

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة عبد الحميد بن باديس - مستغانم -

كلية العلوم الإجتماعية

قسم علم النفس



مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر في علم النفس العيادي.

- صحة عقلية -

الموضوع:

تصور الأسرة الجزائرية للمرض العقلي وتأثيره على التكفل النفسي.

مقاربة عيادية لثلاث حالات بمستشفى الأمراض العقلية.

سيدي الشحمي - وهران -

تحت إشراف الأستاذة:

"شرقي حورية".

إعداد الطالبة:

بوعلام فاطمة.

السنة الجامعية 2013/2014.

عرض المقابلات:

المقابلة الأولى: 2014/03/19 دامت 40 دقيقة والهدف منها هو التعرف على الحالات قصد التقرب منهم والتعرف بوظيفة الأخصائي النفسي بهدف كسب ثقة المريض.

المقابلة الثانية: 2014/04/09 دامت 40 دقيقة تمت فيها التعرف على أم الحالة وشرح لها الهدف من هذه المقابلة وجمع المعلومات عن الحالة وأسرتها وبداية ظهور المرض.

المقابلة الثالثة: 2014/04/23 دامت 40 دقيقة خصصنا هذه المقابلة لملاأ استمارة جمع المعلومات، حيث كانت الأم تجيب عن بعض الأسئلة الموجهة إليها وأحيانا نتحدث عن أشياء غير مرتبطة بالأسئلة.

المقابلة الرابعة: 2014/04/30 دامت 35 دقيقة، فكان الهدف منها هو معرفة ما تعانيه الحالة خاصة تواجده في المستشفى وما تتمناه في المستقبل.

الحالة الأولى:

1) المعلومات الأولية للحالة:

اللقب والإسم: ف. الحاج.

السن: 58 سنة.

الجنس: ذكر.

الحالة الاجتماعية: جيدة.

نوع المرض: برانويا.

المقابلات: أجريت مع أخت الحالة.

2) المقابلات ونتائجها: أجريت في مستشفى الأمراض العقلية "وهران".

3) استمارة جمع المعلومات:

أ- معلومات عن الحالة:

اللقب والإسم: ف. الحاج.

السن: 58 سنة.

الجنس: ذكر.

تاريخ ومكان الإزدياد: 23 ماي 1955.

المستوى التعليمي: أتم دراسته في مادة الكيمياء.

السكن: مدينة × قرية.

نوع البيت: شقة : فيلا حوش ×

الحالة المدنية: متزوج.

عدد الأطفال: 01.

جنس: الأطفال

ذكور إناث ×

الأب على قيد الحياة: نعم.

الأم على قيد الحياة: لا.

عدد الإخوة: 09 ذكور: 03، إناث: 06.

الرتبة العائلية: الثالثة.

المهنة: لا شيء.

المستوى الإقتصادي: جيد.

حالة الولادة: طبيعية.

ب- معلومات عن أسرة المريض:

مهنة الأب: متقاعد.

مهنة الأم: /

المستوى الاقتصادي للأسرة: جيد.

صحة الأم: /

صحة الأب: الأب يعاني من مرض القلب وضغط الدم.

العلاقة بين الوالدين: /

الاتصال داخل الأسرة: متوسط.

كيفية التعامل مع المريض قبل المرض: عادي.

كيفية التعامل مع المريض بعد المرض: معاملة متوسطة.

ت - مجموعة من الأسئلة موجهة للمحيط الأسري:

من هو الشخص المريض: الأم الجدة البنت الأب الجد الإبن ×

نوع المرض: جسدي عقلي × نفسي وراثي.

أين كانت الفحوصات لأول مرة؟

× طبيب عام طبيب نفسي

معالج تقليدي (راقي).

أول مرة عند: طبيب عام.

ثاني مرة عند: طبيب نفسي.

مرات عدة: طبيب نفسي.

ما هو التشخيص الذي قدمتموه لهذه الأعراض؟ لم نقدم أي تشخيص.

ما هي مختلف الأعراض التي جعلتكم تقدمون هذا التشخيص؟ الخوف من الآخرين والشك.

تشخيص المعالج التقليدي (الراقي): /

تشخيص الطبيب العام: مرض عقلي.

1 استجابات أفراد الأسرة لهذه الإضطرابات:القلق

الأب: مهتم بإبنه.

الأم: / الاهتمام.

الإخوة: قلقون على صحته خاصة أخته.

الزوج (ة): /

ما هو إحساسكم ما أثناء اكتشاف المرض؟ الحزن والغضب.

هل الأسرة كانت مستعدة لتقبل المرض؟ لا.

هل تعرفون أسرة لديها نفس المرض؟ لا.

هل أدخل إلى المستشفى؟ نعم.

طبيعة المستشفى: مستشفى الأمراض العقلية بوهران.

مدة بقائه في المستشفى: أكثر من خمس سنوات.

كم من مرة؟ مرتين

ما هي مختلف الأدوية المقدمة داخل المستشفى؟

Risperdal 04mg 01-le midi

Transcan 100mg 01 le matin, 01 le soir

مواعيد الزيارة:

كل شهر ×

كل يوم

كل شهرين.

كل 15 يوم

لماذا؟ لبعده المسافة.

ماذا تجلبون معكم؟ أدوية

ملابس.

غيرها ×

مواد غذائية

ما هو احساسكم قبل الزيارة؟ بالقلق.

ما هو احساسكم أثناء الزيارة؟ الحزن والقلق.

ما هو احساسكم بعد الزيارة؟ البكاء على أخي والحالة التي يعيشها.

هل بقيت إلى جانب المريض أثناء وجوده في المستشفى؟ لا

ما هي المدة؟ /

كيف يكون شعورك عند الاهتمام بالمريض؟ بالراحة النفسية.

كمكان يدوم الفحص الطبي لا أعرف؟

كم من مرة في اليوم؟ لا أعرف.

هل مختلف الأدوية الموصوفة من طرف موجودة في:

الصيدلية.

المستشفى ×

عندما لا تجدون الأدوية ماذا؟ تفعلون المستشفى هي التي تحضر الدواء.

من هو الشخص المسؤول عن مواعيد الدواء؟

الطبيب.

المريض ×

الأسرة

هل تتحدث مع المريض؟ في بعض الأحيان نتحدث معه.

ما هي مختلف المواضيع التي تتحدثون عنها؟

غيرها ×

السياسة

الصحة

الدين

العمل

بماذا تحسون أثناء حديثكم مع المريض؟ بالحزن.

هل حديث المريض (الحالة) صعب الفهم؟ لا

ما هي مختلف التوجيهات والنصائح المقدمة للمريض؟

- نحن هنا من أجل مساعدتك ×
- ليس لنا الوقت لمساعدتك.
- نفعل كل شيء من أجلك.
- تستطيع أن تثق بنا ×.
- يجب أن تضع ثقتك في الطبيب والدواء ×.

هل تتحدثون مع الطبيب؟ في بعض الأحيان.

ما هي مختلف النصائح والتوجيهات التي يقدمها الطبيب كل مرة؟ التأكيد على تناول الحالة الدواء في حالة وجوده في المنزل.

ث- الحياة اليومية للأسرة أثناء تواجد المريض داخل المستشفى:

القلق يكون: حاد عادي ×

هل تواجد المريض داخل المستشفى حل مناسب للأسرة؟ نعم.

لماذا؟ لأن في البيت يقوم بالمشاكل ولا يتناول الدواء.

كيف يكون رضا أفراد الأسرة عند تواجد المريض داخل المستشفى؟ الإحساس بالإرتياح.

هل تحبون أن يبقى معكم المريض؟

- نريده أن يبقى معنا لكنه عدواني.
- يحتاج إلى العلاج ×.
- لا نستطيع أن نفعل له أي شيء.

ج- الحياة اليومية للأسرة أثناء تواجد المريض في المنزل:

القلق يكون: حاد عادي ×

الرعاية الصحية داخل البيت:	تقليدية	أدوية ×
الغذاء الذي تقدمونه للحالة:	عادي ×	خاص.
أخذ الأكل:	لوحده ×	بمساعدة أحد.
نظافة الجسد:	يقوم بتنظيف جسمه لوحده.	
إرتداء الملابس:	يرتدي ملابسه لوحده.	
فعلكم ردت اتجاه نوبات المرض؟	الخوف والهروب منه.	
ماذا تفعلون لتهدئته إعطائه الدواء. ؟		
حالة النوم:		
مع من ينام:	لوحده	مع أحد ×.
هل ينهض على أحلام مزعجة؟	نعم	لا ×
الاتصال مع أفراد الأسرة:	سهل	صعب ×
هل الاتصال مع المريض؟	سهل	صعب ×

4) تحليل استمارة جمع المعلومات:

من خلال المعطيات التي تحصلنا عليها وذلك عن طريق استخدام استمارة جمع المعلومات سوف نستخلص بعض المعلومات الخاصة بالجانب العلائقي بين المريض وأسرته ونوعية التكفل به بين الأسرة والمستشفى.

1-4 الجانب العلائقي للحالة مع الأسرة:

من خلال المقابلات التي أجريت مع أخت الحالة أن الحالة تربطها علاقات عادية بين أفراد الأسرة ولكن بعد المرض أصبح يشك بزوجته ويخاف من أشخاص لا وجود لهم.

2-4 طبيعة التكفل بالمريض:

يقتصر التكفل بالحالة داخل الأسرة في حالة زيادته تكفلا طبييا وهذا بالحرص على أخذ الدواء في أوقاته، كما تجدد أن الأسرة تلعب دورا إيجابيا في عملية التكفل من خلال الاهتمام به وتقديم له الدعم النفسي خاصة بعد انفصاله عن زوجته وابنته.

تقييم عام للحالة:

ف. الحاج من مواليد 23 ماي 1955 بمعسكر، طويل القامة، نحيف الجسم، شعره أبيض وعينه خضروتان، ذو بشرة سمراء غير مهتم بهندامه، سريع في الكلام، خفيف في الحركة، كما أنه عندما يكمل حديثه يرى في الأرض، يحتل الحاج المرتبة الثالثة من عائلته تتكون من الوالدين، و 4 ذكور و 6 إناث، يعاني الحاج من مرض البراتويا من نوع جنون الاضطهاد والغطمة. ولقد كان سبب الإصابة بالمرض هو انفصاله عن زوجته وابنته وسفرهما إلى الخارج حيث كان يشك بها ويجس بأنه ناجح في كل المجالات خاصة مجال الكيمياء كما يحسب نفسه أنه هو من يبادل الغرب الثقافة وينتابه الخوف من أشخاص لا وجود لهم، أما بالنسبة لعلاقته مع أسرته فهي علاقة جيدة خاصة مع الأم حيث عندما مرض أخذته عند الطبيب فنصحها بأخذه إلى طبيب نفسي فوجهها إلى إدخاله إلى مستشفى الأمراض العقلية بواهران. فمن خلال المقابلات التي أجريناها مع أخت الحالة واستخدام استمارة جمع المعلومات يتبين الدور الإيجابي الذي تقوم به الأسرة اتجاه الحال.

الحالة الثانية:

المعلومات الأولية للحالة:

الاسم واللقب: ب. محمد.

السن: 27 سنة.

الجنس: ذكر.

الحالة الاجتماعية: أعزب.

نوع المرض: الفصام.

إجراء المقابلة: أجريت مع أم الحالة.

1) المقابلات ونتائجها: أجريت جميعها بمستشفى الأمراض العقلية (وهران).

(2) إستمارة جمع المعلومات:

أ. معلومات عن الحالة:

اللقب والإسم: ب. محمد.

السن: 27 سنة.

الجنس: ذكر.

مكان الإقامة: عين تيموشنت.

المستوى التعليمي: السادسة ابتدائي.

السكن: مدينة قرية ×.

طبيعة البيت: شقة فيلا غيره ×.

الحالة المدنية: أعزب.

عدد الأطفال: /

جنس الأطفال: /

ذكور / إناث /

الأب على قيد الحياة: نعم الأم على قيد الحياة: نعم.

عدد الإخوة: 04.

الرتبة: الثانية.

المهنة: لا يعمل.

مهنة الزوج (ة): /

مستوى الاقتصادي: متوسط.

حالة الولادة: طبيعية.

ب. معلومات عن أسرة الحالة:

مهنة الأب: شرطي.

مهنة الأم: مأكثة بالبيت.

المستوى الاقتصادي: متوسط.

صحة الأم: تعاني من ضغط الدم.

صحة الأب: يعاني من ارتفاع ضغط الدم.

العلاقة بين الوالدين: جيدة.

العلاقة العاطفية للزوجين: /

الاتصال بين أفراد الأسرة: جيد.

معاملة الأسرة للمريض قبل المرض: عادي.

معاملة الأسرة للمريض بعد المرض: معاملة جيدة خاصة من طرف الأم.

ت. الأسئلة الموجهة للمحيط الأسري:

؟ من هو الشخص المريض الأب الجد الإبن ×

الأم الجدة البنت.

طبيعة المرض: جسمي نفسي

عقلي × وراثي.

ماذا تناول الحالة؟

كحول مخدرات غيره ×.

أول الإضطرابات عن الحالة: عندما تعرض الحالة للضرب من طرف الأب بدأ في الصراخ وكان يقول أن هناك من يمسكه من رجليه.

منذ متى؟ منذ ثلاث سنوات.

الفحوصات الأولية كانت عند:

طبيب عام
طبيب نفسي.
معالج تقليدي ×
غيره.

أول مرة: عند بداية الإضطرابات أخذته الأسرة عند الراقي.

ثاني مرة: عند طبيب عام الذي وجههم لأخذه عند طبيب نفسي.

مرات عدة: الطبيب النفسي

ما هو التشخيص الذي قدمتموه لهذه الإضطرابات؟ مس من الجن.

ما هي الأعراض التي جعلتكم تقدمون هذا التشخيص؟ تقلصات على مستوى عضلات الجسم.

تشخيص الطبيب: الفصام.

تشخيص المعالج التقليدي: مس من الجن.

استجابات أفراد الأسرة:

- الأب: قلق.

- الأم: لم تتقبل المرض.

- الإخوة: الخوف على حالته.

- الزوج (ة): /

- الأولاد: /

ما هو شعوركم أثناء اكتشاف المرض؟ الحزن والقلق.

هل الأسرة كانت مستعدة لتقبل المرض؟ لا

هل كنتم تعرفون أسرة لديها نفس المرض؟ نعم.

كيف كانت نظرتكم اتجاه ذلك؟ الشفقة.

هل أدخل إلى المستشفى؟

نعم × لا .

طبيعة المستشفى: مستشفى الأمراض العقلية.

مدة بقاءه في المستشفى: غير دائمة.

كم من مرة: /

ماهي العلاجات المقدمة داخل المستشفى؟

Risperdal 4mg-1, le matin. 1-le soir

Tegretol 200mg ½ le matin-1/2 le soir

مواعيد الزيارة:

كل يوم كل أسبوع.

كل 15 يوم كل شهر. ×

لماذا؟ لبعد المسافة وقلة المواصلات.

تحضرون معكم:

أدوية ملابس ×.

مواد غذائية غيرها.

بماذا تحسون قبل الزيارة؟ بالقلق.

بماذا تحسون أثناء الزيارة؟ بالحزن على حالته وكذلك من رؤية جميع المرضى.

بماذا تحسون بعد الزيارة؟ الكاء.

هل بقيت إلى جانب المريض أثناء تواجده في المستشفى؟ لا.

ما هي المدة؟ /

هل كنت لوحده؟ /

عند التعب من كان يناوبك؟ /

ما شعورك عند الاهتمام بالمريض؟ الإحساس براحة البال.

كم كان يدوم الفحص الطبي؟ حوالي عشرون دقيقة.

كم من مرة في اليوم؟ /

هل الأدوية الموصوفة موجودة في:

المستشفى × صيدلي.

عندما لا تجدون الأدوية ماذا تفعلون؟

هل تبحثون عنها؟ نعم.

من المسؤول على أوقات الدواء:

الأسرة × الممرض × الطبيب.

هل تتحدث مع المريض:

نعم × لا.

المواضيع التي تعالجها خاصة بـ:

- العمل ×

- الدراسة.

- السياسة.

- الدين.

- الصحة ×

- غيرها.

الأحاسيس ترافق حديثكم:

الحزن ×

الغضب

الفرح

هل حديث الحالة صعب الفهم؟ نعم.

ما هي النصائح التي يقدمها أفراد الأسرة للمريض:

- نفع كل شيء من أجلك ×

- تستطيع أن تثق بنا.

- نحن هنا من أجل مساعدتك ×

- يجب أن تضع ثقتك في الطبيب والدواء ×

- ليس لدينا الوقت لمساعدتك.

هل تتحدثون مع الطبيب؟ نعم في بعض الأحيان.

ماهي النصائح التي يقدمها الطبيب كل مرة؟ الحرص على تناول الدواء في المواعيد.

ث. الحياة اليومية للأسرة أثناء تواجد المريض داخل المستشفى:

القلق يكون:

عادي.

حاد ×

المريض داخل المستشفى حل مناسب للأسرة؟ هل تواجد نعم

لماذا؟ في المستشفى يتناول الدواء أما في المنزل فيرفض تناوله.

ما مدى رضا أفراد الأسرة عند تواجد المريض داخل المستشفى؟ الإحساس بالإرتياح.

تفضلون أن يبقى معكم المريض لكن:

- نريده أن يبقى معنا لكنه عدواني.

- يحتاج إلى العلاج ×.

- لا نستطيع أن نفعل له أي شيء.

ج. الحياة اليومية للأسرة أثناء تواجد المريض في المنزل:

القلق يكون:

عادي. × حاد ×

الرعاية الصحية داخل البيت:

أدوية × تقليدية ×

الغذاء الذي تقدمونه للحالة:

خاص. × عادي ×

أخذ الأكل:

بمساعدة أحد ×. × لوحده

نظافة الجسد:

بمساعدة أحد × لوحده

ارتداء الملابس:

بمساعدة أحد × لوحده

ردت فعلكم اتجاه نوبات المرض؟ الخوف.

ماذا تفعلون لتهدئته؟ إعطائه الأدوية وتهدئته.

حالة النوم:

هل ينام:

مع أحد × لوحده

الاتصال مع أفراد الأسرة: أثناء تناول الدواء يكون هادئ أما عند الامتناع عن تناوله فيصبح عدواني ولا

يتكلم مع أحد.

هل تجد الاتصال مع المريض:

سهل × صعب ×

3) تحليل استمارة جمع المعلومات:

من خلال المعلومات التي تحصلنا عليه باستخدام استمارة جمع المعلومات سوف نحاول استنتاج بعض المعلومات الخاصة بالجانب العلائقي بين المريض وأسرته ونوعية التكفل بالمريض بين الأسرة والمستشفى.

4-1 الجانب العلائقي للحالة مع الأسرة:

من خلال المعلومات والمقابلات التي أجريت مع الأم تبين أن الحالة كانت تربطها علاقات عادية بين أفراد الأسرة وبعد المرض أصبح شديد العداء كما تغيرت علاقته مع أسرته فأصبح شديد الإنفعال وفي بعض الأحيان يعزل في بيته ولا يريد التكلم مع أحد، كما أن علاقته بوالدته تغيرت.

4-2 طبيعة التكفل بالمريض بين المستشفى والأسرة:

من خلال المعلومات المتحصل عليها تبين أن للأسرة علاقة بظهور الاضطرابات وتطوره وهذا راجع للتصور الخاطئ للأعراض المرضية التي تمثلت في الإنطواء والتحدث لوحده مع وجود تقلصات في الجسم، كما كانت تتتاب الحالة بعض النوبات الإنفعالية كالصراخ والتحدث بصوت مرتفع وهذا ما جعل اعتقاد أفراد الأسرة أن الحالة لديها أعراض إصابة بمس من الجن وهذا ما جعلها تأخذه عند المعالج التقليدي (الراقي) الذي أثبت ذلك، وبالرغم من دخوله إلى المستشفى وإثبات التشخيص الطبي للحالة المرضية إلا أن فكرة الإصابة بمس لم تتغير وهذا ما جعل التكفل يكون ثنائياً يبين العلاج الطبي داخل المستشفى والعلاج التقليدي المتمثل في زيارته إلى المعالج التقليدي.

تقييم الحالة:

ب. محمد يبلغ من العمر 27 سنة قصير القامة ذا بشرة سمراء، يوجد على وجهه علامة ضرب، عيناه بنيتان غير متزوج، مستواه الدراسي السنة السادسة ابتدائي، يعيش محمد مع الأم، الأب والإخوة، مستواهم المعيشي متوسط، قدم عدة طلبات للحصول على عمل إلا أنه لم يوفق في ذلك وهذا ما جعل الحالة تعيش حالة من الإنفعال والإحباط واضطراب في حالته النفسية وجعلها أكثر انفعالا كان يصرخ بوجه كل من يكلمه ويكسر الأشياء الموجودة في المنزل، وعند سماع الأب ما حدث قام بضربه وهذا ما جعل الحالة تبخل غرفتها وتعلق الباب ولم يريد التحدث مع أحد وبدأ في الصراخ والبكاء، وبعد مدة لم يستطع تحريك رجله حيث كان يقول "أن حاجة راهي حاكمتلي رجلي ومانيش قادر نتمش"، فمن خلال ما جاءت به الأم وارتكاز على معتقدات سائدة في مجتمعنا

الحالي أن هناك أرواح شريرة تسكن الجسد وتحدث له تغيرات على المستوى الإنفعالي وخاصة السلوكي، مما اضطرت أمه إلى أخذه عند الراقي حيث قال بأنه مصاب بمس كما أعطاهم بعض الوصفات التقليدية ورغم اتباع العلاج التقليدي إلا أن حالته لم تتحسن فأخذه عند طبيب عام والذي وجههم إلى أخذه عند طبيب نفسي، وبعدها أدخل إلى جناح (35) الخاص بالاضطرابات النفسية والعقلية المتواجد بمستشفى الجامعي بوهران بقي به مدة أربعة أيام، ومن ثم أدخل إلى المستشفى الأمراض العقلية (سيدي الشحمي) أين تلقى العلاج وتحسنت حالته نوعاً ما، ورغم هذا ومن خلال المقابلات التي أجريت مع الأم أن ابنتها لا يعاني من مرض وإنما أصابه جن وتبين هذا من خلال قولها "ولدي مراهش مريض، ولدي نضرب"، كما تبين من خلال استمارة جمع المعلومات عند إخراج المريض للمنزل في فترة عطلة نأخذه إلى المعالج التقليدي وتبين لنا الأم لديها أمل بشفاء ابنها وأرجعت أسباب المرض إلى عوامل غيبية ومن هنا يتضح الدور السليبي الذي تلعبه الأسرة فبدل مساعدته على الشفاء وتحسين حالته الصحية وقد تكون هي المسؤولة عن تدهور حالته.

الحالة الثالثة:

1) المعلومات الأولية عن الحالة:

الاسم واللقب: س. أمين.

السن: 28 سنة.

الجنس: ذكر.

الحالة الاجتماعية: أعزب.

نوع المرض: الفصام.

إجراء المقابلات: أجريت مع الأم.

2) المقابلات ونتائجها: أجريت جميعها في مستشفى الأمراض العقلية بوهران.

3) استمارة جمع المعلومات:

أ- معلومات عن الحالة:

اللقب والاسم: س. أمين.

السن: 28 سنة.

الجنس: ذكر.

تاريخ ومكان الإزدياد: 1986/07/12 بسيدي بلعباس.

المستوى التعليمي: التاسعة متوسط.

مكان الإقامة: سيدي بلعباس.

السكن:

قرية

مدينة

ة × طبيعة البيت:

غيره ×

فيلا

شقة

الحالة المدنية: أعزب.

عدد الأطفال: /

جنس الأطفال: /

إناث /

ذكور /

الأم على قيد الحياة: نعم.

الأب على قيد الحياة: نعم

عدد الإخوة: 06.

الرتبة: الرابعة.

المهنة: ميكانيكي.

مهنة الزوج (ة): /

مستوى الاقتصادي: متوسط.

حالة الولادة: طبيعية

ب- معلومات عن أسرة الحالة:

مهنة الأب: متقاعد.

مهنة الأم: مأكثة في البيت.

المستوى الاقتصادي للأسرة: متوسط.

صحة الأم: جيدة.

صحة الأب: جيدة.

العلاقة بين الوالدين: جيدة.

العلاقة العاطفية للزوجين: /

الحياة العلائقية للزوجين مع الأولاد: /

الحياة العاطفية للزوجين مع الأولاد: /

الاتصال بين أفراد الأسرة: متوسط. معاملة الأسرة للمريض بعد المرض:

معاملة الأسرة للمريض قبل المرض: الإهمال.

عادية.

ت- الأسئلة الموجهة للمحيط الأسري:

من هو الشخص المريض؟

الأب	الأم	الجد
الجدة	الإبن ×	البنات
		غيره.

طبيعة المرض:

جسمي	نفسي
عقلي ×	وراثي

هل الحالة تناول:

كحول مخدرات × غيره.

أول الاضطرابات عن الحالة: الإنعزال والتكلم لوحده.

منذ متى؟

الفحوصات الأولية كانت عند:

طبيب عام طبيب نفسي.

معالج تقليدي × غيره.

أول مرة: عند المعالج التقليدي.

ثاني مرة: عند الطبيب النفسي وهذا بعد مدة علاج تقليدي دامت أربع سنوات.

مرات عدة: الطبيب النفسي والمعالج التقليدي.

ما هو التشخيص الذي قدمتموه لهذه الاضطرابات: على أن الحالة مسحورة.

ما الأعراض التي جعلتكم تقدمون هذا التشخيص هي؟ عد الاهتمام بمظهره وكره أفراد الأسرة.

تشخيص المعالج التقليدي: سحر مأكول من طرف امرأة كانت حاقدة عليه.

استجابات أفراد الأسرة للمرض:

- الأب: الإهمال.

- الأم: قلق على الإبن.

- الإخوة: الخوف.

- الزوج (ة): /

- الأولاد: /

ما هو شعوركم أثناء اكتشاف المرض؟ لم نتقبل المرض في البداية.

هل الأسرة كانت مستعدة لتقبل المرض؟ لا.

هل كنتم تعرفون أسر لديها نفس المرض؟ لا.

كيف كانت نظرتكم اتجاه ذلك؟ /

هل أدخل إلى المستشفى:

لا

نعم ×

طبيعة المستشفى: أدخل أولاً إلى الجناح (35) ثم نقل إلى مستشفى الأمراض العقلية.

مدة بقاءه في المستشفى: في الجناح (35) ثلاثة أيام أما المستشفى متواجد فيه منذ حوالي خمسة أشهر.

كم من مرة: /

ما هي العلاجات المقدمة داخل المستشفى:

Risperdal 4mg, 1- le matin-1, le soir.

Nozinan 100mg, 1- le matin, 1 le midi.

مواعيد الزيارة:

كل أسبوع

كل يوم

كل شهر.

كل 15 ×

لماذا؟ لبعد المسافة.

تحضرون معكم:

ملابس

أدوية

غيرها × (سجائر).

مواد غذائية

بماذا تحسون قبل الزيارة؟ أحس بأنني ذاهبة إلى السجن.

بماذا تحسون أثناء الزيارة؟ الشفقة على الإبن.

بماذا تحسون بعد الزيارة؟ بالإطمئنان عليه لأنه في أيادي أمينة.

هل بقيت إلى جانب المريض أثناء تواجده في المستشفى؟ لا.

ماهي المدة؟ /

هل كنت لوحذك؟ /

عند التعب من كان يناوبك؟ /

ما شعورك عند الاهتمام بالمريض؟ عادي.

كم كان يدوم الفحص الطبي؟ /

كم من مرة في اليوم؟ /

هل الأدوية الموصوفة موجودة في:

المستشفى × صيدلي.

عندما لا تجدون الأدوية ماذا تفعلون؟

هل تبحثون عنها: نعم عند الصيدلية.

من المسؤول على أوقات الدواء:

الأسرة × الممرض × الطبيب.

هل تتحدث مع المريض:

نعم × لا.

المواضيع التي تعالجها خاصة بـ:

- العمل ×

- الدراسة.

- السياسة.

- الدين.

- الصحة ×

- غيرها.

الأحاسيس ترافق حديثكم:

الفرح الغضب × الحزن

هل حديث الحالة صعب الفهم؟ نعم.

ما هي النصائح التي يقدمها أفراد الأسرة للمريض:

- نفع كل شيء من أجلك ×
- تستطيع أن تثق بنا.
- من أجل مساعدتك نحن هنا ×
- يجب أن تضع ثقتك في الطبيب والدواء ×
- ليس لدينا الوقت لمساعدتك.

هل تتحدثون مع الطبيب؟ في بعض الأحيان.

ماهي النصائح التي يقدمها الطبيب كل مرة؟ لا شيء.

ح. الحياة اليومية للأسرة أثناء تواجد المريض داخل المستشفى:

القلق يكون:

حاد عادي ×.

هل تواجد المريض داخل المستشفى حل مناسب للأسرة؟ نعم

لماذا؟ لأن تواجده داخل البيت يشكل خطرا.

ما مدى رضا أفراد الأسرة عند تواجد المريض داخل المستشفى؟ يكون الإطمئنان عليه.

تفضلون أن يبقى معكم المريض لكن:

- نريده أن يبقى معنا لكنه عدواني ×.
- يحتاج إلى العلاج ×.
- لا نستطيع أن نفعل له أي شيء.

خ. الحياة اليومية للأسرة أثناء تواجد المريض في المنزل:

القلق يكون:

عادي. × حاد

الرعاية الصحية داخل البيت:

أدوية × تقليدية

الغذاء الذي تقدمونه للحالة:

خاص. × عادي

أخذ الأكل:

بمساعدة أحد. × لوحده

نظافة الجسد:

بمساعدة أحد × لوحده

ارتداء الملابس:

بمساعدة أحد × لوحده

ردت فعلكم اتجاه نوبات المرض؟ القلق الخوف.

ماذا تفعلون لتهدئته؟ أحيانا نغلق عليه الباب.

حالة النوم:

هل ينام:

مع أحد × لوحده

الاتصال مع أفراد الأسرة: صعب.

هل تجد الاتصال مع المريض:

صعب × سهل

4) تحليل استمارة جمع المعلومات:

من خلال ملاءمة استمارة جمع المعلومات استخلصنا عدة معلومات خاصة بالجانب العلائقي للأسرة مع الحالة وطبيعة التكفل بالمريض داخل الأسرة وكيف أثر هذا على تدهور حالته.

1-4 الجانب العلائقي للحالة مع الأسرة:

من خلال المقابلات وطرح الأسئلة الموجودة في استمارة جمع المعلومات تبين أن هناك علاقة سيئة تربط الحالة بأفراد أسرته وهذا بسبب إهماله والتخلي عنه في السن الثالثة من عمره وحرمانه من حنان الأم والأب كل هذا ولد لديه مشاعر الحقد اتجاه أفراد الأسرة.

2-4 طبيعة التكفل بالحالة بين الأسرة والمستشفى:

عندما ظهرت الأعراض الأولية للمرض والمتمثلة في الإنعزال وقلة الكلام وبعض الإنفعالات، قامت الأم بأخذه عند معالج تقليدي اعتقاداً منها أن هذه الإضطرابات تدل على أعراض عمل سحري وهذا ما أكده المعالج التقليدي ورغم تطور أعراض وشدة خطورتها إلا أن العلاج التقليدي بقي مستمر ودام حوالي أربع سنوات، وزادت حدة المرض ثم أدخل إلى المستشفى حيث تحسنت حالته مقارنة بما كان عليه في بداية الأمر لما تقدمه المستشفى من خدمات علاجية متنوعة والهدف واحد هو توفير الراحة النفسية للمريض إلا أن هذا غير كاف فالأسرة تبقى هي الوحيدة والمسؤولة التي بإمكانها مساعدة المريض على الشفاء والتخفيف من معاناته بتوفير له الإطمئنان والراحة ولا يكون هذا إلا بالتفسير الصحيح للمرض، وهذا ما إلتمسناه عند أسرة الحالة فبدل إرجاع المرض لأسبابه الحقيقية وتخفيف من معاناة المريض بواسطة العلاج الطبي والنفسي ساعدت الأسرة على تطور سيرورة المرض نحو الشفاء.

تقييم عام للحالة:

س. أمين يبلغ من العمر 28 سنة طويل القامة، ذو بشرة سمراء، وعيناه بنيتان، غير متزوج، مستواه الدراسي السنة التاسعة أساسي، توقف عن دراسته بعدها دخل لمركز التكوين المهني وتحصل على شهادته.

كان سلوك الحالة يتميز بالإنطواء والإنعزال وقلة الكلام وكثرة النوم إلا أن الأسرة لم تكن تبالي بهذه الأعراض واعتبروها حالة عابرة، وبعد مرور أكثر من ثلاثة أشهر على هذه الحالة أصبح سلوكه يتميز بالعدوانية اتجاه أخوته كان يصل إلى الضرب والهروب من المنزل وزادت شدة الأعراض حيث كان لا يهتم بشكله ونظافة جسمه،

وأحيانا يتحدث لوحده، وهذا ما جعل الأسرة أخذه عند المعالج التقليدي (الراقي) الذي قال بأنه مسحور ورغم هذا فأعراض لم تختفي بل زادت حدتها، فذهب عند إحدى خالاته فأخذته عند الراقي الذي أكد لها بأنه مسحور وجعل الحالة تستمر في أخذ العلاج التقليدي.

وبعد مدة أقنعت الأسرة وأخذته عند طبيب نفسي، والذي أكد لهم بإدخاله إلى الجناح 35 بقي فيه لمدة ثلاثة أيام ثم نقل إلى مستشفى الأمراض العقلية.

وهنا يبرز التصور السلبي للإضطرابات النفسية وكيف يساعد ذلك على تدهور حالة المريض وزيادة من شدة خطورتها.

ملخص البحث:

يتناول بحثنا "تصور الأسرة الجزائرية للمرض العقلي وتأثيره على التكفل النفسي" حيث قمنا بدراسة ميدانية لثلاث حالات بستشفى سيدي شحمي بوهران، ويعتبر موضوع تصور المرض من المواضيع التي اهتمت بها تخصصات مختلفة من بينهما علم النفس العيادي وعلم الاجتماع، لذا فالمرض العقلي يعد من الأمراض التي تشكل خطورة على الأشخاص، ولبغية التعرف على تصور الأسرة للمرض قمنا بطرح الإشكالية التالية: ما مدى تصور الأسرة الجزائرية للمرض العقلي وتأثيره على التكفل النفسي؟ وهذا مادفعنا إلى وضع إجابة مؤقتة تمثلت في الفرضية التالية: التكفل بالأشخاص المصابين بالأمراض العقلية يختلف وفقا لتصور الأسرة الجزائرية، ومن خلال هذا كانت خطة بحثنا مقسمة إلى جانبين: جانب نظري وجانب تطبيقي:

فالجانب النظري قسمناه إلى أربع فصول:

الفصل الأول قسمناه إلى مبحثين المبحث الأول تطرقنا فيه إلى سيكولوجية الأسرة فتناولنا تعريف الأسرة لغة واصطلاحا وعند بعض العلماء مع ذكر أهم أنواعها وخصائصها ووظائفها اتجاه أفرادها ومن بين هذه الوظائف: الوظيفة النفسية، الوظيفة الجنسية، التربوية، الاجتماعية والوظيفة الاقتصادية ثم تطرقنا للأسرة والمرضى المزمين فتحدثنا عن أكثر الاستجابات انتشارا عند إصابة أحد أفرادها بمرض مزمن، أما المبحث الثاني فتناولنا فيه تصور المرض حيث بدأنا أولا بلمحة تاريخية حول مفهوم التصورات وبعدها بعض المفاهيم القريبة من مفهوم التصور مروراً بأبعاد التصور وانتقلنا إلى النظريات التي فسرت التصور وتطرقنا كذلك إلى تصنيف تصورات المرضى وفي الأخير نحدثنا عن الأشكال والعوامل المؤثرة في التصورات الاجتماعية.

