

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة محمد خيضر- بسكرة
كلية الآداب و العلوم الاجتماعية و الإنسانية
قسم علم النفس و علوم التربية و الارطفونيا

التصورات الاجتماعية للمرض العقلي لدى عينة من الطلبة الجامعيين دراسة ميدانية بجامعة محمد بوضياف بالمسيلة

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس تخصص علم النفس المرضي الاجتماعي

إشراف:
د/بوقطاية مراد

إعداد الطالبة:
بورنان سامية

أعضاء لجنة المناقشة

جامعة بسكرة	رئيسا	أ.د/ جابر نصر الدين
جامعة الجزائر	مشرفا ومقررا	د/ بوقطاية مراد
جامعة باتنة	عضوا	أ.د/ ببيع نادية
جامعة بسكرة	عضوا	د/ زمام نور الدين

السنة الجامعية 2006 / 2007

كلمة شكر

نحمد الله عز و جل الذي وفقنا لإتمام هذا العمل

حيث قال تعالى "لئن شكرتم لأزيدنكم"

أشكر كل من ساعدني في إنجاز هذا العمل و أخص بالذكر الأستاذ المشرف الدكتور

بوقطاية مراد على كل المجهودات و التوجيهات القيمة.

كما أشكر الأستاذة سماعيلي يامنة والأستاذ ختاش محمد

على كل ما قدماه لي.

فهرس الموضوعات

أ مقدمة

الفصل الأول

تحديد إشكالية الدراسة

تمهيد

- 4 1-1 أهمية الدراسة
- 4 2-1 أهداف الدراسة
- 5 3-1 تساؤلات الدراسة
- 6 4-1 فرضيات الدراسة
- 6 5-1 التحديد الإجرائي لمفاهيم الدراسة

الفصل الثاني

مقاربة نظرية للتصورات الاجتماعية

تمهيد

- 10 1-2 مفهوم التصور
- 12 1-1-2 المفهوم الفلسفي للتصور
- 12 2-1-2 مفهوم التصور في علم النفس
- 13 3-1-2 مفهوم التصور في علم النفس المعرفي
- 14 4-1-2 مفهوم التصور في علم النفس الجيني
- 15 5-1-2 المفاهيم المتداخلة مع مفهوم التصور
- 20 6-1-2 تحليل التصور
- 22 7-1-2 أشكال التصور
- 23 2-2 مفهوم التصورات الاجتماعية
- 25 1-2-2 تاريخ مفهوم التصور الاجتماعي
- 26 2-2-2 عناصر التصورات الاجتماعية
- 28 3-2-2 الوظائف الاجتماعية للتصورات

- 29 4-2-2 مراحل بناء التصورات الاجتماعية
- 30 5-2-2 تركيبية التصورات الاجتماعية
- 30 1-5-2-2 النواة المركزية
- 31 2-5-2-2 العناصر السطحية

الفصل الثالث

طبيعة المرض العقلي

تمهيد

- 34 1-3 تعريف المرض العقلي
- 37 2-3 بعض المفاهيم المتداخلة مع مفهوم المرض العقلي
- 40 3-3 أسباب المرض العقلي
- 45 4-3 الأعراض العامة للمرض العقلي
- 47 5-3 تصنيف المرض العقلي
- 47 1-5-3 الذهان الوظيفي
- 55 2-5-3 الذهان العضوي

الفصل الرابع

التصورات الاجتماعية التقليدية والحديثة للمرض العقلي

- 60 1-4 التصورات التقليدية للمرض العقلي
- 60 1-1-4 خرافة المرض العقلي
- 62 2-1-4 في العصر البدائي
- 64 3-1-4 العرب في الجاهلية
- 65 4-1-4 القدماء المصريون
- 66 5-1-4 العصر اليوناني والروماني
- 67 6-1-4 في العصور الوسطى
- 68 7-1-4 عصر النهضة
- 69 8-1-4 في العالم العربي الإسلامي
- 70 9-1-4 المجالات التفسيرية والعلاجية للمرض العقلي في القديم

70	..... 1-9-1-4 السحر
73	..... 2-9-1-4 الجن
75	..... 3-9-1-4 العين
76	..... 2-4 التصورات الحديثة للمرض العقلي الاجتماعية
76	..... 1-2-4 النموذج البيولوجي
78	..... 2-2-4 النموذج الطبي
79	..... 3-2-4 النموذج النفسي
80	..... 4-2-4 النموذج السلوكي
81	..... 5-2-4 النموذج الاجتماعي

الفصل الخامس

الدراسة الاستطلاعية

تمهيد

85	..... 1-5 كيفية بناء أداة الدراسة
86	..... 1-1-5 إعداد الصياغة الأولية للاستبيان
87	..... 2-1-5 آراء المحكمين في صلاحية فقرات الاستبيان
88	..... 3-1-5 صياغة تعليمة الاستبيان
89	..... 4-1-5 كيفية تصحيح الاستبيان
90	..... 2-5 الخصائص السيكومترية للأداة

الفصل السادس

الدراسة الأساسية

تمهيد

93	..... 1-6 التذكير بفرضيات الدراسة
94	..... 2-6 المنهج المستخدم
94	..... 3-6 العينة و كيفية اختيارها
102	..... 4-6 تقديم أداة الدراسة
103	..... 5-6 مجال الدراسة

103	.....1-5-6 المجال المكاني
103	.....2-5-6 المجال البشري
103	.....3-5-6 المجال الزمني
104	.....4-5-6 أهمية ميدان الدراسة
104	.....6-6 الوسائل الإحصائية المستعملة

الفصل السابع

عرض وتحليل ومناقشة النتائج

تمهيد

107	.....1-7 عرض وتحليل النتائج
107	.....1-1-7 عرض نتائج الفرضية الأولى
108	.....2-1-7 عرض نتائج الفرضية الثانية
109	.....3-1-7 عرض نتائج الفرضية الثالثة
113	.....4-1-7 عرض نتائج الفرضية الرابعة
115	.....5-1-7 عرض نتائج الفرضية الخامسة
120	.....2-7 عرض ومناقشة نتائج الدراسة
120	.....1-2-7 تحليل و مناقشة الفرضية الأولى
121	.....2-2-7 تحليل و مناقشة الفرضية الثانية
123	.....3-2-7 تحليل و مناقشة الفرضية الثالثة
125	.....4-2-7 تحليل و مناقشة الفرضية الرابعة
126	.....5-2-7 تحليل و مناقشة الفرضية الخامسة
130	.....3-7 التوصيات
133	.....المراجع

ملخص الدراسة بالعربية

ملخص الدراسة بالفرنسية

ملخص الدراسة بالانجليزية

الملاحق

فهرس الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	خصائص أفراد العينة الاستطلاعية.....	86
02	آراء المحكمين في صلاحية فقرات الاستبيان.....	88
03	البدائل الخمسة للاستبيان ودرجاتها.....	89
04	قيمة معامل ثبات الاستبيان.....	92
05	توزيع كليات وأقسام جامعة محمد بوضياف بالمسيلة.....	95
06	عدد الطلبة الإجمالي جامعة محمد بوضياف بالمسيلة.....	96
07	توزيع أفراد العينة حسب الجنس.....	98
08	توزيع أفراد العينة حسب السن.....	99
09	توزيع أفراد العينة حسب التخصص.....	100
10	الخصائص العامة للعينة.....	101
11	معامل الارتباط بين بعدي الاستبيان.....	107
12	التصورات الأكثر شيوعا لدى أفراد العينة.....	108
13	الفروق بين التصورات الاجتماعية التقليدية والحديثة للمرض العقلي حسب الجنس.....	109
14	الفروق بين الذكور والإناث في التصورات الاجتماعية التقليدية والحديثة للمرض العقلي حسب كل تخصص.....	111
15	بعض المؤشرات الإحصائية لدرجات أفراد العينة على بعدي الاستبيان حسب متغير السن.....	113
16	تحليل التباين لدرجات بعدي الاستبيان حسب الفئات العمرية.....	114
17	المؤشرات الإحصائية لدرجات أفراد العينة على بعدي الاستبيان حسب متغير التخصص.....	115
18	تحليل التباين لدرجات أفراد العينة على بعدي الاستبيان حسب التخصصات.....	116
19	الفروق بين التخصصات باستخدام معامل (tukey).....	118

فهرس الأشكال

الصفحة	الشكل	الرقم
21	كيفية تكوين التصورات.....	01
21	كيف تتغير التصورات.....	02
44	العوامل المسببة للمرض النفسي والعقلي.....	03
52	أشكال الهوس.....	04
54	الحالة الدورية بين الاكتئاب والهوس.....	05
54	الحالة العادية للهوس.....	06
82	تصور باندورا للحتمية التبادلية في تشكيل السلوك.....	07
98	توزيع أفراد العينة حسب الجنس.....	08
99	توزيع أفراد العينة حسب السن.....	09
100	توزيع أفراد العينة حسب التخصص.....	10

مقدمة:

تشكل التصورات الاجتماعية نوعا من الغموض حول مفهومها لدى الكثير من الباحثين في هذا المجال، على الرغم من أن الحياة الاجتماعية لا تخلو من نظام التصورات لمختلف الظواهر التي يعيشها الفرد و يعمل على تفسيرها وفق المعرفة العامة، التي يكتسبها عبر مراحل حياته و تستمر مع وجوده و هذا ما يجعلها تحمل طابع الترسيخ و الديمومة في مختلف المجتمعات و الظواهر، و لما كان المرض العقلي موضوع دراستنا نحاول إبراز محتوى التصورات الاجتماعية حوله فهو ظاهرة ملازمة للإنسان منذ أقدم العصور و تعد تحديا للإنسان في صحته وحياته فهو كما يرى **مانفريد فلانز و هنريش كيوب** من الظواهر الخطيرة التي تهدد الفرد والجماعة والمجتمع ككل ولهذا نجد تنوعا في أساليب إجراءات المجتمعات للتصدي له وقاية وعلاجاً بدءاً من الحماية من أخطار الطبيعة ومروراً بالسحر والطب الشعبي وغيرها وصولاً إلى ما حققه الإنسان من تقدم علمي مكنه من القضاء على العديد من الأمراض.

وهكذا فإن طبيعة المرض العقلي تحتاج إلى تفسير يتجاوز البناء الاجتماعي الثقافي للفرد، لأن الانتماء الثقافي هو الذي يمنحه الإطار الذي من خلاله يتم تفسير العوامل التي أدت إلى ظهور المرض العقلي، فالثقافة هي التي تنمط استجابات الفرد من خلال تصوراتهم للمرض العقلي التي تعبر في مضمونها عن سلوكيات الناس نحوه والتصورات السائدة حول مسبباته وردود الأفعال التي تبدو في سلوكياتهم وتصرفاتهم لمواجهته والتي استمدوها من هذه الثقافة و ما توصل إليه الطب الحديث وهي بذلك تمثل جزء من نسيج الثقافة الشعبية التي تختلط فيها الخبرة والتجربة الجمعية المتراكمة في أي مجتمع من المجتمعات، بالتصورات والاتجاهات والمعتقدات التي غالباً ما نجد فيها نوعاً من التفكير الخرافي الذي يشكل ضعفاً ثقافياً يشمل تصورات الأفراد إلى بعض أمور حياتهم، كما تشمل بالإضافة إلى ذلك قصوراً في تصور ظواهر الكون والبيئة الطبيعية لبعض مظاهر العلاقات الاجتماعية والإنسانية، والتي من بينها ظاهرة المرض العقلي التي تشكل نوعاً من الغموض في تفسيرها لدى أفراد مجتمع ما وهذا ما دلت عليه معظم الدراسات والتي خلصت إلى أن الظروف الغامضة والمضطربة التي تحيط بالمرض العقلي تجعل الفرد أكثر استعداداً وتهيوياً لقبول الأفكار الغامضة والتفسيرات الغيبية وذلك لقصوره على وجود تفسيرات علمية للظاهرة.

وبما أن التصورات الاجتماعية تعتبر موجهة لسلوك الأفراد في وصف ظاهرة المرض العقلي في إطارها الاجتماعي والنفسي والبيولوجي، فهي سوف تحدد تصور المعنيين بهذه الدراسة في ضوء الخصائص التي يتميزون بها نحو المرض العقلي، ومن هنا جاءت مبررات اختيار موضوع الدراسة، وقد تضمنت الدراسة الحالية سبعة فصول.

الفصل الأول: تضمن تحديد إشكالية الدراسة من حيث أهدافها وأهميتها و تساؤلاتها وفرضياتها، والتحديد الإجرائي لمفاهيم الدراسة.

الفصل الثاني: تضمن مقارنة نظرية حول التصورات الاجتماعية من حيث التعريفات التي تناولتها والمفاهيم المتداخلة معها وكيفية بنائها.

الفصل الثالث: تناولنا فيه تعريف المرض العقلي وأسبابه وأعراضه والمفاهيم القريبة منه وتصنيفاته المختلفة.

الفصل الرابع: تضمن التصورات الاجتماعية القديمة للمرض العقلي عبر المراحل الزمنية المختلفة والتصورات الحديثة، و النماذج المفسرة للمرض العقلي.

الفصل الخامس: تضمن خطة الدراسة الاستطلاعية، حيث احتوى هذا الفصل كيفية بناء أداة الدراسة من حيث آراء المحكمين وصياغة التعليمية وتصحيح الاستبيان وخصائصه السيكومترية.

الفصل السادس: تضمن خطة الدراسة من حيث التذكير بفرضيات الدراسة ومجالاتها والمنهج المتبع، وكيفية اختيار العينة والوسائل الإحصائية المتبعة.

الفصل السابع: تناولنا فيه مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات و تحليلها في ضوء المتغيرات المراد دراستها.

الفصل الأول

تحديد إشكالية الدراسة

تمهيد:

يتناول هذا الفصل تحديد إشكالية الدراسة من حيث الأهداف المراد الوصول إليها وأهميتها وتساؤلاتها والفرضيات المنبثقة عنها والتحديد الإجرائي لمفاهيم الدراسة.

1-1 أهمية الدراسة:

تستمد الدراسة الحالية أهميتها من عدة مبررات علمية وعملية تتمثل فيما يلي:

- وقوع الدراسة - التصورات الاجتماعية للمرض العقلي - على الحدود بين علم النفس الاجتماعي وعلم النفس المرضي حيث تعالج الظاهرة في إطارها الاجتماعي خاصة بعد انتشارها بكثرة في مجتمعنا خاصة في الآونة الأخيرة.
- محاولة معرفة التصورات التي توجد لدى أفراد العينة عن المرض العقلي، مع ضرورة مد المجتمع بالمعلومات التي من شأنها أن تضع سياسة سليمة لفهم طبيعة المرض العقلي، كذلك تصحيح التصورات الخاطئة حول المرض العقلي-إن وجدت-.

- يمكن الاستفادة أيضا من هذه الدراسة في التخطيط لإقامة برامج لتغيير التصورات الخاطئة نحو المرض العقلي- في حالة وجودها- إلى تصورات علمية وبالتالي تغيير نظرة المجتمع للمرض العقلي باعتباره مرضا يستحق الاهتمام والرعاية من جانب المجتمع.

- الكشف عن أثر التقدم العلمي في تفسير الظاهرة علميا (أي من جوانبها البيولوجية والنفسية والاجتماعية...).

- اهتمامنا بموضوع الدراسة - التصورات الاجتماعية للمرض العقلي- وتقديم تصور علمي لهذه الظاهرة النفسية والاجتماعية.

2-1 أهداف الدراسة:

الهدف الأساسي لهذه الدراسة هو الكشف عن التصورات الاجتماعية للمرض العقلي لدى عينة من طلبة جامعة محمد بوضياف - المسيلة - ويندرج تحت هذا الهدف العام أهداف فرعية هي:

- التعرف على التصورات الأكثر شيوعاً لدى أفراد العينة.
- الكشف عن الاختلافات بين الذكور و الإناث في التصورات الاجتماعية التقليدية والحديثة للمرض العقلي.
- الكشف عن الاختلافات بين التصورات الاجتماعية التقليدية و الحديثة للمرض العقلي حسب السن.
- الكشف عن الاختلافات بين التصورات الاجتماعية التقليدية و الحديثة للمرض العقلي حسب التخصص.

1-3 تساؤلات الدراسة:

جاءت هذه الدراسة لتجيب على التساؤلات التالية:

- هل للطلبة الجامعيين تصورات اجتماعية تقليدية وحديثة للمرض العقلي؟
- ما هي التصورات الاجتماعية الأكثر شيوعاً لدى الطلبة الجامعيين ؟
- هل تختلف التصورات الاجتماعية التقليدية والحديثة للمرض العقلي لدى الطلبة الجامعيين باختلاف الجنس ؟
- هل تختلف التصورات الاجتماعية التقليدية والحديثة للمرض العقلي لدى الطلبة الجامعيين باختلاف السن؟
- هل تختلف التصورات الاجتماعية التقليدية والحديثة للمرض العقلي لدى الطلبة الجامعيين باختلاف التخصص؟

1-4 فرضيات الدراسة:

بناءً على الدراسات السابقة و ما أثارته هذه الدراسة من تساؤلات جاءت الفرضيات كما يلي:

- للطلبة الجامعيين تصورات اجتماعية تقليدية وحديثة للمرض العقلي.
- نتوقع أن تسفر النتائج بأن التصورات الاجتماعية التقليدية للمرض العقلي أكثر شيوعاً لدى الطلبة الجامعيين.
- تختلف التصورات الاجتماعية التقليدية والحديثة للمرض العقلي لدى الطلبة الجامعيين باختلاف الجنس.
- تختلف التصورات الاجتماعية التقليدية والحديثة للمرض العقلي لدى الطلبة الجامعيين باختلاف السن.
- تختلف التصورات الاجتماعية التقليدية والحديثة للمرض العقلي لدى الطلبة الجامعيين باختلاف التخصص.

1-5 التحديد الإجرائي للمفاهيم:

1-5-1 التصورات الاجتماعية:

يعرف أبريك (Abric) التصورات الاجتماعية بأنها رؤية وظيفية من العالم تمنح للفرد والجماعة كي تعطي معنى للسلوك وفهم الواقع من خلال نظامه المرجعي الخاص، وبالتالي يتكيف معه ويحدد مكانه فيه (Abric, 1994, P 11).

وفي ضوء هذا يمكننا تعريف التصورات الاجتماعية في الدراسة الراهنة على النحو التالي:

التصورات الاجتماعية هي بنى معرفية (عقلية) تعبر عن الحالة النفسية للفرد في شكلها المعرفي نحو موضوع ما والتي تتكون بناءً على ما يوجد لديه من معارف وأفكار وخبرات عن هذا الموضوع وتؤدي هذه الحالة إلى قيام الفرد ببعض الاستجابات أو الأفعال في موقف معين، وهذه السلوكيات تفسر واقع الفرد لأنه مستمر في إطاره الاجتماعي.

ويتبين لنا من هذا التعريف أن:

- التصورات الاجتماعية بني معرفية (عقلية) نفسية واجتماعية.
- تهدف إلى إعادة بناء موضوع أو شيء معين من خلال إطاره الاجتماعي.

1-5-2 المرض العقلي:

يعرف المرض العقلي بأنه أشد اضطرابات الشخصية خطورة وشمولا وهو يبدو في صورة اختلال شديد في القوى العقلية وعجز عن إدراك الواقع أو تحقيق التوافق الاجتماعي في كافة صورته ويشاهد في الذهان الانفصال عن الواقع وتشويبه واضطرابات الانفعال والقدرات العقلية وتفكك الشخصية والاضطراب الواضح في السلوك وتتميز الشخصية الذهانية (Psychotique) بالتفكك وفقدان التكامل والتغير الجذري، وتحطيم الدفاعات النفسية للذهاني، وتضعف عمليات الكبت والمقاومة لديه مع اضطراب الأنا وتقبل الدوافع البدائية الأولية التي كانت مكبوتة دون نقد و الذهاني لا يشعر بمرضه ولا يعترف به ولا يرغب في تغيير حالته ولا يكون متعاوناً لعدم استبصاره (فيصل عباس، 1994، ص 63).

وفي ضوء هذا التعريف يمكن تعريف المرض العقلي على أنه اختلال شامل يمس شخصية الفرد بحيث يصبح غير قادر على أداء وظائفه بالشكل المطلوب، ويكون هذا الاختلال على مستوى القدرات العقلية، فيبدوا افتقار الشخص للاتصال بالواقع وغالبا ما يبدو غير قادر على التمييز بين الحقيقة والخيال، وتضطرب انفعالاته بحيث تتميز بالغرابة والعجز عن تحقيق التكيف والتوافق الاجتماعي والاستقرار الوظيفي أو العضوي الذي حدث على مستواها.

أما التعريف الإجرائي الذي استندت عليه الدراسة فيشير إلى أن التصورات الاجتماعية للمرض العقلي هي مجموعة استجابات الطلبة للمواقف المختلفة التي يتضمنها الاستبيان الذي يوضح تصوراتهم التقليدية و الحديثة للمرض العقلي.

الفصل الثاني

مقاربة نظرية للتصورات الاجتماعية

تمهيد

إن مفهوم التصور من المفهومات التقليدية القديمة والذي أعيد النظر فيها بطريقة حديثة في مجالات علمية كثيرة من بينها مجال علم النفس الاجتماعي، ويستعمل المفهوم للدلالة على ما نتصوره وما يكون المحتوى المحسوس لفعل التفكير، فهو عملية ذهنية - عقلية - تساعد الفرد على إدراك ما يحدث حوله من الظواهر الاجتماعية المحيطة والذي يعمل على تأويلها تبعاً لمعارفه و خبراته السابقة وعلاقته بالآخرين وما يحتويه هذا المحيط من أشياء مادية وأشخاص وأفكار وأحداث... تثير تساؤلات كثيرة حول طبيعة هذه الموضوعات، لأنها تحمل نوعاً من الغموض ولهذا يكون الفرد سلوكاً للتصرف مع هذه الظواهر الجديدة وتعرف هذه العملية العقلية المشبعة بالطابع الاجتماعي بالتصورات الاجتماعية، فما طبيعة هذا المفهوم؟.

2-1 مفهوم التصور:

أصل كلمة تصور تعني تمثل (représentation) والتمثل هو كيفية إدراك الشيء منظور أو مفهوم، وفي علم النفس يقال التمثل على الاسترجاع أو الاستدكار (خليل أحمد خليل، 1995، ص141).

و التمثل فعل ذهني أساسه التخيل والحكم والإدراك، وهو يرتبط بالظواهر النفسية المقابلة للظواهر الانفعالية أي تصور في الذهن صورة أو واقعة (Abdou elhelou, 1994, p15).

فالتصور هو حصول صورة الشيء في العقل، أو إدراك ماهية الشيء من غير أن يحكم عليها بنفي أو إثبات، فهو يعني الأفكار المجردة العامة أو الكلية فالتصور فكرة بمعنى أن وجوده ذهني وهو فكرة مجردة في مقابل الإدراك الحسي أو الصورة الحسية وفكرة كلية بمعنى أنها تنطبق على عدد من الأفراد من ناحية الصفات التي تدل عليها. والتصور لغة تصور الشيء تخيله، وتصوره الشيء، صارت له عنده صورة (جميل صليبا، 1982، ص282).

و التصور من الفعل: تصور، يتصور، تصورا الشيء، تمثل صورته و شكله في ذهنه(علي بن هادية، 1991، ص195).

و يعرفه سيلامي (Sillamy) بأنه جعل الشيء حاضرا في الذهن، و هو ليس مجرد إرجاع صورة بسيطة للواقع، وإنما هو بناء لنشاط ذهني، إذ التصور ليس مجرد إرجاع صورة مطابقة للواقع، و إنما هو إعادة بناء وتشكيل ذهني لعناصر المحيط (Sillamy, 1983, P590).

بمعنى آخر عملية ذهنية تحصل بها في الذهن صورة المدرك الحسي، فهو مثل المحسوس في الذهن عند غيابه عن الحواس، ففي التصور أمران:
* الفعل ذاته.

* نتيجة هذا الفعل وهي الشيء المتصور.

ونتيجة التصور هو ما يتولد في الذهن عند إدراك شيء من الأشياء تحصل به حقيقته ومعناه، والتصور من حيث هو معنى ليس صورة حسية منطبعة في الذهن، بل هو نتيجة عملية تجريد وانفصال عن معطيات التصور الحسي المصاحب للتجربة الإدراكية الخارجية.

ومعنى هذا أن التصور هو المعنى المنفصل عن الوجود الحسي، فهو صورة ذهنية مستقلة عن الانطباعات الحسية المتولدة من الوجود العيني للشيء في الخارج (محمود يعقوبي، 1999، ص 37).

إن التصور ليس مجرد عملية استرجاع لرموز وصور وإشارات يتلقاها الفرد من خلال حواسه و فقط، لكن يعمل على بنائها في الذهن من خلال قدراته العقلية أي إدراك الموضوع المتصور ولهذا فالتصور هو نشاط ذهني يساهم في بناء الواقع.

ويقول سارج موسكوفيتشي (S. Moscovici) عندما نتصور شيء غائب فإننا نكون كل من المثير و الاستجابة في الوقت ذاته، أي التصور ليس عملية ربط بين المثير والاستجابة في الوقت ذاته، بل يوجه الاستجابة ويبدل المثير ويشكله في آن واحد. أو هو إعادة شيء للوعي مرة ثانية رغم غيابه في المجال المادي وهذا ما يجعله عملية تجريدية محضة إلى جانب كونه عملية إدراكية فكرية (S.Moscovici, 1976, p40).

تبين لنا من التعريفين السابقين أن الفرد عندما يتلقى مثير معين ويستجيب له لا يحتفظ به بل يعمل على استرجاعه إلى الوعي ومعالجته عن طريق عملية الإدراك بحسب

البيئة أو المحيط الاجتماعي الذي يعيش فيه وينتمي إليه بحيث تصبح تلك الأفكار والمثيرات تصورات نابغة من ذاتية الفرد و من كيانه الاجتماعي.

2-1-1 المفهوم الفلسفي للتصور:

التصور هو إدراك العقل موضوعه في ماهيته دون إثبات ولا نفي أي العملية التي يدرك بها العقل الماهية دون أن يثبت لها شيئاً أو ينفيها عنها. إنه يقتضي مجرد وعي موضوع باعتباره معقداً.

وكان المنطقيون في العصر الوسيط يميزون، من جهة بين مجرد الوعي والتصور الذي هو بناء ذهني، ومن جهة أخرى بين التصور الذهني أو الصوري الذي هو فعل العقل والتصور الموضوعي الذي يتكون من الماهية، و التصور عند أرسطو تعبير بكلمة واحدة عن تعريف الشيء، فهو يعبر عن ماهية الشيء في الذهن دون الوصول إلى الواقع مع ذلك لأن الواقع هو الفرد، فالتصور مجرد إعادة بناء للواقع ترد في الذهن كثرة التمثلات الحسية إلى وحدة المعنى العام، فمنطق التصور لا يهتم لا بالتكوين النفسي للتصور ولا بقيمته الموضوعية، بل موضوعه الصحة الذاتية للتصور (جول تريكو، 1966، ص ص 63-64).

2-1-2 مفهوم التصور في علم النفس:

التصور في علم النفس هو استحضار صورة في الذهن مع إدراكها كما هي في الواقع ولقد كان مفهوم التصور سائداً في الفلسفة الألمانية قبل فرويد (freud) لكن تناوله له كان بطريقة مختلفة، إذ تحدث عن التصورات اللاواعية، مع ما يتضمنه هذا المصطلح من مفارقة لأن استخدام التصور في النظرية الفرويدية لم يكن بالمعنى الفلسفي التقليدي كاسترجاع لإدراك سابق حول موضوع ما أو كتصور ذاتي، لكن باعتباره جانب من الموضوع يدور في الأنظمة الذكورية.

وقد احتل هذا الموضوع مكانة مركزية في نظرية فرويد بسبب دوره في تقديم النماذج النظرية الأولى في تفسير حالات العصاب، إذ عمل فرويد على مقابلة هذا المفهوم أي التصور مع مفهوم العاطفة وتحديد مصير كل منها في العمليات النفسية لتفسير الأمراض العصابية معتمداً على الفرضية القائلة بأن إنفصال العاطفة عن التصور هو أساس عملية

الكبت، فيعرف كل منهما مصيرا مختلفا عبر عمليتين مستقلتين هما كبت التصور و قمع العاطفة، ففي تفسيره للهستيريا مثلا يفرق فرويد بين العاطفة التي تنقلب إلى طاقة جسدية ويرمز إلى التصور المكبوت المرتبط بها إلى منطقة أو نشاط جسديين.

لقد ميز فرويد بين مستويين من التصورات هما تصور الشيء وتصور الكلمة ولهذا التمييز عنده هدف ماوراء نفعاني، حيث يميز بين ارتباط تصور الشيء وارتباط تصور الكلمة المقابلة للنظام ما قبل الوعي ولاوعي وخلافا للنظام اللاوعي الذي لا يدرك سوى تصور الشيء (لابلانز وبونتاليس، 1988، ص ص 180-181).

نستنتج مما قاله فرويد على أن العملية التي تتحول بواسطتها الحالة العضوية التي تميز الاندفاع الغريزي إلى تعبير نفسي هذا التعبير تتطبع به سلوكيات الفرد نحو الأشياء الواعية أما المكبوتات تتضمن تصور للأشياء فقط.

2-1-3 مفهوم التصور في علم النفس المعرفي:

إن علم النفس المعرفي تمييز بين معنيين لمفهوم التصور، فالأول يتعلق بصيرورة التفسير والثاني يتجه نحو نتاج هذه الصيرورة أي المعارف والاعتقادات، كما أنه توجد أنواع عديدة للتصور، فالصور العقلية والمفاهيم والتصورات مرتبطة بالفعل والصور العقلية تأخذ بعين الاعتبار العوامل الخصائصية للمدركات الحسية من شكل ولون وحجم الموضوع وكذا توجهه في الفضاء، كما أن التصورات مرتبطة جدا باللغة المختلفة من شخص لآخر، كما أنها مرتبطة بالفعل المتعلق بالمعارف التي يمتلكها الفرد والطريقة التي يقوم بها نشاطه، وكل هذا يسمح له (أي الفرد) بإنتاج التصور.

ويقول بوربالان (Borbalan) أن فهم العالم المحيط بنا يعني إدراكه بواسطة التصورات الذهنية والاجتماعية التي تشكل مصطلح مركزي يسمح بتفسير ميكانيزمات الذكاء و الإيديولوجيات و الذهنيات (Maache Y, Chourfi M, Kouira A, 2002, P3).

يتضح لنا بأن التصور العقلي تركيبة عقلية، يتدخل في بناءها الفرد ذاته بجميع قدراته العقلية البيولوجية التي تعمل على تهيئتها البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها الفرد، وبالتالي إدراك الأشياء إدراكا محسوسا عن طريق مجموعة من الرموز والإشارات.

وقد حدد ريتشارد (Richard) ثلاث أشكال للتصور:

- ✦ التصور الإدراكي أو التنبؤي مستوحى من اللغة، ومن خلال العلاقة بين المفاهيم ومن خلال تحليل الخطاب والقيام بمجموعة من التنبؤات .
- ✦ التصور من خلال الرسم والصورة مثلا تصور العنف عند الأطفال وذلك من خلال الرسم الحر، بحيث يسقط الطفل تصوراتة التي يحملها عن العنف من خلال الرسم وليس من خلال الكلام، لأن الرصيد اللغوي عند الطفل فقير .
- ✦ التصور المرتبط بالأفعال أي الناتج عن الفعل الممارس من طرف الفرد (جنادي لمياء، 2006، ص12).

4-1-2 مفهوم التصور في علم النفس الجيني:

يعتبر التصور ميكانيزم مهم جدا بالنسبة لـجون بياجيه (jean Piaget) يستعمله الطفل في نموه المعرفي ويسمح له هذا الميكانيزم بتفسير ظواهر المحيط الخارجي من خلال أفعاله وتجاربه السابقة فهو أيضا أداة لإيصال وللتبادل وللتنشئة الاجتماعية فالتصور حسب جون بياجيه هو صيرورة مستقلة عن كل تأثير للمحيط، والمظهر الاجتماعي للتصور لا ينشأ إلا متأخرا.

وبالنسبة لفالون (wallon) التصور هو صيرورة وساطة بين الموضوع والعالم الخارجي، فهو يقضي على التناقضات التي تميز علاقة الطفل مع محيطه فعكس بياجيه فالون أعطى أهمية رئيسية للدور العاطفي في النمو المعرفي واستخرج من ذلك الروابط الموجودة بين شخصية الطفل والنمو العقلي والحركي له، فبالنسبة له التصور ينشأ مع التقليد ويتطور مع اللغة وذلك من خلال الوظيفة الرمزي (Maache Y, Chourfi M, Kouira A, 2002, P5).

من خلال التعريفين السابقين يتبين لنا أن **بياجيه** اعتبر التصور ميكانيزم أساسي في النمو المعرفي للطفل بحيث يسمح له بتفسير ما يدور من حوله وبالاتصال مع الآخرين، كما اعتبره أداة للتنشئة الاجتماعية للطفل، بحيث أن هذا الأخير يكتسب خلال مراحل نموه مفاهيم وأفكار تترجم إلى تصورات يعكسها الطفل في سلوكاته وتصرفاته اتجاه مواضيع معينة ترتبط بذهنه دون الاهتمام بالواقع أو المحيط الاجتماعي للطفل أي أن **بياجيه** اهتم فقط بالجانب المعرفي ومكوناته وهذا الجانب يمكن الطفل أن يسربه للحياة الاجتماعية، في حين أن **فالون** أعطى أهمية كبرى لتأثير المحيط على تصورات الطفل، لأن الطفل يعيش في جماعة من الأفراد هي التي تطبعه بالسلوك الاجتماعي عن طريق عملية التقليد وهنا يتكون التصور للطفل نحو الأشياء والمدرجات والظواهر الاجتماعية ويكتسبها الطفل عن طريق ملكاته (**اللغة، الإدراك... الخ**) إذا يتكون مفهوم التصور للمدرجات الاجتماعية للطفل يتضمن فردية الفرد واجتماعيته لأنه كائن بيولوجي اجتماعي.

2-1-5 بعض المفاهيم المتداخلة مع مفهوم التصور:

قد يوجد بعض الالتباس في المفاهيم بين مفهوم التصور ومفاهيم تتداخل معه تستعمل من طرف الفرد، والتي من خلالها يعالج ويفسر المؤثرات البيئية، لذا سيقوم بتعريفها وإبراز الفرق بينها وبين التصور.

2-1-5-1 الاتجاه (Attitude):

يتكون الاتجاه عند الأفراد وينمو ويتطور من خلال تفاعلهم مع البيئة ومقوماتها المختلفة، فالطفل يكتسب اتجاهاته في البداية من خلال الأسرة التي ينشأ فيها فتعتبر الأسرة هي المصدر الرئيسي الذي من خلاله يتعرف على الاتجاهات المختلفة ويتشبع بها وتنمو الاتجاهات دائما بنمو الطفل.

الاتجاه كما يعرفه **ألپورت (Allporte)** بأنه حالة استعداد عقلية ونفسية وعصبية تتكون لدى الفرد من خلال الخبرة والتجربة التي يمر بها وتؤثر هذه الحالة تأثيرا ملحوظا على استجابات الفرد أو سلوكه إزاء جميع المواقف والأشياء التي تتعلق بهذه الحالة.

أو هو استعداداً أو تهيؤ عقلي متعلم لاستجابة موجبة أو سالبة نحو الأشخاص أو الأشياء أو موضوعات أو المواقف التي تستثير هذه الاستجابة، فالاتجاه هو عبارة عن الحالة الوجدانية للفرد - تتكون بناء على ما يوجد لديه من معتقدات أو تصورات فيما يتعلق بموضوع ما أو أشخاص معينين - والتي تدفعه في معظم الأحيان إلى القيام بعدد من الاستجابات أو السلوكيات حيالها في موقف معين ويتحدد من خلال هذه الاستجابات مدى رفضه أو قبوله لهذا الموضوع أو هؤلاء الأشخاص (عبد اللطيف محمد خليفة، 2000، ص73).

يتبين لنا أن الاتجاه يتكون ويتبلور من خلال التصورات الفردية والجماعية التي يكونها الفرد عن موضوعات أو مواقف معينة، ويتبين لنا أن التعريف الثاني للاتجاه الذي أوردناه يتطابق مع تعريف **موسكوفيتشي** عندما قال بأن التصور يتكون من مثير واستجابة في وقت واحد لموقف أو موضوع معين، ومنه يتبين أن المفهوم متداخلان و متكاملان في تكوين بعضهما البعض.

2-5-1-2-1 المعتقد (Belief):

يحتاج الإنسان إلى تصورات أساسية للعالم والإنسان والجماعة والسلوك لتساعده على التكيف والتوافق مع البيئة، وتقوم الثقافة بتقديم هذه التصورات التي تأخذ شكلاً يعرف باسم **المعتقدات (Beliefs)**، ومنه يفكر الإنسان في العالم كيف خلق وما مصدر القوة والسلطة فيه فنكون هذه المعتقدات السائدة في مجتمعه ما يعينه على بناء علاقاته مع بيئته الخارجية (علي عبد الرزاق حليبي، 1996، ص95).

