

# الإرشاد والصحة النفسية



الجمعية العراقية  
للدراسات التربوية والنفسية

# الإرشاد والصحة النفسية

(1441هـ - 2022م)

تأليف

الأستاذ الدكتور

حيدر كريم الجزائري

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿يُؤْتِي الْحِكْمَةَ مَنْ يَشَاءُ وَمَنْ يُؤْتَ الْحِكْمَةَ فَقَدْ أُوتِيَ خَيْرًا  
كَثِيرًا وَمَا يَذَّكَّرُ إِلَّا أُولُو الْأَلْبَابِ﴾ [البقرة: ٢٦٩]

صدق الله العظيم

## المحتويات

15	الإهداء ...
17	المقدمة

### الجزء الأول: الإرشاد النفسي

21	الفصل الأول: التعريف بالإرشاد النفسي
21	تطور مفهوم الإرشاد النفسي:
22	مفهوم الإرشاد النفسي:
22	الإرشاد عرفه كل من:
25	علاقة الإرشاد النفسي بالعلوم الأخرى:
27	مبادئ (مسلمات) الإرشاد:
28	الأسس التي يقوم عليها الإرشاد:
32	مجالات الإرشاد النفسي:
33	أخلاقيات مهنة الإرشاد:
36	العلاقة الإرشادية
37	أهداف الإرشاد النفسي:
38	مناهج الإرشاد والصحة النفسية
40	الفصل الثاني: الإرشاد التربوي (المدرسي)
40	المدرسة والعملية الإرشادية:
43	خصائص المعلم أو المدرس المرشد:

44	أدوار ومهام المدرس المرشد:
46	الإرشاد التربوي ودوره في الجامعة
48	الإرشاد النفسي والعلاج النفسي
54	الفصل الثالث: نظريات الإرشاد والعلاج النفسي
54	نظريات الإرشاد والعلاج النفسي:
54	خصائص النظرية الجيدة:
55	نظرية التحليل النفسي Freud: Psychoanalysis
58	الاتجاه السلوكي: تعديل السلوك:
60	خطوات تعديل السلوك:
61	المبادئ الأساسية لتعديل السلوك
62	منهجية تعديل السلوك
63	اتجاه العلاج المعرفي السلوكي: Behavioral Cognitive Therapy
64	1 - نظرية أليس Ellis theory
67	أساليب العلاج عند أليس:
67	2 - نظرية آرون بيك theory Aron Beck
72	3 - نظرية (مكينبوم) theory Meichenbaum
74	الاتجاه الإنساني: وابرز نظرية فيه هي:
75	نمو الشخصية
76	السلوك Behavioral
76	العملية الإرشادية والعلاجية:
77	نظرية الجشتالت Gestalt Theory
77	المفاهيم الأساسية للنظرية
80	دور المرشد (أو المعالج النفسي)
82	نظرية التحليل التبادلي لـ (بيرن) Transactional Analysis: Berne
84	1 - طريقة العلاج: (التطبيق والأساليب الفنية)

86	.....	Functional Eclectic Psychotherapy	نظرية العلاج الانتقائي الوظيفي
87	.....	The Counseling Process	2 . العملية الإرشادية:
88	.....		الفصل الرابع: وسائل جمع المعلومات في العملية الإرشادية
91	.....		طرائق الملاحظة:
94	.....	Counseling interview	ثانياً: المقابلة الإرشادية:
96	.....		أهمية المقابلة الإرشادية:
97	.....	Case study	ثالثاً: دراسة الحالة
99	.....		رابعاً: مؤتمر الحالة:
100	.....		أنواع مؤتمر الحالة:
101	.....		عوامل نجاح مؤتمر الحالة:
102	.....		مزايا مؤتمر الحالة:
102	.....		سلبيات مؤتمر الحالة:
103	.....		خامساً: الاستبيانات والاختبارات والمقاييس:
104	.....		سادساً: البطاقة المدرسية:
106	.....		أهمية البطاقة المدرسية:
109	.....		الفصل الخامس: طرائق الإرشاد النفسي
109	.....		الإرشاد الفردي:
109	.....		حالات استعمال الإرشاد الفردي:
110	.....		دور المرشد النفسي في الإرشاد الفردي:
110	.....		إجراءات الإرشاد الفردي:
110	.....		الإرشاد النفسي الجماعي:
110	.....		استعمال الإرشاد الجماعي:
111	.....		أساليب الإرشاد النفسي الجماعي:
112	.....		إيجابيات الإرشاد النفسي الجماعي:
112	.....		سلبيات الإرشاد النفسي الجماعي:

- 113..... البرنامج الإرشادي: يعرف البرنامج الإرشادي:
- 114..... البرامج الإرشادية والعلاجية:
- 114..... خطوات اعداد البرامج الإرشادية والعلاجية:

## الجزء الثاني: الصحة النفسية Mental Health

- 121..... الفصل الأول: التعريف بالصحة النفسية
- 123..... مفهوم الصحة النفسية:
- 124..... معايير الصحة النفسية
- 127..... مؤشرات الصحة النفسية
- 127..... التوافق النفسي
- 130..... التوافق وعلاقته ببعض المفاهيم:
- 131..... التوافق والتكيف:
- 132..... أبعاد التوافق:
- 133..... شروط تحقيق التوافق الشخصي:
- 134..... شروط تحقيق التوافق الاجتماعي:
- 135..... العوامل المؤثرة في التوافق النفسي الاجتماعي
- 138..... الأزمات النفسية:
- 139..... مراحل تطور الأزمة:
- 142..... الفصل الثاني: الأساليب الدفاعية (ميكانيزمات الدفاع)
- 142..... أنواع الأساليب الدفاعية (الشعورية واللاشعورية):
- 145..... وظائف عملية الكبت في الحياة النفسية:
- 146..... الفرق بين عملية الكبت وعملية القمع:
- 149..... ومن أهم صور الانسحاب:
- 155..... الفصل الثالث: الاضطرابات النفسية
- 156..... تصنيف الاضطرابات النفسية:

157	أسباب العصاب:
158	أعراض العصاب:
158	تشخيص العصاب:
159	علاج العصاب:
159	مآل العصاب:
159	ومن أبرز الاضطرابات العصائية ما يلي:
160	أنواع القلق: يُقسّم القلق إلى نوعين أساسيين هما:
161	العلاقة بين الخوف والقلق:
163	اضطرابات الهلع.
163	أسباب القلق:
164	علاج القلق:
164	أهم التوصيات العلاجية للقلق ما يلي:
168	تشخيص الخوف:
169	علاج الخوف:
171	أسباب عصاب الوسواس والقهر:
172	أعراض عصاب الوسواس القهري:
174	تشخيص عصاب الوسواس القهري:
174	علاج عصاب الوسواس القهري:
177	أسباب الاكتئاب:
178	أعراض الاكتئاب:
179	علاج الاكتئاب:
181	أسباب توهم المرض: من أهم الأسباب ما يلي:
183	تشخيص توهم المرض:
183	علاج توهم المرض:
185	أسباب الوهن العصبي أو النفسي:

187	أعراض الوهن النفسي:
188	تشخيص الوهن النفسي:
189	علاج الوهن النفسي:
191	أسباب الهستيريا:
192	أعراض الهستيريا:
194	تشخيص الهستيريا:
195	علاج الهستيريا:
196	الأنماط الاكلينيكية للتفكك:
198	علاج التفكك:
199	الفصل الرابع: الاضطرابات العقلية (الذهانية) Psychosis Disorders
201	أعراض الذهان:
202	علاج الذهان:
203	مآل الذهان:
203	أنواع الاضطرابات الذهانية:
204	تصنيف الفصام:
205	أعراض الفصام:
207	علاج الفصام:
210	مآل الفصام:
211	ثانياً: الهذاء (البارانويا) Paranoia
212	الأعراض العامة للهذاء:
213	علاج الهذاء:
214	رابعاً: الهوس Mania
216	علاج الهوس:
217	مآل الهوس:
217	خامساً: اضطراب الهوس والاكتئاب Manic-depression Psychosis

220	درجات الاكتئاب:
222	أسباب ذهان الهوس والاكتئاب:
224	أعراض ذهان الهوس والاكتئاب:
227	مآل ذهان الهوس والاكتئاب:
227	ذهان الشيخوخة Senile Dementia
228	مرض ألزهايمر Alzheimers Disease
229	الصرع Epilepsy
230	أسباب الصرع:
230	أنواع الصرع:
232	علاج الصرع:
233	الفصل الخامس: اضطرابات نفسية مختلفة:
233	أولاً: السيكوباتية Psychopathy
236	ثانياً: الانحرافات النفسية Psychological Perversions
236	تعريف الانحراف الجنسي:
238	أعراض الانحرافات الجنسية:
240	علاج الانحرافات الجنسية:
241	ثالثاً: إدمان المخدرات Drug Addiction
242	ومن أبرز العوامل التي تؤدي إلى الإدمان:
242	علاج الإدمان:
242	رابعاً: السيكو سوماتية Psychosomatics
244	تشخيص الاضطرابات النفسية الجسمية:
245	أشكال الاضطرابات النفسية الجسمية:
249	علاج الاضطرابات النفسية الجسمية:
251	سادساً - المشكلات النفسية للأطفال:
251	أهم المشكلات في الطفولة:

---

252	تصنيف التأخر العقلي:
255	أسباب التأخر العقلي:
257	3- الأسباب النفسية والاجتماعية المساعدة:
257	أعراض التأخر العقلي:
258	تشخيص الضعف العقلي:
259	علاج التأخر العقلي:
260	مآل التأخر العقلي:
261	المصادر:

## الإهداء...

أهدي هذا الجهد المتواضع إلى كل من ساهم  
في بناء الإنسان العراقي بعد ما تكالبت قوى  
الشر لقتله جسدياً ومعنوياً. ...

المؤلف



## المقدمة

يعد الإرشاد النفسي من فروع علم النفس التطبيقي التي تطورت في القرن الماضي الا ان الممارسة الفعلية لهذا العلم ترجع إلى أقدم العصور فالآباء والمعلمون على سبيل المثال يسعون إلى مساعدة أبنائهم وطلابهم من أجل سلامتهم ونضجهم ودعم إمكاناتهم، إلا أن هذه المسألة كانت تأخذ شكل التوجيه فقط، دون الدخول في علاقة تفاعلية بين الموجه والفرد المحتاج إلى توجيهه، كما أن التوجيه غير كاف لمساعدة الفرد في تحقيق ذاته مما زاد من إلحاح الحاجة إلى عملية الإرشاد النفسي التي تتضمن العلاقة وجها لوجه بين المرشد والمسترشد ومع بداية القرن العشرين تغير المفهوم فبدأ التوجيه والإرشاد بمرحلة التوجيه المهني ثم التوجيه المدرسي ومن ثم امتدت برامج التوجيه والإرشاد لتشمل المجالات التربوية، ثم ظهرت مرحلة علم النفس الإرشادي والذي يركز على الصحة النفسية والنمو النفسي. وظهرت الحاجة إلى العلاج النفسي لتعقد المشكلات التي يواجهها الفرد وتبلورت هذه المشكلات على شكل اضطرابات نفسية، إذ أن الإرشاد النفسي يقف عند حدود التعامل مع المشكلات النفسية والتربوية والاجتماعية وعليه ينبغي أن يأتي دور العلاج لتلك الاضطرابات النفسية.

ولقد أصبح إنسان هذا العصر في حاجة ماسة إلى الإرشاد أيا كان موقعه وعمره بحكم التغيرات الاجتماعية والاقتصادية والمهنية والتقنية المتسارعة، وذلك بسبب مراحل النمو العمرية والتغيرات الانتقالية، والتغيرات الأسرية وتعدد مصادر المعرفة والتخصصات العلمية، وتطور مفهوم التعليم ومناهجه، وتزايد أعداد الطلبة ومشكلات الزواج والتقدم الاقتصادي وما صاحب ذلك من قلق وتوتر، كل ذلك أدى إلى بروز الحاجة إلى الإرشاد النفسي، كما إن هذا التغير في بعض الأفكار

والاتجاهات أظهر أهمية الإرشاد التربوي في المدرسة على وجه الخصوص، إذ لم يعد المدرس قادراً على مواجهة هذا الكم من الأعباء والتغيرات كما أن تغير الأدوار وما ينتج عنه من صراعات وتوتر يؤكد مدى الحاجة إلى برامج إرشادية خاصة، ولقد زاد الاهتمام بالصحة النفسية للأفراد وتكامل شخصياتهم على مختلف الأصعدة وقد يعود هذا إلى التطور العلمي وتعقد الحياة في المجتمع، وازدياد الجهود المبذولة من قبل الأفراد أنفسهم في سبيل استمرار الحياة والإنتاج، وظهرت العديد من المحاولات لفهم الطبيعة الإنسانية، غير أن هذه المحاولات لا تزال في بدايتها لأن هناك الكثير من العوامل التي من شأنها أن تعطل فهم هذه الطبيعة الإنسانية فالصحة النفسية لا يعبر عنها بقدرة الإنسان على امتلاك الأشياء المادية، وإنما يعبر عن ذلك بالشعور بالسعادة والرضا وتقبل الذات والآخرين.

إن الازدياد المطرد للمشكلات الاجتماعية ولد العديد من الاضطرابات النفسية والتي لا بد معها من التوقف أو التمهّل لإعادة النظر فيها، فتعقيدات الحياة العصرية وما ينتج عنها من أزمات وما أفرزته الحضارة من عوامل تعطل النمو النفسي السليم، وتجعل الأفراد يفتقدون الاستقرار والسعادة والاتزان الانفعالي أفضلًا عن شعورهم باليأس والخوف وعدم الرضا، كل هذا ألقى على علم النفس الحديث مسؤوليات أخلاقية جديدة، ومن هنا ولد علم الصحة النفسية الذي لم يعد دوره يقتصر على مساعدة الأفراد الذين يعانون من الاضطرابات النفسية المختلفة بل يتعدى ذلك إلى تحصين ووقاية الفرد وتوفير المناخ الملائم لتطوير شخصيته على الصعيد النفسي والجسمي.

كما أن أحد أهم أهداف الإرشاد النفسي هو تحقيق الصحة النفسية للفرد والمجتمع، فالإرشاد النفسي لا يعني حل مشكلات المسترشد أو المساعدة في حلها فقط بل يشمل ثلاث مناهج وهي (الإرشاد الإنمائي والوقائي والعلاجي)، لذلك سيحاول المؤلف التعريف بهذين الفرعين من علم النفس وهما الإرشاد والصحة النفسية، وجاء الكتاب بجزأين: الأول: للإرشاد النفسي، والثاني: للصحة النفسية.

ومن الله التوفيق.

**المؤلف**

الجزء الأول:

# الإرشاد النفسي



## الفصل الأول:

# التعريف بالإرشاد النفسي

### تطور مفهوم الإرشاد النفسي:

شهد عام (1951) بداية استعمال مصطلح علم النفس الإرشادي وقد تمت الموافقة على هذا المصطلح الجديد بالإضافة إلى مصطلح آخر هو أخصائي الإرشاد النفسي **Counseling Psychologist**، وتمَّ عقد حلقة نقاشية خاصة عقدت في جامعة وسترن في ذلك العام وكان قبيل الاجتماع السنوي لرابطة علم النفس الأمريكية.

وبالرغم من أن الإرشاد يشتمل على التوجيه المهني، إلا أنه يذهب إلى أبعد من ذلك ليتعامل مع الفرد كفرد محاولاً مساعدته في كل أنواع التوافق في الحياة، والمبدأ الذي يقوم عليه الإرشاد هو أن الفرد الذي يتوافق هو الذي يحتاج إلى مساعدة، وليست المشكلة المهنية أو الزوجية أو الشخصية التي تحتاج إلى حل، وأن علم النفس الإرشادي يعترف بأن الفرد الذي يتوافق يعيش في عالم واقعي يمكن أن يواجه مشكلات موقفيه مؤقتة أو مشكلات سلوكية ترتبط بالاتجاهات التي تحدد معدل أداء الأفراد ويعتمد علم النفس الإرشادي في المجال التطبيقي على استعمال وسائل كثيرة ومنها الاختبارات السيكومترية لقياس جوانب الشخصية المختلفة، كما يعتمد كذلك على استعمال المقابلات الاكلينيكية والعلاجية للمسترشدين.

ويرى أخصائيو الإرشاد النفسي أن الإرشاد يهتم بالفرد السوي وأن هدف الإرشاد هو مساعدة الفرد السوي سواء كان دارساً أو عاملاً أو غير ذلك علي أن يكتسب تكاملاً وتوافقاً نفسياً أفضل وأن يجد بدائل أكثر ملائمة مما يجده عادة في عالمه

الواقعي المضطرب، وبالرغم من أن هذا الاتجاه يعد صحيحا إلى حد ما، فإن كثيرا من الأخصائيين في الإرشاد النفسي يعتبرون أن هذا التعريف غير كاف، فعلم النفس الإرشادي يهتم بغير الأسوياء أو غير المتوافقين، ولكن بشكل مختلف عما اعتاده علم النفس الإكلينيكي الذي يهتم عادة بتشخيص طبيعة ودرجة المرض النفسي، وبالنواحي الشاذة حتى في الأفراد الأسوياء.

أن موضوع الإرشاد هو الوصول إلى حالة من السواء وليس الشخص السوي، وأن هدفه تنمية الخصائص السوية في الفرد بحيث يمكن استعمال إمكانياته بشكل أكثر فاعلية، وهذا يعني أن علم النفس الإرشادي يهتم بالجوانب الإيجابية في تنمية الإنسان من طريق تنمية مصادر القوة في سلوكه.

### **مفهوم الإرشاد النفسي:**

لكي يتضح مفهوم الإرشاد النفسي سنعرض بعض التعريفات الخاصة به وكذلك التطرق لبعض المصطلحات القريبة من الإرشاد النفسي.

### **الإرشاد عرفه كل من:**

#### **1. تعريف جود (1945) Good**

تلك المعاونة القائمة على أساس فردي وشخصي فيما يتعلق بالمشكلات الشخصية، والتعليمية، والمهنية والتي تدرس فيها جميع الحقائق المتعلقة بهذه المشكلات، ويبحث عن حلول لها، وذلك بمساعدة المتخصصين وبلاستفادة من إمكانيات المدرسة والمجتمع، ومن خلال المقابلات الإرشادية التي يتعلم المسترشد فيها أن يتخذ قراراته الشخصية.

#### **2. تعريف رين (1951) Wrenn**

الإرشاد هو علاقة دينامية وهادفة بين شخصين، احدهما المرشد والآخر المسترشد تتنوع فيها الأساليب باختلال طبيعة حاجة المسترشد، يقوم المرشد بمساعدة المسترشد على فهم ذاته وحل مشكلته.

**3. تعريف روجرز (1952) Rogers**

العملية التي يحدث فيها استرخاء لبنية الذات للمسترشد في إطار الأمن الذي توفره العلاقة مع المسترشد، والتي يتم فيها إدراك الخبرات المستبعدة في ذات جديدة.

**4. تعريف بيبنسكي وبيبنسكي (1954) Pepinsky-Pepinsky**

عملية تشتمل على تفاعل بين مرشد ومسترشد في موقف خاص بهدف مساعدة المسترشد على تغيير سلوكه بحيث يمكنه الوصول إلى حل مناسب لحاجاته.

**5. تعريف تولبيرت (1959) Tolbert**

علاقة شخصية وجها لوجه بين شخصين أولهما وهو (المرشد) من خلال مهاراته وباستخدام العلاقة الإرشادية، يوفر موقفا تعليميا للشخص الثاني، (المسترشد) وهو نوع عادي من الأشخاص، حيث يساعده على تفهم نفسه وظروفه الراهنة والمقبلة، وعلى حل مشكلاته وتنمية إمكانياته بما يحقق اشباعاته وكذلك مصلحة المجتمع في الحاضر وفي المستقبل.

**10. تعريف كرمبولتز وثورسين (1976) Krumboltz . Thoresen**

عملية مساعدة الأفراد في تخطي مشكلاتهم.

**11. تعريف ايفي (1980) Ivey**

مركزة للاهتمام بمساعدة الأفراد الأسوياء ليحققوا أهدافهم أو يؤدوا وظائفهم بصورة أكثر فعالية.

**12. الجمعية الأمريكية لعلم النفس (1980)**

إنه الخدمات التي يقدمها اختصاصيون في علم النفس الإرشادي وفق مبادئ وأساليب دراسة السلوك الإنساني خلال مراحل نموه المختلفة ويقدمون خدمات لهم لتأكيد الجانب الايجابي بشخصية المسترشد واستغلاله لتحقيق التوافق لدى

المسترشد، وبهدف اكتساب مهارات جيدة تساعد على تحقيق مطالب النمو والتوافق مع الحياة، واكتساب قدرة اتخاذ القرار، ويقدم الإرشاد لجميع الأفراد في المراحل العمرية المختلفة وفي المجالات المختلفة، الأسرة والمدرسة والعمل.

ويتضح من التعريفات السابقة أن الإرشاد يشتمل على الخصائص أو العناصر الآتية:

- أ - الإرشاد عملية: أي أنها تمر في خطوات معينة بشكل متتابع ومتصل.
  - ب - الإرشاد عملية تعليمية: أي أنها تعلم الفرد على مواجهة مشكلاته وحلها وتركز على تغير السلوك.
  - ج - الإرشاد عملية مساعدة: أي أنها تقدم العون والمساعدة من المرشد إلى المسترشد.
  - د - المرشد هو المخطط للعملية الإرشادية وهو شخص مؤهل تأهيلاً علمياً متخصصاً.
  - هـ - المسترشد شخص عادي بحاجة إلى مساعدة وشخصيته متماسكة ولا يحتاج إلى برامج العلاج النفسي.
  - و - العلاقة الإنسانية: أي أن العلاقة بين المرشد والمسترشد تقوم على التعاطف في العلاقة الإرشادية.
  - ز - البيئة التي يتم فيها الإرشاد هي بيئة العلاقة الإرشادية وجها لوجه.
  - ح - يهتم الإرشاد بانتقال الخبرة من موقف الإرشاد إلى مواقف الحياة التي يقف فيها المسترشد فيما بعد.
- وبذلك يمكن القول أن الإرشاد النفسي هو «عملية منظمة ومخططة تهدف إلى مساعدة المسترشد لكي يفهم ذاته ويعرف قدراته ويطور مهاراته ويحل مشكلاته ويحقق أهدافه في إطار فلسفة وقيم المجتمع، ومن ثم تحقيق التوافق النفسي والتربوي والمهني والأسري والاجتماعي للمسترشد.

## علاقة الإرشاد النفسي بالعلوم الأخرى:

أولاً: علاقة الإرشاد النفسي بفروع علم النفس الأخرى: يوجد ارتباط بين الإرشاد من جهة وعلم النفس من جهة أخرى، إذ أن علم النفس بصفة عامة يدرس السلوك السوي وغير السوي، وهو من المواد المهمة التي يدرسها المرشد عند أعداده لمهمة الإرشاد، كما يستفيد الإرشاد النفسي من علم نفس النمو في معرفة مطالب النمو وخصائصه ومعايره التي يرجع إليها في تقييم الفرد ومعرفة هذا النمو، والاهتمام برعاية النمو السوي في كافة مظاهره الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية في مراحل للنمو كافة، كما أن من أهداف الإرشاد النفسي مساعدة الفرد للوصول إلى الاستقرار النفسي وهذا أيضاً من أهداف الصحة النفسية، ويستفيد الإرشاد النفسي من علم النفس العلاجي في التعرف على الفرد فيما إذا كان سوياً أم مضطرباً نفسياً، وفي التعرف على مدى الاضطراب النفسي إن وجد، وفي هذا يشكل الإرشاد النفسي فرعاً من فروع علم النفس التطبيقي.

ويستفيد الإرشاد النفسي من معطيات علم النفس التربوي الذي يهتم بالتعلم واكتساب السلوك وإطفائه وليؤكد على أهمية والتعميم في التعلم، ويهتم علم النفس التربوي كذلك بالدوافع والميول والقدرات، ويستفيد الإرشاد النفسي كذلك بشكل أو بآخر من علم النفس الاجتماعي والصناعي والجنائي.

ثانياً: علاقة الإرشاد بعلم الاجتماع: هناك صلة قوية بين الإرشاد النفسي وعلم الاجتماع إذ يقوم الإرشاد النفسي على أسس اجتماعية تربط بين الظواهر الاجتماعية وأساليب التنشئة وبين الاضطرابات العقلية والنفسية، فنظرية التحليل النفسي مثلاً تشير إلى مشاركة العوامل الاجتماعية مع العوامل النظرية، ونظرية علم النفس الفردي ل(آدلر) تؤمن بالأهمية البالغة للعوامل الاجتماعية، كما تولي النظرية السلوكية عمليات التعلم الاجتماعي أهمية بالغة للعوامل الاجتماعية، كما تولي النظرية السلوكية، وهذا ما يجعل الإرشاد النفسي أكثر التصاقاً بعلم الاجتماع وعلم النفس الاجتماعي لأنه يمهد للمرشد النفسي الطريق السليم للدخول في حقيقة المشكلة التي يعاني منها العميل.

ثالثاً: علاقة الإرشاد النفسي بعلم الإحصاء: يمكن القول بأنه لا يوجد مجال علمي اليوم لا يتصل من قريب أو بعيد بعلم الإحصاء، إذ أن هذا العلم يأخذ على عاتقه توضيح وتسهيل الأمور من طريق أساليبه وتقنياته المتعددة ولا يخفى علينا بأن الإرشاد النفسي يعتمد كثيراً على العمليات الإحصائية المختلفة في التعرف على احتمالات حدوث الظاهرة المرضية ونسبة ذلك الحدوث وكذلك احتمالات الشفاء منها كما يقدم الإحصاء للإرشاد النفسي خدمة كبيرة تكمن في توضيح النسب التقريبية لحالات السواء وعدم السواء في المجتمع وكذلك يدخل كعامل مهم في منهجية البحوث المتعلقة بالإرشاد النفسي واستخراج نتائجها بشكل أنسب وأقرب إلى الدقة العلمية والموضوعية، وهذه تكون بشكل أرقام ونسب وإحصائيات سهلة القراءة وواضحة المعالم وتساعد كثيراً في النتيجة على تحليل المشكلات والاضطرابات النفسية والسلوكية والتي هي من ضمن اهتمامات الإرشاد النفسي، كما أن العمليات الإحصائية تدخل كعامل أساسي في تقنين وتقييم البحوث بشكل عام ومنها المتعلقة بالإرشاد النفسي وكذلك يتمكن المرشد النفسي وبمساعدة الإحصاء التعرف على قدرات وإمكانات المسترشدين العقلية والجسمية من طريق الاختبارات التي يقدمها إليهم في هذا المجال والذي يكون للإحصاء دوراً كبيراً في إبراز نتائجها بحيث يستطيع المرشد النفسي الانطلاق من هذه النتائج في تحديد المجالات المناسبة للمسترشدين كي يحيوا حياة راضية.

رابعاً: علاقة الإرشاد النفسي بالقانون: أرتبط القانون بالعلوم النفسية في كثير من المجالات والاتجاهات، فمثلاً علم النفس الجنائي والأسباب النفسية للجنوح والأجرام والحالات الانفعالية أو العقلية للمجرم وقت وقوع الجريمة تعد جميعاً من العوامل التي وطدت ومهدت للعلاقة بين علم القانون ومجال الإرشاد النفسي، فضلاً عن أن كلا المجالين يعمل على مقاومة السلوك غير السوي وبالتالي فهما يسعيان إلى تعديل سلوك المنحرفين وإعادة تشكيله بالشكل الذي يؤدي إلى تنمية حالة من التوافق النفسي والاجتماعي للأفراد ومن ثم عدم عودتهم للانحراف ثانية، لأن المجرم قد يكون يعاني من اضطراب أو مشكلات نفسية وبالتالي ينبغي علاجه.

خامساً: علاقة الإرشاد النفسي بالطب النفسي: ينبغي أن يكون هناك فريق متخصص في علاج الأفراد المضطربين نفسياً وعقلياً ويتكون هذا الفريق من الطبيب النفسي والمعالج النفسي والمرشد النفسي والمرضة والباحث الاجتماعي.

### مبادئ (مسلّمات) الإرشاد:

هذه المبادئ تتعلق بالسلوك البشري وهي متعددة ومتشابكة ومتبادلة الأثر والتأثير، وهي قواعد تقوم عليها أو تنطلق منها عملية الإرشاد لتعديل ذلك السلوك، وعلى المرشد النفسي أن يجعلها نصب عينيه أثناء عملية الإرشاد وهي على النحو الآتي:

1 - إثبات السلوك الإنساني نسبياً ومرونته: السلوك كل ما يصدر عن الإنسان الحي من نشاط يتصل بطبيعته الإنسانية سواء كان جسماً أو عقلياً أو اجتماعياً أو انفعالياً، والسلوك متعلم (مكتسب) بالتنشئة والتفاعل، والسلوك ثابت في الظروف العادية والمواقف المعتادة وهذا يساعد على التنبؤ به عند التعامل مع المسترشد ويسهل عملية الإرشاد لكن هذا الثبات ليس ثباتاً مطلقاً، والسلوك الإنساني مرن أي أنه قابل للتغيير والتعديل مما يشجع عملية الإرشاد، ومرونة السلوك لا تقتصر على تعديل السلوك الظاهري فقط بل تتعداه إلى البنية الأساسية للشخصية ومفهوم الذات وتعديل هذا المفهوم لدى المسترشد إلى الإيجاب والواقعية.

2 - السلوك الإنساني فردي وجماعي: فردي بمعنى أن السلوك يتأثر بفرديّة الإنسان شخصيته أي بما يتسم به من سمات عقلية أو انفعالية، وجماعي أي أنه يتأثر السلوك بمعايير الجماعة وقيمتها وعاداتها وضغوطها واتجاهاتها أي أن سلوك الإنسان ناتج من تفاعل العوامل الفردي والجماعية، كما أنه من خلال التنشئة الاجتماعية تتشكل لدى الإنسان اتجاهات معينة نحو الأفراد والجماعات والمواقف الاجتماعية، وعلى المرشد أن يأخذ بعين الاعتبار عند تغيير سلوك المسترشد معايير الجماعة ومدى تأثيرها على المسترشد، إضافة إلى فهم شخصية الفرد بحيث يعيش المسترشد في توافق شخصي واجتماعي.

3 - استعداد الفرد للإرشاد: يعد الإنسان كائن اجتماعي بطبعه ولذا فإنه إذا

استصعب عليه أمر فانه يستشير غيره ممن يتوسم فيهم الخبرة والمقدرة، والمرشد يفترض أن يكون من ذوي الخبرة ليقبل عليه المسترشد ويتقبله وهذا هو أساس نجاح العملية الإرشادية.

4 - حق الفرد في الإرشاد: من حقوق الفرد على الجماعة أن تضبط سلوكه وأن ترشده إلى الطريق القويم ليكون عضواً سليماً فاعلاً فيها.

5 - تقبل المسترشد: ينبغي أن يتقبل المرشد المسترشد كما هو وبما هو عليه لا كما ينبغي أن يكون (دون شروط) وهذا يعني أن يشعر المسترشد بالأمن النفسي والطمأنينة ليؤوح بما لديه من معاناة في جو آمن قائم على الثقة والاحترام المتبادل، والتقبل لا يعني تقبل سلوك المسترشد الشاذ بل يساعده على تغيير ذلك السلوك، وإذا أقر المرشد مسترشده على سلوك شاذ أو ضار فإن ذلك يعتبر تشجيعاً له على الممارسة الغير سوية وهذا مرفوض من جانب الإرشاد.

6 - استمرار عملية الإرشاد: الإرشاد عملية مستمرة طوال مراحل العمر المختلفة، وعملية الاستمرار تعني أن يتابع المرشدون تطورات المسترشد بصفة مستمرة لأن الإرشاد ليس وصفة طيبة ولا حلاً جاهزاً ولا نصيحة عابرة بل هو خدمة مستمرة ومنظمة.

### الأسس التي يقوم عليها الإرشاد:

يقوم الإرشاد على أسس فلسفية تتعلق بطبيعة الإنسان وأخلاقيات الإرشاد وعلى أسس نفسية وتربوية تتعلق بالفروق الفردية والفروق بين الجنسين ومطالب النمو، وعلى أسس اجتماعية تتعلق بالفرد والجماعة ومصادر المجتمع، وعلى أسس عصبية وفسولوجية تتعلق بالجهاز العصبي والحواس وأجهزة الجسم الأخرى، وفيما يلي أسس الإرشاد النفسي:

أولاً: الأسس الفلسفية كمحاولة في فهم طبيعة الإنسان: إذ أن هذا المفهوم قد تخبطت فيه النظريات المختلفة، فالتحليلية الفرويدية ترى أنه عدواني تتحكم فيه

غرائزه، والإنسانية (كارل روجرز) ترى أنه خير بطبعه، والسلوكية ترى أنه محايد (سليبي) تحركه المثيرات فيستجيب لها، والنظرية المعرفية الانفعالية ترى أنه يؤثر ويتأثر وأن أفكاره غير العقلانية السبب في اضطرابه، ومن هذه الأسس ما يلي:

1 - **الكينونة والضرورة:** الكينونة تعني ما هو كائن وموجود والضرورة تعني ما سيصير من تغير، والضرورة والكينونة متكاملتان ولا تلغي أحدهما الأخرى، فمثلا الشخص الذي أصبح راشداً كان طفلاً، ويبقى ذلك الشخص رغم التغير الذي جرى عليه أي أن هناك أموراً في الشخص تبقى كما هي بينما تتغير فيه أشياء أخرى، والعالم دائم التغير، لذا فالضرورة مفهوم دائم التغير، وحياة الإنسان مليئة بالمتغيرات الجديرة بالملاحظة والتأمل، والإرشاد ينظر إلى الشخص ككائن يتغير سلوكه رغم بقائه نفس الشخص.

2 - **علم الجمال:** يهتم المرشد بالجمال وبالنظرة إلى الحياة بتفاؤل وجمال وتطلع إيجابي لذا يساعد المرشد المسترشد على أن يتذكر الأشياء الجميلة في حياته دائماً ويساعده على نسيان الذكريات المؤلمة.

3 - **علم المنطق:** يحتاج المرشد إلى الأسلوب المنطقي في مناقشته مع المسترشد أثناء المقابلة الإرشادية لتعديل السلوك، لذا يعتبر الإقناع المنطقي من أهم وأرقى الأساليب الإرشادية حيث يحدد المرشد مع المسترشد أسباب السلوك المضطرب من أفكار ومعتقدات غير منطقية وغير عقلانية والتخلص منها بالإقناع المنطقي للمسترشد وإعادةه إلى التفكير المنطقي، إذ أن كثيراً من الاضطرابات منشأها الانقياد للأفكار الخاطئة وغير عقلانية والحديث مع الذات السلبي.

ثانياً: الأسس النفسية والتربوية: يعتمد الإرشاد النفسي على مجموعة من الأسس النفسية والتربوية التي يمكن تلخيصها كما يلي:

1 - **الفروق الفردية:** يتشابه الأفراد بعضهم البعض الآخر في جوانب كثيرة، إلا أن هناك فروقا واضحة بين الأفراد في مظاهر الشخصية كافة (جسماً وعقلياً

واجتماعياً وانفعالياً) إذ لا يوجد اثنان في صورة واحدة طبق الأصل، حتى التوائم المماثلة تختلف عن بعضها جزئياً، لذا ينبغي وضع الفروق الفردية في الحسبان في عملية الإرشاد، فعلى المرشد أن يعرف ما يتصل بأسباب المشكلات النفسية مثلاً إذ أن بعض العوامل قد تسبب مشكلة عند فرد ما ولا تسبب مشكلة لدى فرد آخر.

2 - **الفروق بين الجنسين:** إن الفروق بين الجنسين واضحة في الجوانب الفسيولوجية والجنسية والاجتماعية والعقلية والانفعالية، والتي تعود إلى عوامل بيولوجية أصلاً وإلى عوامل التنشئة الاجتماعية التي تبرز الفروق أو تقلل من أهميتها، لذا فعملية الإرشاد ليست واحدة لكلا الجنسين لأن ما ينطبق على الذكور قد لا ينطبق على الإناث، والفروق لها أهميتها ولا سيما في ميدان الإرشاد التربوي والمهني والأسري.

3 - **مطالب النمو:** يتطلب النمو السوي للفرد في مرحلة من مراحل نموه أن يحقق مطالب النمو التي تبين مدى تحقيق الفرد لذاته وإشباع حاجاته وفقاً لمستوى نضجه وتطور خبراته التي تتناسب مع مرحلة النمو، ويؤدي تحقيق مطالب النمو إلى سعادة الفرد، كما أن عدم تحقيق مطالب النمو يؤدي إلى شقاء الفرد وفشله، وتختلف مطالب النمو من مرحلة إلى أخرى، فمطالب النمو في الطفولة هي تعلم المشي والمهارات الأساسية وتحقيق الأمن الانفعالي والثقة بالنفس وبالأخرين، أما في المراهقة تختلف مطالب النمو من حيث تميزها بتقبل التغيرات الجسدية والفسيولوجية والتوافق معها وتكوين مهارات ومفاهيم ضرورية للإنسان واختيار نوع الدراسة أو المهنة المناسبة ومدى الاستعداد لذلك ومع معرفة السلوك الاجتماعي المقبول للقيام بالدور الاجتماعي السليم، وفي مرحلة الرشد تتسم مطالب النمو باتساع الخبرات العقلية والمعرفية وتكوين الأسرة وتربية الأولاد والتوافق المهني وتحمل المسؤولية الاجتماعية والوطنية، وفي مرحلة الشيخوخة تتلخص مطالب النمو بالتوافق مع الضعف الجسدي والتكيف مع التقاعد عن العمل وتنمية العلاقات الاجتماعية القائمة.

4 - الفروق في الفرد الواحد: ليست قدرات الفرد واستعداداته وميوله واحدة من حيث درجة قوتها أو ضعفها بل هي تختلف من خاصية إلى أخرى، فالخصائص الجسدية قد لا تتوافق مع الخصائص الانفعالية أو العقلية، فقد يتقدم النضج العقلي على النضج الاجتماعي.

ثالثاً: الأسس الاجتماعية: تؤثر الجماعة المرجعية على سلوك الفرد إضافة إلى ميوله واتجاهاته، لأن الفرد يتأثر بالجماعة والسلوك فردي اجتماعي كما تؤثر ثقافة المجتمع التي ينتمي إليها الفرد من عادات وتقاليد وأعراف في ذلك الفرد وبالتالي على المرشد أن يراعي ذلك لكي يتمكن من فهم المسترشد وفهم دوافع سلوكه.

رابعاً: الأسس العصبية والفسولوجية: ينبغي على المرشد أن يلم بقدر مناسب من الثقافة الصحية عن تكوين الجسم ووظائفه وعلاقته بالسلوك وخاصة الجهاز العصبي المركزي الذي هو الجهاز الرئيسي الذي يسيطر على أجهزة الجسم الأخرى ويتحكم في السلوك الإرادي للإنسان من خلال الرسائل العصبية الخاصة التي تنقل له الإحساسات الداخلية والخارجية ويستجيب بإصدار تعليماته إلى أعضاء الجسم، فالجهاز العصبي الذاتي اللاإرادي يعمل بشكل لا شعوري أي لا تتدخل إرادة الإنسان في ذلك وهو مسئول عن السلوك الغير إرادي مثل حركة الأمعاء وهذا الجهاز يسيطر على جميع أجهزة الجسم التنفسي والهضمي والدوري والتناسلي وجهاز الغدد والجلد وهو يعمل وقت تعرض الجسم للخطر بما يشبه إعلان حالة الطوارئ، فالإنسان جسم ونفس وكل منهما يؤثر في الآخر فالحالة النفسية تؤثر على العمليات الفسيولوجية الغضب يؤدي إلى زيادة دقات القلب، والحزن يؤدي إلى انسكاب الدمع، كما أن الأمراض العضوية تؤدي إلى الحزن والى القلق، وعند زيادة انفعال الغضب واستمراره يتأثر الجهاز العصبي بشكل لاإرادي فتظهر الاضطرابات النفس جسمية (السيكوسوماتية) كاحتجاج لا شعوري مثل ضغط الدم والقولون العصبي والصداع النفسي وقرحة المعدة والسكري والربو وبعض الآلام الهيكلية أو بعض الاضطرابات الجلدية وغيرها، والمرشد الحاذق يتنبه دائماً إلى شكوى المسترشد ويتعرف على مصادر انفعالاته، كما أن درجة الانفعال إذا زادت وتفاقت تحولت من طريق الجهاز

العصبي المركزي إلى اضطرابات وأعراض جسمية واضحة نتيجة خلل في أعصاب الحس فيحدث ما يسمى بالهستيريا العضوية مثل العمى الهستيرى، الصم، الشلل، التشنج الهستيرى، الصراع الهستيرى، الخرس، فقدان حاسة الذوق، فقدان الذاكرة الهستيرى وغير ذلك وعلى المرشد أن ينتبه لدوافع غضب المسترشد.

### مجالات الإرشاد النفسى:

#### أ- الإرشاد الدينى والأخلاقى:

ويهدف إلى تكثيف الجهود الرامية إلى تنمية القيم والمبادئ لدى الطلبة واستثمار الوسائل والطرق العلمية المناسبة لتوظيف وتأهيل تلك المبادئ والأخلاق وترجمتها إلى ممارسات سلوكية تظهر في جميع تصرفات الطالب. ويهدف إلى تحقيق التوافق التربوي للطالب وتبصير الطالب بالفرص التعليمية والمهنية المتاحة واحتياج المجتمع في ضوء خطط التنمية التي تضعها الدولة.

#### ب- الإرشاد التربوي:

يهدف الإرشاد التربوي إلى مساعدة الطالب في رسم وتحديد خطته وبرامجه التربوية والتعليمية التي تتناسب مع إمكانياته واستعداداته وقدراته واهتماماته وأهدافه وطموحاته والتعامل مع المشكلات الدراسية التي قد تعترضه مثل التأخر الدراسي وبطء التعليم وصعوبته، بحيث يسعى المرشد إلى تقديم الخدمات الإرشادية المناسبة والرعاية التربوية الجيدة للطلاب.

#### ت- الإرشاد الاجتماعى:

يهتم هذا المجال بالنمو والتنشئة الاجتماعية للفرد وعلاقته بالمجتمع ومساعدته على تحقيق التوافق مع نفسه ومع الآخرين في الأسرة والمدرسة والبيئة الاجتماعية ويهتم بالنمو والتنشئة الاجتماعية السليمة للطالب وعلاقته بالمجتمع.

#### ث- الإرشاد النفسى:

يهدف إلى تقديم المساعدة النفسية اللازمة للفرد وخصوصا ذوي الحالات

الخاصة، من خلال الرعاية النفسية المباشرة والتي تتمركز على شخصية الفرد وقدراته واستعداداته وميوله وتبصيره بمرحلة النمو والتي يمر بها ومتطلباتها النفسية والجسمية والاجتماعية ومساعدته على التغلب على مشكلاته.

### ج - الإرشاد التعليمي والمهني:

هو عملية مساعدة الطالب على اختيار المجال العلمي والعملية الذي يتناسب مع طاقاته واستعداداته وقدراته وموازنتها بطموحاته ورغباته لتحقيق أهداف سليمة وواقعية، ويهدف إلى تحقيق التوافق التربوي للطالب وتوعية الطالب بالفرص التعليمية والمهنية المتاحة واحتياج المجتمع في ضوء خطط التنمية التي تضعها الدولة، وتكوين اتجاهات ايجابية نحو بعض المهن والأعمال وإثارة اهتماماتهم بالمجالات العلمية والتقنية والفنية ومساعدتهم على تحقيق أعلى درجات التوافق النفسي والتربوي مع بيئاتهم ومجالاتهم التعليمية والعملية التي يلتقون بها.

### أخلاقيات مهنة الإرشاد:

بما أن مهنة الإرشاد هي ميدان تطبيقي لعلم النفس ونظرياته، وتخصص يدرس بدرجات علمية، ولأن هذه المهنة إلى جانب كبير من الأهمية والخطر في العلاقة مع المسترشد والإطلاع على أسراره فيتوجب أن يكون لها قواعد أخلاقية يتقيد بها كل من يمارس هذه المهنة، لأن هذه القواعد هي التي تنظم عمل المرشد وتضع الخطوط العامة التي تساعد على توخي الوقوع فيما يلحق الضرر بالآخرين وكذلك تساعد على توفير الحماية للمهنة من داخلها في حال وقوع انحرافات مع بعض زملاء المهنة، وتعد القواعد الأخلاقية ذات أهمية كبيرة في العمل الإرشادي وهي مسؤولية تقع على عاتق المرشد التربوي وعليه أن يدرك أن الدين هو مصدر الأخلاق وأن التزامه بالخلق الذي يحث عليه الدين سيضع تصرفاته في الطريق القويم والسليم، ومن أخلاقيات المرشد التربوي الاتي:

1 - أن يتحلى المرشد بالأخلاق الفاضلة قولاً وعملاً، وأن يكون قدوة حسنة في الصبر والأمانة وتحمل المسؤولية دون ملل أو كلل أو يأس.

2 - أن يتحلى المرشد بالمرونة في التعامل مع حالات الطلاب، وعدم التقيد بأساليب محددة في فهم مطالبهم وحاجاتهم الإرشادية، فالمرونة المطلوبة هي الوسيلة التي يمكن للمرشد أن يتقبل ويسمع أصوات الطلاب واحتياجاتهم ومطالبهم، فهو الشخص الوحيد في المدرسة الذي يجب أن يتقبل ذلك مهما كان الطالب سيئاً أو مخطئاً... وهذا لا يعني أن نوافق على السوء أو الخطأ ولكن أن تكون لدينا المرونة الكافية لاستيعاب الموقف واحتوائه حتى يمكن لنا التعرف على جوانب كثيرة من مطالبهم واحتياجاتهم لتتمكن من مساعدتهم بالحصول عليها بطريقة صحيحة بعيداً عن الخطأ.

3 - أن يتميز المرشد بالإخلاص وتقبل العمل في مجال التوجيه والإرشاد كرسالة وليس كوظيفة بعيداً عن الرغبات والطموحات الشخصية. لأن الوظيفة تقود المرشد إلى أداء عمل هو ملزم به دون محاولة الإبداع والتطوير، والرسالة هي التي تبني الشخص لقضية ما، والإيمان بأنها مهمة وسامية، وهنا ينبغي أن يقف المرشدين وقفة جادة مع أنفسهم ويحددوا ماذا يريدون، هل اتجاههم للإرشاد من باب التغيير أم الهروب من العمل، أم هو إيمان تام بأهمية هذه المهنة ومن أجل المساهمة في إصلاح أفراد المجتمع والمساهمة في بناء الوطن. والقرار هنا متروك لذوات المرشدين وينبع من الفرد ذاته وينطوي على مسؤولية النظر إلى الإرشاد كرسالة سامية، وهو ما يحقق النجاح لمهنة التوجيه والإرشاد بعد توفيق الله سبحانه وتعالى.

4 - خاصة السرية نظراً لان المرشد سوف يتعرض لأسرار المسترشد في حياته العامة والخاصة ولأفراد أسرته من خلال التعامل مع دراسة حالته، فعليه المحافظة على سرية المعلومات التي يحصل عليها وعندما يخفق المرشد في المحافظة على سرية المعلومات فقد أخل بشرط أساسي ومهم جداً من شروط وأخلاقيات مهنة الإرشاد.

5 - أن يتعد المرشد عن التعصب كافة والالتزام بأخلاقيات العمل المهني،

فالمرشد يواجه مجموعة من الطلاب هم خليط من أفراد المجتمع منهم القريب له عائلياً أو سياسياً ومنهم البعيد ومنهم من يعرفه أو قد يكون من الحي أو المنطقة التي يسكن فيها فعند الاتجاه إلى إقامة العلاقة المهنية من منظور تحكمه القرابة والمعرفة أو الانتماء فقد حكم المرشد على نفسه بالفشل.

6 - ينبغي ألا يستعمل المرشد أدوات فنية أو أساليب مهنية لا يجيد تطبيقها وتفسير نتائجها، وهنا لا مجال للاجتهاد على حساب الآخرين، فيجب عدم استخدام الاختبارات النفسية أو العقلية وأنت لا تملك الخبرة العملية التي تساعدك في التعامل مع هذه الاختبارات حتى لا يؤدي ذلك إلى الإضرار بالطالب.

7 - أن يحصل على إذن من المسترشد عند استعمال أجهزة التسجيل سواء كان عن طريق الكاسيت أو الفيديو أو أي أجهزة أخرى.

8 - عدم تكليف أحد من الزملاء غير المرشدين في المدرسة بالقيام بمسؤولياته الإرشادية نيابة عنه.

9 - عدم استفزاز المسترشد للكشف عن مشكلته مما يضعف الثقة بينهما.

10 - عدم تدخل المرشد في ديانة المسترشد غير المسلم واحترام جميع الديانات.

11 - أن يتجنب المرشد إقامة علاقات شخصية مع الطالب، وأن تكون العلاقة مهنية، لان المرشد التربوي أقرب شخص لأنفس الطلاب، لذلك قد تنشأ علاقة شخصية، ونظراً لطبيعة عمل المرشد وطبيعة بعض الطلاب فهذا يعد منزلقاً خطراً إذا وقع يتضرر منه المرشد والعملية الإرشادية وعليه ينبغي أن يقيد المرشدين أنفسهم بحدود العلاقة المهنية دون تطويرها إلى علاقة شخصية.

12 - يلتزم بالأمانة على ما يقدم له أو يطلع عليه من أسرار خاصة بالطلاب وبياناته الشخصية ومسؤولية تأمينها ضد إطلاع الغير عليها وبطريقة تصون سريتها.

13 - يلتزم بعدم نشر المعلومات الخاصة بالحالات التي يقوم بدراستها ومتابعتها.

14 - في حالة طلب معلومات سرية عن حالة المسترشد من قبل الجهات الأمنية أو

القضائية فعلى المرشد التربوي الإفصاح عن المعلومات الفردية وبقدر الحاجة فقط وإشعار المسترشد بذلك.

- 15- إذا طلب ولي أمر الطالب أو مدير المدرسة معلومات سرية عن الطالب فعلى المرشد تقديم المعلومات الضرورية بعد التأكد من عدم تضرر الطالب من إفشائها، ويجوز للمرشد أن يخبر عن بعض الحالات بشكل قانوني في الظروف الآتية:
- عندما يشكل بعض المسترشدين خطراً على الآخرين أو على أنفسهم أو على أمن الوطن.
  - عندما يعتقد المرشد أن المسترشد يمارس النكاح المحرم، أو تعرض لاعتصاب أو انتهاك حرمة طفل أو بعض الجرائم القانونية والأخلاقية الأخرى.
  - عندما تكون المعلومات تشكل قضية قانونية وتدخل في عمل المحكمة.

### العلاقة الإرشادية

العلاقة الإرشادية جانب مهم من جوانب العملية الإرشادية فهي علاقة مهنية شخصية وتستوجب الحصول على المعلومات التي تساعد المرشد والمسترشد على فهم هذا المسترشد وظروفه وواقعه والمتغيرات التي من حوله، فهذه العلاقة يجب أن تصان عن كل ما من شأنه زعزعة الثقة مع المسترشد، ولكي تبدأ العلاقة بداية سليمة فان على المرشد أن يدرك دوره ومسؤولياته بالنسبة للمسترشد وبالنسبة للمهنة التي يتسبب إليها، وبذلك على المرشد أن يتقبل المسترشد بغض النظر عن جنسه أو لونه أو غير ذلك من المتغيرات، وعلى المرشد أن يحاول في إطار العلاقة الإرشادية توفير كل ما من شأنه جعل العلاقة آمنة ولا يكون المسترشد في موضع الهجوم عليه أو توجيه النقد الحاد أو السخرية منه وخاصة في المراحل الأولى من العلاقة التي يبقى المرشد فيها بعيداً عن النقد أو إصدار الأحكام، أما السخرية والعقاب فهي أمور لا نتصور أن تدخل كعناصر في أي علاقة إرشادية بل ستلحق أضراراً كبيرة بمهنة الإرشاد كلها، كما أن على المرشد أن يمتنع عن الاستفادة من المعلومات التي حصل عليها من المسترشد لأغراض شخصية كما يمتنع أن يدخل في علاقات لا تتصف بالموضوعية كمحاولة الحصول على معلومات لن يستفيد منها المسترشد في موقف الإرشاد أو تكوين

علاقة شخصية مثل الصداقة والزيارات المنزلية أو البيع والشراء أو تبادل المنافع، وفي إطار العلاقة الإرشادية على المرشد أن يتجنب سؤال المسترشد أمام زملائه عما فعل إزاء موقف معين بل عليه أن يترك مثل هذه الأسئلة داخل الجلسات وداخل حجرة الإرشاد، كما يمتنع المرشد عن الدخول في علاقة إرشادية إذا كانت هناك رابطة مع هذا المسترشد من نوع العلاقة بين الزوجين والأخوة والأصدقاء وكذلك المرؤوس والرئيس إلا إذا تحقق عدم وجود مرشد آخر يقوم بهذا العمل، وعلى المرشد أن يتأكد عند دخوله في علاقة إرشادية مع المسترشد أن هذا المسترشد ليس فعلاً في إطار علاقة إرشادية مع مرشد آخر، وإذا كان المسترشد له علاقة إرشادية مع مرشد آخر فيجب على المرشد أن يحصل على إذن من ذلك المرشد أو أن ينهي العلاقة مع المسترشد إلا إذا اختار المسترشد أن ينهي علاقته مع المرشد السابق، وعلى المرشد أن يحترم حرية الاختيار للمسترشد إلا إذا وجد ما يمنع ذلك مثل نظام المؤسسة وفي هذه الحالة يعلم المرشد المسترشد بهذه الحدود، ويمكن للمرشد أن يستشير زملائه في المهنة فيما يقابله من صعوبات أو مواقف يشعر فيها أن العلاقة تسير بشكل غير طبيعي أو أن المعلومات التي حصل عليها من المسترشد قد تحتاج لعرض على السلطات المختصة لوجود خطر قد يلحق بالفرد أو بالآخرين أو بالوطن.

### أهداف الإرشاد النفسي:

#### أولاً: تحقيق التوافق ويشمل ما يلي:

- 1) التوافق الشخصي: أي تحقيق السعادة مع النفس والرضا عنها وإشباع الدوافع والحاجات الداخلية الأولية الفطرية والعضوية والفسولوجية والثانوية المكتسبة، ويعبر عن سلم داخلي حيث يقل الصراع ويتضمن كذلك التوافق لمطالب النمو في المراحل كافة.
- 2) التوافق التربوي: وذلك من طريق مساعدة الفرد في اختيار أنسب المواد الدراسية والمناهج في ضوء قدراته وميوله وبذل أقصى جهد ممكن بما يحقق النجاح الدراسي.

(3) **التوافق المهني:** ويتضمن الاختيار المناسب للمهنة والاستعداد علمياً وتدريبياً لها والدخول فيها والإنجاز والرضا الوظيفي.

(4) **التوافق الاجتماعي:** ويتضمن السعادة مع الآخرين والالتزام بأخلاقيات المجتمع ومسايرة المعايير الاجتماعية وقواعد الضبط الاجتماعي وتقبل التغيير الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي السليم، ويدخل ضمنه التوافق الأسري.

### ثانياً: تحقيق الذات:

يتضمن مساعدة الفرد في الوصول إلى درجة يستطيع فيها أن ينظر إلى نفسه فيرضى عنها، والعمل على نمو مفهوم موجب للذات والعمل على تحقيق قدرة الفرد على توجيه حياته بنفسه بذكاء وبصيرة وكفاية في حدود المعايير الاجتماعية، وتحديد أهداف للحياة وتكوين فلسفة واقعية لتحقيق هذه الأهداف.

### ثالثاً: تحقيق الصحة النفسية:

لعل الهدف الرئيس الذي يسعى الإرشاد لتحقيقه هو الصحة النفسية بكل مفاصلها من التوافق إلى الرضا عن الذات والايجابية وتحقيق السعادة.

### مناهج الإرشاد والصحة النفسية

هناك ثلاثة مناهج لتحقيق أهداف الإرشاد والصحة النفسية:

#### 1- المنهج التنموي:

ترجع أهميته إلى أن خدمات الإرشاد تقدم أساساً إلى الأفراد العاديين لتحقيق زيادة الكفاءة وتدعيم الفرد المتوافق إلى أقصى حد ممكن وتنمية مهاراته، ويتضمن هذا المنهج الإجراءات التي تؤدي إلى النمو السوي السليم لدى الأسوياء خلال رحلة نموهم طوال العمر حتى يتحقق الوصول بهم إلى أعلى مستوى ممكن من النضج والصحة النفسية، والسعادة والكفاية، ويتحقق ذلك من طريق معرفة وفهم وتقبل الذات وتكوين مفهوم ايجابي للذات وتحديد أهداف سليمة للحياة وأسلوب

حياة موفق بدراسة الاستعدادات والقدرات والإمكانات وتوجيهها التوجيه السليم نفسياً وتربوياً ومهنياً، ومن خلال رعاية مظاهر نمو الشخصية جسمياً وعقلياً واجتماعياً وانفعالياً.

## 2- المنهج الوقائي:

يطلق عليه أحياناً منهج (التحصين النفسي) ضد المشكلات والاضطرابات النفسية، ويهتم هذا المنهج بالأسوياء والأصحاء قبل اهتمامه بالمرضى ليقبهم ضد حدوث المشكلات والاضطرابات النفسية، وللمنهج الوقائي ثلاث مستويات وهي:

أ - الوقائية الأولية: وتتضمن محاولة منع حدوث المشكلة أو الاضطراب بإزالة الأسباب حتى لا يقع المحذور.

ب - الوقائية الثانوية: وتتضمن محاولة الكشف المبكر وتشخيص الاضطراب في مرحلته الأولى بقدر الإمكان للسيطرة عليه ومنع تطوره وتفاقمه.

ت - الوقاية من الدرجة الثالثة: وتتضمن محاولة التقليل من أثر تفاقم الاضطراب أو ومنع حدوثه.

## 3- المنهج العلاجي:

هناك بعض المشكلات والاضطرابات قد يكون من الصعب التنبؤ بها فتحدث فعلاً، ويتضمن دور المنهج العلاجي علاج المشكلات والاضطرابات النفسية حتى العودة إلى حالة التوافق والصحة النفسية، ويهتم المنهج العلاجي بنظريات الاضطراب النفسي وأسبابه وتشخيصه وطرائق علاجه وتوفير المرشدين والمعالجين والمراكز والعيادات والمستشفيات النفسية، ويحتاج المنهج العلاجي إلى تخصص أدق في الإرشاد العلاجي إذا قورن بالمنهجين التنموي والوقائي وهو أكثر المناهج تكلفة في الوقت والجهد، كما أن نسبة نجاح الإستراتيجية العلاجية لا تكون (100%).

## الفصل الثاني:

# الإرشاد التربوي (المدرسي)

## المدرسة والعملية الإرشادية:

تُعدّ المدرسة من أكثر المؤسسات حاجة إلى الإرشاد النفسي ومن أكبر مجالاته مجال التربية وتحتاج العملية التربوية إلى تحسين لا يمكن أن يتحقق إلا إذا وفرنا مناخاً نفسياً صحياً يدخل ضمن مكوناته احترام التلميذ كفرد في حد ذاته وكعضو في جماعة الفصل والمدرسة والمجتمع وتحقيق الحرية والأمن والارتياح بما يتيح الفرصة لنمو شخصية التلاميذ في كافة جوانبها ويحقق تسهيل عملية التعليم بحيث يصبح التعليم متعة للمعلم وللمتعلم.

ويعد مجال الإرشاد التربوي في الوقت الحاضر من المجالات الإرشاد المهمة، وقد أصبح مألوفاً الآن إعداد المرشد والمدرس المرشد، وأصبح الإرشاد النفسي خدمة مندمجة متكاملة مع البرنامج التربوي العام.

ويتفق العلماء على أن الإرشاد النفسي عملية بناءة تهدف إلى مساعدة الفرد لكي يفهم ذاته ويدرس شخصيته ويعرف خبراته ويحدد مشكلاته وينمي إمكاناته ويحل مشكلاته في ضوء معرفته ورغبته وتدريبه لكي يصل إلى تحديد وتحقيق أهدافه وتحقيق الصحة النفسية والتوافق النفسي والاجتماعي والتربوي والمهني.

## أولاً: دور المرشد النفسي في المدرسة:

حددت لجنة التوجيه في المدارس الأمريكية دور المرشد النفسي في المدرسة بأربعة أبعاد ولقد أوضح س. جلبرت رن wernn، c.g. هذه الأبعاد فيما يلي:

أ) أرشاد الطلاب في أمور فهم أذات، واتخاذ القرارات، والتخطيط، باستعمال كل من المقابلة والمواقف الجماعية.

ب) التشاور مع العاملين في المدرسة ومع الوالدين في كل ما يتصل بفهم الطلاب وإدارة الطلاب.

ج) دراسة التغييرات في جمهور الطلاب، والقيام بتفسير هذه التغييرات باستمرار لإدارة المدرسة وللجان تطوير المناهج.

د) القيام بوظيفة الاتصال بين المدرسة ومصادر الإرشاد سواء في المدرسة أو المجتمع المحلي وتيسير استخدامها للمدرسين والطلاب.

ولقد أوضح رن أن هناك جانبين يبرزان في عمل المرشد مع الطلاب هما الإرشاد المهني والاهتمام باتجاهات التلميذ ومشاعره كما عبر عن توقعات المرشد لدوره فيما يلي:

1 - مساعده الطلاب بشكل غير مباشر عن طريق الإسهام في تحسين بيئة التعليم في المدرسة. ويتحقق ذلك عن طريق مساعده المدرسين على فهم التلاميذ في الفصل كأفراد أو جماعات فالمرشد هنا يعمل حليفا للمدرس ومستشارا له. كما يتحقق ذلك عن طريق إرشاد المدرس نفسه في ما يتصل بأمر حياته.

2 - مساعده الطلاب بشكل مباشر، فرديا وجماعيا والمساعدة هنا تدور حول التلميذ وعالمه في حجرة الإرشاد، ومع جماعات من الطلاب في مواقف الحياة الطبيعية، ومع جماعات المرشدين ومساعدي المرشد.

### ثانياً: دور مدير المدرسة في العملية الإرشادية:

يعدّ مدير المدرسة المسؤول الأول والمباشر عن تحقيق الأهداف التربوية والتعليمية في المدرسة لا سيما العملية الإرشادية التي هي جزء رئيس من العملية التربوية والتعليمية ومن ابرز المهام التي يقوم بها المدير والتي لها علاقة بالعملية الإرشادية ما يلي:

- 1 - تعيين مرشد الصف (المعلم المرشد) ولكل صف دراسي.
- 2 - الإيعاز إلى المعلمين أو المدرسين بضرورة الاهتمام بالعمل الإرشادي.
- 3 - توجيه الطلبة بمراجعة المرشد التربوي لمساعدتهم بحل المشكلات.
- 4 - يمارس بنفسه الإرشاد الفردي والجماعي.
- 5 - يساعد المرشد التربوي على تنفيذ خطته الإرشادية وتذليل الصعوبات.
- 6 - يدعم المرشد التربوي في معالجة المشكلات الكبيرة مثل التأخر الدراسي والتسرب من المدرسة.
- 7 - الاطلاع على التقارير الفصلية للمرشد.
- 8 - مساعدة المرشد التربوي على تبادل الزيارات مع مرشدي المدارس الأخرى.
- 9 - فسح المجال للمرشد التربوي بإجراء البرامج الإرشادية.

### ثالثاً: دور المعلم أو المدرس المرشد في العملية الإرشادية:

المدرس هو اقرب شخص إلى الطلاب في المدرسة وهو أخبر الناس بهم وهو الذي يعرفهم عن كذب وهو حلقة الوصل بينهم وبين باقي أعضاء فريق الإرشاد والطلاب يحتاجون إلى رعاية النمو وتحقيق التوافق والمساعدة في حل المشكلات إلى جانب حاجتهم للتعليم والتحصيل والمدرس وهو يدرس مادته يحتاج منه طلابه إلى الإرشاد والمدرس في كثير من الأحيان يكون أقدر علي مساعدة طلابه حتى من بعض الخبراء المختصين الذين قد يكون الطالب مجرد شخص غريب بالنسبة لهم قبل جلسات الإرشاد التي قد تكون قصيرة ومحددة.

المدرس المرشد هو التطور الجديد لشخصية المدرس التقليدي الذي يهتم فقط بتدريس مادة تخصصه، وهو دور جديد للمدرس العصري المتطور الذي يتم تدريبه على تقديم خدمات الإرشاد والمدرس المرشد ليس حلا وسطا بين الدرس من جهة والمرشد من جهة أخرى فهو ليس توليفة من الدورين.

أن وجود المدرس المرشد اتجاه له ما يبرره وذلك لاعتبارين رئيسين أولهما

أن التربية التقدمية الحديثة تتطلب قيام المدرس بدور مزدوج التدريس والإرشاد باعتباره أقرب الأشخاص في المدرسة من الطالب وثانيهما هو نقص عدد المرشدين النفسيين في المدارس حتى الآن وهي اعتبارات تجعل المدرس والمرشد محور العملية التربوية الإرشادية.

وتجدر الإشارة هنا إلي أن المدرس المرشد هو المدرس الحالي نفسه ولكنه يقوم إلى جانب التدريس ببعض الخدمات والأعمال الإرشادية البسيطة فالمدرس المرشد هو أولاً وقبل كل شيء مدرس مادة وليس متفرغاً، أنه يقوم بعملية التدريس، وفي نفس الوقت يقوم ببعض عمليات الإرشاد ليس فقط وفي حالة غياب المرشد ولكن أيضاً يتعاون معه في فريق الإرشاد.

وعلى الرغم من ممارسة المدرس المرشد بعض عمليات الإرشاد إلا أنه يجب ألا يتحول إلى مرشد فله حدود يجب إلا يتخطاها فمثلاً لا يستخدم إلا ما يجيد من وسائل الإرشاد ولا يحاول الدخول في مجال الإرشاد العلاجي. فالمدرس المرشد حين يقوم بالإرشاد، إنما يقوم بما يجب أن يقوم به في حدود إعداده واختصاصه ثم يقوم بإحالة الطالب الذي يحتاج إلى تخصص أكثر إلى المرشد.