أما الفصل الثاني فخصصناه للمرض العقلي حيث تناولنا المرض العقلي عبر العصور ومن أهم هذه العصور العصر البدائي، العرب في الجاهلية، العصور اليونانية والرومانية والعصور الوسطى وصولاً إلى العالم الإسلامي والعربي ثم قمنا بتعريف المرض العقلي وبعض المفاهيم المتداخلة معه، وتناولنا كذلك أعراضه، خصائصه وفي الأخير أسبابه.

أما فيما يخص الفصل الثالث قمنا بتصنيف الأمراض العقلية وارتكازا على هذا التصنيف اخترنا نوعين من هذه الأمراض والتي تشكل خطورة وانتشارا ويتمثل هذان النوعان في الفصام والبرانويا حيث نظرنا إلى المفهوم، الأسباب، الأعراض والأنواع ووجهات نظر الباحثين والعلماء كل مرض على حدة.

أما الفصل الرابع فتطرقنا إلى مختلف طرق التكفل بالأمراض العقلية، فتناولنا أولاً العلاج النفسي وذلك بوضع أهدافه وأنواعه ثم تحدثنا عن العلاج الطبي ودور الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي كما بينا الدور الذي تمارسه في عملية التكفل النفسي.

أما الجانب التطبيقي للبحث الذي قسمناه إلى ثلاث مباحث، فالمبحث الأول تناولنا فيه منهجية البحث ومن أدوات البحث المقابلة، الملاحظة واستمارة جمع المعلومات التي طرحت أسئلتها على ثلاث حالات وأسرههم أما المبحث الثاني فقمنا بدراسة الحالات الثلاثة وكذلك وضع تقييم عام لكل حالة، أما المبحث الثالث فقد خصص لمناقشة فرضيات البحث بدءاً من الفرضية الرئيسية إلى الفرضيات الفرعية ثم صعوبات البحث التي وجهتنا باقتراح العلاج وفي الأخير الخاتمة.

ومن خلال مناقشة الفرضيات والنتائج المتحصل عليها ثبتت الفرضية الرئيسية والتي تمثلت في أن التكفل بالأشخاص المصابين بالأمراض العقلية يختلف وفقاً لتصور الأسرة الجزائرية، أما عن الفرضيات الجزئية قد تحققت الفرضية الأولى والتي مفادها أن كلما كان تصور الأسرة للمرض العقلي إيجابياً كان التكفل بالريض جيداً، أما عن الفرضية الجزئية الثانية تحققت والمتمثلة في أنه كلما كان تصور الأسرة للمرض العقلي سلبياً كان التكفل سلبياً، فالحالة الأولى رغم خطورة المرض إلا أن أفراد الأسرة يرجعون الإصابة إلى خلل بيولوجي وهذا ما جعل التكفل بالحالة تكفلاً طبياً أما الحالتين الثانية والثالثة ورغم الجهود التي تقدمها المستشفى من علاج طبي ونفسي إلا أن أفراد الأسرة يرجعون الاضطراب إلى أسباب غيبية فهذا التصور السلبي للمرض العقلي يصبح عائقاً أمام العلاج الطبي والنفسي.

مناقشة الفرضيات من خلال النتائج:

لكل بحث علمي فرضيات يبدأ العمل بها للتأكد من صحتها أو عدم صحتها، فلا بد من مناقشة الفرضيات التي وضعناها سابقا وهذا من خلال النتائج التي عليها من استمارة جمع المعلومات والمقابلات التي أجريت مع الحالات وعليه سنقوم بمحاولة مناقشة الفرضيات على الشكل التالي:

مناقشة الفرضية الرئيسية:

"التكفل بالأشخاص المصابين بالأمراض العقلية يختلف وفقا لتصور الأسرة الجزائرية".

لقد تحققت هذه الفرضية وثبت أن هناك اختلاف وفقا لتصور الأسرة الجزائرية للمرض العقلي، ولذا فإن اختيار العلاج المناسب وطرق التكفل تختلف حسب نوعية وحدة المرض، فرغم خطورة الأمراض العقلية إلا أننا نجد اختلاف في مفهومها، فرغم تطور الطب النفسي ووصوله إلى نتائج إيجابية في علاج الكثير من الإضطرابات النفسية والعقلية إلا أننا نجد الكثيرين لا يدركون حقيقة المرض العقلي ويقدمون تفسيرات خاطئة حول المرض إما بإرجاعه إلى سحر أو مس من الجن أو غيرها، فبدل من طلب المساعدة المزدوجة (الطبية والنفسية)، يتوجه العديد من الأشخاص إلى العلاج التقليدي الذي يزيد من شدة الأعراض وخطورتها.

مناقشة الفرضيات الجزئية:

لقد تحققت الفرضية الجزئية الأولى التي مفادها "كلما كان تصور الأسرة للمرض العقلي إيجابيا كلما كان التكفل بالمرضى جيد" فمن خلال النتائج المتحصل عليها والخاصة بالحالة الأولى تبين أن تكفل الأسرة بالأشخاص المصابين كان جيد فرغم القلق على الحالة إلا أن فكرة تقبل المرض كانت واضحة وهذا من خلال المقابلات واستمارة جمع المعلومات التي أجريت.

أما فيما يخص الفرضية الثانية فقد تحققت والتي مفادها "كلما كان تصور الأسرة للمرض العقلي سلبي كلما كان التكفل سلبي" فمن خلال النتائج المتحصل عليها والخاصة بالحالة الثانية والثالثة تبين أن تصور الأسرة للمرض العقلي له دور في عملية التكفل، فرغم بقاء الحالات المرضية في المستشفى للأمراض العقلية وتحسن حالتهم واختفاء معظم الأعراض التي كانت في بداية ظهور المرض إلا أن تصور الأسرة للمرض العقلي كان على أساس

غيبي فأم الحالة الثانية ترجع المرض إلى مس من الجن أما فيما يخص أم الحالة الثالثة ترجع المرض إلى سحر وهذا بناء على ما جاء من قبل المعالج التقليدي (الراقي)، فهذا التصور السلبي للمرض يعتبر حاجزا أما العلاج الطبي والنفسي فبدل الاعتماد على العلاج الطبي والنفسي والحرص على أخذ الأدوية للمريض في الوقت المحدد إلا أن هناك عائق وهو العلاج التقليدي والذي يصل إلى توقيف العلاج الطبي المتمثل في الأدوية خاصة في حالة خروج الحالة من المستشفى (Permission) مما يؤدي إلى ظهور اضطرابات إنفعالية.

فمن خلال مناقشة الفرضيات يمكن أن نقول أن طبيعة تصور الأسرة للمرض العقلي يلعب دورا مهما في تحديد طبيعة العلاج، فالتمسك بالخرافات لا يخفف من حدة الاضطرابات إنما يزيد من حدتها ولذا من واجب الأسرة أن تتقبل حقيقة المرض وعليها أن تتجاوب مع العلاج الطبي والنفسي للوصول إلى أفضل النتائج.

قائمة المطاوع والمراجع:

1. إبراهيم عبد الهادي محمد المليحي، "الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية"، المكتب الجامعي، الاسكندرية، د. ط، سنة 2002.
2. أحمد عكاشة، "الطب النفسي المعاصر"، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، دط، س.
3. أحمد غوت رابح، "أصول علم النفس"، دار الكتاب العربي للطباعة والنشر، ط7، 1968.
4. أحمد فايز النماس، "الخدمات الاجتماعية الطبية والتأهيل"، دار النهضة العربية، ط1، سنة 2000.
5. إسماعيل قيرة وآخرون، "التصورات الاجتماعية ومعاينة الفئات الدنيا"، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع، عين ميله، د.ط، س.
6. أشرف عبد الغني شريت، "الصحة النفسية" المكتب الجامعي الحديث، د.ط، سنة 2003.
7. أنتوني ستور، "فن العلاج النفسي"، تر: لطفي فطين، دار الطليعة للنشر والتوزيع، ط2، سنة 1992.
8. تيسير مفلح كوافحة، "علم النفس التربوي"، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن، ط1، سنة 2004.
9. جمعة سيد يوسف، "سيكولوجية اللغة والمرض العقلي" سلسلة الكتب الصادرة عن المجلس الثقافي للفنون والآداب، الكويت، عدد 145، سنة 1996.
10. حامد عبد السلام زهران، "علم النفس النمو"، عالم الكتب، القاهرة، د.ط، سنة 1990.
11. حسن أحمد رشوان، "دور المتغيرات الاجتماعية في الطب والأمراض"، المكتب الجامعي الحديث، مصر، د ط، سنة 1999.
12. حسن قميحة، "الطب النفسي"، دار التابعة للنشر والتوزيع، سوريا، دط، سنة 1990.
13. حسن مسي، "الصحة النفسية"، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، الأردن، دط، سنة 1989.
14. حسن مصطفى عبد المعطي، "علم النفس الإكلينيكي"، دار قباء للطباعة والنشر، د.ط، 1998.
15. حسين علي فايد، "الإضطرابات السلوكية"، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، د.ط، سنة 2003.
16. راضي، محمد، "إتجاهات الأبناء نحو أبنائهم المعوقية، دار الفكر، الأردن، ط1، سنة 2000.
17. ربيع عبد الرؤوف عامر، "رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة المعاقين"، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، الأردن، ط1، سنة 2006.

18. رشاد علي عبد العزيز موس، "أساسيات الصحة النفسية والعلاج النفسي"، مؤسسة المختار للنشر والتوزيع، القاهرة، ط1، سنة، 2001.
19. رمضان محمد القذافي، "علم النفس الفيزيولوجي"، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، د.ط، 1999.
20. سامي ملحم، "صعوبات التعلم"، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن، ط1، د.س.
21. سيليفانو أرتي، "الفصامي كيف نفهمه ونساعده"، تر: عاطف أحمد، سلسلة الكتب الثقافية الصادرة عن المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت، عدد 156، سنة، 1991.
22. شوقي جلال، "إفريقيا في عصر التحول الاجتماعي"، سلسلة الكتب الثقافية الصادرة عن المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت، عدد 28، سنة 1980.
23. شيلدون كاشدان، "علم النفس الشواذ"، تر: أحمد عبد العزيز سلامة، مكتبة أصول علم النفس الحديث، دار العلم، الكويت، د.ط، س.
24. عبد الباسط عبد المعطي، "إتجاهات نظرية في علم الاجتماع"، سلسلة الكتب الثقافية الصادرة عن المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت، عدد 44، سنة 1998.
25. عبد الحميد محمد الشادلي، "الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية"، المكتبة الجامعية، مصر ط2، سنة 2001.
26. عبد الرحمن العيسوي، "فن الإرشاد والعلاج النفسي"، دار الراتب الجامعية، ط1، سنة 1999.
27. عبد الرحمن الوافي، "الوحيز في الأمراض العقلية والنفسية"، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، سنة 1999.
28. عبد الله الجسماني، "الأمراض النفسية"، الدار العربية للعلوم، لبنان، ط1، سنة 1998.
29. عبد الله محمد عبد الرحمن، "مدخل علم الاجتماع"، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، ط1، سنة 2000.
30. عبد المجيد منصور، "الأسرة على مشارف القرن العشرين"، دار الفكر العربي، ط1، سنة 2000.
31. عطوف محمد ياسين، "علم النفس الإكلينيكي"، دار العلم للملايين، لبنان، دط، س.
32. علاء الدين كفاي، "الإرشاد والعلاج النفسي"، دار الفكر العربي، القاهرة، د.ط، سنة 1999.
33. فتيحة الدرادر، "الإدمان"، دار النشر، Psi/soluteh، الجزائر، دط، سنة 2001.
34. فحري الدباغ، "أصول الطب النفسي"، دار الطليعة للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، دط، سنة 1983.
35. فوزي محمد جبل، "الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية"، المكتبة الجامعية، القاهرة، د.ط، سنة 2000.
36. فوزية دياب، "القيم والعادات الاجتماعية"، دار النهضة العربية، دط، سنة 1980.
37. فيصل الزراد، "الأمراض العصائية والذهانية والغضطرابات السلوكية"، دار القلم، مصر، دط، سنة 1984.

38. فيوليت فؤاد إبراهيم، "التوافق الشخصي الإجتماعي"، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، د.ط، سنة 1986.
39. كامل محمد عويضة، "الحياة النفسية"، دار الكتب العلمية، بيروت، ط1، سنة 2006.
40. كمال الدسوقي، "الطب العقلي والنفسي"، دار النهضة العربية، لبنان، د.ط، س.
41. ماجدة بماء الدين، "الضغط ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية"، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، ط1، سنة 2008.
42. محمد السيد عبد الرحمن، "علم الأمراض النفسية والعقلية"، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، مصر، دط، سنة 2000.
43. محمد السيد فهمي، "علم النفس الصحة"، الدار الجامعية الجديدة، القاهرة، ط1، سنة 2009.
44. محمد جاسم العبيدي، "علم النفس الإكلينيكي"، مكتبة دار الثقافة، الأردن، ط1، 2009.
45. محمد جاسم محمد، "سيكولوجية الإدارة التعليمية والمدرسية"، دار الثقافة، عمان، ط1، سنة 2008.
46. محمد حسن غانم، "مقدمة لعلم النفس المرضي"، المكتبة المصرية للطباعة والنشر والتوزيع، د.ط، سنة، 2005.
47. محمد سلامة غباري، "أدوار الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي"، المكتب الجامعي الحديث، د.ط، سنة 2003.
48. محمد مياسا، "الصحة النفسية والأمراض العقلية"، دار الجليل، بيروت، ط1، سنة 1997.
49. محمد نصر الدين ياحي، "الضغط والقلق والحالات العصائية"، دار الهدى، الجزائر، دط، 2000.
50. معتز سيد عبد الله وآخرون، "دراسات عربية في علم النفس"، دار غريب، دط، سنة 2005.
51. موفق هاشم صقر الحلب، "الاضطرابات النفسية عند الأطفال والمراهقين"، مؤسسة الرسالة، لبنان، ط2، سنة 2000.
52. نعيم الرفاعي، "الصحة النفسية"، مطبعة طوبين، سورية، دط، سنة 1996.
53. هالة منصور، "محاضرات في علم الأنتروبولوجيا"، المكتبة الجامعية، الاسكندرية، ط1، 1998.
54. هالة منصور، "محاضرات في علم الأنتروبولوجيا"، المكتبة الجامعية، الاسكندرية، ط1، سنة 2008.
55. وجيه أسعد، "علم النفس وميادينه"، الدار المتحدة للطباعة والنشر، بيروت، ط1، سنة 1993.
56. لوحيشي أحمد بيرى، "الأسرة والزواج"، المكتب الجامعي الحديث، طرابلس، د.ط، سنة 1988.

القواميس والمراجع:

1. جان لابلانث، "معجم مصطلحات التحليل النفسي"، تر: مصطفى حجازي، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، ط1، 1997.
2. عبد المنعم الحفني، "موسوعة الطب النفسي"، مكتبة مدبولي، المجلد 2، ط2، سنة 1999.
3. عدنان أبو مصطوح، "معجم علم الاجتماع"، دار أسامة للنشر والتوزيع، ط1، سنة 2006.
4. فاخر عاقل، "معجم علم النفس"، دار العلم للملايين، بيروت، ط1، سنة 1985.
5. محمود مسعدي، "القاموس الجديد للطلاب"، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر، ط7، سنة 1991.
6. مصطفى غالب، "في سبيل الموسوعة النفسية"، دار مكتبة الهلال للطباعة والنشر، بيروت، ط1، سنة 1995.
7. موسوعة علم النفس والتربية، "الأمراض العقلية"، بيروت، الجزء الخامس.
8. Silamy Norbert, **Dictionnaire de psychologie, la rousse**, la présent édition, 1991.

المذكرات:

1. بحري هجيرة، بارودي، "نظرة العلاج العيادي إلى المراهق المعاق حركيا"، مذكرة لنيل شهادة ليسانس، في علم النفس العيادي، 2005.
2. مشري فريدة، "المسار المرضي للمصاب بمرض السرطان"، أطروحة ماجستير في علم الاجتماع الصحة، إشراف: بوزيدة عبد الرحمن، جامعة الجزائر، 2000.
3. ناصر عبد العزيز الصقهان، "تقييم فعالية العلاج العقلاني الإنفعالي في خفض درجة القلق والأفكار اللاعقلانية لدى مدمن المخدرات"، رسالة ماجستير في الصحة النفسية، السعودية، 2005.

1. Abric Gc, **copération compétition et représentations sociale**, France, 1988.
2. Durkheim, sociologie et philosophie, édition puf, France, 1967.
3. Ficher GN, **les concept fondamentaux de la psychologie sociale**,
4. Gacques lacan, **de la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité**, édition du seuil.
5. Herzalich C, **la représentations sociale**, paris, 1972.
6. Jodlet D, **les processurs de formation des représentations rendent compte de leur structuration**, France, 1995.
7. Jodlet D, **les représentations sociales**, 3ème édition presses universitaires de France, 1993.
8. Jossé met de lauve, **la représentations sociale le domaine de l'enfance**, 1993.
9. Mollo s, **représentations et image que se font des deux autre partenaires**, paris, 1974.
10. Moscovici s, **la psychanalyse son image et son public**, édition puf, paris, 1972.
11. Paris, 2005.
12. Piaget j, **la représentations du monde chez l'enfant**, paris, 1967.

كلمة شكر

إهداء

منهجية البحث

I.	ملخص البحث.....	ج
II.	الفهرس.....	هـ
III.	مقدمة عامة.....	14
IV.	دواعي اختيار الموضوع.....	15
V.	أهداف البحث.....	15
VI.	أهمية البحث.....	15
VII.	الإشكاليات.....	15
VIII.	الفرضيات.....	16
IX.	تحديد المفاهيم الإجرائية.....	16
X.	الدراسات السابقة حول الموضوع.....	18

الجانب النظري

الفصل الأول: تصور الأسرة للمرض.

تمهيد.....

المبحث الأول: سيكولوجية الاسرة.

1- مفهوم الأسرة.....

2- خصائص الأسرة.....

- 3- وظائف الأسرة.....
- 4- أنواع الأسرة.....
- 5- الأسرة والمرض المزمن.....
- 5-1 استجابات أفراد الأسرة للمرض المزمن.....
- 5-2 أثر المرض المزمن على الأسرة.....

المبحث الثاني: تصور المرض

- 1- لمحة تاريخية حول مفهوم التصورات.....29
- 2- بعض المفاهيم القريبة من مفهوم التصور.....32
- 3- أبعاد التصور.....33
- 4- نظريات تصور المرض.....34
- 4-1 النظرة الأنثروبولوجية الطبيب.....34
- 4-2 النظرة الاجتماعية.....35
- 4-3 النظرة النفسية.....36
- 5- تصنيف تصورات المرض.....36
- 6- أشكال التصورات.....37
- 7- العوامل المؤثرة في التصورات الاجتماعية.....37
- خلاصة الفصل.....39

الفصل الثاني: المرض العقلي.

- تمهيد.....42
- 1-1 المرض العقل عبر العصور.....

43.....	2-1 العصر البدائي.....
43.....	3-1 العرب في الجاهلية.....
43.....	4-1 قدماء المصريين.....
44.....	5-1 العصور اليونانية والرومانية.....
44.....	6-1 العصور الوسطى.....
45.....	7-1 عصر النهضة الأوروبية.....
45.....	8-1 في العالم العربي الإسلامي.....
46.....	1- تعريف المرض العقلي.....
47.....	2- بعض المفاهيم المتداخلة مع مفهوم المرض العقلي.....
50.....	3- أعراض المرض العقلي.....
51.....	4- خصائص المرض العقلي.....
51.....	5- أسباب المرض العقلي.....

الفصل الثالث: تصنيف الأمراض العقلية

57.....	تمهيد.....
58.....	1- نظرة تاريخية حول الفصام.....
63.....	2- مفهوم الفصام.....
63.....	1-2 أسباب الفصام.....
64.....	2-2 أعراض الفصام.....
64.....	2-3 أنواع الفصام.....
66.....	2-4 وجهات النظر في أسباب الفصام.....

3- البرانويا:

- 1- تاريخ تطور مرض البرانويا.....72
- 2- تعريف البرانويا.....73
- 2-1 حسب معجم لاروس.....73
- 2-2 حسب معجم نوربار سيلامي.....73
- 2-3 حسب معجم علم النفس.....73
- 2-4 حسب معجم DSM4.....74
- 3- بعض آراء الباحثين حول البرانويا.....74
- 4- أعراض البرانويا.....75
- 5- أنواع البرانويا.....75
- 6- أسباب البرانويا.....77
- 7- علاج البرانويا.....79
- 81.....خلاصة الفصل

الفصل الرابع: مختلف طرق التكفل بالأمراض العقلية.

- 84.....تمهيد
- 1- العلاج النفسي.....85
- 1-1 مفهومه.....85
- 2-1 أهدافه.....86
- 3-1 فريق العلاج النفسي.....87
- 4-1 طرق العلاج النفسي.....88

97.....	2- العلاج الطبي.....
97.....	3- الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي.....
98.....	4- دور الأسرة في عملية التكفل النفسي.....
99.....	خلاصة الفصل.....

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس

المبحث الأول: منهجية البحث

104.....	تمهيد.....
105.....	I- إشكالية البحث.....
105.....	II- فرضيات البحث.....
105.....	III- منهجية البحث.....
105.....	1- تصميم البحث.....
106.....	2- الحالات وكيفية اختبارها.....
106.....	3- مكان الدراسة.....
107.....	IV- أدوات البحث.....

المبحث الثاني: دراسة الحالات.

109.....	I- عرض المقابلات.....
109.....	II- دراسة الحالة الأولى.....
116.....	III- دراسة الحالة الثانية.....

125.....-IV دراسة الحالة الثالثة.....

المبحث الثالث: مناقشة الفرضيات وعرض النتائج

I - مناقشة الفرضيات:

135.....- مناقشة الفرضية الرئيسية.....

135.....- مناقشة الفرضيات الفرعية.....

137.....II - صعوبات البحث.....

139.....III - اقتراحات وتوصيات.....

139.....الخاتمة.....

قائمة المصادر والمراجع

الملاحق.

صعوبات البحث:

من خلال الدراسة التي قمنا بها واجهنا مجموعة من الصعوبات والتي نذكر منها ما يلي:

- صعوبة الحصول على المراجع والتي تكون في غالب الأوقات غير موجودة.
- قلة الحالات بالمستشفى وذلك نظرا لخروجهم وعدم مكوثهم بالمصح.
- صعوبة التواصل مع أسر المرضى بسبب قلة الزيارات.

توصيات واقتراحات:

من خلال دراستنا لهذا الموضوع ومن خلال المقابلات التي أجريت مع أسر المرضى استخلصنا مجموعة من التوصيات والتي تمثلت في:

- لا بد من علاج ثلاثي: طبي، نفسي وأسري اجتماعي.
- إقناع الأسرة وتوضيح الآثار السلبية الناجمة عن العلاج التقليدي.
- توعية الأسرة على كيفية التعامل مع هذه الحالات أثناء خروجها من المستشفى.
- إعطاء أهمية أكبر لمرضى الفصام والبرانويا.
- دمج في الحياة الاجتماعية وذلك من خلال إشغاله بأعمال يتعامل من خلالها مع المجتمع.
- لا يترك المريض دائما في المصح دائما بل من الأحسن إخراجه منه ولكن بتبعه خارجا.
- تغيير نظرة المجتمع حول المريض العقلي التي مفادها أنه مرض يستحيل شفاؤه.
- توجيه أفراد الأسرة بالأسلوب الصحيح للتكفل بالمريض.

المقدمة

عرض المقابلات:

المقابلة الأولى: 2014/03/19 دامت 40 دقيقة والهدف منها هو التعرف على الحالات قصد التقرب منهم والتعرف بوظيفة الأخصائي النفسي بهدف كسب ثقة المريض.

المقابلة الثانية: 2014/04/09 دامت 40 دقيقة تمت فيها التعرف على أم الحالة وشرح لها الهدف من هذه المقابلة وجمع المعلومات عن الحالة وأسرتها وبداية ظهور المرض.

المقابلة الثالثة: 2014/04/23 دامت 40 دقيقة خصصنا هذه المقابلة لملاأ استمارة جمع المعلومات، حيث كانت الأم تجيب عن بعض الأسئلة الموجهة إليها وأحيانا نتحدث عن أشياء غير مرتبطة بالأسئلة.

المقابلة الرابعة: 2014/04/30 دامت 35 دقيقة، فكان الهدف منها هو معرفة ما تعانيه الحالة خاصة تواجده في المستشفى وما تتمناه في المستقبل.

الحالة الأولى:

1) المعلومات الأولية للحالة:

اللقب والإسم: ف. الحاج.

السن: 58 سنة.

الجنس: ذكر.

الحالة الاجتماعية: جيدة.

نوع المرض: برانويا.

المقابلات: أجريت مع أخت الحالة.

2) المقابلات ونتائجها: أجريت في مستشفى الأمراض العقلية "وهران".

3) استمارة جمع المعلومات:

أ- معلومات عن الحالة:

اللقب والإسم: ف. الحاج.

السن: 58 سنة.

الجنس: ذكر.

تاريخ ومكان الإزدياد: 23 ماي 1955.

المستوى التعليمي: أتم دراسته في مادة الكيمياء.

السكن: مدينة × قرية.

نوع البيت: شقة : فيلا حوش ×

الحالة المدنية: متزوج.

عدد الأطفال: 01.

جنس: الأطفال

ذكور إناث ×

الأب على قيد الحياة: نعم.

الأم على قيد الحياة: لا.

عدد الإخوة: 09 ذكور: 03، إناث: 06.

الرتبة العائلية: الثالثة.

المهنة: لا شيء.

المستوى الإقتصادي: جيد.

حالة الولادة: طبيعية.

ب- معلومات عن أسرة المريض:

مهنة الأب: متقاعد.

مهنة الأم: /

المستوى الاقتصادي للأسرة: جيد.

صحة الأم: /

صحة الأب: الأب يعاني من مرض القلب وضغط الدم.

العلاقة بين الوالدين: /

الاتصال داخل الأسرة: متوسط.

كيفية التعامل مع المريض قبل المرض: عادي.

كيفية التعامل مع المريض بعد المرض: معاملة متوسطة.

ت - مجموعة من الأسئلة موجهة للمحيط الأسري:

من هو الشخص المريض: الأم الجدة البنت الأب الجد الإبن ×

نوع المرض: جسدي عقلي × نفسي وراثي.

أين كانت الفحوصات لأول مرة؟

× طبيب عام طبيب نفسي

معالج تقليدي (راقي).

أول مرة عند: طبيب عام.

ثاني مرة عند: طبيب نفسي.

مرات عدة: طبيب نفسي.

ما هو التشخيص الذي قدمتموه لهذه الأعراض؟ لم نقدم أي تشخيص.

ما هي مختلف الأعراض التي جعلتكم تقدمون هذا التشخيص؟ الخوف من الآخرين والشك.

تشخيص المعالج التقليدي (الراقي): /

تشخيص الطبيب العام: مرض عقلي.

1 استجابات أفراد الأسرة لهذه الإضطرابات:القلق

الأب: مهتم بإبنه.

الأم: / الاهتمام.

الإخوة: قلقون على صحته خاصة أخته.

الزوج (ة): /

ما هو إحساسكم ما أثناء اكتشاف المرض؟ الحزن والغضب.

هل الأسرة كانت مستعدة لتقبل المرض؟ لا.

هل تعرفون أسرة لديها نفس المرض؟ لا.

هل أدخل إلى المستشفى؟ نعم.

طبيعة المستشفى: مستشفى الأمراض العقلية بوهران.

مدة بقائه في المستشفى: أكثر من خمس سنوات.

كم من مرة؟ مرتين

ما هي مختلف الأدوية المقدمة داخل المستشفى؟

Risperdal 04mg 01-le midi

Transcan 100mg 01 le matin, 01 le soir

مواعيد الزيارة:

كل شهر ×

كل يوم

كل شهرين.

كل 15 يوم

لماذا؟ لبعده المسافة.

ماذا تجلبون معكم؟ أدوية

ملابس.

غيرها ×

مواد غذائية

ما هو احساسكم قبل الزيارة؟ بالقلق.

ما هو احساسكم أثناء الزيارة؟ الحزن والقلق.

ما هو احساسكم بعد الزيارة؟ البكاء على أخي والحالة التي يعيشها.

هل بقيت إلى جانب المريض أثناء وجوده في المستشفى؟ لا

ما هي المدة؟ /

كيف يكون شعورك عند الاهتمام بالمريض؟ بالراحة النفسية.

كمكان يدوم الفحص الطبي لا أعرف؟

كم من مرة في اليوم؟ لا أعرف.

هل مختلف الأدوية الموصوفة من طرف موجودة في:

الصيدلية.

المستشفى ×

عندما لا تجدون الأدوية ماذا؟ تفعلون المستشفى هي التي تحضر الدواء.

من هو الشخص المسؤول عن مواعيد الدواء؟

الطبيب.

المريض ×

الأسرة

هل تتحدث مع المريض؟ في بعض الأحيان نتحدث معه.

ما هي مختلف المواضيع التي تتحدثون عنها؟

غيرها ×

السياسة

الصحة

الدين

العمل

بماذا تحسون أثناء حديثكم مع المريض؟ بالحزن.

هل حديث المريض (الحالة) صعب الفهم؟ لا

ما هي مختلف التوجيهات والنصائح المقدمة للمريض؟

- نحن هنا من أجل مساعدتك ×
- ليس لنا الوقت لمساعدتك.
- نفعل كل شيء من أجلك.
- تستطيع أن تثق بنا ×.
- يجب أن تضع ثقتك في الطبيب والدواء ×.

هل تتحدثون مع الطبيب؟ في بعض الأحيان.

ما هي مختلف النصائح والتوجيهات التي يقدمها الطبيب كل مرة؟ التأكيد على تناول الحالة الدواء في حالة وجوده في المنزل.

ث- الحياة اليومية للأسرة أثناء تواجد المريض داخل المستشفى:

القلق يكون: حاد عادي ×

هل تواجد المريض داخل المستشفى حل مناسب للأسرة؟ نعم.

لماذا؟ لأن في البيت يقوم بالمشاكل ولا يتناول الدواء.

كيف يكون رضا أفراد الأسرة عند تواجد المريض داخل المستشفى؟ الإحساس بالإرتياح.

هل تحبون أن يبقى معكم المريض؟

- نريده أن يبقى معنا لكنه عدواني.
- يحتاج إلى العلاج ×.
- لا نستطيع أن نفعل له أي شيء.

ج- الحياة اليومية للأسرة أثناء تواجد المريض في المنزل:

القلق يكون: حاد عادي ×

أدوية ×	الرعاية الصحية داخل البيت: تقليدية
خاص.	الغذاء الذي تقدمونه للحالة: عادي ×
بمساعدة أحد.	أخذ الأكل: لوحده ×
	نظافة الجسد: يقوم بتنظيف جسمه لوحده.
	إرتداء الملابس: يرتدي ملابسه لوحده.
	فعلكم ردت اتجاه نوبات المرض؟ الخوف والهروب منه.
	ماذا تفعلون لتهدئته إعطائه الدواء. ؟
	حالة النوم:
	مع من ينام: لوحده مع أحد ×.
لا ×	هل ينهض على أحلام مزعجة؟ نعم
صعب ×	الاتصال مع أفراد الأسرة: سهل
صعب ×	هل الاتصال مع المريض؟ سهل

4) تحليل استمارة جمع المعلومات:

من خلال المعطيات التي تحصلنا عليها وذلك عن طريق استخدام استمارة جمع المعلومات سوف نستخلص بعض المعلومات الخاصة بالجانب العلائقي بين المريض وأسرته ونوعية التكفل به بين الأسرة والمستشفى.

1-4 الجانب العلائقي للحالة مع الأسرة:

من خلال المقابلات التي أجريت مع أخت الحالة أن الحالة تربطها علاقات عادية بين أفراد الأسرة ولكن بعد المرض أصبح يشك بزوجته ويخاف من أشخاص لا وجود لهم.

2-4 طبيعة التكفل بالمريض:

يقتصر التكفل بالحالة داخل الأسرة في حالة زيادته تكفلا طبييا وهذا بالحرص على أخذ الدواء في أوقاته، كما تجدد أن الأسرة تلعب دورا إيجابيا في عملية التكفل من خلال الاهتمام به وتقديم له الدعم النفسي خاصة بعد انفصاله عن زوجته وابنته.

تقييم عام للحالة:

ف. الحاج من مواليد 23 ماي 1955 بمعسكر، طويل القامة، نحيف الجسم، شعره أبيض وعينه خضروتان، ذو بشرة سمراء غير مهتم بهندامه، سريع في الكلام، خفيف في الحركة، كما أنه عندما يكمل حديثه يرى في الأرض، يحتل الحاج المرتبة الثالثة من عائلته تتكون من الوالدين، و 4 ذكور و 6 إناث، يعاني الحاج من مرض البراتويا من نوع جنون الاضطهاد والغطمة. ولقد كان سبب الإصابة بالمرض هو انفصاله عن زوجته وابنته وسفرهما إلى الخارج حيث كان يشك بها ويجس بأنه ناجح في كل المجالات خاصة مجال الكيمياء كما يحسب نفسه أنه هو من يبادل الغرب الثقافة وينتابه الخوف من أشخاص لا وجود لهم، أما بالنسبة لعلاقته مع أسرته فهي علاقة جيدة خاصة مع الأم حيث عندما مرض أخذته عند الطبيب فنصحها بأخذه إلى طبيب نفسي فوجهها إلى إدخاله إلى مستشفى الأمراض العقلية بواهران. فمن خلال المقابلات التي أجريناها مع أخت الحالة واستخدام استمارة جمع المعلومات يتبين الدور الإيجابي الذي تقوم به الأسرة اتجاه الحال.

الحالة الثانية:

المعلومات الأولية للحالة:

الاسم واللقب: ب. محمد.

السن: 27 سنة.

الجنس: ذكر.

الحالة الاجتماعية: أعزب.

نوع المرض: الفصام.

إجراء المقابلة: أجريت مع أم الحالة.

1) المقابلات ونتائجها: أجريت جميعها بمستشفى الأمراض العقلية (وهران).

(2) إستمارة جمع المعلومات:

أ. معلومات عن الحالة:

اللقب والإسم: ب. محمد.

السن: 27 سنة.

الجنس: ذكر.

مكان الإقامة: عين تيموشنت.

المستوى التعليمي: السادسة ابتدائي.

السكن: مدينة قرية ×.

طبيعة البيت: شقة فيلا غيره ×.

الحالة المدنية: أعزب.

عدد الأطفال: /

جنس الأطفال: /

ذكور / إناث /

الأب على قيد الحياة: نعم الأم على قيد الحياة: نعم.

عدد الإخوة: 04.

الرتبة: الثانية.

المهنة: لا يعمل.

مهنة الزوج (ة): /

مستوى الاقتصادي: متوسط.

حالة الولادة: طبيعية.

ب. معلومات عن أسرة الحالة:

مهنة الأب: شرطي.

مهنة الأم: مأكثة بالبيت.

المستوى الاقتصادي: متوسط.

صحة الأم: تعاني من ضغط الدم.

صحة الأب: يعاني من ارتفاع ضغط الدم.

العلاقة بين الوالدين: جيدة.

العلاقة العاطفية للزوجين: /

الاتصال بين أفراد الأسرة: جيد.