و منه فالمعتقدات يقصد بها مجموعة المفاهيم الراسخة في عقل الفرد، فالناحية المعرفية للاتجاه تتكون من معتقدات الفرد ايزاء الموضوع أو الشيء وقد تكون هذه المعتقدات مرغوبة أو غير مرغوبة (أحمد محمد حسن صالح، ص260).

وعرف **كريتش و كريتشفيلد** المعتقد بأنه تنظيم له طابع الاستقرار والثبات للمدركات* والمعارف حول جانب معين من عالم الفرد أو نمط المعاني لمعرفة الفرد حول شيء محدد ويتسع المعتقد ليشمل كلا من الرأي والمعرفة والإيمان.

* - كل ما يدركه الفرد حسياً ومعنوياً .

إذ المعتقد هو تنظيم لتصورات الفرد ومعارفه حول موضوع معين، سواء كان هذا الموضوع أشخاصا أو مواقف... ومن مميزات هذا التعريف أنه يضع مفهوم المعتقد وسط منظومة تتدرج في تعقيدها وتشابكها، تبدأ من الرأي وتنتهي بالاتجاه، فالمعتقدات بمثابة التجسم المعرفي للاتجاهات، كما أن المعتقد مجموعة التصورات والمدرجات والمعارف(عبد اللطيف محمد خليفة، 2000، ص 271).

وقد استخدم بارسونز (Parsons) المعتقدات والأفكار بمعنى واحد، ويرى أنه يمكن تقسيمها طبقا لفئة الموضوعات التي تشملها سواء الخاصة بالبيئة أو الخاصة بالكائن الحي.

يتضح من خلال ما سبق أن التصورات في البداية تكون عبارة عن أفكار فردية وجماعية، ثم تتبلور لتصبح تصور ثم تصبح معتقدا ويصبح المعتقد بهذا الشكل تنظيم لتصورات الفرد ومعارفه حول شيء محدد، والتعامل معه ليتسع ويتسم بطابع العمومية أو الاجتماعية.

2-1-5-3 الصورة (Image):

يتضمن هذا المفهوم معاني كثيرة فهي مجموعة الانطباعات التي يكونها الفرد عن شخص آخر أو أشخاص آخرين أو عن مجموعة أو مجموعات أخرى ولمحتوى هذه الانطباعات "الصور" أثر عميق في تفاعلات الفرد مع الآخرين.

كما تعرف بأنها العمليات التي عن طريقها تصل إلى معرفة الأشخاص الآخرين والتفكير فيهم وفي سيماتهم وحالاتهم الداخلية وتختلف الصورة التي يكونها الفرد عن الصورة القومية لمجتمع ما وتعرف هذه الأخيرة بأنها كيفية تصور مجتمع لمجتمع آخر سواء أكان هذا التصور يعبر عن الحقيقة ويعكس الصفات الواقعية لهذا المجتمع، أم أن هذا التصور يكون خاضعا لعملية تشويه متعددة أو غير متعددة، وتتضمن الصورة القومية بالضرورة تصورا محددًا من جانب جماعة قومية ما للطابع القومي للشخصية(عبد العزيز علي خزا ملة، 1998، ص7).

إن تعريف الصورة بهذا المصطلح المجرد يجعلنا نتساءل عن طبيعته حيث تمتد كلمة صورة (Image) بجذورها إلى الكلمة اليونانية القديمة (Icon) والتي تشير إلى التشابه والمحاكاة والتي ترجمت إلى (Imago) في اللاتينية، وقد لعبت هذه الكلمة ودلالاتها دوراً مهماً في فلسفة أفلاطون وكذلك في تأسيس كثير من أنظمة التمثيل أو التمثل للأفكار، لهذا يجب تحديد نوع الصورة التي نقصدها مثلاً الصورة الإدراكية أو الصورة العقلية التي تعبر بوصفها عن التمثيل العقلي للخبرة الحسية أو إعادة إنتاج لها في الصورة الذهنية أي الدماغ (شاكر عبد الحميد، 2005، ص210).

ومن هذا الذي وصلنا إليه حتى الآن نستطيع أن نستخلص أن الصورة هي وصف لأشياء ثابتة في مقابل المحسوسات الكثيرة، وبهذا تعبر الصورة عن وجود غير المحسوس (عبد الرحمن بدوي، 1974، ص163).

أي أن الصورة تعكس الواقع كمل هو لكن التصور ليس دائماً يعبر عن وقائع خارجية بل هو عبارة عن بني بسيطة ومنظمة انطلاقاً من وقائع خارجية.

2-1-5-4 الإدراك (Perception):

عملية ترجمة للمحسوسات التي تنتقل إلى الدماغ على شكل رسائل مرمزة ماهيتها نبضات كهربائية تسري عبر الأعصاب الحسية التي تصل بين أعضاء الحس والدماغ. أي أن الإدراك عملية بنائية بمعنى أن الإشارات الكهربائية الواصلة إلى الدماغ تتجمع ويتألف منها مدرك كلي ذو معنى، أي أن الدماغ يترجم إحساسات لا معنى لها إلى مدركات ذات معنى (راضي الوقفي، 1998، ص226).

ويسير النظام الإدراكي للفرد عبر الخطوات التالية:

- ✦ تنظيم الفرد مدركاته بطريقة اختيارية أي الإدراك المسبق.
- ✦ التغيير في المدركات ينشأ بسبب التغيير في المعلومات التي يحصل عليها الفرد ونتيجة للتغيير في حاجاته ورغباته.
- ✦ يتأثر التغيير في المدركات بطريقة جزئية تبعاً لخصائص المدركات السابقة.
- ✦ يتأثر تفسير المدركات بصفات الفرد الشخصية (بوضرسة زهير، 2004، ص147).

فالإدراك هو استقبال الذهن لصورة الأشياء كما تنقلها لنا الحواس بصورتها الحقيقية والإدراك بهذا هو عملية سابقة للتصور.

2-1-5-5 القيم (Valus):

يعرف هنا القيم على أنها تنظيمات معقدة انفعالية معممة نحو الأشخاص أو المعاني وتتمثل في تقديرات متفاوتة صريحة أو ضمنية وتمتد هذه التقديرات على متصل يبدأ بالتقبل ويمر بالتوقف وتنتهي بالرفض، فهي ليست استجابات أو سلوك، وإنما هي محددات أو مثيرات اجتماعية للسلوك فما اتفق عليه الجميع ليس سلوك بل هو مثير للسلوك (عبد السلام الشيخ، 1996، ص92).

ويعرفها **كليد كلاهون** على أنها تصور عام منظم يؤثر في سلوك الإنسان إزاء الطبيعة وتحدد مكانته وعلاقته بالآخرين والأشياء المرغوب فيها (بوضرسة زهير، 2004، ص146).

القيم أفكار وتصورات لها أهميتها وتكون بمثابة القلب من المعتقدات الأساسية لأي مجتمع وهي تشكل مقياساً على أساسه تقوم معايير الجماعة والمجتمع (بيث هس و آخرون، 1989، ص119).

2-1-5-6 الرأي (Opinion):

الرأي هو تعبير الجماعة أو الفرد عن رأيه ومشاعره وأفكاره ومعتقداته واتجاهاته في وقت معين بالنسبة لموضوع يخصه أو قضية تهمة. إنه الحكم الذي تصدره الجماهير على عمل أو حادثة أو نشاط في المجال الداخلي أو الخارجي للتعبير عن وجهة نظر الجماعة. الرأي يمثل صورة من صور السلوك الجماعي تمخضت عن تفاعل وأخذ وعطاء بين أفراد الجماعة... فهو تعبير إرادي جماعي أو فردي كامن أو ظاهر أو لفظي أو حركي منبعث من الجماعة عن أي أمر من أمورها، فهو يمثل سلوكاً اجتماعياً أو استجابة هامة لمثيرات اجتماعية في المجال السلوكي للجماعة (باسم محمد ولي، جاسم محمد، 2004، ص459).

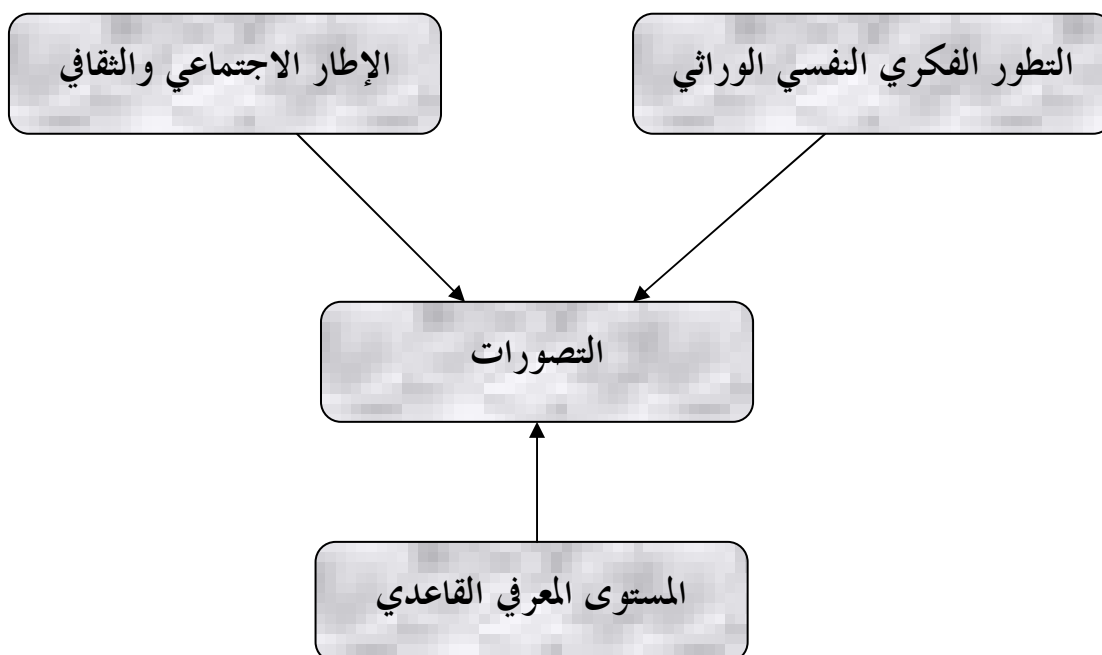
الرأي هو استجابة واضحة قابلة للقياس والملاحظة يعتنقه الفرد لمدة محددة وغالبا ما يعبر عن الشعور القومي السائد لدى أفراد المجتمع وغالبا ما يعبر رأي الفرد عن ما يجب أن يكون عليه الوضع وليس ما هو كائن فعلا(عبد الرحمن العيسوي، 1994، ص163). ويرى موسكوفيتشي أن الرأي فكرة يبدي فيها الفرد مواقفه من جهة ومن جهة أخرى تصور ذهني يحدد وضعيته حول مشكل معارض للمجتمع ويعبر عنها في استجابة لظاهرة لفظية قابلة للقياس(Moscovici, 1972, p304).

يتبين لنا أن الرأي يتطلب وجود موضوع أو مشكلة لإبداء الرأي فيها بعد الأخذ والرد حول محتواها، أما التصور يميل إلى الثبات النسبي والاستقرار والاستمرار لتحقيق التناسب في استجابات الفرد وسلوكه تجاه مثيرات البيئة.

2-1-6 تحليل التصور:

إن التصور من حيث هو صورة ذهنية مركبة من عدة صفات مجردة من الشيء الذي يتصف بها، يحصل كلما اجتمعت صفاته وحيثما اجتمعت، بحيث كلما ذكرت هذه الصفات فهم الشيء الذي يتصف بها وحصل في الذهن معناه، ومن هنا كان لكل تصور عدد من الصفات يفهم منها، وعدد من الأفراد يتصفون به حيث يتكون في إطاره الفكري النفسي والاجتماعي (محمود يعقوبي، 1999، ص 38).

و الشكل (1-2) يبين كيفية تكوين التصورات و تغييرها:



الشكل رقم (01) يبين كيفية تكوين التصورات.



الشكل رقم (02) يبين كيف تتغير التصورات.

(اللجنة الوطنية للمناهج، 2005، ص ص 8-9).

2-1-7 أشكال التصور:

2-1-7-1 التصور الذاتي:

هو تصور الفرد لذاته في إطار مرجعي محدد اجتماعيا، أو هو تصور يتعلق بالفرد لكنه يتأثر بالعوامل البيئية المحيطة به، له وظيفة لا تقل أهمية في الاتصال مع النفس، فالفرد بحاجة ماسة لإعطاء صورة لذاته تتماشى مع ظروف الحياة التي يعيشها (إبراهيم مذكور، 1975، ص148).

أي أنها طريقة تصور الفرد لذاته فهو متعلق بالشخص، لأنه يحتاج إلى إعطاء صورة كافية نسبيا عن ذاته، وتكون هذه التصورات الذاتية للفرد منتقاة من الوضعية الاجتماعية التي يعيشها.

2-1-7-2 تصور الغير:

وهذا التصور ذو مستويين :

➤ المستوى الذاتي وهو إبراز الذات عن الموضوع المتصور، بمعنى أن الذات هي التي تحتم على الفرد التحدث عن نفسه قبل الخوض في الموضوع، وبتناوله هذا الموضوع يحاول جاهدا فرض تصوره على الآخرين.

➤ المستوى الموضوعي الخارجي أي أنه يبتعد عن ذاتية الشخص في تحليل المواضيع، إذ لا يصبح الفرد محور الموضوع بل يشاركه في ذلك الجماعات (أحمد فوزي، 1988، ص70).

يتبين لنا أن المستوى الأول من التصور تتحكم فيه ذاتية الفرد أي أنه طرف داخلي يتمثل في أنا الفرد وتحليلها للمواضيع من وجهة نظر الفرد ذاته، أما المستوى الخارجي فيتعلق بكل من الفرد والجماعة والموضوع في إطاره الاجتماعي أي أنه بعيد عن تصورات الفرد الذاتية.

3-7-1-2-1-1-2 التصور الاجتماعي:

في رأي دوركايم (durkeim) هو وحدة التصور ولا يمكن الوصول إليه بمجرد ملاحظة داخلية لذا وجب البحث عن رموز خارجية لتجعله محسوسا، إن التصور لا ينشأ من فراغ وإنما هو نتيجة أسباب خارجية (علا مصطفى أنور، 1988، ص134).

2-2 مفهوم التصورات الاجتماعية:

تتكون الظاهرة الاجتماعية عند دوركايم من التصورات الاجتماعية أي من أساليب التفكير و الشعور والسلوك التي تبدو في تصرف الفرد على أنها تعبير عن سيطرة جماعية وأوضح مثال لذلك هو استجابات الفرد حينما يندمج في جماعة مثل الاحتفال بعيد أو اجتماع هنا يتبلور الشعور الجمعي حسب كل مجتمع وحسب كل ثقافة، لهذا فإن التصورات الاجتماعية نابعة من عمق الجماعة والثقافة. حيث رأى دوركايم أن الواقع مكون من أفكار عبر عنها بكلمة تصورات.

يؤكد موسكوفيتشي على ثلاث عناصر أساسية من أجل تعريف التصور الاجتماعي هي الانتشار (Léxtension) الإنتاج (mode de production) والوظيفة (fonction)، فيرى بأن التصور يصبح اجتماعيا إذا كان مشتركا بين مجموعة من الناس أي واسع الانتشار، كما أنه يكون اجتماعيا إذا كان متبادلا بينهم كي يؤدي وظيفة التواصل والسلوك الاجتماعي.

ويعرف موسكوفيتشي التصورات الاجتماعية على أنها هي أنظمة معرفية لها منطوق ولغة خاصة... نظريات نوعية، مخصصة لاكتشاف الواقع وتنظيمه... والتصورات الاجتماعية تشكل نظام نفسي، وشكل في المعرفة الخاصة بالمجتمع، إنها نتاج سلوكياتنا، هي نظريات وعلوم جماعية مخصصة لتفسير وتشكيل الواقع، ويكون التصور اجتماعيا عندما يكون مشتركا بين جماعة من الأفراد وعندما تؤدي وظيفته إلى سيرورات مكونة وموجهة للاتصالات والسلوكيات الاجتماعية. (Maache Y, Chorfi M, Kouira A , 2002 , P7)

يتضح من هذا التعريف أن موسكوفيتشي ركز على الجانب المعرفي للتصورات حيث اعتبرها مجموعة من النظريات والعلوم المعرفية، وأضاف إليها خاصية الجماعة لأنها نابعة من طابعها الاجتماعي الذي يشترك فيه أفراد أي مجتمع ويعملون على إنتاجه وإضفاء البعد

الاجتماعي عليه، دون أن ينسى البعد النفسي لأن التصورات تعمل أيضا على تنظيم سلوكيات الفرد وتفاعله مع أفراد الجماعة التي ينتمي إليها.

وتعرف **جودلي** التصورات الاجتماعية على أنها شكل من المعرفة الخاصة أي المعرفة العامة والتي تتظاهر في محتواها السيرورات المولدة والوظيفية المتميزة اجتماعيا وبشكل أوسع تعبر عن الفكر الاجتماعي، فالتصورات الاجتماعية أنماط من الفكر الممارس والموجه نحو الاتصال، الفهم و التحكم في المحيط المادي والفكري والاجتماعي وهي تعبر عن أنواع خاصة على مستوى تنظيم المحتوى، فهي عمليات عقلية ومنطقية والخاصية الاجتماعية للتصور هي أنه يتميز بتحديد علاقتنا مع العالم ومع الآخرين بحيث توجه وتنظم سلوكياتنا (Martin Sanchez, op. Cit. p1).

وتعرفها أيضا على أنها ظاهرة بارزة في الحياة الاجتماعية، وهي تعيد تجميع العناصر التكوينية، المعارف، الأيديولوجيات والمعايير والاتجاهات والآراء والصور، وتبقى دائما شيء مرتبط بالواقع وهي تعمل على شرح وتحليل وتقسيم العلاقات الاجتماعية (Aziz ghania, 200-2001, P48).

إن تعاريف **جودلي** للتصورات الاجتماعية تلعب دورا هاما في عملية التفاعل بين الأفراد، كما تركز على الجوانب المعرفية للأفراد في تكوين التصورات الاجتماعية للظواهر أي أن التصورات في نظرها تتكون من:

- ✦ الجانب المعرفي.
- ✦ انها مشتركة بين أفراد المجتمع.
- ✦ تهدف إلى بناء الواقع.

أي أن الفرد يبني علاقاته مع الموضوع المتصور من خلال التفكير و العمليات الذهنية.

ويعرفها **أبريك (abric)** على أنها المنتج و السيرورة في آن واحد للعملية العقلية التي يعيد من خلالها الفرد أو الجماعة إعادة بناء الواقع، ويتسبب له دلالات ومعاني (marc catanas, op. Cit. 2003, p2).

تعريف **أبريك** لا يختلف عن تعريف **جودلي** فهو أيضا يتهم بالجانب المعرفي العقلي للتصور كما يهتم بالبعد النفسي والاجتماعي لأنها مشتركة بين جميع الأفكار.

1-2-2 تاريخ مفهوم التصور الاجتماعي:

يقول تيماشيت إن علم الاجتماع عند دوركايم هو دراسة للوقائع الاجتماعية والمقصود بهذه العبارة أن دوركايم عندما أراد أن يحتفظ بكيانه الخاص كعلم وضعي كان عليه أن يحدد موضوع هذا العلم الجديد بطائفة معينة من الظواهر، يدرس الوقائع الاجتماعية لكي يستخرج القوانين التي يخضع لها وهو ينادي بدراسة الحقيقة الاجتماعية ذاتها، والتي لا يمكن أن تكون مشابهة للفرد في صفاته الحيوية والنفسية، وهذه الحقيقة الاجتماعية هي موضوع علم الاجتماع، ودراسة الحقيقة الاجتماعية تتلخص في دراسة الوقائع الاجتماعية والتي من بينها التصورات الاجتماعية (محمد أحمد بيومي، 2006، ص135).

إذ يعتبر دوركايم أول من استعمل مفهوم التصورات الاجتماعية وذلك من خلال دراسة الأديان والأساطير والاعتقادات وبالنسبة له فإن أنظمة التصورات الأولى التي كونها الإنسان عن نفسه وعن العالم منبثقة من أصل ديني، وقد ميز بين التصورات الفردية و الجماعية، لأن المجتمع له خصائصه الخاصة والتي لا يمكن أن نجدها في مجتمع آخر وبنفس الشكل كما اعتبر أن الفكر الجماعي كالفكر المعرفي مرتبط بالعاطفة والرمزية، فإن الفكر المعرفي يركز على الذكاء والعقل.

إذا تعتبر نظرية دوركايم الأصل في إعطاء مفهوم للتصورات الاجتماعية في المجال الأنثروبولوجي التقليدي لدراسة الظاهرة من هذا النمط (Moscovici S, 1972, p303).

يتبين لنا أن دوركايم أعطى أهمية كبرى في تحليلاته للتصورات للجانب الجماعي دون إغفال الجانب الفردي والنفسية، باعتبار التصورات الجماعية والفردية تعتمد على السيرورات العقلية، واعتبر أيضا الفكر الجماعي كالفكر المعرفي وعلى هذا الأساس فإن التصورات الجماعية تكون مشتركة في مجتمع ما، ولكنها تختلف عن تلك التي تنتشر في مجتمع آخر، وهذا ما يفسر اعتماده على الأصل الديني في تفسير التصورات الاجتماعية.

وتجدر الإشارة إلى أن مفهوم التصور حديث نوعا ما، لكن جذوره قديمة جدا فقد سبق استخدامه في الحقل الفلسفي والمنطقي من طرف عدة فلاسفة نذكر منهم **كانط**

(emanwal kant) وأفلاطون وسقراط وأرسطو حيث يعرف هذا الأخير التصور بأنه تعبير بكلمة واحدة عن تعريف الشيء فهو يعبر عن ماهية الشيء في الذهن دون الوصول إلى الواقع، لأن الفرد هو الواقع (جول تريكو، 1966، ص64).

وفي فرنسا وفي مجال علم النفس الاجتماعي كانت الانطلاقة الحقيقية للدراسات حول هذا المفهوم على يد سارج موسكوفيتشي سنة (1961) في بحثه حول التصورات الاجتماعية للتحليل النفسي، وقام بنشر نتائج أبحاثه في كتابه الذي يحمل عنوان (lapsychanalyse son image et son public) بحيث وضح كيف أن الوقائع الجديدة في المجتمع تنتشر داخل ثقافة معينة، وكيف أنها تتحول في سياق هذه السيرورات وكيف تغير نظرة الفرد لنفسه وللعالم الذي يعيش فيه كما أن الجانب الدينامي للتصورات الاجتماعية أخذ حصته، فعلى سبيل المثال كي نبني معرفة جديدة مثل التحليل النفسي فإن الأفراد يكونون تصورا حول هذه المعرفة مع الأخذ بعين الاعتبار المفاهيم الأساسية لهذه المعرفة كالشعور والاشعور... فالمفاهيم الجديدة اندمجت في التفكير الموجود وأثرت على اتجاهات وسلوكيات الأفراد والمعايير والقيم والرأي.

وبعد موسكوفيتشي كونت دراسة التصورات الاجتماعية فضاء هام من الأبحاث الواسعة أدى إلى تطور الدراسات في هذا المجال حيث نجد مثلا في علم النفس المعرفي كل من هنري و فالون وجون بياجيه وفي التحليل النفسي كايس (D.Kaes) وفي الأنثروبولوجيا بيار بوردو (Pierre Bourdieu)، أما موضوع التصورات الاجتماعية عند جودلي (D.Jodlet) سنة (1985) هو المرض العقلي (Un article de wikipedia.op.cit, P11).

2-2-2 عناصر التصورات الاجتماعية:

لقد وضع موسكوفيتشي ثلاثة أبعاد أساسية للتصورات الاجتماعية هي:

2-2-2-1 المعلومات:

مجموعة المعارف المكتسبة حول موضوع أو موقف معين، اكتسبه الفرد من محيطه عن طريق تجاربه و الاختلاط مع الآخرين... والمعلومات هي إحدى العناصر الأساسية للتصور، لأن الفرد يكون واقعه اعتماداً على كمية ونوعية المعلومات ومدى تنظيمها. أي أن الفرد بإمكانه الحصول على كمية من المعلومات من محيطه الاجتماعي وهذه المعلومات تلعب دوراً مهماً وعنصراً أساسياً في تهيئة التصورات الاجتماعية وكذلك تقييمها وهذا من خلال التجارب الشخصية، والتفاعل مع المجتمع عن طريق الاتصال اليومي بين الأفراد، و وسائل الإعلام، والاتصال ما بين الجماعات.

2-2-2-2 الموقف:

هو الجانب المعياري للتصور ويعبر عنه من خلال استجابة عاطفية و انفعالية اتجاه الموضوع، فهو اتجاه سلبي أو إيجابي لفكرة أو موضوع، ويرجع موسكوفيتشكي الأولوية للموقف بحيث يلتقط الفرد المعلومات إلا بعد أن يتخذ موقفاً من الموضوع إذا فالفرد يتفاعل ويندمج مع واقعه انطلاقاً من مجموع القيم والأفكار التي تكون موقفاً سواء بالرفض أو القبول (Moscovici, 1961, p40).

أي أن الفرد بعد أن ينتقي عدد من المعلومات المتعلقة بموضوع التصور يتم تكوين استجابة عاطفية وانفعالية اتجاهه، وهذا ما يسمى بالموقف وقد يكون هذا الأخير سلبي أو إيجابي أي أن بعد الموقف قد يكون أسبق في الوجود من بعد المعلومة، فالموقف يتواجد حتى في ظل معلومات ضئيلة (سليمان بومدين، 2004، ص 20).

2-2-2-3 حقل التصور:

الحقل التصوري هو الوحدة المرتبة من العناصر، كما يعبر عنه بمجموعة من الآراء المنظمة، إذ يرجع إلى المظهر الصوري لكن في بناء دال، من خلال استدراج المعلومات التي بحوزة الفرد وترجمتها (Moscovici, 1961, p40).

يمكن القول بأن تحليل محتوى التصور الاجتماعي حول موضوع ما، يتم عن طريق انتقاء الفرد لمعلومات سابقة حول الموضوع المراد تحليله، وقبل أن يقوم بتحليل هذه المعلومات عليه أولاً أن يتخذ موقفاً حولها سواء بالرفض أو بالقبول وعلى هذا الأساس ينظم محتوى تصوره للموضوع انطلاقاً من المعايير والقيم التي تحكم الفرد والمجتمع.

2-2-3 الوظائف الاجتماعية للتصورات (Les Fonctions Sociales)

: (Représentation De La

تؤدي التصورات الاجتماعية وظائف رئيسية منها:

2-2-3-1 وظيفة المعرفة (La fonction de savoir):

التصورات الاجتماعية تسمح للأفراد بإدماج المعطيات الجديدة في إطارهم الفكري وهذه المعطيات والأفكار المشتركة بين أصناف اجتماعية مختلفة، وهذه التصورات لديها طابع فكري وتفسيري للعالم والمحيط، كما أن للقيم والمحيط الذي ينتمي إليه الفرد تأثير في تكوين وبناء الواقع.

2-2-3-2 الوظيفة التوجيهية (La fonction d'orientation):

التصورات الاجتماعية تعمل على خلق الروابط والعلاقات بين الأفراد، لأنها تحمل وظائف اجتماعية تساعد الفرد على الاتصال والتوجه في المحيط الاجتماعي والتفاعل معه فهي توجه الاتجاهات والمواقف والسلوكيات والممارسات.

2-2-3-3 الوظيفة التبريرية (La fonction justificatrice):

هذه الوظيفة تتعلق بالعلاقات بين الجماعات، والتصورات التي ستكونها كل جماعة عن الأخرى، وتسمح بذلك بتبرير بعدي لاتخاذ المواقف والسلوكيات، فالتصورات لديها وظيفة تبرير الإخلاف الاجتماعي بين الأفراد أو الجماعات.

2-2-3-4 وظيفة الهوية (La fonction identitaire):

تساهم التصورات الاجتماعية على التعرف بهوية الجماعة والعلاقات بينها، والتصورات التي تكونها كل جماعة عن الأخرى، وتعمل أيضا على إعداد هوية اجتماعية وشخصية منسجمة مع أنظمة المعايير والقيم المحددة في المجتمع (abric, 1994, p16-17).

توضح لنا مما سبق أن وظائف التصورات الاجتماعية تحمل في مضمونها كل المفاهيم التي عرفت بها، فهي نشاط معرفي على المستوى الذهني للفرد يتضمن كل القدرات العقلية للفرد إدراك، استدخال... وهي بهذا تعبير عن الوظيفة المعرفية لها، ومن خلالها يعمل الفرد على تفسير وإعادة بناء العالم الذي يعيش فيه، ومن خلال إدماج الفرد للأفكار التي يستمدّها من خلال الاتصال والتفاعل مع الأفراد والجماعات التي ينتمي إليها بحيث تتحد توجهاته، وهذا التفاعل يحدد أيضا هويته الاجتماعية وفقا لقيم ومعايير مجتمعه، وبهذا تتكون التصورات الخاصة بالأفراد والجماعات، مما يجعل التصورات وظيفة تبرر الاختلافات بينهم، فكل مجتمع آرائه وتصوراته.

2-2-4 مراحل بناء التصورات الاجتماعية (Construction d'une

représentation sociale)

تمر التصورات الاجتماعية حسب **موسكوفيتشي** بعدة مراحل أثناء تكوينها أو بنائها هذه المراحل هي:

2-2-4-1 المرحلة الأولى: مرحلة مرور الموضوع إلى النموذج

الصوري (**modèle figuratif**) بحيث يجمع الفرد المعلومات حول الموضوع، يرتبها ويدرجها في الذاكرة، وتسمى هذه المرحلة أيضا بمرحلة انتزاع الموضوع من المحيط.

2-2-4-2 المرحلة الثانية: مرحلة المرور من النمط الصوري إلى التصنيف

(**catégorisation**)، حيث يكتسب النموذج الصوري صفة التأكيد الترسخي إذ يصبح هو الواقع بالنسبة للفرد، فيستعمله في تصنيف الموضوع مع الموضوعات الموجودة في إطاره المعرفي مسبقا، ويفسر من خلاله الواقع.

2-2-4-3 المرحلة الثالثة : مرحلة المرور من التصنيف إلى النموذج النشط

(modèle actif Moscovici) الذي تحدث فيه بعد أن يصبح التصور مرجعا تفسيريا للواقع يتحول إلى المرحلة اللاحقة إلى موجه لسلوكياتنا .

2-2-4-4 المرحلة الرابعة: مرحلة التبلور حيث يكتسب التصور في هذه

المرحلة استقرارا وثباتا يمنحه نوع من الصلابة يترتب عنه توقعات حول موضوع التصور تتعلق بتفاعل الأفراد مع بعضهم البعض (Marc Catanas , 2003, Op. Cit. p2).

2-2-5 تركيبة التصورات الاجتماعية:

التصورات الاجتماعية لا تتشكل من مجموعة من العناصر المتعلقة بالموضوع المتصور فحسب بل هي زيادة على ذلك هذه العناصر تتفاعل وترتبط فيما بينها بطريقة متناسقة ومتناغمة تجعلها تتميز بالوحدة والاستقرار، مما يسمح للتصورات بأن تتشكل حول معاني مركزية مكونة من نوات دلالية، وأول من تحدث عن نواة التصورات موسكوفيتشي ثم طور أبريك هذا المفهوم ليصبح النواة المركزية (noyau central) أو النواة التكوينية (noyau structurant) وهناك أيضا بعض العناصر التي يتشكل منها التصور ولا يمكن أن يعطي دلالة من دونها فالتصورات تتكون من مكونين أساسيين هما :

2-2-5-1 النواة المركزية :

نواة التصورات أو النواة المركزية تسجل في الذاكرة الجماعية للمجموعة، وتسجل أيضا في نظام المعايير للجماعة، والنواة المركزية لها وظيفة توليد المعلومات عن التصورات تنتهي بتنظيمها (marc catanas, 2003, Op. cit, p1) .

أ/ وظائف النواة المركزية :

للنواة المركزية وظيفتين أساسيتين هما:

✦ وظيفة مولدة (*fonction génératrice*) فالنواة المركزية هي الأصل الذي تنشأ منه العناصر المختلفة للتصور، وهذه النواة التي تعطي معنى وقيمة للعناصر، ومن خلالها تستطيع هذه العناصر أن تتحول أو تتغير.

✦ وظيفة منظمة (*fonction organisatrice*) هي التي تحدد طبيعة الروابط التي تربط بين عناصر التصور، فهي بهذا المعنى العامل الموحد المثبت للتصور.

ب / محتوى النواة المركزية (*le contenu de noyau central*):

تحتوي النواة المركزية على عناصر تعطي معنى للتصورات هي:

- ✦ طبيعة الموضوع المتصور .
- ✦ علاقة الفرد والمجموعة بموضوع التصور .
- ✦ نظام القيم والمعايير (Martin sanchez, op. cit, p7).

2-5-2-2 العناصر السطحية (*les éléments périphériques*):

بالرغم من أن هذه العناصر تبدو أقل أهمية من النواة المركزية إلا أن لها مكانة ودورا أساسيا في التصورات، إذ أنها تشكل الممارسة الواقعية التي تصاغ وتعمل فيها التصورات.

وتمتاز هذه العناصر بكونها ذات نمط تسلسلي حيث تكون العناصر المحيطة أكثر أو أقل قربا من العناصر المركزية القريبة من النواة، لهذا فإن لهذه العناصر دور مهم في إعطاء الجانب المادي لمعنى التصور كما أنها توضح هذا المعنى.

أ / وظائف العناصر السطحية (*Les fonction des éléments périphériques*):

تساهم العناصر السطحية في تكوين الروابط بين النواة المركزية في الوضعية المادية حيث يبني فيها التصور، وذلك من خلال ثلاثة وظائف رئيسية:

✦ وظيفة التجسيد: حيث تدمج العناصر السطحية بالعناصر الوضعية التي يحدث من خلالها التصور فهي تتكلم عن حاضر وحياة الأفراد والتي ينشأ من خلالها التصور.

➤ **وظيفة التعديل:** تعتبر العناصر السطحية أكثر مرونة من العناصر المركزية، حيث أنها تلعب دوراً مهماً في عملية تكيف التصور مع تطورات الوضع الذي يعيش فيه الأفراد وبإمكان هذه العناصر أن تكون مدمجة في مجال التصور.

➤ **وظيفة الدفاع:** إن النواة المركزية تقاوم التغيير، حيث أن تغييرها يسبب اضطراب كامل في التصورات، في حين أن النظام السطحي يعمل كنظام دفاعي للتصورات، أي أن أي تغيير في التصور لا بد أن يتم في أغلب الحالات بتغيير هذه العناصر المحيطة، وتحويلها (Martin Sanchez, op. cit. p7).

أي أن النواة المركزية للتصورات خاصة بمجموعة من الأفراد في حين أن العوامل السطحية تخص الفرد بحد ذاته، والنواة المركزية ثابتة إذا تغيرت اختل نظام التصورات، أما العوامل السطحية متغيرة، لذا تختلف تصورات الأفراد حوله الموضوع نفسه. يتبين لنا من خلال ما سبق أن علاقة الفرد بمجتمعه يكسبه ثقافة وأفكار وقيم وعادات ذلك المجتمع وعند مصادفته لفكرة أو موضوع ما فإنه يتصوره بطريقته الخاصة في صورة عمليات ذهنية مستمدة من الإطار الاجتماعي الخاص به وحاجاته النفسية، فالتصورات الاجتماعية نتاج مشترك تدخل في بناءه الأبعاد الثقافية الاجتماعية والنفسية. ومنه يمكن القول أن التصور الاجتماعي عملية دينامية ذات طابع بنائي لمختلف مواضيع الواقع والمحيط تدخل في بناءها الحاجات النفسية والعمليات المعرفية للفرد.

الفصل الثالث

طبيعة المرض العقلي

تمهيد:

إن ظاهرة المرض العقلي توجد في كافة المجتمعات وعلى مختلف المستويات والطبقات، وهذه الظاهرة في ازدياد مستمر كما تشير الكتابات المختلفة في هذا الموضوع وترجع أسباب هذه الظاهرة إلى تعقدها وزيادة متطلباتها وتغير أسلوب الحياة تغيراً واضحاً ظهر في اتساع العلاقات الاجتماعية وتشابكها وتغير أشكالها إلى درجة كبيرة مما أفقدها كثيراً من صفة الكل المتكامل، وأصبحت الحياة الإنسانية خليطاً معقداً من المثيرات والمواقف، أدخلت الفرد في تفاعلات كثيرة متنوعة ومتغايرة تضمنت العديد من التحديات المعيشية والضغوط الاجتماعية مما عرضه لأشكال مختلفة من الإحباط والصراع وكان من نتيجة ذلك أن أصبح التوتر والقلق يسيطران بصورة أو بأخرى على الكثير من الأفراد ودخولهم في دائرة المرض العقلي الذي سنتناوله في هذا الفصل بالتعرف على ماهيته وأسبابه وأعراضه وتصنيفاته.

