



جامعة 8 ماي 1945 - قالمة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس



18/152
M/150.168

مذكرة مقترحة لنيل شهادة الماستر

في علم النفس الاجتماعي

الصورة النمطية لمريض الفصام لدى الشباب

دراسة ميدانية بجامعة 8 ماي 1945 بقالمة وبعض المؤسسات العمومية الأخرى



تحت إشراف الأستاذ :

• بوودة نجم الدين

من إعداد :

• فرج الله أمنة

ملخص:

حاولت دراستنا الحالية الكشف عن الصورة النمطية لمريض الفصام لدى الشباب، حيث طبقت الدراسة على مجموعة من المشاركين بلغ عددهم 120 شاب منهم 60 طالب موزعين على 3 تخصصات: علم النفس، العلوم الاقتصادية، اتصال وعلاقات عامة، و 60 موظف منهم 30 أستاذ و 30 ممرض. وقد اعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج الوصفي، وما سنحاول كشفه في بحثنا هذا اختصرناه في التساؤل التالي:

هل توجد صورة نمطية لمريض الفصام لدى الشباب؟

وقد اعتمدنا اخترانا تقنية فتيلة المفاهيم بالإضافة للمقابلة والملاحظة كأدوات جمع البيانات، ثم استخدمنا برنامج Spss لتفريغ وتحليل النتائج. وتوصلنا في نهاية الدراسة لوجود صورة نمطية لمريض الفصام لدى الشباب.

الكلمات المفتاحية:

الصورة النمطية، المريض الفصامي، الشباب.

Résumé :

Notre étude actuelle a tenté d'approcher les stéréotypes liés au malade schizophrène chez les jeunes. Elle a été appliquée auprès d'un ensemble de jeunes au nombre de 120 les participants sont composés de : 60 étudiants, répartis en trois spécialités : psychologie, économie et communication, et 60 fonctionnaires parmi eux 30 enseignants et 30 infirmiers.

Afin de parvenir à notre objectif nous avons utilisé dans notre recherche la méthode descriptive, pour répondre à notre problématique qui se résume dans cette interrogation : existe-t-il des stéréotypes du schizophrène chez les jeunes ?

Nous avons ainsi, choisi la technique d'amorçage conceptuel, l'entretien et l'observation comme outils de récolte des données, ensuite nous avons utilisé le programme Spss pour analyser nos résultats.

En conclusion nous sommes parvenus selon nos résultats à confirmer qu'il existe des stéréotypes du schizophrène chez les jeunes.

Mots clés :

Stéréotype, les jeunes, schizophrène.

الشكر والعرفان

بداية الحمد لله على توفيقه وتسديده خطاي، فهو المتفضل الأول والمعطي دائما
لجزيل النعم.

أتقدم بكل عبارات الشكر والثناء والعرفان وعظيم التقدير إلى الدكتور " بودودة
نجم الدين" الذي أشرف على هذا العمل المتواضع، وبذل فيه جهدا صادقا
مخلصا في توجيه هذا البحث ولن أوفيه حقه، فأرجو من الله أن يجزيه الجزاء
الأوفى.

كما أوجه أخلص عبارات الشكر والتقدير إلى أعضاء لجنة المناقشة على قبولهم
مناقشة هذا العمل.

الإهداء

الإهداء
للأبوين
والأخوات
والشرف
والعز
والشرف
والعز
والشرف
والعز

إلى والدي الكريمين أطال الله في عمرهما وأدامهما نعمة لي

إلى أخواتي حفظهن الله

إلى أُمِّي... خديجة...

إلى كل من وقف بجانبي مشاركا وموجها وناصحا...

أهدي لكم جميعا ثمرة جهدي المتواضع

اعتماد ندوة ترقية
واحد

الصفحة	العنوان
1	ملخص الدراسة
3	الشكر
الجانب النظري	
الفصل التمهيدي	
5	أ- مقدمة
9	ب- إشكالية الدراسة
10	ج- فرضيات الدراسة
10	د- أهمية الدراسة وأهدافها
11	هـ- التعاريف الإجرائية لمصطلحات الدراسة
12	و- حدود الدراسة
الفصل الأول: الفصام	
13	تمهيد
14	1. المرض العقلي
16	2. تعريف اضطراب الفصام
16	1.2 لغة
16	2.2 اصطلاحا
18	3.2 . الشخصية الفصامية
19	3. نبذة تاريخية عن اضطراب الفصام
20	1.3 . إحصائيات حول مرض الفصام

21	4. أعراض اضطراب الفصام
21	1.4. الأعراض الإيجابية
22	2.4. الأعراض السلبية
24	5. أسباب اضطراب الفصام
24	1.5. الوراثة
24	2.5. العوامل الجسمية
25	3.5. الشخصية
25	4.5. المعطيات الاجتماعية الثقافية
26	6. أنواع الفصام
26	1.6. الفصام البسيط
27	2.6. الفصام الهيبوفريني (المراهقة)
27	3.6. الفصام التخشي
27	4.6. فصام البارانوي (الهذائي)
28	5.6. الفصام غير المتميز
28	6.6. الفصام الوجداني
28	7.6. الفصام المفكك
28	7. تشخيص الفصام
30	8. بعض النظريات المفسرة لمرض الفصام
30	1.8. النظرية السلوكية
31	2.8. نظرية التعلم الاجتماعي
32	3.8. نظرية لانج وساز
32	4.8. النظرية التحليلية
32	9. الاندماج النفس اجتماعي لمرضى الفصام
33	1.9. بعض أساليب العلاج السلوكي لعلاج الفصام
34	2.9. العلاج الأسري

34	3.9. العلاج الجماعي
35	4.9. العلاج الطبي
35	5.9. التأهيل النفسي لمرضى انفصام
36	1.5.9. خطوات التأهيل النفسي للفصامي
37	2.5.9. أهداف التأهيل النفسي للفصامي
37	10. مآل انفصام
39	خلاصة الفصل
	الفصل الثاني: الصورة النمطية
40	تمهيد:
41	1. التطور التاريخي لمصطلح الصورة النمطية
42	2. تعريف الصورة
43	1.2. المصطلح العام (Image)
43	2.2. المصطلح الخاص (Stereotype)
43	3. تعريف الصورة النمطية
43	1.3. لغة
43	2.3. اصطلاحا
46	3.3. بعض المصطلحات المتعلقة بالصورة النمطية
46	1.3.3. الصورة الذهنية
46	2.3.3. التصورات الاجتماعية
47	4. دقة الصورة النمطية وإمكانية التغلب عليها

47	5. الصورة النمطية، الأحكام المسبقة، التمييز
49	1.5. وظائف الصور النمطية والأحكام المسبقة في العلاقات بين المجموعات
52	6. التصنيف في الصورة النمطية Catégorisation
53	7. ماذا نجد في الصور النمطية؟
53	1.7. محتوى الصورة النمطية
55	2.7. تنظيم محتوى الصورة النمطية
56	8. التوجهات النظرية للصورة النمطية
56	1.8. التوجه الكلي العام
57	2.8. التوجه النفسي في دراسة الصورة
59	1.2.8. نظرية كبش الفداء
60	3.8. التوجه الاجتماعي في دراسة الصورة
61	4.8. التوجه النفسي الاجتماعي في دراسة الصورة
62	1.4.8. نظرية تطابق المعتقدات
63	5.8. التوجه المعرفي في دراسة الصورة
64	9. طرق قياس الصور النمطية
64	1.9. الطرق الكلاسيكية لقياس الصور النمطية
65	1.1.9. طريقة قائمة الميزات لكاتز وبرالي Katz et Braly (1933)

فهرس المحتويات

66	2.1.9. النسبة المئوية لقيمة السمة Brigham (1971)
67	3.1.9. طريقة التقرير التشخيصي ل Mcmacouley و Stitt (1978)
70	خلاصة
الجانب الميداني	
71	تمهيد
72	1. المنهج
73	2. المشاركون
74	3. الأدوات
77	4. الإجراءات
78	5. النتائج
87	6. المناقشة
93	خاتمة
94	قائمة المصادر والمراجع
141-100	املاحق

الملاحق
لا تدرج في الفهرس

تدرج الملاحق الأخير معرف

الجانب النظري

الفصل التمهيدي

أيضا العناصر السكونية في الفصل التمهيدي

أ. مقدمة:

إن الأمراض العقلية من الاضطرابات الخطيرة والتي تعتبر قديمة النشوء وتطورت بتطور العلوم ، حتى أصبحت إحدى المشكلات التي تفرق المجتمعات والعلماء ككل الذين عملوا على تصنيف هذه الاضطرابات ضمن فئات مختلفة ويختلف نوع الاضطراب باختلاف أعراضه وأسبابه حيث تصنف الاضطرابات العقلية لذهانات عضوية وأخرى وظيفية فجد، ذهان الهوس الاكتئابي، البارانويا، الفصام والذي يعتبر من أكثر الاضطرابات خطورة ولا يمكن تجاهله كما يعتبر واسع الانتشار حيث أقرت منظمة الصحة العالمية سنة 2018 بأن الفصام يؤثر على أكثر من 21 مليون شخص في أنحاء العالم اجمع ويشيع عند الذكور ب 12 مليون أكثر منه عند النساء ب9 ملايين وعادة ما يظهر في صفوف الرجال في وقت مبكر.

ويقوم الفصامي عادة بتفسير ما يحدث حوله بشكل غير طبيعي كما تظهر عليه أوهام وهلوسات واضطرابات في طريقة التفكير وقد تترجم كل هذه الاختلالات إلى سلوكيات شاذة وعنيفة لا تتماشى والمواقف التي يمر بها مما يؤثر سلبا على حياته وتفاعلاته مع من يحيطون به. فإذا ألقينا نظرة على وطأة الفصام على الجيل الراهن (هناك حوالي 40 مليون فصامي في العالم) لما وجدنا في تاريخ الحروب حرب كان لها مثل هذا العدد من الضحايا أو المصابين ولم يحدث زلزالا أو كارثة تسبب خسائر بهذا الحجم.

فالفصامي شخص يعيش في عالمه الخاص المليء بالهلوسات، وخط الأفكار وتشوشها فيبني عالمه الخاص وينسحب من العالم المحيط به ويتعزل عنه فيصبح خطر على نفسه وعلى من محيط به، فبناء على سلوكيات الغريبة والغير سوية يصبح هناك دافع للتخلي وابتعاد الناس عنه وتغيير نظرة الآخر له، فالأفراد المصابون بالفصام عرضة لانتهاكات حقوق الإنسان، سواء داخل مؤسسات الصحة النفسية

أو في المجتمع، وارتفاع معادلات معاناتهم من الوبم جراء إصابتهم بالاضطراب وهو أمر يسهم في التمييز ضدهم.

فالصورة السائدة على المرضى العقليين عامة والفصامين خاصة تؤثر سلبا على تعامل الناس معهم خاصة وإن هذه الصورة تكون متوارثة ويتم تعميمها بين الأفراد من نفس المجتمع.

إن العقل البشري غالبا ما ينتقل عن التفكير أو ترتيب المعلومات الجديدة، فيلجا لما اكتسبه من أفكار وخبرات سابقة والتي تكونت لديه بناء على ما تلقاه من خلال التنشئة الاجتماعية والمعتقدات السائدة في مجتمعه حيث يعتبرها صالحة للاستخدام في جميع المواقف الحياتية والظروف الاجتماعية التي يمر بها.

فالإنسان لايد من انه بحاجة لاختصارات العقلية لأنها تساعده على اتخاذ قرارات والوصول إلى لأفضل الحلول دون اخذ وقت في ذلك، أي يجعل الفرد قادرا على التفاعل والتحكم في مواضيع الحياة اليومية بسلامة وفعالية، لكن من جهة أخرى فإن هذه الطريقة تجعل من العقل البشري أكثر خمولا وتعيق تقدمه في شتى الميادين.

فمن خلال ما يعيشه الفرد في حياته وما يقابله من معطومات وتفاعلات وأفكار ومعارف مع من حوله تنشئ لديه العديد من العمليات العقلية والمعرفية والتي يعتمد عليها في بناء واتخاذ سلوكيات التي يمكن أن تؤدي لارتكاب أخطاء وتحيزات معرفية التي من خلالها نلجا لإطلاق أحكام مسبقة أو تمييز اتجاه فئة اجتماعية معينة مما يولد لدى الأفراد صورة نمطية اتجاه موضوع أو فئة أو شخص معين بناء على صفة أو مجموعة صفات وتتكون هذه الانطباعات عادة من التجارب التي يمر بها الفرد والتي توضح اتجاهاته ومشاعره وسواء كانت هذه الاتجاهات صحيحة أو خاطئة فانه يعتمد عليها على أساس أنها واقع صادق ومرجع يعتمد عليه.

ولعل أكثر الأفراد أو الفئة التي تعاني من مثل هذه الأفكار هم المرضى العقليين عامة والفصامين خاصة فبالرغم من التطور الذي تعيشه إلا أن الأفكار السلبية والتميز اتجاه هذه الفئة لا تزال قائمة حق و أنها في تطور، فالكثير منهم يعانون من التهميش الاجتماعي داخل الأسر، المستشفيات مما قد يزيد من حدة الاضطراب وصعوبة العلاج منه، كما قد يلجا البعض لجعلهم محل سخرية، ونبذ وحق رفضهم ضمن المجموعة الاجتماعية وذلك بدلا من العمل على دمجهم وإعادة تأهيلهم ومحاولة فكهم من العزلة والانتواء الذي يعيشون فيه تحت تأثير المرض. و هذا ما سنحاول التطرق له من خلال موضوع الصورة النمطية لمرضى الفصام و العمل على توضيح مجموعة الأفكار والمعتقدات التي يستند لها الفرد في تفسيره وإدراكه لما يحدث حوله، وذلك بالإطلاع على الصورة النمطية المكونة على مريض الفصام بين صفوف الشباب باعتبارها شريحة هامة من المجتمع، ولإحاطة بجميع جوانب الموضوع قمنا بتدعيم الجانب النظري من هذه الدراسة بدراسة ميدانية طبقت على 120 فرد منهم 60 طالب جامعي على 3 تخصصات بجامعة قالمة 8 ماي 1945 و 30 أستاذ و 30 ممرض، وقد تضمنت الدراسة أربعة فصول جاءت على النحو التالي:

قمنا في الفصل التمهيدي بالتطرق لأهم العناصر التي تساعد في فهم موضوع الدراسة والتطلع على المشكلة التي سنحاول دراستها، وكذا الفرضيات والأهداف المبتغاة تحقيقها.

وجاء الفصل الأول ليشرح بعض النقاط المبهمة لاضطراب الفصام من الجانب العيادي (الإكلينيكي) وكذا النفس اجتماعي باعتباره يؤثر على الفرد وعلى المحيط الذي ينتمي له.

أما الفصل الثالث حاولنا من خلاله تناول الصورة النمطية بشكل مفصل وذلك بالتعرض لأهم العناصر التي تبني عبرها الصورة النمطية، والتوجهات النظرية المفسرة لها.

أما بالنسبة للجانب الميداني والذي جاء ليدعم ما قمنا بتقديمه في الفصول النظرية حيث شمل مجموعة الإجراءات المنهجية التي اعتمدنا عليها في بحثنا بالإضافة النتائج المتوصل إليها ومناقشتها على ضوء فرضيات الدراسة.

ب. إشكالية الدراسة:

يعد الفصام من الأمراض العقلية "الذهانية" الأكثر خطورة وانتشاراً ، وقد ظهر منذ القدم تحت تسميات مختلفة كالجنون المبكر وبالرغم من الدراسات والآراء حول هذا الاضطراب إلا أنه لا يزال هناك غموض في كثير من جوانبه وتختلف التفسيرات الموجودة حول المرض باختلاف المدارس المفسرة له.

يعانى المصاب بالفصام العديد من الأعراض التي تحول بينه وبين الاتصال السليم مع المحيط الخارجي فهي لا تؤثر على المريض فحسب بل وعلى من حوله عامة، وعلى أفراد أسرته خاصة.

فمن خلال هذه الأعراض وما يعانيه الفرد بسبب الاضطراب تظهر للمحيطين به مجموعة من الاختلافات في السلوكيات التي يقوم بها حيث تعتبر هذه السلوكيات شاذة وغير سوية بالنسبة لهم، هذه الفروق تجعل الناس يتبنون موقفاً ويتخذون قرارات اتجاه هذه الفئة من الأفراد وغالباً ما تكون قرارات سلبية وذلك بناءً على أن هؤلاء الأفراد يختلفون فيما يبدونهم من سلوكيات تعتبر شاذة مقارنة مع غيرهم وهذا ما يجعلهم موصومين اجتماعياً، ويصدر في حقهم أحكام تمييزية قد تؤدي لتفاقم الاضطراب، حيث ينظر لهم على أنهم خطرون ويميلون للعنف، أن سلوكياتهم لا معنى لها مما قد يزيد من التأثير على الفصامي في خطوات علاجه ويقلل من فرص العمل والاندماج والمساندة الاجتماعية.

وبالرغم من التطور التي توصل إليه العلم في شتى الميادين لا يزال الفكر محدود في تفسير المواضيع التي تصادفنا في الحياة اليومية، حيث ينظر للأفراد على أساس انتماءاتهم الطبقيّة، العرقية، أو لانتسابهم لجماعة معينة، ولعل أكثرهم المرضى العقليين عامة و الفصاميين خاصة من أكثر الأشخاص الذين يعانون من هذه المشاكل في حياتهم، و هذا ما سنحاول التطرق له من خلال موضوع الصورة النمطية لمريض الفصام و العمل على توضيح مجموعة الأفكار والمعتقدات التي يستند لها الفرد في تفسيره وإدراكه لما يحدث حوله، وذلك بالإطلاع على الصورة النمطية المكونة على مريض الفصام بين

صفوف الشباب باعتبارها شريحة هامة من المجتمع، وهذا ما سنكشفه بالاعتماد على ما تحتويه الصورة النمطية لدى الشباب حول المريض الفصامي، باعتبار هذه الفئة الشريحة الأهم في المجتمع، ولمعرفة طبيعة الصور المكونة لديهم فيما يخص المصاب بالفصام قمنا بمحاولة الإطلاع على آرائهم ووجهات نظرهم التي كونوها حول الفصامي.

من هذه الفكرة كان المنطلق الرئيسي لإشكالية دراستنا والتي خلصنا في نهايتها إلى مجموعة من التساؤلات التي مفادها:

التساؤل الرئيسي:

هل توجد صورة نمطية لمريض الفصام لدى الشباب؟

التساؤلات الجزئية:

- هل توجد اختلافات في الصورة النمطية تعزى لمتغير الجنس؟

- هل توجد اختلافات في الصورة النمطية بين المشاركين من طلبة وموظفين؟

ج- فرضيات الدراسة:

- الفرضية العامة:

❖ توجد صورة نمطية لمريض الفصام لدى الشباب.

- الفرضيتين الجزئيتين:

❖ توجد اختلافات في الصورة النمطية لمريض الفصام تعزى لمتغير الجنس.

❖ توجد اختلافات في الصورة النمطية لمريض الفصام بين المشاركين من طلبة وموظفين.

د- أهمية الدراسة وأهدافها:

د.أ. أهمية الدراسة:

- عدم التطرق لمثل هذا الموضوع في دراسات سابقة.

- تفتح الدراسة المجال لإجراء المزيد من الدراسات العلمية حول الموضوع وتطويره.

- تكمن أهمية الدراسة كونها تتناول ظاهرة نفس اجتماعية تتمثل في الصورة النمطية لمريض

الفصام

- تستهدف هذه الدراسة فئة حساسة من المجتمع والتي تتمثل في الشباب عامة والطلبة والموظفين

خاصة.

- تساهم هذه الدراسة في فهم الظاهرة المدروسة، ومدى الاستفادة منها للتخلص من الأفكار السلبية

اتجاه المرضى العقليين والمساعدة في دمجهم اجتماعيا وضمهم ضمن مجموعات.

- لفت الانتباه لشريحة مهمشة من المجتمع والذي يتوجب علينا الاهتمام به ونمجه ضمن المجتمع

التي ينتمي له.

د.ب. أهداف الدراسة:

- معرفة لصورة النمطية السائدة بين فئة الشباب من طلبة وعمال والمرتبطة بمريض الفصام.

- معرفة وجهة نظر الشباب حول فئة المرضى الفصامين.

- التعرف على العوامل التي تساهم في تكوين صورة نمطية حول الفصامين.

- التعرف على مدى تأثير مؤسسات التنشئة الاجتماعية (أسرة، جماعة الرفاق، المدرسة...) على

تكوين الصورة النمطية.

- التعرف على كيفية التعامل مع مريض الفصام وبمجه ضمن المجموعات الاجتماعية.

هـ- التعاريف الإجرائية لمصطلحات الدراسة:

أ. الفصام: هو أحد الاضطرابات الذهانية الأكثر تعقيدا حيث يعاني المصاب به العديد من حروف

الاضطرابات في التفكير والوجدان ويتميز بسلوكيات غير عادية وسط المحيط الاجتماعي وقشل في

التمييز بين الواقع والخيال، وكما زادت فترة وشدة المرض كلما فقد المريض قدراته الذهنية والحركية.

هـ.ب. الصورة النمطية: هي الصورة المكونة والمتداولة عند فرد أو جماعة معينة حول فرد أو جماعة أخرى على أساس انتمائهم لفئة معينة ويكون ذلك بناء على معارف وخبرات سابقة سواء كانت بطريقة مباشرة أو مكتسبة عن طريق المحيط الخارجي.

و- حدود الدراسة:

المجال المكاني للدراسة: تم إجراء الدراسة الحالية بكل من جامعة 8 ماي 1945 بقالة والمدرسة الابتدائية منتصر إسماعيل ومتقن عزيزي عبد المجيد بهليوبوليس وكذا المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوشقوف.

المجال الزمني:

تم إجراء الجانب التطبيقي لهاته الدراسة في الفترة الممتدة من 15-04-2018 إلى غاية 17-05-2018.

أكين المحال السبري لدراسة

الفصل الأول



1. الفصام

تمهيد:

يعتبر الفصام من أخطر الأمراض العقلية التي تصيب الإنسان وأكثرها انتشاراً، كما يعتبر أعقدها علاجاً حيث يتسبب في العديد من الاضطرابات النفسية والاجتماعية كاضطراب في التفكير والوجدان والسلوك، كما يؤدي للتدهور في السلوك الاجتماعي مما يجعل الفصامي في معزل عن العالم الحقيقي، ويشعر بالانزعاج الشديد خلال التواصل الاجتماعي فيجد نفسه أمام العديد من المشاكل تعزله عن المحيط الذي يعيش فيه ويدفعه للانطواء والابتعاد عن العلاقات الخارجية مما يؤثر سلباً على حياته الاجتماعية وتفاعله مع الآخرين، حيث تكون هذه السلوكيات مجموعة من الصور السلبية لأفراد المجتمع حول هذه الفئة فينظر إليهم على أنهم شواذ وأناس غير عاديين هذا ما يجعلهم مهمشين اجتماعياً ويكسبهم وصماً اجتماعياً مع اعتبارهم أشخاص غير عاديين مما يدفع الأفراد لتقادي العلاقات و تجنب الاختلاط بهم.

وسوف نتطرق من خلال هذا الفصل إلى: تعريف الفصام، أسبابه، أعراضه، وكذا طرق العلاجات المطبقة عليه.

1. المرض العقلي:

يعرف على أنه المرض الذي يتناول كافة الاضطرابات الانفعالية والسلوكية والذهنية والشخصية بصفة عامة ويعكس حالات من الشذوذ وانعدام التوافق، والمرض العقلي يعاني فيه صاحبه اختلالا شاملا واضطرابا خطيرا في شخصيته، ويبدو في صورة اختلال شديد في التفكير والقوى العقلية، والعجز عن ضبط النفس ورعايتها والجهل بأسباب مرضه وعدم قدرته على الاستبصار بمشكلته.

(عبد الغني، 2001، ص 297)

ويمكن تعريفه على أنه اضطراب نفسي واجتماعي غير عضوي يكون الفرد عاجزا عن حماية ذاته أو كيانه الاجتماعي بصورة لا تمكنه من المشاركة في الحياة الاجتماعية العادية أو إحراز أدنى المكافآت البيولوجية والاجتماعية(دوبار، 2003، ص 16-17)، فالمرضى العقلي هو ذلك الذي ينظر له من قبل أفراد مجتمعه على أنه مجنون أو فاقد لقواه العقلية وهي المصطلحات السائدة بين العامة من الناس.

أما في الجزائر فقد عاش المرض العقلي نوعا من التهميش حيث مر الطب النفسي الجزائري عبر أربعين عاما، على العديد من الاضطرابات جعلت تطوره يسمح لنا بفهم الوضعية الحالية لهذا الميدان وكيفية التكفل بالمرضى العقلي. فالتب العقلي في الجزائر عاش انقلابات، من الاستقلال إلى يومنا هذا وتطور خلال أربع مراحل التي يعتبر تقديم العرض الموجز لها ضروري لفهم الوضعية الحالية.

فخلال الفترة ما بعد الاستقلال (1962-1972) ورثت الجزائر ل 10 مليون ساكن منشآت استشفائية بقدرة 3500 سرير، مصلحة الطب العقلي بمصطفى باشا وملحقين اثنتين صور الغزلان والشافق، مستشفى فرانس فانون بالبيدة بني سنة 1933 ومستشفى وهران ومستشفى سيدي الشحيمي المخصص في الأمراض العقلية الذي بني في 1960 وبقدرة 1100 سرير.

