



محاضرات فى علم النفس الإكلينيكى

إعداد

أ.د. كريمة خطاب

استاذ علم النفس الإكلينيكى المتفرغ

كلية التربية بالغردقه

قسم علم النفس

العام الجامعى

2022 – 2021

بيانات الكتاب

الكلية : التربية بالغرذقه

الفرقه : الثانية

التخصص : علم نفس

تاريخ النشر : 2021 - 2022

عدد الصفحات : 184

المؤلف : أ.د. كريمة خطاب

استاذ علم النفس الإكلينيكي المتفرغ

محتويات المقرر

الصفحة	
23-3	الفصل الأول: علم النفس الاكلينيكي ومجال دراسته
58-24	الفصل الثاني: منهج التشخيص الأكلينيكي
76-59	الفصل الثالث: وسائل جمع المعلومات فى العلاج النفسى
117-77	الفصل الرابع: الأمراض النفسية
128 - 118	الفصل الخامس: المشكلات الإكلينيكية للأطفال
171-129	الفصل السادس: العلاج النفسى
184 - 172	قائمة المراجع:

الفصل الأول

علم النفس الاكلينيكي ومجال دراسته

تعريف علم النفس الاكلينيكي

هو منهج أكاديمي وتطبيقي يشمل الدراسة العلمية لوظائف العقل البشري وسلوك الإنسان. إلى جانب استخدام الأسلوب العلمي أو معارضة استخدامه من حين لآخر، يعتمد علم النفس الاكلينيكي على أعمال التفسير الرمزي والتحليل النقدي، ذلك على الرغم من أن هذين الأسلوبين لم يتم استخدامهما بالقدر نفسه في العلوم الاجتماعية، مثل علم الاجتماع. يدرس علماء النفس العديد من الظواهر، مثل الإدراك والمعرفة والانفعال والشخصية والسلوك والعلاقات الشخصية المتبادلة. في حين يدرس البعض الآخر من علماء النفس، وخاصة علماء نفس الأعماق، العقل الباطن. يتم تطبيق المعرفة النفسية في العديد من المجالات المختلفة للأنشطة الإنسانية، بما في ذلك المشاكل المرتبطة بأمور الحياة اليومية، مثل الأسرة والتعليم والتوظيف، وفي كيفية حل مشكلات الصحة النفسية. حاول علماء النفس دراسة الدور الذي تلعبه الوظائف العقلية في كل من سلوك الفرد والمجتمع، وفي الوقت نفسه استكشاف العمليات الفسيولوجية والعصبية الخفية. يشمل علم النفس العديد من الدراسات والتطبيقات الفرعية المتعلقة بنواحي عدة بالحياة، مثل التنمية البشرية والرياضة والصحة والصناعة والإعلام والقانون. كما يشمل علم النفس الأبحاث التي يتم إجراؤها في مختلف مجالات العلوم، مثل العلوم الطبيعية والعلوم الاجتماعية والإنسانية. ويعرف الشخص الدارس لعلم النفس أو المستخدم له باسم عالم نفسي.

الجزور الفلسفية والعلمية لعلم النفس

ترجع دراسة علم النفس في سياق فلسفي إلى الحضارات المصرية واليونانية والصينية والهندية القديمة. وقد بدأ علم النفس في اتخاذ أشكال علاجية وتجريبية أكثر من ذي قبل في عصر علماء النفس المسلمين وعلماء الطبيعة الذي ظهروا في القرون الوسطى وقاموا ببناء مستشفيات للعلاج النفسي. وفي عام 1802، ساعد العالم النفسي الفرنسي "بيير

كابينس" في استكشاف علم النفس البيولوجي بالمقال الذي كتبه باسم Rappports du de l'homme physique et du moral والذي يتناول فيه العلاقات التي تربط بين الجانبين المادي والمعنوي بالإنسان. لقد اعتمد "كابينس" في وصفه للعقل البشري على ما تحصل عليه من معلومات من دراساته السابقة لعلم الأحياء وحاول إثبات أن الإحساس والروح من الخواص المرتبطة بالجهاز العصبي. وعلى الرغم من أن تاريخ التجارب النفسية يرجع إلى الفترة التي ظهر بها كتاب المناظر للعالم المسلم "ابن الهيثم" في عام 1021، فقد ظهر علم النفس كمجال تجريبي مستقل بذاته عام 1879. حدث ذلك عندما قام عالم النفس الألماني "ولهم فونت" بإنشاء أول معمل متخصص في الأبحاث النفسية في جامعة "ليبنج" الألمانية، الأمر الذي جعله يعرف باسم "أبو علم النفس". ويعتبر عام 1879 بذلك هو عام ولادة علم النفس وظهوره للنور. وقد أصدر الفيلسوف الأمريكي "وليم جيمس" كتابه الذي يعتبر نواة تطور هذا العلم ويحمل اسم Principles of Psychology عام 1890 وقد وضع بهذا الكتاب أسس العديد من الأسئلة التي سيركز علماء النفس على إيجاد إجابات عنها في السنوات التالية لصدور الكتاب. ومن الشخصيات المهمة الأخرى التي كانت لها إسهامات في المرحلة الأولى لهذا العلم "هيرمن إنجهاوز" (1850-1909) وهو من رواد مجال الدراسات التجريبية المتعلقة بذاكرة الإنسان والتي أجريت في جامعة برلين. هذا إلى جانب عالم النفس الروسي "إيفان بافلوف" (1849-1936) الذي بحث عملية التعلم التي يشار إليها الآن باسم نظرية الارتباط الشرطي الكلاسيكية.

مدارس علم النفس المرتبطة بعلم النفس الإكلينيكي:

التحليل النفسي

لقد قام طبيب الأمراض العصبية النمساوي "سيجموند فرويد" منذ فترة التسعينيات بالقرن التاسع عشر وحتى وفاته عام 1939 بتأسيس أسلوب العلاج النفسي المعروف باسم التحليل النفسي. اعتمد "فرويد" بشكل كبير في فهمه للعقل البشري على الأساليب التفسيرية واستكشاف المشاعر والأفكار الخفية (الاستبطان) والملاحظات الإكلينيكية. وقد ركز بشكل خاص على حل الصراع الذي يحدث في العقل الباطن والتخلص من حالة التوتر العقلي، كما ركز على علم النفس المرضي. وقد ذاع صيت نظريات "فرويد" في علم النفس، ويرجع السبب الأساسي في ذلك إلى تناولها لموضوعات، مثل الجنس والكبت والعقل الباطن على

أنها من الجوانب العامة للتطور النفسي. كانت تعتبر تلك الموضوعات من المحظورات التي لا يمكن الاقتراب منها أو التحدث عنها، ولكن "فرويد" نجح في تناولها وشرحها بطريقة لائقة ومهذبة. لقد عُرف "فرويد" بتقسيمه للعقل البشري إلى ثلاثة أجزاء تأتي على هذا الترتيب هو والأنا والأنا الأعلى ونظرياته عن عقدة أوديب. ولكن إسهاماته التي ستظل باقية أبد الدهر في هذا العلم لا تتمثل فيما اشتملت عليه النظريات التي قام بإرسالها فيه ولا على تقسيمه للعقل البشري على النحو السابق الإشارة إليه، بل بالابتكارات التي جاء بها في المجال الإكلينيكي لعلم النفس، مثل أسلوب التداعي الحر واهتمامه بتفسير الأحلام على أسس تحليلية.

لقد كان لفكر وآراء "فرويد" بالغ الأثر على الطبيب النفسي السويسري "كارل يونج" والذي أصبح علم النفس التحليلي الذي أبتكره هذا الطبيب بديلاً لعلم نفس الأعماق. ومن بين المفكرين الذين ذاع صيتهم في مجال التحليل النفسي في منتصف القرن العشرين "أنا فرويد" ابنة "سيجmond فرويد" و"إيريك إريكسون" عالم النفس الألماني الأمريكي و"ميلاني كلين" المحللة النفسية الأسترالية الإنجليزية والمحلل النفسي والطبيب "دي ديبلو وينيكوت" وعالمة النفس الألمانية "كارين هورني" وعالم النفس والفيلسوف الألماني "إيريك فروم" والطبيب النفسي الإنجليزي "جون بولبي".

يشتمل مجال التحليل النفسي الحديث على عدد من المدارس الفكرية المختلفة والتي تشتمل بدورها على علم نفس الأنا والعلاقات الموضوعية والعلاقات الشخصية المتبادلة وأساليب التحليل النفسي للعالم "لاكان" والتحليل النفسي المرتبط بالعلاقات. وقد أدى تعديل نظريات "يونج" إلى ظهور النموذج البدائي والمدارس المنهجية للفكر النفسي. حاول الفيلسوف النمساوي البريطاني "كارل بوبر" إثبات أن نظريات "فرويد" في مجال التحليل النفسي تم تقديمها بطريقة غير معتمدة على التجربة والاختبار. تعتمد أقسام علم النفس في الجامعات الأمريكية اليوم على التوجه العلمي وتم تهميش فكر "فرويد" ونظريته والنظر إليها على أنها ابتكار تاريخي عفا عليه الزمن، وذلك استناداً إلى الدراسة التي أجرتها مؤخرًا الجمعية الأمريكية للطب النفسي. ومع ذلك، قام مؤخرًا عالم الأعصاب الجنوب أفريقي "مارك سولمز" وغيره من الباحثين في المجال الطبي الجديد الذي يحمل اسم التحليل النفسي العصبي بالدفاع عن بعض الأفكار التي جاء بها "فرويد" مستندين على أسس علمية، مشيرًا

إلى تكوينات المخ التي ترتبط بمفاهيم "فرويد"، مثل اللبido (الشهوة الجنسية) والدوافع والعقل الباطن (الاشعور) والكبت.

المدرسة السلوكية

يرجع ظهور المدرسة السلوكية من ناحية إلى انتشار معامl الأبحاث التي تجري تجاربها على الحيوانات، ومن ناحية أخرى كرد فعل لظهور علم النفس الدينامي على يد "فرويد" والذي كان من الصعب اختباره على نحو تجريبي، ذلك لأنه يميل إلى الاعتماد على دراسة الحالة والتجارب الإكلينيكية وتعامل بصورة موسعة مع الظواهر النفسية الداخلية التي كان من الصعب تعريفها أو تحديدها بطريقة عملية. علاوة على ذلك، وعلى النقيض من الطريقة التي استخدمها علماء النفس الأوائل "ولهم فونت" و"وليم جيمس" اللذان درسا العقل اعتماداً على أسلوب الاستبطان، فقد جاء علماء المدرسة السلوكية ليثبتوا بالبرهان أن ما يحويه العقل البشري ليس متاحاً للفحص والتدقيق العلمي وأن علم النفس العلمي يجب أن يهتم فقط بدراسة السلوك الذي يخضع للملاحظة (السلوك الظاهري). لم يكن هناك اهتماماً بالتمثيل الداخلي أو العقل. لقد ظهرت المدرسة السلوكية في أوائل القرن العشرين على يد عالم النفسي الأمريكي "جون بي واطسن" ليأتي من بعده عدد من علماء النفس الأميركيين الذين أكدوا عليه وعملوا على انتشاره، مثل "إدوارد ثورنديك" و"كلارك إل هال" و"إدوارد سي تولمان" ومن بعدهم "بي إف سكنر".

تختلف المدرسة السلوكية عن غيرها من المدارس النفسية لعدة أسباب. يركز علماء المدرسة السلوكية على العلاقات بين البيئة وسلوك الإنسان وتحليل السلوك الظاهري والسلوك المستتر (الباطني) على أنه وظيفة الكائن الحي في التفاعل مع بيئته. ولا يرفض هؤلاء العلماء دراسة الأحداث الظاهرة أو المستترة (مثل، الأحلام)، ولكنهم يرفضون الافتراض القائم على وجود كيان مستقل وعرضي داخل الكائن الحي هو الذي يتسبب في السلوك الظاهري (مثل، الكلام والمشية) أو السلوك المستتر (مثل، الأحلام والتخيل). إن بعض المصطلحات، مثل "العقل" أو "الوعي" لا يستخدمها علماء المدرسة السلوكية؛ حيث أنها لا تصف أحداثاً نفسية فعلية (مثل، التخيل) ولكنهم يستخدمونها على أنها كيانات وصفية توجد بصورة خفية في الكائن الحي. بل على العكس، يتعامل هؤلاء العلماء مع الأحداث الخاصة مثل السلوك ويعملون على تحليلها بالطريقة نفسها التي يحللون بها السلوك الظاهري. ويشير

السلوك إلى أحداث مادية يمر بها الكائن الحي والتي تكون ظاهرية أو خاصة. يعتبر العديدون البحث النقدي للعالم اللغوي الأمريكي "ناعوم تشوميسكي" الذي تناول فيه نموذج علماء المدرسة السلوكية الخاص باكتساب اللغة على أنه السبب الأساسي في تراجع وتدهور الشهرة العارمة التي حظت بها المدرسة السلوكية. ولكن المدرسة السلوكية التي أسسها "سكنر" لم تمت وتندثر من الوجود، وربما يرجع السبب في ذلك إلى قيامه بتطبيقات عملية ناجحة، وعلى الرغم من ذلك، فقد ساعد انتشار شهرة المدرسة السلوكية على أنها نموذج مهم ورئيسي من فروع علم النفس في إيجاد نموذج جديد غاية في القوة وهو الاتجاهات المعرفية.

علم النفس الإنساني والوجودي

لقد تطور علم النفس الإنساني في فترة الخمسينيات من القرن العشرين كرد فعل لظهور المدرسة السلوكية والتحليل النفسي. وباستخدام علم نفس الظاهري والذاتية المتبادلة وصيغ المتكلم التي تعبر عن الأنا والذاتية، حاول أسلوب علم النفس الإنساني إلقاء نظرة خاطفة على الإنسان ككل وليس على مجرد جوانب من شخصيته أو الوظائف المعرفية. ركز علماء علم النفس الإنساني على القضايا الإنسانية غير العادية والقضايا الأساسية للحياة، مثل الهوية الشخصية والموت والشعور بالوحدة والحرية ومعنى الحياة. هناك العديد من العوامل التي تميز بين أسلوب علم النفس الإنساني وغيره من الأساليب الموجودة في علم النفس. تشتمل هذه العوامل على التأكيد على معنى الذات ورفض الجبرية والاهتمام بالنمو الإيجابي للذات بدلاً من علم الباثولوجي (علم الأمراض). يعد عالم النفس الأمريكي "أبراهام ماسلو" واحداً من مؤسسي النظريات التي قامت عليها هذه المدرسة الفكرية والذي رتب حاجات الإنسان في صورة تسلسل هرمي. كما يوجد "كارل روجرز" الذي قام بإنشاء وتطوير أسلوب العلاج النفسي المتمركز حول المريض والطبيب النفسي الألماني الأمريكي "فريتز بيرلز" الذي ساعد في إيجاد وتطوير طريقة العلاج الجشطالي (Gestalt Therapy). لقد أصبحت طريقة العلاج هذه غاية في الأهمية والتأثير لدرجة أنه أطلق عليها اسم "القوة الثالثة" في علم النفس والمدرسة السلوكية والتحليل النفسي.

نتيجة التأثير الشديد بما توصل إليه الفيلسوف الألماني "مارتن هيدجر" والفيلسوف الدنمركي "سورين كيركجارد"، ظهر على يد عالم النفس الأمريكي "رولو ماي" الذي تدرب على

استخدام التحليل النفسي في فترتي الخمسينيات والستينيات من القرن العشرين فرعًا جديدًا من علم النفس يعتمد على التحليل الوجودي. حاول علماء النفس الوجوديون إثبات أن البشر لا بد أن يسلموا بفكرة أنهم فانون وأن تسليمهم بهذه الفكرة سيجعلهم يتقبلون فكرة أنهم أحرار. ومن ثم، سيملكون إرادة حرة وحرية الدفاع عن آمالهم ومعتقداتهم بالحياة ليشكل بها كل واحد منهم شخصيته وطريقه الهادف في الحياة. لقد اعتقد "ماي" أنه من أهم عناصر عملية صنع هدف أو معنى بالحياة هو البحث عن النماذج الأسطورية أو المثالية التي يمكن للمرء الاقتضاء بها. ووفقًا للفكر الوجودي، لا يأتي البحث عن الهدف من مجرد قبول فكرة الفناء، ولكن من الممكن أن يلقي العمل على تحقيقه بظلاله أيضًا على فكرة الموت وتوقع حدوثه في أي وقت. وهذا ما أشار إليه الطبيب النفسي الوجودي النمساوي الجنسية "فيكتور فرانكل"، أحد الناجين من المحرقة النازية (الهولوكوست) "إننا - نحن - الذين عشنا في معسكرات الاعتقال نستطيع تذكر الرجال الذين كانوا يسرون بين الأكواخ ليثوا بين ساكنيها مشاعر المواساة ويقدموا لهم آخر ما يملكونه من طعام. وعلى الرغم من قلة عدد هؤلاء الرجال، فإنهم قدموا دليلاً قاطعاً على أن الإنسان قد يسلب منه كل شيء إلا شيء واحد ألا وهو اختياره للموقف الذي سيتخذه في ظل أية مجموعة من الظروف واختياره لطريقه بالحياة". لقد كان "ماي" من أوائل الذين ساعدوا في تطوير العلاج الوجودي، كما قام "فرانكل" بابتكار شكل جديد لهذا الأسلوب العلاجي اسماه logotherapy والذي يعني أيضًا العلاج الوجودي. وإلى جانب كل من "ماي" و"فرانكل"، هناك المحلل النفسي السويسري "لودفيج بينسونجر" والعالم النفسي الأمريكي "جورج كيللي" اللذان يمكن القول إنهما ينتميان للمدرسة الوجودية. وقد سعى علماء النفس الذين ينتمون إلى كل من المدرسة الوجودية

والمدرسة الإنسانية إلى إثبات أنه لا بد للناس من الكفاح للوصول إلى كامل الإمكانيات الموجودة بداخلهم. وفي حين اعتقد علماء النفس من المدرسة الإنسانية أن هذا النوع من الكفاح يعد أمرًا فطريًا، فإن علماء النفس الذين ينتمون إلى المدرسة الوجودية يروا أن هذا الكفاح يأتي بعد شعور القلق أو الحصر النفسي الناتج عن التفكير في موضوعات، مثل الفناء والحرية والمسئولية.

المدرسة المعرفية

لقد احتلت المدرسة السلوكية مركز الصدارة في مجال دراسة علم النفس في أمريكا على مدار النصف الأول من القرن العشرين. أما اليوم، أصبح علم النفس المعرفي هو الفرع المسيطر على مجال الدراسة بهذا العلم. لقد كان انتقاد "تشوميسكي" عام 1959 لما كتبه "سكنر" في Verbal Behavior بمثابة تحدي لأساليب علماء النفس السلوكيين في دراسات السلوك واللغة التي ذاع صيتها في ذلك الوقت وساهمت في ظهور الثورة المعرفية كفرع جديد من فروع علم النفس. لقد انتقده "تشوميسكي" بشدة لما اعتبره مفاهيم اعتباطية تحمل أسماء "المثير" و"الاستجابة" و"التعزيز" والتي استعارها "سكنر" من التجارب المعملية التي أجراها على الحيوانات. حاول "تشوميسكي" إثبات أن مفاهيم "سكنر" قد يمكن تطبيقها على السلوك البشري المعقد فقط، مثل اكتساب اللغة، ولكن بطريقة غير واضحة وسطحية. لقد أكد "تشوميسكي" على أن البحث والتحليل لا بد ألا يتجاهلا الدور الذي يلعبه الطفل في عملية اكتسابه اللغة وتعلمها، وسلم بأن الإنسان يولد ولديه قدرة طبيعية على اكتساب اللغة. إن ما قدمه العالم النفسي "ألبرت باندورا" الذي أرسى نظرية التعلم الاجتماعي أظهر أن الأطفال يمكن أن يتعلموا العدوانية من خلال التعلم القائم على الملاحظة لمثال حي لها دون حدوث أي تغيير في سلوكهم الظاهري، وهو أمر لا بد من وضعه في الحسبان من خلال العمليات الداخلية. مع ظهور علوم الحاسب الآلي والذكاء الاصطناعي، بدأت تظهر المناظرات بين طريقة الإنسان في معالجة المعلومات وطريقة الآلات. وقد أدى هذا التناظر، إضافة إلى الافتراضات التي تعتمد على وجود التمثيل العقلي وأنه يمكن الاستدلال على الحالات العقلية والعمليات من خلال التجربة العلمية في المعامل، إلى ظهور علم النفس المعرفي كنموذج مبسط ومشهور لدراسة العقل. هذا بالإضافة إلى أن هدف الحصول على فهم أفضل للعمليات العسكرية منذ اندلاع الحرب العالمية الثانية دعم الأبحاث التي أجريت في مجال المعرفة. يختلف علم النفس المعرفي عن غيره من فروع علم النفس في نقطتين أساسيتين. أولاً، إنه يقبل باستخدام الطريقة العلمية ويرفض بشكل عام أسلوب الاستبطان كطريقة للفحص والبحث، ذلك على عكس الأساليب التي تركز على الرمزية، مثل علم النفس الدينامي الذي يرجع أصله إلى "فرويد". ثانياً، إنه يقر بشكل صريح بوجود حالات عقلية داخلية، مثل الإيمان والرغبة والدافع، وهو أمر لا تقره المدرسة السلوكية. وفي الواقع،

اهتم علماء علم النفس المعرفي مثلهم مثل "فرويد" وعلماء نفس الأعماق بدراسة ظاهرة العقل الباطن التي تتضمن الكبت.

ولكن فضل علماء علم النفس المعرفي استكشاف هذه الظواهر اعتمادًا على العناصر التي يتم تحديدها بشكل عملي، مثل العمليات التي تحدث تحت عتبة الإدراك وفي الذاكرة الضمنية والتي يسهل فحصهم بشكل تجريبي. علاوة على ذلك، عكف علماء علم النفس المعرفي على دراسة هذه العناصر لشكهم في وجودها. فعلى سبيل المثال، استخدمت عالمة النفس الأمريكية "إليزابيث لوفتس" الأساليب التجريبية لتوضيح الطرق التي يمكن بها إخراج الذكريات بواسطة الإبداع بدلاً من العمل على إخراجها عن طريق التخلص من الكبت. وقبل ظهور الثورة المعرفية في علم النفس بعقود طويلة، كان "هيرمن إنجهانس" أول من استخدم الطريقة التجريبية في دراسة الذاكرة وسعى إلى إثبات أن العمليات العقلية العليا ليست خفية، بل ويمكن دراستها بالأسلوب التجريبي. أصبحت الروابط التي تصل بين النشاط النفسي والعقل ووظيفة الجهاز العصبي مفهومة ويرجع الفضل في ذلك بشكل جزئي إلى التجارب التي أجراها عدد من العلماء، مثل "تشارلز شيرينجتون" العالم الأمريكي المختص بدراسة الجهاز العصبي والعالم النفسي الكندي "دونالد هيب". في حين أن باقي الفضل يرجع إلى الدراسات التي أجريت على الأشخاص الذين تعرضوا لإصابات في المخ. لقد تم استكشاف ودراسة العلاقات التي تربط بين العقل والجسد بشكل مفصل بواسطة علماء النفس المعنيين بدراسة الروابط العصبية المعرفية. وبالتطور الذي طرأ على تقنيات قياس وظائف المخ، شهد كل من علم النفس العصبي وعلم دراسة الجهاز العصبي المعرفي نشاطاً متزايداً في البحث والدراسة في علم النفس الحديث. أصبح علم النفس المعرفي فرعاً من الفروع التي تقع تحت مظلة العلوم المعرفية والتي منها فلسفة العقل وعلوم الحاسب الآلي وعلم دراسة الأعصاب.

فروع لعلم النفس مرتبطة بعلم النفس الإكلينيكي:

طالبت العديد من المدارس الفكرية بوجود نموذج معين لاستخدامه كمنظرة إرشادية يساعد في شرح كل أو غالبية السلوك الإنساني. ولقد لاقت هذه المدارس فترات من الازدهار والنجاح وأخرى من التضاؤل والانحصار على مر العصور. قد يعتقد بعض علماء النفس أنهم تلامذة لمدرسة فكرية بعينها ويرفضون المدارس الأخرى، ذلك على الرغم من أن

الغالبية العظمى منهم يعتبرون أن كل مدرسة فكرية تحمل أسلوباً من أساليب التعرف على العقل وفهمه وليس من الضروري أن كل مدرسة تمتلك نظريات خاصة بها لا يمكن جمعها مع نظريات المدارس الأخرى. واعتماداً على الأسئلة الأربعة التي طرحها "تينبرجن"، يمكن وضع إطار عمل يضم كل مجالات البحث في علم النفس (بما في ذلك البحث في مجال علم الأنثروبولوجي والعلوم الإنسانية).

وفي العصور الحديثة، تبنى علم النفس نظرة شاملة ومتكاملة في فهم الوعي والسلوك والتفاعل الاجتماعي. ويتم الإشارة إلى هذه النظرة عمومًا على أنها النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي. إن الفكرة الأساسية القائم عليه النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي هو أن أية عملية عقلية أو سلوكية تؤثر وتتأثر بعوامل اجتماعية ونفسية وبيولوجية تتداخل مع بعضها بطريقة ديناميكية. يشير الجانب النفسي إلى الدور الذي تلعبه كل من المعرفة والانفعالات في أية ظواهر نفسية، مثل تأثير المزاج الشخصي ومعتقدات وتوقعات الشخص على رد فعله تجاه حدث ما. أما الجانب البيولوجي ، فيشير إلى الدور الذي تلعبه العوامل البيولوجية في الظواهر النفسية، مثل تأثير بيئة فترة ما قبل الولادة على نمو العقل والقدرات المعرفية للشخص أو تأثير الجينات على ميول الشخص. في حين يشير الجانب الثقافي الاجتماعي إلى الدور الذي تلعبه كل من البيئة الاجتماعية والثقافية في ظاهرة نفسية محددة، مثل تأثير الآباء أو الأقران على سلوكيات أو سمات الشخص.

يغطي علم النفس فروعًا متعددة ويشتمل على العديد من المناهج المختلفة الخاصة بدراسة العمليات العقلية والسلوك. فيما يلي أكبر مجالات البحث التي يغطيها علم النفس. توجد قائمة مفصلة بالمجالات والنواحي الفرعية المشتمل عليها علم النفس والتي يمكن العثور عليها في قائمة موضوعات علم النفس وقائمة المجالات الفرعية لعلم النفس.

علم نفس غير الأسوياء :

يعتمد علم نفس غير الأسوياء إلى دراسة السلوك غير السوي بهدف وصف وتوقع وشرح وتغيير الأنماط غير السوية للتصرفات والأفعال. يدرس هذا الفرع من علم النفس طبيعة علم النفس المرضي وأسبابه ويتم تطبيق هذه المعرفة في علم النفس الإكلينيكي بهدف معالجة المرضى الذي يعانون من اضطرابات نفسية.

يمكن أن يكون من الصعب وضع خط فاصل بين السلوكيات غير السوية والطبيعية. وبصفة عامة، يمكن القول إن السلوكيات غير السوية ، لا بد أن تكون سلوكيات ناتجة عن سوء التكيف وتُعرض الشخص لاضطرابات خطيرة بحيث يتم الاهتمام بها وبحثها بشكل إكلينيكي. ووفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، يمكن النظر إلى سلوكيات ما على أنها سلوكيات شاذة إذا صاحبها مشاعر العجز أو الإحباط أو خرق للأعراف الاجتماعية أو خلل وظيفي.

يقوم هذا الفرع من علم النفس على الدراسة العلمية للركائز البيولوجية لكل من السلوك والحالات العقلية. يرى هذا الفرع من علم النفس بصفة عامة أن السلوك يرتبط بشكل متداخل مع الجهاز العصبي. كما يرى علماء علم النفس البيولوجي أنه لا بد من دراسة وظائف المخ كي نتمكن من فهم السلوك. وهذا هو الأسلوب المتبع في أفرع علم الأعصاب السلوكي وعلم الأعصاب المعرفي وعلم النفس العصبي. ويهدف علم النفس العصبي إلى فهم كيفية الربط بين تكوين المخ ووظيفته وعمليات نفسية وسلوكية محددة.

يهتم علم النفس العصبي بشكل خاص بتفهم الإصابات التي يتعرض لها المخ في محاولة منه للقيام بوظيفته النفسية الطبيعية. يعتمد علم الأعصاب المعرفي المعني بدراسة العلاقة التي تربط بين المخ والسلوك على استخدام أدوات تصوير الأعصاب، مثل مراقبة المناطق النشطة في المخ في أثناء أدائه لمهمة بعينها.

علم النفس المعرفي:

يدرس علم النفس المعرفي المعارف والعمليات العقلية التي تتحكم بشكل أساسي في السلوك. ويعد كل من الإدراك والتعلم والقدرة على حل المشكلات والذاكرة والانتباه واللغة والانفعال من النواحي التي تم بحثها بشكل جيد. يرتبط علم النفس المعرفي بالمدرسة الفكرية التي تعرف باسم المدرسة المعرفية والتي يطالب اتباعها بنموذج لمعالجة المعلومات المتعلقة بالوظيفة العقلية التي يتم الاستدلال عليها من خلال علم النفس الإيجابي وعلم النفس التجريبي. وعلى نطاق أوسع، يعتبر العلم المعرفي حصيلة ما توصل إليه كل من علماء علم النفس المعرفي وعلماء بيولوجيا الأعصاب والباحثين في مجال الذكاء الاصطناعي وعلماء المنطق واللغويين وعلماء علم الاجتماع. ويركز هذا العلم بشكل أكبر من العلوم السابقة على النظرية الاحتمالية والصيغ الحسابية. يمكن لهذين المجالين استخدام النماذج

الاحتسابية لمحاكاة ظواهر جديدة ذات أهمية. ولأنه لا يمكن مراقبة الأحداث العقلية بشكل مباشر، فإن النماذج الاحتسابية تقدم أداة لدراسة التنظيم الوظيفي للعقل. أتاحت هذه النماذج لعلماء علم النفس المعرفي المجال لدراسة الآليات التي تركز عليها العمليات العقلية بعيداً عن الأعضاء التي تحدث بها هذه الآليات ويقصد بالأعضاء في هذا الصدد المخ أو بشكل مجازي الكمبيوتر.

علم النفس المقارن:

يشير علم النفس المقارن إلى دراسة سلوك وعقلية الحيوانات وليس البشر. يرتبط هذا العلم بقواعد تخرج عن مجال علم النفس الذي يدرس السلوك الحيواني، مثل علم دراسة الأجناس في بيئتها الطبيعية. وعلى الرغم من أن علم النفس يركز في المقام الأول على عالم البشر، فإن السلوك والعمليات العقلية للحيوانات تعد جزءاً مهماً من أبحاث علم النفس. لقد نظر إلى هذا العلم على أنه قضية قائمة بذاتها (المعرفة الحيوانية وعلم دراسة الأجناس في بيئتها الطبيعية) أو على أنه تأكيد قوي على روابط تطورية، وشيء أكثر إثارة للجدل، أنه طريقة للنظر بشكل أعمق في سيكولوجية البشر. يمكن تحقيق ذلك من خلال عقد المقارنة أو بواسطة الأنظمة السلوكية والانفعالية للنماذج الحيوانية كما هو الحال في مجال علم نفس الأعصاب (مثل، تأثير علم الأعصاب وعلم الأعصاب الاجتماعي).

علم النفس الإرشادي:

يهدف علم النفس الإرشادي إلى تيسير أداء الوظائف الشخصية والشخصية المتبادلة على مدار حياة الفرد مع التركيز على الموضوعات المهمة من الناحية الانفعالية والاجتماعية والمهنية والتعليمية والصحية والتطويرية والتنظيمية. إن المرشدين النفسيين يستخدمون أسلوب العلاج النفسي وغيره من الأساليب في علاج مرضاهم. وبشكل تقليدي، ركز علم النفس الإرشادي بصورة أكبر على قضايا التطور الطبيعي وعلى التوتر الذي يتعرض له المرء في حياته اليومية بدلاً من تركيزه على علم النفس المرضي، ولكن هذه التفرقة أخذت تتلاشى بمرور الزمن. وقد تم الاستعانة بعلماء علم النفس الإرشادي في عدد من الأماكن المختلفة، مثل الجامعات والمستشفيات والمدارس والهيئات الحكومية والشركات والقطاع الخاص ومراكز الصحة النفسية الجماعية.

علم النفس الإكلينيكي:

يشتمل علم النفس الإكلينيكي على دراسة وتطبيق علم النفس بهدف التعرف على التوتر أو الخلل الوظيفي الذي يرجع سببهما إلى عامل نفسي والعمل على منعهما أو التقليل من حدتهما، هذا إلى جانب تعزيزه لذاتية الفرد وتطوره الشخصي. يأتي كل من التقييم والعلاج النفسي في بؤرة اهتمام هذا العلم، ذلك على الرغم من أن علماء علم النفس الإكلينيكي قد يشاركون في أعمال البحث والتدريس والإرشاد وتقارير الطب الشرعي وإدارة وتطوير برنامج العلاج. قد يركز بعض علماء علم النفس الإكلينيكي على التعامل بشكل إكلينيكي مع المرضى أصحاب الإصابات بالمخ، ويعرف هذا الجانب باسم علم النفس العصبي الإكلينيكي. وفي كثير من الدول يعتبر علم النفس الإكلينيكي من المهن الطبية المعنية بالصحة النفسية والتي يحكمها عدد من القواعد والقوانين.

إن العمل الذي يؤديه عالم علم النفس الإكلينيكي يتأثر بعدة بنماذج علاجية مختلفة تشترك كلها في وجود علاقة رسمية تربط بين الطبيب والمريض (والذي عادةً ما يكون فردًا أو زوجين أو أسرة أو مجموعة صغيرة من الأفراد). ترتبط هذه الطرق والممارسات العلاجية المتنوعة بعدد من المفاهيم النظرية المختلفة وتستخدم عددًا من الإجراءات المختلفة التي يرجى من استخدامها تكوين رابطة علاجية واستكشاف طبيعة المشكلات النفسية وتشجيع طرق التفكير والتصرف والشعور الجديدة. تتمثل المفاهيم النظرية الكبرى الأربعة في العلاج النفسي الدينامي والعلاج السلوكي المعرفي والعلاج الإنساني والوجودي والعلاج العائلي أو الجماعي. وقد كان هناك حركة متنامية لتوحيد كل هذه الطرق العلاجية المختلفة، وخاصةً مع زيادة فهم القضايا المرتبطة بالثقافة ونوع الجنس والروح والتوجه الجنسي. ومع كثرة الاكتشافات البحثية القوية فيما يتعلق بمجال العلاج النفسي، ظهر أيضًا دليل قوي على أن أغلب طرق العلاج الرئيسية السابق ذكرها لها تأثير متساوي على المريض وأن هناك عنصرًا مشتركًا غاية في الأهمية يجمع بينها كلها ألا وهو الرابطة العلاجية القوية. لذا، يتبع الآن عدد أكبر من برامج التدريب وعلماء علم النفس أسلوب العلاج الانتقائي (أي الذي يعتمد على انتقاء ما هو أفضل بكل مجال من مجالات العلاج المختلفة).

علم نفس النمو:

يركز علم نفس النمو على تطور العقل البشري طوال فترة حياة الإنسان ويسعى إلى محاولة فهم واستيعاب مفاهيم الفرد واستيعابه للعالم من حوله وكيفية تصرفه وفقاً لذلك، بالإضافة إلى كيفية تغير هذه المفاهيم والتصرفات كلما تقدم به العمر. وبالتالي، ربما يتم التركيز على التطور الأخلاقي أو الفكري أو العصبي أو الاجتماعي. هذا، وقد استخدم الباحثون المعنيون بدراسة النمو النفسي لدى الأطفال عددًا من أساليب البحث الفريدة بهدف تدوين الملاحظات أثناء ممارسة الأطفال لأنشطتهم العادية أو من خلال قيامهم ببعض المهام التجريبية. وعادةً ما كانت هذه المهام تتمثل في ألعاب وأنشطة تم تصميمها خصيصًا لأجل الدراسة والتي كانت تضمن استمتاع الأطفال بها وتحقيق الفائدة العلمية في الوقت نفسه. بل والأكثر من ذلك، فقد استخدم الباحثون أساليب بارعة لدراسة العمليات العقلية التي تحدث للأطفال الرضع. فضلاً عن ذلك، قام علماء علم نفس النمو بدراسة التقدم في السن وعمليات النمو على مدار حياة الإنسان، خاصةً تلك المراحل التي تشهد تغيرات نفسية سريعة (مثل فترتي المراهقة والشيخوخة). واعتمد هؤلاء العلماء على مجموعة كاملة من النظريات التي وضعها الباحثون في مجال علم النفس القائم على أسس علمية لتأييد بحثهم.

علم النفس التعليمي:

يختص علم النفس التعليمي بدراسة كيفية تعلم الإنسان واكتسابه للمعرفة في المؤسسات التعليمية ومدى فاعلية الإسهامات التعليمية وسيكولوجية التدريس والسيكولوجية الاجتماعية للمدارس باعتبارها مؤسسات تعليمية. هناك أعمال لبعض علماء نفس الطفل المشهورين أمثال "ليف فيجوتسكي" و"جان بياجيه" و"جيروم برونر" التي أثرت على هذا المجال، من حيث ابتكار أساليب تدريس وممارسات تربوية مفيدة. وعادةً ما يتم إدراج علم النفس التعليمي ضمن برامج المعلم التعليمية في بعض الدول، منها الولايات المتحدة الأمريكية وأستراليا ونيوزيلندا.

علم النفس التطوري:

يُعنى علم النفس التطوري بدراسة العوامل الوراثية المسؤولة عن اتباع الفرد لأنماط سلوكية وفكرية معينة ويفترض أن السبب في شيوع بعض هذه الأنماط يرجع إلى سهولة تكيف

الإنسان معها أثناء تطوره في الماضي، حتى وإن كانت بعض هذه الأنماط قد اختفت بسبب تغير البيئة التي يعيش بها الإنسان اليوم. توجد مجالات شديدة الصلة بعلم النفس التطوري، من بينها علم البيئيات المختص بدراسة سلوك الحيوان وعلم البيئيات المختص بدراسة سلوك الإنسان ونظرية الوراثة المزدوجة وعلم البيولوجيا الاجتماعية. وهناك مجال آخر يرتبط بعلم النفس التطوري وينافسه في الوقت ذاته ألا وهو علم "الميميات" الذي أسسه عالم الأحياء التطوري الإنجليزي "ريتشارد داوكينز". يقترح هذا المجال أن التطور الثقافي يمكن أن يحدث وفقاً لنظرية التطور التي وضعها "داروين" لكنه بعيد كل البعد عن آليات التطور التي وضعها "ميندل". ومن ثم، فإن هذا المجال يدرس الطرق التي تتطور من خلالها الأفكار أو الميم (وحدة المعلومات في العقل البشري وهي الوحدة الأساسية للتطور الثقافي الإنساني) بشكل مستقل عن الجينات.

