- تطور أعراض نوعية ناجمة عن تناول مادة نفسية أو التعرض لها؛
- تغيرات سلوكية أو نفسية غير تكيفية ذات دلالة عيادية ناتجة عن تأثير المادة على الجهاز العصبي المركزي، مثل العدوانية، تقلب مزاج، اختلالات معرفية، اختلال في الوظائف الاجتماعي أو مهنية، هذه الأعراض تظهر أثناء استخدام المادة أو بعد فترة قصيرة من استخدامها. (APA, 2005, 232).

4.3. الانسحاب *Sevrage à une substance*:

- تطور أعراض نوعية ناجمة عن إيقاف أو تقليل الجرعة بعد الاستخدام الطويل للمادة؛
- تسبب الأعراض النوعية اختلال أو معاناة ذات دلالة عيادية في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات أخرى هامة. (APA, 2005, 233).

إذا كان التناول السيكاتري لمشكلة الإدمان يتجه نحو اعتبار المادة المخدرة حجر الأساس في تجربة الإدمان، ومن هنا فقد حاولت إعطاء نوع محدد للإدمان يختلف باختلاف المادة المستهلكة، فإن التناول التحليلي يركز على السلوك الإدماني في حد ذاته بغض النظر عن المادة المستعملة، حتى أن

هناك إدمان دون مخدرات Addiction son drogue مثل السلوكات الغذائية (فقدان الشهية Anorexie والشراهة Boulimie) الشره (Boulimie) الشره القهري، اللعب المرضي، الإدمان الجنسي.

فيما يلي سوف نعرض تناول التحليلي لمفهوم الإدمان، من خلال المنظور الزمني لتطور الأفكار التي تفسر هذه الظاهرة.

4. فرويد ومشكلة الإدمان:

يعد مقال de la cocaïne من الكتابات القليلة التي تكلم فيها فرويد عن مادة مخدرة، أين أعجب بتأثير الكوكايين على الجسم، وقدرته على تغيير المزاج والتخفيف من آثار التعب والاكنتئاب واستعماله كمخدر في العمليات الجراحية، وقد وصفه لصديقه Fleisch الذي كان مصابا بالتهاب، لكن سرعان ما أصبح مدمنا عليه وأدى به في الخير إلى الوفاة، هذه التجربة الشخصية ألفت كبير على فرويد وآراءه حول المخدرات. (Jacques Sedat, 2009, 46).

وعرف عن فرويد أنه لم يكن يطبق إدمان المخدرات خاصة في أواخر حياته، على الرغم من الألم الناجم إصابته بالسرطان إلا أنه يرفض استعمال المسكنات بغية تخفيف الألم أو أن يفقد وعيه، أو أن يتيح لنفسه أن يصبح معتمدا على المخدرات، وكان فخورا بقدرته على التفوق عن نفسه، وهذا على الرغم من إدمانه على النيكوتين الذي كافح سنوات عديدة ضد ما أسماه "عادتي" أين أشار إلى أنها نتاج تقمصه لأبيه باعتباره مدخنا. (بول روزن، 1995، 71).

وفي تفسيره للإدمان، انطلق فرويد في البداية ومن خلال كتاب الإثولوجية الجنسية للعصاب 1898، حيث رأى بأن النموذج النزوي للاستمناء la masturbation هو الحاجة الوحيدة لدى الفرد، والمواد الأخرى التي يستعملها هي فقط مواد تعويضية، وانتقل فيما بعد إلى اعتبار الإدمان يحدث ضمن إشكالية تثبيت في المرحلة الفمية، أين يرى في 1905 أن بقاء الاستثارة الفمية تجعل الفرد مهياً لأن يكون مدخنا أو مستهلك خمر. (Corcos, 2002, 372).

وفي الحداد والميلانخوليا 1915 قال بأن التسمم الكحولي يعادل عمل الكبت، كلاهما يؤدي إلى إخفاء عناصر من ساحة الشعور. (Jacques Sedat, 2009, 46).

تتابع التسلسل في الفكر الفرويدي حول مشكلة الإدمان يقودنا إلى ما أورده في كتابه قلق في الحضارة 1929 Malaise dans la civilisation، أين كتب بأن هناك بعض المواد الكيميائية بتواجدها في الدم والأنسجة توفر إحساسات محببة فورية، وأنها تعدل شروط حساسيتنا إلى حد لا نعود قادرين على الشعور بأي إحساس مزعج، هذا مع أن مفعول المخدرات يحظى بتقدير عظيم، ويعتبر دواء فعال ف سبيل تأمين السعادة أو إبعاد شبح التعاسة. (فرويد، 1997، 25، 26).

ومن هنا نفهم بأن التفسير الأخير الذي صاغه فرويد حول الإدمان كان يدور حول فكرة الإشباع وفق مبدأ اللذة.

5.1. الإدمان في الكتابات بعد الفرويدية Poste Freudienne:

تناولت الكثير من الكتابات التحليلية إشكالية الإدمان، وحاولت أن تصوغ تفسير يساعد على فهم هذه الظاهرة، مركزة على المفاهيم التحليلية، فيما يلي سوف نعرض لبعض تلك الأفكار:

1.5. سندور رادو Sandor Rado:

استعمل رادو 1926 مفهوم النشوة الفرمكولوجية l'orgasme pharmaco génique ليصف النشوة التي يقدمها استعمال المادة المخدرة والتي تشابه النشوة الغذائية التي حصل عليها الرضيع من الثدي، إذن فالتجربة الإدمانية تدفعها رغبة ذاتية Autoérotique، أين يلعب الفم دورا أساسيا فيها، وفي عام 1933 قدم نظرة أخرى للإدمان، بإرجاعه إلى اضطراب اكتئاب ابتدائي dépressions initiale أين يمثل المخدر الأمان ضد المعاناة، ويعطي الفرد القوة الكاملة، ويمكنه من استرجاع نرجسيته الأصلية الكاملة، ويمنحه صلابة ضد الموت. (Sandor Rado, 1975, 603).

2.5. سيمال G. Simmel:

ينظر إلى الإدمان على المخدرات كعصاب نرجسي، أين يعوض الجسد الجهاز النفسي غير المستعمل من طرف الفرد، فاستعمال الجسد يكون من خلال ردود فعل جسدية شديدة خلال التوقف عن استعمال المادة المخدرة، واستعمالها يكون كدفاع ضد الميلانخوليا. (janine pages-berthier, 1993, 2).

3.5. ايدوارد غلوفر Rdward Glover:

يرى بأن المدمن يقف على أرضية اكتئابية، لذلك فإن استعمال المخدر يعد محاولة للعلاج الذاتي Auto-guérison ووسيلة للكفاح ضد الاكتئاب والحفاظ على الذات من الانتحار، فالسلوكات الإدمانية تشكل محاولات للحماية الذاتية ضد تهديد التشتت الذهاني.

ويضيف غلوفر بأن الإدمان يعد حالة بينية Etat Borderline، أين يضع المدمن قدم في الذهان وآخر في العصاب، وهو في حالة انتقالية له جانب عصابي خلال نموه للحفاظ على العلاقة مع الواقع، رغم أن العقدة مع المخدرات تخفي انحدارا نحو البارانويا. (janine pages-berthier, 1993, 3).

4.5. روزنفالد Herbert Rosenfeld:

يرجع الإدمان إلى صراعات بدائية خلال الطفولة الأولى، أين يلعب الصراع الأوديبي والجنسية المثلية دورا هاما في سيكولوجية المدمن، يعتبر الإدمان اضطراب هوس اكتئابي، حيث يتعلق الهوس بالقدرة المطلقة للهدم، والاكتئاب بالتقمص مع موضوع مريض أو ميت، ومن هنا فالإدمان هو تقوية لدفاعات ضد القلق والنزوات السادية، إلا أن الهوس الإدماني لا يساعد الفرد على إيجاد علاقة مع الموضوع، لأن المخدر أخذ مكان كل المواضيع. (janine pages-berthier, 1993, 3).

5.5. جايمس James Gammil:

يرى بأن السادية التي تظهر في المراحل المبكرة من النمو الليبيدي، تساعد على فهم تفسير الاتجاه نحو الإدمان، أين يتجه الفرد نحو استعمال ميكانيزمات شبه فصامية، حيث يعوض المخدر الموضوع الإنساني.

وفي ها الاضطراب يعوض الموضوع الانتقالي الموضوع الإنساني وليس مجرد رمز له، فتظهر المخدرات كموضوع جزئي مرضي تعطي للمدمن مشاعر قوة مطلقة، وبعد الإدمان نكوص لمرحلة نمو باكورة، أين كان الفرد يستثمر غياب الموضوع ليقوم بتحقيق هلوسي لرغبته، أمام إنكار أهمية الموضوع الإنساني، ويقوم بصرف طاقته مع الموضوع المرغوب، هذه الدفاعات المرضية تظهر خلل أساسي في مثال الأنا، تقدير الذات ومشاعر الهوية الذاتية. (janine pages-berthier, 1993, 3).

تتشترك هذه التناولات في اعتبار الإدمان بينى على إشكاليات على مستوى الطفولة وبناء الشخصية، يرتبط مع القدرة على ارضان الصراع الأوديبي، ثم اعتبار المدمن في وضعية اكتئابية، أين يلجأ الفرد إلى المادة المخدرة كموضوع انتقالي.

6. التناول الميتاسيكولوجي الحديث:

سوف نعرض للتفسير الحديث للإدمان بطريقة كلاسيكية مثلما دأب عليه التفسير التحليلي للظواهر النفسية، أين ينظر للظاهرة من وجهات نظر ثلاث: طبوغرافية، اقتصادية ودينامية.

1.6. وجهة النظر الطبوغرافية Point de vue topique:

يركز التحليل النفسي على العلاقة التي يكونها الفرد مع المادة التي يدمنها، وسعيه الدائم نحو البحث عنها وتكرار تلك التجربة التي تمنحه الإحساس باللذة، تلك اللذة تدوم لفترة قصيرة لتختفي بعدها وتترك الفرد أمام الواقع باحثاً عن تجربة أخرى، في دائرة مغلقة يدور خلالها نحو تدمير نفسه من أجل البحث عن الإشباع.

وانطلاقاً من مرحلة المرآة *stade du Miroir* التي قام ببنائها والتنظير لها جاك لاكان J. Lacan فهذه المرحلة تسمح للطفل باكتشاف استقلاليته عن الأم ككائن مستقل منفصل له وجوده المنفرد، وتساعده على بناء أولى التقمصات وتشكيل هويته الخاصة، ولكن عند حدوث مشكل في تحقيق هذه المرحلة ودورها الأساسي، فإن الطفل سوف يبقى ضمن علاقة ثنائية مع الأم، وهو ما يجعله في حاجة دائمة إلى علاقة اعتمادية خلال حياته، أين يشكل الإدمان على المواد المخدرة بديل للاعتماد على الأم.

فحسب أوليفونستين *Olievenstein* فإن الإدمان هو انزلاق لدى الفرد في مرحلة نشأة التقمصات، تلك المرحلة التي يكتشف الفرد فيها نفسه من خلال الآخر، هذا الاكتشاف يسمح له بمعرفة أنه مستقل عن أمه وتشكيل *moi-fusionne-mère* ولتفسير الإدمان يستخدم استعارة المرآة المكسورة *stade de miroir brisé*، أين يكتسب الطفل صورة مكسورة وغير كاملة عن ذاته، يشير إليها باعتبارها انكسار نرجسي *narcissisme*. (janine pages-berthier, 1993, 5).

وحسب بيرجوري *Bergeret* فإن حياة المدمن عرفت صعوبات علائقية كبيرة، أين لم يكن هنالك ثنائية وجدانية *Ambivalence* بين الحب والكراهية في علاقاته مع الموضوع، والتقمصات التي بناها

هي محاكاة وتقليد أكثر وتتسم بالسطحية، وينتهي العمل النفسي لتقمص الأب بالفشل، ومن ثم فإن هناك صعوبة في تجسيد قوانين الأب لدى المدمن، هذا الأب لا يوحي بالثقة ويبقى خارج النظام العلائقي في تصورات المدمن. (Bergeret, Fain, 1981, 20).

ويضيف بأنه مع وجود تعلق سيء مع الموضوع الأوديبى، وخيبة الأمل في الاعتماد على المواضيع الأولى، فإنه يلجأ إلى استبدالها من خلال خلق سحري لجو تخيلي يستطيع من خلاله تحقيق رغباته. (Mercredi, Braconnier, 2011, 399).

إن فهيكلة شخصية المدمن تكون سيئة أين يكون الأنا الأعلى هش، ذلك الجهاز الذي يعطي الفرد القيم والقوانين، فعدم استدخال قوانين الأب، يجعله يفتقد إلى هيئة داخلية لتجسيد القانون، عندئذ يصبح أي قانون وكأنه خارجي ومفروض من الآخر، وهذا ما قد يفسر التوجهات ضد الاجتماعية ضد القوانين الذي نلاحظه لدى بعض المدمنين.

إن النظرة الطبوغرافية المفسرة للإدمان تشير إلى أن المدمن لا يزال ضمن إشكالية اكتشاف هويته التي لم تتحقق كوحدة مستقلة من خلال مرحلة المرأة، وإشكالية بناء التقمصات، أين يجد المضمن صعوبة في إدماج قانون الأب ضمن شخصيته وأخذ مكان الموضوع الوالدي.

2.6. وجهة النظر الاقتصادية Point de vue économique:

يشير السلوك الإدماني إلى محاولة لطلب السند والمساعدة، يبحث عنها الفرد في المادة الإدمانية، ليعيش الشعور باللذة والحنان الذي يمثله اللقاء مع موضوع الحب الأولي، إن هذه السلوكات هي تعويضية، فاللجوء إلى المادة لا يكون من أجل المادة في حد ذاتها، وإنما للخبرات السارة التي يعيشها من خلالها.

فحسب بيرجوري Bergeret فإن الفرد الذي يستخدم المادة المخدرة يبحث عن تحقيق رغبة تثيرها حاجة ماسة إلى التعبير عن عدوانية نحو الآخر، وتحقيق هذه الرغبة يجعل الفرد يحس بأنه حقق نجاحا نرجسيا لم يحققه من قبل، وبقاء هذه الخبرة السارة في خيال المدمن هو ما يجعله يسعى لتكرارها، وهذه أولى الخطوات في طريق الإدمان. (Bergeret, 1990, 11).

ويضيف من خلال تنظيره حول بنيات الشخصية بأن الاتجاه نحو الإدمان لا يتم من منطلق حاجة ظاهرة بشكل قليل أو كثير عند فرد ما، بل يتم أيضا على مستوى السجل الدفاعي الكامن كمحاولة للدفاع والضبط ضد القصور والخلل الذي يمس البنية العميقة، وما يميز المدمنين هو غياب العمل النفسي الليبيدي الذي من شأنه أن يقوم بإرصان العنف الأساسي مع مطالب مصبوغة بالقلق ناتجة عن صعوبات في التقمص، مع ظهور الطابع السندي للعلاقات. (Bergeret, 1982, 25).

فالعوانية هي نزوة طبيعية لدى الفرد إلى جانب نزوات الحياة، وتفاعلها بشكل سوي هو ما يؤدي إلى التوازن، غير أن عدم تسيير وتوظيف تلك العدوانية هو ما يمكن أن يؤدي إلى البحث عن طريق للخروج، وهو ما توفره تجربة تعاطي المواد المخدرة.

ويذهب Charles-Nicolas إلى اعتبار أن لجوء الفرد إلى المخدرات لا يعني أنه في مواجهة قوانين الأب فقط، بقدر ما هو في لعبة بين الموت والحياة. (Merelli, Braconnier, 2011, 399).

فالمدمن في حاجة إلى المرور إلى الفعل le Passage à l'acte من أجل تحقيق تلك الرغبة، أين نلاحظ كثرة العدوانية مقارنة بحاجاته الجنسية، فهو يتميز بعدوانية موجهة نحو الذات، كان من المفروض أن يوجهها نحو مواضيعه الأولى أثناء مراحل النمو. (Bergeret, Fain, 1981, 11).

3.6. وجهة النظر الدينامية Point de vue dynamique:

يدور التصور الدينامي لتفسير الظواهر النفسية حول الصراع الذي يميز الجهاز النفسي، فالمدمن يحاول تجنب الصراع لأنه لا يستطيع التعامل مع المواضيع الأولى، وهذا لطبيعة حياته العلائقية التي تتسم بالهشاشة، لذلك فهو يخلق مواضيع خارجية خالية من الصراع يستطيع التحكم فيها وتحافظ على هويته، تلك المواضيع هي المواد المخدرة التي يلجأ إليها.

يعتبر الإدمان كحماية لأننا الذي يتميز بالهشاشة والمهدد في كماليته (Merelli, Braconnier, 2011, 404) فالسلوكات الإدمانية لها علاقة بمدى القدرة على إرصان تقمصات مستقرة وإرصان الانفصال عن المواضيع الأولى ضمن عمل حداد، وتكرار تلك التجربة يهدف إلى ملأ الإحساس بالفراغ الذي يعيشه المدمن.

إن الإدمان كسلوك خارجي يهدف إلى التأكد من حقيقة الارتباط العلائقي على المستوى الداخلي، فممارسة هذا السلوك يسمح بإيجاد علاقة تعلق مع مواضيع مرغوبة، تشير إلى علاقة الاعتماد الطفيلية التي يجهلها المدمن. (Frenandez, Cotteeuw, 2005, 47).

فيما يرى Jeammet أن السلوكات الإدمانية تهدف إلى البحث عن مضمون خارجي لدى الشخص الذي هو في حاجة إلى التوازن، هذا التوازن لم يجده في عالمه الداخلي (Jeammet, 2006, 60).

7. الشخصية الإدمانية (المدمنة):

ظهر اهتمام لدى الباحثين نحو تصنيف شخصية المدمن، ومحاولة إيجاد جدول يبين ويوضح هذا السلوك لدى الفرد، ثم تحول الاهتمام نحو البحث عن إيجاد بنية نفسية خاصة بالمدمنين توضح التوظيف النفسي لديهم، غير أن كل هذه المحاولات مازالت تراوح مكانها ولم يتم الحسم في هذه التصنيف، في هذا الصدد نقراً بـ Frenandez, Cotteeuw بأن الدراسة النظرية والميدانية لظواهر الاعتماد والحاجة إلى إيجاد صياغة مفاهيمية حول السياقات الإدمانية المشتركة وراء تلك السلوكيات تلتقي مع طريق مسدود، حيث أن التطور الحالي للتطبيقات العيادية يجعلنا نقف على هشاشة هذا المفهوم في الدراسات النفس مرضية، وصلاحيته تظهر إذا تمكنا من تحديد تلك السياقات في إطار الأساليب المختلفة للتوظيف النفسي وتنظيم الشخصية. (Frenandez, Cotteeuw, 2005, 312).

فبعد أن كان الاعتقاد يدور حول تصنيف الحالات الإدمانية ضمن التنظيم الحدي *Etat limite*، يرى بيرجوري Bergeret بأن المدمن لا يدخل ضمن البنية العصابية ولا البنية الذهانية، وليس هنالك بنية تنظيم خاصة بحالات الإدمان، غير أن هناك خصائص مميزة للمدمنين مثل الاكتئاب وعدم القدرة على إرضان العدوانية. (Mercredi, Braconnier, 2011, 399).

فيما يؤكد جامي Jeammet على البعد الانحرافي *la dimension perverse* في السلوكات الإدمانية، ويذهب أحيانا إلى حد اعتبارها انحراف. (Janine Pages- Berthier, 1993, 4).

ترى فرانسوا نو Françoise Neau بأن الاضطرابات ذات البعد الانحرافي كالمزوشية والاضطرابات الغذائية والإدمان وغيرها من السلوكات ذات التبعية القهرية، يغلب عليها إسقاط الكره على الآخر، فالسياق الانحرافي مرتبط كثيرا بالاختلالات الجنسية لدى الفرد، كل تلك الاختلالات مؤسسة على

كيفية التنظيم الليبيدي خلال النمو النفسي الجنسي من خلال طريقة توزيع الليبيدو على كل من الأنا والموضوع، ومدى تكامل النزوات الجنسية تجاه الموضوع الواحد. (بن خليفة محمود، 2007، ص 58).

ويميز بيرجوري Bergeret ثلاث نماذج لدى المدمنين:

- النموذج الأول: توظيف نفسي ذو طبيعة عصابية Névrotique، يتمركز حول المشكلة التناسلية مع وجود صراع حول التصورات الأوديبيية، أين يكون هنالك تعلق سيء بالموضوع الأوديبيي.
- النموذج الثاني: توظيف نفسي ذو طبيعة ذهانية Psychotique لكنه يختلف عن الذهان، يتميز بوجود سياقات سلوكية أقل استقامة، تنتظم حول التخيلات التناسلية والأوديبيية، يتطور هذا التوظيف خلال زمنين، زمن اعتماد دفاع بواسطة سلوكيات ضد نشوء الهذيان مقابل ضعف تخيلي، وزمن اعتماد لتبرير سلوكيات متعلقة بظهور هذيان تخيلي، يتميز هذا التوظيف باستعمال ميكانيزم الكبت وظهور الإسقاط.
- النموذج الثالث: تنظيم يدخل ضمن إطار الاكتئاب، يتميز بالتبعية للآخرين والعلاقة بالموضوع لم تستثمر جيدا، تظهر خطورة السياقات الانتحارية خلال هذا التنظيم النفسي، من خلال زيادة الجرعات المخدرة. (Mercredi, Braconnier, 2011, 399).

فيما نلاحظ أن باحثين آخرين يعطون صفات مميزة للمدمنين، هم ذوي شخصية تتميز بالهشاشة، وعدم النضج، مع ظهور صعوبات علائقية، أين تكون علاقاتهم أقل نضجا.

فالمدمن على المخدرات ذو أن ضعيف ونفسية وعاطفة غير متكيفة، يتميز بالقلق والضغط النفسي الدائم، وعدم القدرة على تأجيل إشباع حاجاته، فهو يعمل تحت سيطرة مبدأ اللذة. (Huguette, Cogler, 1991, 62).

وتعتبر الشخصية الإدمانية شخصية سلبية ليس لها القدرة على تحمل التوتر والألم، وهي شخصية اتكالية لها صعوبة في التكيف الاجتماعي، كما تتميز بعدم النضج التام. (Bergeret, 1984, 30).