كما ورثت الجزائر وضعية مؤثرة، نتيجة تزايد المرض العقلي، والتزايد الديموغرافي، الهجرة الريفية، التحضر، البطالة... أمام إدارة فنية، قليلة التجربة وفي نفس الفترة بدأ الطب العقلي يكتسب هويته الجزائرية من خلال مساهمة أطباء كلهم مكونين بالخارج وموزعين بحكمة عبر ثلاث مناطق الجزائرية الكبرى (105, p.2003) Oussoukine بالإضافة إلى الاستشارات الطبية التي كانت تقدم من قبل أطباء عقليين أجانب من بينهم أطباء عقليين فرنسيين قدموا في إطار الخدمة الوطنية ومتعاونين من دول الشرق.

أما المرحلة الثانية والتي تمتد إلى غاية سنوات 1990 سمحت بإنجاز ما يلي:

- تنظيم قطاعات الطب العقلي مع وحدات استعجالية.
- تعميم العلاجات المجانية من استشفاءات واستشارات طبية.
- إصدار أول قانون للصحة العقلية.
- الانطلاق في بناء 5 مستشفيات للطب العقلي بقدرة 250 سرير.

هذه الفترة تميزت بأزمات متضاعفة ومختلفة (أخلاقية شرعية، سياسية، اقتصادية، اجتماعية) (Brahimi, 1991, p331) ولقد كان لهذا تأثير على الطب العقلي الجزائري الذي كان موجودا لكن من الناحية المؤسساتية ضعيف وأثر هذا سلبا على التكفل بالمرضى العقليين، نتيجة تقلص مدة الإقامة في المستشفى لنقص في الأماكن في مصالح الطب العقلي.

ثم شهدت الجزائر عشية سواد التي تخلتها جميع مظاهر العنف والاعتداء على حياة المواطنين حيث شهدت هذه المرحلة اعتيال المفكرين من بينهم الطبيب العقلي محفوظ بوسبي و هروب الأطباء العقليين، حسب الإحصائيات 150 طبيب مختص في الطب العقلي ترك الوطن خلال 15 سنة الأخيرة بالإضافة إلى العزلة الكاملة للوطن (Kacha, 2005, p146).

ولقد تركت الأزمة الأمنية التي مرت بها الجزائر آثارا عميقة ليس فقط على أوضاع الحياة العامة والصعوبات التي يعيشها الجزائري بل أيضا على الصحة العقلية للسكان فارتفعت نسبة المعاناة العقلية،

وقد قامت الجمعية الجزائرية للبحث في علم النفس بالاشراكة مع المنظمة النفسية الاجتماعية عبر الثقافات بتنفيذ بحث وبائي (ابيدميولوجي) في الصحة العقلية في المجتمع الجزائري وقد بينت النتائج أن أكثر الاضطرابات انتشارا كان اضطراب ما بعد الصدمة، وجد أنه مرتبط أساسا بأحداث العنف والقتل التابعة للأزمة (Psychologie, 2001, p6).

فمنذ عام 2000 كان الأطباء العقليين يحاولون التفكير وتضميد هذه الفترة من العنف الاجتماعي، للخروج من حياة العزلة في سياق سياسي واجتماعي مختلف. حيث أجريت دراسة في عموم السكان في الجزائر عام 2003 أظهرت أن 43% من سكان الجزائر يعانون من اضطرابات القلق بما في ذلك 13% من اضطراب ما بعد الصدمة، فيجب على الأطباء العقليين خاصة أولئك الذين يتحملون مسؤولية التدريب إيجاد نفس جديد لذلك. وشهدت السنوات الأخيرة اختفاء الجيل الأول من الأطباء العقليين (بلقاسم بن سماعيل 2002، خالد بن ميلود 2003)

صحة النفسية
(Kacha, 2005, p146)

البيرونة قبل الخروج للعنف

2. تعريف اضطراب الفصام:

1.2 لغة: الفصام هو كلمة يونانية مقسمة إلى شقين Schizo وتعني الانقطاع أو الانقسام و Phrenie تعني العقل، وبهذا فإن معناه يصبح انفصام العقل.

(لكحل، بن عمر، 2012، ص 10)

2.2 اصطلاحا: يعرف في موسوعة النفس والتحليل النفسي على أنه من الأمراض العقلية التي تنتمي للذهان وأكثرها انتشارا، يتميز بتأثيره على العقل ويصيب الشخصية بالتصدع مما يفقدها التوازن والتناسق الذي كانت عليه من جميع جوانبها الفكرية الانفعالية والحركية والإدراكية، مما يجعل كل جانب منفصل على الآخر وتبدو الشخصية غريبة وشاذة.

(حسن عامر، 2006، ص 135)

كما يعرف شحاتة ربيع الفصام على أنه: مرض ذهاني يتميز بمجموعة من الأعراض النفسية والعقلية والتي تؤدي إن لم تعالج مبكرا إلى الاضطراب وتدهور في الشخصية والسلوك. وأهم هذه الأعراض اضطراب التفكير والوجدان والإدراك والإرادة والسلوك (شحاتة ربيع، 2006، ص 97).

و يعرف الفصام أيضا على أنه مرض ذهاني يؤدي إلى نقص انتظام الشخصية و إلى تدهورها التدريجي. ومن خصائصه الانفصال عن العالم الواقعي الخارجي، وانفصال الوصلات النفسية العادية في السلوك. والمريض يعيش في عالم خاص بحدودا عن الواقع، وكأنه في حلم مستمر.

(زهان، 2005، ص 533)

عرف بلويلر الفصام على أنه مجموعة من الأعراض الذهانية تسلك أحيانا مصيرا مزمنًا 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.

(عكاشة، 1998، ص 296)

ويعرف الفصام على أنه: مرض عقلي مظهره اضطرابات في موقف الشخص إزاء الواقع، وانفصال بين النواحي العقلية من الشخصية والوجدانية فيها .

(ضيفة، 1984، ص 94)

تتميز الاضطرابات الفصامية بشكل عام بتحريفات أساسية ومميزة في التفكير والإدراك وكذلك في العواطف التي تكون غير ملائمة أو متباعدة. وعادة يبقى الوعي والقدرة الذهنية سليمين وإن كان يظهر بعض مظاهر النقص المعرفية Cognitive Déficits مع مرور الوقت .

ويصيب اضطراب الشخصية تلك الوظائف الأساسية التي تعطي الشخص الطبيعي إحساساً بالفردية والتميز، توجيه الذات، فيشعر المريض أن الآخرين يطمون أو يتقاسمون معه أكثر أفكاره ومشاعره وأفعاله الخصوصية. وقد تتكون وهامات (ضلالات) لتفسير هذه الظواهر تصل إلى حد الاعتقاد بوجود قوى طبيعية أو خارقة للطبيعة تعمل من أجل التحكم في أفكار وأفعال الشخص المصاب وذلك بأشكال شاذة وغريبة في أغلب الأحيان .

(عكاينة، 1998، ص 94)

ويعتبر الفصام اضطراب حاد في الدماغ يؤثر على الشخص المصاب به في التفكير، التصرف، التعبير عن مشاعره، النظر إلى الواقع والعلاقات المتبادلة بينه وبين المحيطين به.

3.2. الشخصية الفصامية:

تعتبر الأعراض الأولى أو الممهدة للإصابة بالفصام وتسمح بتركيب بنية الشخصية الفصامية التي تتسم حسب نظرة الآخر بما يلي:

- العزلة الوحدة والكتمان والتحفظ والانغلاق على الذات.
- صفق العلاقات الاجتماعية وتفصيل الأنشطة الفردية.
- صعوبة التعبير عن المشاعر والحساسية الزائدة.
- مواجهة الواقع بأساليب إنشائية هروبية كالاستغراق في الخيال وأحلام اليقظة.
- العناد والخجل.

(قاسم عبد الله، 2008، ص 233)

ولقد أشار في هذا الصدد كرتشمير (1936) أن الشخصية الفصامية تتضمن بذور مرض الفصام، حيث كان يعتقد أن هذه الشخصية هي مظهر جزئي للمرض والذي يظهر بشكل نهائي في هيئة الفصام.

(طارق بن علي، 2008، ص 27)

3. نبذة تاريخية عن اضطراب الفصام:
يعود وصف أول حالة فصامية إلى عام 1400 ق.م، حيث نجد في أحد اللصوص الهندية القديمة وصفا دقيقا لما نسميه اليوم بالفصام. أما بالنسبة لإدراج المرض في لوائح الطب النفسي الحديث فإنه يعود إلى عام 1851 .

(بقيون، 2007، ص 5)

وفي عام 1860 وصف الطبيب النفسي مورل حالة فتى في 14 من عمره يعاني من تدهور عقلي متطور بشكل ملحوظ، حيث كان شديد التقوق في دراسته إلا أنه أخذ يهمل دروسه ونظافته وكل النشاطات الأخرى وينسى ما تعلمه وينطوي على نفسه، وتسيطر عليه فكرة القتل ومشاعر اضطهادية إزاء أبيه وأطلق عليها مورل اسم "العتة المبكر" أو الخبل (الخرف) المبكر لأنه مرض ينتهي بصاحبه إلى العتة، ويأتيه في سن مبكرة وهي سن المراهقة.

(المنشولي، 2004، ص 142)

وفي الفترة الممتدة ما بين 1863-1868 قدم طبيب آخر هو كاهليوم اصطلاح آخر للمرض هو (Dementia paranoid) وتعني الخرف الزوروي وهي حالة وصفها أنها تتكون من أوهام واضطراب في السلوك، كما وصفها حالة من الأوهام العقلية المنظمة.

وفي سنة 1868 وصف حالة تالثة سماها (Catatonia) وتعني الجامودية أو التخشبية، حيث يبقى فيها المريض ساكنا بدون حركة، وفي 1896 قام العالم كرايلاين بدمج الصورة المرضية السابقة في

حالتين، واحدة تتعلق بالمزاج سماها الزهو الاكتئابى والأخرى الخرف المبكر، وسيطر تقسيمه لفترة زمنية طويلة.

(حسن فرج، 2009، ص 164)

كما كانت إسهامات(أولف ماير)الذي عمل بمستشفى جون هويكنز والولايات المتحدة الأمريكية ترأس المدرسة النقدية والحيوية أو البيولوجية وقد اهتم ماير بدراسة المريض وفهمه باعتباره إنسانا فريداً، وأن لكل فصام ظروفه ومن هنا توسعت نظريته لتشمل كل العوامل الحيوية والعضوية والنفسية والاجتماعية منطلقاً من وحدة الجسم و العقل. وقد استخدم مصطلح آخر للفصام ألا وهو (Paregasia) (لم يلاقي قبول) إلا أنه اعتبر الفصام لظروف ضاغطة وعدم قدرة الشخص مواجهة الضغوطات.

(قاسم عبد الله، 2008، ص 229-230)

وفي عام 1911 جاء دور العالم يوجين بلوير الذي يعمل أستاذاً للطب بجامعة زيورخ و نقد ما ذهب إليه (كريبلين) واعتبر مصطلح العته غير دال على طبيعة مرض الفصام وغير ملائم حتى لو وصف الأعراض المختلفة المرتبطة به، وأسماه الفصام العقلي أو السكريزوفرينا وهو المصطلح الذي ما يزال يستخدم حتى الآن للإشارة إلى هذا المرض.

(المنشولي، 2004، ص 143)

1.3. إحصائيات حول مرض الفصام:

يعتبر الفصام من أكثر الأمراض الذهانية انتشاراً، حيث يصيب حوالي 0.5% إلى 0.8% من مجموع السكان. ويكون الفصاميون أغلبية مرضى مستشفيات الأمراض العقلية، فهم يكونون حوالي 25% إلى 33% من الذين يدخلون مستشفيات الأمراض العقلية لأول مرة. وتبلغ نسبة الفصاميين حوالي 50% من المرضى العقليين المزمنين الذين يقيمون في مستشفيات الأمراض العقلية.

وتظهر معظم حالات الفصام عادة بين سن 15 - 30 سنة وتصل إلى أقصاها في أواخر العقد الثالث من العمر و الفصام أكثر انتشاراً في الرجال قبل سن الثلاثين وأكثر انتشاراً في النساء بعد سن الثلاثين.

وقد وجد أن الذين يهاجرون إلى بيئات وثقافات مختلفة اختلافا كبيرا عن بيئاتهم وثقافتهم التي هاجروا منها يكونون أكثر عرضة للفصام. وينتشر الفصام في الأماكن المزدحمة بالسكان حيث الفقر والجهل والمرض والجريمة والبطالة والانحرافات السلوكية الاجتماعية، و الفصام أكثر انتشارا في الطبقات الاجتماعية الاقتصادية الدنيا، وهو أكثر انتشارا بين العزاب منه بين المتزوجين.

(زهران، 2005، ص 534)

4. أعراض اضطراب الفصام:

تصنف أعراض الفصام إلى أعراض ايجابية وسلبية، وتسمى الأعراض الايجابية تلك الإضافات غير المستحبة على الحياة العقلية، وتنتم بالبدء الحاد وتتصف باستجابة جيدة للعلاج بالمثبطات العصبية في حين أن نواحي الفقر في هذه الشخصية مثل الافتقار لعدة عناصر أساسية في الحياة العقلية تدعى الأعراض السلبية والتي تكون تابعة للبدء الحاد للاضطراب وتتميز باستجابة سيئة للعلاج بالمثبطات العصبية وهذه الأعراض كالتالي:

1.4. الأعراض الإيجابية:

والتي نعني بها أعراض جيدة من وجهة نظر المريض أو المعالج، لكنها تعني وجود أعراض زائدة وغير طبيعية مثل: الهلوس، الضلالات وهي عكس الأعراض السلبية التي تظهر توحى بالقصور لدى المريض كالبلادة الانفعالية والفقر في محتوى الكلام.

الهوسات: تتمثل في الهلوس السمعية و البصرية أين يرى المريض أشياء و ألوان غير موجودة على أرض الواقع، والهلوس اللمسية أين يشعر المريض بوخز أو حرق أو شعور بحشرات تزحف على الجلد والتي تكون لا أساس لها من الواقع.

أفكار هنيائية: كالهذات الاضطهادية التي يعتقد فيها المريض أن هناك من يلاحقه و يترصده، هذات العظمة أين يعتقد أنه نبي أو شخصية تاريخية عظمى.

اضطراب في التفكير: ويظهر من خلال عدم الترابط بين الأفكار والكلام غير المنظم، كما يتميز بتعبيرات وألفاظ ليس لها معنى سوى عند المريض.

فقدان الثقة: أين يفقد المريض الفصامي الثقة في من هم حوله حتى ولو كان من المقربين كالأبوين أو الأخوة.

عناد: مقاومة، و الاستنارة.

2.4. الأعراض السلبية:

- فتور وانفعالات جسمية.
- انسحاب اجتماعي وعاطفي: حيث يميل الفصاميون لتجنب الناس والحديث معهم لأن مجموع أفكارهم غير مرتبة وغير منطقية وهذا الانسحاب يساعد على الاستمرار في الانفصال عن الواقع.
- قلق - شعور بالذنب.
- ميل إلى الاكتئاب.
- بطء حركي.

(لكحل و بن عمر، 2012، ص 24-25)

وقد تمس هذه الأعراض العلاقات الاجتماعية لمريض الفصام مما تجعله ينسحب ويميل للانطواء والابتعاد على تكوين العلاقات و تغير من وجهة نظر من حوله وكذا طريقة التعامل فيكونون صورة سلبية عنه تجعله أكثر عزلة.

كما صنفت حسب المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض Cim 10 كما يلي:

- صدى الأفكار، إدخال الأفكار أو سحبها، إذاعة الأفكار.
- وهامات (ضلالات) التحكم أو التأثير أو اللافاعلية التي تتسبب بوضوح إلى حركات الجسم أو الأطراف أو أفكار أو أفعال أو أحاسيس معينة، وإدراك وهامي (ضلالي) Délusion .perception

- أصوات هلوسية تعلق بشكل مستمر على سلوك المريض أو تتناقش فيما بينها بشأنه أو أنواع أخرى من الأصوات الهلوسية التي تأتي من بعض أجزاء الجسم.
 - وهامات (ضلالات) مستديمة ذات أنواع أخرى غير ملائمة للثقافة المحيطة ومستحيلة تماما، كتلك التي تتصل بالهوية الدينية السيامية، والقوى فوق البشرية والقدرات الخارقة (مثل القدرة على التحكم في المناخ أو الاتصال بمخلوقات غريبة من عالم آخر.
 - وهامات (ضلالات) إما سريعة الزوال أو نصف مكتملة بدون مضمون وجداني واضح، أو أفكار مستديمة مبالغ في قيمتها، أو عندما تحدث يوميا لمدة أسابيع أو شهور متصلة.
 - انقطاعات أو انحرافات في تسلسل الأفكار تؤدي إلى كلام غير مرتبط أو لا معنى له أو تعبيرات جديدة مستحدثة.
 - سلوك جامودي مثل التوران، أو الوضعة Posturing أو المرونة الشمعية، أو المعاندة Negativism، أو الخرس أو الذهول.
 - أعراض 'سلبية' مثل الخمول " فقد الاهتمام " الشديد وندرة الكلام، والاستجابات الانفعالية المتبادلة أو غير الملائمة تؤدي هذه العادة إلى انسحاب وانخفاض في الأداء الاجتماعي، وينبغي أن تكون هذه الأعراض السلبية غير الناجمة عن الاكتئاب ولا عن تعاطي الأدوية المضادة للذهان.
 - تغير واضح ثابت في النوعية العامة لبعض جوانب السلوك الشخصي والذي يظهر على شكل فقد الاهتمام، انعدام الأهداف، فقد المبادرة، موقف الاستغراق الذاتي، والانسحاب الاجتماعي.
- (عكاشة، 1999، ص 96)

5. أسباب اضطراب الفصام:

يعد الفصام من الاضطرابات التي لا يزال البحث فيها والتي لم يتوصل بعد للأسباب الحقيقية وراء ظهوره وتختلف أسباب هذا الاضطراب فهناك من يرجعه لأسباب نفسية وهناك من يرجعه لأسباب وراثية أو لعوامل بيئية سوف نستعرض فيما يلي أهم أسباب الفصام:

1.5. الوراثة:

يقول كالمان Kallman (1946) إن عاملا وراثيا متحيا يرثه الفرد يهيئه للفصام. أي أن مرض الفصام نفسه لا يورث ولكن الذي يورث هو استعداد الفرد للإصابة بالفصام إذا تجمعت الأسباب الحيوية والنفسية والبيئية.

(زهران، 2005، ص 535)

وقد ظهر الاعتقاد بأن للفصام أسباب وراثية، وذلك بملاحظة ارتفاع معدل حدوثه في عائلات معينة دون أخرى، وقد تكون أفضل الأساليب للبحث عن مدى تأثير العوامل الوراثية للإصابة بهذا المرض هو دراسة للتوائم المتماثلة حيث أثبتت دراسة كوتيسامان وكيسلر (1980) أن الدراسات التي أجريت على التوائم على مدى 20 سنة، فوجد أن متوسط معدل التطابق في الفصام تبلغ بين التوائم المتطابق 47 % مقابل 15 % بين التوائم المتماثلة.

(زهران، 2008، ص 270)

2.5. العوامل الجسمية:

يربط البعض بين الفصام وبين النمط الجسدي التحيل والنمط المخي الأساسي.

(زهران، 2005، ص 538)

كما يكثر هذا المرض في الشخصية الانطوائية، والشخصية ذات السمات الحساسة، والمتوجسة، والهشة، لكن هذا المرض يمكن أن يصاب أي نوع من الشخصيات أو التكوين الجسدي.

(العقباوي، وآخرون، 1999، ص 114)

3.5. الشخصية:

تلعب الشخصية دورا مهما في تهيئة الفرد للإصابة بمرض الفصام، ولا بدع ذلك للدهشة، خاصة إذا عرفنا أن تكوين الشخصية يتم من خلال تفاعل عاملي البيئة والوراثة، وأن الشخصية الحافظة للفصام ما هي إلا موروثات ضعيفة لهذا المرض، تحتاج لعوامل بيئية وفسولوجية مختلفة لظهور المرض نفسه.

(عكاشة، 1998، ص 302)

4.5. المعطيات الاجتماعية الثقافية:

بالنسبة لهذه المعطيات يمكن الاتصال الأولي الذي يتحقق في الوسط الأسري، حيث إن هذه النزوة تعتبر أساسية عند البناء الأولي للعلاقات بين الفرد والأفراد الآخرين المحيطين به إضافة إلى التعبير المنسجم.

أما بالنسبة للوالدين غير القادرين على تأسيس هذا النوع من العلاقات الثابتة والمستقرة في فترة حساسة سيؤدي إلى ظهور تسمية جسمية للطفل تجاه المحيط، وبالتالي فإن هذا سيؤدي إلى وجود بعد علائقي بين الأبوين والطفل حيث إن هذا سيكون المنبع المفجر للتأثر الفصامي.

وفي هذا الصدد توجهت بعض الفرضيات إلى أنه غالبا ما تكون أم الفصامي، أما مسيطرة، قلقة، ويكون الأب غير مبال وهناك بحوث تؤكد على أنه من الممكن أن تؤثر صعوبة الاتصال داخل البيئة على الإصابة بمرض الفصام، إضافة إلى السلطة الأبوية أو الاهتمام المفرط في تربية الطفل.

(لكحل و بن عمر، 2012، ص 18)

كما أن عوامل الفقر والحرمان والضعف الاجتماعي والهجرة، الإنشاء، لأقلية اجتماعية من شأنها أن تعمل على ارتفاع معدل حدوث المرض، ولقد دلت دراسات أجريت للكثف عن مدى تأثير العوامل

الاجتماعية تقلل من تقدير الذات لدى الفرد مما يسهل الإصابة بالمرض النفسي وصعوبة الشعور بالتفاعل وضمن الأمن فتزداد فيه معدلات الإصابة بالفصام.

إذ يتضح من كل هذا أن العوامل الاجتماعية التي يترتب عليها الإحساس بالمعانات تكون غير مباشرة في الإصابة بالفصام.

(أديب ، 2009 ، ص 347)

تختلف أسباب اضطراب الفصام وقد يعود لأسباب عدة إلا أن العوامل الاجتماعية والمحيط الخارجي الذي ينتمي له المريض الفصامي قد يساهم إما في العلاج السريع لهذا الاضطراب من خلال تفهم الأسرة للمريض ولمرضه أو قد يؤدي لتفاقم المرض واستعصاء علاجه وهذا عن طريق النظرة السلبية والمعاملة الغير لائقة من نبد وإقصاء المريض من العلاقات الاجتماعية.

6. أنواع الفصام:

لقد تعددت أنواع الفصام واختلفت تصنيفاتها وذلك لتداخل هذه الأنواع فيما بينها كذلك احتمال انتقال المريض من نوع إلى آخر والأهم من هذا هو العلاج الذي يكاد يكون متماثلاً، وعلى الرغم من هذا يمكن التطرق إلى أهم أنواع الفصام وهي كالتالي:

1.6. الفصام البسيط:

يعتبر هذا النوع أبسط الأنواع خطراً أو شدة من حيث الدرجة، يتسم أفراد هذه الفئة بالتبدل العاطفي (الانفعالي) والانسحاب من العلاقات الاجتماعية وعدم الاهتمام بالجنس وعدم الإحساس بالمسؤولية والانخراط في صفوف المتشردين أو المجرمين، ويتصف سلوكهم بالانكسالية والاعتماد على الآخرين، ويفقدون أي حافز أو دافع للتحصيل أو الإنتاج وظهور تدهور عقلي واضح ويظهر الفصام البسيط بشكل تدريجي يبدأ بعدم الاهتمام واللامبالاة في كل شيء ثم فقدان الإرادة والطموح والدوافع وأخيراً تظهر الهذات والهلاوس ويصبح المريض بحاجة للعلاج.

(عطوف، 1981، ص 306)

2.6. الفصام الهيبوفريزي (المراهقة):

السلوك في هذا النوع من الفصام يكون أحمق وشاذ ويسميه (كريبلين) جنون المراهقة، يتشغل التفكير في الموضوعات الفلسفية والدينية والأمر الجنسية والعادة السرية وكثرة التخيل والأوهام والانهيار الشديد ويظهر فيه ضحك طفولي ينقلب إلى بكاء وصراخ. ويعتقد المريض أن أعداء بلحقونه، ويستغرق المريض بأفعال جنسية عنيفة دون إدراك لما يفعل، ويميل المريض لتكثير وجهه والتفاهة في سلوكه، ويعتقد أن دماغه قد تحال وأن أمعاءه مليئة بالإسمنت أو أن قلبه مليء بالرمل.

3.6. الفصام التخشبي:

ويتصف بالانسحاب الكامل من الواقع وأمل الشفاء في هذا النوع قائم أكثر من بقية الأنواع، وفي الاستجابة التخشبية ينقلب المريض بين ذهول عميق وبين حالة الإثارة، وفي حالة الذهول تجمد كامل قد يستمر لساعات ولا يقوى على التبول أو التبرز أو الحركة وفي حالة الإثارة يمشي بسرعة ويسلك سلوكا جنسيا مكشوقا ويقوم بأفعال عدوانية ضد غيره وأحيانا ضد نفسه، ويتسم الفصام التخشبي أساسا بالأعراض السلبية وخاصة عدم الإيجابية للمثيرات البيئية.

(فايد، 2004، ص 203)

4.6. فصام الياراتوي (الهذائي):

وهذا النوع من ذهان الفصام يتميز أساسا بأوهام ويقع المريض تحت وطأة أوهام الاضطهاد والقسوة أو أوهام العظمة أو كليهما فالشخص الذي يشعر بأنه مضطهد قد يتمسك باعتقاده أن الناس يحاولون دائما قتله أو وضع السم له أو أنهم يدبرون له المكائد للنيل منه لذا فهو يشك في أي شخص.