علم النفس الشرعي:

يغطي علم النفس الشرعي نطاقاً واسعاً من الممارسات التي تشمل عمليات التقييم الإكلينيكية للمُدعى عليه والتقارير التي تتم إحالتها إلى القاضي والمحامين والإدلاء بالشهادة في قاعة المحكمة في قضايا معينة. يتم تعيين علماء النفس الشرعيين من قبل المحكمة أو تتم الاستعانة بهم بشكل خاص من قبل المحامين من أجل تحديد أهلية المثل أمام المحكمة وأهلية التنفيذ لأحكام القضاء وتقييم سلامة العقل وتقييم حالات الإحالة الجبرية للسجن أو المصحة العقلية وتقديم توصيات لهيئة المحكمة لتوقيع عقوبات معينة. فضلاً عن ذلك، يقوم علماء النفس الشرعيون بتقييم الحالة النفسية والعقلية لمرتكبي جرائم الاعتداء الجنسي والحالات التي تتطلب علاجاً نفسياً ويتم تقديم هذه التوصيات لهيئة المحكمة من خلال التقارير المكتوبة أو الإدلاء بالشهادة في قاعة المحكمة. على الرغم من أن عالم النفس الشرعي يختص بالإجابة عن الأسئلة المتعلقة بعلم النفس وليس بعلم القانون، فإن كثيراً من الأسئلة التي تطرحها هيئة المحكمة عليه تدور في الأساس حول مسائل قانونية بحتة. فعلى سبيل المثال، لا يضع علم النفس تعريفاً واضحاً ومحددًا لمفهوم سلامة العقل. وإنما التعريف الذي يقدمه عالم النفس لهذا المفهوم هو مفهوم قانوني يختلف من مكان لآخر في العالم. وبناءً عليه، يتعين أن يكون عالم النفس الشرعي ملماً بأحكام القانون ومستوعباً لها استيعاباً كاملاً، وخاصةً أحكام القانون الجنائي.

علم نفس الصحة:

يُقصد بعلم نفس الصحة تطبيق النظريات والأبحاث النفسية على مجال الصحة والأمراض والرعاية الصحية. بينما يركز علم النفس الإكلينيكي على الصحة النفسية والأمراض العصبية، يهتم علم نفس الصحة بتطبيق مبادئ علم النفس على نطاق أوسع وأشمل من السلوكيات المرتبطة بالصحة. وتشمل هذه السلوكيات الغذاء الصحي وعلاقة الطبيب بالمريض واستيعاب المريض للمعلومات الصحية المقدمة له وأفكاره عن المرض. وربما يشارك علماء نفس الصحة في حملات الحفاظ على الصحة العامة ويدرسون تأثير السياسة المتبعة في الحفاظ على الصحة والوقاية من الأمراض على نوعية الحياة، بحثاً عن التأثير النفسي للرعاية الصحية والاجتماعية.

علم النفس الصناعي/التنظيمي:

يعمل علم النفس الصناعي والتنظيمي على تطبيق مبادئ وأساليب علم النفس من أجل تعزيز القدرات البشرية في مكان العمل. يعتبر علم نفس الشخصية أحد فروع علم النفس الصناعي والتنظيمي وهو يُعنى بتطبيق أساليب ومبادئ علم النفس على عملية اختيار وتقييم العاملين. وهناك فرع آخر لعلم النفس الصناعي والتنظيمي ألا وهو علم النفس التنظيمي الذي يدرس تأثير بيئة العمل وأساليب الإدارة على تحفيز العاملين ومدى رضاهم عن العمل ونسبة الإنتاجية.

علم النفس القانوني:

يعد علم النفس القانوني أحد فروع علم النفس التي تعتمد على الأبحاث وينتمي إليه باحثون من فروع مختلفة ومتعددة لعلم النفس (على الرغم من أن علماء علم النفس الاجتماعي والمعرفي لا يوجد بينهم اختلاف). يختص علماء علم النفس القانوني بدراسة موضوعات قانونية، مثل توصل هيئة المحكمة إلى قرار وذاكرة شاهد العيان والأدلة العلمية وسياسية القانون. ويعتبر مصطلح علم النفس القانوني من المصطلحات المستحدثة وهو يشير إلى أي بحث غير إكلينيكي له علاقة بالقانون.

علم نفس الصحة المهنية:

علم نفس الصحة المهنية هو أحد فروع علم النفس والذي نشأ عن علم نفس الصحة وعلم النفس الصناعي والتنظيمي والصحة المهنية. يهتم علم نفس الصحة المهنية بالتعرف على السمات النفسية الاجتماعية لأماكن العمل التي تتسبب في إصابة العاملين بأمراض جسمانية (مثل، أمراض القلب) وأمراض نفسية (مثل، الاكتئاب). وقد حدد علماء نفس الصحة المهنية هذه السمات على أنها تقع في نطاق حرية العاملين في صنع القرار والحصول على دعم من هم أعلى منهم. كما يهتم علم نفس الصحة المهنية بالتدخلات التي قد تمنع أو تحسن المشاكل الصحية المرتبطة بالعمل. إن مثل هذه التدخلات ذات نتائج مهمة ومفيدة لنجاح المؤسسات الاقتصادية. من بين فروع البحث الأخرى التي يهتم بها علم نفس الصحة المهنية العنف في مكان العمل والبطالة وضمان سلامة وأمان العاملين في مكان العمل. من أشهر النماذج لصحف علم نفس الصحة المهنية. صحيفة of Journal Occupational Health Psychology و صحيفة Stress & Work. ومن أشهر المؤسسات المتخصصة في علم نفس الصحة المهنية مؤسسة Academy of European for Occupational Society ومؤسسة Occupational Health Psychology .Health Psychology

علم نفس الشخصية:

يختص علم نفس الشخصية بدراسة الأنماط السلوكية والفكرية والانفعالية الثابتة لدى الأفراد والتي يشار إليها عادةً بالشخصية. هذا، وتختلف النظريات التي تدور حول تعريف مفهوم الشخصية تبعاً لاختلاف المدارس والاتجاهات النفسية. تقدم هذه النظريات فرضيات مختلفة حول قضايا معينة، مثل دور اللاوعي وأهمية خبرات الطفولة في تكوين الشخصية. فوفقاً لعالم النفس "فرويد"، تعتمد الشخصية على التفاعلات الديناميكية بين الهو والأنا والعليا ولهذا. على النقيض من ذلك، يحاول واضعو نظرية السمات تحليل الشخصية في إطار عدد غير مترابط من السمات الرئيسية من خلال الأسلوب الإحصائي لتحليل العوامل. هذا، ويختلف عدد السمات المقترحة إلى حد كبير. فعلى سبيل المثال، يقترح "هانز آيزنيك" في نموذج السمات الذي وضعه في مرحلة مبكرة وجود ثلاث سمات مسؤولة عن تكوين شخصية الإنسان، وهي الانطوائية/الانبساطية /والعصابية والاستعداد الوراثي للذهان. بينما

قدم "رايموند كاتل" نظرية السمات الشخصية والتي أشار فيها إلى ستة عشر سمة. كما يلقي نموذج العوامل الخمسة الذي قدمه "لويس جولديبرج" دعماً كبيراً من جانب واضعي نظرية السمات الشخصية.

علم النفس الإحصائي:

يشمل علم النفس الكمي تطبيق النماذج الرياضية والإحصائية على البحث النفسي وتطوير الأساليب الإحصائية لتحليل وشرح المعلومات السلوكية. ويعد مصطلح علم النفس الكمي من المصطلحات الجديدة والمستحدثة (فقد تمت مؤخرًا إتاحة الفرصة للحصول على درجة الدكتوراه في علم النفس الكمي) وهو يغطي الفروع الثابتة لعلم النفس القياسي وعلم النفس الرياضي. يهتم علم النفس القياسي بنظرية القياس النفسي التي تشمل قياس المعرفة والقدرات والاتجاهات والسمات الشخصية. إن قياس مثل هذه الظواهر غير الظاهرة ليس بالأمر اليسير وقد كان السبب وراء إجراء العديد من الأبحاث والمعرفة المتراكمة هو محاولة لتعريف وقياس مثل هذه الظواهر. عادةً ما يتضمن البحث القياسي النفسي مهمتين رئيسيتين للبحث، هما إعداد الأدوات والإجراءات الخاصة بالقياس وتطوير وتحسين الأساليب النظرية للقياس. في حين أن علم النفس القياسي يهتم في المقام الأول بالاختلافات الفردية والتركيب السكاني، فإن علم النفس الرياضي يهتم بالعمليات الحركية والعقلية وفقاً لنموذج معين للشخص متوسط الذكاء. يرتبط علم النفس القياسي بشكل أكبر بعلم النفس التعليمي وعلم نفس الشخصية وعلم النفس الإكلينيكي. ويعد علم النفس الرياضي شديد الصلة بعلم النفس القياسي وعلم النفس التجريبي وعلم النفس المعرفي وعلم النفس الفسيولوجي وعلوم الأعصاب المعرفية.

علم النفس الاجتماعي:

يهتم علم النفس الاجتماعي بدراسة طبيعة وأسباب السلوك الاجتماعي للفرد، ويركز على دراسة السلوك الاجتماعي والعمليات العقلية للإنسان، ويركز بشكل خاص على طريقة تفكير كل شخص في الآخر وكيفية ارتباطهما ببعضهما البعض. ويهتم علماء النفس الاجتماعيون بشكل خاص بردود الأفعال التي يبديها الأفراد حيال المواقف الاجتماعية التي يتعرضون لها. وتتم دراسة هذه الموضوعات في إطار تأثير الآخرين على سلوك الفرد (مثل، الامتثال والإقناع... إلخ) وتكوين الفرد للمعتقدات والاتجاهات والأفكار النمطية عن الأشخاص

الأخرين. هذا، وتجمع المعرفة الاجتماعية ما بين عناصر علم النفس الاجتماعي وعلم النفس المعرفي من أجل استيعاب كيفية تعامل الأفراد مع المعلومات الاجتماعية وتذكرهم أو تشويهم لها، وتكشف دراسة ديناميات الجماعة عن المعلومات المتعلقة بطبيعة وإمكانية تفعيل وتحسين دور القيادة وعمليات التواصل وغيرها من الظواهر التي تحدث . على الأقل على نطاق اجتماعي ضيق. في السنوات الأخيرة، ازداد اهتمام العديد من علماء النفس الاجتماعيين بعمليات القياس الضمنية والنماذج التوسطية وتفاعل الفرد مع المتغيرات الاجتماعية ومدى تأثيرها على سلوكه.

علم النفس المدرسي:

يجمع علم النفس المدرسي بين مبادئ علم النفس التعليمي وعلم النفس الإكلينيكي من أجل فهم ومعالجة الطلاب الذين يعانون من صعوبات التعلم. هذا بالإضافة إلى تدعيم النمو الفكري للطلاب الموهوبين وتعزيز السلوكيات الاجتماعية البناءة لدى المراهقين والحث على توفير بيئة تعليمية آمنة وفعالة ومشجعة. يتم تدريب علماء النفس المدرسيين على التقييم السلوكي والتعليمي وأساليب التدخل والوقاية والاستشارة، كما أن هناك العديد من علماء النفس المدرسيين الذين خضعوا لتدريب مكثف في كيفية البحث. وقد أصبح مجال علم النفس المدرسي المجال الوحيد الذي يمكن فيه إطلاق لقب "عالم نفس" على المتخصص دون أن يحصل على درجة الدكتوراه؛ حيث تمنح جمعية National Association of School Psychologists لقب الأخصائي لحديثي التخرج. وهذا على عكس جمعية التحليل النفسي الأمريكية التي لا تعترف بأن الشخص متخصص إذا كان حاصل على أقل من درجة الدكتوراه. جدير بالذكر أن الأخصائيين النفسيين الذين خضعوا لثلاث سنوات من التدريب بعد التخرج يعملون في المدارس فقط، بينما يعمل الحاصلون على درجة الدكتوراه في مؤسسات تعليمية أخرى كالجوامع والمستشفيات والعيادات النفسية والممارسات الخاصة.

علم النفس التجريبي:

يعتبر عالم النفس الألماني "فلهم ماكسيميليان فونت" مؤسس علم النفس التجريبي، وهو أحد فروع علم النفس الأساسية التي تستهدف ابتكار طرق جديدة للبحث العلمي، وتطوير أساليب Techniques إجراء وتصميم التجارب العلمية بما يؤدي إلى تقدم وتطور مناهج البحث في علم النفس. ويعرف علم النفس التجريبي بأنه أحد فروع علم النفس الأساسية التي تستهدف ابتكار طرق جديدة للبحث العلمي، وتطوير أساليب إجراء وتصميم التجارب العلمية وهو أيضاً العلم الذي يجيب عن السؤال كيف؟ هذا الأمر (ابتكار طرق جديدة للبحث العلمي، وتطوير أساليب إجراء وتصميم التجارب العلمية) لا ينفي وجود فروع أخرى من علم النفس تستخدم المنهج التجريبي في دراستها، وتحاول أن تجيب على السؤال كيف؟ فهو كمسمى يعلمنا كيفية استجابة الأشخاص للمثيرات الحسية، وكيفية إدراكها من حولهم، كذلك كيف يتعلمون، وكيف يتذكرون، وكيف يستجيبون انفعالياً. ويهتم علم النفس التجريبي بشكل خاص بدراسة ظواهر نفسية معينة كالانتباه والإدراك، والتعلم، والتذكر، وتطبيق المنهج التجريبي لدراساتها.

يتم إجراء عمليات البحث في معظم مجالات علم النفس وفقاً لمقاييس المنهج العلمي التي تجمع بين الأنماط الأخلاقية الاجتماعية النوعية والأنماط الإحصائية الكمية لتقديم فرضيات توضيحية للظواهر النفسية وتقييمها. وربما يتم البحث باستخدام الأساليب التجريبية، ولكن يفضل أحياناً استخدام أساليب بديلة تماشيًا مع أخلاقيات البحث والمستوى الذي توصل إليه البحث في مجال معين، بالإضافة إلى عدد من الأسباب الأخرى. يميل علم النفس إلى أن يكون انتقائياً؛ حيث يعتمد على المعلومات المأخوذة من مجالات أخرى للمساعدة في شرح وفهم الظواهر النفسية. على سبيل المثال، ربما يجمع علماء علم النفس التطوري المعلومات من الفروع المتعددة لعلم النفس وعلم الأحياء وعلم الأجناس البشرية (الأنثروبولوجي). هذا بالإضافة إلى استفادة هؤلاء العلماء من نوعي التفكير المميزين. في حين أنهم يوظفون في الغالب التفكير الاستدلالي المنطقي الخاص بالفلسفة الوضعية المتمزّمة، فإنهم يعتمدون أيضاً على التفكير الاستقرائي لتقديم وصف للحياة البدائية التي يمكن أن تفسر القيمة التكيفية للأفكار والأفعال المختلفة.

يطبق البحث في مجال علم النفس النوعي العديد من أساليب الملاحظة التي تشمل بحث السلوكيات والأنثروبولوجيا الوصفية والإحصائيات الكشفية والمقابلات المقننة والملاحظة بالمشاركة، وذلك بهدف جمع معلومات وفيرة ومفيدة يصعب الحصول عليها من خلال التجارب التقليدية. عادةً ما يتم البحث في علم النفس الإنساني عن طريق استخدام مناهج الأنثروبولوجيا الوصفية والأساليب التاريخية والتأريخ وليس من خلال المناهج العلمية. ويختص البحث في مجال علم النفس الديناميكي بتفسير دراسات الحالة الإكلينيكية. وقد استخدمت المدارس الفرعية بعلم النفس التي تبدأ من عمليات التحليل النفسي لـ "فرويد" وتنتهي بنظريات "يونج" النفسية الأسطورة كأساس لعملية التفسير. وتطلبت التطورات الحديثة، وخاصةً في مجال التحليل النفسي العصبي الالتزام التام بالمعايير العلمية. وقد استعان علم النفس التحرري الذي ظهر أو اشتق من علم النفس النقدي بالاستبيانات التقليدية في الأسئلة التحررية الخاصة. وهناك جدل قائم بين علماء علم النفس النقدي حول ما إذا كان عليهم أن يقوموا بتطبيق الأبحاث التي أجروها أم لا. بمعنى آخر، ما إذا كان عليهم أن يكون هدفهم من البحث هو التطبيق أم التوصل إلى نتائج وبصفة عامة، عادةً ما تكون الأساليب التي يستخدمونها نقدية وليست وضعية، وبالتالي تميل إلى تجنب المنهج العلمي وفي الوقت نفسه تعترف بالطرق التي يساء فيها استخدام هذا الأسلوب من المفاهيم الأساسية للبحث النفسي النقدي الانعكاسية أو الاكتشاف النقدي للذات، ويقصد بذلك استكشاف عالم النفس بشكل وإعٍ للقيم والافتراضات التي يتبناها وتأثيرها على أهدافه وأنشطته وتفسيراته النظرية والمنهجية. ومن خلال اتباع أسلوب تأملي، يمعن علماء علم النفس النقدي في الحالة التي وصلت إليها الأمور الخاصة بعلم النفس ويتخذون موقفاً دفاعياً حيال بعض المسائل النفسية القديمة، مثل التناقض بين حرية الاختيار والحتمية والفطرة في مقابل التنشئة والوعي في مقابل اللاوعي. من ناحية أخرى، يمثل اختبار الجوانب المختلفة للوظيفة النفسية جزءاً مهماً من علم نفس التداعي. وفي هذا الصدد، تبرز أساليب علم النفس القياسي والأساليب الإحصائية. وتشمل هذه الأساليب العديد من الاختبارات المعيارية المعروفة، بالإضافة إلى تلك الاختبارات التي تم تصميمها خصيصاً لتلبية المتطلبات التي يفرضها موقف معين أو تجربة معينة.

يمكن أن يركز علماء علم النفس الأكاديمي جهودهم على الأبحاث والنظريات النفسية، رغبةً منهم في تحقيق مزيد من الاستيعاب النفسي لجانب معين. على الجانب الآخر، ربما

يستخدم علماء النفس الآخرون علم النفس التطبيقي لنشر المعرفة التي حصلوا عليها بهدف تحقيق فائدة عملية وفورية. لكن كلا الأسلوبين ليس مقصوداً على طائفة معينة من علماء النفس؛ فنجد أن كثيراً من علماء النفس سوف يستعينون بالبحث وعلم النفس التطبيقي في مرحلة ما من حياتهم المهنية. علاوةً على ذلك، تهدف برامج علم النفس الإكلينيكي إلى إمداد علماء النفس الممارسين بالمعرفة والخبرة في استخدام الأساليب البحثية والتجريبية التي يمكنهم تفسيرها وتطبيقها في معالجة المرضى النفسيين. عندما يتطلب أحد فروع علم النفس تدريباً أو الحصول على معرفة من نوع خاص، خاصةً في النواحي التطبيقية، عادةً ما تقوم الجمعيات النفسية بتكوين هيئة منظمة مسئولة عن إدارة متطلبات التدريب. وبالمثل، يمكن أن تشمل هذه المتطلبات حصول الخاضع للتدريب على إحدى الدرجات العلمية في علم النفس، وبهذا يحصل الطالب على قدر كافٍ من المعرفة في مجالات متعددة. بالإضافة إلى ذلك، ربما تتطلب بعض الجوانب في علم النفس التطبيقي، التي يقوم فيها علماء النفس بمعالجة المرضى، أن يحصل عالم النفس على تصريح من الهيئات الحكومية المختصة.

الممارسات الإكلينيكية لعلم النفس:

هناك قلق يسود أوساط علم النفس حول الفجوة الموجودة بين النظرية العلمية والتطبيق العملي، خاصةً فيما يتعلق بتطبيق الممارسات الإكلينيكية غير المؤكدة أو غير الصحيحة. يقول الباحثون أمثال "بيرستين" (2001) إن هناك زيادة كبيرة في عدد البرامج التدريبية للصحة النفسية التي لا تؤكد على أهمية التدريب العلمي. وفقاً لـ "ليلينفيلد" (2002)، ظهرت في العقود الأخيرة مجموعة متنوعة من الأساليب العلاجية بعلم النفس غير المثبتة والضارة أحياناً، ومنها تسهيل عملية التواصل مع الأطفال المصابين بمرض التوحد. كما ظهرت أساليب مقترحة لاسترجاع الذاكرة (مثل، النكوص العمري التنويمي والتخيل التصويري الموجة ومعالجة الجسد بالطب البديل) وأساليب العلاج بالطاقة (مثل، العلاج بحقول التفكير وتقنية الحرية النفسية وأساليب العلاج الحديثة المهتمه بعلاج الأمراض النفسية الناتجة عن سوء معاملة الطفل في الصغر والعودة إلى الحياة السابقة والعلاج الأولي والبرمجة اللغوية العصبية).

الفصل الثاني

منهج التشخيص الأكلينيكي

تعريف المنهج الأكلينيكي وخصائصه :

سبق أن وضحنا أن موضوع علم النفس الأكلينيكي هو الدراسة المركزة العميقة لحالة فردية أي دراسة الشخصية في بيئتها، ذلك الاتجاه في تعريف المنهج الأكلينيكي يذهب إلي أنه منهج في البحث يقوم علي استعمال نتائج فحص مرضي عديدين ودراستهم الواحد تلو الآخر من أجل استخلاص مبادئ عامة توجي بها ملاحظة كفاءاتهم وقصورهم، فمناهج التشخيص السيكولوجي تستهدف فهم الحالة الراهنة لسلوك المريض، بواسطة أخذ عينات مناسبة من تاريخه الماضي وأدائه الحاضر بغية الوصول إلي صيغة تشخيصية تصلح في أن تكون أساسا إنذاريا أي تقديرا للاتجاه المرجح مستقبلا ، وأن تكون عوننا علي النقاء الوسائط العلاجية المناسبة.

كما يعرف المنهج الأكلينيكي بأنه " المنهج الذي يستهدف تشخيص وعلاج من يعانون من مشكلات سلوكية واضطرابات نفسية ويفدون الي العيادات النفسية يلتمسون النصح والتوجيه والعلاج" أو "هو المنهج الذي يستخدم في علاج الأفراد الذي يكابدون اضطرابات نفسية أو انحرافات حسية أو خلقية، أو من يعانون مشكلات توافقية شخصية أو اجتماعية دراسية أو مهنية".

لقد نشأ المنهج الأكلينيكي اجابة عن نوعية المرض من حيث هو حالة يستحيل أحداثها بالمنهج التجريبي فالسوية والمرض يفهمان الواحد بالقياس إلي الآخر، وليست هناك كائنات بشرية بغير مرض أو صراع، فالسوية والمرض نهايتان متباينتان لنفس مشكلة التوافق مع الحياة ومن هنا فان علم النفس الأكلينيكي في دراسته لإضطرابات السلوك يمتد إلي جميع الكائنات محتضنا بذلك السوية والمرض جميعا ومن هنا يقال: أن المنهج الأكلينيكي يتخذ من علم النفس المرضي زاوية، وعلي هذا الأساس يقوم المنهج الأكلينيكي بملاحظة المرضي وهم يعانون مشكلاتهم، ثم معرفة ظروف حياتهم كلها معرفة تامة، بحيث يتيسر تأويل كل حادث في ضوء الوقائع الأخرى، نظرا لأنها جميعا تشكل كلا ديناميا هذا هو موقف المعالج الذي يوجب عليه أن يعالج أو يرشد مرضاه.

ويري آخرون أن " المنهج الاكلينيكي يسعى إلي تغيير سلوك الفرد عن طريق اكتشاف مشكلاته ومساعدته علي حل تلك المشكلات التي يعاني منها, فالإحصائي النفسي الاكلينيكي بحكم إعداده العلمي وخبراته يعتبر في ملاحظات دقيقة مايري في سلوك الفرد أشياء لايراه غيره، ويضع الفروض العلمية المستخدمة من الملاحظات الاكلينيكية من أجل فهم وعلاج الحالة.

ويحدد مخيمر (1979) ملامح المنهج الاكلينيكي علي النحو التالي:

1-هدفه: يهدف المنهج الاكلينيكي الي تبين جملة الشروط والعوامل التي تحكم السلوك أي التي تعتبر مسئولة عن السلوك الذي ندرسه ونحدده, وينصب هذا علي جملة الشروط أي العوامل التي لايسطيع الأخصائي التحكم فيها بحصرها أو تثبيتها أو عزلها بعضها عن بعض أو تغييرها .

2- موضوعه: ينحصر موضوع المنهج الاكلينيكي في الدراسة العميقة لحالة فردية بعينها أي لشخص حامل مشكلة دفعته إلي الذهاب للأخصائي الاكلينيكي طالبا العلاج أو الاستشارة أو التأهل .. الخ أي دراسة الشخصية في جملة علاقتها ببيئتها وبمعني آخر, يحاول المنهج الاكلينيكي تبين الصراعات الأساسية عند هذا الفرد, والدوافع الغريزية التي كانت خطرة بالنسبة له في طفولته والتي ولدت لديه القلق, هذا الذي جعله يستخدم ميكانيزمات دفاعية خاصة ومازالت حتي اليوم تكرر نفسها وتضع الشخصية بطابعها المميز وتحكم المسالك في المستقبل (أي الوصول إلي التوافق).

3- أسلوب العمل: يرتكز المنهج الأكلينيكي علي بحث شامل مطوق يقوم علي ثلاثة ركائز هي: تبين الوحدة الكلية التاريخية للشخص (تاريخ الحالة)، ووحدته الكلية الحالية ضمن ظروفه البيئية (المجالات المختلفة الحالية لحياته) وصولا إلي الصراعات الأساسية مما يعرف بمسلمات المنهج الاكلينيكي وركائزه.

4-الطرائق (الفنيات): يري مخيمر أن المنهج الاكلينيكي يكون بالمقاييس المقننة من ناحية "تحديد طبيعة المشكلة"، ومن ناحية أخرى يحصل الأخصائي الاكلينيكي علي معطياته من تاريخ الحياة أقوالا للشخص في المقابلة الشخصية، الي جانب الاستعانة بالاختبارات الاسقاطية ، والملاحظة الطبيعية المباشرة للشخص في الموقف الحيوي، وعادة ما تكون

الاستعانة بأساليب التحليل النفسي في تفسير الاحلام والهفوات (زلات اللسان أو القلم)... الخ وبذلك فان المنهج الاكلينيكي يصل من ذلك إلى تبين الوحدة الكلية التاريخية والوحدة الكلية الحالية كاشفا عن الصراعات الأساسية عند الشخص (دينامية) ومن ثم يتمكن من " إعادة بناء الوحدة الكلية للشروط الحاكمة للسلوك موضع الدراسة، وبذلك يصل الاكلينيكي الي تحديد جملة الأسباب المسؤولة عن الاضطرابات واقتراح وسائل أي القيام بالعلاج النفسي.

5- **تناول المفحوص:** يحاول الأخصائي الاكلينيكي أن يتكيف مع كل فرد تبعا لفرديته بحيث يعينه علي أن يتكلم في حرية واسترسال في الاتجاه المطلوب في تجنب لأي إيحاءات .

6- **تسجيل الاستجابات :** يقوم الأخصائي الاكلينيكي بملاحظة استجابات الشخص في وحدتها الكلية وتفاصيلها الدقيقة وذلك في موقف الفحص فغالبا مايتكلم باليدين بشكل اكثر صراحة وعمقا، ومن هنا تكون أهمية الحركات المصاحبة لنوعية بعينها من الطرح، الى جانب ان التفاصيل هي التي تتيح غالبا فهم الدلالة الحقيقية للسلوك الكلي فالاندفاع مثلا ربما يكون مجرد تكوين عكسي لخلج عميق يحاول المفحوص ان يستره.

7- **تاويل النتائج:** يتخذ الاخصائي الاكلينيكي اطاره المرجعي من انماط كيفية ذات طبيعة خاصة بحيث يفسر الحالة الى عدد من العلاقات العامة فيقوم الاكلينيكي بعملية "مماثلة ثم بعملية "مواءمة"

فهو في البداية يماثل حالة المفحوص بنمط من الانماط الكيفية التي تعلمها من قبل (عصاب قهري،هستيريا، بارانوياالخ) وهنا لا يكون التشخيص مكتملا بلصق هذه البطاقة او تلك. فلا بد للاكلينيكي من ان يستوعب التفاصيل الفردية للمفحوص بمعنى ان "يوائم" النمط الكيفي مع خصوصية حالة المفحوص. وبذلك يتبين الانتظام الفريد الذي تتجسد عليه الهستيريا او العصاب القهري في هذه الحالة، وبذلك وحده يكتمل التشخيص فالهدف هنا هو الفهم لتحديد مكان المفحوص بالنسبة للاخرين من زاوية قدرة او اتجاهه او سماته.

8- **المعايير:** اهم المعايير التي يستند اليها المنهج الاكلينيكي: التكامل،الواقع، الاقتصاد، الوفرة والثراء، التنبؤ، الخصوبة.

مسلمات المنهج الاكلينيكي

يستند المنهج الاكلينيكي على ثلاثة مسلمات اساسية هي :

1- التصور الدينامي للشخصية :

فالشخصية انتظام دينامي داخل الفرد يحدد توافقه مع بيئته، والسلوك انتظام دينامي من العمليات العادية والرمزية يتيح للكائن في المواقف المختلفة تحقيق امكانياته وخفض توتراته التي تهدد اتزانه. فالفرق بين الوسوسة والمرض مجرد اختلاف في اسلوب فض الصراعات النفسية والدراسة السيكولوجية للشخص ليست في الواقع غير دراسة لصراعاته فكل كائن بشري، بل كل كائن حي يوجد دائماً في مواقف صراع، فليست الحياة غير سلسلة متصلة من الصراعات ومحاولة حلها، او هي سلسلة من عدم الاتزان ومحاولة لاعادة الاتزان. والكائن المتوافق هو الذي يستطيع ان ينهي صراعاته، بمعنى ان يشبع حاجاته، اما الكائن غير المتوافق فهو الذي لا يصل الى فض صراعاته وخفض توتراته بشكل مكتمل، والمنهج الاكلينيكي يركز على البناء الدينامي للشخصية وفهم الصراعات النفسية لدى الفرد.

ولكن ماهو الصراع الذي يحكم البناء الدينامي للشخصية ؟

الصراع النفسي حالة نفسية يشعر فيها الشخص بالتوتر والضيق والكدر عندما يكون مشدوداً في وقت واحد بقوتين تعملان في اتجاهين متضادين أو متعارضين أو مختلفين مما يجعله عاجزاً عن التحرك في أي منهما إلا إذا غلب احدي القوتين، وحل الصراع في اتجاه القوة الأعظم، أما إذا تعادلت القوتان استمر الشعور بالعجز عن اتحاد القرار وعاني من ضغوط نفسية وارهاق عصبي وتوتر وضيق وقلق.

وترى نظرية التحليل النفسي أن الصراع يحدث بين مكونات الشخصية فمن ناحية يبدأ الصراع بين " الهو والأنا " والهو : يمثل الغرائز التي تتطلب الأشباع بصرف النظر عن أية اعتبارات اجتماعية أو ثقافية ، "والأنا" هو الجزء الشعوري والمنطقي المحتك بالعالم الخارجي وهي المسؤولة عن تنظيم اشباع دوافع الهو ونظراً لأن الأنا لاتستطيع في كثير من الحالات مواجهة دوافع الهو العنيفة فيهب لمساندتها المكون الثالث وهو الأنا الأعلى الذي يتكون من استدخال الطفل لقيم المجتمع وأوامر الكبار ونواهيهم فتشد الأنا الأعلى أزر الأنا في مواجهة الهو ومن ناحية ثالثة يحدث الصراع بين الأنا الأعلى، ويظهر حين يتخذ الفرد قراراً يعتقد بصحته ويسلك علي نحو معين عن اقتناع ثم يعود فيؤنب نفسه ويلومها بالإضافة لذلك قد يحدث الصدام بين الهو والأنا الأعلى مباشرة ويكون هذا الصدام أثره السئ علي الصحة

النفسية للفرد لأنه صدام يوحى بضعف الأنا (وهو المسئول عن احداث التوازن بين المكونات النفسية للشخصية واحلال الهدوء والسلام المعتمد علي التوازن بين الوظائف محل الصراع والقلق) وعلي قدر قوة الأنا وتماسكها تستطيع أن تحدث التوازن بإلزام كل مكون بالعمل في الحدود السوية أو المقبولة، أما إذا كانت الأنا ضعيفة فإن هذا الضعف يكون لحساب الهو أو الأنا الأعلى، وفي هذه الحال يقف هذان المكونات وجها لوجه ويشتد الصراع بينهما، وأيا كانت نتيجة المواجهة فستكون صورة من صور السلوك اللاسوي.

وهكذا نجد أن ديناميات الشخصية تقوم علي تفاعل وتشابك بين قوي دافعة محرّكة وقوي أخرى كابحة أو مقيدة، وأن جميع الصراعات في الشخصية يمكن ارجاعها الي تعارض مجموعتين من القوي. هذا هو التصور الدينامي الذي يختزل الحياة العقلية الي تفاعل متبادل بين قوي تلح وأخري تصد وتضبط. أما النظرية السلوكية فتتظر الي الصراع باعتباره المحور الذي تدور حوله القوي الدينامية المحركة للشخصية ويصنف لفيين الصراعات إلي أربعة أنواع :

- **صراع الاقدام Approach Approach Conflict** : : حيث الصفات التي تجذب رغبة الفرد نحو كل منهما ولكن يتعذر عليه اشباعهما في نفس الوقت.

- **صراع الاحجام AvoidanceConflictAvoidance** : ويتضمن وجود هدفين سلبيين، أو وجود الفرد في حالة ينشأ عنها موقفان كلاهما يلحق به ضررا ما.

- **صراع الاقدام / الاحجام Approach Avidance Confilict** : ويتضمن وجود هدفين يود الشخص أحدهما، ولكن الهدف الآخر يمنعه من ذلك وغالبا ما يكون أحد الهدفين موجبا والآخر سالبا، وفي كثير من الأحيان يكون للموقف الواحد الذي يتعرض له الفرد عوامل مشجعه في الاقتراب منه وأخري منفردة منه وعندما تكون الصفات السلبية والصفات الأيجابية علي درجة واحدة من الأهمية يكون الصراع قويا ويتأرجح الفرد نتيجة لذلك بين الاقدام والاحجام ، فهو عند اقدامه علي الهدف المفضل تكبر في نظره أضرار اقترابه فيبتعد عن الموقف، وبمجرد ابتعاده تكبر في نظره ميزاته فيحاول الاقتراب ثانية ويظل هكذا متأرجحاً.

- **صراع الاقدام والاحجام المزدوج** : ويتمثل في وجود هدفين أو أكثر لكل هدف قيم إيجابية وأخري سلبية ، ولذلك يتأرجح الفرد بين الأقدام والاحجام نحو هذين الهدفين.

وإذا كانت الصراعات هي المحور الأساسي للكشف عن ديناميات الشخصية فكيف يحل الفرد صراعاته؟ يظل الفرد الذي لم يشبع حاجاته (المحبط) في حالة التوتر وعدم الراحة، أو بمعنى آخر يكون في حالة من عدم التوازن، لا بد أن يقوم ببعض السلوكيات التوافقية لتقليل هذه الحالة من الضغط التي يواجهها حتي يصبح الموقف محتملاً بالنسبة له وهناك العديد من الأساليب السلوكية التي تسمى أحياناً ميكانيزمات التوافق أو حيل الدفاع النفسي أو ردود الفعل الدفاعية التي يستخدمها الفرد عادة إذا فشل في الوصول إلي أهدافه بفعل الصراع أو الإحباط ومنها الكبت، الإسقاط، والتبرير، والتعويض، والتقمص (التوحد)، والنكوص، والاعلاء ... الخ ، وهذه الميكانيزمات لأشعورية، ويلجأ اليها الأنا في مواجهة المواقف الاحباطية والصراعية، ويختلف الأفراد فيما بينهم بالنسبة لنجاحهم في التغلب علي حالة اختلال التوازن أيضا في معدل استخدام هذه الأساليب اعتدالا أو اسرافا.

ويري علماء التحليل النفسي أن الميكانيزمات الدفاعية قوي كابتة يستخدمها الأنا لتسد علي الدفعات المكبوتة الطريق حتي لاتظهر في مجال الشعور وتسبب الكدر والألم للفرد ويرون أن هناك ميكانيزمات ناجحة وأخري فاشلة أو مولدة للمرض Sublimation والميكانيزمات الناجحة تتمثل في الاعلاء وتصريف الطاقة الي أهداف اجتماعية مقبولة، أما الميكانيزمات الفاشلة فهي التي لاتتجح في الاعلاء أو اعادة الاتزان الي الفرد وفي حالة الفشل يكون الطريق مفتوحا أمام الاعراض المرضية، وفي طليعة الدفاعات الفاشلة النكوص إلي مرحلة سابقة من مراحل النمو وهي حيلة شبيهة بما يحدث عندما يعجز الجيش عن مواجهة العدو فينقهقر حتي يصل إلي هذه النقطة من خطوطه التي كان قد أدرك عندها مدى قدرته (نقطة التثبيت)، ولو عبرنا عن ذلك بلغة التحليل النفسي لقلنا أن النكوص يكون دائما الي نقطة التثبيت وفي الحالة التي ينكص فيها الفرد الي مرحلة من مراحل الطفولة (الأوديبية أو الاستية السادية) فإنه يصاب بالعصاب أو المرض النفسي، أما اذا بلغ الشخص في نكوصه إلي المرحلة السابقة علي التمايز مابين الذات والعالم الخارجي (بداية مرحلة الفمية) فإنه يصل إلي الاصابة بالذهان أو المرض العقلي فيلغي العالم الخارجي، وفي أخطر صور الذهان يصاب الفرد بالفصام.

أما علماء النفس السلوكيين فانهم يعتبرون الحيل الدفاعية أساليب سلوكية اكتسبها الفرد حسب قوانين التعلم لتجنب المشاعر الأليمة والمريرة المرتبطة بمواقف الصراع أو الأحباط

المثيرة للقلق في محاولة لتخفيفه في المواقف التي يتعرض فيها لدرجة عالية من التوتر ومن ثم تثبيت هذه الأساليب في الفرد وتصبح جزءا من نظامه السلوكي اذا نجحت في تجنبه المشاعر الأليمة أو التخفيف منها ومن بين الأساليب القمع، التجاهل، وإهمال المثيرات المكدره، والهروب من المثيرات الخطرة واستبعادها من بؤرة الشعور، والانشغال بموضوعات أخرى.

كما أن علماء نفس الذات (وهم أساس التوجه الانساني في علم النفس) فيرون أن الميكانيزمات الدفاعية من شأنها حماية الذات من أية أخطار أو تهديدات داخلية أو خارجية، وهكذا يتضح أن المسلمة الأولى التي يستند اليها المنهج الأكلينيكي هي أن الشخصية الانسانية في حالة ديناميكية مما يحتم الكشف عن الصراعات النفسية وأساليب الفرد للتخلص من التوتر الناشئ عنها هذه المسلمة وإن كانت الأولى في الأهمية فإنها الأخيرة من حيث مراحل العمر فبدراستنا للوحدة الكلية التاريخية والوحدة الحالية، يكون بوسعنا أن نبلغ الي الدينامية.

2- النظر الي الشخصية كوحدة حالية :

فقد كان الاهتمام بالأمراض النفسية في الماضي يقتصر علي مجرد التعرف علي الأعراض الخاصة بالمرض في انعزال عن الشخصية وكأن هذه الأعراض لا تنسب إلي شخص بعينه يعيش في بيئة بعينها، وفي لحظة بعينها من لحظات تطوره. أما المنهج الأكلينيكي اليوم فليس للأعراض عنده دلالة أو معني إلا بالرجوع إلي الوحدة الكلية للشخصية في صلتها بالعالم ومعني هذا أن النظرة الاكلينيكية لا تقتصر علي قطاع أو قطاعات سلوكية بعينها، وإنما تضع موضع الاعتبار كافة الاستجابات التي تصدر عن الشخص من حيث هو كائن مشتبك في موقف ومهمة الأخصائي النفسي الاكلينيكي تتحصر في محاولة تحديد مكان هذا السلوك، أو مكان هذا العرض ضمن وحدة الشخصية ككل، مما يعني ضرورة أن تنصب الدراسة علي كل مجالات حياة المفحوص أي الخصائص الكلية للشخصية، وتتضمن المعلومات اللازمة لفهم الشخص:

- المعلومات الجسمية: المظهر الخارجي العام، ونمط الجسم، ومفهوم الجسم، والمهارات الحركية.

