

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد لمين دباغين - سطيف 2



كلية العلوم الانسانية والاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية والارطوفونيا

مطبوعة بيداغوجية

محاضرات في مقياس

الأطر النظرية المفسرة للاضطرابات النفسية

موجهة لطلبة السنة الأولى ماستر تخصص علم النفس العيادي

السداسي الاول

اعداد: د. حافري زهية غنية

السنة الجامعية 2022/2021

الفهرس

الصفحة	العناوين
03	المقدمة
المحاضرة الأولى: مدخل الى الأطر النظرية في تفسير الاضطرابات النفسية	
05	1- تأصيل تاريخي للتصورات الأساسية حول الاضطرابات النفسية
06	2- تعريف الاضطراب النفسي
07	3- العوامل المؤدية لحدوث الاضطرابات النفسية
08	4- الأساليب والأدوات التشخيصية للاضطرابات النفسية
المحاضرة الثانية: السواء واللاسواء	
11	1- حول مفاهيم السواء واللاسواء:
12	2- معايير ومحكات السواء واللاسواء
المحاضرة الثالثة: التقييم والتشخيص الاكلينيكي في مجال الاضطرابات النفسية	
14	1- التطور التاريخي لعملية التشخيص
15	2- تعريف التشخيص والتقييم النفسي الإكلينيكي
16	3- أهمية التشخيص النفسي الإكلينيكي
16	4- أهداف التشخيص النفسي الإكلينيكي
17	5- أنواع التشخيص النفسي الإكلينيكي
18	6- مراحل وخطوات التشخيص (عند ساند بيرغ وتايلر)
19	7- صعوبات التشخيص الإكلينيكي

المحاضرة الرابعة: المقاربات المفسرة للاضطرابات النفسية

21	1- النظرية البيولوجية
21	2- النظرية التحليلية
21	3- النظرية السلوكية
22	4- النظرية المعرفية
22	5- نظريات النمو
23	6- المنحى البيئي النسقي
24	7- المنحى الاثنولوجي (أو الاثنوتحليلي)
25	8- علم النفس المرضي الطباع
25	9- المقاربة الوجودية
26	10- المدرسة التجريبية (علم النفس التجريبي)
26	11- المنحى الظاهري
27	12- علم النفس المرضي الاجتماعي
27	13- المقاربة (اللانظرية)
27	14- المقاربة الادماجية
المحاضرة الخامسة: مدرسة التحليل النفسي	
28	1- الخلفية التاريخية للتحليل النفسي
29	2- مسلمات نظرية التحليل النفسي
29	3- مبادئ نظرية التحليل النفسي الفرويدي

30	4- مراحل تكوين الشخصية عند الطفل
32	5- التحليل النفسي وإشكالية العادي- المرضي
المحاضرة السادسة: مفاهيم فرويد الأساسية في إطار مدرسة التحليل النفسي	
33	1- نظرية فرويد حول النزوات
35	2- الصراع النفسي
36	3- القلق
المحاضرة السابعة: الميكانيزمات الدفاعية	
38	1- تعريف الميكانيزمات الدفاعية
39	2- أنواع الميكانيزمات الدفاعية
المحاضرة الثامنة: بنية الشخصية	
41	1- مفهوم البنية
42	2- تكوين بنية الشخصية
43	3- مكونات بنية الشخصية
المحاضرة التاسعة: المدرسة السلوكية	
45	1- حول النظرية السلوكية
46	2- أهم مفاهيم النظرية السلوكية:
46	3- مبادئ النظرية السلوكية
46	4- رواد المدرسة السلوكية
48	5- الاتجاهات الرئيسية في تطور السلوكية

48	6-تطور التقنيات السلوكية
49	7-السلوكيات غير سوية والسلوكية النموذجية أو الاجتماعية
50	8- ملخص بعض تجارب النظريات السلوكية (بافلوف، سكينر)
51	9-الفرق بين الاشراف الكلاسيكي والاشراط الاجرائي والنمذجة
52	10- تقييم المدرسة السلوكية
52	11- تقنيات العلاج المعرفي السلوكي
المحاضرة العاشرة: المدرسة المعرفية	
55	1- نشأة المدرسة المعرفية
56	2- تعريف النظرية المعرفية
56	3- مسلمات النموذج المعرفي
57	4- أهداف المدرسة المعرفية
57	5- المرتكزات النظرية للمدرسة المعرفية
58	6- مبادئ المدرسة المعرفية
59	7-أهم رواد النظرية المعرفية
59	8- نظرية بياجيه المعرفية
60	9- العلاج المعرفي
61	9-1- مبادئ العلاج المعرفي
المحاضرة الحادية عشر: المدرسة الإنسانية	
62	1- الجذور التاريخية لعلم النفس الإنساني

64	2- تعريف النظرية الانسانية
64	3- فرضيات النظرية الانسانية
66	4- رواد المدرسة الانسانية
66	5- خصائص النظرية الإنسانية
67	6- مبادئ ومسلمات النظرية الإنسانية
المحاضرة الاثني عشر: نظريات المدرسة الإنسانية	
68	1- نظرية روجرز
68	1-1- النسق المعرفي لنظرية روجرز
69	1-2- المفاهيم الرئيسية المكونة لنظرية روجرز
70	1-3- تطور الشخصية وعلاقته بالنمو النفسي السوي حسب روجرز
71	1-4- الاضطراب النفسي حسب النظرية الانسانية لكارل روجرز
71	1-5- أسلوب العلاج المتمركز حول العميل ومراحله
73	1-6- تقييم نظرية روجرز
74	2- نظرية ماسلو
74	2-1- النسق المعرفي لنظرية ماسلو
75	2-2- المفاهيم الرئيسية في نظرية ماسلو للحاجات: (الشكل الهرمي للحاجات الخمس)
76	2-3- تطبيقات نظرية ماسلو في المجال النفسي
77	2-4- العلاج النفسي عند ماسلو
78	2-5- تقييم نظرية ماسلو

78	6-2- مصطلحات العلاج ذو المنحى الانساني
المحاضرة الثالثة عشر: تصنيف الاضطرابات النفسية	
83	1- مفهوم التصنيف
83	2- تاريخ تصنيف الاضطرابات النفسية
83	3- أهمية التصنيف
84	4- مآخذ التصنيف
84	5- عوامل ظهور المقاربة اللانظرية في تصنيف الاضطرابات النفسية:
85	6- تصنيفات الاضطرابات النفسية و العقلية
89	7- مقارنة بين دليل DSM 5 والتصنيف الدولي للامراض CIM 10
92	8- انتقادات المقاربة اللانظرية والافاق المتعلقة بها
97	المحاضرة الرابعة عشر: النظرية الادماجية
100	الخاتمة
101	المراجع

وصف المطبوعة

اسم المقياس: الأطر النظرية المفسرة للاضطرابات النفسية

يُعنى هذا المقياس بدراسة بعض النظريات في تفسيرها لمختلف الاضطرابات النفسية والعقلية فيما يخص التصنيف والتشخيص وغيرها، ومن بينها النموذج السلوكي والنموذج المعرفي والنموذج الدينامي وغيرها. تمكن الطالب من التعمق والتعرف على أهم النظرات النفسية المفسرة للاضطرابات النفسية والتي تؤهله إلى فهم الاضطرابات وكذلك تمهد إلى الاختيار الصائب لأهم التقنيات العلاجية.

المطبوعة موجهة لطلبة السنة الأولى ماستر تخصص علم النفس العيادي ضمن وحدة التعليم الأساسية، تقدم في السداسي الأول. جاءت وفقا للمحاور المذكورة في المقرر الرسمي لمقياس الأطر النظرية المفسرة للاضطرابات النفسية بها 14 محاضرة تغطي محاور المقياس سعينا من خلالها تحقيق الأهداف المرتبطة بالمقياس.

السداسي: الأول

وحدة التعليم: الأساسية

المادة : الأطر النظرية المفسرة للاضطرابات النفسية

الرصيد: 05

المعامل: 02

محتوى المادة:

1- مدرسة التحليل النفسي

- مراحل النمو الليبيدي

- الاليات الدفاعية

- بنية الشخصية

2- المدرسة السلوكية: بمختلف تناولتها النظرية

3- المدرسة المعرفية: بمختلف تناولتها النظرية

4- المدرسة الانسانية

5- تصنيف الاضطرابات النفسية (التصنيف الدولي للاضطرابات النفسية CIM ، تصنيف الجمعية

الامريكية DSM ، التصنيفات الأخرى...)

أهداف المقياس

تتمثل الكفاءة المستهدفة من مقياس أطر النظرية المفسرة للاضطرابات النفسية في:

- أن يبني الطالب الدارس لهذا المقياس رصيда معلوماتيا حول أهم النظريات المفسرة للاضطرابات النفسية،
- الوعي بنقاط القوة وجوانب القصور لكل نظرية من هذه النظريات،

اما عن الأهداف الإجرائية للمقياس، فتتمثل في أن:

- يتعرف الطالب على المقاربات المرجعية والأطر النظرية التي ساهمت في تفسير حقل الباتولوجيا وظهور الأعراضية والاضطرابات النفسية،
- أن يتعمق في فهم سببية الاضطرابات النفسية ما يؤهله إلى الاختيار الصائب لأهم التقنيات العلاجية،
- أن يميز الطالب بين معايير السواء واللاسواء في مجال علم النفس المرضي،
- أن يتمكن الطالب من فهم كيفية تدخل العوامل الثقافية والعرقية والنفسية الاجتماعية،
- أن يتعرف الطالب على مختلف طرق التصنيف في علم النفس المرضي،
- أن يكون قادرا على إدراك القصور الذي يحكم عملية تبني نموذج واحد ووحيد في تفسير الاضطرابات النفسية، وأهمية دمج النماذج في مقارنة تكاملية.

المقدمة:

منذ بداية الإنسانية ظهرت عدة محاولات لفهم وتفسير السلوك الانساني، ولا يعتبر تعدد المناحي النظرية والنماذج التي سعت لتفسير الاضطرابات النفسية بالأمر الجديد، فقد سعى العديد من الباحثين والسريريين من أطباء ومختصين لإعطاء تفسيراً للاضطرابات التي ظهرت لدى مرضاهم. وقد تزايدت المقاربات وتضاعفت منذ 1913 من طرف Jaspers الذي عمل على تحديد مختلف التصورات الموجودة ضمن ما كان متوفراً من وجهات نظر متباينة ومحاولة اسناد مكانة لها وفقاً لمعانيها وحدودها. وتقدمت عدد من المقاربات لأجل ذلك؛ لكل منها مساهمتها، أساليبها، خصوصيتها، اختلافها، حدودها ونقاط تقاطعها وتكاملها.

قام سربون يونيسكو Serban Ionesco بإحصاء 15 مقارنة المفسرة للاضطرابات النفسية واقترح التجميع لهذه المقاربات وفقاً لثلاث نماذج أساسية هي:

- النموذج الانساني (المقارنة التحليلية، البنائية، الظاهرية، الوجودية).
 - النموذج الطبيعي (المقارنة دون النظرية، السلوكية، البيولوجية، المعرفية، التجريبية)
 - النموذج البيئي (المقارنة الاجتماعية، النمائية، البيئية النفسية، الاثنولوجية، علم عادات الاخلاق).
- تتعلق هذه النماذج بالمعرفة العامة أو السببية للاضطرابات من خلال مصادرها الثلاث كما اشارت إليه (مرزوقي، 2021، ص.3) في:

- المنشأ النفسي / psychogenèse
- المنشأ العضوي / organogénèse
- المنشأ الاجتماعي / sociogénèse

نهدف من خلال هذا المقياس إلى طرح ما هو ابعد من الوصف البسيط للمقاربات المتوفرة في مجال علم النفس المرضي، ولكن سنسعى على غرار ما ذهب اليه Ionescu للمقارنة بين عدد من المعايير التي ستندد اليها هذه المقاربات: كالوضعية التي تتبناها بما يرتبط بالسببية، بالتشخيص، باستمرارية أو عدم استمرارية السوي والمرضي، كما يرتبط بنظرتها لشخص المريض. وبالرغم من اختلاف الاثنولوجية في تفسيرات النظرية التحليلية المعرفية السلوكية مثلاً، إلا أننا قد نجد بعض نقاط الاشتراك بين السببيات في النظريات الثلاث والاختلاف انما يكمن في الميكانيزمات والاليات التي تثيرها: نفسية داخلية لاشعورية بالنسبة للتحليل النفسي، ترتبط بالتعلم عند السلوكيين، وبطريقة معالجة المعلومات بالنسبة للمعرفيين. لذا، فغالبا ما يلجأ الاكلينيكيين والباحثين في مجال علم النفس المرضي إلى تفسير الاضطرابات النفسية أو العقلية حسب المؤشرات الخاصة بالمقاربة التي يعتمدها كمرجعية للتناول.

ويعبر الوعي بنقاط القوة وجوانب القصور لعدد من النماذج أمر ضروري لفهم وتفسير الاضطرابات النفسية. ولهذا السبب نجد أن الرؤى الراهنة الخاصة بعلم النفس المرضي وطريقة تناوله تقوم كالمعتاد بالدمج بين العديد من النماذج. وهو ما سنقوم بطرحه في نهاية هذه المطبوعة.

وسنتبع في تناولنا هذا الخاص بطرح أهم المقاربات النظرية في تفسير الاضطرابات النفسية، بعرض السياق التاريخي و رواد كل مقارنة من المقاربات وتطورها. ثم نقوم بتوضيح مرجعيتها ومنطلقاتها الفلسفية، واهم

المفاهيم التي تتناولها هذه المقاربات النظرية، مكانتها و منزلتها العلمية. ميادينها والمشكلات التي ساهمت في حلها، ثم الانتقادات الموجهة لها.

نبدأها كما جاءت في المقرر الوزاري بمدرسة التحليل النفسي الفرويدي في اعتمادها على مراحل النمو الليبيدي، الاليات الدفاعية، والمفاهيم القاعدية التي تناولتها النظرية كمفهوم الصراع و النزوة. ثم التطورات الحاصلة في سببية ظهور الاضطرابات النفسية من خلال العلقة بالموضوع كما ذهب اليه بارجوري حول بنية الشخصية أو نظرية النمو.

ستناول بعدها المدرسة السلوكية بمختلف تناولتها النظرية، ثم المدرسة المعرفية وأهم مستجداتها، المدرسة الإنسانية، ثم النظرية اللانظرية واهم التصنيفات الدولية كالتصنيف الدولي للأمراض CIM، والدليل التشخيصي الاحصائي للجمعية الامريكية للطب العقلي DSM مع طرح اهم الانتقادات التي وجهت له. لنعرض في الأخير المقاربة الادماجية التكاملية لاهميتها في مجال فهم الاضطرابات النفسية.

المحاضرة الأولى: مدخل الى الأطر النظرية في تفسير الاضطرابات النفسية

الهدف العام

- أن يشكل الطالب نظرة شاملة حول موضوع الأطر النظرية المفسرة للاضطرابات النفسية

الأهداف الإجرائية

- أن يتعرف الطالب على تاريخ ظهور الاضطرابات النفسية
- يتعرف الطالب على ماهية الاضطراب النفسي
- أن يتعمق في فهم العوامل المؤدية لحدوث الاضطرابات النفسية
- أن يلم الطالب بمختلف الأساليب والأدوات التشخيصية للاضطرابات النفسية

حاول الانسان منذ تواجده على وجه الأرض فهم وتفسير السلوك الإنساني السوي منه والشاذ. ويعتبر علم النفس المرضي كأحد فروع علم النفس النظرية الذي يعتني بدراسة الاضطرابات النفسية وتشخيصها. وقد عرف الانسان منذ غابر الأزمان إلى وقتنا الحالي أشكال مختلفة من الاضطرابات النفسية، وانصب اهتمام الباحثين في مجال علم النفس المرضي على تفسير السلوك اللاسوي والاضطرابات النفسية محاولين إيجاد تفسيرات سببية لظهورها، فظهرت العديد من النماذج، الاتجاهات والأطر النظرية المفسرة بناء على وجهة نظرها، فلسفتها، مبادئها، مفاهيمها، منطلقاتها البحثية وكيفية معالجتها للمعطيات البحثية الخاصة بمنهجها. وهو ما سنسعى للتطرق إليه. وقبل ذلك سنعرج بداية إلى التأصيل التاريخي لها، معايير السواء واللاسواء، والتعريف بمعنى الاضطرابات النفسية والصحة النفسية.

فكيف نميز السلوك السوي عن السلوك غير السوي أو المرضي؟ كيف نحدد الصحة العقلية والاضطراب النفسي؟ كيف تم تحديد المفاهيم المرتبطة بمجال الاضطرابات النفسية، وكيف تطورت بمرور الوقت وعبر الثقافات؟

1- تأصيل تاريخي للتصورات الأساسية حول الاضطرابات النفسية

عرف الاضطراب النفسي والعقلي منذ قديم الزمان، ووردت إشارات في الروايات المصرية وغيرها من أشعار وأساطير الإغريق. قدم هيبوقراط تصنيفه للأمزجة متأثراً في ذلك بأفكار إمبيدوكليس ثم تابعه جالينوس والحال نفسه لدى علماء المسلمين أمثال الرازي وابن سينا.

وظهرت عدة محاولات لفهم وتأمل أعراض الاضطرابات النفسية والتعرف على أسبابها. فبعد أن كانت الأمراض النفسية والعقلية في البداية شراً مستطيراً تنتسب لتملك وسيطرة الأرواح الخبيثة والأرواح الشريرة أو الشياطين التي لها القدرة على أن تلج إلى جسد الإنسان فتسبب له اضطرابات عقلية ونفسية، وكان هذه الأخيرة من صنع قوى خارقة أوجدتها، حدثت لكونهم أناساً منبوذين مغضوب عليهم من الآلهة ونتيجة لسخطها

عليهم. وإذا تم الشفاء منها فإنه يرجع إلى تبرئة الآلهة لهم لرضاها عنهم، إذ كان يحاط ممن كانوا يكابدون حالات الجنون الأخف وطأة بالرعاية، ومن مظاهر تلك الرعاية أنهم كانت تخلع عليهم الألبسة المزركشة وتزين رؤوسهم بأكاليل الغار.

وفي العصور الوسطى أصبح ينظر إليهم باعتبارهم سحرة يودعون في السجون ويتعرضون للتعذيب والاضطهاد، ويتم التكيل بهم ويحرقون أحياء في الشوارع نظرا لتلوثهم بهذه الأرواح الشريرة، واستمر الحال حتى قيام الثورة الفرنسية تقريبا حيث تغير الحال إلى حال أفضل من المعاملة الإنسانية لهؤلاء المرضى وبدأت ترشح أسس علمية لدراسة الأمراض النفسية. وتوالت هذه التفسيرات عبر التاريخ في مختلف الحضارات حتى نادى الطبيب الفرنسي فيليب بينيل Pinel سنة 1793 بضرورة البحث عن أسباب الأمراض العقلية في البنى البيولوجية والفيسيولوجية للمريض، و ليس في القوى الغيبية الميتافيزيقية. (Bonnet et Fernandez, 2012)

استعمل مصطلح علم النفس المرضي (psychopathologie) بداية في ألمانيا سنة 1878 عن طريق ايمنغوس Emminghaus وجنزيك Janzarik. غير أنه كان يُوازن بالطب العقلي الإكلينيكي، وظهر علم النفس المرضي فيما بعد كفرع قائم بذاته في بداية القرن العشرين بفرنسا أين اخذ علم النفسي حينها منحى علميا، عزل عن المرض العقلي و ابتعد بالتالي عن منهج الطبي الفلسفي. وقام ريبو Ribot من خلال استناده على علم النفس العلمي بابتكار "المنهج الباتولوجي" « la méthode pathologique » الذي سعى لفهم علم النفس السواء من خلال دراسة اللاسواء، فنتج عنه "Psychologie pathologique" كفرع من فروع علم النفس العلمي. وتم بعدها التخلي عن هذا المصطلح لصالح مصطلح علم النفس المرضي «psychopathologie» تجنباً للغموض الذي كان يلف علم نفس الباتولوجيا «psychologie du pathologique»، وباتولوجية علم النفس pathologie du psychologique، علم النفس السواء والمرضي «psychologie du normal et du pathologique». رغبة في الالتفاف حول رؤية موحدة تتمثل فيما جاء به Ribot. وكان إصدار كتاب «Psychopathologie générale» لـ Jaspers بألمانيا سنة 1913 وكتاب فرويد «Psychopathologie de la vie quotidienne» كدفعة قوية لبروز علم النفس المرضي كما هو في وقتنا الحالي. (Bonnet et Fernandez, 2012, pp: 5,8)

انفصل علم النفس المرضي كفرع خاص بعيد عن الطب العقلي بالرغم من تقارب ميادين نشاط ومواضيع بحث هذا الأخير بعلم النفس المرضي. وتحددت أهداف وميادين ومنهجية علم النفس المرضي شيئا فشيئا بفضل الجهود المتواصلة للمختصين. (Braconnier 2006)

2- تعريف الاضطراب النفسي

يمكن تعريف الاضطراب النفسي بأنه حالة نفسية تصيب تفكير الإنسان، مشاعره أو حكمه على الأشياء، وعلى سلوكه أيضا. والاضطرابات النفسية هي نمط سلوكي، ونفسي ينتج لدى الفرد نتيجة شعوره بالضيق أو العجز، ولا يدرج ضمن النمو الطبيعي للمهارات العقلية للفرد. (Kendra Cherry, 2020).

يمكن أن تخفي الاضطرابات النفسية مجموعة متنوعة من الاعراضيات والاضطرابات: تشمل الاضطرابات النفسية عدة أنواع منها ما يندرج ضمن الاضطرابات الكبرى والمرتبطة باختلال الشخصية بكاملها، ومنها ما يندرج تحت الاضطرابات الصغرى والتي تمس تكامل الشخصية في جزء منها ويبقى على الرغم من ذلك متكيفا مع الواقع. فبينما تظهر الأعراض والمؤشرات العامة للاضطرابات الكبرى حادة ومتطرفة، فإنها في الاضطرابات الصغرى هي اقل شدة وحدة.

تشمل الأمثلة حول الاضطرابات النفسية عموماً: الاكتئاب، اضطراب الوسواس القهري، الفصامات، الاضطراب ثنائي القطب، اضطرابات الأكل، الذهان،... وما إلى ذلك. هذه الاضطرابات المختلفة لها أسبابها المختلفة، إلا أن جميعها تأثر على نوعية حياة المريض وعلى المحيطين أيضاً. يمكن أن تكون الاضطرابات النفسية عابرة أو أن تكون مزمنة؛ تستقر بمرور الوقت وقد تتزايد.

3- العوامل المؤدية لحدوث الاضطرابات النفسية

بفضل التصوير الطبي، من الممكن حالياً تصور الاختلالات في الدماغ. لكن غالباً ما يكون أصل الاضطرابات النفسية متعدد، وإن أصول ومظاهر الاضطرابات النفسية معقدة وتعكس التأثيرات البيولوجية والنفسية والاجتماعية والثقافية: كأحداث الحياة، العوامل البيئية، العوامل الوراثية... لا يمكن تفسير الاضطرابات النفسية على أساس ضعف الدماغ وحده.

العوامل الوراثية: كأن يكون للمريض أقارب ممن يعانون من الاضطرابات النفسية... حيث أثبتت الدراسات أن هناك تدخلاً جينياً في حدوث أمراض الفصام، واضطرابات المزاج، وأمراض الوسواس القهري، بالإضافة إلى إدمان الكحوليات، حيث تزداد احتمالية الإصابة بمثل هذه الأمراض في حالة وجود أحد الأقارب من الدرجة الأولى ممن عانى من أحد هذه المشاكل.

العوامل العضوية: كحدوث مشاكل في المخ، فمن المعروف بأن المخ هو مركز عمل جسم الإنسان، وهو المسؤول عن السلوك، والتفكير، والذاكرة، والذكاء، والمشاعر، والتحكم في تصرفات الفرد، وقد يحدث خلل في المخ نتيجة حادث معين قبل الولادة، أو نتيجة لحدوث مشاكل في مرحلة الطفولة المبكرة.

عوامل نفسية: حيث إن تأثير العامل النفسي تأثيره الكبير، بحيث يكون للأب، أو الأم، أو الأخوة، أو المدرسة، مكان العمل أو الأصدقاء تأثير مباشر على نفسية الفرد، وينتج الاضطراب عادة بسبب وجود اختلال في العلاقة بين الطفل والأم والبيئة الاسرية في المرحلة التأسيسية، إضافة إلى بعض المشاكل الخارجية في المحيط الكبير والبيئة الواسعة في المرحلة التفاعلية.

العوامل الجسدية: نتيجة حدوث تغير في الحالة العضوية الطبيعية التي يجب أن يكون عليها الإنسان، مثل سوء التغذية، أو قلة النوم.

العوامل الاجتماعية: الظروف الاجتماعية السيئة، البطالة، والعنف، الشبكات الاجتماعية والتغيرات المجتمعية وكذلك الكوارث الطبيعية وما تحدثه من اختلال في النسيج المجتمعي، مما يؤدي إلى ظهور اضطرابات ومشاكل نفسية عديدة مثل القلق، الاكتئاب، وسوء التكيف، تناول المخدرات، الانتحار.

العوامل البيئية والثقافية: البيئة التي يتطور فيها الفرد لها تأثير كبير، حيث تلعب التأثيرات الثقافية دورًا بارزًا بشكل خاص. تشارك الثقافة في تصورات ما يشكل الحالة الطبيعية والانحراف عنها ؛ علاوة على ذلك، فإنه يؤثر على أنماط التأقلم، وسلوكيات طلب المساعدة، والتعبير عن المرض العقلي ومساره. وفي الواقع كما يرى كيراج وزملائه (Gureje & al, 2020) في المستويات الأعلى من النظم الصحية، تؤثر العوامل الثقافية على السياسات الاجتماعية التي تحمي الأفراد من مخاطر الإصابة بالاضطرابات النفسية أو تحدد إمكانية الحصول على الرعاية. وعلى الرغم من أن تأثير البيولوجي على ظهور الاضطرابات النفسية واضحاً، إلا أن السجل التاريخي للفرد يحتوي على تأثير البعد الثقافي عليه.

4- الأساليب والأدوات التشخيصية للاضطرابات النفسية

يعتمد التشخيص على معلومات مستقاة من مصدرين أساسيين يغطيان معا ثلاثة مجالات من البيانات وهي:

- الفحص البدني
- المقابلة الشخصية والتي تضم تاريخ المريض والجوانب الاجتماعية والجوانب النفسية المختلفة له.
- الفحص الطبي ضرورة وذلك لإثبات أو استبعاد الأسباب العضوية والجسمية التي قد تؤدي إلى مظاهر سلوكية مضطربة.

وهناك مجموعة من الأساليب التي يمكن للأخصائي النفسي الإكلينيكي يمكن استخدامها في عملية الفحص والتقييم ومن ثم التشخيص، ويتم ذلك في إطار ما يسمى بدراسة الحالة باعتبارها الوعاء الذي ينظم ويقيم فيه المختص كل المعلومات والنتائج التي يحصل عليها من المفحوص. وهي عبارة عن بحث معمق ووصف مفصل وتفسيري للحالة. تصف خلفية الشخص وظروفه الحالية وأعراضه، كما أنها قد تصف أيضاً تطبيق ونتائج علاج معين. وقد تفحص كيفية تطور وتفاقم مشاكل الشخص (فايد، 2004، ص.60). تستعمل لجمع البيانات حسب ما تستدعيه الحالة تدل على الوضع القائم للحالة؛ ماضيها وحاضرها والتنبؤ بمستقبلها. (jeffrey & al, 2009, p.21) ومن أهم أدواتها:

1- الملاحظة؛ بأن تكون ملاحظة عابرة أو عارضة، مقصودة أو قصديه. مسلحة أو لا. ومن مميزاتها أنه يمكن عن طريقها الحصول على معلومات لا يمكن الحصول عليها عن طريق الوسائل الأخرى كالمقابلة أو الاختبارات، وتتيح دراسة السلوك الفعلي في المواقف الطبيعية، وأسلوب مناسب مع الأطفال الذين لا يجيدون اللغة نطقاً.

2- المقابلة؛ تعتبر المقابلة أهم الأدوات التي يمكن أن تتوفر لدى الاخصائي. ويتباين مستوى المقابلة من حيث التقنين فهي يمكن أن تكون حرة أو نصف مقننة أو كاملة التقنين. يمكن أن تستخدم المقابلة في أي مرحلة من مراحل العمل الإكلينيكي (التشخيص أو العلاج أو البحث).

تتم المقابلة لتحقيق أهداف معينة ومتعددة حسب المجال الذي تستخدم فيه، ويمكن تمييز في ذلك

أ- المقابلة التشخيصية : وهي التي تتم بهدف الفحص والتقدير.

ب- المقابلة العلاجية: التحكم في سلوك الطرف الأخير، أي تقديم التوجيهات العلاجية ومتابعتها خلال الجلسات.

ت- المقابلة البحثية: كمقابلة ذوي المريض للحصول على بيانات أعمق عن المريض لتوجيه العمل التشخيصي والعلاجي مستقبلاً.

- بالإضافة لذلك يقسم بعض الباحثين المقابلة التي تجري في المجال الإكلينيكي إلى عدة أنواع على النحو التالي:.

أ- مقابلة القبول بالعيادة أو المستشفى لتحديد الخطورة أو جوهرية الشكوى.

ب- مقابلة البحث الاجتماعي: جمع معلومات شخصية منذ ميلاد المريض وحتى وقت المقابلة.

ت- مقابلة الفحص النفسي والعقلي: وذلك للحصول إلى التشخيص المبدئي للحالة

ث- المقابلة الممهدة والتالية للاختبارات النفسية.

ج- المقابلة الممهدة للعلاج النفسي

وتستلزم المقابلة بعض الشروط أين تعتبر الظروف الفيزيائية، السرية، ومهارة الأخصائي كشروط أساسية لنجاح المقابلة.

3- الاختبارات النفسية؛ الإسقاطية منها والموضوعية، اللفظية (التي تعتمد على اللغة بشكل أساسي)

في مقابل أدائية أو عملية (التي تعتمد على الأداء اليدوي والمهارة الحركية أو تعتمد على الصور) والاختبارات الفردية (تطبق على فرد واحد) والاختبارات الجمعية (تطبيق على مجموعات) واختبارات عقلية (تقيس الذكاء والتفكير والانتباه) ومقاييس الشخصية (سواء التي تقيس الأبعاد أو التي تقيس السمات).

محاضرة الثانية: السواء واللاسواء

الهدف العام

- أن يشكل الطالب فكرة حول مفاهيم السواء واللاسواء

الأهداف الإجرائية

- أن يتعرف الطالب على معايير ومحكات السواء واللاسواء
- التعرف على الصفات المحددة للسلوك السوي والمحددة للشخص السوي.

غالبا ما يكون الخط الفاصل بين الحالة الطبيعية والشذوذ هشا. وعلى عكس الأمراض الجسدية التي تكون اعراضها واضحة وعلاجها مستهدفا، فإن الامراض العقلية والاضطرابات النفسية خصيصا لا تكون لها دائما أسبابها الواضحة، كما قد تختلط اعراضياتها.

يسعى الباحثون إلى الوصول للمبادئ والقوانين التي تحكم السلوك وتفسيره، في حين تهدف الفروع التطبيقية للاستفادة من هذه المبادئ والقوانين وتوظيفها.

أحاط مفاهيم السواء والشذوذ (اللاسواء) وتعريفاتها جدل ونقاش من قبل العلماء المتخصصين. السواء (الصحة النفسية) ليس مجرد انعدام المرض أو الخلو من أعراضه، بل تشير إلى القدرة على الاحتفاظ بحالة مزاجية معتدلة والتوافق مع نفسه ومع بيئته. ويعتبر السواء النفسي المطلق نادر الوجود و قلما تتواجد خصائص السواء لدى الفرد الواحد في الوقت الواحد .

ويفضل المختصون كما يذهب إليه (Nicolas et Richelle 2004) استعمال مفهوم "اضطراب" بدل "مرض" بسبب الحدود الغامضة بين السواء و اللاسواء،

علم النفس المرضي هو أحد ميادين علم النفس النظرية، موضوعه الظاهرة المرضية أو الاضطرابات النفسية، يبحث في السلوك المضطرب أو نواحي العجز في القدرة على أداء السلوك السوي ويدرس الاضطرابات النفسية والعقلية والأشخاص الذين يصدر عنهم هذا السلوك المرضي. كما يدرس الاضطرابات النفسية والعقلية والأشخاص الذين يصدر عنهم هذا السلوك المرضي ويهتم هذا العلم أيضا بدراسة اضطرابات الخلق أي الانحرافات السلوكية أو السلوك اللاأخلاقي والموجه ضد المجتمع. (المليجي، 2000، ص.5) يهتم بطبيعة وتطور كل أشكال الاضطرابات النفسية من حيث تصنيفها وتحديد أسبابها وكيفية علاجها والوقاية منها.

(Janssen, 2015, p.5)

انصب عدد من الباحثين على جدلية السواء/ المرضي. ومن بينهم Minkowski, Goldstein, Boutonier, Diatkine, Chiland, Bourdier, Haynal Canguilhem, Klein, A.Freud, Jung وأيضاً S.Freud

1- حول مفاهيم السواء واللاسواء:

من بين التحديات الرئيسية التي تواجه العاملين بمجال الأمراض النفسية هو كيفية تحديد السلوك السوي والسلوك اللاسوي أو المرضي. ويشير السواء إلى حالة من التكامل الوظيفي والقدرة على توافق الفرد مع نفسه ومع بيئته والشعور بالسعادة... أما اللاسواء فهو الانحراف عما هو عادي وعدم التوافق الشخصي والانفعالي والاجتماعي. (زينب عبد الرزاق و اخرون، 2008، ص 11).

وقد أحاط مفاهيم السواء والشذوذ (اللاسواء) وتعريفاتهما جدل ونقاش من قبل العلماء المتخصصين فالسواء (الصحة النفسية) ليس مجرد انعدام المرض أو الخلو من أعراضه، بل تشير إلى القدرة على الاحتفاظ بحالة مزاجية معتدلة والتوافق مع نفسه ومع بيئته. ويعتبر السواء النفسي المطلق نادر الوجود و قلما تتواجد خصائص السواء لدى الفرد الواحد في الوقت الواحد .

يفضل المختصون كما يذهب إليه (Nicolas et Richelle 2004) استعمال مفهوم "اضطراب" بدل "مرض" بسبب الحدود الغامضة بين السواء و اللاسواء،

ويطلق السلوك اللاسوي على السلوك الذي لا يناسب السلوك الملاحظ عادة في ظروف و جماعة معينين، لكن لا يعني أنه مرضي بل هو يخالف المعتاد، لأن غير العادي ليس مرضيا بالضرورة، و لا المعتاد سويا دوما (ميموني، 2005، ص.35) وعادة هناك طريقتين يمكن من خلالهما التعرف على الأشياء:

- على أساس جدلية الأضداد وتعريف الشيء بما يناقضه كالخير/ الشر، الأبيض/ الأسود... و من هذا المنظور فان السلوك الشاذ هو ما هو غير سوي.

- وصف مكوناتها الأساسية: وقد وضع الباحثون عددا من الصفات اعتبروها محددة للسلوك السوي ومنها محددة للشخص السوي. و قد أجملها سكوت (Scott) في " القدرة العامة على المواءمة والتكيف، القدرة على الإشباع الذاتي والكفاءة في القيام بالأدوار الاجتماعية والقدرة الذهنية، وضبط الانفعالات والدوافع والاتجاهات السوية نحو الذات والمجتمع، الإنتاجية والاستقلال والتكامل".

وهو ما لخصه (حسين فايد، 2004) و (Michaël Reicherts 2008) في:

- **الفعالية:** فالشخص السوي يصدر عنه سلوك فعال و سلوك موجه نحو المشكلات و له أهداف محددة.
- **الكفاءة:** فالشخص السوي يعرف إن كانت محاولاته غير فعالة و لا يمكنه بلوغ أهدافه، فهو بالتالي يتقبل نفسه و يتسامح مع أخطائه الشخصية دون مساس بتكامل شخصيته و يتقبل الإحباط و ضياع الأهداف و يعيد توجيه طاقاته و يكون قادرا على الابتكار في حياته. وفي ذلك يقول J.Nuttin " الدينامية الأساسية للتكيف ليست التكيف مع المحيط بل تحقيق الذات في المحيط " أي أن تكون للفرد أهدافا وغايات يشخص نحوها. (ميموني، 2005، ص.36)

- **الملائمة:** تصرفات الشخص السوي ملائمة لادراكاته ومنتاسبة مع الواقع. بالرغم من تعرضه لمشاعر سلبية فهي ترتبط ارتباطاً مناسباً بالمواقف والظروف التي تعرض لها ولا تؤثر فيه تأثيراً ضاراً. وكذا القدرة على التحكم في التقلبات الوجدانية و الميزاجية.

- **المرونة:** تشير لقدرة الشخص السوي على التكيف والتوافق مع مواقف وظروف الحياة المتغيرة بتعديل استجاباته وفق ما تستلزمه هذه التغيرات. ومقدرة عالية على التصرف باتساق في مختلف المواقف من دون تصلب أو جمود.

- **القدرة على الاستفادة من الخبرة و التجارب السابقة:** قدرة الشخص السوي على تعديل الأخطاء وجوانب القصور النفسي والعقلي والاجتماعي.

- **القدرة على التواصل الاجتماعي:** تتميز العلاقات الاجتماعية للشخص السوي بالاقتراب والاستقلال في الوقت ذاته وتكوين علاقات شخصية واجتماعية فعالة غير مستهجنة من طرف الآخر.

- **تقدير الذات والتوافق معها:** يتصف الشخص السوي بتقدير ايجابي للذات دون إفراط أو تفريط. و وجود إحساس متميز بالهوية والذاتية.

ويرى (Jeffrey, Spencer , Beverly (2009 أن المعايير التي يمكن من خلالها تحديد اللاسوي أو المرضي في النقاط التالية:

1. الإدراك السيء والتأويل المشوه للواقع
2. القيام بسلوكات خطيرة مهدمة تضر بالذات أو بالآخرين
3. الشعور بالألم وعدم الراحة وتقرير الفرد عن نفسه أنه مريض ويحتاج إلى علاج: غير أن ذلك لا يصح على الحالات الذهانية.

2- معايير ومحكات السواء واللاسواء

يستلزم الاعتماد على محكات السواء واللاسواء في مجال الاضطرابات النفسية بتحديد مفهوم الصحة النفسية تحديداً دقيقاً وتحديد المظاهر التي تعبر عن الصحة النفسية السليمة تحديداً واضحاً، ومن بين أهم المعايير التي تُعتمد لتحديد السوي والمرضي نذكر:

المعيار الإحصائي: إحصائياً الشذوذ هو ما ينحرف كميّاً عن المتوسط حسب منحنى قوس أو المنحنى الجرسى (التوزيع الاعتنالي)، و اللاسوي هو المنحرف عن هذا المتوسط بالزيادة أو بالنقصان. لكن الخروج عن المعتدل لا يشير بالضرورة إلى اللاسواء، كما أن تسجيل الاعتدالية و عدم الانحراف عن الوسط و أن يكون الفرد مثل " الجميع" كما تقول (Bonnet et Fernandez,2012, p.18) لا يشير بالضرورة لكون الفرد سوياً. فالقياس الموضوعي يختلف عن القياس النفسي النسبي.