8. الإدمان كسلوك مرور إلى الفعل L'addiction comme un passage à l'acte :

يملك كل فرد قدرات سلوكية ضمن بناء شخصيته تمكنه من التصرف بعنف، وتحليل الشخصية ذات الطابع الصراعى- يمكننا من فهم معنى سلوك المرور إلى الفعل، فمفاهيم العقلنة، فقر الارصان النفسي والتفعيل هي مفاتيح تمكننا من فهم دينامية سلوك المرور إلى الفعل، وسياق تطوره المنخفضة

وتوقع نتائج إيجابية من المتعاطي كتنقص لتوتر والاسترخاء والمرح الذي يؤدي إلى استمرار في تعاطي المخدرات والانتكاسة.

9. أعراض الإدمان:

يذكر العيسوي الأعراض التالية: (العيسوي، 2001، 140)

- الانطواء والانسحاب والانعزال عن المجتمع والانزواء عن معتك الحياة الاجتماعية.
- نزول سائل من الأنف والعين واتساع شأن العين.
- تقلص في العضلات.
- زيادة في العرق وارتفاع درجة الحرارة وارتفاع ضغط الدم.
- القيء والشعور بجفاف الحلق واللسان.

وقد يذكر أجال محمد سرى الأعراض التالية: (محمد سرى، 2003، 92)

- تمركز حول الذات.
- شذوذ الأفكار.
- نقص الشعور بالمسؤولية.
- السلوك المضاد للذات.
- السلوك المضاد للمجتمع مثل (السرقه، الاحتيال، التحول، ضعف الضمير).
- الانسحاب والانشغال بالذات والعقار والاعتیاد.
- الاعتماد الجنسي على العقار، والذي يتضمن حالة فسيولوجية معدلة ناشئة من إدمانه وتتميز بظهور أعراض الامتناع عند التوقف عن استخدامه.
- الالتهاب والعدوى الجلدية، والإصابة بمرض الإيدز (نقص المناعة المكتسبة) في حالة استخدام الحقن.

• قصور الاتزان الحركي.

• اضطراب الوظيفة الجنسية.

• اضطراب النوم.

• اضطراب الإدراك.

ومن خلال أعراض السالفة الذكر نستنتج أن الإدمان يؤثر بشكل كبير وسلبى على جميع النواحي سواء كان من الناحية الاجتماعية أو من الناحية النفسية أو الفسيولوجية أو العقلية مما يؤدي إلى تدهور صحة المدمن بشكل عام وتدهور الصحة النفسية بشكل خاص.

10. أضرار ومضاعفات الإدمان:

تنوع الأفراد التي يسببها الإدمان فهي تحدث أضراراً على المستوى الصحي والنفسي والمعرفي، كما تسبب مشكلات اجتماعية واقتصادية ذات تأثير سلبي على الفرد وأسرته بصفة والمجتمع بصفة عامة، وسيتم التطرق إلى أهم الأضرار الناجمة من هذه الظاهرة فيما يلي:

1.10. أضرار صحية:

يشير الباحثون في مجال الإدمان إلى أن المدمنين على العقاقير المخدرة يعانون من أعراض جسمية، وتشمل تلك الأعراض على آلام الظهر والصداع والأعراض المعدية والمعوية، والأعراض التناسلية، ويؤثر تعاطي المخدرات على الجهاز الهضمي، حيث ينتج عنه الهروب عن الطعام والإحساس بالشبع والامتلاء، ثم الكسل في حركة الأمعاء، كما ينتج عنه كذلك إمساك مزمن شديد، ونتيجة لذلك ينتج الهزل والضعف العام وفقير الدم، وينعكس ذلك على الاستجابات الاجتماعية للمتعاظم مع أسرته خاصة والمجتمع عامة فيزداد لديه التوتر العصبي والاتجاه إلى العنف وإلى تصرفات لا إرادية. (شاهين، دس، 60).

2.10. تحطيم الشخصية والإرادة النفسية:

يرتبط الفرد بالمخدر الذي أدمن عليه فيصبح إنساناً مسلوب الإرادة، لا حول ولا قوة، ولا يستطيع الابتعاد عنه وأن أراد ذلك، فيلجأ إلى كافة الأساليب للحصول على المادة، فيكذب ويسرق ويحتال من أجل جرعة يتناولها في موعدها. (اسماعيلي، بيع، 2011، 64).

3.10. التجرد من الخلاق:

إن الشخص تعن تأثير المخدر لا يراعي الأخلاق فيتلطف بكلام بذئ وفاحش ويسلك سلوكات غير أخلاقية مثل التجرد من لباسه في أي مكان، والكثير من المدمنين والشذوذ الجنسي، ومختلف العمال الحقيرة لغرض الحصول على المال لشراء المخدر. (الطيفلي، 2004، 221).

4.10. ارتفاع نسبة الانتحار:

إن المدمن يكون مسلوب الإرادة ولا يعي ما يفعل ولا يترك الخطر المحدق له، فإذا كان سائقاً سينتويه جنون السرعة، فيتسبب في كوارث مادية وبشرية، وإذا كان في الطابق الخامس ضمن أنه في الطابق الأول، وإن لم يجد المال لشراء المخدر، تضلم عليه الدنيا فلا يرى بديلاً سوى الانتحار. (داردار، 2001، 19).

5.10. ارتفاع نسبة الوفيات:

يمكن أن يؤدي الإدمان إلى الموت في حالة تعاطي جرعة كبيرة، وقليلًا ما ينجوا أصحاب التعاطي المزمن، أين تبلغ فترة التعاطي إلى خمس عشر سنة. (بيرونا، 1979، 672).

6.10. الاضطرابات السلوكية والعقلية:

توجد مجموعة متنوعة من الاضطرابات العقلية والسلوكية التي تختلف في شدتها ولكن تشترك في مرجعها إلى سوء استخدام عقار واحد أو عدة عقاقير وتتمثل هذه الاضطرابات في اضطراب بالقلق، اضطراب المزاج، الاضطرابات الذهانية، اضطرابات النوم، خلل الأداء الجنسي، الهذيان، اضطراب النسوة المستديم. (حسون، 2004، 473).

11. التشخيص والتنبؤ والعلاج:

إن تشخيص حالة المريض المدمن والتنبؤ بها سيكون عليه مرضه من المستقبل يحتاج إلى فحص كامل لحالة المريض الجسمية والنفسية، فالمريض الذي لا يوجد عنده علل جسمية مستعصية. فإن التنبؤ بحالته يمكن إذ توفر العلاج النفسي المناسب الذي يعمل على إزالة الضعف الموجود في شخصيته، والذي دفعه إلى تعاطي المادة، فإنه التنبؤ غالباً ما يكون سلبياً.

أما العلاج فإنه ينحصر على أول خطوة وهي إبعاد المريض عن الإدمان وإعادة حالته الصحية الجسمية إلى أحسن وضع عليه الوصول إليه.

ولكن إعادة المريضة هذه تتطلب استعمال الجلوكوز والفيتامينات، وقد يحتاج أيضا إلى بعض المسكنات أو العقاقير المنومة، ولد استخدمت هذه العقاقير بنجاح، وليس فيها خطر إلا أنه يصبح المريض متعودا عليه من أو يدمن من تعاطيها.

وفي الحالات التي لديها مسيل سيكولوجي نحو الكحول تستخدم معها طرق العلاج النفسي فأساليب العلاج النفسي المعروفة تستخدم في علاج حالات إدمان الخمر بنجاح بنسبة لا بأس بها.

ولكن الصعوبة الكبيرة في علاج الإدمان عندما لا يعرفه المدمن بأنه مريض ومن ثم الدافع القوي يتضاءل، وهذا الدافع لازم وضروري لنجاح العلاج. (العيوسي، 2001، 132، 133).

خلاصة:

يعتبر الإدمان على المخدرات من الظواهر الاجتماعية السلبية التي تعرفها معظم المجتمعات البشرية بمختلف فئاتها وقد تناولنا في هذا الفصل مفهوم المخدرات، أنواعها، وما يترتب عليها من مضر على الفرد والمجتمع وهو أهم عنصر يظهر ما تحمله ظاهرة تعاطي المخدرات في أوساط الشباب من انعكاسات تتعدى الفرد وحالته النفسية والفيزيولوجية إلى الأسرة وهو ما يعد مؤشرا هاما لنهضة المجتمع أو انهيار قواعده وهو ما يجعل دراسة هذه الظاهرة يدخل في صميم اهتمام علماء النفس والاجتماع.

الفصل الثاني

الفصام

تمهيد.

1. تعريف الفصام.
2. المقاربة النظرية للفصام.
3. أعراض الفصام.
4. أنواع الفصام.
5. تشخيص الفصام.
6. الشخصية قبل المرض ومسار الفصام.
7. مسار الفصام.
8. علاج الفصام.

خلاصة.

تمهيد:

يعتبر الفصام من أقدم الاضطرابات العقلية والمعروفة على الإطلاق إلا أنه كانت له تسميات تختلف عن ما هو عليه الآن تعرف سببه في القدم لأسباب روحية شيطانية.

يعد الفصام في أخطر الأمراض العقلية التي تصيب الإنسان والأكثر انتشارا والأعقد علاجاً وذلك لكونه يمس العديد من جوانب شخصية المصاب ما يدخله في العديد من الاضطرابات النفسية والاجتماعية كاضطراب في التفكير والوجدان والسلوك ما يدفعه إلى العزلة والانزعاج من التواصل الاجتماعي ما يجعلهم مهتمين اجتماعياً ويحكم عليهم على أنهم شواذ وأنا غير عاديين.

في هذا الفصل سوف نقوم بدراسة شاملة للفصام من حيث الأمراض والأنواع والتشخيص وكذا الشخصية قبل وبعد المرض وخاصة العلاج.

1. تعريف الفصام:

يعد المرور عبر المحطات التاريخية لتطور مفهوم الفصام بإبراز مسارات تطور المصطلح، نقدم مجموعة من التعريفات للمنظرين، وهذا حسب الاتجاهات العلمية والمقاربات النظرية التي ينتمون إليها ومن أهمها:

• **بلولر Bleurer:** مصطلح الفصام المكون من كلمتين يونانيتين: Schizo وتعني الانشطار، (الانقسام) Phrenie وتعني (الفكر): "إلى إبراز ما يمثل في نظره العارض الأساسي لهذه الأذهنة، أي الانقسام أو التفكك، ويتميز بخصائص تفكك الفكر والفعل، والعاطفة، ويشار إلى هذا التفكك بالمصطلحات التقليدية التالية: التنافر، فقدان الترابط، التخلف واللامبالاة اتجاه الواقع، والانكفاء على الذات مع طغيان الحياة الداخلية غارقة في النشاط الهوامي (وهو ما يطلق عليه اسم فصمة)". (جان لابلانوشوج. ب بونتاليس، 1985، ص 395).

• **ماير:** "الفصام هو عدم توافق في الجانب العقلي لا يختلف عما هو عليه لدى الأسوياء، إلا في الكم فقط، فالفصام تضخيم لعناصر وجودها مؤكد في أذهان الأسوياء". (فيصل محمد خير الزراد، 1983، ص 14).

• **أحمد عزت راجح:** "الفصام بأنه اضطراب وظيفي في الشخصية، ويبدو في صورة أعراض في جوانب الشخصية جميعاً، الجانب الانفعالي والجانب الفكري، والجانب السلوكي".

• **أحمد عكاشة:** "الفصام هو مرض عقلي يتصف باضطراب في التفكير والوحدات والسلوكي والخلقي والاجتماعي، مما يفقد الفرد شخصية وبالتالي يصبح عزلة عن العالم الحقيقي والمجتمع". (مروان أبو حريج، عصام الصفدي، 2009، ص 129).

• **Bernard. B:** "ذهان مزمن يؤثر تأثير عميقاً في الشخصية، والذي يجب اعتباره نوع من صنف الذهان المزمن، يتميز بتغيير عميق ومتطور للشخص، فيتوقف هذا الأخير عن اتصال مع الآخرين ويضيع في أفكار توحديّة أي في هباء وهمي". (Henriey. B , Bernard et les autres 1970, p 540).

• **حسب الرابطة الإكلينيكية:** الفصام عبارة على أفكار وهمية، سلوك مفكك، وهذه الأعراض السلبية تتمثل في انخفاض الإمكانيات الوظيفية، وهذه الأعراض يجب أن تستمر لمدة ستة أشهر على الأقل وتؤدي إلى فقدان التكيف الاجتماعي والموضوعي. (Pierre. M L, 2006, p 01).

• **دافيد كوبر:** يصف كوبر الفصام على "أنه حادثة أو أزمة يعيشها الفرد في المجتمع، أين تكون سلوكاته وتصرفاته غير صالحة بالنسبة للمجتمع "خارجية عن المألوف" ويعتبر كوبر أن كل شخص له قابلية لهذا المرض، بمعنى أن حالة الجنون يمتلكها أي واحد منا، لكن تكون مخفية، ولا يتوفر إلا بتوفر عوامل مفجرة. (فارس بن الشيخ حسن، 2001، ص 6).

الفصام (الشيزوفرينيا): مرض ذهاني يحدث بصورة أكثر شيوعا في سن الراشد، ويتميز باضطراب في الوجدان، وظهور أعراض الانسحاب إلى عالم الخيال، واضطراب التحكم الانفعالي، ووظائف التفكير واللغة، ويعيش المريض في عالم خاص من صنعه وكأنه يعيش في حلم. (صالح حسن الداهري، 2008، ص 310).

من التعريفات السابقة يتضح لنا: أن الفصام هو متلازمة لمجموعة من الاضطرابات الذهانية والعصابية، يؤدي إلى تدهور السلوك من الجوانب الانفعالية والوجدانية والتفكير، وعدم القدرة على التكيف في الحياة الاجتماعية، لفشل الإمكانيات الوظيفية، حيث المريض يختار عالم هوامي مليء بالهلاوس والهذات نتيجة فشل مكنيزمات الدفاع في حل الصراع خاصة مع الواقع الخارجي، ويفضل العزلة وظهور الأفكار التوحدية، فالمريض يقطع صلته بالواقع، ويعيش في هذا العالم الافتراضي كوسيلة دفاعية لتوازنه، فالواقع يمثل تهديد له، ويظهر في سن مبكرة لما يشهد لها من تقلبات وتطورات في السيرورة النفسية، ولكن شيوعا في مرحلة الرشد.

2. انتشار الفصام:

لا تتوفر إحصائيات شاملة لأقطار العالم ومجتمعاته، تبين نسبة وقوع المرضى بين الناس، وتوزيع هذا الوقوع بين طبقاته وشرائحه السكانية، وحتى البلدان التي تتوفر فيها دراسات حول الشيزوفريني، فإن هناك تفاوت بين الباحثين حول ذلك، بالإضافة إلى ذلك صعوبة انتباه الأسرة أو المجتمع، إلى حالة مرضية، قد يكون الفصام مخفيا عن الملاحظات الطبية، والصعوبة الأخرى في التقدير والتشخيص من جانب الأطباء، فالمرض موجود ومعروف وموصوف منذ أقدم العصور، ولذلك فإن هناك ملاحظات أخرى، أفادت بها الدراسات الطبية الإحصائية في العديد من البلدان، ومن أهم الملاحظات أن أعلى نسب وقوع المرض في المدن، وخاصة المدن الكبيرة، والمرض الأكثر وقوعا به هم سكان وسط المدينة منه

سكان أطراف المدينة، وتقل بشكل تدريجي حتى تصل أدها في الريف، ومن الملاحظ أيضا وجود نسبة أعلى للمرض من بين الأقليات في الطبقات الأدنى تعليما ومهنيا واقتصاديا. (رشيد حميد زعيز، 2010، ص 262).

وأثبتت الدراسات وقوعه بدرجة أعلى للأشخاص الذين ولدوا في المناطق الحضرية في الدول الصناعية وتظهر الأعراض عند الرجال في وقت مبكر مقارنة لدى النساء، وانتشار مرض الفصام متساوي لدى المرأة والرجال، لكن الاختلافات تكمن في ظهور المرض، وتبدأ عادة قبل سن 25 سنة عند الرجال، وبين 25 إلى 35 سنة لدى النساء، وحوالي 3 إلى 10 % من النساء يظهر الفصام بين سن 40 سنة، وما يقرب من 90 % من مرضى الفصاميين في سن ما بين 15 و 55 سنة، ونادرا ما يظهر الفصام قبل سن 10 سنة أو بعد سنة 60 سنة، وقد أظهرت الدراسات أن الرجال أكثر ظهورا للأعراض السلبية من المرأة.

والنتيجة النهائية لمرض الفصام الإناث يكون أفضل من المرضى الذكور المصابين بالفصام، خاصة أن المرأة تميل إلى العمل بصورة أفضل من الرجال اجتماعيا واقتصاديا وعائلاتهم، وغالبا ما تعاني من عدم الرعاية والنبد الاجتماعي. (Tellis Priscilla, 2008, p 8).

وفي مرحلة الطفولة، ظهوره نادرا للغاية مما يؤثر على حوالي 1 في 40000 الاطفال، فقط 1 في 100 من البالغين المصابين بهذا الاضطراب. (UnderstandingSchizophreniabigpicture, p 11) والدراسات الأخيرة أظهرت أن هناك زيادة ظهور مرض فصام للأشخاص ولدوا أو ترعرعوا في المدن الداخلية وأيضا في الطبقات الاجتماعية والاقتصادية كبيرة التدرج، ومع زيارة انتشاره في الطبقات الشعبية من خلال الانحراف الاجتماعي وفي الطبقة الاجتماعية، وفي المناطق المحرومة الداخلية من المدن وعوامل خطر البيئة، مثل (اكتظاظ، تعاطي المخدرات)، أي حالات الفصام في البلدان الصناعية من 10-70 حالة جديدة من السكان، وخطر مدى الحياة يقدر بـ 0,5 - 1 % للتوزيع الجغرافي. (Martin. S, Mike. T, 2002, p 30).

قد يقف وراء تزايد انتشار نسبة حالات الفصام في المغرب بالنسبة لكريستوزوف الذي يسجل هو كذلك ارتفاعا ملحوظا للأشكال الكتانونية والبرانوية Paranoides، بسبب الاضطرابات التي يعرفها المجتمع التقليدي الناجمة عن التحول نحو الحياة العصرية، وتكون فيه الشباب هي الفئة المعرضة أكثر

إلى هذا النوع من الاضطرابات، حيث يلاحظ أن 56 % منهم يعانون من فصام حاد و 48 % من فصام مزمن وهي نسبة عالية منهم خاصة (65 % بالنسبة للفصام الحاد و 78 % بالنسبة للفصام المزمن). (بن عبد الله محمد، 2010، ص 168).

وانتشار الفصام في بلدان المغرب العربي خاصة الجزائر، بينت ارتفاع نسبة شيوع الفصام في هذه البلدان في السنوات الأخيرة، وقد أرجع الباحثون ذلك (دوكي وموساي وكاشا) إلى التغيرات العميقة التي تشهدها هذه المجتمعات، وإلى الصراع الثقافي الحاد في المدن الكبرى، حيث الاحتكاك الفوضوي بين القيم والنماذج المتنوعة والمتناقضة وأزمة الهوية الثقافية. (Douki.S, Moussaoui.D, 1978, p 147).

مما سبق يتضح أن انتشار مرض الفصام بالتساوي لكلا الجنسين، ويختلف في شدة الأعراض، ويظهر في الطبقات الاجتماعية الكبيرة وفي الطبقات الشعبية التي تسود فيها مظاهر الفقر والحرمان والنبذ الاجتماعي وتعاطي المخدرات، والرجال أكثر عرضة للفصام بسبب عوامل متعددة من الضغوطات الاجتماعية والاقتصادية نظرا لشدائد وصعوبات الحياة ومسؤولياتها وضغوطاتها خاصة في المجتمعات غير متماسكة.

3. المقاربة النظرية للفصام:

نجد الكثير من النظريات التي تفسر منشأ حدوث الفصام، على أساس مبدأ كل مقارنة نظرية، والعوامل التي تفسر على أساسها ونزعاتها التحليلية.

1.3. النظرية الوراثية:

كانت وراثة المرض موضوع عمل المئات من الأسر (رودن Rudin 1916، لوكسمبور 1940 lixemberger، سترومجرين stromgren 1950)، في حين هذه الدراسة صعبة جدا لأن التحديد المكان الدقيق للعامل الوراثي يفترض استبعاد الدور الاجتماعي أو البيئة العائلية، وفيما يخص خطر الوراثة، أن نسبة الانفصام في عامة السكان تكون أقل من نسبة 1 % لإخوة الفصامين، الخطر يرتفع إلى 10,8 % حسب فرشور (1939)، إلى نسبة 14,2 % لكالمان (1949)، ونسبة 10 % لبلانسكي (1955)، والخطر بالنسبة للأطفال، حسب فرشور ولوكسمبور (1939) يقدر بنسبة 16'4 %، لبلانسكي (1955) بنسبة 10 إلى 15 %، ومن جهة أخرى نجد عند والدي الفصامين، حسب كالمان 3,9 % من

المرضى، وحسب بلاننسكي من 5 إلى 10 %، ودراسة التوائم أكثر برهاناً، لأنه حسب سلاكر (1953) العلاقة بين أحادي البويضة تقدر بنسبة 76 %، أما بالنسبة لكالمان وهي بـ 86,20% (Henriey. P, Bernard et les autres, 1970, p 545).

وأكدت دراسة على الوراثة خاصة دراسات التبني في السبعينات والثمانينات من القرن الماضي تطور الباحثون دراسات يمكن بموجبها تمييز التأثيرات البيئية عن التأثيرات الوراثية بدقة علمية عالية، معتمدين في ذلك على دراسات التبني Adoptive Studies، ففي هذه الدراسات يجري نقل الأطفال بعيداً عن أسرهم التي ولدوا فيها حال ولادتهم، أو في فترة الرضاعة، وبالتالي فإنهم سيتعرضون إلى نوعين من الأسر، واحد ولدوا فيها ويحملون تأثيراتها البيئية، والأخرى نشئوا في أجوائها ويتعرضون إلى تأثيراتها البيئية، فإذا استطاعت أن ترينا هذه الدراسات أن الأطفال الذين ولدوا من أمهات مصابات بالفصام، وتربوا في أجواء أسر أخرى سوي Normal من الناحية النفسية، وأن هؤلاء الأطفال ظهر عليهم الفصام بنفس النسبة التي ظهر لدى أولئك الأطفال الذين ولدوا من أمهات مصابات بالفصام، وعاشوا في أجواء هذه الأسر التي ولدوا فيها، عندما سيكون هذا بنسبة أو دليلاً قوياً جداً لصالح الافتراضات الوراثية.