- المعلومات الطبية العامة: أجهزة الجسم، وأدائها لوظائفها، والحواس ووظائفها، العاهات،

- الحالة الصحية العامة والأمراض، العوامل العضوية المرتبطة بالمشكلة الحالية.
- المعلومات العصبية المرتبطة بالمخ والجهاز العصبي وعلاقته بالحواس، وتحديد أي اضطراب.
- المعلومات العقلية وتشمل: القدرة العقلية العامة (الذكاء، والقدرات الخاصة، الاستعدادات والمواهب والابتكارات والتحصيل (الانجاز)، والعمليات العقلية: الإدراك، والذاكرة، والتخيل، والتفكير، والانتباه، والمهارات اللغوية.
- المعلومات الاجتماعية: توجهات المجتمع الكبير وثقافته وقيمه ومعاييره، ثم الجماعات التي ينتمي إليها ابتداء من الأسرة وتركيبها، والعلاقات الأسرية والتنشئة الأسرية داخلها، المدرسة والاتجاهات نحوها، والعلاقات الاجتماعية فيها وأسباب الاضطراب فيها والمشكلات السلوكية، والصحية وجماعات الرفاق، ومجال الدين والسلوك الديني، القيم والميول، والهوايات، والحالة الاقتصادية والاجتماعية، والمهنة ... الخ .
- المعلومات عن الحالة الانفعالية: الحالة الانفعالية العامة، مستوى النضج الانفعالي، والاضطرابات الانفعالية، الصدمات الانفعالية التي تعرض لها، الإنفعال المزمّن، الحالة العاطفية، والحالات الانفعالية الخاصة.
- المشكلة أو المرض الحالي: نوع المشكلة، وحجمها، أعراض المرض ومظاهره وزملة أو تجمع الأعراض، تاريخ المشكلة، والجهة الارشادية والعلاجية السابقة والتغيرات التي طرأت علي الحالة، فكل هذه المعلومات خطوة ايجابية في سبيل فهم الشخصية في اطار علاقات الفرد وجوانب حياته.

3- الشخصية كوحدة كلية تاريخية زمانية:

تنحصر المسلمة الثالثة في ضرورة تناول الشخصية في وحدتها التاريخية فاستجابة الشخصية بازاء موقف حالي مشكل لايمكن أن تتضح دلالتها إلا في ضوء تاريخ حياة الشخص، ليس فقط بالنسبة لماضيه، بل وأيضا بالنسبة لاتجاهه نحو المستقبل، فالتشخيص يستهدف الإمساك بلحظة من لحظات تطور الكائن البشري، هذا الذي ينحصر وجوده في دينامية مستمرة.

وتعتمد هذه المسلمة علي ركيزتين :

1- دراسة تاريخ الحالة : Case history

هي موجز لتاريخ الحالة كما يكتبه الشخص، وكما يجمع عن طريق life history أن ما يطلق عليه أحيانا تاريخ الحياة الوسائل الأخرى ويتناول دراسة مسحية طويلة شاملة للنمو منذ وجوده، والعوامل المؤثرة فيه، وأسلوب التنشئة الاجتماعية، والخبرات الماضية، والتاريخ التربوي والتعليمي والصحي، والخبرات المهنية، والمواقف التي تتضمن صراعات، وتاريخ التوافق النفسي، وتاريخ الأسرة بطريقة شاملة وموضوعية بقدر الامكان ومما يجب عمل حسابه التأكد من معلومات تاريخ الحالة لأن بعضها قد يتأثر بعامل الزمن والنسيان فلا يكون دقيقاً.

هذه الدراسة لتاريخ الحالة يعتبر بمثابة قطاع طولي لحياة الفرد، ويقتصر علي الماضي ويختص فقط بماضي الحالة (وان لم يخل الحال من نظرة علي الحاضر وتطلع علي المستقبل، وذلك من باب ربط الأحداث أو الخبرات) أنها دراسة تتبعية لحياة الفرد.

- تطلعات المستقبل والي جانب دراسة تاريخ الحالة: فان التحليل الاكلينيكي للحالة لن يكتمل بدون الحصول علي معلومات عن تطلعات الفرد الي المستقبل ويمكن للحصول علي مثل هذه المعلومات من كتابته و وصفه للشخص المثالي الذي يود أن يكون في المستقبل بآماله ومطامحه. (بعد عشر سنوات مثلا). وتفيد تطلعات المستقبل في المطابقة بين حاضر الفرد ونظرتة المستقبلية الي نفسه أي الي ذاته المثالية ومدى التوافق بين الأثنين، ومدى الرضا بالوضع الراهن، والتوافق النفسي والصحة النفسية. يترتب علي هذه المسلمات الثلاث أن يكون لب المنهج الاكلينيكي هو المقابلة الشخصية التي نمسك فيها ليس قط بتاريخ الحالة، وبمختلف المجالات الحالية لحياته، بل وأيضا بما تكون عليه استجابات المفحوص في هذا الموقف الحيوي هنا والآن.

2-أهداف دراسة الحالة في العمل الاكلينيكي:

تستهدف دراسة الحالة في العمل الاكلينيكي ما يلي:

1- فهم الأسباب المؤدية الي اصابة الفرد بمرض نفسي أو عقلي: فدراسة الحالة في المجال الذي يتيح للأخصائي النفسي الاكلينيكي الفرصة لجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات والبيانات عن المريض وعن مشكلاته حتي يتمكن من اصدار حكم نحو الحالة وأسباب الاصابة.(العوامل النشؤيه والرسوبيه).

3- وضع الفروض التشخيصية: فدراسة الحالة وسيلة لتقديم صورة مجمعة للشخصية ككل، أو الدراسة المفصلة للفرد في حاضره وماضيه، ومن ثم فإنها أداة قيمة تكشف للأخصائي النفسي الاكلينيكي وقائع حياة شخص معين منذ ميلاده حتي الوقت الحالي وهي خطوة أساسية في العمل الاكلينيكي لجمع معلومات تاريخية عن المريض ومشكلاته بأسلوب علمي منظم، وهذا يساعد الأخصائي علي وضع الفروض الأولية التي يحاول فيما بعد اختبار صحتها بناء علي خبراته التشخيصية السابقة.

4- وضع التوصيات العلاجية: اذا كان الهدف الرئيسي لدراسة الحالة هو تجميع المعلومات ومراجعتها ودراستها وتحليلها وتركيبها وتنظيمها وتلخيصها ووزنها كليا أي وضع وزن سيكولوجي كينيكي لكل منهما، فقد تكون هناك معلومة أو خبرة لها وزن كينيكي أثقل من الوزن الكينيكي لعشرات المعلومات الأخرى فإنها تقدم صورة مجمعة للشخصية ككل أو الدراسة المفضلة للفرد في حاضره وماضيه مما يساعد علي الوصول إلي فهم أفضل للفرد وتحديد وتشخيص مشكلاته وطبيعتها واتخاذ التوصيات الإرشادية أو التخطيط للخدمات العلاجية اللازمة.

مصادر المعلومات في دراسة الحالة :

ان دراسة الحالة كطريقة لجمع المعلومات والإحاطة الشاملة بتفاصيل حالة المريض تستقي بيانها من مصادر عديدة أهمها :

1- المريض :

يعتبر المريض واحدا من أهم مصادر المعلومات في دراسة الحالة، بل أنه في كثير من الأحيان يعتبر أفضل مصدر للمعلومات، فليس هناك من هو أعرف بالفرد من نفسه، فليس هناك من هو أقدر منه علي وصف مشاعره ومشكلاته. ويمكن أخذ المعلومات من المريض عن طريق:

- المقابلة : interview

حيث تتم مناقشة المريض شخصا عن طبيعة المشكلات وظروفها، وسؤاله عن مشاعره ورغباته واتجاهاته واحباطاته، والميزة الأساسية لاستخدام هذه الطريقة في العمل الاكلينيكي هي أنها تكشف للأخصائي عن تاريخ الحياة كما يعيشها المريض خاصة اذا كان المريض عميلا سهلا يكشف ذاته بسهولة، وكان بمثابة كتاب مفتوح يقرأ الأخصائي النفسي كل ما فيه من معلومات، إلا أنه في كثير من الأحيان (نظرا للحالة المرضية) قد لا يكون المريض

واعيا لبعض الجوانب من تاريخ حياته، أو المشكلة التي يعاني منها، فقد تكبت بعض الذكريات لما يرتبط بها من شحنات انفعالية، وقد تحرف بعض المعلومات Social desirability عن قصد هروبا من المشكلة ودفاعا عن الذات، أو قد يراعي عامل المقبولية الاجتماعية فيدافع عن نفسه في موقف آمن لا يحتاج الي دفاع، وفي كل الحالات ينبغي علي الأخصائي الاكلينيكي أن يتقبل عرض المريض لشكواه كما هي، وأن يشجعه علي الاستمرار في حديثه، لذلك يجب تسجيل شكوي المريض كما يعرضها، وتقصي تاريخ المرض من حيث بدايته وعلاقته بالأحداث في تاريخ حياة المريض ووسائل مواجهته للمرض.

- السيرة الشخصية: autobiography

وهي بمثابة التقرير الذاتي عن السيرة الشخصية أو هي قصة الحياة أو رواية الحياة التي يكتبها الفرد عن ذاته أو عن نفسه وتتناول قصة حياته في الماضي والحاضر وتاريخه الشخصي والأسري والجنسي، والخبرات والأحداث الهامة حلوها ومرها، والمشاعر والأفكار والانفعالات والميول والهوايات والأهداف والمطامح والآمال وخطط المستقبل وفلسفة الحياة وأسلوبها، والمشكلات والاحباطات والصراعات ومستوي التوافق والعلاقات الاجتماعية في الأسرة والعمل، والأشخاص المهمين في حياته ... الخ . وتكون السيرة الشخصية في صورة كتابة مباشرة بالقلم، أو مفكرات شخصية تحوي أوجه نشاطه ومواعيده وعلاقاته أو مفكرته الشخصية اليومية، ومنها المذكرات اليومية التي تشمل البرنامج اليومي خلال الـ 24 ساعة، ومنها المذكرات الخاصة عن أحداث أو مشكلات معينة، ومنها المستندات الشخصية الخاصة بخبرات هامة في حياة الفرد، والخطابات الشخصية ، ومنها الانتاج الأدبي والفني إلخ ومن مميزات السيرة الشخصية للفرد أنها تيسر الحصول علي معلومات كLINIكية غنية عن الجانب الخفي من حياة المريض وشخصيته الذي يستعصي علي الوسائل الموضوعية كالاختبارات (مثلا)، والذي لايمكن للمريض اظهاره ي المقابلة وجها لوجه، وتتيح الكتابة فرصة التنفيس الانفعالي والتخلص من التوتر وزيادة الاستبصار بالذات. -

الاختبارات السيكولوجية:

وتعتبر نتائج الاختبارات النفسية من المصادر الهامة للحصول علي البيانات الكمية والكيفية عن المريض، وتحديد ذكائه وقدراته واستعداداته، وتقييم سلوكه الشخصي وميوله واتجاهاته وتوافقه النفسي وصحته النفسية وكما أنها تكشف للأخصائي الاكلينيكي عن

المحتوي العقلي للفرد، وعن الخلفية الثقافية وعن الجماعة التي ينتمي إليها، كما تبين درجة اتصاله بالبيئة، بالإضافة إلى أنها تكشف عن وعية وذاكرته، وقدراته علي فهم المواقف المختلفة، ووظائفه العقلية لحل المشكلات التي تواجهه في بيئته، واستخدام الأخصائي النفسي الاكلينيكي للاختبارات السيكولوجية له أهداف أخرى منها:

1- التعرف علي استجابة المفحوص أثناء الاختبار: التي قد تكون صورة لاستجابته للأفراد المختلفة التي تواجهه وتتعامل معه في حياته.

2- أن نتيجة الاختبار تساعد علي القيام بمقارنة صحيحة بين المريض وغيره من الأفراد الآخرين .

3- إتاحة الفرصة لأخصائي النفسي لملاحظة سلوك المريض أثناء الاختبار (الانتباه، الرغبة، المعارضة، فهم التعليمات، الاستجابة... إلخ) ، وكثيرا ماتساعد معرفة هذا السلوك علي الكشف عن أسباب المشكلة.

4- من خلال الاختبارات يستطيع الأخصائي النفسي الاكلينيكي التوصل الي كتابة التقرير السيكولوجي عن الحالة، هذا التقرير يعني تقديم صورة كلية وافية عن شخصية المريض، مما يساعد علي الفهم العميق لجوانب شخصيته ومشكلاته بتقديم التقرير بالشكل الذي يمكن للجهات المختصة أن تفهمه، ويمكنها من مساعدة المريض وارشاده بأفضل أساليب التعامل والعلاج.

5- يسجل الأخصائي استجابات المريض وكل ما يصدر عنه من كلمات وحركات وتعبيرات انفعالية في اطار كلي منسق، مبينا ماتتضمنه اجابات المريض من عبارات وكلمات، الي جانب الحركات والتعبيرات التي لها دلالات اكلينيكية هامة تقيد في الكشف عن الجوانب العديدة من شخصيته.

وبذلك تعتبر الاختبارات من أسرع الوسائل في الكشف عن الشخصية وأكثرها موضوعية، وتعطي تقديرا معياريا يكشف عن نقاط قوته وضعفه، ويمكن استخدامها في قياس مدي التقدم أو التغير الذي يطرأ علي الحالة خلال فترة العلاج، وتعتبر وسيلة فعالة في التقييم والتصنيف والاختيار واتخاذ القرارات والتنبؤ المبني علي معلومات كمية أكثر صدقا وثباتا من التقديرات الكيفية، كما أنها تتيح الفرصة للأخصائي النفسي لملاحظة سلوك المريض، ومدي اقباله علي الاجابة علي فقرات الاختبار أو رفضه لها أو تركه بعضها، وهذا كله له

أهميته في عملية التشخيص .

غير أن الاختبارات يعييبها أنها قد يساء تفسير درجاتها وقد ينبهر البعض بها ويعتقدون أنها غاية المراد ويحرفونها كهدف في حد ذاته بطريقة روتينية وبدون هدف محدد.

- السجلات والوثائق المأخوذة من مصادر المجتمع:

وهي تلقي الضوء علي التاريخ الشخصي للفرد، ويمكن الحصول منها علي البيانات التاريخية التي تعد سجلا لتاريخه الارتقائي وانعكاساته في انجازاته، وخصائصه الشخصية ومن ثم يتعين دراسة الوثائق والسجلات التي لها دلالتها بالنسبة للمريض خاصة الوثائق الخاصة بالأسرة والهيئات التربوية، والمؤسسات الاجتماعية التي يمكن الاستعانة منها بمعلومات عن المريض وأسرته ومشكلاته

الاجتماعية السابقة والمساعدات التي يتلقاها، الي جانب جهات العمل، ومكاتب العمل وتشغيل الشباب، ومنظمات رعاية الشباب، والنوادي الرياضية، وجماعات الكشافة والجوالة التي يتعامل معها المريض ويقتضي فيها وقت فراغه، ونوادي ومراكز خدمة البيئة، ثم المحاكم والسلطات التنفيذية كمحاكم الأحداث أو مراكز الشرطة اذا كان المريض قد تردد عليها بالاضافة إلي وثائق وسجلات المستشفيات والعيادات النفسية التي تكشف عن نشأة وتطور المرض، ومعرفة التسلسل الزمني له المراحل التي مر بها.

وهكذا فإن التوثيق والسجلات المأخوذة من مصادر المجتمع المختلفة تكشف أسباب الاضطراب النفسي عند المريض، والمقارنة بين الخصائص المزاجية والسلوكية قبل وبعد المرض، وكذلك الأعراض الهامة التي تعرض لها، والمواقف التي نشأت فيها مشكلات المريض، ومعرفة استجاباته للمواقف الماضية اذا كانت تتشابه مع الموقف الذي استثار المرض الحالي، وذلك من أجل تبين العوامل المساعدة التي هيأت لظهور المرض سواء كانت اجتماعية أو نفسية.

- المعلومات من الآخرين :

الوالدان والأخوة، والأقارب لأنهم يعرفون عنه الكثير عن كثره، وقد يكونون عوامل مسببة لبعض مشكلاته، ويمكن الحصول منهم علي معلومات قيمة، كذلك يتم الحصول علي معلومات من أصدقاء المريض الذين يقضي معهم أوقاته، فهم يعرفون عنه الكثير مما لايعرفه الوالدان والأخوة، كذلك يمكن الرجوع الي أخصائيين آخرين مثل: المدرسين، والأخصائيين الاجتماعيين بالمدارس، والأطباء، ثم بعض الراشدين في المجتمع كالمسؤولين

.... وغيرهم .

هذا المصدر لا يتم اللجوء اليه الا عند الضرورة القصوى حفاظا علي أسرار المريض وعدم كشف مشكلاته أمام أشخاص ربما لا يرغب المريض في معرفتهم بمعاناته إلا أن هؤلاء يمكن أن يكشفوا عن الكثير من البيانات الاجتماعية الخاصة بالتاريخ الاجتماعي للحالة والظروف العائلية، ودخل الأسرة، وتأثير اتجاهات الوالدين في نشأة مشكلات المريض، واتجاهاته نحو العلاقة المحتملة بين الاضطرابات الانفعالية والجسمية ، وهل توجد اضطرابات عقلية في العائلة سواء كان في الماضي أو في الحاضر .

- الفحوص :

- الفحص النفسي: للتعرف علي الأمراض النفسية السابقة، والأمراض النفسية في الأسرة، والقدرات العقلية وسمات الشخصية واضطراباتها، وتحديد الأسباب والأعراض النفسية للمشكلة أو المرض، ومظاهر التوافق.

- الفحص الطبي: ويقوم به الممارس العام وبعض الأخصائيين ويتناول التعرف علي الأمراض الجسمية، والعمليات الجراحية السابقة، والأمراض الجسمية في الأسرة، والاصابات والجروح، والعاهات، والحالة الصحية العامة، وفحص أجهزة الجسم والحواس، والعوامل العضوية المسببة للأمراض النفسية، مع إجراء فحوص طبية متخصصة حسب الحالة مثل فحص الدم والبول والأمصال والأشعة السينية والرسم الكهربائي للقلب.

- الفحص العصبي: ويقوم به متخصص يستفسر عن آخر فحص عصبي وتحديد الاصابات ان وجدت في المخ والأعصاب المخية والأعصاب النخاعية الشوكية، وفحص الجهاز العصبي الذاتي، والاحساس مع الاهتمام بالفحوص العصبية المتخصصة اذا لزم الأمر كالفحص المنظاري للعين، وقياس المجال البصري الخارجي، والأشعة السينية للجمجمة والعمود الفقري، والتصوير الاشعاعي للمخ، والحبل الشوكي ورسم المخ وفحص السائل المخي الشوكي اذا لزم الأمر أيضا.

المقابلة الإكلينيكية:

- المقابلة interview هي قلب العمل الإكلينيكي وتعد إحدى الأدوات الأساسية التي يستخدمها الأخصائي النفسي الإكلينيكي ويعتمد عليها في الحصول على البيانات عن الحالة (المريض) مما يساعده في عمليتي التشخيص والعلاج .
** تعريف المقابلة :

- لقد كان لرواد علم النفس الإكلينيكي الأوائل أمثال بنجهام ومور Bingham & Morre (1941)) جاريت (1942) (Garrett) (1931) روجرز (1931) (Rogers) سيمونز Symonds (1931)) وليامسون ودارلي (1937) (Williamson & Darley) الفضل في تحديد مفهوم المقابلة وأسسها :

- ويدل مصطلح المقابلة على تقابل فردين أو أكثر وجها لوجه في مكان ما لفترة زمنية معينة هذه المقابلة تكون عادة نتيجة لسبب معروف مقدما وبناء على موعد مسبق في أغلب الأحيان بين المتقابلين.

- وتعرف المقابلة أيضا بأنها محادثة ومواجهة لتحقيق هدف محدد وتتم بين أطراف معينة في صورة عملية تتميز بالتفاعل بينهم وقد تستخدم في الحصول على معلومات أو في إعطاء معلومات أو في التأثير على سلوك الأفراد بشكل معين أو في تحقيق هذه الأهداف مجتمعة.
أن المقابلة علاقة اجتماعية مهنية دينامية وجها لوجه بين الأخصائي والعميل في جو نفسي آمن يسوده الثقة المتبادلة بين الطرفين بهدف جمع معلومات من أجل حل مشكلة. أي أنها علاقة فنية حساسة يتم فيها تفاعل اجتماعي هادف وتبادل معلومات وخبرات ومشاعر واتجاهات ويتم خلالها التساؤل عن كل شيء وبذلك فإن المقابلة نشاط مهني هادف وليست محادثة عادية.

وهكذا ننتهي إلى أن المقابلة عبارة عن علاقة دينامية وتبادل لفظي بين شخصين أو أكثر الشخص الأول هو الأخصائي النفسي ثم الشخص أو الأشخاص الذين يحاولون الحصول على حل للمشكلة التي يعانون منها ويحاول الأخصائي أن يقدم خلالها المساعدة الفنية التي يراها ملائمة سواء كانت هذه المساعدة مباشرة أو غير مباشرة موجهة أو غير موجهة. وبذلك لا تعتبر المقابلة مجرد محادثة لأن المقابلة اتصال مباشر بين شخص يضطلع بعبء المساعدة وشخص أو أشخاص يسعون للحصول على هذه المساعدة وفيها تطرح على بساط المناقشة الموضوعات الشخصية وكل ما من شأنه أن يلقي ضوءا كافيا على المشكلة وجذورها ويفتح الطريق واضحا أمام أسلوب جديد لمعالجة المشكلة.

أهداف المقابلة الإكلينيكية :

تهدف المقابلة الإكلينيكية إلى :

- 1- إقامة علاقة مهنية بين الأخصائي النفسي الإكلينيكي والمريض.
- 2- جمع بيانات ومعلومات جديدة عن المريض أو التوسع فيما هو موجود منها وتفسيرها.
- 3- مساعدة المريض على أن يعبر عن نفسه وعن مشكلته للأخصائي النفسي الذي يستمع له بتقدير .

4- نقل المعلومات التي تساعد المريض على حل مشكلته.

5- مساعدة المريض على الكشف عن الحلول الممكنة لمشكلته وعلاجها على أن تكون هذه الحلول مقبولة اجتماعيا ومشبعة للمريض ويتم ذلك عن طريق التعاون بينه وبين الأخصائي الإكلينيكي المعالج .

أهمية المقابلة في الميدان الإكلينيكي :

تبرز أهمية المقابلة في الميدان الإكلينيكي من كونها الأداة الرئيسية التي يستخدمها الأخصائيون في التشخيص والعلاج النفسي فلا يعتمد الإكلينيكيون في دراسة الحالة على أية طريقة في الحصول على معلومات عن الفرد بالقدر الذي يعتمدون فيه على المقابلة. إذا كان الهدف الأساسي من المقابلة هو الكشف عن ديناميات سلوك المريض حتى نستطيع أن نكشف ونفهم العوامل السيكولوجية التي أدت إلى حالته الراهنة إذ المقابلة تهيئ الفرصة أمام الأخصائي الإكلينيكي للقيام بدراسة متكاملة عن طريق المحادثة المباشرة لفهم العميل وللتأكد من صدق بعض الانطباعات والفروض التي يصل إليها عن طريق الأدوات التشخيصية الأخرى وهو أمر ضروري للتوصل إلى الصياغات التشخيصية.

وليس التشخيص هو الغاية ولكنه بداية لمسئولية ممتدة يضطلع بها الأخصائي الإكلينيكي بل إن تفسير نتائج التشخيص تحتاج إلى أن يمتد إلى أكثر من مقابلة مع المريض ومع الأشخاص المحيطين به والمتعاملين معه من الآباء أو الأخوة أو غيرهم الذين يكونون في حاجة إلى عملية إقناع وفهم واستيضاح وتوضيح الموقف وتخطيط العلاج وكيفية التصرف إزاء الحالة والمعاونة في حل المشكلات والصعوبات التي تصادفهم في حياتهم اليومية وبذلك يكون الغرض من المقابلة هو الفهم الإكلينيكي لمشكلة المريض لكي نخطط لحلها بعد معرفة الأسباب فتعمم المقابلات العلاجية لتسهيل فهم المريض لنفسه وأحداث تغيرات مرغوبة في مشاعره وسلوكه

وتكون مشكلاته وحاجاته في بؤرة الاهتمام وفي العلاج تكون المقابلة ضرورية للنجاح في فهم المريض.

أنواع المقابلات:

تختلف المقابلات التي تجري في الميدان الإكلينيكي باختلاف الغرض الذي تجري المقابلة من أجله ومن ثم توجد أنواع عديدة من المقابلات منها :

1-المقابلة المبدئية Initial or intake interview:

- هي المقابلة التي تجري مع العميل (المريض) منذ استقباله للمرة الأولى في المؤسسة العلاجية متضمنة طريقة الاستقبال وتسجيل المعلومات وتسجيل المقابلة منتهية بالاتفاق على الاستمرار في العملية العلاجية وحضور المقابلات التالية ولذلك تتعدد التسميات التي تطلق على هذا النوع من المقابلات فالبعض يسميها المقابلة المبدئية (الابتدائية) وآخرون يسمونها المقابلة الأولى وهناك من يطلق عليها مقابلة الالتحاق بالمؤسسة العلاجية ومهما اختلفت المسميات فإنها لا تخرج عن كونها مقابلة مبدئية إذ يتم فيها التمهيد للمقابلات التالية ولذلك تتميز المقابلة المبدئية بكونها تشبه القاطرة التي تجر بقية عربات القطار فإذا كانت القاطرة غير سليمة فإن القطار يتعطل في المسير.

- وعلى الرغم من أن المقابلة المبدئية تكون قصيرة إلا أنها ذات أهمية حيوية في الممارسة الإكلينيكية والتي تتمثل في:

- * تحديد حالة العميل (المريض) بصفة مبدئية وإمكانية قبوله أو إلحاقه بالعلاج.
- * التعرف على الظروف الحالية المحيطة بالمريض من جميع جوانبها.
- * الأزمنة الماضية التي شعر خلالها بنفس الأزمات النفسية التي يعاني منها الآن وكيفية التغلب عليها.
- * الارتباطات بين الأحداث والأزمات التي يعاني منها الآن.
- * إعطاء العميل معلومات حول إجراءات المؤسسة فيما يتعلق بجداول المواعيد وتكاليف الزيارة والتردد عليها وما شابهها من معلومات قد يحتاجها إذا ما فكر في الانتظام في المقابلات.
- * تحديد الأسباب التي دفعت الفرد إلى زيارة المؤسسة العلاجية ورغباته ودوافعه للعلاج وتوقعاته من العلاج ومن المؤسسة.
- * تحديد ما يمكن أن يقدم له من تسهيلات وخدمات إرشادية (علاجية في داخل المؤسسة ومدى ملاءمتها لتوقعات العميل وأهدافه العلاجية).

* تعريف العميل بالعلاقة بينه وبين الأخصائي في المؤسسة.
وفي ختام المقابلة المبدئية يقوم الأخصائي النفسي الإكلينيكي بتلخيص كل ما دار فيها مما يمكن العميل (المريض) من استكمال الصورة حول العملية العلاجية وحول كل مقابلة من مقابلاتها مما يزيل أي شوائب حول طبيعة العلاج النفسي وشخصية المعالج.
2-مقابلة دراسة الحالة :

وهي مقابلة تجرى بهدف دراسة التاريخ الاجتماعي للحالة ولا تركز على تشخيص الأعراض بل تتجه للحصول على معلومات رئيسية عن حياة المريض وظروفه الأسرية وعلاقاته بالأسرة والعمل وتشجيع المريض على الحديث المفصل عن حياته الطفلية والخبرات السيئة أو الناجحة التي مر بها وعلاقاته بوالديه وزملائه وحياته العملية وهواياته وعلاقاته برؤسائه وزملائه في الدراسة أو العمل ... إلخ ومن ثم فإن هذه المقابلة يقوم بها الأخصائي الاجتماعي أو النفسي على نحو ما تحدثنا في دراسة تاريخ الحالة.

3-المقابلة التشخيصية Diagnostic Interview:

وهي التي تجري بغرض الفحص الطبي النفسي للمريض بحيث يمكن من خلالها وضع المريض في فئة من فئات التشخيص الشائعة والتي يتضمنها الدليل التشخيصي للأمراض النفسية والعقلية. وتتركز هذه المقابلة على تحديد الأعراض المرضية بحيث ينتهي الأخصائي منها إلى التوصل إلى صورة دقيقة محددة عن أهم الأعراض والاضطرابات لدى الحالة ومتى ظهرت وكيف تطورت .. إلخ

- وخلال المقابلة التشخيصية يحتاج الأخصائي النفسي الإكلينيكي إلى الحصول على معلومات عن المريض تتضمن:

* التاريخ السابق للمرض وكيف تطورت وظهرت أعراضه المرضية والمآل الذي وصلت إليه هذه الأعراض.

* فحص عمليات التفكير: من حيث محتوى التفكير وما به من معتقدات أو أوهام وفحص مجري التفكير (هل يوجد توقف للأفكار أم ضغط للأفكار في رأس المريض؟) هل يوجد عدم ترابط للأفكار أو صعوبة في إيجاد المعنى أو امتزاج الواقع بالخيال هل يوجد اضطراب في التحكم في التفكير بانسحاب الأفكار أو إدخال أفكار أو معاناته من قراءة أفكاره ... إلخ
* فحص مدركات المريض وهل توجد هلاوس أو خداعات بصرية أو سمعية أو شمعية أو لمسية.

* الانتباه والوعي: وإلى أي مدى يتعرض المريض للتشتت أو اضطراب في إدراك الزمان والمكان وقدرة المريض على الانتباه لفترة معينة والتركيز ... إلخ .

* الوجدان والحالة الانفعالية: مدى الثبات الانفعالي، ومدى تجاوب الحالة الوجدانية واتفاقها مع الأحداث وهل يوجد أي نوع من التجمد الانفعالي .

* سلوك المريض ومظهره: في حياته الأسرية والاجتماعية والعمل، تعبيرات الوجه، الملابس أي لوازم حركية أو حسية بارزة، طريقة التعبير عن نفسه، طريقة النطق والكلام.

* الاستبصار بالذات مفهوم المريض عن نفسه: ومدى قدرته على إدراك الأسباب التي أدت إلى مرضه ونظرته إلى نفسه ما إذا كانت واقعية أو مشوهة.

ويحصل الأخصائي الإكلينيكي على المعلومات السابقة من مصادر مختلفة منها الملاحظة واستخدام الأسئلة الموجهة والاختبارات والمقاييس النفسية، ويهتم بهذه المقابلة الأطباء النفسيين والعاملين مع المرضى العصبيين والذهانيين.

4-المقابلة العلاجية Theraptic Interview:

- تتحدد المقابلة العلاجية من خلال شكلين:

المقابلة التي تجري بهدف التمهيد للعلاج النفسي وهي ذات هدف **توجيهي** لإعداد الحالة لتقبل العلاج النفسي أو الطب النفسي ولذا فإن محتوى الحديث يتجه خلالها إلى تعديل الاتجاهات الخاطئة لدى المريض نحو المعالجين أو الأطباء النفسيين وزيادة ثقته بالمعالجين وزيادة دافعه لقبول العلاج.

- مقابلات وجلسات العلاج: وفيها يتركز الهدف الأساسي على **تنفيذ الاستراتيجيات العلاجية** التي رسمها المعالج النفسي بناء على تشخيصه للحالة سواء كانت مبنية على أسس وقائية أم **إنمائية** أم **علاجية** حتى يتغلب على أزماته النفسية ويسعى الأخصائي إلى تعديل أو تغيير السلوك لصالح المريض ولذا فهي تستغرق وقتاً طويلاً. كذلك قد تجري مقابلات مع أقارب المريض لأهداف علاجية يتعلمون فيها أساليب المعاملة الناجحة معه من الواجهة الصحيحة وأن يدركوا أوجه الضرر إلى قد يلحقونها بالمريض بسبب أساليبهم الخاطئة في التفاعل والاتصال.

أشكال المقابلة وأساليب إجرائها:

يمكن أن تتخذ المقابلة الإكلينيكية جملة من الأشكال التي تتراوح بين الصورة المقنعة للاستجاب (أي صورة الاستجاب المنهجي) والصورة الطليقة للتداعي (وهي السائدة في التحليل النفسي) التي لا تتقيد بخطة سابقة أو بنموذج مرسوم ومحدد.

1- الأسلوب المقيد للمقابلة :

يستند هذا الأسلوب إلى نموذج محدد للاستجواب الشخصي في صورة اختبار مقنن (استبيان) بمعنى أن تكون المقابلة مقيدة بأسئلة معينة يسألها الأخصائي ويجب عنها العميل (المريض) وهذه المقابلات يغلب أن تكون قليلة الفائدة في المواقف الإكلينيكية التي يكون تعاون المريض فيها أمرا بالغ الأهمية. ومع ذلك فإن المقابلة المقيدة لها كثير من المزايا في أنها:

- * لا تتطلب في الغالب أخصائي إكلينيكي ذا خبرة سيكولوجية متعمقة بل يكفي أن يكون قادرا على اكتساب ثقة العميل ومعاونته.

* وأن بياناتها يسهل إخضاعها للتحليل الكمي .

* وأنها تتطلب فقط استيفاء الإجابة عن كل الأسئلة المطلوبة.

* وأنها توفر الوقت والجهد.

* وتيسر المقارنة بين شخص وآخر.

2- الأسلوب الطليق للمقابلة:

يرفض غالبية الأخصائيين الإكلينكيين استخدام المقابلة المقيدة أو الاستجواب المنهجي مفضلين سلسلة من الأحاديث الحرة الطليقة التي لا تتقيد بنموذج أو خطة سابقة فهم يتركون الشخص ليتحدث في حرية كيفما شاء وبما شاء ويتجنب الأخصائي النفسي أية أسئلة مباشرة يوجهها للعميل ولكنه يحاول تشجيعه على التعبير عن نفسه بحرية.

تمتاز المقابلة الطليقة أو غير المقننة بعدة مميزات هي:

* أنها تسمح بالحصول على البيانات المطلوبة بأقل توجيه ممكن وبأكبر قدر من التلقائية والحرية والمرنة لأنها تسمح للفرد بأن يعبر عن آرائه ومشاعره وأفكاره واتجاهاته.

* تستثير قدرا أقل من مقاومة العميل.

* تيسر الكشف عن الخصائص الفريدة والفهم الأكمل والأعمق لديناميات شخصية العميل.

وتشبه هذه الطريقة ما يسمى "بالتحليل النفسي الفعال" من حيث أنها تتجه بالاهتمام إلى الموقف الحاضر أكثر مما تفعل بالنسبة للتجارب والخبرات الماضية وهكذا تتميز العلاقة بين المعالج والمريض بالتلقائية والتفتح بمعنى أن المعالج يعمل من جانبه على إزالة كل ما من شأنه أن يعترض سبيل التفتح عند المريض ومهما يكن من أمر فإن هذه الطريقة تمتاز بما تضيفه من معرفة عميقة بالشخصية ودوافعها اللاشعورية ومن المعروف أن مدرسة التحليل النفسي تعطي

أهمية كبيرة للدوافع اللاشعورية كمفسر للسلوك تلك التي لا يفتن الفرد إلى وجودها ومن ثم فلا يستطيع شرحها أو وصفها.

ولكن يعاب عليها:

ما تتطلبه من جلسات كثيرة ومن ثم زيادة في الوقت والجهد والمال. إلى جانب احتياجها إلى محلل نفسي قادر على تأويل معطيات المقابلة واتخاذ موقف حيادي يحمي التأويل مما قد يتهدهده.

كما أن الصعوبة التي تواجه الأخصائي النفسي في استخدام المقابلة للتعرف على بعض جوانب شخصية العميل هي أنه لا يوجد أساس موحد يقوم عليه تقييم المعلومات التي حصل عليها، ولقد اقترح "كارل روجرز" طريقة يستطيع الأخصائي الإكلينيكي بموجبها أن ينفذ إلى نفس العميل وإزالة الحواجز والموانع التي تعوق انطلاق أفكاره وانفعالاته وذلك عن طريق خلق جو من القبول والتسامح ففي المواقف الاجتماعية لا يميل الفرد إلى التعبير عن مشاعره الحقيقية وذلك لأنه إذا عبر عنها فسوف تكون محل امتحان الآخرين أو نقدهم أو نصحهم وعلى ذلك فإنه يؤثر الصمت ولا يفصح إلا عن تلك المشاعر التي لا تجلب عليه اللوم أو النقد والتي هو متأكد بشأنها ومتأكد من موقف المستمع بشأنها ولذلك فإن الأخصائي الكفاء يتعلم كيف يصغي جيدا ويقنع العميل أنه مهتم به وأن حديثه شيق بالنسبة له ويعيد عليه الفقرات التي يقولها ومن ثم يقنعه أنه يفهمه وأنه مهتم به ويجعله أكثر وعيا وإدراكا لأفكاره ومشاعره مما يجعله يبوح بمزيد من الأفكار والمشاعر.

3- الأسلوب الوسيط بين المقيد والطلق :

يلاحظ أنه في واقع الممارسات الإكلينيكية نجد أن شكل المقابلة يندر أن ينتمي انتماءا خالصا إلى نوع معين من نوعي المقابلة بل هو يختلف في الدرجة حسب الغرض من المقابلة وتدريب الأخصائي الإكلينيكي وشخصيته بالإضافة إلى شخصية المريض ومشكلته والمرحلة التي يصل إليها التشخيص أو العلاج ومن ثم توجد بين الصورتين السابقتين للمقابلة درجات متفاوتة من الأسلوب الموجه للمقابلة حيث يهتدي الأخصائي برؤوس موضوعات رئيسية تستقر في ذهنه يطوعها في مرونة لجيب على النوعية الفريدة للحالة. ومن الشائع غالبا الابتداء مع العميل بمقابلة حرة يشجع فيها على التعبير التلقائي عن مشكلته ويتدخل الإكلينيكي في الوقت الملائم بقدر أكبر من التوجيه على أمل أن تتوطد الثقة بينه وبين العميل وتأخذ المقابلة صورة أكثر تلقائية. ومع ذلك فإنه في جميع الحالات يغلب أن يخطط للمقابلات الإكلينيكية مسبقا، بمعنى أن

تحدد إستراتيجيتها وإن كان يصعب التحديد المسبق لتكنيكاتها وفي ضوء الإستراتيجية تصاغ الأسئلة التي تهدف إلى الحصول على المعلومات عن تاريخ العميل وخصائص شخصيته وطبيعة المشكلة التي يواجهها.

العوامل المؤثرة في إجراء المقابلة:

1-الدافع إلى طلب المقابلة:

من الضروري أن يتعرف الإكلينيكي على الظروف التي دفعت العميل (المريض) إلى طلب العلاج:

-هل دفع إليه دفعا أم طلبه بدافع من ذاته؟

-مصادر معرفته بإمكانيات العمل الإكلينيكي وتوقعاته منه ومدى استبصاره بالخدمة النفسية.

-وفي الغالب يأتي الأفراد سعيا وراء المساعدة السيكولوجية بسبب ما يعانون من مشاعر الضيق أو القلق أو الحزن. إنهم يشعرون أنهم لا يملكون المعلومات والمعارف الكافية التي تساعدهم على التعامل مع مشاكل الحياة أو يعتقدون أنهم لا يمتلكون القدرة والكفاءة للتغلب على صعاب الحياة ويشعرون أنهم مختلفون عن بقية الناس كما أنهم يرغبون أن يكونوا مختلفين عما هم عليه الآن وذلك يخلق لديهم حالة من التوتر Tension ونوعا من الخوف الغامض في الإحساس بأن شيئا ما خطأ في ذواتهم.

