جامعة الجيلالي بونعامة خميس مليانة
كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية
قسم علوم الإجتماعية

الموضوع:

أسس الفكر السياسي عند أفلاطون من خلال كتابي: الجمهورية والقوانين

رسالة مقدمة لنيل شهادة الليسانس في العلوم الاجتماعية

تخصص: سوسيولوجية العنف والعلم الجتائي

من إعداد الطالبان:

- سدير عبد القادر
- بلمخطار نو الدين

تحت إشراف الأستاذ :

حفيفي رتيبة

السنة الجامعية: 2014 / 2015

شكر و عرفان

الحمد لله الذي علم الإنسان مالم يعلم و فضله بنعمة العقل علي جميع المخلوقات

ولهذا نتقدم بشكر الله عز و جل الذي منحنا القدرة و الصبر علي إتمام هذه الدراسة و تجاوزنا كل الصعوبات التي واجهتنا و وفقنا لما يحبه و نرظاه

كما نتقدم بالشكر الجزيل و الثناء الوفير لأستاذتنا الفاضلة الأستاذة حفيفي علي تفضلها بالإشراف علي هذه الرسالة و جهودها و صبرها علينا فجزاها الله خير الجزاء و ندعو الله أن يوفقها في إتمام شهادة الدكتوراه و يرعاها

و كما نتقدم بالشكر الجزيل إلي أعضاء اللجنة المناقشة و تكرمهم بمناقشة هذه الرسالة

و كما نتقدم بالشكر و العرفان إلي أصدقائنا الذين ساهموا و لو بالشكل القليل في انجاز هذه الرسالة و أخص بالذكر نور الدين و إلي كل من ساعدنا و دلنا علي جمع حالات الدراسة و إلي كل من أنسنيه قلمي فنقشه قلب في صدري و إلي كل بعيد أو قريب

وشكـــــــــرا

الإهداء

إذا كان الإهداء يعبر ولو بجزء قليل من الوفاء فالإهداء إلى :

من ضحت بشبابها لأجلنا وقالت أولادي ملأ الجفون وكانت لنا الصدر الحنون والصبر المصون والحب المكنون وكل شيء من أجلنا يهون إلى من كانت لي أما وأبا ،أمي ،أمي أمي الحبيبة

إلى من كان سببا في وجودي وغادر الديار دون إشارة إنذار وكان بعده عذابا للصغار والكبار والدي العزيز حفظه الله.

إلى من ترعرعت بجنبهم وكانوا أملا للحياة ،وإلهاما للكفاح إخوتي الأعزاء :سليمان ،أسامة ،يونس،أيمن.

إلى إخوتي الذين لم تلدهم أمي ،إلى من علموني الوفاء وأعطوني القوة للبقاء وكانوا معي في السراء والضراء :عبدالقادر ،علي ،موسى ،جيلالي.

إلى من وقفوا بجنبي في مرضي،وتألموا لألمي عمتي وزوجها محمد ومنيرة

إلى من أحبني بصدق أكثر من حبي لنفسي أخي وصديقي الغالي نور الدين بلمختار.

إلى رفقاء الدرب وزملاء الدراسة عبدالقادر ،كمال،محمد،سليم،نور الدين،سمير

<u>عبد القادر</u>

إهـــــــــــــداء

إلي من أحبتني فبكت كل فراق و سالت دموعها علي عتاب كل فراق و علي كتفيها تسلقت العلم دون عناء : إلي أمي الغالية بارك الله في عمرها

إلي من تعب من أجلنا فرح لفرحنا و تألم لألمنا و صهر لأجلنا : أبي حفظه الله

إلي شموع أضاءت حياتي إلي إخوتي و زوجاتهم و أخواتي و أزواجهم و إلي أخي يوسف و أختي رانيا حفظهم الله

إلي أزهار فاحت الأسرة بعطورها إلي الكتاكيت ألاء رنيم أسيل ياسر سفيان ياسين أنس و إلي كل أفراد العائلة

إلي من تدمع عيني بلقائهم و يتألم قلب بفراقهم إلي صدام عبد الله3 مهدي ناصر مراد نور الدين عبد المالك أمين عبد القادر أببوكر إبراهيم

إلي من تسعد نفسي بوجودهم و يتحصر قلب لبعدهم إلي عبد القادر كمال نور الدين محمد سليم سمير فتحي هشام

إلي من ضاقت السطور من ذكرها فوسعها قلب إلي زهيـــــــــــــــــــة

إلي صديـــــــــــــــــق الدربـــــــ عبد القادر سديـــــــــــــر

إلي كل أساتذة علم لاجتماع و أخص بالذكر الأساتذة الأفاضل حفيفي و لعزالي و سحنون و الأستاذة و ردة و الأستاذ أحمد نجا ري والأستاذة راضية

إلي كل طلبة علم الاجتماع و أخص بالذكر طلبة علم الاجتماع جريمة و انحراف

دفعة 2015 **نورالدين**

ملخص الدراسة:

لقد تناولنا في موضوع دراستنا العنف على المرضى المصابين عقليا، ولقد انتشرت هذه الظاهرة في مجتمعنا بشكل ملحوظ، إذ تعد من التكتلات الاجتماعية التي يعيشها المجتمع الجزائري.

ن لهذه المشكلة علاقة وطيدة بتدني الدخل الأسري في ممارسة العنف على المرضى لمصابين عقليا وهذا راجع لقـ الدخل الاقتصادي للأسرة أو الضغوظات الاقتصادية والاجتماعية والنفسية التي تعيشها، كما أن خوف الأسرة من فقدان مكانتها الاجتماعية تلجأ إلى تعنيف مرضاها عن طريق الإبعاد أو الإنكار أو إخفاء المريض، وكما أن السلوكات عنيفة التي يصدرها المريض العقلي تكون سببا في تعنيفه من طرف أفراد المجتمع، وهذا راجع لضعفه وعدم قدرته على الدفاع عن نفسه أو عدم التبليغ على العنف الذي يصدر منه، وهنا يتبين لنا معانات المرضى المصابين عقليا داخل المجتمع.

الفهرس

شـــــكـــــروعـرفان

إهـــــــــداء

ملخص الدراسة

مقـــــــــــدمة

الفصل الأول:البناء المنهجي

1- تحديد الموضوع و اشكاليته

1-1-أسباب اختيار الموضوع .....

1-2- أهداف البحث .....

1-3- أهمية البحث .....

1-4- أشكلية الدراسة و فرضياتها .....

1 -5- تحديد المفاهيم .....

2- المقاربة السوسيولوجية و الدراسات السابقة

2-1- المقاربة السوسيولوجية .....

2 - 2 - الدراسات السابقة .....

2- 2-1- الدراسات الأجنبية .....

2-2-2- الدراسات العربية .....

2-2-3- الدراسات الجزائرية .....

2-3- التعقيب على الدراسات السابقة .....

3- الأسس المنهجية في البحث .....

3-1- المناهج المتبعة .....

3-2- التقنيات المستعملة في البحث .....

3-3- العينة و مواصفاتها.....

3-4- مجالات الدراسة.....

3-5- صعوبات الدراسة .....

الفصل الثاني : في ماهية العنف

تمهيد .....

1- معني العنف و أنواعه .....

1-1- الخلفية التاريخية لظاهرة العنف .....

1-2- مفهوم العنف .....

1-3- أنواع العنف التي يتعرض لها المرضى المصابين عقليا .....

2- أشكل العنف التي يتعرض لها المرضي المصابين عقليا .....

2-1- العنف الجسدي .....

2-2- العنف اللفظي.....

2-3- العنف الجنسي .....

2-4- العنف المعنوي <العنف الرمزي >.....

3- بعض المفاهيم المرتبطة بالعنف .....

3-1- العنف و العدوان .....

3-2- العنف و الغضب .....

3-3- العنف و القوة .....

3-4-العنف و الاذاء.....

3-5- العنف و الاضطهاد.....

3-6- العنف و الإساءة.....

4- الفرق بين العنف و العدوان.....

5- بعض النظريات المفسرة للعنف .....

-1- النظرية البيولوجية.....

5-2- نظرية عدوان الإحباط .....

5-3- أطروحة "بياربورديو" المفسرة للعنف.....

5-4- نظرية التنشئة الاجتماعية.....

5-5- النظرية البنائية الوظيفية .....

5-6- نظرية التفكك الاجتماعي.....

5-7- نظرية التعلم الاجتماعي .....

6 - أسباب و خصائص العنف .....

6-1- أسباب العنف التي تساهم في تعنيف المرضي المصابين عقليا .....

6-2- خصائص العنف .....

خلاصة الفصل.....

الفصل الثالث: مدخل مفاهيمي حول المرض العقلي

تمهيد.....

1-النظرة التقليدية و التفسرات الحديثة للمرض العقلي.....

1-1-النظرة القديمة للمرض العقلي .....

1-1-1- التصورات القديمة للمرض العقلي.....

1-1-2- العصر البدائي.....

1-1-3- العرب في الجاهلية.....

1-1-4- العصور اليونانية و الرومانية.....

1-1-5- العصور الوسطي.....

1-1-6- عصر النهضة الأروبية.....

1-1-7- في العالم العربي الإسلامي.....

1-2- التفسيرات الحديثة للمرض العقلي .....

1-2-1- النموذج البيولوجي .....

1-2-2- النموذج الطبي.....

1-2-3- النموذج النفسي .....

1-2-4- النموذج السلوكي .....

1-2-5- النموذج الاجتماعي.....

2-مفهوم المرض العقلي و بعض المفاهيم المتداخلة بينها .....

2-1-مفهوم المرض العقلي .....

2-2-بعض المفاهيم المتداخلة مع المرض العقلي .....

3-الفرق بين الإعاقة العقلية و المرض العقلي و أسباب الخلط بينهما .....

3-1-الفرق بين الإعاقة العقلية و المرض العقلي .....

3-2-أسباب الخلط بين الإعاقة العقلية و المرض العقلي .....

4-تصنيف الأمراض العقلية .....

4-1-الذهانات الوظيفية .....

4-2-الذهان العضوي .....

5-أسباب المرض العقلي و الأعراض الاكلنيكية العامة له وخصائصه .....

5-1-أسباب المرض العقلي .....

5-2-الأعراض الاكلنيكية العامة للمرض العقلي .....

5-3-خصائص المرض العقلي .....

6-موقف الأسري نحو المرضي المصابين عقليا.....

7-احتياجات المرضي المصابين عقليا مشاكلهم .....

7-1- احتياجات المرضي المصابين عقليا.....

7-2-مشاكل المرضي المصابين عقليا.....

8- تناول بعض الصحف الجزائرية لموضوع العنف على المرضى المصابين عقليا.

8-1 – الصحف الجزائرية.

الفصل الرابع :البناء الميداني لدراسة.

تمهـــــــيد

1- عرض الحالات و التأويل السوسيولوجي للفرضيات و الإستنتاج العام.

1-1- عرض الحالات.

1-2- التأويل السوسيولوجي للفرضيات.

1-3- الإستنتاج العام.

خـــــاتــمة

قائمة المراجع

الملاحق

المقدمة

يعد موضوع المرض العقلي قديم قدم البشر أنفسهم على اعتبار إن القدرات والصفات الإنسانية تتوزع بين البشر بطريقة إعتدالية ،بين طرف لديه القدرة أو الصفة بدرجة كبيرة وطرف أخر تنقص لديه القدرة أو الصفة نقصا كبيرا .

وتشير الأدبيات والمراجع إلى إن الأساليب المتبعة في معاملة المرضى المصابين عقليا كانت تتسم بصورة سيئة كالضرب أو الاحتقار أو الربط بالسلاسل أو الحرق أو السجن أو التعذيب وغيرها من إبعاد الإساءة ،وهذه الأساليب لم تكن مقتصرة على مجتمع بعينه أو ثقافة بعينها بل إنها كانت منتشرة في كثير من المجتمعات باعتبار إن قيمة الفرد كانت تتحدد بمقدار صلاحيته لأداء وظيفة ما على أكمل وجه .

ونظرا لشح الدراسات التي اهتمت بهذا الموضوع ارتأينا الخوض في بحر معانات المرضى ابين عقليا مع العنف الممارس عليهم انطلاقا من المصحات العقلية ونظرا لشح دراسات التي اهتمت بهذا الموضوع ارتأينا الخوض في بحر معانات المرضى المصابين عقليا مع العنف الممارس عليهم انطلاقا من المصحات العقلية ونظرا لشح الدراسات التي اهتمت بهذا الموضوع ارتأينا الخوض في بحر معانات المرضى المصابين عقليا مع العنف الممـ بس عليهم انطلاقا من المصحات العقلية إلى المجتمع الكبير فضلا عن معاناتهم مع مرض نفسه لعلنا نصل إلى بعض النتائج التي تعكس لنا الظاهرة وتفسرها حسب واقعنا الاجتماعي المعاش ،وقبل التوصل إلى أي نتيجة عرضنا دراستنا على شكل أربع فصول وهي كالأتي :

الفصل الأول عرضنا فيه البناء المنهجي للبحث بحيث تطرقنا في البداية على تحديد الموضوع وإشكاليته من خلال الأسباب التي جعلتنا نختار هذه الدراسة ، ثم الأهداف التي

نريد الوصول غليها ،والأهمية منها،ثم حددنا مشكلة الدراسة وطرحنا مشكلتنا فيها ،بعدها حاولنا الإجابة عن هذه الإشكالية،فوضعنا عدة فروض ،وقصد إبعاد الخلط في المفاهيم حددنا المفاهيم التي تتناولها في كامل الدراسة ،بعدها عرضنا المقاربة السوسيولوجية لدراستنا والدراسات السابقة التي لها علاقة بموضوعنا والتي اتخذنا منها وسيلة لوضع التساؤلات والفرضيات،ولقد تناولنا أيضا الأسس المنهجية للبحث حيث تم تحديد منهج الدراسة والتقنيات المستعملة ثم توضيح كيفية اختيار العينة ومواصفاتها ،ثم عرض المجال المكاني والزماني للدراسة،وفي الأخير عرضنا الصعوبات التي واجهتنا في الدراسة.

أما الفصل الثاني فقد عرجنا على ماهية العنف وتطرقنا من خلاله إلى معنى العنف وأنواعه والأشكال التي يتعرض لها المرضى المصابين عقليا إضافة على بعض المفاهيم المرتبطة بالعنف متمثلة في العدوان والغضب والقوة والإيذاء والإظطهاد والإساءة بالإضافة إلى الفرق بين العنف والعدوان ،كما عرجنا على بعض النظريات المفسرة للعنف ،ناهيك عن أسباب العنف التي تساهم في تعنيف المرضى المصابين عقليا مع ذكر خصائص العنف.

أما الفصل الثالث فتناولنا فيه مدخل مفاهيمي حول المرض العقلي متناولين الخلفية التاريخية

ن العقلي في القديم والتفسيرات الحديثة له ،كما قمنا بتحديد مفهوم المرض العقلي وبعض المفاهيم المتداخلة معه إضافة إلى الفرق بين الإعاقة العقلية والمرض العقلي وأسباب الخلط بينهما مع ذكر تصنيفات الأمراض العقلية وأسبابها والأعراض الإكلينيكية لها ،وفي الأخير تطرقنا إلى موقف الأسرة من المرضى المصابين عقليا واحتياجاتهم ومشاكلهم،إضافة إلى تناول بعض الصحف الجزائرية ووسائل الإعلام العالمية لموضوع العنف على المرضى المصابين عقليا،

أما في الفصل الرابع تناولنا الجانب الميداني للدراسة حيث قمنا بعرض الحالات التي قابلناها مع التحليل والتعليق عليها إضافة التعليق وتحليل الفرضيات والنتائج العامة للدراسة ،وختاما خلاصة الدراسةٍ.

«يا أيها الذين أمنوا لا يسخر قوم من قوم عسى أن يكونوا خيرا منهم و لا نساء من نساء عسى أن يكن خيرا منهن و لا تلمزوا أنفسكم **ولا تنابزوا بالألقاب بئس الاسم** الفسوق بعد الإيمان و من لم يتب فأولائك هم الظالمون »
سورة الحجرات الآية :11

ملخص الدراسة:

لقد تناولنا في موضوع دراستنا العنف على المرضى المصابين عقليا، ولقد انتشرت هذه الظاهرة في مجتمعنا بشكل ملحوظ، إذ تعد من التكتلات الاجتماعية التي يعيشها المجتمع الجزائري.

إن لهذه المشكلة علاقة وطيدة بتدني الدخل الأسري في ممارسة العنف على المرضى صابين عقليا وهذا راجع لقلة الدخل الاقتصادي للأسرة أو الضغوظات الاقتصادية والاجتماعية والنفسية التي تعيشها، كما أن خوف الأسرة من فقدان مكانتها الاجتماعية تلجأ إلى تعنيف مرضاها عن طريق الإبعاد أو الإنكار أو إخفاء المريض، وكما أن السلوكات العنيفة التي يصدرها المريض العقلي تكون سببا في تعنيفه من طرف أفراد المجتمع، وهذا راجع لضعفه وعدم قدرته على الدفاع عن نفسه أو عدم التبليغ على العنف الذي يصدر منه، وهنا يتبين لنا معانات المرضى المصابين عقليا داخل المجتمع.

الفصل الأول: البناء المنهجي.

1- تحديد الموضوع وإشكاليته:

1-1- أسباب إختيار الموضوع.

1-2- أهداف البحث.

1-3- أهمية البحث.

1-4- إشكالية الدراسة وفرضيتها.

1-5- تحديد المفاهيم.

2- المقاربة السوسيولوجية والدراسات السابقة:

2-1- المقاربة السوسيولوجية.

2-2- الدراسات السابقة.

2-2-1- الدراسات الأجنبية.

2-2-2- الدراسات العربية.

2-2-3- الدراسات الجزائرية.

2-3- التعقيب عن الدراسات السابقة.

3- الأسس المنهجية للبحث:

3-1- المناهج المتبعة.

3-2- التقنيات المستعملة في البحث.

3-3- العينة ومواصفاتها.

3-4- مجالات الدراسة.

3-5- صعوبات الدراسة.

الفصل الأول: المنهج النظري.

1- تحديد الموضوع وإشكاليته:

1-1- أسباب إختيار الموضوع:

- التعرف على مشكلة العنف خاصة ضد فئة المرضى المصابين عقليا.
- لفت الإنتباه إلى ضرورة الإهتمام ورعاية هذه الفئة بمختلف فئات المجتمع.
- نقص الدراسات السوسيولوجية الخاصة بهذه الفئة.
- نقص الرعاية الموجهة لهذه الفئة وخاصة من طرف الدولة.
- نقص الدراسات الأكاديمية وقلتها في الجزائر وافتقار المكتبات الجامعية لهذه المواضيع.

1-2- أهداف الدراسة:

تكمن أهداف الدراسة في:

- تقديم المزيد من العناية في التعريف بهذه الفئة عن طريق نشر البحوث والدراسات التي يكون لها دور نافع على هذه الفئة.
- فهم الوضعية الحقيقية لهذه الفئة الخاصة داخل فئات المجتمع وكيفية المعاملة التي يتلقونها وذلك بإعطاء تفسير علمي لها.
- إلقاء الضوء على واقع فئة المرضى المصابين عقليا داخل الأسرة وخارجها.
- التعرف على مواقف أفراد المجتمع والأسرة بخصوص هذه الفئة.
- تسليط الضوء على موضوع العنف الذي يتعرض له فئات المرضى المصابين عقليا.

1-3- أهمية الدراسة:

- تكمن أهمية الدراسة في التعرف على الأسباب والعوامل التي تؤدي إلى ممارسة العنف على فئة المرضى المصابين عقليا .

– كما أن هذه الدراسة تعد الأولى من نوعها في المجتمع الجزائري في حدود علم الباحث.

1–4– الإشكالية وفرضيتها:

يعتبر العنف مشكلة عامة تجتاح أي مجتمع من المجتمعات ومن بين الموضوعات أثارت اهتماما واسعا، فالعنف يرمي إلى إيقاع الأذى الجسدي والنفسي أو كليهما بشخص ما أو جماعة ما، فقد مارس الإنسان العنف بأشكاله المختلفة ولأسباب مختلفة، سه ضد الطبيعة وضد الحيوان، ومارسه الكبار ضد الصغار والرجال ضد النساء والحكام ضد المحكومين، ومارس الإنسان العنف في بعض الأحيان دفاعا عن نفسه وعن وجوده ومصالحه وأحيانا أخرى إنتقاما من الآخرين أو الإستيلاء على ممتلكات الآخرين، كما مارسه الأصحاء على المرضى والأقوياء على العناصر الضعيفة من البشر التي تعد عرضة نف أكثر من غيرها، لأنها عديمة القدرة على الدفاع عن نفسها، ونخص بالذكر فئة المرضى المصابين عقليا باعتبارهم الأكثر ضررا جزاء العنف فمعاناتهم معروفة عبر اريخ، فكانوا يتركون للإهمال والموت جوعا أو إلقائهم من الأعلى أو دفنهم أحياء أو يتركونهم في مناطق فيها حيوانات متوحشة، وذلك بسبب عدم قدرتهم على مواجهة أعدائهم والتغلب عليهم والاتجاهات الاجتماعية السالبة نحوهم واعتبارهم مخلوق بشري مختل وناقص يعيش ليأخذ ويستهلك دون عطاء، باعتبار أن قيمة الفرد كانت تتحدد بمقدار صلاحيته لأداء وظيفته لى أكمل وجه، وعدم رغبة أفراد المجتمع في وجودهم بينهم، حتى أقرب الناس إليهم وهم أهلهم لا يرغبون بوجودهم بين أفراد الأسرة، إذ يعتبر المرضى المصابين عقليا من الأمور التي تصيب الأشخاص في أي مرحلة عمرية في حياته، هذا الأمر قد يشكل لبعض الأسر مصدرا للقلق والخوف وبالتالي قد يفقدها الكثير من الأساسيات الواجب إتباعها وتطبيقها لرعاية هذا المريض عقليا، الأمر الذي يؤدي إلى الوقع في مصيدة عدم التقبل الضمني أو المعلن من قبل الأسرة لهذا المريض مما قد يدفع

الأسرة إلى إيقاع الأذى بمختلف أشكاله على هذا المريض، وعليه فإن ظاهرة العنف ضد المرضى عامة وضد المرضى المصابين عقليا خاصة، ليست وليدة اليوم بل هي موجودة منذ القدم.

إذ استعملت ضدهم أبشع أشكال العنف، بحيث يأتي هذا السلوك في عدة أشكال مختلفة منها العنف الجسدي ويتمثل في الضرب والركل والدفع والجرح وتخريب مقتنيات الضحية، وهذا النوع من العنف يسهل ملاحظته، وهناك العنف المعنوي والذي يعد أخطر أشكال العنف الإطلاق وهو منتشر على نطاق واسع أكبر من نطاق انتشار العنف الجسدي أن الأخير يحتم وجود الضحية والمجرم في نفس المكان والزمان، إلا أن العنف المعنوي يلغي كل هذه الأبعاد فهو غير مرئي ويمارس بكل حرية بعيدا عن الأعين والمراقبة بحكم تخفيه عن الأنظار وصعوبة الكشف عنه وإثباته بأدلة قاطعة وحتى ضحايا هذا العنف ربما لا يشعرون وستدمجونه في حياتهم الطبيعية، ويكون العنف اللفظي بالسخرية والتحقير والتعليقات البذيئة والسب والشتم والتنابز بالألقاب، والعنف الجنسي يكون عن طريق الاعتداء أو التحرش أو الاغتصاب، ولا يخلو أي مجتمع من المجتمعات من الأمراض العقلية، إذ عرفت انتشارا واسعا خلال السنوات الأخيرة في دول العالم حيث صنفتها المنظمة العالمية للصحة"oms" كثاني مرض يهدد البشرية إلى سنة 2020، والجزائر كغيرها من البلدان عرفت زيادة واضحة وملموسة في أعداد المرضى، حيث قدرت بعض إحصائيات المختصين أن عدد المرضى العقليين في الجزائر يقارب المليون ونصف المليون مريض وهو عدد مرشح للإرتفاع بحكم توفر المجتمع الجزائري على أرضية خصبة لانتشار المرض العقلي، حيث تراهم في كل مكان أمام المساجد ، في محطات النقل، في الطرقات، يتجولون معنا يأكلون من المزابل، يمرضون ولا يشتكون، ولا يحالون على المصحات العقلية، لأن هذه الأخيرة لم تعد تسعهم فاحتضنتهم شوارع الجزائر، كما أكدت أيضا إحصائيات الصحة العقلية بالجزائر أن نسبة 30% من الأشخاص الذين لا مأوى لهم متواجدون عبر شوارع العاصمة، وذلك ما كشف عنه البروفيسور الأخصائي "**تيجيزة** الذي أكد على أن 1على 3 من الأشخاص الذين اتخذوا من الشوارع ملجأ لهم مصابين عقليا، كما يوضح البروفيسور أن الجزائريين اليوم تهددهم نوعان من الأمراض النفسية والعقلية، حيث يعاني 500ألف جزائري تقل أعمارهم عن ثلاثين سنة من انفصام في الشخصية ، فيما يعاني 100ألف منهم من زهايمر المبكر أي من ابتداء من سن الخمسين مما يدق ناقوس الخطر حول هذا المرض بالذات الذي يصيب غالبا الفئة العمرية، فما فوق ثمانين سنة في الدول المتقدمة، بينما

يصب الجزائريين مبكرا من خلال الإحصائيات سنة 2013[1].، وذلك راجع إلى ما شهدته الجزائر من الأوضاع الاجتماعية المتدهورة والأزمات النفسية التي خلفتها سنين العشرية السوداء لى جانب قلة المراكز والهيكل القادرة على تقديم الخدمات الطبية إضافة إلى الأوضاع المعيشية المتدنية لكثير من الأسر والدخل الغير كافي لأرباب الأسر أدى إلى الانتشار الواسع وزيادة عدد المرضى المصابين عقليا ، بسبب الضغط النفسي والاجتماعي، مما ينتج أشخاص مضطربين عقليا، قد لا تستطيع الأسرة توفير البيئة المناسبة لهم للإهتمام بهم ورعايتهم مما يضطرهم إلى حجزهم في البيت مع ممارسة العنف عليهم أو طردهم إلى الشارع أو إدخالهم إلى المـ سحات العقلية وتركهم هناك حيث أصبحن هذه الشريحة عرضة للتعنيف في مختلف القطاعات الاجتماعية ومن فئات جديدة من المحارم قبل الأجانب .

وتشير الإحصائيات أيضا من الدايلي الميل البريطانية للنساء المصابات بأمراض عقلية الأكثر عرضة للإغتصاب، أن 40%من النساء المصابات بأمراض عقلية تعرضنا للاعتداء جنسي، ووفقا لما نشرته صحيفة دايلي ميل البريطانية ن الباحثين في جامعة سترال وجامعة كينجز كوليدج بلندن، وجدوا أن النساء المصابات بالأمراض العقلية أكثر عرضة خمس مرات للاغتصاب وثلاث مرات لخطر العنف المنزلي، وأضاف "لويزهوارد" أستاذ الصحة العقلية للمرأة في كلية "كينجز" بلندن أن هذه الدراسة أظهرت أن المرضى يعانون من مرض عقلي شديد قد ارتفع لديهم الوقع كضحية للعنف المنزلي والجنسي، وعلى غم من قلق الناس حول العنف الذي قد يرتكب على المرضى المصابين بمرض عقلي شديد فإن الواقع هو أن المرض في خطر متزايد للوقوع ضحايا للأكثر أنواع العنف[2].

وتذكر بعض الدراسات في بلدان العالم عموما وفي المجتمعات العربية أيضا وجود اتجاهات لبية لدى عامة الناس نحو المرضى العقليين وتساهم هذه الاتجاهات السلبية في لإضافة إلى متاعب المرضى العقليين وزيادة عزلتهم عن المجتمع، كما يؤثر ذلك في مشاعر المرضى العقليين ويحول دون حصولهم على حقهم في الرعاية والاهتمام،

وهو دليل على عدم تفهم طبيعة الأمراض العقلية ومعاناة المرضى العقليين، ويشير إلى ذلك راسات أجريت فـ بعض المجتمعات العربية لتحديد اتجاهات العامة وطلاب الطب

[1] - http:www.monoar.com,19:30,15,12,2015.
[2] - health@yaum7.com,5:04. 08,07,2014.

والأطباء الممارسين، وأظهرت نتائجها وجود اتجاه سلبي يتمثل في النفور من المرضى العقليين وعدم قبولهم في المجتمع.

دراسات أخرى أن الكثير من المرضى العقليين لا يحصلون على الرعاية والعلاج الملائم نتيجة اللجوء إلى الوسائل الغير طبية للعلاج لدى الدجالين وأدعياء الطب، ن ذلك تأخر عرض حالات المرضى على الطب العقلي الحديث وتعرضهم للمضاعفات والمعانات لفترة طويلة، ويتعلق ذلك بصورة مباشرة بحقوق هؤلاء المرضى، حيث يتعرض بعضهم إلى ممارسات غير أخلاقية، بالإضافة إلى الإهمال والإبتزاز والعنف جنسية وقد تم دراسة ظاهرة وصمة المرض العقلي stigma of mentalillmens في الثقافة العربية حيث أظهرت نتائج الأبحاث ارتباط المرض العقلي وصمة الجنون لدى المرضى وأقاربهم، ويمتد تأثير هذه الوصمة ليشمل تخصص الطب العقلي والعلاج في المستشفيات والعيادات مما يدفع المريض العقلي وأهله إلى تجنب التعامل طب العقلي، ومحاولة إخفاء الإصابة بالمرض العقلي، وذلك حتى يتأثر وضعهم الاجتماعي .

وهذا الواقع الأليم موجود بسبب شيوع ثقافة سائدة مكبلة بالجهل والوصمة الاجتماعية والتميز ضد المصابين بأمراض عقلية، تتصف بالخوف والحرج من المجتمع والرفض والنبذ، مما يؤدي إلى شيوع انتهاكات حقوقهم المدنية والسياسة الاقتصادية والاجتماعية والثقافية حتى وإن كان في المجتمع أو في المستشفيات والعيادات الخاصة أو حتى في الأسر مما يزيد من احتمال تحملهم تعرضهم لانتهاكات جسدية وجنسية والحرمان الجائر من فرص المشاركة في الحياة الاجتماعية الطبيعية وللتميز الظالم ضدهم بالانتفاع من الخدمات التي يستحقونها ولا يخلو المجتمع الجزائري من هذه الممارسات في حق هذه الفئة فتكفيك زيارة ى إحدى المصحات العقلية أو زيارة أسرة لديها إبن مريض عقليا او حتى بمجرد التجوال في الشارع حتى تشاهد ما يعانيه هؤلاء في صمت.

من هنا يتبادر للأذهان السؤال التالي ما هي الأسباب والدوافع التي تدفع ببعضهم إلى ف المرضى المصابين عقليا؟ وهل الدخل المتدني وخوف الأسرة من فقدان مكانتهم

الاجتماعية سبب في ذلك؟ وهل للسلوكات العنيفة للمرضى المصابين عقليا تجعلهم عرضة للعنف؟

بالإضافة إلى التساؤلات الفرعية التالية:

- هل لتدني الدخل الأسري أثر في ممارسة العنف على المرضى المصابين عقليا ؟

- ـ الأسرة من فقدان مكانتها الإجتماعية له دور في في تعنيف المرضى المصابين عقليا ؟

- هل السلوكات العنيفة لدى المرضى المصابين عقليا تساهم في تعرضهم لعنف من طرف أفراد المجتمع ؟

- الفرضيات:

- لتدني الدخل الأسري أثر في ممارسة العنف على المرضى المصابين عقليا.

- لخوف الأسرة من فقدان مكانتها الإجتماعية له دور في تعنيف المرضى المصابين عقليا.

- السلوكات العنيفة لدى المرضى المصابين عقليا تساهم في تعرضهم لعنف من طرف أفراد المجتمع.

1-5- تحديد المفاهيم:

يعتبر تحديد المفاهيم والمصطلحات العلمية أمرا ضروريا في البحث العلمي بصفة عامة والبحث الاجتماعي بصفة خاصة الذي يستمد أغلب مفاهيمه من لغة الحياة العامة فكلما اتسم هذا التحديد بالدقة والوضوح سهل على القراء الذين يطالعون على البحث وسف نحد من خلال بحثنا هذا تحديد بعض المفاهيم التي تعد أساسية وبإمكانها مساعدتنا في الحقيقة الاجتماعية للظاهرة التي نحن بصدد دراستها:

1- **مفهوم العنف:** يعرف العنف على أنه ممارسة القوة البدنية لإنزال الأذى بالأشخاص تلكات، كما أنه الفعل أو المعاملة التي تحدث ضررا جسيما أو التدخل في الحرية الشخصية[1].

كما يعرف في معجم العلوم الاجتماعية: على أنه استخدام الضغط أو القوة استخداما غير مشروع أو غير مطابق للقانون من شأنه التأثير على إرادة فرد ما[2]، وحسب علماء الاجتماع إن كلمة عنف يمكن تفسيرها بأنها كل سلوك يهدف من ورائه إصابة الآخرين بالأذى الجسمي أو المعنوي، فالقتل والجرم الجسدي هما بالطبع أمثلة حية عن العنف[3].

- **المفهوم الإجرائي:** العنف هو استعمال كل أشكال العنف، كالعنف الجسدي واللفظي والمعنوي(الرمزي) والجنسي، متمثلة في الضرب أو العبارات المخلة بالحياء كالسب والشتم عدم الاهتمام واللامبالاة بالإضافة، إلى الاغتصاب أو التحرش الجنسي وذلك من طرف أحد أفراد العائلة أو الأقارب أو الأصدقاء أو أحد أفراد المجتمع ضد المرضى المصابين عقليا.

2- **مفهوم المكانة الإجتماعية:** تعتبر الرتبة الإجتماعية بمثابة الشرف أو السمعة المتصلة بمكانة الشخص أو الأسرة في المجتمع[4].

كما تشير المكانة الاجتماعية بشكل عام إلى المنزلة العائلية والسمعة الحسنة التي ينسبها الناس إلى المراكز الاجتماعية[5].

- **المفهوم الإجرائي:** هي السمعة والمنزلة الاجتماعية التي تكتسبها الأسرة منذ نشأتها وعلى أساسها يتم تقييم الأسرة في المجتمع.

---

[1] - إجلال حلمي إسماعيل، **العنف الأسري**. دار قباء، القاهرة ، دط، دس، ص9 .

[2]- أمينة قزمير، **العنف المدرسي الموجه ضد الأساتذة من طرف التلاميذ في الطور المتوسط** . رسالة ماجستير، جامعة سعد دحلب، البليدة، 2011،ص16،غير منشورة.

[3] - Ronald, h, bailey, **violence et agression**. Edition fine life, Paris , 1977, p10.

[4] - ar,wikibidia.org , 28-04-2015/ 20:30.

[5] - www.wagatel.com, 28-04-2015/ 20:45.

3- **مفهوم الدخل الأسري:**

- مفهوم الدخل: مصطلح في الاقتصاد يعرف عادة على أساس الاستهلاك والثروة، وعلى هذا يكون الدخل هو مجموع قيمة السلع والخدمات التي يمكن أن يشتريها شخص خلال فترة معينة دون أن تنقص ثروته، وتتكون الثروة من الاستثمار والممتلكات.

والدخل يشمل ما يحصل عليه الشخص من عمله أو ماله، ويقدر عادة بالنقود ويطلق عليه الدخل النقدي، ولكن الدخل ليس بثروة في حد ذاتها[1].

- الدخل الأسري: هو كل دخل يساهم فيه أحد أفراد الأسرة، الأب، أو الابن أو الأم أو البنت، حيث أن الدخل يجب أن يكون مقيد بشروط وهو أن يكون حلال وشريف وكيفية التصرف فيه[2].

- المفهوم الإجرائي: الدخل الأسري هو مجموع قيمة السلع والخدمات التي يمكن أن يحصل عليها الشخص جراء عمله ويتم استهلاكه من طرف الأسرة.

4-**مفهوم المرض العقلي:** عرفه "سيغموند فرويد" في كتابه (abréges de psychologie) بأنه أشد الإضطرابات الشخصية خطورتا وشمولا، وهو يبدو في صورة اختلال شديد في القوى العقلية وعجز عن إدراك الواقع وتحقيق التوافق الاجتماعي في كافة صوره، ويشاهد في الأذهان الانفصال الواقع والقدرات العقلية وكذلك الشخصية والاضطراب الواضح في السلوك[3].

- **التعريف الإجرائي:** هو إصابة القوى العقلية لشخص ما تجعله عاجزا عن التحكم في أفعاله وعن الفهم الصحيح للواقع مما يصعب عليه التوافق الاجتماعي.

---

[1] – ency.nacemb.com, 15-04-2015/09:48.

[2] – www.startimes.com, 15-04-2015/09:52.

[3] – فيصل محمد خير الزراد، **الأمراض العصابية والذهانية والاضطرابات السلوكية** . الإسكندرية، مصر، 1984، ص63.

2- المقاربة السوسيولوجية والدراسات السابقة:

2-1- المقاربة السوسيولوجية:

توجد هناك الكثير من الاتجاهات التي تساهم في تفسير العنف على المرضى المصابين عقليا، وفي هذا الصدد سوف نتطرق إلى النظريات المرتبطة بموضوع دراستنا، ومن بين هذه النظريات: نظرية الوصم الاجتماعي، نظرية العنف الرمزي.

- **نظرية الوصم الاجتماعي:** على عكس الأطروحات القديمة جاءت نظرية الوصم بنظرة مختلفة تماما، تتلخص في الإجابة عن السؤال لها، ويصنف المجتمع ويعتبرها جريمة؟

ولماذا يوصم الأشخاص بعينهم على أنهم مجرمون؟[1] .

لقد أسس هذه النظرية العالمان "لميرت" "edwin lamert" ، "وهوارد بيكر" haward becher"، وكلا العالمين هم من الولايات المتحدة الأمريكية، فقد نشر لميرت نظريته عن الوصم عبر كتابه الموسوم " المرض الاجتماعي" والذي ظهر عام 1951م، أما هوارد بيكر فقد كتب عن نظريته الوصم في كتابه الموسوم "الفكر الاجتماعي من الخرافة إلى العلم" [2]، هذه النظرية التي ترى أن الانحراف يتمثل في نوعية رد الفعل ولا يرجع إلى جوهر السلوك ذاته، فإذا لم يكن هناك رد فعل فليس هناك انحراف، وتكون عملية رد الفعل والوصم أكثر احتمالا عندما يكون الموصوم من فئات المجتمع التي لا تملك قوة اجتماعية مؤثرة[3]، إن نظرية الوصم تساعدنا في تفسير أنواع الجرائم والأمراض النفسية والعصبية التي يتعرض لها الأفراد في المجتمع، علما بأن وصم الأفراد من قبل المجتمع بالجريمة والانحراف قد يكون مبررا أو غير مبرر[4] ، وتتعدى النظرية في أفكارها الإشارة إلى الأفراد الموصومين من المجرمين والمنحرفين إلى كل الفئات التي هي تحت الوصم وتمارس ضدها كل أنواع العنف تحت مسميات وخلفيات اجتماعية توجه ذاك السلوك نحوهم.

---

[1] – جمال معتوق، **مدخل إلى سوسيولوجيا العنف** . دار بن مرابط، الجزائر، 2011، ص318.

[2] – إحسان محمد الحسن. **النظريات الإجتماعية المتقدمة** . دار وائل للنشر، عمان، الأردن، ط1، 2010، ص231.

[3] – جمال معتوق، مرجع سبق ذكره، ص ، ص ، 321، 322.

[4] – إحسان محمد الحسن، مرجع سبق ذكره، ص317.

إن نظرية الوصم الاجتماعية لا تنطبق فقط على الجريمة والمجرم بل لاحظنا في حياتنا اليومية أنها قد تخص كذلك بعض المتخلفين عقليا، والذين هم تحت النظرة والوصمة الدونية والملا ظة من طرف الصغار والكبار، وقد تعمل على تعميق التخلف الذهني عند الكثير من المتخلفين والمرضى النفسيين وعليه فإن المجتمع لا يرحم[1].

وتناولت النظرية في أفكارها الصور الجاهزة عن أفراد وفئات معينة، وإطلاق أحكام مسبقة إجمالية على كل فرد ينتمي إلى فئة موصومة اجتماعيا دون مراعاة الخصوصية الفردية.

واستعمل "بيكر" مصطلح الغرباء أو اللامنتمين ليشير إلى أولئك الأفراد الذي يحكم عليهم من قبل الآخرين بالمنحرفين، ولذا يتم إبعادهم خراج دائرة الأعضاء المألوفين في الجماعة، ولو عدنا إلى الصور الجاهزة عن الآخرين، خاصة ما يكتب الغرب عن الإسلام والمسلمين لوجدنا، أن المسلم اليوم موصوم بالعنيف والعدواني والإرهابي، وهذا الوصم قد لحق بالكثير من الأذى للمسلمين[2].

يمكن الاسترشاد بهذه النظرية في تفسير العنف على المرضى المصابين عقليا من خلال أن المجتمع يقوم بتصنيف هذه الفئة على أنها منحرفة وفئة مريضة اجتماعيا، وكذلك فإن عملية العنف الممارس على المرضى المصابين عقليا إنما تتم بناءا على أساس وصمهم أنهم منحرفين، وإن عملية الوصم تقوم على أساسيات غير عادلة وغير متكافئة بين فئات المجتمع، ولا تقوم على جوهر الفعل ذاته، وإنما هناك اعتبارات واحتمالات أخرى، كما تلعب دورا رئيسيا في وصم فرد ما على أنه مجرم وفرد آخر على أنه ليس بمجرم ، وهناك ثلاثة احتمالات مهمة تؤخذ بعين الاعتبار عند وضع الوصمة الاجتماعية:

- ركز وقوى نفوذ المنحرف.
- مركز وقوى نفوذ الضحية إن وجدت.
- مركز وقوى نفوذ واضع الوصمة على المنحرف.

---

[1] – جمل معتوق، مرجع سبق ذكره، ص317.

[2] – نفس المرجع، ص ص، 317 ، 318.

فكلما ارتفعت مكانة وقوة المنحرف كلما انخفضت مكانة وقوة الضحية، إلى جانب انخفاض مكانة وقوة الواصم، وهذا بدوره يؤدي إلى زيادة احتمال تجنب أو مقاومة الوصمة السلبية، وكلما انخفضت مكانة وقوة المنحرف كلما زادت مكانة وقوة الضحية، إلى جانب ارتفاع مكانة وقوة واضع الوصمة، وهذا بدوره يؤدي إلى زيادة حتمية لتعرض المنحرف ة الاجتماعية السلبية ، فما الذي يدفع المجتمع إلى تصنيف ووصم المرضى المصابين عقليا بالمنحرفين والمرضى اجتماعيا، وبالتالي ممارسة العنف بشتى أشكاله عليهم عقابا لهم على انحرافهم وخروجهم عن المألوف، وهذه التصنيفات تعتبر صور جاهزة معدة مسبقا بتوارثها جيل بعد جيل، ونظرة اجتماعية دونية لا تفهم ولا تعني حقيقة المرض العقلي وخصائص المرضى العقليين.

فالنظرة التقليدية للمرضى المصابين عقليا تتسم بالظلم والقسوة، بسبب سلوكات بعضهم التي تتسم بالاندفاع والقوة والهيجان أحيانا، والعزلة والانطواء أحيانا أخرى ولو عدنا في حقيقة الأمر لوجدنا أن المجتمع هو سببهم في ذلك السلوك، نظرا لعدم تقديم العلاج والرعاية اللازمين لهم وأيضا مشكلة التعميم عل كل المرضى المصابين عقليا نظير بعض السوكات العنيفة التي يقومون بها في حالة الهيجان، فالمجتمع لا يعي الخلفيات وراء تلك السلوكات فربما كانوا في حالة هيجان جراء عدم تناولهم للدواء أو بسبب إساءة أحدهم للمريض ولا ننسى أن المرض العقلي يتفاوت في درجة خطورته فمنها الخفيف ومنها الشديد، لكن المجتمع يضعهم في خانة واحدة ويتعامل معهم كلهم على أنهم خطرين، ولهذا ردة الفعل نحوهم من جانب المجتمع تكون، إما بالعقوبة البدنية كالإيذاء الجسدي أو التوبيخ والزجر والشتم، أو النفي والإهمال والنكران وردة الفعل هذه قد لا تعتبر عنفا إذا كانت ضد شخص مريض عاقل، أما إذا كانت ضد شخص مريض عقليا فهي عنف وعدوان لعدم مراعاة الخصوصية الفردية للمريض العقلي، وغالبا ما يتسبب المجتمع في تفاقم حالتهم المرضية.

– **نظرية العنف الرمزي:** إن نظرية العنف الرمزي لصاحبها الفرنسي "بيار بورديو" bière Bourdieu خذت شكلا غير مألوف في الدراسات الاجتماعية في تفسيرها للعنف في شكله المعنوي، ويعتبره أقسى من العنف المادي، فهذا العنف في شكله يتميز بالهدوء والخفاء(غير مرئي)، كما هو الشأن بالنسبة للعنف المادي الذي آثاره مرئية، فهو بالتالي عنف مقنع، ولكن هذا لا يعني بأنه عنف شكلي أو بسيط بل بالعكس يعد أخطر شكل من

أشكال العنف والأذى[1]، وتعتبر هذه النظرية العنف الغير المادي الموجه للنفس والمشاعر ويتجه نحو تدميرها والحط من قيمة الشخص، "ويعد هنا العنف الرمزي حالة مدمرة للإنسان ولقدراته حالة مرضية تجعله يفقد مكانته داخل النسق"[2].

