

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة محمد خيضر - بسكرة -

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس

عنوان المذكرة:

التصورات الاجتماعية لمفهوم المرض  
النفسي لدى عينة من ذوي الشهادات  
الجامعية

مذكرة محملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

إشراف:

د/ عائشة عبد العزيز نحوي

إعداد الطلبة:

• سعيد رحال.

• عبد السلام مخلوف.

السنة الدراسية: 2011/2010 م

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ  
الْحَمْدُ لِلَّهِ الَّذِي  
خَلَقَ السَّمَوَاتِ وَالْأَرْضَ  
وَالَّذِي جَعَلَ الْمَوْتَ  
وَالْحَيَاةَ وَالَّذِي  
يُحْيِي الْمَوْتَى  
وَالَّذِي يُخْرِجُ  
الْحَبَّ وَالذُّرْءَ  
وَالَّذِي يُصَوِّرُ  
الْبَشَرَةَ كَيْفَ يَشَاءُ  
وَالَّذِي يُرْسِلُ  
الرِّيحَ تَحْتِ الْغَمَامِ  
لِيَنْفِثَ بِنُورِهِ  
الْحَبَّ ذَاتَ الْوَسْمِ  
وَالَّذِي يُسَوِّدُ  
الْبَشَرَ كَيْفَ يَشَاءُ  
وَالَّذِي يَخْتَارُ  
الْبَشَرَ كَيْفَ يَشَاءُ  
وَالَّذِي يُرْسِلُ  
الْمَلَائِكَةَ  
بِالسُّحُوفِ الْمَكِّيَّةِ  
وَالَّذِي يُرْسِلُ  
الْمَلَائِكَةَ  
بِالسُّحُوفِ الْمَكِّيَّةِ  
وَالَّذِي يُرْسِلُ  
الْمَلَائِكَةَ  
بِالسُّحُوفِ الْمَكِّيَّةِ

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ  
الْحَمْدُ لِلَّهِ الَّذِي  
خَلَقَ السَّمَوَاتِ وَالْأَرْضَ  
وَالَّذِي يُضَوِّبُ الْمَوْتَى  
إِنَّ رَبَّهُ لَسَدِيدٌ  
إِلَىٰ عَرْشِهِ الرَّحِيمُ  
الَّذِي يُخْرِجُ الْحَيَّ مِنَ الْمَوْتِ  
وَيُدْخِلُ الْمَوْتَىٰ فِي الْحَيَاةِ  
إِنَّ رَبَّهُ لَسَدِيدٌ  
إِلَىٰ عَرْشِهِ الرَّحِيمُ

# شكر وعرفان

قال تعالى : ' ' لئن شكرتم لأزيدنكم... ' ' .  
(سورة إبراهيم) - الآية ' ' 7 ' ' .

لله الحمد والله الشكر على عظيم فضله، وجميل نعمته وعلى عونه لنا في انجاز هذا العمل المتواضع، ولا يسعنا إلا أن نتقدم بالشكر الجزيل للأستاذة المشرفة ' ' الدكتور عائشة عبد العزيز نحوي ' ' على ما قدمته لنا من يد العون ولم تبخل علينا بنصائحها، وتوجيهاتها في سبيل إخراج هذا البحث في صورته النهائية .

كما نتوجه بأسمى معاني الشكر إلى والدينا الذين كانوا إلى جانبنا في هذه الحياة وقدموا لنا التشجيع والمساندة وإلى جميع الإخوة و الأقارب على كل مساعدة لنا .

وأخيرا نشكر كل من ساهم من قريب أو من بعيد في إتمام هذا العمل ولو بالجزء البسيط .

## فهرس الموضوعات:

\* مقدمة.....أ- ب

### الفصل التمهيدي: التصور العام لإشكالية الدراسة

- 1- الإشكالية.....6
- 2- فرضيات الدراسة.....8
- 3- دوافع اختيار الموضوع.....9
- 4- أهمية الدراسة.....10
- 5- أهداف الدراسة.....10
- 6- المفاهيم الرئيسية للدراسة.....11

### الفصل الأول: التصورات الاجتماعية

- 1- مفهوم التصور الاجتماعي.....13
- 2- مفهوم التصور في علم النفس.....14
- 3- التصور الاجتماعي في ميدان العلوم الاجتماعية.....15
- 4- خصائص التصور الاجتماعي.....17
- 5- محتوى التصور الاجتماعي.....18
- 6- وظائف التصور الاجتماعي.....20
- 7- سيرورة التصور الاجتماعي.....22

8- بنية التصور الاجتماعي.....26

9- تعديل التصور الاجتماعي.....30

### الفصل الثاني: مفهوم المرض النفسي

1- تاريخ المرض النفسي.....35

2- تعريف المرض النفسي .....38

3- أسباب المرض النفسي .....39

أولاً: العوامل المهيأة .....39

ثانياً: العوامل المعجلة (المرسبة).....44

ثالثاً: العوامل النفسية.....45

رابعاً: العوامل الثقافية .....46

4- الأعراض العامة للمرض النفسي .....47

5- العلاقة بين المرض النفسي والمرض العقلي.....50

6- الفرق بين المرض النفسي و المرض العقلي .....51

### الفصل الثالث: تصنيفات المرض النفسي

1- عصاب القلق.....52

1-1- تعريف عصاب القلق.....52

1-2- أعراض القلق.....52

1-3- أسباب القلق.....53

- 55.....4-1- النظريات المفسرة للقلق
- 60.....5-1- علاج القلق
- 63.....2- عصاب الهستيريا
- 63.....1-2- تعريف الهستيريا
- 64.....2-2- أعراض الهستيريا
- 67.....2-3- أسباب الهستيريا
- 69.....2-4- أنواع الهستيريا
- 69.....2-5- تفسير العلماء للهستيريا
- 70.....2-6- علاج الهستيريا
- 72.....3- عصاب الخواف (الرهاب)
- 72.....1-3- تعريف الخواف
- 74.....2-3- أعراض الخواف
- 74.....3-3- أسباب الخواف
- 76.....3-4- علاج الخواف
- 77.....4- عصاب الاكتئاب
- 77.....1-4- تعريف الاكتئاب

- 78.....2-4 أعراض الاكتئاب.....
- 79.....3-4 أسباب الاكتئاب.....
- 79.....4-4 الفرق بين الاكتئاب العصبي والاكتئاب الذهاني.....
- 80.....5-4 تفسير النظريات للاكتئاب.....
- 82.....6-4 علاج الاكتئاب.....
- 83.....5- عصاب الوهن العصبي.....
- 83.....1-5 تعريف الوهن العصبي.....
- 84.....2-5 أعراض الوهن العصبي.....
- 85.....3-5 أسباب الوهن العصبي.....
- 85.....4-5 علاج الوهن العصبي.....
- 87.....6- عصاب الوسواس القهري.....
- 87.....1-6 تعريف الوسواس القهري.....
- 87.....2-6 أعراض الوسواس القهري.....
- 88.....3-6 أسباب الوسواس القهري.....
- 89.....4-6 علاج الوسواس القهري.....
- 90.....7- عصاب توهم المرض.....



- 90.....1-7- تعريف توهم المرض.....
- 91.....2-7- أعراض توهم المرض.....
- 92.....3-7- أسباب توهم المرض.....
- 92.....4-7- علاج توهم المرض.....

### الفصل الرابع: الدراسة الاستطلاعية

- 93.....1- أهداف الدراسة الاستطلاعية.....
- 93.....2- كيفية بناء أداة الدراسة.....
- 94.....3- إعداد الصياغة الأولية للاستبيان.....
- 94.....4- آراء المحكمين في صلاحية فقرات الاستبيان.....
- 95.....5- صياغة تعليمة الاستبيان.....
- 96.....6- كيفية تصحيح الاستبيان.....
- 97.....7- الخصائص السيكمترية للأداة.....

### الفصل الخامس: الدراسة الأساسية

- 99.....1- التذكير بفرضيات الدراسة.....
- 100.....2- المنهج المستخدم.....
- 101.....3- العينة و كيفية اختيارها.....
- 104.....4- تقديم أداة الدراسة.....

5- الوسائل الإحصائية المستعملة.....106

## الفصل السادس: عرض وتحليل نتائج الدراسة

1- عرض نتائج الدراسة.....107

1-1- عرض نتائج الفرضية الأولى.....107

1-2- عرض نتائج الفرضية الثانية.....107

1-3- عرض نتائج الفرضية الثالثة.....110

1-4- عرض نتائج الفرضية الرابعة.....112

2- تحليل ومناقشة نتائج الدراسة.....115

2-1- تحليل ومناقشة نتائج الفرضية الأولى.....115

2-2- تحليل ومناقشة نتائج الفرضية الثانية.....116

2-3- تحليل ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة.....117

2-4- تحليل ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة.....118

\*خاتمة.....120

\*التوصيات والاقتراحات.....121

\*قائمة المراجع

\*الملاحق.

فهرس الجداول:

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01-	يوضح نقاط الاختلاف بين المرض النفسي والمرض العقلي.....	50
02-	خاص باسم المحكم ودرجته العلمية.....	95
03-	يبين البدائل الأربعة للاستبيان ودرجاتها.....	96
04-	يوضح معامل ثبات الاختبار.....	98
05-	يوضح توزيع أفراد العينة حسب الجنس.....	102
06-	يوضح توزيع أفراد العينة حسب السن.....	103
07-	يوضح توزيع أفراد العينة حسب المؤهل العلمي.....	104
08-	يبين التصورات الاجتماعية الأكثر تداولاً لدى أفراد العينة.....	107
09-	جدول خاص بالفروق بين الذكور والإناث في التصورات الاجتماعية ذات الطابع العلمي.....	108
10-	جدول خاص بالفروق بين الذكور والإناث في التصورات الاجتماعية ذات الطابع العامي.....	109
11-	جدول خاص بالفروق في التصورات الاجتماعية ذات الطابع العلمي حسب متغير السن.....	110
12-	جدول خاص بالفروق في التصورات الاجتماعية ذات الطابع العامي حسب متغير السن.....	111
13-	جدول خاص بالفروق في التصورات الاجتماعية ذات الطابع العلمي حسب متغير المؤهل العلمي.....	112
14-	جدول خاص بالفروق في التصورات الاجتماعية ذات الطابع العامي حسب متغير المؤهل العلمي.....	113

فهرس الأشكال:

الرقم	الشكل	الصفحة
1-	بوضح توزيع أفراد العينة حسب الجنس.....	102.....
2-	بوضح توزيع أفراد العينة حسب السن.....	103.....
3-	بوضح توزيع أفراد العينة حسب المؤهل العلمي.....	104.....

## مقدمة:

إن التصور الاجتماعي أسلوب ورؤية خاصة مقسمة في إطار ثقافة معينة، وهي تسمح بتأمين إدماج معرفي لمظهر معين، فالتصور مرتبط باختلاف الجماعات، إذ أن كل جماعة تحمل قيما ومبادئ تميزها عن الجماعات الأخرى، مما يجعل هناك اختلافا في محتوى التصورات، وبالتالي تمايز أفعالنا واستجاباتنا من جماعة إلى أخرى نظرا لتمايز ما استدرج فينا من قيم ومبادئ مصدرها المجتمع الذي نعيش فيه، فالتصور الاجتماعي هو مجموعة من المعارف والاتجاهات والمعتقدات المتعلقة بموضوع معين، فهو يحتوي على مجموعة من المعارف والمواقف لوضعيات معينة، وتطبيقات لقيم وأحكام معيارية، ولما كان موضوع دراستنا هو المرض النفسي، نحاول من خلاله إبراز مجمل التصورات الاجتماعية التي تناولته، على اعتبار أن التصورات الاجتماعية للإنسان هي ظاهرة لازمتها منذ أقدم العصور، ومنهم من اعتبرها كحكم أو معيار ثابت وجب الرجوع إليه، وهنا تكمن خطورة التصورات خصوصا إذا كانت خاطئة أو كان بناؤها عن جهل، وهذا يرجع بالأساس الى ثقافة المجتمع السائدة.

فالمرض النفسي من الموضوعات التي تحتاج إلى دراسة معمقة لفهمه، وتجاوز الثقافة الاجتماعية السائدة حوله، باعتبار أن الفرد هو جزء من المجتمع، وبالتالي فهو يتلقى هذه الثقافة من خلال تفسيره لمفهوم المرض النفسي، وفق هذه الثقافة الاجتماعية، أي مجمل التصورات الخاصة بالمرض النفسي.

على اعتبار أن التصورات الاجتماعية تؤخذ كمعيار للحكم على سلوك الفرد في تفسير المرض النفسي من المنظور النفسي/ الاجتماعي، ارتأينا أن نحدد المعنيين بالدراسة، وهم من الفئة المتعلمة، ومعرفة مجمل تصوراتهم الاجتماعية حول مفهوم المرض النفسي، وتمحورت دراستنا في ستة فصول الى جانب الفصل التمهيدي.

**الفصل التمهيدي:** يحتوي على إشكالية الدراسة، وتساؤلاتها، وفرضياتها، مع إبراز أهمية وأهداف الدراسة، والمفاهيم الرئيسية لها.

**الفصل الأول:** ويحتوي هذا الفصل على مجمل مفاهيم التصور الاجتماعي، من تعريفات مختلفة مع إبراز خصائص ومحتوى التصور الاجتماعي، ووظائفه وبنياته.

**الفصل الثاني:** تضمن هذا الفصل مفهوم المرض النفسي من خلال تاريخه، ومختلف تعاريفه، ومسبباته، وأعراضه، وعلاقته بالمرض العقلي.

**الفصل الثالث:** تطرقنا فيه على أهم تصنيفات المرض النفسي، من القلق والهستيريا والرهاب والاكنتاب والنوراستينيا والوسواس القهري وتوهم المرض.

**الفصل الرابع:** احتوى على الدراسة الاستطلاعية، حيث تضمن كيفية بناء أداة الدراسة وصياغتها، وآراء المحكمين فيها، وكيفية تصحيح الاستبيان، وخصائصه السيكومترية.

**الفصل الخامس:** ويحتوي هذا الفصل على الدراسة الأساسية، من خلال التذكير بفرضيات الدراسة، والمنهج المستخدم، والعينة وكيفية اختيارها، والوسائل الإحصائية المستعملة.

**الفصل السادس:** ويحتوي هذا الفصل على عرض النتائج، وتحليلها على ضوء فرضيات الدراسة، والمتغيرات المراد دراستها.

# الفصل التمهيدي :

## الإطار العام لإشكالية الدراسة

- 1- الإشكالية.
- 2- فرضيات الدراسة.
- 3- دوافع اختيار الموضوع.
- 4- أهمية الدراسة.
- 5- أهداف الدراسة.
- 6- المفاهيم الرئيسية للدراسة.

## 1- الإشكالية:

على الرغم من رفاهية الإنسان في هذا العصر ، ورغد الحياة ، و ما تقدمه التكنولوجيا الحديثة من وسائل الراحة والمتعة ، وعلى الرغم أيضا مما أحرزه من تقدم علمي هائل وكبير ، إلا انه يتعرض للكثير من الضغوط المختلفة التي تؤرقه ، وتسبب له الكثير من الإزعاج، وعدم الارتياح ، بل وتؤدي به إلى الكثير من الاضطرابات التي تبدد شعوره بالراحة والأمان والاستقرار والسعادة والهناء.

ومن بين هذه الاضطرابات نجد ما يعرف بالأمراض النفسية، والتي هي عبارة عن اضطرابات ذات نشوءية نفسية ، ناتجة عن مواقف الحياة المختلفة المليئة بالعراقيل، والعوائق والتي تحول دون إشباع حاجات الفرد سواء كانت داخلية ، أي تتبع من داخله، أو قد تكون خارجية ناتجة عن المجتمع ، أو هي مجموعة من الانحرافات التي لا تتجم من حيث السبب عن علة عضوية أو عن تلف المخ، بل هي اضطراب وظيفي في الشخصية، يرجع أساسا إلى الخبرات المؤلمة، والصدمات الانفعالية، أو إلى اضطراب العلاقات الاجتماعية، وخاصة الخبرات الشديدة والمتكررة، والتي تعرض لها الفرد في ماضي حياته، وخاصة في طفولته المبكرة، أو انه يتعرض لها الآن ، أو أنه يتوقع أن يتعرض لها في المستقبل ، والتي تتسم بوجود صراعات داخلية، وظهور أعراضها "قلق ، اكتئاب ، وسواس ، اضطرابات في النوم ... " ويحدث ذلك دون المساس بترابط وتكامل الشخصية ، ويتحمل المريض المسؤولية، ويقوم بالواجبات الملقاة على عاتقه، ويتعامل مع الآخرين مع سلامة الإدراك، والاستبصار بالآلام والتحكم في الذات .

وبما أن المرض النفسي مصادره وأسبابه متنوعة ومتشعبة إضافة إلى المدخلات الثقافية والاجتماعية لبيئة ومحيط الفرد، والتي قد تلعب دورا في تكوين التصور الاجتماعي الذي قد يتبناه الفرد اتجاه هذا المفهوم (المرض النفسي) ، ولعل الغموض الذي ما زال يكتنف المرض



النفسي هو الذي أدى إلى وجود العديد من الأفكار الخاطئة نحوه، إذ يظن العديد من الأفراد وهم في الغالب وللأسف من الذين تلقوا قدرا من التعليم والثقافة يعتقدون أو يتصورون أن المرض النفسي هو المرض العقلي وغيره ، وأن الفارق بين الأمراض النفسية كالقلق أو الهستيريا مثلا ، وبين الأمراض العقلية كالفصام أو البارانويا ، ما هو إلا فرق في الدرجة أو في الكم ، وإن المرض النفسي لا محالة سيتحول مع الأيام إلى مرض عقلي أو جنون في الغالب ، ولكن العلم الحديث اثبت خطأ هذا الزعم، إذ ثبت أن المرض العقلي (الذهان) يختلف عن المرض النفسي (العصاب) في أصله وتطوره وحتى في نتائجه.(محمد حسن غاتم ،2005، ص14)

وإذا كانت التصورات الاجتماعية موضوع بحثنا ، والتي هي عبارة عن أنظمة معرفية لها منطوق ولغة خاصة ، أي نظريات نوعية مخصصة لاكتشاف الواقع وتنظيمه ، حيث تشكل نظام نفسي وشكل في المعرفة الخاصة بالمجتمع ، فهي نتاج سلوكياتنا كما 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.

وأمام كل هذا تتعدد الأفكار والتصورات، وتختلف باختلاف المجتمعات والأفراد، فنجد مثلا من ينكر وجود ما يسمى المرض النفسي، ومن يرجعه إلى السحر والعين أو إلى الجن والخرافات والقوى الخارقة أو المكتوب ودعوة الشر أو اللعنة وغيرها من التصورات التي لا يمكن حصرها في هذه الأسطر ...

وعليه ومما سبق ذكره، يمكننا صياغة المشكلة المراد البحث فيها على النحو التالي:

ما هي التصورات الاجتماعية للمرض النفسي لدى عينة من ذوي الشهادات

الجامعية؟

## تساؤلات الدراسة:

- 1- ما هي التصورات الاجتماعية الأكثر تداولاً ( تصورات اجتماعية ذات طابع علمي أو تصورات اجتماعية ذات طابع عامي)؟
- 2- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية للتصورات الاجتماعية ( تصورات اجتماعية ذات طابع علمي أو تصورات اجتماعية ذات طابع عامي) تعزى إلى متغير الجنس؟
- 3- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية للتصورات الاجتماعية ( تصورات اجتماعية ذات طابع علمي أو تصورات اجتماعية ذات طابع عامي) تعزى إلى متغير السن؟
- 4- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية للتصورات الاجتماعية ( تصورات اجتماعية ذات طابع علمي أو تصورات اجتماعية ذات طابع عامي) تعزى إلى متغير المؤهل العلمي؟

## 2- فرضيات الدراسة :

انطلاقاً مما نريد الوصول إليه من تساؤلات الدراسة جاءت الفرضيات كما يلي:

- 1- التصورات الاجتماعية ذات طابع علمي هي الأكثر تداولاً باعتبار العينة من الطبقة المتعلمة.
- 2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للتصورات الاجتماعية تعزى إلى متغير الجنس.
- 1/2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للتصورات الاجتماعية ذات طابع علمي تعزى إلى متغير الجنس.
- 2/2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للتصورات الاجتماعية ذات طابع عامي تعزى إلى متغير الجنس.

- 3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للتصورات الاجتماعية تعزى إلى متغير السن.
- 1/3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للتصورات الاجتماعية ذات طابع علمي تعزى إلى متغير السن.
- 2/3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للتصورات الاجتماعية ذات طابع عامي تعزى إلى متغير السن.
- 4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للتصورات الاجتماعية تعزى إلى متغير المؤهل العلمي.
- 1/4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للتصورات الاجتماعية ذات طابع علمي تعزى إلى متغير المؤهل العلمي (تدرج- ما بعد التدرج).
- 2/4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للتصورات الاجتماعية ذات طابع عامي تعزى إلى متغير المؤهل العلمي (تدرج- ما بعد التدرج).

### 3- دوافع اختيار الموضوع:

- 1- كون "المرض النفسي" من المفاهيم التي مازلت تحتاج لتوضيح أكثر لدى أفراد المجتمع بمختلف طبقاته وفئاته ، كما انه من أهم المواضيع في علم النفس المرضي و العيادي ، وهو بالتالي لا يخرج عن مجال التخصص العلمي للباحث "علم النفس العيادي".
- 2- التأثير الذي يلعبه التصور الاجتماعي الخاطئ على مفهوم المرض النفسي، وما يلي هذه التصورات من ردود فعل إزاء المرض، وكذا الشخص الذي يصاب به إلى درجة نعته بصفات لا تعزى إلى الطبيعة الحقيقية له.

3- الرغبة في معرفة أهم التصورات الاجتماعية لمفهوم المرض النفسي لدى الطبقة المتعلمة، أي الأشخاص ذوي الشهادات الجامعية المختلفة مثل "اللسانس، المهندس، الماجستير، الدكتوراه وفي تخصصات مختلفة، وكذا الشهادات الجامعية الأخرى في الصيدلة والطب والقضاء والمحاماة...الخ.

#### 4- أهمية الدراسة :

- تستمد هذه الدراسة أهميتها من عدة مبررات علمية وعملية والمتمثلة فيما يلي:
- 1/ اعتبارا من أن التصورات الاجتماعية هي التي تحكم كل تصرفاتنا، وتمثل مجموع معارفنا ومكتسباتنا.
  - 2/ موضع المرض النفسي، والذي لازم الإنسانية منذ نشأتها وحتى الآن، هو مرض العصر، وحديث الساعة، وخاصة بعد انتشاره بكثرة في المجتمع.
  - 3/ طبيعة عينة الدراسة، والتي تمثل الأفراد ذوي الشهادات الجامعية أي النخبة المتعلمة، والمتقفة في المجتمع.
  - 4/ نقص الدراسات في هذا المجال والتي تتناول المرض النفسي، والأفكار التي يتبناها أفراد المجتمع نحوه.
  - 5/ تبرز أهمية الدراسة كذلك فيما سنصل إليه من نتائج حول طبيعة التصورات الاجتماعية لمفهوم المرض النفسي.

#### 5- أهداف الدراسة :

- بما أن لكل بحث علمي هدف يسعى إلى الوصول إليه، فإن أهداف هذه الدراسة تتمحور في عدة نقاط أهمها:
- 1/ معرفة طبيعة التصورات الاجتماعية لمفهوم المرض النفسي لدى عينة من ذوي الشهادات الجامعية.

2/ محاولة التعرف على التصورات الاجتماعية الأكثر تداولاً ( تصورات اجتماعية ذات طابع علمي أو تصورات اجتماعية ذات طابع عامي).

3/ دراسة إن كانت هناك اختلافات في التصورات الاجتماعية حسب متغير الجنس.

4/ دراسة إن كانت هناك اختلافات في التصورات الاجتماعية حسب متغير السن.

5/ تشجيع الباحثين على إجراء المزيد من الدراسات الخاصة بالمرض النفسي، ومحاولة توضيح كل غموض يؤدي إلى الخلط بينه وبين المرض العقلي.

## 6- المفاهيم الرئيسية للبحث :

### ✓ التصورات الاجتماعية LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES

ويعرفها "أبريك" "abric" على أنها: "المنتوج والسيرورة في آن واحد للعملية العقلية التي يعيد من خلالها الفرد أو الجماعة بناء الواقع الذي يواجهه ، وينسب له دلالات ومعاني معينة

ويقول " شومبار " "chombart" : أن التصورات الاجتماعية تقع بين ما هو نفسي وما هو اجتماعي ، فهي في نفس الوقت ميكانيزم نفسي بصفته تعبير للفكر الإنساني ، وميكانيزم اجتماعي بصفته نتاج ثقافي .

أي أن التصورات الاجتماعية هي كل ما هو مشترك، ومتقاسم بين أفراد جماعة ما، والذي يسمح بالاتصال والتواصل فيما بينهم.

### ✓ المرض النفسي (العصاب): (NÉVROSE) LA MALADIE PSYCHIQUE

هو عبارة عن اضطراب وظيفي في الشخصية ، نفسي المنشأ ، ويبدو في صورة أعراض نفسية وجسدية مختلفة ، وتؤثر في سلوك الشخص فيعوق توافقه النفسي ويعوقه

عن ممارسة حياته السوية في المجتمع الذي يعيش فيه ، فهو حالة مرضية تجعل الفرد أقل شعورا بالسعادة.

ويرى "كارل روجرس": أن العصاب هو نتيجة عدم تطابق السلوك مع الذات أو عدم قبول الذات للطلبات ،ومن ثم يتم تعديلها عصابيا ،أو يقل اعتبار الذات حتى يتطابق مع السلوك العصابي . ( نبيهة صالح السامراني ، 2007 ، ص 37 )

وهذا يعني عدم وجود توازن بين حاجات الفرد ورغبات الذات .

\*أما التعريف الإجرائي الذي استندت عليه هذه الدراسة فيشير إلى أن التصورات

الاجتماعية للمرض النفسي هي مجموعة استجابات ذوي الشهادات الجامعية المختلفة للمواقف المختلفة التي يتضمنها الاستبيان الذي يوضح تصوراتهم حول مفهوم المرض النفسي(العصاب) والذي يعرف بأنه ذو نشوئية نفسية من خلال بعدي المقياس ( العامي أو العلمي).

# الفصل الأول:

## التصورات الاجتماعية

- 1- مفهوم التصور الاجتماعي.
- 2- مفهوم التصور في علم النفس.
- 3- التصور الاجتماعي في ميدان العلوم الاجتماعية.
- 4- خصائص التصور الاجتماعي.
- 5- محتوى التصور الاجتماعي.
- 6- وظائف التصور الاجتماعي.
- 7- سيرورة التصور الاجتماعي.
- 8- بنية التصور الاجتماعي.
- 9- تعديل التصور الاجتماعي.

**1- مفهوم التصور الاجتماعي:** يعتبر التصور الاجتماعي من بين المواضيع التي حظيت باهتمام كبير من طرف علماء النفس وعلماء الاجتماع ، والذي أخذ من أطر متباينة، مما أدى إلى تباين تعريفاته:

### 1- تعريف إميل دوركايم Emile Durkheim :

"التصور الاجتماعي هو ظواهر تتميز عن باقي الظواهر في الطبيعة بسبب ميزات خاصة... بدون شك فإن لها أسباب وهي بدورها أسباب... ويضيف أن إنتاج التصورات لا يكون بسبب بعض الأفكار التي تشغل انتباه الأفراد، ولكنها بقايا لحياتنا الماضية، إنها عادات مكتسبة، أحكام مسبقة، ميول تحركنا دون أن نعي، وبكلمة واحدة إنها كل ما شكل سماتنا الأخلاقية" (Emile . Durkheim, 1967, p113)

### 2- تعريف فيشر Ficher :

"التصور الاجتماعي هو بناء اجتماعي لمعارف عادية مهياة من خلال القيم والمعتقدات، ويتقاسمها أفراد جماعة معينة، وتدور حول مواضيع مختلفة ( أفراد، أحداث، فئات اجتماعية...الخ)، وتؤدي إلى توحيد نظرتهم للأحداث كما تظهر أثناء التفاعلات الاجتماعية" (Gustave Nicolas Ficher, 2005, p131)

### 3- تعريف جودلي Jodelet:

"التصور الاجتماعي شكل من المعرفة الاجتماعية المبنية والمقسمة من طرف المجتمع، وتهدف إلى أشياء عملية، كما تعمل على إعادة بناء الواقع المشترك بين الجماعات الاجتماعية، وهي تعتبر معرفة ساذجة" (Denise Jodelet, 1990, p360)



4- تعريف موسكوفيسي **Moscovici**: "التصور الاجتماعي هو نظام من القيم ومن المبادئ والممارسات المرتبطة بأشياء معينة، سواء مظاهر أو أبعاد خاصة بالوسط الاجتماعي، والتي تسمح باستقرار إطار الحياة الخاصة بالأفراد والجماعات، كما تشكل أيضا أداة لتوجيه إدراكنا وكذا بناء استجاباتنا". (Serge Moscovici, 1961, pp42-43)

إذن حسب هذا التعريف فالتصور مرتبط بالمجتمع، سواء من حيث نشأته أو ممارسته، ذلك أن قيم ومبادئ المجتمع الذي نعيش فيه مستبطنة فينا، وتعكس عموما في حياتنا الاجتماعية، عن طريق مختلف التصرفات والسلوكيات التي نمارسها.

5- تعريف سيلامي "sillamy" ترى أن التصور الاجتماعي ليس مجرد إرجاع صورة بسيطة للواقع، وإنما إعادة لتشكيل ذهني لعناصر المحيط. (أمال بوعيشة، 2009، ص120)

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 سائدا 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، معتمدا على الفرضية القائلة: "بأن انفصال 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 ما وراء نفساني، حيث يميز بين ارتباط تصور الشيء وارتباط تصور الكلمة المقابلة للنظام ما قبل الوعي واللاوعي، وخلافا للنظام اللاوعي الذي لا يدرك سوى تصور الشيء. (لابلاش 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.

**3-التصور الاجتماعي في ميدان العلوم الاجتماعية:** لقد لعب مصطلح التصورات الاجتماعية دورا بالغ الأهمية في ميدان العلوم الاجتماعية، كما أنه برز بشكل معتبر خصوصا في مجالي علم الإجماع وعلم النفس الاجتماعي، فبالنسبة للمختص الاجتماعي فإن فكرة التصورات الجماعية هي خاصة بجماعة معينة ، كما أنها جامدة وغير متحركة، أما بالنسبة للمختص في علم النفس الاجتماعي، فإن التصورات الجماعية تتحول إلى تصورات اجتماعية دينامية ومتطورة، وذلك حسب المجتمعات وما يطرأ عليها من تغيرات، لذلك ففعالية التصورات الاجتماعية في الدينامية الاجتماعية تعتبر من المميزات الرئيسية للفكرة التي مؤداها ( فرد / مجتمع)، والتي تطورت في الأنثروبولوجيا على يد " لفي ستروس" التي ترى: " أن العلاقات بين الأفراد تساهم في تقارب وتضافر الأفكار، وكذا اقتسام التصورات، لكن الديناميات الاجتماعية والنفسية والإيديولوجية والسياسية تؤثر

كذلك على التصورات الفردية. (Christine Bonardi et Nicolas Roussiau, 1999, pp17-18)

أما فيما يخص وضعية التصورات الاجتماعية، فهي لا تقع تماما في المجال الاجتماعي، كما أنها لا تقع تماما في المجال الفردي، ولكنها تقع في "الواجهة Interface" ما بين النفسي والاجتماعي. (Denise Jodelet, 1989, P40)

كما أن هناك من يعتبر التصورات الاجتماعية بمثابة جسر ضيق بين ما هو نفسي وما هو اجتماعي، وهذه الفكرة يؤيدها المختصون في علم النفس الاجتماعي، حيث يرون بأن التصورات الاجتماعية موجهة من طرف الأفراد، ولكنها أيضا مكتسبة من المجتمع الذي ينتجها اجتماعيا، حيث يقول "دوركاييم" أن التصورات الاجتماعية هي منتجة اجتماعيا وتتأثر بالتجديد والتطور.

وفي عمل جماعي مشترك يجمع بين إسهامات خاصة بمختلف العلوم (أنثربولوجيا، علم الاجتماع، علم النفس، علوم اللغة، التاريخ ... الخ)، تلح "جودلي" على ثراء هذا المفهوم وحيويته العلمية وميزته التوحيدية للعلوم الإنسانية، وبالأخص على تعقيده وبالتالي تعقد دراسته ومعالجته.

لذلك فالتصور الاجتماعي يندرج ما بين سلسلة من المفاهيم السوسولوجية والمفاهيم النفسية، لأنه يتميز بوضعية مزدوجة (نفسية/اجتماعي)، كما أنه يرتبط بسيرورات مستوحاة من الدينامية الاجتماعية والدينامية النفسية، مما يجعله نظاما نظريا معقدا بنفسه، لكونه يأخذ بعين الاعتبار من جهة العمل المعرفي الخاص بالجهاز النفسي، ومن جهة أخرى عمل الجهاز الاجتماعي الخاص بالجماعات، وبالتفاعلات التي تؤثر على كل من النشوء، والبنية والتطور لأن التصورات الاجتماعية تعمل بتدخلهم. (Denise Jodelet, 1989.p40)

فالتصورات الاجتماعية يجب أن تدرس مع الأخذ بعين الاعتبار العوامل الوجدانية والمعرفية والاجتماعية.

إن مصطلح التصور الاجتماعي عرف تطورا كبيرا، كما تباينت فاعليته في مختلف الإسهامات والأعمال، ودليل ذلك العدد الهائل من البحوث والتوجهات النظرية التي تعطي دليلا قطعيا على أن التصورات الاجتماعية هي بالتالي: "عالم في توسع، وفي داخله تبنى سيروورات من المعرفة. (Christine Bonardi et Nicolas Roussiau, 1999, p20)

**4- خصائص التصور الاجتماعي:** إن مصطلح التصور الاجتماعي مصطلح معقد وثرى، وليس من السهل تحديده، لذا وجب معرفة مميزاته الخمس.

(Serge Moscovici, 1961, p 363)

**4-1- الطابع الرمزي الدلالي:** فللتصور الاجتماعي وجهان، أحدهما شكلي والآخر رمزي، وقد شبه "موسكوفيسي" ذلك بوجهي الورقة، فلكل شكل دلالة خاصة به، ولكل دلالة شكل خاص بها.