-وهناك آخرون يحضرون للعلاج بدافع الاستطلاع والمعرفة أو تلبية لرغبة شخص آخر.

إذا عند بدء المقابلة ينبغي:

-ضرورة التأكد من وجود القلق أو الاضطراب لدى العميل.

-الرغبة في حدوث بعض التغيير في شخصيته وتوقع حدوث مثل هذا التغيير.

-قبول حدود الممارسة الإكلينيكية والعلاجية واحتمالاتها كوسيلة لمساعدته.

-أن يقدم على المعالج تلقائيا ومتطوعا وليس قسرا أو إرغاما.

2-تكوين الألفة والعلاقة الودية مع العميل:

الركيزة الأولى في أية مقابلة إكلينيكية هي قدرة الأخصائي على إقامة علاقة دافئة ومشجعة بينه وبين المريض تلك التي تجعله يشعر بالاسترخاء والثقة بحيث يتكلم في حرية عن كل شيء في الاتجاه المطلوب تلك التي نسميها بعلاقة الألفة والتواد Rapport والتجاوب والاحترام والفهم والاهتمام والإخلاص والثقة المتبادلة والتعاطف empathy والدفء دون

استحواذ nonpossessive warmth والصدق الخالي من الزيف genuiness ويجب أن تستمر الألفة بين الأخصائي والعميل طوال المقابلة ولضمان تكون الألفة، يقترح أن تبدأ المقابلة بمصافحة اليد والترحيب والبشاشة وتوفير جو آمن خالي من التهديد يستطيع فيه العميل أن يقول كل شيء وأي شيء ثم ينتقل إلى عمل العميل وهواياته واهتماماته ومشكلاته ... إلخ، ففي هذا يسمح بتحقيق الاسترخاء النسبي من حيث أنه يتيح له التخلص من بعض توتره وبالتالي يسمح له بأن يتحدث في حرية وهذا هو الأثر التنفيسي للمقابلة وهي فرصة تسنح للمريض أن يتخلص من بعض ما يثقل نفسه عن طريق الإفراغ اللفظي والاعتراف بالسر.

-وهكذا فمن المهم بالنسبة للأخصائي أن يكون ودودا بشكل يشجع المريض ويطمئنه، وليس معنى ذلك :

* أن يتبادل مع المريض بعض النكات .

* أو أن يكون مرحا أكثر من اللازم .

ولكن يجب :

* أن يأخذ الموقف صفة الجدية فليس هناك شيء يطمئن المريض مثل أن يأخذ موقف المقابلة شكل العمل الجاد.

* أن يكون الأخصائي على اهتمام أصيل بمصلحة عميله وأن ينطوي على قدر من دفاء المشاعر.

* كما يجب على الأخصائي ألا يشرذ وقت المقابلة حتى لا ينسى شيئا قاله المريض أو يضطر إلى أن يسأله عن موضوع سبق أن تحدث عنه، فلو شعر المريض ولو شعور غامض بأن الإكلينيكي لا يحفل به أو بأنه لا بعث على الثقة فإنه لا يدلي بل لا يستطيع الإدلاء بكل المعطيات اللازمة للتشخيص الحق وكثير من هذه المعطيات تضيع من ذهنه وقد لا يتذكرها إلا بعد انتهاء المقابلة.

3-بدء المقابلة:

تبدأ المقابلة عادة بحديث ترحيب وتعارف بين الأخصائي والعميل ومن الأفضل أن يقوم الأخصائي بتحيته قبل الآخرين المصاحبين له ثم يطلب منه (أي من العميل) أن يقوم بتقديم أقاربه المصاحبين له وإن كان قد سبق لنا لقاءهم أو الحديث عنهم حتى لا يشعر العميل بالعزلة أو الاغتراب. والنمط المألوف أنه بعد التعارف يبدأ العميل في وصف مشكلاته ويقوم الأخصائي

الإكلينيكي بدور المستمع. وإذا حدث أن استغرق هذا الوصف معظم المقابلة فإن الأخصائي يحرص على أن يستخدم الجزء الأخير من المقابلة لتحديد العلاقة بينه وبين العميل كما يحرص على أن يضع مع العميل خططا للمقابلات التالية كي يشعر العميل بأنه قد كسب شيئاً إيجابياً من الجلسة وإلا انتابه الشعور بأن الأخصائي الإكلينيكي قد علم الكثير ولم يعلم هو أو يتعلم شيئاً.

والشائع أن العميل بعد أن يستعرض مشكلاته فمن المرجح (خاصة إذا كان قد سعى بنفسه لطلب المقابلة) أن يرجع إلى المشكلة التي تضايقه وتزعجه أكثر من غيرها فإذا أحرز تقدماً كافياً في حل هذه المشكلة فإنه ينتقل إلى غيرها بحسب درجة أهمية كل منها له وبحسب مدى حاجته إلى إيجاد حل سريع لكل منها وإذا لم يشعر العميل بالأمن الكافي في علاقته مع الأخصائي الإكلينيكي فإنه قد يلجأ في البداية إلى موضوع سطحي أو زائف أو مأمون ليختبر استجابة الأخصائي له، فإذا رضي عن هذه الاستجابة أو تقبلها فإنه يكشف عن المشكلات الهامة أو الأكثر جدية والأكثر ارتباطاً بمشكلاته الانفعالية، ويخطئ الإكلينيكي إذا حاول في البداية أن يذهب إلى ما هو أعمق من السطح دون مراعاة لدرجة استعداد العميل لأن نفس الأسباب التي تدعوه إلى الالتجاء إلى الموضوعات السطحية هي التي تدعوه إلى مقاومة هذه المحاولة من جانب الإكلينيكي.

4-توفر السرية التامة:

يأتي المريض عادة إلى العيادة وهو قلق من إفشاء أسراره وفي هذه الحالة قد يكون من المفيد أن نطمئنه على سرية مشكلاته دون مبالغة والحذر من أي شيء يثير الشك في نفس المريض على النحو التالي:

-عدم تأكيد سرية المشكلات أكثر من اللازم، فقد يتطوع الأخصائي لكي يؤكد للمريض أن مشكلاته الخاصة محاطة بالسرية التامة دون أن يطلب المريض مثل هذا التأكيد وهذا من شأنه أن يبعث بعض الشك في نفس المريض.

-عدم تحدث الأخصائي الإكلينيكي في التليفون أمام المريض عن حالة مريض آخر أو يناقش مع المريض مشكلة مريض آخر على سبيل التشبيه أو لتوضيح نقطة معينة.

-كذلك يجب ألا يوضع ملف لمريض آخر على مكتب الأخصائي أمام المريض الذي تجري معه المقابلة حتى لا يظن أن ملفه يمكن أن يكون بمحتوياته عرضة لاستقراء محتوياته.

5- الخصوصية Privacy:

بمعنى أن تجري المقابلة بين الأخصائي الإكلينيكي والمريض على انفراد فقد يتوهم البعض أن وجود شخص ثالث (كممرض أو ممرضة مثلا) لا يؤثر على سير المقابلة وأنه من الممكن إقناع المريض بأن مثل هذا الشخص قد اعتاد الاستماع إلى مثل هذه الأمور, لكن الواقع خلاف ذلك إذ يجد العميل صعوبة كبرى في تناول مشكلاته إلا أمام الأخصائي ويكون من الصعب جدا أن يتحدث عن مشكلاته الشخصية في مكان مزدحم بأشخاص آخرين ومن ثم يجب عدم السماح لأي شخص خلاف الأخصائي بالتواجد أثناء المقابلة على أي نحو من الأنحاء فالسرية لا بد منها كي يستطيع المريض أن يتحدث في حرية تامة صادقة عن مشكلاته الشخصية العميقة.

6- طريقة التسجيل أثناء المقابلة:

يثير موضوع كتابة الأخصائي الإكلينيكي للمذكرات أثناء المقابلة الكثير من النقاش: يرى فريق من الإكلينيكين أن كتابة سير المقابلة ما يزعج الأخصائي الذي يجد نفسه مضطرا إلى أن يوزع انتباهه ما بين الاستجواب والكتابة . كما أن هذه الطريقة من الممكن أن تزعج بعض العملاء أو تشعر المريض بالحرج والضيق من تسجيل البيانات وموضوعات من المفروض أنها سرية خاصة حينما يرى أسراره الدفينة تسجل ويتوهم بالتالي إمكانية أن تنتقل يوما إلى العلانية, وقد يشعر آخرون بأن كتابة المذكرات أثناء المقابلة تؤدي إلى انصراف الأخصائي عنهم أو أنها تقف حائلا بين الأخصائي والمريض.

* ومن ثم :

يرى هذا الفريق من الإكلينيكين أنه يجب ألا يقوم الأخصائي بكتابة أقوال المريض مباشرة أثناء المقابلة ويجب أن يقوم بهذا العمل بعد انتهاء المقابلة مباشرة, ومع ذلك يعترض على هذه الطريقة بأنه من المحتمل ان تتعرض المعلومات التي يأخذها الأخصائي للنسيان والتشويه أو التحريف عند تسجيلها وكتابتها بعد انتهاء المقابلة.

وهناك فريق آخر من الإكلينيكين يرى أن معظم العملاء لا يعترض على كتابة الأخصائي لبيانات المقابلة وليس في ذلك ما يزعج المريض, فحسبه أن يقتنع باهتمام الأخصائي به وعمله على مصلحته ويمكن أن يبدأ الكتابة بعد الدقائق الأولى من المقابلة وقد يكون من المفيد طمأنة المريض وشرح الغرض من كتابة المذكرات ولكن يجب أن يتوقف الأخصائي عن

الكتابة حين يصل الاستجواب إلى الجوانب الخاصة الأليمة أو غير السارة أو الحقل الجنسي أو غير ذلك تقاديا لقلق المريض وازدياد مقاومته.

وهناك اتجاه أمريكي يشير إلى استخدام أجهزة التسجيل الصوتية بدلا من كتابة المذكرات عن محتوى وبيانات المقابلة, غير أن هذا الإجراء يجب استخدامه بعد موافقة المريض لأن التسجيل دون علم المريض يعد استخداما سيئا للسلطة من قبل الأخصائي كما أنه يتعارض مع الأوليات الأخلاقية للعمل الإكلينيكي.

7- المواعيد :

-تعتبر مواعيد المقابلات من العوامل الهامة المؤثرة في نجاح المقابلة التي يجب أن ينتبه لها الأخصائي الإكلينيكي مع المريض: أن يوضع جدول بمواعيد ثابتة في يوم وساعة محدد من كل أسبوع وأن يكون تحديد مواعيد الجلسات مريحا لكل من الأخصائي والعميل وألا تتعارض مع مواعيد العمل ويجب ألا يعتذر الأخصائي عن أي منها إلا للضرورة القصوى.

ويجب أن يكون الزمن كافيا لإجراء المقابلة ويختلف الزمن حسب حالة العميل ومشكلته والمعلومات المطلوبة وغالبا يتراوح زمن المقابلة الواحدة بين نصف الساعة والساعة بمتوسط 45 دقيقة ويلاحظ أن المقابلة إذا كانت قصيرة فإنها لا توتي ثمارها المنشودة, وقد يعتبر بعض العملاء أن المواعيد أقل مما يرجون أو يتوقعون أو يحتاجون ويظيلون في كل جلسة أو يشعرون بالضيق عندما تنتهي وخاصة إذا كانت هناك جلسة كل أسبوع وقد يعتبر البعض الآخر أن المواعيد أكثر مما يتوقعون أو يحتاجون وأنها تؤثر على سير حياتهم العملية وهذا يجعلهم يتخلفون عن بعضها, لذا فإن تحديد الزمن للمقابلة يجب أن يخضع لظروف كل حالة.

ويجب أن تكون المقابلة في الوقت المحدد لا قبل ولا بعد لأن القيام بالمقابلة قبل الموعد المتفق عليه مسبقا قد يفسره بعض المرضى بأنه مبالغة في الاهتمام وقد يشكون في دوافع الأخصائي نحوهم, وإذا بدأت في وقت متأخر عن موعدها المحدد فقد يدركه البعض على أنه علامة على عدم جدية الأخصائي أو فتوره أو نفوره منهم. إذا حدث أن طلب العميل تحديد موعد مقابلة أو جلسة خارج الجدول المتفق عليه, فيحسن أن يكون الموعد في أقرب وقت إن أمكن لأن هذا الوقت يعتبر هو اللحظة السيكولوجية المناسبة لإجراء المقابلة والتي يستطيع فيها تفرغ ما عنده من مشكلات ومستدعيات.

8-المكان:

يجب أن يكون مكان إجراء المقابلة غرفة معدة خصيصا لهذا الغرض وأن تكون هادئة خالية من الضوضاء والمقاطعات والتدخل وعوامل التشتت مما يساعد على الراحة والطمأنينة والاسترخاء وبيسر سير المقابلة، من الممكن أن تتم المقابلة في نادي أو في مكان عام إن كانت جلسة استشارة نفسه تبعا لحالة العميل لأن مثل هذه الأماكن لا يمكن أن تعطي جو المقابلة العلاجية بل هي جلسه قد تؤدي أكثر بالعميل إلى الشعور بأنه طبيعي ولا يتلقى علاج لأنه مريض بل هي جلسه تتسم بالألفه ولا يتم هذا إلا باختصاصى مدرب على هذا وله تجربة فى ممارسة المقابلة فى الأماكن العامه.

ويجب أن تكون الغرفة مستقلة لا يوجد بينها وبين غيرها حواجز أو فواصل خشبية لأن المريض يشعر بالضيق خاصة إذا سمع أصواتا في الغرفة المجاورة ويعتقد أن صوته يمكن أن يسمع في الجانب الآخر. وأثاث الغرفة يتكون عادة من مكتب وكريسيين وأن يكون الكرسيان متقاربين في الطول ومن نفس الطراز وأن تكون الكراسي مريحة بقدر الإمكان وأن تكون الإضاءة مريحة فلا يوضع المريض أمام أشعة الشمس المباشرة أو أمام ضوء مباشر يرهقه ولا بد أن تتوفر التهوية الجيدة التي تشعر المريض بدرجة معقولة من الراحة وألا يسمح بدق جرس التليفون خلال المقابلة، كل ذلك يؤدي إلى انعدام التوتر ويدعو إلى التخفف من القلق والاطمئنان.

وفي جلسات التحليل النفسي تستخدم أريكة ينام عليها المريض على أن يجلس المحلل خلفه أي لا يقع مباشرة في محيط بصر المريض (العميل) حتى يتيح له الفرصة لانطلاق أفكاره دون قيد وفيما عدا ذلك فيستخدم موقف المواجهة إلا إذا كان المريض نفسه لا يستطيع أن يتكلم إلا إذا نظر بعيدا إلى حائط أو نافذة، وفي جميع الحالات يجب ألا يكون الأخصائي والمريض متباعدين كثيرا بشكل يعطل الاتصال والاستماع الجيد.

9-جو المقابلة وسيرها:

هناك عدد من المبادئ يجب على الأخصائي الإكلينيكي أن يراعيها أثناء سير المقابلة مثل: يجب أن يضع الأخصائي في اعتباره أن المريض جاء يطلب المساعدة وعليه أن يحاول تقديمها له وفي هذه الحالة على الأخصائي ألا يضع نفسه في مرتبة أعلى فيبدو في صورة الناقد أو المسيطر أو الرجل صاحب الفضيلة كما لا يجب أن يأخذ موقف المقابلة بوصفه موقفا مسليا بالنسبة له بل يضع نفسه في نفس المستوى الذي يقف فيه المريض. على الأخصائي أن يضع أسئلته في صياغة واضحة ومختصرة ولا توحى بإجابات معينة كما أن الأسئلة الحرجة يجب أن

تلقى ببساطة ودون خجل لأن الأخصائي إذا شعر بالخجل في موضوعات معينة فلن نتوقع من المريض أن يعبر بحرية عن مشاعره.

يجب أن يجيد الأخصائي الإكلينيكي فن الإصغاء وينبغي أن يكون راضيا عن إتاحة الفرصة كاملة وغير مقيدة للعميل (المريض) للتعبير عما بنفسه دون إقحام آرائه أو رغباته أو نظرياته، وليس معنى هذا ان يكون مجرد آلة سلبية فإن الذي يجيد الإصغاء هو الذي يستطيع بأسلوبه واتجاهه أن يقنع عميله بمدى اهتمامه وتقديره لما يروي.

إذا ظهر القلق على المريض في موقف المقابلة بحيث لا يتمكن من الكلام بسهولة فيجب على الأخصائي أن يوجه بعض الأسئلة البسيطة التي تساعد على إقامة علاقة التواد ولا يخوض بسرعة في المشاكل التي تحمل ثقلا انفعاليا كبيرا في وقت لا يكون فيه المريض مستعدا لمناقشتها. وإذا لجأ المريض إلى تكرار موضوع معين دون أن تكون لديه القدرة على الانتقال إلى موضوعات أخرى وفي هذا الحالة يجب على الأخصائي أن يتحرك بأسئلته بسرعة توفيراً للوقت.

إذا حدثت فترات صمت فيجب على الأخصائي أن يواجهها بحكمة ومهارة ففترات الصمت ضرورية ويجب ألا يتعجل الأخصائي إجابات المريض إلا إذا طالت فترات الصمت وأدت إلى ضجر المريض وضيقة فهنا يجب أن يتدخل الأخصائي في الوقت المناسب طبقا لحسه الإكلينيكي ومهارته. وإذا أعطى المريض إجابات مصطنعة فيجب على الأخصائي أن يعيد صياغة بعض الأسئلة من جديد بطريقة تشجع المريض على الحديث ولكن لا يحاول أن يفرض نفسه لانتزاع اعترافات من المريض فإذا أصر على أن يعطينا دائما إجابات مصطنعة فعلى الأخصائي أن يعتبر ذلك علامة في سلوكه لها دلالتها التشخيصية.

إذا حدث وعبر المريض أثناء المقابلة عن بعض انفعالاته بشدة كالبكاء أو الصراخ أو الغضب ... إلخ فالأخصائي هو المسئول عن ضبط الموقف حتى لا يفلت من يده، ويجب أن يظهر للمريض تقديره لمشكلاته دون أن يتورط معه انفعاليا فيفقد السيطرة على انفعالاته هو وقد يكون الصمت والهدوء هما أنسب الطرق لمواجهة هذا الموقف، وسوف يفلت من يده الموقف إذا حاول تغيير الموضوع ويقول للمريض أن هناك موضوعات أخرى يود مناقشتها.

مضمون ومحتوى المقابلة:

1- عرض المشكلة:

بداية المقابلة يجب أن يعطي الأخصائي للمريض الفرصة الكاملة لعرض مشكلته كما يراها وأن يتحدث عن أعراض مرضه وكيف كان إحساسه بالأعراض الأولى وماذا كان منه عند ذلك وما الذي ترتب عليها ... إلخ وعليه ملاحظة:

* أن المريض الذي أتى بنفسه إلى العيادة جاء ليعرض مشكلته ويتخفف من عبئها إلى حد ما, وإعطائه هذه الفرصة يساعده على الراحة وعلى استكمال المناقشة.

* المريض الذي حولته جهة خارجية كالمدرسة مثلا يجب أن يعطي الفرصة كذلك ليوضح مشكلاته أو أعراضه. أحيانا يتسبب التحويل في شيء من الذعر عند الأشخاص المضطربين انفعاليا وعلى الأخصائي الإكلينيكي أن يوضح الأمر للمريض ويهدئ من روعه ثم يدعه يتحدث عن مشكلته ويعبر عن نفسه بهدوء ويتقبل منه كل ما يقوله وهذا التقبل يريح المريض ويطمئنه.

* الطريقة التي يعرض بها المريض مشكلته أو أعراض مرضه لها قيمة تشخيصية هامة.

* فقد يبتكر وجود مشكلة أو قد يلقي المسؤولية على الآخرين أو قد يحاول تبرير تصرفاته.

* وهناك مرضى يشعرون بقلق شديد ويلحقون الأخصائي بالأسئلة ويطلبون منه المساعدة الفورية.

* وهناك مرضى يكون لديهم نوع من الاستبصار ويناقشون مشكلاتهم بوضوح وصراحة. ومهما كان الطريقة التي يعرض بها المريض لمشكلته فمهمة الأخصائي أن يتقبل كل ما يقوله وينصت له بإمعان وعندما ينتهي المريض من عرض مشكلته نستطيع مواصلة المقابلة.

2- الأسرة:

-من المهم للأخصائي الإكلينيكي أن يسأل المريض عن بيانات أسرته:

الأب إذا كان على قيد الحياة يسأل عن عمره وعمله وصحته ونمطه وعاداته وإذا كان قد توفي فكم كان عمره عند الوفاة وسبب الوفاة وعمر الأم عند وفاة أبيه.

وتسأل نفس الأسئلة فيما يتعلق بالأم والأخوة والأخوات والأجداد والجذات. ويسأل المريض عما إذا كان قد عاش منذ ميلاده حتى الآن بين أبويه وإذا كانت الإجابة بالنفي فمن الأشخاص الذين عاش معهم ويسأل نفس الأسئلة السابقة عنهم. ترتيب الطفل الميلادي وموقعه بين اخوته ودرجة تقاومه مع كل منهم. طريقة تربيته (تسامح، صرامة، تدليل) العقاب (أسبابه، كلفيته، ومن الذي

كان يوقع به العقاب واستجابته لذلك) ومن الشخص الأكثر تدليلا له ولمن كان يوجه حبه في الطفولة (للأب أم للأم) وهل يشعر بالسعادة بين أهله ... إلخ.

3- الطفولة:

يسأل المريض عن طفولته ونمطه (هدوء ، شراسة) وتطوره البدني والنفسي منذ ميلاده : (الرضاعة والغطام والمشي والكلام) العمر الذي توقف فيه عن تبديل الفراش ... وما إذا كان قد مارس قضم أظافره وهل أصيب بنوبات عصبية ... السن الذي بدأ ينام فيها منفردا ، استجابته لميلاد أخ جديد ... إلخ .

4- التعليم :

يسأل المريض عن عمره عند دخول المدرسة واستجابته لذلك والمستوى التعليمي الذي وصل إليه والمواد التي كان يفضلها أكثر من غيرها وهل كان متفوقا في دراسته أم متأخر دراسيا، المهنة التي كان يطمح لها وهو صغير وعمما إذا كانت الأسرة قد مارست عليه ضغوطا في أثناء دراسته، ويسأل عن علاقاته بأصدقائه ومدى رغبته في الزعامة أم اقتناء أثر الغير، وعن مدرسيه وعلاقاته بهم والأثر الذي تركوه فيه.

5- العمل:

إذا كان المريض يعمل نسأل عن عمله الأول وطبيعته وما كان عليه واتجاهه نحوه ودافعه للعمل. وإذا كان قد ترك عمله فيسأل عن السبب في ذلك. ويسأل عما إذا كان شغوفًا بعمله الحالي راضيا عنه قانعا بأجره وعلاقاته بزملائه ورؤسائه ومرءوسيه وطموحاته في المجال المهني والصراعات الانفعالية التي تواجهه في عمله.

6- طموح المريض وتوقعاته تجاه المستقبل :

من المهم للأخصائي الإكلينيكي أن يتعرف على طموحات المريض وخاصة في مجال العمل والزواج والأسرة ...

ماذا يعني المستقبل بالنسبة له ؟

هل يتوقع النجاح أم الفشل ؟

وماذا يرى أن القدر يخبئ له ؟

هل يرى المستقبل مشرقا أم مظلما ؟

ما طموحاته بالنسبة للمستقبل ؟

وما هي المهنة التي يعد نفسه لها ؟

فمثل هذه الأمور تجعل الأخصائي يتمكن من معرفة ما إذا كانت طموحات المريض واقعية أم خيالية وهل هو متفائل أم متشائم بخصوص المستقبل.

7- درجة استبصار المريض بالعوائق او بالإحباطات التي تواجهه:

فالأخصائي الإكلينيكي بحاجة إلى معرفة شيئاً عن العوائق والإحباطات التي يخبرها المريض أو التي يتوقع أن يواجهها في المستقبل. وهو في حاجة إلى التعرف على درجة استبصار المريض بالمعوقات التي تعترضه والتي يجب عليه تخطيها لكي يحقق طموحاته وأهدافه فمن خلال ذلك يحاول الأخصائي الحكم على درجة استبصار المريض بهذه المعوقات وارتباطه بالواقع ... كما يحاول ملاحظة العوائق التي تقف في طريقه فعلاً مثل: الذكاء أو التعليم أو السن أو الفقر أو الأطفال أو الأسرة ... إلى غير ذلك.

8- الاهتمامات:

الأخصائي الإكلينيكي أثناء المقابلة عليه فهم مشكلات المريض وأن يتعرف على طريقة تفكيره واهتماماته والمجالات التي تشغله مثل: الدراسة أو الموسيقى أو التمثيل أو القراءة أو الذهاب إلى السينما أو صحبة الأصدقاء أو الألعاب والرياضة ... إلخ ولكن الذي يجب أن ينتبه الأخصائي الإكلينيكي لمعرفة ما إذا كانت هذه الاهتمامات واسعة أم ضيقة وهل يشارك المريض في النشاط أم هو سلبي ومتفرج فقط.

9- المشاركة الاجتماعية في النشاط الترويحي:

من الأهمية بمكان التعرف على اهتمامات المريض الترويحية ووسائله في التسلية ونوع النشاط الذي يمتعه أكثر من غيره، ثم معرفة مدى مشاركة المريض الاجتماعية فيها، ومن المهم أن يعرف الأخصائي رفاقه الذين يقضي معهم أوقات فراغه: هل هم أكبر منه سناً أم أصغر؟ وهل هم من الأسرة أم أصدقاء من خارجها؟ أم لا يهتم بالأصدقاء عموماً؟ وهل يتولى مركز القيادة في أي عمل ترفيهي أم عادة ما يكون تابعاً للآخرين؟ فمثل هذه الأمور من الأهمية بمكان لتفهم الصورة الإكلينيكية للحالة.

10- الخبرات المؤلمة واستجابة المريض لها:

يجب أن يعطي المريض الفرصة لكي يعبر عن خبراته المؤلمة الحزينة وهذه الفرصة تتيح المجال للأخصائي لكي يتعرف على الأحداث التي كانت بمثابة تهديد للمريض. ممكن ان يتحدث المريض عن الصدمات التي تعرض لها في حياته العاطفية أو الأسرية أو الدراسية أو الاجتماعية ... إلخ، وعلى الأخصائي ألا يلاحظ نوع هذه الصدمات فقط بل درجة تناسب

استجابة المريض للصدمة ذاتها فهذه الاستجابة كما يصفها المريض لها قيمة تشخيصية كبيرة فمن خلالها يمكن معرفة ما إذا كانت انفعالاته ومشاعره واقعية وتتلاءم مع الحدث المؤلم أم أنها عنيفة جدا ومبالغ فيها بالنسبة لهذا الحدث أم أنه متبلد المشاعر إزاءه.

11- مزاج المريض وحالته الوجدانية:

مزاج المريض وحالته الوجدانية من الممكن أن نستنتجها من مظهره العام ومن محتوى كلماته ومن طريقته في الحديث. كما يجب أن يكون الأخصائي أكثر عمقا في الحكم على حالة المريض المزاجية من خلال الأسئلة التي يمكن توجيهها للمريض مثل: هل أنت شخص سعيد؟ هل شعرت مرة أن الحياة لا معنى لها؟ هل شعرت مرة بأنك سعيد جدا لدرجة أنك لم تدر ماذا تفعل؟ إلى أي حد تهتز وتفرح إذا كنت سعيد؟ هل تشعر دائما بالإجهاد والتعب؟ هل تشعر أحيانا بأنك تريد أن تقتل نفسك؟ هل تشعر كثيرا أنك مكتئب جدا؟... إلخ، الإجابة عن مثل هذه الأسئلة تعطي الأخصائي بعض المعلومات التي توضح له الطبيعة المزاجية للمريض. ويجب على الأخصائي أن يتدرج في مناقشة هذا الموضوع تدرجا طبيعيا ويضع أسئلته بشكل معقول ومناسب حتى لا توهي هذه الأسئلة بإجابات معينة.

12- القلق:

كثير من الموضوعات التي يتحدث عنها المريض بوصفها مصادر لقلقه ليست إلا واجهة سطحية وهي ليست إلا بدائل للمصادر الحقيقية المكبوتة ولكن من المهم التعرف على هذه المصادر التي يراها المريض سببا لقلقه فمن الممكن أن تكون مرتبطة بالمصادر الحقيقية التي يستطيع هو رؤيتها بوضوح،

فالأسئلة التي يسأل عنها المريض: ما الذي يقلقك دائما أكثر من غيره؟ وهل ترى نفسك دائما قلقا دون أن يكون هناك داع للقلق؟ وهل هذا القلق مؤقت أم دائم؟ الإجابة عن هذه التساؤلات غالبا ما تتعلق بموضوعات خاصة بالدراسة والصحة والبيت والأسرة والدين والعمل والحوادث والعادة السرية والجنسية المثلية أو الغيرية ... إلخ.

13- المخاوف:

أيضا فإن معظم المخاوف التي يتحدث عنها المريض ليست إلا بدائل لمصادر أخرى عميقة للخوف وغالبا ما يكون الخوف من الأماكن المفتوحة أو الخوف من الأماكن المغلقة أو الخوف من الأماكن المرتفعة أو الخوف من النار أو الخوف من الحيوانات ... إلخ. ويجب على الأخصائي أن يلاحظ هذه المخاوف التي يتحدث عنها المريض ويسجلها سواء حقيقية أم متخيلة.

14- مصادر الصراع:

إذا ما استطاع الأخصائي الإكلينيكي أن يقف على الصراع الأساسي عند المريض فإنه بذلك يكون قد خطا خطوة أساسية نحو فهمه ويجب على الأخصائي الإكلينيكي أن يوجه اهتماماته إلى جميع أنواع الصراعات التي يذكرها المريض في علاقاته مع الآخرين إذ أن الصراعات الداخلية التي تدور داخل المريض غالبا ما تعكسها الصراعات الخارجية التي تدور بين المريض الآخرين.

وغالبا ما تقع الصراعات حول المعتقدات الدينية أو الأخلاق أو المعايير أو القانون أو مجال العمل, فإذا كانت صراعات المريض في مجال العمل فيجب على الأخصائي الإكلينيكي أن يلتزم أي روابط بين الصراعات الموجودة في مجال العمل والصراعات الموجودة في داخل الأسرة أي معرفة العلاقة بين المريض ورئيسه وطبيعته وعلاقته بوالديه أو علاقة المريض بزملائه وطبيعته وعلاقته بأخوته ... إلخ. هل هناك ميل لأن يدافع عن أعضاء أسرته أو أن لديه ميل لأن يسقط عليهم مشاكله الشخصية وهل هو قلق تجاه البيت وهل يشعر بعدم الأمان في البيت ... إلخ.

15- المعتقدات الدينية :

فالكشف عن هذا الجانب يوضح لنا جزءا هاما من الصورة الإكلينيكية للمريض فالجانب الديني جزء من التركيب النفسي للفرد ولا يجب إهماله وكثيرا ما يكون مسرعا للتعبير عن صراعات داخلية عنيفة. فالاتجاهات الإلحادية غالبا ما تكون نوعا من العدوان الموجه نحو مصدر السلطة (الأب). والحماس الديني المتطرف غالبا ما يكون محاولة دفاعية من المريض لكي يلوذ من الإحساس بالذنب الناجم عن دفاعته الجنسية, أي أن هذه الاتجاهات الدينية من الممكن أن تكون أعراضا تعبر عن مصادر عميقة في اللاشعور.

16- مشاعر الذنب:

على الأخصائي الإكلينيكي أن يحاول التعرف على درجة شعور المريض بالذنب وذلك من خلال عديد من التساؤلات :

* هل تشعر دائما بأنك إنسان سيء؟ وما هي الجوانب السيئة فيك؟

* ما الذي يشعرك دائما بالذنب؟ هل تعتقد أنك ترتكب دائما أفعالا سيئة؟ وما الذي تفعله؟

إن الإجابة عن هذه الموضوعات يمكن أن يعبر فيها المريض عن شعور عام بالذنب أو شعور خاص بموضوعات معينة وقد يعبر عن الرغبة في التفكير عن ذنوبه التي يبالغ فيها وقد

يعبر عن خوفه من اتهام الآخرين له وقد يبرر أفعاله أو يتضح لديه ثنائية وجدانيه في اتجاهاته نحو سلوكه.

17- أوجه الكف:

الاحصائي يجب أن يناقش مع المريض أوجه القمع والضبط التي يفرضها على نفسه شعوريا أو لاشعوريا ولهذه المناقشة أهمية قصوى إذا استطاع المريض أن يتحدث عن أوجه القمع هذه ومن ناحية أخرى فإن العجز عن التحدث عن أفكاره الضابطة له أيضا دلالة سيكولوجية, وللأخصائي الإكلينيكي أن يفرق بين أمرين :

* هل سلوك المفحوص تضبطه قوى رادعة خارجية أم قوى رادعة داخلية؟

* وهل المريض لا يرتكب فعلا مستهجنا لأنه يخاف من عقاب خارجي يوقعه عليه أشخاص آخرون أو سلطة قانونية أم هو لا يرتكب هذا الفعل خوفا من ضميره الشخصي؟ ويجب أن نعرف أن إنكار المريض لوجود أية أسس ضابطة أو كف على سلوكه له أيضا معنى تشخيصيا في السياق النفسي لهذا المريض.

18- الأفعال الوسواسية والأفكار القهرية:

يستطيع الأخصائي أن يتعرف على بعض الأفكار الوسواسية والقهرية المسيطرة على المريض أثناء المقابلة من خلال سلوكيات المريض ومحاولاته المستمرة للتأكد من غلق الأبواب حتى لا يسمع الناس بما يقوله أو كثرة غسيل الأيدي أو كثرة التفكير المستمر في بعض الأفعال الفاحشة أو العدوانية ... إلخ - ويمكن أن يسأل الأخصائي المريض:

- هل تقوم ببعض الأفعال التي ترى نفسك مجبرا عليها ولا تستطيع مقاومتها دون سبب معقول؟

- هل تفكر أحيانا في بعض الأمور التي لا تريد التفكير منها؟

- هل تجد أحيانا بعض الأفكار تقحم نفسها على مجال تفكيرك بالقوة؟ حدثني عن هذه الأفكار؟

- وغالبا ما تدور استجابات المريض حول التشاؤم أو الأفكار الفاحشة أو وسواس العد أو غلق الأبواب أو توقع الحوادث أو السلوك الجنسي ... إلخ.

19- الأحلام وعادات النوم:

فيجب التعرف على محتوى الأحلام عند المريض والتعرف على طابعها العام من حيث تكرارها وهل ينساها المريض دائما وهل هي من النوع المزعج, ويجب أن يسجل حلما أو أكثر لمعرفة ملابساته. كذلك فمن الممكن مناقشة عادات النوم, هل يذهب المريض إلى النوم في موعد محدد؟ ما هي كمية النوم المعتادة ؟ هل من السهل عليه أن ينام أم يصاب بالأرق في أول الليل؟

أو يصاب بالأرق في آخر الليل؟ أو لا يستطيع النوم بعد ذلك؟ وهل يستيقظ في الصباح متعباً؟ هل يتكرر عنده الفزع الليلي؟ أو النوم المفرط؟ ... إلخ.

20- التخيلات:

من المعروف أن أحلام اليقظة والتخيلات من أشكال التعويض وهي نتيجة لإحباط دوافع الفرد. ففي حلم اليقظة يحاول الفرد أن يشبع هذه الدوافع المحببة التي لم تشبع في الواقع ولذلك فأحلام اليقظة لها دلالة ومعنى. ويجب على الأخصائي أن يحاول التعرف على محتوى هذه الأحلام وتلك التخيلات ودرجة انشغال الفرد بها واستغراقه فيها لأن هذا الاستغراق المفرط علامة على وجود صراعات داخلية حادة.

21- توهم المرض:

إن فكرة المريض عن صحته ودرجة انشغاله بوظائف جسمه من أهم الموضوعات التي يجب أن ينتبه إليها الأخصائي أثناء المقابلة، فإذا كان لدى المريض بعض أفكار توهم المرض فسوف تفرض نفسها على المناقشة أثناء عرض المريض لمشكلته، وأحياناً تجد المريض أثناء المقابلة يمسك رأسه أو يجس نبضه وسؤال المريض عن ذلك كفيلاً بالكشف عن أفكار المريض عن جسمه ووظائفه.

22- التوافق الجنسي:

إن العلاقة بالجنس الآخر من أهم الجوانب التي تكشف لنا عن توافق المريض بصفة عامة ويجب على الأخصائي أن يلاحظ: أن الأفراد الذين يذكرون أنه لا توجد علاقة بينهم وبين أي شخص من الجنس الآخر من أي نوع وكذلك الذين يفرضون شيئاً من القمع على هذه العلاقات مع الجنس الآخر، إنما يدل ذلك على كبت للناحية الجنسية ويكون مثل هؤلاء الأفراد غير متوافقين جنسياً. أما إذا وجدت هذه العلاقات الجنسية وكانت مضطربة بشدة كان ذلك دليلاً على وجود صراعات داخلية عميقة. فبحث الأخصائي الإكلينيكي للكشف عن هذه الناحية تعطينا فكرة عن طبيعة علاقات المريض بالجنس الآخر ودرجة الثنائية في اتجاهاته نحو الجنس وقلقه من الجنس أو خوفه أو شعوره بالذنب أو الاشمئزاز .. إلخ.

الفصل الثالث

وسائل جمع المعلومات فى العلاج النفسى

يعتبر الحصول على المعلومات اللازمة فى العلاج النفسى، عن المريض وبيئته حلقة الاتصال بين الجانب النظرى والجانب التطبيقى فى علم النفس العلاجى. وتتعدد وسائل جمع المعلومات فى العلاج النفسى حتى يمكن الحصول على أكبر قدر ممكن منها. ومن هذه الوسائل: المقابلة، والملاحظة، والاختبارات والمقابيس، والسيرة الشخصية، ودراسة الحالة.

أولاً: المقابلة

تعتبر المقابلة الوسيلة الأساسية فى الفحص والتشخيص. وهى علاقة مهنية بين المعالج والمريض فى مناخ نفسى آمن تسوده الثقة المتبادلة والسرية التامة بين الطرفين بهدف تبادل المعلومات والخبرات والمشاعر والاتجاهات.

وتكون العلاقة خالية من الشك والخوف والتهديد والأمر والنهى.

والمقابلة العلاجية نوع من المحادثة التى تتم بين المعالج النفسى والمريض فى موقف مواجهة غايته الحصول على معلومات عن سلوك المريض ومشكلاته واضطرابه والعمل على حلها والإسهام فى تحقيق التوافق الشخصى له.

أنواع المقابلة :

للمقابلة أنواع كثيرة منها :

* **المقابلة الاستفهامية:** وتهدف إلى جمع المعلومات والبيانات عن الفرد عن طريق الأهل والأقارب والأصدقاء وزملاء العمل، بقصد تقييم الحالة وتشخيصها والكشف عن أبعاد المشكلة أو الاضطراب الذى يعانى منه المريض.

* **المقابلة لأداء الاختبارات:** ويقوم بها الأخصائى النفسى على مرحلتين :

* **مقابلة ما قبل الاختبار النفسى:** وذلك لتهيئة المريض عقلياً ونفسياً للتخفيف من مخاوفه وقلقه من موقف الاختبار حتى يكون أداؤه سليماً.