ونظرا للأسلوب الهادئ واللطيف يمارس به يجعل من الضحايا فريسة سهلة بل يجعلهم يقبلون به كنوع من المعاملات، وغني عن البيان أن العنف الرمزي يمارس على الفاعلين الاجتماعيين بموافقتهم وتواطئهم، لذلك فهم غالبا ما لا يعترفون به كعنف، بحيث أنهم يستدمجونه كبديهيات أو مسلمات، من خلال وسائل التربية والتنشئة وأشكال التواصل داخل المجتمع[3]، ويمارس العنف الرمزي في نطاقات واسعة من المجتمع الكبير، وعليه" فالأسرة كمؤسسة تربوية تمارس عنفا رمزيا خاصا لإتجاه أفرادها، حيث نجد على سبيل المثال أن الأولياء يتصرفون مع الأبناء المرضى عقليا بكيفية مختلفة، عن تلك التي يسلكونها مع الأبناء الأصحاء، حيث ينظرون إلى الأبناء المرضى عقليا نظرة دونية، وينعتونهم بنعوت لا تليق، تعمل هذه الأخيرة على إشعارهم بالا قيمة، وهذا شكل من أشكال العنف الرمزي"[4].

ارق الذي يجعل الآخرين لا يحسون هذا النوع من العنف، راجع إلى أدواته البريئة ظاهريا وخداعه الأبصار، " ومن الجدير ذكره أنه بالإمكان تهديم شخص ما من دون أن يلاحظ المحيطون بهذا الأمر عن طريق الكلمات البريئة، والإشارات أو الافتراضات أو مجرد الإبعاد"[5]، هذا العنف يجعل الضحية يعاني في صمت لا يعي ما يحصل له، " هذا العنف الخفي لكن المتكرر المزمن، وأحيانا اليومي الذي يصيب نفسية الإنسان ليس جسده بالإرهاق الشديد، والألم الذي يعاني منه غالبا بصمت والذي يقوده بالتالي إلى الانكماش والانكفاء نحو الذات، قاتلا فيه ومقصيا أفصل طاقاته وإبداعاته مم يتسحب، بالتالي إلى

[1] – جمال معتوق، مرجع سبق ذكره، ص331.

[2] – نفس المرجع السابق، ص333.

[3] – جمال معتوق، مرجع سبق ذكره، ص334.

[4] – نفس المرجع السابق، ص334.

[5] – word press.com, 04-05-2015/80:30.

لريقة تعامله مع محيطه الصغير أو الكبير وإلى عدم التحسب لردود أفعاله، التي تتسم غالبا بسمات الطيش وبالتهور، مفضية بالتالي به وبغيره إلى دوامة التطرف والعنف"[1].

ويمكن الاسترشاد بنظرية العنف الرمزي في تفسيرنا للعنف على المرضى المصابين عقليا، لأنه غالبا ما يمارس على الفئات هشة في المجتمع، بالإضافة إلى أن المرضى المصابين عقليا لا يملكون القدرات التي تؤهلهم إلى معرفة ما إذا كان يمارس عليهم عنف أم لا، وقدرتهم على الإبلاغ عن ذلك، وإذا تم الإبلاغ عن ذلك فلا يجدون من يسمع لهم، ولا يتم أخذهم بعين الاعتبار فاقدين للمصداقية للقيام بذلك، والعنف الرمزي ينشأ ويزداد كلما قلت فرص الكشف عنه، وكلما كانت الضحية ضعيفة اجتماعيا، وغير مدركة أن ما

يمارس عليها من أذى وعنف هو عنف بأتم معنى الكلمة.

ويمارس العنف الرمزي على هاته الفئة في نطاقات واسعة من المجتمع الكبير، إنطلاقا من الأسرة إلى الشارع مرورا بالمصحات العقلية، فمثلا يقوم الأهل بمضاعفة جرعة الدواء لابنهم المريض في حالة الهيجان، هنا الذي يرى تلك العملية يرى بأن أهله يعطونه الدواء لمصلحته، لكن حقيقة الأمر تقول عكس ذلك لأن ذلك يزيد من تفاقم حالته المرضية، وفي حالة العكس أيضا عندما يتم منع الدواء عنه ربما لأسباب اقتصادية، ويتم تعنيفهم في الشارع، فمثلا يتعمدون كر أمر من الأمور يستنفر نفسية المريض، فالملاحظ يرى بأنه شيء طبيعي إلا أنه يعتبر تحريضا على العنف، أو يقوم أهله بإجباره على الدخول إلى ستشفى، على الرغم من أن حالته لا تتطلب ذلك لكن المشاهد لذلك يظن أنه في صالح المريض، وأيضا في المصحات العقلية يتم بين فئات المرضى البسيطة منها مع الخطيرة، ذا ظلم في حق الفئة الأولى، وقد يتم إستغلالهم في أعمال شاقة من طرف الآخرين مقابل مبالغ زهيدة، فنحن لا نرى كم هي الأجرة التي يتقاضاها جراء ذلك العمل، فهي عنف يتم بعيدا عن الأنظار ويتم بصورة هادئة وبريئة تجعلهم يعانون في صمت.

[1] – جمال معتوق، مرجع سبق ذكره، ص335.

2-2- الدراسات السابقة:

يعتبر الإطلاع على الدراسات السابقة إحدى الخطوات المهمة في البحث العلمي، للإستفادة في تفسير ومناقشة النتائج لذلك تناولنا بدءا من الدراسات والبحوث التي رقت إلى موضوع العنف على المرضى المصابين عقليا، حيث أنه وفي حدود إطلاع الباحث لم تكن هناك دراسة مشابهة تماما لموضوعنا الحالي من حيث موضوع الدراسة ولا المتغيرات ولا الفئة المدروسة.

2-2-1- الدراسات الأجنبية:

*- **دراسة براون 1962brawn:** التي قام فيها بتتبع 128مريضا بالفصام لمدة سنة كاملة بعد خروجهم من المستشفى.

- ائج الدراسة: وجد براون أن نسبة الانتكاسات تزيد بين هؤلاء الذين يعودون لعائلات ذوي شحنات إنفعالية كبيرة سواء بالرعاية والحماية الشديدة أو العكس بالنقد اللاذع أو العدوان الدفين من هؤلاء الذين يعودون لعائلات ذوي شحنات إنفعالية سوية ويوضح ذلك مدى تأثير الإنفعالات وشدتها على استقرار المريض في مآل مرض الفصام[1].

*- **دراسة ماندیرز إليزابيث 1996 manders iylysabethe:** جاءت لتدرس آثار وجود طفل معاق جسديا أو عقليا أو سلوكيا على احتمال تعرضه لإساءة محتملة والذين تم التعامل معهم في قسم حماية الطفل بجورجيا وقد دلت نتائج هذه الدراسة على أن المعوقين معرضين بشكل أكبر من الأطفال الأسوياء إلى خطر الإساءة والإهمال من قبل أبائهم وقد تبين لك أن حالات الإساءة تلك حدثت بسبب الخصائص المتعلقة بالأطفال أكثر من تلك الخصائص المتعلقة بالآباء المسيئين[2].

2-2-2- الدراسات العربية:

*- **دراسة سيد عادل توفيق رطروط:** بعنوان " **إعاقة الطفل العقلية كإحدى عوامل الخطورة المحركة لإيقاع الإساءة عليه**".

---

[1] - أحمد عكلشة، **الطب النفسي المعاصر**. مكتبة الأنجلو مصرية للنشر والتوزيع، مصر، ص306.

[2] - www.gulf kids.com.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على إحتمالية إصابة الطفل المعاق عقليا بمخاطر سوء المعاملة الوالدية، وإلى كيفية تعامل الأسرة مع طفلها المعاق عقليا.

ستخدمت الدراسة منهج دراسة الحالة الفردية القائم على دراسة وضع الطفل المعاق عقليا ودراسة أسرته لوحدة تحليلية رئيسية، واستخدمت الدراسة الأداة على شكل إستبانة وجهت أسئلتها إلى المشرف على رعاية الطفل المعاق عقليا، بلإضافة إلى أستخدام أسلوب المقابلة المعمقة، أ ا عينة الدراسة فكانت على إختيار طفل معاق عقليا ممن صنفت حالته في سنة 2000على أنها إساءة جسدية في مكتب الخدمة الإجتماعية، إدارة حماية الأسرة وبطريقة مقصودة وبناءا على ذلك فإن نتائج هذه الدراسة لا يمكن لها الإنسحاب في التعميم على مجتمع الدراسة الأشمل من الأطفال المعاقين عقليا ولكن

تكون نتائج هذه الدراسة مؤشرا لأبرز الظروف والأمور التي قد تشكل قاسم مشترك موضوع التقبل أو عدمه في الدراسات الأخرى، وقد خلصت الدراسة إلى جملة من النتائج التي إنبثقت من التساؤلات المطروحة في الدراسة ومن أبرزها:

– الطفلة تعرضت إلى الإساءة الجسدية وإساءة الإهمال المتمثلة بالتخلي عنها" رميها قرب إحدى السكك الحدية " وتعرضها للحرق بماء ساخن نتيجة إهمالها وذلك بسبب إصابتها المرضية.

– الأسرة غير متقبلة للطفلة المعاقة إلى حد كبير، وهناك كثير من السلوكيات الخاطئة والممارسات الخاطئة في عمليات التفاعل والتعامل مع الطفلة.

– تفتقد الطفلة المعاقة للمهارات الإنتقالية الأولية واللازمة لها نتيجة عدم إهتمام الأسرة وقلة وعيهم بإصابة طفلتهم.

– تدني المستوى التعليمي للأبوين وتدني المستوى الاقتصادي للأسرة أدى إلى التسر يع في إساءة المعاملة للطفلة.

– لا يتم إشراك الطفلة المعاقة في التفاعل مع أفراد أسرتها ومع المحيط الاجتماعي الخارجي.

– تنتظر الأسرة إلى إعاقة طفلتهم العقلية على أنها وصمة اجتماعية ضاغطة عليهم وهي تؤثر سلبا عليهم.

2-2-3- الدراسات الجزائرية:

*- **دراسة بورنان سامية:** بعنوان " **التطورات الإجتماعية للمرض العقلي لدى الطلبة الجامعيين** "، رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس المرض الاجتماعي،جامعة محمد خيضر بسكرة، 2006.2007، دراسة ميدانية بجامعة محمد بوضياف المسيلة. وكان الهدف من الدراسة الكشف عن التصورات الاجتماعية الحديثة والتقليدية للمرض العقلي: التصورات لأكثر شيوعا والفروق بين الذكور والإناث في التصورات الاجتماعية للمرض العقلي وكذا الفروق حسب السن والتخصص الدراسي استخدمت الباحثة المنهج الوصفي، وتمثلت أداة بحث في استمارة بحث وباستخدام الأساليب الإحصائية، وكانت أهم نتائج الدراسة المتحصل ليها أن التصورات الاجتماعية التقليدية للمرض العقلي أكثر شيوعا لدى أفراد العينة وتحديد الذكور.

لهرت وجود فروق في التصورات الاجتماعية للمرض العقلي وفق متغير التخصص بورنان سامية[1].

*- **دراسة الحاج الشيخ سمية:** بعنوان **التصورات الاجتماعية للمرض العقلي لدى الأطباء**، رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الاجتماعي بجامعة محمد خيضر 2013.2012، دراسة ميدانية لعينة من أطباء مستشفى بشير بن ناصر، بسكرة، وكان الهدف من الدراسة الكشف عن التصورات الاجتماعية للمرض العقلي لدى الأطباء وما إذا كانت تلك التصورات تتشكل من الثقافة الشعبية أم من تكوينهم الأكاديمي، استخدمت الباحثة المنهج الوصفي كمنهج أساسي، وتمثلت أداة البحث في استبيان وباستخدام الأساليب الإحصائية، كانت أهم إسة أن الأطباء يحملون تصورات اجتماعية للمرض العقلي، تتمثل في تفسير الثقافة الشعبية للمرض العقلي كما أظهرت وجود تصورات أكاديمية للمرض العقلي لدى

[1] – بورنان سامية، **صورات الاجتماعية للمرض العقلي لدى الطلبة الجامعيين**. رسالة ماجستير، قسم علم النفس، جامعة محمد خيضر بسكرة،2007، ص139، غير منشورة.

الأطباء وذلك من خلال إجاباتهم في محور التفسير العلمي للمرض العقلي، وهذا راجع إلى التكوين الأكاديمي والتعليمي للعينة[1].

2-3- التعقيب على الدراسات السابقة ومجال الاستفادة منها:

جاء سردنا للدراسات السابقة لتحقي , جملة من الأهداف التي نلخصها في:

- التعرف على المصادر والدوريات والبحوث النظرية والتطبيقية التي تخص موضوع الدراسة الحالية مما سهل الطريق أمامنا لبناء الإطار النظري لدراستنا.

- التعرف على منهجيات هذه الدراسة بالشكل الذي مكننا من تصميم منهجية الدراسة.

- التعرف على النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسات والتي سهلت علينا الانطلاق من ن حيث انتهى الآخرون أو في البحث في الجوانب التي لم يتناولوها أو التعمق أكثر في الدراسة.

في ضوء معطيات الدراسات السابقة يمكن تحديد الآتي:

- عالجت دراسة براون 1962 الحالة الصحية والاجتماعية لمرض الفصام بعد خروجهم من ستشفى حيث كشفت أنه , : حالة الشفاء والاستقرار النفسي لمرضى الفصام بعد خروجهم من المستشفى تحصل لهم النكسات بسبب سوء المعاملة الوالدية.

- أما دراسة ماندیرز1996 حيث كشفت عن وجود احتمالية تعرض الأطفال المعاقين جسديا أو عقليا أو سلوكيا داخل الأسر أكبر من احتمال تعرض الأطفال الأسوياء للإساءة من قبل الأولياء وكشفت أيضا أن تلك الإساءات تحدث بسبب خصائص متعلقة بالأطفال أنفسهم أكثر من تلك الخصائص المتعلقة بالآباء المسيئين.

- إسة سيد عادل توفيق رطروط بعنوان "إعاقة الطفل العقلية كإحدى عوامل الخطورة المحركة لإيقاع الإساءة عليه" هدفت إلى التعرف على احتمالية إصابة الطفل المعاق عقليا بمخاطر سوء المعاملة الوالدية، وإلى كيفية التعامل طفلها المعاق عقليا.

---

[1] - الحاج الشيخ سمية، **التصورات الاجتماعية للمرض العقلي لدى الأطباء**. رسالة ماجستير، قسم علم النفس الاجتماعي، جامعة محمد خيض، بسكرة، 2013، ص16، غير منشورة.

– كما أن دراسة بورنان سامية 2007 كشفت عن وجود اختلافات في التصورات الاجتماعية والحديثة للمرض العقلي حسب السن وحسب التخصص في الدراسة بعنوان التصورات الاجتماعية للمرض العقلي لدى الطلبة الجامعيين.

– أما دراسة الحاج الشيخ سمية 2012 بعنوان "التصورات الاجتماعية للمرض العقلي لدى لأطباء"، كانت تهدف إلى الكشف عن التصورات الاجتماعية للمرض العقلي الأطباء حيث كشفت أن تصوراتهم مستقاة من الدراسة الأكاديمية وتفسير الثقافة الشعبية إذا كان معظم خاص يعتقدون أن تصورات الأطباء ض العقلي مستوحاة فقط من التكوين الأكاديمي.

3– الأسس المنهجية للبحث:

الأسس المنهجية أسس ضرورية تساعد الباحث بتركيز جهوده فيم هو مفيد حتى

يقوم بالتحليل الموضوعي السليم للمعطيات أو البيانات التي تم جمعها في ميدان البحث.

3–1– المناهج المستخدمة في الدراسة:

يعرف المنهج بأنه الأسلوب والطريقة أو الوسيلة التي يستعملها الباحث إلى الوصول إلى المعلومات التي يريد الوصول إليها بطرق علمية وموضوعية مناسبة[1].

كما يعرفه آخرون أنه الطريقة المؤدية إلى الوصول إلى الحقيقة في العلوم بواسطة طائفة من القواعد العامة التي تهيمن على سير العمل وتحدد عملياته حتى يصل إلى النتيجة المعلومة[2].

---

[1] – محجوب عطية الفائدي، **البحث العلمي في العلوم الاجتماعية مع بعض تطبيقات على المجتمع الريفي**. منشورات جامعة المخطار، طرابلس، 1994، ص29.

[2] – عبد الهادي الجوهري، علي عبد الرزاق إبراهيم، **المدخل إلى المناهج في تصميم البحوث**. المكتب الجامعي الحديث، القاهرة، 2002، ص252.

كما يقصد به تلك الطرق والأساليب التي تستعين بها فروع العلم المختلفة في عملية جمع البيانات واكتساب المعرفة من الميدان[1].

فة عامة المنهج هو إتباع مجموعة من الأساليب والقواعد العامة التي تسعى بفضلها لإكتشاف الحقيقة العلمية والموضوعية، فالمنهج هو طريقة موضوعية يتبعها الباحث في دراسة أو تتبع ظاهرة من الظواهر بقصد تشخيصها أو وصفها وصفا دقيقا وتحديد أبعادها بشكل شامل يجعل من السهل التعرف عليها وتمييزها.

والمنهج هو طريقة البحث عن الحقيقة وتختلف المناهج باختلاف المواضيع ولهذا توجد عدة أنواع من المناهج في العلوم الاجتماعية فيصعب العثور على مقاييس عليمة دقيقة تعمم حقيقة القيم الاجتماعية والتصرفات الفردية والتطلعات الشخصية، من هذا المنطلق فقد اعتمدنا المنهج الوصفي التحليلي الذي يخدم موضوعنا.

3-1-1- المنهج الوصفي التحليلي:

هو منهج يهتم بوصف الظاهرة وتحليلها، فعملية الوصف والتحليل السوسيولوجي، لأن لظاهرة في واقعنا الاجتماعي لا تأتي من العدم، فهناك معطيات ناتج عن الوصف الدقيق والمعبر عنه كيفا وكما باستخدام مختلف الأدوات لجمع البيانات، هذا ما يوفر للباحث قاعدة لبناء التحليل العلمي والموضوعي.

رف المنهج الوصفي التحليلي على أنه دراسة الحقائق الوضعية الراهنة المتعلقة بطبيعة الظاهرة الاجتماعية أو موقف أو جماعة من الناس والأحداث[2].

أما عن مراحل هذا المنهج فيعتمد البحث الوصفي التحليلي على مرحلتين مرتبطتين فيما بينهما وهما : مرحلة الاستطلاع والتي يتم فيها تكوين أطر نظرية يمكن اختبارها بعد

---

[1] - عبد الهادي الجوهري، **معجم علم الاجتماع** . مكتبة نهضة الشرق، القاهرة، 1982، ص182.

[2] - محمد حسن عبد الباسط، **أصول البحث الاجتماعي**. مكتب أنجلو مصرية، القاهرة، ص199.

تحديد واضح لمشكلة الدراسة أو البحث ، أما المرحلة الثانية هي التشخيص والوصف المعمق[1].

فالمنهج الوصفي التحليلي هو ملائم لتناول موضوعنا العنف على المرضى المصابين عقليا، لأنه يسمح لنا بجمع البيانات والمعلومات الكافية والدقيقة ، وثمة دراسة وتحليل ما تم جمعه بطريقة موضوعية وصولا إلى العوامل التي جعلت هذه الفئة عرضة للعنف، كما أنه مناسب لأنه يعتمد على المقابلات الشخصية مع الأشخاص الفاعلين والمقربين من هاته الفئة، وهذا ما يسمح لنا الوصول إلى تفسير واقعي للعوامل المرتبطة بتعنيف المرضى المصابين عقليا، وبإتباع المنهج يستطيع الباحث تحليل الظاهرة ووصفها مبينا أسبابها وعواملها المختلفة وصولا إلى الاستنتاجات التي تتعلق بالفرضيات المقترحة.

3-1-2- منهج دراسة حالة:

يسمى كذلك تاريخ الحالة وهو الطريقة الأكثر استعمالا وانتشارا في مناهج البحث الاجتماعي، دراسة حالة هو منهج يتميز عن المناهج الأخرى بكونه يهدف إلى التعرف على وضعية واحدة معينة وبطريقة تفصيلية ودقيقة، وبعبارة أخرى الحالة التي يتعذر علينا فهمها ويصعب علينا إصدار حكم عليها نظرا لوضعيتها الفريدة من نوعها وقد تم اعتماد هذه الطريقة وذلك لغياب قاعدة سير كافية تتم دراسة حالة الموجودة بالتركيز على كل حالة بمفردها وجمع البيانات والمعلومات المتعلقة بها ونقوم بتحليلها والتعرف على جوهر موضوعها ثم التوصل إلى نتيجة[2].

وهو منهج يقوم على أساس التعمق في دراسة مرحلية معينة حيث يعتبر الأكثر ملائمة وقدرة فعالية في الكشف عن خبايا حياة الفرد وهذا من أجل إبراز الشيء النوعي الأكثر خصوصية عند الشخص المدروس عن طريق دراسة حالة والمقابلة، فهذا المنهج يحاول

---

[1] – محمد عبيدات وآخرون، **منهجية البحث العلمي**. دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 1997،ص48.

[2] – محمد حسن عبد الباسط، مرجع سبق ذكره، ص329.

الكشف بدقة عن ذاته وكينونة الفرد والطريقة التي يشعر بها وذلك في موقف ما والكشف عن أسباب الصراعات النفسية وما يحسه الفرد إزاء هذه الصراعات من سلوكياته.

ولقد تطرقنا إلى الحالات وذلك من خلال طرح أسئلة تدور حول محتوى الفرضيات، وتم إجراء المقابلات ودراسة الحالات من خلال مناقشة الأجوبة وكذا إعادة التعرض إلى للأجوبة والتعمق فيها للوصول إلى الحقائق الموضوعية.

وقد اعتمدنا على هذا المهج لأنه يرتبط بموضوع دراستنا وذلك قصد التعمق والتفصيل في فهم الأسباب الحقيقية لتعنيف المرضى المصابين عقليا، وذلك من خلال جمع معطيات لها بأهداف هذا الموضوع باعتبار هذا المنهج تطلب منا وقتا وجهدا، بالمقابلة مع المرضى وأهاليهم مكننا من معرفة وضعية كل حالة.

3-1-3 أهمية منهج دراسة حالة للدراسة:

لقد اعتمدنا في هذه الدراسة على دراسة حالة باعتبارها المنهج الأمثل للتعمق في دراسة وتحليل أفكار الأفراد واتجاهاتهم وتصوراتهم حول المعاملات والتصرفات التي يقوم بها أحد أفراد الأسرة أو الأقارب أو الغرباء اتجاه المرضى المصابين عقليا، ومعرفة مدى قبولهم لهذا رض وكيف تسير حالاتهم اليومية، كما يعتبر منهج دراسة حالة الأداة الأمثل لمعرفة العوامل والأسباب المؤثرة والمؤدية إلى تعنيف المرضى المصابين عقليا، وذلك يتم من خلال سرد أفراد الدراسة لمعاملاتهم التي يقومون بها ضد هؤلاء المرضى، ومعرفة كل المتغيرات المحيطة بهذه الدراسة وربطها بفرضيات الدراسة.

3-2- التقنيات المستعملة في الدراسة:

يشتمل بحث على عدة أدوات تناسب الدراسة وتتفق مع المناهج المستخدمة، وتعبر التقنيات وسيلة لجمع البيانات والمعطيات وتحليلها فهي بمثابة طريقة تسهل البحث للوصول إلى النتائج عملية وموضوعية، وقد استعملنا في هذه الدراسة تقنيتين هما:الملاحظة والمقابلة.

3-2-1- الملاحظة:

هي توجيه الحواس والانتباه إلى ظاهرة معينة أو مجموعة من الظواهر رغبة في الكشف عن صفاتها أو خصائصها بهدف الوصول إلى كسب معرفة جديدة عن تلك الظاهرة أو الظواهر.[1]

لملاحظة تعتبر وسيلة لجمع المعطيات من الواقع الاجتماعي، فهي عملية استخدام النظر والحس والبصيرة وإدراك حقيقة أو وصفها.[2]

فهي فحص السلوك مباشرة وتعتبر وسيلة يعتمدها الباحث بالنسبة لكل الدراسات العلمية، إذ تسمح لنا الملاحظة بالكشف عن النقاط الغامضة التي يعجز المحيط في الإدلاء ا، فالملاحظة أهمية كبيرة في تدوين الظروف التي تمت فيها الملاحظة والهدف من هذه التقنية هي ملاحظة كل ما يبدو عن المبحوث من سلوكيات وأفعال، فهي الوسيلة الأنجع لمراقبة السلوك الإنساني وجمع المعطيات والمعلومات حوله في بعض المواقف من حياته.[3]

ولقد اخترنا الملاحظة في هذه الظاهرة لجمع البيانات حول الظاهرة المدروسة وذلك من خلال ملاحظة المبحوث وسلوكه بقصد تفسيرها واكتشافها ومعرفة أسبابها.[4]

قد استفدنا من هذه التقنية طوال بحثنا من خلال ملاحظة الظروف المعيشة السيئة والعوامل الدافعة لإساءة معاملة المرضى المصابين عقليا.

---

[1] - محمد شفيق ، **البحث العلمي والخطوات المنهجية لإعداد البحوث الاجتماعية** . المكتب الجامع الحديث ، القاهرة ، ط1، 2002 ، ص78.

[2] – بلقا سم سلاطنية، حسان جيلالي، **منهجية العلوم الاجتماعية**. دارالهدى للطباعة والنشر، ص329.

[3] – عبد الغاني عماد، **منهجية البحث في علم الاجتماع** . دار الطليعة للطباعة النشر والتوزيع، ط4،2008،ص51.

[4] – فوزي غرايبية، **البحث العلمي الخطوات المنهجية لإعداد البحوث الاجتماعية**. الكتب الجامعي الحديث، القاهرة،ط1، 2002، ص204.

3-2-2- المقابلة:

لمقابلة مشتقة من الفعل قابل أي واجه ، وهي بذلك تعني المواجهة من حيث قيامها على موجهة الشخص ومقابلته وجها لوجه من أجل التحدث إليه في شكل حوار يأخذ شكل لرح أسئلة من طرف الباحث وتقديم الأجوبة م طرف المبحوث حول موضوع الدراسة، وهي تعني أيضا تفاعل لفظي يتم عن طريق موقف مواجهة ، يحاول فيه الشخص القائم بالمقابلة أ ـ معلومات أو لآراء أو معتقدات شخص آخر أو أشخاص آخرين للحصول على بعض البيانات الخاصة بالموضوع.[1]

تعد المقابلة من التقنيات والأدوات المنهجية الأكثر أهمية بالإضافة إلى أنها الأكثر

استعمالا وهذا لسهولتها، ويعرفها آلين روس"أنها علاقة دينامية وتبادل لفظي بين شخصين أو أكثر[2].

فالإعتماد المقابلة تهدف إلى توجيه حديث الحالة نحو أهداف البحث عن المعلومات التي تخدم الموضوع وتتميز بكثرة الخصوصية وتوجيه الأسئلة المضبوطة، ولقد تم توظيف هذه التقنية من أجل الكشف عن الدوافع والأسباب الكامنة وراء تعنيف المرضى المصابين عقليا، والوقائع المتعلقة وت بن المعلومات التي يدلي بها المبحوث حرفيا دون تشويه أو تغيير، حيث تقدم المعلومات باللغة الدارجة كما هي.

ويمكن توظيف هذه التقنية من خلال دليل المقابلة المتكون من أسئلة محددة أو منظمة وفق معطيات دراستنا وهي كالآتي:1- بيانات خاصة بالمبحوثين.

2- تضمن بيانات خاصة بالفرضية الأولى والمتمثلة في الوضع الاقتصادي لأسرة الضحية.

3- تتضمن بيانات خاصة بالفرضية الثانية والمتمثلة في السلوكيات العنيفة للضحايا.

---

[1] . محمد شفيق، مرجع سبق ذكره، ص205.

[2] - عبد الغاني عماد، مرجع سبق ذكره، ص72.

4- تتضمن بيانات خاصة بالفرضية الثالثة المتمثلة في مكانة الأسرة الاجتماعية.

- **ومن تقنيات المقابلة المستعملة في الدراسة:** تطرقنا في هذه الدراسة إلى:

مقابلة غير مباشرة: والتي تتم مع الأشخاص المتكفلين بالمريض عقليا والمتمثلة في أحد ائلة أو الأقارب، قصد الحصول على البيانات للدراسة التي تخص المرضى المصابين عقليا، وذلك نظرا لعدم إمكانية أجراء مقابلة شخصية مع الشخص المريض بالمرض العقلي وعدم إمكانيتنا معرفة تعرضه للعنف وأشكاله من طرف المحيطين به، بحكم بيعة مرضه الذي لا يدرك من خلاله ماهية الإساءة والتصرفات العنيفة التي تقع عليه، وعليه فإنه يصعب تطبيق دراسة حالة على الشخص المريض عقليا لهذا كانت الطريقة المناسبة في الحصو ى البيانات التي تتعلق بموضوع الدراسة حول مدى تعرض لمرضى المصابين عقليا للعنف وهي مقابلة نصف موجهة مع الأشخاص المسؤولين عن الشخص المريض المصاب عقليا.

الاستعانة بالإخباريين:

طريقة الاعتماد على الإخباريين تعتمد على الاستعانة ببعض المرشدين أو بعض الاخباريين الذين يكونون في العادة من السكان الأصليين لمجتمع الدراسة ويقومون بدور أساسي يتمثل في تقديم المجتمع للباحث الاجتماعي في دراسته الحقلية بعدد من الأشخاص يشتغلون مراكز وأوضاع أساسية في مختلف قطاعات البناء الاجتماعي ويفترض أن يكون لدى الباحث بصفة دائمة إخباري أساسي بحيث يعتبره معاونا أساسيا في الدراسة.[1]

لإخباريون هم الأشخاص العارفون بالقضية أو الموضوع أو الحدث لموضوع البحث[2]، ظرا لأن هناك إخباريين أساسيين هم الأشخاص المسمع إليهم في المجموعة وإخباريين من نوع ثاني رغم أنهم لا يحتلون موقعا استراتيجيا فيمكن أن يفيدوا جدا الباحث بما يكتسبونه من كفاءة في معرفة الوسط، وعليه فالعلاقة الجيدة بهذه العناصر الأساسية

[1] - مصطفى عمر حامد، **علم الإنسان مدخل لدراسة المجتمع والثقافة**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2007، ص54.

[2] - معن الخليل عمر، **مناهج البحث في علم الاجتماع**، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2004، ص20.

تسهل إجراء عمل الملاحظة، كما أنها تمنع باقي أعضاء المجموعة من التصرف بطريقة مخالفة لما ألفوه ذلك لأنه تم تقديم لهم ضمانات من طرف هذه العناصر الأساسية.[1]

أهمية الإخباريين في الدراسة:

في هذه الدراسة تم الإستعانة ببعض الإخباريين لدعم وتقوية العلاقات الشخصية مع أفراد الدراسة، وكان ذلك في مساعدتنا للتعرف على بعض العائلات التي يوجد ضمنها أفراد مرضى مصابين عقليا، وجعل هؤلاء يثقون في غرضنا العلمي، ومساعدتهم لنا في تعريفنا بعض حالات الدراسة التي تناسب حالتهم لموضوع البحث، بالتالي فقد دلونا على مكان إقامتهم فقمنا بمقابلتهم.

3-3- العينة ومواصفاتها:

تعريف العينة:

عرف العينة على أنها ذلك الجزء الذي يتم اختياره من مجتمع البحث بهدف تعميم نتائجه على المجتمع كله من أجل أن تكون العينة ممثلة للمجتمع بصورة صادقة حتى يمكن

ستخدام بياناتها في إيجاد تقديرات جديدة المعالم للمجتمع[2]، كما عرفها "ماينوجيدر": على أنها ذلك الجزء من المجتمع التي يجري اختيارها وفق قواعد وطرق علمية بحيث تمثله تمثيلا صحيحا[3].

أما بالنسبة لموضوع دراستنا فقد استعنا بالعينة العشوائية القصدية التي يتم فيها إنتقاء أفراد ما بشكل مقصود من قبل الباحث نظرا لتوافر بعض الخصائص في أولئك الأفراد دون غيرهم[4]، بالإضافة إلى أنها الطريقة التي من خلالها تختار العناصر التي تبدو انها جزء من المجتمع المراد دراسته وهي مرتبطة بمشكل البحث[5].

---

[1] – موريس أنجرس، **منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية**، تدريبات عملية، ترجمة بوزيد صحراوي وآخرون، الإشراف والمراجعة مصطفى ماضي، دار القصبة للنشر، الجزائر، ص338.

[2] – مجد الدين عمر خيري خمش ، **علم الاجتماع الموضوع والمنهج .** دد ،عمان ، ط1 ، 1996، ص276 .

[3] . ماينوجيدر ، **منهجية البحث العلمي** . تر(ملكة أبيض) ، دد، ص28.

[4] – محمد عبيدات وآخرون، **منهجية البحث العلمي، القواعد، المراحل والتطبيقات**، دار وائل للطباعة والنشر، عمان، ط2، 1999، ص109.

[5]- Mouris, Angers**, initiation a la méthodiligie des science humaines** , Alger, casbah université ,1997,p239 .

وقد تكون مجتمع الدراسة من ذكور وإناث تعرضوا للعنف بأي شكل من أشكاله في ولاية عين الدفلى، حيث وصلت العينة إلى 07 أفراد من الذكور والإناث الذين تمت مقابلتهم في أماكن مختلفة.

-4- مجالات الدراسة :

ى الكثير من الباحثين والمشتغلين في مناهج البحث العلمي على انه لكل دراسة مجالات رئيسية ثلاثة تتمثل في: المجال البشري، الزمني، والجغرافي وهي كالتالي في دراستنا:

1- المجال االبشري :

المجال البشري يمثل مجموعة من الأفراد أو الجماعات التي ستجرى عليهم الدراسة،

لقد اعتمدنا في بحثنا هذا على استجواب المبحوثين (ذكورا وإناثا) تعرضوا لأحد أشكال لعنف والمسؤولين المباشرين عليهم ك التغيير في أي ظاهرة لا يمس الجنس دون الآخر وإنما يشمل كل الجنسين باعتبارهم يعيشون في وسط اجتماعي واحد .

2- المجال الزمني: حدد المجال الزمني للبحث الميداني على مرحلتين:

1- المرحلة الأولى (الدراسة الاستطلاعية) : فطبيعة البحث كانت تستدعي منا القيام بهذه الدراسة الاستطلاعية ووجه الإفادة منها هو الكشف عن الظاهرة المراد دراستها في البحث ينة دراستنا ، وجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات التي تساهم في تركيب أو بناء وسيلة البحث ، و ء إشكاليتنا وتحديد فرضياتنا تحديدا دقيقا ، وكذا التعرف على الصعوبات التي قد تعترض سبيل بحثنا على جميع الأصعدة ، حيث قمنا باستشعار المشكلة ، خلال جمع البيانات والمعلومات النظرية التي ساعدتنا على ذلك ، ومن أهل السبل المتبعة في ذلك شبكة الانترنت وكذا قراءة البعض من رسائل الماستير والماجستير ذات الصلة بموضوع العنف ضد الرضي المصابين عقليا

ا حرصنا على تجميع الكتب والمجلات المتخصصة، لكننا لاحظنا أن موضوعنا قليل التناول في المجتمع الجزائري، بعدها أتت مرحلة الاتصال بالمبحوثين (ذكورا وإناثا). ولقد قمنا بزيارات إلى أسر المرضى المصابين عقليا، واخترنا كمرحلة ابتدائية مجموعة تكونت من ثلاث حالات يبدو عليهم تعرضهم للإهمال الأسري، وكان ذلك في أكتوبر 2014.

2- المرحلة الثانية : هي مرحلة النزول إلى الميدان وكان ذلك من شهر جانفي2015 إلى غاية شهر أفريل 2015 ، حيث تم التوجه مباشرة إلى عائلات المرضى المصابين عقليا وتمت محاورتهم.

3- المجال الجغرافي:

- التعريف بولاية عين الدفلى: ولاية عين الدفلى تأسست إثر التقسيم الإداري لسنة 1984، حيث كانت تابعة قبل ذلك لولاية (الشلف حاليا) ، تقع على بعد 150كلم غرب الجزائر عاصمة ، تحدها من الشمال ولاية تيبازة ومن الجنوب ولاية تيسمسيلت ومن الجنوب الشرقي ولاية المدية ومن السرق ولاية البليدة ومن الغرب ولاية الشلف ، تتكون من 36بلدية أهمها بلدية عين الدفلى (عاصمة الولاية)، خميس مليانة ، مليانة ، الروينة ، جليدة ، العطاف ، العبادية ، جندل ، بومدفع، المخاطرية، بوراشد، العامرة، ويبلغ عدد سكان الولاية 821320نسمة سنة 2012، وتمتاز الولاية بالطابع الفلاحي حيث تنتج 50بالمئة من الإنتاج الوطني للبطاطا وحوالي ثلث الإنتاج الوطني للتفاح ، حيث تشتهر بزراعة الأشجار المثمرة مساحتها حوالي 416كم2 تعتبر عين الدفلى واحدة من أجمل المدن الجزائرية ، أم من حيث الحجم فهي من المدن المتوسطة ، هذا وتعد من أكثر الولايات نموا خاصة في القطاع الزراعي، حيث خصصت لها مبالغ مالية هامة في إطار برنامج دعم الإنعاش الاقتصادي الذي اتبعته الجزائر منذ سنة 2000، وكذا برنامج دعم النمو ابتداء من سنة 2004، توجد على مستوى الولاية عدة مواقع تاريخية أهمها الآثار الرومانية في مدينة العامرة ، حصون مدينة مليانة 975 واستمرت الولاية بالتطور وحققت مراتب متقدمة على عدة أصعدة

ويمكن اعتبارها بحق سلة غذاء الجزائر لما تنتجه من منتجات زراعية ، بداية بالقمح والشعير ، مرورا بالبطاطس والبقوليات وانتهاء بمختلف أنواع الفواكه .[1]

3-5- صعوبات الدراسة:

ترجع صعوبات دراستنا لهذا الموضوع إلى العوامل التالية:

*- ة الدراسات السابقة عن العنف ضد المرضى المصابين عقليا وخاصة الدراسات الأجنبية والعربية وإن وجدت فإن تناولها كن من الجانب النفسي.

*- ندرة المراجع الخاصة بالبحث.

*- صعوبة الحصول على المعلومات التي تخدم الموضوع وخاصة الأولياء والمريض نفسه.

*- صعوبة ثقافة الأولياء ومفهومهم بخصوص البحث العلمي وخوفهم من إفشاء أسرار أبنائهم المرضية وخاصة في تعنيفهم.

*- صعوبة تحديد ما إذا كانت بعض السلوكيات من الأولياء على أبنائهم عنف أم لا، نظرا لطبيعة إبنهم المرضية وصعوبة تحديدها ما إذا كانت في صالحه أم لا.

*- استحالة إستجواب الضحايا أنفسهم بحكم طبيعة مرضهم العقلية التي تجعله فاقدا للأهلية.

*- محاولات التهـ ، والتحايل في الإجابات من قبل الأولياء لتضليلنا وإبهامنا بأنهم يعاملونهم جيدا.

---

[1] ـ d.p.s.b ، **مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية .** عين الدفلى .

الفصل الثاني :

تمهيد:

1–مفهوم العنف وأنواعه .

1–1الخلفية التاريخية لظاهرة العنف.

1–2 مفهوم العنف.

1–3 أنواع العنف التي يتعرض لها المرضى المصابين عقليا.

2 –أشكال التي يتعرض لها المرضى المصابين بعقليا.

2–1 العنف الجسدي.

2–2 العنف اللفظي .

2–3 العنف الجنسي .

2–4 العنف المعنوي.

3 بغض المفاهيم المرتبطة بالعنف.

3–1 العنف والعدوان.

3–2العنف والغضب

3–3العنف والقوة

3–4العنف والإيذاء

3–5العنف والإضطهاد.

3–6 العنف والإساءة.

4– الفرق بين العنف والعدوان

5- بعض النضريات المفسرة للعنف.

5-1 النظرية الابيولوجية

5-2نظرية عدوان الإحباط

5-3 أطروحات "بياردیو" المفسرة للعنف .

5-4 نظرية التنشئة الإجتماعية .

5-5-النظرية البنائية الوظيفية .

5-6نظرية التفكك الإجتماعي

6-أسباب وخصائص العنف.

6-1 أسباب العنف التي تساهم في تعنيف المرضى المصابين عقليا .

6-2 -خصائص العنف.

خلاصة الفصل.

تمهيد

تعتبر ظاهرة العنف من أقدم الظواهر الاجتماعية التي عرفتها البشرية ومازالت فيها إلى يومنا هذا ، إذ يعد من المواضيع التي أثارت اهتماما واسع بين المفكرين والباحثين في مختلف العلوم والتخصصات ، إذ مارس الإنسان العنف في جميع أشكاله وأنواعه المختلفة ولأسباب متعددة ومتفاوتة ضد الطبيعة وضد الحيوان ، ومارسه الكبار ضد الصغار والرجال ضد النساء والحكام ضد المحكومين ومارس الإنسان العنف في بعض الأحيان دفاعا عن نفسه وعن وجوده وعن مصالحه وعن أفكاره ، ومعتقداته وأرائه في أحيان أخرى مارسه ضد الضعفاء والمستضعفين من المرضى وأخص بالذكر مرضى المصابين عقليا ، كما أن ممارسة العنف ضد هذه الشريحة أو هذه الفئة لا تقتصر على فرد واحد أو جماعة أو فئة أو شريحة معينة من المجتمع فقط بل تمس كل فئات المجتمع ، ولهذا ارتأينا ، نتناول في هذا الفصل مدخل مفاهيم حول العنف متمثلة في الخلفية التاريخية للعنف ومعناه وأنواعه ، شكال العنف التي يتعرض لها المرضى المصابين عقليا وبعض المفاهيم المرتبطة إضافة إلى الفرق بين العنف والعدوان بعض النظريات المفسرة للعنف وفي الأخير تطرقنا إلى أسباب العنف التي نجعل المرضى المصابين عقليا عرضة للعنف وخصائص العنف.

1-معنى العنف وأنواعه :

1-2 . الخلفية التاريخية لظاهرة العنف:

إن العنف ليس بظاهرة جديدة فبعض الباحثين الأوربيين يربطوه مع بداية التاريخ الإنساني ، ومع

" مايكفال" أصبح يعرف العنف على أنه آداة حقيقية للأمم كما قارنه الباحثون بالحروب الثورات التي كانت تقوم بين الشعوب ، وهذا من أجل البقاء والاستيلاء والدفاع والسيطرة .

وفي القرون الوسطى لم يتحسن الحال كثيرا وخاصة حال النساء فكانت مخالفة الزوجة لزوجها في أي شيء يعتبر نوعا من الجنون أو السحر أو الاتصال بالشياطين ، وكانت النساء أو الساحرات الشريرات يسقن للسجن أو المستشفى العقلي أو يكون مصيرهن التعذيب أو الحرق حتى الموت [1].

ففي أمريكا الشمالية وإنكلترا مثلا وحتى القرن التاسع عشر ، لما كانت الزوجة تموت نتيجة عنف جسدي في الأسرة لا يعاقب الزوج من طرف العدالة والمجتمع .

كما أنه قبيل القرن التاسع عاشر لو يكن يسمح للمرأة المتزوجة بحق الانفصال عن الزوج الذي يمارس عليها شتى أنواع العذاب .وكان المشرع الفرنسي سابقا إلى تقدم هذه الوضعية حيث صدرت في 1978 مواد قانونية لجهاز القضاء تنص على الحكم بالانفصال عندما تتوفر الأدلة على سوء معاملة الزوج لزوجته أما فيما يخص المواد نفسها لبعض القوانين الأوربية الأخرى فلم تصدر إلا في السبعينيات من القرن الأخير [2].

---

[1] نول السعداوى ،**رلسات عن الرجل والمرأة في المجتمع العربي** ، المؤسسة للنشر والتوزيع ، ط2 ، 1990 ، ص 95.

[2]- Economie et humanisme **, violence et société** ,ed les ouvris, 1996. p5.

وقد تجاوز العنف ظلم الغرباء إلى التعدي على ما هو أقرب من الإنسان مثل الأب مع الابن.الأخ مع الأخت ....ويكثر هذا النوع من العنف في فرنسا وأمريكا مثال على ذالك تمرد الشباب في جامعة فرنسا في ماي 1988 و استعمالهم القوة والعنف لتغيير النظام القائم [1].