3-1 تعريف المرض العقلي:

قبل التعرف على المرض العقلي نتطرق إلى:

3-1-1 تعريف المرض:

للمرض معاني مختلفة تختلف باختلاف الأفراد فهو يشمل على نواتج طبية واجتماعية والمرض في اللغة هو من فسدت صحته فضعف، أو هو من به نقص أو انحراف، أو كل ما خرج بالكائن الحي عن حد الصحة والاعتدال (أميرة منصور يوسف علي، 1997، ص26).

المرض حادث اجتماعي، لأنه يظهر في مواقف اجتماعية فحسب، بل إن جنوره قائمة في بنية الجماعة نفسها، ولا يمكن تفسيره إلا في الإطار الثقافي الذي يبدو فيه (محي الدين مختار، 1982، ص313).

3-1-2 تعريف المرض العقلي:

يعرفه وكفيلد (Wakefield) على انه قصور أو اختلال وظيفي مؤذي أو ضار ويعرف أيضا على انه خطر (Distress) أو عجز (Disability) يصعب التنبؤ به ويعد هذان التعريفان في رأيه أكثر تحديدا أو تطابقا مع تعريفات (الدليل التشخيصي والإحصائي الإصدار الرابع) (DSM IV) (محمد السيد عبد الرحمن، 2000، ص 22).

ما يؤخذ عن التعريف الأول أن مفهوم الأذى أو الضرر أمر تقليدي أو نسبي وليس مطلق في ضوء المعايير الاجتماعية، فما يعد سلوك مؤذي أو ضار في مجتمع قد لا يعد كذلك في مجتمع آخر.

أما التعريف الثاني تبعا لوجهة النظر تلك إذا كان سلوك شخص ما يسبب له مشاعر بالتوتر أو الخطر أو العجز ولا يستطيع توقعها فان ذلك يقابل تعريف المرض العقلي.

ويعرفه محمد عبد الظاهر الطيب على أنه اضطراب عقلي شديد وتفكك شامل في الشخصية حيث ينفصل المريض عن الواقع ويصعب عليه إقامة حوار مع الآخرين، ويقيم حوارا مع نفسه وتضطرب ادراكات المريض للواقع وتظهر على سلوكه تصرفات بدائية أي النكوص إلى مراحل الطفولة الأولى (فوزي محمد جبل، 2000، ص 187).

يتضح لنا من التعريفين السابقين بان المرض العقلي هو اختلال عقلي في صور النشاط الإنساني يؤدي إلى خلل شامل في شخصية المريض وفي سلوكه مما يجعله يفقد صلته بالواقع ويكون لنفسه عالم خاص به، من الأوهام والخيالات مع وجود مدركات حسية خاطئة لديه .

كما يعرف على أنه كل آفة تعتري الإنسان فتؤثر على أجهزته أو قواه التي تهيمن على إدراكه أو اختياره فتفقد احدهما أو كليهما، سواء كانت الآفة أصلية أو عارضة وسواء تمثلت في مرض عقلي أو عصبي أو نفسي أو عضوي (سلامة منصور محمد ونهى سعدي مغازي، 1998، ص 23).

ويعرفه دوشي (J.douché) على انه تنظيم غير موافق للانا ويشير إلى:

- ✦ تلف وتشويه في فهم وتكوين الواقع مع إن وظائف الإدراك سليمة.
- ✦ تشويه معرفة الفرد لنفسه وللآخرين مما يكون سلوكيات مضطربة لدى الفرد.

وتضيف اجورياغورا (J.Aguriaguera) إلى ذلك بعض الأعراض الأساسية:

- ✦ تلف في معرفة الجسم وصورته ووعيه رغم السن المتقدم .
- ✦ اهتمام شاذ للأشياء أو لبعض خصائصها دون علاقة مع حقيقة استعمالها(بدرة معنص ميموني، 2003، ص67).

كما عرفه جايرال (L.jayral) على أنه النتيجة الشاملة للالتقاء الشخصية في وقت من وجودها، بسلسلة من أسباب متعددة ومتداخلة عضوية ونفسية واجتماعية بمعنى انه يجيب تفسير المرض كوحدة كلية كون البيولوجي والنفسي و الاجتماعي يتشابكون ويتداخلون، بمعنى انه ليس لأي واحد من هذه المجاميع المذكورة أن يوجد مستقلا أو منفلقا (محمد شلبي، 1998، ص78).

ولعل هذا التعريف يتفق مع التقسيمات التي وضعها وكفيلد (1992) حينما وضع سبع وجهات نظر متباينة في تفسير المرض العقلي حيث تضمنت العوامل الاجتماعية والنفسية والبيولوجية ...

وقد استعملت كلمة ذهان (Psychose) للدلالة على المرض العقلي سنة(1845) من طرف فينشرسليدين (Fenchter Sleden) كما استعملت كلمة عصاب (Nevrosé) للدلالة على المرض النفسي من طرف كيلان (W.Cullen) في (1777).

وأدخل فينشر سليدين مصطلح الذهان في كتابه (علم النفس الطبي)، وهو يدل تبعا له على المرض العقلي، بينما يدل العصاب على إصابات الجهاز العصبي التي يمكن أن يترجم بعضها فقط في أعراض ذهانية، فكل ذهان هو عصاب في آن واحد لأنه لا يمكن أن يتجلى أي تغيير في النفس بدون تدخل الحياة العصبية، إنما ليس كل عصاب ذهان في الوقت عينه(جان لابلانث، ج.ب. بونتاليس، 1985، ص255).

فقد كان المصطلحان من الموضوعات التي ساد الغموض حولهما لفترة طويلة فقد تساوى عند الكثير من العامة لفظ (الجنون) مع الأمراض العقلية، وهذا خطأ واضح لأن كلمة (جنون) ليس لها دلالة طبية، ولا يوجد أي مرض في الطب النفسي يسمى الجنون.

إن استخدام مصطلح (المجنون) أو (الجنون) أصبح شائعاً عند عامة الناس، لكن المصطلح في جوهره قانوني أكثر من كونه مصطلحاً سيكولوجياً، ولا يوصف الإنسان بأنه مجنون إلا بناءً على صدور حكم من محكمة بأنه كذلك وفقاً لنصوص قانون معين والمصطلح السيكولوجي اللائق للاضطرابات العقلية العنيفة هو (الذهان) (عبد الرحمن العيسوي، 2004، ص16).

وتستعمل كلمة الجنون (Insanty) في عدد من المعاني في الحياة اليومية، يغلب فيها عدم التحديد أو التعميم الغير مسؤول، والمجنون بهذا المعنى شخص مصاب بعجز عقلي، بعيد عن الاتصال بالعالم الواقعي المادي والاجتماعي، لا يعرف طبيعة أفعاله ولا يستطيع التمييز بين ما هو خير وما شر (نعيم الرفاعي، 1969، ص319).

3-2 بعض المفاهيم المتداخلة مع مفهوم المرض العقلي:

3-2-1 المرض النفسي (العصاب):

تعتبر الأمراض النفسية العصابية المسبب الأول والرئيسي في ظهور المرض العقلي إذ أن الحالات المتطورة من العصاب قد تدخل الفرد في مرحلة (الذهان)، والفرق الجوهرى بين الأمراض العصابية و الأمراض الذهنية فرق في الدرجة والعمق والخطورة.

والمرض النفسي كما جاء في التقرير السنوي لجمعية الطب النفسي الصادرة في سنة (1952) عبارة عن علة عضوية أو تلف في تركيب المخ، وهي اضطرابات وظيفية في الشخصية (فيصل محمد خير الزاد، 1984، ص410).

أي أن المرض النفسي اضطراب وظيفي في الشخصية لا يرجع إلى إصابة أو تلف في الجهاز العصبي، وإنما يرجع في أساسا إلى الخبرات المؤلمة والصدمات الانفعالية أو اضطراب علاقة الفرد مع الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه ويتفاعل معه إلى غير ذلك من ألوان الخبرات المؤلمة التي تعرض لها الفرد في ماضي حياته وخاصة في طفولته المبكرة أما المرض العقلي فهو خلل شامل في الشخصية يعوق نشاط الفرد ذاتيا واجتماعيا. فالمرض النفسي ترجع أسبابه الأساسية إلى العوامل النفسية نتيجة القلق لضغط النفسي، كما تلعب العوامل العصبية دورا هاما أما المرض العقلي فتلعب العوامل الوراثية دورا هاما كما في الذهان العضوي (شرف محمد عبد الغني الشريت، أحمد السيد حلوة، 2002، ص198).

3-2-2 المرض الجسمي:

هو ضعف في الجسم ينشأ من خلل في تكوين أعضائه أو أجهزته أو عن طريق عطب يلحق هذه الأعضاء فيفسد تكوينها الطبيعي ويجعلها عاجزة عن أداء وظائفها وبما أن كل التغيرات التي تحدث في الجسم لها علاقة بالعقل، فإن المرض في الجسم له علاقة بالعقل والمرض العقلي سببه عجز بعض المراكز العصبية العليا عن أداء وظائفها مع سلامة تكوينها وعدم إصابتها بعطب مادي والعكس (محمد جاسم محمد، 2004، ص112).

3-2-3 المرض الاجتماعي:

وهو عدم القدرة على التكيف مع البيئة الخارجية وتتمثل في المشكلات الاجتماعية كالانحراف والإدمان وغيره (أميرة منصور علي، 1997، ص28).

3-2-4 التخلف الذهني:

يعرف بعدة مسميات فقد استخدم الروس في مؤلفاتهم اسم **قلة العقل (Oligophrenia)** ويذكر **كمال إبراهيم مرسى** أن الباحثين الإنجليز يستخدمون اصطلاح **التخلف العقلي** بمعنى التأخر العقلي ويطلق على كل من يقل مستوى قدرته الذهنية العامة عن المتوسط.

ويعرف **دول (Dole)** التخلف العقلي حالة من عدم الاستطاعة الاجتماعية ترجع إلى التخلف في النمو العقلي، وهذه الحالة غير قابلة لشفاء، ويتلخص تعريف **دول** في أن الشخص المتخلف ذهنياً هو الذي يتصف بـ:

- ✦ عدم الكفاية الاجتماعية الناجمة عن الضعف العقلي.
- ✦ تظهر في مرحلة النمو وتستمر خلال مرحلة النضج.
- ✦ يعود الضعف العقلي إلى عوامل تكوينية.
- ✦ غير قابل للشفاء.

كما يعرفه **هيبر (Heber) (1961)** على أنه حالة ينخفض فيها الذكاء العام عن المتوسط ويصاحبها سلوكيات توافقية سيئة وتحدث في مرحلة النمو (ربيع عبد الرؤوف عامر، 2006، ص190).

3-2-5 الإعاقة العقلية:

تعرف الموسوعة الطبية الحديثة الإعاقة بأنها حالة عيب أو نقص جسمي أو عقلي يصاب به المرء ويمنعه من أن يشارك بحرية في نواحي النشاط الملائمة لعمره (راضي محمد الكبيسي، 2000، ص23).

كما تعرف الإعاقة بأنها العسر أو الصعوبة التي يقابلها الفرد من جراء عدم القدرة على تلبية متطلباته في أداء دوره الطبيعي في الحياة اليومية المرتبطة بعمره أو جنسه، أو تبعا لخصائصه الاجتماعية أو الثقافية أو المهنية (فيوليت فؤاد إبراهيم، 2001، ص4).

وتعرف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية على أنها تمثيل مستوى الأداء الوظيفي العقلي الذي يقل عن مستوى الذكاء بانحراف معياري ويصاحبه خلل في السلوك التكيفي ويظهر في مراحل العمر من الميلاد وحتى سن السادسة عشر إلا أن هذا التعريف روجع مرة ثانية وتم تعديله ليصبح نصه كما يلي:

تمثل الإعاقة العقلية مستوى من الأداء الوظيفي العقلي والذي يقل عن مستوى الذكاء بانحرافين معيارين، ويصاحب ذلك خلل واضح في السلوك التكيفي، ويظهر في مراحل العمر الثمانية من الميلاد حتى سن الثامنة عشر (سامي ملحم، 2001، ص 120).

ومن هنا يتضح لنا الاختلاف بين التخلف الذهني والمرض العقلي حيث أن هذه الأخيرة التي تكون أسبابها إما عضوية أساسها تلف في النسيج العصبي للمخ نتيجة لإصابة معينة وإما أن تكون وظيفية وهي النسبة الغالبة والأساس في إحداثها العوامل النفسية، فالمرض العقلي حالة من الاضطراب المؤقت الذي يمكن التغلب عليه والشفاء منه كما أنه قد يحدث في أي وقت في حياة الفرد ويؤدي به إلى الانفصال عن الواقع.

أما التخلف العقلي فهو حالة تحدث أثناء النمو كما قد تحدث أثناء فترة تكوين الجنين ثم تستمر ملازمة الفرد مدى الحياة.

3-3 أسباب المرض العقلي:

لقد كان بعض علماء النفس يرجعون هذه الأمراض إلى العوامل الوراثية أو الصدمات العنيفة التي تصيب الإنسان في حياته ثم تبين لهم أنه ليس من السهل إرجاع هذه الأمراض إلى سبب واحد ذلك لتعدد وتفاعل وتشابك وتعقد وتداخل عوامل كثيرة داخلية في الإنسان (جسمية، نفسية) وخارجية بيئية (مادية، اجتماعية). هذا التداخل جعل من الصعب الفصل بين العوامل المسببة للمرض وتحديد مدى أثر كل منها، ولم يعد يعتقد كما في السابق أن لهذه الأمراض سببا واحدا أو سببين، فالحياة النفسية ليست من البساطة بحيث يكون اعتلالها رهنا بحادثة واحدة أو صدمة واحدة.

حيث أصبح من النادر إرجاع المرض إلى سبب واحد كالوراثة أو إلى صدمة نفسية ذلك أن اضطراب الشخصية ينجم عن تضافر عوامل عديدة فيسولوجيا وراثية أسرية نفسية اجتماعية ومادية... إلخ.

3-3-1 الأسباب الوراثية:

تتمثل في مجموع العوامل الوراثية والولادية التي يتعرض لها الجنين أثناء الحمل هذه العوامل تختلف من شخص إلى آخر من حيث درجة الحساسية والتأثر وكذا من حيث الحيوية وقوة الدوافع ودرجة احتمال الإحباط والتأزم والحرمان وقد دلت الدراسات التي أجريت على التوائم من بويضة واحدة في النمط الأصلي الوراثي* (Génotype) أو من بويضة مختلفة على أن العوامل الوراثية تكون من بين العوامل المهددة للإصابة بالعصاب لكن أثرها في التمهيد للذهان يكون أعمق بكثير (عبد العلي الجسماني، 1998، ص 115).

3-3-2 الأسباب البيولوجية:

وهي في مجملها أسباب جسمية المنشأ أو عضوية تطراً في تاريخ نمو الفرد ومن أمثلتها الاضطرابات الفيزيولوجية واضطرابات وظائف الاستقبال الحسي وخلل الجهاز المركزي وإصابات الرأس وحوادث خلل في المخ وتلف خلاياه (عبد الرحمن الوافي، 1999، ص 26).

3-3-3 الأسباب الاستعدادية:

ويقصد بها استعداد الفرد للإصابة بالأمراض العصابية ولو أن هذا الاستعداد لا يرجع إلى أسباب وراثية أي مساهمة العوامل البيولوجية في تكوين هذا الاستعداد، وقد اختلفت المدارس الفكرية حول هذا المضمون، إلا أنه يمكن أن يقال عن وجود العوامل الإستعدادية هو أن نشأة ردود الأفعال العصابية ترتبط بطبيعة تكوين الشخصية قبل

* النمط الوراثي أو الطراز البنائي الكامن وراء جميع الصفات الجسمية، وعلى الخلفية الوراثية للأقارب تحدد ملامح ومعالم السلوك وحقيقة الشخصية وواقع الأمراض النفسية والعقلية والبدنية عندما تقع.

العلة أو المرض ووجود سمات شخصية معينة مثل الحساسية المفرطة يؤدي أكثر إلى استهداف الفرد للانهايار العصبي إلا أنه من غير المؤكد أن يرجع أو لا يرجع هذا إلى عوامل وراثية، كما أن للأسرة دور في تنشأة الطفل بالاستعداد للإصابة بالأمراض النفسية، كما تؤكد الدراسات على أن نسبة حدوث العصاب مرتفعة في عائلات العاصبين أكثر منها في عائلات غير العاصبين (فوزي محمد جبل، 2000، ص115).

3-3-4 الأسباب المعززة:

وهي الأحداث الأخيرة السابقة للمرض النفسي مباشرة وتتضمن الخبرات التي تتوسط بين الطفولة والرشد كالأثار البيئية التي تتركها المدرسة والصدمات الانفعالية والفترات الحرجة في حياة الفرد وأزمات المراهقة والاضطهاد الطويل والصبر عن الظلم أو خلافات عائلية أو إرهاق جسمي متواصل وضعف مستوى الطموح، هذه الخبرات المختلفة يلزم لها لكي تؤثر في الفرد أن يكون مهياً للإصابة بالمرض لأنها بالرغم من عنفها وشدتها فهي لا تكفي وحدها لظهور المرض... لأن المرض ينتج عن تفاعل عوامل عديدة هذا ما عبر عنه فرويد حين قال إن الاضطراب هو حصيلة تآمر بين كبت عنيف في الطفولة المبكرة مع إحباط شديد في عهد الرشد (إجلال محمد سرى، 2000، ص46).

ويمكن تصنيف العوامل المرسبة إلى:

- ✦ الظروف التي تؤدي إلى استرجاع أو تقوية خبرات الطفولة المبكرة أثناء عمليات التنشئة الاجتماعية التي خلقت الصراع والقلق والإحباط لدى الطفل.
- ✦ الظروف التي تؤدي إلى إضعاف العمليات الدفاعية.
- ✦ الظروف التي تستلزم تقوية العمليات الدفاعية التي تفوق طاقة احتمال الفرد وتؤدي إلى الفشل في تحقيق الأهداف، أي أن المواقف الصعبة قد تولد الحاجة إلى سلوك دفاعي يرتفع إلى مستويات غير محتملة تنقل كاهل الفرد تؤدي إلى ترسيب ردود أفعال عصابية مثلاً فقدان الذاكرة يعتبر وسيلة هروبية دفاعية من مواقف حرجة أو أعباء ليحتملها الفرد (فوزي محمد جبل، 2000، ص117).

3-3-5 الأسباب النفسية:

وهي تلك الأسباب التي تتعلق بالنمو النفسي المضطرب خاصة في الطفولة المبكرة وعدم إشباع الحاجات الضرورية الأساسية للفرد واضطراب العلاقات الشخصية والاجتماعية ومن أهم الأسباب النفسية الصراع، الإحباط، الحرمان، الخبرات السيئة، عدم النضج النفسي الانفعالي، التناقض الوجداني، الضغوط النفسية، مفهوم الذات السلبي وسوء التوافق الذاتي (عبد الرحمن الوافي، 1999، ص 30).

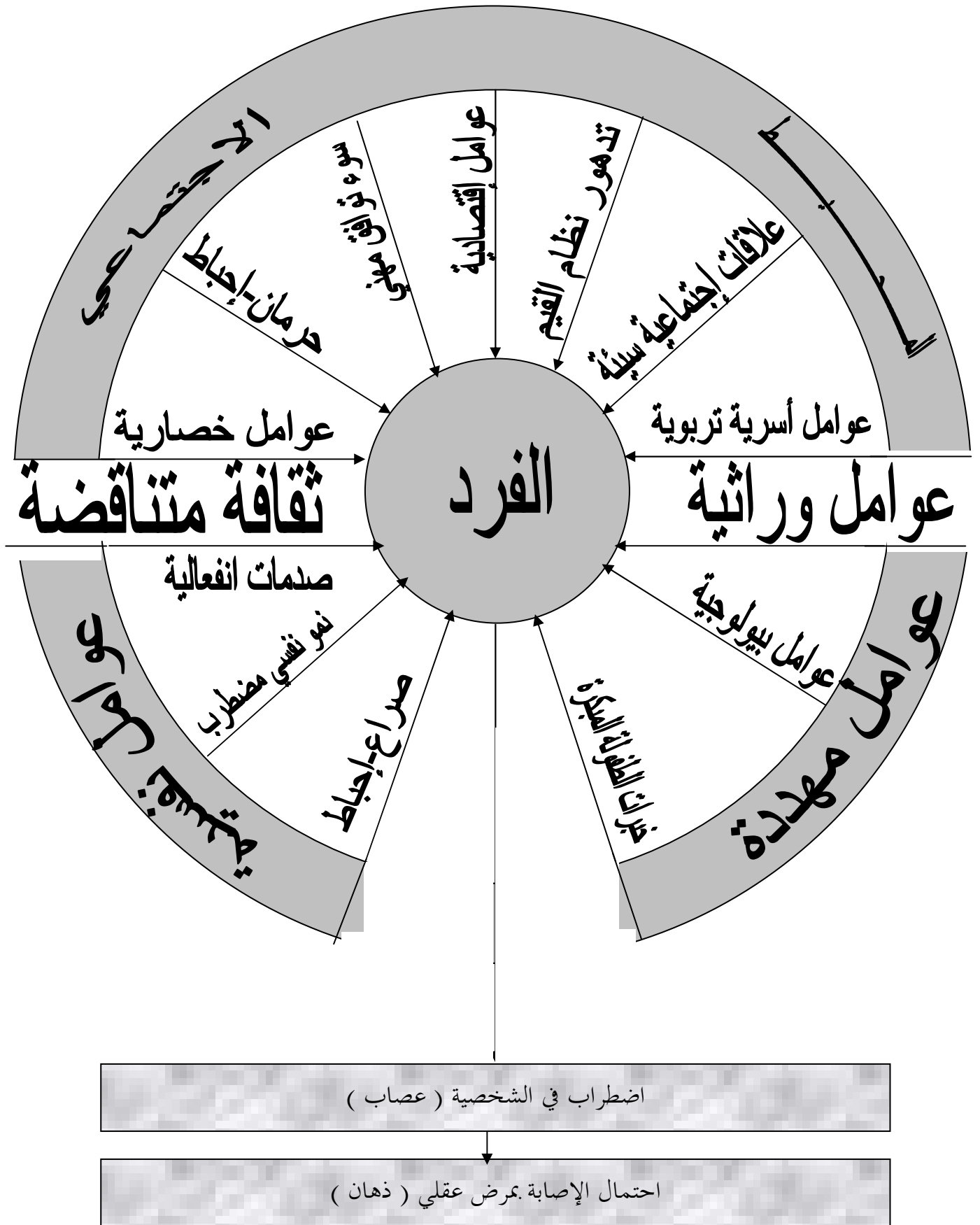
فالحالة المتطورة للاضطرابات النفسية تؤدي إلى الدخول في مرحلة المرض العقلي وتكون نتيجة الصراع إذا تعارضت رغبات الإنسان وكان عليه أن يختار بينهما ولم يستطيع أن يرضى إحداهما عن الأخرى (سلامة منصور محمد ونهى سعدي مغازي، 1998، ص 191).

3-3-6 الأسباب البيئية:

ويقصد بها البيئة الاجتماعية والوسط الاجتماعي الذي يحيط بالفرد أثناء تشكيل ونمو شخصيته وتكوين العلاقات والتفاعل الاجتماعي المضطرب خاصة في المجتمعات التي لا تتحكم في تطورها الحضري السريع، من أهم الأسباب التي تؤدي إلى عدم توفر القدرة النفسية على التوافق مع الحياة الاجتماعية والصناعية والاقتصادية...

ومنه يمكن القول بأن دراسة أسباب الأمراض العقلية تستند إلى النموذج الحيوي

النفسي اجتماعي (Biopsychosocial).



الشكل (03) يبين العوامل المسببة للمرض النفسي والعقلي (عبد الرحمن الوافي، 1999، ص34).

3-4 الأعراض العامة للمرض العقلي:

الأعراض العامة للذهان شديدة إذا ما قورنت بأعراض الأمراض العصبية فأبسط أعراض الأمراض العقلية هو توقف صورة أو أكثر من صور النشاط الإنساني واعقدها تلك المتمثلة في أنماط الشذوذ، وتقف جميع صور النشاط الإنساني ومن هذه الأعراض العامة ما يلي :

✦ اضطراب النشاط الحركي، فيبدوا البطء والجمود والأوضاع الغريبة والحركات الشاذة وقد يبدوا زيادة في النشاط وعدم الاستقرار والهيياج والتخريب.

✦ تأخر الوظائف العقلية تأخرا واضحا، واضطراب التفكير، بوضوح فقد يصبح ذاتيا وخياليا وغير مترابط، ويضطرب سياق التفكير و تذبذب الأفكار أو تأخرها والمداومة والعرقلة والخلط والتشتت وعدم الترابط ويضطرب محتوى التفكير فتظهر الأوهام مثل أوهام العظمة أو الاضطهاد أو الإثم...، ويظهر اضطراب الفهم بشدة وعادة ما يكون التفاهم مع المريض صعبا واضطراب الذاكرة والتداعي وتظهر أخطاء الذاكرة كثيرا واضطراب الإدراك ووجود الخداع و الهلوسات بأنواعها البصرية والسمعية والشمية والذوقية و اللمسية والجنسية، ويلاحظ اضطراب الكلام وعدم تماسكه ولا منطقيته فقد يكون سريعا أو بطيئا واضطراب كنهه بالنقصان أو الزيادة واضطراب محتواه، حيث يصبح في بعض الأحيان لغة جديدة خاصة، ويشاهد ضعف البصيرة أو فقدانها مع انفصال كامل عن الواقع وعدم استبصار المريض بمرضه مما يجعله لا يسعى للعلاج ولا يتعاون معه وقد يرفضه (حامد عبد السلام زهران، 1997، ص529).

✦ اختلال الجانب الانفعالي لدى المريض العقلي وتبدو في صورة تغيرات انفعالية متطرفة، وتفقد طابعها وتنسم بعدم الثبات الانفعالي وتختل الانفعالات كالتالي :

✦ الإسراف الزائد في التشاؤم واليأس والقنوط، قد يؤدي به هذا إلى الانتحار.

✦ يبدو المريض العقلي في صورة فرح وسرور زائد دون أي سبب معروف مما يثير انتباه المحيطين به.

✦ الثوران والغضب لأتفه الأسباب مع اضطرابات وجدانية متكررة من الانسراح المفرط(فوزي محمد جيل، 2000، ص 195).

✦ يتصف المريض العقلي بالتبدل وعدم الثبات الانفعالي فلا يحدث أي انفعال إذا ما واجه الموافق التي تثير الانفعالات وذلك لعدم استجابته للمؤثرات الخاصة بالغضب أو الخوف الحزن أو الفرح أو عدم سيطرته على انفعالاته لأنه لا يملك القدرة على الثبات الانفعالي نتيجة المشاعر الثائرة و القلقلة(حسن منسي، 1998، ص 87).

هذه بعض الأعراض العامة للمرض العقلي مع الملاحظة أن أعراض الذهان الوظيفي أبسط من الذهان العضوي إذ يسهل علاجه في صورته البسيطة قبل أن يستفحل إلى مرض خطير في صورته الشديدة.

3-5 تصنيف الأمراض العقلية:

في الواقع لا توجد أسس علمية دقيقة لتصنيف الأمراض العقلية إلى أنواع محددة حيث أن الكثير من الأعراض تتداخل، هذا ما يجعل عملية التشخيص عملية صعبة وتقريبية، وبوجه عام يمكن تقسيم الأمراض العقلية إلى قسمين:

3-5-1 الذهان الوظيفي (Functional Psychosis):

هو مرض عقلي ناشئ عموماً عن (مصدر نفسي) ولا يرجع لأي سبب عضوي ومن أشكاله الفصام والهذاء والهوس وغيرها (محمد جاسم محمد، 2004، ص 181).

3-5-1-1 الفصام:

كلمة من أصل يوناني معناها تشقق أو تصدع العقل، والاستجابة الفصامية تلاحظ أكثر شيوعاً في سن (18-30) باعتبارها مرضاً عقلياً واسع الانتشار يصيب الرجال والنساء على حد سواء.

وقد اقترح بلويلر (Bleuler 1911) اسم الفصام كبديل للتسمية القديمة الخبل المبكر (Arinand colin.1995.P 81).

و الفصام مصطلح إنجليزي (Schizophrenia) وباللغة العربية " انفصام العقل " وهو مرض عقلي خطير يؤدي إلى عدم انتظام وتدهور الشخصية وقد يطلق عليه انفصام الشخصية حيث تنتشت وتتناثر مكوناتها وأجزائها ويصبح المريض يعيش في عالم خاص به بعيداً عن العالم الواقعي (عبد الرحمن الوافي، 1999، ص 68).

أما سانفورد (Sanford) فيعرف الفصام بأنه أحد الأمراض العقلية وفيه يتصف المريض بالابتعاد عن عالم الحقيقة، وفي الغالب ما يتضمن هذا المرض الهلاوس، والأفكار الزائفة أو الهذيان والانسحاب والاضطراب الحاد في الحياة الانفعالية لدى المريض (عبد محمد الرحمن العيسوي، 2004، ص 244).

أو هو اضطراب في العلاقة المتصلة بالحقيقة فيصبح إدراك الشخص متأثراً بشعوره أو وجدانه، وابتعاده عن الحقيقة، واضطرابات حادة في الحياة الانفعالية(عبد الرحمن العيسوي، المجلد الثاني، 2002، ص231).

يعد الفصام من أشهر أنواع الذهان التي تم تشخيصها، وتتميز بالافتقار الملحوظ إلى الاتصال بالواقع و الهذاء والهلوسة والميل إلى الجمود و السلوك الانفعالي، وهناك أنواع عديدة من الفصام نوجزها في مايلي :

✦ **الفصام البسيط:** يتسم بانسحاب مطرد لافت للنظر من الواقع، الأمر الذي يؤدي إلى حالة واضحة من الفتور واللامبالاة ونادرا ما يتضمن الفصام البسيط هذاء أو هلوسة (ارنوف ويتج، بدون سنة، ص287).

✦ **الفصام الهيوفريني (Hebephenic Schizophrenia):** ويطلق عليه أحيانا فصام المراهقة أو فصام الشباب حيث أنه يصيب الإنسان عادة في مرحلة المراهقة وتؤدي بدايته إلى تدهور الشخصية وتذبذبها ويبدو واضحا عدم تكاملها وتتميز أعراضه بعدم استقرارها والاستغراق في أحلام اليقظة والابتعاد عن المعايير والقيم الاجتماعية والانطواء والتباعد الانفعالي مع عدم الثبات الانفعالي و الاختلاط في التفكير والكلام والسلوك الطفلي الغريب مع عدم العناية بالنظافة الجسمية وتبرز بعد ذلك الأوهام والنكوص المرضي(أحمد عكاشة، 1976، ص70).

✦ **الفصام التخشي الكتاتون(Catatonic Schizophrenia) :**

يبدأ هذا الفصام في سن متأخرة بين (20-45)سنة تكون أعراضه حركية واضحة إما بالنقص أو الزيادة وينقسم إلى نوعين:

❖ **الفصام الحركي الهياجي:** وهو فصام تتميز أعراضه بالهياج

الحركي المفرط غير الهادف وعدم الاستقرار والتعب وفقدان الوزن كما يتميز بعدم التوافق بين المزاج والتفكير وسرعة الكلام وردود الأفعال الغريبة والهوسات والاتجاهات الشاذة والعدوان و التصنع في المشي والحركات(فيصل محمد خير الزراد، 1984، ص40).

❖ الفصام الكاتوني أو التصليبي: ويتميز بالتنشيط الذي يظهر بشكل

سبات وبكم والانتشائية الشخصية وكذلك الوضع التصليبي أو التماثلي أو وضع الجنين أو حتى وضع الميت .

➤ الفصام الهذائي (Paranoids chizophrenia): ويتميز هذا النوع بظهور

هذات الاضطهاد و هذات العظمة في تفكير المريض وتصرفاته ففي هذات العظمة قد يسمع المريض " صوت الله " أو يرى نفسه نبيا أو قديسا أو صاحب جاه وسلطان إما في هذات الاضطهاد فقد يشعر المريض بشخص ما أو مجموعة من الناس تتعقبه وتريد به شرا، كما قد يشعر المريض بالهلوس التي قد تحدث بسبب فقدان الاستبصار مما يجعله عاجزا عن التفريق بين صور ذكرياته البعيدة وبين خبراته الإدراكية التي تأتيه من الخارج(سلامة منصور محمد ونهى سعدي مغازى، 1998، ص82).

➤ الفصام الحاد: وتكون أعراضه حادة وفجائية الظهور، وقد يشفى المريض

منه تماما ربما في غضون بضعة أسابيع أو قد ينتكس تكرارا وغالبا ما يتقدم المرض إلى شكل كلاسيكي.

➤ الفصام المزمن: حيث يمر المريض بعدة مراحل يشتد فيها حتى يزمن إذ لم

يعالج منه في البداية.

➤ الفصام التفاعلي: وفيه يرتبط المرض بعوامل نفسية حديثة أو ضغوط

اجتماعية واضحة، ويكون المريض متوافقا اجتماعيا قبل المرض (حامد عبد السلام زهران، 1997، ص 534).

➤ الفصام المتخلف: حيث يشفى المريض، ولكن تتخلف لديه بواقي أفكار أو

انفعالات أو سلوك فصامي وبقايا هلوسات وهذات بسيطة لا تؤثر في توافقه الاجتماعي .

➤ الفصام الكامن: حيث يميل السلوك نحو الفصام ولكنه لا يزال خارج نطاق

الشخصية الفصامية على حدود الذهان، ولديه بعض أعراض الفصام، ولكن الحالة لا

تكون متقدمة وليست كمثل الفصام الحاد أو المزمن، ويحقق الفرد نوعاً من التوافق لكن سلوكه يبدو شاذاً (عبد الرحمن محمد العيسوي، 2001، ص 277).

3-5-1-2 الهذاء (Paranoia):

لعل أحداً من الأمراض العقلية التي لم يتغير معناها كلمة "بارانويا" فهو مرض عقلي يتمثل في هذيانات توهم عقلي قوامها الاضطهاد يؤديها المريض ويدافع عنه بطريقة منظمة و بإصرار... فالمصابون بالبارانويا من العباقرة والمجانين بالعظمة يتخلون وجود كائن إلهي داخل نفوسهم يهيئهم لرسالة ويستخدمهم لغرض كما يقول ديدرو (Didrow) (كمال دسوقي، 1974، ص 183).

والهذاء حالة مرضية نهائية تتميز بالأوهام والهذيان الواضح المنظم الثابت، أي الهذيانات والمعتقدات الخاطئة عن العظمة أو الاضطهاد مع الاحتفاظ بالتفكير المنطقي وعدم وجود هلوسات في الهذاء النقي، أي أن الشخصية رغم وجود المرض تكون متماسكة ومنظمة نسبياً، وعلى اتصال لبأس به بالواقع ولا يرافقه تغير في السلوك العام إلا بقدر ما توحى به الأوهام والهذيانات ويعرف الهذاء أحياناً باسم "رد فعل الهذاء" (Paraniod Reaction) (عبد الرحمن محمد العيسوي، 1999، ص 204).

والبارانويا مرض عقلي يبدو فيه المريض منطقي، ولكن تسيطر عليه بعض المعتقدات الخاطئة والتي تؤدي به إلى هذيان واضح بالعظمة أو الاضطهاد، ويسمى بجنون العاقل (فايز محمد علي الحاج، 1986، ص 348).

ويمكن تصنيف الهذاء إلى:

- الهذاء النقي أو الحقيقي: وهذا النوع من الهذاء تسود فيه أوهام العظمة أو الاضطهاد، أو الهذاء الجنسي أو هذاء المشاكسة والغيرة.
- حالة الهذاء: وهذا النوع تكون أعراضه عبارة عن أوهام عابرة غير دائمة وغير منتظمة تماماً ولكنها نتيجة اضطرابات الفكر وهي وسط بين الهذاء النقي والهذاء الفصامي.

♦ **الفصام المنقول (الهذاء الشائلي):** حيث تنتقل الأوهام من مريض إلى شخص قريب أو متعلق به مثل الوالد والولد، الزوج والزوجة أو الأخ و الأخت، وهي حالة تقمص تنتقل عادة من الشخص المسيطر إلى الأقل سيطرة والقابل للإيحاء، ويكون الشخص غالبا سيء التوافق في محيط بيئي متماثل، ويواجهان نفس الظروف النفسية (حامد عبد السلام زهران، 1997، ص 544).

♦ **نوبة الهذاء الحادة:** يتميز هذا النوع من الهذاء ببدايته الحادة والمفاجئة وبدون أي سبب واضح ويظهر عليه أعراض ضلالات الإشارة أي شعوره بأن الناس تشير إليه، أي أعراض الاضطهاد وتستمر هذه النوبة بضعة شهور، وخلال هذه المدة استحالة تصحيح أفكار المريض بأي حجج أو براهين.