المعيار الاجتماعي الثقافي: يشير التوافق مع ما يتوفر في المجتمع للسواء، حيث يتخذ من القيم والنظم الاجتماعية والثقافية أساساً للحكم، وعلى هذا الأساس يعتبر كل ما لا يتفق مع ما يتوقعه المجتمع من أساليب سلوكية غير سوي. لكن ما تعتبره بعض المجتمعات سواء ينظر إليه في مجتمع آخر على أنه نوع من الشذوذ،

وما يعتبر عادياً في ثقافة قد لا يعتبر عادياً في ثقافة أخرى. و عليه ينبغي أن يؤخذ في الاعتبار السلوك ذاته في إطاره الاجتماعي الثقافي. (Scialom, 2006, p7)

المعيار الذاتي : يتم اخذ من قرارات أن الفرد يتخذ من ذاته إطارا مرجعيا، وكذا نظرة الأفراد كإطار مرجعي يرجع إليه في الحكم على السلوك بالسواء أو عدمه من خلال انسجامه مع أفكارهم أو آراءهم الذاتية. ففيه الاعتماد على الحكم الشخصي على ما يألفه الفرد و الآخرون و يقبلونه ويتلاءم مع ما يرغبون به من وجهة نظرهم الشخصية. غير أن ذلك يغلق الباب عمليا أمام كل بحث علمي بسبب عدم القدرة على التعميم وإقامة القوانين. (Ibid)

ترى (Grebott et Orgiazzi Billon-Gallad (2001) بضرورة إضافة معيار المثالية والتي تتخذ كمحك لتحديد السواء، إضافة إلى معيار السواء الوظيفي للفرد مع ذاته و قدرته على الاسترداد بعد تعرضه لبعض المنغصات ما يشير إلى وجود استمرارية في توظيف جهازه النفسي. ويعتبر J. Bergeret في (2008) Ionescu et Blanchet أن الفرد "بصحة جيدة" هو ذلك الفرد الذي لم يواجه صعوبات تتجاوز مؤهلاته العاطفية الوجدانية، كفاءته التكيفية ومؤهلاته الدفاعية. وهو ما كان G. Canguilhem (1966) قد أشار إليه بمفهوم المعيارية *Normativité*، فبالنسبة له فإن الفرد السليم هو ذلك الفرد الذي يمكنه أن يمرض ويتعافى، فرد يمكنه أن يقدم معايير جديدة للتوظيف في سياقات مختلفة. وهو بالتالي إلى أن الصحة لا تعني غياب المرض أو نقص في الاعراضية، لكن امتلاك القدرة على التغير والتكيف مع الوضعيات الجديدة.

وفي الأخير فإن هذه المعايير أو المحكات هي حلول جزئية لتحديد السواء واللاسواء، إذ وجدنا أن كل معيار يركز على جانب ويهمل بقية الجوانب، ومن هنا تبرز الحاجة إلى منظور تكاملي تتم فيه الاستفادة من مميزات كل المعايير كما تذهب اليه (زينب عبد الرزاق وآخرون، 2008، ص.11) . فالسواء واللاسواء مفهومان لا يمكن أن يفهم احدهما بالرجوع للآخر فقط، ثم أن الفرق بينهما في الدرجة وليس في النوع، فكل الأشخاص يمكن ترتيبهم على متصل مستمر بين السواء واللاسواء وبين الصحة والمرض النفسي، فالسواء واللاسواء مفهومان نسبيان في مراحل العمر المختلفة وفي الأزمنة المختلفة وفي الثقافات المختلفة.

المحاضرة الثالثة: التقييم والتشخيص الاكلينيكي في مجال الاضطرابات النفسية

الهدف العام

- أن يشكل فكرة حول التطور التاريخي لعملية التشخيص
- الاطلاع على أسس تشخيص الاكلينيكي الاضطراب النفسي وتقييمه كضرورة في مجال دراسة الاضطرابات النفسية.

الأهداف الإجرائية

- أن يتعرف على ماهية التشخيص والتقييم النفسي الإكلينيكي
- أن يتبين أهمية التشخيص النفسي الإكلينيكي
- أن يتمكن من تحديد أهداف التشخيص النفسي الإكلينيكي
- أن يتمكن الطالب من التمييز بين أنواع التشخيص النفسي الإكلينيكي
- أن يتعرف على مراحل وخطوات التشخيص
- أن يتعرف على صعوبات التشخيص الإكلينيكي

شهدت العقود الأخيرة تقدماً كبيراً في ميدان فهمنا للاضطرابات مقارنة بما كانت عليه في الحقب الزمنية الماضية من بحوث ونتائج علمية، ولعل ما يميز هذا التقدم كونه تقدماً شاملاً تناول جميع المفاهيم حول كم هائل من الاضطرابات من أسباب مسببة لها ومن آليات تشخيصها وتقييمها ومعرفة أعراضها وكيفية التعامل معها وعلاجها، ليكون تشخيص الاضطراب وتقييمه أولى الخطوات وأهمها في دراسة وعلاج الاضطرابات السلوكية والنفسية، فما هي عملية التشخيص والتقييم، وكيف تتم؟

1- التطور التاريخي لعملية التشخيص

بحلول نهاية القرن التاسع عشر وعندما أدرك الناس أن الأمراض المختلفة تحتاج إلى علاجات مختلفة، تحسنت طرق التشخيص الطبية. وفي هذه الفترة قدمت بعض العلوم الأخرى ابتكارات في أنظمة التصنيف والتصنيف فانبهر الباحثون في مجال الأمراض النفسية فحاولوا ابتكار أنظمة خاصة بهم كنهم لم يحققوا أي تقدم في هذه الابتكارات.

ترجع الجهود الأولى في مجال تصنيف المرض النفسي إلى عام 1883 حيث قام الباحث إميل كرايبيلين Emil Kraepelin بتأليف نظام تصنيفي مبكر في كتاب له في الطب النفسي، حاول في هذا النظام التصنيفي تحديد الطبيعة البيولوجية للأمراض العقلية، لاحظ إميل أن الأعراض تتجمع مع في متلازمة، ووصف مجموعة من المتلازمات وافترض أن لكل منها نفس السبب البيولوجي والأعراض والنتائج. إقترح هذا العالم مجموعتين

رئيسيتين من الأمراض العقلية الشديدة: مبستر الخوف Dementia Praecox كما يعرف الآن بإنفصام الشخصية والهوس الإكتئابي manic-depression psychosis كما يعرف الآن بإضطراب ثنائي القطب، يفترض بأن هناك خلل كيميائي كان سببا في الخرف المبستر، بينما يفترض بأن سبب الهوس الإكتئابي هو عدم انتظام الأيض (Bonnet et Fernandez, 2012).

عام 1939 قامت منظمة الصحة العالمية WHO بإضافة الإضطرابات النفسية إلى القائمة الدولية لمسببات الموت ICD. وفي عام 1948 تم التوسع في هذه القائمة لتصبح التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والإصابات ومسببات الموت، (هذه القائمة تشمل جميع الأمراض بما فيها تصنيف السلوك السوي والغير سوي). في ذلك الحين لم يكن هناك قبول واسع للقسم الخاص بالإضطرابات النفسية على الرغم من أن الأطباء النفسيين الأمريكيين كان لهم مساهمات بارزة في الجهد الذي بذلته منظمة الصحة العالمية. في عام 1952 قامت الجمعية الأمريكية للطب النفسي بنشر الدليل التشخيصي الخاص بها المعروف بـ DSM. وفي عام 1969 قامت منظمة الصحة العالمية بنشر نظام تشخيص جديد تم قبوله على نطاق واسع، توالى بعدها إصدارات أخرى لهذه الدلائل التشخيصية مع ظهور دلائل أخرى تهتم بمختلف الشرائح العمرية وتهتم بمختلف الثقافات التي أدرجت في معاييرها. (هادي الحويلة وآخرون، 2016، ص ص 137-139)

2- تعريف التشخيص والتقييم النفسي الإكلينيكي

يشير التشخيص النفسي الإكلينيكي إلى الإستقصاء المؤسس علميا للظواهر النفسية ذات الإهتمام الإكلينيكي بمساعدة طرق صادقة وثابتة تستخدم مستويات ومظاهر مختلفة لما ينبغي تشخيصه (منظومات، مواقف استعارات، سلوك، مؤشرات بيونفسية) ومصادر بيانات وتواريخ، وتفيد البيانات التي يتم الحصول عليها كمساعدة على الإستنتاجات وإتخاذ القرارات التي ينبغي لها أن تكون بالنسبة لصاحب التكليف والمنفذ إقتصادية بمقدار ما هو لازم ومفيدة وسليمة أخلاقيا بمقدار الإمكان. (مرجع سابق)

ويرتبط إختيار طريقة الحصول على بيانات بالسؤال عن: ما هي الأداة التي تصور الظاهرة المستطلعة وما هي جودة تصوير هذه الاداة للظاهرة (الدقة والموثوقية والموضوعية) وذلك بمعنى الكمال والفائدة والإستساعة الأخلاقية ويتم تحديد جودة طريقة الحصول على المعلومات من خلال محاكاة متنوعة.

وهو التقييم العلمي الشامل لحالة مرضية محددة، ويتضمن المعلومات والأعراض بنوعها الكمي والكيفي. ويتم بوسائل متعددة منها الإختبارات المقننة وغير المقننة، والمقابلة ودراسة الحالة والملاحظة والسجل المدرسي والظروف العائلية والسجل الطبي والتقييم العصبي ويشير بدقة إلى أسباب العلة المباشرة وغير المباشرة. ويقوم بتحديد مكانها وطبيعتها ونوعها وحجمها ودرجة حدتها دون الإكتفاء فقط بوصف الأعراض المرضية السطحية، وعلى هذا فالتشخيص العلمي يهيئ السبل لتخطيط برنامج علاجي قابل للتطبيق والتنفيذ كما يتضمن التشخيص الهادف التنبؤات المستقبلية والإفتراضات المتوقعة.

أما التقييم فهو عملية ديناميكية تستهدف مسحا شاملا لحالة معينة بهدف تقييمها والحكم عليها

وتتضمن المحتويات التالية:

- ابراز نواحي الضعف والقوة (السلبيات والإيجابيات معا)
- تحديد الحكم الذاتي أو القرار الشخصي
- التنبؤ والتوقع المستقبلي لحالة معينة أو سلوك أو موضوع.
- التقييم هو نقطة نهاية في تقييم الحالة أو البرنامج أو العملية على عكس التعبير والتثمين الذي يعتبر نقطة بداية.

- التقييم يجب أن يكون دوريا ومتكررا بهدف تطوير برامج العلاج وتحسينها نحو الأفضل. بعد هذا التمييز الدقيق بين عمليتي التشخيص والتقييم نود أن نعود للقول ثانية بأن شريان التشخيص هو عملية الإختبارات ولكن ماذا نعني بالإختبارات: هي وسيلة جوهرية تشخيصية أدواتها الإختبارات المقننة والغير المقننة وتستهدف في أغلب الحالات إلى اكتشاف وقياس قدرات الفرد أو الجماعة بشكل إحصائي أو إسقاطي لهدف تطويرها وتحديد نقاط القوة ونقاط الضعف. (شيرري وآخرون، 2016)

3- أهمية التشخيص النفسي الإكلينيكي

- تتضح أهمية التشخيص كما جاء عن بيرتر شلونكه في (شيرري وآخرون، 2016) في ما يلي:
- 1- تقدير درجة اضطراب الشخصية في مداها وعمقها، لتحديد ما إذا كانت خلا بسيطاً في الشخصية أم تفككا بها، وما إذا كانت اختلالات ذات أصل نفسي أم ذات أصل عضوي.
 - 2- الوقوف على العوامل المباشرة المساهمة في إحداث الإضطراب على نحو يساعد في وضع أساليب التدخل العلاجي على أسس علمية تخلص من التخمين المبالغ فيه، أي أن التشخيص يساعد في تحديد الأسس التي يبني عليها إختيار منهج علاجي معين.
 - 3- التعرف على العوامل غير المباشرة المؤثرة والمدعمة للإضطراب أو الخلل، ومن ثم تزيد من حدة الاضطراب.
 - 4- تحديد الأدوار المحيطين بالحالة، وكيفية الإفادة منهم في التدخل.
 - 5- معرفة مقدار نمو الشخصية ودينامياتها وما تعانیه من مشكلات توافقية مع الذات والآخر، وتحديد الإحتياجات النفسية والإرشادية والتربوية...
 - 6- محاولة التنبؤ بما ستؤول إليه الحالة، أو تقدير احتمالات تطور الخلل ومساره.

4- أهداف التشخيص النفسي الإكلينيكي

• **هدف علمي معرفي:** بالحصول على المعلومات والبيانات الغزيرة هو ليس هدفا رئيسيا لعملية التشخيص النفسي في حد ذاته... ولكن الذي يبحث عنه الأخصائي الإكلينيكي (الطبيب النفسي) هو المعنى والدلالة التي تنطوي عليها البيانات والمعلومات التي يجمعها عن العميل... إلا أن غزارة البيانات التي يجمعها الأخصائي تكون مفيدة عندما يخضعها لمعالجته التي يستنبط منها تشخيصه والعملية التشخيصية تبدأ بالكثرة (كثرة البيانات والمعلومات) لا كهدف في حد ذاته وإنما كنوع من الضمان العلمي كتغطية كافة جوانب الشخصية المطلوب تغطيتها وينتهي الأمر باستنباط الدلالة والمعنى التي تنطوي عليها كثرة البيانات في أقل كم ممكن من

التشخيصات التفسيرية. والهدف الذي يسعى لتحقيقه الأخصائي الإكلينيكي هو رسم الصورة الإكلينيكية النهائية للشخصية.

• **الهدف التطبيقي:** ونعني به العمل على وضع إستراتيجية عامة تتضمن خططا قابلة للتنفيذ الفعلي مع الحالة التي يتعامل معها الأخصائي الإكلينيكي وكلما إستطاع الأخصائي تحقيق الهدف الأول بأكبر قدر من الدقة والثراء كانت الخطة التي كان يرسمها أكثر قابلية للتنفيذ مع الحالة المعنية وكانت فرص نجاحها وفعاليتها أكبر وتتضمن الخطة اقتراح تغييرات تتراوح بين التعديلات البسيطة في بيئة العمل أو توجيه بعض النصائح لأفراد أسرته أو التوصية بالصاق العمل بأحد المؤسسات التي تقدر برامج مفيدة للحالة الخاصة به أو حتى التوصية ببرامج علاجية مكثف يقتضي العزل في مصحة أو دار علاج متخصصة وإذا لاحظنا تغييرات على شخصية العميل إيجابية تعد بمثابة مؤشر دال على تقدم الحالة واستفادة العميل من البرامج التي وجه إليها.

5-أنواع التشخيص النفسي الإكلينيكي

• **التشخيص التصنيفي:** يعتبر من أبسط أنواع التشخيص حيث يقتصر النفساني أو الطبيب النفسي على تحديد نوعية المرض أو المشكلة أو الاضطراب وتسميتها وتصنيفها وفق نظام تصنيفي متعارف عليه. ولا يمكن الحديث عن تشخيص تصنيفي دون وجود قائمة متفق عليها بأسماء الأمراض مثل: التصنيف العالمي للأمراض النفسية والسلوكية (منظمة الصحة العالمية CIMAO) أو الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية والنفسية 4 DSM.

• **التشخيص الوظيفي:** لا يقتصر على وصف حالة المريض وإدراجه في فئة إكلينيكية تصنيفية محددة فقط بل هو عملية الفهم النفسي العميق لإمكانات الفرد وقدراته وجميع جوانب شخصيته وهو في شقه الدينامي العملية التي تمكن النفساني من الكشف عن مواطن الصراع في الشخصية، ودرجة القلق، والقدرة الحالية للفرد واحتمالات تعرضه للتدهور، او النمو الاساليب الدفاعية التي يتخذها الفرد في مواقف معينة يخفف بها عن آلامه. أما في شقه السلوكي فهو يعني عملية جمع معلومات بشكل شمولي للتعرف على مسببات المرض و الاضطراب والمشاكل السلوكية لدى الفرد ليتم فهم طبيعة المشاكل والمعانات ومصادرها ومن ثمة التدخل للتعامل معها وما يميز هذا النوع من التشخيص عن التشخيص التصنيفي أنه يمكن من التعرف على مسببات المرض أو المشكلات السلوكية وتعريفها بطريقة وظيفية، وتحليل المعلومات التي تم جمعها من المصادر المختلفة للتعرف على السلوكيات التي تسبق ظهور المرض او المشكلة السلوكية وكيفية بدايتها وكذلك التعرف على السلوكيات اللاحقة للمشكلة .

• **التشخيص الفارقي:** حتى يتم تقديم تشخيص تام ودقيق لا بد من دراسة المرض وأعراضه وتمييزه بدقة عن باقي الأمراض أو الأعراض التي تشبهه كأن نتحدث مثلا عن التشخيص الفارقي، للتوحد عن التخلف العقلي أو متلازمة اسبرجر وهي احدى المتلازمات التي تنسم بوجود صفات وسلوكيات قريبة من الطفل المصاب بالتوحد ولكن بدرجات خفيفة أي بدون تأخر في النمو العقلي بشكل ملحوظ ولكن يمكن ان يتأثر بشكل غير ظاهر يحدث خلطا بينها وبين التوحد.

6- مراحل وخطوات التشخيص (عند ساند بيرغ وتايلر)

حدد العالمان مراحل وخطوات التشخيص بالخطوات الاربعة التالية (شيري وآخرون، 2016):

1- **مرحلة الاعداد:** وتشمل على أربعة خطوات فرعية:

- الإتصال بين الأخصائي وكافة المؤسسات السابقة للتعرف على تفاصيل المشكلة الخاصة بالمريض وتجميع كافة التقارير .

- المعلومات الاولية التي يجمعها الأخصائي في المقابلة المبدئية.

- القرارات المبدئية في قبول الحالة أو عدم قبولها وأهداف التقييم الاكلينيكي.

- اختيار أدوات التشخيص من اختبارات ووسائل القياس و الزيارات...

2- **مرحلة التزود بالمعلومات:** وتشتمل هذه المرحلة على خطوتين فرعيتين هما:

- المقابلات التشخيصية التي تتم بين الأخصائين والمريض وقد تستلزم هذه المقابلات تعديلات في أهداف

التشخيص ووسائله وتتضمن كذلك تطبيق الاختبارات والتي يرى الاخصائي تطبيقها على الحالة.

- تصحيح الاختبارات وتنظيم نتائج المقابلات وتنسيقها ووضعها في صورة كمية كما تتضمن أيضا

مجموعة من الاحكام الجزئية و الوصفية.

3- **مرحلة معالجة المعلومات** ويقوم الأخصائي فيها بتنظيم المعلومات التي حصل عليها وتوضيح

المعاني وهي خطوة استخراج النتائج الإحصائية وما يتصل بها من تنبؤات بشأن مستقبل وتفسيرها تمهيدا

للاستفادة منها كلما في حالة الاتحاق بالدراسة ما أو مهنة معينة والنجاح فيها.

4- **مرحلة اتخاذ القرارات النهائية** وهي المرحلة الرابعة والأخيرة في التشخيص وهي التي ترتبط بشأن

العلاج وأسلوب العمل ويمكن للأخصائي أن ينقل ما لديه من معلومات لغيره من الأخصائيين أو يقوم بمتابعة

العلاج بمفرده إذا كان هو المعالج النفسي الوحيد. (عطوف محمد ياسين، 1986، ص.129)

أما الوسائل المستخدمة في التشخيص الإكلينيكي فتتمثل في دراسة الحالة والمقابلة الشخصية والإختبارات

المقننة والإسقاطية والإستبيانات والتقارير الطبية والعائلية والمدرسية والمهنية مجرد وسائل أولية في التشخيص

وإن التقرير التشخيصي الجيد للمريض هو الذي يعطينا صورة المريض بإعتباره شخصا حيا له خصائصه

ومميزاته، ونواحي عجزه ومشكلاته ومتاعبه ونواحي العجز أو المرض الذي يعاني منه المريض. ويعتبر تاريخ

الحالة من أهم المصادر المعلومات عن الحالة وهو يتضمن جميع المعلومات التي يمكن جمعها عن المصادر

المختلفة عن الفرد من لحظة ولادته حتى اللحظة الحاضرة. أما المقابلة التشخيصية فإنها تتيح للأخصائي فرصة

الملاحظة المباشرة لسلوك المريض مما لا تتيحه الوسائل الأخرى للتشخيص وفي المقابلة يحصل الأخصائي

على إستجابات محددة.

وتعتبر إختبارات بأنواعها المتعددة أداة من أكثر الأدوات أهمية في استعمال جميع المعلومات ويمكن تحديد

الأدوات التي تحققها بالتالي:

أ_ تقييم إمكانيات الفرد وقدراته فهي تكشف عن الذكاء والقدرات الخاصة ولهذا كان هناك إرتباط وثيق بين القياس النفسي والعمل الإكلينيكي.

ب_ تقديم وصف شخصي لسلوك الفرد ويتضمن مشاعر العميل واتجاهاته وأفكاره التي يمكن كشفها بواسطة الإختبارات الوصفية التشخيصية لجوانب الشخصية.

ج_ تقييم ديناميات السلوك ؛ وتستخدم لمعرفة الإختبارات الإسقاطية لكشف العوامل المؤثرة في سلوك الفرد وفي رسم خطة العلاج بعد تحديد الاتجاهات التي ترتبط بحالة العميل سواء كانت نحو الأسرة أو العمل أو غيرها... (مرجع سابق، ص ص: 130-131)

7- صعوبات التشخيص الإكلينيكي

قد يعاني الأخصائي النفسي في عملية التشخيص والتقييم من الكثير من الصعوبات من تحديد الإضطراب الذي يعاني منه العميل، وهنا نذكر أهم هذه الصعوبات:

- تغير التصنيفات التي تستند إلى منطلقات سيكاثرية (طبية عقلية)
 - عدم وجود التصنيفات الشاملة، التي يمكن أن تستند إلى منطلقات اجتماعية وثقافية.
 - الخبرة الإكلينيكية في عملية التشخيص وفي تحديد الإضطراب النفسي.
 - تشابه وتداخل بعض الأعراض لنفس الإضطراب.
 - رجوع الإضطراب النفسي إلى عوامل متشابهة ومتفاعلة
 - إعتقاد الأخصائي بأن تشخيصه صحيح صحة مطلقة.
 - ضعف الإنتباه للإعتقادات الخاطئة عن المرض النفسي والعقلي، التي ينتابها العميل والمحيطين به.
 - أيضا توجد صعوبات نوعية يمكن أن تواجه الأخصائي مع بعض الحالات خاصة مع الأطفال ونذكر منها:
 - الطفل ما يزال ينمو، ولم يصل بعد إلى تمام نضج الشخصية: جسميا اجتماعيا وانفعاليا.
 - أن السلوك العادي والغير عادي عن الأطفال يختلف عنه عند الكبار.
 - المشكلات النفسية الخاصة بالاطفال تختلف مع النمو.
 - أن مرض الطفل يكون أحيانا عرضا لمرض أحد الوالدين.
 - إذا كان اللعب أداة تشخيصية علاجية ذات قيمة كبيرة عند الأطفال فإن الأمر يختلف لدى الكبار.
- قد يعاني الأخصائي كذلك من مشكلات تتعلق بتذكر المعلومات وحفظها، وإنتقاء الأدوات المناسبة، وبالتشتت في تجميع احتياجات كل حالة، وتقديم الإختبارات والمقاييس وتصحيحها.

وفي الأخير نقول بأن عمليتا التشخيص والتقييم هما فن يحتاج إلى متخصص مؤهل تأهيدا علميا معيناً، ومدربا تدريباً عملياً دقيقاً. كما أن التشخيص عملية تتضمن سلسلة من الإجراءات والخطوات التي يسير فيها الأخصائي بدرجة عالية من المرونة والخبرة اللتان تساعدانه على جمع المعلومات وتسجيلها وتحليلها وإتخاذ القرار المناسب.

المحاضرة الرابعة: المقاربات المرجعية المفسرة للاضطرابات النفسية

الهدف العام

أن يطلع الطالب على مختلف المقاربات المرجعية المفسرة للاضطرابات النفسية

الأهداف الإجرائية

- أن يتعرف الطالب على مختلف المقاربات المرجعية والأطر النظرية التي ساهمت في تفسير حقل الباتولوجيا وظهور الأعراضية والاضطرابات النفسية،
- التعرف على مبادئ كل مقارنة من المقاربات المفسرة للاضطراب النفسي
- التعرف على الوضعية التي تتبناها هذه النظريات بما يرتبط بالسببية، بالتشخيص، باستمرارية الاضطراب أو تراجعها.
- أن يتمكن الطالب من فهم كيفية تدخل العوامل الفردية، الثقافية والعرقية والنفسية الاجتماعية،

يعتبر فهم التوظيف النفسي من الأمور المعقدة لتعقد الظاهرة النفسية بشكل عام، كونه يعتمد على عوامل متباينة ومتداخلة فيما بينها؛ تتمثل في العوامل الجسدية، العصبية، النفسية، الثقافية والاجتماعية... الخ. لذا فقد برزت العديد من المقاربات لتفسير الاضطرابات النفسية. مقاربات ضرورية لا يمكن الاستغناء عنها في توجيه النشاط العيادي والعلاجي، إن كان على مستوى التشخيص أو على مستوى مساندة التكفل العلاجي. وما يجب التنبيه اليه، هو إلا انه لا توجد نظرية واحدة قادرة على تفسير الاضطراب النفسي لوحدها. فكل نظرية مفسرة للاضطراب تتميز بالتركيز الأحادي الجانب، إذ تركز في مستوى التحليل على جانب معين يمثل المرجعية الابستمولوجية والمنهجية لمستوى تحليلها، وهي في ذلك تختلف عما تقدمه النظريات الأخرى. لذا لا يمكن الأخذ بنظرية واحدة لتفسير منشأ الاضطراب، بل الاهتمام بمختلف هذه النظريات وللوقوف على كافة مستويات التحليل والاختذ بكل العوامل المؤدية للاضطرابات النفسية؛ الداخلية منها والخارجية على حد سواء في مقارنة شاملة وتكاملية.

يقترح (2019) serban Ionescu 15 مقارنة لتفسير حقل الباتولوجيا، وتعتبر جميعها مهمة ويجب الأخذ بها جميعها في مجال علم النفس المرضي، إلا اننا لا نتناول بالتفصيل للنظريات التي لنم تدرج في المقرر والمتمثلة في المدرسة البيولوجية، المنحى النظري البيئي النسقي، المنحى الاثنولوجي، علم النفس المرضي الطباع، نظريات النمو، المنحى الوجودي، المنحى الظاهري، المدرسة التجريبية، علم النفس المرضي الاجتماعي.

أما باقي النظريات (النظرية التحليلية، السلوكية، المعرفية، الإنسانية، النظريات الموضوعية أو اللانظرية فسنفصل فيها أكثر من خلال المحاضرات التالية). وفي آخر المقياس سنسعى إلى طرح النظرية الإدماجية لما لها من أهمية في فهم الاضطراب في تكامله لفرد يُفهم في شموليته كما جاءت عن (Ionescu, 2019).

1- النظرية البيولوجية

يختص بالأسباب الفسيولوجية المحتملة للاضطرابات العقلية، كنقص حمض "5-acide hydroxyindolacétique" في حالات الانتحار مثلا. تهتم المدرسة البيولوجية بتنفيذ معايير علم الأحياء لدراسة العميات والسلوك الذهني وهي بمثابة تخصص علمي حيث ركزت المدرسة البيولوجية على ان الدراسة العلمية لعلم النفس يجب ان تستند على فهم علم الأحياء بشكل عام وتعد مجالات علم الاعصاب السلوكي وعلم الاعصاب الإدراكي وعلم النفس العصبي جميعها حقولا فرعية لعلم النفس البيولوجي في محاولة معرفة المثيرات البيولوجية لتنسيقها بالمثيرات النفسية او السلوكية (Bonnet et Fernandez, 2006, p.146).

يحاول المنحى البيولوجي دراسة السلوك من خلال التعرف على تأثير الدماغ والجهاز العصبي والهرمونات والمورثات على السلوك الفرد وتفكيره ومشاعره وهذا بالطبع مخالف لمناحي علم النفس الأخرى التي حاولت فهم السلوك الانسان بالتعرف على أثر العوامل البيئية والاجتماعية على هذا السلوك. وفقا للمعنى البيولوجي فإن سلوك الانسان والحيوان لا بد من فهمه في ضوء وظيفته البيولوجية التي يحاول الإجابة على الأسئلة التالية كما أشار إليه (أبو غزال، 2015، ص31): كيف ترتبط الخلايا العصبية ببعضها البعض؟ كيف تؤثر وراثته خصائص رئيسية من الوالدين والاسلاف في سلوك الفرد؟ ما هي السلوكات الناتجة عن الغرائز؟ كيف تؤثر وظائف الجسد في مخاوف الانسان ورغباته؟

2- النظرية التحليلية

تهتم هذه النظرية بالواقع النفسي من رغبات وهومات، كما تستند إلى الصراعات النفسية لفهم الاضطرابات النفسية وتعطي أهمية للدفاعات النفسية. تهتم بأكثر تدقيق بالجانب السيكودينامي للفرد (الموقعي، الدينامي، الاقتصادي) بالإضافة إلى الجانب الجنسي والتاريخ الطفولي للفرد.

كما يتم تناول المنحى البنوي الذي يعتمد على الشخصية والبعد البنوي للفرد. فالفرد ذو البنية العصبية يصاب بالعصابات إن تعرض للآزمات أو الرضات النفسية، وذو البنية الذهانية بالفصامات. يرتكز هذا المنحى على العلاقة بين أركان الجهاز النفسي للفرد وعلى العلاقة بالموضوع، نوعية القلق، نوعية الصراع والآليات الدفاعية الأساسية المستعملة.

3- النظرية السلوكية

جاءت المقاربة السلوكية كرد على التحليل النفسي، وكانت تركز على الدراسة المعمقة والمفصلة

والوصفية والكمية للسلوكات القابلة للملاحظة.

تتمثل خصوصية هذه المقاربة في اهتمامها بالسلوكات الملاحظة كاستجابات للمثيرات التي يتلقاها الفرد من محيطه دون إسناد الأهمية للواقع النفسي الداخلي للفرد. و يرون بأن السلوكات المرضية والسوية تكتسب حسب

القوانين العامة للتعلم، تركز على نموذج الإشراف الكلاسيكي لبافلوف والاشتراط الإجرائي لسكينر. تركز على المتغيرات البيئية التي تعمل على إشراف السلوكيات.

تعتبر النظرية السلوكية الاجتماعية من أحدث نماذج النظريات في هذا التناول. ظهرت في الستينات مع staats، أين تظهر السلوكيات الباتولوجية في مقابل غياب السلوكيات المرغوبة من جهة، وتوفر سلوكيات ضارة في المجتمع من جهة أخرى.

4- النظرية المعرفية

ساعدت الانتقادات الموجهة للسلوكية في ظهور الاتجاه المعرفي ومن أهم رواده "أرون بيك (Beck Aron)، الذي أجرى دراسات حول الاكتئاب، و"أبرامسون (Abramson) صاحب نظرية التشاؤم، و"ألبارت إليس" (Albert Eliss) واضع تقنية العلاج العقلاني-الانفعالي .

يشير التناول المعرفي إلى ما يتوفر من معالجة معرفية عند الإنسان وهي تعتمد على وجود خلل أو اضطراب في معالجة المعلومات، تركز على السيرورات المعرفية المرتبطة بالاضطرابات العقلية.

وحسب هذه المقاربة، فإنه توجد ثلاث أنواع من البنيات المعرفية والتي تتدخل أثناء هذه المعالجة.

*المخططات المعرفية Les schémas cognitifs: تشير للمعتقدات الموجودة في الذاكرة طويلة المدى لا يمكن رؤيتها، تصفي المعلومات باختيار بعض المظاهر من التجربة المعاشة فهي عبارة عن مبادئ وقواعد غير قابلة للتغيير وهو ما يسمى بالمسلمات الصامتة (des postulats silencieux). عبارة عن عقود شخصية تظهر في شكل صورة نهائية غير قابلة للمراجعة، إجبارية تقريبا اضطهاديا. فمرور المخططات المعرفية (البنيات العميقة) إلى الحوادث المعرفية (البنيات السطحية) يكون عن طريق وسائط وهي السياقات المعرفية.

*السياقات المعرفية Les processus cognitifs: هي قواعد منطقية لتحويل المعلومات.

*الحوادث المعرفية Les événements cognitifs : تظهر على شكل أفكار آلية، عبارة عن حوار داخلي، صور ذهنية وتعبير لفظي ذاتي.

◀ وخلال العلاج يتعلم الفرد تغيير السياقات المعرفية والمخططات المعرفية أولاً، لأن تعديل العادات السلوكية المعرفية تعتمد على المخططات. فبتغيير الأفكار والمعتقدات يمكن أن تتغير الانفعالات والسلوكيات المضطربة والمرضية تبعاً لذلك.

5- نظريات النمو

لا يقصد به علم النفس النمو، يهتم بدراسة الروابط بين الشخصية والباتولوجيا. قام فيرنر Werner بوضع التصور التنظيمي للنمو. هذا الأخير الذي سيمثل سلسلة من عمليات إعادة التنظيم النوعية وفقاً لمبدأ تقويم التطور بتوفير الشروط الأكثر ملاءمة لتحسين الفرد من خلال سلسلة من التغييرات البنائية، والتسلسل الهرمي للسيرورات العضوية.

كما عرّف زيجلر Zigler التطور الطبيعي ليس من حيث المستوى المتوسط للأداء ، لكن من حيث المهارات الاجتماعية والعاطفية والمعرفية الهرمية، أي أن الكفاءة خلال فترة النمو تسمح بتكيف الموضوع مع البيئة وتحضير التكوين من المهارة المكتسبة خلال فترة التطوير التالية. وبالتالي فإن التطور المرضي يتكون من نقص في المهارات الاجتماعية والعاطفية، والتي لن تسمح بالتكيف. لذلك يمكن أن يكون الاضطراب المبكر سبباً لاضطرابات أكثر خطورة تظهر لاحقاً. وقد اختار Zigler الكفاءة السابقة للمرض إذا كمؤشر عام للمستوى التطوري للفرد.

ويرى آخنباخ Achenbach بأن التغييرات التي تحدث منذ الولادة وحتى النضج تجعل من مقارنة النمو ضرورية لفهم المشكلات التي تظهر خلال الطفولة والمراهقة. يطرح علم النفس المرضي النمو أسئلة حول المسار التطوري للسلوكيات غير التكيفية. وقد تم تصميم هذا المقاربة كطريقة للنظر في المشاكل بدلاً من الحل الكامل لها بفهم السلوكيات الشاذة في ضوء سيرورات النمو.

6- المنحى البيئي النسقي

يهتم بالشبكات الاجتماعية، بالتمييز بين الشبكات من النمط العصابي والذهاني. تعتمد نظرية الأنساق أو النظرية النسقية وتؤسس على التمييز بين النسق والبيئة أي على خط ورسم الحدود بينهما حيث تتشكل بيئة النسق في كل ما عداه وليس المقصود هنا البيئة الطبيعية فحسب بل البشر جميعهم والأنساق الأخرى كافة . وتعني بدراسة التنظيم كنسق ودراسة أجزائه المعتمدة كلا على حدة .

لها أهمية كبيرة في تفسير اعتماد انساق المجتمع على بعضها البعض في مصادر بقائها وتطورها وتفاعلها وتفسر الواقع الاجتماعي المعاش.

ويذهب هذا المنحى للقول بأن الفرد هو في نظام بيئي عبر الزمن، يكون هو وبيئته في توازن بيئي.

يرى إكهامر Ekehammar بتفضيل اتجاهين متناقضين:

- الشخصية personnalisme: يتركز الاهتمام على الفرد والعوامل الفردية

- الموقفية situationnisme: يتركز الاهتمام على البيئة والعوامل الظرفية.

وقد أدى تجميع المواقف إلى التفاعل: فهو يأخذ في الاعتبار دور ومساهمات الموضوع والوضع، والتفاعل بين الفرد والموقف. فهو نموذج متعدد السببيات وثنائي الاتجاه.

ويذهب جانوسكي Janoski إلى أن تطور التفاعل نحو نهج النظام البيئي أصبح ممكناً من خلال تطوير:

- النظرية العامة للأنظمة (العوامل الخارجية المفتوحة أو التفاعلات المغلقة داخل النظام): ففي توظيف

عمل مجموعة من المكونات المتفاعلة، فإن مجموع المجموعة التي تعمل معاً أكبر من مجموع الأجزاء المستقلة.

- علم البيئة البشرية: فهم العلاقة بين الكائنات الحية وبيئتها، أي النظام البيئي البشري كنظام مفتوح،

للحفاظ على الاستقرار الذي يتغير باستمرار.

وهناك عدة مستويات تتفاعل مع بعضها البعض:

- فسيولوجية (يضمن السلامة الجسدية الداخلية للجسم)

- نفسية (التفاعلات بين الوظائف والعمليات تتوسط السلوك).

- الفردي/ البيئة المادية (تضمن السلامة الجسدية من خلال تفاعل الكائن الحي مع الظروف البيئية المادية)
 - ثنائية (التفاعلات بين الزوجين، حيث يتأثر سلوك كل منهما بسلوك الآخر)
 - الأسرة (التأثير السلوكي يمتد، ويتم البحث عن توازن بين الاستقرار الداخلي والتكيف الضروري مع الخارج)
 - الشبكة الاجتماعية لكل فرد من أفراد الأسرة
- وتتضمن المقاربة البيئية النسقية لعلم النفس المرضي فهم ظروف ظهور الاضطرابات النفسية المرضية والحفاظ عليها، والتشخيص والتطور.

7- المنحى الاثنولوجي (أو الاثنوتحليلي)

يهتم بدراسة الروابط بين الثقافة والاضطرابات النفسية. من جهة بالاضطرابات التي تبدو خاصة بثقافة معينة مع التشكيك في فكرة عالمية الاضطرابات النفسية، كما يهتم بالأمراض التي تسببها ثقافة ما وتحرض على ظهورها.

فهو اذا دراسة العلاقة بين الاضطرابات النفسية للمريض وثقافته الأصلية. نشأت هذه المقاربة من اهتمام المهنيين اللذين طلبوا بتوفير الرعاية لأفرد من ثقافات مختلفة بسبب (الهجرة الاقتصادية، حركات اللاجئين، شبكات المساعدة النفسية في البلدان النامية). فهي دراسة الاضطرابات النفسية من منظور ثقافي. كان فرويد مهتمًا بالتأثيرات النفسية المرضية للحقيقة الثقافية وساهم ديفيرو Devereux في تطوير الطب النفسي العرقي والتحليل النفسي الإثني.

ومن المساهمات التي اقترحتها هذه المقاربة نذكر:

- تأثير النماذج الثقافية على نظريات الطب النفسي
- التمايز الثقافي للتعبير عن الأعراض
- النظريات الاثنولوجية التقليدية
- قيم أحداث الحياة من منظور ثقافي
- تأثير الثقافة على المعرفة
- المتلازمات الثقافية الخاصة.

يعتبر الاختلافات الثقافية في التعبير عن الحالات المرضية حقيقة معترف بها عالميا. ففي مجال الاضطرابات النفسية الاثنية "علم النفس المرضي الإثني"، كما هو الحال في علم النفس المرضي العام، فإن الهدف يتمثل في صياغة التشخيص والتشخيص للتطور واختيار العلاج.

وهناك عدد من المتلازمات الخاصة بالثقافة: التي تم حصرها عبر العالمين نذكر على سبيل المثال لبعض هذه المتلازمات الثقافية المحددة:

- لاتاه le latah (آسيا): بعد حد أدنى من التحفيز، يرد الفعل المفاجئ وفقدان السيطرة والعبث (لومة التنسج اللاإرادي). نلاحظ مجموعة متنوعة من فئات الافراد لديهم المتأثرة باللاتا.
- الكورو le koro (آسيا). نوبات مع الخوف من دخول القضيبي إلى البطن.
- جريان le jiryan (آسيا): الخوف من فقدان القوة الحيوية من خلال الحيوانات المنوية

- لاموك l'amok (آسيا): بعد الإحباط ، واجه الناس هجوماً مفاجئاً غير منضبط.
- عصاب التنظيف (سويسرا الألمانية): يتم التنظيف بشكل مبالغ فيه وبطريقة غير عقلانية.
- الوينديغو windigo (الهنود الشماليون): يقوم الفرد بمهاجمة وأكل الناس الآخرين
- الانثروبوفوبيا l'anthropophobie: الثقافة اليابانية ثقافة العار، ولديهم رغبة ملحة في اعطاء انطباع جيد للآخرين.

تظهر هذه المتلازمات أحياناً في ثقافات مختلفة وبعيدة جداً. لا يتعلق الأمر بالثقافة فقط. لديهم مكونات مشتركة مثل الخوف وفقدان الذاكرة والانسحاب الاجتماعي ...

8- علم النفس المرضي الطباع

عملت على تكيف أساليب البحث المستمدة من ملاحظة عالم الحيوانات على الجانب النفسي للإنسان.

ويرجع لها الفضل الأساسي في تطوير نظرية التعلق لبولبي Bowlby

وتتكون المقاربة الطبائغية من 3 مراحل:

- وصفية: بمعرفة السجل السلوكي للموضوعات المدروسة (ملاحظة ساذجة، قائمة بالسلوكيات الملحوظة، تجميع السلوكيات في فئات أنماط سلوكية)

- استكشافية: فحص التأثيرات الفارقية لبعض العوامل المختارة (عضوية أو بيئية) على سلوكيات محددة.