### خصائص المعلم أو المدرس المرشد:

ينبغي أن يتحلي المدرس المرشد بمجموعة من الصفات الشخصية والخصائص الذاتية إلي جانب كفايته العلمية وتأهيله الأكاديمي وخبرته العملية في ميدان الإرشاد النفسي وتتركز معظم هذه الخصائص الشخصية في أن يكون المدرس المرشد إنساناً ملتزماً بالقيم الاجتماعية مؤمناً بأن من يتعامل معهم أيضاً أشخاص يجب احترامهم وتقدير قدراتهم ومساعدتهم علي حل مشكلاتهم، كما يعرف كيف ومتى يحول الطلاب إلي المتخصصين الذين يستطيعون تقديم المساعدة لهم حينما يشعر أنه ليس بإمكانه هو القيام بذلك.

إن الاهتمام بالآخرين والتحلي بالصبر والحساسية لردود فعل الآخرين

واتجاهاتهم والموضوعية في التعامل مع الناس والثبات الانفعالي واللياقة والعدل والتحمل والهدوء وسعة الأفق والذكاء الاجتماعي والاتزان والاهتمام بالطلاب والإيمان بقدراتهم وفهم طموحاتهم والرغبة في عملية التربية والتمتع بصحة جسمية ونفسية جيدة إلي جانب المظهر العام اللائق والتفاؤل والأمل وحسن الإصغاء والمودة والإخلاص والجدية وبذل أقصى جهد في العمل كلها صفات أكد العلماء على ضرورة توافرها في شخصية المرشد النفسي فضلاً عن المعلم المرشد.

### أدوار ومهام المدرس المرشد:

- يقوم المدرس المرشد في المدرسة بعدد كبير من الأدوار التي تحدد أهم معالم الدور الإرشادي الخاص به والتي يمكن تلخيصها بما يلي: -
- 1 - تهيئة مناخ نفسي صحي في الفصل وفي المدرسة بصفة عامة يساعد الطلاب علي تحقيق أحسن نمو ممكن وبلوغ المستوي المطلوب من التوافق النفسي والتحصيل الدراسي.
  - 2 - تيسير وتشجيع عملية الإرشاد في المدرسة وتعريف الطلاب بخدمات الإرشاد النفسي وقيمتها وتنمية اتجاه موجب لديهم نحو برنامجها وتشجيعهم علي الاستفادة من خدماته.
  - 3 - مساعدة الطلاب العاديين عن طريق برامج الإرشاد الإنمائية والوقائية ورعاية نموهم النفسي ومساعدتهم في معرفة الذات ونمو مفهوم موجب للذات والقيام بالدور السليم في عملية التنشئة الاجتماعية ومواجهة المشكلات وتعليمهم كيفية حلها بانفسهم.
  - 4 - تطويع مادة تخصصه والاستفادة منها في خدمة الإرشاد بحيث تفيده أكاديمياً وإرشادياً في نفس الوقت.
  - 5 - المساعدة في إجراء الاختبارات والمقاييس التربوية والنفسية لتحديد استعدادات وقدرات الطلاب وتنميتها والمساعدة في إعداد السيرة الشخصية والسجلات التراكمية والبطاقات المدرسية والاشتراك في مؤتمرات الحالة الخاصة لطلابها وتقديم الملاحظات والاقتراحات.

6 - دراسة وفهم الطلاب كل على حده وكجماعة والاكتشاف المبكر حالات سوء التوافق ومساعدة من يمكن مساعدته وإحالة من لا يستطيع مساعدته إلي المرشد النفسي أو غيره من المتخصصين. 7- العمل بطريقة الإرشاد خلال العملية التربوية والعمل علي تدعيم تكامل وربط التدريس بالإرشاد بطريقة مخططة واكتشاف النقاط والمواقف التي يجب أن يتحول عندها الموقف الدراسي إلي موقف إرشادي.

8 - الاشتراك في الإرشاد الجماعي مع زملائه أعضاء فريق الإرشاد في المدرسة.

9 - الإسهام بقدر كبير في مجال الإرشاد التربوي والمهني للطلاب وممارسة عملية الإرشاد فيما يتعلق بالإمداد بالمعلومات التربوية والمهنية والخاصة بالمستقبل التربوي والمهني، وحل المشكلات التربوية مثل مشكلات التحصيل والنظام وسوء التوافق التربوي، ومشكلات المتفوقين والمتأخرين عقليا ودراسيا.

10 - تقديم المقترحات لتطوير البرنامج التربوي والمناهج الدراسية في ضوء دراسته لاستعدادات وقدرات وميول واتجاهات الطلاب بحيث تصبح البرامج والمناهج مركزة على المسترشد.

11 - تدعيم الصلة بين المدرسة والأسرة والاتصال بالوالدين من طريق مجالس الآباء والمعلمين.

أن الدور الأساسي الذي ينبغي أن يراه كل مدرس مرشد لنفسه هو قدرته علي إسداء تقديم المساعدة والدعم وتوفير إعطاء المعرفة لكل من يطلبها في المدرسة أن كل مدرس مرشد ينبغي أن يري أن أهم واجباته هو مساعدة كل طالب علي أن يفهم نفسه بطريقة أفضل وأن ينظر نظرة واقعية تحليلية إلي مشكلاته ويحاول أن يسهم هو في حلها، هذا بالإضافة إلي المشاركة في تقويم الأنماط السلوكية غير السوية لدى بعض الطلبة في المدرسة عند الطلاب من طريق إقامة علاقة ودية بين الطلاب العاديين وبين أصحاب المشكلات أو السلوك غير السوي من تلاميذ المدرسة.

### الإرشاد التربوي ودوره في الجامعة

تعد الحياة الجامعية احد المراحل الأساسية المهمة في حياة الطالب والذي من خلال تواجده فيها يستطيع بناء شخصيته الإنسانية والعلمية والمهنية والثقافية بدرجة كبيرة وفاعله فيما لو أحسن التفاعل والانسجام والاستفادة داخل الحياة الجامعية، التي تعتبر نموذجاً مصغراً لحياة الطالب بصورة عامة في مجتمعه، كما ويمارس الطالب من خلال تواجده في الجامعة مختلف النشاطات العلمية والثقافية والفنية والرياضية، فضلاً عن حصوله على المعلومات الواقعية في مجال تخصصه الذي يتم من خلاله اعداده لمهنة معينة يمارسها في المستقبل ليساهم من خلالها إعدادة لمهنة ويشارك في عملية التنمية الشاملة لإحداث التغير الايجابي المطلوب في البنية الاجتماعية والاقتصادية والثقافية في المجتمع.

كما وان من خلال تواجد الطالب في الجامعة قد يتعرض إلى العديد من المواقف الدراسية والحياتية سواء كان ذلك داخل الجامعة أو خارجها، وقد تصادفه ايضاً البعض من المشكلات التي من الممكن ان تؤثر على نفسيته وأداءه الدراسي والاجتماعي وقد تنعكس افرزاتها بصورة واضحة على شخصيته ومفردات تعامله مع الآخرين، ومن ثمّ يصبح الطالب مشغولاً بها وبكيفية حلها أو كيفية التخلص من النتائج التي اوجدتها هذه المشكلات وساهمت من خلالها في تعقيد حياة الطالب مما يؤثر على تصرفاته في الموقف المعني والمواقف المختلفة الأخرى داخل وخارج الجامعة. وكما هو معروف ان الطالب أثناء تواجده في الحياة الجامعية يكون في مرحلة عمرية تمثل بداية النضوج والثبات وغير مكتملة الملامح بدرجة وافية جداً، وهذا يجعله بحاجة ماسة دائمة ومستمرة إلى النصح والتوجيه والإرشاد من قبل الآخرين ممن هم اكبر منه سنّاً وأكثر خبرة ونضوجاً داخل الجامعة، وان حاجة الطالب الجامعي إلى الإرشاد التربوي والنفسي يكون كبيراً ولا بد منه، لان الطالب في المرحلة الجامعية يتميز بنوع من الاستقلالية في التصرف بعيداً عن عائلته وولي امره بدرجة اكبر مما كان عليه في المراحل الدراسية السابقة، وهذا قد يكون ناتجاً

عن ابتعاد موقع الجامعة عن منطقة سكن الطالب وهذا يؤدي إلى السفر مما يجعله عرضة للمشكلات والمواقف الصعبة التي تتطلب منه حلولاً وحسن تصرف أكبر مما كان عليه سابقاً، كما أن متابعة العائلة للطالب تقل عما كانت عليه ومنحه حرية أكبر في التصرف واتخاذ القرارات فيما يتعلق بشؤون حياته الخاصة، وهذا يستدعي متابعة وإرشاده من قبل المرشد التربوي والنفسي في الجامعة بدرجة أكبر من المراحل الدراسية التي تسبق المرحلة الجامعية.

وهنا يأتي دور الإرشاد التربوي والنفسي في توجيه وإرشاد الطالب في سبيل تجاوز وحل مشكلاته المختلفة، وأن الإرشاد التربوي والنفسي ما هو إلا علاقة طوعية يتم الاتفاق عليها من قبل كل من الطالب والمرشد التربوي واستطيع القول أن المرشد التربوي والنفسي هو يهدف إلى مساعدة الطالب في رسم الخطط الدراسية والحياتية التي تتلائم وقدراته وأهدافه وميوله وتساعدته في تشخيص ومعالجة المشكلات التي تواجهه في حياته والتي تجعله إنساناً متزناً وصالحاً وأن يكثف إمكانياته العلمية والتربوية والاجتماعية ويحاول استغلالها بالصورة الأفضل لتطوير وتعديل سلوكه الدراسي والاجتماعي والأخلاقي، وكذلك يساعد الطالب على تحقيق النجاح والتفوق عن طريق معرفة الطالب وفهم سلوكه وتصرفاته ومساعدته في حل المشكلات التي تعترضه أثناء الدراسة.

وبهذا يلعب الإرشاد التربوي والنفسي الدور المهم والكبير في الحياة الجامعية بدرجة أكبر وفاعلية أعلى مما هو عليه في المراحل الدراسية الأخرى التي تسبق الدراسة الجامعية، كون الطالب الجامعي هو الاقدر على تقبل النصح والإرشاد بصورة واعية والاستفادة منه والتفاعل مع الآراء والأفكار التي تطرح أثناء جلسات الإرشاد التربوي التي يعقدها مع المرشد التربوي والاستفادة بصورة ايجابية ويكون قادراً على تحليل عناصر الموقف المعني الذي يتطلب منه الحل والنظر في حيثياته وأسبابه ونتائج الحلول له وآثارها على شخصيته وسيرته الدراسية والحياتية. وبهذا يحتاج المرشد التربوي والنفسي إلى فهم العوامل الاجتماعية وتأثيراتها

على الطالب لانها ذي أهمية كبيرة كي توصله إلى الطرائق الصحيحة في حل المشكلات المطروحة عليه وكذلك يتوجب على المرشد التربوي ضرورة ملاحظة الوضع الاقتصادي والثقافي والاجتماعي للطالب للأسرة التي ينتمي إليها الطالب وضرورة الاهتمام بهذا الجانب من اجل فهم شخصية الطالب أثناء عملية الإرشاد التربوي وتزويده بالطرائق الصحيحة لحل المشكلة التي تواجهه ومحاولة تجنب اعطاء الحلول الجاهزة لحل المشكلات التي يعاني منها الطالب بصورة مباشرة لان هذا يجعل دوره سلبياً في العملية الإرشادية مما يجعله غير قادراً بحل المشكلات الأخرى التي تواجه الطلبة في المستقبل.

### الإرشاد النفسي والعلاج النفسي

يعد علم النفس العلاجي من الركائز التي قام عليها الإرشاد النفسي، ولقد تأثر التوجيه المهني بالعلاج النفسي متأخراً في أوائل الأربعينيات من القرن الماضي حينما نشر روجرز كتابه الإرشاد والعلاج النفسي ولقد استخدم روجرز مصطلحي « الإرشاد النفسي والعلاج النفسي » بالتبادل واعتبرهما مترادفين، ومن ذلك الوقت نجد أن بعض الباحثين يعتبر الإرشاد والعلاج النفسي وجهان لعملة واحدة ولا زلنا ونحن في مطلع القرن الحادي والعشرين نشهد كتباً تحمل في عنواناتها مصطلحي «الإرشاد» و«العلاج»، مما يوحي باعتبارهما مهنة واحدة، وعلي سبيل المثال صدر كتاب برامر وشوستروم **Brammer & Shostrom** بعنوان علم النفس العلاجي، أسس الإرشاد والعلاج النفسي في طبعته الأولى عام 1960، ولا يزال يحمل نفس العنوان في الطبعات المتكررة التي صدرت بعد ذلك بعدة عقود ومازالت السنوات الأخيرة تشهد كتباً جديدة تصدر وتحمل عناوينها « الإرشاد » و«العلاج» معاً، كذلك لا يجب أن ننسى أن كتاب باترسون وهو من الكتب الشهيرة مازال يحمل عنوان نظريات الإرشاد والعلاج النفسي والذي مازالت طبعاته تصدر تباعاً، وهي تحمل نفس العنوان.

وتشغل قضية العلاقة بين الإرشاد والعلاج أذهان المرشدين ذلك أنها تتصل بهوية الإرشاد كعلم وكمهنة، ويبدو أن العلاج النفسي كان من أكثر المهن التي ارتبطت

بالإرشاد في سنوات تكوينه، فالعلاج النفسي كان اقدم من الإرشاد كما أنه يعتبر أحد الدعائم التي قام الإرشاد على اكتافها، وبالرغم من أن المتخصصين في الإرشاد حاولوا في وقت مبكر تحديد هوية الإرشاد في الاهتمام بالأسوياء، إلا أن محاولات المزج بين علم النفس الإرشادي والعلاجي لازالت قائمة.

وقد حلل لويس Lewis، E. تاريخ العلاقة بين الإرشاد والعلاج النفسي، وكشف عن الأسباب التي أدت إلى الخلط بين هذين المجالين، ويوضح لويس Lewis، E أنه في نهاية الثلاثينيات كان مجال عمل المرشدين هو مساعدة الأفراد في تخطيط مستقبلهم التعليمي أو المهني، وفي التغلب علي الصعوبات التي يمكن أن تنشأ في مجال العلاقات الزوجية، وكان دائماً يركز علي المشكلة التي تحتاج إلى حل، ولم يكن يتوقع أن يقوم المرشد بالعلاج النفسي علي أن تطور عمل المرشدين جعلهم يتحققون أن مشكلات الأفراد التي كانت تبدو للوهلة الأولى بسيطة لم يكن يجدي في التعامل معها أساليب الإرشاد المألوفة، فالشاب الذي كان يعاني من صعوبة في اختيار مهنة قد لا تكون من الممكن مساعدته بواسطة الكشف عن قدراته وميوله، إذ يتضح أن لمشكلته جذورا عميقة كضعف الثقة بالنفس أو عدم القدرة على التخلص من التبعية، ومن ثم كان المرشد يقع في حيرة ما الذي يستطيع أن يفعله وهل يحوّل عميله إلى معالج نفسي ولكن عدد المعالجين النفسيين لم يكن كافيا لمعالجة مثل هذه المشكلات وخاصة في القرى والمدن الصغيرة، كذلك فإن المحللين النفسيين لم يكونوا يهتمون بمثل هذه المشكلات، لذلك فإن المرشد كان يجد نفسه في موقف محير، فلكي يساعد عميله كان عليه أن يتخطى حدود مهنته وأن يقوم بنشاط مهني لم يكن قد درب عليه جيدا، كما لم يكن يشعر بالراحة في القيام به، وقد كانت حيرة المرشدين تأتي من الهالة التي رسمها المعالجون النفسيون حول أنفسهم والتي قبلها المجتمع، فقد كان العلاج النفسي يصور علي انه مهنة صعبة لا يقدر عليها إلا أفراد يتمتعون بدرجة عالية من الذكاء ويحصلون علي تدريب عال في العلاج النفسي، وقد جعل هذا التصور المرشدون يعتقدون أن أي أسلوب يتخطى الحدود التقليدية للإرشاد إنما هو اقتحام لمجال العلاج النفسي الذي لم يكونوا مؤهلين له.

وكان يبدو للمرشد أن الفجوة بين مهاراته الإرشادية والمهارات اللازمة لممارسة العلاج النفسي لا يمكن تجاوزها، كما أن المرشد لم يستطع أن يجد له مكانا مع المعالجين المدربين طيبا، أو تحليليا أو سلوكيا ومع ذلك فقد كان يلح علي المرشد الشعور بأنه يجب أن يفعل لعملائه شيئا أكثر من إجراء وتفسير الإختبارات وتقديم المعلومات، فقد كان العملاء يحتاجون إلى أنواع أخرى من المساعدات، وفي ذلك الوقت ظهر كارل روجرز *C. Rogers* علي الساحة بنشر كتابه الإرشاد والعلاج النفسي *Counseling and Psychotherapy* عام 1942. كان روجرز معالجا نفسيا، ولكنه لم يكن ذا اصل طبي، وقدم روجرز نظرية بديلة لنظرية فرويد في العلاج، بدت سهلة جذابة، ولقد حطم الفجوة بين الإرشاد والعلاج حينما أنكر وجود أية فروق بينهما، وبالإضافة إلى ذلك فان روجرز قدم نظرية وأسلوبا في الإرشاد أو العلاج بدا من السهل علي المرشد أن يتعلمه. وقد قلل من أهمية الرأي السائد في ذلك الوقت والقائل بان العلاج النفسي يحتاج إلى سنين طويلة من التدريب، ومن ثم كان المرشد في إطار نظرية روجرز يستطيع أن يمارس العلاج النفسي دون أن يوجه إليه أي نقد.

لقد كان ظهور روجرز ونظريته إسهاما ذا قيمة كبيرة للإرشاد فقد أسهمت هذه النظرية، كما يرى لويس، في تحرير المرشدين من أسر أساليبهم المحدودة، مما أدى بهم إلى مساعدة كثير من الأفراد الذين لم يكونوا يستطيعون مساعدتهم قبل ظهور روجرز ومع ذلك فقد أدى هذا الإسهام، من جانب آخر إلي خلق موقف مربك. فقد أدى تأكيده روجرز علي أن الإرشاد والعلاج مترادفين إلي موقف مضطرب والى حالة من الخلط ما زالت سائدة حتى الآن، فإذا كان الإرشاد والعلاج النفسي مترادفان فلماذا يستمر كل منها مستقلا ومنفصلا عن الآخر. ولماذا تعترف رابطة علم النفس الأمريكية ببرامج مستقلة لإعداد العاملين في كل منهما وتخصص لكل منهما قسما مستقلا (القسم 17 والقسم 12)، ويصدر لكل منهما دورياته العلمية الخاصة به ولماذا تكون العلاقة بينهما موضع نقاش حاد حتى اليوم؟ وذلك يعني انه لا بد أن هناك فروقا بين الإرشاد والعلاج النفسي، فما هو الفرق إذا بين الإرشاد والعلاج النفسي؟ هذا ما سنحاول توضيحه في الصفحات الآتية ولا بد أن توضح هذه الفروق،

وقد حاول بعض الباحثين وضع أسس للتمييز بين كل من الإرشاد والعلاج النفسي، ولكنها لاقت الكثير من الاعتراض، ومع ذلك فسنعرض لها هنا، وهذه الأسس هي:

### 1- فروق تتصل بالعميل أو المسترشد:

يقرر كثير من الباحثين أن عملاء الإرشاد أسوياء بينما يكون عملاء العلاج مرضي، وبالرغم من أن هناك نظريات عملت علي توضيح معني السواء، إلا انه لا يزال هناك عدم اتفاق علي هذا المعني، لذلك يصبح من الصعب تحديد معني السواء، وعلى الرغم من أنه من السهل تحديد الحالات الواضحة أو المتطرفة بالنسبة للسواء أو المرض النفسي إلا أن هناك حالات حدودية **Border Cases** يصعب تحديد مدي سوئها أو مرضها، وإذا أضفنا إلى ذلك أن الفرد الواحد يتلقي إرشاداً وعلاجاً في نفس الوقت أصبح الأمر أكثر تعقيداً. ومثال ذلك المريض العقلي الذي يوشك أن يسمح له بمغادرة المستشفى فقد يستمر المريض في تلقي العلاج النفسي حتى يشفي تماما من الحالة المرضية، ولكنه يتلقي في نفس الوقت خدمات إرشادية، مثل مساعده المرشد له علي اختيار مهنة جديدة أو تخطيط بيئة تساعده علي التقدم نحو الشفاء التام أو اكتساب مهارات جديدة في التعامل البناء مع البيئة.

### 2- فروق تتصل بالمرشد والمعالج:

يمكن التمييز بين المعالج النفسي والمرشد في الحالات المتطرفة، فالمرشد يمارس الإرشاد بينما أخصائي الطب العقلي يمارس العلاج النفسي. ولكن هناك حالات قد يختار فيها الأخصائي أن يتنقل بين الإرشاد والعلاج دون أن يحدد نفسه بمجال واحد، ومن الملاحظ أن بعض الذين اتخذوا الأخصائي كأساس للتمييز بين الإرشاد والعلاج اتخذوا من مستوي تدريب الأخصائي محكا لهذا التمييز، ورأوا أن العلاج النفسي يتطلب تدريبا ومهارة أكثر، ولذلك فان الشخص الذي يحمل درجة الدكتوراه يمكن أن يسمي ممارسته المهنية علاجا نفسيا في حين الشخص الذي الحاصل على شهادة الماجستير تقتصر ممارسته علي الإرشاد، ويرفض المرشدون هذا التمييز لأنه يقلل من قدر الإرشاد ويجعله نشاطا من الدرجة الثانية ملتصقا بالعلاج النفسي.

### 3- مكان الممارسة المهنية:

يمارس العلاج والإرشاد في المستشفيات وفي مراكز الإرشاد والجامعات جنباً إلى جنب. وقد وجد في عدة دراسات أنه بالرغم من أن الغالبية من المرشدين يعملون في الجامعات، إلا أن نسبة غير ضئيلة منهم تعمل في المستشفيات ومراكز صحة البيئة.

وهكذا نجد أن الموقع أو مكان الممارسة المهنية لا يصلح كأساس للتمييز بين الإرشاد والعلاج.

### 4- شدة المشكلة:

من الآراء الشائعة أن مشكلات السلوك التي يتعامل معها المرشد هي مشكلات ليست حادة، في حين أن المشكلات الصعبة هي المشكلات التي تحتاج إلى علاج نفسي، لكن هذا الأساس للتمييز بين الإرشاد والعلاج لا يلبث أن يتهاوى أمام الامتحان الدقيق، فالتلميذ الذي يفشل في النجاح في المدرسة يعتقد أن لديه مشكلة خطيرة جداً بينما قد لا يشعر الفصامي بشدة مشكلته لانفصامه عن الواقع، والواقع أن صاحبي المشكلتين يحتاجان إلى المساعدة وليس من السهل أن نقرر أيهما أكثر حاجة من الآخر إلى هذه المساعدة.

أما الأسس المقبولة للتمييز بين الإرشاد والعلاج النفسي فتتمثل فيما يلي.

### 1- الأهداف:

يتفق كثير من العلماء علي أن للإرشاد أهدافاً مختلفة عن أهداف العلاج، ويرون أن العلاج، النفسي يهدف إلى تغيير الشخصية، بينما يركز الإرشاد علي مشكلات محدده ويهتم بأقصى استخدام وتنمية لإمكانات الفرد. وقد ميزت أنستازي Anastasi، A بين العلاج والإرشاد على أساس أن العلاج يهدف إلى تغيير البناء الأساسي للشخصية ومكونات الشخصية في حين يهتم الإرشاد بمساعدة الفرد على استعمال إمكاناته الراهنة بكفاءة أكثر في حل المشكلات فالعلاج النفسي يركز علي

نقط الضعف التي يجب التغلب عليها بينما يركز الإرشاد علي نقاط القوة الايجابية التي يجب أن يتم التركيز عليها وتنميتها.

## 2- الأساليب:

إذا كانت أهداف العلاج والإرشاد مختلفة، فلا بد أن تكون أساليب الممارسة مختلفة وبالرغم من أنه ليس من السهل فصل أساليب الإرشاد عن أساليب العلاج تماماً إلا إن الفروق الواضحة بين هذين النوعين من الأساليب تتمثل في مدى استمرار العملية العلاجية أو الإرشادية، ومدى تكرار لقاء العميل بالمعالج أو المرشد، ومدى التركيز علي الخبرة الماضية للعميل وكيفية استخدام العلاقة بين الماضي والحاضر لفهم جذور المشكلة ومدى استخدام الأدوات والاختبارات الإكلينيكية.

## 3- متطلبات التدريب:

إذا كانت أساليب كل من الإرشاد والعلاج مختلفة فلا بد أن يكون التدريب علي القيام بها مختلفا. وكما أن التدريب علي الإرشاد لا يؤهل المرشد للقيام بالعلاج، فإن التدريب علي العلاج لا يؤهل المعالج للقيام بالإرشاد، فلكل منهما معارف ومهارات خاصة به، بالرغم من أن هناك بعض المجالات التي يتداخلان فيها، ويمكن النظر إلى الأهداف علي إنها هي الأساس في التمييز بين الإرشاد والعلاج وتحقق الأهداف بواسطة أساليب معينة يمكن اكتسابها عن طريق تدريب خاص.

## الفصل الثالث:

# نظريات الإرشاد والعلاج النفسي

## نظريات الإرشاد والعلاج النفسي:

النظرية: وسيلة علمية تعيننا على رؤية العلاقات الموجودة بين حادثةٍ وأخرى أو حقيقةً وحقيقةٍ أُخرى.

النظرية: مجموعة من الافتراضات يضعها صاحب النظرية، وإن هذه الافتراضات يجب أن تكون مناسبة وترتبط مع بعضها البعض في شكل نسقي.

النظرية: عالم ممكن الحدوث نستطيع مضاهاته أو اختباراه بعالم واقعي أو حقيقي.

## لماذا نحتاج إلى النظرية في الإرشاد والعلاج النفسي:

تعد النظريات الأساس الذي ينطلقُ منه الواقع العملي، وليس هناك أهم للناحية التطبيقية من وجود نظرية جيدة، كما إن النظرية الجيدة تعمل كخارطة تساعدنا على معرفة ما نبحثُ عنه، وماذا نتوقع، وأين نمضي.

والنظريات تساعدنا على افتراض ترتيب للأحداث، هذا الترتيب قد لا يكون موجوداً في الواقع ولكن يساعدنا على فهم ما يحدثُ وما يمكن أن نقوم به.

## خصائص النظرية الجيدة:

1. الأهمية: ينبغي أن تكون قابلة للتطبيق لعدد من المواقف، كما يجب أن تكون ملائمة للحياة أو للسلوك الواقعي.

2. الدقة والوضوح: يجب أن تكون النظرية مفهومة ومنسقة داخلياً، وخالية من الغموض.
3. البساطة: تعني البساطة أن النظرية تشتمل على أقل ما يمكن من التعقيدات، وعدداً قليلاً من الافتراضات.
4. الشمول: يجب أن تكون النظرية شاملة تغطي مجال اهتمامها وتشتمل على كل البيانات المعروفة في المجال، وعلى أية حال فإنه يمكن تضيق مجال الاهتمام.
5. الإجرائية: ينبغي أن تكون النظرية قابلة للاختبار فروضها أو تنبؤاتها.
6. الفائدة: إن النظرية يجب أن تولد معرفة جديدة.

### نظرية التحليل النفسي Freud: Psychoanalysis

#### المفاهيم الأساسية لنظرية التحليل النفسي

##### أولاً. الغريزة The Instinct:

الغريزة كما عرفها فرويد عبارة عن قوة تفرض وجودها وراء التوترات المتأصلة في حاجات الكائن العضوي، وهدفها القضاء على هذه التوترات، وأن الغرائز الأساسية هي غريزة الحياة وتقابلها غريزة الموت، ويوجد صراع دائم بينهما، ويكون السلوك مزيجاً متوافقاً أو متعارضاً من الغريزتين، وفساد هذا المزيج يؤدي إلى اضطراب السلوك.

##### ثانياً. مكونات الشخصية:

أفترض فرويد أن الشخصية تتكون من ثلاثة أنظمة:

**الهو The Id:** هو منبع الطاقة الحيوية والنفسية ومستودع الغرائز والدوافع الفطرية التي تسعى إلى الإشباع في أية صورة وبأي ثمن وهو الصورة البدائية للشخصية قبل أن يتناولها المجتمع بالتهذيب.

**الأنأ The Ego:** هو مركز الشعور والإدراك الحسي الخارجي والداخلي والعمليات

العقلية والمشرف على الحركة والإرادة والمتكفل بالدفاع عن الشخصية وتوافقها وحل الصراع بين مطالب الهو ومطالب الأنا الأعلى ومتطلبات الواقع. ولذلك فهو محرك منفذ للشخصية ويعمل في ضوء مبدأ الواقع من أجل حفظ وتحقيق الذات والتوافق الاجتماعي.

الأنا الأعلى **The super Ego**: هو مستودع المثاليات والأخلاقيات والضمير والمعايير الاجتماعية والقيم الدينية ويعتبر بمثابة سلطة داخلية أو رقيب نفسي.

### ثالثاً. العقل:

يتكون من ثلاثة مستويات هي:

(1) **الشعور consciousness** هو منطقة الوعي الكامل والاتصال بالعالم الخارجي، وهو الجزء السطحي فقط من الجهاز النفسي ويطلق عليه العقل الواعي الذي يتكون من المدركات والذكريات والمشاعر الواعية.

(2) ما قبل **الشعور The Preconscious** فهو يحتوي على ما هو كامن وليس في الشعور ولكنه متاح ويسهل استدعاؤه إلى الشعور مثل الذكريات.

**اللاشعور unconsciousness** يكون معظم الجهاز النفسي، وهو يحوي ما هو كامن وليس متاحاً ومن الصعب استدعاؤه لأنه مكبوت، وأن المكبوتات تسعى إلى الخروج من اللاشعور إلى الشعور في الأحلام وفي أعراض الأمراض النفسية ويتكون اللاشعور من خبرات الفرد المكبوتة والعقد.

### أساليب التحليل النفسي في (العلاج) **Psychoanalysis Therapy** وفيه

#### خمس خطوات:

أولاً: **التداعي الحر Free Association** يستخدم للكشف عن المواد المكبوتة في اللاشعور عن طريق إطلاق العنان بحرية للأفكار والخواطر والاتجاهات والصراعات والرغبات والإحساسات، مع الاستفادة من فلتات اللسان وزلات القلم وتفسير ما يكشف عنه التداعي الحر، ويتضمن التفسير إيضاح الأشياء غير الواضحة وإفهام ما ليس مفهوماً بأسلوب منطقي كامل وصحيح يفهمه المسترشد.

ثانياً: تفسير أو تحليل الحلم **Dream Analysis** يرى فرويد أن الأحلام وسيلة لإشباع رغبات مكبوتة لم تستطع الإشباع بسبب الممنوعات الاجتماعية المتمثلة في الأنا الأعلى، وفي النوم لا يوجد رقيب اجتماعي على الفرد فتظهر هذه المكبوتات في الحلم، قد يحلم الفرد بوجبة شهية أو بامتلاك مال أو بالزواج من فتاة يحبها وكان محروماً من الوصول إليها، فالحلم وسيلة لإشباع الحاجات المكبوتة عند الفرد بشكل رمزي، ويرى فرويد أن على المعالج أن يرجع إلى تداعيات الحلم وليس إلى الحلم نفسه، ويرى أن الحلم يظهر المكبوتات التي ترجع إلى مرحلة الطفولة فالحلم ينبع من أعماق النفس الإنسانية بما تحويه من مكبوتات لاشعورية يجب التعرف عليها عن طريق التداعي الحر عند الحالم وتفسير هذه التداعيات.

ثالثاً: التحويل **Transference** يبدأ التحويل في بداية المعالجات وينتهي بانتهاء المقابلات، ويرى فرويد بأنه بدون التحويل لا يمكن أن ينجح التحليل، ويؤكد فرويد بأن هنالك علاقة عاطفية تنشأ خلال المعالجة التحليلية بين المتعالج وبين شخصية المعالج دون أن يكون للمعالج يد في ذلك، وقد تتراوح الحالة بين الحب العنيف وبين الثورة والكرهية وبعد ذلك تشكل رغبته في الشفاء عامل التأثير الذي يشكل محور العمل التحليلي. ويظهر التحويل عند المتعالج عندما يظهر الصراع بين الميول اللاشعورية المرتبطة لديه بمواقف سابقة من أصل طفلي يجهلها المتعالج، ويجب أن يحدد المعالج العناصر المفسرة لسلوك المتعالج وأن يستخلص تفسيراً عاماً لجميع المظاهر المرضية لديه، ويساعده على إكتشاف حقيقة ما يعانیه، وأن وصول المتعالج لمرحلة وعيه هو مفتاح الشفاء لأن الاضطرابات التي عذبتة تفقد قدرتها على إحداث اضطراب عنده فيما بعد.

رابعاً: التفسير **Interpretation**: التفسير يزود المتعالج بمعنى الخبرات التي تكشف عنها عملية التداعي الحر وتقارير الأحلام وفتلات اللسان والأعراض، وعملية التحويل تغير الطريق الذي يربط السلوك الحالي بأصوله في الطفولة المبكرة وبالخبرات اللاشعورية المكبوتة، فالتفسير يساعد المتعالج على اكتساب التبصر

في داخل الدفاعات والمقاومات التي يستخدمها الأنا لمواجهة الخبرات المكبوتة ولمقاومة عملية العلاج.

**خامساً: المقاومة Resistance:** وتتضمن عدد من ألوان السلوك من جانب المتعالج، حذف أو حبس بعض الأفكار أثناء عملية التداعي الحر بسبب الخجل أو الألم. والمقاومة عبارة عن قوة محافظة تسعى إلى المحافظة على المنزلة، والمكاسب الثانوية ومزايا الأعراض وفوائدها في حياة المريض تعتبر أيضاً مصدراً للمقاومة. والإحساس اللاشعوري بالذنب أو بالحاجة إلى العقاب والصادر من الأنا الأعلى يعتبر أيضاً مصدراً قوياً من مصادر المقاومة للعلاج، والكفاح من أجل التغلب على المقاومة يعتبر جزءاً أساسياً من التحليل ويتطلب وقتاً كافياً.

**الكبت:** هو إبعاد الدوافع والأفكار المؤلمة أو المخزية أو المؤدية إلى القلق من حيز الشعور إلى حيز اللاشعور حتى تنسى، وهو وسيلة توقي إدراك الدوافع التي يفضل الفرد إنكارها وكأنه يهذب ذاته خشية الشعور بالألم والندم وعذاب الضمير والآن الذات، وتبدأ عملية الكبت منذ الطفولة عندما يواجه الطفل حالات الصراع بين رغباته وحاجاته التي يرغب بإشباعها والقيود التي يضعها الوالدان في طريق الإشباع لذلك فانه يلجأ إلى الكبت كوسيلة تجنبه عقاب الوالدين وتبرير الألم المترتب عن الفشل في إشباع حاجاته وبالتالي فان الكبت يساعد في تنظيم سلوك الطفل وجعله أكثر قابلية لتحقيق التوافق الاجتماعي، الا أن استمرار تعرض الطفل لأوامر النهي من الوالدين قد يؤدي إلى أن يصبح الكبت بمثابة عادة بمعنى انه سيصبح استجابة ذاتية مما يؤثر سلبياً في تشكيل السلوك النفسي لشخصية الطفل.

### **الاتجاه السلوكي: تعديل السلوك:**

**السلوك Behavior:** هو كل النشاطات والأفعال التي تصدر من الفرد ظاهرة أو غير ظاهرة وهو نتيجة لتفاعل الفرد مع البيئة، وحسب المدرسة السلوكية فإن السلوك هو النشاطات التي يمكن ملاحظتها وقياسها.

وان التأثير في السلوك Behavior Influence وهو تأثير شخص على سلوك شخص آخر، وهذا يحدث في مواقف مختلفة مثل: التدريس والإعلانات وتربية الأطفال والحملات الانتخابية، التأثير هو إيجابي وسلبى، ويكون تأثيره لفترة أقصر.

تعديل السلوك Behavior Modification وهو نوع من أنواع التأثير على السلوك، ويشتمل على تطبيق المبادئ التي انبثقت عن البحوث العلمية في علم النفس التجريبي، بهدف الحد من المعاناة الإنسانية وتحسين الأداء الإنساني. وإن أساليب تعديل السلوك تهدف إلى تحسين الضبط الذاتي وتطويره من خلال تحسين مهارات الفرد وقدراته ومستوى استقلالته.

وتعديل السلوك يكون باتجاه إيجابي فقط وله تأثير لفترة أطول.

وهناك من يرى بأن تعديل السلوك يشتمل على تعديل الظروف البيئية والاجتماعية أو إعادة تنظيمها بهدف تغيير السلوك الظاهر وليس تغيير العمليات النفسية التي تعدُّ محركات للسلوك.

إن ميدان تعديل السلوك يمتاز بالخصائص الآتية:

1. يركز على الحاضر وليس على الماضي.
2. يركز على تعديل السلوك الظاهر.
3. يحدد العلاج بموضوعية وذلك من أجل تكراره.
4. يتوخى الدقة في تعريف وقياس وعلاج السلوك المستهدف.
5. يرفض التفسيرات المستمدة من العمليات النفسية الداخلية.

تعديل السلوك: هو العلم الذي يشتمل على التطبيق المنظم للأساليب التي انبثقت من القوانين السلوكية، وذلك بغية إحداث تغيير جوهري ومفيد في السلوك الأكاديمي والاجتماعي.

## خطوات تعديل السلوك:

1. إزالة السلوك غير المرغوب فيه، أي محو تعلم السلوك غير المرغوب فيه.
2. تشكيل سلوك جديد.

هنالك أربعة عوامل أساسية تؤثر في السلوك:

1. الأسرة: بكل أفرادها والمناخ الأسري.
2. المجتمع: له تأثيراته بدءاً من القيم الجمالية، الصراع بين قيم الأسرة وقيم المجتمع.
3. المدرسة بكل تفاصيلها (البنائية، ساحة اللعب، المنهج، الأقران، الإدارة، العاملين بالمدرسة)
4. الإعلام ودور المرشد في اختيار البرامج الهادفة والجيدة.

إن ميدان تعديل السلوك قد تأثر بالعديد من النماذج النظرية ومن أبرزها:

1. نموذج الإشراف الكلاسيكي Classical Conditioning model ويقوم هذا النموذج على العلاقة الارتباطية التي تنشأ بين المثير والاستجابة، وقد كان لها أثر كبير في ميدان تعديل السلوك. (جوزيف ولبي: أسلوب تقليل الحساسية التدريجي)، أسلوب المعالجة بالتنفير.
2. نموذج الإشراف الإجرائي Conditioning model Operant لقد كان الأثر الأكبر لفلسفة اسكندر على ميدان تعديل السلوك، وتحتل المثيرات البعدية الدور الأساسي في عملية تحليل السلوك وتعديله، فالمثيرات القبلية رغم أنها تؤثر في السلوك الإجرائي إلا أن أثرها يستمد من علاقتها بالمثيرات البعدية (نتائج السلوك) ويؤكد هذا النموذج على أهمية دراسة السلوك الظاهر باستعمال الطرائق العلمية الموضوعية.

## المبادئ الأساسية لتعديل السلوك

1. مبدأ التعزيز Reinforcement ويشكل الحجر الأساس في تعديل السلوك، والتعزيز مصطلح عام يشير إلى عملية التعلم التي تشمل تقديم أو إزالة مثير معين بعد حدوث الاستجابة الأمر الذي يؤدي إلى تقوية تلك الاستجابة، ويسمى المثير الذي يعمل على زيادة احتمالات حدوث السلوك معززاً، أما المثير الذي يؤدي ظهوره إلى تقوية السلوك فيسمى معززاً موجباً، والمثير الذي يؤدي اختفاؤه إلى تقوية السلوك فيسمى بالمعزز السالب. والمعززات منها ما هو غير متعلم (أولي) ومنها ما هو متعلم (ثانوي).

إن إطلاق تسمية (أساليب التعزيز) على أساليب تعديل السلوك، يعود إلى حقيقة أن التعزيز لا يقوي السلوك فحسب ولكنه ذو وظائف متنوعة منها:

- الوظيفة الانفعالية (يولد تغيرات إيجابية في مفهوم الذات).
- الوظيفة التشجيعية (فالتعزيز هو مفتاح الدافعية).
- الوظيفة المعلوماتية (يقدم تغذية راجعة فورية حول طبيعة الأداء).

1. مبدأ العقاب Punishment وهو العملية السلوكية التي تعمل فيها المثيرات البيئية التي تحدث بعد السلوك على تقليل احتمالات حدوثه في المستقبل، ويسمى المثير الذي يضعف السلوك إذا حدث بعده بالمثير العقابي. والعقاب قد يتم عن طريق إضافة مثير منفر بعد السلوك مباشرةً وهذا العقاب يسمى بـ (العقاب من الدرجة الأولى)، أو قد يتم من طريق إزالة مثير إيجابي ويسمى هذا النوع من العقاب بـ (العقاب من الدرجة الثانية)، ولما كانت سيئات العقاب كثيرة فإن المبدأ الأساس في تعديل السلوك هو الإكثار من الثواب والتقليل من العقاب.

2. مبدأ المحو (الإطفاء) Extinction ينص مبدأ المحو على أن إلغاء التعزيز الذي كان يحافظ على استمرارية حدوث السلوك سيؤدي إلى إيقاف ذلك السلوك. فتجاهل سلوك الفرد الذي كان يحظى بالانتباه في الماضي هو شكل من أشكال المحو.

3. ضبط المثير: يستند مبدأ ضبط المثير إلى حقيقة أن السلوك الإجرائي لا تحكمه نتائجه فحسب وإنما المثيرات التي تسبقه أيضاً، وهي المثيرات التمييزية، مثل: إن فنجان الشاي يعمل بالنسبة للبعض كدلالة تمييزية للسيكارة، ومشاهدة التلفزيون يعمل للبعض بمثابة دلالة تمييزية لتناول المكسرات.
4. مبدأ التمييز Discrimination وهو تعلم مهارة التفريق بين المثيرات المتشابهة والاستجابة للمثيرات المناسبة فقط، أي أن التعزيز يتضمن ضبط السلوك من خلال مثيرات محددة دون غيرها، فالأفراد يميزون عندما يتعلمون أن سلوكهم سيعزز في موقف ما (كالرسم على دفتر الرسم) ولن يعزز في موقف آخر (كالرسم على الحائط).
5. مبدأ التعميم Generalization ينص مبدأ التعميم على أن تعلم الفرد لسلوك معين في موقف معين سيدفعه إلى القيام بذلك السلوك في المواقف المشابهة للموقف الأصلي.

### منهجية تعديل السلوك

- تقع منهجية تعديل السلوك ضمن المنهج التجريبي، وإن خطوات منهجية تعديل السلوك هي:
1. تحديد السلوك المستهدف: أي تحديد السلوك الذي يراد تعديله. ويتطلب ذلك من المعالج مقابلة الفرد الذي ستتم معالجته والأشخاص المهمين في حياته بهدف تفهم طبيعة المشكلة والحصول على موافقتهم على المعالجة وجمع المعلومات الكافية عن المشكلة من خلال ملاحظة الفرد أو إستعمال الإختبارات النفسية المناسبة.
  2. تعريف السلوك المستهدف على نوٍ واضح وكامل: والهدف من ذلك هو أن يصبح بالإمكان قياس السلوك المستهدف على نحوٍ واضح وموضوعي وتجنب التحيزات الشخصية في الحكم على فعاليات إجراءات التعديل التي ستستخدم.
  3. قياس السلوك المستهدف قبل البدء بالمعالجة وذلك من أجل معرفة حدة الظاهرة لتحديد درجة البدء والحصول على درجة، أي تحويل الظاهرة إلى

درجة وأيضاً نقيس لمعرفة الحدة والدرجة والتكرار والشدة. القياس في تعديل السلوك أدق أنواع القياس لأن لا تستخدم إستبيان التقدير الذاتي وإنما نقيس ثم قوائم الرصد أي قوائم الملاحظ. وكلما زاد عدد الملاحظين كان القياس أدق، ولا بد أن يكون الملاحظين محايدين ولهم معرفة بطبيعة السلوك، ولكن الخطأ الذي يقع فيه الباحث هو إستخراج متوسط واحد لمقياس الملاحظة، المعلم أو الأم مثلاً فالصحيح هو إستخراج قيم لكل قائمة رصد على إنفراد. أي نستخرج لكل مراقب (معلم، أب) درجة.

4. التحليل الوظيفي للسلوك: يقوم على أساس الإطار النظري الذي يقودنا إلى التعرف على العوامل المسببة للسلوك.

5. تصميم خطة العلاج: إن أصل التعديل للسلوك تم إستعارته من العلاج الطبي.

6. تنفيذ خطة الإرشاد أو العلاج: تنفيذ عملي وهي توضح الجانب الفني للباحث، عملية التنفيذ عملية مهمة جداً، فمثلاً تعليم السياقة كمحاضرة، ولكن الجانب العملي فيه شيء من الصعوبة. يدخل الوقت والمكان المناسب ضمن تنفيذ الخطة الإرشادية أو العلاجية.

7. تقييم البرنامج أو الخطة العلاجية: من الإختبار البعدي بالمقارنة مع الإختبار القبلي.

8. فعالية البرنامج العلاجي: بعد شهرين يجري إختبار لقياس مدى فعالية البرنامج، فإذا كان أحسن فهو ليس جيد لإحتمالية تأثير عامل النضج، والأفضل تكون نفس النتائج.

### اتجاه العلاج المعرفي السلوكي: Behavioral Cognitive Therapy

يُعدّ العلاج المعرفي السلوكي اتجاهاً علاجياً حديثاً نسبياً، ويركز على كيفية إدراك الفرد للمثيرات الخارجية وتفسيره لها، وتسير النظريات التي عرضت للعلاج المعرفي السلوكي في اتجاه رئيس يقوم على أساس إدخال العقل والمنطق في العلاج النفسي وتغيير الأفكار السلبية، أو المعتقدات اللاعقلانية التي يتبناها المريض من خبراته المبكرة، وذلك بغرض تعديل سلوكه إذ تُعبّر الاضطرابات النفسية بأشكالها المختلفة عن تشوه في الإدراك.

ويقوم العلاج المعرفي السلوكي على أساس نظري عقلاني وهو أن الطريقة التي يحدّد بها الأفراد أبنية خبراتهم تحدد كيف يشعرون، فإذا فسّروا موقف ما على أنه خطأ فإنهم يشعرون نحوه بالقلق.

وكذلك يرى المتخصصون في علم النفس المعرفي أن الأحداث في حد ذاتها لا تؤدي إلى المشاعر والسلوك المضطرب، وإنما تفسير الفرد للأحداث هو الذي يصنع ذلك، وافترضوا أن التغيرات في طريقة التفكير يمكن أن ينتج عنها تغيرات في المشاعر والسلوك، أما السلوكيون فقد اهتموا فقط بالمدخلات والمخرجات (المثير والاستجابة) على عكس المعرفيون الذين اهتموا بالعمليات المعرفية الداخلية مثل التفكير والإدراك والحديث الذاتي.

وهناك مجموعة من المرتكزات تمثل أساس العلاج المعرفي السلوكي معاً، تتضمن المرشد أو المعالج والمسترشد والخبرة العلاجية وهي ما يأتي:

- 1 - إن المعالج والعميل يعملان معاً في تقييم المشكلات والتوصل إلى الحلول.
  - 2 - إن المعرفة لها دوراً أساسياً في التعلّم الإنساني.
  - 3 - إن المعرفة، والانفعال، والسلوك تربطهم علاقة متبادلة على نحو سببي.
  - 4 - إن الاتجاهات، والتوقعات، والعزو، والأنشطة المعرفية الأخرى لها دوراً أساسياً في إنتاج وفهم كل من السلوك وتأثيرات العلاج والتنبؤ بهما.
  - 5 - إن العمليات المعرفية تندمج معاً في نماذج سلوكية.
- وهناك عدد من النظريات التي تنتمي إلى هذا الاتجاه أبرزها ما يلي:

### 1 - نظرية أليس Ellis theory

## العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي Behavioral Rational Emotive Therapy

يُشير (أليس) إلى أن التفكير والانفعال والسلوك لدى الإنسان فيه جوانب لا تنفصل عن بعضها البعض، بل أنها تتفاعل جميعها بصورة ذات دلالة.

ويرى (أليس) أنّ الأسس والمفاهيم الأساسية لنظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي قد تم صياغتها على أساس أن الإنسان كائن عاقل وغير عاقل في نفس الوقت، فالإنسان يعتقد أنّه على صواب حينما يسلك مسلكاً معيناً، وهو في نفس الوقت لديه طاقة انفعالية سالبة تؤدي إلى القلق، والمشكلات التي يعاني منها الإنسان ترجع أساساً إلى أفكاره اللاعقلانية.

كما أنّ الاضطرابات الانفعالية تنتج من المعتقدات اللاعقلانية أو غير المنطقية وهذه المعتقدات مطلقة وغير واقعية وغير مقصودة والاضطرابات النفسية يمكن أن تكون واضحة من خلال معتقدات وأفكار الفرد تجاه العالم والأحداث التي عاشها والتي يغلب عليها التفسير اللاعقلاني، ويمكن للفرد أن يستفيد من التجارب ويأخذ العبر منها لا أن يكون أسيراً لها، وإنّ عملية التغيير يمكن أن تأتي من خلال فهم السلوك على أنّه سلسلة من الأحداث.

كما يؤكد (أليس) على أنّ الإنسان يميل إلى أن يفكر ويتعاطف ويتصرف في وقت واحد، ولذلك فإنه ذو رغبة وإدراك وحركة، وهو نادراً ما يتصرّف بدون إدراك، ونادراً ما يتعاطف بدون تفكير، ونادراً ما يتصرّف بدون تفكير وتعاطف.

وقد حدّد (أليس) إحدى عشرة فكرة اعتبرها أفكاراً غير عقلانية وهي المسؤولة عن الاضطرابات النفسية وهي:

- 1 - من الضروري أن يكون الشخص محبوباً ومقبولاً من كل فرد من أفراد بيئته المحلية.
- 2 - من الضروري أن يكون الفرد على درجة عالية من الفعالية والكفاءة والانجاز بشكل يتصف بالكمال حتى يكون ذو قيمة وأهمية.
- 3 - يتصف بعض الناس بالشر والجبن وبدرجة عالية من الخسة والندالة ولذلك يجب أن يوجّه لهم العقاب واللوم.
- 4 - هناك كارثة عندما تسير الأمور على غير ما يريده الفرد.

- 5 - تنتج التعاسة عن ظروف خارجية لا يستطيع الفرد السيطرة عليها أو التحكم بها.
- 6 - إنّ الأشياء الخطرة أو المخيفة تُعد سبباً للانشغال الدائم والتفكير بها، ويجب أن يكون الفرد دائم التوقع لها.
- 7 - إنّ من السهل أن نتفادى بعض الصعوبات والمسؤوليات الشخصية بدلاً من مواجهتها.
- 8 - ينبغي على الفرد أن يكون معتمداً على الآخرين ويجب أن يكون هناك من هو أقوى منه لكي يعتمد عليه.
- 9 - إنّ الخبرات والأحداث الماضية تحدّد السلوك في الوقت الحاضر وإنّ خبرات الماضي لا يمكن استبعادها.
- 10 - ينبغي على الفرد أن يشعر بالحزن لما يُصيب الآخرين من مشكلات واضطرابات.
- 11 - هناك دائماً حل صحيح ومثالي لكل مشكلة، وعلينا البحث عن هذا الحل لكي لا تصبح النتائج مؤلمة.
- ويُعبّر (أليس) عن الشخصية بالرموز (A B C) وتعني (A) حادث أو خبرة أو نشاط، وتعني (B) إدراك الفرد وتفسيراته ومعتقداته، وتعني (C) رد الفعل السلوكي الانفعالي، وإنّ ادراكات الفرد ومعتقداته (B) هي المسؤولة عن رد الفعل، أي أنّ الأحداث والنشاطات (A) ليست هي السبب في الانفعال السلوكي (C).
- وقد تطورت نظرية (ABC) لتصبح (A B C D E) حيث يتم الهجوم معرفياً على المعتقدات اللاعقلانية عن طريق المجادلة (Dispute) (D) والمناقشة والمعارضة والدحض بأسلوب تستخدم فيه المفردات الانفعالية لدى العميل، وهذا يؤدي إلى أثر (Effect) وهو ذو شقين أثر معرفي وأثر سلوكي، حيث يتم إعادة البناء المعرفي وتعليم مهارات معرفية سلوكية.

**أساليب العلاج عند أليس:**

وفيما يلي أهم أساليب العلاج التي استخدمها (أليس) في علاجه العقلي الانفعالي السلوكي:

- 1 - التفنيد والإقناع: يحاول المعالج أن يُفند الأفكار اللاعقلانية للفرد، ويحاول إقناعه بالأمثلة المنطقية.
- 2 - الواجبات أو المهمات: وهي الواجبات التي ينفذها الأفراد داخل الجلسات العلاجية وخارجها، وتساعدهم هذه الواجبات على أن يفكروا أو يشعروا ويسلكوا بطريقة أكثر عقلانية.
- 3 - التقليد وأداء وظيفة: يجب على المعالج الاستعانة بالتقليد والمحاكاة وترك أثر ليتمكن الفرد من إعادة البناء المعرفي والتعلم الذي يحدث من خلال المحاكاة والتقليد.

**2 - نظرية آرون بيك theory Aron Beck****العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Therapy Behavioral**

يستهدف هذا الأسلوب العلاجي إلى إزالة الألم النفسي وما يشعر به الفرد من ضيق وكرب وذلك من خلال التعرف على المفاهيم والإشارات الذاتية الخاطئة وتحديدها والعمل على تصحيحها ومن ثم تعديلها، وذلك تأسيساً على أن الاستجابات الانفعالية التي أتت بالمريض إلى العلاج تُعدّ نتائج لتفكيره الخاطيء الذي يتميز به هذا الاضطراب أو ذاك، وعلى هذا فإنها تزول عندما يتم تصحيح ذلك التفكير وتعديله ليتم تعديل السلوك (Beck، 1993).

ويرى (بيك) أن الشخصية تتكون من مخططات أو أبنية معرفية تشتمل على المعلومات أو الأفكار والمفاهيم والافتراضات والصيغ الأساسية لدى الفرد والتي يكتسبها خلال مراحل النمو، ويسلم بأن الأمزجة النفسية والمشاعر السالبة تكون

نتاجاً لمعارف محرّفة ولا عقلانية، فالمريض يستحدث رأياً عن نفسه وعن العالم وعن الماضي والحاضر والمستقبل، ويكون عقله مغموراً بمعارف سالبة ومقدّمات خاطئة، ويبرز الانحراف الحاد في البناء المعرفي في حالة الاضطرابات النفسية، وأنّ الأبنية المعرفية تميز الاضطرابات الانفعالية وتؤثر على ادراكات الفرد والتفسيرات التي يقدمها للأشياء ويتم إدراك الخبرات في ضوء علاقتها بالأبنية المعرفية للفرد، ومن المحتمل أن يتم تشويه تلك الخبرات لكي تناسب مع هذه الأبنية.

وتتعلّق الأبنية المعرفية في حالة القلق بالخطر واحتمال التعرّض له، ويقوم البناء المعرفي على حث الفرد للاستجابة وفق التفسيرات الخاطئة التي كوّنّها الفرد عن ذاته والمحيط الذي يعيش فيه، وينتج عن الفرد في الوقت نفسه حالة عاطفية تتلاءم مع ما هو عليه سواء أكان غضباً أم حزناً أم خوفاً أم.. الخ، وبذلك تكون الحالة الانفعالية نتاج تلك العمليات المعرفية وطريقة رؤية الفرد لنفسه وعالمه (Beck & Rector، 2000).

وهناك عدد من الأساليب التي تستخدم خلال هذا الاتجاه العلاجي منها:

### 1- إعادة البناء المعرفي Restructuring Cognitive:

يُعدّ أسلوب إعادة البناء المعرفي أحد أساليب التدخّل النفسي المعرفي بل وأهمها ويهدف إلى تعديل وتصحيح الأفكار والاتجاهات المضطربة وظيفياً والتي تؤدي إلى الاضطراب النفسي، فالسلوك غير السوي ناتج عن خبرات ومعارف خاطئة، حيث يقوم هذا الأسلوب على استبدال المعارف الخاطئة بأخرى صحيحة.

ويستخدم مصطلح إعادة البناء المعرفي للإشارة إلى كل النماذج العلاجية التي تشمل محاولة تعديل العوامل المعرفية (Kalish، 1981).

كما أنّ جميع النظريات المعرفية في العلاج النفسي تتفق في الافتراض بأنّ الاضطرابات النفسية هي حصيلة لعمليات التفكير غير العقلاني وغير التكيّفي وإنّ الأسلوب الأمثل للتخلص منها يكمن في تعديل البنية المعرفية ذاتها، ويستهدف إعادة البناء المعرفي إلى تمكين الفرد من التغلب بنفسه على المواقف والمشكلات وخاصة تلك التي تُثير القلق لديه.

ويُنظر إلى هذا الأسلوب على أنه عملية تعلّم داخلية تشمل إعادة تنظيم المجال الإدراكي، وإعادة تنظيم الأفكار المرتبطة بالعلاقات بين الأحداث والمؤثرات البيئية المختلفة وتشمل هذه الأساليب العلاجية:

- أ - تحديد أنماط التفكير غير المنطقي.
- ب - مساعدة العميل على تفهم الأثر السلبي لهذه الأنماط من التفكير.
- ت - استبدال أنماط التفكير غير المنطقية بأخرى منطقية.
- ث - تدريب العميل على الاستعانة بكل ما هو شأنه تطوير استراتيجيات الضبط الذاتي (Goldfried – Goldfried، 1975).

## 2- التعرف على الأفكار التلقائية المشوهة (Automatic Thoughts) والعمل

على تصحيحها:

أي التأكيد على أهمية التعرف على الأفكار التلقائية المشوهة، وهي أفكار سلبية تؤثر في قدرة الفرد على مواجهة أحداث الحياة، ولما كانت هذه الأفكار تنبثق تلقائياً وبسرعة خاطفة فقد سُميت باسم الأفكار التلقائية.

ويؤكد (بيك) على وجود عدد من التحريفات تؤدي إلى التشويه المعرفي وهي كالاتي:

- 1 - الشخصية (Personality) أو ذاتية الشخصية: وهي تفسير كل الأحداث من وجهة نظر الشخصية للمريض بطريقة ذاتية لتحل محل الأحكام الموضوعية.
- 2 - التفكير المستقطب Dichotomous Thinking، أو المتمركز عند احد طرفين متباعين أو متناقضين أما أبيض أو أسود، أي لا يوجد وسط.
- 3 - الاستنتاج التعسفي Arbitrary Inference: ويشمل الخروج بالاستنتاجات اعتماداً على أدلة غير كافية، كأن يغضب الإنسان نتيجة كلمة أو نظرة غاضبة من شخص آخر، وهذه الكلمة أو النظرة لم تكن في الأصل موجهة نحوه شخصياً.

- 4 - الإفراط في التعميم **Overgeneralization**: وهو تبني اعتقادات وأفكار عامة بناءً على خبرات محددة، كأن يعتقد الشخص أنه فاشل في كل شيء إذا فشل مرة واحدة.
- 5 - المبالغة في تفسير الأحداث: ويشمل المبالغة في معنى أو أهمية الأحداث أو الخبرات كأن يشعر الشخص أن عدم قدرته على تحقيق ما يصبوا إليه كارثة (P: Beck، 1976، 56)
- 6 - الرؤية الضيقة (**Visibility Narrow**): والتي لا يدرك الفرد من خلالها وفي ضوئها سوى ما يتفق مع رؤيته العقلية فقط.
- 7 - إطلاق أسماء (**Name Release**)، أو عناوين سلبية على الأشياء والأشخاص.
- 8 - قراءة محرقة للأفكار (**Mind Reading**): والتي تفترض أن الفرد يعرف ما يفكر فيه شريكه، وأن هذا الشريك يجب أن يكون قادراً على أن يقوم بتخمين ما يفكر فيه الفرد.
- 9 - التفكير الذاتي المشوه (**Self Thinking**): اعتقاد الفرد أن انفعالاته مستثارة بدرجة كبيرة وهذه الاستثارة لها ما يبررها.
- وتتضمن الإدراكات السلبية أفكاراً تلقائية تحدث دون أن يميزها الفرد أو يتحدّى منطقتها، كما إن الفكرة السلبية تُسَخِّدُ بمشاعر سلبية داخل الفرد كالقلق والاكئاب، والأفكار التلقائية تسبق المشاعر وتشمل أفكاراً لفظية وأفكاراً صورية، وإن طبيعة الأفكار التلقائية السلبية لا يلاحظها الفرد ما لم يتم التدريب في التركيز عليها، ومع ذلك فإنه بالإمكان مساعدة ذوي المشكلات النفسية للتوصل إلى الأفكار التلقائية وتحويل الانتباه إليها، وكلما اشتدَّ الاضطراب زادت الأفكار التلقائية السلبية بروزاً ووضوحاً، وكلما تحسّنت حالته خفَّ وضوحها (Davidson، 2000).
- ولذا فإنَّ الأفكار التلقائية تقاوم التغيير وإنَّ مهاجمتها من الناحية المعرفية كثيراً ما تبدو غير سهلة إذ هناك علاقة بين الأفكار والانفعالات والسلوك، وإنَّ هذه الأفكار التلقائية قد أصبحت تشبه الاتجاهات.

### 3- ملء الفراغات (Blanks Filling):

ليس هناك صعوبة تذكر في التعرف على الأفكار الآلية ما دامت ماثلة في مركز الوعي، وتبرز الصعوبة في الحالات المصابة بالاضطراب النفسي، إذ يتوجب على الفرد امتلاك المهارة في تحديد تلك الأفكار، وقد استخدمت (لنهان) أساليب تدريبية عديدة من أجل التعرف على الأفكار الآلية، ومن سلسلة تلك التدريبات ملاحظة الفرد للأحداث الخارجية وردود أفعاله حيالها، وبتكرار التدريبات سوف يُدرك الفرد أنّ هناك فجوة ما بين الأحداث الخارجية والاستجابة الانفعالية، وربما سيكون باستطاعته فهم سر شعوره بالضيق والانزعاج إذا أمكنه تذكر استرجاع سبل الأفكار التي حدثت له خلال هذه الفجوة، وتصبح مهمة المعالج هنا مناقشة الفرد من أجل التوصل إلى وضع يكون فيه بالإمكان ملئ الفراغ بمادة مستمدة من المنظومة المعرفية للفرد.

### 4- الإبعاد (Distancing):

يُطلق (بيك) على العملية التي يُنظر بها إلى الأفكار بالإبعاد وهي تشمل الاعتراف بأنّ الأفكار التلقائية ليست هي الواقع، ولا يوثق بها، وهي ضارة بالتوافق النفسي وتشتمل على أحداث خارجه عن إطار الفرد.

### 5- الوصول إلى دقة الاستنتاجات (Conclusions):

ويتم ذلك بتدريب الفرد وتعليمه كيفية الحصول على المعلومات الدقيقة، وأن تتسم استنتاجاته في المواقف المختلفة بالواقعية، وهو ما يُحتم على المعالج مساعدة الفرد على القيام بعملية الاستنتاج.

### 6- التخلي عن المطالب (Demand Abandonment):

وذلك من خلال التخلّص من مجموعة (الواجبات المطلقة) أو (الينبغيات) التي يُنظر من خلالها إلى المواقف المختلفة والتي تسبب القلق والمخاوف.

### 7- التحويل (Transfer):

ويعني تحويل اهتمام المريض من التركيز على مجموعة الواجبات المطلقة التي تسبب له الاضطراب إلى أوجه عديدة من النشاط مثل (الألعاب الرياضية، والأنشطة الفنية).

## 8- التحصين التدريجي (Gradual Entrenchment):

وتقوم هذه الطريقة على تشجيع المريض على مواجهة مواقف القلق تدريجياً.

## 3- نظرية (مكينبوم) theory Meichenbaum

### تعديل السلوك المعرفي: Modification Cognitive Behavior

انطلق (مكينبوم) من النظرية التي تقول: بأن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تترك أثراً في تحديد السلوك الذي سيقومون به، وإن السلوك يتأثر بنشاطات عديدة يقوم بها الأفراد تُعمّم بواسطة الأبنية المعرفية المختلفة (بطرس، 2008).

إنّ الفكرة الرئيسة في تعديل السلوك المعرفي هي أنّ التلفظ الذاتي سوف يُترجم إلى تعديلات تظهر في السلوك الظاهر (قطامي، 1992).

وإنّ الكلام مع الذات المتضمن دحض وتفنيد للأفكار الخاطئة من شأنه أن يزيل الاضطراب النفسي.

ويركز العلاج المعرفي السلوكي تركيزاً شديداً على المعتقدات التي يحملها الناس إزاء عاداتهم الصحية، إذ غالباً ما يقوم الناس بإجراء محادثات داخلية مع الذات تتدخل في قابليتهم لتغيير سلوكهم (Meichenbaum & Cameron، 1974).

ولقد اقترح (واطسن) أنّ التفكير مُجرد حديث غير صوتي، وذلك أنّ الناس عندما كانوا منشغلين في هذه الأنشطة العقلية كانوا بالفعل يتحدثون إلى أنفسهم.

ويرى (مكينبوم) بأنّ تعديل السلوك يمر بطريق متسلسل في الحدوث يبدأ بالحوار الداخلي، والبناء المعرفي، والسلوك الناتج (باترسون، 1990).

وثمة وظيفة ثانية للحدوث الذاتي يتم داخل الفرد وهي التأثير والتغيير في البنية المعرفية والتي تعطي نسق المعاني والمفاهيم (التصورات) التي تُمهّد لظهور مجموعة معينة من الجمل، أو العبارات الذاتية، ويقول (مكينبوم) إنّ ما أقصده بالبنية المعرفية: هو ذلك الجانب التنظيمي من التفكير الذي يبدو أنّه يُراقب ويوجّه الإستراتيجية (الطريقة) والاختيار للأفكار.