♦ **الهذاء المزمن:** يبدأ بإدراك هذائي ثم يتزايد هذا الهذاء نتيجة توالي وتراكم الهذات لديه وقد تكون هذات عظيمة أو هذات اضطهاد، أو النوعين معا كأن يفسر جميع الظواهر الطبيعية تفسيراً خاصاً من وحي نفسه ويعلن أن هذا التفسير من اختراعه وأنه أول اختراع من نوعه في العالم لأنه عالم من العلماء (هذاء العظمة) وعندما يشعر بأن المحيطين به يعترضون على هذا الاختراع ويسخرون منه هنا يعتقد أن هؤلاء يضطهدونه ويحاربونه ويتآمرون عليه (الشعور بالاضطهاد) (قوزي محمد جيل، 2000، ص 221).

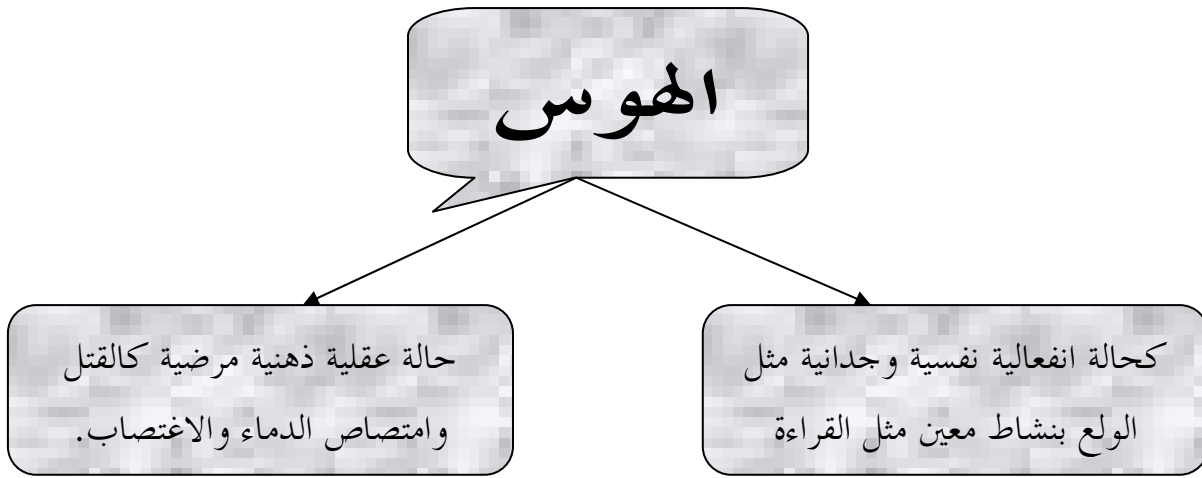
فالهذاء عبارة عن استجابة ذهانية (عقلية) مرضية من أعراضها التدهور العقلي البسيط... وتتسم هذات المريض أي ضلالاته بالصبغة الغير منطقية (محمد عبد الرحمان العيسوي، المجلد الرابع، 2002، ص 199).

3-1-5-3 الهوس (Mania):

يشير البعض إلى لفظ مان (Mania) لفظة مس ومس صار به مس أي الجنون فهو ممسوس، إلا أن لفظة "مس" تشير إلى الجنون في حين أن الهوس في مستوياته السابقة لا يتضمن الجنون، وإنما الوجد الشديد بشيء ما أم بموضوع ما، ولذلك تبقى لفظة المانيا أكثر شمولاً (محمد عبد الرحمن العيسوي، 1999، ص 162).

والهوس مرض ذهاني يتميز باضطراب سلوكي يتسم بالفرح والمرح والنشاط النفسي والحركي الزائد والهيّاج الذي لا يسيطر عليه المريض (فايز محمد علي الحاج، 1987، ص 174).

وهو أيضا الولوج الشديد بالقيام بنشاط معين أو الاهتمام الشديد بموضوع ما أو سلوك معين مثل المرح أو الإثارة والتهيج والثورة والنشاط المفرط و الهيجان الحركي الشديد ويتخذ الهوس أشكالا متعددة مثل هوس القتل، ويمكن تصنيف الهوس كما في الشكل الآتي:



الشكل رقم (04) يبين أشكال الهوس.

(عبد الرحمن محمد العيسوي، المجلد الرابع، 2005، ص 154).

ويتصف المريض في حالة الهوس بالتجلي والسعادة والمرح، فيغني بصوت عال ويرقص بعنف، ثم ينقلب هذا الفرح و المرح إلى اعتداء على الآخرين بالسب أو بالضرب، وهناك من المرضى من تتميز حالة الهوس لديهم بتدفق سريع في الأفكار مع نشاط زائد ونشوة مفرطة (كامل محمد محمد عويضة، 1996، ص 140).

ويصنف علماء النفس المرضي الهوس إلى:

• الهوس الخفيف (Hypomania): هو أخف أنواع الهوس، تتجلى أعراضه في

المرض المتوسط والنشاط المعتدل والتسرع والانسراح المبالغ فيه.

✦ **الهوس الحاد (Acute mania):** يكون على شكل نوبات عنيفة من الهذيان ومن أهم أعراضه السلوك الغامض والعنف وتهيج الأفكار والنشاط الزائد المبالغ فيه والهوسات والأوهام (فيصل محمد خير الزراد، 1984، ص50).

✦ **الهوس الهذيان (Delirious Mania):** ويسمى أحياناً، الهوس فوق الحاد، وهو في أصله هوس حاد استمر بصاحبه المرض وتفاقم بشدة حتى وصل به إلى مرحلة هذيان هوس، فهو أقصى حالات الهوس حيث يكون المريض عنيفاً في تصرفاته، ومن أعراضه الخلط وعدم الترابط واضطراب الوعي وعدم التوجه الزمني والمكاني (عبد الرحمن الوافي، 1999، ص81).

✦ **الهوس المزمن فوق الحاد (Chronic Mania):** تستمر هذه الحالة سنوات طويلة دون تغيير، ولا تختلف أعراض المرح المزمن عن الأعراض السابقة إلا أنها أقل حدة وأطول بقاء، ويكون المريض سعيداً هادئاً، ثم تتقلب حاله فجأة ويأتي بحركات خارجية عن السلوك والآداب الاجتماعية، ولا يتحمل المسؤولية ولا يمكن الاعتماد عليه (مجدي أحمد محمد عبد الله، 1996، ص209).

ومنه يمكن القول بأن الشخصية الهوسية قبل حدوث المرض وبعده تتسم بالانبساط والنشاط والطموح والثقة بالنفس بدرجة عالية والرضا عنها مع سهولة التهجم والعدوان.

3-5-1-4 ذهان الهوس والاكتئاب (Manic-Depressiv Psychosis):

ما يعرف باسم الذهان الدوري أو ذهان الوجدان (Affect psychosis) ويشير الذهان الوجداني إلى الاضطراب أو الاختلال الذي يصيب الوجدان، و تترواح اضطرابات الوجدان من الهيجان المتطرف إلى الحزن الشديد (عبد الستار إبراهيم، 1988، ص53).

كما يعرف بأنه اضطراب عقلي وظيفي وجداني تنتاب فيه المريض حالات من الهياج والهوس و أخرى من الاكتئاب والهبوط دون سبب ظاهر أو مثير كاف في

معظم الأحيان لهذا يعرف بالذهان الدوري أو النواب، كما في الشكل التالي: (محمد سيد فهمي، 2001، ص 137).



الشكل رقم (04) يبين الحالة الدورية بين الاكتئاب والهوس.

وقد ينتقل المريض الواحد من حالة الهوس والتهيج إلى حالة أخرى يكاد يكون فيها عاديا كما في الشكل (05) (فايز محمد علي الحاج، 1987، ص 177).



الشكل رقم (05) الحالة العادية للهوس.

ويعد هذا الاضطراب الذهاني عموما مرض تقليدي وغالبا وراثي ويكون أساسه مزاج الجنون الدوري في حالات عديدة، لأن بعض المرضى يصابون بهذا الاضطراب الذهني دون وجود تقلبات مزاجية مسبقة، وبعض الأطباء النفسيين يدرجون هذا الاضطراب إلى اختلال عضوي أو وظيفي في قاعدة الدماغ (منطقة المراكز العصبية العليا) (بيير داکو، 1988، ص 70).

يتضح لنا أن شخصية المريض الذي يطغى عليه الهوس تتسم بالطموح الزائد والاهتمام بالنجاح، والنشاط الزائد والاجتماعية والانبساط، والمرضى الذين يطغى عليهم الاكتئاب يتضح لديهم القلق وبخس الذات والضمير الجامد والعدوان المكبوت.

3-5-2 الذهان العضوي (Organic Psychosis):

يرجع الذهان العضوي إلى أسباب عضوية مصدرها إما تلف في المخ أو في الأعضاء الأخرى من الجهاز العصبي ووظائفه، وهناك أنواع مختلفة من الذهان العضوي منها:

- ✦ ذهان الشيخوخة (Senil psychosis) (ذهان سن اليأس).
- ✦ ذهان الإدمان (Drug A.DDiction and Alcoholism).
- ✦ الزهري العصبي " الشلل الجنوني العام " (Genéral Paralysis)*.
- ✦ الصرع** (Epilepsy) (عبد الستار إبراهيم، 1988، ص57).
- ✦ ذهان التمثيل الغذائي (الأبيض): ويشمل (أمراض الكبد، الكلية، السكر، اليورفريا).
- ✦ نقص الفيتامينات: (ب1، حامض النيكوتينيك، ب12).
- ✦ أمراض الغدد الصماء (الدرقية وجارات الدرقية، النخامية، الجنسية، الغدد الكظرية تسبب مرض آديسون - كشنج).
- ✦ نقص الأوكسجين في الدم.
- ✦ اضطراب الأملاح والمعادن في الجسم (بوتاسيوم، صوديوم، ثاني أكسيد الكربون، الماء) (أحمد عكاشة، 1976، ص258).
- ✦ أمراض شرايين المخ: (تصلب الشرايين، بطأ مجرى الدم، ارتفاع ضغط الدم في المخ أو الجلطة الدموية).
- ✦ الأمراض المعدية والحميات.
- ✦ ذهان الحمل والولادة (محمد جاسم محمد، 2004، ص182).
- ✦ أمراض الجهاز العصبي: (كالحمى الشوكية وعرق النساء و الحمى المخية والشلل الاهتزازي وارتجاج المخ، التجمع الدموي تحت الأم الجافية).

* - الزهري العصبي: ذهان ينشأ عن تسلسل بكتيريا الزهري الحلزونية في المخ وتحطيم نسيجه، وتظهر الحالة من خمس إلى خمس وعشرون سنة بعد الإصابة بالسفلس، ومن أعراضه متدهورات عقلية وانفعالية وتغيرات جسمية و بيوكيميائية (كمال دسوقي، 1974، ص73).

** - الصرع (Epilepsy): مرض عصبي المنشأ يحدث من وجود تقلصات في المخ ومن أعراضه التشنج وفقدان الوعي وخروج الزبد من فم المريض مع تغيير في لون الجلد وتسبب القولون والمثانة أحياناً. (محمد عبد الرحمن العيسوي، المجلد الرابع، 2001-2002، ص201).

◆ زهان السموم: (أول أكسيد الكربون، رصاص، الزئبق، المنبهات والمنومات، الكحول، الحشيش، الأفيون، الكوكايين، عقاقير الهلوسة) (مجدي أحمد محمد عبد الله، 1996، ص 139).

وتعتبر الأذهنة العضوية الناتجة عن تلف في مراكز المخ من أكثر أنواع الذهان العضوي شيوعاً ولها أعراض الإكلينيكية تميزها عن الذهان الوظيفي منها:
◆ اضطرابات الذاكرة خاصة الذاكرة القريبة مع خلط الذكريات بعضها البعض الآخر بالرغم من تباين المسافات الزمانية بينها.

◆ التغيرات الوجدانية كفقدان الاهتمام بالعالم و اللاكتراث الشديد كما تظهر في بعض حالات زهان الشيخوخة.

◆ التدهور العقلي العام كالعجز عن التجريد، وفهم الأفكار الجديدة والعجز عن الحكم الجيد، والجمود خاصة الحالات الناتجة عن تحلل المراكز العصبية في الجهاز العصبي نتيجة للشيخوخة.

◆ النوبات الصرعية حيث تؤدي إصابات المخ أحياناً إلى اضطراب في النشاط الكهربائي وإيقاعته في المخ مما يسبب النوبات الصرعية.

◆ اضطرابات الانتباه كالتشتت والهذيان (Delirium) .

◆ عدم الوعي بالزمان والمكان خاصة في حالات الذهان العضوي الناتج عن إصابات المخ أو الحوادث الخطيرة التي تنتهي إلى إصابات في المراكز العصبية (عبد الستار إبراهيم، عبد الله عسكر، 2005، ص ص 71-72).

ومن الذهانات الناتجة عن الأسباب السابقة الذكر، بعض الأمراض العقلية الغامضة نذكر منها:

◆ خوريا هانتجتون (Huntingtons chorea)* :

ذهان عقلي ناتج عن أسباب وراثية، وهو من الأمراض المزمنة ويصاحبه التدهور العقلي ومن أعراضه الاهتزازات، وحركات الوجه، وضعف الذاكرة وسرعة

* المرض يحمل اسم مكتشفه عالم الأعصاب الأمريكي هانتجتون في عام 1872.

التهيج والعجز عن التركيز، والميل إلى الانتحار ويصعب الشفاء منه، ويعرف بـداء الرقص لتشابه أعراض المريض من الناحية العضلية بحركات الرقص والاهتزاز والالتواء (عبد الرحمن محمد العيسوي، 2005، ص167).

✦ مرض الزهايمر (Alzheimer):

وهو من أكثر الأمراض شيوعاً من جميع ذهانات الشيخوخة، حيث يلعب العامل الوراثي دوراً هاماً في ضمور المخ وخاصة في الفصين الجبهي والصدغي، ومن أعراضه الأولية اضطراب الذاكرة للحوادث القريبة مع فشل في استبصارات المريض وظهور نشاط زائد غير هادف... الخمول واضطراب الوجدان (فيصل محمد خير الزراد، 1984، ص64).

✦ مرض بيك (Pick):

وهو مرض عقلي أكثر ندرة من مرض الزهايمر، حيث يسير النمو في هذا المرض ببطء ومن أعراضه وجود صعوبات في التفكير والقدرة على التركيز وسرعة الشعور بالتعب مع سرعة حدوث تغيرات في الخلق أو في الصفات وعجز في القدرة على تكيف المريض للمواقف الجديدة ويزداد التدهور العقلي (Mental deterioration)، وإصابة المريض بالحبسة الكلامية والعتة العقلي (عبد الرحمن محمد العيسوي، 1999، ص136).

ومن خلال ما سبق تبين لنا الفرق بين الذهان الوظيفي والعضوي، إذ أن هذا الأخير سببه أي عطب أو تلف في الجسم يمكن اكتشافه بالفحص أو بالتحليلات اللازمة، إذ أن الأعراض العقلية صادرة من تغيرات فسيوكيميائية في الجسم، أما الذهان الوظيفي فيصعب تحديد عوامل بيولوجيا محددة لأن منشأه نفسي، لهذا فإن التمييز بين الذهان الوظيفي والعضوي يكمن في مسببات كل منهما.

مما سبق يتبين لنا أن المرض العقلي يتناول كافة الاضطرابات الانفعالية والسلوكية والجسمية والاجتماعية والشخصية بصفة عامة، وتظهر بحالة من الشذوذ وانعدام التوافق يميزه اختلال شامل واضطراب خطير في الشخصية، ويظهر على مستوى القدرات العقلية، والعجز عن ضبط النفس ورعايتها، وعدم الوعي بأسباب المرض، إذن فالمرض العقلي هو اضطراب عميق يمس إنسانية الفرد الذي يدخل في نوع من الحيوانية، وفقدان المعايير الأخلاقية والاجتماعية، حيث يقوم بأفعال تجعله يسمى مجنون لأنه لا يدرك مرضه وخطورة أفعاله على نفسه وعلى الآخرين.

إن تعريف المرض العقلي يحمل دائماً نوعاً من الغموض لأننا نجده يتأثر نوعاً ما بالثقافة سواء من الناحية السببية أو التفسيرية، لأنه ليس نتاجاً لعوامل نفسية أو بيولوجية أو اجتماعية فقط بل هو نتاج لتفاعل معقد ومتشابه لهذه العوامل جميعها التي تتفاعل معاً لتشكيل سلوك الفرد.

الفصل الرابع

التصورات الاجتماعية
التقليدية والحديثة للمرض
العقلي

تمهيد:

تعتبر التصورات الاجتماعية لظاهرة من الظواهر جزءاً من الثقافة باعتبارها الإطار المرجعي والمعرفي للسلوك لدى أي مجتمع من المجتمعات، ويدخل في إطار هذا السلوك كل السلوكيات التي تتطلبها الحياة الاجتماعية اليومية للفرد ذات العلاقة بالحاجات البيولوجية والاجتماعية والنفسية وغيرها من العمليات الاجتماعية والسلوكية التي توّطرها الثقافة بما تحويه من مجموعة عناصر تمارس تأثيرها لتوضيح طبيعة المرض، لأنها تحكم تصرفات الإنسان من خلال الموجهات السلوكية التي تتضمنها فهي تتخلل معظم صور السلوك الإنساني في العادات الاجتماعية و المعتقدات والمعارف والأمثال والمفاهيم و التصورات الشعبية وهذه الأخيرة تلعب دوراً هاماً في تحديد مفاهيم المرض ودلالاته وفي أساليب التعامل معه وقاية وعلاجاً، وتدل الكثير من المرجعيات على أنه كلما كانت الثقافة بدائية ومتخلفة كلما كانت أساليب تشخيص المرض وتحديد أسبابه و طرق التعامل معه متخلفة هذا ما سنحاول الكشف عنه في هذا الفصل من خلال عرض التصورات التقليدية والراهنة للمرض العقلي.

1-4 التصورات التقليدية للمرض العقلي:**1-1-4 خرافة المرض العقلي:**

كانت فئة المرضى العقليين مهمشة ولا زالت إلى يومنا رغم التطور العلمي والتكنولوجي، فإذا تحدثنا عن التاريخ القديم لهذه الفئة نجد أنها كانت تعامل معاملة وحشية، ففي بروسيا وجد قانون تم العمل به حتى سنة (1230) حيث كان يسمح للمرضى بالتخلي عن عائلته إذا مرض أحد أفرادها و تحل عليه البركات إذا أحرقهم و أحرق نفسه معهم إذا كان مريضاً هو أيضاً(سلامة منصور محمد ونهى سعدي مغازي، 1998، ص24).

وقد يبدو لنا أن مثل هذا القانون ينطوي على وحشية تناقص كل القيم الإنسانية لأننا نقدم حالياً لمرضانا كل الاهتمام و الرعاية من أجل الشفاء، ونجد أنفسنا نشعر بالألم ويتعذب ضمير الإنسانية أمام عجز المحرومين عن الحصول على الخدمات

الطبية لمرضاهم ومع ذلك ليس من المغالاة أن نقول أننا إذا تعمقنا في دخائل أنفسنا نجد أننا نشعر أحيانا بغضاضة وبخوف من المرضى العقليين مما يعكس بعض الرواسب المتخلفة من التراث الذي خلفه لنا من وضعوا مثل هذا القانون... وإذا اتسمت معاملة هؤلاء المرضى بالعنف والقسوة والاضطهاد والجهل والخرافة، إذ كان المرضى يقيدون بالأغلال وتكوى أجسامهم بالنار ويتعرضون لكل ما يمكن أن يتخيله ذهن من صنوف التعذيب وكانت ولا زالت ألفاظ مثل الجنون والخبل تحمل في طبيعتها معاني التحقير والاتهام والرعب، وهذه التصورات قديمة قدم التاريخ ولا زالت لها رواسب في طبقات نفوس الكثيرين مهما بلغوا من علم وثقافة... حقا إننا نستخدم الآن ألفاظا مثل المرض العقلي أو المريض عقليا لأنها أخف وقعا على السمع من ألفاظ الجنون و الخبل... ومع ذلك هل غيرت الألفاظ من المحتوى والمضمون؟ وهل غيرت من تصوراتنا نحو المرضى بأمراض عقلية؟ (سعد جلال، 1985، ص19).

ومع ذلك أن كل مريض بمرض عقلي إما أنه يرفض بقاء الحياة التي يحيهاها الناس وحينئذ كان يتهم بالهرطقة* والسحر والشعوذة أو أنه يستسلم بسلبية لعجزه عن تقبل هذه الحياة، وكان يقال عنه مسحورا وهذا هو الأساس الذي كان من أجله يحرق الناس ويعذبون ويسجنون، وإن كانت هذه المعاملة قد انتهت في وقتنا هذا إلا أن لها رواسبها فيما يتعرض له هؤلاء المرضى من تجاهل ورفض بعض الناس لهم (سلامة منصور محمد ونهى سعدي مغازي، 1998، ص25).

وفي العصر الحديث وبالضبط في التسعينيات أطلقت فكرة مدوية مفادها أن المرض العقلي مجرد خرافة أو أسطورة، وأن الفصام ليس مرضا، وهذه الأسطورة ابتدعها الأطباء النفسيون ليحكموا سيطرتهم الاجتماعية على مرضاهم، وهذه الفكرة أطلقها توماس زاس (thomas zas) (1960) وافترض أن المرض النفسي ناتج عن القمع وغياب العدل وهو مجرد استجابة اجتماعية، ويؤسس زاس موقفه من الطب النفسي المعاصر على مجموعة فروض يرى أنها مسلمات حول طبيعة المرض العقلي والعلاج النفسي، وتسمى هذه المصطلحات مجرد أساطير وشبه الطبيب النفسي في

* - الهرطقة: كلمة كانت تعني في القرون الأولى لميلاد المسيح الإيمان بآله واحد، والكفر بالوهية المسيح والثالوث والصور والصليب، وقد قتل الملايين من الهرطقة الموحدين دفاعا عن عقيدتهم لكن الكلمة أصبحت فيما بعد تعني الكفر بالكنيسة وهرابها وتعاليمها وبالحكام المتأمرين مع الكنيسة وجباة الضرائب.

العصر الحالي بالساحر في العصور الماضية لأن كلاهما يقوم بدور غامض، واعتبار المرض مجرد انحراف عن معيار فسيولوجي ليس إلا إذا كان الجسم يمرض فإن العقل لا يمرض بنفس الطريقة، وفرق زاس بين المخ الذي هو نظام عصبي يتعرض للمرض وقال بأنه من الخطأ الربط بينهما لأن بعض الأمراض كالفصام والهستيريا مجرد نزعات سلوكية لايجوز ربطها بأحداث فسيولوجية في المخ (محمد السيد عبد الرحمان، 2000، ص16).

تعتبر أفكار زاس أحد التصورات أو التوجهات المناهضة للطب النفسي الحديث باعتباره رمز من رموز طب النفس الراديكالي، إلا أن فكره يفتقد إلى الدقة العلمية التجربة فالأمراض العقلية إن لم تكن مصحوبة بأعراض جسمية ظاهرة أو كامنة تستطيع الأجهزة الحديثة مثل جهاز رسم المخ الكهربائي و تخطيط العضلات وغيرها وقد تعرض فكره لكثير من النقد وذلك لإيمان العلماء بوجود المرض العقلي الذي لا يمكن أبدا أن يكون أسطورة أو خرافة كما ادعى زاس.

2-1-4 في العصر البدائي:

تعتبر الأمراض العقلية و النفسية قديمة قدم الإنسان ،فإذا أمعنا النظر في الجذور التاريخية نجد أنه منذ حوالي (3000) سنة قبل الميلاد كان الاعتقاد السائد أن الأمراض العقلية والنفسية تسببها قوى خارجية تصيب الإنسان مثل مس الجن وتأثير الأرواح الشريرة وكان المريض يعزل حتى لا يؤذي نفسه والآخرين وانبثق عن هذا التصور محاولات علاجية بدائية خرافية مثل عملية تربنة الجمجمة، أي إحداث ثقب بها حتى تخرج منها الروح الشريرة، وادعى السحرة من جهة أخرى وكذا المشعوذين والعرافين وغيرهم القيام بعلاج حالات عقلية ونفسية بالسحر(عبد الرحمان الوافي، 1999 ، ص8).

وكان رجال الدين يأخذون المريض إلى المعابد حتى يعود السلام إلى حياته، فقد كان المريض يعزل، حتى لا يؤذي نفسه و الآخرين(حامد عبد السلام زهران، 1997، ص95).

وقد بينت الدراسات التي تمت على الشعوب البدائية أن الرجل البدائي كان يعتقد دائما وجود مخلوقات حوله لا يراها لكنه يسمع أصواتها مثل أصوات الرياح و أوراق الشجر وخرير ماء الأنهار وصوت المطر والعواصف، وتلاطم أمواج البحر وصوت الرعد...، و كانت هذه المخلوقات غير مرئية غامضة وغير متوقعة فتصورها تتقمص الحيوانات وغيرها من البشر كما تصور أن بعضها شرير وبعضها طيب ومنها القوي الذي يخشى بأسه ومنها الضعيف الذي لا يركن إليه.

وهكذا نظم آلهته سواء كانت طيبة أو شريرة في شكل طبقي تبعا لأسبقيتها في العبادة والتبجيل، فكان المسافر عندهم لمفرده في البيداء أو متسلقا الجبال أو مخترقا البحر بأنه ليس وحده، إذ يوجد لديه الإحساس بأن هناك دائما من يصحبه أو يرقبه وكلما زاد جهل الإنسان بالعالم المحيط به كلما فسر الظواهر على أنها من فعل الأرواح الشريرة(سعد جلال، 1985، ص20).

وكان من رجال القبائل من هم في نظر أفراد القبيلة أقدر على الاتصال بتلك الأرواح وتطويعها للخير أو للشر فكان كهنة القبيلة و ساحريها و مشعوذها يلجأ إليهم الناس في الأزومات والمرض، وابتدع الكهنة أو اكتشفوا بعض العقاقير التي كانت تشفي بعض الأمراض العقلية فكانوا مثل الأطباء والمعالجين، وكان يتم على أيدهم الشفاء.

وفي مجال الأمراض العقلية كانت مشكلة المريض غالبا في مجال السلوك أو في مجال علاقته بغيره ولم يكن لديه ما يشكو منه صحيا إذ كان في العادة إما يلوم نفسه أو غيره وحينئذ كان يبدو مختلفا عما كان عليه وكان هذا الاختلاف أو التغيير يعزى إلى شيطان من الشياطين تجسده أما إذا كان إله طيب قد تجسده فكان ينطقه بالحكمة وحينئذ تسمو به القبيلة إلى مرتبة الأنبياء، ولا زالت مثل هذه المعتقدات سائدة بين كثير من القبائل البدائية إلى يومنا(سلامة محمد منصور ونهى سعدي مغازي، 1998، ص35).

4-1-3 العرب في الجاهلية :

كان العرب في الجاهلية يعتقدون بوجود الجن و يخافونه و يرهبونه، و يظنون أن لها أماكن ومساكن في البوادي الجرداء ، و بطون الأودية المهجورة، و لا شك أن لطبيعة بلادهم الأثر في ذلك، و قد سبق وأن ذكرنا أن الضارب في البيداء والرحالة كان يشعر دائماً أنه ليس وحده وأنه هناك مخلوقات غير مرئية تصاحبه ولدى العرب الأساطير الكثيرة عن الجن والشياطين وما كان بينها وبين البشر من صداقات و عداوات ...

حيث أنهم عبدوا الجن قبل الإسلام خوفاً منها... وكانوا يقدمون الذبائح لها حيث كان المجنون عندهم رجل صرخته جنية و المجنونة صرعتها جني وذلك عن طريق العشق والهوى، وشهوة النكاح وكانوا يعتقدون أن الصرع نتيجة لمخالطة الجن للأنس وكان لدى غيرهم من الشعوب طريقان للعلاج طريقة الكهنة و العرافين وطريقة العلاج بالعقاقير.

والمعنى اللغوي اللفظي للجنون والخبل يحمل في ثناياه صلة المرض العقلي بالجن والشياطين، لقد أصبح هذين المصطلحين منبوزين من قاموس الطب العقلي بالإضافة إلى أنهما كلمتان أصبحتا مشحونتين بخلفيات التصور والنظرة التي كان ينظر بها إلى المرض بأمراض عقلية والمعاملة التي كانوا يعاملون بها، حتى أصبحت من ألفاظ السب والشتم، إن في تراثنا رواسب من الماضي جاءت إلينا على مر العصور سواء من القدماء المصريين أو من العرب، إذ لازالت هناك قطاعات متخلفة من الشعب تؤمن بدخول الجن في أجسام الأدميين فتلحق بها المرض، وكان يستخدم الزار لطرده الأرواح الشريرة، والأحجية والتمايم التي يقدمها السحرة والعرافين والمتصلون بالجان ويسخرها الدجالون لاستغلال السذج (سعد جلال، 1985، ص22).

4-1-4 القدماء المصريون:

يعتبر القدماء المصريون السباقين في وضع أسس الطب ثم اقتبسته منهم شعوب الشرق القديم كاليونان وسكان جزيرة العرب وغيرهم، وكانت الفكرة السائدة لديهم كما يقول **التجاني الماحي (1959)** أن الأمراض تنشأ عن غضب آلهتهم أو تأثير أرواح الموتى وتقمصها لجسد المريض وامتلاكها، إن هذه الأرواح بعد دخولها للجسم منها ما يصيب العظام ومنها ما يفتك بالأمعاء ومنها ما يشرب دم المريض أو يعيش على لحمه ويموت المريض من جراء فتكها بأجهزته، إلا إذا كان في الاستطاعة طردها قبل أن تسبب أذا جسميا بجسده لذا كان من أهم دعائم علاجهم معرفة السحر لطرد هذه الأرواح الخطرة والقضاء عليها بالتعاون والرقى، ويشرع بعد ذلك في استعمال الدواء والغذاء لمعالجة الأضرار الحسية التي تنشأ من دخول الروح الشريرة بجسد المريض وكانوا يعلقون قطعاً من الحجارة أو الخشب على رقابهم أو يربطونها بعضو من أعضائهم إنقاءاً للمرض وكان الكهنة يعالجون المرض بقراءة الطلاسم السحرية قبل استعمالها و يعتمدون في معالجتهم على الرقى والعزائم السحرية أكثر من اعتمادهم على العقاقير الطبية (سعد جلال، 1985، ص 21).

واعتقد المصريون القدماء أن الأمراض عامة والأمراض النفسية والعقلية خاصة تنشأ من غضب تلك الظواهر-تأثير أرواح الموتى- وهكذا كان مفهوم تسلل المرض إلى الجسم والعقل، لذلك فإن من المهم جداً لديهم معرفة السحر والاستعانة بالتمائم القادرة على طرد الأرواح وإخراجها من الأعضاء، هذا مع استعمال بعض الأعشاب والمواد والأدوية التي لاحظوا أنها تساعد على طرد الأرواح وحصر ظهورها أو منعها من الدخول في جسم الإنسان بصورة مطلقة باستخدام حجاب حصين أو تميمة قادرة على منع المرض والأرواح من اختراق جسم الإنسان وروحه (موفق هاشم صقر الحلب، 2000، ص 70).

و بالرغم بأن المصريين استعملوا طرقا علاجية وتفسيرية خرافية للمرض العقلي إلا أنهم كانوا أول من ميز المرض النفسي ووصفوه وكتبوه على أوراق البردى قبل الميلاد(حامد عبد السلام زهران، 1997، ص25).

4-1-5 العصر اليوناني والروماني:

كان اليونان القدماء يؤمنون بأن المرض من عمل الشيطان، فالشياطين تتجسد البشر وخاصة الأمراض النفسية والعقلية التي كانوا يطلقون عليها اسم المرض المقدس حيث كان يعتقد تارة بأن أرواحا خيرة قد دخلت المريض، ولذلك كان يعامل بالحسنى والاحترام والحماية، بينما كانت أمراض أخرى يعتقد أنها بسبب أرواح شريرة كانت تعالج بالقسوة والشدة والضرب لطرد تلك الأرواح الشريرة التي لا تفهم المعاملة الحسنة ولا ينفع معها إلا التعذيب و الضرب(موفق هاشم صقر الحلب، 2000، ص71).

وكان الرومان و اليونان يعملون على التخلص من هذه الفئة من البشر باعتبارها تشكل عبئا ثقيلًا على المجتمع، بواسطة القتل وبأشنع من ذلك، فكان في إسبارطة يتم التخلص منهم عن طريق رميهم من أعالي الجبال للحيوانات المفترسة ويقيدون بالسلاسل ويوضعون في ملاجئ مظلمة ويضربون ضربا مبرحا لاعتقادهم أنهم سوف يتحسنون(تيسير مفلح كوافحة، 2004، ص40).

ولكن بعض علماء الإغريق اعترضوا على هذا التصور فكان لهم الأثر الأول في نشأة مفاهيم واعية للطب وكان من أوائل هؤلاء أبوقراط (400 ق.م) حيث قال إن المخ هو عضو العقل، وأن المرض العقلي ينتج عن مرض المخ، ولاحظ دور الوراثة والاستعداد وعلاقتهما بالاضطرابات العقلية وذكر منها الهوس والهستيريا والصرع واسقط عن الصرع كلمة المرض المقدس(حامد عبد السلام زهران، 1997، ص96).

أما أفلاطون أشار إلى صراع الرغبات عند الإنسان وعدم توازنها، أما أرسطو تأثر بمواقف أبوقراط وركز على الجانب الفسيولوجي في ظهور المرض العقلي (بدرة معتصم ميموني، 2003، ص10).

ولم يستطع أتباع أبوقراط متابعة أراء معلمهم إرضاء لعقيدته العامة، وهكذا جاء بعده تلميذه اسكليبادوس (Asclibados) الذي استطاع أن يميز بين هذيان الحمى وبين أشكال الاضطرابات العقلية المزمنة وفرق بين الأوهام والأفكار غير الواقعية التي يتمسك بها أصحابها، كما أنه أبدع طرقا جديدة لعلاجها و إشعار المريض بالراحة بدل سجنه .

وفي أواخر القرن الأول قبل الميلاد جاء سورانوس (soranus) الذي استمر على طريقة اسكليبادوس وسمح بتهوئة حجات المرضى العقليين ونصح باستخدام اللين وعالج المصابين بالهوس بوضعهم في أماكن هادئة بعيدة عن الضوضاء، وأزال الصور والرسوم والألوان على الجدران.

اعتبر جالينوس (jalinus) في القرن الثاني للميلاد الدماغ قاعدة للعقل، وأتى بتجارب عديدة وعملية لإثبات أن المخ هو أساس الروح، وألح على الرفق بالمرضى وحسن معاملتهم (موفق هاشم صقر الحلب، 2000، ص72).

4-1-6 العصور الوسطى:

وفي العصور الوسطى حدثت نكسة وعاد الفكر الخرافي والخزعبلات كما انتشرت الشعوذة وساد الدجل مرة أخرى وعادت فكرة تملك الأرواح الشريرة لجسم الإنسان وتعتبر العصور الوسطى عصورا مظلمة بالنسبة للعلاج النفسي، فقد عاد العلاج إلى سابق عهده في العصور القديمة، حيث كان الأغنياء يأتون بالمجانين وضعاف العقول ويرعونهم مقابل أن يعملوا أي عمل يطلب منهم (عبد الرحمن محمد العيسوي، 1990، ص21).

وقام رجال الدين بمحاولات علاجية تحت اسم العلاج الديني أو العلاج الأخلاقي وكان العلاج يتكون من بعض الأعشاب ومياه الآبار المباركة والتعويذات والأنشيد بقصد طرد الشيطان والجان، وكذا ربط المريض بالسلاسل وتجويعه وضربه بالسياط بدعوى أن هذه الطريقة تعيد الذاكرة المريض (حامد عبد السلام زهران، 1998، ص97).

وقد كان يتم تفسير المرض العقلي حينذاك وفقا لوجهتي نظر مختلفتين هما:

- أن الأرواح الشريرة وهو ما يعبر به عن المرض أو الاضطراب، كانت تحل في الجسد بدون رغبة صاحبها كعقاب من الله على ما ارتكبه الإنسان من ذنوب وشرو واثام وذلك في حالة المرض العقلي.

- أن الأرواح الشريرة قد تحل في الجسد برغبة من صاحبه، وذلك نتيجة لاتفاق مسبق مع الشيطان والتحالف معه للعمل بشكل مشترك.

وقد ساد التصور بأن المرضى والمضطربين وغيرهم ممن حلت الأرواح الشريرة بأجسامهم كانوا السبب المباشر في جلب الكوارث وحدث الفيضانات والمجاعات بسبب ما كانوا يقومون به من أعمال السحر المزعومة مما يجعلهم يستحقون الموت للتخلص من شرورهم، ولقد كانت تلك العصور الوسطى بحق من أظلم فترات التاريخ حيث سمحت القوانين رسميا بتعذيب وقتل آلاف الأبرياء من المرضى وذوي الاضطرابات النفسية والعقلية والمعاقين عامة(رمضان محمد القذافي، 1998، ص17).

وهنا يلاحظ نكوص إلى مواقف تمحي كل التطورات التي قدمتها الحضارات السابقة في تفسير موضوعي للأمراض العقلية.