(محمد جاسم، 2009، ص 210)

ويحاول أن يقدم الأكلة على ذلك ويصمم هذه الأفكار التي قد تؤدي به إلى موقف التهجم على الآخرين أو محاولة الانتحار وعندما تتحول أو تتركز هذه الهذات حول أعضاء الجسم ووظائفها وإحساسات المريض (بهاء الدين والسيد، 2008، ص 256).

5.6. الفصام غير المتميز:

وهي حالات ذهانية تستوفي الشروط العامة للفصام ولكنها لا تنطبق على أي نوع من الأنواع المذكورة (في باقي أنواع الفصام) وتعكس السمات الخاصة بأكثر من نوع واحد منها دون بروز واضح لأي مجموعة من المميزات التشخيصية لواحد منها بالذات، ويستخدم هذا الرمز للحالات الفصامية فقط (بمعنى أنه يستبعد الفصام المتبقي واكتئاب ما بعد الفصام).

6.6. الفصام الوجداني:

يتم أفراد هذه الفئة بعملياتهم الفكرية الفصامية مع الاستجابات الوجدانية التي تشبه نمط الهوس الاكتيبي، فقد نجد المريض في حالة الإثارة وهوس أو في حالة اكتئاب شديد وتوجد أعراض ذهانية وعدم تناسب بين ضبط التفكير والاستجابة الانفعالية.

7.6. الفصام المفكك:

ويتم هذا النوع من الفصام بتفكك مكونات الشخصية بصورة شديدة مع وجود العديد من سمات الخلط الذهني، وقد يميل المرضى في هذا النوع من الفصام إلى الاكتئاب البسيط، إلا أن الحالة المزاجية في الغالب تكون هي حالة من التقلب الوجداني المتطرف ما بين الحزن والفرح إضافة إلى أن الانفعال يكون غير مناسب للموقف أو السؤال، إضافة إلى أن التفكير يتميز بالضحالة والتفكك وعدم الترابط.

(حسن غانم، 2006، ص.ص. 143-144)

7. تشخيص الفصام:

إن تشخيص الفصام عملية جد هامة يجب التعرف عليها و إعطائها المكان المناسب لأنها تسمح بفهم البناء الخاص بهذا المرض و العمل على تشخيصه مبكرا يسمح للمريض بعدم فقدان مكانه الاجتماعي و يمكن تشخيص اضطراب الفصام حسب الدليل التشخيصي والإحصائي DSM5 كما يلي:

توجد اثنين (أو أكثر) مما يلي على أن يوجد كل منهما لفترة معتبرة من الزمن خلال فترة شهر واحد) أو أقل إذا عولجت بنجاح) وأحدها على الأقل يجب أن يكون 1،2،3:

- أوهام.

- هلاوس.

- كلام غير منظم (مثل الانحراف المتكرر أو التفكك).

- سلوك غير منظم أو كاتاتوني بشكلٍ صارخ.

- أعراض سلبية (أي تناقص التعبير العاطفي أو فقد الإرادة)

خلال فترة معتبرة من الوقت، ومنذ بداية الاضطراب، فإن مجالاً أو أكثر من مجالات الأداء

الوظيفي الأساسية كالعقل أو العلاقات الشخصية أو الرعاية الذاتية هي بصورة جلية دون المستوى

المتحقق قبل النوبة) أو الإخفاق في بلوغ المستوى المنتظر في العلاقات الشخصية أو الإنجاز الأكاديمي

أو المهني عندما تكون البداية في الطفولة أو المراهقة).

تدوم علامات الاضطراب المستمرة ستة أشهر على الأقل، ينبغي أن تتضمن فترة الستة أشهر

هذه شهراً من الأعراض (أو أقل إذا عولجت بنجاح) والتي تحقق المعيار (A أي أعراض الطور النشط)

وقد تتضمن فترات من الأعراض البادية أو المتبقية، قد يتجلى الاضطراب أثناء هذه الفترات البادية أو

المتبقية بأعراض سلبية فحسب، أو اثنين أو أكثر من الأعراض المدرجة في المعيار A التي تكون

موجودة بشكلٍ مخفّف (مثال، اعتقادات مستخرجة، تجارب إدراكية غير مألوفة).

الفصام الوجداني والاضطراب الاكتئابي أو ثنائي القطب مع المظاهر الذهانية قد تم استبعادها

وذلك بسبب:

- لم تحدث نوبات للاكتئاب الجسيم أو لثنائي القطب بشكلٍ متزامن خلال الطور النشط للأعراض أو

إذا حدثت نوبات مزاجية خلال الطور النشط للأعراض فقد كان حضورها لفترة قصيرة من الفترة

الكلية للطور النشط والمتبقي من المرض.

لا يُعزى المرض لتأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل سوء استخدام عقار، دواء) أو عن حالة طبية عام. إذا كان هناك تاريخ لاضطراب طيف التوحد أو اضطراب التواصل ذو البدء الطفلي، فالتشخيص الإضافي للفصام لا يوضع إلا إذا كانت الأوهام أو الهلوس بارزة، بالإضافة إلى كون الأعراض الأخرى المطلوبة للفصام، قد وجدت لشهر واحد على الأقل أو أقل إذا عولجت بنجاح. (انور، 2014، ص 45).

تطور المرض و ظهوره داخل الوسط الخاص بالمريض قد يجعله يدخل في عزلة و يتجنبه الآخرون لخوفهم و عدم معرفتهم لهذا المرض في حد ذاته.

8. بعض النظريات المفسرة لمرض الفصام:

1.8. النظرية السلوكية:

يعتبر حدوث الفصام من وجهة نظر السلوكية نتيجة إلى زيادة الدافعية التي تؤدي إلى قوة الاستجابة وعدم مناسبتها وخطئها.

(زهران، 2005، ص 536)

التفسير البافلوفي:

يرى بافلوف أن ردود الفعل الفصامية تعود إلى انتشار نوع من الكف الوقائي في المخ ونظرا لضعف خلايا المخ عند الفصامي تصبح المنبهات العادية حادة وتؤدي بالتالي إلى تكوين الكف الوقائي، ويتكون الكف عادة في القشرة ولكنه يصل إلى جذع المخ. وتتوقف الصورة الإكلينيكية على قوة ومدى عملية الكف، فنوبات الهياج في الكاتاتونية مثلا تحدث في الحالات التي يكون الكف عندها في القشرة فتفقد سيطرتها على طبقات ما تحت القشرة لذلك تكون حركات الكاتاتوني في نوبات الهياج مضطربة غير منتظمة وغير متناسقة. ويرى الماديون أن ردود الأفعال الفصامية الأساس فيها هو ضعف خلايا المخ والسبب في هذا الضعف تسمم الكائن الحي كله بما في ذلك المخ واختلال العمليات الميتابولية وخاصة

البروتينية أما سبب هذا التسمم فليس معروفاً حتى الآن، وقد أثبت البحث الميكروسكوبي للمخ وجود اختلافات عضوية فيه

(جال، 1986، ص 218).

وقد فسر بلولير **Bleuler** الفصام بأنه اضطراب أولي، وابتسام في التفكير ومن هنا جاء الاسم "الفصام وإن كل أعراض هذا المرض ناشئة عن عدم ترابط الأفكار. أما ماير **Meyer** لا يؤمن بأن الفصام مرض خاص، بل أنه وسيلة الفرد للتكيف البطيء مع الظروف الاجتماعية والبيئية التي يمر بها خلال مراحل نموه المختلفة وأنه قد اختار لنفسه هذه الوسيلة في التفكير والسلوك والتأقلم البيئي ويعتبر كل الاضطرابات النفسية استجابات لعوامل بيئية

(عكاشة، 1998، ص 265-266)

2.8 . نظرية التعلم الاجتماعي:

والتي أكدت أن مرضى الفصام لا يستجيبون بصورة سوية للمثيرات الاجتماعية، ووفقاً للنموذج القائم على نظرية التعلم الاجتماعي، فإن الفصام ينظر إليه مؤيدو هذا الاتجاه على أنه دور اجتماعي يحدده العاملون في مستشفيات الطب العقلي، حيث يتم تشجيع المريض على أن يسلك وفقاً لنموذج معين، ويتم تعزيز هذا النموذج، وعلى ذلك فإن السلوك الفصامي يجد تعزيزاً داخل المستشفى من قبل العاملين بها، فالعاملون في المستشفى يوجهون اهتماماً كبيراً للمريض عندما يكون سلوكه شاذاً، وحيثه شاذاً أكثر مما لو كان المريض طبيعياً، أو ممتثلاً، واستنتج هؤلاء العلماء هذا العرض من مجرد الإحياء للمرضى وهم يجيبون على أسئلة اختبار الشخصية متعدد الأوجه بطريقة معينة لتحقيق النفع لهم، ولكن هذا لا يقوى بأن يكون سبباً في نشأة المرض أصالةً و في الدخول للمستشفى، فالمرضى يخلقون أنفسهم دوراً اجتماعياً يناسبه.

(أبو عقل، 2016، ص 60)

3.8. نظرية لانج وساز:

(النظرية المضادة للطب النفسي) يرى لانج وساز (1962) أنه لا يمكن تفسير الفصام في إطار طبي وأن الحل الأمثل شموله تحت الإطار الاجتماعي والإنساني و تتلخص النظرية في أنه عرف الفصام بأنه نعت أو لقب يتداوله ويسقطه البعض على الآخر تحت ظروف اجتماعية معينة وهو ليس مرضاً في الإطار الطبي فالفصام حقيقة اجتماعية معينة وحدث سياسي ويرجع ذلك لأن الفصام هو أحد أنواع الاغتراب والذي يرتكبه الإنسان في حق أخيه بطريقة وحشية عنيفة. وإن السلوك المخالف والذي يلقبه البعض بالفصام ما هو إلا إستراتيجية خاصة يلجأ إليها الفرد، ليتعايش مع مواقف غير محتملة، وإته إذا لقب أحداً بأنه فصامي فسيفي هذا النعت وسيُتجه العلاج نحو تعزيز هذا السلوك الذي سمي بالفصام في بدو الأمر وتطور اللعبة في حضنه مفرغة.

(عكاشة، 1998، ص 257-258)

4.8. النظرية التحليلية:

يرجع علماء مدرسة التحليل النفسي مرض الفصام إلى الصراع المستمر بين الأنا الأعلى والهو مما يضعف سيطرة الأنا الأعلى على الشخصية ويضعف الأنا ويخلق صراعاً مستمراً بينه وبين العالم الخارجي. ويؤدي إلى الانفصام عن الواقع، مما يجعل المريض يمتص الطاقة اللبديية للداخل بدلاً من توجيهها للخارج، وينكص للمراحل الجنسية الأولى في حياة الفرد، وينكص لأنماط التفكير الطفلي، وينسحب إلى داخل نفسه إلى المستوى الترجسي ويتمركز حول ذاته ويتجنب العلاقات الاجتماعية ويصبح انطوائياً ويفشل في التوافق مع البيئة الاجتماعية.

9. الاندماج النفسي اجتماعي لمريض الفصام:

تختلف الطرق العلاجية المتبعة لعلاج مرضى الفصام باختلاف شدة ودرجة المرض وكذا المنهج الذي يتبعه الأخصائي النفسي والطبيب العقلي فقد تتطلب بعض الحالات المتابعة النفسية من قبل

الأخصائي بينما قد يستأزم البعض الآخر الدخول للمستشفى من أجل تلقي العلاج الدوائي وفي كئنا الحالات من الاضطراب يجب أن تكون الطرق العلاجية مقترنة بالتأهيل النفسي والاجتماعي للمريض:

1.9. بعض أساليب العلاج السلوكي للفصام:

لقد توصل العديد من السلوكيين إلى أهمية نظرية التعلم في علاج الفصام وليس في البحث عن

أسبابه المرضية ومن بين أهم الأساليب التي استخدمته هي ما يلي:

- التعزيز المباشر: يعتمد الكثير من المعالجين السلوكيين على التطبيقات المباشرة لمبادئ الاشراف

الإجرامي، فهم يحاولون تغيير السلوك من خلال نتائجه، حيث الانتباه الاجتماعي المصحوب بتقديم شيء

يحبه المريض لتلك الاستجابات المناسبة التي يقدمها في حضور الآخرين.

- أسلوب التعامل بالعلامات الرمزية: أين يعمل بعض المعالجين مع المرضى في المستشفيات

أسلوب التعامل بالعلامات الرمزية (الماركات) وهو إجراء يستعمل في تعديل السلوك القائم على مبادئ

الاشراط الإجرامي، حيث يعطى المرضى مكافآت رمزية للمظهر المرغوب فيه اجتماعيا وهذه المكافآت

التي يختارها كل مريض. إذ يمنح المريض عملة أو نقاط أو أي نوع من التعزيزات الشرطية التعميمية

كيدل أو مكافأة على رمزية حث وتعزيز سلوك معين مقبول من قبل تنظيف غرفته وتزيينها بالورود أو

تدريبه على مهنة أو حرفة (نجارة، حدادة، رسم...) يحبها ويستطيع المريض أن يشتري بالعملة الرمزية

التي يجمعها أشياء يرغب فيها مثل: المسانير، القهوة، ملابس جديدة وأشياء أخرى يحتاج إليها.

- التدريب على المهارات الاجتماعية: إن أغلب الفصامين يكونون غير أكفاء في تصرفاتهم

الاجتماعية فهم يتجنبون من ينظر إليهم ويتكلمون قليلا مع الآخرين، ويظهرون انفعالات ليس لها علاقة

بالموقف الذي هم فيه وما إلى ذلك. ولتتمكن المرضى من تخطي هذه الصعوبات، فقد عمد المعالجون

السلوكيون إلى وضع برامج سلوكية تتضمن التدريب على مهارات اجتماعية، يتم فيها تعليمهم مهارة

التحدث والنفاس مع الآخرين والاتصال البشري، والوقوف أو الجلسة الجسمية المناسبة والابتسام. كما

تضمنت البرامج المخصصة لغرض التدريب على المهارات الاجتماعية مهارات معرفية، وحل مشكلات اجتماعية متنوعة بأسلوب النمذجة والتغذية الراجعة الإيجابية.

(قاسم حسين، 2008، ص 264-265)

2.9. العلاج الأسري:

والذي يعتمد على تحسين قدرات أفراد الأسرة على التكيف مع حالة المريض وتعريفهم بالمعاناة والعبء الذي يقع على عاتق أفراد الأسرة التي يصاب أحد أفرادها بالمرض العقلي والمزمن، ويظل المريض يتلقى برامج لتعليم أفراد الأسرة لفهم وقبول طبيعة هذا الاضطراب وتوقع فقط الأمور الواقعية من جانب المريض، والعمل على تحسين وسائل الاتصال بالمريض والتدريب على فن حل المشاكل، ولقد تبين أن مثل هذه المناهج تنقل نسبة انتكاسة المريض وعودة المرض ثانية، فقد كانت نسبة الانتكاس % 50 لدى المرضى الذين لا يتلقون العلاج الأسري في مقابل % 20 لمن يتلقون مثل هذه البرامج، وتزداد هذه النسبة ثانية من توقف العلاج، ولذلك يجب أن يكون العلاج مستمرا للمريض وأسرته نظرا للطبيعة المزمنة للمرض.

(الميسوي، 2011، ص 175)

يقوم هذا العلاج على تفهم أفراد عائلة الفصامي للمريض ومرضه ومساعدته لتخطي هذه المرحلة ومحاولة إعادة المريض لممارسة حياته بأقرب صورة للوضع الطبيعي، دون تكوين انطباعات سلبية على المريض أو جعله يحس بالتبذ من قبلهم وعزو أسباب مرضه لعوامل تخص المريض.

3.9. العلاج الجماعي:

وهو علاج يحاول غايته تغيير أو تعديل بيئة المريض بشكل موات، بحيث إذا شفي وعاد إلى بيئته من جديد فإنه يجد الظروف التي عجلت بمرضه قد زالت بقدر الإمكان، وأن الناس الذين كان يزلّمهم في العمل أو يعيش معهم قد صاروا أكثر تفهما لمشاكله وطبيعة مرضه، حيث يلجأ الأخصائي الاجتماعي إلى عقد لقاءات مع أسرة المريض جيرانه أو رئيس عمله وزملائه بالعمل ليعلمهم أن المرض

العقلي أو النفسي كمرض جسمي، وأن الشفاء منه يعني زوال كل الظروف التي تمنع المريض أن يميز حياته بشكل طبيعي.

(الحنفي، 2005، ص 187)

يعمل هذا النوع من العلاج على جعل المرضى الفصامين يستبصرون باضطرابهم وتخفيف حدة القلق الذي يواجهه المريض من خلال رؤية عينات حية تعاني من نفس المشاكل والظروف الصعبة مما يساعد على تقبل المرض ويعمل على زيادة الدافعية للوصول إلى حل للمشكلات التي يعانون منها.

4.9. العلاج الطبي:

بالإضافة للعمليات الإدماج التي يقوم بها المعالج إلا أنه لا نستطيع إهمال الجنب الطبي في معالجة المريض الفصام والذي تتنوع طرقه حيث نجد العلاج بالمهدئات، إلى العلاج الجراحي، ويختلف اللجوء لإحدى هذه الطرق باختلاف نوع الفصام وشدته لدى المريض.

5.9. التأهيل النفسي لمرضى الفصام:

التأهيل النفسي لمرضى الفصام هو: " عملية إعادة المريض لممارسة حياته بأقرب صورة للوضع الطبيعي، وهذا يتم في برنامج خاص لكل مريض حسب إمكانياته وثقافته ودراسته وعمله وشخصيته وعمره وطبيعته ومتطلبات حياته المستقبلية والتأهيل لا يتم بمعزل عن العلاج الدوائي".

(حسن فرج، 2009، ص 179)

أما في مجال الطب النفسي فعلاج الأمراض النفسية والعقلية المزمنة مثل الفصام وبعض حالات اضطراب الشخصية يتم في مستشفى مفتوح ويلحق بالمستشفى مراكز التأهيل المتخصصة يهدف علاج الآثار السلبية التي تسببها هذه الأمراض في سلوك المريض مثل: الانطواء والعزلة والسلبية والاندفاعية وعدم الرغبة في العمل. وفلسفة التأهيل النفسي تقوم على أن المرض العقلي لا يصيب كل مجالات السلوك في الشخص المصاب حيث يتبقى له قدر من إمكانية التصرف في بعض الأمور العادية مثل:

المساعدة في تجهيز الطعام ومصادقة الآخرين والمشاركة في أعمال المنزل وشراء بعض المستلزمات .
ومهمة المعالج النفسي هي العمل على تنشيط مجال هذه الإمكانيات وزيادة المشاركة الإيجابية.

1.5.9. خطوات التأهيل النفسي تفصلي:

- وضع استمارة بحث خاصة لكل مريض عند الدخول لتقييم حالته من مختلف الجوانب الجسمية والنفسية والاجتماعية وذلك بقياس مستوى الذكاء ومدى التدهور الإدراكي، ويتم عمل اختبارات شخصية للمريض لمعرفة مدى قدرته على المشاركة في برنامج التأهيل ويخصص برنامج لكل مريض حسب استمارة البحث.
- تحديد نقاط الضعف والقوة في شخصية المريض.

(حسن فرج، 2009، ص 179)

- وضع برامج تأهيل تشمل على العلاج بالعمل حيث يقوم المرضى ببعض الأعمال التي تحتاج للمهارات اليدوية مثل أعمال النجارة وأشغال البلاستيك وذلك تحت إشراف أخصائيين مهنيين والهدف من ذلك هو قبوله لمبدأ العمل والعودة التدريجية للإنتاج وليس الهدف هو تحقيق عائد مادي أثناء فترة عمله.

- برنامج تأهيلي يعتمد على العلاج بالفن حيث يساعد على علاج التشوه الإدراكي لدى المريض.
- القيام بالأنشطة الرياضية المختلفة وحضور محاضرات ثقافية وعلمية تهدف إلى تنمية قدرة المريض على التفكير المنطقي ومواجهة المشكلات ووضع الحلول اللازمة لها ويشمل البرنامج كذلك القيام بالرحلات الترفيهية والأنشطة الدينية التي تساعد المريض على زيادة ارتباطه بالدين وربط الدين بالحياة (الواقع).

(بطرس، 2008، ص 294-295)

- ومن الأدوار المفيدة للمريض الاشتراك في برامج جماعية مع المرضى ومناقشة مشاكلهم وطموحاتهم وعدم الاستهانة بها وتحفيزها أو التهجم على أفكارهم.
- تنظيم جلسات عائلية وتخفيف النقد والعدوانية والتدخل الزائد في حياة مريض القصاص.

(حسن فرج، 2009، ص 180)

2.5.9. أهداف التأهيل النفسي للفصامي:

- تنمية القدرات السلوكية الإدراكية والاجتماعية للمريض.
 - الوصول بالمريض إلى أفضل مستويات الأداء التي تمكنه من العودة للحياة الطبيعية.
 - العودة بالمريض بعد طول مدة معاناته إلى إنسان منتج ومفيد لمجتمعه ولنفسه.
- (بطرس، 2008، ص 294)
- التقليل من الانتكاسات التي تحدث للمريض و تعلم مهارات تكيفية مع الآخرين.
 - قبول المريض لحقيقة مرضه وكيفية التعامل معه.
 - إعادة إدماج المريض في الحياة والمجتمع.
- (عكاشة، 2010، ص 16)
- شعور المريض بالثقة بالنفس.
 - اكتساب المريض الدافعية لمواجهة الحياة من جديد وعدم الهروب من الواقع الذي يعيش فيه.
- (حسن فرج، 2009، ص 180)

10. مآل الفصام:

تحسن مآل الفصام كثيراً منذ أن اكتشف علاج الرجفات الكهربائية، وحديثاً مع استخدام الأدوية والعلاج النفسي أصبح المآل أحسن، وقد يحدث تحسن تلقائي في حوالي 25% من مرضى الفصام. وأهم ملامح الشفاء هو الشفاء الاجتماعي، وتدل الإحصاءات على أن حوالي ثلث مرض الفصام يتوافقون اجتماعياً تماماً، و حوالي الثلث يتوافقون اجتماعياً إلى حد ما، والثلث الباقي يتدهورون أو ينتحرون أو يحتاجون إلى الإيداع في المستشفى مدى الحياة حين يزمن المرض ويكون التدهور العقلي المعرفي والخلقي أمراً لاهروب منه. هذا وتختلف فرص الشفاء من الفصام باختلاف درجة إزمانه.

(زهران، 2005، ص 542)

ويستخدم بعض الباحثين ما يسمى (قاعدة الأثلث) في وصف مآل الفصام كالآتي:-

- حوالي ثلث المرضى يتمكن من الحياة بصورة شبه طبيعية.
- حوالي الثلث الثاني يعاني من أعراض مهمة مع استمرار قدرتهم على القيام بوظائفهم في المجتمع.

- الثلث الأخير يعاني من خلل شديد في وظائفه مما يتطلب دخوله المستشفى بصورة متكررة.

- هناك نسبة (من كل ما سبق) تبلغ حوالي 10% تحتاج إلى البقاء في دور العلاج طول حياتهم.

(حسن غانم، 2006، ص 153)

بالرغم من أهمية مختلف أنواع العلاجات المستخدمة لعلاج اضطراب الفصام إلا أن العلاج الاجتماعي يعتبر أهمها ويستخدم كمكمل حتى في العلاجات الأخرى وذلك من خلال فهم إمكانيات الفرد واستعداداته واستخدامها في حل مشكلاته ودمج المريض في الوسط الأسري وتحسين الصور المكونة عن المرضى العقليين بصفة عامة والفصامين بصفة خاصة مما يجعل مآل الفصام أحسن ويشعر المريض بالراحة النفسية والتقبل من أفراد المجتمع والأسرة ويدفعه للتحسين من حالته والاستجابة بصورة جيدة لمختلف أنواع العلاجات المقدمة له.

خلاصة الفصل:

كخلاصة لما ذكر في هذا الفصل يمكننا اعتبار مرض الفصام من الأمراض العقلية الأكثر خطورة وانتشارا والذي لقي اهتماما كبيرا من طرف علماء النفس، والذي قد يكون نتاج العديد من العوامل النفسية والاجتماعية والأسرية..الوراثية..الخ، و المريض الفصامي يعاني العديد من المشكلات التي قد تزيد من حدة مرضه، و تعتبر العوامل الاجتماعية والأسرية من أهم هذه العوامل التي تؤدي لتفاقم المرض وتزيد من حدته فالصورة الثابتة التي يكونها المجتمع على المريض العقلي و الفصامي تؤدي لتأخر العلاج و وتفاقم الأعراض فالمريض في النهاية يحتاج إلى تكفل وتفهم أسري واجتماعي ومساندة وتقبل من طرف الأفراد.

فتهميش مرضى الفصام و تكوين اعتقادات حولهم يجعل كل الجهود التي يبذلها الأخصائيون لا جدوى منها لأنها تقع في مواجهة جد صعبة لاعتقادات و بناء معرفي مشوه. نرى في بادئ الأمر بأنه قد يكون فردي إلا انه و في غالب الأحيان جماعي و هذا ما سنتطرق له في الفصل الذي يلي لإعطاء نظرة عن مفهوم الصورة النمطية و كل المصطلحات المصاحبة لها.