**4-2- عملية إدراكية و فكرية ذات طابع تصوري:** هناك عملية متبادلة تتم بين كل من العملية الإدراكية ذات الطابع الحسي، والعملية الفكرية ذات الطابع التجريدي المحض، ويعد التصور عملية ثالثة لها خاصية ازدواجية، إدراكية وفكرية. فتصور شيء ما ، هو إعادة إحضار هذا الشيء للوعي مرة أخرى رغم غيابه، أو عدم وجوده في المجال المادي ، حيث أن كلمة التصور هنا لا تعني إعادة إنتاج الحقيقة بكل بساطة ، بل تدل على الخيال الاجتماعي والفردي.

4-3- الارتباط بموضوع ما: ذلك أنه لا يوجد تصور دون موضوع ، والموضوع بإمكانه أن يكون ذو طبيعة مجردة مثل: الجنون، الاتصال ... الخ، أو يكون خاصا بنوع من الأشخاص مثل: الأساتذة، الصحافيين ... الخ.

4-4 - الطابع البنائي: وهذا ما يميز التصورات عن العمليات النفسية الأخرى، فهو ليس عملية تكرار أو إعادة صورة لذهن، ولكنه عملية بناء عقلي، أي تركيب يقوم به من خلال العمليات الإدراكية والفكرية. فعندما يستدخل موضوعا خارجيا على مستوى ذاتي، يقوم بربطه مع مواضيع موجودة مسبقا على مستوى الدائرة الفكرية، إذ ينتزع منه بعض الخصائص، ويضيف إليه البعض منها، فالتصور هو شيء غائب، يضاف إليه شيء حاضر مما يؤدي به إلى التغيير. (Serge Moscovici, 1961, p364)

4-5- طابع الاستقلالية والإبداع: حيث أن التصورات تتدفق في شكل سلوكيات وعادات ، أي من خلال التصورات تنتج سلوكيات فردية واجتماعية ، تتجسد في شكل قيم اجتماعية.

5- محتوى التصور الاجتماعي: في دراسة تحليلية تخص النشاطات والبنىات المعرفية في علم النفس الاجتماعي وعلى رأسها التصورات الاجتماعية، حيث يقر "كودول" بالصعوبة البالغة في إعطاء تعريف للعناصر المكونة للبنىات التالية: الآراء، المعتقدات والصفات ... الخ. حيث يعرف "موسكوفيسي" التصورات على " أنها عالم من الآراء " ليضيف إليها "قايس" مصطلح المعتقدات، والتي يقصد بها " التنظيم المستمر للإدراكات والمعارف المتعلقة بأحد مظاهر عالم الفرد"، ولكن بالنسبة لهؤلاء الباحثين، فمهما تكن الطبيعة الدقيقة للعناصر المكونة للتصورات الاجتماعية، فإن هذه الأخيرة يتم تحليلها وفقا للأبعاد الثلاثة التالية كما يقترحها "موسكوفيسي". (Claudine

Herzlich, 1972, P310)

5-1 - المعلومة: وتتعلق بمجموع المعارف المكتسبة، حول موضوع اجتماعي معين كما وكيفا، أكثر أو أقل نمطية، معلومات عادية أو أصلية، في دراسة "موسكوفيسي" حول التصورات الاجتماعية للتحليل النفسي، نستطيع أن نلاحظ بأن هناك ضعفا واضحا عند العمال المستجوبين، والعكس عند الطلبة وأفراد الطبقة الوسطى وأصحاب المهن الحرة، ومن بين تلك المعلومات التعرف على اسم مكتشف التحليل النفسي، ومدة العلاج النفسي التحليلي أو الحالات التي يصلح فيها استعمال هذا الأسلوب من العلاج.

5-2 - حقل التصور: يعتبر هذا الحقل معقدا إلى حد ما، فهو يعبر أولا عن فكرة تنظيم المحتوى، إذ يوجد هناك حقل للتصور كلما وجدت وحدة هرمية للعناصر ولكنه يعبر أيضا عن ميزة ثراء هذا المحتوى، فخواصه كيفية ونوعية، هذا يعني أنه يجب توفر حد أدنى من المعلومات القابلة للتنظيم.

إن حقل التصور مثله مثل مستوى المعلومات، يختلف من جماعة إلى أخرى، ويختلف حتى داخل الجماعة نفسها وفقا لمعايير خاصة، فبالنسبة لأصحاب المهن الحرة مثلا، فإن حقل تصور التحليل النفسي يتضمن بعض المظاهر المشتركة، كتصوره الممارسة التحليلية وصورة المحلل النفسي، وتقييم العناصر المتسببة في اتساع نطاق التحليل النفسي، وبالمقابل نجد تباينا داخل نفس الجماعة، تبعا لمعايير إيديولوجية حول قضية علاقة التحليل النفسي بالمشكلات الاجتماعية والعمل السياسي، ففي حين يرى اليساريون أن لا تداخل بين التحليل النفسي والمشكلات الاجتماعية، يرى بالمقابل اليمينيون والوسطيون، أن المشكلات النفسية والاجتماعية والسياسية تنتمي إلى نفس المجال، ونستدل من ذلك أن العوامل الإيديولوجية في مثل هذه الحالة كان لها دور أساسي في بنية حقل التصور.

5-3- الاتجاه: وهو يعبر عن التوجه العام، سواء الإيجابي أو السلبي حيال موضوع التصور، ويبدو أن بعد الاتجاه أسبق في الوجود من العنصرين السابقين، أي بعدي المعلومة وحقل التصور، فالالاتجاه يتواجد حتى في ظل معلومات ضئيلة وحقل تصور قليل التنظيم، ففي دراسة "موسكوفيسي"، طبقة العمال، وبعض أفراد الطبقة الوسطى كان لهم اتجاهها واضحا حيال التحليل النفسي رغم تواضع معلوماتهم حول هذه المسألة.  
(Claudine Herzlich, 1972, P311)

إذن فهذا التحليل الثلاثي الأبعاد يسمح لنا من جهة بتحديد محتوى التصورات والعلاقة بين أبعادها المختلفة، ومن جهة أخرى بإجراء دراسات مقارنة حول التباين بين مختلف الجماعات، والتمييز بينها وفقا لتصوراتهم الاجتماعية.

6- وظائف التصور الاجتماعي: إن التصورات الاجتماعية تلعب دورا أساسيا، في دينامية العلاقات الاجتماعية، وكذلك في الممارسات، لذلك فهي تستجيب لأربع وظائف أساسية ألا وهي :

6-1- وظيفة المعرفة: تسمح التصورات الاجتماعية للأفراد بفهم وتفسير الواقع، وذلك بإدماجه في إطار قالب قابل للاستيعاب، منسجم مع القيم والأفكار والآراء التي يؤمنون بها، كما تسهل التواصل الاجتماعي، بتحديد لها لإطار مرجعي مشترك، يسمح بتبادل ونقل ونشر المعرفة. (Jean Claude Abric, 1994, p15)

6-2- وظيفة الهوية: تساهم التصورات الاجتماعية في التعريف بهوية الجماعة، وتجعل الحفاظ على خصوصيتها أمرا ممكنا، كما تساهم في عملية المقارنة والتصنيف الاجتماعيين، فهذه الوظيفة تعطي للتصورات مكانة هامة، فيما يخص سيرورات المقارنة الاجتماعية، ذلك أن الهدف من هذه الوظيفة هو الحفاظ على صورة إيجابية عند الفرد،

عن المجموعة التي ينتمي إليها، لأن التصورات الاجتماعية تعكس نوعاً ما التنشئة الاجتماعية للفرد.

**6-3- وظيفة التوجيه:** توجه التصورات الاجتماعية السلوك والممارسات، فنظام تفسير الواقع الذي تشكله التصورات الاجتماعية يعتبر كموجه للفعل، هذه العملية التوجيهية بالنسبة للممارسات تنتج انطلاقاً من ثلاث عوامل أساسية وهي:

أ- إن التصورات تتدخل مباشرة في تعريف الغاية من الموقف، فهي التي تحدد مثلاً، نمط العلاقات المناسبة للفرد، ذلك أن التصورات تحدد نموذج السير المعرفي مباشرة، والمتبنى من طرف الجماعة سواء في بنيتها أو خلال اتصالها.

ب- تنتج التصورات نظاماً للتوقعات، فهي تحمل أثراً على الواقع، وهي تحدد وتصفي المعلومات، والترجمات الخاصة بالواقع، والهدف هو جعل هذا الواقع مناسباً لما تحمله التصورات، فالتصورات لا تتيح ولا تعتمد على سياق التفاعلات، لأنها تتقدمها وتسبقها، وكذا تحدها، وبالتالي فالتصورات تعتبر أنظمة لفك رموز الواقع، وظيفتها توجيه انطباعاتنا وتقييماتنا وسلوكياتنا.

ج- تقرر التصورات السلوكيات والممارسات التي نقوم بها، إذ تحدد لنا ما هو مسموح وما هو مقبول في موقف ما، وتلعب بالتالي دور المعايير، ذلك أن التصورات تعكس القواعد والروابط الاجتماعية، وتصور السلوكيات والممارسات اللازمة.

**6-4- وظيفة التبرير:** تسمح التصورات الاجتماعية بالتبرير البعدي "Posteriori" للسلوك والمواقف التي يتبناها الأفراد، فهي تلعب دوراً في تحديد سلوكنا قبل القيام به وتبرره بعد ذلك، وهذه الوظيفة في غاية الأهمية، لأنها تسمح بتقوية التمايز الاجتماعي بتبريره. (Jean Claude Abric, 1994, p15)



7- **سيرورة التصور الاجتماعي:** كما تبين فيما سبق فالتصور الاجتماعي مرتبط بتصور شيء ما أو شخص ما، بمعنى تصور موضوع ما مهما كانت طبيعته، وليس هو تكرار للواقع ولا للفكرة، ولا الجزء الذاتي للموضوع، ولا الجزء الموضوعي للذات، ذلك أنه يعتبر بمثابة سيرورة تنشأ خلالها كل هاته العلاقات والارتباطات، وهذا ما يسوقنا إلى القول أن كل التصورات الاجتماعية، تحمل تاريخاً فهي تنشأ وتستقر، ثم تتحول وتموت، وبالتالي فهي تستدخل عمليات تساهم في هذه السيرورة التي تعمل من خلالها التصورات.

إن السيوريتين التي تعمل من خلالها التصورات قد حددت من طرف "موسكوفيسي" (1961) بالمصطلحين التاليين: التوضيح "l'objectivation" والترسيخ "l'ancrage" حيث يبين كيف أن الاجتماعي يستولي على موضوع أو معلومة أو حدث ويعيد تشكيله، وبالتالي تصبح كعملية مجزأة، حيث تدور في التفاعلات التي تربط بين ما هو نفسي وما هو اجتماعي، إنهما (السيوريتين) في هذا السياق نشاطان نفسيان يضعان بعين الاعتبار مجموعة من الميكانيزمات العقلية، والظواهر الاجتماعية المحددة عن طريق السياقات التي تتضح من خلالها، إذا فهي تؤمن أو تستدمج بطريقة نوعية اجتماعية الوضعيات أو الأحداث في وجهة مقبولة ومتناسقة، وفيما يلي سيتم عرض هاتان السيورتان مع توضيح جل نشاطهما عموماً. (Gustave Nicolas Ficher, 2005, P131)

7-1- **التوضيح l'objectivation:** هو عبارة عن سيرورة لتنظيم المعارف المتعلقة بموضوع التصور، وهو عبارة عن ميكانيزم بواسطته يتم انتقال العناصر المجردة النظرية إلى صور ملموسة، وفي حالة تصورات التحليل النفسي فإن هذه السيرورة تتكون خلال ثلاث مراحل:

أولاً: إن المرحلة الأولى تتميز ب: " انتقاء المعلومات" للأفراد الخاصين بالتحليل النفسي، إنها تعمل كمصفاة تحتفظ بعناصر معينة، وكذا التخلي عن عناصر أخرى، لذلك فالمعلومات المنتقاة هي مستقاة من السياق النظري الذي ينتجها، ويعاد صياغتها من طرف الأفراد ، وذلك عن طريق إعادة التشكيل النوعي.

وباختصار فإنه يتم فصل المفاهيم عن الإطار الذي تنتمي إليه، ليتم إستملاكها من طرف الناس ، فيستدخلونها في عالمهم الخاص ، ويتحكمون بالتالي فيها.

ثانياً: إن المرحلة الثانية تتميز ب: "المخطط الشكلي" ، هذا المفهوم الذي يعبر عن نواة صلبة خاصة بالتصور، فهو يتشكل عن طريق تنظيم جدلي، يحمل من جهة تكثيف عناصر المعلومات، ومن جهة أخرى جلاء المظاهر الأكثر نزاعاً، وفي حالة التحليل النفسي "موسكوفيسي" بين أن هذا الأخير لا يترجم بمخطط يتكون من أفكار عادية بسيطة، بواسطتها يقدم الجهاز النفسي كموضوع سهل فهمه، ولكن في الواقع هذا لا يكون ممكناً ، لأن العناصر المكونة هي خالية، مما يجعلها نشيطة لمعرفة الليبيدو، إن هذه النظرة أو الفكرة لها وظيفة أساسية ، وهي تقديم التحليل النفسي كعلم وكنظرية مقبولة، بمعنى لا تسبب حزناً ولا خوفاً في المجال الذي تزول فيه بنيتها النزاعية.

ثالثاً: "مرحلة التطبيع" **un processus de naturalisation** والتي تقرر أنه عندما يدخل مخطط شكلي لموضوع ما في المجتمع، وينتشر بداخله ، فإنه يصبح بديلاً عن الموضوع ذاته، وبالتالي يصبح طبيعياً، إذن ففي هذه المرحلة تصبح العناصر الشكلية ملموسة ،وكذا تصبح عناصر جلية وبسيطة عن الواقع.

إن التطبيع يمكن أن يعرف كعملية تحويل عناصر الفكر، في فئات من اللغة وكذا الإدراك، تعمل على ترتيب الحوادث الملموسة. (Gustave Nicolas Ficher. 2005

P134)

نستخلص من مجمل العناصر السابقة، التي تدخل في عملية التوضيح، أنها عبارة عن معلومات منتقاة مرتبة ومستقلة، تساهم في عملية البناء الاجتماعي للواقع، ومن هذا الواقع يستخرج كل فرد تصوره للأحداث والأشياء، دون أن يكون في تفرد هذا متعارضاً مع الواقع الاجتماعي.

بعد هذه العملية التصويرية والبنائية التي أدت إلى بناء النواة الشكلية، ننتقل إلى الآلية الثانية في عملية بناء التصورات الاجتماعية وهي عملية الترسخ.

**7-2- الترسخ l'ancrage:** هو السيرورة الثانية للتصور، و يشير من جهة إلى الكيفيات التي يستدخل بها في المجال الاجتماعي، ومن جهة أخرى للوظائف المنتجة، إنه يحمل ثلاثة مظاهر أساسية التي تسمح بفهم عمل التصورات الاجتماعية في مستويات عديدة. (Gustave Nicolas Ficher, 2005, pp134-136)

**أولاً:** الترسخ يبين في البداية أن التصور يعمل " كسيرورة للترجمة "، وهذا يجعلنا نمنح التصور قيمة استعماليه اجتماعية، فمثلاً التحليل النفسي اعتبر كأداة معلومات سواء بالنسبة لنا أو بالنسبة للآخرين، فهو يستخدم لفك رموز ما، يحيط بنا وذلك بتزويدنا بإطار خاص بالترجمة، وهذا الأخير يسمح بإدخال الأفراد والوضعيات في تصنيفات تستخدم كموجه لفهمنا، إذا فميكانيزم الترجمة هذا يتحول إلى نظام وسيط قادر على تنظيم وتعديل العلاقة الاجتماعية، وذلك بافتراض فهارس وتفسير تستخدم لتطوير الأحداث والممارسات.

**ثانياً:** التصورات تتشكل كذلك في " شبكة معاني un réseau de significations والتي تعتبر عنصراً ثانياً للترسخ، وفي حالة التحليل النفسي فإن الشبكة تعني أن المعاني الممنوحة للتحليل النفسي تنتج في الواقع من نظام القيم المنتج من المجتمع، وفي هذا المعنى فإن التحليل النفسي، هو مقدم كمعارض ومقاوم لمعايير اجتماعية

معينة، أو لتيارات إيديولوجية أقل أو أكثر تعارضاً، والتي تحضر معاني خاصة بها، وبالتالي فالتحليل النفسي يعرف كفعل اجتماعي، وفيما يخص استخدامه فإنه لا يمكن اعتباره كنظرية علمية، ولكن كصفة تنعت بها بعض الجماعات، فهو يستطيع أن يشرح العلاقات المتواجدة ما بين الجماعات الاجتماعية، وتجسيد نظام للقيم، أو يحدد التعارض ما بين ثقافات مختلفة.

إن شبكة المعاني تعتبر كمظهر مركزي لعمل التصورات، لأنها توضح العلاقات المتوفرة بين عناصر مختلفة، وحسب هذه النظرة تعكس هوية الأفراد والجماعات عبر معاني مختلفة مقدمة في تصوراتهم، وبالتالي فالترسيخ يؤمن توجيه الممارسات والروابط الاجتماعية.

**ثالثاً:** المظهر الثالث للترسيخ يتضح في "الوظيفة الإدماجية" Fonction d'intégration حيث تدمج التصورات أنظمة فكرية مألوفة وقائمة مسبقاً، إن مفهوم الإدماج يسمح بفهم كيف يعمل الرابط ما بين نموذج من التصورات قائم مسبقاً والتجديد أي بين ما هو مألوف وما هو جديد، أي أن الترسخ يبين كيفية إستدماج ما هو جديد في نظام مألوف وقائم مسبقاً، مع تبيان التفاعلات ما بين عناصرهما.

إن هذه السيرورة أسماها "موسكوفيسي" ب: Polyphasie Cognitive والتي تساهم في استيعاب التجديد، لذلك يمكن القول أن التصورات الاجتماعية هي في نفس الوقت مجددة ومبقيه، متحركة وجامدة.

ولكن في مستوى آخر، فإن إدماج ما هو جديد سيزودنا بمعالم خاصة بأطر فكرية معرفة مسبقاً، فالترسيخ يأخذ بعين الاعتبار عملية المصالحة بين العناصر الغير منتشرة والعناصر المعروفة مسبقاً، وذلك بافتراض طريقة للتصنيف عبر أحكام سريعة تسمح للأفراد الانتهاء بسرعة من هذا الاستدماج الجديد.

إذا فمن خلال عمل التصور الاجتماعي نستخلص شروطا معينة لتوضيحه: فهو يعالج المعلومة المقدمة وذلك بالتركيز على التوجيه الانتقائي، وكذلك تحضير العناصر في تشكيل جديد، وفي هذا السياق فإن كل تصور يظهر كسيرورة دينامية يتم عبرها عملية إعادة بناء الواقع، وما يجب فهمه والتركيز عليه، إن هذه الدينامية الخاصة بالتصور تعمل ككل منسجم، فسيرورتا التوضيح والترسيخ ترتبطان وتتعاونان في الأوقات الخاصة ببناء الواقع، وتتشركان كذلك في كل تطور أو تحول للتصورات. (Christine Bonardi et Nicolas Roussiau, 1999, P25)

**8- بنية التصور الاجتماعي:** من خلال الدراسات والأبحاث التي قام بها مجموعة من الباحثين والعلماء، فقد ارتأوا إلى النتيجة المتمثلة في أن التصور ينتظم حول نواة مركزية، هذه الأخيرة التي تعتبر العنصر الأساسي، والأكثر أهمية في التصور، كما أنه يحتوي على عناصر محيطية تنتظم بدورها حول النواة المركزية للتصور.

### 8-1- النواة المركزية : le Noyau Central

حسب " أبريك"، وذلك في الفترة الممتدة من (1976-1987) فإنه يقول: " أن النواة المركزية هي العنصر الأساسي في التصور، ذلك أنها هي التي تحدد في الوقت نفسه المعنى(المدلول)، والتنظيم الخاصين بالتصور، وكذلك تؤمن وظيفتين أساسيتين". (Michel Louis Rouquette et Patrick Rateau, 1998, P 33)

✓ **الوظيفة المولدة: Une fonction génératrice** إنه العنصر الذي يخلق أو يحول مدلول عناصر أخرى مكونة للتصور، وكذلك به تكون لهذه العناصر معنى وقيمة.

✓ **الوظيفة المنظمة: Une Fonction Organisatrice** إن النواة المركزية هي التي تحدد طبيعة العلاقات التي تربط بين عناصر التصور، وبهذا المعنى يكون العامل أو

العنصر الموحد للتصور، والذي يعمل على استقراره، ويؤمن دوام الظروف والأحداث المتحركة والمتطورة، ومنه فالنواة المركزية هي العنصر الأكثر مقاومة للتغير، فكل تحول أو تعديل في النواة المركزية يدخل تحولا كليا أو تعديلا في طبيعة التصور، ويعتقد أنه بهذا العنصر يتبين الاستدلال البسيط على محتوى التصور، وبالتالي فهو ليس بمعيار كاف للتعرف عليه، لذلك فطبيعة هذا النظام الخاص بالمحتوى هو الجوهر والأساس.

ويضيف "أبريك" أنه إذا كان هناك تصوران محددان ومعرفان بمحتوى واحد، فإنه يمكن أن يكونا مختلفين جذريا من حيث تنظيم هذا المحتوى، وبذلك فإن التمرکز الخاص ببعض العناصر يكون كذلك مختلفا، إذا فعندما يحدد عنصر مركزي معنى العناصر الأخرى، فإن تكافؤه يجب أن يكون معنويا واستدلاليا أكثر ارتفاعا مقارنة مع البنود المحيطة، ومنه فالبعد الكمي لا يكون مؤشرا كافيا، في تمرکز عنصر ما للتصور، وعلى العكس من ذلك يبقى البعد الكيفي هو المحدد لتمرکز هذه العناصر. ( Jean Claude Abric, 1994, P22 )

يجب الإشارة إلى أن النظام المركزي للتصورات، يتكون من عدد قليل من العناصر، وفي جميع الحالات المعروفة فإنه يحتوي على الأكثر ستة عناصر، وعلى الأقل عنصرين. (Flament et Michel Louis Rouquette, 2003, )

(Claude P23)

وحسب "جيملي" Guimelli (1992) فقد شدد على أن تحليل التصور يجب أن يكون تحليلا بنيويا، لأنه يرى بأن النواة المركزية تتكون من عناصر أو مجموعة عناصر، تحتل مكانة خاصة في بنية التصور، حيث أنها توحد وتحدد كل المعاني الخاصة بالتصور، ويضيف أن النواة المركزية محددة بما يلي:

1- طبيعة الموضوع المتصور.

2- طبيعة العلاقات القائمة بين الفرد أو الأفراد، وهذا الموضوع.

3- أنظمة القيم، والاعتقادات الخاصة بالأفراد.

إذن فطبيعة الموضوع والغاية من الوضعية يحددان البعد الخاص بالنواة المركزية، وهذا الأخير يمكن أن يكون بعدا وظيفيا أو بعدا معياريا ( Jean Claude Abric 1994, P23)

✓ **البعد الوظيفي:** نقول البعد الوظيفي، وذلك عندما تتكون النواة المركزية الخاصة بالتصور من عناصر أساسية، تعمل على تحقيق المهمة ( نهاية العملية) حيث أن " لانش" Lynch بين أن النواة المركزية الخاصة بتصور المدينة تتكون من عناصر مهمة خاصة بالاستدلال والتحول في المدينة.

✓ **البعد المعياري:** نقول البعد المعياري لما يكون للأبعاد الاجتماعية العاطفية تأثيرا كليا على النواة المركزية الخاصة بالتصور، حيث يقول " فرجي" Vergés أن تصور المال عند بعض الجماعات ينتظم مبدئيا حول الرؤية الأخلاقية للاقتصاد.

## 8-2- النظام المحيطي: Le Système Périphérique :

حسب "أبريك" فإنه يقول: " إن العناصر المحيطية للتصور تنتظم حول النواة المركزية، وإنها على علاقة مباشرة مع هذه النواة، بمعنى أن تواجد هذه العناصر وتوازنها وقيمتها ووظيفتها تحدد كلها بواسطة النواة، العناصر المحيطية هي الأهم في محتوى التصور، والجزء السهل البلوغ، كما أنها ملموسة وأكثر حيوية، فهي تتضمن المعلومات المسترجعة والمختارة والمترجمة، كما تحوي أحكاما مشكلة انطلاقا من الموضوع، إن هذه العناصر المحيطية متدرجة ومتسلسلة، بمعنى أنها تستطيع أن تكون أكثر أو أقل اقترابا من النواة المركزية، قربا من النواة وهي تلعب دورا مهما في جعل

معنى ومدلول التصور ملموساً، أما بعداً من النواة فهي توضح هذا المعنى والمدلول، لذلك فالعناصر المحيطة تلعب دوراً رئيسياً في التصور، إذ أنها تعمل بمثابة وسيط بين النواة المركزية والوضعية المادية أين يتم إعداد وتوظيف التصور، وهي تستجيب لوظائف ثلاثة:

✓ **وظيفة التجسيد:** وهي ناتجة عن ترسيخ التصور في الواقع، إنها تسمح بتجهيزه في مصطلحات ملموسة ومفهومة.

✓ **وظيفة تنظيمية:** وهي أقل صلابة وأكثر ليونة من النواة المركزية، إذ أنها تسمح بالتكيف الفعال للتصور مع التغيرات والتطورات الخاصة بالظروف والسياقات.

✓ **وظيفة دفاعية:** إن النواة المركزية وعن طريق تموضعها، هي العنصر الأكثر مقاومة للتغيرات والتبديلات، لأنها ليست سرا لأي شخص، فتغييراتها أو تحويلاتها، تؤدي حتماً إلى اضطراب كلي للتصور. (Jean Claude Abric 1994, P 26)

إذا فالعناصر المحيطة للتصور تعمل مثل نظام دفاع خاص بالتصور، فتغييرات التصور تكون على العموم، انطلاقاً من التغييرات التي تطرأ على عناصره المحيطة.

كذلك يمكن اعتبار **وظيفة التفرد** التي يتميز بها التصور أيضاً، ذلك أن النظام المحيطي يسمح بتغييرات شخصية إزاء النواة المركزية المشتركة والعامّة للتصورات، وخاصة منها التصورات الاجتماعية الفردية، التي تتأثر بتاريخ الفرد أو بخبرته الذاتية، أو معاشته للأحداث، وبالتالي فإن هناك فروقا بين الأفراد حول النظام المحيطي.

إنّ فالتصورات الاجتماعية تتشكل من نواة مركزية، وعناصر محيطة يعملان ككيان واحد، حيث يقوم كل جزء بعمل محدد، ولكنه متكامل مع الجزء الآخر، لذلك فتوجد هذا النظام المزدوج يسمح بفهم خاصة من خصائص التصورات الاجتماعية،



والذي يظهر بشكل متناقض في الوهلة الأولى، ذلك أن التصورات هي في نفس الوقت مستقرة ومتحركة، صلبة ومرنة، (مستقرة وصلبة) لأنها تحدد بعمق بواسطة نواة مركزية موطدة، في النظام الخاص بالقيم المقسمة بواسطة أعضاء الجماعة، و(متحركة ومرنة) لأنها تغذي الخبرات الفردية، فهي تدمج المعطيات المعاشة وكذلك الوضعية النوعية والتطور الخاص بالعلاقات والممارسات الاجتماعية والتي يندمج الأفراد أو تندمج الجماعات فيها.

**9- تعديل التصور الاجتماعي:** يحتوي التصور كما أسلفنا على نواة مركزية ونظام محيطي ولذلك نجده مستقرا وثابتا، فهو مستقر لأن مجموع عناصره تنتمي إلى نفس المبادئ المعيارية والوظيفية، ومثبتة فيما يتعلق بالعلاقات مع البيئة، لأن الدور الرئيسي للتصور، هو توجيه الأحكام والسلوك وفهم العالم والممارسات.

عندما لا تتغير البيئة فإنه لا يوجد أي سبب لأن يتغير التصور، ولأن من خصائص البيئة الرئيسية هو عدم الثبات، وهذا ما يقود حتما إلى إعادة النظر في التصورات، فهناك أحداث تمس البيئة، وتجعل التصور غير ملائم كالمواجهات بين الجماعات المتضادة والتغيرات في العلاقات مع السلطة، وتطور التقنيات... الخ.

هذه الأحداث تفضي إلى ظهور ممارسات جديدة لدى الجماعة، وهذه الممارسات تفرضها الأحداث أو أن الجماعة من تلقاء نفسها تتكيف مع الوضع الجديد، ولكن ما هي تلك الظروف التي تؤدي إلى التغير في التصورات؟ (حميد خروف وإسماعيل قيرة و سليمان بومدين، 2007، ص 41)

**أ - التورط : L'implication:** في المقام الأول يجب أن يكون الحادث مورطا للجماعة، أو بمعنى آخر فإن الأحداث القادرة على إحداث تغييرات في الممارسات لا تؤخذ وفقا لسلم أهمية موضوعي، فالذي يهم هو درجة ملائمتها لجماعة ما، فعندما يكون

الحادث مورطا بما يكفي، فإنه يقود إلى تغير في البيئة التي توجد بها الجماعة، فالممارسات الاجتماعية تتغير، وتؤدي في النهاية إلى التغير في التصورات المتعلقة بموضوع تلك الممارسات.

وفيما يلي نضرب مثالا لتوضيح العملية ، وذلك من خلال دراسة قام بها "جيملي" حول تصور الصيد والطبيعة، فقد ظهرت في الخمسينيات حادثة مورطة للصيادين وهي مرض الميكسوماتوز **Myxomatose** وهو مرض يصيب الأرنب البري، الأمر الذي أدى إلى القضاء عليه بسرعة من مساحة الصيد، ومن ثم تحول الصيادون إلى حيوانات أخرى كالحجل، ولأن هذه الحيوانات الأخيرة أقل تكاثرا من الأرنب فقد تضاعل عددها بشكل ملفت للانتباه، وشيئا فشيئا أصبح من الضروري تغطية هذا التغير في البيئة عن طريق إعادة زرع أنواع جديدة بمساحات الصيد، ولقد تبين أن ذلك غير كاف لأن الأنواع الجديدة لم تكن تعرف البيئة جيدا فصعب عليها إيجاد ما تأكل وأصبحت فرائس سهلة لأعدائها، وعندها تطورت ممارسات إيكولوجية حقيقية كبناء المحميات والأعشاش وتلقيح الأرنب، هذه الممارسات الجديدة أدت إلى تغير تصور الصيادين للصيد، وذلك بإدماجهم لعناصر تتعلق بحماية الطبيعة.

ب - الممارسات الجديدة وقابلية الارتداد المدركة للموقف: الممارسات الجديدة قد تكون أو لا تكون في تناقض مع التصور، فقد تكون الممارسات الجديدة غير متطابقة مع تعليمات النواة المركزية، ويتعلق الأمر في الغالب بممارسات تعرفها الجماعة من قبل، ولكنها لم تطبقها إلى أن لزمتم الظروف وجعلت منها أمرا ضروريا، والعكس فإن التغيرات في البيئة، قد تتطلب تبني ممارسات جديدة تماما ومتعارضة مع تلك التي يوصي بها التصور.

إن الوضعية المتضمنة للممارسات الجديدة يمكن أن يدركها الأفراد على أنها قابلة أو غير قابلة للارتداد، فالأفراد قد يقومون ببعض الممارسات وهم يعتقدون عن صواب أو خطأ أن هذا الوضع انتقالي، وأن العودة إلى الممارسات القديمة ممكن، وقد يعتقدون أن الممارسات القديمة قد ولت إلى غير رجعة، ويقودنا هذا إلى الحالات الأربعة التالية:

**الحالة الأولى: ممارسات جديدة غير متناقضة، والوضعية مدركة على أنها قابلة للارتداد.**

لا نتوقع أي تغير في التصور، فالممارسات الجديدة لا مراجعة فيها للنظام المركزي للتصور، كما أن الظروف التي أدت إلى هذه الممارسات أدركت على أنها قابلة للارتداد، ولتوضيح ذلك نسوق المثال الذي ذكره "فلامن" حول الحرب العالمية الأولى والتي اضطرت النساء أثناءها إلى العمل في الصناعات الثقيلة، هذه الحرب التي كان الناس يعتقدون أنها سرعان ما تنتهي (قابلة للارتداد)، فهذا العمل لم يكن مشروعاً إلا في حالات نادرة، وفي هذه الحالة فإن الحرب جعلت الأمر محتوماً، فما أن انتهت حتى عادت الوضعية السابقة دون أن يتغير تصور الناس لعمل المرأة.

**الحالة الثانية: ممارسات جديدة متناقضة، والوضعية مدركة على أنها قابلة للارتداد.**

إن المعلومات الجديدة والمتضاربة يمكن إدماجها في التصور ولكن بتعديل لا يمس إلا النظام المحيطي في حين تبقى النواة المركزية ثابتة ومستقرة، فالتعديل هنا يكون سطحياً، ويذكر "فلامن" في هذا السياق حالة الطلبة الأفارقة الذين يزاولون دراستهم بفرنسا حيث يعيشون في الغالب مع فتيات إفريقيات دون زواج رسمي وهو أمر غير وارد البتة في ثقافتهم الأصلية (ممارسات جديدة ومتناقضة)، ويقر الجميع أن هذا الأمر عارض (القابلية للارتداد)، أي أنهم يفكرون جميعاً العودة إلى الزواج العادي بمجرد العودة لبلدهم، وهنا يمكن القول أن تصور الزواج لم يتغير جوهرياً.

الحالة الثالثة: ممارسات جديدة غير متناقضة، والوضعية مدركة على أنها غير قابلة للارتداد.

إنه تغير دون انقطاع مع التصور القديم أي دون انفجار للنواة المركزية، فالعناصر التي تم تنشيطها بواسطة الممارسات الجديدة اندمجت تدريجيا مع تلك الموجودة في النواة المركزية والتحمت معها لتشكل نواة جديدة أي تصور جديد.

الحالة الرابعة: ممارسات جديدة متناقضة، والوضعية مدركة على أنها غير قابلة للارتداد.