4-1-7 عصر النهضة:

في هذا العصر تم التخلص بسرعة من اعتقادات القرون الوسطى ومن الشعوذة وأعيد عهد أبوقراط الذي رفض تفسير الواقع على أساس الاعتقادات الدينية والخرافية. وظهر التفسير الموضوعي مرتبطا باضطراب فسيولوجي أو دماغي وتصنف الأمراض العقلية ودراسات عديدة على المرضى العقلين دون أن يغير هذا شيئا في معاملتهم وبقوا يعيشون في ظروف صعبة رغم تطور مفهوم احترام الفرد في هذه الفترة(بدره معتصم ميموني، 2003، ص20).

وفي هذا العصر وجهت انتقادات عديدة لطرق المعاملة السابقة للمرضى العقلين حيث ذكر الطبيب الفرنسي اسكويرول (Eskuirol) عن مستشفيات للأمراض

العقلية حيث قال "لقد رأيت المرضى عرايا لا يحميهم من برد الأرض الرطبة سوى القش يحرمون من الهواء النقي، كانوا مع سجانين قساة يشرفون عليهم بوحشية يتركونهم في قذارتهم تحت عبء الأغلال ينتظرون لحظة الموت تحت سيطرة السوط والسجن..."

ثم تبعه مجموعة من العلماء حاولوا الرفع من مستوى معاملة هذه الفئة ومحو التصورات الخاطئة حول طبيعة وأسباب وطرق علاج المرضى.

4-1-8 في العالم العربي الإسلامي:

ازدهرت علوم الطب والعلاج، ومن أعلام العرب نجد "الطبري والرازي وابن سينا" وتأثروا بروح الإسلام في رعايتهم للمرضى العقليين وأقاموا المستشفيات لهذه الفئة وتاريخ "البيمارستانات* في العالم الإسلامي يعطي صورة مشرفة للمعاملة التي كان المرضى يتلقونها بالرغم من أنه في أول الأمر كانت معاملتهم مماثلة لنظيرتها في أوروبا حيث كانوا يقيدون بالأغلال ويوضعون في الزنانات ويعالجون بالسحر والرقى والعزائم إلى أن جاء الإسلام (حسين عبد الرحمن أحمد رشوان، 1999، ص244).

ومع ظهور الديانات السماوية والتي طالبت بمعاملة هؤلاء معاملة إنسانية خاصة بهذه الفئات، بما جاء به ديننا الحنيف من مبادئ المساواة بين الناس حيث يقول الله تعالى في محكم تنزيله "يا أيها الناس إنا خلقناكم من ذكر وأنثى وجعلناكم شعوبا وقبائل لتعارفوا إن أكرمكم عند الله أتقاكم إن الله عليم خبير" (الحجرات الآية 13).

وقال أيضا "لقد خلقنا الإنسان في أحسن تقويم" (التين الآية 04).

وقال أيضا "ولقد كرمنا بني آدم وحملناهم في البر والبحر" (الإسراء الآية 70).

ثم ظهر الاهتمام بدراسة الطب الشعبي كجزء من الاهتمام بالثقافة الشعبية ككل وينقسم العلاج بالطب الشعبي في الدول العربية إلى قسمين "علاج مادي يشمل العلاج

* - البيمارستانات: كلمة فارسية مركبة من كلمتين "بيمار" بمعنى المريض أو العليل و"ستان" بمعنى مكان أو دار ليمرض ومن أمثلتها بيمارستان هارون الرشيد بني راسان

بالأعشاب والعلاج بالحمية إضافة إلى الكي والحجامة، وعلاج معنوي يشمل العلاج بالقرآن والأحجية التماثلية.

إن الإسلام ليس ديناً فقط بل هو إطار أخلاقي تربوي اجتماعي وقانوني نجده في كل تفاصيل الحياة اليومية للناس لذلك نجد أن اللجوء إلى التفسير الديني والرجوع للإرادة الإلهية من المسلمات الدائمة لدى عامة الناس، فالكائن البشري هو كائن مقدس وهو خليفة الله في الأرض ويجب تقبله كما هو وكما وصفه الله (سليمان بومدين، 2006، ص33).

4-1-9 المجالات التفسيرية والعلاجية للمرض العقلي في القديم:

لقد اعترضت الإنسان منذ بدايته ظواهر عديدة تعامل معها بحسب الظروف التي كان يعيش فيها، وقد أثارت مجموعة من التساؤلات عن معناها وعن مصيرها ومدى تهديدها لتلك المجتمعات، والمرض العقلي من الظواهر المثيرة التي حاول الإنسان أن يفسرها ويبحث عن أسبابها كي يستطيع علاجها، وقد تعرضنا فيما سبق للتصورات البدائية في العصور السابقة من حيث ارتباط المرض العقلي بالأرواح الجن والشياطين السحر والعين... وكانت تعتبر عندهم نماذج تفسيرية و علاجية للمرض العقلي.

4-1-9-1 السحر:

هو عبارة عن نوع من السلوك مرتبط ومعتد على تصور ما في نوع أو أنواع من القوى والطاقات فوق الطبيعة، وليس من الضروري أن يكون السحر مرتبطاً بالدين، ولكن في الكثير من الحالات يكون مرتبطاً ارتباطاً وثيقاً به، وذلك أن إيديولوجيات الاستحياء وتعد الآلهة المليئة بالقوى الروحية التي يمكن استخدامها للمساعدة على تنفيذ أعمال مرغوبة في تصوراتهم، وهي بذلك تكون أساساً طبيياً

للممارسة السحرية عند المجتمعات البدائية حيث كان من الصعب التفريق بين الدين والسحر لأنهما يعتمدان على الاعتقاد بوجود قوى فوق الطبيعية.

ونجد أن الكثير من رجال الدين يمارسون السحر، كما كان السحرة في أوروبا -العصور الوسطى- يستخدمون نصوص من الكتب المقدسة، وفي المجتمعات القديمة كان يمارس أيضا تقديم الأضاحي البشرية ثم فيما بعد استبدلت هذه الأضاحي بالفدى وكان مدلولها السحري الحصول على رضا الأرواح، وكانت القرابين السحرية المعتادة تتكون عادة من جزء من المحصول أو نوع معين من الحيوان والهدايا والرقص الطقسي مثل الزار أو البوري في مصر ومناطق أخرى من أفريقيا وهي بقايا سحرية دينية نابعة من تصورات الحضارة الشعبية من أجل استجداء الأرواح لأغراض التطبيب البدني والنفسي (محمد الخطيب، 2000، ص150).

وقد حرمت الشريعة الإسلامية السحر لما فيه من ضرر، ولما يشترط من الوجهة لغير الله حيث قال الله تعالى "ولكن الشياطين كفروا يعلمون الناس السحر وما أنزل على الملكين ببابل هاروت وماروت وما يعلمان من أحد حتى يقولوا أنما فتننا فلا تكفر فيتعلمون منما ما يفرقون به بين المرء وزوجه وما هم بضارين به من أحد إلا بإذن الله" (سورة البقرة الآية 102)، وهذا يدل على أن السحر موجود منذ القدم فقد سحر رسول الله صلى الله عليه وسلم حتى كان يخيل إليه أنه يفعل الشيء ولا يفعله وجعل سحره في مشط ومشاقة وجف طلعه ودفن في بئر دوران فعن عائشة رضي الله عنها أنها قالت "سحر رسول الله صلى الله عليه وسلم حتى كان يخيل إليه أنه يأتي نساءه ولا يأتهم وذلك أشد ما يكون من السحر"

بهذا يعرف السحر القاضي عياض بأنه مرض من الأمراض، وعارض من العلل يجوز عليه الرسول (ص) كأنواع الأمراض مما لا ينكر ولا يقدر في نبوته... فهو عرضة لآفات كسائر البشر، والسحر نوعان أحدهما وهو أبلغهما استخرجه وأبطله كما صح عن الرسول (ص) دعا ربه، فاستخرجه من البئر، فكان في مشط ومشاقة وهذا بمنزلة إزالة المادة الخبيثة وقلعها من الجسم، النوع الثاني الإستفراغ في المحل الذي يصل إليه أذى السحر فإنه له تأثير في الطبيعة، و هيجان أخلاطهما وتشويش

مزاجها، فإذا ظهر أثره في عضو، وأمكن إستفراغ المادة الرديئة من ذلك العضو ونفع جدا (ابن القيم الجوزية، 2001، ص114).

ويعرف ابن خلدون علوم السحر والطلسمات بأنها علوم بكيفية استعدادات تقدر النفوس البشرية بها على التأثيرات في عالم عناصر ما بغير معين من الأمور السماوية والأول هو السحر والثاني الطلسمات (عمر سليمان الأشقر، 1997، ص71).

إن السحر عبارة عن طقوس وإجراءات ميكانيكية، ويقوم بالعمل السحري أوتوماتيكيا كل من له دراية بهذه الطقوس والإجراءات .

ويعتقد **جيمس فريزر** أن السلوك السحري والاعتقاد به يشابه العلم، لأنهما يفترضان أن تسلسل الحوادث مرتبط ببعضه وأن الحدث السابق يصبح مسبقا لللاحق لكن السحر عبارة عن قائمة إجرائية تتضمن المعتقد والشكل والسلوك، والسحر لا يعترف بوجود أدلة مناهضة بل على العكس يتطلب اقتناعا مؤمنا لايعتريه الشك وبذلك فهو علم دوجماتيكي سيء جدا لكنه مقبول تماما عند المؤمنين به (محمد الخطيب، 2000، ص151).

ويقدم **تايلور** أربعة أسباب لإيمان الشعوب البدائية بالسحر الأول هو أن بعض النتائج السحر تحدث فعلا، والثاني أن الساحر غالبا ما يستعمل الخداع والإيهام والإيهام والتلاعب بالألفاظ العمومية التي تحمل كافة التأويلات الشخصية، والسبب والثالث أن المؤمنين بالسحر يذهلون من النتائج ويتأثرون بها والسبب الرابع أن عدم تحقق المطالب يفسر دائما بوجود قوى سحرية أخرى مضادة تعمل على عدم إنجاح المطلوب.

ويمكن أن يقسم السحر إلى قسمين "السحر النافع" الذي يستخدم للمساعدة والتطبيب و "السحر الضار" ويسمى السحر الأسود والذي يقصد بها إلحاق الضرر أو الموت بالآخرين، ويقوم السحر على مبدئين الأول عن طريق التقليد و المبدأ الثاني هو أن السحر الاتصالي ويقوم على مبدأ شيتين أو شخصين وشيء يملكه ومن ثمة حصول الساحر على أثر أي منديل أو شعر أو ملابس، والتأثير على المرغوب.

ويرى **مالينوفسكي** أن السحر جانب مهم من حياة المجتمعات البدائية... وأداة للتعبير عن الفكر المرغوب والسلوك والأمل المنشودين، وعلينا أن نلاحظ أن الاعتقاد

في السحر ليس قاصرا على الشعوب البدائية، بل يشترك في ذلك كثيرون من الأفراد في الشعوب المتقدمة أيضا ولعل هذه بقية حضارية أو جزء من تكوين الإنسان الحضاري وتراثه (محمد الخطيب، 2000، ص152).

4-1-9-2 الجن:

قد تثير بعض الأمراض النفسية والعقلية نوعا من الخوف الغامض و هذا الخوف ناتج خاصة عن طبيعته والأسباب المنسوبة إليها الجن، السحر... فإذا تحدثنا عن الجن والإيمان بوجوده فهو واقع اجتماعي لا مفر منه فالجن والشياطين هي أرواح خفية يمكن أن تمتلك جسم الإنسان أو جزء منه أو عقله وهذا التصور ليس حديثا بل بدأ مع الإنسانية ومازال حيا في ذاكرة الإنسان في عهد غزو الفضاء من طرف أوروبا وأمريكا ويرجع ذلك إلى تعدد الطوائف الدينية ، وفيما يخص الجزائر فنسبة الإصابة النفسية إلى الجن هي حقيقة اجتماعية ودينية و مصدر كلمة جن مظلم والجن يأتي من الظلام لكن من الممكن أن يتجسد ويظهر للإنسان في أشكال عديدة فيهم من هو طيب فيهم من هو شرير وتظهر طقوس عديدة في العادات اليومية لتهدئتهم خاصة عند المرور على المجاري المائية وقول بسم الله عند المرور بالأماكن التي يعتقد وجودهم فيها... وهناك وسائل علاجية تظهر في التعزيم وحمل الطلسميات والأحجية وزيارة الأضرحة(بدره معتصم ميموني، 2003، ص26).

كما عبد العرب الجان قبل الإسلام خوفا منها ورهبة، والمعنى اللغوي للفظ المجنون يحمل في ثناياه صلة المرض النفسي بالجان في الثقافة العربية، والكلمة كثيرا ما استعملت حاليا كإحدى ألفاظ السب، ففي التراث العربي الثقافي رواسب من الماضي جاءت إليه على مر العصور، إذ لازالت هناك قطاعات من الشعب تؤمن بدخول الجن في أجسام الأدميين وتلحق بهم المرض(سعد جلال، 1985، ص70).

ويعتقد الناس أن من الجن من هو خير ومن هو شرير يسبب الأذى للفرد حيث يرى نعموني أن الجان تسبب أربعة أنواع من الأمراض هي:

✦ الضرب أي أن بني آدم يمكن أن يضربهم الجن، وفي هذه الحالة يكون المرض قصير المدة.

✦ السكن ويعني إقامة الجن داخل جسم "المسكون".

✦ التملك أي يصبح الإنسان ملك للجن.

✦ اللبس أي ملازمة الجن للإنسان.

ويعتقد البعض أن حالة "المضروب" أقل خطورة من حالة "المملوك" الذي يصبح جسمه في خدمة الجن الذي يسكنه وفي هذه الحالة تصبح الاضطرابات أكثر خطورة والسحر المستعمل في إخراجه أصعب (إسماعيل قيرة وآخرون، بدون سنة، ص 80).

كما يرى البعض أن هذه الكائنات لا يؤتمن جانبها وهجماتنا في الغالب تستنقص الصحة فتسبب أمراض عديدة ومن بينها نوبات الصرع وهو نوعان "صرع الأرواح الخبيثة" و "صرع الأخلط الرديئة" فالأول علاجه مقابلة الأرواح الخيرة العلوية لتلك الأرواح الشريرة الخبيثة فتدفع أثارها وتعارض أفعالها وتبطلها، وقد نص "أبوقراط" في بعض كتبه فذكر بعض علاج الصرع، وقال هذا إنما ينفع من الصرع الذي سببه الأخلط والمادة، أما الصرع الذي يكون من الأرواح، فلا ينفع فيه هذا العلاج.

وقال أن جهلة الأطباء... ينكرون صرع الأرواح، ولا يقرون بأنها تؤثر في بدن المصروع، أما قدماء الأطباء فكانوا يسمون المرض "المرض الإلهي" وقالوا أنه من الأرواح وهذا ما أيده "جالينوس" وغيره لأن العلة تحدث في الرأس، بالجزء الإلهي الطاهر الذي مسكنه الدماغ (ابن القيم الجوزية، 2001، ص 61).

ويرفض مفكري الإسلام بعد دراسة معمقة وجود الجن فالمعتزلة اعتبروهم كرموز دون حقيقة ورفض ابن سينا وجودهم ويفسر وجود اللفظة في القرآن كتحديد فقط وابن خلدون يعتبرهم كمتشبهات غامضة.

ومهما كانت صفة الجن فنسبة الإصابات المختلفة إلى الجن واقع اجتماعي راسخ في فكر الإنسان فزبائن "ضربات الكارطة" و "الطلبية" يأتون من كل الجماعات الثقافية والاقتصادية والأطباء هم من يستعملون هذه الوسائل بنسبة كبيرة وهذا يدل أن مهما كان التكوين العلمي العقلاني فإنه لا يمحي المعتقدات والتصورات الراسخة في

فكر الإنسان، ويقول نور الدين طرابلسي نشاهد حالياً في الجزائر عودة قوية للاعتقاد والطقوس الدينية وما جاورها (الوعدة، النشرة، زيارة الأضرحة...) كوسيلة مقاومة للتجديد والتغيير الاجتماعي (بدرة معتصم ميموني، 2003، ص 27).

4-1-9-3 العين:

العين المعجبة بجمال أو صحة الفرد أو الشيء تؤذي وفيه أشخاص "يعينوا" أشخاص فالعين الحسود مضرّة وتسيء إلى من تقع عليه حيث روى مسلم في صحيحه عن ابن عباس قال رسول الله صلى الله عليه وسلم "العين حق ولو كان شيء سابق القدر لسبقته العين" (ابن القيم الجوزية، 2000، ص 139).

والعين عينان عين إنسية وعين جنية فقد صح عن أم سلمى أن النبي ص رأى في بيتها جارية في وجهها سعة فقال إسترقوا لها فإن بها النظرة وقال الحسن بن المسعود الفراء وقوله "سعة" أي نظرة بعين من الجن بها عين أصابتها في نظر الجن أنفذ من السنة الرماح (ابن القيم الجوزية، 2000، ص 141).
وقولنا النفس أي العين يقال فلان أصابته نفس أي العين (ابن القيم الجوزية، 2001، ص 151).

وتقول نادية بلحاج في كتابها (التطبيب والسحر في المغرب) في المغرب يعتقد العامة أن النظرات التي تتبعث من عين الحسود والتي تكون مصحوبة بكلام يعبر عنها دون أن تضاف كلمة "تبارك الله" فإنها تؤذي المحسود وتضره وتشير إلى العبارات السحرية والوسائل الواقية منها كالخامسة كما يقال عندنا خمسة في عينيك أو تعليق يد من فضة أو ذهب في الرقبة، و الشب، أم الناس...

و أكد وسترماك في دراسته بأن العين كانت تخشاها شعوب مختلفة و يبدأ الإيمان في التأثير الفعلي للعين الشريرة متشابهة عند الساميين و الأوربيين وشعوب البحر المتوسط واستعمال الخامسة "اليد" منتشرة في بلدان البحر الأبيض المتوسط والهند ووجد في المعابد وقبور المصريين والبابليين والفينيقيين والقرطاجيين وفي الهند القديمة. وتستعمل أيضا الصفيحة "حذوة الحصان" وتوضع على الباب غالبا ويلاحظ إبداع في اختيار واقي العين من عجلة السيارات (Pneu) أم ابن خلدون فيقول "ومن قبيل

هذه التأثيرات النفسية الإصابة بالعين وهو تأثير من نفس المعيان عندما يستحسن بعينه مدركا من الذوات أو الأحوال ويفرط في استحسانه وينشأ من ذلك الاستحسان حينئذ أنه يروم معه سلب ذلك الشيء، وتعتبر هذه القوى فطرية، كما يمكن أن "تعيين" شخص عن حب لآعن حسد دون قصد ونجد أن عددا من الاضطرابات النفسية ترجع إلى الإصابة بالعين (عبد ابن خلدون، 2004، ص500).

لا يمكن تأكيد الجن والسحر والعين أو نفيهما فالهدف من هذا إعطاء فكرة عن التصورات ومدى قدمها في الفكر الإنساني لأن هذه التصورات واقع اجتماعي يرتكز على وقائع دينية مما يعطيه أكثر قوة، ويجب علينا أن نأخذه بعين الاعتبار.

4-2 التصورات الحديثة للمرض العقلي:

كان المرض في السابق يفسر بعدة تفسيرات عضوية أو غيبية ميتافيزيقية ترتكز أساسا على نظرة المجتمع وتصوره للعالم، وفق المعتقدات والقيم التي نشأ عليها، ولكن مع ظهور العلوم وتطورها علم النفس، علم الاجتماع، الطب... خاصة في القرن العشرين وانطلاقا من الإدراك السابق أصبح ينظر إلى المرض العقلي من منظور بيو-طبي-نفسى-اجتماعي.

4-2-1 النموذج البيولوجي (modèle piologique):

يفترض النموذج البيولوجي أن الأسباب الرئيسية وأفضل الأساليب فعالية في علاج السلوك الشاذ تكون بيولوجيا بالدرجة الأولى، ويقترح هذا النموذج على وجه التحديد أن الإختلالات الوظيفية الحيوية للجهاز العصبي على وجه العموم وللمخ على وجه الخصوص تكون مسئولة عن الاضطرابات العقلية، وأن استخدام الأدوية والعقاقير سوف يعدل من الإختلالات الوظيفية ويعالج أو يزيل هذه الظروف (محمد السيد عبد الرحمن، 2000، ص56).

فقد أكدت كثير من النظريات على الدور الهام الذي تلعبه العوامل البيولوجيا بالوراثة في تشكيل أعضاء الجسم وتنظيم وظائفها وفي طبع الإنسان بصفات نفسية

تختلف من شخص إلى آخر، كما اتجه بعض العلماء إلى التصور بوجود بعض العوامل الوراثية التي يؤدي إلى تعميق الاستعداد للإصابة بالأمراض العقلية وعلى وجه الخصوص مرض الفصام سواء كان سبب الاضطراب هو خلل كيميائي أو مرض يؤكد نقص أو زيادة في إفراز بعض الأنزيمات أو الأحماض أو ما يشبهها، إذ يؤكد العلماء أن العلة تكمن في العوامل البيولوجيا التي لم يتوصلوا إلى إثباتها بشكل نهائي (رمضان محمد القذافي، 1997، ص74).

4-2-1-1 التصور الراهن لاضطرابات المخ:

عندما ننظر إلى الافتراضات الضمنية للنموذج البيولوجي لاضطرابات العقلية سوف نجد بعض أوجه التشابه بين ما ذكره اليونانيين القدامى منذ (2500) سنة مضت وما ذكره الأطباء اليوم ومن هذه الافتراضات:

✦ إن ما يصيب المخ من تلف أو اختلال وظيفي يعد مسئولا عن الاضطراب العقلي.

✦ أن التشخيص الدقيق لاضطرابات العقلية يتطلب معرفة أوجه القصور في الوظائف البيولوجية للمخ المسببة لهذا الشذوذ.

✦ أن العلاج المناسب يتضمن بذل جهد بتعديل أو استبعاد الاختلالات الوظيفية للمخ والتي تتم حاليا باستخدام العقاقير.

وتمثل الاضطرابات المعرفية مجموعة من الاضطرابات العقلية الخطيرة تتميز بما يصاحبها من إختلالات تبرهن على وجود اضطرابات أو خلل وظيفي بالمخ وقد تم جمعها في (الدليل الإحصائي والتشخيصي للأمراض العقلية، الطبعة الرابعة 1994) تحت مفاهيم مثل الضلالات الهذاء وفقدان الذاكرة، وغيرها من الاضطرابات المعرفية الأخرى (محمد السيد عبد الرحمن، 2000، ص57).

وقد أدت الاستكشافات التي تمت في مجال العوامل البيولوجيا إلى تطورات مثيرة في اكتشاف المرض وخاصة ما تعلق منها بالتصور العصبي والوراثة، وبهذا أصبح النموذج البيولوجي ذو تأثير فعال في مجال علم النفس المرضي.

4-2-2 النموذج الطبي (Modèle Médical):

جاء النموذج الطبي لتجديد كل تحريف حدث في العصور الوسطى خاصة طرق العلاج التي كانت تعتمد على التعاون في العلاج المرضى العقلي أو الرقى وتلاوة الصلوات والعزائم فوق المريض لتخويف الأرواح حتى تفر هاربة و تترك جسد المريض (عبد الرحمن محمد العيسوي، 1990، ص27).

وقد وضع النموذج الطبي نسق التصنيف الذي أدى إلى بحث شامل في علم أسباب الأمراض، أو مبحث إتيولوجيا المرض* للتنبؤ والعلاج لأنواع متعددة من الإختلالات السيكلوجيا وعلى أي حال فهذا الكم الهائل لهذا البحث قد أضاف القليل جدا لفهنا للأمراض العقلية الزهايمر (Alzheimer) وربما كانت الإضافة الأكبر هو أن الاضطرابات العقلية المختلفة قد وجدناها مترابطة مع المخ أو مرض المخ وهذه النتائج المبكرة قد أشار إليها من قبل رواد الطب النفسي في القرن الماضي من أن الأساس العضوي لكل المشكلات السيكلوجية ينبغي أن يكون قد اكتشف في وقتها وعند هذه المرحلة ينبغي أن يظهر هذا التفاؤل المبكر الذي لا أساس له من الصحة، حتى ما يسمى بالأذهنة العضوية فإن هناك مشكلات لدى كثير من الأفراد الذين يشيع لديهم تلف المخ حيث يظهرون بوضوح علامات كلينكية قليلة حيث أن تلف مخ الجسم يمكن أن يحدث للمرضى الذين تكون إصابتهم سطحية نسبيا لذلك فإن العوامل السيكلوجيا تكون مهمة حتى في المجالات الطبية المسلم بها (عباس محمود عوض، 2000، ص67).

هذا النموذج يرى بأن المرض سواء كان جسمي أو نفسي ينسب إلى أسباب عضوية مرتبطة بحادث وراثي قبل وخلال أو بعد الولادة، و هنا يجب البحث عن السبب والدواء للعلاج، ويتبين أن هذا النموذج يعطي الأولوية للأسباب العضوية (organique) (بدره معتصم ميموني، 2003، ص، 32).

* - المبحث الايتولوجي (etiology): يهتم بدراسة أسباب الأمراض النفسية والعقلية و السيكوسوماتية ونشأته، ولا يستخدم المصطلح للإشارة للسبب نفسه، وإنما هو علم دراسة أسباب الأمراض.

4-2-3 النموذج النفسي (modèle psychologique):

ينظر البيولوجيون إلى الاضطرابات العقلية من زاوية الجزئيات ليرى المحللون النفسانيون خلف المرض العقلي اختلالاً يطرأ على الجهاز النفسي، ويندرج في الدينامية النزوية كما جاء بها فرويد.

حيث يفترض فرويد مؤسس هذه النظرية أن الجهاز النفسي يتكون من الأنا (le moi) الأنا الأعلى (le sur moi) الهو (le ça) فالهو هو منبع الطاقة الحيوية والنفسية ومستودع الغرائز والدوافع الفطرية التي تسعى إلى الإشباع، ويمثل الهو حسب فرويد الصورة البدائية للشخصية قبل أن يتناولها المجتمع بالتهذيب، أما الأنا الأعلى فهو مستودع المثاليات والأخلاقيات والضمير والمعايير الاجتماعية، ويعتبره بمثابة سلطة داخلية أو الرقيب النفسي أما الأنا فهو مركز الشعور والإدراك الحسي الخارجي والداخلي، والمشرف على الدفاع عن الشخصية وتوافقها وحل الصراع بين مطالب الهو ومطالب الأنا الأعلى، وإذا فشل ظهرت أعراض العصاب والذهان (حامد عبد السلام زهران، 1980، ص 111).

حيث كان العلماء في بداية الحركة التحليلية يركزون على الدور المرضي الذي تلعبه إحداث الحياة العاطفية ثم تطور التحليل النفسي وعرج صوب نموذج تصوري آخر يعتمد فكرة التثبيت (fiction) والنكوص (régression) إلى مراحل قديمة تمثل أولى العلاقات الموضوعية.

إن فكرة وضع تصنيف عام للأمراض العقلية تعزى إلى أبرهام (Abraham) حينما طرح المبدأ القائل بوجود علاقة بين المرض العقلي والتطور اللبيدي (libido) فاقترح تصنيفاً لها تبعا لمرحل النمو اللبيدي فكل شكل مهم من أشكال المرض العقلي (عصاب، ذهان) يقابله نمط علاقات لبيدية تعود إلى مراحل النمو، فالمرحلة الفموية هي أول مراحل التطور اللبيدي، حيث يشكل المص فيها خلال الأشهر الست الأولى لنشاط الرئيسي، فالطفل مغمور بمكافآت نرجسية ويفتقر إلى الشعور الدقيق بالعالم الخارجي، وتشكل هذه الخلوية قبل لفظية أساس تكوين الفصام.

أما المرحلة الشرجية نجد في تشبيق البراز الذي يرمز إلى تجاذب وجداني اتجاه الموضوع المحبوب أو المنبوذ في ذات الوقت نواة الذهان الشبه عظامي لافصامي (**psychose paranoïdenon schizophrénique**) والمرحلة القضيبيية تشكل قلق الخساء(عند الطفل) ورغبة القضيبي عند البنات الناتجين عن صراع الأوديب نواة الهستيريا (**Hystri**) (محمد شلبي، 1998، ص ص 75-76).

يتبين لنا أن مدرسة التحليل النفسي ركزت على الصراع القائم بين مكونات الجهاز النفسي الذي يستمد جذوره من التاريخ الطفلي للشخص، لكن فرويد لم ينفي وجود الأسباب الوراثية و التكوينية.

إن هذا النموذج يعطي الأولوية للأسباب النفسية، وقد حاول هاي (**H-Hey**) الجمع بين النظرية العضوية و النظرية النفس دينامية، وأعطى توجه سماه عضو دينامية انطلاقا من نظرية جاكسون (**Jackson**) الذي يرى أن الاضطراب يؤدي إلى انحلال سلمي من المعقد إلى البسيط هذا ما يؤدي إلى اضطرابات نفسية هامة، لكن لم ينجح كثيرا لأن العضوية تبقى لها الأولوية في النظرية(بدرة معتصم ميموني، 2003، ص32).

4-2-4 النموذج السلوكي (Modèle Behaviour):

رائد هذا النموذج ايفان بتروفيتش بافلوف (**Pavlov-IB**) العالم الروسي الذي كان يهتم بدراسة العمليات المتعلقة بفسولوجيا الهضم لدى الكلاب وعملية الإشرط (**Conditionnement**) وتعتبر هذه المدرسة أن الأعراض العصابية هي سلوك متعلم على أساس الإشرط (أنسى محمد أحمد قاسم، 1999، ص43).

ويرى هذا النموذج أن السلوك غير السوي ينتج على أساس خبرات تعليمية سابقة أو فشل في الاستفادة من الخبرات التعليمية المختلفة، وهذا التعلم يحدث عن طريق عنصرين أساسيين هما:

✦ التعلم بالملاحظة.

✦ التعلم بالإشراف.

وتهتم بالسلوك الظاهر غير الملائم وتصمم برامج التدخل المناسب للعمل على تغيير السلوك أو تعديل السلوك الملاحظ (بدرة معتصم ميموني، 2003، ص33).
إذا العلاجية السلوكية تهدف إلى إطفاء السلوك غير المناسب بعلاجات متنوعة ناجمة عن نظريات التعلم و الإشراف.

4-2-4 النموذج الاجتماعي (modèle social):

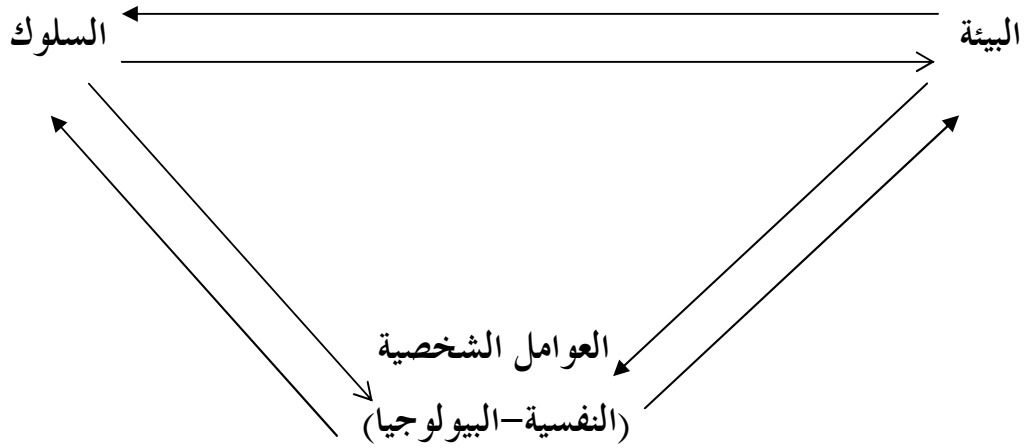
ينظر هذا النموذج إلى الإنسان من حيث هو كائن اجتماعي في تفاعل دائم مع الوسط الذي يعيش فيه، وأنه لمن الواضح في سياق التفاعلات الاجتماعية يتأثر المرض العقلي في شكله و تطوره كما بينت ذلك الدراسات الأنثروبولوجيا والسوسولوجيا العديدة (محمد شلبي، 1998، ص78).

وفي مجال المرض العقلي بين علماء الاجتماع وخاصة المدرسة الأمريكية أن المرض العقلي كانحراف ليس في حد ذاته فعل للانتهاكات والمخالفات وخرق المعايير ولكنه يرجع إلى أن الآخرين هم الذين يلصقون هذا الوسم بالشخص المنحرف، بمعنى أن الانحراف ليس نتاج فردي ولكنه نتيجة لبناء اجتماعي عن طريقة يتم نعت آخرين بأنهم منحرفون كما يقول بيكر (Beker) الانحراف ليس فعل مرتكب من طرف شخص ولكنه نتيجة لتطبيق من طرف الآخرين ويقول بيكر أنه رد فعل اجتماعي يعطي مفهوم سلبي عن المرض.

أما غوفمان (Goffman) فيرى أن الجنون لا يمكن إرجاعه إلى اغتراب عقلي ولكنه يمتد إلى اغتراب اجتماعي (عبد العالي دبله وإبراهيم بالعادي، 2004، ص230).

إن تصور المرض وفق النموذج الاجتماعي غير كافي لتفسير المرض العقلي أو النفسي لأن سلوك الفرد تتداخل في تشكيله عدة عوامل (نفسية-بيولوجيا-اجتماعية...).

لذا نادى العالم باندورا (bandora) بالتفاعل المتبادل والمستمر بين السلوك والعوامل المعرفية والمثيرات البيئية وأطلق اسم الحمية التبادلية لأن السلوك هو نتيجة لعوامل تؤثر في بعضها البعض وتشمل العوامل المعرفية في هذا الإطار المعتقدات والتصورات والتوقعات و الإدراكات الذاتية، ويرى بأن العوامل التي تؤدي إلى السلوك بشكل تفاعلي تبادلي مستمر بين الشخصية والمحددات الاجتماعية تكون على النحو الآتي:



الشكل رقم (07) يبين تصور باندورا (bandora) للحمية التبادلية في

تشكيل السلوك (محمد السيد عبد الرحمن، 2000، ص111).

أن تصور المرض العقلي ليس أكثر من حقيقة مؤكدة كونها امتلاك روحي أو مس من الشيطان أو لعنة الآلهة نتيجة غضبها فحسب، أو كما اعتبر في زمن آخر أنه تعبير عن لطف الآلهة ورضاهها، إن هذا فحسب حجر الزاوية للفروض العلمية التي شيدت لتحديد أي مدى يمكن للنماذج (البيولوجية-الطبية-النفسية-السلوكية-الاجتماعية) أن تعلل وتضع الطرق المثلى لعلاج الاختلالات السيكولوجية في ظل التصورات الراهنة للمرض العقلي لكن السؤال المطروح.

هل التصورات التقليدية للمرض العقلي مازالت مستعملة في مجتمعنا رغم التطور العلمي؟.

الفصل الخامس الدراسة الاستطلاعية

تمهيد:

من الضروري في أي بحث علمي القيام بدراسة استطلاعية، فهي بمثابة الخطوة الأولى التي من خلالها يمكن لأي باحث الإحاطة بأبعاد المشكلة المراد دراستها وتساعد على بناء أداة البحث إن كان يتطلب ذلك والتعرف على أفراد العينة أي خصائص عينة الدراسة والاطلاع على كل ما كتب حول الموضوع من دراسات سابقة وما توفرت من مراجع ومصادر وبهذا تعتبر الدراسة الاستطلاعية المرحلة التحضيرية للدراسة.

5-1 كيفية بناء أداة الدراسة:

تستهدف الدراسة الحالية معرفة التصورات الاجتماعية للمرض العقلي لدى عينة من طلبة جامعة محمد بوضياف بالمسيلة، وهدفت الدراسة الكشف عن التصورات الاجتماعية للمرض العقلي من خلال تطبيق الاستبيان الذي سنقوم بإعداده.

وبما أن إجراءات الكشف عن موضوع الدراسة الحالية تتطلب وجود أداة للوصول إلى أهداف الدراسة الحالية، بحيث تتمتع هذه الأداة بضوابط علمية، وشروط سيكومترية (الصدق، الثبات) والأخذ بعين الاعتبار طبيعة العينة، ومدى تلاؤمها من حيث الخصائص مع طبيعة الدراسة و أهدافها، وبناءا على هذا ومراعاة لطبيعة الموضوع وحجم العينة ارتأينا أن تكون أداة الدراسة على شكل استبيان مغلق على طريقة ليكرت (likert) حيث يطلب فيها من الفرد أن يعبر عن درجة اتجاهه في العبارات التي يتضمنها المقياس، والذي يحمل ميزان متدرج من حيث الموافقة الشديدة أو المعارضة وتأخذ كل استجابة منها درجة معينة، وما يميز هذه الطريقة أنها تتيح للفرد أن يعبر عن اتجاهه بالنسبة لكل عبارة (مجدي احمد محمد عبد الله، 1996، ص77).

