

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة أحمد دراية . أدرار
كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية و العلوم الإسلامية
قسم العلوم الاجتماعية



عنوان المذكرة

الكشف عن أداء الذاكرة الأوتوبيوغرافية
لدى الفصامي المراهق المتمدرس
- دراسة ميدانية لحالة عياوية بمركز الوسيط للمرضى لولاية لورار

مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر في علم النفس
تخصص: علم النفس المدرسي

إشراف الأستاذة :
دحمان مامة

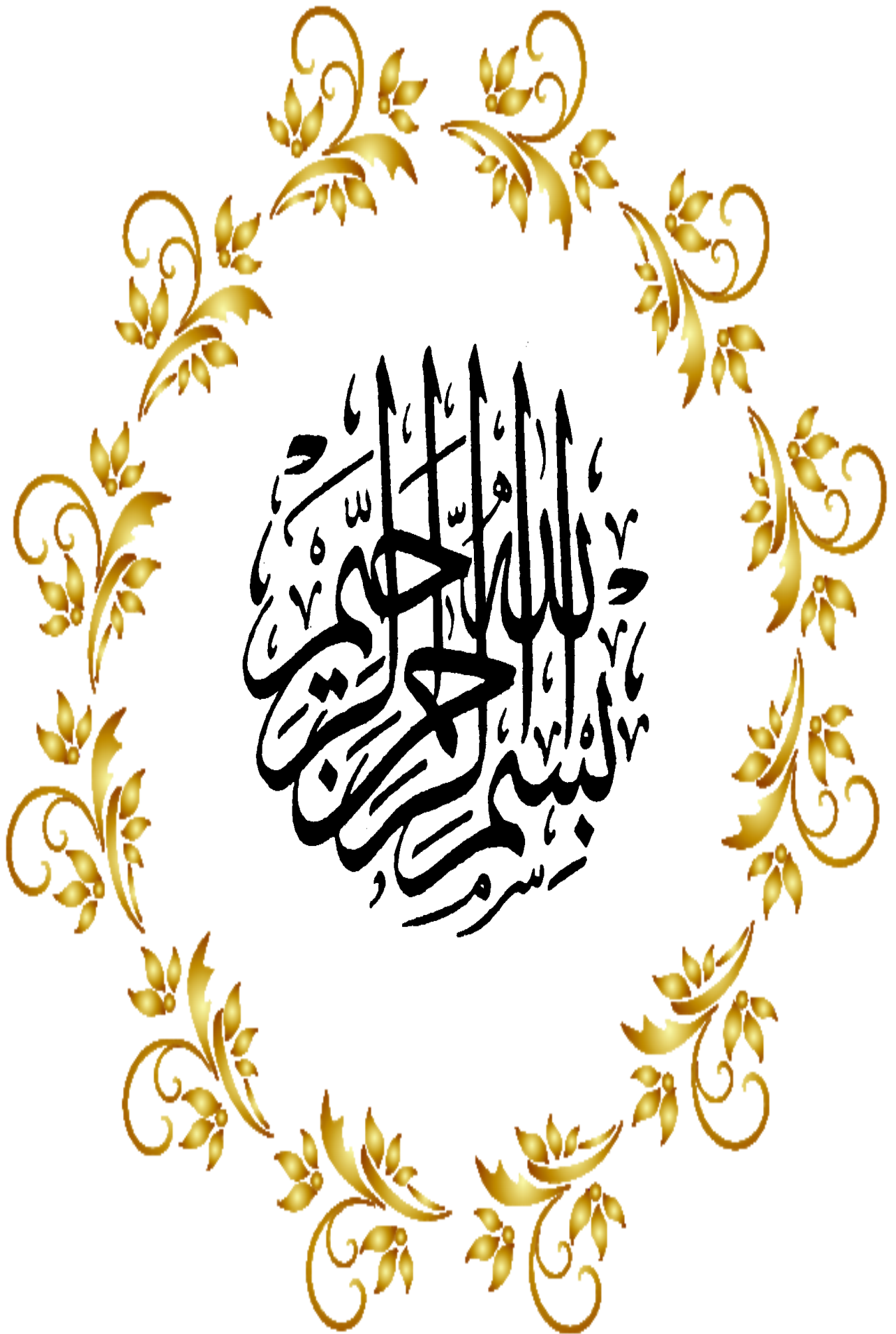
اعداد الطالبة :
زارة نور الهدى

لجنة لمناقشة:

رئيسا ومقررا	الأستاذة ابليلة رقية
مناقشا وممتحنا	الأستاذ بنضورة عبد المالك
مشرفا	الدكتورة دحمان مامة

الموسم الجامعي 2017/2018

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



شكر و عرفان

الحمد لله الذي أنار لنا درب العلم و المعرفة وأعاننا على أداء هذا الواجب ووقفنا إلى انجاز هذا العمل .نتوجه بجزيل الشكر والامتنان إلى كل من ساعدنا من قريب أو من بعيد على انجاز هذا العمل وفي تذليل ما واجهناه من صعوبات ،ونخص بالذكر الأستاذة الدكتورة المشرفة مامة دحماني التي لم تبخل علينا بتوجيهاتها و نصائحها القيمة التي كانت عوناً لي في إتمام هذه الدراسة ولا يفوتني أن أتقدم بالشكر للأستاذ باندورا والأستاذ يسلي فريد و الأخصائية النفسانية زكية بخبو والطبيبة السيكاتري بروان والممرض مصطفى والشكر موصول إلى كل من ساعدني ولو بكلمة تشجيعية .

إهداء

إلى كل طالب علم في وطننا الحبيب.....

إلى كل من كابد المشقة لبلوغ القمم.....

إلى كل من سهر الليالي لبلوغ الأعلي.....

أهدي ثمرة جهدي

ملخص الدراسة:

تناولت هذه الدراسة موضوع الكشف على أداء الذاكرة الأوتوبيوغرافية لدى الفصامي المراهق المتمدرس واعتمدت في ذلك على كل من أبحاث tulving Endel وconway في تفسير الذاكرة الأوتوبيوغرافية و مكوناتها ،وكذلك مساهمة pascalle وbiolino واعتمدت في تشخيص الحالة الفصامية على معايير تشخيصية للجمعية الأمريكية للطب العقلي DSM4،وقمت بتطبيق الاختبار الإسقاطي رورشاخ الذي أسفرت نتائجه على أن الحالة المطبق عليها موضوع الدراسة ذهانية. وفي محاولتي البحثية انطلقت من التساؤل التالي :

كيف يكون أداء الذاكرة الأوتوبيوغرافية لدى الفصامي المراهق المتمدرس ؟ وعليه قمت بوضع فرضية أساسية تمثلت فيما يلي :

*إن الحالات المصابة بالفصام يسجلون عجز في استرجاع الذكريات الأوتوبيوغرافية الخاصة .

وللتحقق من صحة الفرضية اعتمدت على منهج دراسة الحالة الذي يركز على الملاحظة والمقابلة العيادية ،وتاريخ الحالة ،وإجراء اختبار ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية ،وطبقت الاختبار الإسقاطي الرورشاخ .تم تطبيق هذه الأدوات على حالة واحدة أنثى مصابة بالفصام البرانويدي حيث تبلغ من العمر 21 سنة ،وقد أسفرت الدراسة على مجموعة من النتائج تمثلت فيما يلي :

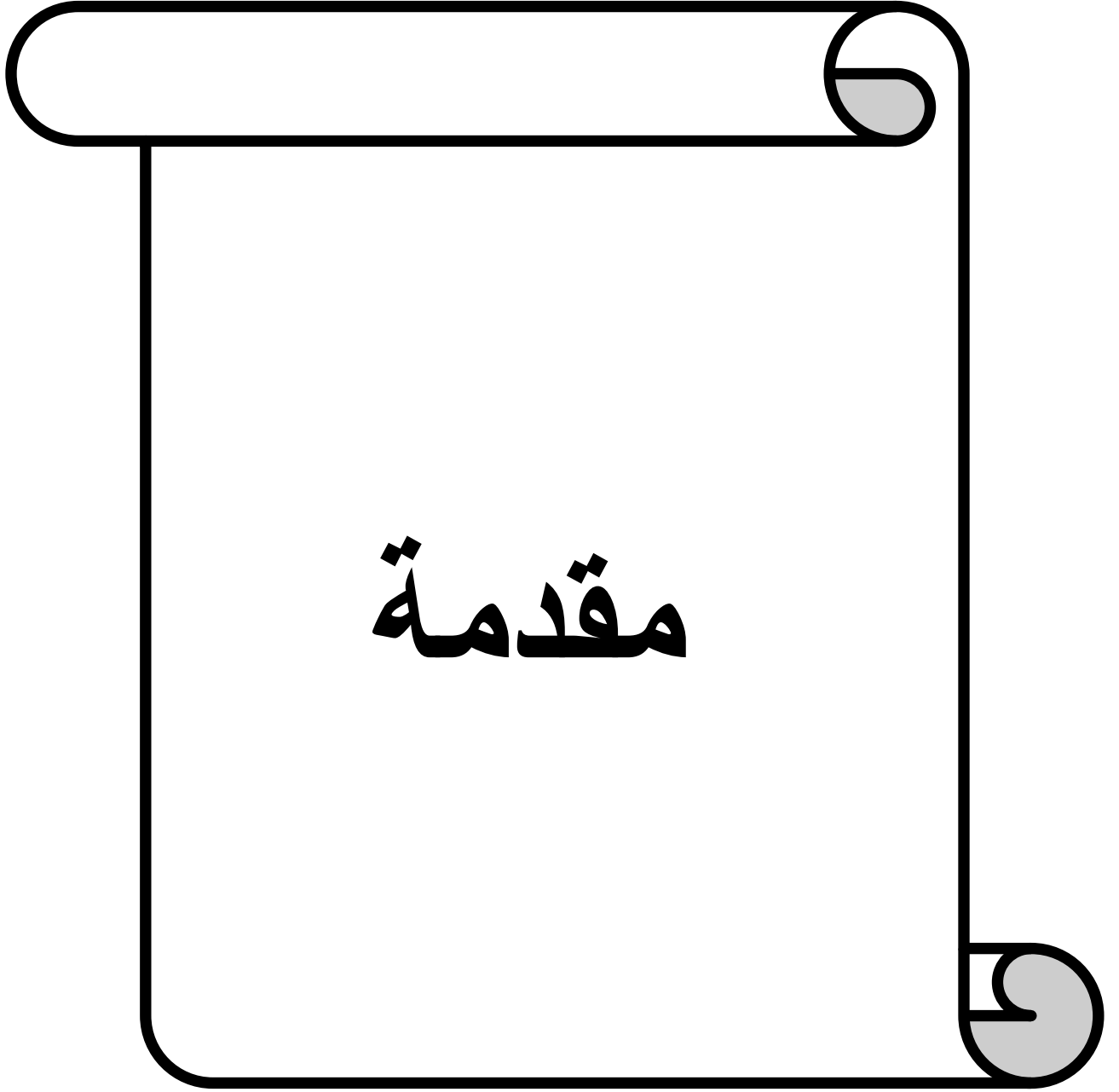
*أن هناك عجز في ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية عند الحالات المصابة بالفصام البرانويدي بمعنى أن الحالات الفصامية تسجل عجز في استرجاع الذكريات الخاصة في كل المراحل العمرية:(الطفولة ،المراهقة،خلال 20سنة،12 شهر الأخيرة). ولقد تم تفسير هذه النتائج و مناقشتها انطلاقا من فرضية البحث ومن الدراسة الميدانية ،و في ضوء التراث السيكولوجي المقدم ،وبعض الدراسات السابقة حول نفس الموضوع.

الفهرس	
الصفحة	الموضوع
أ	الإهداء
ب	الشكر و العرفان
ج	قائمة الجداول
د	قائمة الأشكال
1	مقدمة
الباب الأول : الجانب النظري	
الفصل الأول : الإطار العام للدراسة	
04	1-الإشكالية الدراسة
05	2-الفرضيات الدراسة
05	3-أهمية الدراسة
05	4-دواعي اختيار الموضوع
05	5-أهداف الدراسة
06	6- الدراسات السابقة
08	7- التعريف الإجرائي لمصطلحات الدراسة
الفصل الثاني :الفصام	
11	تمهيد
11	1- ننبذة تاريخية حول مصطلح الفصام
13	2- تعريف الفصام
14	3- مقاربات النظرية للفصام
17	4- إنتشار الفصام
19	5- أعراض الفصام
21	6- أنواع اضطراب الفصام

	(7)- المراحل التطورية للفصام
26	(8)- الشخصية الفصاموية
27	(9)- تشخيص الفصام
29	(10)- علاج الفصام
31	(11)- مآل الفصام
	خلاصة
الفصل الثالث: الذاكرة الأوتوبيوغرافية:	
	أ- الذاكرة
34	تمهيد:
34	(1)- تعريف الذاكرة
37	(2)- صور التذكو
39	(3)- أنواع الذاكرة
40	(4)-المظاهر الأساسية للذاكرة
42	(5)-النظريات المفسرة للذاكرة
47	(6)-الوسائل التي تساعد على تنشيط الذاكرة
	ب-الذاكرة الأوتوبيوغرافية
	تمهيد
48	(1)-المقارنة التاريخية للذاكرة الأوتوبيوغرافية
49	(2)-تعريف الذاكرة الأوتوبيوغرافية
52	(3)-تقنيات البحث في الذاكرة الأوتوبيوغرافية
54	(4)-نماذج الذاكرة الأوتوبيوغرافية
57	(5)-الذاكرة الأوتوبيوغرافية والفصام
58	خلاصة
الفصل الرابع:المراهقة	
60	تمهيد

60	(1)-تعريف المراهقة
64	(2)-مميزات المراهقة
65	(3)-مراحل المراهقة
66	(4)-الاتجاهات الرئيسية في تفسير المراهقة
69	(5)-مظاهر النمو في مرحلة المراهقة
74	(6)-التغيرات الرئيسية في مرحلة المراهقة
75	(7)-المشكلات النمو في النمو
80	خلاصة
الباب الثاني: الجانب التطبيقي	
فصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة	
82	تمهيد:
82	(1)- الدراسة الاستطلاعية
83	1/- حدود الدراسة
83	*المجال المكاني
83	* المجال الزماني
84	2/- المنهج
85	3/- أدوات الدراسة
85	(2)- الدراسة الأساسية
85	1/- حدود الدراسة
85	2/- المنهج
85	3/- أدوات الدراسة
89	خلاصة:
91	الفصل السادس: عرض حالات الدراسة وتحليل ومناقشة النتائج.
127	الخاتمة : التوصيات :

128	الاقتراحات :
130	المراجع :
137	الملاحق:



مقدمة

مقدمة :

يعتبر Eugene Bleuler أول باحث أدخل كلمة الفصام ،بعده جاءت العديد من الأبحاث حول الفصام والتي بقيت نتائجها متناقضة أحيانا و متفقة أحيانا أخرى ،بسبب ظهور هذا الفصام و ميكانيزماته حتى الآن يبقى تعريف هذا الإضطراب ليس دقيقا بالمقارنة مع الاختلافات الموجودة بين مدارس الطب العقلي و النفسي ،هذا التناذر المرضي يضم مجموعة من الأعراض العيادية و التي تتمحور حول ثلاث جوانب كبيرة ،تفكك الحياة النفسية مع اضطراب في التفكير ،اضطرابات في العاطفة و الوجدان ،و اضطراب في السلوك ،هذان بارانويدي مبهم ،متغير و غير منظم ،وتوحد يتميز بانقطاع للحياة الذهنية للمريض مع العالم الخارجي وخلق عالم داخلي يستثمر فيه طاقته الليبيدية و خاص به.

إن المفاهيم المقدمة اليوم حول عوامل الفصام هي متعددة و متنوعة ،منها معطيات نفسية ،عصبية ،تطورية ،بيئية .

خلال السنوات الماضية ،تقييم اضطرابات الذاكرة كون إحدى الأعمال الرئيسية لعلم النفس العصبي الإكلينيكي مع العلم أن اضطرابات الذاكرة تحتل مكانة واضحة في الجدول العيادي المعرفي للاضطرابات العقلية بصفة عامة و الفصام بصفة خاصة. إن الهدف من هذه الدراسة هو تقييم هذا القصور في الحالات المرضية المدروسة . ولإحاطة بكل جوانب هذا الموضوع ،اشتملت الدراسة على ستة فصول ،عرضنا في الفصل الأول منها مدخلا إلى الدراسة تطرقنا فيه إلى تحديد الإشكالية و عرض الفروض ،ثم إبراز الأهداف و الأهمية ،ثم وضعنا التعريفات الإجرائية المستعملة في هذا العمل ،وعرضنا بعض الدراسات السابقة حول نفس الموضوع .

وجاء الفصل الثاني ليشمل بالدراسة متغير الفصام ،فعرضنا فيه نبذة تاريخية لتطور هذا المفهوم ،ثم تطرقنا إلى التعريف به و ابراز مدى حدوثه و انتشاره ،ثم ذكر الأسباب و العوامل المؤدية إلى ظهوره ،ثم عرض الجدول العيادي لهذا الإضطراب و أهم أشكاله ،ثم

بيننا تشخيصه حسب DSM4 وتطور مآله وفي الأخير عرضنا مجموعة من الوسائل العلاجية.

وأختص الفصل الثالث للذاكرة الأوتوبيوغرافية وعرضنا فيه تعاريف الذاكرة وأهم صور التذكر و المظاهر الأساسية للذاكرة و النظريات المفسرة لها ،ثم تطرقنا إلى الذاكرة الأوتوبيوغرافية ودرست المقاربة التاريخية لها ،وتعريفها،ونماذج وتقنيات البحث في الذاكرة الأوتوبيوغرافية ،وأخيرا تطرقنا إلى الذاكرة الأوتوبيوغرافية والفصام.

أما الفصل الخامس ،فقد اختص بالمنهجية و إجراءات الدراسة ،فتطرقنا فيه إلى الهدف من الدراسة الاستطلاعية وذكر ميدان البحث و مدته وكيفية اختبار الحالة موضوع الدراسة ،وأهم الأدوات المستخدمة و النتائج الخاصة بهذه الدراسة .

أما الفصل السادس عرضنا فيه نتائج الدراسة و مناقشتها من خلال تقديم الحالة السيكولوجية و محاولة مناقشة النتائج المتوصل إليها على ضوء التراث الأدبي السيكولوجي المتوفر لدينا ،وكذلك الميدان وبعض الدراسات السابقة حول نفس موضوع الدراسة.

وأنهيت هذا العمل البحثي بخاتمة وتقديم مجموعة من التوصيات التي يمكن الرجوع إليها أي باحث مهتم بموضوع الدراسة و يريد التعمق فيه.

الفصل الأول : الإطار العام للدراسة

- (1)- إشكالية الدراسة
- (2)- فرضيات الدراسة
- (3)- دواعي اختيار موضوع الدراسة
- (4)- أهمية الدراسة
- (5)- أهداف الدراسة
- (6)- الدراسات السابقة
- (7)- التحديد الإجرائي لمصطلحات الدراسة

إشكالية الدراسة:

إن الفصام هو من أكثر الاضطرابات العقلية تعقيدا للشخصية وهو يضم مجموعة من الاضطرابات النفسية يسودها انفصام وتفكك في الشخصية كلها وفقدان للترابط والاتساق بين الأفكار، إضافة إلى الإحساس بالذات وعلاقتها بالمحيط الخارجي، وظهور هلاوس وهذيانات متنوعة هذا النوع من الاضطرابات الذهنية الوظيفية المزمنة يدعو للاهتمام بالنواتج النوروسيكولوجية والارتباطات المعرفية المرافقة له، مع العلم أن البحث في الوظائف المعرفية للفصام يبدو حديثا نسبيا، وان كان تركيزها في الوهلة الأولى على اكتشاف اضطرابات واللغة، ثم توجيه الباحثون بعد ذلك إلى دراسة الذاكرة واضطراباتها بصفة عامة، ثم أثارت ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية اهتمام بعض النفسين بصفة خاصة، حيث اعتبرها العلماء بأنها تمثل عنصرا مهما ومسيطر على الجدول العيادي المعرفي لمرض الفصام، فهي مهمة بالنسبة لحياة المريض، ففي طريقها يقوم باستذكار مختلف المعارف التي اكتسبها خلال مراحل حياته، وهي احدث شخصية خاصة والتي من خلالها يحاول الفصامي الربط بين الماضي والحاضر والمستقبل ويجد لنفسه إطار زمكانيا محددًا يساعده على معرفة ذاته وتحديد هويته الشخصية وعلاقته مع محيطه الخارجي والمواضع والأشخاص والمدرسة، لكن توجد هناك اضطرابات مصاحبة أساسية، أهمها على مستوى الوعي والشخصية هذه الجوانب لا يمكن أن نغفلها و نستدعي أن نأخذها بعين الاعتبار لأنه يمكنها أن تؤدي إلى فقدان وضياح عميق للهوية الشخصية لدى الفصامين لاسيما في مرحلة المراهقة التي يعد من اخطر المراحل التي يمر بها الإنسان ضمن أطواره المختلفة والتي تمتاز بتغيرات جسمية وعقلية وانفعالية واجتماعية سريعة تأثر على سلوك المراهق وعلى علاقته مع الآخرين .

هذا الغموض في تحديد هذا المفهوم من الناحية المنهجية، ساعد على إجراء بحوث مكثفة للمكانزمات الباتوفسيولوجية في الفصام من خلال التقسيم الدقيق لهذه الجوانب

ومن خلال هذا الطرح وتأسيسا على ما سبق نطرح التساؤل التالي: كيف يكون أداء الذاكرة الأوتوبيوغرافية لدى الفصامي المراهق المتمدرس؟

(2) - فرضية الدراسة:

للإجابة عن التساؤل وضعت فرضية البحث التالية :

-إن الحالات المصابة بالفصام يسجلون عجز في استرجاع الذكريات الأوتوبيوغرافية الخاصة.

(3) - أهداف الدراسة :

تتجلى في رئيسي هو الكشف عن أداء ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية لدى الفصامي المراهق المتمدرس.

(4) - دواعي اختيار الموضوع :

- الاهتمام بالاضطرابات الذهانية خاصة الفصام الذي يعد اعقد الاضطرابات العقلية الذهانية الأخرى.

- الاهتمام بالكشف عن أداء الذاكرة الأوتوبيوغرافية عند الفصامي المراهق المتمدرس.

(5) - أهمية الدراسة:

تتجلى في طبيعة الموضوع المتناول والذي يربط بين علم النفس المرضي وعلم النفس المدرسي، فموضوع البحث جد محدد ودقيق، فبالرغم من التزايد الكبير لعدد المصابين بالفصام إلا انه يبقى تخفي الكثير من العوامل المؤدية إليه، وكذلك الجوانب المختلفة المصاحبة له، لهذا جاء هذا العمل البحثي والذي يتضمن الجانب المعرفي للاضطرابات العقلية وبالأخص تقديم متغير ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية لدى الفصامي المراهق المتمدرس ومن خلال البحث بالإمكان:

* إتاحة الفرصة للكشف عن أداء الذاكرة الأوتوبيوغرافية عن الفصامي المراهق المتمدرس.

* توضيح بعض الأعراض المرضية التابعة لاضطراب الفصام.

* ويمكن أن تفيد هذه الدراسة في العديد من الجهات أهمها:

- المهتمون بهذا المجال من طلبة البحث العلمي والدراسات العليا.

- العاملون في المجال النفسي والمعرفي وعلم النفس النمو.

(6) - الدراسات السابقة:

(أ) - الدراسات العربية:

* دراسة مصطفى لكل: سنة 2010-2011 بعنوان "الكشف عن أداء الذاكرة

الأوتوبيوغرافية عند مرضى الفصام" وتمثلت أهداف الدراسة في:

- تشخيص الفصام والنمط الفرعي له والمتمثل في الفصام البرانويدي.

- الربط بين الفصام البرانويدي واضطراب ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية عند الحالات

المصابة بالفصام البرانويدي.

- دراسة السببية في اضطراب ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية واضطراب الحالات الذاتية

للوعي وإمكانية تأثيرها في تنظيم الهوية الشخصية لدى الحالات المصابة بالفصام

البارانويدي

- عينة الدراسة: أربعة حالات تعاني من الفصام وذلك وفق المعايير المحددة من

قبل DSMIV

- أدوات الدراسة: تحقيق الأهداف الدراسة والتحقيق من صحة فروضها استخدام الباحث

الأدوات التالية:

المقابلة العيادية- الملاحظة العيادية- تاريخ الحالات والاختبارات النفسية والتي تمثلت

فيما يلي: اختبار ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية

Pascale Piolino، إجراء JR/K === Grardinir

- سلم التقييم الوظيفي ل Boyer، - التشخيص الأمريكي الرابع DSMIV

- النتائج: أسفرت هذه الدراسة على الكشف عن أداء الذاكرة الأوتوبيوغرافية عند مرضى الفصام، وذلك باستخدام اختبار ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية لتقييم الذكريات الخاصة، ونتائج الدراسة أثبتت بأن هناك قصور في أداء ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية عند الحالات الفصامية وتبين بأن الفصامين ينتجون ذكريات أوتوبيوغرافية قليلة.

* دراسة ليلي عبد الحميد حلمي: التي قامت بدراسة لطبيعة الاضطراب شكل التفكير لدى فئات فصامية مختلفة، كما هدفت الدراسة أيضا إلى وضع بطارية لشخص الفئات الفصامية، يمكن من مميزاتها توفير الوقت والخروج بنتائج أيسر في التداعي الموضوعي عن غيرها من الوسائل الاسقاطية المتداولة حيث استخدمت مجموعة من الاختبارات الشخصية للفئات الفصامية الثلاث (المبتدئ - البارانويدي - الهيبوفريني) هذه الاختبارات هي كالتالي: (اختبار تداعي الكلمات / اختبار التصنيف / اختبار تكوين المفهوم).

- نتائج الدراسة: أسفرت نتائج الدراسة على أن الفروق الكيفية في طبيعة اضطراب شكل التفكير عند الفئات الفصام الثلاث كانت واضحة، وظهرت بوضوح على اختيار تداعي الكلمات (الاسقاطي).

- التعليق على الدراسات السابقة:

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

° دراسات اهتمت بالكشف عن أداء الذاكرة الأوتوبيوغرافية عند مرضى الفصام

° دراسات اهتمت بالأساليب والاختبارات النفسية لتشخيص الفصام

° دراسات اهتمت بفعالية العلاج النفسي للفصامين غير أن هذه الدراسات تبقى قليلة

(ب)- الدراسات الأجنبية:

- دراسة Tamlyn سنة 1992 حيث درس الذاكرة الأوتوبيوغرافية عند أربع حالات مرض الفصام واستخدم في ذلك الاختبار Kopelman، فوجد ان هذا النوع من الذاكرة مضطرب في كل المراحل العمرية.

- دراسة Baddeley : حيث قام بالكشف عن الذاكرة الأوتوبيوغرافية على خمس حالات فصامية تعاني من هذيان وخمس حالات فصامية أخرى بدون هذيان واستخدم في ذلك اختبار Kopelman، فتوصل إلى نتائج مفادها بان ذاكرة المعاني اقل اضطراب من ذاكرة الأحداث التي كانت مضطربة جدا.

° التعليق على الدراسات السابقة: أن هاتان الدراستان انتهت إلي أن هناك اضطراب في الذاكرة ومختلف وظائفها عند الحالات الفصامية، وقد تبين أن هذا النوع من الاضطرابات العقلية يتوافق مع اضطرابات وقصور في ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية.

(7) - التحديد الإجرائي لمفاهيم الدراسة:

(أ) - الفصام: اضطراب وظيفي عقلي يؤدي إلي تدهور العمليات العقلية كما انه ناتج عن فشل الفرد في حل صراعاته النفسية نتيجة لعدم اعترافه بالواقع الخارجي فيصبح واقعه المرفوض المليء بالهلاوس والهذيان، مما ينتج عنه اضطراب في السلوك العام، ومجموعة من الأعراض الايجابية والسلبية المرتبطة بعدة مواضيع متنوعة.

(ب) - الذاكرة الأوتوبيوغرافية: نقصد بها ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية التي يمكن لنا أن نقيسها عن طريق اختبار PascallePiolino والذي يكشف عن كل الذكريات الخاصة والشخصية عبر المراحل المختلفة من حياته المختلفة من حياة الفرد وهي:

° مرحلة الطفولة من 0 - 10 سنة

° مرحلة المراهقة من 10 - 19 سنة

° مرحلة الرشد أكثر من 20 سنة

° المرحلة الحالية آخر 12 شهرا

والأحداث المفصلية والواقعة في إطار زمني ومكاني يمكن أن نعتبرها أحداث خاصة به. (ج) - المراهقة: هي تلك الفترة التي تلي البلوغ، وتتميز بنوع من النمو المتسارع في نواحي الحياة العضوية والنفسية والاجتماعية والعقلية بحيث تسمح للفرد من زيادة الاعتماد على نفسه وتطوير مهاراته الاجتماعية والدراسية.

الفصل الثاني: الفصام

تمهيد:

- (1)- نبذة تاريخية حول مصطلح الفصام
- (2)- تعريف الفصام
- (3)- مدى حدوث الفصام
- (4)- مميزات الفصام
- (5)- أشكال البدء للذهان الفصامي
- (6)- الجدول العيادي للفصام
- (7)- الأشكال العيادية للفصام
- (8)- التشخيص حسب DSMIV
- (9)- التشخيص الفارقي
- (10)- التطور والمآل
- (11)- علاج الفصام

خلاصة:

تمهيد:

يعد الفصام من أخطر الأمراض العقلية التي قد تصيب الفرد في مراحل مبكرة من حياته، إذ يتميز بمجموعة من الأعراض النفسية والعقلية والتمحورة حول الهلوس والهذات، واضطراب في الأفكار والتشوه في الإدراك للمريض وهو ما يؤثر على قدرته في الحكم على الأمور والانفصال عن الواقع مما يؤدي به إلى الانطواء والعزلة، بحيث تؤدي هاته الأعراض في الأخير إلى تدهور واضح في الشخصية والسلوك عامة، ويتحدد الفصام نتيجة لعوامل عدة فقد تكون وراثية أو نفسية أو اجتماعية أو بيئية كالجينات والضغط والاحباطات المتكررة والتنشئة الأسرية لذلك فإنّ العمل على التكفل المبكر يخفف من حدة الاضطراب بالتنسيق مع العلاج الدوائي.

1- نبذة تاريخية حول مصطلح الفصام:

إن أول من وصف الصورة السريرية لما يعرف حالياً بالفصام هو الطبيب النفسي **مورل Morel** حين وصف حالة صبي في الرابعة عشر من عمره يعاني من تدهور عقلي وذلك عام 1860 حيث استخدم مصطلح الخبل المبكر **Dementiapræcox** لوصف هذه الحالة، وقد اعتمد **كريبلين** المصطلح نفسه عام 1887 واعتبره مرادف الفصام الطفولي والشباني تمييزاً عن الفصام التخشبي وقد عرف الفصام المبكر بأنه زملة من الهلوسات والتوهّمات أو الهذيان واضطرابات انفعالية يرافقها السلبية وضعف الانتباه (محمد قاسم عبدالله، 2012، ص282)، لكن **بلويلر** 1950 رفض وجهة نظر كريبلين المتعلقة بالتدهور الحتمي المتتالي وفضل أن يطلق على الخبل المبكر مصطلح الفصام وقرر أن الأعراض الأساسية للفصام تتضمن خلطاً في الترابط والوجدان وميل الشخص للانفصال عن الواقع ويشير إلى ذلك في النقاط التالية : الترابط والوجدان، التوحد والتناقض الوجداني، وأن أعراض الهلوس والهذات ينظر إليها باعتبار أعراض ثانوية ذلك لأن وجودها يتباين من فرد لآخر. قد أشارت البحوث النفسية إلى الجوانب

المختلفة لأعراض الفصام باعتبارها ناتجة عن التفاعل بين الشخص الذي يعاني عجزا معرفيا ببيئته، واعتقد بلويلر أن مرض الفصام حالة من عدم التناسق حيث توجد الاتجاهات والأفكار والإمكانات المتناقضة وبناءا على ذلك تفقد الشخصية تناسقها، كما أعطى اهتماما كبيرا لمحتويات المريض واتجاهاته ودوافعه في تحديد مفهوم مرض الفصام، كما أنه ربط هلاوس وهذات المريض بتاريخ حياته وأهدافه المبكرة ومخاوفه وعلاقاته بأفراد أسرته. بالإضافة إلى أنه قسم الأعراض المرتبطة بمرض الفصام إلى أعراض أولية وأخرى ثانوية، وجعل الأعراض الأولية بمثابة مظاهر مباشرة لعملية مرضية جسمية، وتتضمن تفكك التداعي في التفكير وتناقض الاتجاهات والميول والانفعالات، والميل إلى إحلال الخيال محل الواقعية أما الأعراض الثانوية فقد اعتبرها أعراض ذات أصل نفسي، وأنها بمثابة محاولات للتكيف للاضطراب الأولي (محمد الخالدي، 2006، ص346).

كما يرى أيضا أن الأعراض تظهر في صورة نشاط حركي زائد أو شاذ، أو عناد يصل أحيانا إلى درجة الذهول وتتضمن سواء تأويل الإدراك، والعجز عن التجريد والتفكير غير المترابط وكثرة التكثيف وعندما توجد هذات أو هلاوس فإنها عادة تكون غير منتظمة، وقد شايحت الأوساط الطبية النفسية بلويلر على تقسيمه لأعراض الفصام محددًا إياها بالأعراض الأولية (الأساسية) والأعراض الثانوية (الإضافية) واشتهرت الأعراض الأساسية بأنها أعراض كلها تبدأ بالحرف (A) وهي التناقض الوجداني والتفكير الذاتي والتفكك الارتباطي وتكافؤ الأضداد، أما الأعراض الثانوية فإنها متنوعة وأهمها هو فساد المقدرة على اختيار الواقع، والتمييز بين ما هو موضوعي يختص بالبيئة وبين ما هو ذاتي مصدره تفكير المريض وانفعالاته ومخاوفه والعجز عن التفرقة بين المدرك والهاجس وتتأى به الهلاوس والهذات عن الواقع فتزيده انسحابا وانطواء فيفقد تعامله الموضوعي مع الناس، والفصاميين لايسلكون سلوكا معيناً يتوخون به

اشباع حاجاتهم بقدر ما هو سلوك يتجنبون به صراعاتهم والاحباطات المتكررة والمتزايدة التي يتعرضون لها (محمد الخالدي، المرجع السابق، ص348).

2- تعريف الفصام:

قد بذل المختصون جهودا واضحة في تحديد مفهوم الفصام، وفيما يلي بعض التعريفات:

❖ **محمد الخالدي**: " الفصام اضطراب عقلي وظيفي حاد يسبب حدوثه انشطار وتفكك الشخصية، ويعمل على تدهورها تدريجيا حتى يؤدي إلى التناثر".