وإنّ حدوث تفاعل بين الحديث الداخلي عند الفرد وبناءاته المعرفية هو السبب المباشر في عملية تغيير السلوك، فالبناء المعرفي يحدّد طبيعة الحوار الداخلي وهذا الحوار يغيّر في البناء المعرفي، وهكذا يكون تغيير السلوك حسب هذا التفاعل، كما أنّ من أنجح الوسائل للتغلب على التفكير الانهزامي للشخص في حالات القلق هي أنّ نُنبّهه إلى الأفكار والآراء التي يردّها مع نفسه عندما يواجه موقف يتسم بالتهديد، وعليه يُقدّم (مكينبوم) منهجاً يقوم على أساس تعديل محتوى ما يقوله الشخص لنفسه في المواقف التي يراها مهددة لنفسه وأمنه وفق ثلاث قواعد أساسية وهي:

- 1 - أن تُقنع نفسك بأنّ الخوف والهلع الذي يمتلك مشاعرك عند التفكير فيما قد يحدث من أشياء سيئة أسوأ بكثير من الأشياء التي ستحدث فعلاً.
- 2 - إقناع النفس بشتّى الوسائل الممكنة أنّ الموقف الذي يثير مخاوفك الآن سينتهي حتماً.
- 3 - أن تقول لنفسك بأنّ التخلص من كل المشاعر المكثّرة والتوترات المرتبطة بالقلق تماماً أمر صعب، إذ لا بدّ أن نقبل بعض جوانب التوتر مؤقتاً.

### عملية العلاج: وتتضمن ثلاث مراحل وهي:

- 1 - المرحلة الأولى: مُراقبة الذات (Self monitoring) أو الملاحظة الذاتية Objectiv Observation: حيث يكون الفرد في مُدّة ما قبل العلاج يُحدث حواراً داخلياً سلبياً مع ذاته، أمّا أثناء عملية العلاج ومن خلال الاطلاع على أفكار العميل، وكذلك مشاعره، وانفعالاته، وسلوكه، وتفسيرها تتكوّن عنده بناءات معرفية جديدة، الأمر الذي يجعل نظرتُه تختلف عما كانت عليه قبل العلاج، وإنّ كثيراً من البرامج المعرفية السلوكية، تستخدم الملاحظة الذاتية، والمراقبة الذاتية كخطوة أولى باتجاه تغيير السلوك، وهي تستند إلى منطق يرى أنّ على الفرد أن يدرك أبعاد السلوك المُراد تعديله قبل البدء في عملية التغيير، فملاحظة الذات، ومراقبة الذات تُقيّمان مدى تكرار السلوك المقصود تغييره، والأحداث التي تسبق حدوثه، والنتائج التي تترتّب على القيام به.

2 - المرحلة الثانية: غياب التكافؤ بين سلوك الفرد وأفكاره **Incompatible Thoughts and Behavior** في هذه المرحلة تكون عملية المراقبة الذاتية عند العميل قد تكوّنت وأحدثت حواراً داخلياً عنده، وهذا الحديث الذاتي الجديد لا يتناسب مع الحديث الذاتي السابق والذي هو مسؤول عن سلوكه القديم، إنّ هذا الحديث الجديد يؤثر في الأبنية المعرفية بحيث يستطيع العميل أن يتجنب السلوك غير المناسب وفقاً للأفكار الجديدة.

3 - المرحلة الثالثة: التغيير المرتبط بالمعارف: **Cognitions Concerning Change**: وتتعلق هذه المرحلة بتأدية العميل لمهام تكيفيه جديدة خلال الحياة اليومية، وأن يهتم بالعمليات الأساسية الثلاث وهي:  
 أ - البناءات المعرفية.  
 ب - الحوار الداخلي.  
 ج - السلوك الناتج عن ذلك.

**الاتجاه الإنساني: وبرز نظرية فيه هي:**

### نظرية الإرشاد المتمركز حول الشخص **Pearson . Centered Consoling**

يعتقد روجرز بالطبيعة البشرية الخيرة، والفرد العادي قادر على تحمل المسؤولية لتوجيه ذاته، وأن الفرد لديه القدرة على تنظيم وتوجيه الذات إذا ما تحقق من وجود ظروف معينة، ويرى بان العدوانية هي رد فعل لإحباط دوافع أقوى مثل الحب والانتماء والأمان، وتملك الكائنات الحية القدرة على الابتعاد عن حالة سوء التوافق والتوجه نحو التوافق هو استعداد نحو تحقيق الذات.

ويعتقد روجرز بأن كل الناس لهم الحق بالتفكير وتقدير المصير، وإن حاجات المجتمع الديمقراطي تخدم بشكل أفضل من خلال المواقف الاجتماعية التي تشجع الفرد ليكون مستقلاً موجهاً لذاته، كما أكد روجرز على الميل الفطري لدى الناس لتحقيق الذات وهي نزعة دافعية لتحقيق الحاجات، ويعد العلاج النفسي عملية تحرير الطاقة الموجودة فعلاً لدى الفرد.

### الشخصية حسب نظرية روجرز تتكون من ثلاثة عناصر:

أولاً: العضوية: تحاول العضوية دائماً إشباع حاجاتها أثناء تفاعلها مع البيئة الخارجية، وخاصة الحاجة إلى تحقيق الذات التي أعتبرها روجرز محور الشخصية.

ثانياً: المجال الظاهري: هو عالم الخبرات للفرد الداخلي والخارجي التي يعيشها الفرد وهي في حالة تغير مستمر، إن ما يدركه الفرد هو الشيء المحسوس بالنسبة له وليس ما هو قائم فعلاً، فقد يدرك موقفاً مخيفاً بالنسبة له ولكنه للآخرين مطمئن.

ثالثاً: الذات: هي مدركات وقيم العضوية التي تعمل على تنظيم الشخصية، وتتكون الذات من خلال تفاعل الفرد مع البيئة من طريق التنشئة الاجتماعية، وتشتمل الذات على:

- (1) الذات المدركة Perceived – Self: وصف الفرد لذاته وفهمه لها.
- (2) الذات الاجتماعية Social – Self: الصورة التي يمثلها الفرد من خلال التفاعل الاجتماعي مع الآخرين أي الذات كما يدركها الآخرين.
- (3) الذات المثالية Ideal – Self: الصورة المثالية للشخص التي يود أن يكون عليها.

### نمو الشخصية

يتشكل مفهوم الذات خلال نمو الطفل من الخبرات والقيم والمعاني والمعتقدات (مدركات) وتسعى الذات إلى إتباع السلوك الذي يلاقي استحسان الآخرين وتجنب السلوك المرفوض من قبلهم، أي بداية تقييم الذات للسلوك، فهو إما سلوك جيد أو سلوك سيء، حسب رأي وتقييم الناس الذين تتفاعل معهم الذات، وحين تتشكل الذات يشبع الفرد حاجتين هما:

أولاً: الميل لتحقيق مظهر اجتماعي وهي الحاجة إلى التقدير أو الاعتبار الإيجابي من الآخرين والتقبل والحب والاستحسان.

ثانياً: التقدير الإيجابي الذاتي.

## السلوك Behavioral

يرى (روجرز) بأن السلوك هو نشاط موجه نحو تحقيق هدف معين تقوم به العضوية لإشباع حاجاتها كما تدركها هذه العضوية، وأن الإطار المرجعي للفرد هو أفضل طريقة لفهم سلوكه وأفضلها أيضاً لتغيير السلوك من حيث إدخال تعديل في مفهومه نحو ذاته وهذا ما يحاول المرشد تحقيقه أثناء العملية الإرشادية.

### العملية الإرشادية والعلاجية:

أولاً: العلاقة الإرشادية: The counseling Relationship إن العلاقة الإرشادية التي يقدمها المرشد من أجل المسترشد ليست علاقة عقلية، فالمرشد لا يستطيع أن يكون قادراً على المساعدة الكاملة للمسترشد عن طريق عملياته المعرفية أو سلوكه المعرفي، فتوضيح المرشد لشخصية المسترشد وسلوكه له، أو وصف الأنشطة التي يجب على المسترشد أن يقوم بها له قيمة ضئيلة. العلاقة المفيدة للمسترشد هي العلاقة التي تمكنه من اكتشاف القدرة في نفسه على استعمال تلك العلاقة ليتغير وينمو، وهي ليست علاقة معرفية أو عقلية. فالمرشد في العلاقة العلاجية يجب أن يتصف ببعض الخصائص المرغوبة التي يتطلع المرشد دائماً لتحقيقها.

ثانياً: التقبل Acceptance يجب أن يكون المرشد متقبلاً للحالة (المرشد) كفرد على ما هو عليه، وبكل صراعاته وتناقضاته وإيجابياته وسلبياته، وهذا الاتجاه هو أكثر من مجرد تقبل محايد، إنه اعتبار إيجابي للمسترشد كشخص له قيمة، ويتضمن التقبل مودة وتقدير للمسترشد، ولا يتضمن تقويماً له ولا حكماً عليه أو له، لا بالسلب ولا بالإيجاب، فهو تقبل غير مشروط، فالمرشد يظهر الاعتبار الإيجابي غير المشروط للمسترشد.

ثالثاً: التطابق Congruence يتصف المرشد المثالي بالتطابق في العلاقة الإرشادية، فهو متوحد متكامل متلائم لا تناقض بين ما هو عليه وبين ما يقوله، يعرف مشاعره الخاصة ويتقبلها ويرغب في تحقيقها وفي التعبير عن هذه المشاعر والاتجاهات

حيث يكون ذلك متلائماً بالقول أو بالسلوك، فهو واقعي، ومخلص وليس ممثلاً أو لاعباً دور المرشد.

رابعاً: الفهم Understanding ويعني أن المرشد يمر بخبرة الفهم الدقيق لعالم المسترشد كما يرى من الداخل، فالإحساس بعالم المسترشد الخاص كما لو كان عالمه الخاص ولكن من غير أن يفقد الصفة أو الحالة، وهذا هو المقصود بالفهم المتوحد الدقيق المتعاطف، وهذا الفهم ضروري للعلاج لأنه يمكن المسترشد من أن يستكشف ذاته بحرية وعمق، وبالتالي يمكنه من أن يحقق فهماً أفضل لهذه الذات، وهذا الفهم لا يتضمن تشخيصاً أو تقويماً إذ أن ذلك خارجي في طبيعته، والفهم الكامل مستحيل طبعاً ولكنه لحسن الحظ ليس ضرورياً، فرغبة المرشد في تحقيق هذا الفهم تقبل من جانب المسترشد على أنها فهم حقيقي، وذلك يمكنه من تحقيق التقدم.

### نظرية الجشالت Gestalt Theory

يرجع تطوير مدرسة العلاج الجشالتية إلى مؤسسها بيرلز (1893 Perls. 1970) وقد درس في معاهد فيينا وبرلين للتحليل النفسي وتعرف على عدد من المحللين النفسيين مثل هيلين، وكارين هورني، كما قابل الكثير مثل (إدلر، ويونج، وفرويد)، كذلك تعرف (بيرلز) على عدد من رواد المدرسة الجشطالية في علم النفس وتأثر بهم، وهم (كوهلر، وكيرت ليفين، وماكس فريمر).

### المفاهيم الأساسية للنظرية

#### 1 - مبدأ الكلية The Holistic Principle

يعد هذا المبدأ من المبادئ الأساسية للنظرية والذي استعاره بيرلز من فريمر الذي نقل عنه بيرلز قوله (هناك كليات فالسلوك ليس محكوماً بعناصره الفردية، ولكن تكون العمليات الجزئية بذاتها محكومة بالطبيعة الداخلية للكل، والإنسان هو كائن متحد يؤدي وظائفه ككل متسق والكائن الصحيح أو السليم هو الكائن الذي يشعر ويفكر ويعمل بالجسم والعقل والروح هي جوانب من الكائن ككل).

## 2 - مبدأ التوازن The Homeostasis Principle

تأثر بيرلز في هذا المفهوم بكتابات الفيلسوف سيجموند فرايد لاندر الذي طور مفهوم التفكير المتميز أو التفكير في مقابلات (ثنائيات) وتأتي هذه الثنائيات (الأقطاب) نتيجة التمايز عن نقطة الصفر التي تحدد عدم التمايز: فكل حادث يرتبط بنقطة الصفر يبدأ منها التمايز إلى مقابلات، وهذه المقابلات تبدي تجاوباً كبيراً في محيطها تجاه بعضها البعض. وكل كائن حي لديه استعداد أساسي من أجل تحقيق التوازن، ويواجه الكائن الحي في كل لحظة عوامل تحدث الاضطراب في التوازن سواءً كانت خارجية أو داخلية نتيجة متطلب الحاجة وعليه يظهر الاستعداد المقابل للتوازن وهذا الاستعداد هو الأساس في تشكيل وتنظيم الذات.

## 3 - العدوان والدفاع Aggression and Defense

العدوان مفهوم مهم في نظرية بيرلز، والعدوان ليس غريزة أو طاقة، إنه وسيلة من وسائل الكائن الحي للتعامل مع البيئة من أجل إشباع حاجاته ولمواجهة المقاومة التي تقف في طريق إشباع تلك الحاجات. إن وظيفته ليست التحطيم ولكن إزاحة المقاومة وترك الشيء سليماً بقدر المستطاع حتى يكون من الممكن استعماله في عملية الإشباع، ويمثل العدوان قضم ومضغ الطعام لإشباع حاجة الجوع أو يعتبر استعمال الأسنان أكثر الأمثلة البيولوجية على العدوان.

## 4 - الحقيقة أو الواقع Reality

طالما إن الكائن ليس لديه الكفاية الذاتية فإنه يكون في تفاعل مستمر مع بيئته أو في السعي إلى الاتزان في علاقته مع مطالب البيئة، فإن الكائن لا يكون مستقبلاً سلبياً أو مجرد مستجيب لها، وإنما هو مدرك ومنظم نشيط لإدراكه. والواقع الذي يهمننا هو واقع الميول والاهتمامات أي الواقع الداخلي، وليس الواقع الخارجي وبذلك فإن الواقع يتغير مع تغير الاهتمامات والحاجات لدى الكائن.

## 5 - حد الاتصال The Contact Boundary

إن الكائن والبيئة يوجدان في علاقة متبادلة أو علاقة ثنائية ويجب أن يعثر الكائن على إشباع لحاجاته في البيئة، وهو يتحرك نحو العالم ليقوم بهذه الإشباع من خلال عملية الإحساس للتوجه، والعمليات الحركية للتحكم. ونقطة التفاعل بين الفرد والبيئة تمثل حدود الاتصال. وعند حد الاتصال تقع الأحداث النفسية وأفكارنا وأعمالنا وسلوكنا وانفعالاتنا فهي طريقنا للخبرة. والأشياء والأشخاص الموجودين في البيئة التي تقدم إشباع الحاجات يكتسبون اهتماماً إيجابياً، في حين تكتسب الأشياء والأشخاص الذين يعوقون أو يهددون إشباع الحاجات اهتماماً سلبياً والفرد يسعى إلى الاتصال بالنوع الأول وينسحب من النوع الثاني.

## 6 - النمو والنضج Growth and Maturity

يحدث النمو من خلال التمثل من البيئة في صورة بدنية وعقلية. ويعايش الكائن حاجة فيتصل بالبيئة ويشبع الحاجة بتمثل الطاقة من البيئة. والحياة ليست سوى عدد لانهاضي من المواقف غير المنتهية أو الجشثلات غير الكاملة، وبمجرد أن ينتهي موقف نجد غيره قد تطور، ومن خلال النمو فإن الطفل ينضج والنضج هو التحول من مساندة البيئة إلى المساندة الذاتية ويصبح الطفل مستقلاً معتمداً على ذاته بدلاً من بقائه معتمداً على الآخرين.

العملية الإرشادية أو عملية العلاج: يأتي الفرد للعلاج لأنه يمرُّ بأزمة تتصل بوجوده وكيانه نتيجة لعدم إشباع حاجاته النفسية، فيكون لديه الدافع ليأتي، ولكنه في نفس الوقت يحضر معه بعض التوقعات وطرقاً عصائية غير ناجحة يحاول بها أن يجعل البيئة تقوم بالعمل نيابةً عنه، وبذلك فإنه ينتظر من المعالج أن يقدم له مساندة بيئية وهو يفعل كل ما يمكنه ويستخدم أساليبه في محاولة لجعل المعالج يقوم بهذا الدور مثلاً في صورة الطفل الطيب. ورغم أن العلاج الجشثالي يقدم للمريض أو الفرد كثيراً مما يريده مثل الانتباه أو الاهتمام الكامل فإنه لا يقدم له كل ما يتوقعه مثل الإجابات التي يرى الفرد أنها ضرورية أو التقدير والثناء، وبذلك فعلى الرغم من أن المسترشد يحصل على بعض الإشباع فإنه يقابل أيضاً بالإحباط.

## دور المرشد (أو المعالج النفسي)

من الأمور المتناقضة ظاهرياً أن المعالج ليس مساعداً للمريض، والمريض يريد أن يعتمد عليه من أجل المساعدة، والمساعدة في نظر المريض هي تقديم الدعم وهذه هي المشكلة، وقد أوضحها بيرلز على النحو الآتي:

(إن أسوأ شيء يمكن أن تقدمه إلى الإنسان هو أن تساعده) فتقديم المساعدة بالحقيقة هو ليس مساعدة وعلى العكس من ذلك وظيفة المعالج هي إحباط حاجات المريض إلى المساعدة والمساندة كي يتعلم ويدرك أن مصادر حل المشكلة يكمن في داخله. والإحباط يؤدي بالمريض أن يكشف إمكاناته وطريقه واحتمالاته، ويكشف أن الذي يتوقع من المعالج أن يفعله يستطيع أن يفعله بنفسه.

تقنيات الإرشاد: توجد مجموعة من الأساليب الإرشادية التي يشتمل عليها العلاج الجشتلتي والتي يمكن استعمال بعضها في العملية الإرشادية ومنها:

1 - الوعي بـ(هنا والآن): إن شعار المعالج الجشتلتي هو (أنا وأنت)، (هنا والآن)، الآن هي نقطة الصفر بين الماضي والمستقبل، هنا والآن هو الموقف العلاجي فالمريض يعيش المشكلة أثناء المقابلة وليس من الضروري أن يبحث المعالج عن تأريخ الماضي للمريض. وليس من الضروري أن يعبر المريض لفظياً عن المشكلة بسبب أنها سوف تعبر عن نفسها من خلال السلوك الغير لفظي، وليس مسموحاً للمريض أن يتحدث بصيغة الماضي أو عن الذكريات، فالمطلوب منه أن يخبر هذه المشكلات ويمر بالتجربة الآن بقدر ما يستطيع مثل التنفيس والإشارات والمشاعر والانفعالات ونبرات صوته والذي يهمننا هو طريقة التعبير وليس المحتوى أو الكلمات.

2 - جعل المريض مسؤولاً: إن استجابات المسترشد أو المتعالج للأسئلة الخاصة بالوعي سواءً لفظياً أو بصورة غير لفظية يقدم مؤشرات عن الشخصية الكلية لأنها تعبيرات عن الذات ويلاحظ المعالج هذه الاستجابات كلما يوجه المزيد

من الأسئلة للمريض: أن المسؤولية بالنسبة للمريض تعني اللوم، وهو يخاف أن يوجه إليه اللوم، ولذلك فهو مستعد لإلقاء اللوم على أشياء أخرى كإن يقول أنا لستُ مسؤولاً عن اتجاهاتي أو إسقاط المسؤولية على أناس آخرين مثل الوالدين.

3 - استعمال الدراما أو العمل الخيالي: يستطيع المعالج أن يتعامل مع سلوك المريض وخبرته من خلال الخيال، كما يتعامل معها في الواقع وهذا الأسلوب مفيد عندما يعجز المريض عن التعامل مع الواقع والخيال أما أن يكون ملفوظاً أو مكتوباً أو ممثلاً سلوكياً على المسرح في صور مختلفة مع المعالج أو مع أعضاء الجماعة أو على هيئة علاج منفرد حيث يقوم المريض بابتكار وتوجيه عملية العرض كلها. ويلعب كل أجزاءها وهناك عدة أساليب أو مواقف لتسهيل لعب الأدوار من جانب المريض، منها:

أ - أسلوب المكوك: ويشمل هذا الأسلوب توجيه انتباه المريض للوراء وللأمام من نشاط أو خبرة إلى نشاط أو خبرة أخرى مثال: (هل أنت واعٍ بهذه الجملة أو العبارة).

ب - الكرسي الخالي: يعد أسلوب المقعد الخالي من أوسع الأساليب الجشتالتية استخداماً وهو أسلوب لتسهيل المحاورة بين المريض وبين أجزاء من شخصية المريض، وعادةً فإن هذا الأسلوب يستخدم في العلاج الجمعي حيث يوضع مقعدان كل منهما يواجه الآخر أحدهما يمثل المريض أو جانب من شخصيته (مثلاً الصوت العالي) والثاني يمثل شخصاً آخر المقابل من الشخصية (الصوت السفلي) وعندما يقوم المريض بتغيير دوره فإنه ينتقل إلى المقعد الثاني.

4 - الواجبات المنزلية: يطلب المعالج الجشتالتي من المتعالجين أن يحاولوا القيام ببعض الواجبات المنزلية ويشتمل الواجب على مراجعة المريض للجلسة ويتصور نفسه ويعيدها فإذا كانت هناك حواجز نفسية من المعاودة عليه أن يبحث

عن تلك الحواجز فقد يكون هناك شيء لم يستطع أن يتحدث أو يعبر عنه بالجلسة العلاجية ويستطيع أن يقوله ويتحدث عنه الآن، والواجب المنزلي مهم جداً لأن الكثير لديهم القدرة على الإسراع بتحقيق العلاج باستعمال هذه الطريقة.

5 - **التكامل:** إن الأساليب التي ذكرناها لا تؤدي وظائفها بالتركيز على تصرفات معينة أو مشاعر أو خبرات ووعي معين وإنما تتجه كلها نحو الاندماج في الشخص ككل.

### نظرية التحليل التبادلي لـ (بيرن) Transactional Analysis: Berne

يرى بيرن بان الإنسان بحاجة إلى التواصل والاستجابة من والى الآخرين في عملية تفاعلية، والحاجة تمثل الجوع أو الاشتهاء المثير.

ويصنف بيرن الحاجة إلى ثلاثة أشكال هما: الشكل الأول: الذي تأخذه الحاجة في الطفولة المبكرة هي اشتهاء الملامسة أو الحاجة إلى الملامسة البدنية اللصيقة أو العطف، والقصور في هذه الحاجة قد يؤدي إلى سرعة الإصابة بالمرض ثم إلى الموت.

**الشكل الثاني:** لأن الطفل لا يستطيع أن ينال كل ما يريد في الشكل الأول فإنه يبحث عن شكل آخر فينتقل إلى الملامسة اللفظية أو التواصل اللفظي الذي يتضمن الانتباه والاعتبار من الآخرين وتسمى ملاطفات Strokes لشبهها بالملاحظات البدنية التي يتعامل بها الأطفال الصغار، والملاحظة تعتبر وحدة أساسية في التفاعل الاجتماعي، وتبادل الملاحظات يشكل عملية التبادل Transaction.

**الشكل الثالث:** الجوع الإنشائي أو التنظيمي أو الحاجة إلى تنظيم وشغل الوقت من أجل تجنب السأم أو الملل.

### ثانياً. بناء الشخصية Personality Structure

يشتمل تركيب الشخصية على نظام ثلاثي للأنا: (طفل - راشد - أب)، وإن حالات الأنا Ego State هي الحالات التي يظهر فيها سلوك الفرد، وتكون على ثلاثة أشكال، هي:

(1) الطفل The child Ego State (كل راشد كان من قبل طفلاً).

(2) الراشد The Adult Ego State (كل فرد له حالات رُشد).

(3) الأب The Parent Ego State (كل فرد يحمل أبويه في داخل نفسه).

إن مصطلح حالة الأنا Ego State يقصد بها مجرد تمييز حالات العقل وما يتصل بها من نماذج السلوك، وهذه الأنا لا تقابل (الهو - الأنا - الأنا الأعلى) عند فرويد، حيث أن (بيرن) لا يولي الغرائز واللاشعور اهتماماً كبيراً بل إنه يولي اهتمامه لطرق تفاعل الناس فيما بينهم.

### ثالثاً. وظيفة الشخصية Personality Function

إن الأنظمة الثلاثة للشخصية تختلف في ردود أفعالها للمثيرات: الأب (النفس الخارجة) بصورة قضائية أو حاكمة يحاول استنفار المعايير الخارجية، والراشد (النفس المستحدثة) ينشغل بمعاملة وتخزين المعلومات المشتقة من المثيرات، أما الطفل (النفس القديمة أو العتيقة) ينفعل على أساس الإدراك الضعيف وغير الواضح، وكل من الأنظمة الثلاث يدرك المثيرات بشكل مختلف ويستجيب لها تبعاً لإدراكه، والأنظمة الثلاثة تتفاعل مع بعضها ولكن الأب والطفل يحدد علاقة الفرد بالأبوين، والطاقة النفسية (الشحنة النفسية) تتسبب مع كل حالة من حالات الأنا إلى الأخرى، والحالة التي شحنت في وقت معين تكون لها قوة إدارية فهي التي تحدد سلوك الفرد.

### رابعاً. الاتصال الاجتماعي Social Intercourse

يقدم الاتصال الاجتماعي الفرصة لإشباع الرغبة في النظام أو تنظيم الوقت كما يشبع الرغبة في المثيرات أو الحصول على الانتباه أو الاعتبار من الآخرين، ووحدة الاتصال الاجتماعي هي التبادلية. وأبسط صورة التفاعل التبادلي هي (الراشد مع الراشد) أي بين حالة راشد عن شخص ما إلى راشد عند آخر، ثم من هذا الراشد الآخر إلى الراشد الأول، والصورة الأبسط هي التفاعل التبادلي بين حالتي الطفل والأب، وهي عادةً صورة من الرجاء، وقد يكون التفاعل التبادلي كاملاً أو

تكاملياً، وقد يكون تقاطعياً أو انشاقياً، وإن تفاعل الفرد مع الآخرين يعطيه فرصة لإشباع حاجاته وتنظيم وقته والحصول على حب الآخرين، ويرى بيرن Berne إن أفضل نوع من أنواع الاتصال التفاعلي هو تفاعل (الراشد مع الراشد) لأن الراشد يكون مسؤولاً عن قراراته وإن كل شكل من أشكال الاتصال يأخذ شكل المثير الاستجابية، ويقع التفاعل التبادلي في سلاسل قد تنطوي على برمجة مادية واجتماعية وفردية، فالبرمجة المادية تنظيم الوقت من خلال الأنظمة أو الإجراءات، والبرمجة الاجتماعية تنطوي على شعائر أو طقوس، وعلى تسليات وكلها تشكل ثلاثة أرباع طرق تنظيم الوقت، وتشكل المباريات الربع الباقي.

ويمكن أن يأخذ الاتصال التفاعلي أشكال متعددة:

- (1) التبادلات (التفاعلات) التكاملية: تتبع النظام الطبيعي في العلاقات الصحية وهي أنواع متعددة: راشد مع راشد، أب مع أب، طفل مع طفل. وتؤدي التفاعلات التبادلية الكاملة إلى اتصال مستمر سهل.
- (2) التفاعلات التقاطعية: وتؤدي إلى قطع الاتصال، وإن أكثر أنواعها شيوعاً هي التي يتوجه فيها الاتصال من راشد إلى راشد آخر يستجيب له، من خلال حالة الطفل الموجبة إلى الأب لدى الراشد الأول الذي بدأ الاتصال، والاستجابة من حالة الأب إلى حالة الطفل لدى شخص آخر.
- (3) هناك حالتان مقيدتان للسلوك الاجتماعي وهما الانسحاب في أقصى الطرف الأول والتعلق الشديد في أقصى الطرف الثاني.

### 1 - طريقة العلاج: (التطبيق والأساليب الفنية)

يبدأ الإرشاد (العلاج) بإتفاق أو تعاقد، ويسأل المسترشد عن سبب مجيئه للإرشاد ويستخدم عادة مجموعة من الأساليب الفنية منها:

أولاً. التساؤل (الاستجواب والاستنطاق) Interrogation: يسأل المرشد المسترشد أسئلة لكي يحصل منه على أجوبة من الأنا الراشدة لديه، ونادراً ما

يستخدم هذا الأسلوب للحصول على معلومات أكثر مما هو مطلوب خاصةً من الذين يجدون صعوبة في التعامل مع الآخرين.

ثانياً. التحديد **Specification** تحديد الأنا الراشدة للتفاعل بين المرشد والمسترشد والإتفاق معه.

ثالثاً. المواجهة **Confrontation**: إظهار التناقضات في سلوكياتهم اللفظية وغير اللفظية.

رابعاً. الشرح **Explanation**: يستخدم لتقوية حالة الأنا الراشدة لدى المسترشد وتخليصها من التشويش بحيث يفسر المرشد للمسترشد تفاعلاته الصحيحة والخاطئة والخفية وذلك من خلال الأنا الراشدة.

خامساً. التوضيح **illustration**: يوضح للمسترشد، ويقدم له توضيحاً لتفاعلاته، وتستخدم الموضحات عندما يكون الراشد منصتاً (إذا لم يعد العلاج مفيد).

سادساً. التأكيد أو التثبيت **Confirmation**: عندما تكون حالة الأنا الراشدة لدى الفرد أكثر تثبيتاً أو التأكيد بعد مواجهة المرشد للمسترشد في التناقضات الموجودة لديه يختفي السلوك المتناقض لفترة من الزمن ثم يعود، وهنا دور المرشد يحاول تثبيت السلوك ومنعه من المحو وأن المسترشد بحاجة إلى جهد للمحافظة على ذلك.

سابعاً. التفسير **Interpretation**: إذا تم اعتبار أن الأساليب (التكنيكات) السابقة ناجحة في شحن وتخليص (الأنا الراشد) من التشويش إلى درجة أنه أصبح قوياً وعلى درجة عالية من الكفاءة فإن المرشد يستطيع أن يدخل المرحلة الأخيرة أو طور الإنهاء لتحليل التفاعلات التبادلية الخالصة عن طريق بلورة الموقف وتحرير المسترشد من الأعراض المرضية وتوفير الضبط الاجتماعي له، أو يستطيع المعالج أن يؤجل عملية البلورة حتى يتخلص الطفل من التشويش، إن أهم ما يسعى إليه المرشد هو الوصول إلى حالة (أنا راشد) غير مشوشة وعليه أن يستخدم ذكاءه بدلاً من التفكير العقلي.

ثامناً. البلورة **Crystallization**: هي تقرير عن موقف المسترشد صادرة من حالة الأنا الراشدة للمرشد إلى الحالة الراشدة للمسترشد ويساعد المرشد على بلورة اتجاهات سليمة في التفاعل مع الآخرين وعدم اللجوء إلى المخادعات وممارسة لعب الألعاب.

### نظرية العلاج الانتقائي الوظيفي **Functional Eclectic Psychotherapy**

يعني الانتقاء Eclectic: اختيار أساليب علاجية من مختلف النظريات وخاصةً السلوكية والتحليل النفسي.

الوظيفي: سميت الوظيفية لأن المعالج يأخذ دور المسترشد، ماذا يرغب أو يحب مثلاً: (يحب أن يكون معلماً، فإن المعالج يأخذ دور المعلم).

### مفاهيم نظرية العلاج الانتقائي الوظيفي

أولاً. التأكيد على المحددات الشعورية واللاشعورية لتغيير الشخصية، كدراسة للعمليات العقلية ونتائجها السلوكية.

ثانياً. اعتقاد المعالجين النفسيين بأن سلوك الحالة (الـ Client) وتوضيحاته الذاتية تحدد مشاعره، ولكي تغير مشاعر الناس يتطلب أولاً إقناعهم بتغيير أعمالهم وإدراكهم وتفكيرهم.

ثالثاً. أهمية الاختيار والرغبة والهدف في تغيير السلوك.

رابعاً. لغة الحياة اليومية العادية، هي اللغة التي تستخدم بواسطة المرشدين والمسترشدين، وتكنيكاته متنوعة ومستمدة من مختلف النظريات.

خامساً. التأكيد في الانتقائية على فعل ما يؤدي إلى نتيجة، وأن صدق المفهوم يكمن في نتائجه العملية كما تستخدم أو تطبق في موقف إنساني.

سادساً. تأكيد المعالجين النفسيين على الحضور الداخلي أو اليقظة الداخلية، مشتق من مفهوم (مجرى الشعور).

سابعاً. الاهتمام بالصحة العقلية الايجابية والتأكيد على الخبرة النفسية وعلى تنمية العادات الايجابية، والوصول بالشخصية إلى مستوى الكمال.

## 2 . العملية الإرشادية: The Counseling Process

إن هدف العلاج الانتقائي الوظيفي هو تغيير الشخصية Personality Changing، وليس معنى ذلك أن كل من يأتي إلى العلاج مرشح للتغير، فبعض المرضى يرون أن استعادة مستواهم السابق من وظيفية الشخصية مع درجة خفيفة من الألم أو الضغط يعتبر هدفاً واقعياً أو حقيقياً للعلاج والمعالج. هناك أربع خطوات في النموذج التكاملي:

أ - خطوة الحاجة Need Step: وهي تنطوي على التعرف على الحاجة والمطلب، وإشباع الحاجات والمتطلبات يعتبر وظيفة أساسية للشخصية، وفيها يساعد المعالج المريض على أن يتعرف ويعبر عن حاجته أو مطلبه.

ب - خطوة الاختيار Choice Step: وتعني افتراض المسؤولية عن إشباع الحاجات والمطالب، إنها تأكيد وإثبات الحاجات الشخصية، وفيها يشجع المعالج المريض على أن يفعل هذا التأكيد.

ت - خطوة العمل Action Step: هي خطوة تحقيق الحاجة عند الأخذ بالأسباب أو البدء بالعمل، وفيها قد يعلم المعالج الحالة أنواعاً جديدة من العمل أو السلوك.

ث - خطوة الصورة Image Step: إن خطوة الصورة تعني إدراك أن هناك صورة شخصية جديدة أو تعريفاً جديداً للذات، وفيها يساعد المعالج الحالة (المسترشد) على أن يدرك أو يأخذ في الاعتبار الصورة القديمة للتعطل الوظيفي لكي ينمي صورة جديدة، وتكرر عملية التكامل هذه نفسها خلال العلاج كحاجات جديدة تم إدراكها.

## الفصل الرابع:

# وسائل جمع المعلومات في العملية الإرشادية

هناك عدد من الوسائل التي تستعمل في جمع المعلومات للعملية الإرشادية وهي كما يلي:

### أولاً: الملاحظة The Observation:

تعد الملاحظة العلمية المنظمة من أقدم وأكثر وسائل جمع المعلومات شيوعاً في الإرشاد النفسي، لذلك فهي وسيلة أساسية مهمة ومورد خصب للحصول على معلومات عن سلوك المسترشد، وهي الأساس الأول لبناء المهارات والفنيات الممارسة في المقابلة الإرشادية إذ أنها تعطي فكرة أولية حول إمكانية التحقق من بعض الفروض المتعلقة بالظواهر السلوكية الصادرة من الفرد. كما أنها إجراء يقوم به المرشد لرصد سلوك المسترشد أثناء إجراء المقابلة بهدف تشخيص مشكلته، لا سيما في حالة تعذر استعمال المقاييس والاختبارات النفسية في تحقيق ما هو مطلوب، فهي وسيلة وأداة علمية لدراسة السلوك أو جوانب سلوكية أو مواقف معينة في الحياة اليومية أو المدرسية أو اللعب والرحلات واللقاءات وفي مواقف الإحباط والتوتر، وتسجيل ما يلاحظ بكل دقة وموضوعية، والربط بين هذه المعلومات أو المواقف والمواقف الأخرى وتحليلها وتفسيرها والتوصل إلى توصيات مقترحة بشأن السلوك قيد البحث، لذلك فالملاحظة العلمية أداة أساسية للبحث

السيكولوجي، ومن طريق الملاحظة توظف كل ما متاح من أدوات العلم المقننة من أجهزة وتقنيات مختلفة وفي تسجيل البيانات التي تتضح من خلال هذه الأساليب.

وبذلك تعرف الملاحظة على انها عملية يتوجه فيها الملاحظ (المُرشد) بحواسه المختلفة نحو (المسترشد)، بقصد مراقبته في موقف معين، للحصول على معلومات تفيد في الحكم عليه، وفي تقويم مهاراته وقيمه وسلوكه وأخلاقه وطريقة تفكيره.

ويُشترط في الملاحظة العلمية أن تكون منظمة مضبوطة تقوم على التخطيط والوصف الدقيق وتسجيل السلوك تسجيلاً منظماً مع أكبر قدر من الظروف المحيطة به، وألا تتأثر بميول الباحث (المُرشد) وعواطفه وإنحيازاته وأفكاره كما ينبغي ان تكون موضوعية يمكن التحقق من صحتها وإعادة التأكد من فروضها ونتائجها، وعلى الملاحظ ألا يعمم من حالة واحدة أو بضع حالات، ويجب أن نفرق بين عملية الملاحظة وبين تفسير الملاحظة، حيث إن عملية الملاحظة تعني: أن يقوم الملاحظ بملاحظة الأداء السلوكي للفرد الذي تحت الملاحظة في موقف معين أو مواقف متباينة، في حين تفسير الملاحظة يعني أن يواجه الملاحظ الفرد بأدائه السلوكي الملاحظ كما هو دون زيادة أو نقصان ومناقشته في دوافعه وأسبابه.

1 - أهمية الملاحظة: تكمن الأهمية القصوى من الملاحظة في الأتي:

أ - تحديد الدوافع التي تشكل السلوك الفرد كرد فعل طبيعي واستجابته تلقائياً في موقف معين.

ب - تفيد الملاحظة كوسيلة تقويم مبدئية للمسترشدين في المقابلة الإرشادية بصورة عامة، الا أنها تعد وسيلة تقويم أساسية مع أطفال ما قبل المدرسة وأطفال المرحلة الابتدائية بصفة خاصة.

ج - يمكن الاستفادة من الملاحظة في اكتشاف الأحداث والأسماء المهمة التي لها بصمات واضحة عن حالات المسترشدين وذلك عند عرض مشكلاتهم في المقابلات الإرشادية، ويمكن للمرشد النفسي أن يعدل من إستراتيجياته

الإرشادية وفقاً لنتائج ملاحظاته للاستجابات السلوكية التي يبديها المسترشدين في مقابلاتهم الإرشادية معهم.

د - يمكن أن تسهم الملاحظة في تحديد الأداء الكلي لسلوك معين بالنسبة لجماعة من المسترشدين في أماكنهم الطبيعية كما هو الحال في حُجر الدراسة أو في مستشفى للصحة النفسية في حالة الإرشاد النفسي الجماعي.

### أنواع الملاحظة:

1 - الملاحظة المنظمة العلمية: وهي الملاحظة التي يتم فيها مشاهدة المُلاحظ للمواقف أو الجوانب السلوكية التي ينبغي الحصول على معلومات حولها، وهي ملاحظة منظمة تسير وفق خطة مُعينة وواضحة الأهداف، ويتم فيها تسجيل السلوكيات المراد دراستها.

2 - الملاحظة العابرة (العرضية): وهي ملاحظة عفوية غير مقصودة، وذلك بمشاهدة الموضوع أو جوانب من السلوك دون تعمد أو تحديد مسبق، ولا يستخدم فيها التسجيل ونتائجها غير مضمونة وليس لها قيمة علمية، ومنها ملاحظة سلوك المسترشد في المدرسة أو يكتب أحد الطلاب على الجدران أو يدخلن ولها بعض الفائدة في إعطاء معلومات يستفاد منها في إثارة الأسئلة والفهم.

3 - ملاحظة مباشرة: وتتم بحضور المُلاحظ والمُلاحظ في موقفٍ واحد، وجهاً لوجه في المواقف ذاتها.

4 - ملاحظة غير مباشرة: وتتم دون إدراك الملاحظين أن أحداً يُلاحظهم، وتحدث دون اتصال مباشر بين الملاحظ والمسترشد.

5 - الملاحظة المنظمة الداخلية (ذاتية): وفيها يكون المُلاحظ والملاحظ هو الفرد نفسه، وهذا الأسلوب يعرف بالإستبطان أو التأمل الباطني وهي ذاتية وليست موضوعية، ومن عيوبها أنها لا يمكن أن تستخدم مع الأطفال الصغار الذين لا يستطيعون القيام بها.

- 6 - **الملاحظة المنظمة الخارجية:** ويكون أساسها المشاهدة الموضوعية والتسجيل إزاء الشخص ومظاهر ونواح سلوكية معينة دون التحكم في الظروف والعوامل التي تؤثر في هذا السلوك.
- 7 - **الملاحظة المقيدة:** وتكون مقيدة بمجال أو موقف معين ومقيدة بينود أو فقرات معينة مثل ملاحظة الأطفال في مواقف اللعب أو الإحباط أو أثناء التفاعل الاجتماعي مع الكبار.
- 8 - **الملاحظة الدورية:** وتتم في فترات زمنية محددة وتسجل حسب تسلسلها الزمني كل صباح أو كل أسبوع أو كل شهر.

### طرائق الملاحظة:

تختلف الطرائق التي تتم بها ملاحظة المسترشدين وفقاً للإستراتيجية الإرشادية التي يتبعها المرشد النفسي وتبعاً للحالات التي يعاني منها المسترشدين وبناءً على الفترة الزمنية الكلية المستغرقة في المقابلات الإرشادية لغرض تحقيق الهدف العام للملاحظة وهو اختبار الأداء السلوكي لهم في المواقف المتباينة من أجل تقويم سلوكهم الكلي بصفة عامة، وفيما يلي عدد من هذه الطرائق:

#### أولاً. ملاحظة الاستجابات السلوكية المستمرة:

تستخدم هذه الطريقة في ملاحظة المسترشد لفترة زمنية طويلة بصفة مستمرة إذا كانت الاستجابات السلوكية في المواقف التي يلاحظ فيها تتصف بالاستمرارية، ويستفاد من هذه الطريقة في حالة تعزيز الاستجابة السلوكية المرغوبة وذلك بإطالة حدوثها أو في حالة كف الاستجابة السلوكية غير المرغوبة وذلك بمحاولة تقليل الفترة الزمنية التي تستغرقها وذلك عند تقويم الاستجابة السلوكية المستمرة لمريض مصاب بالخوف من الوحدة والعزلة والأماكن المغلقة.

#### ثانياً. ملاحظة الاستجابات السلوكية المتكررة:

تستخدم في ملاحظة المسترشد لمدة زمنية محددة إذا كانت استجاباته السلوكية

في المواقف التي يلاحظ فيها تتصف بال تكرار كل مدة زمنية قصيرة ضمن المدة الزمنية الكلية المحددة والمستغرقة في ملاحظته ويمكن تقدير عدد التكرارات للاستجابة السلوكية في كل فترة زمنية قصيرة وذلك بقسمة العدد الكلي لتكرارات الاستجابة السلوكية على الفترة الزمنية الكلية، ويستفاد من هذه الطريقة عندما يكون التركيز على استجابة سلوكية واحدة للمسترشد الذي تحت الملاحظة بشرط أن تكون متقطعة ومتكررة على فترات زمنية متساوية المدة ثابتة بين حدوث الاستجابة وبين تكرارها مثل ملاحظة قضم الأظافر عند الطفل ويفضل استعمال هذه الطريقة لإمكانية ملاحظة المسترشدين في غرفة الإرشاد النفسي خلال المدة الزمنية المستغرقة في المقابلة الإرشادية.

### ثالثاً. ملاحظة الاستجابات السلوكية المصنفة نوعياً:

هذه الطريقة تستعمل عندما تكون ملاحظة المسترشد لمدة زمنية محددة إذا كانت استجاباته السلوكية في المواقف التي يلاحظ فيها متباينة ومنفصلة عن بعضها ومن الممكن تصنيفها تصنيفاً نوعياً بحيث تتضح مدى الكفاءة في الأداء السلوكي لكل استجابة منها على حدة أو مدى القصور فيه، يستفاد من هذه الطريقة من المرونة في الملاحظة والتقدير.

### إجراءات وخطوات الملاحظة: وتتضمن ما يلي:

أ - الإعداد: ويتضمن التحديد والتنظيم والتخطيط والتجهيز المسبق للسلوك أو الموقف والزمان والمكان والأدوات والمعلومات والأهداف الخاصة بالملاحظة.

ب - الوقت المناسب للملاحظة: ويعني تحديد الوقت المناسب الذي يستغرقة إجراء الملاحظة.

ج - مكان الملاحظة: في مكاتب أو معامل ومختبرات علم النفس وهي عادةً مجهزة بالأدوات والأجهزة، مجهزة بتجهيزات خاصة تمكن المرشد من مشاهدة المسترشد من أي اتجاه وملاحظة السلوك بتلقائية وبدون تصنع.

د - إعداد دليل الملاحظة: لتحديد عينات السلوك التي تلاحظ وهو دليل لجمع المعلومات العامة عن أسرة المرشد وحالاته ومواطن القوة والضعف والانحراف والسواء.

هـ - انتقاء مواقف سلوكية ممثلة للملاحظة.

و - تنفيذ الملاحظة: يقوم المرشد بمتابعة سلوك المرشد وفي حالة وجود مجموعة يفضل تعدد الملاحظين.

ز - التفسير والتشخيص: يبدأ تفسير تسجيلات وسلوكيات المرشد في ضوء خلفيته وخبرته التربوية والثقافية والاجتماعية.

### إيجابيات الملاحظة:

أ - تساعد المرشد على ملاحظة السلوك التلقائي في مواقف حية طبيعية بعيداً عن ملاحظة في مواقف مصطنعة.

ب - تقضي على عوامل المبالغة أو الحذر والتحفظ وعدم المصارحة أو الرفض كما يحدث عندما يلتقي المرشد والمرشد وجهاً لوجه.

ج - مناسبة لجميع الحالات وخاصة الأطفال والمتخلفين عقلياً والمعاقين سمعياً وبصرياً لصعوبة تعبيرهم عن أفكارهم.

د - الصدق والموضوعية إذ تلاحظ السلوك في ضوء ما هو كائن وفي مواقفه المناسبة والمتعددة.

هـ - يمكن إجراء الملاحظة على عدد قليل من المفحوصين وليس بالضرورة أن تكون العينة الملاحظة كبيرة الحجم.

و - تعتمد الملاحظة على الباحث أو المرشد مما يجعله يضمن الحصول على المعلومات التي تمكنه من الإجابة عن أسئلة بحثه وهذا الضمان لا يتأتى مع بقية الأدوات.

### سلبيات الملاحظة

أ - ربما تتعارض مع قانون ومبدأ مهم من الأسس الفلسفية يتعلق بأخلاقيات الإرشاد وهو استئذان المسترشد وموافقته إلا أن الملاحظة الطبيعية الواقعية تتطلب عدم معرفة المسترشد مسبقاً.

ب - قد تتأثر بما يريد أن يصل إليه المرشد أو الباحث وبخبراته وإسقاطاته وظروفه الخاصة.

ج - تتأثر بتوقعات المرشد أو الملاحظ والتحيز لأداء المسترشد بحيث تعتمد على عوامل الجنس وسلوك الأقران.

### ثانياً: المقابلة الإرشادية: Counseling interview

عرفت المقابلة الإرشادية على أنها علاقة دينامية بين طرفين أو أكثر بحيث يكون احدهما (احدهم) المرشد النفسي والطرف الآخر هو المسترشد (المسترشدون) طلباً للمساعدة النفسية المتميزة بالأمانة من جانب المرشد النفسي للمسترشدين في إطار علاقة إنسانية ناجحة بينهم. أو هي: مواجهة إنسانية بين المرشد النفسي والمسترشد في مكان محدد وبناء على موعد سابق لفترة زمنية معينة من أجل تحقيق أهداف خاصة.

### مبادئ المقابلة الإرشادية:

هنالك عدداً من المبادئ التي ينبغي أن تبنى عليها المقابلة الإرشادية وهي كما يلي:

1 - العلاقة الإنسانية Human Relationship يجب أن تتميز المقابلة الإرشادية بعلاقة إنسانية دافئة بين المرشد النفسي والمسترشد بحيث تكون مبنية على الثقة والاحترام المتبادل بينهما ويمكن للمرشد النفسي أن يخلق هذه العلاقة في أول مقابلة مع مسترشده، إذ يجعله يشعر أن ما يهتم به المسترشد يكون موضع

اهتمام بالغ من جانب مرشده وكما يعتبر الإنصات من جانب المرشد النفسي للمسترشد دون مقاطعته إثناء حديثه وطرح أفكاره تأكيداً على الاهتمام بما يقوله وتأكيداً على احترام ما يبديه.

2 – تسجيل المقابلة Recording the Interview يتم تسجيل المقابلة الإرشادية بالتسجيلات المتعارف عليها والمحددة بالتسجيل الكتابي، التسجيل السمعي، التسجيل المرئي، وترجع أهمية التسجيل إلى فقط المعلومات والبيانات التي يتم تداولها خلال المقابلة الإرشادية وعدم تحريفها أو عدم إهمال بعضها منها، كما أنها تستخدم في رسم الاستراتيجيات الإرشادية التي تسهم بصورة أساسية في بناء المقابلة وتطورها لصالح المسترشد.

3 – المناقشة الموضوعية Subjective Discussion ينبغي أن تدار المناقشة بين المرشد النفسي والمسترشد بموضوعية مطلقة دون تحيز لفكرة أو تعصب لرأي أو دعوة لمبدأ، لذلك على المرشد النفسي أن يوجه مسترشده باستمرار إذا انحرف بحديثه خارج الموضوع الأساس الذي يناقش في المقابلة الإرشادية.

4 – وضوح المناقشة Clarity of Discussion يجب أن تكون المناقشة واضحة وصريحة من جانب الطرفين في المقابلة الإرشادية، فلا يكتنفها أي غموض أو لبس، لذلك على المرشد النفسي أن يطرح أسئلته مهما كانت حساسيتها بصراحة تامة ووضوح جلي بلا تردد وبلا خجل حتى يشجع مسترشده على الإجابة عنها بنفس الصراحة والوضوح وبلا تردد وبلا خجل أيضاً، وكلما كانت الأسئلة المطروحة من الطرفين قصيرة ومركزة ومتدرجة ومرتبة في نسق مساعد على فهم المقصود منها والتعرف على الغرض من طرحها فان ذلك يسهم بفاعلية كبيرة في بناء المقابلة الإرشادية وتطورها.

5 – الصمت والإنصات Silence and lustily يرتبط الصمت بالإنصات ارتباطاً وثيقاً، حيث يصمت الفرد لينصت جيداً للمتحدث أمامه ويجب على المرشد النفسي أن يكون نموذجاً حسن في تدعيم هذا المبدأ في المقابلة الإرشادية حتى يقلده

المسترشد في ذلك ويتمثل به، ولا تثمر المقابلة الإرشادية ولا يتحقق الهدف منها إذا تحدث الطرفان المرشد والمسترشد في وقت واحد، لذلك يجب أن يصمت أحدهما عندما يتحدث الآخر بحيث يكون الصمت ايجابياً مفيداً في إطلاق الحرية للمتحدث أن يعبر عن رأيه دون مقاطعة لما يطرحه من أفكار وآراء.

### أهمية المقابلة الإرشادية:

إن المقابلة الإرشادية تتيح الفرصة لجمع وتوفير المعلومات الضرورية واللازمة عن المسترشدين فيما يتعلق بالأحداث التي وقعت لهم في الأزمنة التي مروا عليها، الأماكن التي عاشوا وتوقفوا فيها، وذلك لشرح وتفسير وتحليل حالاتهم وتسجيلها وفق نظام جيد من التسجيل الكتابي والسمعي والمرئي، مما يساهم في تطوير حالاتهم وإنما الخطة الإرشادية والتي يضعها المرشد النفسي من اجل مساعدتهم على حل مشكلاتهم بموضوعية.

ويعد التساؤل من الأساسيات التي لا يستطيع المرشد النفسي أن يستغني عنها نهائياً وأنها الوسيلة الفعالة والمؤثرة في افتتاح المقابلة وبناءها وإقبالها وعلاجها وتقويمها وفي مساعدة المسترشد على فهم نفسه والتي بدونها يشعر المرشد النفسي انه بلا أجنحة يحلق بها عند المقابلة الإرشادية وتعتبر فنية التساؤل في الحصول على المعلومات اللازمة عن حالة المسترشد في تشجيعه على التعبير عن أفكاره بطلاقة، وقد يقع المرشد النفسي المبتدئ في منزلق، إذ يسأل المرشد من اجل التساؤل فقط ولاشيء غير التساؤل.

ويتصف المرشد النفسي غير الكفاء في عمله بأنه يقذف بالأسئلة عشوائياً بلا معنى وبدون مناسبة في وجه المسترشد، ودون أدنى الاعتبار، وقد تتسبب أسئلة هذا النوع من المرشدين النفسيين في زيادة اضطراب المسترشد بدلاً من إعانته، وقد تتسبب في مقاطعة حديثه ويزداد الأمر سوءاً عندما نلاحظ المسترشد يدفع المرشد النفسي في هاوية التساؤل ومنحدرها عندما يشرذ عن الاستماع إلى الإجابة عما وجه من أسئلة إلى المسترشد، أو إذا كانت أسئلة فارغة وخالية وتافهة وهشة لا تستحق الإجابة عنها ولا الاستجابة إليها.

### ثالثاً: دراسة الحالة Case study

تعد دراسة الحالة طريقة في البحث أو منهج يستعمل، إرشادياً أو علاجياً لتشخيص وعلاج المشكلات أو الاضطرابات النفسية، أي أن المرشد أو المعالج النفسي الذي يستعمل دراسة الحالة يمارس منهجاً أو طريقة في البحث لكي يصل لحقائق أو التعرف على أسباب مشكلة المسترشد.

### تاريخ الحالة Case history

تتطلب دراسة الحالة معرفة التاريخ الشخصي، كمعرفة التاريخ الاجتماعي، والصحي، والتربوي، لذا فإن تاريخ الحالة جزء لا يتجزأ من دراسة الحالة وبذلك يمكن القول بان تاريخ الحالة: جمع البيانات عن المسترشد أو العميل منذ ميلاده حتى الوقت الحاضر لمعرفة أسباب المشكلة التي يعاني منها الآن.

أهداف دراسة الحالة: تهدف دراسة الحالة إلى ما يلي:

- 1 - تحقيق الصحة النفسية للمسترشد.
- 2 - إزالة ما يعترض سبيل المسترشد من عقبات وصعوبات ومساعدته في التغلب عليها، أو التخفيف منها 0
- 3 - تعديل السلوك غير المرغوب فيه بأخر مرغوب فيه 0
- 4 - تعليم المسترشد كيفية حل مشكلاته بنفسه مستقبلاً دون الرجوع إلى المرشد.

### المعلومات اللازم جمعها عن الحالة:

- 1 - المعلومات والبيانات العامة وتكوين الأسرة وجميع من يعيش معهم من الأقارب.
- 2 - الحالة الجسمية والصحية: من حيث المرض والصحة والأمراض السابقة.
- 3 - الحالة المعرفية والعقلية: الذكاء القدرات والاستعدادات، التحصيل الدراسي، ملاحظات المعلمين، وإدارة المدرسة واتجاهات الطلبة نحو الدراسة، خطط الطلبة الدراسية والمهنية، وأسلوب الطالب في الاستذكار، محافظته على تنظيم الوقت، والاستفادة من وقته 0

- 4 - البيئة الاجتماعية: علاقاته وتفاعله مع زملائه ومعلميه وعلاقته بأفراد أسرته، صداقاته ومدى تأثيرهم في سلوكه.
- 5 - الجوانب الانفعالية: الفراغ، الاتجاه نحو الذات (نظرته لنفسه) والآخرين وثقته بنفسه اتزان الانفعالي ومخاوفه.

#### مصادر دراسة الحالة:

- 1 - الفرد نفسه، فهو أعرف الناس بواقع حاله.
- 2 - الأسرة (الأب، الأم، الأخوان، الأخوات، العم والعمة والخال والخالة والجد والجدة).
- 3 - الأصدقاء: الكثير من الطلبة يعرف عنهم أصدقاؤهم أكثر مما يعرفه أقرب أقربائهم.
- 4 - المعلمون، لاسيما المعلم الذي يتردد يوميا على الفصل كمعلم اللغة العربية أو رائد الفصل.
- 5 - الاختصاصيون (الاختصاصي النفسي والاجتماعي والمرشد أو المرشدة الطلابية).
- 6 - مصادر أخرى كالسجلات (سجل المتابعة، الحالات الطارئة، السجل الشامل، التقارير الشهرية والاختبارات النفسية إن وجدت).

#### أدوات دراسة الحالة:

- أ - المقابلة الإرشادية: ينبغي على المرشد والمرشدة أن يتدربا على تطبيق المقابلة الإرشادية والعلاجية، والمقابلة الإرشادية في حد ذاتها تشمل عناصر خدمة الفرد (جمع المعلومات - التشخيص - العلاج) فمن خلال المقابلة الإرشادية يجمع المرشد المعلومات ويشخص ويعالج.
- ب - الاختبارات النفسية: وهي أداة جيدة إذا ما أتقن المرشد استخدامها وكانت مقننة على البيئة السعودية، مثل اختبار وكسلر للأطفال والراشدين واختبار بينية للأطفال، واختبار المصفوفات، واختبار رسم الرجل والشجرة والبيت وغيرها

ت - الملاحظة (ملاحظة السلوك).

ث - السيرة الذاتية: وهي ما يكتبه المرشد أو المرشدة عن نفسيهما وما يعانيانه من مشكلات، قدما للمرشد أو المرشدة لمساعدتهما، وتستخدم السيرة الذاتية مع المرشدين الذين لا يستطيعون التعبير عن مشكلاتهم من طريق المقابلة.

#### إيجابيات دراسة الحالة:

- 1 - تعطي معلومات مفيدة عن المرشد ودقيقة.
- 2 - تهتم بدراسة لحالة واحدة مختلفة عن الآخرين مما يعطيها خصوصية بالتعامل.
- 3 - توفر إطاراً مرجعياً لكم المعلومات التي ارشدها المرشد عن الحالة في تشخيص ومعالجة مشكلات المرشدين مستقبلاً.

#### سلبيات دراسة الحالة:

- 1 - صعوبة تأمين المعلومات الكافية عن الحالة بسبب عدم تعاون الآخرين.
- 2 - كثرة أعداد طلاب المدرسة، ودراسة الحالة تحتاج وقتاً طويلاً، والمرشد ليس مفرغاً لهذه الدراسة فقط إذ لديه أعمال إرشادية أخرى قد لا تسمح له بممارسة دراسة الحالة بمدة كافية.
- 3 - قلة تدريب بعض المرشدين والمرشحات على فنيات دراسة الحالة.
- 4 - ضعف ثقة كثير من الطلبة بالمرشد ومن ثم عجز المرشد عن الحصول على معلومات ضرورية، تساعد في تشخيص الحالة واقتراح بدائل علاجية لها.

#### رابعاً: مؤتمر الحالة:

تحتاج عدد من الحالات إلى العرض على أكثر من مرشد في مراكز الإرشاد كما أن مساعدة بعض الحالات تكون أفضل لو تيسر مناقشتها مع الآخرين، ولاشك أن رأي الجماعة أبلغ أثراً من الجهد الفردي، ويعد مؤتمر الحالة وسيلة ناجحة في التشخيص وهو وإن كان يسمى مؤتمراً إلا أنه ليس مؤتمراً بالمعنى الحرفي للكلمة، ولذلك يطلق عليه أحياناً (مناقشة الحالة).

ويكون مؤتمر الحالة مطول إلى حد ما يتعلق بحاله الفرد ويتم أثناء تقديم كل الحقائق ووجهات النظر بشكل ترتيبى والتي تتعلق بالحالة، وهو اجتماع ومناقشة خاصة يضم فريق الإرشاد كله أو بعضه ويضم كل أو بعض من لديه معلومات عن المسترشد ومستعد للحضور والتطوع شخصياً للأداء بها والمشاركة في تفسيرها وفي إبداء بعض التوصيات بموافقة المسترشد، ويتكون مؤتمر الحالة من الأخصائي النفسي والأخصائي الاجتماعي والمدرسي والمرشد، ويعد الوالدان من أعضائه البارزين، ويتولى إدارته المرشد النفسي.

### أنواع مؤتمر الحالة:

- 1 - مؤتمر الحالة الواحدة: وهو خاص بمسترشد واحد ومجموعة من المرشدين ويكون بمثابة اجتماع لفريق التوجيه عندما يجتمع المتخصصين في التوجيه وعلم النفس والعمل الاجتماعي والصحة النفسية لتقييم حالة فرد يبدو أنه بحاجة إلى مساعدة متخصصة.
- 2 - مؤتمر الحالة للمتخصصين وغير المتخصصين: عندما يعقد مؤتمر الحالة لأكثر من مرة وعندما يعقد لغرض تزويد التربية الخاصة بغير المختصين فإن المشاركين في المؤتمر يضمون جميع أعضاء الفريق الذين لهم صلة بالفرد ويكونوا قادرين على إعطاء معلومات وثيقة الصلة بالفرد مثل الأسرة أو زملاء العمل أو المدرسة.
- 3 - مؤتمر الحالات: ويضم مجموعة من المرشدين تكون لديهم علاقة أو مشكلة مشتركة.
- 4 - مؤتمر المرشد والمسترشد وولي الأمر: يكون بين المرشد والمسترشد وولي الأمر بالنسبة للمسترشد.
- 5 - مؤتمر الأخصائيين: وهو عادة يضم المرشدين فقط من غير وجود مسترشد.

## عوامل نجاح مؤتمر الحالة:

هناك عدد من العوامل تساعد في نجاح مؤتمر الحالة منها:

- 1 - عقده في حالات الضرورة فقط: ينبغي أن يقتصر عقد مؤتمر الحالة على حالات الضرورة التي تحتاج إلى عقده، أي أن هذه الوسيلة ليست عامه بالنسبة لجميع حالات الإرشاد النفسي، فهناك حالات لا تستدعي عقد مؤتمر بشأنها، وهناك حالات يمكن اعتبارها حالة مؤتمر وحالات أخرى لذلك يجب تحديد الحالات التي تعرض على المؤتمر للمناقشة.
- 2 - موافقة المسترشد: لا بد من الحصول على موافقة المسترشد على عقد مؤتمر الحالة فبعض المسترشدين يطلب توفير السرية، وأن لا يعرف ذويهم أو رؤسائهم وهؤلاء لا يجوز عقد مؤتمر حالة بخصوصهم.
- 3 - مراعاة المعايير الأخلاقية: يجب مراعاة أخلاقيات الإرشاد الخاصة بأسرار المسترشد أي أن المؤتمر يجب أن يقتصر على ما لا يعتبر سراً بالمسترشد نفسه فضلاً عن تأكيد السرية التامة لكل ما يدور في المؤتمر.
- 4 - اهتمام الحاضرين: يعد اهتمام الحاضرون بحالة المسترشد من العوامل المهمة بنجاح المؤتمر، ويجب أن يكونوا فاهمين لطبيعة المؤتمر وهدفه والمطلوب منهم ويجب التزامهم بالجدية والموضوعية في أحكامهم وتفسيراتهم.
- 5 - الجو غير الرسمي: يجب أن يسود المؤتمر جو غير رسمي، ولكن في الوقت نفسه أن يتوفر قدر من المسؤولية، وأن يكون لدى المؤتمرين معلومات هامة وحديثة ولازمة فعلاً ويدلون بها في مسؤولية.
- 6 - مراعاة التخصصات: من الضروري مراعاة التخصصات المختلفة والخلفيات المتنوعة لأعضاء المؤتمر وعدم سيطرة بعضهم على الجلسة، وعدم الاستخفاف بما يدل به بعض الأعضاء من معلومات أو آراء أو تعليقات أو توصيات.

**مزايا مؤتمر الحالة:**

- 1- يزود المرشد بمعلومات عن المسترشد وشخصيته وخاصة المعلومات التي لا يمكن الحصول عليها من الوسائل الأخرى التي تفيد في مناقشة الفروض المختلفة وفي التشخيص وفي عملية الإرشاد.
- 2- يفيد في تجميع أكبر قدر من المعلومات من مصادر متعددة ومن وجهات نظر مختلفة وفي وقت قصير، ولذلك يعد بمثابة استشارة وتبادل آراء تفيد في الحكم على التقديرات الذاتية لكل من المرشد والمسترشد.
- 3- يمكن التعرف من خلاله على من يستطيع أن يسهم في عملية إرشاد الحالة من غير أعضاء هيئة الإرشاد.
- 4- يساعد في إيجاد الإرشاد المنوع، إذ يطلع أعضاء فريق الإرشاد على وجهات نظر مختلفة لكل منها وجهاتها. ويدركون أنه يجب أن تنوع طرق الإرشاد.
- 5- يعد الوسيلة النموذجية للاتصال بالأسرة وغيرها من مصادر المجتمع الأخرى في الإرشاد النفسي.

**سلبيات مؤتمر الحالة:**

- 1- يستغرق وقت وجهد كبيرين.
- 2- قد يخفي المسترشد بعض المعلومات لا سيما المهمة منها.
- 3- قد تأتي المعلومات التي تجمع في أثناء المؤتمر مشتتة وغير منسقة وغير متكاملة.
- 4- قد لا يتحقق الحضور للمؤتمر من بعض الأعضاء مما يهدده بالفشل.
- 5- قد يمانع بعض المسترشدين عقد مؤتمر لهم لأنهم يعدونه تدخل الآخرين فيما لا يعنيههم.

### خامساً: الاستبيانات والاختبارات والمقاييس:

الاستبيان وهو مجموعة من الأسئلة التي تصاغ بشكل دقيق وتوضع في ورقة تسمى استمارة أو استبانة، تُعطى للمجيب وعليه أن يجب على الأسئلة الموضوعية، وهو أداة للحصول على البيانات المرجوة تحقيقها حول ظاهرة ما، والاستبيان على أنواع؛ الاستبيان ذو الأسئلة المفتوحة، والاستبيان ذو الأسئلة المغلقة، والاستبيان المختلط، ويعد الاستبيان من أكثر طرق جمع البيانات انتشاراً. أما مميزات الاستبيان فيتصف في أنه لا يحتاج عدداً كبيراً من الباحثين، كما يوفر الحرية للباحث في اختيار الأسئلة وانتقاء الكلمات الموضوعية، وإمكانية التعبير عن حياته الخاصة، ولا يحتاج إلى تكاليف عالية، ويستطيع اختيار عينة المجتمع بحرية، أما عيوبه فتتعدد في عدم نجاحها في المجتمع الأمي الذي لا يقرأ ولا يكتب، ووجود الفروق الفردية بين الأشخاص في درجة الفهم.