5-1-1 إعداد الصياغة الأولية للاستبيان:

يعتبر توفير فقرات الاستبيان من أهم الخطوات اللازمة في بنائه، ولهذا تم الحصول على ما يقارب (70) فقرة وذلك بالاستعانة باستبيان استطلاعي*، تم الإشارة فيه إلى موضوع البحث، وشملت العينة الاستطلاعية (80) طالبا وطالبة بنسبة (100%) تم اختيارهم عشوائيا من كلية الآداب والعلوم الإنسانية والاجتماعية بجامعة محمد بوضياف بالمسيلة موزعين على سنوات التدرج الجامعي سنة أولى، ثانية، ثالثة و رابعة كما هو مبين في الجدول التالي :

الجدول رقم (01): يبين خصائص أفراد العينة الاستطلاعية.

النسبة المئوية	المجموع	سنوات التدرج الجامعي				الجنس	ت
		الرابعة	الثالثة	الثانية	الأولى		
50	40	10	10	10	10	ذكور	1
50	40	10	10	10	10	إناث	2
%100	80	20	20	20	20	المجموع	
	%100	%25	%25	%25	%25	النسبة المئوية	

وتتمثل أهمية العمل الاستطلاعي من خلال هذه الأسئلة المفتوحة في انه يمكننا من التعرف على مواطن الغموض التي تحيط بالظاهرة و الأبعاد الأساسية للموضوع الذي سنقوم بدراسته، كما انه يساعدنا في صياغة مجموعة من الفقرات بأسلوب واضح ومفهوم، كما تم الاستعانة بمراجعة الأدبيات التي لها علاقة بالدراسة الحالية كالدراسات السابقة والتي تمثلت في دراسة الدكتور سليمان بومدين حول التصورات الاجتماعية للصحة والمرض في مدينة سكيكدة - الجزائر - (2003-2004) وتم الاستعانة أيضا بالكتب والمراجع ذات العلاقة بموضوع الدراسة في جانبها النظري لهذا الموضوع.

* أنظر الملحق رقم (2)

وكانت الخطوة التالية بعد ذلك استخلاص جميع الأفكار التي ورد ذكرها سواء من خلال الدراسات السابقة، ومن نتائج الدراسة الاستطلاعية حول التصورات الاجتماعية للمرض العقلي لدى الطلبة الجامعيين في جانبها التقليدي و الحديث، و قد وصل عدد الفقرات المتحصل عليها من المصادر السابقة الذكر (70) فقرة.

وبعد ذلك قمنا بمناقشة مضامين الفقرات مع مجموعة من الأساتذة وتم من خلال هذه المناقشات استبعاد عدد من الفقرات ليصبح عددها (52) فقرة روعي في صياغتها أن تكون معبرة عن فكرة واحدة، وأعطى لها ميزان خماسي التدرج حسب طريقة ليكرت.

5-1-2 آراء المحكمين في صلاحية فقرات الاستبيان:

بعد أن تم إعداد فقرات الاستبيان البالغة (52) فقرة، عرضت على لجنة من المحكمين ليبدى كل واحد منهم رأيه في كل فقرة، من حيث صلاحيتها في قياس التصورات الاجتماعية للمرض العقلي، وفق التساؤلات والفرضيات التي طرحتها الدراسة حيث طلب من المحكمين بيان مدى وضوح الفقرات ومدى توافقها مع السمة المراد قياسها.

وقد أبدى المحكمون ملاحظاتهم حول الفقرات واقترحوا إعادة صياغة بعض الفقرات من الناحية اللغوية، وحصلت غالبية الفقرات على درجة اتفاق بين المحكمين الذين بلغ عددهم (10) أساتذة من جامعة محمد خيضر بسكرة وجامعة محمد بوضياف بالمسيلة حيث تم استبعاد فقرتين لاتفاق اغلب المحكمين بأنها غامضة واستبقاء (50) فقرة، ولزيادة التأكد من مدى صلاحية فقرات الاستبيان بعد تعديله من حيث الصياغة تم إعادته إلى بعض المحكمين في صورته النهائية، ونتيجة لهذا تبين أن جميع المحكمين أيدوا صلاحية جميع الفقرات كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول رقم (02): يبين آراء المحكمين في صلاحية فقرات الاستبيان.

النسبة المئوية	عدد المحكمين الموافقين على الفقرات	أرقام الفقرات
%100	10	1-2-3-4-5-7-8-10-16 20-28-29-31-32-33 35-36-37-39-40-41 43-44-45-46-47-48 49
%90	9	3-6-9-27-38-50
%80	8	13-15-18-17-14-19 52
%70	7	30-34-42-11-12
%40	4	25-51*

3-1-5 صياغة تعليمة الاستبيان:

بعد بناء الاستبيان وجمع فقراته وعرضه على لجنة تحكيم تمت كتابة تعليمة الاستبيان، حيث تضمنت البيانات الشخصية الخاصة بالمبحوثين من حيث الجنس، السن، الإقامة الجامعة، والتدرج الجامعي والتخصص المدروس (من أجل التعرف على خصائص العينة) حيث طلب من المبحوث وضع علامة (x) في الخانة المناسبة. أما بالنسبة للتعليمات فقد تم فيها إعطاء فكرة مختصرة عن المقياس وطبيعة الفقرات التي يتكون منها، و أن الهدف من هذا خدمة البحث العلمي، مع إعطاء بعض الملاحظات على كيفية الإجابة، وذلك بوضع علامة (x) واحدة أمام كل فقرة.

*الفقرات التي استبعدت لعدم اتفاق اغلب المحكمين عليها.

وبعد الانتهاء من وضع جميع الخطوات لبناء الاستبيان قمنا بفحصه لتحديد مدى وضوحه لدى أفراد العينة وذلك بعرضه على مجموعة من الطلبة الجامعيين - جامعة محمد بوضياف بالمسيلة - والذين بلغ عددهم (20) طالبا، تم المراعاة في اختيارهم تمثيل مختلف المتغيرات المراد دراستها في العينة خاصة متغير السن، الجنس والغرض من هذا التجريب التعرف على:

➤ وضوح التعليمات.

➤ الدقة في صياغة الفقرات والكشف عن الفقرات غير الواضحة.

4-1-5 كيفية تصحيح الاستبيان:

ونقصد بذلك وضع درجة لاستجابة كل مبحث على كل فقرة من فقرات الاستبيان وذلك بوضع خمسة بدائل للاستجابة أمام كل فقرة (موافق تماما، موافق، غير متأكد، غير موافق، لا أوافق تماما)، وتم تحديد أوزان لهذه البدائل من (1-5) كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (03): يبين البدائل الخمسة للاستبيان ودرجاتها.

الدرجات	البدائل
05	موافق تماما
04	موافق
03	غير متأكد
02	غير موافق
01	لا أوافق تماما

و بهذا يمكن الحصول على درجة الطلاب على الاستبيان -التصورات الاجتماعية للمرض العقلي- عن طريق جمع درجات كل طالب على جميع فقرات البعد الأول والبعد الثاني.

وبهذه الطريقة تم تصحيح جميع الاستبيانات، ويمكن للمبحوث أن يحصل على أعلى درجة في البعد الأول للاستبيان أي حاصل ضرب عدد فقرات هذا البعد في (5) وهي الدرجة العليا للبدائل الخمسة و أدنى درجة، أي حاصل ضرب عدد فقرات هذا البعد في (1) و هو أقل درجة للبدائل الخمسة، و هكذا بالنسبة للبعد الثاني.

5-2 الخصائص السيكومترية للأداة:

لا يمكن الاعتماد على نتائج الدراسة المتحصل عليها باستخدام الأدوات التي يتطلبها دون توفير الشروط السيكومترية لها من ثبات وصدق والتي تتوقف عليها قيمة النتائج المتوصل إليها.

5-2-1 صدق الأداة:

الاختبار الصادق يقيس ما وضع لقياسه (فؤاد البهي السيد، 1978، ص400). أي انه يكشف فعلا عن المتغير أو المتغيرات التي وضع من اجل الكشف عنها ويدل صدق أداة الدراسة على الذي تقيسه أي مضمون هذه الأداة، وطرق حساب صدقها يدل على العلاقة بين الأداء على هذه الأداة والحقائق التي تدل على السلوك الفعلي لأفراد العينة.

وقد تم الاعتماد في هذه الدراسة كما اشرنا سابقا على صدق المحكمين حيث تم عرض الصورة المبدئية للاستبيان على مجموعة من أساتذة جامعيين في التخصص وكان عددهم (10) محكمين، للحكم على صدق عبارات الاستبيان من حيث أنها تقيس موضوع الدراسة-التصورات الاجتماعية للمرض العقلي- والحكم على مدى وضوح صياغته و العبارات المكررة، ومدى التقارب بين كل بعد وفقراته، ومدى ملائمة

البدائل الخمسة، وبعد الحصول على جميع الملاحظات التي قدمت من طرف المحكمين، قمنا بتعديل الاستبيان من حيث الصياغة وحذفت بعض الفقرات ليصبح بصورته النهائية.

و قد استخدمنا طريقة أخرى لحساب الصدق هي الصدق الذاتي حيث يتم اللجوء إلى هذا النوع من أنواع الصدق عندما يتعذر وجود محك خارجي مثل الآراء والانطباعات، وهنا لا يوجد فرق بين الثبات والصدق(عبد اللطيف محمد خليفة، 1992، ص120).

ويقاس الصدق الذاتي بحساب الجذر التربيعي لمعامل ثبات الاختبار(فؤاد البهي السيد، 1998، ص402) وبما أن معامل ثبات للاستبيان الذي تم الحصول عليه عن طريق التجزئة النصفية يساوي (0.80) فان معامل الصدق الذاتي يساوي(0.90) ونتيجة لذلك يمكننا أن نعتبر معامل ثبات بنود الاستبيان معاملا لصدق بنوده.

5-2-2 ثبات الأداة:

يشير ثبات الأداة إلى الاتساق والدقة في استخراج نفس النتائج عند تكرار التجربة على نفس الأفراد(مقدم عبد الحفيظ، 2003، ص152)، وهناك طرق كثيرة لحساب الثبات وقد تم اختيار طريقة التجزئة النصفية لحساب معامل ثبات الاستبيان وذلك بتقسيمه إلى جزئين أي توزيع الأسئلة على قسمين أو اختبارين متماثلين وذلك بجعل القسم الأول من الاختبار يتضمن الأسئلة التي تحمل أرقاماً فردية والقسم الثاني يتضمن الأسئلة التي تحمل الأرقام الزوجية وذلك للتخفيض من طول الاستبيان، وبناءاً على هذا تم حساب معامل ارتباط سبيرمان (Spearman) بين الجزئين (الفردية والزوجية)، ويستعمل هذا المعامل حينما تكون البيانات المجمعة على مستوى الرتب وليس على مستوى الفئات في هذه الحالة نلجأ إلى هذا المعامل لإيجاد الارتباط بين متغيرين (مقدم عبد الحفيظ، 2003، ص88).

وبعد إيجاد معامل الارتباط بين فقرات الاستبيان الفردية و الزوجية قمنا بتصحيح اثر التجزئة النصفية بتطبيق معادلة سبيرمان- براون (Spearman -Brown) وبهذا كان معامل ثبات الاستبيان المتحصل عليه بطريقة التجزئة النصفية* .
تم كل ذلك بعد تطبيق الاستبيان على عينة تكونت من (30) فردا تم اختيارهم عشوائيا من مجتمع الدراسة وروعي في اختيار هذه العينة عدد من الشروط هذا ما يجعلها تشبه العينة الأساسية للدراسة من حيث المتغيرات المراد دراستها (الجنس، السن، التخصص) وتم الحصول على معامل الثبات كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (04): يوضح قيمة معامل ثبات الاستبيان.

ت	الطريقة	حجم العينة	قيمة معامل الثبات
1	التجزئة النصفية	30	0.80

* انظر الملحق رقم (03)

الفصل السادس

الدراسة الأساسية

تمهيد:

بعدما أن تطرقنا في الفصول السابقة لموضوع الدراسة من جانبه النظري من خلال المراجع والمصادر المتحصل عليها يقتضي منا البحث عن طبيعة الظاهرة المدروسة كما هي في الواقع، هذا ما يتطلب بناء خطة منهجية للوصول إلى ذلك وفق أساليب تطرحها طبيعة الموضوع من حيث مجالات الدراسة والمنهج المتبع ومصادر جمع البيانات والطرق الإحصائية المتبعة وكيفية اختيار العينة وخصائصها.

6-1 التذكر بفرضيات الدراسة:

- للطلبة الجامعيين تصورات اجتماعية تقليدية وحديثة للمرض العقلي.
- نتوقع أن تسفر النتائج بأن التصورات الاجتماعية التقليدية للمرض العقلي أكثر شيوعاً لدى الطلبة الجامعيين.
- تختلف التصورات الاجتماعية التقليدية و الحديثة للمرض العقلي لدى الطلبة الجامعيين باختلاف الجنس.
- تختلف التصورات الاجتماعية التقليدية و الحديثة للمرض العقلي لدى الطلبة الجامعيين باختلاف السن.
- تختلف التصورات الاجتماعية التقليدية و الحديثة للمرض العقلي لدى الطلبة الجامعيين باختلاف التخصص.

6-2 المنهج المستخدم:

المنهج هو الطريق المؤدي إلى الكشف عن الحقيقة في العلوم بواسطة مجموعة من القواعد التي تبحث عن سير العقل وتحديد عملياته حتى يصل إلى نتائج معينة (بشير صالح الرشيد، 2000، ص22).

فالمنهج سبيل كل باحث لأجل الوصول إلى نتائج الموضوع المراد دراسته والإجابة على أسئلته، ويتم ذلك بإتباع خطوات تؤدي إلى الحقيقة التي نريد الوصول إليها وبما أن طبيعة الموضوع هي التي تفرض على الباحث إتباع منهج معين دون الآخر، فقد تم اعتماد المنهج الوصفي لدراسة موضوع التصورات الاجتماعية للمرض العقلي، حيث يعتبر المنهج الوصفي الكشفي أحد أشكال التحليل والتفسير العلمي المنظم لوصف ظاهرة أو مشكلة وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسة الدقيقة (سامي ملحم، 2000، ص334).

وبما أن الهدف الأساسي لهذه الدراسة هو التعرف على التصورات الاجتماعية للمرض العقلي لدى لطلبة الجامعيين كان المنهج الوصفي هو المنهج الأساسي في هذه الدراسة والذي يمكن من خلاله تحقيق أهداف البحث الذي يحمل طابعا نفسيا واجتماعيا متعلقا بالفرد وبيئته وكل ما يتصل به من عمليات عقلية معرفية، ومن ثمة الإجابة على تساؤلات الدراسة لذا كان المنهج الوصفي السبيل لوصف الظاهرة موضوع الدراسة وتحليلها وتفسيرها وتقويمها للوصول إلى الأهداف التي بنيت عليها.

6-3 العينة وكيفية اختيارها:

6-3-1 كيفية اختيار العينة:

تم اختيار عينة البحث الرئيسية بإتباع الأسلوب الطبقي العشوائي المتعدد المراحل من جامعة محمد بوضياف بالمسيلة، حيث شملت الذكور والإناث على كل المستويات التدرج الجامعي (سنة أولى، ثانية، ثالثة، رابعة) من خلال تحديد عدد

الكليات الموجودة بالجامعة والأقسام التي تتضمنها حيث كان عددها (04) كليات و(22) قسما بمختلف التخصصات كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول (05): يوضح توزيع كليات وأقسام الجامعة.

ت	الكليات	الأقسام	المجموع
1	العلوم الهندسية	الري-الهندسة الميكانيكية-الهندسة المدنية-الكيمياء-الرياضيات-الفيزياء -البيولوجيا-الإعلام الآلي-العلوم الفلاحية-الالكترونيك-تسيير التقنيات الحضرية-العلوم والتكنولوجيا	12
2	الاقتصاد والعلوم التجارية وعلوم التسيير	العلوم التجارية-علوم التسيير-التربية البدنية	03
3	الحقوق	العلوم القانونية والإدارية-العلوم السياسية والعلاقات الدولية	02
4	الآداب والعلوم الاجتماعية	اللغة والأدب العربي-الفرنسية-العلوم الاجتماعية-علم التاريخ-علم النفس وعلوم التربية والارطفونيا	05
المجموع	04		22

وقد تم سحب العينة بالطريقة الطبقيّة* و العشوائية البسيطة**، وذلك بسحب تخصص واحد من كل كلية عشوائياً وتم ذلك بعد أن أحصينا إجمالي الطلبة بالجامعة ككل وعدد الطلبة في كل كلية كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول رقم(06): يبين عدد الطلبة الإجمالي بجامعة محمد بوضياف.

المجموع	الآداب والعلوم الاجتماعية	الحقوق	الاقتصاد والعلوم التجارية وعلوم التسيير	العلوم الهندسية	الكليات
23000	7250	5350	5000	5400	عدد الطلبة

وكانت التخصصات المسحوبة من كل كلية كالتالي:

- ➔ كلية علوم الهندسية: تخصص فيزياء.
- ➔ كلية الاقتصاد والعلوم التجارية وعلوم التسيير: تخصص علوم تجارية.
- ➔ كلية الحقوق: تخصص علوم سياسية.
- ➔ كلية الآداب والعلوم الاجتماعية: تخصص علم النفس.

6-3-2 حجم العينة:

بلغ أفراد العينة المدروسة (360) طالب وطالبة من العينة الإجمالية للطلبة بجامعة محمد بوضياف والذي بلغ (23000) طالب وطالبة، وتم الوصول لهذا العدد بعد تطبيق الاستبيان على عينة قدرت ب(375) فرد وبعد تصحيح الاستبيان لاحظنا أن بعضها ناقصة الإجابة من حيث بنود الاستبيان أو البيانات الأخرى، ولهذا تم استبعادها وبلغ عددها (15) اسبيان، وبهذا أصبح حجم العينة (360) بنسبة (1.56%).

* العينة الطبقيّة : تستعمل في حالة ما إذا كانت إختلافات منتظمة في المجتمع المدروس و يختار أفراد العينة بشرط تمثيل جميع فئات المجتمع المدروس بعد تقسيمه إلى فئات مختلفة و إختيار مفرداتها بطريقة عشوائية (رجاء وحيد دويدري، 2000، ص311).

** العينة العشوائية البسيطة : يتم في هذه الطريقة حصر كامل العناصر، التي يتكون منها المجتمع الاصيلي، ثم الاختيار من هذه العناصر بإعطاء كل عنصر من عناصر المجتمع الاصيلي فرصة الظهور في العينة (رجاء وحيد دويدري، 2000، ص310).

وقد عمدنا أن تكون العينة متساوية في كل تخصص حيث نجد (90) مفردة في كل التخصصات الأربع المدروسة، وذلك باستخدام أسلوب التوزيع المتساوي (حسين علي فايد، 2001، ص25).

6-3-3 خصائص عينة الدراسة:

تم اختيار العينة كما يلي:

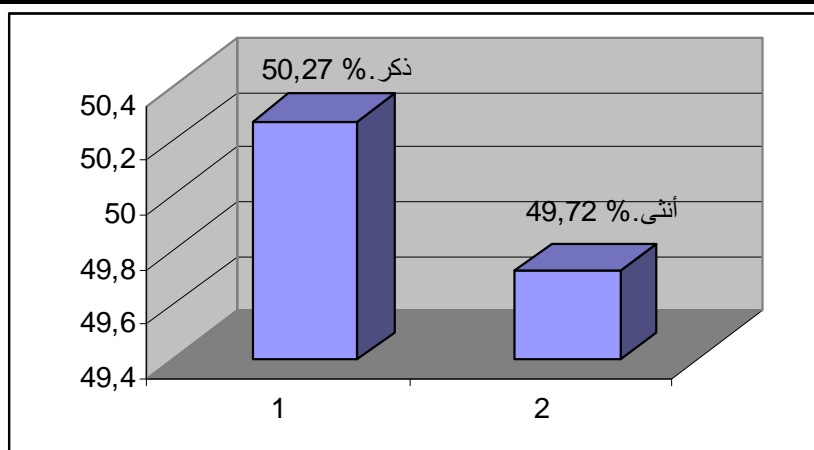
- اختيارها بطريقة عشوائية.
- شمولها لطلبة ينتمون إلى كليات متقاربة التوجه العلمي.
- شمولها لطلبة ينتمون إلى خلفيات اجتماعية متفاوتة ومناطق إقامة مختلفة في ولاية المسيلة.
- أفراد العينة من جنس مختلف (ذكور، إناث) و أعمار مختلفة وسوف نتعرض ببعض من التفصيل إلى العينات حسب خصائصها.

6-3-1 توزيع العينات حسب الجنس:

تضم العينة الطلبة من الجنسين (ذكور وإناث) وكان توزيعها حسب هذه الخاصية كالتالي:

الجدول رقم(07): يبين توزيع أفراد العينة حسب الجنس.

النسبة المئوية	العدد	الجنس
50.27%	181	ذكر
49.72%	179	أنثى
100%	360	المجموع



الشكل رقم(8) يبين توزيع أفراد العينة حسب الجنس.

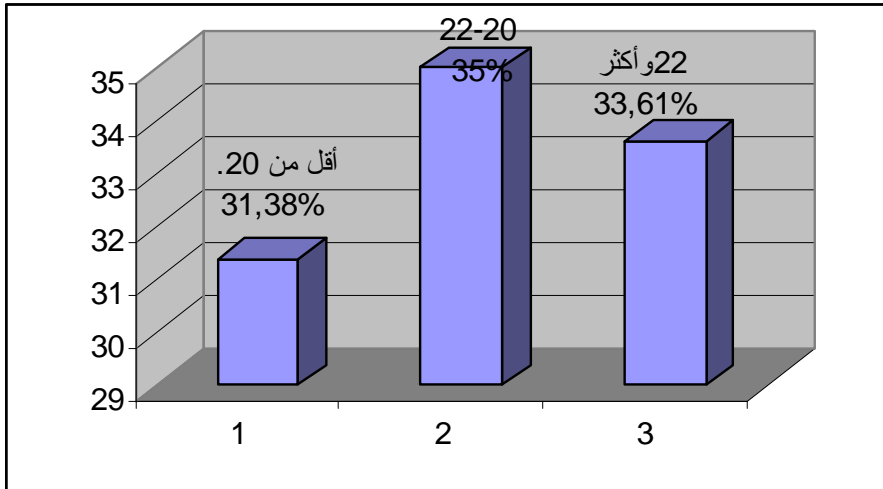
يتضح لنا من خلال الجدول أن عدد الذكور متقارب مع عدد الإناث أي (181) ذكور بنسبة (50.27%) مقابل (179) إناث بنسبة (49.72%)، وهذا التوزيع يجعل العينة ممثلة لكلا الجنسين في المجتمع الكلي - طلبة جامعة محمد بوضياف المسيلة-.

6-3-2 توزيع العينة حسب السن:

العينة تضم طلبة من أعمار مختلفة، وقد ارتأينا توزيعها حسب هذه الخاصية على ثلاث فئات عمرية كالتالي:

الجدول رقم (08): يبين توزيع أفراد العينة حسب السن.

النسبة المئوية	العدد	الجنس
31.38%	113	أقل من 20
35%	126	22-20
33.61%	121	22 وأكثر
100%	360	المجموع



الشكل رقم (09) يبين توزيع أفراد العينة حسب السن.

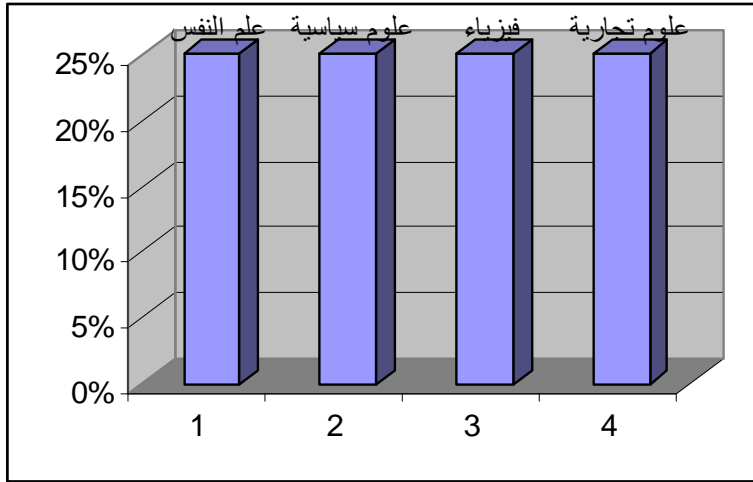
يتضح لنا من الجدول أن أعلى نسبة من أفراد العينة اللذين تتراوح أعمارهم بين (22-20) سنة كانت بنسبة (35%) ثم تليها الفئة (22 سنة وأكثر) بنسبة (33.61%)، أما الفئة (أقل من 20) سنة كانت بنسبة (31.38%).

6-3-3-3 توزيع العينة حسب التخصص:

تحتوي العينة على طلبة من تخصصات مختلفة موزعين كآتي:

جدول رقم (09): يبين توزيع العينة حسب التخصص.

التخصص	عدد الطلبة	النسبة المئوية
علم النفس	90	25%
علوم سياسية	90	25%
فيزياء	90	25%
علوم تجارية	90	25%
المجموع	360	100%



الشكل رقم (10): يبين توزيع العينة حسب التخصص

يتوزع الطلبة الذين شملتهم عينة الدراسة على مختلف التخصصات، كما ذكرنا سابقا العينة متساوية بين جميع التخصصات كما هو مبين في الجدول أعلاه (90) طالبا بنسبة مئوية تقدر ب(25%) من كل تخصص.

هذا بالنسبة للمتغيرات المراد دراستها أما الخصائص الأخرى للعينة فهي

موضحة كآتي:

جدول رقم (10): يبين الخصائص العامة للعينة.

الإناث (ن = 49.72 %)		الذكور (ن = 50.27 %)		العينة المتغير	
%	عدد الإناث	%	عدد الذكور		
13.61	49	11.38	41	علم النفس	التخصص
12.5	45	12.5	45	علوم التجارية	
13.05	47	11.94	43	علوم سياسية	
10.45	37	14.72	53	فيزياء	
11.11	40	16.66	60	سنة أولى	التدرج الجامعي
16.66	60	9.72	35	سنة ثانية	
9.16	33	15.83	57	سنة ثالثة	
13.05	47	7.77	28	سنة رابعة	
17.5	40	13.88	50	أقل من 20 سنة	السن
18.61	67	16.38	59	20-22	
4.16	51	19.44	70	22- وأكثر	
29.16	105	25	90	مقيم	الإقامة الجامعية
26.38	95	19.44	70	غير مقيم	

6-4 تقديم أداة الدراسة:

وتتمثل في التحقيق الميداني للدراسة، وذلك باستخدام الاستبيان كأداة من أدوات جمع البيانات من أجل التحقق من طبيعة التصورات الاجتماعية للمرض العقلي.

فالاستبيان أداة لجمع البيانات المتعلقة بموضوع بحث محدد عن طريق إستمارة يجري تعبئتها من قبل المستجيب (غريب سيد أحمد، 1977، ص 134).

وقد تم بناء الإستبيان كما سبق الذكر في الدراسة الاستطلاعية، و قد أشتمل الاستبيان على (50) سؤالاً وكان نوع الاستبيان مغلقاً يتم الإجابة على كل فقرة من فقراته وفق خمسة بدائل هي (موافق تماماً، موافق، غير متأكد، غير موافق، لا أوافق تماماً) تحمل أوزاناً هي (5-4-3-2-1)، وذلك لتسهيل الإجابة على المبحوثين حيث يسهل الاستبيان المغلق المحدد الصياغة بالنسبة لفقراته، عملية تصحيحه ويعتبر من أحسن أدوات جمع البيانات، بحيث يعطي نوع من الحرية للمفحوصين في الإجابة على فقراته دون التكتم على ما يريد، خاصة أن محتوى الاستبيان يحمل نمطين من التصورات نحو المرض العقلي - تقليدية و حديثة -، ولهذا فإن أداة الدراسة تسمح بالحصول على نتائج تعتبر استجابات فعلية لكل المبحوثين، وهذا ما يسمح لنا بإيجاد التباينات بينهم من حيث المتغيرات المراد دراستها (السن، الجنس، التخصص) ومعرفة التصورات الشائعة لدى أفراد العينة حول الموضوع المدروس، و قد تضمن الاستبيان ما يلي :

➔ **البيانات الشخصية** و تتضمن خصائص المبحوثين و تحمل أرقاماً من (1) إلى (5).

➔ **البعد الأول** حول التصورات التقليدية للمرض العقلي ويحمل الأرقام التالية:
(1، 3، 6، 7، 9، 10، 11، 12، 13، 14، 17، 19، 20، 23، 24، 26، 30، 32، 35، 38، 39، 41، 42، 47، 49، 50) .

➔ **أم البعد الثاني** جاء حول التصورات الحديثة للمرض العقلي وبنوده تحمل الأرقام التالية:

(2، 4، 5، 8، 15، 16، 18، 21، 22، 25، 27، 28، 29، 31، 33، 34، 36، 37، 40، 44، 45، 46، 48).

5-6 مجال الدراسة:

1-5-6 المجال المكاني:

تجرى الدراسة الحالية بجامعة محمد بوضياف بالمسيلة، التي تحمل اسم القيادي الراحل محمد بوضياف المولود بالولاية-المسيلة-، حيث تقع الجامعة على الطريق الوطني رقم (65) الرابط بين المسيلة والجزائر العاصمة، يحيط بها نسيج عمراني هام، وكذلك مجمعات صناعية وطنية، انطلق بها التعليم العالي سنة (1985) وذلك بإنشاء المعهد الوطني للهندسة المدنية وتسيير التقنيات الحضرية، وفي سنة (1989) تم إنشاء المركز الجامعي بالمسيلة وانطلاقا من هذا التاريخ تم فتح فروع أخرى وفي سنة (2001) تم ترقية هذا المركز إلى جامعة وذلك بفتح فروع جديدة هي العلوم السياسية والعلاقات الدولية العلوم الفلاحية وفي سنة (2004/2003) تم فتح قسمين هما التربية البدنية والرياضية و التاريخ.

2-5-6 المجال البشري:

يشير المجال البشري إلى تحديد وحدات المجتمع الأصلي للدراسة والمتمثل في عدد الطلبة الكلي لجامعة محمد بوضياف بالمسيلة حيث بلغ عددهم لهذا العام (23000) موزعين على أربع كليات (العلوم و علوم الهندسة، الاقتصاد والعلوم التجارية وعلوم التسيير، وكلية الآداب والعلوم الاجتماعية، كلية الحقوق).

3-5-6 المجال الزمني:

تم البدء في جمع المعلومات المتعلقة بالدراسة انطلاقا من الدراسة الاستطلاعية من أجل بناء الأداة المتمثلة في الاستبيان حول التصورات الاجتماعية للمرض العقلي بجامعة محمد بوضياف بالمسيلة ابتداء من 20/ جانفي/2007 وبعد

الحصول على المعلومات اللازمة من الدراسة الاستطلاعية والدراسات السابقة تم بناء الاستمارة وتعديلها وتجريبها على بعض أفراد العينة في 20/ أبريل/2007 وبعد التعديل النهائي للاستمارة تم تطبيقها على عينة الدراسة المحددة في 23/ فرييل/2007 واستغرق تطبيق الدراسة ثلاث أيام.

6-5-4 أهمية ميدان الدراسة:

إن دراسة موضوع التصورات الاجتماعية للمرض العقلي يحتاج إلى دراسة وصفية لعدد كبير من الأفراد باختلاف ثقافتهم، والمحيط الاجتماعي الذي يعيشون فيه ومثل هذه الدراسة تحتاج إلى جهود كبيرة من حيث الوقت والجهد وإلى فرق بحثية للوصول إلى نتائج دقيقة تختلف باختلاف الأفراد من حيث (الجنس، والسن، والمستوى الثقافي والاجتماعي...) وهذا ما يزيد من صعوبة الدراسة واتساعها. ولهذا ارتأينا أن يكون ميدان الدراسة هو الجامعة وبالتحديد جامعة محمد بوضياف بالمسيلة، حيث تمثل الجامعة صرح فكري يحمل في طياته العديد من المتغيرات العلمية والتكنولوجية الاجتماعية، فهو يحرص على إمداد الطالب بجميع المستويات العلمية بمختلف طبعوها. كما أن الجامعة ميدان الدراسة تتمتع بوجود العديد من التخصصات وتحتوي على طلبة من مختلف البيئات والثقافات والطبقات الاجتماعية والمستويات العلمية هذا ما يسهل علينا الاتصال بأفراد العينة.

6-6 الوسائل الإحصائية المستعملة:

بعد القيام بتطبيق الاستبيان على عينة الدراسة ثم تفريغ البيانات المتحصل عليها في الجداول باستخدام برنامج الحاسب الآلي الحزمة الإحصائية لتحليل العلوم الاجتماعية (Statistical Package For Social Sciences) المعروف باسم (SPSS) وهو أداة لإجراء التحليلات الإحصائية اللازمة لتحليل بيانات الأبحاث العلمية وفي كافة نواحي العلوم الاجتماعية (جمال محمد شاكر محمد، 2005، ص 59).

وقد تم حساب ما يلي:

- الاختبار التائي (T-Test) لمعرفة دلالة الفروق، من خلال المتغيرات المراد دراستها.
- تحليل التباين قيمة (F) لإيجاد دلالة الفروق .
- معامل (tukey) للمقارنات المتعددة.
- النسب المئوية لحساب تكرارات خصائص العينة.
- معامل الارتباط سبيرمان (Spearman) بغرض التعرف على معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية.
- معادلة سبيرمان - براون (Spearman -Brown) لتصحيح معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية.
- حساب جذر الثبات لإيجاد الصدق الذاتي للأداة.

الفصل السابع

عرض و تحليل ومناقشة

تمهيد:

بعد تفريغ النتائج المتحصل عليها من إجابات المبحوثين على الاستبيان -أداة الدراسة- نحاول في هذا الفصل إلقاء الضوء على علاقة محتوى الأداة بالمتغيرات المراد دراستها، والتي سوف يتبين من خلالها مناقشة بيانات الدراسة التي سيتم عرضها.

7-1 عرض و تحليل النتائج:**7-1-1 الفرضية الأولى:**

للطلبة الجامعيين تصورات اجتماعية تقليدية و حديثة للمرض العقلي.

لاختبار هذه الفرضية قمنا بإيجاد معامل الارتباط بين درجات أفراد العينة على أبعاد الاستبيان التصورات الاجتماعية التقليدية و الحديثة للمرض العقلي باستخدام الحزمة الإحصائية لتحليل العلوم الاجتماعية (SPSS) لبرامج الحاسب الآلي.

والجدول التالي يوضح معامل الارتباط بين بعدي الاستبيان:

جدول رقم (11): يوضح معامل الارتباط بين بعدي الاستبيان.

الأبعاد	عدد الطلبة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
تقليدية	360	73.26	13.51	0.27	0.01
حديثة		71.88	11.79		

ويتضح من الجدول (11) أن تصورات أفراد العينة للمرض العقلي تتراوح بين التصورات الحديثة والتقليدية وهذا ما يتضح من خلال المتوسطات الحسابية ويوضح الجدول أيضا معامل الارتباط بين بعدي الاستبيان حيث كان إيجابيا بالنسبة للتصورات الاجتماعية لأفراد العينة و ذو دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) هذا ما يبين وجود تصورات مختلفة لدى أفراد العينة للمرض العقلي.

7-1-2 الفرضية الثانية:

نتوقع أن تسفر النتائج بأن التصورات الاجتماعية التقليدية للمرض العقلي أكثر شيوعا لدى الطلبة الجامعيين.

لاختبار هذه الفرضية قمنا بحساب قيمة (ت) بين درجات أفراد العينة على بعدي الاستبيان لمعرفة أكثر التصورات شيوعا كما يبينه الجدول التالي:

جدول رقم (12): يوضح التصورات الأكثر شيوعا لدى أفراد العينة .

الأبعاد	عدد الطلبة	أعلى درجة	أدنى درجة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
تقليدية	360	114	35	73.26	13.51	359	1.70	0.05
حديثة		101	30	71.88	11.79			

يتضح من الجدول (12) أن التصورات الاجتماعية التقليدية للمرض العقلي أكثر شيوعا لدى أفراد العينة حيث نجد أن أعلى درجة تحصل عليها هذا البعد من خلال إجابات الباحثين (114) درجة حيث كان المتوسط حسابي (73.26) في مقابل أعلى درجة (101) بالنسبة للتصورات الاجتماعية الحديثة للمرض العقلي بمتوسط حسابي (71.88) أي أن الفروق بحساب قيمة (ت) كانت دلالة إحصائية عند مستوى

(0.05) ومعنى ذلك أن متوسطات درجات الطلاب على بعدي الاستبيان التصورات الاجتماعية للمرض العقلي، كانت لصالح البعد الأول- التصورات التقليدية- مما يجعلنا نقول بأن الفرضية الأولى تحققت.

هذا يشير إلى أن بنود الاستبيان ميزت بوضوح - من خلال الفروق الدالة بين البعدين- بين أبعاد الاستبيان في تحديد طبيعة تصور أفراد العينة.

7-1-3 الفرضية الثالثة:

تختلف التصورات الاجتماعية التقليدية والحديثة للمرض العقلي لدى الطلبة الجامعيين باختلاف الجنس.