الفصل الثاني

II. الصورة النمطية

تمهيد:

إن ما يعيشه الفرد في حياته اليومية وما يقابله من معلومات، أفكار، معارف، ومواقف اجتماعية يكتسبها من خلال احتكاكه وتفاعله الدائم مع من يحيط به بدءاً بالأسرة كونها النواة الأساسية في المجتمع و بمؤسسات التنشئة الاجتماعية الأخرى (مدرسة، جماعة الرفاق...) فمن خلال هذا التفاعل تنشئ لدى الفرد العديد من العمليات العقلية والمعرفية التي يعتمد عليها في بناء واتخاذ سلوكيات معينة، والتي قد يكون بعضها إيجابياً والبعض الآخر سلبياً ويقوم بها الفرد دون الرجوع لصحة هذه السلوكيات من عدمها و يعتبر مصدرها تابع من جماعة مرجعية، والتي تعتمد عادة على حكم مسبق وتتميز بنوع من التمييز اتجاه فئة أو جماعة معينة مما يؤثر على العلاقات بين الأفراد وعلى أفراد الجماعة في حد ذاتها، هذا ما يمكن اعتباره على أنه صورة نمطية والتي تتكون بناءاً على خبرات الفرد المسبقة ولعل أكثر فئة تعاني من هذه الظاهرة هم المرضى العقلين عامة والفصاميون خاصة.

وهذا ما سنتطرق له من خلال الفصل الثاني والذي سنقوم من خلال بمحاولة الإمام بجميع جوانب الصورة النمطية من تعريفات، الصورة النمطية والأحكام المسبقة والتمييز العنصري، التصنيف في الصورة النمطية أهم النظريات المفسرة للصورة النمطية، وأهم طرق قياسها.

1. التطور التاريخي لمصطلح الصورة النمطية:

سجل المصطلح أول مرة عام (1789) من قبل الفرنسي (ديدوت) والذي كان يمتحن الطباعة، إذ احتفل في ذلك العام بمناسبة اكتشاف طباعي أطلق عليه النمطية ثم بعدها عرف المصطلح طريقة في مفردات الطب النفسي وعلم النفس وعلم الاجتماع وأخذ تعبير *Stereotype* من اليونانية التي تعني الصاب والقوي ليشير إلى ذلك النوع من الطباعة (الصفائح المعدنية) لتكون سجلا لا يمكن تغييره (الصفار، 2010، ص 128). منذ نهاية القرن الثامن عشر كان مصطلح الصورة النمطية خاص بالمطبعين وكان يمثل سبك الرصاص في قالب خدمة لإنشاء رسم طبوغرافي.

استخدم المصطلح لأول مرة في السياق الاجتماعي سنة (1922) ويعد المعلق السياسي الأمريكي (والتر ليبمان) أول من أدخل تعبير *Stereotype* إلى العلوم الاجتماعية، حينما، استخدمه في كتابه الرأي العام.

(الأحمر، 2016، ص 77)

والفكرة الأساس في هذا الكتاب أنه في الديمقراطيات الحديثة يكون مطلوبا من القادة السياسيين، وكذلك من المواطنين أن يتخذوا قرارات حول عدد من القضايا المتشابهة التي لا يفهمونها، ومن ثم يتطلب الأمر صورا عن المفاهيم المختلفة التي يتم اكتسابها بعيدا عن التجربة المباشرة

(Charles, 2000, p 5-15)

ولا يتحسن الوضع عادة بالنسبة للشيء الذي تكونت عنه الصورة النمطية حتى لو تعرض الفرد

لتجربة مباشرة معه، ذلك بسبب ما يقوله ليبمان " بأن الناس يرون بشكل أساسي ما هو متوقع منهم أن

يرووه وليس ما هو حقيقي"

(الأحمر، 2016، ص 78)

حيث قام ليبمان بمحاكاة هذه الفكرة عن طريق التشابه، وتستخدم لوصف الصور في غفولنا وصممت هذه الصور كاعتقادات متصلة ومستقرة متعلقة بالجماعات الاجتماعية خدمة لتصنيف الواقع

ولتسهيل العلاج، منذ تطور مفهوم الصورة النمطية أصبح هذا المفهوم من أكثر المصطلحات استعمالاً في علم النفس ومعروفاً عند العامة، وعموماً تعتبر الصورة النمطية مجموع الاعتقادات المتعلقة بمجموعة اجتماعية.

عرف كل من آشور و ديل بوكا (1981) و لجانس (1983) الصورة النمطية كمنظريات ضمنية للشخصية التي تتشارك فيها مجموعة حول أعضاء مجموعة أخرى لها ميزة خاصة و تعمم على مجموعة الأفراد ويزجج فكرة الصورة النمطية للأحكام المسبقة والتمييز.

(Berjot, Delelis, 2014, p 198-199)

ثم شاع استخدام المفهوم في علم النفس الاجتماعي للدلالة على التعميمات الخاطئة والتخيلات غير الدقيقة وكنوع من الإسقاطات النفسية وتبسيط العالم الاجتماعي، ولذا اعتبروها انعكاساً للتشويه المعرفي ولسوء الفهم وسوء الاتصال وأنها إدراك مقنن إلى درجة كبيرة لكل موضوع في فئة الموضوعات، أو على وجه الخصوص لكل أفراد فئة من الناس، ولها تأثيرها الكبير على السلوك، فهي تبسيط للحقيقة.

(بن عمار الأحمر، 2016، ص 77)

2. تعريف الصورة:

تتعدد المصطلحات المستخدمة للتعبير عن "الصورة" سواء في اللغة العربية أو في اللغة الانجليزية، ففي اللغة العربية نجد مصطلحات " الصورة"، " الصورة الذهنية"، " الصورة النمطية"، " التعميمات النمطية"، " القوالب الجامدة" وغيرها.

وفي اللغة الانجليزية توجد مصطلحات عديدة أبرزها " *The image* " و " *Stereotype* " و " *Taabloid* " و " *thinking* " وغيرها.

يمكن القول بصفة عامة إن في اللغة الانجليزية مصطلحين يشيران إلى " الصورة" أحدهما عام والآخر خاص، والفرق بينهما هو أن المصطلح الخاص قد طغى على المصطلح العام وكثيراً ما تم استخدامه كبديل له أو مرادف على أقل تقدير.

1.2. المصطلح العام (Image):

وهو المقابل الغربي لما أسميناه " التصور " وله الخصائص ذاتها التي تتسم بها عملية "التصور"، كما أنه المصطلح الأقدم في الاستخدام، والأكثر شيوعاً في العلوم الإنسانية حتى عام 1922م.

2.2. المصطلح الخاص (Stereotype):

مرادفاته (*thinking, tabloid & solid*) وهو مصطلح استعاره الصحفي الأمريكي ولتر ليمان (1922) في كتابه "الرأي العام" من عالم الطباعة، وذلك لوصف حالة خاصة من حالات التصور، وهي التصورات النمطية أو الثابتة أو التصورات التي تضحى بالفروق الفردية وبالتفاصيل الدقيقة في مقابل الحصول على تصور عام أو رؤية عامة.

(منصور، 2004، ص 22-23)



3. تعريف الصورة النمطية:

1.3. لغة:

إن الدراسات الغربية تستخدم عدة تعبيرات للدلالة على هذا المفهوم من أبرزها في اللغة الانجليزية (*Stéréotype*) و (*Image*) حيث أن كلمة (*Image*) تدل على المحاكاة، أما كلمة (*Stéréotype*) فتستقي معناها من عالم الطباعة حيث تشير إلى القالب الذي تصب على نسقه حروف الطباعة، وتتفق الدراسات العربية مع الدراسات الغربية في تحديد مفهوم هذا المصطلح ففي المورد المنير البعلبكي يرد تعريف (*Image*) بأنها: "الصورة الانطباعية أو الانطباعية الذهنية" بينما تعني (*Stéréotype*) بأنها الشيء المكرر على نحو لا يتغير أو الشيء المتفق مع نمط ثابت أو عام".

(طاش، 1993، ص 21)

2.3. اصطلاحاً:

تعرف الصورة النمطية (*Stéréotype*) بأنها" الناتج النهائي للانطباعات النفسية التي تتكون عند الأفراد والجماعات إزاء شخص معين أو شعب أو جنس بعينه أو منشأة أو مؤسسة أو منظمة محلية

أو دولية أو مهنة أو أي شيء آخر يمكن أن يكون له تأثير على حياة الإنسان وتتكون هذه الانطباعات من خلال التجارب المباشرة وغير المباشرة وترتبط هذه التجارب بعواطف الأفراد واتجاهاتهم بغض النظر عن صحة المعلومات التي تتضمنها خلاصة هذه التجارب فهي تمثل لأصحابها واقعا صادقا ينظرون من خلاله إلى ما حولهم ويفهمونه ويقدرونه على أساسها.

(بودهان، 2006، ص 4)

كما تعرف على أنها: " نوع من التخطيط المدرك مرتبط ببعض الفئات من الأشخاص والأشياء مبلورة حول كلمة، وتمثل تدخل تلقائي في التصور والوصف للعينات من هذه الفئات وتوجد صور نمطية قومية، عرقية، مهنية و اجتماعية... الخ (Maisonneuve, 2013, p 106) كما تعتبر مجموعة من المعتقدات حول مجموعة اجتماعية (Légal, Delouée, 2015, p 9).

ويطلق عليها مصطلح القولية: وتعني بأن يأتي البعض بقوالب من السلوك يكررونها باستمرار، بمعنى أن يكرروا ألفاظا أو عبارات أو حركات بعينها يعتبرها فيهم الآخرون شذوذاً. والتكرار في حد ذاته قد يمارسه الأطفال، ويصدر أحيانا من الكبار ولا يكون ذلك منهم خروجاً على المألوف، وكثيراً ما يستعيد الكبار عبارات أو ألفاظا يلذ لهم أن يسمعوها مرات أو أن يلوكوها بألسنتهم، وكذلك يستعيد الطفل الحركات ويطلبها ويستشعر من ذلك بعض الاطمئنان، إلا أن هذا التكرار يكون مرضياً عندما يلفت الانتباه إلى الشخص الذي يأتيه ولا يلاحظ عليه انه يسعد به وهذا التكرار المرضي هو ما يطلق عليه اسم القولية ويتخذ شكلا نمطياً، ويشاهد عند المرضى بالاستجابات القهرية وبالفسام.

(الحنفي، 2005، ص 156-157).

ويرى (كوندور) أن في الصورة النمطية نوعاً من التمييز العنصري الذي تمارسه الأكثرية ضد الأقلية. ويعتقد تاجفيل أن الصورة النمطية المقولبة تتحول إلى مشكلة اجتماعية عندما تتشارك مجموعة

من الناس في الإيمان بها ضمن التكوين الاجتماعي لتلك المجموعة، وبذلك تتحول المشاركة إلى نوع من العزل الاجتماعي للمجموعة الأخرى.

(الداقوي، 2001، ص 21)

وتحدد الصورة النمطية نمط الاتصال بالجماعات المختلفة فهي التي تعطي الانطباع بمعرفة خصائص أعضاء هذه الجماعات حتى قبل معرفتهم أو مقابلتهم وتكمن خطورة الصورة النمطية في أنها لا تكتفي بمجرد تقديم معلومات فقط، بل وفي إرساء هذه الصور في رؤوسنا، وبالتالي فإن هذه الصور قد تدعم وجهات نظر الأفراد، والتي قد تكون غير صادقة في أغلب الأحيان.

(الأحمر، 2016، ص 79-80).

و يطلق لييمان عدة خصائص للصور النمطية:

- الصور النمطية عبارة عن أفكار توافقية، بمعنى أنها مشتركة اجتماعيا.
- الصور النمطية جامدة وصلبة، وهذا معناه أنها تقاوم التغيير.
- الصور النمطية هي تعميمات مفرطة.
- الصور النمطية خاطئة أو ذات أسس خاطئة.

(Légl, Delouée, 2015, p 13-14)

وتتعدد قائمة الصور النمطية حتى لو اقتصرنا على ذكر الأنواع الأكثر شيوعا وأهمية ولا يمكن حصرها في نوع واحد أو أكثر، حيث يمكن القول أن: السويسريون بطينون، فقط 'البيض' عنصريون؛ النساء لا يجدن السياقة (Légal, Delouée, 2015, p 16).

3.3. بعض المصطلحات المتعلقة بالصورة النمطية:

1.3.3. الصورة الذهنية:

هي الناتج النهائي للانطباعات الذاتية، التي تتكون عند الأفراد أو الجماعات إزاء شخص معين، أو نظام معين، أو شعب معين، أو جنس معين، أو أي شيء آخر يمكن أن يكون له تأثير على حياة الإنسان وتتكون هذه الانطباعات من خلال التجارب المباشرة وغير المباشرة وترتبط هذه التجارب بعواطف الأفراد واتجاهاتهم بغض النظر عن صحة المعلومات التي تتضمنها خلاصة هذه التجارب، فهي تمثل بالنسبة لأصحابها واقعا صادقا ينظرون من خلاله إلى ما حولهم ويفهمونهم أو يقدرونه على أساسها.

(علي، 1987، ص 23)

من خلال ما سبق يتضح وجود عدد من الفروق بين الصورة الذهنية والصورة النمطية، فالصورة الذهنية تتضمن عددا أكبر من السمات، كما أنها تتسم بالثبات النسبي وتميل للتغيير ولها انعكاس بسيط على الإدراك حيث يحدث في بعض الأحيان استبعاد أو نسيان جوانب أو إعادة تفسير جوانب أخرى من الرسائل المدركة.

(الأحمر، 2016، ص 84)

2.3.3. التصورات الاجتماعية:

يرى (Moscovici 1992) أن التصورات عبارة عن شكل من أشكال المعرفة الخاصة بالمجتمع، إنها نظام معرفي وتنظيم نفسي، كما تعتبر بمثابة جسر بين ما هو فردي وما هو اجتماعي إذ تسمح للأفراد والجماعات بالتفاهم بواسطة الاتصال والذي يدخل في بنية ديناميكية المعرفة.

(moscovici, 1992, p 668)

4. دقة الصورة النمطية وإمكانية التغلب عليها:

هناك الكثير من الدراسات تؤكد بأن الصورة النمطية في بعض الأحيان دقيقة، وسواء كانت كذلك أم لا فإنها في النهاية تعتبر ضارة لأنها تعطينا تصورا خاطئا عن الآخرين. فهناك دائما ميل للحكم على الأفراد وفق أسوأ مثال للمجموعة التي ينتمي لها كما تمثله الصورة النمطية. ويمكن التغلب على الصورة النمطية إذا كان الفرد يستخدم معالجة إدراكية إرادية (مسيطر عليها) بدلا من المعالجة الإدراكية التلقائية عند التفكير في الآخرين.

(Kenneth, Irwin, 2008, p 153)

5. الصورة النمطية، الأحكام المسبقة، التمييز:

تعتبر الصور النمطية عموما مشتركة اجتماعيا بمعنى أنها تنتقل وتغذى من قبل البيئة الاجتماعية (العائلة والأصدقاء ووسائل الإعلام والمجتمع)، على سبيل المثال: معظم الناس يتفقون على أن الأستاذ الجامعي يرتدي ملابس سيئة، نكي قليلا. وإذا كانت الصور النمطية لها قيمة معرفية (حتى لو كانت هذه المعرفة تبسيط أو تشويه للواقع)، فالأحكام المسبقة لها بعد عاطفي.

الأحكام المسبقة تمثل المواقف الغير لائقة بالنسبة لأعضاء مجموعة اجتماعية، فهي تختلف عن الصور النمطية، وتشتمل على بعد تقييمي لكنها تخلو من المحتوى التمثيلي. لا يحب المريض الفصامي مأخوذة من الأحكام المسبقة في حين يجد بأن الفصامي شخص عدواني، انطوائي متعصب... مأخوذة من الصورة النمطية" (Klein et al, 2005, p 3).

Jutras وGergen, Gergen (1981) ، عرفوا الأحكام المسبقة على أنها استعداد للرد بصورة عكسية على شخص على أساس انتمائه إلى طبقة أو فئة من الأشخاص". على عكس الصورة النمطية، التي يمكن أن يكون محتواها إيجابي (مثال على ذلك: مرضى الفصام هم ناس جيدين كغيرهم) الأحكام المسبقة (لا أحب مرضى الفصام!) يعتبر المصطلح سلبي من حيث التكافؤ حتى وإن كانت هناك استثناءات.

ويقابل مصطلح التمييز سلوكاً سلبياً غير مبرر ضد أعضاء مجموعة مثال ذلك: رفض إدخال شخص أو مريض فصامي ضمن مجموعة من الأفراد على أساس اعتباره مريض عقلي هو حالة نموذجية من التمييز.



مخطط رقم (01): يبين الاختلافات الموجودة بين التمييز الأحكام المسبقة و الصورة النمطية

إن الصور النمطية والأحكام المسبقة والتمييز هي ثلاث مفاهيم مترابطة وذات صلة، الصور النمطية (معتقداتنا) يمكن أن تفسر لماذا يميز الشخص بين أفراد من مجموعة معينة. والتصرفات التمييزية تستطيع بدورها وبطريقة ما الحفاظ على وجود الصور النمطية والأفكار المسبقة. أي إدراك التمييز والصور النمطية والأحكام المسبقة.

(Légal, Delouée, 2015, p 10)

ومن الشائع خلط الصور النمطية بالأحكام المسبقة. فالصور النمطية هي فقط مجموعة من المعلومات المخزنة حول أعضاء مجموعة معينة. هذه المعلومات قد تكون مختلفة في طبيعتها وقيمتها لكنها لا تتبأ بما يمكن عمله. والأحكام المسبقة من جانبها هي عبارة عن 'حكم من قبل' مما ينطوي على بعد تقييمي صريح، الحكم المسبق هو موقف، ونوع من الاستعداد للعمل اتجاه شخص على أساس الصورة النمطية. في الواقع، يمكن أن يكون الحكم المسبق إيجابياً أو سلبياً ولكن ليس محايداً، لأنه يتوافق مع حكم القيمة.

فالحكم المسبق يأتي بعد الصورة النمطية في ديناميات عقلية. حيث أن الصورة النمطية هي قائمة المعلومات المرتبطة بالمجموعة التي نقوم بتطويرها وترجمتها في شكل مواقف.

وقد تم البحث عن الصور النمطية والأفكار المسبقة وفقا لثلاثة اتجاهات:

- وضعت لأول مرة لهم في سياق العلاقات بين المجموعات.

- سعى الثاني لإطلاق الآليات المعرفية المكونة لهذا النوع من التمثيل

- اقترح الثالث فرضيات نظرية تفسر نشأة الأحكام المسبقة.

(Lipiansky, 1991, p 4)

1.5. وظائف الصور النمطية والأحكام المسبقة في العلاقات بين المجموعات:

لتحليل وظائف محددة من الأحكام المسبقة والصور النمطية في اتصالات المجموعة، يمكننا

التمييز بين ثلاثة أنواع من التصورات: التصور المستحث، تبرير التصورات والتصور الاستباقي.

بالحديث عن التصور المستحث، فإننا نعني أنها انعكاس العلاقات المتبادلة الحالية أو الماضية

بين المجموعات. وهكذا، على مدى قرنين، والصور النمطية للفرنسيين على الألمان تبعت عن كثب تجسد

آلهة العلاقات السياسية والاقتصادية والثقافية بين البلدين.

مع التصورات تمهيدية، نحن نقترّب من الوظيفة في معظم الأحيان ويتم إطلاقها من خلال

الملاحظة والتجريب على سبيل المثال، يمكن ملاحظة أنه في جميع الأوقات الفاتحين، المستعمرين

والظالمين قد برروا السلطة من خلال صورة مهيمنة من العرقية والشعوب المتقدمة.

لكن يمكن أن تتطوي الأحكام المسبقة أيضًا على وظيفة توقعية فهم يعدون على المستوى التخيلي

الوضع الذي تريد المجموعة تحقيقها أو الإجراء الذي ترغب في تنفيذه.

(Lipiansky, 1991, p 7-8)

والتمييز هو المكون السلوكي للأحكام المسبقة، فيحدث التمييز عندما تتحول مشاعر الأحكام

المسبقة إلى سلوك. كما يحدث مع الصورة النمطية. ويصبح التمييز مشكلة عندما يكون موجه نحو الناس

لمجرد أنهم أعضاء في جماعة معينة. ومن المهم أن نلاحظ أنه يمكن للتمييز أن يحدث في غياب الأحكام المسبقة، وأن الأحكام المسبقة يمكن أن تحدث دون تمييز.

(Borden, Horowitz, 2008, p150)

والتمييز هو التصرف نحو شخص أو مجموعة من الناس على أساس حكم مسبق متعلق بهذه المجموعة. هذا الفعل يمكن أن يكون لفظيا أو سلوكيا. إطلاق نكتة سيئة للسخرية والامتياز بالمرضى الفصامين تعتبر من أنواع التمييز الشفهي، حرمان فرد من الالتحاق بمجموعة معينة نتيجة لاعتباره مريضا عقليا يعتبر من التمييز السلوكي.

التمييز في بعض الأحيان فاقد الوعي تماما عندما يكون نتيجة الصورة النمطية التي تنشط تلقائيا مستقلة عن إرادة الفرد، فيمكن أن تدفعنا الصورة النمطية إلى التصرف بطريقة تمييزية، دون أن يكون الهدف منها إيذاء شخص أو مجموعة معينة.

(Scharnitzky, 2015, p 33)

ومن المهم الإشارة إلى أن التمييز غالبا ما يكون نتيجة للأحكام المسبقة. إن المواقف والافتراضات السلبية عن الناس على أساس تصنيفهم تاريخيا يعتبر في الأساس من الحكم المسبق، لذلك من الواضح أن العديد من حالات التمييز يمكن إرجاعها مباشرة إلى مواقف ضارة. ومع ذلك التمييز يمكن أن يحدث حتى في غياب الحكم المسبق الأساسي.

(Bordens, Horowitz, 2008, p 112)

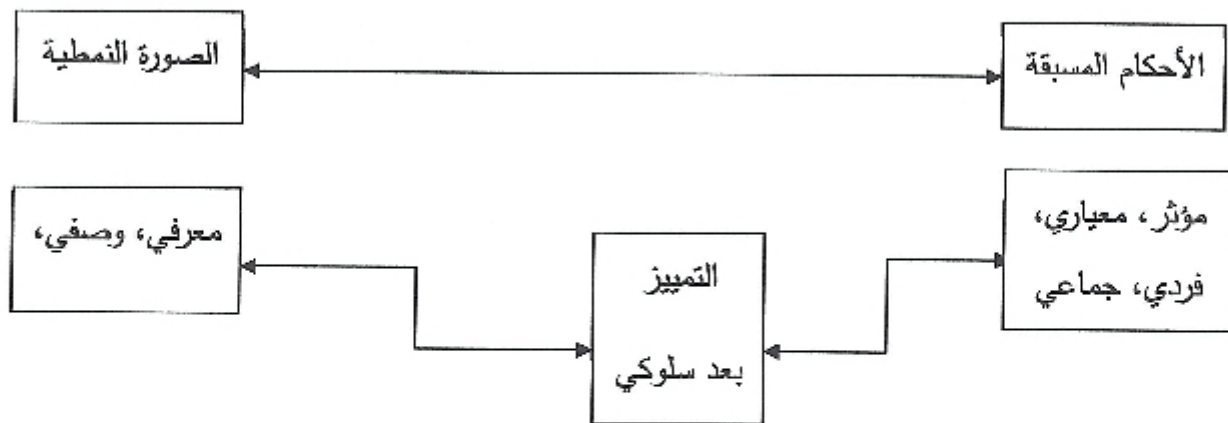
وينبغي التأكيد على أنه في معظم الحالات، المسار هو دائما صورة نمطية تؤدي إلى حكم مسبق، هو بحد ذاته يتحول إلى نوع من أنواع التمييز. هناك حالات حيث لا تكون هذه الخطية ضرورية أو محترمة. يمكن للمرء، على سبيل المثال، تخيل حكم مسبق مزعج أو إرهابي ليس على أساس أي صورة نمطية ثابتة أو حتى نمطية ضعيفة جدا. وأحيانا نطور رأي غير عقلاني تجاه أعضاء مجموعة دون سبب، ودون تجربة هذه المجموعة ودون حتى معرفة ذلك من قريب أو من بعيد. في هذه الحالة سيكون لدينا حكم مسبق يمكن أن يؤدي لتمييز قوي، دون أن تكون لدينا القدرة على وصف ذلك بالصورة

النمطية. هذا هو الحال، لإدراكنا لبعض ممن يعانون إعاقات جسدية كانت أو عقلية. كما يمكن للمرء أيضا أن يلاحظ حالات التمييز النظامية التي لا تستند إلى أي حكم مسبق أو نمطية.

(Scharitzky, 2015, p 34)

إن يمكن القول بأن الأحكام المسبقة والصور النمطية والتمييز هم ظواهر ذات صلة ببعضها البعض، وتساعدنا على فهم لماذا نعامل أعضاء جماعات معينة بالعداء. تأتي الأحكام المسبقة في مجموعة متنوعة من الأشكال، فتكون مثلا مع التمييز الجنسي (مشاعر سلبية تقوم على فئة الجنس) ومع العنصرية (مشاعر سلبية تقوم على فئة عرقية واضحة). ومعتقدات الصور النمطية عن أعضاء جماعة معينة غالبا ما تؤدي إلى الأحكام المسبقة، التي قد تؤدي بدورها إلى السلوك التمييزي. ويمكن أن تستخدم الصور النمطية أيضا كاستدلال حكمي، وتؤثر على الطريقة التي يفسر بها سلوك أفراد المجموعة. فالسلوك المتسق مع الصور النمطية، من المرجح أن يعزى داخليا ويحكم عليه بأكثر قسوة من السلوك الغير متسق مع الصورة النمطية.