❖ **ويعرفه أيضا**: على أنه مجموعة من الاضطرابات تختلف فيما بينها من حيث العوامل المسببة والاستجابة للعلاج ومصير المرض، تتفق في أنها (لزمة) مكونة من أعراض مميزة ناشئة عن اضطراب التفكير والإدراك والوجدان والسلوك وهذه الأعراض تصل إلى درجة الذهان في بعض الأوقات خلال مسار المرض (محمد الخالدي، نفس المرجع، ص345).

❖ **سعيد حسني العزة**: "الفصام أحد الاضطرابات التي تتضمن سلوكا ذهانيا وهو أكثرها شيوعا حيث أن مهارات الحياة اليومية تضطرب بسببه خاصة تلك التي تتضمن التفكير والإحساس بالعالم والعواطف وطريقة الحركة، لذلك يجب معرفة الأشخاص الذي يظهره لأنه غالبا تتأثر بتصورات خاطئة عند المصابين به".

(سعيد حسني العزة، 2004، ص ص215-216)

❖ **موسوعة علم النفس والتحليل النفسي**: "الفصام مرض عقلي يصنف ضمن فئة الأمراض النفسية المعروفة بالذهان، يعتبر أكثر الأمراض الذهانية انتشارا، وهذا المرض يمزق العقل ويصيب الشخصية بالتصدع فتفقد بذلك التكامل والتناسق الذي كان يوائم بين جوانبها الفكرية والانفعالية والحركية والإدراكية" (محمد حسن غانم، 2007، ص432).

انطلاقا مما سبق أستنتج أن الفصام هو اضطراب عقلي وظيفي يؤدي إلى تدهور مختلف العمليات مما ينتج عنه اضطراب في السلوك عامة، ناتج عن فشل الفرد في حل

صراعاته النفسية نتيجة لعدم اعترافه بالواقع الخارجي وهو ما يؤدي به إلى الانطواء والعزلة في عالمه الداخلي الذي تتخلله الهلاوس والهذات.

3- المقاربات النظرية للفصام:

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

3-1 النظرية الوراثية:

جاء الحديث عن المحددات البيولوجية الممكنة للفصام عن العوامل الوراثية بحيث أجريت دراسة على الأسر التي ينتشر فيها الفصام، لكن نتائج هذه الدراسات التي بينت نسبة أعلى من التعرض لخطر الفصام بين أطفال الوالدين الفصامين تعد مادة لتفسيرات متضاربة لذلك ركز الباحثون الوراثيون اهتمامهم على دراسة التوائم، وأن مقارنة معدلات حدوث الفصام بين التوائم الصنوية واللاصنوية يمكن أن يساعد الباحثين على عزل التأثيرات الممكنة للبيئة عن تأثيرات الوراثة فإذا كان هناك عامل وراثي مهم في الفصام ترتب على ذلك أنه يجب أن يكون عضوا التوائم الصنوية أكثر احتمالا لتطویر الاضطراب عن عضوي التوائم اللاصنوية، وقد أسفرت نتائج دراسة ديفد روزنثال في دراسته عن التبني عام 1970 بالدنمارك أنّ الأطفال المتبنين قد أصبحوا فصامين ذلك أنّ الأطفال الذين كان أحد والديهم البيولوجيين يعاني إمّا من الفصام أو من الهوس، الاكتئاب يطورون الفصام أكثر من تطویرهم لدى أطفال التبني الذين كان والدهم البيولوجيان ليس لديهم تاريخ من الاضطراب النفسي (أحمد محمد عبد الخالق، 2000 ص541).

3-2 النظرية التحليلية:

ترى هذه النظرية أنّ ميل الفصامي إلى الالتجاء إلى السلوك الطفولي أو النكوص إنّما ينتج عنه خبرات انفعالات سلبية تحدث خلال السنوات الأولى القليلة من الحياة، كما يرون أنّ المواقف الذي يتخذوه الإباء تكون له أهمية قصوى خلال هذه الفترة التي يتعين فيها على الطفل أن يواجه ما ينطوي عليه النضج من تحديات واحد بعد الآخر، فالإباء الذين يشجعون ما يقوم به الطفل في محاولات الإتقان والسيطرة والذين لايتدخلون إلا عند الضرورة القصوى إنّما يعينونه على أن يصل إلى أقصى النمو النفسي، على أنّ الآباء الفصاميين وخصوصا الأمهات يظن أنهم ينحرفون انحرافا دلالة على هذا المعيار. وتذهب هذه النظرية إلى أنّ أمهات الفصاميين إما يكن منسلخات انفعاليا على أطفالهن، وإما يكن مفرطات في حمايتهن لهم، فسلوك الفصامي نزيل المستشفى الذي يأكل أصابعه ويتبرز في ملابسه يفسر بأن عودته بدائية إلى أولى مراحل النمو، كما أن الهلاوس السمعية والبصرية والميل إلى الانعزال الاجتماعي تعد نتائج مباشرة لانغماسه في الأوهام. (خليدة مليوح، 2014، ص60)

3-3 النظرية السلوكية:

يفسر السلوكيون أصل الفصام أنه يتضمن نقاط عديدة من الضعف منها، أنه بالرغم من أن التدعيم يعتبر مبدءا عاما محددًا على نحو جيد فإنه لا يوجد دليل مباشر لاكتساب السلوك الفصامي.

ويرى **بافلوف** أن ردود الفعل الفصامية تعود إلى انتشار نوع من الكف الوقائي في المخ، ونظرا لضعف خلايا المخ عند الفصامي تصبح المنبهات العادية حادة وبالتالي تؤدي إلى تكوين الكف الوقائي، ويتكون الكف عادة في القشرة ولكنه يصل إلى جذع المخ، وتصل 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 أنّ ردود الأفعال الفصامية الأساس فيها ضعف خلايا المخ والسبب في هذا الضعف تسمم الكائن الحي كله بما في ذلك المخ واختلال العمليات الميثابولية وخاصة البروتينية أما سبب هذا التسمم فليس معروف لحد الآن (خليدة مليوح، المرجع السابق، ص 63).

3-4 النظرية الفيزيولوجية :

لقد وجد الطبيب **جسّج** علاقة ترابط بين الغدد الصماء أو الهرمونات ومرض الفصام ويقول أيضاً أنّ مرض الفصام (الكاتوني الدوري) يحتفظون بمادة النيتروجين في الجسم، وأنهم يتحسنون عند طردهم لهذه المادة وقد استخدم هرمون الغدة الدرقية للتخلص من النيتروجين. وقد لاحظ الدكتور رايز أن 30% من مرضى الفصام يعانون من اضطراب نوعي في نشاط الغدة الدرقية. (مروان أبو حويج، عصام الصفدي، 2009، ص 130) ومن الأبحاث العربية ما قام به الدكتور أحمد عكاشة في قياس كميات (الكورتيزون) في مرضى الفصام وأثر ذلك في شفائهم، فقد وجد أن هذا الهرمون يفرزه مرضى فصام البارانويا أكثر من مرضى أنواع الفصام الأخرى، وأن نكسات المرض يصاحبها زيادة في إفراز هرمون الكورتيزون وأن شفاء المرض يصاحبه نقصان في إفراز هذا الهرمون. ويوجد كثير من الملاحظات الإكلينيكية التي تؤيد الترابط بين الفصام واضطراب الهرمونات ويندر حدوث الفصام عند الأطفال بينما يشتد وتزداد نسبته في مرحلة البلوغ والمراهقة وفي مرحلة الشيخوخة، وقد لوحظ أن بعض العقاقير مثل L S D والحشيش والماسكولين يؤدي إلى اضطرابات انفعالية وهلاوس وهذات شبيهة بأعراض الفصام مما أدى لزيادة اهتمام العلماء المعاصرين بالاضطرابات الكيميائية للهرمونات العصبية مثل الأدرنالين* والسيروتونين[†] وغيرهما، وهناك علماء آخرون يرون أنّ سبب الفصام هو مناعة ذاتية داخل الجسم وأتّه يدور في دم الفصاميين أجسام مضادة تتفاعل مع مورثات مضادة في

* - الأدرنالين: ويسمى الأبنفرين، وهو هرمون ينتج من نخاع الغدة الأدرنالية، ويعمل كناقل عصبي في الدماغ.
[†] السيروتونين: هو هرمون يلعب دوراً في تعديل المزاج وله علاقة بضبط سلوك الأكل والنوم والإثارة والألم، وهو من الأدوية المستعملة لعلاج الاكتئاب.

المخ تسبب اضطراباً في الجهاز العصبي يؤدي إلى أعراض هذا المرض. وقد اتجه علماء (المدرسة النمائية) إلى ربط الفصام بعوامل تكوينية وذكروا أن الفصامين يتصفون بالنمط الأكتومورفي الذي يعني صفة التوتر المزاجي الحاد والحساس جداً ويواجهون بيئة تفتقر إلى الدفء العاطفي والإنساني، وهم ينسحبون ويقودهم هذا الانسحاب إلى الفصام، ويركز أصحاب مدرسة التحليل النفسي على الصراعات وتجارب الطفولة واللاشعور في ظهور الفصام، ويؤكد العالم (بلويلر) أنه نتيجة الصراع والإحباط أما (أدولف ماير) فيرى أنّ الفصام استجابة للشخصية بأكملها على أساس البيئة الاجتماعية وتنظيم الشخصية وقد أدى هذا الرأي إلى تحديد العوامل البيئية ولاسيما الصدمات النفسية في الطفولة ونشوء الحساسية المفرطة، والحرمان العاطفي في حياة الطفل ويهيئ المناخ الملائم للفصام الفرد وكذلك العلاقات أو المشكلات العائلية وأنماط السلوك النكوصي، ولاشك أن التنشئة العائلية والاجتماعية الخاطئة تكون البلادة الانفعالية عند الفصامي وتنمي فيه البرود العاطفي والهداءات البارانونيدية. (مروان أبو حويج، عصام الصفدي، المرجع السابق، ص 132).

4- انتشار الفصام:

لا تتوفر إحصائيات شاملة لأقطار العالم ومجتمعاته تبين نسبة وقوع المرضى بين الناس وتوزيع هذا الوجود بين طبقاته وشرائحه السكانية وحتى البلدية التي تتوفر فيها دراسات حول الشيزوفرينيا فإن هناك تفاوتاً بين الباحثين حول ذلك. بالإضافة إلى ذلك صعوبة انتباه الأسرة أو المجتمع إلى كل حالة مرضية، قد يكون الفصام مخفياً عن الملاحظة الطبية، والصعوبة الأخرى في التقدير والتشخيص من جانب الأطباء فالمرضى موجود ومعلوم وموصوف من أقدم العصور، ولذلك فإنّ هناك ملاحظات أخرى أفادت بها الدراسات الطبية الإحصائية في العديد من البلدان ومن أهم هذه الملاحظات أنّ أعلى نسبة لوقوع المرض هي في المدن وخاصة المدن الكبيرة والمرضى الأكثر وقوعاً هم سكان وسط المدينة منه سكان أطراف المدينة، وتقل النسبة بشكل تدريجي حتى تصل إلى

أدناها في الريف، ومن الملاحظ أيضا وجود نسبة أعلى للمرض من بين الأقليات في الطبقات الأدنى تعليميا ومهنيا واقتصاديا واجتماعيا، وقد فسر الباحثون النسبة الأعلى للمرض للفئات الفقيرة والأقل حظا اقتصاديا واجتماعيا، وكذلك في حالة كثرة التزاوج بين الأقارب، ومع ذلك تؤكد غالبية الدراسات أن المرأة تبقى أقل إصابة من الرجل لأنها أقل تعرضا لشدائد الحياة ومسؤولياتها. (رشيد حميد زغير، 2010، ص ص 261-262)

وتقدر نسبة انتشار الفصام في البلدان الغربية بنسبة بين 0.05 و 1% ويصاب سنويا حوالي 0.05% بهذا المرض، ويذكر رضوان (2002) أن احتمال أن يصاب إنسان بهذا المرض في مجرى حياته بنسبة 1% ونسبة النساء اللواتي يمرضن بالفصام أكثر من الرجال غير أن الرجال يمرضون بالفصام في وقت مبكر قبل النساء. (عبد اللطيف حسين فرج، 2009، ص 165).

ولقد لاحظت بعض الدراسات حدوث الفصام بنسبة أكبر بعض الشيء بين أولئك الأفراد الذين ولدوا في فصل الشتاء مقارنة بأولئك الذين ولدوا في فصول السنة الأخرى وهو الأمر الذي يمكن تفسيره بتلك الفرضية التي ترى أن الفصام يحدث بسبب التهاب فيروسي حدث في الأشهر الأولى من حياة مريض الفصام لكن ذلك الفيروس بطيء التأثير فإن أثره يظهر في سن الشباب وهي الفترة التي تبدو فيها أعراض الفصام في العادة، وينتشر بين مرضى الفصام أيضا استخدام المخدرات، ولقد لوحظ أن 30 إلى 50% منهم تنطبق عليهم الأوصاف التشخيصية لإدمان المخدرات والكحوليات، وطبقا للدراسات الغربية فإن الحشيش (15-25% من المرضى) والكوكايين (5-10 من المرضى) هما أكثر العقاقير المدمنة استخداما، والتي يستخدمها المرضى عادة بحثا عن النشوة ولتقليل أعراض القلق والاكتئاب ومن خلال الملاحظة الإكلينيكية فإن الحشيش والأمفيتامينات (الحبوب المنشطة) هي الأكثر انتشارا بين مرضى الفصام في العالم العربي. (طارق علي الحبيب، 2008، ص ص 17-20).

5- أعراض الفصام:

تختلف أعراض الفصام من مريض لآخر حسب شدة ومدة المرض فأحيانا ما نجد كل هذه الاضطرابات في مريض واحد، وأحيانا تقتصر أعراض المريض على اضطراب واحد، ويعتقد كثير من الدارسين للطب النفسي أن الضلالات والهالوس أعراض مميزة لمرض الفصام، وهذا غير صحيح نظرا لأن هذه الأعراض تظهر في جميع أنواع الذهان الوظيفي والعضوي، ومن ثم فإن الأعراض الأولية والمهمة لمرض الفصام هي اضطرابات التفكير والوجدان والإرادة وكل ما هو غير ذلك فهو ثانوي.

1) اضطراب التفكير: ويشمل اضطراب التفكير خلا عما في التعبير عن الأفكار

ومجرى التفكير ومحتواه والتحكم فيه وتضييق حدود انتباه المريض فيتركز حول حياته الداخلية و يضعف ترابط الأفكار، ويظهر خلط في الأسباب و المسببات، ويتقدم المرض فتكثر الهذيان، وخاصة هذيان الاضطهاد و العظمة والجنس. (محمد جاسم العبيدي، 2009، ص 433)

2) اضطراب الوجدان:

• **قوة الانفعال:** يمر المريض بعدة أنواع من الانفعالات المميزة فيظهر الاضطراب في بدء الأمر في هيئة تأخر الاستجابة الانفعالية ثم تبدل الانفعال Flattening وهنا تقل قدرته على الاستجابات الانفعالية مع نقص شعوره بالألفة والعطف والحنان، وعند تقدم المرض يزيد هذا التبدل ويصاب المريض بما يسمى التجمد الانفعالي Blunting ويفقد القدرة على الاستجابة الانفعالية، وآخر هذه المراحل هو اختفاء القدرة الانفعالية تماما مع الجمود العاطفي فيظهر عدم التناسب الانفعالي Incongruity حيث يستجيب الفصامي للأخبار السارة بالبكاء والصراخ، وكذلك بالضحك للأخبار المكدره وذلك أكثر اضطرابات شدة الانفعال تقدا وتدل على شدة وطول المرض.

• **شكل الانفعال:** يتعرض المريض لذبذبات انفعالية مستمرة أو متكررة، فهو عرضة لحالات وقتية من النشوة والطرب والخوف والرعب والقلق والاكتئاب والتوتر، وتظهر هذه الانفعالات فجأة وتلقائية دون سبب أو تفسير على الرغم من وجود التجمد الانفعالي وتسبب هذه الذبذبات الانفعالية اندفاعات وسلوكا غير اجتماعي وبعض الجرائم وأحيانا ما تكون هذه الانفعالات الغريبة الفجائية التلقائية من بوادر بدء المرض، قبل ظهور الأعراض والعلامات الأخرى. (أحمد عكاشة، 1996، ص317).

3) اضطراب الإرادة:

أهم ما يميز هذا الاضطراب هو فقدان قوة الإرادة، وعدم مقدرة المريض على اتخاذ أي قرارات، والسلبية المطلقة في التصرفات ويعطي المريض حينئذ اعتذارات واهية غامضة مبررا هذه السلبية، وإذا أهمل المريض لمدة طويلة يفقد إرادته بل ويفقد الإحساس بذاته ويعتقد في انتمائه إلى عالم النبات أو الحيوان أو الجماد من سحب إلى قوة مغناطيسية.

4) الضلالات (Délusions):

الضلال هو اعتقاد خاطئ مرتب ومنسق، يؤمن به المريض إيمانا راسخا لاي حيد عنه مع استحالة إقناعه منطيقيا بعدم صحته ويجب حينئذ أخذ ثقافة وتعليم المريض في الاعتبار عند تشخيص الضلال أو الهذاء لأنه كثيرا ما يخطيء الطبيب بتشخيص الهذاء ويكون ذلك جزءا من التقاليد البيئية للمريض وهو أنواع:

• **ضلالات الاضطهاد Persecut:** وهو من أكثر الضلالات شيوعا ويظهر في

الأمراض الذهانية المزمنة بغض النظر عن نوعها وعادة ما يلعب الإسقاط دورا قويا في نشأة هذا الهذاء.

• **ضلالات العظمة Grandiose:** وهنا يؤمن المريض إيمانا راسخا بأنه أذكى أو

أقوى البشر جميعا، أو أنه أوتي قوة خارقة للشفافية وللكشف عن الظواهر الغيبية وأنه مرسل بدين جديد لهداية الناس، والناس لا تستطيع اختراق ذكائه، وعادة ما تتبع هذات

العظمة إحساسا بالنقص وعدم الاستقرار والأمن ومن ثم ترضى هذه الهذات هذا الشعور بالنقص، وتجعل المريض يهرب من المشاكل اليومية وحقيقة أمره.

• **ضلالات التأثير Dellusions of Influence**: هنا يشعر المريض أنه تحت

تأثير قوى داخلية أو خارجية ويصبح أسير هذه الأفكار والتي تختلف تبعا لثقافته من أشعة ليزر إلى دذبات صوتية إلى أعمال وسحر. (أحمد عكاشة، المرجع السابق، ص320)

5) الهالوس Hallucinations: نعني بالهالوس استجابات حسية واضحة دون وجود

منبه وتسمى الهالوس حسب نوع الاستجابة وهي أنواع هالوس سمعية وبصرية وشمية وحسية وتذوقية.

6) اضطرابات السلوك: تنعكس الاضطرابات السابقة على سلوك الفرد وتجعله في حالة

مميزة من الانعزال والانسحاب من المجتمع، ويتضح اضطراب السلوك في النواحي الاجتماعية المختلفة، وقد يكون الانعزال بداية المرض قبل ظهور الهالوس والضلالات (محمد شحاتة ربيع، 2016، ص483).

6- أنواع اضطراب الفصام:

لقد وضع تصنيف دولي وشامل لأنماط الفصام المختلفة أصدرته منظمة الصحة العالمية طبقا لتصنيف الأمراض النفسية التشخيص الأخصائي الرابع الذي يقرر بأن مسار الفصام لا يوصف خلال السنة الأولى من بدء الأعراض النشطة بوصف معين، مع الإشارة إلى توصية مهمة في هذا المرض وهي أن الصورة الإكلينيكية التي تظهر لدى المصابين لا تتماشى مع ما تناوله المراجع العلمية من خصائص، وأن المريض هنا قد يظهر خصائص أكثر من نمط فصامي، وقد تظهر أعراض أخرى لنمط فصامي آخر بفترة زمنية معينة ومن أهم النوعيات السريرية لمرض الفصام مع الأعراض الإكلينيكية لكلا منها:

1) الفصام البسيط: Simple Schizophrenia

يبدأ هذا الفصام في مرحلة البلوغ ويدب بصورة تدريجية ويبطء، ويعد هذا النوع من الفصام أقل خطرا وشدة من حيث الدرجة وقد تظهر الاضطرابات بوضوح في انفعالات المريض واهتماماته ونشاطه.

• الأعراض الإكلينيكية للفصام البسيط :

قد يعطي هذا المرض المريض صفة الفصام على الرغم من أنه خال من أعراض ذهانية واضحة ومحددة وهي الضلالات أو الهالوس ومن أبرز أعراضه: التبدل العاطفي لانطواء الاجتماعي، ضعف الإرادة، انعدام الاتزان الانفعالي، اللامبالاة، الخمول والكسل الانسحابية وعدم تحمل المسؤولية المهنية والاجتماعية، ضعف الاهتمام بالجنس الآخر الاتكالية الزائدة، وفقد دافعية الطموح والمثابرة والإنجاز. (أديب محمد خالد، 2006، ص350).

2) الفصام الهيبفريني Hebephrenic Schizophrenia :

يبدأ هذا الاضطراب في مرحلة المراهقة ويسميه بعض الأخصائيون بمرض جنون المراهقة، ويكون أحيانا سريع الظهور.

• الأعراض الإكلينيكية للفصام الهيبفريني :

تتطور الحالة المرضية لدى المريض بالفصام البسيط وتتنوع أعراضه في هذا النمط العصابي، وأبرز هذه الأعراض: يتصف سلوك المريض بالحماسة والشذوذ، ينشغل تفكيره بالأمور الجنسية كالإفراط في ممارسة العادة السرية، غالبا ما تكون استجاباته الانفعالية غير ملائمة مع الأحداث تظهر عليه الهذات والهالوس بوضوح، تكون عملية التداعي مفككة، الكلام غير متناسق وتغلب عليه النمطية، تسود النكوصية على تصرفات المريض فيشيع لديه الاتساح، عادات الأكل مضطربة، حياة المريض في هذا الاضطراب تتسم بالذاتية والميل الزائد للعزلة وتتدهور الشخصية بصورة واضحة، الشعور الاضطهاد

الشعور بالهواجس السوداوية، وبصفة عامة يتصف سلوك المريض بالتفاهة، وتتطلب جميع هذه الأعراض الإكلينيكية إدخاله مستشفى الأمراض العقلية لغرض التدخل. (أديب محمد خالدي، المرجع السابق، ص 351).

3) الفصام الكتاتوني Catatonic Schizophrenia:

يكون الاضطراب النفس-الحركي هو ظاهرة بارزة في هذا النوع من الفصام، ويتأرجح الإضراب الحركي بين النشاط الشديد والذهول التام، وقد يبقى المصاب في وقفة أو جلسة خشبة متجمدة لمدة طويلة، ترهق الفرد الطبيعي ومن هنا جاء مسمى هذا الاضطراب، ولا يجب تشخيص الوقفات الخشبية على أنها كتاتونية دائماً لأن هذا الوضع قد يجيء نتيجة مرض دماغي أو اضطراب ميتابولي أو بسبب تناول الكحوليات و العقاقير لذلك يكون من الضروري التأكد من كل الأعراض الأخرى للفصام قبل الحكم بالتشخيص الأخير.

ويعتري سلوك المريض نوبات من النشاط المفاجئ العنيف كما يبدو عليه أحيانا أخرى أنه مذهولاً فيطيع أي نوع من التوجيه و يبدو سلبياً أو مسلوب من الإدارة. وأثبتت وبائيات هذا الاضطراب إزدياد عدد المصابين به في البلاد النامية عنه في البلاد الصناعية ولم يعرف لآن سبب لهذه الظاهرة بطريقة قاطعة. (عبد الفتاح محمد دويدار، 1994، ص 302)

4) الفصام البارانوي paranoidschizophrenia:

ويطلق على هذا النمط بالفصام الاضطهادي وأحيانا الاضطراب الضلالي.

• الأعراض الاكلينيكية للفصام البارانوي:

إن الهذات والهالوس هي السمات البارزة فيه، ويكون الانشغال بواحد أو أكثر من الضلالات أو هالوس سمعية شديدة غير منطقية تهمل الواقع، وعدم وجود الخلط في الكلام أو السلوك المختل، والأعراض الأساسية الأخرى هي توهمات اضطهادية: هذات

العظمة، اضطراب التداعي، ويصاحب هذه الضلالات هلاوس سمعية تهدد المريض أو تعطيه أوامر معينة. وتظهر صورة الفصام البارانوي في سن الثلاثين فتصبح اتجاهات المريض السلبية واضحة جدا، وينتشر لديه سوء التفسير، ويتهم الناس باضطهاده وظلمه وتصبح حياته مبعثرة، ويتوجب إيداعه في المستشفى وهو تلقائيا يقاوم العلاج لعدم إدراكه لخطورة مرضه. (أديب محمد خالد، المرجع السابق، ص 352).

5) الفصام غير المتميز **undefined Schizophrenia**:

وهو اضطراب ينطبق عليه تشخيص مرض الفصام ولكن لا يتفق مع مواصفات أي نوع من اضطرابات الفصام الأخرى.

• الأعراض الإكلينيكية للفصام غير المتميز:

يكون فيه التفكير مضطرب أو مشوش **perplexity thinking** والاستجابة الانفعالية يشوبها الإضطراب وتظهر في صورة إثارة أو اكتئاب، والأعراض تأتي متباينة وتبدو مركبة ومتداخلة بعضها ببعض مما يصعب على المعالج تشخيص نمط الفصام والمريض هنا تبدو عليه أعراض الفصام الكاتوني وأحيانا يشكو من أعراض الفصام الهيبيفريني. (أديب محمد خالد، المرجع السابق، ص 353).

6) الفصام المتبقي **Residual Schizophrenia**:

وهو اضطراب يكون على شكل نوبة واحدة على الأقل من الفصام، وهذا النمط يستخدم لوصف حالات المرضى الذين تظهر عليهم حالات اضطرابية في تفكيرهم وفي ردود أفعالهم وقد أوشكوا على الشفاء وأصبحوا قادرين على التفاعل مع المجتمع، إلا أنهم لازالوا محتفظين ببقايا السلوك وبعض أساليب التفكير والأفعال. (سنا نصر حجازي، 2009، ص 198).

• الأعراض الاكلينيكية للفصام المتبقي:

أعراض خالية من الذهانات كالضلالات والهالوس أو الخلط في الكلام وأعراض سلبية تتصف بتبيلد الوجدان وفقر الأفكار وضعف الإرادة، وبطء حركي وقلة النشاط، وافتقار المبادرة وضعف في التواصل اللفظي من خلال تعبيرات الوجه ونظرة العين وترنيمه الصورة ووضع الجسم(سنا نصر حجازي، نفس المرجع، ص198).

7- المراحل التطورية للفصام:

• **المرحلة الكامنة:** قد تجعل أن الكثير من مرضى الفصام كانوا ومنذ فترة قد تصل للطفولة يعانون من العزلة الاجتماعية وبعض المشاكل المعرفية، وقد يكون البعض قد أظهر عدم تكيف اجتماعيا أو صعوبات لغوية، إلا أن هذا كله لا يكفي لتشخيص الفصام أو توقع تشخيصه، ولكن إذا تزايد الانحراف والاختلاف مع بداية سن المراهقة وظهر هناك اضطرابات معرفية كثيرة أدت إلى تدهور في الأداء العام مع ظهور بعض السلوكيات الغريبة والمعتقدات المستهجنة فإن درجة الشك ترتفع، وقد يصعب في كثير من الأحيان التأكد من أن هناك بوادر فصام ما لم تظهر الهالوس والتوهيمات، وقد تتشابه هذه المرحلة كثيرا مع شخصية الفرد مما يزيد الأمر صعوبة. (عبد اللطيف حسين فرج، 2009، ص173)

• **المرحلة الحادة:** والتي تظهر فيها الأعراض بشكل واضح أو مستتر تحت اضطراب السلوك، بحيث أن الشخص يتغير مع الوقت وقد يتوقف عن الدراسة أو العمل، وأحيانا قد يخرج عن المؤلف مما يلفت نظر المجتمع المحيط به، وقد دلت دراسة منظمة الصحة العالمية على أن الأعراض السابقة هي الأكثر شيوعا في الحالات الحادة، وفي هذه الحالة غالبا ما يتطلب دخول المريض بالفصام المستشفى حيث يتلقى العلاج الصحيح من قبل أخصائي نفسي.

• **المرحلة المزمنة:** وفيها إما أن تسيطر الأعراض السلبية أو تبقى بعض الأعراض الإيجابية مع السلبية، ويمكن تقسيم الأعراض السلبية للنوع الأولي وهي ماينتج عن المرض نفسه، أو النوع الثانوي وهو ما ينتج عن الأعراض المختلفة كرد فعل لها، أو ماينتج عن الأعراض الجانبية لبعض الأدوية المضادة للذهان، والحالات المزمنة كانت تشكل صعوبة كبيرة في العلاج حتى العقد الأخير. (عبد اللطيف حسين فرج، نفس المرجع، ص174)

• **مراحل الاستقرار:** وفيها تنتهي الأعراض الإيجابية دون وجود لأعراض سلبية وقد تستمر لفترات طويلة.

• **تعاقب المراحل:** هناك من المرضى من يمر بكل المراحل على أوقات مختلفة وقد تتداخل، فمن حالة كامنة إلى حالة حادة فاستقرار وانتكاسة ثم حالة مزمنة.

• **الانتكاسة:** عندما تعود الأعراض الحادة بعض فترة من الاستقرار، وتبدو الحالة وكأنها حادة فإن هذه المرحلة تسمى مرحلة الانتكاس، وغالبا ما تنتج عن توقف العلاج وحدوث مشاكل اجتماعية وأسرية وانقطاع المريض عن العيادة والمتابعة وقد يخفي بعض المرضى الانتكاسة لفترة طويلة، ويتركون الأمور تتفاقم إلى درجة قد يصل المريض معها لحالة شديدة من المرض، والعنف وإثارة الإزعاج والتسبب في مشاكل مالية واجتماعية وقانونية(عبد اللطيف حسين فرج، المرجع السابق، ص175).

8 - الشخصية الفوصاموية (قبل المرض) Schizoid Personality:

تعتبر الشخصية الفوصاموية بمثابة التربة التي تنمو فيها الفصام وتتسم الشخصية بما

يلي:

- العزلة الوحدة والكتمان والتحفظ والانغلاق على الذات.
- ضعف العلاقات الاجتماعية وتفضيل الأنشطة الفردية.
- صعوبة التعبير عن المشاعر والحساسية الزائدة.

- العناد والخجل ومواجهة الخجل بأساليب إنسحابية هروبية كالاستغراق في الخيال وأحلام اليقظة (محمد قاسم عبد الله، 2012، ص 285).

9 تشخيص الفصام:

نظرا لتعدد أشكال الفصام واختلاف سيره ومصيره فإن البعض أصبح يعتقد بأنه ليس مرضا واحدا وإنما أمراض متعددة، ولكن حيث أنه لم يظهر دليل قاطع على ذلك، وحيث أن كثيرا من الأعراض والمظاهر مشتركة فإنه لا بد من التعامل مع هذه الحالة كوحدة واحدة لها أشكال وأنواع مختلفة وحتى يظهر عكس ذلك.

هنالك عدة مواصفات وضعت لتشخيص الفصام منها مواصفات منظمة الصحة العالمية (ICD10) ومواصفات المشروع الأمريكي البريطاني لتشخيص الفصام وكتاب الإحصاء والتشخيص الأمريكي الرابع و Kurt Schneider و Gabriel Langfeldt ومواصفات التشخيص البحثي (Research Diagnostic Criteria (RDC)) وفحص الحالة الحاضرة. (نظام أبو حجلة، 2011، ص 159).

وكأمثلة على مواصفات التشخيص نذكر مواصفات Kurt Schneider ومواصفات ال DSM IV

1) مواصفات شنايدر:

إعتمد شنايدر على الأعراض التي يكثر حصولها في الفصام ويندر حصولها في أمراض أخرى وسماها أعراض المرتبة الأولى وماعدها المرتبة الثانية:

أعراض المرتبة الأولى (First rank symptoms):

- أفكار مسموعة.
- أصوات تتجادل وتتناقش.
- أصوات تعلق على تصرفات المريض.
- هالوس جسمية.

- إذاعة الأفكار.
 - سحب الأفكار أو ماشابه من التدخل في الأفكار.
 - توهم الإدراك (delusional perception).
 - المشاعر والأفعال التي تحدث أو توجه قوى خارجية.
- أما أعراض المرتبة الثانية (Second rank symptoms) فقد تحصل في الفصام وغيره وهي :
- أي اضطرابات أخرى في الإدراك.
 - حدوث توهمات مفاجئة.
 - الارتباك الذهني (perplexity) .
 - تغيرات في المزاج باتجاه الكآبة أو الشفق.
 - الشعور بالجفاف العاطفي وغيرها.(نظام أبو حجلة، المرجع السابق، ص 159)
- (2) الموصفات المعتمدة في كتاب الإحصاء والتصنيف الأمريكي الرابع:**
- وجود أعراض ذهانية مميزة في المرحلة الحادة للفصام استمرت لمدة أسبوع على الأقل وحسب واحدة من المجموعات الثلاث التالية:
- المجموعة الأولى:** اثنان مما يلي:
- توهمات Delusions .
 - هلاوس بارزة) تستمر طوال اليوم لمدة عدة أيام أو عدة مرات في الأسبوع لعدة أسابيع وليست مقصورة على لحظات عابرة).
 - إنعدام أو قلة الترابط بين الأفكار.
 - سلوك كاتونني(ذهولي أو تهيجي).
 - غياب التعبير الإنفعالي أو عدم توافقه.

المجموعة الثانية: توهمات غريبة (Bizare delusions) (تتضمن أفكارا يجدها المجتمع المحيط غريبة مثل إذاعة الأفكار أو الاعتقاد بأنه مسير أو مسيطر عليه من قبل شخص ميت).

المجموعة الثالثة: هلاوس غريبة مثل صوت يجري تعليقا على سلوك وأفكار المصاب أو عدة أصوات تتحدث فيما بينها.

- أثناء الإصابة بالحالة انخفض مستوى الإنجاز في مجال العمل والعلاقات الاجتماعية والعناية بالذات عن السابق، وفي الأطفال والمراهقين أصبح إنجازهم وتحصيلهم أقل مما كان توقعًا.
- نفي وجود تشخيص لحالة اضطراب المزاج الفصامي أو اضطراب المزاج المترافق مع الأعراض.
- استمرار الأعراض لمدة ستة أشهر على الأقل بما فيه المرحلة الحادة التي استمرت لمدة أسبوع على الأقل (إذا لم تعالج) ووجود أو عدم وجود أعراض تمهيدية تالية مرسبة.
- لا يمكن الإثبات أن عاملا عضويا قد سبب هذه الأعراض وأبقاها.
- إذا كان هناك تاريخ الإصابة بالآتية أو التوحد (Autistic disorder) فإنه يشخص الفصام إلا إذا وجدت هلاوس أو توهمات بارزة. (نظام أبو حجلة، 2011، ص 158-160)

10- علاج الفصام:

ليس من الضروري وضع جميع الفوصاميين في مستشفيات الأمراض العقلية ويمكن علاج معظم الحالات المبكرة كمرضى خارجيين ولايودع في المستشفى إلا حالات الفصام الحاد أو المزمن أو في حالة ما إذا كان يمثل المريض خطرا على نفسه أو على الآخرين، وفي حالة عدم استبصار المريض بحالته ورفض العلاج، وعلاج الفصام عملية طويلة

وتحتاج إلى كثير من الحنكة والصبر والاهتمام بالعلاقة العلاجية، والرعاية التمريضية اليقظة المستمرة.