لاختبار هذه الفرضية قمنا بإيجاد قيمة (ت) بين بعدي الاستبيان لكل من الذكور والإناث كما في الفرضية الثانية والجدول التالي يوضح نتيجة الفروق:

جدول رقم (13): يوضح الفروق بين التصورات الاجتماعية التقليدية والحديثة للمرض العقلي حسب متغير الجنس.

الأبعاد	الجنس	عدد الطلبة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
تقليدية	ذكر	181	75.54	13.05	358	3.27	0.01
	أنثى	179	70.94	13.60			
	المجموع	360					
حديثة	ذكر	181	70.17	11.25	358	-2.80	0.01
	أنثى	179	73.62	12.10			
	المجموع	360					

يبين الجدول رقم (13) الفرق بين التصورات التقليدية والحديثة للمرض العقلي حسب متغير الجنس، ويتضح من خلال الجدول بان المؤشرات الإحصائية لدرجات كل من الطلبة الذكور البالغ عددهم (181) والطلبة الإناث البالغ عددهم (179) في كل بعد على حدى تختلف باختلاف الجنسين حسب كل بعد، ويتضح ذلك من خلال المتوسطات الحسابية التي كانت لصالح الذكور في البعد الأول - التصورات التقليدية - مقارنة بالإناث حيث كان متوسط درجات الذكور (75.54) في مقابل الإناث (70.94) و كانت الفروق ذات دلالة إحصائية عن مستوى (0.01) و يتبين من خلال هذا أن التصورات التقليدية تتواجد لدى الذكور أكثر من الإناث. وبما أننا وجدنا اختلافات في التصورات التقليدية بين الجنسين لصالح الذكور فان البعد الثاني- التصورات الحديثة - سوف تكون الفروق لصالح الإناث و هذا ما يبينه الجدول، حيث كان متوسط الذكور (70.17) في مقابل الإناث (73.62) هذا ما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) ويبين هذا أن التصورات الحديثة للمرض العقلي تتواجد لدى الإناث أكثر من الذكور.

يبدو من نتائج المتحصل عليها في الجدول السابق أن الفروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث من طلبة الجامعة في تصوراتهم الاجتماعية التقليدية والحديثة للمرض العقلي، هذا ما يجعلنا نتساءل هل جاءت على هذا النحو في كل تخصص من التخصصات الأربعة المدروسة؟ و لبعرفة الفروق بين الذكور والإناث في كل تخصص قمنا باستخدام الاختيار التائي (ت) والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (14): يوضح الفروق بين الذكور والإناث في التصورات الاجتماعية التقليدية و الحديثة للمرض العقلي حسب كل تخصص.

التخصص	الأبعاد	الجنس	عدد الطلبة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
علم النفس	تقليدية	ذكر	41	72.24	14.090	88	1.60	0.01
		أنثى	49	67.63	13.07			
	حديثة	ذكر	41	76.34	11.10	88	0.57	غير دالة
		أنثى	49	75.95	11.76			
علوم تجارية	تقليدية	ذكر	45	78.40	10.04	88	1.05	غير دالة
		أنثى	45	75.97	12.67			
	حديثة	ذكر	45	67.66	9.33	88	-1.45	غير دالة
		أنثى	45	71.48	14.97			
فيزياء	تقليدية	ذكر	53	74.50	13.94	88	-0.79	غير دالة
		أنثى	37	72.13	14.02			
	حديثة	ذكر	53	67.18	10.64	88	-2.59	0.01
		أنثى	37	72.94	10.12			
علوم سياسية	تقليدية	ذكر	43	77.09	13.11	88	3.06	0.01
		أنثى	47	68.46	13.60			
	حديثة	ذكر	43	71.13	12.31	88	-0.02	غير دالة
		أنثى	47	73.34	10.36			

يتضح من خلال الجدول (14) أن هناك فروقات في التصورات الاجتماعية التقليدية والحديثة للمرض العقلي حيث كانت الفروق دالة إحصائياً بين الطلبة الذكور والإناث تخصص علم النفس عند مستوى (0.01) لصالح الذكور وهذا ما

يظهر من خلال المتوسطات (72.24 مقابل 67.63) في البعد الأول التصورات التقليدية، أما البعد الثاني لم تكن الفروق دالة إحصائياً بين الجنسين أي لا توجد فروق.

أما طلبة تخصص علوم تجارية لم تكن الفروق دالة إحصائياً بين الجنسين في كل من البعدين الأول والثاني ويدل ذلك على وجود تقارب في تصوراتهم التقليدية والحديثة للمرض العقلي.

و أظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الجنسين في البعد الأول - التصورات التقليدية - لطلبة تخصص فيزياء أما البعد الثاني-التصورات الحديثة- فكانت الفروق بين الجنسين دالة إحصائياً عند مستوى (0.01) لصالح الإناث.

أما فيما يخص طلبة تخصص العلوم السياسية فكانت الفروق على مستوى البعد الأول دالة إحصائياً عند مستوى (0.01) بين الجنسين لصالح الذكور حيث كان المتوسط حسابي (77.09 مقابل 68.46)، وفيما يخص البعد الثاني - التصورات الحديثة - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين، حيث كان هناك تقارب بين المتوسطات الذكور (71.13) والإناث (73.34).

من خلال المؤشرات الإحصائية السالفة الذكر يتبين أن هناك اختلاف بين الجنسين في تصورهم للمرض العقلي حيث أن معظم الذكور تتباين لديهم التصورات الاجتماعية التقليدية للمرض العقلي أكثر من الإناث، وهذا لا ينفي وجود بعض التصورات التقليدية لدى الإناث وحديثة لدى الذكور اتجاه المرض العقلي منه يمكن القول ان الفرضية الثانية أيضا تحققت.

4-1-7 الفرضية الرابعة:

تختلف التصورات الاجتماعية التقليدية والحديثة للمرض العقلي لدى الطلبة الجامعيين باختلاف السن.

لاختبار هذه الفرضية قمنا بإجراء تحليل التباين لكل من الفئات العمرية قيد الدراسة كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (15): يوضح بعض المؤشرات الإحصائية لدرجات افراد العينة على بعدي الاستبيان حسب متغير السن.

الأبعاد	السن	عدد الطلبة	أعلى درجة	أدنى درجة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
تقليدية	اقل من 20	113	114	40	71.75	13.75
	20-22	126	107	35	73.58	13.67
	22 وأكثر	121	113	45	74.33	13.09
	المجموع	360	114	35	73.26	13.51
حديثة	اقل من 20	113	97	40	71.58	11.87
	20-22	126	99	39	72.33	11.70
	22 و أكثر	121	101	30	71.71	11.89
	المجموع	360	100	30	71.88	11.79

يوضح الجدول (15) المؤشرات الإحصائية لمتغير السن حيث كانت الفئات العمرية المدروسة على النحو التالي:

- ✦ الطلبة الأقل من (20) سنة وكان عددهم (113) طالب.
- ✦ الطلبة الذين تتراوح أعمارهم بين (20 - 22) سنة وكان عددهم (126) طالب.
- ✦ الطلبة من (22) سنة و أكثر وكان عددهم (121) سنة.

في كل من البعد الأول والثاني ويتبين من خلال الجدول تقارب في متوسطات درجات كل فئة عمرية كما يبين الجدول أيضا أعلى درجة وأدنى درجة لكل فئة عمرية في كل بعد.

أما الجدول التالي فيوضح تحليل التباين:

جدول رقم (16): يوضح نتائج تحليل التباين على درجات التصورات الاجتماعية التقليدية والحديثة حسب الفئات العمرية.

الأبعاد	مصادر التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة (F)	مستوى الدالة
تقليدية	بين المجموعات	2	409.077	204.539	1.121	غير دالة
	داخل المجموعات	357	65138.378	182.460		
	المجموع	359	65547.466			
حديثة	بين المجموعات	2	39.228	19.614	0.140	غير دالة
	داخل المجموعات	357	49912.327	139.810		
	المجموع	359	49951.556			

يتضح من الجدول (16) أن قيم (F) غير دالة معنى ذلك أن متوسطات الدرجات المتحصل عليها من الاستبيان - التصورات الاجتماعية التقليدية والحديثة للمرض العقلي - لا تختلف باختلاف الفئات العمرية المدروسة، هذا ما يجعلنا نقول بان الفرضية الرابعة لم تتحقق وذلك في كل من البعدين الأول والثاني.

من خلال المؤشرات الإحصائية السابقة يتبين لنا انه لا توجد اختلافات تعزى إلى فئة عمرية محددة في كل من البعدين - الأول والثاني -

7-1-5 الفرضية الخامسة :

تختلف التصورات الاجتماعية التقليدية والحديثة للمرض العقلي لدى الطلبة الجامعيين باختلاف التخصص.

لاختبار هذه الفرضية قمنا بإجراء تحليل التباين واستعمال معامل (Tukey) لتحديد الفروق بين التخصصات قيد الدراسة التي نوضحها في الجدول التالي:

جدول رقم (17): يوضح بعض المؤشرات الإحصائية لدرجات أفراد العينة على بعدي الاستبيان حسب متغير متغير التخصص.

الأبعاد	التخصص	الطلبة العدد	أعلى درجة	أدنى درجة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
تقليدية	علم النفس	90	113	40	69.73	13.66
	علوم تجارية	90	114	49	77.18	11.43
	فيزياء	90	106	35	73.53	13.94
	علوم سياسية	90	107	40	72.58	13.98
	المجموع	360	114	35	73.26	13.51
حديثة	علم النفس	90	101	30	76.13	11.40
	علوم تجارية	90	99	34	69.57	12.55
	فيزياء	90	91	40	69.55	10.76
	علوم سياسية	90	99	39	72.28	10.33
	المجموع	360	101	30	71.88	11.79

يوضح الجدول (17) المؤشرات الإحصائية لمتغير التخصص حيث كانت التخصصات المدروسة على النحو التالي :

- ▶ الطلبة الذين يدرسون علم النفس عددهم (90) طالب.
- ▶ الطلبة الذين يدرسون علوم تجارية عددهم (90) طالب.
- ▶ الطلبة الذين يدرسون فيزياء عددهم (90) طالب.
- ▶ الطلبة الذين يدرسون علوم سياسية عددهم (90) طالب.

هذا لأننا اخترنا نظام العينات المتساوية لهذا كان عدد الطلاب متعادل في كل تخصص، كما يوضح الجدول أيضا درجات الطلاب العليا والدنيا والمتوسطات في كل من البعدين - الاول والثاني -

أما الجدول الموالي فيوضح تحليل التباين:

الجدول رقم (18): يوضح نتائج تحليل التباين لدرجات أفراد العينة على بعدي الاستبيان حسب التخصص.

الأبعاد	مصادر التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة (F)	مستوى الدلالة
تقليدية	بين المجموعات	3	2555.878	851.959	4.815	0.01
	داخل المجموعات	356	62991.578	176.943		
	المجموع	359	65547.456			
حديثة	بين المجموعات	3	2606.489	868.830	6.533	0.01
	داخل المجموعات	357	47345.067	132.992		
	المجموع	359	49951.556			

يتضح من خلال الجدول (18) أن قيم (F) ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) هذا يعني وجود فروق بين التخصصات بالنسبة للبعد الأول - التصورات التقليدية - وذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) بالنسبة إلى للبعد الثاني - التصورات الحديثة- ومعنى ذلك أن متوسطات درجات الطلاب على الاستبيان - التصورات الاجتماعية للمرض العقلي - تختلف باختلاف التخصص.

ولمعرفة الفروق بين كل تخصص و التخصصات الأخرى استعملنا معامل (Tukey) للمقارنات المتعددة كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (19): يوضح الفروق بين التخصصات باستخدام معامل (Tukey).

الأبعاد	التخصص	التخصصات	متوسط الفروق	مستوى الدلالة
تقليدية	علم النفس	علوم سياسية	7.45	0.01
		فيزياء	3.80	غير دالة
		علوم سياسية	2.85	غير دالة
	علوم تجارية	فيزياء	3.65	غير دالة
		علوم سياسية	4.60	غير دالة
		علوم سياسية	0.94	غير دالة
حديثة	علم النفس	علوم تجارية	6.15	0.01
		فيزياء	6.57	0.01
		علوم سياسية	3.84	غير دالة
	علوم تجارية	فيزياء	0.22	غير دالة
		علوم سياسية	2.71	غير دالة
		فيزياء	2.73	غير دالة

يوضح الجدول رقم (19) الفروق بين التخصصات باستخدام معامل

(Tukey) المقارنات المتعددة واتضح لنا من خلال متوسطات الفروق ما يلي:

✦ توجد فروق بين الطلبة الذين يدرسون تخصص علم النفس وطلبة علوم

تجارية حيث كان متوسط الفروق (7.45) عند مستوى الدلالة (0.01).

✦ لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين الطلبة الذين يدرسون علم النفس

والفيزياء والعلوم السياسية.

✦ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين طلبة تخصص العلوم التجارية وكل من تخصص الفيزياء والعلوم السياسية .

✦ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين طلبة تخصص الفيزياء والعلوم السياسية وكل ذلك في البعد الأول التصورات التقليدية للمرض العقلي.

أما البعد الثاني التصورات الحديثة للمرض العقلي فكانت النتائج كما يلي :

✦ توجد فروق بين طلبة تخصص علم النفس وكل من تخصص العلوم التجارية والفيزياء عند مستوى الدلالة (0.01).

✦ توجد فروق بين الطلبة الذين يدرسون تخصص علم النفس وكل من تخصص العلوم السياسية من خلال متوسط الفروق لكنها غير دالة عند (0.01).

✦ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الطلبة الذين يدرسون علوم تجارية والطلبة الذين يدرسون علوم سياسية، وهذا ما ينطبق على طلبة الفيزياء والعلوم السياسية.

ويتضح لنا من خلال المؤشرات الإحصائية السابقة باستخدام تحليل التباين والمقارنات المتعددة أنه توجد فروق بين الطلبة حسب التخصص في التصورات الاجتماعية التقليدية والحديثة للمرض العقلي، هذا ما يجعلنا نقول بان الفرضية الخامسة تحققت.

7-2 عرض ومناقشة نتائج الدراسة:

تعرضنا في الجزء السابق لنتائج الدراسة الحالية ومناقشتها في ضوء فروضها الخمسة، ونحاول فيما يلي أن نقدم بعض الدلالات التي تفسر هذه النتائج التي توصلنا إليها، ومناقشتها من خلال ما يلي:

- الإطار النظري للدراسة .
- مدى تقارب نتائج الدراسة الحالية مع ما كشفت عن الدراسات السابقة في هذا المجال.
- أهم ما تثيره هذه النتائج من تساؤلات تحتاج إلى مزيد من البحث والدراسة.

7-2-1 الفرضية الأولى:

للطلبة الجامعيين تصورات اجتماعية تقليدية وحديثة للمرض العقلي.

بعد تحليل النتائج المتحصل عليها حسب الأبعاد المنتهجة في هذه الدراسة نستطيع القول بأنها قد أكدت وحقت لنا صدق الفرضية الأولى بدرجة من الايجابية وذلك بالنظر إلى المؤشرات الإحصائية المتحصل عليها من درجات الطلاب الذين بلغ عددهم (360) طالب وطالبة على بعدي الاستبيان حيث وضحت المتوسطات الحسابية وجود تصورات تقليدية و حديثة للمرض العقلي لدى أفراد العينة و كان معامل الارتباط بين البعدين ذو دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) وهذا ما يؤكد اختلافات في تصورات الطلبة تدرج ضمن ما هو تقليدي وحديث علمي.

يعبر هذا على أن التصورات الاجتماعية تعني المعرفة التلقائية، التي تتشكل ابتداء من تجاربنا، وهي نماذج من التفكير التي تلقيناها عن طريق التقليد والتربية والاتصال الاجتماعي.

فهي تعبر عن ما هو نفسي اجتماعي في نفس الوقت عن تفكير الفرد وعن طابعه الاجتماعي الممزوج بالثقافة المستمدة من هذا المجتمع.

على هذا الأساس فإن ما توصلنا إليه من تصورات اجتماعية للمرض العقلي يعبر عن المعلومات التي يحملها الطلبة والتي اكتسبوها من مراحل التنشئة الاجتماعية الممزوجة بالتفاعل والاتصال الاجتماعي حول مثل هذا الموضوع لذا يفسر كل فرد المرض العقلي حسب النمط الاجتماعي الذي يعيشه.

7-2-2 الفرضية الثانية:

التصورات الاجتماعية التقليدية للمرض العقلي أكثر شيوعاً لدى الطلبة الجامعيين.

دلّت نتائج الدراسة بأن هذه الفرضية قد تحققت، ويتضح من خلال متوسطات درجات الطلاب بأن التصورات الاجتماعية التقليدية أكثر شيوعاً لدى الطلبة الجامعيين من التصورات الاجتماعية الحديثة (73.26 في مقابل 71.88) وكانت هذه الفروق دالة إحصائياً عند مستوى (0.05)، كما وضحت لنا النتائج أيضاً أن أعلى درجة على بعدي الاستبيان كانت لصالح التصورات التقليدية (114) درجة في مقابل (101) للتصورات الاجتماعية الحديثة.

من خلال استقرائنا للتراث السيكولوجي اتضح أن هذه النتيجة تتفق مع نتائج بعض الدراسات ومن بينها دراسة سليمان بومدين حول التصورات الاجتماعية للصحة والمرض بمدينة سكيكدة - الجزائر - (2003-2004) حيث تبين من خلال الدراسة ارتباط أفراد العينة بثقافتهم المحلية و تمسكهم بالطب التقليدي في علاج بعض الأمراض التي يتعرضون لها مع تمسكهم بفكرة أن الطب الحديث مفيد هو الآخر وهذا ما اقره الأغلبية -المبحوثين- أي أنهم يؤمنون بالطريقتين في علاج

المرض بتحديد مجال اختصاص كل منهما، وتلتقي نتيجة هذه الدراسة مع ما كشف

عنه **عبد اللطيف محمد خليفة*** في مجال دراسته التصورات الشائعة لدى الجمهور العام في مصر عن علم النفس وموضوعاته، حيث اوضحت نتائج هذه الدراسة ان تصور أفراد العينة بالرغم من اختلاف المستويات التعليمية - الأعلى تعليماً و الأدنى تعليماً - فانه يمثل التصور الشعبي لموضوع علم النفس وتفسير موضوعاته مثل الاضطراب النفسي والعقلي تفسيراً ميتافيزيقياً (كالمسحر، والجن العين...)، ولا ينتمي تصور أفراد العينة لعلم النفس وموضوعاته إلى علم النفس الحديث إلا القليل من أفراد العينة.

ومنه يتبين أن التصور الاجتماعي لموضوع الدراسة يميل في طرحه وتفسيره إلى الجانب الاجتماعي أو الطابع الاجتماعي المحلي لأفراد العينة وهذا ما يتفق مع الحتمية التبادلية في تشكيل سلوك الفرد في تصور باندورا (bandora) (أنظر الفصل الرابع- النموذج الاجتماعي).

يبين لنا هذا أن أفراد العينة يرتبطون في تفسيرهم للمرض العقلي بثقافتهم التي استمدوها من المجتمع الذي ينتمون إليه - وبدون شك - هذا يشكل أهمية كبيرة في حياة الفرد اليومية، وهذا ما جعل التصورات التقليدية في مقدمة التصورات الاجتماعية الأكثر شيوعاً أو انتشاراً، ويعكس هذا طبيعة المحيط الذي يعيش فيه الأفراد - المعنيين بالبحث - خاصة بعد تزايد عدد المضطربين عقلياً في الآونة الأخيرة وعجز البحوث والدراسات في الكشف عن الأسباب المؤدية للمرض، أيضاً العجز على وجود طرق علاج هذه الظاهرة كل هذا أدى بالأفراد إلى إرجاعها إلى أسباب ميتافيزيقية رغم المستوى العلمي، إن النتائج التي توصلنا إليها في الفرضية لا تنفي وجود تصورات حديثة للمرض العقلي لدى أفراد العينة فمعظمهم

* - عبد اللطيف محمد خليفة، (2000)، كتاب علم النفس الاجتماعي.

- أي أفراد العينة - لديهم نظرة حديثة في تفسير المرض العقلي وهذا ما دلت عليه النتائج.

7-2-3 الفرضية الثالثة:

تختلف التصورات الاجتماعية التقليدية والحديثة للمرض العقلي لدى الطلبة الجامعيين باختلاف الجنس.

دلت المؤشرات الإحصائية المتعلقة بهذه الفرضية أن هناك اختلافات بين الذكور والإناث في كل من التصورات التقليدية والحديثة للمرض العقلي وقد كان هذا الاختلاف واضحاً بين الجنسين في تصور المرض العقلي، إذ كانت نسبة التصور التقليدي للمرض العقلي لدى الذكور تزيد عن الإناث، حيث كان متوسط درجات الذكور (75.54) في مقابل (70.17) للإناث وكانت الفروق دالة عند مستوى (0.01) وكل ذلك في البعد الأول -التصورات التقليدية- وهذا يقتضي أن تكون نسبة الإناث في التصورات الحديثة للمرض العقلي أعلى من الذكور (73.62 في مقابل 70.17) عند مستوى (0.01)، هذا ما يبين بأن نسبة التصورات التقليدية والحديثة تختلف باختلاف الجنس لصالح الذكور.

واتضح من خلال استقراءنا لنتائج الدراسات السابقة أن هذه النتيجة تلتقي مع ما كشفت عنه دراسة نونالي* (Nunally) حول التصورات السائدة حول المرض النفسي (1961)، بأن الإناث تزداد عندهم انتشار التصورات الخرافية على عكس الذكور، وهذا ما كشفت عنه أيضاً دراسة محمد عبد اللطيف خليفة حول المعتقدات الخرافية الشائعة لدى المجتمع الكويتي، والتي من بينها المرض النفسي فوجد أن الإناث أكثر تمسكاً بالمعتقدات الخرافية في تفسير المرض النفسي من الذكور ويتفق هذا أيضاً مع دراسة سليمان بومدين حول التصورات الاجتماعية للصحة والمرض

* عبد اللطيف محمد خليفة (1992) ص 67.

حيث وجد بأن الإناث أكثر تمسكا بالطب التقليدي من الذكور والعكس بالنسبة للطب الحديث، لكن هذه الفروق في دراسته كانت غير دالة أي ليست متفاوتة كثيرا.

لكن في ضوء هذه المقارنة بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة وجدنا أن الدراسات السابقة كشفت على أن الإناث أكثر تمسكا بالتصورات التقليدية في تفسير الظواهر المدروسة في هذه الدراسات، أما الدراسة الحالية -التصورات الاجتماعية للمرض العقلي- كشفت أن هذه الفروقات كانت لصالح الذكور أي أن تصورات الذكور للمرض العقلي كانت تقليدية على خلاف الإناث، ولزيادة التأكد من هذا قمنا بإيجاد الاختلافات بين الذكور والإناث في كل تخصص من التخصصات المدروسة فأسفرت النتائج من خلال متوسطات درجات أفراد العينة على بعدي الاستبيان، بأن الذكور وفي كل التخصصات لديهم تصورات تقليدية نحو المرض العقلي وكانت هذه الفروقات دالة إحصائيا.

والسؤال الذي يطرح هنا لماذا يزداد تمسك الذكور بالتصورات الاجتماعية التقليدية للمرض العقلي مقارنة بالإناث؟ مع العلم أننا لم نجد تفسير لهذا في الدراسات السابقة في هذا المجال -أي موضوع الدراسة الحالية- وقد يرجع ذلك إلى عدة عوامل نرجح أن تكون السبب في ذلك أولها وجود تخلف ثقافي لدى الذكور في تصور طبيعة المرض العقلي ومحدودية اطلاعهم على هذه المجالات عكس الإناث اللاتي لهن تطلعات أخرى، وقد وجدنا أيضا من خلال التعرض لخصائص العينة أن معظم الإناث مقيمات بالحي الجامعي هذا ما قد يخلق نوعا من التجاذب من حيث التخصصات المدروسة لكل منهن وإعطاء نظرة لهن عن ميادين مختلفة التي من بينها موضوع الدراسة، عكس الذكور لأن تفاعلهم مع المحيط الاجتماعي الأصلي مازال مستمرا، لأن المحيط الاجتماعي له دور كبير في ترسيخ أو تغيير التصورات اتجاه موضوع معين.

وتبقى هذه مجرد افتراضات حاولنا من خلالها تفسير انتشار التصورات الاجتماعية التقليدية بمعدل أكبر بين الذكور مقارنة بالإناث، ويبقى هذا بحاجة للبحث والدراسة للوقوف على تفسير علمي للفروق بين الجنسين في تصور الظاهرة اجتماعيا بالرغم من أن أفراد العينة من نفس البيئة الاجتماعية ونفس المستوى العلمي.

ومن خلال ما سبق يمكن أن نقول أن هذا لا ينفي بأن الإناث ليس لديهم تصورات تقليدية للمرض العقلي، بل توجد تصورات اجتماعية تقليدية وحديثة نحو المرض العقلي لدى كل من الذكور والإناث لكن بنسب متفاوتة فقط.

7-2-4 الفرضية الرابعة:

تختلف التصورات الاجتماعية التقليدية والحديثة للمرض العقلي لدى الطلبة الجامعيين باختلاف السن.

أوضحت نتائج الدراسة عدم وجود أي اختلاف ذو دلالة احصائية بين الفئات العمرية الثلاث قيد الدراسة في تصوراتهم الاجتماعية للمرض العقلي سواء التقليدية أو الحديثة كما افترضنا، هذا ما يدل على عدم تحقق هذا الفرض، حيث كانت متوسطات درجات الفئات الثلاث في البعد الأول (71.75، 73.58، 74.33) مما يدل على عدم وجود فروق متباينة، و هذا ما ينطبق على البعد الثاني- التصورات الحديثة- فكانت متوسطات درجاتهم (71.58، 72.33، 71.71) بين أفراد العينة حسب متغير السن.

وقد حاولنا معرفة دلالة الفرق في درجات الطلاب حسب كل فئة عمرية وفي كل بعد من الأبعاد المدروسة باستخدام تحليل التباين، اتضح أن الفروق لم تكن بدلالة إحصائية، هذا ما يؤكد عدم وجود اختلافات بين الطلبة حسب السن.

ويتفق ما توصلنا إليه في هذه الفرضية مع النتائج التي توصل إليها سليمان بومدين حيث وجد بأن السن ليس له علاقة بالإيمان بالطب الحديث والتقليدي حيث وجد فروق غير دالة في السن حتى الأكبر سننا حيث وجد الأفراد من سن (65) وأكثر لديهم تمسك بالطب التقليدي وقد يعزى هذا إلى عدة أسباب ككبر السن مثلاً وهذا ما وجدناه نحن في هذه الدراسة حيث أن الاختلافات غير دالة بين الفئة العمرية (22 وأكثر) والفئات الأخرى في التصورات التقليدية للمرض العقلي.

ومن خلال ما سبق يتضح لنا أن تصورات الطلبة الاجتماعية للمرض العقلي سواء الحديثة أو التقليدية لا تختلف باختلاف السن فكل أفراد العينة لديهم نفس التصورات -التقليدية والحديثة- للمرض العقلي حسب متغير السن، فعدم وجود اختلافات هنا قد يعزى لمتغيرات أخرى مثل تأثير البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها أفراد العينة هي التي تعمل على ترسيخ هذه التصورات هذا ما جعل كل الفئات العمرية لديها نفس التصورات لأن التنشئة الاجتماعية مستمرة مع الفرد وملازمة له طوال حياته ومن صفات التصورات أيضاً الديمومة والترسيخ فهي تشكل وحدة مركزية لا يمكن تغييرها بسهولة قد يكون هذا السبب في عدم ظهور اختلاف أفراد العينة حسب متغير السن في تصوراتهم.

7-2-5 الفرضية الخامسة:

تختلف التصورات الاجتماعية التقليدية والحديثة للمرض العقلي لدى الطلبة الجامعيين باختلاف التخصص.

أوضحت نتائج الدراسة أن هناك إختلافات بين التخصصات التي يدرسها طلبة عينة الدراسة في كل من التصورات التقليدية والحديثة للمرض العقلي، من خلال متوسطات درجات الطلاب وكانت الفروق دالة إحصائياً هذا ما يدل على تحقق الفرضية.

وقد حاولنا معرفة دلالة الفروق في درجات تصورات الطلبة بين التخصصات الأربعة باستخدام تحليل التباين، اتضح أن الفروق كانت بدلالة إحصائية في كل من البعدين -تصورات حديثة وتقليدية-.

وبغرض معرفة الفروق بين الطلبة في كل تخصص والتخصصات الأخرى قمنا باستخدام معامل (Tukey) للمقارنات المتعددة فوجدنا فروقات بين الطلبة في تخصص علم النفس و بين الطلبة الذين يدرسون التخصصات الأخرى خاصة العلوم التجارية، أما الطلبة في التخصصات الأخرى لم تكن هناك فروقات ذات دلالة إحصائية، هذا بالنسبة للبعد الأول -التصورات التقليدية-.

أما التصورات الحديثة كانت الفروق دالة إحصائياً بين طلبة علم النفس وكل من طلبة الفيزياء والعلوم السياسية، أما الطلبة في التخصصات الأخرى لم تكن الفروق دالة إحصائياً.

من خلال الفروقات السابقة الذكر تبين أن طلبة علم النفس لديهم تصور حديث للمرض العقلي أكثر من طلبة التخصصات الأخرى، ويعزى هذا إلى طبيعة التخصص المدروس والتعرف على جميع النظريات المفسرة للمرض العقلي هذا ما جعل معظم الطابة ينظرون للظاهرة من جانبها العلمي هذا لا يدل على انعدام التصورات التقليدية لدى طلبة تخصص علم النفس وهذا ما بينته متوسطات درجات الطلاب.

أما طلبة التخصصات الأخرى (علوم تجارية، علوم سياسية، فيزياء) كانوا يؤمنون بالتصورات التقليدية في تفسير المرض العقلي ويعزى هذا إلى طبيعة التخصص المدروس لأنه بعيد عن تفسير مثل هذه الظواهر لكن تخصصات أفراد العينة لا تعتبر محددًا لمستوى تفكير الفرد وثقافة فهو يحافظ على طابعه الاجتماعي في تفسير الظواهر كما بينتها النتائج المتحصل عليها، بالنسبة للدراسات السابقة لا توجد دراسة -في حدود اطلاعنا- تناولت متغير التخصص في ضوء هذا الموضوع فمعظم الدراسات تناولت المستوى التعليمي لأفراد العينة وهذا ما تميزت به دراستنا الحالية.

هذه النتيجة تحتاج إلى مزيد من إعادة النظر في كيفية أو طريقة تعليم الفرد في ضوء نظام يشمل العديد من المتغيرات كأساليب التنشئة السليمة للفرد على أسس منطقية، وأهم ما يمكن استخلاصه من هذه النتائج أن التخصص المدروس ليس له دور في تغيير التصورات التي يستمدها الفرد من البيئة التي يعيش فيها بالرغم من أن الطلبة الذين يدرسون علم النفس كانت تصوراتها مبنية على أساس علمي إلا أن فئة معتبرة منهم تنظر إلى المرض العقلي من جانبه الميتافيزيقي-التقليدي-.

نستنتج مما سبق وبعد مناقشة النتائج حسب المتغيرات المدروسة وجود بعض الفروقات الدالة إحصائياً بين هذه المتغيرات في التصورات الاجتماعية التقليدية والحديثة للمرض العقلي وتمثلت هذه الاختلافات في ظهور التصورات الاجتماعية التقليدية بنسبة أكبر في تفسير المرض العقلي لدى أفراد العينة على حساب التصورات الاجتماعية الحديثة، وكانت هذه النسبة المرتفعة من التصورات التقليدية لصالح الذكور مقارنة مع الإناث، هذا ما يظهر تخلف ثقافي أو نقص اطلاع لدى الطلبة الذكور حول المرض العقلي أو تمسكهم بالتصورات التي استمدها من البيئة الثقافية للمجتمع الذي ينتمون إليه لأن الفرد مهما بلغ من مستويات علمية وحضارية متطورة يبقى متسماً بطابعه الاجتماعي في تفسير الظواهر باختلاف أنواعها، تبعاً لعوامل تحتم عليه تفسيرها بعيداً عن إطارها الحقيقي، خاصة عند العجز عن إيجاد السبل المؤدية إلى القضاء على مثل هذه الظواهر التي أصبحت حقا تشكل عبءاً على المجتمع هذا ما جعل الأفراد على اختلاف مستوياتهم يرجعون المرض العقلي إلى تفسيرات بدائية خاصة إذا ما توافقت وجود حالة ترجع إلى هذه التفسيرات.

إن تفسير الظاهرة لا يمكن وبأي حال وباختلاف المجتمعات أن يكون بعيداً عن تصورات ومعتقدات وقيم واتجاهات الأفراد، فالتصورات الاجتماعية تعبر عن سلوكيات الأفراد-المبوهين- نحو المرض العقلي من حيث تفسير أسبابه وطرق علاجه وهذا ما توصلت إليه الدراسات السابقة في هذا الميدان .

وفي ضوء ما انتهت إليه الدراسة من نتائج يمكن أن نقول بأن وجود تصورات اجتماعية تقليدية بنسبة مرتفعة لا ينفي وجود تفسيرات علمية أي تصورات حديثة للمرض العقلي، ويمكن القول أيضا بأن التصور القديم الذي تعرضنا له في الجانب النظري ما زالت جذوره ممتدة إلى يومنا تحمل رواسب خلفها من سبقونا في تفسير هذه الظاهرة.

7-3 التوصيات:

بناء على ما تم التوصل إليه في هذه الدراسة من نتائج، يمكننا إعطاء بعض الاقتراحات لتوجيه النظرة للمرض العقلي من زاوية علمية حديثة حول طبيعته بعيدا عن التفسيرات التقليدية بالرغم من أنها حقيقة اجتماعية لا يمكن تجاهلها وينبثق عن هذا ما يلي:

• التخطيط لوضع برامج داخل السياق الاجتماعي للأفراد للتعرف على حقيقة المرض العقلي وأنواعه المختلفة.

• توجيه البحوث النفسية والاجتماعية لدراسة ظاهرة المرض العقلي من جهة وتوعية الأفراد من خلال التعرف على الظاهرة من الناحية الاجتماعية والنفسية والبيولوجية والطبية...، والتعرف على الاضطرابات النفسية والعقلية معا للتفريق بينهما.

• تنمية الوعي الجماهيري من خلال وسائل الإعلام المختلفة ومحاولة التثقيف منه خاصة كيفية التعامل مع المرض العقلي لأنه رغم التطور العلمي والتقدم ومعرفة طبيعة الظاهرة واسبابها الحقيقية الا انها مازالت غامضة لدى الكثير من الافراد.

• كما يمكن الاستفادة من هذه الدراسة في التخطيط لإقامة برامج لتغيير التصورات الاجتماعية التقليدية، واستحداث نوع من التغيير لتوعية الناس حول النماذج الحديثة التي تفسر المرض العقلي في إطاره النفسي، الاجتماعي، الطبي من أجل تغيير نظرة المجتمع للمرض العقلي باعتباره مرضا يستحق الاهتمام والرعاية من جانب المجتمع فقد تبين من خلال دراسة أجراها فارينا وآخرون (Farina) تمثلت في توجيه رسائل تحتوي معلومات دقيقة حول المرض النفسي إلى عامة الناس وأدى ذلك إلى تصحيح معلوماتهم وتصوراتهم عن المرض النفسي.

• ضرورة إعادة النظر في العملية التعليمية والتربوية عامة، وإبراز دورها في مجال تنمية التفكير العلمي لدى المتدرسين من المراحل العمرية المبكرة حتى الدراسات العليا.

اما ما تثيره هذه الدراسة من تساؤلات تمثلت فيما يلي:

- هل يمكن تعميم هذه النتائج على طلبة كل الجامعات الجزائرية؟.
- هل يمكن تعميم هذه النتائج على افراد المجتمع الجزائري؟.
- هل تختلف التصورات الاجتماعية باختلاف نوع المرض العقلي ومدة الإصابة به، حسب رأي أفراد مجتمع ما بين الريف والمدينة؟ وباختلاف الأعمار؟.
- ما هي العوامل التي تساعد على تكوين التصورات الاجتماعية حول المرض العقلي؟.
- هل يمكن إعداد برنامج لتغيير التصورات التقليدية للمرض العقلي؟.
- هل تختلف التصورات الاجتماعية للمرض العقلي باختلاف سمات الشخصية؟.

خاتمة:

من خلال نتائج الدراسة، توصلنا إلى رسم ملامح التصور الاجتماعي للطلبة الجامعيين - جامعة محمد بوضياف المسيلة - نحو المرض العقلي في جانبها العلمي الحديث الذي يفسر الظاهرة من زواياها المختلفة النفسية والطبية والاجتماعية... والجانب التقليدي المرتبط بالثقافة الشعبية لمجتمع الدراسة.