1-2-ماهية العنف :

1-2-1 مفهوم العنف لغة : تعرفه الموسوعة العالمية "على أنه صفة تبرز أو تكون أو تخلق معها عوامل بقوة حادة وقسوة معتبرة ، وتكون في أغلب الأحيان ضارة ومهلكة[2].

1-2-2 المفهوم السوسيولوجي للعنف :"هو استخدام الضغط أو القوة استخداما غير مشروع أو غير مطابق للقانون من شأنه التأثير على إرادة الفرد أو الجماعة "[3].

1-2-3 المفهوم السيكولوجي للعنف :

"هو شعور بالغضب أو العدوانية يتجسد بأفعال دامية جسديا أو بأعمال تهدف إلى تدمير الآخر[4].

1-2-4 المفهوم السياسي والقانوني للعنف :

" هو قوة من طبيعة كان يستعملها فرد أو مجموعة أو دولة ضد فرد أو مجموعة أو دولة أخرى ، وتتقلص الاستقلالية الذاتية لكل منها بداعي الخوف الناتج من هذه القوة ويمكن أن يكون من الحكام أو المحكومين[5] "

---

[1] - dogrammaci « enfant battu et maaltraite,enorient et en accident » **.bulletin de l'association entemle desèbiditrie** ,1888.n4,p346.

[2] بوفلجة غيات ، **ظاهرة العنف وطرق التعامل معها** ، مخبر البحث في علم النفس وعلوم التربية جامعة وهران ،ط 1 ، 2008، ص 16.

[3] أحمد زكي بدوي ، **معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية** ، لبنان ، بيروت ، 1988 ص 441.

[4] جمل معتوق ، **مدخل إلى سوسولوجيا العنف** ، دار بن مرابط ، الجزائر ، 2011، ص21.

[5] أحمد سفيان ، **قاموس المصطلحات السياسية والدستورية والدولية** ، مكتبة لبنان – بيروتط1 ، 2004 ، ص 245.

1-2-5 المفهوم الإجرائي للعنف : هو كل فعل مباشر أو غير مباشر أي مقصود أو غير مقصود سواء كان ماديا أو معنويا لإلحاق الأذى بالنفس أو بالآخرين إما أصحاء أو مرضى ونحن نخص بالذكر العنف الممارس ضد المصابين عقليا.

1-3 أنواع العنف

1-3-1 العنف الفردي : هذا العنف يكون متوج فردي ومرتكبيه يتصف معينة تجعله يلجأ كثيرا إلى السلوك العنيف ،أينما قامت ظروف تهيئ لمثل هذا السلوك وينقسك إلى :

1-3-1-1 فئة المتطرفين : هم أشخاص يشكل العنف جزء أساسي من سلوكهم لتحقيق أهدافهم في الحياة .

1-3-1-2 ئة الخلق المتسلط: يتصفون بنمط شخصية مادية مازوشية فهم معجبون بالسلطة ويريدون الخضوع لها ، وعنف الخلق المتسلط تمكن في الخضوع دون هدف للتغيير.

1-3-1-3 فئة الانتحاريين: هم الذين يقومون بعمليات انتحارية ولديهم نشوة في لإقبال على الموت دون تفكير .

1-3-1-4 فئة الأنانيين : هم الذين يهتمون بأنفسهم ويحققون مطالبهم وحاجاتهم باعتبارها الشيء المهم في هذا الوجود ، ويتم هذا دون مراعاة مطالب وحاجاتهم باعتبارها يء المهم في هذا الوجود ، ويتم هذا دون مراعاة مطالب وحاجات الآخرين لأنهم يحبون لذة ورغبة في ممارسة العنف وإثارة الفزع لدى الآخرين [1].

[1] عزت سيد اسماعيل ،**سيكولوجية الإرهاب وجرائم العنف** ، منشورات دات السلاسل ، الكويت ، ط 4 ، 1968 ، ص119.

1-3-2 العنف الجماعي : يعتبر هذا العنف كرد فعل ضد طموحات ومطالب لم يتم أتباعها ويتضمن هذا النوع من العنف الثأر من الذين حالوا دون استجابة لهذه الطموحات والمطالب ، واشتراك المرء في العنف الجماعي يمكن أن يؤدي الدفاع عن مكانته أو تحرر من الضغوط الداخلية والتعبير عنها من خلال الشغب شأنها شأن الشخصية العنيفة في ممارستها العنف الفردي ، وقد يصبح العنف وسيلة للتأثر بالنسبة للبعض وتعريفا انفعاليا أو شكلا من أشكال الفرد بالنسبة للبعض الآخر[1].

1-3-3 العنف النظامي : تقوم به أجهزة الضبط الاجتماعي تمارسه بعض الأسر في حدود مختلفة لكن لا يتعدى المطلوب ، لاستقرار وامن الأشخاص والممتلكات والمحافظة على مقومات الحياة في المجتمع المتغير .

1-3-4العدو الإجرامي : يعيق الوظائف الاجتماعية ويصيب البيئة الاجتماعية يتشوه علاقات وأعلى مراحل هذا العنف هو العنف الإرهابي الذي يعيق سير المجتمع نحو التنمية والتطور[2].

1-3-5العنف الشفوي: هو كل فعل يشتمل على التهديد والشتم والتوبيخ وهو غالبا ما يسبق العنف البدني الحقيقي ، ولكن لا يشترط تلازمها في كل الأحوال ، ويستعمل فيه الشخص عبارات السب والتجريح لإهانة الطرف الآخر[3].

1-3-6العنف المشروع : هو العنف المقبول من وجهة نظر القانون ونجد الدولة تستخدم العنف بطريقة شرعية لحماية القانون والنظام داخل المجتمع أو هو كل نوع من

---

[1] عزت سيد مرجع سابق ، ص124.

[2] عبد الرحمان العيسوي ، **سيكولوجية المجرم دار الراتب الجامعية** ، بيروت ، 1997،ص99.

[3] محمد خضر عبد المختار ، **الاغتراب والتطرف نحو العف** ، دار غريب للطباعة والنشر ، القاهرة ، 1999 ،ص 256 .

أنواع استخدام القوة لأخذ الحقوق من أجل رفع الظلم كما أنه يستند على أرضية مشروعة من القوانين والأعراف والتقاليد [1].

1-3-7 العنف اللاّمشروع : هو استعمال القوة من أجل الاحتفاظ بحق مزعوم أو مشروع كأن يدعى شخص أن شيئا ما ملكه ، لكنه ليس له فيحاول أخذه بالقوة ،كما أن هذا العنف يعتبر مخالفة للمعايير الاجتماعية والقانونية ويستدعي معاقبة صاحبه[2].

2- أشكال العنف التي يتعرض لها المرضى المصابين عقليا.

تتعدد أشكال العنف الممارسة ضد المجتمع عامة وضد الفئة المرض المصابين خاصة هي محل دراستنا حيث يتسم ويأتي سلوك العنف على عدة أشكال مختلفة منها العنف الجسدي واللفظي والجنسي وخاصة المعنوي(أي العنف الرمزي) ولهذا أردنا أن نشير إلى كل شكل على حدى .

2-1 العنف الجسدي :

هو موجه نحو الذات أو الآخرين لإحداث أذى أو ضرر لهم باستعمال الضرب أو الدفع أو شد الشعر ، أو العض،... الخ [3] .

أو هو كل فعل فيه إيذاء ويكون باستعمال القوة البدنية ؟أو العضلية كما أنه الظلم والاضطهاد الموجه من شخص لآخر باستخدام القسوة في المعاملة والقوة كالضرب والقتل وغيرها من الأفعال المؤلمة [4].

---

[1] أحمد زائد وآخرون ، **الأسرة والطفولة** ، دار المعرفة الجامعية ، الأزرطية ، ط1، دون سنة ، ص183 .

[2] أحمد زائد وآخرون ، نفس المرجع،ص183.

[3] سعد الزهراوي ، **سيكولوجية العنف لدى الجماعات** ، مركز الدراسات للبحوث بأكاديمية نايف ، الرياض ، ص40.

[4] محمد خضر عبد المختار ، **الاغتراب والطرق نحو العف** ، دار غريب للطباعة والنشر القاهرة ،1999 ، ص256.

كما يقصد منه إصابة فرد آخر بالضرر والإيذاء الجسدي لإحداث الألم أو الأذى أو المعاناة للشخص الآخر[1].

عليه فأن العنف الجسدي يعد من أشد وأبرز أشكال العنف التي يتعرض له المرض المصابين عقليا فهو يتعلق بالأذى الجسدي ،حيث نشاهد هذه الفئة من المجتمع تتعرض ، خطر وأشد الإساءات والمعاملات العنيفة من طرف أفراد العائلة خاصة ومن طرف بعض أفراد المجتمع ، وذلك عن طريق استخدام القوة والإساءة وكل أنواع العنف الجسدي المؤدية للموت أو القتل كالضرب المبرح والصفع والرطل والضرب بالعصي أو الشد من الشعر... وغيرها، ويظهر العنف الجسدي كذلك على هيئة كدمات أو تجمعات دموية أو حروق وخدوش أو جروح في أماكن مختلفة من الجسم .

2-2 العنف اللفظي :

العنف اللفظي هو استجابة صوتية مسموعة تحمل مغيرا يضر بمشاعر الآخر ، ويعبر عنه في صور الرفض والتهديد والنقد الـ يجه نحو الذات أو نحو الآخرين بهدف استفزازهم أو إهانتهم والاستهزاء بهم وقد نستخدم بجانب الألفاظ الإيماءات والإشارات أو أي جزء من أجزاء الجسم المختلفة[2].

كما هو كل فعل يشتمل على التهديد والشتم والتوبيخ وهو غالبا ما يسبق العنف البدني الحقيقي ، ولكن لا يشترط تلازمها في كل الأحوال ، ويستعمل فيه الشخص عبارات السب والتجريح لإهانة الطرف الآخر[3].

والذي غالبا ما يكون السب والشتائم والمنابذة بالألقاب ووصف الآخرين بما يحبون[4].

---

[1] جمال معتوق ، مدخل إلى سوسيولوجية العنف،دار بن مرابط للطباعة والنشر ، الجزائر ، 2011 ،ص63.

[2] أحمد رشيد عبد الرحيم زيادة ، العنف المدرسي ، مؤسسة الوراق،عمان ،2007 ،ص 21.

[3] محمد خضر المختار ، الاغتراب والتطرف نحو العنف ، دار غريب للطباعة والنشر ، القاهرة ، 1999 ، ص256.

[4] جمال معتوق، مرجع سبق ذكره ،ص63.

وعليه فان العنف اللّفظي ضد المرضى المصابين عقليا يتسم بالتوبيخ المبالغ فيه والكلام البذيء متمثل في الشتم والسب والتنابز بالألقاب مثل قول كلمة "بلو" للمريض أو كلمة " مهبول" أو كلمة "موذح أي موسخ" مما يؤدي إلى زيادة في تعنيف المريض وخاصة من الناحية النفسية التي تجعله يصدر بعض التصرفات العنيفة اتجاه الأفراد فيستعملون ضده تصرف عنيف بالإضافة إلى التجريح من طرف أفراد الأسرة كقول كلمة "المريض أسكت" أو مناداته باسم حيوان "حمار" أو "بغل"،أو اللامبالات به بين أفراد الأسرة ، وهذا ما نلاحظه في الشوارع وما سمعناه عن بعض الأسر في معاملاتهم للمريض ويكون هذا العنف إما عنفا لفظي أو عنف مصحوب بتحرك جسدي من قبل الفرد الصادر منه العنف.

2-3 العنف الجنسي

هو أي نوع من الاتصال الجنسيي أو أي سلوك يحدث دون موافقة صريحة من الجهات المستفيدة من النشاط الجنسي الغير مرغوب فيه ، وتندرج تحت هذا التعريف.

- **الاعتداء الجنسي :** الاتصال الجنسي غير المرغوب فيه ، أجبر على الفرد إرضاء الرغبات الجنسية عند البالغ دون وعي وإدراك القاصر.
- **التحرش :** هو انتهاك جنسي يقوم به شخص مع اختراق أو بدونه.
- **الاغتصاب :** ي اتصال تناسلي قصري بين الجاني "المغتصِب" و الضحية "المغتصب" .
- **سفاح القربى:** انتهاك جنسي يقوم أحد الأقارب " ولد ، شقيق، قريب، حميم" ويتضمن جماعا.
- **الإشباع الناقص "الملاطفة":**يوصف أنه مداعبة أو تقبيلا لأعضاء الضحية[1].

[1] محمد صقر، **الإعتداءات الجنسية على الطفل**، دراسة في مركز الطبانة الشرعية بحلب، دمشق ،2000 ، ص5.

وعليه فإن العنف الجنسي يحدث ضد المرضى المصابين عقليا وخاصة ضد فئة الإناث أكثر منه من الذكور وذلك عن طريق إجبار العريضة على ممارسة الجنس على ممارسة الجنس لأنها لا تعلو ولا تعرف بالإضافة إلى أنها لاستطيع التبليغ عن هذا العنف حيث كون هذا الاعتداء الجنسي أو العنفي عن طريق اللمس الجنسي، أو ممارسة الجنس أو عن طريق التحرش أو استغلالها من الناحية الجنسية، وقد يكون الشخص الذي يمارس لعنف أحد الوالدين ، أقاربه ، أو صديقه ، أو شخص غريب ، وفي معظم حالات الاعتداء الجنسي على المرضى المصابين عقليا ،يكون مرتكب الاعتداء الجنسي شخصا ـ هذا المريض أو المريضة ، بالإضافة إلى أن العنف الجنسي يشتمل على الاغتصاب أو جريمة الفحش أو ما يعرف بزنى المحارم على المرضى المصابين عقليا من الإناث أو الفعل المخل بالحياء مثل اللواء المرتكب على الذكور وهذا ما نشرته بعض الجرائد عن اغتصاب المجنونات في شوارع الجزائر.

2-4 العنف الرمزي:

- يعرفه علماء النفس بالعنف التسلطي ، وذلك للقدرة التي يتمتع بها الفرد الذي هو مصدر العنف ، والمتمثل في استخدام طرق رمزية تحدث نتائج نفسية وعقلية واجتماعية لدى الموجه إليه هذا النوع من العنف ، وهو يشمل التعبير بطرق غير لفظية كاحتقار آخرين أو توجيهه الإهانة لهم كالامتناع عن النظر إلى الشخص الذي يكن له العداء (تجاهل وجوده)[1] .
- يحدث العنف الرمزي ضد المرضى المصابين عقليا عن طريق الانتقادات الجارحة أو المريض بأنه مرفوض أو منبوذ من طرف أفراد العائلة أو الأقارب ، وعدم إعطاء المريض ما يحتاجه من حنان وعطف وحب عائلي والإحساس بالانتماء ،

[1] حلى ، إجلال إسماعيل، **العف الأسري** ، جامعة عين الشمس، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع،1999 ،ص10.

بالإضافة إلى أن العنف الرمزي يحدث نتيجة عدم توفير الرعاية الطبية الضرورية أو الحماية من الأذى أو التمييز بين لأول أي التمييز بين الصحيح والمريض المصاب عقليا

3- بعض المفاهيم المرتبطة بالعنف :

ناك بعض المفاهيم المتدخلة مع العنف متمثلة في العدوان والغضب ، القوة ، الإيذاء والاضطهاد ولهذا ارتأينا أن نتناول كل منها على حدى.

3-1 العنف والعدوان

يرى مارمور "MARMOUR" 1978م بأن العنف يرتبط بالعدوان وأنه نشاط تخريبي يتضمن عنفا في حد ذاته ، وقد لا يؤدي العنف إحداث خسائر بالضرورة ولكنه يرتبط بتعمده الأذى أو التخريب كما يعرفه صمويل "SAMUE " 1971م فيعرف العدوان بأنه سلوك يسبب لشخص آخر القصد منه إحداث الضرر الجسمي أو النفسي".

أما بندور "BANDOURA " فيعرف العدوان بأنه "سلوك يؤدي إلى الضرر أو التلف المادي لشيء ما ، الضرر الشخصي وتدمير الممتلكات ".

ويرى "حجازي" 1980 أن العنف "هو الجانب النشط من العدوانية وفي هذه الحالة تتفجر العدوانية صريحة مذهلة في شدتها ، مفاجأة لأكثر الناس توقعا لها ، وقد تنفجر العدوانية لتي لم توقع منها سوى الاستكانة والتخاذل ، وهي تأخذ طابعا رمزيا على شكل سلوك جانح أو قد تتخذ طابع التوتر الوجودي العام ، وتفشي العلاقات الاضطهادية[1]

[1] جمال معتوق ، مدخل إلى علم الاجتماع الجنائي ، دار مرابط للطباعة والنشر ، الجزائر ،ط1، 2008، ص308.

3-2العنف والغضب :

وعن علاقة العنف بالغضب أظهرت دراسة "ديفنباخر DEFFINBACHER"1992 أن الغضب الزائد له كثير من الآثار السلبية على التوافق الشخصي والأسري والاجتماعي والدراسي والوظيفي للفرد ، حيث يؤدي إلى حدوث أضرار للفرد نفسه والآخرين وإتلاف الأشياء وإفساد العلاقات الاجتماعية بين الفرد وغيره ، كما يعد العنف مظهرا من مظاهر التعبير عن الغضب ، ف إذ اعتبرنا الغضب يحتل مشكلة بين طرفي يقع عند أحدهما لمشاعر الغضب ويقع العنف عند الطرف الآخر حيث يتم التعبير عن مشاعر ضب في صورة العنف وتدمير وعدوان في حين يتوسط الطرفين الضبط المعتل لمشاعر الغضب [1].

3-3.العنف والقوة :

إن القوة عامل يساهم في العنف والقوة هي فرض إرادة شخص ما ، ويفترض التحكم في الآخرين سواء بطريقة شرعية أو غير شرعية بناء على ما لديه من مصادر جسدية ونفسية ومادية ولقد عرف "ماكس فيبر " 1964 القوة على أنها "القدرة على التحكم في لوك الآخرين سواء برغبتهم بدون رغبتهم ، ويرى ميلز 1956 mills أن الأشخاص الأقوياء هم الذين يفرضون إرادتهم حتى إذا كان يقاومها الآخرون[2] .

3-4.العنف والإيذاء :

تعارف الإيذاء عديدة ومتباينة على عدة عوامل بما فيها طبيعة الفعل نفسه وشكله ودرجته وتكراره والتأثير الجسدي والنفسي على الضحية والمعايير الاجتماعية المؤدية له.

[1] **إجلال** إسماعيل حلمي ، **العف الأسري** ، دار قباء ، القاهرة ، بدون سنة ، ص16.
[2] إجلال إسماعيل حلمي،مرجع سابق،ص16.

ويرى "إمري""emery" أنه حتى الآن لم يتحقق الإجماع حول تعريف الإيذاء والعنف لأن تسمية الفعل بأنه مؤذ أو عنيف ليس قرارا موضوعيا بل إنه حكم موضوعي وبهذا يستنتج أنه لم يتم الاتفاق على تعريف موضوعي للإيذاء ذلك خارج نطاق مسؤولية[1].

3-5.العنف والاضطهاد:

يعد النفس العقلاني للعدوانية وهو فاعل في اتجاهين: حسب العدوانية على الآخرين والنيل منهم أو الوقوع ضحية لعدوانهم وكيدهم الاضطهاد هو عدوانية تنطلق من إدانة الآخر إلصاق الذنب فيه وتحميله المسؤولية التي تخشى أن نجابها إزاء ضميرنا في الاضطهاد ، يتحول الآخر إلى مذنب يجب عقابه مما يجعل العدوانية التي تصيب عليه مبررة ومشروعية ذلك وجوهر الاضطهاد[2].

أما الإحساس بالاضطهاد فينطلق على العكس من رد فعل البراءة من نفي العدالة ونفي المسؤولية عن الذات واعتبار المتعدي وهو المذهب وبالتالي التهجم عليه كرد فعل دفاعي مشروع عن النفس ذلك هو لب العظام الذي ينكر فيه المريض عدوانيته ونواياه الآثمة فيصبها على الآخرين ، معتبرا نفسه بريئا ومعطيا إياها الحق في التهجم على الغير دفاعا عن نفسه ، وذلك الاضطهاد يدور حول مسألة الذنب مسألة الذنب والبراءة في العدوانية ومن هو البريء

والكل معتمد يقوم عادة بعدوانية من خلال هذه الأولوية بتأثير الآخرين والشعور بالبراءة والدفاع المشروع عن

النفس [3].

[1] إجلال إسماعيل ، مرجع سابق ،ص17-18.

[2] مصطفى حجازي،**التخلف الاجتماعي ، مدخل إلى السيكولوجية الإنسان المقهور**، المركز العربي الثقافي، بيروت ، ط2، ،2001 ، ص236.

[3] مصطفى حجازي ، مرجعسابق ، ص236.

إن مفهوم الاضطهاد له جانبين إما الإحساس الفرد بالاضطهاد نتيجة نفية للفعل العدواني ، أما الاتجاه الثاني هو اتهام الآخر وإلصاق الذنب فيه .

3-6 العنف والإساءة

ف كل من "جيلاس" و "كونيل " Gelas. Conenal الإساءة على أنها صورة متنوعة من الإيذاء البدني أو الجنسي، أو اللفظي أو النفسي التي يمارسها طرف لإجبار رف آخر على إتيان أو امتناع عن أفعال معينة ، وهي تتضمن بعض الجوانب البدنية أو النفسية أو إهمال رعاية طرف موكل إلى الشخص رعايته ، كالابن الصغير أو الوالد المسن ، حيث أن العنف يقتصر فقط على الجوانب البدنية في المقام الأول ، بيد أنه قد يؤدي إلى أضرار نفسية إلا أنه تكون ناتجة عنه حينئذ[1]

4-الفرق بين العنف والعدوان

كثير هي الدراسات التي تناولت العنف والعدوان ، غلا أن أغلبها لايميز بين هاتين الظاهرتين وهذا لصعوبة المهمة في ذلك ، فهناك تداخل كبير بين الظاهرتين ، فالعدوان والعنف وجهان لعملة واحدة وهي الاعتداء وإلحاق الضرر بالآخر.

وإذا عدنا غلى العلاقة الموجودة بين كل من العنف والعدوان يمكن القول أنه "يرتبط العـ دوان ، فالعدوان هو سلوك القصد منه إحداث الضرر الجسمي أو النفسي أو جماعة أخرى أو هو سلوك مقصود يرمي غلى إلحاق الأذى والضرر بالشخص الآخر عن قصد وعمد وعلى هذا فان كل الأفعال التي ترمي إلى الإيذاء بشكل عارض لا تكون عدوان ، أما العنف فهو الجانب الناشط من العدوانية وهي الحالة يمثل العنف الصورة القصوى من متصل العدوان[2].

[1] جمال معتوق، مدخل إلى سوسيو لوجية العنف ، دار بن مرابط للطباعة والنشر ، الجزائر ،2011،ص94.
[2] جمال معتوق، مدخل الى سوسيولوجيا العنف، دار بن مرابط ، الجزائر،2011 ،ص74.

وقد يستخدم بعض الباحثين كل من مفهوم العدوان والعنف بوضعهما مترادفين لكن قة بينهما علاقة العام بالخاص ، فالعدوان يعرّف بأنه ، ك يصدر منه طرف طرف آخر أو صوب الذات وفي ضوء هذا يعد العدوان أكثر عمومية ويتضمن جانبا لفظي وبدني وكذلك قد يكون إيجابيا أو سلبيا في حين أن العنف يعد شكلا من أشكال العدوان ولذلك يمكن القول بأن كل عنف يعد عدوانا ولكن ليس كل عدوان يعد عنفا بالضرورة[1].

ن المهم التمييز بين العدوانية والعنف ، إذ أن العدوانية هي صفة من الصفات الشخصية والمسمات بـ "الغريزة" التي تظهر في بعض الأحيان وقد لا تظهر أيضا وعندما تظهر تسمى "سلوكا عنيفا" ، أي أن العدوانية هي إحساس يتخذ دائما طابعا عنيفا بالمقابل، فإن العنف هو سلوك يشتمل دائما على العدوانية [2].

بعد هذا نحاول من خلال هذا الجدول إبراز بعض أوجه التشابه والاختلاف بين كل من العدوان والعنف[3] .

العدوان	العنف
- أكثر عمومية من العنف -الإضراب عن الطعام أو الامتناع عن أداة مهمة ما هو إلا عدوان سلبي. -العدوان أشمل من العنف (هو الكل). - دى الجانب المادي ويشتمل الجانب	-كل ماهو عنف يعد عنوانا والعكس غير صحيح. -الإضراب أو الإمتاع عن أداء مهمة ما لا يعد عنفا. - لعنف هو شكل من أشكال العدوان (هو

[1] جمل معتوق ، مرجعسابق ، ص74.
[2] جمل معتوق ، مرجعسابق، ص76.
[3] جمل معتوق ، مرجعسابق ص 82.

المعنوي أيضا. -يهدف إلى إلحاق الأذى والسيطرة إخضاع الأخر بالإضافة إلى الدفاع عن النفس. -هو غريزة دائمة ومستمرة في كيان الفرد.	جزء). - تصر على الجانب المادي المباشر لمتعمد من العدوان فقط. - إلى إلحاق الأذى والسيطرة وإخضاع الآخر والاستيلاء على ممتلكاته . - هو سلوك مؤقت يزول بزوال المظاهر المسببة له.

5-بعض النظريات المفسرة للعنف.

لقد تعددت النظريات المفسرة للعنف ولهذا نحاول تحديد البعض منها:

5-1 النظرية البيولوجية

عند ذكر النظرية البيولوجية لابد من الإشارة إلى **فرويد** ، **فهو** لذي وضع أسس هذه النظرية ، ويعتبر أحد هو جوانب نظريته لتفسير السلوك البشري ، ولأنه تأثر كثيرا بالنظريات التي كانت تسيطر على التفكير العلمي في عصره فإن الداروينية بارزة في أعماله ، غلب **فرويد** العوامل البيولوجية الوراثية في شكل سيطرة الغرائز والدوافع والحاجات[1].

فحسب فرويد البشر مثل الحيوانات لديهم غريزة العدوان ، حيث تسيطر على الإنسان بعض الغرائز الفطرية تدفعه غلى أن يسلك سلوك معين إلى أن يشبع تلك الغرائز .

[1] مصطفى عمر التير ، **العف العائلي** ، مركز الدراسات والبحوث ، الرياض ،1997،ص30

فالعنف سلوك غريزي هدفه تصريف الطاقة العدوانية ، فالفرد من وجهة نظر **فرويد** مزود بطاقة هائلة توجه للهدم والدمار وإنه في حالة كتبها فإنها تظهر في صورة عدوان خارجي، حيث أن البشر ليدهم رغبة القتال نلك التي تقودهم إلى الاستمتاع بإلحاق الأذى والضرر بل وقتل الآخرين[1].

5-2-نظرية عدوان الإحباط :

توضح هذه النظرية أن العنف يعد بمثابة أسلوب للتخلص من القلق الناتج عن موقف محبط ولقد ظهرت هذه النظرية من فكرة الإحساس العام بأن الشخص المحبط غالبا ما يتورط في فعل عدواني ، فالشخص المحيط ربما يرتبط بمصدر الإحباط ، أو يحل محل الإحباط شيء آخر ، فالمراهق الذي يسخر منه الآخرون ربما يتأثر وينتقم من هؤلاء بشكل عدواني، والزوج العاطل الذي لايجد عمل ربما يقوم بضرب زوجته وأطفاله.

-الإحباط يؤدي إلى شكل من العدوان تجاه الآخرين وتجاه المجتمع وعندما يتأكد الناس أنه ليست لديهم القدرة على تحقيق احتياجاتهم فسوف يحبطون ويفجرون إحباطهم في شكل عدوان[2]

5-3 أطروحات "يورديو" المفسرة للعنف.

أطروحات "يورديو" الثلاثة حول العنف

طرح "يوريو" ثلاث أطروحات حول العنف

أ)الأطروحة الأولى: نظرية الحاجات

طرح العنف كنتيجة طبيعية ، فالضرب بالسكين ، بالنقدية ،الشغب تظهر كلها حتمية لعدم إشباع حاجيات الإنسان منها السكن ، الانفجار الديمغرافي ، العمران اللاإنساني ،

[1] السيد عوض ، **جرائم العف الأسري بين الريف والحضر** ، مطبوعات مركز البحوث والدرلسات الاجتماعية ، القاهرة ،2004 ،ص15.

[2] السيد عوض ، نفس المرجع السابق،ص15.

الفشل المدرسي ، البطالة ...الخ من الظواهر الاجتماعية والاقتصادية التي تدفع بالفرد إلى ممارسة العنف[1].

فهو يرى أن العنف نتيجة طبيعية لنظرية الحاجيات وتجد حلولها بوضع سياسة خاصة بالنقص والانعدام لحاجيات الفرد، لهذا فعلّها يتطلب توفير العوامل والشروط الاجتماعية المعيشية الموضوعية كمناصب الشغل المزيد من الثقافة والجمعيات ... إلخ .

ب)الأطروحة الثانية

إعتمد في هذه النظرية على التحليل من خلال الاعتماد على المفاهيم التالية

- الطبقة الاجتماعية .

-السيطرة .

فالعنف الذي يقوم به سكان المدينة تجاه المجتمع أو حتى ضد أنفسهم ما هو إلا الوجه المزدوج للعنف المستخدم من طرف الدولة والمجتمع ككل الحضر (سكان المدينة).

ويمكن استخدام المفاهيم المقترحة من طرف "بورديوا" حيث يعرّف الذين يمارسون العنف هم أفراد ضائعون داخل النسق المسيطر عليهم وهو ما يسمى بالعنف الرمزي [2] .

ج-الأطروحة الثالثة:

هنا يتحدث عن العنف الجسدي الذي يسمح للأفراد بالوصول إلى السلم الاجتماعي الذي لذي مازال غير محـ ا ، حيث تتعايش النخبة فيما بينها على أساس المناصب التي تشغلها ، واستنتاجا للأطروحات الثلاثة التي قد مسا "يورديو" يمكننا القول بأنّ هناك عدة عوامل وميكانيزمات تتحكم في ظاهرة العنف وأنه لا يمكن تفسير هذه الظاهرة بعامل واحد أو عاملين وكذلك يستحيل التعميم .

5-4 نظرية التنشئة الاجتماعية.

[1] السيد عوض، نفس المرجع السابق،ص15.

[2] Pierre Bourdien,**le sens pratique**,ed,minuit,paris,1980,p212.

يؤكد أصحاب هذه النظرية أن الثقافة بكل عناصرها ومضامينها تحدد السمات الأساسية لأي مجتمع والثقافة السائدة في المجتمع المعاصر تتسم بالتسلط والعنف، وهذه الثقافة تنتقل إلى الأفراد ، وإلى طريقة تفكيرهم فيكتسبونها عن طريق مختلف مؤسسات التنشئة الاجتماعية ووسائل الإعلام المختلفة ، ويأتي على رأس هذه المؤسسات الأسرة ،فالمدرسة المجتمع الكبير ، وتعد الأسرة كمؤسسة من مؤسسات التنشئة الاجتماعية أول بيئة تستقبل الطفل ، وأقرب بيئة في التأثير على حياته ، وفي بناء وتكوين شخصيته وتشكيلها وإذا ماتت الأسرة تقوم بعملية الإعداد والتهيئة للحياة الاجتماعية ، فهي المسؤولة عن عمليات التلقين والتطبيع الاجتماعي فرد، وهي المسؤولة كذلك عن نقل ثقافة العنف للأطفال في هذا الصدد يرى **بارسونز** ، الوالدين أثناء تفاعلهما مع الطفل لا يقومان بأدوارهما الشخصية ، بل يؤديان أدوار ينظمها المجتمع ، كما لا يحكم سلوكهما قيم شخصية ، بل يمثلان قيم المجتمع السائد أثناء تفاعلهما مع الطفل.

فإذا كان المجتمع يؤمن باختلاف أساليب التربية الموجهة للذكور وأساليب التربية الموجهة ناث ،فإن عملية التنشئة الاجتماعية في هذه الحالة تتم وفق نمطين اجتماعيين مختلفين كثيرا ما تنظر للذكر بأنه أقوى وله التسلط ، في حين أن الأنثى ينظر إليها على أنها الأقل شأنا ، ومن ثم ينطبع سلوك كل منهما بطابع خاص ، من هنا فإن استعمال العنف ضد المرأة يمكن في انتشار ثقافة العنف وقبولها من طرف المجتمع بمختلف مؤسسا ه ، الأمر الذي يترتب عنه إعطاء حد أدنى من الشرعية لاستخدام العنف ، وخاصة العنف ضد المرأة مكن في انتشار ثقافة العنف وقبولها من طرف المجتمع بمختلف مؤسساته ، الأمر الذي يترتب عنه إعطاء حد أدنى من الشرعية لاستخدام العنف ، وخاصة العنف ضد المرأة في هذا السياق يذهب **سقروس**

إلى القول أنه يصبح هناك حدا أدنى من الاتفاق الضمني بين أفراد المجتمع على تأييد استخدام الأرواح للعنف مع زوجاتهم[1].

وفي هذه الحالة يكون المجتمع أكثر تسامحا مع الذكر ، الأمر الذي يرسخ هذا النمط في أذهان الناس، وفي معتقداتهم وتصوراتهم.

5-5النظرية البنائية الوظيفية

-ينظر أصحاب هذه النظرية إلى المجتمع باعتباره يمثل كلا مؤلفا من أجزاء مترابطة ، كل منها وظيفة لخدمة أهداف الكل فالمجتمع ماهو إلا نسق يضم مجموعة من العناصر المتساندة التي تسهم في تحقيق تكامله ، إلا أم هذا التكامل لا يتم بصورة مثالية فمن متوقع حدوث بعض الا إفات في النسق تحول دون أداء وظائفه على النحو الكامل.

وينظر الاتجاه الوظيفي للعنف على أساس أن له دلالة داخل السباق الاجتماعي فهو إما أن يكون نتاجا لفقدان الارتباط بالجماعات الاجتماعية التي تنظر وتوجه السلوك، وإما أنه يكون نتاج اللاّمعيارية وفقدان التوجيه والضبط الاجتماعي الصحيح[2].

ومن رواد هذه النظرية نجد كل من تالكوت بارسونز وروبارت ميرتون، حيث وضح هذا الأخير على سبيل المثال مدى ارتباط العنف بعدم القدرة على تحقيق الأهداف الثقافية من خلال الوسائل التي يقرها المجتمع[3].

فالعنف على المرضى المصابين عقليا في ضوء التحليل الوظيفي المعاصر يمثل شكلا ن أشكال الصراع الدائم داخل النسق، فالنسق هو بناء في حالة تغير وأن النسق تطوره

[1] عبد الرحمان عيسوى ، **سيكولوجية الجنوح** ، دار النهضة العربية، بيروت ،1984 ،ص72.
[2] **إجلال** إسماعيل، **العف الأسري**، دار قباء للطباعة والنشر، القاهرة،1999، ص24.
[3] أحمد زايد وآخرون، **العف في الحياة اليومية في المجتمع المصري**، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، القاهرة، 2002، ص52.

دائما ميكانيزمات مضادة لكافة الصور العنيفة، وقد يتمكن من إيقافها أو التقليل من آثارها، ولكنه إذا فشل فإنّ العنف ينتج آثارا سلبية على بناء النسق[1].

5-6 نظرية التفكك الاجتماعي:

يشمل مفهوم التفكك الاجتماعي كل مظاهر سوء التنظيم في المجتمع من الناحيتين العضوية والثقافية، وتتمثل دواعي التفكك الاجتماعي في التغيرات السريعة التي تحدث داخل المجتمع، فعندما يتعرض المجتمع إلى حالة من عدم الاستقرار في العلاقات القائمة بين أعضائه فإن الترابط الاجتماعي ينعدم بين أجزائه[2].

ويمكن أن تتلخص نظرية التفكك الاجتماعي في ما يلي:

يلعب التفكك الاجتماعي دورا قويا في نمو ظاهرة السلوك،المنحرف باعتبار الفرد يرتبط بمجموعة من الوحدات الاجتماعية والنظم، وكل وحدة من هذه الوحدات تشبع له بعض الحاجات، ولكل منها مجموعة من المعايير واحدة من المعايير التي تنظم السلوك، فإذا كانت تلك المعايير واحدة بالنسبة لكل الوحدات الممثلة للثقافة في المجتمع،حينئذ لاتوجد مشكلة ، ولكن تظهر المشكلة حينما تختلف هذه الوحدات في المعايير التي تنظم السلوك، وحيث أن الفرد في تفاعله داخل المجتمع ينتقل من جماعة الأسرة إلى جماعة الرفاق ومن المدرسة إلى زملاء العمل ،ومن خلال تفاعل الفرد مع هذه الجماعات فإنه يكتسب منها بعض معايير السلوك التي توجه علاقته بالآخرين [3].

وتزداد فرصة التماثل بين المعايير كلما كانت الجماعات التي يتفاعل معها الفرد محدودة ،يعكس ما إذا اتسعت دائرة تفتعله وهو ما يؤدي إلى حالة وجود أنماط ثقافية ومعايير مختلفة بين الجماعات تؤدي إلى أنماط إنحرافية.

---

[1] نفس المرجع، ص54.

[2] عبد المحسن بن عمار، **العنف الأسري وعلاقته بانحراف الأحداث**، رسالة ماجيستير، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، 2006، ص22، منشورة.

[3] نفس المرجع ،ص22.

ومعنى ما سبق، أنه إذا اختلت معايير التي تنظم السلوك بين الوحدات الاجتماعية التي ينتقل الفرد في تفاعله داخل المجتمع بينما وهي الأسرة ، والمدرسة ،وجماعة الرفاق،وزملاء العمل وغيرها ، فإنه عندئذ سيحدث للفرد صراعات داخلية تؤدي به إلى العنف ، وإنه كلما اتسعت دائرة تفاعله ، فإن ذلك سيؤدي إلى حالة من الاضطراب في المخزون المعرفي للمعايير ،ففي حالة وجود معايير مختلفة من العنف.

وهذه النظرية محقة عندما قررت أهمية الترابط الاجتماعي ، وانسجام المعايير الاجتماعية للسلوك بين وحدات المجتمع المختلفة ، فلا شك في أن اختلاف المعايير المنظمة للسلوك بين الأسرة ، والمدرسة مثلا ، يؤدي إلى صراعات داخلية واضطرابات نفسية تقود إلى سلوكيات العنيفة.

ولكن يؤخذ عليها أنها لم تفسر الكيفية التي تتم بها واقعة الجريمة أو العنف أي لم توضح علاقة السببية بين التفكك الاجتماعي والعنف أو الجريمة عمومًا ، هذا بالإضافة إلى اعتمادها على عامل واحد وتركيزها عليه في تفسيرها للسلوك المنجرف[1].

5-7 نظرية التعلم الاجتماعي (ألبرت باندورا).

تؤكد هذه النظرية على التفاعل بين الشخصين والبيئة ، وتحاول تحديد الظروف والمواقف التي يتم في ضوئها الخروج عن النظام ، وتنظر إلى السلوك العنيف على أنه سلوك متعلم ، فالأفراد ينتهجون سلوكيات عنيفة لأنهم تعلموا مثل هذه السلوكيات ، وهي بذلك تعتمد على التقليد كطريقة لتفسير أنماط معينة من السلوك ، ومنها السلوك الإجرامي، فبعض سمات الشخصية قد يتعلمها الفرد من خلال محاكاته لسلوك الآخرين عندما يرى الفرد أي نوع من المكافأة أو العقاب ويمكن أن يترتب على سلوكيات الآخرين ، وبالتالي

[1] نفس المرجع السابق، ص23.

فمن المحتمل أن يتم محاكاة وتقليد الاستجابات التي تؤدي إلى نتائج قيمة وهذا ما يعرف بالتدعيم الإيجابي.

وقد وجد "باندیورا" عند دراسته السلوك العدواني في عينه من الأطفال أنه غالبا ما يرتبط بالمثير أو المنبه الذي يتعرضون له، فبعض هؤلاء الأطفال لديهم أباء يعاقبونهم عندما يضهرون العدوان نحوهم ، وفي الوقت نفسه يرتكب هؤلاء الآباء سلوكيات عنيفة مميزة ، ويشجعون أبنائهم على ارتكاب مثل هذه السلوكيات مع أقرانهم خارج المنزل ، وهذا النمط من السلوك يجعل هؤلاء الأطفال يظهرون عدوانا بسيطا داخل المنزل، وعدوانا شديدا أثناء تفاعلهم مع زملائهم في المدرسة[1].

وحسب هذه النظرية ، فإن الفرد يكتسب العنف بالتعلم والتقليد من البيئة المحيطة به سواء رة أو المدرسة أو المدرسة أو غيرها ، كوسائل الإعلام وبعض الوحدات الاجتماعية كالأسرة أحيانا ، قد ظهرت السلوكيات العنيفة على أنها سلوكيات تستحق المكافأة لا العقاب[2] .

6-أسباب وخصائص العنف

6-1 أسباب العنف التي تجعل المرضى المصابين عقليا عرضة للعنف.

تعددت العوامل التي تدفع ببعض الأفراد إلى اللجوء إلى سلوك العنيف، فمنهم من أرجعها إلى عوامل اجتماعية محضة والبعض الآخر ربطها بالأسباب الاقتصادية ، بينما نجد من أرجعها إلى أسباب نفسية محضة ومن بين هذه الدوافع والعوامل نذكر .

6-1-1 أسباب سلوك العنف التي ترجع إلى الأسرة :

- الضغوط الاقتصادية.
- التفكك الأسري.

[1] عبد المحسن بن عمار ، **العنف الأسري وعلاقته بانحراف الأحداث**، رسالة ماجيستر، مرجع سابق ص24.
[2] نفس المرجع ، ص24.

- توحد أو تقليد أب أو أخ كبير عدواني.
- القسوة الزائدة من الوالدين[1].

6-1-2 أسباب سلوك العنف التي ترجع إلى طبيعة المجتمع.

- انتشار سلوكيات اللامبالاة.
- وجود وقت فراغ كبير وعدم استثماره إيجابيا.
- ضعف الضبط الاجتماعي .
- ضعف التشريعات والقوانين الاجتماعية[2].

6-1-3 أسباب شخصية ذاتية :

تفسير بالبناء النفسي (السيكولوجي للفرد) والمعانا ت أي الاضطرابات النفسية التي يعاني منها[3].

6-1-4 أسباب اقتصادية

نص نوعية ظروف المعيشة للفرد ، البطالة ، الفقر ، العوز ، التفاوت في الدخل بين الأفراد ..الخ.

6-1-5 أسباب اجتماعية

غياب الاحترام للآخر، هشاشة سلم القيم، الظلم الاجتماعي، القهر ،الإقصاء..الخ[4].

6-1-6 أسباب سياسية :

غياب الديمقراطية والحريات والمساواة[5].

6-1-7 أسباب قانونية

[1] جمل معتوق، مدخل إلى سوسيولوجية العنف،دار بن مرابط للطباعة والنشر، الجزائر ،2011،ص47.
[2] جمل معتوق، مرجعسابق، ص48.
[3] جمل معتوق، مدخل إلى سوسيولوجية العنف، مرجعسابق، ص50.
[4] جمل معتوق ، مرجعسابق ،ص50.
[5] نفس المرجع ،ص50.

وهنا نقصد غياب القانون أو وجوده الشكلي وكذلك عندما لا يطبق على كافة الناس أو الموظفين بل فقط على الضعفاء وهنا أشار إليه العالم "سندرلاند" في دراسته " Le voleur professionnel"[1]

6-1-8 أسباب أمنية :

وهنا نقصد الحالات التي يعيب فيها الأمن وينتشر فيها الرعب مثل ما حدث عندنا في الجزائر خلال العشرية السوداء ، إذ كثرت حالات العنف والجرائم بسبب غياب الأمن وتصدع الروابط الاجتماعية[2].

ومن خلال هذه الأسباب التي تقدمنا بها يتجلى لنا أن معظم هذه الدوافع أو العوامل إن خرجت عن الإطار المألوف قد يمارس العنف على الفرد والمجتمع ككل وخاصة ضد الضعفاء والمستضعفين والتي من بينها فئة المرضى المصابين عقليا ولذلك فإن العنف لا يأتي من العدم بل هناك من ينشئه ويؤدي إلى ممارسته .

6-2 خصائص العنف:

كل سلوك يتصرفه الفرد يحمل خصائصه المميزة له وتنتج عن مكوناته التفاعلية سواء أكانت مع المحيط الذي يعتبر فيه أم مع الآخرين الموجودين في محيطه، وهذا يعني أن السلوك العنيف غير موروث وغير مستكن في جينات الإنسان بل هو مكتسب وبناء على ذلك سوف نوضح خصائص العنف على النحو الآتي[3]:

1- يتصف بخاصية تمثل باكورة مستخلصة من مشاعر فضة وأحاسيس قاسية وأفكار سلبية تبلورت عن تفاعل حاملها مع الآخرين يظهر لهم الخير بل معادي لهم أو مخاصمهم بسبب تصادم أو تعارض مصالحه معهم، بحيث لا يجد الراحة أو السعادة

[1] نفس المرجع ،ص51.
[2] نفس المرجع ،ص51.
[3] معن خليل العمر، **علم الاجتماع العنف**، دار الشروق للنشر و التوزيع، ط1، 2010، ص26.