عندما تظهر ظروف جديدة ومتعارضة مع التصور وتعتبر في نفس الوقت غير قابلة للارتداد من طرف الأفراد المعنيين فإنه في هذه الحالة يظهر هناك نوعين من أنواع التعديل:

- **التعديل المقاوم La transformation restante**: يحدث نوع من التآلف بين الممارسات الجديدة والنواة المركزية، هذه الملائمة أو التآلف تتطلب جملة من الآليات المعرفية والتبريرية مثال ذلك ما ذكره "فلامن" عن الشابات اللواتي يمارسن عملا يعرف تقليديا بأنه عمل رجالي فنجدهن يقلن "إنه عمل رجالي ولكن يمكن للنساء القيام به مثل الرجال لأنهن أكثر صبرا وحنكة"، ونجد في هذه الجملة أربعة عناصر هي:

- **التذكير بالأمر العادي**: أنه عمل رجالي.

- **الإشارة إلى العنصر الجديد**: يمكن للنساء القيام به.

- **الإشارة إلى التناقض**: يقمن به مثلن مثل الرجال.

- **التبرير**: لأنهن أكثر صبرا وحنكة.

ويذكر 'فلامن' مثالا آخر ويتعلق بالفتيات المغربيات من الجيل الثاني بفرنسا واللواتي يبررن بعض سلوكياتهن غير المتطابقة مع ثقافتهن الأصلية كالتدخين مثلا بقولهن " ندخن لأن ذلك غير محرم في القرآن".

- **التعديل العنيف la transformation brutale**: في هذا النمط من التعديل لا نجد مبررات ناجحة تسمح لنا بتحمل التناقض بين الممارسات الجديدة والتصور، أو بمعنى آخر فإن التصور لا يسمح بفهم الممارسات الجديدة التي أصبحت ضرورية بسبب تغير الظروف، فالمعنى المركزي للتصور يصبح محل مراجعة دون اللجوء إلى آليات دفاعية، فأهمية الممارسات الجديدة وديمومتها وطابعها غير القابل للارتداد تؤدي إلى تغير مباشر وتام للنظام المركزي وبالتالي التصور برمته. (حميد خروف وآخرون، 2007، ص45).

ومنه تبرز مدى أهمية و بروز التصورات الاجتماعية في مجال علم النفس الاجتماعي، من مفهوم بسيط وعادي إلى مفهوم معقد نوعا ما، ورغم محاولتنا الإلمام به فإنه يعتبر كثير التشعب، إلا أن ما يمكن استخلاصه من كل هذه المعلومات، أن هذا المفهوم يشكل اليوم إحدى الموضوعات الكبرى في مجالات وفروع عديدة من العلوم الإنسانية والتي توجه البحث خاصة في علم النفس الاجتماعي، حيث تحدد التصورات الاجتماعية فيها كأشكال للفكر العملي موجهة نحو الاتصال وفهم المحيط والتحكم به، أشكال تأتي معا من العمليات المعرفية العامة والعمليات الوظيفية المطبوعة اجتماعيا، هذه العمليات الأخيرة لها علاقة من جهة بمعالجة المثيرات الاجتماعية، وبصورة عامة بوقائع التفاعل الاجتماعي، ومن جهة أخرى لها علاقة بتأثيرات الانتماء الاجتماعي للفرد ( قيم، نماذج وإيديولوجيات محمولة من/إلى جماعته).

# الفصل الثاني:

## مفهوم المرض النفسي

- 1- تاريخ المرض النفسي.
- 2- تعريف المرض النفسي.
- 3- أسباب المرض النفسي.
- 4- الأعراض العامة للمرض النفسي.
- 5- العلاقة بين المرض النفسي (العصاب) والمرض العقلي (الذهان).
- 6- الفرق بين المرض النفسي والمرض العقلي

## 1- تاريخ المرض النفسي:

عرفت الأمراض النفسية منذ وجود الإنسان على وجه الأرض، وأوجد لها الإنسان تفسيرات مختلفة، كان أولها أن عزاها إلى أرواح غريبة، أو قوى خفية منها الخيرة و منها الشريرة، أي افترض أن سبب الأمراض النفسية قوى ما وراء الطبيعة (ميتافيزيقية)، إلى أن جاء أبو الأطباء أبقراط (460 ق.م) الذي وضع نظرية الأخلاط، واعتبر الدماغ هو مكان توضع النفس، وبذلك ركز دعائم الأسباب الطبيعية للأمراض النفسية، وبعد ذلك جاء سقراط وأفلاطون وأرسطو (385 ق.م) حيث سيطرت عندهم الفلسفة أكثر من الطب، فعادوا للخلط بين الأسباب ما وراء الطبيعة، والأسباب الطبيعية، ثم سيطرت الكنيسة والفكر الديني في القرون الوسطى، حيث نسبت الأمراض النفسية للشيطان، وفي هذه المرحلة عولج المرضى بالتقييد والحرق والجلد والقراءات لإخراج الشياطين، ماعدا المناطق التي سيطرت فيها الحضارة العربية، حيث بنيت المستشفيات الخاصة بالمرضى النفسيين، وعولجوا بالموسيقى، وتجويد القرآن، وخرير المياه، والأعشاب الطبية، والعمل، و ذلك من (700 م حتى 1400 م) ومن أشهر العلماء العرب ابن سينا (980-1037 م) ألف كتاب القانون في الطب، واعتمد مبدأ السببية، واكتشف الأمراض الجسدية نفسية المنشأ، واستخدم العلاج عن طريق الصدمة، الذي ما زال موجوداً حتى وقتنا الحالي، و ابن خلدون (1332 م) الذي تحدث عن علاقة الفكر بالعمل، وتكوين الملكات والعادات عن طريق المحاكاة، والتلقين، والتكرار، ودعى لرحمة الأطفال، وعارض استخدام الشدة في التربية والتعليم، ومن أقواله: (أن القهر يقضي على انبساط النفس، ونشاطها، ويدعو للكسل، ويحمل على الكذب، والخبث، والمكر، والخديعة، ويفسد معاني الإنسانية)، ثم جاء العثمانيون ليفرضوا النموذج الشيطاني، بدلاً عن النموذج العلمي، والإنساني، ودخلت الحضارة العربية في الظلمات.

استمرت مجالات الطب النفسي كما ذكرت حتى أواخر القرن الثامن عشر، حيث جاء الطبيب الفرنسي بينيل، والذي دعي أبو الطب النفسي حيث فك الأغلال، وفتح أبواب الزنانات في المصحات، وحسن معاملة المرضى، والخدمات المقدمة لهم ، إلى أن ظهر الطب النفسي الحديث في أواخر القرن التاسع عشر، وأوائل القرن العشرين ، حيث ظهرت المدرسة التحليلية في الطب النفسي على يد الطبيب النمساوي "سيغموند فرويد" (1856-1939) حيث نسب الأمراض النفسية إلى عمليات لاواعية في عقل الإنسان، وركز على الغرائز والرغبات، وعالج المرضى عن طريق التداعي الحر للأفكار، وظهرت المدرسة السلوكية التي اعتبرت الأمراض النفسية، عبارة عن سلوكيات خاطئة متعلمة، وكان من روادها **بافلوف (1900م)**، حيث وضع نظرية الارتباط الشرطي في السلوك المتعلم، ثم جاء "واطسن" و"سكينر" ليطورا طرق علاجية للمرضى النفسيين، قائمة على تعديل السلوك ثم ظهرت المدرسة المعرفية، التي أجرت حالة من الدمج بين المدرستين السابقتين وتعتمد مبدأ تعديل الأفكار السلبية لدى المريض النفسي، الى أفكار ايجابية، وفي عام (1950) جاءت ثورة الأدوية النفسية، لتغير تاريخ الطب النفسي المظلم في أغلب عهوده.

وكان أول من استخدم مفهوم العصاب الطبيب الاسكتلندي **كولين Cullen** عام (1776)، للإشارة إلى كل الأمراض غير الالتهابية للجهاز العصبي والنفسي، ومنذ ذلك الحين تضيق مفهوم العصاب بصورة مضطربة، ففي البدء تم فصل مفهوم العصاب عن الأمراض العصبية العضوية، وبهذا فصل أيضا عن الذهانات العضوية k وفي مرحلة لاحقة ونتيجة التحسن المتزايد للوسائل والطرق التشخيصية، تم فصل اضطرابات النمو النفسي في الأمراض الجسدية (مثل تضررات الدماغ والأمراض الغدية) عن العصابات، وهذه المرحلة تمتد حتى الوقت الراهن والخطوة التالية والتي اختلف عليها لفترة طويلة، غير أنها كانت من الناحية العيادية ضرورية، وهي فصل العصابات عن الذهانات داخلية المنشأ: فالذهانات يمكن فهمها في أعراضها، وظهورها بشكل محدود جدا، وتتطور ضمن



قوانين خاصة فيها، ويساهم المحيط في تكونها مساهمة جزئية، وتترافق مع تعقيدات دائمة للشخصية، وفي حين أن العصابات قابلة للتحديد من الناحية النفسية، ويمكن فهمها في أعراضها وتطورها، عدا عن ذلك فقد تم مع مجرى الوقت فصل الاستجابات الصراعية (ردود الفعل الناتجة عن الصراعات والتطورات النفسية ذات المنشأ المرضي) عن الاضطرابات العصابية، وقد أكد علم النفس المرضي الأسباب والطرق المختلفة في المعالجة على صحة هذا الفصل، وفي العقود الأخيرة حصل التوسع لمفهوم العصابات حيث استخدام غالبا لكل الاضطرابات وأنماط الاستجابات غير الذهانية.

ويمكن تحديد أطوار دراسة وبحث العصابات في أربع مراحل:

**المرحلة الأولى:** بدأت ببناء المفهوم الإغريقي للهستيريا، وامتدت حتى "شاركوت" الذي تمكن بواسطة التنويم التغلب على الهستيريا، ومعالجتها.

**المرحلة الثانية:** كانت مساعي "فرويد" لبناء نظرية في العصابات، ومرحلة قيام العصاب التجريبي من قبل "بافلوف".

**المرحلة الثالثة:** تتصف بالتحليل النفسي الذي قام به فرويد واستمرار الاتجاه التجريبي في العصابات.

**المرحلة الرابعة:** وتمتد حتى الوقت الراهن، وتتصف بمحاولة الدخول إلى الآليات الأساسية للعصابات على أساس المرحلة السابقة بوساطة طرق حديثة.

من الناحية التشخيصية هناك صعوبات في تشخيص العصابات، ناتجة من أن العصابات عبارة عن مفهوم شامل، يضم مجموعة من صور الأمراض النفسية المختلفة، والتي لا يجمع بينها منشأ سببي واحد، وتشير إحصائيات منظمة الصحة العالمية إلى إن حوالي 15% من السكان مصابين بأحد أشكال العصابات في البلدان الصناعية، واستنادا للإحصائيات العالمية فإن عدد النساء العصائيات في جميع أنحاء العالم أكثر عدد من

الرجال العصبيين، وبترافق الاضطراب العصابي مع تضرر بالغ في القدرة على الإنجاز أو في الشعور بالسعادة في الحياة، وبالتالي لا تعتبر ضرورة إنشاء العيادات النفسية ضرورة صحية فحسب بل ضرورة اجتماعية أيضا. ([www.alshamsi.net](http://www.alshamsi.net)) (تقرير لمنظمة الصحة العالمية حول الصحة النفسية (عام 2001)).

## 2- تعريف المرض النفسي (العصاب):

جاء في التقرير السنوي لجمعية الطب العقلي الصادرة سنة (1952 م) "أن الأمراض النفسية عبارة عن مجموعة انحرافات، التي لا تنجم عن اختلال بدني، أو عضوي، أو تلف في تركيب المخ، وتأخذ هذه الانحرافات مظاهر متنوعة من أهمها التوتر النفسي، والكآبة، والقلق، والوسواس والأفعال القهرية الإرادية، والتحول الهستيري، والشعور بالوهن، والعجز عن تحقيق الأهداف، والمخاوف، والأفكار السوداء، التي تحاصر الفرد في يقظته فتدعه مشتت البال، والأفكار، ولا تتركه أثناء النوم. (محمد حسن غانم، 2005، ص 19)

**العصاب névrose:** هو اضطراب في الشخصية (مرض نفسي المنشأ) يقوم على أساس اضطراب غير عضوي، إلا أنه يبدو في صورة أعراض نفسية وجسمية مختلفة، منها القلق، الوسواس، الأفكار المتسلطة، والمخاوف الشاذة، التردد المفرط، والشكوك التي لا أساس لها. (عبد الرحمن الوافي، 1999، ص 36)

**تعريف آخر :** المرض النفسي أو العصاب "névroses" : هو استجابة لاشعورية خاطئة لمشاكل الحياة وخاصة تلك التي ترتبط بتوترات داخلية ناتجة عن علاقات غير مشبعة مع العالم الخارجي حدثت في الطفولة، ويتسم العصابي بأنه يكون واعيا بمرضه النفسي ويشعر بما ينتابه من توتر وقلق وأنه يسعى إلى العلاج ، فالعصاب يصيب جانب من الشخصية ولهذا العصاب لا يغير نظرة المريض إلى العالم الخارجي كلية. (فيصل عباس، 1997، ص 145)

ويمكن القول أن المرض النفسي أسبابه نفسية بحتة، بمعنى انه ليس له أسباب عضوية.

**تعريف يونغ "Jung":** يشير إلى أن العصاب هو محاولة غير ناضجة للتوافق مع الواقع، وان الذكريات المكبوتة في اللاشعور لها دور في تكوين العصاب .

**تعريف أدلر "adler":** يقول إن نشأة العصاب أساسها خطأ الفرد في إدراك، وتفسير بيئته، واتخاذ أسلوب حياة يصعب عن طريقه تعويض الشعور بالنقص، ولا يحقق هدف الحياة وركز على أهمية البحث في خبرات الطفولة، وخاصة المتعلقة بالاضطرابات الأسرية.

**تعريف فروم "froum":** يرى أن العصاب هو أهم مظاهر الفشل الأخلاقي، ويلفت النظر الى اثر مشاكل الإنسان الحديث، مثل قوته، وسيطرته على المادة، مع شعوره بالفخر في حياته الفردية، والاجتماعية. (نبيهة صالح السامرائي، 2007، ص36)

### 3- أسباب الأمراض النفسية:

**أولا/ العوامل المهيأة:** ونقصد بها كافة العوامل والظروف التي تهيئ الفرد، وتجعله مستعدا للوقوع في بؤرة المرض النفسي وهي:

**1-الوراثة:** وهي تلك الخصائص والسمات التي يرثها الفرد من والديه وأجداده، وهناك صفات يكتسبها الفرد من الوالدين، والنصف الآخر من الأجداد، وقد اختلف علماء الوراثة في تحديد عدد الأجداد أو ترتيبهم، فقد يرث طفل صفات من جده العاشر لأبيه، وأخوه يرث صفات جده الرابع لأمه، وهنا يحدث الاختلاف بين الأشقاء (لأب واحد وأم واحدة) في الصفات، والقدرات العقلية، والسمات الانفعالية، والمزاجية، وحتى البنية الجسمية، وفي الواقع أثبتت العديد من الدراسات، والأبحاث، أن عامل الوراثة يلعب دورا

لا يمكن إنكاره، في تهيئة واستعداد الفرد للمرض. (محمد حسن غانم، 2005، ص 23). فالأم المدخنة مثلا لا شك أنها تنقل العديد من الأمراض، والصفات، وذلك من خلال المورثات (الجينات) المنقولة من الخلف إلى السلف، في لحظة الحمل، إذ أن كل صفة بشرية تنتج عن وراثة تشكيلات خاصة من الجينات، وللوراثة دور واضح في كونها سببا مهيبا، ولكنها لا تعمل بعزلة عن الظروف الأخرى المسببة للأمراض. (عبد الكريم قاسم أبو الخير، 2001، ص 69)

وتؤكد دراسات على أن نسبة حدوث العصاب، تكون مرتفعة في عائلات العصابين، أكثر منها في عائلات غير العصابين. (فوزي محمد جبل، 2000، ص 115)

كما أن دراسة تاريخ أي عائلة دراسة دقيقة للوقوف على نوعية، وكم، وطبيعة الأمراض، التي أصابت هذه العائلة تثبت دور الوراثة.

**2/ مراحل العمر:** العمر كما يعرفه العديد من علماء النفس، هو تيار متدفق، له بدايات ونهايات، يسرع في بعض المراحل، ويبطئ في بعضها الأخرى، فالفرد يمر بأزمة أو أزمت، في كل مرحلة عمرية، وقد يعيرها إلى مرحلة جديدة من النمو، ذات أزمت أو مشكلات، تتناسب معها، وقد يحدث تثبيت **fixation** عند مرحلة ما، أو قد يتقدم مرحلة ما ثم يحدث له نكوص إلى مرحلة سابقة.

وهناك بعض الفترات العمرية التي يمر بها الفرد، والتي تسهل وقوعه في العديد من الأمراض، والمشاكل النفسية، فالمرهقة مثلا وكنتيجة لظهور دافع جديد ملح (الدافع الجنسي)، ورغبته في البحث عن هويته، واثبات ذاته، ورفض تعامل الآخرين معه كطفل ولكن كرجل... كل ذلك قد يخلق لديه حالة من الصراع، بين ما هو كائن، وما يريد أن يكون، وقد يقوده هذا الصراع إلى أن يصاب، أو يقع فريسة للمرض النفسي... كذلك الرجل تنتابه أزمت كثيرة منها أزمة الخروج إلى التقاعد، فيشعر انه فقد مكانته التي كان

يحظى بها من قبل من سلطة واحترام ونفوذ...وانه يستسلم للفراغ، خاصة ما لم تكن هناك تهيئة أو استعداد نفسي للدخول إلى هذه المرحلة، ولم يشغل نفسه بهوايات مختلفة، ويدخل في علاقات إنسانية حقيقية مع الآخرين ، ولذلك وجب على الفرد أن يعي أن لكل مرحلة متطلباتها وأزماتها الخاصة، وعليه أن يحاول التوافق مع المرحلة العمرية الحالية التي يمر بها، ويستعد نفسيا واجتماعيا لاستقبال المرحلة التالية لتجنب الوقوع في أزمة من أزمات النمو، والتي قد تجره إلى عدم التوافق مع الذات والآخرين.(محمد حسن غاتم ،2005، ص ص 25-26).

3/البيئة: يرى العلماء أن البيئة هي كافة المؤثرات الطبيعية والجغرافية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية والدينية التي يعيش الفرد في إطارها، حيث لا نستطيع القول أن هناك إنسان يعيش بلا بيئة، فكل بيئة مميزات، وتنشئ أفرادها على مبادئ، وقيم معينة، بحيث يكون الأفراد أشبه ما يكون (بنسخ كربونية) عن الأفراد الآخرين، الذين ينتمون إلى نفس مجتمعهم .

وقد اصطلح العلماء على تقسيم كافة العوامل التي يتعرض لها الفرد في إطار البيئة التي يعيش فيها، إلى مجموعتين من العوامل هي:

### 3-1/عوامل عامة:والتي منها:

أ/المدينة والحضارة: لقد شكل التغيير الذي طرأ على حياة الفرد، من خلال الاختراعات الحديثة، والتي جعلت الإنسان أكثر قلقا، وتوترا، وأكثر تعرضا للإحباط، وما كان ينظر إليه على أساس انه من الكماليات، أصبح من الضروريات، وعليه أن يبذل المزيد من الجهد، والعرق، وحتى الاحتيال، كي يحصل على هذه الأشياء ويرتاح، ثم يفاجئ بعد أن يحصل على احدث المخترعات، إلا أن الأمان الذي كان ينشده ويسعى إليه

بعيد المنال، وان هذه الأشياء لم توفر له الوقت لكي يقترب من معرفة نفسه، بل زادت قلقا و اكتئابا وخوف من الآخرين، ورغبة في التشبث في الحياة، وأصبح عرضة للأمراض.

**ب/التصنيع:** لقد مر العمل الإنساني بعدة مراحل فقد بدأها بمرحلة الرعي، ثم مرحلة الزراعة، والتي كانتا لا تحتاجان إلى إمكانيات عقلية وجسدية كبيرة، وصولا إلى مرحلة الصناعة، والتي تحتاج إلى إمكانيات كبيرة جسدية وعقلية ودقة وتنظيم في الوقت....

فالفرد الذي لم يكن متمتعا بهذه الإمكانيات والقدرات، يكون عرضة للإصابة بالمرض، بالإضافة إلى التطور السريع للتصنيع ينجم عنه الاستغناء التدريجي عن اليد العاملة، وبالتالي الفراغ، ومنه الوقوع في العديد من الاضطرابات النفسية والعقلية .

**ج/القوانين الرسمية والأعراف:** مع تعقد الحياة الاجتماعية والمدنية زادت القوانين صرامة، والفرد مطالب بالخضوع إلى هذه القوانين، والتعليمات، والأوامر، مثل (الشراء، البيع، وعقود الزواج والطلاق...الخ) وكل هذه القوانين تشكل ضغطا نفسيا، وتكون احد أهم العوامل التي تؤدي إلى إحباطات مختلفة، خاصة عند الأفراد الذين يجهلون محتوى القوانين، والأعراف السائدة في المجتمع، وبالتالي فان ردود أفعالهم لا تتناسب وطبيعة القوانين، وهو ما قد يكون مهياً للوقوع في المرض النفسي.

**د/ الحروب:** مع ظهور الأسلحة وتطورها أصبح الخطر يلزم الإنسان، خاصة الأسلحة الفتاكة، مثل الأسلحة النووية، الجرثومية والعنقودية.... كل هذا جعل الإنسان يخشاها رغم انه هو من اخترعها، وهذا ما نلاحظه في الحروب الموجودة بين العديد من البلدان (أهلية، وبين دولة ودولة أخرى) كل ذلك مهد لظهور العديد من الأمراض التي اصطلح بعض العلماء على تسميتها "عصاب الحروب " أو الصدمات أو الكوارث التي تخلق العديد من المآسي الإنسانية، التي شرحت نفوس الكثيرين وتحتاج إلى سنوات للشفاء منها.

وتمثل الحروب أدوات ضغط قوية على العديد من الأفراد، فهي مثل أي أزمة أو مشكلة تصيب الفرد قد يستطيع مواجهتها أو لا يستطيع، وما ينجم من إعاقات وتشوهات وأيتام وفقدان العائل، وتشتت الأسر وضياع الأطفال...الخ. ( محمد حسن غانم، 2005، ص ص 27-30)

2-3 العوامل الشخصية: من العوامل الشخصية التي تهيئ للوقوع في دائرة المرض

النفسي نذكر:

أ/ **التعلق بالوالدين:** يعد وجود الوالدين في حياة الطفل هام وضروري، لان كل شخص ما هو إلا مشروع إنساني، وهذا المشروع يتبلور بفضل التعليم والرعاية وحب واهتمام الوالدين، فالتعلق بالوالدين مرتبط بمرحلة عمرية محددة، ومنه يجب على الوالدين أن يتيحوا الفرصة لأبنائهم بالتفرد والاستقلال التدريجي، وعدم الاعتماد الكامل عليهم، مع مراقبته والخوف عليه فعدم ترك المجال أمامه للتفرد، والاعتماد على النفس، يساهم ذلك في تعويد أو تعليم الطفل عدم الاستقلالية والاعتماد على الآخرين في كافة الأمور المتعلقة بشؤونهم، ومنه يعاني من الخجل والاعتمادية والانطوائية والخوف من مواجهة المواقف الجديدة، وقد تستمر معه إلى مراحل متقدمة من العمر، وبالتالي الوقوع في دائرة الاضطرابات النفسية.

ب/ **القسوة والتدليل:** لو درسنا التاريخ الأسري للمنحرفين والمدمنين والمرضى

النفسانيين سوف نجد أن تربيتهم قد تراوحت بين قطبي " القسوة الشديدة جدا إلى درجة قتل الطفل في بعض الأحيان"، والتدليل الزائد إلى درجة اعتداء الطفل على الوالدين، وسبهم، وضربهم، وكلا الأسلوبين خاطئ ومرفوض، كل هذا يؤثر على شخصيتهم مستقبلا.

ج/ **العمل:** يعد العمل دافعا قويا للإنسان لإشباع حاجاته، وإبراز هويته، وإثبات ذاته

بالإضافة إلى اكتساب خبرات ومهارات جديدة، ولكن قد يؤدي العمل الذي يقوم به الفرد

إلى عدم توافقه ووقوعه في الاضطرابات النفسية، والذي يحدث كنتيجة لظروف معينة مثل : عدم توافق العمل مع ميول الفرد أو أن يكلف الفرد بالعمل الذي لا يتناسب مع طاقته، ومنه حدوث الإرهاق، أو عدم تناسب الآجر مع طبيعة العمل، وعدم حل مشاكل الفرد سواء المتعلقة بالعمل أو حتى المشاكل الشخصية، (نتيجة للتأثير المتبادل حيث أن الشخص الذي يعاني من مشاكل شخصية سيتغيب عن العمل أو سيضطرب أداءه، أو ربما يكون مستهدفا للوقوع في العديد من الحوادث).

وأثبتت الدراسات والملاحظات السيكولوجية والسوسولوجية، أن هناك أعمالاً معينة، تؤدي إلى العديد من الأمراض، فالذين يعملون في المناجم يكونون أكثر عرضة للإصابة بأمراض الصدر، والاضطرابات العقلية والنفسية، وان إدمان الخمر يكثر بين عمال تقطير الخمر وان إدمان العقاقير المنبهة يكثر بين الأطباء والممرضين، وذلك نتيجة لطبيعة عملهم، وما يحتاج إليه من يقظة وسهر وانتباه. (محمد حسن غاتم، 2005، ص 35-37)

### ثانيا / العوامل المعجلة (المرسبة):

ويقصد بها تلك العوامل التي عملت على ترسيب ردود الأفعال العصابية لدى العصابي، ويمكن تصنيف هذه العوامل كم يلي :

- 1- الظروف التي تؤدي إلى استرجاع أو تقوية خبرات الطفولة المبكرة أثناء عملية التنشئة الاجتماعية، والتي خلقت الصراع والقلق والإحباط لدى الطفل.
- 2- الظروف التي تؤدي الى الخوف من إضعاف "العمليات الدفاعية" مثل :

أ/ انبثاق رغبات خطيرة، يخشى الفرد ظهورها خلال " دفاع الأنا" حيث أورد "فرويد" أن "الهو" وهي النفس غير المتزنة، وغير العاقلة، وهي صاحبة الملذات، والأفعال اللاشعورية التي تتناقض مع معايير المجتمع، وهي دائماً تحاول أن تعبر عن هذه



المذات، ولكن "الأنا" وهي النفس الشعورية العاقلة، والتي تراعي معايير المجتمع، وتمنع الإنسان من أي أفعال تناقض هذه المعايير لذلك فإن "الأنا" تدخل في صراع دائم مع "الهو" لمنعها من القيام بمذاتها، وأفعالها اللاشعورية، وفي دفاعها عن معايير المجتمع المراقب من طرف "الأنا الأعلى" فإنها تقوم باستخدام "الكبت" كوسيلة دفاعية لكبت أفعال "الهو" في اللاشعور، حينما تحاول التعبير عن نفسها ... وحينما تضعف العملية الدفاعية التي تستخدمها "الهو"، وهي الكبت وغيرها ...، ينشئ الشعور بالخوف والقلق، الذي يبدا غير ذي معنى أو غير منطقي، ولكنه مع ذلك حقيقي.

ب/ الخبرات العصبية الأليمة، والضغوط النفسية الشديدة، والغير عادية، والضارة كل هذا يؤدي إلى تعجيل وترسيب ردود أفعال العصائية. ( فوزي محمد جبل، 2000، ص116)

3- الظروف التي تستلزم تقوية العملية الدفاعية، والتي تفوق طاقة احتمال الفرد بكثير، والفشل في تحقيق الأهداف التي قد تكون أصلا غير واقعية، قد تؤدي إلى تكوين ميكانيزمات دفاع شاملة لحماية "الأنا" من الشعور بعدم الصلاحية، كالشلل أو العمى الهستيرى مثلا، أي أن بعض مواقف الحياة الصعبة، قد تولد الحاجة إلى سلوك دفاعي يرتفع إلى مستويات غير محتملة تثقل كاهل الفرد ، مؤدية بالتالي إلى ردود أفعال عصائية، ففقدان الذاكرة مثلا وسيلة هروبية من مواقف حرجة، أو أعباء لا يتحملها الفرد. (حلمي المليجي، 2000، ص75)

### ثالثا/ العوامل النفسية :

هي تلك الأسباب التي يكون منشأها نفسي، والتي تتعلق بالنمو النفسي المضطرب خاصة في مرحلة الطفولة، وعدم إشباع الحاجات النفسية والاجتماعية والأمنية الضرورية للفرد، ويعتبر العصاب دفاعا نظرا لكون مسبباته ذات ارتباط بأحد أجزاء

الشخصية كما هو الحال، وفي التوتر، والضغط النفسي : ويعتبر الصراع والإحباط والحرمان والخبرات المؤلمة و الضغوط النفسية والتناقض الوجداني من أهم الأسباب النفسية المنشأة للاضطراب النفسي عند الفرد.(عبد الكريم قاسم أبو الخير،2001، ص70)

#### رابعاً/ العوامل الثقافية:

هي مجموعة الأسباب التي تحيط بالفرد في البيئة، والمجال الاجتماعي، ونذكر منها العوامل الحضارية، والثقافية التي تتدخل في عملية نضج، وبناء واتجاه الشخصية الإنسانية، وتشمل العادات والتقاليد والطقوس والاعتبارات والمعايير التاريخية والتراثية ذات التأثير الغير مباشر في حدوث المرض النفسي.

فلأسباب الثقافة اثر في صياغة الشخصية، ومن ثم التمهيد إلى إحداث الاضطراب عند الفرد، ويتم ذلك بعدة وسائل، منها اضطراب عوامل التنشئة الاجتماعية، بما فيها التغذية والنظافة والتعبير العاطفي والتربية الجنسية، وإعداده للحياة الاجتماعية العامة كي يصبح الفرد عضواً في المجتمع الذي ينتمي إليه، وكذلك القيم والمثل العليا السائدة في المجتمع، التي تتدخل في تكوين "الأنا الأعلى" للإنسان، أي المعايير التي نقيس بها سلوكه الطبيعي. (عبد الكريم قاسم أبو الخير،2001، ص71)

وتؤثر العوامل الثقافية في نمو الأنماط العصابية، بنشأة الصراعات بين أنظمة القيم السائدة في الثقافة، أو بين ثقافتين قد ينتمي الفرد إلى كليهما، أو احتك بهما، والممارسات الثقافية عامة، لها تأثير ابلغ أثراً على تشكيل نوع العرض أكثر من أن تكون سبباً في نشأة أو اختفاء رد فعل العصاب ذاته.(حلمي المليجي،2000، ص76)

4- الأعراض العامة للأمراض النفسية: ومن بين الأعراض التي قد تظهر لدى المريض النفسي نذكر ما يلي:

1/ اضطراب المظهر العام: حيث يضطرب المظهر العام للمريض النفسي من حيث التكوين الجسمي، وتغير في تعبيرات الوجه، وحالة الملابس والحركة...

2/ اضطراب الكلام: يضطرب الكلام عند المريض النفسي، فمن حيث "الكلام" قد يكون الكلام كثير دون داع، وتسمى بظاهرة "الثرثرة" أو قد يقل الكلام لدرجة كبيرة مقتضبة، وقد يفقد الكلام تماما، ومن حيث "سريان الكلام" قد يكون بطيئا كما في مرض الاكتئاب، أو يكون سريعا متصلا، أو قد يتوقف سريان الكلام، ومن حيث "مجرى الكلام" قد يتطرق الحديث إلى التفاصيل واتخاذ طرق جانبية، أو قد يغير مجرى الكلام نهائيا استجابة لمؤثر خارجي، أو كلمة عابرة وردت أثناء الكلام، أو قد يتصف الكلام بالأسلوبية والجلجة والتلعثم...

3/ اضطراب الفكر: يضطرب فكر المريض النفسي، فيجد صعوبة في التفكير كما في مرض الاكتئاب، أو تتطلق الأفكار بصورة سريعة، أو قد يتوقف التفكير، ويعود مرة أخرى، أو يضطرب محتوى الفكر، فيكون كثيرا، وبشكل غير عادي، أو ضعيفا أو خلو ذهن من الأفكار، أو قد يضطرب محتوى الفكر اضطرابا نوعيا، فينشغل الفكر حول موضوع معين يطغى على سائر الموضوعات الهامة الأخرى، فمثلا قد ينشغل بفكره لفترات طويلة في وفاة ولد له، أو وظيفة فقدها أو التفكير في موضوعات تافهة شاذة غير منطقية (الوسواس) أو تناقض الأفكار، كوجود فكرتين متضادتين في ذات الوقت لا يستطيع أن يتخلص من إحداها.

4/ اضطراب الإدراك: المعروف أن الإدراك هي تلك العملية العقلية التي تعطي للشيء معنى، فقد يضطرب الإدراك في صورتين الأولى (الخداع)، وهو إدراك حسي خاطئ،

كثير الحدوث، كأن تقابل شخصا في الطريق فتعتقد انك تعرفه من فترة طويلة ... والمظهر الثاني (الهلوسة)، وهو إدراك حسي مع عدم وجود مثير حقيقي...كالإحساس بأشياء ليس لها وجود، ويتوهم المريض رؤيتها أو سماعها بذاته دون غيره من المحيطين به، كأن يرى أشياء وصورا وألوان أو يسمع أصوات لا وجود لها. (فوزي محمد جبل، 2000، ص124)

**5/ اضطراب العاطفة :** العاطفة هي القوة الدافعة للشخصية في الصحة والمرض وقد تضطرب العاطفة من حيث "النوع" و"الكم" ، فمن حيث النوع فقد توجد لدى المريض أنواع من الانفعالات في كثير من المواقف، لا يستطيع التحكم فيها ، أما من حيث الكم فتوجد لديه مجموعة كثيرة من الانفعالات، وهذه الكثرة تؤدي إلى اضطراب الشخصية .

**6/ اضطراب الذاكرة :** تضطرب الذاكرة لدى المريض النفسي في صورتين الأولى من حيث "الكم" وهي حدة الذاكرة، وهو أن الذاكرة تشمل كل الأحداث القريبة والبعيدة، فيحكي المريض تاريخ حياته كاملة بالساعات والأيام، وبصورة تثير الملل أو فقدان الذاكرة ، فقد يفقد المريض النفسي الذاكرة للأحداث البعيدة أو القريبة، والتي تظهر على شكل نسيان، وقد تدخل بعض الفجوات حين يروي بعض الأحداث...والصورة الثانية من حيث النوع، وقد يضيف أحداث كاذبة إلى أحداث حدثت لا شعوريا وهو ما يعرف " بالتزييف" أو ما يسمى "بخداع الذاكرة".