(Bordes, Horowitz, 2008, p 150)



مخطط رقم (02): يبين أبعاد كل من التمييز الأحكام المسبقة والصور النمطية

6. التصنيف في الصورة النمطية *Catégorisation*:

التصنيف عبارة عن عملية نفسية ترتبط بمشكلات الإدراك والعلاقات بين الأفراد. حيث يعرف على أنه: " يتكون من تجميع مواضيع ذهنية في فئات مختلفة على أساس حكم أو رأي متماسك".

(Azzi, Klein, 2013, p 13)

ويطبق التصنيف في علم النفس الاجتماعي لدراسة العلاقات الاجتماعية، فهو يتعلق بدراسة تأثير (التصنيف) الذي يمكن أن يشكل فيما بعد إدراك قاطع. هذا يعني أن ترتيب شخص ينفذ على أشخاص آخرين، وهذا التصنيف سيكون له تأثير على العلاقات بين الأفراد.

(Gronier, 2007, p 22)

إن الأبحاث حول التصنيف الاجتماعي تمثل مجالاً واسعاً في علم النفس الاجتماعي، ففي مواجهة بيئة معقدة ننظم العناصر التي نتلقاها في فئات وذلك للحد من كمية المعلومات المراد معالجتها ولتسهيل عملية المعالجة. فإذا تشكلت هذه الفئات فإننا ندرك الاختلافات بين العناصر المختلفة للفئة الأكثر ضعفاً (عملية الاستيعاب) وبين مختلف الفئات على أنها أكثر أهمية (عملية التباين).

لذلك فإذا كانت لدينا مجموعة من الأفراد تتكون من أسوياء ومضطربين عقلياً فإننا سوف نميل إلى إدراك الفئة السوية قبل الفئة المضطربة. فعملية التصنيف هذه تطبق على الأفراد حيث نقوم بتصنيفهم لمرأة أو رجل، صغير أو كبير، سوي أو مضطرب... الخ فنحن بذلك نعتبر أن الرجال والنساء (السوي والمضطرب) جميعهم متساوون وأن كل سوي معارض تماماً لكل من هو مضطرب.

(Chaurand, 2013, p8)

وعملية التصنيف الاجتماعي تدرس العمليات العقلية (تحديد الهوية، الاعترافات، التخزين) التي تستخدم للجوء إلى التصنيف.

(Gronier, 2007, p30)

وكنيجة طبيعية للتصنيف فإننا نعزو تصنيف الناس إلى عدد من الخصائص وسمات الشخصية أو السلوكيات، والتي تعتقد بأنها نموذجية لهذه الفئة و مشاركتها من قبل جميع أعضاء هذه الفئة وبعبارة أخرى نحن نطبق صورة نمطية عرقية على الأفراد، لذلك يمكننا القول بأن "السود جيئون في الموسيقى"، "الآسيويون مهندسون وموهوبون في الرياضيات"، "العرب مضيقون ولصوص" هذه الصورة النمطية تقود لتحيز عنصري (أو العنصرية نفسها) والتمييز على أساس العرق.

(Chaurand, 2013, p 10)

7. ماذا نجد في الصور النمطية؟

1.7. محتوى الصورة النمطية:

تتألف الصورة النمطية من خليط من مختلف عناصر المعرفة. بمعنى آخر أنها تتعلق بهيكل معرفي الذي يحتوي على معرفة التصورات العقلية المطبقة على مجموعة أو فئة، والتي يتم تخزينها في ذاكرتنا.

قبالنسبة لBruner، Goodnow و Austin (1956) يتم تعريف الفئة من خلال مجموعة محدودة من السمات مع العلم أن كل سمة منها ضرورية وأن مجموعة السمات كافية. هذا التصميم الكلاسيكي سرعان ما تم التخلي عنه لصالح بعض النماذج من علم النفس المعرفي.

فما الذي يشكل بالضبط صورة نمطية؟ هل كل الصور النمطية هي نفسها في الأساس؟ وما هي أنواع العواطف التي تثير الصور النمطية المختلفة؟ الإجابات على هذه الأسئلة يمكن أن تبلغنا على طبيعة الصور النمطية ذاتها.

(Légal, Delouée, 2015, p17)

ويغض النظر عن المعتقدات والمعلومات الفعلية التي تكمن وراء الصورة النمطية، يبدو أن هناك بعدين أساسيين للصورة النمطية:

البعد الأول: الدفاء (بروق أو يكره).

البعد الثاني: والكفاءة (الاحترام أو عدم الاحترام).

ووفقا لفيسك وآخرون(2002)، فإن هذين البعدين يتحدان لتحديد أنواع مختلفة من الصور النمطية. فعلى سبيل المثال، يؤدي الدفاء العالي والكفاءة العالية إلى وضع صورة نمطية إيجابية التي تتطوي على الإعجاب والفخر في حين أن انخفاض الدفاء وانخفاض الكفاءة يؤدي إلى سلبية الصورة النمطية التي تتطوي على الاستياء والغضب، كما يمكن أن تكون هناك صور نمطية مختلطة تتطوي على الكفاءة العالية والدفاء المنخفض أو الكفاءة المنخفضة والدفاء العالي.

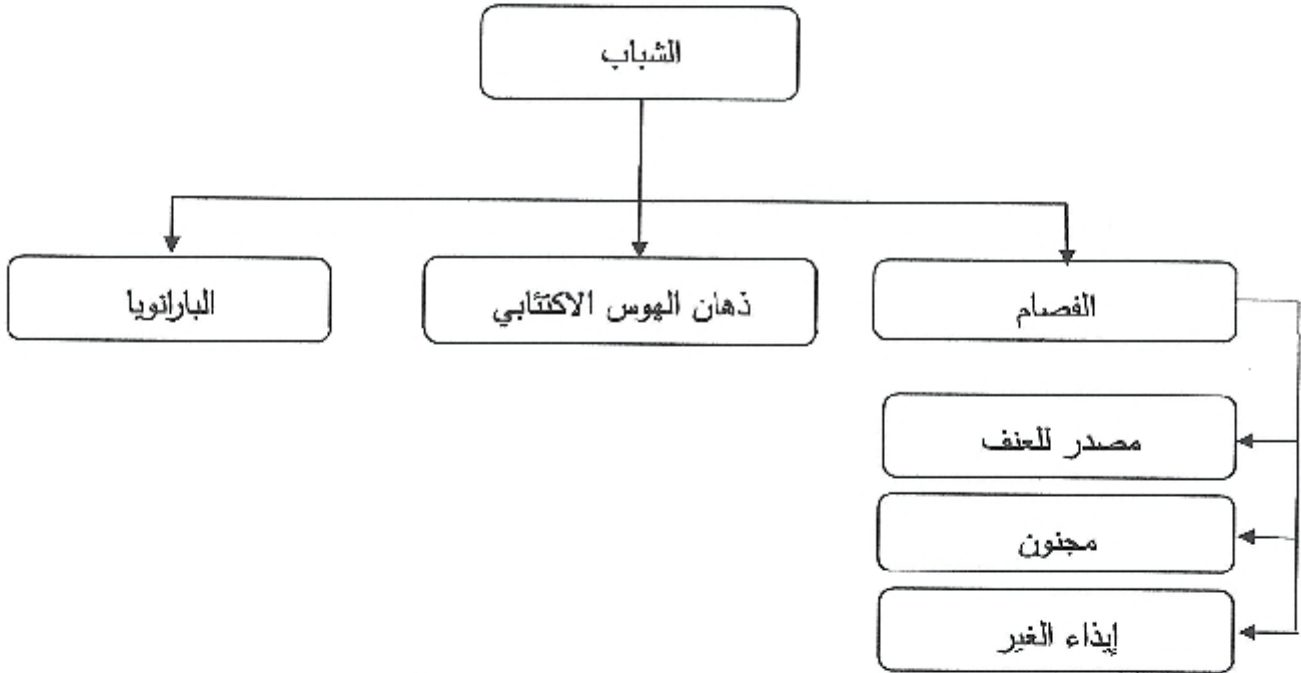
(Bordes, Horowitz, 2008, p10)

لذلك، بعض الصور النمطية ستكون غنية بالمحتوى وستعود إلى المعرفة التي تغطي عددا كبيرا من الخصائص والسلوكيات المرتبطة بأعضاء المجموعة المستهدفة، في حين أن البعض الآخر من الصور النمطية سوف تكون ضعيفة وستقتصر على كمية محدودة للغاية من المعلومات، وقد ترجع هذه الاختلافات لعوامل مختلفة: كالثقافة، التعليم، والأهمية الذاتية للصورة النمطية وتردد الاتصال بأعضاء المجموعة النمطية(Légal, Delouée, 2015, p19).

2.7. تنظيم محتوى الصورة النمطية:

يمكن تنظيم الصورة النمطية مثل غيرها من تمثيلات المعرفة التي تخزنها في الذاكرة وذلك بطريقة هرمية حيث تنصدر قمة الهرم الفئة الأكثر أهمية والتي يمكن أن تحتوي على أنواع فرعية. نحن إذن في تكوين الهرم التي تتشكل قمتها من قبل الفئة والقاعدة من قبل خصائص معينة (سمات الشخصية، والسلوكيات...) يمكن بعد ذلك ربط الفئات ببعضها البعض لتشكيل شبكة من المعرفة شبكة كل فئة، كل سمة، كل نسخة، وأخيرا تشكل كل معرفة عقدة متصلة أكثر أو أقل مباشرة إلى الآخرين.

(Légal, Delouée, 2015, p20)



مخطط رقم (03): يبين نظرة الشباب للفصامي

8. التوجهات النظرية للصورة النمطية

1.8. التوجه الكلي العام:

يعتبر التوجه الكلي العام هو التوجه الأول الذي انبثقت منه بقية التوجهات، ونبتت من خلاله مختلف النظريات. وينسب هذا التوجه إلى الصحفي الأمريكي ولتر ليبمان وإلى كتابه الأساس " الرأي العام" الصادر سنة 1922 ومن الخصائص المهمة التي تميز هذا التوجه:

- أنه يشرح بصفة عامة " ماهية الصورة" وهو يساعدنا على الفهم.
- أنه يبين بصفة إجمالية " خصائصها وسماتها" وهو يساعدنا على التفسير.
- أنه يحدد بشكل كلي " دوافع العقل البشري لتكوينها" وهو يساعدنا على التنبؤ.
- أنه يوضح بصفة شاملة " حدودها ومجالاتها" وهو يساعدنا على التحكم.

كما يجب الإشارة بأن هذا التوجه لا يبحث في التفاصيل و لا يهتم بالجزئيات، فهو توجه يبحث في " الماهيات والجواهر" وعلى التوجهات الأخرى أن تبحث في " الواقع والمظاهر"، وهو توجه يجمل " الظاهرة" وبقية المداخل تفصل "الأحداث" (Lippman, 1991, p 91).

ويرى أن كل شخص منا يصنع لنفسه بالتدرج داخل رأسه صورة موثوقا بها للعالم الذي يعيش فيه، وأيا كان اعتقادنا في هذه الصورة، فإننا نتعامل معها كما لو كانت العالم نفسه. كما يرى أن ما يطلق عليه تكيف الفرد مع بيئته " يحدث من خلال هذه الصورة الخيالية أو البيئة الزائفة، على أنه يشير إلى الخيال والزيف لا يقصد بهما الكذب، وإنما يقصد بهما إعادة تقديم البيئة الحقيقية في صورة بصنعها الإنسان داخل عقله ويعيش في تخيلاته، وأن هذه التخيلات أو التصورات لها مدى واسع من الهلوسة الكاملة والتخاريف إلى الإدراك العلمي الكامل المستخدم للنماذج العلمية.

(Lippman, 1922, p 4)

ويذهب لبيمان إلى أن الإنسان يحكى له عن العالم قبل أن يراه، وذلك من خلال أسرته مدرسته، ومن ثم فهو يتخيل معظم الأشياء قبل أن تكون له خبرة له بها، وهذه المفاهيم والمدرجات المسبقة التي تغرس في عقله تتحكم بعد ذلك في كيفية إدراكه للعالم وتصوره له (Lippman, 1991, p 90). كما يرى أن ما يقوم به كل إنسان لا يكون مبينا على المعرفة اليقينية ولكن على صور يصنعها بنفسه أو تعطى له.

(Lippman, 1922, p25)

و يشير أن الإنسان لا يرى أولا ثم يعرف ولكنه يعرف ثم يرى. ففي العالم الذي يتصف بأنه محير وسريع الزوال ومربك نحن ننتقي فقط ما عرفته لنا الثقافة ثم نميل إلى إدراكه في الصورة التي صنعتها لنا الثقافة (Lippman, 1991, p 81) ونختار رموزا وعلامات يمكن لنا التعرف عليها من الواقع. وهذه الرموز تكون مليئة بالأفكار التي تحمل مخزونا من صورنا، فنحن لا نرى الرجل أو غروب الشمس، ولكننا نلاحظ هذا الشيء الذي هو في رأسنا رجل، ثم نرى ما سوف يملأه عقلنا في هذه الموضوعات المرئية. ولأنه لا يوجد لدينا الوقت الكافي ولا الفرصة المناسبة للمعرفة المتعمقة والإدراك الكامل، فنحن نلاحظ خاصية أو سمة قد تميز فئة معروفة عندها ثم نملاً بقية الصورة بمعان مستمدة من الصور الموجودة عندها والتي نحملها في رؤوسنا.

(Lippman, 1991, p 88)

2.8. التوجه النفسي في دراسة الصورة:

ساد التوجه النفسي في دراسة الصورة في الثلاثينيات والأربعينيات من القرن العشرين ووفق دراسات هذا الاتجاه فإن أهم خصائص الصورة هي:

(bar-tal, et al, 1989, p 5)

- الصورة تمثل انعكاسا لدوافع داخلية أو حاجات دافعية للشخص الذي يكون هذه الصور.

- الصورة في جوهرها هي وسيلة للدفاع عن الذات.
 - تعتبر عملية تكوين الصور لدى الأفراد عملية نفسية حتمية لا يمكن تجنبه.
 - تمثل الصور نوعا من التفكير المعيب الناقص وجميعها خاطئ ويحتوي على شر
- (Albig, 1939,p 59)

- جميع الصور زائفة وغير صحيحة (Campbele, 1967,p 823)

واستجابة لهذه الخصائص، فقد مالت الدراسات الأولى في مجال الصورة إلى وضع الصور في عقول أولئك الذين يعانون الإحباط والتعصب والمتمركزين حول السلالة كما أن الصور، وفق هذه الدراسات، لم تكن إلا تعميمات خاطئة، صنعت بواسطة أفراد متحيزين ومتعصبين أو تحت ظروف غير سوية.

(Yzerbyt, et al, 1997, p-p 22-21)

وخلال هذه المرحلة من مراحل تطور دراسة الصورة، اقترحت عدد من النظريات لشرح نشأة الأحكام المسبقة والصور النمطية في الفرد أو بين المجموعات حيث تم تطبيق عدد من فرضيات التحليل النفسي لفرويد على حاملي الصور ومستخدميها، كما تم الربط بين الصورة والتعصب والعدوانية، كما ظهرت نظريات نفسية تفسر مصادر تكوين الصورة وآلياتها مثل نظرية الإبدال (الإحلال) ونظرية الشخصية التسلطية ونظرية كبش الفداء وغيرها. ويعتمد البعض على منظور التحليل النفسي (دولار أدورنو وآخرين) على نظريات التعلم الاجتماعي.

يعتبر دولار (1939)، واحد من الأوائل الذين حاولوا فهم الديناميكية النفسية التي تكمن وراء الحكم المسبق. وله فرضية هي أنها تنتج من العدوانية حالات الإحباط، في الواقع يخلق الإحباط حالة من التوتر أي أنه إذا لم يتمكن من التخلص من نفسها على وكيل محبط، يميل للتنفيس عن البخار على كبش فداء هذه هي في الغالب المجموعات الأضعف (مثل الغرباء) الذين تم اختيارهم لهجمات الهدف.

هكذا لوحظ بانتظام أن كراهية الأجانب والعنصرية تزيد في أوقات الأزمات القضايا الاقتصادية والبطالة التي تولد إحباطات كبيرة في المجتمع.

إن منظور التحليل النفسي الذي ألهم ت. أمورنو (1950). حيث حاول الأخير تحديد، تحت مصطلح "الشخصية الاستبدادية"، نوع الشخصية للأفراد الذين يميلون إلى التحيزات العرقية هذا يدل على أن هذه هي الشخصيات جامدة، والتي تخضع للتعليم الشديد.

نظريات التعلم الاجتماعي، والإلهام السلوكي، تعتبر أن التحيزات والصور النمطية يتم تعلمها خلال عملية التنشئة الاجتماعية للطفل هذه هي المواقف وتأثيرات الأسرة، ثم المدرسة، التي تلعب دورًا محددًا. هذه المواقف غالبًا ما تكون مشروطة بها بالصور التي تبثها وسائل الإعلام هناك الميل إلى استيعاب التمثيلات السائدة، هذا هو لماذا بعض مجموعات الأقليات يمكن أن تصادق الصور السلبية التي يتم إرجاعها إليهم من قبل المجموعات المهيمنة.

1.2.8. نظرية كبش الفداء:

وقد اشتقت هذه الفرضية من فرضية الميول العدوانية الناتجة عن الإحباط والتي تنص على أن السلوك العدواني هو دائما رد فعل وانعكاس لبعض الإحباط، فلو منع الأفراد من الوصول إلى بعض الأهداف ذات الجاذبية الخاصة لديهم، فإنهم يتصرفون بعنف مع الشخص مسبب الإحباط، غير أن هذا الشخص قد يكون قويا جدا أو لا يمكن تحديده والتعرف عليه، إذا فإن عدااء الأفراد وعدوانيتهم سوف تتجه إلى أفراد أقل قوة وأكثر تحديدا.

وتشير النظرية إلى أن أفراد جماعات الأقلية (أو أفراد الجماعات الخارجية) عادة ما يقومون بدور الجماعات التي تحل العدوان بها، ومع هذا الإحلال يتم لوم هذه الجماعات ويعزى إليها الإحباط وذلك بلصق صفات سلبية بهذه الجماعات.

كما أن هناك أشكال مختلفة لهذا السلوك، فقد يحدث على المستوى الخيالي المحض، أو قد يكون لفظياً متمثلاً في الإشاعات، النكت، القصص، إصااق الألقاب المسيئة، الاتهامات الباطلة، وقد يكون مادياً مثل العنف الجسدي، التفرقة العنصرية.

(منصور، 2004، ص 72)

3.8. التوجه الاجتماعي في دراسة الصورة:

يركز التوجه الاجتماعي في دراسة الصورة على كون الصور أشياء جاهزة لكثير من الأفراد ويتم الحصول عليها من خلال الثقافة، وهم يكتبونها من خلال عملية التنشئة الاجتماعية، وهي تشكل الأعراف السلوكية لهم تجاه الجماعات أو الأفراد لهم اتجاه الجماعات أو الأفراد الآخرين. كما يركز هذا التوجه على القنوات الاجتماعية المسؤولة عن نقل الصور (المدرسة، وسائل الإعلام، المساجد، الكتانيس) كما يحاول تفسير التغيرات التي تحدث في مجال الصورة بربطها بمختلف الحركات الاجتماعية والثقافية، مثل الأزمات الاقتصادية، والصراعات الدولية، وحركات الحقوق المدنية وغيرها. كما يركز هذا الاتجاه على شرطي المشاركة والإجماع كشرطين محددتين للصورة.

(Miller, 1982, p 82)

ووفق هذا التوجه أيضا فإن الصورة يمكن أن تتبع من الواقع الاجتماعي للجماعة موضوع الصورة، حيث يذهب بعض الباحثين إلى أن الأنماط السلوكية المميزة للجماعة أو ظروفها الاقتصادية والاجتماعية الخاصة يمكن أن تمدنا بالبيذة التي يمكن للصور أن تنمو منها وتزدهر. كما يمكن أن تتبع من وظيفة إيديولوجية لتبرر أو تنتقد الوضع الحالي. فالصور بمختلف أشكالها مغروسة في شبكة العلاقات الاجتماعية بين الجماعات.

ووفقا لهذا التوجه فإن التماسك الاجتماعي والنظام الاجتماعي ينتجان عن الاتفاق العام على منظومة القيم، وهذه المنظومة تنتقل إلى الأفراد من خلال التنشئة الاجتماعية، وتعتبر الصور جزءا مهما من هذا الموروث المجتمعي.

(Stroebe, Insko, 1989, p13)

كما يشير هذا التوجه إلى أن الصور تتأثر بشدة بالجماعة التي ينتمي إليها الفرد، فهي ليست ناتجا إبداعيا لشخص منعزل، وإنما هي نتاج للجماعة ونشاط لها أي أنها ليست مجرد نشاط إدراكي فردي ولكنه نشاط اجتماعي به تتوقع أن تتوافق مع الأفراد الآخرين في جماعاتنا في الصور التي تصد كلا من الجماعة الداخلية للفرد والجماعات الخارجية له. (Spears, et al , 1997 p8)

4.8. التوجه النفسي الاجتماعي في دراسة الصورة:

يحاول هذا التوجه التوفيق بين التوجهين النفسي والاجتماعي وأن يولم بين منطقتاهما. فالصورة نفسية ذات أبعاد اجتماعية، أو اجتماعية ذات أبعاد نفسية أو هما معا. ورغم أن الصور تنتج داخل عقل الفرد وتتأثر بشخصيته، فإنها تتأثر أكثر بالأنماط الثقافية السائدة في المجتمع، أي أن الصور الموجودة لدى الفرد تتأثر بالصور الموجودة لدى الجماعة وبطريقة تكوينها لها.

ووفقا لهذا التوجه فإن هناك أربع قواعد حاکمة لعملية تكوين الصورة:

- تعتبر الصور نتيجة لميلنا نحو المبالغة في تقييم درجة الارتباط بين العضوية في جماعة ما وبعض الخصائص النفسية. وعلى الرغم من أنه قد يوجد ارتباط فعلي بين الجماعة والخصائص النفسية فإنه ارتباط أقل بكثير مما نفترض.
- الصور تؤثر على طريقة تمثيلنا للمعلومات. فالدراسات تشير إلى أننا نميل إلى تذكر الجوانب الإيجابية لجماعاتنا الداخلية والجوانب السلبية للجماعات الخارجية.

- الصور تخلق توقعات تتعلق بكيفية تصرف أفراد الجماعة الخارجية، ونحن نفترض أن توقعاتنا صحيحة ونتصرف وفقا لها. ونحن نحاول تأكيد توقعاتنا عندما نتعامل مع أفراد الجماعة الخارجية.

- إن هذه الصور تحدد الأنماط الاتصالية للغير، إذ نميل إلى رؤية السلوك الذي يؤكد توقعاتنا حتى ولو كان غير موجود.

(Gudykunst, Kim, 1992, p 93)

وتشير نظرية الإدراك الكلاسيكية إلى أن الصورة النمطية الاجتماعية يتم اكتسابها من خلال الخبرات المباشرة وغير المباشرة مع أعضاء الجماعة التي يتم تشكيل الصورة النمطية لها، وكذلك من خلال التنشئة الاجتماعية عبر الأسرة وجماعات الأقران والمجتمع، وتعتمد هذه السمات على أساس من المعلومات التي تكون متاحة بالفعل ومن السهل تمثيلها، وغالبا ما تكون هذه المعلومات غير كافية، وتقود بالضرورة إلى صور نمطية قليلا ما تكون متشابهة مع الواقع، كما أنها تكون في صالح الذات، إذ أنه يتم انتقاؤها لصالح مدرك هذه الصور (الأحمر، 2016، ص 74).

1.4.8. نظرية تطابق المعتقدات:

وفقا لهذه النظرية التي صاغها روكيش (1960-1980) فإن التعصب عادة ما يكون مبني على الافتراض بأن أفراد الجماعة الخارجية لديهم معتقدات (اتجاهات وقيم) تختلف عن معتقدات الجماعة الداخلية للفرد واتجاهاتها وقيمها، وتتحد شدة التعصب أو شدة الاتجاه الراض لدى أفراد الجماعة الداخلية لأعضاء أي جماعة خارجية في ضوء مدى الانسجام أو التعارض المدرك بين اتجاهات الجماعة الداخلية ومعتقداتها.

معنى أن الصور المكونة على الخير لا تتوقف فقط على الفرد صانع الصورة (التوجه النفسي) ولكنها نتاج إدراك الفرد للسياق الاجتماعي الذي يعيش بداخله وتفاعله معها. فالصورة ليست إبداعا فرديا خالصا ولكنها نتاج للتفاعل بين الفرد وجماعته الداخلي (Schawrtz, Struch, 1989, p156).

5.8. التوجه المعرفي في دراسة الصورة:

يعتبر تاجفيل (Tajfel, 1969) أول من لفت الانتباه إلى الجوانب المعرفية في الصورة وذلك من خلال دراسته الرائدة (الأبعاد المعرفية للتعصب) وكانت هذه الدراسة نقطة تحول في دراسات الصورة، إذ أن تحول الاهتمام من المجالين النفسي والاجتماعي للصورة إلى المجال المعرفي الذي سيطر على مجال الصورة لمدة أزيد من 25 سنة وعلى الرغم من تركيز تاجفيل على أهمية البعد الاجتماعي والواقع في دراسة الصورة، فإن كثيرا من الباحثين الذين أعجبوا بدراسته قد ركزوا على التحليل المعرفي المحض للصورة *Purly cognitive analysis of stereotype*. وأصبحت هذه الدراسات من الكثرة بحيث ظهر - كحركة مقابلة- من يسمون بنقاد النظرية المعرفية.