وفيما يلي أهم ملامح عملية علاج الفصام:

(1) العلاج الطبي:

ويشمل علاج الرجفة الكهربائية وخاصة في حالات الفصام والفصام الحركي ويشمل كذلك العلاج بالمهدئات للتغلب على المهلوسات والتحكم في التهيج وعلى رأسها مجموعة فينوثيازين phenothiazine ومنها ستيلازين Stelazine وكلوربرومازين Chlorpromazine ولارجاكتيل Largactil وميليريل Melleril، وعلاج الأعراض المصاحبة وخاصة المزعجة أو الخطرة على المريض أو على الآخرين، وكان بعض الأطباء يلجئون إلى العلاج الجراحي النفسي نادراً (بشق الفص الجبهي) وعندما تفشل كل الوسائل العلاجية الأخرى وفي الحالات المزمنة وبعد مضي ثلاث سنوات على الأقل). (خليل إبراهيم البياتي، 2000، ص 310).

(2) العلاج النفسي:

العلاج الفردي الذي يهدف إلى تنمية الجزء السليم من الشخصية وإعادة تنظيم الشخصية والتعلم والاهتمام بإزالة أسباب المرض وشرحها وتفسيرها وإشباع حاجات المريض وتنمية بصيرته وتخفيف القلق وإعادة ثقته بنفسه، مع التركيز دائماً على أهمية العودة إلى العالم الواقعي، ويستخدم العلاج النفسي الجماعي مع الاهتمام بأفراد الأسرة والأقارب لمساعدة المريض.

ويستخدم التوجيه والإرشاد النفسي للمريض وتوجيه وإرشاد الأسرة، ويفيد التحليل النفسي في حالات قليلة جداً مع التركيز على محاولة إصلاح ضعف الأنا، ويستخدم التأهيل النفسي والاجتماعي والاحتفاظ بالعلاقات الاجتماعية والأسرية ومساعدة الأهل في رعاية المريض واهتمامهم به بهدف تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي.

(3) العلاج الاجتماعي:

ويهدف إلى تجنب الانسحاب والعزلة مع الاهتمام بإعادة التطبيع الاجتماعي وإعادة التعلم الاجتماعي والاهتمام بالنشاط الاجتماعي والرياضة والترفيه والموسيقى لربط المريض بالواقع والتقليل من استبطانه وانشغاله بذاته وأعراضه والكشف عن اضطرابات المريض وصراعاته، ويستخدم العلاج البيئي الذي يهدف إلى تعديل البيئة وإصلاح المناخ الأسري حتى يساعد ذلك في تدعيم التحسن التدريجي في حالة المريض، ويفيد العلاج بالعمل والتوجيه والتأهيل المهني لشغل المريض وإخراجه من دائرة الاستبطان والاستغراق في الذات مع تنويع العمل والعلاج باللعب في حالة فصام الطفولة. (خليل إبراهيم البياتي، المرجع السابق، ص311).

11 - مآل الفصام: يمكن رؤية مآل الفصام على مستويين:

المستوى الأول اختفاء الأعراض والثاني أداء الوظائف الاجتماعية ويمن التكهن أن هذين المستويين مرتبطين ارتباطاً وثيقاً.

مع ذلك فإن الشفاء الاجتماعي يحدث حتى لو بقيت بعض الأعراض وبالتالي فإن نسبة لا بأس بها مع المرضى خصوصاً النساء يستطيعون المضي قدماً في حياتهم الاجتماعية رغم وجود أعراض الفصام بصورة مستمرة.

من المرضى يشفون من الانتكاسة الأولى وأن % وقد أظهرت الدراسات الحديثة أن 87 من المرضى يعانون من انتكاسة ثانية على الأقل خلال خمس سنوات و % حوالي 80 تزيد احتمالات الانتكاس خمسة أضعاف في من يوقفون علاجهم، ومن أهم مؤشرات الانتكاسات هو الشخصية ما قبل المرض ومدى توازنها ومدى صلابتها. (عبد اللطيف حسين فرج، 2009، ص184).

ويلاحظ أن الفصام الحركي هو أحسن الأنماط الإكلينيكية للفصام من حيث المآل، يليه الفصام الهذائي ثم الفصام البسيط، أما الفصام المبكر فهو أقل الأنواع بالنسبة لسرعة

الشفاء واحتماله. وعموماً يكون مآل الفصام حسناً عندما تكون الشخصية متكاملة ومتوافقة وناضجة نسبياً قبل حدوث المرض، وعندما يكون بدء المرض حاداً وفجائياً ودرامياً، وعندما يوجد عامل مرسب محدد، وعندما يكون التشخيص دقيقاً وخطة العلاج محكمة وتعاون المريض صادقاً، وعندما تكون بيئة المريض أفضل وبصيرته أفضل وذكائه أعلى، وله تاريخ من التوافق الاجتماعي والمهني والجنسي، وعندما لا توجد عوامل وراثية في الأسرة وكلما كان السن أكبر (بعد الثلاثين) عند ظهور المرض . (حامد زهران، 2005، ص ص 541-543)

خلاصة

كخلاصة لما ذكر في هذا الفصل يمكننا اعتبار مرض الفصام من الأمراض العقلية الأكثر خطورة و الأكثر انتشاراً، وذلك بسبب تناذراته التفككية سواء في مجال الفكر أم في المجال العاطفي والسلوكي، وكذا بسبب هذياناته متنوعة المواضيع وغير المنتظمة. ويجب الإشارة إلى أن الفصام يمس كل الطبقات الاجتماعية، كما يمس كلا الجنسين بالرغم من انتشاره الكبير الذي يبلغ 1% من مجموع السكان، إلا أن أهم أسبابه تبقى غير معروفة باستثناء بعض العوامل الوراثية والوبائية والنفسية والاجتماعية.

الفصل الثالث: الذاكرة الاوتوبيوغرافية

أ- الذاكرة

تمهيد:

(1)- تعريف الذاكرة

(2)- صور التذكر

(3)- انواع الذاكرة

(4)- الاسس الفيزيولوجية للذاكرة

خلاصة:

ب- الذاكرة الاوتوبيوغرافية:

تمهيد:

(1)- المقارنة التاريخية للذاكرة الاوتوبيوغرافية

(2)- تعريف الذاكرة الاوتوبيوغرافية

(3)- تقنيات البحث في الذاكرة الاوتوبيوغرافية

(4)- نماذج الذاكرة الاوتوبيوغرافية

(5)- الذاكرة الاوتوبيوغرافية والفصام

خلاصة:

الفصل الثالث: الذاكرة الأوتوبيوغرافية

تمهيد:

تعتبر الذاكرة إحدى الموضوعات الرئيسية التي حضت باهتمام بالغ في إطار علم النفس ، حيث تم تحديد مراحلها الأساسية كالتمييز والتخزين والتذكر، كما تم الاهتمام إلى صور عديدة لقياسها كاسترجاع والتعريف والاحتفاظ وغيرها، لكن البحوث المتلاحقة أظهرت مدى تعقد هذا النظام وحساسيته ومدى ارتباطه وتفاعله مع عمليات معرفية أخرى كالانتباه والوعي والإدراك والتعلم وغيرها

الذاكرة:

1- تعريف الذاكرة: للذاكرة تعاريف عدة سنسرد فيما يلي بعضها منها :

*تعرف الذاكرة :على أنها عملية استرجاع للخبرة السابقة وهي القدرة على تذكر أفكارنا، وهي ضرورة للتعلم وتشارك مع خبراتنا السلوكية، وهي جزء من الوعي أيضا، تخزن الأشياء في الدماغ على شكل رموز مرتبطة بأشياء أو رموز أو أشكال وتستخدم مختلف الأحاسيس. إن أكثر ما يمكن معرفته عن التذكر والتعلم يمكن أن تفحص في ثلاث مبادئ:

- 1 -خزن الذاكرة يتم على شكل مراحل وتغيير بشكل مستمر.
- 2 -أن منطقة قرن أمون (hippocampus) وما حولها تلعب دورا رئيسيا مركزيا في عملية التذكر.
- 3 -الذاكرة وذخيرتها له أساس في تغيير كيمائي وبنائي ينتشر بشكل واسع في مناطق عديدة من الدماغ. (عبد الرحمان شقيرات، 2005، ص156).

*كما تعرف أيضا: إن الاهتمام بدراسة علاقة الفحص الصدغي بالذاكرة لاقى اهتماما في الخمسينيات (1950)، وذلك بعد أن أشارت الدراسات إلى أن إزالة الفص الصدغي الأوسط

من الجهتين (Bilateral) بما في ذلك قرن آمون واللوزة يؤدي إلى فقدان ذاكرة بعدي (Antrograde Amnesia) التلف في الفص الصدغي الأيسر تؤثر على تذكر المعلومات اللفظية - تحدث عجزا مثل تذكر القصص القصيرة وقوائم الكلمات سواء قدمت بصريا أو شفويا، في حين التلف في الفص الصدغي الأيمن يحدث عجزا في تذكر واستدعاء المعلومات البصرية وغير اللفظية مثل: التصاميم، الوجوه أو النغمات الموسيقية وعلى العكس من التلف في الفص الصدغي الأيسر الذي يؤثر مثلا على الذاكرة قصيرة المدى السمعية، فإن التلف في الفص الصدغي الأيمن لا يؤثر على هذا النوع من الذاكرة. (طارق بن علي الحبيب، 2013، ص20).

*وعرفت أيضا: عند مقارنة سرد المريض لتاريخه المرضي، يسرد أحد من معارفه للتاريخ نفسه، فإن ذلك يعطي تقييما للذاكرة المريض فيما يتعلق بالأحداث البعيدة العهد، كما أنه من الممكن بدقة وكفاءة اختبار قدرة المريض على تذكر الأحداث القريبة العهد، وذلك بأن يطلب منه تقديم وصف للأربع والعشرين ساعة الماضية وبالإمكان اختبار قدرة المريض على الاحتفاظ بالمعلومات الجديدة وإعادة سردها كما يلي:

1 أعط المريض اسما وعنوانا ورقم هاتف، وطلب منه تكرارها مباشرة، ومن ثم تكرارها ثانية بعد خمس دقائق.

2 أطلب من المريض الاستماع إلى جملة ما، والتي عليه أن يعيدها بعد ذلك كما هي تماما مثلا: (ثمة شيء واحد يجب أن تحظى به الأمة كي تصبح غنية وعظيمة، وهو امتلاك كمية كافية ومأمونة من العشب).

3 يجب أن يركز الفاحص مدى قدرة المريض على معرفة وقت الفحص وتاريخ اليوم والمكان الذي يوجد فيه، كما يسجل أيضا ما يعتقد المريض فيما يتعلق بهويته، ومن الذين من حوله ؟ بما فيهم الطبيب الفاحص.

*وأشير إليها في تعريف آخر: أنه يقصد بها القدرة على استدعاء المادة المخزونة في وقت لاحق، ولا يمكن تحقيق ذلك ما لم تكن هناك إمكانية للاحتفاظ بالمادة المقررة أو المسموعة أو المرئية، ليتسنى تذكرها بعد حين، ولا بد من الإشارة هنا إلى وجود بعدين للذاكرة: هما الذاكرة طويلة المدى، والذاكرة القصيرة المدى، ومما ينبغي التنبيه إليه هو حتى يترك الفرد ما قرأه أو سمعه أو رآه، لا بد من استخدام إستراتيجية تلقائية للتذكر.

*وعرفت أيضا: أنها تكتسي الذاكرة أهمية بالغة باعتبارها واحدة من العمليات العقلية المحيرة لدى الإنسان، إذ لا يمكن تصور الحياة والقيام بأعبائها دون ذاكرة.

ونظرا لأهميتها اتجه العلماء للبحث عن طبيعة الذاكرة، وقد برزت نتيجة ذلك عدة تعريفات للذاكرة، مما يشير إلى صعوبة الاتفاق على تعريف هذا المفهوم باعتبارها عملية معرفية معقدة ترتبط بعمليات أخرى مثل: الانتباه، الإدراك التخزين، والمعالجة والاستجابة. وفيما يلي مجموعة من التعريفات تختلف من عالم لآخر:

أ)- تعريف الزارد 2002: الذاكرة هي الوظيفة العقلية العليا التي يتمكن الإنسان بواسطتها حفظ نتائج وآثار تفاعله مع العالم الخارجي في سياق حياته اليومية، منذ لحظة ولادته وحتى مفارقتها الحياة، لأنها مجموعة الخبرات الشخصية، كما هي مسجلة في دماغ الإنسان، وأنها الدوام النسبي لآثار الخبرة المكتسبة. (خير الزارد، 2002، ص 17)

ب)- تعريف المليجي 2004: يشير المليجي إلى تعريف الذاكرة على أنها، العملية التي تتضمن اكتساب المعلومات والاحتفاظ بها وما يعقب ذلك من استدعاء أو استرجاع وتعريف، وكأن الذاكرة تشمل بعض العمليات السابقة وهي: التعلم يشمل الاكتساب (التحصيل) والوعي (أو الاحتفاظ) وعمليات عقلية لاحقة أو راهنة هي التذكر بصورة المختلفة كالاسترجاع والتعريف وغيرها (المليجي الحلبي، 2004، ص 225)

(ج) - تعريف العتوم 2004: يؤكد العتوم على أن البحث في الذاكرة يتضمن: الدراسات العلمية لعمليات استقبال المعلومات وترميزها و تخزينها واستعادتها وقت الحاجة.

(العتوم عدنان يوسف، 2004، ص 118)

(2) - صور التذكر: من صور التذكر مايلي :

(1-2) - التعريف: وهو بسط أنواع أو صور التذكر، وهو تذكر الشيء حينما يكون مائلا أمام الحواس، فقد تنسي وجود بعض الأشخاص ولكن بمجرد مثلها أمام حواسنا، نتعرف عليها، كان نتعرف على أصدقاء المدرسة القدامى، أو كما يتعرف الشاهد على مرتكب الجريمة.

وباختصار نحن نتعرف على نماذج مادية سجلت سابقا على أعضاء الاستقبال

(المليجي الحلبي، المرجع السابق، ص 226)

ويمكن قياس التعرف من خلال العلاقة التالية:

نسبة التعرف = عدد الإجابات الصحيحة - عدد الإجابات الخاطئة / عدد الإجابات (الكتوم عدنان يوسف، المرجع السابق، ص 120).

(2-2) - الاسترجاع: ويتمثل في تذكر الأحداث والخبرات التي تعلمها الفرد في السابق، حيث يتم ذلك دون الحاجة إلى وجود المثيرات أو المواقف التي أدت إلى حدوث التعلم والتخزين الاسترجاع هو بحث عن المعلومات في خزانات الذاكرة واستعادتها على شكل استجابة ظاهرة، لذلك فإن البحث عن المعلومات في الذاكرة الحسية أو القصيرة (العاملة) غالبا ما يكون أسهل من الذاكرة الطويلة، لان المعلومات من النوع الأول تكون اقل عددا أو يخزن لفترة زمنية محددة، مما يعني صعوبة اكبر في الاستدعاء، لان الاسترجاع يتطلب التحقق

من كم هائل من المعلومات والتأكد من وجود المعلومات أولاً، ثم فحص المعلومات المتوفرة من أجل إعادة تفسيرها والتحقق من خصائصها من حيث المحتوي والزمان والمكان والحجم

(العتوم عدنان يوسف، المرجع السابق، ص 121)

2-3)- الاحتفاظ: يشير إلى أن المعلومات التي تعلمها الفرد في الماضي تصبح قابلة

للنسيان بعد فترة من الزمن، وخصوصاً مع غياب التدريب والتعزيز ومع ذلك فإن هذا الانخفاض في الذاكرة لا يعني أن المعلومات قد تم نسيانها بالكامل من الذاكرة، حتى وإن عجز الفرد عن تذكرها أو التعرف عليها، ولذلك فإن إعادة التعلم بعد فترة من الزمن تستغرق وقتاً وجهداً أقل مما استغرقه التعلم في المرة الأولى مما يشير إلى وفر في التعلم والذاكرة، يتوقع أن ينعكس بانخفاض كمية الجهد والوقت اللازم للتعلم اللاحق، ويمكن قياس نسبة الاحتفاظ (الوفر) من خلال العلاقة التالية:

نسبة الاحتفاظ (الوفر) = الزمن اللازم للتعلم الأول - الزمن اللازم للتعلم 2×10 / الزمن اللازم للتعلم

والجدير بالذكر أن هناك العالم أبنجهاوس 1885 Ebbinghaws هو أول من استخدم أسلوب قياس درجة أو نسبة الوفر (عتوم عدنان يوسف، المرجع السابق، ص 122)

2-4) الأداء: يمثل الأداء صورة أخرى لتذكر العادات والمهارات التي تعلمها الفرد بشكل جيد في السابق حتى أصبحت آلية، ويتضح من الصورة العديدة السابقة الذكر أن التفكير قد يكون بصرياً أو سمعياً أو حركياً، وأنه مهما اختلفت صورته تجد دائماً اكتساب ما يرتبط بكل صورة فيها سواء تعرفنا أو استدعينا أو استرجعنا أو أدينا .

3- أنواع الذاكرة:

3-1- الذاكرة الحسية: نحن نستقبل الاستثمارات أو المثيرات من البيئة التي تنشط أو تسيير مستقبلاتها أو حواسنا وتتحول إلى معلومات أو استثار لهذه المعلومات تستقبل وتمر عبر تكوينات أو تراكيب تسمى السجلات الحسية يختلف حسب صنف المثير، عندما يكون المثير بصري، نحن نتحدث عن الذاكرة البصرية وعندما يكون المثير سمعي فنحن نتحدث عن الذاكرة السمعية.

الفرد يستغرق في استخلاص معنى المعلومات التي تستقبلها الحواس من مثيرات الخارجية فترة زمنية أطول من الفترة الزمنية التي يستغرقها ظهور المثير أو الموضوع المرئي أمامه، كما يجعل نظام تخزين المعلومات الإدراك والتعريف، لكي نتعامل مع المعلومات الواردة إليها من هذا النظام. فبعد تحول المثيرات إلى مدخلات بصرية مختزنة لفترة لا تتعدى عدة إشعار من الثانية، يصبح بالإمكان بعد ذلك أن يتعامل الفرد مع هذه المعلومات الحسية التي اخترها، ويستمر هذا التعامل بفترة زمنية عادة ماتكون أطول من الفترة الزمنية التي يستغرقها ظهور المثير نفسه (أنور محمد الشراوي، 2003، ص 170)

ويمكن القول بان أهم وظيفة لهذا القسم من الذاكرة هي إدخال المعلومات للذاكرة، وتعتبر هذه الوظيفة أول مرحلة من التعلم، فلولاها لما خزن الإنسان أية معلومات في الذاكرة، فالطالب لا يستطيع تفسير مفهوم ما. ما أن لم يكن هذا المفهوم موجود في ذاكرته أصلا.

ومن خصائص هذه الذاكرة :

° سعتها للمعلومات غير محددة

° دقتها في طبع المعلومات الداخلة إليها

° مدة الاحتفاظ بالمعلومات قصيرة جدا

° تخزين المعلومات على شكل تخيلات حسية (أفنان تطير دروزة، 2004، ص 63)

3-2- الذاكرة قصيرة المدى/الذاكرة العاملة: تطور مفهوم الذاكرة قصيرة المدى كثيرا خلال 20 سنة الأخيرة، بصفة عامة تعتبر الذاكرة قصيرة المدى ذلك الجزء الذي يحول عددا محدودا من المعلومات التي دخلت عن طريق الحواس الخمس ويخزنها على شكل أنماط يمكن إدراكها وتميزها إما بصريا أو رمزيا، فهي المرحلة الثانية من عملية خزن المعلومات التي يقوم فيها الفرد بنقل البعض من هذه المعلومات المجمعة عن طريق الحواس إلى الذاكرة قصيرة المدى، والاحتفاظ بها لفترة قصيرة من الزمن وذلك لتحقيق هدف ما بشكل مؤقت. (20 ثانية)

3-3- الذاكرة طويلة المدى: تعتبر النظام الثالث من نظم الذاكرة بعد الحسية والقصيرة المدى/ الذاكرة العاملة، ويتميز هذا النوع من الذاكرة بسعته اللامحدودة في تخزين المعلومات، وتبقى فيها لفترة طويلة من الزمن (من بضع ساعات إلى عدة سنوات)، وقد تستمر مدى الحياة، والتخزين هنا يكون قطعي ألا إذا كان هناك تلف مرضي، والنسيان عامة لا يكون بسبب عجز في التخزين، وإنما بسبب الصعوبات في الاسترجاع أو التدخلات بين المعلومات، كل المعلومات تخزن في الذاكرة طويلة المدى، لكن في بعض الظروف تكون الذكريات أما صعبة الاسترجاع، إما أنها تختلط مع الأخرى (أفنان تطير دروزة، 2004، ص 71)

4- المظاهر الأساسية للذاكرة:

تؤدي الذاكرة دورا هاما في مختلف مجالات السلوك الإنساني في الحديث في الكتابة في القراءة، في الاستماع، في ممارسة الأعمال والمهارات المختلفة، حتى في سير في الشوارع، وبين الطرقات، بل تمتد أهمية الذاكرة إلى ممارسة بعض أنواع من السلوك التي تعبر عن مظاهر حياته الخاصة مثل: تناول الطعام أو ارتداء الملابس، في كل هذه المواقف تحتاج

إلى الذاكرة في أبعادها المختلفة لكي توجه سلوكنا الوجهة الصحيحة. (امتثال زين الدين، 2007، ص 29). ومن هنا يمكن أن تحدد المظاهر الأساسية للذاكرة الإنسانية:

يمكن تحديد ثلاث 3 مظاهر أساسية للذاكرة:

- 1 أول مظهر يسمى بنظام تخزين المعلومات.
- 2 ثاني مظهر يسمى بنظام الذاكرة قصيرة المدى.
- 3 ثالث مظهر يسمى بنظام الذاكرة طويلة المدى.

أولاً: نظام تخزين المعلومات الحسي:

على ضوء المعلومات التي تصل من المثيرات إلى أجهزة الحس في الإنسان، تتوقف كثير من العمليات التي تتناولها الذاكرة في أبعادها المختلفة ولذلك يقوم نظام تخزين المعلومات الحسي في نقل صورة العالم الخارجي بدرجة كبيرة من الدقة وللكمال كما تستقبلها حواس الإنسان. (اسكندر جرجي مصعب، 2012، ص 15).

ثانياً: الذاكرة قصيرة المدى M. C.T ثمة تكوين فرضي يطلق عليه الذاكرة قصيرة المدى (MCT) يتوسط بين المستقبلات والمستودع الموسع للمعلومات والمعارف (الذاكرة طويلة المدى)، وهذه الذاكرة ذات سعة محدودة للغاية لكنها ذات أهمية ضخمة، وهي أكثر وضوحاً من أي جهاز آخر للذاكرة تبدأ فيه بمعالجة المنبهات الناشئة من البيئة وتتناسب سعتها التخزينية الضئيلة مع وسعها المحدود على القيام بالمعالجة، إن الذاكرة قصيرة المدى تستخدم كمستودع مؤقت لمكن أن يحتفظ بمقدار محدود من المعلومات، ويمكن أن يحول المعلومات ويستخدمها في إنتاج استجابات.

ثالثاً: الذاكرة طويلة المدى: إذا ما عشنا في ذاكرتنا قصيرة المدى، فإن مستودع المعلومات الذي يعطي معنى لوجودنا للراهن، يكمن في الذاكرة طويلة المدى (M.L.T) إن قدرتنا على التعامل مع المكونات الصغيرة جداً من الأحداث الحسية التي تشكل الحاضر عبر المتصل

المتقدم باستمرار يعتبر الوظيفة الرئيسية لذكرياتنا الفورية قصيرة المدى في حين أن قدرتنا على التعامل مع الماضي واستخدام هذه المعلومات لفهم الحاضر هي وظيفة ذاكرتنا طويلة المدى هي ثرائها بالشفرات وتجديد المعلومات والبنية والدوام ومستودعات الذاكرة الأخرى القصيرة المدى محدودة نسبيا من حيث هذه المعالم، وهكذا فإن مناقشتنا للذاكرة طويلة المدى تبدأ بمجرد أن نضعها في مقابل الذاكرة الحسية والذاكرة قصيرة المدى، وهما جهاز الذاكرة اللذان يختزان المعلومات لفترة قصيرة جدا من الزمن ولا يقومان بتجريدها واختزانها في بنية معقدة وسعة الذاكرة طويلة المدى غير محدودة ولا نهاية لدوامها فعليا. (خليل إبراهيم البياتي، 2002، ص 207).

5- النظريات المفسرة للذاكرة: هناك عدة نظريات مفسرة للذاكرة هي كالتالي :

نظرية الأثر Trace theory:

لقد برز الخلاف المعرفي حول البحوث الحديثة في الذاكرة منذ قرن تقريبا ويعتبر السؤال المركزي في هذا الخلاف، معرفة ما إذا كانت تمثيلات الذاكرة تتجانس وتتطابق بشكل دقيق وصحيح مع المثيرات الخارجية الفعلية التي أحدثتها فإذا اعتبرنا أن عمل الذاكرة وما يصدر عنها من معلومات بمثابة استجابات حرصتها وأحدثتها مثيرات سابقة، فهل هناك تطابق حقيقي بين هذه الاستجابات والمثيرات؟

في الجانب الأول من الاختلاف، نجد المدافعون عن نظرية الأثر Trace theory، ويفترض هؤلاء العلماء أصحاب النظرية أن التمثيلات العقلية والبيولوجية Traces Mental and Biological للمثيرات والأحداث هي نسخة مطابقة قليلا أو كثيرا للأحداث الفعلية أو المثيرات، وهناك على الطرف الآخر الذين يؤيدون ما يسمى النظرية البنائية Constructireists theory ويقولون : إن التمثيلات العقلية والبيولوجية للمثيرات والأحداث هي تمثيلات غير صحيحة nonveridical ولا دقيقة قليلا أو كثيرا للأحداث الحقيقية، وبينما

يمكن لتمثيلات الذاكرة أن تحتفظ بمظاهر حقيقية للأحداث وللمثيرات الفعلية، إلا أن ذلك لا يعني أنها دقيقة وصحيحة تماما، وغالبا تتضمن معلومات خاطئة عن الأحداث والمثيرات الخارجية. (عبد الله محمد قاسم، 2002، ص53).

ترجع أصول نظرية الأثر في الذاكرة إلى ريتشارد سيمون **Richard Semon** وعلى الرغم من أنه فيلسوف مثل (هوبز ولوك) إلا أن جميعهم قد كتبوا عن آثار الذاكرة في كتابه المعنون **Die Mnene 1904** عرف سيمون آثار الذاكرة بأنها الأثر الذي تتركه خبرة ما في الدماغ **angram**، واعتبرها على أنها مستمرة من خلال التعديل الأولي الكامن للمواد والعناصر التي تنيرها إنفعاليا مثيرات معينة (عبد الله محمد قاسم، نفس المرجع، ص54).

وتكملة أخرى يعتقد سيمون أن الأحداث المثيرة تؤثر في العضوية بيولوجيا وتحدث تغيرات وانتقالات فيزيولوجية للعناصر المثارة انفعاليا، ونتيجة هذه التغيرات البيولوجية، إنتاج آثار الخبرة في الدماغ أو أثر نوعي ومحدد للذاكرة بالنسبة للمثير أو حث معين، ويقول سيمون أن كل مثير نوعي ومتميز يعمل على تكوين آثار خاصة في الدماغ، والأحداث المثيرة المتكررة يتم تخزينها على شكل آثار منفصلة ومستقلة **Separate engrams** وحامل يتكون أثر معين فإنه يحمل إمكانية الاستثارة تحت شروط معينة وخلال عملية الاستفادة تصبح هذه الإثارة قابلة للتنشيط أو إنها نشاط وفعالية ظاهرة على شكل تذكر أن الافتراض الرئيسي في كتاب سيمون هو أن أحداثا مثيرة نوعية تحدث آثار متميزة وفريدة تشكل بصمة وانطباع **imprint** يكون نتيجة حقيقية على الحدث أو المثير الفعلي وتصبح هذه البصمات والانطباعات مخزنة على شكل سجل بيولوجي ثابت **permanent biological record** . لكل مثير وحدث من الأحداث الحقيقية. (سليمان عبد الواحد إبراهيم، 2013، ص86).

2- النظرية البنائية: Constructivist theory

تعزى النظرية البنائية إلى **فريدريك بارثليت** وعمله المعنون التذكر ، دراسة في علم النفس التجريبي والاجتماعي.

Remembering : A study in experimental and social psychology

وذلك عام (1932) لقد درس هذا العالم عملية التذكر الطبيعية مستعملا مثيرات الذاكرة المرتبطة بالحياة الواقعية وتكملة أخرى فإن (**بارثليت**) اعتبر الرائد في مجال بحث التذكر المواد ذات المعنى كما انه اهتم بشكل خاص ببحث العوامل الاجتماعية المؤثرة في التذكر لقد حاول مرة العالم ببساطة أن يدرس العوامل التي تجنيها ... في دراساته المخبرية فلقد استخدم مثيرات وجهية على بطاقات ورموز بسيطة وقصة عن الحرب (وهي أسطورة أمريكية من وضع عالم الأنثروبولوجيا **فرائز بوس** وقد عرضت على المفحوصين ثم طلب منهم تذكرها وقد طلب منهم أن يتذكروا القصة بتفصيلاتها المهمة وتبين **لبارثليت** أن المفحوصين قد نجحوا في تذكر التفاصيل بدقة كما أن المعنى العام للقصة قد تم حفظه بشكل جيد بعد عدة مرات من الإعادة وقد استنتج **بارثليت** أن دقة التركيز والاسترجاع في المجال اللفظي هو استثناء وليس قاعدة أن كل جزء تم استرجاعه من القصة قد تضمن عناصر وأجزاء محذوفة **amitted** وهامة **imported** وبعد عدد من الجلسات التي تكررت فيها المادة أظهر المفحوصون عمليات انتقال ثابتة للقصة حتى تم الاحتفاظ بالجزء العام النمطي وذي المغزى منها. في دراسات أخرى عن التذكر المتسلسل بحث **بارثليت** كيف يتم انتقال القصص والصور بشكل لفظي من شخص لآخر، وقد تبين له أيضا كيف تتم عملية التغيير والنقل بين الأشخاص، حتى تتم في النهاية عملية تذكر العناصر المتشابهة من الأصلية المعروضة عليهم إن النتائج التي توصل إليها **بارثليت**، قد أثبتت عدم دقة التذكر وذلك على العكس مما كان سائدا في زمنه لقد انتقد نظرية الأثر وخاصة الفكرة الأساسية فيها وهي أن الآثار بشكل عام، تمثل أحداثا فردية وخاصة **individual and specific**

events وبدلا من ذلك فقد فسر المعطيات والنتائج بأنها مثال ساطع على التذكر البناء أو التركيبي، كما اعتقد أن أكثر تمثلات الذاكرة لدى الأفراد، هي بمثابة تقربان لبلوغ المعنى العام للأحداث، وخاصة التفصيلات المهمة والتميزة. (سليمان عبد الواحد إبراهيم، نفس المرجع، ص 87).

لتفسير الآلية التي تشكل عن طريقها انطباعات الذاكرة، فقد اعتمد بارتليت على مصطلح (هيد) المسمى المخططات الأولية Schema والذي عرفه بأنه تنظيم فعال لردود الأفعال السابقة

Active organization of past reactions

ويمكننا إيجاز الخلافات الأساسية بين نظرتي الأثر والبنائية بما يلي:

1-الدقة النسبية مقابل عدم الدقة النسبية لتمثلات الذاكرة للأحداث الأصلية.

2-تمثلات الذاكرة خاصة جدا مقابل التمثلات العامة للذاكرة.

3-يعتبر المفحوص بمثابة ملتحى سلبي passive recipient ويسجل الأحداث بالضبط

نسخة طبق الأصل منها: مقابل اعتبار المفحوص على أنه بناء ومركب فعال

Active construction لتمثلات الذاكرة:

إن عمل بارتليت الرائد في النظرية البنائية لم يكن له تأثير يذكر خلال الثلاثين سنة التالية

لعمله أي حتى عام 1967 حين هور علم النفس المعرفي التقليدي الحديث modern

classic cognitive psychology

إن الاختلاف الحالي المتعلق بالذاكرة الكاذبة، هو امتداد أكثر تعقيدا لتعديل الذي دار بين

أصحاب نظرتي الأثر والبنائية في الذاكرة لقد استخدم بايكو (yabko 1994) في كتابه

المعنون إحياءات سوء المعاملة syggestions of abuse استبيان " ليبيين أن لدى

المعالجين النفسانيين سوء فهم عن تقدم البحوث المتعلقة بالذاكرة، وذلك لأن بعض الجماعات الفرعية ما تزال تعتقد أن الدماغ يخزن الأحداث بواقعية مثل: المسجل، إن نتائج تطبيقات هذا الاستبيان التي تشبه وجهة نظر " نوفتس" هي أن بعض المعالجين النفسيين وعلماء النفس لا يزالون يفضلون نظرية الأثر وتفوقها على النظرية البنائية رغم سيادتها الواضحة في ميدان الذاكرة. (سليمان عبد الواحد إبراهيم، نفس المرجع).

وفي الأخير إن نظرية الأثر والنظرية البنائية كلتاهما لا يملكان الصحة المطلقة أو الخطأ المطلق، على الرغم من وجود دلائل قوية تدعم واحدة منهما، وتبرز تفوقها على حساب الأخرى لاشك أن نظرية الأخرى قد سيطرت حين استعملت الأحداث والمثيرات البسيطة (مثل قائمة الكلمات البسيطة المواد البصرية) في دراسة الذاكرة على عكس من ذلك فقد سيطرت النظرية البنائية حين استعملت مثيرات وأحداث الحياة اليومية (كالقصاص، الخبرات الشخصية، وأحداث الحياة الواقعية في بحثها، وهناك دلائل كثيرة تبين أن استرجاع تجارب الحياة اليومية الذاتية والعادية، تؤيد النظرية البنائية بحيث أن الشخص يعيد بناء وتركيب هذه الأحداث والخبرات، وأنها لهذا السبب موضوع تشويه وتحريف كبيرين في تفصيلاتها.) سليمان عبد الواحد إبراهيم، نفس المرجع، ص88).