- تقييمية: تتحقق من عمومية العلاقات التي تم فحصها خلال المرحلة الاستكشافية (تقييم المعايير السلوكية المحددة للسكان، والاختلافات السلوكية المنسوبة إلى العوامل العضوية والبيئية، من خلال خطة البحث التجريبية)

9- المقاربة الوجودية

ترى بأن المريض مطالب باكتشاف كيانه الخاص بمساعدة طبيبه المعالج، من خلال تحديد الآليات التي يمكن أن تشوه مفهوم هويته و فك أعراضه تدريجياً لأجل أن يتحرر من المرض.

علم النفس الوجودي

تحاول هذه المقاربة فهم وجود الشخص المصاب باضطرابات نفس مرضية واضطراباته نفسها. وتتعلق

المساهمات بشكل رئيسي بالتدخل العلاجي النفسي.

يعتبر رولو ماي Rollo May على رأس حركة العلاج النفسي الوجودي في الولايات المتحدة.

ويستخدم راميريز Ramirez المقاربة الوجودية في علاج مدمني المخدرات: بتقديم بدائل للموضوع وترك له

حرية الاختيار. ويعزو مكانة بارزة لمفهوم المسؤولية، أي القدرة على مواجهة الواقع والاستجابة له بشكل إيجابي. وبمجرد أن يقترن العلاج، فإنه لا يقوم بالتشخيص أو التكهن بمآل المرض حتى لا يضعف تأثير التجربة العلاجية للمواجهة.

ابتكر فرانكل Frankl شكلاً من أشكال العلاج النفسي الوجودي، يهدف إلى مساعدة الأفراد على إيجاد

معنى لحياتهم ، لكسر الملل.

تركز المقاربة الوجودية على ثلاثة مفاهيم للنهج الوجودي: الإرادة ، الحصر والموت.

10- المدرسة التجريبية (علم النفس التجريبي)

تعتمد على ما قام به بافلوف من تجارب على الحيوانات، و لكن بطريقة أكثر ارتقاء وبالتوجه المباشر للإنسان وملاحظة الفروق بين الأسوياء والمرضى منهم. بالاستناد على المنهج التجريبي إذ يتم قياس زمن ردود أفعالهم.

فهذه المقاربة اذا تُعني درجة السيطرة التي تمارس على وضعية البحث والظواهر التي تحدث تبعاً لذلك.

وقد سعى كلود برنارد Claude Bernard على الحافظ على جميع الظروف ثابتة باستثناء تلك التي يمكن توضيح تأثيرها على الظاهرة المدروسة. فيؤسس العلاقات السببية بين الأحداث ويتبأ بحدوث الأحداث. والمسألة تتعلق بتفسير متغيرات المتغير التابع بدون أخطاء.

يقدم النهج التجريبي التجريب في المجال النفسي. إذ قام فونذت Wundt بإنشاء أول مختبر علم نفس

التجريبي. وفي فرنسا، نذكر أعمال بينيه Binet ، وبيونيس Beaunis ، وبيرون Piéron .

يعود النهج إلى بداية القرن العشرين، ويؤكد بافلوف Pavlov على أهمية التجارب على الحيوانات لفهم الباتولوجيا (دراسة العصاب التجريبي). وقام Baruk & Jong بإجراء التجارب على الكاتاتونيا عند الحيوانات وقام بإضفاء الطابع المؤسسي على علم النفس المرضي التجريبي.

ويعني علم النفس المرضي التجريبي حسب كيميل Kimmel إما الدراسة التجريبية للسلوك المرضي (دراسة

الطريقة التجريبية للسلوك المرضي) أو دراسة السلوك المرضي التجريبي (دراسة السلوك المرضي المنتج تجريبياً) وقد ساهم موضوعان في تكوينه: العصب التجريبي و الكاتاتونيا التجريبية.

11- المنحى الظاهري

يسعى لمعرفة "تجربة الجنون" من خلال الأفراد اللذين اختبروه، ليصبحوا بالتالي مصادراً أساسياً لاستقاء

المعلومات. نشأت الظهورية من الفلسفة الفينومينولوجية الألمانية (هوسرل وهايدجر Husserl et Heideger). فهي دراسة حقائق التجربة الحية، بصرف النظر عن المبادئ أو النظريات (علاقة الموضوع بالعالم، معنى الواقع الاجتماعي). وسمح النهج بتعدد وجهات النظر في علم النفس المرضي:

- نهج وصفي قريب من علم النفس التجريبي الوصفي للظواهر (جاسبر Jaspers): علم النفس المرضي يتعامل مع ما يختبره المرضى وحالاتهم المزاجية ، وتقوم بإضفاء المعاني.

- نهج بيسوانجر Biswanger اهتم بتحليل الوجود (Daseinanalyse). وهي مسألة فهم الرجل في الموقف؛ أي فهم "الوجود بكل أشكاله وكل عوالمه". فهي مقارنة علاجية معقدة وغير مألوفة.

لطالما أعاققت اللغة الفلسفية ومؤلفيه نشر هذه المقاربة.

وفي أمريكا الشمالية، تعتبر جامعة دوكسين Duquesne مركز التدريب الرئيسي في علم نفس الظاهري. ولقد تم تطويرها بشكل أساسي كمنهجية. وإحدى المساهمات الكلاسيكية في هذا المجال هي مساهمة بيسوانجر Biswanger حول (الفصام ، المناخولوليا أو السودوية، والهوس).

12- علم النفس المرضي الاجتماعي

يهدف هذا المنحى للتعرف على المظاهر المرضية في المجتمع. وكانت انطلاقة من خلال ما تمت ملاحظته من ظهور مكثف لبعض الاضطرابات النفسية في البيئات المحرومة كظاهرة الانتحار مثلا. يتم تضمين مجال هذه المقاربة في مجال الطب النفسي الاجتماعي. يتم استخدام هذا التعبير من قبل باستيد Bastide الذي يعتبر علم النفس المرضي الاجتماعي معادلاً للطب النفسي الاجتماعي. تزامن تطور الطب النفسي الاجتماعي مع المساهمات في مجال علم اجتماع الأمراض العقلية والتحليل النفسي الاجتماعي. هذا النمو هو بلا شك نتيجة للوعي بحدود المعرفة بالاضطرابات النفسية من وجهة نظر طبية. يذهب بلوندوني Bleanodonu للقول بأنه لا يوجد سوى الطب النفسي الاجتماعي. يشمل مجال الطب النفسي الاجتماعي مجال علم النفس المرضي الاجتماعي الذي تتمثل أهدافه الدراسية في:

- دور العوامل الاجتماعية في مسببات المظاهر النفسية المرضية (sociogénèse)

- العلاقة بين ظهور الاضطرابات النفسية والانتماء إلى طبقة اجتماعية

- تداعيات المرض العقلي على علاقة المريض بالبيئة الاجتماعية.

- تطور المرض النفسي المرضي مع مرور الوقت

تقع مسؤولية الوقاية والعلاج المتصورة من منظور اجتماعي على عاتق الطب النفسي الاجتماعي (العلاج الجماعي، العلاج الاجتماعي، استخدام أماكن المعيشة للأغراض العلاجية): فهي تجمع جميع التدابير الوقائية والعلاجية التي تهدف إلى تمكين الفرد من أن يعيش حياة مرضية ومفيدة في بيئته الاجتماعية.

13- المقاربة (اللانظرية)

يقصد بها تصنيفات DSM، ومصطلح اللانظرية غير واضح حسب lonescu، ويفضل بدلا من ذلك مصطلح متعدد النظريات "polythéorique" أو المحايد بين مختلف النظريات. وهو ما سنفصل فيه في المحاضرة الخاصة بهذه المقاربة.

14- المقاربة الإدماجية

يرى روادها بأنه لا يمكن فهم الاضطرابات النفسية بالاعتماد على مقاربة نظرية واحدة بل يجب إجراء تركيب (توليف) بين مختلف المقاربات حيث نأخذ إيجابيات و نقاط قوة و نجاحات كل مقاربة ونحاول التوليف بينها وهذا ما يسميه المختصون: "المقاربة التكاملية" أو "الاتجاه التكاملية". وهوما سنفصل فيه أيضا في محاضرة المقاربة الإدماجية.

المحاضرة الخامسة: مدرسة التحليل النفسي

الهدف العام

أن يطلع الطالب على نظرية التحليل النفسي والاطلاع على مبادئها وروادها

الاهاف الإجرائية

- أن يتشكل لدى الطالب خلفية حول تاريخ للتحليل النفسي
- أن يتعرف على مسلمات نظرية التحليل النفسي
- أن يتعرف على مبادئ نظرية التحليل النفسي الفرويدي
- أن يتمكن الطالب من التعرف على كيفية تدخل مراحل النمو النفسي الجنسي في ظهور الاضطرابات النفسية.
- أن يتعرف على كيفية تفسير التحليل النفسي لإشكالية العادي-المرضي

1- الخلفية التاريخية للتحليل النفسي

يعتبر سيجموند فرويد مؤسس النظرية التحليلية، درس فرويد الطب في جامعة فيينا وتخرج منها عام 1881. تأثر كثيرا بأفكار دارون حول التطور. كان هدف فرويد أن يصبح عالما مشهورا لذلك لم يكن متحمسا لمهنة الطب وفي فيينا التقى فرويد بأستاذه الكبير (ارنست بروك) حيث عمل معه في مختبره وحصل على شهادة الماجستير، ثم سافر إلى فرنسا في بعثة دراسية (الزيود، 1998، ص19)

تأثر شاركو Charcot به في مجال بحوثه عن الهستيريا، وفي خريف 1886 استقر به الأمر في فيينا كطبيب أخصائي في الأمراض النفسية. وقد استخدم في ذلك الوقت العلاج بالكهرباء والتتويم المغناطيسي (الخوaja، 2002، ص. 42)

وفي عام 1891 ظهرت أول بحوث فرويد في الشلل الدماغى وشاركه في ذلك العالم اوسكار وقد تأثر فرويد بعلم الطبيعة وخاصة الطاقة والديناميات، وبفضل عبقريته فقد اثبت انه من الممكن تطبيق الديناميات على شخصية الإنسان، وعندها بدأ يرسى دعائم علم النفس الدينامى والذي يدرس تحولات الطاقة وتغييراتها المتبادلة في صميم الشخصية، وقد كان هذا العمل من أعظم انجازات فرويد وهو الحدث الجوهري في علم النفس. في عام 1900 أصدر كتابه الشهير: (تفسير الأحلام) ثم اصدر بعده عددا من الكتب في فترة قصيرة ابتكر فرويد التحليل النفسي كطريقة في العلاج وكنظرية في فهم الشخصية، كما تبني مفهوم الطاقة النفسية لتأثره بالفلسفة الوجودية.

2- مسلمات نظرية التحليل النفسي

- الغريزة الجنسية هي الأساس لأكثر العمليات العقلية عند الفرد.
- التأكيد على الحتمية البيولوجية وإهمال العوامل الثقافية والاجتماعية في ظهور الاضطرابات النفسية.
- كل أنواع السلوكيات التي تصدر عن الفرد تعود للأعماق وتعمل على توجيه السلوك والتفكير .
- السنوات الخمس الأولى في حياة الطفل ذات أهمية كبيرة في حياة الفرد النفسية .
- ويرى بأن الفرق بين السوي واللاسوي فرق في الدرجة فقط.
- الحلم ليس حالة من العماء إنما حقيقة واقعية منطقية ولغة رمزية، وهو الطريق الملكي للشعور .

3- مبادئ نظرية التحليل النفسي الفرويدي

قامت مدرسة التحليل النفسي على ثلاثة أعمدة، هم: فرويد Freud، أدلر Adler، يونج Jung، وقد قام الأخيران بدور كبير في تطوير النظرية التحليلية بعد فرويد. ويرجع الفضل في تأسيس نظرية التحليل النفسي كما اشرنا إليه إلى سيغموند فرويد، تركب الشخصية حسب فرويد من مجموعة من المكونات المختلفة هي بمثابة الأبعاد المتعددة للكائن الواحد تتفاعل فيما بينها مشكلة شخصية كل إنسان والتي تميزه عن غيره من الأفراد كما يشير إليه وليد اللهوي عن (محمد شحاته ربيع، 2005)، وتتخلص هذه المكونات في النزوات (الغرائز)، والشعور واللاشعور، وقوى الشخصية.

● النزوات (الغرائز): هي القوى البيولوجية للشخص والعوامل الغريزية المحركة للشخصية التي يعتبرها فرويد فطرية في الإنسان، الهدف منها تخفيف الضغوط والتوترات، وهي صنفان، الأول نزوات الحياة تتمثل في الجنس والطعام والشراب. ونزوات الموت مثل الكراهية والانتحار.

● الشعور واللاشعور: يشبه فرويد الجانب النفسي في الإنسان بجبل الجليد في البحر، الجزء الظاهر منه وهو الأصغر يقابل الشعور أما الجزء المخفي منه وهو الأكبر يقابل اللاشعور، وهناك منطقة ثالثة بينهما أطلق عليها اسم منطقة القبشعور، توجد فيها مواد لم تصل بعد إلى مرحلة الكبت، يمكن استحضارها ببسر إلى منطقة الشعور.

● قوى الشخصية: قسم فرويد الشخصية تقسيماً ثلاثياً آخر إلى -جانب التقسيم السابق- إلى ثلاث قوى تتصارع فيما بينها.

- القوة الأولى "الهو"، يتضمن القوى الجنسية والعدوانية، وهو أشد القوى الثلاث عدائية قبل أن يهذبه المجتمع. لا يعترف "الهو" بالأعراف ولا بالمعايير الأخلاقية أو القيم الإنسانية، مبدؤه الأول هو اللذة التي ينفس بها عن كبته.

- القوة الثانية هي "الأنا"، وهي جزء من "الهو" قامت بالانفصال عنه بعد أن تفاعلت مع العالم الخارجي وتأثرت بمعاييره وقوانينه حتى صارت أكثر عقلانية من "الهو" حيث تلعب دور الوسيط بينه وبين العالم الخارجي، لذلك

يشبه فرويد علاقة الهو والأنا بعلاقة الفارس بفرسه حيث أن الفرس يسير بقوة واندفاع ذاتي غريزي فيما يقوم الفارس بتوجيهه وفق معرفته وخبرته.

- أما القوة الثالثة فهي "الأنا الأعلى" وهي تبدأ في التشكل منذ مرحلة الطفولة من خلال ما يتعلمه الطفل من والديه خاصة عبر آلية الثواب والعقاب، وعندما يتجاوز الطفل مرحلة الطفولة يكون قد تكون لديه مندوب عن والديه وعن القيم والأعراف والتقاليد، هذا المندوب هو "الأنا الأعلى" أي الضمير، وهو أسمى جانب في الشخصية.

4- مراحل تكوين الشخصية عند الطفل

يعتقد فرويد ان تطور الفرد يسير عبر سلسلة من المراحل النمائية المتميزة , وفي كل مرحلة منها يسود نمط عام من انماط السلوك والنشاط. وقسم فرويد مراحل النمو النفسي الجنسي إلى خمسة مراحل:

1-المرحلة الفمية (من الميلاد إلى السنة الأولى)

تبدأ منذ الولادة وتنتهي في السنة الاولى ويعتبر فرويد الفم مصدرا للحصول على اللذة الجنسية ومصدر للحصول على الطعام والشراب ومنذ الولادة تتركز الفعالية السيكولوجية حول الفم وخلال هذه المرحلة تنشئ علاقات عاطفية وروابط انفعالية لدى الطفل (العزة وعبد الهادي ,2001, ص.18)

وقد يأخذ المص شكل مص اصابع اليدين والقدم....الخ على اعتبار ان الفم والشفاه هي لغة الاتصال كونها مناطق حساسة ومثيرة للطفل فأن مص الصدر ينتج عنه مشاعر سارة مرتبطة بالمتعة والاثارة الحيوية لدى الرضيع.

أ - السلوك الفمي الاسهامي

ويدور هذا السلوك حول الاثارة الحسية الممتعة للفم حيث ان طاقة الليبدو تتركز في الفم اولا ومع النضج تنتقل لأعضاء أخرى وتصبح الأجزاء النامية الناضجة هي نقاط الإشباع الرئيسية. وان حرمان الطفل من الاشباع الفمي الضروري يمكن ان يقود الى مشاكل لاحقة عندما يصبح كالأكل الزائد عن الحاجة والتدخين. (الخوaja , 2002 , ص 58)

ووظيفة الفم قبل ظهور الاسنان هي ادخال الطعام واكتشاف العالم الخارجي وعندما تبدأ الاسنان بالظهور يشعر الطفل بالسعادة عندما يقوم بالمص والبلع والعض ويحدث ذلك تأثيرات ايجابية على شخصية الطفل من ثقة وتفاؤل واهتمام بالمعرفة (الزيود , 1998, ص28)

ب - السلوك الفمي العدوانى

بظهور الاسنان يصبح سلوك العض هو النشاط الرئيسي، وخصائص البالغين الذين طوروا تثبيت فمي عدواني تؤدي الى سمات مثل السخرية العدائية العدوانية اصدار تعليقات جارحة بحق الاخرين ... الخ والشخصية السادية لها صلة في مرحلة النمو الفمي العدوانى وسلوكيات الطمع والاكتساب لاشياء مادية مبالغ فيها. (الخوaja، 2002، ص. 52)

2- المرحلة الشرجية (2-3 سنوات)

وهي ممتدة من بداية السنة الأولى حتى نهاية السنة الثالثة حيث ينتقل مصدر اللذة من الفم الى المنطقة الشرجية وتشمل هذه المرحلة ايضا مرحلتين فاللذة بداية تكون من خلال القذف والإخراج والإمساك والإبقاء، والثانية من خلال تدريب الطفل على الإخراج في بداية السنة الثالثة وما يشعر به من راحة وأزاله للقلق لتخلصه من الفضلات (الزويد، 1998، ص.29) ويرى فرويد ان المنطقة الشرجية تصبح العنصر الأهم في تكوين الشخصية. وعلى الطفل أن يتقن المهمات التالية، تعلم الاستقلال، الإحساس بالقدرة الشخصية، تعلم كيفية إدراك المشاعر السلبية والتعامل معها، مواجهه متطلبات الوالدين، التعامل مع الإحباط الناجم عن التعامل مع الأشياء واستكشاف بيئاتهم، التحكم بعضلات الإخراج، وإرجاء اللذة وإحكامها للواقع (الخوaja، 2002، ص.60)

3- المرحلة القضيبية (3-6 سنوات)

تتركز هذه المرحلة حول الأعضاء التناسلية، يصبح النشاط الجنسي أكثر شدة وتصبح منطقة الأعضاء. والجنسية هي أساس النشاط في هذه المرحلة، يستمتع الطفل باللعب بأعضاء جسمه المختلفة. ويعتقد فرويد أن الصراع الرئيسي يدور حول الرغبات الجنسية اللاشعورية المحرمة التي يطورها الطفل نحو الأب والام. وتعرف المرحلة بعقدة أوديب (للذكور) والكترا (للإناث). ولأن هذه المشاعر مهددة بطبيعتها فتكبت، إلا أن لها دور أساسيا في التكيف والتطور الجنسي اللاحق. وهي حسب فرويد مرحلة مهمة في تكوين الشخصية، بحيث يتقمص الطفل شخصية الاب ويرغب في أن يحل محله بجانب الام. كما تعاني البنت من غيرة تجاه أمها وترغب في القيام بمقامها امام الاب، حيث يتشكل لدى الطفل في هذا المرحلة ثنائية الحب/ الكراهية. ويكون الاب كرمز للسيطرة والقوة وكموضوع مهدد للطفل.

يبدأ لضمير بالتطور ويتعلم الأطفال المعايير الأخلاقية في هذه المرحلة ، كما قد يؤدي التعليم الصارم للقوانين إلى سيطرة الانا الأعلى المفرطة والتي ترتد سلبا على الحياة النفسية اللاحقة للطفل. ويشير فرويد الى تزامن الشعور بالحب والقرب نحو الام من قبل الطفل الذكر ونحو الاب من الطفل الانثى وهذه الرغبات والصراعات تكبت من خلال طريقتين هما عقدة اوديب وعقدة اليكترا.

4- مرحلة الكمون: (7-12 سنة)

تفصل مرحلة الكمون بين التطور الأول المتميز بالطبيعة الطفلية للاهداف الجنسية، وتتميز المرحلة بتراجع الطاقة الجنسية، تخدم فيها كل النزوات وتتحول الاهتمامات من مشاعر اللذة الذاتية إلى تكوين علاقات وصدقات ومعارف، ويتحسن التفاعل الاجتماعي مع الآخرين خارج إطار الأسرة، وتبدأ هذه المرحلة (التفاعلية) مع دخول الطفل إلى المدرسة، حيث تزداد ثقته بنفسه، وتتطور لديه الرغبة في تنمية مهاراته الاجتماعية

5- المرحلة التناسلية: (تبدأ مع سن البلوغ)

تشير إلى المرحلة التي يتم فيها الانفتاح نحو الجنس الاخر بعد مرحلة من الراحة خلال مرحلة الكمون. تنفجر افول عقدة الاوديب وتبرز على السطح، لكن بمنظور تناسلي وليس جنسي، اين تبرز الرغبات الجنسية بقوة، خاصة مع ما يرافقها من تحولات جسدية وثورات هرمونية في مرحلة المراهقة. تصبح الرغبة الجنسية أكثر

نشاطاً، بحيث يهتم الفرد بشكل أكثر بالجنس الآخر في الحالات السوية وتشكلت هوية جنسية حقيقية، والا وقع الفرد فاضطراب الهوية الجنسية ما يؤدي إلى الوقوع في المثلية الجنسية كنتيجة لذلك، ويزداد اهتمام الفرد برفاهية الآخرين بعد أن كان اهتمامه مقتصرًا على احتياجاته الفردية في المراحل السابقة، كما يصبح أكثر اتزاناً في حال مرور المراحل السابقة بشكل ناجح.

5- التحليل النفسي و إشكالية العادي - المرضي

أوضح (2008) Reicherts آراء المحللين حول السواء والمرضي، و أشار إلى أن فرويد حصر مصطلح المرضي في اتجاه واحد؛ إلا وهي العصابات. إذ يرى بأن ما يميز العادي عن المرضي يتمحور حول اختفاء عقدة الأوديب أو عدم اختفائها ويضيف بأنه يصعب تحديد الخط الفاصل بين ما هو عادي وغير عادي. ففرويد يرتكز على 3 مسلمات في مجال علم النفس المرضي؛ وهي أن الأمراض النفسية للراشد تجد جذورها في الصعوبات التي يختبرها على مستوى النمو لجنسية الطفولة. وأن كبت النزوات الجنسية والعدوانية هي ما يشكل العرض. كما أن الطريقة المعاشة في مرحلة تنظيم الشخصية (الأوديب) ترتبط أساس بالظروف المحيطة.

- اما بالنسبة ليونج Jung، فإن العادي لديه يرتبط باتحاد الانبساطية والانطوائية، ويرتبط المرض بخروج الفرد من إطار الإمتثالية للمحيط.

- يرى دياكتين Diatkine بأن معالم الشذوذ (اللاسواء) في كون الفرد تعيسا و لا يشعر بكونه سعيدا.

- شيلاند Chiland يعتبر سلاسة و مرونة المرور من توظيف يرتبط بالواقع إلى توظيف جيد على المستوى الهوامي هو بمثابة معيار للسواء.

- أما Bourdier فيرى بضرورة الأخذ بعين الاعتبار سن و جنس الفرد في دراسة المظاهر الإكلينيكية لأجل الحكم على السواء أو اللاسواء.

- أما Bergeret (2003) فإنه يرى من جهة؛ بضرورة تمييز البنيات الحقيقية القوية الثابتة و النهائية، والتنظيمات البنينة الأقل تحديدا (الحالات الحدية) من جهة أخرى. فمفهوم السواء يختص برأيه بحالة التكيف الوظيفي الجيد في إطار بنية ثابتة، عصابية كانت أو ذهانية. في حين يرتبط المرض بفقدان التوازن داخل نفس الإطار البنيني.

كما أشار بارجوري إلى السواء المرضي "La normalité pathologique" وهي شخصيات "شبه عادية" ليس لديهم بنية متزنة و ثابتة في حين أنهم يظهرون أسوياء أو بالأحرى "مفرطي السواء". فهم لا يمكن اعتبارهم أسوياء، فالمتظاهرين بالسواء يخفون استثمارات طاقوية جد مكلفة على مستوى الاستثمار المضاد.

يؤكد الباحث أن السواء هو في المقام الأول أن لا ينشغل "بما يفعله الآخرون؟" ولكن ببساطة أن يسعى طوال حياته دون قلق أو خجل لأن يتلاءم على نحو أفضل مع صراعات غيره و صراعاته الخاصة دون تنازل عن إمكاناته الإبداعية أو حاجاته الخاصة.

المحاضرة السادسة: مفاهيم فرويد الأساسية في اطار مدرسة التحليل النفسي

الهدف العام

- أن يطلع الطالب على المفاهيم الفرويدية الموظفة في اطار مدرسة التحليل النفسي

الاهداف الاجرائية

- أن يميز الطالب بين ما اشار اليه فرويد حول النزوات، مكوناتها وابعادها ويميز بينها وبين الغرائز
- أن يتعرف الطالب على مفهوم الصراع، ويميز بين الصراع الشعوري واللاشعوري
- أن يتعرف الطالب على تنظير فرويد حول موضوع القلق .

لجأ فرويد إلى توظيف العديد من المفاهيم التي تتميز بها مدرسة التحليل النفسي، تتمثل في موضوع النزوات، الصراع، القلق، الآليات الدفاعية. وشكلت هذه المفاهيم قاعدة للعديد من الباحثين من وراءه كاستمرارية لما طرحه فرويد؛ وفي هذا نذكر ما ذهب إليه بيار مارتني في مجال السيكوسوماتية، وجون بارجوري في مجال علم النفس البنيوي.

1- نظرية فرويد حول النزوات

تعتبر النزوة من المفاهيم التي تناولها فرويد في ثنائياته النظرية، فشملت النظرية الأولى على نزوات الأنا والنزوات الجنسية. ثم قام فرويد بالتعديل من هذه النظرية، و نتج عنها النظرية الثانية فشملت نزوات الحياة ونزوات الموت.

تدل نزوات الأنا في إطار نظرية النزوات الأولى التي صاغها فرويد بين (1910- 1915) على نمط نوعي من النزوات التي تضع طاقتها في خدمة الأنا خلال الصراع الدفاعي، و هي تدرج ضمن نزوات حفظ الذات وتتعارض مع النزوات الجنسية. (لابلانث و بونتاليس، 1997، ص. 517). ثم وفي تقديمه لفكرة النرجسية ادخل فرويد تعديلا وهو انه بمقدور النزوات الجنسية أن تصب طاقتها على موضوع خارجي (ليبدو الموضوع) أو على الأنا (ليبدو الأنا أو الليبدو النرجسي)، فجاء التعارض بين ليبدو الأنا وليبيبدو الموضوع كي يزيل التعارض ما بين نزوات الأنا والنزوات الجنسية في فكر فرويد وأدرجت النزوتين تحت نزوات الحياة. وفي نظريته الثانية صرح فرويد أنه في مقابل نزوات الحياة تأتي نزوات الموت. فبينما تنزع نزوات الحياة أو الأيروس «Eros» إلى تكوين وحدات متزايدة في كبرها على الدوام وإلى الحفاظ عليها، فان نزوات الموت أو التانتوس «Tanatos» تنزع إلى الاختزال الكامل للتوترات والرجوع بالكائن الحي إلى الحالة اللاعضوية. وهو ما أشار إليه فرويد بـ "ما فوق مبدأ اللذة" في كتابه الصادر في 1920. وأن نزوة الحياة ما هي إلا طريق ملتف نحو نزوة الموت.

تتوجه نزوات الموت في بادئ الأمر نحو الداخل وتنتزع نحو التدمير الذاتي، ثم تتوجه فيما بعد ثانويًا نحو الخارج وتتجلى عندها على شكل نزوة العدوان أو نزوة التدمير. و بالإضافة إلى ذلك أشار فرويد إلى نزوة السطو والنزوة الجزئية التي تختص بالمناطق المولدة للغلظة (الفمية، الشرجية والقضيبيية)، تنشط هذه النزوات الجزئية في البداية مستقلة عن بعضها البعض في الطفولة، ثم تنتزع للاتحاد في مختلف التنظيمات الليبيدية فتتشكل النزوة الجنسية الموحدة التناسلية في الحالات السوية في سن البلوغ. وهو ما دعى فرويد للقول بأن الطفل شاذ متعدد الأشكال. (مرجع سابق، ص.ص. 516-541)

اقترح فرويد المصطلح الألماني «trieb» و الذي ترجمه «pulsion» بالفرنسية لأجل التمييز بين الطاقة النفسية المرتبطة بالجانب الحيوي للفرد، وبين الطاقة النفسية الخاصة بمجموع الرغبات؛ هذه الأخيرة التي تستند لمبدأ اللذة و مبدأ الواقع و مبدأ الثبات أو مبدأ النيرفانا (Morel, 1995, p.38) على أساس أن الطاقة النزوية كما ترى الباحثة تظهر على شكل استثارة تؤدي لإنتاج التوترات أي الرغبة؛ حيث إشباع هذه الرغبة يعمل على تفريغ الطاقة النفسية ومنه تخفيض التوترات والوصول إلى العتبة الأساسية (seuil de base) وبالتالي استعادة التوازن الهيموستازي للفرد [...] و يخضع الفرد إلى نوعين من الاستثارات؛ استثارة خارجية ترتبط بالعوامل والظروف، واستثارة داخلية المنشأ، تدعى بالنزوات. (Ibid, p.p.40-43)

تعرف النزوة في إطار التحليل النفسي بأنها عملية دينامية تتمثل في اندفاع (شحنة طاقوية وعامل حركية) تنتزع بالمتعضي نحو هدف معين. وتتبع النزوة حسب فرويد من إشارة جسدية (حالة التوتر) ويتمثل هدفها في القضاء على حالة التوتر التي تسود على مستوى المصدر النزوي، ويمكن للنزوة أن تدرك هدفها هذا في الموضوع ذاته أو بفضل. (لابلانن و بونتاليس، 1997، ص. 531) يرتبط مصير النزوة بمفهوم الاستثمار، فميزة النزوة أنها حركية و ليست ثابتة، بل هي متغيرة متجددة و متكررة، تزيد و تنقص. فهي بالتالي تستثمر في مواضيع معينة ما، تسحب استثمارها منه ثم تعاد و تستثمر في مواضيع أخرى. (Morel, 1995, p.44) أما عن مكونات النزوة، فبالرجوع للتعريف الفرويدي، فإن للنزوة ثلاث مكونات: المصدر، الهدف والموضوع. قام Jeammet بإضافة مكون رابع و الذي لا يمكن للنزوة أن تظهر إلى به، ألا وهو الإندفاع وما يرتبط بها من طاقة.

* - **الاندفاع La poussée**: إن الطاقة المستخدمة في انجاز عمل الشخصية مستمدة كلها من الغرائز. فتظهر الاندفاع كعامل كمي (اقتصادي)، فكون النزوة هي التمثيلة النفسية للإثارات النابعة من داخل الجسم لتصل إلى النفس هو ما يدفع بالنفس لإقامة الترابط، فمفهوم النزوة يقع بين حدي النفسي والجسدي. (Jeammet & al, 1996,p.45)

* - **المصدر أو المنبع La source**: تشكل أصل النزوة إن كان على المستوى الموقعي الطبوغرافي أو على مستوى السببي. فعلى المستوى الطبوغرافي تشير إلى مكان ميلاد النزوة: أين؟ في أي منطقة من الجسم، و من أي ساحة نفسية تأخذ منبعها. (Morel, 1995, p.51) فالنزوة تأخذ قطبا نفسيا و آخر جسديا كما تمت الإشارة إليه، فهي بالتالي تأخذ منبعها من الاثنين. كالنزوة الفمية التي تتبع من منطقة الفم باستثارة

نفسية داخلية. غير أن بعض النزوات لا يمكن إدراكها جسدياً، فهي تأخذ طابعاً نفسياً أساسياً. فقد تكون الرغبة عقلية، عاطفية... و هنا يتدخل البعد السببي في منبع النزوة و ترتبط بالعوامل المفجرة أو المحرصة لها. وعليه فإن منبع النزوة كما ترى مورال Morel، يمكنه أن يكون جسدياً أو نفسياً أو الاثنين معاً، داخلي خارجي أو الاثنين معاً. فالجوع مثلاً كادراك عضوي يتظاهر جسدياً من خلال استثارة لمنطقة غلمية، يفجرها عوامل داخلية أو خارجية.

* - **الهدف Le but**: يتمثل هدف النزوة إلى إشباع الحاجة أو الرغبة وزوال التوتر، وكما تمت الإشارة إليه، فإن النزوة تُصعد من الطاقة النفسية، وهدفها هو تخفيض الطاقة والوصول إلى الحالة السابقة وحالة الثبات واختفاء النزوة، بمعنى "موت النزوة". و قد يكون لنفس النزوة هدفاً أساسياً و أهدافاً ثانوية.

* - **الموضوع L'objet**: تشير إلى الموضوع الذي تتحقق به هدف النزوة فهو الوسيلة التي تستثمر فيها النزوة لتحقيق هدفها و تصل إلى نهايتها. و يعتبر الموضوع المكون الأكثر مرونة، الأكثر تنوعاً و تغييراً. فيمكن للموضوع أن يكون شخصاً، أو عنصراً خارجياً و/ أو داخلياً، مجرداً أو ملموساً، هومياً أو واقعياً. ويصعب في مجال الرغبة التمييز بين الهدف و الموضوع. فالعطش كحاجة حيوية تدفعنا لشرب أي سائل لأجل إشباع الحاجة العضوية (الهدف) و هنا الموضوع لا يهم. أما في حالة اقتران العطش كرغبة، فإن اختيار شراب محدد (موضوع) يقترن بإشباع الرغبة (هدف). (Ibid, p.p.52-55)

2- الصراع النفسي

يعتبر الصراع من العوامل الديناميكية الأساسية المحركة للفرد، عبارة عن حالة يمر بها الفرد حين لا يستطيع إرضاء دافعين معاً أو عدة دوافع متعارضة تلح عليه لإحداث الإشباع. حيث إشباع أحد الدافعين يكون على حساب الدافع الآخر، لذا فإن الصراع ينطوي دوماً على الإحباط و القلق. وقد يكون الصراع شعورياً كلياً أو جزئياً، ولا شعورياً.

يعرف الصراع على أنه النزاع القائم بين رغبات الفرد، دوافعه و غرائزه الأساسية و بين مبادئه و مثله الشخصية، الخلقية و الاجتماعية. هي حالة يختبرها الفرد عندما لا يستطيع تحقيق رغبتي متعارضتين. (الخالدي، 2006، ص. 51). و يقول (لابلانوش و بونتاليس، 1997، ص. 304) بأننا نتحدث عن الصراع في التحليل النفسي حين نتجابه عند شخص ما متطلبات داخلية متعارضة. و قد يكون الصراع صريحاً (بين رغبة و مطلب أخلاقي مثلاً، أو بين شعورين متناقضين) أو كامناً حيث يمكن أن يظهر بشكل ملتو في الصراع الصريح أو يتجلى خصوصاً في تكوين الأعراض، و في اضطرابات السلوك و اضطرابات الطبع،... الخ. و يعتبر التحليل النفسي أن الصراع هو من شروط تكون الإنسان و ذلك من منظورات متعددة: صراع بين الرغبة و الدفاع، صراع بين الأنظمة أو الأركان، صراع بين النزوات، و أخيراً الصراع الأوديبى حيث لا تتجابه الرغبات المتعارضة فيما بينها فقط، إنما تتجابه التحريم أيضاً.

في تحليل الصراع النفسي، فإن أركان الجهاز النفسي الثلاث (الهو، الانا، الانا الأعلى) تدخل في حالة من التعارض، كون لكل من هذه الأركان غاية و هدف يسعى لتحقيقه، غير أن اختلاف الأهداف يؤدي إلى ظهور

الصراع النفسي مع ما يستتبعه من توترات، ألم، شعور بالضيق و فقدان التوازن. و يفهم تحليل ذلك بما يثار على مستوى أركان الجهاز النفسي. ففرد يرغب في القيام بشيء ما (تعبير الهو)، غير أن الواقع لا يسمح بتحقيق ما يرغبه هذا الفرد (الأنا) لأن مبادئه الأخلاقية تمنع عنه إشباع هذه الرغبة (أنا أعلى).

فمطالبه "الهو" بحاجات ما أو رغبة ما (الجوع، أو رغبة عاطفية أو جنسية) فيه انتاج للطاقة النفسية تشير إلى نزوة الحفاظ على الذات أن ارتبطت بالحاجة، أو نزوة جنسية أن ارتبطت بالرغبة. تدفع الطاقة المنتجة إلى تحريض التوتر لدى الفرد تنتظر منه تحقيق الإشباع. غير أن إشباع هذه الرغبات لا يكون دائما إما لأسباب واقعية "الأنا" أو لأسباب أخلاقية أو ثقافية "الأنا الأعلى". ويؤدي الاحتدام والصراع لإحداث خلل في التوازن أن لم تتمكن الأنا من خلال لعبها دور الوسيط على حل هذا النزاع. (Morel, 1995, p.p.107-108) ولا يمكن للانا أن تحل هذا الصراع و تعالجه إلا أن كانت تملك ما يكفي من شحنات طاقوية لصد الشحنات المضادة "للانا الأعلى" والشحنات الانفعالية "للهو". فمواجهة شحنة انفعالية بشحنة مضادة هو ما يطلق عليه "الصراع النفسي". ولان رغبات الفرد متجددة، فإن ذلك يجعل ركن "الأنا" في عمل مستمر، عليه أن يستجيب للمتطلبات المتنازعة بين ثلاثة من السادة: الهو، الأنا الأعلى و الواقع، فهو بالتالي العنصر المشترك في جميع الصراعات. (هال، 1970، ص. 61).

الكثير من حالات الصراع التي يختبرها الفرد هي شعورية، غير أن البعض منها يبقى في مستوى اللاشعور، وبالرغم من أن البعض من الصراعات قد تبدو شعورية، إلى أنها تنطوي في طياتها وأعماقها على عناصر لا شعورية عملت على استئثارها وتغذيتها، ترجع لأسباب كامنة لا يعيها الفرد. ويمكن للصراع اللاشعوري حسب فرويد أن يأخذ أشكالا متعددة داخل البناء النفسي الوظيفي للشخصية و يلعب دورا أساسيا في ديناميتها. و يشير التحليل النفسي إلى وجود عدد لا يحصى من الصراعات اللاشعورية بقدر ما يكون هناك من شحنات انفعالية و شحنات مضادة متعارضة، و قد ادراجا فرويد تحت طائفتين: صراعات بين "الهو" و "الانا"؛ وصراعات بين "الأنا" و "الأنا الأعلى"، وليس هناك صراع بين "الهو" وبين "الأنا الأعلى"، ذلك أن أي تعارض بين مطالب "الهو" ومطالب "الانا الأعلى" يجر معه "الأنا" ضمنيا. قد يتعد الصراع أكثر إن انضم "الأنا الأعلى" إلى صف "الهو" ضد "الأنا"، أو إلى صف "الأنا" ضد "الهو". و نتيجة الصراعات هذه، هو ما يشكل الأمر الحاسم في نمو الشخصية و ديناميتها. (هال، 1970، ص. 61)

ولأجل تحقيق التوافق بين أركان الجهاز النفسي، فإن الأنا تتحايل و تلجأ لاستعمال المعالجة الكلية أو الجزئية لهذه الصراعات؛ ما يسمى بالآليات الدفاعية. وعلى قدر توفر هذه الدفاعات وفعاليتها، تمكنت الأنا من حل الصراع. في حين يؤدي عدم فعالية الدفاعات إلى عدم حله. (Morel, 1995, p. 109)

3- القلق: يعتبر القلق من المفاهيم الفرويدية الأساسية، وقد أولى التحليليون اهتماما كبيرا لهذا المفهوم باعتباره بابا لدخول الاضطرابات النفسية، وتشير طريقة الأنا لمعالجة هذا القلق بالأهمية بما كان لفهم التوظيف النفسي للفرد وطريقة تفرغ هذا القلق إيجابيا كان أو سلبيا. كما ساهمت المدرسة السلوكية والمعرفية لفهمه.