معاملة الأسرة للمريض قبل المرض: عادي.

معاملة الأسرة للمريض بعد المرض: معاملة جيدة خاصة من طرف الأم.

ت. الأسئلة الموجهة للمحيط الأسري:

؟ من هو الشخص المريض الأب الجد الإبن ×

الأم الجدة البنت.

طبيعة المرض: جسمي نفسي

عقلي × وراثي.

ماذا تتناول الحالة؟

كحول مخدرات غيره ×.

أول الإضطرابات عن الحالة: عندما تعرض الحالة للضرب من طرف الأب بدأ في الصراخ وكان يقول أن هناك من يمسكه من رجله.

منذ متى؟ منذ ثلاث سنوات.

الفحوصات الأولية كانت عند:

طبيب عام
طبيب نفسي.
معالج تقليدي ×
غيره.

أول مرة: عند بداية الإضطرابات أخذته الأسرة عند الراقي.

ثاني مرة: عند طبيب عام الذي وجههم لأخذه عند طبيب نفسي.

مرات عدة: الطبيب النفسي

ما هو التشخيص الذي قدمتموه لهذه الإضطرابات؟ مس من الجن.

ما هي الأعراض التي جعلتكم تقدمون هذا التشخيص؟ تقلصات على مستوى عضلات الجسم.

تشخيص الطبيب: الفصام.

تشخيص المعالج التقليدي: مس من الجن.

استجابات أفراد الأسرة:

- الأب: قلق.

- الأم: لم تتقبل المرض.

- الإخوة: الخوف على حالته.

- الزوج (ة): /

- الأولاد: /

ما هو شعوركم أثناء اكتشاف المرض؟ الحزن والقلق.

هل الأسرة كانت مستعدة لتقبل المرض؟ لا

هل كنتم تعرفون أسرة لديها نفس المرض؟ نعم.

كيف كانت نظرتكم اتجاه ذلك؟ الشفقة.

هل أدخل إلى المستشفى؟

نعم × لا .

طبيعة المستشفى: مستشفى الأمراض العقلية.

مدة بقاءه في المستشفى: غير دائمة.

كم من مرة: /

ماهي العلاجات المقدمة داخل المستشفى؟

Risperdal 4mg-1, le matin. 1-le soir

Tegretol 200mg ½ le matin-1/2 le soir

مواعيد الزيارة:

كل يوم كل أسبوع.

كل 15 يوم كل شهر ×.

لماذا؟ لبعد المسافة وقلة المواصلات.

تحضرون معكم:

أدوية ملابس ×.

مواد غذائية غيرها.

بماذا تحسون قبل الزيارة؟ بالقلق.

بماذا تحسون أثناء الزيارة؟ بالحزن على حالته وكذلك من رؤية جميع المرضى.

بماذا تحسون بعد الزيارة؟ الكاء.

هل بقيت إلى جانب المريض أثناء تواجده في المستشفى؟ لا.

ما هي المدة؟ /

هل كنت لوحدك؟ /

عند التعب من كان يناوبك؟ /

ما شعورك عند الاهتمام بالمريض؟ الإحساس براحة البال.

كم كان يدوم الفحص الطبي؟ حوالي عشرون دقيقة.

كم من مرة في اليوم؟ /

هل الأدوية الموصوفة موجودة في:

المستشفى × صيدلي.

عندما لا تجدون الأدوية ماذا تفعلون؟

هل تبحثون عنها؟ نعم.

من المسؤول على أوقات الدواء:

الأسرة × الممرض × الطبيب.

هل تتحدث مع المريض:

نعم × لا.

المواضيع التي تعالجها خاصة بـ:

- العمل ×

- الدراسة.

- السياسة.

- الدين.

- الصحة ×

- غيرها.

الأحاسيس ترافق حديثكم:

الحزن ×

الغضب

الفرح

هل حديث الحالة صعب الفهم؟ نعم.

ما هي النصائح التي يقدمها أفراد الأسرة للمريض:

- نفع كل شيء من أجلك ×

- تستطيع أن تثق بنا.

- نحن هنا من أجل مساعدتك ×

- يجب أن تضع ثقتك في الطبيب والدواء ×

- ليس لدينا الوقت لمساعدتك.

هل تتحدثون مع الطبيب؟ نعم في بعض الأحيان.

ماهي النصائح التي يقدمها الطبيب كل مرة؟ الحرص على تناول الدواء في المواعيد.

ث. الحياة اليومية للأسرة أثناء تواجد المريض داخل المستشفى:

القلق يكون:

عادي.

حاد ×

المريض داخل المستشفى حل مناسب للأسرة؟ هل تواجد نعم

لماذا؟ في المستشفى يتناول الدواء أما في المنزل فيرفض تناوله.

ما مدى رضا أفراد الأسرة عند تواجد المريض داخل المستشفى؟ الإحساس بالإرتياح.

تفضلون أن يبقى معكم المريض لكن:

- نريده أن يبقى معنا لكنه عدواني.

- يحتاج إلى العلاج ×.

- لا نستطيع أن نفعل له أي شيء.

ج. الحياة اليومية للأسرة أثناء تواجد المريض في المنزل:

القلق يكون:

عادي. × حاد

الرعاية الصحية داخل البيت:

أدوية × تقليدية ×

الغذاء الذي تقدمونه للحالة:

خاص. × عادي ×

أخذ الأكل:

بمساعدة أحد ×. × لوحده

نظافة الجسد:

بمساعدة أحد × لوحده

ارتداء الملابس:

بمساعدة أحد × لوحده

ردت فعلكم اتجاه نوبات المرض؟ الخوف.

ماذا تفعلون لتهدئته؟ إعطائه الأدوية وتهدئته.

حالة النوم:

هل ينام:

مع أحد × لوحده

الاتصال مع أفراد الأسرة: أثناء تناول الدواء يكون هادئ أما عند الامتناع عن تناوله فيصبح عدواني ولا

يتكلم مع أحد.

هل تجد الاتصال مع المريض:

سهل × صعب ×

3) تحليل استمارة جمع المعلومات:

من خلال المعلومات التي تحصلنا عليه باستخدام استمارة جمع المعلومات سوف نحاول استنتاج بعض المعلومات الخاصة بالجانب العلائقي بين المريض وأسرته ونوعية التكفل بالمريض بين الأسرة والمستشفى.

4-1 الجانب العلائقي للحالة مع الأسرة:

من خلال المعلومات والمقابلات التي أجريت مع الأم تبين أن الحالة كانت تربطها علاقات عادية بين أفراد الأسرة وبعد المرض أصبح شديد العداء كما تغيرت علاقته مع أسرته فأصبح شديد الإنفعال وفي بعض الأحيان يعزل في بيته ولا يريد التكلم مع أحد، كما أن علاقته بوالدته تغيرت.

4-2 طبيعة التكفل بالمريض بين المستشفى والأسرة:

من خلال المعلومات المتحصل عليها تبين أن للأسرة علاقة بظهور الاضطرابات وتطوره وهذا راجع للتصور الخاطئ للأعراض المرضية التي تمثلت في الإنطواء والتحدث لوحده مع وجود تقلصات في الجسم، كما كانت تتتاب الحالة بعض النوبات الإنفعالية كالصراخ والتحدث بصوت مرتفع وهذا ما جعل اعتقاد أفراد الأسرة أن الحالة لديها أعراض إصابة بمس من الجن وهذا ما جعلها تأخذه عند المعالج التقليدي (الراقي) الذي أثبت ذلك، وبالرغم من دخوله إلى المستشفى وإثبات التشخيص الطبي للحالة المرضية إلا أن فكرة الإصابة بمس لم تتغير وهذا ما جعل التكفل يكون ثنائياً يبين العلاج الطبي داخل المستشفى والعلاج التقليدي المتمثل في زيارته إلى المعالج التقليدي.

تقييم الحالة:

ب. محمد يبلغ من العمر 27 سنة قصير القامة ذا بشرة سمراء، يوجد على وجهه علامة ضرب، عيناه بنيتان غير متزوج، مستواه الدراسي السنة السادسة ابتدائي، يعيش محمد مع الأم، الأب والإخوة، مستواهم المعيشي متوسط، قدم عدة طلبات للحصول على عمل إلا أنه لم يوفق في ذلك وهذا ما جعل الحالة تعيش حالة من الإنفعال والإحباط واضطراب في حالته النفسية وجعلها أكثر انفعالا كان يصرخ بوجه كل من يكلمه ويكسر الأشياء الموجودة في المنزل، وعند سماع الأب ما حدث قام بضربه وهذا ما جعل الحالة تبخل غرفتها وتعلق الباب ولم يريد التحدث مع أحد وبدأ في الصراخ والبكاء، وبعد مدة لم يستطع تحريك رجله حيث كان يقول "أن حاجة راهي حاكمتلي رجلي ومانيش قادر نتمش"، فمن خلال ما جاءت به الأم وارتكاز على معتقدات سائدة في مجتمعنا

الحالي أن هناك أرواح شريرة تسكن الجسد وتحدث له تغيرات على المستوى الإنفعالي وخاصة السلوكي، مما اضطرت أمه إلى أخذه عند الراقي حيث قال بأنه مصاب بمس كما أعطاهم بعض الوصفات التقليدية ورغم اتباع العلاج التقليدي إلا أن حالته لم تتحسن فأخذه عند طبيب عام والذي وجههم إلى أخذه عند طبيب نفسي، وبعدها أدخل إلى جناح (35) الخاص بالاضطرابات النفسية والعقلية المتواجد بمستشفى الجامعي بوهران بقي به مدة أربعة أيام، ومن ثم أدخل إلى المستشفى الأمراض العقلية (سيدي الشحمي) أين تلقى العلاج وتحسنت حالته نوعاً ما، ورغم هذا ومن خلال المقابلات التي أجريت مع الأم أن ابنتها لا يعاني من مرض وإنما أصابه جن وتبين هذا من خلال قولها "ولدي مراهش مريض، ولدي نضرب"، كما تبين من خلال استمارة جمع المعلومات عند إخراج المريض للمنزل في فترة عطلة نأخذه إلى المعالج التقليدي وتبين لنا الأم لديها أمل بشفاء ابنها وأرجعت أسباب المرض إلى عوامل غيبية ومن هنا يتضح الدور السليبي الذي تلعبه الأسرة فبدل مساعدته على الشفاء وتحسين حالته الصحية وقد تكون هي المسؤولة عن تدهور حالته.

الحالة الثالثة:

1) المعلومات الأولية عن الحالة:

الاسم واللقب: س. أمين.

السن: 28 سنة.

الجنس: ذكر.

الحالة الاجتماعية: أعزب.

نوع المرض: الفصام.

إجراء المقابلات: أجريت مع الأم.

2) المقابلات ونتائجها: أجريت جميعها في مستشفى الأمراض العقلية بوهران.

3) استمارة جمع المعلومات:

أ- معلومات عن الحالة:

اللقب والاسم: س. أمين.

السن: 28 سنة.

الجنس: ذكر.

تاريخ ومكان الإزدياد: 1986/07/12 بسيدي بلعباس.

المستوى التعليمي: التاسعة متوسط.

مكان الإقامة: سيدي بلعباس.

السكن:

قرية

مدينة

ة × طبيعة البيت:

غيره ×

فيلا

شقة

الحالة المدنية: أعزب.

عدد الأطفال: /

جنس الأطفال: /

إناث /

ذكور /

الأم على قيد الحياة: نعم.

الأب على قيد الحياة: نعم

عدد الإخوة: 06.

الرتبة: الرابعة.

المهنة: ميكانيكي.

مهنة الزوج (ة): /

مستوى الاقتصادي: متوسط.

حالة الولادة: طبيعية

ب- معلومات عن أسرة الحالة:

مهنة الأب: متقاعد.

مهنة الأم: مأكثة في البيت.

المستوى الاقتصادي للأسرة: متوسط.

صحة الأم: جيدة.

صحة الأب: جيدة.

العلاقة بين الوالدين: جيدة.

العلاقة العاطفية للزوجين: /

الحياة العلائقية للزوجين مع الأولاد: /

الحياة العاطفية للزوجين مع الأولاد: /

الاتصال بين أفراد الأسرة: متوسط. معاملة الأسرة للمريض بعد المرض:

معاملة الأسرة للمريض قبل المرض: الإهمال.

عادية.

ت- الأسئلة الموجهة للمحيط الأسري:

من هو الشخص المريض؟

الأب	الأم	الجد
الجدة	الإبن ×	البنات
		غيره.

طبيعة المرض:

جسمي	نفسي
عقلي ×	وراثي

هل الحالة تناول:

كحول مخدرات × غيره.

أول الاضطرابات عن الحالة: الإنعزال والتكلم لوحده.

منذ متى؟

الفحوصات الأولية كانت عند:

طبيب عام طبيب نفسي.

معالج تقليدي × غيره.

أول مرة: عند المعالج التقليدي.

ثاني مرة: عند الطبيب النفسي وهذا بعد مدة علاج تقليدي دامت أربع سنوات.

مرات عدة: الطبيب النفسي والمعالج التقليدي.

ما هو التشخيص الذي قدمتموه لهذه الاضطرابات: على أن الحالة مسحورة.

ما الأعراض التي جعلتكم تقدمون هذا التشخيص هي؟ عد الاهتمام بمظهره وكره أفراد الأسرة.

تشخيص المعالج التقليدي: سحر مأكول من طرف امرأة كانت حاقدة عليه.

استجابات أفراد الأسرة للمرض:

- الأب: الإهمال.

- الأم: قلق على الإبن.

- الإخوة: الخوف.

- الزوج (ة): /

- الأولاد: /

ما هو شعوركم أثناء اكتشاف المرض؟ لم نتقبل المرض في البداية.

هل الأسرة كانت مستعدة لتقبل المرض؟ لا.

هل كنتم تعرفون أسر لديها نفس المرض؟ لا.

كيف كانت نظرتكم اتجاه ذلك؟ /

هل أدخل إلى المستشفى:

لا

نعم ×

طبيعة المستشفى: أدخل أولاً إلى الجناح (35) ثم نقل إلى مستشفى الأمراض العقلية.

مدة بقاءه في المستشفى: في الجناح (35) ثلاثة أيام أما المستشفى متواجد فيه منذ حوالي خمسة أشهر.

كم من مرة: /

ما هي العلاجات المقدمة داخل المستشفى:

Risperdal 4mg, 1- le matin-1, le soir.

Nozinan 100mg, 1- le matin, 1 le midi.

مواعيد الزيارة:

كل أسبوع

كل يوم

كل شهر.

كل 15 ×

لماذا؟ لبعد المسافة.

تحضرون معكم:

ملابس

أدوية

غيرها × (سجائر).

مواد غذائية

بماذا تحسون قبل الزيارة؟ أحس بأنني ذاهبة إلى السجن.

بماذا تحسون أثناء الزيارة؟ الشفقة على الإبن.

بماذا تحسون بعد الزيارة؟ بالإطمئنان عليه لأنه في أيادي أمينة.

هل بقيت إلى جانب المريض أثناء تواجده في المستشفى؟ لا.

ماهي المدة؟ /

هل كنت لوحذك؟ /

عند التعب من كان يناوبك؟ /

ما شعورك عند الاهتمام بالمريض؟ عادي.

كم كان يدوم الفحص الطبي؟ /

كم من مرة في اليوم؟ /

هل الأدوية الموصوفة موجودة في:

المستشفى × صيدلي.

عندما لا تجدون الأدوية ماذا تفعلون؟

هل تبحثون عنها: نعم عند الصيدلية.

من المسؤول على أوقات الدواء:

الأسرة × الممرض × الطبيب.

هل تتحدث مع المريض:

نعم × لا.

المواضيع التي تعالجها خاصة بـ:

× العمل -

- الدراسة.

- السياسة.

- الدين.

× الصحة -

- غيرها.

الأحاسيس ترافق حديثكم:

الفرح الغضب × الحزن

هل حديث الحالة صعب الفهم؟ نعم.

ما هي النصائح التي يقدمها أفراد الأسرة للمريض:

- نفع كل شيء من أجلك ×
- تستطيع أن تثق بنا.
- من أجل مساعدتك نحن هنا ×
- يجب أن تضع ثقتك في الطبيب والدواء ×
- ليس لدينا الوقت لمساعدتك.

هل تتحدثون مع الطبيب؟ في بعض الأحيان.

ماهي النصائح التي يقدمها الطبيب كل مرة؟ لا شيء.

ح. الحياة اليومية للأسرة أثناء تواجد المريض داخل المستشفى:

القلق يكون:

حاد عادي ×.

هل تواجد المريض داخل المستشفى حل مناسب للأسرة؟ نعم

لماذا؟ لأن تواجده داخل البيت يشكل خطرا.

ما مدى رضا أفراد الأسرة عند تواجد المريض داخل المستشفى؟ يكون الإطمئنان عليه.

تفضلون أن يبقى معكم المريض لكن:

- نريده أن يبقى معنا لكنه عدواني ×.
- يحتاج إلى العلاج ×.
- لا نستطيع أن نفعل له أي شيء.

خ. الحياة اليومية للأسرة أثناء تواجد المريض في المنزل:

القلق يكون:

عادي. × حاد

الرعاية الصحية داخل البيت:

أدوية × تقليدية

الغذاء الذي تقدمونه للحالة:

خاص. × عادي

أخذ الأكل:

بمساعدة أحد. × لوحده

نظافة الجسد:

بمساعدة أحد × لوحده

ارتداء الملابس:

بمساعدة أحد × لوحده

ردت فعلكم اتجاه نوبات المرض؟ القلق الخوف.

ماذا تفعلون لتهدئته؟ أحيانا نغلق عليه الباب.

حالة النوم:

هل ينام:

مع أحد × لوحده

الاتصال مع أفراد الأسرة: صعب.

هل تجد الاتصال مع المريض:

صعب × سهل

4) تحليل استمارة جمع المعلومات:

من خلال ملاءمة استمارة جمع المعلومات استخلصنا عدة معلومات خاصة بالجانب العلائقي للأسرة مع الحالة وطبيعة التكفل بالمريض داخل الأسرة وكيف أثر هذا على تدهور حالته.

1-4 الجانب العلائقي للحالة مع الأسرة:

من خلال المقابلات وطرح الأسئلة الموجودة في استمارة جمع المعلومات تبين أن هناك علاقة سيئة تربط الحالة بأفراد أسرته وهذا بسبب إهماله والتخلي عنه في السن الثالثة من عمره وحرمانه من حنان الأم والأب كل هذا ولد لديه مشاعر الحقد اتجاه أفراد الأسرة.

2-4 طبيعة التكفل بالحالة بين الأسرة والمستشفى:

عندما ظهرت الأعراض الأولية للمرض والمتمثلة في الإنعزال وقلة الكلام وبعض الإنفعالات، قامت الأم بأخذه عند معالج تقليدي اعتقاداً منها أن هذه الإضطرابات تدل على أعراض عمل سحري وهذا ما أكده المعالج التقليدي ورغم تطور أعراض وشدة خطورتها إلا أن العلاج التقليدي بقي مستمر ودام حوالي أربع سنوات، وزادت حدة المرض ثم أدخل إلى المستشفى حيث تحسنت حالته مقارنة بما كان عليه في بداية الأمر لما تقدمه المستشفى من خدمات علاجية متنوعة والهدف واحد هو توفير الراحة النفسية للمريض إلا أن هذا غير كاف فالأسرة تبقى هي الوحيدة والمسؤولة التي بإمكانها مساعدة المريض على الشفاء والتخفيف من معاناته بتوفير له الإطمئنان والراحة ولا يكون هذا إلا بالتفسير الصحيح للمرض، وهذا ما إلتمسناه عند أسرة الحالة فبدل إرجاع المرض لأسبابه الحقيقية وتخفيف من معاناة المريض بواسطة العلاج الطبي والنفسي ساعدت الأسرة على تطور سيرورة المرض نحو الشفاء.

تقييم عام للحالة:

س. أمين يبلغ من العمر 28 سنة طويل القامة، ذو بشرة سمراء، وعيناه بنيتان، غير متزوج، مستواه الدراسي السنة التاسعة أساسي، توقف عن دراسته بعدها دخل لمركز التكوين المهني وتحصل على شهادته.

كان سلوك الحالة يتميز بالإنطواء والإنعزال وقلة الكلام وكثرة النوم إلا أن الأسرة لم تكن تبالي بهذه الأعراض واعتبروها حالة عابرة، وبعد مرور أكثر من ثلاثة أشهر على هذه الحالة أصبح سلوكه يتميز بالعدوانية اتجاه أخوته كان يصل إلى الضرب والهروب من المنزل وزادت شدة الأعراض حيث كان لا يهتم بشكله ونظافة جسمه،

وأحيانا يتحدث لوحده، وهذا ما جعل الأسرة أخذه عند المعالج التقليدي (الراقي) الذي قال بأنه مسحور ورغم هذا فأعراض لم تختفي بل زادت حدتها، فذهب عند إحدى خالاته فأخذته عند الراقي الذي أكد لها بأنه مسحور وجعل الحالة تستمر في أخذ العلاج التقليدي.

وبعد مدة أقنعت الأسرة وأخذته عند طبيب نفسي، والذي أكد لهم بإدخاله إلى الجناح 35 بقي فيه لمدة ثلاثة أيام ثم نقل إلى مستشفى الأمراض العقلية.

وهنا يبرز التصور السلبي للإضطرابات النفسية وكيف يساعد ذلك على تدهور حالة المريض وزيادة من شدة خطورتها.

المبحث الثاني: دراسة الحالات

I- عرض المقابلات.

II- دراسة الحالة الأولى.

III- دراسة الحالة الثانية.

IV- دراسة الحالة الثالثة.

المبحث الأول: منهجية البحث

- تمهيد.

-I إشكالية البحث.

-II فرضيات البحث.

-III منهجية البحث.

-IV أدوات البحث.

مقدمة عامة

يعتبر المرض حالة غير طبيعية تصيب الجسد أو العقل الإنساني مسببا ضعف أو إرهاق الشخص، ويصبح الأمر الأكثر تعقيدا إذا كان المرض يصاحب الشخص طيلة حياته إلى غاية مماته، فترى هؤلاء الناس المصابين بالأمراض العقلية يتعرضون إلى أشكال مختلفة من العواقب التي تغير مسيرة حياتهم، ولا تقتصر هذه العواقب على الشخص المريض بل كذلك على أسرته فهي الأولى التي تتأثر بعد معرفة أن احد أفراد أسرتها يعاني من مرض من المستحيل شفاؤه و عندها تتعدد وتنوع الاستجابات وتكون لكل فرد فكرة حول المرض وبالتالي تكون نظرتهم ايجابية أو سلبية، أي تقبل أو رفض المرض وهذا ما يؤثر على عملية التكفل، و من هذا المنطلق سوف نحاول معرفة على أي أساس تختلف نظرة الأسرة الجزائرية للمرض و مدى تأثير هذا المرض على عملية التأثير النفسي و هذا من خلال الجانبين النظري والتطبيقي.

أولا: الجانب النظري احتوى على أربعة فصول:

الفصل الأول: تضمن مبحثين، المبحث الاول تطرقنا فيه إلى تعريف الأسرة، خصائصها، وظائفها، أنواعها، استجابات أفرادها للمرض وأثر المرض الأسرة، أما في ما يخص المبحث الثاني: فقد تضمن تصور المرض وذلك من خلال عرض لمحة تاريخية حول مفهوم التصورات، بعض المفاهيم القريبة من مفهوم التصور، أبعاده، نظرياته، تصنيف تصورات المرض، أشكاله، والعوامل المؤثرة في التصورات الاجتماعية. الفصل الثاني: تطرقنا فيه إلى المرض العقلي عبر العصور، تعريفه، أعراضه، خصائصه وأسبابه.

الفصل الثالث: خصّص في تصنيف الأمراض العقلية بحيث صنفنا إلى نوعين: الفصام درسنا فيه نظرة تاريخية حول الفصام؛ مفهومه، أسبابه، أعراضه، أنواعه، أما مرض البرانويا تطرقنا فيه إلى تاريخ تطور المرض، تعريفه، أعراضه، أنواعه، أسبابه، وعلاجه.

الفصل الرابع: تناولنا فيه مختلف طرق التكفل بالأمراض العقلية، واشتمل ضمن هذا الفصل العلاج النفسي، مفهومه، أهدافه وطرقه، والعلاج الطبي ودور الأسرة في عملية التكفل النفسي.

الفصل الخامس: فقسمناه إلى ثلاثة مباحث، المبحث الأول: تضمن إشكالية البحث، الفرضيات، ومنهجية البحث (تصميم البحث، الحالات وكيفية اختيارها ومكان الدراسة). أما المبحث الثاني

خصصناه لدراسة الحالات، والمبحث الثالث: تطرقنا فيه إلى مناقشة الفرضيات، وختمناه بصعوبات البحث واقتراحات العلاج فحاشمة.

دواعي اختيار الموضوع : من أهم الدوافع لاختيار موضوع البحث ما يلي :

- الرغبة في التعرف على شخصية المريض العقلي
- الرغبة في معرفة ما مدى تأثير تصور الأسرة الجزائرية للمرض العقلي
- موضوع بحثنا مرتبط ارتباط كلي بعلم النفس العيادي
- التفسيرات الخاطئة التي يقدمها عامة الناس حول المرض العقلي

أهداف البحث :

- لكل بحث علمي أهداف يرتكز عليها و من بين أهداف هذه الدراسة ما يلي:
- تصحيح بعض المعتقدات و الأفكار الخاطئة و السلبية تجاه المرض العقلي
 - توعية أفراد الأسرة بضرورة العلاج الطبي و النفسي
 - توضيح الدور الذي تلعبه الأسرة الجزائرية في التخفيف من شدة المرض و مساعدة المريض على الشفاء
 - مساعدة الأسرة لتقبل المرض و تقديم الدعم النفسي
 - معرفة تصور الأسرة للمرض العقلي و تأثيره على التكفل النفسي

أهمية البحث:

رغم تعدد البحوث و الدراسات حول الأمراض العقلية و التكفل بها إلا أن القليل من ربط عملية التكفل بتصور المرض و تكمن أهمية موضوع بحثنا في الجوانب التالية:

- إثراء البحوث العلمية في مجال علم النفس .
- أن تكون هذه الدراسة مشجعة لبحوث مستقبلية
- قلة الدراسات التي تناولت هذا الموضوع .

إشكالية البحث:

- ما مدى تصور الأسرة الجزائرية المرض العقلي و تأثيره على التكفل النفسي ؟
و ضمن هذه الإشكالية تدرج التساؤلات التالية :
- هل التكفل بالأشخاص المصابين بالأمراض العقلية يختلف وفقا لتصور الأسرة ؟

- إذا كان هناك تصور الأسرة الجزائرية ايجابي للمرض العقلي، هل التكفل النفسي بالمريض يكون جيد؟

- إذا كان هناك تصور الأسرة الجزائرية سلبي للمرض العقلي ، هل التكفل النفسي بالمريض يكون سلبي؟

الفرضيات:

الفرضية الأساسية :

التكفل بالأشخاص المصابين بالأمراض العقلية يختلف وفقا لتصور الأسرة الجزائرية .

الفرضيات الجزئية :

- كلما كان تصور الأسرة للمرض العقلي ايجابي كان التكفل جيد
- كلما كان تصور الأسرة للمرض العقلي سلبي كان التكفل سلبي.

تحديد المفاهيم الإجرائية:

التصور : هو عملية عقلية المتكون من المعلومات ، صور، قيم ، آراء و نماذج يتلقاها الفرد من الجماعة التي ينتمي إليها ، و هذا المضمون متعلق بموضوع معين كحدث اقتصادي أو علاقات إنسانية كحالة تصور المسائل المرتبطة بالصحة و المرض .

الأسرة :

تعتبر الأسرة الركيزة الأولى التي يستمد منها الفرد مميزات الشخصية كما تلعب دورا مهما في تشكيل و تكوين شخصيته كونها الوسط الأول الذي يواجهه ، و هذا من خلال الوظائف المختلفة التي تقوم بها ، كما أن لها وظيفة رئيسية و مهمة و التي تتمثل فيما تقوم به في حالة المرض باعتباره حالة تصيب كل شخص .

المرض المزمن:

المرض المزمن هو المرض الذي يصاحب الفرد طيلة حياته، تتطور فيه الأعراض بشكل بطيء يتميز بطول مدته و استحالة شفاؤه، خاصة في حالة المرض العقلي الذي تحتل فيه كل الوظائف العملي للشخص بحيث ينفصل الشخص المريض عن العالم الخارجي.

التكفل النفسي :

يعتبر عملية تستخدم فيها طرق و تقنيات مختلفة هدفها إيجاد محيط متكيف مع الحالة المرضية و العناية بالأشخاص خاصة المرضى العقلين .




الفصل الأول
تصور الأسرة للمرضى

A decorative border with a repeating pattern of stylized, symmetrical floral and scrollwork motifs. The motifs are rendered in shades of yellow, green, and red, with black outlines. The border is arranged in a diamond shape, framing the central text.

الفصل الثاني
المرض العقلي

الفصل الثالث

تصنيف الأمراض العقلية

A decorative frame with a central floral motif at the top, four curved, scroll-like elements extending outwards, and a central floral motif at the bottom. The frame is rendered in shades of green, yellow, and brown.

الفصل الرابع
مختلف طرق التكفل
بالأمراض العقلية

A decorative floral frame in shades of green, yellow, and red, featuring intricate scrollwork and floral motifs. The frame is centered on the page and surrounds the text.

الفصل الخامس

دراسة الحالات

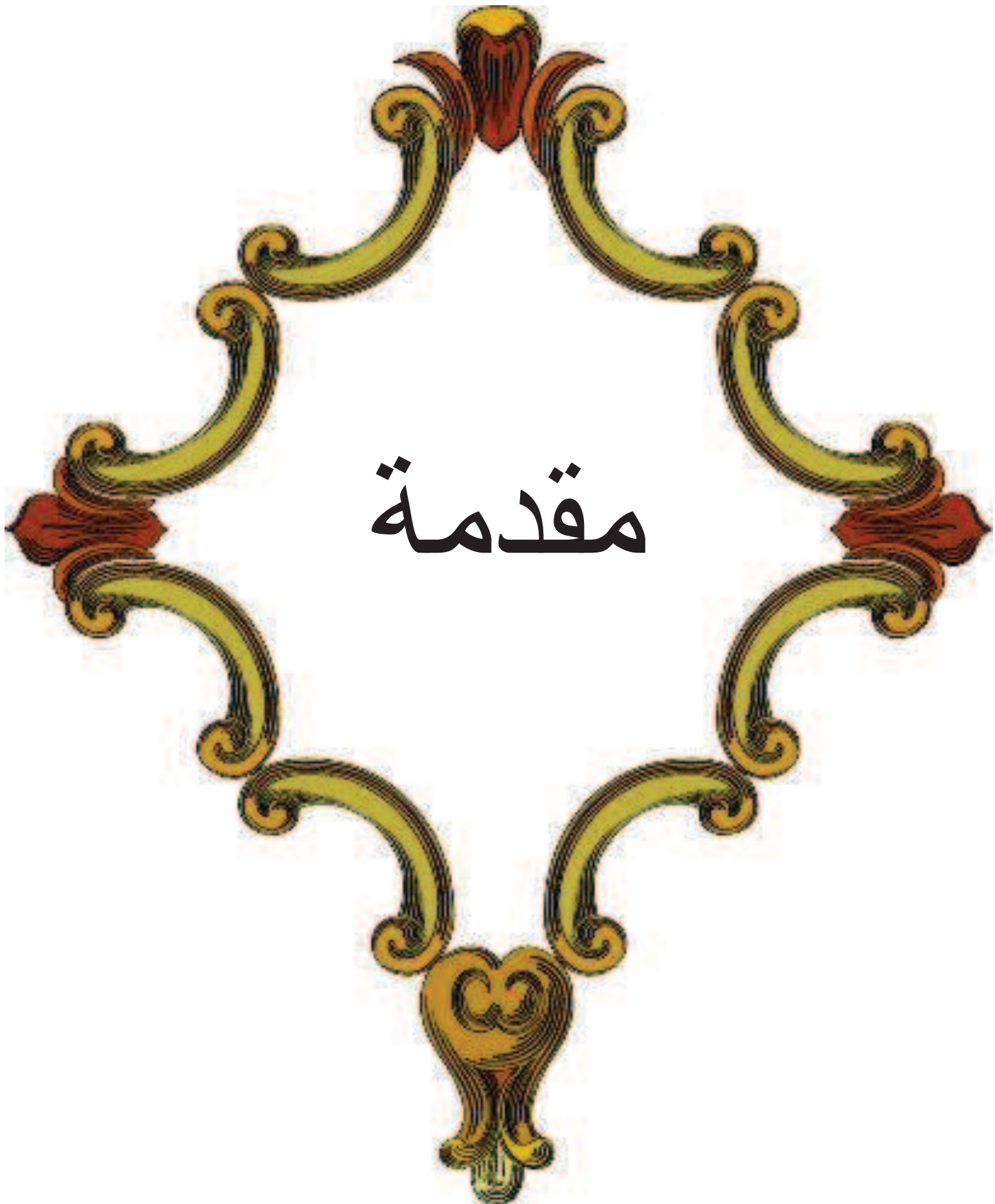
ومناقشة الفرضيات





مدخل للدراسة

مقدمة



A decorative frame composed of green, yellow, and red floral and scrollwork elements, surrounding the central text. The frame features a central floral motif at the top, a floral motif at the bottom, and floral motifs on the left and right sides, all connected by elegant, curved scrollwork.

خاتمة

A decorative border in a circular shape, composed of green and yellow scrollwork with red and brown floral accents at the top, bottom, and sides.

قائمة المراجع

A decorative border in the shape of a diamond or square, composed of ornate, symmetrical scrollwork. The scrolls are colored in shades of yellow and green, with red and brown floral motifs at the corners and midpoints. The central text is written in a black, elegant Arabic calligraphic font.

الملاحق

تمهيد:

يعتبر المرض العقلي اختلال شامل واضطراب خطير في الشخصية و يبدو في صورة خلل في التفكير والقوى العقلية و العجز عن ضبط النفس ورعايتها مما يجعل الشخص ينفصل عن الواقع و يعيش في عالمه الخاص وإن التصورات تلعب دورا هاما في تحديد مفاهيم المرض و دلالاته و في أساليب التعامل معه والوقاية و العلاج . وتصنف الأمراض العقلية إلى ذهانات حادة تعقبها نتائج بالشفاء ، وذهانات مزمنة التي يستحيل شفاءها ونحن نحاول الكشف في هذا الفصل عن المرض العقلي و تاريخ تطوره .

المرض العقلي عبر العصور :

● العصر البدائي :

تعتبر الأمراض العقلية و النفسية قديمة قدم الإنسان ، فإذا أمعنا النظر في الجذور التاريخية نجد انه في حوالي 3000 سنة قبل الميلاد كان الاعتقاد السائد أن الأمراض العقلية و النفسية تسببها قوى خارجية تصيب الإنسان مثل الجن و تأثير الأرواح الشريرة و كان المريض يعزل حتى لا يؤدي نفسه و الآخرين ، و انبثق عن هذا التصور محاولات علاجية بدائية خرافية مثل عملية ترثبة الجمجمة أي إحداث ثقب فيها حتى تخرج منه الأرواح الشريرة حيث أدى السحرة و المشعوذين و العارفون قدرتهم على القيام بعلاج حالات عقلية و نفسية بالسحر(عبد الرحمن الوافي، 1999، ص08) . كما كان رجال الدين يأخذون المريض إلى المعابد حتى يعود السلام الى حياته.