**7/ اضطراب الوعي :** الوعي هو اليقظة، ويعتبر النوم تغير طبيعي للوعي، وقد يضطرب النوم في عدة صور لدى المريض النفسي، فقد يكون النوم كثيرا كما في الهستيريا أو قليل النوم كما في مرض الاكتئاب، أو يكون نومه متقطعا كما في حالة القلق والتوتر أو يضطرب نظام النوم فينام بالنهار ويصحوا ليلا، أو قد يصاحب النوم مظاهر أخرى كالكلام والمشى والكوابيس أثناء النوم، وأيضا يصاحب اضطراب الوعي "الذهول" والذي يقلل وعي المريض وانتباهه بدرجة كبيرة، ويقلل من استجابته للمؤثرات ، أو "الغيوبة"

وفيها يفقد المريض النفسي الوعي مؤقتا فلا يستجيب لأي مؤثر مهما كانت قوته ، وأيضا يصاحب اضطراب الوعي "التوهان" ، وهنا يعجز المريض النفسي عن التعرف الصحيح على ما في البيئة من أشخاص أو زمان أو مكان، وأيضا من علامات اضطراب الوعي "ازدواج إدراك البيئة" ، وفي هذه الحالة يدرك المريض النفسي انه موجود في مكانين في آن واحد، ويتحدث عن ذلك .

8/ اضطراب الحركة: تضطرب حركة المريض النفسي، وتظهر في صور متعددة تثير الانتباه، ومن هذه الصور "النشاط الزائد" أو "الخمول" أو "عدم الاستقرار الحركي" للزمامات الحركية " السلوك العدوانى ...

9/ اضطراب البصيرة: تضطرب البصيرة لدى المريض النفسي نوعا ما فلا يستطيع إدراك طبيعة المشاكل التي تواجهه، أو تحديد أسبابها حتى يمكن إيجاد الحلول المناسبة لها.

10/ اضطراب الغذاء: تضطرب حالة الغذاء عند المريض النفسي، فهو إما أن يفقد الشهية للطعام كما في حالة الاكتئاب أو القلق، وبالتالي يصاب بالضعف العام، أو يفرط في الأكل، أو يشعر بالجوع الكاذب كعملية تعويضية لدوافع جنسية مكبوتة .

11/ اضطراب الإخراج: تضطرب عملية الإخراج عند المريض النفسي، وتظهر في عدة صور كالتبول اللاإرادي أو الإمساك أو الإسهال العصبي.

12/ اضطراب الحواس: وتتمثل في اضطراب حاسة السمع والبصر وقصور حاسة الشم والذوق وتبلىد الحس.

13/ اضطرابات في الجهاز العصبي : مثل: التشنج ،الصرع، الشلل الهستيرى الذي يصيب الأطراف كما في الهستريا أو الصدمات العصبية المختلفة ....

**14/ أعراض اجتماعية :** حيث يضطرب الجانب الاجتماعي لدى المريض النفسي مثل: عدم التوافق الاجتماعي، ويفقد القدرة في تكوين علاقات اجتماعية، أو تحقيق الصلات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي، وغالبا ما يكون غير مقبول اجتماعيا، ويلجأ إلى الانطواء والانعزال ويهرب من تحمل المسؤولية الاجتماعية. ( فوزي محمد جبل ،2000، ص126)

### 5- العلاقة بين المرض النفسي والمرض العقلي:

رغم أن هناك رأيا يرى أن المرض النفسي كمرحلة مبكرة من المرض العقلي، إلا أن هناك دليل إحصائي واضح يرى أن كلا من الأمراض النفسية والعقلية لها وحدتها الذاتية المستقلة، فقد كشفت الدراسات التتبعية للأمراض النفسية على أن 4% إلى 7% فقط تطورت إلى مرض عقلي "ذهان" فيما بعد، إلا أن هناك احتمالا قويا يبطل ذلك، أو أن هناك خطأ في أصل التشخيص لبعض أفراد هذه المجموعة .

وفضلا عن ذلك حيث أن 5% أو 10% من السكان عموما يبدو منهم ردود أفعال تشبه سلوك المريض العقلي، في بعض الأحيان، وهو ما يوحي بأن ميل العصابين للمرض العقلي لا يزيد عن ميل غير العصابين (الأسوياء). (حلمي المليجي،2000، ص70)

## 6- الفرق بين المرض النفسي والمرض العقلي: وهذا ما سنوضحه من خلال

الجدول التالي:

جدول رقم(01): يوضح نقاط الاختلاف بين المرض النفسي والمرض العقلي:

نقاط الاختلاف	المرض النفسي (العصاب)	المرض العقلي(الذهان)
1/ أسباب المرض	العوامل ذات المنشأ النفسي ذات أهمية في حالة العصاب، مثل الضغوط النفسية والإحباط والقلق، ... أما العوامل الوراثية لم يحدد أثرها بعد.	العوامل التكوينية والفطرية ذات أهمية في معظم الحالات، إضافة إلى الأسباب السيكولوجية فإن الأسباب عضوية ترجع إلى الاختلال الوظيفي في الجهاز العصبي أو تصلب شرايين المخ أو تلف النسيج العصبي....
2/ السلوك العام	*حديث العصابي متماسك وتفكيره منطقي والهدأت والهلوسات غير ملحوظة . *يظل المريض في حدود العادي ويظهر بعض الغرابة.	*حديث المريض العقلي وتفكيره غير متماسكين، وسلوكه أهوج، وغير معقول كما أن الهذات والهلوسات شائعة. *يبدو المريض غريبا وشاذا ويضطرب اضطرابا واضحا.
3/ التوافق الاجتماعي	*سلوك العصابي في اتساق عام مع المعايير الاجتماعية المقبولة حيث أن الاختلال الذي يصيب شخصيته يكون جزيئا فقط. *المريض العصابي لا يلحق عادة الأذى بنفسه ولا بغيره، وهو غير خطير على المجتمع . *يمكن التفاهم معه بسهولة.	*المريض العقلي عاداته الاجتماعية مفقودة، وسلوكه متنافر مع المعايير المقبولة في المجتمع، وذلك نتيجة الاضطراب والاحتياط الشامل لقوى العقل. *قد يلحق الأذى بنفسه وبغيره، وقد يشكل خطرا على المجتمع، ويجب ملاحظته أو عزله. *يكون التفاهم معه صعبا.
4/ الاعتماد على النفس	*المريض النفسي في إمكانه أن يعول نفسه، وليس دائما، والانتحار محتمل الحدوث . *يهتم بنفسه وبيئته.	المريض العقلي لا يستطيع أن يعول نفسه، ويتدبر شؤونه ولذا فإن إحقاقه بالمؤسسات والمستشفيات العقلية ضروري لتفادي إيذاء نفسه أو إحقاق الضرر بالآخرين. *لا يهتم بنفسه ولا ببيئته.

<p>*المريض العقلي استبصاره جزئى في أفضل الأحوال وغالبا مفقود تماما فهو لا يدرك مشكلته، ولا يفتن لشذوذ سلوكه.</p> <p>*لا يدرك حقيقة وضعه، ويرفض المساعدة والعلاج.</p>	<p>*عادة المريض النفسي استبصاره حسنا فهو يدرك مشكلته ويفطن إلى شذوذ سلوكه، ولكنه يجهل أسباب هذا الشذوذ .</p> <p>*يدرك المريض نفسه و يسعى للمساعدة والعلاج.</p>	<p>5/ الاستبصار</p>
<p>*المريض العقلي لا يحرف الواقع فحسب بل يحطمه كاملا، ولذا فانه غالبا ما يفقد صلته بالواقع، وينسحب منه كلية ويضع واقعا خاصا به.</p>	<p>*يحرف المريض النفسي الواقع ولكنه ما زال على اتصال بالعالم الخارجي.</p>	<p>6/ إدراك الواقع</p>
<p>يتشتت الكلام ويكون غير متماسك.</p>	<p>*لا يتغير الكلام بشكل ملحوظ .</p>	<p>7/ الكلام</p>
<p>*المريض العقلي يظهر تأخرا واضح في الوظائف العقلية.</p>	<p>*المريض النفسي لا يبدي تأخر في الوظائف العقلية بوضوح.</p>	<p>8/ الوظائف العقلية</p>
<p>*في علاج المريض العقلي ينصب الاهتمام على ضبط السلوك والتحكم فيه، بالإضافة إلى العوامل الكيميائية والجسمية البارزة وحينما يتماسك السلوك ينبغي استخدام العلاج النفسي.</p> <p>*علاج الأمراض العقلية أكثر صعوبة، ونتائجها غير مضمونة.</p> <p>*ضرورة إيداعه بمستشفى الأمراض النفسية والعقلية.</p> <p>*العلاج النفسي الطبي واستعمال الأدوية هو الأكثر فعالية.</p>	<p>*يعالج العصابي عادة بالعلاج النفسي .</p> <p>*علاج الأمراض النفسية أكثر سهولة، ونتائجها فعالة .</p> <p>*لا يحتاج إلى إيداع بمستشفى الأمراض النفسية والعقلية.</p>	<p>9/ العلاج</p>

(\*): (حلمي المليجي، 2001، ص ص 71-72)



## الفصل الثالث:

### تصنيفات المرض النفسي

- 1- عصاب القلق.
- 2- عصاب الهستيريا.
- 3- عصاب الخواف (الرهاب).
- 4- عصاب الاكتئاب.
- 5- عصاب الوهن العصبي.
- 6- عصاب الوسواس القهري.
- 7- عصاب توهم المرض.

**1- عصاب القلق:**

يعتبر القلق أمرا طبيعيا في ظروف التغيرات السريعة التي تميز حياتنا العصرية، ويتطلب الاستمرار في عمليات التوافق بشكل لا يقطع، ويؤدي القلق الطبيعي إلى مساعدة الفرد على القيام بالنشاط المناسب، والمشاركة في تطور شخصيته ، فالقلق خبرة بشرية عادية، يعاني منها عدد من الناس، لكن ما يميز المرضى بالقلق عن الأفراد الأصحاء هو أن المرضى يختبرون مواقف القلق في غالبية الوقت، ويختبرونه بدرجات أشد من الآخرين.

**1-1- تعريف القلق:** عرف "فرويد" القلق بأنه رد فعل خطير غريزي، يشعر الإنسان أمامه بالعجز أو الخوف من العقاب، ويكون مصحوبا بأحاسيس جسمية ، تتكرر بين حين وآخر بشكل ضيق في الصدر، أو التنفس أو آلام في المعدة.(عبد الكريم قاسم أبو الخير، 2001، ص 73 )

**يعرفه آرون بيك:** بأنه انفعال يظهر مع تنشيط الخوف الذي يعتبر تفكيراً معبراً عن تقويم أو تقرير لخطر محتمل.(عبد اللطيف حسين فرج ، 2009، ص128)

**القلق العصابي:**هو حالة من انفعال مسرف في حدته، يملك على الإنسان مشاعره وتفكيره واستجابته العضوية، فيصيبها بالاضطراب والتوتر.(نبيهة صالح السامراني، 2007، ص44)

**1-2- أعراض القلق :** ويمكن تقسيم هذه الأعراض إلى أعراض جسمية، وأعراض نفسية، وأعراض سيكوسوماتية:

أ/ أعراض نفسية :عدم الاستقرار و الشعور بانعدام الأمل، و الراحة النفسية، والحساسية المفرطة، وسرعة الاستثارة، الخوف الشديد (الفوبيا)، ولكنه لا يعلم مصدره، والضيق، وعدم القدرة على تركيز الانتباه، والإحساس الدائم بتوقع الهزيمة والعجز، وعدم الثقة والطمأنينة، والرغبة في الهروب من مواجهة المواقف والهياج، والشك والارتياب والتردد في اتخاذ القرار،

والتشاؤم والانشغال بأخطاء الماضي، وبطبيعة الحال إن هذه الأعراض النفسية تؤدي إلى تدهور قدرة الفرد على الانجاز والعمل، مما يؤثر في التوافق الاجتماعي، والمهني والأسري.

**ب/ أعراض جسدية :** برودة الأطراف، تصيب العرق، وارتعاش اليدين، ارتفاع ضغط الدم و زيادة عدد دقات القلب، اضطرابات في المعدة و زيادة عدد مرات الإخراج، النشاط الحركي الزائد ، الدوار والغثيان والقيء، اضطرابات النوم والصداع، فقدان الشهية للطعام، اضطرابات في التنفس، اللزمات العصبية مثل : عض الأصابع، قضم الأظافر، نقب الوجه، هز الرأس والكتفين...وبعض الاضطرابات الجنسية مثل: القذف السريع عند الرجال وانقطاع الدورة الشهرية عند النساء.(فوزي محمد جبل،2000، ص131)

**ج/ أعراض سيكوسوماتية:** ويقصد بذلك الأمراض العضوية، التي تنشأ بسبب معاناة القلق النفسي والانفعالات الشديدة، كما نقصد بذلك الأمراض العضوية، التي تزيد أعراضها عند التعرض إلى حالات القلق، وفي مثل هذه الحالات يكون علاج القلق والانفعالات أساسا لشفاء المريض، ومن أجل صحته العامة، ومن أهم هذه الأمراض: ارتفاع ضغط الدم ، الذبحة الصدرية، جلطة الشرايين التاجية للقلب ، الربو الشعبوي ، الروماتيزم ،البول السكري،قرحة المعدة...الخ.(عبد اللطيف فرج ،2009، ص154).

**1-3- أسباب القلق:** اختلف علماء النفس في تفسير أسباب القلق تبعا لخلفياتهم النظرية، فهناك من يركز على القلق كعصاب ناتج عن الخبرات المكبوتة، وهذا ما نجده لدى المنظرين في المدارس التحليلية، بينما يركز السلوكيون على عملية التعلم، وتعميمه أما الإنسانيون فيرون أن عدم تحقيق الذات من أهم أسباب القلق، ومن جانب آخر أشارت نتائج البحوث إلى أن الأسباب وإن كانت موضوعية ومثيرات داخلية، فإنها تختلف إلا أن النظرة الشمولية توجب الأخذ في الاعتبار جميع الأسباب المحتملة، وفيما يلي ذكر لأهم أسباب القلق بصفة عامة :

أ/الاستعداد الوراثي: تعد الوراثة من أهم الأسباب التي تؤدي إلى القلق، حيث أكدت الأبحاث الحديثة، أثر العوامل الوراثية في ظهور القلق، من بينها تلك التي أجريت على التوائم، حيث تبين أن التشابه في الجهاز العصبي اللاإرادي، والاستجابة للمنبهات الخارجية والداخلية بصورة مشابهة يؤدي إلى ظهور أعراض القلق لدى التوأمين.

كذلك أظهرت دراسة الأسر أن 15% من أبناء وإخوة مرضى القلق، يعانون من نفس المرض، وقد وجد أن نسبة الشبه في التوائم المتشابهة تصل إلى 50% وأن 65% يعانون من بعض سمات القلق، وقد اختلفت هذه النسب عنه بين التوائم الغير مشابهة فوصلت إلى 4%، كما أن سمات القلق ظهرت في 14% من الحالات، وقد يكون ذلك مؤشر إلى أن الوراثة تلعب دورا كبيرا في الاستعداد للإصابة بعرض القلق.

ب/العمر: تعد المرحلة العمرية أحد العوامل التي تؤثر في نشأة القلق، حيث يزداد القلق مع عدم نضج الجهاز العصبي في الطفولة، وكذلك ضموره لدى المسنين، يظهر القلق لدى الأطفال بأعراض مختلفة عنه لدى الراشدين، فيكون الخوف لدى الأطفال على شكل خوف من الظلام، ومن الحيوانات، أما القلق في المراهقة يكون بشكل شعور بعدم الأمن، وعادة تضعف أعراض القلق في مرحلة النضج، لتظهر في مرحلة سن اليأس والشيخوخة، ويمثل القلق واحدا من أهم الاضطرابات النفسية المحتملة كنتائج الاضطرابات الوظيفية.

ج/الاستعداد النفسي العام: تساعد بعض الخصائص النفسية على ظهور القلق، ومن ذلك الضعف النفسي العام، والشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي، الذي تفرضه بعض الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد، وأهدافه والتوتر النفسي الشديد، والشعور بالذنب، والخوف من العقاب وتوقعه، وتعود الكبت بدلا من التقدير الواعي بظروف الحياة، وعدم تقبل مد الحياة وجزرها، كما يؤدي فشل الكبت إلى القلق، وذلك بسبب طبيعة التهديد الخارجي الذي يواجه الفرد، ولطبيعة الضغوط الداخلية التي تسببها رغبات الفرد المسلحة. (عبد اللطيف حسن فرج

،2009، ص ص 150-152)

د/العوامل الاجتماعية : تعتبر العوامل الاجتماعية وفقا لغالبية نظريات علم النفس، من المثير الأساسي للقلق، لأهمية هذه العوامل كعوامل أساسية لإحداث القلق، ولا شك أن حصر مثل هذه الأسباب أمر مستحيل لتعددتها وتشعب جوانب الحياة المقلقة، في عصر اتسم بالقلق، وتشمل هذه العوامل مختلف الضغوط ، كالأزمات الحياتية والضغوط الحضارية والثقافية والبيئية المشبعة بعوامل الخوف والحرمان والوحدة وعدم الأمن واضطراب الجو الأسري، وتفكك الأسرة، وأساليب التعامل الوالدين القاسية، وتوفر النماذج القلقة، ومنها الوالدين والفتش في الحياة، ومن ذلك الفشل الدراسي والمهني والزواجي.

و/ مشكلات الطفولة والمراهقة والشيخوخة: حيث تنشأ ذكريات الصراعات في الماضي، والطرق الخاطئة في تنشئة الأطفال، مثل التسلط والقسوة والحماية الزائدة، واضطرابات العلاقات الشخصية مع الآخرين، والتعرض للخبرات الحادة اقتصاديا أو عاطفيا أو تربويا، والخبرات الجنسية الصادرة خاصة في الطفولة، أو الإرهاق الجنسي والتعب والمرض.(عبد اللطيف حسن فرج، 2009، ص 152)

#### 1-4- النظريات النفسية المفسرة للقلق:

تعددت النظريات المفسرة للقلق، وذلك بتعدد المدارس النفسية، والتي كانت تجمع تحت لوائها مجموعة من العلماء البارزين في علم النفس، وفيما يلي بعض النظريات التي حاولت تفسير القلق:

1-القلق في نظرية التحليل النفسي : يعتبر "فرويد" " freud " رائد مدرسة التحليل النفسي، من أوائل من تحدثوا عن القلق في علم النفس، ويرى البعض أن هذا المفهوم لم يشبع استخدامه إلا عندما شاع في كتابات "فرويد" " freud " حيث يعود الفضل إليه في توجيه علماء النفس إلى الدور الهام الذي يلعبه في حياة الإنسان.

ويرى فرويد **freud** أن القلق إنما هو نتيجة للصراع القائم بين الغرائز، التي يعبر عنها الهو، والتي تتناقض مع معايير المجتمع بينها وبين الأنا، لقد كانت دراسة فرويد **freud** للقلق ذات أهمية تاريخية كبيرة، إذ أنها أثارت اهتمام كثير من العلماء إلا أن البعض منهم لم يستطيعوا تقبل أفكار فرويد **freud** فيما يتعلق بوجود مشاعر جنسية لا شعورية لدى الرضع والأطفال إزاء والديهم .

**يونغ yung** : بالرغم من انفصال يونج عن "فرويد"، إلا انه بقي متأثرا بفكره، ولقد ذهب إلى ابعده مما قال "فرويد"، حتى وان كان في نظريته إشارة لأهمية العوامل الاجتماعية، ويشير "يونغ" انطلاقاً من نظريته في اللاشعور الجمعي، المؤكد لتأثير الخبرات اللاشعورية الموروثة من الأجيال السابقة، كأساس لتكوين الشخصية، وأيضاً كأساس للقلق، إلا أن شعور الفرد في موقف مهدد لكيانه، قد يجعله ينسى كل خبراته الحضارية وحصيلته الثقافية، ويرتد إلى بعض التصرفات اللامعقولة ، الإنسان في حياته العادية المنظمة لا يشعر بتأثير الأشباح مثلاً، ولكنه إذا مر بجوار القبور فإنه ينتابه مشاعر الخوف والقلق، لأنه قد حدث نوع من الغزو لمحتويات اللاشعور الجمعي.

**رانك RAN**: تناول القلق باعتباره نتاجاً عن رغبة الفرد في التمييز أو التفرد وخوفه من الانفصال عن ارتبط بهم ، واعتبر خبرة الانفصال بالميلاد وصدمة تسبب لطفل قلقاً أولياً يشبه القلق الأصلي عند "فرويد"، وبهذا فسر "رانك" جميع حالات القلق على أساس قلق الميلاد، حيث يكون الانفصال عن الأم هو الصدمة التي تثير القلق الأولي، ويصبح كل انفصال فيما بعد من أي نوع كان مسبباً لظهور القلق ، فالقلق في رأي "رانك" هو الخوف الذي تتضمنه هذه الانفصالات المختلفة. (فيصل الزراد، 1984، صص 128، 131)

**أدلر ADLER**: مع تبعيته " لفرويد" في بداية عمله بالتحليل النفسي، فقد طور نظريته الخاصة، فقد أرجع حالات القلق النفسي إلى الشعور بالنقص، حيث أن الشعور بالنقص هو الدافع الأساسي للعصاب، ويربط بين هذا الشعور وبين حالات القلق التي تنتاب الإنسان طوال

حياته، ويرجعها إلى شعور الطفل بالعجز واستمرار إحساسه به، وقد توسع أدلر في مفهوم العجز ليشمل أي مشاعر بالنقص تنشأ عن أنواع العجز التي قد يعانيتها المرء ذاتياً، سيكولوجية كانت أم اجتماعية، كما تشمل الضعف الجسمي، وقد تنشأ هذه المشاعر عن الإحساس بعدم الاكتمال أو الفشل في أي مجال من مجالات الحياة، إلا أن هذا الشعور هو القوة الدافعة لدى الإنسان حيث تدفعه هذه القوة إلى التغلب على نقصه، وتجذبه إلى التفوق.

لقد مهدت كل هذه الأفكار لظهور جيل جديد من الفرويديين الجدد، الذين قللوا من أهمية العوامل البيولوجية والغريزية، مبرزين أهمية العوامل الاجتماعية، وأهمية "الأنا"، ونجد منهم:

**هورني HORNBY:** يؤكد على أهمية القلق الأساسي رابطاً إياه بالحاجات الأساسية، والتي ترتبط بشكل واضح بالحب والتقبل والتعاطف والاعتراف وخاصة من الوالدين، مؤكداً على أن انعدام الدفء العاطفي في الأسرة، وشعوره بالنبذ والحرمان من الحب والعطف والحنان والضعف، وسط عالم عدواني هو أهم مصدر من مصادر القلق.

وفي هذا الإطار ظهرت نظرية فروم "FROUM"، لترتبط بين القلق والحاجات الأساسية، والمتمثلة من وجهة نظره في الحاجات إلى الانتماء والحاجة إلى الارتباط بالجذور، والحاجة إلى الهوية، حيث يؤكد "فروم" بأن الحاجات الإنسانية جزء من طبيعة الإنسان، وملازمة لتطوره وارتقائه، مؤكداً إعاقة الظروف الاجتماعية البيئية والصراع الاجتماعي لإشباعها، حيث يقود ذلك إلى القلق، ومن ثم الاضطرابات النفسية.

**2- القلق في النظرية السلوكية:** يركز السلوكيون عموماً على عملية التعلم، ويؤكدون بأن الإنسان يتعلم القلق والخوف والسلوك المرضي، كما يتعلم السلوك السوي، ويركز الأوائل من السلوكيون أمثال واطسون "WATSON" على أن عمليات التعلم، تتم عن طريق اقتران بين مثير شرطي ومثير طبيعي، وبالتالي يستجيب الفرد لظاهرة الخوف أو القلق، ويصبح الخوف من المثير الشرطي دافعاً مكتسباً، وعن طريق مبدأ التعميم في تعلم الخوف

أو القلق، ويلاحظ أن المثيرات الشبيهة لتلك التي تعلم الكائن الحي أن يقلق أو يخاف منها أو الأكثر شبهاً بها، هي الأكثر إثارة للقلق أو الخوف .

واستفاد الباحثون وخاصة في الولايات المتحدة الأمريكية من تجارب "بافلوف"، واستنتاجاته في مجال التعلم، حيث قامت النظرية السلوكية بتحليل السلوك إلى وحدات من المثير والاستجابة ، فالقلق في التصور السلوكي هو دافع للتوافق، بما أننا نجده كخبرة غير سارة ، حيث ينظر إلى أي خفض للقلق على انه هدف له أهميته كما أن القلق يصبح مثيراً لميكانيزمات متعددة التوافق، والتعلم الشرطي الكلاسيكي عند بافلوف يمدنا بتصوير عن اكتساب القلق من خلال العصاب التجريبي ، حيث يتميز هذا العصاب بالصفات التالية:

**1- السلوك العصابي:** هو نتيجة ضغط وتوتر وصراع بين نزعات الفعل المعززة ونزعات الفعل غير المعززة.

**2- السلوك العصابي:** يتميز بالقلق، وهذا يتضمن العقاب من أي نوع كان.

**3- السلوك العصابي:** يتسم بمجموعة من الأعراض التي تعتبر غير عادية في نظر المعايير الاجتماعية.

ومع تطور النظرة إلى مفهوم القلق وفقاً للتطور في المدرسة السلوكية، حاول السلوكيون الجدد الخروج من الدائرة الضيقة لفكر واطسون، اخذين في عين الاعتبار العمليات العقلية كعوامل وسيطة بين المثير والاستجابة ونجد منهم:

**دولارد "DOLARD" و "ميلر" MILLER** في نظريتهما (الشخصية والعلاج النفسي)

واستخدما فيها مفاهيم خاصة بهما ، حيث استفادا من مفهوم الدافع، وأكدوا على الدور الذي يقوم به خفض الدافع في عملية التعلم ، والقلق لديهما يعتبر دافعا مكتسبا أو قابلاً للاكتساب، ونظراً إليه كنتاج لتوقع في عملية التعلم والقلق والذي يرتبط بالمثيرات الخارجية من جانب، والعمليات الداخلية من جانب آخر، ويحدث القلق نتيجة الصراع بكافة أشكاله. (فاروق عبد

السلام وآخرون، 1999، ص 135)



فالقلق في النظرية السلوكية يقوم بعمل مزدوج، فهو دافع من ناحية، ومصدر للتعزيز من الناحية الأخرى.

ويمكن تلخيص وجهة النظر السلوكية للقلق في انه استجابة اكتسبت نتيجة اقتران المثير المحايد بمثير يؤدي إلى استجابة خوف، وقد تم هذا لاقتران في ماضي الفرد.

**3- القلق في النظرية الوجودية:** بدأ الحديث عن القلق مع بداية ظهور الفلسفة الوجودية، يقول "كير كيجارد" "KERKIGAR" احد مؤسسي هذه الفلسفة: "أن الاختيار يجر إلى المخاطرة، والمخاطرة بطبعها تؤدي إلى القلق، قلق على الإمكانيات العامة... وهذا قلق من... وهذا قلق على... وهذا شبيه بالدوار الذي يصيب الإنسان حينما ينظر إلى هاوية".

ولقد بقي القلق موضوعا أساسيا لدى جميع الفلاسفة الوجوديين، على اعتبار انه جزء من الحياة، كما استمر هذا الاهتمام لدى علماء النفس الوجودي من أمثال: "رولومي" "ROLOMAY" أحد أهم رواد هذا الاتجاه في الولايات المتحدة، ويعتقد أن الاضطراب وسيلة غير سوية، يسعى الفرد من خلالها للحفاظ على إحساسه بوجوده في ظروف يكون الإحساس بالوجود فيها بشكل سوي معاقا، ويرى أن القلق جزء من وجود الإنسان، وهو ليس الخوف من شيء موضوعي، بل يعبر عن شعور غامضا، وخوفا عاما من مهددات الوجود،

ويرى أن درجة القلق يمكن أن تتدرج من الدرجات المقبولة إلى الشديدة المعيقة للنمو، وقد يدفع الفرد لكبتها أو تجاهلها لتحقيق الاستقرار، إلا أن هذا لا يحقق الاستقرار الفعلي، والذي لا يتحقق إلا بقبول المهدمات المثيرة للقلق أصلا كجزء من الوجود، وهذا ساعدنا على قبولنا لحياتنا واستغلالها بفاعلية.

**4- القلق في النظرية الإنسانية:** تمثل المدرسة الإنسانية امتدادا للفكر الوجودي، ولذا يرى الإنسانيون أن القلق هو الخوف من المستقبل، وما قد يحمله من أحداث تهدد وجود الإنسان أو تهدد إنسانيته، ولهذا فان المثير الأساسي للقلق هو فشل الفرد في تحقيق أهدافه، وفشله في اختيار أسلوب حياته، وخوفه من احتمال حدوث الفشل في أن يحيا الحياة التي يريد، انه سوف يموت يوما ما و في لحظة ما، ويزداد قلق الإنسان إذا ما فقد بعضا من طاقاته وقدراته،

لاعتلال في الصحة أو إصابة بمرض لا شفاء منه، أو إذا تقدم به السن، حيث يعني ذلك انخفاض عدد الفرص المتاحة أمامه ، ويمثل هذا الفكر كل من "ماسلو" و"روجرز" حيث يعتقد "ماسلو" أن الإنسانية تهتم بالنمو بدلا من عملها على تجنب الاحباطات أو إعادة التوازن، وعلى هذا الاعتقاد وضع نظريته الشهيرة حول هرم الحاجات ، إلا أن عدم تحقيق هذه الحاجات يمكن أن يؤدي إلى القلق، كما يرى "روجرز" أن الإنسان يشعر بالقلق حين يجد تعارض بين إمكانياته وطموحاته ، أو بين الذات الواقعية الممارسة والذات المثالية ، وباختصار فإن القابلية للقلق تحدث عندما يكون هناك تعارض بين ما يعيشه الكائن العضوي وبين مفهوم الذات.(عبد اللطيف حسن فرج ، 2009، ص140)

### 5-القلق في النظرية المعرفية:

يمثل علم النفس المعرفي اتجاها قويا في علم النفس المعاصر، حيث اثر على العديد من المنظرين من مدارس مختلفة ومنهم "سوليفان" من المدرسة التحليلية، و"باندورا" من المدرسة السلوكية ، كما تعددت الاتجاهات المعرفية، وتعددت أغراضها، وما يهمننا في هذا المجال هو القلق ، ويعتبر "جورج كيلي" من علماء النفس الذين أعطوا المعرفة الإنسانية وزنا في تفسير الشخصية في حالتها السواء والمرض، حيث يرى أن أي حدث قابل لمختلف التفسيرات ، وهنا يعني أن تعرض الإنسان للقلق يمكن أن يفسر بأكثر من طريقة حتى للحالة الواحدة، ويرى "بيك" أن القلق انفعال يظهر مع تنشيط الخوف الذي يعتبر تفكيراً معبراً عن تقويم أو تقديم لخطر محتمل، ويرى أن أعراض القلق والمخاوف تبدو معقولة للمريض الذي تسود تفكيره موضوعات الخطر، والتي قد تعبر عن نفسها من خلال تكرار التفكير المتصل بها، وانخفاض القدرة على التمعن أو التفكير المتعقل فيها، وتقويمها بموضوعية.

### 1-5-علاج القلق:

يعتبر القلق العصابي من أكثر الأمراض النفسية استجابة للعلاج النفسي، كما لا يجد الطبيب الأخصائي صعوبة ما في تشخيص الإصابة بحالات القلق، حيث تبدو أعراض المريض في

العيادة بينة وواضحة تتم عما هنالك من اضطراب نفسي، إلا أنه لما كان هناك من الأمراض العضوية والعقلية ما تشابه أعراض القلق، كان من الواجب فحص المريض فحصا تاما، للتأكد من أن حالته لا تخضع للأمراض العضوية، والتأكد من أنه ليس مرض عقلي، ومتى ثبت ذلك يبدأ العلاج النفسي، ويتم علاج القلق النفسي عن طريق:

**1 /العلاج النفسي:** ويهدف العلاج النفسي إلى تطوير شخصية المريض، وإزالة مخاوفه وخفض توتره، وهناك عدة طرق للعلاج النفسي منها:

**أ/التحليل النفسي:** ينظر التحليل النفسي إلى المريض على أنه يعيش صراعا بين قوى ثلاث (الهو، الأنا ، الأنا الأعلى)، ولذلك فالتحليل النفسي يهدف إلى تقوية الأنا باعتبارها النفس المسيطرة على ملذات الهو، وتستمد ضوابطها من الأنا الأعلى صاحبة المثل والقيم والضمير، ولذلك يبدأ بفحص ودراسة تاريخ المريض من حيث نشأته وبيئته وعاداته، وما صادفه من عقبات، وعن والديه والعلاقة بينها، وإخوته وظروفه العائلية والاقتصادية والثقافية والاجتماعية، وأسلوب تربيته وعلاقاته الاجتماعية مع الآخرين، وكل ذلك بقصد الوصول إلى أسباب القلق الدفينة في اللاشعور، ونقلها إلى حيز الشعور، ويتم عن طريق أساليب وأدوات تحليل نفسي من التداعي الحر، وتفسير أحلام المريض، زلات اللسان ، التنويم المغناطيسي ... وإذا عرفت الأسباب يبدأ العلاج النفسي في تفسيرها وبيان أثارها للمريض، ثم شرح الكيفية التي ظهر بها.

(فوزي محمد جبل، 2000، ص ص 137، 138)

**ب/ العلاج الاجتماعي:** بعد دراسة حالة المريض وظروفه الحياتية المختلفة، يمكن تشخيص مصادر القلق إن وجدت، ويمكن تلقي تلك المصادر بتغيير الوضع الأسري، والمحيط الاجتماعي أو ظروف العمل غير المناسبة، وكل ما من شأنه أن يسيء إلى صفاء وطمأنينة المريض.(عبد الكريم أبو الخير، 2001، ص 77)

**ج/ العلاج بالاسترخاء:** ويقصد بالاسترخاء استرخاء المريض نفسياً وفكرياً وجسدياً بمساعدته على بذل إرادته، وإصراره على الإيحاء الذاتي بالتنويم الباطني "auto hypnosis" بحيث يصل الدماغ إلى حالة من النسيان والراحة.