- وفي تصنيفه للقلق، ذكر (هال، 1970، ص. 76-82) ما جاء في نظرية التحليل النفسي حول أنواع القلق، و التي أشار إليها فرويد بالقلق الموضوعي، العصابي، و الأخلاقي.
- **القلق الموضوعي:** يطلق عليه أسم القلق الواقعي يحدث في مقابل مواقف واقعية موضوعية قائمة في البيئة تثير القلق. فهو تجربة انفعالية مؤلمة تتجم عن خطر قادم في الخارج.
- **القلق العصابي:** قلق داخلي غامض وأسبابه لاشعورية مكبوتة غير مبررة، تختلف شدته وعمقه من شخص لآخر، لا يعرف لها الفرد أسبابها الكامنة، يتظاهر بارتباطه بمواضيع خارجية يزاح عليها. و يرى فرويد بأن القلق العصابي ينتج عن صراع بين قوتين في النفس، ينشأ بسبب عجز الأنا على حل الصراع بين "الهو" و "الأنا الأعلى".
- **القلق الخلفي:** مصدر القلق يكون داخليا إذ يمارس في صورة شعور بالذنب في "الأنا"، ينشأ من إحباط دافع "الأنا الأعلى" ناتج عن ارتكاب الفرد أو تفكيره أعمال مخالفة للضمير الأخلاقي.
- **القلق العام:** وهو القلق الذي لا يرتبط بأي موضوع محدد بل نجد القلق غامض وعائم.
- **القلق الثانوي:** يأتي كعرض ثانوي يرتبط بأعراض اضطرابات نفسية أخرى.
- يفسر القلق في اطار نظرية التحليل النفسي من خلال تمييز فرويد بين نوعين من القلق؛ القلق الموضوعي والقلق العصابي. وكما هو معلوم، فإن فرويد يمتاز بثنائياته في تفسيراته، ومرّ تفسير القلق لديه بمرحلتين: (لابلانث وبونتاليس، 1997، ص.ص. 412-413)
- نظرية فرويد الأولى في القلق (1916-1917): فسر القلق على أساس منع الرغبة الجنسية من الإشباع، فتنحول الطاقة النفسية المرتبطة بالدافع الجنسي "الليبدو" إلى قلق.
- نظرية فرويد الثانية (1936): فقد عدل فرويد من نظريته الأولى وأكد أن جميع المخاوف المرضية في أساسها هي رغبة جنسية تم كبتها.
- لاحظ فرويد أن القلق عبارة عن خوف غامض يختلف عن الخوف العادي الذي يكون مصدره خطر خارجي معروف، ولذلك ميز فرويد بين نوعين من القلق: القلق الموضوعي والقلق العصابي. هذا الأخير ينشأ عند الفرد دون أن يعرف له سبباً محدداً وهو يتسم بالغموض. وكان فرويد قد أشار في أول الأمر أن القلق ينشأ عن كبت الرغبات الجنسية في اللاشعور على أساس علاقة القلق بالحرمان الجنسي، المخاوف المرضية، والهستيريا، والعصاب القهري. لكنه عدل عن ذلك في نظريته الثانية و طور فرويد خلال هذه النظرية بعضاً من آرائه المرتبطة بالقلق، وذلك من خلال تعديل مفهوم العلاقة بين القلق الموضوعي والقلق العصابي، وقد استطاع أن يجد هذه العلاقة في اعتبار كل منهما رد فعل لحالة خطر، فالقلق الموضوعي رد فعل لخطر خارجي معروف، أما القلق العصابي فهو رد فعل لخطر غريزي داخلي. وبأن الأنا هو منشأ القلق بما تحركه من كمونات عقلية لمواجهة الغمر النزوي. وبهذا التصور عدل فرويد فيه عن رأيه و تبين له من خلال دراسة القلق العصابي بأن القلق هو المسبب الحقيقي للكبت وليس العكس.

المحاضرة السابعة: الميكانيزمات الدفاعية

الهدف العام

أن يطلع الطالب على مختلف أنواع الميكانيزمات الدفاعية

الأهداف الإجرائية

أن يتعرف الطالب على كيفية توظيف وعمل الميكانيزمات الدفاعية

أن يميز بين الدفاعات التي تنتمي لمختلف السجلات

يتم متابعة تنظيم الجهاز النفسي الجسدي عن طريق العودة إلى مرحلة تكوين الوظائف الدفاعية، وهي متعددة وتختلف باختلاف المرضى واختلاف المرحلة التكوينية، وأيضا باختلاف درجات إرهاص أو تمثل الصراع الدفاعي؛ أي باختلاف درجة التعقيل حيث كمية تواجد الأنا، صلابتها أو وهنها وهشاشتها واختلال تنظيمها واختلالات ما قبل الوعي هي التي تحدد نوع الدفاع.

تشكل الميكانيزمات الدفاعية الركن اللاشعوري للأنا؛ لذا فهي تسمى أيضا بدفاعات الأنا. وبالرغم من سمعتها السيئة، إلا أنها تعمل على تجنب الفرد التوترات الناتجة عن الصراعات النفسية وحماية الأنا من الغمر النزوي. ترتب حسب مدى فاعليتها، مراحل ظهورها ومستوى نضجها. فمنها دفاعات بدائية، وأخرى أكثر نضجا. إلا أن الحكم على الميكانيزمات لا يرتبط بكمها و بنوعيتها أكثر منه بفعاليتها. إذ يستدل على عدم فعاليتها من خلال صلابتها، لجوء الفرد إلى ميكانيزم واحد و وحيد فقط في كل مواقف، أو استعمالها بطريق غير متكيفة مع الواقع الداخلي أو الخارجي للفرد. و فيه يقول بارجوري بأن الفرد ليس مريضا كونه يمتلك دفاعات، لكن التوظيف السيء لها، صلابتها و عدم ترابطها هو ما يشكل خلا. (Morel, 1995, p.114)

1- تعريف الميكانيزمات الدفاعية

ظهرت كلمة دفاع لأول مرة عام 1894 في دراسة فرويد وهي أقدم ممثل عن وجهة النظر الدينامية في نظرية التحليل النفسي. و "أنا فرويد" هي من طورت فكرتها. تعرفها بأنها نشاط خاص بالأنا يعمل على حماية الفرد من التهديدات الحادة. (Bergeret, 2000, p.108). وتشير إلى ثورة الأنا على التمثيلات والعواطف المؤلمة أو غير المحتملة. وهي أنماط مختلفة من العمليات التي يمكن للدفاع أن يتخصص فيها، تنتوع الآليات السائدة تبعا لنمط الإصابة موضع البحث وتبعا للمرحلة التكوينية موضوع الدراسة وتبعا لدرجة الإرضان الدفاعي للصراع. (لابلاننش و بونتاليس، 1997، ص. 132).

2- أنواع الميكانيزمات الدفاعية

هناك آليات دفاعية خاصة بالذهاني وأخرى بالعصبي وأخرى بالحدي. ترتب حسب مدى فاعليتها ومرحل ظهورها ومستوى نضجها. نذكر منها ما جاء في (Morel, 1995) و (Ionescu (2012)

-الكبت **Le refoulement**: عملية يقوم الفرد من خلالها صد أو الاحتفاظ في اللاشعور تمثيلات نفسية ذات منبع نزوي. فالكبت يرسل كل التصورات و الخبرات المثيرة للقلق على مستوى الأنا إلى ساحة اللاشعور. ويعتبر الكبت أهم الميكانيزمات الدفاعية تتبع باقي الدفاعات بسبب فشل الكبت أو عودة المكبوت. و ما يكبت في حقيقة الامر هي طاقة النزوة التي يعمل الجهاز النفسي على تصريفها و إيجاد مخارج لها، هذه الأخيرة قد تكون طبيعية (الأحلام، الهوامات، زلات اللسان...) وهو ما يشير لعودى المكبوت، أو بطريقة طبيعية من خلال العلاجات النفسية واستبطان الذات، أو بطريقة سلبية من خلال الجسدنة، الاضطرابات السلوكية أو العقلية.

- الانكار **Le déni**: محاولة الشخص حماية نفسه من حقيقة واقعية مؤلمة و ذلك برفضها لاشعوريا. وهو من أول الميكانيزمات الدفاعية التي تتأصل في الشخصية منذ المراحل المبكرة، و يستمر الميل للرفض في الفترات الحياتية اللاحقة. يعد الرفض رد فعل شائع في المواقف الضاغطة و المجهد و لكنه يؤدي كما عرفنا إلى تشويه الواقع و لهذا فإن استخدام هذه الآلية بطريقة اعتيادية يعد مظهرا لسوء التكيف بوجه عام.

- الانشطار **Le clivage**: تحت تأثير قلق مهدد من أول الآليات الدفاعية التي يستعملها الرضيع، تحدث عملية الفصل و تقسيم الأنا (انشطار الأنا) أو الموضوع (انشطار الموضوع). فينشطر الأنا والموضوع إلى جيد و سيء، يتعايش الجزأين دون أن يتعارفا ودون تشكيل تسوية بينهما.

- ازدواج الأنا **Le dédoublement du moi**: يعمل ضد قلق التجزئة والموت. وهو يطابق المرحلة التي تكون فيها العلاقة البدائية مع الأم غير كافية لتجنب أنا الطفل تنظيمته البدائية الهشة. تنظيمه يصعب على الأنا التشكل فيها بطريقة مستقلة.

- الإسقاط **La projection**: العملية التي ينبذ فيها الشخص من ذاته بعض الصفات، المشاعر والرغبات وحتى بعض الموضوعات التي يتكرر لها أو يرفضها في نفسه كي يوضعها في الآخر، سواء أكان هذا الآخر شخصا أم شيئا. ودور الإسقاط هو إزاحة الخطر النزوي من الداخل نحو الخارج ثم يأتي دور الإزاحة و أخيرا اجتياف الموضوع.

- الاجتياف **Introjection**: وهو من بين مكتشفات فرنزي من خلاله يصنع الجهاز النفسي سلسلة من الهوامات الداخلية اللاشعورية المنظمة و كذا تكوين صور عقلية يتعامل معها الفرد على أنها موجودة. وهو دفاع ضد لا إشباع سببه غياب الموضوع، يجتاف الموضوع الغائب و يتعامل معه على أنه موجود بداخل وبالتالي يحدث إشباع لرغبة داخلية .

- **التماهي Identification**: عملية نفسية يتمثل الشخص بواسطتها أحد مظاهر أو خصائص أو صفات شخص آخر و يتحول كلياً أو جزئياً تبعاً لنموذجه تتكون الشخصية وتتمايز من خلال سلسلة من التماهيات. ويرى بارجوري بأنه ليس آلية دفاعية بل وظيفة عاطفية و علائقية ضرورية لنمو الشخصية ويمكن أن تستعمل لغرض دفاعي.

- **التماهي الإسقاطي Identification projectif** : وصف من طرف ميلاني كلاين في المرحلة شبه الفصامية كهوام إسقاط الطفل داخل جسم الأم (اللائنا) للتحكم فيه، امتلاكه، وبالمثل تدميره بغية التحكم في المواضيع السيئة.

- **الإزاحة Le déplacement**: كل الأفكار والمشاعر التي يتجنبها الفرد تحول إلى أشخاص، أشياء أو وضعيات أخرى كي تكون أقل إجرأاً له. فهو عبارة عن ميكانيزم يتميز به العصاب الفوبي.

- **التكثيف La condensation**: ويظهر في العرض العصابي والذي يلخص عدد من السلاسل الترابطية في تمثيلة واحدة.

- **العزل L'isolation** : يتم إقصاء العاطفة المرتبطة بتمثيلة (ذكريات، أفكار...) صراعية، حيث تبقى التمثيلة على مستوى الوعي، فالتصور العقلي يعزل عن سياقه العاطفي الانفعالي، وتعزل الأفكار عن أثارها الانفعالية، و هو ميكانيزم يلجأ إليه العصاب القهري بقوة.

- **الإلغاء L'annulation**: يسمح للعصابي بإلغاء حدث ما، حركة أو شعور يحمل صراعات في طياته. حيث يقوم الفرد بإلغاء ما قام به أو ما قاله، فبعض التصورات المزعجة و الحرجة المعبر عنها عن طريق سلوكيات أو مواقف تلغى تماماً، فالموقف الثاني يلغي الموقف السابق الذي كان محرراً.

- **التكوين الضدي La formation réactionnelle**: القيام بسلوك معاكس للرجبة الداخلية فيطور عرض عكسي لمكافحة حركة نزوية مكبوتة (لطف مبالغ لمعاكسة عدوانية عنيفة، النظام المبالغ فيه مقابل ميل الفرد للتخريب، الحماية المفرطة لطفل كان غير مرغوب فيه للتقليل من مشاعر الذنب..).

- **النكوص La régression**: تظاهرات نكوصية في وجه القلق إلى نقاط التثبيت كانت تشكل في مرحلة عمرية سابقة مرحلة من الإشباع. و النكوص ثلاثة أشكال: شكلي، موقعي وزمني.

★ إضافة إلى العديد من الآليات الدفاعية الأخرى كاللجوء إلى أحلام اليقظة، التفكك، الانسحاب اللامبالي، التسامي، الارتداد نحو الذات، التبرير، الاستذهان أو التعقلن، الغيرية، النشاط....

المحاضرة الثامنة: بنية الشخصية

الهدف العام

أن يطلع الطالب على المنحى البنيوي

الأهداف الإجرائية

- أن يتعرف الطالب على أسس وعناصر تكوين بنية الشخصية

- أن يتعرف على كيفية تشكل البنيات الثلاث

أدرج بارجوري مسألة السواء و اللاسواء في إطار علم النفس المرضي التحليلي مفهوم "البنية". فبعدما كان فرويد يعطي الأهمية الكبرى لمراحل النمو الجنسي الثلاث (القمي، الشرجي، القضيبى)، فإن بارجوري في إطار التصنيف السيكوباتولوجي اسند أهمية كبرى للعلاقة بالموضوع ومفاهيم الذات والنزوة. وينوه بأن ماضي البنية هو مراحل النمو (النرجسية، الاتكالية والثلاثية الاوديبيية) أما مستقبلها فهي الطبع أو المرض.

1- مفهوم البنية

يعرف بارجوري البنية النفسية على أنها ذلك التنظيم الثابت والنهائي لمكونات ميتاسيكولوجية أساسية سواء كانت الحالة مرضية أو سوية. و ربط بارجوري في (سي موسى و بن خليفة، 2008، ص.37) مفهوم البنية في إطار علم النفس المرضي التحليلي بمسألة السواء و اللاسواء، مركزا على فكرة هشاشة الخط الفاصل بينهما، إذ أن الفرد السوي يمكن أن يصبح في أي لحظة لا سويا وينتكس شرط أن لا يتعلق الأمر بتنظيم اعتمادي، لأن هذا التنظيم لا ينتمي إلى بنية مؤكدة. ويشير بأن تشخيص السواء يتطلب فحصا للطريقة التي يتلاءم بها الشخص مع بنيته النفسية الخاصة، فمفهوم السواء لديه يتعلق بحالة التلاؤم الوظيفي الناجح ضمن بنية ثابتة فقط، سواء كانت عصبية أو ذهانية، في حين تتاسب المرضية انقطاعا ضمن نفس الخط البنيوي".

وكان فرويد قد أشار إلى البنية من خلال ظهور الاضطراب النفسي تبعا للتصدعات و يقول في ذلك. "إذا سقط بلور من الكريستال، فإنه لا ينكسر بأي حال من الأحوال، بل حسب خطوط الضعف والقوة التي حدثت عند تكوينه، وهي خاصة بكل جسم، وهذه الخطوط تبقى خفية حتى ينكسر البلور، أو يوضع تحت جهاز خاص، وبالنسبة لبنية الشخصية فهي تسلك نفس المدرج". (معنصم ميموني، 2005. ص 57) غير أن بارجوري كما جاء في (سي موسى و بن خليفة، 2008: ص.ص. 38-39) يرى بأن السواء يجب أن يكون مستقلا عن مفهوم البنية، ذلك أن الفرد بإمكانه أن يكون سويا دون أن يبلغ المستوى الأوديبي، يجب أن تصنف ضمن مستوى أعلى من التنظيم البنيوي الذهاني. فالهوة لا تكون بين الأسوياء من جهة والمرضى (العصابيين والذهانيين) من جهة أخرى، بل تكون بين العصبيين والأسوياء في كفة واحدة من جهة، ومجموعة (غير الأسوياء) التي تضم بقية الأفراد في كفة من جهة أخرى، وهي التي وصفت بالذهانيين وما قبل الذهانيين على اختلاف أنماطهم، بما فيها الحالات الحدية، والطبعية، والانحرافية. و على هذا الأساس فقد قابل بين ما سماه

البنىات الحقيقية (العصابية والذهانية)، مع أو بدون هياة مرضية، وبين التنظيمات البسيطة الهشة التي تصارع ضد الاكتئاب، وذلك بواسطة الحيل الطباعية أو السيكوباتية المتنوعة والمسماة بـ "شبه السوية". و يعتبر أن استقرار البنية يحدد تطورا خطيا لتنظيم نفسي إما عصابي أو ذهاني، ويكون معوضا بنجاح عن طريق التسوية في إطار نفس الخط، وإذا لم يسعفه التماسك بين تلك الاستثمارات النرجسية و الموضوعية، ينتكس الفرد في إطار ذلك الخط العصابي أو الذهاني.

يعمل بارجوري بمفهوم الطبع، الذي يشكل حسب "الصدى العلائقي غير مرضي للبنية"، والذي يفترض أن أي تنظيم بنيوي للشخصية يمكن أن يتجلى في الحياة العلائقية، سواء على شكل عناصر للطبع في حالة التكيف السوي، أو على شكل أعراض في حالة اللاتكيف والمرض. كما يعمل أيضا بمفهوم سمات الطبع ليبين أنه في: "حالة وجود نقص في البنية القاعدية، لا يبدو الطبع في حد ذاته مجهزا لإنجاز مهمته العلائقية بطريقة متكيفة، لذا يلجأ الأنا إلى سمات الطبع كوسيلة نجاة من الاضطرابات، فهي تمثل إذن عمليات طبيعية إضافية، والتي تظهر سواء في عناصر دفاعية (سمات طبع بنيوية)، أو في عناصر نكوصية (سمات طبع نزوية)، وعليه فإننا نجد سمات الطبع تساهم في الإجراءات الوظيفية، سواء لبنية ما مندرجة في حالة السواء، أو لبنية أخرى نجدها في حالة معروفة على أنها مرضية.

2- تكوين بنية الشخصية

تتمثل مراحل تكوين البنية حسب باجوري كما جاءت في (ميموني معتم، 2005: ص. 57) كالتالي:

- المرحلة الأولى: تبدأ من الولادة ويكون الأنا في حالة تمايز نفسي جسدي، لكن سرعان ما يبدأ في التمايز تدريجيا مع خروجه من الهو، وهذا تحت تأثير النضج، والعناية، والعلاقة مع الأم، وهنا إذا كانت الظروف الداخلية والخارجية مضطربة، فسيحدث تسجيل خطوط ضعف في هذه الفترة ونقطة تثبيت.
- المرحلة الثانية: يتطور البيدو ويتقدم في سيرورته، وتتطور العلاقات بالموضوع مع تنظيم الدوافع الجزئية، والأنا يتطور ويستعين بالآليات الدفاعية، وذلك حسب المحيط الخارجي وأخطاره، وأخطار داخلية ناجمة عن النزوات مما يسمح بتكوين تدريجي للشخصية. وهنا يتطور البيدو ويتقدم تبعا ل:
 - العلاقات مع الوالدين، وخصوصا الأم ثم العلاقات مع أفراد المحيط.
 - تسقط كل التجارب النفسية على شكل صراعات وصددمات وتقمصات إيجابية.
 - تبدأ ميكانيزمات الدفاع النفسي تنتظم بطريقة تفاعلية.
 - تنتظم تدريجيا نفسية الفرد، وتصنف حسب العناصر الأولية، فتننتج منظمة داخلية ذات خطوط انشطار وتلاحم، والتي تكون غير قابلة للتغيير فيما بعد.
- المرحلة الثالثة: مع نهاية مرحلة البلوغ تكون البنية ثابتة ولا تتغير في توجهها الأساسي، وما دام صاحبها لم يتعرض إلى صدمات نفسية هامة (إحباط أساسي أو صراعات قوية.... إلخ)، فيبقى ذا بنية عصابية أو ذهانية سوية، ولكن يمكن لأي حدث أن يحدث شرخا في البنية، وذلك حسب خطوط القوة والضعف الموجودة فيها.

فالبنية العصابية يتمركز الصراع فيها ما بين الأنا والنزوات، أما البنية الذهانية فيقتصر ثباتها على سيطرة الإنكار على جزء من الواقع مع سيطرت الدفاعات القديمة، وتوجد ما بين هاتين البنيتين، ما يعرف بالتنظيمات الحدية أو البينية، وتضم الأمراض السيكوسوماتية، السيكوباتية والانحرافات. وتظهر هذه الحالات كمنظمة هشة أي تنظيمات قابلة للتغير، وليس كبنية ثابتة لأنها يمكن أن تطور إلى مسار الذهان أو العصاب.

3- مكونات بنية الشخصية

تحدد المكونات الميتاسيكولوجية الأساسية لبنية الشخصية حسب بارجوري في خمسة أبعاد، على أساسها يكون التشخيص، تلخصها (ميموني معتصم، 2005، ص.58) فيما يلي:

1- مستوى نكوص الليبدو والأنا (التلور)

- البنية الذهانية: النكوص لا يتعدى المرحلة الشرجية الأولى، والأنا ينكص إلى مرحلة اللاتمايز أو تمايز بدائي مما يجعله ضعيفا، فهو لا يلعب دور الوسيط، فيقع تحت سيطرة الهو.
- البنية العصابية: يرجع نكوص الليبدو إلى الفترة الثانية من المرحلة الشرجية، مثل: ما هو في (العصاب الاستحوادي)، وإلى المرحلة الأوديبية أو القضيبية، الأنا تمايز كلية مع تمايز الموضوع.
- التنظيم البيني: يرجع نكوص أو التثبيت إلى المرحلة ما بين الشرجية الأولى والثانية، وقضيبية الأوديب لم تلعب دورها التنظيمي، الأنا تمايز لكن مازال انكاليا، وتلعب الصدمة دورها من حيث تهديدها للكيان النرجسي مما يؤدي إلى تبعية انكالية للموضوع.

2- نوع القلق:

- البنية الذهانية: هو قلق التجزئة، والتفكك، واليأس، والتلاشي، والموت، لن الأنا تفكك وانشطر بعدما كانت وحدة الأنا متماسكة.
- البنية العصابية: مهما كان نوع العصاب، فإن قلق الخساء هو المسيطر على هذه البنية، أو قلق الإثم والخطأ و يعاش في الحاضر، وهو مركز على ماضي شهواني.
- التنظيم البيني: هو قلق ضياع الموضوع (الأم) والانهيال.

3- العلاقة بالموضوع:

- البنية الذهانية: نجد علاقة نرجسية كاملة، لأنها مدمجة في نرجسية الأم، وتؤدي إلى التوحد والانطواء والتخلي عن الموضوع، وتوظيف الواقع مع تكوين واقع جديد من خلال الهذيان والهلوسة، فهي إذن علاقة أحادية حيث يعتقد أنه وأمه شخص واحد.
- البنية العصابية: علاقة ثلاثية تناسلية: "طفل-أم-أب "
- التنظيم البيني: علاقة ثنائية إنكالية: "طفل-أم" وليست علاقة اندماجية.

4- طبيعة الصراع:

- **البنية الذهانية:** يكون الصراع بين الهو والواقع، ولا يكون بين الأنا والواقع، لأن أنا الذهاني غير موجود أو بدائي، ولا يقوى على دور الوسيط بين الواقع والهو الذي يرفض سيطرته.
- **البنية العصابية:** يكون الصراع جنسي بين الأنا الأعلى والدوافع "رغبات ونزوات"، مما يؤدي إلى الشعور بالذنب وقلق الإخفاء.
- **التنظيم البيئي:** يكون الصراع بين مثال الأنا والهو، والذي لم يبلغ المستوى التناسلي، أما الأوديب لم يلعب دوره المنظم، ويبقى ذو طابع نرجسي مع قلق فقدان الموضوع والتهديد بالانهيار.

5- الآليات الدفاعية الأساسية:

- **البنية الذهانية:** الإنكار أو تجاهل الواقع مع ازدواج الأنا.
- **البنية العصابية:** هنا الآليات متطورة أهمها: الكبت والتحويل.
- **التنظيم البيئي:** ازدواج الصورة الهوامية، مع تقسيم الحقل العلائقي إلى جزأين:
 - **الأول:** تقدير وفهم صحيح للواقع، ويعني ذلك تكيف صحيح.
 - **الثاني:** تقدير مثالي للواقع، وفي نفس الوقت نفي له.

وفي الجدول الموالي مقارنة بين مقارنة بين المكونات الأساسية لبنية الشخصية

جدول لمقارنة بين المكونات الأساسية لبنية الشخصية

نوع البنية	البعد المسيطر على التنظيم	طبيعة الصراع	طبيعة القلق	ميكانيزمات الدفاع الأساسية	العلاقة بالموضوع	مستوى نكوص الليبدو والأنا
البنيات العصابية	الأنا الأعلى	الأنا الأعلى مع الهو	من الإخفاء	الكبت، والعزل والتكوين العكسي	تناسلي	المرحلة الأوديبية
البنيات الذهانية	الهو	الهو مع الواقع	من التفكك، الموت، الفناء	نفي الواقع. ازدواج الأنا	إندماجي	المرحلة الفمية
التنظيم الحدية	مثال الأنا	مثال الأنا مع الهو والواقع	من فقدان الموضوع	ازدواج الصورة الهوامية، والإنشطار	اتكالي	المرحلة الشرجية

المصدر: (Bergeret 2003, p.)

وفي الأخير: فإن فهم تشكل البنية يسهم بدرجة كبيرة في فهم ما يندرج ضمنه من اضطرابات نفسية في كل بنية من البنيات، الذهانية والعصابية وكذا التنظيم الحدي. كما توضح مكونات بنية الشخصية بأبعادها الخمس: مستوى نكوص الليبدو والأنا، نوع القلق، العلاقة بالموضوع، طبيعة الصراع، الآليات الدفاعية المستعملة على فهم التنظيم النفسية للفرد، وكذا وضع التصنيف والتشخيص الصحيحين للاضطرابات النفسية عند تفجر البنية.

المحاضرة التاسعة: المدرسة السلوكية

الهدف العام

أن يطلع الطالب على المنحى السلوكي

الأهداف الإجرائية

- أن يتعرف على أهم مفاهيم النظرية السلوكية ومبادئها
- أن يتعرف على رواد المدرسة السلوكية
- أن يكون ملما بالاتجاهات الرئيسية في تطور السلوكية
- أن يتعرف الطالب على التجارب التي اجراها رواد المدرسة السلوكية
- أن يفرق بين الاشراف الكلاسيكي والاشراط الاجرائي والنمذجة
- أن يتعرف على تقنيات العلاج المعرفي السلوكي

دفع الاستخدام الفردي للتحليل النفسي في العلاج النفسي العلماء الى ظهور اتجاه جديد في العلاج بتطبيق نظريات الاشراف في التعلم ، وكان من حصيلة ذلك قدموا لنا تفسيراً بديلاً لتفسير التحليل النفسي في نشأة الأمراض العصابية والانحرافات السلوكية ، مفاده ان الأمراض النفسية العصابية ما هي الا عادات تعلمها الانسان من اجل تخفيض درجة قلقه وتوتره ومخاوفه ، مما يؤدي الى ارتباطات مرضية ، فلو استطاع المعالج إطفاء هذه المنعكسات المرضية الشرطية (الأعراض المرضية)، أدى ذلك الى تخلص المريض من اضطرابه. وقد اثبتت فائدة هذا الاتجاه السلوكي في علاج الأفعال القهرية، الوسواس، اللزمات العصبية فماهي النظرية السلوكية وأهم مفاهيمها وروادها وأهم اتجاهاتها الرئيسية وبعض التقنيات السلوكية ؟.

1-حول النظرية السلوكية

في أوائل القرن العشرين (1912) ظهر اتجاه جديد في دراسة السلوك وخاصة في تفسير التعلم يعرف بالاتجاه السلوكي Behaviorisme أو الثورة الواطسنية، نسبة الى عالم النفس جون واطسون John Watson، يعتبر كتابه (Behaviorism) بمثابة ردة فعل على التصورات اللاموضوعية في حقل السيكلوجية، وحاول تحديد معالمها كاتجاه يبرز السلوك باعتباره فعلاً قابلاً للملاحظة والضبط والقياس عن طريق المنهج التجريبي، وكذلك عالم النفس الأمريكي (Katel) الذي رفض ان يكون علم النفس منهجه الاستبطان.

ومن الأمور التي ساعدت على وجود السلوكية هو الاهتمام بعلم النفس الحيوان، لذلك نجد أن السلوكية أهملت الحياة النفسية واكتفت بدراسة ما هو خارجي.

وترجع النظرية السلوكية علماء نفسانيين نخص بالذكر واطسون (Watson)، وبافلوف (Pavlov)، وسكينر (Skinner)، هم أبرز العلماء الذي ساهمت آراءهم وافكارهم في ميلاد وتطوير النظرية السلوكية (سليمانى، 2014، ص23-24)

2- أهم مفاهيم النظرية السلوكية

السلوك: وهو مجموعة استجابات ناتجة عن مثيرات المحيط الخارجي طبيعيا كان أو اجتماعيا. **المثير:** شيء يمكن أن نشعر به بحيث يثير لدينا ردة فعل معينة، ذكرها (بوزيان، 2015) في:
الاستجابة: كل نشاط يظهر نتيجة لتغير ما في المحيط الخارجي أو الداخلي أي هو ردة فعل من الفرد.
التعزيز: حدث سار يتبع سلوكا ما، بحيث يعمل على تقوية تكرار الأمر كثيرا.
العقاب: مثير غير مرغوب فيه يتبع سلوكا ما، بحيث يعمل على عدم تكرار الأمر.
الانطفاء: عكس التعزيز، و يحدث عند ظهور المثير الشرطي دون أن يعقبه المثير الطبيعي عدد من المرات مما يطفئ الاستجابة.

التعميم: حيث أن تستجيب الكلاب للمثيرات المتشابهة
التمييز: حيث يستجيب الكلب للمثير الذي لحقه تدعيم بطعام دون الآخر.

3- مبادئ النظرية السلوكية

- السلوك هو وحدة الدراسة النفسية.
- كل أنواع السلوك نتاج التعلم، والسلوك المضطرب هو نتيجة تعلم خاطئ من البيئة، والبيئة لها دور أساسي في تعلم السلوك أكبر من دور الوراثة.
- المنهج المستخدم في الدراسة هو أسلوب الملاحظة المباشرة والمنهج العلمي كأسلوب موضوعي يختلف عن منهج الاستبطان الذي اتبعته المدرسة التحليلية، والذي يفتقر للدقة وإمكانية التعميم.
- الاهتمام بنواتج السلوك الظاهرة أكثر من العمليات العقلية الداخلية.
- النظر الى السلوك عل أنه ارتباطا تشكل من مثيرات واستجابات. (نجاتي غنى خالد، د.س، ص.15)

4- رواد المدرسة السلوكية

هو من ادخل كلمة السلوكية في اللغة الفرنسية الكلاسيكية هو pascal Blaise ، مع العلم انه لجأ الى عالم التصنيف للغة العلمية الحديثة (النظرية السلوكية) ، وهي كلمة ذات أصل انجليزي تجذر في فرنسا بعد أعمال منشورة ل (Naville ثم tilquin).
كما قدمت أعمال (لواطسن) 1913 وجاء بمصطلح (Behaviorisme) أين انتقد بشدة العقلنة في علم النفس العقلاني.

أول سلوكي هو بافلوف وعمله معروف جدا لكن استعمالاته العيادية لاكتشافاته الأساسية كانت متأخرة، واخترع طريقة من الممكن استخدامها في مجموعة الظواهر النفسية بما في ذلك العمل العصابي.

تظهر انطلاقة السلوكية جلية مع كتاب (Rayner) في 1924 المسمى (Behaviorisme)، هذا الكتاب بعث بتيار جديد في علم النفس، من خلال تجربة تكيفية للمخاوف عند الطفل ألبرت.

عرف (Naville) في كتابه عام 1942 حول علم النفس السلوكي السوك بهذه الصورة "يسلك أي يتصرف" أي السلوك هو عمل وقول أي انجز بمعنى اتخذ سلوك معين ، اما واطسون "التكلم معالذات بصوت خافت" أي حوار داخلي وملاحظة ذاتية. (Cottraux, 2001, pp14-15) واقتراح سكينر نموذج للسلوك، فرق بين الاشرط الاجرائي والاشراط البافلوفي الكلاسيكي كذلك ثورندايك الذي أشار النانيكون عن طريق انشاء روابط أو علاقات في الجهاز العصبي من الأعصاب الداخلية التي يثيرها المنبه، والاعصاب الحركية التي تنبه العضلات، فتعطي بذلك استجابة الركة باعتماد قانون "المران" وقانون "الأثر".

وفيما يلي تفصيل لبعض الرواد السلوكيين:

*- جون واطسون:

درس واطسون علم النفس التجريبي، كان يجري تجاربه في شيكاغو على الحيوانات، وأشار إلى أن علم النفس هو فرع تجريبي بحث من العلوم الطبيعية، وفي عام 1914 م أصدر واطسون كتابه الأول "السلوك : مقدمة في علم النفس المقارن". (القشاعة، 2021، ص.27)

أجرى واطسون تجارب على طفل يدعى ألبرت، إذ أعطاه فأراً ذو لون أبيض يلعب معه حتى ألفه ولم يبد الطفل أي خوف منه، وبعد مضي فترة من الزمن قدم له ذلك الفأر وفي الوقت نفسه أحدث صوتاً مرتفعاً أفزع الطفل مما جعل يخاف من ذلك الفأر، وبعد تكرار الأمر أصبح الطفل كلما يقترب منه الفأر يخاف ولو لم يصدر واطسون الصوت المخيف، حتى أنه أصبح يخاف من كل الأشياء البيضاء الشبيهة بالفأر، كما قام واطسون بتجربة أخرى استطاع أن يزيل بها الخوف لدى الطفل ألبرت، هذا الأخير الذي كان يخاف من الأرانب، فحاول ألبرت تقديم أرنب بمصاحبة مثير يستدعي الشرور لدى الطفل، وبذلك استطاع هذا الطفل التخلص من الخوف وبهذا استدل واطسون أن السلوك المرضي يمكنه اكتسابه كما يمكن التخلص منه. (بوزيان، 2015)

*- إيفان بافلوف:

يعد بافلوف تاريخياً مؤثراً في أفكار واطسون مؤسس السلوكية ... وكان بافلوف الروسي أول من درس العلاقة بين الدماغ والسلوك والتي تعتبر من أعقد مشكلات علم النفس، يعرف بتجربته الشهيرة عن دراسة وظيفة أعصاب الكلب وعملية إفراز اللعاب، حيث لاحظ أن الكلب يفرز اللعاب قبل تناول الطعام أو بمجرد حضور الشخص الذي يحمل الطعام إلى أن وصل إلى أن الشخص الذي يعده مثير شرطي (أو الجرس) أصبحت مثيرات تفرز لعاب الكلب. وذلك بعد عدد من تكرارات اقتران المثير الطبيعي بالمثير الشرطي. وعقب ذلك اكتشف بافلوف أن أي مثير يمكن أن يؤدي إلى استجابة (أشراطية) مع تكرارها. (القشاعة، 2021، ص. 29)

*- إدوارد ثورنديك:

يعد من أهم الباحثين في علم نفس الحيوان، وكانت بحوث ثورنديك الأولى على الصيوان التي دربها على المرور في المتاهات، ومن أهم كتبه "ذكاء الحيوان"، كان يرى أنه لكي ندرس السلوك فإن هذا السلوك يجب أن يجرأ إلى عناصر بسيطة، وهذه العناصر البسيطة هي وحدات من المثير والاستجابة، وهي عناصر السلوك، بمثابة لبنات تتكون منها عناصر سلوكية أعقد. (مرجع سابق)

توصل ثورنديك لمعظم نتائجه باستخدام جهاز جديد في عهده عبارة عن (القفص المحير) بحيث يوضع الحيوان في هذا القفص المحير ويطلب منه الخروج. حيث إن خارج القفص طعام (مكافأة) على سبيل الإغراء لهذا القط الجائع، ويكون باب القفص مغلقاً بالمزلاج، حيث إن مهمة القط التوصل إلى فتح المزلاج ومن ثم الخروج إلى الطعام، وفي البداية كان سلوك القط عشوائياً متعثراً متخبطاً، وبالمصادفة تصطدم يده بالمزلاج فيفتح الباب فيخرج لأكل الطعام ومن ثم في المحاولات التالية نقل العشوائية تدريجياً إلى أن تزول ويتجه القط إلى فتح المزلاج مباشرة. (مرجع سابق، ص. 30)

*- سكينر

يعتبر سكينر في الوقت الحاضر أشهر وأكثر العلماء تأثيراً في علم النفس الأمريكي. ويمكن القول بأن سكينر تأثر كثيراً بواطسون وراديكاليته القديمة مظهراً توأمة جديدة لها تسمى الراديكالية الجديدة، فهو صاحب المواقف المثيرة للنقاش حيث قال في كتابه (العلم والسلوك الإنساني): "إن الكائن الحي الإنساني هو عبارة عن آلة مثله مثل أي آلة أخرى"، إذن فسكينر لا يهتم أبداً بتتظير أو تأمل ما يحدث داخل الكائن الحي. (مرجع سابق، ص. 32)

ثم توالى باحثون آخرون من بينهم إدوارد تولمان (سلوكية تولمان القصدية)، ادوين جوثري (الأشراط المتزامن)، كلارك هل، ألبرت بندورا...

5- الاتجاهات الرئيسية في تطور السلوكية

الاتجاه الأول: ارتكز على اللاشراط الكلاسيكي لـ pavlov الذي ركز على العصابات التجريبية في مخبره. وطور Wolpe مع Lazarus النظرية السلوكية في جنوب افريقيا ، بمبادرة من Chapiro في مستشفى Mandesely de londres بتشجيع من مدير المستشفى Eyznek.

الاتجاه الثاني: من طرف Thurndik و Skinner، المحيط له دور أساسي عند السلوكية السكينرية.

الاتجاه الثالث: السلوكية الاجتماعية او البراديغماتيكية، قدمت من طرف Staats لسلوك الغير السوي للنظرية الهرمية في عدة مستويات. بالاضافة الى Courttaux – fontaine–bouchard...

6-تطور التقنيات السلوكية

قام Wolpe (1952) بتجاربه في افريقيا الجنوبية على الحيوانات بعد سلسلة تجارب في إزالة الحساسية المنهجي للخوف، وأصدر كتابه سنة 1958 حول العلاج النفسي بالتنشيط المتبادل.

وقد تآثر بكل من أعمال بافلوف وواطسون وبنظرية الاشراف الاجرائي لسكينر وكذلك بأعمال Moroor واعمال Dollard. وكذلك Bandura Reuter . (Cottraux, 2001, p.17)

يرى Wolpe ان عملية التعلم في حد ذاتها تهدف الى تكوين عادات لدى الافراد أي هي عبارة عن استجابات متكررة لمواقف مثيرة معينة، تختلف قوة الاستجابات حسب مدى سعة الاستجابة -شدتها -سرعتها حسب تكرارها، كما يرى ان طريقة الكف بالنقيض تعتمد على عملية محور التعلم، ويعتبر الكف بالنقيض حالة خاصة من حالات الكف الشرطي. كم يرى Wolpe أنه لا يمكن حدوث استجابتين الأصلية والمضادة في وقت واحد، ومعظم الاجراءات العلاجية ترتكز على هذا المبدأ الذي يتضمن استدعاء استجابة مضادة للاستجابة التي يراد ازلتها. الا أنه لم يضع لديه الأسس النظرية التي اعتمد عليها في إطار نظريته حول التعلم الا أنه أكد على بعض المفاهيم (الدافع - القلق - الخوف - الحاجة) (الزراد، 2005، ص.36)

- وفي إنجلترا طور (Eyznek و Chapiro) بمدرسة ميدسلي أبحاث لأثر العلاجات النفسية ودراسات الحالات الفردية.