ما لم يسئ لهم أو يجرحهم نفسيا أو جسديا أو اجتماعيا، تلك التي لا يمكن شفاؤها بسرعة تعالج بسهولة، معنى ذلك أن العنف يصدر عن شخص معاد يظهر العدوان أو الإيذاء لشخص ببعض ويكن له كل الحقد و الضغينة والشر، أي أنه غير متلائم أو ائم معه بسبب تقاطعه معه أو تضارب مصالحه، وإزاء ذلك يتطلب إيقاف ممارسة العنف وكبحه وعند عدم كبحه أو صده فإن روح العداء سوف تستمر وتضعف إمكانية الود بينهما.

2- خاصية الثانية للسلوك العنفي هي أن يتصف بالإدمان أي أنه يشبه عقار كايين بمعنى أن الشخص الذي يأخذ الكوكايين لكي ينحدر أو يخرج عن وضعه النفسي أو يخرج عن عالمه الواقعي ليعيش في عالم الخيال البهيج لا يعاني أو يقاسي من ف شاذة أو حرجة كالتي موجودة في محيطه المعاش وهو الشخص العنيف في سلوكه أو الذي يعتمد عليه في تعامله مع الآخرين أو في تحقيق احتياجاته أو طلباته أو الوصول إلى أهداف مراده أو لكي يشعر بوجوده بين الآخرين، أقول، إن الانخراط في ممارسة السلوك يمنح صاحبه ممارسة الراحة والنشوة لأنه(أي العنيف) يمثل القناة الجيدة في تنفسه أو تصرف معاناة أو إحباطه أو اضطرابات أو قلقه أو خيباته التي يعاني منها فضلا عن ذلك هناك ثقافات فرعية داخل المجتمع تميل لممارسة العنف في تعاملها مع ثقافة الأم لكي تعبر عن وجودها وتفرض مطالبها، إلا أن هذا العنف سواء أكان صادرا من ثقافة فرعية أم من معاناة أو إحباط فإنه يعمد لاقتراف الجريمة حتى لو حقق له عنفه نشوة أو انتعاشا أو بهجة أو تغييرا في مشاعره المحيطة إلى المحيطة إلى النشوة المتعسفة، وهذا الشعور بحد ذاته يدفعه إلى ممارسة عنف في كل مرة يتعارض مع الآخرين أو مع مصالحهم أو عندما يحبط لأن يجد المتعة و النشوة والانبساط والانتعاش في ممارسته لأنه يحصل على ما يريده بواسطته ويشعر بالسعادة بعد تحقيقه وهذا يدفعه

نحو الإدمان على ممارسته في كل مرة تحيط مطالبه أو آماله، إذ يميل الفرد إلى استخدام العنف عندما يواجه صعابا أو عقبات تحول دون تقدمه عندئذ يتصرف تصرفا عنيفا لكي يتغلب عليها أو يتجاوزها[1].

3- العنف هو أحد الخيارات المتاحة أمام الفرد أو أحد أنواع البدائل التي يواجهها في الحياة الاجتماعية وبالذات عندما يقابل أحداثا نفسية قاسية وحادة أو يواجه موقفا حرجا وصعبا أو معقدا ومع غياب المعوقات العقلانية أو العلائقية عنده في مواجهتها والتغلب عليها بجنح سائدة الاستخدام العنف حتى يستطيع لات منها(أي من الأحداث) أو أي من الموقف الصعب) أي لا يجد أمامه سوى استخدام العنف كوسيلة للإفلات منها أو منه، وهنا يكون الفرد أقل ميلا لاتقاء الخيارات الأخرى(غير العنيفة) ومع تكرار نفس الحدث أو الموقف يمسي العنف عنده عادة سلوكية محببة وأداة سهلة للحصول على مبتغاه أو التهرب من موقف صعب أو حاد أو حرج فتلون رآه للموقع الحي بلون العنف الذي بدوره يلغي باقي الألوان ويعتم على السبب الحقيقي للمواجهة الصعبة التي تواجهه.

4-العنف والتصرف العقلاني نقيضان ولا يتجانبا فالفرد فالفرد الذي يتصرف بعنف ني أن لا يستخدم عقله في قراءة الأحداث التي يشاهدها إذ ينظر إليها على إنها مستقرة على قطبين متنافرين (سلبية وإيجابية) ولا يوجد شيء بينهما لذا يصبح العنف مدمرا لكل الظروف الجوهرية للقرار العقلاني الذي يدوره يدفع الفرد للاستخدام العنف في كافة المرافق والحالات التي واجهها والذي بدوره بنمط السلوك العنفي عند الفرد ويجعله وسيلة في تعامله مع الأشخاص والأحداث[2].

5-تمثيل طبيعة العنف إلى التصعيد والتفاقم إذ يستخدم مستخدمة الآلات الجارحة أو النارية أو اللكمات أو العصى أو السياط للتعبير عن انفعاله ضد الآخرين أو الدفاع

[1] معن خليل العمر، المرجع السابق، ص27.
[2] نفس المرجع، ص27،28.

عن رأيه أو مصلحته بمعنى آخر لا يل طبيعة العنف نحو الوئام والسلام مع الآخرين وعندما يكون ذلك فإن مستخدمه لا يتمنطق بالمنطق العقلاني في تعامله مع الآخر أو عند مطالبته بحقه أو مصلحته أو حتى التعبير عن رأيه .

6-العنف نقيض الإصلاح و الابتكار أو الإبداع أنه أشبه بالعشب الضار (الدغل) لا يفيد الإنسان ولا التربية ولا النباتات لأن ضرره كثر من نفعه ، حتى لو كان وسيلة لإعادة بناء مؤسسات سياسية أو اجتماعية ، مدمر أو مخرب أو يولد مشكلات جديدة بعد ان يلغي أو يطمس المشكلات القديمة ، بمعنى أنه يزيد من الطين بلة لذا يوجد مجتمع أو فرد سوي وعاقل يتقبل العنف وإزاء ذلك فهو محضور ومذان من نبل الأسوياء والعقلاء بسبب خنق تصرف العقلاني وإفرازات السلبية أكثر من الإيجابية.

خلاصة الفصل :

- إن ظاهرة العنف الإنساني ليست بالظاهرة الجديدة زمانيا ولا مكانيا فهي ظاهرة عالمية فلا يكاد يخلو منها مجتمع من مجتمعات وهي ظاهرة مستمرة عبر التاريخ ، والعنف باعتباره سلوكا متعلما وأصبح م الظواهر التي تفاقمت بدرجة كبيرة في عصرنا الحالي والواقع أن العنف ضد المرضى المصابين عقليا أخذ أشكالا متعددة من العنف وأصبح يعرف انتشارا كبيرا لأنه يقع على فتة هشة من المجتمع .

- كما أن هذا الفصل كشف لنا عن الخلفية التاريخية لظاهرة العنف ومعناه وأنواعه وأشكاله وبعض
- المفاهيم المرتبطة بالعنف بالإضافة إلى النظريات المفسرة للعنف وأسباب العنف وخصائصه .

الفصل الثالث: مدخل مفاهيمي حول المرض العقلي

تمهيد

1. النظرة التقليدية والتغييرات الحديثة للمرض العقلي

1.1 النظرة التقليدية للمرض العقلي

1.1.1 التصورات القديمة للمرض العقلي

2.1.1 العصر البدائي

3.1.1 العرب في الجاهلية

4.1.1 العصور اليونانية والرومانية

5.1.1 القدماء المصريون

6.1.1 العصور الوسطى

7.1.1 عصر النهضة الأوروبية

8.1.1 العالم العربي الإسلامي

2.1 التغييرات الحديثة للمرض العقلي

1.2.1 النموذج البيولوجي

2.2.1 النموذج الطبي

3.2.1 النموذج النفسي

4.2.1 النموذج السلوكي

5.2.1 النموذج الإحصائي

2. مفهوم المرض العقلي وبعض المفاهيم المتداخلة بينهما

1.2 مفهوم المرض العقلي

2.2 بعض لمفاهيم المتداخلة بينهما

3. الفرق بين الإعاقة العقلية والمرض العقلي وأسباب الخلط بينهما

1.3 الفرق بين الإعاقة العقلية والمرض العقلي

2.3 أسباب الخلط بين مفهوم الإعاقة العقلية والمرض العقلي

4. تصنيف الأمراض العقلية

1.4 الذهانات الوظيفية

2.4 الذهان العضوي

5. أسباب المرض العقلي وأعراضه الإكلينية العامة و خصائصه

1.5 أسباب المرض العقلي

2.5 الأعراض الإكلينية العامة للمرض العقلي

3.5 خصائص المرض العقلي

6. موقف الأسر نحو المرضي المصابين عقليا

7. احتياجات المرضي المصابين عقليا و مشاكلهم

1.7 احتياجات المرضي المصابين عقليا

2.7 مشاكل المرضي المصابين عقليا

خلاصة الفصل

تمهيد:

لطالما اتسمت النظرة إلى المرضى المصابين عقليا بالدونية بناء على أفكار وتصورات حول المرض العقلي والمرضى العقليين، هذه الأخيرة تحكم تصرفات الفرد اتجاه هذه الفئة وغالبا ما تتسم هذه التصرفات بالعنف والإهمال نتيجة لعدم معرفتهم بحقيقة المرض العقلي وخصائص المريض عقليا وأعرضه الإكلينيكية وأسبابه وتصنيفاته.

و هذا ما سنحاول الكشف عنه في هذا العمل من خلال الحديث عن المرض العقلي وتاريخ تطوره، تعريفه، بعض المفاهيم المتداخلة معه، و الفرق بين الإعاقة العقلية و المرض العقلي و أسباب الخلط بينهما و تصنيفاتها و الأسباب التي تؤدي إلي المرض العقلي، ،والأعراض الإكلينيكية العامة له و خصائصه ،إضافة إلي ذلك ما موقف الأسرة نحو المرضي المصابين عقليا و ماهي احتياجاتهم و فيما تكمن مشاكلهم،نهيك عن تناول بعض الصحف الجزائرية لموضوع العنف علي المرضي المصابين عقليا.

الفصل الثالث: مدخل مفاهيمي حول المرض العقلي

1. النظرة التقليدية والتغييرات الحديثة للمرض العقلي

1.1 النظرة التقليدية للمرض العقلي

كانت فئة المرضى العقليين مهمشة ولازالت إلى يومنا هذا رغم التطور العلمي والتكنولوجي وإذا تحدثنا عن التاريخ القديم لهذه الفئة نجدها كانت تعامل معاملة وحشية، ففي بروسيا وجد قانون تم العمل به حتى سنة (1230) كان يسمح للفرد بالتخلي عن عائلته إذا مرض أحد أفرادها وتحل عليه البركات إذا أحرقهم واحرق نفسه معهم إذا كان مريضا هو أيضا.

قد يبدو لنا أن مثل هذا القانون ينطوي على وحشية تناقض القيم الإنسانية لأننا نقدم حاليا لمرضانا كل الاهتمام والرعاية من اجل الشفاء ونشعر بالألم ويتعذب ضمير الإنسانية أمام عجز المحرومين عن الحصول على الخدمات الطبية لمرضاهم، فمن المغالاة أن نقول أننا إذا تعمقنا في دخائل أنفسنا نجد أننا نشعر أحيانا بفضاضة وبخوف من المرضى العقليين، مما يعكس بعض الرواسب المتخلفة من التراث الذي خلفه لنا من وضعوا مثل هذه القوانين إذ اتسمت معاملة هؤلاء المرضى من الجهل والخرافة عبر استخدام العنف والقسوة والاضطهاد، وإذا كان المرضى يقيدون بالأغلال وتكوى أجسامهم بالنار ويتعرضون لكل ما يمكن أن يتخيله الذهن من صنوف التعذيب، وكانت ولازالت ألفاظ مثل الجنون والخبل تحمل في طياتها معاني التحقير والاتهام والرعب وهذه النظرة قديمة قدم التاريخ ولازالت لها رواسب في طيات نفوس الكثيرين مهما بلغوا من علم وثقافة ... إننا نستخدم الآن ألفاظ مثل المرض العقلي أو المريض العقلي أخف وقعا على السمع من ألفاظ الجنون والخبل، وفي العصر الحديث وبالضبط في التسعينيات أطلقت فكرة مدوية مفادها أن المرض العقلي مجرد خرافة، كما أن الفصام ليس مرضا وهي الأسطورة ابتدعها الأطباء النفسانيون ليحكموا سيطرتهم الاجتماعية على

مرضاهم وهذه الفكرة أطلقها توماس زاس (1960) **T Zass** وافترض أن المرض النفسي ناتج عن القمع وغياب العدل وهو مجرد استجابة اجتماعية .

حيث أسس زاس موقفه من الطب النفسي المعاصر على مجموعة فروض يرى أنها مسلمات حول طبيعة المرض العقلي والعلاج النفسي وتسمى هذه المصطلحات مجرد أساطير وشبه الطبيب النفسي في العصر الحالي بالساحر في العصور الماضية لأن كلاهما يقوم بدور غامض، كما اعتبر المرض مجرد انحراف عن معيار فسيولوجي فإذا كان الجسم يمرض فان العقل لا يمرض بنفس الطريقة ، وفرق زاس بين المخ الذي هو نظام عصبي يتعرض للمرض ، وقال انه من الخطأ الربط بينهما لأن الأمراض كالهستيريا و الفصام مجرد نزعات سلوكية لا يجوز ربطهما بأحداث فسيولوجية في المخ.

ولقد تعرضت هذه الفكرة إلى الكثير من النقد وذلك لإيمان العلماء بوجود المرض العقلي الذي لا يمكن أبدا أن يكون أسطورة أو خرافة كما ادعى زاس.[1]

2.1.1 العصر البدائي:

تعتبر الأمراض العقلية والنفسية قديمة قدم الإنسان، فإذا أمعنا النظر في الجذور التاريخية نجد انه في حوالي 3000 سنة قبل الميلاد كان الاعتقاد السائد إن الأمراض العقلية والنفسية سببها قوى

[1] – الحاج الشيخ سمية، **التصورات الاجتماعية للمرض العقلي لدى الأطباء**، رسالة ماجستير، قسم علم النفس الاجتماعي، جامعة محمد خيضر، بسكرة، منشورة، 2013، ص 63.

خارجية تصيب الإنسان مثل: الجن وتأثير الأرواح الشريرة وكان المريض يعزل حتى لا يؤذي نفسه والآخرين، كما كانت مشكلة المريض منذ القدم غالبا تلاحظ من خلال سلوكاته أو من علاقاته ولو لم يكن لديه ما يشكو منه صحيحا إذ انه في العادة إما يلوم نفسه أو غيره وحينئذ يبدو مختلفا عما كان عليه وكان هذا الاختلاف أو التغيير يعزى إلى شيطان من الشياطين فتجسده، أما إذا كان طيبا قد تجسده فكأن ينطق بالحكمة وحينئذ تسمو به القبيلة إلى مرتبة الأنبياء، ولازالت مثل هذه المعتقدات سائدة بين الكثير من القبائل إلى يومنا هذا.[1]

3.1.1 العرب في الجاهلية:

كان العرب في الجاهلية يعتقدون بوجود الجن ويخافون ويرهبون منه ويظنون أن له مساكن في البوادي الجرداء وبطون الأودية المهجورة حيث أنهم عبدوا الجن قبل الإسلام خوفا منها وكانوا يقدمون الذبائح لها وكان المجنون عندهم رجل صرعته جنية والمجنونة صرعها جني وذلك عن طريق العشق والهوى وشهوة النكاح، وكانوا يعتقدون أن الصرع نتيجة لمخالطة الجن للإنس، وكان لدى غيرهم من الشعوب طريقان للعلاج، طريقة الكهنة والعرافين وطريقة العلاج بالعقاقير.[2]

---

[1] سلامة منصور محمد، نهى سعد مغازي، **رعاية ذوي الأمراض العقلية والنفسية**، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، الإسكندرية، مصر، ط3، 1998، ص35.

[2] سعد جلال، **في الصحة النفسية، الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية**، دار الفكر العربي، القاهرة مصر، ص22.

4.1.1 العصور اليونانية والرومانية:

كان اليونان القدماء يؤمنون بأن المرض من عمل الشيطان فالشياطين حسبهم تتجسد في البشر وخاصة الأمراض النفسية والعقلية التي كانوا يطلقون عليها تسمية المرض المقدس حيث كان يعتقد تارة أن أرواحا خيرة قد دخلت المريض، ولذلك كان يعامل بالحسنى والاحترام والحماية بينما كانت أمراض أخرى يعتقد أنها بسبب أرواح شريرة كانت تعالج بالقسوة والشدة والضرب لطرد تلك الأرواح الشريرة التي لا تتفهم المعاملة الحسنة ولا ينفع معها إلا التعذيب والضرب.

ولقد كان الرومان واليونان يعملون على التخلص من هذه الفئة من البشر ، باعتبارها تشكل عبئا ثقيلا على المجتمع، بواسطة القتل وبأبشع من ذلك ففي اسبرطة كان يتم التخلص من هؤلاء عن طريق رميهم من أعالي الجبال للحيوانات المفترسة وكانوا يوضعون في ملاجئ مظلمة ويقيدون بالسلاسل ويضربون ضربا مبرحا للاعتقاد السائد أن المرضى سوف يتحسنون، لكن بعض فلاسفة الإغريق اعترضوا على هذه الأفكار والتخيلات فكان لهم الأثر الأول في نشأة مفاهيم واعية للطب وكان من أوائل هؤلاء أبو قراط (400ق.م) حيث اعتبر أن المخ عضو العقل وأن المرض العقلي ينتج عن مرض المخ ولاحظ دور الوراثة والاستعداد وعلاقتهما بالاضطرابات العقلية حيث ذكر منها الهوس والهستيريا والصرع الذي أسقط عنه تسمية المرض المقدس، فيما اعتبر جالنيوس خلال القرن الثاني

للميلاد أن الدماغ قاعدة للعقل وأتى بتجارب عديدة وعملية لإثبات فكرة أن المخ هو أساس الروح وألح على الرفق بالمرضى وحسن معاملتهم.[1]

5.1.1 القدماء المصريون:

اعتقد المصريون القدامى أن الأمراض عامة والأمراض النفسية والعقلية خاصة تنشأ عن غضب تلك الظواهر، تأثير أرواح المرض ، وهكذا كان مفهوم تسلل المرض إلى الجسم والعقل لذلك فمن المهم جدا لديهم معرفة السحر والاستعانة بالتمائم القادرة على طرد الأرواح وإخراجها من الأعضاء وهذا مع استعمال بعض الأعشاب والمواد والأدوية التي لاحظوا أنها تساعد على طرد الأرواح وحصر ظهورها أو منعها من الدخول في الجسم بصورة مطلقة باستخدام حجاب حصين أو تميمة قادرة على منع المرض والأرواح من اختراق جسم الإنسان وروحه وبالرغم من أن المصابين استعملوا طرقا علاجية وتفسيرية للمرض العقلي إلا أنهم كانوا أول من ميزوا المرض النفسي ووصفوه وكتبوه على ورق البردي قبل الميلاد.[2]

---

[1] موفق هاشم صقر الحلب، **الاضطرابات النفسية عهد الأطفال والمراهقين**، مؤسسة الرسالة، بيروت، لبنان، ط2، 2000، ص 72.

[2] حامد عبد السلام زهران، **الصحة النفسية والعلاج النفسي**، عالم الكتب، القاهرة، 1997، ص25.

6.1.1 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 وعاد الفكر الخرافي وانتشرت الشعوذة وساد الدجل مرة أخرى وعادت فكرة تملك الأرواح الشريرة لجسم الإنسان حيث كان الأغنياء يأتون بضعاف العقول ويرعونهم مقابل أن يعملوا أي عمل يطلب منهم، أما العلاج فكان يربط المريض بالسلاسل وتجويعه وضربه بالسياط ويدعون أن هذه الطريقة تعيد الذاكرة للمريض وقد كان يتم تفسير المرض العقلي حينذاك وفقا لوجهتين مختلفتين وهما:

- الأرواح الشريرة كانت تحل في الجسد بدون رغبة صاحبها كعقاب من الله على ما ارتكبه الإنسان من ذنوب وشرور وآثام وذلك في حالة المرض العقلي.
- الأرواح الشريرة قد تحل في الجسم برغبة من صاحبها وذلك نتيجة لاتفاق مسبق مع الشيطان.

ولقد كانت تلك العصور بحق أظلم فترات التاريخ حيث سمحت القوانين رسميا بتعذيب وقتل آلاف الأبرياء من المرضى وذوي الاضطرابات النفسية والعقلية والمعاقين عامة.[1]

7.1.1 عصر النهضة الأوربية:

[1] رمضان محمد القذافي، **الصحة النفسية**، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، ط3، 1998، ص17.

في هذا العصر تم التخلص بسرعة من اعتقادات القرون الوسطى وأعيد عهد أبو قراط الذي رفض تفسير الواقع على أساس الاعتقادات الدينية والخرافية وظهر التفسير الموضوعي مرتبطا باضطراب فسيولوجي أو دماغي وتصنيف الأمراض العقلية ودراسات عديدة على المرضى العقليين دون أن يغير هذا شيئا في معاملتهم وبقوا يعيشون في ظروف صحية رغم تطور المعاملة السابقة للمرضى العقليين حيث ذكر الطبيب الفرنسي " اسكوبرول" عن المستشفيات للأمراض العقلية حيث قال:" لقد رأيت المرضى عرايا لا يحميهم من برد الأرض الرطبة سوى القش يحرمون من الهواء النقي ، كانوا قساة مع المساجين يشرفون عليهم بوحشية ، يتركونهم في قذارتهم تحت عبء الأغلال ن ينتظرون حظة الموت تحت سيطرة السوط والسجن" ثم تبعه مجموعة من العلماء حاولوا الرفع من مستوى معاملة هذه الفئة ومحو المعاملات السيئة حول طبيعة المرض.[1]

8.1.1 في العالم العربي والإسلامي:

ازدهرت علوم الطب والعلاج زمن أعلام العرب نجد الطبري وابن سينا تأثروا بروح الإسلام في رعايتهم للمرضى العقليين حيث أقاموا المستشفيات لهذه الفئة ومع ظهور الدين الإسلامي طالب بمعاملة هؤلاء معاملة إنسانية خاصة بهذه الفئة لما جاء به ديننا الحنيف من مبادئ المساواة بين الناس إذ يقول الله تعالى في محكم تنزيله **يا أيها الناس إنا خلقناكم من ذكر وأنثى وجعلناكم**

[1] بدرة معتصم ميموني، **الاضطرابات النفسية، والعقلية عند الأطفال والمراهقين**، ديوان مطبوعات الجامعية، بن عكنون، الجزائر، 2003، ص20.

شعوبا وقبائل لتعارفوا إن أكرمكم عند الله اتقاكم إن الله عليم خبير (الحجرات الآية 13)، وقال عز وجل﴿ **لقد خلقنا الإنسان في أحسن تقويم**﴾ (التين الآية 04). وفي قوله تعالى أيضا ﴿ **لقد كرمنا بني آدم وحملناهم في البر والبحر**﴾ (الإسراء الآية 70).

تم بدأ الاهتمام بدراسة الطب الشعبي في الدول العربية إلى قسمين: علاج مادي يشمل العلاج بالأعشاب والحجامة، وعلاج معنوي يشمل العلاج بالقرآن والأحجبة والتمائم، كما استطاعت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية أن تجعل من مركز الطب الإسلامي في الكويت مركزا إقليميا معترفا به لدى منظمة الصحة العالمية.[1]

2.1 التفسيرات الحديثة للمرض العقلي:

كان المرض يفسر في العصور السابقة تفسيرات عضوية أو غيبية ميتافيزيقية ترتكز أساسا على نظرة المجتمع للعالم وفق القيم والمعتقدات التي تنشأ عليها، لكن ظهور بعض العلوم وتطورها (كعلم النفس وعلم الاجتماع والطب...) وخاصة خلال القرن العشرين بدأ الانتقال عن الإدراك السابق إلى صورة أكثر وضوحا حيث أصبح ينظر إلى المرض العقلي من منظور ـ بيولوجي ـ طبي ـ نفسي ـ اجتماعي.

[1] حسين عبد الرحمن احمد شواز، .**ور المتغيرات الاجتماعية في الطب والأمراض**، المكتب الجامعي الحديث، الازاريطية، الإسكندرية، مصر، 1999، ص244.

1.2.1 النموذج البيولوجي: يفترض النموذج البيولوجي أن الأسباب الرئيسية والأساليب الفعالة في علاج السلوك الشاذ تكون بيولوجية بالدرجة الأولى ويقترح هذا النموذج على وجه التحديد أن الإختلالات الوظيفة الحيوية للجهاز العصبي عموما وللمخ على وجه الخصوص تكون مسؤولة عن الاضطرابات العقلية، وأن استخدام الأدوية والعقاقير سوف يعدل من الإختلالات الوظيفية ويعالج و يزيل هذه الظروف.[1]

فقد أكدت الكثير من النظريات على الدور الهام الذي تلعبه العوامل البيولوجية الوراثية في تشكيل أعضاء الجسم وتنظيم وظائفهما وفي طبع الإنسان بصفات نفسية تختلف من شخص لآخر كما اتجه بعض العلماء إلى الاعتقاد بوجود بعض العوامل الوراثية التي تؤدي إلى تعميق الاستعداد للإصابة بالأمراض العقلية على وجه الخصوص "الفصام" سواء كان سبب الاضطراب خلل كيميائي أو مرض فانه يؤكد نقصا أو زيادة في إفراز بعض الإنزيمات أو الأحماض وما شابههما إذ يؤكد العلماء إن العلة تكمن في العوامل البيولوجية التي لم يتوصلوا بعد إلى إثباتها بشكل نهائي.[2]

2.2.1 النموذج الطبي:

وضع هذا النموذج نسق التصنيف الذي أدى إلى بحث شامل في أسلوب الأمراض أو مبحث إيديولوجيا المرض للتنبؤ وعلاج أنواع متعددة من الإختلالات السيكولوجية وعلى أي حال فهذا الكم

---

[1] محمد السيد عبد الرحمن، **علم الأمراض النفسية والعقلية**، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، 2000، ص56.

[2] رمضان محمد القذافي، مرجع سبق ذكره، ص74.

الهائل من الأبحاث قد أضاف القليل جدا لفهمنا لطبيعة الأمراض العقلية أو الزهايمر مثلا، وربما انت الإضافة الأكبر هو إن تلك الأمراض المختلفة وجدت مترابطة مع اضطرابات المخ، فهذه النتائج المبكرة أشار إليها من قبل رواد الطب النفسي في القرن الماضي من الأساس العضوي لكل المشكلات السيكولوجية ينبغي أن يكون قد اكتشف في وقتها وعند هذه المرحلة ينبغي أن يظهر هذا التفاؤل المبكر الذي لا أساس له من الصحة.

حتى ما يسمى بالأدهنة العضوية فان هناك مشكلات لدى الكثير من الأفراد الذين يشيع لديهم تلف المخ حيث يظهرون بوضوح علامات إكلينيكية قليلة فهذا التلف يمكن أن يحدث للمرضى الذين تكون إصاباتهم سطحية نسبيا لذلك فان العوامل السيكولوجية تكون مهمة حتى في المجالات الطبية المسلم بها.

لذلك يرى هذا النموذج بان المرض سواء كان جسميا أو نفسيا ينسب إلى أسباب عضوية مرتبطة بحادث وراثي سواء قبل أو خلال أو بعد الولادة وبالتالي يجب البحث عن السبب والعلاج الكيميائي هو الأساس، ومن هنا فكل الأبحاث في علم الجينات بالوراثة ودراسة الدماغ والأسباب البيوكيميائية نرى هنا أن هذا النموذج يعطي الأولوية للأسباب العضوية.[1]

3.2.1 النموذج النفسي:

[1] الحاج الشيخ سمية، مرجع سبق ذكره، ص73.

ينظر البيولوجيون إلى الاضطرابات العقلية من زاوية الجزئيات فيما يرى المحللون النفسانيون خلف المرض العقلي اختلالا يطرأ على الجهاز النفسي ويندرج في الدينامية التربوية وفق ما جاء به مؤسس هذه النظرية سيجمون فرويد S Freeud الذي يفترض أن الجهاز النفسي يتكون من الأنا Le moi، الأنا الأعلى Le sur moi، الهو Le ça، فالهو هو منبع الطاقة النفسية ومستودع الغرائز والمواقع الفطرية التي تسعى إلى الإشباع.

ويمثل الهو حسب فرويد الثورة البدائية للشخصية قبل إن يتصدى لها المجتمع بالتهذيب أما الأنا الأعلى فهو مستودع المثاليات والأخلاقيات والضمير والمعايير الاجتماعية ويعتبره بمثابة سلطة داخلية أو رقيب نفس إما الأنا فهو مركز الشعور والإدراك الحسي الخارجي والداخلي والمشرف على الدفاع عن توافق الشخصية وحل الصراع بين مطالب الهو ومطالب الأنا الأعلى إذا فشل ظهرت أعراض العصاب والذهان كان العلماء في بداية الحركة التحليلية يركزون على الدور المرضي الذي تلعبه أحداث الحياة العاطفية ثم تطور التحليل النفسي وعرج وفق نموذج تفسيري آخر يعتمد فكرة التثبيت والنكوص إلى مراحل قديمة تمثل أولى العلاقات الموضوعية إن فكرة وضع تصنيف عام للأمراض العقلية أبراهم Abraham حينما طرح المبدأ القائل بوجود علاقة بين المرض العقلي والتطور الليبيدي فاقترح تصنيفا لها تبعا لمراحل النمو االليبيدي حيث يكون كل شكل مهم من أشكال المرض العقلي (عصاب، ذهان) يقابله نمط علاقات لبيدية تعود إلى مراحل النمو ، المرحلة القمية هي أول مراحل التطور الليبيدي وبشكل المص فيها خلال الأشهر الست الأولى النشاط الرئيسي فالطفل مغمور بمكاغات نرجسية ويفتقر إلى الشعور الدقيق بالعالم الخارجي وتشكل هذه الخلوية قبل اللفظية أساس تكوين الفصام أما المرحلة الشرجية نجد في تشبيق البراز الذي يرمز إلى تجاذب وجداني اتجاه الموضوع المحبوب أو المنبوذ في ذات الوقت نواة الذهان الشبه عظامي الفصامي،

والمرحلة القضيبية تشكل قلق الخصاء (عند الطفل) ورغبة القضيب عند البنت الناتجين عن صراع الاديب نواة الهستيريا.

يتبين لنا أن مدرسة التحليل النفسي ركزت على الصراع القائم بين مكونات الجهاز النفسي الذي يستمد جذوره من تاريخ طفولة الفرد لكن فرويد لم ينف وجود أسباب وراثية وتكوينية وبالتالي فان هذا النموذج يعطي الأولوية للأسباب النفسية، وقد حاول هاي HHey الجمع بين النظرية العضوية والنظرية النفس الدينامية وأعطى توجها أسماه عضو دينامية انطلاقا من نظرية جاكسور Jacksor الذي يرى أن الاضطرابات تؤدي إلى انحلال سلمي من المعقد إلى البسيط وهذا ما يؤدي إلى اضطرابات نفسية هامة لكن لم ينجح كثيرا لان العضوية تبقى لها الأولوية في النظرية.[1]

4.2.1 النموذج السلوكي:

رائد هذا النموذج ايفان بتروفتش بافلوف IB Pavlov العالم الروسي الذي كان يهتم بدراسة العمليات امتعلقة بفيزيولوجيا الهضم لدى الكلاب وعملية الأشراط، وتعتبر هذه المدرسة أن الأعراض العصابية هي سلوك متعلم عبر الاشراط، وان السلوك غير السوي ينتج على أساس خبرات تعليمية سابقة أو فشل في الاستفادة من الخبرات التعليمية المختلفة، وهذا التعلم يحدث عن طريق عنصرين أساسيين هما التعلم بالملاحظة والتعلم بالأشراط.

[1] الحاج الشيخ سمية، نفس المرجع السابق، ص 74، 76.

حيث يهتم هذا النموذج بالسلوك الظاهر غير الملائم وتصمم برامج التدخل المناسب للعمل على غيير أو تعديل السلوك الملاحظ إذ ، العلاج السلوكي يهدف إلى إطفاء السلوك غير المناسب بعلاجات متنوعة ترتكز على نظريات التعلم والاشراط.[1]

5.2.1 النموذج الاجتماعي:

ينظر هذا النموذج إلى الإنسان من حيث هو كائن اجتماعي في تفاعل دائم مع الوسط الذي يعيش فيه، وأنه لمن الواضح في سياق التفاعلات الاجتماعية أن المرض العقلي يتأثر في شكله فحسب بل في تطوره أيضا كما بينت ذلك الدراسات الانتروبولوجية والسوسيولوجية العديد.

حيث يرى علماء الاجتماع وخاصة المدرسة الأمريكية أن المرض العقلي كانحراف ليس في حد ذاته فعل للانتهاكات والمخالفات وخرق المعايير ولكنه يرجع إلى أن الآخرين هم اللذين يلصقون هذا الوهم بالشخص المنحرف بمعنى أن الانحراف ليس نتاجا فرديا ولكنه نتيجة بناء اجتماعي نعت آخرين بأنهم منحرفون كما يقول بيكر Beker " الانحراف ليس فعلا مرتكبا من طرف شخص ولكنه نتيجة لبيق من طرف الآخرين وأنه رد فعل اجتماعي يعطي مفهوما سلبيا عن المرض" أما غوفمان Goffman فيرى أن الجنون لا يمكن إرجاعه إلى اغتراب عقلي ولكنه يمتد إلى اغتراب اجتماعي.[2]

2. مفهوم المرض العقلي وبعض المفاهيم المتداخلة بينهما:

---

[1] بدرة معتصم ميمون، مرجع سبق ذكره، ص33.

[2] الحاج الشيخ سمية، مرجع سبق ذكره، ص79.

1.2 مفهوم المرض العقلي:

لقد تناول المرض العقلي عدة تعريفات من بينها:

يعرفه وكفيلد Wakefield بأنه: " قصور أو اختلال وظيفي مؤذي أو ضار " ويعرفه أيضا بأنه خطر أو عجز يصعب التنبؤ به.[1]

أما مصطفى فهمي فيعرفه على أنه: " المرض الذي يتناول كافة الاضطرابات الانفعالية والسلوكية والذهنية والشخصية بصفة عامة وتعكر حالات الشذوذ وعدم التوافق".[2]

كما يعني المرض العقلي على أنه كل ما يندرج تحت زملة الاضطرابات الانفعالية وما يتعلق بذلك من الحكم على الأشياء والسلوك والشخصية على وجه العموم، حيث يبدو للعالم الخارجي في صورة من الشذوذ وعدم التوافق والخروج عن السائد المألوف.[3]

كما يعرف المرض العقلي(PSYEHOSES) أو الذهان على أنه اضطراب خطير في شخصية الفرد بأسرها يبدو في صورة اختلال شديد في التفكير والقوى العقلية بوجه عام، كما يتميز باضطراب

---

[1] محمد السيد عبد الرحمن، مرجع سبق ذكره ، ص20.

[2] عطوف محمود ياسين، **علم النفس العيادي الإكلينيكي**، ر العلم للملايين، بيروت، لبنان، ط1، 1981، ص281.

[3] سيد صبحي، **الإنسان وصحة النفسية**، دار المصرية اللبنانية، مصر، القاهرة، طبعة خاصة، 2003، ص243.

ملحوظ في الحياة الانفعالية وعجز التوافق الاجتماعي في مختلف صوره والمتمثل في التوافق العائلي والمهني والديني وغيرها.[1]

فالمرض العقلي هو اضطراب شديد في شخصية الفرد يصيب تكامل الشخصية ويمس مراكز القوى العقلية التي يحدث فيها اختلال، كما يؤثر في علاقات الشخص الاجتماعية ويعوق تواصله الذاتي والاجتماعي مع الآخرين.

2.2 بعض المفاهيم المتداخلة مع مفهوم المرض العقلي:

لقد تعددت بعض المفاهيم المتداخلة مع مفهوم المرض العقلي، ولهذا الغرض ارتأينا أن نحدد بعض المفاهيم التي تصب في مفهوم المرض العقلي ولعل من أهمها المرض النفسي، المرض الجسمي، المرض الاجتماعي، التخلف العقلين الإعاقة العقلية، الجنون.

1.2.2 المرض النفسي أو العصاب:

تعد الأمراض النفسية(العصابية) بمثابة المسبب الأول والرئيسي في ظهور المرض العقلي لذ إن الحالات المتطورة من العصاب قد تدخل الفرد في مرحلة الذهان والفرق الجوهري بين الأمراض

[1] مجدى محمد عبد الله، علم النفس المرضي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2000، ص130.

العصابية والأمراض الذهانية فرق في الدرجة والعمق والخطورة حيث يعرف المرض النفسي على أنه اضطراب وظيفي في الشخصية يبدو في صورة أعارض جسمية ونفسية منها القلق والوساوس والأفكار المتسلطة والمخاوف الشاذة واضطرابات جسمية وحركية وحسية متعددة.[1]

وبالتالي فان المرض النفسي اضطراب وظيفي في الشخصية لا يرجع إلى إصابة أو تلف في الجهاز العصبي وإنما يرجع أساسا إلى مجموعة الخبرات المؤلمة أو اضطراب علاقة الفرد مع الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه ويتفاعل معه أما المرض العقلي فهو عبارة عن خلل شامل في الشخصية وق نشاط الفرد ذاتيا واجتماعيا.

2.2.2 المرض الجسمي:

هو ضعف في الجسم ينشأ من خلل في تكوين أعضائه أو أجهزته أو عن طريق عطب يلحق هذه الأعضاء فيفسد تكوينها الطبيعي ويجعلها عاجزة عن أداء وظائفها، ربما أن كل التغيرات التي تحدث في الجسم لها علاقة بالعقل، فان المرض في الجسم له علاقة بالعقل والمرض العقلي سببه عجز بعض المراكز العصبية العليا عن أداء وظائفهما مع سلامة تكوينها وعدم إصابتها طب مادي والعكس.[2]

---

[1] مجدي محمد عبد الله، نفس المرجع السابق، ص135.

[2] محمد جاسم محمد، **مشكلات الصحة النفسية**، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2004، ص28.

3.2.2 المرض الاجتماعي:

هو عدم القدرة على التكيف مع البيئة الخارجة وتتمثل في المشكلات الاجتماعية كالانحراف والإدمان وغيره فالمرض العقلي هو اضطراب عقلي شديد وخلل شامل في الشخصية مما يؤدي إلى إعاقة الفرد ذاتيا واجتماعيا فيما يشير المرض الاجتماعي صعوبة تكيف الفرد اجتماعيا دون خلل في العقل.[1]

4.2.2 التخلف العقلي:

يعرفه دول Dull سنة 1931 على أنه حالة من عدم الاستطاعة الاجتماعية ترجع إلى التخلف في النمو العقلي، وهذه الحالة غير قابلة للشفاء.

ويتلخص تعريف دول في أن الشخص المعاق ذهنيا هو الذي يتصف بـ:

_ عدم الكفاية الاجتماعية الناجمة عن الضعف العقلي.

_ تظهر في مرحلة النمو وتستمر خلال مرحلة النضج.

_ يعود الضعف العقلي إلى عوامل تكوينية.

_ غير قابلة للشفاء.

[1] الحاج الشيخ سمية، مرجع سبق ذكره، ص 83.

ما عرف هيبر Heber سنة 1961 على أنه "حالة ينخفض فيها الذكاء العام عن المتوسط، ويصاحبها سلوكيات توافقية سيئة وتحدث في مرحلة النمو ".[1]

وتعرفه الجمعية الأمريكية على أنه:" إعاقة تتسم بالقصور الواضح في كل من الوظائف العقلية والمهارات التكيفية المفاهيمية والاجتماعية والعملية ويظهر هذا القصور قبل سن 18".[2]

أي أن التخلف العقلي يمس ذكاء الفرد مما ينتج عنه سلوكات غير متوافقة مع مرحلة نمو الفرد مع تماسك في أجزاء الشخصية، أما المرض العقلي فسواء اضطراب عقلي وخلل في الشخصية يبدو في صورة اختلال شديد في التفكير والقوى العقلية حيث يكون الفرد بذلك غير واع بنفسه وجاهلا بأسباب مرضه.

5.2.2 الإعاقة العقلية:

تتجسد الإعاقة العقلية في عدة تعريفات، حيث تعرفها الموسوعة الطبية الحديثة بأنها حالة عيب أو نقص جسمي أو عقلي يصاب به المرء ويمنعه من أن يشارك بحرية في نواحي النشاط الملائمة لعمره.

---

[1] طارق عبد الرؤوف عامر، **رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة المعاقين ذهنيا**، الدار العالمية للنشر والتوزيع، السعودية، ط1، 2006، ص97.

[2] فيصل محمد نمار مناحي العجمي، **أبعاد الإساءة اتجاه الأطفال المعاقين ذهنيا لدى كل من المعلمين وأولياء الأمور في دولة الكويت**، رسالة ماجستير ، قسم علم النفس، جامعة الكويت،2003،ص9.

كما تعرفها الجمعية الأمريكية:" بأنها تمثل مستوى الأداء الوظيفي العقلي الذي يقل عن مستوى الذكاء بانحرافين معياريين يصاحبه خلل واضح في السلوك التكيفي يظهر في مراحل العمر الثمانية الممتدة من الميلاد حتى سن الثامنة عشر.[1]

وهنا يتضح لنا الاختلاف بين الإعاقة العقلية والمرض العقلي حيث أن هذه الأخيرة التي تكون أسبابها تلف في النسيج العصبي للمخ نتيجة لإصابة معينة أو تكون وظيفية الأساس في أحداثها العوامل النفسية وهي النسبة العالية.

فالمرض العقلي حالة من الاضطراب المؤقت الذي يمكن الشفاء منه كما يحدث في أي وقت من حياة الفرد ويؤدي به إلى الانفصال عن الواقع إما الإعاقة العقلية فهي حالة تحدث أثناء النمو كما تحدث أثناء فترة تكوين الجنين وتستمر ملازم الفرد مدى الحياة.

6.2.2 الجنون:

لقد كان المصطلحان من الموضوعات التي ساد الغموض حولها لفترة طويلة فقد تساوي عند الكثير من العامة لفظ الجنون مع الأمراض العقلية وهذا خطأ واضح لأن كلمة الجنون ليس لها دلالة طبية ولا يود أي مرض في الطب النفسي يسمى جنونا.

مصطلح المجنون أصبح شائعا عند عامة الناس لكن المصطلح في جوهره قانوني أكثر منه سيكولوجيا، ولا يوصف الإنسان بأنه مجنون إلا بناء على صدور حكم من المحكمة بأنه كذلك وفقا

[1] سامي ملحم، **صعوبات التعلم**، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن، ط1، 2002، ص120.

لنصوص قانون معين والمصطلح السيكولوجي اللائق للاضطرابات العقلية العنيفة هو الذهان وتستعمل كلمة الجنون في عدد من المعاني في الحياة اليومية يغلب فيها عدم التحديد أو التعميم غير المسؤول، والمجنون بهذا المعنى شخص مصاب بعجز عقلي بعيد عن الاتصال الواقعي المادي والاجتماعي لا يعرف طبيعة أفعاله ولا يستطيع التمييز بين ما هو خير وما هو شر.[1]

3. الفرق بين الإعاقة العقلية والمرض العقلي وأسباب الخلط بينهما:

1.3 الفرق بين الإعاقة العقلية والمرض العقلي:

يخلط البعض أحيانا خاصة في الأوساط غير المتخصصة بين مفهوم الإعاقة العقلية وبين مفهوم المرض العقلي ومن هنا تتضح أهمية توضيح الفرق بين هذين المفهومين وإزالة اللبس بينهما ولتوضيح هذا الفرق وإزالة اللبس ينبغي الإشارة إلى ، من هذين المفهومين كل على حدى.

1.1.3 مفهوم الإعاقة العقلية:

تحدث الإعاقة العقلية قبل أو أثناء الولادة، وقد تحدث بعد الولادة خلال فترة النمو وقبل سن المراهقة، والإعاقة العقلية قد تحدث نتيجة عوامل وراثية أو عوامل بيئية مكتسبة بسبب مرض أو فيروس أو اضطرابات أثناء التكوين أو إصابات مباشرة للدماغ تؤثر على وظائف المخ، وتتحدد ملامح هذه الحالة في عدم السوية الوظيفية للفرد في نواحي الاكتساب والاحتفاظ وتوظيف الخبرة في حل المشكلات، والمعوق عقليا قد يولد ولديه عدم القدرة على أداء هذه المهام بطريقة سليمة وفعالة.

[1] نعيم الرفاعي، الصحة النفسية، مطبعة طوبين، دمشق، سورية، 1995، ص319.