إن التساؤل الأساسي هنا، هو معرفة ما إذا كانت الذاكرة التي تعرضت لتجارب رضية أو صدمة تتبع نظرية الأثر أو النظرية البنائية، وعلى اعتبار أنه لا توجد إلا بحوث مخبرية وتجريبية ضعيفة حول تذكر الصدمات، فإنه من المبكر القول : أن الذاكرة التي تعرضت للصدمة تخضع للنظرية البنائية، مثلما هو الحال بالنسبة للذاكرة الشخصية العادية، لقد صمدت نظرية الأثر لمدة تقرب من القرن، لأنها اعتمدت في بحثها على الأحداث أو المعلومات البسيطة، في حين أن النظرية البنائية هي المرغوبة والمعتمدة اليوم لدى الكثيرين لأنها اعتمدت في بحثها على الأحداث والمثيرات اليومية وذات المعنى من هنا يجب الإشارة

ثانية إلى أن أي نظرية منهما لا يمكن أن تشرح لنا طبيعة الذاكرة بقوة. (سليمان عبد الواحد إبراهيم، نفس المرجع، ص 89).

الوسائل الداخلية التي تساعد على تنشيط الذاكرة:

أ- قانون التأثير الجماعي: الكمية التي تذكرها متصلة بشدة الكمية التي تتذكرها أيضا بمزاجك الخاص، وخاصة مستوى قلقك، فإن كان عقلك مليئا بالأشياء المقلقة، فمن الصعب أن تتعلم، ولكن تحسن التعلم فأنت بحاجة إلى تركيز، ولكن بدون قلق، فكل ما تحتاج إليه هو التركيز بدون توتر. (السيد إبراهيم السمدوني، 2010، ص 300).

ب- التنظيم: هناك أربعة جوانب للتنظيم تساعدك على تحسين الذاكرة:

1- التقسيم: حتى تستطيع أن تتذكر كمية كبيرة من المعلومات، فمن الأفضل أن تجزئها إلى قطع صغيرة ويتضح هذا عند ذهابك للتسوق فأنت تريد شراء عشرات الأشياء، ولا يمكن أن تتذكرها جميعا، ولكن يمكن ذلك إذا قسمتها إلى أقسام، فمثلا أنا أريد شراء كذا من قسم اللحوم، وكذا من قسم الخضار... الخ، وهذه هي الطريقة المتبعة في كل شيء سواء في الدراسة أو حفظ القرآن أو أي شيء ولكن يجب أن يكون هذا التقسيم مهيكلًا.

فبقول: مثلا: سورة كذا تتكون من عدد من الأرباع هي كذا وكذا... الخ، وكل ربع ينقسم إلى عدد من المقاطع الواضحة. (السيد إبراهيم السمدوني، نفس المرجع، ص 301).

2- استخدام المفاتيح: كمن يقول لنفسه هذا الكتاب مكون من 5 فصول، ويتذكر 4 بسهولة ويحاول أن يتذكر الخامس، فتكون كلمة خمسة فصول هي مفتاح التذكر.

3- الربط: ربط المعلومات الجيد: بأخرى قديمة مستقرة ومحفوظة، وبهذه الطريقة يمكنك أن تبني مادة تتعلمها بطريقة تسهل عليك تذكرها فمثلا تقول شارع النور الجديد هو الشارع الذي يلي مكتبة الإيمان وهكذا.

4-المعنى: من الأسهل تعلم وتذكر شيء ذي مغزى عن تعلم شيء لا يعني لك الكثير، فمعاني الكلمات يمكن أن تصاغ بعدة طرق.

ج-المراجعة: على العكس تماما من جهاز الكمبيوتر فنحن أحيانا لا نستطيع تذكر بعض المعلومات التي تم دراستها مسبقا في لحظة واحدة، فنحن أحيانا ننسى ما سبق تعلمه.

ولقد ثبت بالتجربة أن أكثر طرق المراجعة فاعلية هي أن تراجع سريعا بعد التعلم الشامل، وبعد ذلك تقسم الموضوع إلى مراجعات إضافية منفصلة على فترات متباعدة. (آلاء محمد عبيد، 2006، ص105).

الذاكرة الأوتوبيوغرافية:

1/-المقاربة التاريخية لذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية :

الدراسة العلمية لذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية تعتبر حديثة نسبيا ولهذا تم انتظار مجيء أعمال كل من : (galton(1879) و(frend(1893) فيما يخص الاهتمام الذي خصصناه لدراسة الذاكرة الأوتوبيوغرافية.(christine vanessa .2006.p45)

وقد اهتم (galton) أكثر باستحداث هذه الأخيرة كما درس (freud) هذا المجال ارضاء لإرادته ودراسة وشرح الاضطراب العصبي الوظيفي، فقد استعمل العلاج التحليلي معلومات حول الطفولة حتى ولو اعتبر (freud) ذاكرة الأحداث الذاتية كوسيلة، فقد سمحت له إحدائه بتوضيح الدور الفعال للذاكرة وعلاقتها بالشخصية و السلوك .

و في مجال آخر فان (ribot(1881) و(korsokoff(1886) قد شارك بشكل واضح في تفعيل الأبحاث الحالية، في سنة 1881 كتب (ribot) في مجال "أمراض الذاكرة" استنادا إلى المبادئ التالية:

-التخريب التدريجي للذكريات يبدأ من الوقائع الحديثة (التي ترسخ في العناصر العصبية) قليلا ما تتكرر، وبالتالي الارتباط الضعيف بالآخرين، و يمتد إلى أفكار ثم مشاعر و عواطف وأخيرا إلى الأفعال).

-هذه الأعمال سمحت بتطورين: بالنسبة للأولى: ترك دراسة الذاكرة، وبالنسبة للثانية كوجهة نظر ممنهجة لتطوير دراسة الذاكرة عن طريق المرض (niglos2003)، وبعد سنوات فيما بعد قامت korsokoff1889 بتأليف وصف عيادي للمرضى الفاقدين للذاكرة (المصابين بفقدان الذاكرة فبالنسبة للمريض عصبيا ونفسيا، فذكرياته القديمة جدا راسخة ومحفوظة غير انه أوضح أن الذاكرة الحديثة للمرضى يمكن أن تتجلى عبر التصرف المحرك فهذا رغم الإصابة بفقدان الذاكرة الحاد.

-وفي القرن 20 سجل غياب ملحوظ في الدراسات و البحوث المتعلقة بالذاكرة الأوتوبيوغرافية لكن بعدها حدث تغير كبير، ففي سنة 1991، في الملتقى العالمي حول الذاكرة بعض الدراسات قدمت في استكشاف الذاكرة لكنه قليل، وفي سنة 1996 في طبعته الثانية أي الملتقى العالمي حول الذاكرة .

أكثر من خمس مقالات حول موضوع دراسة الذاكرة الأوتوبيوغرافية، هذا الميدان من البحوث بدأ يعرف حاليا بعض الاهتمام خاصة بعد تطور علم النفس المعرفي وعلم النفس النمو وعلم النفس الإكلينيكي. (christine vanessa.2006.p45)

2/- تعريف الذاكرة الأوتوبيوغرافية:

على مستوى عام، يمكن تعريف ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية بقدرة الشخص على تفكر تجاربه الماضية، لكن بعض الباحثين اتجهوا في تعريفهم للذاكرة الأوتوبيوغرافية بأن الذكريات لا يمكن أن نسميها أوتوبيوغرافية إلا بالرجوع إلى الذات، و بالنسبة لبعض

المؤلفين: -baddeley1992 - brewer1986-robinson-swanson1990

neiser1986 فإن ذاكرة الأحداث الذاتية عندما يكون مرجع للشخص فاختيار هذا المعيار يؤدي إلى التساؤل حول معناه لأنه يمكن اعتبار وضع رموز لأي معلومة تستلزم الذات فاقترح إذا (**conway**) تعريف متعدد الأبعاد للذاكرة الأحداث الذاتية ،فبالنسبة لهذا المؤلف الرجوع إلى الذات يجب أن يعتبر كميزة ضرورية ولكن غير كافية للتحديد بدقة المعارف الذاتية ،كما أن الرجوع إلى الذات مسجلة أكثر بالنسبة لهذه الأخيرة مقارنة بأنواع أخرى من المعارف .

وأخيرا في عام **baddeley1992** اقترح إنشاء تفريق بين الذات الذي يعيش وضعية معينة،،والذات موضوع تجربة معينة ،فذاكرة الأحداث الذاتية يجب اعتبارها كقدرة المواضيع على استرجاع معلومات حولها شخصيا ،بمعنى عندما يكون الذات محدد كموضوع المعارف ، فتمثل إذا مجموعة المعلومات و الذكريات الخاصة بشخص ما في مجتمعه. (christine vanessa.2006.46)

وفي هذا السياق حرر الكاتب **vrence** في كتابه (searchening schacter 1999) (**fermmeery**) ثلاث مؤلفات أفضت بالكاتب إلى الاستنتاج أن أحاسيسنا الشخصية ينطلق مبدئيا من تجارب ذاتية لها صلة بماضيها . (christine vanessa2006.p64) وأيضا

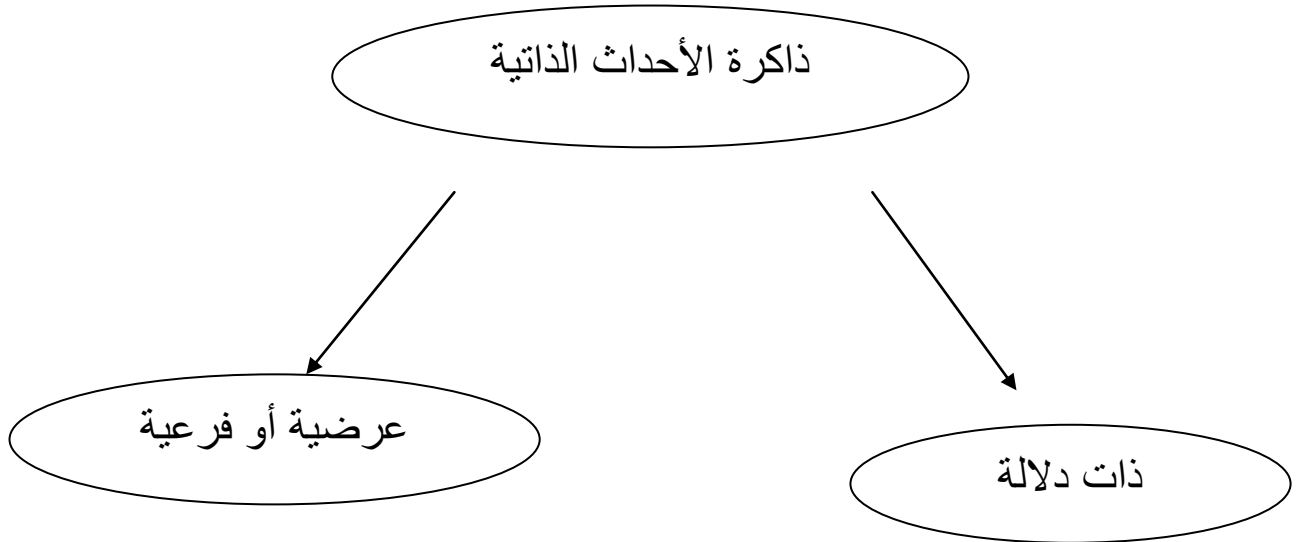
في موضوع حديث (**conway2001**) عرض الأدلة التي تسمح بتميز لمفهوم الذاكرة العرضية عن مفهوم ذاكرة الأحداث الواجب استعمالها في مجال البحث التجريبي ،كمثال (**counwall1992**) واعتبر ذاكرة الأحداث العرضية كصنف يدخل ضمن ذاكرة الأحداث الذاتية (**larsen1992**) اعتبر العكس ذاكرة الأحداث الذاتية هي صنف ضمن ذاكرة الأحداث العرضية (الثانوية). وكذلك (**conway2000**) حدد ذاكرة الأحداث العرضية كوسيلة مقوية للذاكرة التي تحفظ المعارف و المعلومات الخاصة بالتجارب الحديثة،وأوضح أن الذاكرة العرضية تتضمن بالتحديد ذكريات التجارب القريبة "أحداث

خاصة جدا" تتضمن عدة تفاصيل "الإدراك الحسي" حيث تكون مدة الاحتفاظ إلى حد ما قصيرة "من بعض الدقائق إلى بعض الساعات" بالإضافة إلى ذلك فهي لها علاقة قرابة مع الذاكرة الحسية (wheeler1997) في الأخير فان الذكريات العرضية لا تنتمي عادة إلى الرابط مع قواعد وأسس ومعارف الخاصة بذاكرة الأحداث الذاتية ،و كذلك ذكريات عرضية تتلاشى بسرعة عند معظم الناس خلال 24 ساعة بعد علمهم . (christine vanessa.2006.p47) أما ذاكرة الأحداث الذاتية فان مدة الاحتفاظ بالمعلومة لا يمكن أن تكون طويلة جدا (أسبوع ،شهر ،سنة ،طوال الحياة).

بالموازاة فان هناك عبارات و ألفاظ عديدة تم اقتراحها للحديث عن ذاكرة الماضي البعيد كما أن been1985تحدث أيضا عن الذاكرة لتصنيف الذكريات الناشئة حوالي أكثر من سنة .

هذا اللفظ ليس مرجعا لوسيلة جديدة لاسترجاع الذاكرة ولكن يبين فقط أن ذاكرة الماضي البعيد تتعلق بأحداث تكون فيها مدة الأحداث طويلة جدا هذا ما أكده (biolinoe2000)حيث يعتبر أن ذاكرة الأحداث الذاتية لا تمثل سوى إحدى مكونات الإدراك الذاتي اقترح تسميتها ب:(ادراك تطوري للفرد). (christine vanessa 2006.p48).

غير انه بالنظر إلى المعطيات الحالية يمكننا اعتبار ذاكرة الأحداث الذاتية كتصور متعدد ومركب يتضمن معارف عامة وخاصة الصورة رقم01توضح ذلك.



3/- نماذج الذاكرة الأوتوبيوغرافية:

نهتم ميدانيا مبدئيا بأنواع تنظيم ذاكرة الأحداث الذاتية المعدة من طرف (conway) نموذج*tulving:

إلى غاية 1983 حدد **tulvig** الذاكرة العرضية كذاكرة الأحداث الذاتية ،كما بين سنة 1984 بان المعلومات المخزنة لها علاقة بإحداث شخصية ماضية و التي تتشا قاعدة لتحيد الهوية الشخصية للفرد و المعلومات ذات الدلالة المخزنة في الذاكرة ليس لها بالضرورة علاقة بالهوية الشخصية للفرد (tulving1988) و في ظل ذاكرة الأحداث الذاتية يبين تركيبية عرضية متضمنة ذكريات أحداث متواجدة في الوقت والفضاء و التركيبية ذات دلالة (semantike)تجمع المعارف العامة للماضي أين يمكن الإضافة إليها معارف لها صلة بالذات. (christine vanessa.2006.p52)

*نموذج larsen:الوضعية المطورة من طرف (larsen1992)اعتبرت ذاكرة الأحداث الذاتية كصنف ضعفي ضمن الذاكرة العرضية لها صلة باستكشاف الذاكرة المعمرة من وجهة النظر هذه فان الذكريات التي تحكى أو تروى و المبنية على ترسيخ النصوص و المواضيع المتشابهة تختلف عن الذاكرة الأحداث الذاتية لأنها لا تعود مباشرة إلى الذات

(christine venessa.2006.p52) الذاكرة المروية أو المحكية وذاكرة الأحداث الذاتية تعود إلى أحداث ذات شكل شخصي .

*نموذج conway: النوع الإدراكي المعرفي الموضوع من طرف conway يطور إحدى مفاهيم الذاكرة الذاتية، فهو يفضي إلى شرح عمل الذاكرة الذاتية لدى مواضيع صحية فهذا يؤدي إلى تحديد انه يرجع أحيانا إلى هذا النوع أو الصنف ،وأوضح أيضا أن استحضار الأحداث الذاتية تلخص التفاعل بين مذكرة الأحداث الذاتية و الذات بالنسبة ل (brewer1986)الرجوع إلى الذات في ذاكرة الأحداث الذاتية هو الحد الذي يسمح بتصنيف الذكريات عن باقي أنواع المعارف على المدى البعيد ،وتحديدا هو الرابط الذي يربط إعادة التذكر الإدراكي و تصور "الذات" الذي يعتبر مسئولا عن الميزة الوحيدة لذكرياتنا ،و بالتالي ليس لان الشخصين يعيشان نفس الحدث فيكسبان نفس الذكرى ،كما تم شرحه مسبقا إعادة التذكر أو الذاكرة الإدراكية تسمح لأي شخص بالتواجد في تاريخه الشخصي و تدخل في تكوين الهوية الشخصية. (christine vanessa.2006.55) . وأكد أن الذكريات إذا مرتبطة ببعض الجوانب الخاصة بالشخصية (worke et al 1999)و تفسير الأهداف و التأثير (stein el al1999)بالذات و الجوانب التي تشبهها .

وأما بالنسبة للتصور الرئيسي المراد البحث عنه هو أن جزء من ذاكرة العمل هو من ينظم و ينسق باقي الأنظمة « le workingself »ويمكنه أن يسهل في نفس الوقت بالدخول إلى معلومات الذاكرة الذاتية :إذن :فالذات مدرجة في اختبار الذكريات المسترجعة .

كذلك فان الذات يغير الإدراك و الاستيعاب و كذا السلوك ،كما أن الأهداف الشخصية تلعب دور أساسي في المعلومة (التعلم)،و الدخول وتأليف الذكريات الخصوصية ،كما أنهم منظمين بطريقة تصاعدية و تسلسلية .(christine vanessa.2006.p56)

وحسب نظرية الذات المطورة من طرف (higgins) يجد هناك ثلاث مجالات :

(الذات الفعلية الحقيقي ، الذات التصوري ،الذات المحدد)،والذي له علاقة بالآباء ،
المربين ،وكافة المجتمع ،والهدف الرئيسي ل (working) هو إنقاص الاختلاف بين
مختلف المجالات الذات و بالتالي تسمح بالحفاظ على الاستمرارية بين الذاكرة العرضية
و تمثيل الذات على المدى البعيد .تأتي بعد ذلك المعارف الخاصة بالذاكرة الذاتية التي
يمكن أن تكون عامة أو خاصة ،فالذكريات هي تكوين انتقالي إلى نظام الذاكرة .

فحسب هذا النوع فان هذين المفهومين يحافظان على علاقات متبادلة :الأهداف
،الأمنيات ،وتحفيزات الموضوع .تحدد معلومة الذكريات للذاكرة الذاتية وبالمقابل الذكريات
الذاتية للموضوع تستلزم أهدافها و أمنياتها و تحفيزاتها ،لان هذه الذكريات هي مقوم
الهوية الشخصية وأساس العلاقات بين الأشخاص .
(christine
vanessa.2006.p57)

4/-تقنيات البحث في الذاكرة الأوتوبيوغرافية :

إن الهدف من تقديم هذه التقنيات التي تعمل على استكشاف الذاكرة الأوتوبيوغرافية ليس
الغرض منه سرد هذه التقنيات بل الوقوف على المبادئ الرئيسية لهذه الطرق و توضيح
كل الايجابيات منها و التطرق إلى حدود استعمالاتها .(مصطفى لكحل
،2006،ص85)

هناك العديد من الطرق التجريبية التي قدمت في هذا الميدان :

*أعمال قالتون galton:قام galton1893بتشجيع الدراسة المباشرة للذكريات و استخدم
في ذلك المؤشر indiceالمجرب بتقديم كلمة "مؤشر"للشخص ويقدم له

تعليمات من اجل استرجاع ذكريات معاشة متعلقة بالمؤشر المقدم له ،إلا أن هذه التقنية وجدت صعوبة في تطبيقها .(نفس المرجع ،2006،ص86)

*الاستدعاء الحر le rappel libre:الاستدعاء الحر هو تقنية أخرى استخدمت بشكل كبير في استكشاف الذاكرة الأوتوبيوغرافية ،وتنص التعليمات على استرجاع معلومات محددة بمرحلة زمنية معينة مثلا :استرجع ذكريات من هذا الشهر إلى السنة الموالية تكلم عن الأحداث في شهر الصيف الأخير .و التي يقوم بجمع المعلومات شفويا أو كتابيا .

كذلك **dritsche** اقترح طريقة أخرى وذلك باستدعاء مجموعة معلومات الممكنة في 90سنةوهنا يقوم المحرب بتدوين المعلومات الخاصة بالمعاني (أسماء، أقارب ،أساتذة) .
والمعلومات الخاصة بالأحداث و التي تتكون فيها تفاصيل بالزمن و المكان .

لكن حسب **biolino**إن الهدف الرئيسي لهذه التقنية هو اقتراح طريقة سريعة لتقييم الذاكرة الأوتوبيوغرافية إلا أن هذه التقنية لا يمكنها أن تراقب و تقيم ذاكرة الأحداث بطريقة دقيقة.(المرجع السابق،86،2006)

*استبيان لقياس الذاكرة الأوتوبيوغرافية :

أول الاستبيانات التي أعدت لاستكشاف و تقييم الذاكرة الأوتوبيوغرافية هي

ل1899**colegrovel**بالولايات المتحدة الأمريكية ول **victor et catherine**
henryفرنسا .

الاستبيان الذي وضعه **colegrove**يسمح بدراسة مختلف مراحل الحياة و يحتوي على 14سؤال :مثال على ذلك ما هي ذكريات المتعلقة بالحديقة المتعلقة بالمدرسة الابتدائية ،المدرسة الثانوية.

في حين فرنسا اهتمت دراستهم إلا على الذكريات الخاصة بالطفولة.(نفس المرجع،2006،ص87)

*استبيان الذاكرة الأوتوبيوغرافية1989kopelman:

هذا الاستبيان وضع من قبل **kopelman** بانجلترا يحتوي على قسمين :قسم خاص بالمعلومات الشخصية التي تحمل المعاني و قسم يخص الأحداث الأوتوبيوغرافية و التي تحمل المعلومات الخاصة .

يقوم هذا الاستبيان بالكشف عن 3 مراحل عمرية :الطفولة ،المراهقة ،الرشد ، المرحلة الراهنة.

كل مرحلة تحتوي على أسئلة شخصية للمعلومات الخاصة و المعلومات العامة .

أسئلة معلومات المعاني تكون لها علاقة مع معرفة الأسماء ، العناوين ، الأيام والتواريخ.

أسئلة معلومات الأحداث تكون لها علاقة مع استذكار كل تفاصيل الزواج ،السفر،الاستشفاء و التي ترتبط بالزمان و المكان .

هذا الاستبيان يستعمل في المصالح الإستشفائية خاصة مصلحة الأعصاب من اجل

تقييم الذاكرة الأوتوبيوغرافية عند مرضى فقدان الذاكرة و المصابين بالخبل و بعض الأمراض العقلية .(المرجع السابق ،87،2006)

*استبيان الذاكرة الأوتوبيوغرافية ل2000biolino:

الاستبيان اعد بهدف اجتناب استخدام الطرق الأخرى خاصة الاستبيانات الأخيرة والتي ذكرت سابقا.

هذا الاختبار يستكشف قدرة الفرد على استرجاع الأحداث الشخصية الخاصة والمفصلة لأربعة مراحل عمرية:

1/- مرحلة الطفولة (سن 0-9).

2/- مرحلة المراهقة (10 إلى 19).

3/- مرحلة الرشد من 20 سنة .

4/- المرحلة الراهنة (الإثنا عشرة شهرا الأخيرة). (نفس المرجع ،2006، ص88)

5/- الذاكرة الأوتوبيوغرافية و الفصام :

يمكن أن نشاهد في الفصام اضطرابات بين الذاكرة الأوتوبيوغرافية و الشخصية واتجهت بعض الدراسات بهدف الكشف تجريبيا عن الذاكرة الأوتوبيوغرافية عن الفصامين ،لكن عندما بدأنا في هذا العمل وجدناها قليلة.

أن استبيان قياس الذاكرة الأوتوبيوغرافية ل 1989 kopelman استعمل من قبل 1992 tamlyn من أجل الكشف عن أداء الذاكرة الأوتوبيوغرافية لمرضى فصامين ،وتوصل إلى نتائج بان الذاكرة الأوتوبيوغرافية عندهم مضطربة في مختلف مراحل الحياة(الطفولة،المراهقة،ومرحلة الرشد) وكذلك المرحلة الراهنة الأخيرة.(نفس المرجع ،2006، ص91)

واستعمل كذلك fenistein في سنة 1998 نفس الاستبيان على 19 حالة فصامية لقياس أداء هذا النوع من الذاكرة فتوصل إلى نتائج مفادها إن ذاكرة الأحداث وذاكرة المصابين مضطربة .

وفي سنة 1995 قام بالكشف عن أداء الذاكرة الأوتوبيوغرافية على 5 حالات فصامية تعاني من الهذيان وعلى 5 حالات فصامية بدون هذيان و استخدم كذلك نفس الاستبيان فتوصل إلى نتائج مفادها أن استرجاع المعلومات العامة (المعاني) كانت نسبيا جيدة لكل الحالات .

أما استرجاع المعلومات الخاصة (الأحداث) فكانت اقل استرجاعا من الحالات موضوع الدراسة. (المرجع السابق، 2006، ص92)

وحسب **elvsegag** أن الكشف عن أداء الذاكرة الأوتوبيوغرافية يسمح التعامل مع مفهوم المسار الحياتي للفرد و إمكانية دخوله للمرض .

كل هذه الدراسات المقدمة انتهت إلى نتيجة أن الذاكرة الأوتوبيوغرافية للحالات المصابة بالفصام مضطربة وبها قصور إلا أن هذا النوع من الدراسات يبقى محدودا في التراث الأدبي السيكولوجي. (نفس المرجع ، 2006، ص93).

خلاصة:

ما يلاحظ انه تطور مفهوم الذاكرة أكثر من أي وقت مضى خلال العشرين سنة الأخيرة، ويلاحظ أن العلوم المعرفية قد ساهمت في كشف اللثام عن أسرار الذاكرة وانعكس ذلك على ميادين شتى أهمها الميدان العيادي.

الفصل الرابع: المراهقة

تمهيد:

- (1)- تعريف المراهقة
- (2)- المراحل والتقسيمات الزمنية للمراهقة
- (3)- خصائص النمو في المراهقة
- (4)- النظريات المفسرة للمراهقة
- (5)- اشكال المراهقة
- (6)- مفهوم ازمة المراهق والصراعات النفسية في حياة المراهق
- (7)- المراهق في المجتمع الجزائري

خلاصة:

تمهيد:

كان يعتقد لسنوات عديدة مضت ، أن ما يحدث في مرحلة الرضاعة يشكل حجر الأساس لنمو الشخصية في سنوات العمر اللاحقة ، وان الكثير من التأثيرات التي تتركها خبرات السنوات المبكرة يتعذر إلغاؤه ، ولكن إلى جانب ذلك هناك إقرار متزايد بان الخبرات التي تحدث خلال مراحل أخرى حرجة من النمو خاصة المراهقة لها أهمية موازية في التأثير على ما سيحدث في المراحل الأخرى من حياة الإنسان فالتكيف الايجابي في مرحلة المراهقة يرتبط ارتباطا وثيقا بنمو الراشد من جهة وسلامة المجتمع عموما من جهة أخرى .

وقد أتاح هذا الإدراك والتقدير لأهمية المراهقة كمرحلة حرجة في النمو إلى تطور الاهتمام بها علميا .

1/ تعريف المراهقة:

المراهقة Adolescence كلمة لاتينية الأصل مشتقة من الفعل Adolesere والذي يعني " النمو نحو الرشد " .

وتعتبر المراهقة في كل المجتمعات فترة من النمو والتحول من عدم نضج الطفولة إلى نضج الرشد وفترة إعداد للمستقبل . وبهذا المعنى فإنها تعتبر بمثابة الجسر ،الواصل بين مرحلتي الطفولة والرشد ، والذي لابد للأفراد من عبوره قبل أن يكتمل نموهم ويتحملون مسؤوليات الكبار في مجتمعهم .

فالمراهقة تمثل مرحلة نمو سريعة وتغيرات في كل جوانب النمو تقريبا ، الجسدية والعقلية والحياة الانفعالية ، كما أنها فترة من الخبرات الجديدة والمسؤوليات الجديدة والعلاقات الجديدة مع الراشدين والرفاق ن وعلى نحو عام ،فان هذه المرحلة تمتد من بداية النضج الجنسي وحتى السن الذي يحقق فيه الفرد الاستقلالية عن سلطة الكبار .

وهي مرحلة من التحديات المثيرة، والتي تتطلب التكيف مع التغيرات في الذات والأسرة وجماعة الرفاق . وكذلك هي بالنسبة للآباء والمراهقين فترة من الإثارة والقلق والسعادة والمشاكل والاكتشاف والارتباك ولكن لا بد من الأخذ بعين الاعتبار ، أن قدرا كبيرا من الخبرات النمائية تحدث قبل وصول الفرد إلى مرحلة المراهقة . فليس هناك من فتاة أو ولد يدخل هذه المرحلة كصفحة بيضاء يحمل معه فقط مخططا وراثيا يحدد الأفكار والمشاعر والسلوك . أو بالأحرى ، فإن اتحاد المخطط الوراثي مع خبرات المراهق هي التي ترسم مسار النمو في هذه المرحلة (رغد شريم ، 2009 ، ص 21_ 22) .

ويشير بوركر 1997 Burger إلى أن إيركسون يعد سنوات المراهقة أكثر سن العمر صعوبة من حيث القصر النسبي للمدة التي يتحول فيها الفرد من الطفولة إلى الرشد، ويتحول من الاهتمامات البسيطة إلى نوبة مفاجئة من أسئلة مهمة عن الكينونة والحياة ، ويبدأ المراهق من كلا الجنسين يطرح الأسئلة المهمة وأهمها (من أنا؟) (who am I?) وإذا أُجيب عن السؤال بنجاح فالمراهق ينمي الإحساس بالهوية ، لذا فهو يفهم من هو ؟ ويمكنه بذلك الموافقة على كينونته واحترام نفسه ولكن يفشل العديد من المراهقين من تطوير هذا الإحساس القوي بالهوية وبدلا من ذلك ينمو لديهم حالات من ارتباك الدور the confusion ومن خلال بحثهم عن الهوية ربما يتسربون من المدرسة أو ينتقلون من مهنة إلى أخرى أو من موقف إلى آخر ويعد فشل المراهق في تنمية إحساس قوي بالهوية إعاقة واضحة لتطوير شخصيته وتنميتها لاحقا . (يوسف حمه صالح مصطفى ، 2009 ، ص 96) .

وبدلا من أن نفكر لهم ، كذلك البحث عن وسائل استخدام قدرات وطاقات الشباب إلى

أقصى حد يتيح لهم استقلال هذه الطاقة وإتاحة فرص الاستكشاف والابتكار .

- تنمية الاتجاه السليم نحو الجنس الآخر وإن الصداقة والعلاقات بين الجنسين أمر طبيعي ، وإنما يحتاج إلى قدر من النضج والمسؤولية .
- تطوير أسلوب التعليم بحيث يدرّب الطلاب على استخدام الأسلوب العلمي في التفكير .

- الحرص التام بالنسبة لنمو مفهوم الجسم ومفهوم الذات الموجب بصفة عامة. (احمد بديوي ، 2008 ، ص 154)
- المراهقة كما يعرفها " كولبراج (kohlberg) " : فيعتقد كولبراج أن امتلاك المراهق لقدرات معرفية عالية تسمح له أن يتصرف وفق مستويات عالية من تطوير الحكم الأخلاقي لديه - مرحلة الالتزام بالقانون - وبالرغم من أن الكثير من المراهقين لا يصلون إلى هذه المرحلة هناك علاقة إيجابية بين مستوى الحكم الأخلاقي والسلوك إلخ.
- المراهقة كما يراها " اريكسون " يعتبر اريكسون أن تكوين الهوية الشخصية هو الناتج الايجابي لمرحلة المراهقة وبالمثل فإن اضطرابات الدور وإنفلاش الهوية ، أو الفشل في الإجابة على أسئلة أساسية تتصل بالهوية هو الناتج السلبي لهذه المرحلة (محمد عودة الريماوي 2006، ص33-34).
- تعريف المراهقة: يعرفها " انجلش وانجلش " بأنها فترة أو مرحلة من مراحل نمو الكائن البشري في بداية البلوغ الجنسي أي نضوج الأعضاء التناسلية لدى الذكور والإناث وقدراتها على أداء وظائفها إلى الوصول إلى اكتساب النضج (عبد الرحمان محمد العيوسي 2005 ص15)

التعريف البيولوجي للمراهقة :

يتضمن هذا التعريف التغيرات البيولوجية والجسدية للبلوغ التي تحول الأطفال إلى راشدين ناضجين جسديا وجنسيا ، وهذه التغيرات تحدث لدى كافة المراهقين بغض النظر عن الثقافة التي ينتمون إليها ، وفي الواقع فهي التغيرات الوحيدة التي تعتبر عامة في مرحلة المراهقة ، وتحدث هذه التغيرات نتيجة لإفرازات مجموعة متنوعة من الإفرازات الهرمونية القوية ، والتي تحدث وفقا لسرعات زمنية مختلفة ، وتؤدي إلى أحداث الفروق الجسدية بين الذكور والإناث في الطول والوزن ، ونسب الجسد وكذا الفروق في جهازي الإنجاب لدى الجنسين (عبد الكريم قاسم ابوخير ، 2004 ، ص 148).

التعريف السيكولوجي :

يركز هذا التعريف على أهمية تشكيل هوية مستقرة لدى المراهقين لتحقيق الإحساس بذات على نحو يفوق حدود التغيرات العديدة في الخبرات والأدوار . مما يمكن المراهقين تجسيد الطفولة التي سيغادرونها بالرشد الذي عليهم الدخول فيه، وتظهر التوتر على نحو طبيعي بسبب الضغوط التي توجد في المراهقة المبكرة البلوغ والنمو المعرفي والتغير في التوقعات الاجتماعية، ويعتبر البلوغ أول هذه الضغوط التي يشعر بها المراهق، بالإضافة إلى التغيرات الواضحة في الوزن والطول وتغير نسب الجسد ، ويصاحب هذه التغيرات الجسدية لدى المراهقين وعي جديد بأجسامهم وردود فعل الآخرين نحوهم ، ويستدعي البلوغ كذلك عالما داخليا من الاستثمارات الجنسية ، كما تشعر المرحلة بتغيرات معرفية سريعة . كذلك تتغير التوقعات الاجتماعية واضحا حيث يتوقع الوالدان والآخرون نضجا أكثر من المراهقين ، ويتوقعون منهم البدء بالتخطيط لحياتهم والتفكير لأنفسهم، وباختصار يتوقعون منهم من الإحساس بالمسؤولية (نادر فهمي الزيوت ، 1989،ص24).

التعريف الاجتماعي للمراهقة :

يعرف علماء الاجتماع الأفراد بمصطلحات تتضمن مواقعهم في المجتمع ، بما يعكس إلى حد بعيد فعاليتهم الذاتية ، فمن وجهة نظر اج يظهر المراهقون كأفراد لا يتمتعون بالاكتمال الذاتي self_sufficient ، وبالتالي فهم غير راشدين ، وغير اعتماديين تماما ، وبهذا فهو ليسوا بأطفال . ينظر إلى مرحلة المراهقة على أنها فترة انتقالية تتحدد نهايتها بتشريعات تضع الحدود العمرية المتعلقة بالحماية الشرعية لأولئك الذين لم يصبحوا راشدين ، فقوانين التعليم الإلزامي شرعت من اجل الأطفال بين السادسة والثامنة عشر من العمر . وهذه القوانين تضمن للأطفال تعلم المهارات الأساسية الضرورية للعمل المستقبلي . (سعيد رشيد الأعظمي ، 2007، ص27).