#### شروط الاختبارات:

- 1 - الصدق: أي أنه يقيس ما وضع أصلاً لقياسه.
- 2 - الثبات: أي أن تكون نتائج الاختبار ثابتة تقريباً في المرات المختلفة عند إعادته.
- 3 - التقنين: يقصد به إعداد معايير الاختبارات حتى تكون إلى درجات خام.
- 4 - الموضوعية: أي غير متحيزة.
- 5 - سهولة الاستعمال: أي غير معقدة.
- 6 - الوضوح.

#### إجراء الاختبارات:

- (1) اختيار الاختبار المناسب من حيث العمر والجنس.
- (2) يجب أن يتوفر في الأخصائي واضع الاختبار التخصص والتدريب والخبرة.
- (3) يجب أن يكون المكان مريحاً والإضاءة والتهوية.
- (4) يجب تهيئة مناخ مناسب لإجراء الاختبار بحيث يشعر المرشد بالطمأنينة.
- (5) بعد إتمام إجراء الاختبار يتم تصحيحه والتعرف على نتائجه.
- (6) يجب أن يكون المرشد موضوعياً وعملياً في تفسير النتائج.

**إيجابيات الاختبارات:**

- 1 - سهولة وسرعة في إعدادها، وأوضح من غيرها من الوسائل.
- 2 - أكثر موضوعية من بعض الوسائل الأخرى.
- 3 - اقتصادية وفعالة في التقييم واتخاذ القرار والتنبؤ.
- 4 - تعطي تقديراً كمياً وكيفياً معيارياً لشخصية المرشد وقدراته واستعداداته نقاط قوته وضعفه.
- 5 - تستعمل مع سائل أخرى مثل المقابلة ومؤتمر الحالة.
- 6 - تستعمل لقياس مدى التقدم أو التغير الذي طرأ على حالة المسترشد.

**سلبيات الاختبارات:**

- 1 - لا تصلح في بعض الخصائص النفسية.
- 2 - قد تعطي صفات لأفراد تظل ملازمة لهم مما يضرهم في المستقبل.
- 3 - قد تقلل من إمكانات الاتصال الاجتماعي المطلوب في الإرشاد.
- 4 - قد يكون بها بعض أوجه القصور في إنشائها وتقنياتها.
- 5 - قد يساء تفسير الدرجات.

**سادساً: البطاقة المدرسية:**

هي بطاقة مكتوبة تجمع وتلخص المعلومات التي جمعت عن الطالب من طريق الوسائل كافة وتكون في شكل متجمع تباعي أو تراكمي وفي ترتيب زمني، وعلى مدى بضع سنوات تغطي حياة الطالب الدراسية.

**الأسس النفسية والتربوية التي تستند إليها البطاقة المدرسية:**

تعد البطاقة المدرسية كأداة لدراسة الطالب، وفهمه من أجل تنظيم تعلم مناسب له وتقديم الخدمات التوجيهية والإرشادية مستنداً إلى عدد من المبادئ المرتبطة بعلم النفس النمائي أو التطوري والتربوي ومنها:

- 1 - يتصف نمو الفرد بالاستمرار والاتصال، لذا فنحن بحاجة إلى معرفة خصائص

هذا النمو عند الفرد وتسجيله من أجل الوقوف على التغيرات فيه، ومدى ملائمتها للمرحلة النمائية التي يمر بها.

2 - توجد فروق في النمو بين الأفراد، ولهذه الفروق الفردية مظاهر عديدة، وأنت في غرفة الصف تلاحظ تمايز في سلوك الطلبة أمام الموقف الخارجي الواحد، فطلبة الصف الواحد رغم تقارب أعمارهم، توجد بينهم فروق جسمية من حيث طولهم وأوزانهم وقوة عضلاتهم وسلامة بعض أجهزتهم، كما توجد بينهم فروق في القدرات العقلية كالقدرة اللغوية والرياضية وغيرها وبينهم أيضاً فروق انفعالية.

3 - للعوامل البيئية أثر على شخصية الطالب، ومن الضروري معرفة الظروف الثقافية والاجتماعية والأسرية للطالب لما لها من تأثير على النمو في سرعته واتجاهاته وعلى تنشئة الطالب ونمو شخصيته.

4 - ثبات السلوك الإنساني نسبياً، إذ أن سلوك الفرد في المستقبل يشبه إلى حد كبير سلوكه في الماضي، ومن الممكن التنبؤ إلى حد ما بما يمكن أن يكون عليه سلوك فرد ما في المستقبل نتيجة لملاحظة سلوكه في الماضي والحاضر.

5 - إن السلوك الإنساني يمكن تعديله ووجود إمكانية التدخل لتعديل السلوك المكتسب لجعل السلوك يسير في الاتجاه المرغوب فيه تحتم علينا جمع المعلومات المؤثرة في سلوك الطالب وتنظيمها من أجل الاستفادة منها في تعديل السلوك.

#### أساليب جمع المعلومات بالبطاقة المدرسية:

يتم تسجيل المعلومات في ملف الطالب منذ اليوم الأول لالتحاق الطالب بالمدرسة، ولما كانت هذه الملفات غير كافية فإننا بحاجة إلى جمع المعلومات بأساليب مختلفة ومن مصادر متعددة ومنها:

- 1 - الطالب نفسه.
- 2 - الوالدان أو ولي الأمر: إذ يمكن الحصول على المعلومات من الوالدين أو ولي الأمر من خلال المقابلات الشخصية معهم ومن الاستبيانات المرسلة إليهم.

- 3 - السجلات المدرسية.
- 4 - ملاحظات المعلمين ولا سيما معلمو الرياضة والتربية الفنية والتربية المهنية والموسيقى... إلخ.
- 5 - الاستبيانات والاختبارات النفسية إن وجدت.
- 6 - الأوراق والوثائق الرسمية.
- 7 - وزارة الصحة.

### أهمية البطاقة المدرسية:

- إن استعمال البطاقة المدرسية يتعدى عملية رصد البيانات عن الطالب إلى الاستفادة منها لاستخدامها في الأغراض التربوية الآتية:
- 1 - وضع البيانات كافة إلى جوار بعضها البعض وإدراك العلاقات فيما بينها لتفسيرها وتوضيح الصورة المتكاملة لشخصية الطالب.
  - 2 - فهم سلوك الطالب والتعرف إلى احتياجاته والمساهمة في مساعدته لحل مشكلاته.
  - 3 - تتبع التطور النامي لشخصية الطالب في صفه أو في مراحل دراسية متتالية.
  - 4 - الكشف عن ميول الطالب واستعداداته واتجاهاته مما ييسر توجيهه تربوياً ومهنياً، فيحقق ذاته ويفيد منه مجتمعه.
  - 5 - مصدر للمعلومات اللازمة عند اجتماع المدرسين مع أولياء أمور الطلبة مما توحى للآباء بنوع من الشعور بالأمن والطمأنينة والقدرة على التعاون ودعم الأمور الإيجابية عند أبنائهم والقدرات البارزة التي يتمتعون بها.
  - 6 - يستطيع المعلم من طريق ملف الطالب أن يزود أولياء الأمور بتقارير دورية عن أبنائهم واستعداداتهم ونواحي القوة والضعف لديهم من أجل طلب تعاون الأهل مع المدرسة، لإتاحة أحسن الظروف لنمو أفضل للطلبة.
  - 7 - معاونة الآباء على اختيار أفضل أنواع الدراسة العليا التي تناسب أبنائهم.

- 8 - التعرف على التغيرات التي تطرأ على حالة الطالب الدراسية، ومن ثم الوقوف على أسباب تأخره وإيجاد الطرق العلاجية لذلك.
- 9 - إيجاد وسيلة إضافية إلى جانب الامتحانات السنوية لتقويم الطالب معرفياً، وذلك عن طريق معرفة استعداداته الخاصة وما يبدية من تفوق وامتيان في نواحي معينة.
- 10 - التعرف على مواطن القوة والضعف في النواحي الدراسية للطلبة بقصد وضع برنامج ملائم لكل طالب.
- 11 - توفير بيانات شاملة ومستمرة تصلح لإرشاد الطالب.
- 12 - مساعدة المعلمين على جمع البيانات والمعلومات المختلفة عن الطلبة كوسيلة لتقسيمهم إلى مجموعات تتفق واستعداداتهم وقدرات ومستوى تحصيل كل طالب.
- 13 - توفير بيانات شاملة ودورية حول الحالة الصحية للطلبة.

### إيجابيات البطاقة المدرسية:

- 1 - يتضمن أكبر قدر من المعلومات في أقل حيز ممكن فهي مخزن معلومات عن الطالب.
- 2 - يتضمن معلومات تعطي صورة طولية وعرضية كاملة عن الطالب، أي أنها تتضمن معلومات حول تاريخه وحاضره، فهي تتضمن معلومات عن قدرات الطالب وطاقاته ومواهبه ونمو شخصيته عبر المراحل النمائية المختلفة خلال فترة دراسته، وتنتقل معه من مدرسة إلى أخرى.
- 3 - يوفر الوقت والجهد على المعلم أن يركب المعلومات ويفسرها من أجل الوصول إلى تقويم شامل للطالب والعوامل المؤثرة في سلوكه، بدلاً من الانتظار لجمع هذه المعلومات.
- 4 - تعد البطاقة المدرسية بمثابة موجه أو دليل للمعلمين على صعيد تخطيط الخبرات التعليمية التي يحتاج إليها كل طالب فهي تبين مواطن الضعف

- ومواطن القوة لدى الطالب، كما تبين ما إذا كان باستطاعة الطالب أن يتعلم مهارات جديدة وأن يعيد تعلم مهارات سابقة. ولذلك فهي تحث المعلمين على التفكير بعمق في وضع كل طالب على حدة.
- 5 - تسمح بمتابعة إنجازات الطلبة والتغيرات التي تطرأ على نموهم وعلى حالتهم الصحية.
- 6 - يمكن أن يصبح ملف الطالب أساساً للتفاعل مع الآباء والأمهات ولمناقشة الأمور المرتبطة بأبنائهم.
- 7 - تزود المعلم بتغذية راجعة حول فاعلية الأساليب التي يستخدمها في التدريس وذلك من خلال إيضاح مستوى أداء الطالب.
- 8 - تيسر عملية التواصل مع المعلمين الآخرين والأخصائيين وذلك لأنها تقدم إليهم صورة دقيقة واضحة عن أداء الطالب.

#### **سلبيات البطاقة المدرسية:**

- 1 - تتطلب وقت وجهد كبيرين في ملئها.
- 2 - تثير الملل عند المعلم لكثرة ودقة تفاصيل معلوماتها.
- 3 - قد تكون المعلومات التي يعطيها الطالب واولياء امورهم غير دقيقة.
- 4 - تحتاج معلمين مدربين جيداً لملئها.

**الفصل الخامس:****طرائق الإرشاد النفسي****الإرشاد الفردي:**

تعد طريقة الإرشاد الفردي من أشهر الطرائق في الإرشاد النفسي فيها يتقابل المرشد والمسترشد على إنفراد وجهاً لوجه.

والإرشاد الفردي لاشك هو قيمة عمليات الإرشاد على الإطلاق ويعتبر نقطة الارتكاز لأنشطة أخرى وتعتمد فعاليته أساساً على العلاقة الإرشادية المهنية بين المرشد والمسترشد أي أنه علاقة مخططة بين الطرفين.

**حالات استعمال الإرشاد الفردي:**

- 1 - المشكلات التي يغلب عليها الطابع الفردي والخاصة جداً عندما تتطلب حالة المرشد السرية التامة بحيث تنحصر بينه وبين المرشد.
- 2 - الحالات النفسية: ومن أمثلتها عندما يكون المسترشد في حالة من العزلة والانطواء والقلق والسلوك غير المتوافق المخاوف المرضية.
- 3 - حالات تسبب الخجل عند مناقشتها أمام الناس مثل الانحراف الجنسي والشذوذ، والسلوك المضطرب.
- 4 - حالات صحية حرجة مثل الأمراض المزمنة العصرية (الأيديز واللوكمبا) وغيرها وهنا تدرج تحت الحالات الفردية التي لا يمكن تناولها بفاعلية عن طريق الإرشاد الجمعي.
- 5 - عندما تكون حاله المسترشد تحتاج إلى تركيز خاص واهتمام بالغ من المرشد.

### دور المرشد النفسي في الإرشاد الفردي:

يختلف دور المرشد النفسي في عملية الإرشاد الفردي باختلاف النظرية التي يتبناها المرشد ويتبعها في عملية الإرشاد، وتعتمد فاعلية العملية الإرشادية بشكل رئيس على العلاقة الإرشادية التي تحدث بين كل من المرشد والمسترشد، وتبادل المعلومات ووضع خطط العمل ويعطي للعميل حرية عرض مشكلته.

### إجراءات الإرشاد الفردي:

يمثل الإرشاد الفردي تطبيقاً عملياً لكل ما تمت مناقشته من إجراءات العملية الإرشادية والتي يجب أن يعيها المرشد النفسي ويتمتع بخبرة واسعة إزاءها.

### الإرشاد النفسي الجماعي:

هو علاقة مهنية يقودها مرشد متخصص وتقوم على عملية ديناميكية تهدف إلى تحقيق أهداف إرشادية محددة من خلال التفاعل بين أعضاء الجماعة، أو هو عملية تفاعل ديناميكية متبادلة تقوم على المشاركة اللفظية للأفكار وذات أهداف مشتركة.

كما يعرف على انه عملية تفاعل متبادلة تجمع أكثر شخصين فما فوق من أجل تحقيق أهداف مشتركة والجماعة الإرشادية عبارة عن مجموعة من المسترشدین يجتمعون في مكان محدد بمشكلة واحده بتنسيق مع المرشد.

وتتكون عملية الإرشاد الجماعي من مجموعة من الأفراد لا يقل عددهم عن ثلاث بالإضافة إلى مرشد ويعانون جميعاً من مشكلة أو مشكلات متشابهة ويفتقرون إلى معلومات ومهارات اجتماعية نفسية أو سلوكية لمواجهة ما يعانون منه.

### استعمال الإرشاد الجماعي:

أ - الأطفال والمراهقين والراشدين كل هذه الفئات تصلح معها الإرشاد الجماعي إذا كانت المشكلة واحدة.

- ب - يستعمل مع كبار السن خاصة ممن تظهر لديهم مشكلات اجتماعية كحالة التقاعد والشعور بالوحدة.
- ج - الإرشاد الأسري من خلال إلقاء المحاضرات وحول كيفية التعامل مع أبنائهم.
- د - الإرشاد أو التوجيه المهني في المدارس والمؤسسات.
- هـ - يستعمل مع أصحاب الحالات المشتركة مثل مشكلات التوافق الاجتماعي والمدرسي.
- و - مع الأفراد الذين يعانون مشكلات كالانطواء والاكتئاب والوحدة النفسية والخجل وحالات التمركز حول الذات.

### أساليب الإرشاد النفسي الجماعي:

- 1 - أسلوب التمثيل النفسي المسرحي (السيكودراما): حيث يقوم المسترشدون بالتمثيل على المسرح، وهو إرشاد عملي واقعي يشاهد بالتمثيلات النفسية حيث تعرض مشكلات انفعالية يعانيها المسترشدون المشاهدون وتعرض أحداثها ومواقفها حتى تصل إلى نهاية حل عملي لتلك المشكلة.
- 2 - أسلوب إلقاء المحاضرات: فالمحاضرات أسلوب تعليمي تربوي في طريقة الإرشاد النفسي الجماعي حيث يتعلم المسترشدون مزيد من المعارف والأفكار في إطار المشكل التي يعانونها مع بيان لمرحلة التوجيه لمواجهة المواقف وإدراك الذات، والمرشد هو الذي يلقي المحاضرة وأن تكون ختامه المحاضر أسئلة متبادلة ومناقشات متداولة.
- 3 - أسلوب المناقشات الجماعية: ويتم ذلك ابتداء بالمشكلات النفسية العامة المشتركة ثم تتدرج المناقشات النفسية الخاصة المشتركة إذ لا بد أن يكون أعضاء المناقشة متجانسين يتشابهون فيما يعانون منه.
- 4 - أسلوب عرض الوسائل الإيضاحية السمعية والبصرية التي تصور مظاهر انفعالية سلوكية ذات أثر بعيد في نفسية أعضاء الجماعة المسترشدة.

### إيجابيات الإرشاد النفسي الجماعي:

- 1 - الاقتصاد في نفقات الإرشاد وتوفير الوقت والجهد أي خفض عدد المرشدين.
- 2 - يعتبر أنسب الطرق أو طرق الإرشاد بالنسبة للحالات التي تقاوم العلاج الفردي والتي تحل بفاعلية أكثر في المواقف الاجتماعية.
- 3 - يتعلم الفرد من الجماعة جوانب كثيرة فهي تكسبه مزيد من الثقة بالنفس وتضفي عليه روح التعاون والتفاعل مع الآخرين.
- 4 - اشتراك المسترشد في المناقشة والاستماع يقلل من تمركه حول نفسه ويشعره بالأخذ والعطاء.
- 5 - تضمن للمسترشد على أنه ليس الوحيد الذي يعاني من هذه المشكلة.
- 6 - أنسب الطرق في البلاد النامية التي تعاني من نقص في المرشدين.
- 7 - ازدواجية دور المسترشد إذ يقوم بتعديل سلوكه بناء على نقده وملاحظاته لسلوك الآخرين.
- 8 - الشعور بالانتماء للجماعة واحترام رأي الآخرين.
- 9 - يتيح فرصة الاستفادة من أخطاء غيره والاعتاظ بها حيث يستمع قصصهم وتاريخ مشكلتهم.

### سلبيات الإرشاد النفسي الجماعي:

- 1 - يحتاج الإرشاد الجماعي إلى خبره وتدريب خاص قد لا يتوافر لدى كثير من المرشدين.
- 2 - شعور بعض المسترشدين بالحرج أو الخجل حيث يكشفون عن أنفسهم ويتحدثون عن مشكلاتهم أمام الآخرين.
- 3 - احتمال ظهور بعض المضاعفات حيث قد يتعلم بعض المسترشدين أنماط سلوكية غير سوية لم يكونوا يعرفونها من قبل.

- 4 - قد تضيع المشكلات الخاصة خلف أولوية مناقشة المشكلات العامة قد يتعلم المسترشدون أنماط سلوكية جديدة غير مرغوب فيها.
- 5 - اعتبار المسترشد عضو في جماعة إذن حل المشكلة ككل أول أو الاهتمام بها ثم الفرد.

الإرشاد الفردي	الإرشاد الجمعي
الجلسة الإرشادية عادة أقصر حوالي ٤٥ دقيقة	الجلسة الإرشادية عادة أطول حوالي «ساعة ونصف»
يتركز الاهتمام على الفرد	يتركز الاهتمام على كل أعضاء الجماعة
يتركز الاهتمام على المشكلات الخاصة	التركيز على المشكلات العامة
أكثر فعالية في حالة المشكلات الخاصة	أكثر فعالية في حالة المشكلات العامة والمشاركة
يبدو اصطناعياً أكثر	يبدو طبيعياً أكثر
يتيح فرصة الخصوصية والعلاقة الأقوى بين المرشد والمسترشد.	يتيح فرصة التفاعل الاجتماعي مع الآخرين
يأخذ فيه المسترشد أكثر من ما يعطي.	يتفاعل المسترشدون ويقدموا نشاطات مختلفة
دور المرشد أبسط.	دور المرشد أصعب وأكثر تعقيداً.

### البرنامج الإرشادي: يعرف البرنامج الإرشادي:

- جهود لحل المشكلات الفردية والجماعية وتطور الشخصيات وتغيير السلوك والاتجاهات في موقف جمعي).
- (المساعدة التي تقدم للتلاميذ أو الطلبة في اختيار نوع الدراسة المناسبة لهم التي يلتحقون بها والتكيف والتغلب على الصعوبات التي تعترضهم في الحياة المدرسية).

- (إجراءات وعمليات تنظيم وتنفيذ بهدف تحقيق أهداف تربوية وشخصية معينة)
- (برنامج مخطط ومنتظم على اسس علمية تتكون من مجموعة من الخدمات الإرشادية المباشر وغير المباشرة وتقدم هذه الخدمات لجميع من تضمهم هذه الدراسة لتحقيق النمو السوي والتوافق النفسي والاجتماعي والمهني).
- (مجموعة أو سلسله من النشاطات والعمليات التي ينبغي العمل بها لبلوغ هدف معين).

### البرامج الإرشادية والعلاجية:

تستعمل البرامج الإرشادية مع المشكلات التربوية والسلوكية والانفعالية والمعرفية كالتاخر الدراسي، تعزيز الثقة بالنفس، خفض حالات القلق الامتحاني مثلا، وغيرها من المشكلات، في حين تستعمل البرامج العلاجية لمعالجة الاضطرابات النفسية التي قد يعاني منها بعض الطلبة كالقلق العصبي، واضطرابات ما بعد الصدمة وغيرها من الاضطرابات...

### خطوات اعداد البرامج الإرشادية والعلاجية:

- 1 - تحديد الاحتياجات Needs Assessment
  - 2 - اختيار الاولويات Selected priorities
  - 3 - تحديد وكتابة الأهداف Determine and write goals
  - 4 - أيجاد برامج ونشاطات وفعاليات لتحقيق الأهداف.
- Develop Activities & programs to meet goals & objectives
- 5 - تقويم البرنامج . Evaluale program

### أولاً: تحديد الاحتياجات: Needs Assessment

- لتحديد حاجات افراد العينة يعتمد المرشد على عدد من المعطيات لصياغة موضوعات الجلسات الإرشادية وكما يأتي :-
- 1 - اعد قائمة بالفقرات من خلال تحليل فقرات المقياس، وذلك لتحديد ما

يقابلها من الحاجات الإرشادية لان فهم حاجات المسترشدين تساعد المرشد على توظيفها في تصميم البرنامج.

2 - نتائج المقياس الذي يطبق على عينة التجربة وفيه الدرجة رتبت تصاعديا واحتسب الدرجات التي تقع اقل من درجة القطع كمشكلة يصاغ عنها موضوع يمكن ترجمته إلى أهداف سلوكية، قابلة التطبيق.

### ثانياً: اختيار الأولويات Selected Priorities

1 - ترتيب الحاجات التي حددت في الفقرة اولاً من خلال ايجاد المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للمقياس والتي حددت الاولويات من خلال ترتيب فقرات المقياس تصاعديا.

2 - تحويل هذه الحاجات إلى موضوعات للجلسة الإرشادية (الفقرات) التي لها علاقة بالموضوع نفسه في الجلسة الإرشادية نفسها.

### ثالثاً: تحديد الأهداف:

تساعد الأهداف المرشد النفسي على تحديد الاداء الناجح واساليب حل المشكلة كما انها تحدد التوجيهات الأساسية للإرشاد التي ينبغي ان يستعملها المرشد، فضلاً عن كونها تساعد على إجراء التقييم من خلال تحديد المشكلة، والتحقق من النجاح الذي يحرزها المسترشد في احداث التغييرات المطلوبة. كذلك ان تحديد الأهداف من شأنه ان يقوم العملية الإرشادية ومن ثم تحسين الطرائق المستعملة.

وتحدد أهداف البرنامج الإرشادي بما يأتي :-

أ - الهدف العام: هذه الأهداف تعني بوصف النتائج النهائية لمجمل العملية الإرشادية، كما انها تصف توقعات المرشد عن امكانية اكتساب المسترشدين مهارات وقدرات بعد تطبيق البرنامج الإرشادي.

ب - الأهداف الخاصة: وهي أهداف فرعية تتوزع بواقع هدف لكل جلسة إرشادية.

ج - الأهداف السلوكية: تنبثق من الهدف الخاص بالجلسة وتتضمن هذه الأهداف وصف السلوك المطلوب اداؤه بعد الانتهاء من كل جلسة إرشادية، من خلال التحديد الدقيق لهذا السلوك ليستطيع المرشد معرفة مدى تحقيقه، كما ان هذه الأهداف تكون اجرائية قابلة للقياس والملاحظة بشكل مباشر، الهدف منها هو مساعدة المسترشد على الانتقال تدريجيا من مستوى الاداء الحالي إلى تحقيق الأهداف العامة.

#### رابعاً: تحديد النشاطات والفعاليات ذات العلاقة بأهداف البرنامج الإرشادي:

- اختيار النشاطات ذات العلاقة بالنظرية المتبناة والأساليب المستعملة، إذ ينبغي عند تصميم البرنامج الإرشادي اعتماد نظرية متخصصة بالإرشاد النفسي، ومن ثم اعتماد تقنية أو أكثر من تقنيات النظرية المتبناة، ان النشاطات والفعاليات تعد خطط عمل تصمم لتحقيق أهداف كل مسترشد أو مساعدته على الانتقال نحو الأحسن، إذ ليس هناك فنية أو نشاط كامل لفهم مشكلة ما، تناسب المواقف جميعها، لذا فان استعمال التقنيات المختلفة تساعد الافراد المختلفين على دراسة مشاكلهم المختلفة.

#### خامساً: - تقويم النتائج:

يكمن الهدف الأساسي من تقويم البرنامج في التصحيح والتعديل وتلافي وجه النقص في وسائل والطرائق تنفيذها وتتم عن طريق تحديد أسئلة والإجابة عليها أو من طريق كمي أو نوعي أو موضوعي، فإذا ما تحققت الأهداف فسينعكس ذلك بالضرورة على التغيرات المرغوبة التي ستطرأ على سلوك الفرد.

ويتضمن البرنامج ثلاثة انواع من التقويم: -

أ - التقويم التمهيدي: يتمثل بالإجراءات التي تسبق البرنامج الإرشادي وهي ما تمثل بالصدق الظاهري إذ يعرض البرنامج على مجموعة من الخبراء والمختصين في مجال الإرشاد النفسي للحكم على صلاحية الجلسات

وعناوينها والنشاطات والفعاليات وعن مدى اتساقها مع إطارها النظري، وكذلك يتمثل التقييم التمهيدي بتكافؤ العينات (التجريبية والضابطة) وتحديد الحاجات على وفق ما حصلت عليه الفقرات من درجات من طريق استخراج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لبيان حدة المشكلة.

ب - التقييم البنائي: يتمثل بإجراء عملية التقييم في أثناء عقد الجلسات الإرشادية، فتطرح الأسئلة الخاصة بموضوع الجلسة ومناقشة اجوبة المسترشدين، كذلك يتضمن هذا الإجراء الاستماع إلى آرائهم ومقترحاتهم حول كل ما يدور في أثناء الجلسة للتوصل إلى الآراء التي من شأنها ان تغني الجلسات وتطورها لتطبيق بصورة افضل.

ج - التقييم النهائي: يتمثل بتطبيق المقياس في نهاية البرنامج الإرشادي على المسترشدين لمعرفة التغيرات التي تطرأ على سلوكهم من خلال درجاتهم.



الجزء الثاني:

# الصحة النفسية

**Mental Health**



## الفصل الأول:

# التعريف بالصحة النفسية

إن الأمراض النفسية والعقلية قديمة قدم الإنسانية، ولقد مرّ تطور الصحة النفسية بتاريخ طويل يرجع إلى حوالي خمسة آلاف سنة، ومن المفيد أن نلقي نظرة تاريخية لتطور الصحة النفسية عبر العصور:

أ. العصور القديمة: تعود الجذور التاريخية للصحة النفسية والأمراض النفسية في الحضارة المصرية والحضارة البابلية والحضارة الصينية والسومرية والحضارة الهندية منذ ثلاثمائة سنة (ق. م)، وكان الاعتقاد السائد أن الأمراض النفسية والعقلية ترجع إلى قوى خارجية وأن سببها (مس الجن) وتأثير الأرواح الشريرة، لذلك كان المريض يعاني أفكاراً بدائية وعلاج بدائي، لازال موجوداً في وقتنا الحاضر في بعض المجتمعات البدائية والطبقات المحدودة الثقافة، إنبثق عن هذا الاعتقاد محاولات علاجية بدائية: مثل (عملية تربنة الجمجمة) أي إحداث ثقب بها حتى يخرج منه الروح الشريرة كما أدعى السحرة والعرافون، وقد كان رجال الدين يأخذون المريض إلى المعابد حتى يعود السلام إلى حياته، وكان المريض يعزل حتى لا يؤذي نفسه ويؤذي الآخرين، وفي زمن الحضارة اليونانية والرومانية خاصةً في الفترة بين (500 ق م - 200 بعد الميلاد) نمت المعرفة إلى أن المخ هو العضو الذي يركز فيه النشاط العقلي المعرفي وأن المرض العقلي دليل على اضطراب المخ، وقد ناقش إفلاطون في كتاب الجمهورية العقل والكائن البشري ووجه عناية إلى المعاملة الإنسانية

والفهم اللازم لعلاج المرضى وتوقيع غرامة على من يهمل المريض العقلي كذلك أرسطو ناقش (العقل والكائن البشري) ووجه عناية إلى أحلام المريض وأهميتها. وفي العالم الإسلامي والعربي ازدهرت علوم الطب والعلاج، ومن أعلام العرب (الطبري، الرازي، ابن سينا) وتأثر العرب بروح الإسلام في رعايتهم للمرضى العقلين وإقامة المستشفيات.

ب. **العصور الوسطى:** حدثت نكسة عبر العصور الوسطى، وعاد الفكر الخرافي وانتشرت الشعوذة وساد الدجل مرة أخرى وعادت فكرة تملك الجن والأرواح الشريرة لجسم المريض وتعتبر العصور الوسطى عصور مظلمة بالنسبة للعلاج النفسي، وقام رجال الدين بمحاولات علاجية تحت أسم (العلاج الديني) أو (العلاج الأخلاقي) وكان العلاج يتكون من بعض الأعشاب ومياه الآبار (المباركة) والتعويزات والأناشيد بقصد طرد الشيطان والجان، وكذلك كانوا يربطون المريض بالسلاسل وتجويعه وضربه بالسياط بدعوى أن هذه الطريقة تعيد الذاكرة وتفتح شهية المريض.

ج. **العصر الحديث:** وهذا العصر عصر النهضة العلمية ومنذ أن قامت الثورة الفرنسية سنة 1789م أشرق نور جديد على طريق الإصلاح وأُعيد النظر في الأفكار التقليدية وتغيرت النظرة إلى المرض العقلي كمرض مثله مثل أي مرض جسمي آخر. وبدأ الإهتمام بالنظرة الإنسانية للمرضى العقلين وأقيمت المستشفيات وتحسنت بيئتها من حيث الرعاية والعلاج ورفعت عنهم السلاسل وتحرروا من الزنانات في فرنسا وألمانيا وأميركا، وأُتيحت لهم فرصة التنزه والترفيه والعمل وتحسنت معاملتهم في المجتمع. وفي بداية القرن التاسع عشر تحسنت الحالة وظهرت أول مجلة علمية تختص بالأمراض النفسية. (5: 19) وبدأ تدريس الأمراض العقلية والنفسية على شكل محاضرات ودرست كثير من الأمراض النفسية وتحديدها ومعرفة أسبابها وعلاجها مثل: الهوس والإكتئاب والفصام. الخ، كذلك ظهور النظريات التي فسرت الأمراض النفسية مثل

نظرية التحليل النفسي والنظرية السلوكية وغيرها، أما الوضع الحالي فقد ازداد الاهتمام بالصحة النفسية وظهور ثورة العلاج الجسمي بالصدمات والأدوية والجراحة، بحيث يشمل العلاج النواحي النفسية والطبية والاجتماعية وبناء المستشفيات والعيادات النفسية وتطور الدراسات والبحوث النفسية.

### مفهوم الصحة النفسية:

إن للصحة النفسية مفاهيم ومعاني كثيرة، وسنعرض أكثر من مفهوم من هذه المفاهيم بغية الوصول إلى تعريف شامل يمكن ان نستعمله بشكل يسمح لنا بالإفادة من هذا التعريف في توجيه الأفراد إلى فهم حياتهم والتغلب على مشكلاتهم، حتى يستطيعوا ان يعيشوا حياة سعيدة، وان يحققوا رسالاتهم كأفراد عاملين متوافقين في المجتمع.

أولاً: إن المفهوم الأول يذهب إلى القول بأن الصحة النفسية هي الخلو من أعراض المرض العقلي أو النفسي، ويلقى هذا المفهوم قبولاً في ميادين الطب العقلي. ولاشك ان هذا المفهوم إذا قمنا بتحليله نجد أنه مفهوم ضيق ومحدود لأنه يعتمد على حالة السلب أو النفي، كما انه يقصر معنى الصحة النفسية على خلو الفرد من أعراض المرض العقلي أو النفسي، وهذا جانب واحد من جوانب الصحة، فقد نجد فرداً خالياً من أعراض المرض العقلي أو النفسي ولكنه مع ذلك غير ناجح في حياته وعلاقاته مع الآخرين، سواء في العمل أو في الحياة الاجتماعية، فعلاقاته تتسم بالاضطراب وسوء التوافق، ان مثل هذا الفرد يوصف بأنه لا يتمتع بصحة نفسية سليمة، على الرغم من خلوه من أعراض المرض العقلي أو النفسي.

ثانياً: أما المفهوم الثاني للصحة النفسية فيأخذ طريقاً واسعاً شاملاً غير محدد فهو يرتبط بقدرة الفرد على التوافق مع نفسه ومع الآخرين، وان هذا التصور الايجابي للصحة النفسية يختلف عن ذلك التصور السلبي القائم على مجرد الخلو من الاعراض المرضية العقلية أو النفسية.

وعلى هذا تعرف الصحة النفسية بانها « ليس مجرد الخلو من الأمراض العضوية والاضطرابات العقلية والسلوكية بل التوافق مع الذات والمجتمع توافقاً يؤدي إلى الشعور بالأمن النفسي والقدرة على مواجهة الأزمات النفسية بأساليب توافقية سليمة ومباشرة وصولاً إلى التمتع بالرضا والسعادة».

تعريف منظمة الصحة العالمية (W H O): حالة من الراحة الجسمية والنفسية والاجتماعية وليست مجرد عدم وجود المرض.

ويمكن لنا أن نعرف الصحة النفسية على انها:

حالة من التوافق الدائم نسبياً بين الفرد وذاته وبين الفرد والآخرين يؤدي به إلى الشعور بالرضا والأمن النفسي والسعادة ويستطيع تلبية حاجاته وتحقيق أهدافه وطموحاته وذاته على وفق قدراته وإمكاناته بإيجابية وكفاءة.

ومن هذه التعريفات وغيرها نجد أنها تؤكد على أن الصحة النفسية هي:

1. حالة دائمة نسبياً من التوافق النفسي (شخصياً وفعالياً واجتماعياً).
2. شعور الفرد بالسعادة مع نفسه ومع الآخرين.
3. يستطيع تحقيق ذاته.
4. يستغل كل إمكاناته في حدود استطاعته الحقيقية من أجل أن يحقق وجوده.
5. يكون شخصاً إيجابياً ومنتجاً من أجل مجتمعه.

### معايير الصحة النفسية

أ. المعيار الذاتي: إن الفرد يتخذ من ذاته إطاراً مرجعياً يرجع إليه في الحكم على السلوك السوي أو غير السوي، فالسلوك السوي يحقق لصاحبه الشعور بالارتياح ويخفف توتره ويحرره من الصراع والقلق ويمكنه من تحقيق أهدافه وإشباع حاجاته، ويساعده على التوافق الحسن مع نفسه ومع الآخرين، إن حكم الشخص على سلوكه بأنه سوي أو غير سوي ليس حكماً ذاتياً خالصاً، بل فيه كثير من الموضوعية لأن كل فرد يستخدم في حكمه على السلوك أحكاماً

تعلمها من مجتمعه وقيماً أكتسبها من ثقافته وهذا ما يجعل أحكامه تتفق مع أحكام غيره من أفراد مجتمعه لأن إطارهم المرجعي واحد هو قيم ومعايير مجتمعهم التي تمثلوها في صغرهم.

ومن أهم المآخذ على هذا المعيار هي ذاتية الفرد في حكمه على سلوك الآخرين، ونسبية الأحكام لدى الأفراد، إهمال الفروق الفردية في نمو الضمير، كما أن الفرد ليس معصوماً من الخطأ فقد تتعرض أحكامه للتحريف والتزييف المقصود وغير المقصود فيخطئ فيها ويعمل السوء وهذا يعني أن هذا المحك يصلح بصالح الفرد ويفسد بفساده.

ب. المعيار الاجتماعي: يحتكم هذا المعيار إلى معايير المجتمع وقيمه في الحكم على السلوك السوي أو غير السوي ويعتبر ما يقبله المجتمع ويرضى عنه سلوكاً سوياً وما يرفضه سلوكاً غير سوي، إن معايير السلوك وقيم الأخلاق نسبية تختلف من مجتمع إلى آخر، ومن زمان إلى زمان، كما يدل شيوع السلوك في المجتمع وانتشاره بين غالبية الناس على تقبل المجتمع له ورضاه عنه، ويعد هذا المعيار محكاً جيداً في تحديد السلوك السوي وغير السوي لأن هدف المعايير الاجتماعية تحقيق مصلحة مجموع أفراد المجتمع وحماية وحدتهم وتنظيم سلوكياتهم وعلاقاتهم، ومن يلتزم بها كان شخصاً سوياً ومن يعتدي عليها كان شخصاً غير سوي.

ومن المآخذ على هذا المعيار نسبية الأحكام الاجتماعية على السلوك لاختلاف المعايير الاجتماعية من مجتمع إلى آخر واختلافها في المجتمع الواحد من عصر إلى آخر. كما أن تقبل الناس للسلوك ورضاهم عنه وإقبالهم عليه لا تكفي دليلاً على سوائه وحسنه فقد ينتشر سلوك ويقبله الناس بالرغم من شذوذه وغرابته كما أن أحكام المعايير الاجتماعية على السلوك تختلف باختلاف ظروف المجتمع وإمكاناته ونظمه وما يطرأ عليه من تغيرات فقد تتعرض بعض قيم المجتمع للتغيير فتحل قيم جديدة محل قيم قديمة ويصبح في المجتمع سلوكيات يستحسنها جيل

وينكرها جيل آخر، فالمعيار الاجتماعي قائم في البلد الواحد ولكنه ليس ثابتاً من جهة، وليس عاماً في المجتمعات المختلفة من جهة أخرى.

ج. المعيار التواؤمي: هو الجمع بين المعيارين الذاتي والاجتماعي في معيار نمو الفرد وصالح الجماعة لتلافي عيوب المحك الاجتماعي وعلى اعتبار أن السلوك السوي يحقق نمو الفرد ومصصلحة الجماعة معاً، فإذا أدت الموافقة الاجتماعية إلى مزيد من النمو للفرد وللجماعة يعد السلوك عادياً، أما إذا حدث العكس فيعتبر السلوك مرضياً وقد حظي هذا المحك بالقبول لأنه أدق المحكات في تحديد السلوك السوي وغير السوي لقيامه على تحقيق التوازن بين مصلحة الفرد والجماعة، ومن مآخذ صعوبة تطبيقه لعدم وضوح الحدود الفاصلة بين مصالح الفرد ومصالح الجماعة واختلاف المجتمعات حول حقوق وواجبات كل من الفرد والجماعة.

د. المعيار المثالي: وفيه تعتبر السوية هي المثالية والكمال أو الاقتراب منهما، وغير السوية هي الانحراف عن المثل الأعلى أو الكمال، فالمعيار الذي يقاس به هو مدى اقتراب الفرد من الشخصية الكاملة في كل شيء.

ومن المآخذ عليه أنه مفهوم غامض يتعذر قياسه وحتى لو أمكننا قياسه فسوف نجد أنه لا ينطبق إلا على قلة قليلة من الناس، كما أنه غير واقعي إذ لا يوجد إنسان معصوم من الخطأ ووصلت أفعاله وأقواله إلى المستوى الأمثل في الخير والحكمة.

هـ. المعيار الإحصائي: يتخذ المتوسط أو المنوال أو الشائع معياراً للسلوك السوي والانحراف عنه هو غير سوي، ومن المآخذ عليه أن انتشار السلوك وتكرار حدوثه عند غالبية الناس في المجتمع لا يعني حسنه وقبوله اجتماعياً، كما أن مصطلح العادي لا معنى له إلا في إطار اجتماعي معين، وإن الابتعاد عن الوسط ليس بالضرورة علامة على غير السوي مثل المتفوقين عقلياً.

## مؤشرات الصحة النفسية

هناك عدد من المؤشرات لتحديد الشخصية السوية أو الصحة النفسية السليمة، فقد وضع (ماسلو وتلمان) قائمة بعدد من المؤشرات والدلالات للاستدلال على سلامة الحالة النفسية وتم تعديل هذه القائمة من (كوفيل وآخرين) وتتضمن هذه القائمة المؤشرات الآتية: -

- 1 - شعور الفرد بالأمن.
- 2 - درجة معقولة من تقويم الفرد لذاته.
- 3 - أهداف حياته تتسم بالواقعية.
- 4 - اتصال فعال بالواقع.
- 5 - تكامل وثبات في الشخصية.
- 6 - القدرة على التعلم من الخبرة التي يمر بها الفرد.
- 7 - تلقائية مناسبة لمواجهة المواقف.
- 8 - انفعالية معقولة في المواقف.
- 9 - القدرة على إشباع حاجات الجماعة أو المساهمة مع درجة من الاستقلالية عن الجماعة
- 10 - رغبات جسدية غير مبالغ فيها والقدرة على إشباع هذه الرغبات بصورة معقولة.

## التوافق النفسي

### 1. لمحة عن ظهور مصطلح التوافق:

لقد أشتق مصطلح التوافق من مصطلح التكيف، وذلك بعد ظهوره كمفهوم مستمد أساساً من علم البيولوجيا على نحو ما حددته نظرية النشوء والارتقاء (1859)، ويشير هذا المفهوم عادة إلى أن الكائن الحي يحاول أن يوائم بين نفسه والعالم الطبيعي الذي يعيش فيه محاولة منه من أجل البقاء.

«وعندما حدد أوبرت **Aubert** مفهوم التكيف سنة (1860) كان يعني به ما يحدث لحدقة العين من تغير نتيجة لشدة الضوء الذي يقع عليها».

ثم أصبح هذا المفهوم يصف سلوك الإنسان كردود أفعال لعديد من المطالب والضغوط البيئية التي يعيش فيها، كالمناخ وغيره من عناصر البيئة الطبيعية، ففي شهور الصيف يحاول الإنسان أن يخفف من ملابسه كي يتلاءم مع الجو الحار، في حين يكون في فصل الشتاء يحاول أن يتدثر في ملابس ثقيلة تقيه غائلة البرد، وكذلك الحال بالنسبة للمسكن والطعام وغيرها، وقد وظف علم النفس المفهوم البيولوجي للتكيف واستعمله في المجال النفسي الاجتماعي تحت مصطلح التوافق، ومن الطبيعي أن ينصب اهتمام علم النفس على البقاء السيكلوجي، والاجتماعي للفرد أكثر مما ينصب على البقاء الطبيعي والبيولوجي.

والتوافق مصطلح مركب وغامض إلى حد كبير، لأنه يرتبط بالتصور النظري للطبيعة الإنسانية وبتعدد النظريات والأطر الثقافية المتباينة. وربما كان أحد أسباب غموض هذا المصطلح هو الخلط بين المفاهيم، ففي الإنجليزية نجد كلمات **Conformity** **Adjustment** - **Accomodation** - **Adaptation** وفي العربية نجد كلمات: توافق، تكيف، تلاؤم، مسايرة، مجارة، ويمكن أن نفرق بين المفاهيم السابقة اعتمادا على الآتي:

1 - **Accomodation** وترجمتها العربية تلاؤم، وهو مصطلح اجتماعي يستخدم باعتباره عملية اجتماعية وظيفتها تقليل أو تجنب الصراع بين الجماعات.

2 - **Conformity** وترجمتها العربية مسايرة وهو أيضا مصطلح اجتماعي يعني الامتثال للمعايير والتوقعات الشائعة في الجماعة.

3 - **Adaptation** وترجمتها العربية تكيف، ويفضل أن يقتصر استخدام هذا المصطلح - كما قصد بذلك دارون - على اعتباره مصطلحا بيولوجيا يعني قدرة الكائن الحي على أن يعدل من نفسه أو يغير من بيئته إذا كان له أن يستمر في البقاء، بحيث يؤدي الفشل في هذا التعديل إلى انقراض الكائن أو اختفائه من الحياة.

4 - Adjustment: والترجمة العربية لهذا المصطلح هي «توافق» وهو المفهوم النفسي الذي يرتبط بدراستنا والذي سنوليه قدرا من الأهمية.

وقد تعدد تعريفات التوافق، إلا أنه يمكن حصرها في ثلاثة اتجاهات رئيسية:

- الاتجاه الأول: يرى أن التوافق عملية فردية تبدأ وتنتهي بالفرد، ويتضمن المعيار الرئيسي للتوافق الجيد الإشباع الكافي لحاجات الفرد وتوافر حالة من التوازن الداخلي لديه.

- الاتجاه الثاني: يرى أن التوافق عملية اجتماعية تقوم على الانصياح للمجتمع بصرف النظر عن رضا الفرد عن هذا الانصياح، ويعني الإطار الاجتماعي بمعناه العام توافق الفرد كما يقيم من الخارج بمعايير شكلية أو غير شكلية يقوم بوضعها الآخرون، كما يستخدم المصطلح بمعناه الضيق فيشير إلى التوافق مع الآخرين.

- أما الاتجاه الأخير فهو الاتجاه التكاملي وهو يوفق بين ما هو فردي وما هو اجتماعي.

## 2. تعريف التوافق النفسي:

يحتوي مصطلح التوافق النفسي على معان كثيرة تتمثل بالتعريفات الآتية:

1 - المعجم الشامل للمصطلحات السيكولوجية والتحليل النفسي: التوازن المنسق بين الكائن وما يحيط به، بحيث تعمل كل الوظائف التي تحافظ على استمرارية الكائن بشكل سوي ولا يمكن التوصل إلى هذا التوافق التام فهو مجرد نهاية نظرية لمتصل متدرج من درجات التوافق الجزئي.

أو هو: علاقة منسقة مع البيئة تتضمن القدرة على إشباع معظم حاجات الفرد ومواجهة معظم متطلباته الجسمية والاجتماعية التي تفرض نفسها عليه.

هو حالة يتم فيه إشباع حاجات الفرد من جانب ومطالب البيئة من جانب آخر، إشباعا تاما، وهي تعني الاتساق بين الفرد والهدف أو البيئة الاجتماعية.

التوافق هو: عملية تفاعل مستمرة غير مكتملة تلاحظ فيها العلاقات بين السبب والنتيجة، فالتوافق عملية تفاعل بيننا وبين بيئتنا يتضمن إما التوافق معها أو تعديلها فنعدل ما يحيط بنا من ظروف أو نعدل في سلوكنا، وهذا التفاعل بين أنفسنا وبين بيئتنا جزء مكمل لحياتنا، ويعتمد التوافق السليم على التفاعل الناجح والتوافق عملية مستمرة فلا الفرد ولا العالم من حوله جامدا فكل منهما يتغير والاعتراف بعملية استمرارية التفاعل يؤدي بنا إلى التحقق من أنه ليس هناك توافق بشري كامل أو مثالي فالتوافق محاولة لإقامة علاقة مرضية مع البيئة، والتوافق عملية أسباب ونتائج فعند دراستنا للتوافق نفترض أن هناك علاقة منظمة وقانونية بين أي سلوك وظروفه السابقة أي بين الأسباب والنتائج.

عملية دينامية مستمرة بين الفرد وذاته، وما يحيط به من مؤثرات داخلية وخارجية، وأن يكون فعالا متوازنا ومنتجا في بيئته بمختلف جوانبها (العمل، المدرسة، المجتمع).

### التوافق وعلاقته ببعض المفاهيم:

يرى مجموعة من الباحثين أن دراسة الصحة النفسية ما هي إلا دراسة للتوافق، وأن حالات عدم التوافق تعتبر مؤشرا أساسيا لاختلال الصحة النفسية، كما يرى باحثون آخرون أن السلوك التوافقي ليس هو الصحة النفسية، بل أحد مظاهرها، فالصحة النفسية حالة أو مجموعة شروط والسلوك التوافقي دليل توافرها.

إن العلاقة بين التوافق والصحة النفسية علاقة وطيدة، حيث إن الكائن الحي والبيئة متغيران ولذلك يتطلب كل تغيير تغيرا مناسباً للإبقاء على استمرار واستقرار العلاقة بينهما، وهذا التغيير هو التكيف والموائمة والعلاقة المستمرة بينهما هي التوافق، وكثيرا ما يستعمل المصطلحان تكيف وتوافق كما لو كان مترادفان ولكن الكلمة الأولى تشير إلى الخطوات المؤدية للتوافق، والثانية إلى حالة التوافق التي يبلغها الفرد، والصحة النفسية ما هي إلا قدرة الفرد على التوافق مع نفسه ومع المجتمع الذي يعيش فيه، وهذا يؤدي إلى التمتع بحياة خالية من التأزم

والاضطرابات، حياة مليئة بالسعادة والحماس ومعنى هذا أن يتقبل ذاته كما يتقبل الآخرين، فلا يبدو منه ما يدل على عدم التوافق الاجتماعي بل يسلك سلوكا معتدلا يدل على اتزانه الانفعالي والعاطفي والعقلي، في ظل مختلف المجالات وتحت تأثير جميع الظروف.

### التوافق والتكيف:

إن لفظة التكيف تستخدم للدلالة على مفهوم عام يتضمن جميع ما يبذله الكائن الحي من نشاط من أجل البقاء أي تدل على الجانب البيولوجي للفرد مع البعد البيئي، أما لفظة التوافق فتشير إلى الجانب النفسي من نشاط الإنسان مع البعد الاجتماعي. كما يمكن أن نفرق بين التوافق والتكيف بما يلي:

- التوافق مفهوم خاص بالإنسان أساسا، إذ يسعى لتنظيم حياته ومواجهة مشكلاته، وإشباع حاجاته كي يصل إلى النجاح سواء في مجال الأسرة أو العمل أو مع الأصدقاء، أما مفهوم التكيف فيشمل كل من الإنسان أو الحيوان والنبات إزاء البيئة الفيزيكية التي يعيشون فيها.
  - التكيف مرتبط بإشباع الحاجات البيولوجية، وخض التوتر الناتج عن أثارها دون النظر إلى النتائج التي قد يترتب عن هذا الإشباع، أمل السلوك التوافقي، فيحدد باعتبار اجتماعية بالدرجة الأولى حتى يكون مناسبا ومقبولا.
- وهذا يعني أن التكيف يشمل كل من الإنسان والحيوان والنبات بعلاقته مع البيئة التي يعيش فيها، وقد يحدث تحويلات في كيانه لمواجهة المشكلات وصعوبات مفروضة عليه في البيئة، أما التوافق فهو مفهوم خاص بالإنسان في سعيه لتنظيم حياته وحل صراعاته ومواجهة مشكلات حياته من توترات وصولا إلى الرضا النفسي فالتوافق إذا هو مفهوم إنساني فقط.

## أبعاد التوافق:

### 1- التوافق الشخصي والانفعالي:

يتمثل التوافق الانفعالي في إدراك الشخص للجوانب المختلفة للمواقف التي تواجهه، ثم الربط بين هذه الجوانب وما لديه من دوافع وخبرات وتجارب سابقة من نجاح وفشل، تساعد على تعيين وتحديد نوع الاستجابة التي تتفق ومقتضيات الموقف الراهن، وتسمح له بتكييف استجابته تكييفاً ملائماً ينتهي به الفرد إلى التوافق مع البيئة والمساهمة الإيجابية في نشاطها، وفي نفس الوقت ينتهي إلى حالة من الشعور بالرضا والسعادة.

فالتوافق الشخصي يعني: أن يتميز الفرد بالثبات والاتزان الانفعالي مما يؤثر إيجاباً على نظراته لنفسه، وهذا لم يتوفر للفرد إلا إذا كان على وعي بانفعالاته وقدرته الكاملة على إدارتها وتوجيهها الوجهة الصحيحة.

إن توافق الفرد لا بد أن يكون محوره الأساسي ومركزه هو الجانب الانفعالي، فالتوافق الانفعالي ليس شيئاً قائماً بنفسه منفصلاً عن غيره، لأن انفعالية الفرد تتداخل في مجاله المهني والأسري أو غير ذلك من المجالات، فقد تمثل انفعالية الفرد صورة من صور الاضطراب، فالثبات الانفعالي بمثابة الصميم واللب للعملية التوافقية كلها.

كما أن الاتزان والثبات الانفعالي يلعبان دوراً كبيراً في توافق الفرد مع نفسه، وشعوره بالرضا مما ينعكس إيجاباً على حياته، وفعاليته اليومية، وقد أكدت الدراسات أن العواطف السلبية كالغضب والقلق... تؤثر سلباً على صحة الإنسان، وتوافقته. كما يتضمن التوافق الشخصي، التوافق العقلي الذي يتحقق بقيام كل العمليات العقلية بوظائفها كالإدراك والتفكير والقدرات بدورها كاملاً وبالتنسيق مع باقي العمليات.

ويقول مايرو سالوفي (Mayer salovey) أن الأشخاص الذين يتميزون بالوعي الذاتي واعي بحالتهم المزاجية، يتمتعون برؤية إيجابية لانفعالاتهم ويتمتعون بصحة نفسية جيدة ولديهم رؤية إيجابية للحياة.

**شروط تحقيق التوافق الشخصي:**

أ - إن الإنسان المتوافق هو ذلك الشخص الصحيح عقليا، هذا وتتطلب الصحة النفسية توافقا داخليا تمام مثل التوافق الخارجي أي ضرورة التوافق بين الدوافع والرغبات الشخصية المتصارعة ومنه فإن الشخص المتوافق هو الشخص الذي يتمتع بصحة نفسية.

ب - ضرورة تقبل الذات وأن يكون للشخص ثقة كبيرة بنفسه واحتراما لذاته وكذا القدرة على تقبل النقد والاستفادة منه وذلك حتى يتعرف على نقاط الضعف والقوة لديه وأن يقوم نفسه بواقعية وهذا ليصل بقدراته إلى الفعالية.

ج - أن يؤمن الفرد بقدرته على التعامل مع مشاكل الحياة وشعوره بالقبول من طرف الآخرين الذين يدفعه إلى الاعتماد على مبادئه الخاصة في توجيه سلوكه وتصرفاته بدلا من الاعتماد على معتقداته وأفكار الآخرين.

د - إشباع الفرد لدوافعه المختلفة بصورة ترضي الفرد والمجتمع في آن واحد ولا تتنافر مع معايير المجتمع ومعتقداته.

هـ - قدرة الفرد على مواجهة الواقع أي يتعامل الفرد مع مشاكل الشخصية مباشرة وذلك لتحقيق توافقه الشخصي الكفاء.

**2- التوافق الاجتماعي:**

ويتعلق بالعلاقات بين الذات والآخرين، إذ أن تقبل الآخرين مرتبط بتقبل الذات ومما يساعد على ذلك قدرة الفرد على عقد صلات اجتماعية راضية مرضية، وعلاقات تتسم بالتعاون والتسامح والإيثار، وتعتمد على ضبط النفس وتحمل المسؤولية والاعتراف بحاجته للآخرين، والعمل على إشباع حاجاتهم المشروعة ويجب ألا يشوب هذه العلاقات العدوان أو الارتياب أو الاتكال أو عدم الاكتراث لمشاعر الآخرين.

### شروط تحقيق التوافق الاجتماعي:

- أن يتقبل الفرد الآخرين كما يتقبل ذاته وأن يضع نفسه في مكان الآخرين، بمعنى أن يكون قادرا على التفكير والشعور والتصرف بنفس الطريقة التي يعقلها الآخرين.
- أن يكون الفرد متسامحا مع الآخرين، متغاضيا عن نقاط ضعفهم ومساوئهم ويمد لهم يد المساعدة إلى الذين يحتاجون إلى المساعدة.
- إن الشخصية المتكاملة المتوافقة تؤدي وظيفتها كجهاز يتمتع بمرونة كافية للتفاعل مع متطلبات الواقع المتجدد دائما ومن وجهة نظر شاملة لحياة فرد ما ولثقافته، فإن الحياة ككل تستمر حيث تكامل الحقيقة والقيم بطريقة مرضية.
- ولهذا يمكن القول بأن القدرة على التغيير والمرونة في السلوك تتفق مع متطلبات الواقع والتكامل الشخصي.
- نجاح الفرد في إقامة علاقات اجتماعية سوية مع الآخرين، يتيح له أن يشارك بحرية في أنشطة الجماعة، كما يتطلب منه أن يسخر مهاراته وإمكاناته لصالح الجماعة وهو لن يتراجع، وإنما سيكون قادرا على التنازل عن بعض الحاجات وفي المقابل سيحظى بقبول الجماعة واحترامها كما أنه سيستفيد من نتائج مهارات وأنشطة الأفراد الآخرين.
- أن تكون أهداف الفرد متماشية مع أهداف الجماعة، حيث لا تتعارض مع الهدف الإنساني الكبير وإلا حدث تناقض وتضارب بين أهداف الفرد وأهداف الجماعة ومن هنا ينشئ الصراع والتضارب بين الفرد والجماعة، ومن ثمة اضطراب في عملية التوافق الاجتماعي.
- شعور الفرد بالمسؤولية الاجتماعية، أي أن الفرد يجب أن يكون في تعاون وتشارك مستمر مع أفراد الجماعة ليصلوا إلى حل مشكلاتهم الاجتماعية، والتنظيمية التي تخص بناء الجماعة وتسييرها، إضافة إلى أن المسؤولية الاجتماعية تهدف إلى ضرورة احترام الفرد لآراء الآخرين والمحافظة على مشاعرهم.

## العوامل المؤثرة في التوافق النفسي الاجتماعي

هناك جملة عوامل تدخل ضمن التوافق وتؤثر عليه وربما تكون بعض الأحيان هذه العوامل متداخلة فتؤثر في شخصية اللاعب ومن ابرز هذه العوامل:

### 1. الحاجات الأولية والحاجات الشخصية:

وهي «مجموعة من الحاجات البيولوجية الجوهرية في جسم الكائن الحي وهذه الحاجات تكون فطرية ومتنوعة مثل الحاجة إلى الهواء والماء والغذاء وتنظيم درجة الحرارة والجنس والراحة، وتتوقف حياة الإنسان على إشباع هذه الحاجات».

أما الحاجات الثانوية أو الشخصية فانها اكثر غموضاً من الحاجات الأولية لأنها تمثل حاجات عقلية ومعنوية واجتماعية بدلاً من الحاجات الوظيفية للجسم، وتتطور وتنمو هذه الحاجات الثانوية وفقاً للنضج العقلي للاعب، ومن امثلة هذه الحاجات المنافسة - تحقيق الذات - الانتماء - الاعتراف والتقدير والمحبة والنجاح وغيرها، وتختلف الحاجات الثانوية من لاعب إلى آخر بدرجة تفوق تلك التي نراها في الحاجات الفسيولوجية الأولية كما إنها تنمو بالخصائص الآتية:

- إنها شديدة التأثير بالخبرة التي يمر بها اللاعب.
- إنها تتغير في داخل اللاعب ذاته.
- إنها تعمل في إطار الجماعة ولا تعمل منفردة.
- إنها تؤثر على السلوك بصفة عامة.
- إنها مشاعر غامضة وليست ملموسة كالحاجات الفسيولوجية.

### 2. العوامل الفسيولوجية:

تعود العوامل الفسيولوجية إلى بنية الجسم وما يحمله اللاعب من عوامل التكوين الوراثي وما يتأثر به من الحالات العارضة أو الطارئة التي تنتقل اليه من والديه أو من سلالته، فهناك البعض من الاباء أو الاجداد ممن يحملون اثاراً أو حالات مرضية وبالتالي تنتقل هذه إلى الابناء عند ذلك يشعر هذا الكائن الحي الذي انتقلت اليه هذه الصفة الوراثية ذات الطابع المرضي بأنه شخص غير مكتمل ويشعر بعقدة اسمها عقدة الشعور بالنقص مهما كان نوع الخلل أو نوع العاهة لهذا اللاعب.

### 3. التعلم والخبرة:

إن «القدرة على التوافق تنمو وتكتسب منذ الطفولة، عندما يعطى الطفل الفرصة لتعلم التعامل مع الخبرة الانفعالية غير المسرة». وكذلك تؤدي الأسرة واساليب المعاملة لوالديه المتبعة في تربية الابناء وتنشئتهم دوراً مهماً في توافق اللاعب، «وتختلف هذه التنشئة من مجتمع لآخر طبقاً لنظامه الاجتماعي والاقتصادي والتربوي وما يسود المجتمع من اتجاهات وقيم وانماط ثقافية ينعكس على وضع الأسرة واللاعب ومعاييرها الاخلاقية وتؤثر في اساليب معاملة الوالدين للاعب ويحتل الوالدان الدور الأساس والمهم في تعلم الابناء والتنشئة لانهما المصدر الاول في اشباع معظم حاجاتهم الفسيولوجية والنفسية، والقوة الاولى المباشرة في التنشئة التي تمارس تأثيرها على اللاعب منذ الولادة حتى مرحلة عمرية متأخرة من حياته.

### 4. القدرات العقلية:

هي «القوة الفعلية على الاداء التي يصل اليها اللاعب عن طريق التدريب أو بدونه، إذ تعد القدرات العقلية من اهم جوانب شخصية اللاعب المتوافقة التي يقوم عليها التوجيه، إذ ان النجاح في التدريب والمنافسة انما يقوم اولاً على أساس من قدرات اللاعب واستعداداته لمتابعة التدريب والمنافسة فالقدرات العقلية والبدنية والحركية تشكل بصورة مجتمعة عوامل الانجاز الرياضي فيجب التأكيد على تنمية هذه العوامل من خلال ممارسة الانشطة الرياضية من اجل تنمية التوافق النفسي الاجتماعي.

### 5. العوامل الاجتماعية والثقافية:

إن بعض اللاعبين يتميزون بالقدرة على إقامة علاقات اجتماعية موفقة مع اللاعبين الآخرين وعقد الصداقات وتدعيم الروابط في الجماعات التي يتصلون بها وتعد هذه العلاقات احد مقومات التوافق للاعب

كما ان المستوى الثقافي يؤدي الدور الأساس في التوافق لدى اللاعبين إذ ان اللاعب المثقف يدرك طبيعة الموقف وتفاصيله بحيث يواجه الموقف الحرج بما يمتلك من ثقافة ومعلومات، «وكلما كانت معارف اللاعب اكثر تنوعاً كلما أزداد من الكمال في استيعاب وصقل مهاراته وتنشئة صفاته النفسية كما ان اللاعب يستطيع ان يقيم الموقف الناشئ عن الصراع الرياضي بمزيد من السرعة اذا توفرت لديه الثقافة المتنوعة والمهارة المكتملة.

#### 6. مدى تقبل اللاعب للحقائق المتعلقة بقدراته الجسدية والشخصية:

يختلف اللاعبون من حيث قدراتهم واستعداداتهم الجسمية والعقلية وإمكانياتهم الشخصية في شتى المجالات، إذ إن هناك بعض اللاعبين تختلف طبيعة جسمه عمماً هو مألوف عند اللاعبين الآخرين فطول القامة عن الحد اللازم أو قصرها كالأقزام أو ضخامة الجسم أو نحافته بشكل كبير تجعل اللاعب غير متوافق مع نفسه ومع الآخرين ومع بيئته أيضاً.

وقد نجد بعض اللاعبين ممن يدركون أنفسهم على حقيقتها ويفهمون ذواتهم فهماً واقعياً عن وعي واستبصار، ان ذلك يهيئ لهم ان يتجنبوا الإحباط والإخفاق والفشل ويساعدهم على الانجاز السليم وتحقيق أهدافهم والتوافق في حياتهم لكننا في ذات الوقت نلاحظ ان البعض من اللاعبين يميلون إلى المبالغة في تصور قدراتهم ويتوهمون في أنفسهم أكبر من طاقاتهم، كما يحاول البعض ان يقلل من شأنه ويركز على نواحي قصور وعيوبه وبالتالي لا يستطيع ان يرى إمكانياته على حقيقتها مما يؤدي إلى سوء التوافق من اللاعبين الآخرين.

التوافق المهني: ويضم الاختيار المناسب للمنهة والاستعداد علماً وتدريباً لها والدخول فيها والإنجاز والكفاءة والإنتاج والشعور بالرضا والنجاح ويعبر عنه العامل المناسب في العمل المناسب.

## الأزمات النفسية:

يمر الإنسان بمراحل في حياته تشتد فيها التحديات والأزمات قد تصل به إلى مفترق طرق ويتنقل خلالها من مرحلة التردد إلى مرحلة أكثر قسوة هي مرحلة الانهيار أمام تلك التحديات والمشكلات والأزمات.

أن مفهوم الأزمة من المفاهيم الواسعة الانتشار في مجتمعاتنا المعاصرة، ويمس كل جوانب الحياة بدءاً من الأزمات الفردية، وانتهاءً بالأزمات الدولية، كما أن عالم الأزمات عالم حي ومتفاعل له خصائصه وأسبابه ومكوناته. كما يعد مفهوم الأزمة واحداً من المفاهيم التي يصعب تحديدها لشموليتها واتساع نطاق استعماله، ليشمل مختلف صور العلاقات الإنسانية السلبية في كافة مجالات التعامل، وعلى قدر مستوياته، وعادة ما ترتبط الأزمة بالإحساس بالخطر والتوتر وأهمية عنصر الوقت اللازم لاتخاذ قرارات وإجراءات المواجهة.

ومفهوم الأزمة في العلوم النفسية عبارة عن ضغوط نفسية داخلية أو تغير الحالة النفسية للفرد، وبالتالي تمثل مشكلة أو صعوبات تحد من أساليبه وقدراته التقليدية للتعامل مع الوضع الجديد وتعيقه من أنجاز أهدافه وتحدث خللاً في التوازن النفسي والاجتماعي للفرد، كما تعد موقف أو حادثة غير مرغوبة تؤدي إلى تعطيل الفرد أو الجماعة عن القيام بدورهم بصورة طبيعية، وقد حرص علم النفس على دراسة الآثار النفسية للأزمات، والتي قد تتخذ أشكالاً متنوعة (كالارتباك، والصدمة، والقلق، والتوتر، وعدم التوازن) وغالبا ما تسبب ارتباكاً كبيراً للناس في حياتهم وأساليب تكيفهم مع الضغوط، وعادة ما تثير مشاعر الخوف وتوتر العلاقات المستقرة.