والواقع أنه أجريت دراسات كثيرة شملت آلاف الأطفال من كل الصنفين في عدد من دول العالم بينها: أمريكا، الدانمارك، النرويج وكندا، وكانت بينها دراسات تتبعيه استمرت أكثر من 10 سنوات، واتسمت بالمنهجية العلمية، فضلاً عن الجهود الكبيرة والتكاليف الضخمة، ويخلص المقيمون لنتائج هذه الدراسات إلى أنها قدمت دليلاً مقنعاً بوجود عامل بيولوجي في الفصام 1984 (AcocellaBoozin) ويعلق كيتي وهو أحد الباحثين البارزين جداً في هذا الميدان، يقول: إذا كان الفصام أسطورة Muth، فإنها أسطورة تتضمن مكوناً وراثياً قوياً. (قاسم حسين صالح، 2007، ص 8).

أما الدراسات الحديثة تشير إلى وجود عوامل وراثية وعضوية وراء الإصابة بالفصام، وفي هذا الصدد يذكر جوتزمانوشيلدز Gottesman&Shield أن التحليل لبحثها عن الفصام في التوائم Schizophrenia in Twins يؤيد وجود الاستعداد الوراثي للتعرض لها المرض كجينات تهيئ الإصابة به، كما يضيفان "يبدو" من حقيقة أن التوائم المتطابق Identicaltwin للفصامي، يكون لديه احتمال أن يكون فصامياً يعادل على أقل تقدير 42 ضعف للشخص من المجتمع العام، ومن حقيقة أن التوائم المتأخي Fraternaltwin من نفس الجنس لديه نفس الاحتمال بما يعادل تسعة أضعاف، وإن العوامل

الجينية GeneticFactors (الوراثة) هي إلى حد كبير مسؤول عن البنية الخاصة لمعظم الفصاميين. (فرج عبد القادر طه، 2000، ص 336).

2.3. النظرية التحليلية:

نجد عدة وجهات نظر سيكولوجية من زاوية تحليلية فرض النكوص (The regressionhypotheses) يستند هذا المنحنى في فهم أصول الفصام ومصادره إلى النظرية التحليل النفسي في الشخصية، ونظرية التحليل النفسي ترى ميل الفصامي إلى الالتجاء إلى السلوك الطفلي أو النكوص، إنما ينتج عن خبرات انفعالات سلبية تحدث خلال السنوات الأولى القليلة من الحياة، كما يرون أن المواقف الذي يتخذه الآباء تكون له أهمية قصوى خلال هذه الفترة التي يتعين فيها على الطفل أن يواجه ما ينطوي عليه النضج من تحديات واحد بعد الآخر، فالآباء الذين يشجعون ما يقوم به الطفل في محاولات الإتقان والسيطرة والذين لا يتدخلون إلا عند الضرورة القصوى، إنما يعينونه على أن يصل إلى أقصى النمو النفسي، على أن آباء الفصاميين وخصوصا الأمهات يظن أنهم يحرفون انحرافا ذا دلالة على هذا المعيار.

تذهب نظرية التحليل النفسي إلى أن أمهات الفصاميين إما يكون منسلخات انفعاليا على أطفالهن، وإما يكن مفراطات في حمايتهن لهن، فسلوك الفصامي نزيل المستشفى الذي يأكل أصابعه ويتبرز في ملابسه يفسر بأنه عودة بدائية إلى أولى مراحل النمو، كما أن الهلوس السمعية والبصرية والميل إلى الانعزال الاجتماعي تعد نتائج مباشرة لانغماسه في الأوهام. (شيلدون، ص 119).

نجد فرويد ربط بين الإحباط الذي يتضمن الإحساس بالعجز أمام تحقيق دافع ما وبين الإصابة بالفصام خاصة في الحالة التي يعجز معها الأنا عن القيام بدوره كمنسق ومنظم لتلبية الحاجات وإشباعها في إطار اجتماعي (أنا أعلى) معين، مما يسمح بسيطة مطلقة للهو، وتصبح النتيجة ضياعا في متاهات... الخ وصراعات بين مكنونات متناقضة لا منطقية ولا عقلانية، وتعود خبرات طفلية غير ناضجة ويستدل المشتغلون في التحليل النفسي إلى صحة فروضهم مما يظهره الفصامي من أنماط سلوكية نكوصية، حيث يظهر الفصامي عند مواجهة الصعوبات في تحقيق حاجاته ردود أفعال طفلية، وتقوم علاقاته مع العالم الخارجي في ضوء نزواته شأن في ذلك شأن الأطفال، كما يستدل من عادات الطعام واتجاهات الفصاميين نحوها، وكذلك من فقرهم الوجداني ورغباتهم العدوانية على أثر مراحل

الجنسية الطفلية المستمر، وهذا يتضح من خلال فقدان الأنا لدوره في التنسيق داخليا ودرجسية تبنى واقعا ذاتي داخليا في مواجهة الواقع الموضوعي وكذلك رغبات جنسية مثلية مكبوتة وضغوط النفسية تهدم الجانب الوجداني من الشخصية.

3.3. النظرية السلوكية:

يبدو أن لقوانين التعلم أثارا يمكن كشفها وملاحظاتها في أنماط سلوكية فصامية متقنة يقوم بها الفصاميون، وهذا يشير إلى أهمية التعلم والاكساب كعوامل نفسية لها مكانة كبيرة في تفسير حالات الفصام، ويفترض النموذج السلوكي إلى أن الاضطرابات عبارة عن أساليب غير توافقية متعلمة، ولذلك فإن أفضل طيقة تفسيرها هي إعادة التعلم. (صبرة محمد علي، أشرف محمد عبد الغني، 2005، ص 350).

إن السلوكيون سوف ينظرون إلى الاصطلاح "فصام" باعتبار أن ليس له قيمة فيما يتعلق بعلم أسباب الأمراض Aetiology، وحتى النظر إليه على نحو وصفي، فإن الاصطلاح سوف يرى باعتباره نافعا فقط بقدر ما يصف بثقة نماذجا خاصة من السلوك.

كذلك بتفسير أصل الفصام، فإن رأي السلوكية يتضمن نقاطا عديدة من الضعف منها، أنه بالرغم من أن التدعيم مبدءا عاما محددًا على نحو جيدا فإنه لا يوجد دليل مباشر لاكتساب السلوك الفصامي. (حسين فايد، 2004، ص 111).

كما يرى بافلوف أن ردود الفعل الفصامية تعود إلى انتشار نوع من الكف الوقائي في المخ، ونظرا لضعف خلايا المخ عند الفصامي تصبح المنبهات العادية حادة وتؤدي بالتالي إلى تكوين الكف الوقائي، ويتكون الكف عادة في القشرة ولكنه يصل إلى جذع المخ، وتتوقف الصورة الإكلينيكية على قوة ومدى عمليات الكف، فنوبات الهياج في الكتاتونية مثلا تحدث في الحالات يكون الكف في القشرة لذلك حركات الكتاتوني في نوبات الهياج مضطربة غير منتظمة، وغير متناسقة، ويرى الماديون أن ردود الأفعال الفصامية الأساس فيها ضعف خلايا المخ والسبب في هذا الضعف تسمم الكائن الحي كله بما في ذلك المخ واختلال العمليات الميتابولية وخاصة البروتينية، أما سبب هذا التسمم فليس معروفا لحد الآن. (نبيل محمد جودة، 2008، ص 40).

4.3. نظرية الفصام:

يقول بروفييسور يحي الرخاوي الغرض الأساسي وتطوره إلى ثمة عين داخلية لها علاقة بالحواس وما حولها هي نوع محور من الإدراك القديم عبر تاريخ التطور، تستطيع أن ترصد الداخل بما هو، وهي التي تنشط في النوم أثناء النشاط الحالم (نوم حركة العين الرابعة rem)، كما تنشط في بداية الذهان خاصة، وفي أطواره النشطة، وليست بالضرورة المادة، ونشاطها غير قاصر على الفصام، بل هي تنشط في معظم الذهانات النشطة، وهي ترصد الداخل "بما هو" إذا أن صعوبة التعبير عن حركية الإدراك كما تمارسها هذه العين يخلق مشاكل حين يقتصر، أن هذه العين الداخلية (الحالة الداخلية) هي بعض نشاطات ما يسمى العقل الأحداث (بمعنى مستوى الوعي)، وذلك برغم أنها داخلية وأنها يمكن أن نتبين معالمها من خلال العودة إلى أنواع إدراك بدائية قبل أن تتميز أدوات وأعضاء الحس، إلا أن نقلة من هذه الإدراك إل القدرة على وصفه هكذا، يحتاج إلى نشاط العقل الأحداث القادر على الوصف والتعبير اللغوي الذي تميز به بدقة بالغة. (يحي الرخاوي، 2012، ص 2).

5.3. نظرية التمييز الحيوي (النظرية المزاجية):

ليست النزعة الوراثية المسجلة في شكل الجسم، مدرسة كرتشمير قام بتعميق هذه الدراسة، وكانت فكرته الأساسية لكرتشمير (1921) التعارض بين صلة نوع Pyenique للهوس الاكتئابي وصلة مجموعة تمييز الحيوي للانفصام، من بين 175 فصامي مدروس من قبل لكرباربو، نجد أن نسبة 47 % منهم من نوع Leptosome ونسبة 34 % من نوع Dysplasiq، نسبة 17 % من نوع رياضي، وإلا 3 % pycnique، فنوع Dysplasiq أراد به كرتشمير وصف الأشخاص المتصنعين وغير المتناسبين على أساس اضطراب الغدد الصماء، فكريشمير يجمع بين تشكيلتين جسميتين مميزتين بكل مدارس النحيل العضلي Bréviliq الدموي، ويستدل مايرقروس (1954)، إذا حصل للشخص أصيب بانفصام من النمط Pycnique يستحسن التشخيص. (Henriey. P, Bernard et les autres, 1970, p 546).

كما ربطت مدرسة توينجان (كرتشمير) الأنماط الحيوية التي أرادت تعريفها كنزعة للانفصام مع نوع النفسي المطابق للنوع الانطوائي لجانغ (1907) وللنمط لبلولر (1920)، وتشير هذه المصطلحات إلى نوع مزاجي عادي، مزاج منطوي، الإفراط في الأحاسيس مظهر بارد، التوجه نحو التثبيط، ولكن مسلم لمسؤوليات دافعة وغير ملائمة، الانفصاميون الانطوائيون أشخاص متأملون، منهجيون مجردين عنيين

وحالمين، يمكننا المرور من Schizothymie إلى الانفصام (طابع مرضي) أين المزاج المنطوي يصبح منعزل، بينما التثبيط والاندفاع يؤديان إلى عدم الاستقرار الاجتماعي وعمق التأمل والحلم يؤدي إلى روح نظام، عقلانية مرضية، مثالية جامدة، استعملت الدراسات حول الوراثة استعمالاً واسعاً لمبدأ الانفصام، أضافت له تأكيد غير مباشر فهو بالفعل مقبول من مجموع الباحثين أن البيئة العائلية للانفصاميين تتضمن جزء من الانفصاميين (15 إلى 35 %) أعلى بكثير من عامة السكان والتي تقدر بحوالي 3 % من المقبول أيضاً أن حوالي نصف الانفصاميين يظهرون قبل المرض، مظهر الشخصية الانفصامية.

بالرغم من الانتقادات المقدمة ضد المبدأ للانفصام (غاب المنهجية الصارمة للإحصاء الدقيق)، فقد فرض نفسه واستعمله كل الأطباء النفسانيين، فالانتقادات غير مبررة إلا غداً أردنا أن نعطي لهذا العامل المزاجي دوراً مبالغاً فيه، والذي يعنيه لع بعضهم، عندما أردنا أن نجعل هذه الثلاثية Schizophrenie, Schizoide, Schizothymie عملية المعتادة لتطور المرض هذا لا يطابق الحقائق، لأنه إلا 50 % من المرضى يظهرون هذا النوع من المزاج القبل الفصامي، وأظهرت بعض الدراسات قبل ظهور الانفصام سمات مزاجية وتصرفية منها اضطرابات المزاج، سمات عصبية، عدوانية مندفعة قلق الوسوسة، وحسب كادوال التي فيها الانفصام مسبق بتطور غير عادي. (Henriey. P, Bernard et les autres,) (1970, p 547).

6.3. نظرية الفيزيولوجية:

الفيزيولوجية المرضية لمرض الفصام قد ظهرت نتائج هامة فيما يتعلق بالفصام، خاصة التطورات الحديثة في تقنيات التشخيص في علم الأعصاب وتشمل التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI)، ويعتقد مناطق في الدماغ البشري تشارك في الفيزيولوجية المرضية وتشمل الفص الجبهي، الووزة، الحصين، التلفيف Parahippocampal والمخيخ، والسبب الحقيقي لمرض الفصام، من خلال الأبحاث خلال عشر السنوات الماضية خاصة في مناطق معينة من المخ، بما في ذلك الجهاز الحوفي، والقشرة الأمامية، المخيخ والعقدة القاعدية مترابطة هذه المجالات والخلل الاجتماعي في منطقة واحدة، قد تكون بداية العملية أولية للمرض، وبتصوير الدماغ تشير إلى قوة أن الجهاز الحوفي هو موقع محتمل للعمليات المرضية. (Tellis Priscilla, 2008, p 11).

قد أظهرت تقنيات التسجيل الجديدة في نشاط الدماغ أثناء تنفيذ المهام التجريبية التي تنطوي على وظيفة معينة المعرفية لمرضى فصاميين تتمثل في قصور النشاط من مناطق معينة في المخ، وهكذا فإن التخطيط المعرفي أو مراقبة عمل الدماغ، وخلل في نشاط المناطق الفص الجبهي، ويمكن لهذه النماذج المعرفية من مرض فصام على افتراض تحقيق الوظائف العقلية العليا المشتركة في التنظيم والتكيف والسيطرة وتوضيح أوجه القصور الموجودة في الدماغ، على سبيل المثال فإن اضطراب في التخطيط أو الرقابة الدماغ تشير إلى تفكك العلامات الإكلينيكية. (Marie. C, Bayle. H, 2005, p 105).

كذلك دراسات أخرى اتضح أن السبب الرئيسي خلل بالمخ أو العملية المرضية خلال فترة نمو المخ قبل ظهور المرض إكلينيكيًا بوقت طويل (Weinberger 1995)، وتتبع لهذا الرأي، فإن المصابين بالفصام قد يعانون من شكل من أشكال خلل نمو المخ أثناء فترة الحمل، وبخاصة 3 أشهر الوسطى للحمل ولأسباب عصبية حيوية مختلفة، فإن هذا الاضطراب يظهر فقط في فترة البلوغ المبكرة عند توقيت حدوث نضج في أجزاء محدد بالمخ، والتي تحدث بعد الولادة بفترة طويلة، مما يجعلها غير قادرة على التكيف مع أنواع متعددة من الضغوط النفسية والاجتماعية وتقلبات الحياة، وعلى الرغم من أن هذا الرأي لا يزال يثير جدل (Canon 1997)، فإن أدلة عديدة ومتنوعة تدعمه، وبشكل خاص، فقد تبين أن مضاعفات الحمل والولادة تضاعف احتمال حدوث الفصام مرتين أو ثلاث مرات بسبب حدوث تلف في المخ النامي.

ويبدو أن نقص الأكسجين أثناء الولادة لحرمان جنين من الأكسجين والذي يحدث في نسبة بين 20 % إلى 30 % من المصابين بالفصام بالمقارنة بنسبة 5-0 % من مجموع السكان يلعب دورا هاما حسب (McNeil 1988, Canon 1988) كما تزداد احتمال الإصابة بالفصام مع حدوث بعض مضاعفات الولادة، إن احتمال تلف مخ الجنين داخل الرحم يزداد إذا أصيبت المرأة بمرض فيروسي، وقد لاحظ أن عدد كبير من المصابين بالفصام، وخلل بالتركيب التشريحي الدقيق للمخ سيقدم صور الأشعة المقطعية وصور الرنين المغناطيسي صور لتتركب التشريحي الدقيق المخ، وهذا أظهر دراسات الأشعة المقطعية المبكر عدم تماثل المخ والجهاز البطني، وبخاصة الذي يصيب الفصوص الأمامية والفص الأيسر للمخ، هذا اللاتماثل، لا علاقة له بتطور أو مدة المرض أو العلاج ولا يتقدم أثناء المرض (Vitu et al 1997)، ولذلك يمكن ان يعتبر وجوده مظهرا للاحداث التي تحدث مبكرا أثناء نمو المخ، وقد أظهرت دراسات الرنين المغناطيسي نتائج متشابهة (Andreasen et al 1986)، إن تلازم الخلل

التركيبية مع أعراض أو مجموعات الأعراض يلقي دعماً أقل على الرغم من تلازم اللاتماثل من الأعراض السالبة (Messing et al 1984)، وقد تبين أن الأعراض السالبة تتلازم أيضاً مع وجود ضمور في الفص الصدغي الأيسر (Ture et sheyet al 1999) وكلما وضحت التغيرات أكثر كلما زادت شدة الاضطرابات التفكير، وحدوث هلاوس سمعية (Saddathetat al 1990) ويشكل رئيسي فإن التصوير السطحي للبويدرون المطلق صوراً مشابهة من الخلل، وقد أظهرت دراسات سريان الدم بواسطة نفس تقنيات التصوير السابقة تلازماً بين أعراض أو أنماط أعراضية معينة مع وجود خلل في سريان الدم في مناطق مختلفة أو بشكل عام فإن الأعراض الموجبة تتلازم مع زيادة في نشاط بعض المناطق ونقص في نشاط مناطق أخرى.

بينما تتلازم الأعراض السالبة غالباً مع وجود نقص في سريان الدم (Sabri et al 1997) وقد تبين فحص نسيج المخ بعد الوفاة للمصابين بالفصام وجود مشاكل في بعض أنواع خلايا المخ، خلايا البينية الكابحة، بإخماد عمل الخلايا العصبية الرئيسية مما يمنعها من الاستجابة لمعلومات أكثر غزارة، إذا اجتمعت هذه النتائج معاً فإنها تقترح أن الفصام عبارة عن خلل في تنظيم نشاط المخ بواسطة الخلايا البينية، مما يجعل المخ يستجيب بشكل مبالغ للمثيرات البينية المحيطة، ويفقد القدرة على حجب المثيرات غير المرغوب فيها، وفي نفس الوقت يحدث نقصاً في حجم الفصوص الصدغية، التي تقوم بتسهيل المعلومات الحسية فتجعل في مقدرة الشخص أن يكتسب سلوكاً مناسباً وجديداً. (<http://www.yourdoctor.net>).

نجد الشذوذ في الجهاز المركزي هو يسبب الفصام من خلال الانحراف الوظيفي لكل من الحبل العجزي إلى الفص الجبهي، وبالتالي خلل على جميع المستويات، وحول طريقة عمل الخلايا العصبية الفردية، وبالتالي الخلل على جميع المستويات وحول طريقة عمل الخلايا العصبية الفردية بانحراف وظيفي حدودي لنظام الرقابة المتشابك، ويظهر الخلل في الإدخال والتخزين أو الاسترجاع، وأصناف كل واحد منها من الصعب تتناسب مع الإنجاز العمليات الفكرية العالية من الفصمة Schizotypes. (Meehi, P,) (1990, p 14).

حيث تقنيات التصوير الجديدة للرنين المغناطيسي MRI من خلال الافتراضية التصوير الطبقي (PET) في الدماغ لأدمغة المصابين بالفصام (الأسياء)، وجد العلماء الاختلاف في بنية وظائف أدمغة المصابين بالفصام ونظرائهم، ولاحظوا أن الأشخاص الذين يعانون من مرض الفصام يتميزون بتضخيم

البطين المملوءه بسائل التجويف داخل الدماغ، وفقدان المادة المادية لأنسجة من المخ، شذوذ في المادة البيضاء، والآليات العصبية بمثابة أسلاك ربط مختلفة في الدماغ تتصل بمربعات غير عادية أين يحدث الفصام. (Understandingschizophreniabigpicture, p 12).

وكرث المناقشة حول ظهور (النقطة القرمزية) في بول مرضى الفصام، فقد لوحظ أنه إذا عرضنا بول هؤلاء المرضى الفصام على ورق حساس للضوء Paperchromatography فإنه يحدث نقطة قرمزية في موقع معين من هذا الورق الحساس، وهذا لا يحدث مع بول الطبيعي وهذا برهان دامغ على وجود اضطراب كيميائي وتمثيلي في جسم مرضى الفصام يؤدي إلى وجود مركبات شاذة في البول، وما يزال الجدل قائما بين العلماء حول موضوع (النقطة القرمزية) فالبعض يقول إن سببها هو العقاقير الكيميائية التي تعطي لهؤلاء المرضى، وهناك من يرى أنها تفاعل بين نوعيات الطعام التي يأكلها هؤلاء المرضى. (عطوف محمود ياسين، 1986، ص 304).

كذلك نجد أهمية الاضطرابات المعرفية وارتباطها بالفصام عدد قليل من الدراسات حول الموضوع لكن أن اضطراب الذاكرة العرضية تلعب دورا أساسيا لارتباطها بثلاثة مناطق وظيفية وهي نوعية الحياة (الاجتماعية والمهنية في المجتمع)، والقدرة على التعرف وحل المشاكل الاجتماعية والقدرة على تعلم قواعد السلوك والحياة الاجتماعية.

وبعض الدراسات كشفت على نوعين الأول هو أنه مثل كل وظائف الدماغ والذاكرة العرضية تعتمد على شبكات نظم العصبية التي تتألف من الهياكل القشرية وتحت القشرية مترابطة ويبدو أن ضعف إدراك للفصام بما فيها تلك المتعلقة بالذاكرة العرضية، تعتمد في جزء كبير منه إلى فشل التكامل الوظيفي بين قشرة الفص الجبهي، والقشرة الرمادية الوسطى، وقد أظهرت دراسات عديدة وجود العجز في الذاكرة العرضية في مرضى الفصام خاصة الذاكرة اللفظية أو الذاكرة البصرية وأن المرضى الذين يتلقون أولا مضادات الذهان والآثار التي يمكن أن تكون مضادة ضارة على وظائف الإدراك واختلال الوظيفي للقشرة الفص الجبهي للذاكرة العرضية تسبب مرض الفصام. (Hollat.H, 1999, p 15).