**د/ العلاج السلوكي:** ترى النظرية السلوكية أن العصاب سلوك متعلم، وهي ترى أن القلق عادة أو فعل منعكس شرطي خاطئ، ومن أجل إزالة القلق أو إضعافه يعرض المريض إلى تجارب صناعية مفتعلة، وهو في حالة استرخاء تام، وتحت تأثير العقاقير المهدئة يعرض إلى نفس الحالة التي تبعث القلق في نفسه، وبدرجة أقل حتى يحدث تعلم عند المريض، مفاده احتمال ذلك الأمر المسبب للقلق والخوف بثورة متدرجة حتى يتم تجاهله أو عدم الاكتراث به. (عبد الكريم أبو الخير، 2001، ص 78)

**و/العلاج الجشطالتي:** ويركز هذا العلاج على خبرة الفرد الواعية بذاته وبيئته، باعتبارها محور حياته، ويتم ذلك باستخدام بعض الفنيات مثل "المقعد الخالي"، كأن يجلس المريض على مقعد، وأمامه مقعد خالي يتخيل المريض جلوس شخص آخر عليه، ويبدأ المريض في حوار تخيلي، أو استعمال تقنية "الاسترخاء" و"التنفس العميق" لإعادة الانتعاش والحيوية للفرد. (فوزي محمد جبل، 2000، ص 138)

**2/العلاج البيئي:** ويهدف هذا العلاج إلى تعديل العوامل البيئية التي تؤثر على المريض، مثل تغيير نوع العمل أو حل وتعديل المشكلات الأسرية، أو إرشاد الأسرة على تغيير أنماط سلوكهم، مما يساعد الحرص على الشفاء. (فوزي محمد جبل، 2000، ص 139)

**3/ العلاج الطبي:** قد يكون من الضروري في بعض الأحيان استعمال بعض العقاقير الطبية المسماة بالمهدئات الصغرى، أو بعض الأدوية لعلاج الأعراض المصاحبة للقلق، مثل الأرق وفقدان الشهية للطعام أو اضطرابات المعدة وارتفاع ضغط الدم.... الخ، وذلك كعامل مساعد

لشفاء الحالة، ويجب عدم الإسراف في استخدام العقاقير الطبية المهدئة، حتى لا يحدث إدمان لدى المريض لهذه العقاقير.

**4/العلاج الديني:** لقد عالج الإسلام موضوع القلق معالجة جادة، ويأتي الامتثال لأوامر الله في بداية هذه المنظومة من القيم، حيث يشعر الإنسان بالراحة والطمأنينة، ويقول الله تعالى: "فمن تبع هداي فلا يضل ولا يشقى ، ومن اعرض عن ذكري فان له معيشة ضنكا ونحشره يوم القيامة أعمى" (طه:123،124)

كما يعتبر الصبر والرضا بالقدر من القيم المهمة في مواجهة القلق، ويقول تعالى: "قل لن يصيبنا إلا ما كتب الله لنا." (التوبة:51) (عبد اللطيف حسن فرج ، 2009 ، ص159)

## 2- عصاب الهستيريا:

**تمهيد:** يوصف مرض الهستيريا بأنه حالة من عدم الثبات الانفعالي ، وهو كذلك اضطراب عصبي، يتميز سلوكيا بالصراخ والبكاء والضحك ، ويتضح فيه التفكك، وتتعدد شخصيات المريض ، وتختل نشاطاته الجسمية والعقلية، وقد يؤثر في ظهور أعراض جسمية عضوية كفقدان الذاكرة أو العمى الهستيرياي.....الخ.

### 2-1-تعريف الهستيريا: "hystérie"

كلمة هستيريا مشتقة من مصدرها اللاتيني "hestrus" وتعني الرحم، وكان الاعتقاد في القديم أن هذا المرض يصيب النساء بسبب انقباضات عضلية في الرحم، إلا انه مع تقدم العلوم اتضح أن مرض الهستيريا يصاب به الرجال بجانب النساء، إلا انه كثير الانتشار لدى الإناث منه لدى الذكور، ومن انه مرض نفسي يصيب كل الأعمار، وبالمعنى الضيق لكلمة هستيريا يقول "فرويد": "هو الظهور السهل للهذيان والأوهام الصورية مع نشاط فكري لا غبار عليه". (عبد الحميد الخليدي ، 1997، ص113)

**تعريف ريتشارد سوين:** يرى أن الهستيريا حالة عصابية تنذب فيها الأعراض الجسمية من غير أن يكون لها سبب عضوي يمكن تحديده. (فوزي محمد جبل ، 2000، ص150)

ومما سبق نستطيع أن نقول أن الهستيريا: هي مرض نفسي عصابي ينبع عن انفعالات شديدة، ونتيجة لخبرات أليمة قوية ومكبوتة لا شعوريا، فتتحول فيه هذه الانفعالات إلى أعراض جسمية متعددة لا يعرف لها سبب عضوي.

**2-2- أعراض الهستيريا:** تأخذ الأعراض في الهستيريا أشكالا مختلفة، ويمكن تقسيمها إلى ثلاث مجموعات :

**أولا : الأعراض التحويلية :**

**1/ اضطراب الجهاز الحسي مثل فقدان الإحساس الجلدي أو بعضه:** حيث لا يشعر المريض بماذا وخصانه ، بإبرة أو آلة حادة أو حارقة في المنطقة التي يشكو منها، أو قد يشكو من قلة الإحساس أو بالخدر أو التتميل، ومن خصائص فقدان الإحساس، أنه لا يتفق مع التوزيع الطبيعي لأعصاب الحس، وقد تكون المنطقة صغيرة أو كبيرة ، أو تشمل طرفا أو نصف الجسم، أو طرفا من اليمين وأخر من اليسار بتوزيع عجيب.

**2/ الصمم في أذن واحدة أو اثنتين .**

**3/ العمى الهستيرى:** حيث يدعي المريض عدم قدرته على الرؤية الجيدة ، وربما العمى التام، لكن فحص العين بالضوء والمنظار يظهر وجود انعكاس ضوئي في البؤبؤ، وأن أجزاء العين والعصب البصري سليمة تماما.

**4/ فقدان حاسة الشم أو التذوق.**

**5/ الشعور بأوجاع وآلام مختلفة الدرجة في أي جزء من أجزاء الجسم:** يخطر الألم على بال المريض ، ويكون متعدد الدرجات والمستويات ، يبدأ من التذمر إلى الآهات والأنات ليصل إلى

حد الصراخ و البكاء، وهو سلوك قد يكشف بمعرفة الطبيب العام، وكثيرا ما يختار المريض بطريقة لاشعورية مناطق معروفة بآلامها والتهاباتها، مما يزيد في حيرة واهتمام الطبيب ، كما هو الحال في استئجار الألم في منطقة الكليتين ومنطقة الزائدة الدودية والمعدة والقلب...الخ.

**ثانيا: أعراض الجهاز الحركي: وتشمل ما يلي:**

**1/الارتجاجات المختلفة:** وتشمل الأيدي والأرجل والجذع والرأس وتحل بشكل نوبات وليست لها صفة الارتجاجات العضوية، كارتعاشات مرض باركنسون أو رعشة تسمم الغدة الدرقية.

**2/ الغصة الهستيرية :** وتكاد تقتصر على الإناث، وتتخذ صورة الإحساس بوجود شيء ما في البلعوم يؤدي إلى صعوبة في البلع والأكل عامة، إلا أن الغريب عند هؤلاء المرضى قدرتهم على ابتلاع الأطعمة الصلبة، وعجزهم عن ابتلاع السوائل أو شرب الماء، وهذا يناقض المبادئ العلمية أو وظائف الجهاز العصبي.

**3/ فقدان الصوت:** حيث من الممكن أن يفقد المريض القدرة على استعمال الأحبال الصوتية، إلا انه يستطيع السعال إذا طلب منه ذلك، وهذا يتناقض أيضا مع وظيفة الأحبال الصوتية مما يدل على الآلية النفسية الهستيرية في الموضوع ، كما إن فحص الحنجرة و الأحبال الصوتية يؤكد عدم وجود مرض عضوي فيها.

**4/ العادة التشنجية:** التي تصيب الكاتب مثلا ، حين لا تلاقي كتاباته قبولا ، ويكون التشنج وسيلته اللاشعورية للامتناع عن الكتابة، وكذلك هز الكتف ، أو السعال الخفيف أثناء الكلام أو حركة الرقبة أو استدارة الرأس إلى جهة، أو اللعب باللحية أو ربطة العنق...الخ.

**5/ إطباق الأجفان التشنجي (الغمز):** حيث يطبق المريض أجفانه بقوة، ويقاوم أي محاولة لفتحها، أو أن يغمض أحد عينيه إلى حدود بقاء فتحة ضيقة جدا يرى من خلالها بصيصا من النور، ويأتي إلى الطبيب شاكيا من هذا التشنج.

ثالثاً: الأعراض الباطنية: ويقصد بها تلك الأعراض التي تنتاب مختلف الأحشاء الداخلية وتشمل:

**1/ الغثيان والقيء:** وهي أعراض متكررة في كثير من إصابات المعدة ، والالتهابات العامة والتسمم ، فوجوده كظاهرة هستيرية تستدعي دقة في التشخيص ويكثر القيء الهستيري عند النساء وذلك لعلاقاته باضطرابات نسائية أخرى كالحيض والحمل والولادة ، لكن الميزة الأساسية الهستيرية تبدو جلية واضحة، عندما تحمل معنى رمزياً أو موقفاً خاصاً، فالفتاة المخطوبة بإكراه إلى شاب لا تريده، تصاب بقيء وغثيان كلما ذكر اسمه أو قدم لزيارة منزلها.

**2/ الصداع الهستيري:** الصداع هو القاسم المشترك الأعظم الذي يصاحب أغلب الأمراض العضوية والنفسية، ومن أبرز الصفات الخاصة بالصداع الهستيري حدوثه في مناسبة نفسية واجتماعية معينة، ويتوفر فيها عنصر الكسب والنفع الشخصي ، فالصداع الشديد يمنع الطالب المصاب به مثلاً من دخول اختبار يخافه...الخ.

**3/ الحمل الكاذب:** الرغبة الشديدة لدى بعض المتزوجات في الحمل والولادة ، تتحول إلى تقلصات وإنتفاخات في البطن، والى تصلب في عضلات الظهر والحوض، وربما انقطاع الحيض مع شعور المرأة بالميل إلى القيء والغثيان، بصورة تشبه الحمل الحقيقي في أسابيعه الأولى ، ولكن الشهور والأسابيع تمضي دون زيادة وتوسع في حجم البطن ولا أثر للحمل.

**4/ البرود الجنسي وآلام الجماع:** بالرغم من وجود أسباب أخرى للبرود الجنسي عند المرأة "frigidity" ، والعنه عند الرجل "impotence" ، فإن الشخصية الهستيرية تدخل أحياناً كعامل بارز في تسببها ، أما عسر الجماع "dyspareunia" فهي تقلصات شديدة في مهبل الأنثى، مصحوبة بآلام لا تطاق كلما اقترب منها الزوج وحاول الإيلاج ، ويقال أن هذا تعبير عن رد فعل مكبوت تجاه الزوج بعينه أو اتجاه الزواج عموماً ، وكذلك يعتبر عسر الطمث "dysmenorrhe" المصحوب بآلام في أسفل الظهر والبطن والحوض من



الاضطرابات الباطنية الناتجة عن الأعراض التحولية. ( عبد الكريم قاسم أبو الخير، 2001، ص 87، 88)

عموما يجب عدم الخلط بين أعراض الهستيريا، وبين أعراض المرض النفسي الجسدي "سيكوسوماتيك" ويجب التفريق بين الشخصية الهستيرية ، والشخصية المتمازجة ، فالهستيريا لإرادية ، والهستيري لا يبالي بالأعراض ولا يعيرها اهتماما كبيرا ، أما المتمازج فهو إرادي ويعير المتمازج الأعراض المرضية اهتماما زائدا ويدرك الفائدة التي يجنيها من وراء تمارضه.

## 2-3- أسباب الهستيريا: ويمكن أن نميز بين عدة أسباب:

1/ أسباب نفسية: من المعتقد أن الأسباب النفسية في الهستيريا ، هي العامل الغالب في إيجادها وتكوينها، فالشدائد النفسية ووجود الصراعات النفسية يجبر "الأنا" "eggo" على قبول الهزيمة، والاحتماء بمرض جسدي ينتقل بالصراع النفسي إلى حالة أخرى من الاستقرار والتكيف، تعتبر أيسر وأهون على النفس من الصراع الأصلي ، فمثلا الزوجة التي تشعر بأنها مهملة محقرة في بيتها، تعمل خادمة للأسرة بجميع أفرادها، و لا تلقى العطف والاحترام والتشجيع من زوجها وصادف أن حدث شجار، وتلبدت غيوم الأسرة بالهم والغم أو وقع نبا مفاجئ ، ولم تعد المسكينة تحتمل أكثر من ذلك ، فان اللاشعور يجد حلا لمشكلتها فيجعلها تتمازج ويكون مرضها مأسويا صارخا ، كالعمى المفاجئ أو شلل الأطراف أو الإغماء أو فقدان النطق من دون وجود أي مبرر عضوي لذلك الشلل أو المرض، أي أن مرض الهستيريا هنا ما هو إلا أسلوب هروبي جديد من اجل التوافق ومواجهة الصراع النفسي بالمرض الجسدي.(عبد الكريم قاسم أبو الخير، 2001، ص 84)

ويرى بعض العلماء بعد أن تم فحص العديد من حالات الهستيريا وما اجري عليها من تجارب أن الإيحاء من أهم أسباب الإصابة بالهستيريا ، وهذا الإيحاء إما يكون ذاتيا فيوحي

الإنسان لنفسه ما يظهر عليه من بعض العوارض الهستيرية أو مكتسبا كأن يقرأ الإنسان في كتاب أو رسالة أو يسمع من طبيب شيئا عن مرض فلا يترك الكتاب أو الطبيب إلا وهو مقتنع بأنه مصاب أو سيصاب بهذا المرض وسرعان ما تظهر عليه عوارضه.

**2/ أسباب اجتماعية:** وتتمثل في المشاكل الأسرية وأساليب التنشئة الاجتماعية فحينما تستخدم الأسرة الأساليب الخاطئة في التنشئة الاجتماعية كالحماية الزائدة من الآباء للأبناء، والمغالاة في إظهار هذه الحماية وتدليله مما قد يؤدي إلى ضعف شخصيته، وعدم قدرته على مواجهة المواقف الاجتماعية، فيستخدم وسائل هروبية للفرار من هذه المشكلات، ومما يؤدي إلى ظهور عوارض هستيرية مستقبلا، كما أن من الأسباب الاجتماعية للهستيريا الصراع بين الغرائز والمعايير الاجتماعية والإحباط وخيبة الأمل والفشل والإخفاق في الحب والزواج غير المرغوب فيه ، أو الغيرة والحرمان ونقص العطف وعدم الأمن والأمان والاستقرار، والتمركز حول الذات وعدم نضج الشخصية وعدم النضج الاجتماعي السليم.(فوزي محمد جبل،2000، ص160)

**3/ أسباب وراثية:** يجد بعض العلماء في الوراثة دورا ضئيلا للإصابة بالهستيريا حيث يرجع "Pavlov" وأتباعه من أنصار التفسير الفسيولوجي الهستيريا إلى ضعف قشرة المخ بسبب الاستعداد الوراثي، وعادة ما يكون المريض الهستيريا ذا تكوين جسمي نحيف واهن ، ويرى كثيرون أن المصاب بالهستيريا لديه منذ البداية قابلية خاصة للإصابة بهذا المرض، وخاصة في مرحلة الطفولة، ويمكن اكتشافه في هذه المرحلة العمرية بما يبدو على الطفل من أعراض قيامه بالأفعال الشاذة والحساسية المفرطة والحدة الانفعالية والخجل في عدم قدرته على مواجهة المواقف الاجتماعية ، ولذلك عند فحص حالة المريض الهستيريا يجب التطرق إلى طفولته الأولى لمعرفة مدى قابليته منذ البداية للإصابة بهذا المرض.(عبد الكريم قاسم أبو الخير،2001، ص85)

## 2-4- أنواع الهستيريا:

1/هستيريا القلق: وهي ناتجة من العديد من الصراعات الطفلية، التي تشير إلى حياة انفعالية مثقلة بالكبت والصراع ، الأمر الذي يؤدي إلى تنمية الكبت ذاته بسهولة جدا كوسيلة دفاعية فيكف القلق الشعوري عن أن يصبح وسيلة لتخفيف التوتر مما يسمح بظهور أعراض جسمية. (نبيهة صالح السامراني، 2007، ص113)

2/الهستيريا التحويلية: تتمثل الآلية الأساسية خلف التحويل في أن مشاعر الفرد، وقلقه يتحول إلى أعراض فسيولوجية، والتي بدورها تحل محله أو تشوه أو تغطي المشكلة الأساسية، ومن أشكال الهستيريا التحويلية الواضحة والمتطرفة: الشلل والعمى والطرش والتي لا يكون وراءها أسباب عضوية، و تحد من الأفعال التحويلية للشخص العصابي نوعا ما، ولكن بشكل ضار فالتحويل يختبئ ويخفف من حدة القلق فحسب ولكنه يجلب لصاحبه الاهتمام والرعاية التي يكون هو في أمس الحاجة لها، ولكن من الخطأ أن نفترض أن الأفعال التحويلية مقصودة ومعتمدة من قبل الشخص لجلب الانتباه له فالشخص الذي يعاني من الشلل الهستيري hysterical –paralysesirs يعتقد فعلا أنه يعاني من مشكلة عضوية، وقد يصرف مبالغ طائلة ووقتا كبيرا سعيًا وراء العلاج.(عطا الله فؤاد الخالدي , دلال سعد الدين العلمي، 2009، ص 182)

2-5- تفسير العلماء لمرض الهستيريا: اهتمت الحضارات القديمة بالإشارة إلى المرض النفسي والعقلي، ووصلت إلينا بعض تفسيراتهم لهذه الأمراض التي اعتمدت على دراسة شخصية المريض، وبتقدم وتطور العلوم أصبحت الأمراض النفسية تأخذ مكانا بارزا بين جملة المعارف والعلوم وعليه فقد فسّر العديد من العلماء كل حسب وجهة نظره، وسنحاول عرض بعض التغيرات:

**1- سيغموند فرويد:** يرى أن الهستيريا مرض ناتج من تجربة مؤلمة جوهرها جنسي في فترة الطفولة وتم كبتها واستبعادها بقسوة من ذاكرة الفرد مما أثار مشاعر الإثم والذنب والقلق التي أثرت في سلوك المريض رغم عدم شعور المريض بهذه القوى الدفينة واعتبر الاستجابات الهستيرية هي نتيجة لم يتم تعويضها كما لم تحل بشكل طبيعي

**2- بافلوف:** يفسر الهستيريا بان لدى الهستيريين قشرة دماغية ضعيفة مع ضعف سائد في الجهاز الإشاري الثاني ، مما يؤدي لعدم كف اللحاء الأسفل والجهاز الإشاري الأول ، والقشرة الدماغية السفلى تحوي القوس العصبي وموقع الانعكاسات غير الشرطية (معظمها غرائز قد نمت طوال الأجيال) فيكبت اللحاء مظاهر هذه الغرائز ، وفي ضعاف اللحاء من الأشخاص تنفس الغرائز كبتها في استجابات دفاعية سلبية قد تأخذ شكل إثارة حركة (نوبة ارتعاش) أو شكل كف حركي (غيبوبة هستيرية).

**3- مايو و جاتيه:** أعزو الهستيريا إلى الحرمان الجسمي، والإرهاق العصبي بدلا من الجنس.

**4- وليم براون:** يرى أن الهستيريا عاش حياة انفعالية مثقلة بالكبت والصراع ، ويستعمل المريض الكبت كوسيلة دفاعية ، عندما يكف القلق الشعوري من تخفيف التوتر مما يسمح للمريض باستعمال حيل كشلل الأطراف أو إحدى مناطق حساسيته مما يساعده على الهروب أو الانسحاب من الموقف الصعب الذي يتعرض له المريض ، كما لاحظ "براون" وجود ارتباط كبير بين الهستيريا والتنويم المغناطيسي كحالة مفتعلة فالهستيريا ذو طبيعة وشخصية مفككة، وسلوكه يشير إلى صراع عقلي يقع فيه المريض.(نبيهة صالح السامرائي، 2007، ص 112).

## 2-6- علاج الهستيريا: ويتم علاج الهستيريا بالطرق التالية :

**1/ العلاج النفسي:** يستخدم طريقة التحليل النفسي إما عن طريق التداعي الحر أو زلات اللسان أو تحليل أحلام المريض أو التنويم المغناطيسي الإيحائي طبقا لنوع الأعراض، والهدف منها الكشف عن العوامل والدوافع اللاشعورية ورائها ومعرفة الهدف المرضي، أو استخدام طرق العلاج السلوكي المختلفة في علاج الهستيريا ومنها:

أ/ **التحصين التدريجي**: تقوم هذه الطريقة على تدريب المريض على الاسترخاء العضلي وتبدأ بعد الاسترخاء بتعريض المريض لمدرج التوتر بأقل المواقف إثارة، ثم يتم عرض المواقف المسببة للتوتر بالتدرج حتى يكف المريض عن التوتر والقلق.

ب/ **العلاج الاجتماعي البيئي**: وذلك بتعديل الظروف البيئية المضطربة التي يعيش فيها المريض بما فيها من أخطاء وضغوط أو عقبات حتى تتحسن حالته. (فوزي محمد جبل، 2000، ص161)

كما يجب أيضا إرشاد الوالدين والزوج والزوجة بعدم تركيز العناية بالمريض أثناء النوبات الهستيرية فقط، لان ذلك يثبت النوبات لدى المريض لاعتقاده أنها تجذب الاهتمام إليه. (عبد الكريم قاسم أبو الخير، 2001، ص91)

2/ **العلاج الطبي**: عندما تظهر أعراض تحويلية عنيفة كالعمى أو الشلل وفقدان الذاكرة والرعب يمكن استخدام التنويم الخفيف بمركبات الباربيتيرات من خلال التنويم يمكن الترفيه والترويح عن الصراعات المكبوتة أو العقد والأزمات الحادة بالتطهير، أي الحديث عنها تحت التخدير وهو ما يسمى بالتنفيس **abréaction** والتي يمكن أن تتم بالعقاقير التالية:

1- عقار الميثدرين "méthédrine" ويساعد على التفريغ بالتحفيز الدماغي.

2- عقار غاز ثاني أكسيد الكربون مخلوطا مع غاز الأوكسجين.

3- **العقاقير المهدئة** وهي ذات نفع كبير في تهدئة الأعراض الحركية في الهستيريا ونذكر منها مركبات اللبيريوم ، الفاليوم ، المبيروپاميت، السيريبياكس و الاتاركس... الخ. (عبد الكريم قاسم أبو الخير، 2001، ص92)

\*ومن خلال ملاحظات العلماء وجد أن حوالي 50% من مرضى الهستيريا يتم شفاؤهم تماما عند استخدام العلاج المناسب، وان حوالي 30% يتحسنون تحسنا ملحوظا، وان حوالي 20% فقط من مرضى الهستيريا يعيشون تحسنا بسيطا أو تبقى معهم أعراضها.

### 3- عصاب الخوف أو الرهاب PHOBIA:

المخاوف هي إحدى الدفاعات التي تحافظ على بقاء الإنسان، وتحذره من خطر داهم يهدد بقاءه، ويدعوه إلى الابتعاد عن مصدر الخوف أو يمدّه بطاقة تساعد على اتخاذ ردة فعل تتناسب مع مصدر الخوف، غير أن الأفراد تتباين استجاباتهم إزاء التهديد الموجه إليهم، ويلاحظ تحول ردة الفعل أو الاستجابة إلى أفعال سلوكية ترمي إلى هدف واحد وهو المحافظة على الحياة، فقد يشعر الفرد بقوته، ويعمل على استغلالها، والاستفادة من طاقاته بشكل معقول، بحيث يستطيع التغلب على مخاوفه، وقد يبالغ البعض في استنهاض قوته ضد مشاعر الخوف، ويخاطر بحياته، وقد يتعرض إلى مشاكل سلوكية تؤثر فيه أو في مجتمعه أو يبالغ البعض الآخر في الخطأ بتقدير قوته، ويقلل من طاقاته مما يجعله عاجزا عن تحقيق أهدافه في الحياة، وهو ما نطلق عليه الخوف العصابي.

**3-1- تعريف الخوف (الفوبيا):** هو خوف مرضي دائم من وضع أو موضوع (شخص أو شيء أو موقف أو مكان) غير مخيف بطبيعته، ولا يستند إلى أساس واقعي ولا يمكن ضبطه منه أو السيطرة عليه، مع علم المريض ومعرفته بأن خوفه غير منطقي، ورغم هذا فإن الخوف يعتريه، ويحكم سلوكه، وتصرفاته في الموقف أو المكان أو الشيء أو الشخص. (عبدا لكريم قاسم أبو الخير، 2001، ص 97)

يرى فرويد أن الخوف أو القلق أساس جميع الاضطرابات العصابية، غير أن الخوف يرتبط بالمسائل والمواقف الجنسية وما يتعلق بها، ويعرف:

**الخوف العصابي (الفوبيا):** هو خوف شاذ دائم متضخم مما لا يخيف في العادة قد يكون غير محدود وحسيا ووهميا، وهو يثير عند الفرد نوبة قلق بكل مظاهرها النفسية، والفسبيولوجية. (نبيهة صالح السامراني، 2007، ص 62)

أنواع الفوبيا: وتتنوع إلى عدة أنواع منها:

- 1- اكروفوبيا: الخوف المرضي من الأماكن المرتفعة.
- 2- اجورافوبيا: الخوف المرضي من الخلاء، والأماكن المفتوحة.
- 3- ايليروفوبيا: الخوف المرضي من القوط.
- 4- انثروفوبيا: الخوف المرضي من الناس.
- 5- استرافوبيا: الخوف المرضي من البرق.
- 6- كلوستروفوبيا: الخوف المرضي من الأماكن الضيقة والمغلقة.
- 7- سينوفوبيا: الخوف المرضي من الكلاب.
- 8- هيماتوفوبيا: الخوف المرضي من الدماء.
- 9- هيربتوفوبيا: الخوف المرضي من الزواحف ( كالتمساح، السلحفاة).
- 10- نيكروفوبيا: الخوف المرضي من الجنث.
- 11- نيكتوفوبيا: الخوف المرضي من الظلام والليل.
- 12- اوكلوفوبيا: الخوف المرضي من الازدحام.
- 13- بانثوفوبيا : الخوف المرضي الثعابين.
- 14- فوبوفوبيا: الخوف المرضي من الخوف.
- 15- ذوفوبيا: الخوف المرضي من الحيوانات.

16- سيوفوبيا: الخوف المرضي من القاذورات والجراثيم.(فوزي محمد جبل، 2000 ، ص142).

### 3-2- أعراض الرهاب:

1- يترسخ الرهاب عند الفرد المريض عندما يستخدمه بطريقة لاشعورية للسيطرة على الآخرين (الوالدين، الزملاء، أفراد الأسرة) أو لسبب عطفهم، وطلب حمايتهم كما هو الحال بالنسبة الى الابنة الخائفة التي تطلب حماية والدتها، والوالدة هي نفسها التي تكرهها الابنة وتحميها في ذات الوقت ولكن الأم الوالدة تقوم بدور الحامي والحارس للابنة المريضة بالرغم من التناقض في سلوكها.

2- في المواقف المرهبة والمخيفة للمريض فانه يشعر:

بالضيق والتوتر والتأزم والتعرق الشديد وزيادة الخفقان والوهن العضلي وآلام البطن والاختناق مما يضطره الى الهرب مما هو فيه، فيلجا إلى الإغماء أو الغثيان أو القيء، وتزول جميع تلك الأعراض بمجرد زوال الموقف المرهب، أو الموضوع المخيف بالنسبة إليه.

ضعف الثقة بالنفس، والشعور بالدونية، وعدم الشعور بالأمن النفسي، وتوقع الشر، وشدة الحرص، والاستهتار، والاندفاع، وسوء السلوك، والتعثر في مواجهة المواقف، والمواضيع التي يخافها.(عبدا لكريم قاسم أبو الخير، 2001 ، ص 99)

### 3-3- أسباب الرهاب:

قد تنشأ المخاوف نتيجة خبرة اشتراطيه شديدة في نموذج الحياة المبكرة، وتفسر المدرسة السلوكية المخاوف المرضية، على أنها نوع من التعلم الشرطي، ونتيجة خبرة مؤلمة، ومخيفة مر بها الشخص في طفولته، حيث تنتقل الاستجابة للمثير الأصلي الطبيعي الى بعض المثيرات أو الظروف الأخرى التي اقترنت بالمثير الأصلي ، ونتيجة لهذا الاقتران الزمني أصبح لهذه المثيرات أو الظروف المرتبطة (ويطلق عليها المثيرات الغير أصلية أو المثيرات الشرطية)



القدرة على استدعاء الاستجابة الطبيعية التي تحدث عند ظهور المثير الأصلي الطبيعي، ويكتسب المثير الشرطي قوة المثير الطبيعي في استثارة الاستجابة الأصلية. (حلمي المليجي، 2000، ص 90)

تخويف الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة، بحيث يصبح هذا التخويف خبرة مؤلمة مخيفة، يتم كبتها، فتصبح رد فعل لمثير أو مثير شرطي، تعزز وترسخ نتيجة حدث أو تجربة في أيام الطفولة المبكرة. (عبدا لكريم قاسم أبو الخير، 2001، ص 97)

قد تنشأ المخاوف المرضية كوسيلة لاشعورية لحماية المريض من الرغبات المكبوتة غير المقبولة، ولذا قد تنشأ لدى المرأة خوف من أن تكون بمفردها في الخارج، لعل هذا يحميها من احتمال التسليم لعلاقات جنسية غير شرعية لا يقبلها الأنا، بينما ترغب فيها لاشعوريا. (حلمي المليجي، 2000، ص 91)

قد تنمو المخاوف الشاذة، وخاصة النمط الوسواسي منها، نتيجة انبثاق مشاعر الذنب، ونتيجة سلوك معين للمريض يلام عليه من وجهة نظره، مثال ذلك الخوف من الإصابة بمرض الزهري، كرد فعل عام للذنب، ينشأ عن ارتباط حقيقي بسلوك جنسي غير مقبول. (حلمي المليجي، 2000، ص 91)

الظروف الأسرية المضطربة، الشجار، والانفصال، والطلاق، وعصابية الوالدين، والمشاكل الزوجية المتعددة، كلها تضيء وخاصة على البنت الخوف، والرغبة من الزواج. (فوزي محمد جبل، 2000، ص 144)

حالات النقص، والقصور الجسمي، والقصور العقلي، والرعب من المرض، والفشل المبكر في حل المشكلات، كلها عوامل تؤدي إلى المخاوف من مواجهة الآخرين، والتفاعل، وتكوين علاقات اجتماعية معهم. (فوزي محمد جبل، 2000، ص 145).

**3-4- علاج الخواف:**

**1/ التحليل النفسي:** استخدم فرويد طريقته في التحليل النفسي في علاج طفل صغير، كان خوفه العنيف من الخيول، يقلق والده، ولم يكن العلاج مباشر على يد "فرويد"، بل عن طريق والد الطفل، الذي سجل سلوك الطفل التلقائي وأحاديثه وأحلامه ولعبه، وقدم تقرير إلى فرويد لملاحظاته، وقد كان الطفل أثناء اللعب، يقوم بدور الحصان ويترك دمي الخيول تسقط، واعتبر فرويد طريقة اللعب في تفسير سلوك الطفل، إنما هي بمثابة التداعي الحر لدى الكبار، واستخدمت أيضا "ميلاني كلاين" اللعب التلقائي كما استخدمه فرويد في معرفة الوجداني الذي أنشأ الخوف لديه، ورأت أن الاضطرابات الوجدانية تنتهي تماما إذا ما تعرف الطفل على منشأ هذه الصراعات، وهو العلاج بالتعلم المباشر، وقد ذكر (حامد عبد السلام زهران) أن التحليل النفسي يهدف إلى الكشف عن الأسباب الحقيقية والدوافع المكبوتة، والمعنى الرمزي للأعراض، وتصريف الكبت وتنمية بصيرة المريض، وتوضيح الغريب، وتكوين عاطفة طيبة نحو مصدر الخوف، هذا ويتم التحليل النفسي بالتداعي الطليق، وتفسير أحلام المريض، والتتويم المغناطيسي. (فوزي محمد جبل، 2000، ص 147)

**2/ العلاج البيئي والعائلي:** يتلخص هذا النوع من العلاج في علاج البيئة المحيطة، عن طريق علاج مخاوف الوالدين، والتي قد تنتقل بالتوحد إلى أفراد الأسرة، وتهئية الجو المنزلي، وتوجيه الوالدين والمشرفين إلى المساهمة في ضبط الانفعالات أو التقليل من الخوف ببذل محاولات العلاج.

**3/ العلاج السلوكي:** ويتلخص العلاج السلوكي في كف استجابات الخوف بتعريض المريض تدريجيا عن طريق التحصين التدريجي للمصدر المسبب للخوف مع التشجيع والمناقشة والاندماج، فالذي يخاف مثلا من الظلام يتم تعريضه إلى الظلام بالتدريج حتى يحدث كف لاستجابات الخوف من الظلام. (فوزي محمد جبل، 2000، ص 148)

## 4- الاكتئاب العصابي:

**تمهيد:** يعتبر الاكتئاب مرض نفسي ، فيه يشعر المريض بالهم، والغم، والحزن، وعدم الاستمتاع بمتاع الحياة، والرغبة في التخلص من حياته، مع هبوط في مستوى النشاط الحركي والذهني ونقص الحماس والحيوية ، وعدم الرغبة في العمل ، وقد يصاحب هذه الأعراض حالات من الأرق والاضطراب في النوم، ولا يعاني مريض الاكتئاب العصابي من الهلوس والهذات ، والاكتئاب يصيب الجانب العاطفي أو الانفعالي من شخصية المريض وفي الحالات الشديدة من الاكتئاب قد يحاول المريض الانتحار، وهنا تكمن خطورة المرض ويفقد المريض شهية الطعام ولذلك يصاب بالضعف والهزال فضلا عما يتبع ذلك من انخفاض في قدرات المريض وكفاءته الإنتاجية مما يعرقل الأهداف التنموية في المجتمع.