يتبين مما سبق أن الأزمة موقف أو مرحلة يمر بها الفرد أو الجماعة أو المجتمع نتيجة لحدوث مشكلة كبيرة لم يتم مواجهتها في بداية الأمر، أو عجز مستمر عن إشباع احتياج معين، مما يؤدي إلى عدم قدرة هذه الوحدات على أداء وظائفها المتوقعة منها، ويسفر عن ذلك حدوث حالة من اللاتوازن مما يتطلب جهود مكثفة لمواجهتها لان تركها أو حلها بأسلوب خاطئ وأساليب غير سليمة، يولد مشكلات

عديدة تهدد كيان الوحدات واستقرار الأفراد ذلك لأنها تعبر عن موقف ينتج عن نقص في إشباع احتياجات الأفراد النفسية والاجتماعية الأساسية أو الضرورية أو تراكم الاحباطات وسوء التوافق أو نتيجة للتفاعل بينهما بطريقة تهدد حياتهم وتحول دون قيامهم بأداء أدوارهم ووظائفهم الإدارية والاجتماعية.

وعليه يمكن تعريف الأزمات النفسية بانها: (ضغوط وأحداث ومواقف نفسية داخلية تؤثر على حالة الفرد النفسية تتمثل في صعوبات تواجه الفرد مما تحد من أساليبه وقدراته التقليدية للتعامل والتكيف وبالتالي تعيقه من إنجاز أهدافه وتحدث خللا في التوازن النفسي والاجتماعي للفرد).

وترجع أسباب الأزمة النفسية إلى مصدرين هما:

أولاً: أسباب بيئية: وترجع إلى عدم كفاية المعلومات في العمل، وغموض الأهداف، وانعدام روح التعاون بين، وعدم إنجاز العمل في الوقت المحدد، وتعرق سير النظام، وعدم توفر مراكز للإرشاد المهني والأكاديمي، وضغط الوقت.

ثانياً: أسباب ذاتية: وترجع إلى الفرد نفسه كاستجابته للضغط النفسي، وتقييم نفسه بمقدار العمل أو الإنجاز الذي حققه، ومحاولته لإتقان عمله في اقل وقت ممكن، وفي منافسته للآخرين، وتقديره للظروف المهنية التي يتعرض لها، وما مقدار نجاح عمله، فتظهر آثار الأزمة النفسية على الأفراد من خلال التوتر، والصرع، والقلق، والضيق، وشدة الانفعال، وبعض الاضطرابات السيكوسوماتية كارتفاع ضغط الدم، والقرحة، والشعور بالتعب والإرهاق، والصداع، وبعض المشكلات كعدم الثقة، وفقدان الشعور بالأمن، وعدم الرضا، والخلافات مع الزملاء، وانخفاض مستوى الإنتاج.

### مراحل تطور الأزمة:

تختلف مراحل تطور الأزمة باختلاف طبيعتها، حيث إن هناك أزمة لا تمر بمراحل معلومة وبالتالي يصعب التنبؤ بحدوثها إلا أن هناك أزمات أصبح من الممكن رصد مؤشراتنا منذ البداية ومتابعتها أول بأول.

أن الأزمات باعتبارها ظاهرة اجتماعية ونفسية تمر بدورة حياة مثلها مثل أي كائن حي فكلما كان متخذ القرار سريع التحسس ببداية ظهور الأزمة أو بتكوين عواملها كلما كان اقدر على علاجها والتعامل معها.

وتصنف مراحل تطور الأزمة إلى ما يلي:

1 - مرحلة الميلاد: وفي هذه المرحلة تبدأ الأزمة الوليدة في الظهور لأول مرة في شكل أحساس مبهم قلق بوجود شيء ما يلوح في الأفق، ومن هنا يكون أدراك متخذ القرار وخبرته هي العوامل الأساسية في التعامل مع الأزمة.

2 - مرحلة النمو والانتساع: نتيجة لعدم مواجهة المرحلة الأولى في الوقت المناسب، لذا فإن الأزمة آخذة في النمو من خلال محفزات أخرى تتسع من طريقها سواء كانت تلك المحفزات داخلية من ذات الأزمة أو خارجية تفاعلت معها الأزمة.

3 - مرحلة التطور: تعد هذه المرحلة من اخطر مراحل الأزمة ومن النادر أن تصل الأزمة إلى مثل هذه المرحلة إلا إذا قوبلت باللامبالاة من قبل متخذ القرار ومتى ما وصلت الأزمة إلى هذه المرحلة فإن الصدام ضرورة لمواجهة المرحلة.

4 - مرحلة حل الأزمة: وهي المرحلة الأخيرة ولكنه ينبغي التنبه إلى أن تتطور في شكل دائم وربما تكون الضوء الذي نراه ونعتقد انه النهاية هو علامة إنذار لازمة أخرى قادمة، ودورة الأزمة تجعل من الصعب الرؤية أين ومتى تنتهي.

هناك نموذج تصوري يساعد على فهم كيفية نمو تحولات الحياة وأزماتها ونتائجها على الفرد وذلك من خلال تقدير الفرد المعرفي لجوهر الأزمة وتبني الفرد لمجموعة من المهمات التكيفية الرئيسية التي تتضمن مجموعة متنوعة من مهارات التكيف مع الأزمات والتصدي لها.

كل ذلك له علاقة بالصحة النفسية ودورها في عملية تقدير الفرد المعرفي للازمة وكيفية وصوله إلى مغزى الحدث والمهمات التوافقية والمهارات التي يوظفها

الفرد أثناء الأزمة حتى يصل إلى حل مُرضٍ لها وتجاوز أثارها الضارة فبمجرد تلقي الفرد الموقف الضاغط والمرور به يبدأ في أدراك الأزمة والشروع في تحديد أساليب مواجهتها والتكيف معها وتحديد طاقاته وقدراته الممكنة على تحمل أثار الأزمة وتداعياتها عليه ثم يدخل الفرد في مرحلة التعامل مع الموقف الضاغط معرفياً وسلوكياً لحشد طاقاته المعرفية وجهوده السلوكية والوجدانية للتكيف مع الموقف الضاغط ومواجهته بحلول ايجابية كما تتضح نتائج الموقف وأثاره على الفرد، إذ يتضح فيها مدى التفاعل بين مكونات هذا النموذج ومدى التوافق الذي حققه الفرد في مواجهة الأزمة فقد يكون تكيفاً سويًا في صورة حلول ايجابية وفعالة في مواجهة الموقف تثري حياة الفرد القادمة عند مواجهته لآزمات حياته الحالية المشابهة، أو قد يكون تكيفاً غير سوي يتضح في صورة حلول سلبية انسحابية تؤثر في حالته الراهنة فتظهر عليه الأعراض الاضطرابية والتوترات التي تؤثر سلباً في صحته الجسمية والنفسية كما أنها تنذر بفشله في التوافق مع الآزمات التالية في حياته المستقبلية وتحولاتها غير المتوقعة.

إن فتح آفاق جديدة للمرء يكون بإتاحة الفرصة لنفسه أن يتعرف على أشياء جديدة وممارسة هوايات ممتعة يشق من خلالها دروباً نفسية متعددة تبعده عن مناطق الألم القديمة وتفتح أمامه أبواب الفرح الدائمة، فتقوية جهاز المناعة لدى المرء يحتاج إلى الاستفادة من الخبرات السابقة، فالخبرات النفسية التي يكتسبها الإنسان عبر التاريخ الطويل من حياته، وعبر مواقف متعددة ومتباينة لها دورها الكبير في تقوية مناعته في مواجهة هذه الآزمات، فكلما تعددت خبرات الإنسان وقراءاته كلما كان قادراً على تحليل كل موقف أو الخروج منه بدروس مستفادة وكلما كان بوسعه التقليل من هذه الآزمات والقدرة في ذات الوقت على اقتراح حلول ذاتية لها كلما أدى ذلك إلى القدرة على مواجهة هذه الآزمات، والتأقلم بفاعلية وسرعة مع عناصر الآزمة واكتساب القوة في مواجهة عوامل نشوئها..

## الفصل الثاني:

# الأساليب الدفاعية (ميكانزمات الدفاع)

إن عملية التوافق والتكيف ليست قاصرة على الإنسان دون الحيوان، فقد تلجأ بعض الحيوانات لأساليب خداع، لحماية نفسها من عدوها في البيئة الخارجية، فالحرباء مثلاً قد تلجأ لتغيير لونها حسب ما حولها من أحجار، لتجنب نفسها من الخطر الخارجي كل هذه الأساليب التي يستعملها الكائن الحي ما هي إلا لحفظ تماسكه، وحفظ ذاته ونوعه، وللتكيف مع البيئة الخارجية، وللدفاع عن الكيان الشخصي في آن واحد، والتوافق الاجتماعي.

ويعد القلق الشديد الذي لا يستطيع الإنسان تحمله هو السبب الرئيس لكل هذه الأساليب، وان خفض التوتر هو الهدف الأساسي وراء تلك الأساليب وهناك أساليب دفاعية مختلفة منها الأساليب الشعورية ومنها اللاشعورية وسنعرضها بالتفصيل كما يلي:

### أنواع الأساليب الدفاعية (الشعورية واللاشعورية):

#### أولاً: أساليب دفاعية شعورية:

وهي التي تخضع للتفكير والإرادة للوصول إلى قرار، والعمل والمثابرة، وتكون على مستوى الشعور، أي يكون الفرد واعٍ باستعمالها.

**1- إزالة العقبة:**

لكل إنسان دافع يريد أن يشبعه، ولكن إذا صادفه عقبة، فأول إجراء يتجه إليه هو إزالة هذه العقبة عن الطريق، فالطفل الذي يجد أمامه كرسي مرتفع، يحول بينه وبين قطعة الحلوى، سرعان ما يحاول إزالته من طريقه، والسياسي الذي ينافسه آخر فسرعان ما يحاول إزاحته عن طريقه، وذلك بإظهار عيوبه والإنقاص من شأنه، والتقليل من قيمته في نظر المجتمع.

**2- تغيير الطريق:**

إذا لم يكن هناك إمكانية لإزالة العقبة، فقد يتجه الإنسان إلى تغيير الطريق للوصول إلى تحقيق الهدف أو إشباع الدافع، فالطفل في المثال السابق إذا لم يستطع إزاحة الكرسي المرتفع، فقد ينصرف عن هذه المحاولة، ويتسلق كرسي للوصول إلى هدفه.

**3- تغيير الهدف (الإبدال):**

إذا لم يتوصل الفرد للهدف، أو يشع الدافع بواسطة إزالة العقبة أو تغيير الطريق، فإنه لم يتوصل لخفض التوتر، ومن ثم يكون الهدف بعيد أو غير مناسب لقدرات الفرد، لذا يلجأ إلى طريقة أخرى وهي تغيير الهدف، فالطالب الذي حصل على مجموع عال في الثانوية العامة ودخل كلية الهندسة وفشل، لأن إمكانياته وقدراته الميكانيكية والحسابية غير متناسبة مع كلية الهندسة يغير هدفه ويدخل كلية العلوم مثلاً، ويكون إبداله ناجحاً.

**4- التوفيق والتأجيل:**

ونعني به التقريب بين القوى المتصارعة، ومحاولة إرضائها جميعاً، ولو بطريقة جزئية، أو على حساب تأجيل إحداها مؤقتاً، فالطفل الذي يريد الطعام ويريد ممارسة اللعب أيضاً، قد يؤجل الطعام إن لم يكن ملحاً، وحتى يرضي دافع اللعب والاستطلاع، وقد يفعل العكس إن كان دافع الجوع شديداً، فلا يستطيع تأجيله، وفي كلا الحالتين يعود لإرضاء الدافع المتروك بمجرد إشباع الدافع الملح.

## 5- التعويض:

هناك أسلوبين للتعويض احدها شعوري والذي يعيننا هنا، والآخر لا شعوري، والذي ينتج من دراسة الموقف، والتفكير فيه بموضوعية، ثم دراسة العوائق، ثم رسم الخطة نحو تعويض النقص الذي يشعر به، فالطالب ذو القدرات العقلية المتدنية، لا تؤهله للتفوق الدراسي، فقد يعوض هذا النقص بممارسة الرياضة والتفوق فيها.

وهناك التعويض الزائد: وفيه يتحدى الفرد نقصه في نفس المجال ويزيد تفوقه، فمثلاً « ديموستيشني » كان يعاني من مشكلة في لسانه، ويشكو من صوته استطاع أن يتغلب على ذلك بالتمرين على الخطابة، فأصبح أخطب قومه وحاكما ورئيسا لهم.

إن جميع الطرق السابقة الذكر، يلعب التفكير الإرادي دور أساسي في حل المشكلة وتحليلها موضوعياً، فيلجأ الإنسان إلى مواجهة نفسه، فلا يخدعها، ولا يتغاضي عن عيوبه الخاصة، ثم يبحث عن الطريق السليم لحل مشكلته، وذلك باللجوء إلى كل الوسائل السابقة، لإثارة دوافعه وتقوية إرادته، وتصميمه على المثابرة للوصول للهدف.

## ثانياً: الأساليب الدفاعية اللاشعورية.

وهي التي لا تخضع للتفكير ولا للإرادة، ويلجأ إليها أغلب الأسوياء، ولكن قد تزيد عن الحد الطبيعي، وتصبح وسائل أو آليات هروبية، ومن ثم يكون الإغراق فيها من مظاهر الاضطراب النفسي.

إن هدف الأساليب الدفاعية الشعورية هو خفض التوتر، وأن عدم بلوغ الهدف هو ضعف في الإمكانيات أو القدرات، ولكن قد يجد الأسوياء في أن الجهد الذي يتطلبه خفض التوتر أكثر مما يحتملون، أو أنهم يخشون زيادة التوتر، أو يستأخرون الوصول إلى الهدف الذي يزيل التوتر، أو يستكثرون المتاعب والآلام التي تصاحب الحل الإرادي، فيلجئون إلى الأساليب الدفاعية اللاشعورية، التي تهدف إلى خفض التوتر والوصول إلى الهدف، وقد تحدث الأساليب الدفاعية اللاشعورية بصفة متكررة حتى

تصبح عادة سلوكية، ولكن إذا زاد اللجوء إليها تصبح اضطراب نفسي، ويلجأ الفرد لاستعمالها لتجنب الألم مهما كان بسيطاً ومن ثم تصبح أساليب دفاعية مرضية تعوق التوافق النفسي، بعد أن كانت تهدف لخفض التوتر والتوافق، وينبغي التنويه إلى أن الأساليب الدفاعية الخمسة الشعورية السابقة قد تصبح لاشعورية، فإزاحة العائق، وتغيير الطريق، وتغيير الهدف، والتأجيل، والتوفيق والتعويض، قد تحدث جميعها بغير إدراك لحقيقة الهدف المراد الوصول إليه، بمعنى أن الحد الفاصل بين الأساليب الدفاعية الشعورية واللاشعورية في طبيعة إدراك الفرد لها، ولمرادها ولمغزاها من عدمه.

### ومن الأساليب الدفاعية اللاشعورية ما يلي:

#### الكبت:

تعد عملية الكبت في ذاتها آلية دفاعية أساسية، وممكن أن نعتبرها جزء من آلية دفاعية أخرى مترتبة عليها، فالخطوات الأساسية للآلية الدفاعية تبدأ بالصراع، هذا الصراع هو الذي يخلق التوتر والقلق، ومن ثم لا يطبقها الإنسان، فيلجأ إلى الكبت، إذ أن الكبت يعد عملية لا شعورية، تحدث بصفة آلية، ويتم فيها نقل الأفكار والخيرات من دائرة الشعور إلى دائرة اللاشعور، أي من دائرة الوعي إلى دائرة اللاوعي، ويتم فيها حل الصراع، وتجنب القلق والتوتر، ويمكن اعتبارها عملية نسيان آلي للأفكار والنزاعات هذا النسيان يصاحبه إنكار أصلاً.

### وظائف عملية الكبت في الحياة النفسية:

#### ولعملية الكبت وظيفتين أساسيتين في الحياة النفسية:

#### 1 - وظيفة وقائية:

وهي تقي الفرد مما يؤذيه أو يؤلمه، أو لا يتفق مع فكرته عن نفسه، أو لا يتفق مع مثله الاجتماعية والجمالية والخلقية، وما يمس احترامه لنفسه، بمعنى وسيلة لخفض التوتر النفسي.

## 2 - وظيفة دفاعية:

وهي تمنع الدوافع الجنسية أو العدوانية من أن تفلت من زمام الفرد، وأن تتحقق بالفعل بصورة ظاهرة ومباشرة، فتكون خطراً على الفرد نفسه، أو تكون ضارة بصالح الفرد في المجتمع.

مما سبق يتضح أن تحديد كيفية عملية الكبت هي أن تقوم « الأنا » باستبعاد الذكريات أو الأفكار أو الدوافع من منطقة الشعور إلى منطقة اللاشعور، غير أنها لا تموت، بل تظل حية نشطة، تعمل على ظهورها لمنطقة الشعور مرة أخرى، إلا أن قوى المقاومة تظل حائلاً بينها وبين أن تصبح شعورية، فتضطر هذه الذكريات أو الأفكار أو الدوافع إلتماس الإشباع بغير الطريق الصحيح المباشر، إشباعاً محرفاً مقدماً، فتظهر بصورة حلم أو اضطراب نفسي.

إن عملية الكبت، ما هي إلا استبعاد لكل ما من شأنه إيذاء الأنا، وخاصة استبعاد الغرائز والدوافع الجنسية والعدوانية، والتي غالباً ما تحاول التعبير عن نفسها، مما يجعلها تصطدم بقيم المجتمع، والقوة التي تمنعها من التعبير عن نفسها هي عملية الكبت، وأن هناك رغبات تريد الإشباع في الواقع، ولكنها منافية لهذا الواقع، فيقوم الفرد باستبعادها لاشعورياً، وكلما زادت عملية الكبت، كلما زادت مخاطر انفجار الفرد، لأن الكبت يستمد طاقته من النشاط النفسي الداخلي التي يتطلب توجيهها إلى الخارج لتحقيق الأهداف.

فمثلاً لو تصورنا شخصاً يتعرض لاجباطات وتوترات باستمرار، وفي نفس الوقت لا تتاح له الفرصة للتعبير عن ذاته واقعياً، فنجد أنه يلجأ للتعبير عن ذاته خيالياً من طريق أحلام اليقظة، ويتفاعل مع المواقف كما لو كان في الواقع، فقد نجده يتكلم مع نفسه، لأن صلته بالواقع انقطعت.

## الفرق بين عملية الكبت وعملية القمع:

### 1 - عملية الكبت:

هي عملية لاشعورية، وغير مقصودة، تصدر عن الفرد دون قصد أو إرادة، تبعد

عن الفرد مشاعر التوتر والقلق والذنب والنقص والخجل، وغالبا تظهر في مرحلة الطفولة نتيجة لتكرار الدافع، مع عدم إشباعه، فيؤدى إلى كبتة.

## 2- عملية القمع:

هي عملية شعورية، يتم فيها منع الرغبات أو النزعات غير المستساغة، تحدث تحت إرادة ووعي الفرد، ويقوم بها جهاز « الأنا » بتأجيل الدافع، أو التعبير عنه، إلى أن تتهيأ الظروف المناسبة لهذا الإشباع، أو لهذا التعبير، ولا تظهر في مرحلة الطفولة، لأن ظهورها يحتاج لجهد وضبط نفسي يفتقد إليها الطفل (كما يحدث للموظف عندما يكتم غيظه أمام رئيسه، طالما يكون في حضرته، حتى إذا انصرف عنه، إنهال عليه بأقبح الشتائم الممزوجة بأسوأ الإهانات وأسوأ التجريح، ويكون القمع بسبب المجتمع وأحيانا يكون بصورة مباشرة من المجتمع.

## 3- العدوان Aggression:

وهو توجيه الأذى إلى الذات نفسها أو إلى الآخرين، ويحدث لخفض التوتر، نتيجة لتأزم شديد أو نتيجة لإعاقة بالغة، ومن أهم صورته:

أ - قد يتخذ صورة مباشرة شعورية وفيها يدرك الفرد توجيه اندفاعاته نحو هدفه، سواء نحو شخص أو شيء، وذلك لوجود سبب معروف، وهذا لا يعد آلية دفاعية لأنها دخلت دائرة الشعور.

ب - وقد يتخذ صورة غير مباشرة لاشعورية وفيها يوجه الفرد اندفاعاته إلى هدف غير معروف السبب، فالفرد الذي لديه دافع الجوع وعاجز عن إشباعه، فيتسبب لديه حالة من التوتر، يحاول الشخص بخفضها بعدوان غير مباشر على شخص لم يكن هو السبب لإشباع دافع الجوع.

ج - وقد يتخذ صورة الكيد أو التشهير أو الغمز أو حتى الامتناع عن المساعدة.

د - وقد يتجه العدوان نحو الجماد، وخاصة إذا لم يشبع دفع العطش، فينشأ حالة من التوتر، قد يكسر الإناء عدوانا عليه.

هـ - وقد يكون العدوان على أشياء لا علاقة لها بمصدر التوتر مثل قذف الحاجيات، أو سب الأشياء أو لعنها.

و - وقد يتخذ العدوان عدوانا على الذات، وفيه يتقمص الشخص المراد إيذائه، كتصرف الطفل عندما يلقي بنفسه على الأرض، أو يضرب رأسه في الجدار، وكأنه يضرب العائق الذي أعاقه، ليلفت نظر الآخرين له.

ز - وقد يتخذ العدوان صورة مرضية، كتوجيه العدوان إلى الخارج، فقد يصل إلى الرغبة في القتل، أو توجه إلى الذات فقد يصل إلى الانتحار.

#### 4- الإسقاط Projection:

يعد الإسقاط آلية لاشعورية يلقي بها الفرد باللوم على غيره، فيتحرر من المسؤولية التي يشعر بها بأن نسبتها للآخرين، ويتخذ الإسقاط مظهرين أساسيين:

أ - نسب عيوبنا ورغباتنا غير المقبولة إلى غيرنا من الناس، للتخفيف والتقليل مما نشعر به من خجل أو قلق أو ذنب، فالشعور بأن الناس يراقبوننا، قد يكون إسقاطا لرقابة الضمير علينا، والشعور بأن الناس يكرهوننا، قد يكون إسقاطا لكرهنا لهم، والكاذب ينسب الكذب، إلى غيره، والزوج الذي تنطوي نفسه على رغبة في خيانة زوجته يميل لاتهامها بالخيانة، وسبب كرهنا لغيرنا هو أننا حينما نكره أحد، قد نسقط كراهيتنا عليه، فنرى أنه هو الذي يكرهنا، ولسنا الذي نكرهه، فتتخلص من ذلك بنسبته إلى الغير ونفيه عنا، لأن ذلك غير محبذ اجتماعيا، ولأنه يصغرنا أمام أنفسنا، ولا يقتصر الإسقاط على الأفكار السيئة، بل قد يكون أيضا إسقاطا لصفات حميدة طيبة، فالكريم مثلا يصف الناس بالكرم، والشجاع مثلا يتصور الناس شجعانا، والشخص السعيد مثلا يحس بأن الآخرين سعداء وهكذا.

ب - لوم غيرنا من الناس أو الأشياء أو الأقدار أو الحسد أو سوء الطالع، يكون هذا اللوم بما تلقاه الفرد من صعوبات، وما وقع فيه من أخطاء أو فشل،

فكثيرا ما نعزو الرسوب في الامتحان إلى صعوبته أو التأخر في الحضور إلى  
المواصلات، أو الفشل في المشروعات إلى سوء الحظ.

### 5- وسيلة الانسحاب:

هو الابتعاد عن الموقف المتأزم الذي يحتمل أن يثير في نفس الفرد القلق المؤدي  
إلى الألم. وخاصة الإبتعاد عن الناس مثل الطالب الذي يبتعد عن مدرسته أو كليته  
تجنباً للفشل، ولكن إن اضطرت الظروف للبقاء في هذا الموقف المتأزم فيتوقع  
ويعيش بجوار الناس لا معهم، ومن أهم وظائف الانسحاب هو تجاهل الصراع،  
والهروب اللاشعوري الذي يهدف لاحترام الذات، وعدم الاعتراف بالفشل الذي  
يعتبره الفرد مخجلاً.

### ومن أهم صور الانسحاب:

#### 1- الانسحاب النفسي:

كانخفاض مستوى الطموح واعتراف الفرد باستحالة الوصول لحل أزمته وحالة  
المريض الذي أيقن من دنو أجله.

#### 2- الانسحاب المادي (الانطواء):

كعدم الرغبة في المشاركة الاجتماعية، والانصراف إلى عالم خاص ليس فيه  
احتكاك مع العالم الخارجي إلا نادرا، وهذه الصفة التي يتصف بها كثير من الأفراد  
الانطوائيين، وقد يهرب المتأزم من موقفه ويلتمس راحته في أحلام يقظته أو في  
احتساء الخمر، أو في المخدرات، أو في الإسراف في العمل، أو في المذاكرة  
ليلا نهارا ليشتغل بها عن مواجهة مشاكله، وهذا ما يعرف بالاحتماء بالعمل، هذا  
الشخص المحتمى بالعمل يكون علاجه أصعب من علاج الشخص العدواني، لأنه  
يصعب إعادة توافقه مع المجتمع، وذلك لعدم اكتسابه المهارات الاجتماعية اللازمة  
للتعامل مع الناس.

وقد يحدث الانسحاب في صورة تقهقر من مرحلة من النضج إلى مرحلة سابقة

(نكوص)، ومن الملاحظ أن جميع الأساليب الانسحابية يصاحب أغلبها آلية التبرير، التي تفسر كل التصرفات تفسيراً منطقياً، يبدو لأول وهله بأنه معقول، في حين أن التبرير تكملة لمحاولة الانسحاب، ويعد الانسحاب في الوقت المناسب ومع تقدير الموقف بطريقة سليمة من أفضل الأساليب الدفاعية، وخاصة إذا لم يبالغ فيه، ولكن إن كان الانسحاب في غير موضعه وأصبح عادة عند الفرد، فيفقد بصيرته وقد يؤدي به إلى الاضطراب النفسي.

لذا يمكن القول أن مواجهة الواقع مهما كان مؤلماً، ومهما كانت الإمكانيات الشخصية قليلة، أفضل من اللجوء للانسحاب أو الهروب.

#### 6- أحلام النوم:

ويكون فيها التفكير أقرب إلى المستوى اللاشعوري، وتستعمل أساليب التفكير البدائي وبعيدة عن التفكير المنطقي، وتكون هذه الأحلام عادة مكررة والدلالة من التكرار هو أن هناك مشكلات لم تحسم بعد، فإن حلت هذه المشكلات لم تعد هذه الأحلام تظهر، كالموظف المسرف لرئيسه في الخضوع، خوفاً على فقد عمله، فقد رأى الموظف في نومه أنه أعرض عن هذا الخضوع، وأخذ يعامله وهو مرفوع الرأس، فإذا برئيسه قد بدأ يحترمه، ويراعي كرامته، فهذا الحلم قد جعل من هذا الموظف أن يفتن من أن رئيسه يحتقره بسبب خضوعه، وإن تخلص من هذا الخضوع فسوف يعامله معاملة حسنة، وبذا كان الحلم قد شجعه على عمل ما، لم يكن يجرؤ عمله من قبل، وسواء كان الحلم يستهدف تحقيق رغبة أو محاولة لحل مشكلة، إلا أنه يستهدف أيضاً استعادة التوازن النفسي الذي يختل من ما نكابه من رغبات معوقة أو مشكلات غير محسوسة.

#### 7- النكوص Regression:

ونعني به الرجوع على المستوى الشعوري أحياناً، وعلى المستوى اللاشعوري أحياناً أخرى، بمعنى الرجوع بالسلوك إلى طور سابق من أطوار النضج، فنكوص ما بعد منتصف العمر، ما هو إلا رجوع إلى الطفولة أو المراهقة أو الرشد، سواء

في الملابس أو المشرب أو المظهر، وذلك باعتماده على الغير، وهو طور من أطوار الطفولة.

ويلجأ إليها الفرد إذا استحالت عليه إمكانية إشباع دوافعه في الوقت الراهن، وبالطريقة السوية، فاختيار الملابس وتسريحة الشعر عند الكبار بصورة تشبه ما يرتديه المراهقين من ثياب ما هو إلا رجوع لطور من أطوار المراهقة لإشباع رغبته في أن يبدو أصغر سناً، ولا تقتصر عملية النكوص على الكبار دون الصغار لأن الطفل ذو السادسة من عمره، قد يأخذ في التبول اللاإرادي، أو يأخذ في مص أصابعه، أو يأخذ ويكثر من العناد والعصيان إن رأى أخاه الأصغر منه سناً، قد استأثر بعناية أمه وعطفها من دونه، فهنا ينكص إلى أمه نكوصاً لا شعورياً، عسى أن يصيبه شيء من الحنان المفقود.

### 8- الإنكار Denial:

أن الصراع يستوجب وجود قوتين متصارعتين، ولكن الإنكار يعتبر إحدى هاتين القوتين غير موجودة أصلاً، كالنعام يدفن رأسه في الرمال عند رؤيته للحيوان المتوحش القادم لافتراسه ظناً منه أنه تجنب الخطر وقد يفيد الإنكار في تجنب الألم، وخاصة إذا كان الهدف منه التأجيل لحين استجماع الإنسان قواه، ليكون أكثر تحملاً للمصاعب.

وقد يصل الإنكار إلى حد الاضطراب النفسي الخطير، كإنكار الفرد لوجود العالم الخارجي، كما أن الإنكار يرتبط بالواقع الخارجي للفرد، فحينما يعيش الفرد في واقع محبط، يلجأ لإنكار وجود مثل هذا الواقع بشكل كلي أحياناً أو بشكل جزئي.

والإنكار ما هو إلا آلية دفاعية شائعة بين الناس، فالألم شديدة التعلق بإبنتها، تنكر أية عيوب، أو نقائص فيه والفرد نفسه يميل لإنكار ما به من عيوب، أو قصور، أو ما يقابله من فشل، لأن أساس ميكانيزم الإنكار هو مبدأ اللذة والواقع، فالفرد عندما ينكر بعض المثيرات الخارجية لعدم تحمله ما هو في الواقع، نجده يرى العيوب في الآخرين، ولا يراها في نفسه، وينكر عيوب حبيبه، ويضخم عيوب الآخرين.

## 9- الإبطال Undoing:

وفيه يبطل الفرد مفعول عمل ما، أو فيه يغطي الفرد فعله بفعل آخر كالطفل الذي يضرب أخاه الأصغر، ثم يسرع لملاعبته وتقبيله، ظناً منه أن هذه الملاحظة أو ذلك التقبيل سيعطل مفعول عمله السابق، وكرجل الأعمال الناجح الذي جمع ماله بطريقة غير شرعية، فيبني مؤسسة تخدم الأغراض العلمية، ظناً منه أنه سيكفر عن الطريقة غير الشرعية التي جمع بها ثروته.

أما في حالة الوسواس القهري فإنه يشعر الفرد بالذنب، لذا يعتقد أن غسل اليدين باستمرار يبطل هذا الشعور، وكأنه يحاول محو هذا الشعور، وهو نوع من الهرب من الفعل الذي أدى به إلى الشعور بالذنب.

## 10 - التبرير Rationalization:

وفيه يقوم الفرد لتقديم أسباب غير حقيقية لسلوكه، أو ميوله، أو دوافعه، فلا يلق قبولاً من المجتمع أو الغير أو من الأنا الأعلى وفقاً لنظرية فرويد، ولكن تجد قبولاً من الشخص نفسه، كالتلميذ الذي رسب في مادة ما، فيقوم بتقديم أسباب غير حقيقية كوجود خلاف بينه وبين المدرس، فلا يلق قبولاً من والديه، ولكن هو نفسه مقتنع بذلك التبرير.

ومن فوائد التبرير ما يلي:

- أ - تحفظ للفرد ثقته بنفسه.
- ب - تحفظ للفرد تقديره لكفائته.
- ج - ترفع قيمة الفرد في نظر نفسه.

فالحبيب يبرر كافة سلوكه المحبوب، بحيث يصبح مقبول حتى وإن كان مرفوض، والعدو يفسر كل شيء من جانب عدوه على أنه خطأ وضار وعدائي مهما كان صواباً.

والفرق بين عملية التبرير وعمليات التمويه أو الخداع هو أن الفرد في عمليتي التمويه أو الخداع يلجأ على المستوى الشعوري، ليقنع غيره بعذر ملفق يبرر به سلوكه،

كالشخص الذي يعطي أو يقدم موعد لزميله دون نية الوفاء بوعدده، وبعد انقضاء الموعد وعدم الوفاء به، يبرر ذلك لزميله بأنه قد ألم به مرض مفاجئ أقعده عن الوفاء بوعدده، مع علمه ووعيه تماما بأنه عذر ملفق، يبديه ليتفادى به الحرج في مواجهة هذا الزميل، وعليه فان التبرير كوسيلة دفاعية لا شعورية يعزو الفرد من خلالها الاخفاق الذاتي إلى عوامل خارجية مما يقلل من توتره ويحقق الراحة النفسية لديه.

### 11 - الإزاحة Displacement أو النقل:

آلية دفاعية، يتم فيها رغبة مرتبطة بموضوع معين إلى موضوع آخر، على مستوى شعوري أحيانا، وأحيانا أخرى على مستوى لاشعوري، كنقل رغبة من طعام معين غير موجود إلى طعام آخر موجود، وكنقل العدوان من الزوج لأول شخص يقابله، دون أن يكون مستحقا لهذا العدوان.

وسبب استخدام الفرد لهذه الآلية هو أن الشخص المحبط والذي لا يستطيع التعبير عن ذاته، يقوم بتخريب الأدوات والممتلكات كأنها هي المصدر للتوتر والعنف، أي يقوم بنقل التوتر الداخلي من المصدر الأساسي إلى مصدر آخر بديل.

### 12 - التكوين العكسي Reaction Formation:

وهو دافع غير مرغوب فيه من لاشعور الفرد، بحيث يتغير إلى الضد في شعور الفرد، أي يكون شعور الفرد مضادا لما هو موجود في لاشعوره، أي يكون الفرد غير شاعرا بالدافع، ولا يفتن لوجوده، لأنها دوافع محظورة مكبوتة بل ينكرها، كالطفل ذو أربع سنوات يغرق أخيه الرضيع بالقبلات هذا على الجانب الشعوري، وفجأة تظهر حقيقة مشاعره بالقرص أو العض وهذا على الجانب اللاشعوري، ويلجأ الفرد لاستخدامه لأن الرغبات والميول والدوافع التي يستخدمها التكوين العكسي، ما هي إلى رغبات وميول ودوافع غير مقبولة اجتماعيا، ويقاومها الضمير، فيضطر الأنا إلى عكسها، ليتوافق مع المجتمع والضمير والأنا الأعلى.

### 13 - الإعلاء أو التسامي Sublimation:

آلية دفاعية، فيها يوجه الفرد طاقة دافع لديه، من موضوع غير مقبول اجتماعياً، إلى موضوع آخر مقبول اجتماعياً، كتوجيه طاقة دافع الجنس إلى موضوعات كالرياضة، أو توجيه طاقة دافع العدوان إلى موضوعات كالمصارعة، وقد يحدث الإعلاء أو التسامي نتيجة لفشل واضح، أو حرمان ظاهر، كالفرد الفاشل في الحب يتجه إلى الفن، أو الأدب.

### 14 - التقمص أو التوحد Identifacation:

هناك فرق بين التقمص والتقليد، فالتقليد أو المحاكاة، عملية مؤقتة، يقوم بها الفرد بوعي، وبهدف تقليد حركات وتفكير وعادات شخص آخر مثلما يقوم الممثل بأداء الدور لشخصية معينة على خشبة المسرح، حتى إذا انتهى عاد إلى شخصيته الأصلية، في حين أن التقمص عملية يلجأ إليها الفرد بشكل لاشعوري وهي اندماج الشخصية بشخصية أخرى، فقد يتقمص الطفل بشخصية أبيه ليشعر بالقوة التي يصبو إليها، وقد يتقمص قارئ القصة بشخصية بطلها.

### 15 - التكفير:

هي آلية دفاعية يستعملها الفرد عندما يشعر بالذنب، وهو شعور يرتبط بالخجل، وإنزال العقاب على نفس الفرد كالتاجر الغشاش يكثر من الصدقة، ومن أهم صور التكفير: الصدقة، والإعتذار، والتوبة، والاعتراف بالذنب.

## الفصل الثالث:

# الاضطرابات النفسية

تعرف الاضطرابات Disorders على أنها التأثيرات التي تصيب منظومة معينة وتؤدي إلى تغيرات أساسية في وظائف هذه المنظومة وحالتها.

في حين يمكن أن نعرف الاضطرابات النفسية Psychological Disorders على أنها مجموعة من الأعراض المركبة القابلة للتحديد والتشخيص إكلينيكياً، وهي تنجم عادة عن مجموعة مشتركة من العوامل النفسية والاجتماعية والوراثية والجسدية، وقد ترافقها تغيرات عضوية أو سلوكية ظاهرة في التعامل مع المحيط الاجتماعي، كالسلوك الجانح والسلوك غير الاجتماعي والكذب والعدوان الزائد أو غير ذلك، وتترافق هذه الأعراض مع شيء من الأذى للوظائف النفسية على المستويين الفردي والاجتماعي، وقد دخل مفهوم الاضطرابات النفسية اللغة الاختصاصية النفسية والطبية النفسية من دون أن يكون معرّفاً بدقة، ومن دون تفريق دقيق بينه وبين مفهوم المرض، بهدف تجنب استعمال مصطلح المرض الطبي التقليدي الذي يعني بالتحديد الخلل الحاصل في مجرى العمليات الحيوية القابل للبرهان موضوعياً، والذي يعود إلى أسباب محددة بدقة، إما أن تكون خارجية كالبرد والحرارة والرطوبة والجراثيم، أو أن تكون كيميائية أو وراثية، ويمكن علاجه بالطرق الطبية التقليدية كالمعالجة الدوائية أو الجراحية.

وأخذ مفهوم الاضطراب النفسي يحل تدريجياً محل المرض النفسي، غير أن الحدود بينهما كانت وما تزال غير واضحة بدقة، ولم تؤد المحاولات التي جرت من

أجل فصل مفهوم الاضطراب عن المرض إلى نتيجة مقبولة، فجرت مثلاً محاولات تبسيطية استندت في تفريقها بين هذين المفهومين إلى المنشأ المرضي، وأطلقت مفهوم الاضطرابات النفسية على الاضطرابات الناجمة عن عوامل بيئية اجتماعية ونفسية، وقصرت استعمال مفهوم الأمراض النفسية على الحالات التي تنشأ عن عوامل عضوية جسدية أو وراثية خالصة تقود إلى حدوث المرض أو الاضطراب النفسي، وازدادت صعوبة التفريق بين مصطلحي الاضطراب النفسي والمرض النفسي بسبب التطورات الحاصلة في علم أسباب الأمراض وتطورها، الذي ينطلق من أن الأمراض النفسية تنجم عن وجود تركيب متشابك من العوامل المشتركة التي تقود إلى حدوث الصورة المرضية واضطراب النظام النفسي.

### تصنيف الاضطرابات النفسية:

هناك عدة تصنيفات للاضطرابات النفسية والعقلية، بعضها يصنف على أساس أنها عضوية المنشأ وبعضها الآخر يصنف على أساس وظيفية المنشأ.

### أولاً: الاضطرابات العصبية Disorders Neurosis

وسوف نتناول تعريف الاضطرابات العصبية وتصنيفها والتعرف على أسبابها وأعراضها وتشخيصها وعلاجها ومآلها.

#### معنى العُصاب: Neurosis

اضطراب وظيفي في الشخصية دون وجود أساس عضوي إطلاقاً، ويتسم بأعراض محدّدة تتجمّع في مجموعة أعراض، كالقلق، والوساوس، والمخاوف، والهستيريا، دون أن يعوق قيام الفرد بمسؤولياته، وأعماله، وتكيفه مع محيطه الخارجي، وبدون تفكّك في الشخصية ولكنه يرتبط بمشاعر ذاتية من الضيق والتوتر.

لقد أصبحت الاضطرابات العصبية أو الأعراض النفسية تشكّل مشكلة صحيّة عامة، ومنتشرة، إذ أنّ مدى انتشارها يفوق ما يُكتب عن الأمراض العقلية، وهي الآن تُعدّ من أبرز اهتمامات علم النفس الإكلينيكي والطب النفسي شيوعاً.

ويختلف العُصاب عن الذهان في جوانب عديدة: من حيث الأسباب، والسلوك العام، والوظائف العقلية، والانفعالات، والشخصية، ومن حيث المآل والعلاج أيضاً وفيما يأتي أهم هذه الفروق:

- 1 - المريض الذهاني أي (عقلي) لا يستطيع فهم مرضه، في حين يكون المريض العصابي أي (نفسى) قادراً على ذلك.
- 2 - يشعر العصابي بمرضه ويعترف به أي لديه بصيرة، أما الذهاني فلا يشعر بمرضه ولا يعترف به أي ليس لديه بصيرة.
- 3 - العصابي يهتم بنفسه ويظل في حدود الإنسان السوي، أما الذهاني فلا يُسائر الجماعة ولا يهتم بنفسه ويبدو شاذاً وغير عادي.
- 4 - سلوك العصابي نادراً ما يكون ضاراً به أو بالآخرين، أما الذهاني فسلوكه عادةً ما يكون ضاراً به وبالآخرين.
- 5 - فهم وإدراك العصابي يبقى سوياً ولا توجد هلوسات أو، أوهام، أما الذهاني يتعطل فهمه، وإدراكه، وتتضح لديه الهلوسات، والأوهام.
- 6 - تبقى شخصية العصابي متماسكة، أما الذهاني فشخصيته تتفكك وتضطرب.
- 7 - لا يحتاج العصابي إلى إيداع في المستشفى، والذهاني يحتاج إلى الإيداع في المستشفى.
- 8 - علاج العصابي فعّال ومُثمر، بينما يحتاج الذهاني إلى العلاج النفسي والطبي والاجتماعي.

### أسباب العصاب:

#### من أهم أسباب العصاب:

- 1 - مشكلات الحياة منذ الطفولة وعبر المراهقة وأثناء الرشد وحتى الشيخوخة، والمشكلات والصدمات التي تعمقت جذورها منذ الطفولة المبكرة بسبب اضطراب الوالدين والطفل، والحرمان والخوف والعدوان وعدم حل هذه المشكلات.

- 2 - الصراع بين الدوافع الشعورية واللاشعورية أو بين الرغبات والحاجات المتعارضة والإحباط والكبت والتوتر الداخلي وضعف دفاعات الشخصية ضد الصراعات المختلفة.
- 3 - البيئة المنزلية العصابية والعدوى النفسية إلى العصاب وكذلك فإن الحساسية الزائدة تجعل الفرد أكثر قابلية للعصاب.

### أعراض العصاب:

#### أهم أعراض العامة للعصاب:

- 1 - القلق الظاهر أو الخفي والخوف والشعور بعدم الأمن، وزيادة الحساسية والتوتر والمبالغة في ردود الأفعال السلوكية، وعدم النضج الانفعالي والاعتماد على الآخرين ومحاولة جذب انتباه الآخرين والاستجابة غير الناضجة في مواقف الإحباط، والشعور بالحزن والاكتئاب.
- 2 - مشكلات في التفكير والفهم بدرجة بسيطة، وضعف القدرة على الأداء الوظيفي الكامل، ونقص الانجاز وضعف القدرة على استغلال الطاقات إلى الحد الأقصى، ومن ثم الإخفاق في تحقيق أهداف الحياة.
- 3 - الجمود والسلوك التكراري وقصور الأساليب الدفاعية والأساليب التوافقية.
- 4 - التمرکز حول الذات والأنانية واضطراب العلاقات الشخصية والاجتماعية.
- 5 - بعض الاضطرابات الجسمية المصاحبة نفسية المنشأ.

### تشخيص العصاب:

- 1 - ينبغي أثناء التشخيص من التفرقة بين العصاب وبين الذهان، وبينه وبين الاضطرابات العضوية، وبينه وبين ردود الأفعال العادية للتوتر.
- 2 - ولا بدّ لتشخيص العصاب من مقابلة شخصية شاملة مع العصابي وأخذ تاريخ كامل للحالة، وتطبيق الاختبارات النفسية، وإجراء الفحص الطبي والعصبي.
- 3 - ويجب التعرف على خصائص وسمات الشخصية العصابية لدى الفرد الذي نتعامل معه.

**علاج العصاب:****من أهم طرق علاج العصاب:**

- 1 - العلاج النفسي: وهو العلاج الفعال، ويأتي على رأس القائمة التحليل النفسي، والعلاج النفسي التدميمي، والعلاج النفسي المتمركز حول الشخص، والعلاج السلوكي، والعلاج المعرفي السلوكي وغيرها.
- 2 - العلاج النفسي الجماعي، والعلاج الاجتماعي وعلاج النقل البيئي.
- 3 - العلاج الطبي بالأدوية وخاصة المهدئات.

**مآل العصاب:**

يعتبر مآل العصاب أفضل بكثير من مآل الذهان أو الاضطرابات العضوية المنشأ، ويلاحظ أن كل أنواع العصاب قابلة للعلاج النفسي والتحسين والشفاء مع العلاج المناسب وتصل نسبة التحسن والشفاء إلى (90%) أو أكثر، وكثير من حالات العصاب تشفى تلقائياً.

**ومن أبرز الاضطرابات العصابية ما يلي:****أولاً: عصاب القلق Anxiety Neurosis**

يُعدّ القلق مرض العصر الذي يعيشه الناس على عتبات القرن الحادي والعشرون، ويشكل سبباً مباشراً لحالات الميل إلى العنف والسلوك العدواني، وينتج القلق عن الإحباط والتعرض للتهديد، وكذلك الخطر، ويحاول الفرد المصاب بالقلق أن يتوافق مع حالة القلق بأساليب أبرزها يتضمّن السلوك العدواني.

ويرجع التزايد في انتشار القلق لكثير من العوامل والمتغيرات التي يتسم بها هذا العصر ومنها: زيادة حدة التوتر العالمي والشعور بالفوضى العالمية، والاعتداءات الدولية، إلى جانب ذلك الحروب الإقليمية والمحلية، وحروب التصفية العرقية، والتطرف، والعنف، والإرهاب.

ويُعدّ القلق لب وصميم الصحة النفسية فهو أساس جميع الاضطرابات النفسية ويمثّل القلق النفسي المرتبة الأولى في الانتشار بين الاضطرابات النفسية، وتشير الإحصائيات أن هناك شخصاً بين أربعة أشخاص قد يعاني من القلق النفسي خلال مدة من حياته، وإن ما نسبته (10 - 17 %) من الأشخاص يعانون من القلق في أي وقت في السنة (Vagnoli, 2005, et al). ويكون القلق نسبة (30 - 40 %) من الاضطرابات العصابية.

ويتفق علماء النفس على أن القلق يُعدّ نقطة البداية بالنسبة للاضطرابات النفسية والعقلية، وقد يكون القلق عرضاً في إحدى الاضطرابات العصابية الأخرى، وقد يشتد ويكون مرضاً أولياً.

وقد أُطلق على القرن العشرين عصر القلق وفي العصر الحالي زاد التعقيد أكثر عما سبقه حيث ارتفعت معدلات الأعراض الناجمة عن تفشي اضطرابات القلق مما دفع الباحثين إلى إجراء المزيد من البحوث والدراسات النفسية الخاصة بالقلق، فقد أوضح نايزوندر (Neighs wonder) أنه منذ عام (1950) وحتى أوائل السبعينات تم إنجاز أكثر من (1500) دراسة عن القلق استخدمت ما يزيد عن (120) طريقة مختلفة لتحديده وقياسه.

### أنواع القلق: يُقسّم القلق إلى نوعين أساسيين هما:

- 1 - القلق الموضوعي Objective anxiety: رد فعل لأدراك خطر خارجي أو لأذى يتوقّعه الشخص ويراها مُقدماً.
- 2 - القلق العصابي Neurosis Anxiety: وهذا النوع مُبهم المصدر، أي أنّ مصدره غير معروف والمصاب به لا يدركه وكل الذي يحدث أنّه يشعر بخوف غامض منتشر عام وغير محدد.

ويقترّب مفهوم الخوف هنا من مفهوم القلق الموضوعي، أو ما يُطلق عليه (بقلق الحالة) كون الخوف انفعال غير سار نتيجة حدث موقف محدد ومعروف لدى الفرد،

إلا أننا نجد فروقاً بين القلق النفسي المرضي (قلق السمة) والخوف، ويظهر التمايز بينهما، ويُطلق أحياناً على قلق الحالة بقلق الموقف فهناك العديد من المواقف التي تُسبب هذا النوع، كقلق الامتحان، وقلق الموت، وقلق العدوان وغيرها.

### العلاقة بين الخوف والقلق:

يشترك الخوف والقلق في أنّ كلاهما حالة انفعالية يُستثار عند الشعور بوجود خطر يهدد الشخص ويدفعه للاستجابة والسلوك، ويرافقه تغيرات نفسية وعضوية، ويختلف الخوف عن القلق في أنّ القلق غير معروف من حيث مصدر التهديد، أمّا الخوف فمعروف المصدر، وهناك فهم للعلاقة ما بين مصدر التهديد والخوف بالنسبة للخوف، أمّا بالنسبة للقلق فلا يوجد فهم للعلاقة بين مصدر التهديد بالقلق، وتكون الاستجابة للخوف متناسب مع خطر المثير الموجّه لجوانب محددة، أمّا بالنسبة للقلق فالاستجابة مُبالغ بها وتضخيم للخطر وتهديد موجّه لكيان الشخصية بأكملها، مدة الخوف تكون طويلة بالنسبة للقلق، في حين تكون المدة اقل عند الخوف العادي.

وهناك عدّة تصنيفات لمراحل القلق منها:

تصنيف شيهان (Shehan) لمراحل الإصابة بالقلق:

لقد قدّم شيهان (Shehan) تصنيفاً دقيقاً لمراحل الإصابة بالقلق، وقدّم تصوراً واضحاً لتلك المراحل والتي أطلق عليها نوبات القلق، مبيّناً الأعراض الخاصة لكل مرحلة يعانها المريض من خلال إصابته بالمرض وهذه المراحل هي:

المرحلة الأولى: هي مرحلة النوبات وتأخذ هذه النوبات صوراً مختلفة لا تتاب

جميعها الفرد المصاب وهي:

- 1 – نوبة الدوار Dizzy Spells.
- 2 – فقدان التوازن Imbalance.
- 3 – صعوبة التنفس Diffieulty Breathing.
- 4 – خفقان القلب Palpitations.

5 - الأم الصدر Chest Pain.

6 - توهج الحرارة Hot Flashes.

7 - غصة الحلق Choking Sansation.

8 - الغثيان Nausea.

9 - التنميل أو الخدر Paresthesia.

10 - الإسهال Diarrhea.

11 - الصداع Headache.

المرحلة الثانية: الهلع Panic.

المرحلة الثالثة: التوهم المرضي Hypochondriosis.

المرحلة الرابعة: المخاوف المرضية Pathophobia.

المرحلة الخامسة: المخاوف المرضية الاجتماعية Socialphobia.

المرحلة السادسة: التجنب الشامل بسبب المخاوف المرضية

المرحلة السابعة: الاكتئاب Depression (شيهان، 1988، ص: 29-83).

ويصنف (ماهوني Mahoney) اضطراب القلق كالآتي:

1 - اضطراب الرهاب Phobic.

2 - اضطراب الفزع Ponice.

3 - اضطراب الوسواس القسري Obsessive Compulsive disorder.

4 - اضطراب القلق العام Generalized anxiety disorder.

5 - اضطراب القلق النموذجي.

أما التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة (1V D S M) الصادر عام 1994 عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي فهو كالآتي:

**اضطرابات الهلع.**

- 1 - اضطرابات القلق العام.
- 2 - اضطرابات الرهاب أو الخوف المرضي (الفوبيا) وتتضمن:
  - أ - فوبيا الأماكن المرتفعة.
  - ب - المخاوف الاجتماعية.
  - ج - مخاوف نوعية محددة.
- 4 - اضطراب انعصاب ما بعد الصدمة.
- 5 - الوسواس والأفعال القهرية (P: 199,1994,IV,DSM).

**أسباب القلق:**

على الرغم من وجود اختلاف في وجهات النظر حول تفسير مصدر القلق ومنشأه، إلا أنه هناك اتفاق في الرأي بأن اضطراب القلق يعود منشأه إلى أسباب منها:

**1- الأسباب الوراثية للقلق (الاستعداد الوراثي):**

أثبتت الدراسات وجود عوامل وراثية واضحة تتسبب في حدوث القلق النفسي عند البعض وعدم حدوثه عند الآخرين.

ويُقصد بالاستعداد الوراثي أن الفرد يرث الجينات المسؤولة عن الاضطراب الكيميائي الذي يحدث القلق.

وتشير نتائج الفحوص الطبية، ونتائج الدراسات الإكلينيكية التي قام بها المختصون بوجود أساس جيني لاضطراب القلق، وذلك أن نسبة (75%-15%) من الأقارب ومن الدرجة الأولى لمرضى القلق يُصابون به، وبالمقارنة فإن مُعدّل إصابة التوائم المتماثلة هو (80% - 90%) و (10% - 15%) من التوائم غير المتماثلة.

وقد أشار كل من: كابلسن، وسادوك (Kaplan - Sadok، 1991)، و أبا (Apa, 1994)، وكازي (Cazy, 1992)، وبارلون (Barloon, 1993) أن نسبة (25%) من الأفراد الذين

يُعانون من القلق لديهم تاريخ نفسي عائلي مُشابه لاضطرابات القلق، وأنّ الأطفال من أبوين يعانين من القلق يؤديّ إلى ظهور أعراض القلق لديهم، كما وجد كل من (سيلتز وشيلدر، 1962 - 1969) أن نسبة القلق في التوائم المتماثلة تصل إلى (50%) وأنّ حوالي (65%) يُعانون من بعض سمات القلق، وقد اختلفت النسبة في التوائم غير المتماثلة فوصلت إلى (4%) فقط، أما سمات القلق فظهرت في (13%) من الحالات.

2 - التعرض للصدمات والأزمات والمتاعب النفسية، والشعور بالذنب والخوف من العقاب وتوقعه.

3 - التفكك الأسري، وأساليب المعاملة الوالدية غير الصحيحة المتمثلة بالقسوة والتسلط والحماية الزائدة.

### علاج القلق:

إنّ أهم ما يتخذ تمهيدا للعلاج، هو تقصي تاريخ المريض، تفصيلا، وفحصه فحصا شاملا، ثم نتقدم بعد ذلك في علاجه، وإن من

### أهم التوصيات العلاجية للقلق ما يلي:

#### 1 - العلاج النفسي للقلق:

ويهدف لتطوير شخصية المريض، وزيادة بصيرته، وتحقيق التوافق باستخدام التنفيس والإيحاء والإقناع والتدعيم والمشاركة الوجدانية والتشجيع وإعادة الثقة في النفس وقطع دائرة المخاوف المرضية والشعور بالأمن. ويفيد التحليل النفسي وإظهار الذكريات المطمورة وتحديد أسباب القلق الدفينة في اللاشعور، وتنفيس المكبوتات، وحل الصراعات الأساسية. ويستخدم العلاج السلوكي خاصة لفك الإشرط المرضي المتعلق بالقلق وللقضاء على اللزمات العصبية الحركية (كقتل الشعر أو الشارب، تقطيب الجبهة، رمش العينين، رمش المنخر، مسح الأنف والأذن، اختلاج الفم، عض الشفاه، مص الإبهام أو الأصابع، قضم الأظافر، الإيماء بالرأس، أو هزة تحريك العنق، إدارة الرأس، عصر حبوب الوجه).

كما تفيد المناقشة والشرح والتفسير والتعليم والتفهيم وكشف الأسباب ودينامياتها وشرح الجهاز العصبي خاصة الجهاز العصبي المركزي والذاتي والتغيرات الفسيولوجية المصاحبة للقلق (18).

كما يفيد العلاج النفسي التدعيمي، في علاج هذا النوع من العصاب، وذلك بتعليم المريض الاسترخاء عن طريق تخيل بأنه موجود في مكان يحب أن يكون فيه (16)

## 2- الإرشاد العلاجي والإرشاد الزوجي للقلق:

وحل مشكلات المريض وتعليمه كيف يحلها ويهاجمها دون الهرب منها.

## 3- العلاج البيئي للقلق:

كتعديل العوامل البيئية ذات الأثر الملحوظ مثل تغيير العمل، وتخفيف أعباء المريض، وتخفيف الضغوط البيئية ومثيرات التوتر، والعلاج الاجتماعي والرياضي والرحلات والصدقات والتسلية والموسيقى والعلاج بالعمل.

## 4- العلاج الطبي للأعراض الجسمية المصاحبة للقلق:

بتطمين المريض أنه لا يوجد لديه مرض جسمي، واستخدام المسكنات (مثل الباربيتورات) واستخدام المهدئات (مثل ستيلازين)، واستخدام العقاقير المضادة للقلق (مثل ليبريوم). وهنا يجب تعريف المريض أن هذه مسكنات ومهدئات، حتى لا يعتقد أن مرضه عضوي المنشأ. ويجب الحرص في استخدام العقاقير المهدئة خشية حدوث الإدمان. وقد وجد استخدام علاج التنبيه الكهربائي والعلاج المائي في بعض الحالات.

## 5- العلاج الاجتماعي:

ويتركز في تكييف حالة المنزل والعمل، حتى نخفف عن كاهل المريض بعض أعبائه التي تزيد من حالته وإزالة الأسباب العائلية المسببة للقلق.

## ثانياً: عصاب الخوف المرضي (الفوبيا) Phobia

يكون الخوف المرضي خوف دائم من موضوع معين أو شخص أو شيء أو موقف أو فعل أو مكان غير مخيف ولا يستثير عادة الخوف لدى عامة الناس، ولا يستند إلى أساس واقعي، ولا يمكن ضبطه أو التخلص منه أو السيطرة عليه، ويعرف المصاب به أنه غير منطقي، ورغم هذا فإن هذا الخوف يتملكه ويحكم سلوكه، ويصاحبه القلق والسلوك القهري، وهناك فرق بين الخوف العادي والمرضي يتجلى بان الخوف العادي فطري، وهو حالة يحسها كل إنسان في حياته العادية حين يخاف مما يخيف فعلاً، مثل حيوان مفترس حين يشعر باقترابه فينفلج ويخاف ويقلق ويسلك سلوكاً ضرورياً للمحافظة على الحياة هو الهرب، لذا فالخوف العادي موضوعي أو حقيقي من خطر حقيقي في حين الخوف المرضي حالة شاذة ودائمة ومتكررة مما لا يخيف في العادة، ولا يعرف المصاب له سبباً، وقد يكون الخوف عاماً غير محدد، وهماً أو غير حسي، كالخوف من الأماكن المفتوحة Agoraphobia، ويبدو في الخوف من البقاء في أماكن مفتوحة، فإذا ما دخل منزلاً لا يستريح إلا إذا أغلق الباب، وإذا جلس في غرفة يظل قلقاً حتى تغلق منافذها، وإذا سار في الشارع أو خرج إلى الأماكن الفسيحة انتابه الفزع والضييق، كما أن هناك من يخافون من الأماكن المفتوحة، هناك أيضاً على عكسهم تماماً مصابون بالخوف من الأماكن المغلقة Claustrophobia، فلا تكاد تغلق باب الغرفة التي يجلسون فيها حتى يصاب الفرد منهم بالخوف والفزع، ويظل في هذه الحالة حتى يخرج من الغرفة أو تفتح منافذها.

وعموماً، فإن المواقف أو الأشياء أو الموضوعات التي تستثير الخوف لدى مصابي الفوبيات كثيرة لا يمكن حصرها: من أمثلة الخوف المرضي من الأماكن المرتفعة Acrophobia، والخوف المرضي من منظر الدم Hematophobia، والخوف المرضي من نوع من الحيوانات كالفأرة والصرصار وغيرها، ولكل مصاب بالفوبيا موقف معين أو موضوع معين أو أكثر هو الذي يخيفه، ولا يظهر عليه الفزع والقلق والضييق إلا إذا ظهر موضوع خوفه أمامه، بحيث يظل عادياً لا تظهر عليه أعراض المرض إلا في حالة ظهور موضوع خوفه.

هذا وتختلف درجة الخوف المرضي من فرد لآخر، فالبعض يظهر عليه الخوف والفرع الشديدان إذا ظهر موضوع خوفه في حين نجد أن البعض يكون أقل خوفاً وفضعا إذا ظهر موضوع خوفه.

### أسباب الخوف: يرجع الخوف إلى عدة أسباب وعوامل هي:

- 1 - تخويف الأطفال، وعقابهم، والحكايات المخيفة التي تحكي لهم، والخبرات المريرة القاسية التي يمرون بها، والخبرات المخيفة المكبوتة خاصة منذ الطفولة المبكرة.
- 2 - الظروف الأسرية المضطربة الشجار والانفصال والطلاق والعطف الزائد والحماية الزائدة والوالدان العصبيان والسلطة الوالدية المتمتة، والتربية الخاطئة كالمنع والعقاب والرغبة، وعدم المساواة في المعاملة بين الأطفال.
- 3 - خوف الكبار وانتقاله من طريق المشاركة الوجدانية والإيحاء والتقليد، وعدوى الخوف من مريض به إلى مخالطيه.
- 4 - القصور الجسمي والقصور العقلي والرعب من المرض.
- 5 - الفشل المبكر في حل المشكلات.
- 6 - وتلعب حيلة الإزاحة دوراً دينامياً فعالاً في الخوف، حيث تراح المهددات الداخلية إلى مهددات خارجية إزاحة لاشعورية، إذ ينقل الانفعال من مصدره الأصلي إلى بديل أكثر قبولاً فمثلاً خواف المدرسة قد يكون تلقائياً بسبب الانفصال عن الأم.

### أعراض الخوف: فيما يلي أهم أعراض الخوف:

- 1 - كل أنواع المخاوف المرضية مثل الخوف المرضي من: الخوف - الجنس - النساء - الأماكن الواسعة - الأماكن المغلقة - الأماكن المرتفعة - النور - الظلام - البرق - الرعد - الماء - النار - الدم - الجراثيم - الحشرات - الحيوانات - الثعابين - التلوث - التسمم - المرض - الألم - الموت - الزحام - اللغات الأجنبية - الغرباء .. إلخ

- 2 - القلق والتوتر.
- 3 - ضعف الثقة في النفس، والشعور بالنقص، وعدم الشعور بالأمن، والتردد وإضاعة الوقت، يعمل ألف حساب لكل أمر، والجبن، وتوقع الشر، وشدة الحرص، والانسحاب والانفراد، والهروب، أو التهاون والاستهتار، والاندفاع، وسوء السلوك.
- 4 - الإجهاد، والصداع والإغماء، وخفقان القلب، وتصبب العرق، والتقيؤ، وآلام الظهر، والارتجاف، واضطراب الكلام، والبوال أحيانا.
- 5 - السلوك التعويضي مثل: النقد والسخرية، والتحكم، وتصنع الوقار والجرأة والشجاعة.
- 5 - الأفكار الوسواسية والسلوك القهري.
- 6 - الامتناع عن بعض مظاهر السلوك العادي، ويصبح الخوف عائقا معجزا مثل الامتناع عن الأكل في المطاعم أو الامتناع عن التنزه أو الرياضة أو حتى مغادرة المنزل أو عبور الطريق.

### تشخيص الخوف:

- 1 - ينبغي أولاً المفارقة بين الخوف العادي وبين الخوف المرضي.
- 2 - التفريق بين الخوف كاضطراب وبين الخوف كعرض، فالخوف أحيانا يكون مصحوبا لأمراض أخرى كعرض، فهو عرض هام من أعراض القلق النفسي والاكتئاب والوسواس القهري.
- 3 - ويجب المفارقة بين الخوف وبين القلق، إذ في الخوف يسيطر المريض نسييا على القلق ويربطه بوضع أو موضوع خارجي، وتكون الدفاعات الرئيسة هي الكبت والإزاحة والتجنب.

**علاج الخوف:****1 . العلاج النفسي:**

خاصة التحليل النفسي للكشف عن الأسباب الحقيقية والدوافع المكبوتة، والمعنى الرمزي للأعراض، وتصريف الكبت، وتنمية بصيرة المريض، وتوضيح الغريب وتقريبه من إدراك المريض والفهم الحقيقي والشرح والإقناع والإيحاء، وتكوين عاطفة طيبة نحو مصدر الخوف، ويستعمل أيضا العلاج النفسي التدميمي، وتنمية الثقة في النفس، وتشجيع النجاح والشعور به، وأبرز نواحي القوة والإيجابية لدى الفرد، وتشجيع المريض على الاعتماد على نفسه، وإكسابه الخبرات بنفسه، وتنمية الشعور بالأمن والإقدام والشجاعة، ويستعمل كذلك العلاج النفسي المختصر في حالة المخاوف الحديثة الظهور، ويستفيد بعض المعالجين بالتنويم الإيحائي.

**2 . العلاج السلوكي الشرطي:**

بكف الارتباط بين المخاوف وذكرياتها الدفينة، وقطع دائرة المثير والخوف والسلوك وفك الاشرط والتعرض لمواقف الخوف نفسه مع التشجيع والمناقشة والاندماج وربط مصادر الخوف بأمور سارة محببة والتعويد العادي في الخبرة الواقعية السارة غير المخيفة ومنع استثارة الخوف، ويستعمل أسلوب التحصين التدريجي بصفة خاصة.

**3 . العلاج الجماعي:**

بالتشجيع الاجتماعي، وتنمية التفاعل الاجتماعي السليم الناضج.

**4 . العلاج البيئي:**

بعلاج مخاوف الوالدين، وعلاج الجو المنزلي الذي يجب أن تسوده المحبة والعطف والهدوء والثبات والاتزان والحرية وعلاج الوالدين والأقارب في حالة عدوى الخوف، وتوجيه الوالدين والمشرفين للمساهمة في ضبط الانفعالات

والتقليل من الخوف ببذل محاولات العلاج والتقليل من المشاجرات وعدم الخوف وعدم حكاية الحكايات المخيفة للأطفال.