والإعاقة العقلية ليست مرضا، وإنما هي حالة نقص في القدرة العقلية وانخفاض في درجة الذكاء عن المتوسط وانخفاض في الأداء العقلي، وهذا النقص وهذا الانخفاض يرجع إلى حالة عدم الاكتمال أو توقف أو تأخر أو نمو العقل لأسباب تحدث في مراحل النمو الأولى منذ لحظة الإخصاب حتى سن المراهقة، فقد يولد بها الطفل وقد تحدث له في سن مبكرة نتيجة عوامل وراثية أو بيئية تؤثر على المخ والجهاز العصبي للفرد مما يؤدي إلى نقص الذكاء ونقص القدرة على التعلم والتكيف.[1]

2.1.3 المرض العقلي:

يحدث المرض العقلي في أي مرحلة من مراحل العمر بلا حدود، وعادة يحدث بعد سن المراهقة، وفي معظم الحالات يحدث المرض العقلي للفرد بعد مروره بخبرة فشل في تعامله مع بعض عناصر البيئة التي يعيش فيها ، أو بعد فشل الفرد في التعامل مع أشخاص بعينهم ، أو عجز الفرد عن حل بعض المشكلات وقد يحدث نتيجة لمغالاة الفرد في طموحات ويفشل في الوصول إلى تلك التوقعات، وقد يحدث المرض العقلي للشخص الذي يشعر دائما أن الآخرين يرونه غير كفء وغير قادر على عمل معين وتكرار تلك المواقف في حياة الفرد يؤدي به إلى الإتيان بأنماط غير سوية من السلوك الانفعالي مثل الاكتئاب ، والانسحاب ، العدوانية والانطواء والعزلة و عليه فان المريض عقليا هو في الواقع شخص معوق انفعاليا ووجدانيا ونتيجة لهذه الإعاقة الوجدانية والانفعالية نجد هذا الشخص يحجم عن أداء بعض المهام التي تتطلب قدرة عقلية معينة ويعجز عن حل المشكلات التي تواجهه

[1] علاء عبد الباقي، **الإعاقة العقلية**، القاهرة، الإسكندرية، 2000، ص34.

، ويظهر عدم الكفاءة في أداء بعض الأنشطة العقلية ومن أهم ما يميز المرض العقلي انه يحدث د اكتمال نمو العقل، وقد يحدث في أي مرحلة من مراحل العمر وان العجز الظاهر في الأداء العقلي لدى الشخص المريض عقليا يرتبط بفترة المرض فقط وبعد الشفاء يعود الفرد إلى حالته العقلية السوية قبل الإصابة بالمرض العقلي.[1]

2.3 أسباب الخلط بين مفهوم الإعاقة العقلية والمرض للعقلي:

يتضح الخلط بين مفهومي الإعاقة العقلية والمرض العقلي نتيجة لتشابه في بعض الأعراض الانفعالية و العقلية التي تظهر في سلوك كل من المعوقين ومرضى العقول ، فالشخص المعوق عقليا لا يستطيع اكتساب المهارات الأساسية إلا في مراحل متأخرة من النمو ، ولا يملك القدرة اللازمة لأداء الأعمال والمهام التي تتطلب قدرات عقلية معينة ، ويفشل دائما في أداء تلك الأعمال والمهام، ونتيجة لهذا الفشل المستمر والعجز عن أداء ما يطلب منه من أعمال لا تناسب قدراته العقلية المحدودة، يصاب بالإحباط ويرى نفسه عديم القيمة لا شأن له مما يؤدي إلى ظهور بعض الأعراض الانفعالية أنه مريض عقلي لأن هذه الأعراض تشبه الأعراض الانفعالية التي تظهر في سلوك الشخص المريض عقليا والواقع أنها قد حدثت للمعوق عقليا نتيجة لتصوره العقلي.

أما الشخص المريض عقليا هو في الواقع شخص معوق انفعاليا ووجدانيا ونتيجة للمشكلات الانفعالية والوجدانية التي يعاني منها قد تظهر عليه بعض الأعراض العقلية مثل: عدم الكفاءة في

[1] علاء عبد الباقي إبراهيم، مرجع سبق ذكره، ص 35.

أداء بعض المهام تتطلب قدرات عقلية معينة وعدم القدرة على حل المشكلات وقصور في أداء بعض الأنشطة العقلية فيتوهم من يرى هذا الشخص أنه معوق عقليا.[1]

4. تصنيف الأمراض العقلية:

يمكن تقسيم الأمراض العقلية إلى قسمين: قسم الذهانيات الوظيفية وقسم الذهان العضوي.

1.4 الذهانات الوظيفية:

هي أمراض عقلية ناشئة عموما عن مصدر نفسي ولا ترجع لأي سبب عضوي وهي أنواع منها: الفصام والهوس، الهوس الاكتئابي والهذاء.

1.1.4 الفصام(سكيزوفرينا):

الفصام هو مرض ذهاني يتميز بمجموعة من الأعراض النفسية والعقلية التي تؤدي إلى اضطراب وتدهور في الشخصية والسلوك، واهم هذه الأعراض : اضطرابات التفكير ، والوجدان والإدراك والإرادة والسلوك وأول من سمي المرض بالفصام أو السكيزوفرينا هو "بويلر" عام 1911 أما معنى الحرفي فمشتق من كلمتين سكيز (Schiz) ومعناها الانقسام أو الانفصال ،

[1] علاء عبد الباقي إبراهيم، مرجع سبق ذكره، ص. ص 35، 36.

وفرينا(Phrenia) ومعناها العقل أي انقسام أو انفصال العقل حيث عرفه على أنه: " مجموعة من الأعراض الذهانية تسلك أحيانا مصيرا مزمنا وأحيانا أخرى نوبات متكررة ، ويحتمل أن تتوقف أو تتدهور هذه الأعراض في أي مرحلة ، ولكن لا يعود الفرد للتكامل السابق كما أن هذا المرض يتميز بأعراض خاصة في التفكير ، والشعور ، وعلاقة الفرد بالعالم الخارجي، والتي لا تظهر بهذه الطريقة في أي مرض آخر ".[1]

وله أنواع عديدة نوجزها في الآتي:

الفصام البسيط: ويكون الانفصال عن الواقع تدريجيا ويسير ببطء ونادرا ما يصاحب هذا المرض الهلوسات والهذيانات ويكون سلوك المريض غاية في الغرابة ولكن يمتاز سلوكه بعدم الاهتمام والانسحاب وقلة الخبرات ولذلك لو يعد هذا التصنيف موجودا ضمن الاضطرابات العصابية في كتاب DSM.1.2 .

الفصام المبكر: وقد أطلق على هذا المرض الفصام المبكر لأنه يحدث عادة في الفترة المبكرة في الحياة ويصيب الفصام المبكر المراهقين ولذلك يطلق عليه الفصام الميبوفريني أو فصام الشباب حيث يصيب الإنسان عادة في مرحلة المراهقة ويؤدي بداية إلى تدهور الشخصية وتذبذبها وعدم تكاملها وتتميز أعراضه بعدم الاستقرار والاستغراق في أحلام اليقظة والابتعاد عن المعايير والقيم الاجتماعية والسلوك الطفلي الغريب مع عدم العناية بالنظافة الجسمية.

---

[1] أحمد عكاشة، طارق عكاشة، **الطب النفسي المعاصر**، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر، الطبعة 15 ، 2010، ص 288.

الفصام الكتاتوني: يتسم سلوك المريض الكتاتوني بالاهتياج وشدة الإثارة والعنف والثرثرة ويبدو المريض كأنه فاقدا الوعي واهم ما يميز سلوك المريض اتخاذه الوضع التخشين مثل التماثل لمدة طويلة دون تعب ولا يستطيع المريض التحكم في سلوكه الجنسي وعمليات الإخراج والتبول ويصيب هذا المرض بعض الأفراد التي تتراوح أعماره من 20 إلى 45 سنة.

فصام البرانويا: يسمى هذا المرض بجنون الاضطهاد أو العظمة ويشكو المريض من كيد الناس وظلمهم له أو أن يشعر أنه أحد العظماء أو المخترعين، وتكون هذيانات المريض هنا غير متسقة وسريعة التغير، وقد تؤثر عليه الأفكار لدرجة تدفعه إلى التهجم على الآخرين أو الانتحار.[1]

الفصام الهذائي: يتميز هذا النوع بظهور هذاءات الاضطهاد والعظمة في تفكير المريض وتصرفاته ففي هذاءات العظمة قد يسمع المريض (صوت الله) أو يرى نفسه نبيا أو قديسا أو صاحب جاه وسلطان، أما في هذاءات الاضطهاد فقد يشعر المريض بشخص ما أو مجموعة من الناس تتعقبه وتريد به شرا كما قد يشعر المريض بالهلاوس التي قد تحدث بسبب فقدان الاستبصار مما يجعله عاجزا عن التفرقة بين صور ذكرياته البعيدة وبين خبراته الإدراكية التي تأتيه من الخارج.[2]

الفصام الحاد: تكون أعراضه حادة وفجائية الظهور وقد يشفى المريض منه تماما في غضون بضعة أسابيع أو قد ينتكس تكرارا وغالبا ما يتقدم المرض إلى شكل كلاسيكي.

---

[1] الشيخ كامل محمد محمد عويضة، **الصحة في منظور علم النفس**، دار الكتب العلمية، لبنان، ط1، 1996، ص ص 118، 120.

[2] سلامة منصور محمد ، نهى سعد مغازي، مرجع سبق ذكره، ص 82.

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 ويكون المريض متوافقا اجتماعيا قبل المرض.[1]

2.1.4 الهوس:

الهوس المرضي الذهاني يتميز باضطراب سلوكي يتسم بالفرح والمرح والنشاط النفسي والحركي الزائد والهياج الذي لا يسطر عليه المريض، وهو أيضا الولع الشديد بالقيام بنشاط معين أو الاهتمام الشديد، ويتخذ الهوس أشكالا متعددة مثل هوس القتل، ويتصف المريض في حالة الهوس بالتجلي والمرح فيغني بصوت عال ويرقص بعنف لينقلب هذا المرح إلى اعتداء على الآخرين بالسب أو الضرب وهناك من المرضى من تتميز حالة الهوس لديهم بتدفق سريع في الأفكار مع نشاط زائد ونشوة مفرطة.[2]

ويصنف علماء النفس مرض الهوس إلى:

الهوس الخفيف: هو أخف أنواع الهوس، تتجلى أعراضه في المرض المتوسط والنشاط المعتدل والتسرع والانشراح المبالغ فيه.

---

[1] حامد عبد السلام زهران، مرجع سبق ذكره، ص534.

[2] كامل محمد محمد عويضة، **الحياة النفسية**، ، الكتب العلمية، لبنان، بيروت، ط1، 1998، ص140.

الهوس الحاد: يكون على شكل نوبات عنيفة من الهذيان ومن أهم أعراضه السلوك الغامض والعنف والتهيج في الأفكار والنشاط الزائد المبالغ فيه ،و الهلوسات والأوهام.

بالإضافة إلى **الهوس الهذياني** ،و **الهوس المزمن فوق العادة** .[1]

وعليه يمكن القول بأن الشخصية الهوسية قبل حدوث المرض وبعده تتسم بالانبساط والنشاط والطموح وبالثقة بالنفس بدرجة عالية والرضا عن النفس مع السهولة في التهجم والعدوان.

3.1.4 ذهان الهوس الاكتئابي:

يعد الذهان عموما مرضا تقليديا وغالبا وراثيا يكون أساسه مزاج الجنون الدوري في حالات عديدة لأن بعض المرضى يصابون بهذا الاضطراب دون وجود تقلبات مزاجية مسبقة ويدرج بعض الأطباء النفسيون هذا الاضطراب كاختلال عضوي، أو وظيفي في قاعدة الدماغ "منطقة المراكز العصبية العليا" ويعرف باسم الذهان الدوري أو الوجداني ويتراوح بين المتطرف إلى الحزن الشديد.[2]

ويتضح أن شخصية المريض الذي يطغى عليه الهوس تتسم بالطموح والنشاط الزائد والاجتماعية والانبساط أما المرضى الذين يطغى عليهم الاكتئاب يتضح لديهم القلق وبخس الذات والضمير الجامد ،العدوان المكبوت.

4.1.4 الهذاء:

---

[1] فيصل محمد خير الزراد، **الأمراض العصابية والذهانية والاضطرابات السلوكية**، دار القلم، الإسكندرية، مصر ، 1984، ص140.

[2] عبد الستار إبراهيم، **علم النفس الإكلينيكي**، دار المريخ للنشر والتوزيع، المملكة العربية السعودية ، 1988، ص 53.

يطلق على الهذاء البرانويا وهو مرض عقلي فيه المريض منطقيا لكن تسيطر عليه بعض المعتقدات الخاطئة التي تؤدي به إلى الهذيان الواضح بالعظمة أو الاضطهاد ويسمى بجنون العقل ويمكن تصنيف الهذاء إلى:

الهذاء النقي أو الحقيقي: وهذا النوع من الهذاء تسود فيه أوهام الاضطهاد أو العظمة أو الهذاء الجنسي أو المشاكسة والغيرة .

حالة الهذاء: تكون أعراضه عبارة عن أوهام عابرة غير دائمة وغير منتظمة تماما ولكنها نتيجة اضطرابات الفكر وهي وسط بين الهذاء النقي والهذاء الفصام.

فصام الهذاء: يتميز بظهور هذاءات الاضطهاد والعظمة في التفكير.

الفصام المنقول(الهذاء الثنائي): حيث تنتقل الأوهام من المريض إلى شخص قريب أو متعلق به مثل الوالد والولد، الزوج والزوجة أو الأخت والأخ ، وهي حالة تقمص تنتقل عادة من الشخص المسيطر إلى الأقل سيطرة والقابل للإيحاء ويكون الشخص غالبا سيء التوافق في محيط بيئي متماثل يواجهان نفس الظروف النفسية.[1]

2.4 الذهان العضوي:

[1] حامد عبد السلام زهران، مرجع سبق ذكره، ص 544.

يرجع الذهان العضوي إلى أسباب عضوية مصدرها أما تلف في المخ أو في الأعضاء الأخرى من الجهاز العصبي و وظائفه وهناك أنواع مختلفة وعديدة من الذهان العضوي نذكر منها:

1.2.4 ذهان الشيخوخة:

يحدث نتيجة إصابة الجهاز العصبي بالضمور وكبر السن ويؤدي إلى تغيرات فسيولوجية ومن أهم أعراضه ضعف الذاكرة واضطراب التفكير والهذاء كأن يعتقد أن أسرته تحاول دس السم له، ومن حالاته ذهان الشيخوخة البسيط وذهان الشيخوخة الاكتئابي، وذهان الشيخوخة الاضطهادي.[1]

2.2.4 الذهان الكحولي:

يشير إلى مجموعة من الأعراض الفسيولوجية والسلوكية والمعرفية التي تلي استخدام مادة مخدرة أو الكحول بشكل متكرر مع الرغبة القوية في استخدامه على الرغم من أخطاره بحيث تتحكم المادة في الشخص وتكون لها الأولوية على أية التزامات أخرى.[2]

3.2.4 الزهري العصبي أو الشلل الجنوني:

ينشا عن إصابة الدماغ بالزهري ويزهر على شكل التهابات ويؤدي بصاحبه إلى التقهقر والانحلال يؤدي للعطب العقلي وتصاحبه أعراض جسمية معينة تؤدي لشلل واضطراب في النطق ومن

---

[1] ماجد بهاء الدين السيد عبيد، **الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية**، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن ، ط1، 2008، ص253.

[2] أديب محمد الخالدي، **علم النفس الإكلينيكي الفحص والعلاج**، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن،2006 ، ص320.

أعراضه العقلية الهذاءات والتذبذب والاضطراب الانفعالي فيميل المريض لتهديد الآخرين بالقتل أو إلى جنون العظمة ويصعب عليه الفهم والإدراك.[1]

4.2.4 الصرع: يرجع هذا المرض إلى اضطراب عضوي في الجهاز العصبي، ومريض الصرع يصاب بالنوبة فجأة ويذهب في الغيبوبة التامة والتشنجات الجسمية والسبات بعد الصدمة والتنبه التدريجي، وتفاجئ صدمة المريض.[2]

5.2.4 ذهان التمثيل الغذائي (الأيض): كأمراض الكبد، الكلية، السكر، البروفيل.

6.2.4 نقص الفيتامينات: نقص حامض النيكرتينيك، ب 12 ، الفوليك.

7.2.4 أمراض الغدد الصماء: الغدة الدرقية، النخامية، الجنسية، الغدة الكظرية.

8.2.4 نقص الأكسجين في الدم.

9.2.4 اضطراب الأملاح والمعادن في الجسم: البوتاسيوم، الصوديوم، ثاني أكسيد الكربون، الماء.[3]

---

[1] عطوف محمود ياسين ، مرجع سبق ذكره، ص293.

[2] الشيخ كامل محمد محمد عويضة، مرجع سبق ذكره، ص121.

[3] عطوف محمود ياسين، مرجع سبق ذكره، ص 185.

10.2.4 أمراض الجهاز العصبي : كالحمى الشوكية، عرق النسا، والحمة المخية، والشلل الاهتزازي، وارتجاج المخ والتجمع الدموي تحت الأم الجافية.[1]

تعتبر الاذهنة العضوية الناتجة عن تلف في مراكز المخ من أكثر أنواع الذهان العضوي شيوعا ولها أعراض إكلينيكية تميزها عن الذهان الوظيفي منها:

– عدم التعرف على الزمان والمكان والأشخاص، وبالتالي فقدان القدرة على معرفة مكان العمل والسكن وأحيانا الحجرات المختلفة بالمنزل ثم اختلاط الزمن عليه، بحيث لا يفرق بين الليل والنهار أو ساعات النوم.

- التوتر الشديد، والتهيج لأتفه الأسباب وعدم الثبات في مكان واحد.

– اضطرابات في التفكير واختلاطه مع تطاير الأفكار، وعدم متابعته للموضوع الواحد، بل تداخل الموضوعات بعضها مع بعض.

- اختلال الإدراك مما يؤدي إلى هلاوس سمعية أو بصرية.

-الإحساس بالخوف وعدم الاستقرار والأمن.

- القابلية للإيحاء مع تحوير وتزييف الذاكرة.

[1] احمد عكاشة، طارق عكاشة، مرجع سبق ذكره، ص 492.

- اضطراب التفكير المتكرر، وعدم ترابطه هو أهم ما يميز هذا الذهان، ويصبح أحيانا من العسير تفرقته عن الفصام أو الابتهاج.

- يتسم بالاكتئاب والهوس العضوي.[1]

5- أسباب المرض العضوي وأعراضه الإكلينيكية العامة:

5-1- أسباب المرض العقلي:

كان بعض العلماء يرجعون هذه الأمراض إلى عوامل وراثية أو صدمات عنيفة تصب الإنسان في حياته ثم تبين لهم أنه ليس من السهل إرجاع هذه الأمراض إلى سبب واحد لتعديد وتفاعل وتشابك وتعقد وتداخل عوامل كثيرة داخلية في الإنسان جسمية ونفسية وبيئية خارجية ومادية واجتماعية. هذا تداخل جعل من الصعب الفصل بين العوامل المسببة للمرض وتحديد مدى أثر كل منها فلم يعد يعتقد كما في السابق أن لهذه الأعراض سببا واحدا أو سببين، فالحياة النفسية ليست من البساطة بحيث يكون بحادثة واحدة أو صدمة واحدة وإنما ينجم عن تضافر عوامل عديدة فسيولوجية ووراثية ونفسية وأسرية واجتماعية ومادية ....

1.1.5 الأسباب الوراثية :

[1] احمد عكاشة، طارق عكاشة، نفس المرجع السابق، ص ص 473، 474.

وتتمثل في مجموعة من العوامل الوراثية وصدمات الولادة التي يتعرض لها الجنين أثناء الحمل هذه العوامل تختلف من شخص لآخر تبعا لدرجة الحساسية والتأثر والحيوية وقوة الدوافع ودرجة احتمال الإحباط والتأزم والحرمان ، وقد دلت الدراسات التي أجريت على التوائم من بويضة واحدة في النمط الأصلي الوراثي أو من بويضة مختلفة على أن العوامل الوراثية تكون من بين العوامل المهددة للإصابة بالعصاب لكن أثرها في التمهيد للذهان يكون أعمق بكثير.[1]

2.1.5 الأسباب البيولوجية:

وهي في مجملها أسباب جسمية المنشأ أو عضوية طرأ في تاريخ نمو الفرد ومن أمثلتها الاضطرابات الفيزيولوجية واضطرابات وضائف الاستقبال الحسي وخلل الجهاز العصبي المركزي وإصابات الرأس وحدوث خلل في المخ وتلف خلاياه.[2]

3.1.5 الأسباب الاستعدادية:

يقصد بها استعداد الفرد للإصابة بالأمراض العصابية ولو أن الاستعداد لا يرجع إلى أسباب وراثية أي مساهمة العوامل البيولوجية في تكوين الاستعداد، وقد اختلفت المدارس الفكرية حول هذا المضمون فيمكن القول عن وجود العوامل الاستعدادية بان نشأة ردود الأفعال العصابية ترتبط

---

[1] عبد العالي الجسماني، **الأمراض النفسية**، الدار العربية للعلوم، بيروت، لبنان، ط1، 1998، ص115.

[2] عبد الرحمن الوافي ، **الوجيز في الأمراض العقلية والنفسية**، ديوان المطبوعات الجامعية ، بن عكنون، الجزائر ، 1999، ص26.

بطبيعة تكوين الشخصية قبل العلة أو المرض ووجود سمات معينة مثل الحساسية المفرطة يؤدي أكثر إلى استهداف الفرد للانهيار العصبي إلا أنه من المؤكد أنه يرجع أولا إلى عوامل وراثية.

كما أن للأسرة دور في تنشئة الطفل بالاستعداد للإصابة بالأمراض النفسية مثلما تؤكده الدراسات بن أن نسبة حدوث العصاب مرتفعة في عائلات غير العصابيين.[1]

4.1.5 الأسباب النفسية :

هي الأسباب التي تتعلق بالنمو النفسي المضطرب خاصة في الطفولة المبكرة وعدم إشباع الحاجات الضرورية الأساسية للفرد واضطراب العلاقات الشخصية والاجتماعية ،ومن أهم الأسباب النفسية الصراع، الإحباط، الحرمان، الخبرات السيئة، التناقض الوجداني، عدم النضج النفسي الانفعالي، الضغوط النفسية، مفهوم الذات السلبي وسوء التوافق الذاتي.

ويمكن حصر الأسباب النفسية في الآتي:

- ظروف التي تؤدي إلى استرجاع أو تقوية خبرات الطفولة المبكرة أثناء عمليات التنشئة الاجتماعية التي خلقت الصراع والقلق والإحباط لدى الطفل.
- ظروف التي تؤدي إلى إضعاف العمليات الدفاعية مثل الصراع القائم بين الهو النفس غير لمتزنة صاحبة الملذات ،والأفعال للاشعورية التي تتناقض مع معايير المجتمع ،وتمنع

[1] فوزي محمد جبل، **الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية**، المكتبة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2000، ص115.

الإنسان من أي فعل يناقض هذه المعايير وأيضا الخبرات العصبية الأليمة والضغوط النفسية الشديدة والضارة...

الظروف التي تستلزم تقوية العمليات الدفاعية التي تفوق طاقة احتمال الفرد وتؤدي إلى الفشل ي 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 يتحملها الفرد.[1]

5.1.5 الأسباب البيئية:

يقصد بها البيئة أو الوسط الاجتماعي الذي يحيط بالفرد أثناء تشكيل ونمو شخصيته وتكوين علاقات والتفاعل الاجتماعي المضطرب خاصة في المجتمعات التي لا تتحكم في تطورها الحضاري السريع، فمن أهم الأسباب التي تؤدي إلى عدم توفر القدرة النفسية على التوافق مع الحياة الاجتماعية والصناعية.[2]

6.1.5 الطبقة الاجتماعية:

[1] فوزي محمد جبل، نفس المرجع السابق، ص ص 116، 117.

[2] عبد الرحمن الوافي، مرجع سبق ذكره، ص 134.

يظهر أن بعض الأمراض العقلية أكثر انتشارا في طبقات اجتماعية خاصة، مثل مرض الفصام الذي يكون أكثر انتشارا لدى الأفراد الذين يعملون في أعمال تشابه مهاراتهم أو مهارات غيرهم، وتفسير ذلك أن طبيعة هذا المرض قد يدفع به إلى الانهيار في طبقة اجتماعية.

7.1.5 الاضطرابات العضوية:

ومنها اضطرابات وظائف خلايا المخ، وينشأ هذا الاضطراب نتيجة الإفراط في الكحوليات وغيرها من السموم، تعاطي المخدرات، أورام المخ، إصابات الرأس، العدوى، نقص الأكسجين، عدم التوازن في سوائل الجسم والايونات، وفي بعض الأحيان يكون السبب في اضطرابات عضوية بالمخ أو الخبل.[1]

2.5 الأعراض الإكلينيكية العامة للمرض العقلي:

[1] مجدي احمد محمد عبد الله، **علم النفس المرضي**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية ، 2000، ص 130.

الأعراض العامة للذهان شديدة إذا ما قورنت بأعراض العصاب فأبسط أعراض الأمراض العقلية هو توقف صورة أو أكثر من صور النشاط الإنساني واعقدها تلك المتمثلة في أنماط السلوك الشاذ وتوقف جميع صور النشاط الإنساني ومن هذه الأعراض الإكلينيكية العامة نذكر :[1]

- اضطراب واضح في سلوك الفرد وتشوش في المحتوى ومجرى التعبير والتفكير فالذهاني منفصل نهائيا عن الواقع ليس لديه القدرة على الاستبصار لعلته وهو لا يشعر بمرضه ويرفض العلاج والتعاون مع الأخصائي بشدة لاعتقاده بأنه لا يعاني من أي مرض بينما العصابي يحس بمشكلته ويقبل المساعدة.
- اضطراب النشاط الحركي فيبدو البطء والجمود والأوضاع الغريبة والحركات الشاذة وقد يبدو زيادة في النشاط وعدم الاستقرار والهياج والتخريب.
- اختلال الجانب الانفعالي للمريض وتبدو في صورة تغيرات انفعالية متطرفة وتعقد طابعها وتتسم بعدم الثبات الانفعالي وتختل الانفعالات كالتالي:
- الإسراف الزائد في التشاؤم واليأس والقنوط مما قد يؤدي به إلى الانتحار.
- يبدو المريض في صورة فرح وسرور زائد دون أي سبب معروف مما يثير انتباه المحيطين به.

[1] عطوف محمود ياسين، مرجع سبق ذكره، ص 284.

- الثوران والغضب لأتفه الأسباب مع ظهور اضطرابات وجدانية متكررة من الانشراح المفرط.
- يتصف المريض بالتبلد وعدم الثبات الانفعالي غلا يحدث أي انفعال إذا ما واجه المواقف التي تثير الانفعالات وذلك لعدم استجابته للمؤثرات الخاصة بالغضب أو الخوف، الحزن أو الفرح، وعدم سيطرته على انفعالاته لأنه لا يملك القدرة على الثبات الانفعالي نتيجة المشاعر الثائرة والقلقة .
- وجود هذاءات و هلاوس ذات أساس وهمي.
- خلل عام في الشخصية والسلوك دون الاقتصار على جزء منها.
- سوء توافق واضح في التكيف المهني والعائلي والشخصي.
- عزلة وانطواء وانسحاب من المجتمع مع عدم قدرة المريض على التأقلم مع المواقف والناس.[1]

5. الخصائص العامة للمرض العقلي:

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

- المرض العقلي لا يتناول جانبا واحدا في الشخصية مثل المرض النفسي وإنما تصاب فيه كافة الجوانب الشخصية.

[1] عطوف محمود ياسين، نفس المرجع السابق، ص 284.

- ينفصل المريض عن الواقع انفصالا كليا مع إصابة الجهاز العصبي وصعوبة العلاج والشفاء حيث يكون بحاجة إلى علاج مكثف، والمريض العقلي يعارض العلاج ويرفض التعاون مع الطبيب النفسي وذلك لأنه لا يحس مطلقا بمشكلته لانعدام قدرته على الاستبصار والوعي.
- يتميز المريض العقلي بالبلادة الانفعالية والانسحاب والتفكك.
- سوء التوجه الزماني والمكاني المصحوب الهلوسات والهاءات.
- التغيرات الانفعالية الزائدة تظهر في شكل عناء أو تشاؤم دون وجود سبب منطقي أو العكس أي الشعور بالانشراح وهي الحالة المعروفة باسم الهوس الاكتئابي حيث يكون المريض مسرفا في سعادته المصحوبة بالكلام الصاخب يكثر من الضحك والنشاط الحركي الزائد.
- تلعب الوراثة والاستعدادات الجينية دورا رئيسيا في المرض العقلي.
- المرض العقلي لا يسأل المصاب به مسؤولية قانونية وغالبا ما يجب عزله حين يكون خطرا على نفسه أو الآخرين.

في بعض الحالات النادرة تتداخل الخصائص العامة للمرض العقلي مع الاضطرابات النفسية من حيث المصدر والدرجة والطبيعة والعلاج.[1]

[1] عطوف محمود ياسين، نفس المرجع السابق، ص 283.

6 - موقف الأسر نحو المرضى المصابين عقليا:

كل أسرة لديها فرد مرضى عقليا هي أول من يواجه مشكلة هذا المريض ويدرك حجمه،وكل أسرة قد تتخذ موقفا مغاير الأسرة أخرى اتجاه الابن المريض وهذا راجع إلي عدة عوامل منها المستوى الثقافي و التعليمي و المستوى الاقتصادي و الاجتماعي وصولا ذلك الجانب الديني و ماله من تأثير على موقفها،وسنحاول عرض بعض المواقف التي يمكن للأسرة أن تتخذها.\

6-1- الإنكار:

تسعى الأسرة التي تتخذها هذا إلي إنكار وجود أشقاء أو أبناء غير أصحاب فيها،مما قد يؤثر على نفسه المريض عقليا ويصعب من تكيفه الاجتماعي فيشعر بصعوبة الثقة في النفس،التباعد مما ينعكس على سلوكه الفردي في عدم العناية حتى بالمظهر العام وقد ينعكس الإنكار على المريض عقليا في الرغبة في إن ذاته بوضح في المجتمع مما يكون له أثار خاصة علي الأسرة المنكرة بما ينجو عنه رغبة في التخلص والعمل على الإبعاد و الإخفاء.[1]

6-2- الإبعاد:

[1]- محمد سيد فهمي، **السلوك الاجتماعي للمعوقين**، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2001، ص206.

قد يحاط وجود المريض عقليا في الأسرة بالسرية المطلقة فان الأسرة قد تلجا إلى إبعاد هذا الابن عن محيط ومجال الأسرة،أما بإنكار وجوده،أو إبعاد في إحدى المؤسسات في المدينة بعيدة،أو في أحد المراكز الطبية المتخصصة وذلك بغرض عدم نسبته إلى أفرادها.[1]

6-3- الإخفاء:

قد تقوم الأسرة في بعض المرات بإخفاء ابنها،أو تنجب الأم ابنا أخر تمنحه نفس الاسم حتى يظهر الشقيق السليم بدلا من ابنهم المريض،إذا كان لكمال الإخفاء وعدم الاعتراف بوجود هذا الفرد وقد تخفيه في إحدى الحجرات المهجورة بالمنزل،مما يصعب للغرباء معرفة وجوده[2]،وهذا حقا من أشبع العنف المرتكب ضد المرض المصابين عقليا.

6-4- الالتجاء إلى المشعوذات:

يلجأ الوالدين إلى معالجة الحالة بالبحث عن المشعوذين أحيانا أو أعمال السحر و الصرف على هذا المريض عقليا في مجالات غير علمية واتخاذ الوصفات الشعبية شعار لعلاج هذا المريض

---

[1]- نفس المرجع، ص261.

[2]- نفس المرجع، ص125.

و الاستغراق في ذالك [1]،و هذا يشير إلى جهل الوالدين العلمي و حتى الديني فهذا النوع من العمل هو شرك بالله و لا يجوز اللجوء إلى مثل هذه الخرافات.

6-5- الإهمال:

قد تلجأ الأسرة مباشرة أو بعد أن تنفذ محاولاتها التأهلية في إهمال المريض عقليا و عدم تقبل رغباته و احتياجاته و من هنا يتبين علامات العنف ...الخ، و النظر إليه على أنه ثقل زائد على الأسرة و أفرادها.[2]

6-6- الحماية الزائدة:

تهتم الأسرة ببنها المريض عقليا اهتماما زائدا حتى تخشى من التعرض إلى صعوبة قد تواجهه و مزيد من حمايته إضعاف ما يستحق و بالتالي لا يقدر على رفع الصعوبات أو التدريب عليها مما يفقده القدرة على تحمل المسؤولية و العناية بنفسه.[3]

7- احتياجات المرضى المصابين عقليا ومشاكلهم :

7-1:احتياجات المرضى المصابين عقليا :

---

[1]- محمد سيد فهمي، مرجع سبق ذكره، ص126.

[2]- نفس المرجع ، ص127.

[3]- نفس المرجع، ص262.

لكل فرد احتياجات متنوعة و متعددة سواء كان سليما أو يعاني من عجز أو عاهة فما بالك بالمرضى المصابين عقليا الذين يعانون من النقص في جميع احتياجاتهم و من هذه الاحتياجات التي يعانون منها نذكر

7-1-1: إحتياجات فردية:

بدنية: كاستعادة اللياقة البدنية و توفير الأجهزة التعويضية

إرشادية: كالإهتمام بالجانب النفسي و المساعدة على التكيف و تنمية الشخصية.

تدريبية: و ذلك فتح مجالات التدريب إتباعا لمستوى لمستوى لمهارات و القدرات بقصد الإعداد المهني المناسب للمرض.[1]

7-1-2: إحتياجات اجتماعية :

العلاقات: و ذلك بتوثيق ثقة المرضى المصابين عقليا و تعديل نظرة المجتمع إليهم.

التدعيمية: مثل الخدمات المساعدة التربية و المادية و إستمارات الانتقال و الاتصال و التواصل بينهم و الإعفاءات الضريبية و الجمركية.

---

[1]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية، 2002، العدد34.

الثقافية: توفير الأدوات و الوسائل الثقافية و المجالات المعرفة.

الأسرية: تمكين المرضى المصابين عقليا من الحياة الأسرية الصحيح.[1]

7-1-3: إحتياجات مهنية:

توجيهية: تهيأة سبل التوجيه المهني المبكر و الإستمرارية فيه لحيت انتهاء عملية التأهيل .

محمية: إنشاء المصانع المحمية من المنافسة لفئات المرضى المصابين عقليا حيث يعتذر إيجاد عمل لهم مع الأسوياء.

اندماجية: توفير فرص الاحتكاك و التفاعل مع بقية المواطنين جنبا إلى جنب.[2]

7-2: مشاكل المرضى المصابين عقليا :

مع تعدد الاحتياجات المرضى المصابين عقليا تعدد مشاكلهم كذلك و التي تؤثر على سير حياتهم الطبيعية و في هذا الصدد نحاول ذكر أهم المشاكل التي يعانون منها:

---

[1]- محمد سيد فهمي، مرجع سبق ذكره، ص147.

[22]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية، 2002، العدد34.

7-2-1:اقتصادية:

- تحمل الكثير من نفقات العلاج.

- أ انقطاع و انخفاض الدخل الخاص إذا كان المريض هو العائل الوحيد للأسرة حيث إن إعاقته تؤثر في الأدوار التي يقوم بها.

i- قد تكون الحالة الاقتصادية سببا في عدم تنفيذ خطة العلاج.[1]

7-2-2: اجتماعية:

- المشكلات الأسرية: إن مرض الفرد هو مرض لأسرته في نفس الوقت و وضع المريض عقليا في أسرته يحيط بعلاقاتها قدرا من الاضطراب طالما كانت إصابته بالمرض تحول دون كفايته لأداء دوره الاجتماعي بالكامل.

- المشكلات التروحية: إن العاهة تؤثر في قدرة الفرد على الاستماع بوقت الفراغ حيث تتطلب منه طاقات خاصة لا تتوفر عنده.[2]

---

[1]- محمد سيد فهمي، مرجع سبق ذكره، ص60.

[2]- محمد سيد فهمي، مرجع سبق ذكره، ص162.

7-2-3: تعليمية:

- مشكلات المواصلة: و يعد دور التعليم و التدريب عن مقر الإقامة أحيانا و صعوبة الوصول إلى الفصول الدراسية بالأدوار العليا بالمدارس.

- نظرة الآخرين للمرضى المصابين عقليا و انعكاس ذلك على سلوكه الذي يمكن إن يكون انسحابنا أو عدوانيا مما يؤثر على استعاب دروسه و تحصيله.[1]

7-2-4: نفسية:

- الشعور الزائد بالنقص و هو اتجاه يحمل صاحبه على الاستجابة بالخوف الشديد و القلق و الاكتئاب و شعر الفرد بأنه دون غيره و ميله إلى التقليل من تقديره لذاته خاصة في الواقف الاجتماعية

[1]- رمضان محمد القذافي، سيكولوجية الإعاقة، الجامعة المفتوحة، ليبيا، 1994، ص188.

التي تنطوي على التنافس و النقد و قد ينشأ من تعرض الفرد لمواقف كثيرة و متكررة تشعره بالعجز و الفشل.

– و هو يخلق النمط الذي يتقبل قضائه و يستكين إلى الواقع و كذلك نمط أخر فقد احترامه لنفسه حيث يجد في عاهاته حجة لكي يتخلص من دوره في أسرته و مجتمعه.

– عدم الشعور بالأمن و الاطمئنان نحو حالة الجسمية فهو لا يقدر على الوثب و الجري كما لا يشعر بعدم الاطمئنان للغير.

2-5: طبية:

- طول فترة العلاج الطبي و تكاليف هذا العلاج.

– عدم انتشار مراكز كافية للعلاج المتميزة للمرضى المصابين عقليا بمستشفيات خاصة تراعي ظروفهم و مشاكلهم

- عدم توفير المراكز المتخصصة للعلاج.[1]

[1]– إقبال إبراهيم مخلوف، **الرعاية الاجتماعية والخدمات للمعوقين**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1999، ص65.

8- تناول بعض الصحف الجزائرية لموضوع العنف علي المرضى المصابين عقليا.

8-1- الصحف الجزائرية

- لقد تطرقت بعض الصحف في الجزائر لموضوع العنف ضد المرضى المصابين عقليا و هذا ما يدل إلا على أن هذه الفئة يرتكب عليها جميع أشكال العنف نظرا لضعفها و عدم درايتها بما يحدث بها و عليه فقد حررت جريدة "صوت الأحرار" عنوان حول هذا الموضوع بـ"منتهكو أعراض المجانين يفلتون من العقاب" و ذلك نشر يوم 6 ماي 2009 حيث جاء فيه أن شريحة المصابين بالأمراض العقلية تتعرض في مجتمعنا لشتى التجاوزات وعلى رأسها الاعتداءات الجنسية من قبل المحارم والأقارب قبل الأجانب ، خاصة فئة الإناث وذلك لاعتقادهم بأن المريضة عقليا لا تعي ما يفعل بها كما أنها لا تبلغ عن الجاني وإن فعلت فلا أحد يصدقها ،وبالتالي فالجناة يفلتون من عقاب المجتمع والقانون أيضا .وهو ما يجعل فئة المرضي المصابين عقليا إناثا وذكورا أكثر الفئات المستهدفة من طرف بعض المنحرفين وعلى رأسهم الأقارب والمحارم حيث يتعرضون للعنف أشكالا وألوانا ولعل أقساه هو الاغتصاب والاعتداءات الجنسية من طرف بعض منعدمي الضمير والإنسانية وهذا ما تدلى به:

- أنيسة فتاة شابة في السادسة والعشرين من العمر تعاني من مرض عقلي شديد ،لكنها تتمتع بجمال ملفت للانتباه في نفس الوقت وهو ما جعلها محل أطماع الكثير من رجل الحي الذي تقطن به وأوقع أهلها في حرج شديد ،بحيث وجدوا أنفسهم بين نارين ،سجن أنيسة بين جدران البيت وتحميلها هما آخر فوق هم المرض العقلي مما قد يزيد حالتها سوء بسبب الضغط المتواصل الذي تتعرض إليه خاصة من طرف أشقاءها،

وتروي أم أنيسة مأساتها مع االمرض العقلي لابنتها قائلة :"ليتها كانت معاقة حركيا حتى تحبسها الإعاقة في البيت وأرتاح من مشاكلها التي لا نهاية لها ، أو كانت قبيحة على الأقل حتى لا تلفت انتباه أحد لأن الجمال الذي يعتبره الناس نعمة هو في الحقيقة نقمة عليها وعلينا، لأن بعض الرجال منعدمي الضمير لا يرحمون ضعيفة أو متخلفة في سبيل إرضاء نزواتهم الوضيعة حتى وإن كان ذلك على حساب عائلة بأكملها . فقد اكتشفنا بعد فوات الأوان بأن أنيسة وقعت ضحية عدة اعتداءات جنسية وكانت لا تتحدث عنها لأحد لأنها ربما لا تفهم ما كانت تتعرض له أم أن الفاعلين كانوا يهددونها بألا تتكلم.

المهم أننا علمنا بعد أن وقع الفأس في الرأس بأنها لم تتعرض للاغتصاب فحسب، بل كانت مستغلة جنسيا من طرف اثنين من جيراننا ، أحدهما متزوج وأب لأبناء في سنها . الواقعة كانت مؤلمة جدا وكادت أن تؤدي بأولادي إلى السجن .والخطر مازال وسيبقى قائما.

- ومأساة سارة لا تقل عن أنيسة ، بل أنها أدهى وأمر لأنها تعرضت للاستغلال الجنسي من طرف أقرب الناس إليها ,بعد أن تحول حاميها إلى حراميها لأنها تعرضت لاعتداءات جنسية متكررة من طرف خالها وزوج أختها . وهي الفتاة البريئة التي لا تفقه شيئا في الحياة ،وبالنسبة لعائلة سارة فإن وقع الحادثة كان أمر بالنظر إلى الفاعلين، لأنه أدى إلى تفكك أسرة بسبب نزوات حيوانية وضيعة وأنفس غير سوية وغياب تام للضمير الإنساني (وهذا ما عرجنا عليه في الجانب الميداني لدراسة و كان هذا في الحالة الأولى للمدعوة طومة و التي تعرضت لاعتداء جنسي) .

وليست الانثيات فقط من تتعرض للاستغلال الجنسي البشع بل الذكور أيضا للأسف ومن كل الأعمار .

– وهو ما تألمت له الحاجة فاطمة والدة الطفل المريض البالغ من العمر 26 سنة ، لكن عقله الصغير بقي صفحة بيضاء والبراءة التي تشع من وجهه الطولي البريء لم تشفع له لدى بعض شياطين الإنس الذين استغلوه جنسيا في أحد أقبية الحي . ورغم اكتشاف والدته للأمر وانتقامها من الفاعلين إلا أنه من الصعب جدا حمايته من أمثال هؤلاء تقول الحاجة لأنها لا تقوى على متابعته في كل مكان بقصده أو يذهب إليه ،حتى لما حاصرت خروجه من البيت شعرت أنها تسجنه وأنها لا يحق لها ارتكاب ذلك في حقه.وقد تكرر هذا الجرم في حقه مرات عديدة أصيب على إثرها بعقدة اتجاه الرجال .فصار لا يرتاح إلا لوجود النساء حوله . ولم المجرمين طالما أن القانون لا يثبت في غالب الأحوال

– و كذالك أشارت جريدة "البلاد" عن تعنيف المرضى المصابين عقليا تحت عنوان "المجنونات"الذي نشر يوم 9 أكتوبر 2011 حيث أكدت أن الكثير من المرضى المصابين عقليا يتعرضنا للعنف و هذا ما أدلت به الضحية

- فوزية ابنة ال 22 ربيعا، بعيدا عن جنونها، بعيدا عن عصبيتها التي تولدها نظرة المجتمع لها، وبعيدا عن كل المقاييس الجمالية، كانت أنثى أو بمعنى آخر كان لها ما يمكن للرجل أن يساويها مع باقي البشر العقلاء، استدرجتها مجموعة من الشباب إلى متجر أحدهم، وتداولوها بينهم، تعرضت لاغتصاب فظيع من قبل 10 رجال ألحقوا بها أضرارا بالغة وتمزقات عديدة بالرحم ثم رموها كما يرمون أي كلب قذر ولولا رحمة القدر التي زرعت في بعض البشر لكانت مثل أي قطعة في ليلة مظلمة باردة وقاسية قساوة من يلفظون مثل هذه الفئة، شوارعنا ليست آمنة، وهذا ما أدركته فوزية اليوم، وقد عادت لأحضان أسرتها بعد أن عانت التشرد في الشوارع هي اليوم رهينة القيود بالرغم من أنها أضحت تخاف الخروج خوفا من وحوش برية ستجدها خلف باب منزلها إلا أن والدتها دائما تقيدها لئلا تغادر المنزل وتأتي بفضيحة أخرى قد لا يمكن درؤها لأنهم عائلة فقيرة ولا يمكن أن يتحملوا مصاريف (وهذا ما

تقدمنا به فى البناء النظري لدراسة حول أشكال العنف التي يتعرض لها المرضى المصابين عقليا و من بينها العنف الجسدي و الجنسي إضافة إلى الفقر الذي تطرقنا به في أسباب العنف التي تساهم في تعنيف المرضى المصابين عقليا متمثلة في الأسباب الاقتصادية).