7.3. نظرية النور وعصبية: تتمثل في ثلاث فرضيات وهي:

1.7.3. الفرضية الدوبامينية:

تطورت في سنين الأخيرة بعد أن تبين أن مستقبلات مادة الدوبامين تنقسم لعدة أنواع من رقم 1 إلى 5، وأن مستقبل دوبامين 1 يختلف عن باقيه الأنواع وأن استثارة الدوبامين 1 بالأدوية المخصصة يؤدي إلى علاج الأعراض السلبية التي كانت جعل مريض الفصام لا يستطيع العمل وبخيا حياة هامشية، أما الدوبامين 2 فكانت تركز عليه جميع الأدوية السابقة في علاج مرض الفصام، حيث أن زيادته كانت المسؤولة عن التهيؤات والأوهام التي كان يعانيها مريض الفصام، وتقوم هذه النظرية إلى عدة أدلة أدوية مثل *Amphétamine* الذي يحرر الدوبامين، ينتج عن تناوله سلوكيات لا يمكن تمييزها عن أعراض الفصام، وعند إعطائه للمريض الفصامي يؤدي لاشتداد الحالة، أيضا *L-dopa* الذي يتحول إلى الدوبامين، *Apomorphine Bromocriptine* وكل شادات لمستقبلات الدوبامين *Agonist dopamine* تحدث أعراض مشابهة لأعراض الفصام، وأدوية الفصام الحالية هي عبارة عن حاصلات مستقبلات الدوبامين بعض المسارات العصبية *Pathways* في الجهاز اللمبي التي لها دور في المزاج والسلوك والتفكير.

تستخدم الدوبامين كناقل عصبي لدراسة افتراض أن فرط فعالية جهاز الدوبامين (المحور خاصة من *VTA*) (*Ventral Tegmental Area*) المنطقة الحاقية الباطنية من المسؤولة عن حدوث أعراض الفصام، أما دوية *داء باركنسون* (زيادة الدوبامين) تؤدي إلى أعراض الفصام والعكس صحيح، كما بينت الفحوصات التشريحية لأدمغة مرض الفصام بعد الوفاة بأن مستقبلات مادة الدوبامين في الخلايا العصبية هي أكثر في مرض الفصام من الناس العاديين، وكذلك فإن حساسية هذه المستقبلات لمادة الدوبامين أكثر لدى مرض الفصام منها عند الإنسان العادي، وكل هذه الدلائل تؤيد النظرية الدوبامينية التي تحدث في دماغ مريض الفصام. (<http://www.q8nursing.com/>:3036t:Forun/showthread.php).

تحدث زيادة في نشاط الدوبامين في الجهاز العصبي المركزي من خلال وسيلتين زيادة الدوبامين في أماكن المشتبكات العصبية بالإضافة إلى زيادة حساسية المستقبلات العصبية، وفي النظرية الدوبامينية للفصام تفترض أن الزيادة في مستويات مستقبلات الدوبامين أو الدوبامين في الجزء الظهري أو البطني للجسم المخطط وراء الأعراض في الفصام الخلل يكون في المسار الميزولمبي، حيث يكون

هناك فرط نشاط الدوبامين على مستواه دلائل على صحة النظرية المنشطات مثل الأمفيتامينات والكوكايين والتي تزيد من إفراز الدوبامين في الخلايا الناقلات العصبية neuro transmission، يمكن أن يؤدي إلى هلاوس تشبه الأعراض الإيجابية الشيزوفرينيا، وخاصة بعد جرعات كبيرة أو استخدام لفترات طويلة، كما نجد كاريسورولندفيسست Carissor and lindqvist 1963 أول من افترض أن العقاقير مثل كلوبرومازينعالبريدول chlopromazineHaloperidol تخفف من أعراض الفصام من خلال تثبيط مستقبلات الدوبامين، وبالتالي تقليل تأثير مضادات الذهان، هذه التي أثبتت فعاليتها في العلاج على مدى 50 عاما تشترك في قدرتها على تنشيط مستقبلات الدوبامين₂ D₂، ولوحظ أن مرضى الفصام يكون الدم الحالي الجامع (HT5) تركيزات، فيحدث خلل أساسي واحد مع ناقل عصبي تبادل في الناقلات العصبية الأخرى وهذا يؤدي إلى تغيرات طفيفة للبروتينات واستقلاب البروتين، وغيرها من العمليات فرعي البيولوجي الخلوية التي تشير إلى اضطراب مرض الفصام. (Tellis Priscilla, 2008, p 11).

اقترح بعض العلماء أن كثرة الدوبامين تتجم عنها أعراض تتبع من العقد القاعدية، وأن قلة الدوبامين تتجم عنها أعراض ترتبط بالقشرة المخية الجبهية، وقد تتجم من التأثير الكلوتاماتي غير الكافي تلك الأعراض ذاتها. (زياد قطب، 2004، ص 11).

كما وجد علماء آخرون أمثال الطبيب (جنسخ) وجود علاقة وتربط بين الغدد الصماء أو الهرمونات ومرض الفصام، ويقول الدكتور جيسنغ أن مرض الفصام (الكتاتوني الدوري) يحتفظون بمادة النيترون في الجسم، وأنهم يتحسنون عند طردهم هذه المادة، ومن الأبحاث العربية قام الدكتور أحمد عكاشة في قياس كمية الكورتيزون في مرض الفصام وأثر ذلك في شفائهم، فقد وجد أن هذا الهرمون يفرزه مرضى فصام البارانونيا أكثر من مرض أنواع الفصام الأخرى، وأن نكسات المرض يصاحبها زيادة في إفراز هرمون الكورتيزون وأن شفاءهم يصاحبهم نقصان في إفراز من الهرمون. (مروان أبو حويج، عصام الصفي، 2009، ص 131).

2.7.3. فرضية الجلوتامات:

بما أن مضادات الذهان النمطية (حاصرات الدوبامين) تعالج الأعراض الإيجابية للمرض ولا تعالج الأعراض السلبية، افترض العلماء وجود ناقل عصبي آخر مسؤول على حدوث الأعراض السلبية للفصام، تفترض وجود خلل وظيفي على مستوى المستقبلات العصبية للجلوتامات من النوع (NMDA)

على مستوى أجزاء من الدماغ مما يؤدي إلى ظهور الأعراض السلبية للفصام، أن كبح مستقبلات الجلوتامات من النوع (NMDA) ينتج عنه أعراض مشابهة للفصام، والجلومات (Glutamate) هو حمض أميني، وناقل عصبي منشط، قررت بعض الدراسات أن له دورا في الأسس البيولوجية للفصام، عندما ظهرت مضادات الذهان النمطية (كلوزابين، وريسيدونوأرلانزابين وغيره) بدأ الباحثون في التشكك في الفرص القائل بأن سد مستقبلات الدوبامين 2 بواسطة مضادات الذهان هو السبب الرئيسي لمفعوله المضاد للذهان وقد تبين أن مفعول مضادات الذهان غير النمطية (الحديثة) يشمل ميلا شديدا للعديد من أنواع المستقبلات بالإضافة إلى الدوبامين 2 تشمل من بينها مستقبلات السيروتونين، ولهذا فإن الأبحاث الحالية تقترح أن أنواعا عديدة أخرى من المستقبلات مثل (NMDA)، 5-، D-1, D-3, D-4, D-5، HT2 نشأة الفصام.

(http/www.open the door.com/18 arabic/02/02/2002 htm).

3.7.3. نظرية تفاعل بين جلوتاماتوالدوبامين:

توليفها من جلوتامين، الجلوتامين هو من النواقل العصبية الأساسية التي تثير مركز لنظام الدماغ المركزي (snc)، أنها بمثابة المغير لمجموعة من المنظمات الأساسية للنواقل العصبية خاصة في نظام الدوبامين، حوالي من 60 % من العصبونات نظام المركزي الدماغى يستعمل الجلوتامات glutamate كأول للنواقل العصبية، وحوالي 40 % من النهايات المتشابكة لجهاز الدفاع المركزي المرتبطة بجلوتامات مع الدوبامين، الذي يسمح لاثنتين من النواقل العصبية لمشاركة في حدوث الفصام نتيجة لصلابة الدعم الأمبريقي، وطريقة تفاعلات جلوتامات-دوبامين في الفصام تطورت باقعدة العجز الملاحظ في النواقل الجلوتانرجيكوالدوبامينرجيك القشرية، ومن التفاعلات في النواقل الدوبامينية للجسم المخطط. (Roy (Martin, 2010, p 29).

4.7.3. فرضية السيروتونين:

حديثا اكتشف أن هناك مادة أخرى مسؤولة على وجود أعراض مرض الفصام وهي مادة السيروتونين، لذا تركزت الاكتشافات العلاجية الحديثة عن تأثير إفراز السيروتونين يؤدي هذا التقدم في فهم المسببات العصبية لمرض الفصام إلى علاج الأعراض النشيطة من هذا المرض دون المساس بحيوية المريض ودون ظهور الأعراض الجانبية التي كانت منتشرة من قبل مع العلاجات التقليدية، وبعد السيروتونين أحد أهم الموصلات العصبية في الجسم ويعرض هذا الموصل بخماسي هيدروكسي

تريبامين (Hydroxytryptamine) والمعروف (HT5)، أما دور السيروتونين في الفصام مضادات الذهان الحديثة غير النمطية، أظهرت التشابه الكبير لمستقبلات السيروتونين، بمعنى أن مضادات الذهان الحديثة هي الأكثر فعالية والأكثر بثها لمستقبلات السيروتونين، هناك تغييرات واسعة النطاق ومعقدة في نظام السيروتونين لدى المصابين بالفصام، هذه التفسيرات تشير إلى أن الاختلال الوظيفي في السيروتونينمشارك في أعراض المرض، وتظهر نتائج التشريح انخفاض مستقبلات السيروتونين في لحاء الجزء الأمامي من الدماغ، والأدوية الجديدة المثبطة للسيروتونين فعالة في معالجة الأعراض السلبية (انسحاب، بلادة العواطف، نقص القدرة على التواصل والعلاقات الاجتماعية)، ثم تحرير السيروتونين عن طريق تنبيه مستقبلات السيروتونين من النمط $5-HT_2A$ الذي يترافق ذلك بحدوث الهلوس وبالتالي فهي تعتبر من المركبات المهلوسة تأثير السيروتونين على C.N.S.

(http://www.open the door).

8.3. نظرية متعددة الأبعاد:

نمط الأندروفيني إلى علم الوراثة من مرض فصام، الوم تعتبر مجموعة الأمراض للفصام لديها أسباب منطقية معقدة ينطوي على العديد من الجينات بدرجة معينة من متعدد النمط الظاهري (تأثيرات مختلفة على الجينات) والعوامل البيئية العقلية التي تؤدي للعزلة، ويمكن أن تشارك في تغيير الوراثة للفصام، وهذا خلال الدراسات لسكان إيرلندا أن الأشخاص المصابين بمرض الفصام مشتركة من خلال الأبعاد الإكلينيكية وسمات الشخصية، وكذلك الأعراض السلبية والإيجابية ويحدده الأساسي الجيني المشترك، ولكن دراسات أخرى في دراسة التوائم، أثبتت أنها قادرة على التحقق من الاستقلال الجزئي الوراثة لهذه الأبعاد الإكلينيكية، أي الجينات لا تكون مسؤولة أقل إكلينيكية من الأشخاص في النمط الظاهري، وهذا النهج العيادي الجديد رغبة في تعقيد الوراثة للمرض فصام وزيادة درجة الترابط بين النمط الجيني والنمط الظاهري A.

وهذاشجع البحث عن الخصائص العصبية والنفسية والعصبية التي تنتقل

الندوفينوتيب Endophenotypes والنتيجة هو أن النمط الظاهري من أبعاد مرض الفصام.

(Saoud. M, D'amato. T, 2006, p 24).

9.3. النظرية المضادة للطب النفسي:

يرى لانجوساز Laing and Szasz (1962) أنه لا يمكن تفسير الفصام في إطار طبي، وأن الحل الأمثل شموله تحت الإطار الاجتماعي والإنساني، وتتلخص النظرية في أنه عرف الفصام بأنه نعت أو لقب يتداوله ويسقطه البعض على الآخر تحت ظروف اجتماعية معينة، وحدث سياسي ويرجع ذلك لأن الفصام هو أحد أنواع الاغتراب والذي يرتكبه الإنسان في حق أخيه بطريقة وحشية عنيفة، وأن السلوك المخالف والذي يلعبه البعض بالفصام ما هو إلا إستراتيجية خاصة يلجأ إليها الفرد، ليتعايش مع مواقف غير محتملة، وأنه إذا لقب أحد بأنه فصام قسيقي هذا النعت وسيتمجه العلاج نحو تعزيز هذا السلوك الذي سمي بالفصام في بدو المر وتدور اللعبة في حضنة مفرغة. (نبيل محمد جودة، 2008، ص 39).

ويؤكد كوبر من مؤيدي هذا العلاج أن المواقف الاجتماعية والأسرية الظالمة التي يتخذها الأصحاء العاقلون ضد المرضى المجانين وهو يدين عدة مواقف ويدعو إلى تفسيرها واستبدالها بمواقف إنسانية تتسم بالتفهم والرحمة وخاصة من جانب أفراد عائلة المريض، وقد اكتشف كوبر أن المواقف العائلية القاسية تساعد على التهيئة للمرض العقلي، وتوصل إلى هذا الاستنتاج عندما قام بفحص عائلات بعض المرضى المصابين بالفصام فوجد أن سلوك أفرادها تطرفا وقسوة وأن مواقفهم تعوزها المرونة وفي مثل هذه البيئة الصارمة يتعلم الطفل أنه إذا خرق القواعد والنظم فإن ذلك سيسفر عن عواقب وخيمة للغاية تسبب خرابة العائلة بأكملها، لذلك نراه يختار أحد الطريقتين إما الإدمان الكامل والتخلي عن حريته أو الاغتراب النفسي والابتعاد كلياً عن العائلة مع ما ينجز عن ذلك من وخز الضمير الذي يظل مشتتاً في وجدان الطفل فيزيد حالته سوءاً، ومعظم الأفراد الذين يختارون الطريق الثاني ويتركون عائلاتهم، يدخلون مستشفيات الأمراض العقلية وهناك يجدون في المعالجات والممرضات والإداريين صور والديهم وأشقايم وشقيقاتهم فيصرفون أنهم يكيدون لهم ويحكيون الدسائس نفسها ضدهم، وإزاء ذلك يواجهون اختياراً جديداً فأما الانسحاب والعيش منعزلين في حجر المستشفى أو الشعور بالحنين إلى عائلاتهم والطوق إلى العودة لها وهنا يكمن الأمل في الشفاء، وكثيراً من مرضى الفصام يطلق سراحهم من المستشفى، ويعودون فعلاً إلى أسرهم خلال أقل من سنة.

ويرى كوبر أن أسس الصحة النفسية والعقلية يكمن في تبديل عاطفة الحب بين الطفل والأم، وهناك بعض الأطفال لا يتطورون تطوراً نفسياً سليماً بسبب عوامل عديدة لذلك فهم يعجزون عن الشعور

بأنهم منفصلون عن أمهاتهم وأن لهم شخصياتهم المستقلة وهكذا تتعدم علاقة الحي المتبادلة بعدم وجود طرفين يتبادلانه، ففي عقل الطفل هناك فقط طرف واحد وشخصية واحدة يندمج فيها الطفل والأم معاً، وهذا يفسح المجال للاضطراب. (ياسر فهد، ص 10).

4. أعراض الفصام:

علامات وأعراض مرض الفصام كثيرة وتختلف من فرد إلى آخر، ويمكن أن يحدث الفصام في أي مرحلة عمرية، وتظهر علامات مبكرة في معظم الأحيان في المراهقة سواء في وقت مبكر أو متأخر، حيث نميز نوعين من الأعراض المتمثلة في الأعراض الإيجابية والسلبية، حيث أول من قدم المصطلحين طبيب أعصاب الانجليزي جاكسون Jackson وورونولدر Reynolds لكتابة ظاهرة الصرع، أما الاستعمال المصطلحين في ميدان الطب العقلي من قبل كابرانتر ستروس (1974) capcarpenterstrauss يصف هذا القسم الأعراض الإيجابية والسلبية والتي تتمثل في معايير التشخيص. (Diane Morin, 1999,) (p 28).

1.4. الأعراض الإيجابية:

- **مجموعة من الهلوس:** يرى، يسمع، يشم، يشعر أي الأشياء التي لا وجود لها، هذه الأعراض تشمل مختلف أوهام والاضطهاد مثل (أن المريض يرى نفسه في قلب كل الأحداث، وخيال العلمي).
- **اضطراب اللغة:** عند مرضى الفصام توجد عدة نماذج مقترحة مثل نموذج فريث (c, frith) الذي اقترح أن مريض الفصام يعاني من عدم القدرة على معالجة النوايا، ومن جهته رأى بلولر (E, bleuler) أن اضطرابات اللغة عند مرضى الفصام هي ترجمة وتعبير عن اضطرابات التفكير عندهم، أما شابمان (champman)، فقد رأى أن الخلل يكون في التخطيط من أهم الاضطرابات اللغوية التي ظهرت عند هؤلاء المرضى التوقف والنمطية والوظوب، يكون كلامه غريب مبهم، تكون عباراته غير مفهومة وغير منطقية، لا يعالج نواياه ولا نوايا الآخرين، يميل إلى الرمزية، يعاني من الشرود وعدم الانتباه. (بوخميسبولفة، 2008، ص 198).

- **السلوك العنيف:** رغم أن التهديدات بالعنف، وحتى الانفجارات العدوانية الخفيفة الشدة هي شائعة في الحالات الفصامية الحادة والناكسة، فإن السلوك الخطر هو عندما ينصاع المريض إلى الهلوس الصوتية التي تأمره بالهجوم على مضطهديه حسب ما تبدي له هذياناته وهلاوسه، هذا السلوك هو الخطر

العدواني عند مرضى الفصام، وهناك جرائم صغيرة طفيفة ترتكب من قبل فصاميين مزمنين يتصفون بالشعور بالصغارة والرفض الاجتماعي، ولنعلم أن مخاطر الانتحار تتزايد في جميع أطوار المرض عند فصاميين. (محمد حمدي الحجار، 1998، ص 46).

2.4. الأعراض السلبية:

- فقدان العاطفة، الانسحاب الجماعي (العائلة، الأصدقاء، والتغيرات في أنماط النوم، السلوك المعادي للمجتمع).
- التناقض (ambivalence): حيث يظهر المريض الفصامي المشاعر والاتجاهات والأمانى والأفكار المتناقضة اتجاه الشخص أو موقف معين، والتناقض مظهر لأمراض أخرى، لكنه سرعان يكون أشد وطأة في الفصام.
- اختلال الهوية (depersonalization): وهي أفكار غير واقعية لا تكون هذائية عادة، ويدرك المريض شذوذاً ويشكو من الكرب الذي تحدثه، ويوجد شعور بالتغير في الشخصية أو في أجزاء الجسم، ويشعر المريض بأنه لم يعد هو نفسه، ولكنه لا يشعر بأنه صار شخصاً آخر، وقد يكون هناك شعور مخيف بالغربة، وبذكر المريض أن مشاعره قد تجمدت وأفكاره أصبحت غريبة، وأن أفكاره وتصرفاته تبدو كما لو كانت تنفذ بطريقة آلية.
- عدم التناسب الوجداني: حيث تكون الاستجابات الانفعالية غير ملائمة لمحتوى التفكير، ويكون المزاج غير متنسق أو مبالغ فيه، وقد يشمل الاضطراب الوجداني، واللامبالاة، والضحالة، والتبدل الوجداني. (جمعة سيد يوسف، 1990، ص 192).

3.4. الأعراض المعرفية:

- فكر مشوش، عدم القدرة على التركيز، الحجج. (Bristol. M, Squibb, 2014, p 14).
- اضطراب في شكل التفكير تتمثل في التغير من موضوع إلى موضوع آخر بسبب التداعي لتفاصيل تافهة، الميل للتهويمات والتجريدات العامة، أو الميل إلى العيانية الشديدة وأفكار الفصامى غامضة، منكرة، ولا تحمل كثيراً من الوقائع والمعلومات بالرغم من زيارة معدل الكلام.

• اضطراب في عمليات التفكير العجز عن الاستمرار في موضوع واحد مع الميل إلى تشتت التفكير نحو جوانب هامشية لا علاقة لها بالموضوع الرئيسي، وخاصة شكل البطء في الاستنتاجات أو الاستجابة للمنبهات.

ونجد الاضطرابات المعرفية في مرض الفصام جدل في تركيز الأطباء النفسانيين بالاهتمام على الأعراض الإيجابية وهو العجز المعرفي، بالإضافة إلى طبيعة التعطيل وعلاوة على ذلك هناك العجز المعرفي يؤثر على حوالي 85% من المرض الذين يعانون مرض الفصام (Saoud. M, D'amato. T,) (2006, p 41).

مما سبق يتضح أن أعراض الفصام تشمل جميع الجوانب من تفكير وانفعالات والجانب الحركي، والأعراض الإيجابية والسلبية، والسلوكيات التي يغلب عليها طابع الهيجانات، وتعدد مواضيع الهذات، هذا لا يمنع من وجود السلوك الذي يتميز بالاستقرار أي (غير الهائج) ويحمل غرابة في الأفكار، فالفصامي له صعوبات في التكيف مع الواقع، هذا ما جعله يعيش في عالم مليء بمجموعة من الهالوسوالهذات للاحتماء بها من الواقع الخارجي، حيث صراعه يتوقف على الأنا والواقع الخارجي لهذا أفكاره مجزأة ومشتتة وتأخذ العديد من مواضيع الهذات، ولكل فصامي يتميز بمجموعة من الأعراض تختلف حتى في نفس النمط من فرد إلى آخر.

5. أنواع الفصام:

يتحدد نوع الفصام وفقا لنوع الأعراض الغالبة على الصورة الإكلينيكية في وقت التقييم.

1.5. النوع البرانوي (الهذائي) paranoid: هو نوع من الفصام تتوافر فيه المعايير التالية:

- الانشغال بواحد أو أكثر من الضلالات، أو وجود هالوس سمعية متكررة.
- عدم وجود أي مما يلي بشكل بارز: تفكك الكلام، تفكك (تناثر) السلوك، السلوك الكاتوني، تسطح العواطف أو عدم ملائمتها.

2.5. النوع المتناثر (المتفكك) Disorganised: هو نوع من الفصام تتوافر فيه المعايير التالية:

- وجود كل ما يلي بصورة بارزة.
- تفكك الكلام.