* **مقابلة ما بعد الاختبار:** وذلك لإشباع رغبة المريض فى معرفة نتائج الاختبارات التى طبقت عليه، ولهذا أثر كبير على حالته النفسية، حيث أنها تخفف من حدة قلق الاختبار، كما تساعد فى توجيه الحالة نحو عملية العلاج وتقبلها.

* **المقابلة الممهدة للعلاج النفسى:** والهدف منها تعرف المريض بمشكلته واضطرابه وطريقة العلاج المناسبة، وضرورة تعاونه مع المعالج. ويقوم المعالج النفسى بشرح وتفسير المشكلة أو المرض للمريض، وتوضيح إمكاناته المتاحة، وتعديل آرائه واتجاهاته الخاطئة نحو نفسه ونحو العلاج النفسى، وطول فترة العلاج وعدد الجلسات.

محتوى المقابلة الشخصية :

تختلف المقابلة التشخيصية من حالة لأخرى من حيث درجة وشدة ونوعية الحالة. وعلى الرغم من ذلك توجد خطوات مشتركة تشتمل عليها كل مقابلة ومنها: صياغة المشكلة على لسان المريض، واهتمامات المريض وطموحاته، وميوله، ودوافعه، وحوافزه، ومدى استبصاره بإحباطاته وصراعاته، وخبراته الأليمة، والتقلب المزاجى والسلوكى المضطرب، ومخاوفه الظاهرة والباطنة، ومعتقداته الدينية، ومشاعر الذنب لديه وأفكاره وأفعاله القهريّة، وأحلامه وعادات نومّه، وأحلام اليقظة والتخيلات والهوسات ومكاسبه المرضية، وتوافقه الجنسى. وتؤكد البحوث الحديثة أهمية وجود دليل عمل فى المقابلة لجمع المعلومات، وفى عملية الفحص والتشخيص والعلاج.

شروط المقابلة الناجحة:

من أهم العوامل التى تساعد نجاح المقابلة ما يلى:

* وضوح الهدف من المقابلة.

* نجاح المعالج النفسى فى تهيئة مناخ علاجى صحى أساسه علاقة الألفة والمودة.

* شرح الغرض من المقابلة وأهدافها وتأكيد السرية التامة للبيانات التى تجمع عن طريق المقابلة.

* وضوح الأسئلة والاستفسارات ومناسبتها لمستوى المريض .

* البدء بالأسئلة التى لا تستثير فى المريض موقفا سلبيا.

* الدقة والتحديد فى اختيار ألفاظ الأسئلة حتى لا تستثير مشاعر المريض.

* عدم مقاطعة المريض أثناء استرساله فى الحديث أو بقطع تسلسل الأفكار لديه.

* تقبل آراء واتجاهات المريض كما هى وتقبله ككل دون إصدار أحكام تستهجن سلوكه أو تمدحه.

* رفع مستوى صدق وثبات المقابلة بإجرائها بطرق مختلفة وفى أوقات وأماكن متفرقة وذلك لكشف

جميع الجوانب المطلوبة عن سلوك المريض.

مزايا المقابلة الشخصية: تمتاز المقابلة بما يلى:

* الحصول على معلومات لا يمكن الحصول عليها عن طريق الوسائل الأخرى، مثل التعرف على الأفكار

والمشاعر والأمال، وبعض خصائص الشخصية، مما يتيح فهما أفضل للمريض ومشكلاته واضطراباته.
* تكوين مناخ من الألفة والاحترام الثقة المتبادلة بين المعالج والمريض.
* إتاحة الفرصة أمام المريض للتفكير بصوت عال في حضور مستمع جيد مما يمكن م التعبير عن نفسه وعن مشكلته واضطرابه.

* إتاحة فرصة التفهيم الانفعالي وتبادل الآراء في مناخ نفسى آمن.

* تنمية تحمل المسؤولية الشخصية للمريض في عملية العلاج .

عيوب المقابلة الشخصية :

للمقابلة الشخصية عيوب منها:

* تحيز المعالج في تفسيره للمحادثة أو نظرتة للمريض.

* الإيحاء للمريض بنوع معين من الاستجابة على بعض الأسئلة.

* المرغوبية الاجتماعية التي تؤدي بالمريض إلى الهروب من بعض المواقف المخجلة أو المعيبة في مفهوم الذات الخاص.

* ضيق الوقت المحدد للمقابلة مما قد يؤثر على ثبات وصدق المقابلة.

ثانيا: الملاحظة

الملاحظة وسيلة هامة وأساسية في الحصول على المعلومات اللازمة عن سلوك المريض ، وهى من أقدم وسائل جمع المعلومات .

وتشمل الملاحظة ملاحظة السلوك في مواقف الحياة الطبيعية ، ومواقف التفاعل الاجتماعى بكافة أنواعه ، فى اللعب والدراسة والعمل ، وفى مواقف الإحباط والمسؤولية الاجتماعية والقيادة .

هدف الملاحظة :

تهدف الملاحظة إلى تسجيل الحقائق الخاصة بسلوك المريض ، وتسجيل التغيرات التى تحدث فى سلوكه نتيجة للنمو ، وتحديد العوامل التى تحركه سلوكيا ، وتفسير السلوك الملاحظ .

أنواع الملاحظة :

تتعدد أنواع الملاحظة ، ومنها :

* **الملاحظة المنظمة الخارجية:** وأساسها المشاهدة الموضوعية والتسجيل لنواح سلوكية معينة دون التحكم فى الظروف والعوامل التى تؤثر فى هذا السلوك. ويمكن أن تكون تتبعية لسلوك معين.

* **الملاحظة المنظمة الداخلية:** وتكون من الشخص نفسه لنفسه "التأمل الباطني"، وهي ذاتية بطبيعتها، ومن عيوبها أنها لا يمكن أن تستخدم مع الأطفال.

* **الملاحظة المباشرة:** وتكون مع المريض وجها لوجه في المواقف ذاتها.

* **الملاحظة غير المباشرة:** وهي التي تحدث دون اتصال مباشر بين الملاحظين والمريض، ودون أن يدرك المريض أنهم موضع ملاحظة.

* **الملاحظة العرضية (الصدفية):** وهي عفوية غير مقصودة وتأتي بالصدفة، وتكون سطحية وغير دقيقة، وليس لها قيمة علمية كغيرها من أنواع الملاحظة. ومن أمثلتها ملاحظة سلوك المريض في المنزل أو في العمل أو مع رفاق السن.

* **الملاحظة الدورية:** وهي التي تتم في فترات زمنية محددة وتسجل حسب تسلسلها الزمني كل يوم أو كل أسبوع أو كل شهر.

* **الملاحظة المقيدة:** وتكون مقيدة بمجال أو بموقف معين أو بفقرات محددة، مثل ملاحظة الأطفال في اللعب، أو التفاعل الاجتماعي مع الكبار.

عوامل نجاح الملاحظة:

من عوامل نجاح الملاحظة: سرية المعلومات، والموضوعية في التسجيل وتفسير السلوك والدقة في الإجراء، والخبرة والتدريب الجيد. ومن عوامل نجاح الملاحظة أيضا شمولها لعينات متنوعة من سلوك المريض السالب والموجب، ونقاط قوته وضعفه، وانتقاء السلوك المتكرر أو الثابت نسبيا، والاهتمام به وتمييزه عن السلوك العارض أو الطارئ.

خطوات إجراء الملاحظة:

من خطوات إجراء الملاحظة ما يلي :

* **الإعداد:** وذلك بالتخطيط المنظم لها والتحديد المسبق للسلوك المراد ملاحظته وأبعاده، وتحديد المعلومات المطلوبة، وهدف الملاحظة، وتحضير الأدوات اللازمة للتسجيل، وتحديد الزمان والمكان الذي تتم فيه الملاحظة.

* **المكان:** تتم الملاحظة العلمية في حجرات مجهزة بالأجهزة والأدوات اللازمة. ولقد تطورت أساليب

الملاحظة بتطور الأجهزة العلمية في معامل علم النفس مثل آلات التصوير السينيمائي وكاميرات الفيديو والدوائر التلفزيونية المغلقة. ويستخدم كذلك غرف بها حواجز للرؤية من جانب واحد حيث يرى الملاحظون المريض دون أن يراهم أحد منهم، وذلك لعدم الإحراج وحتى يكون السلوك تلقائيا قدر الإمكان.

* **اختيار عينات سلوكية مختلفة للملاحظة:** وذلك باختيار عينات متنوعة ومتعددة وشاملة وممثلة لأكثر عدد

من مواقف الحياة المختلفة فى أوقات ومناسبات مختلفة، فى مواقف فردية أو جماعية. كذلك يجب الاهتمام بتكامل الموقف الملاحظ. أى أن يكون السلوك الملاحظ موقفا له بداية ونهاية.

* **عملية الملاحظة:** تتم عملية الملاحظة مع مريض واحد فى وقت واحد. وفى حالة ملاحظة سلوك الجماعة يحسن استخدام الشرائط التسجيلية والأفلام. ويحسن تعدد الملاحظين ضمانا للموضوعية والدقة، مع اتفاقهم جميعا على السلوك المراد ملاحظته ومعانى السمات السلوكية التى تلاحظ. ويحسن أن تستخدم قوائم الملاحظة لتحقيق هذا الغرض.

* **التسجيل:** يجب أن تسجل الملاحظة بعدها مباشرة وليس أثناءها، ويجب الإسراع بتسجيل وتلخيص كل ما دار فى الملاحظة. كذلك تسجيل تاريخ ومكان وزمان الملاحظة وأسماء من قاموا بها.

* **التفسير:** يتم تفسير السلوك الملاحظ، ويجب أن يكون فى ضوء الخلفية التربوية والاجتماعية والثقافية والاقتصادية للمريض، وخبراته السابقة وإطاره المرجعى.

مزايا الملاحظة: من مزايا الملاحظة ما يلى:

* الحصول على معلومات لا يمكن الحصول عليها عن طريق غيرها من الوسائل.

* دراسة السلوك الفعلى فى مواقفه الطبيعية. وهذا أفضل من قياسها بالاختبارات والمقاييس أو السلوك اللفظى والتى قد تلعب فيها المرغوبية الاجتماعية دورا كبيرا.

عيوب الملاحظة: من عيوب الملاحظة ما يلى:

* تدخل الذاتية ورجوع الملاحظ فى ملاحظته إلى خبراته الشخصية.

* رفض بعض الأفراد والجماعات بأن يكونوا موضع ملاحظة، كالمراهقين والأزواج والأسر.

* تعارض بعض أنواع الملاحظة مع مبدأ رئيسى من أخلاقيات العلاج النفسى، وهو استئذان المريض قبل الملاحظة مما يفسد التلقائية والطبيعية فى سلوك المريض.

ثالثا: الاختبارات والمقاييس

الاختبارات والمقاييس النفسية من أهم وسائل جمع المعلومات فى الفحص والتشخيص. وتهتم العيادات النفسية بإعداد الكثير من الاختبارات والمقاييس الفردية والجماعية فى شكل " بطارية " لقياس جوانب الشخصية المختلفة مثل: الذكاء، والاتجاهات، والقيم، والميول، والقدرات، والتوافق.

والاختبارات والمقاييس وسيلة جيدة لتحديد دوافع وصراعات واهتمامات واستعدادات وقدرات المريض. وتوجد أنواع كثيرة من الاختبارات والمقاييس منها: اللفظية وغير اللفظية، والفردية والجماعية، والعملية والورقية، واختبارات السرعة والدقة، والاختبارات التشخيصية.

ويمكن الاستفادة من الاختبارات والمقاييس فى دراسة السلوك الإنسانى والحصول على بيانات دقيقة إذا أحسن استخدامها ووضعت لها الضوابط، وأمكن التأكد من ثباتها وصدقها ودالاتها الكليينكية. وتطبق الاختبارات والمقاييس فى وقت أقصر وبمجهود أقل عن الوسائل الأخرى ، وتساعد فى تحديد الوسائل الملائمة للعلاج.

شروط الاختبارات والمقاييس الجيدة:

هناك شروط يجب توافرها فى الاختبارات والمقاييس الجيدة ، وهى:
الصدق ، والثبات ، والموضوعية ، والتقنين ، وسهولة الاستخدام ، وتعدد الاختبارات ، والاعتدال فى استخدامها ، وتجنب المرغوبية الاجتماعية ، والبعد عن أثر الحالة.

استخدام الاختبارات والمقاييس:

يتطلب استخدام الاختبارات والمقاييس النفسية مراعاة دقة اختيارها، ومهارة الأخصائى فى تطبيقها وقابلية المفحوص لها، ومراعاة الشروط الأساسية كاختيار المكان المناسب لأدائها، والمناخ النفسى الهادئ، والإجراء السليم، وتفسير نتائجها موضوعياً.

أنواع الاختبارات والمقاييس:

توجد أنواع عديدة من الاختبارات والمقاييس حسب الغرض منها ، ومن أنواعها ما يلى:

* **اختبارات ومقاييس الذكاء:** وتكون فى صور تتناسب مع التعريف الرئيسى الذى يقوم كل منها على أساسه، فمنها ما يقيس الذكاء باعتباره القدرة العقلية العامة، أو القدرة على إدراك العلاقات والمتعلقات، أو القدرة على حل المشكلات. ومن أمثلة اختبارات ومقاييس الذكاء: مقياس ستانفورد . بينيه الذى عدله وعربه إسماعيل القبانى، واقتبسه محمد عبد السلام أحمد ولويس كامل مليكة، ومقياس ويكسلر لذكاء الأطفال إعداد محمد عماد الدين إسماعيل ولويس كامل مليكة، ومقياس ويكسلر بيلفيو لذكاء الراشدين والمراهقين إعداد لويس كامل مليكة، واختبار عين شمس للذكاء الابتدائى تأليف عبد العزيز القوصى وآخرون، واختبار ذكاء الشباب المصور تأليف حامد زهران، واختبار ذكاء الشباب اللفظى تأليف حامد زهران، واختبار ذكاء الأطفال تأليف إجلال سرى.

* **اختبارات ومقاييس التحصيل:** وهى اختبارات معلومات ومعارف ومهارات. وتعتبر الحصيلة التربوية مقاييس لنتائج عملية التعلم. ومعظم اختبارات التحصيل المقننة من النوع الموضوعى الذى يتضمن عددا كبيرا من الأسئلة ذات الإجابات القصيرة، أو الاختيار من متعدد، أو التكملة، أو الصح والخطأ، أو المزوجة. وتقوم المراكز القومية للبحوث التربوية والمراكز القومية للتقويم والامتحانات بإعدادها وتقنينها.

* **اختبارات ومقاييس الشخصية:** وتكون لقياس أبعاد الشخصية وسماتها وأثرها على السلوك والتوافق النفسى. ومعظم اختبارات ومقاييس الشخصية تؤدي إلى صفحة نفسية تحدد موقع المريض بالنسبة لأبعاد الشخصية وسماتها. ومن الاختبارات ومقاييس الشخصية الشائعة الاستخدام: اختبار عوامل الشخصية للراشدين تأليف ريموند كاتيل وإعداد عطية هنا وآخرون، وقائمة أيزينك للشخصية إعداد جابر عبد الحميد جابر ومحمد فخر الإسلام، واختبار مفهوم الذات تأليف حامد زهران، واختبار بقع الحبر وضع رورشاخ، واختبار تفهم الموضوع للكبار وضع هنرى موراي إعداد أحمد عبد العزيز سلامة، واختبار تفهم الموضوع للأطفال وضع بيلاك ويوجد منه صورة تتضمن أشكال حيوانات وأخرى تتضمن أشكال آدمي، واختبار تفهم الموضوع للمسنين وضع بيلاك وبيلاك وتعريب عبد العزيز القوصى ومحمد الطيب، واختبار ساكس لتكملة الجمل إعداد أحمد عبد العزيز سلامة .

* **اختبارات ومقاييس التشخيص:** وهدفها المساعدة فى تحديد المشكلات وتشخيص الاضطرابات والأمراض النفسية ومن أمثلتها اختبار التشخيص النفسى تأليف حامد زهران، واختبار الشخصية المتعدد الأوجه تأليف هاتاوى وماكينلى إعداد عطية هنا وآخرون، واختبار الشخصية السوية إعداد عطية هنا وسامى هنا. * **اختبارات التوافق النفسى:** وهى تقيس التوافق النفسى للمريض شخصيا واجتماعيا ومهنيا وزوجيا وأسريا، ومن أمثلتها: اختبار التوافق للطلبة وضع هيو بيل وإعداد محمد عثمان نجاتى، واختبار التوافق النفسى العام تأليف إجلال سرى.

* **مقاييس الصحة النفسية:** وهى تقيس الصحة النفسية للفرد ومن أهمها : مقياس الصحة النفسية اقتباس وإعداد محمد عماد الدين إسماعيل وسيد مرسى، ومقياس الصحة النفسية للشباب وضع حامد زهران وفيوليت فؤاد.

مزايا الاختبارات والمقاييس :

تمتاز الاختبارات والمقاييس بما يلى :

- * تكون موضوعية وأكثر صدقا وثباتا من غيرها من الوسائل.
- * تعطى تقديرا كميا وكيفيا معياريا لشخصية المريض واستعداداته وقدراته.
- * تعتبر وسيلة اقتصادية.
- * تعتبر وسيلة فعالة فى التصنيف والتقييم واتخاذ القرارات والتنبؤ.

- عيوب الاختبارات والمقاييس:** من أهم عيوب الاختبارات والمقاييس ما يلي:
- * تعطى صفات للمرضى تظل ملازمة لهم مما قد يؤثر فى الوضع الاجتماعى لهم.
 - * قد يوجد بها بعض القصور فى إنشائها وتقنيها.
 - * يبالغ فى الاهتمام بها بعض المعالجين ويعتقدون أنها أهم ما فى عملية العلاج النفسى.
 - * قد يساء استخدامها أو تفسير درجتها.

رابعاً: السيرة الشخصية:

هى تقرير ذاتى يكتبه الفرد عن نفسه بقلمه. وهى تتناول حياة الفرد الشعورية لمعظم جوانب حياته مثل ماضيه وحاضره وتاريخه الشخصى والاجتماعى والمهنى والانفعالى، وخبراته الهامة ومشاعره وأفكاره وميوله وهواياته وقيمه وأهدافه وخطته المستقبلية وأسلوب حياته، ومشكلاته وإحباطاته وصراعاته، وتوافقه العام واتجاهاته. ويتم جمع المعلومات بوسيلة السيرة الشخصية بناء على المبدأ القائل إنه "ليس هناك من هو أعرف بالفرد من نفسه". ومن أشهر نماذج السيرة الشخصية " الأيام " لطفه حسين.

أنواع السيرة الشخصية تتعدد أنواع السيرة الشخصية، ومنها:

- * **السيرة الشخصية الشاملة:** وتشمل مدى واسعاً من الخبرات فى مدى زمنى طويل من حياة المريض.
- * **السيرة الشخصية حول موضوع:** وتشمل مدى محدداً أو خبرة معينة.
- * **السيرة الشخصية المحددة:** وتوجد بها الخطوط العريضة للموضوعات الهامة المطلوب الكتابة فيها. فمثلاً يكتب المريض عن تاريخه الشخصى والاجتماعى والانفعالى ومفهوم الذات، وذلك للحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات ويفيد فى حالات الأفراد الذين ليس لديهم الطلاقة اللغوية.
- * **السيرة الشخصية غير المحددة (الحرّة):** وفيها يترك للمريض الحرية فى الكتابة عن جانب من جوانب حياته أو موضوع معين، أو قصة حياته كاملة.

مصادر السيرة الشخصية: مصادر السيرة الشخصية متعددة ومنها:

- * **الكتابة المباشرة:** وهى تقرير ذاتى عن سيرة المريض الشخصية يكتبها مباشرة بقلمه عندما يطلب المعالج ذلك.
- * **المفكرات الشخصية:** وتشمل كل ما يقوم به المريض فى حياته اليومية، مثل نشاطه وهواياته، وهى مفكرات خاصة جداً بالمريض، وقليل من المرضى من يقدم مثل هذه المفكرات للمعالجين، على الرغم من أنها مصدر غنى بالمعلومات.
- * **المفكرات الخاصة:** وهى المذكرات الخاصة بالمريض والتي تحتوى على خبرات أو أحداث أو مشكلات

هامة فى حياتة، ويدون المراهقون الكثير من هذه المذكرات.

* **المستندات الشخصية:** وهى التى تتناول سلوك المريض وخبراته المتنوعة فى حياتة اليومية، مثل الوثائق الرسمية، والخطابات الشخصية.

* **الإنتاج الأدبى والفنى:** مثل الشعر والنثر والرسم، مما يعبر عن مشاعر المريض وأفكاره والكثير من جوانب شخصيته واستعداداته واتجاهاته وصراعاته وميوله بالإضافة إلى فرصة الإسقاط والتنفيس الانفعالى.

عوامل نجاح السيرة الشخصية:

هناك عوامل ضرورية لنجاح السيرة الشخصية، وهى: الاستعداد للكتابة، وشعور المريض بالمسئولية، والصدق، والالتزام بالترتيب الزمنى والاعتدال فى الكتابة، والتحديد للزمان والمكان، والسرية.

خطوات السيرة الشخصية : تسير خطوات السيرة الشخصية كما يلى:

* **الإعداد:** أى إعداد الفرد للكتابة، وتوضيح ماهية السيرة الشخصية، وهدفها، وكيفية كتابتها.

* **دليل الكتابة:** وهو دليل يقدم للفرد ويحدد الخطوط الرئيسية المطلوب الكتابة فى إطارها.

* **المكان:** تكتب السيرة الشخصية فى منزل الفرد أو فى مركز الإرشاد النفسى أو فى العيادة النفسية. ويمكن أن يكتبها الفرد منفردًا أو فى جلسة جماعة.

* **الزمان:** ليس لكتابة السيرة الشخصية زمن معين أو محدد، فقد تكتب فورًا أو بعد فترة قصيرة من الجلسة أو فى وقت لاحق أو خلال فترة يحددها المعالج للمريض.

* **الكتابة:** يعطى للمريض الحرية الكاملة للتعبير عن سيرته الشخصية بالأسلوب الذى يرغب فيه دون تدخل من المعالج ، فقد يكتب المريض باللغة الفصحى أو بالعامية ، وقد يحدد عدد الصفحات أو لا يحدد.

* **المناقشة:** يناقش المعالج محتوى السيرة الشخصية مع المريض مستفسرًا عن بعض محتوياتها إذا لزم الأمر

* **التفسير والتحليل:** يقوم المعالج بتفسير وتحليل محتوى السيرة الشخصية للمريض فى ضوء المعلومات التى جمعها المعالج عن طريق وسائل جمع المعلومات الأخرى، ويوجد أسلوبان للتفسير هما: الأسلوب الكمى والأسلوب الكيفى.

مزايا السيرة الشخصية: من أهم مزايا السيرة الشخصية ما يلى:

* تصلح للإجراء بصورة جماعية مما يوفر الوقت والجهد والمال.

* تيسر الحصول على معلومات كLINIكية مهمة عن الجانب الذاتى من حياة المريض وشخصيته التى قد لا تكشفها الوسائل الأخرى.

- * تصلح أكثر لمن لا يستطيعون الكلام أمام الآخرين وللمرضى الذين يكتبون عن أنفسهم أحسن مما يتكلمون.
- * تقييد فى دراسات العباقرة وذوى الحاجات الخاصة.
- * تتيح الفرصة للمريض للتعبير بأسلوبه وبطريقته فى عرض مشكلته.
- * تحتوى على عناصر هامة مثل التنفيس الانفعالى والتخلص من القلق والتوتر وزيادة الاستبصار لدى المريض.
- * تتيح فرصة مشاركة المريض فى عملية العلاج النفسى.
- عيوب السيرة الشخصية:** من عيوب السيرة الشخصية ما يلى:
- * تعتمد على الاستبطان، وهى أكثر تشبهاً بعامل الذاتية.
- * تلعب حيل الدفاع النفسى دوراً كبيراً فى كتابتها مما يؤثر على الحقائق والمعلومات التى وردت بها.
- * تستخدم مع الكبار والمتقنين فقط.
- * يصعب تفسيرها وتحليلها بدقة.
- * يقل ثباتها وصدقها نسبياً.

خامساً: دراسة الحالة

- دراسة الحالة وسيلة شائعة الاستخدام لتلخيص أكبر عدد ممكن من المعلومات عن المريض، وهى أكثر الوسائل شمولاً وتفصيلاً.
- ويرى البعض أن دراسة الحالة ليست " وسيلة " لجمع المعلومات بالمعنى الحرفى للكلمة، ولكنها أسلوب لتجميع المعلومات التى تم جمعها بالوسائل الأخرى مثل المقابلة والملاحظة والتقارير الذاتية وتقارير المعلمين والاختبارات والمقاييس ... إلخ.
- وتعتبر دراسة الحالة الطريق المباشر إلى جذور المشكلات الإنسانية.
- وتتضمن دراسة الحالة كل المعلومات التى تجمع عن الحالة. وهى تحليل دقيق للموقف العام للفرد ككل . وهى وسيلة لتنسيق المعلومات التى جمعت بوسائل أخرى عن المريض وبيئته. وهى بحث شامل لأهم عناصر حياة الفرد .
- وعادة ما يقوم المعالج بدراسة الحالة فى الحالات العادية ، أما فى الحالات الشديدة فيقوم بذلك أكثر من أخصائى كل فى تخصصه .
- وتعتبر دراسة الحالة بمثابة قطاع مستعرض فى حياة الفرد ، أى أنها دراسة استعراضية لحياة

الفرد تركز على حاضره وماضيه مع نظرة وتطلع إلى المستقبل، وذلك من باب ربط الأحداث أو الخبرات، أى أنها دراسة تتبعية لحياة المريض.

هدف دراسة الحالة:

تهدف دراسة الحالة إلى فهم أفضل للمريض ومشكلاته، وطبيعتها، وأسبابها، والتخطيط للخدمات العلاجية، وتعطى دراسة الحالة إطارًا معياريًا منظمًا للبيانات والمعلومات العامة، والشخصية، والجسمية، والعقلية، والانفعالية ... إلخ.

والوظيفة الرئيسية لدراسة الحالة هى تجميع المعلومات ومراجعتها، ودراستها وتركيبها وتلخيصها ووزنها كإكلينيكيًا، أى وضع وزن كإكلينيكي يوضح أهمية وخطورة كل منها. فمثلاً قد يكون هناك معلومة أو خبرة لها وزن كإكلينيكي أثقل من الوزن الكإكلينيكي لعشرات المعلومات الأخرى.

أهمية دراسة الحالة:

تعتبر دراسة الحالة نقطة بداية جيدة للمقابلة الشخصية، وتساعد المعالج فى فهم المريض، وتعرف مشكلاته، وتساعد المريض على فهم نفسه بصورة أوضح وترضيه حيث يلمس أن حالته تدرس دراسة علمية مفصلة.

وتستخدم دراسة الحالة كذلك لأغراض البحث العلمى.

شروط دراسة الحالة:

لكى تكون دراسة الحالة ذات قيمة علمية، يجب أن تتوفر لها شروط منها: وضوح الكتابة، والدقة فى تحرى المعلومات، وتكامل المعلومات بالنسبة للحالة أو المشكلة، والموضوعية، والاختصار دون إخلال، وتجنب المصطلحات الفنية المعقدة، وتجنب التعميمات والتنبؤات غير المناسبة لجنس المريض أو مرحلة عمره أو ثقافته أو مهنته.

دليل فحص ودراسة الحالة:

يجب أن تشتمل دراسة الحالة على كل المعلومات والعوامل والخبرات التى جعلت المريض على ما هو عليه، أى أنها تحتوى على ما يلى:

* المعلومات الهامة اللازمة لعملية العلاج النفسى.

* نقاط القوة ونقاط الضعف والإيجابيات والسلبيات لدى المريض.

* عينات من سلوك المريض فى الحياة اليومية.

ويفضل البعض استخدام إطار معيارى مقنن ومحدد لدراسة الحالة يعتبر إطارًا منظمًا لها. وليس هناك شكل واحد لهذا الإطار، ولكن توجد أشكال مختلفة بعضها مفصل وشامل، وبعضها

مختصر يركز على المعلومات الرئيسية فقط.

ومن النماذج المفصلة " دليل فحص ودراسة الحالة " الذى أعده حامد زهران (1976)، وهو دليل يسترشد به المعالج فى مرونة، وهو يجمع المعلومات عن المريض، وذلك حسب عمره وجنسه، وثقافته وحالته الاجتماعية. ويقصد بالمرونة مثلاً الكلام بالعامية أو الإضافة بعض الشرح والإيضاح المختصر، أو حذف بعض الفقرات التى تطبق فقط على الجنس الآخر أو على المتزوج فقط أو الأعزب فقط ... إلخ. أما عن محتوى دليل فحص ودراسة الحالة فيتكون من ثمانية مباحث يتضمن كل منها عددًا من الفقرات على النحو التالى:

* **البيانات العامة:** الحالة ، الوالدان، ولى الأمر، الإخوة والأخوات، القرين، الأولاد، الأقارب الذين يعيشون مع الأسرة، الأفراد الذين يعولهم، الآخرين الذين يمكن الاستعانة بهم، محيل الحالة أو جهة الإحالة.

* **المشكلة أو المرض:** تحديد المشكلة أو المرض الحالى، أسباب وأعراض وتاريخ المشكلة أو المرض، المشكلات أو الأمراض الأخرى، طريقة حل المشكلات، الجهود العلاجية السابقة، التغيرات التى طرأت على الحالة .

* **الفحص الاجتماعى:** آخر فحص نفسى، الأمراض النفسية السابقة، الأمراض النفسية فى الأسرة، الذكاء، القدرات العقلية، الشخصية، اضطرابات الشخصية، الصحة النفسية، التوافق النفسى، الأسباب والأعراض النفسية للمشكلة أو المرض.

* **البحث الاجتماعى:** آخر بحث اجتماعى، المشكلات الاجتماعية السابقة، فى الأسرة، والمدرسة، والمهنة، والمجتمع.

* **الفحص الطبى:** آخر فحص طبى، الأمراض الجسمية السابقة، العمليات الجراحية السابقة، الأمراض الجسمية فى الأسرة، الأمراض الجسمية الوراثية فى الأسرة، الإصابات والجروح والعاهاات ، الحالة الصحية العامة، أجهزة الجسم، الحواس ، العوامل العضوية المسببة للأمراض النفسية، فحوص طبية أخرى.

* **الفحص العصبى:** آخر فحص عصبى، الأمراض العصبية السابقة، الأمراض العصبية فى الأسرة، الأمراض العصبية الوراثية فى الأسرة، المخ ، الأعصاب المخية، المخيخ، الحبل الشوكى، الأعصاب الشوكية، الجهاز العصبى الذاتى، الإحساس، فحوص عصبية أخرى.

* **ملاحظات عامة:** فهم الحالة لطبيعة وغرض الفحص ، فهم التعليمات، الاتجاه نحو الفحص، الاهتمام به، الرغبة فى إجرائه، الجهد الذى يبذله، الانتباه ، التعاون، القدرة على التعبير عن

النفس، مجرى الحديث، النشاط الجسمي، السلوك غير العادى أو الغريب.
* **ملخص الحالة:** يلخص أهم النواحي المرضية فى ضوء البيانات العامة، وتحديد المشكلة أو المرض، والفحص النفسى، والبحث الاجتماعى، والفحص الطبى، والفحص العصبى والملاحظات العامة.

تنظيم دراسة الحالة:

تتطلب دراسة الحالة تنظيمًا خاصًا يراعى فيه عدة أمور منها: الاهتمام بالمعلومات الضرورية، وعدم تجاهل بعضها، وعدم التركيز على المعلومات الفرعية أو الثانوية.
مزايا دراسة الحالة: تمتاز دراسة الحالة بما يلى:

* تيسير فهم وتشخيص وعلاج الحالة على أساس علمى دقيق غير متسرع مبنى على البحث والدراسة.

* تفيد فى التنبؤ، عندما يحتاج دارس الحالة فهم الحاضر فى ضوء الماضى، ومن ثم يستطيع أن يلقى نظرة على المستقبل.

* تفيد فى عملية التفهيم الانفعالى وإعادة تنظيم الخبرات والأفكار، وتكوين استبصار جديد بالمشكلة أو المرض.

عيوب دراسة الحالة: يؤخذ على دراسة الحالة ما يلى:

* تستغرق وقتاً طويلاً مما قد يؤخر المساعدة عن موعدها المناسب، وخاصة فى الحالات التى يكون فيها عنصر الوقت عاملاً فعالاً ومؤثراً.

* تصبح دراسة الحالة كما من المعلومات لا معنى له يضلل أكثر مما يساعد، إذا لم يحدث تجميع وتنظيم وتلخيص ماهر للمعلومات.

نموذج لدراسة الحالة:

الجنس :	تاريخ ومحل الميلاد:
الحالة الاجتماعية:	العمر عند الزواج (إذا كان متزوجاً):
عدد مرات الزواج:	
العنوان:	

الشكوى (من العميل أو أحد الأقارب):

الأعراض(المظاهر كما يراها الفاحص):

الأمراض التي أصيب بها ولها علاقة بالاضطراب الحالي:

أسباب المشكلة أو المرض الحالي:

تاريخ ظهور المشكلة أو المرض الحالي لأول مرة:

الأوقات التي يقل فيها ظهور المشكلة أو المرض الحالي:

الجهود العلاجية السابقة:

التغيرات التي طرأت على الحالة مع كل محاولة علاجية:

المشكلات أو الأمراض الأخرى:

المستوى التعليمي:

الأب:

المهنة:

ميوله وعاداته:

حالته الصحية:

علاقته بالحالة:

العمر:

الأم:

المهنة:

المستوى التعليمي:

ميولها وعاداتها :

حالتها الصحية:

علاقتها بالمريض:

العلاقة بين الوالدين : جيدة - عادية - مضطربة

أهم المشكلات بين الوالدين:

اتجاه المريض من المشكلات بين والديه:

الأخوة والأخوات الأشقاء (بالترتيب)

الوضع الاقتصادي العام للأسرة:

عدد الأفراد في الحجرة:

عدد الحجرات:

السكن ونوعه:

حالة السكن:

هل للمريض حجرة مستقلة:

ما وضع المريض في الأسرة بالمقارنة إلى بقية أخوته:

هل هناك أحد أفراد الأسرة حدثت له أحداثا معينة أو أصيب بمرض:

أهم مصادر التوتر في الأسرة :

أهم الوسائل الترويحية بالنسبة للأسرة:

مدى مشاركة المريض في هذه الوسائل:

أمراض الأسرة:

(إدمان ، مخدرات ، كحوليات) - صرع - شخصيات غير سوية :

أمراض نفسية (انكرها)

أمراض جسمية (انكرها)

درجة قرابة الأبوين بالدم:

العلاقة بالجيران:

العلاقة بالرفاق والأصدقاء:

هل أقرانه أكبر أم أصغر منه:

وهل من نفس الجنس أم من الجنس الآخر:

هل يتسمون بالهدوء أم بالمشاكسة:

القيم التي يعتقها:

الميول والهوايات:

النشاط الاجتماعي:

أهدافه في الحياة:

فلسفته في الحياة:

العادات الشخصية:

1- تدخين 2- خمور 3- مخدرات 4-رياضه 5-فنون

مشكلات النوم (تذكر تفصيلا):

أهم الخبرات السيئة الصادمة في الطفولة:

التاريخ التعليمي العلاقة بالمدرسين:

المشكلات السلوكية في المدرسة:

الهوايات وأنواع النشاط المدرسي:

المواهب والمهارات الخاصة:

الوظيفة الحالية: تاريخ الاشتغال بها:

مدى الرضا عن العمل:

المواظبة في العمل الحالي:

مدى الإحساس بالتقدم في العمل الحالي:

العلاقة بالزملاء في العمل:

العلاقة بالرؤساء في العمل:

أسباب الاضطراب في العمل (إن وجد):

الأمراض النفسية في الأسرة:

الأمراض الجسمية السابقة:

العمليات الجراحية السابقة:

الأمراض الجسمية في الأسرة:

الأمراض الوراثية في الأسرة:

الإصابات أو العاهات:

الحالة الإكلينيكية:

- 1-ملخص تاريخ الحالة (إجمالى المعلومات والبيانات السابقه).
- 2-الأعراض (المظاهر التى يراها الفاحص).
- 3-الشكوى (المظاهر كما يراها ويشعر بها المريض أو المفحوص).
- 4-التشخيص.
- 5-العلاج.

الفصل الرابع

الأمراض النفسية

تعريف المرض النفسي

المرض النفسي mental illness هو اضطراب وظيفي في الشخصية يرجع إلي الخبرات المؤلمة والصدمات الإنفعالية أو اضطرابات الفرد مع البيئة الإجتماعية التي يتفاعل معها سواء في الماضي أو الحاضر (فهيمى 1967)... ويعرف زهران (1974) المرض النفسي بأنه اضطراب وظيفي في الشخصية نفسي المنشأ، يبدو في صورة أعراض نفسية وجسمية ومختلفة ويؤثر في سلوك الفرد فيعوق توافقه النفسي، ويعوقه عن ممارسة حياته السوية في المجتمع الذي يعيش فيه.

وتقسم الأمراض النفسية إلي: إضرابات وظيفية ، وإضرابات عضوية.

الاضطرابات الوظيفية:

تشمل قطاعاً عريضاً من الحالات، التي يمكن أن نرى فيها مشكلات الشخص وهي نتيجة لعدم التأقلم والتكيف مع صعوبات الحياة وإذا أستمرت تلك المشكلات علي مدى سنوات فربما يحدث للشخصية مكونات عصابية طويلة الأمد وبالتالي يكون رد فعل الشخص لمصاعب الحياة أقل من الشخصية المتوافقة توافقاً حسناً حيث أن الناس يختلفون في إستجاباتهم لمواقف الضغط.

وعلي نحو تقليدي، فإن الذهان الوظيفي لأنواع الفصام والإضرابات العاطفية (الأكتئاب الهوس) يعتقد إنها ترجع إلي شذوذ فسيولوجي أساسي، ومن المحتمل أن يكون من النوع الكيميائي الحيوي. أن مصطلح "وظيفي" يشير ببساطة إلي أنه في حالة الذهان لا يوجد أي سبب عضوي مثلما هو الحال في تعاطي الكحوليات أو ذهان المواد السامة الأخرى. إن بعض علماء النفس قد جادلوا بشدة حول مسببات الذهان الوظيفي في أنها في الحقيقة نفسية وليست فسيولوجية. أما الحالات العضوية فهي تلك التي يوجد فيها إرتباط مباشر بين الشذوذ النفسي وحالة عضوية وهي تشمل مدى واسع من الأسباب مثل إصابات المخ، الأورام الخبيثة بالمخ والعديد من حالات التسمم، الأمراض المعدية، الأضرابات العصبية، إضرابات الغدد...إلخ.

ويجب ملاحظة أن المجموعات المتداخلة والمتشابكة من الإضراب العقلي والجنوح، بالرغم من كونها إلي حد كبير وظيفية، كما في العصاب، فلا يستبعد بالضرورة العوامل الفسيولوجية. وبالطبع تلك العوامل العضوية تكون أحياناً ذات أهمية أساسية. كما يجب أن نلاحظ مقدماً إنه بالرغم من أن الإدمان بطبيعته فسيولوجي فإنه توجد مكونات نفسية قوية. فالإغراء الأولي لكي ينغمس الفرد في الأدمان من الممكن أن يرتبط بعوامل نفسية.