في مجال الأمراض العقلية كانت مشكلة المريض منذ القدم غالبا تلاحظ من خلال سلوكياته أو من خلال علاقاته و لو لم يكن لديه ما يشكو منه صحيحا إذ انه في العادة أما يلوم نفسه أو غيره و حينئذ يبدو مختلفا عما كان عليه ، وكان هذا الاختلاف أو التغير بعزي إلى الشيطان تجسده أما إذا كان طبيبا قد تجسده فكان ينطقه بالحكمة و حينئذ تسمو به القبيلة إلى مرتبة الأنبياء ، ولا زالت مثل هذه المعتقدات سائدة بين الكثير من القبائل إلى يومنا هذا (سلامة محمد منصور ، ذهن سعدي مغازي، 1998، ص 35)

● العرب في الجاهلية :

كان العرب في الجاهلية يعتقدون بوجود الجن و يخافونه و يرهبون منه و يظنون أن له مساكن في البوادي والأودية ، حيث أنهم عبدوا الجن قبل الإسلام خوفا منها ، وكانوا يقدمون الذبائح لها ، و كان المجنون عندهم صرخته جنية و المجنونة صرعتها جني و ذلك عن طريق العشق و الهوى و شهوة النكاح ، وكانوا يعتقدون أن الصرع نتيجة لمخالطة الجن للإنس و كان لدى غيرهم من الشعوب طريقتان للعلاج طريقة الكهنة و العرافين و طريقة العلاج بالعقاقير (سعد جلال، 1985، ص22).

● قدماء المصريين :

اعتقد المصريون القدماء أن الأمراض عامة و الأمراض العقلية و التنفسية تنشأ من غضب تلك الظواهر " تأثير أرواح الموتى " و هكذا كان مفهوم تسلل المرض إلى الجسم والعقل لذلك فمن المهم جدا لديهم معرفة السحر والاستعانة بالتمائم القادرة على طرد الأرواح و إخراجها من الأعضاء ، هذا مع استعمال بعض الأعشاب و المواد

و الأدوية التي لاحظوا أنها تساعد على طرد الأرواح و حصر ظهورها أو منعها من الدخول في الجسم بصورة مطلقة باستخدام حجاب حصين على منع المرض و الأرواح من اختراق الجسم و روحه و بالرغم من أن المصريين استعملوا طرقا علاجية و تفسيرية خرافية للمرض العقلي إلا أنهم كانوا أول من ميز المرض النفسي ووصفوه و كتبوه على أوراق قبل الميلاد (حامد عبد السلام زهران، 1997، ص 25)

● العصور الرومانية و اليونانية :

كان اليونان القدماء يؤمنون أن المرض من عمل الشيطان فالشياطين حسبهم تتجسد البشر و خاصة الأمراض النفسية و العقلية التي كانوا يطلقون عليها تسمية المرض المقدس حيث كان يعتقد تارة أن أرواحا خيرة قد دخلت المريض ، و لذلك كان يعامل بالحسنى و الاحترام والحماية بينما كانت أمراض أخرى يعتقد أنها بسبب أرواح شريرة كانت تعالج بالقسوة و الشدة و الضرب لطرد تلك الأرواح الشريرة التي لا تفهم المعاملة الحسنة إلا بالتعذيب والضرب (موفق هاشم صقر الحلب، 2000، ص 71) .

كان الرومان و اليونان يعملون على التخلص من هذه الفئة من البشر ، بواسطة القتل ففي اسبرطة كان يتم التخلص من هؤلاء عن طريق رميهم من أعالي الجبال للحيوانات المفترسة و كانوا يوضعون في ملاجئ مظلمة و يقيدون بالسلاسل و يضربون ضربا مبرحا (تيسير مفلح كوافحة، 2004، ص 40)

لكن بعض الفلاسفة الإغريق اعترضوا على هذا التصور فكان لهم الأثر الأول في نشأة مفاهيم واعية للطلب وكان من أوائل هؤلاء أبو قراط (400 ق.م) ، حيث اعتبر أن المخ هو عضو العقل و أن المرض العقلي ينتج عن مرض المخ و لاحظ دور الوراثة و الاستعداد و علاقاتها بالاضطرابات العقلية حيث ذكر منها الهوس و الصرع الذي اسقط عنه تسمية المرض المقدس . كذلك أشار أفلاطون إلى صراع الرغبات عند الإنسان و عدم توازنها أما أرسطو فقد تأثر بمواقف أبو قراط و ركز على الجانب الفسيولوجي في ظهور المرض (بدرة معتصم ميموني، 2003، ص 10)

● العصور الوسطى :

تعتبر العصور الوسطى عصور مظلمة بالنسبة للعلاج النفسي فقد عادت طرق العلاج إلى سابق عهدها في العصور القديمة ، فخلال العصور الوسطى حدثت نكسة و عاد الفكر الخرافي و انتشرت الشعوذة و عادت فكرة تملك الأرواح الشريرة لجسم الإنسان حيث كان الأغنياء يأتون بضاعف العقول و يرعونهم مقابل أن يعملوا أي عمل يطلب منهم (عبد الرحمن محمد العيسوي، 1994، ص 21) أما العلاج فكان يربط المريض بالسلاسل

وتجويعه و ضربه بالسياط بدعوة أن هذه الطريقة تعيد الذاكرة للمريض (حامد عبد السلام زهران، 1998، ص 97) و قد كان يتم تفسير المرض العقلي حينذاك وفقا لوجهتي نظر مختلفتين هما :

- الأرواح الشريرة كانت تحل في الجسد دون رغبة صاحبها كعقاب من الله على ما ارتكبه الإنسان من ذنوب و آثام و ذلك في حالة المرض العقلي .
- الأرواح الشريرة قد تحل في الجسد برغبة من صاحبها و ذلك نتيجة لاتفاق مسبق مع الشيطان و التحالف معه للعمل مشترك .

و قد كانت تلك العصور بحق اظلم فترات التاريخ حيث سمحت القوانين رسميا بتعذيب و قتل آلاف الأبرياء من المرضى و ذوي الاضطرابات النفسية و العقلية و المعاقين عامة (رمضان محمد لقذافي، 1998، ص 17) .

● عصر النهضة الأوروبية :

في هذا العصر تم التخلص بسرعة من اعتقادات القرون الوسطى و من الشعوذة و ظهر التفسير الموضوعي مرتبطا باضطراب فسيولوجي أو دماغي و تصنيف الأمراض العقلية و دراسات عديدة على المرضى العقليين دون أن يغير هذا شيئا في معاملتهم و بقوا يعيشون في ظروف صعبة رغم تطور مفهوم احترام الفرد (بدرة معتصم ميموني، 2003، ص 20) وفي هذا العصر وجهت انتقادات عديدة لطرق المعاملة السابقة للمرضى العقليين حيث ذكر الطبيب الفرنسي اسكويرول عن مستشفيات للأمراض العقلية حيث قال " لقد رأيت المرضى عرايا لا يحميهم من برد الأرض الرطبة سوى القش ، يجرمون من الهواء النقي ، كانوا قساة مع المساجين يشرفون عليهم بوحشية ، يتركونهم في قذارهم تحت عبء الأغلال ينتظرون لحظة الموت تحت سيطرة السوط و السجن ..."

● في العالم العربي و الإسلامي :

ازدهرت علوم الطب و العلاج و من أعلام العرب نجد الطبري و ابن سينا تأثروا بروح الإسلام في رعايتهم للمرضى العقليين حيث أقاموا المستشفيات لهذه الفئة و تاريخ "البيمارستانيات " في العالم الإسلامي يعطي صورة مشرفة للمعاملة التي كان يتلقاها المرضى و ذلك بالرغم من أن معاملتهم في أول الأمر (قبل الإسلام) كانت مماثلة لنظيراتها في أوروبا حيث كانوا يقيدون بالأغلال و يوضعون في الزنانات و يعالجون بالسحر والرقية و الغرائم إلى أن جاء الإسلام (حسين عبد الرحمن رشوان، 1999، ص 244) . كما استطاعت

المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية أن تجعل من مركز الطب الإسلامي في الكويت مركزاً إقليمياً معترفاً به لدى منظمة الصحة العالمية (سليمان بومدين، 2006، ص 33) .

تعريف المرض العقلي :

فيما يلي سنعرض بعض التعريفات التي تناولت المرض العقلي :

يعرفه وكفيلد بأنه " قصور أو اختلال وظيفي مؤذ أو ضار " ويعرفه أيضاً بأنه خطر Distress أو عجز Disability يصعب التنبؤ به ، ويعد هذان التعريفان في رأيه أكثر تحديداً أو تطابقاً مع التعريفات الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي - الإصدار الرابع - (محمد السيد عبد الرحمن، 2000، ص 20) ما يؤخذ من التعريف الأول أن مفهوم الأذى أو الضرر أمر تقليدي أو نسبي و ليس مطلق في ضوء المعايير الاجتماعية ، فما يعد سلوكاً مؤذياً أو ضاراً في مجتمع ما قد لا يعد كذلك مجتمع آخر ، أما تبعاً لوجهة النظر في التعريف الثاني فإذا كان سلوك شخص ما يسبب له مشاعر توتر و خطر و عجز لا يستطيع توقعها فإن ذلك يقابل تعريف المرض العقلي ، كما يعرفه دوشي المرض العقلي على أنه " تنظيم غير موافق للانا " و يشير إلى :

- تلف وتشويه في فهم و تكوين الواقع مع أن وظائف الإدراك سليمة
 - تشويه معرفة الفرد لنفسه و للآخرين مما يكون سلوكات اضطرابات سلوكية لدى الفرد وتضيف اجوريا غورا الأعراض الأساسية (بدرة معتصم ميموني، 2003، ص 67)
 - تلف في معرفة الجسم وصورته ووعيه رغم السن المتقدم .
 - اهتمام شاذ بالأشياء أو ببعض خصائصها دون علاقة مع حقيقة استعمالها .
- كما عرفه جايرال على أنه " النتيجة الشاملة لالتقاء الشخصية في وقت من وجودها بسلسلة من أسباب متعددة و متداخلة عضوية ونفسية و اجتماعية بمعنى أنه يجب تفسير المرض كوحدة كلية كون البيولوجي والنفسي و الاجتماعي يتشابكون و يتداخلون ، بمعنى أنه ليس لأي واحد من هؤلاء المجموع المذكورة أن يوجد مستقلاً أو منغلقتاً (محمد شلي، 1998، ص 78)
- و لعل هذا التعريف يتفق مع التقسيمات التي وضعها وكفيلد عام 1992 حينما وضع سبع وجهات نظر متباينة في تفسير المرض العقلي ، حيث تضمنت العوامل الاجتماعية و النفسية و البيولوجية ...
- كما يعرف الدكتور مصطفى فهمي المرض العقلي بأنه " المرض الذي يتناول كافة الاضطرابات

الانفعالية

و السلوكية و الذهنية و الشخصية بصفة عامة تعكس حالات الشذوذ و انعدام التوافق " (عطوف محمود ياسين، 1981، ص 281) . لقد استعملت كلمة ذهان للدلالة على المرض العقلي سنة 1845 من طرف فينشر سيلدن حيث أدخل مصطلح الذهان في كتابه " علم النفس الطبي " للدلالة على المرض العقلي بينما العصاب فيدل على إصابة الجهاز العصبي التي يمكن أن يترجم بعضها في أعراض ذهانية فكل ذهان هو عصاب في أن واحد لأنه لا يمكن أن يتجلى أي تغيير في النفس بدون تدخل الحياة العصبية و في الوقت عينه إنما ليس كل عصاب ذهان (جان لابانش بونتاليس، 1985، ص 255) فالمرض العقلي هو اضطراب شديد في شخصية الفرد يمس مراكز القوى العقلية التي يحدث فيها اختلال ، حيث يكون الفرد غير متبصر بذاته و لا واعيا بمرضه و لا يبحث عن الشفاء مما يعوق تواصله الذاتي و الاجتماعي.

بعض المفاهيم المتداخلة مع مفهوم المرض العقلي :

المرض النفسي (العصاب) :

تعد الأمراض النفسية (العصابية) بمثابة المسبب الأول و الرئيسي في ظهور المرض العقلي إذ أن الحالات المتطورة من العصاب قد تدخل الفرد في مرحلة الذهان و الفرق الجوهرية بين الأمراض العصابية و الأمراض الذهانية فرق في الدرجة و العمق و الخطورة ، حيث يعرف ولان العصاب بأنه اضطراب في السلوك ذو الأصل غير العضوي يتطلب مساعدة مهنية متخصصة و يستخدم المصطلح بطريقة مترادفة مع الاضطراب السلوكي (عبد اللطيف محمد خليفة، 1992، ص62)

المرض النفسي كما جاء في التقرير السنوي لجمعية الطب النفسي الصادرة في سنة 1952 عبارة عن علة

عضوية أو تلف في تركيب المخ ، وهي اضطرابات في وظيفة الشخصية (فيصل محمد الزراد، 1984 ص 410) . و بالتالي فان المرض النفسي اضطراب وظيفي في الشخصية لا يرجع إلى إصابة أو تلف في الجهاز العصبي و إنما يرجع أساسا إلى مجموع الخبرات المؤلمة و الصدمات الانفعالية أو اضطراب علاقة الفرد مع الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه و يتفاعل معه إلى غير ذلك من ألوان الخبرات المؤلمة التي تعرض لها الفرد في ماضي حياته و خاصة خلال طفولته المبكرة ، أما المرض العقلي فهو عبارة عن خلل شامل في الشخصية يعوق نشاط الفرد ذاتيا و اجتماعيا

المرض الجسدي:

هو ضعف في الجسم ينشأ من خلل في تكوين أعضائه أو أجهزته أو عن طريق عطب يلحق هذه الأعضاء فيفسد تكوينها الطبيعي و يجعلها عاجزة عن أداء وظائفها و بما أن كل التغيرات التي تحدث في الجسم لها علاقة بالعقل ، فان المرض في الجسم له علاقة بالعقل و المرض العقلي سببه عجز بعض المراكز العصبية العليا عن أداء وظائفها مع سلامة تكوينها و عدم إصابتها بعطب مادي و العكس (محمد جاسم محمد، 2004، ص 28)

المرض الاجتماعي :

هو عدم القدرة على التكيف مع البيئة الخارجية و تتمثل في المشكلات الاجتماعية كالانحراف و الإدمان وغيره (أميرة منصور علي، 1997، ص 28) فالمرض العقلي هو اضطراب عقلي شديد و خلل شامل في الشخصية مما يؤدي إلى إعاقة الفرد ذاتيا و اجتماعيا فيما يشير المرض الاجتماعي إلى صعوبة تكيف الفرد اجتماعيا دون خلل في العقل .

التخلف العقلي :

يعرفه دول على انه حالة من عدم الاستطاعة الاجتماعية غير قابلة للشفاء ترجع إلى تخلف في النمو العقلي، و يتلخص تعريف دول في أن المتخلف ذهنيا هو الذي يتصف ب :

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

كما عرفه هيبير 1961 على انه " حالة ينخفض فيها الذكاء العام عن المتوسط يصاحبها سلوكيات توافقية سيئة في مرحلة النمو " (ربيع عبد الرؤوف عامر، 2006، ص 190) أي إن التخلف العقلي يمس ذكاء الفرد مما ينتج عنه سلوكيات غير متوافقة مع مرحلة نمو الفرد مع تماسك في أجزاء الشخصية ، أما المرض العقلي فهو اضطراب عقلي و خلل في الشخصية يبدو في صورة اختلال شديد في التفكير و القوى العقلية حيث يكون الفرد بذلك غير واع بنفسه و جاهلا بأسباب مرضه .

الإعاقة العقلية : تعرفها الموسوعة الطبية الحديثة بأنها حالة عيب أو نقص جسمي أو عقلي يصاب به المرء و يمنعه من أن يشارك بحرية في نواحي النشاط الملائمة لعمره (راضي محمد الكبيسي، 2000، ص 23) كما تعرف الإعاقة بأنها العسر أو الصعوبة التي يقابلها الفرد من جراء عدم القدرة على تلبية متطلباته و أداء دوره الطبيعي في الحياة اليومية المرتبطة بعمره أو جنسه أو تبعاً لخصائصه الاجتماعية أو الثقافية أو المهنية (فيوليت فؤاد، 2001، ص 04) و تعرفها الجمعية الأمريكية بأنها تمثل مستوى الأداء الوظيفي العقلي الذي يقل عن مستوى الذكاء بانحراف عن معيارين يصاحبه خلل واضح في السلوك لتكفي يظهر في مراحل العمر الثمانية الممتدة من الميلاد حتى سن الثانية عشر (سامي ملحم، 2001، ص 120) وهنا يتضح لنا الاختلاف بين

الإعاقة العقلية و المرض العقلي حيث أن هذه الأخيرة التي تكون أسبابها تلف في النسيج العصبي للمخ نتيجة لإصابة معينة أو تكون وظيفية الأساس في إحداثها العوامل النفسية و هي النسبة الغالبة . فالمرض العقلي حالة من الاضطراب المؤقت الذي يمكن الشفاء منه كما يحدث في أي وقت من حياة الفرد ويؤدي به إلى الانفصال عن الواقع ، أما الإعاقة العقلية فهي حالة تحدث أثناء النمو كما تحدث أثناء فترة تكوين الجنين و تستمر ملازمة الفرد مدى الحياة .

الجنون :

لقد كانت المصطلحات من الموضوعات التي ساد الغموض حولها لفترة طويلة فقد تساوى عند الكثير من العامة لفظ الجنون مع الأمراض العقلية ، وهذا خطأ واضح لان كلمة الجنون ليس لها دلالة طبية و لا يوجد أي مرض ف الطب النفسي يسمى جنونا .

فاستخدام مصطلح الجنون أصبح شائعا عند عامة الناس لكن المصطلح في جوهره قانوني أكثر من كونه مصطلح سيكولوجيا و لا يوصف الإنسان بأنه مجنون إلا بناء على صدور حكم من المحكمة بان ذلك وفقا لنصوص قانون معين و المصطلح السيكولوجي اللائق للاضطرابات العقلية العنيفة هو الذهان (عبد الرحمن العيسوي، 2004، ص 16) وتستعمل كلمة الجنون في عدد من المعاني في الحياة اليومية يغلب فيها عدم التحديد أو التعميم غير المسئول ، والمجنون بهذا المعنى شخص مصاب بعجز عقلي بعيد عن الاتصال الواقعي ، المادي و الاجتماعي لا يعرف طبيعة أفعاله و لا يستطيع التمييز بين ما هو حير و ما هو شر (نعيم الرفاعي، 1969، ص 319) .

الأعراض الإكلينيكية العامة للمرض العقلي :

الأعراض العامة للذهان شديدة إذ ما قورنت بأعراض العصاب فأبسط أعراض الأمراض العقلية هو توقف صورة أو أكثر من صور النشاط الإنساني و انعقادها تلك المتمثلة في أنماط السلوك الشاذ و توقف جميع صور النشاط الإنساني و من هذه الأعراض الإكلينيكية العامة نذكر :

- اضطراب واضح في سلوك الفرد و تشوش في المحتوى و مجرى التعبير و التفكير فالذهاني منفصل نهائيا عن الواقع ليس لديه القدرة على الاستبصار لعلته و هو لا يشعر بمرضه و يرفض العلاج و التعاون مع الأخصائي بشدة لاعتقاده بأنه لا يعاني من أي مرض بينما العصابي يحس بمشاكلته و يقبل المساعدة (عطوف محمد ياسين، 1981، ص 283)

- اضطراب النشاط الحركي فيبدو البطء و الجمود و الأوضاع الغريبة و الحركات الشاذة و قد يبدو الزيادة في النشاط و عدم الاستقرار و الهياج و التخريب (حامد عبد السلام زهران، 1997، ص 592)

- اختلال الجانب الانفعالي للمريض و تبدو في صورة تغيرات انفعالية متطرفة و تعقد طابعها و تتسم بعدم الثبات الانفعالي و تختل الانفعالات كالتالي (فوزي محمد جبل، 2000، ص 195)

- الإسراف الزائد في التشاؤم و اليأس و القنوط مما قد يؤدي به إلى الانتحار.

- يبدو المريض في صورة فرح و سرور زائد دون أي سبب معروف مما يثير انتباه المحيطين به.

- الثورات و الغضب لأتفه الأسباب مع ظهور اضطرابات وجدانية متكررة مع الانسراح المفرط.

- يتصف المريض بالتبلد و عدم الثبات الانفعالي فلا يحدث أي انفعال إذا ما واجه المواقف التي تثير

الانفعالات و ذلك لعم استجابته للمؤثرات الخاصة بالغضب أو الخوف الحزن أو الفرح و عدم سيطرته على

انفعالاته لأنه لا يملك القدرة على الثبات الانفعالي نتيجة المشاعر الثائرة و القلقة (حسن منسي، 1998،

ص 87)

- وجود هذات و هلاوس ذات أساس وهمي .

- خلل عام في الشخصية و السلوك دون الاقتصار على جزء منها .

- سوء توافق واضح وفاضح في التكيف المهني و العائلي و الشخصي .

عزلة و انطواء و انسحاب من المجتمع مع عدم قدرة المريض على التأقلم مع المواقف و الناس(عطوف محمد

ياسين، 1981، ص 284)

تعد هذه الأعراض الإكلينيكية العامة للمرض العقلي مع الملاحظة أن أعراض الذهان الوظيفي ايسك من أعراض الذهان العضوي إذ يسهل علاجه في صورته البسيطة قبل استفحاله إلى مرض خطير في صورته الشديدة .

الخصائص العامة للمرض العقلي :

المرض العقلي اشد الاضطرابات خطورة و شدة وشمولا في آثاره حيث يجعل الفرد غير قادر على ابسط الأشياء اللازمة للحياة اليومية و تجعله يتميز بمجموعة من الخصائص نذكر منها :

- المرض العقلي لا يتناول جانبا واحدا في الشخصية مثل المرض النفسي و إنما تصاب فيه كافة جوانب الشخصية .

- ينفصل المريض عن الواقع انفصالا كليا مع إصابة الجهاز العصبي و صعوبة العلاج و الشفاء حيث يكون بحاجة إلى علاج مكثف ، و المريض العقلي يعارض العلاج و يرفض التعاون مع الطبيب النفسي و ذلك لانه لا يحس مطلقا بمشاكلته لانعدام قدرته على الاستبصار والوعي (سلامة محمد منصور، نهي سعدي مغازي، 1998، ص 31)

- يتميز المريض العقلي بالبلادة و الانفعالية و الانسحاب و التفكك
- سوء التوجه الزمني و المكاني المصحوب بالهلوسات و الهذات .
- التغيرات الانفعالية الزائدة تظهر في شكل عناء أو تشاؤم دون وجود سبب منطقي أو العكس أي الشعور بالانشراح و هي الحالة المعروفة باسم الهوس الاكتئابي حيث يكون المريض مسرفا في سعاداته المصحوبة بالكلام الصاحب يكثر من الضحك و النشاط الحركي الزائد (عبد الحميد محمد الشادلي، 2001، ص 120)

- تلعب الوراثة و الاستعدادات الجينية دورا رئيسيا في المرض العقلي .

المرض العقلي لا يسأل المصاب به و غالبا ما يجب عزله حين يكون خطرا على نفسه أو الآخرين
(عطوف محمد ياسين، 1981، ص 283)

في بعض الحالات النادرة تتداخل الخصائص العامة للمرض العقلي مع الاضطرابات النفسية من حيث المصدر و الدرجة و الطبيعة و العلاج .

أسباب المرض العقلي : كان بعض العلماء يرجعون هذه الأمراض إلى عوامل وراثية أو صدمات عنيفة

تصيب الإنسان في حياته ثم تبين لهم انه ليس من السهل إرجاع هذه الأمراض إلى سبب واحد لتعدد و تداخل

وتفاعل عوامل كثيرة داخلية في الإنسان جسمية و نفسية و بيئية خارجية و مادية و اجتماعية هذا التداخل جعل من الصعب الفصل بين العوامل المسببة للمرض و تحديد مدى اثر كل منها فلم يعد يعتقد كما في السابق أن لهذه الأعراض سببا واحدا أو سببين فالحياة النفسية ليست من البساطة بحيث يكون اعتلالها رهنا بحادثة واحدة أو صدمة واحدة إنما ينجم عن تضافر عوامل عديدة فسيولوجية ووراثية و نفسية و أسرية و اجتماعية.

الأسباب الوراثية :

تتمثل في مجموعة العوامل الوراثية و صدمات الولادة التي يتعرض لها الجنين أثناء الحمل ، هذه العوامل تختلف من شخص إلى آخر تبعا لدرجة الحساسية و التأثير و الحيوية و قوة الدوافع و درجة احتمال الإحباط و التأزم و الحرمان أو من بويضة مختلفة على أن العوامل الوراثية تكون من بين العوامل المهتدة للإصابة بالعصاب لكن أثرها في التمهيد للذهان يكون أعمق بكثير (عبد العلي الجسماني، 1998 ،ص 115)
في دراسة حديثة أجراها ريتفو أكد أن السبب الجيني للتوحد المبكرة هذا على أساس دراسة ثلاثة و عشرين زوجا لتوائم متشابهة زوج واحد لم يصب ، و على التوائم غير المتشابهة خمسة أزواج من سبعة عشر مصابة مما جعل الباحث يقول إن التوحد مرض ذو أسباب جينية لكن كيف يفسر عدم إصابة اثنين من التوائم المتشابهة (بدرة معتصم ميموني، 2003 ،ص 80)

الأسباب البيولوجية :

و هي في مجملها أسباب جسمية المنشأ أو عضوية نظرا في تاريخ نمو الفرد و من أمثلتها الاضطرابات الفيزيولوجية و اضطرابات وظائف الاستقبال الحسي و خلل الجهاز العصبي المركزي و إصابات الرأس و حدوث خلل في المخ و تلف خلاياه (عبد الرحمن عبد الوافي، 1999 ،ص 26)

الأسباب الاستعدادية :

يقصد بها استعداد الفرد للإصابة بالأمراض العصابية و لو أن الاستعداد لا يرجع إلى أسباب وراثية أي مساهمة العوامل البيولوجية في تكوين الاستعداد ، و قد اختلفت المدارس الفكرية حول هذا المضمون فيمكن القول عن وجود العوامل الاستعدادية بان نشأة ردود الأفعال العصابية ترتبط بطبيعة تكوين الشخصية قبل العلة أو المرض ووجود سمات معينة مثل الحساسية المفرطة يؤدي أكثر إلى استهداف الفرد للاختيار العصبي إلا انه من المؤكد انه يرجع أولا إلى عوامل وراثية .

كما أن للأسرة دور في تنشأة الطفل بالاستعدادات للإصابة بالأمراض النفسية مثلما تؤكد الدراسات من أن نسبة حدوث العصاب مرتفعة في عائلات العصبيين أكثر منها في عائلات غير العصبيين (فوزي محمد جبل، 2000، ص 115)

الأسباب النفسية :

هي الأسباب التي تتعلق بالنمو النفسي المضطرب خاصة في الطفولة المبكرة و عدم إشباع الحاجات الضرورية الأساسية للفرد و اضطراب العلاقات الشخصية و الاجتماعية و من أهم الأسباب النفسية الصداع، الإحباط، الحرمان الخبرات السيئة، التناقض الوجداني، عدم النضج النفسي الانفعالي، الضغوط النفسية، الذات السلبية وسوء التوافق الذاتي (عبد الرحمن الوافي، 1999، ص 30) وحسب فرويد فإن الاضطراب هو حصيلة تأمر بين كبت عنيف في الطفولة المبكرة مع الإحباط الشديد في عهد الرشد (إجلال محمد، 2000، ص 46) فوفق مفهوم التحليل النفسي فان السبب الكامن وراء الذهان هو فقدان موضوع الحب مع النكوص للمرحلة الفمية (عطوف محمد ياسين، 1981، ص 288) ويمكن حصر الأسباب النفسية فيما يلي :

- الظروف التي تؤدي إلى استرجاع أو تقوية خبرات الطفولة المبكرة أثناء عمليات التنشئة الاجتماعية التي خلقت الصراع و القلق و الإحباط لدى الطفل .
- الظروف التي تؤدي إلى إضعاف العمليات الدفاعية مثل الصراع القائم بين الهوا و النفس غير المتزنة صاحبة الملذات و الأفعال اللاشعورية التي تتناقض مع معايير المجتمع و تمنع الإنسان من أي فعل يناقض هذه المعايير و أيضا الخبرات العصبية الأليمة و الضغوط النفسية الشديدة و الضارة ... كل يؤدي إلى تعجيل ترسيب ردود الأفعال العصابية .

الظروف التي تستلزم تقوية العمليات الدفاعية التي تفوق طاقة احتمال الفرد وتؤدي إلى الفشل في تحقيق الأهداف، أي أن المواقف الصعبة قد تولد الحاجة إلى سلوك دفاعي يرتفع إلى مستويات غير محتملة تثقل كاهل الفرد وتؤدي إلى ترسيب ردود الأفعال العصابية فمثلا فقدان الذاكرة يعتبر وسيلة هروب دفاعية من مواقف حرجة أو أعباء لا يحتملها الفرد (فوزي محمد جبل، 2000، ص 116-117) فالحالة المتطورة للاضطرابات النفسية تؤدي إلى الدخول في المرض العقلي و تكون نتيجة الصراع، إذا تعارضت رغبات الإنسان و كان عليه أن يختار بينها و لم يستطع ترجيح إحدهما عن الأخرى (سلامة محمد منصور، نهي سعدي مغازي، 1998، ص 191).

خلاصة الفصل:

من خلال هذا الفصل توصلنا إلى أن مفهوم المرض العقلي هو اضطراب خطير يؤدي إلى خلل في شخصية المريض وسلوكه مما يجعله يفقد صلته بالواقع ويجعله يعيش في عالم خاص به، وهذا ما يؤثر على حياته وحياة من حوله.

تمهيد :

كثيرا ما تحدث العلماء عن الأسرة ، درسوا العلاقات التي تربط أفرادها و وظائفها و أهم العوامل المؤثرة فيها اخذين بعين الاعتبار خصوصيات كل أسرة حسب المجتمع الذي تنتمي إليه حيث تتميز العلاقات داخل الأسرة بالارتباط و التماسك و تكامل الأدوار بين أفرادها إلا انه يحدث في الأسرة ما يغير هذه الأدوار و يترك عدة مشاكل على كل المشاكل على كل الجوانب كمعاناة احد من أفرادها بمرض مزمن إلا أن تفسيره يختلف من أسرة إلى أسرة و فأما يخص موضوع دراستنا يتناول المرض العقلي ومختلف التصورات عند الأسرة الجزائرية ، فقد قسمنا هذا الفصل إلى بحثين، مبحث يتناول سيكولوجية الأسرة و مبحث آخر يتناول التصور .

المبحث الأول: سيكولوجية الأسرة

1 - مفهوم الأسرة :

1 . 1 **لغة :** " فالأسرة مشتقة في اللغة من الأسر و الأسر لغة يعني التقييد و يقال اسر، أسرا و أسار قيده ، قيده وأخذه أسيرا فان الأسر و القيد يعني العبء الملقى على الفرد أي المسؤولية حالة مسؤولية الرجل على أهل عشيرته " (عبد الحميد منصور، 2000 ،ص 15) .

2 . 2 **اصطلاحا:** هي ذلك "الكيان الذي يستمد الشخص منه خصائصه و هي بذلك تلعب دورا أساسيا في تشكيل الشخصية " (عبد القادر القصير، 1999 ،ص 61) .

3 - تعريف الأسرة حسب بعض العلماء :

الأسرة حسب اوجيرن الذي يرى بأنها "رابطة اجتماعية تتكون من زوج و زوجة و أطفالها ، أو بدون أطفال أو من زوج بمفرده مع أطفاله أو زوجة بمفردها مع أطفالها و قد تكون الأسرة أكبر من ذلك ، فتشمل أفراد آخرين كالأجداد و الأحفاد و بعض الأقارب . على ان يكونوا مشتركين في معيشة واحدة مع الزوج و الزوجة " (الوحيشي احمد البيري، 1998 ، ص 48) .

و لقد عرفها كل من بيرجس و لوك في كتابهما الذي صدر عام 1953 بأنها " مجموعة من الأشخاص ارتبطوا معا برباط الزواج أو الدم أو التبني مكونين معا حياة مستقلة و يتقاسمون الحياة الاجتماعية و يتفاعلون كل مع الآخر من خلال دور كل عضو منهما الزوج ، الزوجة ، الابن ، الأخ و الأخت و هم جميعا لهم ثقافتهم المشتركة (حسين عبد الحميد رشوان، 2003، ص 24)

كما عرفها ديفنز بأنها " مجموعة من الأفراد تربطهم روابط دموية و اجتماعية متماسكة " (حسين عبد الحميد رشوان، 2003، ص 26) .

أما بالنسبة لكلوديفيني ستراوس "اعتبرها جماعة أولية اجتماعية تربط أعضائها بعض العلاقات عن طريق رابطة الدم التي تربط الأزواج و الزوجات و الآباء و الأبناء " (غنيم رشاد، 2006، ص 55) .

و يعتبر كينجزلي دافز " الأسرة وحدة طبيعية اجتماعية ، ثقافية ، فالأسرة في نظره جماعة مستقلة داخل المجتمع و يرتبط الواحد منهم برباط الدم " (عدنان أبو مصلح، 2006 ،ص 21)

كما عرفها جورج ميردوك " بأنها جماعة اجتماعية يقيم أفرادها في مسكن واحد مشترك و يتعاونون اقتصاديا

و يتناسلون " (غنيم رشاد، 2006، ص 183) ، كما انه يؤكد على أن الأسرة جماعة اجتماعية تتكون من ذكر .

و أنثى و تجمع بينهما علاقة جسدية يقرها المجتمع ، و تفسر هذه العلاقة في الغالب عن إنجاب أطفال ينتمون إلى هذه الجماعة و الأسرة بهذا المعنى تقوم بوظيفة أساسية للمجتمع و هي ضمان استمراره و نموه .
و يعرفها **ويليام ستيفنز** بأنها " جماعة اجتماعية تعتمد على الزواج و يتضمن الاعتراف بحقوق و واجبات الأسرة و المعيشة المشتركة للزوج و الزوجة و الأطفال و الالتزامات الاقتصادية المتبادلة بينهما " (هالة منصور، 1998، ص 257) .

خصائص الأسرة :

للأسرة خصائص تتميز بها و من أهمها ما يلي :

- الأسرة جماعة محدودة الحجم و هي اصغر من هيئات المجتمع لها قواعدها الأساسية التي تقوم عليها هذه الوحدة.
- الأسرة ضرورة حتمية يفرضها الواقع و الطبيعة البشرية .
- الأسرة هي أكثر الظواهر الاجتماعية ذات وجود عالمي، واسعة الانتشار و هي أساس الاستقرار في الحياة الاجتماعية.
- تقوم الأسرة على أوضاع و مصطلحات يقرها المجتمع.
- " الأسرة هي وحدة إحصائية يمكن أن تتخذ أساسا لأجراء الإحصائيات المتعلقة بعدد السكان ومستوى المعيشة و ظواهر الحياة " (الوحيشي احمد البيري، 1998 ، 45) .

وظائف الأسرة :

تعتبر الأسرة وحدة اجتماعية هامة تؤدي مجموعة من الوظائف موجهة نحو الفرد و نحو المجتمع و من بين وظائفها ما يلي :

- الوظيفة البيولوجية :
- تتمثل في الإنجاب و توفير أفراد جدد للمجتمع و المحافظة على الجنس البشري .

- الوظيفة الجنسية :

- تتمثل في إشباع الفرد لرغباته الجنسية .