2/ مميزات خاصة بمرحلة المراهقة :

تتميز مرحل المراهقة عن المراحل التي سبقتها بعدة مميزات نذكر منها ما يلي :

1. في المراهقة يحدث خلل في توازن الشخصية التي كانت تميز الطفولة المتأخرة فمثلا بعد الاستقرار الانفعالي الذي كان يميز الطفولة المتأخرة يصبح المراهق غير مستقر انفعاليا ، وهكذا تحدث هذه التغيرات نتيجة التغيرات الجسمية التي يتبعها تغيرات نفسية.
2. يبدأ المراهق في البحث عن قبول الآخرين له والتأكيد من ذلك .
3. ينتقل المراهق من التقليد المباشر لجماعة الرفاق إلى التحرر من التقليد وتكوينين شخصية منفردة .
4. ينتقل من الرغبة في إقامة علاقة مع العديد من الأصدقاء إلى الرغبة في العلاقة بأصدقاء اقل .
5. الانتقال إلى ضبط الذات بلا من ضبط الوالدين .
6. البحث عن الحقيقة وعدم قبولها مجرد السماع بها .
7. الانتقال من الاهتمامات العامة إلى الاهتمام بأشياء خاصة ومحددة.
8. يتجه المراهق من التعبير الانفعالي غير الناضج إلى التعبير الانفعالي البناء وكذلك في التفسير الذاتي للمواقف إلى التفسير الموضوعي للموقف .
9. من ناحية اختيار المهنة فالمراهق ينمو من الاهتمام بالمهن البراقة إلى الاهتمام بالمهن العملية ، وأيضا من الاهتمام بمهن كثيرة إلى الاهتمام بمهنة واحدة .
10. وفي مجال توحيد الذات ينتقل المراهق من نمو إدراك ضعف للذات ، أو عدم وجود هذا الإدراك إلى نمو فكرة جيدة للذات . وأيضا من نمو توحيد الذات مع أهداف شبه مستحيلة إلى توحيد الذات مع أهداف ممكنة. (هشام احمد غراب ، 1971، ص 195_ 197).

3/ مراحل المراهقة :

تختلف أنواع المراهقة وهذا الاختلاف يساهم في تغير شخصية الفرد المراهق وذلك يتجلى في ثلاثة مراحل :

أ- **المراهقة الأولى** : تبدأ من سن 12 إلى 14 وهي تقابل مرحلة الإعدادية وتكون هذه المرحلة عندما يصل الإنسان إلى بلوغ الجنسي وتعد فترة المراهقة المبكرة مرحلة حرجة في حياة الإنسان ، نظرا لان الذكورة والأنوثة تتأكد نهائيا في ضوءها مع ظهور الملامح الجنسية الثانوية عند كلا الجنسين ، بالإضافة إلى حدوث تغيرات على الهيئة العامة لشكل الإنسان.

فتتسم الزيادة في النمو بالسرعة في التطور والتعبير وهذا ما يؤدي إلى إحداث تحول في الملامح الفرد كل هذه التغيرات تشد انتباه المراهق إلى ذاته الجسمية فيأخذ في تعديل فكرته عليها ، وبناء صورة جديدة .

ب- **المراهقة المتوسطة** : تبدأ من سن 15 إلى سن 17 سنة تعد هذه المرحلة همزة الوصل بين المرحلة المبكرة للمراهقة التي تعقب البلوغ ومرحلة المراهقة المتأخرة التي تقضي إلى النضوج ، وهي مرحلة التعليم الثانوي ولعل أبرزها تمتاز به هذه المرحلة هو استيقاظ إحساس الفرد بذاته وكيانه ، وظهور القدرات الخاصة التي يستدل منها على الميول المستخدم في التوجيه التعليمي والمهني (سامي عريفج، 1993، ص137).

وتتسع دائرة معارف المراهق وذلك بنمو القدرة على المشاركة الاجتماعية لديه والميل إلى الجنس الآخر والرغبة في تكوين علاقات شخصية ويصبح المراهق أكثر حساسية تجاه ما يوجه إليه من نقد ويتعرض على القوانين السلطانية سواء كانت في المنزل ، المدرسة .(احمد بديوي 2008، ص154).

ج- **المراهقة المتأخرة** : إن هذه المرحلة تبدأ من 18 إلى 21 وتعد هذه المرحلة مرحلة انتقال من المراهقة المتوسطة إلى النضج أي القدرة على المواجهة المناسبة لمطالب الحياة في الرشد ، وهي

مقابل مرحلة التعليم الجامعي وأبرزها ما تمتاز به هذه المرحلة يتمثل في محاولة الفرد التغلب على المصاعب والتحديات حتى يتسنى له التكيف مع متطلبات المرحلة النمائية التالية ، كما إنها تتميز بتبلور اتجاهات الفرد إزاء الشؤون السياسية والاجتماعية والعمل الذي يسعى إليه ، وفي نهاية هذه المرحلة تهدأ سرعة النمو تماما مما يجعل الحياة الفرد إلى الاستقرار والهدوء .(سامي عريفج ، المرجع ، ص)

4/ الاتجاهات الرئيسية في تفسير المراهقة :

المراهقة - كما يشير إليها المنظور - ميلاد نفسي للفرد و هي الميلاد الوجودي للعالم الجنسي ويراها آخرون أنها الميلاد الحقيقي للفرد كذات منفردة .و لقد ظهرت تفسيرات و اتجاهات متعددة في تفسير المراهقة من أبرزها

- الاتجاه البيولوجي : يتزعم هذا الاتجاه " ستانلي هل " و يركز على المحددات الداخلية للسلوك و يشير إلى أن المراهقة تمثل مرحلة تغير شديد مصحوب بالضرورة بالتوترات و صعوبة في التكيف وان التغيرات الفيزيولوجية تمثل عاملا أساسيا في خلق هذه التوترات أو الصعوبات و يشير هل للمراهقة باعتبارها فترة ميلاد جديد لان الخصائص الإنسانية الكاملة تولد في هذه المرحلة وان الحالات الانفعالية للمراهق تكمن في حالات متناقضة .فمن الحيوية والنشاط إلى الخمول و الكسل و من المرح إلى الحزن ومن الرقة إلى الفظاظة .(سامي محمد ملحم ، 2004 ، ص 345-346) .

- الاتجاه الأنثروبولوجي : يتزعم هذا الاتجاه " بندكت وميل " و يركز على المحددات الخارجية للسلوك- المحددات الثقافية والاجتماعية و القيم المكتسبة- .ومن خلال الدراسات المستفيضة التي قامت بهام يد و التي حاولت بها توضيح ما إذا كان سلوك المراهقة سلوكا عاما وشائعا لدى المراهقين أم انعكاس لظروف بيئية و خبرات معينة .فقد أكدت على أن المراهقة تتكون وتتشكل بالبيئة الاجتماعية.وعلى أهمية التنشئة الاجتماعية في اشتداد مشكلات المراهقة ، موضحة على أن المراهقين المجتمعات البدائية يجتازون هذه المرحلة دون

صراعات تذكر ، على عكس مراهقي المجتمعات المتقدمة كالمجتمع الأمريكي مثلا هذا وقد أوضحت الدراسات الانثروبولوجية عددا من الحقائق تمثلت في التالي :

- إن المراهقة تمثل مرحلة نمو اعتيادي و ليس بالضرورة أزمة في كل المجتمعات، وأن سلوكيات المراهق و تصرفاته واتجاهاته تعكس بالضرورة البيئة الاجتماعية التي ينشأ فيها.

- إن المراهقة لا تتخذ نمطا عاما وشكلا واحدا بل قد تتخذ أشكالا مختلفة وأنماط متعددة باختلاف البيئة المحيطة بالمراهق.وان للبيئة الاجتماعية دور فعال في أشكال المراهقة و تعقدها بكل ما تشتمله من إحباطات وصراعات .

- إن فترة المراهقة فترة نسبية ديناميكية يصعب معها وضع نظرية عامة لتفسير جميع جوانب المراهقة في أي مجتمع من المجتمعات.

• الاتجاه المجالي :

يتزعم هذا الاتجاه " كيرت ليفين " و يركز على التفاعل بين المحددات الداخلية و الخارجية للسلوك كما يركز بصفة عامة على عامل الصراع أثناء الانتقال من مرحلة الطفولة إلى مرحلة الرشد ومن مجال معروف إلى مجال مجهول ويصور المراهقة على أنها

فترة تغير في الانتماء إلى الجماعة حيث يرتبط بقيم وعادات جديدة تمثلها الجماعة التي ينتمي إليها مجددا، بعد أن كان ينتمي لجماعة الأطفال التي كان يعيش معها و يتصرف وفقا لأسلوب طفلي ، أما وقد اصب حالان كبيرا يرفض أن يعامل كطفل فان عليه أن ينتزع الأسلوب الطفولي الذي اعتاده ويقيم نمطا جديدا من العلاقات وفق مضمون و مستوى جديدين .

إن الانتقال في الانتماء من جماعة الطال إلى جماعة الراشدين هو انتقال من وضع معروف إلى وضع جديد غير معروف بالنسبة للمراهق.وكانه بهده الحالة ينتقل إلى عالم مجهول لم يتم تكوينه من الناحية المعرفية بحيث يصعب على المراهق التحرك نحو هدفه بوضوح .

- إن فترة التغيرات الفيزيولوجية و الجسمية التي تحدث للمراهق هي فترة تغيرات شديدة بحيث تبدو صورة الجسم مضطربة وبينما هو مشغول بجسمه الذي تغيرت معالمه فان خبراته الجنسية التي لم يعرف طبيعتها ولا كيفية التعامل معها والاستجابة لها .مما يضطر إلى ان يسحب انتباهه من العالم الخارجي و يركزه نحو الذات نفسها بسبب ما يعترها من تغيرات لم تنتظم بعزفي نمط مستقر .

- إن مرحلة المراهقة تمثل فترة ظهور حاجات و اهتمامات ورغبات وأهداف جديدة و هي فترة حدوث التغيرات العقلية و الانفعالية والاجتماعية و ظهور حاجات واهتمامات وطموحات معينة مما يستدعي إشباع الحاجات النفسية و الاجتماعية للمراهق قد لا يستطيع إشباع حاجاته مما ينتج عنه القلق والتوت و بروز المشكلات و يحاول المراهق في هذه المرحلة استطلاع المواقف الجديدة وحين لا يكون قادرا على إيضاحها فانه يزداد تعقيدا في حياته في عدم قدرته على تحديد واقعه الجديد فيختلط عنده الواقع بالخيال و ينتقل بالتالي إلى عالم الكبار المليء بالتناقضات و الصراعات بين قيم وراء متعددة.

• اتجاهات المرحلة المتعددة :

تتمركز هذه لاتجاهات حول بحث المراهق المستمر عن هويته أو ذاتيته كما يراها اريك سون و يشير إليها " كالبرج " على أنها انتقال إلى الخلاق التقليدية في عمل القرارات .

• اتجاهات التعلم :

يركز اتجاه المعلم على إن المراهقة تتصف بالانسحاب من معايير ثقافة الراشدين هذا الانسحاب الذي غالبا ما يحدث عن طريق سلوك لا اجتماعي غير مرغوب فيه.قد يظهر من خلال تقبل ثقافة جماعة الرفاق التي تعتمد على خبرات تعلم الفرد .وعلى سبيل المثال فان سلوك الاغترابي و الجناح أثناء فترة المراهقة عادة ما يرتبط باتجاهات والديه قاسية و عدم اتساقية من

قبل الوالدين إضافة إلى ما تحدثه وسائل الإعلام من تعلم سلوك غير مرغوب فيه للمراهق. (سامي محمد ملحم ، المرجع السابق ، ص 347) .

5/ مظاهر النمو في مرحلة المراهقة :

• **النمو العقلي** : يشمل النمو العقلي كل نشاط إدراكي يتجلى في حياة المراهق هو

يتضمن مسؤوليات متقدمة في الوظائف العليا في العمليات العقلية كقدرة عامة ، ثم القدرات الخاصة التي يملكها الفرد في حياته العقلية الإدراكية .

أثبتت كثير من الدراسة أن الذكاء العام يتناقص في سرعته في ما بين (14-17) عاما إذا نموه يكون سريعا في مراحل الطفولة ، ثم يبطئ كما تقدم الفرد في مراحل المراهقة ليثبت في أواخرها ، عند الأفراد الذين نسبة ذكائهم دون 80 في العمر (14) عاما ، ويثبت عند متوسطي الذكاء الذين تتراوح نسبة ذكائهم ما بين (90-110) في حوالي السادسة من العمر ، وبعدها يحافظ على استقراره حتى بداية الشيخوخة ، وثباته يفصح المجال للخبرة والتجربة التي تبقى طيلة الحياة تقوم بدورها في تنمية مهارات عند الأفراد .

تبدأ القدرات الخاصة تظهر بوضوح وتمايز في مرحل المراهقة المتوسطة أي حوالي سن (16) عاما من العمر ، ولهذا تعتبر هذه المرحلة مرحلة توجيه مهني أو دراسي وأهم القدرات التي تنمو في هذه المرحلة هي : القدرات العديدة والحفظ والقدرة اليدوية والمكانية والفنية وغيرها ، وامتلاك هذه القدرات يعبر عن استعداد يؤهل المراهق لتكيف مع الحياة (عالي فالج الهنداوي ، 2016، ص287).

ينمو لدى المراهق في هذه المرحلة خيال خصب يغيب على التفكير المجرد ويتجلى خياله في لجوئه إلى أحلام اليقظة التي يجد فيها متنفسا وإشباعا لرغباته .

يميل المراهق إلى حب المناقشة والجدال وكأنه يريد أن يكون لنفسه مبادئ عن الحياة والمجتمع ، وبطل مخلصا لفلسفته التي يتبناها ، أو يوجد لها لنفسه ويعتقد بها ويعتقد بها ويتألف

مع أقرنائهم مما يشاركونه ميوله و إعتقاداته ، وهو يجد في ذلك نوعا من الشعور بتحقيق ذاته وشخصيته بعيد عن سلطة للكبار وبهذه المشاعر يحاول أن يصبح الفرد فيها عضوا كاملاً في حيات الجماعة (علي فاتح المهنداوي المرجع السابق 2820-289).

تظهر فروق عقلية فردية بشكل واضح بين المراهقين وفي هذا إعداد للتكيف الصحيح مع الحياة المعقدة المتغيرة علماً انه تفسير طبيعي لاختلاف مواهب الأفراد العقلية تبعاً لاختلاف متطلبات العيش ونشاط الحياة الإنسانية وتشير الدراسات إلى أن المراهقات يقعن المراهقين خصوبة الخيال واتساع أفاقه ويتميز تفكيره المراهقين بأنه تفكير سلبي (fromal finkinking) إذ يحاول المراهق في هذه المرحلة أن يكشف عن جميع الاحتمالات الممكنة لحل المشكلات التي تواجهه فيمكن للمراهقين بين (14-15) عاماً يستخدم نظاماً مركباً أي أنه يأخذ عاملاً واحداً ويبدله ويغير فيه حيث يجعل ما عداه ثابتاً ليحدد أثر هذا العامل ، ويرى "بياجيه" أن التحويل للتفكير الشكلي يبدأ عند المراهق فيما بين (11-12) عاماً وفي عمر (14-15) عاماً يكون المراهق قادراً على تقديم لبرمان النظامي للاحتتمالات وما ينجم عنها وبذلك تتغير اتجاهات طرق تفكيره ولم تثبت وجود فروق بين البنات والبنين في نمو التفكير وبالتالي أما التفكير التجريدي (abstract thinking) عند المراهقين فهم يستطيعون التحليق في حيز ما هو ممكن من جوانب متعددة فيفكرون في الجوانب العرقية والاجتماعية والجنسية وغيرها ويمكن للمراهق من خلال التفكير المجرد أن يفكر في احتمالات متعددة للمواقف الواحد دون أن يخلط بين ما يحتمل وجوده وبين الموجود بالفعل وهو يستخدم الرموز للرموز ويربط بين المتغيرات نمو عند المراهقين في المرحلة المتوسطة عملية لتذكره وتنمو قدراته على الاستدعاء والتعرف وتسمع المدى الزمني بين التعلم والتذكر وتزداد إمكانية الذاكرة نوعاً ، وكما أن تذكره بعيد المدى ومعنوي مبني على الفهم والاستيعاب ويتأثر تذكر المراهقين بميلهم إلى موضوعات معينة واستمتاعهم بها، وبانفعالاتهم وخبراتهم المختلفة ونمو قدراتهم على الأشياء يرتبط التخيل عند المراهق في

المرحلة الأولى ارتباطا قويا بالتفكير خلال مراحل النمو المتتابعة وخيال المراهق أكثر تجريدا وافتقارا لإحساسا من خيال الطفل فخيال المراهق يشتمل زخرفة وجمالية كبيرة كما يميل خياله إلى ممارسة النشاطات الأدبية والفنية وخيال الفتيان يكون أكثر خصوبة من خيال المراهقين الذكور.

يرتقي إدراك المراهق في هذه المرحلة لمظاهر نموه المختلفة إلى المدركات المعنوية لبعيدة للماضي والمستقبل البعيدين ويستطيع المراهق الوصول إلى الحقائق وذرك ما يمكن أن يقع هدفا وهذا نتيجة حصوله على أكبر قدار من الفهم والإدراك، كما أن إدراكه يخضع إلى مدى تفاعله مع مقومات الموقف الذي يحتاج إلى إدراكه ويربط الإدراك بالانتباه وانتباه المراهق قوي وثابت ومستقر ويمتد بإدراك نحو المستقبل وتوسع مداه ويرتفع مستواه وسيستقر بعد تذبذب (عبد السلام وهران 1992 ص 404).

• **النمو العضوي** : إن النمو العضوي الداخلي للفتيان والفتيات في مرحلة المراهقة وما يصاحبه من ظهور للكثير من المظاهر التي تجعلهم يتركون مرحلة الطفولة بكل ما فيها ويحرك النمو العضوي من دافع الجنس عند الأولاد، ويؤثر في سلوكهم، فعلى الآباء مراعاة هذه الأمور والانتباه إليه وتعويد أولادهم التربية اللازمة لتفادي تلك الانفعالات والاندفاعات الجنسية في مرحلة المراهقة وكل ما يردفها من سلوكيات سواء كانت في تكوينهم الجسمي أو في تصرفاتهم من هذه السلوكات.

- (1) نمو أعضاء معينة من الجسم.
- (2) الباحة في الصوت.
- (3) سرعة الغضب .
- (4) القلق الدائم .
- (5) حب العزلة والانطواء.
- (6) كتمان السرية على الولدين وعدم مصارحتهم .

- (7) الرغبة الدائمة في الخروج .
- (8) التأخر الدراسي.
- (9) الاهتمام بالجنس الآخر .
- (10) الاتجاه إلى الحب .
- (11) شرب السجائر (خاصة عند الأولاد).
- (12) الغرور والإعجاب بالذات. (سعيد كمال عبد الحميد ، 2009 ، ص 95).

• **النمو الحركي** : يتأخر نمو الجهاز العضلي عن نمو الجهاز العصبي مقدار سنة

تقريباً ويسبب ذلك للمراهق تعباً وإرهاقاً ، ولو دون عمل يذكر بذلك لتوتر عضلاته وانكماشها مع نمو العظام السريع كما أن سرعة النمو في الفترة الأولى في المراهقة تجعل حركاته غير دقيقة ويميل نحو الخمول والكسل والتراخي حتى يتسنى له إعادة تنظيم عاداته الحركية بما يلائم هذا النمو الجديد أم بعد 15 فتعد حركات المراهق أكثر توقعا وانسجاما ويأخذ نشاطه بالزيادة ويصبح نشاطاً بناء يرمي إلى تحقيق هدف معين ، على العكس من النشاط الزائد غير الموجه للذات يقوم به الأطفال في المدرسة الابتدائية لما يتعرض للمراهق في السنوات الأولى من المراهقة للإصابة بالأنيميا ، غفر الدم التي تجعل الجسم أقل مقاومة للأمراض أما في المرحلة الأخيرة فيلاحظ أن كثيراً من الأمراض التي يشكو منها المراهقين هي أمراض وهمية (قفان أحمد عوس ، 2003 ص 260)

ومن أهم مظاهر النمو العقلي ما يلي :

- **الذكاء** : ينمو الذكاء وهو القدرة العقلية الفطرية المعرفية العامة نمو اضطراباً حتى الثانية عشر ثم يتغير قليلاً في أوائل فتر المراهقة نظراً لحالة الاضطراب النفسي السائدة في هذه المرحلة وتظهر الفروق الفردية بشكل واضح ، ويقصد بها أن التوزيع الذكاء يختلف من شخص لآخر.

- انتباه المراهق: وتزداد مقدرة المراهق على الانتباه سواء في مدة الانتباه أو مداه فهو يستطيع أن يستوعب مشاكل طويلة معقدة في يسر وسهولة والانتباه هو أن يبلى الإنسان شعوره على شيء ما في مجاله الإداري.
- تذكر المراهق: ويصاحب نمو قدرة المراهق على الانتباه نمو مقابل في القدرة على التعليم والتذكر .
- تخيل المراهق : نتيجة خيال المراهق نحو الخيال المجرد المبني على الألفاظ أي النمو اللفظية و لعل ذلك يعود إلى أن عملية اكتسابه اللغة تكاد تدخل في تطوير النهائي من حيث أنها الغالب الذي تصب فيه المعاني المجرد (أي اللغة) ولا شك أن نمو قدرة المراهق على التخيل ساعده على التفكير المجرد في مواد الحساب والهندسة ما يصعب عليه إدراكه في المرحلة السابقة من التعليم .
- الاستدلال والتفكير: التفكير هو حل مشكلة قائمة ، يجب أن تهدف في عملية التربية إلى مساعدة التلاميذ على اكتساب القدرة على التفكير الصحيح في جميع مشاكلهم في سواء ما هو علمي أو اجتماعي أوراق.
- الميول : فترة المراهقة تنتوع الميول ، ولقد أشارت بعض الأبحاث إلى إن الميل إلى أعمال التجارة ونشاط الأندية يزداد عند البنين أثناء المراهقة في حين نقل ميلهم إلى اللعب الميكانيكي والطلاء والرسم مثلاً (عبد الفتاح دويرار ، 1993 ، ص 242) .
ومن التصنيفات التربوية التي من شأنها زيادة وتحسب النمو العقلي :
- وضع خطة لتنسيق ما تقدمه وسائل الثقافة والإعلام المختلفة من نشاط تربوي أو رياضي في حياة المراهقين وتوجيه سلوكهم عن طريق الجامعات والمعاهد والمؤسسات الأخرى .
- تنمية القدرات العقلية للمراهقين على أن يفكروا لأنفسهم تفكيراً مستقلاً .

- **النمو الانفعالي** : فإن تمرد المراهق هو التعبير عن نقلة عامة وتغير من الطفولة إلى الراشدون مجتمعنا يقدم لأفراده أنماط سلوكية محددة واضحة، تيسر هذا التغير والانتقال فيتصرف المراهق نتيجة لذلك بنفسه ليحل صراعاته الانفعالية .

ولعل أفضل طريقة لمعالجة تمرد المراهق هو محاولة فهمه والعمل بكل ما يستطيع المعلم فعله لمساعدة تلاميذه على أن يصبحوا أكفاء في الموضوع الذي يقوم بتدريسه يؤدي تزايد استقلال المراهقين إلى صراعاتهم الكثيرة مع آبائهم وقد يراجعوا المعلم طلبا للمشاركة الوجدانية والنصح ومن هنا يكون على المعلم أن ينصت للمراهق في ود ومشاركته وحدانيته لمشكلاته (إبراهيم عثمان 2006 ص164)

6/ التغيرات الرئيسية في مرحلة المراهقة :

توجد ثلاثة ملامح رئيسية تجعل المراهقة مرحلة مميزة لها خصوصيتها وأهميتها، وهي التغيرات البيولوجية و المعرفية والانفعالية /الاجتماعية.

- التغيرات البيولوجية : إن التغيرات في جسم الفرد واكتساب الوزن و الطول و التغيرات الهرمونية في مرحلة البلوغ و الوصول إلى القدرة على الإنجاب تعكس التطور البيولوجي للفرد .
- التغيرات المعرفية: وتتضمن التغيرات في التفكير و الذكاء لدى الفرد .فالتفكير و التذكر وحل المشكلة على سبيل المثال عمليات تعكس دور النمو المعرفي على الأبعاد المختلفة لحياة المراهق.

- التغيرات الاجتماعية /الانفعالية : و تتناول التغيرات في العلاقات الاجتماعية و في الانفعالات و الشخصية و كذلك دور السياق الاجتماعي في النمو، فالعلاقات الأسرية و جماعات الرفاق تلعب دورا هاما في النمو الاجتماعي و الانفعالي لدى المراهق.و على الرغم من أن هذه الأبعاد تتم مناقشتها كلا على حدة إلا أنها في واقع الحال متداخلة تداخلا وثيقا في تشكيل هذا الإنسان المتكامل الذي نقوم بدراسته .(بدر إبراهيم الشيباني ، 2000 ، ص307).

يعتقد أن التغيرات في مرحلة المراهقة تتجم عن عدد من الضغوط بعضها داخلي والآخر خارجي المنشأ، فمن المعروف اليوم أن المراهقة نتاج للعوامل الوراثية البيئية فالتغيرات البيولوجية هي تغيرات عامة و توجد في كافة الثقافات، بينما هناك ضغوط أخرى خارجية مرتبطة بالتوقعات الاجتماعية التي تلح على المراهق بضرورة التخلي على الطرق الطفولية وعلى تطوير علاقات تفاعل اجتماعي مع الآخرين و تحمل مزيد من المسؤولية و التي غالبا ما تنتج عن الرفاق و الوالدين و المعلمين والمجتمع على وجه العموم و التي من المحتمل أن تستثير لدى المراهقين عامة اوقاتا أو لحظات من الشعور بالشك و عدم الثقة بالذات و بالإحباط.

تؤدي هذه الضغوط الخارجية إلى نقل الفرد إلى حالة من النضج بنسبة أسرع مما يفضله هو بينما قد تعمل في مواقف أخرى على كبح جماح سعي المراهق نحو الحرية و الاستقلالية التي يعتقد أنها حق له و لكن تفاعل هذه القوى الخارجية هو الذي يسهم أكثر من إي شيء آخر في نجاح أو فشل الانتقال من الطفولة إلى النضج .

ومن ناحية أخرى فان طول فترة المراهقة تختلف من ثقافة لأخرى ، ففي المجتمعات البديية أو البسيطة تكون فترة المراهقة فيها قصيرة بينما في المجتمعات الصناعية حيث تتطلب المساهمة الفعالة في الحياة الاقتصادية إعدادا لعدد من السنوات الدراسية فان المراهقة تمتد حيث يواجه صغار الشباب سنوات إضافية من الاعتماد على الوالدين و تأجيلا لإشباع الجنسي حيث عليهم الإعداد للعمل المنتج في الحياة . (ايناس خليفة ، 2005 ، ص 85).

7/ مشكلات النمو في المراهقة :

أولا: السلوك العدواني

يكثر انتشار هذا النمط السلوكي بين تلاميذ المدرسة الإعدادية و الثانوية و يتمثل هذا السلوك في مظاهر كثيرة منها التهيج في الفصل و الاحتكاك بالمعلمين وعدم احترامهم و العناد و التحدي و التخريب أثار المدرسة وإهمال نصائح و تعليمات المعلم و بالتالي للمناهج المدرسية

و لنضمها و قوانينها ولا يمكن إرجاع هذا السلوك العدوانى إلى عامل بالذات بل ترجع غالب هذه الأنماط السلوكية إلى عوامل كثيرة متشابكة منها عوامل شخصية وأخرى اجتماعية .

1/ الشعور بالخيبة الاجتماعية كالتأخر الدراسي و الخفاق في حب الأولياء و المعلمين .

2/ المبالغة في تقييد الحرية والتدخل في الشؤون الخاصة بالصغار و المراهقين .

3/ التغيير في السلطة (الضابطة) وعدم ثباتها .

4/ توتر الجو المنزلى الذى يعيش فيه المراهق

5/ وجود نقص جسمي في الشخص مما يضعف قدرته على مواجهة مواقف الحياة أحيانا، و يجب على الآباء و المعلمين أن يشبعوا الحاجات النفسية التي يحتاج لها المراهق و عليهم أن يفهموا نفسيته و مطالبه و يقدروها التقدير المناسب . (رشيد حميد زغير ، 2010، ص90).

ثانيا: المرض و التمارض

للصحة العامة أثرها في التكيف المدرسي عند التلاميذ فالصحة الجيدة تجعل التلميذ اقدر على بذل الجهد و تحمل المشقة و أداء ما يطلب منه من عمل كما أنها تهيئ للتلميذ أن يشعر بالسعادة.

ثالثا: الانطواء و العزلة

أن التلميذ المنطوي أو الميل للعزلة يشكل مشكلة للمدرس ومع ذلك فلا يجب إهماله إذ أن الانطواء دليل على نقص النمو الاجتماعى و هو يعبر عن قصور في الشخصية و يعتبر الأطباء النفسانيون هذه الظاهرة من اخطر أنواع سوء التكيف .

رابعا: الجنوح والجناح

تنتشر ظاهرة الجناح بين بعض المراهقين في المدارس الإعدادية و الثانوية و الجنوح درجة شديدة و منحرفة من السلوك العدوانى حيث يبدو على المراهقين تصرفات تعتبر ذات دلالة على سوء الخلق و الفوضى و الاستهتار و قد يصل بهم الحال إلى الجريمة.

وقد يصل الجناح في صورة الاعتداء المادي على المعلم أو الأب أو قد يظهر في الاعتداء الجنسي أو إدمان المخدرات أو حمل السلاح والسرقه.

وقد ينتهي الحال في بعضها بالانتقام من الفرد على نفسه بالانتحار، و يرجع الجناح لعدة عوامل منها عدم قدرة المراهق على التكيف تكيفا سليما في المنزل أو المدرسة.وقد يرجع الجناح لضعف في قدرة المراهق العقلية أو لعاهة جسمية واضحة أو الفشل المتكرر في المدرسي أو ضعف في صحته أو نتيجة لمعاناته من قلق انفعالي .(سعيد حسني العزة ، 2002 ، ص 15).

8/ العوامل المؤثرة في المراهق وعلاجها :

أولاً: العوامل

- مرور بعض المراهقين بخبرة شاذة مريرة أو اصطدامهم بصدمات عاطفية عنيفة .
- انعدام الوقاية الأسرية أو تخاذلها أو التدليل الزائد للمراهق.
- القسوة الشديدة في معاملة المراهقين في الأسرة وتجاهل رغباتهم و حاجات نموهم .
- الضحية السيئة مع الجيران أو الأقران في المدرسة.
- النقص الجسماني أو الضعف البدني.
- التأخر الدراسي وارتباطه بضعف القدرة العقلية و اهتمام المدرسة بالتحصيل فقط.
- الحاجة الاقتصادية السيئة.
- يؤثر الدور الاجتماعي في مفهوم الذات حيث تنمو صورة الذات خلال التفاعل الاجتماعي و ذلك أثناء وضع الفرد في سلسلة من الأدوار الاجتماعية .
- وسائل الإعلام و غيرها من العوامل المؤثرة في النمو الاجتماعي .

- التنشئة الاجتماعية والتطبيع الاجتماعي للمراهق سواء في ذلك الثقافة المادية و الثقافة غير المادية و التراث الثقافي و الخبرات الثقافية و تشمل الثقافة عناصر مثل العلم و التكنولوجيا و الإيمان و القيم والفن و الأخلاق و الاقتصاد و السياسة وأنماط الحياة السائدة في المجتمع .
- يتأثر المراهق بالنمو الجنسي وبالسلوك الجنسي بعدة عوامل من بينها شخصية المراهق نفسه و نوع المجتمع الذي يعيش فيه .
- يتأثر المراهق بنوعية التعليم في إبراز الفروق الفردية في النمو العقلي و يشمل ذلك المنهج و الشخصيات المدرسين وأوجه النشاط في المجتمع كذلك الحرمان الثقافي و الفشل الدراسي و الإهمال وسوء الرعاية و نقص الدوافع .(رشيد حميد العبودي ، 2003 ، ص 33) .
- يتأثر المراهق بالنمو الانفعالي و بالتغيرات الجسمية الداخلية و الخارجية و العمليات و القدرات العقلية و معايير الجماعة و الشعور الديني .
- يتأثر المراهق بالعوامل الوراثية والعوامل الوراثية لها دور في وجود فروق فردية في الذكاء و كذلك يؤثر سرعة معدل النمو الجسدي في التحصيل الدراسي .
- يتأثر المراهق بالنمو الجسدي و الذي يشمل العوامل الوراثية و البيئية والتغذية و إفرازات الغدد ويلاحظ انه للغدة النخامية وإفرازها هرمون النمو دورا مهما في حيلة المراهق.
- المشكلات التي تتخلل مرحلة المراهقة سواء المشكلات النفسية أو الاقتصادية أو الجنسية و المقصود بالبطالة الاقتصادية هو اعتماد المراهق على الآخرين فالمراهق مؤهل جنسيا إلا انه غير مسموح له أن يمارس الجنس إلا في الحلال شرعا .(عباس محمود عوض ، 1980، ص75).

ثانيا : العلاج

يكون العلاج نحو المراهق والآباء حينما يكون أساس المشكلة كامنا في العلاقات العائلية، و يحسن مناقشة أسباب الجنوح مناقشة صريحة مع الأخصائي النفسي أو الاجتماعي أو الطبيب النفسي مما يساعد الجانح كثيرا إحساسه بان هناك من يحاول دراسة الموقف ويحاول أن يبسر له الأمور، ومن اللازم توفير المنافذ الاجتماعية السليمة للمراهق في إشراكه في النوادي الرياضية مما يساعد المراهق أيضا على وضع نظام المراهق سليم يوفر له قواعد خاصة و أسلوبا جادا يهدف إلى النظام الذاتي لا النظام المفروض من الخارج ، كذلك يمكن للمعلم أن ينفى في المراهق الشعور بالمسؤولية ويكون عنده القيم و المثل الأخلاقية السليمة و يعينه على التكيف مع الجماعات المرضية ، وقد يقتصر علاج الجانح على مجرد إظهار الثقة به وإعطائه بعض المسؤوليات فيساعد ذلك على الإحساس بأنه شخصية ذات قيمة فيتغلب على إحساسه بالنقص .