كذلك فإن المشكلات في السلوك الجنسي متنوعة ومن الممكن أن يكون لها أساس بيولوجي ولكن من الواضح إنها أصبحت مرتبطة بقوة بأسلوب الحياة العام للشخص وتكيفه. ومريض الفصام الذي لا يستجيب بطريقة جيدة لمركبات "الفيثيازين" ويلقي أهتماً قليلاً أو يكون معدوم الأسرة ربما يصبح نزيل دائم في مستشفى الأمراض العقلية. أن مثل تلك الحالات الاجتماعية طويلة الأمد سوف تؤدي إلي نتائج سلوكية معينة بغض النظر عن المرض الأصلي، وبالتالي تكون هناك حاجة لأن نأخذ بعين الاعتبار وضع المرضي المزمنين أو المصابين بأمراض عقلية لفترات طويلة تحت الملاحظة. وبالرغم من ان السلوك غير السوي عند الأطفال ربما يكون لها نظير عند البالغين فلا بد أن نضع نقاطاً أساسية واضحة للاختلاف بينهما، فالأطفال في نمو مستمر طوال الوقت كما أن بيئتهم وخصوصاً الأسرة هي دائماً ذات أهمية في تفسير سلوكهم في أي وقت.

إن الحالات غير السوية التي لها أساس عضوي من الممكن أن تنشأ من العديد من الأسباب ولكن بعضها مثل (عته الشيخوخة) لها أهمية خاصة بسبب قسوتها وكثرتها ونظراً لأن العدد الكبير من الحالات وهي نسبة متزايدة من الناس كبار السن فإن الخدمات يجب أن تقدم للأمراض العقلية في نطاق المرحلة العمرية. ويوجد العديد من جوانب السلوك غير السوي الذي له أهمية خاصة في العمل الإكلينيكي، فالإنتحار والمحاولات الإنتحارية ربما لا تكون مرتبطة بالإكتئاب، وليس كل المكتئبين يرغبون في الإنتحار، كما أنه يجب أن نجذب الإنتباه في الظواهر الهامة في السلوك غير السوي مثل الهلاوس والهذيان.

مقارنة بين الذهان والعصاب وأضطراب الشخصية

الذهان	العصاب	
<p>هو اضطراب عقلي خطير ، وخلل شامل في الشخصية ،يجعل السلوك العام للمريض مضطربا ويعوق نشاطه الاجتماعي.</p> <p>تصنيف الذهان : هذا ويصنف العلماء الأمراض الذهانية إلى قسمين رئيسيين:</p> <p>أ – الأمراض الذهانية الوظيفية Functional</p> <p style="text-align: center;">Psychosis :</p> <p>أي الأمراض النفسية المنشأ ، وهي الأمراض العقلية الذي لا ترجع إلى أسباب عضوية ، وأهم الأشكال الاكلينيكية للذهان الوظيفي هي : الفصام والهذاء (البارانويا) ، والاكتئاب ، والهوس ، وذهان الهوس والاكتئاب.</p> <p>ب – الأمراض الذهانية العضوية Organic</p> <p style="text-align: center;">Psychosis :</p> <p>أي الأمراض الذي يرجع المرض 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.</p>	<p>* اضطراب وظيفي للشخصية يؤثر على الاتزان الانفعالي للفرد ويسعده وتمدده رضاه عن حياته بشكل عام. إلا أن البعض يصفه على أنه حالة تقع بين الشخصية السوية من جهة والشخصية الذهانية من جهة أخرى أي أن التدرج يبدأ بالسواء ثم العصاب ومن ثم الذهان ولا توجد حدود فاصلة أو حادة بين المستويات الثلاث (السواء، العصاب، الذهان) فالعصاب مثلاً يمثل أعراض موجودة عند الأسوياء تزداد شدتها عند الذهانيين وتشير إلى مدى تصدع الشخصية وبعدها عن الواقع</p> <p>* في حين يرى “زهران” (1978) “أن العصاب ليس له علاقة بالأعصاب وهو لا يتضمن أي نوع من الاضطراب التشريحي أو الفسيولوجي في الجهاز العصبي وكل ما في الأمر أنه اضطراب وظيفي دينامي انفعالي نفسي المنشأ يظهر في الأعراض العصابية” (زهران، 1978: 392).</p> <p>* والعصاب عادة يوحي بوجود صراعات داخلية وتصدع في العلاقات الشخصية</p>	<p>الماهية</p>

<ol style="list-style-type: none"> 1. اضطراب النشاط الحركي ، فيبدو البطء والجمود والأوضاع الغريبة والحركات الغريبة . 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 الإنعدام. 3. سوء التوافق الشخصي والاجتماعي والمهني. 4. اضطراب الانفعال ، ويبدو التوتر والتبلىد وعدم الثبات الانفعالي والتناقض الوجداني والخوف والقلق ومشاعر الذنب. وقد تراود المريض فكرة الانتحار. 5. اضطراب السلوك بشكل واضح ، فيبدو نمطيا انسحابيا ، واكتساب عادات وتقاليد وسلوك يختلف ، ويبتعد عن طبيعة الفرد ، وتبدو الحساسية النفسية الزائدة ، ويضطرب مفهوم الذات. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. الشعور بالقلق الدائم والخوف والتوتر بشكل ظاهر. 2. ظهور بعض ردود الافعال السلوكية المبالغ فيها. 3. سيطرة الحزن على الشخص والشعور ببعض الاتكالية. 4. ظهور بعض الاضطرابات البدنية الواضحة. 5. ضعف القدرة على الانجاز، وضعف القدرة على الاداء الوظيفي. 6. قصور اساليب التوافق، وتكرار نفس السلوكيات الخاطئة بدون شعور. 7. عدم الاستقرار في الحالة المزاجية. 8. البكاء بدون سبب واضح. 9. فقدان الشهية وعدم الرغبة في العمل وممارسة بعض الاعمال بالاضافة الى الشعور بالتعب من اقل مجهود. 	
---	---	--

الأضطرابات الشخصية :

الإعراض: الشخصية المضطربة هي الشخصية التي تتطوى على خصائص معينة وتسبب اضطراب توافق الفرد مع نفسه او مع الآخرين، مع شعوره بالمعاناة وعدم السعادة لوجود مثل هذه الاضطرابات النفسية، قد لا يرى الفرد انه يعاني من مشكلة مع خصائص شخصيته وبالتالي لا يمكن تشخيص اضطراب الشخصية الا اذا ما تسبب في شعور الفرد بالتعاسة والمعاناة أكثر من المعتاد وقد تسبب اضطرابات الشخصية المعاناة للمحيطين بالفرد اكثر مما تسببه للفرد نفسه

تشمل الاضطرابات الشخصية وفقا لدليل التشخيص الاحصائي الرابع عشر على انواع مقسمة إلى ثلاث مجموعات على النحو التالي:

المجموعة الاولى (A)

أ. الشخصية الاضطهادية او البارنويدية

ب. الشخصية الفصامية

ت. الشخصية الشبه فصامية

المجموعة الثانية (B)

ث. الشخصية المضادة للمجتمع

ج. الشخصية الحدية او البيئية

ح. الشخصية الهستيرية (الاستعراضية)

خ. الشخصية النرجسية

المجموعة الثالثة (C)

أ. الشخصية التجنبية او الانزوائية

ب. الشخصية الاعتمادية

ت. الشخصية الوسواسية القهرية

ث. اضطراب شخصية غير محدد

اضطراب الشخصية الاضطهادية

هو أحد تشخيصات اضطراب الشخصية وهو يتميز بالشك المستمر وانعدام الثقة بالآخرين ويتميز من يمتلكون هذا النوع من الشخصية بالحساسية المفرطة، عادة ما يكونون في حالة بحث عن أدلة تبرهن على صحة شكوكهم في الآخرين كما يميلون إلى الحفاظ على نطاق ضيق من المشاعر.

الاعراض

1. الحساسية المفرطة للنقد
2. عدم القدرة على الصفح عن زلات الآخرين وهفواتهم
3. التشكك الدائم والميل إلى اعتبار كل أفعال الآخرين على أنها عدائية مهما كانت بريئة
4. الاهتمام المفرط بحقوق الذات دون الوضع في الاعتبار حقوق الآخرين أو اهتماماتهم
5. التشكك الدائم في الطرف الآخر
6. النزوع الدائم إلى الشعور بأهمية الذات المفرطة
7. الانشغال المسبق بالتهديدات الجاهزة للأفعال

اضطراب الشخصية الفصامية

غالبًا ما يوصف الأشخاص المصابون باضطراب الشخصية الفصامية بأنهم غرباء أو غريبو الأطوار وعادة ما تكون علاقاتهم الوثيقة قليلة، إن وجدت. وهم لا يفهمون بشكل عام كيفية تكوين العلاقات أو تأثير سلوكهم على الآخرين. وقد يفسرون أيضًا دوافع الآخرين وسلوكياتهم ويخلقون حالة كبيرة من عدم الثقة في الآخرين.

قد تؤدي هذه المشكلات إلى قلق حاد وميل إلى الانزواء في المواقف الاجتماعية، حيث يستجيب الشخص المصاب باضطراب الشخصية الفصامية بشكل غير ملائم للإشارات الاجتماعية ويحمل معتقدات غريبة.

يتم تشخيص اضطراب الشخصية الفصامية عادة في مرحلة البلوغ المبكر، ومن المرجح أن يستمر، رغم العلاج بالأدوية والمعالجة، وقد تتحسن الأعراض.

الأعراض

يتضمن اضطراب الشخصية الفصامية في المعتاد خمسًا من هذه العلامات والأعراض أو أكثر:

1. أن تكون منعزلاً وألا يوجد لديك أصدقاء مقربون خارج العائلة المقربة
2. التفسير الخاطئ للأحداث، كأن تشعر بأن أمراً ما هو في الواقع غير ضار أو عنيف له معنى شخصي مباشر
3. الأفكار، أو المعتقدات، أو السلوكيات غريبة الأطوار، أو غير المعتادة
4. ارتداء الملابس بطريقة غريبة، كأن يكون المظهر أشعث، أو ارتداء ملابس ذات ألوان غريبة التنسيق
5. الاعتقاد في القوى الخارقة، مثل التخاطر الذهني أو الخرافات
6. التصورات غير المعتادة، كالشعور بوجود شخص غائب أو الإصابة بالأوهام
7. القلق الاجتماعي الدائم والزائد
8. أسلوب الكلام الغريب، مثل طريقة الكلام الغامضة أو غير المعتادة، أو الثثرة بطريقة غريبة في أثناء المحادثات
9. أفكار ارتيابية، وشكوك مستمرة بخصوص وفاء الآخرين
10. عواطف مسطحة أو ردود أفعال عاطفية محدودة أو غير ملائمة
11. يمكن رؤية علامات اضطراب الشخصية الفصامية، مثل زيادة الاهتمام بالأنشطة الفردية أو ارتفاع مستوى القلق الاجتماعي، في سنوات المراهقة. قد ينخفض مستوى أداء الطفل في المدرسة أو يبدو منفصلاً اجتماعياً عن أقرانه، ونتيجة لذلك يتم التمر عليه أو مضايقته أحياناً.

اضطراب الشخصية الشبه فصامية

هو نمط من اللامبالاة بالعلاقات الاجتماعية، مع نطاق محدود من التعبير والتجربة العاطفية. نادراً ما يشعر المصابون بوجود خطب ما فيهم. يتجلى الاضطراب في السنوات الأولى من البلوغ عبر الانفصال أو الانعزال الاجتماعي والعاطفي الذي يمنع هؤلاء الأشخاص من الدخول في علاقات عميقة. يستطيع المصابون بهذا الاضطراب القيام بوظائفهم في حياتهم اليومية، إلا أنهم لا يطورون

علاقات ذات معنى مع الآخرين. يُعتبر المصابون بهذا الاضطراب أشخاصًا منعزلين، وقد يكونون عرضةً لأحلام اليقظة بشكل مفرط؛ بالإضافة إلى تشكيلهم روابط مع الحيوانات. قد يقوم هؤلاء الناس بعمل جيد في الوظائف أو الأعمال الفردية والتي قد لا يحتملها الآخرون.

الاعراض

1. لا يرغب أو لا يستمتع بالعلاقات المقربة.
2. يظهر بمعزل أو منفصلاً عن الناس.
3. يتقادم النشاطات الاجتماعية التي تتضمن تواصلًا ملحوظًا مع الآخرين.
4. يختار النشاطات الفردية أو المنعزلة بشكل شبه دائم.
5. قليل الاهتمام أو غير مهتم إطلاقًا بالتجارب الجنسية مع شخص آخر.
6. لا يقيم علاقات وثيقة مع أشخاص غير الأقارب المباشرين.
7. لا يبالي بمدح أو لانتقاد.
8. تظهر عليه البرودة في المشاعر والانفصال أو ما يدعى بـ(التسطح الوجداني Flattened-Affect) وهو انخفاض حاد في التعبير العاطفي.
9. تظهر تغيرات صغيرة واضحة في المزاج.
10. يشعر بالمتعة عند ممارسة عدد قليل من النشاطات أو حتى غيابها بالكامل.

اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع

هو المسمى لهذا الاضطراب كما هو مذكور في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية. واضطراب الشخصية المستهينة بالمجتمع هو مسمى مشابه أو مماثل للمفهوم المذكور في التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشاكل المتعلقة بالصحة، حيث ينص على أن يتضمن التشخيص على اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع. وكلا الدليلان لديهما معايير مماثلة لكنها ليست متطابقة. وقد ذكر كلا الدليلان أيضا بأن تشخيصهما لهذا الاضطراب قد تمت الإشارة إليه أو

يتضمن التشخيص على ما يشار إليه على أنه اعتلال نفسي أو اعتلال اجتماعي على الرغم من وجود الفروقات في بعض الأحيان.

تتصف الشخصية المعادية للمجتمع (أو المستهينة بالمجتمع) بأنماط شائعة كالاستخفاف بحقوق الآخرين أو انتهاكها. وقد يكون لدى الشخصية المعادية للمجتمع افتقار للحس الأخلاقي أو الضمير، تاريخ لأعمال إجرامية، مشاكل قانونية، وسلوك اندفاعي وعدواني.

الاعراض

- أ. وجود نمط ثابت من عدم الاكتراث وخرق القواعد المجتمعية وانتهاك حقوق الاخرين ويحدث بداية من السنة الثالثة أو الرابعه عشر تقريبا ويتحدد بثلاث او اكثر من الاعراض الاتية:
 1. الفشل فى الامتثال للمعايير الاجتماعية، والالتيان بالمسالك الاجرامية
 2. الميل الى المخادعة بتكرار الكذب او الظهور بمظهر الرجل الطيب والمثالى بهدف تضليل الاخرين.
 3. الاندفاع والتهور.
 4. عدم الاستقرار والعدوانية التى تتحدد بتكرار العدوان البدنى او التهجم بالاعتداء على الاخرين
 5. التهور وعدم الاهتمام بتأمين نفسه او الاخرين
 6. التحرر من المسؤولية، وفشله المتكرر فى الاستمرار فى عمل واحد أو تحقيق دخل مادى ثابت وشرعى
 7. غياب الشعور بالندم او الذنب وتكرار اىذاء الاخرين والسطو عليهم
- ب. يكون عمر الشخص 13 سنة على الاقل
- ت. وجود اضطرابات سلوكية اثناء حدوث الفصام او الهوس

اضطراب الشخصية الحدية او البينية

يُعد اضطراب الشخصية الحدية اضطرابًا في الصحة العقلية يؤثر في طريقة تفكيرك في نفسك وشعورك بها وبالآخرين، مما يؤدي إلى مشاكل في مهام الحياة اليومية. ويتضمن نمط عدم استقرار العلاقات، وتشوه الصورة الذاتية، والعواطف الشديدة والاندفاع.

وتعاني في اضطراب الشخصية الحدية الخوف الشديد من الهجر أو عدم الاستقرار، وقد تجد صعوبة في تحمل الوحدة. ولكن يدفع الغضب الحاد والاندفاع والحالات المزاجية المتقلبة الآخرين إلى الابتعاد عنك على الرغم من أنك ترغب في الشعور بالحب ووجود علاقات دائمة.

وعادة ما يبدأ اضطراب الشخصية الحدية مع بداية مرحلة البلوغ. يبدو أن الحالة تزداد سوءًا في مرحلة الشباب وقد تتحسن تدريجيًا مع تقدم العمر.

الأعراض

يؤثر اضطراب الشخصية الحدية على شعورك تجاه نفسك، وتعاملك مع الآخرين وتصرفاتك بشكل عام. قد تتضمن العلامات والأعراض ما يلي:

1. رعب من فكرة الهجر، قد تدفعك لاتخاذ إجراءات عنيفة لتجنب فراق أو رفض حقيقي أو مُتخيل
2. نمط غير مستقر من العلاقات العاطفية، كتعظيم شخص بشدة وفي اللحظة التالية الاقتناع بأنه شخص مهمل أو قاسٍ
3. تغيرات سريعة في صورة الشخص عن نفسه وهويته بما في ذلك تغير القيم والأهداف، والإحساس بأنك شخص سيئ أو أنه لا قيمة لوجودك على الإطلاق
4. نوبات من الرهاب المتعلق بالإجهاد وفقد الصلة بالواقع، تدوم من عدة دقائق لعدة ساعات
5. تصرفات طائشة ومندفعة، كالمقامرة، والقيادة بتهور، وممارسة الجنس بدون عازل، والإسراف، وحفلات السهر وتعاطي المخدرات، أو القضاء على نجاحك بالاستقالة من وظيفة جيدة أو إنهاء علاقة ناجحة

6. الميل للأفكار والسلوكيات الانتحارية وإيذاء الذات، غالبًا نتيجة الخوف من الفراق أو الرفض
7. تقلبات مزاجية عنيفة تستمر عدة ساعات أو لعدة أيام، وتتمثل في سعادة غامرة، وضيق، وشعور بالعار أو القلق
8. شعور دائم بالخواء
9. فقدان الأعصاب نتيجة الغضب بشكل حاد، وما ينتج عنه من تصرفات غير لائقة، كأن تكون ساخرًا وحاد الكلام، أو تدخل في شجار جسدي مع أحد

اضطراب الشخصية الهستيرية او الاستعراضية

هو عبارة عن اضطراب يبحث فيه الشخص باستمرار عن الاهتمام من الآخرين، ويتميز المصاب باضطراب الشخصية الهستيري بردود الفعل العاطفية والميل إلى المبالغة في وصف المواقف والأشخاص، مما قد يضعف العلاقات ويسبب الاكتئاب.

يُظهر الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الشخصية انفعالاً مفرطاً ويبحثون دائماً عن الاهتمام، كما أنهم يشعرون بعدم التقدير إذا لم يكونوا مركزاً للاهتمام الآخرين، وتتضمن سلوكيات المصاب باضطراب الشخصية الهستيرية السعي الدائم لجذب الانتباه والتمثيل والتركيز على الإغراء الجنسي، كما يتميز أصحاب الشخصية الهستيرية بأنهم مفعمين بالحيوية ولديهم انفتاح واضح على الآخرين، والتعرض لنوبات غضب متكررة.

والهستيريا بشكل عام مرض نفسي يسبب اضطرابات انفعالية ينتج عنها خلل في الأعصاب المسؤولة عن الإحساس والحركة، وتحدث كنتيجة للهروب من القلق أو الصراع النفسي وتصيب بعض مناطق الجسم المتحكم فيها الجهاز العصبي المركزي.

الأعراض

1. الشعور بعدم الراحة عندما لا يكون الشخص مركزاً للاهتمام.

2. الظهور بمظهر غير لائق.

3. السلوك الغريب وغير الاعتيادي.
4. تغير الحالة العاطفية بسرعة.
5. الاهتمام الكبير بالمظهر واستخدامه دائماً لجذب الانتباه.
6. التأثر بأراء الآخرين بسهولة.
7. الإفراط في ردود الفعل العاطفية.
8. اتخاذ قرارات متهورة.
9. صعوبة الحفاظ على العلاقات.
10. التهديد بمحاولة الانتحار.
11. الحساسية للنقد أو الرفض.
12. التغاضي عن عيوب النفس وعدم السعي لإصلاحها.
13. فقدان القدرة على الصبر والمثابرة.
14. تقلب المزاج بسرعة.
15. سطحية المشاعر والأنانية.
16. حب الظهور أمام الآخرين.
17. غياب النضج النفسي والجنسي.
18. الميل إلى الاستعراض أمام الآخرين.
19. الشعور الدائم بالنقص.
20. الميل إلى المبالغة والتهويل.

اضطراب الشخصية النرجسية

هي حالة نفسية يمتلك المريض بها شعور مبالغ فيه بأهميتهم فضلاً عن حاجة عميقة إلى زيادة الاهتمام والإعجاب، واضطراب العلاقات، وانعدام التعاطف مع الآخرين. ولكن خلف هذا القناع من الثقة المبالغ فيها، تكمن ثقة هشة بالنفس تجعله عرضة لأقل قدر من الانتقاد.

يسبب اضطراب الشخصية النرجسية مشاكل في عدة مجالات حياتية، مثل العلاقات أو العمل أو المدرسة أو الشؤون المالية. قد يكون أصحاب الشخصيات النرجسية غير سعداء بوجه عام ويصابون بالإحباط عندما لا يُلقى لهم بال أو إعجاب خاص هم يرون أنهم يستحقونه. كذلك يُحتمل ألا يشعروا بالرضا عن علاقاتهم، وربما لا يستمتع الآخرون بالتواجد حولهم.

الأعراض

تختلف علامات وأعراض اضطراب الشخصية النرجسية كما تختلف شدة أعراض هذا الاضطراب. يمكن للأشخاص الذين يعانون هذا الاضطراب أن يتسموا بالتالي:

- 1.شعور مبالغ به بأهمية الذات
- 2.شعور بأحقيتهم في التميز عن غيرهم والحاجة إلى أن يكونوا محط إعجاب مفرط باستمرار
- 3.يتوقعون الاعتراف بتفوقهم دون تحقيق إنجازات تستحق ذلك
- 4.المبالغة في استعراض إنجازاتهم ومواهبهم
- 5.الانشغال بأوهام حول النجاح، والقوة، والتألق، والجمال، أو إيجاد شريك حياة مثالي
- 6.الاعتقاد بتفوقهم وبأنه لا يمكن أن تجمعهم علاقة إلا بشخص يتمتع بالقدر نفسه من التميز
- 7.احتكار الحديث والتقليل من شأن الأشخاص الذين ينظرون إليهم على أنهم أقل شأنًا أو ازدرأؤهم
- 8.يتوقعون أن تكون لهم الأفضلية دومًا، مع امتثال الآخرين المطلق لرغباتهم
- 9.يستغلون الآخرين للحصول على ما يريدون
- 10.يعجزون أو يرفضون فهم احتياجات الآخرين ومشاعرهم
- 11.يحسدون الآخرين، ويعتقدون أن الآخرين يحسدونهم كذلك
- 12.التصرف بأسلوب متعجرف أو متعطرس ومن ثم يبدو عليهم الغرور، والتبجح والتفاخر
- 13.الإصرار على الحصول على أفضل الأشياء دومًا، على سبيل المثال، أفضل سيارة أو مكتب
- 14.وبالوقت نفسه، يجد الأشخاص الذين يعانون اضطراب الشخصية النرجسية صعوبة في التعامل مع أي ما يعدونه نقدًا، وقد يتسمون بالتالي:

- ينفذ صبرهم أو ينتابهم الغضب عندما لا يتلقون معاملة خاصة
- يواجهون مشاكل كبيرة في العلاقات الشخصية ويشعرون بسهولة بالإهانة
- الاستجابة لذلك بالغضب والازدراء ومحاولة التقليل من شأن الآخرين ليبدو كما لو أنهم يتمتعون بالتفوق
- يجدون صعوبة في ضبط مشاعرهم وسلوكياتهم
- يواجهون مشاكل كبيرة في التعامل مع الضغوط والتكيف مع التغيير
- يشعرون بالاكتئاب والمزاجية لأنهم لا يستوفون الكمال
- يضمرون شعوراً بعدم الأمان، والخزي، والضعف والمذلة

اضطراب الشخصية الانزوائية او التجنبية

هو نوع من الشخصية السلبية ضعيفة الارادة، تميل لتجنب الانشطة الاجتماعية التي تحتاج الى مشاركة فعالة، يفقد صاحبها القدرة على المبادرة والاستمتاع بالحياة مع افتقار القدرة على تحمل المسؤولية او الثقة بالنفس .

الاعراض

نمط ثابت من النشاط الاجتماعي، والشعور بنقص الكفاية الشخصية مع الحساسية الزائدة للتقييمات السلبية، ويبدأ في بداية طور الرشد في العديد من السياقات، ويتحدد بأربعة أو أكثر من الاعراض التالية:

1. النفور من التعامل مع الآخرين فيما عدا النمط الذي يشبهه
2. تجنب الاعمال التي تحتاج الى الاحتكاك بالآخرين، للخوف من الانتقادات او عدم الاستحسان او الرفض
3. يبدي تحفظا ويكون مقيدا في العلاقات المكروه عليها، مع الخوف من الخزي ان يكون موضع سخرية الآخرين

4. الانشغال بإمكانية تعرضه للنقد او الرفض فى المواقف الاجتماعية
5. عدم الاقبال على علاقات جديدة لشعوره بعدم كفايته الشخصية
6. النظر الى نفسه باعتبارها غير جديرة، او الشعور بالدونية بالقياس بالآخرين
7. المقاومة غير العادية للقيام باى مخاطر او مغامرة شخصية او حتى الارتباط باية أنشطة جديدة للخوف من الارتباك

اضطراب الشخصية الاعتمادية

الشعور بالعجز وعدم القدرة على تقديم المساعدة والاستخفاف بالقدرات الذاتية والشعور الدائم بالحاجة للاعتناء بصاحب هذه الشخصية من قبل الآخرين، بالإضافة إلى عدم القدرة على اتخاذ أبسط القرارات اليومية دون طلب المساعدة والنصيحة من الآخرين.

الاعراض

في الغالب يكون أصحاب هذه الشخصية معتمدين بشكل كبير على الآخرين، في تلبية احتياجاتهم وبذل مجهود كبير في إرضاء الآخرين بالإضافة لخوفهم الدائم من الانفصال، وتتنوع أعراض الإصابة بهذا المرض كالتالي:

1. عدم القدرة على اتخاذ القرارات، حتى القرارات اليومية البسيطة.
2. تجنب تحمل المسؤولية الشخصية.
3. تجنب الوظائف التي تتطلب تحمل المسؤولية.
4. أصحاب الشخصية الاعتمادية لديهم خوف كبير من تخلي شخص عنهم والشعور بالدمار عند انتهاء العلاقة، حتى أنهم يقومون بالانتقال لعلاقة أخرى بسرعة لتعويض ذلك.
5. الحساسية المبالغ فيها عند سماع الانتقاد.
6. فقدان الثقة بالإضافة إلى اقتناعهم بعدم قدرتهم على الاعتناء بأنفسهم.
7. الخوف من إبداء الاعتراض على آراء الآخرين، خوفاً من فقدان دعمهم له.

- 8.عدم القدرة على البدء في أي مشروع.
- 9.صعوبة التصرف بنفسه، والخوف من الوحدة.
- 10.الرغبة الدائمة في المسامحة حتى مع إيذاء الآخرين لهم.
- 11.وضع احتياجات الآخرين قبل احتياجاتهم.
- 12.الميل للسذاجة والعيش في الخيال.

اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية

التناغم مع الآخرين لا يتحقق دوماً لسبب ما. وقد تتطور الشخصية بطريقة تجعل من الصعب على الإنسان أن يتعايش مع نفسه أو مع الآخرين، وقد يكون من الصعب على الإنسان أن يتعلم من تجاربه وأن يغير هذه الطباع (طرق التفكير والشعور و السلوك غير المجدية) والتي تسبب في هذه المشاكل.

الاعراض

- 1.الانشغال بالتفاصيل والنظام والقواعد
- 2.المثالية المفرطة، مما يؤدي إلى تعطيل الوظائف والإحباط عند فشل تحقيق المثالية، مثل الشعور بالعجز عن إنهاء مشروع بسبب عدم استيفاء المعايير الذاتية الصارمة
- 3.الرغبة في السيطرة على الآخرين والمهام والمواقف، والعجز عن الدفع بالمهام للآخرين
- 4.إهمال الأصدقاء والأنشطة الممتعة بسبب الالتزام المفرط بالعمل أو المشروعات
- 5.العجز عن التخلُّص من الأشياء ذات الخلل أو غير الجديرة بالاحتفاظ
- 6.الصلابة والعناد
- 7.عدم المرونة بشأن الفضيلة أو الأخلاق أو القيم
- 8.الصرامة والمراقبة التي تتصف بالبخل في الميزانيات وإنفاق الأموال

أهم الإضرابات الوظيفية للسلوك:

الذهان الوظيفي :

- الفصام.
- الإضرابات العاطفية (ذهان الهوس والاكتئاب).

العصاب :

- الإكتئاب.
- حالات القلق.
- المخاوف المرضية.
- الهستيريا.
- الوسواس القهري.

الإضرابات الإجتماعية :

- السيكوپاتية (الشخصية المضادة للمجتمع).
- الجنوح.
- الإدمان.

أهم الإضرابات العضويه :

- حالات التسمم .
- أثر الإدمان (مثل ذهان الكحول).
- الأمراض المعدية مثل الزهري والتهاب السحايا.
- تصلب الانسجة

أورام المخ

الصرع

ماهية المرض النفسى:

المرض النفسى والصحة النفسية وجهان لعملة واحدة. فحياة الفرد سلسلة من الصراعات والإحباطات والحرمان والصدمات، إذا نجح في التغلب عليها تكون الصحة النفسية، وإذا فشل يكون المرض النفسى، ومعنى ذلك أن الصحة النفسية لا يمكن دراستها إلا فى ضوء المرض النفسى. (مصطفى الشرقاوى ، 1983) .

تعريف المرض النفسى تتقارب تعريفات المرض النفسى، ونذكر منها ما يلى:

* هو اضطراب وظيفى فى الشخصية، يرجع أساسًا إلى الخبرات المؤلمة أو الصدمات الانفعالية أو اضطرابات الفرد مع البيئة الاجتماعية التى يتفاعل معها بألوان من الخبرات المؤلمة التى تعرض لها فى الماضى والحاضر وأثرها فى المستقبل، (مصطفى فهمى، 1968).

* هو اضطراب وظيفى مزاجى فى الشخصية، يرجع إلى الخبرات أو الصدمات الانفعالية، أو اضطراب العلاقات الاجتماعية، ويرتبط بحياة الفرد الخاصة فى الطفولة (عطوف ياسين، 1981).

* هو اضطراب وظيفى فى الشخصية، يرجع أساسًا إلى الخبرات المؤلمة والصدمات الانفعالية الشديدة والاضطرابات فى العلاقة الاجتماعية. (فيصل الزراد، 1984).

* هو اضطراب وظيفى فى الشخصية، نفسى المنشأ، يبدو فى صورة أعراض نفسية وجسمية مختلفة، ويؤثر فى سلوك الشخص فيعوق توافقه النفسى، ويعوقه عن ممارسة حياته السوية فى المجتمع الذى يعيش فيه. (حامد زهران، 1997) .

وتعريف المؤلمة: المرض النفسى: اضطراب وظيفى فى الشخصية، أسبابه نفسية، وأهمها: الصراع والإحباط والحرمان والصدمات، وأعراضه نفسية، وجسمية، واجتماعية، ويبدو فى شكل سلوك مرضى يعوق التوافق النفسى.

السلوك المرضى:

المرض النفسى لا بد أن يصحبه سلوك مرضى، ولكن السلوك المرضى لا يعنى بالضرورة أن الفرد مريض نفسيًا. وينظر العلماء للمرض النفسى على أنه سلوك غريب ومكتسب بفعل عمليات خاطئة من التعلم، ويستخدمون لذلك البحوث التجريبية للكشف عن فاعلية المتغيرات التى تحدث الاضطرابات.

ويبدأ المعالجون السلوكيون بالتحديد الدقيق والنوعى للسلوك الذى يرغبون فى تعديله أو علاجه.

والإجراءات التى يستخدمها المعالج السلوكى تختلف فى أهدافها عما يقوم به المحلل النفسى، لأن المعالج السلوكى يبدى اهتمامًا مباشرًا بالظروف المحيطة بتكوين السلوك المرضى، بينما يتجه اهتمام المحلل النفسى إلى تاريخ المريض مجردًا ودون اهتمام بأنماط التفاعل بين الفرد والبيئة التى أدت إلى ظهور الأعراض المرضية كما يفعل المعالج السلوكى. ويساعد المعالج على تحديد أنماط السلوك السوى والجيد الذى يجب أن يتجه إليه بدلًا من السلوك

المرضى، ويساعد أيضًا على وضع الخطة العلاجية وتنفيذها في اتجاه الشفاء من الاضطراب بأساليب متعددة مما يؤدي إلى تغيير السلوك والشفاء. (عبد الستار إبراهيم، 1983).

الوقاية من المرض النفسى:

يهتم علم النفس العلاجى بالوقاية من المرض النفسى كاهتمامه بالفحص والتشخيص والعلاج. وللوقاية من المرض النفسى لابد من معرفة أسباب الأمراض النفسية وإزالتها، وتحديد الظروف التى تؤدى إليها، وتهيئة المناخ النفسى الصحى.

وتتنظم الوقاية فى ثلاث مراحل على النحو التالى:

***الوقاية الأولية:** وتهدف إلى منع حدوث المشكلة أو الاضطراب أو المرض أو تقليل حدوثه فى المجتمع ، أو التدخل بمجرد أن يلوح خطره لدى المعرضين لذلك. وتوجه الوقاية الأولية الشاملة إلى الأفراد العاديين. ومن إجراءات الوقاية الأولية: منع الأسباب والتدخل الفورى عند ظهورها، والتشجيع على تبنى أنماط سلوك الوقاية. وتضطلع بإجراءات الوقاية الأولية المؤسسات الاجتماعية، والمدارس، ووسائل الإعلام، والأسرة. ويقوم بالعبء الأكبر الأطباء والأخصائيون النفسيون والاجتماعيون والوالدان والأشخاص ذوى الأهمية فى حياة الفرد.

***الوقاية الثانوية:** وتهدف إلى التعرف المبكر على المشكلة أو الاضطراب أو المرض ومحاولة تشخيصها فى المراحل الأولى بقدر الإمكان بالعلاج المبكر والوقاية من المضاعفات والإزمات.

ومن إجراءات الوقاية الثانوية: الاهتمام بالتشخيص الفارق بين الاضطرابات المختلفة فى بدايتها، والانتباه إلى أى تغيير مفاجئ فى السلوك والمبادرة باتخاذ الإجراءات العلاجية

***الوقاية فى المرحلة الثالثة:** وتهدف إلى تقليل أثر الإعاقة الباقية بعد الشفاء من المرض، وتهدف أيضًا إلى الوقاية ضد الانتكاس، أى أنها تعتبر امتدادًا للعلاج.

ومن إجراءات الوقاية فى المرحلة الثالثة: خدمات التأهيل الشامل بعد العلاج لإعادة المريض السابق لتحقيق أعلى مستوى من التوافق والعودة إلى الوضع الاجتماعى العادى مع التخلص من أثر كونه مريض سابق على حياته الأسرية والمهنية والاجتماعية.

وتتمثل إجراءات الوقاية من المرض النفسى فيما يلى:

* **الإجراءات الوقائية الحيوية:** وتركز على خدمات رعاية الأم قبل الحمل وأثناءه، والرعاية الصحية للطفل، وتعديل العوامل التناسلية.

* **الإجراءات الوقائية النفسية:** وتهتم بالنمو النفسى السوى، ونمو المهارات الأساسية، وتحقيق التوافق الانفعالى، والمساندة أثناء الفترات والمواقف الحرجة وتجنب عوامل الإحباط والصراع، وإشباع الحاجات.

* **الإجراءات الوقائية الاجتماعية:** وتهتم بالبحوث الاجتماعية، وتحقيق التوافق الاجتماعى، والزواجى، والمهنى والتنشئة الاجتماعية السليمة.

وتقع مسئولية تخطيط الوقاية من المرض على عاتق المؤسسات النفسية والاجتماعية والطبية المتخصصة. ويجب أن يتناول برنامج الوقاية ظروف الفرد والمجتمع. والمجتمع الذكى هو الذى يهيئ المناخ الاجتماعى والثقافى الصحى الذى يساعد على النمو السوى للفرد والجماعة، والذى يكفل الوقاية من المرض النفسى باعتبارها خير من العلاج. (حامد زهران ، 1973) .

هذا وقد أكدت توصيات المؤتمر المصرى الأول للطب النفسى الذى عقد فى القاهرة فى مارس 1986، على ضرورة الاهتمام بالوقاية من المرض النفسى، ويدخل فى ذلك الاهتمام بالنواحى النفسية والتأهيلية فى وسائل الإعلام والمدارس ومؤسسات العمل.

تصنيف الأمراض النفسية والعقلية:

توجد تصنيفات متعددة للأمراض النفسية والعقلية أشهرها ما يقوم على أساس الأسباب.

وتصنف الأمراض النفسية والعقلية حسب أسبابها على النحو التالى :

الأمراض النفسية والعقلية عضوية المنشأ: وتشمل:

* اضطرابات المخ مثل: الشلل الجنونى العام، والضمور العقلى الشيخوخى، وبعض حالات الصرع .

* التسمم: مثل التسمم بالعقاقير، وحالات الإدمان.

* الأورام: مثل أورام المخ.

* الإصابة: مثل الهذيان الإصابى، واضطرابات الشخصية عقب الإصابة، والتأخر العقلى عقب الإصابة.

* اضطرابات الغدد: مثل الأمراض الناتجة عن نقص أو زيادة إفرازها.

الأمراض النفسية والعقلية نفسية المنشأ (الوظيفية): وتشمل:

* العصاب: مثل القلق، وتوهم المرض، والضعف العصبى، والهستيريا، والخوف، وعصاب الوسواس والقهر، والاكتئاب، والتفكك.

* الذهان: مثل الفصام، والهذاء (البارانويا) وذهان الهوس والاكتئاب.

* الأمراض النفسية الجسمية (السيكوسوماتية): فى أجهزة الجسم المختلفة التى يسيطر عليها الجهاز العصبى الذاتى (التلقائى)، مثل الجهاز الدورى، والتنفسى، والهضمى، والبولى والتناسلى، والغددى.
اضطرابات الشخصية: وتشمل:

* اضطرابات الشخصية المرضية الاجتماعية مثل: الشخصية السيكوباتية، والانحرافات الجنسية.

* اضطرابات الشخصية الموقفية الزائلة: مثل اضطرابات العادات، واضطرابات السلوك.

* اضطرابات الشخصية الأخرى: مثل اضطراب نمط الشخصية، واضطرابات سمات الشخصية.

المشكلات النفسية :

ومن أمثلتها: الضعف العقلى، والتأخر الدراسى، والاضطرابات الانفعالية، واضطرابات الغذاء، واضطرابات الإخراج، واضطرابات النوم ، واضطرابات الكلام ، ومشكلات نوى الحاجات الخاصة، وجناح الأحداث.

أسباب الأمراض النفسية

لا شىء يأتى من لا شىء، والمرض النفسى له أسبابه، وفى بعض الأحيان يبدو أن سبب حدوث المرض النفسى يرجع إلى الصدمة الأخيرة، ولكنه غالبًا يكون نتيجة عوامل متعددة مهينة لدى كل فرد على حدة باعتبار أنه كائن متفاعل ينبغى دراسة تاريخ حياته وقدراته العقلية والجسمية، وبيئته الاجتماعية والمؤثرات الثقافية والتربوية. وعلى العموم فإن وجود أسباب مهينة قوية . أى وجود استعداد كبير للمرض النفسى لدى المريض يحتاج إلى سبب صغير حتى يحدث المرض فى حين أنه إذا كانت الأسباب المهينة (الاستعداد للمرض) قليلة وضعيفة، فإنه من اللازم لحدوث المرض النفسى أن يكون السبب المرسب سببًا قويًا وخطيرًا.