### ثالثاً: عصاب الوسواس القهري Obsession - Compulsion Neurosis

اضطراب نفسي يتميز بوجود تصور أو طقوس حركية أو دورية أو فكرة تراود المصاب وتعاوده أو تلازمه دون أن يستطيع التخلص منها بالرغم من شعوره وإدراكه لغرابتها وعدم واقعيتها أو جدواها ويبدل المصاب من طاقته الكثير لمحاولة استبعاد مثل هذه الأفكار عن ذهنه، حتى يصبح هدفه الرئيس هو القضاء عليها واستبعادها، وقد تكون الفكرة مرتبطة بحادث يهم المصاب ولكنها لا تتفق مع واقعه وحقائق الأشياء مثل تفكير طالب ما فيما إذا كانت نتيجة امتحان العام السابق نتيجة صحيحة أم لا، وذلك رغم انتقاله إلى السنة الدراسية التالية، ورغم أنه يحاول إبعاد هذه الفكرة، وتظهر على الفرد الوسواسي أعراض الإرهاق والتعب لكثرة ما يبذل من طاقة في الوسواس وفي مقاومته.

أما الفكرة الوسواسية التي تشغل باله فقد تظل هي نفسها دون تغيير، أو قد تخفي لتحل محلها فكرة أخرى لتخفي حتى تعود الفكرة الأولى أو تحل ثالثة محلها، كما قد تجتمع أكثر من فكرة وسواسية في نفس الوقت، والأفكار الوسواسية كثيرة يصعب حصرها، فقد تكون فكرة أن كل أفراد الجنس الآخر ينظرون إليه نظرات جنسية، وآخر تلح عليه فكرة أن الآخرين من الجنس الآخر يفسرون نظراته على أنها جنسية صرفة، ويبدو لذلك مرتبكا في حضرتهم وخجولا، وثالث عليه فكرة أنه شخص فاشل لا يصلح لشيء، أما الأفعال القهرية، التي يمكن أن تصبح أعراضا لاضطراب الوسواس القهري، فهي كثيرة لا يمكن حصرها، منها من يقوم عدة مرات من سريره قبل الاستغراق في نومه للتأكد من أن باب الشقة مغلق، وهذا آخر يقوم بأفعال محددة وبترتيب جامد قبل أن يخرج من المنزل فيفتش كل غرف المنزل تفتيشا دقيقا، فينظر تحت الأسرة ويفتح الدواليب ويكرر ذلك عدة مرات حتى يطمئن بنفسه إلى أن كل شيء على ما يرام، وإذا ما حيل بين الوسواسي وبين أن يتم فعله القهري أصيب بقلق بالغ وخوف شديد من المجهول حتى تتاح له فرصة إنجاز فعله التكراري فيهدأ إلى

حين، لكي تعاوده من جديد الرغبة في تكرار فعله وهكذا، ثم لا يلبث قليلا حتى تعود هذه الدوافع من جديد ليستسلم لها من جديد بعد محاولات جاهدة لمقاومة إتمامها وهكذا يقضي حياته طالما ظل وسواسيا، ولا يخفي مدى تأثير هذا الاضطراب على تبديد طاقة المصاب به في أفعال متكررة لا طائل من ورائها، وفي محاولات من جانب المريض لمقاومة هذه الأفعال وعدم إتيانها الأمر الذي يسبب إنهاكا شديدا للمصاب وضيقا بالغاله.

### أسباب عصاب الوسواس والقهر:

فيما يلي أهم أسباب عصاب الوسواس القهري:

#### 1 - الوراثة:

توصلت كثير من الدراسات إلى تأثير عامل الوراثة في انتقال اضطراب الوسواس القهري من الآباء إلى الأبناء من طريق الجينات.

#### 2 - أسباب بيئية مهيئة:

أ - كتقليد سلوك الوالدين أو الكبار المصابين بالوسواس والقهر.

ب - الإحباط المستمر في المجتمع والتهديد المتواصل بالحرمان، وفقدان الشعور بالأمن، ولذا يبدو المصاب وكأنه يتلمس الأمن ويتجنب الخطر في النظام والتدقيق والنظافة وغير ذلك من أعراض الوسواس القهري.

ج - التنشئة الاجتماعية الخاطئة والتربية المتمتة الصارمة المتسلطة الآمرة الناهية القامعة، والقسوة والعقاب، والتدريب الخاطيء المتشدد المتعسف على النظافة والإخراج في الطفولة.

#### 3 - أسباب فسيولوجية:

يوجد الكثير من الشواهد أو الملاحظات التي تؤيد احتمال نشأة هذا الاضطراب من أسباب فسيولوجية، فظهوره في الأطفال بكثرة حيث الجهاز العصبي لم يكتمل

نضجه، وكذلك وجود الاضطراب بطريقة دورية وفي هيئة نوبات متكررة مع اضطرابات الموجات الكهربائية في الدماغ مع ظهور هذا الاضطراب بعد أمراض خاصة في الجهاز العصبي مثل الحمى المخية، والصرع النفسي الحركي، كل ذلك يؤيد الأساس الفسيولوجي.

#### 4 - أسباب نفسية:

أ - كالصراع بين عناصر الخير والشر في الفرد، والصراع بين إرضاء الدوافع الجنسية والعدوانية وبين الخوف من العقاب وتأنيب الضمير، ووجود رغبات لاشعورية متصارعة تجد التعبير عنها في صورة الفكر الوسواسي والسلوك القهري، وكذلك الصراع بين التمرد على مطالب الكبار وتقبلها.

ب - الخوف، وعدم الثقة في النفس والكتب.

ج - ويعتقد أصحاب المدرسة السلوكية أن الوسواس يمثل مثير شرطي للقلق، ولتخفيف القلق يقوم الفرد بسلوك معين يخفف القلق المرتبط بالفكر الوسواسي.

د - ويعد التكوين العكسي من أهم الاساليب الدفاعية في عصاب الوسواس القهري، مثلا الأم التي تحاول التخلص من جنينها ثم تمت موته عند ولادته، وبعد ولادتها أصبحت تغسل يديها مرارا قبل لمسها وتغلي ملابسه وأدوات رضاعته باستمرار ولا تسمح لأحد أن يلمسه، خشية تعرضه للعدوى والمرض.

هـ - الشعور بالإثم وعقدة الذنب وتأنيب الضمير وسعي المصاب لاشعوريا إلى عقاب ذاته، ويكون السلوك القهري بمثابة تكفير رمزي، وإراحة للضمير، فمثلا يمكن أن يكون غسيل الأيدي الفعل القهري رمزا لغسيل النفس وتطهيرها من الإثم المتصل بخطيئة أو بخبرة مكبوتة.

#### أعراض عصاب الوسواس القهري:

فيما يلي أهم أعراض عصاب الوسواس القهري:

1 - الأفكار المتسلطة، ويكون معظمها تشككية أو اتهامية أو عدوانية أو جنسية،

- الشك في الخلق والتفكير في الموت والبعث والاعتقاد في الخيانة الزوجية، والانشغال بفكرة ثابتة تسلطية، والتحريض على القيام بسلوك قهري.
- 2 - المعاودة الفكرية، والتفكير الاجتراري كترديد كلمات الأغاني بطريقة شاذة.
- 3 - التفكير الخرافي البدائي والإيمان بالسحر والشعوذة والأحجية، والأفكار السوداء، والتشاؤم، وتوقع الشر، وتوقع أسوأ الاحتمالات والكوارث.
- 4 - الانطواء والاكئاب والهم وحرمان النفس من أشياء ومنع كثيرة، وسوء التوافق الاجتماعي وقلة الميول والاهتمامات نتيجة التركيز على الأفكار المتسلطة والسلوك القهري.
- 5 - الضمير الحي الزائد عن الحد، والشعور المبالغ فيه بالذنب، والجمود، وعدم التسامح والعناد والجدية المفرطة، والدقة الزائدة.
- 6 - الاستغراق في أحلام اليقظة.
- 7 - السلوك القهري والطقوس الحركية كالمشي على الخطوط البيضاء في الشارع، والمشي بطريقة معينة، ولمس حدود الأسوار، وعد الأشياء التي لا يعدها الناس كطوابق المنازل والشبابيك ودرجات السلم وأعمدة الكهرباء والتوقيع على أي ورقة عددا معيناً من المرات وغيرها من الأفعال.
- 8 - النظام والنظافة والتدقيق والأناقة المبالغ بها وحب القيام بطقوس ثابتة وطويله في النظافة وغسل اليدين المتكرر ونظام ثابت في لبس الملابس وخلعها، وفي ترتيب الأثاث، فلكل شيء مكان ووضع وكل شيء في مكانه وموضعه بصورة مبالغ فيها.
- 9 - التتابع القهري في السلوك، والبطء في العمل، والتردد وعدم القدرة على اتخاذ القرارات.
- 10 - الشك المتطرف في الذات، والتأكد المتكرر من الأعمال، والتردد والمراجعة الكثيرة، وتكرار السلوك كتكرار قفل الأبواب ومحابس المياه والغاز..

### تشخيص عصاب الوسواس القهري:

- 1 - قد تلاحظ بعض أشكال خفيفة من الفكر الوسواسي والسلوك القهري عند الشخص العادي، ولكن الفيصل هو اعتبار الفكر وسواسيا والسلوك قهريا هو تكرار وقوعه وظهور القلق والتوتر عند مقاومته أو منع الفرد تأدية عمله اليومي والتأثير على كفاءته وسوء توافقه الاجتماعي.
- 2 - يلاحظ إذا طغى الفكر الوسواسي أكثر، كانت الحالة شديدة، أما إذا طغى السلوك القهري، كانت الحالة أخف.
- 3 - يجب المفارقة بين عصاب الوسواس والقهر كمرض في حد ذاته أو كعرض من أعراض مرض آخر، مثل ذهان الهوس والاكتئاب أو الفصام.
- 4 - ويجب المفارقة بين عصاب الوسواس والقهر وبين الهذاء، والفارق الرئيسي هو أنه في عصاب الوسواس والقهر يتأكد المريض من عدم صحة وتفاهة وغرابة وسخف فكرة المتسلط وسلوكه القهري، أما في الهذاء فإن الأفكار والسلوك يؤمن المريض بصحتها تماما.

### علاج عصاب الوسواس القهري:

قد يظهر العصاب لمدة قصيرة ويشفى تلقائيا دون علاج، ولكن معظم الحالات تحتاج إلى فترة طويلة تحت العلاج. وأهم ملامح العلاج ما يلي:

#### 1 - العلاج العضوي لعصاب الوسواس والقهر:

- أ - العلاج بالصدمات الكهربائية والتنويم الكهربائي لا سيما في الحالات المصحوبة بالاكتئاب.
- ب - العلاج بالعقاقير: ويفيد في تخفيف حدة التوتر المصاحب للوسواس والقهر، باستخدام الأدوية المهدئة لتقليل حدة الاضطراب والتوتر المصاحب للوسواس والقهر (مثل ليبريوم)، وإن لم ينجح في القضاء على الفكرة الغريبة

ذاتها، وفي بداية ظهور الوسواس قد يستجيب للعلاج المكثف بمضادات الاكتئاب مع المهدئات العظيمة، ويوصي بعض المعالجين باستخدام علاج النوم المستمر في بعض الحالات.

ج - العلاج الجراحي: شق الفص الجبهي كآخر حل أحيانا في حالة استحالة التخلص من الوسواس والقهر الذي يعطل حياة المريض، بقطع الفص الأمامي في المخ في الحالات المستعصية التي تصل فيها الوسواس والقهر درجة يستحيل معها أي نشاط آخر للإنسان، مثل حالة وصلت لأن تغسل الخبز بالماء والصابون، ثم لا تأكله طبعاً، حتى كادت تهلك هزاً.

د - العلاج النفسي: وخاصة التحليل النفسي، للكشف عن الأسباب وإزالتها، وتفسير طبيعة الأعراض ومعناها الرمزي واللاشعوري، وعلاج الشرح والتفسير والتوضيح والإيحاء، وتنمية البصيرة بالنسبة للعوامل والديناميات والمخاوف وما يصاحبها من حيل ووسائل دفاع لاشعورية، قد يكون دورهم بالإضافة إلى العلاج العضوي في إزالة التوتر المصاحب للوسواس القهري، وكذلك علاج المساندة والتشجيع والتطمين والتقليل من الخوف، وتجنب مثيرات الوسواس ومواقفها وخبراتها، وإعادة الثقة بالنفس، والعلاج بالإزاحة أي إزاحة الأفكار الوسواسية والسلوك القهري بأفكار بناءة وسلوك مفيد، كما في العلاج المعرفي السلوكي.

## 2 - العلاج الاجتماعي والعلاج البيئي:

وهو يوجه نحو إزالة مزيد من الصعوبات البيئية التي قد تزيد من توتر المريض وضيقه، فيتم تغيير المسكن أو العمل.

## 3 - العلاج السلوكي:

وهو يفيد كثيراً في ربط الأعراض عرض بمؤثرات منفردة، وذلك لإزاحة هذه الأعراض وبصفة خاصة للتخلص من المخاوف المصاحبة وخاصة باستخدام أسلوب الكف المتبادل والخبرة المنفردة. والعلاج بالعمل في حالة الكبار والعلاج باللعب في حالة الأطفال.

### رابعاً: عصاب الاكتئاب Depression Neurosis

هو حالة من الهم والحزن والانصراف عن الاستمتاع بمباهج الدنيا والرغبة في التخلص من الحياة مع هبوط النشاط ونقص الحماس للعمل والإنتاج وفتور الشهية للطعام والجنس، ويصاحب كل ذلك أرق واضطراب في نوم المريض.

والاكتئاب العصابي قد يصيب الفرد بعد فقدته لشخص أو شيء عزيز أو تعرضه لموقف يستدعي الحزن إلا أن الحزن الناتج لا يزول أو تخف حدته بمرور الوقت، كما يحدث للأشخاص الأسوياء لكن يظل في شدته مع مرور الزمن بل قد يتزايد، والاكتئاب العصابي لا تصاحبه هذات أو هلاوس.

والاكتئاب حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة وتعب عن شيء مفقود وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه.

#### تصنيف الاكتئاب: يصنف الاكتئاب إلى ما يلي:

- 1 - الاكتئاب الخفيف Mild Depression، وهو أخف صور الاكتئاب
- 2 - الاكتئاب البسيط Simple Depression، وهو أبسط صور الاكتئاب.
- 3 - الاكتئاب الحاد (السواد) Acute Depression، وهو أشد صور الاكتئاب حدة.
- 4 - الاكتئاب المزمن Chronic Depression، وهو دائم وليس في مناسبة فقط.
- 5 - الاكتئاب التفاعلي (أو الموقفي) Reactive Depression، وهو رد فعل لحلول الكوارث وهو قصير المدى.
- 6 - الاكتئاب الشرطي، وهو اكتئاب يرجع مصدره الأصلي إلى خبرة جارحة يعود إلى الظهور بظهور وضع مشابه أو خبرة مماثلة للوضع أو الخبرة السابقة.
- 7 - اكتئاب سن القعود Involutional Depressive Reaction، ويحدث عند النساء في الأربعينات وعند الرجال في الخمسينات، أو نقص الكفاية الجنسية أو الإحالة إلى التقاعد، ويشاهد فيه القلق والهم والتهيج والهذاء وأفكار الوهم والتوتر العاطفي والاهتمام بالجسم وقد يظهر تدريجياً أو فجأة وربما صحبته ميول انتحارية ويسمى أحياناً سوداء سن القعود.

8 - الاكتئاب العصبي Neurotic Depression.

9 - الاكتئاب الذهاني Psychotic Depression.

والفرق بين الاكتئاب العصبي والاكتئاب الذهاني فرق في الدرجة، وفي الاكتئاب الذهاني يفقد المصاب القدرة على تفسير الواقع الخارجي ويصاحبه أوهام وهذيانات الخطيئة.

### أسباب الاكتئاب:

عادة ما يحدث في الأشخاص ذوي التكوين البدني والذين يتصفون بمزاج متقلب حاد، ويرجع الاكتئاب إلى عوامل وراثية وبيئية مهيئة، وأهم هذه الأسباب هي الأسباب النفسية ومنها:

1 - التوتر الانفعالي والظروف المحزنة والخبرات الأليمة والكوارث القاسية مثل موت عزيز أو طلاق أو سجن بريء أو هزيمة وغيرها والانهازم أمام هذه الشدائد.

2 - الحرمان ويكون الاكتئاب استجابة لذلك وفقد الحب والمساندة العاطفية، وفقد حبيب أو فراقه، أو فقد وظيفة أو فقد ثروة أو فقد المكانة الاجتماعية، أو فقد الكرامة، أو فقد الشرف أو فقد الصحة أو فقد وظيفة حيوية والفقر الشديد.

3 - الصراعات اللاشعورية.

4 - الإحباط والفشل وخيبة الأمل والكبت والقلق.

5 - الشعور بالذنب الذي لا يغتفر بالنسبة لسلوك سابق خاصة حول الأمور الجنسية والرغبة في عقاب الذات.

6 - الوحدة والعنوسة وسن اليأس، وتدهور الكفاية الجنسية والشيخوخة والتقاعد.

7 - الخبرات الصادمة والتفسير الخاطئ غير الواقعي للخبرات.

8 - التربية الخاطئة والتفرقة في المعاملة والتسلط والإهمال.

9 - عدم التطابق بين مفهوم الذات الواقعي، والمدرك، وبين مفهوم الذات المثالي.

## أعراض الاكتئاب:

### 1 - الأعراض الجسمية ومنها:

- \* انقباض الصدر والشعور بالضييق والوجه المقنع.
- \* فقدان الشهية ورفض الطعام.
- \* الصداع والتعب لأقل جهد وخمود الهمة والألم خاصة آلام الظهر.
- \* ضعف النشاط العام والتأخر النفسي الحركي، والضعف الحركي والبطء وتأخر زمن الرجوع.
- \* الرقابة الحركية واللازمات الحركية.
- \* نقص الشهوة الجنسية والضعف الجنسي (العنة عند الرجال)، والبرود الجنسي واضطراب العادة الشهرية (عند النساء).

### 2 - الأعراض النفسية ومنها:

- \* البؤس واليأس والأسى وهبوط الروح المعنوية والحزن الشديد الذي لا يتناسب مع سببه.
- \* انحراف المزاج وتقلبه والانكفاء النرجسي على الذات.
- \* عدم ضبط النفس وضعف الثقة في النفس والشعور بالنقص وعدم الكفاية، والشعور بعدم القيمة والتفاهة.
- \* القلق والتوتر والأرق.
- \* فتور الانفعال والانطواء والانسحاب والوحدة والانعزال والصمت والسكون والشروود حتى الذهول.
- \* التشاؤم المفرط وخيبة الأمل والنظرة السوداء للحياة واجترار الأفكار السوداء والاعتقاد بأن لا أمل في الشفاء والانخراط في البكاء أحيانا وعدم القدرة على الاستمتاع بمباهجها.

- \* اللامبالاة بالبيئة، ونقص الميول والاهتمامات ونقص الدافعية وإهمال النظافة والمظهر الشخصي والإهمال العام وعدم الاهتمام بالأمر العادية في المنزل وفي العمل وفي وقت الفراغ..
- \* بطء التفكير والاستجابة وصعوبة التركيز والتردد وبطء وقلة الكلام وانخفاض الصوت.
- \* أفكار بالانتحار أحيانا.

### 3 - الأعراض العامة وأهمها:

- \* نقص الإنتاج عن ذي قبل وعدم التمتع بالحياة كما كان من قبل.
- \* سوء التوافق الاجتماعي.
- \* انكسار النفس وانقباضها.
- \* فقد المشاركة مع الآخرين.

### تشخيص الاكتئاب: ينبغي التفرقة بين:

- 1 - الاكتئاب التفاعلي والاكتئاب المزمن.
- 2 - الاكتئاب العصبي والاكتئاب الذهاني.
- 3 - الاكتئاب سن القعود وبين ذهان الشيخوخة.
- 4 - الاكتئاب وبين نوبات الاكتئاب كأعراض مبكرة للفصام.
- 5 - الاكتئاب وبين أعراض الاكتئاب المصاحب للأمراض الجسمية.

### علاج الاكتئاب:

قد تزول أعراض الاكتئاب دون علاج ولكن ذلك يستغرق عادة فترة ليست قصيرة، لذلك يتم علاج حالات الاكتئاب الخفيف عادة خارج المستشفى إذا لم يكن هناك خطر محاولة الانتحار، أما إذا كان هناك محاولات فيحسن العناية بالمريض داخل المستشفى.

ويحسن بعد انتهاء العلاج أن يتردد المريض على العيادة النفسية مرة كل شهر لمدة (6 شهور) إلى (سنة) للتأكد من عدم الانتكاس وأن التحسن ليس مجرد فترة انتقالية إلى طور آخر من الاكتئاب أو الهوس، وفيما يلي أهم معالم علاج الاكتئاب:

### 1 - العلاج النفسي للاكتئاب:

وخاصة العلاج التدعيمي، وعلاج الأسباب الأصلية، والعوامل التي رسبت الاكتئاب، والفهم وحل الصراعات وإزالة عوامل الضغط والشدة وتخليص المريض من الشعور بالذنب والغضب المكبوت، والبحث عن الشيء المفقود بالنسبة للمريض، وإبراز إيجابيات الشخصية والمساندة العاطفية والتشجيع وإعادة الثقة في النفس والوقوف بجانب المريض وتنمية بصيرته وإشاعة روح التفاؤل والأمل.

### 2 - العلاج البيئي للاكتئاب:

لتخفيف الضغوط والتوترات وتناول الظروف الاجتماعية والاقتصادية بتغييرها أو التوافق معها.

- العلاج الاجتماعي والعلاج الجماعي.
- العلاج بالعمل.
- العلاج الترفيهي وإشاعة جو التفاؤل والمرح حول المريض والعلاج بالموسيقى.
- العلاج المائي.
- العلاج المعرفي السلوكي: توصلت عدد كبير من الدراسات إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي لا سيما وفق نظرية بيك.

### خامساً: عصاب توهم المرض (الهيبيكوندريا) Hypochondria Neurosis

يتوهم المصاب بإصابته فعلاً بمرض أو أمراض معينة أو يتوهم استعداده للإصابة السريعة بمرض أو أمراض معينة، لهذا فهو دائم التخوف والاحتياط حتى لا يصاب بالمرض، وهو منشغل انشغالا زائدا بصحته وخائف عليها، ومهتم اهتماما مفرطاً بها،

وإن أصابته أخف الأمراض وأهونها جزع لذلك أشد الجزع، وتوهم أنه أصيب بأشد الأمراض فتكا، وظل في قلق بالغ حتى يشفى، ولا يكاد يشفى حتى تعاوده مخاوفه من الإصابة بمرض خطير آخر، وهكذا، وغالبا ما يفشل الآخرون بل وربما أطباؤه أيضا في طمأنته على صحته، وفي إقناعه بخلوه من المرض. ومن هنا، فهو دائم الشكوى من إصابته المتوهمة بأمراض معينة، أو من خوفه من الإصابة بها ويميل البعض أحيانا إلى تسميه هذا المرض بوسواس المرض.

ويعد توهم المرض اضطراب نفسي المنشأ ناتج عن اعتقاد راسخ بوجود مرض على الرغم من لا وجود دليل طبي على ذلك ويكون تركيز الفرد على أعراض جسمية، ليس لها أساس عضوي، وذلك يؤدي على حصر تفكير الفرد في نفسه، واهتمامه المرضي الدائم بصحته وجسمه، بحيث يطغى على كل الاهتمامات الأخرى ويعوق اتصاله السوي بالآخرين، ويشعره بالنقص والشك في نفسه، كما يعوق اتصاله أيضا بالبيئة المحيطة به.

ويختلف هذا المرض عن الهستيريا وعن الاضطرابات السيكوسوماتية، بانه لا يصحبه اضطراب حقيقي في وظيفة أي عضو، كما أن التعبير عن الأعراض لا يتم خلال الجهاز العصبي الذاتي أو الحسي الحركي، وإنما هو اضطراب في محتوى التفكير أساسا، وفي صورة الجسم في المخ.

**أسباب توهم المرض: من أهم الأسباب ما يلي:**

### 1 - الوراثة:

كثيرا ما يوجد هذا العصاب في عائلات شديدة الاهتمام بالمرض، يشكو أكثر من فرد من أفرادها بنفس المرض أو بعصاب آخر، وأحيانا ما يوجد تاريخ عصابي في العائلة.

### 2 - البيئة:

تتصف أسرة المريض عادة بالتركيز على الصحة الجسمية، والإكثار من التردد

على الأطباء، والخوف من المرض مما يجعل اهتمام المريض يتركز منذ كان طفلاً على جسمه ووظائفه، فإذا ما واجه ضغطاً ما في البيئة ظهر المرض.

### 3- أسباب مرسبة لتوهم المرض:

قد يكمن السبب في صراع لاشعوري، أو رفض موقف مزمن، أو تهديد داخلي بظهور ذهان كامن، أو الحساسية النفسية عند بعض الناس إذ تجدهم يتوهمون أنهم مرضى بمرض يكونون قد سمعوا عنه من الأطباء أو المعالجين، وفهموا فهماً غير سليم أو أساءوا الفهم، أو يكونون قد قرءوا عنه قراءة غير واعية، وعلى غير أساس علمي في الكتب والمجلات الطبية، أو الفشل في الحياة بصفة خاصة الفشل في الحياة الزوجية، وشعور الفرد بعدم قيمته وعدم كفايته ورفضه ويكون توهم المرض بمثابة تعبير رمزي عن هذا الشعور، ومحاولة الهرب من مسؤوليات الحياة.

1 - لفت الانتباه وتوجيه الاهتمام: أحياناً يحاول الفرد المصاب بتوهم المرض لتوجيه الاهتمام له من قبل الآخرين لا سيما الأشخاص الذين يعانون من الإهمال والانعزال.

### 2 - أعراض توهم المرض:

تتركز الأعراض أساساً في الشكوى من أعراض جسمية وآلام متقلبة وصداع، وما يصاحبه من وهن، وقد تكون هذه الشكاوي مبرراً لأعراض نفسية أخرى مثل ضعف التركيز أو الانصراف عن الاستذكار.

فيما يلي أهم أعراض توهم المرض:

- 1 - تسلط فكرة المرض على الشخص (وسواس) والشعور العام بعدم الراحة.
- 2 - تضخيم شدة الإحساس العادي بالتعب والألم، والاهتمام المرضي، والإشغال الدائم بالجسم والصحة والعناية الزائدة بها، وكثرة التردد على أطباء عديدين، والمبالغة في الأعراض التافهة وتضخيمها، والاعتقاد أنها مرض خطير فمثلاً المغص يعتبره قرحة في المعدة.

3 - الشكوى من اضطرابات جسمية خاصة في المعدة والأمعاء وأي جزء آخر من أجزاء الجسم، فمثلا المراهق الذي يعاني من صراعات جنسية يكون توهم المرض لديه متمركزا حول الأمراض الجنسية، وقد يؤدي هذا إلى حالة انسحاب كامل بعيد عن العالم المحيط به.

4 - الشعور بالنقص، مما يعوق الاتصال الاجتماعي ويؤدي إلى الانعزال أو الانسحاب.

### تشخيص توهم المرض:

1 - من النادر أن يظهر توهم المرض كعصاب مستقل، ولكن الأغلب أن يظهر كعرض مرافق لاضطراب نفسي آخر مثل الاكتئاب، كما في حالات اكتئاب سن القعود مثلا.

2 - وفي بعض الأحيان يكون توهم المرض مجرد إضافة إلى مرض عضوي، يجعل الأعراض مبالغ فيها.

### علاج توهم المرض:

نحن الآن أمام شخصية ترفض الشفاء من مرض لا وجود له فالشفاء معناه مواجهة الحقيقية ومواجهة الحقيقة معناه القلق والتوتر وان الفرد المصاب يرفض الشفاء ويحدث كل ذلك دون أن تشعر الشخصية بأي شيء من ذلك، فقد يقف موقفا سلبيا من العلاج، قد يقاوم العلاج النفسي، قد يهرب من العلاج من طريق استبدال الطبيب المعالج كل فترة، بل ونلاحظ أن المريض يكون هنا حريصا على زيارة أكبر عدد من الأطباء، وكأن المريض يحتاج إلى أكبر عدد ممكن من الشهود يؤكدون بتذكرهم الطبية وجود المرض، ووجود العذاب الذي يستحق الرحمة من الآخرين، وتتلخص أهم ملامح علاج توهم المرض فيما يلي:

1 - العلاج العضوي لتوهم المرض: استخدام الأدوية النفسية الوهمية، واستخدام الأدوية المهدئة، فقد يفيد علاج العقاقير مثل مضادات الاكتئاب والمهدئات

في التخفيف من التوتر المصاحب، وأحيانا ما يزيد الاكتئاب المصاحب لدرجة تبرر علاج المريض بالصدمات الكهربائية إلا أنه في كثير من الأحيان ما تزيد الأعراض نتيجة للآلام المصاحبة للصدمات، لذلك فيستحسن تجنب الصدمات الكهربائية ما أمكن.

2 - **العلاج النفسي لتوهم المرض:** الذي يركز على التطمين منها، وشرح العوامل التي أدت على كشف صراعاته الداخلية والتخلص منها، وشرح العوامل التي أدت إلى المرض والعلاقة بينها وبين الأعراض، وتوجيه مجال الاهتمام من الذات إلى مجالات أخرى، ويفيد هنا العلاج النفسي المختصر، والعلاج النفسي الجماعي، وقد نلجأ في ذلك إلى العلاج السلوكي أو العلاج التديمي، ونادرا إلى العلاج التحليلي العميق.

3 - **العلاج الاجتماعي لتوهم المرض:** ودوره هنا أقل، لأن الأسباب الخارجية رغم أهميتها تكون عاملا مرسبا فقط، ونادرا ما تزول الأعراض تماما لأن المشكلة عميقة الجذور داخل النفس ولكن قد نلجأ إلى العلاج بالعمل والرياضة والترفيه لإخراج المريض من دائرة التركيز إلى ذاته، وتعديل البيئة والمحيط الأسري ومحيط العمل.

4 - **الإرشاد العلاجي للمريض، وإرشاد الأسرة، خاصة مرافقي المريض، كالزوج** مثلا نحو عدم المبالغة في العطف والرعاية وعدم المعاملة بقسوة.

5 - **مراقبة المريض خشية الانتحار** إذا كان توهم المرض مرافقا للاكتئاب.

### سادساً: **عصاب الوهن العصبي (النيورستانيا) Neurasthenia**

يقصد به إحساس المصاب المستمر بالإرهاق والتعب والضعف ونقص الحيوية، ويشمل مفهوم النيورستانيا الأنواع التالية من الظواهر المرضية:

أ - اضطرابات في الحساسية: صداع متصل أو متقطع وأوجاع متقلبة وحساسية مفرطة وإحساسات متوهمة لا أساس عضوي لها.

- ب - اضطرابات حسية زيادة في حساسية الشخص وطين الأذنين.
- ج - اضطرابات حشوية وظيفية خاصة بالهضم كارتخاء الأمعاء وتقلصات المعدة ومغص معوي واضطراب في إفرازات المعدة والمعوي والكبد، فضلا عن الإمساك، وخاصة بالأوعية الدموية كهبوط في ضغط الدم، وخاصة ضعف جنسي متفوت، وافتقاده الحساسية الجنسية.
- د - اضطرابات التنفس ضيق في التنفس والربو الكاذب.
- هـ - اضطرابات عصبية نفسية منوعة كالأرق ودوار وترنح ورجفة وقلق واكتئاب وتهيج عصبي وخور في العزيمة واندفاع وسرعة التعب وصعوبة البدء في عمل ما، وتشتت الانتباه وضعف التركيز.

ويعرف الوهن العصبي على انه حالة من الشعور الذاتي المستمر بالوهن النفسي العام، الذي يصحبه أعراض عصبية وجسمية، ومن أهم خصائصه الوهن النفسي والجسمي وشدة التعب والإعياء والفتور والإنهاك، وقد يصل إلى درجة الانهيار، وهو يكاد يكون حالة من التعب المزمن. ويطلق عليه البعض أسم الانهيار العصبي أو الضعف النفسي أو الإعياء النفسي أو استجابة الضعف أو متلازمة التعب أو رد فعل الضعف Asthenic Reaction.

### أسباب الوهن العصبي أو النفسي:

- هناك كثير من الأسباب التي تشرح وتعلل لظهور أعراض هذا المرض، ومن ذلك:
- 1 - الوراثة: ويدل على أهمية هذا العامل وجود أمراض نفسية مختلفة في أقارب وأسلاف المصابين بالمرض.
  - 2 - التكوين الجسمي: هذا وقد لوحظ ظهور الوهن النفسي في الأشخاص ذوي التكوين الجسمي النحيف الواهن الذين يتصفون بشدة حساسية الجهاز العصبي.

3 - التسمم الذاتي: افترض كثير من الباحثين أن الجسم يفرز سموماً لسبب أو لآخر، تسري فيه، وتسبب المرض، وهذا لم يثبت صحته حتى الآن.

4 - الإنهاك: ويقال كذلك أن الإرهاق والإجهاد من الأسباب المباشرة لهذا الاضطراب.

5 - الإيحاء والاستهواء: يرجع آخرون أسباب المرض إلى سهولة الاستهواء عند البعض، فسرعان ما يؤمن المصاب بما توحى إليه نفسه أو غيره من أنه قليل الحيلة ضعيف الإمكانيات في كافة المجالات.

6 - الصراع النفسي: كثيراً ما يعتبر أن أسباب الوهن النفسي نفسية في جملتها وأهمها:

أ - الصراع النفسي ذو التاريخ الطويل نتيجة تضارب الرغبات والإقدام والإحجام في السلوك، مما يسبب الإنهاك والضعف، والإحباط المتكرر، وعدم إشباع حاجات الفرد، والفشل والحرمان، واليأس، والشعور بالنقص، والتوتر النفسي والاضطرابات الانفعالية العنيفة الطويلة والصدمات الانفعالية، والشعور بالعجز المفاجئ في حيل وأساليب الدفاع النفسي التي كان يعتمد عليها الشخص في مواجهة ضعفه، وشعوره بالنقص ووجود العدوان المكبوت ومحاولة مقاومته.

ب - النمو المضطرب للشخصية، وعدم ضبط النفس، وضعف الثقة في النفس، وسهولة الإيحاء والاستهواء، واعتقاد الفرد في قلة حيلته وضعف إمكانياته، وعدم وجود خطة للحياة، وعدم وضوح الأهداف والمثل والحياة الرتيبة، ونقص الميول والاهتمامات.

ج - الاضطرابات الأسرية والانهاك الأسري، وطرق التربية الخاطئة والقسوة والحماية الزائدة والتدليل، والهروب من تحمل المسئوليات وعدم التعود عليها، وسوء التوافق الاجتماعي، ووجود اضطراب مماثل لدى أحد الوالدين

أو الأفراد المهمين في حياة الفرد، واكتساب وتعلم الأعراض منه خاصة في حالة وجود مكاسب ثانوية لهذا السلوك المرضي المكتسب.

د - العمل الشاق المرهق تحت الضغط المصحوب بالقلق، والمجهود المجهد الذي يستنفد الطاقة العصبية، ويعوق الاسترخاء، ويحول دون الاستمتاع بالحياة.

هـ - الحضارة الحديثة وضغوطها الشديدة، ومطالبها الكثيرة، وضغط مشكلات الحياة والاتجاهات السالبة نحوها، وعدم الاستعداد لمواجهتها والضغوط النفسية المتعلقة بالمنافسة والخضوع والإهانة والنبذ والعدوان والحروب.

### أعراض الوهن النفسي:

#### 1 - الأعراض الجسمية للوهن النفسي:

وتشمل: التعب الجسمي، والعقلي المستمر بدون أساس عضوي والشعور بالضعف العام والإجهاد وتخاذل القوى والإعياء لأقل مجهود، والخمول والكسل، ونقص الحيوية والنشاط، والضعف الصحي والعصبي والنفسي، وبعض الآلام العامة غير المحددة، والصداع والشعور بالضغط في الرأس، وهبوط ضغط الدم والإحساس بضربات القلب، وشحوب الوجه، والتغيرات والاضطرابات الحشوية، وضعف الشهية، وعسر الهضم والإمساك، والضعف الجنسي عند الرجال، واضطراب العادة الشهرية عند النساء، وآلام الظهر خاصة الألم القطني والعجزي، والأرق، واضطراب النوم، والأحلام المزعجة، والتعب عند الاستيقاظ من النوم، كل ذلك بدون مبرر.

#### 2 - الأعراض النفسية للوهن النفسي:

وتشمل: القلق العابر المصحوب بالتوتر وعدم الاستقرار، والشعور بالضيق والتبرم وتدهور الروح المعنوية، والتشاؤم، والشعور بالأحباط، وضعف الطموح والشهور بالنقص والضعف والعجز، وتشتت الانتباه، وضعف القدرة على التركيز،

وضعف الذاكرة، وعدم القدرة على مواصلة التفكير في موضوع معين، والاستغراق في أحلام اليقظة، والاكتئاب والهم، والحساسية الانفعالية الزائدة، والقابلية الشديدة للاستثارة، وسرعة التهيج، والغضب، وعدم تحمل الضجيج، والأصوات الشديدة والضوضاء العالية، والثورة، وضعف العزيمة والإرادة، وفتور الهمة، وضعف الحماس، وعدم الرغبة في العمل، وعدم القدرة على إتمام ما يبدأه منه، وعدم القدرة على تحمل المسؤوليات، والتردد وعدم القدرة على اتخاذ القرارات، والهروب من مجابهة المشكلات وحلها، والشك في الناس، والسلبية، والتمركز حول الذات، وفتور النشاط الاجتماعي، والاعتماد على الغير، والتبرم بأوضاع الحياة، وفقدان الاهتمام بها، وسوء التوافق المهني، والخوف، وتوهم المرض.

### تشخيص الوهن النفسي:

- 1 - يلاحظ أنه من النادر أن يظهر الوهن النفسي كعصاب مستقل، ولكنه يظهر كإضافة أو عرض لمرض نفسي آخر كما في الفصام البسيط أو الاكتئاب، وينبغي عدم الإكثار من الوسائل التشخيصية.
- 2 - يجب المفارقة بين الوهن النفسي وبين الاكتئاب، فالوهن النفسي يكون مستمرا، أو الشكوى الأساسية هي الأعراض الوظيفية، والاكتئاب أحد هذه الأعراض، ويناقش المريض أعراضه ويتحدث عنها
- 3 - يجب المفارقة بين الوهن النفسي والفصام المبكر، ففي الفصام المبكر لا يهتم بالمحيط الخارجي، ويستغرق في أحلام اليقظة، وتظهر عنده الهذيان والهوسات.
- 4 - يجب المفارقة بين الوهن النفسي وبعض الاضطرابات العضوية الجسمية الأخرى، مثل فقر الدم أو نقص الفيتامينات أو اضطراب الغدد الصماء واضطراب عمليات البناء والهدم في الجسم.
- 5 - ويجب المفارقة بين التعب الجسمي والتعب النفسي فالتعب الجسمي يحدث

نتيجة الإجهاد في العمل وقضاء الساعات الطويلة تحت الضغط العقلي والعضلي ونقص النوم، ومثل هذا التعب يزيله الراحة والنوم، أما التعب النفسي العصابي فهو الذي يحدث في غيبة مثل هذه العوامل السابق ذكرها أو عندما يستمر رغم الراحة والنوم.

### علاج الوهن النفسي:

من أهم التوصيات العلاجية للوهن النفسي ما يلي:

1 - العلاج الصحي العام، والعلاج الطبي للأعراض العضوية الصريحة للوهن النفسي، لدى المريض واستعمال المهدئات، والمنومات، واستخدام بعض المقويات، مع الاهتمام بالراحة، والنوم، وتفيد التمرينات الرياضية مع زيادتها تدريجياً وحسب طاقة المريض، والعلاج والتطبيب بالماء والحمامات.

2 - العلاج النفسي بالطريقة المناسبة لحالة الوهن النفسي: وهو يساعد كثيراً في هذه الحالات مثل التحليل النفسي، والعلاج المعرفي السلوكي، والعلاج التنفسي مع توجيه الاهتمام إلى اكتشاف وإزالة كافة الأسباب، مع الاهتمام بمفهوم الذات، وتقبل الذات، وتقوية وتأكيد وإعادة الثقة، ومساعدة المريض على فهم نفسه، ومعرفة إمكانياته، وحل صراعاته، وحل مشكلته النفسية، مع الاهتمام بتنمية وتطوير شخصيته نحو النضج، وتشجيع المريض على أن يقبل على معركة الحياة بقوة وليس بضعف.

3 - العلاج الاجتماعي، والأسري: التوافق الاجتماعي، وتعديل الاتجاهات، وتحسين الظروف الاجتماعية للمريض، وإثارة الميول والاهتمامات لديه، مع الاهتمام بالعلاج البيئي، وتعديل البيئة المباشرة والمحيطية، والاهتمام بالتوجيه المهني بغية تحقيق النجاح الحقيقي في العمل.

### سابعاً: عصاب الهستيريا Hysteria Neurosis

اشتق هذا الاسم من اللفظ اللاتيني للرحم (هستيرون) لأن الفكرة الشائعة في

ذلك الوقت، أن هذا الاضطراب يصيب النساء فقط، وأن سببه هو انقباضات عضلية في الرحم، وبالطبع فقد ثبت خطأ هذه التسمية، فإن المصاب بالهستيريا يظهر في الرجال ولو أنه أكثر شيوعاً في النساء وليس له علاقة بالرحم.

ويعد اضطراب الهستيريا اضطراب نفسي عصابي تظهر فيه اضطرابات انفعالية مع خلل في أعصاب الحس والحركة. وهي عصاب تحولي تتحول فيه الانفعالات المزمنة إلى أعراض جسمية ليس لها أساس عضوي لغرض فيه للفرد أو هروبا من الصراع النفسي، أو من القلق، أو من موقف مؤلم بدون أن يدرك الدافع لذلك، وعدم إدراك الدافع يميز مريض الهستيريا عن المتمارض الذي يظهر المرض لغرض محدد مفيد.

وفي الهستيريا تصاب مناطق الجسم التي يتحكم فيها الجهاز العصبي المركزي الإرادي مثل الحواس وجهاز الحركة وهذا غير المرض النفسي الجسيمي، إذ تصاب الأعضاء التي يتحكم فيها الجهاز العصبي الذاتي اللاإرادي.

الهستيريا مرض نفسي متعدد الأنواع، فهناك من يطلق أسم الهستيريا التحويلية Conversion، أو رد فعل التحويل Conversion Reaction، أي التي تعني تحويلاً جسيماً لأمر نفسي نظراً لأنها تعتمد على حيلة دفاعية نفسية أساسية هي التحويل، حيث تحول الإنفعالات والصراعات إلى أعراض جسمية كحل رمزي للصراع، وهناك الإغماء الهستيريا Hysterical Trance، ويتمثل في نوبات يفقد المريض وعيه، وقد يتصلب جسمه أو يهذى بكلمات لا معنى لها أو يأتي بحركات شاذة. وهناك التجوال النومي Somnambulism، ويتمثل في المشي أثناء النوم، والقيام بنشاط حركي وإنجاز أعمال والفرد في حالة نوم، وعندما يستيقظ الفرد فإنه غالباً لا يتذكر ما فعله أثناء تجواله النومي، كما أن هناك نوعاً آخر من الهستيريا يشبه هستيريا التجوال النومي وهو المعروف « بالتجوال اللاشعوري » Fugue، ويتمثل في فقدان المريض لذاكرته لفترة طويلة، فينسى نفسه وبيته وأهله وعمله، ويخرج متجولاً لفترة قد تطول أياماً أو شهوراً، ويقوم أثنائها بأعمال ويزاول أنشطة ويجوب مناطق وبلاداً، حتى إذا أفاق من

نوبة التجوال اللاشعوري هذا عادت إليه ذاكرته وتعرف على نفسه ورجع إلى بيته وأهله وعمله. وغالبا ما فعله أثناء نوبة التجوال.

ومن أنواع الهستيريا أيضا تعدد الشخصية Multiple Personalities، فيعيش المريض مدة في شخصية معينة، ومدة أخرى في شخصية غيرها، ثم تعاوده الشخصية الأولى لفترة أخرى، وهكذا يعيش بالتناوب شخصيتين أو أكثر. وغالبا لا يتذكر المريض الشخصية التي سبق أن عاشها في الفترة السابقة، بل ربما أشار إليها على أنها شخصية فرد آخر خلافاً مستخدماً لها اسماً معيناً أو ضمير «هو». وكثيراً ما تكون الشخصيات المتبادلة، التي يعيشها مريض تعدد الشخصية، شخصيات متكاملة في دوافعها ورغباتها وخصائصها، ومقطوعة الصلة أو تكاد إحداها بالأخرى. وعموماً فحالات الهستيريا المتعددة الشخصية من الحالات النادرة جداً والتي تستهوي الروائيين وتلهب خيالهم.

### أسباب الهستيريا:

فيما يلي أهم أسباب الهستيريا:

#### 1 - الوراثة:

وتعذب دوراً ضئيلاً للغاية، بينما تلعب البيئة الدور الأكبر، ولوحظ أن (6%) من إخوة المرضى، وكذا (15%) من أبنائهم مصابون بنفس المرض، ونعزو هذا إلى الوراثة، كما نعزوه إلى الإيحاء البيئي والميل إلى التقليد. بينما يرجع بافلوف وأنصار التفسير الفسيولوجي ذلك إلى ضعف قشرة المخ، بسبب الاستعداد الوراثي، وعادة ما يكون المريض الهستيريا ذا تكوين جسمي نحيف واهن ولكن يمكن حدوثها في أي تكوين جسمي آخر.

#### 2 - الأسباب النفسية للهستيريا:

الصراع بين الدوافع والمعايير الاجتماعية، والصراع الشديد بين الأنا الأعلى وبين الهو وخاصة الدوافع الجنسية، والتوفيق من طريق العرض الهستيريا، والإحباط

وخيبة الأمل في تحقيق هدف أو مطلب، والفشل والإخفاق في الحب، والزواج غير المرغوب فيه، والزواج غير السعيد، والغيرة، والحرمان ونقص العطف والانتباه وعدم الأمن، والأنانية والتمركز حول الذات بشكل طفلي. وعدم نضج الشخصية وعدم النضج الاجتماعي، وعدم القدرة على رسم خطة للحياة، وأخطاء الرعاية الوالدية مثل التدليل المفرط والحماية الزائدة، والضغوط الاجتماعية والمشكلات الأسرية والتوتر النفسي والهموم، والرغبة في الهروب منها، والرغبة في العطف واستدرار اهتمام الآخرين، والحساسية النفسية وسرعة الاستثارة وعدم النضج الانفعالي والضغوط الانفعالية والصدمات الانفعالية العنيفة وكتبها والهروب منها عن طريق تحويلها إلى أعراض هستيرية.

### 3 - إصابة أحد الوالدين:

يأخذ الطفل عنه (اكتسابا) سمات الشخصية الهستيرية.

### 4 - ومن الأسباب المباشرة للهستيريا:

فشل في حب أو صدمة عنيفة أو التعرض لحادث أو جرح أو حرق.

### 5 - شخصية المصاب قبل الإصابة:

تتصف عادة بميله إلى حب الطهور واستدرار العطف، وحب الذات وحب التملك، كما يتصف المريض عادة بالمبالغة والتهويل في كل الأمور، وقد يطلق على هذه الشخصية اسم الشخصية الهستيرية.

### أعراض الهستيريا:

قد يكابد الهستيري أعراض نوع واحد أو أكثر من أنواع الهستيريا وعلى مستويات مختلفة من الشدة، مضافا إليها بعض الأعراض العامة للهستيريا: مثل اضطراب الذاكرة، أو شدة القابلية للإيحاء، أو سرعة تقلب المزاج، أو اضطراب بعض الوظائف النفسية ولكن لا توجد كل أعراض الهستيريا في مريض واحد، وفيما يلي أهم أعراض الهستيريا:

- 1 - الأعراض العامة للهستيريا: المرض عند بداية المدرسة، أو عند الامتحانات، ردود الفعل السلوكية المبالغ فيها للمواقف المختلفة، المرض يمرض عزيز مات به، العرض كامتداد تاريخي لمرض عضوي سابق.
- 2 - الأعراض الحسية للهستيريا: وتشمل العمى الهستيرى، الصمم الهستيرى، فقدان حاسة الشم، فقدان حاسة الذوق، فقدان الحساسية الجلدية في عضو أو في عدة أعضاء، الخدار الهستيرى انعدام الحساسية العامة أي الألم الهستيرى.
- 3 - الأعراض الحركية للهستيريا: وتشمل الشلل الهستيرى النصفى أو الطرفى أو فى الجانبين، الرعشة الهستيرية، التشنج الهستيرى، والتقلص، والمشي بطريقة شاذة، واللوازم الحركية، وتسمى هذه جميعا مظاهر حركية إيجابية، وهناك مظاهر حركية سلبية كالصرع الهستيرى، عقال العضل خاصة فى اليد وخاصة أثناء الكتابة وهو ما يسمى عقال الكاتب، وفقدان الصوت أو النطق، والخرس الهستيرى، وفيها تقل الحركة أو تنعدم، وارتجاف الأطراف والغيوبة.
- 4 - الأعراض العقلية للهستيريا: وتشمل اضطراب الوعي، الطفلية الهستيرية السلوك أو التكلم كالأطفال، وفقدان الذاكرة، وحالات الشroud، أو نوبات الإغماء أو ازدواج أو تعدد الشخصية والجوال الليلي، والتجوال وهنا يترك المريض بيته أو عمله، ويخرج على غير هدى فى تجوال أو رحلة ثم يعود ولا يذكر عن هذه الرحلة شيئا، أو المشي أثناء النوم وهنا يسير المريض أثناء نومه، وغالبا ما تحدث هذه الحالة فى سن الطفولة، وتختلف هذه الحالة عن التجوال فى أنها تحدث أثناء النوم، ولفترة قصيرة، ويكون المريض على علاقة ضعيفة بمن حوله.
- 5 - الأعراض الحشوية: وتشمل فقد الشهية والشره، والإفراط فى الشرب والقيء، ونوبات الفواق وغيرها والصداع والآلام مختلفة فى الجسم.
- 6 - أعراض أخرى: مثل التهاب الجلد الزائف وهو مرض يتصف بأن المريض يحدث فى جلده خدوشا دون وعي منه، ويحدث ذلك عادة أثناء النوم.

## تشخيص الهستيريا:

- 1 - يجب المفارقة بدقة بين الهستيريا والمرض العضوي، وعلى الأخصائي التأكد من الخلو من الأسباب العضوية للأعراض، واستبعاد وجود مرض عضوي.
- 2 - ويجب عدم الخلط بين أعراض الهستيريا وبين أعراض المرض النفسي.
- 3 - ويجب أيضا عدم الخلط بين أعراض الهستيريا وبين أعراض التفكك.
- 4 - ويجب التفرقة بين الهستيريا والتمارض، فالهستيريا لإرادية، والهستيريا لا يبالي بأعراضه، ولا يعيرها اهتماما كبيرا، بينما التمارض إرادي والتمارض يعير أعراضه اهتماما زائدا، ويدرك الفائدة التي يجنيها من وراء تمارضه.

### وعلى العموم تدل العلامات التالية على حالة الهستيريا:

- \* حدوث المرض فجأة أو في صورة درامية.
- \* نقص قلق المريض، بخصوص مرضه، وعدم مبالاته وهدوئه النفسي، وهو يتحدث عن أعراض مرضه.
- \* الضغط الانفعالي قبل المرض.
- \* وجود مكسب ثانوي من وراء المرض.
- \* تغير الأعراض بالإيحاء.
- \* اختلاف شدة الأعراض في فترة وجيزة.
- \* عدم النضج الانفعالي في الشخصية قبل المرض.
- \* نقص الارتباط بين الأعراض والناحية التشريحية للأعصاب الحسية والحركية، لأن المريض ليس طبيبا، والمرض ليس عضويا أصلا، فنجد نمط فقد الإحساس غير ثابت ن وفقد الإحساس لا يتطابق مع التوزيع التشريحي. .. وهكذا.

**علاج الهستيريا:**

فيما يلي أهم ملامح علاج الهستيريا:

**1 - العلاج النفسي للهستيريا:**

وهو أهم أنواع العلاج في هذا المرض لأنه يتناول تركيب الشخصية بهدف تطويرها ونموها، وقد يستخدم الأخصائي التنويم الإيحائي لإزالة الأعراض، ويلعب الإيحاء والإقناع دورا هاما هنا، ويستخدم التحليل النفسي للكشف عن العوامل التي سببت ظهور الأعراض والدوافع اللاشعورية وراءها ومعرفة هدف المرض ويقوم المعالج بالشرح الوافي والتفسير الكافي للأسباب، ومعنى الأعراض وكذلك يفيد العلاج التدعيمي ومساعدة المريض على استعادة الثقة في نفسه، وتعليمه طرق التوافق النفسي السوي، والعيش في واقع الحياة. ويستخدم العلاج الجماعي خاصة مع الحالات المشابهة، ويجب أن يعمل المعالج باستمرار على إثارة تعاون المريض وتنمية بصيرته ومساعدته في أن يفهم نفسه، ويحل مشكلاته، ويحاربها بدلا من أن يهرب منها، ويقع ضحية لها.

**2 - الإرشاد النفسي للوالدين والمرافقين كالزوج أو الزوجة:**

وينصح بعدم تركيز العناية والاهتمام بالمريض أثناء النوبات الهستيرية فقط، لان ذلك يثبت النوبات لدى المريض لاعتقاده أنها هي التي تجذب الانتباه إليه.

**3 - العلاج الاجتماعي والعلاج البيئي لحالات الهستيريا:**

ويتجه إلى تعديل الظروف البيئية المضطربة التي يعيش فيها المريض بما فيها من أخطاء وضغوط أو عقبات حتى تتضمن حالته، وبذلك يتمكن المريض من التغلب على العقبات بطريقة أقرب إلى الواقع وفي بعض الأحوال قد تضطر إلى إبعاد المريض عن الجو الذي يثبت العرض بعض الوقت.

#### 4 - العلاج الطبي لأعراض الهستيريا:

وفي ذلك أيضا حفظ لماء وجه المريض، ويستخدم علاج التنبيه الكهربائي أو علاج الرجفة الكهربائية. وفي بعض الأحيان يلجأ المعالج إلى استخدام الدواء النفسي الوهمي Placebo، ويفيد فائدة كبيرة.

#### ثامناً عصاب التفكك Dissociation

هو تفكك نظام الشخصية وانفصال بعض أجزائها واضطراب أدائها الوظيفي وقيام أحد أو بعض جوانب الشخصية بالأداء الوظيفي مستقلاً، وفي بعض الحالات يكون التفكك كاملاً، لدرجة أن الجزء المتفكك يحكم الشعور والشخصية كلها، ويفصل المريض جزءاً من حياته عن مجال شعوره ووعيه.

#### أسباب التفكك:

فيما يلي أهم أسباب التفكك:

- 1 - القلق الشديد الشامل الناتج عن مشكلة غير محلولة.
  - 2 - الصراعات والضغط والصدمات الانفعالية العنيفة في الحياة.
  - 3 - عدم نضج الشخصية.
- ويمكن تلخيص أعراض التفكك في « فقدان الهوية الشخصية ».

#### الأنماط الاكلينيكية للتفكك:

يصنف البعض الأنماط الاكلينيكية للتفكك كأنواع من الهستيريا، والحقيقة أن عملية تحويل الانفعال موجودة في كل من الهستيريا والتفكك، ولكن في الهستيريا يحدث التحويل إلى مرض جسمي، وفي التفكك يحدث هروب إلى حالة من عدم الوعي. وفيما يلي الأنماط الاكلينيكية للتفكك:

#### 1 - فقدان الذاكرة (النسيان) Amnesia:

وهو عبارة عن محو كلي أو جزئي للذاكرة الخاصة بخبرة أليمة سابقة، ويكون

عادة نتيجة للكبت، أي أن الخبرة تظل في غياهب اللا شعور، وعندما يواجه المريض موقفا يرمز إلى الخبرة الخاصة المكبوتة تتعطل ذاكرته الواعية ليتجنب القلق.

وقد يشمل فقدان الذاكرة نسيان المريض اسمه وسنه ومحل إقامته، ولا يتعرف على أهله أو أصدقائه ولكنه يظل محتفظا بقدرته على الكتابة والكلام ويبدو عاديا فيما عدا فقدان الذاكرة الخاص.

## 2 - التجوال أو الشرود Fuge:

وهو عبارة عن اضطراب يهجر فيه المريض بيئته، ويتجول بعيدا، أي عملية هروب فعلي، وقد يحيا حياة مختلطة تماما، فيعمل في مهنة جديدة، أو يتزوج من جديد.

## 3 - المشي أثناء النوم Somnambulism:

وهو عبارة عن المشي أثناء النوم، ومحاولة المريض القيام أثناء النوم بأعمال ذات دوافع لاشعورية غير مقبولة اجتماعيا. وقد ينتقل المريض إلى غرفة أخرى غير غرفة نومه أو حتى يخرج من منزله.

ويلاحظ أن المريض قد يقوم في الجوال أثناء النوم بسلوك معقد جدا ثم يعود إلى نومه، وفي الصباح لا يتذكر أي شيء مما فعل. وأثناء الجوال تكون عينا المريض مفتوحتين كليا أو جزئيا، ويتجنب العوائق ولكنه قد يتعرض لبعض الاصابات، ويسمع من يحدثه، ويمكن ايقاظه ويستجيب للأوامر مثل أمره بالرجوع إلى فراشه.

وقد يحدث الجوال أثناء النوم كل ليلة، وقد يحدث في ليال متباعدة أو مرات قليلة جدا، وقد تستمر فترة الجوال أثناء النوم من (15 - 30 دقيقة)، ومعظم حدوثه يكون في مرحلة المراهقة، ولكنه قد يحدث في الطفولة أو في الرشد، ويحدث لدى الذكور أكثر من حدوثه عند الإناث.

## 4 - تعدد الشخصية Multiple Personality:

في هذه الحالة (وهي نادرة) يظهر عصاب التفكك في صورة تعدد الشخصية، فتظهر لدى الشخص شخصيتان (إزدواج الشخصية Dubal Personality) أو أكثر،

وتكون عادة مختلفة ومتمايزة بعضها عن الأخرى. فقد تكون إحداها فاضلة والأخرى ماجنة، وقد تكون إحداها جادة والأخرى هازلة، وتبدو كل منهما عادية في حد ذاتها.

وينتقل المريض من شخصية على أخرى دون وعي، ولا يتذكر في إحداها ما يحدث في الأخرى، وقد يحدث الانتقال من شخصية إلى أخرى في فترات تتراوح بين بضع ساعات إلى بضع سنوات.

### علاج التفكك:

فيما يلي أهم ملامح علاج التفكك:

- 1 - العلاج النفسي المركز، وخاصة التحليل النفسي لكشف العوامل اللاشعورية، والوقوف على سبب القلق وشرح ديناميات الحالة للمريض، وتنمية شخصية المريض.
- 2 - التنويم الإيحائي يفيد في حالات كثيرة.
- 3 - العلاج التخديري (وذلك بمساعدة إعطاء صوديوم أميتال في الوريد) ومن هذا الطريق يمكن التغلب على الأعراض، وكذلك الحصول على مفاتيح ذات قيمة في فهم الديناميات النفسية التي تنتج هذه الآلية الهروبية.

الفصل الرابع:**الاضطرابات العقلية (الذهانية)****Psychosis Disorders**

تضم هذه الاضطرابات مجموعة من الاضطرابات النفسية الشديدة والتي تتميز بتأثيرها الخطير على الشخصية، بحيث تقعد الشخص عن التوافق مع من يعيشون معه، وعن العمل المنتج، بل غالبا ما يصل الأمر بالمريض لأن يصبح خطرا على نفسه وعلى الآخرين، بحيث يلزم حجزه في المستشفى حماية له ودرءا لخطورته على المجتمع، والمصاب هنا يكون إدراكه للواقع مضطربا، بحيث لا يعود يدرك في الواقع ما هو موجود به فعلا، بل ما يدور في ذهنه هو، حتى ليكاد يختفي الفارق بين الواقع والخيال، كالنائم الذي يحلم في نومه بأحداث وكأنها الواقع، بينما هي لا تعدو أن تكون تخيلات لا مقابل لها في الواقع الفعلي المحيط به، قد يدرك الذهاني أخاه الحميم على أنه عدو لدود ينبغي أن يبادر بالقضاء عليه، قبل أن يسبقه أخوه هذا فيقضي عليه، أو قد يرى الذهاني نفسه على أنه مجرم آثم يستحق الإعدام على ما اقترفه من جرائم وهمية، فيبادر إلى تنفيذ حكم الإعدام على نفسه فينتحر، وذلك بسبب شيوع أعراض الهلوسة والهذاء في الأمراض الذهانية.

لذا يعد الذهاني خطير على نفسه وعلى الآخرين ويحتاج إلى احتياطات بالغة لحمايته من نفسه، وحماية الآخرين من أضراره، وعليه فإن الجرائم التي يرتكبها الذهاني لا يعد مسؤولا عنها جنائيا في غالبية الأحوال بحيث لا يجرم طالما أثبت

الفحص أنه مريض ذهاني، بل إن المحاكم تحكم في مثل هذه الحالات بالإيداع بالمستشفى لعلاج والخروج بعد إتمام العلاج.

ويعرف الذهان على أنه اضطراب عقلي خطير وخلل شامل في الشخصية، يجعل السلوك العام للمصاب مضطربا ويعوق نشاطه الاجتماعي.

والذهاني عادة لا يدرك أنه مريض أو شاذ، لذا قلما يجيء الذهاني إلى المعالج طالبا العلاج، بل أنه يقاوم العلاج عندما يجبره أهله على إلتماس العلاج والنكوص للمريض الذهاني يكون إلى مراحل الطفولة المبكرة جدا وهي المرحلة الفمية والمرحلة الشرجية الأولى، وهذا هو السبب في أن الذهان يكون أشد خطورة وأكثر تأثيرا على زعزعة كيان الشخصية وإفقادها اتزانها وتكاملها.

تصنيف الذهان: يصنف العلماء الأمراض الذهانية إلى قسمين رئيسيين:

#### أ - الاضطرابات الذهانية الوظيفية **Functional Psychosis**:

وهي الاضطرابات النفسية المنشأ وهي اضطرابات عقلية لا ترجع إلى أسباب عضوية، وأهم الأشكال الاكلينيكية للذهان الوظيفي هي: الفصام والهاء (البارانويا)، والاكتئاب، والهوس، وذهان الهوس والاكتئاب.

#### ب - الاضطرابات الذهانية العضوية **Organic Psychosis**:

ويرجع الاضطراب فيها إلى أسباب وعوامل عضوية، وترتبط بتلف في الجهاز العصبي ووظائفه، مثل ذهان الشيخوخة والذهان الناجم عن عدوى، أو عن اضطراب الغدد الصماء، أو عن الأورام، أو عن اضطراب التغذية، أو الأيض أو عن اضطراب الدورة الدموية.

أي تصنف الاضطرابات الذهانية حسب السبب الذي نشأ عنه الذهان فإن كان السبب في نشأه الذهان إصابة عضوية يمكن كشفها بالوسائل العلمية المعروفة كان هذا ذهانا عضويا، أما إن استحال تحديد سبب عضوي للذهان، سمي ذهانا وظيفيا على أننا ينبغي أن نقرر أن الذهان لا ينشأ في الكثير من الحالات عن سبب وظيفي

فقط، أو سبب عضوي فقط، إنما يتكامل السببان عادة في تكوين الذهان مع غلبة السبب العضوي في الذهان العضوي، وغلبة السبب الوظيفي في الذهان الوظيفي، ولهذا، فليس من المستبعد وجود سبب عضوي وراء الذهان الوظيفي، ولا وجود سبب وظيفي وراء الذهان العضوي.

### أسباب الذهان: فيما يلي أهم أسباب الذهان:

- 1 - الاستعداد الوراثي المهيء، إذا توافرت العوامل البيئية المسببة للذهان.
- 2 - العوامل العصبية والسمية والأمراض مثل إتهاب المخ وجروح المخ وأورام المخ والجهاز العصبي المركزي والزهري والتسمم وأمراض الأوعية الدموية والدماغ كالنزيف وتصلب الشرايين.
- 2 - الصراعات النفسية والاحباطات والتوترات النفسية الشديدة، وانهيار وسائل الدفاع النفسي أمام هذه الصراعات والاحباطات والتوترات.
- 3 - المشكلات الانفعالية في الطفولة والصدمات النفسية المبكرة.
- 4 - الاضطرابات الاجتماعية وانعدام الأمن وأساليب التنشئة الخاطئة في الأسرة مثل الرفض والتسلط والحماية الزائدة.

### أعراض الذهان:

- أعراض الذهان شديدة إذا قورنت بأعراض العصاب، وعادة لا توجد مكاسب ثانوية مرتبطة بالأعراض، وفيما يلي أهم أعراض الذهان:
- 1 - اضطراب النشاط الحركي، فيبدو البطء والجمود والأوضاع الغريبة والحركات الشاذة. وقد يبدو زيادة في النشاط وعدم الاستقرار والهيياج والتخريب.
  - 2 - تأخر الوظائف العقلية تأخرا واضحا. واضطراب التفكير بوضوح فقد يصبح ذاتيا وخياليا وغير مترابط. ويضطرب سياق التفكير، فيظهر طيران الأفكار أو تأخرها، والمداومة والعرقلة، والخلط، والتشتت، عدم الترابط. ويضطرب

محتوى التفكير، فتظهر الأوهام مثل أوهام العظمة أو الاضطهاد، أو الإثم أو الانعدام، واضطراب الفهم بشدة وعادة يكون التفاهم مع المريض صعبا، واضطراب الذاكرة والتداعي، وتظهر أخطاء الذاكرة كثيرا، واضطراب الإدراك ووجود الخداع، ووجود الهلوسات بأنواعها البصرية والسمعية والشمية والذوقية واللمسية والجنسية، واضطراب الكلام وعدم تماسكه ولا منطقيته، واضطراب مجراه، فقد يكون سريعا أو بطيئا أو يعرقل، واضطراب كنهه بالنقصان أو الزيادة، واضطراب محتواه حتى ليصبح في بعض الأحيان لغة جديدة خاصة، وضعف البصيرة أو فقدانها، وأحيانا يكون هناك انفصال كامل عن الواقع، ويشوّهه المريض ويعيش في عالم بعيد عن الواقع ويبدو عدم استبصار المريض بمرضه مما يجعله لا يسعى للعلاج ولا يتعاون فيه وقد يرفضه ويضطرب التوجيه بالنسبة للمكان والزمان.