9/المراهقة و الفصام : لعل "مورال" هو أول من وصف هذا النمط للمريض في دراسته السريرية (1851-1852) حينما ذكر مختلون في ريعان الشباب تقدموا للملاحظ النفسي سعيا لغرض الشفاء ألما بعد الإمعان في الفرص بثنا مقتنعين بأن النهاية بالبلاهة والجنون في التوابع المحزن للتطور وفي سنة 1860 في كتابه معالجة الأمراض العقلية مزج بين الجنون المبكر والشلل المفاجئ للحركة بجميع قابليته وكان يصر على الأعراض كالإيحائية (ال قابلية للإيحاء) ونمذجة الموقف ، والتكشير والتشنجات الغربية للوجه ، والعدمية الخ ، وكنا نجد إذاً وصفاً فورياً لأسبقية الإصابة ، وسرعة تطورها والاختلال لتعبير عن هذا التطور .

وصف الكابتان الألمانيان **kahlbaum** وتلميذه **hecher** في العام 1863 وتحت اسم **hebephrenie** جنون الشبيبة مرضا عقليا ينشأ على البلوغ والتطور السريع في الجنون، وفي عام 1884 شكلا محققا للمرض نفسه هو ال **heboidophrenie** ومن ناحية أخرى كان **kahlbaum** قد **الكاتانوني** في سنة 1874 بجنون عضلي أو جنون التوتر الموصوف بتخلط معهم يقاطعه هياج متبادل (إسكندر جرجي معصب ، 2012، ص15-16)

خلاصة :

من خلال المعطيات المستعرضة في هذا الفصل نستنتج أن للمراهقة أثر واضح في حياة المراهق ، وذلك يتجلى في التي تظهر على جميع مستويات النضج بالنسبة لهذه الفترة الحرجة ، فهي تتسم بشدة التوتر والانفعال ، وهي الخاصية التي تغلب عليه وتحكم في سلوكياته وأخلاقه ، وكيفية تعامله مع الآخر .

الفصل الخامس : الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد:

1- الدراسة الاستطلاعية:

ا/ - حدود الدراسة

* المجال المكاني

* المجال الزمني

ب/ - المنهج

ج/ - أدوات الدراسة: (الملاحظة - المقابلة).

2- الدراسة الأساسية:

ا/ - حدود الدراسة

* المجال المكاني

* المجال الزمني

ب/ - المنهج

ج/ - أدوات الدراسة (الملاحظة - المقابلة - تاريخ الحالة - تطبيق الاختبارات).

تمهيد:

إن تحديد الإطار المنهجي ضروري لأي بحث علمي إذ لا يمكن لأي باحث التخلي عنه فعملية التفكير في تأسيس عمل منهجي منظم بإمكانه أن يترجم معظم أهداف البحث المتمثلة في الإجابة عن إشكالية البحث و التأكد من صحة الفرضيات ثم تحليل البيانات المتحصل عليها كما تكمن أهمية العمل المنهجي في مجالات الدراسة المتمثلة في الدراسة الاستطلاعية -المجال الزمني و المكاني -المنهج المتبع -إضافة إلى الأدوات خدمة.

1/-الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة من بين خطوات البحث العلمي حيث سمحت لي هذه الدراسة الأولية بالتعرف على مكان الدراسة و التأكد من وجود الحالات المراد دراستها بالإضافة إلى الفحص و جمع اكبر قدر ممكن من المعلومات حول موضوع الدراسة "الكشف على أداء الذاكرة الأوتوبيوغرافية لدى الفصامي المراهق المتمدرس".

حيث توجهت إلى مركز الوسيط لعلاج المدمنين التابع للمؤسسة العمومية الجوارية بولاية أدرار حيث استغرقت إجراءات الموافقة ما يزيد عن 10 أيام و ذلك لوجود خطأ من طرف الإدارة في مدة التريص حيث حددت في أول الأمر بثلاث أشهر ابتداء من تاريخ 01/03/2018 إلى غاية 29/05/2018 ثم حولت زمن التريص لمدة شهر ابتداء من تاريخ: 01/03/2018 إلى غاية 31/03/2018 حيث كان الفاتح من مارس انطلاقة التريص لكن لسوء الحظ فان الحالة لم يأتي لكنه أتى في اليوم الموالي وكان قد انهي العلاج بمركز الوسيط للمدمنين ليتجه إلى مصلحة الأمراض العقلية لولاية بشار مما اضطرني الى البحث عن حالة أخرى تتوافق وموضوع الدراسة فكانت هناك حالة باشرت العمل معها وكنت قد

قطعت شوطا في دراسة الحالة حيث قمت بإجراء 5 مقابلات عيادية ولكن الحالة رفضت مواصلة المقابلات فأخبرتني الطبيبة السيكاتري بالتخلي عن العمل معها لأنها لو ضغطت عليها سوف تتسحب من اخذ العلاج حيث صرحت لي الطبيبة السيكاتري أنها فعلت نفس الشيء في العام الماضي و انقطعت عن العلاج لمدة طويلة ثم عاودت الالتحاق بمركز الوسيط لمواصلة العلاج.

فاضطرت أيضا إلى البحث عن حالة أخرى تتماشى مع موضوع دراستي وكانت وتهدف الدراسة الاستطلاعية إلى الاسترشاد والإلمام بالمعلومات حول الظاهرة المراد دراستها على ارض الواقع والتأكد من التصور العام وكذلك التعرف على الصعوبات والمشاكل التي قد يتعرض لها الباحث. (فطيمة ونوغي، 2014، ص240).

ومن نتائجها:

-ضبط الحالة المدروسة والتي تم تشخيصها من طرف الطبيب السيكاتري على أنها تعاني مرض "الفصام".

-تحديد حدود إجراء الدراسة "مركز الوسيط للمدمنين".

1- حدود الدراسة :

*المجال المكاني و الزمني :أجريت الدراسة الميدانية لحالة الفصام وهي متابعة بالمركز ز الوسيط لعلاج المدمنين لولاية ادرار التابع لـ لهؤسسة العمومية للصحة الجوارية وهي مؤسسة ذات طابع إداري انشأت بتاريخ 2007/05/19 تتكون من العديد من المرافق و المنشآت و المتمثلة في المركز الوسيط لعلاج المدمنين الذي يتكون من الإدارة (مكتب السكرتيرة -مكتب الأرشيف) قسم خاص بعلاج حالات الإدمان -قسم خاص بالأمراض العقلية -مكتب الطبيب

العام -مكتب الأخصائي النفسي-مكتب طبيب مختص في الأعراض العقلية -مكتب المراقبة الطبية و حديقة المركز).

ملاحظة: بالنسبة للحالات المتابعة بالمركز فهي غير مقيمة و إنما تتبع علاج دوري لكل ثلاث أشهر نظرا لعدم توفر الإقامة بالمركز.

(2)-**المنهج:** هو المنهج العيادي الملائم لموضوع الدراسة "الكشف عن أداء الذاكرة الأوتوبيوغرافية لدى الفصامي المراهق المتمدرس" الذي يدرس الفرد كوحدة شاملة و ملائم للتشخيص الذي هو الهدف الرئيسي بالبحث عن الماضي و الوضع الحالي للحالة .

-عرفه عقيل حسين عقيل : بأنه المنهج الذي يهتم بدراسة الظواهر و الحالات الفردية و الثنائية و الجماعية و المجتمعية و يركز على تشخيصها من خلال المعلومات التي جمعها و تتبع مصادرها في الحصول على الحقائق المسببة للحالة و يصل الى النتائج و معالجتها من خلال دراسة متكاملة (عقيل حسين عقيل ،1999،ص129).

وهو المنهج الأنسب لهذه الدراسة الذي يقوم على الملاحظة المعمقة في دراسة الوحدات المختلفة في مشاكل معينة والغوص في حياتهم بغية الوصول إلى تأويل كل واقعة في ضوء الوقائع الأخرى بأسلوبه دراسة الحالة و التي تقوم بجمع البيانات ومعلومات كثيرة وشاملة في حالة فردية واحدة أو عدد محدود من الحالات و ذلك بهدف الوصول إلى فهم أعمق للظاهرة المدروسة و ما يشبهها ممن ظواهر حيث تجمع البيانات عن الوضع الحالي للحالة المدروسة وكذلك عن ماضيها و علاقتها من اجل فهم أعمق وأفضل للمجتمع الذي تمثله ويتم جمع البيانات في مثل الأسلوب بوسائل و أدوات متعددة منها: المقابلة الشخصية -الاستبيان - الوثائق و المنشورات.(ربحي مصطفى عليان ،2000،ص46).

(3)-أدوات الدراسة: في الدراسة الاستطلاعية لم أطبق أدوات الدراسة كاملة مع الاختبارات بل اعتمدت فقط على الملاحظة العيانية على مستوى السلوك ،وكذا بعض المقابلات العيادية.

2/-الدراسة الأساسية:

1)-حدود الدراسة:

*المجال المكاني و الزمني :أجريت الدراسة الأساسية الميدانية لحالة تعاني الفصام من نوع بارانويدي بمركز الوسيط لعلاج المدمنين بولاية أدرار التابعة للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية،كان التبرص لمدة شهر إبتداء من :2018/03/15إلى غاية :2018/04/15.

(2)-المنهج: هو نفسه المنهج المتخذ في الدراسة الاستطلاعية ألا وهو منهج دراسة الحالة .

3)-أدوات الدراسة :

1)-المقابلة الإكلينيكية النصف موجهة :استعملت المقابلة الإكلينيكية نصف الموجهة على الطبيب السيكاتري من خلال أسئلة مرنة تساعدنا في فهم كيفية تشخيص الفصام من قبل الطبيب السيكاتري و استعملت كذلك مع الحالة حيث كنت احضر الأسئلة المراد الإجابة عنها من طرف الحالة.

فالمقابلة هي المحادثة الجادة الموجهة نحو هدف محدد و هذا القيام بعلاقة حقيقة من القائم بالمقابلة وبين المبحوث (عبد الفتاح محمد دويدار ،2009،ص44).

ب)-الملاحظة العيادية : و هي ملاحظة سلوك الفصامي من خلال كلامه و هندامه وتصرفاته و الهلوس والهدايات ومعرفة مواضعها و هذا ما يساع دنا على التأكد من

التشخيص .

وتعرف الملاحظة العيادية على أنها استنفار الطرف الفاحص و الانتباه إلى كافة المستقبلات الحسية و الوجدانية و المعرفية و الروحانية لديه من اجل التقاط أي بيانات أو رسائل تصدر عن الطرف الملحوظ ،قصدية كانت أو غير قصدية و صريحة كانت أو ضمنية في موافق خاصة أو في مواقف طبيعية أو في مواقف معدة لذلك (خالد خياط ،2016،ص26).

(ج)-تاريخ الحالة :تاريخ الحالة أداة تكشف لنا وقائع حياة شخص منذ ميلاده إلى الوقت الحاضر و تعتبر الخطوة الأولى في العمل الإكلينيكي لجمع المعلومات التاريخية عن المريض ومشكلاته بأسلوب منظم.

كما أنها تعتبر قطاع طولي لحياة الفرد يقتصر على الماضي و يختص فقط لماضيه فهو دراسة تتبعية لحياة الفرد ويعني ذلك كافة المعلومات التي نجمها عن المريض إلى التاريخ المرضي الحالي و الأمراض التي تشكل التاريخ الطبي للمريض.

وتعتبر موجز تاريخ الفرد كما يكتبه وكما يجمع عن طريق الوسائل الأخرى و يتناول دراسة مسحية طويلة شاملة لنمو الفرد منذ وجوده و العوامل المؤثرة فيه و أسلوب التنشئة الاجتماعية ،و الخبرات الماضية ،والتاريخ التعليمي إلى غير ذلك من الأمور التي تتعلق بحياته.

*الاختبار الإسقاطي الورشاخ :هو أساس أي فحص طبي يشخص و يقوم باضهار الحياة الداخلية للفرد من التخيلات و التصورات و الخيال الداخلي ويكشف عن مؤشرات خفية .(بن خليفة محمود ،2007،ص94).

وهو اختبار إسقاطي طبق على حالة الدراسة المشخصة على أنها فصامية من قبل الطبيب

السيكاتري .

*اختبار pascalle biolino: هو اختبار يكشف عن قدرة الفرد على الاسترجاع للأحداث الأوتوبيوغرافية خلال مراحل عمرية :

-المرحلة الأولى : (من 0 سنة إلى 09 سنوات) .

-المرحلة الثانية : (من 10 سنوات إلى 9 سنة) .

-المرحلة الثالثة: (من 20 سنة) .

المرحلة الرابعة : (آخر 12 شهر الأخيرة) .

حيث تعتبر الأحداث الخاصة والمفصلة و الواقعة في إطار زمني ومكاني محدد أحداث خاصة أوتوبيوغرافية .

-و هو اختبار طبق على حالة محل الدراسة و هو يكشف عن قدرة استرجاع الأحداث الأوتوبيوغرافية خلال المراحل العمرية الأربعة المذكورة أعلاه .

وتعليماته كالتالي :أن هذه التعليمات يجب أ تقرا على المريض و ذلك قبل تطبيق الاختبار :

سنقوم بالرجوع بك إلى مختلف مراحل حياتك وذلك منذ ولادت ها في كل مرحلة نطلب منك الاستنكار مع تحديد كل التفاصيل لثلاث أحداث معاشة في تلك المرحلة ووضعها في الإطار الزمني و المكاني .

يجب دائما محاولة تذكر أي حد دام اقل من يوم ولم يتكرر مرة أخرى ،ولم تقم بسرده مؤخرا .

يجب أن نقص علينا بصوت مرتفع كل تفاصيل ومجريات هذا الحدث و كأنك تعيشه مجددا

:ماذا فعلت؟و بما شعرت؟مع من؟وأين ومتى حدث؟.

إذا استذكرت مثلا عطلة صيف قضيتها في البحر تجنب الوصف العام،و تذكر الأحداث المفصلة التي جرت في ذلك اليوم،هل فهمت؟حدث خاص هو حدث:

-دام اقل من يوم.

-حدث مرة واحدة فقط.

-يمكن أن تسرده لنا بكل تفاصيله كأنك تعيشه مرة أخرى .

*إذا ممكن يمكن أن تجيب على :

-ماذا حدث؟.

-ماذا كانت ادراكاتك؟مشاعرك؟افكارك؟.

*التقريب:

-كل حدث مسترجع ينقط بأربع نقاط في حالة :

*احترام خاصية الحدث(حدث وحيد أو متكرر).

*وضعه في زمان و مكان(الزمان نقصد به اليوم والساعة).

*مستوى التفصيل في الحدث فمثلا:حدث خاص ،منبع واحد(حدث مرة واحدة ولم يتكرر).

*موجود في الزمان والمكان ومفصل بطريقة جيدة==04نقاط.

-في حالة حدث خاص ،منبع وحيد ،موجود في الإطار الزماني والمكاني ،لكن اقل تفصيل

نقدم ===03 نقاط.

-في حالة حدث عام ،منبع متكرر أو معروف ،موجود في الإطار الزماني والمكاني نقدم ===02 نقطتين.

-في حالة حدث عابر ،منبع متكرر ،وغير متواجد في الزمان والمكان أو عبارة عن انطباع شخص نقدم ===01 نقطة.

-في حالة غياب الاستجابة أو معرفة عمق نقدم ===0

إذن: كل المراحل الأربعة تنقط على 12 درجة أي كل سؤال ينقط على 4 درجات كأقصى حد وبما أن كل مرحلة تحتوي على 3 أسئلة ،فالتنقيط يكون على الشكل التالي :3 أسئلة ×4.

فعندما تكون الدرجة الكلية اقل من: 07/12 فان الحالة يعاني من ضعف في الذاكرة الأوتوبيوغرافية وإذا كانت الدرجة من 05/12 الى اقل فان الحالة يعاني عجز على مستوى لذاكرة الأوتوبيوغرافية.

-الخلاصة: تتناول هذا الفصل الإجراءات المنهجية من خلال التطرق للدراسة الاستطلاعية بعدما تم تحديد مكان و زمان إجراء الدراسة انتقالا للمنهج ، وأخيرا الأدوات المستخدمة في جمع البيانات ،ولتي سيتم عرض نتائجها و مناقشتها في الفصل الموالي .

الفصل السادس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة

الفصل السادس :عرض ومناقشة نتائج الدراسة.

-تضمن إجراء عدة مقابلات مع الحالة أسفرت نتائجها عن مقابلة خلال مدة التريص التي كانت من 15/03/2018 إلى غاية 15/04/2018 (مدة شهر) حيث أن إدارة المركز لا تسمح للمتريصين بالتريص لمدة تتجاوز الشهر بل 30يوم كأقصى مدة للتريص و كان محتوى كل مقابلة كالتالي:

1/-عرض نتائج الدراسة:

أولاً:تقديم البيانات الأولية عن الحالة :

*المقابلة الأولى :اعتمدت فيها على الحصول على البيانات الشخصية عن الحالة وكانت بتاريخ 20/03/2018.

الحالة ك.د.،أنثى تبلغ من العمر 21سنة من مواليد 23/05/1997،عزباء،عدد الإخوة 06ترتيبها بين الإخوة 04،لا تعمل ،الصف الدراسي 3 ثانوي .

لا تعاني أي اضطراب في حياتها الاجتماعية ،ترى أشياء لا يراها الآخرون تسمع أصوات تأمرها بفعل سلوكات معينة كسولة وفاقدة للإرادة ولا تفعل أي شيء ،متبلدة المشاعر ولا يوجد لديها فرق بين الحزن و الفرح .

هذا جل ما تحصلت عليه في المقابلة الأولى مع الحالة وهدفها الحصول على معلومات وبيانات أولي عن الحالة،اعتمدت فيها على التدخل وتبسيط المصطلحات وإعادة تأويلها بطريقة أكثر وضوحا لكي تتمكن الحالة من فهمها والإجابة عنها دامت هذه المقابلة حوالي 40دقيقة .

*المقابلة الثانية:كانت مع أم الحالة حيث اغتنمت الفرصة للحصول منها على بعض الأجوبة وكانت بتاريخ 22/03/2018هدفها الحصول عن المعلومات الأولية عن الحالة وكانت هذه

المقابلة كتكملة للمقابلة الأولى ،حيث طلبت من أم الحالة أن تساعدني بإعطائي بعض المعلومات عن حالة ابنتها فقالت :ابنتي تعاني من مرض عقلي قالت الطبيبة انه فصام وهي

تتناول الدواء و أصبحت نوعاما في حالة لأبس ، لكن لا تستطيع التخلي عنه وان فعلت فإنها تمرض و ترجع إلى حالتها الأولى .

تعاني الحالة حاليا من مرض عضوي لهو المعدة ،وعانت من أعراض نفسية تمثلت في :القلق والوسواس والضيق النفسي .

أما بالنسبة لتاريخها الطبي فلقد تعرضت لإصابة عضوية تمثلت في سقوطها في حصة الرياضة على مستوى الرأس وسقوطها من سطح البيت أيضا ونومت على اثر السقوط الأولي بالمستشفى لمدة يوم .

أما بالنسبة للتاريخ العائلي فتوجد حالة مشابهة بالأسرة حيث أن أبوها يعاني من مرض عقلي شخص على انه فصام وأخوها كان يعاني من مرض عقلي أيضا شخص على انه ذهان كحولي، وفيما يخص الأمراض العضوية أمها تعاني من ضغط الدم.

وبالنسبة لتاريخ النمو تحصلت على مايلي :نوع الولادة كانت بالعملية بسبب الوزن الزائد للجنين ،مدة الرضاعة كانت 11 شهر ،المنعكسات الفطرية الآلية كانت موجودة ،نمو الأسنان كان خلال 11 شهر ،المشي خلال عام و 5 أشهر ، الكلام عام و 3 أشهر تقريبا ،كما لوحظت بعض المشاكل في الطفولة المبكرة تمثلت في البول اللاإرادي .

علاقتها مع الآخرين:مع الأب حسنة ،مع الأم أحسن،مع الإخوة متوترة ،مع الأقرباء متوترة ،مع الأصدقاء لاتوجد.

أما بالنسبة للمناخ الأسري العام:مستقر و الوضع الاقتصادي لايباس به .
استغرقت هذه المقابلة :حوالي 30دقيقة.

*المقابلة الثالثة :كانت بتاريخ 24/03/2018إعتمدت على التقنية الملاحظة العيادية وتحصلت فيها عما يلي :

فيما يخص المظهر و السلوك العام للحالة يس نظيف ولا أنيق ولا مناسب ،بنية الجسم معتدل

،وجود تكرار للحركات النمطية ، التواصل البصري متوسط ،كلام المريض بطيء ،كمية الكلام قليلة،حجم نبرات الصوت منخفض ،النطق غير واضح ،المزاج قلق ،الوجدان ،حيرة وارتباك ،الأفكار غير مفهومة وغير مترابطة ،مجرى الأفكار بطيء ،مضمون الأفكار : (أفكار وسواسية ،أفكار هذات "توهمات"،أفكار اضطهادية ،أفكار الذنب ،أفكار غير واضحة،أفكار غريبة أو شاذة مثل: القتل .

الإدراك والوعي: مضطرب ووجود هلاوس بمختلف أنواعها ،الأوهام والخداعات ،تغير في الأشياء ،الإحساس بالألم . إدراك

الانتباه و التركيز :غير سليم ومضطرب ،شروذ وسرحان ،تشتت ،انشغال .
الذاكرة :مضطربة .

الاستبصار :غير مستبصر .

دامت هذه المقابلة حوالي 45 دقيقة.

ملخص الثلاث مقابلات الأولية التي تحتوي جمع المعلومات والبيانات الشخصية عن الحالة: كريمة عمرها 21 سنة من ضواحي ولاية أدرار ،عزباء،مستواها الدراسي 3 ثانوي ،ظروفها الاجتماعية لابس بها ،لديها سوابق مرضية ،أبوها يعاني من مرض عقلي ،شخص على انه فصام ،وفي عام 2014 حيث كانت تبلغ من العمر 17 سنة بدأت تظهر عليها جملة من الأعراض الغريبة تمثلت في فقدان الاهتمام بالهندام وتراجع المستوى الدراسي ،التغير في الشخصية ،ومع الزملاء و المحيطين و الأصدقاء ،تبدل في المشاعر ،العزلة والانطواء ثم تطورت هذه الأعراض و ازدادت حدة في سنة 2016 حيث كان عمرها 19 سنة وذلك بعد وفاة أخيها الأكبر جراء تناوله جرعة كبيرة من المخدرات حيث كان مدمنا وكان يزور المركز الوسيط للمدمنين بهدف العلاج حيث أتها نوبة من الهلاوس و الهذيان ما استدعى دخولها إلى مصلحة الأمراض العقلية بأدرار في 08/04/2016 لتتوم فيه لفترة دامت 13 يوم،ثم عاودت

الرجوع وبقيت لمدة 03 ايام وذلك بسبب انتكاسة لرفضها تناول الدواء وقدمت لها مضادات الذهان من :

"nozinon –parkinan–lysanscia"

وبعدها أخرجت من مصلحة الأمراض العقلية وبقيت تتناول الأدوية لكن عاودتها انتكاسة تمثلت في هيجان في الكلام و الضحك لوحدها و الكلام وكذلك الهلوس و الهذيانات ،فرجعت إلى المصلحة لكن لم تنوم بها فقط بقيت لمدة 13 ساعة و بقيت تتناول مضادات الذهان ثم حولت الى مركز الوسيط في سنة 2017 وبيدات تتابع به إلى حد الآن،مع توفر التكفل العائلي الذي كان له مردود جيد خاصة من ناحية الدواء.

*المقابلة الرابعة:كانت مع الطبيب السيكاتري تضمنت ملخص عن محتوى ما قاله الطبيب عن الحالة كانت بتاريخ: 26/03/2018 حيث اعتمد الطبيب السيكاتري في تشخيص المفحوص على مجموعة من الملاحظات الأولية ،بداية بلباسها الذي يبدو لباس به و سلوكها يتميز بهيجان لفظي و إيماءاتها خالية من أي معنى وتعابير جافة وتناقضات في العاطفة تضحك تارة وتبكي أخرى ،و انطلاقا من هذه الملاحظات كان تشخيصها على انه فصام من نوع برانويدي نتيجة لثراء الهذات مع الهلوس ،وان الأشخاص تراقبها من كل مكان ،وعائلته تريد التخلص منه وأما سبب المشاكل ،حيث تستقر حالتها نسبيا مع تناول مضادات الذهان ، غير أنها تتكس لعدم احترام أوقات الدواء ، وهذا الاضطراب صعب التشخيص لتداخل العديد من العوامل ويتطلب جود فريقين من الأطباء السكاتريين و الأخصائيين النفسانيين ، ويمكن إدماجها في المجتمع من خلال التكفل الدوائي عن طريق تناول مضادات الذهان و التكفل الأسري و النفسي.

-ودامت هذه المقابلة حوالي 30 دقيقة .

* المقابلة الخامسة :كانت مع الطبيبة السيكاتري يوم 28/03/2018 تمركز محتواها حول معرفة

جل ما يحتويه السجل الطبي للحالة و الأدوية التي تناولها الحالة منذ دخولها إلى المركز الوسيط إلى حد الآن و الأوقات التي تناول فيها والجرعات المأخوذة من كل نوع من الدواء ، وكانت كالتالي:

بعد السماح لي بالاطلاع على السجل الطبي من طرف السيكاتري وكذا أخت الحالة قدم لي و قامت الطبيبة السيكاتري بشرح جل ما جاء فيه بداية بحكاية المرض و كانت كالتالي :
دم جاءت إلى المركز مع والدتها في 19/02/2017مرسولة من طرف الطبيب السيكاتري الذي كان يتابع حالتها في مصلحة الأمراض العقلية بأدرار ، وهو من قام بإرسالها إلى مركز الوسيط للمدمنين وقد أرسل سجلها الطبي كذلك وأخذت المعلومات منه.حكاية المرض : تمثلت في أن الحالة جاءت لمصلحة الأمراض العقلية وكان عمرها 19 سنة وذلك يوم 10/08/2016 في حالة من الانهيار تمثل في هيجان لفظي وجملة من الهلوس بأنواعها و الهذيانات الاضطهادية و تبرد في العاطفة و الضحك من تارة لأخرى و النظر في كل الاتجاهات والانفصال عن الواقع تمثل في عدم الاستجابة للأدوار و عند سؤال أمها عن سبب ما حصل لها تقول :منذ أن توفي أخوها في اليوم الأول فعلت مثلما تفعل الآن لكن سرعان ما أصبحت طبيعية لكن توقفت عن الكلام و الأكل والشراب فكنت أظن أنها فقط لأنها حزينة عن فراق أخوها "حسبت غير من حرقت خوفا" لكن بعد يومين فقط عاودتها الأعراض وبأكثر حدة وأصبح تضحك وتتكلم بكثرة وأغلبية كلامها ليس مفهوم و في بعض الحالات تبكي و لديها اضطراب في النوم .

فلاحظ أخوها الأكبر أنها ليست على ما يرام ولا بد من زيارة الطبيب والذي بدوره لديه صديق في مصلحة الأمراض العقلية يعمل ممرض اتصل به و بعد أن تحدث مع الطبيب وشرح له الأعراض قال له أن يأتي بها إلى مصلحة الأمراض العقلية فأخذت رغما عنها حيث أنها كانت رافضة حيث سمعت أختها تقول أنها سوف تذهب إلى مستشفى المجانيين فانفجرت بالصراخ

والرفض التام للمصلحة حيث تقول: "منيش مهبولة وبين مدييني درتولي السحور والسم باش تتخلصو مني".

وعندما أخذت للطبيب و بعد الكشف عنها ومعرفة متى كانت الأعراض تبين أنها منذ سنة 2014 بدت تظهر عليها الأعراض و الانهيار العقلي حيث كان تدريجيا وليس فجائيا .
*التاريخ المرضي في السجل الطبي :

للحالة سوابق مرضية فأبوها كان مريض عقلي شخص على انه فصام وأخوها الذي توفي شخص على انه ذهان كحولي وذلك بعد أن أصبح مدمن كحول ومخدرات و عقاقير ، فالحالة عام 2014 كنت تبلغ من العمر 17 سنة متمدرسة في الثانوية الصف الأول ظهرت عليها بعض الأعراض و السلوكات الغريبة ، وهذا ما أثبتته أخواتها والمحيطين بها من جيران و زملاء الدراسة لكن تفجير المرض كان بعد وفاة أخوها الذي كان قريب جدا منها وتحبه أكثر من بقية إختها بعد ثلاثة أيام ما استدعى تنويمها بمستشفى الأمراض العقلية لولاية أدرار عام 2016 وإخراجها من الثانوية حيث أعادت السنة نظرا للتغيبات المتكررة .

هذا كان محتوى المقابلة الخامسة التي كانت مع الطبيبة السيكاتري في مركز الوسيط لولاية أدرار وكانت مدتها 35 دقيقة .

وجاء في السجل الطبي نوع الإعاقة :عقلية بنسبة 100/100 شخصت على أنها "الفصام البارانويدي" بعد أن دامت الأعراض أكثر من 06 أشهر .

*المقابلة السادسة :كانت مع الطبيبة السيكاتري بتاريخ :30/03/2018 مضمونها حول الأدوية التي تناولتها الحالة منذ دخولها مصلحة الأمراض العقلية بتاريخ 10/03/2016 الى غاية الآن :

أول مرة عند الدخول أخذت المثبطات الكيماوية : "nozinon-parkinan-

".lysanscia بتاريخ :08/04/2016.

وبعد أن جاءت لمركز الوسيط للمدمنين بولاية أدرار في 19/02/2017 أخذت الدواء لتالي :

-ability الجرعة 15mg في الصباح لا تأخذ/في المساء لا تأخذ/في ليل تأخذ حبتين.

-lysanscia الجرعة 10mg في الصباح حبة واحدة /في المساء لا تأخذ/ في الليل تأخذ حبة

واحدة

-تناولت هذين النوعين من الأدوية لمدة علاجية 4 أشهر ووزنها كان 75 kg.

*وبعد أربع أشهر عاودت الرجوع للمركز و أخذت الأدوية التالية : بتاريخ 19/06/2017:

-ability الجرعة 15mg حبتين مساء.

-lysanscia الجرعة 10 حبة صباحا/ حبة مساء .

-حيث بقيت تتناول نفس الدواء و تغير زمن تناول كالتالي :

- ability كانت تتناول حبتين بالليل و أصبحت حبتين مساء.

-lysanscia كانت تتناول حبة في الصباح وحبة في الليل و أصبحت حبة صباحا وحبة مساء

.

و اعطي موعد بعد 03 اشهر من العلاج، وكان وزنها 78 kg.

*وبعد إكمال مدة العلاج 03 أشهر عاودت الرجوع إلى المركز و بقيت على نفس الدواء

بتاريخ: 2017/09/19

-ability 15mg

-lysanscia 10mg

*ولم يكن هناك تغيير في زمن تناول وكانت المدة العلاجية 03 أشهر وكان وزنها 79.5 kg.

*و بعد قضاء فترة العلاج عاودت الرجوع للمركز في الموعد وتم تغيير الدواء من طرف الطبيب

السيكاتري و كان كالتالي : 2017/12/19.

-largactil 15 قطرة ليلا.

-ability-حبتين مساء .

*وكان لمدة 03 أشهر وأعطيت موعد آخر وكان وزنها 82kg.

-وعاودت الرجوع إلى المركز بتاريخ: 2018/03/19 وكانت نفس الأدوية ونفس زمن تناولها .
وتقول السيكاتري أن الحالة لم تتواجد دائما بالمركز لعدم وجود إقامة به .

*وسالت الطبيبة السيكاتري عن سبب عدم استعمال الصدمة الكهربائية كعلاج وكان الجواب أن التقنية ليست موجودة لا محليا ولا وطنيا ،كما أنها تخلي عنها منذ زمن بعيد في ميدان الطب العقلي وهذا لان سلبياتها تفوق ايجابياتها .

*المقابلة السابعة: بتاريخ 2018/04/03 كانت مع الحالة اعتمدت فيها على الملاحظة العيادية وكان محتوى المقابلة كالتالي : عند دخول الحالة "ك.د" إلى المكتب الخاص بالطبيبة السيكاتري و كنت أنا متواجدة وجلست مكان الطبيبة دخلت الحالة ولم يبدو عليها أي شيء فقد كانت ترتدي لباس نظيف لكن ليس حديث أو يتماشى مع المرضى بل قديم جدا بقيت واقفة فأمرتها الطبيبة بالجلوس فامتثلت سألتها عن حالها فأجابت بعد مدة دامت حوالي دقيقة أنها لابس بها استعملت المقابلة النصف موجهة حيث قلت لها احكي لي عما تشعرين به و عن السبب الذي جعلك تتواجدين بالمصلحة قالت :معلاباليش هو ما عيطولي جيت .

قلت: قلت تفضلي كريمة احكي لي عن ما تشعرين به و ما الذي تريدين أن تتحصلي عليه في المستقبل و عن أحلامك وكل ما يبدو في ذهنك .

قلت:بعد سكوت دام حوالي دقيقتين ،اعلمي ان كل الذي ستقولينه في أمانة تامة وأني هنا لمساعدتك لا أكثر فاستجابت لكلامي حيث همت بطأطأة الرأس قالت:نشرب الدوا تع المهابل بصح منيش مهبولة علابالك نتي ، قلت : نعم ثم بعد مدة قالت :باغية نموت من حقرتهم ليا ،قلت من:قالت صحاب الدار وصحابي يعيطو بزاف وبدأت تضع يديها على أذنيها ثم قالت:حقي جيتي لبارح للجنازة ،قلت:جنازة من ؟قالت:جارنا بوبكر مات وانفجرت بالضحك و

القهقهة وقالت :راه معاهم متكسل .

قلت :أخبريني ماذا ترين؟قلت:عندي بزاف راحو بصح راهم يجوقلت:من؟قلت وحدين ناس وحيوانات .

قلت : البارح شفت فيا اقسام بالله غير فيل وصحاب الدار قالولي نتي مهبولة مكان والو قالت : راكي تشوفي هذا وأشارت تحت المكتب قلت ماذا:قلت :حنش ولبارح ثاني شفتو.

قلت: هل تسمعين أشياء قالت :يه .قلت: مثل ماذا:قلت دايمن نسع عباد يهدرو معايا و يحكولي و يضحكوني و ساعات يضربوني بصح نرجلهم الضربة قلت : وماذا ترين ايضا قالت :ناس عريانين ووحدين يكفروا و يشركوا بري و يسموني في جسمي ثم تنقطع عن الكلام مدة و تواصل ووحدين زعى يمارسوا عليا الجنس و يهددونني و يقولولي البسي لباس النوم باش تكوني مثيرة وانا ندير وش يقولولي لاختاظر هوما صح كاينين لازم بصح ساعات يقلقوني و يحرموا عليا قلت :وماذا يفعلون تقول:يحرموا عليا لعشا يديرولي فيه لخنونة خاصة الروز لاختاظر مختار علابالو نبغيه ونشم ثاني روايح خانزة كيما تقولي وسخ الودنين وياسرياسرحوايج وخلص متزيديش تسقسيني وقيل نتي وحدة منهم وتضحك.

و قالت :الدار يديرولي السحور في مخدتي والسم في الماكلة باش يتنهاو مني وراهم قالولي بلعي سمعتها سميرة .قلت:لاقلت:واه هدرت بالشوي وقامت وفتحت الباب و خرجت .