تقسيم الأسباب:

يمكن تقسيم أسباب الأمراض النفسية على النحو التالى:

***الأسباب المهينة:** وهى أسباب أصلية تمهد لحدوث المرض، وهى المرشحة لظهور المرض النفسى إذا ظهر سبب مساعد أو مرسب يعجل بظهور المرض فى تربة أعدتها الأسباب المهينة. وتختلف الأسباب المهينة، وربما يستمر تأثيرها على المريض مدة طويلة، وتجعل الفرد عرضة للمرض النفسى فى حالة ظهور سبب مرسب. وقد تتضمن الأسباب المهينة أسبابًا حيوية أو وراثية، وقد تتضمن أيضًا أسبابًا بيئية أو نفسية.

***الأسباب المرسبة:** وهى أسباب مساعدة تتمثل عادة فى الأحداث الأخيرة السابقة للمرض النفسى مباشرة والتي تعجل بظهور المرض النفسى، ويلزم لتأثيرها فى الفرد أن يكون مهياً للمرض النفسى، أى أن السبب المرسب يكون دائماً بمثابة النقطة الأساسية لإنطلاق المرض.

والأسباب المرسبة كثيرة ، منها ما هو عضوى، ومنها ما هو نفسى:

***الأسباب الحيوية:** وهى الأسباب عضوية المنشأ التى تطرأ فى تاريخ نمو الفرد. ومن أمثلتها: الوراثة وخاصة العيوب الوراثية، والاضطرابات الفسيولوجية، والبلوغ الجنسى، والزواج، والحمل والولادة، وسن القعود، والشيوخوخة، والبيولوجية (النمط الجسمى، والمزاج، والغدد)، والعوامل العضوية (الأمراض، والتسمم، والإصابات، والعاهات والعيوب والتشوهات الخلقية).

* **الأسباب النفسية:** مثل الصراع (كصراع الإقدام والإقدام والصراع الإحجام والإحجام، وصراع الإحجام والإحجام)، والإحباط (الأولى والثانوى، والإيجابى والسلبى، والداخلى والخارجى)، والحرمان (عدم إشباع الحاجات)، والصدمات والأزمات، والخبرات السيئة، والإصابات السابقة بالمرض النفسى، والتناقض الوجدانى، وقصور النضج النفسى، والضغط النفسى، والإطار المرجعى الخاطى، ومفهوم الذات السالب، والمحتوى الخطير لمفهوم الذات الخاص.

***الأسباب البيئية:** مثل البيئة الاجتماعية المضطربة، والعوامل الحضارية والثقافية غير المناسبة، والتنشئة الاجتماعية الخاطئة (كالحماية الزائدة والتدليل والقسوة والتفرقة فى المعاملة)، وسوء التوافق النفسى وخاصة سوء التوافق المدرسى والزواجى والأسرى والمهنى، وسوء الثقافة الجنسية، وسوء التوافق فى المجتمع، والصحة السيئة، ومشكلات الأقليات، وسوء الأحوال الاقتصادية، والبطالة، وتدهور نظام القيم، والكوارث الاجتماعية والحروب. وهكذا فإن دراسة الأمراض النفسية تستند إلى النموذج الحيوى النفسى الاجتماعى.

أعراض الأمراض النفسية

الأعراض والأمراض:

الأعراض هي العلامات السلوكية التي تدل على وجود المرض . وتختلف الأعراض النفسية التي تظهر على المريض اختلافاً كبيراً ، فقد تكون شديدة واضحة، وقد تكون مختلفة لدرجة أن يصعب تمييزها إلا للمعالجين لنفسيين أو عن طريق تطبيق بعض الاختبارات والمقاييس التشخيصية التي تحددها وتشخصها .

ولمعرفة الأعراض في وقت مبكر من ظهور المرض فضل كبير في العلاج، حيث يفيد التشخيص المبكر في نجاح عملية العلاج، ويمنع تطور الأعراض. والفرق بين الشخصية السوية وغير السوية أو المريضة من حيث الأعراض فرق في الدرجة وليس في النوع . ويوجد لدى الفرد استعداد للمرض. وتختلف المقاومة من فرد لآخر. وقد تغلب بعض الأعراض وتصبح هي مرضاً نفسياً أساسياً قائماً بذاته مثل الاكتئاب والقلق والخوف والوسواس. **دراسة الأعراض :**

تعتبر الأعراض عن الاضطراب النفسى الذى يعانى منه الفرد، والفرد لا يخلو من الأعراض، ولكن من النادر أن تجتمع كل الأعراض المميزة للمرض النفسى فى مريض واحد. **زملة الأعراض :**

تتنوع الأعراض وتشارك الأمراض النفسية فيها، وتظهر أعراض المرض النفسى فى شكل زملة أو تجمع أو تشكيل معين. وهذه المجموعة المتألفة من الأعراض هى التى تحدد المرض وتفرق بين مرض وآخر. **رمزية الأعراض :**

يعتبر العرض رمزاً يشير إلى وجود اضطراب نفسى أو جسمى. وقد يكون للعرض معنى رمزى ذو أهمية أكبر من مظهره. فغسل اليدين القهرى قد يكون رمزاً لمحو ذنب ارتكبه الفرد. **وظيفة الأعراض :**

يعتبر العرض رد فعل أو تعبير نفسى حيوى عن الفرد ككل، ويجب دراسته وفهمه من زاوية حيوية نفسية، وقد يكون حيلة نفسية تهدف إلى تقدير قيمة الذات.

أهداف الأعراض :

لكل عرض هدف أو أهداف. ومن أهداف الأعراض ما هو أولى وما هو ثانوى، وما هو ذاتى وما هو موضوعى، ومن بين الأهداف الأولية، والثانوية نجد ما هو سوى وما هو مرضى، وما هو شعورى، وما هو لاشعورى، كما يلي:

* **الأهداف الأولية:** وهى الأهداف الذاتية التى يكون فى تحقيقها مغام يفوز بها الفرد ولو على حساب خسائر فى جوانب أخرى. ومن أمثلة الأهداف الأولية: حل الصراع، والسيطرة على القلق، وتحقيق كبت وكف الدوافع والنزاعات التى يرفضها الفرد، وامتصاص الطاقات النفسية المنبعثة من الدوافع والنزاعات المكبوتة، وتقوية الكبت، وإخماد نشاط الدوافع المكبوتة، وإشباع الدوافع والحاجات التى أحبطت، والاستسلام، وتهديئة الثائر عن طريق عقاب ولوم الذات.

* **الأهداف الثانوية:** وهى الأهداف الخارجية التى يكون فى تحقيقها الانتصار النسبى على العقبات البيئية أو الاجتماعية أو الاقتصادية، وتهيئة المناخ الملائم لحالة الفرد النفسية. ومن أمثلة الأهداف الثانوية: استدرار العطف، والهروب من المواقف المحرجة، وتجنب تحمل المسؤولية، وتبرير ضعف الفرد أو فشله، وتعويض النقص أو الحرمان، والإحجام عن مواجهة المواقف والخبرات الأليمة، ووقاية الذات واحترامها والمحافظة عليها.

تصنيف الأعراض:

تصنيف الأعراض بصفة عامة إلى: أعراض داخلية وأعراض خارجية، وأعراض عضوية المنشأ وأعراض نفسية المنشأ. ومن الأعراض ما يلى:

- * **اضطرابات الإدراك:** مثل الهلوسات، والخداع، واضطرابات الحواس بالزيادة أو النقصان.
- * **اضطرابات التفكير:** مثل التفكير غير المنطقى، أو المشتت، أو الوسواسى، أو المتناقض، والأوهام، والمخاوف.
- * **اضطرابات الذاكرة:** مثل النسيان، وفقد الذاكرة.
- * **اضطرابات الوعى والشعور:** مثل الذهول، والهبان.
- * **اضطرابات الانتباه:** مثل قلة الانتباه، والسرحان، والانشغال.
- * **اضطرابات الكلام:** مثل اللججة، واحتباس الكلام.
- * **اضطرابات الانفعال:** مثل القلق، والاكتئاب، والتوتر، والفرع، والتبدل، واللامبالاة، وعدم الثبات الانفعالى، والشعور بالذنب، والحساسية الانفعالية.
- * **اضطرابات الحركة:** مثل النشاط الزائد، أو الناقص، أو المضطرب، وعدم الاستقرار، واللازمات الحركية، والعدوان.
- * **اضطرابات المظهر العام:** مثل اضطراب تعبيرات الوجه، وسوء حالة الملابس، والفوضى .
- * **اضطرابات التفهم:** مثل اضطراب الإدراك الواعى، واضطراب إدراك مضمون الشعور.
- * **اضطراب البصيرة:** مثل عدم إدراك طبيعة المشكلات وأسبابها وأعراضها .
- * **الاضطرابات العقلية:** مثل الضعف العقلى.

- * اضطرابات الشخصية: مثل الانطواء، والعصابية.
- * اضطرابات السلوك الظاهر: مثل السلوك الشاذ، أو الغريب.
- * اضطرابات الغذاء: مثل فقد الشهية، والإفراط في الأكل.
- * اضطرابات الإخراج: مثل التبول اللاإرادي، والإمساك أو الإسهال العصبي.
- * اضطرابات النوم: مثل كثرة النوم، والأرق، والمشى أثناء النوم، والأحلام المزعجة، والكابوس.
- * اضطرابات الإحساس: مثل ضعف البصر، وقصور حاسة الشم، وتبدل الحس.
- * الاضطرابات العصبية: مثل التشنج، والصرع، والشلل.
- * سوء التوافق: مثل سوء التوافق الشخصي، أو الاجتماعي، أو الأسرى، أو التربوي، أو المهني.
- * الانحرافات الجنسية: مثل الجنسية المثلية، والعادة السرية، والإفراط، أو الضعف الجنسي.

الفحص والتشخيص والمآل

الفحص:

الفحص الجيد هو أساس التشخيص الموفق والعلاج السليم. ويجب أن تكون عملية الفحص دقيقة واضحة الهدف وأن تولى العناية اللازمة من حيث دقة وصدق وثبات مصادر المعلومات والبيانات. ويجب تهيئة الظروف المادية والنفسية الملائمة لعملية الفحص. ويتعين على المعالج إقامة علاقة تفاعلية بينه وبين المفحوص لتحقيق الهدف المنشود من الفحص النفسي.

وتتم عملية الفحص النفسي في العيادة لتحديد إمكانات المفحوص ومشكلاته واضطراباته. وقد يأخذ الفحص النفسي شكل إجراء بعض الاختبارات واستخلاص نتائجها، أو شكل تشخيص حالة انطلاقة من تحديد بعض الأعراض المميزة، أو قد يكون في شكل دراسة شاملة للشخصية بمختلف أبعادها. ويتطلب الفحص النفسي المعرفة الشاملة لسلوك المفحوص في إطار اجتماعي معين.

هدف الفحص :

يهدف الفحص إلى فهم شخصية المريض دينامياً ووظيفياً، وإبراز مظاهر القوة ومظاهر الضعف، وتحديد اضطرابات شخصيته والعوامل التي تؤثر على توافقه النفسي والاجتماعي والمهني والزواجي والأسرى. وهكذا يهدف الفحص إلى تحديد إمكانات الفرد ورسم معالم شخصيته ومشكلاته واضطراباته وصولاً إلى تشخيص الحالة.

شروط الفحص: يجب مراعاة الشروط الآتية فى عملية الفحص:

- * موضوعية الفحص والبعد عن الذاتية بقدر الإمكان.
- * الدقة فى استخدام أدوات الفحص.
- * بذل أقصى الجهد لتغطية كل ما هو مطلوب فى عملية الفحص.
- * تعاون العميل فى إعطاء البيانات والمعلومات الصحيحة.
- * سرية المعلومات والبيانات.
- * تنظيم المعلومات وتقييمها بدقة وعناية.

التشخيص

التشخيص: هو تحديد وتجميع المعلومات عن الاضطراب أو المرض، أو هو الطريق الذى يؤدى إلى

التعرف على نوع الاضطراب أو المرض. وللتشخيص أهمية كبيرة بالنسبة للمعالج والمريض. ويساعد التشخيص فى فهم المريض وما يعانیه. والتشخيص يعنى الفهم العميق والشامل لسلوك المريض. ويقول بعض العلماء إن التشخيص هو عملية علاجية أكثر من مجرد تصنيف المريض ضمن فئة مرضية.

أهمية التشخيص المبكر:

تظهر كثير من الأعراض والأمراض بسهولة وفى مرحلة مبكرة مثل العاهات الجسمية والعقلية الشديدة. وقد لا تظهر أعراض الأمراض مبكرًا مثل حالات التأخر الدراسى، وسوء التوافق. وقد لا تظهر ويجهلها المريض ومخالطوه مثل أعراض العصاب والذهان، مما يؤخر تشخيصها وعلاجها المبكر. ويفيد التشخيص المبكر فى اختيار أنسب الطرق العلاجية للمريض فى الوقت المناسب.

التشخيص الفارق:

هو أحد أساليب تشخيص الأمراض النفسية، ويعتمد على تصنيف مجموعة الأعراض المرضية التى يعانى منها المريض للوصول منها إلى زملة الأعراض التى تميز أحد الأمراض عن الأخرى. ويقوم التشخيص الفارق على التفرقة المنهجية بين أعراض مرضين لتقرير أى المرضين يعانى منه المريض. ويجب على المعالج النفسى أن يكون ملما بطرق وأساليب التشخيص الفارق، وذلك لتحقيق الهدف وهو العلاج المناسب للمريض. ويجب التفريق بين الأمراض المتقاربة أو المتشابهة مثل الشلل الهستيرى والشلل العضوى، والصرع الهستيرى والصرع العضوى، حيث توجد فروق جوهرية فى أعراض كل منها.

أهداف التشخيص :

يهدف التشخيص النفسى إلى ما يلى:

* تحديد الاضطراب أو المرض النفسى الذى يعانى منه المريض.

* التفريق بين الاضطراب العضوى والاضطراب الوظيفى.

* تحديد طريقة وأسلوب العلاج المناسب.

التشخيص والعلاج :

ينظر المعالجون النفسيون إلى عملية الفحص والتشخيص والعلاج كعملية متصلة الحلقات، حتى وإن قام بالفحص والتشخيص أكثر من أخصائى. وتعتبر هذه العمليات الثلاث (الفحص والتشخيص والعلاج) عمليات متكاملة ومتداخلة. فأتثناء عملية الفحص والتشخيص تحدث فوائد علاجية مثل الألفة بين المعالج والمريض، وتهيئة المناخ العلاجى للمريض وإزالة مخاوفه، ومعرفته بنفسه بدرجة أفضل، وتصحيح مفاهيمه الخاطئة عن نفسه وعن العلاج النفسى.

المآل (التنبؤ):

يتناول المآل التنبؤ بنتيجة العلاج ومستقبل المرض إذا ترك دون علاج. وتهدف عملية تحديد المآل إلى توجيه عملية العلاج، وتحديد أنسب الطرق العلاجية له، وتحقيق أكبر نسبة ممكنة من النجاح.

وفى حالات كثيرة يكون مآل المرض أفضل وأحسن كما فى حالات:

فجائية المرض، وعدم وجود عوامل وراثية، وسلامة الحالة الجسمية، ومناسبة البيئة التى يعيش فيها المريض، وقللة المكاسب الأولية والثانوية للمرض، وإجراء الفحوص النفسية والاجتماعية والصحية اللازمة، وبدء العلاج مبكرًا، وعدم تدهور الشخصية، واستبصار المريض بحالته، ودفاعيته وإقباله على العلاج بنفسه، وتعاونه فى عملية العلاج.

نظرة عامة على بعض الأمراض:

أولاً : الأمراض الذهانية

الذهان psychosis هو إضراب عقلي، ويعكسه خلل شامل في الشخصية يجعل السلوك العام للمريض مضطرباً ويعوق نشاطه الإجتماعي. ويوجد بين الاضرابات النفسية الوظيفية، إختلاف أساسي يميز بين الأمراض الذهانية عن العصابية هو فقدان الاتصال بالواقع ونقص إستبصار الفرد الذهاني بمشاكلته، ومثل تلك السمات المميزة تكون عرضة للعديد من النقص من قبل أفراد المجتمع، فعلي سبيل المثال لا يستطيع المصابون بالفصام الأذكياء أن يشخصوا حالاتهم قبل الذهاب إلي طبيب نفسي، والمصاب بالهستيريا العصابية ربما يكون غير واعي أن شكواه الجسمية هي في الأصل نفسية، وسوف يرفض هذا الأقتراح بقوة.

ويري عكاشة(1980) أن أهم الخصائص المميزة للأمراض الذهانية:

إضطراب واضح في السلوك بعيداً عن طبيعة الفرد من إنطواء، إنعزال، إهمال الذات والعمل، والأهتمام بأشياء بعيدة عن طبيعته الأصلية. تغير الشخصية الأصلية، وإكتساب عادات وتقاليد يختلف عن الشخصية الأولى. تشوش في محتوى ومجري التفكير، وأسلوب التعبير عنه. تغير الوجدان عن سابق أمره. عدم إستبصار المريض بعلته، فلا يشعر بمرضه وأحياناً يرفضه إعتقاداً منه أنه لا يعاني من أي مرض. إضطراب في الإدراك مع وجود الضلالات والهلاوس. البعد عن الواقع والتعلق بحياه منشؤها إضطراب تفكيره.

ويعرض سوين (1979) الخصائص التالية بأعتبار أن أغلب الذهانيين يشتركون فيها وهي:

- أعراض يبلغ من خطورتها أن يخلت التوافق الإجتماعي والعقلي والمهني إلي حد ملحوظ.
- إضطراب عميق في القدرة علي تقدير الواقع والأنفكاك منه.
- إنعدام إستبصار الفرد بالحالة المرضية أو الباثولوجية التي هو عليها.
- إنحلال الشخصية أى تفكك الشخصية نتيجة للإجهاد والضغط.
- السلوك المؤدى للأذى علي صاحبه أو يكون خطراً علي الآخرين.
- المرض الذي يبلغ حداً من الشدة يستوجب العلاج بالمؤسسات.

الأمراض الذهانية الوظيفية نفسها فتقسم إلي الإضطرابات الفصامية والإضطرابات العاطفية:

1- الفصام schizophrenia هو مرض ذهاني يتميز بمجموعة من الأعراض النفسية والعقلية التي تؤدي إن لم تعالج في بدء الأمر إلي اضطراب وتدهور في الشخصية والسلوك، وأهم الأعراض **إضطرابات التفكير، والوجدان، والأدراك والإرادة، والسلوك.**

ويعتبر **إضطراب التفكير** من أهم السمات الأساسية في الفصام ومن الممكن أن تظهر تلك السمة بالتحديد في عدة أعراض مثل الغموض، ضعف في التركيز، تكتل التفكير، ضغط التفكير وإضطراب التعبير عن الأفكار، وإضطراب محتوى التفكير، وقلة الترابط بين الأفكار **وصعوبة إيجاد المعنى** بسهولة بالإضافة إلي الإضطرابات المعرفية للتفكير وإمتزاج الواقع بالخيال، كما توجد **إضطرابات وجدانية مثل التبدل، وعدم التجاوب الإنفعالي، وتضارب المشاعر، وإضطرابات الإرادة السلبية، وإضطرابات حركية، فهناك نقص وإنسحاب عن التفاعل الطبيعي للإنسان.** ويكون مفهوم الذات ومشاعر الهوية الشخصية ضعيفاً، والشخص المريض بالفصام ربما يجد صعاب في تمييز نفسه عن الآخرين وفي التمييز بين الماضي والحاضر، وربما تظهر الأعراض الكتاتونية مثل الغيبوبة والهياج. كما أن الأوهام والضلالات ومنها ضلالات الإضطهاد، وضلالات العظمة، وضلالات توهم العلل البدنية من الممكن أن تتطور أو تظهر فجأة مع إحساس غامر بالإنقطاع.

الفصام ينقسم إلي أربعة مجموعات فرعية:

- الفصام البسيط.

- الفصام الهيبوفريني.

- الفصام الكتاتوني.

- فصام البارانونيا.

لقد أثر كريبلين Kraepelin في العديد من الذين بحثوا ليطوروا من الأفكار في مرض الفصام خاصة إيجين بلويلر Eugen Brealer شنيذر Schneider، ماير جروس، أنخ فليدت، ولقد صاغ بلوير في عام 1911 مصطلح **الفصام كما يلي:** "هو عمليات إنشقاق ذات أهمية أساسية في **الإضطرابات**". ويجب أن نلاحظ أن تلك الإنشقاقات كان يعتقد إنها عمليات معقدة مركبة خصوصاً تشقق وإنقسام مناطق التفكير والوجدان. ولقد قام "بلوير" بالتمييز بين ما كان يدعي

الأعراض الثانوية مثل (الأوهام والضلالات والهلاوس) والأعراض الكتاتونية، الأعراض الأساسية مثل التوحد والتقمص، والإزدواجية والتناقض، الإضطرابات الوجدانية. وبالإضافة إلي هذا التمييز، توجد الأعراض الأولية مثل إضطرابات التفكير، أما الأعراض الثانوية تعكس محاولات التكيف للإضطرابات الأولية وآثارها. ولقد كان "شneider" أكثر إهتماماً بقواعد التشخيص أكثر من أن يوسع أو يطور نظرية للمرض. فلقد وصف ما اعتبره أول فئتان للأعراض وهما يشملان العديد من الهلاوس والضلالات والتي تعتبر من مسلمات التشخيص.

وهذه تشمل ثلاثة أنواع من الهلاوس السمعية:

- سماع أفكار الفرد عالية.
 - سماع أصوات تتحدث مع بعضها البعض.
 - سماع أصوات تعطي تعليقات سريعة خاطفة علي سلوك الفرد.
- إنه لمن الضروري بالطبع أن تستخدم كلمة فصام بدقة وليس علي نحو طليق. إن علماء النفس قد وصفوا كل ما إعتدوه علي هذا النحو وحاولوا أن يوضحوا السمات الأساسية الضرورية للحالة. ولكن أخيراً الذاتية ومهارات المقابلة الفردية تؤثر بطريقة حتمية علي الحكم النمائي إذا ما كان الشخص يعاني من الفصام أم لا. إن بعض العلماء يعتقدون أن عدم الوضوح في حدود الأنا مع ضياع خبرة الذات لها أهمية أساسية في مرض الفصام. ولقد بدأت تلك الأفكار مع علماء النفس التحليليين مثل بول "فيدرن". وعلى نحو موضوعي ومن جهة نظر هؤلاء العلماء فإن المصابين بالفصام يجدون صعوبة في معرفة أين يبدأون وينتهون. وبالتالي ترتبط المشكلة بتطور نمو الذات وصورة الجسم في مرحلة الطفولة المبكرة. إن خبرات العديد من الفصامين يمكن أن ترى علي إنها نتيجة لضياع وفقدان النسب الشخصي، فالمريض ربما يشعر أن أفكاره ليست أفكاره، ومثل تلك الخبرات السلبية ربما تصبح أوهام مضللة. وبالرغم من أن تلك الخبرات تعتبر فصام فإن هناك أعراضاً تكاد تشبهها تقع في (اللافصام). تلك هي خبرات الإدراك الخارج عن نطاق الإدراك الحسي العادي (الوحي أو الكشف) ولكن في مثل هذه الحالات لا تعتبر فقدان تلك الخبرات أكثر أو أقل قبولاً من الناحية الإجتماعية ولكن أيضاً تحدث لشخصية عادية سوية.

العلاج :

إن الغالبية الواسعة لمرضى الفصام يعالجون بالأدوية المهدئة مثل (الفينوثازين) كمرضى يعالجون خارج المستشفيات أو إذا تطلبت حالتهم الإقامة بالمستشفى ثم يخرجون، ويلاحظ أن معظم مرضى المستشفيات العقلية هم من المصابين بالفصام حيث أن الأقلية من مرضى الفصام أصبحوا مرضى مزمين وذلك غير ممكن وغير شائع في الحالات الأخرى. إن الفصام في حالة تظهر عادة في فترة المراهقة أو لدي الراشدين صغار السن. كما أنها شائعة في متوسط العمر وعند ذلك تكون من أنواع الأوهام والضلالات وأنواع البارانويا. وتقرح العديد من الدراسات أن نسبة حوالي 1% من سكان العالم ربما يتوقع لهم أن يعانون من مثل تلك الإضطرابات خلال حياتهم. كما يضاف إلي العلاج بالعقاقير العلاج بغيوبه الأنسولين، والعلاج بالصدمات الكهربائية والعلاج بالجراحة. ومن ناحية أخرى فيجب التدخل بالعلاج الوقائي الذي يهدف إلي منع المهيتين وراثياً من الزواج من بعضهم، وهناك علاج نفسي يركز علي إيجاد علاقة إنفعالية إيجابية مع المريض وتشجيعه ومحاولته فهم مشكلاته وصراعاته وإعطائه الثقة في نفسه وإبعاده عن حالة العزلة وخاصة في دور النقاهة وإبعاده عن النكسة؟ كما أن هناك علاج إجتماعي ومهني وسلوكي يركز علي عائلة المريض ومحيطه الإجتماعي.

2- الإضطرابات الوجدانية:

إن الإضطرابات الوجدانية يكون الإضطراب الأساسي فيها الإحساس ما بين الطرفين أو النقيضين:

المرح والحزن، ومن الناحية التاريخية فإن الإضطرابات الوجدانية عرفت من فترات طويلة. ويرى "سبيتز وبولي" أهمية الحرمان من الأم في مرحلة الطفولة كسبب مبكر للإكتئاب. وفي السنوات الأخيرة إقترح "بيك وآخرون" أن النواحي المعرفية للإكتئاب من الممكن أن تكون أكثر أهمية كما كانوا يعتقدون في الماضي. وأن الإكتئاب ربما ينتج من إدراك العالم بطريقة سلبية وغير ملائمة وذلك عكس الاعتقاد الشائع من أن مشاعر الإكتئاب تنتج خصائص سلبية في الأفكار والشخصية. ويحدد "سوین" (1979) الملامح التالية: **خصائص مميزة لذهان الهوس والإكتئاب:**

1. تكرار وقوع فترات الإضطراب المزاجي، وبعض المرضي تظهر عليهم فترات من

الإنشراح فقط.

2. يبدو على البعض الأعراض التقليدية من التبادل الدوري بين الإنشراح والإكتئاب.

3. فترات الإضطراب سرعان ما تنتهي بعد العلاج أو بدونه أما إستجابات الهوس فنقطع شوطها في نحو ثلاثة شهور، علي حين تمكث إستجابات الإكتئاب نحو تسعة شهور قبل أن تتحسر.

4. فيما بين فترات الإضطراب يعيش المريض حياة غير مضطربة سوية في جوهرها. وفي فترات السوء هذه قد تطول الفترة تصل إلي عشرات السنين.

5. الإضطراب في جوهره إنفعالي أي أن التدهور العقلي لايقع.

6. العمليات الفكرية تتعطل بسبب هروب الأفكار أو طيرانها في حالة الهوس، وبسبب تباطؤها عند الإكتئاب.

7. الهذات شائعة عامة منتشرة: فعند الهوس تتمشى الهذات في حالة الإنسراح والمرح الشديد والإنطلاق أو الإنتشار وتتضمن هذات العظمة. أما عند الإكتئاب فتنتشر أفكار التأثم، وإنخفاض تقدير الذات والأفكار المتصلة بتوهم المرض.

8. تشيع الهلاوس حين يكون الإضطراب شديداً، ولكنها تكون مع ذلك أقل شيوعاً منها في

الفصام، بل أن الهلاوس لتظهر في نسبة أقل من 20% من حالات ذهان الهوس والإكتئاب.

وهكذا فإن الإضطرابات الوجدانية تتميز بالدورية في ظهورها بالرغم من أن هوس الاكتئاب الذي يتبادل بين الهوس والسواء ثم الإكتئاب غير شائع، كما أن الهوس نفسه غير شائع نسبياً ويظهر في هياج غير مسيطر عليه تطاير الأفكار والشعور بالعظمة، أما الاكتئاب فهو مرض شائع يتميز بمشاعر طاغية بالاكتئاب والقلق وأحياناً أفكار إنتحارية، كما أن المكتئب ربما يكون مثبط وبطئ ولديه أرق وربما يكون مصاب بوسواس خصوصاً عن أحشائه ووظائفها. كما يمكن أن يعاني من مشاعر ذنب غير حقيقية تماماً. كما ان النوم والأكل ربما يتأثران بطريقة حادة.

ورغم أن الاكتئاب أمر شائع إلا أن محاولات وصفه بدقة أمر مثار للجدال والخلاف. ومهما كانت الأسباب فربما نقترح أن النساء أكثر عرضة وأكثر ميلاً من الرجال للاصابة بالاكتئاب. وهناك مشكلة خاصة هي إمكانية إقامة تمييز صحيح وفعال بين الإكتئاب كمرض عصابي أو رد فعل لأحداث الحياة، والإكتئاب باطني النمو (السوداوية)، أما الأخير فيقال أنه يتميز على وجه الخصوص بالسهر واليقظة في ساعات صغيرة من الاكتئاب في أسوأ حالاته. أما ما يميز الاكتئاب الباطني فهي تلك الأعراض مثل التثبيط أو البطء العقلي واللاجسمي (بالرغم من

إمكانية حدوث هياج)، كما أن الشعور بالذنب أحد ملامح هذا المرض. وإذا كانت بعض السمات مثل الشعور بالذنب أو وساوس وتوهم المرض ذات طبيعة ضلالية توهمية هي شئ واضح وبارز في هذا المرض أو ربما مع خبرات هلاوس فربما تطلق علي الإكتئاب إنه ذهاني النوع.

إن الإكتئاب بشكل واضح هو حدث شائع في حياة الانسان ويحدث في العديد من الأماكن وللعديد من أنواع الشخصيات، فلو حدث فعلاً إكتئاب باطني فمن الممكن أن تجد مجموعة متنوعة داخل هذه الفئة العامة. وعلي أية حال، فإنه يبدو أن السوداوية هي مجموعة متنوعة يقال إنها تتميز علي وجه الخصوص بالهياج ووسواس المرض وتحدث في سن اليأس. وعلي نحو أقل شيوعاً فإن أعراض شبيهة بالفصام ربما تحدث بعد ولادة الأم وعلي أية حال فإنه حقيقي تماماً أن الإضطرابات الوجدانية عكس الفصام غير شائعة حتي منتصف العمر. إن العلاقة بين الإكتئاب والهوس مازالت محل نقاش وجدال. فصورة الإضطراب العاطفي ما بين الإكتئاب والهوس قد وضعت في ضوء منحنى. ولقد وصف "كورت" حالة الهوس علي إنها حالة أكثر حدة وتطرفاً. بمعنى الإنحراف عن الطبيعي في إتجاه واحد من الإضطراب العاطفي أكثر من الإكتئاب. ووجهة النظر هذه تبين الندرة النسبية للهوس، وتبرر أيضاً الحقيقة القائلة بأنه لا يوجد أبداً هوس بدون بعض أعراض الإكتئاب. ولكن يمكن وجود إكتئاب بدون أعراض للهوس، ومع ذلك يوجد المصابون بالوساوس ولا يبدو مضطربين كما يبدو المكتئبين. وعلي أية حال، فإن العديد من دراسات الإضطراب العاطفي تقترح إنه توجد حالة أحادية شائعة نسبياً (عادة الأكتئاب) وحالة ثنائية منفصلة غير شائعة حيث يحدث الهوس والإكتئاب في أوقات مختلفة لنفس الفرد. إن الخصائص والصفات الوراثية والجينية المورثة مختلفة، فالمصاب بالحالة الثنائية يستجيب للعلاج بالليثيوم، كما أن شخصيتهم الطبيعية العادية أقل عصابية وأكثر إستجابية، أما مع المصابين بالحالة الأحادية فتستخدم الأدوية المضادة للإكتئاب. ويعد العلاج بالجلسات الكهربائية أقوى علاج الآن ضد الأكتئاب (عكاشة 1980)، كما قد يستخدم العلاج بالجراحة لقطع الألياف الموصلة بين الفص الجبهي في المخ والثلاموس. أما العلاج النفسي فيمكن تطبيقه بعد إختفاء الأعراض وفي مرحلة النقاهة لإقامة علاقة وثيقة بين المريض والمعالج بما يسمح بالمناقشة وفهم مشكلات المريض وصراعاته وتشجيعه لمقاومة الأفكار السوداوية وتشجيعه علي الإختلاط ونبذ العزلة.

ثانياً: الأمراض العصبية

علي النقيض من الأمراض الذهانية، فإنه بين الأمراض العصبية حالات إكتئاب وقلق (في غياب أعراض أخرى) والتي ستعرف أسمائها بالمشكلة الأساسية. فهي اضطرابات شائعة تصنع نسبة لا بأس بها من الحالات النفسية، ومعظم تلك الحالات تحدث لمعظم الناس ولو كانت عابرة كرد فعل للصعاب المختلفة في مواقف الحياة. لقد ألغت الجمعية الأمريكية للطب النفسي لفظ Neurosis منذ عام 1978 حيث أصبح يطلق فقط علي كل من لم يستطع التكيف والتأقلم في المجتمع مع العادات المألوفة أو أصيب بأثارة عصبية لحد المبالغة وبالطبع ليس هذا ما نعنيه بالاضطرابات العصبية. فالعصابي هو الشخص الذي من خلال صراعاته الداخلية وصراعاته مع المجتمع أصبح يعاني من أمراض نفسية متعددة تجعله غير قادر علي الأستمرار في الإنتاج كما ينبغي، وهو من خلال هذه المعاناه يطلب المساعدة للوصول إلي درجة من الرضا والمرونة بإستمرار (عكاشة 1980).

ومن أهم الإختلالات العصبية :

عصاب الصدمات: وهو المرض النفسي الذي يعجل من ظهوره ما يخبره الفرد من ضغوط عنيفة أو كوارث. **القلق:** ذلك المرض النفسي الذي يتميز بالخشية الظاهرة والشعور بالخطر المحقق. **توهم المرض:** ذلك المرض النفسي (العصاب) الذي يتضمن الإنشغال المفرط بالجسم وأدائه لوظائفه مع التركيز علي حالة الصحة. وعلي نحو مشابه، فإن ذهان النفاس (ما بعد الولادة)، الذي يحدث للنساء بعد الولادة، كان البعض يعتقد إنه نوع مختلف عن الذهان. حتي لو كان هناك تزايد في مدي حدوث الذهان والذي ربما يرتبط بميلاد الطفل فإن ذلك يبدو اليوم إنه يكون غالباً حالات اضطرابات وجدانية ربما أمثلة حادة متطرفة لإكتئاب ما بعد الولادة الإستجابة التحولية (الهيستيريا) العصاب الذي تظهر فيه أعراض عضوية من غير أن يكون لها أساس جسيمي واضح يمكن التعرف عليه.

الإستجابة الإنفصالية: العصاب الذي تتميز بإضطرابات في الشعور والذاكرة. **الفوبيا أو المخاوف المرضية:** العصاب الذي يتضمن وجود مخاوف مفرطة غير معقولة. **عصاب الوسواس القهري:** وهو العصاب الذي يضطر الفرد إلي اقرار بعض أنواع السلوك المتداخلة من الأفكار والأفعال.

وسوف نناقش فيما يلي بعض هذه الاضطرابات العصابية:

1- الإكتئاب العصابي:

لقد تم وصف الإكتئاب الباطني الذهاني وخصائصه ويختلف عن الإكتئاب العصابي، فالإستجابة الأكتئابية العصابية تحدث بمساعدة موقف محزن وأهم أعراض الإكتئاب العصابي أن المريض يكون مغتماً، وتكون الإستجابة الحركية بطيئة متبلدة، ويجد صعوبة في النوم ويشكو من الضجر ونقص التركيز والتوتر. وعادة ما يصبح المريض واعياً بمرضه عندما يتحقق من أنه لم يشفى من تأثير صدمة ما بعد مرور وقت كاف عليها. ومن المواقف التي تسبب الإكتئاب للأفراد فقدان أو تغيير الوظيفة أو المنزل، الانفصال عن شخص حميم أو وفاته أو صدمة حادة، وهكذا تحدث كميات كبيرة من مشاعر الحزن والعجز الحادة. إن التفاعل مع الحياة بطريقة مكتئبة لفترة طويلة يعتبر بوجه عام نوع عصابي للاكتئاب. ويعتبر الحرمان سبب شائع للاكتئاب كرد فعل حاد كما أن الموت والآثار المصاحبة له مازال موضوعاً شائعاً في مجتمعنا يؤدي إلي الإكتئاب، فالحزن الحاد القاسي ربما يستمر مدة 6 أسابيع ولكن العودة لحالة وجدانية أقل أو أكثر طبيعية يمكن أن يستمر شهراً. ولقد وجد "بورستين 1973" إنه حتي بعد 13 شهر فإن 17% من الأرامل قد أستمروا مكتئبين، ومن المعتقد من أن المريض عندما يستجيب لحالة وفاة نراه أنه يستخدم الإستجابة الإكتئابية ليحمي نفسه من الوعي بمشاعره الثنائية من الحب والكراهية إتجاه الشخص المتوفي. وفي الشخصيات غير الناضجة يرتبط شكل الإستجابة الإكتئابية بشعور ذائد بالإعتماد إتجاه الشخص المتوفي. إن أقوى التنبؤات لهذا الإكتئاب الطويل كانت عمق الإكتئاب بعدد شهر واحد، وجود أطفال قليلين مازالوا يعيشون في نفس المكان (عدم العيش مع أعضاء آخرين بالأسرة، نقص الدعم والمساندة المادية الدينية)...ألخ. أما الذين تغلبوا علي تلك الصعاب بطريقة أفضل كانوا أفراداً لهم تجارب حرمان سابقة. وعلي النقيض من الإكتئاب الباطني (وبعض أنواع من الإكتئاب العصابي)، فإن هؤلاء الذين يعانون من إكتئاب الحرمان لم يحدث لهم عدم إهتمام بالذات أو بطء في سرعة الأداء.

2- القلق:

إحساس شعوري غامض وتوقع السوء وتكون الحالة مزمنة ومستمرة مع توتر دائم وعدم إرتياح وإنشغال بالتوقعات السلبية للمستقبل وأخطاء الماضي، والقلق ربما يكون خبرة عامة تماماً أو ربما يثار علي وجه الخصوص بواسطة التفاعل الإجتماعي أو الإهتمام بالذات الجسدية. ومن الناحية التاريخية فقد ناقش "بيرد 1869" الإنهاك العصبي، أما "فرويد 1895" فقد كان أول من أستخدم مصطلح القلق العصابي.

وهناك أعراض عضوية تميز حالات القلق منها:

1. خفقان القلب.
2. التعب بسرعة.
3. عدم القدرة علي التنفس.
4. العصبية.
5. آلام الصدر.
6. الترقب والتحفز.
7. دوار دوخة.
8. إغماء.
9. الخوف والتوتر والترقب.
10. صداع.
- 11-رعشة.
12. عرق مفرط.