3 - سوء التوافق الشخصي والاجتماعي والمهني.

4 - اضطراب الانفعال، ويبدو التوتر والتبدل وعدم الثبات الانفعالي والتناقض الوجداني والخوف والقلق ومشاعر الذنب الشاذة. وقد تراود المريض فكرة الانتحار.

5 - اضطراب السلوك بشكل واضح، فيبدو شاذا نمطيا انسحابيا، واكتساب عادات وتقاليد وسلوك يختلف، ويتعد عن طبيعة الفرد، وتبدو الحساسية النفسية الزائدة، ويضطرب مفهوم الذات.

### علاج الذهان:

جميع حالات الذهان تعالج في مستشفى الأمراض النفسية، وذلك لما يحدثه الذهان من اضطراب شامل للشخصية، ولما يؤدي إليه ذلك من سوء التوافق، ولما يصاحبه من نقص في البصيرة، وفيما يلي أهم ملامح علاج الذهان:

1 - العلاج الطبي بالعقاقير المضادة للذهان، كالمهدئات لضبط الانفعالات والسلوك. والعلاج بالصدمات الكهربائية تمهيدا للعلاج النفسي، والتأهيل الطبي النفسي.

- 2 - العلاج النفسي الشامل والتدعيمي فردياً أو جماعياً. وتعديل السلوك الغريب أو الشاذ وتحقيق السلوك العادي بقدر الإمكان، مع الاهتمام بعلاج مشكلات المريض بالاشتراك مع الأسرة.
- 3 - العلاج الاجتماعي وإعادة التطبيع والاندماج الاجتماعي وإعادة التعليم الاجتماعي، وتشجيع التفاعل الاجتماعي وتنمية المهارات الاجتماعية. والعلاج البيئي والتدخل المباشر في تعديل البيئة. والعلاج بالعمل.
- 4 - الجراحة النفسية كحل أخير وبعد فشل جميع الوسائل العلاجية، بشق مقدم الفص الجبهي، وذلك حتى يقل الإجهاد والتوتر وردود الفعل الانفعالية.

### مآل الذهان:

- 1 - مآل الذهان الوظيفي بصفة عامة أفضل من مآل الذهان العضوي. وفي الحالات المبكرة مع العلاج المناسب، فإن التحسن أو الشفاء يحدث في حالات تصل نسبتها إلى (80%) من مرضى الذهان، في مدة تتراوح بين بضعة أشهر وعام. والعلاج المتأخر، أو غير المنتظم ونقص التعاون من جانب المريض بإهمال العلاج من جانبه يؤدي إلى النكسات أو التدهور.
- 2 - وعلى العموم فإن مآل الذهان يكون أحسن: كلما عولج الذهان مبكراً، وكلما كان بناء الشخصية قبل المرض أقوى، وكلما تعاون المريض والأهل في عملية العلاج، وكلما تضافر العلاج الطبي والنفسي والاجتماعي السليم.

### أنواع الاضطرابات الذهانية:

#### أولاً: الفصام Schizophrenia

اضطراب عقلي يؤدي إلى عدم انتظام الشخصية وإلى تدهورها التدريجي ومن خصائصه الانفصام عن العالم الواقعي الخارجي، وانفصام الوصلات النفسية العادية في السلوك، والفصامي يعيش في عالم خاص بعيداً عن الواقع وكأنه في حلم مستمر.

## تصنيف الفصام:

ويصنف الفصام حسب الأعراض السائدة إلى عدة أنماط اكلينيكية إلى أربعة أقسام هي:

### 1 - الفصام البسيط: Simple Schizophrenia:

ويختص بأعراض الانسحاب والبعد عن الواقع ولا يلحظ ذلك إلا أفراد أسرة المصاب وإذا بدأ في مرحلة المراهقة مثلا فإنه تبدو عليه حالات الكسل الدائم والتبلد الانفعالي، والتبلد الوجداني والعاطفي، وكل ذلك دليل على تدهور في الشخصية.

### 2 - الفصام المبكر (الهبيفريني أو الخامل): Hebephrenia Schizophrenia:

وهذا النوع من الفصام يمكن أن يبدأ أيضا في مرحلة المراهقة، لكنه يبدأ أحيانا في سن (7) من العمر، ويختلف عن النوع البسيط من الفصام في أنه يكون حادا في بداياته ومن أهم أعراضه التوحد الكوني وله شكلان (تصلبي وهياجي).

### 3 - الفصام الكتاتوني أو الحركي (التخشبي أو التصلبي): Catatonic Schizophrenia

يكون مصحوبا باتخاذ المريض أوضاعا جسمية محددة، ثابتة، جامدة، وبأشكال مختلفة، منها مثلا ما يسمى الذهول التام، وفيه يضع المريض مثلا يديه على الوسادة بشكل متشنج، وكفاه منقبضتان، ويبقى على هذه الحالة المستنفرة لمدة ساعات ويطلق على حالات كهذه العرض النفسي الوسائدي The Psychic Pillow Symptom.

وفي الوضع الذي يكون عليه المريض، في حالة الذهول التخشبي، يكف عادة عن الكلام، ولا يجيب على الأسئلة التي توجه إليه وربما يتمم بشفاهه ألفاظا لا يفهم لها معنى وفي حالة الذهول التخشبي يمكن أن يتخذ المريض وضعاً جسمياً غريباً، ويبقى على الشاكلة التي يعتادها ساعات بتمامها، وتسمى مثل وضعيته التي يتخذها حالة الوضع الغريب الفصامي.

#### 4 - الفصام الهذائي (البارانوي): Paranoid Schizophrenia:

تتضح فيه أعراض الهذاء المختلفة كالشعور بالاضطهاد أو العظمة والمصاب في هذه الحالة تجده يشكو من ظلم البيئة ومن فيها فهو تطارده أفكار وهمية بأن الآخرين يكيدون له، ويسميهم الحاسدين، والحاquدين والكارهين وعندما تسأله كيف عرف ذلك، يجيبك أنه عرفهم وعرف تربصهم به من حركاتهم، ومن إشاراتهم، ومن تلميحاتهم، لذلك ترى المصاب يصم أذنيه بيديه، اتقاء هلوسات تداهمه كل حين، ويبقى في حالة من الذهول.

#### 5 - الفصام الإنفعالي:

ويتميز بوجود مزيج من أعراض الفصام وأعراض الهوس أو الاكتئاب الصريحة والمستمرة إلى درجة ما، بمعنى أنه لا يعني مجرد تذبذب العواطف بين فترات الهوس والاكتئاب، وإنما وجود هذه الأعراض كجزء لا يتجزأ من زملة الأعراض.

#### 6 - الفصام الحاد Acute Schizophrenia:

وتكون أعراضه حادة وفجائية الظهور، وقد يشفى منه المريض تماما، ربما في غضون بضعة أسابيع، أو قد ينتكس تكرارا وغالبا ما يتقدم المرض إلى شكل كلاسيكي.

#### 7 - الفصام المزمن Chronic Schizophrenia:

حيث يمر المصاب بعدة مراحل يتقدم فيها حتى يزمن إذا لم يعالج منذ البداية.

#### 8 - الفصام المتخلف Residual Schizophrenia:

عندما يشفى المصاب بالفصام، ولكن يتخلف لديه بواقي أفكار أو انفعالات أو سلوك فصامي وبقايا هلوسات وهذات بسيطة لا تؤثر في توافقه الاجتماعي.

#### أعراض الفصام:

لحالات الفصام مجموعة من الأعراض البارز منها:

- 1 - البعد عن الواقع والاستغراق في الذات ويعيش سجيناً داخل نفسه كما لو كان في جزيرة منعزلة تملؤها أوهامه وخيالاته، وهي بالنسبة له حقيقة فلا يرى ولا يسمع إلا هلوساته، وتتحول أوهامه وهلوساته إلى سلوك.
- 2 - البلادة الانفعالية، وعدم الثبات الانفعالي، و التناقض الانفعالي، والانفعالات الكاذبة وغير المناسبة، والهيّاج لأقل مشير، والمبالغة في الانفعال والاكْتئاب والانسحاب والسلبية والنكوص المرضي، وفقدان الاحساس بالعواطف الراقية كالحب والعطف والحنان والمشاركة الوجدانية، فالمفصوم لا يكتثر للحوادث التي تهز مشاعر الإنسان السوي، ولا يهتم بأصدقائه أو أسرته أو عمله كما أنه لا يبدي أي انفعال حين تدعو الظروف إلى ذلك.
- 3 - يفقد الاهتمام بالمظهر الخارجي، فيهمل نفسه فيبدو قدراً.
- 4 - ويظهر على المفصوم عرض التفكك بدرجة فائقة تستوقف الانتباه، فيضحك حين لا يوجد باعث على الضحك.
- 5 - وتقع الهذيان لمعظم الحالات مثل الاضطهاد وهذاء العظمة توهم المرض وهذاء المرجع وهذاء الإشارة أو التأويل والتلميح وهذاء الأهمية، وهذاء تغير الشخص، وفقدان الشعور بالشخصية والشعور بأن إحساساته وأفكاره غريبة عنه.
- 6 - وتقع الهلوسات أيضاً لمعظم الحالات كالهلوسات البصرية والسمعية، والهلوسات الشمية، والهلوسات اللمسية، والهلوسات الذوقية، والهلوسات الجنسية، وهذه بالنسبة له حقيقة ويستجيب لها سلوكياً.
- 7 - اضطراب التفكير: اضطراب محتوى التفكير، واضطراب مجرى التفكير واضطراب ترابط التفكير، واضطراب التحكم في التفكير، واضطراب التعبير عن التفكير سلوكياً، واضطراب الذاكرة، وخاصة بالنسبة للأحداث الحديثة، واضطراب الانتباه وضيقة، والتركيز على الذات واضطراب الوعي وشعور المريض بأنه يفقد عقله.

8 - اضطراب الكلام: وعدم منطقيته، وعدم تماسكه، والإجابات النمطية غير المتعلقة بالموضوع، والإجابات الوحيدة المقطع في صوت نمطي رتيب بعد تكرار السؤال، والمصاداة أي تكرار أقوال الآخرين، وابتداء كلمات جديدة.

9 - اضطراب الإرادة: وضعفها والتردد والتناقض وعدم القدرة على اتخاذ القرارات والسلبية في السلوك وقابلية الإيحاء وعدم القدرة على ضبط النفس والاعتقاد بأنه واقع تحت تأثير السحر وأنه مسلوب الإرادة.

10 - اضطراب السلوك الجنسي وعدم التحكم فيه مثل الاستعراض الجنسي أو جماع المحارم أو البغاء.

11 - الذاتية المطلقة والانطواء والاستغراق في أحلام اليقظة، ونقص الميول والاهتمامات والاستسلام ومشكلات الحياة، واضطراب العلاقات الشخصية واضطراب الاتصال الاجتماعي وسوء التوافق الاجتماعي والعائلي وفقدان الاهتمام بالبيئة.

12 - ضعف الجسمي ونقص الوزن.

13 - حركات غريبة وخاصة حركات الوجه واليدين والرجلين والأوضاع الجسمية الغريبة الشاذة التي قد تستمر لفترات طويلة، والمحاكاة أي تقليد حركات الآخرين والتأخر الحركي والنمطية والجمود أحياناً.

وإلى جانب الأعراض السابقة هناك الأعراض العامة، هي: الانسحاب من الواقع، والأوهام والهلاوس والبهذات الاضطهادية وغيرها، كما ترافقها اضطرابات في الإدراك ترتبط بالانرجسية والجنسية المثلية.

### علاج الفصام:

ليس من الضروري وضع جميع المفصومين في مستشفيات الأمراض العقلية ويمكن علاج معظم الحالات المبكرة كمرضى خارجين.

ولا يودع في المستشفى إلا حالات الفصام الحاد أو المزمن أو في حالة ما إذا كان المريض يمثل خطراً على نفسه أو على الآخرين، وفي حالة عدم استبصار المريض بحالته ورفضه العلاج.

وعلاج الفصام عملية طويلة، وتحتاج إلى كثير من الحنكة، والصبر، والاهتمام بالعلاقة العلاجية، والرعاية التمريضية اليقظة المستمرة، وفيما يلي أهم ملامح عملية علاج الفصام:

### 1 - العلاج الطبي الكيميائي:

ويشمل علاج الرجفة الكهربائية، وخاصة في حالات الفصام الهذائي والفصام الحركي. ويشمل كذلك علاج غيبوبة الأنسولين وقد قل استخدامه الآن لما يستلزمه من وقت وجهد وما يصاحبه من مخاطر، جعلت العلاجات الأخرى الاحداث تغني عنه مثل العلاج بالمهدئات للتغلب على الهلوسات والتحكم في التهيج، وعلى رأسها مجموعة فينوثيازين، وستيلازين وكلوربرومازين، وتختلف في عمقها وفعاليتها من عقار لآخر، وقد لوحظ أن هذه العقاقير لها مفعول ناجح كلما كان الفصام نشطا والأعراض إيجابية، ولذلك فهي أنجح ما تكون في الحالات الحادة، والحالات المتاخمة بالأعراض الإيجابية التي تدل على أن يديناميكية المرض لم تستقر بعد، أما الحالات المزمنة التي وصلت إلى درجة من الاستقرار، وأصبح السلوك الفصامي عادة أو جزء لا يتجزأ من الشخصية، فإن مفعولها يكون أقل ما لم يستثار النشاط الفصامي بخطة محكمة لجر المريض للإحتكاك بالواقع، وتنظيم تأهيله بجرعات متزايدة من العمل والتفاعل مع الآخرين، وهنا قد يبدأ في المقاومة أو تبدأ الأعراض في النشاط، حيث تصلح هذه العقاقير ثانية وبشكل فعال تماما.

### 2 - علاج الصدمات الكهربائية:

ويستعمل هذا العلاج عادة مع العلاج الأول، ويستحسن أن يتأخر عنه قليلا، حتى في الحالات الحادة، ونتائجه تكون أصلح ما تكون في هذه الحالات الحادة والمصحوبة باضطراب في العاطفة وخاصة الاكتئاب، وحالات الفصام الكتاتوني

الانسحابي، والفصام البارانوي المصحوب بفيض عاطفي حار مع الضلالات، وكذلك أثناء خطة العلاج الطويلة بالعقاقير والتأهيل معا وذلك مع ظهور الاكتئاب وأثناء استعادة العلاقة بالواقع.

### 3 . العلاج بالعمل:

وهو صنفان في حالات الفصام إما أن يكون الهدف منه استعادة المريض فاعليته، وعدم تركه لخياراته وسليباته استعادة ثقته بأنه قادر على شيء ذي فائدة وأن يرى نتائج عمله فيتحسن للرجوع للواقع.

### 4 . العلاج النفسي:

ولا بدّ أن نبدأ هنا بالقول أن الخوف من العلاج النفسي وخاصة التحليلي للفصامين، قد قل كثيرا، نتيجة لوفرة استعمال العلاج الكيميائي، حيث نشجع المعالج أن يتفاعل مع المريض، وهو ضامن أن بيده أسلحة يتدخل بها وقتما يشاء، ليتمكن من السيطرة على الموقف باستمرار.

والعلاج النفسي يهدف إلى تنمية الجزء السليم من الشخصية وإعادة تنظيم الشخصية والتعلم والاهتمام بإزالة أسباب المرض وشرحها وتفسيرها وإشباع حاجات المصاب وتنمية بصيرته وتخفيف القلق وإعادة ثقته بنفسه، مع التركيز دائما على أهمية العودة إلى العالم الواقعي.

ومن أنواع العلاج النفسي التي ساعدت كثيرا من الفصامين العلاج النفسي المكثف Intensive Psychotherapy، وقد ثبت فاعليته، واتيحت له الفرصة كاملة، إلا أنه يحتاج لوقت وجهد بلا حدود، وفيه يقوم المعالج باختراق حاجز العزلة عند المصاب، ومحاولة فهم لغته الخاصة، والقيام بدور المترجم له، أو الجسر الذي يعبر عليه إلى دنيا الواقع، وهذا النوع ليس بديلا عن العلاجات العضوية الأخرى، ولكنه متمم لها.

### 5 - العلاج الاجتماعي:

يهدف تجنب الانسحاب والعزلة مع الاهتمام بإعادة التطبيع الاجتماعي وإعادة التعلم الاجتماعي والاهتمام بالنشاط الاجتماعي والرياضة والترفيه والموسيقى لربط المريض بالواقع والتقليل من استبطانه وانشغاله بذاته وعرضه والكشف عن اضطرابات المريض وصراعاته، والعلاج البيئي الذي يهدف إلى تعديل البيئة وإصلاح الجو العائلي حتى يساعد ذلك في تدعيم التحسن التدريجي في حالة المريض، والعلاج بالعمل والتوجيه والتأهيل المهني لشغل المريض وإخراجه من دائرة الاستغراق في الذات، مع تنويع العمل، والعلاج باللعب في حالة فصام الطفولة.

### 6 - العلاج الجراحي النفسي:

وهو العلاج الذي يهدف إلى قطع بعض الدوائر العصبية التي تساهم في توصيل وإثارة الانفعالات المرضية ولا يستعمل إلا في الحالات المزمنة، وعندما تفشل كل الوسائل العلاجية الأخرى وبعد مضي ثلاث سنوات على الأقل.

### مآل الفصام:

- 1 - تحسن مآل الفصام كثيرا منذ أن اكتشف علاج الرجفات الكهربائية وعلاج غيبوبة الأنسولين. وحديثا مع استخدام الأدوية والعلاج النفسي أصبح المآل أحسن. وقد يحدث شفاء تلقائي في حوالي (5%) . وقد يحدث تحسن تلقائي في حوالي (25%) من مرضى الفصام.
- 2 - وأهم ملامح الشفاء هو الشفاء الاجتماعي. وتدل الإحصاءات على أن حوالي ثلث مرضى الفصام يتوافقون اجتماعيا تماما، وحوالي الثلث يتوافقون اجتماعيا إلى حد ما، والثلث الباقي يتدهورون أو ينتحرون أو يحتاجون إلى الإيداع في المستشفى مدى الحياة، حين يزمن المرض ويكون التدهور العقلي المعرفي والخلقي أمرا لا مناص منه. هذا ويختلف فرص الشفاء من الفصام باختلاف درجة أزمائه.

- 3 - ومرض الفصام من الأمراض التي تشاهد فيها النكسات أحيانا.
- 4 - وعلى العموم نجد أن نسبة الشفاء التام حوالي (25%) ونسبة الأزمان حوالي (25%) في مرضى الفصام. ويمكن لمرضى الفصام الذين يتلقون العلاج السليم الخروج من المستشفى في حدود (6:12) شهرا.
- 5 - ويلاحظ أن الفصام الحركي هو أحسن الأنماط الاكلينيكية للفصام من حيث المآل، يليه الفصام الهذائي، ثم الفصام البسيط، أما الفصام المبكر فهو أقل الأنواع بالنسبة لسرعة الشفاء.

### ثانياً: الهذاء (البارانويا) Paranoia

حالة ذهانية، يميزها الأوهام والهذيان الواضح المنظم الثابت، أي الهذيان والمعتقدات الخاطئة عن العظمة أو الاضطهاد، مع الاحتفاظ بالتفكير المنطقي وعدم وجود هلوسات في حالة الهذاء النقي أي أن الشخصية رغم وجود المرض تكون متماسكة ومنتظمة مع احتفاظها عادة بإمكانياتها العقلية دون تدهور ناتج عن استمرار فترة المرض، فعلى سبيل المثال، يظل ذكاء الفرد وذاكرته ومعلوماته دون أن يصيبها الضعف إلا على قلة وندور إن حدث، ويلاحظ أن محور تصرفات المريض يدور حول هذا الهذاء الذي يعتنقه والذي لا يشك للحظة في واقعيته وصدقه، ويتخذ المريض من إمكانياته العقلية التي لم تتدهور سندا لتبرير صدق معتقداته الهذائية، والدعوة بين الآخرين لتصديقها.

أسباب الهذاء: فيما يلي أهم أسباب الهذاء:

- الوراثة: ولها أثر هام في الاستعداد لهذا المرض، ويوجد في العائلة ومن أقارب المرضى وخاصة الوالدين عادة تاريخ إيجابي للمرض العقلي واضطرابات الشخصية.
- الصراع النفسي بين رغبات الفرد في إشباع دوافعه وخوفه من الفشل في إشباعها لتعارضها مع المعايير الاجتماعية والمثل العليا، والإحباط والفشل والإخفاق في معظم مجالات التوافق الاجتماعي والانفعالي في الحياة والذل

والشعور بالنقص وجرح الأنا، والاعتماد الزائد على حيل الدفاع، وظهور هذه الحيل في شكل أعراض الهذاء، ومن أهم اساليب الدفاع هنا: الإنكار، والتبرير، والتعويض، والكبت، والاسقاط مثل اسقاط الدوافع التي تؤدي إلى الشعور بالذنب إلى الخارج على مضطهديهم.

- اضطراب الجو الأسري وسيادة التسلطية والكف والنقد ونقص كفاية عملية التنشئة الاجتماعية، والفشل في تحديد مستوى طموح يتناسب مع القدرات.
- تهديد أمن الفرد من خلال المنافسة أو الرفض أو الخزي أو الهزيمة.
- خبرات الحياة الصادمة، والمشكلات التي تتركز حول احترام وقيمة الذات والمكانة الاجتماعية.
- اضطراب نمو الشخصية قبل المرض وعدم نضجها، تميل إلى غلبة السمات البارنوية والخيالية.
- المشكلات الجنسية وسوء التوافق الجنسي، والعنوسة، وتأخر الزواج، والحرمان الجنسي، وتعزى مدرسة التحليل النفسي الهذاء إلى أنه نتيجة للجنسية المثلية المكبوتة والمسقطة، والشعور بالإثم.
- الأسباب العضوية: هناك بعض عقاقير مثل الأمفيتامين تحدث أعراضاً بارنوية مباشرة، وقد تترك أثراً دائماً حتى بعد الانقطاع عنها.

### الأعراض العامة للهذاء:

هناك أعراض عامة أهمها الأوهام والهذيانات والمعتقدات الخاطئة الجامدة المنظمة الدائمة التي تطغي على البصيرة، والدفاع بحرارة عن هذه الأوهام والهذيانات ومحاولة إقناع الآخرين وتوجيه كل الاهتمام إليها وتمركز السلوك حولها. ويدور الهذاء عادة حول موضوع واحد مثل الزواج أو الدين أو النشاط السياسي، وأوهام التأثير والتأثر، حيث يعتقد المريض أن قوى خارجية تؤثر فيه، وتسيطر عليه رغم إرادته، وأوهام جسمية في شكل أفكار غريبة وشاذة عن جسمه

كأن يعتقد أن الناس يتكلمون عنه ووسائل الإعلام تشير إليه، والتمركز الشديد حول الذات، وتفسير سلوك الآخرين من وجهة نظر شخصية ذاتية بحثه مع الميل إلى تزييف الحقائق وتشويهها وسوء التوافق الاجتماعي والسلوك الجانح مع تغلب الغضب والعدوان والنقص الواضح في البصيرة.

### علاج الهذاء:

حالات الهذاء لا تحتاج إلى الإيداع في مستشفى الأمراض النفسية، لأن المرضى يظلون في إطار المعقول فيما يختص بالاتصال الاجتماعي فيما عدا ما إذا كانوا من النوع الخطر العدواني المشاكس أو الجنسي، فيجب إيداعهم في المستشفى ويبدأ العلاج بدراسة الأسباب التي دعت المريض إلى الاستشارة، والتي جعلت هذه المنظومة البارنوية تتصاعد في حداثها، حتى يتوقف التصالح النسبي بين أجزاء الشخصية. .. وبالتالي عجز التوازن القائم بين المنظومة البارنوية والجهاز السليم الواقعي، ولم يعد التوافق قادراً على الاستمرار دون تدخل أو تصادم، وفيما يلي أهم ملامح علاج الهذاء:

- العلاج الطبي: بالأدوية والعقاقير المضادة للذهان لازم لجعل المريض أكثر طواعية خلال العلاج النفسي. أي أن العلاج الطبي هنا يفيد في بداية العلاج النفسي، ولكنه لا يمكن أن يحل محله. ومن الأدوية المستخدمة (فينوثازين، وترايفلوبيرازين وتورازين وكلوربرومازين) لأن هذه العقاقير تعمل لتثبيط وتهدئة الأجزاء القديمة في المخ (18)، إلى جانب علاج الرجفة الكهربائية. هذا إلى جانب ضرورة العناية بالصحة العامة للمريض والراحة إلى أقصى حد.
- العلاج بالصدمات الكهربائية وهي تفيد في أغلب الحالات، وخاصة إذا أعطيت مبكراً، وبالاشتراك مع المهدئات العظيمة، أو بعد إعطاء الأخيرة بكميات كافية ولو لوقت قصير.
- العلاج النفسي: بهدف تخفيف حدة قلق المريض، وتجديد قدرته على الاتصال

على مستوى واقعي في العلاقات الشخصية والتخلص من أوهامه باستخدام العلاج التدعيمي أو العلاج المكثف والجمعي لإعطاء الفرصة لاستيعاب هذا النشاط الداخلي الذي ظهر في شكل مرضي فيبذل المعالج قصارى جهده لحل مثل هذا المشكلات والصعوبات في إدراك الآخرين، والتوجيه والتأهيل النفسي والتربوي والمهني والعلاج بالعمل. والعلاج الاجتماعي وإعادة التطبيع الاجتماعي والعلاج البيئي.

#### رابعاً: الهوس Mania

هو حالة ذهانية، تتسم بالغرابة والنشاط النفسي الحركي الزائد والهييج والمرح الذي لا يسيطر عله الفرد، وتبدو أوضح ما تكون في الجانب الانفعالي للشخص.

تصنيف الهوس: يقسم الهوس إلى ما يلي:

#### 1- الهوس الخفيف: Hypomania

وهو أخف أشكال الهوس وأعراضه المرح المتوسط، والنشاط الواضح المعتدل، وهروب الأفكار الخفيف، والتهيجية، وعدم التسامح، والتسرع، والسعادة المفرطة.

#### 2- الهوس الحاد: Acute Mania

وأهم أعراضه السلوك الصاخب، والعنف، وسرعة الأفكار، والنشاط الزائد جدا والهوسات والأوهام.

#### 3- الهوس الهذيانى: Deliriosu Mania

وأعراضه هي: أعراض الهوس الحاد مضافا إليها الخلط وعدم الترابط واضطراب الوعي واضطراب التوجيه (بالنسبة للزمان والمكان والأشخاص).

أسباب الهوس: فيما يلي أهم أسباب الهوس:

- وجود الصراع والمواد والأفكار الداخلية غير السارة وتكون حالة الهوس شكلا من أشكال حيل الدفاع كتعويض وكوسيلة نسيان.

- الفشل والإحباط ونقص الكفاية ومحاولة إنكار ذلك من طريق لعب دور النجاح والكفاية بدون نجاح أو كفاية بالطبع.
- وجود مشكلات يهرب منها الفرد خارج نفسه لينسى ويبعد عن القلق.
- وجود مواد مكبوتة تنفس لتقليل الصراع واسترخاء الأنا الأعلى القاسي، وعندما يسترخي الأنا الأعلى يضعف الكبت، وتقلت الرغبات والدوافع التي يدور حولها الصراع وتظهر المواد الممنوعة في مستوى الشعور وتجد لها مخرجاً في السلوك الهوسي.

أعراض الهوس: فيما يلي أهم أعراض الهوس:

- 1 - المرح الشديد والسعادة الوهمية المفرطة والنشوة الزائدة، والتفاؤل المفرط والتحمس الزائد. والثقة الزائدة في النفس والشجاعة والخيلاء والشعور بالقدرة وكثرة المشاريع غير العملية، والشعور بالنشاط والخفة والبهجة والرضا عن النفس، مع الشعور بحسن الحال، أو حتى الشعور بالعظمة.
- 2 - السرعة والتعجل في كل العمليات العقلية، وصرف الانتباه وتحوله بسرعة شديدة، وميل نحو القيام بنشاط ينقصه التحكم وال ضبط، حتى أن الأمور التي بدأها المريض يتحول عنها بسرعة دون أن يتمها، أي يبدأ في عدة مشروعات دون استعداد.
- 3 - التعرض لأفكار هذائية تبين عن امتياز المريض وعظمته، وإلقاء المريض للنكت وضحكه الكثير.
- 4 - هروب وطيران الأفكار وسطحية التفكير والسلطة الفكرية وتشتيت الانتباه وعدم القدرة على التركيز، والانتقال السريع بين الموضوعات ومقاطعة الآخرين بمجرد ورود أفكار جديدة، والأوهام وأفكار العظمة وتوهم الغنى والقوة والأهمية والغرور الزائد والهلوسات أحياناً، وسرعة الكلام وعلوه وأحياناً الكلام المسرحي.

- 5 - النشاط النفسي الحركي الزائد وعدم الاستقرار وزيادة التوتر وعدم المثابرة على العمل وسرعة الانجاز مع ضعف الإنتاج والفوضى في العمل.
- 6 - النشاط الاجتماعي والانطلاق الزائد، والإسراف والكرم المفرط. والتبرج الزائد والتزين المفرط واللامبالاة بالمعايير الاجتماعية وعدم مراعاة مشاعر الآخرين.
- 7 - سرعة الاستثارة والتهور والسلوك التخريبي أحياناً والإرهاق والإنهاك ونقص الوزن والشراهة والإدمان في بعض الحالات والأرق واضطراب النوم بصفة عامة.
- 8 - إسراع ضربات القلب وفرط العرق والإنهاك واحمرار الوجه واهتزاز الأطراف واضطراب الإخراج.
- 9 - النشاط الجنسي الزائد والاستعراض الجنسي والعري والكتابات الغرامية.

### علاج الهوس:

يحسن علاج اضطراب الهوس وخاصة الحاد في المستشفى وفي حالة الهياج الشديد أو السلوك التخريبي والنشاط الجنسي والعري يجب عمل حساب ذلك بوضع المريض في مكان منفصل مع رعاية تمريضية خاصة، وفيما يلي أهم معالم علاج الهوس:

- 1 - العقاقير الطبية وخاصة المهدئات للسيطرة على التهيج وعدم الاستقرار النفسي الحركي، وتستخدم المنومات لإحداث أكبر قدر ممكن من النوم. ويلجأ الكثير من المعالجين إلى العلاج بالنوم المستمر، ويستخدم علاج الرجفة الكهربائية (15 - 20) جلسة بواقع ثلاث مرات أسبوعياً، ويستخدم العلاج المائي بالحمامات الدافئة لتهدئة المريض، ويجب عمل حساب أي مضاعفات مثل الإنهاك أو هبوط القلب أو هبوط التنفس.

- 2 - وبعد التحكم في نوبة الهوس باستخدام الأدوية أو الصدمات الكهربائية، يبدأ

العلاج النفسي لاستكشاف النواحي المرضية في الشخصية ومشاعر الوحدة وهبوط احترام الذات أو قيمة الذات، وتكوين ردود الأفعال التي تؤدي إلى شعور بالقدرة على كل شيء والسيطرة والتحكم، وحل مشكلات المريض.

3 - العلاج الاجتماعي والراحة والإجازات القصيرة من العمل. وتوجيه نشاط المريض الزائد وجهات بناء وعملية، والرقابة والإشراف في النواحي الاقتصادية والنشاط الجنسي.

4 - وفي بعض الأحيان يشاهد الشفاء التلقائي من الهوس في مدة تتراوح بين (6 - 8) شهرا ولكنها تنزع أيضا إلى العودة مرة أو مرات على فترات متفاوتة الطول يبدو الفرد أثناءها في الظاهر سويا وقد يكون السلوك العادي مجرد عبور من نوبة إلى نوبة أو من دور هوسي إلى دور اكتئاب عبر فترة سواء.

5 - وفي حالة أزمات الهوس وعدم استجابته لعلاج الأدوية والصدمات الكهربائية والعلاج النفسي يلجأ الأطباء كحل أخير إلى الجراحة النفسية (شق الفص الجبهي).

### مآل الهوس:

مع استخدام علاج الرجفة الكهربائية والأدوية الحديثة المهدئة أصبح علاج الهوس بسيطا وسريعا وإذا قورن الهوس بالاكتئاب فإن الهوس يقل احتمال أزماته عن الاكتئاب.

### خامساً: اضطراب الهوس والاكتئاب Manic-depression Psychosis

هذه المجموعة من الأمراض تمثل اضطرابا أساسيا في العاطفة، يتبعه اضطراب في التفكير والسلوك الحركي: سرعة (هوس) أو إبطاء (اكتئاب)، وهي تشمل طورين إكلينيكين، يتناوبان بانتظام أو بغير انتظام، وأحيانا لا يظهر طوال حياة المريض إلى طور واحد، ويشاهد فيه الاضطراب الانفعالي المتطرف، وتتوالى فيه دورات متكررة من الهوس والاكتئاب، أو يكون خليطا من أدوار الهوس والاكتئاب وقد يتخللها فترات انتقالية يكون فيها الفرد عاديا نسبيا، وكثيرا ما تتعاقب حالات

الاكتئاب والهوس على الفرد الواحد، على هيئة نوبات أو دورات، قد تفصل بينها فترات شفاء، وعندئذ يصدق على هذه الحالة تسميتها بالجنون الدوري، وتبلغ نسبة انتشاره بين الشعب حوالي (0.5 - 1 %)، ولكنه يكثر بين المثقفين والطبقات العليا، كذلك فإن نسبته تزيد في النساء أكثر من الرجال، ولا يحدث هذا الاضطراب إلا نادرا قبل البلوغ، ويزيد انتشاره كلما تقدم سن الفرد.

### تصنيف ذهان الهوس والاكتئاب:

هناك ثلاثة أنماط اكلينيكية لذهان الهوس والاكتئاب:

- 1 - الهوس (حوالي 30 %).
- 2 - الاكتئاب (حوالي 45 %).
- 3 - الذهان الدوري أو المختلط (حوالي 25 %).

### الهوس الخفيف Hypomania:

يتميز بأنه يحوي صفات المرض العامة، أما علاماتها الإكلينيكية فهي:

- أ - وجود ثلوث الهوس بدرجة طفيفة لا تصل إلى شدة ذهانية.
- ب - يستطيع المصاب أن يتحقق من وضعه وعلاقته مع البيئة.
- ج - قلما يظهر المريض سلوكا شاذا لدرجة تتعارض مع المجتمع.
- د - يبدو المريض مملوءا بالحيوية والنشاط، لا يكاد يستقر في مكان.
- هـ - يميل إلى التعدي، فتكثر مشاجراته بعض الشيء ويحب السيطرة من حوله ولا يطيق النقد.
- و - يرسم المريض كثيرا من الخطط والأفكار، ويؤكد أنها سبيلها إلى حيز التنفيذ، ولكنه عادة لا ينفذها بشكل جاد، وهو يبدأ أغلب المشاريع دفعة واحدة، ولكنه لا يصل بأيها إلى غايتها.
- ي - لا يتقيد المريض أحيانا بالقواعد الخلقية، مما يوقعه تحت طائلة القانون.
- ز - تظل ذاكرة المريض سليمة، وقد تزداد حدة.

**الهوس الحاد Acute Mania:**

لا يوجد حد فاصل بين الهوس الخفيف والهوس الحاد، فهما متداخلان إلا أن الهوس الحاد يتميز بشدة الثلوث الهوسي بوجه خاص، كما يظهر في الصورة الاكلينيكية على الوجه الآتي:

أ - إما أن يشتد بشكل يجعله أقرب إلى السخرية الهجومية، ويفقد الجانب المشع منه، وإما أن ينقلب إلى عدوان وغضب مع فرط في الحساسية، يتناوب مع هذا المرح القاسي.

ب - يشتد انتباه المريض للمؤثرات الداخلية والخارجية على حد سواء، ولا يستمر في اتجاه معين، بل ينتقل من مؤثر لآخر.

ج - تضطرب علاقته بالبيئة، فنراه لا يراعي الآداب العامة، ويتصرف بشكل فاضح، ويقول ويفعل ما ينافي الأخلاق والتقاليد المرعية.

د - أن الهلاوس أكثر حدوثاً هنا على الهوس الخفيف، ولكنها مؤقتة ومتغيرة عادة، وتتفق مع الاضطراب الانفعالي الأساسي.

هـ- أن الضلالات إذا حدثت تكون متجهة إلى الشعور بالعظمة.

و - أن الأفكار تتطاير حتى تبلغ من سرعتها عدم ترابط ظاهري، في حين أنها درجة شديدة من الطيران.

ي - أن إدراك المريض للبيئة من حيث معرفة الزمان والمكان والأشخاص أحدها أو جميعها قد يختل.

ز - أن بصيرته تضطرب.

**الهوس الهذيان Delirious Mania:**

وهو أشد أنواع الهوس، وقد تتطور حالة المريض من الهوس الخفيف إلى الحاد إلى أن يصل الهذيان، حيث تكون الخصائص في أشد صورها، ولكن قد يبدأ المرض في صورة شديدة مباشرة، فيحضر المريض أول ما يحضر في حالة هذيان تام

دون سابق إنذار ن ويكون وعيه مختلطا من شدة فورة عواطفه، ويتميز المريض في هذه الحالة بما يلي:

- أ - يتهيج بشكل شديد، فلا يستقر على حال وقد يحاول تحطيم الأشياء أو الإعتداء على غيره، وقد يمزق ملابسه أو يتعري تماما.
- ب - لا يتعرف الزمان أو المكان أو الأشخاص بتاتا.
- ج - يصاب بهلاوس سمعية وبصرية وقد يصاب بهلاوس أخرى متنوعة غير مستقرة.
- د - تظهر الضلالات، كما يزداد شك المريض فيمن حوله.
- هـ - يتصرف المريض بغير تحرج، فيأتي أعمالا منافية لكل الآداب، ومنافية للمألوف، يأتيها ببساطة وتبجح وإصرار.
- و - يفقد المريض بصيرته نهائيا.

### درجات الاكتئاب:

#### 1. الاكتئاب البسيط (غير الذهاني) (Simple Depression) (Non Psychosis):

يتميز هذا النوع من الاكتئاب بما يلي:

- أ - نجد أن ثلوث الاكتئاب موجود، ولكنه لا يصل إلى شدة ذهانية.
- ب - لا يوجد سبب ظاهر لهذا الحزن والهمود، كما لا يسبقه بوجه خاص قلق تكيفي
- ج - يتكلم المريض بصوت منخفض، ولا يهتم بمن حوله ولا يتتبع الأمور بشغف واهتمام.
- د - تقل شهية المريض للطعام، ويقل نومه، وعادة ما يستيقظ في ساعة مبكرة من الصباح في أسوأ حالاته.
- هـ - يشكو المريض من العجز عن التركيز والاستيعاب، وقد يلاحظ أن المريض يستطيع القراءة ولكنه يجد صعوبة في الكتابة.

ي - قد تصاحبه بعض أعراض جسمية مثل الصداع وعسر الهضم والإمساك والإنهاك.

### الاكتئاب الحاد Acute Depression:

يتميز هذا النوع من الاكتئاب بما يلي:

- أ - يظهر «ثالوث» الاكتئاب بشكل واضح.
- ب - يصبح المريض منعزلاً، لا يختلط بغيره.
- ج - يكاد المريض ألا يتكلم إطلاقاً فإذا تكلم فإن استجابته تكون متأخرة وبطيئة.
- د - تزداد الشكاوي المرضية العضوية بشكل ملحوظ، ويميل أغلبها إلى الهمود.
- هـ - يصعب عليه معرفة الزمان والمكان والأشخاص لعدم اكتراثه بشيء وقصور انتباهه معاً.

ي - قد يصاحب كل ذلك هلاوس وضلالات تدور حول الشعور بالذنب واتهام النفس.

ز - قد تكون له بداية حادة بلا مبرر ظاهر في العادة، ويصاحبها شعور وخبرة بتغير الذات، وتغير العالم من حوله، وهي مشاعر وخبرات أكثر منها أفكار واعتقادات مثلما هو الحال في الوسواس والضلالات التي تحمل نفس الاسم.

ع - كثيراً ما يصاحب ذلك هلاوس وضلالات تدور حول الشعور بالذنب واتهام النفس.

غ - قد تسيطر على المريض أفكار انتحارية وقد تصل إلى حيز التنفيذ.

ف - نرى من كل ما سبق أن الاكتئاب في هذا النوع وما يليه قد وصل إلى شدة ذهانية.

### الاكتئاب الذهولي Depressive Stupor:

وهذا هو أقصى طور الاكتئاب، وإذا وصل إليه المريض، فإنه قد يصعب تشخيص الاكتئاب ذاته إلا بالتاريخ الطولي، وسابق أحواله، ثم بتبعه أثناء شفائه وحكايته عن هذه

الخبرة الآسية، وقد نقص تواتر هذا النوع بعد التدخل السريع والمباشر لعلاج حالات الاكتئاب قبل أن تصل إلى هذه الدرجة، ويتميز هذا النوع من الاكتئاب بما يلي:

أ - يبلغ الهمود في التفكير والحركة والكلام درجة تصل بالمريض إلى حد البكم، حتى لا يستطيع أن يتكلم أبدا، ولا يقوم بأي نشاط، ولا يتعاون مع أحد، بل إنه قد لا يتبول ولا يتبرز، أو حتى يبصق، أو يبلع لعابه، فيملاً اللعاب فمه، كما تصاب العضلات بالارتخاء.

ب - يبدو المريض للناظر وكأنه لا يحس بأي عاطفة أو شعور، في حين أنه يكون في أشد حالات القنوط والكدر، وقد يحكي بعد شفائه عن مشاعره تلك، وكيف كان حزينا حزنا أسودا، لا يستطيع حتى التعبير عنه. وقد يحكي المريض أحيانا كيف اعتقد وهو في تلك الحالة أنه مات.

ج - يضطرب الوعي بشكل واضح فلا يتعرف المريض على البيئة إطلاقا، وقد يبدو وكأنه في غيبوبة.

د - تتأثر حالة المريض البدنية، فنراه ضعيفا هزيلا، قد تغطي لسانه بطبقة قدرة، وأزرق أطرافه، وأصبح لون جلده ترابيا، لا تبدو فيه حياة.

هـ - قد تطرأ عليه أفكار انتحارية، إلا أنه يعجز عن تنفيذها، ذلك لأن بطئه الحركي يحول دون ذلك، لذلك يخشى عليه من تنفيذها أثناء تقدمه نحو الشفاء، لأنه قد يتحسن حركيا قبل أن يتحسن انفعاليا، مما يسمح بتنفيذ أفكاره التحطيمية بشكل يقضي على حياته فعلا.

### أسباب ذهان الهوس والاكتئاب:

#### 1 - الأسباب الوراثية:

تلعب دورا مهماً للانهايار في اتجاه ذهان الهوس والاكتئاب تاريخ إيجابي في أكثر من (70%) من الحالات، ويؤكد العلماء دور الوراثة في هذا المرض، وقد وجد أنه إذا أصيب أحد التوائم المشابهة لهذا المرض، فيصاب التوأم الآخر في حوالي (33)

(%)، وكذلك تتفاوت النسبة، بين أبناء المصابين، بهذا المرض بين (10 - 13 %)، ويقال أن طريقة انتقال المرض تنتشر على هيئة مورثات سائدة ويكثر هذا المرض بين الشخصيات ذوي المزاج الدوري، أي الذين يتفاوتون في مزاجهم بين المرح والاكتئاب مباشرة.

## 2 - الأسباب البيئية أو التركيب الجسدي:

فيبدو أن النمط المكتنز أو البدني أكثر عرضه من غيرهم لردود الأفعال العاطفية ويربط البعض بين ذهان الهوس والاكتئاب وبين اضطرابات الغدد وخاصة الكظرية والجنسية. ويربط البعض كذلك بين ذهان الهوس والاكتئاب وبين اضطرابات الجهاز العصبي مثل زهري الجهاز العصبي وأورام الفص الجبهي، ويرى البعض أن هناك علاقة بين ذهان الهوس والاكتئاب وبين اضطراب نسبة المعادن في الجسم.

## 3 - الأسباب النفسية:

اضطراب العلاقات بين الطفل والوالدين، واضطراب العلاقات الاجتماعية بصفة عامة والضغوط البيئية والانفعالية والعوامل الضاغطة في الحياة بصفة عامة، وصعوبة التوافق معها. والاضطراب الانفعالي للوالدين أثناء طفولة المريض، وفقدان موضوع الحب وفشل العلاقات الشخصية الهامة بين الأزواج، وحدوث اضطرابات انفعالية كثيرة في تاريخ المريض. والسلطة والمعايير الجامدة والعقاب الصارم ونقص بالمكانة الاجتماعية

## 4 - الغدد الصماء:

قد تلعب دورا هاما إذ قد يظهر المرض عند التحولات البيولوجية سن اليأس، وقد أجريت حديثا الكثير من الأبحاث عن علاقة هذا المرض بنسبة المعادن في الجسم وعمليات التمثيل الغذائي المختلفة، فقد وجد مثلا أن جسم الفرد المكتئب يحتفظ بكمية من الصوديوم داخل الخلايا يزيد (50 %) على المستوى العادي، أما الشخص المصاب بنوبة الإنسبات فتزيد هذه النسبة إلى (200 %)، وبشفاء هؤلاء المرضى تعود هذه النسبة إلى طبيعتها، ولإثبات هذه التجربة أعطي بعض مرضى

الذهان الدوري كمية من هرمون النخامية، والذي من طبيعته الاحتفاظ بالماء والصدوديوم في الجسم، فلو حظ أن حالة المرضى ساءت وتدهورت سواء في نوبات الاكتئاب أو الانبساط، وهذا الاضطراب هو أساس العلاج الوقائي الحديث بالليثيم، ومما يؤيد نظريات الهرمونات العصبية في نشأة مرض الاكتئاب الانبساطي وجود هذه الهرمونات بنسبة أعلى من أي جزء آخر في الدماغ في المناطق الخاصة بالإنفعال وخاصة الهيبيوثلاموس والجهاز الطرفي في السطح الأنسي للمخ، كذلك وجد أن نسبة هذه الهرمونات في المرضى المتحجرين من مرضى الاكتئاب تقل في هذه المراكز الدماغية بشكل واضح، وذلك بعد تحليلات دقيقة في المخ بعد وفاتهم، كذلك بتشريح ودراسة كيميائية مخ بعض مرضى الاكتئاب الذين لا قوا حتفهم لأسباب عديدة أثناء علاجهم بالعقاقير المضادة للاكتئاب، وجد أن نسبة هذه الهرمونات العصبية تزيد تدريجياً خلال العلاج، وتصل إلى أقصاها في خلال ثلاثة أو أربعة أسابيع، مما يؤيد العلاقة الوثيقة بين مرضى الاكتئاب ونسبة هذه الهرمونات العصبية في المخ، وتأثير العقاقير المضادة للاكتئاب على هذه الهرمونات ووصول أقصى فاعليتها بعد ثلاثة أو أربعة أسابيع.

### أعراض ذهان الهوس والاكتئاب:

هناك دوران متميزان في ذهان الهوس والاكتئاب هما: دور الهوس ودور الاكتئاب، ويأتي المرض في أدوار قد يتخللها فترات من السواء النسبي أو الصحة النفسية، ويختلف وقت دوام كل دور، فقد يقتصر على بضعة أيام، وقد يستغرق عاما كاملا. وعلى العموم فدور الهوس غير المعالج، لا يدوم أكثر من ستة أشهر عادة، ودور الاكتئاب لا يدوم أكثر من تسعة أشهر، ويلاحظ أن أدوار الهوس اقل كثيرا من أدوار الاكتئاب، والاضطراب الأساسي يصيب الانفعال والتفكير والنشاط الحركي، فيسرع في دور الهوس، فشاهد المرح وطيوان الأفكار، وزيادة النشاط الحركي، ويبطئ في دور الاكتئاب، فنلاحظ الحزن وبطء التفكير، ونقص النشاط الحركي، ومن ثم يطلق البعض على أهم أعراض ذهان الهوس والاكتئاب ثلوث الهوس أو ثلوث الاكتئاب.

### تشخيص ذهان الهوس والاكتئاب:

من الملاحظات المساعدة في التشخيص ما يلي:

- 1 - بداية المرض عادة فجائيا وقليلًا ما نجده يحدث متدرجا، وتنتهي الدورة في حدود ستة أشهر، إما تلقائيا أو نتيجة العلاج، والعودة للمرض مرة أخرى متوقعة، ولا يحدث تدهور عقلي أو انفعالي عند المريض.
- 2 - ويجب التفريق بين ذهان الهوس والاكتئاب وبين أعراض المرح أو الاكتئاب التي تصاحب بعض أشكال الذهان العضوي. ففي ذهان الهوس والاكتئاب لا تتأثر الذاكرة والذكاء والوعي بينما تتأثر وتدهور في الذهان العضوي.
- 3 - ويجب التفريق بين ذهان الهوس والاكتئاب وبين الفصام، ففي ذهان الهوس والاكتئاب يكون اضطراب الشخصية مسألة «كم» أي يكون مسألة «أكثر» أو «أقل» من الحالة السوية، ويكون هناك انسجام بين المزاج ومحتوى التفكير والسلوك، ويكون اضطراب التفكير وعدم الترابط أقل وضوحا، بينما يكون في الفصام مسألة تفكك الشخصية، ويبدو ذلك واضحا في السلوك، ويكون التفكير واضح الاضطراب وغير مترابط وتحدهد الهلوسات والهلديانات والأفكار الشديدة الغرابة.

### علاج ذهان الهوس والاكتئاب:

يتوقف العلاج على نوع المرض ودرجته، والعلاج ضروري في المستشفى، وخاصة في الحالات الحادة، وفي حالة الخوف على حياة المريض أو الآخرين، وفيما يلي أهم معالم علاج ذهان الهوس والاكتئاب:

- 1 **العلاج الطبي:** ويعتمد على الدور الذي يعالج المريض أثناءه، وباستخدام ثيوريدازين، ففي دور الهوس يجب السيطرة على النشاط النفسي الحركي الزائد وعلى السلوك، وباستخدام كلوربرومازين، والعلاج بالرجفة الكهربائية والعلاج المائي كمسكن، وفي دور الاكتئاب يجب السيطرة على الاكتئاب

ورفع الحالة المزاجية باستخدام توفرانيل واميرامين والعلاج بالرجفة الكهربائية، وعلاج الأعراض المصاحبة، مثل فقد الشهية والأرق والقلق، وحماية المريض من الإنهاك الشديد أو الموت جوعاً، والرعاية الخاصة للمرضى الذين يؤذون أنفسهم أو يحاولون الانتحار.

2 - **العلاج بالصدمات الكهربائية:** وهي من أنجح العلاجات حتى الآن في حالات الاكتئاب خاصة وهي تستعمل الآن بطريقة سليمة على ناحية من المخ فلا تحدث نسياناً وهي نافعة في كل حالات الاكتئاب الدوري تقريبا، حتى البسيط منها إذا عجزت العقاقير، ولكنها لا تصلح في حالات الاكتئاب العصبي والاكتئاب المزمن المتراكم القلق. . كما أن توقيتها مهم للغاية، فهي تصلح في أول ظهور المرض وقرب نهايته بدرجة أكبر منها في قمة حدة المرض.

3 - **علاج الأنسولين المعدل:** قد يصلح في حالات الاكتئاب البسيط، وخاصة إذا صاحب هذا أو ذاك الهزال وفقد الشهية.

4 - **العلاج النفسي:** بعد الإجراءات الطبية التي تجعل المريض أكثر استعداداً للعلاج النفسي) ويهدف العلاج النفسي في هذه الحالة إلى المساندة والدعم والحماية أثناء الدور، وفهم وحل مشكلات المريض وصراعاته وإحباطاته وإعطاء الأمل في الشفاء، وقد يصلح العلاج النفسي التدميمي والتفريغي في حالات الاكتئاب البسيط وقد يغير العلاج النفسي المكثف والعلاج الجمعي بين النوبات، لإحداث تغيير جذري في الشخصية، يسمح بالتعبير عن هذه الطاقة الداخلية بطريقة منتظمة ومستمرة وبناءة، بدلا من ظهورها في نوبات مرضية.

5 - **العلاج الاجتماعي والعلاج البيئي:** لتخفيف الضغوط البيئية ولتدعيم توافق المريض اجتماعيا على المدى الطويل، والعلاج بالعمل لإثارة اهتمام المريض وانتزاعه من أفكاره السوداء ومن التمرکز حول ذاته في دور الاكتئاب، ولتنظيم وضبط وتصرف نشاط وطاقة المريض في دور الهوس حتى يتم تعليمه لنوع أفضل من التفاعل يجابه به مشاكل حياته.

6 - العلاج الوقائي ضد النكسة: لأن ذهان الهوس والاكتئاب يميل إلى المعاودة، ولذلك يجب إبقاء المريض تحت الملاحظة الدقيقة لمدة طويلة، وتحت العلاج والتوجيه وتعليمه كيف يعبر عن انفعالاته وكيف يتجنب أخرى، وإذا حدثت النكسة فإنها تحدث بعد فترة تتراوح بين بضعة شهور إلى بضع سنوات.

### مآل ذهان الهوس والاكتئاب:

مآل ذهان الهوس والاكتئاب حسن عموماً، ويعتبر المآل حسناً كلما كان المريض متوافقاً في الفترة قبل الذهان، وكلما كان البدء مفاجئاً وحاداً، وكلما كانت هناك عوامل مرسبة خارجية واضحة، وكلما قل تكرار النوبات، وكلما بدأ العلاج مبكراً.

### ذهان الشيخوخة Senile Dementia

ذهان الشيخوخة Senile Psychosis، هو اضطراب عقلي، يصيب الشخصية نتيجة تقدمها في السن، ويظهر تقريباً في سن الستين، كنتيجة لتدهور عقلي ناجم عن كبر السن، أو ناتج عن سوء تغذية المخ في الشيخوخة يؤدي إلى تغيرات في السلوك، وقد تعاني الحواس والغدد والجلد والشعر لدى المسنين من التغيرات المميزة للشيخوخة، كما يصاب الدماغ بنوع مماثل من الانحلال أيضاً فيقل وزنه وتنكمش التلافيف، وتصاب كثير من الخلايا العصبية بالانحلال أو هو تدهور دائم في القدرات العقلية كافة، ويشمل التدهور في التفكير والعاطفة والسلوك الحركي جميعاً.

### الأعراض الاكلينيكية لذهان الشيخوخة: يتصف بالأعراض التالية:

1 - مجال التفكير، يتصف بالضحالة والخواء، وأن حديث المريض مفكك، وأن الضلالات إن وجدت تكون سطحية ومشوشة ومؤقتة، كما نجد أن الذاكرة قد ضعفت خاصة للأحداث القريبة، فلا يستطيع العجوز أن يذكر الأشخاص الذين قابلهم قريباً وإن كان لا يزال قادر على استحضار ذكريات الطفولة بكثير من التفاصيل، ثم يعقب ذلك طور آخر من الخبل، فينسى المريض حتى الأمور التي تعلمها منذ زمن طويل، ويصبح غير قادر على ذكر اسمه أو عمره أو مهنته السابقة، كما نجد النقص العقلي وخاصة في القدرة على التركيز، والأناية.

- 2 - مجال العاطفة، فإننا نجد نقص الاهتمام بالأحداث الجارية، وسرعة الغضب والتقلب الانفعالي، فيتصف المريض عادة باللامبالاة ولكنه قد يبدو ضاحكا بلا معنى ولا هدف ويغلب هذا في الأطوار المتأخرة والأرجح أن هذا كله استجابة لعجزه عن القيام بعمل ما يلزم لنفسه، وقد يظهر الهذاء في أحيان قليلة، فيعتقد المريض أن أسرته تحاول دس السم له أو الغدر به، ولكن الهذاء لا يحدث عادة إلى للأشخاص الذين كانوا يترعون إلى الشك وعدم الثقة بالغير في سالف أيامهم.
- 3 - مجال السلوك الحركي والعمل، فإنه يفقد الإرادة تماما ويقوم بأعمال غير اجتماعية ومضادة للمجتمع، كما قد يأتي أفعالا مشينة، وربما جنسية شاذة علانية ودون تورع، ونجد أن عاداته الاجتماعية تتدهور جميعها إلى أبعد مدى ونادرا ما يظهر خبل الشيخوخة في أشخاص دون الستين، ومتوسط السن، لبدء هذه الحالة، كان في إحدى الدراسات 74 سنة، فإن بعض الناس تدركهم الشيخوخة في الستين، بينما يصل غيرهم إلى التسعين دون أن يتأثر بشيء، وهذا الاختلاف راجع إلى العوامل ذاتها التي تقرر الشيخوخة البدنية، وهناك بعض الدلائل على أن إدمان الخمر وبعض الأمراض المعدية المعينة تسرع بالإنسان إلى الشيخوخة.

### مرض ألزهايمر Alzheimer,s Disease

شكل نادر من زهان ما قبل الشيخوخة Presenile Dementia، يحدث في مرحلة مبكرة نسبيا عادة في سن الأربعينيات والخمسينيات وتشبه أعراضه إلى حد كبير أعراض زهان الشيخوخة، إلا أنه يحدث في مرحلة مبكرة نسبيا، ويتطور بسرعة، وينتهي في خلال أربع أو خمس سنوات عادة إلى الوفاة، ويرجع هذا المرض إلى عطب وتدهور يصيب خلايا المخ، ويصاب المريض بالذهول والارتباط وفقدان الثقة، والنشاط غير الضروري والاهتياج، ويبدو المريض غير قادر على معرفة ما يدور حوله، ولا يفهم ما يقال له، ويعجز عن النشاط الحركي الصائب، ويضطرب نطقه وكلامه، ويكرر نطق مقاطع لا معنى لها بدلا من نطق كلمات كاملة ذات معنى، وقد ينتهي به الأمر إلى فقدان تام للقدرة على التعبير بالكلام، ويستمر المريض في التدهور لبضع سنوات تنتهي بالوفاة.

## الصرع Epilepsy

مصطلح أصله مشتق من اللفظة الإغريقية Epilepsia، و Epilab، وتعني: يضغط على، ويهجم على، وهو مصطلح يدل في مغزاه على تأكيد أشد أعراض المرض. ولهذا فإن الصرع يشير إلى دلالة اللزمة القوية الشديدة التي تمسك بخناق المريض فتفقدته وعيه أو تكاد وهو مرض يتميز بحدوث تغيرات فيزيائية وكيميائية في خلايا المخ، ينتج عنها نوبات متكررة من اضطراب السلوك الحركي أو الحسي أو النفسي أو اضطراب الوعي، وهو أيضا اسم يطلق على مجموعة من الأمراض العصبية Nervous Diseases، ويعرف بمرض السقوط، مظهره الأساسي هو التشنج Convulsion، ونوباته مختلفة الشدة وأيضا مختلفة التكرار، وأنه اضطراب في الجهاز العصبي، يتضح في نوبات تقع للمريض على فترات غير منتظمة، حيث يقع فيها المريض على الأرض مصحوبا بتقلصات عضلية، وفاقد وعيه، مع زبد (رغوة) على فمه وقبل حدوث النوبة يصاب المصروع بعلامات تمهيدية تتكون من ومضات من الضوء أو أصوات ذاتية، أو لحظات من الغثيان، أما النوبة الحقة فإنها تبدأ حين يصبح المريض متصلبا، ويقع فاقد الشعور، وبعد بضع ثوان تبدأ التشنجات في صورة انقباضات وارتخاءات إيقاعية للعضلات كما يظهر زبد اللعاب من حركة الفم، وقد يعض اللسان نتيجة تحركات الفك التشنجية. والنوبة النموذجية تستغرق دقائق قليلة يظل المريض فاقدًا لشعوره، بعدها فترة من الزمن بينما بدنه في حالة استرخاء والعادة أن يكون الفرد عقب النوبة متعبا منهبطا وقد أمكن إيضاح الأساس العضوي للصرع في السنوات الأخيرة بواسطة الرسم الكهربائي للدماغ (ردك) الذي يسجل التغيرات التي تحدث في النشاط الكهربائي للدماغ، وهي تسمى بالموجات الدماغية ويختلف الرسم الكهربائي للدماغ لدى المصروعين عن رسم الأسوياء من الناس وهو يساعد في تشخيص طراز الصرع، وشدة الحالة المرضية، وفي بعض الحالات تحديد الموضوع الذي يبدأ منه الاضطراب في الدماغ.

لذا يمكن أن نعرف الصرع على انه اضطراب متميز بحدوث نوبات عصبية، تشنجية مفاجئة ومتكررة، والمظهر الشائع لهذه النوبات أنها تصطحب بفقد الوعي وتشنجات تصيب الجسم كله.

**أسباب الصرع:****1 - الوراثة:**

تلعب دورا هاما في الإصابة بالمرض، وفي تحديد نوعه، ومدى تأثيره على المريض ونسبة الوراثة في الصرع قليلة، أو أنها تتراوح بين (2 - 2.5%).

**2 - السن:**

يحدث الصرع في الأطفال بنسبة أكبر.

**3 - الأسباب المرسبة:**

- أ - تلف موضعي في المخ نتيجة للالتهاب أو الأورام أو التليف أو الإصابات وخاصة عند الولادة، أو كسور الجمجمة.
- ب - أمراض عامة مثل الحمى والتسمم البولي أو الفشل الكلوي أو الكبدي.
- ج - اضطرابات التمثيل الغذائي مثل التسمم المائي ونقص السكر في الدم.
- د - اضطراب الغدد الصماء مثل إفراز الغدد حول الدرقية الزائد.
- هـ - وقد يحدث أثناء النوم أو عند الاستيقاظ.

**أنواع الصرع:**

هناك أنواع متعددة من النوبات الصرعية، وسوف نذكر أهم النوبات الصرعية الأكثر شيوعا في حدوثها، حتى نتعرف لنلجأ إلى العلاج مباشرة لتجنب المضاعفات.

**1 - النوبة الكبيرة Grand Mal:**

وهي التي تسبقها علامات منذرة، ثم يفقد المريض وعيه، وتتوتر عضلاته، ثم يتشنج ويضطرب تنفسه وتزرق أطرافه، ثم يفيق وينام بعد التشنجات مباشرة، أو قد يصيبه صداع عنيف، أو نوبات غضب أو غيرها

**2 - النوبة الصغيرة Petit Mal:**

وفيها يضطرب وعي المريض لفترة قصيرة ثانية أو ثانيتين ويتوقف كل نشاط له، ثم يعاوده فوراً، وهو أكثر حدوثاً في الأطفال وأثناءها لا يسقط المريض على الأرض ولا تحدث تشنجات أو تقلصات، ولكنه يصاب بحالة يبدو فيها مذهبولاً، كأنه قطع صلته فجأة بما كان يقوم به من نشاط ويشحب لونه، وتزرق شفته، ويتجه نظره إلى أعلى، بحيث لا يظهر إلا بياض عينيه، ويتوقف عما كان يقوم به من أعمال، مثال القراءة أو المشي أو الأكل، ثم يعود إلى ما كان يفعل وكأن شيئاً لم يحدث، ولا يتذكر شيئاً مطلقاً عما حدث أثناء النوبة.

وتحدث النوبة الصغرى مرات متعددة ومتكررة في اليوم، ومع ذلك فلا تؤثر على انتباه المريض إلا في حالات قليلة جداً، التي تحدث بصورة متعددة، فتؤثر إذا كان تلميذاً على تحصيله الدراسي إذا لم يبادر بالعلاج.

**3 - نوبات جاكسون Jacksonian Fits:**

وتتصف بأنها تبدأ في ناحية واحدة من الجسم، من موضع بذاته زاوية الفم أو الإبهام مثلاً، ثم تنتشر إلى ما يجاورها، ولا يفقد المريض وعيه إلا إذا انتقلت إلى الناحية الأخرى ودلالاتها المرضية خطيرة.

**4 - النوبات الحشوية Visceral Fits:**

مثل القيء المتكرر، أو التبول الاندفاعي المتكرر، ويساعد في التشخيص إيجابية رسام المخ، واضطراب الوعي المصاحب إن وجد ولو طفيفاً.

**5 - النوبات الحسية Sensory Fits:**

مثل الهلوسات المؤقتة المتكررة، وعادة ما تكون علامات منذرة للنوبة الكبيرة.

**6 - النوبات النفسية Psychic Fits:**

وهي نوبات متكررة في أي مجال من مجالات السلوك:

أ - النوبات الانفعالية تتكرر نوبات من الخوف أو الغضب أو الاكتئاب لمدة قصيرة.

- ب - النوبات الفكرية تعاود المريض نوبات اضطراب في الذاكرة أو أفكار قهرية.
- ج - النوبات الحركية تعرف هذه النوبات باسم النوبات النفسية الحركية وقد تكون حركية لإرادية بسيطة أو نوبات تجوال.

### 7 - النوبة المستمرة Status Epilepticus:

وهي تعني، أي نوبة من النوبات السابقة، إذا طالت أو تكررت في تلاحق.

### علاج الصرع:

ونظرا لأن نوبة الصرع قد تفاجئ المريض في أي وقت دون سابق توقع، فإن المصروع ينصح دائما بأن يرافقه باستمرار أحد الناس حيثما يذهب خارج بيته حتى لا يصيبه حادث يضره، فقد تصيبه النوبة وهو يقطع طريقا فتدهمه سيارة، أو وهو يسبح في الماء فيغرق، لذا حيثما كان احتمال ضرره من نوبة الصرع فلا بد أن يصحبه مرافق، وينبغي أن نفرق هنا بين حالة الصرع وحالة الإغماء الهستيري أو التشنج الهستيري التي تشبه إلى حد كبير حالة الصرع باستثناء أن نوبة الهستيريا لا تصيب المريض إلا في المواقف التي تحقق له فيها كسبا وفائدة شخصية فالنوبات الهستيرية تصيب المريض في موقف يأمن فيه على نفسه، ويكون عادة بين أفراد يهبون لمساعدته، ويؤنبهم ضميرهم إن كانوا أساءوا إليه فلا يعودون لمثل هذه الإساءة، خاصة إن كانت النوبة متسببة عن هذه الإساءة وعقبها مباشرة، وهنا يبدو بوضوح ان المريض بالنوبات الهستيرية يستدعيها بإرادة لا شعورية عمدية تحقيقا لفوائد مقصودة وهروبا من وطأة مواقف ضاغطة انفعاليا إلى حالة من اللاوعي بها وبما يتعلق بها، فيهرب عن طريقها من هذا الضغط، ويتخفف منه.