- الوظيفة النفسية :

- و ذلك بإعطاء كل فرد شعورا بقيمته و أهميته في الأسرة لان الشعور بالانتماء و الحب يحميهم من أي انفعال عاطفي أو اضطراب نفسي الذي قد يعرضه للانحراف كما أن الجو الذي يعيش فيه الأبناء داخل الأسرة مهم في شخصيتهم ، كذلك تزويد أفراد الأسرة بالإحساس بالأمن و الاستقرار النفسي من خلال معالجة المشكلات .

- الوظيفة التربوية :

- تتمثل في تربية و تنشئة الأطفال على معايير الأخلاق و ثقافة المجتمع ، كما تعتبر المؤسسة الوحيدة التي تشرف على تربية الأطفال للقيم الدينية ، العادات و التقاليد و بهذا تحافظ على مقومات المجتمع من جيل لآخر .
يجب على الآباء و الأمهات و بقية أفراد الأسرة أن يكونوا خير قدوة للأبناء بالتزامهم معايير المجتمع .

- الوظيفة الاجتماعية :

- تتمثل في التنشئة الاجتماعية التي يكون لديها تأثير مباشر في تكوين شخصية الطفل من سلوك ، أفكار و التصور الذي يكونه عن نفسه و عن المحيط الخارجي كما تتمثل وظيفتها الاجتماعية في تعليم الأبناء الكيفية السليمة للتفاعل الاجتماعي و تكوين العلاقات الاجتماعية من خلال ما يتعلمه الأبناء في المحيط الأسري من أشكال التفاعل الاجتماعي و على الأسرة تكييف هذا التفاعل و ضبطه على النحو الذي يتوافق مع قيم المجتمع و معايير و بالتالي يجعلهم يتفاعلون مع الآخرين، هذا التفاعل الاجتماعي المشترك يتطلب إمداد الأبناء بالاتجاهات و المهارات اللازمة للعمل بفاعلية في خدمة المجتمع كالتطوع في الأعمال الخيرية لمساعدة الأسر الفقيرة أو دعم الجمعيات و النشاطات الاجتماعية من خلال تشجيع الأهل لأطفالهم وإشراكهم في المناسبات و غرس حسن التصرف السلوك لدى الأبناء و تربيتهم لتحمل مسؤولياتهم الاجتماعية على أكمل وجه فيفضل الجو الأسري يبقى التمسك بتقاليد أمتهم و نظمها وأعرافها " (وجيه اسعد، 1993، ص 39) .

- الوظيفة الاقتصادية :

- إن توفير الدعم المادي يتضمن حياة كريمة لأفراد الأسرة يأتي من خلال التخطيط للدخل و الإنفاق بما ينفعها ، و كذا بتوفير للأبناء الأكل و اللباس و نفقات التعليم و العلاج .

- الوظيفة التعليمية :

- تعتبر الأسرة المعلم الأول للطفل أين يتعلم فيها اللغة ، السلوك ، الخبرات و المهارات التي تمكنه من حب الدراسة و اكتساب مهارات علمية .

أنواع الأسرة : تعتبر الأسرة أكثر التنظيمات الاجتماعية تنوعا و يظهر هذا من خلال عدد الأفراد الذين يعيشون داخل مسكن واحد و هذا يؤدي إلى ظهور عدة أنواع من الأسرة .

- **الأسرة النووية :** " يطلق هذا المصطلح على الجماعة التي تتكون من الزوجين و الأبناء ، وهي تعتبر الأسرة الصغيرة و التي تسود طبيعة المجتمع البشري الحديث ، وتتألف عموما من الزوج و الزوجة و أولادهما المباشرين " (عدنان أبو مصلح، 2006 ،ص 26) ، كما تنشأ في هذه الأسرة علاقات أكثر تنظيما ووجدانية و مما يميز هذه الأسرة النواة في أنها " عبارة عن جماعة اجتماعية مكثفة ذاتيا " (ب.س لويد ترجمة شوقي بلال، 1980 ،ص 163) .

" وقد تتكون الأسرة النووية من أي شخصين أو أكثر يرتبطون برابط الدم ، التبني أو الزواج ، أو الذين يشتركون في مسكن واحد يؤدون وظائفهم كوحدة اقتصادية واحدة " (الوحيشي احمد البيري، 1988 ،ص 60) ، ويندرج ضمن هذا التعريف نوعين آخرين من الأسرة النووية و يتم تصنيفهما على أساس الانتساب الذي يكون نتيجة دخول احد الأبناء في علاقات أسرية جديدة عن طريق تكوين أسرته .

- **أسرة التوصية :** " و يطلق كذلك عليها أسرة التنشئة و هي التي يولد فيها الشخص و تتكون من الوالدين ،الإخوة و الأخوات و هذه الأسرة هي التي تبدأ فيها أول فهم العمليات التنشئة الاجتماعية " (الوحيشي احمد البيري، 1998 ،ص 55)

- **أسرة التناسل :** " يطلق عليها اسم الإنجاب و هي التي يكونها الفرد بعد زواجه و تتكون من الزوج ،الزوجة و أولادهم " (الوحيشي احمد البيري، 1998 ،ص 60) .

- **الأسرة المركبة :** و يطلق عليها أيضا اسم الأسرة المشتركة ، وسميت كذلك لأنها مركبة من أسرتين نوويتين أو أكثر ترتبط ببعضهما علاقة أب و أم أو الأب و الابن أو أخ و أخته و تكاد الإقامة المشتركة

تكون هي القاعدة دائما كما تكون مصحوبة عادة ببعض الالتزامات الاقتصادية و الاجتماعية المشتركة ويمكن تصنيف هذا أنواع من الأسر إلى أشكال تختلف من حيث درجة الانتشار و هي :

- **الأسرة المشتركة المتعددة الزوجات** : " و هي تمثل تجمع لعائلتين نوويتين أو أكثر بشرط أن يكون

الزوج مشترك في هذه الأسر ، حيث يكون مشترك لأكثر من زوجة في وقت واحد و ليس في أوقات متعاقبة كأن يتزوج الرجل بعد وفاة زوجته أو تطليقها حيث لا بد من الجمع بين أكثر من زوجة في وقت واحد، ويعد أكثر أنماط الأسر انتشارا حيث يوجد في اغلب المجتمعات الإسلامية " (هالة منصور ، 1998، ص 255) ، ويعتبر هذه الشكل بالخصوص أكثر انتشارا في المجتمعات الإسلامية لما أباحه الإسلام من تعدد الزوجات ، وأعطى للرجل الحرية في اتخاذ أكثر من زوجة ما إن أمكنه من ذلك .

هكذا فان هذا النوع من الأسر لا يزال موجود في مجتمعاتنا المعاصرة مثله مثل الأسرة النووية التي تمثل الصورة النهائية التي يتبلور فيها التطور العائلي الموازي لتغير المجتمعات البشرية.

- **الأسرة المشتركة المتعددة الأزواج** : على عكس الشكل السابق ، فان هذا النوع من الأسرة نادر

الانتشار في المجتمعات الحديثة نظرا لانتشار عناصر الضبط الاجتماعي التي صدت أصول العلاقات الأسرية و طبيعتها و التي من بينها الذين لا يحل للمرأة الدخول في مثل هذه العلاقات ، حيث "يتكون هذا النوع من تجمع أسرتين أو أكثر بشرط أن تكون الزوجة مشتركة في أكثر من أسرة نووية " (هالة منصور ، 1998 ، ص 262)

و قد ارجع الباحثين الاجتماعيين و الانتروبولوجيين انتشارا لهذا النوع من الأسر إلى عاملين أساسيين هما :

[الأول] : هو ندرة المواليد الإناث، مما يضطر مجموعة من الرجال في الاشتراك في اتخاذ زوجة واحدة.

[الثاني] : فهو العامل الاقتصادي حيث لا يكون بإمكان رجل واحد أن يدفع مهر امرأة مما يجعله يعقد اتفاقا

مع رجال آخرين يتقاسمون معه المهر و يشتركون معه في نفس المرأة . (عدنان أبو مصلح ، 2006، ص 17)

- **الأسرة المشتركة المتعددة الأزواج و الزوجات** : و هذا الشكل أكثر ندرة من الشكلين السابقين

للأسرة المشتركة و يتمثل في أن " مجموعة رجال يتزوجون من مجموعة من النساء بصورة جماعية متشابهة، وهذا الشكل وجد بصورة شبه نادرة في عدد قليل جدا من المجتمعات القديمة ، إلا انه على الرغم من اهتمام علماء الانتروبولوجيين خلال القرن العشرين أثبتت عدم وجودها في العصر الحديث " (هالة منصور، 1998 ، ص 258)

و يضيف بعض الباحثين نوعاً آخر وهو الأسرة الوجدانية و التي تتكون من زوج مع أطفاله أو العكس .

الأسرة و المرض المزمن :

يعتبر المرض تجربة من تجارب الحياة التي يمر بها الفرد و أسرته إلا أن الاستجابة له تختلف من شخص إلى آخر و من أسرة إلى أخرى ، كما أن وجود شخص مريض يؤدي إلى تغيير في نمط الحياة داخل الأسرة ، لما ينجم عنه من مشاكل علائقية ، اقتصادية ، اجتماعية و نفسية .

استجابات أفراد الأسرة للمرض :

عندما تكتشف الأسرة أن فرد من أسرتها مصاب بمرض يستحيل شفاؤه سواء كان عقلي أو عضوي ينتابهم الخوف ، القلق، الحزن ، و حتى التشكيك في التشخيص الذي يقدمه الأطباء و الأخصائيين و من هذه الاستجابات ما يلي :

الإنكار : الذي يعتبر من بين " الآليات الدفاعية التي توفر للفرد نوعاً من الوقاية الذاتية ضد الحقائق المؤلمة " (اشرف محمد عبد الغني شريت ، 2003 ، ص 378) بحيث عند إصابة الشخص بمرض خطير فإن أفراد الأسرة ينكرون وجود أي مشكلة تهدد حياة أحد أفرادها ، فقد تدفع الضغوطات النفسية و إنكارهم للمرض بالاستعانة بالعرافين و المشعوذين ، فهذه الاستجابة تعتبر عديمة الجدوى و عدم تقبل الحقيقة بوجود مرض خطير لن يؤدي إلى اختفاء المشكل بل يساعده على تطور المرض و تعقيده .

الرفض : و يتجسد في نبذ المريض و إهماله خاصة عند الأشخاص المصابين بالأمراض العقلية كما تتمثل مظاهر الرفض في عدم مساعدة المريض في الأكل ، النظافة ، ارتداء الملابس و بتركه في المؤسسة الإستشفائية و تقليل من زيارته .

التبرير : و يعتبر من بين الآليات الدفاعية الأكثر استخداماً عند حدوث المرض كإرجاعه إلى الإصابة بالعين، السحر و هو " حيلة لا شعورية تصدر عن الفرد بصورة تلقائية يستخدمها الفرد للدفاع عن نفسه مما يسبب له القلق " .

التقبل : و هو عملية صعبة تأتي بعد عدة إحباطات و خبرات مؤلمة ، فكرة الإقناع أن هناك أحد أفراد الأسرة مصاب بمرض يهدد حياته .

اثر المرض المزمن على الأسرة :

يختلف تأثير المرض على الحياة الأسرية على حسب طبيعته و شدة خطورته و يظهر هذا التأثير على المستوى الاقتصادي ، النفسي و العلائقي :

- **مشاكل اقتصادية :** المرض المزمن يزيد من الأعباء الاقتصادية التي تتحملها الأسرة نتيجة إنفاقها على الفحوصات ، شراء الدواء و الطعام الخاص الذي تتطلبه بعض الأمراض ، زيادة نفقات ، زيارة المريض في المستشفى و التي تتمثل في مصاريف الانتقال في حالة علاج المريض بالمؤسسة الطبية بعيدة عن مقر مسكنهم (إبراهيم عبد الهادي محمد المليجي ، 2002 ، ص 138)

- **المشاكل النفسية :** إن وجود فرد من الأسرة يعاني من مرض مزمن يؤدي إلى الإحساس بالقلق والخوف من المصير المجهول للمريض ، كما قد ينتاب أفراد الأسرة الشعور بالقلق بسبب نظرة المجتمع و الأشخاص المقربين لهم اتجاه ذلك .

كما أن وجود مريض داخل الأسرة يؤدي إلى خلق جو من الضغوطات و التوتر بين أفرادها و قد يرتبط المرض مؤلمة سابقة للأسرة مما يجعلها تعيش أزمة نفسية و هذا ما يؤدي إلى تغيير في العلاقات الأسرية و التخلي عن المسؤولية .

المشاكل العلائقية : وجود مريض في الأسرة يخلق توتر في العلاقات بين أفرادها مما يؤدي إلى تقسيم الأدوار والقيام بممارسة مسؤوليات جديدة و يكون هذا على حسب الدور الذي كان يمارسه الشخص المريض و المهام التي كان يقوم بها ، مثلا الأم يجعلها تتخلى عن مسؤولياتها كإعانة الأبناء و القيام بالأعمال المنزلية .

المبحث الثاني: تصور المرض

لمحة تاريخية حول مفهوم التصورات :

يعد مفهوم التصور قديما قدم الفلسفة الإغريقية و لكنه كمفهوم إجرائي يعتبر حديثا نسبيا حدث ظهوره في الخطاب التربوي أين تثبت أهميته في مختلف التطبيقات خاصة فيما يتعلق بالمبادئ البداغوجية ، ولاسيما أن هذه الأهمية برزت و تجسدت في أبحاث و دراسات علماء قدامى أمثال إيمانويل كانط و إميل دوركايم و غيرهم في ميدان المفاهيم و المدركات المعرفية ، لقد أثار هذا المفهوم خلال الأربعين سنة الأخيرة نقاشات كثيرة في ميدان علم النفس الاجتماعي و هو اليوم يحتل موقعا مركزيا في العلوم الإنسانية ، فمنذ انطلاق حركة البحث حوله في

فرنسا على يد سارج موسكوفيسي تعددت الملتقيات و المنشورات في أوروبا و الولايات المتحدة وباقي دول العالم ، فأصبحت بذلك تشمل كل العلوم الاجتماعية كالتاريخ و الانتروبولوجيا و علم الاجتماع
يعتبر دور كايم أول من استعمل و عرف مفهوم التصور الاجتماعي حينما قارن بين التصورات الجماعية والتصورات الفردية و ذلك في مقال مشهور له نشر في مجلة "الميتافيزيقا و الأخلاق " عام 1898 و اعتبر أن الأولى ليست عبارة عن مجموعة الثانية وبذلك تكون التصورات الجماعية موضوعا مستقلا للدراسة و أكد على خصوصية التفكير الجماعي بالنسبة للتفكير الفردي .

ظل مفهوم التصورات الجماعية مفهوما عاما يشير إلى الأساطير و الطقوس و أنواع التفكير التي تميز مجتمعا ما، ونظرا لعموميته و تضمنه لكل أشكال التفكير الاجتماعي لم يعد من الممكن تمييز التصورات عن الذهنيات و الأيديولوجيات فأصبح هذا المفهوم ظاهرة و لكنها غير إجرائية ، بعد ذلك جاءت فترة لم يستخدم فيها كثيرا مفهوم التصور الاجتماعي في البحث الميداني كأحد مباحث علم النفس الاجتماعي و تعود الأسباب الرئيسية وراء هذا النسيان غلى هيمنة المدرسة السلوكية على علم النفس في تلك الفترة و التي لم تكن تؤمن إلا بالسلوكيات الظاهرة و القابلة للملاحظة و القياس كالسلوكيات اللفظية و الحركية (Jodelet D , 1993 , P 38)

إن مفهوم التصور فهو أكثر تعقيدا بسبب طبيعته الكامنة في فهو عملية بناء للواقع يؤثر في أن واحد على المثير و الاستجابة فيعدل الأول و يوجه الثاني (Herzalich C, 1974, P 304).
كما يعود تأخر تطور مفهوم التصور الاجتماعي إلى سيطرة النموذج الماركسي الذي يؤمن بان إنتاج الأفكار للتصورات يرتبط بالنشاط المادي للناس ، كما يؤمن بان مفهومه آليات التدرج و المراتب ما بين ادنى و اعلي البنيات يعطي الشرعية الكاملة لدراسة هذا النمط بحيث تكون التصورات هي لغة الحياة الواقعية ، لكن مع التطور الذي عرفه كل من علم النفس المعرفي و علم الاجتماع المعرفة بدأ هذا المفهوم يأخذ مكانة له في علم الاجتماع والتاريخ و علم النفس الاجتماعي ، وهذا التطور النوعي لمفهوم التصور الاجتماعي حدث في ميدان علم النفس الاجتماعي على يد موسكوفيسي الذي درس تصورات الجماعات المختلفة للتحليل النفسي و نشرت نتائج دراسته في كتابه " التحليل النفسي صورته و جمهوره " عام 1961 ، أراد فهم كيفية انتشار نظرية علمية لدى الجمهور و ما هي التغيرات التي نظرا عليها بعد مرور نصف قرن من الزمن مع الإشارة انه لا يوجد تصور واحد للتحليل النفسي بل تصورات ، وهي تختلف في محتواها و مستوى بناءها و توجهها العام نحو التحليل النفسي كما تختلف أيضا حسب الانتماء الاجتماعي.

المصطلح العام للتصور :

إن مفهوم التصور يعود إلى الكلمة اللاتينية " Respresentie " التي يقابلها في اللغة العربية مصطلحي "تصور" أو " تمثل " و معناها الاستحضار أي جعل الشيء حاضرا (محمود المسعدي، 1991، ص 195).

أما **المعجم النفسي** فيعرفه على أنه استدراك صور عقلية ضمن المحتوى الذي يهدف لتفسير وضعية أو سلسلة وضعيات ... في العالم الذي يحيا فيه الموضوع أي الفرد أي انه عملية استحضار صورة موجودة في الذهن تكون مرتبطة بالمحيط الذي يعيش فيه ذلك الفرد.

حسب ايميل دور كايم : فان التصورات الاجتماعية ظواهر تتميز عن بقية الظواهر في الطبيعة بسبب ميزات الخاصة ، ومن دون شك فان لها أسبابا و هي بدورها أسباب ، إن إنتاج التصورات لا يكون بسبب بعض الأفكار التي تشغل انتباه الأفراد لكنها بقايا لحياتنا الماضية ، إنها عادات مكتسبة ، أحكام مسبقة ، ميول تحركنا دون أن نعي ، وبكلمة واحدة إنها كل ما يشكل سماتنا الأخلاقية .

أما بالنسبة لسارج موسكوفيسي : يرى إن التصور هو إعادة إظهار الشيء للوعي مرة أخرى رغم غيابه في المجال المادي و هذا ما يجعل منه عملية تجريدية محضة إلى جانب كونه كذلك عملية إدراكية فكرية .

أما جون بياجيه : يرى إن التصور هو الميكانيزم الذهني الذي يسمح ببناء الصورة الذهنية و هذا يخص إرجاع إلى الحاضر ما هو من الماضي كفكرة أو موضوع أو حادثة معينة و التصور يعد الممثل الرئيسي للموضوع الذي أعيد بناؤه رمزيا .

كذلك وانون : يرى أن التصورات هي عملية إعلامية بين الفرد و العالم فهي تؤخذ على أنها عنصر لحل التناقضات التي تميز علاقات الإنسان في وسطه فالتصور الحقيقي لا يمكن الوصول إليه إلا عن طريق الرمز كما أن دور اللغة هو تثبيت التصورات داخل الوعي و هنا يؤكد على دور و أهمية اللغة في ترسيخ المفاهيم التي تحفظ لنا التصور في الذهن و كذا في عملية استحضاره و من ثم التعبير عنه .

حسب ماري جوري : عرفت التصور على انه طريقة لاستحضار مواضيع غائبة أو لا يمكن إدراكها بطريقة مباشرة و يكون هذا على مستوى الذاكرة ، كما تشير إلى أن التصور الاجتماعي مهم في مرحلة الطفولة حيث يساعد الطفل على قراءة و تأويل ما يكتشفه عن محيطه الخارجي و ذلك بواسطة حواسه و من هنا يكون التصور أداة للتنشئة الاجتماعية و التواصل مع المجتمع .

حسب جودليت : تعرف التصورات على أنها طريقة استعمال لتفسير الحقيقة للسيطرة على محيطنا و قيادتنا في المجتمع أي بما نفسر الوقائع و نحكم على الأشياء .

حسب ابريك : يرى أن التصورات هي حصيلة لنشاط عقلي يقوم بواسطته فرد أو جماعة بإعادة بناء الواقع الذي يواجههم و إعطائه معنى خاص ، أي إعادة تشكيل أفكار أخرى عن العالم بشكل من الخصوصية لكل فرد ، كما أنها إنتاج و صيرورة لعملية ذهنية لدلالات خاصة تعيد بناء الواقع من خلال الفرد أو الجماعة .

أما فيشر : يعرف التصورات على أنها بناء اجتماعي لمعارف عادية تهيئ من خلال القيم و المعتقدات يتقاسمها أفراد جماعة معينة و تدور حول مواضيع مختلفة و تؤدي إلى توحيد نظرهم للإحداث كما تظهر أثناء التفاعلات الاجتماعية.

بعض المفاهيم القريبة من مفهوم التصور :

هناك تداخل بين مفهوم التصور و بعض المفاهيم النفسية و الاجتماعية القريبة منه والتي نذكر منها : الرأي ، الاعتقاد ، الإدراك ، الاتجاه والصورة ... كثيرا ما يخلط الفرد ما بين مصطلح التصور و هذه المصطلحات لأنها قريبة من حيث الفهم .

التصور و الرأي : و هذا الأخير هو استجابة لفظية واضحة قابلة للقياس و الملاحظة ، إذ يرى **الدكتور عبد الرحمن العيسوي** أن الرأي يعتنقه الفرد لمدة محددة و غالبا ما يعتبر الرأي عن الشعور القومي السائد لدى أفراد و الآراء قابلة للتغيير بدرجة اقل من الرأي .

من خلال هذا التعريف يظهر أن التصور اشتمل من الرأي ، كون أن الرأي خاص بالفرد و هو ل يعطيه خاصية لأنه يعتنقه لمدة محددة ، كما انه قابل للتغيير في حين ان التصور يتميز بشيء من الثبات و يحمل الخصائص الجماعية.

التصور و الاتجاه : و يعد الاتجاه أكثر تعقيدا من الرأي فهو يمثل مواجهة كاستجابة مسبقة التخضير المباشر للفعل ، والاتجاه عبارة عن الحالة الوجدانية للفرد التي تتكون بناء على ما يوجد لديه من معتقدات أو تصورات فيما يتعلق بموضوع ما أو لأشخاص معينين و تدفعه في معظم الأحيان إلى القيام بعدد من الاستجابات أو السلوكيات حيالها في موقف ما و يتحدد من خلال هذه الاستجابات مدى رفضه أو قبوله لهذا الموضوع ، حيث يمكن القول أن التصور يمثل الدلالة العقلية لاستكشاف المحيط في حين أن الاتجاه يظهر من خلال الاستجابات التعبيرية { إشارات ، حركات }

التصور و الاعتقاد: يعرف كير لينجر الاعتقاد بأنه " فرصة ثابتة أو اعتقاد متعلق بالأنظمة الاجتماعية كأهداف الحياة و وسائل تحقيقها و أصناف السلوكيات الاجتماعية " ، وبهذا التصورات تشرح الاعتقادات وتفيدنا في فهمها و فهم سبل التكيف مع المجتمع ، كما أن الاعتقاد يخفي مفهوم الاعتقاد الاجتماعي الذي سعى موسكوفيسكي بقدر واسع إلى توضيحه و تمييزه عن الاعتقاد .

التصور و الصورة: فالصورة انعكاس حقيقي للواقع كما هو موجود ، أما التصور فهو انعكاس داخلي لواقع خارجي و هو عملية بناء للواقع انطلاقا من المعطيات الخارجية. وبهذا يتضح الفرق بين الصورة و التصور الذي يكمن في ميكانيزم الانعكاس فان كانت الصورة طبق الأصل لما هو موجود في الواقع فان التصور قولبة لما هو موجود فعلا نتيجة الخصائص البنائية و الاجتماعية التي تعطي للتصور دلالة خاصة .

التصور و الإدراك: يعرف موسكوفيسكي الإدراك بأنه فعل بنائي حيث يفسر الفرد الأحاسيس التي يتلقاها و يضعها في علاقة مع بعضها البعض و يعطيها معنى خاص " و هو العملية التي يقوم الفرد عن طريقها بتفسير المميزات الحسية حيث تقوم عمليات الإحساس بتسجيل المثيرات البيئية . فالإدراك إذن هو استقبال الذهن لصور الأشياء المدركة كما يبدو لنا و كما تتقبلها الحواس في حين أن التصور يعتبر الوسيط الذي يجمع بين النشاط الإدراكي و الفكري كما يقول دويك " التصورات تقود الادراكات التي بدورها تنشئ التصورات " أي عن طريق التصور يمكننا إدراك المواضيع المحيطة بنا و جعلها في العالم المادي.

أبعاد التصور:

استنادا إلى التعاريف التي تطرقنا إليها سابقا يتضح أن هناك تفاعل بين ما هو نفسي و ما هو اجتماعي ، إذا الفرد لا يبني تصوره عن موضوع معين بدون الرجوع إلى مكتسبات من مجتمعه انطلاقا من المعلومات التي يتلقاها عن طريق الحواس و التي تظل محفوظة في ذاكرته مع تلك العلاقات التي يقيمها مع الآخرين، كل هذه الأمور تبقى داخل نظام معرفي شامل و منسجم بدرجات مختلفة تسمح للفرد بالتكيف مع المحيط و تسير اتصالاته داخل الجماعة و يحدد كايس ثلاث أبعاد للتصور في سياقها النفسي و الاجتماعي و الثقافي الذي تظهر و تتطور فيه (Jodelet D, 1993,P105)

البعد الأول : التصور عملية بناء للواقع من طرف الشخص يشكل جهدا في النشاط النفسي باعتباره عملا أو إجراء يركز على عدد من الإدراكات المتكررة في بناء جملة من المعلومات موضوعها الواقع بعالت، إذ يمكن اعتبار التصور شبكة لقراءة الواقع .

البعد الثاني : التصور نتاج ثقافي و تعبير تاريخي ظاهر و معبر عنه اجتماعيا كنموذج ثقافي مجسد تاريخيا ، بحيث يجسد التصورات دائما في سياق تاريخي معين، تابعة للوضعية الواقعة و المتميزة أساسا بطبيعة المشروع الاجتماعي و السياسي و شبكة العلاقات الاجتماعية و الإيديولوجية، ومختلف الطبقات المكونة للمجتمع ، و كل ذلك يكون في إطار زمني محدد ، وتبعاً لتلك العلاقات الاجتماعية التي تنشط بها الفرد و الوضعية التطبيقية والنشاطات الاجتماعية ، كذلك نجد التصورات مرتبطة بجملة المعتقدات و الطقوس و الأفكار و القيم ذات المرجعية الأخلاقية و الجمالية الخاصة بمختلف الفئات الاجتماعية و هذا ما تؤكد مولو "إن كل طبقة اجتماعية تخفي تصوراتها الخاصة تلك المرتبطة بأنظمة القيم المرجعية " (Mollon, 1974, P 110) و كل تصور له مرجعية ثقافية و اجتماعية و دينية خاصة بكل مجتمع و تضم تصورات أفراده .

البعد الثالث : التصور كعلاقة اجتماعية للفرد مع عنصر من محيطه الثقافي ، بما أن كل تصور يسجل داخل نسيج معقد من العلاقات التي تربط الفرد بالمجتمع فإن تصور هذا الفرد لأي عنصر من محيطه الثقافي لا يكون دون توسط هذه العلاقات الاجتماعية التي تمنحه مميزات خاصة و توجب عليه انتقاء بعض العناصر للموضوع الذي يتصوره .

من خلال عرض هذه الأبعاد الثلاثة يتضح أن تصور الفرد لأي عنصر من عناصر محيطه الثقافي و الاجتماعي يعتمد بشكل مباشر على العلاقة الاجتماعية و هذا يمنحه مميزات خاصة توجب عليه انتقاء بعض عناصر الموضوع الذي يتصوره و عزل العناصر الأخرى ، فالتصور ذو بعد نفسي لأنه يحتوي عملية ربط و وصل بين الجرد و المحسوس أي عملية الإدراك و أيضا ذو بعد اجتماعي نتيجة تأثير مظاهر المجتمع في مظاهر الفرد و نتاج ثقافي معبر من خلال الكائنات و الأشياء و المعايير الموجودة في ثقافة المجتمع .

نظريات تصور المرض :

النظرة الانتربولوجية الطبية :

يهتم أصحاب هذا الاتجاه بدراسة العلاقة الموجودة بين أساليب الحياة الثقافية و مختلف التعريفات و أنواع الاستجابات الخاصة بالمرض و الصحة " ويقوم ذلك على افتراض مفاده أن النماذج الثقافية و الأساليب النمطية

للحياة الاجتماعية تؤثر تأثيرا كبيرا في تصور الأشخاص للمرض و استجابتهم له و الكيفية التي يعبرون بها عنه " (إسماعيل قيرة و آخرون ، بدون سنة ، ص 10) . كما اهتم أصحاب هذا الاتجاه " دراسة الرموز و الظواهر الاجتماعية لفهم التعاريف المختلفة للمرض باعتبارها خطوة لإنتاج ادراكات و مفاهيم التي تعطي تصور حول طبيعة المرض " (Jean marie, 2006, P 25) كما نجد هناك من درس الدور الذي تلعبه الثقافة في تشكيل التصورات الخاصة بالصحة و المرض ، ولقد ركزوا في دراستهم على العادات و التقاليد الشعبية، المعتقدات ، الأمثال الشعبية و القيم الثقافية " باعتبارها سلوك متكرر تكتسب اجتماعيا و تتعلم اجتماعيا وتمارس وتتوارث اجتماعيا، وعلاقتها بادراك المرض و تشخيصه و الوسائل المستعملة لعلاجه " (فوزية دياب 1980 ، ص 104) ، ومن بين هذه الدراسات الدراسة التي قام بها ماكلين بنيجريا حول الطب السحري فناقشت " العلاقة الوثيقة بين المعتقدات الشعبية و الصحة و المرض، حيث أبرزت دور الدين والطقوس في الرعاية الصحية و على أن العلاج تحكمه مجموعة من الممارسات و المعتقدات و العادات ذات الجذور الراسخة في الثقافة و التي تمارس سطوتها على الحالة الصحية و اتقاء المرض " (إسماعيل قيرة و آخرون ، بدون سنة ، ص 22) . كما نجد كذلك الدراسة التي قام بها ايدموند دوتيه في بلدان شمال إفريقيا و كما جاء في كتابه السحرة والعرافين بشمال إفريقيا "على انه رغم التقدم الحاصل في المجال الطبي إلا أن الأشخاص في هذه المناطق لا يميزون بين كلمة طبيب و كلمة ساحر كما أنهم لا يفرقون بين المرض و الجن و على أن العلاج في هذه المنطقة يكون مزيج بين العلاج التقليدي والعلاج الطبي مثلا كعلاج الصرع يكون باستعمال وصفات بسيطة من جداول و أعداد و حروف مع عقاير صيدلية و غالبا ما يستحيل التمييز بين الطقس السحري و العلاج الطبي " (نفس المرجع السابق، ص 27) ، من خلال هذه الدراسات يتبين دور الثقافة المتمثلة في العادات و التقاليد و غيرها من مقومات المجتمع في تحديد وسائل العلاج .

النظرة الاجتماعية : يرى علماء الاجتماع على انه لا يمكن دراسة المرض كوضعية تخلق مجموعة من التغيرات في مستويات متعددة دون التطرق للدلالة الاجتماعية للمرض على مستوى التصور و يركز أصحاب هذه النظرة في دراستهم للتصور على الأحاسيس ، المشاعر و تفاعلات الفرد ابتداء من الأسرة ثم المجتمع لتشكيل في النهاية مجموعة من التصورات لأنواع المرض سواء كان بيولوجي أو نفسي .

و من بين هذه الدراسات التي قامت بها الباحثة الفرنسية **كلوبين هيرزيش** حيث بينت أن التصور الاجتماعية للصحة و المرض هو " ملاحظة تفكير و عيش الأفراد في المجتمع من خلال مجمل القيم و المعايير الاجتماعية و النماذج الثقافية ، كما ترى أن التصور الاجتماعي للصحة و المرض عبارة عن إنجاز نفسي معقد

يدخل من خلاله تجربة الفرد و القيم و المعلومات الموجودة في المجتمع " (مشري فريدة، 2000-2001، ص 108)

و من بين الباحثين أيضا الذين درسوا تصور المرض في بعده الاجتماعي الباحث **رادكليف براون** " الذي يرى بأن غرض المجتمع الحفاظ على النظام و الثبات الاجتماعيين و أن وظيفة التصورات الحفاظ على هذا النظام و ذلك الثبات " (إسماعيل قيبرة و آخرون ، بدون سنة ، ص 38)

النظرة النفسية : يرى أصحاب الاتجاه النفسي أن هناك ارتباط وثيق بين التصور و المعتقدات و القيم ، كما يرون أن سمات الشخصية و اتجاه الفرد و درجة احتكاكه و انزاله عن المجتمع و طبيعة البيئة التي تربى فيها تلعب دورا كبيرا في تصور الأفراد للمسائل المتعلقة بالمرض و الصحة و على " أن هذا التصور ينبع من ذات الفرد ويلون بالشكل الاجتماعي عندما إلى مستوى الممارسة و العمل ، كما اهتموا كذلك بدراسة المتغيرات في التركيبة الأسرية ، المكون النفسي، الثقافة ، الطبقة التي ينتمي إليها الفرد ، الوضع السكني و غيرها " (إسماعيل قيبرة و آخرون، بدون سنة، ص 55)

كما يرون أن استجابة الفرد للمرض يكون حسب تمسكه بما هو مألوف و متداول كتشخيص الطرق التقليدية في تداوي ورضا الفرد وشعوره بالارتياح اتجاه ذلك كما هو الحال في " المجتمعات التقليدية فالسحر يستخدم كدواء يخفف من القلق الشديد في المواقف التي تنذر بالخطر " (ب - س - لويد ترجمة شوقي بلال، 1980 ص 126)

تصنيف تصورات المرض :

لقد صنف الطبيب الانتروبولوجي **good** تصور الصحة والمرض إلى ثلاث أقسام :

- تصور المرض كمعتقدات شعبية :

إن الاستجابة للمرض تركز على الثقافة و على نظام المعتقدات و الممارسات الجماعية فبالرغم من ابتعادها عن الطب الحديث إلا أنها تملك بنيتها المنطقية وهي بنية ثقافية ذات وظيفة تكيفية ، فالثقافة تعتبر كعنصر مركزي للاستجابة للمرض و المعتقد بشكل نقطة فصل بين الثقافة الطبية الشعبية و المعرفة العلمية " (إسماعيل قيبرة و آخرون، بدون سنة، ص 54) وأن الأشخاص مهما توصلوا إلى معرفة الأدوية و دورها الفعال في الشفاء إلا أنهم لن يتخلوا عن معتقداتهم في تفسير المرض .