**4-1- تعريف الاكتئاب:** هو حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة، وتعبير عن شيء مفقود ، وإذا كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه. ( نبيهة صالح السامراني ، 2007، ص 83 )

**الاكتئاب العصابي:** هو استجابة عصابية بالكآبة، يخلقه موقف جد محزن "saddening stress"، وتتمثل الخواص الرئيسية له في الميل إلى الحزن ، وفقدان الشهية، والتشاؤم، والتأنيب المستمر للنفس، ويسمى أحيانا اكتئاب استجابي **réactive dépressions** لأنه عادة ما ينشا نتيجة استجابة لفقدان موضوع محبب، أو نتيجة في أداء عمل أو انقطاع علاقة اجتماعية وثيقة عن طريق الموت أو غيره. (محمد حسن غانم، 2005، ص 105)

تعريف "لوندج ايدلبرج" "eidelberg": بأنه مرض عصابي، يتميز بنقص الاهتمام بالعالم الخارجي ، وزيادة العدوان تجاه الذات، والنقد الذاتي، ومشاعر الذنب والعقاب الذاتي، واتهام الذات، وكل ذلك يتعلق بفقدان موضوع ما لدى الشخص المكتئب. (مدحت عبد الحميد أبو زيد، عباس محمود عوض، 2006، ص 23 )

4-2- أعراض الاكتئاب: تتعدد الأعراض حيث يمكن ملاحظة أعراض جسدية وأخرى نفسية عامة على الشخص المصاب بالاكتئاب والتي نجد منها:

### 1- الأعراض الجسمية:

- 1- شعور المريض بالصداع، والتعب وضعف الهمة والشكوى من ألم الظهر.
- 2- الشكوى من انقباض الصدر، والشعور بالضيق والحيرة وتوهم المرض.
- 3- فقدان الشهية ورفض الطعام اعتقاداً منه بعدم استحقاقه لهذا الطعام ورغبته بالموت مما يؤدي إلى نقص الوزن والوهن.
- 4- بطء زمن الرجوع لدى المريض، وضعف نشاطه جسمياً وحركياً ونفسياً مع رتابة الحركة (استعماله لحركة معينة ملازمة له بشكل دائم).
- 5- الدخول في السن الحرجة والذي يؤدي إلى الضعف الجنسي (كالبرود الجنسي والعنة).

### 2- الأعراض النفسية: ويمكن ملاحظتها من خلال:

- 1- تقلب المزاج وانحرافه، ونرجسية الذات.
- 2- الشعور بالتوتر والقلق والأرق وفتور الانفعال.
- 3- العزلة والصمت والسكون، والشروود الذهني والانطواء والانسحاب والتشاؤم.
- 4- الشعور بخيبة الأمل والنظرة التشاؤمية السوداء للحياة وفقدان الأمل بالشفاء والانخراط بالبكاء أحياناً، والتأفف من أوضاع الحياة، وعدم الشعور بالهناء.
- 5- الشعور بالنقص، وضعف الثقة بالنفس والشعور بالدونية والتفاهة.
- 6- هبوط الروح المعنوية وفقدان الهمة والشعور بالبؤس وسوداوية الحياة والحزن الشديد والشعور بالذنب واتهام الذات ووجود أفكار عن الانتحار.
- 7- صعوبة التركيز وبطء التفكير والتردد وخفض الصوت.
- 8- اللامبالاة ونقص الدافعية وعدم الاهتمام بالنظافة الفردية أو البيئية.
- 9- سوء التوافق الاجتماعي والعلائقي. (نبيهة صالح السامراني، 2007، ص 86).

## 4-3- أسباب الاكتئاب العصابي:

- 1) العوامل الحادة من أزمات ومفاجئات وفقد الأحبة أو مرض الأعزاء .
- 2) الظروف النفسية المزمنة التي تتجمع في ذلك المريض وتعرضه لليأس و الحزن ، و أخطر هذه الظروف الأحوال المالية المتدهورة و احتمال الإفلاس و الأمراض المزمنة لأحد أفراد العائلة وسوء التفاهم والعراك الزوجي وعدم الانسجام في العمل أو الوظيفة أو الكلية أو عدم التكيف مع الزملاء أو الأصحاب ثم الفشل المعنوي والفشل في الحياة الجنسية.
- 3) التعرض لمرض جسمي مزمن ومنهك للقوى مما يدفع بالمصاب إلى التفكير بالنتائج السيئة واحتمال الموت وإلى القنوط فالإكتئاب ومن أمثلة هذه الأمراض التدرن الرئوي أو السرطان أو أمراض القلب وفقر الدم...الخ.
- 4) العوامل الوراثية والاستعداد التكويني للاكتئاب و هي عوامل أقل تأثيراً و قوة من العوامل الخارجية والنفسية.

<http://www.nafsany.cc/vb/archive/index.php/1476.html>

## 4-4- الفرق بين الاكتئاب العصابي والاكتئاب الذهاني: نظرا لوجود أنواع عديدة ينبغي

التفريق بين الاكتئاب العصابي، والاكتئاب الذهاني:

1- الاكتئاب العصابي "NEVROTIC DEPRESSION": جذور هذا النوع من الاكتئاب ليست عميقة والاتصال بالواقع موجود، والتقييم الذاتي السلبي، أما درجة النكوص فهي عادية، ونشاط المريض بطيء نسبيا، والمصاب بالاكتئاب العصابي لا يعاني من هلوسات أو الأوهام، ولا تراوده الأفكار الانتحارية بشكل مقصود بل تستعمل لغرض إثارة الآخرين، ولفت الانتباه، وهو يدرك مرضه ويسعى لعلاج نفسه إما في العيادة النفسية أو بالاتصال بمختصين في العلاج النفسي نظرا لان اتصاله بالواقع الخارجي لا زال موجودا، واستبصاره جيدا، وتحولاته البدنية

قليلة، وميوله للأشياء أيضاً، ويتحسن حاله باستخدام الأدوية، وبالعلاج النفسي والاجتماعي. (عبدالكريم قاسم أبو الخير، 2001، ص 94)

2- الاكتئاب الذهاني "PSYCHOTIC DEPRESSION": وهي حالة عميقة الجذور، فهي مترجمات من الصدمات، والخبرات المؤلمة، والمريض في هذه الحالة من الاكتئاب، يمر في مرحلة من الجمود الانفعالي، فهو قليل التجاوب مع مثيرات الفرح أو الطرفة، فهو قليل الابتسام، واتصاله بالواقع ضعيف جداً أو معدوم تقريباً مع واقع الحياة الخارجي، وهو لا يقيم ذاته بشكل جيد، ويحتقرها ويدينها باستمرار على أمور لم تصدر عنها، وشعوره بعدم الفائدة من بقائه حياً، ودرجة نكوصه خطيرة وشديدة ومصحوبة بهبوط نشاطه النفسي والحركي والوظائف العقلية، وسيطرة الأوهام الاكتئابية وهلوسات اضطهادية، والخطيئة وأفكار الانعدام، مما يثير لديه فكرة الانتحار، وبشكل مقصود وبجمود شعوري قد يقدم فعلاً على الانتحار، والمريض يشعر باليأس لذا هو لا يسعى للعلاج، وفي هذه الحالة يفضل علاجه في مستشفى الأمراض النفسية والعقلية. ( نبيهة صالح السامراني ، 2007، ص 87)

4-5 نظريات تفسير الاكتئاب: تختلف التفسير العلمية للاكتئاب باختلاف المدارس والمبادئ التي تقوم عليها تلك المدرسة ، والتي نجد منها:

1- المدرسة التحليلية في تفسير الاكتئاب: يرى التحليليون أن الأشخاص المعرضين للإصابة بالاكتئاب يهتمون بإيذاء الآخرين ومشاعرهم أو فقدان موافقتهم ، ويشعرون بالغضب، ويتحول هذا الغضب الى الداخل ويظهر على العن في شكل بؤس وكراهية الذات ،وقد تحدث سيطرة من الذات العليا (الأنا الأعلى) super ego على الذات الوسطى (الأنا) ego، فعندما تسيطر الذات العليا الأخلاقية وصاحبة المثل العليا والمعايير الأخلاقية والمثالية والروحية فان مشاعر الذنب والإثم ولوم الذات تسود والشعور بالخطأ وعدم القيمة ،وعندما تسود الذات الوسطى ego تعود حالة البهجة للمريض، والثقة الزائدة بالذات أو في النفس.

**2- نظرية التعلم في تفسير الاكتئاب:** تذهب هذه النظرية الى افتراض أن الأشخاص الميالين للاكتئاب لديهم مركز الحكم الخارجي أقوى external locus of control من مركز التحكم الداخلي فإنهم لا يعتقدون بأنهم يستطيعون التحكم في الأحداث لتحقيق أهدافهم ، وبعض مرضى الاكتئاب ينقصهم بعض المهارات كالمهارات الاجتماعية تلك التي تقود إلى الحصول على الكافات واثبات الوجود.

فالفردي وحسب النظرية قد يتعلم العجز، والضعف والإعاقة وأنه لا حول ولا قوة، وقد ينال الطفل الثواب والمكافأة على عدم عمله أو لأنه لم يفعل شيئاً، هذا العجز وتعلم عدم الفاعلية يشبه حالات الاكتئاب، بمعنى أن الفرد قد يتعلم الاستجابة الكئيبة أو الحزينة ويجد المكافأة على ذلك.

**3- النظرية المعرفية في تفسير الاكتئاب:** ترى هذه النظرية أن تعلم السلبية أو الشعور بالعجز يجعل من المتوقع وجود عامل معرفي أو عقلائي في تفسير نشأة الاكتئاب cognitive factor، كذلك فإن وجود نزعة حب الكمال refectionism تجعل صاحبها يتعرض للاكتئاب من خلال وضعه مطالب ذاتية غير عقلانية أو غير معقولة، ويضع الفرد لنفسه توقعات غير واقعية لا يستطيع الوفاء بها أو تحقيقها (ومن هنا تبدو أهمية أن يضع الإنسان لنفسه أهداف تقع في نطاق قدراته) ومن ثم يشعر بالاكتئاب من جراء تكليفه لنفسه ما يفوق قدراته، حيث يشعر بالعجز والفشل والإحباط وبفقدان الثقة في الذات .

وهناك دراسات دلت على أن الشخص المكتئب يهتم بالمعلومات السلبية ، ويميل إلى فقد ذاته فقدا صارما ، ويميل كذلك للتشاؤم والنظر للجوانب السالبة من حياته، وإذا تأمل المريض في اكتئابه استمرت الحالة أكثر وأكثر، ولقد تبين أن النساء يركزن على أعراضهن المرضية أكثر من الرجال ومن ثم يطول لديهن الشعور بالاكتئاب ، أما الرجال فإنهم أكثر ميلا إلى مقاومة المشاعر السالبة وذلك بتحطيم الذات إما عن طريق الارتداء في أحضان الخمر أو المخدرات كعلاج لهمومهم، ولكن الخمر والمخدرات لا تزيد الحالة إلا تعقيدا وسوءا

وتضاعف من قسوة الأعراض وتضيف أعراضاً جديدة وتهدم حياة الفرد وأسرته. (عبد الرحمن العيسوي، 2006، ص ص 42، 43).

**4- تفسير مدرسة الذات:** ويرى أصحاب هذه النظرية أن المريض بالاكتئاب، يعاني من وجود فكرة عن نفسه، يشعر معها بالضيق، وهذه الفكرة أكثر مما تحتمله ذاته، فيحاول جاهداً اتخاذ عدة سبل، والقيام بأوجه نشاط ليثبت لنفسه أنه أحسن مما يشعر، وكثيراً ما ينجح في ذلك، ويستمر هروبه من مواجهة نفسه، وفي مشكلته، فإذا انهارت إمكانياته الجسمانية والصحية أحس بضعفه وحقارة فكرته عن نفسه وبذلك يجرد من سلاحه الذي كان يواجه به شعوره بالنقص والضعف فيعتريه الاكتئاب، فإذا ما مرت مرحلة الاكتئاب عاوده نشاطه ليمر بمرحلة هوس، تتمثل في نشاط زائد، ليقنع نفسه بأنه ليس كما يحس وكما يشعر، وهكذا تتناوب مراحل الهوس والاكتئاب والأساس انحطاط فيها فكرة المرء عن نفسه، وعجزه عن مواجهة ذلك. (محمد حسن غاتم، 2005، ص 113)

#### 4-6 - علاج الاكتئاب: ويشمل أنواع مختلفة تتمثل في:

**1- العلاج السلوكي:** يقوم على مبدأ أن السلوك الإنساني ينشأ من التعلم ولذا يمكن تغييره من خلال تعليمه سلوكاً آخر جديد، ويعمل العلاج السلوكي على إزالة هذا السلوك المرضي مثل الاكتئاب، ومن العناصر المهمة في المعالجة السلوكية أنها تتطلب من المريض المشاركة الفعالة والتعاون الإيجابي من خلال القيام بالتدريبات المطلوبة، والعلاج السلوكي له أنواع متعددة مثل الأقدام المتدرج، المكافأة.

**2- العلاج المعرفي:** يقوم هذا العلاج على فرصة قوامها أن سلوك الإنسان ومشاعره وعواطفه تتحدد من خلال نظراته وأفكاره عن الأحداث التي يتعرض لها، ولذلك يعتمد هذا النوع من العلاج النفسي على تغيير أسلوب التفكير ونظراته للأمور وبذلك تتغير مشاعره وعواطفه وسلوكه تبعاً لتغيير أفكاره ويستعمل هذا النوع من العلاج في الاكتئاب والقلق أو



التوتر النفسي ، حيث يغلب على المريض التفكير التشاؤمي السلبي للحياة بشكل عام ، وتتمثل كيفية العلاج في أن يقوم المريض بمراقبة وتسجيل هذه الأنواع السلبية من الأفكار والمواقف ومن ثم يقوم المعالج باقتراح أفكار أخرى بديلة وأكثر إيجابية .

**3- المعالجة النفسية الداعمة:** وتتمثل في دعم المريض وتشجيعه ومشاركته وجدانياً وعاطفياً ، حيث يقوم الطبيب بمساعدة المريض في التنفيس عن مشكلته، ويحاول أن يشرح كيف تداخلت الصعوبات المتعددة في أحداث الأمراض التي يشكو منها المريض، لذلك فالمعالجة تقوم بتخفيف حيرة المريض وقلقه حول طبيعة وأسباب مرضه.

**4- العلاج الأسري :** يهتم هذا النوع من العلاج بالنظر للمريض كعضو في شبكة من العلاقات الاجتماعية في نطاق الأسرة ، فالمريض لا يعالج في عزلة وإنما في وسط أسرته ، إن فهم الأسرة بشكل جيد يمكن أن يكشف عن عدد من الانقسامات في داخل الأسرة، وتأثير ذلك على حالة المريض، ويقوم الطبيب بتعيين أفراد الأسرة الذي يود مشاركتهم في جلسات المعالجة، والذين يعتقد أن لهم دوراً في علاج المريض ومنع الانتكاسة .

**5- المعالجة الجماعية:** تستمر هذه الجلسات العلاجية من ساعة إلى ساعتين وتتكون المجموعة من 8 - 10 مرضى من تشخيصات مختلفة أو نفس التشخيص وينمي هذا العلاج المهارات الاجتماعية والثقة بالنفس ويشعر المريض بأنه ليس الوحيد في مشكلته، ويظهر في هذا النوع من العلاج الدعم من الأشخاص بعضهم لبعض. (عبد الرحمن العيسوي، 2006، ص 50)

## 5- عصاب الوهن العصبي:

**5-1- تعريفه:** يقصد به إحساس المريض المستمر بالإرهاق والتعب والضعف ونقص الحيوية وهو اضطراب عصابتي قوامه الشعور بالتعب الشديد والإعياء البدني والنفسي مصحوب بالخوف وأوجاع الرأس يجعل بذل الجهد متعذراً أما العلماء في مجال علم النفس والطب النفسي فيعتبرون الوهن العصبي حالة من الضعف البدني العام تنتاب الشخص قبل الشروع

بأداء أي عمل مهما كان بسيطاً لا يتطلب جهداً كبيراً، وتبقى هذه الحالة تسيطر على المصاب بهذا الاضطراب حتى بعد وقت طويل من الراحة والاسترخاء.

ومفهوم الوهن العصبي مصطلح أطلقه (بيردد1879) للدلالة على عدد ضخم من الأعراض النفسية والجسمية التي تنم عن الضعف والإرهاق العصبي وقد وصفه بأنه تفرغ لطاقة الخلايا العصبية اثر استهلاك شحناتها المخترنة بينما أدرجه (فرويد) في عداد الاعصبة الفعلية شأنها في ذلك شان عصاب القلق وتوهم المرض والأعراض التي تظهر في هذه الاعصبة جميعها أعراض فعلية بمعنى أنها لا تنتج عن صراع نفسي.(إبراهيم سالم الصيخان ، 2010 ، ص 101.102)

### 5-2- أعراض الوهن العصبي:

- 1/ الإرهاق: إرهاق عام يضعف الجسم ويكون غير متوقع وغير مناسب للنشاط الذي قام به الشخص، ويعتبر الإرهاق من أكثر الأعراض شيوعاً ومن أكثرها إزعاجاً للمريض.
- 2/ مشاكل التوازن وتناسق الحركات مثل فقدان التوازن، رعاش (رجفان لا إرادي) اللانظام في المشي، دوار عدم التناسق في الحركات، تصلب العضلات تؤثر بدورها على الحركة والمشي.
- 3/ الحساسية الزائدة من الحرارة .
- 4/ صعوبات في النطق تتمثل في التلعثم والنطق بغير وضوح وعسر البلع.
- 5/ مشاكل في الإخراج والحاجة الى التبول بين فترات قصيرة.
- 6/ مشاكل البراز: الإمساك ، التفرغ اللاإرادي
- 7/ اضطرابات إدراكية وعاطفية وهي ضعف في الذاكرة المؤقتة، فقدان القدرة على التركيز أو الحكم الصحيح أو المنطق.(إبراهيم سالم الصيخان ، 2010 ، ص 102.103)

## 5-3- أسباب الوهن العصبي:

- 1- الصراع النفسي ذو التاريخ الطويل نتيجة تضارب الرغبات والإقدام والإحجام في السلوك، مما يسبب الإنهاك والضعف والشعور بالعجز المفاجئ، في حيل وأساليب الدفاع النفسي الذي كان يعتمد عليها الشخص في مواجهة شعوره بالنقص.
- 2- النمو المضطرب للشخصية، وعدم ضبط النفس، واعتقاد الفرد بقلته حيلته، وعدم ثقته بنفسه والملل والحياة الرتيبة.
- 3- الاضطرابات الأسرية والانهيار الأسري وطرق التربية الخاطئة والهروب من تحمل المسؤولية، وسوء التوافق الاجتماعي.
- 4- العامل الشاق المرهق تحت الضغط المصحوب بالقلق، والمجهود الذي يستنفذ الطاقة العصبية ويعوق الاسترخاء.
- 5- الحضارة الحديثة وضغوطها الشديدة ومطالبها الكثيرة وعدم الاستعداد لمواجهتها.
- 6- يعزي "سيجموند فرويد" الضعف العصبي إلى الكبت الجنسي والسموم الجنسية والانحرافات الجنسية المفرطة.
- 7- التكوين الجسمي النحيف الوهن الذي يتصف أصحابه بشدة حساسية الجهاز العصبي
- 8- القلق والصراع والإحباط .
- 9- الاستعداد لتقبل المرض. (<http://wessam.allgoo.us/t13553-topic>)

5-4- **علاج النوراستينا:** إن العرض الأساسي عند مريض النوراستينا (الوهن العصبي) هو الشعور بالإعياء والتعب... لذا فإن العلاج ينحصر في توفير الراحة التامة للمريض وهي كالتالي:

- 1- **العلاج النفسي:** يبدأ العلاج النفسي لمريض الوهن العصبي بالتحليل النفسي عن طريق التداعي الحر أو زلات اللسان أو تفسير أحلام المريض لمعرفة الأسباب وراء أعراض هذا

المرض ويقوم المعالج بتفهيم المريض سر هذه الأعراض وكيفية التخلص منها بالسبل الصحيحة والتي تنهي لديه حالات القلق والتوتر الحسية لهذا المريض مع تحقيق الراحة النفسية التامة للمريض ويقوم المعالج أيضا باستخدام العلاج التدعيمي بتقوية وإعادة الثقة لدى المريض وان يفهم المريض إمكاناته واستعداداته والاهتمام بتطوير شخصيته نحو النضج وتشجيع المريض على أن يقبل على معركة الحياة بقوة وليس بالضعف والهوان ويتم أيضا تعديل أسلوب حياة المريض وأهدافه.

**2- علاج الأعراض :** فيما يخص التعب والإرهاق والصداع وآلام الظهر والعنق المسببة لمتاعب البدن والتي تعتبر من أهم العناصر في علاج النوراستينا فيتم علاجها بتوفير الراحة للمريض ومنعه من القيام بأي عمل ويبقى بالمنزل أو المستشفى لمدة أسبوعين ولا داعي بان نشدد عليه بملازمة الفراش يكفي تواجده داخل المنزل أو المستشفى مع منع الزيارات عنه ويتم عمل تدليك عام للجسم يتناول جميع العضلات دفعة واحدة في الصباح وأخرى في المساء إذا رغب المريض لتقليل الألم الناتج عن الأعراض ويجب تغذيته تغذية كافية ويتناول المكولات التي يرغبها دون استثناء ويتم كل ذلك في مدة أسبوعين وبعد انتهاء هذه الفترة يتم وضع المريض في طور النقاهة لمدة أسبوعين.

**3- العلاج البيئي:** تعديل البيئة المباشرة المحيطة بالمريض سواء أكانت هذه البيئة هي الأسرة أو محيط العمل بغية تحقيق التوافق الاجتماعي داخل الأسرة.

**4- العلاج الطبي:** يرى الأطباء النفسيين ضرورة استخدام العقاقير الطبية المنومة في علاج الحالات التي يكون العلاج النفسي فيها غير مجدي بإعطاء بعض مركبات الحديد والفيتامينات أما عن أعراض الإمساك التي قد تنتج فيتم علاجها بالحقن الشرجية ولا يسمح مطلقا بتناول المليينات أو المسهلات أما عن الأرق فيعالج بإعطاء المريض منوم خفيف مبدئيا في الأيام الأولى ويستغني عنه ويعوض بعد ذلك بوسائل أخرى طبيعية الحمامات الدافئة ليلا ، والاستلقاء على الفراش في حجرة نورها ضعيف مع عمل تدليك خفيف ... ويجب عدم المبالغة في وسائل التخدير حتى لا يعطي ذلك إحياء للمريض بخطورة حالته فيشتد ارقه ولا يتذوق النوم ويستمر

في هذا العلاج لمدة شهر ثم يعاود حياته المنزلية ولا يباشر عمله إلا بعد أن تتوفر له الطاقة الحيوية لذلك.

( <http://wessam.allgoo.us/t13553-topic> )

## 6- الوسواس القهري:

**6-1- تعريف الوسواس القهري:** الوسواس القهري أحد الأمراض العصابية، التي يعلم فيها المريض علم اليقين بعدم صحة أفكاره، ويأتي المرض عادة في هيئة أفكار أو اندفاعات أو مخاوف ، وقد يكون في هيئة طقوس حركية مستمرة أو دورية مع يقين المريض بتفاهة هذه الوسواس ولا معقوليتها وعلمه الأكيد أنها لا تستحق منه هذا الاهتمام ومخاوف المريض المستمرة لمقاومة هذه الوسواس وعدم الاستسلام ولكن مع طول مدة المرض قد تضعف درجة مقاومتها وقد يترتب على إحساس المريض سيطرة هذه الوسواس وقوتها القهرية مشاكل اجتماعية وألم نفسية وعقلية. (إبراهيم سالم الصيخان ، 2010، ص90)

## 6-2- أعراضه:

- 1 / أفكار وسواسيه وأفعال قهرية في صورة طقوس حركية فكرة خاصة أو صورة لمنظر ما أو جمل معينة ترد على مخ المريض فتسيطر عليه.
- 2 / اندفاعات تجعل المريض يشعر بالرغبة جامحة لان يقوم بأعمال لا يرضى عنها ويحاول مقاومتها ولكن هذه الرغبة يسيطر عليها بالحاح وبقوة وعادة ما تكون هذه الاندفاعات عدوانية أو انتحارية إذ يشعر المريض بالرغبة في حرق يديه بالنار أو رمي إخوته أو إلقاء نفسه من الأدوار العليا.
- 3 / اجترار الأفكار فتنتاب المريض أفكارا وأسئلة لا يمكن الإجابة عنها ويحاول التخلص منها من دون جدوى ، أو يتساءل لماذا نعيش ولماذا نموت ،ولن يحتل تفكيره سوى هذا السؤال، ولن يستطيع القيام بأي نشاط ذهني آخر.

4/ المخاوف القهرية والتي ترتبط بالأفكار أو الصور ثم الاندفاعات والطقوس الحركية فتكون المخاوف وسيلة للهروب من الموقف القهري الذي تسببه الأفكار الأخرى.

5/ الطقوس الحركية نتيجة الرغبة الخاصة المسيطرة للقيام بحركات معقدة ومن أشهر الأمثلة غسل الأيدي مئات المرات أو غسل الجسم بعد كل عملية تبول. (إبراهيم سالم الصيخان ، 2010، ص ص91.90)

### 6-3- أسبابه: من أهم الأسباب التي تؤدي للإصابة بالوسواس القهري نذكر:

1/ استعداد الوراثة: حيث تلعب الوراثة دور في إصابة أقارب المريض، وقد يكون لديهم نفس الاضطراب ويتداخل العامل الوراثي مع العامل البيئي فتأثير الأم المصابة بالوسوسة في تصرفاتها سينعكس على شخصية أطفالها سواء وراثيا أو بيئيا.

2/ العامل الفسيولوجي: كوجود بؤرة كهربائية نشطة في لحاء المخ، وعلاقته بالناقلات العصبية والتي تسمى بالسيروتونين ، لذا تعمل الأدوية المضادة للوسواس القهري على التقليل من ناقل السيروتونين هذا.

3/ الشخصية الوسواسية والتي تتصف بالصلابة وعدم المرونة وصعوبة التكيف والتأقلم للظواهر المختلفة، وقد تبين أن الشخصية الوسواسية لا تظهر إلا بعد 25.20 سنة من حالات الوسواس القهري.

4/ المشاكل الاجتماعية فالوسواس القهري له علاقة بالقلق الشديد والاكتئاب. (إبراهيم سالم الصيخان ، 2010 ، ص92)

**6-4- علاج الوسواس القهري:**

**1/العلاج النفسي:** يقوم بتقديم العلاج كل من الأخصائي النفسي والطبيب النفسي كل حسب وسائله العلاجية في تخصصه:

أ- يحتاج مريض الوسواس القهري الى علاج نفسي وذلك عن طريق تفسير طبيعة الأعراض وتشجيعه وطمأنته بان حالته بعيدة عن الجنون والتقليل من خوفه على ملكاته العقلية .

ب- محاولة الكشف عن العوامل الدفينة التي أدت الى هذه الأعراض.

**2/العلاج البيئي والاجتماعي (أخصائي نفسي):** يحتاج المريض أحيانا الى تغيير مكان العمل والسكن حتى يبتعد عن مصدر الوسواس خاصة إذا كانت له علاقة بالخوف من هذه الأمراض أو التلوث بالميكروبات.

**3/ العلاج الكيميائي (الطبيب النفسي):** تساعد العقاقير المضادة للقلق والاكتئاب والأدوية المساعدة في اختفاء التوتر والاكتئاب المصاحبين للوسواس مما يجعل المريض قادرا على مقاومته راغبا في استمرار نشاطه الاجتماعي ومنها البروز.(إبراهيم سالم الصيخان، 2010، ص ص 92.93)

**4/العلاج الكهربائي (الطبيب النفسي):** وان كان لا يفيد في حالات الاكتئاب والأفكار السوداوية.

**5/العلاج السلوكي (أخصائي نفسي):** وهو الأول في العلاج للوسواس القهري وخاصة في حالات المخاوف والطقوس القهرية أما التحصين البطيء أو التعرض المباشر ثم الامتناع.

**6/العلاج الجراحي (الطبيب النفسي):** ويستعمل في الحالات المزمنة التي لا يفيد العلاج السلوكي أو الدوائي معها.

7/ العلاج التدميمي ورفع الذات والثقة بالنفس (أخصائي نفسي): من خلال خطة يعلمها الأخصائي بالتعاون مع الطبيب ، لتعزيز ثقة المريض بنفسه ومساعدته في التغلب على محتوى وساوسه ودمجه في المجتمع.(إبراهيم سالم الصيخان ،2010، ص94)

8/المأل: لا يشفى سوى 20% من الحالات ، ويتحسن 40% ويبقى 40 % في المرض بلا تقدم. (إبراهيم سالم الصيخان،2010،ص94 )

## 7- عصاب توهم المرض:

1-7- تعريف عصاب توهم المرض: توهم المرض اضطراب نفسي المنشأ، عبارة عن اعتقاد راسخ بوجود مرض، رغم عدم وجود دليل طبي على ذلك ، وهو تركيز الفرد على أعراض جسمية ليس لها أساس عضوي ؛ و ذلك يؤدي إلى حصر تفكير الفرد في نفسه واهتمامه المرضي الدائم بصحته وجسمه بحيث يطغى على كل الاهتمامات الأخرى ، ويعوق اتصاله السري بالآخرين ويشعره بالنقص والشك في نفسه كما يعوق اتصاله بالبيئة المحيطة به.

ويشاهد توهم المرض بصفة خاصة في العقدين الرابع والخامس من العمر ، وقد ثبت أن توهم المرض نادر الحدوث عند الأطفال ، إلا في بعض حالات فقد الأم أو الإيداع بالمؤسسات ، ويظهر توهم المرض كثيراً في الشيخوخة ، وقد يرجع ذلك إلى الحاجة الشديدة لدى المسنين لجذب الأنظار، وتوهم المرض أشيع لدى الإناث منه لدى الذكور ، ويلاحظ توهم المرض أيضاً في حالة العجز أو الإعاقة حيث يبالغ في الإصابة الجسمية.

صور عصاب توهم المرض : المصاب بتوهم المرض لا يطبق التفكه أو التندر بحالته ويأخذ على محمل الجد كل ما يقال عن أنه يبدو مريضاً للآخرين حتى وأن قيلت على سبيل المداعبة وتوهم المرض يجعل من صاحبه لقمة سائغة للمؤسسات الصحية وشركات الأدوية ، وهو أميل إلى الاستبشار بمفعول الدواء إن وجد الدعاية التي تروج لهذا الدواء تقدم وصفاً مفصلاً حياً ، ثم إذا وقع متوهم المرض على أتفه الإشارات إلى احتمال تلوث الطعام أو وجود علاقة



طفيفة بين المرض وهذا النوع من الإنتاج، كان هذا كافياً لامتناعه تماماً عن هذا الطعام و أصحاب توهم المرض يبدون ارتياحاً عند انشغالهم بأجسادهم و يقلقون إذا أحيل بينهم وبين هذا الانشغال ، ومن أهم ما يشتكي منه متوهمي المرض الأرق والأوجاع و الآلام المختلفة ووجع الرأس وضعف الذاكرة وقلة التركيز .

## 7-2- الأعراض الإكلينيكية لعصاب توهم المرض:

1. تسلط فكرة المرض على الشخص والشعور العام بعدم الراحة.
2. تضخيم شدة الإحساس العادي بالتعب والألم والاهتمام المرضي، والانشغال الدائم بالجسم والصحة والعناية الزائدة بها، وكثرة التردد على أطباء عديدين، والمبالغة في الأعراض التافهة وتضخيمها، والاعتقاد بأنها مرض خطير، والتركيز على صغائر الأعراض المرضية ، ومحاولة المريض دائماً تشخيص مرضه بنفسه ، وهذا التشخيص غالباً ما ينطبق مع الحقائق الطبية المعروفة، والجري دائماً وراء فتاوى العلاج التي تكتب في الصحف والمجلات ، والمحاولات العديدة لعلاج نفسه.
3. الشكوى من اضطرابات جسمية خاصة في المعدة والأمعاء أو أي جزء آخر من أجزاء الجسم، و في بعض الأحيان يكون اختيار العضو أو الوظيفة له علاقة رمزية بالمشكلة التي تكمن وراء توهم المرض والإحساس بحركات الأمعاء و ضربات القلب وما شابه ذلك ، وتنقل وتنوع الشكوى والميل إلى تعميم المشاعر الجسمية الشاذة المرتبطة بتوهم المرض حتى يشعر أن الجسم كله في حالة معاناة ، وقد يؤدي هذا إلى حالة انسحاب كامل بعيداً عن العالم المحيط به.
4. الشعور بالنقص مما يعوق الاتصال الاجتماعي ويؤدي إلى الانعزال أو الانسحاب.

## 7-3- أسباب عصاب توهم المرض:

أ. **نظرية التحليل النفسي:** كان سيجموند فرويد يعتقد أن هذا الهجاس عصاب حقيقي في مقابل الهستيريا التي كان يعتقد أنها عصاب نفسي ، وكان يعزوها إلى الممارسة الزائدة عن الحد للعادة السرية والتي تنتهي بالضعف الجنسي ، ولكنه تراجع في النهاية عن هذه النظرية واعتقد أنها كانت نظرية خاطئة.

ب. **النظريات السلوكية:** وفقاً لهذه النظريات فإن هجاس المرض متعلم أو مكتسب من الآباء والأمهات الذين يتخذ الطفل منهم نموذجاً يحتذي به ، والآباء أنفسهم قد يعززون هذا الاتجاه عن طريق الاهتمام المفرط بصحة الطفل.

وهناك من يرجع مثل هذه الاضطرابات إلى نمط الشخصية ، و لكن كلاً من نمط الشخصية وكذلك الاضطراب قد يرجعان إلى عوامل واحدة في بيئة الفرد ، من ذلك الحرمان المبكر و الجوع الذين قد يؤثران في شخصية الطفل وفي ضعفها أيضاً . كما تضعف مقاومته ضد بعض الأمراض الفيزيائية ، كما أن العوامل الجبلية قد تلعب دوراً مشابهاً لهذا حيث قد يولد الفرد وبه ضعف معين في عضو معين من أعضائه أو في جهاز معين وقد تكون لديه بعض السمات الخاصة بشخصيته وكلا الحالتين ترجعان إلى نفس العامل الوراثي .