– كما أكدت بعض الصحف أن الانهيار العصبي دافع أكيد للمرض العقلي حيث أشارت أن الضغوطات الاجتماعية التي يتعرض لها الفرد تؤدى به إلى المرض العقلي ولا تختلف وضعية الكثير من المرضى الذين تعرضوا لضغوط إجتماعية عن الآخرين، حيث علمنا من أحد الأزواج أن الانهيار العصبي الذي تعرضت له زوجته بعد وفاة إبنتها كان سببا في إصابتها بمرض عقلي أدى بها إلى المكوث في المصحة العقلية.(و هذا ما أدلينا به في الجانب الميداني لدراسة متمثلة في الحالة الثانية أن المبحوث تعرض إلى انهيار عصبي نتيجة للضغوطات الإجتماعية مما أدى به إلى الانتحار)

– كما أكدت نفس الصحيفة أن المرضى المصابين عقليا يتعرضون للاستهجان و السخرية و العنف فظي و العنف الجسدي من طرف الأصحاء عند تجوال الطاقم الصحفي في شوارع العاصمة شاهدوا أن أحد أصحاب المطاعم رفض تقديم وجبة مجانا لأحد المرضى العقليين وقد انهال عليه بالضرب، ليطرده بالقوة بالرغم من أنه لم يلحق به الأذى فبالرغم من أن بعض المجانين المتواجدين بالشوارع لا يلحقون الأذى بغيرهم إلا أنهم لا يسلمون من التصرفات التي تبدر من المارين اتجاههم، والتي لاحظنا أنها تثير غضب الكثير منهم ففي حي بلكور، تفاجأنا أن بعض الشباب يلتفون حول أحد المرضى العقلين كما يطلقون عليه ألقاب غير لائقة ولا يتركونه سالما بل يتعمدون جرح مشاعره ويسحرون منه بهدف إضفاء جو من الضحك، لكن ما استغربنا له أنه يمتلك ثقافة تفوق الأشخاص العاديين بعدما علمنا أنه يجيد أربع لغات، وقد كان وقت سابق أحد الأساتذة إلا أن موت زوجته كان سببا في مرضه،

– في حين علمنا من أبناء حي العافية، عن المريض العقلي الذي يدعى "قاصة" والذين تفاجئوا لإصابته بالمرض العقلي بشكل مفاجئ بعدما كان من بين أصدقائهم المفضلين، حيث كشف لنا أصدقاؤه أن خطيبته التي تخلت عنه بعد علاقة حب دامت لسنوات و ارتباطها بأخر كان سببا في مرضه .ا ما تقدمنا به في البناء المنهجي حول أشكال العنف التي يتعرض لها المرضى المصابين عقليا متمثلة في العنف الفظي و العنف الجسدي و العنف الرمزي إضافة إلى الوصم إجتماعي الذي عرجنا عليه في المقابلة السوسيولوجية أما في الجانب الميداني فقد أدلينا أن المبحوثين يتعرضون لعلامات الاستهجان و الصخرية والعنف الجسدي واللفظي و الرمزي متمثلة في الحالة الأولى "طوما"والحالة الثانية"شيحاواوا"والحالة الرابعة" بريش"والحالة الخامسة "الغامل" والحالة السادسة "البطة "أما الحالة السابعة فشبهة بحالة "قاصة"وهي الفراق عن الفتات التى أحبها فولدت له ضغوطات نفسية تحولت إلى مرض عقلي).[1]

1- http :// www.manar.com. 22.04. 2015./17:58

خلاصة الفصل:

ونتيجة لذلك نستخلص في الأخير مما سبق ذكره أن المرض العقلي يتناول كافة الاضطرابات الانفعالية والسلوكية والجسمية والاجتماعية والشخصية بصفة عامة، وتظهر بحالة من الشذوذ وانعدام التوافق يميزه اختلال شامل وخطير في الشخصية، ويظهر على مستوى القدرات العقلية والعجز عن ضبط النفس ورعايتها رعدم الوعي بأسباب المرض ورفض العلاج.

وهذا ويبقى تعريف المرض العقلي دائما يحمل نوعا من الغموض لأننا نجده يتأثر نوعا ما بالثقافة سواء من الناحية السببية أو التفسيرية، لأنه ليس نتاجا لعوامل نفسية أو بيولوجية أو اجتماعية فقط بل نتاج لتفاعل معقد ومتشابك لهذه العوامل.

i

الفصل الرابع :الجانب الميداني لدراسة

1 – العرض و التأويل السوسيولوجي للفرضيات و الاستنتاج العام

1- 1 – عرض الحالات

بيانات عامة تاريخ المقابلة:02-04-2015

الحالة رقم : 1 مكان المقابلة:أمام المنزل

بيانات خاصة بالمريض: مدة المقابلة:25د

الجنس:أنثى

السن:38

المستوى التعليمي: متوسط

الحالة المدنية:

المهنة :عزباء

نوع المرض:إظطرابات نفسية تطورت إلى مرض عقلي

تاريخ المرض:1998م

بيانات خاصة بأخ المريض:

الجنس:ذكر

السن :35

المستوي التعليمي:ابتدائي

الحالة المدنية :أعزب

عدد الأولاد:/

المهنة :أعمال حرة

الحالة الاقتصادية:متدنية

طبيعة المسكن:حي شعبي

✓ **الفرضية الأولى :**

أختي حكمها المرض العقلي كي كان في عمرها عشرين عام،أختي كانت تعيش معانا فالدار وحبست القرايا كي كان في عمرها خمسة عشر عام بسباب الـ روف الإجتماعية والإقتصادية السيئة على خاطر بويا الله يرحمو هو فاني مريض عقليا ،قعدت ختي فالدار تى حكمتها صدمة نفسي بعد زاد عليها الحال حتى مرضت في عقلها ،فالأول ماعرفناش باللي حالتها خطيرة احنا قلنا مجرد مشاكل نفسية وضغوط إجتماعية برك اديناها ارقينالها واديناها حتى للشوافات كاين اللي يقولنا عندها مس وكاين اللي يقولنا راهي مسكونة

ماديناهاش للطبيب تاع الأمراض العقلية لمعرفتنا المسبقة بأن هذا النوع من الأمراض لايشفى واحالتنا الاقتصادية اللي ماتسمحش، حاولنا إدخالها بعدها الى مصلحة الأمراض العقلية بسبيطار جوانفيل بالبليدة بصح بمجرد الدخول والخضوع للرعاية الطبية ويطالبونا باه نخرجوها بصح بمجرد خروجها شيئا فشيئا ترجع حالتها الى قبل ما ندخلها إلى المصلحة مانكذبش عليك أنا خدام بذراعي نهار كاين ونهار ماكاينش خاوتي كيف كيف أبي قبل مايموت كان حتى هو مريض عقليا لو كان كان كاين غير شوية وجد ختي ماتوصلش لهادي الحَالَةُ اللى راهي فيها صافي ثلاثة خاوة كلنا فوق ثلاثين عام واحد فينا ما هو متزوج وعندنا الضيق فالدار حتى لدوكا باه رانا نبنو، لواحد لاهي في همو الشهرية اللي نصورها

ياربي تكفينا للماكلة والفاطورة تاع الماء والتريسينتي والدوا خطرا نشريلها وخطرا مانشريلهاش.

✓ **الفرضية الثانية :**

تقضي ختي قريب كل اليوم برا غير فالليل تجي ترقد، فأختي معروفة في كامل

الكارطيات معروفة باسم طومة والكل يعرفو عائلتنا من خلالها ومن خلال بويا لمريض الله يرحمو نعم هذا يؤثر على سمعة العائلة نوعا ما لأنَ العائلة تدفع ثمن مرض وليدها ايه خطرات نكون فايت نتلاقى بختي برا على الزهر واحد بعض الذراري مدورين بختي ويتمسخرو بيها ويضحكو عليها ويديرو وحد التصرفات اللي تزعجها وحتى منهم من يقوم بتصويرها وتسجيل فيديوهات توعها اومبعد يديروها فالفايسبوك مما ادى بيا إلى ضربها وزجرها حتى لاتخرج من الدار لكن ضربي الشديد لها وخواتي ثاني ،زعفت وهربت مدار وقعدت سنين ماشفناهاش وماكانش على بالنا وين راهي حتى قالولنا بلي كانت في وهران ورحنا جبناها لكن ثم استغلوها وحطمو لها الشرق انتاعها وشغلوها في الكباريهات هاذي الحالا زادت في تفاقم المرض تاعها، مانكذبش عليك حنايا مايجوش لينا الضياف بحكم مرض ابي واختي بمرض عقلي وعندما يعرضونا لمناسبة نروح ليهم دون اصطحاب اختي المريضة.

✓ **الفرضية الثالثة:**

ختي ماتصنتش، الحاجة اللي نقولها ماتديريهاش اتديرها ،نقوللها ماتخرجيش مالدار حتى اها برا ،ختي مانعطيولهاش الدوا حتى يزيد عليها الحال وتسخن نديوها لجوانفيل باه يكالميوها ،شوف جيرانا اللي قراب لينا يقادروها بصح الناس اللي بعاد شوية يعايروها ويتالبوها وين تروح ،أنا خوك معامن تهدر أنا عييت يلا ولا كل واحد يخلط فيها نفاتنو راني نفاتن كامل الغاشي وكي شفتها هاكاك بديت نخرج زعافي فيها ونقوللها قلتك ماتخرجيش على خاطر هي تكون مليحة شوية بصح كي يخلطو فيها يزيد عليها الحال

،مانكذبش عليك مانقدرش نقوللك ويلا راهم يحرثو عليها ولا لالا ولا راهم يعطولها كاش حاجة ماشي مليحة تاكلها كيما المخدرات على خاطر ماتقعدش قريبة مالدار بصح خطرات يجيو الغاشي ويقولولي لقينا ختك تخدم عند وحد السيد وخطرات يقولولي لقيناها مع وحدين يعطيولها تتكيف فالدخان ،ومن قوة الحقرة اللي يحقروها حتى ولاو يقولو الناس باللي طومة واعرة وتضرب بصح هي اتدير هاكاك غير باه تدافع على روحها.

✓ **بعض الملاحظات على الحالة الأولى:**

-طويلة القامة.

-قوية البنية .

-في غالب الأحيان تحمل قفة أو قفتين تضع أغراضها وما تحصل عليه في تجوالها في الشارع وعلى المحلات.

-لديها نظر حادة لكل من يطيل النظر إليها أو يحاول التقرب منها.

-تتكلم بسرعة كبيرة وتمشي مهرولة،وكثيرة التجوال.

-تتكلم بلغة الأوامر وتتكلم بصوت مرتفع.

- تتناول الأكل في الشارع وأمام المحلات.

✓ **التأويل السوسيولوجي للحالة الأولى:**

✓ **الفرضية الأولى:**

- توقفت الإبنة المريضة عن الدراسة في سن مبكرة جدا (كما صرح أخ المريضة) بسبب الظروف الإجتماعية والإقتصادية السيئة للعائلة،هذا ما سبب لها صدمة نفسية لم تستطع تحملها،ولم تستطع أسرتها تقديم العلاج النفسي لها في غياب المعيل الحقيقي لها ألا وهو

لأب والذي هو الأخر مصاب بمرض عقلي، لتتطور فيما بعد حالتها إلى مرض عقلي خطير (هذا ما تناولناه في الجانب النظري من خلال أسباب المرض العقلي).

- المريضة إلى الرقاة دليل على أن العائلة بدأت مرحلة علاجها لإبنتها بأقل الطرق تكلفة من الناحيتين الإقتصادية و لإجتماعية فمعروف أن الرقية لا تتطلب أموال باهظة بل هناك من يرقون بالمجان بالإضافة إلى الهروب من الضريبة الإجتماعية التي تدفعها العائلة لمجرد أخذ المريضة إلى الطبيب النفساني من خلال وصم المريضة بالجنون مما ينعكس على سمعة العائلة.

- أخذ عائلة المريضة لإبنتهم إلى الدجالين بدلا من عرضها على الأخصائي في الأمراض العقلية دليل على نقص إيمانهم وغياب المقومات الإقتصادية التي تجعلهم يخوضون غمار العلاج الطبي المتخصص (هذا ما تطرقنا إليه في ذكرنا لموضوع الإلتجاء إلى المشعوذات كموقف من مواقف الأسر نحو المرضى المصابين عقليا).

- قيام الأسرة إدخال المريضة إلى المصحة العقلية العمومية بدلا من الذهاب بها إلى طبيب خاص مختص في الأمراض العقلية دليل جز الأسرة ماديا لأنه كما هو معروف أن هذا النوع من المستشفيات يقدم العلاج المجاني للمرضى.

- تحسن حالة المريضة عند إدخالها إلى المستشفى وتدهور حالتها النفسية والعقلية بمجرد روج منه دليل على الإهمال الطبي للمريضة من قبل العائلة وتقصير منها في علاج المريضة بسبب الوضعية الإقتصادية التي لا تسمح بتوفير الدواء بانتظام باعتباره باهظ الثمن.

✓ **الفرضية الثانية:**

- العائلة لإبنتهم المريضة دون رقابة بعيدا عن المنزل طوال فترات اليوم ناجم عن التخلي الضمني عن إبنتهم وحرمانها من الرعاية الأسرية في ظل الغياب المعنوي للأب

بحكم مرضه العقلي وإهمال الإخوة لها لرغبتهم في مواصلة حياتهم الإجتماعية كما كانت عليه قبل إصابة إبنتهم بالمرض العقلي.

– العائلة معروفة في الوسط الإجتماعي التي تسكن فيه بإسم إبنتها المدعوة " **طومة** "دليل على معاناة الأسرة وإبنتهم المريضة من الوصم الإجتماعي الذي يحول دون تقدمهم ومواصلة حياتهم الإجتماعية بصورة طبيعية .

- المضايقات التي تتعرض لها المريضة في الشارع من خلال السخرية منها وإستغلالها للتسلية ونشر صورها في الشبكة العنكبوتية دليل على التنصل من المسؤولية من قبل الأهل وغياب الحماية العائلية لإبنتهم وتركها تعاني وحيدة بدلا من مشاركتها مأساة المرض ومأساة رفض المجتمع لها ،رغبة من الأسرة بالظهور وكأنها ليست إبنتهم.

– قيام أخ المريضة بضربها وعقابها على خروجها من البيت و رغبته في حجزها في البيت ند إرادتها دليل على عدم تفكيره في مصلحتها بل لرغبته في لتحقيق السلم الإجتماعي مع المجتمع.

✓ **الفرضية الثالثة:**

- ب أخ المريضة لأخته بسبب سلوكات يراها هو عنيفة دليل على عدم فهمه للخصائص المرضية لهذا النوع من المرض.

– تصريح أخ المريضة بأنهم لا يأخذونها للعلاج إلا عندما تتفاقم حالتها المرضية دليل على أنهم هم السبب في جعلها تهيج وتقوم بسلوكات عدوانية.

– تقوم المريضة بسلوكات عنيفة نتيجة إستثارتها من طرف الأخرين تكون سببا في تعنيفها مرة أخرى بسبب تلك السلوكات التي لم تكن هي سبب فيها.

بيانات عامة: تاريخ المقابلة:05-04-2015

الحالة رقم : 2 مكان المقابلة:أمام المسجد

بيانات خاصة بالمريض: مدة المقابلة:22د

الجنس:ذكر

السن:42

المستوى التعليمي :متوسط

الحالة المدنية :متزوج

عدد الأولاد:1

المهنة:/

نوع المرض : صدمة نفسية تطورت إلى مرض عقلي

تاريخ المرض:2000م

يانات شخصية حول أب المريض:

الجنس :ذكر

السن:65

المستوى التعليمي:أمي

الحالة المدنية:متزوج

عدد الأولاد:8

المهنة:متقاعد

الحالة الإقتصادية:ضعيفة

طبيعة المسكن:حي قصديري

✓ **الفرضية الأولى:**

وليدي مرض كي كان في عمرو ثمانية وعشر عام ،مرض بهذا المرض،كان يخدم فليجوندارم، خدم فيها ثمن سنين وامبعد حقروه فالكازيرنة ايا ضرب هاذاك اللي حقرو وخرجوه من خدمتو ممبعد حكماتو صدمة نفسية حتى مرض ورجع كيما هاك وضركا راهو عايش معانا فالدار ،إيه ادیناه للطبيب واعطالو دوا يتبعو ، مانكذبش عليك قعدنا شوية باه ادیناه للطبيب احنا قلنا ضرك يريح ضرك يبرا هذا كي كان المرض يبان عليه غير شوية تى زاد عليه الحال وكي كونو الدراهم قلال تتردد بزاف قبل ماتديه للطبيب وأنا عايلتي كبيرة والشهرية انتاعي قليلة وماتكفيش كامل الشهر فما الك نزيدولها المصروف تاع الطبيب والدوا وأنا فالحقيقة قاطع لياس باللي وليدي يبرا على خاطر ماهوش مرض اللي يبرا قبل مايمرض وليدي كان يعاوني في مصروف الدار بصح ماللي مرض خلاص كل شيء ووليدي عندو كارطة بجيب بيها الدوا باطل بصح المشكلة أ الدوا خطرات مايكونش كاين.

✓ **الفرضية الثانية:**

وليدي يفوت نهارو كامل برا يدور حتى يلحق الليل باه يدخل ،وليدي يعايروه " **تشي حاواوا**" والناس كامل تعرفو بهذا الإسم ويعرفونا حنا بيه ،إيه مام ولادي وبناتي الصغاريقولولهم هذي خت تشي حاواوا في ليكول وبرا ،إيه فالاول كانو خاوتو يفاتنو اللي يعايروه ويضربوه بصح اللي مكانش كيفاه يوصلوا ليهم بصح ممبعد كرهوا واعياو،مانكذبش عليك انا كي يكون وليدي فالدار نتهنا باللي راهو قدامي ومكانش اللي راهو يخلط فيه بصح كي يجو لينا الضيوف نخرجوه برا على خاطر لو كان يشوفوه ولو كان كاش مايديرلهم ماراهمش رايحين يعاودو يرجعو لينا وخطرات كي يجو الجوارين يشتكو لي منو برا نحكموه فالدار ومانخلوهش رج برا على خاطر دارلنا المشاكل بزاف مع الجوارين،هوا كي يخلطوا فيه يدافع على

روحو وهوما يقولوا هو مريض وهو اللي راهو يضربنا على ذاك الشي ماندوهش معانا للفاميلا على خاطر ويلا خلطوا فيه مانضمنلكمش واش راهو رايح يدير لهم.

✓ **الفرضية الثالثة:**

إيه وليدي خطرات يبغي يخرج فالليل ويجيب معاه الكلاب ويبغي يدخلهم للدار ،بالخصوص كي مايكونش كاين الدوا ويزيد عليه الحال،مانكذبش عليك نوصلو حتى نضربوه ويلا ماحبش نربطوه ونبلعولو فمو باش نسكتوه ،كاين وحد الجوارين ربي يهديهم دايرينو باه يجيبوا بيه الوقت وكاين اللي يصوروه ويديروه في لانترنات ،بصح معامن تهدر وليدي مايقدرش يعرف شكون اللي ضربو ولا تمسخر بيه وحتى كي يقولك على واحد وتروح تقابلو هذاك السيد يقوللك مكانش منها ،واش ندير نهدروا مع الصحاح ولا مع المرضى ،مانكذبش عليك هوما سبابو وهوما اللي زادوا هبلوه ،كاين حتى اللي يحرثوا عليه،يطلعلهم البريك ويحفرلهم وكاين اللي علمو يتكيف الكيف حتى حكمت عليه الزطلة وبدا يشرب الشراب ويجيني سكران للدار ومن الوقت اللي يخرج مالدار وهوما تشي حاواوا تشي حاواوا ،وامبعد هو يبدا يسب فيهم وكي تهدر معاهم يقولولك هو اللي سبنا ،وكان يقولنا زوجوني زوجوني أيا حنا قلنا كي يتزوج يصيب روحو أيا زوجناه. وزادت عندو طفلة ودخل يخدم في وحد الشركة بصح مرتو ممبعد دارت عليه وماحبتش تقعد معاه وبدات اتديرلو فالمشاكل وحقراتو أيا حنا حاوزناها لماليها احنا قلنا بالك ضرك ترجع لعقلها ،وزادو خرجوه مالخدمة وبدا يقولنا رجعولي مرتي رجعولي مرتي ومالزعاف تاع المرا والخدمة واحد النهار كي رجعت للدار حتى لقيتو مجيف روحو بالكوردة فالدار ،ربي يرحمو ،مانكذبش عليك الغاشي هوما سباب وليدي ،في بلادنا كي يمرض الواحد يزيدوا يكملوا عليه ماشي يعاونوه.

✓ **بعض الملاحظات على الحالة الثانية:**

- طويل القامة ضعيف البنية.

- يدخن كثيرا ويتعاطى المخدرات.

– لا يتوقف عن التكلم أثناء سيره سواء مع نفسه بصوت مرتفع ليسمع الآخرين أفكاره أو يتكلم معهم مباشرة.

– يسير لمسافات طويلة يوميا.

– يرتدي ملابس عسكرية بالية في الغالب ويدعي معرفته لشخصيات نافذة.

– يضع سماعات في أذنيه.

- يستعمل السب والشتم في إبداء تذمره من بعض الأمور.

ملاحظة:

– هذه الحالة متوفاة (الإنتحار).

✓ **التأويل السوسيولوجي للحالة الثانية:**

✓ **الفرضية الأولى:**

– حسب تصريح المبحوث أن بن أصيب بالمرض نتيجة لإصابته بصدمة نفسية وذلك لتصريحه من عمله في الجيش نتيجة تعديه على عسكري لأنه قام باضطهاده (وهذا ما يتطابق مع ما تناولناه في الجانب النظري من خلال عرضنا لأسباب المرض العقلي).

- تأخر العائلة في عرضه على أخصائي الأمراض العقلية كان نتيجة لاستهزائهم ولعدم معرفتهم بحقيقة المرض العقلي، وأيضا النظرة الخاطئة للمرض على أنه مرض لا يشفى (وهذا ما استنتجناه خلال عرضنا لدراسة الحاج الشيخ سمية،التصورات الاجتماعية لمرض العقلي لدى الأطباء).

– عدم توفير الدولة الدواء بانتظام يصعب من عملية العلاج بنجاح.

✓ **الفرضية الثانية:**

- ترك العائلة لإنها خارج البيت طول النهار دليل على الإهمال وعلى رضاهم بأن إبنهم بعيد عن المنزل ولا يسبب لهم المشاكل.

- مناداة إبنهم المريض من طرف المجتمع باسم "تشيحاواوا" دليل على العنف الرمزي ضده ومعرفتهم للعائلة باسم ابنهم دليل على الوصمة الاجتماعية لعائلة المريض.

- إخراج الابن من المنزل عند مجيء الضيوف دليل على خوف العائلة من فقدان مكانتها الاجتماعية ما تناولناه في الجانب النظري من خلال التعرض لموقف الأسرة نحو المرضى المصابين عقليا المتمثلة في الإخفاء).

- حجز الابن داخل المنزل بسبب شكاوي الجيران أيضا دليل على خوف العائلة من تدهور وانقطاع علاقتهم مع الجيران والمجتمع.

- صطحاب الابن للأقارب دليل على رغبتهم في الحفاظ على العلاقات الطيبة مع الأقارب بسبب خوفهم من ردة فعله نتيجة استثارته من قبلهم

✓ **الفرضية الثالثة:**

- يقوم الابن بسلوكات عنيفة متمثلة في القيام بمحاولة الخروج ليلا ورغبة في إدخال الكلاب للبيت وتزداد تلك السلوكات حدة عند عدم توفر الدواء الذي يتناوله (وهذا ما أشرنا إليه في الجانب النظري من خلال الأعراض الإكلينيكية العامة للمرض العقلي).

- السلوكات العنيفة التي يقوم بها المريض جراء عدم تناوله الدواء يواجهها الأهل بالضرب والربط وإغلاق الفم لإسكاته هذا دليل على عدم معرفتهم التعامل مع هذه السلوكات الخاصة بالمريض العقلي.

- ثبات أعمال العنف من طرف الأشخاص على المريض من طرف الأهل نتيجه لإنعدام الأهلية لدى الشخص المريض وإنكار الأشخاص المعتدون دليل على إستغلال المجتمع لهذا الجانب من الضغط لدى الشخص المريض وغالبا ما يكونون هم السبب في تفاقم حالته المرضية.

– الاعتماد على المريض من قبل المجتمع في أعمال شاقة وتكليفه ما لا يطيق وإدخاله في عالم الإدمان على المسكرات دليل على الإهمال من طرف الأولياء وهذا ما انعكس عليه سلبا في قيامه بسلوكات عنيفة وغير مقبولة اجتماعيا مثل انه يقوم بالسب والشتم والرمي الحجارة على الذين يعيرونه مما يجعله عرضة لعنف أخر من قبل أشخاص آخرين لا يخوضون بعين إعتبار بأن سلوكه هو نتيجة لتعنيفه هو الأخر .

- إن السلوك العنيف الذي قام به ضد نفسه بإزهاق روحه لم يكن هو السبب في ذالك كما يقول أهله لأن الضغوطات التي تعرض لها من الزوجة ثم الأهل و الطرد من العمل كلها عوامل دفعت به إلي الانتحار لأنه لا يستطيع أخذ حقه بنفسه .

– نستنتج أن المريض المصاب عقليا يقوم بسلوكات عنيفة ضد نفسه و الآخرين لكن في الغالب يكن سبب تلك السلوكات هم الأشخاص المحيطون به كعدم إعطائه الدواء من قبل الأهل أو الاستفزاز و المطاردة في الشارع من قبل الأشخاص الآخرين .

بيانات عامة:

الحالة رقم :3 تاريخ المقابلة:10-04-2015

بيانات حول المريض: مكان المقابلة:في الحي

الجنس:ذكر مدة المقابلة:20د

السن:25

المستوى التعليمي :متوسط

الحالة المدنية : أعزب

المهنة:/

نوع المرض:ضغوطات نفسية تطورت إلى مرض عقلي

تاريخ المرض:2005

ات شخصية حول أب المريض:

الجنس:ذكر

السن:60

المستوى التعليمي:إبتدائي

الحالة المدنية:متزوج

عدد الأولاد:7

المهنة: عامل يومي

الحالة الإقتصادية: متوسطة إلى حسنة

طبيعة المسكن: شقة في عمارة[1]

✓ **الفرضية الأولى** :

وليدي حكمو المرض كي كان في عمرو خمسة عشر عام ،كان يقرا فالسيام كيما هو كيما كامل الذراري حتى وقعلو هاذاك الحادث ،ضرباتو سيارة للراس أحنا عمبالنا ماصرالو والو ومادياهش للسبيطار وكي شفناه ماتحسنش ادياه للطبيب وقالنا باللي الضربة جاتو فالدماغ وامبعد أنا ديتو حطيتو في دار العجزة تاع حمام ريغة على خاطر في جوانفيل ماقبلوهليش وأنا حالتي ماتسمحليش باش نتكفل بيه وحدي فالدار على خاطر أنا مانيش خدام ونخلص الكرية تاع الدار أيا ومن ثم وليدي راهو في هذاك المركز وحالتو بقات هيا هيا ويلا ماقتلكش زاد عليه الحال ،مين ذاك نجيبو عندي للدار سمانة في كل ستة شهور وكي نروح نجيبو نلقاه هابط فالميزان وضرابي زروقا وحمورا في لحموك يما يضربوه الخدامين تاع المركز ،والبرد والميديتي ،ويسيفوو° عليه صوالح مايحبش يديرهم ،بصح كي نجيبو عندي للدار لازم نعسو مليح وغير نغفل عليه يبدا يقيس فالحوايج والماعين مالبالكون < وكي يخرج برا يبدا يقايس .

✓ **الفرضية الثانية** :

نعيا نفهم فيه باللي ماتديرش هاكاك ومايتصنتش حتى يجو الجيران يشكيولي منو وكي يقوو عليا نروح نضربو باش يخاف ويلا مانفعتش معاه الهراوة نعاود نرجعو للمركز ،وكي رحت نجيبو خطرة لقيتو مريض والفاصل نتاوعو منتفخين أيا ديتو للطبيب تاع العظم أيا قال لي ء لروماتيزم علا خاطر فالمركز ماكاش التدفئة فالشتا وخطرات تكون خاسرة وما يصلحوهاش ،ضرك نتايا واحد مريض عقلي تحطو في دار العجزة وين مكانش الطبا

---

[1]

انتاعهم المهم ياكل ويشرب ويرقدهذا ماكان ،زيد بالزيادة هوما ماراهمش قابلينوا عندهم على خاطر بلاصتو ماهيش ثم ويزيد عليهم الخدمة ،بسباب المرض انتاعو.

✓ **الفرضية الثالثة :**

مانكذبش عليك أنا مانقدرش و ونخليه عندي فالدار على خاطر فالدار مكانش اللي يتكفل بيه وكي يخرج برا يجيبلنا المشاكل مع الجيران ،وثاني وليدي اديناه للمركز قبل ما نرحلو للسكنة الجديدة يعني الجيران قليل اللي يعرفوا باللي وليدي ،وولادي فالحقيقة هوما اللي قالولي خليه فالمركز من تجيبو هنا غير للمشاكل وزيد بالزيادة صحابنا يبداو يعيبوا علينا بسبابو،وخواتاتو البنات يحشموا بيه كي يجيوا لعندنا الضيوف حتى أنا كرهت كي يبداو الناس يسقسوا فيا عليه والصح الصح نحشم بيه قدام الناس بسباب التصرفات انتاعو ،أوكي يقولو هذا وليد فلان.

✓ **بعض الملاحظات على الحالة الثالثة:**

- يرتدي ملابس بالية.

- يبدو اكبر من سنه بكثير

- يمشي بإنحناء.

-ضعيف البنية هزيل الجسم ،متوسط القامة.

- يسيل اللعاب من فمه .

- لا يتكلم كثيرا إلا عند التكلم معه.

ملاحظة:(هذه الحالة متوفاة في المركز بسبب روماتيزم في الدم).

✓ **التأويل السوسيولوجي للحالة الثالثة:**

✓ **الفرضية الأولى:**

– إن الحادث الذي جرى لإبن المبحوث جعله ضحية مرض عقلي وهو في سن مبكرة جدا (كان يدرس في المتوسطة)، والتأخر في أخذه للطبيب دليل على إهمال الوالدين .

- عدم قبوله في مستشفى الأمراض العقلية ووضعه في مركز دار العجزة ،دليل على عدم الإهتمام بهذه الشريحة من قبل الدولة.

التخلص من الإبن وإدخاله لدار العجزة بدل تركه في البيت والتكفل به كان نتيجة الوضعية الإقتصادية والإجتماعية المزرية للأسرة.

- عند قيام المبحوث بجلب إبنه من المركز يجده في حالة مزرية من نقص في الميزان وعليه أثار كدمات في جسمه ،ويجده في حالة نفسية سيئة،دليل على العنف الممارس عليه في المركز والإهمال نتيجة لعدم تخصص المركز في الأمراض العقلية ،لأن العمال يرونه يشكل عليهم عبئ ثقيل (هذا ما تناولناه في الجانب النظري من خلال ذكرنا للعنف الجسدي كشكل من أشكال العنف الممارس على المرضى المصابين عقليا).

✓ **الفرضية الثانية:**

- عدم جلب المبحوث إبنه إلى البيت بعد ملاحظة أن حالة إبنه تزداد سوءا جراء المعاملة السيئة له في المركز يسبب له المشاكل مع الجيران ،دليل على خوف الأب من ضياع مكانته الإجتماعية التي إكتسبها سابقا .

– تحجج إخوة المريض بأنه يسبب لهم المشاكل ويشعرهم بالنقص أمام الأصدقاء والضيوف دليل على رغبتهم في الحفاظ على السمعة والرتبة الإجتماعيتين ،وعلى تفظيلهم التمتع بحياة هادئة وسعيدة على حساب معانات أخيهم المحشور في المركز.

✓ **الفرضية الثالثة:**

- المبحوث يصرح أن سلوكات إبنه العنيفة تسبب له الشعور بالاحراج و النقص أمام الجيران وعندها يعرف الناس أنه إبنه ،دليل على أنه يعد سببا مباشرا يجعله يحرم إبنه من حقه في الرعاية الإجتماعية اللازمة.

– ضرب المبحوث لإبنه نتيجة قيامه بسلوكات يراها عنيفة تعكس عدم وعيه بالخصائص السلوكية للمرض العقلي مما يؤدي به إلى ردة فعل قاسية وعنيفة ،أو إرجاعه إلى المركز والتخلص منه بسرعة.

- مي الأغراض من النوافذ ،والمساس بممتلكات الغير والضحك بصوت مرتفع ،كلها سلوكات يقوم بها الإبن المريض نظرا لطبيعته المرضية، لكن هذا لم يشفع له في أسرة لم تراعي تلك الخصائص وعاقبته كما يعاقب الشخص السوي بالدفع به إلى المركز والتخلص منه مع معرفتهم ما يعانيه هناك ،مما أدى إلى إصابته بأمراض خطيرة منها الروماتيزم والذي كان سببا مباشرة في وفاته .

بيانات عامة **تاريخ المقابلة:03-04-201**

الحالة رقم: 4 **المدة المقابلة:20د**

انات شخصية حول المريض **مكان المقابلة :في المحل**

الجنس : ذكر

السن:29

المستوى التعليمي: أمي

الحالة المدنية :أعزب

المهنة :/

نوع المرض : مرض عقلى

تاريخ المرض:منذ الولادة

بيانات شخصية حول أب المريض

الجنس : ذكر

السن :65

المستوى التعليمي :أمي

عدد الأولاد : 8

المهنة : السباكة والترصيص

طبيعة المسكن : شبه حضري

الحالة الاقتصادية : مقبولة ماديا

✓ **الفرضية الأولى :**

صرح أب المريض قائلا :ابني مريض ملى زاد، أنا عندي ثلاث أولاد ماشى غير واحد،إيه ياولدي يخليني قلبى باه أنخليه أبعيد أعليا إيه ديتو وديتو الكامل الأطباء اللي قالولى عليهم بصح باقى هو هو ،إيه كما قتلك ملي زاد وهو مريض،أناخدام عند روحى نصع الفرناوات أنهار يجيب ربى و نهاروالو،ماعندى حتى دخل ،نهار فيها و نهار مكاش ، والدولة دايرتلهم ذيك الزوج دورو ماتدير و الو ياوليدى ألدوا أنتاعهم أو مايكفيش ،كفاتنى أنا حتى نعطيلو هو ولا أندسلو؟ شيء صعيب أشتا نقولك وشتا نخليلك ،كي كون عندى مانخليش عليه أو كي مايكونش عندي ربى راه يشوف،ربى وبرحمتوا الحمد لله ياولدى ماعندي مانقولك.

✓ **الفرضية الثانية :**

تقدر تقول ايضل بر ياولدي ملليل لليل أنشوفو قليل وين يجى لدار و خطارى نخرج أنحوس أعليه أولاد هذا الوقت مايرحموش اقلولو بعض الكلمات مثل بريش المريض بلاك مكاش فى الدوار لمكاش لمايعرفوشبيانسور اقلقنى ماهى خطرة ماهى زوج ،هذى عملري مادرتهااعمري ندرها مانخزنوش فى الدار هذى حاجة ربى ولى جى منعندوا مرحبى بها أخطاري ندية أمعايا ياولدى.

✓ **الفرضية الثالثة:**

أخطارى اطلعلى لا طونسيو ياولدى بصح واش دير هذا امر تاع ربي خطارى وين يخلاصو و منصيبش شا نشريلو كي خصو دوا كيمنكونش انا فالدار يعجب بمو و خواتو منكذبش عليك خطاري نتقلق بزاف و الله خطاري نطيبو بالعصا ياوليدي يا ودي دايرينو زعاقة بيناتهم و راك تعرف جيل هذا الوقت خطاري ندابزهم و خطاري نوكل عليهم ربي و كاين لي ميخافوش ربي و يصيبوه مريض و يحرثو عليه ، شحال راك غالط ياوليدي جي في بالك واحد يضرب وليدك و يجي يقولك سمحا ضربت وليدك نقولك حاجة انا نضرب و نزيد

نشتكي عند الدولة و يا ربي اذا سلكت منهم هو يروح يقعد غير مع غزاليف و خطاري يخرجوه من عقلو و من بعد هو يبدا يقايسهم و الكلمة لي يتقلق منها بزاف هي بريش.

✓ **بعض الملاحظات على الحالة الرابعة:**

– هو شخص متوسط القامة ،قوى البنية ،يعيش مع أسرته لا تبدوا علية الإعاقة ،كثير الحركة.

- يلعب مع الأطفال كثيرا.

– تصريح المبحوث بأن يتعرض المبحوث كثيرا لكلمات الإستهجان مثل المريض وبريش .

– يمشي و يغني و يتكلم وحده و في بعض الأحيان يتصرف تصرفات صبيانية.

✓ **التأويل السوسيولوجي للحالة الرابعة:**

✓ **الفرضية الأولى:**

– حسب تصريح المبحوث فإن ابنه مصاب بمرض منذ الولادة مع العلم أن لديه ثلاثة أبناء يعانون من نفس المرض(هذا ما أشرنا إليه في الجانب النظري من خلال أسباب المرض الوراثية).

- إن عائلة المريض يوجد فيها ثلاثة أفراد مصابين بمرض عقلي غيره مما يعني معانات العائلة من مرض وراثي يثقل كاهل الأسرة اقتصاديا الأمر الذي ينعكس على توفير الرعاية الطبية اللازمة للمرضي (هذا ما أوردناه في الجانب النظري بذكرنا للمشاكل الإقتصادية والطبية للمرضى المصابين عقليا).

– استفادة الابن المريض من منحة بسيطة من الدولة لا تكفيه حتى لتوفير الدواء اللازم له فتقوم الأسرة بإنفاقها على حاجات البيت دليل على تدني المردود الاقتصادي للعائلة

- دخل الأسرة غير ثابت الأمر الذي ينعكس على المريض فتكون فرص علاجه مرتبطة بمدى حصول الأسرة على دخل ،فكل ما كان هناك دخل كافي زادة إمكانية علاجه و العكس صحيح .

- طرار العائلة في كل مرة إلى توفير جزء من الدخل لتوفير الدواء و العلاج لابنهم المريض يشكل عليهم ضغطا و اضطراب وضعية اقتصادية للعائلة ،الأمر الذي يجعلهم يحسون أن ابنهم هو السبب في ذلك يدفعهم لمعاملته معاملة قاسية بطرق مباشرة كالضرب و الحرمان من حركة و بطرق غير مباشرة كمقاطعته داخل الأسرة و حرمانه من عطف و الحنان

✓ **الفرضية الثانية :**

- ترك الأسرة للابن المريض معظم الوقت بعيدا عن المنزل ونادرا ما يخرجون للسؤال عنه دليل على التنصل من المسؤولية و الإنكار الخفي لا بنهم المريض لأنه بالنسبة إليهم وجود شخص مريض باسم غير اسمه الحقيقي وهو بريش دليل على عنف رمزي ممارس على هذا المريض ويجعل أسرته ، عر بالإحراج و الضيق اتجاه ذلك(هذا ما أشرنا إليه في أنواع العنف الممارس على المرضى المصابين عقليا).

– يقوم المجتمع بإلصاق الوصمة الاجتماعية بالمريض وعائلته ويصبح الشخص المريض ائلة هو رمز العائلة و يصبح عبارة عن لقب للعائلة يجعل الأسرة تعمل جاهدة للتخلص من هذه الوصمة بالاتجاه إلى تشديد الرقابة على ابنها و محاصرته وضغط عليه و تحميله مسؤولية تلك وصمة ، وهذا كله هو تكليف أبن مريض بما لا يقدر عليه و عدم مراعاتهم للخصوصية التي كفلها الدين و القانون و حرمه منها المجتمع وأسرته(وهذا ما بيناه في تناولنا لنظرية الوصم الإجتماعي في المقاربة السوسيولوجية).

✓ **الفرضية الثالثة:**

- يقوم الابن بسلوكات مزعجة تجعل الأسرة تعيش حالة من القلق و السخط عليه من خلال تصريح أبيه، ا الأمر دليل على عدم امتلاك الأسرة لأدوات التعامل مع ابنهم المريض لهم بخصائص المرض العقلي يجعلهم ينتهجون أسلوبا قاسيا و عقاب بدني و نفسي عليه كأسهل حل بالنسبة إليهم ،وهذا ما يزيد من تفاقم حالته المرضية و ارتفاع نسبة سلوكياته العنيفة و هكذا تبدأ تزداد دوامة العنف عليه.

- عدم توفير الأسرة الدواء لابنها المريض بانتظام يجعل المريض في حالة هيجان في فترات انقطاعه عن تناول الدواء،مما يجعله مندفعا بشدة و قلقا و مضطربا ومتهجما و عدوانيا مع الكل، الأمر الذي يعرضه لعقوبات قاسية من طرف الأهل والمجتمع بسب سلوكاته العنيفة التي لم يكن هو سببا فيها،ومدفوعا إليها لأن عائلته لم توفر له الدواء.

– يقوم الأشخاص باستفزازه واستثارته مثلا تعييره أو الاستهزاء به مما يجعله يقوم بسلوكات عنيفة وردة فعل قوية اتجاههم و ع التكرار يوصم بأنه شخص عنيف ومضطرب مما يجعله عرضت للعقاب القاسي وانتهاك حقوقه الاجتماعية ورفضه من قبل المجتمع.

البيانات العامة : **تاريخ المقابلة :**2015-04-04

الحالة رقم : 5 **مدة المقابلة :** 22 د

انات شخصية حول المريض **مكان المقابلة :** في دار الثقافة

السن: 22

المستوى التعليمي: إبتدائي

الحالة المدنية: أعزب

المهنة : \

نوع المرض: صدم نفسية تحولت الى مرض عقلي

تاريخ المرض:2011

ات شخصية حول أب المريض :

الجنس: ذكر

السن :52

مستوى تعليمي: ابتدائى

المهنة: تاجر

الحالة الإقتصادية : موسطة

طبيعة المسكن : مسكن تقليدي

الفرضية الأولى :

عند محاورتنا لأب المريض صرح لنا قائلا: أن ابنه اصبح مريض منذ حوالى سبع سنوات ،كان لاباس بيه يخدم و يلعب مع صحابو او يخرج معاهم نورمال هو يسكن معانا فى الدار ،أديتولطبيب ورقيتلوا عند الطبيب وقنالو عند الراقى ،ظهرت الأعراض أنتاعو أنهار لطاح أعلى راسو من فوق السيارة أتخلخل من راسو عند حانوت أنبيع فيه و الشهرية أنتاع الشمارة ،راك حلصى ياولدى خطر تكفى أخطرة ماتكفيش كما قتلك لا كانوا الدراهم بزاف أنخليلوا ألا يش ما أنخللوش راك عارف مصروف الدار بزاف ايه ياولدى اضيق بى الحال أنتقلق وف حالة هكذا والله لا ران مفرطين فيه الله غالب ماقدرتش نشريلوا الدو كل شهرلا خاطرش من ناحية الدراهم بزاف أنغبنا.

✓ **الفرضية الثانية**

أولدى يقعد بزاف برى ،مايباتش برى ابات أمعان فى الدار مانكذبش أعليك ياولدى اضرنى بزاف أهذى هية الكبدة خطرات كنشوفهم اعايروفيه الغامل، كجوناالظيوف يقعد برى مايدخلش حتى اروحوا ،مانخبيهش فى الدا لخاطرش اوليد معرف فى الحى أيعرفوه قع اس ماندهش أمعانا لفامى لخاطرش أمريض امايعرفش الحمد لله خوتاتو قع مزوجين .

✓ **الفرضية الثالثة**

اولدى ايطيح ويبب فى الدار بزاف فى بعض المرات بصح أمنين ذاك يتقلق يزعف بزاف كمنيشربش أدواه ،اندير في الشامبرة و نغلق أعليه ا ب بلمفتاح أخطرات نظرب أنا أخطرات يظرب خوه ايه أتزيد بصح الله غالب ماطكتلوش ككون يمشى فى الفلاج ذوك الخظارة حملوا أعليه ،وحد الخطرة فى اليل حى لدار سكران قالولى الناس وحد الجواجة شربوه الشراب ،خطرات يقباح فى وحدين ويظربه وكى أنروحليهم نقلهم وعلاش يقولولى هو الى خلط فينا ياولدى مكاش لمايعايروش فى الطريق حتى الذرارى الصغار ادروه قصر بناتهم وقايسوه بلحجر واش أنقلك اواش أنخللك اظلو اعايرو فيه الغملوهو يزعف و يتقلق ويبد اسب فيهم ومبعد لاكانوا أكبار يضربوه.

✓ **بعض الملاحظات على الحالة الخامسة:**

- هو شخص ضعيف البنية ،قليل الكلام ،يرتدى ملابس رثة وشتوية في جو حار وساخن

- يتعرض للعنف اللفظي من طرف بعض الشباب كالشتم والسب ووصمه باسم الغامل

– وفى بعض المرات يجلس مع جماعة من الشباب ويتناول معهم بعض السجائر

– وفى بعض الأحيان يتردد إلى المسجد لكي يصلى فيطردونه .