-ودامت المقابلة حوالي 35دقيقة.

واستنتج من خلال هذه المقابلة إن الحالة منفصلة عن الواقع وذلك لإيمانها بان ما تراه وتسمعه حقيقة وفيه يخص الجانب المزاجي فانه مختل حيث لا يبدي أي إيماءات على مستوى الوجه ، متبلد المشاعر ،كما لاحظت نوع من الدخول والخروج في الكلام ،وبعض الأحيان انعدام المنطق في الكلام :وإدراك خاطئ للأشياء.

*المقابلة التاسعة:كانت بتاريخ:2018/04/05مع أم الحالة تقول :ابنتي كانت لاباس بها لكن

في 3 سنوات الأخيرة بدأت تفعل أمور ليست عادية قلت: مثل ماذا؟ قالت: تفتعل المشاكل مع صديقاتها حيث لا لم تصبح لديها ايت صديقة و أصبحت تهض في الليل وتذهب إلى غرف أخوها وهي فارغة و تطفىء الضوء وتغلق الباب وتجلس ، و في بعض الأحيان تجست عليها ووجدتها تقول "وش تحوسي عليا" قلت لها :مع من تتكلمين يا بنيتي ، قالت : مع حناتي برك ، والجدة متوفية ، فاستغربت لكن لم اسمعها مرة أخرى تقولها ، و أيضا مستواها الدراسي تدهور بعدما كانت نجبية وتتحصل على معدلات جيدة وقالت أنها تأمل أن تصبح شرطية في المستقبل ، ومنذ أن توفي أخوها لليوم ازدادت حالتها حدة حيث أصبحت تضرب بالسكين في الحائط و تشتم و عندما نشاهد التلفاز تقول: اطفوؤا التلفاز ذلك الممثل انه يستهزئ بي ويضحك وبيزق ، و الألوان تخلط دائما بينهم حيث أن الأحمر تراه ابيض و أخوها الصغير يعارضها فتضربه ضربا مبرح ، و لا تاكل الروز تقول : "راكم تسحروني" ، و الماء يستلزم أن تشرب وحدها ومن يديها هي وتقول : " تديرولي فيه الدم" ، و في الأعياد والمناسبات تقول : "متكسونيش".

قالوا لي أن أخذها للراقي لكن بلا جدوى أخذتها إلى 5 مرات ولم يتغير شيء و هناك من قال لي انه قد أصابتها عين ،أنا بصراحة: "كرهت وعييت من هذي البنت" وتقول :في بعض الأحيان في الليل تقوم بنزع لباسها و يستعصى إلباسها إياه حيث ترفض ويشدة أن تلبسه ، وعندما تدخل إلى الحمام تقوم بغسله وتنظيفه ما يزيد عن عشرة مرات أحيانا وعند سؤالها عن السبب تقول: "واش مراكيش تشوفيهم يقيسو الوسخ".

وتقول الأم :في مرة خرجت دون أن ننتبه لها وطالت مدة غيابها بحثنا عنها في كل مكان لكن لم نجدها لكن هناك من راها وكان يعرف أخوها فاتصل به و اخبره عن مكانها و عندما أتت وسألته أين هرتي ولماذا فعلت هذا؟ تقول؟!بنتي راها في بودا و عندها المفتاح تع السعادة رحنت نجبيو ونجيبها "،وانفجرت بالضحك فلم افهم شيئا .

وتقول: أن أمها لكنني أخاف منها عندما تبدأ بالصراخ و الضرب وكسر الأواني وإخوتها أيضا يخافون منها وأخوها الصغير يبلغ من العمر 4 سنوات يقول أنها : "غولة" ثم تبكي الأم وتقول أنا لا أريد شيئا من هذه الحياة فقط أريد أن تشفى ابنتي و تصبح مثل أقرانها .
-استعملت في هذه الجلسة المقابلة الحرة حيث رأيت أنها تتناسب أكثر مع الموقف ودامت حوالي 40 دقيقة.

*المقابلة العاشرة:كانت بتاريخ: 2018/04/07 كانت مع أخت الحالة تقول :عاشت أختي طفولة عادية حيث كنا نلعب مع بعض وكانت مميزة نوعا ما حيث هي دائما تفوز في اللعب وكذلك مجتهدة في الدراسة ، وكنت بصراحة أغار منها لان كل البنات يحبونها ، بدا معها الاضطراب عندما أصبحت كبيرة مراهقة بدأت تحب الوحدة و الانعزال و دائما تتهرب من الناس و لا تجلس مع الضيوف الذين يأتون لنا وكانت تنام بجانبها فلاحظت عليها سلوكيات غريبة حيث تضع يدها على إذنيها وتنام،وكذلك عندما استيقظ في بعض الأحيان لا أجدها وعندما ابحت عنها أجدها جالسة في المرحاض أو في غرفة أخي وهي مظلمة حيث تجمع قدميها و تشدهم بيديها و تفعل حركة نمطية ذهابا وإيابا ،و بعدها بدأت صديقاتها يشكون منها لي حيث يقولون : أختك لماذا أصبحت هكذا لا تهتم بلباسها و مهملة للنشاطات المدرسية و في بعض الأحيان عدوانية حيث ذات مرة قامت بضرب صديقة لها بعنف شديد حيث تقول أنها سبب في تخريب مخططاتها و مشاريعها المستقبلية ، ولكن بعد وفاة أخي تحولت إلى إنسانة أخرى تضحك وحدها و أحيانا تتتابها نوبة من العنف حيث تضرب بالآلات الحادة و في احد الأيام ضربت أخي الصغير بالسكين و هي في حالة من الضحك الشديد :لكن منذ بدأت تتناول الدواء أصبحت نوعا ما لابس، أحس أنها منعزلة وتعيش في عالم خاص بها لا تأكل معنا وتقول إننا نريد قتلها و كذا في بعض الأحيان تقول قد أكلت أكل ما ولا أريد الأكل معكم وهي في الحقيقة لم تأكل شيء،وتقول أن الناس تريد إيذائها و التلغاز والباب يسخرون منها و

يهينونها و أنها كرهت الدنيا و تريد الموت وتقول أن هناك أشخاص يضعون لها السم في الأكل ليتخلصوا منها و إنها تشم رائحة الأوساخ منبعثة منها ومن فراشها ،وان أشخاص يريدون أن يتعدون عنها و تقول:تسألني هل سأفقد عذرتي لأنهم يمارسون الجنس عليا ،وترى أشياء لا نراها وتسمع أصوات لا نسمعها وفي بعض الأحيان تسمع أصوات أشخاص موتى : و في بعض الأحيان تقول أن جدران المنزل سيسقطون وتقر هاربة للشارع وتبدأ بالصراخ ، وتقول أن هناك من يضع يديه على المناطق الحساسة في جسمها ،وتقول أيضا أختها:في بعض الأحيان كلامها ليس مفهوم و تنتقل من موضوع إلى آخر ،ولكن الآن بعدما أصبحت تأخذ العلاج قلت هذه الأمور التي تحصل معها إلا أنها لا تزال موجودة و تظهر من حين لآخر لكن بشكل اقل حدة.

اعتمدت في هذه الجلسة أيضا على المقابلة الحرة ودامت 35 دقيقة.

*المقابلة 11: كانت بتاريخ:2018/04/09 كانت مع جارة الحالة ،وهي بنت تبلغ من العمر 19 سنة تدرس مع الحالة تقول : كانت تدرس معي كانت مجتهدة لكن مع الوقت أصبحت أحس أنا وزميلاتي أنها غريبة في تصرفاتها حيث أصبحت لا تكلم احد وعندما يحين موعد الخروج لا تنتظر احد كما كانت في السابق و عندما أناديها لا تستجيب لي وذات مرة قالت:أنها سوف تتقطع عن الدراسة وعندما سألتها عن السبب أجابتي إجابة غير مفهومة قالت : أن هناك أشخاص سوف يقتلونها إذا واصلت الدراسة و قالت أيضا :أن مشاريعها ومخططاتها للمستقبل سوف يسرقونها منها ويخربونها فضحكت من كلامها و لم تبدي أي استجابة و أصبحت في الامتحان ترجع الورقة بيضاء و لا تهتم لدروسها .

-اعتمدت في هذه المقابلة أيضا على المقابلة الحرة و دامت حوالي 25 دقيقة .

*المقابلة 12:وكانت بتاريخ:2018/04/11وكانت مع الأستاذة التعليم الثانوي التي درست كريمة تقول الأستاذة درست التلميذة لمدة عامين المستوى الثالثة ثانوي "البكالوريا"حيث أعادت

السنة تقول: في 2016/2017 درستها وكانت تلميذة نجبية حيث حصلت على معدل 12.41 في الفصل الأول لكن لاحظت التدهور الذي بدا في تسارع غريب حيث كانت في قمة الهدوء و التركيز و بدأت في التراجع في المستوى الدراسي من ناحية التركيز و التحصيل والذكاء، و اختلال في الإدراك و التفكير و المنطق و الشخصية و السلوك و المشاعر و بهذا أعادت السنة ولم تتجح في السنة البكالوريا وفي العام الموالي في الموسم الدراسي 2017/2018 زادت الأعراض حدة حيث أبدت تدني واضح في وظائفها المعرفية و انخفاض معدلات الذكاء لديها و تبدو عليها بعض السمات الجسمانية مثل: تبدل في الإيماءات، زيادة التوتر وعدم التركيز، التفكير غير منظم، اضطرابات معرفية، كانت المقابلة لمدة 20 دقيقة.

-ملاحظة: الأستاذة متخصصة في الصحة النفسية .

*المقابلة 13: كانت بتاريخ، 2018/04/12 حيث اعتمدت على المقابلة النصف موجهة حضرت بعض الأسئلة لطرحها على الحالة وكان محتوى المقابلة كالتالي: قلت: هل تشعرين بتحسن عند تناولك الأدوية: تجيب: كي بديت أول مرة بالعلاج حسيت روحي تطلع منيش متعودة عن الأدوية أنا منيش مذكرة مليح والوالدة قاتلي بديتي تتحسني .

هل مازلت تحبين البقاء لوحدهك و اعتزال الناس؟ تقول: بديت نخرج من العزلة والوحدة كلش اختلف كي نقعد والضحك وكلشي .

بماذا تشعرين بعد تناول الدواء: نحس روحي ولدت من جديد بسبة الدوا .

-كانت مدة المقابلة لم تتجاوز 15 دقيقة وذلك لان الحالة رفضت المواصلة وقالت: "يزيني واش نتي كل يوم تسولي واش رح تحقي معايا ولا تدخليني للحبس"

-وعند ملاحظة التوتر الناتج عن الحالة ورغبتها في إنهاء المقابلة توقفت عن الأسئلة و لم أصر على المواصلة خاصة وان أسئلتي المحضرة جلها تمت الإجابة عنها في المقابلات الفائتة

*المقابلة 14: تم فيها عرض اختبار الرورشاخ و تحليله: بتاريخ خ: 2018/04/13 حيث تحصلت

على النتائج التالية:

المحدد:	الموقع:	اللوحات :
-كلية---حركة. -جزئية ---لون. -كلية---شكل.	-G---K -Dd----C -G----F	00:2:ثانية. -مركبة فضائية . -هذا مخ ولا واش. -.....وحش. 05:1دقيقة
-كلية---تشريحية---لون احمر -جزئية كبيرة---الشكل.	-G—ANAT---C -D---F	58:1دقيقة -....تشخيص شيء. -مرض هذا ولا حاجة.... -هاذي معدة. 49:2دقيقة.
-كلية---حركة إنسانية---حركة -كلية---حركة إنسانية---حركة	-G—H--K -G—H—K	58:2دقيقة -زوج باغيين يهجمو على هذا المخ. -هذا باغي يحقق احلاموا هذو باغيين يهجموا عليه وهو ما أفكار وخيالات حذاه .

		4:00 دقيقة
-G—F—H	-كلية—إنسانية—شكل.	-.....إنسان وهذي خصية حذاه.
-G—A—F -G—A—K	-كلية—حيوانية—شكل. -كلية—حيوانية—حركة.	-فراشة . -ولا هذيك لطير خفاش
-G—A—F	-كلية—حيوانية—شكل.	-حيوان . 5:13 دقيقة
-D—F—A -D—ANAT--F -G—H—K	-جزئية كبيرة—حيوانية— شكل. -جزئية كبيرة—إنسانية—حركة -كلية --إنسانية—حركة.	5:20 دقيقة -.....واش هذا الشيء هذا . -دجاجة. -رئة . راه يتصورلي غير المخ المخ . -رئة وهذو زوج باغيين يدرسوها و يتخلصو منها . 6:29 دقيقة.
-Dd---A---F	-جزئية صغيرة—حيوانية—شكل	6:38 دقيقة -....فأر.

-G---ELem---F	-كلية-عناصرالحياة-الطبيعة.	6:52دقيقة 7:00دقيقة -هذي دورة الحياة. 7:06دقيقة
-D---A---K -G---A---C-F	-جزئية كبيرة-حيوان-حركة. -كليةحيوانية-لون شكل- حركة.	7:11دقيقة -.....شفتها خفت بانثلي حيوان يحوس على غذاؤو . -أوووف خفت منها اسماك هذو وفوقهم قرش يحوسوا على الغذاء. 9:11دقيقة
-G---Symb---CF	كلية رموز-لونية شكلية.	4:56دقيقة -....خيالات هذو برك. 10:14دقيقة.

*معاني الرموز:

A →	R → -حيوانية
F →	G → -كلية
C →	K → -حركة
Anat →	D → -جزئية
Elem →	Dd → -جزئية صغيرة
FC → -شكلية لونية	CF → -لونية شكلية

*تفريغ المعطيات :

-G-Anat-C:02 اللوحة	-G---K :01 اللوحة
-D-F	-Dd---C
	-G---F
G—F--H-:04	اللوحة -G—H--K:03 اللوحة
	-G—H--K
-G--A--F:06 اللوحة	-G—A—F:05 اللوحة
	-G-A-K
-Dd—A--F:08 اللوحة	-D—A--F:07 اللوحة
-G—Elem—F	-D-Anat-F
	-G-H-K
-G—Symb-c-f:10 اللوحة	-D—A--K:09 اللوحة
	-G—A—c-f

*تحليل محتوى استجابات الروشاشخ : عدد الاستجابات الكلية 19 استجابة يعني اقل من

متوسط الاستجابات المحصور بين 20-30 استجابة حسب بروتوكول الروشاشخ

*حساب المعطيات (المعادلات) بالنسب المئوية:

$$=19R$$

$$D=4$$

$$=13G$$

$$D/R \times 100 = 100\%$$

$$G/R \times 100 = G\%$$

$$4/19 \times D\% = 100$$

$$= 20.05\%$$

$$F = 11$$

$$F/R \times F\% = 100$$

$$11/19 \times F\% = 100$$

$$= 57.89\%$$

$$A = 7$$

$$A/R \times A\% = 100$$

$$7/19 \times A\% = 100$$

$$= 36.84\%$$

$$13/19 \times G\% = 100$$

$$= 68.42\%$$

$$Dd = 2$$

$$D/R \times Dd\% = 100$$

$$2/19 \times Dd\% = 100$$

$$= 10.52\%$$

$$C = 4$$

$$C/R \times C\% = 100$$

$$2/19 \times C\% = 100$$

$$= 21.05\%$$

$$H = 4$$

$$H/R \times H\% = 100$$

$$4/19 \times H\% = 100$$

$$= 21.05\%$$

* إذا كان متوسط زمن الاستجابة فوق المعدل بمعنى فوق الدقيقة تقريبا، يمكن التنبؤ باحتمال عدم السواء و ربما يدل على الكف، تثبيط، ضعف عقلي، أو حالة قبل ذهانية أو أعراض عضوية .

* أما إذا كان متوسط الحساب أقل من 20 ثانية، أي سرعة كبيرة تعني عجز في مراقبة الأفكار أو السيطرة عليها أو سمات الفصام .

-وعليه فإن الزمن الرجعي لكل لوحة كان كالتالي :

57:06 ثانية

-اللوحة 01:دقيقة و03ثواني -اللوحة

07: دقيقة و9ثواني	-اللوحة:02دقيقة و31ثانية -اللوحة
08: 6ثواني	-اللوحة 03:دقيقة و42ثانية -اللوحة
09: 2دقائق	-اللوحة:04: 19 ثانية -اللوحة
10: 5دقائق و58ثانية	-اللوحة 05: 14 ثانية -اللوحة

$$R= 19 \quad T=\min 15 \text{ و } 38s$$

$$R/T=$$

$$19/15\min-38s$$

$$R/T=1\min-23s$$

ومنه يكون التفسير كالتالي :

متوسط زمن الاستجابة فوق المعدل بمعنى فوق الدقيقة تقريبا ،حيث قدر ب: 1دقيقة و 23 ثانية.

أولا:تفسير استجابات المكان :

إن تقدير أماكن الاستجابة على البطاقة يشير إلى الأسلوب العام الذي يعالج به المفحوص مواقف الحياة ،كذلك أسلوبه الإدراكي ،كيف يتصل بالواقع وكيف يعالجه ؟وهل يتناول الواقع المعاش بطريقة كلية شمولية أو بطريقة تفصيلية؟و النتيجة ما يسمى أسلوب المعالجة .

فيما يقوم الفاحص بحساب عدد الاستجابات حسب نوعيتها :كلية ،جزئية ،جزئية صغيرة.....الخ.ثم تحويلها لنسب مئوية ففي الحالات العادية تكون النسب المئوية كالتالي :

*كلية :20 بالمئة

*جزئية:60 بالمئة

*جزئية صغيرة:10-15 بالمئة

والنتائج المتحصل عليها مع الحالة محل الدراسة كالتالي :

*كلية : 68.42%

*جزئية : 20.06%

*جزئية صغيرة : 10.52%

1/- الاستجابات الكلية : تعني الكل أو النظرة الشاملة ، إذ تنقط الاستجابة (ك) إذا أهتم العميل بكامل البطاقة .

وتدل هذه الاستجابة على معالجة الأمور بطريقة كلية مع تحاشي التفاصيل ، كما قد تدل على الذهان العقلي .

2/- الاستجابات الجزئية : وفيها لا يختار العميل كامل البطاقة بل ينصب اهتمامه على جزء منها فقط من الكل مثلا : الوسط كله .

وفي غالب الأحيان تكون استجاباته الجزئية عبارة عن قطعة أو قطع معروفة وإذا كان عدد هذه الاستجابات مرتفع فهو دليل على الاتصال بالواقع مع ضبط جيد للتفكير ، و العكس فإن العدد الاستجابات الجزئية المتحصل عليها بالمائة متدني 20.06 بالمئة وهذا ما دل على الانفصال عن الواقع وعدم الضبط الجيد لعملية التفكير .

3/- الاستجابات الجزئية الصغيرة : إنها الاستجابات الصغيرة المعزولة غالبا ، وهذا النوع من الاستجابات صعب الإدراك ، وتعتبر العنصر الأكثر إسقاطا بما أن المفحوص يبتكر أكثر مما يدرك

إذا كانت نسبة الاستجابة الجزئية الصغيرة منخفضة أقل ما 15 بالمئة فهذا ما يدل على التنشيط و الكف ، فهي عبارة عن رد فعل صراع محدد مع العالم الخارجي و العائلي و الاجتماعي ، وهذا ما أكدته نتائج دراستنا من ناحية الاستجابات الجزئية الصغيرة حيث كانت نتيجتها كالتالي

10.52%:

4/-التتابع: يقصد بالتتابع تغيير نمط المقاربة من بطاقة إلى أخرى، هل هو نفسه في كل البطاقات أم هو متغير وكيف ذلك؟

وحسب الحالة التي معنا فإن التتابع مختلط في هذا النوع نلاحظ أن نمط المقاربة يختلف من بطاقة إلى أخرى وليس هناك تشابه بين جميع البطاقات، وهذا ما نجده في الحالات الفصامية .
ثانياً: تفسير المحددات :

1/- استجابات الشكل : (ش)

الشكل % = عدد(ش) × R/100

حيث r: هي عدد الاستجابات ---19

$$\sum F/R \times F \% = 100$$

$$= 100 \times 11/19$$

$$= 57.89\%$$

- إن ارتفاع الشكل عند الأفراد يدل على نقص العفوية أو الخوف من التظاهر .
وإذا كانت (ش) بالمائة تصل إلى ما فوق 50 بالمائة فهذا دليل على أن الحياة الانفعالية تحدها لعمليات الفكرية (جمود التفكير ، عدم المرونة ، التعصب) هذا ما نلاحظه في حالات الفصام والاكنتاب الشديد وهذا ما ينطبق على الحالة التي مهنا حيث نسبة الشكل 57.89 بالمائة .
2/- استجابات الحركة: إن المعيار الأساسي للاستجابة الحركية هو انتقال جزء من الجسم البشري مع بقاء الكل .

$$K\% = 100 \times \sum K/R$$

$$= 100 \times 6/19$$

$$31.57\%$$

تدل هذه الاستجابات الحركية إذا كانت أقل من 50 بالمائة على نوعية الحياة الداخلية للمفحوص

وعدم قابلية للتقمص ،كذا عدم تقبله للحوافر الداخلية.

3- استجابات اللون:

$$C=4$$

$$C\%100 \times \sum C/R$$

$$=100 \times 4/19$$

$$=21.05$$

-تدل الاستجابات اللونية على استجابة المفحوص الانفعالية للمحيط وهي (ش ل) تعني شكلية لونية و(ل ش) تعني لونية شكلية و الاستجابة (ش ل)تدل على القدرة على التكيف العاطفي أو تكوين علاقات عاطفية ،إمكانية الحلول محل الغير،ضبط انفعالي جيد ،القدرة على إقامة علاقات ميسورة مع الآخرين ،لهذا نقول أن الإنسان العادي له استجابات من نوع (ش ل). أما الاستجابة (ل ش)فتفشل فيها النوعية نوعا ما ،وذلك لمحاولتها للتكيف إذ يجد الفرد صعوبات في تجاوز ذاتيته و هذا ما نجده عند الأفراد القابلين للتأثر ذوي التلقائية التي ينقصها الضبط الكافي ،وحسب الرورشاخ الاستجابة (ل ش)هي علامة العاطفة انطوائية ،حساسية وقابلة للتأثر ،وهذا ما ينطبق على المفحوص موضوع الدراسة.

ثالثا: تفسير المحتوى :

1-المحتوى البشري (ب):H هي أشكال كلية أو تكاد تكون كلية ونقدر H عندما يكون لدينا

إنسان أو جزء من الإنسان .

*المحتوى البشري الجزئي : (ب-ج) Hd و هي أجزاء من أشكال بشرية : (أجزاء خارجية كالرأس

،اليدين،الذراع.....).

حساب H%:

$$H=4$$

$$H\% = 100 \times \sum H/R$$

$$= 100 \times 4/19$$

$$= 21.05\%$$

إذا كان H الأكبر من Hd فهذا دليل على أن المفحوص لديه قدرة على تكوين علاقات بشرية، حيث أن المفحوص محل الدراسة ليس لديه ولا إجابة تعني Hd بل H هو فقط و الغالب هذا ما يؤكد قدرة الفرد على تكوين علاقات إنسانية .

كما أنه وحسب الرورشاخ فإن الاستجابات التي تتمركز حول الوجه أو الرأس خاصة تدل على الشك أو الشكوك يمكن أن تكون ذهانية .

2/- المحتوى الحيواني :A وهي أشكال حيوانية كلية أو تكاد تكون كلية .

*المحتوى الحيواني الجزئي :Ad وهي أجزاء من أشكال حيوانية .

$$A=7$$

$$A\% = 100 \times \sum A/R$$

$$= 36.84\%$$

المتوسط الحيواني %محصور بين 35% و40% و تدل هذه النسبة على قبولية الفكر وهذا ما يتوافق مع النسبة المتحصل عليها 36.84%

3/- المحتوى التشريحي :Anat: أجزاء من جسم بشري أو مفاهيم تشريحية ترتبط بالجسم البشري

مثل :الأمعاء ،الضلع ،و توحى الاستجابة التشريحية إلى محاولة استظهار القدرة العقلية و تغطية مشاعر النقص .

رابعا:الاستجابات الشائعة حسب الرورشاخ .

المعدل الذي يمكن أن نجده عند الفرد السوي من 05 إلى 07 استجابات شائعة ،أما إذا وصل إلى 08 فهذا دليل على الخوف من الانحراف عن الحدود المألوفة ،أو الحاجة الملحة التي تدفع

نحو التفكير في هذه الحدود وهذا ما يسمى الإمتثالية في استجابات الحالة عدد قليل من الشائعات دليل على عدم الاعتراف بالمألوف، لا مبالاة به وعجز عن رؤيته و هذا ما التمسناه في استجابات المفحوص حيث يمكن تفسير ذلك فيما يلي :

*قائمة الاستجابات المتحصل عليها من قبل المفحوص:	*قائمة الاستجابات الشائعة حسب الرورشاخ :
-البطاقة 1-مركبة فضائية. -وحش	-البطاقة 1-خفاش
-البطاقة 2-معدة	-البطاقة 2-بهلوانية
-البطاقة 3-زوج باغيين يهجموا على مخ رح يحقق حلمو.	-البطاقة 3-غندوران
-البطاقة 4-إنسان وخصية حذاه	-البطاقة 4-لا توجد استجابة الشائعة
-البطاقة 5-فراشة -خفاش	-البطاقة 5-خفاش -فراشة
-البطاقة 6-حيوان	-البطاقة 6-جلد حيوان
-البطاقة 7-دجاجة -رئة -مخ	-البطاقة 7-لا توجد استجابة شائعة
-البطاقة 8:-فأر	-البطاقة 8-حيوان -دب -كلب
-البطاقة 9-حيوان	-البطاقة 9-لا توجد استجابة شائعة

-أسماءك -قرش	
-البطاقة 10-خيالات فقط .	-البطاقة 10-سرطان -أخطبوط -رأس أرنب -عنكبوت -كرز-برقوق.

وهذا ما يثبت أن المفحوص ليس معترف بما هو مألوف و لا مبالي .

*النتائج العامة المتحصل عليها من خلال اختبار الرورشاخ:

التحليل: الإنتاج الإسقاطي للمفحوص (19 استجابة) و هذا ما يميز إنتاجية المفحوص بالكف الذي يظهر خاصة في التعبير وضعف في الإبداع الذي يظهر في العدد المحدود من الإجابات $R=19$ اقل من المتوسط أما معدل الاستجابة الواحدة كان فوق المتوسط أي فوق دقيقة تقريبا حيث كان: 01 دقيقة و 23 ثانية أي يمكن التنبؤ باحتمال عدم السواء و الكف و التثبيط أو ضعف عقلي أو حالة قبل ذهانية أو أعراض عضوية ،كما أن زمن الاستجابة يدل على عدم قدرته على مراقبة أفكاره وتجسد أكثر ذلك في المواظبة على موضوع واحد وقولبة الفكر أي خلوه من أي معنى ،وخلوه أيضا من الصدى الرمزي و ذلك توضح في ندرة استخدام الرموز في الاستجابات وارتفاع هذه القلة دليل على أن المفحوص يقوم بقولبة الفكر أي اللجوء إلى الميكانيزمات العقلية التلقائية دون اللجوء إلى التفكير واندفاعهم يفقر الفكر كوسيلة دفاعية للابتعاد عن البعد العلائقي البشري ،هذا ما جعل الإنتاج الإسقاطي يبرز فقر المحتويات ،و هنا تطرح إشكالية ذهانية .

تتميز سياقات التفكير بطغيان تناول اللوحات بالتحديد الكلي الشامل للمدرك حيث أن $G=68.42$ يريد به البحث عن وحدة التحكم في الواقع الخارجي بالتعلق بالخصائص دون مراعاة نوعيتها الجيدة ،وهذا ما يدل على الفشل الإدراكي الذي يوحي لضعف قدرات الاحتواء

للعالم الداخلي أو الخارجي لإرادة التوحد في الموضوع بغية التحكم فيه و هشاشة الحدود كما يوضح ذلك نظرتة الشمولية الجزئية .

تتاول المفحوص في اللوحة الأولى :المدرک على شكل موضوعي بغية التمسك بالمألوف وذلك لأنه لم يعتمد عملية التدوير للوحات بل استخدم الاتجاه الصحيح في كل لوحة (٨) ،وهذا ليغطي على أنه يعيش مشكل ما ،كما يبعث إلى إشكالية تمثلت في عدم الأمان و الخوف تمثلت في تصويره للوحش في اللوحة الأولى ليوصل المفحوص في اللوحة الثانية باستجابة غير شائعة حيث تلاشت قدرات التكيف في اللوحة الرابعة و يفشل حيث كان نتاجها إنسان وجزء جنسي تمثل في خصية بينما بينما في الاستجابات الشائعة هذا ما يبرز مشكل التقمصات الجنسية بالنكوص إلى المواضيع القديمة خاصة منها الفمية .

ليحاول بعدها من جديد في اللوحة الخامسة التكيف مع الواقع المألوف و أثبت ذلك بجدارة حيث حدد تحديد كلي شامل هذا ما يطرح مشكل التصورات السلبية أمام العلاقات التقمصية في قوتها الدينامية مع الأشخاص .

ويستمر التجميد في البطاقة الثامنة بالمحتوى الحيواني بمدرکات فاشلة وهذا ما يطرح مشكل تصور الرمزية الجنسية وهنا تظهر نزعة القولية الفكرية من جديد .

يليه نفس التجميد الدفاعي في اللوحة التاسعة بمدرکات خاطئة ذات محتوى حيواني(أسماك-

قرش)

يجسد لنا ذلك عاطفة متمركزة حول الذات والانقطاع مع العالم الخارجي من خلال قطع الصلة بصدى الرموز و هذا ما يطرح مشكلة العلاقة مع الصورة الأمومة خاصة بالمواضيع القديمة كما أن التجميد الدفاعي في اللوحة الأولى إلى تحديد كلي شامل بمدرکات مشوهة يبعث إلى الانفصال و الفردانية.

وكما يسود التفكير المقلوب في كل اللوحات حيث يتدخل في ذلك المحدد الشكلي حيث كان

57.89%F يوحى بضعف قدرات التشكيل الجيد و السليم للمنبهات أي الحكم عن الحقيقة غير الجيد ،ويسجل عدم الاستثمار للواقع لتجعل منها صلابة فكرية توشك أن تصبح فارغة و مندرجة في سجل ذهاني .

يعالج المفحوص صراعاته بالكف الشديد بتقصير في التعبير و بتفكير مقولب متكرر لسد أي بروز للصراع ،ظهر في فقر العبارات و عدم تكيفه مع المنبهات الإدراكية الواقعية الاجتماعية .

وفيما يخص الشكل فلقد أسبق المفحوص اللونية الشكلية C-F على الشكلية اللونية F-C وهذا ما يفسر عدم عقلانية المفحوص بل تعتبر شخصيته سطحية لا معمقة .

*ملخص عن النتائج المتحصل عليها من تطبيق اختبار الرورشاخ :

أثناء عملية الملاحظة لسلوك المفحوص داخل المركز الوسيط تميز بسيطرة الأعراض السلبية الاضطهادية التي تبلورت في فقر في الأفكار وعدم التركيز، ووفرة من الهالوس و الهذيانات . أما اختبار الرورشاخ أظهر من خلال قلة إنتاجيته نتيجة التثبيط في التفكير و المواظبة النوعية على موضوع واحد من الاستجابات ذات المحتوى الحيواني في التمسك بالواقع الموضوعي كوسيلة دفاعية و الذي يجعل تفكيره يتصف بقولية الفكر وكثرة المدركات السلبية هذا يعطي انطباع على أن المفحوص ذهاني.

*المقابلة 15: تم فيها عرض اختبار الذاكرة الأوتوبيوغرافية وتحليله بتاريخ: 2018/04/15.

- الجدول رقم (01): تطبيق اختبار قياس ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية:

المرحلة الأولى	الطفولة: من 0-9 سنوات
السؤال الأول	لقاء، حدث مرتبط بشخص
المؤشر	في يوم مع رفيق ،مع راشد، لقاء ول
الإجابة	-تلعب مع بنات خالتي

السؤال الثاني	-نقرا في الجامع وندابز معاهم ويقولولي شريرة سفر،انتقال
المؤشر	في يوم اثناء عطلة الصيف اوالشتاء ،اثناء انتقال مدرسي اوثناء زيارة
الإجابة	-نمشي للزيارات (ولادوشن ولادونقال ولاد ابراهيم)3ايام
السؤال الثالث	العائلة
المؤشر	في يوم اثناء حفلة مع العائلة ازدياد اخ او اخت ،حدث مع عضو من اعضاء العائلة
الإجابة	-عرضو صحاباتي نديروحفلة -ركبت في دراجة مع ولد عمي و تجرحت -زادت اختي سمية
المرحلة الثانية	-المراهقة من 10الى19سنة
السؤال الأول	لقاء، حدث مرتبط بشخص
المؤشر	في يوم مع صديق،مع استاذ،لقاء اول
الإجابة	ضربي با كي مشيت لسبيطار واحد كان مجروح صديقي دار اكسيديو
السؤال الثاني	سفر،انتقال
المؤشر	يوم اثناء العطلة المدرسية ،اثناء زيارة او نزهة لبيت الاصدقاء
الإجابة	-مشيت لبشار لزيارة طبيب -نمشي مع الدار لتمنيط

السؤال الثالث	العائلة
المؤشر	يوم اثناء حفلة مع العائلة،ازدياد مولود جديد او الاحتفال
الإجابة	-تزوجت اختي العرس جا مليح فور و با مشى للحج
المرحلة الثالثة	من 20 سنة:
السؤال الاول	لقاء حدث مرتبط بشخص
المؤشر	يوم مع صديق،مع زميل،لقاء اول
الاجابة	-تلاقيت مع شخص كان يقرا معايا صديقي مصطفى قالي يتزوج بيك مبروك لهبيل .
السؤال الثاني	سفر ،انتقال
المؤشر	في يوم اثناء سفر الى الخارج،اثناء عطلة او زيارة ما
الاجابة	-سافرت لبشار للطبيب
السؤال الثالث	العائلة :
المؤشر	اثناء اجتماع عائلي اثناء زواجك،او زيادة ابنك الاول
الاجابة	-اختي نزوجت وجابت بنت اسمها اخلاص
المرحلة الرابعة	اخر 12 شهرا
السؤال الاول	لقاء،حدث مرتبط بشخص
المؤشر	في يوم اثناء لقاء جديد،حدث خاص مع صديقاو زميل،او موعد.
الاجابة	خرجت مع واحد وبطلت
السؤال الثاني	سفر ، انتقال
المؤشر	في يوم اثناء انتقال في عطلة ،او زيارة

الاجابة	-مشيت لدار خالتي مع خواتاتي وبناتهم وجاونا دار خالي .
السؤال الثالث	العائلة:
المؤشر	يوم اثناء انتقال عائلي ،الاعياذ الاخيرة لك
الاجابة	معيدتش مرضت طاحت على رجلي المشينة .