## 7-4 علاج عصاب توهم المرض:

1. استخدام الأدوية النفسية الوهمية واستخدام الأدوية المهدئة.
2. العلاج النفسي الذي يركز على التطمين النفسي والإيحاء لمساعدة المريض على كشف صراعاته الداخلية و التخلص منها و شرح العوامل التي أدت إلى المرض والعلاقة بينها وبين الأعراض ، وتوجيه مجال الاهتمام من الذات إلى مجالات أخرى.

3. الإرشاد العلاجي للمريض و إرشاد الأسرة خاصة مرافقي المريض كالزوج مثلاً نحو

عدم المبالغة في العطف والرعاية وعدم المعاملة بقسوة .

4. العلاج الاجتماعي وتحقيق التفاعل الاجتماعي أكثر عمقاً ومعنى والعلاج بالعمل

والرياضة والترفيه لإخراج المريض من دائرة التركيز على ذاته تعديل البيئة والمحيط الأسري

ومحيط العمل. [http://www.nafsany.cc/vb/archive/.php/t\\_1476.html](http://www.nafsany.cc/vb/archive/.php/t_1476.html)

## الفصل الرابع:

# الدراسة الاستطلاعية

- 1- أهداف الدراسة الاستطلاعية.
- 2- كيفية بناء أداة الدراسة.
- 3- إعداد الصياغة الأولية للاستبيان.
- 4- آراء المحكمين في صلاحية فقرات الاستبيان.
- 5- صياغة تعليمة الاستبيان.
- 6- كيفية تصحيح الاستبيان.
- 7- الخصائص السيكمترية للأداة.

**تمهيد:**

تعد الدراسة الاستطلاعية ذات أهمية كبيرة في إنجاز أي بحث علمي ، فهي بمثابة الخطوة الأولى، التي من خلالها يمكن لأي باحث الإحاطة بأبعاد المشكلة المراد دراستها، وتساعد على بناء الأداة الرئيسية للبحث العلمي ، والتعرف على أفراد العينة أي خصائص عينة الدراسة، والاطلاع على كل ما كتب حول الموضوع من دراسات سابقة وما توفر من مراجع ومصادر، وبهذا تعتبر الدراسة الاستطلاعية المرحلة التحضيرية للدراسة.

**1 - أهداف الدراسة الاستطلاعية:**

- 1/ التعرف على ميدان إجراء الدراسة الأساسية، والحصول على المعطيات الأولية الميدانية.
- 2/ ترمي إلى بناء أداة قياس التصورات الاجتماعية للمرض النفسي في ضوء عدة متغيرات، كالجنس، السن والمؤهل العلمي.
- 3/ إبراز أهمية الدراسة من خلال التعرف على مختلف آراء و وجهات نظر المبحوثين حول الظاهرة المراد دراستها.
- 4/ اكتشاف مختلف الصعوبات من أجل التحكم فيها لاحقا أثناء القيام بالدراسة الأساسية للبحث.
- 5/ معرفة ما إذا كان الاستبيان واضحا ومفهوما لدى أفراد العينة.

**2- كيفية بناء أداة الدراسة:**

إن المراد من هذه الدراسة معرفة التصورات الاجتماعية للمرض النفسي، لدى عينة من الحاصلين على الشهادات الجامعية ، وهدفت الدراسة إلى الكشف عن التصورات الاجتماعية للمرض النفسي 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 وأهدافها، وبناءا على هذا ومراعاة لطبيعة الموضوع، وحجم العينة ، ارتأينا أن تكون أداة الدراسة على شكل استبيان مغلق أو المقيد أو محدود الخيارات، حيث يطلب من المفحوص أن يختار إجابة من مجموعة إجابات مثل: موافق، موافق تماما،

معارض، معارض تماما... ويساعد هذا الاستبيان في الحصول على معلومات وبيانات أكثر ، مما يساعده على معرفة العوامل والدوافع والأسباب ، ولهذا الشكل ميزة واضحة وهي سهولة الإجابة عن أسئلته حيث لا يتطلب ذلك وقتا طويلا من المفحوصين، كما لا تتطلب منه أن يأتي بشيء من عنده.(رجاء وحيد دويدري،2000،ص333)

### 3- إعداد الصياغة الأولية للاستبيان:

يعتبر توفير فقرات الاستبيان من أهم الخطوات اللازمة في بنائه، ولهذا تم الحصول على ما يقارب ( 70 ) فقرة وذلك بالاستعانة بالدراسة الاستطلاعية ، تم الإشارة فيه إلى موضوع البحث، وشملت العينة الاستطلاعية ( 20 ) من المتحصليين على شهادات جامعية مختلفة ومن أعمار متباينة ذكور وإناث تم اختيارهم بطريقة قصدية.

وتتمثل أهمية العمل الاستطلاعي من خلال الأسئلة المفتوحة، في أنه يمكننا من التعرف على مواطن الغموض التي تحيط بالظاهرة ، والأبعاد الأساسية للموضوع الذي سنقوم بدراسته، كما أنه يساعدنا في صياغة مجموعة من الفقرات بأسلوب واضح ومفهوم، كما تم الاستعانة بمراجعة الأدبيات التي لها علاقة بالدراسة الحالية، كالدراسات السابقة، وكذلك بالكتب والمراجع ذات العلاقة بموضوع الدراسة في جانبها النظري لهذا الموضوع، وكانت الخطوة التالية بعد ذلك استخلاص جميع الأفكار، التي ورد ذكرها سواء من خلال الدراسات السابقة، ومن نتائج الدراسة الاستطلاعية حول التصورات الاجتماعية للمرض النفسي لدى الحاصلين على مختلف الشهادات الجامعية ، 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 إعادة النظر في بعض الفقرات وخاصة المتشابهة منها والأخذ ببعض آرائهم.

### 4- آراء المحكمين في صلاحية فقرات الاستبيان:

بعد أن تم إعداد فقرات الاستبيان البالغة ( 70 ) فقرة، عرضت على مجموعة من المحكمين من جامعة محمد خيضر - بسكرة - ليبيدي كل واحد منهم رأيه في كل فقرة، من حيث صلاحيتها في قياس التصورات الاجتماعية للمرض النفسي ، وفق الأبعاد والفرضيات التي طرحتها الدراسة، حيث طلب من المحكمين بيان مدى وضوح الفقرات ومدى توافقها مع السمة المراد قياسها.

وقد أجمع المحكمون على صلاحية جميع الفقرات وأعطوا ملاحظاتهم فيما يخص تشابه بعض الفقرات وقد تم الاتفاق على حذف العبارات المتشابهة والتي بلغ عددها (16) فقرة وبذلك أصبح الاختبار يتكون من (54) فقرة .

#### جدول رقم(02): خاص باسم المحكم ودرجته العلمية.

التخصص	الدرجة العلمية	إسم الأستاذ
علم النفس	أستاذ التعليم العالي	جابر نصر الدين
علم النفس العيادي	أستاذ محاضر	نحوي عبد العزيز عائشة
علم النفس العيادي	أستاذ محاضر	بوسنة زهير عبد الوافي
علم النفس العيادي	أستاذ مساعد - أ -	خالد خياط
علم النفس	أستاذ مساعد - أ -	رابحي إسماعيل
علم النفس	أستاذ مساعد - أ -	جوادي يوسف

#### 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، المؤهل العلمي، حيث طلب من المبحوث وضع علامة (X) في الخانة المناسبة، أما بالنسبة للتعليمات فقد تم فيه إعطاء فكرة مختصرة عن المقياس وطبيعة الفقرات التي يتكون منه ، وأن الهدف من هذا خدمة البحث العلمي، مع إعطاء بعض الملاحظات على كيفية الإجابة، وذلك بوضع علامة واحدة أمام كل فقرة (X) ، والإجابة بصدق وصراحة ، وعدم ترك بعض الخانات فارغة، وعدم وضع أكثر من إشارة واحدة أمام كل فقرة.

وبعد الانتهاء من وضع جميع الخطوات لبناء الاستبيان قمنا بفحصه لتحديد مدى وضوحه لدى أفراد العينة، وذلك بعرضه على مجموعة من الحاصلين على الشهادات الجامعية والذين بلغ عددهم (30) ، تم مراعاة في اختيارهم تمثيل مختلف المتغيرات المراد

دراستها في العينة الأساسية خاصة متغير السن والجنس والمؤهل العلمي ، والغرض من هذا التجريب التعرف على:

\* وضوح التعليمات.

\* والدقة في صياغة الفقرات والكشف عن الفقرات غير الواضحة.

### 6- كيفية تصحيح الاستبيان:

ونقصد بذلك وضع درجة لاستجابة كل مبحوث على كل فقرة من فقرات الاستبيان، ذلك بوضع أربعة بدائل للاستجابة أمام كل فقرة (موافق تماما، موافق، معارض، معارض تماما) وتم تحديد أوزان لهذه البدائل من (1-4) كما هو موضح في الجدول التالي:

**الجدول رقم (03): يبين البدائل الأربعة للاستبيان ودرجاتها:**

البدائل	موافق تماما	موافق	معارض	معارض تماما
الدرجات	04	03	02	01

و بهذا يمكن الحصول على درجة الحاصلين على الشهادات على الاستبيان- التصورات الاجتماعية للمرض النفسي- عن طريق جمع درجات كل فرد 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 (4) وهي الدرجة العليا للبدائل الأربعة وأدنى درجة، أي حاصل ضرب عدد فقرات هذا البعد في (1) وهو أقل درجة للبدائل الأربعة، وهكذا بالنسبة للبعد الثاني.



## 7- الخصائص السيكومترية للأداة (الصدق والثبات):

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.

## 7-1 : صدق الأداة:

الاختبار الصادق يقيس ما وضع لقياسيه (فؤاد البهي السيد، 1978، ص 400 ) أي أنه يكشف فعلا عن المتغير أو المتغيرات التي وضع من أجل 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 (06) محكمين، للحكم على صدق عبارات الاستبيان من حيث أنها تقيس موضوع الدراسة - التصورات الاجتماعية للمرض النفسي - والحكم على مدى وضوح صياغته والعبارات 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.

وقد 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، ص 120 )

ويقاس الصدق الذاتي بحساب الجذر التربيعي لمعامل ثبات الاختبار (فؤاد البهي السيد، 1998، ص 402 ) ، وبما أن معامل ثبات للاستبيان الذي تم الحصول عليه عن طريق التجزئة النصفية يساوي (0.91) ، فإن معامل الصدق الذاتي يساوي (0.95) ونتيجة لذلك يمكننا أن نعتبر معامل ثبات بنود الاستبيان معاملا لصدق بنوده.

## 7-2: ثبات الأداة:

يشير ثبات الأداة إلى الاتساق والدقة في استخراج نفس النتائج عند تكرار التجربة على نفس الأفراد (مقدم عبد الحفيظ، 2003 ، ص 152).

وهناك طرق كثيرة لحساب الثبات ، وقد تم اختيار طريقة التجزئة النصفية لحساب معامل ثبات الاستبيان، وذلك بتقسيمه إلى جزأين ، أي توزيع الأسئلة على قسمين أو اختبارين متماثلين، ص وذلك بجعل القسم الأول من الاختبار يتضمن الأسئلة التي تحمل أرقاماً فردية، والقسم الثاني يتضمن الأسئلة التي تحمل الأرقام الزوجية، وذلك للتخفيف من طول الاستبيان ، وبناء على هذا تم حساب معامل ارتباط سبيرمان (Spearman) بين القسمين (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 ، ص 88).

وبعد إيجاد معامل الارتباط بين فقرات الاستبيان الفردية والزوجية، قمنا بتصحيح اثر التجزئة النصفية بتطبيق معادلة سبيرمان - براون - (Spearman - Brown) وبهذا كان معامل ثبات الاستبيان المتحصل عليه بطريقة التجزئة النصفية يساوي 0.91. تم كل ذلك بعد تطبيق الاستبيان على عينة تكونت من (30) فرداً ، تم اختيارهم قسدياً 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، المؤهل العلمي) وتم الحصول على معامل الثبات كما هو مبين في الجدول التالي:

## جدول رقم (04): يوضح معامل ثبات الاختبار:

الطريقة	حجم العينة	معامل ثبات الاختبار
التجزئة النصفية	30	0.91

# الفصل الخامس:

## الدراسة الأساسية

- 1- التذكير بفرضيات الدراسة.
- 2- المنهج المستخدم.
- 3- العينة وكيفية اختيارها.
- 4- تقديم أداة الدراسة.
- 5- الوسائل الإحصائية المستعملة.

**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 منا بناء خطة منهجية للوصول إلى ذلك، وفق أساليب يطرحها طبيعة الموضوع من حيث مجالات الدراسة والمنهج المتبع ومصادر جمع البيانات والطرق الإحصائية المتبعة وكيفية اختيار العينة وخصائصها.

**1- التذكر بفرضيات الدراسة:**

- 1- التصورات الاجتماعية ذات طابع علمي هي الأكثر تداولاً لدى أفراد العينة.
- 2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للتصورات الاجتماعية تعزى إلى متغير الجنس.
  - 1/2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للتصورات الاجتماعية ذات طابع علمي تعزى إلى متغير الجنس.
  - 2/2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للتصورات الاجتماعية ذات طابع عامي تعزى إلى متغير الجنس.
- 3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للتصورات الاجتماعية تعزى إلى متغير السن.
  - 1/3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للتصورات الاجتماعية ذات طابع علمي تعزى إلى متغير السن.
  - 2/3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للتصورات الاجتماعية ذات طابع عامي تعزى إلى متغير السن.
- 4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للتصورات الاجتماعية تعزى إلى متغير المؤهل العلمي.
  - 1/4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للتصورات الاجتماعية ذات طابع علمي تعزى إلى متغير المؤهل العلمي (تدرج- ما بعد التدرج).

2/4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للتصورات الاجتماعية ذات طابع عامي تعزى إلى متغير المؤهل العلمي (تدرج- ما بعد التدرج).

### 1- 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، ص 22)

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 النفسي، حيث يعتبر المنهج الوصفي الكشفي أحد أشكال التحليل والتفسير العلمي المنظم لوصف ظاهرة أو مشكلة وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسة الدقيقة. (سامي ملحم، 2000، ص 334)

ويقوم على وصف الظاهرة أو الموضوع محل البحث والدراسة على أن تكون عملية الوصف تعني بالضرورة تتبع هذا الموضوع، والوقوف على أدق جزئياته وتفصيله والتعبير عنها تعبيراً إما كفيماً أو كمياً، وذلك عن طريق الأعداد والتقديرية والدرجات التي تعبر عن وضع الظاهرة، وعلاقتها بغيرها من الظواهر. (أحمد عياد، 2006، ص 61)

وبما أن الهدف الأساسي لهذه الدراسة هو التعرف على التصورات الاجتماعية للمرض النفسي لدى المتحصليين على الشهادات الجامعية المختلفة، 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 ونفسية ومعرفية، ومن ثمة الإجابة على تساؤلات الدراسة لذا كان المنهج الوصفي السبيل لوصف الظاهرة موضوع الدراسة وتحليلها وتفسيرها وتقويمها للوصول إلى الأهداف التي بنيت عليها.

## 2- العينة وكيفية اختيارها:

### 3-1- كيفية اختيار العينة:

تم اختيار عينة البحث بإتباع الأسلوب القصدي الغرضي، وتعرف العينة القصدية: "بأنها العينة التي يقوم الباحث باختيارها حرا على أساس أنها تحقق أغراض الدراسة أو البحث (عبد المنعم احمد الدردير ، 2006، ص32) ، حيث قام الباحث بالبحث عن الأفراد الذين تتوفر فيهم شروط وخصائص العينة المراد دراستها، فكان ذلك بالذهاب إلى عيادات الأطباء، وإلى أصحاب الصيادلة، ومكاتب المحاماة والمحضرين القضائيين، وإداريين في مديريات مختلفة، وكذا مهندسين معماريين، ومهندسين في تخصصات أخرى كالري والهندسة المدنية والإعلام الآلي... وأصحاب شهادات اللسانس والماجستير، وأساتذة جامعيين، وأساتذة في الطور الثانوي... وغيرهم من ذوي الشهادات الجامعية ، وقد تم اختيارهم من مدينة سطيف والمسيلة وبسكرة وباتنة، وذلك عن طريق الاستعانة ببعض الزملاء والمعارف من خلال شرح لهم شروط وخصائص المفردة التي سنكون بها العينة، وكذلك بحكم مكان إقامة الباحث في تلك الولاية، وقد شملت كلا الجنسين، ومن أعمار مختلفة ومتباينة.

وقد امتدت فترة الدراسة الميدانية بقسميها الاستطلاعي والأساسي من 2010/12/19 الى غاية 2011/03/28، وقمنا بعد ذلك بتفريغ البيانات وتحليلها.

**3-2- حجم العينة:** باعتبار أن عينة الدراسة هي عينة قصدية غرضية، فقد حصرت عينتنا في (114) من المتحصلين والمتحصلات على شهادات جامعية مختلفة، ومن خريجي مختلف الجامعات الجزائرية، وتم الوصول الى هذه العينة بعد تطبيق الاستبيان على عينة قدرت ب(125) فرد، وبعد تصحيح الاستبيان لاحظنا وجود نقص في بعض الإجابات على بنود الاستبيان، ومنهم من لم يرد لنا الاستبيان، ولهذا تم استبعادها حيث بلغ عددها (11)، وبالتالي أصبح حجم العينة (114).

### 3-3- خصائص عينة الدراسة: تم اختيار العينة كالتالي:

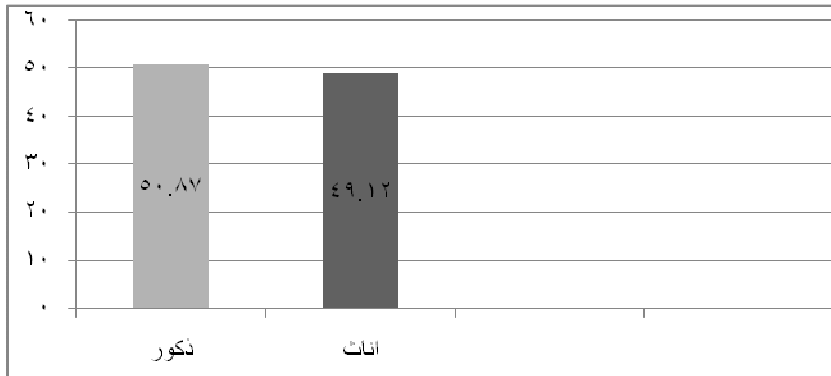
- اختيارها بطريقة قصدية.
- تشمل الذكور والإناث ومن مختلف الأعمار.
- تشمل الحاصلين على شهادات مختلفة.
- تشمل عينة الدراسة الحاصلين على الشهادات وفق (تدرج - ما بعد التدرج).

## 3-4- توزيع عينة الدراسة: تتوزع عينة الدراسة كالاتي:

1- حسب الجنس: تضم عينة الدراسة كلا الجنسين (ذكور وإناث) وتتوزع حسب هذه الخاصية كالتالي:

الجدول رقم(05): يوضح توزيع أفراد العينة حسب الجنس.

النسبة المئوية	العدد(ت)	الجنس
%50.87	58	ذكور
%49.12	56	إناث
%100	114	المجموع



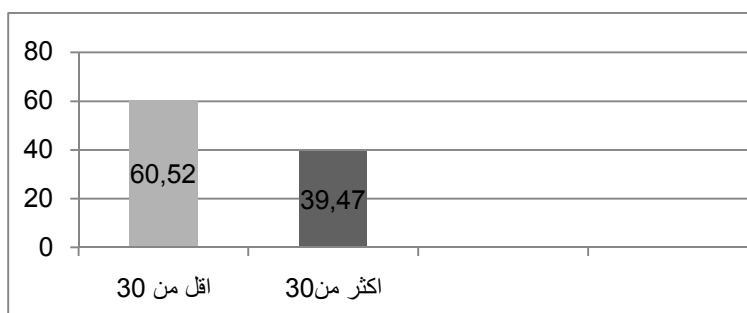
الشكل رقم(01): يوضح توزيع أفراد العينة حسب الجنس.

من خلال الجدول يتبين لنا أن هناك تقارب بين الذكور والإناث، حيث أن عدد الذكور (58) أي بنسبة (50.87%) في مقابل أن عدد الإناث بلغ (56) أي بنسبة (49.12%) ومنه فالتوزيع هذا يجعل العينة متقاربة.

2- حسب السن: تضم العينة أعمار مختلفة، وقد قمنا بتوزيعها إلى فئتين كالآتي:

الجدول رقم (06): يوضح توزيع أفراد العينة حسب السن.

النسبة المئوية	العدد (ت)	السن
%60.52	69	أقل من 30
%39.47	45	أكثر من 30
%100	114	المجموع



الشكل رقم (02): يوضح توزيع أفراد العينة حسب السن.

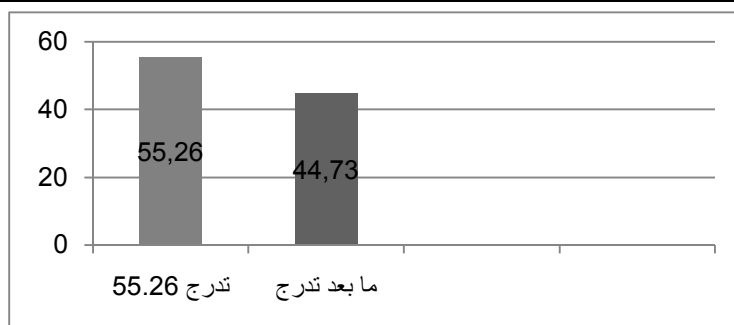
من خلال الجدول اتضح لنا أن أعلى نسبة كانت لأفراد العينة الذين تتراوح أعمارهم في (أقل من 30 سنة) بنسبة (%60.52) ثم تأتي بعدها فئة (أكثر من 30 سنة) بنسبة (%39.47).



3- حسب المؤهل العلمي: وتضم العينة فئتين، التدرج وما بعد التدرج كآلاتي:

الجدول رقم (07): يوضح توزيع أفراد العينة حسب المؤهل العلمي.

النسبة المئوية	العدد (ت)	المؤهل العلمي
55.26%	63	تدرج
44.73%	51	ما بعد تدرج
100%	114	المجموع



الشكل رقم (03): يوضح توزيع أفراد العينة حسب المؤهل العلمي.

من خلال الجدول يتضح لنا أن نسبة أفراد العينة بلغت في التدرج (55.26%) وكان عددها (63) فردا ونسبة أفراد العينة فيما بعد التدرج بلغت (44.73%) وكان عددها (51) فردا.

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

وقد تم بناء الاستبيان كما سبق الذكر في الدراسة الاستطلاعية، وقد أشتمل الاستبيان على (54) فقرة، وكان نوع الاستبيان مغلقا يتم الإجابة على كل فقرة من فقراته وفق أربع بدائل وهي (موافق تماما، موافق، معارض، معارض تماما) تحمل أوزانا هي (1،2،3،4)

و على المبحوث أن يختار إحدى هذه البدائل لتحديد تصوره لمفهوم المرض النفسي والتي اشتملت عليها الاستمارة المستخدمة حيث يكون الحد الأعلى لدرجات المفحوصين على هذه الاستمارة (4×54) والحد الأدنى لهذه الدرجات (1×54) ويسهل الاستبيان المغلق المحدد الصياغة، 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 النفسي - تصورات عامية وتصورات علمية - 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 (الجنس، السن، المؤهل العلمي) ومعرفة التصورات الشائعة لدى أفراد العينة حول الموضوع المدروس، وقد تضمن الاستبيان ما يلي:

- **البيانات الشخصية:** وتتضمن الجنس والسن و المؤهل العلمي.

أما بعدا الاستبيان فهما:

- **البعد الأول:** حول التصورات الاجتماعية ذات الطابع العامي للمرض النفسي، (ويقصد بها كل ما يتنافى مع الحقيقة العلمية) ويحمل الأرقام التالية:

(1-2-5-6-8-9-11-13-14-16-20-22-23-25-26-29-31-34-35-39-40-43-45-46-49-51-54).

- **البعد الثاني:** حول التصورات الاجتماعية ذات الطابع العلمي للمرض النفسي، (ويقصد به كل ما اثبته العلم الحديث) ويحمل الأرقام التالية:

(3-4-7-10-12-15-17-18-19-21-24-27-28-30-32-33-36-37-41-42-44-47-48-50-52-53).

## 5- 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.
- 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 .
- حساب جذر الثبات لإيجاد الصدق الذاتي للأداة.

# الفصل السادس:

## عرض وتحليل نتائج الدراسة

1- عرض نتائج الدراسة.

2- تحليل ومناقشة نتائج الدراسة.

## 1- عرض نتائج الدراسة:

بعد أن قمنا بتفريغ نتائج الاستبيان الذي طبقناه على عينة الدراسة في جداول إحصائية، نحاول في هذا الفصل، إلقاء الضوء على علاقة محتوى الأداة بالمتغيرات المراد دراستها، والتي سوف يتبين من خلال مناقشة بيانات الدراسة التي سيتم عرضها.

## 1- الفرضية الأولى:

✓ التصورات الاجتماعية ذات طابع علمي هي الأكثر تداولاً لدى أفراد العينة.

جدول رقم (08): يبين التصورات الاجتماعية الأكثر تداولاً لدى أفراد العينة

الأبعاد	عدد البنود	مجال الدرجات المنخفضة	مجال الدرجات (المتوسطة) الحد الأدنى - الحد الأعلى	مجال الدرجات المرتفعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
العامي	27	54-27	54 - 67 - 80	108 - 80	57.46	8.757
العلمي	27	54-27	54 - 67 - 80	108 - 80	80.18	7.058

من خلال الاطلاع على البيانات الواردة في الجدول نلاحظ أن متوسط البعد العامي (57.46) جاء في الحد الأدنى داخل منطقة الدرجات المتوقعة فيما كان متوسط البعد العلمي (80.18) في مجال الدرجات المرتفعة مما يعني انه الأكثر تداولاً لدى أفراد العينة وهذا ما يؤكد صحة الفرضية.

## 2- الفرضية الثانية:

✓ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للتصورات الاجتماعية تعزى إلى متغير الجنس.

1/2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للتصورات الاجتماعية ذات طابع علمي تعزى إلى متغير الجنس.

جدول رقم(09): خاص بالفروق بين الذكور والإناث في التصورات الاجتماعية ذات الطابع العلمي.

الجنس	عدد العينة	أدنى درجة	أعلى درجة	المتوسط الحسابي	الإحراف المعياري	التباين	قيمة (t)	درجة الحرية	مستوى الدلالة الإحصائية (0.01)
ذكور	58	60	100	79.92	6.946	48.24	1.16	112	غير دالة إحصائياً
إناث	56	65	98	81.09	7.118	50.66			

القيمة المجدولة: 2.63 عند 0.01 .

يتبين من خلال الجدول أنه لا توجد فروق بين الذكور والإناث فيما يخص استجاباتهم للتصورات ذات الطابع العلمي، ويتضح ذلك من خلال المؤشرات الإحصائية لدرجات كل من الذكور والبالغ عددهم (58)، والإناث البالغ عددهم (56) وقد قدرت أدنى درجة للذكور ب: (60) وأعلى درجة ب: (100) ، أما عند الإناث فقدت أدنى درجة ب: (65) وأعلى درجة ب: (98) وهو ما يدل على وجود تقارب بين الجنسين، أما فيما يخص المتوسط الحسابي فقد بلغ لدى عينة الذكور بقيمة (79.92)، بانحراف معياري قدره (6.94) أما عينة الإناث بلغ متوسطها الحسابي (81.09)، بانحراف معياري قدره (7.11) ويتضح من قيمة (ت) التي تساوي (1.16) عند مستوى الدلالة 0.01 وهي أقل من المجدولة ، وعليه نقبل الفرض الصفري الذي يقول بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية حسب متغير الجنس في التصور الاجتماعي في البعد العلمي.

2/2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للتصورات الاجتماعية ذات طابع عامي تعزى إلى متغير الجنس.

جدول رقم(10): خاص بالفروق بين الذكور والإناث في التصورات الاجتماعية ذات الطابع العامي.

الجنس	عدد العينة	أدنى درجة	أعلى درجة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التباين	قيمة (t)	درجة الحرية	مستوى الدلالة الإحصائية (0.01)
ذكور	58	42	76	57.93	8.288	68.69	0.06	112	غير دالة إحصائياً
إناث	56	41	74	56.98	9.269	85.91			

#### القيمة المجدولة: 2.63 عند 0.01

من خلال نتائج الجدول المحصل عليها يتبين انه لا وجود لفروق بين الذكور والإناث في تصورهم الاجتماعي في بعد العامي، حيث قدرت أدنى درجة للذكور ب(42) وأعلى درجة ب:(76)، أما الإناث فقدرت أدنى درجة لديهم ب:(41) وأعلى درجة ب:(74) ، أما بالنسبة للمتوسط الحسابي الخاص بالذكور فقد جاء بقيمة (57.93) بانحراف معياري قدر ب(8.28) في حين كان المتوسط الحسابي للإناث يقدر ب:(56.98) وبانحراف يقدر ب(9.26) ، أما بالنسبة لاختبار (ت) الذي يعنى بالفروق بين مجموعتين فقد كانت قيمته (0.06) عند مستوى الدلالة 0.01 ، وهي اقل من المجدولة وعليه نقبل الفرض الصفري الذي يقول بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية حسب متغير الجنس في التصور الاجتماعي في البعد العامي.

من خلال الفرضيتين الجزئيتين ومن نتائجهما المحصل عليها، يتبين انه لا توجد فروق بين الجنسين، وهو ما قد يكون دلالة على أن متغير الجنس ليس له دور في تحديد طبيعة التصورات الاجتماعية، وهو ما يؤكد على أن هناك تقارب كبير بين التصورات الاجتماعية للذكور والإناث حول مفهوم المرض النفسي، وعليه فان الفرضية التي تم وضعها تأكدت صحتها من الناحية الإحصائية.

## 3-الفرضية الثالثة:

✓ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للتصورات الاجتماعية تعزى إلى متغير السن.

1/3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للتصورات الاجتماعية ذات طابع علمي تعزى إلى متغير السن.

**جدول رقم(11):** خاص بالفروق في التصورات الاجتماعية ذات الطابع العلمي حسب متغير السن.

السن	عدد العينة	أدنى درجة	أعلى درجة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التباين	قيمة (t)	درجة الحرية	مستوى الدلالة الإحصائية (0.01)
أقل من 30	69	64	98	80.06	6.562	43.05	0.24	112	غير إحصائياً
أكثر من 30	45	60	100	80.36	7.831	61.32			

## القيمة المجدولة: 2.63 عند 0.01

يتبين لنا من خلال الجدول انه لا توجد فروق حسب متغير السن في فئتيه العمريتين ( أقل من 30 سنة وأكثر من 30 سنة) ، فيما يخص استجاباتهم للتصورات الاجتماعية في بعدها العلمي، حيث بلغ حجم أفراد الفئة العمرية (الأقل من 30 سنة) ب:(69) أما الفئة العمرية (الأكثر من 30 سنة) قدر حجمها ب:(45).

وكانت النتائج الخاصة بالتصور الاجتماعي في البعد العلمي في (فئة أقل من 30 سنة) كالتالي:

حيث قدرت أدنى درجة ب:(64) وأعلى درجة ب:(98) بمتوسط حسابي قيمته (80.06) وانحراف معياري قدره(6.56)، أما فئة (أكثر من 30سنة) فقد قدرت ادني درجة ب:(60) وأعلى درجة ب:(100) بمتوسط حسابي قيمته (80.36) وانحراف معياري قدر ب:(7.83) أما بالنسبة لاختبار (ت) فقد كانت قيمته (0.24) عند مستوى



الدلالة 0.01 و هي أقل من الجدولة، وعليه نقبل الفرض الصفري الذي يقول: بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية حسب متغير السن في التصور الاجتماعي في البعد العلمي.

2/3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للتصورات الاجتماعية ذات طابع عامي تعزى إلى متغير السن.

**جدول رقم(12):** خاص بالفروق في التصورات الاجتماعية ذات الطابع العامي حسب متغير السن.

السن	عدد العينة	أدنى درجة	أعلى درجة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التباين	قيمة (t)	درجة الحرية	مستوى الدلالة الإحصائية(0.01)
أقل من 30	69	41	76	57.48	8.552	73.13	0.02	112	غير دالة إحصائياً
أكثر من 30	45	42	74	57.44	9.162	83.94			

#### القيمة الجدولة: 2.63 عند 0.01

يتضح من خلال الجدول، أنه لا توجد فروق حسب متغير السن في فئتيه العمريتين (أقل من 30 سنة وأكثر من 30 سنة)، فيما يخص استجاباتهم للتصورات الاجتماعية ذات الطابع العامي.

وكانت النتائج الخاصة بالتصور الاجتماعي في البعد العامي لفئة أقل من 30 سنة على النحو التالي:

حيث قدرت أدنى درجة ب:(41) وأعلى درجة ب:(76) بمتوسط حسابي قيمته (57.48) وانحراف معياري قدر ب:(8.55) أما الفئة الأكثر من 30 سنة قدرت أدنى درجة لديهم ب:(42) وأعلى درجة ب:(74) بمتوسط حسابي قيمته (57.44) وانحراف معياري يساوي (9.16)، أما بالنسبة لاختبار (ت) فقد كانت قيمته (0.02) عند مستوى

الدلالة 0.01 وهي أقل من الجدولة، وعليه نقبل الفرض الصفري الذي يقول: بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية حسب متغير السن في التصور الاجتماعي في البعد العامي.

من خلال الفرضيتين الجزئيتين ومن نتائجهما المحصل عليهما، يتبين انه لا توجد فروق في استجابات أفراد العينة ترجع إلى متغير السن، وهذا ما ينفي أن للسن دور في تحديد طبيعة التصورات الاجتماعية حول المرض النفسي، وعليه فان الفرضية التي تم وضعها تأكدت صحتها من الناحية الإحصائية.

#### 4- الفرضية الرابعة:

✓ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للتصورات الاجتماعية تعزى إلى متغير المؤهل العلمي.

1/4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للتصورات الاجتماعية ذات طابع علمي تعزى إلى متغير المؤهل العلمي (تدرج- ما بعد التدرج)

**جدول رقم (13):** خاص بالفروق في التصورات الاجتماعية ذات الطابع العلمي حسب متغير المؤهل العلمي.

المؤهل العلمي	عدد العينة	أدنى درجة	أعلى درجة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التباين	قيمة (t)	درجة الحرية	مستوى الدلالة الإحصائية (0.01)
تدرج	63	60	91	77.10	6.443	41.51	7.81	112	دالة
ما بعد التدرج	51	71	100	83.98	5.863	34.37			إحصائياً

يتضح من خلال الجدول انه توجد فروق حسب متغير المؤهل العلمي (تدرج- ما بعد تدرج) فيما يخص استجاباتهم للتصورات الاجتماعية ذات الطابع العلمي.