- تفكك السلوك.
- تسطح العواطف أو عدم ملائمتها.
- لا تتوافر فيه الموصفات الخاصة بنوع الكتاتوني.

3.5. النوع الكتاتوني Catatonic: هو نوع من الفصام يغلب على صورته الإكلينيكية اثنان على الأقل مما يلي:

- التوقف الحركي كما يتبين في الجمدة catalepsy (متضمنة الطواعية، الانثنائية، الشمعية، waxy، flexibility) أو السبات (الذهول) stupor.
- النشاط الحركي المفرط (الذي يبدو بلا هدف، ولم تستثيره مثيرات خارجية).
- السلبية (الخلفة) négativisme الشديدة (مقاومة لا داعي لها لكل التعليمات، أو المحافظة على وضع متصلب ضد أي محاولة للتحريك).
- غرائب تتعلق بالحركة الإرادية، كما يتبين في "الوضعة" posturing (اتخاذ أوضاع إرادية غير ملائمة وشديدة الغرابة)، أو الحركات المكررة أليا (الأسلوبية)، أو النمطية Mannerism الظاهرة، أو التقطيب Grimacing الظاهر.
- المصادر القولية Echoilia أو الفعلية Echopraxia.

4.5. النوع غير المتميز (Undifferentiated):

هو نوع من الفصام تتوافر فيه الأعراض المدرجة في القائمة [أ] (الأعراض المميزة للفصام)، ولكن لا تتوافر فيه الموصفات الخاصة بالنوع البارنوي ولا النوع المفكك ولا نوع الكتاتوني.

5.5. النوع المتبقي Residual:

- أ. غياب الضلالات البارزة، والهالوس، وتفكك الكلام، والسلوك الشديد التفكك الكتاتوني.
- ب. وجود ما يدل على استمرار الاضطراب، كما يتبين من وجود أعراض سلبية، أو وجود اثنين أو أكثر من الأعراض القائمة [أ] في صورة مخففة (مثل: اعتقادات غريبة، خبرات حسية شاذة). (أمينة سماك، عادل مصطفى، 2001، ص 165).

6. تشخيص الفصام:

إن تشخيص مرض الفصام يعتمد على أنظمة التشخيص السريرية المتعارف عليها عند الأطباء الإكلينيكين، والتي تقوم بأخذ السيرة المرضية بدقة للمريض، والفحص النفسي للمريض، ولابد من استبعاد اضطرابات المزاج والأمراض الذهانية الناتجة عن المواد المهلوسة والمنشطة والمخدرة بشكل عام.

هناك مواقف لابد للطبيب أن يكون حذرا في إعطاء تشخيص الفصام فيها، مثل الحالات التي تترافق مع أعراض غير مألوفة، أو عند بداية حالة الذهان أو الانتكاس بعد سنوات طويلة، أو إذ تغيرت الأعراض والمظاهر المرضية، كما أن بداية المرض في سن الطفولة والشيخوخة لابد أن يجعلها حذرين في التشخيص. (عبد اللطيف حسين فرج، 2009 ص 177).

وعمليا حسب التشخيص الصحة العقلية، ليس هناك اختبار واحد يشير بشكل قاطع أن شخصا ما مصاب بالفصام، ولذلك يجب على ممارسي الرعاية الصحية تشخيص هذا المرض عن طريق فحص طبي شامل من خلال الأسرة، والمعلومات، ولا يقتصر على جنس الشخص والتوجه الجنسي والخلفية الثقافية والدينية والعرقية والحالة الاجتماعية والاقتصادية، وإنما يتطلب اختبار ذاتي للمريض الذي يجب تقييمه، وكذلك أن يقوم الطبيب بالفحص البدني، وعادة ما تشمل الفحوص المخبرية لتقييم صحة الشخص عامة، واكتشاف الطبيب إذا ما كانت نتيجة أعراض نفسية من خلال طرح الأسئلة حول الأعراض، وبحث ما إذا كان الفرد يعاني من هلوسة أو أوهام وأعراض الاكتئاب أو الهوس أو استعمال المخدرات، والفحص الصحة العقلية هو الذي يحدد ما إذا كان الفرد يعاني من اضطراب فصامي عاطفي أو غيرها من اضطرابات الذهانية. (Roxanne. D, Melissa. C, p 1).

1.6. حسب DSMIV: وهذا من خلال حسب الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع فيما يلي:

أ. الأعراض المميزة:

اثتان (أو أكثر) ما يلي: يحدث كل منها لفترة طويلة من الوقت خلال مدة شهر (أو أقل من شهر إذا تم علاجها بنجاح):

- الضلالات Delusions.
- هلاوس.

- تفكك الكلام (مثل: كثرة الخروج عن المسار Derailment أو عدم الترابط Incoherence).
- سلوك شديد التفكك، أو سلوك تخشبي (كتاتوني).
- أعراض سلبية: أي تسطح العواطف، أو نقص (كم أو محتوى) الكلام Alogia أو فقد الإرادة.

ملاحظة: يكفي عرض واحد من [أ] إذا كانت الضلالات شاذة (شديدة الغرابة) أو كانت الهلوس تتألف من صوت لا يكف عن التعليق على سلوك الشخص أو أفكاره أو من صورتين أو أكثر في حوار مع بعضها البعض.

ب. اضطراب الوظيفة الاجتماعية المهنية: لفترة طويلة من الوقت منذ حدوث الاضطراب يتدنى الأداء بدرجة ملحوظة عما كان عليه قبل بداية المرض في مجال أو أكثر من المجالات الوظيفية المهمة كالعمل أو العلاقات الشخصية أو العناية الذاتية (إذا كانت بداية المرض في مرحلة الطفولة أو المراهقة يفشل الشخص في بلوغ المستوى المتوقع من الإنجاز في مجال العلاقات الشخصية أو المجال الدراسي أو المهني).

ج. المدة: تستمر علامات الاضطراب لمدة ستة أشهر على الأقل، ويجب أن تتضمن هذه الأشهر الستة شهرا على الأقل من أعيار المعيار [أ] أي أعراض المرحلة النشطة (أو أقل من شهر إذا تم علاجها بنجاح)، وقد تتضمن فترات من الأعراض البادية (الممهدة) Prodromal أو المتبقية Residual، أثناء هاتين الفترتين التمهيديتين والمتبقية، قد تتمثل علامات الاضطراب في الأعراض السلبية فقط، أو في عرضين أو أكثر من القائمة (أ) موجودين بشكل مخفف (مثل اعتقادات غريبة، خبرات حسية شاذة).

د. استبعاد اضطراب الفصام الوجداني واضطراب المزاج: وقد تم استبعاد تشخيص الفصام الوجداني واضطراب المزاج إما لأنه (1) لم تحدث نوبات اكتئاب عظمى أو نوبات هوس أو نوبات مختلطة متزامنة مع أعراض المرحلة النشطة، أو (2) إذا حدثت نوبات مزاجية أثناء أعراض المرحلة النشطة، لأن مدتها كانت قصيرة بالقياس بمدة الفترات النشطة والمتبقية.

هـ. استبعاد حلة الإدمان وحالة المرض الجسدي العام: ليس الاضطراب نتيجة للتأثيرات الفسيولوجية المباشرة لأحدى المواد (مثل: عقار إدماني، دواء) أو نتيجة لمرض جسدي عام.

و. علاقة الفصم باضطراب النمو الشامل: إذا كان هناك تاريخ مرضي للاضطراب التوحدي (الذاتوي) أو اضطراب نمو شامل آخر، يضاف تشخيص الفصام إذا كان هناك أيضا ضلالات أو هلاوس بارزة

لمدة شهر على الأقل (أو أقل من شهر إذا تم علاجها بنجاح). (أمينة سماك، عادل مصطفى، 2001، ص 163).

2.6. الأخصائي النفسي:

يتطور علم النفس العيادي واعتاد على المنهج العلمي في تشخيص الاضطرابات النفسية والعقلية ، فالأخصائي النفسي المتمرن يصل إلى نتائج دقيقة في تشخيص المرض العقلي خاصة الفصام، وهذا سواء بالاختبارات الاسقاطية أو الموضوعية، هذا ما يبين أهمية تدخل الأخصائي النفسي في تشخيص الأعراض للأمراض العقلية، حيث تتيح له الاختبارات معرفة مميزات الأعراض السوية والمرضية كالفصام.

مما سبق يتضح أن تشخيص الفصام يتم إجرائيا عن طريق الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية للرابطة الأمريكية للطب النفسي، وعلى تقنيات الفحص العيادي الدقيقة التي لها فائدة في عملية التشخيص، وبالتالي ضمان نجاح التكفل الدوائي والتكفل النفسي والاجتماعي للفصامي.

7. الشخصية قبل المرض ومسار الفصام:

1.7. الشخصية قبل المرض:

هناك اهتمام متجدد في الكشف عن العلامات المبكرة بداية مرض الفصام من خلال العديد من الدراسات، التي أثبتت قيمة الإنذار (النذير) وفائدته في العلاج المبكر، وكشف سوجي sugets أن الذين يعانون من الفصام تظهر لديهم أعراض نفس مرضية ملحوظة من ضعف الأداء الاجتماعي والمهني هو مصدر القلق، فإن مسألة أشكال الفصام بداية بالغة الأهمية من حيث أنه صعب الإدراك والانتقال إلى اضطراب المزاج. (Cardine Marie, 2003, p 18).

وكذلك بعض العلماء افترض وجود شخصية معينة قبل المرض تمهد الإصابة بمرض الفصام، وأهمها الشخصية الشبيهة بالفصامية والمضطربة، والتي تتم بسلوك مغرب، وبالانطواء والانزواء والخجل وفرط الحساسية والخيال والهدوء وصعوبة التعبير عن الانفعالات والتبذل ونقص المبادأة. (محمد جاسم العبيدي، 2009، ص 437).

2.7. مراحل تطور الفصام:

حسب جمعية الأمراض العقلية بكندا أن الأوساط العلمية والطبية حددت ثلاثة مراحل متميزة تمر بها الناس.

1.2.7. المرحلة الأولى:

الحادة فيها تظهر الأعراض الرئيسية بوضوح، ويحدث تدريجيا أو فجأة وهذا الشخص يحتاج إلى مساعدة طبية.

2.2.7. المرحلة الثانية:

تحقيق الاستقرار في هذه الفترة، حيث المرض تتراجع في الأعراض الحادة.

3.2.7. المرحلة الثالثة:

هذه المرحلة تكون الصعوبات مازالت قائمة وإما تكون مستقرة أو مزمنة، ويمكن يحدث الانتكاس الدوري من حيث القدرة وظيفته من المراحل 1 و2.

8. مسار الفصام:

يمكن تقسيم مسار الفصام إلى أربعة مراحل:

1.8. المرحلة الأولى:

تمتد من بداية فقد المريض صلته بالواقع إلى أن تكتمل لديه الأعراض الفصامية.

2.8. المرحلة الثانية:

وهي مرحلة متقدمة، يبدو فيها المريض مستقبلا لحالته، فالأعراض المرضية لا تظل مصدرا لانزعاج المريض، كما كانت من قبل.

3.8. المرحلة الثالثة:

وهي المرحلة قبل النهائية تفقد الأعراض حدتها الأصلية، وتصبح متشابهة إلى حد كبير في أنواع الفصام كافة، حتى يصعب معه التمييز بين الأنواع المختلفة خاصة بين نوع البارنوي ونوع كاتونوي.

4.8. المرحلة الرابعة:

فيتسم سلوك المريض فيها الاندفاعية وبالأفعال الانعكاسية. (مجدي احمد محمد عبد الله، 2006، ص 206).

9. علاج الفصام:

1.10. العلاج الدوائي:

تحسن حالات الفصام على نطاق واسع منذ ظهور مضادات الذهان في عام 1952، وصولاً إلى مضادات الذهان غير نمطية التي هي بمثابة نقطة تحول في التكفل النفسي لمرضى الفصام في فهم نظم عمل النواقل العصبية في الفصام، مضادات الذهان الكلاسيكية ومضادات الذهان غير نمطية أو الجيل الثاني.

ويعتبر دولايدونيكرد (deniker, delay) من اقترحا مضادات الذهان لتمييز الجزئيات التي تعتمد على المعايير التالية:

- خلق حالة من اللامبالاة الحركية.
- التقليل من العدوانية والهيجان.
- الحد من عمل الذهان الحاد والمزمن.
- الآثار الجانبية النور وعصبية والنواقل اللاإرادية.
- عمل تحت القشرة المسيطر.

وبالتالي وفق تعريف الفعالية العلاجية للجزئيات قد يكون ممكناً دون وجود الأعراض الجانبية المصاحبة، هذه الشروط المعروفة اليوم الخاصة بغير النمطية لجزئيات مضادات الذهان مقابل الجزئيات غير نمطية التي تضم أعراض جانبية عصبية.

- مضادات الذهان غير نمطية كذلك لها فعالية مثل مضادات الذهان الكلاسيكية في الدواء للأعراض الإيجابية (هذاء، هلاوس...الخ) وفي الدواء للأعراض السلبية (الانسحاب الاجتماعي، إنهاك المشاعر...الخ) وبعض من الاضطرابات المعرفية غير نمطية.

- الفنوثيرازين مقابل الكلورومازين المعروفة للتأثيرات المسكنة والكلية.
- البيثروفينون بما فيها هالوبريدول l'halopéridol مضاد ذهان ضد الهلوس، وضد الهذات ومسكن قوي الذي يعتبر رئيس العائلة الكيميائية والذي لا يزال حتى اليوم مرجعا للمقارنة في الدراسات.
- الثيوكتان بما فيها flupentixol و euclpenthixol. (levoyer David, 2009, p 194).

ومن بينها نجد:

- الكلوزابين Clozapine فعاليتها على شكل اكلينيكي (في أول مرحلة، واضطرابات الفصام الوجداني).
- ريسبيريدون Risperidone هو الوحيد من مضادات الذهان غير نمطية المتوفرة على شكل حقن لعمل أطول، وفعال بالنسبة للأعراض الإيجابية، معرفية وقلق الاكتئابي، والأعراض السلبية panss، وتخفيضتها بنسبة 40% ou 60% (>20%)، وتخفي ض أعراض للجزئيات للأعراض السلبية.
- أولزابين Olzapine: فعالية في تقييم دواء الفصام المقاوم من خلال دراسات لن دوناير (2004) lindennayer في تحسين الوظائف التنفيذية والانتباه والذاكرة اللفظية وذاكرة العمل والسرعة الحركية.
- أميسيلبيريد Amisulpiride: فعال في الأعراض السلبية والمكتئبين بجرعات من 400 à 1200 mg خاصة للنواقل العصبية للجهاز اللمبي.
- أريبيرازول Aripiprazole فعال للأعراض السلبية والإيجابية خاصة في المرضية النفسية. (Saoud.M, D'amato.T, 2006, p 142-191).

وهي معروفة لديها القدرة على العمل بسرعة مقارنة مع الأدوية النفسية الأخرى، والآثار الجانبية في معظم الأحيان تشمل النعاس والدوخة، وزيادة الشهية وربما الوزن التي تترافق مع ارتفاع مستويات السكر في الدم، وارتفاع مستوى الدهون في الجسم، وزيادة مستويات أحيانا هرمون يدعى البرولاكتين، على الرغم من المحتمل تصلب العضلات والاهتزاز وتشنجات العضلات في حالات غير نادرة جدا غير منسقة، ومن خلال إجراء المزيد من البحوث الخيرة، أن جميع الأدوية المضادة للذهان أن أقدمها الجيل الول والجديدة فعالة. (Usprivaypolicy, 2012, p 35).

• مضادات الذهان الكلاسيكية: مع هذا مضادات الذهان الكلاسيكية لها فعالية خاصة في الأعراض السلبية والعجز العصبي المعرفي.

- استعمال ضد القلق المعمم، العدوانية: la méthotriméprazine (nozinan)
- ضد الانسحاب: risperdal ou le sulpiride (dogmatil, syndil, aiglonyl)
- ضد الهلوس والهذاء: amisulpride halopéridol لكن بجرعات قوية.

(Hanus.M, Olivier. L, 2003, p 120)

كما نجد بالرغم من تناول المريض الفصامي مضادات الذهان، إلا هناك نوع من الفصام المقاوم فبعض المرضى لا تزال تظهر الأعراض الإيجابية (مثل الأوهام وهلوسة) في الواقع، وعادة ما يتم تقسيم فعالية العلاج بواسطة تأثيرها على الأعراض الإيجابية، إلا أن تفاقم هذا المرض، خصوصا من الناحية الوظيفية ويعتمد أساسا على استمرار وجود أعراض أخرى مثل ضعف الإدراك أو أعراض سلبية.

ويمكن أن يفسر عدم وجود تعريف إجماع من أشكال مقاومة مرضى الفصام، أو يقدر على مدى سنتين من 20 إلى 45 % من المرضى الذين يعانون من مرض الفصام لديها استجابة جزئية للعلاج، و5 إلى 10 % ليس لها استجابة، هذه الأرقام تتطابق بشكل رئيسي على البيانات المتاحة عن الجيل الأول من مضادات الذهان، ويعرف عموما مقاومة للعلاج، وغياب تحسن سريري، على الرغم من استخدام اثنين على الأقل من مضادات الذهان أي ما يعادل 75 mg من كلوربرومازين أو 15 مغ/د هالدوبيريدول، وبعض المرضى لا يستجيبو للعلاجات الأخرى خاصة نتيجة تعزيز المخدرات، في الواقع سواء كانت الأعراض الإيجابية قد تتحسن في غضون 4 على 6 أسابيع، ومن 6 على 12 شهرا لتحسين كامل للأعراض الوظيفية السلبية، بشرط لا تتوقف مدة العلاج، إلى جانب من الدعم النفسي وعدم فعالية العلاج تكمن في العوامل الكامنة لهذا المرض. (Saoud.M, D'amato.T, 2006, p 218).

لهذا نجد المستشفى للمرضى العقلين لا مفر لهم نتيجة لجملة من الأعراض المعقدة خاصة الهيجان، وبالتالي خطر على أنفسهم وعلى الآخرين، لهذا قبل القيام بأي عملية علاج نفسي بأنواعه، يجب التكفل الدوائي، حيث هذا الشخص يفقد مكانته ويصبح شخص تحت الوصاية يمكن لأي شخص ان يأخذ القرار عنه، والذي يحدد وضعيته كعاجز، يمكن أن يدخل إلى المستشفى رغما عنه من طرف

العائلة، الوالي.....: "أنه الشخص يستوجب استشفاءه لسلامة الأشخاص والمجتمع والمريض بسبب التشوهات التي تصيب القدرات والسلوكيات". (Tyrode.Y, Albernh.T, 1995, p 300).

ومن كثرة الحالات يتعجب المريض من ذلك ويؤكد عند حضوره للعيادة النفسية أنه لا يشكو من أي شيء، ولا يدري لماذا أرغمه أقاربه على الحضور، ومنهم من يؤكد أنه سليم معافى، وأن الذين أحضروه هم أولى بالعلاج، وهناك بعض الشكاوي نسمعها من الأهل حول ما صار إليه حال المريض أصبحت مألوفة لدينا كأطباء نفسيين لكثرة تكرارها، منها على سبيل المثال:

- سماع المريض لأصوات تكلمه، تحاوره أو توبخه أو تهدده... الخ وقد يتصور أن هناك من يطارده.
- يتخيل أن أناسا يتحدثون عنه بينما يكون بمفرده ولا وجود لأحد حوله، وقد يدفعه ذلك إلى الكلام معهم فيبدو كما لو كان يكلم نفسه... الخ أو ينفجر ضاحكا دون سبب.
- يشعر المريض بأن ما يفكر به في نفسه يتم إذاعته على كل الناس... الخ ويشعر بأن هناك من يسحب أفكاره من رأسه ليضع محلها أفكار أخرى. (لطفى شرييني، 2003، ص 65).

2.9. العلاج النفسي:

للفصاميين مشروع حديث نسبيا إلى كتاب السيدة غ. شونغ (ودروب نحو الحياة الذهانيين النفسية) المنشور عام 198م، هو الذي رسم في أوربا فجر هذه المقاربة أهمية (الأمومة) التي تميزها من حب الأم، وهذا المشروع يستحق التقدير بقدر ما يوجد ميل خارج التحليل النفسي، لاسيما أن الطب النفسي التقليدي الألماني، إلى إهمال بر العالم الداخلي للفصاميين، والواقع أن الخبل المبكر معتبر، بدءا من ا.كريبلن مرضا عقليا متصاعدا وغير قابل للشفاء، مآله الحتمي حالة خبلية بالمعنى الحقيقي للمصطلح، وكان أوجين بلولر هو الأول الذي فتح الباب نحو العالم الأعرق لهذا المرض، عندما تكلم على الانطواء على الذات وتصدع الوظائف النفسية المختلفة في الفصام، وتوصل هذا المؤلف، المتأثر بنظرية س. فرويد إلى فهم رائع للفصاميين، ولكنه لم يكن معالجا نفسيا، ولم تظهر الشروع العلاجات النفسية إلا مع أعمال ا. كريتشمر، إذ وضع وصف الشخصية قبل المرضية (الشخصية نظير الفصامية) للفصاميين، ويوهي تلميذ من تلاميذ بلولر، ج. كلازي بتعزيز نزوع المرضى العفوي إلى الشفاء، ويتظاهر أنه مجهل المظاهر الفصامية ويجعلهم يعيشون في مشفاه حياة شبه طبيعية، بل يجرؤ على اللجوء إلى حيل تمضي

على سبيل المثال إلى أن يترك مصابا بالكاتاتونيا يقع في مسبح بغية إثارة التواصل اللفظي منذ الإصلاح الذي أسهم به في مصير المرضى العقليين فيليب بينيل عام 1973 في فرنسا، فإن تاريخ معالجة إنسانية للمغتربين العقليين هو الآن طويل على الرغم من الانتقاد الذي صاغه بهذا الصدد ميشسيل فوكر تتمته الطبيعية عي، في وقتنا الراهن، الطب النفسي الاجتماعي لهنري باروك (المولود عام 1897) والعلاج النفسي المؤسسي الذي اقترحه جورج دوميزون، في مشفى هنري روسل (باريس)، وفرانسوتسوكيل وبول سيفادون، فمعالجة الفصاميين يؤمنها، من الآن فصاعدا فريق طبي سيكولوجي.