وقد أظهرت النتائج أن التصورات الاجتماعية التقليدية للمرض العقلي أكثر شيوعاً لدى أفراد العينة، هذا ما يبرر أن التصور الاجتماعي الثقافي كمحدد قوي لتفسير المرض العقلي لدى أفراد العينة، هذا ما يبرز ارتباط الطلبة في تفسيرهم للمرض العقلي بتفسيرات خاصة بالمجتمع الذي ينتمون وتطبع تصوراتهم بهذا الطابع الاجتماعي وتصبح وسيلة للتعبير عن هذه التصورات

و لم يكن المكون العلمي أو التصور الحديث في تفسير المرض العقلي لدى الطلبة شائعاً مقارنة بالتصور التقليدي لهذه الظاهرة، مع أنه يعتبر من أهم خصائص عينة الدراسة عدا الاختلافات في التصور حسب متغير التخصص المدروس لدى الطلبة الذين يدرسون الظاهرة في جانب من جوانبها لديهم نظرة واقعية علمية للمرض العقلي، هذا لا ينفي وجود تفسيرات ممتدة من واقعهم الاجتماعي المستمد من الموروث الثقافي الشعبي في تحليل وتفسير مثل هذه الظواهر، ولا ينفي أيضاً شيوع التصورات الاجتماعية التقليدية لدى الطلبة الجامعيين عدم وجود نظرة علمية لتفسير المرض العقلي، إذا نظرنا إليها من زواياها العديدة نجدها تعبر عن تخلف ثقافي اتجاه هذه الظاهرة .

ونتوصل إلى نتيجة مفادها أن رواسب الماضي ما زالت ممتدة بجذورها إلى يومنا هذا بالرغم من التطور العلمي الذي وصلت إليه كافة العلوم خاصة وسائل الإعلام التي لها الدور الكبير في إعطاء الملامح الحقيقية لمثل هذه الظواهر.

المراجع
و
المصادر

المراجع باللغة العربية:

الكتب:

- 1- ابن القيم الجوزية (2000): الطب النبوي، ط1، دار ابن حزم، بيروت - لبنان.
- 2- ابن القيم الجوزية (2001): الطب النبوي، ط2، مؤسسة الرسالة، بيروت- لبنان.
- 3- احمد محمد حسن صالح وآخرون (بدون سنة): الصحة النفسية وعلم النفس الاجتماعي والتربية الصحية، ج1، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية.
- 4- أرنوف ويتج (بدون سنة): مقدمة في علم النفس، ترجمة عادل عز الدين الأشول وآخرون، ديوان المطبوعات الجامعية، بن عكنون- الجزائر.
- 5- إيمان فؤاد محمد الكاشف (2001): الإعاقة العقلية بين الإهمال والتوجيه، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
- 6- إسماعيل قبيرة وآخرون (بدون سنة): التصورات الاجتماعية ومعانات الفئات الدنيا، مخبر الإنسان والمدينة، جامعة منتوري قسنطينة.
- 7- أنسى محمد أحمد قاسم (1999): علم النفس التعلم، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية.
- 8- أميرة منصور يوسف علي (1997): المدخل الاجتماعي للمجالات الصحية والطبية و النفسية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
- 9- اشرف محمد عبد الغني محمد شريت، محمد السيد حلاوة (2002): الصحة النفسية بين النظرية والتطبيق، المكتب الجامعي الحديث، الازاريطة - الإسكندرية.
- 10- احمد عكاشة (1976): الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- 11- احمد فوزي (1988): الطفل والمجتمع، ط2، مطبعة النجاح، الدار البيضاء.
- 12- إجلال محمد سرى (2000): علم النفس العلاجي، ط2، عالم الكتب، القاهرة.
- 13- بدرة معتصم ميموني (2003): الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق، ديوان المطبوعات الجامعية، بن عكنون- الجزائر.
- 14- بيير داکو (1988): العصاب والأمراض الذهانية، ترجمة رعد إسكندر وأركان بيشون، دار التربية، بغداد.

- 15- بيث هس وآخرون (1989): علم الاجتماع، ترجمة محمد مصطفى الشعبي، دار المريخ، المملكة العربية السعودية.
- 16- بشير صالح الرشدي (2000): مناهج البحث التربوية رؤية تطبيقية مبسطة، ط1، دار الكتاب الحديث الكويت.
- 17- باسم محمد ولي، محمد جاسم محمد (2004): علم النفس الاجتماعي، ط1، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان.
- 18- تيسير مفلح كوافحة (2004): علم النفس التربوي، ط1، دار المسيرة، للنشر و التوزيع والطباعة، عمان.
- 19- جول تريكو (1966): المنطق السوري، ترجمة محمد يعقوبي، ديوان المطبوعات الجامعية، بن عكنون - الجزائر.
- 20- ج، ب، جيلفورد (بدون سنة): ميادين علم النفس النظرية والتطبيق، ترجمة يوسف مراد، المجلد الأول، دار المعارف، مصر.
- 21- جمال محمد شاكر محمد (2005): التحليل الإحصائي للبيانات باستخدام (SPSS)، ط1، الدار الجامعية، الإسكندرية.
- 22- حسين عبد الرحمان احمد رشوان (1999): دور المتغيرات الاجتماعية في الطب والأمراض، المكتب الجامعي الحديث، الأزاريطة، الإسكندرية .
- 23- حامد عبد السلام زهران (1980): التوجيه والإرشاد النفسي، ط2، عالم الكتب، القاهرة.
- 24- حامد عبد السلام زهران (1997): الصحة النفسية و العلاج النفسي، عالم الكتب، القاهرة.
- 25- حسن منسي (1998): الصحة النفسية، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان.
- 26- حسين علي فايد (2001): دراسات في الصحة النفسية، ط1، المكتب الجامعي الحديث الأزاريطة-الإسكندرية.
- 27- خولة احمد يحيى (2000): الاضطرابات السلوكية و الاضطرابات السلوكية الانفعالية، ط1، دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع، عمان -الأردن.
- 28- ربيع عبد الرؤوف عامر (2006): رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة المعاقين، ط1، دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع، عمان-الأردن.

- 29- رمضان محمد القذافي (1998): الصحة النفسية، ط3، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.
- 30- رجاء وحيد دويدري (2000): البحث العلمي، دار الفكر المعاصر، بيروت-لبنان.
- 31- راضي محمد الكبيسي (2000): اتجاهات الأبناء نحو الآباء المعوقين، ط1، دار الفكر للطباعة و النشر والتوزيع، عمان.
- 32- راضي الوقفي (1998): مقدمة في علم النفس، ط3، دار الشروق، عمان.
- 33- كمال دسوقي (1974): الطب العقلي والنفس، دار النهضة العربية للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت.
- 34- كامل محمد محمد عويضة (1996): الحياة النفسية، ط1، دار الكتب العلمية، بيروت- لبنان.
- 35- محمد يعقوبي (1999): دروس في المنطق السوري، ديوان المطبوعات الجامعية، بن عكنون- الجزائر.
- 36- محمد يعقوبي (بدون سنة): دروس المنطق السوري، ديوان المطبوعات الجامعية، بن عكنون- الجزائر.
- 37- محمد سيد فهمي (2001): السلوك الاجتماعي للمعوقين، المكتب الجامعي الحديث، الازاريطة، الإسكندرية.
- 38- محمد السيد عبد الرحمان (2000): علم الأمراض النفسية والعقلية، دار قباء للطباعة و النشر والتوزيع، القاهرة.
- 39- محمد الخطيب (2000): الأثنولوجيا، ط1، منشورات دار علاء الدين، دمشق.
- 40- محمد جاسم محمد (2004): مشكلات الصحة النفسية، مكتبة دار الثقافة للنشر و التوزيع، عمان.
- 41- محمد احمد بيومي (2006): أسس وموضوعات علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، الازاريطة، الإسكندرية.
- 42- مجدي احمد محمد عبد الله (1996): علم النفس المرضي، دار المعرفة الجامعية، الازاريطة.
- 43- مجدي احمد محمد عبد الله (1996): السلوك الاجتماعي و دينامياته، دار المعرفة الجامعية ، الازاريطة.

- 44- موفق هاشم صقر الحلب (2000): الاضطرابات النفسية عند الأطفال والمراهقين ط2، مؤسسة الرسالة، بيروت- لبنان.
- 45- محي الدين مختار (1982): محاضرات في علم النفس الاجتماعي، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
- 46- مقدم عبد الحفيظ (2003): الإحصاء والقياس النفسي والتربوي، ط2، ديوان المطبوعات الجامعية، بن عكنون- الجزائر.
- 47- نعيم الرفاعي (1969): الصحة النفسية، مطبعة طوبين، دمشق .
- 48- سعد جلال (1985): في الصحة النفسية، الأمراض النفسية و العقلية والانحرافات السلوكية، دار الفكر العربي، القاهرة.
- 49- سامي ملحم (2002): صعوبات التعلم، ط1، دار الميسرة للنشر والتوزيع الطباعة، عمان.
- 50- سامي ملحم (2000): مناهج البحث في التربية وعلم النفس، ط1، دار الميسرة للنشر و التوزيع والطباعة، عمان- الأردن.
- 51- سلامة منصور محمد، نهى سعدي مغازي (1998): رعاية ذوي الأمراض العقلية و النفسية، ج3، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، الإسكندرية.
- 52- عبد اللطيف محمد خليفة (1996): المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي، دار الثقافة، للنشر والتوزيع، القاهرة.
- 53- عبد اللطيف محمد خليفة (2000): دراسات في علم النفس الاجتماعي، المجلد الثاني، دار قباء، للنشر والطباعة، للنشر والتوزيع، القاهرة.
- 54- عبد الستار إبراهيم (1988): علم النفس الإكلينيكي، دار المريخ للنشر و التوزيع، المملكة العربية السعودية.
- 55- عبد الستار إبراهيم، عبد الله عسكر (2005): علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب النفسي، ط3، دار الانجلو مصرية، مصر.
- 56- عبد الرحمان بن خلدون (2004): المقدمة، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت- لبنان.
- 57- عبد الرحمان الوافي (1999): الوجيز في الأمراض العقلية والنفسية، ديوان المطبوعات الجامعية، بن عكنون- الجزائر.

- 58- عبد السلام الشيخ(1996): علم النفس الاجتماعي، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية.
- 59- عبد العالي الجسماني (1998): الأمراض النفسية، ط1، الدار العربية للعلوم، بيروت- لبنان.
- 60- علاء مصطفى أنور (1988): التفسير في العلوم الاجتماعية، دار الثقافة و النشر و التوزيع، القاهرة.
- 61- علي عبد الرزاق جبلي (1996): دراسات في المجتمع والثقافة والشخصية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
- 62- عمر سليمان الأشقر(1997): عالم السحر والشعوذة، ط3، النفائس للنشر والتوزيع، الأردن.
- 63- عبد الرحمان محمد العيسوي (2005): في علم النفس العيادي، دار المعرفة الجامعية، مصر.
- 64- عبد الرحمان محمد العيسوي (2004): الجريمة والشذوذ العقلي، ط1، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت-لبنان.
- 65- عبد الرحمان محمد العيسوي (2001): الجديد في الصحة النفسية، منشأة المعارف، الإسكندرية.
- 66- عبد الرحمان محمد العيسوي (2004): الصحة النفسية من المنظور القانوني، ط1، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت- لبنان.
- 67- عبد الرحمان محمد العيسوي (1994): دراسات في علم النفس الاجتماعي، ط1، بيروت - لبنان.
- 68- غريب سيد احمد(1997): التصميم وتنفيذ البحث، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية-مصر.
- 69- فيوليت فؤاد إبراهيم وآخرون (2001): بحوث ودراسات في سيكولوجية الإعاقة، ط1، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، مصر.
- 70- فوزي محمد جبل (2000): الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، المكتبة الجامعية، الإسكندرية.
- 71- فيصل عباس (1994): أضواء على المعالجة النفسية(النظرية والتطبيق)، ط1، دار الفكر اللبناني، بيروت - لبنان.

- 72- فيصل محمد خير الزراد (1984): الأمراض العصابية و الذهانية والاضطرابات السلوكية، دار القلم، الإسكندرية.
- 73- فايز علي الحاج (1986): الأمراض النفسية، ط1، المكتب الإسلامي، بيروت.
- 74- فايز علي الحاج (1987): الأمراض النفسية، ط2، المكتب الإسلامي، بيروت.
- 75- فؤاد البهي السيد (1978): علم النفس الإحصائي وقياس العقل البشري، دار الفكر العربي، القاهرة.

المعاجم و القواميس :

- 76- إبراهيم مذكور (1975): معجم العلوم الاجتماعية، الهيئة المصرية العامة للكتاب، مصر.
- 77- جان لابلاش و، ج، ب، بونتايس (1985): معجم مصطلحات التحليل النفسي، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
- 78- جميل صليبا (1982): المعجم الفلسفي، ج1، الكتاب اللبناني، بيروت - لبنان.
- 79- خليل احمد خليل (1995) معجم المصطلحات، ط1، الفكر اللبناني، بيروت.
- 80- علي بن هادية وآخرون (1991): القاموس الجديد للطلاب، ط7، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر.

الموسوعات:

- 81- محمد عبد الرحمان العيسوي (2001-2002): موسوعة علم النفس الحديث، المجلد الرابع، دار الراتب الجامعية، بيروت.
- 82- محمد عبد الرحمان العيسوي (2001-2002): موسوعة علم النفس الحديث، المجلد الثاني، دار الراتب الجامعية، بيروت.
- 83- عبد الرحمان محمد العيسوي (1999): موسوعة علم النفس الحديث، علم نفس الشواذ والصحة النفسية، ط1، دار الراتب، بيروت - لبنان.
- 84- عبد الرحمان بدوي (1974): موسوعة الفلسفة، المؤسسة العربية للدراسات و النشر، بيروت.

85- رولان دورون، فرانسوا زبارو (1997): موسوعة علم النفس، ط1، المجلد الثاني، عويدات للنشر والطباعة، بيروت- لبنان.

المجلات والوثائق:

86- بوضرسة زهير(2004): " اتخاذ القرارات الإدارية والأكاديمية بين العوامل الفردية و العوامل التنظيمية لدى رؤساء أقسام الكليات جامعة منتوري قسنطينة "، مجلة نفسية وتربوية، العدد 2، جامعة منتوري قسنطينة.

87- محمد شلبي(1998) : " ثلاث نماذج تفسيرية للمرض العقلي "، مجلة العلوم الإنسانية، العدد 09، منشورات جامعة قسنطينة.

88- سليمان بومدين (2006): " المعنى الاجتماعي للمرض " ، مجلة العلوم الإنسانية، العدد 20، جامعة منتوري قسنطينة.

89- شاكر عبد الحميد، محمد حسن غانم (2005): " عصر الصورة "، دراسات عربية في علم النفس، العدد 02، دار غريب للطباعة و النشر والتوزيع، القاهرة.

90- عبد العالي دبله، إبراهيم بلعادي(2004): " سوسولوجيا الصحة "، الباحث الاجتماعي، العدد 05، جامعة محمد خيضر بسكرة.

91- عبد العزيز علي خزاملة(1998): " صورة الشخصية اليهودية الإسرائيلية في الذهنية العربية "، مجلة العلوم الإنسانية، العدد09، منشورات جامعة قسنطينة.

92- اللجنة الوطنية للمناهج (2005): الوثيقة المرافقة لمناهج العلوم الطبيعية والحياة.

المذكرات:

93- سليمان بومدين(2004): التصورات الاجتماعية للصحة والمرض في الجزائر - حالة مدينة سكيكدة -، رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه دولة في علم النفس العيادي، جامعة منتوري قسنطينة.

94- جنادي لمياء(2006): التصورات الاجتماعية للمواطنة عند أساتذة التعليم المتوسط مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الاجتماعي، جامعة منتوري قسنطينة.

Les livres:

- 95-** Abric (J C) (1994): Pratiques sociales et représentations, PUF 1^{er} Édition, Paris.
- 96-** Armand Colin (1995): l'introduction de la psychopathologie de l'adulte, Evlyne pew.zner.
- 97-** Moscovici S (1972): introduction a la psychologie sociale, Lidiarie Larousse, paris.
- 98-** Moscovici s (1976): la psychanalyse son image et son public, Puf, paris.

Dictionnaire et les revues et les thèses :

- 99-** Sillamy .N (1983): dictionnaire de psychologie, Paris –Bordas.
- 100-** Abdou .Elhelou (1974): le vocabulaire philosophique, 1^{ere} édition, centre de Recherche et de développement.
- 101-** Maache.Y, Chorfi M, Kouira A(2002) : les représentation sociale un concept au Carrefour de la psychologie sociale et de sociologie, 1^{ère} édition de L'université Mentouri –Constantine.
- 102-** Aziez Ghania (2001-2002): les représentation de la toxicomanie chez les parents D'adolescents, thèse d'obtention d'un diplôme de magister en psychologie .

Cite d'internet

- 103-** Martin Sanchez : Concept de représentation sociale (20/02/2007).

http://www.serpsy.org/formation_debat/mondiale_5.html.

104- Marc.Ktanas : la notion de représentation sociale (20/02/2007).

<http://serpsy.free.fr/espaceemploi.php>

105- Représentation sociales : un article de wikipédia, l'encyclopédie libre (20/02/2007) .

<http://fr.wikipedia.org/wiki/Repr%C3%A9sentation-sociale>

الملاحق

الملحق رقم (01)

جامعة محمد خيضر بسكرة
كلية الآداب و العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس و علوم التربية

استبيان موجه للطلبة الجامعيين
حول

التصورات الاجتماعية للمرض العقلي
لدى عينة من الطلبة الجامعيين
دراسة ميدانية بجامعة محمد بوضياف المسيلة

إشراف الدكتور:
بوقطاية مراد

إعداد الطالبة:
بورنان سامية

السنة الجامعية 2006-2007

البيانات الشخصية :

ضع علامة (x) داخل الخانة التي تناسبك .

1-الجنس: ذكر

أنثى

2-السن: أقل من 20 سنة

20-22 سنة

22 و أكثر

3- التخصص: علم النفس

علوم سياسية

علوم تجارية

فيزياء

4- الإقامة الجامعية : مقيم

غير مقيم

5- التدرج الجامعي: سنة أولى

سنة ثالثة

سنة ثانية

سنة رابعة

فيما يلي مجموعة من الفقرات تتضمن بعض التصورات الاجتماعية حول موضوع المرض العقلي. و لأغراض البحث العلمي، نرجو تحديد الإجابة التي تتفق مع تصوراتك بوضع علامة (x) داخل الخانة التي تناسب سلوكك.

ملاحظة: - لا تضع أكثر من إشارة واحدة أمام كل فقرة.

- يرجى الإجابة عن جميع الفقرات دون ترك فقرة بدون إجابة.

- أجب بصراحة و صدق لأن هذا يخدم البحث العلمي.

رقم الفقرة	الفقرات	موافق تماماً	موافق	غير متأكد	غير موافق	لا أوافق تماماً
أُتصوّر أن:						
1	المرض العقلي هو الجنون.					
2	المرض العقلي هو الغرابة في التصرفات.					
3	المرض العقلي هو خفة العقل.					
4	المرض العقلي هو فقدان الاهتمام بالنفس.					
5	المرض العقلي يجعل المصاب يشبه الأطفال في تصرفاته.					
6	المرض العقلي هو مرض وراثي.					
7	المرض العقلي يجعل المصاب به شخص عدواني.					
8	المرض العقلي هو فقدان الإدراك.					
9	المرض العقلي مرض خطير.					
10	المرض العقلي شكل من أشكال التخلف الذهني.					
11	المرض العقلي يعني الفشل في الحياة.					
12	المرض العقلي في احد معانيه وصمة عار و إهانة.					
13	المرض العقلي مرض يصيب العباقره والمثقفين.					
14	المرض العقلي نتيجة لضعف الإيمان.					
15	المرض العقلي نتيجة لضغوطات مرت بالفرد.					
16	المرض العقلي نتيجة لتعاطي المسكرات.					
17	المرض العقلي ابتلاء من عند الله.					
18	المرض العقلي نتيجة حوادث تعرض لها الفرد.					
19	المرض العقلي عقاب لما اقترفه الفرد من ذنوب.					
20	الإصابة بالمرض العقلي قضاء وقدر.					
21	المرض العقلي نتيجة لإصابة على مستوى المخ.					
22	المرض العقلي اضطراب في إفرازات الغدد.					

				المرض العقلي مس من الجن.	23
				المرض العقلي نتيجة للإصابة بالعين والحسد.	24
				المرض العقلي سببه خلل في العوامل الوراثية.	25
				المرض العقلي سببه السحر.	26
				المرض العقلي يجعل التفكير مفكك.	27
				المرض العقلي هو ضعف في الذاكرة.	28
				المرض العقلي يجعل المصاب يهمل مظهره الخارجي	29
				المرض العقلي يجعل المصاب به ينطق بالحكمة.	30
				المرض العقلي يجعل المصاب منطو عن الآخرين.	31
				المرض العقلي يجعل المصاب يحب التخريب.	32
				المرض العقلي هو فقدان كامل للتوافق.	33
				المرض العقلي يجعل المصاب به عنيف.	34
				كل سلوك عدواني في المرض العقلي مس من الجن.	35
				المرض العقلي يتميز بحدة الانفعالات.	36
				المرض العقلي هو فقدان المسؤولية.	37
				يتخيل المصاب بالمرض العقلي أصواتا تتكلم معه.	38
				المرض العقلي يجعل المصاب يعيش في عالم خاص.	39
				علاج المرض العقلي بالأدوية والعقاقير.	40
				زيارة أضرحة الأولياء الصالحين يشفي المرض العقلي.	41
				بعض حالات المرض العقلي ميؤس من شفائه.	42
				علاج المرض العقلي بالجراحة.	43
				إيداع المصاب بالمرض العقلي في المستشفى.	44
				علاج المرض العقلي باستحضار الجن.	45
				المرض العقلي يمكن علاجه في حالاته الخطيرة.	46
				علاج المرض العقلي عن طريق الرقية.	47
				علاج المرض العقلي بالصدمة الكهربائية.	48
				علاج المرض العقلي بالأحجبة و التمام.	49
				قراءة الأدعية والابتهالات تشفي المرض العقلي.	50

الملحق رقم (02)

الاستبيان الاستطلاعي حول التصورات الاجتماعية للمرض العقلي.

نقوم بإجراء دراسة تهدف إلى الكشف عن التصورات الاجتماعية للمرض العقلي لدى طلبة الجامعة، وهذا ما يستدعي منا بناء أداة للوصول إلى هذه الحقيقة، ولما كنت أنت أحد المعنيين بهذه الدراسة نود الاستعانة بك للتعرف على رأيك في هذا الموضوع، ونطلب منك العون للإجابة على الأسئلة أدناه.

كيف تتصور طبيعة المرض العقلي من الناحية العلمية والواقع الاجتماعي في تفسير هذه الظاهرة من حيث:

أ- تعريف المرض العقلي.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....

ب- أسباب المرض العقلي.....

.....
.....
.....
.....
.....

ج- الطرق العلاجية المستعملة في علاج المرض العقلي.....

.....
.....
.....
.....
.....

الملحق رقم (03)

جدول رقم (01) يوضح كيفية حساب معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية

30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	الطلاب الفقرات
4	1	4	1	2	4	2	1	3	2	3	3	2	3	3	4	2	1	4	1	3	9	1	2	2	4	3	2	4	3	1
2	3	4	1	2	3	4	3	5	4	4	4	4	4	4	2	2	3	4	2	1	1	4	5	4	4	1	4	3	4	2
2	4	1	1	2	3	3	4	4	3	4	4	2	3	4	3	4	1	2	2	2	1	3	1	1	2	2	3	4	2	3
1	3	2	2	2	4	2	2	1	1	4	2	5	4	4	4	4	5	4	2	2	1	4	5	4	4	1	2	5	3	4
4	2	2	2	4	4	2	1	5	5	4	4	4	5	4	2	4	5	2	1	4	1	4	5	1	2	2	4	5	4	5
2	1	3	2	4	4	1	1	2	2	2	4	4	4	3	4	2	2	4	1	4	1	1	1	5	4	1	2	4	4	6
3	4	4	2	4	5	4	3	5	4	4	3	2	4	4	2	4	3	4	3	4	2	4	5	2	4	3	4	3	3	7
4	3	2	2	4	4	3	2	5	3	4	3	2	4	3	2	2	3	4	2	4	2	4	3	2	4	2	3	3	2	8
2	2	4	2	5	3	2	4	5	4	4	2	2	2	4	4	2	2	4	2	4	2	1	1	5	4	4	5	5	2	9
3	1	4	4	3	1	2	1	4	3	4	3	5	5	4	4	2	1	4	2	3	3	1	1	5	4	5	4	4	3	10
4	2	2	2	3	4	5	3	5	4	2	2	2	2	4	1	2	3	4	2	2	1	4	3	1	4	3	3	3	2	11
3	1	2	4	5	5	2	3	3	5	1	2	1	1	3	2	2	1	4	1	2	1	1	1	4	4	1	1	2	3	12
3	1	2	2	3	3	5	3	4	1	3	4	4	4	2	2	1	3	2	1	2	2	1	3	1	2	3	4	2	2	13
2	1	2	2	4	4	3	3	4	5	2	2	2	3	3	2	1	3	3	1	1	3	3	3	3	1	2	3	3	3	14
2	3	2	4	4	4	5	2	5	4	4	3	4	1	4	2	4	4	4	2	4	4	4	5	2	4	3	5	4	4	15
1	1	2	1	1	4	2	1	4	5	3	3	2	1	4	2	4	1	4	2	3	4	4	5	1	1	1	4	2	4	16
5	5	2	1	5	4	5	1	5	4	3	3	4	4	4	4	5	4	1	4	4	4	4	5	5	1	1	5	5	5	17
3	5	2	2	5	3	4	4	2	4	4	3	4	5	4	4	4	3	4	4	5	4	4	5	3	4	3	4	4	5	18
1	1	2	1	2	4	3	1	5	2	3	3	2	2	3	2	1	4	1	1	1	2	4	1	1	2	2	3	2	3	19
5	5	2	1	5	4	4	1	3	3	3	3	2	4	3	3	5	5	1	2	4	4	4	5	5	2	2	4	5	2	20
3	5	4	5	3	2	4	1	3	3	4	3	4	4	2	4	5	4	4	5	4	4	4	5	2	2	4	4	3	4	21
2	3	2	5	4	2	4	1	2	3	3	3	4	3	3	2	4	4	3	3	3	3	3	5	1	4	3	2	3	3	22
1	1	2	1	3	2	4	1	4	1	2	2	3	3	3	2	2	3	3	2	2	2	3	1	3	1	1	1	1	3	23
1	1	2	1	3	2	3	1	4	1	3	3	3	1	2	2	1	3	3	2	1	2	3	1	1	1	1	2	1	2	24

تابع للجدول رقم (01)

3	3	4	2	5	5	5	5	4	4	3	3	4	4	3	2	4	4	4	3	3	1	4	3	1	4	3	2	3	3	25
1	1	1	1	2	3	4	1	4	1	1	3	3	1	3	2	1	3	3	2	2	1	1	1	1	1	1	3	1	2	26
4	3	2	5	2	2	4	1	5	4	4	4	4	4	4	2	4	5	3	4	4	3	1	5	3	4	3	5	4	3	27
5	3	3	5	5	3	2	1	5	4	4	4	4	2	4	2	4	4	4	2	2	2	1	5	3	3	4	3	4	4	28
5	5	2	5	5	5	3	1	5	5	3	4	4	5	4	2	5	5	4	4	4	3	4	5	1	4	2	5	5	2	29
2	1	4	1	2	5	5	3	5	2	3	4	4	3	4	5	4	3	3	3	3	1	4	1	1	1	4	4	4	3	30
3	2	2	5	2	5	2	3	3	2	4	4	2	4	3	3	2	4	4	4	4	3	4	3	5	4	3	3	3	2	31
4	2	2	5	5	5	4	1	4	4	3	4	2	3	3	2	1	3	4	3	3	2	3	5	3	4	2	2	3	2	32
3	1	2	2	4	3	3	5	4	3	4	4	3	2	3	5	2	3	4	3	3	1	4	1	4	3	2	4	2	2	33
2	2	3	2	2	5	2	1	3	2	3	3	2	4	4	2	1	3	2	2	2	2	3	5	2	2	1	3	2	4	34
1	1	2	1	1	2	1	3	5	1	1	2	2	2	3	4	1	3	3	2	2	1	1	1	1	1	1	4	1	3	35
4	4	3	5	5	5	5	4	5	5	3	3	3	3	3	3	5	5	4	4	4	3	4	5	5	4	3	5	4	3	36
3	5	2	3	1	5	2	3	3	4	3	4	2	4	4	2	5	3	4	3	3	4	1	5	3	4	2	4	3	3	37
5	3	4	4	5	5	3	4	4	1	4	4	4	5	3	3	5	5	4	4	4	4	3	5	3	4	3	4	4	4	38
5	4	4	3	5	2	1	1	5	3	3	4	2	4	3	4	4	5	4	4	4	4	4	5	5	4	2	4	4	2	39
2	3	1	1	1	2	3	1	4	1	4	4	4	3	3	3	3	4	4	3	3	2	4	5	3	4	1	4	3	5	40
2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	3	1	2	2	4	1	1	1	1	1	1	1	5	41
1	1	1	2	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	42
3	3	2	2	3	5	3	1	3	3	3	3	3	4	2	3	3	4	4	2	2	4	1	3	1	1	2	1	3	5	43
5	5	4	4	5	5	4	1	5	2	2	4	4	4	2	4	5	4	4	5	5	5	4	5	5	5	4	4	4	5	44
4	1	3	1	2	2	4	1	2	3	2	3	2	2	2	2	2	4	3	3	3	1	3	1	3	4	3	2	2	5	45
3	3	3	1	1	2	4	1	5	2	3	2	3	1	3	4	3	4	3	2	2	4	1	5	2	5	3	1	3	5	46
3	2	4	1	3	2	4	1	4	2	4	4	3	4	1	4	4	4	3	2	2	3	1	1	2	3	4	4	3	5	47
4	3	1	1	3	2	4	3	3	3	3	2	2	4	3	2	3	3	3	3	3	1	2	1	2	2	5	2	2	5	48
2	1	1	2	1	4	1	3	4	3	1	3	1	2	1	2	1	3	1	2	2	1	2	1	1	1	1	3	1	5	49
3	3	4	4	4	4	5	3	4	3	4	4	4	4	5	2	5	3	3	2	2	4	1	1	5	3	3	3	5	2	50

جدول رقم (02) يوضح كيفية حساب معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية

الأفراد	فردى	زوجى	الفروق	مربع الفروق
1	82	87	-5	25
2	76	79	-3	9
3	87	74	13	169
4	61	58	3	9
5	70	78	-8	64
6	57	74	-17	289
7	72	85	-13	169
8	72	68	4	16
9	81	64	17	289
10	69	65	4	16
11	64	60	4	16
12	77	84	-7	49
13	85	83	2	4
14	74	74	0	0
15	69	69	0	0
16	76	81	-5	25
17	80	77	3	9
18	69	78	-10	100
19	78	76	2	4
20	77	75	2	4
21	68	70	-2	4
22	98	91	7	49
23	54	48	6	36
24	76	82	-6	36
25	87	88	-1	1
26	75	83	-8	64
27	57	63	-6	36
28	62	63	-1	1
29	64	62	2	4
30	75	68	7	49
المجموع	2254	2207	-16	1543

$$rs = 1 - \frac{6 \sum D^2}{n(n^2 - 1)}$$

$$rs = 1 - \frac{6(1543)}{30(30^2 - 1)} = 1 - \frac{9258}{26970} = 1 - 0.34 = 0.66$$

تصحیح (rs)

$$rs = \frac{2 \times r}{1 + r}$$

$$rs = \frac{2 \times 0.66}{1 + 0.66}$$

$$rs = 0.80$$

ملخص:

هناك من الدلائل ما يؤكد حدوث المرض العقلي على اختلاف طبيعتها من مجتمع إلى آخر و باختلاف خلفياته الثقافية والاجتماعية، حيث أشارت الدراسات في هذا الميدان إلى وجود الكثير من أوجه التطابق والبعض من نقاط التباين بين التصورات التي يبدوا بها المرض العقلي في المجتمعات المختلفة، ومن هنا اتجه الاهتمام إلى دراسة التصورات الاجتماعية للمرض العقلي لدى الطلبة الجامعيين - بجامعة محمد بوضياف المسيلة- إذ تعبر التصورات الاجتماعية عن استجابات وردود أفعال الفرد اتجاه المرض العقلي وتحديد نمط هذه الاستجابات من حيث هي مستمدة من التصور الثقافي أو العلمي الحديث. ومن خلال الدراسة الحالية التي سعت إلى الكشف عن التصورات الاجتماعية للمرض العقلي لدى الطلبة الجامعيين من خلال بناء استبيان حول هذا الموضوع وزع على عينة مكونة من (360) طالب و طالبة، وتم كل ذلك وفق خطة منهجية للوصول إلى النتائج التي تبنتها أهداف الدراسة، من خلال إعطاء نظرة عن التصورات الاجتماعية والمرض العقلي قديما وحديثا وتطلب هذا الحصول على بيانات المبحوثين وتحليلها إحصائيا وفق البرنامج الإحصائي (spss) الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية من اجل إيجاد الاختلافات بين التصورات الاجتماعية التقليدية والحديثة للمرض العقلي لدى الطلبة الجامعيين وفق المتغيرات التالية (الجنس، السن، التخصص) ومعرفة التصورات الأكثر شيوعا لديهم.

ومن أهم النتائج التي وصلنا إليها أن التصورات الاجتماعية التقليدية للمرض العقلي أكثر شيوعا لدى أفراد العينة وبالتحديد الذكور، وهذا ما عبرت عنه الدراسات السابقة في هذا الميدان كما أظهرت النتائج وجود اختلافات بين التصورات الاجتماعية للمرض العقلي وبين متغير التخصص وفي الأخير تمكنا من الوصول إلى جملة من الاستنتاجات والتساؤلات البحثية حول هذا الموضوع.

Résumé :

Il existe des attestations irréfutables de l'existence des maladies psychiatriques dans les différentes sociétés, selon leurs appartenues socioculturelles. Les études dans ce domaine ont confirmé qu'il y a des formes représentant une éventuelle adéquation, d'autres points évoquent une disproportion entre les représentations qui diagnostiquent la maladie psychiatrique dans les différentes sociétés.

Désormais, la préoccupation s'est centrée sur l'étude des représentations sociales de la maladie psychiatrique des étudiants universitaires –université Mohamed Boudiaf-

On considère que ces représentations sociales comme des acceptations et des réactions de l'individu envers la maladie psychiatrique. La spécification de ce type d'acceptation provient de la représentation sociale ou de la science contemporaine.

A partir de l'étude actuelle qui démontre ces représentations sociales de la maladie psychiatrique pour les universitaires ; l'argument qui porte sur ce projet, est départagé sur un échantillon formé de (360) étudiants.

Cette recherche s'est réalisé selon un plan méthodique afin de parvenir aux résultats qui étaient adoptées par les objectifs de cette étude. On a donné un aperçu à propos de ces représentations sociales de la maladie d'autrefois et actuellement. Cela a demandé des relevés des thèmes et leur analyse statistiquement selon un programme statistique (SPSS) " programme statistique des sciences sociales", afin de trouver les différences entre les représentations sociales traditionnelles et contemporaines de la maladie psychiatrique pour les étudiants universitaires selon les critères suivants : (sexe, âge, spécialité) ainsi que la connaissance des représentations les plus connues pour eux.

Parmi les principaux résultats auxquels nous sommes parvenus ; c'est que les représentations sociales traditionnelles pour la maladie psychiatrique la plus réputée pour les individus et plus précisément chez les le sexe masculin. Ce qui a été évoqué dans les précédentes études dans ce domaine. Comme les résultats l'ont confirmé, la présence des différences entre les représentations sociales pour la maladie psychiatrique et le critère de la spécialité.

Enfin, nous sommes parvenus à des conclusions et des problématiques concernant ce projet.

Summary :

There is some evidence confirms a mental illness at different nature from one community to another, depending on cultural and social backgrounds, in which she studies in this field for a lot of synergies and some of the points of divergence between the representation that the show mental illness in different societies, Hence, attention turned to the study of the social representation of mental illness among university students - University of Mohamed Boudiaf tear-it reflects social representation and responses from individual reactions towards mental illness and to identify the pattern of these responses are derived from the cultural representation or scientific discourse.

Through the current study, which sought to uncover social representation of mental illness among university students through the building of a questionnaire on this subject were distributed on **(360)** student, were all according to a systematic plan to reach the goals adopted by the school, by giving a view of the social representation, mental illness and old and new requests that access to data interviewees and statistically analyzed according to statistical program **(spss)** statistical package for social sciences in order to find the differences between the social perceptions of traditional and modern of mental illness among university students according to the following variables (gender, age, specialization) representation and knowledge of the most common ones.

One of the most important results that we have reached that traditional social representation of mental illness is more common in the sample, specifically males, This is what was expressed by previous studies in this field results also showed that there were differences between social perceptions of mental illness and the changing specialization In the last we were able to reach a number of conclusions and research questions on the subject.