(Haslam, 1997, p124)

وقد أكد أصحاب التوجه المعرفي على أهمية كل من التمثيلات العقلية والمخططات العقلية في تشكيل إدراك الأشخاص للموضوعات والأحداث الاجتماعية، حيث يترتب على عملية التصنيف معالجة للمعلومات المتاحة لدى الفرد فيتكون لدينا معلومات تؤدي إلى اتجاهات سلبية تصل إلى درجة العدوان والتعصب.

ووفق هذا التوجه، فإن عملية تكوين الصور هي في أساسها أخطاء في عملية تمثيل (تشغيل) المعلومات بيد أنها أخطاء ضرورية وذلك بسبب محدودية قدرتنا على التركيز والانتباه وهذه الحاجة يتم إشباعها جزئيا بواسطة عمليات التصنيف، التي هي من وجهة النظر هذه تعمل كآلية لتقليل المعلومات بحيث تسمح لنا بالبعد عن المعلومات غير المهضومة (الملخصة) إلى صور مهضومة وملخصة لا نحتاج معها إلى التعامل مع كل مثير جديد في حاجة إلى التمثيل.

(خليفة، رضوان، 1998، ص 112-113)

ومن الفرضيات الرئيسية في هذا التوجه "فرضية الانشغال المعرفي" والتي تنص على أنه " كلما زادت المهام المعرفية والعمليات العقلية التي تتطلب قيامنا بها، زاد اعتمادنا على الصور الموجودة لدينا كمسارات مختصرة للتوصل إلى الأحكام والتقييمات الاجتماعية.

(Brown, 1995, p 103)

ووفق هذا التوجه وعلى حد تعبير هيوستون وبراون فإن هناك ثلاث مراحل معرفية لتكوين الصورة:

- تصنيف الأفراد على أسس يمكن التعرف عليها بسهولة مثل النوع أو العرق.
- إصاق مجموعة سمات لكل أو لمعظم أفراد هذه الجماعة. ويفترض في الأفراد الذين ينتمون إلى الجماعة موضوع الصورة التجانس والتشابه مقارنة بالجماعة الداخلية.
- قصر هذه السمات على هذه الجماعة الخارجية.

(Hewstone, Brown, 1986, p 29)

9. طرق قياس الصور النمطية:

تم تطوير العديد من الطرق والتقنيات لقياس الصور النمطية ومحتوياتها وكذلك الأحكام المسبقة، سوف نتطرق لبعض هذه التقنيات، والتي سنتعرف من خلالها كيف ذهبت هذه الأدوات من طرق مباشرة وعالمية نسبياً إلى أدوات أكثر دقة أو غير مباشرة، ولكل أداة من هذه الأدوات مزايا وعيوب، ويتوقف اختيار واحدة دون أخرى على أساس الأهداف المتبعة.

1.9. الطرق الكلاسيكية لقياس الصور النمطية:

إن ما يسمى بالطرق التقليدية للصور النمطية تتكون من التقييم وتوافر الميزات والخصائص الواردة ضمن التصور وبعبارة أخرى، تتكون هذه الطرق لتحديد من هم هؤلاء الأفراد، بالنسبة للفرد أو مجموعة الأفراد، والتي تتكون بناءً على عناصر المعرفة المرتبطة بالصورة النمطية والمخزنة في الذاكرة.

ففي تجربة قام بها رايس Rice (1926) واعتمادا على تعريف ليبمان lippman (1922) والتي قام من طلب من خلالها من مجموعة من الطلاب لتصنيف سلسلة من تسع صور شخصيات على أساس تسعة أنشطة (مهرب كحول، رئيس وزراء أوروبي، نقابي، وصناعيين، محرر سياسي، السيناتور الأمريكي والممول). حيث لاحظ من خلالها وجود صور نمطية اجتماعية. لكن هذه طريقة لا تبلغ حقا عن المحتوى الفعلي للقوالب النمطية، مما يتطلب وضع إجراءات جديدة. ومن أشهر هذه الطرق التي تسمى قائمة السمات الشخصية - قائمة اختيار الصفة باللغة الإنجليزية - لكاتس وبرالي Katz et Braly (1933) (Delouvé, Légal, 2015, p 21-22).

1.1.9. طريقة قائمة الميزات لكاتز وبرالي Katz et Braly (1933):

بالنسبة لكاتز وبرالي، ينظر إلى الصورة النمطية على أنها ظاهرة اجتماعية التي يمكن تحديدها بالتركيز على تقارب الإجابات من الأفراد حول مجموعة اجتماعية. في الدراسات التي أجروها في أوائل الثلاثينيات طلبوا من عينة من الطلاب الأمريكيين من جامعة برينستون للإشارة إلى الصفات المميزة لعشر جنسيات أو جماعات إثنية: الأمريكيون - الأفارقة، الأميركيون، اليهود، الإيطاليون، الأيرلنديون، البريطانيون، الألمان، اليابانيون، الأتراك والصينيون. قائمة من أربعة وثمانون ملمح شخصية، ثم سألوا مجموعة أخرى من مائة طالب للبحث في هذه القائمة على الخمس سمات الأكثر تميزا لكل من المجموعات العشر، حيث أظهرت قوة وتوافق في الإجابات أكثر من ثلاثة من أصل أربعة طلاب، على سبيل المثال، نعتقد أن الأميركيين الأفارقة خرافيون (84%) وكسولين (75%)، وأن الألمان لديهم العقل العلمي (78%) أو أن اليهود أنكباء (79%).

إن الصور النمطية، هي المعرفة الاجتماعية بالتراضي وتعتبر مستقرة نسبيا. أما madon, Guyll, aboufadel, montiel, smith, plaumbo, jussim (2001) فقد اتخذوا نتائج Katz و Braly (1933) وقاموا بمقارنتها ببحوث مماثلة (نفس السكان، نفس المجموعات المستهدفة) التي نفذت في

عامي 1951 و1969 حيث خرجوا بأن محتوى الصور النمطية للجنسيات العشر أو المجموعات العرقية لم تتغير بشكل كبير لكن هذا الاستقرار النسبي لا يعني أن التطور لا يمكن أن يحدث.

طريقة قائمة الميزات تتميز بسهولة إدارتها وتفسيرها ومن ناحية أخرى، فإنها لا تسمح بإعطاء فكرة عامة عن محتوى الصورة النمطية، على سبيل المثال، لا تسمح لتحديد إلى أي مدى وبأي شدة، الصور النمطية فردية لأعضاء مجموعة معينة. وعلاوة على ذلك، فإن طريقة Katz و Braly تركز فقط على قياس الصفات، تاركاً جانباً من الجوانب السلوكية والخصائص الأخرى المرتبطة مع الصورة النمطية طريقة قائمة الصفات، المهيمنة حتى السبعينات، تم انتقادها ولاسيما من قبل بريغهام، الذي اقترح طريقة أخرى.

(Légal, Delouée, 2015, p 22-23)

2.1.9. النسبة المئوية لقيمة لنسمة Brigham (1971):

Brigham (1971)، على عكس Katz و Braly، يعتبر الصورة النمطية كمعتقد فردي ونتيجة لذلك، فإن انتقاد Brigham يركز أساساً على أن الطريقة المستخدمة من قبل Katz و Braly إذا سمحت له بالكشف عن وجود التوافق بين الموضوعات فإنه لا يعرف ما إذا كان هناك صور نمطية حقا في كل فرد وما هي قوة هذه الصور النمطية بالإضافة إلى ذلك، يرفض بعض الأفراد التعبير عن الأحكام حول فئة بشكل عام.

للتغلب على هذه المشاكل يقدم Brigham طريقة تستند على تحديد النسب المئوية للسمات المشتركة بعبارات محددة، تتكون هذه الطريقة من سؤال الناس لتحديد ما هي النسبة المئوية لأعضاء مجموعة معينة التي تمتلك سمة معينة من خلال مقياس ليكرت تتراوح في عشرات من 0% إلى 100% (مثلاً: 40% من مشجعي باريس سانجرمان عنيفين، 90% من السويسري بطيئين. 10% من العارضات

نكيات) مجموعة من السمات التي يلاحظ تعميمها (على سبيل المثال 90% - الغالبية العظمى - من السويسريون بطيئون و 10% عدد قليل جدا - السويسريون مضطربون) مما يسمح بتحديد الصورة النمطية. وتتميز هذه الطريقة بميزة احترام قناعات الشخص الذي يستجيب بها ويبدو أنه أكثر قبولا اجتماعيا من طريقة قائمة السمات كما يسمح بتحديد الصورة النمطية ليس فقط لمجموعة من المشاركين، ولكن أيضا لفرد معين (عن طريق حساب عشرات الفردية من التتميط). ، وتعتبر هذه الطريقة ليست من دون عيوب في طريقة الاستخدام و المشكلة الرئيسية هي السابير المستخدمة لتحديد العتبات التي من خلالها نعتبر أن هناك تعميم وهذا أمر أكثر إشكالية و نادرا ما تكون النسب المئوية التي تم الحصول عليها للسمات النموذجية عالية جدا (مما يحد من نطاق النتائج) وأخيرا، نلاحظ أنه، كما هو الحال في طريقة قائمة الصفات، فقط يتم تقييم البعد المقابل لسمات الشخصية.

(Légal, Delouée, 2015, p 23-24)

3.1.9. طريقة التقرير التشخيصي لMcmacouley و Stitt (1978):

وفقا لMcmacouley و Stitt (1978)، فإن الصورة النمطية هي ما يميز مجموعة عن مجموعة أخرى حيث لا يكفي أن يعزو الفرد سمة شخصية معينة لفئة (هذه السمة تكون الفئة النمطية) يجب علينا النظر إلى ما يميز فئة عن فئات أخرى.

Mcmacouley و Stitt، على قاعدة طريقة Brigham، تم اقتراح مقياس الذي يقع على ما نسميه التقرير التشخيصي (نسبة التشخيص)، وهذا يعني أن احتمال أن يكون لشخص ما سمة معينة نظرا لعضويته لمجموعة، مقسوم على احتمال أن هذا الشخص له نفس السمة إذا لم نأخذ في الاعتبار عضويته للمجموعة.

لقياس الصورة النمطية، Mcmacouly و Stiff ولتقدير النسبة المئوية للأشخاص في الفئة الذين لديهم سمة شخصية (كما في طريقة بريغهام) ولكن أيضا نسبة السكان عموما (أو مجموعة أخرى) مع وجود هذه السمة أيضا. ويفضل هذا السؤال الإضافي يتم حساب التقرير التشخيصي. وسيكون هذا على سبيل المثال لتقسيم نسبة الاسبان الحارين بنسبة شعب دافى "بشكل عام" للحصول على سمة شخصية تعتبر النمطية لهذه الفئة، فمن الضروري أن المؤشر أكبر من 1، وعلى العكس من ذلك، لتكون سمات الشخصية مضادة للصور النمطية، فمن الضروري أن مؤشر التشخيص يكون قريب من 0. طريقة التقرير التشخيصي تجعل من الممكن تقييم مدى اختلاف صورة مجموعة اجتماعية واحدة عن مجموعة أخرى .

و يمكن عيب هذه الطريقة في استخدام مجموعة كمرجع. يمكن أن يكون من الصعب على المشارك، تمثيل خصائص "السكان بشكل عام". وقد دافع بعض المؤلفين عن استخدام عضوية شخص ضمن مجموعة كأساس للمقارنة، وإذا كان هذا البديل سهل تمثيل مجموعة المقارنة، فإنه مع ذلك يقدم عيب في صالح التباين (أي المبالغة في الاختلافات المتصورة) في المقارنة بين المجموعات، فضلا عن الصحوة، التحيز، المحسوبية داخل المجموعة التي يمكن، من خلالها زيادة عدد السمات السلبية المفترض احتواؤها في الصورة النمطية .

إن لطرق القياس الكلاسيكية بعض المزايا: بسيطة، تنفيذها باهظ الثمن قليلا ونقلها سريع نسبيا.

ففي الوقت الحاضر، ليس من المفروض التحدث عن الصور النمطية أو الأحكام المسبقة بطريقة عامة، وجعلها علنا والحكم على أعضاء من فئة اجتماعية، خاصة إذا كانت أقلية أو وصم.

و التركيز فقط على سمات الشخصية، هذه الطرق الكلاسيكية المزعومة لا تجعل من الممكن تقييم مختلف أبعاد الصورة النمطية.

لذا، فإن الجوانب السلوكية، النسخ وغيرها من خصائص الفئة يتم وضعها جانبا. ثم إن هذه الطرق تخضع للدرجة الاجتماعية هذا يعني الميل إلى إنتاج الإجابات وذلك تماثيا مع توقعات الآخرين أو بمعنى المعايير مقبولة اجتماعيا والمعايير بشكل عام، فإنها تحدد ردود فعل الأفراد لأنه دائما ما يتعلق بالإجابة على قائمة السمات، معطاة سلفا ويجب على الباحث بناءا على ذلك أن يحددها مسبقا.

(Légal, Delouée, 2015, p 24-26)

وأخيرا بالرغم من تعدد طرق القياس إلا أنه لا يمكننا الاعتماد على طريقة واحدة للتأكد من وجود الصورة النمطية لدى الأفراد أو مدى قوتها وضعفها فكل طريقة تهتم بأحد الجوانب وتهمل الآخر.

خلاصة:

تتعد مجالات استخدامنا للصورة النمطية ولعلنا نتعامل مع أغلب المواضيع التي تصادفنا في حياتنا اليومية وفقاً لما نخزنه من معلومات سابقة حول موضوع ما، فبالرغم من التطور الذي نلاحظه في شتى ميادين الحياة لا زال التفكير السلبي يسيطر على تفكير ومعتقدات الأفراد، حيث ينظر للشخص على أساس انتمائه لمجموعة معينة، فالمريض العقلي (الفصامي) داخل المجتمع يعتبر شخص موصوم بقاء على الاضطراب الذي يعاني منه مما يجعله بالإضافة لمخلفات المرض عرضة للتنبذ والتمييز وهذا ما يؤثر عليه كشخص مما يزيد من انطوائه و على علاقاته مع الأفراد المحيطين به،

وهذا ما سنتطرق به في الفصل القادم، الذي سنقوم من خلاله بالتطرق لأهم الإجراءات المنهجية التي قمنا بإتباعها والتي من ستساعدنا في معرفة أهم الوسائل التي سنحاول عبرها للتوصل لأهم العوامل التي ساعدت في تكون الصورة النمطية لمريض الفصام في المجتمع عامة وبين صفوف الشباب خاصة والتي تعتبر شريحة هامة من المجتمع.

الحجائب الميداني

الجانب الميداني:

تمهيد:

لإتمام الهدف المسطر من هذه الدراسة لابد من إتباع الإجراءات المنهجية الملائمة التي تتماشى مع موضوع الدراسة بهدف الوصول إلى نتائج موضوعية، وعليه فقد حاولنا مراعاة الخطوات المنهجية المناسبة التي تخدم بحثنا، وذلك من حيث اختيار المكان الذي ستطبق فيه الدراسة الميدانية، وكذا اختيار العينة التي تحقق أهداف الدراسة، واستخدام الأداة المناسبة لقياس الظاهرة، وسوف نعرض كل ما سبق ذكره في العناصر التالية:

1. المنهج:

يعتبر المنهج دليل الباحث للوصول إلى نتائج موضوعية حول الظاهرة المدروسة، والإجابة على مختلف التساؤلات المطروحة بإتباع خطوات معينة، ويتميز كل منهج بخصائص معينة تتماشى مع ظواهر دون أخرى ونظرا لطبيعة دراستنا ارتأينا الاعتماد على المنهج الوصفي باعتباره الأنسب ويخدم موضوع دراستنا الحالية حيث يعرف على أنه :

"المنهج الوصفي عبارة عن طريقة لوصف الموضوع المراد دراسته من خلال منهجية علمية صحيحة وتصوير النتائج التي يتم التوصل إليها على أشكال رقمية معبرة يمكن تفسيرها".

(عبيدات، أبو نصار، 1999، ص 46)

كما اتبعنا في الدراسة الاستكشافية منهج تحليل محتوى حيث يقوم هذا الأسلوب على وصف منظم ودقيق لمحتوى نصوص مكتوبة أو مسموعة من خلال تحديد موضوع الدراسة وهدفها وتعريف مجتمع الدراسة الذي سيتم اختيار الحالات الخاصة به لدراسة مضمونها وتحليله.

(عشور، 2017، ص 222)

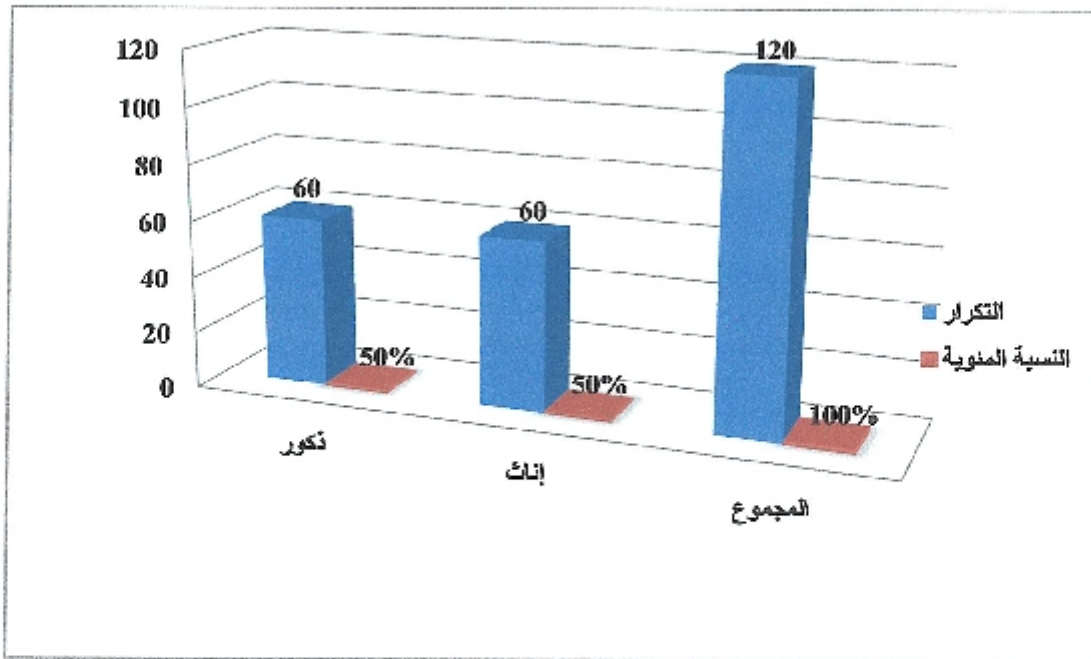
حيث يقوم على وصف منظم ودقيق، لمحتوى تقرير معين حول ظاهرة أو حدث ما، من خلال مشكلة الدراسة وأهميتها وأهدافها، وتحديد مجتمع الدراسة الذي سيتم اختيار الحالات الحاصلة فيه، لدراسة مضمونها وتحليله، وعادة ما يتم تحليل المضمون، من خلال الإجابة على الأسئلة المعينة والمحددة والمصاغة مسبقا، بحيث تساعد الإجابة على هذه الأسئلة، في وضع وتصنيف محتوى المادة المدروسة، بشكل يساعد على إظهار العلاقات والمترايبات بين أجزاء ومواضيع النص.

(دشلي، 2016، ص 64)

2. المشاركون:

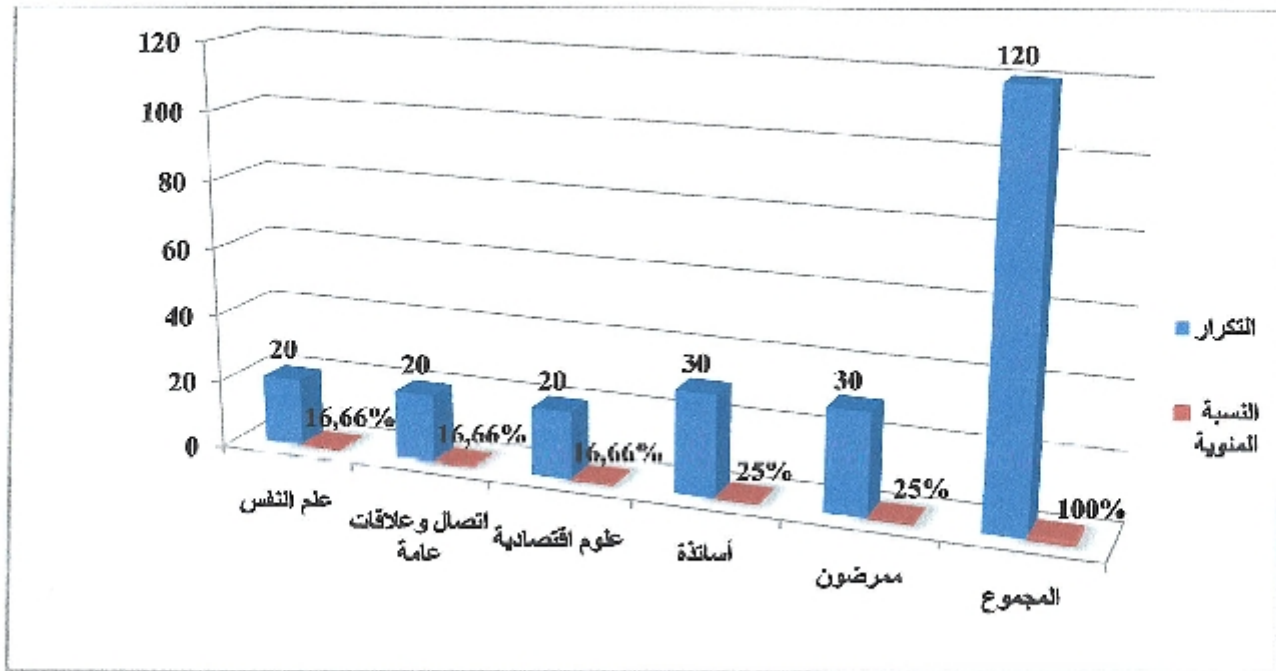
تم إجراء هذه الدراسة على مجموعتين من الشباب حيث تكونت المجموعة الأولى من عدد من الشباب العامل (في قطاع التعليم والصحة) موزعين على مدرسة ابتدائية وثانوية ومؤسسة استشفائية. تكونت المجموعة الأولى من 30 أستاذ مقسمين على مدرسة ابتدائية وثانوية ببلدية هيليوبوليس و30 ممرض بالمؤسسة الاستشفائية ببوشقوف.

واجهنا في البداية صعوبة في تحديد الوقت الذي يجمعنا بأفراد العينة حيث لم يتطابق وقت ذهابنا للمؤسسات التعليمية مع وقت فراغ الأساتذة ونفس الصعوبة بالنسبة للمؤسسة الاستشفائية إلا أنه عند ضبطنا للوقت تم الترحيب بفكرة المشاركة ضمن عينة البحث والتعامل بصورة إيجابية ومد يد العون. أما المجموعة الثانية تمثلت في عدد من طلاب جامعة 8 ماي 1945 بقالة والتي تضمنت 3 تخصصات (علم النفس، العلوم الاقتصادية، اتصال وعلاقات عامة). ويبلغ متوسط سن أفراد العينة ما بين 23-35 مقسمين بالتساوي منهم 60 رجال و60 نساء. عرض خصائص المشاركين حسب الجنس:



شكل رقم (04) يبين توزيع المشاركين حسب الجنس

عرض خصائص المشاركين حسب التخصصات:



شكل رقم (05) يبين توزيع المشاركين حسب التخصصات

3. الأدوات:

تتعدد الأدوات التي تستخدم في جمع المعلومات من بحث لآخر وذلك حسب موضوع البحث والمنهج المتبع فيه، ومن ثم يستحيل على الباحث أن يستخدم أو يستعين بأداة واحدة ويحصل على معلومات دقيقة حول موضوع الدراسة، وعلى هذا الأساس فقد اعتمدنا في جمعنا للمعلومات على أداتي الملاحظة والمقابلة النصف موجهة ثم استخدمنا تقنية فتيلة المفاهيم، وهذا ما سنتطرق له:

1.3. الملاحظة:

تعرف الملاحظة على أنها " إحدى التقنيات المنهجية في جمع البيانات. وتستخدم في البحوث الميدانية لجمع البيانات التي لا يمكن الحصول عليها عن طريق الدراسة النظرية أو المكتبية، كما تستخدم في البيانات التي لا يمكن جمعها عن طريق الاستمارة أو المقابلة أو الوثائق والسجلات الإدارية أو الإحصاءات الرسمية والتقارير والتجريب.

(عيشور، 2017، ص 282)

2.3. المقابلة:

تعرف المقابلة على أنها " المحادثة الجادة والموجهة نحو هدف محدد غير مجرد وليست الرغبة في المحادثة ذاتها".

(عيشور، 2017، ص 292)

تعتبر المقابلة أداة بحثية تشابه إلى حد كبير الاستبيان في خطواتها ومواصفاتها مع فارق واحد هو أنها حوار بين الباحث وصاحب الحالة المراد الحصول على معلومات منه أو تعبيراته عن آرائه واتجاهاته ومشاعره، ويقوم بالمقابلة أشخاص مدربون تدريباً خاصاً لجمع البيانات من الأفراد بشكل مباشر من خلال طرح أسئلة محددة وتفسير الغامض منها ويقوم الباحث أو من ينوب عنه بتسجيل ما دار فيها.