وقام أيزنك في عمل تاريخي على العلاج السلوكي فهو الذي فجر حقيقة تطور التيار السلوكي، في 1952 حدد 24 دراسة وأكثر من 7000 حالة استنتج:

-العملاء المعالجين من طرف التحليل النفسي يتحسنون بنسبة 44 بالمئة.

-العملاء المعالجين بالصدمة الكهربائية يتحسنون بنسبة 70 بالمئة.

-العملاء المعالجين في مستشفى الأمراض العقلية من طرف الممارسين يتحسنون بنسبة 72 بالمئة.

النتيجة الأساسية من هذا العمل هي بعث العلاج السلوكي.

Bandura نشر تعديل السلوك أين وصف التعلم الاجتماعي بالتقليد النموذج على أنه عملية أساسية ، طور وجهة نظره في النظرية الاجتماعية في التعلم الاجتماعي (Cottraux, 2001, p.17)

7- السلوكات غير سوية والسلوكية النموذجية أو الاجتماعية

هناك ثلاثة اتجاهات في تطور السلوكية، الأول والثاني يعتمدان على نماذج الاشراف الكلاسيكي والاجرائي، اما الثالث ممثل عن طريق السلوك الاجتماعي او النموذجي.

من وجهة النظر السلوكية، السلوكات السوية والغير سوية: يتم حدوثها وتعزيزها من طرف أليات المطابقة وحسب القوانين العامة للتعلم فالسلوكيون رفضوا أي سلوك داخلي بكونه هو السبب النهائي للسلوك، فربطوا ظهور السلوك ببيئة الفرد. وعلى هذا الأساس الممارس يسعى الى تحديد الشروط الخاصة البيئية، السابقة والمصاحبة، واتباع السلوك المدروس.

السلوكية البراديغماتية أو الاجتماعية: تسمح بمنح قيمة خاصة في استثماراً لآلية المكونة للشخصية المعرفة من طرف Staats، والمكونة من مراجع سلوكية قاعدية ويتضمن ذلك اختبار لكل حيز من الشخصية فراغات سلوكات بدون معنى او سلوكات خاطئة، في إطار هذه المقاربة تمنح أهمية خاصة لتاريخ التعلم لدى العميل ولشروط التعلم الموصفة بدون معنى او غير ملائمة.

حسب Staas عالم علم التصنيف الامراض النفسية وفهم واكتساب المحافظة على السلوكيات الغير سوية. فقد وضع 3 مبادئ أساسية للتعلم:

- 1- مبدأ المنافسة السلوكية او المنافسة بين تعلم السالك السوي والغيرالسوي.
- 2- مبدأ طبيعة التسلسل الهرمي والتراكمي للسلوكيات لسوية والغير سوية.
- 3-المبدأ اللولبي التنازلي للتعلم التراكمي والهرمي للسلوكيات الغير سوية (lonesu ,219, pp 53-54)

8- ملخص بعض تجارب النظريات السلوكية (بافلوف، سكينر)

أ-ملخص تجربة بافوف (التعلم الشرطي الكلاسيكي):

أحضر (Pavlov) كلب جائع الى حجرة معزولة الصوت ثم قام بتجربته:

- الطعام (مثيرغير شرطي)، يؤدي الى سيلان اللعاب (استجابة غيرشرطية).
- صوت الجرس (مثير محايد)، لا يؤدي الى سيلان لعاب.
- صوت الجرس + الطعام (اقتران) يؤدي الى سيلان اللعاب.
- مع تكرار عملية الاقتران.

-صوت الجرس (مثير شرطي) يؤدي الى سيلان اللعاب (استجابة شرطية).

في المرحلة الأولى (مرحة ما قبل الاشرط) قام بتهيئة الكلب في وضعية مناسبة، ثم دق الجرس، فاستجاب الكلب لهذا المثير ببعض الحركات دون سيلان اللعاب ثم قدم الطعام فاكله الكلب. في المرحلة الثانية (الاشراط) قام بدق الجرس مع تقديم الطعام، فسجل الجهاز سيلان لعاب، وكرر التجربة عدة مرات. والملاحظ ان التتابع الزمني المباشر بين مثير شرطي ومثير طبيعي من اهم العوامل المؤثرة في قوة الاستجابة الشرطية.

مرحلة الثالثة (ما بعد الاشرط):

قام بدق الجرس دون تقديم الطعام، فلاحظ سيلان اللعاب وهي استجابة متعلمة تمت من خلال الاقتران بين المثير الطبيعي والمثير الشرطي.

اذن استنتج بافلوف (pavlov) أنه إذا اشترطت استجابة معينة بمثير يصاحب مثيرها الأصلي وتكررت هذه العملية عدة مرات ثم أزلنا المثير الأصلي وقدمنا المثير المصاحب وحده فان الاستجابة الشرطية تحدث (الشرقاوي، 2014، ص. 37)

ومن أهم المبادئ التي توصل إليها بافلوف كما جاءت في (القشاعلة، 2021، ص.29):

- **مبدأ التدعيم:** أي أن الاستجابة لا تحدث إلا إذا اقترن المثير الطبيعي بالمثير الشرطي لعدد من المرات.
- **مبدأ الانطفاء:** ويحدث عند ظهور المثير الشرطي دون أن يعقبه المثير الطبيعي عدداً من المرات مما يطفى الاستجابة.
- **مبدأ التعميم:** حيث تستجيب الكلاب للمثيرات المتشابهة.
- **مبدأ التمييز :** حيث يستجيب الكلب للمثير الذي لحقه تدعيم بالطعام دون الآخر.

ب-ملخص نظرية سكينر:

تركز على السلوك الارادي الاجرائي الذي يتحكم فيه الجهاز العصبي المركزي. حيث قام سكينر بتجربته حول الفار في صندوق سكينر، فعندما يضغط هذا الأخير على الرافعة يسقط الطعام، وكلما زاد التدعيم زادت حدوث الاستجابة الإجرائية (الضغط على الرافعة).

المعالج بطريقة سكينر ينتبه لسلوك الذي يرغب فيه ويدعمه انتقائيا، اما السلوك الغير مرغوب فيه يدعمه سلبيا (العقاب)، مثلا طفل ذهاني إعطائه قطعة حلوى إذا أدى سلوك جيد، وصدمة كهربائية إذا تبول لإراديا. (لويس كامل سميحة، ص15).

• المفاهيم المستخدمة في تفسيرات سكينر:

-السلوك الاستجابي:

تحدث الاستجابة بمجرد ظهور المثير مباشرة، فالسلوك الاستجابي يتكون من الارتباطات بين المثيرات والاستجابات التي يطلق عليها الانعكاسات.

-السلوك الاجرائي:

هو لا يرتبط بمثير محدد مسبقا كما يحدث في السلوك الاستجابي، فهو عبارة عن كل ما يصدر عن الكائن الحي في العالم الخارجي وليس هناك مثير معين يعمل على استدعاء الاستجابة الإجرائية.

-الانطفاء: وهو تضاؤل او اختفاء الاستجابة الشرطية نتيجة عدم تعزيزها بالمثير الطبيعي او المثير غير

الشرطي.

-السلوك: هو نشاط الكائن الحي القابل للملاحظة والاستنتاج وهو مركب يتضمن جوانب معرفية وحركية

وانفعالية .

-التعزيز: تقديم او إزالة شيء من الموقف يعمل على استمرار الاستجابة الصحيحة المرغوب تعلمها.

(تعزيز مستمر، تعزب منقطع).

-العقاب: تقديم او إزالة شيء من الموقف يعمل على حذف أداء استجابة غير مرغو فيها.

-التعليم المبرمج: تقديم الي للمادة حيث يقوم على أساس تقسيم الماد الى أجزاء صغيرة نسبيا ومرتبنة ترتيبيا

منطقيا متسلسلا تقدم في خطوات متتابعة ومرتجة. (غنى خالد، ص26).

9-الفرق بين الاشرط الكلاسيكي والاشراط الاجرائي والنمذجة

أ- الاشرط الكلاسيكي:

اول من توصل اليه العالم السيكلوجي الروسي Ivan Pavlov ومبادئه هي اول ما اتبع في تغيير السلوك

الضار بالصحة، وجوهر الاشرط الكلاسيكي هو اقتران مثير غير شرطي (طبيعي) بمثير شرطي (صناعي) مما

يؤ دي الى تكوين منعكسات شرطية.

ب- الاشراف الاجرائي:

على النقيض من الاشراف الكلاسيكي الذي يعمل لى تشكيل الاستجابة بشكل اوتوماتيكي من خلال اقتراها مع مثير جديد، فان الاشراف الاجرائي يعمل على اقتران استجابة تلقائية تصدر عن الفرد مع نتائج محددة، ويعد التعزيز حجر الزاوية في الاشراف الاجرائي.

ج- النمذجة:

تشير الى التعلم الذي يحدث عن طريق مشاهدة شخص يقوم بلاء السلوك (Bandura, 1969) أن المشاهدة والمحاكاة التي تليها ، يمكن ان تشكل اتجاهات فعالة لتغيير العادات الضارة. وبعد التشابه من المبادئ المهمة في النمذجة، فالافراد أكثر ميلا الى تقليد السلوك الصحي الذي يصدر عن أشخاص يشبهونهم. (تايلور ص، 2008، ص ص: 152-155)

10- تقييم المدرسة السلوكية

- النظرية السلوكية واضحة المفاهيم والمصطلحات لا تحتاج الى تفسير أو تحليل بالنسبة للمتلقي.
- تستطيع التعامل مع حالات متعددة مثل صغار السن والمعاقين والمتخلفين عقليا والمدمنين.
- للنظرية السلوكية إثر واضح في البحث العلمي بانتهاجها المنهج التجريبي الذي منح المدارس الأخرى فهم اشمل للطبيعة الإنسانية وإمكانية التنبؤ بالسلوك
- يمتاز العلاج السلوكي بانه واضح ومختصر وبسيط لا يتطلب الا نادرا الوقت والجهد.
- يرى المعالجون السلوكيون ان طريقتهم تتسم بكفاءة التطبيق المستمدة من أسس التعلم التي تم تجربتها مخبريا.
- أما عن عيوب المدرسة السلوكية:
 - فقد اهتمت المشاعر والتعاطف مما يؤثر على العلاقة العلاجية الناجحة بين المرشد والمسترشد.
 - جعلت الفرق بين السلوك السوي والشاذ في الدرجة وليس النوع واعتبرت جميع هذه السلوكيات مكتسبة.
 - اعتمدت النظرية السلوكية على المهج التجريبي فقط وتناست ان اغلب سلوكيات الانسان تاملية (استبطان ذاتي) ولا نستطيع ان نفسرها عن طريق المنهج التجريبي فقط. (بطرس حافظ، ص ص 176 -177)
 - ومن خلال ما سبق نستطيع ان نقول انه رغم العيوب التي تتسم بها النظرية السلوكية وما تحويه من تقنيات علاجية فهي صالحة حتى الان لعلاج مختلف الاضطرابات النفسية وتعتبر من ابرز التقنيات وأيضا ظهرت نظرية المعرفة السلوكية وهي تكامل للعلاج السلوكي حيث يتم تغيير البنية الفكرية التي تبرمج على شكل سلوكيات.

11- تقنيات العلاج المعرفي السلوكي

تتمثل اهم التقنيات المستعملة في العلاجات السلوكية المعرفية في:

- **تقنية التشريط بالنقيض:** تتبلور هذه التقنية حول فكرة التي مفادها ان الاستجابة لمنبه معين يمكننا ازلتها بنمط سلوكي اخر نحو نفس المنبه وتعتبر محاولة ماري كوفر جونر في ازالة مخاوف الطفل نموذجا موفقا

لاستخدامات هذا المبدأ علاجياً، وقد انبثقت تقنيات كثيرة عن هذا المبدأ نذكر منها تقنية العلاج التكريهي يعمل بالية الكف المعاكس حيث يعتمد المعالج الى تعديل الاستجابة غير المرغوبة بجعلها تتزامن مع مثير اخر منفرد .
-**التطمين التدريجي المنظم:** وقد استخدم هذه التقنية جوزيف وولبي لعلاج حالات الافراد الذين يعانون من القلق حيث عمد الى تشجيع العصابي او المريض نفسياً على مواجهة المواقف المقلقة او التي تثير الخوف بصورة تدريجية

ويعرض عبد الستار ابراهيم اربعة مراحل لتطمين التدريجي وهي:

-تدريب المريض على الاسترخاء العضلي

-تحديد المواقف المثيرة للقلق

-تدرج المنبهات المثيرة للقلق

-التعرض لاقل المنبهات المثيرة للقلق مع الاسترخاء ثم التدرج لمواقف اكثر اثاره لقلق فاكثر

-**التدعيم:** يشير عبد الستار ابراهيم الى ان التدعيم هو اي فعل يؤدي الى زيادة في حدوث استجابة

معينة او تكرارها وذلك مثل كلمات المدح والتشجيع وقد يكون التدعيم ايجابياً او سلبياً.

-**اسلوب توكيد الذات:** هو القدرة على التعبير الملائم عن اي انفعال ازاء المواقف والاشخاص فيما عدا

التعبير عن انفعال القلق اننا بسبب مخاوفنا وعجزنا عن التعبير عن مشاعرنا في مواقف الاتصال بالناس مع

رغبتنا في الشكوي من تصرف سخي أو نكتم معارضتنا عند الاختلاف مع الناس والاصدقاء أو نرغم انفسنا

على البقاء في جماعة مملّة.

-**التنظيم والضبط الذاتي:** يتضمن التنظيم الذاتي بوصفه استراتيجية علاجية كما يشير لويس مليكة تدعيم

العميل من ضبط الخارجي لسلوكه الى الضبط الداخلي كما يحدث مع الفرد الخجول الذي يبادر الى محادثة

الاخرين بدل تجنبهم ومن اساليب الضبط الذاتي نذكر الملاحظة الذاتية تخطيط البيئة والبرمجة السلوكية،ومن

اساليب المراقبة الذاتية المستعملة في العلاج يمكن تمكين الفرد من مشاهدة نفسه من خلال مرآة او كاميرات

تصوير وهو يتصرف في مواقف اجتماعية مختلفة وبهذه الطريقة يستطيع الفرد ان يطور قدرته على ضبط ذاته

وتصرفاته من خلال مراقبته لنفسه، كما ان لهذه الطريقة ميزة اخرى فهي تطلع الفرد بطريقة مباشرة الكيفية التي

يدركه بها الآخرون. (سنوساوي عبد الرحمان، 2017، ص ص 90، 95)

المحاضرة العاشرة: المدرسة المعرفية

الهدف العام

- أن يطلع الطالب على المدرسة المعرفية وكيفية نشأتها ومبادئها

الأهداف الإجرائية

- أن يتعرف على مسلمات النموذج المعرفي
- أن يتعرف على - أهداف المدرسة المعرفية
- أن يتمكن من فهم المرتكزات النظرية للمدرسة المعرفية
- أن يتعرف على مبادئ المدرسة المعرفية وأهم روادها
- أن يطلع على نظرية بياجيه المعرفية
- أن يتعرف على مبادئ العلاج المعرفي

تحظى المدرسة المعرفية بأهمية كبيرة في علم النفس، لما قدمه علمائها وباحثيها من إهتمام بمشكلات وقضايا وعوامل إكتساب المعرفة وشملت أيضا هذه الإهتمامات الأسس النفسية لتمثيل المعرفة إكتسابها والإحتفاظ بها ز كذا إسترجاعها و توظيفها. وقد إهتم علماء علم النفس المعرفي بدراسة الآليات السيكلوجية الكامنة وراء معالجة المعلومات وإكتسابها وتخزينها .

على العموم يمكننا أن نعرف المدرسة المعرفية على أنها مجموعة من الإتجاهات التي تركز في دور العمليات العقلية والمعرفية في السلوكيات القابلة للملاحظة المباشرة.

عند ما تذكر النظرية المعرفية يذكر العالم النمساوي جان بياجيه فهو المؤسس والمنظر لهذه المدرسة والنظريات المعرفية في تفسيرها للتعلم تؤكد على أهمية الروابط الموجودة بين سلوكيات الأفراد وكل من أفكارهم وخبراتهم السابقة وقدراتهم العقلية مثل أساليبهم في التفكير والتذكر والإدراك وما شابه .

تختلف النظرية المعرفية عن النظريات السلوكية في كونها لا تأبه بالعلاقات بين السلوكيات ونتائجها أو بالأعمال المتعلمة عن طريق المشاهدة وغيرها، حيث تفترض أن البشر هم أكثر من مجرد الأعمال التي يقومون بها، فهم يفكرون ويدركون ويتذكرون وأن جميع هذه الأمور يجب أن يتم استنتاجها مما يقوله الناس أو يقومون به و ليس من مجرد مشاهدة سلوكهم الظاهري .

لذا، فإن أصحاب النظريات المعرفية يلجأون إلى استخدام لغة وتعابير واصطلاحات تختلف عن تلك التي يستخدمها السلوكيون و أنهم بدلا من التكلم عن المثير والاستجابة والتعزيز فإنهم يتكلمون عن الذاكرة والإدراك والانتباه والمعنى وتنظيم الأفكار .

1- نشأة المدرسة المعرفية

بدأ اصحاب المدرسة المعرفية او مايسمونهم اصحاب علم النفس المعرفي أوائل الستينيات التمرد على الاتجاه السلوكي القديم مؤكدين ان علم النفس يجب ان يفهم ما يجري داخل هذا الصندوق الاسود من عمليات ويهتم اصحاب المدرسة المعرفية بدراسة العمليات العقلية المعرفية الداخلية التي ترافق الانماط السلوكية ولكن بأسلوب علمي موضوعي .

بدأت الاهتمام بالنموذج المعرفي كما يشير إليه (القشاعلة، 2021، ص. 58) مع ظهور العالم الألماني "فونر" الذي استخدم المنهج الترابطي في الوصول إلى دراسة متكاملة عن الوعي الإنساني، إذ بحث عن الروابط التي يمكن أن تتكامل فيما بينها من خلال الخبرة لتقدم منظمة تؤدي إلى تكوين المعرفة، كما أن اسهام "ابنجهوس" في النظر إلى هذا العلم من منظور الفلسفة وتطويره لافتراضات العمليات الذهنية العليا مثل: التذكر والتفكير والتخيل أدى إلى نتائج مهمة في هذا المجال. ثم ظهر الاتجاه الجشتالتي في ألمانيا مبرر النظرية الجشتالتي على يد "ماكس فريتمر" و"كورت كوفكا" و"بافلوف جالج" والذي تبنى فكرة الكلية الكتلية سعيا نحو تفسير ظواهر السلوك الإنساني، فيما بعد أسهمت نظرية المعلومات التي تعد نوعا من أنواع النظرية المعرفية ككل نحو الأمام، حيث تبلور معنى الترميز في التعامل مع الأحداث الماضية والمستقبلية المتوقعة في ذهن الفرد عند التذكر أو التخيل وفقا للعمليات الذهنية التي يقوم بها العقل، وأولت اهتماما واضحا بتلك القدرة الإنسانية الذهنية التي تساعده على التصور والتخيل والتذكر وتمكنه من القيام بالعديد من المهارات والقدرات العقلية المؤدية إلى اكتساب المعلومات وتكوين الخبرات، وبحث في مدى محدودية تلك القدرة أو اتساعها، ويمكن القول إن التطور الأهم لعلم النفس المعرفي كان على يد تشومسكي، إذ انطلق من نظريته لكل من منطق الجملة التي تتكون من عدة كلمات، بذلك تؤثر في المتلقي وتعبر عن معنى يؤدي إلى تصور في الذهن، ولكنه أثار ضجة في بنية علم النفس المعرفي في حين ارتأى أن يمكن أن يواجه الفرد يعنيه بدرجة أكبر مما تحتويه الجملة. وبذلك استطاع "تشومسكي" أن يقف على الطرف المقابل والمناقض بالنسبة للمدرسة السلوكية وأفكارها، وكانت تلك البذور الأساسية لنشأة النظرية المعرفية التي تعنى بالعمليات والمعالجات الذهنية والتدخلات المتواترة في موضوع التعلم من خلال التفكير، بهدف تنظيم ذلك التعليم وانسجامة مع البيئة المعرفية التي ينمو فيها.

ان جوهر اهتمام علم النفس المعرفي هو دراسة الانسان و الاهتمام بوجه خاص بطرق تحصيل المعرفة وحفظها وتحويلها واستخدامها في توجيه السلوك كما ان السلوك عند المعرفيين هو نشاط قصدي يتمثل في تنفيذ خطة لها هدف معين.

وبرغم من حداثة هذه المدرسة الا ان تأثيراتها كبيرة في علم النفس حيث فرضت دراسة العمليات العقلية بجانب دراسة السلوك كموضوع لعلم النفس. وهكذا تؤكد المدرسة المعرفية على المعرفة و التفكير وكل العمليات العقلية الاخرى مثل التخيل والادراك والاستدلال..... وحتى حين يهتمون بموضوعات اخرى مثل الشخصية فأنهم ينظرون اليها على أنها مآثرة الى حد كبير بالعمليات المعرفية (القشاعلة، 2021، ص.58).

2- تعريف النظرية المعرفية

هي النظرية المعنية بالعمليات الذهنية والمعالجات والتداخلات المستمرة في موضوع التعلم بهدف تنظيمه وادماجه في بيئة التعلم المعرفية (فطامي، 2013، ص.32) وتفترض النظرية المعرفية ان الفرد نشيط حيث يبادر الى ممارسة الخبرات التي تقود الى التعلم و يبحث عن المعلومات المتعلقة بحل المشكلة، ويعيد تنظيم وترتيب مالمديه من معلومات خبرات لتحصيل واستدخال التعلم الجديد، وبدلا من ان يكون سلبيا محكوما باحداث البيئة المحيطة ،فأن المتعلم يختار ويقرر ويمارس وينتبه ويتجاهل ويجري استجابات اخرى بحيوية من اجل تحقيق الهدف. وتعد المدرسة المعرفية من الاتجاهات الحديثة حيث ساعد التقدم في مجال الحاسب الآلي علماء النفس على بناء تصورات جديدة للعمليات العقلية ووظائفها وقد ظهرت كرد فعل عن المدرسة السلوكية وتفسيراتها للتعلم (عبد الخالق، 2016، ص.79)

كما تفترض النظرية المعرفية ان التعلم المعرفي هو نتيجة لمحاولة الفرد الجادة لفهم العامل المحيط به، عن طريق استخدام ادوات التفكير المتوافرة لديه. وتختلف نوعية وكمية المادة العلمية التي يستوعبها الفرد ويتمثلها باختلاف الاراء والمعتقدات والمشاعر والتوقعات. (فطامي، 2013، ص.32)

3- مسلمات النموذج المعرفي

- يعجز المنهج الاستبطاني عن تفسير العمليات المعرفية لذلك لابد من استبداله بمنهج اكثر فاعلية في تفسيرها مع اعتبار عمليات التامل المعرفي وهي حالة التي يحاول فيها دراسة مالمديه من خبرات ومخزون معرفي عندما تعرض له خبرات يراد له التفاعل معها.

- ان مهمة علماء النفس المعرفيين نقل الخبرات والتجارب والدراسات الى مجالات الحياة الواقعية عن طريق نقلها من المختبر الى مجالات حية مختبفة.

- يمكن دراسة العمليات المعرفية عن طريق تحليل الاسس والانشطة والفعاليات النفسية للعمليات المعرفية دون الاعتماد وبشكل رئيسي على العمليات الدماغية والجهاز العصبي و التحليل الفيسيولوجي.

- ان نظرية معالجة المعلومات واسسها وماتفسره بشكل احدى الركائز المهمة في تطوير علم النفس المعرفي باعتبارها نظرية معرفية (مرجع سابق، ص.21).

4- أهداف المدرسة المعرفية

- الارتكاز على العمليات الداخلية لدى الفرد كالادراك، التفسير، المعالجة واتخاذ القرارات التي في ضوءها يتحدد السلوك،
- استقبال المعلومات، معالجتها، اتخاذ القرارات المناسبة وتخزينها واسترجاعها وقت الحاجة،
- إعطاء أهمية خاصة لمصادر المعرفة واستراتيجيات التعلم،
- دمج الخبرات الجديدة في المعلومات والمعارف والخبرات السابقة ثم إعادة تشكيلها وتركيبها لتكوين معارف جديدة،
- تزود المتعلم بالأهداف المعرفية، التفاعل مع الخبرات التعليمية عن طريق بنى عقلية. وتركز على القدرات الابتكارية (القشاعة، 2021، ص.60)

5- المرتكزات النظرية للمدرسة المعرفية

فيما يلي نبذة موجزة عن عدد من هذه النظريات حسب ما جاء في (عدس وناقية القفطاني، 2002)

* نظرية معالجة المعلومات

- تعنى نظرية معالجة المعلومات في بحث و توضيح الخطوات التي يسلكها الأفراد في جمع المعلومات وتنظيمها وتذكرها وهي تقدم افتراضين هامين في التعلم:
- أولهما: إن التعلم عملية نشطة و لذلك يجب أن نقوم نحن بالبحث عنها و استخلاص ما نراه مناسباً منها .
- وثانيهما: إن المعرفة السابقة تؤثر على التعلم و تسهل من أمره .

وفي جوهرها فإن نظرية معالجة المعلومات تهتم بأنماط التفكير البشري و تقترض أنها تتم على غرار الحاسوب الحديث ولذلك فإنها تركز اهتمامها على المدخلات وطرق الاختزان وطرق الاسترجاع. و ترى أن المعلومات التي ترد إلينا عن طريق حواسنا المختلفة تمر في ثلاث محطات حيث يجري عليها من المعالجة في كل محطة منها .

أما المحطة الأولى فهي ما يطلق عليها اسم (المسجل الحسي) وهو الذي يستلم المعلومات من الحواس ويحتفظ بها لأجزاء من الثانية لإتاحة المجال أمام مزيد من المعالجة و لكن هذه المعلومات يسقط الكثير منها وبخاصة إذا كانت لا ترتبط كثيراً من ما سبق وجوده في الذاكرة طويلة المدى أو أنها لا تلق الانتباه الكافي لها (لذلك يقع على عاتق المعلمين محاولة كسب انتباه الطلبة و المحافظة عليه و خاصة عندما يقومون بتقديم مواد جديدة و يتم ذلك بتنويع أساليب التدريس وتغيير طبقة الكلام نمطه وكذلك تنويع الوسائل المستخدمة).

والمحطة الثانية هي الذاكرة قصيرة المدى وهي التي يتم فيها تهيئة المعلومات لإجراء المعالجة المطلوبة عليها، لذلك تسمى أحيانا بالذاكرة الفاعلة.

والمحطة الأخيرة هي الذاكرة طويلة المدى وهي التي تمثل المخزن الدائم للأفكار والمعلومات بطريقة ذات معنى. ولكن المشكلة الرئيسية بالذاكرة طويلة المدى ليس في درجة سعتها و إنما طبيعتها الكسولة وغير الفاعلة.

✳️ التعلم عن طريق الاكتشاف

صاحب هذه النظرية هو برونر حيث يرى أن أفضل طريقة لحفز الطلبة للتعلم ليكون من خلال التعلم الاكتشافي وهو التعلم الذي يقدم الطلبة من خلاله بطرح أسئلة هادفة وتكوين أفكار والتوصل إلى المعلومات من خلال الاستفسارات التي يقومون بها .

ورغم أن الحصول على المعلومات هي الغاية النهائية لعملية التعلم إلا أن برونر يولي أسلوب الحصول على المعلومات أهمية أكبر من المعلومات ذاتها .

وحتى يساعد الطلبة في تعلمهم فقد اقترح برونر فكرة المنهاج الحلزوني وهذا الأسلوب قائم على التعمق في المعرفة العلمية كلما ارتفعنا في المرحلة الدراسية مثل مفهوم الخلية تدرس في المرحلة الابتدائية بطريقة بسيطة ثم نتوسع بها عند الارتقاء في الصفوف و ذلك لمراعاة البنية المعرفية والسيكولوجية للطلاب، وكذلك في المرحلة الثانوية فندرس أجزاء الخلية و أنواعها و مكوناتها و تزداد هذه المعرفة في المرحلة الجامعية و بعدها قد نؤلف بحثا أو حتى كتابا عن الخلية .

ويشدد برونر بقوله (إن أي معلومة مهما كانت صعبة فمن الممكن أن توضع بشكل بسيط يستطيع حتى الطفل الصغير أن يتعلمها و يفهمها) و رغم منطقية أقوال برونر إلا انه وجد بعض المعارضين على اعتبار أن التنظير شيء و التطبيق العملي شيء آخر و أن الكثير من المواد التعليمية لا تخضع بسهولة للاكتشاف و لا يمكن فيها التعلم عن طريق الاكتشاف مثل اللغة و الموضوعات الصعبة في الرياضيات.

✳️ نظرية التعلم ذو معنى أو نظرية أوزويل في التعلم

طور ديفيد أوزويل نظرية من شأنها أن توجه تفكير الطلبة وتعلمهم من خلالها تقديم أفكار مفتاحية لهم، إضافة إلى معلومات مرتبة و متسلسلة بحيث يتكامل مع معلوماتهم السابقة .

والتعلم ذو معنى هو التعلم الذي يأخذ فيه الطلبة أفكارهم من العلم بدلا من أن يقوموا هم باكتشافها وهذا النوع من التعلم يحصل نتيجة الاستخدام المعلم طريقة التدريس المفسر أو الشارح و الذي يقوم فيه هذا المعلم بتقديم موضوعات رئيسية أو أفكار مفتاحية قبل الخوض في التفاصيل .

6- مبادئ المدرسة المعرفية

1-إيجابية الكائن الحي وتأكيد انسانية الانسان من حيث هدفه واختياره وإيجابيته وتأثيره.

2-تأكيد دور الفهم والبصيرة خاصة في عمليات التعلم.

3- يجب على علماء السلوك دراسة المتغيرات الوسيطة والعمليات العقلية المعرفية مثل التفكير والادراك والذاكرة والتخيل واللغة وحل المشكلات.

4- يجب على علماء السلوك معرفة المعلومات الدقيقة عن كيفية عمل تلك العمليات وكيفية تطبيقها في الحياة اليومية.

5- السلوك او التعلم عملية معقدة اكثر من كونه رابطة بسيطة بين مثيرات واستجابات.

6- يجب استخدام الاستبطان غير الشكلي بصفة خاصة لتنمية الشعور الحدسي بينما يفضل استخدام الطرق الموضوعية لتعزيز وتأكيد مثل هذا الشعور.

7- قوانين التعلم واستراتيجياته ليست واحدة عند الجميع وفي جميع المراحل كما فعلت السلوكية. (عبد الحليم منسى، 2001، ص.46)

7- أهم رواد النظرية المعرفية

جان بياجيه: يعد بياجيه من اهم علماء النفس والنمو والتطور المعرفي. وبشكل خاص يعد بياجيه احد الاعمدة الاساسية التي اسهمت في تطور المعمار المعرفي في نظريته التي طورها وهدف منها الى فهم نمو وتطور العمليات الذهنية للطفل. (فرحان القضاء، 1977، ص.127)

ولجانج كوهلر: عالم النفس الالمانى كان مع زميليه ماكس فرتهميروكيرت كوفكا من مؤسسي النظرية الجشطالتيه وكان مهتما بسيكولوجية الادراك والتفكير والتعلم ودرس التعلم بالبصيرة فان احدى نتائج بحوث كوهلر كيف ان الحيوان يتوقف بعد عدد من المحاولات في حل مشكلة ما يتوقف عن المحاولة ويفكر ساكنا ثم فجأة تبدوعليه انه عرف طريقة الحل بعد ان تأمل فيها ويتصرف بسرعة بطريقة صحيحة يحل المشكلة. (عماد عبد الرحيم الزغلول، 2004، ص.228)

كيرت ليفيه: وكان من مجال اهتمامه المجال النفسي كما اهتم بالدافعية والسلوك الاجتماعي، تفحص النظرية انماط التفاعل بين الفرد وبين المجال الكلي والبيئة. كما طور النظرية في اربعينيات القرن العشرين وهو عالم نفس من المدرسة الجشطالتيه. (مرجع سابق، ص.191)

كيرت كوفكا: طبيب نفسي الماني 1886-1941 كان من المهتمين بسيكولوجية الادراك والتفكير والتعلم كان عمله في المستشفيات العسكرية احد اهم العوامل التي اسهمت في اتجاهه لهذا المجال والبحث في مجالات اهتمامه. الف العديد من الكتب كان اشهرها مبادئ علم النفس الجشطالتي. (حسانين، ص.127)

8- نظرية بياجيه المعرفية

يرى بياجيه ان الدماغ هو الة التفكير وان معرفة مايدور في الذهن وتمثيله يضيف بعدا كبيرا للنمو المعرفي عند الانسان وفهم الياته الذهنية ان علم النفس المعرفي هو علم فهم تفكير الانسان وادواته واسباب اختلاف معالجاته الذهنية في المواقف البسيطة والمتطورة.

حيث انصب اهتمام بياجيه في مسالتين اساسيتين هما:

-كيف يدرك الطفل هذا العالم وماهي الطريقة التي يفكر من خلالها بهذا العالم؟

-كيف يتغير ادراك وتفكير الطفل بهذا العالم من مرحلة الى أخرى (القشاعلة، 2021، ص62).

1- مفهوم النمو المعرفي عند بياجيه

هو الذي يشكل اساسا مهما لفهم كيف يتطور الفهم وكيف تتطور المعرفة في اذهان الاطفال. ويستند هذا الاساس الى افتراض مفاده ان التطور المعرفي هو تطور التفكير وتطور استراتيجيات التعلم وتطور المعالجات الذهنية....

وهناك افتراض اخر مفاده ان التفكير و العمليات الذهنية هي اداءات معرفية تنمو وتتطور بالعمر مما يفرض اهمية اعتبار هذا المتغير المعرفي الاساسي لفهم وتفسير عمليات التفكير و المعالجة من وجهة نظر معرفية.(محمد فرحان القضاء، 1977، ص.127)

2- مراحل النمو المعرفي عند بياجيه

- المرحلة الاولى:مرحلة النمو العقلي الحسي الحركي تبدأ من الولادة حتى سنتين.
 - المرحلة الثانية:مرحلة ما قبل العمليات (التفكير التصوري) وهي من سن 2 الى 6 سنوات.
 - المرحلة الثالثة:مرحلة العمليات العينية او الملموسة وهي من سن 7 سنوات الى 11 سنة.
 - المرحلة الرابعة:مرحلة العمليات المجردة وهي من سن 12 الى 15 حيث يتم اكتمالها.
- عوامل النمو العقلي والمعرفي عند بياجيه:

ويرتكز النمو العقلي والمعرفي عند بياجيه على اربعة عوامل

- 1-عامل النضج:عامل ارتقاء معرفي حيث يساهم النضج في الارتقاء المعرفي من خلال النمو العصبي ونمو جهاز الغدد الصماء.
- 2-عامل الخبرة الفيزيائية:ويتمثل في العمل العضلي والتعامل مع الاشياء.
- 3-عامل التفاعل الاجتماعي:وهو التفاعل مع الاخرين وتبادل الافكار معهم.
- 4-عامل التوازن:هو الية بين النضج والخبرة الفيزيائية والتفاعل الاجتماعي.(القشاعلة، 2021، ص.63)

9- العلاج المعرفي

امتد تأثير المدرسة المعرفية الى الممارسة الاكلينيكية في إطار العلاج المعرفي الذي حاول اقتراح مقارنة شمولية تستحضر العامل الوجداني والعامل السلوكي الى جانب العامل المعرفي في تفسير سلوك الفرد ،اصبحت تعمل على اشراك المفحوص في عملية تغيير افكاره السلبية ومعتقداته الخاطئة او تعديل أسلوب تفكيره، وهذا التوجه العلاجي والارشادي الجديد قام بالدرجة الاولى على اساس الاعتراف بقدرات الشخص وبكفاءته المتعددة وتوظيفها كقاعدة ليتعلم كيف يتعلم في المجال التربوي، وكيف يساعد نفسه بنفسه على تجاوز صعوباته النفسية في المجال العلاجي. (القشاعلة، 2021، ص ص: 59، 60)

ويعبر عنه باختصار TCC وهو الذي يركز على المخططات المعرفية وتأثيرها على السلوك وتركز على مضامين نظرية عقلانية ترى ان مشاعر الافراد وسلوكهم تتحدد عموما بالطريقة التي يرون بها العالم.

9-1- مبادئ العلاج المعرفي

تحدد جوديت بيك (2007) مجموعة من المبادئ الأساسية التي يقوم عليها العلاج المعرفي بصفة عامة وهي:
-العلاج المعرفي يبني أساسا على التقييم المتنامي والمستمر للمريض ومشاكله في صيغة مصطلحات معرفية.
- يتطلب العلاج تحالفا لاجيا سليما يظهر كل المقومات الأساسية اللازمة للمواقف العلاجية مثل الدفء والرعاية والاحترام والكفاءة.

- يؤكد العلاج المعرفي التعاون والمشاركة الفاعلة.

- ان العلاج المعرفي ذو هدف واضح ومتمركز حول مشكلة ما.

- يركز العلاج المعرفي على الحاضر.

- العلاج المعرفي هو علاج تعليمي بالاساس يهدف الى تعليم المريض كيف يكون معالجا لنفسه وكيف يتجنب الانتكاسات.

- العلاج المعرفي محدد بزمن معين.

- جلسات العلاج المعرفي مقننة.

- يستخدم العلاج المعرفي تقنيات وطرقا مختلفة لكي يغير التفكير والمزاج والسلوك.

- ولعل اهم مبدا يقوم عليه العلاج المعرفي السلوكي هو تعديل المخططات المعرفية من اجل تغيير اساسي ومباشر في الانفعالات وفي السلوك. كما ان الدمج بين الاساليب المعرفية في تعديل المخططات وكف توارد الافكار التلقائية وبين الادوات والاساليب المعتمدة في تعديل السلوك جاءت بنتائج ايجابية وسريعة في علاج الفوبيا وبعض المشاكل الانفعالية.

وعليه فالعلاج المعرفي هو علاج مختصر مقيد ومقنن محدد في جلساته واهدافه، وهو علاج قصيرا الامل

يستخدم بفعالية العلاقة مشتركة بين المعالج والمريض (عبد الحليم منسى، 2001، ص. 36)

وفي الأخير: فإن النظرية المعرفية مما لاشك فيه قدمت تطور بصورة كبيرة الى علم النفس العام بفضل جهود ومساهمات العلماء والمفكرين الذين ينتمون الى هذه النظرية من خلال دراسة جميع العمليات العقلية التي يمارسها الانسان ودراسة استقبال المعلومات ومعالجتها وترميزها وتخزينها واسترجاعها، وكملخص لنظرية المعرفية بشكل مبسط هو ان كل ما يحدث في الحياة الانسان سواء كان معرفة او خبرة او تدريب حصل عليه الانسان من اي مصدر من مصادر المعرفة المشهورة.

المحاضرة الحادية عشر: المدرسة الإنسانية

الهدف العام

أن يطلع الطالب على النظرية الإنسانية، مرتكزاتها ومسلمتها

الأهداف الإجرائية

- أن يتمكن من فهم المرتكزات النظرية للمدرسة
- أن يتعرف الطالب على رواد المدرسة الإنسانية
- أن يتعرف على فرضيات النظرية، خصائصها، مبادئها ومسلماتها.

يعتبر الإنسان كائن حي بالغ التعقيد الأمر الذي يصعب معه فهم السلوك الإنساني ودوافع أفعاله، لذلك حاول العلماء منذ عصور خلت من خلال التأمل لذواتهم وذوات الآخرين فهم النفس الإنسانية وتفسير السلوك السوي والمضطرب، حيث تم إرجاع السلوك غير السوي إلى المس الشيطاني وأسباب عضوية حينا واجتماعية ونفسية حينا آخر. وفي العصر الحديث شهد ولادة النظريات النفسية لتفسير علمي لسلوك الإنسان في سوائه واضطرابه كالنظرية التحليلية والنظرية السلوكية والمعرفية وغيرها. وكل نظرية ركزت على جانب من جوانب البناء النفسي للإنسان، فبعض النظريات كنظرية السلوكيين اتجهت إلى تفسير هذا السلوك نتيجة للتعلم بينما جاءت نظرية العلاج والإرشاد المتمركز حول العميل أو المسترشد أو العلاج النفسي غير الموجه التي تنتمي إلى المنحى الإنساني في علم النفس إلى سد الفجوة المعرفية لتفسير السلوك الإنساني حيث تبنت وجهة النظر التي تؤكد على مفهوم الذات وانه هو القاعدة والأساس في تفسير السلوك وإن تكامل خبرات الفرد وانسجامها مع مفهوم الذات يتولد سلوك السوي. إذن ما هو المنحى الإنساني ومنهم رواده وماهي أهم مبادئه ومسلماته وما مفهوم الشخصية ومكوناتها ومحدداتها من هذا المنظور؟ وكيف يفسر هذا الاتجاه الاضطراب وما علاجه؟

1- الجذور التاريخية لعلم النفس الإنساني

تسمى النظرية بالقوة الثالثة، على اعتبار أن القوة الأولى هي التحليل النفسي، والقوة الثانية هي السلوكية. ومع ذلك فإن علم النفس الإنساني ما يزال أضعف من أن يناطح إحدى هاتين القوتين.