وحيث إن علاج مريض الصرع يحتاج إلى وقت طويل، لذلك ينبغي أن يكون هناك إتصال مستمر بين الطبيب والمريض، وبصفة منتظمة.

وينبغي أن تنظم حياة المريض، مع توافر الوقت الكاف من ساعات النوم، وتجنب الأعمال والمواقف التي يتعرض فيها المريض للخطر، مع ضرورة الالتزام بتعاطي الدواء بصفة منتظمة ومستمرة حسب إرشاد الطبيب المعالج.

## الفصل الخامس:

# اضطرابات نفسية مختلفة:

## أولاً: السيكوباتية Psychopathy

وتتكون لفظ سيكوباتي Psychopath من مقطعين، هما سيكو Psycho ومعناها نفس وكلمة Path ومعناها شخص مصاب بداء معين كالمصاب بمرض عصبي أو عصابي Neuropath، وتشير إلى إنحراف الفرد عن السلوك السوي، والانحراف في السلوك المضاد للمجتمع والخارج عن قيمه ومعاييره ومثله العليا وقواعده، ولهذا، فإن السيكوباتية تشمل انحرافات السلوك والخلق، ويطلق عليها في كثير من الأحيان الانحراف السيكوباتي.

## الشخصية السيكوباتية:

هو شخص عديم المسؤولية لا يبالي إلا بملذاته الخاصة لا يستطيع تأجيل مسرته وإشباعاته الحسية لا تردعه أي قيم خلقية أو دينية، متبلد الانفعال لا يبالي بعواطف الآخرين. يستطيع تمثيل التوبة والطهارة، والطريق المستقيم عند اللزوم، ولكنه سرعان ما يعود لسابق اندفاعاته وإجرامه، نجده متعدد الوظائف، لا يثبت في عمل واحد أكثر من شهر، دائم العراك والاحتكاك مع زملائه ورؤسائه، متعدد الزيجات والطلاق، لا يعتني بأولاده ولا يهتم بمصيرهم، ولا مانع عنده من الانضمام إلى العصابات الصغيرة، وجماعات الإدمان والشذوذ الجنسي، والبعض منهم يتمتع بذكاء خارق يستعمله لمآربه الخاصة وملذاته، ومن ثم يقع فريسة له كثير من الأبرياء،

ونجد أن تاريخ هذا الشخص يبدأ منذ الطفولة حينما بدأ هذا السلوك المنحرف، ولم يكمل دراسته، وله ماضيه في الكذب، والسرقه، والنصب، والاحتيال، وإن من أهم سمات الحالات السيكوباتية ما يلي:

1 - يجب أن تظهر نزواتهم منذ سن مبكرة في صورة أعمال مضادة للخلق، أو في صورة تكبر ظاهر وعناد لسطة الكبار. على أن هذه الصفات قد لا ترى في أحيان نادرة إلا في العقد الثاني من العمر.

2 - السيكوباتيون غير قابلين للشفاء، وهم يقومون بأعمالهم المضادة للمجتمع بإلحاح، فهم لا يستجيبون للعقاب أو التعلم أو العلاج، على أن بعض الثقات يقولون إن بعضهم يتحسن أو يشفى بتقدم العمر أي حين يصل إلى متوسط العمر مثلاً ينبغي بحث نقطة العقاب دون جدوى بعناية، فكثيراً ما يذكر الآباء أنهم يعاقبون أبناءهم على سوء خلقهم دون نتيجة.

3 - يرتكب السيكوباتيون أعمالهم دون خجل وفي بعض الأحيان علانية بل لقد يفاخرون بها وليس في مقدورهم أن يحتفظوا بسرية أعمالهم وقد يدركون باللفظ خطأ هذه الأعمال ولكن ينقصهم نمو العواطف وهم يستخفون بالأمر ولا يتحمسون لشيء.

4 - وهم لا ينتفعون من التجربة السابقة برغم ما يبدو عليهم في الظاهر من سواء أو تفوق ذهني، كما أنهم يعيشون في ملذات الحاضر وتجرفهم أهواء اللحظة الراهنة، وهم لا يعبأون بالنتائج التي يتعرضون لها من أعمالهم، أو التي يتعرض لها أقاربهم أو المجتمع، وأن نقص قوى الضبط والكف عندهم يجعل منهم لعنة المجتمع.

5 - والسيكوباتيون يرتكبون جميع أنواع الجرائم، أي أنهم لا يتحصنون في جريمة بعينها، فهم يسرقون ويكذبون وينصبون، وغير ذلك من أنواع الجرائم الصغيرة، ولكنهم قد يرتكبون الجرائم الخطيرة التي تصل إلى حد القتل، وإن كان الأغلب أن جرائمهم يقل فيها العنف ولا تتجاوز الجرائم التافهة، أما المجرمون المحترفون فإنهم غالباً يتخصصون في الجريمة التي يرتكبونها.

6 - وجرائم السيكوباتية لا معنى لها، فهم يسرقون أشياء لا نفع لها منها وهم يكذبون حين ينجيهم الصدق، وفي حالات الكذب المرضي لا يبدو أن هناك سببا على الإطلاق لأكاذيبهم والواقع أنهم يكذبون للكذب كهدف في حد ذاته، وهذا هو الأمر كذلك في السرقة والنصب وكل ما يرتكبون من جرائم، وهم لا ينتفعون من أعمالهم الشريرة، فإذا انتفعوا ماديا منها فهم ليسوا سيكوباتيين بل مجرمين.

7 - وعلى الرغم من استمرار سلوكهم المضاد للمجتمع فإنهم يبدون أمام الغرباء كقوم ظرفاء والواقع أن عدم الاستقرار على حالة واحدة سمة ظاهرة فيهم.

8 - وسوء السلوك عند السيكوباتيين له صفة الإدمان، بعكس المجرمين الذين يظهر سلوكهم السيئ في نوبات متقطعة، لأنهم ينتظرون خير فرصة لارتكاب جرائمهم دون افتضاح.

وهناك بين السيكوباتية والجنح العادي الجانحون العاديون يقومون بأعمالهم عن عمد وقصد وينتفعون منها، ويستطيعون وضع خطة معقدة لخدمة أهدافهم حين تكون فرصة الافتضاح واهية وسلوكهم دوريا وليس مستمرا وهم على مهارة في إخفاء أخطائهم، فإذا عوقبوا فإن عندهم من الفهم ما يكفي للانتفاع من العقوبة فيبدون الحذر عند ارتكابها مرة أخرى. كما أن عندهم شيئا من النظر. أما السيكوباتيون فإنهم على ذكاء وحدة، وهم كثيرا ما ينحدرون من أسر لها مكائنها الاجتماعية الطيبة أو المثالية، كما أنهم على كثير من الظرف والجاذبية ولكن حالتهم غير قابلة للشفاء وهم الرابطة بين الذهانيين والعصبيين من ناحية وبين المجرمين العاديين من ناحية أخرى. والتمييز بينهم وبين المجرمين قد يكون عسيرا جدا في بعض الأحيان، ولا يستطيعه إلا ذوو الخبرة بعد فحص شامل مدقق غير متحيز لجميع الاعتبارات ن وبعد تقديم كل البيانات عن الحالة.

## ثانياً: الانحرافات النفسية Psychological Perversions

يقصد بالانحراف Perversion الضلال والفساد والبعد عن جادة الصواب وعلى ذلك يمكننا وصف أي سلوك تنطبق عليه هذه الأوصاف بأنه منحرف. وهكذا، ينظر إلى المجرمين والمرتشين والمختلسين والنصابين والمهربين وتجار المخدرات ومتعاطيه والشواذ جنسياً على أنهم جميعاً منحرفون نفسياً.

والفرق بين الانحراف النفسي والسيكوباتية، هو أن الاضطراب النفسي يكون متعلقاً بالجوانب الأخلاقية ومضاداً لقيم المجتمع وقوانينه منهما، إلا أن السيكوباتية أقل في تكرارها وأشكالها، ولا يكاد يحقق السيكوباتي من سلوكه فائدة لها قيمه، وكأنه ينفذ سلوكه لا لشيء إلا للسلوك في حد ذاته، كما أنه لا يخطط لسلوكه ولا يتكتمه عادة، ولا يخجل إن ضبط متلبساً بالسلوك السيكوباتي، ومن الانحرافات النفسية الأكثر خطورة وانتشاراً في مجتمعنا الفلسطيني:

### 1. الانحرافات الجنسية Sexual Perversions:

أول ما يقفز إلى الذهن لدى كثير من العامة والمثقفين بل والمتخصصين أيضاً، عند ذكر كلمة منحرف، « الانحرافات الجنسية »

#### تعريف الانحراف الجنسي:

هو أي شكل من أشكال الممارسات الجنسية التي لا تستهدف الإشباع الجنسي السوي عن طريق الاتصال الطبيعي والمشروع اجتماعياً بين الذكر والأنثى.

#### أسباب الانحرافات الجنسية:

تتعدد أسباب الانحرافات الجنسية ومنها:

1 - الأسباب الحيوية: كالأضطرابات الفسيولوجية مثل خلل الجهاز العصبي الذاتي، وخلل الجهاز التناسلي، واختلال إفرازات الغدد، والبكور الجنسي أو تأخر البلوغ، والعقم، ونقص نمو الخصائص الجنسية الثانوية، والبلوغ الجنسي وما يصاحبه من سوء توافق ونقص في المعلومات والانزعاج والقلق والمخاوف،

ونقص التربية الجنسية وانعدامها، والعنوسة، والحمل غير المرغوب فيه، وعدم الرغبة في الحمل، والخوف من الأمراض التناسلية، والاضطرابات الولادية، والأمراض المعدية، وأمراض المنخ، والأمراض العقلية، وموانع الاتصال الجنسي الطبيعي والإصابات والعاهات والتشوهات الخلقية.

2 - الأسباب النفسية: كالصراع بين الدوافع والغرائز وبين المعايير الاجتماعية والقيم الخلقية وبين الرغبة الجنسية وموانع الاتصال الجنسي، والاحباط الجنسي وخوف الجنس، واضطراب النمو النفسي الجنسي، والتثيت على مرحلة سابقة، وعدم النضج الانفعالي والكبت واستحالة الإعلاء، والنكوص الانفعالي والتقمص العكسي، والخبرات السيئة الصادمة والخبرات الجنسية في الطفولة، والعدوان اللاشعوري، والعادات غير الصحية، والشعور الذاتي بعدم الكفاءة الجنسية، والعقد الجنسية غير المحلولة كعقدة أوديب وعقدة ألكترا وعقدة الخصاء. وفي بعض الأحيان يكون الضعف العقلي من أهم الأسباب. وعدم الشعور باللذة والسعادة في الحياة مما يدفع الفرد إلى الجنس كمصدر للذة، وأوضحت الأبحاث الحديثة في المدرسة السلوكية والعلاج السلوكي القائم على هذه المدرسة أن نشأة هذه الأمراض سببها تكوين انعكاسات شرطية مرضية في حياة الفرد، كأن تكون أول تجربة جنسية له مع نفس الجنس، وتكرر هذه العملية حتى يتولد عنده انعكاس شرطي يفيد أن اللذة تصاحب العلاقة مع نفس الجنس، ومن ثم إن حاول بناء علاقة مع الجنس الآخر، فإصابته بالفشل ستعزز عودته لنفس الجنس، وبالتالي تعزز الإنكاس الشرطي السابق، يزيد على ذلك نشأة المريض في بيئة أسرية تعزز ضعفه، خاصة مع الأم المسيطر والأب الضعيف، وقد فسرت معظم الانحرافات على أساس هذه الانعكاسات سواء الجنسية المثلية، أو الانقلاب، أو السادية، أو المازوخية.

3 - الأسباب البيئية: كاضطراب التنشئة الاجتماعية في الأسرة وفي المجتمع، والصحة السيئة، وطول البقاء في مؤسسات داخلية مع نفس الجنس كما في السجون والجيش مثلًا، وسوء الأحوال الاقتصادية، وكثرة المحرمات والمحظورات ووفرة المثيرات الجنسية، والانفصال والطلاق والترمل.

## أعراض الانحرافات الجنسية:

وفيما يلي أهم أعراض الانحرافات الجنسية:

### 1 - نحو نفس الجنس: الجنسية المثلية Homosexuality:

وفيها يجد الفرد لذته الجنسية الأساسية عن طريق العلاقة الجنسية بفرد من نفس جنسه، إذ يجد الذكر لذته الجنسية بشكل أساسي عن طريق اتصاله بذكر آخر، سواء أكان يقوم بالدور الإيجابي أم يقوم بالدور السلبي في هذا الاتصال. أما اتصاله الجنسي بأنثى فلا يجلب له إلا قدرا ضئيلا أو ثانويا من اللذة، وقد لا يجلب له لذة على الإطلاق، بل يمارسه بتقزز ونفور، وعلى الجانب المقابل فإن الأنثى المصابة بالجنسية المثلية تجد لذتها الجنسية الأساسية في الاتصال بالأنثى، سواء قامت هي بالدور الإيجابي أو بالدور السلبي في هذا الاتصال. أما إن اتصلت جنسيا بذكر، فهي لا تجد فيه إلا لذة طفيفة، أو لا تجد على الإطلاق أية لذة، وربما تحس تقززا ونفورا.

### 2 - السادية Sadism:

تدل على انحراف ينحصر عامة في استمداد اشتقاق اللذة الجنسية مما يلحق الغير من ألم بدني ونفسي. والشخص الذي يقع عليه هذا الألم قد يكون من نفس الجنس الذي ينتمي إليه السادي، أو قد يكون طفلا أو حيوانا، وفقا لارتباط الانحراف بالجنسية المثلية أو عشق الأطفال أو الحيوانية، كما أن الشخص الذي يقع عليه هذا الألم قد يكون أيضا الزوجة أو الزوج، أو المحبوب من الجنس الآخر. وقد يكون الألم الذي ينزل بالضحية ألما ماديا من ضرب ووخز وعض وتشويه قد يصل إلى حد القتل، أو نفسيا في صورة التجريح والإذلال، وقد لا يعدو أن يكون الألم في بعض الأحيان مجرد افتعال وهو ما يسمى بالسادية الرمزية، وقد يكتفي السادي بمشاهدة الألم، لكنه عادة ما يتسبب فيه ذاته وكذلك فقد يكون الإشباع مقصورا على المجال النفسي، ولو أن الغالب أن يكون مصحوبا بإحساس جنسي ينتهي بالتفريغ الجنسي تلقائيا أو من طريق الجماع أو الاستمناة كحالة الزوج الذي يستمر في تعذيب زوجته مع إصراره على عدم الطلاق.

### 3 - المازوخية Masochism:

في معناها الواسع هي اشتقاق الفرد للذة من قيام الآخرين بتعذيبه وتوجيه العدوان إليه، سواء أكان عدوانا ماديا كالضرب والإيذاء البدني، أم كان عدوانا معنويا، كتحقير الفرد وإهانته وجرح كرامته والسخرية منه وإظهار هوان شأنه، ودنو منزلته وعدم اعتبار مشاعره، وعرقلة مصالحة والوقوف ضدها.

وفي معناها الضيق هي نوع من الشذوذ أو الانحراف الجنسي، سواء لدى الذكر أم لدى الأنثى، عندما لا يجد الفرد لذته الجنسية أساسا إلا إذا كانت مصحوبة بالأذى يوقعه عليه الطرف الذي يمارس معه الجنس، سواء أكان هذا الأذى ماديا أو معنويا، وسواء - أيضا - أكان قبل الفعل الجنسي أم أثناءه.

وهكذا يلاحظ أن المازوخية عكس السادية تماما، ولكن إذا كانت السادية تعبر عن غريزة التدمير أو العدوان المتجه إلى الآخر، فإن المازوخية تعبر عن غريزة التدمير أو العدوان الموجه إلى الذات، بل إن كثير من المحللين النفسيين يضيفون إلى ذلك أن الأنا الأعلى يستخدم الألم والإيذاء في المازوخية لمعاقبة الذات حتى يمكن تحييد عقدة الشعور بالذنب جزئيا والتكفير عنه.

### 4 - البغاء Prostitution:

ونعني به تسليم شخص جسمه إلى آخر يستخدمه للإشباع الجنسي وذلك لقاء مقابل مادي، دون اكتراث عاطفي أو تمييز بين فرد وآخر، فالأنثى البغي تسلم جسدها دون أي تمييز بين الذكور ومن الشائع أن البغاء يرتبط بالإناث دون الذكور، بل إن بغاء الذكور قد عرف منذ مدة طويلة.

ومن الجدير بالذكر أن البغاء في كثير من الحالات يكون ناتجا عن ظروف اقتصادية واجتماعية بالدرجة الأولى، تلجأ إليه البغي مضطرة غير مرحة ولا سعيدة به عندما تجد فيه الوسيلة السهلة للتكسب وإشباع طموحاتها المادية التي تلهث وراءها، فيستغلها الآخرون من نقطة الضعف هذه. على أن هذا لا يتعارض مع وجود

بعض العوامل والدوافع النفسية الشعورية واللاشعورية المؤدية إلى هذا النوع من الانحراف، مثل الاستمتاع الجنسي، وإشباع الدوافع السادية والمازوخية وضحايا الروابط الانفعالية بالآخرين وسطحية العلاقة معهم، وزيادة القابلية للإستهواء، وسيادة الجوانب السيكوباتية، والعجز عن حل الصراعات النفسية حلا إيجابيا بناء.

### 5 - الأثرية أو الفتيشية:

وهي التعلق الجنسي بالأشياء التي يستعملها الجنس الآخر، كاللباس أو جزء من جسمه كالشعر مثلا، والإشباع عن طريقها بدلا من الشخص نفسه.

### 6 - المظهرية:

وهي الاستعراض أو الاستعراء في الأماكن العامة، والرغبة في لبس ملابس الجنس الآخر والتشبه بهم.

### علاج الانحرافات الجنسية:

وفيما يلي أهم توصيات علاج الانحرافات الجنسية:

#### 1 - العلاج النفسي:

خاصة التحليل النفسي والعلاج الجماعي والمساندة الانفعالية والشرح والتفسير والإقناع وعلاج القلق والخوف والاكئاب وتوهم المرض، وإيضاح الأضرار النفسية للانحراف والشذوذ الجنسي وعلاج الشخصية ككل، وعلاج كل الأسباب النفسية وخاصة أسباب عدم السعادة وتنمية الشخصية نحو النضج. ويفيد هنا العلاج السلوكي (الاشراط السلبي للمثيرات الجنسية للسلوك غير المرغوب بخبرة غير سارة كالتقى أو أي خبرة سيئة أخرى، والاشراط الاجابي للمثيرات الجنسية بخبرة سارة.

#### 2 - إرشاد الشباب:

بخصوص الزواج وشرح الحقائق الحيوية، وإثارة الرغبة في العلاج، وتكوين اتجاهات جديدة أحسن نحو نفسه ونحو مشكلته، والتركيز بصفة خاصة على تحذير

الفرد من أخطار الانحراف الجنسي تحذيراً مبنيًا على أسباب علمية لا على مجرد الخوف، وتشجيع فكرة ادخار واستثمار الطاقة، وتأكيد قوة الإرادة وتفوقها على قوة الغريزة وينبغي الاهتمام بالإرشاد الديني والتربية الدينية والتربية الخلقية والتربية الجنسية السليمة.

### 3 - العلاج الاجتماعي:

بتحسين العلاقات الاجتماعية بصفة عامة، وتشجيع الميول والهوايات العملية والعلاج بالعمل وتشجيع العمل اليدوي كمصدر للسرور واللذة، والتمتع بالفسحة والهواء الطلق.

### 4 - العلاج الطبي:

باستخدام الهرمونات والمقويات أو عقاقير ضبط الدافع الجنسي، والعلاج بالكهرباء الخفيفة أحياناً، ومضادات الاكتئاب.

## ثالثاً: إدمان المخدرات Drug Addiction

حالة نفسية وعضوية تنتج من تفاعل الفرد مع العقار أو المخدر ومن نتائجها ظهور خصائص تتسم بأنماط سلوكية مختلفة، تشمل دائماً الرغبة الملحة في تعاطي العقار بصورة مستمرة، أو دورية للشعور بآثاره النفسية والعضوية، ولتجنب الآثار المهددة والمؤلمة التي تنتج من عدم توافره، وقد يدمن المتعاطي على أكثر من مادة واحدة.

وأنواع الإدمان هي الكحوليات والمخدرات مثل الأفيون ومشتقاته والكوكايين والحشيش والعقاقير المختلفة المنشطة والمطمئنة والمنومة.

والتعود على العقار يزيد الرغبة في الاستمرار على تعاطيه لما يسببه من شعور بالراحة ولتحقيق اللذة وتجنب الشعور بالقلق والألم ويحدث تعود للجسم بحيث تظهر على المدمن اضطرابات عضوية ونفسية شديدة عند امتناعه عن تناول العقار فجأة، وانهيار في مستواه الخلقي والاجتماعي، وتدني قيمه، وسوء سلوكه وتصرفاته.

### ومن أبرز العوامل التي تؤدي إلى الإدمان:

- 1 - يفرط في تعاطي عقار معين.
- 2 - معتمداً على ذلك العقار فسيولوجياً أو نفسياً، وفي حالة الاعتماد الفسيولوجي يؤدي الانسحاب من العقار إلى أعراض عضوية مؤلمة. وفي حالة الاعتماد النفسي يؤدي الانسحاب من العقار إلى استجابات وجدانية مؤلمة كال بكاء، والغضب، والقلق، والاكتئاب. وفي عديد من الحالات يتضمن الإدمان بالطبع كلا من الاعتماد الفسيولوجي والنفسي.

### علاج الإدمان:

إن المدمن مريض يستحق أن نهتم به ونعالجه، ويجب أن تتدخل المراكز البحثية العلمية عند وقوع جريمة مرتكبها مدمن لتبحث وتحلل، للوقوف على الدوافع التي أدت به إلى الإدمان وارتكاب الجريمة، حتى يمكن إنقاذه من المرضي وإنقاذ المجتمع من التدمير.

### رابعاً: السيكوسوماتية Psychosomatics

هي اضطرابات نفسية جسمية موضوعية ذات أساس وأصل نفسي أي بسبب الاضطرابات الانفعالية التي تصيب المناطق والأعضاء التي يتحكم فيها الجهاز العصبي الذاتي ويوجد فرع كامل من فروع الطب الجسمي Psychosomatic Medicine يهتم اهتماماً خاصاً بهذه الاضطرابات.

الإنسان يسلك في محيطه البيئي كوحدة نفسية جسمية، تتأثر الحالة النفسية بالحالة الجسمية والعكس صحيح في توازن تحت الظروف العادية لشخصية سوية متوافقة. والجسم يعتبر وسيطاً بين البيئة الخارجية وبين الذات ككيان نفسي، ويؤدي الضغط الانفعالي الشديد المزمن واضطراب الشخصية إلى أن يضطرب هذا التوازن. وهناك علاقة مباشرة بين الانفعالات والجهاز العصبي الذاتي تنتقل إليه هذه

الإنفعالات عن طريق المهيد hypothalamus والجهاز العصبي الذاتي يترجم التوتر الانفعالي المنقول إليه إلى تغيرات فسيولوجية في وظائف الأعضاء. والأجهزة التي يسيطر عليها الجهاز العصبي الذاتي هي: الجهاز الدوري والجهاز التنفسي والجهاز الهضمي والجهاز العددي والجهاز العضلي والهيكلية والجهاز التناسلي والجهاز البولي والجلد.

وكتوضيح على أن الانفعال يؤثر على العمليات الفسيولوجية نجد أن انفعال الحزن يؤدي إلى انسكاب الدموع وأن انفعال الغضب يؤدي إلى إسراع ضربات القلب وأن انفعال الخجل يؤدي إلى احمرار الوجه وأن انفعال الخوف يؤدي إلى شحوب الوجه وأن القلق يؤدي إلى فقد الشهية. ومن المعروف أنه كما يسبب المرض الجسمي الاكتئاب، فإن الإرهاق العصبي يؤثر في وظائف أعضاء الجسم المختلفة.

### أسباب الاضطرابات النفسية الجسمية:

وفيما يلي أسباب الاضطرابات النفسية الجسمية:

- 1 - الأمراض العضوية في الطفولة التي تزيد احتمال تعرض أعضاء معينة من الجسم للمرض، وقلق الفرد على صحته.
- 2 - اضطراب العلاقات بين الطفل والوالدين في عملية الغذاء والتدريب على الإخراج، ونقص الأمن وفقد الحب والخوف من الانفصال والحرمان والحاجة إلى القبول، وفقر واضطراب المناخ الانفعالي في المنزل وسيادة جو العدوان والمشاحنات والغيرة، والخلافات السرية وعدم السعادة الزوجية. الخ.
- 3 - الصراع الانفعالي الطويل مثل الصراع بين الاعتماد على الغير وبين الاستقلال. والكبت الانفعالي وخاصة كبت الغضب المرتبط بنقص القدرة والقوة والعدوان المكبوت واختزان الحقد والغيط والشعور الطويل بالظلم، والضغط الانفعالي الشديد المستمر والتوتر النفسي، والانفعالي الطويل المزمن واستدخال التوتر وتحويله داخليا وتسلمه على عضو ضعيف،

فيحدث اضطراب في طاقته الوظيفية العادية، والخوف وعدم الشعور بالأمن، والاحباطات المتراكمة في الأسرة والعمل، والقلق الشامل المستمر وخاصة عندما يوجد حائل دون التعبير اللغوي أو النفسي أو الحركي عنه والحزن العميق على وفاة عزيز أو الطلاق أو الفشل، والمطامح غير الواقعية أو غير الممكن تحقيقها والضغوط الاجتماعية والبيئية واضطراب العلاقات الاجتماعية.

4 - التجارب الجنسية الصادمة، أو الحب المحرم، ومشاعر الإثم، وعدم الرضا الدائم.

5 - التعرض للمواقف الحربية العنيفة.

### تشخيص الاضطرابات النفسية الجسمية:

1 - ينبغي أولاً الاهتمام بالفحص الطبي الشامل، واستطلاع تاريخ حياة المريض وتاريخ المرض وتكوين وبناء الشخصية.

2 - ويلاحظ أن المريض لا يعرف بسهولة بأن مرضه نفسي جسدي، ولكنه يسر غالباً على أنه جسدي فقط.

3 - ويلاحظ، أيضاً أنه عند معرفته بهذا التشخيص، تبدو دفاعاته النفسية في النشاط بشكل ملحوظ، وقد تزداد حدة نوبة المرض، بشكل واضح، أثناء محاولة التشخيص.

4 - ومن العلامات الدالة، على أن الاضطراب نفسي جسدي: وجود اضطراب انفعالي، يعتبر عاملاً مسبباً، وارتباط الحالة بنمط معين من أنماط الشخصية، ووجود اضطراب نفسي جسدي سابق لدى المريض، ووجود تاريخ مرضي في الأسرة لنفس المرض أو اضطراب مشابه، وسير المرض يكون مرحلياً.

5 - ويلاحظ الشبه الكبير بين أعراض المرض النفسي وبين أعراض التوتر الانفعالي.

6 - ويجب التفرقة بين العرض النفسي الجسدي وبين العرض كأحد أعراض الأمراض النفسية الأخرى. فمثلا قد تكون العنة أو الضعف الجنسي أو البرود الجنسي أو فقد الشهية العصبي اضطرابا نفسيا جسديا في حد ذاته، وقد تكون عرضا من أعراض الاكتئاب.

7 - ويجب المفارقة بين الأعراض النفسية الجسمية وبين الأعراض الهستيرية، فمثلا في الهستيريا تصيب الأعضاء التي يسيطر عليها الجهاز العصبي المركزي، والأعراض تعتبر تعبيرات رمزية غير مباشرة عن دوافع مكبوتة، وتخدم غرضا شخصيا لدى المريض. بينما في المرض النفسي الجسدي تصيب الأعضاء التي تسيطر عليها الجهاز العصبي الذاتي، والأعراض عبارة عن نتائج مباشرة لاضطرابات انفعالية تخل بتوازن الجهاز العصبي الذاتي.

### أشكال الاضطرابات النفسية الجسمية:

#### 1 - اضطرابات الجهاز الدوري (هي التي تحدث في القلب والدورة الدموية) وأهمها:

أ - الذبحة الصدرية: وهي عبارة عن تقلص في الشرايين التاجية يعوق سير الدم فيها مؤقتا، وينتج عن ذلك نقص في تغذية عضلات القلب مما يسبب نقصا في الأكسجين اللازم لتمثيلها الغذائي، ويتبع ذلك حدوث آلام في الصدر.

ب - عصاب القلب: ويعبر عن مجموعة أعراض نفسية المنشأ مجملها اضطراب عمل القلب، وأعراضه الخفقان واللغظ وعدم الانتظام والألم وتشنج القلب، وقصر التنفس والتعب لأقل مجهود، ويصاحبه خواف الموت.

ج - ارتفاع ضغط الدم: يلاحظ أن العصاب العارض يؤدي إلى ارتفاع عارض في ضغط الدم. كذلك يؤدي الغضب المزمن إلى ارتفاع مستمر في ضغط الدم. واستمرار ارتفاع ضغط الدم يضع عبئا ثقيلًا على الأوعية الدموية قد يؤدي إلى نزيف في المخ وجهد زائد على القلب.

د - انخفاض ضغط الدم: ويصاحبه الإنهاك والعزوف عن أي عمل مرهق والرغبة في النوم.

هـ- الإغماء: حيث يفقد المريض وعيه عندما يحدث انخفاض مفاجئ في ضغط الدم.

## 2 - اضطرابات الجهاز التنفسي: وأهمها

أ- الربو الشعبي: ويطلق عليه أحيانا اسم الربو العصبي، ويشاهد فيه صعوبة التنفس نتيجة لتقلص الشعبات وتورم أغشيتها المخاطية وزيادة إفراز الغدد المخاطية القصبية والشعور بالضغط على القفص الصدري وضيق الصدر والنهجان وصعوبة مرور الهواء إلى ومن الرئتين. وتحدث النوبات عادة عقب أحداث انفعالية.

ب- ومنها أيضا التهاب مخاطية الأنف.

## 3 - اضطرابات الجهاز الهضمي: وأهمها:

أ- قرحة المعدة أو القرحة الهضمية: يلاحظ أن القلق الوعدي يؤدي إلى اضطراب معدي مؤقت. كذلك يؤدي القلق المزمن إلى قرحة المعدة.

ب- التهاب المعدة المزمن: ويشمل أعراضا معدية مختلفة مثل عسر الهضم والتجشؤ أو الجشاء، وإخراج الغازات بكثرة، وقرقرة الأمعاء وآلام البطن.

ج- التهاب القولون: ويشاهد فيه تناوب الإسهال والإمساك والتقلصات أو المغص وامتلاء البطن بالغازات ووجود المخاط في البراز.

د- فقد الشهية العصبي (الخلفة): ويشاهد فيه رفض الطعام وعدم الرغبة فيه، وعدم الإقبال عليه، وما يصاحب ذلك من نحافة ونقص الوزن، وجفاف الجلد، وبرودة الأطراف.. إلخ. وقد يحدث نتيجة اضطراب الغدد، وقد يكون رد فعل لخوف السمثة. وفي الحالات الشديدة من فقد الشهية العصبي تظهر أعراض مصاحبة مثل انقطاع الحيض، وغياب الرغبة الجنسية، والهزال، وتشاهد بعض الاضطرابات السلوكية.

هـ- الشراهة: وشراهة الأكل تكون في الغالب نتيجة لرغبة جارفة وحاجة ملحة للحب ولتملك موضوع الحب.

و - التقيؤ العصبى: يشاهد الغثيان والتقيؤ العصبى يرتبط غالبا بالشعور بالذنب، وكرمز لرفض الحمل أو مقاومة الرغبة في الحمل.

ز - ومنها أيضاً: الإمساك المزمن والإسهال.

#### 4 - اضطرابات الجهاز الغددي: وأهمها:

أ - مرض السكر: حيث يضطرب التمثيل الغذائي، ويرتفع مستواه في البول والدم نتيجة القلق والتوتر والضغط الانفعالي.

ب - البدانة (السمنة المفرطة): حيث يزيد الشحم في الجسم ويزيد وزو الجسم (25 %) عن وزنه المعياري. ويقول البعض أن الشخص البدين يعاني من الحرمان، ويكون لديه حاجة للحب والعطف والأمن وتقدير الذات، يشبعها ويعوضها رمزيا بالأكل.

ج - التسمم الدرقي (فرط إفراز الدرقية): حيث تتضخم الغدة الدرقية ويزيد إفراز هرمون الثيروكسين ويفقد المريض وزنه، ويصبح متوترا عصبيا وتجحظ عيناه، ويبدو شكله كما لو كان منزعجا. والحقيقة أن تسمم الغدة الدرقية يتأثر باضطراب الغدة النخامية، وهي تفرز ضمن ما تفرز هرمونين ينشط أحدهما إفراز الثيروكسين والثاني يزيد من كمية الشحم خلف العينين وبذلك تبرز العينان إلى الأمام (جحوظ العينين).

#### 5 - اضطرابات الجهاز التناسلي: وأهمها:

أ - العنة (الضعف الجنسي عند الرجل): ولها عدة أشكال منها: عدم القدرة على الانتصاب نهائيا مع عدم وجود ميل للجماع، وفشل جزئي للانتصاب مع ميل جزئي للجماع، وفشل دوري للانتصاب مصحوب بشهوة محدودة، وزوال الانتصاب بعد الإيلاج وعدم إتمام العملية الجنسية، والعجز عن أداء العملية الجنسية مع أنثى دون أخرى.

ب - القذف المبكر: أو الإنزال السريع جدا بعد بداية الجماع في حدود ثوان، بحيث يسبق انتعاش المرأة مما يؤدي إلى سوء توافق الحياة الجنسية.

- ج - القذف المعوق أو الإنزال البطيء جدا أو التأخر.
- د - البرود الجنسي (عند المرأة): وهو إعراض المرأة عن العملية الجنسية أو نفورها منها أو نقص أو عدم الاستجابة الجنسية، وسلبية المرأة وعدم تجاوبها أثناء العملية الجنسية، أو عدم القدرة على الوصول إلى الهزة الجنسية الأخيرة، وهو باختصار غياب الجانب الجنسي للحب عند المرأة.
- هـ - تشنج المهبل: أي التقلص اللاإرادي في عضلات المهبل، مما يجعل العملية الجنسية صعبة أو مستحيلة، وهذا يعبر عن النفور من الجماع وتجنبه.
- و - اضطراب الحيض: ويكون ذلك في شكل عسر الحيض، وتوقفه وعدم انتظامه أو انقطاعه، ويسبقه التوتر النفسي والتهيج والاكئاب والأرق، ويصاحبه الألم والغثيان والقيء والتعب الجسمي العام.
- ي - العقم: وهو في نفس الوقت يعتبر سببا مهينا ومرسبا للأمراض النفسية، ويبعث على الشعور بالنقص وعدم الكفاية، وقد يستتبعه الضعف الجنسي وخيبة الأمل والشعور بالحرمان من غريزة الوالدية.
- ع - ومنها أيضاً: الإجهاض المتكرر.
- 6 - اضطرابات الجهاز البولي: وأهمها:**
- أ - احتباس البول.
- ب - كثرة مرات التبول.
- ج - سلس البول (البوال).
- 7 - اضطرابات الجهاز العضلي الهيكلي: وأهمها:**
- أ - آلام الظهر: وتكون غالبا في أسفل العمود الفقري. وتظهر الآلام بصفة خاصة أثناء العمل والضغط والإجهاد الانفعالي.
- ب - التهاب المفاصل الروماتزمي: وأهم أعراضه ألم المفاصل وتورمها وصعوبة الحركة. ويشاهد أكثر لدى الإناث.
- ت - اضطرابات الجلد: وأهمها:

- الشرى (أرتيكاريا) وهي عبارة عن طفح جلدي بشكل بثور ناتئة بسبب حكاكا قد يكون شديدا. ويقال أنها تمثل رمزيا البكاء المكبوت.
- التهاب الجلد العصبي: ويقال أنه يرتبط بالرغبة الجنسية المكبوتة.
- الحكاك (الحكة) أو الهرش، ويعتبرها الكثيرون تعبيراً عن العدوان المكبوت والتوتر النفسي، والدافع الجنسي، وتعبر عن عقاب الذات كاستجابة للشعور بالذنب.
- الأكزيما العصبية وهي مناطق جلدية بها هرش شديد وتظهر غالبا في الرقبة وحول الحجاب وأعلى الصدر والأعضاء التناسلية.
- سقوط الشعر (الثعلبة)، ويكون محدودا أو قد يشمل كل الرأس.
- فرط العرق، ويكون العرق غزيرا عادة في الكفين وبطن القدمين وتكون الأطراف باردة.

### 8 - اضطرابات في الجهاز العصبي: وأهمها:

- أ - الصداع النصفي (الشقيقة): يؤدي التوتر الانفعالي الزائد الذي يؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم في المخ إلى الصداع ويحدث أكثر لدى الإناث.
- ب - إحساس الأطراف الكاذب: ويحس به مقطوعو الأطراف، وتعد هذه الظاهرة عن بقاء صورة الجسم الأصلية بعد فقد طرف من الأطراف أو عضو من أعضاء الجسم وفي الوضع العادي يبدأ إحساس الأطراف الكاذب في الزوال مع الوقت حين يتوافق المريض وتتكون صورة جديدة للجسم.

### علاج الاضطرابات النفسية الجسمية:

- من الضروري الجمع بين العلاج الطبي والعلاج النفسي لعلاج الاضطرابات النفسية الجسمية، وفيما يلي معالم علاج هذه الاضطرابات:
- 1 - العلاج النفسي الممركز على سبب المرض والذي يتناول النواحي الانفعالية

وحل مشكلات الشخصية وإزالة العقبات وحل الصراعات الانفعالية والتنفيس الانفعالي لإزالة القلق المزمن وإعادة الثقة في النفس وتنمية البصيرة وتنمية الشخصية نحو النضج الانفعالي بصفة خاصة، والعلاج النفسي التدميمي المرن الذي يهدف إلى تعديل نمط حياة المريض ونصح المريض بتجنب مواقف الانفعال الشديد والإجهاد العقلي المتواصل، وأن يأخذ الحياة هونا. والعلاج النفسي الجماعي مع الحالات المتشابهة الأعراض مثل السمنة والقرحة وغيرها، أما الاضطرابات الجنسية مثل العنة والبرود الجنسي، فهي تحتاج إلى علاج نفسي فردي وعلاج الشرح والتفسير لشرح العلاقة بين الانفعال ورد الفعل الفسيولوجي وإعادة تعليم المريض بخصوص الأفكار الخاطئة، وقد يستعان بالتنويم الإيحائي كما في حالات الربو والتهاب الجلد والتهاب القولون.

- 2 - الإرشاد النفسي للمريض والأسرة وإرشاد الأزواج.
- 3 - العلاج السلوكي كما في حالات فقد الشهية العصبي والبدانة مثلا.
- 4 - العلاج البيئي لتخفيف الضغوط على المريض في الأسرة والعمل والجماعة ولتحسين حياة المريض بتعديل ظروفها. والعلاج بالعمل.
- 5 - وفي حالة وجود الاضطراب النفسي الجسمي لدى الأطفال يوجه العلاج النفسي إلى الوالدين وخاصة الأم، وقد يستدعي الحال علاج الأسرة كلها في بعض الحالات.
- 6 - العلاج الطبي لعلاج الأعراض الجسمية، ففي حالة القرحة يتبع المريض نظاما معيناً للأكل ويتناول الأدوية اللازمة، وفي حالة البدانة يستعان بالأدوية وتنظيم الغذاء، وتستخدم المسكنات والمهدئات للتخلص من التوتر والقلق، وقد يستدعي الأمر التدخل الجراحي في بعض الحالات كما في حالات القرحة مثلا، ويستعين بعض المعالجين بالدواء الوهمي Placebo.

**سادسا - المشكلات النفسية للأطفال:**

قد يعاني الفرد العادي من بعض المشكلات النفسية في حياته اليومية، لا تصل إلى درجة المرض النفسي. ويجب الاهتمام بحل وعلاج هذه المشكلات قبل أن يستفحل أمرها، وتتطور الحالة إلى عصاب، أو ربما إلى ذهان، أو على الأقل حتى لا تحول دون النمو النفسي السوي، ودون تحقيق الصحة النفسية.

ويجب التأكد أنه ليس هو الوحيد الذي يعاني من مشكلة، وأن المشكلة ليست قاصرة عليه وحده. وأن علاج مثل هذه المشكلة سهل ميسور. فكم من أشخاص عانوا من مشكلات نفسية، وعن طريق الاستشارة التوجيه والإرشاد والعلاج النفسي حلت مشكلاتهم وعاشوا في سعادة وهناء.

وعلاج المشكلات النفسية يحتاج إلى دراسة المشكلة، ويحتاج إلى جمع البيانات المتعلقة بها وأعراضها وتاريخها، والفرد القوي هو الذي يواجه مشكلاته مواجهة واقعية، ويعلن الحرب عليها، ولا يهرب منها، ولا يتجاهلها، بل يطلب المساعدة في حلها، لأن مفتاح الصحة النفسية هو أن يواجه الفرد نفسه بصراحة، يعرف مشكلاته، ويحددها، ويدرسها، ويفسرها، ويضبطها، ويحولها من مشكلات تسيطر عليه إلى مشكلات يسيطر هو عليها. وفيما يلي:

**أهم المشكلات في الطفولة:****التأخر العقلي Mental Deficiency**

هو حالة نقص أو تأخر أو تخلف أو توقف أو عدم اكتمال النمو العقلي المعرفي، يولد بها الفرد أو تحدث في سن مبكرة، نتيجة لعوامل وراثية أو مرضية أو بيئية، تؤثر على الجهاز العصبي للفرد، مما يؤدي إلى نقص الذكاء، وتضع آثارها في ضعف مستوى أداء الفرد في المجالات التي ترتبط بالنضج والتعليم والتوافق النفسي في حدود انحرافين معياريين سالبين.

والضعف العقلي مشكلة متعددة الأبعاد، فهو مشكلة طيبة ونفسية وتربوية

واجتماعية، إذ أنه يصاحبه عادة اضطرابات نفسية وجسدية، وتظهر آثاره في المجال التحصيلي والمجال الاجتماعي والمجال المهني وغير ذلك من مجالات الحياة.

### تصنيف التأخر العقلي:

#### 1 - التصنيف على أساس الأسباب: ويشمل:

أ - التأخر العقلي الأولي: ويضم الحالات التي يرجع الضعف العقلي فيها إلى عوامل وراثية مثل أخطاء المورثات (الجينات) والصبغات (الكروموزومات)، ويحدث في حوالي (80%) من حالات الضعف العقلي، ومن أمثله حالات الضعف العقلي العائلي، وحالات العته العائلي المظلم.

ب - التأخر العقلي الثانوي: ويضم الحالات التي يرجع الضعف العقلي فيها إلى عوامل بيئية تؤدي إلى إصابة الجهاز العصبي في أي مرحلة من مراحل النمو بعد عملية الإخصاب، ويحدث في حوالي (20%) من حالات الضعف العقلي. ومن أمثله حالات استسقاء الدماغ، وحالات القصاع.

#### 2 - التصنيف على أساس نسبة الذكاء مقاسا باختبارات الذكاء وكالاتي:

أ - المأفون (أو المورون): وتبلغ نسبتهم حوالي (75%) من مجموع ضعاف العقول.

ب - الأبله: وتبلغ نسبتهم حوالي (20%) من مجموع ضعاف العقول.

ج - المعتوه: وتبلغ نسبتهم حوالي (5%) من مجموع ضعاف العقول.

#### 3 - التصنيف الاكلينيكي للضعف العقلي:

يعتمد هذا التصنيف على وجود بعض الخصائص الجسمية والتشريحية والفسولوجية والمرضية المميزة بجانب الضعف العقلي. والتي تجعل التعرف الاكلينيكي عليهم سهلا جدا. ومن أهم الأنماط الاكلينيكية لضعاف العقول ما يلي:

أ - المنغولية (متلازمة داون): يوجد تشابه كبير بين هذه الحالات كما لو كانوا

جميعاً من أسرة واحدة، وفي نفس الوقت لا يوجد شبه بينهم وبين أفراد أسرهم. ونسبة هؤلاء حوالي (5 - 10%) تقريباً من حالات الضعف العقلي. ومن أبرز الخصائص المميزة في هذه الحالة: الرأس العريض ومحيطه أقل من العادي، والشعر قليل وجاف خال من التجاعيد، والعينان منحرفتان لأعلى وخارجاً وتميلان إلى الضيق، وغالباً بهما حول، والأنف عريض قصير وأفطس، واللسان كبير عريض خشن مشقق، وقد يبدو بارزاً خلال الفم المفتوح، والأذنان صغيرتان مستديرتان، والقامة والأطراف قصيرة، والكفان عريضان وسميكان مع وجود خط مستعرض عبر راحة الكف، والأصابع قصيرة وخاصة الخنصر وانحناءه نحو الداخل، والقدمان مفرطتان، وأحياناً يوجد شق في أسفل بين إبهام القدم والأصبع المجاور له، وأعضاء التناسل صغيرة الحجم، والكلام متأخر والصوت خشن، والنمو والتأخر الحركي مضطرب، ويلاحظ الترهل الجسمي بصفة عامة. ومن الخصائص الانفعالية والاجتماعية أن الطفل المنغولي لطيف ودود مرح نشط اجتماعي يحب التقليد والمداعبة. متعاون مبتسم بحب مصافحة الناس ولذلك يطلق عليهم البعض «الأطفال السعداء».

ب - القماءة أو القصاع: تعرف هذه الحالة باسم القزامة، لأن طول الفرد لا يصل إلى (90 سم) مهما كان عمره الزمني.

ومن أبرز الخصائص المميزة في هذه الحالة إلى جانب قصر القامة، النمو المتأخر، والشعر خشن خفيف، والشفتان غليظتان، واللسان متضخم، والرقبة قصيرة وسميكة، والجلد جاف وغليظ متجدد ومنتفخ وخاصة على الجفنين والشفتين، والأطراف قصيرة، واليدان والقدمان والأصابع قصيرة وسميكة، والبطن بارز مستدير. والصوت خشن والكسل واضح والحركة بطيئة، والنمو الجنسي متأخر. والغدد الدرقية غائبة غالباً مع وجود تورم شحمي في الرقبة.

ج - استسقاء الدماغ: ويتراوح مدى الضعف العقلي في هذه الحالة بين الأفن والعتة. ومن الخصائص المميزة لحالة استسقاء الدماغ، كبر محيط الجمجمة

قد يصل إلى (75سم) في بعض الحالات رغم بقاء حجم الوجه عاديا. ويكون شكل الجمجمة مثل الكمثرى المقلوبة. وجلد الرأس يكون مشدودا على سطح الجمجمة الكبيرة، وتضطرب الحواس وخاصة البصر والسمع، وتشاهد نوبات الصرع، ويضطرب النمو والتوافق الحركي.

د - صغر الجمجمة: وهذه الحالة ضعف عقلي ولادي، تتميز بصغر حجم الرأس أو الجمجمة وصغر حجم المخ وقلة نموه ولا يزيد مستوى الذكاء في هذه الحالات عن العته والبله.

ومن الخصائص المميزة صغر حجم الجمجمة وخاصة فوق الحاجبين والأذنين رغم نمو الوجه بالحجم الطبيعي، ويميل الرأس إلى الشكل المخروطي، يفيض جلد الرأس على العظم الذي يغطيه فيبدو مجعدا، والنمو اللغوي مختلف والكلام غير واضح، وقد تصاحب الحالة نوبات التشنج والصرع، ويكون النشاط الحركي زائدا وغير مستقر.

هـ- كبر الدماغ: حالة ضعف عقلي تتميز بكبر محيط الجمجمة وزيادة حجم الدماغ ويتراوح مستوى الضعف العقلي في هذه الحالة بين البله والعته وهي حالة نادرة الحدوث.

ومن الخصائص المميزة لهذه الحالة كبر حجم الجمجمة عن المعتاد وخاصة فوق الحاجبين والأذنين رغم نمو الوجه بالحجم الطبيعي، وعادة يصاب البصر، وتحدث التشنجات.

و - حالات العامل الريزي في الدم: حالة ضعف عقلي ترتبط باختلاف دم الأم عن دم الجنين من حيث العامل الريزي، وهو أحد مكونات الدم ويتحدد وراثيا. فإذا كان العامل الريزي عند كل من الأم والأب سالبا أو موجبا فلا توجد مشكلة أما إذا كان عند كل من الأم والأب مختلفا فهذا يؤدي إلى تكوين أجسام مضادة وإلى اضطراب في توزيع الأكسجين، وعدم نضج خلايا الدم، وتدمير كرات الدم الحمراء عند الجنيني وبالتالي يؤثر هذا في تكوين المخ مما

قد ينتج عنه تلف المخ والضعف العقلي وربما موت الجنين والاجهاض أو موته بعد ولادته بقليل.

ي - حالات البول الفييليكيتوني: وتنتج عن وجود الفيليكيتون في الدم، وعادة ما تكون نسبة الذكاء في هذه الحالات أقل من (50 وغالبا أقل من 25). ومن مظاهر هذا المرض إلى جانب الضعف العقلي وجود أعراض عصبية مثل الرعشة والتشنج والصرع واضطراب الاتساق العضلي والتقلاب وتلون الجلد وكثرة العرق والرائحة الظاهرة للبول. ولذلك يجب فحص بول الوليد. وإذا اكتشف المرض يجب العلاج بوضع نظام غذائي خاص للطفل لمنع الفييلالانين والأغذية التي تحتويه مثل اللبن.

ز - العته العائلي المظلم: حالة ضعف عقلي نتيجة مرض في الجهاز العصبي يؤدي إلى الحالة بعد نمو قد يكون سويا خلال العام الأول من عمر الطفل. وهذه الحالة وراثية. وفيها تتأثر الخلايا العصبية فتتفخ وتتورم وتمتلئ بالدهن مما يؤدي إلى العمى والضعف العقلي حتى العته. وقد يصاحبها الشلل والتشنج والصرع وفقدان الضبط الانفعالي وتنتهي بالموت غالبا.

### أسباب التاخر العقلي:

#### 1 - الأسباب الوراثية:

وتحدث وراثية الضعف العقلي أما مباشرة عن طريق المورثات أو الجينات التي تحملها صبغيات أو كروموزومات الخلية التناسلية وفقا لقوانين الوراثة، أو غير مباشرة، فبدلا من أن تحمل الجينات ذكاء محدودا تحمل عيوباً تكوينية أو اضطراباً أو عيباً يترتب عليه تلف لأنسجة المخ أو تعويق نموه أو وظيفته كما في حالة المنغولية.

#### 2 - الأسباب البيئية:

كالعدوى بالحصبة الألمانية أو الزهري أو إصابة الرأس أو جرحها والتهاب الدماغ والتهاب السحايا واضطراب الغدد الصماء أو نقص إفرازها، واضطراب

عملية تمثيل الغذاء، والتسمم وتأثير الأشعة السينية، واختلاف دم الأب والأم واختلاف دم الجنين عن دم الأم، أو جرح الرأس بعد الولادة وتجمع السائل المخي الشوكي بتجاويف المخ.

والأسباب البيئية هي العوامل المكتسبة التي توجد في أي مرحلة من مراحل النمو (قبل الولادة، أو أثناء الولادة، أو بعد الولادة) وهي:

#### أ - قبل الولادة:

إصابة الأم الحامل خصوصا وهي في الشهر الأول من الحمل - بأمراض معدية كالحمى (مثل الحصبة الألمانية أو التيفود)، أو اضطرابات في دم الجنين، نتيجة لعدم توافق نوع دم الأم مع نوع دم الأب، أو إصابة الأم بالحوادث أو تعرضها للأشعة السينية، أو تناول الأم الحامل على شرب الكحول أو تناول العقاقير ذات التأثير الجانبي الضار خاصة أثناء الشهور الثلاثة الأولى من الحمل، أو تناولها للتدخين إذ تنتقل آثاره السيئة إلى الجنين سواء أكانت الأم الحامل مدخنة أو كان المحيطون بها هم المدخنون. أو تعرض الأم الحامل للأمراض المزمنة كمرض السكر وارتفاع ضغط الدم، أو سوء تغذية الأم الحامل أو تعرضها للأخطار البيئية كالمواد الإشعاعية والأبخرة الكيماوية. كل ذلك قد يؤدي إلى اضطرابات نضج خلايا مع الجنين، وينتج عن هذا تشوهات خلقية وإعاقات عقلية مثل الإعاقة المنغولية، وبالتالي نقص عقله.

#### ب - أثناء الولادة:

مضاعفات الولادة مبكرا قبل الأوان والولادة العسرة، أو النزيف أثناء الولادة، أو اختناق الوليد نتيجة إلتفاف الحبل السري حول عنق المولود، أو إصابة المولود باليرقان الشديد في الساعات الأولى بعد الولادة مثل تعرضه للبرد أو الحر الشديد.

#### ج - بعد الولادة:

الإصابات (خاصة إصابة الرأس الشديدة في سن مبكرة)، أو الالتهابات خاصة (الالتهابات المخية والسحائية)، أو التشنجات الصرعية وغيرها والتي تؤدي بدورها

إلى مضاعفات خطيرة لخلايا المخ أو تعرض الطفل لحوادث التسمم والاختناق، أو تعرضه في مراحل العمر الأولى للإصابة بسوء التغذية الشديد والمزمن، أو تعرضه لحوادث الطرق وحوادث السقوط التي تؤدي إلى نزيف وتهتك في أنسجة الجهاز العصبي المركزي، أو الافتقار إلى مثيرات الإحساس البيئية، أو إصابة الحواس الأساسية للنمو العقلي كالسمع والإبصار.. إلخ، تاركة وراءها إعاقة عقلية تختلف درجاتها من حالة لأخرى.

### 3 - الأسباب النفسية والاجتماعية المساعدة:

كالضعف الثقافي العائلي، ونقص الدافعية والخبرات الملائمة للنمو العقلي السوي، والحرمان البيئي، والاضطراب الانفعالي المزمن في الطفولة المبكرة، والاضطراب الذهاني، والبيئة غير السعيدة والمستوى الاجتماعي الاقتصادي المنخفض، والفقر والجهل والمرض.

### أعراض التأخر العقلي:

#### 1 - الأعراض العامة:

وتتلخص في تأخر النمو العام، والقابلية والتعرض للإصابة بالأمراض وقصر متوسط طول العمر، والعجز الجزئي أو الكلي عن كسب القوت وعن المحافظة على الحياة، وقرب الرغبات من المستوى الغريزي، وجمود ورتابة السلوك، ونقص القدرة على ضبطه وتعديله حسب مقتضى الحال، والسلوك العام طفلي.

#### 2 - الأعراض الجسمية:

وتتلخص في بقاء النمو الجسمي، وصغر الحجم والوزن عن العادي، ونقص حجم ووزن المخ عن المتوسط، وتشوه شكل وتركيب وحجم الجمجمة، والأذنين والعينين والفم والأسنان واللسان، وتشوه الأطراف، وبقاء النمو الحركي، وتأخر الحركة واضطرابها، وضعف واضطراب النشاط الحسي.

### 3 - الأعراض العقلية المعرفية:

وتتلخص في ببطء معدل النمو العقلي المعرفي، ونقص نسبة الذكاء عن (70%)، وعدم توافق وانسجام القدرات، وضعف الكلام والذاكرة والانتباه والتركيز والإدراك والتعميم والتخيل والتصور والتفكير والفهم وضعف التحصيل ونقص المعلومات والخبرة.

### 4 - الأعراض الاجتماعية:

وتتلخص في صعوبة التوافق الاجتماعي، واضطراب التفاعل الاجتماعي والجنح ونقص الميول والاهتمامات، والانسحاب والعدوان، وعدم تحمل المسؤولية ومغايرة المعايير الاجتماعية، واضطراب مفهوم الذات، والميل إلى مشاركة الأصغر سنا في النشاط الاجتماعي.

### 5 - الأعراض الانفعالية:

وتتلخص في التقلب والاضطراب الانفعالي، وسوء التوافق الانفعالي أو الاستقرار الانفعالي، والهدوء وسرعة التأثر، وبطء الانفعال وغرابته، وقرب ردود الأفعال من المستوى البدائي، وعدم تحمل القلق والإحباط، وعدم اكتمال نمو وتهذيب الانفعالات بصفة عامة

### تشخيص الضعف العقلي:

- 1 - الفحص النفسي لتحديد نسبة ذكاء الطفل أقل من (70)، ويلاحظ سلوكه العام غريب بدائي وقدرته على التعبير عن نفسه ضعيفة ومحصوله اللغوي متأخر غير واضح، وشخصيته غير ناضجة وتوافقه الانفعالي سيء ويستقصى عن وجود تلف المخ.
- 2 - التحصيل الأكاديمي والتقدم الدراسي: ويلاحظ فيه نقص نسبة التحصيل الدراسي وعدم النجاح في المدرسة، ونقص القدرة على التعلم ونقص المعلومات العامة.
- 3 - الفحص الطبي والعصبي والمعملي: وفيه يفحص النمو الجسمي العام مع ملاحظة علامات الضعف العقلي الاكلينيكي، والنمو الحركي، وفحص قبل وأثناء وبعد

- الولادة، وإجراء الفحوص المعملية للأمصال والبول والدم والسائل النخاعي الشوكي ووظائف الغدد الصماء وعمل الأشعة السينية للرأس ورسم المخ.
- 4 - البحث الاجتماعي: وفيه يؤخذ تاريخ واف للطفل، وحالته وأسرته ويدرس مستوى نضجه وتوافقه الاجتماعي متأخر وغير متوافق وأقل شعبيه، ومدى اعتماده على الآخرين، وحاجته إلى الإشراف في سلوكه الاجتماعي.
- 5 - التشخيص الفارق: يجب المقارنة بين الضعف العقلي وبين التأخر الدراسي، والمرض العقلي، والعاهات الحسية، واضطرابات الكلام.

### علاج التأخر العقلي:

#### 1 - العلاج الوقائي:

ويتم بتعيم بعض ضعاف العقول، والحد من الإنجاب والزواج بين الباقي، وتجنب الالتهابات والإصابات لاسيما للأطفال.

#### 2 - العلاج العضوي:

أ - بالوسائل الطبية اللازمة حسب الحالة والرعاية الصحية العامة: وخاصة حين يكون الضعف العقلي مصحوبا بأمراض جسمية، وعلاج أي خلل في أعضاء الإحساس، علاج حالات خلل إفراز الغدد الصماء، وعلاج الأم والطفل في حالات استسقاء الدماغ، واستخدام الأدوية المهدئة للتحكم في السلوك المضطرب والنشاط الزائد، وتنمية الوعي الصحي واكتساب العادات الصحية السليمة.

ب - العلاج الجراحي مثل علاج حالات الاستسقاء الرأسي.

#### 3 - العلاج النفسي:

ويشمل التوجيه والإرشاد للوالدين اللذين يعتبر مجرد معرفة أن طفلها ضعيف العقل حقيقة مرة ومساعدتهما نفسيا في تحمل المشكلة والقيام بمسئولياتهما تجاهها وقائيا وعلاجيا، وتعديل اتجاهاتهما نحو الطفل، وعلاج ما قد يكون لدى الطفل من قلق وعدوان وسلوك جانح. وتنمية مفهوم موجب للذات ومساعدة الطفل على

تقبل ذاته. وتعديل البيئة والمثيرات الاجتماعية وأوجه الترويح والنشاط المهني والعلاقات الاجتماعية بما يكفل تحقيق الأمن الانفعالي والتوافق النفسي السوي.

#### 4 - العلاج الاجتماعي:

ويشمل رعاية النمو الاجتماعي سعياً لتحقيق التوافق الاجتماعي لضعاف العقول. ويتضمن ذلك الإشراف العلمي المتخصص على عملية التنشئة الاجتماعية حسب إمكانياته وقدراته، وتعليمه وإكسابه المهارات اللازمة للقيام بالأعمال اليومية، وتنمية ميوله وتهذيب أخلاقه، والتدريب على السلوك الاجتماعي السوي المقبول، وتصحيح أي سلوك خاطئ أو مضاد للمجتمع ومساعدته على المحافظة على حياته وحمايته من استغلال الآخرين، وإيوائه إذا استدعى الأمر في إحدى المؤسسات الخاصة حسب حالته.

#### 5 - العلاج التربوي:

ويشمل إعادة تربية الطفل بأساليب تربوية خاصة تمكن من استثمار ذكائه المحدود وطاقاته وإمكانياته بأفضل طريقة ممكنة وإلى أقصى حد ممكن وتعليمه المبادئ الأساسية البسيطة للمعرفة، وإعداده مهنيًا ومساعدته على القيام بأي عمل مفيد يكسب منه قوته بما يحقق له التوافق الاقتصادي.

#### مآل التأخر العقلي:

يستطيع ضعاف العقول القابلون للتعليم (المأفونون) إذا تلقوا الرعاية والتعليم والتدريب المناسب الحياة المفيدة المنتجة إذا عملوا أعمالاً بسيطة روتينية تكرارية، وقد يفوقون العاديين الذين لا يرحبون بمثل هذه الأعمال.

أما بالنسبة لضعاف العقول القابلين للتدريب (البلهاء) فيمكن تدريبهم على العادات الروتينية الضرورية للحياة. ونسبة النجاح معهم متوسطة، أما المعنوهون فمآلهم غير جيد ويظلون عبئاً على المجتمع طول حياتهم.

## المصادر

- 1 - زهران، حامد عبد السلام، (1980)، التوجيه والإرشاد النفسي، عالم الكتب، القاهرة.
- 2 - عمر، محمد ماهر محمود (1987)، المقابلة في الإرشاد والعلاج النفسي، الفنية للطباعة والنشر، الاسكندرية، مصر.
- 3 - الكفافي، علاء الدين (1999)، الإرشاد والعلاج النفسي الأسري. ط1 دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.
- 4 - أبو اسعد، احمد وعريبات، احمد (2009): نظريات الإرشاد النفسي والتربوي، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن.
- 5 - باظة، آمال عبد السميع (2003): الصحة النفسية والعلاج النفسي، دار عسكر للطباعة، القاهرة، مصر.
- 6 - البطاينة، أسامة محمد وآخرون (2009): علم نفس الطفل غير العادي، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن.
- 7 - بطرس، بطرس حافظ (2008): المشكلات النفسية وعلاجها، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 8 - تايلور، شيلي (2008): علم النفس الصحي، ترجمة، بريك، وسام درويش وداود، فوزي شاكر، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 9 - الجزائري، حيدر كريم (2009): اثر العلاج المعرفي السلوكي في خفض القلق العصابي لدى الاحداث الجانحين، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة المستنصرية، بغداد.

- 10 - الجسماني، عبد علي (1998): الأمراض النفسية، تاريخها - أنواعها - أعراضها - علاجها، الدار العربية للعلوم، بيروت، لبنان
- 11 - حجار، محمد حمدي (2004): فن الإرشاد النفسي السريري الحديث المختصر، مؤسسة الرسالة للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، لبنان.
- 12 - الخالدي، أديب محمد (2006): مرجع في علم النفس الإكلينيكي، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- \_\_\_\_\_ (2009): المرجع في الصحة النفسية، دار وائل للنشر والطباعة، عمان، الأردن.
- 13 - الخواجا، عبد الفتاح محمد (2009): الإرشاد النفسي والتربوي بين النظرية والتطبيق، دار الثقافة للنشر، عمان، الأردن.
- 14 - الداھري، صالح حسن احمد أ (2005): مبادئ الصحة النفسية، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 15 - ربيع، محمد شحاتة أ (2009): المرجع في علم النفس التجريبي، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن.
- 16 - زهران، حامد عبد السلام (2003): دراسات في الصحة النفسية والإرشاد النفسي، عالم الكتب، القاهرة.
- 17 - زهران، سناء حامد (2004): إرشاد الصحة النفسية، عالم الكتب للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
- 18 - شيهان، دافيد (1988): مرض القلق، ترجمة عزت شعلان بمراجعة أحمد عبد العزيز سلامة، عالم المعرفة، عدد 124، الكويت
- 19 - العبيدي، محمد جاسم (2009): مشكلات الصحة النفسية، أعراضها وعلاجها، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 20 - عكاشة، احمد (2003): الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية.
- 21 - فرج، عبد اللطيف حسين (2009): الاضطرابات النفسية، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 22 - النحساني، محمد احمد (2006): المرشد إلى فحص المريض النفساني، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت، لبنان.

1. Beck,A. (1976).Cognitive therapy and emotional disorders. New York: International Universities Press.
- \_\_\_\_\_ . (1993).Cognitive therapy. American Psychologist,46: 368-375-375.
2. Beck,A ,&Clark,D.(1997).An information processing model of anxiety: Automatic and strategic process. Behavior Research and Therapy, 35: 49-58.
3. Benjamin (1988): Psychosomatic Disorder. Plenum Medical Book Company, New York and London.
4. Borkovec, T, et. & Costello, E(1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive - behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology.
5. Borkovec, T, et. & Costello, E (1991). Efficacy of nondirective therapy, applied relaxation, and Combined Cognitive Behavioral therapy for generalized anxiety disorder. New York.
6. Burns, David D. & Nolen - Hoeksema, Suan (1992). Therapeutic empathy and recovery form depression in Cognitive Behavioural therapy: A Structural equation model. Journal of Consulting and Clinical Psychology.
7. - Butler, Gillian et. al (1991). Comparison of Behavioural therapy and Cognitive Behaviour therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology.
8. Brammer, L.& shostrom, E. therapeuticpsychology. New jersey, rentice - Hall, Inc, 68.
9. Carig Head, W.E (1982). A Brief Clinical History of cognitive Behavior Theraoy with Children, school Psychology Review, Vol. 11, No. 1, p. 513- - Wolman B.
10. carkhuff, R.R. and Berenson, B.Beyond counseling and therapy. Newyork. Hotrinerart and Winston, 1969.
11. Cote, Guylian et. al: (1994). Reduced therapist Contact in the Cognitive Behavioral treatment of Panic disorder Behaviour therapy.
12. Davidson ,M.(2000).Cognitive therapy for therapists.UK: Oxford University Press.
13. Eysenck,W.(2000).Psychology: A students Handbook.UK: Psychology Press.
14. Hansen, J.c. stevic, R.R. and warner, R.W.couseling theory and process. Boston: Allyn & Bacon, 1977.
15. Ellis, A (1971) Growth through reason: verbatim cases of Rational Emothion Therapy, pallo Alto: Science and Behaviour book