(دياب، 2003، ص 55)

تتعدد أنواع المقابلة وتختلف باختلاف موضوع البحث والغرض وراء استخدام الباحث لها فتختلف

من حيث الغرض، عدد المبحوثين، ومن حيث درجة المرونة في موقف المقابلة، فبالنسبة لدراستنا قمنا

استخدام المقابلة لجمع البيانات والتي تأتي من أنواع المقابلة حسب الغرض:

1.2.3. المقابلة لجمع البيانات:

ويقصد بها المقابلة التي يقوم بها الباحث لجمع البيانات المتعلقة بموضوع البحث، وغالبا ما تكون

البيانات من النوع الذي يصعب الحصول عليه بطريقة الملاحظة، أو تكون ذات صلة وثيقة بمشاعر

الأفراد ودوافعهم وعقائدهم واتجاهاتهم، وتستخدم المقابلة في الدراسات الاستطلاعية بقصد التعرف على

أهم الحقائق المتعلقة بالمشكلة، وتحديد الفروض التي يمكن وضعها تحت الاختبار القبلي لبعض أجزاء

البحث، وخاصة بالنسبة لتصميم الاستمارة، كما تستخدم أيضا في الدراسات الوصفية والسببية للتحقق من

صحة الفروض التي يضعها الباحث.

(عشور، 2017، ص 338)

اعتمدنا في دراستنا في جمع المعلومات على المقابلة لجمع البيانات والتي تسمح بالتعرف على أفكار ومشاعر المبحوثين واعتقاداتهم حول موضوع الدراسة، كما تساعد على ملاحظة الباحث لأهم الأشياء والأفكار التي لا يستطيع المبحوث البوح بها والتصريح عنها حيث تلاحظ على شكل إيماءات و تعابير على مختلفة على وجه المبحوث وردود أفعال، والتي يستند من خلالها الباحث إلى دليل المقابلة الذي يحتوي على عدة أسئلة معدة مسبقا والتي تقدم للمبحوثين للإجابة عنها.

قمنا بتحضير دليل المقابلة الذي يحتوي على 6 أسئلة تتمحور حول مريض الفصام (الملحق رقم 1) ويتكون دليل المقابلة من محورين يمثل المحور الأول في المتغيرات الاجتماعية الديموغرافية (الجنس، المهنة، السن) .

3.3. تقنية فتيلة المفاهيم:

سوف نستخدم في دراستنا تقنية فتيلة المفاهيم (Amorçage conceptuel) تعتمد هذه التقنية على تفعيل التمثيل العقلي الداخلي للفرد الذي يمكن أن يؤثر على عمليات معالجة المعلومات والأحكام والسلوك، دون أن يكون الفرد على علم بها.

في البداية ينظر المشارك إلى نقطة تثبيت (Point de fixation noir) لمدة ثم استخدمنا في تجربتنا مهمة تصنيف الصفات التي تشير إليها دراسة دوفيديو، كاواكامي، جونسون، جونسون، وهوارد، 1997 في هذه المهمة، استخدم الباحثون تمهيدا فتيلة (Amorçe) شعورية تظهر للمشارك على الشاشة لحوالي 30 ميلي ثانية (صور من السود والبيض) التي قمنا بتغييرها بصور لرجل عادي ولرجل مريض.

في الخطوة الثانية ومباشرة بعد تقديم الصورة استخدمنا مهمة التنشيط التلقائي (Devine 1989)، (Lepore & Brown 1997)، تم إجراء هذه الأداة وفقا لأبحاث ديفاين (1989) حيث كل فتيلة،

تظهر للمشارك على الشاشة لحوالي 80 ملي ثانية. تعتبر هذه التقنية إجراء لسلسلة من الكلمات، بعضها مرتبط بالصورة النمطية للفصام التي لاحظناها في الدراسة التجريبية.

وفقاً لهذه الطريقة قدم ديفان تباينا من خلال تقديمه للمشاركين في الحالة الأولى 20 % من كلمات سلبية المتعلقة بموضوع البحث (الصورة النمطية) و 80 % من الكلمات المحايدة. في المرة الثانية استخدم الشرط المعاكس ومباشرة بعد عرض كل كلمة تنتمي إلى الكلمات السلبية يظهر قناع يمثل استمراراً لا معنى له لبعض الحروف مثل (xqfzbzprmqwghbx). يفصل كل فتيلة. يجب على المشارك إعطاء إجابة سريعة لكل كلمة وفقاً للصور المعروضة في البداية.

(Dambrun, 2003, p 56)

طريقة التصحيح:

بعد استخراج الكلمات الإيجابية والسلبية من خلال إجابات المشاركين على أسئلة المقابلة يتم

تتقيط كل من العبارات على الأساس التالي:

العبارات الإيجابية تعطى النقطة 2 للمشارك في حالة الإجابة بنعم والنقطة 1 في حالة الإجابة ب لا أما العبارات السلبية تعطى النقطة 1 للمشارك في حالة الإجابة ب نعم والنقطة 2 في حالة الإجابة ب لا.

4. الإجراءات:

1.4. الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية من الخطوات الأولى والمهمة في البحوث الاجتماعية والإنسانية لاكتشاف الأفكار الجديدة والمتباينة التي تساعد على فهم المشكلة المدروسة في الدراسة. وقبل البدء في الدراسة الميدانية توجب علينا القيام بدراسة استطلاعية وذلك من أجل ضبط الجانب المنهجي والتعرف على بعض النقاط المبهمة وحتى نتمكن من الإحاطة بأبعاد المشكلة المراد دراستها، و من خلالها يحاول الباحث التطلع على جوانب الظاهرة التي يقوم بدراستها. فالدراسة الاستطلاعية تعتبر نقطة الانطلاق التي

تساعد الباحث على إتمام بحثه والتحقق من الفرضيات التي قام بوضعها ومدى ملائمة أداة البحث وتدفع الباحث لتجنب مختلف العراقيل التي قد تعيق تقدم بحثه كما تساعد على بناء أسئلة المقابلة والتي يجب أن تكون شاملة وملمة لجميع جوانب البحث.

فقد توجهنا في بادئ الأمر إلى المدرسة الابتدائية 'منتصر إسماعيل' حيث قمنا بالتقاء مجموعة تتكون من 4 أساتذة وذلك لمعرفة مدى تقبل المجتمع المريض الفصام ضمن المجموعات الاجتماعية المختلفة وخاصة ضمن فئة الشباب التي تعتبر فئة جد هامة وحساسة و ممثلة للمجتمع. لجمع هذه المعلومات قمنا باستخدام المقابلة التي تحتوي على مجموعة من الأسئلة حول الموضوع.

وبالنسبة للمرة الثانية فكانت في جامعة 8 ماي 1945 حيث كررنا نفس العملية مع 4 طلاب حيث قمنا بطرح مجموعة من الأسئلة التي تحتوي عليها المقابلة بغية معرفة نظرة الآخر لمريض الفصام ضمن المجتمع الذي يعيش فيه و كيف يؤثر ذلك على علاقته مع الآخرين.

وفي كلتا الحالتين قمنا بالاعتماد على الملاحظة المباشرة لسلوكيات المبحوثين أثناء التعبير عن آرائهم وكذا على إجاباتهم عن أسئلة المقابلة.

5. النتائج:

1.5. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

للإجابة على تساؤلات الدراسة وكذا التأكد من صحة الفروض قمنا بالاعتماد على العديد من الأساليب الإحصائية التي تتماشى مع دراستنا:

قمنا بالاعتماد على برنامج الحزمة الإحصائية (spss) لتفريغ البيانات و حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للتأكد من تقارب و تجانس القيم.

النسب المئوية: يتم حساب النسب المئوية لكل استجابات المشاركين على العبارات وذلك وفق المعادلة التالية:

$$\% = \text{عدد التكرارات} \times 100 \div \text{عدد الأفراد}$$

معامل الارتباط بيرسون: لمعرفة مدى وجود ارتباط بين العبارات السلبية والايجابية

اختبار "T test": للتعرف على ما إذا كانت توجد اختلافات في الصورة النمطية لمريض الفصام لدى المشاركين حسب متغير الجنس والسن.

تحليل التباين الأحادي (anova): حيث أردنا من خلاله معرفة مدى وجود اختلافات للصورة النمطية بين المشاركين من طلبة وموظفين.

2.5. نتائج المقابلة:

تمثل هذه النتائج مجموعة الكلمات التي تم اسنحلاصها من خلال المقابلة والتي تم على أساسها

سنقوم باختيار الكلمات الأنسب التي تتماشى ودرامتنا في بناء تقنية فتيلة المفاهيم وتراوحت هذه الكلمات

بين سلبية وإيجابية تمثلت في:

الكلمات السلبية	الكلمات الايجابية
غير واقعي	لا يعني لي شيء
أتهرب منه	أعامله كشخص عادي
مزعج	لا يزعجني حضوره
لا أتقبله ضمن مجموعتي	أقدم يد العون إن طلب ذلك
مزاجي	مثله مثل غيره من الناس
كثير الهلوسات	أسمعه إن أراد الحديث
عدواني	حيادي
أنقاده	يسرني حضوره
لا أتقبله	
لا أكلمه	
مجنون	
ابتعد عن مسيله	
مختل عقليا	
غير واع بما يفعله	
لا أستطيع تكوين علاقة معه	
غير سوي	

	<p>غير مسؤول على تصرفاته مصدر عنف ليس شخص عادي مصدر خطر له عالمه الخاص خطير عدواني أتقاده لا أتقبله يزعجني لا أكلمه ما يتخيله يترجمه لأفعال يعاني جرمان عاطفي ناقص متبادل المشاعر</p>
--	---

حسب إجابات المشاركين نلاحظ بأن المصطلحات الأكثر سيادة هي السلبية (ع = 31) في حين الإشارة إلا المحتوى الايجابي تعتبر جد محتشمة (ع-8).

3.5. النتائج الوصفية:

سنتطرق فيما يلي لأهم النتائج التي تم التوصل إليها باستعمال مختلف الطرق الإحصائية المذكورة سابقا وذلك وفقا لإجابات المشاركين:

جدول رقم (1) يوضح قيمة المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لإجابات المشاركين

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	التكرار	
0,321	1,15	120	المشاركون

من خلال الجدول ومقارنة قيمتي المتوسط الحسابي والانحراف المعياري نجد أن الانحراف المعياري أقل من المتوسط الحسابي وبالتالي القيم متقاربة ومتجانسة.

1.3.5. النتائج حسب البنود:

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	التكرار	
0,327	1,13	120	المشاركون

جدول رقم (02): يوضح النتائج حسب البنود السلبية

النتائج حسب البنود الايجابية:

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	التكرار	
0,350	1,16	120	المشاركون

جدول رقم (03) يوضح النتائج حسب البنود الايجابية

و من خلال البنود السلبية والايجابية الخاصة بالصورة النمطية نلاحظ بأن المتوسط الحسابي الخاص بإجابات بالمشاركين هو (1,13) و (1,16) على التوالي كما هو موضح في الجدول وهي قيمة أقل من 2 وهذا ما يظهر لنا بأن هناك نتيجة مؤكدة على وجود صورة نمطية.

2.3.5. العلاقة بين البنود الايجابية والسلبية:

للتأكد من هذه العلاقة تم حساب معامل الارتباط بيرسون وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (4) يوضح نتائج معامل الارتباط بيرسون

المتغيرات	العينة	قيمة R	sig	الدلالة الإحصائية
البنود السلبية	120	0,395	0,000	دالة إحصائية

				البند الايجابية
--	--	--	--	-----------------

** دالة عند 0,01

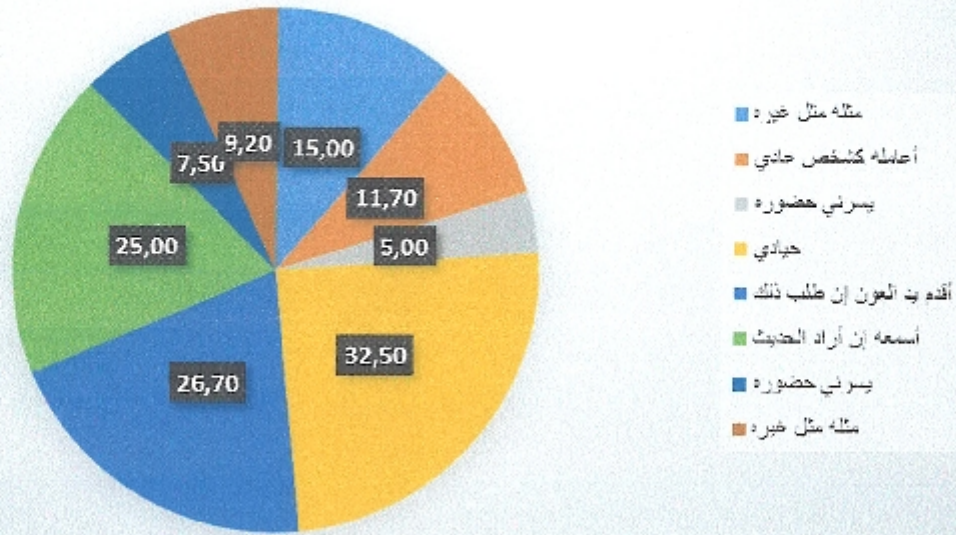
كما أن قيمة معامل الارتباط بين البنود الايجابية والسلبية ($R=0.395$) وهي تدل على علاقة ارتباط موجبة ودالة في مستوى أقل من ($\alpha=0,01$) وهذا ما يدل على وجود صورة نمطية مؤكدة لدى المشاركين في الدراسة.

3.3.5. نتائج المحتوى المعرفي:

جدول رقم (5) يوضح النسب المئوية لإجابات المشاركين على العبارات الايجابية:

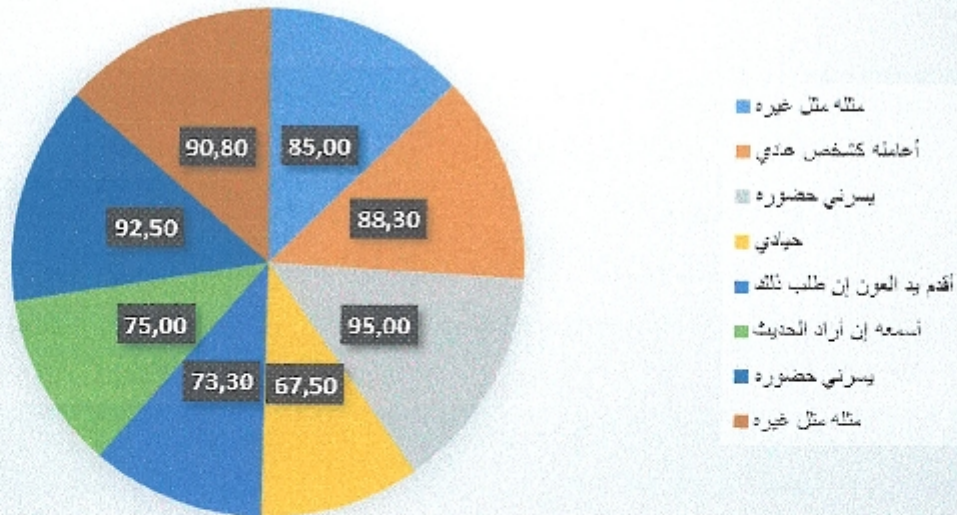
لا	نعم	العبارات
85%	15%	مثله مثل غيره
88.3%	11.7%	أعامله كشخص عادي
95%	5%	يسرني حضوره
67.5%	32.5%	حيادي
73.3%	26.7%	أقدم يد العون إن طلب ذلك
75%	25%	أسمعه إن أراد الحديث
92.5%	7.5%	يسرني حضوره
90.8%	9.2%	مثله مثل غيره

إجابات المشاركين على العبارات الإيجابية ب :
نعم



شكل رقم (06): يبين دائرة نسبية تمثل إجابات المشاركين على العبارات الإيجابية ب: نعم

إجابات المشاركين على العبارات الإيجابية ب :
لا



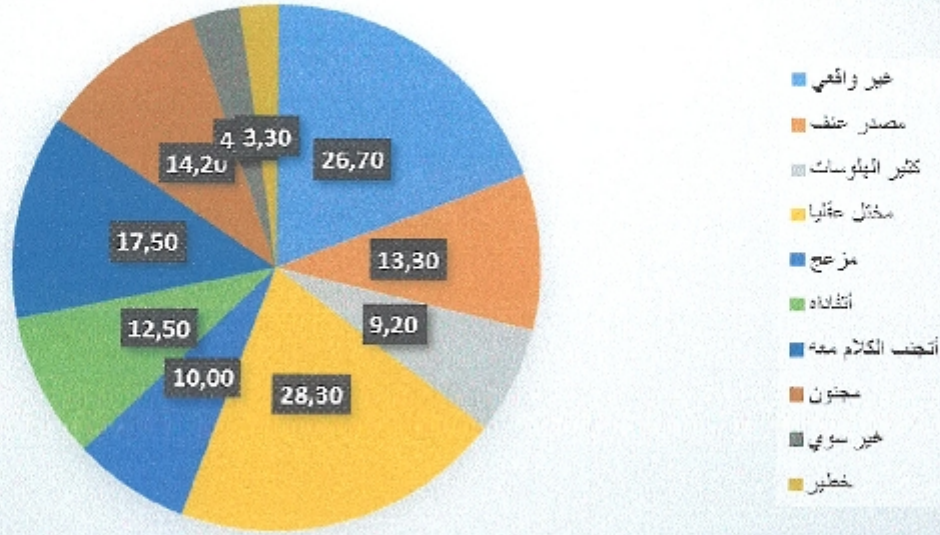
شكل رقم (07) بين دائرة نسبية لإجابات المشاركين على العبارات الإيجابية ب: لا

من خلال نتائج النسب المئوية لإجابات المشاركين على العبارات الايجابية تبين أن جميع البنود الايجابية غير دالة إحصائيا وبالتالي فإن أهم نتيجة هي يسري حضوره وذلك بنسبة 95% تليها العبارة " مثله مثل غيره" بنسبة 90,8% والتي كانت لها دلالات سلبية لدى المشاركين.

جدول رقم (6)النسب المئوية لإجابات المشاركين على العبارات السلبية:

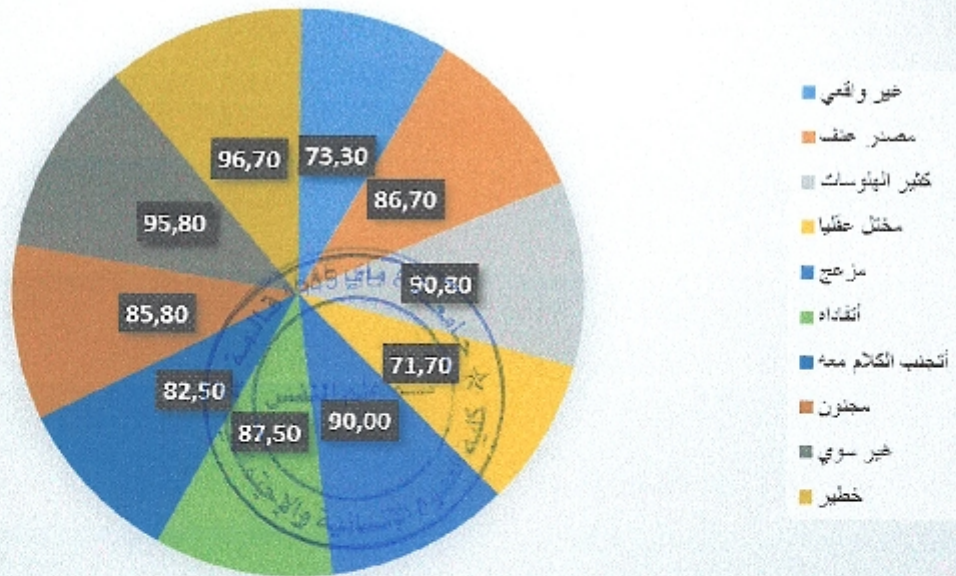
لا	نعم	العبارات
26.7%	73.3%	غير واقعي
13.3%	86.7%	مصدر عنف
9.2%	90.8%	كثير الهلوسات
28.3%	71.7%	مختل عقليا
10%	90%	مزعج
12.5%	87.5%	أتفاداه
17.5%	82.5%	أتجنب الكلام معه
14.2%	85.8%	مجنون
4.2%	95.8%	غير سوي
3.3%	96.7%	خطير

إجابات المشاركين على العبارات السلبية ب: لا



شكل رقم (08) تبين: دائرة نسبية توضح النسب المئوية لإجابات المشاركين على العبارات السلبية ب: لا

إجابات المشاركين على العبارات السلبية ب: نعم



شكل رقم (09) يبين: دائرة نسبية توضح إجابات المشاركين على العبارات السلبية ب: نعم

من خلال نتائج النسب المئوية لإجابات المشاركين على العبارات السلبية تبين أن جميع البنود السلبية لها دلالة إحصائية مهمة وهذا ما تبينه النسب المئوية الموضحة في الجدول يرى أغلب المشاركين بأن الفصامي شخص خطير وذلك بنسبة 96,7% وأنه غير سوي بنسبة 95,8% كما أنه كثير الهلوسات بنسبة 90,8% وهذا له أهمية في توضيح الصورة المكونة لدى المشاركين حول مريض الفصام.

4.5. نتائج دراسة الاختلافات

1.4.5. دراسة الاختلافات حسب الجنس:

جدول رقم (7) يوضح نتائج اختبار T test

القرار الإحصائي	sig	T test	العينة
غير دالة إحصائياً	0,264	1,122	120

من خلال جدول نتائج "ت" (T test) نلاحظ بأن مستوى الدلالة ($\text{sig}=0,264$) وهي أكبر من

مستوى الدلالة المقترح ($\alpha=0,05$) مما يدل على أن النتيجة غير دالة إحصائياً.

2.4.5. دراسة الاختلافات حسب المستوى العظمي:

جدول رقم (8) يوضح نتائج اختبار Anova

القرار الإحصائي	sig	F	العينة
دالة إحصائياً	0,000	21,091	120

** دالة عند مستوى 0,05

حسب جدول نتائج جدول اختبار anova فإن مستوى الدلالة ($\text{sig}=0,000$) أقل من مستوى

الدلالة المقترح ($\alpha=0,05$) وهذا ما يدل على أن النتيجة دالة إحصائياً.

6. المناقشة:

يكمن الهدف من هذه الدراسة في معرفة الصورة النمطية السائدة بين فئة الشباب حول مريض القسام ومدى تقبله أو رفضه من قبل الأفراد في محيطه حيث قمنا بوضع عدة فرضيات للتأكد من وجهة نظر الآخر لمريض القسام وتمثل الفرضية العامة في:

توجد صورة نمطية لمريض القسام لدى الشباب وحسب ما توصلت له من خلال النتائج الإحصائية سنقوم بمناقشة جميع فرضيات الدراسة:

من خلال الفرضية الأولى توجد اختلافات في تكوين الصورة النمطية لمريض القسام حسب متغير الجنس لدى الشباب، تبين من خلال النتائج الإحصائية لإجابات المشاركين والموضحة في الجدول رقم (7) لاختبار (T test) حيث أن قيمة ت (T=1,122) المقترحة ب 1,122 بمستوى دلالة (sig=0,246) اكبر من مستوى الدلالة المقترحة (0;05= α) ومنه فهي غير دالة إحصائياً وبالتالي فإن جميع المشاركين لديهم الصورة ذاتها ولم يؤثر متغير الجنس على تكوين الصورة النمطية لمريض القسام، وهذا يدل على الآراء المشتركة بين الجنسين قد يرجع للوسط الاجتماعي الذي ينتمي له الأفراد والذي يعتبر المنبع الرئيسي والأول لسلوكياتهم ومصدر تلقي المعلومات وبما أن المشاركون في هذه الدراسة ينتمون لنفس البيئة الاجتماعية فإن التشبث تكون مقاربة وكذا وجهات النظر حول المواضيع التي تنتشر في المحيط نفسه، وهذا ما تعبره نظريات التعلم الاجتماعي والإلهام السلوكي، التي ترى بأن التحيزات والصورة النمطية يتم تعلمها خلال عملية التشبث الاجتماعية للطفل من خلال مواقف وتأثيرات الأسرة، ثم المدرسة، التي تلعب دوراً محددًا، هذه المواقف غالبًا ما تكون مشروطة بها بالصورة التي تبثها وسائل الإعلام، حيث أن هناك ميل إلى استيعاب التمثيلات السائدة ويرى ليبمان في هذا الصدد بأن الإنسان

يكتسب مجموعة من المعارف عن العالم الذي يعيش فيه قبل مواجهة الرفاق... الخ (بن عمار الأصم، 2016، ص 84)

ومنه نجد بأن مجموعة الشباب المشاركة في هذه الدراسة تكونت لديها نفس الصورة لمريض الفصام حيث يعتبرونه مصدر للعنف موجه نحو من حوله حتى وإن لم يصادفهم حقيقة فصامي فالمعتقدات والمعلومات المتوارثة عملت على ترسيخ هذه الفكرة وشكلت صورة موحدة نحو أفراد من فئة معينة.

إذا فالفرضية الأولى التي ترى بأن هناك اختلافات في تكوين الصورة النمطية لمريض الفصام صلب متغير الجنس لدى الشباب غير محققة.

أما الفرضية الثانية والتي تمثلت في توجد اختلافات في تكوين الصورة النمطية لدى المشاركين من طلبة وعمال أكدّ النتائج الإحصائية لاختبار تحليل التباين الأحادي (Anova) الموضحة في الجدول رقم (8) وجود اختلافات بين مجموعات المشاركين كانت قيمة (F-21, 91) عند مستوى دلالة (sig = 0,000) و هي أقل من مستوى الدلالة المقترح ($\alpha=0,05$) وهذا ما يدل على أن النتيجة دالة إحصائياً ووجود اختلافات في نظرة المشاركين لمريض الفصام.