وعلم النفس الإنساني ما يزال جديدا بحيث لا يمكن اعتباره مدرسة رئيسة في علم النفس، ذلك لأنه لم يصبح بعد كيانا في جسم علم النفس، ومع ذلك فإننا لا يمكن أن نتجاهل علم النفس الإنساني ونحن بصدد دراسة عن تاريخ علم النفس، لأن علم النفس الإنساني من حيث كونه قوة جديدة، ظهر منذ ما يزيد عن ربع قرن ومدة -هذا شأنها - تعد هامة إذا قدرنا أن تاريخ علم النفس الحديث بدأ منذ حوالي قرن فقط من الزمان.

ومما يدعوننا إلى التعرض بالدراسة العلم النفس الإنساني أنه أصبح مصدر جاذبية لعدد كبير من علماء النفس، وخاصة الشباب منهم، ومما يجدر ذكره أن علم النفس الإنساني له جذور تاريخية عند بعض العلماء هذا بالإضافة إلى إسهام قطبية: "ماسلو"، و "روجرز" وعلم النفس الإنساني له أصوله التاريخية التي يمكن أن نتبينها في بداية عصر النهضة الشاعر الإيطالي الكبير "فرانسكو بترارش"، وتعني الإنسانية أساسا التخلي عن الأفكار المقدمة التي سادت العصور الوسطى في أوروبا ، والتي تنظر للإنسان نظرة تقلل من قيمته وتهدد من إنسانيته ، والإنسانية في أول عهدها حركة فلسفية أدبية تركز على دراسة قوى الإنسان وإمكاناته وقيمه وحاجاته، وهي في دراستها تلك تستشعر التفاؤل بالإنسان وما يمتلك من إمكانيات.

كما أن الأفكار الأساسية في علم النفس الإنساني يمكن أن نجد لها جذورا عند العلماء والفلاسفة السابقين، كما هو الحال في معظم مدارس علم النفس ومن هذه الأفكار الأساسية التأكيد على أهمية الخبرة الشعورية، والوحدة بين طبيعة الإنسان وسلوكه، والاعتقاد في وجود الإرادة الحرة والمباراة عند الإنسان، وكذلك تأكيد القدرة الخلافة عند الفرد، ومثل هذه الأفكار توجد عند عدد من علماء النفس القدامى.

وعلى سبيل المثال فإن "برنتانو" انتقد الاتجاه الآلي في دراسة علم النفس، وأشار إلى أن علم النفس يدرس الشعور من حيث كونه فعلا، وإن الشعور له نوعية كلية، وليس مجرد محتوى سلبي لجزيئات، وكذلك عارض "وليم جيمس" الاتجاه الآلي في دراسة علم النفس، وحث على تركيز الدراسة في علم النفس على الشعور وعلى الفرد ككل.

كما أشارت مدرسة الجشطالت، إلى وجوب الاتجاه نحو دراسة كلية للشعور كما أن هنالك عددا من علماء مدرسة التحليل النفسي مثل: "ادلر" و "هورناني"، و"فروم"، عارضوا فكرة الحتمية الفرويدية، تلك الحتمية التي تقرها القوى البيولوجية والقوى النفسية اللاشعورية، وهذه الانتشاقات من التحليل النفسي والفرويدي، بشرت بأفكار جديدة مثل المباراة وحرية الإرادة وتأثير جميع المراحل العمرية في تكوين الشخصية، وكذلك اعتبار أن الشخصية هي قوة خلاقة تستطيع أن تشكل نفسها.

ومما لا شك فيه أن طبيعة العصر لعبت دورا في قيام علم النفس الإنساني، حيث تضمنت طبيعة العصر عدم الارتياح وعدم الرضا تجاه التفسيرات الآلية التي ازدحم بها علم النفس، وقد أظهر علم النفس الإنساني تنديدا بالآلية التي أظهرت الإنسان وكأنه حيوان د يتصرف بالحتمية، استجابة المثيرات البيئية أو الخبرات الطفولية المبكرة.

كذلك ساد الاحتجاج بان الحضارة الغربية بعامة، والحضارة الأمريكية بخاصة ، قد قللت من إنسانية الإنسان واهدرت فرديته بحيث أصبح ترسا صغيرا في الآلة الاجتماعية الكبيرة ، وأصبحت النظرة إلى الفرد على أنه مجموعة من الأرقام والإحصائيات ، وليس على أنه إنسان ، إن تلك الحضارة الغربية قلت الشعور بذاتية الفرد ، وقللت من قدرته على تغيير حياته ، بحيث أصبح المجتمع بما فيه من «بيروقراطية ، عملاقة بمثابة قدر

متسلط على الفرد يلغى حريته ويقيد حركته ، وهذا كله أدى إلى زيادة الشعور بالاعتزاز سواء اعتزاز الفرد عن مجتمعه أو اعتزابه عن نفسه .كل هذه الصيحات ضد تجريد الإنسان من إنسانيته على .أيدي القوتين العظميين في علم النفس - التحليل النفسي والسلوكية - مهدت الطريق لظهور علم النفس الإنساني من حيث كونه قوة ثالثة (ربيع، 2004، ص ص: 366، 368).

2- تعريف النظرية الانسانية

يشكل التيار الانساني القوة الثالثة في علم النفس المعاصر بعد التحليل النفسي والسلوكي وهو يضم مجموعه اتجاهات صاغها العلماء ذوي الخلفيات المتباينة، وفي الحقيقة ان ذلك الاتجاه قد بدا بجهد الطائفة من المعالجين النفسيين الذين يعرفون في الوقت الحالي باسم علماء النفس الانساني، عندما اخذوا يريدون تفسير نظريات العلاج النفسي بالتأكيد على قدره الانسان على توجيه نفسه ذاتيا من خلال قدرته على التعلم الذاتي وتوظيف قدراته وامكانياته. (عبد الستار، ابراهيم. 1980 . ص ص: 224.225).

3- فرضيات النظرية الانسانية

قدم روجرز مجموعة من الافتراضات تمثل مجتمعة نظرية متكاملة بالنسبة للشخص والسلوك حيث تحاول هذه النظرية تفسير الظواهر المعروفة السابقة وكذلك الحقائق الخاصة بالشخصية والسلوك وتتضمن هذه الافتراضات ما يلي:

أولا: إن كل فرد يوجد في عالم من الخبرات المتغير هو مركزه، وأن هذا العالم المتغير هو المجال الظاهري، وإن هذا العالم في معظمه لا شعوري، وجزءا صغيرا منه هو الذي يدركها الفرد شعوريا، غير أن هذه الخبرات اللاشعورية يمكن أن تصبح شعوريا عند الحاجة، حيث أنها توجد في اللاشعور، هذا العالم الخاص من الخبرة لا يمكن أن يعرف ألا للفرد نفسه.

ثانيا: ان المعالج يمكنه التعرف على هذا العالم إلا من خلال الفرد نفسه ولكن قد لا يكون الفرد لديه القدرة على هذه المعرفة ويكون المعالج هنا يدور المساعد لتنمية هذه القدرة لدى العميل، وبناء على ذلك فيكون الشخص أفضل مصدر للمعلومات عن خبراته وعمما يوجد في عالمه الخاص.

ثالثا: يستجيب الفرد للمجال الظاهري ككل منظم بمعنى إن الفرد يستجيب للمجال بطريقة جشطالتيه أي يفرض فكرة تجزئة المجال.

رابعا: نزعة أساسية هي تحقيق وإبقاء وتقوية الفرد الذي يعيش الخبرة فالفرد نظام واحد ديناميكي يعد الباعث الواحد فيه تفسيرا كافيا للسلوك بأكمله.

خامسا: سلوك الفرد في أساسه محاولة موجهه نحو هدف، والهدف هو إشباع الحاجات التي يخيبرها الفرد في مجاله كما يدركه.

سادسا: كل سلوك موجه يصدر عن الفرد يصاحبه انفعال يسهل له مهمته. وتختلف شدة الانفعال طبقا لما يحمله الموقف من أهميته بالنسبة للفرد.

سابعاً: إن أفضل محاولة لفهم السلوك تكون من خلال الإطار المرجعي الداخلي للفرد نفسه والذي يفصح عنه في اتجاهاته.

ثامناً: تتمايز الذات من المجال الإدراكي الكلي والذات هي مجموع الخبرات التي تنسب جميعها إلى سبب واحد هو أنا.

تاسعاً: نتيجة تفاعل الفرد مع البيئة، ومع آراء الآخرين المستمرة تجاه الفرد يتكون مفهوم الذات هو نمط تصوري منظم، مرن ولكن متسق من ادراكات وعلاقات إلى (أنا) أو ضمير المتكلم مع القيم التي ترتبط بهذه المفاهيم

عاشراً: تشكل القيم المرتبطة بالخبرة المباشرة بالبيئة والقيم التي يستخدمها الفرد عن الآخرين جزءاً من بناء الذات

الحادي عشر: تتحول خبرات الفرد التي تحدث له في حياته إلى:

أ- صورة رمزية تدرك وتنظم في علاقة ما مع الذات .

ب - يتجاهلها الفرد حيث لا تدرك لها علاقة ببناء الذات .

ج- يحال بينها وبين الوصول إلى صورة رمزية .

بمعنى إن الإدراك انتقائي ويتحدد هذا الانتقاء بمحك أساسي هو مدى اتساق الخبرة مع صورة الذات لدى الفرد في أثناء عملية الإدراك.

الحادي عشر: اتساق الذات، تتسق معظم الطرق التي يختارها الفرد لسلوكه مع مفهومه عن ذاته.

الثاني عشر: قد يصدر سلوك عن خبرات وحاجات عضوية لم تصل إلى مستوى التعبير الرمزي، وربما لا يتسق هذا السلوك مع بناء الذات.

الثالث عشر: ينشأ سوء التوافق النفسي حين يمنع الفرد عدداً من خبراته الحسية والحشوية ذات الدلالة من بلوغ الشعور .

الرابعة عشر: يتوفر التوافق النفسي عندما يصبح مفهوم الذات في وضع يسمح لكل الخبرات الحسية والحشوية للفرد بأن تصبح في مستوى رمزي وعلى علاقة ثابتة ومنتسعة مع مفهوم الذات.

الخامس عشر: تدرك الخبرات التي لا تتسق ومفهوم الذات كتهديد، وتقيم الذات دفاعاتها ضد الخبرات المهددة عن طريق إنكارها على الشعور .

السادس عشر: في ظل ظروف معينة يمكن مراجعة بناء الذات بشكل يسمح بتمثيل الخبرات إلى لا تتسق مع مفهوم الذات وجعلها متضمنة في بناء الذات.

السابع عشر: عندما يدرك الشخص ويتقبل في جهاز متسق ومتكامل كل خبراته الحسية والحشوية فإنه يصبح بالضرورة أكثر تفهماً للآخرين وأكثر تقبلاً لهم كأشخاص منفصلين .

الثامن عشر: ولكي يتحقق للفرد توافق متكامل وصحي لا بد له إن يقيم خبراته باستمرار حتى يحدد ما إذا كانت هناك ضرورة لإحداث تعديل في بناء القيم. (شرادي، د س، ص. 7-9).

4- رواد المدرسة الانسانية

كارل روجرز: صاحب نظرية الذات، عالم نفس أمريكي ولد سنة 1902 في شيكاغو. نشأ في عائلة صارمة دينياً وأخلاقياً، كانت عائلته مترابطة لدرجة أنه لا يملك علاقات اجتماعية خارج عائلته وقد وصف حياته بأنها كانت تتسم بالعزلة. التحق بالجامعة لدراسة الزراعة وبعدها توجه لدراسة الدين وليصبح قسيساً، وبعد اطلاعه على عقائد دينية مختلفة كتب لوالديه أنه في هذه اللحظة قد حرر نفسه من أسلوبهما في التفكير وأنه يجب على الفرد أن يعتمد أساساً على خبرته الشخصية وهي فكرة يعتبرها تمثل حجرة الزاوية في نظريته في الشخصية. خرج روجرز وتزوج عام 1924 ثم التحق بحلقة البحث اللاهوتية الاتحادية في نيويورك لينتقل بعدها إلى كلية المعلمين في كولومبيا ويتحصل على درجة الماجستير والدكتوراه في علم النفس الاكلينيكي، قام بالتدريس كأستاذ في علم النفس بجامعة أوهايو 1940 ليقوم بعده بسنتين بإصدار كتابه إلهام في الإرشاد والعلاج النفسي وبعدها انتقل إلى جامعة شيكاغو ثم إلى جامعة دسكنس 1957، وكان قاد مجموعة من الباحثين لإجراء دراسات في الفصام (الشيزوفرينيا)، انتخب عام 1946 رئيساً لجمعية علماء النفس الأمريكية. (سفيان، 2004، ص ص: 111-112)

أبراهام ماسلو: ولد ماسلو عام 1908 في نيويورك، تزوج وهو في العشرين من عمره وبيد ان الزواج أمده بالشعور بالانتماء والحب، وفي الجامعة تلقى إعدداً قوياً في علم النفس التجريبي من النمط السلوكي على يد هارلو وخلال السنوات الأولى بعد حصوله على شهادة الدكتوراه تحول من دراسته على القردة إلى الانسان. وكرس نفسه للبحث في أساليب تحسين الشخصية البشرية. (الرقاد، 2017، ص. 158)

وهو أحد المهندسين المعماريين البارزين في علم النفس الانساني. وضع تسلسل هرمي للاحتياجات أو الدوافع من أجل تقليل الاولوية أو الفعالية ولكن لزيادة التطور: الاحتياجات الفسيولوجية والسلامة والانتماء والحب والتقدير وتحقيق الذات فقط عند تلبية الاحتياجات الأكثر بدائية، يمكن للتقدم الفردي أن يصل إلى مستويات أعلى في التسلسل الهرمي. الاشخاص الذين يصلون إلى تحقيق الذات سيحققون امكاناتهم بالكامل (القشاعلة، 2021، ص 65-66)

5- خصائص النظرية الإنسانية

وصف (روجرز 1974) الخصائص التي تميز المنحنى الانساني عن النماذج النظرية الاخرى كما يلي:

- ✚ أن منحى العلاج الانساني المتمركز حول الفرد يركز على مسؤولية العميل ومقدرته على اكتشاف طرق مواجهة الواقع بشكل أفضل.
- ✚ أن العملاء الاقدر على معرفة ذواتهم يكتشفون سلوكيات ملائمة أكثر.
- ✚ يركز المنحنى الإنساني على المجال الظاهراتي للعميل مع محاولة فهم الإطار المرجعي للعميل، وايصال هذا الفهم له بغية إدراك نفسه والعالم المحيط به (زعيزع، 2009، ص ص: 108، 109)

6- مبادئ ومسلمات النظرية الإنسانية

تتلخص وجهة النظر الإنسانية من خلال خمسة مبادئ أساسية ظهرت لأول مرة في مقال كتبه "جيمس بوغينتال" James Bugental وهذه المبادئ هي:

-التأكيد على النظرة الكلية للإنسان بدلا من اعتباره مجموع أجزاء أو تقسيمه إلى مكونات.

البشر لهم وجود في سياق إنساني فريد خاص بهم كما لهم وجود في البيئة الكونية.

البشر على وعي بما يدور حولهم، ويتضمن الوعي الإنساني الوعي الذاتي في سياق أشخاص آخرين.

للشخص بعض الخيارات ويتحملون المسؤولية تجاه هذه الخيارات.

للشخص أهداف مقصودة وهم على وعي بحدوثها في المستقبل كما أنهم يبحثون عن المعنى والقيمة والإبداع

هذا وقد نشرت الجمعية الأمريكية لعلم النفس الإنساني عام 1972م مجموعة من المبادئ لهذه القوة

الجديدة، وهذه المبادئ هي:

الاهتمام بخبرات الفرد لأنها ظاهرة أساسية في دراسة الإنسان، على أن يكون كل من التفسيرات النظرية

والسلوك الظاهر أمرين ثانويين بعد خبرات الفرد، ومعنى تلك الخبرة بالنسبة للإنسان.

- التأكيد على أهمية الخصائص الإنسانية المميزة مثل الاختيار والابتكار وتحقيق الذات في مقابل اعتبار

الإنسان مجرد كائن آلي.

- التأكيد على قيمة الإنسان وكرامته مع الاهتمام بتنمية القوى والإمكانات الموجودة عند الإنسان.

- أن فهم الطبيعة الإنسانية لا يمكن التوصل إليه من الاعتماد على الدراسات التي تجري على الحيوان،

إذ إن الإنسان ليس مجرد فار أبيض كبير

- أن الموضوعات التي يتم اختيارها للدراسة يجب أن تكون ذات معنى بالنسبة للوجود الإنساني، ولا يكون

اختيار الموضوعات فقط لمجرد صلاحيتها للدراسة المعملية وسهولة التكميم.

- يجب أن يكون هنالك استمرارية واتصال بين ما يسمى علم نفس البحث، وعلم النفس التطبيقي، وأن

محاولة الفصل بينهما أمر بالغ الضرر لكل منهما (ربيع، 2004، ص ص: 369، 370).

المحاضرة الاثني عشر: نظريات المدرسة الإنسانية

الهدف العام

- أن يطلع الطالب على النظريات التي ساهمت في تطور النظرية الإنسانية

الأهداف الإجرائية

- أن يتعرف الطالب على نظرية روجرز وماسلو والمفاهيم الرئيسية المكونة لها، والنسق المعرفي الذي تعتمده كل منها.

- أن يتعرف على كيفية تفسير الاضطراب النفسي حسب النظرية الانسانية لكارل روجرز

- أن يتعرف على أسلوب العلاج المتمركز حول العميل ومراحله

- أن يتعرف على تطبيقات نظرية ما سلو في المجال النفسين الطالب من تمييز

- أن يميز اسهامات وأوجه القصور والخلاف لهذه النظريات-

1- نظرية روجرز

1-1- النسق المعرفي لنظرية روجرز

يلاحظ أن نظرية روجرز تناقش الطريقة الظاهرية في الشخصية والظاهرية هي دراسة خبرات الفرد الذاتية ومشاعره ومفاهيمه الخاصة بالإضافة إلى آرائه الشخصية بالعالم والذات، ويرى روجرز أن السلوك يعتمد تماما على كيفية إدراك الفرد للعالم وهذا يعني أن السلوك ناتج عن الخبرة المباشرة كما يدركها الفرد ويفسرها، وهذه الطريقة تؤكد الذات وخصائصها، ويرى روجرز أن النقطة الأكثر فائدة لفهم السلوك هي الإطار المرجعي الداخلي للفرد نفسه حيث يعتقد أن ما هو حقيقي لفرد ما موجود في إطاره المرجعي الداخلي أو العالم الذاتي متضمن كل شيء في وعيه في لحظة من الزمن.

وتتابع النظرية الظاهرية أن ادراكات الفرد وخبراته لا تكون حقيقية دائما وهي تشكل الأساس لأنشطته، ويستجيب الفرد للأحداث وفقا لكيفية إدراكه وتفسيره لها. فالرجل العطشان بشدة يجري بلهفة إلى ما يعتقد أنه بحيرة ماء التي قد تكون في الحقيقة سراب وليس ماء، والشخص الذي ينتظر هاتفا مهما يعتقد أن كل صوت يسمعه هو رنين الهاتف. إذن وفقا لروجرز كل فرد يتبين الحقيقة وفقا لعالمه الخاص من الخبرة وهذا المختبر أو المجرب يكون معروفا تماما للفرد فقط. (سفيان، 2004، ص ص: 113-114)

تعد نظرية روجرز نظرية إكلينيكية أسسها على خبرته في التعامل مع عملائه. وهو يشترك في ذلك مع فرويد، كما أنه يشترك مع فرويد في أن له نظرية خاصة ثرية وناضجة، فكر جيد، وإحكام منطقي، مع تطبيقات واسعة. ورغم ذلك لم يكن متفقا مع فرويد، فروجرز يرى أن الناس في الحقيقة هم بالأساس بخير أو أصحاء. وهذا ما لا يتفق مع فرويد، إذ أن نظرية روجرز في الواقع تعد أبسط نسبيا.

كما أن نظرية روجرز تختلف عن نظرية فرويد في كونها أكثر بساطة ورشاقة في آن واحد، فالنظرية برمتها مؤسسة على قوة واحدة للحياة والتي يسميها روجرز النزعة لتحقيق الذات. والتي يمكن تعريفها بأنها "دافعية داخلية موجودة في كافة أوجه الحياة من أجل تنمية الإمكانيات إلى أقصى درجة ممكنة". (هريدي، 2011، ص242-243)

1-2- المفاهيم الرئيسية المكونة لنظرية روجرز

- 1) **الكائن الحي:** وهو الفرد كله، ومن خصائصه أن يستجيب ككل منظم للمجال الظاهري حتى يشبع حاجاته، ولديه دافع أساس واحد، وهو أن يحقق ويصون ويعزز ذاته. وقد يرمز الكائن الحي إلى خبراته بحيث تصبح شعورية، وقد ينكر عليها الرمز أي ينكر تسميتها، بحيث تظل لا شعورية، أو قد يتجاهلها تماما.
- 2) **المجال الظاهري:** يعيش جميع الناس في عالمهم الذاتي الخاص بهم، وهم فقط الذين يعرفونه بحس كامل، فهو مجموع الخبرة التي يعيها الفرد. وقد يكون المجال الظاهري شعوريا أو لا شعوريا، وذلك حسب تمثيل الخبرات بالرموز أو عدم تسميتها. هذا الواقع الذاتي، لا العالم المادي، هو الذي يوجه سلوك الشخص.
- 3) **الذات:** هي الجزء المتميز من المجال الظاهري، وتتكون من كيفية إدراك وتقييم الفرد الشعور لنفسه. إنها ذلك الجزء الذي يتميز من المجال الظاهري بسبب الخبرات التي تتضمن كلمات مثل "أنا"، "إني"، وهذا "ملكي" أو "يخصني".
- إن الطفل، نتيجة للتفاعل مع البيئة والأحكام التقويمية للآخرين، يستطيع تمييز ذاته كشيء بارز عن البيئة التي يعيش فيها. يتعلم الطفل هذا التمييز حينما يدرك أن هناك أشياء تخصه، وأخرى لا تخصه وإنما تنتمي إلى البيئة. وهكذا يبدأ في تصور خاص عن نفسه في علاقته ببيئته وبالتالي تصبح الصورة التي كونها عن نفسه صورة منظمة قائمة في الشعور كصيغة تبرز من أرضية غامضة (اللاشعور).
- 4) **الميل إلى تحقيق الذات:** هو الميل الفطري في جميع البشر لحفظ وتعظيم أنفسهم.
- يسلم روجرز بدافع رئيسي واحد أطلق عليه الميل لتحقيق الذات لدى الكائن الحي ميل أساسي واحد هو النضال لكي يحقق ويحفظ ويقوى ذاته. يوجد مصدر مركزي واحد للطاقة في الكائن البشري، وهو وظيفة الكائن برمته لا جزء منه، وربما يمكن تصوره كميل نحو إنجاز، أو نحو التحقيق، أو نحو حفظ وتعزيز أو زيادة قيمة الكائن الحي.
- 5) **الحاجة إلى الاعتبار الإيجابي:** هي الحاجة إلى الحصول على أشياء مثل الدفء والمشاركة الوجدانية والعناية والاحترام والقبول من الناس الذين لهم علاقة بحياة الشخص.
- 6) **شروط الاستحقاق:** هي الشروط التي تسمح للشخص أن ينال خبرة الاعتبار الإيجابي.
- ومن الحاجة إلى الاعتبار الإيجابي تأتي " الحاجة إلى اعتبار الذات". أي أن الطفل ينمي الحاجة إلى رؤية نفسه إيجابيا. وبعبارة أخرى، يريد الطفل أن تكون مشاعر الآخرين نحوه طيبة، كما يريد شعورا طيبا نحو نفسه.

إن الشروط (الحالات) التي جعلت الناس المتصلين بحياته يمنحونه اعتبارا إيجابيا "تدمج" في بنية الذات، وبعد ذلك يجب أن تكون أفعاله متفقة مع تلك الشروط من أجل أن يعتبر ذاته إيجابيا. وبذلك يقال إن الطفل قد اكتسب "شروط الاستحقاق". (المليجي، 2001، ص ص 160-181)

1-3- تطور الشخصية وعلاقته بالنمو النفسي السوي حسب روجرز

روجرز لم يحدد مراحل معينة لنمو وتطور الشخصية من الرضاعة حتى الرشد، ولكنه يركز فقط على الطريقة التي بواسطتها تعمل تقييمات الآخرين على إعاقة أو تسهيل عملية تحقق الذات.

وللطفل حاجتين رئيسيتين هما:

- الحاجة إلى تقدير إيجابي بواسطة الآخرين.
- الحاجة إلى تقدير إيجابي ذاتي.

التقدير الإيجابي Positive Regard ينسب إلى كون الشخص محبوبا ومقبولا، فالأطفال الصغار مثلا يتصرفون بطريقة يظهرون فيها حاجتهم القوية لقبول وحب أولئك الذين يهتمون بهم كوالدين ولذلك فهم سيقعون تحت تغييرات هامة في سلوكهم من أجل الحصول على التقدير الإيجابي المرغوب.

في الوضع المثالي، التقدير الإيجابي غير مشروط، فهو يعطي بحرية للأطفال بغض النظر عما يعملونه. هنا التقدير الإيجابي المطلق (الغير مشروط) لا يرتبط ولا يتوقف على سلوكيات معينة، فالوالد يمكن أن يحدد أو يعوق سلوكيات معينة يجدها غير مرغوبة بالاعتراض فقط على السلوكيات وعدم رفض الطفل ومشاعره.

التقدير الإيجابي المشروط يمنح تحت ظروف معينة فقط. فالأطفال يوجهون إلى فهم أن والديهم لن يظهروا لهم الود والمحبة إلا إذا هم فكروا وشعروا وتصرفوا حسب رغبة والديهم. مثل هذا التقدير الإيجابي المشروط يدل أو يومي للطفل بأنه لن يكون مقبولا من والديه إلا إذا تصرف بطرق معينة ووفق رغبات محددة فالأب الذي يقول: (أنت ولد سيد لأنك تكتب على الحائط) هو في الواقع يقول للطفل (أنا لن أحبك إذا كتبت على الحائط). مثل هذه الشروط (شروط القيمة) قد تقود الطفل إلى أن يتشرب قيم الآخرين والتوحد معها بدلا من الذات مما يؤدي إلى انفصال بين المفهوم الذاتي وخبرات الكائن.

التقدير الإيجابي الذاتي يتبع مباشرة حصول الواحد على تقدير إيجابي غير مشروط فالأطفال المقبولين لما هم عليه ينظرون لأنفسهم بقبول وتفضيل لأنه من الصعب حقا، أن ينظر الشخص لذاته نظرة إيجابية إذا كان دوما هدفا للانتقاد والاحتقار والتقليل من الشأن.

وجهة نظر روجرز هنا هي أن تقييم الآخرين يلعب دورا رئيسيا في تطوير وتنمية التركيب الذاتي. فإذا كانت شروط القيمة مفروضة فالمفهوم يمكن أن يكون مشوها. (انجل، 1991، ص ص 277-278)

إن النمو النفسي السوي للذات إنما يحدث في مناخ يكون فيه الطفل مقبولا من قبل والديه حتى ولو اعترضنا على بعض سلوكياته. (ربيع، 2012، ص 306)

ويرى روجرز أن مفهوم الذات ينمو مع الأطفال حينما يلاحظون أعمالهم الخاصة كما يلاحظون سلوك الآخرين، فخلال سنوات الطفولة الأولى المبكرة يتعلم الأطفال الكثير من السلوكيات ويحددون لأنفسهم سمات

معينة وهم على درجة عالية من الوعي مثل الغضب، العناد، الغيرة، العدوانية الطفلية، وكذلك يتعلم هؤلاء الأطفال الكثير من السمات الإيجابية مثل التعاون، التقارب، تقبل الآخر، التفهم، حتى تتكون لديهم (أنا) اجتماعية، وهكذا تتطور لديهم مفاهيم الذات ببطء، ويرى روجرز أن الكائنات البشرية تجاهد لتحقيق التناسق بين الخبرات وصورة الذات.

أدرك روجرز مرحلة الطفولة إدراكا دقيقا وعدها مرحلة حرجة لنمو الشخصية فيما بعد، وهو بذلك يتقارب مع النظريات الدينامية في تقييمها لأهمية مرحلة الطفولة. ويرى فيها مرحلة تكوينات متعددة منها الفكرية والاجتماعية والنفسية والتربوية، فالطفل يتعلم الدفاء من الأسرة (والدية وأخوته) ويتعلم القبول والرفض من الأسرة، ويتعلم الاحترام والتقدير الذاتي من نفسه ومن الآخرين في المجتمع. (مخدوم، 2015، ص 38-39)

1-4- الاضطراب النفسي حسب النظرية الانسانية لكارل روجرز

عرف روجرز الاضطراب النفسي بأنه اخفاق المرء في تقدير ذاته بصورة ايجابية، أو أنه تفاوت مفرط بين مفهوم الذات المدرك (الواقعي) ومفهوم الذات المثالي، ونظرا لأن مفهوم الذات ينمو من خلال إدراك الفرد لتقييم الآخرين له، فإن الاضطراب يعود إلى إخفاقه في الحصول على احترام ايجابي من الآخرين.

ويرى روجرز ان الفرد الذي يختبر صعوبات شخصية أو سوء تكيف يكون عادة في حالة مستمرة من القلق والتوتر ويميل سلوكه لأن يكون مقيدا ، بسبب إدراكاته غير الصحيحة عن خبراته ، وهو غير قادر على أن يكون مرنا مع سلوكيات جديدة تقابل أوضاع جديدة ، أي انه لا يستطيع أن يستوعب خبرات جديدة في بنية ذاته، وغير واع لكثير من سلوكياته لأنه يميل الى تشويهاها في الوعي ، ويحرف خبراته ليثبت مفهوم الذات لديه، وسلوك هذا الفرد غير متنبأ به وغالبا لا عقلاني، ولديه شعور بأن سلوكه خارج عن تحكمه ، فهو لا يستطيع إشباع حاجاته لتحقيق الذات .

وعليه فإذا كان نظام القيم لدينا مأخوذا عن الآخرين وليس نابعا عن الأصالة، فإننا نستمر في الضياع أو الشعور بعدم التقرد، أي أننا لا نكون أصحاب نواتنا. (دروس مادة العلاج ذو المنحى الانساني: د كميلا سيدر، قسم علم النفس وعلوم التربية جامعة البويرة)

1-5- أسلوب العلاج المتمركز حول العميل ومراحله

هو احدى أهم أساليب العلاج النفسي والإرشاد النفسي وقد ابتكره روجرز في الأربعينات من القرن العشرين وقام أساسا على خبرته العلمية، وهذه الطريقة أي العلاج المعقود على المستفيد قائمة على أساس أن توفير مناخ سيكولوجي مناسب وصحي فهذا سيؤدي إلى أن الأفراد سوف يمارسون ذاتيا بينهم وبين أنفسهم قدرا كبيرا من فهم الذات وسوف يسلكون سلوكا موجهها ذاتيا أي نابعا من الشخص نفسه وليس من القيم الخارجية.

ويهدف العلاج المعقود على المستفيد إلى تحسين معرفة الفرد لذاته وإلى تحسين ثقته بنفسه وزيادة فهمه للعلاقات مع الآخرين وتقديم الخبرات، سواء كانت سارة أو ضارة، والرغبة المتزايدة في التخلي عن الأهداف

الجامدة والتحلي بروح تقبل النقد وإمكانية تعديل الأهداف وزيادة الحساسية وتنمية الرغبة في أن يكون الشخص قادرا على التأثير في الآخرين. (مرجع سابق، ص310)

إن المعالج بهذه الطريقة ينزع إلى خلق وضع أو جو من الدفاء والقبول يجد المريض فيه نفسه قادرا على إزاحة الخوف، بحيث يكون قادرا على أن يعبر عن نفسه ويقرب أكثر من تجاربه الطبيعية. وبالطبع فإن هذا الدفاء والقبول لا يتحقق بأن يقول المعالج للمريض ذلك بصورة تقريرية، بل يجب أن يكون المعالج قد وصل إلى حالة الإحساس بالقبول الفعلي والتعاطف مع العميل. (روبرت، 2001، ص ص227-229)

يمكن للمستفيدين من طريقة العلاج المعقودة على المستفيد أن يحسنوا صلتهم بالواقع مع قدر من المرونة والانفتاح مكونين جماعات علاجية كل جماعة مكونة من 8، 15 فردا، يتعرضون للقاءات تتراوح بين 20، 60 ساعة، وتتضمن المراحل التالية:

- أ. المرحلة الأولى: لا توجد تعليمات معينة لكل جماعة، هناك شعور بالتردد وارتباك بحيث يفهمون أن الاتجاه الذي يسير فيه العمل إنما يأتي من عندهم.
- ب. المرحلة الثانية: يكون الأعضاء في مبدأ الحال كارهين لكشف أنفسهم.
- ت. المرحلة الثالثة: وصف الخبرات السابقة ويتحدثون عن المشكلات التي واجهتهم.
- ث. المرحلة الرابعة: التعبير عن المشاعر السلبية.
- ج. المرحلة الخامسة: الاستكشاف لعناصر الشخصية.
- ح. المرحلة السادسة: التعبير عن المشاعر المتبادلة في الجماعة.
- خ. المرحلة السابعة: البطاقة العلاجية حيث يستجيب أفراد المجموعة لمتاعب الآخرين.
- د. المرحلة الثامنة: تقبل الذات وأن يتعرف أفراد المجموعة إلى جوانب في شخصياتهم كانوا غافلين عنها ويجنحوا إلى التغيير.
- ذ. المرحلة التاسعة: تحطيم المواجهة والتشدد حيال من لا يكشف عن ذاته.
- ر. المرحلة العاشرة: يتسلم أو يستقبل الفرد التغذية الراجعة من خلال جلسات الحوار، هذه التغذية الراجعة عن كيف يدركه الآخرون بحيث تكون صورته عن ذاته قريبة من الواقع.
- ز. المرحلة الحادية عشرة: التحدي أو المواجهة: يواجه الأفراد بعضهم بعضا خلال انعقاد الدورة العلاجية، ويسود جو من الغضب والنقد وهذه مواجهات هامة.

يقول كارل روجرز أنه بالرغم من أن مفهوم الذات ثابت إلى حد كبير، إلا أنه يمكن تعديله تحت ظروف العلاج النفسي المتمركز حول المريض "المسترشد" الذي يؤمن بأن أحسن طريقة لإحداث التغيير في السلوك وبعض جوانب الشخصية يكون بأن يحدث التغيير في مفهوم الذات. (ربيع، 2012، ص ص314-315)

يؤكد "روجرز" على ثلاثة ظروف إضافية لفعالية العلاج المرتكز على المريض كأساس:

✓ أن تتصف علاقة المعالج بالمريض بالاتساق أي صادقة، مترابطة، ومتكاملة، حتى لا يتوسل المريض بالطرق الدفاعية التي تكون واجهة لا تنبئ عن حقيقة متاعبه النفسية. علاقة علاجية قادرة على مقابلة المريض

في إطاره ككائن حي يريد تحقيق ذاته، وأن يكون هناك اتساق ما بين إحساس وإدراك المعالج وبين انفعالاته أثناء توصيله أو تواصله مع المريض.

✓ أن يكون هناك تقدير إيجابي من قبل المعالج وتقدير غير مشروط بتوافر ظروف معينة اتجاه طالب المساعدة النفسية تواصل بين كائن وكائن أو شخص وشخص يحمل تقدير المعالج للحالة التي أمامه ككائن جدير بالاحترام بغض النظر عن سلوكه أو مشاعره أو أوضاعه.

✓ من المهم محاولة "فهم" المريض أي أن يحاول المعالج "الدخول" داخل التجارب الشخصية لطالب المساعدة النفسية وأن يتعاش مع هذه التجارب الذاتية. وسبق أن أوضح روجرز أن المعالج يجب أن يشارك العميل معاناته حتى يستطيع أن يتواصل بطريقة مؤثرة وفعالة من تجربته المرضية، بحيث يدرك المريض أن المعالج متفهم لحالته. لكن هذا التفهم لا يجب أن يصل إلى درجة مشاركة المعالج لمشاعر الغضب والاضطراب أو الخوف التي قد تعترى المريض في جلسة العلاج. (روبرت، 2001، ص ص 227-229)

1-6- تقييم نظرية روجرز

• **الإسهامات:** يعد روجرز على نطاق واسع معالج نفسي حساس وفعال، كما أن العلاج المتمركز حول الشخص قد حقق شعبيته وشهرة يعتد بها، كما يعد من أول المعالجين الذين استخدموا أشرطة الكاسيت، كما كان لوجهة نظر روجرز حول ضرورة قيام المعالج النفسي بإعداد مناخ سيكولوجي يساعد على التوجيه الذاتي نحو النمو الشخصي بدلا من مجرد تقديم تفسيرات تمثل تحول مبتكر عن نظريات التحليليين الجدد، كما أكد روجرز نسبيا على السواء والعمليات النفسية الداخلية مما جعله رائد الاتجاه الإنساني في علم النفس.

كما اعتبر روجرز المبادئ الديمقراطية التي يقوم على أساسها الكثير من المجتمعات المعاصرة مجالا للمناقشة والتنافس بدلا من مجرد توجيهها بواسطة الأشخاص المهمين في حياتنا كالمدرسين والوالدين والمعالجين النفسيين، فمن الأفضل في رأيه أن ننصح بعلاج بعضنا البعض كأشخاص متساوون وان نحصل على الرضا من خلال تحرير الآخرين كي يتجهوا في طريقهم الخاص نحو تحقيق الذات.

• **أوجه القصور والخلاف:** أنتقد روجرز لمبالغته في التفاؤل، ووجهة نظره التي تتصف بالاختصار والتبسيط حول الطبيعة البشرية. كما أنه يرى بأن مساعدة الطاقات الداخلية للوصول إلى درجة تحقيق الذات تعد مرغوبة فقط إذا كانت المستويات العميقة في الشخصية في الواقع سوية وبناءة.

كما أن العديد من المعالجين النفسيين لا يتفقون حول الأهمية المطلقة للأصالة، والتعاطف والاعتبار الإيجابي غير المشروط، وبالرغم من تأكيد روجرز على أن نظريته قابلة للتطوير في ضوء الاكتشافات العلمية الحديثة إلا أنه لم يغير كثيرا فيها وعلى مدار العشرين سنة التي سبقت وفاته عام (1987) فيما عدا قبوله للعمليات اللاشعورية والذي عاد وشكك فيها بعدما وصف مفهوم الذات بأنه مفهوم شعوري. (عبد الرحمان، 1998، ص ص 428-429)

- أن النظرية لم تبلور تصورا كاملا لطبيعة الإنسان، وذلك لتركيزها الكامل على الذات ومفهوم الذات.

- يرى روجرز أن الفرد له وحده الحق في تحقيق أهدافه وتقرير مصيره، ولكنه نسي أن الفرد ليس له الحق في السلوك الخاطئ.

- يضع روجرز أهمية قليلة أو ثانوية للاختبارات والمقاييس كوسيلة لجمع المعلومات للإرشاد النفسي، واكتفى بأن أشار (روجرز 1946) إلى أن الاختبارات والمقاييس يمكن أن تستخدم حين يطلبها العميل، وأن المعلومات التي يحصل عليها المرشد فيها يمكن الحصول على أفضل منها عن طريق المقابلة، ونسي أن على المرشد ان يستخدم جميع الوسائل الممكنة للحصول على أكبر قدر من المعلومات لتحقيق أكبر نجاح لعملية الإرشاد النفسي. (زهران، 1980 ص ص: 89. 90).