- تصور المرض كنماذج معرفية :

تأثر عدد من الباحثين الانتروبولوجيين بعلم النفس المعرفي ، حيث ركزوا في دراستهم على اللغة و الثقافة كأساس لبناء التصورات حول العالم الخارجي من بينهم الباحث فرايك الذي قام بدراسة في بعض القبائل المكسيكية لتعرف على تصنيف الأمراض و الأعراض التي بها يتعرفون على المرض فقد اعتبر أصحاب هذا الاتجاه أن المعرفة الشعبية من خصائص الجماعة و أن التصورات الشعبية هي إحدى وسائل للتعبير عن هذه المعرفة " (نفس المرجع السابق، ص 26)

- تصور المرض كحقائق مؤسسة ثقافية :

يعتبر أصحاب هذا الاتجاه على أن النظام الطبي نظاما ثقافيا و على أن الثقافة تعتبر كمحور أساسي لتفسير المرض و هذا انطلاقا من أن المرض و مختلف تعريفاته و الطريقة التي يعالج بها هي عبارة عن تنظيم يندرج ضمنه المرض كموضوع اجتماعي و تجربة معاشة و من بين ممثلي هذا الاتجاه كلاينمان التي تعتبر الثقافة معبرا رمزيا بين المعاني الذاتية و جسم الإنسان (إسماعيل قيرة و آخرون، بدون، سنة 28)

أشكال التصورات :

- **التصور الذاتي :** هو تصور الغد و لذاته و بالتالي نقول انه خاص بمفرد لذاته و متعلق به و يتدخل في هذا النوع من التصور العوامل الاجتماعية خاصة .
- **تصور الغير :** هو تصور ذو مستويين احدهما طرف داخلي الذي يمثل ذات الفرد و الآخر ذو مستوى خارجي موضوعي إذ ينظم على أشكال عديدة (فرد ، جماعة ، موضوع)
- **التصور الاجتماعي :** إن للتصور الاجتماعي مكانة هامة في سلوكياتنا اليومية لان هذه الأخيرة لا تكون نتيجة لقدراتنا و ظروفنا فقط بل نتيجة لتصوراتنا كذلك .

العوامل المؤثرة في التصورات الاجتماعية :

تتأثر التصورات الاجتماعية بمجالين أساسيين في :

- **المجال الفوري :** أي طبيعة و مكونات الوضعية أين نتج التصور ففي غالب الأحيان تلاحظ التصورات وتعرف من خلال المحادثات، وبالتالي لا بد من اخذ العوامل التي نشأت من خلالها المحادثات بعين الاعتبار، وجعل التصورات الاجتماعية ناتجة عن وضعيات لأجل غاية معينة مثل الكتابة، الشرح أو الإقناع، كما قال غرييس

ومعاونوه سنة 1987 فدلالات التصور ترتبط بالصلات الملموسة التي تخلق خلال زمن التفاعل حسب ما جاء

في بحوث مونييه و كاروغاتي (Revue connexions ,1999, P 24)

• المجال الاجتماعي العام : بمعنى المجال الإيديولوجي المرتبط بماضي الجماعة و كذلك المكانة الاجتماعية

التي يحتلها الفرد أو الجماعة المعينة في البناء الاجتماعي وحسب دويز فان دلالة التصور الاجتماعي هي دوما

مرتبطة و متداخلة مع دلالات عامة تظهر في صلات رمزية تخص مجالا معيننا .

خلاصة الفصل :

إن إصابة أحد أفراد الأسرة بمرض عقلي خطير حقيقة مؤلمة وتجربة قاسية تعيشها الأسرة، مما ينتج عنه عدة مشاكل في مختلف المستويات أهمها العلائقي، الإقتصادي، الأسري والاجتماعي وتكون إستجابات فعل أفراد الأسرة إتجاه المرض مختلفة، كما أننا نجد هذه الإستجابات تختلف من أسرة لأخرى فمنهم من يتقبل المرض ومنهم من ينكره، ومنهم من يرجع أسبابه إلى عوامل غيبية كوجود سحر في جسم الشخص مما ينتج عنه عدة إضطرابات وتكون هذه الإستجابات نتيجة لتصور الأشخاص للمسائل المتعلقة بالصحة والمرض، فهناك أسرة يكون لديها تصور إيجابي حول المرض وهناك من يكون لديه تصور سلبي.

الدراسات السابقة حول الموضوع:

- دراسات جزائية:

- أطروحة ماجستير في علم اجتماع الصحة لمشري فريدة حول المسار المرضي للمصاب بمرض السرطان 2000 / 2001، حيث تطرقت إلى علاقة التمثل الاجتماعي للصحة والمرض والأفعال والممارسات العلاجية التي تتفاعل فيها الدلالات الذاتية في إطار اجتماعي كما تطرقت إلى قراءة سوسيوثقافية للأسرة لفهم طبيعة التكفل بالمرض.
- تصور الأسرة للمرض العضوي المزمن والمرض العقلي المزمن وأثره على التكفل النفسي، من إعداد: سحنون ملوكة، وبوعقلش صليحة، تحت إشراف: الأستاذ: بن أحمد قويدر، 2006 / 2007، جامعة مستغانم.

- دراسات أجنبية:

- دراسة Becker 1975، حول اتجاهات الأفراد نحو الصحة والمرض.
- دراسة Rosentock 1966، حول تصور الصحة والمرض وعلاقته بالوقاية.
- دراسة Rotter et levenson حول دور المعتقدات وخبرات الفرد الشخصية وارتباطها بمسائل الصحة والمرض.

لكل مقدمة خاتمة، وخاتمة بحثنا هي بداية لتسليط الضوء على أن الأسرة هي الدعامة التي يركز عليها الفرد وتمثل بالنسبة له المأوى الدافئ والملجأ الآمن ومركز الحب والسكينة وساحة الهدوء والطمأنينة، فعلى ضوء هذه الدراسة النظرية لهذا الموضوع بالإضافة إلى النتائج الميدانية التي تحققت من خلالها الفرضيات والنتائج المحصل عليها، وأخيرا نرجو أن يكون هذا البحث بمثابة تكملة علمية في مجال البحوث العلمية.

تمهيد :

إن التكفل بالأشخاص المصابين بالامراض العقلية له طابع خاص بحيث يتطلب من الفرق المعالج أن يرى المريض "كفرد يواجه موقف يهدد حياته و راحته لا ضحية لمرض غير قابل للشفاء " (محمد سيد فهمي ، 2005، ص 73) ، ولكي تكون عملية التكفل ناجحة يجب أن تتضافر الجهود بين أعضاء الفريق المعالج و الذي يضم كل من الفريف النفسي ، الطبي و أخصائيين اجتماعيين و كذلك الأسرة التي تلعب الدور الرئيسي في نجاح هذه العملية و ذلك باستخدام وسائل و تقنيات متعددة حتى يحصل المريض على أكبر استفادة ممكنة من الفرص العلاجية المقدمة و هو ضمان سلامة المريض جسديا ، نفسيا و اجتماعيا .

العلاج النفسي:مفهومه :

يعتبر العلاج النفسي وسيلة من الوسائل الفعالة في علاج الاضطرابات النفسية و العقلية و السيكوسوماتية الناتجة عن تراكم عدة أسباب نفسية و اجتماعية و جسدية و أول شيء يهدف إليه هذا العلاج هو فهم الحالة ثم التخطيط لمعاونة المريض على مساعدة نفسه وأن يسهل عليه تحمل قدر أكبر من المسؤولية اتجاه أفعاله و بدعم استقلاليتة لا أن يلغيها ، إذن فالعلاج النفسي هو فن تخفيف الهموم الشخصية و يقف ذلك على العلاقة الشخصية المهنية حيث أن استخراج ما هو مكبوت (Refoulé) من اللاوعي إلى الوعي (del'inconscient au conscient) حينها يصبح المريض واعيا جدا بما يجري داخل نفسه من صراعات واختلالات ، فتسهل بذلك عملية التحكم و التعامل مع ذاته وواقعه دون ظهور أعراض مرضية حادة (محمد نصر الدين يحيى 2000 ص 60) . كذلك يعتبر العلاج النفسي " منهج يتضمن خبرة تصحيح أو إصلاح تتم عن طريق التفاعل بين المعالج المتخصص أو واحد أو أكثر من المرضى و الهدف منه إعادة المريض إلى حالة من التوافق تكون أكثر فعالية ولكي يتحقق هذا الهدف لبدأ من اقامة عدة ظروف و مناهج تسمى استراتيجيات العلاج النفسي" (حسن مصطفى عبد المعطي 1998 ص 363)

كما يقصد به كذلك على انه مجموعة من " العمليات و الإجراءات التي يقوم بها الأخصائي النفسي قصد إعادة تكيف الفرد مع نفسه و المجتمع المحيط به و يكون موجه لعلاج الاضطرابات النفسية و الأمراض العقلية و ذلك في جلسات فردية و جماعية " (عبد الرحمن العيسوي 1999 ص 27)

و بمعناه العام يعتبر العلاج النفسي نوعا من العلاج تستخدم فيه طرق نفسية من اجل علاج مشكلات أو اضطرابات ، أو أمراض ذات صبغة وجدانية نفسية تؤثر في سلوك المريض تأثيرا سلبيا يؤدي الى اضطرابات خطيرة في الشخصية و عدم قدرته على التكيف و يقوم المعالج النفسي ،وهو شخص مؤهل علميا وفنيا لإزالة الأعراض

المرضية الموجودة أو التخفيف منها مع مساعدة المريض على فهم ذاته والوصول إلى حل مشكلاته، وتحقيق التوافق مع بيئته و مساعدته على تنمية شخصيته ودفعها نحو النمو النفسي و الصحي، بحيث يصبح المريض أكثر نضجا و راحة و بإمكانه الاستفادة من قدراته و إمكاناته على أحسن وجه ممكن و للعلاج النفسي طرق مختلفة حسب فرع المرض و الواقع أنه من الصعب علاج بعض حالات الفصام ، كالفصام الحاد و الكاتاتوني بالعلاج النفسي وذلك نظرا لعدم استتبار المريض، وضعف الأنا، وبحيث يصبح من العسير على المريض أن يقوم بأي تجاوب وجدائي، هذا بالإضافة إلى المدة الطويلة للعلاج عن طريق التحليل النفسي(د.أنطوني ستور،ترجمة لطفي فطيم1992 ص5).

أهداف العلاج النفسي:

جميع أساليب العلاج النفسي تتضمن أهدافا عامة ومشاركة تتمثل في:

- التخلص من القلق و الأعراض المرضية و الصداع و ضبط عواطفه و إنفعالاته.
- تحسين العلاقة بين المريض و أفراد الأسرة و كذلك مع المحيط.
- إتاحة الفرصة لإعادة التعلم و تنمية الإرادة و النضج الذاتي و تنمية آمال و توقعات المرضى.
- تمكين الفرد من التكيف مع المحيط الخارجي وتعديل اتجاهاته العقلية و أفكاره و ميوله و دوافعه وسلوكاته.
- تعليم الفرد كيفية إتخاذ القرارات.
- مساعدة الشخص المريض على فهم و تقدير خصائصه النفسية و معرفة إمكاناته الجسمية و العقلية والوصول إلى أقصى درجة من التوافق الشخصي و تطوير اتجاهات إيجابية سليمة نحو الذات و مساعدته على التوافق الاجتماعي و المهني وذلك من خلال مساعدته بتكوين علاقات اجتماعية ناجحة مع

الآخرين و الخروج من العزلة الاجتماعية و الاندماج في الحياة العامة، و مساعدته على الاختيار المهني
السليم(عبد المنعم الحنفي 1999ص272).

فريق العلاج النفسي:

- الطبيب النفسي:
- الشخص الذي يحمل شهادة الطب زيادة على دراسات عليا في الطب النفسي و يتمثل دوره في تشخيص الحالة المرضية و البحث عن أسبابها النفسية و العضوية ويسعى لاختيار العلاج المناسب، ويعتبر العمود الفقري للفريق المعالج خاصة في علاج الأمراض العقلية كما أنه الوحيد الذي يحق له تقديم وصفة الدواء.

الأخصائي النفسي:

- الشخص المتحصل على شهادة في علم النفس العيادي "يقوم بعلاج الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية و جسمية أو ردود أفعال نتيجة عن عدم النضج و التكيف، كما يتمثل دوره في تزويد الطبيب النفسي لمعلومات حول الحالة لتسهيل عمليات التشخيص و العلاج".(د.أحمد معروف 2003ص87).

الأخصائي الاجتماعي النفسي:

- شخص حامل لشهادة ليسانس في علم الاجتماع"تلقى تعليما خاصا في علم النفس و كذلك تدريبا في العيادات النفسية على دراسة الحالة، و تطبيق الاختبارات النفسية و التشخيص النفسي كما يمارس بعض أساليب الإرشاد النفسي"(حسن مصطفى عبد المعطي 1998ص364).

طرق العلاج النفسي:

طرق العلاج النفسي متعددة و مختلفة حسب نظرة كل مدرسة للاضطراب إلا أن على الأخصائي النفسي أن يكون متمكنا من معظم أساليب العلاج النفسي حتى يتسنى له اختيار الطريقة المناسبة مع الحالة المرضية و من بين هذه العلاجات، العلاج السلوكي، التحليلي،العلاج بالعمل،العلاج الأسري وغيرها.

العلاج التحليلي النفسي:

يعتمد على مبدأ تداعي الأفكار أي أن يتكلم الشخص دون أن يفكر و يكون التفريغ اللاوعي للأفكار المخزنة و هي تستنبط عن طريق الأحلام و زلات اللسان، و هو العلاج الذي طوره فرويد وانشقت عنه مدارس مختلفة و كان العلاج الأمثل و الوحيد ب النسبة للإمراض النفسية في أواخر القرن 19 و بداية القرن 20 للإمراض العصائية. كالوسواس و الهستيريا و القلق"ويقوم على أساس العلاج الفردي بمعنى وجود مريض واحد في جلسة مع المعالج حيث يستلقي المريض مسترخيا على أريكة مريحة وينخرط فيما أسماه فرويد بتداعي الحر و يصغي المحلل له جيدا مبدياقبولا و تفهما مع المريض"(عبد الرحمان العيسوي 1999ص57).

خطوات التحليل النفسي:

الإعداد: يجب أن يكون المعالج خبير بالتحليل النفسي وتبدأ العملية العلاجية أولا بإعطاء المريض معلومات حول التحليل كالأهداف الموجودة من ذلك عدد الجلسات و الوسائل المستعملة و الوقت.

العلاقة العلاجية الدينامية:

تعتبر العلاقة التفاعلية بين المريض و المعالج و تتركز على :

- تقبل المريض لذاته حتى يكون هناك تقبل من طرف المعالج.

- على المعالج أن يكون متنبها لكل شئ و متسامحا ولا يتخذ دور المراقب او الناصح.
- التنفيس الانفعالي: يقوم المعالج بحث المريض على تذكر كل الحوادث و الخبرات الماضية و استرجاع الدوافع و الذكريات المنسية الى حيز اللاشعور، و قد اعتبرت هذه العملية بمثابة تفرغ و تطهير تختفي معه الاعراض و الاضطرابات.

التداعي الحر:

- تمتاز عملية التداعي الحر باتاحة الفرصة للمريض حتى يعبر عن كل ما يدور في ذهنه من افكار ومشاعر و رغبات شاذة او عدوانية او غير منطقية وتؤدي هذه العملية الى ما يسمى عملية التطهير الانفعالي حيث يخرج فيها المريض مشاعره و رغباته و دوافعه الى حيز الشعور و بذلك يسهل التعامل معها.

عملية التحليل:

- تحتوي هذه العملية على تحليل التحويل، تحليل المقاومة و تحليل الاحلام
- تحليل التحويل: وهو عملية تحويل المفحوص مشاعره و انفعالاته اتجاه المعالج اي اسقاطها عليه و تكون سلبية و اجابية، فيشعر المريض اتجاه المحلل بالحب او الكراهية و هذا ما يجعله اما ان يشفى او يخفق بذلك، فالتحويل السلبي يكون بإسقاط مشاعر الحقد و العدوانية اتجاه الفاحص مما يؤدي الى انقطاع العلاقة بين الحالة والمعالج أما التحويل الايجابي تكون فيه العلاقة جيدة بين الفاحص و المفحوص .
- تحليل المقاومة: و تظهر من خلال عدم التعاون بين الفاحص و المفحوص و تتمثل في الصمت والامتناع .
- تحليل الاحلام: " لاحظ فرويد أن العلاج بالتنويم المغناطيسي عملية بطيئة ففضل على أن يعتمد على وسيلة أخرى لمعرفة إتجاه المريض فاعتمد على تحليل الأحلام و تفسيرها ، لان الاحلام تحقق في عام النوم الرغبات المكبوتة التي أخفق الشخص في تحقيقها " (مصطفى غالب 1995 ص114) . و في هذ

العملية يطلب المعالج من المريض أن يروي له اخر حلم راه و تعليقه عليه ، و يلاحظ المحلل النفسي إنفعالات المريض أثناء روايته و تعليقه عليه فيسأل المريض عن المواقف التي تثيره في هذا الحلم و مدى ارتباطها بذكريات ماضية لديه و هنا يستعين المحلل بعملية التداعي الحر و الأسئلة لاستيضاح الأشياء الغامضة و الكشف عن صراعاته .

و يعتقد بعض " المحللين أن الكثير مما يقوله المريض عبارة عن تروية للأشياء الأخرى و على المحلل تفسير المعاني الكامنة بطريقة منطقية و مقبولة تساعد المريض على اكتساب استبصار حالته " (بحري هجيرة ، بارودي نادية 2004 . 2005 ص 44)

- التنويم المغناطيسي :

- " حالة غير محددة قريبة من النوم الجزئي يثار اصطناعيا بتثبيت الانتباه على الشيء لامع بالإيحاء حيث يبقى قادر على خضوع لبعض أوامر المنوم المغناطيسي " (Morbet silany 1991 P 13)
فالتنويم عبارة عن تغير في حالة الوعي مع استرخاء بدني و عقلي عميق تسمح لخروج الإيحاءات إلى العقل الباطني لتغيير نظم معتقدات لشفاء المريض و تخليصه من كل العوامل السلبية في حياته يستخدم لعلاج الأمراض النفسية و الجسدية .

- العلاج السلوكي :

- العلاج السلوكي من أساليب العلاج النفسي و الذي "يعتمد على تغيير سلوك الفرد المضطرب دون التعرض إلى مسبباته الوراثية ، النفسية أو الاجتماعية و يعتبر من أهم العلاجات النفسية التي تعتمد عليها في علاج كثير من الاضطرابات النفسية ، خاصة اضطرابات القلق ، المخاوف و غيرها و لقد انطلق السلوكيين من مسلمة مفادها أنه لا توجد أمراض و إنما الأعراض الظاهرة ، كالقلق ، الاكتئاب ، الوسواس القهري و الانفعالات لا تزيد على أنها استجابات شرطية انفعالية و أن هذه الأعراض هي

المرض و لا تكون العلاج فعالا إلا إذا كان هناك تخلص من هذه الأعراض " (عبد الستار إبراهيم 1980 ص 16) .

خطوات العلاج السلوكي :

- تحديد السلوك المضطرب
 - البحث عن الأسباب المؤدية للسلوك غير السوي
 - البحث في التاريخ الشخصي و الأسري للحالة
 - إعداد جدول خاص على حسب الحالة و نوع الاضطراب
- أساليب العلاج السلوكي : هناك عدة أساليب للعلاج السلوكي ، و هذا حسب سن و نوعية اضطراب الحالة و من أكثرها استعمالا ما يلي :

- التحصين التدريجي : أسلوب يستخدم في علاج المخاوف و ذلك و ذلك بتعريض المفحوص بطريقة تدريجية للموقف المرتبط بظهور الاضطراب و تكون هذه الطريقة إما عن طريق التخيل إذا كانت درجة الخوف شديدة أو طريقة مباشرة و لقد أثبت هذا الأسلوب نجاحا في علاج العديد من المخاوف .
- التعزيز الموجب : يستخدم هذا الأسلوب العلاجي و ذلك عن طريق المكافأة أو التدعيم ، و يتم ذلك بعد حدوث السلوك الجيد المرغوب فيه فتقدم للعميل مكافأة و تكون إما مادية كهدية أو نقود أو لفظية كالمدح .
- التعزيز السالب : يستخدم هذا الأسلوب لغرض زيادة احتمال ظهور الاستجابة المرغوب فيها أو السلوك الصحيح و ذلك يتعرض العميل لمثير غيرها مقدما ثم إزالته مباشرة بعد ظهور الاستجابة المرغوب فيها و قد استخدم هذا الأسلوب في علاج حالات معن الأصبع و قضم الأظافر .

- الغمر (الإغراق) : يستخدم في التغلب على القلق و المخاوف المرضية و ذلك بتعريض المريض إلى موقف مثير للقلق بصورة مباشرة و قد تصل المدة إلى نصف ساعة وقد يتطلب المريض عدة جلسات .
- مهما تعددت و تنوعت مناهج العلاج السلوكي إلا أنها "تتفق فيما بينها على هدف واحد و هو استبدال السلوك المنحرف بسلوك صحي يجعل حياة الشخص و حياة المحيطين به أكثر أيجابية و فعالية " (عبد الستار إبراهيم و آخرون 1993 ص 38)

العلاج العقلاني الانفعالي:

- أسلوب من أساليب العلاج النفسي رائده العالم الأمريكي "Albert Ellis" حيث يرى بأن السلوكيات المضطربة تكون نتيجة لأفكار خاطئة و معتقدات غير منطقية تعلمها الشخص من خلال التربية الخاطئة ، حيث يقوم المعالج باستبدال أفكار المفحوص غير الصحيحة عن نفسه و عن الآخرين بأفكار منطقية تتناسب مع التفكير العلمي الصحيح و ذلك بالاعتماد على أساليب و طرق تمكن المفحوص من التعرف على أفكاره الخاطئة .

أهدافه :

- معرفة العوامل التي تكمن وراء ظهور السلوك المضطرب
- تمكين المريض من التعرف على أفكاره غير العقلانية
- مساعدة المريض من التعرف على تصحيح أفكاره الخاطئة
- تغيير السلوك غير السوي بسلوك سوي
- تغيير الأفكار المخطئة لذات و اكتساب المريض أفكار تساعد على التكيف و التوافق مع الأسرة والمحيط.

أساليبه :

- " الخطوة الأولى في العلاج تبصير العميل بأنه غير منطقي و غير عقلائي و أنه يفكر طبقا لعدد من الأفكار الخاطئة " (علاء الدين كفاي 1999 ص324) .
- الاعتماد على الإقناع و ذلك بتقديم أمثلة واقعية و منطقية .
- توضيح للمريض أن هذه الافكار الخاطئة هي السبب في الإضطراب و لن يستطيع أن يتقدم في العلاج إن لم يغير هذه الأفكار و يستبدلها بأفكار علمية
- استخدام المعالج مختلف الطرق المعرفية و الانفعالية و السلوكية لكي يستطيع المريض التمييز بين المعتقدات المنطقية و غير المنطقية.

نظرية (A.B.C) في العلاج الانفعالي العقلائي :

- A : يقصد بها الخبرة المنشطة أو الحادثة الصامدة كالطلاق أو الرسوب المدرسي أو الإصابة بمرض خطير و يتم إدراكها بطريقة غير عقلانية .
- B : "تعني المعتقدات غير العقلانية المدمرة للذات و هي تتوسط بين الخبرة المنشطة و بين النتيجة الانفعالية " (عمر عبد العزيز عمر الصقهان 2005 ص 14)
- C : " ويقصد بها النتيجة الانفعالية المتوافقة مع نظام المعتقدات فإن كان نظام المعتقدات عقلائيا كانت النتيجة ملائمة للحدث و إن كانت المعتقدات غير العقلانية كانت النتيجة اضطراب انفعالي و خلل سلوكي " (عمر عبد العزيز عمر الصقهان 2005 ص 15) .

العلاج الديني :

- "يتوجه إلى تحرير المريض من المشاعر الخطيئة و الإحساس بالذنب كما يفتح أمامه باب الأمل و الرجاء في الغفران مع تبصير المريض لواجباته الدينية و تشجيعه على أدائها " (أشرف محمد عبد الغني شريت 2003 ص 284)

ويمكن للأخصائي النفسي أو الطبيب النفسي أن يمارسه إلى جانب الشخص الذي درس العلوم الشرعية، وتتعدد مجالات استخدامه نوبات القلق و الوسواس و الهستيريا و توهم المرض و الاضطرابات الانفعالية ، ومشكلات الزواج و كل الصراعات الفتاكة المبنية على الملدات في وضعية اليأس و الانهيار النفسي ، وخاصة الإدمان على الكحول الذي يجرمه الدين و حالات الاكتئاب و التشاؤم و المسالك الانتحارية المحرمة أيضا .

أهدافه :

- معرفة الخالق و الذات .
- الصدق مع الخالق و الذات
- قبول بالقضاء و القدر و بالمرض
- التخفيف من التوتر
- مساعدة المريض على الاعتراف الذي يساعد على التفرغ .

خطواته :

■ الاعتراف :

- يتمثل في الاعتراف بالذنب و الأخطاء و يساعد الاعتراف على التخلص من مشاعر الخبيثة و الإثم و يخفف من عذاب الضمير فيظهر النفس المضطربة و يعيد إليها طمأنينتها ، فيجب على المعالج مساعدة المريض على الاعتراف بخطاياهم و تفرغ ما بنفسه من مشاعر الإثم و عليه أن يكون حياديا و يتقبل كل شيء فالاعتراف يمكن الشخص من الرجوع إلى الحق و التوازن النفسي السليم مع الذات .

■ التوبة :

- تتمثل في الشعور بالندم و هذا ما يساعد الشخص على التفرغ و التنفيس و يكون هذا بمعرفة الذنب والعمل المخالف لأمر الله ، ثم الشعور بالذنب و هذا ما يمكن الشخص من ترك الفعل الذي يعد سببا في اضطراباته و صراعاته الداخلية .

■ الاستبصار :

- ويتمثل في معرفة الشخص المريض العوامل والأسباب التي أدت إلى ظهور الاضطراب و هذه الطريقة تستعمل في العديد من العلاجات النفسية كالعلاج الانفعالي العقلاني و العلاج بالتحليل النفسي .

■ التأمل :

- و يتمثل في التأمل في خلق الله و في النعم التي زودنا بها من صحة و مال و أكل و غيرها و هذا ما يمكن الشخص بالشعور بالرضا و الاستمتاع بهذه النعم .

العلاج الأسري :

يعتمد هذا الأسلوب العلاجي على أهمية الأسرة في العملية العلاجية باعتبارها وحدة أساسية بالنسبة لنمو الشخصية و التوافق النفسي لأفرادها " يهدف إلى تحقيق الفهم المتبادل بين أعضاء الأسرة و كيفية التعامل بينهم و حل المشكلات المشتركة و التخلص من التوتر الانفعالي و تحقيق الصحة النفسية داخل الأسرة و يكون هذا العلاج إما في العيادة أو المنزل بدراسة تاريخ الأسرة من أجل الحصول على التشخيص الصحيح " (أشرف محمد عبد الغني شريت 2003 ص 282) . وعلى المعالج أن يلاحظ أثناء الجلسات علاقة التعامل بين أفرادها و قد يلجأ إلى أسلوب المواجهة في جو من التفاهم و التقبل مما يخفف حدة التوتر و يحقق التواتر الأسري.

أهداف العلاج الأسري :

- المساعدة على تخفيف التوتر و الضغط داخل الأسرة .

- تحسين أداء الأسرة و ذلك من خلال تغيير العلاقات داخلها
- وضع خطة علاجية تسعى إلى تغيير العلاقات الشخصية المتبادلة .
- تحقيق الانسجام و التوازن في العلاقات بين أعضاء الأسرة .

أنواع العلاج الأسري :

■ العلاج الأسري الجمعي :

- و هو أسلوب التوجه لكافة أفراد الأسرة بالعلاج عن طريق جمعهم و إقامة الحوار فيما بينهم وصولاً إلى تشخيص اضطراب التواصل بينهم و من ثم العمل على إصلاحه في جلسات جماعية أيضاً .

■ التعاون الأسري :

- وهو أسلوب يعتمد على طلب تعاون الأسرة في علاج المريض عن طريق تحديد السلوك و التصرفات المناسبة لتفاعل أفراد الأسرة مع المريض .

■ العلاج الأسري السلوكي :

- وهو أسلوب يعتمد على تعديل سلوك الأسرة عن طريق استبعاد التصرفات غير المطابقة للصحية وإبدالها بأخرى مناسبة ومن خلال جلسات يعقدها المعالج مع أفراد الأسرة في غياب المريض .

■ العلاج الأسري المحوري :

- و هو أسلوب يعتمد على مبدأ تدريب أحد أفراد الأسرة للقيام بدور المعالج النفسي في إطار أسرته، ويجري تدريب أفراد من أسرة بصورة جماعية في محاولة لتبادل الخبرات فيما بينهم .

■ العلاج الأسر المتخصصة :

- و نقصد به تلك التيارات المتخصصة في العلاج الأسري التي أرست قواعدها الخاصة في التعامل مع أسر المرضى و مع الأسر التي تعاني من صعوبات تواصلية بين أفرادها ...

العلاج الطبي : يتمثل في المؤسسة الطبية و هي هيئة تهدف إلى تقديم رعاية صحية علاجية ووقائية سواء كانت عامة أو متخصصة لوجود عدد مناسب من المتخصصين في شؤون الطب كالأطباء و الممرضين والأخصائيين بالجراحة ، ويمكن أن نميز نوعين من المستشفيات ، مستشفى عام خاص بالأمراض العضوية ومستشفى خاص بالأمراض العقلية يكمن الاختلاف الموجود بينهما في طبيعة العلاج " حيث أن المريض بإصابة عضوية يكون واعيا بما يحدث إلا في حالات كتخديره أثناء العملية الجراحية أما المريض العقلي يكون العلاج بالأدوية المثبطة و الجلسات الكهربائية " (محمد حسن غانم 2006 ص 52)

الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي :

تتمثل مهنة الأخصائي الاجتماعي في " تقديم الخدمات الاجتماعية لفئة معينة من المرضى بالمؤسسات الطبية و هذا من أجل المساعدة و المساهمة في إنجاح العلاج الطبي و مساعدة المرضى لحل مشكلاتهم الاجتماعية و توفير احتياجاتهم الأساسية و التغلب على الصعوبات التي تواجههم والتي لها صلة وثيقة بالمرض سواء كانت هذه المشاكل تتعلق بالمريض أو بمحيطة الأسري " (محمد سلامة محمد غباري 2003 ص 61)

دور الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي :

- يقوم الأخصائي الاجتماعي الطبي بتقديم توجيهات للمرضى و أسرهم عن طرق الرعاية و التكفل بالمريض .
- شرح و توضيح العوامل الصحية و الطبية التي تؤثر في حالة المريض و أفراد أسرته القائمين على علاجه كما يوضح للمريض لأهمية دخوله إلى المستشفى و أهمية إجراء العملية إذا تطلب ذلك .
- المشاركة في حملات الرعاية الصحية و إثارة اهتمام الرأي العام نحو القضايا المتعلقة بالمرض و يستخدم في ذلك وسائل الإعلام المتاحة كما يوضح للمريض و أسرته العلاقة بين المرض و الظروف الاجتماعية والنفسية و أهمية العلاج الطبي و النفسي .

- توعية المريض و أسرته و كذلك العاملين في المستشفى عن طريق ندوات التنظيم في المناسبات المختلفة
كما تمتد التوعية الصحية إلى المترددين على العيادات و المراكز الصحية و العلاجية.
- تهيئة الجو العائلي المناسب لأسرة المريض لجعلهم يتقبلون وضعه بالمستشفى كما يجعلهم يتعاونون على
سرعة شفاؤه و يوضح لهم أثر تدعيم العلاقات الاجتماعية بين المريض و أسرته أثناء الزيارة .
- تهيئة المريض لرجوعه إلى أسرته و تهيئة الأسرة لاستقباله .

دور الأسرة في عملية التكفل :

- تعتبر الأسرة المركز و المؤسسة و الملجأ الأول للشخص المريض و تلعب دورا هاما و فعالا بالاهتمام به و تعويضه
الكثير مما يواجهه من المجتمع و تتمثل أدوارها في :
- الرعاية و التعاطف مع حالته المرضية
 - تعرف على أساليب التمريض و أخذه عند الطبيب
 - توفير العلاج اللازم و التأكد من جرعات الدواء و الحرص على تناولها بانتظام
- إتاحة الأسرة للمريض حق مزاوله نشاطه الاجتماعي تحت إشرافها و ذلك باندماجه بمقابلة الأقارب و غيرهم.

خلاصة الفصل:

ما استخلصناه من هذا الفصل أنه مهما تعددت طرق العلاج واختلفت التخصصات إلا أنّها تهدف جميعها إلى تحقيق أعلى مستوى من مساعدة المريض على الشفاء، فالاهتمام به وتوفير له الرعاية الطبية والنفسية والاجتماعية تشعره بالراحة والإطمئنان، وتخفف من قلقه وخوفه، ولكي تكون هذه الطريقة ناجحة يجب إشراك الأسرة في العلاج وتقديم الدعم لها لكي تتقبل المريض مع وضعه الجديد.

تمهيد :

كلما زاد تعقد الحياة الحديثة و صراعاتها ، كلما زادت الحاجة الى نشر الوعي الطبي النفسي و التعرف على الأسباب التي تؤدي الى نشأة الأمراض النفسية و العقلية ، وهناك ضرورة إنسانية لحماية الإنسان من الام الأمراض النفسية و من تعاسة الاسرة التي يوجد بين أفرادها مريض عقلي ، ولذلك فان العلاج و الرعاية تدخل ضمن الاستثمار لانها تقيد الانسان الى حظيرة الانتاج و الابداع بدلا من ان يظل عالة على المجتمع، ومن بين الاضطرابات العقلية التي تستحق الاهتمام مرض الباراتويا ومرض الفصام. ذلك لان المريض خطر على من حوله.

نظرة تاريخية حول الفصام :

من عقود عديدة و المتخصصون يؤمنون ان " الفصام " اضطراب ذهاني يجعل المريض منكب على ذاته، مشغول بعالمه الخاص بما يحمله من هلاوس و ضلالات و أوهام ، خارج من قيم و معايير المجتمع التي بما يكون قبل أن يقع فريسة للمرض من بين أكثر الناس إلتزاما بها و أحيانا يبدو للاخرين و كأنه جاء من كوكب اخر ، و لذلك فهو لا يعرف الفرق بين الحقيقة و الخيال (محمد السيد عبد الرحمن، K1999 ص 387) و نظرا لتعقيد هذه المعالم اختلفت الرؤى حول تحديد اسم شامل لهذا الاضطراب و على مدار أكثر من قرن من التاريخ اسهم أكثر من عالم في تحديد ملامح و معالم هذا المرض و من بين العلماء :

اميل كراپلين E .Kraepalin

- تبدأ القصة الحقيقية للفصام مع كراپلين استاذ الطب النفسي في ميونيخ بألمانيا و الذي يعد بالفعل اول من وصف الفصام 1889 (E .Kraepalin ,1994 ,p 403) حيث قدم العديد من انماط السلوك الشاذ و اطلق عليه مصطلح الجنون المبكر أو خبل ما قبل النضج .

- **Morel** سنة 1860 هو اول من ابتكر مصطلح الخرف المبكر و ليس كراپلين ، و اعتبر الحالة الناتجة عن اسباب وراثية . كما تلاه كهالبيوم سنة 1874 الذي اعتبر حالة الفصام التخشي احدى حالات الفصام و انها متسببة عن المرض في الدماغ (Kraepalin 1994 P 258) و اعتقد كراپلين ان كل الانماط الفرعية للفصام تندرج تحت اختلال الشخصية او تدهورها ووصف ثلاث انماط فرعية و هي : الكتاتوني (Catatonique) و الهيفريني (Hepepehrenique) و البرانويدي (Paranoia) . كما تبني نمطا رابعا ابتكر باحث اخر هو " بلولير" و يعرف باسم الفصام البسيط (La schigophrenie simple) و قد ميز كراپلين بين الفصام و الحالات التي تنتج عن الضغوط والتوترات و جنون الهوس الاكتئابي و الامراض العقلية الاخرى كما حدد عددا من الاعراض و اعتبرها صفات للجنون المبكر .