كما أن هناك اختلافات بين المشاركين الطلاب والعاملين عند مستوى دلالة (sig=0,000) وهي أقل من مستوى الدلالة المقترح ($\alpha=0,000$) وهي نتيجة دالة إحصائياً وقد يعود هذا الاختلاف في طريقة التفكير نظراً لأن فئة العمال من الشباب قد تكون أكثر وعي لما يحيط بها وتلجأ لتفسير الظواهر الاجتماعية بطريقة أكثر عقلانية وتكون هذه الفئة قد تجربت من التفكير النمطي المحصور في المكتسبات القبلية الخاضعة للضوابط الاجتماعية وما تحمله العادات والتقاليد من مفاهيم ومعلومات

خاطنة تجعل الفرد يدرك الموضوعات المحيطة به بطريقة سلبية، في حين أن فئة الطلاب التي أغلبها أقل سنا من فئة العمال قد يعتمدون على ما اكتسبوه من خلال التشنئة الاجتماعية في الوسط الذي يعيشون فيه.

كما قد يرجع هذا الاختلاف لعامل السن الذي يلعب دور في استقبال ومعالجة المفاهيم التي تصادفنا في حياتنا اليومية هذا ما تبيته النتائج الإحصائية لاختبار "ت" (T test) لمعرفة الاختلاف بين الفئتين العمريتين

(28-22) و (35 -29) وكانت قيمة (T = 4,110) عند مستوى دلالة (sig=0,000) وهي أقل من مستوى الدلالة المقترح ($\alpha=0,05$) مما يؤكد وجود اختلافات بين المشاركين من حيث الفئتين العمريتين ونظرا لأن أغلب المشاركين العمال ينتمون للفئة العمرية (29 - 35) فهم يعتقدون أن الفصامي شخص عادي مثله مثل غيره وأن مجرد الاضطراب الذي يعاني منه الفرد لا يمكن أن يكون عائق له في تكوين علاقات اجتماعية مع من حوله من الأفراد، في حين قد ينظر له من هم أقل سنا (22-28) على أنه شخص غير مرغوب فيه مما قد يؤدي لنبذه باعتبار أنه يعاني من وصم اجتماعي وهذا ما يجعل الاضطراب حاجز بين الفصامي وبين حياته العادية وقد يرجع هذا التفكير كون الأفراد لا يستطيعون تكوين آراء أو وجهات نظر حول الفصامي فيلجأون للمعلومات المسبقة لديهم من خبرات عادات وتقاليد، احتكاك سابق مع حالات مشابهة فيقومون بالتعميم على هذه الحالة دون النظر للحالة الحقيقية ونفهم الوضع الذي يمر به المريض.

إذا فالمستوى التعليمي يلعب دور في تكوين الصورة النمطية لدى الأفراد ومنه الفرضية الجزئية الثانية التي تعتبر أنه: توجد اختلافات في تكوين الصورة النمطية لمريض الفصام لدى المشاركين من طلبة وعمال " محققة.

على ضوء الفرضية العامة: إن الهدف من العمل الذي قمنا به هو معرفة الصورة النمطية لمريض الفصام بين شريحة تعتبر الأهم في المجتمع وهي فئة الشباب ومدى تأثير مؤسسات التنشئة الاجتماعية على تكوين الصورة النمطية، حيث نصت الفرضية على أنه: "توجد صورة نمطية لمريض الفصام لدى الشباب".

حسب النتائج والإحصائيات التي توصلنا إليها من خلال الاختبارات الإحصائية التي قمنا بها ومن خلال مناقشة الفرضيات الجزئية وعلى ضوء ما تم ذكره في الجانب النظري يتوضح لنا من خلال الجدول رقم (3) أنه توجد دلالة إحصائية حول وجود الصورة النمطية لمريض الفصام لدى الشباب وذلك حسب إجابات المشاركين حيث نلاحظ بأن المتوسط الحسابي لإجاباتهم يساوي 1,15 وهي نتيجة أقل من 2 وهذا ما يؤكد وجود صورة نمطية. كما وضحت النسب المئوية لإجابات المشاركين على العبارات السلبية في الجدول رقم (6) بأن أغلب الإجابات كانت بنعم حيث اعتبروا الشخص الفصامي خطير وذلك بنسبة 96,7% وأنه شخص غير سوي بنسبة 95,8% ونفس الشيء بالنسبة للإجابات على العبارات السلبية حيث كانت النسب المئوية مرتفعة في حالة الإجابة بلا فاعتبر أغلب المشاركين الشخص الفصامي بأنه ليس مثله مثل غيره من الناس وذلك بنسبة 90,8% وأن حضوره لا يسر المشاركين وذلك بنسبة 92,5% . كما أنه من خلال معامل الارتباط للبيود الايجابية والسلبية الموضحة في الجدول رقم (4) والذي قدر ب 0,93 حيث يدل على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين البيود الايجابية والسلبية فمعظم أفراد العينة اعتبروا الفصامي بأنه مصدر عنف وهذا ما يجعل معاملتهم له مغايرة باعتباره شخص غير سوي وكثير الهلوسات وهذا ما يؤدي بهم لتفادي التواصل معه أو جعله و قبوله ضمن مجموعاتهم ولم تختلف رؤية ووجهة نظر الجنسين (ذكر ، أنثى) من المشاركين حول مريض الفصام فكلاهما لديهما

نفس النظرة السلبية فمن خلال ما هو مبين في الجدول رقم (7) اتضح أن النتائج غير دالة إحصائياً على أنه توجد اختلافات في الصورة النمطية لمرضى الفصام وهذا ما تحققنا منه من خلال مناقشتنا للفرضية الجزئية الأولى.

إن المواضيع التي تواجه الأفراد في حياتهم اليومية يختلف تفسيرها باختلاف إدراكهم لهذه المواضيع باختلاف ما تمليه المعتقدات ومجموعة الأفكار والمعلومات التي تسود المجتمع إلا أنه وفي بعض الأحيان قد يخرج الأفراد عن هذا الحيز وتختلف وجهات نظرهم عما هو مألوف فيتجرد من الإطار المرسوم في أذهانهم ويلجأون للتفسير المنطقي لهذه الظواهر وقد يرجع هذا التخلي عن ما هو سائد للمستوى الثقافي أو التعليمي للفرد وهذا ما توصلنا له من خلال إجابات المشاركين الموضحة في الجدول رقم (8) لاختبار anova والذي يبين بأن النتائج دالة إحصائياً أي أنه توجد اختلافات بين فئة الطلبة والعمال كون هذا الأخير أكبر سناً مما قد يجعله أكثر خبرة وتختلف رؤيتهم للمواضيع عن غيرهم وتكون أكثر موضوعية وهذا ما تبين من خلال تحقق الفرضية الجزئية الثانية.

فالأفراد يتأثرون في بناء الصور بالأنماط الثقافية السائدة أي أن الصور التي يبينها الفرد داخل مخيلته تتأثر بالجماعة المرجعية له وبالتالي نجد الصورة المكونة لدى الفرد نفسها بين أفراد الجماعة الواحدة (Gudykunst & Kim, 1992, p 93)

المرضى العقلي عامة والفصامي خاصة لا يزال موصوم اجتماعياً فبالإضافة للاضطراب الذي يعاني منه المريض ومختلف أعراضه هناك النظرة السلبية التي كونها المجتمع ورسخت في أذهان مختلف شرائحه وجعله منبوذ من طرف أفراد مجتمعه ما قد يزيد من حدة الاضطراب وانطواء المريض.

معنى هذا أن الصور المكونة على الغير لا تتوقف فقط على الفرد صانع الصورة ولكنها نتاج إدراك الفرد للميافق الاجتماعي الذي يعيش بداخله وتفاعله معها. فالصورة ليست إبداعاً فردياً خالصاً ولكنها نتاج للتفاعل الداخلي بين الفرد وجماعته.

(Schawrtz & Struch, 1989, p156)

وهذا ما يجعل هناك صورة نمطية لمرضى الفصام لدى الشباب وبالتالي تحقق الفرضية العامة للدراسة.

خاتمة:

في نهاية دراستنا الموضوعية تحت عنوان ' الصورة النمطية لمريض الفصام لدى الشباب'، نستنتج بأن الأفراد المصابين بالفصام يعتبرون ضمن أحد الفئات المهمشة اجتماعيا والتي تعاني العديد من السلوكيات التمييزية الموجهة نحوهم من طرف الأفراد من نفس مجتمعهم، وهذا توصلنا من خلال دراستنا بأن معظم الشباب لديهم صورة نمطية حول مريض الفصام وكانت أغلب إجاباتهم سلبية نحوه حيث كانت أغلب إجاباتهم تتمحور حول اعتباره شخص خطير وغير سوي، ويعملون على تفاديه حيث كان هذه الإجابات بنسب مئوية جد مرتفعة، وهذا ما قد يؤثر على قدرة الفصامي في الاندماج الاجتماعي وكذا في بناء علاقات اجتماعية جديدة وحتى في علاقات العمل.

وعليه في مثل هذه الحالات المريض لا يحتاج للمعالجة الدوائية الاستشفائية فقط بل يلعب التكفل النفسي المبني على المتابعة النفسية المعمقة دورا في تحسن المريض والتقليل من حدة الأعراض وكذا الاعتماد على وسائل العلاج النفسية والاجتماعية لمساعدة المرضى وعائلاتهم في حل المشاكل بالإضافة إلى التأهيل النفسي والاجتماعي لإعانة الفصامين للاندماج في المجتمع.

كما يحتاج المريض ممن يحيطون به التخفيف من مجموعة المعلومات والمعتقدات السلبية التي تدور في أذهان أفراد المجتمع والتخلي على الأفكار التي تجعل هذه الفئة موصومة وتقبلهم كأحد الأفراد العاديين وعلى أنهم يعانون مجرد مشكلة وسرعان ما تزول.

وهذه الدراسة ما هي إلا عمل بسيط للتعرف على المعاناة التي يعيشها الأشخاص الفصامين، والتي قد تفتح المجال لدراسات أخرى في نفس الموضوع مع الأخذ بعين الاعتبار النقائص الموجودة في الدراسة ومحاولة تداركها.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

- أبو عقل، ع. س. م. (2016). *المساعدة الأسرية وعلاقتها بالاستشفاء لدى عينة من مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية بقطاع غزة* (قدم هذا البحث استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الصحة النفسية والمجتمعية بكلية التربية في الجامعة الإسلامية بغزة). الجامعة الإسلامية غزة، فلسطين.
- إجلال، م. م. (1990). *علم النفس العلاجي* (الطبعة الأولى). عالم الكتب للنشر.
- أديب محمد، خ. (2009). *المرجع في الصحة النفسية* (الطبعة الأولى). عمان الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع.
- أريتي، م. (1991). *الفصامي: كيف نفهمه نساعده*. الكويت: عالم المعرفة.
- الحنفي، ع. ا. (2005). *موسوعة الطب النفسي* (الطبعة الأولى). بيروت لبنان: دار النشر والتوزيع.
- الداقوقي، ا. (2001). *صورة الاتراك لدى العرب*. بيروت لبنان: مركز دراسات الوحدة العربية.
- الصفار، ز. ع. ا. (2010). *نظرية الصورة الذهنية وإشكالية العلاقة مع التمييز، (0)، 128*.
- العقباوي، أ، خليل الحداد، م، كامل اسماعيل، م، الرخاوي، ي. (1999). *المرشد في الطب النفسي*. الاسكندرية مصر: منظمة الصحة العالمية المكتب الاقليمي للشرق الاوسط.
- العيسوي، ع. ا. (2011). *مرض الزهايمر والذهانات الأخرى* (الطبعة الأولى). بيروت لبنان: منشورات الجلي الحقوقية.
- المنشولي، ع. ح. (2004). *مبادئ العلاج بالقراءة مع دراسة تطبيقية مع مرضى الفصام* (الطبعة الأولى). مصر: دار المصرية اللبنانية.
- أنور، ا. (2014). *التصنيف التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية. dsm.5 -*
- أيمن منصور، ن. (2004). *الصورة الذهنية والاعلامية عوامل التشكيل واستراتيجيات التغيير*. القاهرة مصر: المدينة برس طباعة نشر تسويق إعلامي.
- بطرس، ب. ح. (2008). *التكيف والصحة النفسية للطفل (ط1)*. عمان الأردن: دار الصفاء للنشر والتوزيع.
- بقيون، م. (2007). *الطب النفسي*. عمان، الأردن: دار اليازوي العلمية للنشر والتوزيع.

- بن عامر الأحمر، ج. (2016) *الصورة الذهنية (في الفلسفة والعلوم الانسانية)* (الطبعة الأولى). عمان الأردن: دار الأيام للنشر والتوزيع.
- بهاء الدين، م، السيد، ع. (2008). *الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية* (الطبعة 1). عمان الأردن: دار الصفاء للنشر والتوزيع.
- بودهان، ي. (2006). *تشكيل الصورة النمطية عن الاسلام والمسلمين في الاعلام الغربي*، ص.ص. 2-3.
- بورجوا، م. ل. (2012). *الفصام* (الطبعة 1). بيروت لبنان: المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.
- جلال، س. (1986). *في الصحة العقلية الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية*. القاهرة مصر: دار الفكر العربي.
- حسن غانم، م. (2006) *الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية*. القاهرة: كتيبة الانجلو مصرية.
- حسن فرج، ع. ا. (2009). *الاضطرابات النفسية* (الطبعة 1). عمان الاردن: دار حامد للنشر والتوزيع.
- خليفة، ع. ا.، رضوان، ش. (1998). *الشخصية المصرية: الملامح والأبعاد دراسة سيكولوجية*. القاهرة مصر: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- دثلي، ك. (2016). *منهجية البحث العلمي*. سوريا: مديرية الكتب والمطبوعات الجامعية.
- نويدار، ع. ا. م. (2003). *في علم النفس المرضي والطبي والاكليتيكي*. الاسكندرية مصر: دار المعرفة الجامعية.
- دياب، س. ر. (2003). *مناهج البحث العلمي*. غزة، فلسطين.
- زهران، ح. ع. ا. (1997). *الصحة النفسية والعلاج النفسي* (الطبعة الثالثة). القاهرة مصر: عالم الكتب.
- زهران، ح. ع. ا. (2005). *الصحة النفسية والعلاج النفسي* (الطبعة الرابعة). القاهرة: عالم الكتب.
- شحاتة ربيع، م. (2006). *أصول الصحة النفسية* (الطبعة السادسة). القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- ضيف، ش. (1984). *معجم علم النفس والتربية* (الجزء الأول). مصر: الهيئة العامة لشؤون المطابع الأميرية.
- طارق بن علي، ا. (2008). *الفصام*. مصر: دورس للنشر والتوزيع.
- طاش، ع. ا. (1993). *صورة الاسلام في الاعلام الغربي*. القاهرة مصر: الزهراء للإعلام العربي.

عبد الغني، أ. م. (2001). *المدخل إلى الصحة النفسية*. الإسكندرية مصر: المكتب الجامعي الحديث.

عبيدات، م. ، أبو نصار، م. (1999). عمان، الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع.

عطوف، م. ي. (1981). *علم النفس العيادي (الأكاديمي)* (الطبعة الأولى). دار العلم للملايين.

عكاشة، أ. (1998). *الطب النفسي المعاصر*. القاهرة مصر: مكتبة الانجلو مصرية.

عكاشة، أ. (1999). *المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض تصنيف الإضطرابات النفسية والسلوكية*. القاهرة: منظمة الصحة العالمية المكتب الإقليمي للشرق الأوسط.

عكاشة، أ. (2010). *الطب النفسي المعاصر (ط5)*. مصر: مكتبة الانجلو مصرية.

عشور، ن. س. (2017). *منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية*. قسنطينة، الجزائر: حسين راس الجبل للنشر والتوزيع.

قاسم حسين، ص. (2008). *الأمراض النفسية والانحرافات السلوكية ، أسبابها، أعراضها، وطرق علاجها*. عمان، الأردن: دار دجلة.

قاسم عبد الله، م. (2008) *مدخل إلى الصحة النفسية (الطبعة الرابعة)*. عمان الأردن: دار الفكر.

لكحل، م. بن عمر، ع. (2012). *الفصام (2 ط)*. الجزائر: دار الخلدونية للنشر والتوزيع.

محمد جاسم، ا. (2009). *مشكلات الصحة النفسية أمراضها وعلاجها*. عمان الأردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع.

Albig, A. (1939). *public opinion*. new york: Mc grow– hill book.

Azzi, Assaad elia, & klein, olivier. (2013). *psychologie sociale et relations intergroupes*. paris: dunod.

Bar–tal, daniel, halperin, E., zafran, anat, & sharvit, keren. (1989). *stereotyping and pejudice: changing conceptions*. new york: free press.

Berjot, sophie, & delelis, gérald. (2014). *27 grandes notions de la psychologie sovciiale*. paris: dunod.

- Bordens, kenneth S., & Horowitz, I. A. (2008). *social psychology* (Third Edition). United States of America: FreeLoad Press Liberating The Text Book.
- Brahimi, A. (1991). *l'économie algérienne, déficit et enjeux* (2ème édition). blida: Dahleb.
- Brown, R. (1995). *prejudice, its social psychology*. Oxford & cambridge: Blakwell.
- Campbell, D. (1967). *stereotypes and the perception of group differences* (22).
- Charles, stanger. (2000). *stereotypes and prejudice. essential reading*. university of many and collage pak.M.O.
- Chaurand, N. (2013). *Stéréotypisation. Catégorisation sociale, Dictionnaire historique et critique du racisme*. PUF.
- Dambrun, M. (2003). Les différentes mesures implicites cognitives de préjugés et de stéréotypes, (57), 52–73.
- Gronier, G. (2007). *Catégorisation et stéréotypes en psychologie sociale*. paris: Cours de 18 heures.
- Gudykunst, W., & kim, Y. (1992). *communicating with strangers: an approach to intercultural with communication*. new york: Mc grow– hill book.
- Haslam, A. (1997). *stereotyping and social influence: fondations of stereotype consensus*. new york: in: spears R et al (eds).
- Hewstone, M., & Brown, R. (1986). *contact and conflict in intergroup encounters*. Oxford: Blakwell.

- kacha, farid. (2005). La psychiatrie en Algérie, L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE, 81(2), 145–148.
- Légal, J.-B., & delouée, sylvain. (2015). *stéréotypes, préjugés et discrimination* (2e édition). paris: dunod.
- Lipiansky, mark. (1991). *La formation interculturelle consiste-t-elle à combattre les stéréotypes et les préjugés ?* paris: l'université Paris X Nanterre.
- Lippman, walter. (1922). *public opinion*. new york: free press.
- Lippman, walter. (1991). *Public opinion: with new introduction by maechel lippman*. london: transaction publishers.
- Maisonneuve, jean. (2013). *la psychologie social* (vingt-deuxième édition refondue). france: jov est titulaire du label imprim'vert.
- Miller, A. (1982). *Historical and contemporary perspectives on stereotyping*. new york: free press.
- Moscovici, serge. (1992). *les représentations sociales in le grande dictionnaire de psychologie*. larousse.
- Oussoukine, A. (2003). le droit et la maladie mentale, 13, 105–120.
- Psychologie. (2001). événements traumatiques et santé mentale, résultats d'une étude épidémiologique, (09).
- Scharnitzky, P. (2015). *les stéréotypes en entreprise (Les comprendre pour mieux les apprivoiser)*. paris: eyrolles.
- Schawrtz, S., & struch, N. (1989). *values stereotypes ans intergroup antagonism*. london: Routledge & kegan poul LTD.

Spears, R., & et, al. (1997). *introduction the social psychology of stereotyping and group life*. london: Routledge & kegan poul LTD.

Stroebe, W., & insko, C. (1989). *stereotype, prejudice, and disrimination: changing conceptions in the theory and research*. london: Routledge & kegan poul LTD.

Yzerbyt, V., & et, al. (1997). *stereotypes as axplanations: a subjective essentialistic view of groupe perception*. new york: Mc grow– hill book.

الملاحق

الملحق رقم 01:

دليل المقابلة الاستطلاعية:

المتغيرات الاجتماعية الديمغرافية

الجنس:	ذكر	أنثى
المهنة:	أستاذ	طالب
السن:	{28 -22}	{35 -29 }

1- هل ترى بأن الشخص الذي يعاني مرض الفصام شخص عادي؟

2- ما هو أول شيء يتبادر لذهنك عند رؤية شخص فصامي؟

3- ما هي ردة فعلك أثناء مقابلة شخص فصامي؟

4- هل تستطيع تقبل فصامي ضمن مجموعتك؟

5- هل تستطيع تكوين علاقات اجتماعية معه؟

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة 08 ماي 45- قالمة -
كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

تحية واحترام.....

نقوم بإعداد دراسة كمتطلب تكميلي لنيل شهادة الماستر في علم النفس الاجتماعي

تمثل هذه التقنية أحد الجوانب الهامة في البحث، وتهدف إلى دراسة الصورة النمطية لمريض لدى الشباب، أرجو التكرم والإجابة على الأسئلة المطروحة وتزويدنا بأرائكم القيمة، من خلال الإجابة بنعم أو لا على مجموعة العبارات التي ستمر وتكون مرفقة بمجموعة من الصور. يرجى العلم أن جميع الأسئلة المطروحة ضمن هذه التقنية لأغراض البحث العلمي وأن إجاباتكم ستكون محاطة بالسرية الكاملة والعناية العلمية الفائقة.
شكرا لتعاونكم وحسن استجابتكم....





خير و اقليمي



سیدہ عالمہ خاتون

مصطفى عفيف

تقرعاً حاصلاً عصبية

كثير العلو مسات

تہذیب و معاشرت و تعلیم

مختل عقابا

تعالج هشاشة العظام باستخدام

مثله مثل غيره من الناس

من طبع

عہدہ غازیہ انجمن خیر

آفاداه

هو محمد بن ابي خنيس الغلاب

أَبْجَدِيَّةُ الْكَلَامِ مَعَهُ

هفتاد و نه ساله زندانی و مغلا

مجلتون



پیسر نیی حضور ہ

مخارج

بندر مسوي

صِدْقًا لِيَوْمِ الْاٰخِرَةِ

أقدم يد العون إن طلب
ذلك

أسمعته أن أراد التحديث



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

تلا عقیقۃ جمعہ

پیسر نی حیضوره

مثله مثل غيره من الناس

المتغيرات الاجتماعية الديموغرافية

الجنس: ذكر أنثى
 المهنة: عامل طالب
 السن: {28 - 22} {35 - 29}

الإجابة:

لا	نعم	العبارة
		غير واقعي
		مصدر عنف
		كثير الهلوسات
		مختل عقليا
		مثله مثل غيره من الناس
		مزعج
		أتفاداه
		أعامله كشخص عادي
		أتجنب الكلام معه
		مجنون
		يسرني حضوره
		حيادي

		غير سوي
		أقدم يد العون إن طلب ذلك
		أسمعه إن أراد الحديث
		خطير
		يسرني حضوره
		مثله مثل غيره من الناس

Corrélations			
		البند السالبة	البند الايجابية
البند السالبة	Corrélation de Pearson	1	,395**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	120	120
البند الايجابية	Corrélation de Pearson	,395**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	120	120

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Statistiques descriptives			
	Moyenne	Ecart type	N
البند السالبة	1,1392	,11832	120
البند الايجابية	1,1656	,17239	120

غير واقعي					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	نعم	88	73,3	73,3	73,3
	لا	32	26,7	26,7	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

مصدر عثف					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	نعم	104	86,7	86,7	86,7
	لا	16	13,3	13,3	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

كثير الهلوسات					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	نعم	109	90,8	90,8	90,8
	لا	11	9,2	9,2	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

مزعج					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	نعم	108	90,0	90,0	90,0
	لا	12	10,0	10,0	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

اتقاده					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	نعم	105	87,5	87,5	87,5
	لا	15	12,5	12,5	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

أتجنب الكلام معه					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	نعم	99	82,5	82,5	82,5
	لا	21	17,5	17,5	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

غير سوي					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	نعم	115	95,8	95,8	95,8
	لا	5	4,2	4,2	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

خطير					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	نعم	116	96,7	96,7	96,7
	لا	4	3,3	3,3	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

مثله مثل غيره من الناس					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا	102	85,0	85,0	85,0
	نعم	18	15,0	15,0	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

أعماله كمشخص عادي					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا	106	88,3	88,3	88,3
	نعم	14	11,7	11,7	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

يسرني حضوره					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا	114	95,0	95,0	95,0
	نعم	6	5,0	5,0	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

حيادي					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا	81	67,5	67,5	67,5
	نعم	39	32,5	32,5	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

أقدم يد العون إن طلب ذلك					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا	88	73,3	73,3	73,3
	نعم	32	26,7	26,7	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

أسمعه إن أراد الحديث					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا	90	75,0	75,0	75,0
	نعم	30	25,0	25,0	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

مثله مثل غيره من الناس					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا	109	90,8	90,8	90,8
	نعم	11	9,2	9,2	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
									Inférieur	Supérieur
_انصورة النمطية	Hypothèse de variances égales	5,270	,023	4,110	118	,000	1,470	,358	,762	2,178
	Hypothèse de variances inégales			4,297	111,583	,000	1,470	,342	,792	2,148

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
									Inférieur	Supérieur
الصورة التمطية	Hypothèse de variances égales	5,396	0,022	1,122	118	0,264	0,417	0,371	-0,319	1,152
	Hypothèse de variances inégales			1,122	110,38	0,264	0,417	0,371	-0,319	1,153

ANOVA					
الصورة النمطية					
	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Intergruppes	208,758	4	52,190	21,091	,000
Intragruppes	284,567	115	2,474		
Total	493,325	119			