2- نظرية ماسلو

2-1- النسق المعرفي لنظرية ماسلو

إن من أطرف ما ذكره ما سلو أنه واثناء عمله مع القرودة في أول مسيرته المهنية، أن بعضا من الحاجات لها الأولوية على بقية الحاجات. مثال على ذلك، أنك إذا كنت جائعا وعطشانا، فإنك تنزع لأن تعطي اهتماما للعطش أولا. وعلى كل، يمكنك أن تحيا بدون طعام لمدة أسابيع، ولكنك لا تستطيع الحياة بدون الماء المدة يومين! فالعطش أقوى من الجوع. وبالمثل، إذا كنت عطشانا للغاية، إلا أن شخصا ما قام بتطويق رقبتك بحيث أصبحت لا تستطيع التنفس، ترى أي الأمرين أكثر أهمية إذن؟ إنها الحاجة للتنفس بالطبع. ومن جهة أخرى، فإن الجنس أقل قوة مقارنة بأي من تلكا الحاجتين. ولتوضيح ذلك أسأل نفسك أي من تلك الحاجات أموت إذا لم أشبعها! ولقد تبنى ما سلو تلك الفكرة ولقد لخص ما سلو الفروق بين الحاجات العليا والحاجات الدنيا عام 1970 كما يلي:

1- كلما ارتفعت الحاجة كلن ظهورها متأخرا في عملية التطور.

2- الحاجات العليا تحدث متأخرة نسبيا في نمو الفرد. وبعض الحاجات العليا لن تظهر حتى يبلغ الإنسان واسط عمره وقد ال تظهر لديه على الإطلاق.

3- للحاجات العليا عالقة بالبقاء أقل من تلك التي للحاجات الدنيا وهذه العالقة غير مباشرة بدرجة أكبر، وقل ارتباطا بالإشباع وهكذا فإنها أقل إلحاحا.

4- على الرغم من ان الحاجات العليا لا تتحمل اتصالا مباشرا بالبقاء، إلا أن اتباعها مرغوب فيه بدرجة أكبر من اشباع الحاجات الدنيا. فإشباع الحاجات العليا يؤدي الى سعادة أعمق، وراحة بال، وحياة باطنية أخصب.

5- تتطلب الحاجات العليا شروطا مسبقة أكثر من الحاجات الدنيا حتى تبرز وحتى تشبع. وهي تتطلب ظروفًا بيئية أفضل لتؤدي وظيفتها.

ومع تسلق الفرد لهذا التنظيم الهرمي للحاجات تقل حيوانيته وتزداد انسانيته. ويتقدم الشخص من مستوى حاجة الى المستوى التالي بإشباع مجموعة الحاجات التي تخص المستوى الأول في التنظيم الهرمي. وسوف

تتضح هذه النقطة بدرجة أكبر حين نناقش المستويات الخمسة للحاجات في هذا التنظيم الهرمي (جابر، 1990، ص 583. 584).

ضع النظرية المعروفة اليوم بهرمية الحاجات. وتضم خمس طبقات عريضة هي: الحاجات الفسيولوجية، وحاجات الأمان والأمن، والحاجات للحب والانتماء، وحاجات التقدير، والحاجة لتحقيق الذات، وبهذا الترتيب (هريدي، 2011، ص 257. 258).

2-2- المفاهيم الرئيسية في نظرية ما سلو للحاجات: (الشكل الهرمي للحاجات الخمس)

➤ **الحاجات الفسيولوجية:** وتشمل حاجاتنا للأوكسيجين البروتين، السكر، الكالسيوم، والمعادن والفيتامينات الأخرى. وتتضمن كذلك الحاجة للمحافظة على التوازن الضروري للصحة العامة (إذ أن الأحماض الزائدة يمكن أن تؤدي بحياتك)، توجد الحاجة لأن تكون نشطا والحاجة للراحة، والحاجة للنوم، والتخلص من الفضلات (العرق، البول، البراز)، والحاجة لتجنب الألم، والحاجة للإشباع الجنسي.

لقد اعتقد ما سلو وأيدته البحوث، بأن تلك في الواقع حاجات فردية، وأن نقصا لفيتامين C مثال، سوف يولد حالة من النهم لالتهام المواد المعروفة أنها غنية بفيتامين C كعصير البرتقال. واعتقد ان حالات الوحم لدى الحوامل، والطريقة التي يتناول بها الأطفال طعامهم الذي قد يكون مقززا، إنما تؤيد فكرة ما سلو.

➤ **حاجات الأمان والأمن:** بعدما تحظى الحاجات الفسيولوجية باهتمام كاف واشباع مرض، يأتي الدور على المرتبة التالية من الحاجات. فتصبح مهتما على نحو متزايد بتوافر ظروف الأمان، والاستقرار والحماية. ولربما طورت حاجة لبناء وترتيب بعض الحدود.

➤ **حاجات الحب والانتماء:** بعدما تحظى حاجاتنا الفسيولوجية والحاجة للأمان والأمن بعناية كافية وتتحقق منا مستويات مرضية من الإشباع. تظهر مرتبة تالية من الحاجات. فتبدأ تشعر بحاجة للأصدقاء، للحبيبة، للأطفال، للعلاقات الحنونة بصفة عامة. وحتى الإحساس بالمشاركة والتي إذا لم تشبع شعرت بعكسها، تصبح أكثر عرضة للوحدة، ولأنواع شتى من القلق الاجتماعي.

وفي حياتنا اليومية، نعبر عن تلك الحاجات في رغباتنا للزواج، وتكوين اسرة، وان نكون جزء من المجتمع، واعضاء في المؤسسة الدينية، كأعضاء في جماعة دينية، كأعضاء في فريق رياضي بالنادي. كما يمثل جانبا من بحثنا عن العمل.

➤ **حاجات التقدير:** بعدها، بدأ بالبحث عن قليل من اعتبار الذات. وذكر ماسلو نوعين من حاجات التقدير، حاجة أدني للتقدير، وحاجة أعلى للتقدير. الأدنى منها الحاجة لاحترام الآخرين، الحاجة للمكانة للشهرة، للعتمة، الاعتراف، للكرامة، للإعجاب، للسمعة والاهتمام، وحتى السيطرة. (هريدي، 2011، ص: 258)

➤ **الحاجة لتحقيق الذات:** تمثل الحاجة لتحقيق الذات قمة الترتيب الهرمي للحاجات، وتتضمن كل من الاكتشاف، والاستغلال الأمثل لما يتمتع به الفرد من طاقات وإمكانات فطرية لتحقيق الذات خصوصيتها، وحيث أن كل شخص مختلف عن غيره، فإنه على الفرد أن يعمل ما يناسبه وما يستطيع أن يحقق فيه النجاح فقط،

فالموسيقي يجب أن يلحن، والرسام يجب أن يرسم، والكاتب يجب أن يكتب، وعندما يكون الإنسان في سلام مع نفسه فإنه يستطيع أن يكون كما يجب أن يكون أو يتمنى. (عبد الرحمان، 1998، ص448)

2-3- تطبيقات نظرية ما سلو في المجال النفسي

1) علم الأمراض النفسية والعقلية

أسباب الأمراض النفسية والعقلية: طبقا لرأي ما سلو فإن السبب الأول للأمراض النفسية هو الفشل في إشباع الحاجات الأساسية مثل الحاجات الفسيولوجية وحاجات الأمان والحب والتقدير وتحقيق الذات فيقول هذه الحاجات يجب ان تشبع وإلا أصابنا المرض (1970) وكلما تدني المستوى الذي عنده تحبط الحاجة كلما زادت حدة عدم الإشباع (كلما زادت خطورة المرض. وعلى سبيل المثال فإن الشخص الذي أشبع حاجاته الفسيولوجية، ومازال يكافح بأس في سبيل إشباع حاجته للأمن (كما في نظرية هورني)، يظل أكثر اضطرابا من شخص أشبع كل من حاجاته الفسيولوجية، وحاجات الأمان والحب ولكنه يستطيع إشباع حاجته للاعتبار او تقدير الذات، وعلى نفس النسق فإن الشخص الذي أشبع جميع حاجاته ماعدا الحاجة لتحقيق الذات فإنه يتمتع بصحة نفسه أفضل من النموذجين السابقين وإن لم يكن مثالبا أيضا وهكذا، وبعد ما سلو مثل كل المنظرين الذين ناقشوا هذه القضية يرى أن الفرق بين الأمراض النفسية والعقلية فرق في الدرجة أكثر من كونه فرق في النوع.

2) خصائص المرض النفسي

مثلا فعل كل من اريكسون وكيلي، فإن ماسلو يعترض على استخدام عناوين تشخيصية شكلية ويقول: «انني أكره كل هذه الكلمات، وأكره النموذج الطبي الذي يتضمنها النها نفترض ان الشخص الذي يأتي الى المرشد النفسي هو شخص مريض، يحاصره المرض والسقم من كل اتجاه ويبحث عن الشفاء، وإن كنا نأمل بالفعل أن يقوم المرشد بتعزيز تحقيق الذات لكل البشر، كما أنه يعتبر أن كلمة العصاب كلمة مطلقه ويفضل استبدالها بمصطلح " النقصان الأدمي"، أضف لذلك تأكيده على ان المرض النفسي بمثابة نشل القاه الفرد في تحقيق أو إنجاز جهوده الحقيقية.

وهناك بعض الأعراض المرضية الأخرى التي تشمل:

- أ. الشعور بالذنب والخجل و/أو القلق، فعلى الأقل توجد واحده من هذه الأعراض في كل حالة عصاب.
- ب. جمود المشاعر وفقدان الأمل كما ذكر في نظرية هورني.
- ت. الإدراك الخاطئ للنفس والبيئة كما ورد في نظرية كيلي' فالعصابي ليس فقط مريضا عاطفية ولكنه أيضا مخطئ معرفية".

ث. الاعتماد الشديد على الآخرين من اجل اشباع حاجاته.

ج. الخوف من معرفة ذاته والآخرين وهو ما يبدو في استخدامه المنكر لميكانزمات الدفاع النفسي.

ح. الولاء الثابت لكل ما هو مألوف وعادي وخاصة في عصاب الوسواس القهريه المتسلطة، فالتدوق السوي

لما هو جديد وغير معروف بعد امراً مفقودا او في أدنى درجاته لدى أغلب العصابين.

يؤكد ما سلو على أن الشخص الذي أشبع كل حاجاته ما عدا الحاجة لتحقيق الذات يعاني من اعراض تأخذ صورته مبالغ فيها وإن بقيت غير مؤلمة تماما. فالميتاباثولوجي أو ما وراء المرض النفسي يتضمن كبت أو انكار لما وراء الدوافع الحقيقية، انه أمر غير محتمل في مجتمع يعزز الالتزام بمعايير مثالية كالحق والجمال والعدل ومن ثم يظهر ذلك غالبا في صورة مشاعر مثل الاغتراب، والضجر والاستخفاف والسخافة والعبوس والشك وعدم القدرة على الوصول إلى نسق مرضي للقيم الشخصية (عبد الرحمن، 1998، ص 447.449)

2-4- العلاج النفسي عند ما سلو

1) الأساس النظري للعلاج: مثل روجرز يعد الهدف الأساسي للعلاج النفسي لدى ما سلو هو مساعدة المريض على وضع قدمه على الطريق الذي يوصله الى تحقيق الذات، وارضاء اهتماماته الخاصة، ونظرا. لأنه يرجع المرض النفسي للإحباط في إشباع الحاجات الأساسية للفرد، فإنه يستنتج إن أهم وظيفة للمعالج النفسي هو المساعدة على اشباع الحاجة) فيما عدا الحاجات الفسيولوجية، فليس من وظيفة المعالج النفسي إزالة ما لدى المريض من الجوع والعطش). فبالنسبة للطفل الذي لم تشبع عنده الحاجة للحب بدرجة كافية فإنه يجب أن يعامل في اول لقاء بمزيد من الحب، أما الحاجات الأخرى كالحاجة للأمان والانتماء والتقدير يمكن أن تشبع فقط بواسطة الآخرين، كما أن يتعلم المريض إقامة عالقات انسانية جيدة والمحافظة عليها، وان يكتشف ان الناس ممتعون حقا وتدرجيا تستبدل طرق العلاج الرسمية بمصادر اشباع أخرى كالأصدقاء والزوج أو الزوجة، ويرى ما سلو مثله في ذلك مثل روجرز وكيلي ان المعالج النفسي الفعال هو ببساطة شكل اخر للعلاقة الشخصية الحميمة والناجحة التي تشبه علاقات الصداقة وليس مجرد عملية إكلينيكية.

2) الإجراءات العلاجية: على خلاف روجرز يتبنى ما سلو المدخل الانتقائي في العلاج النفسي (أي انه لا يتبع نظاما واحدا بل ينتقي كل ما يعتبره الأفضل في جميع الأنظمة)، كما انه يوافق على انه يجب ان يكون المعالج النفسي متقبلا، رحيمًا، ويظهر الاهتمام بالمريض، لأن ذلك يساعد على إشباع حاجات المريض للأمان والانتماء، كما انه يحذر من أن هناك الكثير جدا من المرضى الذين لم ينمو في جو يشبع فيه الود والألفة، لذلك يجب أن يصبح هذا الإجراء عاما على كل المرضى، كما أن الشخصية المتسلطة التي تفسر الرحمة والعطف على انها ضعف، والأشخاص قليلي الثقة بالآخرين الذين يفسرون العاطفة على انها مصيدة خطيرة توقعهم في شباك الآخرين، مع مثل هؤلاء المرضى فمن المحتمل أن يفعل المحلل ما هو أفضل عن طريق التظاهر بأنه أكثر تسلطا ويقوم بدور الخبير، ويقبل ما سلو كذلك التحليل النفسي الفرويدي كطريقه لها أهميتها وقيمتها مع المرضى المضطربين بدرجة خطيرة والأشخاص الذين يعانون من تشوش في ادراكات الطفولة سواء عن ذاتهم أو عن الآخرين، ولكي يتقبلوا أنفسهم والآخرين فهم في حاجة للإشباع الذي ربما يمنح لهم ، هؤلاء المرضى في حاجة لإحضار محتوى اللاشعور الى حيز الشعور واكسابهم الاستبصار (العقلي والعاطفي) بطبيعة واسباب مشكلاتهم، ويمكن انجاز هذه الطريقة على أكمل وجه عن طريق التداعي الحر وتفسير الأحلام والسلوكيات التي تتم أثناء اليقظة، وتحليل المقاومة والتحول، والعمل من خلالهم، وفي الواقع فإن أي عالقة انسانية صحيحة يجب ان تخدم غرض مماثل لما يحدث في المعالج النفسي ، ويعبر عن ذلك ما سلو بقوله " إن

العلاقة الجيدة حقيقة تحسن الاستبصار حتى في رأي فرويد، فالشخص الذي يشعر بالحرية الكافية مع صديقه أو مع زوجته/ زوجها يقدم ما يعد تفسيراً تحليلياً لما يفكر فيه، كما يشارك ما سلو روجرز تقديره الكبير للعلاج الجماعي ، ودور المواجهة التي تتم بين الفرد والجماعات المختلفة كعامل مساعد في تحقيق مزيد من النمو للأشخاص الأسوياء. ولكن أياً كان الشكل فإن ما سلو يزكي العلاج النفسي عموماً كأحسن طريق لفهم وعلاج الأمراض النفسية (يقصد أنه بفضلها عن العلاج الدوائي) فيقول " العلاج هو أحسن أسلوب نمتلكه لكشف الطبيعة العميقة للإنسان كمقابل لما هو سطحي وظاهر في الشخصية. (عبد الرحمن، 1998، ص 450، 451).

2-5- تقييم نظرية ماسلو

- لاقى تركيز ماسلو على دراسة الأسوياء ترحيباً لأنه يقدم نقيضاً لأصحاب نظريات الشخصية التي بنوها على بيانات إكلينيكية. كما أن أفكار ما سلو تتسجم مع أفكار علماء سابقين مثل فرويد وأدلر وهورني وفروم.
- كما أن أفكاره عن الدين شيقة أو مثيرة ومتقدمة كفكرته عن النموذج الهرمي للحاجات ولاقت كتاباته قبولا لدى عامة الناس (غير المتخصصين).
- بالرغم من أن دراسة ما سلو للأشخاص المحققين لذاتهم قد عرفت مثل هؤلاء الأشخاص بموضعية مستخدمة محاكاتهم الشخصية، إلا أنه اقترح أن سلوكهم يتميز (بالمثالية) حتى التصنيف الهرمي للحاجات ذاته وهذا لا يطابق الحقيقة الفعلية، ويبدو أن وصفه لهؤلاء الأشخاص يعكس مفهومه الخاص عما ينبغي أن تكون عليه القيم الإنسانية، فالعينة صغيرة جداً بدرجة لا يمكن أن تركز عليها مثل هذه النتائج (أو تعمم بناء عليها).
- يعتبر تقرير ما سلو من الصعب شرحه بطريقة نقدية لأنه يفتقد إلى التحليلات الإحصائية ولا يتضمن البيانات المتعلقة بالسيرة الذاتية مثل الذكاء، المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي الاجتماعي، وأعمار العينة. (قاسم حسين صالح، 2014، ص ص: 150، 151)

2-6- مصطلحات العلاج ذو المنحى الإنساني

- **التعاطف الدقيق:** أحد الشروط الثلاثة الأساسية للإرشاد أو العلاج النفسي التي حددها كارل روجرز. يشير التعاطف الدقيق أو الفهم التعاطفي إلى "الشعور مع/بالعملاء وهم يستكشفون خبراتهم الشخصية في العلاج.
- **ميل التحقيق أو الميل التكويني:** على غرار ميل ماسلو Maslow لتحقيق الذات، يعتقد كارل روجرز أن الأفراد، عندما توفير لهم بيئة تتميز بالتطابق congruence ، والاعتبار الإيجابي غير المشروط، والتعاطف الدقيق (الشروط الأساسية)، سينمون ويتطورون في اتجاهات إيجابية.
- **العلاج المتمركز على الشخص الكلاسيكي:** إن العلاج المتمركز على الشخص الكلاسيكي هو المقاربة التقليدية التي استخدمها كارل روجرز. وهي لا تتطوي على الجمع بين العلاج المتمركز على الشخص وأي

مقاربة اخرى، وتؤكد على الدور غير التوجيهي للمرشد والحاجة إلى أن يقود العميل عملية استكشاف تركيز على الشخص.

• **العلاج الذي يركز على العميل:** هو المرحلة الثانية من تطور العلاج الذي يركز على الشخص لكارل روجرز.

- **شروط القيمة:** هي شروط قائمة على القيمة توضع على الأطفال (أو البالغين). ويشكل أساسي، تعطي شروط القيمة. المتلقي/ المستفيد الرسالة: (أنت مقبول أو جدير بالاهتمام فقط عندما تتخبط في سلوكيات أو افق عليها).

• **التطابق:** يرى أيضا كشرط اساسي للعلاج، يتم تعريف التطابق أو وصفه بأنه أصالة أو شفافية. ويمكن أن يشار إلى التطابق بين الذات الحقيقية والمثالية.

• **العلاج المتمركز على الشخص المعاصر:** على النقيض من العلاج المتمركز على الشخص الكلاسيكي، تؤكد مقاربات العلاج المتمركز على الشخص المعاصر، أنه على الرغم من أن المعالجين يبدؤون من موقع غير توجيهي، إلا أنه يمكنهم استخدام المبادئ التي تركز على الشخص كأساس لتنفيذ مقاربات علاجية أخرى أكثر توجيه.

• **الذات المثالية:** الذات المثالية مليئة بمطلوبات/ واجبات (ينبغيات shoulds) غير قابلة للتحقيق، مستمدة من الشروط/ الظروف المجتمعية والعائلية المختلفة.

• **التناقض:** عرف التناقض بين الذات الحقيقية والمثالية باسم التناقض discrepancy . يمكن أن يكون مرتبطاً بوعي متزايد ولكن غامض بالانزعاج/ عدم الارتياح discomfort بشيء خاطئ بشكل رهيب.

• **التعاطف بين شخصين:** أحد أشكال المعرفة التعاطفية knowing empathic الثلاثة التي حددها روجرز. وقد وصف كلارك (Clark, 2010) التعاطف بين شخصين بأنه يحدث عندما: "يحاول المرشد ان يفهم (ويعكس feedback) الخبرة الظاهرية للعميل من منظور فوري أو ممتد.

- **الشروط الضرورية والكافية:** في مقال تاريخي عام 1957، أوجز روجرز الشروط الضرورية والكافية للتغيير العلاجي للشخصية. تضمنت هذه الشروط الأساسية للتطابق، والاعتبار الإيجابي غير المشروط، والفهم التعاطفي، ولكن أيضا عوامل إضافية مرتبطة بالاتصال النفسي. ينظر معظم الباحثين الآن إلى هذه الشروط باعتبارها "ميسرة" ولكنها ليست ضرورية.

• **الاعتبار/ النظر/ السلبي للذات:** شخص ما (خاصةً شروط القيمة. يمكن أن تؤدي شروط القيمة يحدث هذا عندما يعاني/ يخبر الطفل) هذه إلى تناقض بين ما يريده الشخص حق /اصالة وما يتوقعه الآخرون (عادة الآباء أو الشخصيات الممثلة للسلطة) منهم أو يوافقون عليه. عند وجود هذا التناقض، قد يبدأ الأفراد في تخفيض قيمة رغباتهم الحقيقية وبالتالي تطوير اعتبار الذات السلبي.

• **الارشاد غير الموجه:** يمثل المرحلة الأولى في تطور العلاج المتمركز حول الشخص لروجرز. حدثت هذه المرحلة في الخمسينيات من القرن الماضي.

- **التعاطف الموضوعي:** أحد أشكال المعرفة التعاطفية الثلاثة التي حددها روجرز. وصف كلارك (2010) التعاطف الموضوعي بأنه "استخدام المرشد لبيانات الملاحظة المستتيرة/ المدعومة نظرياً، والمصادر المعتمدة (الموثوقة) لأجل خدمة فهم العميل".
- **الكائن الحي/ العضوية** استخدم روجرز مصطلح الكائن الحي للإشارة إلى موضع locus كل خبرة نفسية. الكائن الحي هو المجال الكامل لخبرة الفرد، في أن حين الذات [هي الجزء الذي يمثل] "أنا" من الكائن الحي.
- **مسايرة / مجازة ايقاع/ مواكبة:** أثناء الإرشاد أو العلاج النفسي، ما عادة يقوم المعالجون إما بمواكبة إيقاع العميل أو قيادته. وتتطوي مواكبة العميل على الانخراط في سلوكيات العلاج غير التوجيهي.
- **العلاج الذي يركز على الشخص:** هو المرحلة الثالثة من تطور العلاج الذي يركز على الشخص لروجرز. وخلال هذا الوقت (الستينيات من القرن الماضي) أعاد روجرز تسمية مقارنته بـ "العلاج المتمحور حول الشخص".
- **الذات الحقيقية:** في نظرية الشخصية لروجرز، الذات الحقيقية هي الذات العدوانية الكلية أو الذات المتعلقة بالتحقيق.
- **نظرية الذات:** توصف نظرية الشخصية لروجرز بأنها "نظرية الذات" بسبب تركيزها على تطور الذات.
- **التعاطف الذاتي:** وصف كلارك (2010) للتعاطف يمكن المرشد من التماهي مع العميل الذاتي مؤقتاً من خلال ردود الفعل البديهية
- **الاعتبار الإيجابي غير المشروط:** يشار إلى الاعتبار الإيجابي غير المشروط أنه على قبول أو احترام أو تقدير. يتضمن التركيز على تقييم العميل كشخص منفصل يتم قبول أفكاره ومشاعره ومعتقداته ووجوده بالكامل علانية بدون شروط.
- **الظاهراتية:** هي حركة في الفلسفة الأوروبية الحديثة التي بدأها الفيلسوف الألماني إدموند هوسرل (1859-1938) في كتاباته في العقد الأول والثاني من القرن العشرين. وقد جادل هوسرل من أجل مقارنة جديدة للمعرفة البشرية، حيث يتم وضع كل من الاهتمامات التقليدية للفلسفة (مثل الميتافيزيقيا أو لأبستمولوجيا). والاهتمام الحديث بالسببية العلمية جانبا لصالح انتباه متأني لطبيعة الخبرة بدلاً من علاقتها الواعية الفورية/ المباشرة. يجب دراسة الأحداث العقلية ووصفها من حيث هي، بالأحداث في الجسم أو في العالم الخارجي. ومع ذلك، يجب تمييز الظاهراتية عن الاستبطان لأنها تتعلق بالعلاقة بين أفعال الوعي ومواضيع تلك الأفعال ... لقد أثبتت مقارنة هوسرل أنها مؤثرة على نطاق واسع في علم النفس (وخاصة علم نفس الجشطات) والعلوم الاجتماعية.
- كما ألهمت هذه المقاربة عمل الفيلسوف الألماني مارتن هايدغر (1889-1976) الذي وفرت ظاهريته الوجودية أساساً للوجودية وعلم النفس الوجودي.
- **علم النفس الإنساني:** مقارنة لعلم النفس ازدهرت بشكل خاص في الأوساط الأكاديمية بين الأربعينيات وأوائل السبعينيات، وهو أكثر وضوحاً اليوم كعائلة من الأساليب المستخدمة على نطاق واسع في العلاج النفسي والإرشاد.

وهي مستمدة إلى حد كبير من الأفكار المرتبطة بالوجودية والظاهرية وتركز على قدرة الأفراد على صنع أفكارهم، اختياراتهم، وخلق نمط حياتهم الخاصة، وتحقيق ذواتهم بطريقتهم الخاصة. مقارنته [علم النفس الانساني] كلية، وتركيزه على تنمية الإمكانيات البشرية من خلال الوسائل الخبرية بدلاً من تحليل اللاوعي أو تعديل السلوك. تشمل الشخصيات القيادية المرتبطة بهذا النهج ايضاً أبراهام ماسلو وكارل روجرز ورولو ماي. ويسمى النظرية الإنسانية ... (عبد الحميد عقاقبة، 2020، ص 46-49).

وفي الأخير: يمكن القول أن أفكار المدرسة الإنسانية في علم النفس أكدت إرادة الإنسان الحرة وقدرته على اتخاذ القرارات وحاجته إلى تحقيق ذاته من خلال تحقيق الانجازات والأنشطة المختلفة وأيضاً العلاج النفسي المتمركز حول العميل الذي يعتبر من أكثر الميادين التطبيقية في المجال النفسي والتربوي في الوقت الحاضر.

المحاضرة الثالثة عشر: تصنيف الاضطرابات النفسية

الهدف العام

- أن يتعرف الطالب على مختلف طرق تصنيف الاضطرابات النفسية، وان يدرك أهمية التصنيف وماأخذه

الأهداف الإجرائية

- أن يتعرف الطالب على عوامل ظهور المقاربة اللانظرية في تصنيف الاضطرابات النفسية
- يساعد عرض المقارنة بين دليل DSM 5 والتصنيف الدولي للأمراض CIM 10 في تمحيصه العميق اثناء عملية التشخيص.

تهدف المقاربة اللانظرية إلى الاهتمام بالاضطرابات النفسية والعقلية من وجهة نظر محايدة تعتمد على تصنيفا الدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات العقلية DSM.

يشير كاتل 1940 ان تصنيف الامراض يسبق بالضرورة معرفة اسبابها المتنوعة". ويعبر عن ذلك ايزينك 1961 " قبل التمكن بصورة معقولة ان يطلب منا البحث عن السبب في اضطراب أو اختلال وظيفي معين يجب ان نكون قد عزلنا الاختلال الوظيفي أو الاضطراب الذي هو محل التساؤل ولو كان ذلك بطريقة غير كاملة، كما يجب ان نكون قادرين على معرفته وادراكه وتمييزه عن الزملات الاخرى". تحيلنا هاتين العبارتين الى اشكالية التفسير السببي للاضطرابات النفسية الذي ميز مختلف التوجهات النظرية في علم النفس المرضي، ما دفع العديد من الباحثين اللجوء الى تقديم مجموعة من التصنيفات للاضطرابات النفسية لتوحيد جهودهم للبحث عن اسبابها من خلال اتفاقهم حول معايير تشخيصها متجاوزين بذلك تشعب وتناقض المفاهيم النفسية باختلاف التوجهات النظرية.

فبينما يشير التشخيص لسيرورة اخذ القرار لنسب شخص ما إلى فئة نوزولوجية محددة وفقا لمجموعة من المعايير المحددة، فان التصنيف يشير إلى الترتيب في فئات نوزولوجية في علاقتها ببعضها البعض. وقد قامت العديد من المحاولات في فرنسا وألمانيا لأجل وضع تصنيفات للاضطرابات العقلية، توالى بعدها التصنيفات العالمية في سعي لتوحيد هذه التصنيفات.

وكلاسيكيا توجد مقاربتين وصفيتين: السيميولوجيا التحليلية (عصابات، ذهانات، شذوذات لابنائية) والسيميولوجيا «اللانظرية» مثل تصنيفات CIM، DSM. وهو ما سنتطرق إليه بالتفصيل لاحقا.

1- مفهوم التصنيف

يعرفه سبترز وويلسون 1975 بأنه "عملية التقليل من تعقد الظاهرة بترتيبها في فئات طبعا لبعض المعايير الموضوعية لهدف واحد او اكثر بهذا فالتصنيف هو شكل من اشكال تكوين المفهوم يستخدم باطلاق تسميات نوزولوجية على فئات مرضية بهدف تعريفها و تحديدها.

2- تاريخ تصنيف الاضطرابات النفسية

ذكر هيبقراط العديد من التصنيفات كتلك الاضطراب العقلية التي تعقب الولادة و الخلط العقلي الذي قد يظهر عقب النزيف الشديد. ثم جاء بنيل "Pinel" بمحاولاته الشهيرة في المستشفى العقلي بفرنسا حيث صنف الاضطرابات النفسية إلى أربعة أصناف: الهوس، المالنخوليا، العته والخبيل أو ما يسمى حاليا بالتخلف العقلي. وابتداء من منتصف القرن 19 ظهرت العديد من التصنيفات العقلية؛ نجد في فرنسا تصنيف «Morel & Griesinger» سنة 1860 للذهانات والعصابات على أساس الأعراضية الإكلينيكية و تطورها في الزمن منذ ظهورها ووصولاً إلى مرحلتها الأخيرة. أما في ألمانيا، فكان "Kraepelin" سنة 1906 ينظر إلى الأمراض العقلية على أنها وحدات عضوية يمكن أن تصنف على أساس من معرفة الأسباب، المسار، النتيجة أو المآل. (Garrabé, 2012, p.6) ثم وفي نهاية القرن 19 قام المكتب الدولي للإحصاء بباريس بنشر التصنيف العالمي للأمراض كان يقوم بمراجعته كل عشر سنوات. ثم تدخل المكتب الصحي في عصبة الأمم المتحدة بجينيف لمتابعة التصنيف في فترة بما بين الحربين العالميتين. و بعد الحرب العالمية الثانية قامت منظمة OMS في 1948 بتقديم في تصنيفها العالمي للأمراض CIM-6 في فصلها الخامس (F) تصنيفا خصص للاضطرابات العقلية. وقامت بعدها الجمعية الأمريكية للطب العقلي APA في 1952 بنشر أول دليل للاضطرابات العقلية. (DSM I) (Garrabé, 2012, p.p. 2-3)

3- أهمية التصنيف

قام جيفري وزملائه (Jeffrey & all, 2009, p.51) بتوضيح أهمية التصنيف في مجال علم النفس المرضي، ويرى بأنها:
1. تسمح بترتيب و تبويب مواضيع الدراسة.

2. نظرا لتعدد التوجهات النظرية في علم النفس واختلافها في نظرتها لسيكولوجية المرض، فإن التصنيف يعمل على توحيد المصطلحات في ظل هذا الاختلاف.
3. تسهيل جمع المعلومات الإكلينيكية و منه تسهيل عملية التشخيص، العلاج والتنبؤ.
4. تسمح بمقارنة النتائج وتحديد أوجه التشابه والاختلافات الهامة بين المرضى السيكاثرين بوضع التشخيص الفارقي.
5. تسهيل التواصل بين العاملين في الميدان.

4- مآخذ التصنيف

بالرغم من أهمية التصنيف، إلا أن هناك بعض المآخذ يلخصها جيفري و زملائه بأنه:
لا يمكن للتصنيف أن يضم مجمل البيانات الخاصة بالمريض والأسباب المؤدية لهذا الاضطراب فهو لا يعكس تعقد وفردانية الشخص.
قد يؤدي استخدام التصنيف إلى تغيير نمط حياة المريض والحكم على كل سلوكياته السوية وغير السوية وتحت إثر هذا التصنيف وبالتالي يمنع ذلك إمكانية الحديث عن شفاء المريض.
تكون عملية التنبؤ للسلوك على أساس التصنيف التشخيصي وليس على أساس السلوك الملحوظ للمريض.
يركز التشخيص بالتأكيد على جوانب الضعف أكثر من تأكيده على نقاط القوة وهو ما يؤثر سلبا على علاقات المريض بالآخرين.
يؤدي استخدام الاسم التصنيفي للوهم الخادع لفهم المريض مما يبعد المختص عن التعرف على معاناة المريض الحقيقية. (Ibid, P.52)

5- عوامل ظهور المقاربة اللانظرية في تصنيف الاضطرابات النفسية

- ان ظهور و تطور المقاربة اللانظرية في علم النفس المرضي يرجع الى مجموعة من العوامل الأساسية لخصها (lonescu, 2019) في :
- التزايد الملحوظ لاشكالية التواصل بين الممارسين الاكلينيكين نظرا للاختلاف في التوجهات النظرية بينهم مما جعل من المفاهيم النفسية تتشعب وتتناقض باختلاف هذه التوجهات.
- زيادة الاهتمام بالتشخيص منذ نهاية الستينات من طرف الباحثين و الممارسين كنتيجة مباشرة للنتائج المثيرة للعلاجات الدوائية و السلوكية المعرفية، مع ظهور بطاريات التقييم

للسلوكيات والمقاييس التي تسمح بالتقييم الكمي للاعراض والسلوكيات ما يمهد الطريق في النجاح في التشخيص.

- البراغماتية المميزة للباحثين؛ فالصراع بين المقاربات النظرية في علم النفس المرضي كان بمثابة عقبة في الممارسات العيادية. فكان لزاما ظهور مقاربة براغماتية تعتمد على تجاوز العقبة السببية لتمر الى التشخيص والتكفل بالمرضى ضمن نطاق موحد ومتفق عليه.
- التغيرات السوسيوثقافية في العديد من المجتمعات حيث اصبح من الصعب تشخيص امراض دون العودة الى السياق الثقافي و القيمي لمجتمع.

6-تصنيفات الاضطرابات النفسية والعقلية

هناك العديد من تصنيفات الاضطرابات والامراض النفسية و العقلية، يمكن تقسيمها الى ما يلي:

(1) التصنيفات الكلاسيكية

هي تصنيفات نظرية تعتمد على المنطلقات النوزولوجية والسببية للاضطراب، مرتكزة على مبدأ ان الاعصبة مصدرها نفسي، في حين ان مصدر الذهانات هو نفسي أو عضوي.

(2) التصنيفات التي تقوم على اسباب المرض

ترافق هذا التصنيف مع مختلف محطات تطور المدرسة النفسية التحليلية ، بالرغم من عدم اهتمامهم المباشر بعملية تصنيف الاضطرابات النفسية مقابل اهتمامهم الكبير بتفسيرها، الى انهم قدموا العديد من التصنيفات تدور معظمها حول تقسيم الاضطرابات والامراض النفسية الى ثلاث وحدات مرضية كبرى هي : العصاب، الذهان ، الحالات البينية.

(3) التصنيفات التي تقوم على اساس الأعراض

- كما يظهر من اسمه، فإن هذا التصنيف يركز على الأعراضية. فهي موضوعية ولا تستند إلى نظرية محددة "التصنيفات اللانظرية". و يعتبر التصنيف الدولي للأمراض CIM والتصنيف التشخيصي الإحصائي DSM من أهم التصنيفات العالمية في هذا المضمار. إضافة إلى ما يتم حاليا الأخذ به من تصنيفات لتشخيص الاضطرابات العقلية تتمثل في: CFTMEA، OPD، PDM.

- أولاً: تصنيف منظمة الصحة العالمية: يطلق عليه اسم التصنيف الدولي للأمراض، Classification International des Maladies ويشار إليه بـ « CIM » أو « ICD » باللغة الإنجليزية. نشر CIM-6 في 1949، وكان أول التصنيفات الشاملة للاضطرابات العقلية

في فصلها الخامس (F). تمت مراجعته في عدد من المرات حتى انتهى بإصدار المراجعة التاسعة (CIM-9) في 1957، نشرته منظمة الصحة العالمية في 1977، استبدل بعدها بالإصدار العاشر CIM-10؛ حيث بدأت الأعمال عليه في 1983. وقامت الجمعية الأمريكية للصحة، World Health Assembly (WHA) بمراجعته في 1990، لكن استعمالها الفعلي من طرف الدول الأعضاء بمنظمة OMS بدأ سنة 1994. يسمح هذا النظام للتصنيف بوضع التشخيص و الإجراءات، ويقوم بعرض 155000 رمز للأمراض والاضطرابات المختلفة. ويفيد التقرير الاستقصائي لمنظمة OMS والدول الأعضاء بأنه لا يوجد إجماع حول تعريف الاضطراب/المرض العقلي، وتستخدم هذه العبارة بناءً على السياق الاجتماعي والثقافي والاقتصادي والقانوني حسب مختلف المجتمعات وفي سياقات مختلفة. إذ تقوم المنظمة بمناقشات مكثفة حول ما ينبغي إدراجه في إطار مفهوم الاضطراب العقلي كونها قضية معقدة ومثيرة للجدل ويختلف التضمين حسب كل مجتمع. (WHO a) يشمل الفصل الخامس الخاص بـ "الاضطرابات العقلية والسلوكية" في CIM-10، عشر مجموعات رئيسية مع العلم أنه توجد في كل مجموعة العديد من التصنيفات الفرعية المحددة. (Ibid).

• 1- بعد إصدارات نسخة ألفا و بيتا لدليل CIM-11 و اللتان قدمتا في 2011 و 2012 على التوالي للجمهور، وستقدم النسخة الموحدة لجمعية (WHA) لأجل تسويقها رسميا بداية شهر ماي/ 2018. (WHO b) **ثانيا: الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية** Manual of Mental Disorders Diagnostic and Statistical DSM : من إصدار الجمعية الأمريكية للطب العقلي (American Psychiatric Association) APA وقد صدرت حتى الآن 7 مراجعات لهذا الدليل. كان في البداية مخصصا للراشدين ولم يهتم كثيرا بفئة الأطفال المراهقين.

• 2- يهدف الدليل إلى حل صعوبات التشخيص ويقوم على 4 مبادئ تتمثل في عدم الاعتماد على نظرية محددة وبالتالي يمتاز بالموضوعية، يستخدم مفهوم الاضطراب بدلا من المرض. وهو نظام متعدد المحاور ومتعدد الخصائص. المعايير موحدة و تعتبر ضرورية لوضع التشخيص. (jeffrey et al, 2009, p.53)

• ظهرت الطبعة الأولى 1952 باسم DSMI والطبعة الثانية 1968 باسم DSMII والطبعة الثالثة DSMIII في 1980 حيث سجل فيه بعض الاختلافات عن سابقتها بتقديم نظام متعدد المحاور بمقاربة وصفية حيادية (دون توجه علاجي محدد) وأدمج فيه وصف

للاضطرابات الخاصة بالطفل، و قد اختفى مصطلح العصاب في هذا الدليل. ثم اصدر DSM-III-R في 1987 و بعدها أصدرت الطبعة الرابعة DSM-IV في 1994 و وزعت فيه الاضطرابات العصابية في الاضطرابات العاطفية الحصرية...الخ. واختفت تسمية عصاب الفوبيا وعصاب القلق على حساب القلق والحصر ومصطلح " عصاب الهستيريا التحويلية" استبدل بمصطلح الاضطرابات جسدية الشكل « trouble somatoforme » واختفت كلمة هستيريا تماما. كما حل مصطلح استراتيجيات المقاومة محل الميكانيزمات الدفاعية. تمت مراجعته وصدر عنه DSMVI TR سنة 2000، و في 2013 اصدر DSM5 و يعتبر آخر دليل إحصائي حاليا (مع العلم انه لم تعد تستعمل الأعداد الرومانية)، و هو نتاج عمل 14 فرقة عمل كل منها مسؤول عن نوع من الأمراض في هذا الدليل، حيث يبدأ الدليل بالتعليمات الخاصة بكيفية استخدامه والاحتياطات الواجب إتباعها في استعماله، يليه معايير التشخيص وقائمة منظمة لرموز وفئات خاصة بكل مرض، يلي ذلك وصف لنظام التشخيصي متعدد المحاور في هذا الدليل ثم بعد ذلك يقدم المحكات التي يجب البحث عنها لدى الشخص حتى يتمكن من الحكم عليه ما إذا كان سيقع في فئة تصنيفية معينة أم لا، ثم يقدم شرح مصغر لكل اضطراب. وبعدها محور يخص إدماج القياس وبعض النماذج كالنموذج الثقافي. ونجد في آخر الدليل المراجعات والاختلافات بين DSM-IV-TR و DSM5 إضافة إلى معجم خاص بالأمراض الخاصة بثقافات معينة، وكذا قائمة الرموز الخاصة بـ DSM5 وما يتوافق مع (CIM-10). ويشمل الدليل التشخيصي الخامس على 297 فئة تشخيصية. يتوفر على 5 محاور تسمح بتقييم شامل للاضطرابات العقلية: المحور الأول خاص بالاضطرابات الإكلينيكية، المحور الثاني باضطرابات الشخصية والتخلف العقلي، المحور الثالث أمراض الطب العام، والمحور الرابع خاص بالمشاكل النفس اجتماعية والبيئية، والمحور الأخير التقييم العام للتوظيف.