وكانت النتائج الخاصة بالتصور الاجتماعي في البعد العلمي ( تدرج ) على النحو التالي:

حيث قدرت أدنى درجة ب:(60) وأعلى درجة ب:(91) بمتوسط حسابي قيمته (77.10) وانحراف معياري قدر ب:(6.443)، أما (بعد التدرج) قدرت أدنى درجة لديهم ب(51) وأعلى درجة ب:(71) بمتوسط حسابي قيمته (83.98) وانحراف معياري يساوي (5.863)، أما بالنسبة لاختبار (ت) فقد كانت قيمته (7.81) عند مستوى الدلالة 0.01 وهي أكبر من المجدولة، وعليه نرفض الفرض الصفري الذي يقول: بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية حسب متغير المؤهل العلمي في التصور الاجتماعي في البعد العلمي ونقبل الفرض البديل الذي مفاده توجد فروق ذات دلالة إحصائية حسب متغير المؤهل العلمي في التصورات الاجتماعية ذات الطابع العلمي.

2/4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للتصورات الاجتماعية ذات طابع عامي تعزى إلى متغير المؤهل العلمي(تدرج- ما بعد التدرج).

**جدول رقم (14):** خاص بالفروق في التصورات الاجتماعية ذات الطابع العامي حسب متغير المؤهل العلمي.

المؤهل العلمي	عدد العينة	أدنى درجة	أعلى درجة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التباين	قيمة (t)	درجة الحرية	مستوى الدلالة الإحصائية (0.01)
تدرج	63	41	76	58.81	8.853	78.37	2.44	112	غير دالة إحصائياً
ما بعد التدرج	51	42	76	55.80	8.429	71.04			

القيمة المجدولة: 2.63 عند 0.01.

يتضح من خلال الجدول انه لا توجد فروق حسب متغير المؤهل العلمي ( تدرج - ما بعد تدرج ) فيما يخص استجاباتهم للتصورات الاجتماعية ذات الطابع العامي.

وكانت النتائج الخاصة بالتصور الاجتماعي في البعد العامي لفئة التدرج على النحو التالي:

حيث قدرت أدنى درجة ب:(41) وأعلى درجة ب:(76) بمتوسط حسابي قيمته (58.81) وانحراف معياري قدر ب:(8.853) أما لفئة ما بعد التدرج قدرت أدنى درجة لديهم ب:(42) وأعلى درجة ب:(76) بمتوسط حسابي قيمته (55.80) وانحراف معياري يساوي (8.429)، أما بالنسبة لاختبار (ت) فقد كانت قيمته (2.44) عند مستوى الدلالة 0.01 وهي أقل من المجدولة، وعليه نقبل الفرض الصفري الذي يقول: بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية حسب متغير المؤهل العلمي في التصور الاجتماعي في البعد العامي.

من خلال الفرضيتين الجزئيتين ومن نتائجهما المحصل عليها، تم الوصول إلى نفي الفرضية الجزئية الأولى والتي مفادها، أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للتصورات الاجتماعية ذات طابع علمي تعزى إلى متغير المؤهل العلمي (تدرج- ما بعد التدرج) ،في حين أثبت صدق الفرضية الجزئية الثانية والمتعلقة بالبعد العامي.

## 2- تحليل ومناقشة نتائج الدراسة:

## 2-1- تحليل ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

✓ التصورات الاجتماعية ذات الطابع العلمي هي الأكثر تداولاً باعتبار العينة من الطبقة المتعلمة.

من نتائج الدراسة يمكن القول أن الفرضية التي تم طرحها قد تحققت، حيث بالمقارنة بين متوسطات بعدي التصورات الاجتماعية للمرض النفسي تم الوصول إلى أن التصورات الاجتماعية ذات الطابع العلمي هي الأكثر تداولاً، حيث قدر متوسطها الحسابي ب: (80.58) مقابل (57.46) بالنسبة لبعد التصورات الاجتماعية ذات الطابع العامي، ومن خلال القراءة الأولية للمتوسطين نلاحظ أن هناك فرق واضح بينهما، وبالرجوع إلى الجدول رقم (09) والذي يبين توزيع مجال الدرجات، نجد أن متوسط البعد العلمي يقع في مجال الدرجات المرتفعة بين (80 - 108) وان متوسط البعد العامي يقع في الحد الأدنى لمجال الدرجات المتوسطة (المتوقعة) (54 - 80).

وإزاء تعدد وتنوع النماذج التي تحاول وصف وتفسير تصورات الناس، فإن "لابلونتين" استخلص من مجمل دراسته التي أجراها في فرنسا المعاصرة، مداخل تسمح ببناء تصورات اجتماعية للمرض منها:

تبنى الأفراد القيم الطبية المعاصرة، وهو تناول يرتكز على المعرفية الموضوعية للأعراض وأسبابها. (إسماعيل قيرة وآخرون، د.س)، ص (145)

وعليه فالطبقة المتعلمة نجد لديها مجموعة من التصورات العلمية والموضوعية حول المرض النفسي، والمستمدة من الحقيقة العلمية التي جاءت بها العديد من النظريات، التي تقوم بتفسير المرض النفسي عن طريق مجموعة من النماذج ووجهات النظر التجريبية، التي قام بها العديد من علماء النفس، والعديد من المدارس النفسية مختلفة، ورغم ذلك فإن

هذا لا ينفي وجود تصورات عامية لدى أفراد الطبقة المتعلمة، مثل إرجاع المرض النفسي إلى العين والسحر أو انه مكتوب من الله وغيرها... من التفسيرات العامية المتوارثة من الأجداد، وهو ما قد يرجع إلى طغيان الجانب الديني والاجتماعي في تفسير الأمور المحيطة بالأفراد بالأخص تفسيره للمفهوم المرض النفسي.

## 2-2- تحليل ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

✓ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للتصورات الاجتماعية تعزى إلى متغير الجنس.

من خلال الدراسة الإحصائية لهذه الفرضية يتبين أنه لا توجد فروق بين الذكور والإناث، في كل من التصورات الاجتماعية ذات الطابع العلمي أو العامي للمرض النفسي، حيث كان هناك تقارب بين متوسطات الجنسين، فبالنسبة للتصور العامي فقد قدر المتوسط الحسابي للذكور ب: (57.93) أما المتوسط الحسابي للإناث فقد قدر ب: (56.98) أما فيما يخص التصور العلمي فقد قدر المتوسط الحسابي للذكور ب: (79.92) أما المتوسط الحسابي للإناث فيساوي (81.09)، وقد كانت الفروق بحساب اختبار (ت) غير دالة عند مستوى (0.01)، وهذا ما يدل على عدم وجود فروق ما بين الجنسين في التصورات الاجتماعية في بعديها العامي والعلمي، وهذا يعني أن هناك اتفاق بين الجنسين حول هذه التصورات، وتتوافق هذه النتيجة التي توصلنا إليها مع دراسة "عبد اللطيف محمد خليفة" حول صورة علم النفس لدى الجمهور الكويتي، فقد أوضحت نتائج دراسته انه لا توجد فروق ما بين الذكور والإناث، وعليه فقد يرجع ذلك إلى عدة عوامل يمكن أن نذكر منها: انتماء أفراد العينة إلى ثقافة واحدة حيث تلعب دورا رئيسيا في تكوين التصورات الاجتماعية للفرد، وهذه الثقافة تكتسب من الأسرة والمدرسة دور العبادة وسائل الإعلام وغيرها... فأين كانت مصادر هذه الثقافة، سواء كانت رئيسية أو فرعية فهي تفرض التكيف مع القيم والمبادئ السائدة، وهذه التصورات التي تتشكل لها

معنى معين، وهي لا توجد بشكل مستقل عن المعارف والخبرات السابقة بل توجد في إطار وسياق معين تؤثر فيه وتتأثر به.

وعلى ضوء النظرية المعرفية السلوكية أوضح "ملتون روكتش" "m.rokeack":  
 (أن المعتقدات والاتجاهات والقيم تنتظم جميعا في إطار نسق عام، وهو نسق المعتقدات الشامل، والذي يتسم بالتفاعل الوظيفي بين عناصره أو أجزائه، وباعتبار أن نسق المعتقدات يشير إلى تصورات الفرد ومعارفه عن ذاته فهو ذو أهمية كبيرة في بناء هذه التصورات (بولسنان فريده، 2006، ص118).

### 2-3- تحليل ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة.

✓ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للتصورات الاجتماعية تعزى إلى متغير السن.  
 يتبين من خلال نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الفئتين العمريتين (اقل من 30 وأكثر من 30) في تصوراتهم الاجتماعية لمفهوم المرض النفسي في بعده العامي والعلمي حيث قدر المتوسط الحسابي لفئة (اقل من 30 سنة) ب: (80.06) وفئة (أكثر من 30 سنة) قدر متوسطها الحسابي ب: (80.36) بالنسبة للبعد العلمي، أما بالنسبة للبعد العامي فمتوسط (فئة اقل من 30 سنة) يساوي (57.48) أما فئة (أكثر من 30 سنة) قدر متوسطها الحسابي ب: (57.44).

وبالرجوع إلى نتائج اختبار (ت) نجد عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في التصورات الاجتماعية للمرض النفسي ترجع إلى متغير السن، وهذا ما يتفق مع ما توصلت إليه "بورنان سامية" من نتائج حيث وجدت انه ليس هناك اختلاف بين سن الطلبة وتصورهم الاجتماعي للمرض العقلي، وذلك من خلال الدراسة التي قامت بها في جامعة محمد بوضياف بالمسيلة. (بورنان سامية، 2006، ص126).

وفي دراسة قام بها "سليمان بومدين" وجد أن السن ليس له علاقة بالإيمان بالطب الحديث أو التقليدي، حيث وجد الفروق غير دالة حتى في الأكبر سنا ، ويمكن أن نرجع ذلك وفقا لتعريف القاموس الأساسي في علم النفس (1997): " أن التصورات الاجتماعية عبارة عن رؤية محلية ومؤقتة ومشاركة داخل ثقافة معينة، وتسمح بإدراك معرفي لمظهر معين من العالم، وتوجيه السلوك بخصوصه." <http://www.bmhh.com/vb/sowthread>.

ومن خلال ما سبق يتضح لنا أن التصورات الاجتماعية العلمية والعامية للمرض النفسي لا تختلف باختلاف متغير السن، فكل أفراد العينة لديهم نفس التصورات، وهذا ما يمكن إرجاعه إلى عدة متغيرات أخرى: كالبينة الاجتماعية التي يعيش فيها أفراد العينة، والتي تعمل على ترسيخ هذه التصورات، وهذا لإن التنشئة الاجتماعية مستمرة مع الفرد وملازمة له في مراحل عمره، فمن صفات التصورات الاجتماعية الديمومة والترسيخ، وهو ما قد يكون عاملا لعدم ظهور اختلاف بين أفراد العينة حسب متغير السن.

## 2-4- تحليل ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للتصورات الاجتماعية تعزى إلى متغير المؤهل العلمي.

2-4-1: من نتائج الفرضية الجزئية الأولى، والمتعلقة بالتصورات الاجتماعية ذات الطابع العلمي، يتضح انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية حسب متغير المؤهل العلمي (تدرج- ما بعد التدرج)، حيث كانت نسبة التصور العلمي للمرض النفسي لدى فئة (ما بعد التدرج) تزيد عن فئة (التدرج) حيث كان المتوسط الحسابي لفئة (ما بعد التدرج) يساوي (83.98) مقابل (77.10) لفئة (التدرج).



وباستعمال اختبار (ت) كانت الفروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01)، وعليه فإنه يمكن أن يرجع إلى أن للمؤهل العلمي دور في ترسيخ التصورات العلمية، وهذا ربما للاطلاع المستمر لفئة ما بعد التدرج على كل ما هو علمي وحديث نظراً لطبيعة الدراسات العليا التي تسمح للفرد باكتساب أفكار موضوعية وعلمية، وذلك للاحتكاك الدائم بالبحث العلمي والمطالعة المستمرة التي تميز هذه الفئة.

2-4/2: من خلال نتائج الفرضية الجزئية الثانية، والتي تخص التصورات الاجتماعية ذات الطابع العامي، نتوصل إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية حسب متغير المؤهل العلمي (تدرج - ما بعد التدرج)، حيث كان متوسط درجات فئة (التدرج) يساوي (58.81) أما متوسط درجات فئة (ما بعد التدرج) فيساوي (55.80) وبإحتساب اختبار (ت) كانت النتائج تدل على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01).

ومن خلال ما سبق يتضح لنا أن التصورات الاجتماعية ذات الطابع العامي لا تختلف باختلاف المؤهل العلمي، وهو ما قد يرجع إلى تأثير متغيرات أخرى كالثقافة الاجتماعية التي لها دور في ترسيخ التصورات الاجتماعية ذات الطابع العامي لدى كلتا الفئتين (تدرج - ما بعد التدرج)، وبصفتهم ينتمون لنفس المجتمع وهو المجتمع الجزائري الذي لديه نفس القيم و الأفكار والمعتقدات والمعارف الاجتماعية، وبالتالي تتكون لديهم نفس التصورات وعليه ترى "جودلي": " أن التصورات الاجتماعية هي شكل من المعرفة الخاصة أي المعرفة العامة، والتي تتظاهر في محتواها السيرورات المولدة، والوظيفة المميزة اجتماعياً، وبشكل أوسع تعبير عن "الفكر الاجتماعي" (بولسنان فريدة، 2007، ص125).

ويمكن القول أن جميع التفسيرات العامية في المجتمع يشترك فيها كل أفرادها، نظراً لخصائص الجماعة، ولتأثير القيم الثقافية والمعتقدات السائدة ، وفي هذا الصدد يرى "فرانسو لابلونتين": أن التصورات تتأثر بالقيم الثقافية والمعارف المكتسبة ، ويؤكد على شمول التصور على ثلاث ميادين : المعرفي، القيمي ، العلمي، إضافة إلى ذلك فإن مسألة التصورات هي مسألة نسبية تحكمها عوامل ذاتية وموضوعية، بعضها يرتبط بالفرد، والبعض الآخر يرتبط بالجماعة في بعديها المحدود والواسع.

# خاتمة

من النتائج التي تم الوصول إليها، يمكن القول أن التصورات الاجتماعية ذات الطابع العلمي هي الأكثر تداولاً لدى عينة الدراسة، والتي تمثل الأفراد الحاملين لشهادات جامعية مختلفة، ومن تخصصات متعددة، ومن أعمار مختلفة، وفق تفسير النظريات النفسية، كما كان للناحية العامة في تفسير المرض النفسي بروز واضح، الشيء الذي يؤكد على بقاء الموروث الثقافي الشعبي والمكتسب من المعتقدات والقيم والدلالات الدينية، ومختلف التفسير الخرافية للمرض النفسي في ذهنيات أفراد العينة.

كما نجد أن التصورات الاجتماعية ببعديها العامي والعلمي لا تختلف باختلاف الجنس، وهو ما يؤكد على الطابع الجمعي للتصورات الاجتماعية، أي أنها عبارة عن عناصر ذهنية مشكلة في إطار الجماعة، ومنه الوصول إلى نتيجة مفادها أن التصورات الاجتماعية لمفهوم المرض النفسي، لا تتعلق بمتغيري الجنس والسن على حد سواء.

في حين إذا رجعنا إلى متغير المؤهل العلمي، نجد أن التصورات الاجتماعية ذات الطابع العلمي تختلف باختلاف المؤهل العلمي، وهو ما قد يؤكد على أنه كلما زاد الإنسان في المعرفة وطلب العلم، كلما اتجه تفسيره للمرض النفسي إلى الحقيقة العلمية، وبعد ذلك عن التفسيرات العامة.

وفي الختام يمكن القول أن التصورات الاجتماعية ذات الصبغة العامة، مازالت ممتدة إلى يومنا هذا في أذهان العديد من الأفراد، بالرغم مما حققه العلم الحديث من تطور في كافة المجالات.

## الاقتراحات والتوصيات:

انطلاقاً مما تم الوصول إليه من نتائج، أمكننا إعطاء بعض الاقتراحات والتوصيات لتصحيح المفاهيم المتعلقة بالمرض النفسي، ومنحها صبغة علمية وفق خطط ومناهج معينة، وعليه فالإقتراحات والتوصيات التي يمكن إدراجها تكون على النحو التالي:

- 1- التأكيد من البحوث النفسية والاجتماعية التي تدرس طبيعة المرض النفسي، والتعرف على تصنيفاته، والتمييز بينه وبين مختلف الأمراض الأخرى.
- 2- إقامة العديد من المنتديات التي تعمل على ترسيخ الجانب العلمي في تفسير المرض النفسي، وذلك بصفة دورية ومنتظمة، وفي مختلف مؤسسات المجتمع المدني.
- 3- اقتراح تدريس مادة علم النفس في مراحل متقدمة من التعليم كالطور الثانوي، وخاصة ما يتعلق بجانب الاضطرابات النفسية المختلفة.
- 4- التأكيد من البرامج الموجهة لتوعية أفراد المجتمع، عن طريق وسائل الإعلام المختلفة، والتي تحوي معلومات علمية حول المرض النفسي، وكيفية تفسيره، والتعامل مع الأشخاص المصابين به.
- 5- تكثيف الجهود من قبل الأخصائيين والمهتمين بمجال علم النفس الإكلينيكي، من أجل إعطاء رؤية واضحة عن الأمراض النفسية، والمساهمة في تصحيح التصورات الخاطئة إن وجدت.
- 6- إعداد قصاصات ومنشورات تحوي معلومات دقيقة وعلمية حول المرض النفسي، وتوزيعها على الناس لتصحيح معلوماتهم، نظراً لسهولة تداولها في الأوساط الاجتماعية.

## ملخص الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على طبيعة التصورات الاجتماعية للمرض النفسي لدى عينة من ذوي الشهادات الجامعية ، ومن خلال الدراسة الاستطلاعية تم تقسيم هذه التصورات إلى بعدين (عامي - علمي )، وهذا حسب اجتهاد الباحث ، ثم الوقوف على أي التصورات الاجتماعية الأكثر تداولاً لدى أفراد العينة ، وكذا معرفة دلالة الفروق في التصورات الاجتماعية حسب متغير (الجنس ، السن ، المؤهل العلمي ) .

وقمنا بصياغة أداة البحث و المتمثلة في استبيان مغلق ، تم تقسيم بنوده إلى بعدين ، البعد الأول يمثل التصورات الاجتماعية ذات الصبغة العامية ، والبعد الثاني يمثل التصورات الاجتماعية ذات الصبغة العلمية ، ويجيب المفحوص من خلال البدائل المتاحة (موافق تماماً - موافق - معارض - معارض تماماً ) والتي تحدد موافقته للتصور أو معارضته .

وكان ذلك من خلال استعمال المنهج الوصفي ، واختيار العينة بطريقة قصديه - غرضيه تمثل فئة ذوي الشهادات الجامعية المختلفة تدرج وما بعد التدرج، وفي تخصصات مختلفة، ومن كلتا الجنسين، ومن أعمار متباينة ، وبعد توزيع الاستمارة على العينة تم الاعتماد في الأخير على (114) استمارة بعد حذف (11) استمارة نتيجة نقص الإجابة على فقراتها أو لم يتم إرجاعها.

وبعدها تمت معالجة البيانات إحصائياً بواسطة "برنامج التحليل الإحصائي للعلوم الاجتماعية (spss) وتحصلنا على النتائج التالية:

1/ التصورات الاجتماعية ذات الطابع العلمي هي الأكثر تداولاً لدى أفراد العينة (ذوي الشهادات الجامعية).

2/ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للتصورات الاجتماعية (العامي - العلمي ) تعزى إلى متغير الجنس.

3/ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للتصورات الاجتماعية (العامي - العلمي ) تعزى إلى متغير السن.

1/4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للتصورات الاجتماعية ذات الطابع العامي تعزى إلى متغير المؤهل العلمي.

2/4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية للتصورات الاجتماعية ذات الطابع العلمي تعزى إلى متغير المؤهل العلمي .

# المصادر والمراجع

## المراجع باللغة العربية:

### الكتب:

- 1- إبراهيم سالم الصيخان (2010): الاضطرابات النفسية والعقلية (الأسباب والعلاج)، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع ، عمان.
- 2- احمد عياد (2006): مدخل لمنهجية البحث الاجتماعي، (د،ط) ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
- 3- إسماعيل قيرة وآخرون (د.سنة): "التصورات الاجتماعية ومعاناة الفئات الدنيا"، مخبر الإنسان والمدينة ، جامعة منتوري، قسنطينة.
- 4- بشير صالح الرشدي (2000): مناهج البحث التربوية رؤية تطبيقية مبسطة، ط1، دار الكتاب الحديث، الكويت.
- 5- جمال محمد شاكر محمد (2005): التحليل الإحصائي للبيانات باستخدام (SPSS) ط1، الدار الجامعية، الإسكندرية.
- 6- حلمي المليجي (2000): "علم النفس الإكلينيكي"، ط1، دار النهضة العربية للنشر والتوزيع ، بيروت.
- 7- محمد حسن غانم (2005): الأمراض النفسية والعلاج الإسلامي، د.ط. المكتبة المصرية للنشر والتوزيع، الإسكندرية.
- 8- مدحت عبد الحميد عوض وعباس محمود عوض (2006): علم النفس الإكلينيكي، (النظرية والعلاج)، د.ط، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
- 9- مقدم عبد الحفيظ (2003): الإحصاء والقياس النفسي والتربوي، ط2 ، ديوان المطبوعات الجامعية، بن عكنون -الجزائر.
- 10- نبيه إبراهيم إسماعيل (2001): "عوامل الصحة النفسية السليمة" ،د.ط، ايتراك للنشر والتوزيع، مصر.

- 11- نبيهة صالح السامراني (2007): "أعراض الأمراض النفسية العصابية (تربويا ومهنيا)" ، الطبعة الأولى، دار المناهج للنشر والتوزيع،الأردن.
- 12- سامي ملحم(2000): مناهج البحث في التربية وعلم النفس، ط1 ، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن
- 13- عبد الرحمان العيسوي (2006): الاضطرابات النفسية وعلاجها ، د.ط ،الدار الجامعية للنشر والتوزيع ، الإسكندرية .
- 14- عبد الرحمان الوافي (1999): "الوجيز في الأمراض النفسية والعقلية"، د.ط، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
- 15- عبد الرحمان العيسوي (د.سنة):"أمراض العصر"(الأمراض النفسية والعقلية والسيكوسوماتية)، د.ط ، دار المعرفة الجامعية للنشر والتوزيع، الإسكندرية.
- 16- عبد الكريم قاسم أبو الخير(2001): "أساسيات التمريض في الأمراض النفسية والعقلية"، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن.
- 17- عبد اللطيف حسين فرج (2009):"الاضطرابات النفسية"، الطبعة الأولى، دار حامد للنشر والتوزيع، المملكة العربية السعودية.
- 18- عبد اللطيف محمد خليفة(1992): المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي، دار الثقافة للنشر والتوزيع، القاهرة.
- 19- عبد المجيد الخليدي، كمال حسن وهبي (1997): "الأمراض النفسية والعقلية الاضطرابات السلوكية عند الأطفال" ، الطبعة الأولى، دار الفكر العربي للنشر والتوزيع ، بيروت.
- 20- عبد المنعم احمد الدردير (2006): الإحصاء البارامتري و اللابارامتري (في اختبار فروض البحوث النفسية والتربوي والاجتماعية) ،ط1،عالم الكتب للنشر والتوزيع ، القاهرة.
- 21- عطا الله فؤاد الخالدي، دلال سعد الدين العلمي (2009) : "الصحة النفسية وعلاقتها بالتكيف والتوافق" ،د.ط، دار صفاء للنشر والتوزيع، الأردن.
- 22- فاروق عبد السلام وآخرون (1992): مدخل إلى الإرشاد التربوي والنفسي، د.ط ، دار الهدى للنشر والتوزيع ، الرياض.



- 23- فوزي محمد جبل (2000): "الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية"، الطبعة الأولى، المكتبة الجامعية للنشر والتوزيع، الإسكندرية.
- 24- فؤاد البهي السيد (1978): علم النفس الإحصائي وقياس العقل البشري، د ط، دار الفكر العربي، القاهرة.
- 25- فيصل الزراد (1984): الأمراض العصابية والذهانية والاضطرابات السلوكية، الطبعة الأولى، دار القلم للنشر والتوزيع، بيروت.
- 26- فيصل عباس (1997): "الشخصية" (دراسة حالات، المناهج، الإجراءات)، الطبعة الأولى، دار الفكر العربي، بيروت.
- 27- رجاء وحيد دويدري (2000): "البحث العلمي (أساسيته النظرية وممارسته العملية)"، ط1، دار الفكر المعاصر للنشر والتوزيع، بيروت.
- 28- خروف حميد، قيرة إسماعيل، بومدين سليمان (2007): "النسق القيمي والتصورات الاجتماعية"، د.ط، دار الأنيس، قسنطينة.
- 29- غريب سيد احمد (1997): التصميم وتنفيذ البحث، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر.

#### المعاجم والقواميس:

- 30- جان لابلاش وج ، ب، بونتاليس (1985) معجم مصطلحات التحليل النفسي، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.

#### الرسائل الجامعية:

- 31- بولسنان فريدة (2007): التصورات الاجتماعية للعوامل المساهمة في ظهور العنف الزوجي في المجتمع الجزائري، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس المرضي الاجتماعي، جامعة محمد خيضر بسكرة.
- 32- بورنان سامية (2007): التصورات الاجتماعية للمرض العقلي لدى عينة من طلبة جامعة محمد بوضياف المسيلة، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس المرضي الاجتماعي، جامعة محمد خيضر بسكرة.

33- أمال بوعيشة (2009): التصورات الاجتماعية للشخص الإرهابي لدى عينة من الطلبة بجامعة بسكرة ، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس المرضي الاجتماعي، جامعة محمد خيضر بسكرة.

### المراجع باللغة الفرنسية:

#### Les livres:

- 34- Abric Jean Claude (1994): **Pratiques sociales et représentations**, Puf, Paris.
- 35- Bonardi Christine et Roussiau Nicolas (1999): **Les représentations sociales**, Dunod, Paris.
- 36- Durkheim Emile (1997): **Sociologie et philosophie**, Puf, Paris.
- 37- Ficher Gustave Nicolas (2005): **Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale** 3<sup>ème</sup> ed, Dunod, Paris.
- 38- Jodelet Denise (1989): **Représentation sociale : phénomène, concept et théorie** “in Moscovici Serge, Psychologie sociale 2<sup>ème</sup> ed, Puf, Paris.
- 39- Jodelet Denise (1990): **La représentation sociale : Un domaine en expansion** “in Denise Jodelet, Les représentations sociales, Puf, Paris.
- 40- Herzlich Claudine (1972): **La représentation sociale** “in Moscovici Serge, Introduction à la Psychologie sociale, Larousse, Paris.
- 41- Moscovici Serge (1961): **La psychanalyse son image et son public**, Puf, Paris.
- 42- Moscovici Serge (1961): **La psychanalyse son image et son public**, Puf, Paris.
- 43- Rouquette Michel Louis et Rateau Patrick (1998): **Introduction à l'étude des représentations sociales**, Puf, Paris.

44- Flament Claude et Rouquette Michel Louis (2003): **Anatomie des idées ordinaires (Comment étudier les représentations sociales)**, Armond Colin / Puf, Paris.

مواقع الانترنت:

45- ([www.alshamsi.net.le](http://www.alshamsi.net.le) 20/12/2010 a 15:20.

46-<http://www.nafsany.cc/vb/archive/index.php/1476.html>

[.le4/01/2011a 9:35.](http://www.nafsany.cc/vb/archive/index.php/1476.html)

47- (<http://wessam.allgoo.us/t13553-topic>).4/01/2011 a 10:15.

48- (<http://www.bmhh.com/vb/sowthread.php?t=138228>).11/052001  
[a 14:35.](http://www.bmhh.com/vb/sowthread.php?t=138228)

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة محمد خيضر - بسكرة -

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس

عنوان المذكرة:

التصورات الاجتماعية لمفهوم المرض  
النفسي لدى عينة من ذوي الشهادات  
الجامعية

مذكرة محملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

إشراف:

د/ عائشة عبد العزيز نحوي

إعداد الطلبة:

• سعيد رحال.

• عبد السلام مخلوف.

السنة الدراسية: 2011/2010 م

حساب معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

$$R_s = 1 - \frac{6\Sigma(D^2)}{N(N^2-1)}$$

$$R_s = 1 - \frac{6\Sigma(720)}{30(900-1)}$$

$$R_s = 1 - \frac{4320}{26970}$$

$$R_s = 1 - 0.16 = \boxed{0.84}$$

تصحيح الاختبار:

$$R_s = \frac{2xr}{1+r}$$

$$R_s = \frac{2 \times 0.84}{1+0.84}$$

$$R_s = \frac{1.68}{1.84}$$

$$R_s = \boxed{0.91}$$

الملحق رقم 03 : الجدول الخاص بحساب معامل ثبات الاختبار بطريقة التجزئة النصفية : ( فردي - زوجي )

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

1	3	2	2	4	3	1	3	3	2	2	1	3	4	3	3	3	2	1	4	2	3	1	1	3	2	3	4	1	3	<b>29</b>	
3	3	2	4	2	3	4	4	4	3	2	1	4	3	4	3	2	2	1	3	3	1	2	3	4	4	3	2	3	4	<b>30</b>	
1	2	3	1	3	2	3	4	4	3	2	2	4	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	2	3	1	3	2	1	2	<b>31</b>	
4	3	3	3	3	3	4	4	4	3	3	4	1	3	3	3	4	2	1	3	3	4	3	4	3	4	3	3	4	3	<b>32</b>	
4	3	2	4	3	3	4	4	4	4	3	4	4	2	4	3	4	2	1	3	3	2	3	4	4	4	4	4	3	4	<b>33</b>	
3	2	2	2	4	3	4	3	4	2	3	3	1	1	2	3	3	4	1	3	3	4	3	3	2	4	2	3	3	3	<b>34</b>	
3	3	3	3	2	3	3	1	2	3	3	2	1	3	2	3	3	2	3	1	2	1	2	2	3	3	1	2	2	3	<b>35</b>	
3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	4	4	3	3	4	3	4	2	3	3	3	4	3	3	3	4	3	4	3	3	<b>36</b>	
3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	4	3	3	1	3	3	4	2	1	3	3	2	3	2	3	4	2	4	2	3	<b>37</b>	
3	3	3	4	2	3	2	1	3	3	3	3	4	4	2	3	3	2	4	2	3	3	3	3	4	3	2	4	4	3	<b>38</b>	
4	3	3	1	3	3	2	3	3	3	3	4	4	3	3	3	4	2	2	3	2	3	3	3	3	4	3	3	3	3	<b>39</b>	
1	2	3	1	2	3	2	3	3	1	2	2	3	1	3	2	4	2	1	2	2	2	3	2	3	4	3	3	2	3	<b>40</b>	
3	3	2	4	3	3	2	3	3	3	3	1	4	4	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	4	3	2	4	3	3	<b>41</b>	
3	3	2	4	2	3	3	2	3	3	3	1	2	3	2	3	2	2	3	3	3	3	2	2	4	3	2	2	4	2	<b>42</b>	
3	2	3	3	2	3	3	1	4	2	3	4	4	4	4	2	1	2	4	2	3	3	2	4	4	4	3	3	3	3	<b>43</b>	
3	2	2	3	1	3	2	1	2	3	3	2	1	1	2	2	2	4	4	2	2	2	2	1	4	3	1	2	3	2	<b>44</b>	
4	2	2	2	3	1	4	1	4	3	2	1	1	2	1	1	3	2	1	2	2	1	3	3	4	3	1	3	2	4	<b>45</b>	
3	3	2	2	3	3	4	1	4	3	3	4	1	4	3	2	4	2	2	4	2	1	3	3	4	3	3	3	1	3	<b>46</b>	
1	3	3	4	3	3	4	4	4	2	3	4	4	3	3	3	4	2	3	4	3	3	3	2	2	3	3	4	3	2	<b>47</b>	
1	3	3	3	2	1	3	1	4	2	2	3	2	1	3	2	3	2	1	4	2	2	3	2	2	3	3	2	3	2	<b>48</b>	
1	2	2	1	2	3	3	1	3	2	1	3	1	3	1	1	4	2	1	1	2	1	2	3	1	3	1	2	1	1	<b>49</b>	
1	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3	2	4	3	4	3	4	2	4	3	3	4	3	3	4	4	4	1	4	3	<b>50</b>	
1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	<b>51</b>	
3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	4	3	4	4	4	4	3	4	<b>52</b>
3	3	3	3	4	3	4	4	4	3	3	3	4	4	4	3	3	2	4	3	3	4	3	3	4	4	3	3	3	3	<b>53</b>	
1	2	2	1	3	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	2	1	3	1	2	2	1	3	<b>54</b>	
71	67	67	61	78	67	68	78	76	72	68	72	71	76	69	63	77	56	63	61	67	61	65	67	70	83	63	77	62	70	∑ فردي	
69	68	67	63	74	66	72	68	81	67	69	76	61	76	74	64	80	62	64	70	67	63	69	66	76	85	65	66	68	76	∑ زوجي	
∑	2	1-	0	2-	4	1	4-	10	5-	5	1-	4-	10	0	5-	1-	3-	6-	1-	9-	0	2-	4-	1	6-	2-	2-	11	6-	6-	الفرق (D)
720	4	1	0	4	16	1	16	100	25	25	1	16	100	0	25	1	9	36	1	81	0	4	16	1	36	4	4	121	36	36	الفرق

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ  
الْحَمْدُ لِلَّهِ الَّذِي  
خَلَقَ السَّمَوَاتِ وَالْأَرْضَ  
وَالَّذِي يُضَوِّبُ الْمَوْتَى  
إِنَّ رَبَّهُ لَسَدِيدٌ  
إِلَىٰ عَرْشِهِ الرَّحِيمُ  
الَّذِي يُخْرِجُ الْحَيَّ مِنَ الْمَوْتِ  
وَيُدْخِلُ الْمَوْتَىٰ فِي الْحَيَاةِ  
إِنَّ رَبَّهُ لَسَدِيدٌ  
إِلَىٰ عَرْشِهِ الرَّحِيمُ