- اوجن بلولير : هو الطبيب النمساوي السويسري الذي وضع مصطلح الفصام و الذي تأثر بفرويد حيث يوافق على انه ليس من الضروري ان تكون للفصام بداية ظهور مبكرة و انه لا يؤدي بشكل حتمي الى اضمحلال عقلي ، و على عكس ما اعتقد كراپلين اعتقد بلولير ان الشفاء امر ممكن (محمد السيد عبد الرحمن 1999 ،ص 390) و لكنه اتفق معه في دور العوامل البيولوجية في الاصابة بالمرض ، وانه مرض قابل

للتواتر ، كما كما اعتقد بلولير في تفاعل الضغوط البيئية مع العوامل البيولوجية في حدوث المرض ، ولذلك فقد أكد على ضرورة أن يتضمن العلاج تحقيق اثر الضغوط البيئية و اعتقد ان الفصامين سيتحسنون مع الوقت لكنه لم يرى انهم سيشفون تماما و يعودون الى السابق عهدهم و على خلاف لتحديد مرابلين للاعراض فقد حدد بلولير اربعة اعراض اساسية و هي : اضطرابات الترابط ب A4 على انها اكثر تميزا للفصام من السير المتزدي و الهلاوس و التوهيمات . أي ان اضطرابات الترابط و الوجدان و التوحد و التنافس الوجداني من جهة اخرى كل هذه تعني فصاما (حسن قميحة ، 1990 ، ص112) أما نبردبلولير و هو ابن اوجن بلولير و له اراءه الخاصة حول المرض يعارض بعضها اراء والده ، حيث يرى ان العمليات العقلية التي تتوتر في المريض بالفصام تتوفر ايضا في الشخص العادي ومن هذه العمليات ، التفكير في احلام اليقظة و الهلاوس و الرمزية العجيبة في احلام النوم الطبيعي غير ان الفرق بين الفصامي و الشخص السوي ان الشخص الفصامي لا يستطيع التفريق بين الحالتين : واقع الحلم أو واقع اليقظة ، واقع العالم الداخلي كما يتخيله وواقع العالم الخارجي كما هو . وهو لذلك لا يستطيع ابعاد خيالاته و احلامه و لا يستطيع تصحيحها عن طريق قياسها بالواقع و هذا يؤدي بالضرورة الى ادخاله لعناصر غير متكاملة الى شخصيته و بصورة لا تسمح باقامة الترابط الطبيعي بينها (علي كمال 1986 ص، 391)

سيغموند فرويد S /Freud (1856-1939)

لا يتبنى فرويد فرضية بلولير بل ينتقد مصطلح الفصام الذي ابتكره بلولير و يطلق على تلك الاعراض التي قدمناها اسم الانشطار أو انتظار الانا "clivage le moi" اذ ان مصطلح الانشطار تبعا لفرويد هو نتيجة للصراع و هكذا فاذا كان لهذه الفكرة من قيمته بالنسبة له فانها لا تتضمن في حد ذاتها اي قيمة تفسيرية ، بل هي تطرح على العكس من ذلك السؤال : لماذا و كيف انفصل الشخص الواعي هكذا عن جزء من تصوراته ؟ " و لا يفوت فرويد خلال استعراضه لتاريخ السنوات التي تم من خلالها اكتشاف اللاوعي . أن يستخدم مصطلح الانشطار و مصطلحات قريبة منه و التي تدل كلها كلها على القضية الرئيسية ذاتها : الانقسام داخل النفس ، ولكنه لا يستخدم الانشطار الا عرضا ، وبدون أن يجعل منه اداة مفهومية خلال ارضائه لاعماله و بالذات حين يشير الى واقعة انقسام الجهاز النفسي الى انظمة هي (الوعي ، اللاوعي ، وما قبل الوعي) و انقسامه كذلك الى اركان هي (الهو ، الانا ، الانا الاعلى) .

ماير Mayer

- هو الآخر وجه نقد الى نظرة كريبلن حول الفصام . بناء على ما لاحظته من اصابة نمط معين من الناس بهذا المرض . حسب راييه يرى ماير ان أن الفصام نمط سلوكي ينشأ نتيجة لصعوبات تتزايد باستمرار في طريق الفرد الى التكيف و يرجع التدهور الذي يصير عليه كريبلن الى زيادة العادات الخاطئة التي تنمو في هؤلاء الاشخاص و الى اضطرابات تفكيرهم و انفعالاتهم و عدم تناسق السلوك معها . وكذلك اختلال وظيفة اللغة و عمليات الانتباه و على ذلك فضل ماير تسمية العته المبكر ، اضطرابا في السلوك و تأتي هذه التسمية باللغة الانجليزية من كلمة Para بمعنى اضطراب و Ergania بمعنى السلوك في عمومه .
 - كما يرفض ماير ان يكون الفصام سببه نابع من الجسم أو من الخلل العضوي أو العصبي فحسب رأي ماير لم يجد أي دليل على صحة الخلية الجسمانية للفصام لذلك فهو يرى بان الفصام عبارة عن سلوك غير متوافق يتطلب البحث عن الاسباب و العوامل المؤثرة نفسيا خلال حياة المريض ، و يرى أيضا بان الفصام هو عدم توافق في الجانب العقلي لا يختلف عما هو عليه لدى الاسوياء الا في الكم فقط . فالفصام في نظم ماير هو تضخيم لعناصر وجودها مؤكدا في أذهان الأسوياء . وهذا ما جعله يضع أعراض الفصام في قسم واحد فقط لا يعرف فيها بين ما هو ثانوي و بين ما هو أساسي و هو يلخص لنا اعراض الفصام في اربع نقاط فقط هي :
 - اضطراب الانفعال في التفكير بتجلى في سوء الأحكام ، والإسقاط و الهذات ، و عدم تمييز الواقع كثرة الهلوس و الأوهام .
 - اضطراب الانفعال و السلوك حيث ينعدم التوافق بينهما .
 - اضطراب الاشكال المألوفة في استعمال اللغة و الكلام .
 - الاضطراب الواضح في الانتباه .
- ورغم اختلاف بلولير و ماير في بعض النقاط حول الفصام الا انه يمكن اعتبارهما رائدي المرحلة التي شلت مرحلة كرايبلن ، فقد اعترفا جميعا بفاعلية العوامل النفسية و الانفعالات الشديدة و التوترات المتكررة و الصدمات الوجدانية في تكوين الفصام (فيصل محمد خير الزراد، بدون طبعة ،ص 14 ، 15)

كورت شنايدر Kurt Schneider 1900-1957 :

النظرية الاكثر حداثة لهذا الباحث حددت المعايير الشخصية للفصام بالاعتماد على تجمع الاعراض و تردها على النحو التالي :

أ - وضع زمرة لاكثر الاعراض شيوعا أو المصنفة اولا و تتضمن :

- الهلاوس السمعية (أي الافكار المسموعة و هي صفة مؤكدة للفصام) و تجادل الاصوات وقد يسمع المريض اصواتا تطلب منه بعض الاعمال .
- اقحام الافكار و ضياع الافكار
- الاعراض السلبية الجسدية ، وهي نمط من انماط الشخصية يتميز بالخضوع و الاذعان و لاسيما في العلاقات الجنسية .
- تشتت الافكار .
- فهم الاندفاعات و الافعال على انهما ناجمان عن تأثير الاخرين
- ب - لقد حذر شنايدر من ان تشخيص الفصام قد يحدث احيانا في غياب الاعراض المصنفة في وبوجود الاعراض المصنفة ثانيا الاقل شيوعا فقط (محمد السيد عبد الرحمن، 1999، ص391)
- ج - ورغم ان الاعراض المصنفة اولا شائعة في الفصامين الا انها ليست نوعية تماما للفصام و قد تظهر في سياق اضطرابات اخرى نثل المتلازمات العقلية العضوية ، اضطرابات المزاج (حسان قميحة، 1993، ص113) وقد اعتمدت الجمعية الامريكية للطب النفسي في تشخيصها و تحديدها لاعراض الفصام على تلك الاعراض التي حددها شنايدر في العقد السادس من القرن العشرين .

نسبة الانتشار :

يوجد الفصام في جميع بقاع العالم دون فروق كبيرة و توجد صور محلية خاصة منه ايضا و تتراوح نسبة انتشار المرض بين السكان من 0,3% - 1% و في الغرب تكون هذه النسبة حوالي 0,85% أما الشخصية شبه الفصامية (قبل المرضية) فهي موجودة بنسبة اعلى حوالي 3% (فخري الدباغ، 1983، ص151) ومن الصعب حصر عدد الفصامين في مجتمع ما الا عن طريق مسح شامل لقطاع معين ، و من ثمة فحص جميع المواطنين ، وحتى النسب الموجودة في المستشفيات لا تعطي صورة واضحة ، نظرا لان مرضى الفصام الذين دخلوا المستشفيات يعانون من اضطرابات في السلوك و في الفكر و ضاعت عندهم قوى التوافق مع المجتمع ، و هم سابقا وفضوا العلاج و الامتناع بمرضهم ثم ان هناك الكثيرين يعانون من هذا المرض ولا يريد أهلهم ان يلحقهم بالمستشفيات و بصورة عامة تصل نسبة الفصام في المجتمع ما حوالي (1 - 2%) وهذه النسبة عالية اذا اخذنا بعين الاعتبار ان هذا المرض يصيب الشباب بصفة خاصة . و يمثل مرضى الفصام نسبة حوالي (25 - 33%) من مرضى نزلاء مستشفيات الامراض العقلية ، اما بالنسبة للفصامين الذين يترددون على عيادات الطب النفسي فنسبتهم في البلدان العربية تتراوح بين (13-15%) ففي مصر مثلا تقدر هذه النسبة بـ 15,3%

وفي السودان 13,2 % و هذا و قد اشارت بعض الدراسات القديمة عام 1936 مثل دراسة (شيلي واطسون) الى ان نسبة الفصام في مستشفيات الامراض العقلية في زمبيا حوالي 35,7 % و دراسة فورتنز في غانا عام 1958 تصل حوالي 53,6 % و كذلك دراسة لامبو في نيجيريا تصل نسبتهم حوالي 60 % و هذه نسب كلها تستحق الدراسة و البحث لأنها جد مرتفعة (فيصل محمد خير الزراد، بدون طبعة ص 19)

اما نسبة المرضى بالفصام في بلدنا الجزائر في دراسة قام بها كل من M.Touri / T.Merdji / B.Bensmail لمدة 24 سنة ابتداء من سنة 1963 حتى سنة 1986 في المستشفى العقلي C.H.U بقسنطينة هذه النسبة تخص النزلاء بالمستشفيات العقلية و تقدر بحوالي (7,4 %) (1994ص 267 B.Bensmail)

وفي ما يلي نسبة مرض الفصام لكل الف مواطن في بعض الدول : الصين 2,1% الدنمارك 3,3% ، المانيا 2.4 %، غانا 0,6 %، الهند 3,7 %، ايران 2,1% اليابان 2,3 %، روسيا 5,3 %، السويد 17 %أمريكا 07 % و ذلك طبقا لإحصائية جمعها تسوينج و اخرون (محمد السيد عبد الرحمن 1999 ص 415)

وبالنسبة لظهور المرض عند الذكور يكون من 15 . 25 سنة ، أما بالنسبة للاناث يكون من 35.25 سنة (فيصل محمد خير الزراد، بدون طبعة ،ص 22. 21)

تصنيف الامراض العقلية حسب المدرسة الفرنسية :

الامراض العقلية الحادة :

- نوبات انفعالية (ردود افعال عصبية حادة)
- ذهان الهوس الاكتئابي .
- أعراض هذيانية و هلوسات حادة
- أعراض خلط ذهني

الامراض العقلية المزمنة :

- العصابات
- ذهان الهذيان المزمن (منظم برانويا / خيالي برافري)
- الفصام

و اعتمادا على هذا التصنيف اخترنا الفصام و البرانويا كنموذجين للدراسة و اللذات يمثلان أكثر الامراض العقلية المزمنة انتشارا و خطورة .

الفصام :

مفهومه :

" يعد الفصام من اخطر الاضطرابات العقلية التي تصيب عدة اشخاص موجه نحو الازمات ، تتطور فيه الاعراض الاكلينيكية على المستوى النفسي والاجتماعي كما نجد أن غالبية المرضى الموجودين لمدة اطول داخل المستشفيات النفسية هم من الفصاميين و الذين تتراوح نسبتها في غالبية المستشفيات العالمية حوالي 70 % من الحالات (معتز سيد عبد الله و اخرون، 2005، ص 15) و لقد عرف الفصام منذ القديم مرادف مصطلح الفصام باللغة الفرنسية La Schizophrénie و هي كلمة يونانية تعني انفصام العقل أو انشطاره ولقد اعطى بروير سنة 1911 تسمية الفصام كبديل لاسم العته المبكر الذي جاء به اميل كرابلن .

يتصف الفصام بمجموعة من الاضطرابات التي تشمل التفكير ، اللغة ، الادراك " مما يؤدي الى تدهور في الشخصية ، حيث تشتت وتتناثر مكوناتها و أجزائها و يصبح المريض يعيش في عالمه الخاص به بعيدا عن العالم الخارجي "

كما تعرفه جمعية علم النفس الأمريكية على انه " مجموعة من الاضطرابات الذهانية التي تتميز باضطراب في العلاقة الواقعية و تكوين مفهوم حول الذات وحول الاخر ، كما يتميز باضطرابات في مجرى التفكير و السلوك غير المنتظم يميل الى التدهور و السير في طريق الأزمات " (جمعية سيد يوسف، 1990، ص 191)

أسباب الفصام :

معظم الأطباء النفسيين يتفقون ان هناك ثلاث عوامل تؤدي الى اصابة الشخص بالفصام يقسمونها الى عوامل بيولوجية ، عوامل نفسية و اجتماعية

العوامل البيولوجية :

- تتمثل في عامل الوراثة حيث اثبتت بعض الدراسات على ان الوراثة تلعب دورا في حدوث المرض لان الكثيرين من المصابين بالفصام ينحدرون من عائلات لديها نفس الاصابة.

العوامل النفسية :

- " تعتبر الأحداث السيكولوجية في حياة المريض من بين العوامل المسببة لحدوث المرض ، فالأوضاع الأسرية و خبرات طفولة قاسية كالحرمان العاطفي أو الصدمات النفسية الحادة تؤدي الى اسلوب في الحياة يتميز بعدم الاستقرار و هذا ما يجعل الشخص يلجأ لاستخدام الآليات الدفاعية ، و حين تفشل تلك الآليات يصبح الشخص غير قادر على قبول نفسه و هنا تظهر الأعراض الفصامية " (سيلفانو أريتي ترجمة عاطف احمد، 1991، ص104)

العوامل الاجتماعية :

- تتمثل في الاحساس بالمعاناة كالفقر و الحرمان ، الضغوطات الاجتماعية ، الهجرة و الظروف المعيشية الصعبة ، كل هذه العوامل الاجتماعية من شأنها ان تزيد من معدل حدوث المرض " (سيلفانو أريتي ترجمة عاطف احمد، 1991، ص 105)

اعراض الفصام :

- الانسحاب من الواقع حيث ينقطع المريض عن العالم الخارجي .
- الخمول والبلادة حيث يكون نقص شديد في الحيوية فترى المريض قليل الكلام و الحركة و لا يهتم بأي شيء يدور من حوله " (احمد عزت رابح، 1968 ، ص 497)
- اضطراب الكلام حيث من الصعب فهم ما يقوله المريض.
- اضطرابات في التفكير تتمثل في عدم انتظام افكاره و الانتقال من موضوع لآخر ليس له صلة بالموضوع الذي كان يتحدث فيه و تكون افكاره غير منطقية .
- ظهور الهذيان و تتمثل في اعتقادات خاطئة و تكون خاصة بالاضطهاد أو العظمة.
- الهلاوس و تكون في غالبيتها سمعية أو بصرية.
- عدم القدرة على المبادرة و المشاركة في النشاطات اليومية .
- اضطرابات في التركيز و الانتباه .

انواع الفصام :

الفصام البسيط :

- يتميز بالتأخر النفسي العام فالمصاب يجلس يحدق في الفراغ لا مطمع له ولا رغبات ، يتمشى في الشارع و يركض وراء عربات النقل أو يعيش في المستشفى لا يقوم بأي عمل ، فهو منطو على ذاته الى ابعد

الحدود و لا يهتم بما يجري حوله و كثيرا ما يعجز الاطباء عن علاج امثال هؤلاء المرضى فيقضون حياتهم في المستشفى ليموتو في عمر متأخر أحيانا (ماجدة بهاء الدين السيد عبيد، 2008، ص 254)

الفصام الهيبوفريني :

- ويطلق عليه احيانا فصام المراهقة أو فصام الشباب حيث يصيب الانسان عادة في مرحلة المراهقة ويؤدي بداية الى تدهور الشخصية و تذبذبها و عدم تكاملها و تتميز اعراضه بعدم الاستقرار و الاستغراق في احلام اليقظة و الابتعاد عن المعايير و القيم الاجتماعية و الانطواء و التبلد الانفعالي و الاختلاط في التفكير و الكلام والسلوك الطفلي الغريب مع عدم العناية بالنظافة الجسمية (احمد عكاشة، 1976، ص 70)

الفصام الكاتاتوني (التخشي) :

- " يتميز بالاضطرابات الحركية باعتبارها العرض الواضح و تأخذ إما شكل الكف العام أو النشاط الحركي الزائد " (جمعية سيد يوسف، 1990، ص 145)، وتكون اعراضه حركية واضحة اما بالنقصان أو الزيادة و ينقسم الى نوعين :

1- الفصام الحركي الهياجي :

تتميز اعراضه بالهياج الحركي المفرط غير الهادف و عدم الاستقرار و التعب و فقدان الوزن مع عدم التوافق بين المزاج و التفكير و سرعة الكلام و ردود الافعال الغريبة و الهلوسات و العدوان و التصنع في :

المشي و الحركات (فيصل الزراد، 1984، ص 48)

2- الفصام التصليبي يتميز بالتثبيط و ثنائية الشخصية و كذلك الوضع التصليبي أو التماثلي أو وضع الجنين الجنين أو حتى وضع الميت .

- الفصام الهيبوفريني :

- أو ما يسمى بفصام المراهقة يبدأ في سن مبكر يتميز بالانطوائية و عدم اقامة علاقات خارجية و قطع الاتصال مع الاخرين كما تظهر اعراض هذا النوع في عدم الاهتمام بالنظافة الجسمية و " و ظهور اضطرابات في التفكير ، شدة الانفعال و الانشغال بالمسائل الدينية و قضايا التقاليد و العرف الاجتماعي ، كما ان

حديثه يكون غير مترابط و حركاته غير متناسقة ، ، تكون لديه هلاوس سمعية وهذات امل جنسية أو اضطهادية " (عبد المنعم الحنفي، 1999، ص 1136)

- الفصام الحاد :

- تكون اعراضه حادة و فجائية الظهور و قد يشفى المريض منه تماما في غضون بضعة اسابيع و قد ينتكس تكرارا و غالبا ما يتقدم المرض الى شكل كلاسيكي .

- الفصام المزمن :

- حيث يمر المريض بعدة مراحل يشتد فيها حتى يزمن إذا لم يعالج .

- الفصام التفاعلي :

- يرتبط فيه المرض بعوامل نفسية حديثة أو ضغوط اجتماعية واضحة و يكون المريض متوافقا اجتماعيا قبل المرض (حامد عبد السلام زهران، 1997، ص534)

- الفصام المتخلف :

- حيث يشفى المريض و لكن تتخلف لديه بواقي افكار او انفعالات او سلوك فصامي و بقايا هلوسات و هذات بسيطة لا تؤثر في توافقه الاجتماعي .

- الفصام الكامن :

- حيث يميل السلوك نحو الفصام و لكنه لا يزال خارج نطاق الشخصية الفصامية على حد الزهان حيث يحقق فيه المريض نوعا من التوافق (عبد الرحمن العيسوي، 2001، ص 277)

وجهات نظر في اسباب الفصام :

لم تتفق الابحاث الهائلة حتى الان على تحديد و تشخيص السبب الحقيقي للفصام بالضبط و النظريات والابحاث العديدة التي سنتطرق اليها تدل على مدى الاهتمام و التتبع الذي يبذله العلماء في شتى حقول العلوم الطبية و النفسية للكشف عن خبايا و اسرار هذا المرض (فخري الدباغ، 1983، ص 154)

ونظرا لغموض هذا المرض و تعقيده ، نجد كتب الفصام تحوي انواعا كثيرة من الصياغات النظرية حول اسباب هذا المرض . بعضها بمثابة فروض نظرية عريضة مهمتها الاولى ان تولد افكارا جديدة اوان تحدد المجالات التي يمكن ان تؤدي فيها الابحاث الجديدة الى فوائد محققة و بعض الصياغات النظرية الاخرى اميل الى ان تكون ذات نطاق محدود (شيلدون كاشدان ، بدون طبعة ص124، 125).

وجهات النظر السيكولوجية :

الصياغات السيكولوجية للفصام التي تحاول ان تتناول العوامل السلبية او المصادر تميل الى ان تؤكد العوامل الاجتماعية التي تسبب ظهور الاضطراب ، و من الامثلة على هذا التأكيد ثنائية العملية الاستجابية ثم فرضية النكوص ، ثم فرضية الرابطة المزدوجة و هذه الثلاثة كلها تفسر وقائع سابقة في ان بعض الافراد اكثر تعرضا للاصابة بالفصام من غيرهم .

أ- ثنائية العملية الاستجابية :

ان خطورة الفصام ادت بكثير من الاكليينكيين الى ان يستجيبوا انه لا يمكن تفسير السلوك الغريب عن المريض ، الا بان علاقاته المبكرة جدا قد تعرضت للاختلال و قد ترتب على هذا الاستنتاج قيام عدد كبير من الدراسات التي تقارن بين حالة الفصامي قبل المرض بحالة غيره من الاسوياء ، و على اثر هذا ظهر حديثا بدرجة نسبية نوع من التقسيم الثنائي الذي يقسم الفصام الى نوع استجابي و نوع اخر يسمى بالعملية الفصامية ، وهذا التقسيم يحدد نوعين أساسيين من الفصام هما العملية الفصامية و الاستجابة الفصامية ، والفرق الأساسي بين النوعين هو ان السلوك الفصامي في النوع الاول يبدو انه بمثابة النتيجة النهائية لعملية انحلال طويلة، على حين ان الفصامي يبدو في النوع الثاني و كأنه استجابة متطرفة ، كذلك نجد إن العملية الفصامية بتاريخ طويل مزمّن من سوء التوافق ، عما ان نشأة الاعراض فيها تتم في بطء و استخفاء ، و ان احتمالات الشفاء ضئيلة ، لكن الفصام الاستجابي على العكس من ذلك يتميز بالتوافق نسبيا في فترة ما قبل المرض ، و بان نشأة الأعراض تكون فجائية ، و بان نسب الشفاء افضل (شيلدون كاشدان ، بدون طبعة ص124، 125).

و من بين النظريات الدالة على ذلك :

× نظرية العوامل البيئية و الاسرية :

لوحظ في دراسات مختلفة في اوروبا و امريكا ان مرض الفصام يكثر في الطبقات السفلى من المجتمع و هي الطبقات المتأخرة ماديا واجتماعيا و ثقافيا ، و قد فسر الباحثون هذه الظاهرة بان مرض الفصام ينحدر تدريجيا و يتدهور اجتماعيا بسبب الاضطراب الذهني الذي ينتابه ، و كذلك لوحظ بان مريض الفصام غالبا ما يكون وحيدا معزولا بالرغم من توفر اقرباء و اصدقاء له ، و لهذا نجد نسبة المرض اكثر بين المطلقين الغراب و دراسة اسرة المريض تدلنا على وجود تفكك عائلي او فقدان احد الابوين أو وجود خلافات

زوجية، وتساعد العزلة الاجتماعية على ظهور اعراض نهائية مشوبة بالشكوك و الاوهام كما يحدث في البرافرينا التي هي احد انواع الفصام (محمد فيصل خير الزراد ، بدون طبعة ، ص 25) هناك نظرية التناقضات الاسرية " نظرية ليدزوفليك " تقول هذه النظرية ان بعض الاسر تمتاز بعلاقات مشحونة متوترة بين الأبوين ، كالتهديد بالافتراق أو الطلاق ، و تكرار النزاع و الضغوطات من احدهما على الاخر ، و المشترك بدل التعاون المشترك و نشأ مريض الفصام في مثل هذه الاسر و هو لا يعرف بأي الوالدين يقتدي و أيهما يقتدي دون ان يثير الثاني ، و قد يبدو ان الوالدين منسجمين ظاهريا ، الا ان العداء بينهما مستتر و مستمر ، و هذه العلاقة اللامعقولة تنتقل الى الطفل و تترك شعوره بذاته أو كما وصفها ليمان واين بان محاولة الانسجام في افراد العائلة مع بعضهم يفقدهم مزايا الاستقلال الذاتي و الشعور بالثقة ، ويسبب كل ذلك افتقاد عنصر التعاون و التفاهم و تمتاز هذه الاسر بصفات عامة و هي

- وجود صفات أو شخصيات شبه فصامية في احد أو كلا الوالدين
- البرود او الانفصام العاطفي بينهما .
- وجود التعايش مرضي بين الطفل ووالده.
- وجود اضطرابات في تفكير الوالدين.

■ نظرية الشخصية التمهيدية في ظهور الفصام :

تلعب الشخصية دورا هاما في تهيئة المريض للاصابة بالفصام خصوصا اذا علمنا ان الشخصية تتكون بتأثير العوامل البيئية و الوراثة ، و قد تعددت الاراء بالنسبة الى الشخصية المهيأة للفصام ، و من اهم هذه الابحاث ما قام به " ارنولد " عام 1955 و اشار الى ذلك فب كتابه عن الفصام ، و قد وجد ارنولد من خلال دراسته 500 مريض فصامي ان نسبة 32,2 % من شخصيات المرضى قبل المرض كانت شخصيات سوية ، و نسبة 26,2 % من شخصيات المرضى قبل المرض كانت غير محددة ، كما وجد ان نسبة 26,2 % ايضا كانت شبه فصامية أو انطوائية قبل المرض ، كما وجد أن نسبة 15,4 % كانت شخصياتهم مضطربة و لكن غير فصامية ، و قد وجد ايضا ان الشخصية شبه الفصامية تتميز بالانطواء و الهدوء و الخجل والحساسية المفرطة مع صعوبة في التعبير عن الانفعالات مع جنوح دائم للخيال والتفكير و تجنبهم مواجهة الواقع ، مما يجعلهم أكثر ميلا للاعمال التي تتطلب العزلة و التفكير ، و بجدر الإشارة الى ان هذا النمط من الشخصية يستطيع النجاح في حياته العملية اذا اختار لنفسه الحياة الملائمة ، و عادة يكون التكوين الجسمي

من النوع الراهن مع ضيق في الصدر و الكتفين و طول الانامل و الرقبة و لكن لا يمنع وجود فصامين ذوي اجسام مكتنزة (محمد فيصل خير الزراد ، بدون طبعة. ص 29).

ب- فرضية النكوص :

يستمد هذا المنحى في فهم اصول الفصام و مصادره الى نظرية التحليل النفسي في الشخصية في هذا الاطار النظري ينظر الى السلوك غير العادي للفصامي على انه انعكاس لعيب اساسي في الشخصية يؤدي وجوده الى تهيئة المريض الى العودة الى المستويات اشبه بمستويات الاطفال في العمل تحت ظروف الشدة و الضغط .

نظرية التحليل النفسي ترى ان ميل الفصامي الى الالتجاء الى السلوك الطفيلي أو الى النكوص انما ينتج عن خبرات انفعالية سلبية تحدث خلال سنوات الاولى القليلة من الحياة ، كما يرون ان الموقف الذي يتخذه الاباء تكون له اهمية قصوى خلال الفترة التي يتعين على الطفل ان يواجه ما ينطوي عليه النضج من تحديات واحد بعد الاخر ، فالاباء الذين يشجعون ما يقوم به الطفل من محاولات الإتقان والسيطرة و الذين لا يتدخلون الا عند الضرورة القصوى ، انما يعينونه على ان يصل الى أقصى النمو النفسي ، على حين ان الاباء الفصامين و خصوصا الامهات يظن بهم انهم ينحرفون انحرافا ذا دلالة على هذا المعيار ، و تذهب نظرية التحليل النفسي الى ان الامهات الفصامين إما ان يكن منسلخات انفعاليا على اطفالهن و إما ان يكن مفرطات في حمايتهن لهم (شيلدون كاشدان ، بدون طبعة. ص134) .

ج- فرضية الرابطة المزدوجة :

ان التفاعل بين الناس امر معقد في اغلب الاحيان ، و امر من الصعب فهمه ، ولكن هناك وسيلة لفهم العلاقات الاجتماعية من خلال تحليل عمليات التواصل بين الناس ، ونظرية الرابطة المزدوجة هي محاولة لوصف السلوك المنحرف في اطار انماط التواصل المنحرف الذي يضرب بجذوره الى الطفولة و فرضية الرابطة المزدوجة تختلف عن نظرية النكوص التي ترى هذه النظرية ان اللغة التي يستعملها الفصامي هي وسيلة يحاول بها تكوين علاقاته وتكييفها بمعنى ان عبارات الفصامي المختلطة المضطربة لا ينظر اليها على أنها عبارات طفيلية او عشوائية ، و انما على انها عبارات مقصودة معرضة الى حد نسبي ، عبارات تساعد الفصامي بما يتميز به من غموض على ان يظل على عدم التزامه لغيره من الأشخاص و على أن يتجنب الانغماس مع الآخرين اي ان انماط التواصل المنحرفة عند ظهورها امر مرادف لظهور السيكوباتولوجيا (شيلدون كاشدان، بدون طبعة، ص139. 140)

المنظور البيولوجي :

الاعتقاد العام بان مصادر الفصام تكمن في صورة معينة من تلف المخ اذداد انتشارا في القرن التاسع عشر، كما انعكس في تفكير كراييلين من الجنون المبكر ، اما اليوم و السبب ما أحرزته البشرية من تقدم في علوم الإحصاء و الطب المايكروبيولوجيا فان هذه الفكرة لا تزال قائمة صورة اكثر تهديبا و تتمثل في الابحاث المنصبة على المتغيرات الوراثية و البيوكيميائية المرتبطة بالسلوك الفصامي(شيلدون كاشدان ، بدون طبعة ص162)

المتعلقات الوراثية :

لقد كان العامل الوراثي في نظر بعض الاطباء في السنوات الماضية ليس هاما لدرجة احداث مرض الفصام ، على عكس من الاهتمام الذي يتجه نحو الدراسة هذا العامل و اثره في احداث الفصام في الوقت الحاضر حتى اصبحت علاقة الفصام بالجينات الوراثية شيء ثابت لا ينكره اي باحث الان و قد ثبتت هذه العلاقة بصورة أكيدة و لا يعني ذلك ان سبب الفصام الوحيد هو الوراثة ، بل هناك عوامل اخرى متعددة تلعب دورا في ظهور المرض (فخري الدباغ، 1983 ، ص 153) و قد اشارت بعض الدراسات الى أن هذا المرض وجد في 60 % من افراد عائلات المرضى بالفصام و هناك بعض البيانات الاحصائية التي تشير الى ان كلما ازدادت صلة المرء عن طريق قرابة الدم بشخص فصامي ازداد احتمال انه سيصاب هو ايضا بالفصام و ان 15 % من إخوة الفصامي فصاميون كذلك ، على حين ان الرقم ينخفض الى 4% او 5 % بين ابناء وبنات اخوته و اخواته ، و كذلك تصل النسبة الى 16 % من الاطفال الذين يكون احد ابويهم فصاميا ينشأ عندهم الاضطراب من بعد ذلك (محمد فيصل خير الزراد ، بدون طبعة ، ص 29).

المتعلقات البيوكيميائية:

يمثل البحث في الاساس الكيميائي للفصام امتدادا او تمثيلا للافتراض اليوناني و العربي القديم بان المرض ناجم عن اضطراب في التكوين الطبيعي للاخلاط وسوائل الجسم و عصارته فالافتراض القديم و الحديث يتساويان من حيث المبدأ و مكانة و طريقة جسمه و ان كانت هناك اختلافات واسعة من حيث التفاصيل في ترتيب و ماهية المواد المؤثرة و طريقة فعلها في العصر الحديث و قبل ان يتوجه البحث عن امكانية توفر خطأ كيميائي و عصبي في هذا المرض فان ملاحظة توترات من ان المواد قادرة على احداث تغيرات عقلية في الفرد العادي كما ان بعض هذه المواد لها قابلية لإزالة بعض الاضطراب العقلي (سيد محمد عبد الرحمن، 1999، ص424 . 425)،

كما بدأ استخدام مضادات الذهان مع بداية الخمسينات من القرن العشرين في علاج الفصام ووجد ان العلاج الطبي له تأثير مهدئا على الهلوس و الهذات و اتضح ان الأعراض الجانبية لهذه العقاقير يؤدي الى اعراض مماثلة لما يوجد في الاضطرابات اخرى ، و هو عرض ملحوظ في مرض باركسون ويعلم الأطباء ان هذا المرض لديهم نقص في مستوى الناقلات العصبية كالدوبامين ، كما ساعد العلاج الطبي على خفض معدل انتفاخ عضلات في مرض باركسون و هو ما جعل الباحثين يتساءلون هل يعاني مرض الفصام من زيادة معدل الدوبامين و من ثم يؤدي الى ارتخاف العضلات و قد ادى سعي العلماء للإجابة على هذا السؤال الى نتائج و افتراضات عديدة عن وجود اختلالات بيوكيميائية متباينة في مرض الفصام ، فمن المعروف ان بعض العقاقير مثل السالكين وكذا العقار L.S.D و عقاقير اخرى تؤدي الى اضطرابات في التفكير و الانفعال كما تؤدي هلاوس و هذات شبيهة بمرض الفصام (فتحي دردار، 2001، ص 69)

المنظور الاجتماعي :

المنحى الاجتماعي في دراسة الفصام يحاول لن يتجاوز سيكولوجية الفرد ليركز بدلا من ذلك المتغيرات الاجتماعية عريضة من قبل الفروق الاجتماعية و الاقتصادية على ان اكثر النظريات الاجتماعية التي تتصل بالمرض العقلي انما تعود تاريخيا الى ذلك الفرض القائل بان المدينة من شأنها ان تدفع الناس الى الاضطراب العقلي اي ان انواع العناء و الضغط التي تتسبب عن البيروقراطية و التكنولوجيا من شأنها ان تضع عبئا فادحا على كواهل عدد كبير من الناس مما يسبب اخيار عدد منهم ، لكن الأبحاث التي أجريت عبر السنين قد اظهرت ان مثل هذا الاعتقاد و نوع من المقالات في تبسيط الامور فان معظم الاضطرابات الرئيسية التي نجدها في المجتمعات البيروقراطية الصناعية موجودة ايضا في الحضارات البدائية ، بل الواقع ان بعض الأعراض التي اكتشفت في المجتمعات التي هي اقل في مستواها من الناحية التكنولوجية لا نظير لها في مجتمعاتنا ، على حين ان معظم الأمراض العقلية التي هي اكثر شيوعا و التي هي من نوع الاكتئاب و الفصام موزعة بسخاء بين الدول .