وكان فرويد يتحاشى علاج الفصاميين، بسبب استعدادهم النرجسي المسبق القوي، وبول فيدرين على أهمية أن يقوم بتحويل إيجابي بين المعالج والمريض وعلى أهمية دعم هذا التحويل، وبلح على ضرورة أن يستمر التحليل الكلاسيكي بعد هدأة المرض، وفرويد الفصامي الذي تستولي عليه عاطفة على الأهمية الأصلية لا يمكنه أن يتواصل مع محيطه ويشبع رغباته إلا على نحو مباشر، فالمعالج النفسي يتوجه إذن على هذا النمط إلى مريضه توجهها يستخدم فيه الشخص الثالث أحيانا، ويشبع رغبته الأولية بالوسيلة قبل الرمزية - السحرية.

وفيما يخص حالة مرونة، الفصامية الشابة تؤكد المؤلفة شدة الاحباط الذي كان عليها أن تصلها، فالتفاحة سترمز إلى الثدي والحليب والأمن الأمومي، وستكون الدمى التي أصبحت بديلة أما للمعالج وإما للمريض هي الوسائل الرتيبة لتطور دونه، والعلاج المتجه نحو التنشئة الاجتماعية، بعد هدأة المرض غير منسي، وتمارس جيزيلابانكو في باريس، علاج الفصاميين النفسي، محاولة توحيد صورة الجسم المجزأة والراق الأعمق من الحياة النفسية.

وألح هاري سوليفان (1892-1949) في و.م. أ على العلاقة بين الإنسانية وأكد التشويه (السيء التوافق وجدانيا) الذي يطراً على طفولة الفصاميين، ولكن هذا المبدأ استطاع أن ينفذ إلى تطبيق بفضل المزايا الرائعة التي تتحلّى بها فرويد فروم ويضمان فاتجاهاتها (أصغ جيدا إلى المريض)، وهو سيظل المعيار الكافي الكلي لكل علاجات الفصاميين. (<http://www.doctor.net>).

وبعد فوج علاجي عميق أو فعال على أساس مبادئ التحليل النفسي، تبرز التدخلات التي تركز على المحادثة والسرد، وليس هناك ما أصعب من إنشاء محادثة عادية حتى في الأسر التي تواجه

اضطرابات الفصام، وعلى وجه التحديد يأتي في سياقات المحادثة العفوية المصطنعة الإعداد للعمل من طقوس مصطنعة الرد. (Miermont Jacques, 2000, p 176).

نجد عدة علاجات من بينها:

1.2.9. العلاج المعرفي السلوكي:

قد ظهر مصطلح العلاج المعرفي السلوكي في التراث العلمي في بداية الثلث الأخير من القرن العشرين وأصبح في وقت قصير العلاج النفسي الرئيسي في معظم الدول المتقدمة، وكما يستدل من اسمه، يعتبر هذا النوع من العلاج النفسي كما عرفه كندال Kendal 1993 محاولة دمج الفنيات المستخدمة في العلاج السلوكي التي ثبت نجاحها في التعامل مع السلوك مع الجوانب المعرفية لطالب الخدمة النفسية بهدف إحداث تغيرات مطلوبة في سلوكه، بالإضافة إلى ذلك يهتم العلاج المعرفي السلوكي بالجانب الوجداني للمريض وبالسياق الاجتماعي من حوله من خلال استخدام استراتيجيات معرفية وسلوكية، وانفعالية واجتماعية وبيئية لإحداث التغيير المرغوب فيه. (جمعة سيد يوسف، 1999، ص 7).

علاج معرفي السلوكي للفصاميين يعتمد على تغيير أنماط التفكير السلبي، المساعدة الذاتية، بسبب مشاكل في الإدراك وتعقيد نظام الخدمة في كثير من الأحيان، تجعل من الصعب على الناس مع مرض الفصام ترتيب الرعاية الخاصة بهم، أي مساعدة الذين يعانون من أمراض مزمنة من التنقل إلى نظام معقد، من الرعاية الصحية. (understandingschizophreniabigpicture, p 21).

وهذا على طريق التدريب على المهارات الاجتماعية، وتعلم طرق جديدة لحل المشاكل منها، ويساعد على جعل الشعور والسيطرة والهلوسة أو الأوهام، ومعروف بـ CBT للحد من التوتر عن طريق تغيير أنماط السلوك وإنما التفكير والتعلم من التراجع، والتي قد يكون لها عواقب سلبية واستبدالها بالتعلم بطرق جديدة أكثر تكيفا. (Hoffer Abram, 2005, p 46).

2.2.9. العلاج النفسي التعليمي:

العلاج التعليمي فعالية ملحوظة في حالات الاضطرابات العقلية بصفة عامة، والفصام خاصة بأنواعه المختلفة وبالأخص حالات الفصام البسيط، وفصام المراهقة، وحتى اللواتح العقلية المؤقتة، ولكن

يجب مراعاة التوقيت المناسب له مع تلك الحالات، كما أن فعاليته مع زيادة استبصار تلك الفئات وأسره مع تعديل الاتجاهات لسلبية التي تتدرج تحت أعراض تلك الاضطرابات مع نجاحه في تعديل اتجاهات أسر الفصامين.

ولقد أثبتت دراسة زانج وآخرون (1998) فعالية التدخلات العلاجية التعليمية التي اعتمدت على أساليب المحاضرات (14) محاضرة، وأساليب المناقشة حيث أسفرت النتائج عن فعالية تلك التدخلات العلاجية التعليمية، وعن نجاحها في الإقلال من عبء الرعاية وملها لهؤلاء الأقارب المكلفين برعاية مرضاهم الذهانيين. (مدحت عبد الحميد أبو زيد، 2003، ص 39).

ودراسة على علاج السلوكي المعرفي لرائدها دونالد هريرتميتشنيوم meichenbawn على الفصام والتي أوضحت فعالية ذلك العلاج مثل دراسة لوك وآخرون (1991)، دراسة جارتى وآخرون (Garety et al, 1994) (دراسة رودروآخرون 2001). (مدحت عبد الحميد أبو زيد، 2002، ص 246).

3.2.9. العلاج السلوكي:

إن الاضطراب عبارة عن أساليب غير توافقية متعلمة ولذلك فإن أفضل طريقة لتغييرها هي إعادة التعلم وفقاً لطريق أكثر ملائمة لتحقيق التكيف المناسب، فالعلاج السلوكي Behaviortherapie نصيب كبير في التدخل في العديد من الأعراض غير السوية لدى الفصامين، فقد استخدم في حالات متنوعة ومختلفة لخفض الهلوس السمعية عند الفئة المرضية، فدراسة جايمنيز وزملائه (jimenez et al 1996) اهتمت بتقييم كفاءة حزمة من العلاجات السلوكية الأساسية في خفض معدل تكرار الهلوس السمعية وزيارة على الانتباه المثير المهمة خارجية. (وفاء جاسم العوادي، 2012، ص 3).

ومنها الدراسات التي عينت بتقييم كفاءة برامج العملات الرمزية وكان لطريقة العملات الرمزية مع مرضى الفصام نصيب كبير في علاجهم، فقد أشارت دراسة هيرز وزملائه (1997) إلى ضرورة استخدام برامج التدريب على المهارات الاجتماعية وكذلك أسلوب العملات الرمزية، في علاج مرضى الذهان الحاد وبالأخص مرض الفصام المزمن، كما توصلت معظم البحوث أن طريقة العملات الرمزية تساعد على تغيير سلوك مرضى الفصام وبذلك السلوكيات ذات العلاقة بسوء التوافق. (Emmelkamp, 1994, p 323).

4.2.9. العلاج بالتحفيز المغناطيسي عبر الجمجمة (SMT): la stimulation magnétique transcranienne

هو علاج جديد نسبياً، وليس على نطاق واسع، ويستخدم المجال المغناطيسي لتحفيز مناطق الدماغ الأمامية مع النشاط غير الطبيعي، ويمكن أن تكون مفيدة للأشخاص الذين أساساً لهم أعراض سلبية، وهذا الأسلوب هو موسع، ويبدو أنه آمن إلى حد ما. (Hill Fiona, 2005, p 8).

5.2.9. العلاج النفسي والاجتماعي:

وتشمل التدريب على المهارات الاجتماعية وتقديم المشورة المهنية، والتدريب المهني وهذا للتحسين الوظائف العصبية مثل التركيز والذاكرة والمساعدة في الأنشطة اليومية، نجد من بينها العلاج الأسري الذي يحاول إشراك أكبر عدد من أفراد الأسرة، ويحد من التوتر والانفعالات المتطرفة أي الكف، من المهم التخفيف من حدة هذه التوترات لأنها يمكن أن تفاقم الأعراض من خلال تعليم أفراد الأسرة على مفهوم مرض الفصم، وإعطائهم النصائح حول كيفية التصرف وأساليب إدارة الأزمات، ويمكن علاج الأسرة من خلال تقديم الدعم العائلي الحقيقي من أجل تعلم العيش مع مرض الفصام اعتماداً على مرحلة من مرضه. (understandingschizophreniabigpicture, p 21).

وكذلك مساعدة المرضى الفصاميين للتعامل مع التحديات اليومية للمرض مثل صعوبة الاتصال والعمل، والرعاية الذاتية، وخاصة الحفاظ على العلاقات، وتعلم استخدام آليات التصدي لمعالجة هذه المشاكل والسماح للأشخاص الذين يعانون من مرض الفصام الاندماج في مجتمع العمل. (schizophrenia national of heath, 2009, p 14).

تري فيونا هيل Hill. F (1985) أن الرعاية الاجتماعية للمريض الفصام يجب أن تخضع لعملية تقييم كامل للاحتياجات الصحة الاجتماعية، وهذا يتعاون كل من الطب النفسي والمؤسسات الاستشفائية والرعاية الاجتماعية، وهذا من خلال وضع خطة للرعاية الاجتماعية، وتليها عملية تقييم مستمرة لمدى تطورها في توفير الرعاية الخاصة والاجتماعية لمريض الفصام.

6.2.9. العلاج العائلي للانفصام:

ففي دراسة للباحث جولدستاين goldstein تأكدت فعالية العلاج العائلي في منع الانتكاسات لدى مرضى الفصام المعالجين دوائيا وعائليا بالمقارنة مع المرضى المعالجين دوائيا فقط، وتشير هذه الدراسة وعديدة غيرها إلى أن العلاج العائلي يؤدي إلى جوانب نفسية عديدة في شخصية المريض لا يطالها التأثير الدوائي، وتتمثل خطواته في تحديد أفراد العائلة الذين يعايشون المريض والذين يتميزون بتعبير انفعالية سلبية مبالغ (الشعور بالظلم، الكره، الحسد، الرغبة بالتأثر، التدمير... الخ) وهذا ما يؤكد الباحث brown الذي يشير إلى أن 92 % من الانتكاسات الانفصامية تعود لوجود مثل هؤلاء الأشخاص في عائلة المريض، مع ضرورة إعادة التوازن للصورة الأبوية فالطفل وابتداء من سن الثالثة يبدأ باستيعاب النقاط التي تتيح للأب التفوق عليه، فإذا ما وصل الطفل إلى سن 5-6 سنوات تخلى عن الصراع الأوديبي لمصلحة والده وتحول صراعهما إلى محاولة الطفل تقليد أبيه والتماهي به، والطفل في هذه المرحلة يتخيل نفسه شبيها بأبيه عندما يكبر، فإذا تدخلت الأم وأحدثت تشويه في صورته الذاتية، ويكون التشويه أولى دائم اضطراب الشخصية لدى الطفل الانفصامي، ولذلك يجب توجيه الأم وتدريبها للعمل على تجميل الصورة الأبوية، كذلك تثقيف العائلة في موضوع المرض من خلال جلسات عائلية موسعة يحضرها جميع أفراد العائلة الذين يعيشون مع المريض، وإصلاح الجهاز العلائقي داخل الأسرة ومعرفة المشاكل الطارئة على العلاقات داخل الأسرة، ومن الوجهة الطبية النفسية علينا نقوم بإصلاح هذه المشاكل اعتمادا على الطريقة التي نراها مناسبة سواء أكانت سلوكية أو تحليلية أم معرفية، مع الإصرار على اقتران العلاجين الدوائي والعائلي، ولعل أفضل الفترات بالعلاج العائلي هي فترة وجود المريض في مصح. (محمد أحمد النابلسي، 1988؛ ص 82).

7.2.9. العلاج بالرياضة:

كشفت دراسة لباحثة مصرية عن إمكانية استخدام التدريب العقلي في المجال الرياضي في التأثير على مرضى الفصام، حيث تعد دراسة أول اختراق للتدريب العقلي مع عينة ذات طبيعة خاصة مثل مرضى الفصام، وتقول الباحثة المصرية دكتورة إصلاح وهبة بأن الدراسة تعد خطوة أولى نحو مجال جديد لعلم النفس الرياضي بشكل عام والتدريب العقلي في مجال الرياضي بشكل خاص، حيث مجالا جديدا لعلم النفس الرياضي غير مجال الممارسة والمنافسة الرياضية.

وهو مجال الصحة النفسية والعلاج النفسي لمرضى ذو طبيعة خاصة جدا وهم مرضى الفصام باستخدام التمارين البدنية له تأثير إيجابي بشكل أكبر من الاستخدام برنامج التدريب العقلي المصاحب للتمرينات البدنية مع العقاقير الطبية في علاج مرضى الفصام يعطي نتائج أفضل وأسرع من استخدام العقاقير الطبية فقط. (إصلاح وهبة، 2008، ص 06).

9.8.2. الإرشاد النفسي والتأهيل الفصام:

أحيانا الناس سجدون صعوبة في التحدث عن الصعوبات التي يواجهونها لطلب المساعدة والدعم، وتقديم الاستشارة والإرشاد النفسي يعطي فرصة للحديث من خلال مشاكلهم، التركيز على مشاعر الحاضر والصعوبات، ونجد عدة جماعات للإرشاد منها:

• جماعات الدعم:

هدفها معرفة كيفية التعامل مع هذا النوع من الصعوبات، في كثير من الأحيان مجموعات الدعم تقدم بيان هذا النوع من التعزيز ويكون مصدرا للنصائح، والدعم العملي بإدراج الأشخاص المصابين بالفصام في فريق مكون من عمال الصحة النفسية في المجتمع والمرضات والطب النفسي والمرشدين الذين يستطيعون تقديم النصح حول فوائد، والهدف هو نوع المساعدة المهنية للفصاميين وبدأ حياتهم مرة أخرى وذلك بتغيير بعض الأمور لتجنب المواقف العصبية بناء على الاقتراحات التالية من قبل الأشخاص انطلاقا من تجاربهم الخاصة، أي كل شخص يعاني من الفصام يحتاجون إلى الاعتناء بأنفسهم، وهذا يعني توفير الأكل والشرب وممارسة نشاط اليدين "الإيجابية" بتعلم المهارات الجديدة تأخذ وفق الاسترخاء وهذا بالأنشطة الإبداعية المختلفة والبقاء مع الأصدقاء. (Hoffer.A, 2005, p 53).

كنموذج للتأهيل شبكة الانتعاش الاسكتلندي أنشئت لتعزيز ودعم الانتعاش في مختلف مجالات الصحة النفسية، بما فيها مرض الفصام له أهداف لرفع مستوى الوعي من الانتعاش للأفراد والأسر والخدمات العامة لبناء القدرات من خلال تبادل المعلومات والخبرات.

• الإرشاد النفسي:

هناك عدة أشياء يمكن القيام به لمساعدة المريض، وتساعد غيرهم من أفراد الأسرة، التعامل مع هذا الوضع لجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات حول الفصام، لمعرفة المزيد من خدمات الدعم التي توجد

في المنطقة أي عن طريق الجمعيات لتبادل خبرات، أي سؤال الطبيب عما إذا كانت هناك أدلة عملية، جمع المعلومات لمعرفة كيفية إدارة أفضل الأزمة.

- تأكد إشراك المريض في جميع القرارات التي تقوم بها حول الموضوع.
 - محاولة تشجيع المريض على الدواء حتى إذا لم يفعل تبقى دائما المحاولة.
- (<http://repli.net/schizophrenie/prendre-soin-des-soignants>)

خلاصة:

مما سبق يتضح أن المجتمع الجزائري ينعدم فيه التكفل النفسي الاجتماعي لمريض الفصام لعدم وعي الأهل بخطورة المرض، وهذا راجع لمجموعة من المعتقدات الشعبية المترسخة في أذهانهم أنه نتيجة سحر، أو مس من الجن، فالمريض يعد خطرا للعائلة من خلال تصرفاته الغريبة وغير المتوقعة، فالتكفل الدوائي موجود إلا في مصلحة الأمراض العقلية ، وعندما يخرج ينتكس من جديد لرفض العائلة تقبل حالة ابنهم بأنه مريض ويحتاج إلى رعاية خاصة وإذا تحسن سلوك المريض نسبيا، ويوقفون له الدواء هذا ما يجعله ينتكس من جديد، وتبقى الإشكالية مطروحة على مستوى التكفل بالمريض العقلي في الجزائر على المستوى العائلي والدوائي خاصة للمرضى الذين يرفضون تناول مضادات الذهان عن طريق الفم.

الجانب التطبيقي

الفصل الثالث

منهجية البحث

تمهيد

1. تذكير بفرضية البحث.
2. المنهج المتبع في البحث.
3. الدراسة الاستطلاعية.
 - 1.3. الإطار المكاني.
 - 2.3. المجال الزمني.
 - 3.3. الحدود البشرية.
4. مجموعة البحث.
5. أدوات البحث.
 - 1.5. اختبار T.A.T.
 - 1.1.5. مادة الاختبار.
 - 2.1.5. طريقة إجراء الاختبار.
 - 3.1.5. شبكة الفرز والتنقيط.

خلاصة

تمهيد:

سوف نتناول في هذا الفصل إجراءات الدراسة الميدانية ابتداءً بذكر فرضية البحث، المنهج المتبع في البحث، دراسة الاستطلاعية، مجموعة البحث، أدوات البحث وفي الأخير نتعرف على اختبار تفهم الموضوع T.A.T مادة الاختبار، طريقة إجراء الاختبار، شبكة الفرز وتنقيط.

1. تذكير بفرضية البحث:

يؤثر الإدمان في ظهور الفصام لدى الرشد.

2. المنهج المتبع في البحث:

يعتبر المنهج العيادي أو الإكلينيكي هو المنهج الأنسب لدراستنا الذي يهدف إلى الوصول لنتائج عملية قابلة للتفسير والتأويل يمثل هذا المنهج الدراسة العميقة للحالات كل على حدى في حالة خاصة اعتمدنا هذا المنهج لكونه يستعمل في التشخيص وكذلك للعلاج الاضطرابات النفسية في إطار عيادي ومعرفة أهم الدفاعات النفسية والصراعات وتوظيفاتها النفسية مع الواقع وفق السيرورة النفسية.

يعرفه الباحثان lyndafernannder et j.l. pedinelli: المنهج العيادي موجه للاستجابة الوضعية واقعية معينة للذات التي تعاني وهو يرتكز مبدئيا على الحالة أو الفرد ولكن دون تعميم النتائج فهو يندرج ضمن بحث علمي يهدف إلى معرفة وتعين بعض الحالات والاستعدادات السلوكية بوضع واقتراح علاج معين يكون تدييرا اجتماعيا أو تربويا أو شكل من أشكال وتكمن خصوصية هذا المنهج في رفضه الفصل عن المعلومات المتحصل عليها ويهدف إلى تنظيم هذه المعلومات وترتيبها وتصنيفها ووضعها في سياق معاش الفرد. (lyndafernandez jean louis pedinelli, 2006, p 43).

كما يعرف لابلاتشوبونتايس المنهج العيادي في قاموس علم النفس بأنه (ملاحظة معمقة لحالة يتم خلالها جمع كل المعطيات الممكنة والمتعلقة بها، وهي معلومات تختص بتوظيفه النفسي ووسطه الاجتماعي وحالته الصحية وسماته الشخصية واعتمادا على كل هذه المعطيات الملتقطة حول الحالة). (لابلاتشوبونتايس، 1985، ص 185).

ويعرفه ويتم Witmes 1896 أنه منهج استعمل لأول مرة من طرف العالم في البحث يقوم على استعمال نتائج فحص المرض العديدين ودراستهم حالة تلو الأخرى واستخلاص المبادئ العامة التي توجب لها الملاحظة. (حسن عبد المعطي، 1998، ص 141).

أما فيصل عباس 1983 عرفه بأنه مجموعة القواعد العلمية التي تطمح إلى كشف أساسيات الإشكالية لأجل تشخيصها واقتراح علاج لها ويتم اختيار منهج الدراسة عادة وفق الموضوع المراد دراسته والهدف منه. (فيصل عباس، 1983، ص 14).

3. الدراسة الاستطلاعية:

يبدأ البحث الميداني بالإطلاع على الدراسات السابقة والتراث الفكري في موضوع البحث وهي حقيقة تشترك فيها كل طرق البحث العلمي ومن شأن ذلك مساعدة الباحث على تحديد الإطار النظري لدراسته الحالية وتوجيهه لملاحظة الأحداث والانفعالات الهامة واختيار أدوات جمع البيانات. (عبد الكريم أبو حفص، 2016، ص 249).

خلال الدراسة الاستطلاعية قمنا بالاقتراب من مكان إجراء البحث، وتأكدنا من توفر مجموعة البحث من حيث السن والخصائص قدمنا موضوع البحث في مقابلة تمهيدية لتأكد أكثر حول خصائص مجموعة البحث وطرح الأسئلة التي بمقتضاها نحدد انضمام الشخص للعينة أولاً والتأكد من استقرار النفسي والقدرة على تطبيق الاختبار عليه أم لا قمنا بتحديد مجموعة تتكون من خمسة أشخاص ولكن قمنا بالتطبيق فقط على حالتين واعتذار الثلاثة الآخرين عن الموعد لظروف تخصهم.

من هنا استطاعنا ضبط شروط انتقاء مجموعة البحث.

1.3. الإطار المكاني:

لقد قمنا بمتابعة التريص التطبيقي على مستوى المركز الوسيط لمعالجة المدمنين أبو بكر بلقايد حي 1100 مسكن بولاية البويرة ولقد أنشأ المركز في جويلية 2012 بمقتضى المرسوم رقم 87/261 المؤرخ في 1 ديسمبر 1967 بطاقم بيداغوجي وإداري.

يلعب المركز دورا هاما اتجاه كل العمار وخاصة المراهقين منهم حيث يساهم في بناء شخصيتهم من جديد سواء كانوا شباب أو مراهقين كما يستقبل المرض العقليين ومتابعتهم بأطباء أخصائيين في الأمراض العقلية.