*كشف اختبار ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية على النتائج التالية:

-المرحلة الأولى :الطفولة من 00لى 09 سنوات:

السؤال الأول :عبارة عن حدث عابر،متواجد الإطار المكاني وغياب الإطار الزمني،منبع متكرر ،انعدام التفاصيل===الدرجة 1.

السؤال الثاني :عبارة عن حدث عابر ،توفر الإطار المكاني والزمني ،منبع حيد،انعدام التفاصيل.===الدرجة 2

السؤال الثالث:حدث عابر،غياب الإطار الزمني و المكاني ،منبع وحيد ،انعدام التفاصيل.===الدرجة 1.

*النتيجة:الدرجة الكلية:04/12.

*الاستنتاج:يعاني الحالة من قصور في ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية في مرحلة الطفولة.

-المرحلة الثانية:المراهقة من 10 الى 19سنة:

السؤال الأول :حدث خاص،وجود الإطار المكاني وغياب الإطار الزمني،منبع وحيد،انعدام التفاصيل.===الدرجة 2.

السؤال الثاني:عبارة عن حدث عابر،وجود الإطار المكاني وغياب الإطار الزمني،منبع متكرر،انعدام التفاصيل.===الدرجة 1.

السؤال الثالث:عبارة عن حدث عابر ،غياب الإطار الزمني و المكاني ،منبع وحيد،انعدام

التفصيل .===الدرجة 1.

*النتيجة:الدرجة الكلية:04/12.

*الاستنتاج:تعاني الحالة من قصور في ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية في مرحلة المراهقة.

-المرحلة الثالثة:من 20سنة :

السؤال الأول:حدث عابر ،انعدام الإطار الزمني و المكاني ،منبع متكرر ،انعدام التفاصيل

.===الدرجة 1.

السؤال الثاني:عبارة عن حدث عابر،انعدام الإطار الزمني و المكاني،منبع متكرر،انعدام

التفاصيل.===الدرجة 1.

السؤال الثالث:عبارة عن حدث عابر،انعدام الإطار الزمني و المكاني ،منبع متكرر،انعدام

التفاصيل .

*النتيجة:الدرجة الكلية03/12.

*الاستنتاج:الحالة يعاني من قصور في ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية في مرحلة من 20سنة.

-المرحلة الرابعة:المرحلة الراهنة اخر 12 شهر :

السؤال الأول : عبارة عن حدث عابر،غياب الإطار الزمني و المكاني ،منبع متكرر،انعدام

التفاصيل .===الدرجة 1.

السؤال الثاني :عبارة عن حدث عابر ،غياب كلي للإطار الزمني و المكاني ،منبع

متكرر،غياب التفاصيل .===الدرجة 1.

السؤال الثالث :عبارة عن حدث عابر،غياب كلي للإطار الزمني والمكاني ،منبع

متكرر،غياب التفاصيل .===الدرجة 1.

*النتيجة:الدرجة الكلية:03/12.

الاستنتاج:الحالة تعاني من قصور في الذاكرة الأوتوبيوغرافية في الأشهر الأخيرة.

وعليه ومن خلال هذه النتائج الجزئية تكون الحالة تعاني من قصور في الذاكرة الأوتوبيوغرافية في كل المراحل العمرية بداية من مرحلة الطفولة إلى المرحلة الأخيرة و التي تمثل السنة الأخيرة.

* التحليل العام للحالة: انطلاقا من الملاحظة العيادية والمقابلة النصف موجهة والحرّة تميز سلوك المفحوص بالاستقرار نوعا ما، مع العلم ان الحالة بتناولها الأدوية تم اختفاء الأعراض السلبية، كما تظهر لديها بعض الميولات الفصامية وذلك من خلال فقدان الثقة بنفسها، والشعور باليأس و الإحباط بمراقبة الآخرين لها، إضافة إلى الهذات و التي كانت تدور حول توهمات الاضطهاد.

وعلى حسب أقوال السيكاتري فان المرض وراثي لدى هذه العائلة كما سبق ذكره، وهذا ما أكدته دراسة كالمان (1946) أن عالما وراثيا متحميا يرثه الفرد يهيئه للفصام اي أن مرض الفصام نفسه لا يورث إنما الذي يورث هو استعداد الفرد للإصابة بالفصام إذا تجمعت الأسباب الحيوية و النفسية والبيئية (حامد زهران، 2005، ص 535)

*مناقشة النتائج على ضوء الفرضية:

-إن النتائج الرئيسية المتوصل إليها تركز على وجود عدة إختلالات أو اضطرابات في أداء الذاكرة الأوتوبيوغرافية، بحيث توصلت النتائج إلى قصور في ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية لدى الحالة الفصامية موضوع الدراسة، ولقد ثبت أن الحالة تنتج ذكريات خاصة قليلة هذا القصور في الذاكرة الأوتوبيوغرافية قمت بتقييمه باختبار الذاكرة الأوتوبيوغرافية ل: pascalle biolino. فيما يخص كل الذكريات الخاصة التي قدمتها المفحوصة محل الدراسة أثبتت قصورا في مختلف المراحل العمرية، وأظهرت عجزا أو فقرا من ناحية المحتوى والتفاصيل و المرونة . وأخيرا كل المعارف الأوتوبيوغرافية للحالة الفصامية تبدو فقيرة وغير منتظمة .

-فرضية الدراسة:: إن الحالات المصابة بالفصام يسجلون عجزا في استرجاع الذكريات الأوتوبيوغرافية الخاصة .

-توصلت نتائج الدراسة إلى أنه هناك عجزا لدى الحالة الفصامية في استرجاع الأحداث الأوتوبيوغرافية في مختلف المراحل العمرية هذا ما أسفر عنه اختبار pascalle biolino للكشف عن ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية .

-كما أثبتت نتائج الدراسة بأن الحالة الفصامية ومن خلال تاريخ الحالة و المقابلة العيادية وتطبيق اختبار الرورشاخ تبين أن الحالة لديها فقر في الأفكار و عدم ترابطها وعدم التركيز ووفرة الهذيانات و الهلوس ،هذا كله يمكن تفسيره بأن بناء المعارف أو المعلومات الأوتوبيوغرافية تكون في الأساس مضطربة .

إذن :كل هذه النتائج المتوصل إليها من خلال هذه الدراسة يجب أن نخضعها إلى عدد من المعايير المنهجية التي يجب أخذها بعين الاعتبار .

أ)-صدق الذكريات:وجدت صعوبة أثناء الكشف عن أداء الذاكرة الأوتوبيوغرافية وخاصة التأكد من صدق الذكريات مع العلم أن العديد من المعطيات تؤكد بأن الأفراد العاديين ،يمكنهم إنتاج ذكريات زائفة ،أي إنتاج ذكريات لحدث ما لا يوجد أصلا لكن قد بينت بعض الدراسات أن الفصاميين ينتجون أقل للذكريات الزائفة مقارنة مع الأشخاص العاديين ،لكنني قمت بالتأكد من صدق الذكريات بإعادة الاختبار مرة أخرى .

ب)-أثر المعالجة الدوائية :من الأفضل أن لا يتناول المفحوص أي دواء أثناء استرجاعه للذكريات وخضوعه للاختبار لكي لا يؤثر عليه ،لكن أنا بصدد التعامل مع فصامي أي لا بد من تناوله للأدوية ،فلقد وجدت صعوبة من هذه الناحية .

-إن الأدوات لتقييم الذاكرة الأوتوبيوغرافية نسبيا عددها قليل ،وفي هذا العمل البحثي قمت باستخدام اختبار ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية الذي يسمح للفرد وخاصة مرضى الفصام

باسترجاع الذكريات الخاصة لديهم ،مع العلم أن هناك مجموعة من الانتقادات وجهت لهذه الاختبارات إلا أن هذا لا يمنع من صدق النتائج المتوصل إليها في النهاية مهما كانت المنهجية المنتهجة ،فالنتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة أثبتت وجود قصور في ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية في كامل مراحل الحياة،وهذا ما أكدته أيضا الملاحظات العيادية حيث تبين بأن الحالات الفصامية لديها صعوبات وعدم القدرة على الربط بين الحاضر والماضي و المستقبل .

-وعليه فالنتائج المتحصل عليها من خلال الدراسة تؤكد أن هناك عجز في استرجاع الذكريات الأوتوبيوغرافية لدى الفصامي المراهق المتمدرس .

وأخيرا يمكن أن نسجل كذلك بأن قصور ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية يرتبط من جهة بمستقبل المريض الفصامي والهيكل العلاجية ،ومن جهة أخرى يرتبط بمستقبل الأداء الوظيفي والاجتماعي للمريض ،ولهذا الغرض قد يوجد هناك أمل في تطوير أبحاث تعمل على علاج هذا القصور عند هؤلاء المرضى الفصاميين ،ومن أجل الوصول إلى هذه الحقيقة يجب معرفة الحاجة إلى استكشاف أو الكشف عن الوظائف المعرفية المضطربة والمحافظة عند مرضى الفصام.

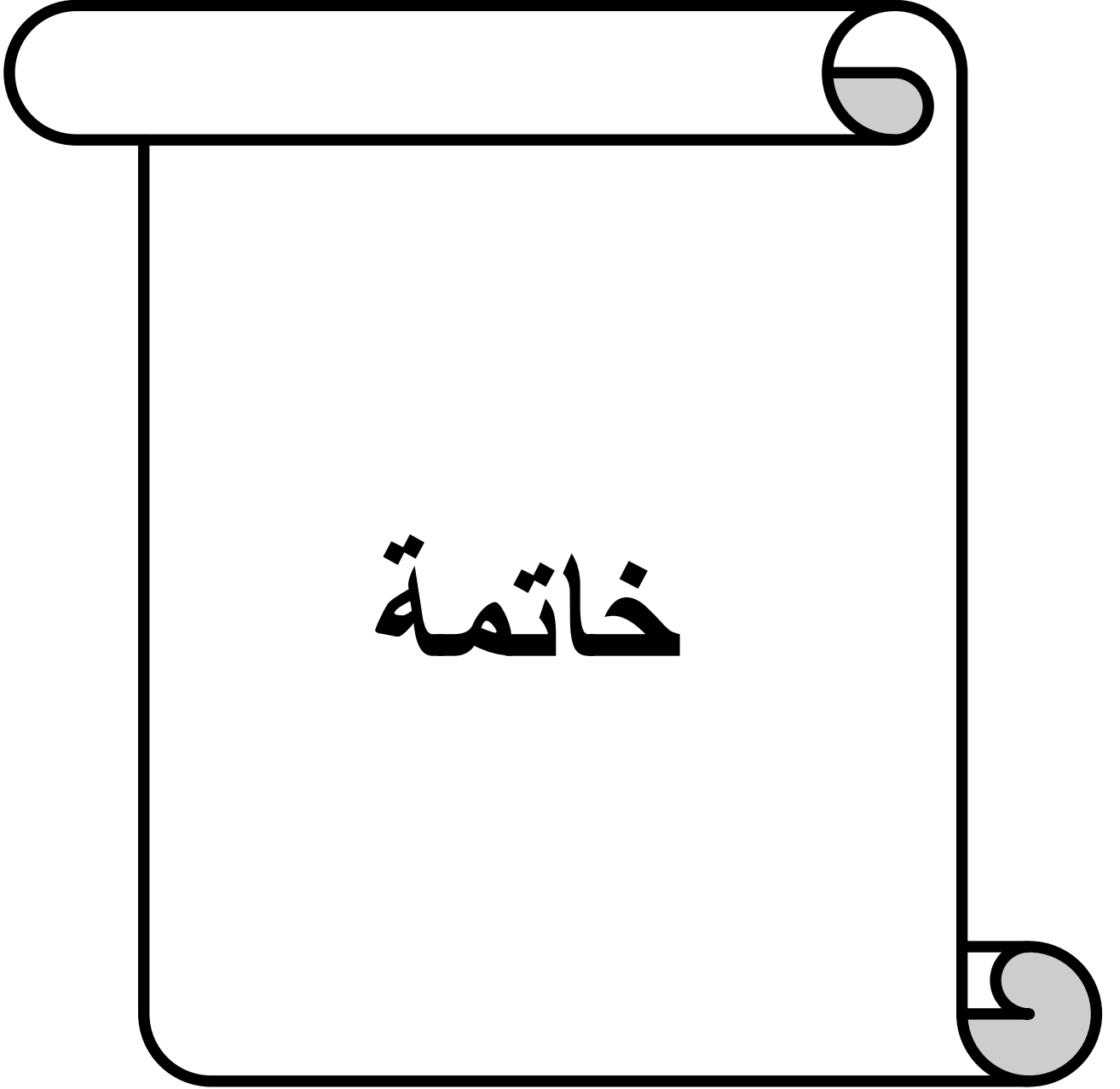
وكخلاصة لنتائج الدراسة الحالية نستنتج أن الدراسات السابقة ، بالرغم من قلتها ،غير أنها ساهمت في إثراء دراستنا ،وعلى أساسها تبلور تساؤل الدراسة ،حيث أظهرت نتائج الدراسة الحالية الإجابة عن تساؤل البحث الذي مفاده الكشف عن أداء ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية لدى الفصامي المراهق المتمدرس ،ولقد تبين من خلال النتائج أن الفصامي المراهق المتمدرس يسجل عجز في إسترجاع ذكريات الأحداث الأوتوبيوغرافية في مختلف مراحل الحياة من الطفولة إلى 12 شهر الأخيرة ،ومنه فنتائج الدراسة توافقت مع نتائج الدراسة لمصطفى لكل 2010-2011 بعنوان :الكشف عن أداء الذاكرة الأوتوبيوغرافية عند مرضى الفصام حيث

أسفرت هذه الدراسة على الكشف عن أداء الذاكرة الأوتوبيوغرافية لتقييم الذكريات الخاصة ،ونتائج الدراسة أثبتت بأن هناك قصور في أداء ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية عند الحالات الفصامية وتبين أن الفصاميين ينتجون ذكريات أوتوبيوغرافية قليلة .

كما قد توافقت دراستي مع مع دراسة ليلي عبد الحميد حلمي التي أسفرت نتائجها على أن الفروق الكيفية في طبيعة الإضطراب شكل التفكير عند فئات الفصام كانت واضحة،وظهرت بوضوح على اختبار تداعي الكلمات (الاسقاطي)،و من هنا فإن هذه الدراسة تشابهت مع مع دراستي من حيث دراسة القدرات العقلية لدى مرضى الفصام حيث تناولت في دراستي الفصام وتناولت ليلي عبد الحميد حلمي في دراستها التفكير .

كما قد تطابقت دراستي تطابقا كليا مع الدراسة الأجنبية ل: tamlyn سنة1992 حيث درس الذاكرة الأوتوبيوغرافية عند أربع حالات مرضى الفصام واستخدم في ذلك اختبار kopelman:فوجد أن هذا النوع من الذاكرة مضطرب في كل المراحل العمرية وهذا ما أسفرت عليه دراستي أيضا.

وتوافقت أيضا دراستي مع دراسة أجنبية أخرى ل : baddeley حيث قام بالكشف عن الذاكرة الأوتوبيوغرافية على خمس حالات فصامية تعاني من هذيان وخمس حالات فصامية أخرى بدون هذيان وأستخدم في ذلك اختبار : kopelman فتوصل إلى نتائج مفادها أن ذاكرة المعاني أقل اضطراب من ذاكرة الأحداث التي كانت مضطربة جدا وهذا ما توافق مع نتائج دراستي حيث أثبتت أن افصاميين يسجلون عجز في استرجاع ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية التي كشف عنها اختبار pascalle biolino



خاتمة

الخاتمة:

إن الفصام هو ذهان وظيفي مزمن، الذي يبدأ عند الشاب وينتشر بنسبة 1 بالمئة من مجموع سكان العالم ونلاحظ من خلال جدولته العيادي المرضي اضطرابات معرفية لا تدخل ضمن المعايير التشخيصية له، بالرغم من أنها تعتبر من إحدى العناصر التي يعاني منها الفصامي المراهق المتمدرس .

فتاريخيا عبر Henry ey على أن الفصام يتميز بسوء التنظيم في الشخصية و الهوية حيث أن المفاهيم والطرق المنهجية المقدمة آنذاك كانت لا تسمح للباحثين بإثبات هذه الفرضية، وبالمقابل وبعد تطور علم النفس المعرفي ،ساهم بقسط كبير في تغيير الدراسات القائمة حول قصور الذاكرة وكل إجراءاتها الخفية .

وفي هذه الدراسة قمت بالكشف على أداء الذاكرة الأوتوبيوغرافية عند الفصامي المراهق المتمدرس ،وذلك باستخدام اختبار ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية لتقييم الأحداث الخاصة ونتائج الدراسة بينت أن هناك عجز في أداء الذاكرة الأوتوبيوغرافية عند الفصامي المراهق المتمدرس ،وتبين أن الفصاميين ينتجون ذكريات أوتوبيوغرافية خاصة قليلة .

لكن مع كل هذه النتائج المقدمة تبقى الأبحاث في هذا الميدان سارية و مفتوحة للباحثين مستقبلا لإيجاد أدوات تجريبية دقيقة تسمح بدراسة أكثر تفصيلا و عمقا.

ومن خلال ما قدمته أعتقد أنني طرقت باب في هذا المجال البحثي المتعلق بعلم النفس مخاطرة بذلك وأعتقد احتمال صحته .

التوصيات:

لقد حاولت قدر المستطاع أن تكون دراستي تنتظم وفق الضوابط المنهجية التي تطرأ الأعمال البحثية معتمدين على دراسات وبحوث لها نفس اهتمامات بحثي، فنتج عن ذلك مجموعة من النتائج خلصت إليها هذه الدراسة، وعلى هذا الأساس يمكن تقديم بعض التوصيات لعلها تفيد الباحث الذي يريد أن يهتم بهذا المجال :

* إذا كانت الدراسات حول الذاكرة الأوتوبيوغرافية عند الفصام تحاول استكشاف الماضي فإن أفعالنا تعبر عن الحاضر، فماذا إذا عن مستقبل هؤلاء المرضى ؟.

* وضع برامج علاجية ونفس اجتماعية تسمح بتحسين نوعية حياة الفصامين المراهقين المتدربين.

* إيجاد الأدوات الدقيقة واللازمة للكشف عن الوظائف المعرفية المضطربة عندهم.

الاقتراحات :

من خلال دراستنا التي تساهم في الكشف على أداء الذاكرة الأوتوبيوغرافية لدى الفصامي المراهق المتدرب، توجب إبراز بعض النقاط للتطرق إليهم مستقبلا و دراستها من أبرزها :

* إجراء البحوث التي تهدف إلى الكشف عن أداء الذاكرة لدى مرضى الفصام .

* دراسة تهدف إلى البحث عن اكتشاف وسائل جديدة تعمل على التشخيص الدقيق للفصام، والمعرفة العميقة للاضطرابات المعرفية المصاحبة له من حيث: الذاكرة، الوعي، التفكير....

* دراسة تهدف إلى إيجاد الدليل التشخيصي بتقنية الورشاخ الإسقاطية لتشخيص الفصام وتحديد نوعه .

* إجراء بحوث ودراسات تهدف إلى الكشف عن أداء مختلف معالم القدرات العقلية لدى مرضى الفصام.

* مشاركة الأطباء و السيكاتريين مع الأخصائيين النفسانيين في وضع برامج علاجية للفصامين.



المراجع

قائمة المراجع:

الكتب :

باللغة العربية:

- 1/- محمد الخالدي (2006) مرجع في علم النفس الإكلينيكي (المرضي) ،الفحص و العلاج،بدون دار النشر ،الطبعة الأولى،بدون بلد النشر.
- 2/- سعيد حسني العزة(2004)تمريض الصحة النفسية ،دار الثقافة للنشر ،الطبعة الأولى ،عمان.
- 3/- أحمد محمد عبد الخالق (2000)أسس علم النفس،دار المعرفة الجامعية ،الطبعة الثالثة ،القاهرة.
- 4/- رشيد حميد زغير (2010)الصحة النفسية و المرض النفسي و العقلي،دار الثقافة للنشر و التوزيع ،الطبعة الأولى الأردن.
- 5/- عبد اللطيف حسين فرج(2009) الاضطرابات النفسية ،دار حامد،الطبعة الأولى ،مكة المكرمة.
- 6/- طارق علي الحبيب(2008)الفصام ،مؤسسة حورس الدولية للنشر و التوزيع،بدون طبعة،الإسكندرية.
- 7/- محمد جاسم العبيدي (2009)علم النفس الإكلينيكي ،دار الثقافة ،الطبعة الأولى ،بدون بلد النشر.
- 8/- محمد شحاتة ربيع(2010)أصول علم النفس ، دار المسيرة،'الطبعة الأولى ،عمان.
- 9/- أديب محمد الخالدي (2006)مرجع في علم النفس الإكلينيكي(المرضي) ،داروائل للنشر ،الطبعة الأولى ،دبي.
- 10/- عبد الفتاح محمد دويدار (1994)في الطب النفسي وعلم النفس المرضي الإكلينيكي،دار النهضة العربية ،بدون طبعة،بدون بلد.

- 11/- سناء نصر حجازي (2009) علم النفس الإكلينيكي للأطفال ،دار المسيرة ،الطبعة الأولى ،عمان.
- 12/- نظام أبو حجلة (2011) الطب النفسي و التشخيص و العلاج ،دار زهران للنشر و التوزيع ،الطبعة الأولى،عمان.
- 13/- خليل إبراهيم البياتي (2000) علم النفس الفسيولوجي مبادئ أساسية ،دار وائل للنشر و التوزيع ،الطبعة الأولى ،عمان.
- 14/- حامد زهران (2005) الصحة النفسية والعلاج النفسي ،عالم الكتب ،الطبعة الرابعة ،القاهرة.
- 15/- عقيل حسين عقيل (1999) فلسفة مناهج البحث العلم ،مكتبة مدبولي ،بدون طبعة ،بدون بلد النشر.
- 16/- عبد الفتاح محمد دويدار (2009) مناهج البحث في علم النفس ،دار المعرفة الجامعية للنشر و التوزيع ،الطبعة الأولى ،مصر.
- 17/- حسين النوري الياسري (2006) صعوبات التعلم الخاصة،الدار العربية للعلوم ، بدون طبعة،بيروت.
- 18/- عبد الرحمان شقيرات(2005) مقدمة في علم النفس العصبي ،دار الشروق للنشر و التوزيع ،الطبعة الأولى ،عمان.
- 19/- إسكندر جرجي مصعب (2012) الفصام،المؤسسة الجامعية ،الطبعة الأولى ،بيروت.
- 20/- خليل إبراهيم البياتي (2004) علم النفس الفيزيولوجي ،دار وائل للطباعة و النشر ،الطبعة الأولى ،عمان .
- 21/- عبد الله محمد قاسم (2002) سيكولوجية الذاكرة ،دار الفكر للطباعة والنشر و التوزيع ،بدون طبعة ،عمان.

- 22/- سليمان عبد الواحد إبراهيم (2012) المخ واضطراب الانتباه ،دار الجامعة الجديدة ،بدون طبعة ،بدون بلد النشر .
- 23/- العتوم عدنان يوسف (2004) علم النفس المعرفي ،دار المسيرة للنشر والتوزيع ،بدون طبعة ،عمان .
- 24/- السيد إبراهيم السمدوني (2010) الذكاء الوجداني أسسه وتطبيقاته وتتميته ،دار الفكر ،الطبعة الأولى ،عمان .
- 25/- طارق بن علي الحبيب (2013) الطب النفسي المبسط ،مؤسسة حورس الدولية ،بدون طبعة ،بدون بلد النشر .
- 26/- خير الزارد (2002) الذاكرة قياسها واضطراباتها ،دار المريخ للنشر ،بدون طبعة ،الرياض .
- 27/- الميلجي الحلبي (2004) النمو النفسي ،دار النهضة العربية ،بدون طبعة ،بيروت .
- 28/- أنور محمد الشقراوي (2003) علم النفس المعرفي المعاصر ،مكتبة الأنجلو المصرية ،الطبعة الثانية ،القاهرة .
- 29/- أفنان نظير دروزة (2004) أساسيات في علم النفس التربوي ،دار الشروق ،الطبعة الأولى ،الأردن .
- 30/- رغد شريم (2003) سيكولوجية المراهقة ،دار الهدى ،الطبعة الأولى ،الجزائر .
- 31/- يوسف حمه صالح مصطفى (2009) سيكولوجية التمايز لدى المراهقين ،دار دجلة ،الطبعة الأولى ،الأردن .
- 32/- أحمد علي بدوي (2008) في النمو الإنسان وتربيته ،دار العلم والإيمان ،الطبعة الأولى ،الإسكندرية .
- 33/- محمد عودة الريماوي (2006) علم النفس النموالطفل و المراهق ،دار المسيرة ،بدون طبعة ،عمان .

- 34/- عبد الرحمان محمد العيسوي (2005) المراهق و المراهقة ،دار النهضة العربية ،الطبعة الأولى ،بيروت .
- 35/- عبدالكريم قاسم أبو خير (2004)النمو من الحمل إلى المراهقة ،دار وائل ،الطبعة الأولى ،عمان .
- 36/- نادر فهمي الزيوت (1989)علم النفس المدرسي،دار وائل ،الطبعة الأولى ،عمان
- 37/- سعيد رشيد الأعظمي (2007)أساسيات علم النفس الطفولة والمراهقة ،دار جيهنة ،بدون طبعة،عمان .
- 38/- هشام أحمد غراب (1971)علم النفس النمو من الطفولة إلى المراهقة ،دار الكتب العلمية ،بدون طبعة ،بيروت .
- 39/- سامي عريفج (1993)مدخل إلى علم النفس النمو ،دار الفكر ،الطبعة الأولى ،بيروت .
- سامي محمد ملحم (2004)الإتجاهات المفسرة للمراهقة ،دار الفكر الطبعة الأولى ،عمان
- 40/- علي فالح الهنداوي (2016)علم النمو الطفولة والمراهقة ،عالم الكتاب الجامعي ،بدون طبعة ،بيروت .
- 41/- عبد السلام زهران (1990)علم النفس النمو الطفولة والمراهقة ،عالم الكتب ،بدون طبعة ،القاهرة .
- 42/- سعيد كمال عبد الحميد (2009)التقييم والتشخيص لذي الإحتياجات الخاصة ،دار الوفاء ،الطبعة الأولى ،الإسكندرية .
- 43/- عفاف أحمد عويس (2003)النمو النفسي للطفل ،دار الفكر ،الطبعة الأولى ،القاهرة .
- 44/- عبد الفتاح دويرار (1993)سيكولوجية النمو و الإرتقاء ،دار النهضة العربية ،بدون طبعة ،الإسكندرية .

45- إبراهيم عثمان (2006) سيكولوجية النمو عند الأطفال ،دار المشرق للثقافة ،الطبعة الأولى ،عمان.

46- بدر إبراهيم الشيباني (2000)، سيكولوجية النمو ،مركز المخطوطات والتراث ،الطبعة الأولى ،الكويت.

47- ايناس خليفة (2005) مراحل النمو والتطور ورعايته ،دار مجدلاوي ،الطبعة الأولى ،عمان.

48- رشيد محمد زغير (2010) سيكولوجية النمو ،جامعة التحدي، الطبعة الأولى ،ليبيا.

49- سعيد حسني العزة (2002) سيكولوجية النمو في الطفولة ،دار العلمية الدولية ودار الثقافة ،بدون طبعة،الأردن.

50- رشيد حمدي العبودي (2003) التعلم والصحة النفسية ،دار الهدى ،بدون طبعة ،الجزائر.

51- عباس محمو عوض (1980) علم النفس الإجتماعي ،دار النهضة العربية ،بدون طبعة ،بيروت.

52- مروان عبد المجيد (2007) رعاية وتأهيل ذوي الإحتياجات الخاصة ،مؤسسة الوراق، الطبعة الأولى ،الأردن.

باللغة الفرنسية:

-christiane venessa.cuevro lombard.exploration de la mémoire autobiographique dans la schizophrénie presse universitaire strasbourg .2006.

المجلات:

-خالد خياط(2016)"مقالة مبادئ و منهجية دراسة الحالة"،مجلة أبحاث نفسية و تربوية ،جانفي العدد8،جامعة عبد الحميد مهري ،قسنطينة الجزائر .

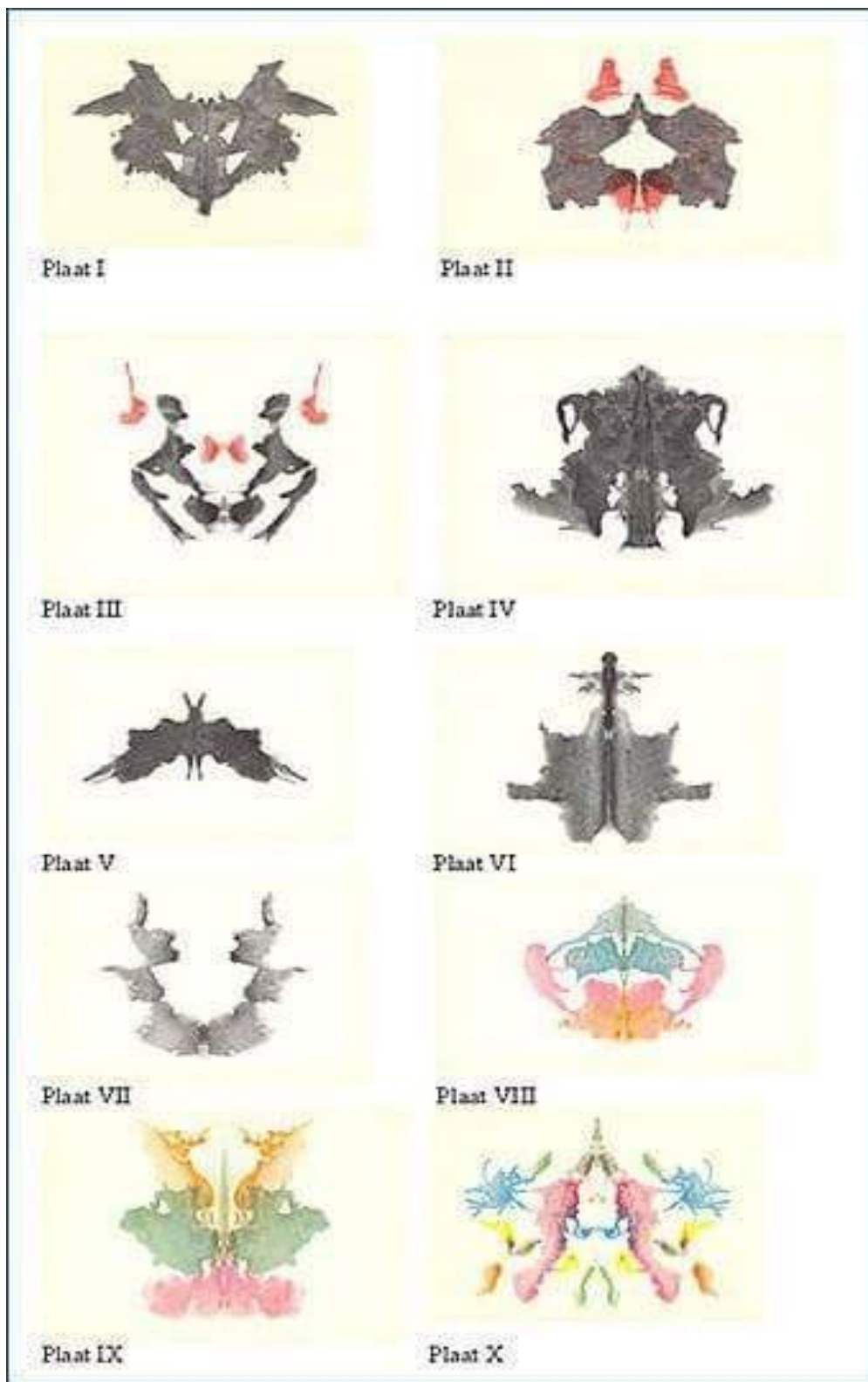
رسائل الدكتوراه:

- مصطفى لكحل (2010)الكشف عن أداء الذاكرة الأوتوبيوغرافية عند مرضى الفصام ،مذكرة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس النمو ،جامعة أبو بكر بالقائد ،تلمسان .
- خليدة مليوح(2014)مدى فعالية تقنيات الفحص العيادي الإسقاطية والموضوعية في تشخيص الفصام في المجتمع الجزائري ،مذكرة لنيل شهادة الدكتوراه (ل.م.د.)،في علم النفس العيادي،جامعة محمد خيضر ،بسكرة .
- فطيمة ونوغي (2014)أثر سوء التوافق الزوجي في تكوين الميل إلى الأمراض النفسية لدى المرأة من خلال تطبيق اختبار متعدد الأوجه للشخصية الثاني ،مذكرة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي ،جامعة محمد خيضر ،بسكرة.



الملاحق

الملحق رقم 01: صور البطاقات العشر لاختبار الرورشاخ.



الملحق رقم 02: اختبار pascalle biolino لقياس ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية.

المرحلة الأولى	الطفولة: من 0-9 سنوات
السؤال الاول	لقاء، حدث مرتبط بشخص
المؤشر	في يوم مع رفيق ،مع راشد، لقاء اول
الإجابة	
السؤال الثاني	سفر، انتقال
المؤشر	في يوم اثناء عطلة الصيف او الشتاء ،اثناء انتقال مدرسي او اثناء زيارة
الإجابة	
السؤال الثالث	العائلة
المؤشر	في يوم اثناء حفلة مع العائلة ازدياد اخ او اخت ،حدث مع عضو من اعضاء العائلة
الإجابة	
المرحلة الثانية	-المراهقة من 10 الى 19 سنة
السؤال الأول	لقاء، حدث مرتبط بشخص
المؤشر	في يوم مع صديق، مع استاذ، لقاء اول
الاجابة	
السؤال الثاني	سفر، انتقال
المؤشر	يوم اثناء العطلة المدرسية ،اثناء زيارة او نزهة لبيت الاصدقاء
الإجابة	
السؤال الثالث	العائلة

المؤشر	يوم اثناء حفلة مع العائلة،ازدياد مولود جديد او الاحتفال
الإجابة	
المرحلة الثالثة	من 20 سنة:
السؤال الاول	لقاء حدث مرتبط بشخص
المؤشر	يوم مع صديق،مع زميل،لقاء اول
الاجابة	
السؤال الثاني	سفر ،انتقال
المؤشر	في يوم اثناء سفر الى الخارج،اثناء عطلة او زيارة ما
الاجابة	
السؤال الثالث	العائلة :
المؤشر	اثناء اجتماع عائلي اثناء زواجك،او زيادة ابنك الاول
الاجابة	
المرحلة الرابعة	اخر 12 شهرا
السؤال الاول	لقاء،حدث مرتبط بشخص
المؤشر	في يوم اثناء لقاء جديد،حدث خاص مع صديقاو زميل،او موعد.
الاجابة	
السؤال الثاني	سفر ، انتقال
المؤشر	في يوم اثناء انتقال في عطلة ،او زيارة
الاجابة	
السؤال الثالث	العائلة:
المؤشر	يوم اثناء انتقال عائلي ،الاعياد الاخيرة لك
الاجابة	