في اخر الثلاثينات قام دينهام 1939 بدراسة ما اذا كان هناك صلة بين التفكك الشخصي (المرض العقلي) و بين التفكك الاجتماعي ، كان يعمل في شيكاغو فجعل نقطة البداية له تلك الحقيقة القائلة بان اكبر قدر من التفكك الاجتماعي انما يتركز في مناطق الاقليات في وسط المدينة ، في هذه المناطق نجد اعلى معدلات الاسر المتداعية و البطالة و الجنوح ، وهذه هي المؤشرات المعيارية على التفكك الاجتماعي فلو ان فرض

التفكك الشخصي . تفكك اجتماعي هولنجزهد و ريدلش كان صحيح لوجب ان نجد اعلى معدلات الاضطراب العقلي في هذه المناطق .

لقد مضى 1958 في نفس المسار الذي اختصه دهم فجعلا يجللان العلاقة بين الاضطراب العقلي والطبقة الاجتماعية او ان تقول على تحديد انهما اهتمام بدراسة ما اذا كان الوضع الاجتماعي اثر على نوع الاضطراب الذي نشأ عند الفرد ، وكان السؤال الرئيسي الاول الذي اتخذه الباحثان اساسا للبحث كله هو : هل الوضع الطبقي مرتبط بالمرض العقلي ؟ و من خلال تطبيق الدراسة وجد ان الطائفة السيكياترية التي يقع فيها المريض ترتبط كذلك بطبقته الاجتماعية و لكن هذه الدراسة توضح لنا كذلك بدرجة كبيرة من الاقتناع ، ان التشخيص الذي يتلقاه المريض و نوع العلاج الذي يقدم له يرتبطان بطبقته الاجتماعية ، ولهذا فقد بات من الضروري ان نكتشف بعمق ما يسود في المجتمع من وجهات نظر نحو المريض العقلي و طريقة تعامل المجتمع مع المريض العقلي ، و ما مدى تأثير وجهات النظر هذه في تأزم الوضع (شيلدون كاشدان ، بدون طبعة ،ص176 . 177)

× تاريخ تطور مرض البارانويا :

هناك ثلاث مدارس اهتمت بدراسة هذا الاضطراب في بداية عملها و هي المدرسة الفرنسية والامانية والاطالية ، ولكن مصطلح البارانويا استعمل اولاً في المانيا (Jacqueslacs' 21 P 1975) ويعود هذا اللفظ الى الفي سنة على الاقل و كان اليونانيون يشيرون الى هذا اللفظ باعتباره مرادفا للفظ الجنون . ثم اختفى و استعمل هذا اللفظ فترة من الزمن .

وبعد عام 1818 عاد لفظ البارانويا الى الشيع و خاصة بين اولئك الذين يتبعون تقسيم الاضطرابات العقلية تشمل العقل و اخرى غير ارادية و ثالثة تشمل المشاعر. وقد اعتبر هايوزوت ان البارانويا هي اضطراب في قوى العقل ، وهذا الاتجاه يوازي الان مع مفهوم اضطراب الفكر في البارانويا وحالات البارانويا وبارانويا الفصام " الفصام الهذائي " . و في عام 1845 اعتبر جنايزنجر هذا الاضطراب كنوع من الاضطراب الثانوي لاضطراب وجداني .

وفي عام 1863 عاد لفظ البارانويا ليشير الى مرض مزمن يتميز بهذات متناسقة و ينشأ من اضطرابات وجدانية و لا يكشف عن تحسن أو تدهور عقلي خطير .

وفي عام 1889 قام كرابلن بجمع كل صور الأمراض التدهورية المتناسقة التي ترجع الى عمليات مرضية أساسية في تصنيف واحد و هو الخبل المبكر .

وفي عام 1931 قام كول بتحليل بيانات مجموعة كبيرة من المرضى الذين تم تشخيصهم باعتبارهم مصابين بالبارانويا ، وقد انتهى ان هذا الاضطراب يقع في إطار الفصام و اطلق عليه لفظ " بارافرينيا " (رشاد علي عبد العزيز موسى ، 2001 ، ص 202).

وفي عام 1869 وصف فرويد حالة البارانويا باعتبارها نتاج الميكانيزم الدفاعي الاسقاطي ، و في أوائل القرن التاسع عشر لمح ادولف ماير على ان المصابين بالبارانويا يكونون غير قادرين على تكييف تفكيرهم الهذائي ويهتمون اهتماما شديدا بما يعتقدونه الاخرون فيهم ، و انهم يظهرون عدم القوة على اثبات ما يخص شكوكهم بشأن موضوعاتهم الذاتية .

وفي عام 1943 ارجع كامرون اصل الحساسية المفرطة و نمو هذات البارانويا الى فشل الانسان في الطفولة الى اكتساب الحد الأدنى من المادة الاجتماعية اللازمة للقيام بدوره .

ويصف **سوليفان** 1962 الفكر الهذائي بأنه يتصف بتحويل اللوم الى الآخرين، كما يثيره الوعي بالنقص من نوع اخر ويقصد بالوعي بالنقص هو القلق الذي ينتج عند إدراك المرء لنفسه على انه غير قادر على اقامة علاقات حميمة طيبة مشبعة مع الآخرين (رشاد علي عبد العزيز موسى 2001 ص 202).

تعريف البارانويا :

- تعريف البارانويا في معجم لاروس La Rouse :

- هو مرض عقلي يقابل الشخصية البارانويدية أو الهذيان البارانوي ، هي سلوك شخص اتجاه الآخرين حيث يحس انهم لهم ميول سلبية اتجاهه تتضمن الاضطهاد أو العدوان " (La petite rousse 1979 P 78)
- تعريف البارانويا في معجم نوربا سيلامي : " هي ذهان مزمن يتميز بالهذيان المنسق بمعنى متتابع وواضح منطقي ، محضرا انطلاقا من افكار دقيقة . (نوربا سيلامي، 1999 ، ص 190) - تعريف البارانويا في معجم علم النفس : "هي ذهان يتميز باوهان ثابتة و منظمة و من انواعه جنون الارتياب و جنون الاضطهاد و جنون العظمة " (فاخر عاقل، 1985 ، ص 81)

تعريف البارانويا في DSM4 :

" ان المريض يصبح فريسة للاوهام السابقة لاوانها ، و يكون سببها أوهام داخلية و لا يتضمن الهلوسات " (فوزي محمد جبل، 2000، ص 219) فالبارانويا حالة مرضية ذهائية تعرف ايضا باسم جنون الاضطهاد و من مميزات الأوهام و الهذيان الواضح المنظم الثابت و في هذا الصدد يقول حامد عبد السلام " يصطنع المريض معان لتأييد أفكاره الخاطئة و قد يبدو تبرير المريض مقنعا و استدلاله سليما لولا استناده الى مقدمات باطلة و فروض متوهمة ومعتقدات خاطئة " (عبد الرحمن الوافي، 1999، ص 76) و هو اضطراب عقلي لا تصل اليه الافكار متسلطة الا عندما تصبح حالة جنون ، و هو أكثر خطرا من حيث الاضطراب ، فامراضه تصنف ضمن اضطرابات الشخصية ، حيث يمكن وصفها بتحليل الشخصية و ذلك بالتشكك حول الذات (كمال الدسوقي، 1999، ص 184)

و البارانويا هي كلمة متداولة في الطب العقلي ، وهي تحمل معاني ضخمة و صعبة الوصف و كذلك تعني عدم التكيف (Jacques lacam 1975 P 22) .

بعض آراء الباحثين حول البارانويا : بالنسبة ل**فرويد** اعتبر البارانويا كرد فعل ضد الجنسية المثلية اللاشعورية ، تحدث فجأة نتيجة احباط ناتج عن فقد ووضوح ، في هذه الحالة الهذيان الذي يظهر يأخذ شكل هذيان اضطهادي " .

اما **ادلر فيري** هذا المصطلح انه يعني التفكير في المرض و التقدير لاننا فالرية بطلان الحكم ، انعدام التكيف الاجتماعي ، كل هذا يفسر الحالة التي هي خاصة بالهذيان و الذهان ، فادلر درس البارانويا من ناحية المتطور الديناميكي ، حيث بدأ يدرس الحالة المرضية بصورة متصاعدة ، و ذلك ابتداء من مرحلة الطفولة الحالة ، بالنسبة لادلر البارانويا تظهر عند الحالات التي يكون لديها موقف اتجاه المجتمع حيث يصفونه عن طريق الميل أو الموقف الذي يتخذونه . و في البداية يمون نشاطه وفقا لاصول الحياة و لكن يتوقف عند بعض المواقف التي يحدد المجتمع لها هدفا ، فجزء كبير من الجانب العقلي يكون في صراع ضد الصعوبات المختلفة التي يختلقها المريض من قبله و يمررون اعدارا لا شعورية لكي يمحوا أو يبرروا بشكل غير محدود الخيبة الممكنة أو المحتملة في الحياة في الحياة ، هذه الدراسة تعد منذ الطفولة و قد تحققت و هي مصانة و محمية ضد الاعتراضات الأكثر جدية في الواقع و هذا ما يجعل من النظام البرانوي أكثر الأمراض الذهانية الاخرى، حيث يتمتع بالوصف الجيد للعلامات و لا يستطيع التأثر الا في البداية و في الظروف الملائمة و المناسبة .

أما **جاك لاكان** فقد اثبت أن البارانويا و الشخصية هما نفس الشيء ، فالضع الذاتي يكون في استمرارية عبر ثلاث لوائح : الواقع ، الرمزية و الخيال . وبالنسبة لـ وستفال هو اضطراب يتشابه كثيرا ليس فقط مع الهذيان ، وإنما هو اضطراب عقلي (Jacques lacam 1975 P 22)

اعراض البارانويا :

تنحصر الاعراض العامة لهذا المرض في الاوهام ، الهيانات و الاعتقادات الخاطئة المنظمة الدائمة التي تطغى على البصيرة ، ولان القدر الاكبر من الذين يعانون و لا يفكرون مطلقا في معاينة المرض ، من الصعب تحديد تفشي المرض يقدر بـ 0,4 % ، والاكثر تفائلية بـ 3,3 % و حسب DSM4 فيتحدد المرض الهذائي البارانويا حسب ما يلي :

المجموعة أ : شك كبير في الاخرين حيث يؤول تغريهم منه بأنهم يحملون له نية سيئة و تظهر هذه الشكوك في بداية مرحلة الرشد حيث يحضره هذا الشك مع مختلف الإقران و لكي يظهر المرض ونثبت وجوده يستلزم وجود 4 من 7 الأعراض التالية :

- 1- يتوقع بدون سبب او برهان مقنع أن الآخرين يستغلونه و يخدعونه أو يؤذوه .
 - 2- القلق من خلال الارتياب و الشك اللام برر فيما يخص إخلاص أو وفاء أصدقاءه أو شركائه
 - 3- محتار و متردد للبوخ بأسراره لأنه يخاف بأن تستعمل المعلومات ضده
 - 4- يدرك تعابير مخفية مهنية أو مهددة بأحداث لا قيمة لها
 - 5- هو حقوق لا يسامح من جرحه أو يشتمه أو يقول عنه شيئا مضحكا
 - 6- يستوفي المحومات ضد شخصيته أو سمعته ، التي تكون ردة فعله عنها الغضب
 - 7- يضع في ميزان الشك و الظن بصفة متكررة اخلاص ووفاء قرينه أو قرينته
- المجموعة ب : ليست حالة خاصة أثناء تطور الفصام ، وهو اضطراب في المزاج يتميز بخصائص ذهانية ، وليس ناتجا عن التأثيرات الفيزيولوجية المباشرة لإصابة طيبة (Mini DSM 1996 P 281) .

أنواع مرض البارانويا :

للبارانويا عدة أصناف و لكن الأكثر شيوعا و انتشارا هي :

- 1- **توهم الاضطهاد:** يتميز هذا المرض بشعور المريض بالاضطهاد و الظلم حيث يعتقد أن الناس يسيئون معاملته و يحاولون تحطيمه بشتى الطرق ، ويكيدون له كما يتأمرون لقتله وقد يفسر الحركات البريئة للغير على

انها موجهة ضده ، فيملأه الشك و الشعور بالنقص و الخوف و الغضب مما يؤدي به الشعور والميل الى الحقد والكراهية و الانتقام و العداة كما قد يظهر عليه الشعور بالاكتئاب (عبد الرحمن الوافي، 2000، ص 78) كما يشعر بأن كل ما يفعله خطأ ، و أن الظروف و الدنيا قد أدارت له ظهرها في لوم الاخرين لما يواجهه من صعاب في الحياة ، و يشعر أن معظم الناس أنانيين و قاسيين و أن الرجل الامين في هذا المجتمع لا يجد مكانا لائقا له أو فرصة عادلة، ويشعر أنه قد أسيء استعماله أو تم ابتزازه ، ولذلك يشعر بالمرارة و يشعر بالإحباط و الفشل ، و انه قد يحسن قدراته ، ويشكو من الظلم الحقيقي أو الوهم ، و يشعر أنه تم عزله و يدور الهذاء عند المريض حول موضوع دائم مثل الوظيفة أو الوضع الاقتصادي أو حول اختراع ما أو حول زوجته التي يعتقد انها ليست امنة أو غير ذلك من شؤون الحياة (موسوعة علم النفس و التربية، ص 82) .

2- توهم العظمة : هنا يعتقد المريض انه شخص عظيم أو زعيم أو قائد أو بطل معركة أو نبي أو كاتب مشهور ، ويؤمن كل الايمان بأهميته و عظمته و تفوقه ، وقد يتأكد له أنه لديه قوى خارقة تميزه عن الغير و يسمو بها حيث يلاحظ عليه الحديث على الذات و التعالي و المفاخرة و تبني أهداف غير عملية مستحيل تحقيقها ، كما يلاحظ عليه ايضا تقلب المزاج و حدة الطبع و الغضب و العدوان و الإخلال بنظام العمل (عبد الرحمن الوافي، 2000، ص 77)

3- وهو شخص تسيطر عليه ظلالات القيمة و القوة و الشهرة بأنه شخص معروف أو موهوب (حسين علي فايد، 2003، ص 168)

4- هذاء الجنس : يؤكد علماء النفس المرضي على بروز هذا المرض في الافراد المحرومين جنسيا ، حيث يعتقد المريض أن الطرف الاخر يجبه و يعمل كل شيء من اجله ، ويرسل اليه رسائل سرية غرامية عن طريق التلفزيون و الجرائد و يكتب له في المجالات و يظهر في شكل الهوس الجنسي و الجنسية المثلية ، الى جانب هذه الأعراض فهناك أعراض أخرى مثل عرض جنون المشاركة حيث يصر المريض على الحقوق والمطالبة بها و جنون الغيرة الشديدة العميقة التي لا اساس لها و يصعب فهمها (عبد الرحمن الوافي 2000، ص 78. 79) .

أسباب البرانويا :- الاسباب العضوية و الوراثية :

- قد تنشأ أعراض البارانويا نتيجة العيوب الخلقية و العاهات و أنواع الاعاقة السمعية و البصرية والجسمية ، و قد اثبت أن الاعاقة الجزئية البسيطة تؤدي الى ظهور اعراض المرض أكثر من الاعاقة الكلية ، لان العاقة الجزئية يحاول صاحبها اخفائها عن الناس و عدم ظهورها و محاولته تعويض القصور الناتج عنها مما يعيق توافقه وتكيفه و تأقلمه (فوزي محمد جبل ،2000، ص 226) أما الاسباب الوراثية فحسب رأي فيشر المسؤولة الأساسية للأكاذيب في الهذيان كافية و بصراحة تعود الى الوراثة ، بالرغم من أنه لا ينكر اهمية الضغط (فوزي محمد جبل، 2000، ص 226)

الأسباب النفسية :

× اتصاف الاسرة بالانعزالية و عدم تحقيق العلاقات الاجتماعية و الغيرة و الشك في كل الامور (عبد الرحمن الوافي، 1999، ص 80).

× الصراع النفسي الدائم بين رغبات الفرد المكبوتة و الخوف من الفشل في اشباعها لتعارضها و تناقضها مع المعايير الاجتماعية و المثل و القيم و الاحباط والاحفاق المستمر في معظم مجالات التوافق الذاتي و الانفعالي والاجتماعي مع الشعور بالنقص و الاعتماد المفرط في الاعتماد المفرط في استخدام الاليات الدفاعية و التنموية على الذات .

× خبرات الطفولة المبكرة المؤلمة و اضطراب الجو الاسري و نقص كفاية عملية التنشئة الاجتماعية

× عدم نضج الشخصية و اضطرابها و سوء توافقها جنسيا .

× نوع العلاقة بين الطفل و الوالدين (موسوعة علم النفس و التربية، ص 85)، فعلماء التحليل النفسي يرجعون البرانويا الى وجود علاقة ضعيفة بين الابن و الام في مرحلة الطفولة ، الامر الذي يؤدي بالطفل في مرحلة العمر 4 . 6 سنوات الى فقد مشاعر الطمأنينة و الإحساس بالخوف ، و يترسخ هذا الخوف في سن الرشد مما يولد عنده مشاعر العظمة و القوة تقوم باخفاء الخوف و تغليفه (محمد مياسا ، 1997، ص 172) ، كما ترجع البارانويا الى مجموعة من الصراعات الحيوية الذاتية للحالة (Jacques lacam 1975P 346) ، أما فرويد فيرى أن البارانويا هي وليدة رغبات جنسية مكبوتة (عطوف محمد ياسين، 1981، ص311)

وقد افترض فرويد أن الأسلوب الدفاعي " الاسقاط " يحدث في البارانويا كدفاع ضد الميول الجنسية المثلية (حسين علي فايد، 1999، ص 169) عن البارانويا الخاصة بالجنس الذكري انطلاقا من توضيح واحد فرويد فقد تحدث عنها من خلال تثبيت اللغة العقلية (أنا الرجل) أحبك (هو الرجل) تتغير الصيغة لتصبح :

في هذيان الاضطهاد : لا أحبه ، أكرهه ، لانه يضطهدني .

في هذيان الغيرة : لست انا الذي احبه (رجل) ، إنها هي (امرأتي) التي تحبه .

في هذيان الجنس : ليس هو الذي أحبه . إنها هي (امرأتي) التي تحبه

في هذه العلاقة الثلاثية المتناقضة التأكيد يتم كبت " أنا أحبه " حيث أن الفعل يتبع الغرض و الموضوع ، لكن كما لاحظ فرويد يوجد ايضا طريقة أخرى للتناقض حيث يكون الرفض بلا شرط و بسيط الاقتراح الذي يؤدي بهذه النتيجة لا أحبه مطلقا . لا أحب أحدا . لا أحب سوى نفسي هذا التقدير الجنسي لأننا يفسره هذيان العظمة .

فعند استعمال " أنا أحبه " لكن هذا مفروض لأنه تعبير عن ميول الجنسية المثلية و لكن يتم إنكاره و تغييره بواسطة التكوين العكسي الى " أنا أكرهه " و لكن الكره مرفوض نظرا لمحتواه العدواني ، و من ثم تقلب الكراهية الى " هو يكرهني و يضطهدني (حسين علي فايد، 1999، ص 269)

الشخصية البارانوية : تتسم الشخصية المصابة بهذا المرض في مرحلة الطفولة بالوحدة و العزلة و الانطواء والتقلب الانفعالي و عدم الأمن و الشك ، و كلما تقدم الفرد في السن كلما ازدادت هذه السمات و تصبح مبالغة ، فتزداد شدة الحساسية و مشاعر العظمة و الاضطهاد .

ويظهر التمرکز حول الذات و التذمر و العدوان ، أما في سن الرشد فتتسم هذه الشخصية بالجمود و التزمّت و الغيرة و الاستحقاق بالغيرة و الاستحقاق بالغير و التسلط و الطغيان على من هم دونه (عبد الرحمن الوافي 1999، ص 80) .

كما أن الشخصية البارانوية منتظمة في علاقاتها و صداقاتها بالآخرين ، فهي تصنع شخصا معيناً موضع الصدارة من الحب و التقدير و فجأة تتغير النظرة لأنفه الأسباب فتتزل قيمة الشخص العالية ، و الشخص البارانوي لا يصلح لمنصب القيادة لانه لا يستطيع التصرف الناضج و حمل المسؤولية ولا يقبل النصح و يميل دوما للمشاكسة و عادة ما يحيل المسؤولية على الآخرين .

كما تتسم شخصيته بحالة طويلة المدى من عدم الثقة بالناس و التشكك بنواياهم و توقع الاذى من الغير ، كما يرفضون اللوم (راشد علي عبد العزيز موسى، 2001، ص 204)

علاج مرض البارانويا :

العلاج النفسي :

يهدف الى خفض المستوى المرتفع من القلق عند المريض ، و الفضل هو أن يشجعه على أن يلتمس المساعدة في موقف ما بأقل قدر ممكن من الاجبار ، لان استخدام القوة يؤدي الى زيادة هذات المريض ، كما يهدف العلاج النفسي الى تحديد قدرة المريض على الاتصال على المستوى الواقعي في العلاقات الشخصية و التخلص من أوهامه ، و يجب عدم إضاعة الوقت في إقناعه بأخطائه أي هذاتاته ، لان من خصائص الوهم هو عدم قابليته للتأثير بالإقناع ، و يجب أن يحرص المعالج على إنشاء إقامة الثقة بينه و بين المريض ، و يتلخص أسلوب المعالج في الاقتراحات البناءة و ليس النقد ، وعلى المعالج أن يتجنب التدخل في شؤون المريض حتى لا يبدو متطفلا و لا يشير الخوف و الريبة و الشك لدى المريض ، أي أن الموقف العلاجي ينبغي أن يحاول إقامة علاقة من الثقة المتبادلة والقوية المعقولة حتى يتمكن المريض من إعادة تمحيص ادراكاته و معتقداته ، كما ينبغي أن يتجه الأمل إلى أن يتخلى المريض عن أنماط حياته الجامدة أن يستبدل أنواعا من السلوك التي هي أكثر ارتباطا بالواقع (راشد علي عبد العزيز موسى، 2001، ص 204)

كما يجب على المريض أن يحتاط بأن مريض البارانويا على درجة عالية من الثقة بالنفس فعليه أن يحتاط بأن لا يدخل معه في مناقشة موضوعات يقترحها المريض ، وقد يستدرج المريض المعالج الى موضوع يجهله ليثبت له قصوره و ليثبت المريض انه متفوق على المعالج ، و بالتالي يفقد الثقة في المعالج (فوزي محمد جبل، 2000، ص 231)

العلاج السلوكي :

يستخدم العلاج السلوكي لحالات مرضى البارانويا وذلك باستخدام طرقه المختلفة ومنها الكف بالرفض و كف هذات المريض بسلوك تكيفي ويتم تدعيم هذا السلوك التكيفي و تعزيزه و هذا بطريقة قد تؤدي في بداية العلاج الى اهتزاز شخصيته ، فيبدأ المعالج في هذه الحالة بتكثيف الجهود التعزيزية الموجبة بأن يقوم المعالج بمنح المريض مكافأة معنوية من الأشياء المحبوبة لديه وذلك عقب كل سلوك تكيف ناجح يقوم به المريض(فوزي محمد جبل ، 2000، ص 231)

العلاج الطبي:

هي ضرورة لجعل المريض أكثر وعيا من خلال العلاج النفسي، وذلك بإدخال المريض الى المستشفى في الحالة التي يصبح فيها خطيرا على نفسه وعلى الآخرين، بحيث توصف له العقاقير و توضح أعراضها الجانبية حتى لا يشك في

نوايا المعالج عند ظهور الأعراض الجانبية و يكون البدء بجرعات صغيرة تزداد ببطء حتى تحقق درجة مناسبة من التحسن (راشد علي عبد العزيز موسى، 2001، ص 212)
كذلك يمكن استخدام الصدمات الكهربائية في علاج البارانويا و في بعض حالاته خاصة إذا أعطيت مبكرا
والاشترك مع المهدئات العظمية و بجرعات كافية (فوزي محمد جبل، 2000، ص 231

الخلاصة :

يعتبر الفصام والبارانويا من أهم المواضيع فهي اضطرابات لا تظهر نتائجها إلا في سن متأخرة مما يؤدي إلى صعوبة في علاجها، فالشخص المصاب بمرض الفصام والبارانويا هو شخص غامض ويصعب التعامل معه، حيث يعاني هذا الأخير (المريض بالبارانويا) من شك و اضطهاد وشعور بالعظمة، كما أنها أمراض تختلف عن باقي الأمراض الأخرى، لما تحتويه من هذيانات منسقة، وأسبابها متعددة فمنها من يرجع إلى مرحلة الطفولة و منها ما يعود الى ضعف بنية الشخصية ومنها ما يعود الى أسباب نفسية، وهذا ما يؤدي إلى الإصابة بالمرض والتعايش معه في عزلة و انقطاع عن العالم الخارجي.

الإهداء

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على خاتم الأنبياء والمرسلين أهدي هذا العمل إلى:

من عمل بكد في سبيلي وعلمي معنى الكفاح وأوصلني إلى ما أنا عليه أبي

الكريم.

من رتني وأنارت دربي وأعانتني بالصلوات والدعوات إلى أغلى إنسان في هذا

الوجود أمي الحبيبة.

إلى أخوتي: منصور، عبد الباسط، محمد، إبراهيم.

إلى أخواتي: حليلة، وأمال.

إلى البراءة: ريتاج نور اليقين، دنيا ماريما، شروق، حليلة، ياسر ومحمد الأمين.

إلى الصديقات: منصورية، عقيلة، رفيعة، بدرة منال، نجمة، أمل، يمينة، فاطمة الزهراء، وزهرة.

إلى كل الأهل والأقارب خاصة عائلتي: "بوعلام" و"حمادي".

إستمارة جمع المعلومات

أ- معلومات عن الحالة:

اللقب والإسم:

السن:

الجنس:

تاريخ ومكان الإزدياد:

المستوى التعليمي:

مكان الإقامة:

السكن:

مدينة قرية.

نوع البيت:

غيره

فيلا

شقة

الحالة المدنية:

عدد الأطفال:

جنس الأطفال:

إناث

ذكور

الأم على قيد الحياة:

الأب على قيد الحياة:

عدد الإخوة:

الرتبة:

المهنة:

مهنة الزوج (ة):

المستوى الإقتصادي:

حالة الولادة:

ب- معلومات عن أسرة الحالة:

مهنة الأم:

مهنة الأب:

المستوى الاقتصادي للأسرة:

صحة الأم:

صحة الأب:

العلاقة بين الوالدين:

الحياة العلائقية للزوجين مع الأولاد:

الحياة العاطفية للزوجين مع الأولاد:

الاتصال بين أفراد الأسرة:

معاملة الأسرة للمريض قبل المرض:

معاملة الأسرة للمريض بعد المرض:

ت- الأسئلة الموجهة للمحيط الأسري:

من هو الشخص المريض؟

الإبن	الأب	الأم
البننت	الجد	الجددة
غيره		

طبيعة المرض:

عقلي	جسمي
وراثي.	نفسي

ماذا تتناول الحالة:

كحول	مخدرات	غيره
------	--------	------

أول الاضطرابات عن الحالة:

منذ متى؟

الفحوصات الأولية كانت عند

طبيب نفسي

طبيب عام

غيره

معالج تقليدي (راقي).

أول مرة:

ثاني مرة :

مرات عدة:

ما هو التشخيص الذي قدمتموه لهذه الاضطرابات؟

ما هي الأعراض التي جعلتكم تقدمون هذا التشخيص؟

تشخيص المعالج التقليدي (الراقي):

استجابات أفراد الأسرة لهذه الاضطرابات:

الأولاد

الإخوة

الأب

الزوج (ة)

الأم

ما هو إحساسكم أثناء اكتشاف المرض؟

هل الأسرة كانت مستعدة لتقبل المرض؟

هل تعرفون أسرة لديها نفس المرض؟

كيف كانت وجهة نظركم اتجاه ذلك؟

هل أدخل إلى المستشفى:

لا

نعم

طبيعة المستشفى:

مدة بقائه في المستشفى:

كم من مرة:

ما هي العلاجات المقدمة داخل المستشفى؟

أوقات الزيارة:

كل يوم

كل أسبوع

كل شهر

كل شهرين.

لماذا؟

ملابس.

أدوية

ماذا تجلبون معكم؟

غيرها

مواد غذائية

بماذا تشعرون قبل الزيارة؟

بماذا تشعرون أثناء الزيارة؟

بماذا تشعرون بعد الزيارة؟

ما هو إحساسك عند الاهتمام بالمريض؟

كم كان يدوم الفحص الطبي؟

كم من مرة في اليوم؟

هل الأدوية الموصوفة موجودة في:

الصيدلية.

المستشفى

عندما لا تجدون الأدوية ماذا تفعلون؟

هل تبحثون عنها:

من هو الشخص المسؤول عن أوقات الدواء؟

الطبيب.

الممرض

الأسرة

هل تتحدث مع المريض؟

لا

نعم

المواضيع التي تعالجها خاصة بـ:

السياسة

الصحة

العمل

غيرها

الدين

الدراسة

الأحاسيس التي ترافق حديثكم:

الحزن

الغضب

الفرح

هل حديث الحالة صعب الفهم؟

لا

نعم

ما هي مختلف النصائح التي يوجهها أفراد الأسرة للمريض:

- نفع كل شيء من أجلك.

- نحن هنا من أجل مساعدتك.

- تستطيع أن تثق بنا .

- يجب أن تضع ثقتك في الطبيب والدواء.

- ليس لنا الوقت لمساعدتك.

هل تتحدثون مع الطبيب؟

ما هي التوجيهات التي يقدمها الطبيب كل مرة؟

ث- الحياة اليومية للأسرة أثناء تواجد المريض داخل المستشفى:

القلق يكون:

عادي

حاد

هل وجود المريض داخل المستشفى حل مناسب للأسرة؟

لماذا؟

ما مدى تقبل أفراد الأسرة عند تواجد المريض داخل المستشفى؟

هل تحبون أن يبقى معكم المريض لكن:

- نريده أن يبقى معنا لكنه عدواني.

- يحتاج إلى العلاج .

- لا نستطيع أن نفعل له أي شيء.

ج- الحياة اليومية للأسرة أثناء تواجد المريض في المنزل:

القلق يكون:

عادي

حاد

الرعاية الصحية داخل البيت:

أدوية

تقليدية

الغذاء الذي تقدمونه للحالة:

خاص.

عادي

أخذ الأكل:

بمساعدة أحد.

لوحده

نظافة الجسم:

بمساعدة أحد.

لوحده

إرتداء الملابس:

بمساعدة أحد.

لوحده

ردت فعلكم اتجاه نوبات المرض؟

ماذا تفعلون لتهدئته؟

حالة النوم:

هل ينام:

مع أحد

لوحده

الاتصال مع أفراد الأسرة:

هل الاتصال مع المريض:

صعب

سهل

تمهيد:

كلما زاد تعقد الحياة وصراعاتها كلما زادت الحاجة إلى نشر الوعي الطبي والنفسي والتعرف على الأسباب التي تؤدي إلى نشأة الأمراض النفسية والعقلية.

وهناك ضرورة إنسانية لحماية الفرد من الأمراض العقلية ومن تعاسة الأسرة التي توجد بين أفرادها مريض عقلي أو نفسي، ومن بين الإضطرابات العقلية التي تستحق الاهتمام مرض الفصام والبراتويا، وذلك لأن المريض يعد ذا خطورة على من حوله.

I. إشكالية البحث:

1) الإشكالية العامة:

ما مدى تصور الأسرة الجزائرية للمرض العقلي وتأثيره على التكفل النفسي؟

وضمن هذه الإشكالية تدرج التساؤلات التالية:

- هل التكفل بالأشخاص المصابين بالأمراض العقلية يختلف وفقا لتصور الأسرة؟
- إذا كان هناك تصور الأسرة الجزائرية إيجابي للمرض العقلي، هل التكفل النفسي بالمريض يكون جيدا؟
- إذا كان هناك تصور الأسرة الجزائرية سلبي للمرض العقلي، هل التكفل النفسي بالمريض يكون سلبي؟

II. الفرضيات:

1- الفرضية الرئيسية:

- التكفل بالأشخاص المصابين بالأمراض العقلية يختلف وفقا لتصور الأسرة الجزائرية.

2- الفرضيات الجزئية:

- كلما كان تصور الأسرة للنرض العقلي كان التكفل جيد.
- كلما كان تصور الأسرة للمرض العقلي سلبي كان التكفل سلبي.

III. منهجية البحث:

1- تصميم البحث:

يتعلق موضوع دراستنا حول تصور الأسرة الجزائرية للمرض العقلي وتأثيره على التكفل النفسي حيث قمنا بالتقرب أكبر من الموضوع وذلك بدراسة لثلاث حالات وهم راشدين مصابين بمرض عقلي وذلك بهدف التحقق من الفرضيات المطروحة.

2- الحالات وكيفية اختيارها:

لكي يتسنى لنا دراسة شاملة ووافية لكل حالة بغية الوصول إلى الأهداف المسطرة في البحث وخاصة أن المنهج المتبع هو المنهج العيادي الذي يستخدم في العيادات النفسية للتشخيص والعلاج لأن تفسير المظهر السلوكي لا يكون بعزل هذا المظهر عن غيره من المظاهر بل الرجوع للشخصية ككل، وكافة الاستجابات التي تصدر عن الشخص وعلى هذا الأساس تم اختيار عينة بحثنا ضمن الشروط التالية:

- دراسة لثلاث حالات تتراوح أعمارهم من 20 سنة إلى 60 سنة.
- أن تكون عينة بحثنا تقتصر على الراشدين ومن جنس الذكور لسهولة التعامل معهم.
- أن تكون عينة بحثنا تعاني من مرض عقلي.
- أن تكون عينة بحثنا متواجدة في مستشفى الأمراض العقلية "سيدي الشحمي".

3- مكان الدراسة:

أجريت الدراسة الميدانية بمستشفى الأمراض العقلية "سيدي الشحمي" بوهران، حيث تم التعرف على الحالات. مستشفى سيدي الشحمي متخصص في الأمراض العقلية ويعتبر مؤسسة جهوية تقع غرب التراب الجزائري شرق ولاية وهران، تأسست سنة 1957 تتربع على مساحة تقدر بـ 75 هكتار وتحتوي على سبعة أجنحة مختلفة الخدمات.

الجناح الأول: جناح النقاهاة ويضم قسم خاص بالنساء وقسم خاص بالرجال.

الجناح الثاني: خاص بالرجال mutation d'office.

الجناح الثالث: خاص بالرجال mutation d'office.

الجناح الرابع: خاص بالرجال وهو يحتوي على قسمين القسم الأول متخصص في حالات الإدمان أما القسم الثاني للأمراض المزمنة.

الجناح الخامس: يحتوي على قسمين، قسم متخصص للرجال لمعالجة حالات الإدمان والأخر متخصص للأمراض المزمنة للنساء.

الجناح السادس: للأمراض المزمنة رجال نساء.

الجناح السابع: للحالات المستقرة.

- إضافة إلى وجود مقهى، إدارة عامة، صيدلية، مخبر للتحاليل ومطعم.

IV. أدوات البحث:

1- الملاحظة العيادية:

تعتبر الملاحظة العلمية في علم النفس أسلوباً مكماً للمقابلات حيث يعتمد عليها الفاحص في ملاحظة سلوك المريض، انفعالاته وملاحظته.

2- المقابلة العيادية:

تعتبر من أهم الوسائل التي يستخدمها المختص بتعرف على مشكلات الفرد كما تعرف على أنها محادثة "وجه لوجه بين شخصين أحدهم المريض الذي هو بحاجة إلى مساعدة الأخصائي الذي بحكم خبرته في المجال السلوك الإنساني يكون قادراً على تقديم المساعدة" (سعيد حسيني العزة، 2004، ص 17).

3- استمارة جمع المعلومات:

مجموعة من الأسئلة من جمع معلومات حول الحالة والبدايات الأولى لإضطرابها كما تمكننا من معرفة طرق تكفل الأسرة بالمريض.