كما يوجد أربعة أخصائيين في الأمراض العقلية وثلاثة أخصائيين نفسانيين عياديين ومساعدتين اجتماعية، حيث له علاقات كثيرة من كل الولايات الوطن خاصة من الولايات المجاورة كما للمركز علاقات من إدارات الخرى كالدرك الوطني والشرطة وحتى المستشفيات.

2.3. المجال الزمني:

كان خلال سنة 2022 بداية في شهر ماي بالضبط 2022/05/15 إلى 2022/06/15.

كما قمنا بمتابعة التريص بالمركز الوسيط لمعالجة الأمراض العقلية التابع لنفس الإدارة من نفس الولاية ونفس الأخصائيين.

3.3. الحدود البشرية: عبارة عن خمس حالات مقتاة قصديا تعالجوا من الإدمان.

4. عينة البحث:

حسب طلعت 1995 إنها أسلوب يلجأ إليه الباحث إذا كانت جميع مفردات الجهود غير معروفة له فيختار أفراد عينة على أساس المعلومات المتوفرة لديه من الجمهور. (إبراهيم طلعت، 1995، ص 67).

كان اختيارنا لمجموعة البحث من ضمن مجتمع بحث تضم فئات المدمنين الراشدين وفق جملة من الشروط:

- أن يكون المبحوث راشد (35-45).
- أن يكون مدمن مخدرات.
- أن يوافق المبحوث على المشاركة في البحث.
- أن لا يكون يعاني من أي اضطرابات نفسية أو عقلية قبل الإدمان.

5. أدوات البحث:

1.5. اختبار تفهم الموضوع (T.A.T):

هو اختبار إسقاطي مستوى من القصص الحرة ذات أسلوب فني أدبي بحيث يتقصد فيها المفحوص شخصية البطل يعتبر تفهم الموضوع اختبارا مستوحى من بقية القصص الحرة ذات أسلوب فني من لوحات فنية.

• نبذة تاريخية عن اختبار تفهم الموضوع:

موراي (Murry) سنة 1935 بحيث أدرجه في كتابه الشهير (أبحاث في الشخصية) وضعه العالم الفرنسي يتألف هذا الاختبار في بادئ الأمر من ثلاث مجموعات من الصور كل مجموعة تشمل على

عشر صور كل مجموعة لها مغزى ومفهوم متغير يتواجد بها أشخاص بوضعيات متباينة في إحداثيات زمنية مختلفة (الماضي الحاضر المستقبل) تعرض هذا الاختبار لتعديلات عديدة مثل التعديل الذي جاء سنة 1943 من مع إصدار دليل تطبيقي له أصبح الاختبار في صورته النهائية Morgane وصديقه Murry طرف وأضحى يستخدم على نطاق واسع في العيادات النفسية كاختبار كاشف للأمراض العصبية الذهانية مبرزا ما يدور داخل الفرد من حالات نفسية لا سوية وانفعالات ومكبوتات وانواع الصراعات المختلفة. (فيصل عباس، 1990، ص 65).

Bellak سنة 1954 الذي عمد إلى اقتراحات جديدة وذلك بإرجاع هذا الرائز إلى الأصول التحليلية وإثراء الموقعية الثانية لفرويد مبرزا دور الأنا ومقاومات الدفاع النفسي. (V. Shentoub, 1990, p 6).

كما عملت شنتوب 1940 كما اهتم بعده العديد من العلماء أمثال Schaper و Balken وغيرهم.

سنة 1961 أنجزت ShentoubVaga من مجموعة من الباحثين مثل danielmagache et brenlek، شبكة فرز لهذا الرائز يتم من خلالها تحليل وتفسير مختلف أشكال سرد القصة قام شنتوب Shentoub رفقة ديبري Debry في سنة 1969 إلى غاية 1974 بتعديل وتطوير الشبكة واستقرت العالمتان على الشكل الخير والنهائي لهذه الشبكة في سنة 1990 والتي تعتبر الشكل النهائي في وقتنا الحالي. (عبد الرحمن سي موسى ومحمود خليفة 2008).

وارتكزت الباحثة حسب عبد الرحمن سي موسى وخليفة محمود على أهم المستشارات التي يهدف إليها اختبار تفهم الموضوع وهي كالتالي:

- قائمة الدوافع والحاجات لبطل القصة.
- قائمة الدوافع الداخلية المتعلقة بالأنظمة النفسية التي وصفها التحليل النفسي في الموقعتين الولي والثانية.
- قائمة السمات الشخصية العامة المتمثلة في الحالات والانفعالات التي يحس بها الفرد أثناء سرد القصة. (عبد الرحمن سي موسى وخليفة محمود، 2008، ص 166).

اهتمت بالتجربة الإسقاطية من خلال أفاق تحليلية وهذا ما مكنها من إبراز دور Shentoub أما شنتوبميكانيزمات دفاع الأنا الموجودة في القصة والدهانات الأوديبية المحملة لمضمونها.

يقول صالح معاليم 2002 (إن أهمية هذه الدراسات تتمحور حول البنية الفردية وتطابقها مع التنظيم النفسي والأنظمة الخارجية المختارة في الحياة الداخلية والعلانية). (صالح معاليم، 2002، ص 14).

كما يضيف سي موسى وخليفة 2008 عن أعمال شنتوب (رأت شنتوب منذ بداية أعمالها حول أن جل تلك المحاولات ركزت كثيرا عن الاستقلالية المطلقة للأنا في علاقاته مع الطاقات المحايدة وأهملت الجانب الهوامي لابد لهذا الأنا الشعوري الذي يقود الفعل أن يكون منفتح على الخزان النزوي الطاقوي وأن يكون أليفا مع الهوامات المحتواة في ذلك الخزان حتى تستمد منه القوة والطاقة. (عبد الرحمن سي موسى وخليفة محمود، 2008، ص 166، 167).

• تعريف اختبار تفهم الموضوع:

عرفه بن يونس 2004 هو اختبارا إسقاطيا اختبرت فيه الصور اختبارا يجعلها تمثل أفكارا حول العدا، الخوف، الخطر، الحياة الجنسية والعلاق بين الابن ووالديه. (محمد بن يونس، 2004، ص 490).

يعرفه فيصل عباس: يتكون اختبار تفهم الموضوع من ثلاثين لوحة تشمل كل لوحة على منظر به شخص أو جملة من الأشخاص في مواقف محددة المعاليم بحيث يسمح بإدراكها على أنحاء مختلفة يطلب من الفاحص أن يبدع قصة انطلاقا من الصورة... ويفترض بالمفحوص الغوص في أعماق حياته وخبراته الخاصة وذكرياته وكل ما تتضمنه من نزاعات ورغبات وصراعات فيقوم هنا الاختبار بإسقاط تلك الوقائع وانسباها إلى أبطال القصة. (فيصل عباس، 1997، ص 27، 28).

1.1.5. مادة الاختبار:

في أصله من 31 لوحة ذات محتوى مختلف تتكون غالبا هذه الرسومات من TAT يتكون اختبار أشخاص ومناظر طبيعية مختلفة موزعة بالشكل التالي: 12 لوحة متكونة من شخص واحد، 15 لوحة مكونة من عدة أشخاص، في عدة وضعيات، وثلاث لوحات تتكون من مناظر مبهمة غير متناسقة مع الواقع، وباقي اللوحات تتكون من مناظر طبيعية مختلفة ولوحة واحدة بيضاء رقمها 16. تحمل هذه اللوحات أرقاما من 1 إلى 19 متواجدة على ظهر الورقة، هذه اللوحات موجهة في مجملها للأشخاص.

الفصل الثالث: منهجية البحث

لوحات مشتركة ما بين الأشخاص وأخرى تقدم حسب الجنس والسن ويرتكز ذلك بالرقم التسلسلي المتواجد فيها مضافا إليه الحرف الـول من الكلمة الأصلية باللغة الانجليزية وهي موضحة بالشكال التالي:

الفتيان. -B- -Boy

الفتيات. -G- -Girl

الرجال. -M- -Male

النساء. -F- -Female

وعلى كل فئة من هذه الفئات أن تجتاز 20 لوحة بمعدل عشر لوحات في كل حصة كما فعل موراي لكن بعد وفاته اختار المختصون والباحثون من هذه اللوحات تلك التي يوجد بها أكثر دلالة وأكثر ملائمة لدينامكية سياق بحيث أصبحت تتمثل في 18 لوحة من أصل 30 بمعدل 13 لوحة لكل صنف عوض من 20 TAT لوحة وتكرر في حصة واحدة. (عبد الرحمن سي موسى وخليفة محمود، 2008، ص 168). وهي متواجدة حسب الجدول الموضح.

فهذه البطاقات تتوزع على الفئات كالتالي وهي موضحة بشكل أكبر.

N° Planche/sexe et age	1	2	3 BM	4	5	6BM/ 7BM	6GF/ 7GF	8 BM	9 GF	10	11	12 BG	13 B	13 MF	19	16
Homme	X	X	X	X	X	X		X		X	X	X	X	X	X	X
Femme	X	X	X	X	X		X		X	X	X	X	X	X	X	X
Garçon	X	X	X	X	X	X		X		X	X	X	X		X	X
fille	X	X	X	X	X		X		X	X	X	X	X		X	X

المحتوى الكامن	المحتوى الظاهر	رقم اللوحة
تبعث اللوحة إلى عدم النضج الوظيفي اتجاه موضوع خاص بالراشد، يدور الصراع حول استعمال هذا الموضوع في الوقت الحالي، فإذا هيمن الوضع الاكتتابي نجد العجز وعدم القدرة، وإذا هيمنت وضعية الهلوسة العظامية نجد كمال القدرة.	ولد رأسه بين يديه، يشاهد الكمان الموضوع أمامه.	اللوحة 1
تبعث اللوحة إلى الثلاثية الأوديبية (أب، أن، ابنة). يمكن أن يدور الصراع حول وضعية الفتاة تجاه الزوجين وهذا ما يبينه المحتوى الظاهر في اختلاف المستويين: المستوى 1 (الناة) المستوى 2 (الزوجين). وتحمل انجذاب الفتاة للرجل والمنافسة مع المرأة.	مشهد قروي، في المستوى الول فتاة تحمل كتبا في المستوى الثاني رجل وحصان، امرأة متكئة على جذع شجرة.	اللوحة 2
تبعث اللوحة إلى الوضعية الاكتتابية وإشكالية فقدان الموضوع، وتظهر قدرات عمل الحداد (Travail du deuil).	شخص منحني أمام مقعد، ليس محدد سنه ولا جنسه، يوجد شيء في الأرض غير واضح.	اللوحة 3BM
تبعث اللوحة إلى ازدواجية الدوافع في العلاقة بين الزوجين بقطبين: العدوانية/ الحنان Tendresse / Agressivité، وأيضا الحب /الكراهية Amour/Haine. كما تحيي هذه اللوحة قلق الانفصال والتخلي.	امرأة قريبة من رجل يدير وجهه، هناك اختلاف في الجنس ولكن لا يوجد اختلاف في الجيل.	اللوحة 4
تبعث اللوحة إلى الصورة النثوية/الأمومة التي تدخل وتتنظر تحيي اللوحة في الظرف الأوديبى الإحساس بالذنب المرتبطة بالفضول الجنسي وهوامات المشهد البدائي	امرأة متوسطة العمر، يدها على مقبض الباب، تنظر إلى داخل غرفة.	اللوحة 5

<p>(Scéneprimitive) وهي ترجع إلى القدرة أو عدمها للتموضع بالنسبة للأنا العلى.</p>		
<p>ترجع إلى العلاقة أم ابن في ظرف حزن وعدم ارتياح، يمكن أن يدور الصراع حول تحريم الاقتراب الأوديبى، ويظهر ذلك من خلال المسافة التي تفصل الطرفين، وكذلك وضعهما المحترم.</p>	<p>في المستوى الأول شاب، في المستوى الثاني امرأة مسنة (اختلاف في السن والجنس).</p>	<p>اللوحة 6BM</p>
<p>تبعث إلى الاقتراب أب/ابن في قطبيه الحنان/المعارضة.</p>	<p>رجلين، يظهر منهما الرأسين فقط، قريبين من بعضهما (هناك اختلاف في الجيل ولا يوجد اختلاف في الجنس).</p>	<p>اللوحة 7BM</p>
<p>تبعث إلى العلاقة Hétérosexuelle، وتظهر الصراع بين الرغبة والدفاع. وتظهر الرغبة في اللوحة في حركة أحدهما نحو الآخر ويظهر الدفاع في الفصل بين المستويات وتظهر أن الاقتراب الأوديبى مسموح وممنوع في نفس الوقت. كما يمكن لهذه اللوحة أن تستحضر الهومات الخاصة بالإغراء من نوع الهستيريا.</p>	<p>امرأة شابة جالسة في المستوى الأول، تدوير وجهها نحو رجل منحني أمامها (اختلاف طفيف في الجيل، اختلاف في الجنس).</p>	<p>اللوحة 6GF</p>
<p>تبعث إلى العلاقة أم/بنت في وضعية تحفظ من طرف البنت (منافسة، تقمص) الصراع يدور حول تقمص البنت للأم.</p>	<p>امرأة، كتاب في يدها، منحنية نحو بنت صغيرة ذات التعبير الحالم تحمل دمية بين ذراعيها (اختلاف في الجيل).</p>	<p>اللوحة 7GF</p>
<p>تبعث إلى مشهد عدواني مفتوح بالمواجهة بين رجال راشدين ومراهق، تبعث إلى العدوان الجسدي الذي يمكن أن يعاش على مستوى الخصاء أو التهديم.</p>	<p>في المستوى الثاني رجل نائم، جلان منحنيان عليه بأداة (مشهد عملية جراحية). في المستوى الأول مراهق يدير ظهره للمشهد، بندقية (لا يوجد</p>	<p>اللوحة 8BM</p>

	اختلاف في الجنس ولكن يوجد اختلاف في الجيل).	
تبعث اللوحة إلى المنافسة الأنثوية في ظرف درامي. يدور الصراع حول المنافسة الأنثوية ويظهر ذلك في التشابه بين المرأتين، وتظهر إحداهما تراقب هروب الأخرى، ويمكن أن تدور المنافسة حول شخص ثالث (الرجل المحبوب).	في المستوى الأول فتاة شابة وراء شجرة تنظر إلى فتاة شابة تجري في المستوى الأدنى (لا يوجد اختلاف في الجنس ولا في الجيل).	اللوحة 9GF
تبعث اللوحة إلى التعبير الليبيدي على مستوى الزوجين.	زوجان متعانقان (لا يوجد اختلاف في الجيل، هناك غموض حول الاختلاف في الجنس).	اللوحة 10
تحمل اللوحة حركات نكوصية مهمة تحيي إشكالية قبل تناسلية (Prégénital)، هناك بعض العناصر أكثر بناء (جسر، طريق) تمكن من الصعود نحو مستوى أقل بدائية (إمكانية النكوص أو عدمه).	منظر فوضوي مبهم يصحبه تناقض شديد للظل والضوء (الجزء اليساري شكل تنين أو ثعبان).	اللوحة 11
تبعث اللوحة إلى الخبرات ما قبل التناسلية الجيدة.	غابة على حافة مجرى المياه، شجرة وقارب، نبات، وجود هيمنة الإضاءة في اللوحة.	اللوحة 12BG
تبعث اللوحة إلى القدرة على البقاء وحيدا في مكان شيء. ويمكن أن تحيي اللوحة الإحساس بالوحدة لدى الطفل المتروك من الأبوين.	ولد صغير جالس على عتبة كوخ ذو ألواح منفصلة عن بعضها.	اللوحة 13 B
تبعث اللوحة إلى التعبير عن الجنس والعدوانية بين الزوجين، ويمكن أن تحيي الهوامات المتعلقة بالموت وهي فقدان العنيف والمهدم.	امرأة نائمة، عارية الصدر وفي المستوى الول رجل يضع ذراعه على وجهه.	اللوحة 13MF

<p>تحيي اللوحة الإشكالية ما قبل التماسلية، محيط يسمح بإسقاط الموضوع الجيد والسيء (Projection du bon et du mauvais objet). تبعث اللوحة إلى النكوص واستحضار الهوامات المثيرة للخوف.</p>	<p>صورة سريرية لمنزل تحت الثلج أو قارب في العاصفة، الأشباح، الأمواج.</p>	<p>اللوحة 19</p>
<p>تبعث اللوحة إلى الطريقة التي ينظم بها الفرد أشياءه ومواضيعه المفضلة وإلى العلاقات التي يقيمها معها.</p>	<p>لوحة بيضاء.</p>	<p>اللوحة 16</p>

- البطاقات المقدمة للرجال:

19-16) المجموع 13 لوحة. 13MF-10-8BM-11-7BM-6BM-3BM-4-5BM-2-1

- البطاقات المقدمة للنساء:

16-19-13) المجموع 13 لوحة. 13MF-10-9GF-11-7GF-6GF-3GF-4-5BM-2-1

- البطاقات المقدمة للفتيان:

16-19-13) المجموع 14 لوحة. 12B-8BG-11-7BM-6BM-3BM-4-5BM-2-1

- البطاقات المقدمة للفتيات:

16-19-13) المجموع 14 لوحة. 12B-9BG-11-7GF-6GF-3GF-4-5BM-2-1

(عبد الرحمن سي موسى وخليفة محمود، 2008، ص 166، 169).

كما تحتوي كل بطاقة على بعدين هما البعد الظاهري وهو الشكل المرئي على سطح البطاقة وبعد كامن يعبر عن محتوى اللوحة فهو إيحائي يستخلص المفحوص من حاله وواقعه النفس الاخلي ويرمز إلى الإشكالية الأساسية للحالة النفسية.

بمعنى إن ترتيب اللوحة ثلاثة عشر وهي تقدم 13MF ولتوضيح المعنى تقدم على سبيل المثال اللوحة فهي اللوحة ذات الترتيب السابع وتقدم للفتيان والرجال إما اللوحات 7MB للرجال والنساء أما اللوحة المشتركة بين جميع الفئات في هذا الرائز هي (1-2-4-5-10-11-19-16). اللوحة رقم 16

هي اللوحة البيضاء تقدم في آخر الاختبار بحيث يطلب من المفحوص نسج قصة من خياله وسرد أحداثها على الورقة البيضاء وهذا له أكثر من دلالة في تحليل هذا الاختبار.

الهدف من تطبيق اختبار تفهم الموضوع:

ترى فيقا شنتوب أن اختبار TAT يمكن إجرائه لهدفين أساسيين هما:

- هدف البحث وذلك يعني إسهامات الفعالة في إثراء البحوث العلمية الإكلينيكية وذلك للبحث ونقص سيرورات التوظيف النفسي والاضطرابات النفسية النفسجسدية.
- أما الهدف الثاني وهو هدف تشخيص يساعد الباحث على وضع التشخيص اللازم والحقيقي لحالة المفحوص بحيث يقول سي موسى وبن خليفة عن فيقا شنتوب (في مثل هذه الحالات نلجأ إلى إجراء TAT وفي بعض الحالات عند اللزوم كشف جدي يضم على الأقل اختبارين إسقاطين "الروشاخ" واختيارا ثالثا لتقييم القدرات العقلية). كما تضيف في نفس الصدد.

أما في المجال العلمي يكفي إجراء اختبار TAT بمفرده أو أي اختبار آخر بحيث تأخذ الأهداف من وجهة أخرى مختلفة عن الهداف العادية التي تحتويها الواجهة الشخصية والعلاجية. (عبد الرحمن سي موسى وخليفة محمود، 2008، ص 173).

2.1.5. طريقة إجراء الاختبار:

ينبأ المفحوص من قبل الفاحص بإجراء هذا الاختبار ويشرح له بعض الخطوات في عجلة ويعطيه موعد إجراء هذه الحصة والساعة والمكان الذي يجري فيه اللقاء.

أما أثناء الاختبار يجلس الفاحص والمفحوص في وضع متقابل حول طاولة أو مكتب يضع الفاحص الأوراق على يمينه مرتبة حسب رقمها التسلسل في وضعية مقلوبة بحيث لا ترى صورها وفحواها وهذا بهدف عدم تشويش إدراك المفحوص.

• تعليمة الاختبار:

تقول شنتوب تكون التعليمة على الشكل التالي "تخيل قصة انطلاقا من اللوحة" وهي تعليمة تخص كل اللوحات عدا اللوحة 16.

وذلك يعني إننا نضع المفحوص في حالة صراعية من خلال وضعيتين متناقضتين وهما الذهاب بالخيال إلى نقطة لا نهائية هذا من جهة وذلك من خلال لفظ "تخيل" وهو فعل شبه أمري ومن وجه أخرى ربطه بالمحتوى الظاهري للوحة وذلك عند "طلب قصة من اللوحة".

أما البطاقة البيضاء لها تعليمة خاصة وهي كالتالي: "ماذا يمكن أن نتصور حول هذه البطاقة البيضاء". (فيصل عباس، 1990، ص 125).

بحيث يحث على الفاحص مراعاة ما يلي:

- **الوقت:** تسجل زمن الكمون وهو الوقت المستغرق منذ بداية تقديم اللوحة إلى بداية الرد + الوقت المستغرق لسرد القصة + الزمن الكلي لكل لوحة وذلك يفيدنا في مدى ستجابة المفحوص مع القصة.
- **أخذ المعلومات:** تمثل تسجيل الفاحص للمعلومات المستمدة من المفحوص وكل ما يواكبها من تغيرات جسدية- تحركات وإيماءات تساؤلات أثناء سرد القصة.
- **تدخلات الفاحص:** لكل الاختبارات النفسية على الفاحص أن يلتزم الحيادية وعدم التدخل أثناء الرد إلا للضرورة (عدم فهم التعليمة- أو يرى عدم السرد) وذلك لتدعيم تداعي المفحوص يجب أن تسود الحصة جو من الارتياح والطمأنينة والثقة المتبادلة وأن يتحكم الفاحص في ردود أفعاله سواء التعبيرية أو إظهار الانزعاج والشعور بالملل وإخلاء الجو من كل ما يعكر صفو المفحوص.

Présence déexamineur كما أن حضور الفاحص في القاعة.

Transfert et contre transfert قد تكون استجابات تحويلية وغير تحويلية بحيث يكون

الفاحص مندمجا كلياً مع السرد.