ثالثا: التصنيف الفرنكوفوني للاضطرابات العقلية للطفل والمراهق CFTMEA

(Classification francophone des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent) نشر أول مرة سنة 1988، وخصص للطفل والمراهق، يأخذ بعين الاعتبار باثنولوجية المولودين الصغار، ويعتبر تصنيف متعدد المحاور مثله مثل DSM، حيث يشمل المحور الأول على الفئات الإكلينيكية، أما المحور الثاني فيهتم بالباثنولوجيا الجسدية والوضعيات الأسرية المشتركة. يقدم في تصنيفه ما يتفق مع CIM-10، يعتمد على فكر علم النفس المرضي

المستوحى من التحليل النفسي، بدأ العمل فيه منذ 1987 من طرف فريق عمل من المختصين برئاسة Misès ، تمت مراجعته في العديد من المرات، و ظهرت الطبعة الأولى في 2001، أما الطبعة الثانية ففي 2012. (Misès et al , 2012, p.12).

للاطلاع أكثر:

http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/biblo_bd/cftmea/default.html

رابعاً: تصنيف نظام التشخيص السيكودينامي الإجرائي (Operationalized OPD . Psychodynamic Diagnostic)

جاء هذا التصنيف نتاج عمل لمجموعة من الباحثين بإشراف Cierpka et Schneider ، تم اصدا OPD في 1996، وجاء كرد فعل لتصنيفات DSM و CIM التي تعتمد على التناذرات. حيث قام عدد من المعالجين النفسانيين ذوي التوجه السيكودينامي و التحليلي بالتشكيك بالأنظمة النزولوجية (تصنيف) والنزوغرافية (توصيف)، بسبب ضعف مصداقيتها بخصوص التخطيطات العلاجية و عدم اهتمامها بفرسانية الأشخاص.

يرتكز الإجراء التشخيصي حسب هذا التصنيف على المقابلات نصف موجهة. و يدمج 5 محاور تشخيصية. يختص المحور الأول بالطريقة التي يعيش المريض مرضه و التأثير الأولي للعلاج، و يكرس المحور الثاني للمسائل العلائقية، المحور الثالث بالصراعات داخل/بين شخصية. يهتم المحور الرابع بمرجعية التشخيص البنية العقلية للمريض. أما المحور الخامس فيهتم بتشخيص الأعراض و التناذرات التي تتطابق مع الفصل الخامس للتصنيف الدولي للأمراض CIM-10. (Von der Tann, 2008, p. 19)

خامساً: الدليل التشخيصي السيكودينامي PDM Psychodynamic Diagnostic Manual

أصدر باللغة الانجليزية فقط ولم تتم لحد الآن ترجمته باللغة الفرنسية، وهو ثمرة عمل بين مجموعة رئيسية من منظمات التحليل النفسي. يعتبر إطارا مرجعيا للتشخيص، يصف مستويات العميقة والسطحية لشخصية الفرد، توظيفه العاطفي والاجتماعي ومظاهر الأعراضية. يغطي هذا التصنيف كل الشرائح العمرية، ابتداء من الرضيع مع تركيزه على كل من الاختلافات الفردية والاجتماعية. كما يركز على مجمل التوظيف العقلي، وهو بالتالي يستكمل رغبة DSM و في CIM في تبويب الأعراض. يعتمد تصنيف PDM على الدراسات الحالية في علم الأعصاب

وتقييم نتائجها ويستعمل مقارنة متعددة الأبعاد لوصف اختلال توظيف المفحوص وكيفية المشاركة في السيرورة العلاجية.

يتكون الدليل من 3 أقسام رئيسية، يعالج القسم الأول تصنيف اضطرابات الصحة العقلية للراشدين، يتضمن على التوالي توظيف الشخصية السليمة وكذا توظيف الشخصية المضطربة. في حين يهتم القسم الثاني ببروفيل التوظيف العقلي أثناء مراحل النمو. وفي القسم الأخير نجده يسترجع تصنيف الأعراض كما جاءت في **DSM IV** بإدماج لكل تصنيف منها الإسهامات الخاصة لعلم النفس المرضي الدينامي والمتمثلة في التجارب الشخصية والذاتية للفرد وأعراضه. (Russell &Cohn, 2012, P.71)

7- مقارنة بين دليل DSM 5 و التصنيف الدولي للأمراض CIM 10

يتم استخدام الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية ومعايير الاجرائية (العملية) حاليا على نطاق واسع، لاسيما في أبحاث علم النفس المرضي. إلا أنه في الممارسة السريرية اليومية، هناك تصنيف اخر، وهو التصنيف الدولي للأمراض (CIM 10) هو عمل جاك بيرتيلون Jaques Bertillon، الطبيب الفرنسي الذي اقترح ، في عام 1893، تصنيف لاسباب الوفاة. و قد تم توفير الاساس الخارجي لتصنيفات من قبل وليام فار William Farr من المملكة المتحدة و مارك ديسبني Marc d'Espine من سويسرا اللذين كانا مكلفين في عام 1853، في المؤتمر الاحصائي الدولي الاول الذي انعقد في بروكسل، عن اعداد تصنيف موحد لاسباب الوفاة القابلة للتصنيف دوليا.

كان تصنيف Bertillon بعد ذلك موضوعا لخسة مراجعة عشرية . وبعد انشاء منظمة الصحة العالمية (WHO) في عام 1945، تم نشر الطبعة السادسة من التصنيف في عام 1949 والتي اصبحت التصنيف الدولي للأمراض (CIM-6) و تضمنت لأول مرة قسما خاصا مكرس للاضطرابات العقلية .

نشرت النسخة الاخيرة من الاصدار الاخير (CIM-11) في 18 جوان 2018، ومن المتوقع تقديمها من اجل اعتمادها الى جمعية الصحة العالمية للصحة (Assemblée mondiale de la santé) في ماي 2019، لتصبح سارية المفعول في 1 جانفي 2022. الفصل السادس من CIM-11 يتعامل مع الاضطرابات العقلية، السلوكية والنمائية العصبية ويتضمن مثل 20 مثله مثل DSM-5، 20 فئة من الاضطرابات.

تظهر المقاربة بين فئات الاضطرابات في التصنيفين DSM-5 و CIM-11 ان سبع فئات فقط لها اسماء متطابقة: اضطرابات العصبية النمائية، اضطرابات الوسواس القهري والاضطرابات المرتبطة بها، اضطرابات الابتلاع/ والاكل، اضطراب التخلص، اضطراب العصبية المعرفية، البارافيليا.

اما بالنسبة للفئات الاخرى فان التسميات تختلف؛ و هكذا على سبيل المثال، بالنسبة لفئة DSM-5 "اضطراب طيف الفصام واضطرابات ذهانية اخرى" نجد في التصنيف الدولي للامراض (CIM-11) فئة "الفصام أو الاضطرابات الذهانية الاخرى الاولية" و "اضطراب القلق" من DSM-5 تظهر في CIM-11 تحت تسمية "اضطرابات القلق أو المرتبطة بالخوف" (Ionescu, 2019, p31).

تظهر بعض فئات الاضطرابات فقط في احد التصنيفين، و بذلك فان اربع فئات (التخشبية catatonie، الاضطرابات العقلية او السلوكية المرتبطة باضطرابات او امراض مصنفة في تصنيفات اخرى) موجودة ماعدا في CIM-11. كما ان اربع فئات اخرى (الخلل الوظيفي الجنسي، خلل النطق المرتبط بالجنس ، اضطراب النوم و اليقظة، اضطرابات عقلية اخرى) توجد فقط في DSM-5.

ان الاختلافات بين التصنيفين تتجاوز كيفية تصنيف فئات الاضطراب: ذلك انه بالنسبة لبعض الاضطرابات، فان معايير التشخيص ليست واحدة كما تظهر بعض الاضطرابات فقط في احد التصنيفات، على سبيل المثال كرب ما بعد الصدمة يتم تشخيص هذا الاضطراب في DSM-5 وفقا لوجود عدد محدد من الاعراض والتي بينها تلك المجموعة في 4 فئات تشير الى:

- (1) اعادة عيش الحدث الصادم
- (2) التجنب المستمر لاي شيء متعلق بالحدث
- (3) التغيرات المعرفية و المزاجية
- (4) التغيرات في التنشيط activation و الاستجابة réactivité.

هذه الفئات الاربعة (المشار اليها في DSM-5 بالاحرى E، D، C، B) تجمع 20 عرضا ووجود العدد الادنى من الاعراض هو مطلوب (عرض واحد في B و C ، عرضان في D و E)، او مجموع ستة اعراض من اصل العشرين الموصوفة.

في الاصدار الحادي عشر من التصنيف الدولي للامراض، لا بد ان يتم تشخيص ضغط ما بعد الصدمة PTSD على اساس وجود ستة اعراض موجودة في 3 مجموعات والتي تتوافق مع حقيقة اعادة احياء الحدث الصادم هنا والان، تجنب ما يذكر بالحدث والشعور القوي بالتهديد.

بحيث تعبر حقيقة الابقاء على ستة اعراض فقط عن انشغال مؤلفي التصنيف الدولي للامراض CIM-11 لزيادة نوعية نوعية التشخيص من خلال ابعاد الاعراض المشتركة مع اضطرابات اخرى (لاسيما، الاكتئاب الشديد) والاحتفاظ فقط بالاعراض التي من المفترض ان نكون في قلب الكيان السريري لضغط ما بعد الصدمة.

هذا التبسيط كان موضوع مناقشة ودراسة قام بها هيتشل Hitchell وآخرون (2017) التي تم اجراؤها على عينة من قدامى المحاربين عني حربي العراق و افغانستان والتي اعطت بشكل خاص بيانات جعلته موضع تساؤل. بحيث تمثلت في تحليل من نوع الشبكة، الذي يقوم على افتراض ان الاضطرابات النفسية عبارة عن شبكات اعراض مترابطة، تم التوصل من خلاله الى معلومات حول الاعراض الاكثر اهمية للشبكة. وقد أظهرت النتائج المتوصل اليها ان اهم الاعراض كانت الحالة الانفعالية السلبية المستمرة، الجهود لتجنب التذكيرات الخارجية، الجهود لتجنب الافكار أو الذكريات، وعدم القدرة على تجربة الانفعالات الايجابية، الجهود لتجنب الافكار أو الذكريات المؤلمة. وهذا يشير الى انه سيتم استبعاد ثلاثة من العناصر الستة الاكثر مركزية للشبكة من التشخيص بموجب الاقتراح المقدم لـ CIM-11 (مرجع سابق، ص33).

خصوصية اخرى لـ CIM-11 مقارنة بـ DSM-5 ، هي ادخال كيان جديد، الا وهو ضغط ما بعد الصدمة المعقد Le post-traumatique complexe. بحيث يمكن ان تحدث هذه المتلازمة بعد التعرض لحدث أو سلسلة من الاحداث ذات طبيعة الشديدة التهديد أو المروعة للغاية، وغالبا ما تكون الاحداث طويلة او متكررة التي يصعب او يستحيل الهروب منها، مثل التعذيب، العبودية، محلات الابادة الجماعية، العنف المنزلي المستمرة، الاعتداء الجنسي أو الجسدي المتكرر اثناء الطفولة . بالاضافة الى ضرورة استيفاء المعايير التشخيصية لضغط ما بعد الصدمة، يتسم الشكل المعقد بمشكلات خطيرة و تنظيمية وواسعة الانتشار، من خلال المعتقدات المستمرة بان الفرد منسحب أو مغلوب عليه او لا قيمة له، مصحوبا بمشاعر عميقة بالعار والذنب أو الفشل والمرتبطة بالحدث الصادم، فضلا عن الصعوبات المستمرة في الحفاظ على العلاقات مع الاخرين والشعور بالقرب منهم.

أخيرا تجدر الإشارة الى ان ضغط ما بعد الصدمة المعقد يسبب تغييرا كبيرا في الوظائف الشخصية، العائلية، الإح، التعليمية، المهنية، او غيرها (Lonescu, 2019, p34).

يرى كل من قرين وفوشي Foucher & Greene (2010) أن هذه التصنيفات الدولية قد سمحت في مجال الطب النفسي بزيادة سريعة في المعرفة الواقعية حول الاضطرابات التي تحددها ، دون ان يترافق ذلك بزيادة في مصداقيتها. فمفهوم المصداقية Fiabilité ينطبق فقط على التصنيفات العلمية التي تسعى الى نمذجة واقع الظواهر الطبيعية وما يمكن التحقق من مصداقيته في التصنيف العلمي هو هذا النموذج . ففي الطب، يتوافق المرض مع النموذج المرضي الفيزيولوجي le modèle physiopathologique للاختلال المرضي عن السيرورة الطبيعية. وبما ان CIM و DSM تصنيفان لانظريان ولا يعتمدان على اي نموذج، فهي تصنيفات غير صالحة، وبالتالي يجب ان تقتصر فائدة هذه التصنيفات على الممارسة التقنية. من خلال المحاولة بتطبيقها في العلوم، لا يمكن لهذه الادوات الا ابطاء اي تقدم يعتمد على الطريقة الكلاسيكية للارتباطات السريرية . لذلك يمكن القول ،ان هذه التصنيفات قد فشلت في الاستخدامات البحثية (Foucher & al, 2010, p2).

8- انتقادات المقاربة اللانظرية والافاق المتعلقة بها

الانتقادات:

اتهمت هذه المقاربة بانها مبنية على المقاربة السابقة خاصة السلوكية. بالاضافة الى المغالاة في التقدير الكمي للحالة النفسية للفرد و تقييم الامراض من خلال الكل والاشيء، كما يعاب عليه انه يعتمد على الزمن.

على الرغم من كل هذا النقد تبقى التصنيفات وسيلة مهمة في الممارسة والبحث في علم النفس المرضي.

أن رفض مؤلفي DSM لأي نظرية ليس لها نتائج عملية،يسيء بدون شك، الى عدد معين من الاكاديميين الاوربيين. وهذا ليس مفاجئا لان التقليد في القارة العجوز، منذ ما يقارب قرنين من الزمن كان الهدف تطوير نظريات نفس-مرضية عامة تعمل كدعامة لعلم تصنيف الامراض. وجهت أولى الانتقادات التي تمت صياغتها بعد نشر DSM في فرنسا بكون توجهه السلوكي هو النتيجة المباشرة اللانظرية التي تميزه. (lonesco, 2019, p34).

غالبا ما يتم ذكر هذا التحول وعواقبه من المنشورات المتاحة، بقول بعض المؤلفين، لانه لانظري، فان DSM لا يستخدم المقاربة البنائية التي تسعى الى التعرف على تاثيرات بناء في جدول سريري ما .لهذا كان الدليل APA مهما حتما فقط بـ"الاعراض السطحية"،اي بالسلوكيات وكما اوضح Tremine (1985)، لا يمكن تحدي هذه المرجعية السلوكية تحت ستار . agnosticisme

في السياق السلوكي المذكور، من الضروري ايضا دراسة مشكلة التضمنين في شبكة سيميائية للسّمات الكامنة، وهي مشكلة تطرحها اضطرابات الشخصية.

يتعلق الامر كما اشار widlocher (1985)، بمعرفة بداية من متى يمكن العثور على بيانات معينة يمكن ملاحظتها للوضعية التحليلية في ظل ظروف الفحص القياسية.

يعتقد بعض منتقدي الـDSM ان التسجيل حسب الاغراض و الاختبار المحدود للمحاور من شأنه ان يجبر الاكينيكي عند اجراء التشخيص على اختيار الاعراض من بين المعروضة فقط.

لطالما اثار العمل لتطوير الاصدار المختلفة من DSM نقاشات كبيرة. بحيث اثار اعداد DSM-4 العديد من الخلافات، كما يتضح على سبيل المثال، من خلال الرسالة الموجهة الى محررا ارشيفات "الطب النفسي العام" من قبل Taylor (1989) - بعد المقال الذي كتب فيه سبيتزر و ويليامز (1989) دعا الى تقديم مقترحات لتطوير DSM-4 - ورد هذين المؤلفين. اندرت اللهجة الحازمة لهذه التبادلات الرسائلية الخلافات التي اثارته الطبعة الجديدة من DSM، وعلى وجه الخصوص، النقاشات التي دارت حول متلازمة "ما قبل الحيض" أو "الشخصية التابعة" وكان ذلك خاصة بين النساء المختصات في علم النفس او الطب النفسي. بالاضافة الى الانتقادات الناتجة عن حقيقة ان كل شيء يتغير بسرعة كبيرة و اننا نشهد "تقادما مخططا له". على كل هذا يمكننا الرد بانه لا شك في ذلك من بدايات تحسين حقيقي لـ DSM كاداة مفيدة في الممارسة والبحوث النفسية.

وبالمثل، خلال العمل التحضيري لـDSM-5 وخلال نشره، كانت هناك العديد من العديد من الانتقادات القوية، بحيث قامت الجمعيات التي تحارب DSM- STOP DSM في فرنسا أو BOYCOTT DSM في الـو.م.أ- بحملات ضد نشؤ او استخدام هذا الدليل. ومن بين اكثر الانتقادات كانت لاحد خبراء DSM، Allen Frances الذي ترأس فريق العمل لتطوير DSM والذي نشر، في 2013، مؤلفا بعنوان: Saving normal: an insider's revolt

against out of control psychiatric diagnosis , DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life.

يلفت هذا العنوان الانتباه الى اثنين من الانتقادات الرئيسية الموجهة في DSM-5: اضعاف الطابع الطبي على الحياة اليومية، والسلوكيات المدركة على انها اشكالية إجتماعية أو اضعاف الطابع الطبي على عواطفنا/ انفعالاتنا قد تم التطرق له من قبل العديد من الباحثين، وفي هذا الصدد يوجد مثالان جوهريان يتعلق الاول بالاضطراب التخريبي المصحوب بخلل في التنظيم الانفعالي، وهو التشخيص الذي يمكن اجراؤه اذا كان الطفل يعاني من 3 نوبات غضب (أو أكثر) في الاسبوع لمدة عام. بحيث يدعي اصحاب استخدام هذا الوحدة انه سيقلل من التشخيصات المتعلقة بالاضطراب ثنائي القطب . اما المثال الثاني، فيتعلق باضعاف الملح الفرضي للحداد. وفعلا يمكن وضع تشخيص الاكتئاب الشديد وفقا لـ DSM-5، لدى شخص في حداد منذ اكثر من اسبوعين، وذلك مقارنة باكثر من شهرين في الاصدار السابق من الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-5-TR).

على الرغم من أن APA لديها سياسة صارمة للغاية امام تضارب المصالح، الا ان هناك انتقاد اخر تمثل في ان العلماء المشاركين في تطوير DSM-5 قد تأثروا بالصناعة الدوائية. تضخم التشخيصات الناتجة عن الزيادة في عدد الاضطرابات المدرجة في DSM-5 بحيث ارتفع هذا العدد من 106 في DSM-1 الى 297 في DSM-5 هذا التضخم في عدد من التشخيصات من شأنه ان يزيد من وصف الادوية النفسية، وبالتالي، زيادة ارباح شركات الادوية (مرجع سابق، ص37).

الآفاق:

على الرغم من الانتشار الواسع لدليل DSM ، يلاحظ ان علم التصنيف Nosologie و nosographie يمر حاليا بفترة عن عدم الاستقرار النسبي، الناتج ليس فقط عن الانتقادات الموجهة الى الاصدارات الاخيرة لدليل الـ APA ، لكن ايضا للاستخدام البديل أو ظهور أنظمة تصنيف جديد (مثل التصنيف الدولي للأمراض CIM أو التصنيف الصيني للاضطرابات العقلية) بالإضافة الى الانتقادات الموجهة الى النظام الفئوي.

غالبا ما يتم الاستشهاد بثلاثة اوجه قصور في النظام الفئوي.

يذهب اول ثنائي الى ملاحظة ان النظام الفئوي غير قادر على تغطية التنوع الكبير للصور الاكلينيكية التي يتم مصادفتها في الممارسة. في هذا السياق، فان الاستخدام المتكرر لمفهوم الاعتلال المشترك وتشخيص الاضطراب غير المحدد non spécifié يتم طرحه عندما لا تستوفي اعراض المريض المعايير المطلوبة لإجراء التشخيص.

ان تشخيص اضطراب غير محدد هو في الواقع طريقة للتعامل مع الشكوك المتعلقة بالتشخيص وطريقة لسد الثغرات في نظام التشخيص.

يتم تسليط الضوء على النوع الثالث من قصور النظام الفئوي من خلال "مقاربة transnosographique" للاضطرابات العقلية. بحيث يشير هذا المصطلح الى رؤية معينة للاضطرابات العقلية المترتبة عن نتائج البحوث في السنوات الاخيرة في علم الوراثة، علم التشريح العصبي، التصوير الدماغى، وعلم الادوية النفسية التي تظهر ان الحدود الكلاسيكية بين فئات الاضطرابات العقلية هي هشة، ومصطنعة وحتى غير ملائمة.

في هذا السياق يوجد عدة افاق، تظهر من خلال الانتقال الى تركيبة من المقاربات الفئوية والابعاد والانتقال الى مقارنة الابعاد والاستمرارية و كذا تقوية البحوث حول سببية الاضطرابات العقلية.

في الولايات المتحدة الامريكية يعمل المعهد للصحة العقلية (NIMH) على مشروع بعنوان "معايير مجال البحث" والذي يهدف إلى تطوير الابحاث التي ستجعل من الممكن تحديد وتقييم وربط المكونات البيولوجية والاساس السلوكي للداء النفسي الطبيعي والمرضي. والهدف من المشروع هو تطوير طرق جديدة لتصنيف الاضطرابات العقلية بناء "على ابعاد السلوك الملاحظ وعلى المقاييس العصبية البيولوجية، ولاسيما العلامات marqueur البيولوجية للاضطرابات العقلية (Ionesco, 2019, pp 38, 39)

للاشارة، فقد انسخ بعض مؤلفي الدليل التشخيصي والاختصاصي للأمراض العقلية عن زملائهم باقتراح بديل لهذا الدليل، ويسمى بـ The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP).

و في الأخير نقول بأن الكثير من الجهد بذل خلال الخمسة وعشرين قرنا من التصنيفات النفسية، بدأت بهيبوقراط إلى DSM 5 و CIM 11 حاليا. و يمكن القول أن تطور التصنيف قد بدأ بمحاولات فردية عشوائية حتى انتهى بإصدار الدليل العالمي للأمراض والدليل التشخيصي

الإحصائي في صورتها الحالية. حيث يتم تحريرها بالاستناد إلى مجموعة من الباحثين في مختلف المناطق بالعالم، بادراج الابعاد الثقافية مع تخصيص وحدات ترتبط بثقافات دون غيرها من الثقافات. وحتى لا يتصف التصنيف بالجمود، انتبه الباحثين إلى أهمية إدراج الجانب الدينامي للفرد في التصنيفات الحديثة، لأن كل حالة هي حالة فريدة من نوعها.

المحاضرة الرابعة عشر: النظرية الإدماجية

الهدف العام

- الاطلاع على النظرية التكاملية والميزة التي تخصها

الأهداف الإجرائية

- أن يكون الطالب قادرا على إدراك القصور الذي يحكم عملية تبني نموذج واحد ووحيد في تفسير الاضطرابات النفسية، وأهمية دمج النماذج في مقارنة تكاملية.

في مقابل الاضطرابات العقلية، يواجه الأطباء والباحثون مشكلتين رئيسيتين كما ينوه به

:Ionescu (2019)

(أ) تعدد وتنوع المقاربات المستخدمة لدراسة وفهم هذه الاضطرابات، والمتمثلة في 14 مقارنة.

(ب) تعقد التوظيف النفسومرضي والذي كان سببا في جزء كبير منه أصل تطور هذه المقاربات المختلفة لتناوله.

فالاضطراب النفسي ظلت تتجاذبه تناولات وأطروحات متعددة كل من منظوره الخاص، وقد كان بعضها متعارضا بل وفي أغلب الأحيان متصارعة. وفي هذا السياق ، سيكون الحل هو الترويج لنموذج جديد فيه من التعقيد يسمح لنا كما يشير إليه إدغار مورين (1982) Edgar Morin بالتمييز، بالفصل التعارض بين المقاربات الموجودة ولكن أيضا مع جعلها تتواصل وتتعاون فيما بينها مع التأكيد على عدم اختزالها ودون تقليص لمحتواها ومنحاها. وهو ما افضى بالسيكوباتولوجيين لتبني النظرة الإدماجية والشمولية لأجل استيعاب مدلولات الاضطرابات النفسومرضية التي ظلت تصر على تبني رؤى تفسيرية وصفت بالأحادية وتارة بالمنقوصة والخائئة وأحيانا بالمختزلة المغلوطة.

ان اختيار التسمية "علم النفس المرضي الإدماجي-الشامل" جاء ليقضي على المتغيرات المحتملة الأخرى، لا سيما تلك التي تنطوي على مشتقات "التخصص" أو "النظرية"، الناتجة عن

استخدام البادئات trans- multi-inter--pluri لأن جزءًا من المقاربات الأربعة عشر الأخرى لا تشكل تخصصات أو لا ترتقي الى نظريات باتم معنى الكلمة.

ويعتبر (1897/1906 Baldwin) في بداية القرن العشرين من الأوائل اللذين دعوا إلى التوحيد النظري في مجال علم النفس، وهو ماعى اليه حاليا أيضا كل من 1979 (Bronfenbrenner; Morris, Lerner et Bronfenbrenner1998) (1998) Cairns ، ثم (2001) Grigorenko et Sternberg اللذان اقترحا مصطلح علم النفس الموحد، والذي يمكن تعريفه على انه دراسة متعددة النماذج ومتعددة التخصصات تدمج الظواهر النفسية باستخدام إجراءات متقاربة.

يُنظر إلى التكامل على أنه عملي وبراغماتي إلى حد ما ، دينامي تطوري ، مفتوح للنقد البناء والحوار. فهو براغماتي لأن هدفه هو تقديم إجابات كاملة بشكل متزايد على الأسئلة التي تطرحها هذه الممارسة التي تظهر فيها المستجدات باستمرار. فلا يمكنها أن تظل جامدة و ثابتة ، بل يجب أن تدمج، أن تمتلك، وأن تستوعب المعارف الجديدة. ومن المهم الإشارة إلى انه بدون نقد ، وبدون نقاشات ، لا يمكن لعلم النفس المرضي أن يتطور .

وتعتبر المقاربة التكاملية كجامعة بين جميع المعلومات ذات الصلة التي توفرها المقاربات الأخرى للأضطرابات النفسية. وهي معلومات تجعل من الممكن صياغة إجابات (جزئية أو كاملة) على أسئلة الباحثين والممارسين. فالمقاربة الإدماجية تهدف لجمع مختلف المقاربات باطارتها النظرية المختلفة وبمنهجيتها الخاصة. ولا تهدف إلى امتزاج وتلاحم باقي المقاربات لإنشاء نظرية جديدة أو شبه مقاربة.

وبالاستناد لنظرية النظم، تنطوي المقاربة الإدماجية على تفاعل مختلف البيانات حول الاضطرابات النفسية التي تم الحصول عليها من مختلف باقي المقاربات بالحفاظ على استقلالية هذه الأخيرة في انتاج المعارف. وهذا يعني أيضًا رفض أي تسلسل لهذه المقاربات.

ويشار إلى هذه المقاربة في الوقت نفسه بالشاملة، وهو مصطلح يشير إلى رؤية معينة للفرد وتوظيفه النفسي. وان كان التقصي والبحث عن المعلومات يتم الحصول عليها عن طريق التحقيقات الجزئية يبقى أن الهدف النهائي للنهج الإدماجي الشامل هو إعادة بناء الكل. من ناحية أخرى ، فالمقاربة الإدماجية الشمولية لاتعلق على الاضطراب الذي يعاني منه الفرد بقدر ما هي

تبحث عن ادراج كل الظروف النفسية (بالمعنى الواسع) والاجتماعية لتشخيص الاضطراب النفسي. وإن تبني المنظور الشمولي يقترب من المنظور الذي اقترحه ماغنوسون (2000) Magnusson والذي يعتبر أنه يمكن للشمولية أن تشكل أساس الادماج وتوحيد وجهات النظر المختلفة المعتمدة في دراسة التطور البشري.

الخاتمة

تتنوع الأطر النظرية المفسرة للاضطرابات النفسية من حيث طبيعة فهمها لها وأسباب وطرائق علاجها. ويقصد بالإطار النظري جميع الأبحاث النظرية التي تستند لمبادئ ومنطلقات فكرية موحدة بهدف تفسير ظاهرة ما، ويتضمن كافة الآراء الفكرية حول الموضوع .

قمنا من خلال هذه المطبوعة الموجهة لطلبة علم النفس العيادي، سنة أولى ماستر بطرح بعض النظريات المحددة حسب القرار الوزاري وتناول تفسيرها لمختلف الاضطرابات النفسية والعقلية فيما يخص التصنيف والتشخيص وغيرها، وعلى غرار ما اثار اليه Serban Ionesco بإحصاء 15 مقارنة مفسرة للاضطرابات النفسية حيث اقترح التجميع لهذه المقاربات وفقا لثلاث نماذج اساسية هي النموذج الإنساني (المقاربة التحليلية، البنائية، الظاهرية، الوجودية)، النموذج الطبيعي (المقاربة دون النظرية، السلوكية، البيولوجية، المعرفية، التجريبية)، النموذج البيئي (المقاربة الاجتماعية، النمائية، البيئية النسقية، الاثنولوجية، علم عادات الاخلاق) هذا من جهة، وفقا للمحاور المذكورة في المقرر الرسمي لمقياس الأطر النظرية المفسرة للاضطرابات النفسية، فقد تم تناولنا بالتفصيل في المنحى السيكودينامي التحليلي، النموذج السلوكي والنموذج المعرفي والنموذج والمنحى الإنساني إضافة إلى التصنيف الاضطرابات النفسية أو المقاربة اللانظرية، لنعرض في الأخير المقاربة الادماجية التكاملية لاهميتها في مجال فهم الاضطرابات النفسية.

تساعد هذه المطبوعة في أن يتمكن الطالب من التعمق والتعرف على أهم النظريات والتي تؤهله إلى فهم الاضطرابات وكذلك تمهد إلى الاختيار الصائب لأهم التقنيات العلاجية.

- أنور محمد الشرقاوي (2014)، التعلم نظريات وتطبيقات، القاهرة، مكتبة الأنجلو
مصرية.
- بطرس حافظ بطرس (2008)، المشكلات النفسية وعلاجها، عمان، الأردن، دار
المسيرة.
- سليمان جميلة (2014) ، محطات في علم النفس العام، الجزائر، دار هومة.
- أبو غزال معاوية (2015)، علم النفس العام، ط2، عمان الأردن، دار وائل للنشر.
- الخواجا عبد الفتاح محمد سعيد (2002)، الارشاد النفسي والتربوي مسؤوليات
وواجبات، الأردن، دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- الزراد فيصل محمد خير (2005)، العلاج النفسي السلوكي، بيروت، دار العلم
للملابيين.
- الزيود نادر فهمي (1998)، نظريات الارشاد والعلاج النفسي، عمان الأردن، دار
الفكر.
- بديع عبد العزيز القشاعلة (2021)، مدارس علم النفس، دون طبعة، مركز
السيكولوجي للنشر الالكتروني، فلسطين.
- بوجاني محمد الشريف (2007)، الانتصارات المدهشة لعلم النفس، لبيير داکو،
الجزائر، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع.
- بوزيان حمزة (2015)، نظريات التعلم.
<https://elearn.univ-oran1.dz/pluginfile.php/45547/course>
- جودت عزت عبد الهادي، سعيد حسني العزة (2001)، تعديل السلوك الإنساني:
دليل الآباء والمرشدين التربويين في القضايا التعليمية والنفسية والإجتماعية، الاردن،
دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- حافري زهية غنية (2016)، مطبوعة الدعم البيداغوجي في مقياس علم النفس
المرضي، جامعة سطيف، الجزائر.
<https://cte.univ-setif2.dz/moodle/course/view.php?id=13>
- سنساوي عبد الرحمن (2017)، اثر برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض فوبيا
مذكرة ماجستير، جامعة وهران 2.

- شيري جونسون وآخرون (2016)، علم النفس المرضي استنادا على الدليل التشخيصي الخامس، ترجمة هادي الحويلة امنال وآخرون، الطبعة 12، القاهرة، مطبعة الانجلو مصرية.
- شيلي تايلور (2008)، علم النفس الصحي، ترجمة وسام درويش برك، فوزي شاكر داود، عمان، الأردن، دار الحامد للنشر والتوزيع.
- عبد الخالق أحمد (2016)، علم النفس الشخصية، ط 2، مصر، مكتبة الأنجلو مصرية.
- عبد الرزاق غريب زينب وآخرون (2008)، حقيبة تدريبية أكاديمية- الصحة النفسية- مركز التنمية الأسرية، السعودية، جامعة الملك فيصل.
<http://dr-banderlotaibi.com/>
- عبد اللطيف أبو أسعد أحمد، الختاتنة سامي محسن (2011)، اتجاهات علم النفس النظرية وتطبيقاتها، الأردن، عالم الكتب الحديث.
- عبد الله محمد الظاهر الخولي (2015)، برامج علاجية للفوبيا الاجتماعية، دليل للمعلم والأسرة العربية، الطبعة الأولى، القاهرة، دار السحاب للنشر والتوزيع.
- عدس عبد الرحمان ونايفة قطامي (2002)، مبادئ علم النفس، ط2، عمان، الأردن، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع
- عطوف محمود ياسين (1981)، علم النفس العيادي الاكلينيكي، بيروت، دار العلم للملايين.
- عكاشة احمد، المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض ICD/10 تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية. الاوصاف السريرية والدلائل الارشادية والتشخيصية، منظمة الصحة العالمية.
- عماد الزعلول (2010)، نظريات التعلم، الطبعة الأولى، عمان، دار الشروق للنشر والتوزيع.
- فايد حسين (2004)، علم النفس المرضي السيكيوباتولوجي، القاهرة، مؤسسة طبية للنشر والتوزيع.
- فيصل عباس (1992)، التحليل النفسي للشخصية، ط 2، بيروت، لبنان، دار الفكر اللبناني.

- قطامي يوسف (2013)، النظرية المعرفية في التعلم، الأردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- كمال وهبي، كمال أبو شهدة (1997)، مقدمة في التحليل النفسي ، ط1، بيروت لبنان، دار الفكر العربي.
- لابلاش وبونتاليس (1997)، معجم مصطلحات التحليل النفسي، ترجمة مصطفى حجازي، بيروت، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.
- لويس كامل مليكة (1999) ، العلاج السلوكي وتعديل السلوك، الصفاة، الكويت، دار القلم للنشر والتوزيع.
- محمد شحاته ربيع (2005)، تاريخ علم النفس ومدارسه، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر.
- محمد فؤاد جلال (2017)، مبادئ التحليل النفسي، المملكة المتحدة، مؤسسة هنداوي سي أي سي.
- محمود عبد الحليم منسى (2001)، مدخل الى علم النفس التربوي، مصر، مكتبة الانجلو المصرية.
- مرزوقي حورية (2020)، النماذج المفسرة للاضطرابات النفسية، باتنة.
- ميموني بدرة معتصم (2011)، الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق، ط3، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية.
- ناصر محي الدين ملوحي (2021)، الموقف البناء من مدارس علم النفس، الطبعة الأولى، دار للنشر والتوزيع.
- نجاتي غنى خالد (د،س)، علم النفس السلوكي ، محاضرات القيت في الكليات الطبية، سوريا ، جامعة الشام الخاصة . <http://www.apsu.edu.sy>
- هال كالفن (1970)، أصول علم النفس الفرويدي، ترجمة محمد فتحي الشنيطي، لبنان، دار النهضة العربية.
- هامل اميرة (2020)، قراءة سيكوثقافية للاضطراب النفسي،مجلة الباحث في العلوم الانسانية والاجتماعية،العدد 2، قالمة، الجزائر.
- عماد عبد الرحيم الزغلول (2010)، نظريات التعلم، الطبعة الاولى،الاردن،دار الشروق للنشر والتوزيع.

محمد الشنيطي،(د س)، أصول علم النفس الفرويدي، بيروت، دار النهضة العربية.
- مفرحان القضاء حمد (1977)، علم النفس التربوي النظرية والتطبيق، الاردن، دار
الراية لنشر والتوزيع.

- BERGERET Jean (2003), La personnalité normale et pathologique, 3^e édition, France, Dunod.
- BONNET, Agnès & FERNANDEZ, Lydia. (2012): Psychopathologie. Paris: Dunod.
- BRACONNIER Alain (2006), Introduction à la psychopathologie, Paris, Masson.
- COTTRAUX Jean (2001) , les thérapies comportementales et cognitives, 3e édition ,Paris , Masson.
- FALISSARD Bruno (2020), Panorama des classification en psychiatrie de l'enfant et l'adolescent, Neuropsychiatrie de l'enfance et l'adolescence , Paris, France.
- FOUCHER. J R, Bennouna Greene .V (2010), la CIM et le DSM ou l'impossible validation, Annales medico-psychologiques , Strasbourg , France .
- GREBOT Élisabeth, ORGIAZZI BILLON-GALLAND Isabelle (2001) , Les bases de la psychopathologie : éléments historiques, notionnels et théoriques, France, Presses Universitaires de Grenoble (PUG).
- GUREJE, O., Lewis-Fernandez, R., Hall, B.J. et al. Cultural considerations in the classification of mental disorders: why and how in ICD-11. BMC Med 18, 25 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12916-020-1493-4>
- IONESCU Serbon (2019) ,15 approche de la psychopathologie ,5e édition, Paris, Dunord.
- JANSSEN Christophe (2015), cours de Psychopathologie et psychologie clinique, master 1, université catholique de louvain UCL, France.
- JEFFREY S. Nevid, SPENCER A. Rhatus, BEVERLY A. Greene (2009), Psychopathologie, adapté en français par Bertrand.M, Gély-Nargeot.M.C& Siksou .M ,7^{ème} édition, France, Pearson Education.
- MOREL Corrine (1995), ABC de la psychologie et de la psychanalyse, France, GRANCHER édition.
- NICOLAS, S., RICHELLE, M. (2004), Introduction à la psychologie : histoire et méthodes, Paris, PUF.
- REICHERTS Michaël (2008), Introduction à la Psychologie clinique, Psychopathologie et psychothérapie, Etudes de Bachelor of Science in Psychology , SA 2008 ,Suisse, Université de Fribourg.
- ROUCHOUSE Bernard (2014), Démarche diagnostique et classification en psychiatrie , Lyon, France.
- SCIALOM phillipe,(2006), cours de psychologie, photocopié de 2eme année à



l'usage des étudiants de l'ISRP, Paris/Marseille.

- SERBAN Ionescu - Alain Blanchet (2008), Psychologie Clinique, Psychopathologie, Psychothérapie, Presses Universitaires De France – Puf