✓ **التأويل السوسيولوجي للحالة الخامسة:**

✓ **الفرضية الأولى :**

- حسب تصريح المبحوث أن الابن أصيب بالمرض نتيجة تعرضه لحادث سقوط من فوق السيارة.

– عدم توفير الدواء للمريض من قبل الأب نتيجة الظروف الاقتصادية الصعبة للأسرة بحكم طبيعة عمله.

✓ **الفرضية الثانية:**

- كوث ابن المبحوث خارج البيت طويلا دليل على الإهمال العائلي وعدم المبالاة مما يجعله عرضة لخطر الشارع الذي لا يرحم .

- إطلاق اسم الغامل على المريض من قبل الناس دليل على العنف اللفظي و الرمزي و الوصم الذي يمارسونه ضده (وهذا ما تطرقنا إليه في البناء النظري في أشكال العنف التي يتعرض لها المرضى المصابين عقليا)

- مناداتهم له بالغامل بل أيضا على إهماله من طرف الأهل لأن هذا الاسم غالبا ما ، على الشخص غير النظيف والذي يرتدى ملابس متسخة و بالية (وهذا ما يؤكده تناولنا في الجانب النظري لموقف الأسرة نحو المرضى المصابين عقليا).

- تصريح المبحوث بأن مناداة ابنه بالغامل يجعله يتألم و تحصر فقط دليل على لأنه لا يبدى أي ردة فعل اتجاه الأشخاص المسيئين لابنه ولا يوفر لابنه الحماية الاجتماعية التي تجعل إبنه في منأى عن تلك السلوكات.(وهذا ما تطابق تماما مع ما تناولناه في الجانب النظري من خلال ذكرنا لإحتياجات المرضى المصابين عقليا).

- عدم تدخل المبحوث للدفاع عن ابنه دليل على التهرب من المسؤولية .

– القيام باخراج ن المريض خارج البيت عند مجيء الضيوف وعدم إدخاله إلا بعد ذهابهم دليل على تفضيل المحافظة على مكانة الأسرة الاجتماعية على إحترام إبنهم .

- تبرير عدم إصطحاب الإن إلى الأهل و الأقارب بسبب أنه مريض دليل على وصم العائلة نفسها لإبنها بالمرض و بأن المريض العقلي لا ينبغي له حضور المناسبات مع أهل لأن ذلك لا يليق بالعائلة(وهذا ما تناولناه في المقاربة السوسيولوجية من خلال ربط نظرية الوصم الإجتماعي بالعنف الممارس على المرضى المصابين عقليا).

- عدم اصطحاب الابن إلى الأقارب دليل على رغبة الأسرة في المحافظة على السمعة و المكانة الاجتماعية التي اكتسبتها قبل مرض ابنها.(وهذا ما تؤكده لنا الإحتياجات الإجتماعية تناولناها في إحتياجات المرضى المصابين عقليا في الفصل الثالث من الجانب النظري).

✓ **الفرضية الثالثة:**

– يقوم المبحوث بحجز إبنه في الغرفة مغلقا عليه الباب بالمفتاح دليل على عدم معرفتهم لكيفية التعامل مع السلوك العنيف مع المريض بحكم خصائصه المرضية و اللجوء إلى القسوة و العنف كأسهل وسيلة للتحكم فيه .

- السلوكات العنيفة التي يقوم بها ابن المبحوث تكون عادة بسبب عدم إعطائه الدواء من طرف العائلة رغم ذلك لا تتوانى في تحمله المسؤولية و تعاقبه بقسوة محملة له مسؤولية هيجانه و سلوكاته الاندفاعية متسببة بذالك في تفاقم حالته الصحية .

– يقوم بائعو الخضر في المدينة باستغلاله جسديا بإجباره على مساعدتهم بالمجان في نقل سلعهم و ذلك بعد مشاهدتهم إياه يصرخ و يجرى وراء من يزعجونه ويستفزونه فيقومن بمناداته لمعاقبته فيخاف هو منهم و كإجراء منهم للقيام بالصفح عنه في نظرهم يقومون بتوجيهه للأعمال الشاقة .

– كنتيجة للسلوكات العنيفة التي يقوم بها المريض يقوم الأهل بإهماله و تركه خارج البيت إلى أوقات متأخرة من الليل مما يولد انطباعا لدى بعض بائعي الدجاج المنحرفين بأنه شخص لا يملك الرعاية الاجتماعية الأزمة فيقومون بإعطائه مواد مسكرة و مخدرة رغبة منهم في التسلية و الضحك .

– يقوم بعض الأشخاص باستفزازه و استثارته بمناداته باسم الغامل الذي يقلقه و يجعله يجرى وراء كل شخص و يحاول مسكه ليضر به ليقوم بعد ذلك الشخص نفسه برده الفعل عليه أو يقوم بإخبار أحد من أهله ليتكفل هو بضرب المريض القسوة عليه .

البيانات العامة

الحالة رقم 6 **تاريخ المقابلة** :06-04-2015

بيانات شخصية حول المريض: **مدة المقابلة** :**18د**

الجنس:ذكر **مكان المقابلة** :في الشارع

السن:36

المستوى التعليمي: ثالثة ثانوي

الحالة المدنية: أعزب

المهنة: صف ضابط سابق

نوع المرض: مرض عقلي

تاريخ المرض:**2001**

انات شخصية حول أخ المريض:

الجنس: ذكر

السن: 45

المستوى التعليمي: ثالثة ثانوي

الحالة المدنية: متزوج

عدد الأولاد :4

المهنة: أستاذ

طبيعة المسكن: حظري

الحالة الاقتصادية: متوسطة

✓ **الفرضية الأولى:**

خلال مقابلتنا لأخ المريض صرح لنا قائلا .....

خويا كان في عمرو 22 عام نهار اللي مرض والآن في عمرو 36 عام عندو 14 عام وهو مريض ،قبل مايمرض كان لاباس عليه قاري فالثانوية،ويسكن معايا فالدار كيما هو كيما حنايا ،جريت عليه والطبيب اللي يقولولي ايه نديه ليه ،والله غالب حاجة تاع ربي ،كان لاباس عليه،أدخل للعسكر خدم عامين وامبعد كي حب يخرج ماحبوش يخلوه يخرج،وامبعد أهربلهم أو حكموه ،دخلوه ستة أشهر للحبس،وامبعد خرج،قعد شهر مايهدر مع حتى واحد،أو كي شفتو هاكاك أديتو للطبيب ،وقاللي باللي غسلولو مخو فالعسكر ،واعطالو دوا يتبعو ولازم يبقى يتبع فالطبيب ،وانيا عندي غير الشهرية انتاعي ،خطرات تكفي خطرات ماتكفيش،وامبعد بغيت نزوجو بصح حتى واحد أوماقبلنيش ،هذا إبتلاء من عند الله والحمد لله،لازم لازم ،الحمد لله.

✓ **الفرضية الثانية:**

ي يخرج مكانش اللي يقولو شاراك أتدير ،حتى كي يلحق الليل يجي يرقد فالدار ،بصح برا يعايروه ويقولولو "**دراكيلة**"مانكذبش عليك كرهولنا حياتنا ،ويقايسوه ويتبعوه وين يروح ،ومشعال من خطرة نتفاتن معاهم على جالو،وكي يجو لينا الضياف نحكموه فالدار وكي تكون كاينة كاش مناسبة عند العايلة ماندوهش معانا .

✓ **الفرضية الثالثة:**

خطرات كي يزيد عليه الحال ،والدوا انتاعو كاين بصح خطرات مايبغيش يشربو ومورها يزيد عليه الحال ويهيج ونتلايمو كامل عليه باش نحكموه ،هوا جايب روحو على هاذاك

مايقدروش يضربوه،بصح يعايروه مالبعيد ويهربو وهو هاذاك هو الشي اللي يزيد يهيجو،ومع هو بصحتو كاين اللي يحرث عليه،وخطرات يعطولو يشرب الشراب.

✓ **بعض الملاحظات:**

- هو شخص بالغ ،قوي البنية ،يرتدي سروال وسترة بالية

- فهو لا يبدوعليه أنه مريض عقليا لمن لا يعرفه،

- يتعرض للمضايقات من المارة متمثلة في الإستهزاء .

- ن في غالب الأوقات عند صاحب كشك لبيع التبغ مما يدل على إهمال الأهل له،الأمر الذي يجعله دائما عرضة للعنف.

– يتم إستغلاله من طرف صاحب المحل ويستعمله في جلب الماء من مكان بعيد وبكميات كبيرة لتنظيف المحل.

✓ **التأويل السوسيولوجي للحالة السادسة :**

✓ **الفرضية الأولى:**

- صرح لنا المبحوث أن أخوه كان متعاقدا في الجيش لكنه لم يعجبه العمل ورغب في تركه لم يقبلوا طلبه،فقام بالهرب فأدخلوه السجن على إثرها وقاموا بغسل دماغه ومرض على إثر ذلك.

- عدم متابعة الأب للعلاج اللازم لأخوه بسبب الوضع الاقتصادي المتدني في ظل عدم وجود مساعدات.

✓ **الفرضية الثانية:**

– عدم منع المريض من الخروج في أي وقت يشاء وعدم محاسبته على وقت الدخول إلى البيت ،دليل على الإهمال والتعامل السلبي مع الأخ المريض.

- تلقيبه ب "دراكيلة" من قبل المجتمع دليل على ممارسة العنف الرمزي ضده.

- عدم اصطحابه إلى المناسبات العائلية دليل على خوف الأسرة من فقدان مكانتها الإجتماعية المكتسبة قبل مرض الابن.

✓ **الفرضية الثالثة :**

- يقوم المريض بسلوكات عنيفة كالسب والشتم والقذف بالحجارة على من يعيرونه يجعل المارة يوقفونه ويجبرونه على التوقف عن ذلك بأبشع الطرق كمحاصرته ومنعه من الحركة دليل على عدم الإنصاف والعدل في معاقبة الشخص الجاني.

- يقوم البعض بإستغلاله للسخرية بإعطائه الخمر ليتناوله مما يؤدي به إلى إرتكاب سلوكات عنيفة تجعله عرضة للقسوة والتعنيف والوصمة الإجتماعية القاسية والظالمة عليه على انه سكير وهو غير ذلك لأنه لا يدرك ما يشربه .

البيانات عامة: **تاريخ المقابلة :7-04-2015**

الحالة رقم : 7 **مدة المقابلة :18 د**

بيانات شخصية حول المريض : **مكان المقابلة : في المقهى**

الجنس: ذكر

السن:34

المستوى التعليمي:_إبتدائي

الحالة المدنية: أعزب

المهنة: /

نوع المرض:_مرض عقلي

تاريخ المرض:2011

بيانات خاصة حول أب المريض العقلي:

الجنس:ذكر

السن:61

المستوى التعليمي: أمي

الحالة المدنية: متزوج

عدد الأولاد : 9

المهنة: متقاعد(حارس سابق في إبتدائي)

الحالة الإقتصادية: متوسطة

طبيعة المسكن: حي شعبي

✓ **الفرضية الأولى:**

خلال مقابلتنا لأب المريض صرح لنا قائلا :

إبني عندو 4 سنين مالي مرض ،كان لاباس عليه وكان خدام بذراعو ،كلن خدام فالبطاطا،المهم يطلع انهارو،وكان يبغي وحدا وتزوجت وخلاتو ، على خاطر حنايا عايلة فقيرة،ووليدي ماقدرش يلايم الدراهم باه يتزوجها،موراها ماولاش مليح حتى راح فيها كامل،كان عايش معانا فالدار وكان كي يخرج برا يزعقوا بيه الغاشي،وهكذاك اللي زاد كمل عليه الحال موراها أديتو للطبيب وجريت بيه حتى عييت ،يا وليدي أنا الشهرية أنتاعي ماتكفينيش قيت لا نصرف على الدار ولا ولا نداويه ،ومكانش اللي يعاوني فالمصروف،فالأول ماكنتش نعرف الطبا اللي لازم نديهلهم أديتو عند طبا بزاف بصح عييت روحي في الباطل دارولو والو،وامبعد أديتو للراقي ،بصح أقعد هو هو،وكاين ناس الخير هوما اللي عاونوني منين ذاك،ياودي ماعندي مانحكيلك،هاذي هي الكبدة،كي كونو كاينين الدراهم نشريلو الدوا أو كي مايكونوش كاينين ربي راه يشوف،

✓ **الفرضية الثانية:**

وليدي يقعد برا بزاف ،أو خطرات يبلت برا على خاطر يدخل يسب وخوه الكبير يضربو أيا هو يهرب ،والجيران عندنا يسموه "**البطة**" أو هو يرفد الحجر ويقايس وكاين وين يحكم الطوموبيلات تاع الغاشي وتاع الجيران ولا على الغاسي اللي يكونو فايتين،وامبعد يضربوه ،إيه ياوليدي ملنكذبش عليك نزعف كي نشوفهم يخلطو فيه أنقول لخوه الكبير يديه برا لخاطرش مايعرفش واش يهدركي يكون الحال زايد عليه ،ياوليدي واش نقولك مالقيت واش نديرلو،وحد الخطرا جاو وحد الناس يخطبو ختو وكان هو برا وقايسهم وجرى وراهم بالحجر وماعاودوش ولاوايا حنا زعفنا عليه وختو ماراهيش تهدر معاه .

✓ **الفرضيية الثالثة:**

والله يا وليدي وحد الخطرات أيدير العجب وتلقاه يعيط ويضبح ويعبط ويضبح حتى يضربوه خواتو على السب اللي سبو ،ايه خطرات مايكونش الدوا كاين شي خطرات تلقاه يكسر ولا يضؤب راسو على الحيط نأيه نتقلقو ونديروه في دار وحدو ،وخطرات يضربوه الناس برا على خاطرش يسبهم ويطيحلهم كي يعايروه البطة يتقلق ويزيد يهيج ،راك حاصي ياوليدي حنا نتقلقو ونضربوه،وخطرات يعطولو الدخان برا يتكيف ،بصح شكون اللي يقولك انا ضربت وليدك ،غير اللي يقولنك وليدك هوا الظالم ،الغاشي تاع الدوار كامل يزعقو بيه وينارفوه وأكثريتها نهار اللي يقولولو البطة ،ثم وين يزيد عليه الحال

✓ **بعض الملاحظات على الحالة السابعة:**

– هوشخص ضعيف البنية يرتدى ملابس رثة كثير الحركة و الكلام يغضب بسرعة وخاصة عندما ينادونه باسم البطة .

- كثير الشتم والسب عصبي المزاج يتعرض لمضايقات من بعض الأفراد وخاصة من الأطفال .

– يتعرض في بعض المرات إلى العنف من أخيه الذي يضربه لكثرة الشتم في المنزل .

✓ **التأويل السوسيولوجي للحالة السابعة:**

✓ **الفرضية الأولى:**

- صرح لنا أب لمريض أن سبب مرض إنه كان فشل في الزواج من الفتاة التي أحبها لأنها تزوجت وتركته لأنه لم يكن يملك المال الكافي للزواج منها فأصيب بصدمة نفسية تطورت إلى مرض عقلي فيما بعد ثم تفاقمت حالته المرضية بسبب سخرية الناس منه على الحالة التي أصبح عليها بعد فشل زواجه.

– عدم إتمام العلاج والرعاية الطبية اللازمين للابن المريض كان بسبب تدهور حالة الأسرة الاقتصادية والعدد الكبير لعدد أفراد الأسرة.

✓ **الفرضية الثانية:**

- مكوث المريض طويلا خارج البيت كان نتيجة إهمال اسري واضح،وفي بعض الأحيان خارج البيت دليل على التهرب من المسؤولية والرفض الخفي لابنهم لرغبتهم في استقرار وضعهم الاجتماعي على ما كان عليه قبل مرض إنهم.

- ق اسم البطة من طرف الجيران على الابن المريض دليل على العنف الرمزي الممارس على هذا المريض .

- اطعة أخته له بسبب تهجمه على من جاؤو لخطبتها ولم يعودوا بعدها دليل على عدم ب غبنهم المريض خاصة إذا قام بتشويه سمعة العائلة،لأنهم يرغبون في الظهور أمام الناس بسمعة طيبة ومكانة اجتماعية مقبولة.

✓ **الفرضية الثالثة:**

– بعد معايرته باسم البطة يقوم برد فعل عنيف وسلوكات طائشة مما يؤدي به أحيانا إلى إيذاء الآخرين فيقومون هم الآخرين بمعاقبته وتعنيفه بسبب سلوكاته التي قام بها نتيجة استفزازه،وذلك لضعف مكانته الاجتماعية.

– يقوم الابن المريض بالسب والصراخ ،فيقوم إخوته بضربه وعقابه بقسوة على الرغم من أنهم هم السبب في لأنهم لم يوفروا له الدواء مما سبب له حالة هيجان شديدة .

- رغبة العائلة في التخلص من ابنهم وتركه بعيدا عن البيت بسبب هيجان في بعض ت تجعله يتعرض للاستغلال في الشارع من بعض المنحرفين بإعطائه السجائر للتدخين رغبة منهم في الضحك والسخرية منه وذلك لغياب الرقابة الأسرية(هذا ما تناولناه في

الجانب النظري في موقف الأسرة نحو المرضى المصابين عقليا متمثلة في الإنكار والإبعاد والإخفاء).

1-2- التأويل السوسيولوجي للفرضيات:

✓ **بيانات عامة**

- إن معظم المبحوثين لديهم مستوي تعليمي متوسط .

- إن جل المبحوثين كانوا ينتمون إلي أسر ذات وضعية اجتماعية مستقرة قبل إصابتهم بالمرض .

- إن معظم المبحوثين يقطنون في أحياء شعبية و قصديرية مما يسهل عملية الوصم .

- إن معظم المبحوثين هم عزاب و ينتمون إلي أسر كبيرة العدد .

- إن معظم أسر المبحوثين تعاني من تدني و تدهور حالتها الاقتصادية

- إن معظم أرباب أسرى المرضي يمتهنون مهن بسيطة غير دائمة أو إما عاطلين عن العمل .

- إن معظم المبحثين أصيبوا بصدمات نفسية قبل تطور حالتهم إلي الإصابة بالمرض العقلي .

✓ **الفرضية الأولي :**

✓ **الدخل الأسري :**

- إن مجمل الحالات أصيبوا بالمرض العقلي بسورة مفاجئة مما جعل معظم عائلاتهم يفشلون في تسير مرحلة الصدمة خاصة من الناحية الاقتصادية لأن معظم عائلات المبحوثين ذو دخل متدني .

- إن معظم الحالات سبب لهم المرض العقلي في التوقف عن العمل الذي ساهم في تدني ضعهم الاقتصادي و انخفاض الوضع الاقتصادي للأسر الذي كانوا يعيلونها مما جعلهم عرضة للإهمال الطبي هذا بالنسبة للمبحوثين الذين يعيشون في مستوى اجتماعي لا بأس به أما المبحوثين الذين يعيشون في مستوي اجتماعي متدني فتسبب لهم المرض في تعقيد الوضع الاقتصادي لهم و لأسرتهم و التي لم تستطع مواكبة العلاج و أهملت المريض .

- إن معظم الحالات أسرهم لا يحصلون علي راتب يلبي حاجيات أسرهم في الحالات العادية فما بالك إذا أضفنا لها أعباء و تكاليف علاج ابنهم أو ابنتهم المريضة عقليا مما يعطي الانطباع بوجود مشاكل اقتصادية داخل الأسرة تحول دون حصول المريض علي حقه في العلاج و الرعاية اللازمين له .

- إن معظم العائلات لا يوفرون الدواء لأبنائهم المرض بانتظام مما يسبب لهم الانتكاسات و عدم التماثل للشفاء بصفة نهائية دليل علي معانات الأسر اقتصاديا لأن توفيرهم للدواء يكون غالبا من إعاذ ت الجمعيات أو مساعدات إنسانية.

- ✓ **الفرضية الثانية :**
- ✓ **المكانة الاجتماعية :**

- إن وصمة العار و الجنون التي يلصقها المجتمع على الأسر لمجرد ذهاب أحد أفرادها المصحة العقلية جعلهم يترددون في الذهاب بابنهم أو ابنتهم المريضة إلي أخصائي الأمراض العقلية الأمر الذي فاقم في حالة المريض و أخر العلاج و قلل من فرص التماثل للشفاء .

- ترك معظم أسر الحالات أبنائهم المرضي لفترات طويلة خارج البيت دون السؤال عنهم يعد إهمال و التهرب من المسؤولية بجعل المريض عرضة للخطر الوجود في الشارع دليل علي رفض الأسر الباطني لابنهم المريض بسبب رغبتهم في التخلص من عبئ ثقيل يكبح تطور المكانة و السمعة الاجتماعيتين في للأسرة .

- إن جل الحالات تعرضوا للوصمة الاجتماعية التي انعكست علي أسرته و تسببت في راجع مكانتها الاجتماعية الأمر الذي دفع بأسر المبحوثين إلي العمل علي استعادتها بتكليف ابنهم المريض بأمور لا يقدر عليها و لا تتلاءم مع خصوصيته المريضة و معاقبته في حال المخالفة .

- معظم الحالات تعرضوا للاحتجاز داخل الغرف بعيدة عن الأنظار و إما الإبعاد و النفي من المنزل عند زيارة الضيوف و الأقارب للعائلة ز ذلك خوفا من تشويه صورة العائلة أمام الأجانب .

- إن جل أسر الحالات لا يقومون باصطحاب أبنائهم المرضي إلي المناسبات العائلية و عدم أخضهم لزيارة الأقارب بسبب رغبتهم في المحافظة علي المكانة الاجتماعية و السمعة الطيبة التي اكتسبوها قبل مرض ابنهم .

- ✓ **الفرضية الثالثة :**
- ✓ **السلو كات العنيفة :**

_ إن معظم الحالات مون بسلوكات عنيفة سواء في البيت أم في الشارع متمثلة في السب والشتم والصراخ ،وهذا راجع للخصوصية المرضية للمرض العقلي ،بالخصوص أثناء نوبات الهيجان التي تصيبهم خلال فترات زمنية متفرقة ولأسباب مختلفة .

- إن معظم عائلات الحالات تشتكي وتتزعج من ال لوكات العنيفة لأبنائها المرضى خاصة ذوو المستوى الاجتماعي المنخفض،هذا دليل على عدم وعيهم الكافي وغياب الثقافة الصحية لهذا النوع من المرض،لأنه يعتبر من الطابوهات في المجتمع الجزائري ،وموضوع ليس للنقاش إلا في السر بسبب الوصمة الاجتماعية التي تلاحق المريض وعائلته منذ إصابته بالمرض،الأمر الذي يجعل أسرة المريض لا تسترسل في البحث عن الأساليب يمة للتعامل مع ابنهم المريض عند انفعاله.وتكتف بالعقاب البدني والحرمان و.....الخ.

- إن جل الحالات يعانون من النظرة الاجتماعية الخاطئة للمرض والمريض العقلي على أنه شخص عنيف بطبعه ويجب توخي الحذر منه يجعل كل من المجتمع والأسرة يقومون بردة فعل قاسية اتجاهه ،بدل التضامن معه ومد يد المساعدة له يزيد من تفاقم حالته المرضية ،ويصبح أكثر خطرا على نفسه والأسرة والمجتمع من ذي قبل .

– إن قيام الأسرة بمواجهة ابنهم المريض بالإساءة والعنف بسبب سلوكاته العنيفة تجاههم أو اتجاه الأجانب أو حتى باتجاه نفسه لدى معظم المبحوثين التي تكون في الغالب بسبب تقصير أسرته في إتباع الوصفة العلاجية الخاصة به بعدم توفير الدواء له على الإطلاق أو عدم متابعتهم لتناوله للدواء بانتظام ورغم ذلك يصرون على تحميله مسؤولية سلوكه العنيفة.

- إن معظم الحالات يتعرضون للمضايقات والإستفزاز في الشارع بتعييرهم أو تحقيرهم أينما حلوا وارتحلوا تجعل المريض يهيج ويندفع بقوة والقيام بسلوكات عنيفة للدفاع عن نفسه جعله يبدو وكأنه شخص عنيف حقيقة ،الأمر الذي يجعل الشخص المريض عرضة لردة فعل قاسية من قبل المجتمع بالطرد والحرمان من الحركة والتجوال حرا والإيذاء البدني ،على الرغم من أنهم هم السبب في لجوئه إلى تلك السلوكات العنيفة.

– إن معظم السلوكات العنيفة التي يصبح يمارسها الشخص المريض المصاب عقليا بشكل يومي إنما هي نتاج لتفاقم حالته المرضية التي كان المجتمع سببا فيها من خلال المضايقات اليومية له وعدم إعطائه فرصة للاندماج معهم والعيش بسلام ،تلك السلوكات التي تصبح فيما بعد سبب مباشر لتعنيفه و اضطهاده بشتى الوسائل وممارسة السلطة القمعية ضده.

- إن معظم الحالات ن بممارسة السلوكات العنيفة على أنفسهم متمثلة في احتقار الذات والشعور بالدونية وإظهار الحاجة والإفتقار إلى الأخر،سواء كانت نتاجا لخصائصهم المرضية أو أن المجتمع أكسبهم إياها قهرا،يجعلهم فريسة سهلة وغنيمة باردة لبعض أفراد المجتمع ،باستغلالهم في أعمال شاقة وبدون ثمن أو استعماله في أعمال محظورة كالاتجار بالمخدرات ونقلها من مكان إلى مكان بحكم أنه فاقد للأهلية.

- معظم الدواء الذي يوصف للمبحوثين له أثار جانبية تكسب الشخص المريض سلوكات غير سوية،كالخمول الشديد أو الضحك طوال الوقت،هذه الأدوية تحمي المجتمع منه، لكنها لا تحميه من المجتمع ،هذه السلوكات تعتبر إيجابية اتجاه المجتمع لكنها عنيفة ي حق نفسه،لأنها تجعله عرضة لتدني قيمته الاجتماعية أكثر،فيصبح هو سببا بطريقة غير مباشرة في ممارسة العنف عليه وهدفا سهلا للإستغلال المادي والجنسي .

3-1- الإستنتاج العام:

. حاولنا من خلال البحث الكشف عن ظاهرة العنف الممارس على المرضى المصابين عقليا في المجتمع الجزائري وأهم العوامل التي تدفعهم ليكونوا ضحايا العنف ،من خلال تركيز على اثر تدني دخل الأسرة وخوفها من فقدان مكانتها الإجتماعية ومدى تأثير السلوكات العنيفة للمرض حيث توصلنا إلى ما يلي:

، أكثر الأشخاص عرضة للإصابة بالأمراض العقلية هم ذوو الدخل الضعيف أو المنعدم أو من مستويات تعليمية متوسطة أو متدنية،وقد تكون وراء الإصابة بالمرض عدة أسباب معظمها اجتماعية ونفسية كضغوطات الفشل في الحياة والطرد من العمل وغياب الإمكانيات المادية للتكفل بالإصابات وعلاج الضغوطات النفسية ،حيث إن معظم الحالات التي تناولناها تطورت معها الضغوطات والصدمات النفسية على أمراض عقلية بالإضافة صر المفاجأة الذي جاءت من خلاله الأمراض العقلية على الأسر حيث تحدث طرابا وانقساما داخل الأسرة يحول دون التكفل السليم بهذه الحالات،فالشخص الذي يصاب بالمرض العقلي في الأسرة يؤدي إلى انخفاض الدخل العام للأسرة بالإضافة إلى أنه يزيد من أعباء عائلته،فيفقد بذلك مركزه الاجتماعي داخل الأسرة ويخسر بذلك درجات عديدة فيكون عرضة للعنف والإساءة والمعاملة القاسية،وبفقدانه لوظيفته ينعدم دخله الفردي ويؤثر على عائلته ،والعائلات ذات الدخل المتدني لا تستطيع توفير العلاج اللازم له لأنه باهظ الثمن ويتطلب المتابعة الدائمة للعلاج فيتعرض بذلك للإهمال الطبي مما يكون سببا ي حصول الانتكاسات للمريض،وحتى العائلات التي توفر ذلك العلاج لابنها تصحبه بعنف رمزي متمثلا في القمع والقهر للحريات والرغبات الفردية للمريض ومعظم الحالات التي تناولناها قامت أسرهم بمحاولة إدخالهم إلى المصحات العقلية العمومية نظرا لمجانية العلاج فيها والتخلص من العبئ الثقيل لنفقات العلاج رغم معرفتهم المسبقة للوضعية التي توجد فيها تلك المستشفيات والمعاملة القاسية التي يتلقونها بداخلهم، ومنهم من يقوم بوضعه داخل تلك المستشفيات ولا يتركون أدنى المعلومات الشخصية لهم كرقم الهاتف أو العنوان لكي لا

يتصلوا بهم في حالة تحسن حالة المريض، فمعظم الحالات التي تناولناها تم رفض مرضاهم بحجة أن حالتهم مستقرة، فهم لا يقبلون إلا الحالات الخطيرة نظرا للإكتظاظ التي تعاني منه تلك المستشفيات بالإضافة للنظرة الدونية المكبلة بالجهل إلى الأشخاص الذين يترددون على مصحات الطب النفسي والعقلي، يتظاهر المريض بأنه بخير وحتى عائلته تتغافل عن ذلك وتحاول ربط مرضه بالسحر أو العين و الاكتفاء بمجرد الذهاب به إلى الرقاة وتكسب بذلك تعاطف والتضامن بدلا من مواجهة الوصمة الاجتماعية الظالمة، مما يؤدي إلى تفاقم الحالة المرضية للمريض، فمعظم الحالات لم تعرض ابنها المريض على الأخصائيين إلا في حالات متأخرة جدا، وفي حالة ثبوت إصابة الشخص بالمرض العقلي تقوم بعض الأسر بالرفض الكلي والمعلن لابنهم المريض وتكرار العنف عليه حتى لا يعود إلى بيت العائلة، وهناك بعض الأسر من ترفض ابنها رفضا ضمنيا كتركه طوال اليوم في الشارع دون السؤال عنه وتتهرب من المسؤولية الأسرية اتجاهه لأن ذلك يحول دون محافظة الأسرة على المكانة والسمعة الاجتماعيتين اللتان اكتسبتاهما قبل إصابة ابنهم بالمرض، فالأسر التي يصاب ابنها بالمرض العقلي يقوم المجتمع بوصمه هو نفسه وينعكس ذلك أيضا على عائلته وتفقد لأسرة بذلك مكانتها الاجتماعية، الأمر الذي يجعل عائلات المرضى ترجع اللوم على ابنها المريض فتقوم بتكليفه أمورا لا يقدر عليها ولا تتلاءم مع خصوصيته المرضية وتعاقبه في حل المخالفة، وذلك ما لاحظناه في معظم الحالات، وهناك من العائلات ما تتخذ أسلوبا آخر لمواجهة الوصمة الاجتماعية ضدهم على العكس من الأسر التي تهمل ابنهم وتتركه خ البيت، تقوم هي باحتجازه لفترات طويلة داخل البيت ضد إرادته وذلك ملاحظ في لحالات التي تناولناها، ويحرم المرضى المصابون عقليا دون التواصل مع الأقارب والعائلات بسبب رفض أسرهم اصطحابهم معها في المناسبات العائلية في زياراتهم للأقارب عنهم خلال الزيارات التي يقوم بها الأقارب إلى عائلات المرضى ،ونظرا للخصائص السلوكية للمرض العقلي يقوم المرضى المصابين عقليا بسلوكات في الأسرة والشارع تعتبرها أسرهم والمجتمع عنيفة متمثلة في الصراخ والانسحاب وتخريب الممتلكات مما يجعل أسرهم تنزعج من تلك التصرفات وتعاقبهم عليها تماما مثل معاقبتها الأشخاص

الأسوياء كما ظهر لنا في معظم الحالات، وهذا دليل على عدم وعيهم وثقافتهم الصحية في كيفية التعامل مع ه النوع من السلوكات من طرف هذا النوع من الأشخاص، باعتبار موضوع المرض العقلي من الطابوهات في المجتمع الجزائري، وصاحب هذا المرض يوصم هو وعائلته مما يجعل الأسرة لا تكتسب ذلك النوع من الثقافة.

وتلك السلوكات العنيفة التي يقوم بها المريض من حين لآخر في فترات هيجانه تجعله يوصم بأنه عدواني وعنيف ،يتلقى بذلك ردة فعل عنيفة عقابا له، وذلك ما يفاقم من حالته المرضية ويجعله عدوانيا أكثر من ذي قبل، وفي الحقيقة تلك السلوكات إنما يقوم بها المريض نظرا لتفريط أسرته في إتباع النصائح الطبية اللازمة للمريض والإفراط أو التفريط في إعطائه الدواء، ومع ذلك يحملونه المسؤولية وهذا ما استنتجناه من خلال محاورتنا لأسر المرضى، وتكون أيضا سلوكا تهم عنيفة بسبب استفزازهم واستثارتهم من قبل الآخرين ما يجعلهم يدافعون عن أنفسهم باندفاع والرغبة في الانتقام، وتكون أيضا السلوكات العنيفة منهم على أ سهم من خلال الخصائص المرضية للمرض العقلي، أو تم اكتسابها قهرا من قبل المجتمع، وتجعلهم عرضة للسلوكات العنيفة من الآخرين، لأنهم يصبحون فريسة سهلة في أيدي الآخرين كإبداء حاجتهم والإعتماد عليهم في رعايتهم والتكفل بهم، وحتى الدواء الذي يقوم الأطباء بوصفه لهم له عدة آثار جانبية على صحتهم الجسدية والنفسية، تلك الأدوية تقوم بحماية المجتمع منهم ولكنها لا تحميهم من المجتمع بحيث معظم الأدوية تصيب جسد المريض بالفشل والركون والاستسلام والارتخاء وعدم القدرة على الحركة، كل هذا يزيد من فرص تعرضهم للعنف والإساءة.

خاتمة:

ن تفشي ظاهرة تعنيف المرضى المصابين عقليا تعد نتاج عوامل عديدة ومتنوعة، وهي تعتبر من الظواهر الخطيرة التي تهدد حياة وأمن هذه الشريحة الضعيفة من المجتمع، فهي تعاني التهميش والاحتقار والإهمال، ناهيك عن معاناتها مع المرض نفسه.

وبتقربنا من هذه الفئة وملاحظتنا لها وذلك من خلال المقابلات التي أجريناها معهم ومع المسئولين المباشرين عليهم، تحرينا عن الأسباب التي تدفع بالأشخاص الآخرين إلى ممارسة العنف ضدهم فظهرت لنا أسباب عديدة من بينها:

النظرة الخاطئة التي يحملها المجتمع عن المرضى العقليين وقلة المراكز المتخصصة للتكفل بهم، وغياب الأمن.....الخ

بالإضافة إلى ذلك نجد أن تدني الدخل الأسري لعائلات المرضى له دور كبير في معاناة المريض، وذلك من خلال أن الأسرة تمهل علاج ابنها لأنه يكلفها ماديا مما يفاقم من حالة المريض.

كما أن خوف الأسرة من فقدان مكانتها الاجتماعية يجعلها تشعر بالضغط والذي تمارسه فيما بعد على ابنها المريض، أما عن طريق الإهمال أو الإبعاد أو الإنكار أو الإخفاء فتحمله ما لا يطيق من الأفعال والآداب.

كما أن السلوكات العنيفة التي يقوم بها المرضى المصابين عقليا لها دور في تعنيفهم من خلال قيامهم بسلوكات تؤذي الآخرين وتزعجهم وذلك نظرا لخصائصهم المرضية لكن غياب الثقافة التربوية والصحية للمجتمع والأسرة التي تبين خصائص المرض العقلي وطبيعة سلوكات المريض العقلي.

وفي الأخير ما يمكن قوله واستخلاصه هو أنه بمجرد إصابة الشخص بالمرض العقلي تبدأ معاناته مع المرض لتضاف إليها معاناة أخرى مع الأسرة والمجتمع لذلك وجب

لى كل شرائح المجتمع أن تقوم بدورها في رعاية هذه الفئة وحمايتهم فهم بحاجة إلى خوف عليهم وليس الخوف منهم.

خاتمة:

، تفشي ظاهرة تعنيف المرضى المصابين عقليا تعد نتاج عوامل عديدة ومتنوعة، وهي تعتبر من الظواهر الخطيرة التي تهدد حياة وأمن هذه الشريحة الضعيفة من المجتمع، فهي تعاني التهميش والاحتقار والإهمال، ناهيك عن معاناتها مع المرض نفسه,

وبتقربنا ن هذه الفئة وملاحظتنا لها وذلك من خلال المقابلات التي أجريناها معهم ومع المسئولين المباشرين عليهم، تحرينا عن الأسباب التي تدفع بالأشخاص الآخرين إلى ممارسة العنف ضدهم فظهرت لنا أسباب عديدة من بينها:

النظرة الخاطئة التي يحملها المجتمع عن المرضى العقليين وقلة المراكز المتخصصة للتكفل بهم، وغياب الأمن.....الخ

الإضافة إلى ذلك نجد أن تدني الدخل الأسري لعائلات المرضى له دور كبير في معاناة المريض، وذلك من خلال أن الأسرة تمهل علاج ابنها لأنه يكلفها ماديا مما يفاقم من حالة المريض.

ما أن خوف الأسرة من فقدان مكانتها الاجتماعية يجعلها تشعر بالضغط والذي تمارسه فيما بعد على ابنها المريض، أما عن طريق الإهمال أو الإبعاد أو الإنكار أو الإخفاء فتحمله ما لا يطيق من الأفعال والآداب.

كما أن السلوكات العنيفة التي يقوم بها المرضى المصابين عقليا لها دور في تعنيفهم من خلال قيامهم بسلوكات تؤذي الآخرين وتزعجهم وذلك نظرا لخصائصهم المرضية لكن غياب الثقافة التربوية والصحية للمجتمع والأسرة التي تبين خصائص المرض العقلي وطبيعة سلوكات المريض العقلي.

وفي الأخير ما يمكن قوله واستخلاصه هو أنه بمجرد إصابة الشخص بالمرض العقلي تبدأ معاناته مع ا مرض لتضاف إليها معاناة أخرى مع الأسرة والمجتمع لذلك وجب على

كل شرائح المجتمع أن تقوم بدورها في رعاية هذه الفئة وحمايتهم فهم بحاجة إلى الخوف عليهم وليس الخوف منهم.

قائمة المراجع

- مراجع باللغة العربية:

القران الكريم

1-سورة الحجرات الآية:13

2-سورة الإسراء الآية 70

3 - سورة التين الآية 4

كتب علم الاجتماع:

4- السيد عوض، **جرائم العنف الأسري**، بين الريف و الحضر، مطبوعات مركز البحوث و الدراسات الاجتماعية، القاهرة، 2004.

5 -أحمد زايد و **آخرون، الأسرة والطفولة**، دار المعرفة الجامعية، ازارطية، ط1،**دون سنة.**

6 - أحمد رشيد عبد الرحيم زيادة، **العنف المدرسي، مؤسسة الوراق، عمان**، 2007.

7- احسان محمد الحسن ، نظريات الاجتماعية المتقدمة، **دار وائل للنشر، عمان، الأردن**، ط1،2010.

8 - بوفلجة غيات، ظاهرة العنف وطرق التعامل معها،**مخبر البحث في علم النفس و علوم** التربية، جامعة وهران، **الجزائر**،ط1، 2008.

9 - **جمال معتوق، مدخل إلى علم الاجتماع الجنائي، دار بن مرابط للطباعة و النشر، الجزائر**،ط1، 2008.

10- جمال معتوق، مدخل إلى سوسيولجية العنف، **دار بن مرابط للطباعة و النشر، الجزائر**،2011.

11 - حلمي إجلال إسماعيل، **العنف الأسري**، جامعة عين الشمس، دار قباء للطباعة و النشر و التوزيع، 1999.

12 - رمضان محمد القذافي، سيكولوجية **الإعاقة**، الجامعة المفتوحة، ليبيا، 1994.

13 -سعد الزهراوي،سيكولوجية العنف **المدرسي ،مؤسسة الوراق، عمان** 2007.

14 - عبد الرحمان العيسوي ، سيكولوجية المجرم ، دار الراتب الجامعية، بيروت،1997.

15ـ عبد الرحمان العيسوي ، سيكولوجية الجنوح، دار النهضة العربية، بيروت،1984

16ـ عزة سيد إسماعيل، سيكولوجية الإرهاب و جرائم العنف، منشورات ذات السلاسل، الكويت،ط4، 1968.

17ـ علاء عبد الباقي إبراهيم، الإعاقة العقلية، الإسكندرية، 2000.

18ـ محمد صقر،الاعتداءات الجنسية على الطفل ،دراسة فى مراكز الطبانة الشرعية بحلب ،دمشق،2000.

19ـ محمد خضر عبد المختار،الاغترابات و الظرف نحو العنف ،دار غريب للطباعة و النشر ،القاهرة ،1999.

20ـ محمد سيد فهمي ،السلوك الاجتماعي للمعوقين ،المكتب الجامعي الحديث ،الاسكندرية،2001.

21ـ مصطفى حجازى ،التخلف الاجتماع، مدخل إلى سيكولوجية الإنسان المقهور المركز العربي الثقافي ،بيروت ،ط2،2001.

22ـ مصطفى عمر التبت ،العنف العائلي مركز الدراسات و البحوث ،الرياض ،1997 .

23ـ مصطفى عمر حامد ،علم الإنسان مدخل لدراسة المجتمع و الثقافة ، الدار المعرفة الجامعية ،الإسكندرية ،2007.

24ـ معن خليل العمر، علم الاجتماع العنف ، دار الشروق للنشر و التوزيع ،عمان الأردن ط1،2010.

25ـ نوال السعداوي ،دراسات عن الرجل و المرأة في المجتمع العربي ،المؤسسة لينشر و التوزيع ،ط2،1990.

كتب المنهجية

26ـ بلقاسم سلطانية ،حسان جيلالى ،منهجية العلوم الاجتماعية ، دار الهدى للطباعة و النشر ،دون سنة .

27ـ عبد الباسط محمد حسن، أصول البحث الاجتماعي ،مطبعة طنجة للبنان العربية الاسماعلية ،1963.

28ـ عبد الهادى الجوهري ،على عبد الرزاق إبراهيم ،مدخل إلى المناهج و تصميم البحوث ،المكتب الجامعي الحديث ،القاهرة ،2003.

29 ـ عماد عبد الغنى ،منهجية البحث في علم الاجتماع ،دار الطليعة للطباعة و النشر ،بيروت ط1،2007.

30 ـ فوزى غرايبية ،نعيم دهمش **وآخرون**،البحث العلمي ،دار وائل لنشرو التوزيع ،عمان ط1،1997،

31 ـ محمد شفيق ،البحث العلمي الخطوات المنهجية للإعداد البحوث الاجتماعية ، **المكتب** الجامعي الحديث، القاهرة،ط1،2001.

32 ـ محجوب عطية الفائدى ،البحث العلمي في العلوم الاجتماعية مع بعض تطبيقاته على المجتمع الريفي ،منشورات جامعية المخاطر ،طربلس ،ط1،1994.

33 ـ موريس أنجلس ،منهجية البحث في العلوم الإنسانية ،تدريبات عملية ،ترجمة بوزيد صحراوى **و آخرون ،الإشراف** و المرجعية مصطفى ماضي ،دار القصبة للنشر ،الجزائر ،دون سنة .

34 ـ معن خليل العمر ،مناهج البحث في علم الاجتماع ،دار الشروق للنشر و التوزيع ،عمان ، الأردن ،2004.

كتب ميدان الخدمة الاجتماعية

35 ـ إقبال إبراهيم **مخلوف** ،الرعاية الاجتماعية و الخدمات للمعوقين ،**دار المعرفة** الجامعية ،الإسكندرية ،1999.

36 ـ بدر الدين كمال عبده و **آخرون** ،رعاية المعوقين سمعيا و حركيا ،**المكتب العلمي** للنشر و التوزيع ،الإسكندرية ،ج1 ،1999.

37 ـ سلامة منصور محمد و نهى سعد مغازى ،رعاية ذوى الأمراض العقلية و النفسية ،الكتب العلمي للكمبيوتر و النشر و التوزيع،مصر،ط3 ،1998.

38 ـطارق عبد الرؤوف عامر ،رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة للمعوقين عقليا،**الدار** العالمية لنشر و التوزيع ،السعودية ،ط1،2006.

المعاجم

39 ـ أحمد زكى بدوي ،معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية ، لبنان ، بيروت ،1986.

40 ـ عبد الهادى الجوهري ،معجم علم الاجتماع،مكتب نهضة الشرق ،القاهرة ،1982.

القواميس

41ـ أحمد سعيفان ،قاموس المصطلحات السياسية و الدستورية و الدولية ، **مكتبة لبنان** ، بيروت،ط1، 2004.

كتب علم النفس

42ـ أحمد عكاشة ، **الطب النفسي المعاصر** ،مكتبة الأنجلو المصرية للنشر و التوزيع ،مصر،دون سنة.

43ـ أحمد عكاشة طارق عكاشة ،**الطب النفسي المعاصر**، مكتبة الأنجلو المصرية للنشر و التوزيع ،مصر ،ط15، 2010.

44ـ الشيخ كامل محمد محمد عويضة، **الصحة في مظور علم النفس** ،دار الكتب العلمية لبنان ط1،1996.