3.1.5. شبكة الفرز وتنقيط الاختبار:

ينقط الاختبار بالاعتماد على شبكة التنقيط أو الفرز لفيقا شنتوب بحيث يتم فرز وتنقيط محتوى القصة وأنتجاها في سلاسل عددها أربع سلاسل تمثل كل سلسلة مؤشرا دالا على السياقات الدفاعية التي تثيرها اللوحات وهذه السياقات المتمثلة فيما يلي:

1-A-1) - سياقات السلسلة:

تضم عناصر أساسية: Rigidité وهي سياقات الرقابة اللجوء إلى مصادر خارجية 1A.

= استثمار الواقع الداخلي A2

2-B-2) - سياقات السلسلة:

تضم بدورها عناصر أساسية وهي Labilité هي سياقات المرونة او الهراء

= استثمار العلاقات. B1

= التعبير بصفة درامية. B2

تحتويان على السياقات الدفاعية نوع عصابي أبرزها الكبت دلالة على وجود B و a المجموعتين صراعات داخلية ما بين أركان الجهاز النفسي وذلك يدل على إن استعمال الأنا لهذه الآليات يجعل هذا الجهاز متزن ويعيد عن الاضطرابات النفسية.

3-C-3) - سياقات السلسلة:

وهي سياقات تجنب الصراع وتحتوي هذه السلسلة على خمس سلاسل فرعية.

- سياقات الكف: تمثل سياقات فوبية تمتاز بالهروب وتجنب الصراع Cp سياقات.
- تمثل الإشكالية النرجسية Cm - سياقات نرجسية.
- كل السلوكات التي يبديها المفحوص أثناء سرد القصة. Cc - السياقات السلوكية.
- آليات نمطية هوسية مقاومة للاكتئاب. Cm - السياقات الهوسية.
- تتميز باستثمار المنبه كموضوع حقيقي وليس كمنبع للإثارة وتحريك. Cf - سياقات عملية وتحريك الهوامات الداخلية كما يتميز بغياب الاكتئاب.

4-E-4) - سياقات الرابعة:

وتمثل السياقات الولية تتميز بسيطرة الهوامات والتفكير الأولي فظهور الهوامات البدائية لا يفسر بوجود اضطرابات مرضية لكن الإفراط فيها قد تقودنا إلى وجود بنية ذهانية.

• تحليل النتائج: عندما نتحصل على البروتوكول علينا بإتباع عدة خطوات للتحليل وهي:

-تحليل اللوحات لوحة تلوى أخرى.

- التعرف على سياقات البحث لكل لوحة وذلك بوضع فقرات القصص بما يقابلها من سلاسل السياقات لشبكة الفرز (لشنتوب 1990).

• المقروئية: بعد تنقيط محتويات القصص بأي دور تحديد المقروئية لكل لوحة واستنتاج الفرضية التشخيصية للتنظيم النفسي كما تسمح لنا المقروئية التعرف على نوعية السياقات الدفاعية المستعملة لبناء القصة توجهنا المقروئية إلى جوانب عديدة مثل هل هناك وجود اتصال بين الفرد بينه وبين عالمه الداخلي كما توضح لنا المقروئية التواصل والاتصال بين الفرد والآخرين وتذكر فيقا شنتوب أن هناك ثلاث مستويات للمقروئية:

- **Lisibilité المقروئية الموجبة +:**

وعوامل متدرجة على صدى هوامي AL-BI تشمل تلك السياقات المرنة المتنوعة لوجود عوامل كما يتميز بوجود نوع من الصلابة التي تساعد على البناء الجيد للقصة وارصانها.

- **Lisibilité المقروئية المتفاوتة +-:**

التي تتميز بوجود تدهور في بناء القصة او المحتوى A2-B2-C2 تتميز بهيمنة وسيطرة عوامل وذلك نتيجة وجود اضطراب وتدهور سير الفكر وذلك يسمح لنا بمعرفة الدفاعات المستعملة ونوع التوظيف النفسي.

- **Lisibilité المقروئية السالبة -:**

طغيان هذه السياقات الأولية يهدد تناسق القصة E-C تهيمن عليها عوامل أما الفرضية المتعلقة بالتنظيم البنيوي يؤخذ فيها بعين الاعتبار طبيعة الصراع وطبيعة القلق، العلاقة بالموضوع، مراحل التثبيت، والسياقات الدفاعية المهيمنة بحيث نجد:

متعلقة بالصراع الهجاسي. A السياقات

متعلقة بالهستيريا. B- السياقات

متعلقة بالحالات الحدية. C- السياقات

متعلقة بالذهانات. E- السياقات

• الإشكالية: تهتم الإشكالية بنوعية ارضان المواضيع.

- **تحديد الإشكالية:** أما الإشكالية فهي تكمن المحتوى الباطني الذي ترسي إليه كل لوحة بعد كل هذه الخطوات تتوصل إلى استنباط إشكالية البروتوكول لمجموع اللوحات وذلك بالتركيز على السياقات الدفاعية. كون إننا في هذه الدراسة نبحث عن الميكانيزمات الناجعة لصد الجسدنة الذي يهتم بدور الأنا ووظائفه ودفاعاته الواعية واللاواعية في صد الأخطار المحدقة بتوازن الجهاز النفسي وفي صد الأمراض ذات المنشأ النفسي.

- صعوبة البحث:

من أبرز العراقيل التي تعرضا لها هو ضيق الوقت حيث لم نبدأ بالجانب التطبيقي إلا بعد ما تبقى شهر لوضع المذكرة وهذا لم يكن كافيا لإيجاد العينة، حيث أن أفراد العينة اخترناهم على مدى الشهر ولم يكن في يوم واحد والمواعيد كانت مختلفة لم تحدد في يوم واحد كل مبحوث حدد اليوم المناسب له إضافة إلى تباعد مواعدهم مع الطبيعة السيكاترية جعلهم في عجز للعودة مرة أخرى قبل مواعدهم لظروف عمل والمسؤوليات، عدم توفر اختبار في المؤسسات أما المؤسسات المتوفرة فيها كان يستلزم وقت لوضع الطلب تم قبوله من طرف الجهات المعنية ثم الحصول عليه يكون ليوم واحد أو يومين ونحن كما قلنا سابقا لم تكن المواعيد منتظمة في يوم واحد رغم كل ذلك هناك مبحوثين التزموا بالموعد وطبقنا الاختبار بعد عناء طويل إلا أننا واجهتنا متاعب أخرى حيث أن المكان لم يكن مناسب لتطبيق الاختبار بسبب اكتضاض والازعاج رغم تنبيهنا للمسؤولين بعدم الازعاج أثناء الحصة إلا أن المرضي المتوافدين إلى ذلك المركز يقاطعون الجلسة كل الوقت (هذا يسأل عن أخصائي، هذا يسأل عن المواعيد....).

وكل ذلك جعل النتائج غير دقيقة بسبب تشتت انتباه المبحوث وهذا ما جعلنا نتخلى عن الجانب التطبيقي حيث أنه لا يمكن الاعتماد على نتائجه وطبعا الوقت لم يسمح لنا بإعادة الحصص.

دون أن ننسى جائحة كورونا التي منعتنا من ممارسة الجانب التطبيقي بأريحية رغم ذلك تحملت كل المسؤولية وتقدمت بطلب مصادق عليه من البلدية بتحمل المسؤولية في حالة ما إذا أصيبت بالمرض.

خلاصة:

يمثل المنهج الأساس الذي تبنى عليه البحوث العلمية فهو يسمح ببناء تصور واضح للعمل الذي يقوم به الباحث.

استندنا إلى المنهج العيادي الذي يعد ملائماً لمثل هذه الأنواع من البحوث.

ولجمع البيانات لجأنا إلى المقابلة العيادية التي تعطي المبحوث الفرصة للتعبير بحرية أكبر. ثم اختبار تفهم الموضوع T.A.T الذي يسمح للفرد بإسقاط صراعاته وخبراته.

خاتمة عامة

يعتبر الإدمان كحل السلوكيات الإدمانية لها علاقة بالفشل في إرضان تقمصات مستقرة وإرضان الانفصال عن المواضيع الأولى ضمن عمل حداد وتكرار تلك التجربة يهدف إلى ملأ الإحساس بالفراغ الذي يعيشه المدمن.

ما يدفعه إلى السقوط في هاوية الاضطرابات الذهانية والانفصال عن الواقع والتفوق للانفراد بنفسه مع عالمه الخاص.

انتقينا الفصام من بين الاضطرابات الذهانية لكونه الكثر تعقيدا وخطورة حيث أن الفصام يحدث نتيجة تفاعل من الأعراض العصبية والمزاجية وتتعدد مسببات حدوثه التي تشمل عوامل بيولوجية ونفسية واستعداداته الشخصية.

قائمة المراجع

• الكتب:

باللغة العربية:

1. بن عبد الله محمد (2010)، سيكوباتولوجيا الشخصية المغربية، ب. ط، دوان المطبوعات الجامعية الجزائرية، الجزائر.
2. بول روزن (1995)، الحريم الفرويدي، ترجمة ديب، دار كنعان للدراسات وتسيير، سوريا.
3. حسين فايد (2004)، علم النفس المرضي (السيكوباتولوجي)، ط3، علم الكتب، عمان، الأردن.
4. رشيد حميد زغير (2010)، الصحة النفسية والمرض النفسي والعقلي، ط1، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان الأردن.
5. سامي محمد ملحم (2004)، علم النفس النمو دورة حياة الإنسان، دار الفكر، ط1، عمان، الأردن.
6. سي موسى عبد الرحمن وخليفة محمود (2008)، علم النفس المرضي التحليلي الإسقاطي، ديوان المطبوعات الجامعية، الطبعة الثانية، جامعة الجزائر.
7. شلدونكاشدان، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة، محمد عثمانى نجاني ()، علم النفس الشواذ، د ط، مكتبة أصول علم النفس الحديث، دار الشروق، بيروت.
8. صالح حسن الداھري (2008)، آليات التوافق النفسي واضطرابات السلوكية والانفعالية، ب ط، دار الصفاء للنشر والتوزيع عمان.
9. صالح حسن الداھري (2008)، علم النفس، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان الأردن.
10. صبرة محمد علي، أشرف محمد عبد الغني (2005)، الصحة النفسية (بين النظرية والتطبيق) دار المعرفة، الأزاريطة.
11. عبد الإله بن عبد الله المشرف، رياض بن علي الجوادي (2011)، المخدرات والمؤثرات العقلية، أسباب التعاطي وأساليب المواجهة، ط1، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، السعودية.
12. عبد الحميد محمد الشاذلي (2001)، الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، المكتبة الجامعية، ط2، الإسكندرية، مصر.
13. عبد الرحمن، محمد السيد (2001)، نظريات النمو علم نفس النمو المتقدم، ط1، مكتبة الزهراء الشرق، القاهرة.

14. عبد اللطيف حسين فرج (2009)، الاضطرابات النفسية (الخوف، القلق، التوتر، الأمراض النفسية للأطفال)، ب ط، دار حامد عمان الأردن.
15. عجاج سيد أحمد (2002)، علم نفس النمو، د ط، مركز التسمية أسرية.
16. عواطف محمود ياسين (1986)، علم النفس العيادي، ط2، دار الملايين، بيروت، لبنان.
17. فرج عبد القادر طه (2000)، أصول علم النفس الحديث، ب ط، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
18. فرويد سيموند (1997)، قلق في الحضارة، ترجمة طرابيشي، دار الطليعة، بيروت.
19. فيصل محمد خير الزراد (1983)، الأمراض العقلية (الذهان الوظيفي العضوي)، ط1، دار التعلم، بيروت.
20. لطفي شريني (2003)، الطب النفسي ومشكلات الحياة، ط1، النهضة العربية، بيروت لبنان.
21. مجدي أحمد محمد عبد الله (2006)، علم النفس المرضي دراسة في الشخصية بين السواء والاضطراب)، ب ط، دار المعرفة، الجامعية الأزاريطة.
22. محمد جاسم العبيدي (2009)، علم النفس الإكلينيكي، ط1، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
23. محمد حمدي الحجازي (1998)، مدخل إلى علم النفس المرضي، ط1، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت لبنان.
24. مدحت عبد الحميد أبو زيد (2003)، العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية (برتوكولات علاجية ودراسات تدخلية)، ط1، دار المعرفة الجامعية، الأزاريطة.
25. مروان أبو حويج، عصام الصفدي (2009)، أساسيات القياس في العلوم السلوكية، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان الأردن.
26. مروان أبو حويج، عصام الصفدي (2009)، مدخل إلى الصحة النفسية، ط1، دار الميسر للنشر والتوزيع والطباعة عمان أردن.
27. مصطفى عشوي (2003)، مدخل إلى علم النفس المعاصر، ط2، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.

28. Apa (2005) DSMUTR traduction française, masson, paris.
29. Bergeret jean (1990), la toxicomanie paraniles autres odifjacob, paris.
30. Bergeret jean, sain. m (1981), le psychanalyse à l'école de la toxicomanie, dunod, paris.
31. Bergert jean (1982), Toxecomanie et personatifpu8, paris 4 ed.
32. Corcos M.gammet ph et all (2002), Alerciethgmie et dépendance à l'alcool, pnn.med interne, vol 153 n° 3.
33. Frédéric milland (2009), le passage à lacte aspecte cliniques et psycho dynamiques Masson 2^{eme} édition, paris.
34. Frenanadez, coteul (2005), clinique des addictions asmand colin, paris.
35. GuglaineBench (2014), les jeunes et l'alcool, Aunod, paris.
36. Henriey, B, bernad et les autres (1970), Manuel de psychiatre édition Masson, paris.
37. Hogue, Cogler (1991), Adolescence et suicide, pu8, paris.
38. Jacquessédar (2009), Addiction à la psychanalyse, la sevu lacanienne, paris.
39. Janine pages- Besthies (1993), psychanalgse et toxicomanie, revu toxisase n°2 paris.
40. Marcellidaniel, BRACONNIES Alain, (2011), Adolescence et psychologie, masson, paris.
41. Mascelli Daniel (2004), Adolescence et psychopathology Masson, Paris.
42. Maslynherie, Tim Godden, Joanne shenseld colleen Kelly (2010) la toxicomanie guide d'insormation, camh, canada.

43. Porok. A (1995), Manuel alphabétique de psychiatrie clinique et thérapeutiques, PU8, Paris.
44. Sandorrado (1975) la psychanalyse des pharmacothymies in Revue française de psychanalyse, vol 39 N°4, 603-618.
45. Tellespriscilla (2008), Medication non doctores un schizophrénia in partial sulsillement of the sequilemente the university of Arizona.
46. Viga Shentoub (1990), Manuel d'utilisation du T.A.T.

المجلات العربية:

47. ابن عشي سعيدة (2013)، العوامل النفسية المؤدية بالشباب إلى تعاطي المخدرات (دراسة حالة مدمن حشيش).
48. بن خليفة محمود (2007)، علم النفس المرضي والتقنيات الإسقاطية أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة الجزائر.
49. جمعة سي يوسف (1994)، سيكولوجية اللغة والمرض العقلي، مجلة عالم المعرفة، العدد 1923.
50. جودة نبيل (2008)، اتجاهات الوالدية لدى مرض الفصام، رسالة ماجستير في الصحة العقلية جامعة غزة إسلامية فلسطين.
51. حفيزة قاسم، زعطوط رمضان (2020)، الاضطرابات النفس عصبية وعلاقتها بالاستبصار المعرفي وقلق المستقبل والتدين لدى الطلبة المدمنين على النيكوتين، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر.
- رسائل ماجستير ودكتوراه:
52. زياد قطب (2000)، سيرورة التأثير في الدماغ المصابين بالفصام، العدد (أفريل، ماي)، 12.
53. عند سمير (2018)، نوعية التقمصات لدى المراهق المدني "الإدمان على المخدرات نموذجاً" أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي جامعة محمد خيضر المسيلة، الجزائر.
54. عنو عزيزة (2008)، التنظيم العقلي عند الراشدين المدمنين على المخدرات، مجلة البحوث العربية والدراسات العلمية، ت، ب، ع، 2، الجزائر.
55. عنو عزيزة (2008)، المعاش النفسي عند الراشدين المدمنين على المخدرات، جامعة الإخوة منتوري، قسنطينة، الجزائر.

56. فارس بن الشيخ (2001، 19 ديسمبر)، التيارات المفسرة للأمراض العقلية، مجلة الطب العقلي المضاد l'antipsychiatre.
57. فتيحة فضلي (2021)، دراسات عن الفصام في مرحلة المراهقة على ضوء اختيار الروشاخ وتفهم الموضوع T.A.T.
58. قاسم حسين صالح (15 أوت 2007)، الفصام مجلة الحوار المستمدن، المحور الفلسفة، علم النفس، علم الاجتماع.
59. قماز فريدة (2009)، عوامل الخطر والوقاية من تعاطي الشباب للمخدرات، رسالة ماجستير جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر.
60. لابلاشويونتالي (1989-2009)، ترجمة مصطفى حجازي معجم مصطلحات التحليل النفسي، القاهرة.
61. ليلى شربي أبيلا (2013)، الميكانيزمات الدفاعية وتقديم الحياة الذاتية عند المدمنين، رسالة ماجستير غير منشورة جامعة الجزائر.
62. محسن عون عوض يوسف (2012)، سيكولوجية تعاطي المخدرات وإدمانها لدى الفتاة الجامعية، دراسة حالة جامعة القدس المفتوحة، فلسطين (الصفة الغربية).
63. ميلوح خليدة (2014)، مدى فعالية تقنيات الفحص العيادي الإسقاطية والموضوعية في تشخيص الفصام في المجتمع الجزائري (دراسة مقارنة)، أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر.
64. يحي الرخاوي (2012، 03 جويلية)، كيف الفصام، دوان ، ينقسم 5 (1768)، 1، 6.
65. يوفلتيوخمس (2008)، اضطرابات اللغة لدى الفصامي، مجلة العربية للطب النفسي، اتحاد الأطباء النفساني العرب 19 (2)، الأردن.
- الأطروحات باللغة الفرنسية:
66. Abdréanne L.F (2008), à la recherche d'un endophénotype de la schizophrénie (étude des processus mnésique chez les individus these doctorat présente l'universitela val québec.

67. Le vogelnaved (2009) : Approche différentielle du contrôle cogntif dans les schizo/hreniethése doctorat psychologie universite senne.

منشورات باللغة الإنجليزية:

68. Vnderstandingschizophrenia the big picture (ND) chapitre 1.

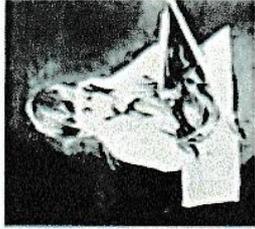
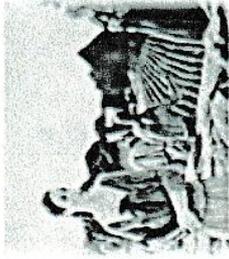
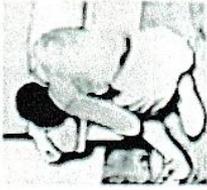
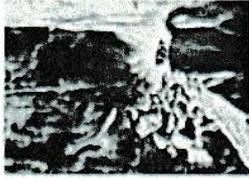
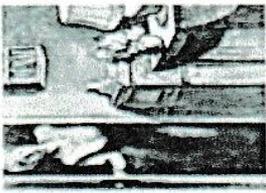
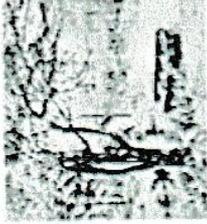
مواقع الانترنت:

69. <http://www.yourdoctor.net.com/arabic> 02.02.02 htm.

70. <http://repli.net/schizophrenie/prendre-soin-soignante>.

الملاحق

ملحق رقم 01: لوحات رئيس تفاهم الموضوع المستخدمة في البحث

	1		6BM		13B
	2		8BM		13MF
	3BM		10		19
	4		11		16
	5		12BG		

ملحق رقم 02: محتوى الظاهر والكامن للوحات رائز تفاهم الموضوع المستخدمة في البحث

اللوحة 1:

المحتوى الظاهر: طفل يضع رأسه بين يديه، ويشاهد آلة الكمان موضوع أمامه.
المحتوى الكامن: ترجع اللوحة إلى تقمص شخصية شاب في حالة عدم نضج وظيفي في مواجهة شيء يعتبر كموضوع خاص بالراشد، ترمي إلى عدم القدرة الحالية المرتبطة بقلق الخصاء الذي ينظم الصورة، مع مآلات مختلفة تبعا لنوعية الحركات التقمصية.

اللوحة 2:

المحتوى الظاهر: مشهد يتكون من ثلاث اشخاص، في الصف الأول شابة تحمل كتب، في الصف الثاني رجل مع حصان، امرأة متكئة على شجرة، الفرق بين الأجيال والجنس واضح في الصورة.
المحتوى الكامن: ترجع اللوحة إلى الثلاثية الأوديبية، أب، أم وبنات، قادرة على احياء الصراع الأوديبى من جديد.

اللوحة 3BM:

المحتوى الظاهر: شخص ذو جنس وسن غير محدد، مسترخي على الأرض يضع رأسه على مقعد.
المحتوى الكامن: ترجع إشكالية اللوحة إلى الوضعية الاكتئابية وإشكالية ضياع الموضوع، تترجمها وضعية وهينة الشخص.

اللوحة 4:

المحتوى الظاهر: امرأة قريب رجل يدور عنها بظهره، الفرق بين الجنس واضح، ولا يوجد فرق في الأجيال.
المحتوى الكامن: ترجع اللوحة إلى صراع نزوي في علاقة بين زوجين، ضمن قطبي العدوانية والليبيدية، أو بين الحب والكراهية.

اللوحة 5:

المحتوى الظاهر: امرأة في سن متوسط، يدها على مقبض الباب، تنتظر داخل غرفة.
المحتوى الكامن: ترجع اللوحة إلى الصورة الأنثوية الأمومية.

اللوحة 6BM:

المحتوى الظاهر: في الصف الأول رجل، وفي الخلف امرأة كبيرة السن تنتظر في اتجاه آخر، الاختلاف في الأجيال والجنس واضح.

المحتوى الكامن: ترجع اللوحة إلى التقارب أم - ابن في محتوى مضطرب، الفرق في الأجيال يرمي إلى الممنوع في التقارب الأوديبى، ويزيد حدة مادام الشخصين غير متقابلين.

اللوحة 8BM:

المحتوى الظاهر: في المستوى الأول رجل وحيد، يدير ظهره، وفي المستوى الثاني من الصورة رجل مستلقي ورجلين منحنيين عليه، أحدهما يمسك أداة تجرح، ليس هناك فرق في الجنس والأجيال.