45ـ أديب محمد الخالدي ، **علم النفس** الإكلينيكي **الفحص و العلاج** ،**دار وائل للنشر و** التوزيع ،عمان ،الأردن،2006.

46ـ بدر معتصم ميمون ،الاضطرابات النفسية عند الأطفال و المراهقين ،ديوان المطبوعات الجامعية بن عكنون ، الجزائر ،2003.

47ـ حامد عبد السلام زهران ،الصحة النفسية و العلاج النفسي،عالم الكتب ،القاهرة ،1997.

48ـ حسن عبد الرحمان ،أحمد رضوان،دور المتغيرات الاجتماعية في الطب و الأمراض ،المكتب الجامعي الحديث الأزاريطية الإسكندرية ،**مصر** ،1999.

49ـ رمضان محمد القذافى ،الصحة النفسية ،المكتب الجامعي الحديث ،الإسكندرية ،**مصر** ط3،1998.

50ـ سيد صبحي ،**الإنسان** و الصحة النفسية ،دار المصرية اللبنانية ،مصر ،القاهرة ،طبعة خاصة ،2003.

51ـسامى ملحم ،**صعوبات التعلم** ،دار المسيرة للنشر و التوزيع ،عمان ، الأردن ،ط1 ،2001.

52ـ عبد الرحمان الوافى ،الوجيز في الأمراض العقلية و النهضة ،ديوان المطبوعات الجامعية ،بن عكنون ، الجزائر ،1999.

53ـ عبد العالي الجسماني ،الأمراض النفسية ، الدار العربية للعلوم ، بيروت ، لبنان ،ط1 ،1998.

54ـ عبد الستار إبراهيم ،**علم النفس** الإكلينيكي ، دار المريخ للنشر و التوزيع ،المملكة العربية السعودية ،1988.

55ـ عطوف محمد ياسين ،علم النفس العيادي الإكلينيكي ، دار العلم للملايين ،بيروت ،لبنان ط1،1981.

56ـ فوزي محمد حيل ،الصحة النفسية و سيكولوجية الشخصية ،المكتبة الجامعية ،الإسكندرية ،**مصر**،2000.

57ـ فيصل محمد خير الزراد، **الأمراض** العصابية و الذهانية و الاضطرابات السلوكية ،**مصر** ،1994.

58ـ محمد السيد عبد الرحمان ،علم الأمراض النفسية و العقلية ،دار قباء للنشر و التوزيع ،القاهرة ،مصر ، 2000.

59ـ محمد جاسم محمد ،مشكلات الصحة النفسية،مكتبة دار الثقافة للنشر و التوزيع ،عمان ،الأردن،2004.

60ـ ماجد بهاء الدين السيد عبيد ،**الضغط** النفسي و مشكلاته و أثره على الصحة النفسية ،دار صفاء للنشر و التوزيع ،عمان، الأردن ،ط1،2008.

61ـ مجدى أحمد محمد عبد الله ، **علم النفس المرضي** ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ،2000.

الرسائل الأكاديمية

62ـ أمينة قزمير،العنف المدرسي ضد الأساتذة من طرف التلاميذ في الطور التوسط ،رسالة ماجستير،قسم علم الاجتماع ،جامعة سعد دحلب ، البليدة 2011،غير منشورة

63ـ سميرة بورنان ،التصورات الاجتماعية للمرض العقلي لدى الطلبة الجامعين ،**رسالة ماجستير**، قسم علم النفس، جامعة محمد خضير، بسكرة ،2007،**منشورة** .

64ـ سمية الحاج الشيخ ،**التصورات الاجتماعية** للمرض العقلي لدي الأطباء،**رسالة** ماجستير،قسم علم النفس الاجتماعي ،جامعة محمد خضيرة ،بسكرة ،2013 ،**منشورة**.

65 ـ عبد المحسن بن عمار، العنف الأسري و علاقته بانحراف الأحداث ،رسالة ماجستير ،قسم علم الاجتماع ،جامعة نايف للعلوم العربية الأمنية , الرياض،2006.

66 ـ فيصل محمد نهار ،مناجيي العصيمي **،أبعاد الإساءة اتجاه** الأطفال المعاقين ذهنيا لد كل من المعلمين و أولياء الأمور في دولة الكويت ،رسالة ماجستير ،قسم علم النفس ،جامعة الكويت ، الكويت ،2011**،منشورة** .

الجرائد

67 ـ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية الجريدة الرسمية، 2002**،العدد**34.

المراجع بالغة الفرنسية

68-Economie et humanisme ,violons et scciete , éd levurière ,paris, 1969.

69-pierre bourdeu, le sues pratique, éd, ninnit, paris, 1980.

70- ragromai ,«enfant balter et maltraite en ouest et émacient», bulletin de l association internationale de pédiatrie, 1982.

71-Ronald ,H,baileg, violence et agression, édition fine life, paris 1977.

المواقع الإلكترونية

72-www.gulfkidi.com 20.04 .2015 - 16 :45

73-H .TTP.//www.mauaar.com 18.04.2015/ 17 :58

74-www.startimes.com 15.04.2015 – 9:52

75-Ency.nacemb.com 15.04.2015 – 9:48

76-wond press.com 04.05.2015 – 08:30

77-ar.nikipedia.arg 28.04.2015 – 20:30

78-www.naqatel.com 28.04.2015 – 20.45

الملاحق

دليل المقابلة

رقم الحالة **تاريخ إجراء المقابلة**

مدة المقابلة

البيانات العامة **مكان الدراسة**

خاصة بالمريض

الجنس

السن

المستوى التعليمي

الحالة المدنية

المهنة

نوع المرض

خاصة بأحد أفرد المريض

الجنس

السن

المستوي التعليمي

الحالة المدنية

عدد الأولاد

المهنة

الحالة الاقتصادية

طبيعة المسكن

بيانات خاصة بتدني الدخل الأسري :

- كم مضي من الوقت علي إصابة ابنك بالمرض العقلي ؟
- كيف كانت وضعيته الاجتماعية قبل إصابته بالمرض ؟
- ها هو متواجد معكم في البيت أم في المصحة ؟
- هل قمت بعرضه علي أخصائي الأمراض العقلية ؟
- كم هي المدة بين بداية ظهور الأعراض عليه و عرضه علي أخصائي الأمراض العقلية ؟
- هل لديك دخل إضافي غير راتبك الشهري ؟
- هل لديك نفقات إضافية خارج إطار عائلتك ؟
- هل الرتب الذي تتقاضاه يلبي حاجيات أسرتك ؟
- هل تخصص جزءا من راتبك للتكفل بابنك المريض ؟وهل هذا يثقل كاهلك ؟
- هل توفر له الدواء بانتظام ؟
- هل تأثرت عائلتكم ماديا بعد إصابة ابنكم بالمرض ؟

بيانات خاصة بالمكانة الاجتماعية :

- كم يقضي ابنك المريض من وقته خارج البيت ؟
- هل يبق معكم في البيت أم ينام في الخارج ؟
- هل يقوم الجيران بإطلاق اسم علي أخر عليه (تعييره)
- هل تعرفون في الحي باسم ابنكم ؟
- هل سبق لك و أن تشاجرت مع أحدهم بسببه ؟
- عندما يزوركم ضيوف هل تقومون بإبعاد ابنكم خارج المنزل ؟
- هل تقومون باحتجاز ابنكم داخل البيت لفترات طويلة خوفا من تشويه صورتكم العائلية ؟
- هل تصطحب ابنكم إلى المناسبات العائلية ؟
- هل سبق و أن فشل زواج في عائلتكم بسبب وجود شخص مريض عقليا ؟

--

بيانات خاصة بالسلوكات العنيفة

- هل يقوم ابنكم بسلوكات تزعجكم ؟
- هل احتاج ابنك **إلي** الدواء و لم يكن متوفرا ؟
- هل انتابته حالة من الهيجان جراء ذلك ؟
- **ما** هي الطريقة المناسبة لديكم للتحكم فيه عند هيجانه ؟
- ماذا كانت ردة فعلكم حيال ذلك ؟
- هل تعتقد أن مثل هذه التصرفات تزيد من تفاقم حالته الصحية ؟
- هل يستغل الجيران ابنكم ابنكم في أعمال شاقة ؟
- هل سبق و أن أعطوه مواد مخدرة ليتناولها ؟
- هل سبق و أن برر أحدهم من الذين اعتدوا عليه بأنه قام معهم بتصرف طائش ؟
- هل يقوم المارة باستفزاز ابنكم مثلا بتعييره بصوت مرتفع أمام الملأ و رميه بالحجارة ؟
- هل لدى ابنكم سلوك ما أو اسم أو جملة أو إشارة ينزعج لما يشاهدها أو يسمعها ؟

مبادئ حماية الأشخاص المصابين
بمرض عقلي وتحسين العناية بالصحة العقلية
اعتمدت ونشرت علي الملأ بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة
119/46 المؤرخ في 17 كانون الأول/ديسمبر 1991

الانطباق

تنطبق هذه المبادئ دون تمييز بأي دافع، كالتمييز بسبب العجز، أو العنصر، أو اللون، أو الجنس، أو اللغة، أو الدين، أو الرأي السياسي أو غير السياسي، أو الأصل القومي أو لاثني أو الاجتماعي، أو المركز القانوني أو الاجتماعي، أو السن، أو الثروة أو المولد.

التعاريف

في هذه المبادئ:

تعني عبارة "المحامي" ممثلا قانونيا أو ممثلا آخر مؤهلا،

تعني عبارة "السلطة المستقلة" سلطة مختصة ومستقلة يقضى بوجودها القانوني المحلي،

تشمل "العناية بالصحة العقلية" تحليل حالة الشخص العقلية وتشخيصها وتوفير العلاج والعناية وإعادة التأهيل فيما يتعلق بمرض عقلي أو الاشتباه في الإصابة بمرض عقلي،

تعني "مصحة الأمراض العقلية" أي مؤسسة، أو أي وحدة في مؤسسة تكون وظيفتها الأساسية توفير العناية بالصحة العقلية،

تعني عبارة "الممارس في الصحة العقلية" طبيبا، أو أخصائيا نفسا إكلينيكيا، أو ممرضة، أو أخصائيا اجتماعيا أو شخصا آخر مدربا ومؤهلا علي نحو مناسب وذا مهارات خاصة تتصل بالرعاية الصحية العقلية،

تعني عبارة "المريض" شخصا يتلقى رعاية صحية عقلية، وتشمل جميع الأشخاص الذين يدخلون مصحة للأمراض العقلية،

تعني عبارة "الممثل الشخصي" شخصا يكلفه القانون بمهمة تمثيل مصالح المريض في أي ناحية خاصة أو ممارسة حقوق خاصة نيابة عن المريض، ويشمل ذلك الأب أو الأم أو

الوصي القانوني علي قاصر ما لم ينص القانون المحلي علي غير ذلك،

تعني عبارة "هيئة الفحص" الهيئة المنشأة وفقا للمبدأ 17 لإعادة النظر في إدخال مريض أو احتجازه قسرا في مصحة الأمراض العقلية.

بند تنفيذي عام

لا يجوز إخضاع ممارسة الحقوق الواردة في هذه المبادئ إلا للقيود التي يقضي بها القانون والتي تكون لازمة لحماية صحة وسلامة الشخص المعني أو الأشخاص الآخرين، أو لحماية السلامة العامة أو النظام العام أو الصحة العامة أو الآداب العامة، أو حقوق الآخرين وحرياتهم الأساسية.

المبدأ 1

لحريات الأساسية والحقوق الأساسية

1. يتمتع جميع الأشخاص بحق الحصول علي أفضل ما هو متاح من رعاية الصحة العقلية التي تشكل جزءا من نظام الرعاية الصحية والاجتماعية.
2. يعامل جميع الأشخاص المصابين بمرض عقلي أو الذين يعالجون بهذه الصفة معاملة إنسانية مع احترام ما للإنسان من كرامة أصيلة.
3. لجميع الأشخاص المصابين بمرض عقلي أو الذين يعالجون بهذه الصفة الحق في الحماية من الاستغلال الاقتصادي والجنسي وغيرهما من أشكال الاستغلال، ومن الإيذاء الجسدي أو غير الجسدي أو المعاملة المهينة.
4. لا يجوز أن يكون هناك أي تمييز بدعوى المرض العقلي. ويعني "التمييز" أي تفريق أو استبعاد أو تفضيل يؤدي إلي إبطال أو إضعاف المساواة في التمتع بالحقوق. ولا تعتبر التدابير الخاصة التي تتخذ لمجرد حماية حقوق الأشخاص المصابين بمرض عقلي، أو ضمان النهوض بهم تمييزا. ولا يشمل التمييز أي تفريق، أو استبعاد أو تفضيل يجري وفقا لأحكام هذه المبادئ ويكون ضروريا لحماية

ما لشخص مصاب بمرض عقلي أو لأفراد آخرين من حقوق الإنسان.

5. لكل شخص مصاب بمرض عقلي الحق في ممارسة جميع الحقوق المدنية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية المعترف بها في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، والعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، والعهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية، وفي الصكوك الأخرى ذات الصلة مثل الإعلان الخاص بحقوق المعوقين ومجموعة المبادئ المتعلقة بحماية جميع الأشخاص الذين يتعرضون لأي شكل من أشكال الاعتقال أو السجن.

6. أي قرار يتخذ، بسبب إصابة شخص بمرض عقلي، بأن هذا الشخص عديم الأهلية القانونية، وأي قرار يتخذ، نتيجة لعدم الأهلية، بتعيين ممثل شخصي، لا يجوز اتخاذه إلا بعد محاكمة عادلة تجريها محكمة مستقلة ونزيهة، منشأة بموجب القانون المحلي. ويحق للشخص الذي تكون أهليته موضع النظر أن يمثله محام. إذا لم يحصل الشخص الذي تكون أهليته موضع النظر علي هذا التمثيل بنفسه، وجب أن يوفر له هذا التمثيل دون أن يدفع أجرا عنه طالما لم تكن تتوفر له الإمكانيات الكافية للدفع. ولا يجوز أن يمثل المحامي في نفس الدعوى مصحة للأمراض العقلية أو العاملين فيها، ولا يجوز أيضا أن يمثل أحد أفراد أسرة الشخص الذي تكون أهليته موضع النظر، ما لم تقتنع المحكمة بانعدام التعارض في المصلحة. ويجب أن يعاد النظر في القرارات المتعلقة بالأهلية وبالحاجة إلي ممثل شخصي علي فترات متفرقة معقولة يحددها القانون المحلي. ويحق للشخص الذي تكون أهليته موضع النظر، ولممثله الشخصي، إن وجد، ولأي شخص آخر معني يستأنف أي قرار من هذا القبيل أمام محكمة أعلي.

7. عندما تتبين محكمة أو هيئة قضائية مختصة أخري أن الشخص المصاب بمرض عقلي عاجز عن إدارة شؤونه، تتخذ التدابير، في حدود ما يلزم ويناسب حالة ذلك الشخص، لضمان حماية مصالحه.

المبدأ 2

حماية القصر

تولي عناية خاصة، في حدود أغراض هذه المبادئ وفي إطار القانون المحلي المتعلق بحماية القصر، لحماية حقوق القصر، بما في ذلك، إذا لزم الأمر، تعيين ممثل خاص من غير أفراد الأسرة.

المبدأ 3

الحياة في المجتمع المحلي

خص مصاب بمرض عقلي الحق في أن يعيش وأن يعمل، قدر الإمكان، في المجتمع المحلي.

المبدأ 4

تقدير الإصابة بالمرض العقلي

1. يكون تقرير أن شخصا مصاب بمرض عقلي وفقا للمعايير الطبية المقبولة دوليا.
2. لا يجوز أبدا تقرير الإصابة بمرض عقلي علي أساس المركز السياسي أو الاقتصادي أو الاجتماعي، أو العضوية في جماعة ثقافية أو عرقية أو دينية أو لأي سبب آخر لا يمت بصلة مباشرة لحالة الصحة العقلية.
3. لا يجوز أبدا أن يكون النزاع الأسري أو المهني، أو عدم الامتثال للقيم الأخلاقية أو الاجتماعية أو الثقافية أو السياسية أو المعتقدات الدينية السائدة في المجتمع المحلي لشخص ما، عاملا مقررا في تشخيص المرض العقلي.
4. لا يجوز أن يبرر أي قرار يتخذ في الحاضر أو المستقبل بشأن إصابة شخص بمرض عقلي بمجرد أن يكون هذا الشخص قد سبق علاجه أو دخوله مستشفي بصفته مريضا.
5. لا يجوز لأي شخص أو لأي هيئة تصنيف شخص ما علي أنه مصاب بمرض

عقلي، أو الإشارة إلي ذلك بأي طريقة أخري، إلا للأغراض التي تتصل مباشرة بالمرض العقلي أو بعواقبه.

المبدأ 5

الفحص الطبي

لا يجوز إجبار أي شخص علي إجراء فحص طبي يستهدف تقرير ما إذا كان مصابا أو غير مصاب بمرض عقلي إلا وفقا لإجراء مصرح به في القانون المحلي.

المبدأ 6

السرية

يحترم الحق في سرية المعلومات فيما يتعلق بجميع الأشخاص الذين تنطبق عليهم هذه المبادئ.

المبدأ 7

دور المجتمع المحلي والثقافة

1. لكل مريض الحق في أن يعالج وأن يعتني به، قدر الإمكان، في المجتمع المحلي الذي يعيش فيه.
2. حينما يجري العلاج في مصحة للأمراض العقلية يكون من حق المريض أن يعالج بالقرب من منزله أو منزل أقربائه أو أصدقائه متي أمكن ذلك، وأن يعود إلي مجتمعه المحلي في أقرب وقت ممكن.
3. لكل مريض الحق في علاج يناسب خلفيته الثقافية.

المبدأ 8

معايير الرعاية

1. لكل مريض الحق في أن يحصل علي الرعاية الصحية والاجتماعية التي تناسب احتياجاته الصحية، كما يحق له الحصول علي الرعاية والعلاج وفقا لنفس المعايير المنطبقة علي المرضي الآخرين.

2. توفر لكل مريض الحماية من الأذى، بما في ذلك العلاج بالأدوية التي لا يكون هناك مبرر لها، ومن الإيذاء علي أيدي المرضي الآخرين أو الموظفين أو غيرهم، ومن الأعمال الأخرى التي تسبب ألما عقليا أو ضيقا بدنيا.

المبدأ 9

العلاج

1. لكل مريض الحق في أن يعالج بأقل قدر من القيود البيئية، وبالعلاج الذي يتطلب أقل قدر ممكن من التقييد أو التدخل ويكون ملائما لاحتياجات المريض الصحية وللحاجة إلي حماية سلامة الآخرين البدنية.

2. يكون علاج كل مريض ورعايته قائما علي أساس خطة توضع لكل مريض علي حدة وتناقش معه، ويعاد النظر فيها بانتظام، وتعدل حسب الاقتضاء، ويقدمها مهنيون مؤهلون.

3. يكون توفير الرعاية للصحة العقلية دائما وفقا لما ينطبق من معايير آداب المهنة المتعلقة بالممارسين في ميدان الصحة العقلية، بما في ذلك المعايير المقبولة دوليا مثل مبادئ آداب مهنة الطب المتعلقة بدور الموظفين الصحيين، ولا سيما الأطباء، في حماية المسجونين والمحتجزين من التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة، التي اعتمدتها الجمعية العامة للأمم المتحدة. ولا يجوز أبدا إساءة استخدام المعلومات والمهارات الطبية في مجال الصحة العقلية.

4. ينبغي أن يستهدف علاج كل مريض الحفاظ علي استقلاله الشخصي وتعزيزه.

المبدأ 10

العلاج بالأدوية

1. يتعين أن تفي الأدوية باحتياجات المريض الصحية علي أفضل وجه، ولا تعطي للمريض إلا لأغراض علاجية أو تشخصية، ولا تعطي له أبدا علي سبيل العقوبة أو

لراحة الآخرين. ورهنا بأحكام الفقرة 15 من المبدأ 11 أدناه من هذه المبادئ، لا يعطي ممارسو الرعاية الصحية العقلية للمريض إلا الأدوية ذات الفعالية المعروفة أو المثبوتة.

2. لا يجوز أن يصف الأدوية سوي طبيب صحة عقلية ممارس يصرح له القانون بذلك، ويسجل الدواء في سجلات المريض.

المبدأ 11

الموافقة علي العلاج

1. لا يجوز إعطاء أي علاج لمريض دون موافقته عن علم، باستثناء ما يرد النص عليه في الفقرات 6 و 7 و 8 و 13 و 15 من هذا المبدأ.

2. الموافقة عن علم هي الموافقة التي يتم الحصول عليها بحرية دون تهديدات أو إغراءات غير لائقة، بعد أن يكشف للمريض بطريقة مناسبة عن معلومات كافية ومفهومة بشكل ولغة يفهمها المريض، عن:

(أ) التقييم التشخيصي،

(ب) الغرض من العلاج المقترح، وطريقته، ومدته المحتملة والفوائد المتوقعة منه،

(ج) أساليب العلاج البديلة، بما فيها تلك الأقل تجاوزا،

(د) الألم أو الضيق المحتمل، وأخطار العلاج المقترح وآثاره الجانبية.

3. يجوز للمريض أن يطلب حضور شخص أو أشخاص من اختياره أثناء إجراء إعطاء الموافقة.

4. للمريض الحق في رفض أو إيقاف العلاج، باستثناء الحالات المنصوص عليها في الفقرات 6 و 7 و 8 و 13 و 15 من هذا المبدأ. وينبغي أن تشرح للمريض عواقب رفض أو إيقاف العلاج.

5. لا يجوز بأي حال دعوة المريض أو إغراؤه بالتنازل عن حقه في إعطاء الموافقة عن علم. وإذا طلب المريض هذا التنازل، وجب أن يوضح له أنه لا يمكن إعطاء

العلاج دون الموافقة عن علم.

6. باستثناء ما تنص عليه الفقرات 7 و 8 و 12 و 13 و 14 و 15 من هذا المبدأ، يجوز أن تنفذ علي المريض خطة علاج مقترحة دون موافقة المريض عن علم إذا تحقق الوفاء بالشروط التالية:

(أ) إذا كان المريض، في وقت اقتراح العلاج، محتجزا كمريض رغم إرادته،

(ب) إذا اقتنعت سلطة مستقلة في حوزتها كل المعلومات المتعلقة بالموضوع، بما في ذلك المعلومات المحددة في الفقرة 2 من هذا المبدأ، بأنه لم تكن للمريض، وقت اقتراح العلاج، الأهلية لإعطاء أو رفض الموافقة عن علم علي خطة العلاج المقترحة، أو إذا اقتنعت السلطة المذكورة بأن امتناع المريض عن إعطاء الموافقة المذكورة هو، حسبما تنص عليه القوانين المحلية، امتناع مخالف للمنطق المعقول وفقا لما تقتضيه سلامة المريض نفسه أو سلامة الأشخاص الآخرين،

(ج) إذا اقتنعت السلطة المستقلة بأن خطة العلاج المقترحة تفي باحتياجات المريض الصحية علي أفضل وجه.

7. لا تنطبق الفقرة 6 أعلاه علي مريض له ممثل شخصي يخوله القانون سلطة الموافقة علي علاج المريض، لكن باستثناء ما هو منصوص عليه في الفقرات 12 و 13 و 14 و 15 من هذا المبدأ، يمكن إعطاء العلاج للمريض دون موافقته عن علم إذا وافق الممثل الشخصي بالنيابة عن المريض، وذلك بعد إعطاء الممثل الشخصي المعلومات الوارد وصفها في الفقرة 3 أعلاه.

8. باستثناء ما تنص عليه الفقرات 12 و 13 و 14 و 15 من هذا المبدأ، يجوز أيضا إعطاء العلاج لأي مريض دون موافقته عن علم إذا قرر طبيب صحة عقلية ممارس مؤهل يسمح له القانون بذلك أن العلاج ضروري بصورة عاجلة لمنع حدوث ضرر فوري أو وشيك للمريض أو لأشخاص آخرين. ولا يجوز إطالة مدة هذا العلاج إلي ما بعد الفترة الضرورية تماما لهذا الغرض.

9. عندما يؤذن بإجراء، أي علاج دون موافقة المريض عن علم، يجب مع ذلك بذل كل جهد لإعلام المريض بطبيعة العلاج وبأي بدائل ممكنة، ولإشراك المريض في وضع الخطة العلاجية بالقدر المستطاع عمليا.

10. يجب تسجيل كل علاج علي الفور في سجلات المريض الطبية، مع بيان ما إذا كان العلاج اختياريا أو غير اختياري.

11. لا يستخدم التقييد الجسدي أو العزل غير الاختياري للمريض إلا حسب الإجراءات المعتمدة رسميا لمصحة للأمراض العقلية، وفقط عندما يكون ذلك هو الوسيلة الوحيدة المتاحة للحيلولة دون وقوع ضرر فوري أو وشيك للمريض أو للآخرين. ويجب أن لا يمتد هذا الإجراء إلي ما بعد الفترة الضرورية تماما لتحقيق هذا الغرض. وتسجل جميع حالات التقييد الجسدي أو العزل غير الاختياري، وأسبابها، وطبيعتها، ومداها في السجل الطبي للمريض. ويجب إبقاء المريض المقيد أو المعزول في ظروف إنسانية وتحت الرعاية والمراقبة الدقيقة والمنتظمة من جانب موظفي المصحة المؤهلين. ويجب إشعار الممثل الشخصي، إن وجد وإذا كان لذلك صلة بالموضوع، علي الفور بأي تقييد جسدي أو عزل غير اختياري للمريض.

12. لا يجوز مطلقا إجراء التعقيم كعلاج للمرض العقلي.

13. لا يجوز إجراء معالجة طبية أو جراحية كبيرة لشخص مصاب بمرض عقلي إلا إذا كان القانون المحلي يسمح بذلك، وفقط في حالة اعتبار أن ذلك يفي علي أفضل وجه باحتياجات المريض الصحية، وبشرط موافقة المريض عن علم علي ذلك إلا في الحالة التي يكون فيها المريض عاجزا عن إعطاء الموافقة عن علم، ولا يجوز الإذن بالمعالجة إلا بعد استعراض مستقل للحالة.

14. لا يجوز إجراء معالجة نفسية أو غيرها من أنواع العلاج التجاوزي الذي لا يمكن تدارك أثاره للمرض العقلي لمريض مودع في مصحة للأمراض العقلية دون إرادته، ويجوز إجراء هذه العلاجات، في الحدود التي يسمح بها القانون المحلي،

لأي مريض آخر فقط عندما يكون المريض قد أعطي موافقته عن علم وتكون هيئة خارجية مستقلة قد اقتنعت بأن هناك موافقة حقيقية عن علم وبأن العلاج يفي علي أفضل وجه باحتياجات المريض الصحية.

15. لا يجوز مطلقا إجراء تجارب إكلينيكية وعلاج تجريبي علي أي مريض دون موافقته عن علم، ويستثني من ذلك حالة عجز المريض عن إعطاء الموافقة عن علم، حيث لا يجوز عندئذ أن تجري عليه تجربة إكلينيكية أو أن يعطي علاجا تجريبيا إلا بموافقة هيئة فحص مختصة ومستقلة تستعرض حالته ويتم تشكيلها خصيصا لهذا الغرض.

16. في الحالات المحددة في الفقرات 6 و 7 و 8 و 13 و 14 و 15 من هذا المبدأ، يحق للمريض أو لممثله الشخصي، أو لأي شخص معني، أن يطعن أمام هيئة قضائية أو سلطة مستقلة أخري في أي علاج يعطي للمريض.

المبدأ 12

الإشعار بالحقوق

1. يحاط المريض المودع في مصحة للأمراض العقلية علما، في أقرب وقت ممكن بعد إدخاله في المصحة، بشكل ولغة يمكن للمريض أن يفهمها، بجميع حقوقه وفقا لهذه المبادئ وبموجب القانون المحلي، يجب أن تتضمن المعلومات توضيحا لهذه الحقوق ولكيفية ممارستها.

2. إذا عجز المريض عن فهم هذه المعلومات، وما دام عجزه عن هذا الفهم قائما، وجب عندئذ إبلاغ حقوق المريض إلي الممثل الشخصي، إن وجد وإذا كان ذلك ملائما، وإلي الشخص أو الأشخاص القادرين علي تمثيل مصالح المريض علي أفضل وجه والراغبين في ذلك.

3. يحق للمريض الذي يتمتع بالأهلية اللازمة أن يعين شخصا تبلغ إليه المعلومات نيابة عنه، وكذلك شخصا لتمثيل مصالحه لدي سلطات المصحة.

المبدأ 13

الحقوق والأحوال في مصحات الأمراض العقلية

1. يكفل الاحترام الكامل لحق كل مريض مودع في مصحة للأمراض العقلية في أن يتمتع، بصفة خاصة، بما يلي:

(أ) الاعتراف في كل مكان بصفته الاعتبارية أمام القانون،

(ب) خصوصيته،

(ج) حرية الاتصالات التي تشمل حرية الاتصال بالأشخاص الآخرين في المصحة، وحرية إرسال وتسلم رسائل خاصة غير مراقبة، وحرية تلقي زيارات مكفولة الخصوصية من محام أو ممثل شخصي، ومن زائرين آخرين في جميع الأوقات المعقولة، وحرية الحصول علي خدمات البريد والهاتف وعلي الصحف والاستماع إلي الإذاعة ومشاهدة التليفزيون،

(د) حرية الدين أو المعتقد،

2. تكون البيئة والأحوال المعيشية في مصحات الأمراض العقلية أقرب ما يمكن لأحوال الحياة الطبيعية التي يحياها الأشخاص ذوو السن المماثلة، وتشمل بصفة خاصة ما يلي:

(أ) مرافق للأنشطة الترويحية وأنشطة أوقات الفراغ،

(ب) مرافق للتعليم،

(ج) مرافق لشراء أو تلقي الأشياء اللازمة للحياة اليومية والترفيه والاتصال،

(د) مرافق لاشتراك المريض في عمل يناسب خلفيته الاجتماعية والثقافية، وللتدابير المناسبة لإعادة التأهيل المهني من أجل تعزيز إعادة الاندماج في المجتمع، والتشجيع علي استخدام هذه المرافق. ويجب أن تشمل تلك التدابير الإرشاد المهني دمات للتدريب المهني ولإيجاد العمل، بغية تمكين المرضي من الحصول علي عمل في المجتمع أو الاحتفاظ به.

3. لا يجوز في أي ظروف إخضاع مريض للعمل الإجباري. وينبغي أن يتمكن المريض، في الحدود التي تتفق مع احتياجاته ومع متطلبات إدارة المؤسسة، من اختيار نوع العمل الذي يريد أن يؤديه.

4. لا يجوز استغلال عمل مريض في مصحة للأمراض العقلية. ويكون لكل مريض حق في أن يحصل عن أي عمل يؤديه علي نفس الأجر الذي يدفع، حسب نون أو العرف المحلي، عن مثل هذا العمل إلي شخص غير مريض. ويجب أن كون لكل مريض في جميع الأحوال الحق في الحصول علي نصيب منصف من أي أجر يدفع إلي مصحة الأمراض العقلية عن عمله.

المبدأ 14

موارد مصحات الأمراض العقلية

1. ينبغي أن يكون لمصحة الأمراض العقلية نفس مستوي الموارد الذي يكون لأي مؤسسة صحية أخري، ولا سيما ما يلي:

(أ) عدد كاف من الأطباء المؤهلين وغيرهم من العاملين المهنيين المناسبين، ومكان كاف لتوفير الخصوصية لكل مريض، وبرنامج علاج مناسب وفعال،

(ب) معدات لتشخيص الأمراض وعلاج المرضي،

(ج) الرعاية المهنية المناسبة،

(د) العلاج الكافي والمنتظم والشامل، بما في ذلك إمدادات الأدوية.

2. يجب أن تقوم السلطات المختصة بالتفتيش علي كل مصحة للأمراض العقلية بتواتر كاف لضمان اتساق أحوال المرضي وعلاجهم ورعايتهم مع هذه المبادئ.

المبدأ 15

مبادئ إدخال المرضي في المصحات

1. في حالة احتياج مريض إلي العلاج في مصحة للأمراض العقلية، تبذل كل الجهود الممكنة لتجنب إدخاله علي غير إرادته.

2. تجري إدارة دخول المريض إلي مصحة للأمراض العقلية بنفس طريقة دخول أي مصحة أخري من أجل أي مرض آخر.

3. يكون لكل مريض أدخل مصحة للأمراض العقلية علي غير إرادته الحق في مغادرتها في أي وقت، ما لم تنطبق عليه المعايير المتعلقة باحتجاز المرضي علي غير إرادتهم، حسبما يرد بيانه في المبدأ 16 أدناه، وينبغي إعلام المريض بهذا الحق.

المبدأ 16

إدخال المريض في مصحة للأمراض العقلية علي غير إرادته

1. لا يجوز إدخال شخص مصحة للأمراض العقلية علي غير إرادته بوصفه مريضا، أو استبقاؤه كمريض علي غير إرادته في مصحة الأمراض العقلية بعد إدخاله كمريض باختياره، ما لم يقرر طبيب مؤهل في مجال الصحة العقلية ومرخص له قانونا بالممارسة في هذا المجال، ويكون قراره، وفقا للمبدأ 4 أعلاه أن ذلك الشخص مصاب بمرض عقلي، وأنه يري ما يلي:

(أ) أنه يوجد، بسبب هذا المرض العقلي، احتمال جدي لحدوث أذى فوري أو وشيك لذلك الشخص أو لغيره من الأشخاص، أو

(ب) أنه يحتمل، في حالة شخص يكون مرضه العقلي شديد وملكة التمييز لديه مختلة، أن يؤدي عدم إدخاله المصحة أو احتجازه فيها إلي تدهور خطير في حالته أو إلي الحيلولة دون إعطائه العلاج المناسب الذي لا يمكن أن يعطي إياه إلا بإدخاله مصحة للأمراض العقلية، وفقا لمبدأ أقل الحلول البديلة تقييدا. وفي الحالة المشار إليها في الفقرة الفرعية (ب)، يجب، حيثما أمكن ذلك، استشارة طبيب ممارس ثان في مجال الصحة العقلية، يكون مستقلا عن الطبيب الأول. وإذا تمت هذه الاستشارة، فإنه لا يجوز إدخال الشخص أو احتجازه علي غير إرادته إلا بموافقة الطبيب الممارس الثاني.

2. يكون إدخال الشخص أو احتجازه علي غير إرادته في بادئ الأمر لفترة قصيرة يحددها

القانون المحلي للملاحظة والعلاج الأولي، في انتظار قيام هيئة فحص بالنظر في إدخال المريض أو احتجازه. وتبلغ أسباب الإدخال أو الاحتجاز إلي المريض دون تأخير كما يبلغ الإدخال أو الاحتجاز وأسبابه فورا وبالتفصيل إلي هيئة الفحص، وإلي الممثل الشخصي للمريض، إن وجد، وكذلك إلي أسرة المريض ما لم يعترض المريض علي ذلك.

3. لا يجوز أن تستقبل مصحة للأمراض العقلية مرضي أدخلوا علي غير إرادتهم إلا إذا كلفت سلطة مختصة يحددها القانون المحلي المصحة بالقيام بذلك.

المبدأ 17

هيئة الفحص

1. تكون هيئة الفحص هيئة قضائية أو هيئة أخري مستقلة ونزيهة تنشأ بموجب القانون المحلي وتعمل وفقا للإجراءات الموضوعة بمقتضى ال
2. قانون المحلي. وتستعين هذه الهيئة، في اتخاذ قراراتها، بواحد أو أكثر من الأطباء الممارسين المستقلين، المؤهلين في مجال الصحة العقلية، وتأخذ رأيهم في الاعتبار.
2. تجري إعادة النظر الأولية التي تقوم بها هيئة الفحص، حسبما تتطلبه الفقرة 2 من المبدأ 16 أعلاه، في قرار بإدخال أو احتجاز شخص مريض علي غير إرادته في أقرب وقت ممكن بعد اتخاذ ذلك القرار، وتتم وفقا لإجراءات بسيطة وسريعة وفقا لما يحدده القانون المحلي،
3. تقوم هيئة الفحص دوريا باستعراض حالات المرضي المحتجزين علي غير إرادتهم، وذلك علي فترات معقولة وفقا لما يحدده القانون المحلي.
4. يكون للمريض المحتجز علي غير إرادته حق تقديم طلبات إلي هيئة الفحص علي فترات معقولة، وفقا لما ينص عليه القانون المحلي، لإطلاق سراحه أو تحويله إلي وضع الاحتجاز الطوعي.
5. تقوم هيئة الفحص، لدي كل استعراض، بالنظر فيما إذا كانت معايير الإدخال علي غير الإرادة المبينة في الفقرة 1 من المبدأ 16 أعلاه ما زالت مستوفاة، وإذا لم

تكن كذلك، تعين إخلاء سبيل المريض كمريض محتجز علي غير إرادته.

6. إذا اقتنع الطبيب الممارس في مجال الصحة العقلية والمسؤول عن الحالة، في أي وقت، بأن شروط احتجاز شخص بوصفه مريضا محتجزا علي غير إرادته لم تعد مستوفاة، تعين عليه أن يأمر بإخراج ذلك الشخص بوصفه مريضا محتجزا علي غير إرادته.

7. يكون للمريض أو لممثله الشخصي أو لأي شخص معني الحق في أن يطعن أمام محكمة أعلي في قرار بإدخال المريض أو احتجازه في مصحة للأمراض العقلية.

المبدأ 18

الضمانات الإجرائية

1. يحق للمريض أن يختار ويعين محاميا يمثله بوصفه مريضا، بما في ذلك تمثيله في أي إجراء للشكوى أو للطعن. وإذا لم يحصل المريض بنفسه علي هذه الخدمات، تعين توفير محام له دون أن يدفع المريض شيئا، وذلك في حدود افتقاره إلي الإمكانيات الكافية للدفع.

2. يكون للمريض أيضا الحق في الاستعانة، إذا لزم الأمر، بخدمات مترجم شفوي. وفي الحالات التي تلزم فيها هذه الخدمات ولا يحصل عليها المريض بنفسه، يتعين توفيرها له دون أن يدفع شيئا، وذلك في حدود افتقاره إلي الإمكانيات الكافية للدفع.

3. يجوز للمريض ولمحامي المريض أن يطلبا وأن يقدما في أي جلسة تقريرا مستقلا عن الصحة العقلية وأي تقارير أخري وأدلة شفوية ومكتوبة وغيرها من الأدلة التي تكون لها صلة بالأمر ويجوز قبولها.

4. تعطي للمريض ومحامية نسخ من سجلات المريض ومن أي تقارير ووثائق ينبغي تقديمها، إلا في حالات خاصة يتقرر فيها أن كشف أمر بعينه للمريض من شأنه أن يسبب لصحته ضررا خطيرا أو أن يعرض سلامة الآخرين للخطر. ووفقا

لما قد ينص عليه القانون المحلي، فإن أي وثيقة لا تعطي للمريض ينبغي إعطاؤها لممثل المريض الشخصي ومحاميه عندما يمكن القيام بذلك في إطار الثقة والسرية. وعند الامتناع عن إعطاء أي جزء من أي وثيقة إلي المريض، يتعين إخطار المريض أو محاميه، إن وجد، بهذا الامتناع وبأسبابه، مع خضوع هذا الامتناع لإعادة النظر فيه قضائيا.

5. يكون للمريض ولممثله الشخصي ومحاميه الحق في أن يحضروا أي جلسة وأن يشتركوا فيها وأن يستمع إليهم شخصيا.

6 إذا طلب المريض أو ممثله الشخصي أو محاميه حضور شخص معين في أي جلسة، تعين السماح بحضور هذا الشخص، ما لم يتقرر أن حضوره يمكن أن يلحق ضررا خطيرا بصحة المريض أو أن يعرض سلامة الآخرين للخطر.

7. أي قرار يتخذ بشأن ما إذا كان يجب أن تعقد الجلسة أو أن يعقد جزء منها علنا أو سرا وأن تنقل علنا، ينبغي أن تراعي فيه تماما رغبات المريض نفسه، وضرورة احترام خصوصيته وخصوصية الأشخاص الآخرين، وضرورة منع حدوث ضرر خطير لصحة المريض أو تجنب تعريض سلامة الآخرين للخطر.

8. يجب تدوين القرار الناشئ عن الجلسة وتدوين أسبابه، وإعطاء المريض وممثله الشخصي ومحاميه نسخا من ذلك القرار. ولدي البت فيما إذا كان القرار سينشر بالكامل أو جزئيا، يجب أن تراعي تماما في ذلك رغبات المريض نفسه، وضرورة احترام خصوصيته وخصوصية الأشخاص الآخرين، والمصلحة العامة في إقامة عدل علنا، وضرورة منع حدوث ضرر خطير لصحة المريض أو تجنب تعريض سلامة الآخرين للخطر.

المبدأ 19

الحصول علي المعلوما

1. يكون للمريض (الذي يشمل مصطلحه في هذا المبدأ المريض السابق) الحق في

الحصول علي المعلومات المتعلقة به والواردة في سجلاته الصحية والشخصية التي تحتفظ بها مصحة الأمراض العقلية. ويمكن أن يخضع هذا الحق لقيود بغية منع حدوث ضرر خطير لصحة المريض وتجنب تعريض سلامة الآخرين للخطر. ووفقا لما قد ينص عليه القانون المحلي، فإن أي معلومات من هذا القبيل لا تعطي للمريض، ينبغي إعطاؤها لممثل المريض الشخصي ومحاميه عندما يمكن القيام بذلك في إطار الثقة والسرية. وعند الامتناع عن إعطاء المريض أيا من هذه المعلومات، يتعين إخطار المريض أو محاميه، إن وجد، بهذا الامتناع وبأسبابه مع خضوع هذا الامتناع لإعادة النظر فيه قضائيا.

2. تدرج في ملف المريض عند الطلب أي تعليقات مكتوبة يقدمها المريض أو ممثله الشخصي أو محاميه.

المبدأ 20

مرتكبو الجرائم

. ينطبق هذا المبدأ علي الأشخاص الذين ينفذون أحكاما بالسجن بسبب ارتكابهم جرائم، أو الذين يحتجزون علي نحو آخر أثناء إجراءات أو تحقيقات جنائية موجهة ضدهم، والذين يتقرر أنهم مصابون بمرض عقلي أو يعتقد في احتمال إصابتهم بمثل هذا المرض.

2. ينبغي أن يتلقى جميع هؤلاء الأشخاص أفضل رعاية متاحة للصحة العقلية كما هو منصوص عليه في المبدأ 1 من هذه المبادئ. وتنطبق هذه المبادئ عليهم إلي أقصي حد ممكن، باستثناء ما تقتضيه هذه الظروف فقط من تعديلات واستثناءات محدودة. ولا يجوز أن تخل هذه التعديلات والاستثناءات بما للأشخاص من حقوق بموجب الصكوك المذكورة في الفقرة 5 من المبدأ 1 أعلاه.

3. يجوز أن يسمح القانون المحلي لمحكمة أو سلطة أخري مختصة، تعمل علي أساس مشورة طبية مختصة ومستقلة، بأن تأمر بإدخال هؤلاء الأشخاص في مصحة للأمراض العقلية.

4. ينبغي في جميع الأحوال أن يتفق علاج الأشخاص الذين يتقرر أنهم مصابون بمرض عقلي مع المبدأ 11 أعلاه.

المبدأ 21

الشكاوي

يحق لكل مريض أو مريض سابق أن يقدم شكوى عن طريق الإجراءات المحددة في القانون المحلي.

المبدأ 22

المراقبة وسبل الانتصاف

ينبغي للدول أن تكفل وجود آليات مناسبة سارية للتشجيع علي الامتثال لهذه المبادئ، ومن أجل التفتيش علي مصحات الأمراض العقلية، وتقديم الشكاوي والتحقيق فيها وإيجاد حلول لها، ومن أجل إقاما الدعاوى المناسبة التأديبية أو القضائية بسبب سوء السلوك المهني أو انتهاك حقوق المريض.

المبدأ 23

التنفيذ

1. ينبغي للدول أن تنفذ هذه المبادئ عن طريق اتخاذ تدابير مناسبة تشريعية وقضائية وإدارية وتعليمية وغيرها من التدابير، وأن تعيد النظر في تلك التدابير بصفة دورية.

2. يجب علي الدول أن تجعل هذه المبادئ معروفة علي نطاق واسع بوسائل مناسبة وفعالة.

المبدأ 24

طاق المبادئ المتعلقة بمصحات الأمراض العقلية

تنطبق هذه المبادئ علي جميع الأشخاص الذين يدخلون في مصحة للأمراض العقلي

المبدأ 25

لحفاظ علي الحقوق القائمة

لا إخضاع أي حق من الحقوق القائمة للمرضي لأي قيد أو استثناء أو إلغاء، بما في ك الحقوق المعترف بها في القانون الدولي أو المحلي المنطبق، بدعوى أن هذه المبادئ لا تعترف بهذه الحقوق أو أنها تعترف بها بدرجة أقل.

---

*حقوق الإنسان: مجموعة كوك دولية، المجلد الأول، الأمم المتحدة، نيويورك، 1993، رقم المبيع A.94.XIV–Vol.1, Part 1، ص 723.