ومن أسباب القلق:

التهديد اللاشعوري، التهديد الذي تفرضه بعض الظروف البيئية، وتكرار المواقف الغير المشبعة أو المهدة لمكانة الفرد وأهدافه والأحداث المثيرة للخوف من إنبهار العمليات الدفاعية، وإنعدام الأمن وعدم النضج. إن حالات القلق تدخل تحت الإضطرابات العاطفية، ولكنهما في الواقع منفصلين، فإستجابتهما للعلاج بالأدوية مختلفة تماماً، والمصابون يميلون إلي أن يكونوا أصغر من المصابين بالاكنتاب، وتستخدم المهدئات المعتدلة خصوصاً (البنزوديازينر). في معظم الحالات غير السوية هناك أدلة تشير إلي أن الوراثة والجينات تتفاعل مع العوامل البيئية. وبالرغم من أن التغيرات الفسيولوجية تكون ملحوظة في نوبات القلق فلا يظهر أي شي غير عادي في الأشعة لوظائف القلب. كما توجد دلائل بأن حالات القلق تطور الأمراض مثل ضغط الدم العالي، أمراض القلب، قرحة المعدة، البول السكري، قرحة القولون (Marks & Lader 1973) والتي ربما نتوقعها كنتيجة للمستوى العالي لإثارة الجسم، لكن يجب أن نضيف أن الصورة معقدة وأن أمراض القلب والشرابين علي سبيل المثال، ترتبط ببعض أنواع محددة للضغط والتي ربما نشير إلي أنه علي الأقل بعض أنواع القلق تنتج أعراض جسدية. ويمكن فهم الأعراض

الجسمية المصاحبة من خلال فهمنا لديناميكية القلق، فالقلق إذا ما أستثير يؤدي بالجسم إلي أن يعد نفسه لتهديد مستمر لا يتحقق أبداً مما يؤثر سلباً علي الجسم فتبدو الأعراض الجسمية غير العادية.

3- المخاوف المرضية:

والمزيد من الحالات المثيرة للقلق تدعى الفوبيا (المخاوف المرضية) وهي شائعة بين الناس العاديين والخوف المرضي عبارة عن فزع غير معقول من موضوع أو شخص أو موقف ما، وتظهر الفوبيا إتجاه أي جانب مدرك من البيئة، ولهذا تستخدم كلمات كثيرة تصف المثير الذي يثير الخوف. فعندما يثار القلق بواسطة أشياء مخيفه أو عندما يصبح موقف مخيف بوجه عام تحدث فوبيا بدرجة عصابية حقيقية، فالعديد من الناس العاديين لديهم فوبيا متوسطة لمختلف الحشرات أو الحيوانات أو المواقف أو الأماكن المرتفعة أو المصاعد. إن "فوبوس" كان إلهاً يونانياً أرتعب أعدائه وأشتق من الأسم ليعني الخوف أو الرعب.

ويوجد ثلاثة أنواع رئيسية من الفوبيا "المخاوف المرضية: الخوف من الأماكن الواسعة، الفوبيا الإجتماعية، فوبيا محددة خاصة (أي خاصه بشخصية الفرد وخبراته)، الخوف من الأماكن والمساحات الواسعة. تبدأ عادة بين 15-35 سنة وهي أكثر شيوعاً بين النساء عن الرجال. وهناك العديد من الأسباب الممكنة، الحالة تتنوع في طول البداية، المدة، الشدة والخوف من الأماكن الضيقة أو المغلقة يميل إلي الارتباط بصعوبات شخصية أخرى تشمل المشكلات الجنسية. الفوبيا الإجتماعية وفيها يخاف المريض ما يعتقد الآخرون عنه، وهذا الشعور ربما يكون أو لا يكون مقصوراً علي بعض أنواع السلوك (مثل الأكل أو الشرب أمام الآخرين، التحدث أمام العامة) وربما يشمل أو لا يشمل بعض النواحي مثل إحمرار الوجه والخجل، التلعثم. عدد من الدراسات أكدت أن بعض الصفات الوالدية المحددة تبدو أنها مرتبطة بتطور العديد من حالات المخاوف المرضية في الأطفال، فلقد إقترح "بولبي" علي سبيل المثال أن كمية غير ملائمة من عاطفة الأم المعبر عنها وربما تكون هي السابقة الهامة لفوبيا الأماكن الواسعة، كما أن احدي الدراسات وجدت أن الرعاية الأقل من الأم، القليل من الحماية الذائدة من الأم موجودة في المراحل العمرية المبكرة للمصابين بفوبيا الأماكن كلها الواسعة الكشوفة، كما وجدت تلك الدراسة أيضاً أن حالات الفوبيا الإجتماعية مرتبطة بالناية الزائدة من الأم والمزيد من الحماية الذائدة للأم. وقد تنشأ الفوبيا بإعتبارها خبرة إشتراطية شديدة في الحياة المبكرة للفرد، وقد تكون إستجابة

الخوف نتيجة إزاحة مخاوف عامة إلي رمز يستطيع الفرد بعد ذلك تجنبه بسهولة، وقد ينشأ كوسيلة لحماية المريض من الرغبات اللاشعورية المستهجنة، وفي ظل أي من هذه الظروف يكون للفوبيا قيمة ثانوية بالنسبة للمريض في إنه يجذب إهتمام الآخرين وتمكنه من التحكم في الأشخاص المحيطين به.

4- الوسواس القهري (العصاب القهري):

علي النقيض من الأمراض العصابية وحالات رد الفعل التي وصفت توأ، فإن الأمراض العصابية المتسلطة القهرية غير شائعة وتسبب في أقل من 3% من المرضى المتوجهين لعيادات العلاج النفسى. وفي القرن التاسع عشر صاغ "وستقال" مصطلح الامراض العصبية المتسلطة القهرية. كما أن كل من "موريل"، "جانيت"، و"فرويد" ناقشوا جميعهم الحالة مع بعض التفاصيل. والوسواس تفكير غير معقول ولا فائدة منه يفرض نفسه باستمرار على شعور الفرد. ان الأعراض الأساسية لحالة الوسواس القهري هو إحساس ذاتي بالتسلط والذي يقود الشخص لمقاومته لأنه نشاط غير ضروري. ففي حالة الوسواس القهري يقضي المريض معظم وقته في غسيل يده علي سبيل المثال أو إجترار الأفكار. ولكن ليس واضحاً كيف أن حالات الوسواس القهري ترتبط بما يوصف بالشخصية القهرية الملتزمة بالنظام البالغ والضمير الحي. ولقد إقترحت إحدى الدراسات التي بحثت نماذج النوم لدي المصابين بالوسواس القهري أن التقارير الذاتية للنوم السطحي المنقطع والسجلات الموضوعية كانت أعراضها متشابهة لمثيلاتها في الإضطرابات العاطفية. أما **الأفعال القهرية** فهي أفعال غير مفيدة وغير معقولة يشعر الفرد أنه مجبر علي القيام بها، وتتميز بالسخافة وقد تتفاقم إلي حد إنها تعوق قدرة الفرد علي ممارسة حياته العادية بشكل خطير، وترجع نظريات التحليل النفسي الإستجابة الوسواسية القهرية إلي الإجراءات المتشددة والجامدة التي تفرض علي الطفل في فترة التدريب علي عملية الإخراج في الطفولة. فتاريخ الشخصية العصابية يكشف دائماً علي إهتمام نائد بالنظام والنظافة ويميل هؤلاء الأشخاص إلي المثالية المتطرفة والضمير القاسي، ويبذلون دائماً جهداً ملحوظاً ليقمعوا مشاعر الغضب ويكونوا عطوفين ومنصفين، ولكن الدراسة الدقيقة تكشف لنا عن بخلهم وعنادهم.

العلاج:

لقد كان محل جدال أن النظريات حول أصل العصاب القهري هي من نوعين وربما تشير إلي نوعين من المشكلات مع متطلبات علاجية مختلفة ففي الشعور بالذنب الناتج من أو علي

الأقل المرتبط بالتنشئة الأخلاقية فإن الهدف في العلاج هو التقليل من الشعور بالذنب بالتدريب التوكيدي وقبول دوافع الفرد. أما مع الشعور بالقلق الناتج عن الآباء المخيفين والمستخدمين للعقاب فإن الهدف العلاجي هو الإقلال من القلق ببعض الأساليب مثل الإسترخاء، التخلص من الحساسية، وقف الأفكار، الغمر. ما الفرق، في الدرجة أو النوع، بين السمات الشخصية القهرية والأعراض التسلطية القهرية الواضحة؟. لقد قيل أن المرضي ذوي السمات الشخصية القهرية يستجوبون بطريقة مختلفة لأساليب الغمر مقارنة بهؤلاء أصحاب الشخصية غير القهرية.

5- الهستيريا:

لقد صاغ كلمة هستيريا "أبقراط" وبعد إرتباطه بالسكر، وصفت الهستيريا في ضوء الشخصيات الثنائية (إزدواج الشخصية). ومثل تلك الأمثلة تبدو نادرة اليوم. إن الهستيريا التحولية الأكثر شيوعاً إلا أنها مازالت نادرة. وهنا يكون المريض عادة تحت ضغط حاد وربما يخنفي عما يحيط به لمدة ساعات، أو أيام، أو حتى أسابيع أو شهور. وعندما نجد أنه فقد ذاكرته عن فترة معينة ولكنه يتصرف بطريقة مقبولة وسلوك مقبول تماماً فعند بدء شخصية أو عمل جديد تظهر مسألة النضار. وفقدان الذاكرة هو أكثر شيوعاً لتعدد الشخصيات، أما في الهستيريا التحولية فهي وسيلة للهروب من موقف لا يحتمل أو تجنب حقائق مكروهه وبغيضة. إن خصائص وسمات الهستيريا قد أدي إلي مفهوم الإنشاقية وأول من قالها هو "بريكيث 1859" ولكن طورها بعد ذلك "شاركو وجانيت" ولكي نبرر ظاهرة الهستيريا وعملية الإنشاق نفترض أن الخبرة والسلوك يمكن أن تتشقق وتنفصل من الشخصية الأساسية، وفي حالات نادرة تلك التشققات يمكن أن تأخذ هوية خاصة بها، حالات الهستيريا التحولية العضوية تكون على سبيل المثال في شكل فقدان الإحساس في اليد حيث نقص إحساس اليد لا يتبع أمراض الأعصاب كمرض حقيقي والبعض يري أن تنوع الأعراض (أو السلوك) في الهستيريا ككل هي إما لجذب الإنتباه أو لتجنب موقف معين، وهناك في بعض الأحيان نقص في الإهتمام أو الإنتباه للأعراض الواضحة الحادة وهذه اللامبالاه ربما تتناقض مع الرغبة الدائمة للتحدث عن الأعراض بطريقة درامية.

ان مفهوم تشقق الشخصية تميل أن تكون مهمله نسبياً. ولكن كما قال "ماك كيلر 1979" إن درجة تكامل وتوحد الشخصية في أي فرد تتنوع وتختلف بطريقة كبيرة وأن مشاعر الفرد وأحاسيسه ربما تكون غير متناسقة داخلياً مع بعضها وفي صراع، وتنقسم الهستيريا إلي تحولية وإنشقاقية أما الهستيريا التحويلية فتشمل الأعراض الآتية:

إضطرابات حركية، يمكن أن يعاني المصاب بالهستيريا من الشلل في أي جزء من الأجزاء الواقعة تحت الضغط الحركي فقد ينال الشلل من أحد الساقين أو كليهما أو اليدين أو الأصابع أو فقد المقدرة علي إستعمال الأحبال الصوتية أو إضطرابات في الحلق وعملية البلع وحركات عضلية كثيرة لا إرادية كسعال أو قئ أو تشنج عضلي يعوق التجول ويجعله مؤلماً وحالات المغص والتشنج. علماً بأن الفحص الطبي يثبت المريض سليم جسمياً.

الإضرابات الحسية، تمتد الأعراض الحسية إلي عدد من المراكز الحسية وتجعل الإدراك المعتمد علي تلك المراكز مضطرباً وغير ممكن فقد يشكو المريض من فقدان الحس في يديه أو رجليه أو طرف في جسده دون أن يمس ذلك الإضطراب المراكز الحسية في بقية أطراف الجسد. وقد يشكو المريض من فقدان القدرة علي السمع أو الشم أو التذوق أو العمي جزئياً أو كلياً أو قد تظهر زيادة بالغة في الحساسية أو كحة شديدة.

الإضطرابات الحشوية، وتشير هذه الإضطرابات إلي الإضطرابات التي تحدث في المعدة بشكل خاص من غير أن يكون لها سبب فسيولوجي مباشر ومن هذه الأعراض ما يسمى بالمعدة العصبية، القئ الهستيري، ضعف الشهوة للطعام رغم وجود الحاجة ووجود الطعام. ويكثر شيوع هذه الأعراض الحشوية الداخلية في حالات الهستيريا.

وتحدث الاستجابة التحويلية في الشخصيات غير الناضجة، ذوات الميول الاستعراضية، فتضخم مشكلات حياتهم وتزيده ايلاماً، ويوضح تاريخ هؤلاء الاشخاص أنهم ينشدون دائماً للحماية من الصراع الانفعالي بالهرب الى مرض جسمي أو نفسي وتندفع الاستجابة دائماً بتشجيع عامل مساعد كصدمة أو صراع انفعالي يهدد الفرد، ويعتمد شكل هذه الإستجابة علي حادثة صغيرة أو مرض سابق. ويذهب العديد من المحللين النفسيين أن العمى الهستيري قد ينتج عن مشاعر الاحساس بالألم من مشهد بصرى، أن العجز قد يكون عقاباً على السباب الفاحش، واليد المشلولة هي كذلك حتى لا تستخدم في العدوان ثانياً بمعنى ان الأعراض هي عملية دفاعية عن الذات تهدف الى استبعاد التوترات والألم.

اما الهستيريا الانشاقية فهي شكل هستيري اخر وتحدث عندما يزداد القلق عند المريض وتبدأ وظائف الشخصية في التشقق والانفصال عن الشخصية الحقيقية للإنسان، والأشكال الانشاقية الشخصية هي:

فقدان الذاكرة: وتكون جزئية أو كلية، والفقدان الكامل للذاكرة ينسي الشخص كل ما يتصل بماضيه بما في ذلك إسمه، عنوانه، المكان جاء منه، ولا تكثر في حالات الهستيريا، أما الفقدان الجزئي للذاكرة هو نسيان جزء معين من الذكريات، فقد ينسي المريض كل الظروف المزعجة التي سبقت مباشرة ظهور الأعراض الهستيرية أو فترة معينة في طفولته أو فجوات في الذاكرة تتصل بأشخاص أو أماكن معينة.

الشروذ الذهني: عدم التركيز حيث لا يوجد لدى المريض الإرادة للتحكم في سلوكه كما لو كان في غيبوبة وقد تظل أياماً أو تستمر طويلاً.

تشوش الوعي: وهو عرض شائع للذهيان الهستيري حيث يتكلم المريض كلاماً غير منظم وغير مفهوم وبلهجة غير مفهومة.

الجوال الهستيري: حيث ينسي المريض هويته لفترة من الزمن ويهرب من مكان إقامته إلي مكان آخر. فإذا ما إنتبه إلي نفسه تساءل اين هو وكيف وصل الى هذا المكان.

إزدواج الشخصية: أي أن يكون للشخص الواحد شخصيتان تظهران تدريجياً علي فترات ومن خلال خبرات سابقة تتطوران ويتوالي وجودهما، وكل شخصية تمثل نمطاً مختلفاً ويظهر النمطان أو أكثر بشكل غير منتظم زماناً ومكاناً.

شبه العته الهستيري: كأن يقوم الفرد بعمل أشياء ساذجة تافهة أو ظهور حالات غيبوبة وتظهر عادة للأشخاص الذين قضوا حياتهم في منفي فالمعتقلين السياسيين.

والواقع أن ظهور الهستيريا دفعة واحدة أمر نادر الحدوث وأن الغالب فيها أو يكون ورائها تاريخ طويل ينطوي علي تطور تدريجي لردود فعل الهستيريا. ولذلك فإن ظهورها لدي شخص في ظروف ما، لا يجب أن يفهم منه إنها وليدة إستعداد فسيولوجي معين أو أنها وليدة الساعة فقط بل يجب فهمها من خلال العوامل المباشرة ومن خلال خبرات سابقة تطورت تدريجاً علي فترة من الزمن لدي شخص إعتاد الدفاع عن نفسه ضد معاناة القلق بكبت الذكريات المؤلمة أو الكبت.

الفصل الخامس

المشكلات الإكلينيكية للأطفال

أولاً: تعريف مشكلات الطفولة :

مشكلات الطفولة هي عبارة عن صعوبات جسمية، أو نفسية أو اجتماعية أو عقلية تواجه بعض الاطفال بشكل متكرر أو دائم، ولا يمكنهم التغلب عليها بانفسهم او بارشادات وتوجيهات والديهم ومدرسيهم، فيسوء توافقهم ويعاق نموهم النفسى او الاجتماعى أو الجسمى ويسلكون سلوكا غير مناسب لسنهم او غير مقبول اجتماعيا، وتضعف ثقتهم بانفسهم، ويسوء مفهومهم عن انفسهم وعن الاخرين، وتقل فاعليتهم فى المواقف الاجتماعية، وتضعف قابليتهم للتعلم والتعليم والاكنتساب، ويحتاجون إلى رعاية خاصة على ايدي متخصصين فى مجالات الصعوبات التى يعانون منها.

ثانياً: تصنيف مشكلات الطفولة :

جاء تصنيف مشكلات الطفولة فى الدليل التشخيصى والاحصائى الخامس للجمعية الأمريكية للطب النفسى Diagnostic & statistical manual of mental disorders على النحو التالى:

- 1- مشكلات متعلقة بصعوبات التعلم (قراءة - حساب - تعبير كتابى ... ألخ)
- 2- اضطراب المهارات الحركية.
- 3- اضطرابات التواصل (اضطراب التعبير اللغوي- اضطراب الفهم- اضطراب النطق التأتأة).
- 4- اضطراب نقص الانتباه (عدم الانتباه- فرط النشاط الاندفاعية- اضطراب السلوك).
- 5- اضطرابات التغذيةى والأكل (الهزال- النهم- السمنة- أكل الأشياء غير الصالحة للأكل).
- 6- اضطراب اللزمات (اللوازم الحركية - الصوتية).
- 7- اضطرابات الاخراج (التبول اللاإرادى - التبرز اللاإرادى).
- 8- اضطرابات القلق (قلق الانفصال- القلق الاجتماعى).
- 9- ذهان الطفولة.
- 10- الاضطرابات المزاجية (الاكتئاب).

ثالثاً: النماذج النظرية المفسرة للمشكلات النفسية لدى الأطفال :

تعددت النماذج المفسرة لاضطرابات الأطفال وهذه النماذج لا تعبر عن اصحابها بقدر ما تعبر عن النظريات والتوجهات التي ينتمون إليها كما ان معظم هذا النماذج تفسر جوانب محددة من السلوك وقد لا تنطبق على جوانب أخرى، مما يتطلب أن تكون هناك نظرة تكاملية لها. وأهم هذه النماذج ما يلي:

1- النموذج البيولوجي (الطبي):

ويركز هذا النموذج على أن هناك متغيرات محددة تؤدي إلى نشأة الاضطرابات العقلية والنفسية منها تعرض الأم اثناء الحمل إلى نقص التغذية ونقص الرعاية وتعرضها للإشعاعات (أشعة اكس) وتناولها لبعض العقاقير دون إشراف طبي وحالتها الانفعالية كلها عوامل خطورة على الطفل كذلك تؤثر اصابات الولادة والولادة غير المكتملة إلى خلل عضوي ووظيفي وسلوكي مستقبلا كما يؤثر ايضا اضطراب وظائف المخ والأورام الخبيثة والتعرض للضغوط النفسية الشديدة. ومن هنا نرى أن اصحاب هذا النموذج يركزون على ان الخلل النفسى ناتج عن خلل بيولوجي او كيميائي ورغم أن لهذا النموذج جباهته إلا انه غير كاف بمفرده لتفسير التنوع الهائل فى اضطرابات السلوك والأمراض النفسية.

2- النموذج السيكودينامي:

يعتقد النموذج السيكودينامي فى مبدأ **الاحتمية النفسية**. حيث إنه وراء كل سلوك دائماً سبب لاشعوري يمكن معرفته، ويرى فرويد أن هناك صراعاً مستمراً بين **الهو** وبين **الأنا** و**الأنا الاعلى**، حيث يمثل **الهو** الجانب الغريزي و**الأنا** الجانب الواقعي و**الأنا الاعلى** الجانب الأخلاقي، ويرى فرويد أن الانطباعات المتعلقة بالطفولة رغم أن معظمها طواه النسيان إلا أنها تترك آثاراً على نمو الفرد لا يمكن محوها، بل تضع اساساً لأية اضطرابات نفسية لاحقة، كذلك فإن كبت الخبرات الصدمية يؤدي دوراً بالغاً فى العصاب، إذا جعل الفرد يعانى من القلق فى المواقف المشابهة حتى ولو كانت **الأنا** بوسعها أن تتغلب على الصدمات، لذا فبدلاً من أن يقوم الفرد بمعالجة القلق بطريقة فعالة فإنه ينكص إلى الموقف الصدمي أو حيث كانت **الأنا** عاجزة أمام هذا القلق الغامر، كذلك قد تلجأ **الأنا** لاستخدام حيلها الدفاعية من إنكار وتبرير... الخ، كما يمثل عدم القدرة على تخطي الموقف الأوديبي اساساً للكثير من الامراض النفسية.

اريكسون:

إريك اريكسون ركز على علاقة الطفل بالمجتمع وعلى إمكانية أن يتجاوز الطفل في مرحلة نمائية معينة جوانب القصور المرحلة السابقة، وفي هذا الإطار يشير اريكسون إلى أن إشباع حاجات الطفل الأساسية من طعام ودفء وغيرها تخلق لدى الطفل إحساساً بالأمن والثقة المطلقة في ذاته حيث يدرك نفسه على أنه يستحق الرعاية والتقدير، ويرى العالم على أنه مكان آمن ومستقر، ويرى من فيه على أنهم معطاءون يمكنه الوثوق فيهم ويضع هذا الإحساس بالأمن قاعدة لنجاح الفرد وإنجازاته وقدرته على تحمل الإحباطات (الغذاء- ضبط الإخراج- الذهاب إلى الحضانة .. الخ) بينما الرفض والرعاية غير الملائمة يجعلان الطفل يشعر بعدم الأمن وعدم الثقة والتوجس تجاه العالم والآخرين.

بولبي (العلاقة بالأم):

يرى بولبي أن من أول أسس الصحة النفسية للطفل أن تكون له علاقة حميمة مستمرة بأمه، والتي تعطي لكليهما إشباعاً وتمعناً، كما أن حب الأم لطفلها في هذه المرحلة الحساسة من نموه بالنسبة لصحته النفسية يعادل أهمية الفيتامينات والبروتينات بالنسبة لصحته الجسمية. ويشير بولبي في كتابه قاعدة أمن على أن التواجد النفسي والبدني للوالدين والمتمثل في إشباع حاجات الطفل الأساسية وإشعاره بالحب والاهتمام والرعاية والحماية، واللعب معه وفرض ضوابط معقولة ومتسقة عليه تجعله يكون صيغة معرفية سوية عن ذاته وأنه محمود وذو قيمة **Valuable** ويستحق الرعاية **Worth of care** والثقة **Trustworthy** ويكون النموذج التصوري لديه عن الآخرين أنهم يقدرنه ويحبونه ويحترمونه، بالتالي يمكنه الوثوق بهم، بينما إدراك الطفل لعدم حب الوالدين له أو عدم احترامهما له أو إهمالهما له أو تحكهما فيه تتكون لديه نماذج معرفية سلبية عن ذاته ومستقبله والآخرين، فيكون تصوره عن ذاته (غير محبوب، ليس له قيمة، لا يستحق الرعاية، غير جدير بالثقة) كما يتوجس من الآخرين ويشعر بالتهديد والقلق منهم، ويدرك أنهم لا يحبونه ولا يمكنه الوثوق فيهم، وتمتد هذه النظرة السلبية إلى المستقبل فيشعر بفقدان الأمل والتشاؤم وبالتالي تزداد المشكلات النفسية لديه، وهذه الرؤية تتفق في جانب كبير منها مع رؤية اريكسون لنشأة الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية .

3- النموذج السلوكي :

على عكس النموذج السيكودينامي الذي يؤكد الحتمية النفسية فإن النموذج السلوكي يؤكد الحتمية البيئية بمعنى ان السلوك محتوم بالتدعيمات، فالشخصية هي نتاج مدعمات ايجابية وسلبية، وأن التاريخ التدعيمي للفرد هو الذي يحدد شخصيته، كما يرى اصحاب نظريات التعلم أن السلوك غير السوى هو نتاج لانماط التعلم الخاطئة وأن علاج المشكلات السلوكية وتعديلها يخضع ايضا لمبادئ التعلم. ويؤخذ على هذا النموذج عدم اعترافه بالعمليات النفسية والمعرفية التي تتوسط بين إدراكنا للمثير وبين استجاباتنا للأحداث والعالم والخارجي، كما يؤخذ عليها تجاهله للعوامل البيولوجية التي قد تتدخل في تعلم أو إبطال تعلم سلوك معين وهذا ما اكدته نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا في تأكيدها دور العوامل الوسيطة بين المثيرات والاستجابات وفي تأكيدها التعلم بالملاحظة أو التعلم بالنموذج الذي يفسر بعض جوانب المشكلات السلوكية (الكذب- السرقة- الغش) التي قد يقلد فيها الطفل نمونجا محببا إليه وهذا قد يقابل فكرة التوحد عند فرويد.

4- النموذج المعرفي :

يرى اصحاب المنظور المعرفي (اليس وبيك وكلاارك) أن الناس لا يضطربون من الأحداث ولكن من وجهات نظرهم التي يتبنوها بصدد هذه الاحداث، كما يؤكدون أن هناك علاقة وثيقة بين المعرفة والانفعال والسلوك، فعندما يفكر الإنسان فإنه يفعل ويسلك، وعندما يفعل الإنسان فهو يفكر ويسلك.

ولقد تأثر رواد التوجه المعرفي بكتابات أدلر Adler حيث أشار إلى أن الصحة النفسية والعصاب يرتبطان بصورة اساسية ومباشرة بأفكار الفرد ومعتقداته واتجاهاته وفلسفاته، كما ان سلوك الفرد وانفعالاته يتوقفان بصفة اساسية على كيفية تقييم الفرد وتفسيره وتقديره لما يمر به من خبرات وما يضيفه على هذه الخبرات من دلالات ومعان. ويرى أدلر كذلك أن أفكار الفرد ومعتقداته لا تحددان انفعاله وسلوكه فحسب بل تحددان اتجاهاته نحو ذاته ومشكلاته وبيئته وحياته بل واتجاهاته نحو العالم ككل، وباختصار يرى ادلر " أن سلوك الشخص ينبع من أفكاره.

ويؤكد بيك وآخرون أن الاضطراب الانفعالي إنما يعود إلى اضطراب التكوين المعرفي للفرد من (أفكار- تفسيرات- تخیلات)، فالتكوين المعرفي الذي يتسم بالتلقائية السلبية تجاه الذات والعالم والمستقبل، والشعور بانخفاض قيمة الذات، والشعور بالفشل والتشاؤم والتركيز انتقائيا على الجوانب السلبية من الموقف، هذا التكوين يرتبط بالاكنتاب. أما التكوين المعرفي الذي يتسم بالمبالغة في

تقدير الأخطار والتوقع المستمر للشر والانشغال الزائد بتوقع الأخطار والشر، مما يجعل الفرد في حالة قلق مستمر، ويجعله يبالغ في تقدير الخطر في أى موقف، ويقلل من قدرته على مواجهة هذا الخطر، وهذا يجعله يحرف الخبرات التي يمر بها في اتجاه التوقع المستمر للخطر في الحاضر والمستقبل. أن اضطراب التكوين المعرفي يرتبط بتعرض الأطفال لخبرات ضاغطة (فقد أحد أفراد الأسرة- الرفض- العقاب ..الخ).

وفى احدث كتاباتهم يشير رواد التوجه المعرفي

إلى أن اضطراب محتوى التكوين المعرفي لا يرتبط بالقلق والاكتئاب فقط ولكن أيضاً بالمخاوف المرضية والوساوس القهرية وتوهم المرض وإدمان المخدرات وقد لاقت افكار التوجه المعرفي الكثير من القبول والاهتمام والانتشار، سواء الافكار المتعلقة بالنظريات ام الفنيات العلاجية وذلك لتركيز هذا التوجه على أكثر العلميات الإنسانية تقردا وهى التفكير بالاضافة إلى فاعلية الفنيات المعرفية وإخضاع النظريات المعرفية للتحقق التجريبي.

5- النموذج الإنساني:

إذا كان التحليل النفسى يؤكد الحتمية النفسية وتأثير الأحداث الماضية، وكانت السلوكية تؤكد الحتمية البيئية وتأثير المدعمات، فإن التيار الإنسانى يؤكد أن الإنسان خير بفطرته ومدفوع لتحقيق إمكاناته الكامنة، ويتفق هنا النموذج الإنسانى مع النموذج المعرفى فى تأكيد دور المعرفه والإدراك، فالإنسان يستجيب للأحداث وفقا لكيفية إدراكه وتقديره وتفسيره لها، ولذلك لا يمكن فهم سلوك الفرد دون الرجوع لى إطاره المرجعى الذاتى. كما تؤكد مفاهيم النموذج الإنسانى حرية الإرادة والاختيار، فالإنسان يمكنه الاختيار بين بدائل متعددة، وهو صانع لحياته وفعاله، وليس مجرد كائن سلبي وتحركه الأحداث البيئية، أو يستجيب لدوافعه اللاشعورية. ويتبنى رواد التوجه الانسانى مفهوم الصيروره Becoming وهى التغير الشخصى من فترة لأخرى من خلال توجه إلى Orientation toward وغاية ما ننشده ان يكون استمرار هذا التغير فى اتجاه ايجابى فيصبح الفرد اكثر قدرة وكفاية وفاعلية ونموا، ويكمن وراء هذه الصيرورة النمائية ما يتبناه الفرد فمن هدف نهائى ويمثل تحقيق الذات هدفا رئيسيا لدى الإنسانين، فالإنسان يسعى إلى أن ينمو ويتحسن ويصبح اكثر مقدرة، ويعبر عن نفسه ويحقق إمكاناته الكامنة، ويثبت ذاته ككائن إنسانى.

وينشأ المرض النفسى لدى الإنسان عندما لا يمارس الفرد إرادته أو اختياره وعندما لا يحقق الفرد ذاته أو عندما تخلو حياة الإنسان من المعنى وفى هذا الإطار يشير فيكتور فرانكل إلى ان

"الإنسان الذى يعتبر حياته جوفاء من المعنى ليس سعيدا فحسب ولكنه يكاد يكون غير صالح لأن يعيش". ويرى ماسلو أن المشكلات النفسية تنشأ عندما لا يحقق الفرد حاجاته الأساسية حاجات فسيولوجية وحاجة إلى الأمن والانتماء وتقدير الذات فمثل هذا الشخص لا يستطيع أن يحقق ذاته أو ينجح فى حياته ويعانى من المشكلات، فالشخص غير الأمن مثلا لديه اعتقاد بوجود اخطار وكوارث تهدده ويشعر تجاه هذه الاخطار العجز وعدم الكفاية، مما يجعل تقديره لذاته منخفضا، ويجعله يشعر بقلق مستمر ويعوقه عن تحقيق ذاته.

6- النموذج الثقافى الاجتماعى:

ويركز على عوامل البيئة الثقافية والاجتماعية الكامنة وراء السلوك غير السوى ويركز هذا النموذج على الانماط المعقدة للتفاعل داخل الشبكة الاجتماعية والفكرة الرئيسية لهذا النموذج أن السلوك اللاسوى هو نتاج خلل فى التفاعلات فى مجال الثقافة أو البيئة أو تغير فى البيئة ذاتها. او عدم ملاءمة البيئة الاجتماعية, ومن أهم مسببات المشكلات النفسية ما يلى :

- 1- التمييز العنصرى وتفضيل فرد أو مجموعة أو لون معين.
- 2- الفقر والحرمان وسوء التغذية.
- 3- الحرمان من التعليم.
- 4- التعامل بقسوة وكبت الحريات حيث يضطر الطفل لمسايرة الآخرين ولا يكون ذاته مما يمثل بدايه للأمراض النفسية بل وقد يكون العقلية أيضا, وهذا قد يحدث داخل الأسرة أو جماعات الرفاق أو داخل المجتمع.
- 5- اضطراب شبكة العلاقات داخل الاسرة مثل (الطلاق- الانفصال- غياب الاب بالسفر- عمل الام وتغييبها لفترات طويلة عن المنزل).
- 6- سوء الظروف الاجتماعية والبنية- ضيق السكن- الضوضاء- سوء التهوية- الازدحام فمثلا ضيق المسكن يترتب عليه ان ينام بعض الاطفال مع والديهم فى حجرة واحدة مما يعرضهم لخبرات صدمية نتيجة لرؤيتهم العلاقة الحميمة بين الوالدين فضلا عن كونهم عرضة للعدوى لبعض الأمراض، وقد يضطر هؤلاء الأطفال للهروب خارج المنزل. (ظاهرة اطفال الشوارع).

تعقيب على النماذج النظرية المفسرة للمشكلات النفسية للأطفال :

من العرض السابق يتضح ان كل نموذج من النماذج السابقة يهتم بجانب من جوانب الشخصية أو السلوك ولا يهتم بالجوانب الأخرى فالنموذج الطبى يؤكد المصادر الجسمية والعصبية للاختلال الوظيفى، بينما يؤكد النموذج السيكودينامى العمليات اللاشعورية والصراع والحيل الدفاعية، ويؤكد النموذج السلوكى دور المثيرات والاستجابات والمدعمات فى اكتساب السلوك غير السوى ويركز النموذج الاجتماعى الثقافى على الظروف البيئية والثقافية غير الملائمة والمسببة للمشكلات النفسية، أم النموذج الانسانى فيركز على الخبرة الذاتية وتحقيق الذات والمعنى فى حياة الفرد، ويتفق النموذج الإنسانى مع النموذج المعرفى فى تأكيد دور اضطراب الإدراك واضطراب المعرفة فى الاضطراب الانفعالى.

ونظرا لأنه لا يوجد، نموذج من النماذج السابقة يتسع ويشمل كل العوامل المسببة للأمراض النفسية والعقلية فينبغى أن يكون هناك تكامل فى المعرفة وأن ننظر للظاهرة فى إطار متكامل وفاعلية أى نموذج من النماذج السابقة يتوقف على مدى قابليته للتحقيق ومدى قدرته على التنبؤ بالسلوك.

رابعا: معايير تشخيص المشكلات النفسية للأطفال :

تحتل معايير تشخيص المشكلات النفسية للأطفال مكانه لا تقل عن معايير تشخيص المشكلات النفسية لدى الكبار، وأهم هذه المعايير ما يلى:

- 1- **العمر:** بعض أنواع السلوك التى قد تقبل فى مرحلة عمرة معينة، قد لا تقبل فى مرحلة أخرى، وعلى سبيل المثال فإن التبول اللاإرادى قد يوجد عن الاطفال حتى سن الرابعة أو الخامسة، ولكنه لا يشيع ولا يقبل عند طفل العاشرة، وكذلك قلق الانفصال قد يقبل من الطفل، ولكنه قد لا يقبل من المراهق الذى يسعى إلى الاستقلالية وتحقيق الهوية.
- 2- **الاستمرارية: Persistence:** بعض الأطفال يخافون أو تتتابهم نوبات غضب لبعض الوقت، ولكن قد لاتستمر هذه النوبات لفترة طويلة إلا أن استمرارها قد يكون مؤشرا للحاجة إلى تدخل علاجى، كذلك فإن مقاومة الطفل وعدم رغبته فى الذهاب للمدرسة لمرة أو مرتين فى الشهر قد لايمثل مشكلة، ولكن المشكلة هى إصراره على عدم الذهاب إلى المدرسة مما يشكل خطرا على مستقبله.

3- **ظروف الحياة: Life Circumstances:** من الشائع ان يتعرض كل الاطفال لظروف حياتية ضاغطة مما يتطلب منهم المرونة والتوافق مع هذه الظروف، وهذا معناه أن عملية النمو قد قابلها بعض الصعوبات والعقبات بسبب ظروف الحياة المتغيرة، ولذلك فمن المتوقع أن يتبع تغيير ظروف الحياة تغيير في سلوك الطفل وارتداده إلى انماط سلوكية غير ناضجة، وهذا طبيعي ومتوقع، فعلى سبيل المثال فإن ميلاد شقيق جديد للطفل قد يجعله ينكص إلى انماط سلوكية تخلص منها "مص الأصابع، التبول اللاإرادي .. الخ" كما يحاول أن يلفت نظر الآخرين إليه بهذه الانماط السلوكية النكوصية، وهذا قد يحدث أيضا في مواجهة المواقف الجديدة ، مثل: الالتحاق بالمدرسة وغيرها حيث يتزايد الشعور بالقلق لدى الطفل.

4- **البيئة الثقافية والاجتماعية:** لا يمكن تقييم مدى سواء أو لا سواء سلوك معين بشكل مطلق، ولكن لا بد من وضع هذا السلوك في الإطار الثقافي والاجتماعي للطفل.

5- **شدة وتكرار الأعراض:** فهي مؤشر لوجود مشكلة ما لدى الطفل، فمثلا نوبة الغضب قد تنتاب بعض الاطفال لمدى بسيطة "دقيقة أو دقيقتين" وهذا شائع إلا أن إلقاء الطفل بنفسه على الأرض وصراخه لمدة طويلة وتكرار هذا السلوك عدة مرات في اليوم هو مؤشر على وجود مشكلة نفسية لديه.

6- **الضرر Impairment:** الناتج عن سلوك الطفل، وهذا المحك معناه ان المشكلات النفسية قد يمكن تشخيصها عندما تعوق النمو الجسمي والنفسي والاجتماعي والانفعالي للطفل، ويظهر هذا في المجالات الآتية :

- **المعاناة:** بمعنى هل سلوك الطفل يجعله يشعر بالمعاناة أم لا، فمثلا الطفل الذي يحجم عن الانضمام للأطفال الآخرين هل لديه شعور بالكفاية الذاتية، ام انه يشعر بالقلق وعدم الرضا لعدم انضمامه لهم، وكذلك هل عدون الطفل هو نتيجة لشعوره بالإحباط أم هو رد عدوان أم تأكيدية.
- **التدخل في جوانب النمو:** فالطفل بحاجة إلى النمو النفسي وإلى مواجهة أزمات الحياة وفي سبيل ذلك يتعلم التمكن والتعامل الفعال مع البيئة والأعراض المرضية تعوقه عن ذلك، ولذلك فإن التساؤل هو هل الاعراض المرضية تعوق الطفل عن النمو السليم؟ بمعنى هل السلوك الذي يقوم به الطفل "الانسحاب الاجتماعي مثلا أو العدوان" قد يضر نموه الاجتماعي وعلاقته مع الآخرين أم لا.

- **التأثير على الآخرين:** بمعنى هل سلوك الطفل "العدوان مثلاً" أثر على الآخرين وسبب لهم الضرر أم لا، حيث إن تضرر الآخرين من سلوك الطفل قد يجعلهم يحجمون عن التفاعل معه.

خامساً : الطفل بين عوامل الخطورة والوقاية:

تزايدت في الآونة الأخيرة الدراسات التي تبرز دور المتغيرات الوسيطة بين الضغوط ونواتجها في الصحة النفسية وفي المرض النفسي، حيث بدأ علماء النفس يهتمون بالمتغيرات النفسية والاجتماعية والتي من شأنها أن تزيد أو تقلل من امكانية تأثر الفرد باحداث الحياة الضاغطة، لا سيما بعد ظهور دراسات اشارت إلى ضعف معامل الارتباط بين الضغوط والأمراض النفسية. وفي هذا الإطار لفهم الصحة النفسية والاضطراب النفسي ينبغي ان تكون هناك أطر تنبؤية تتيح الربط بين السواء وكل من العوامل المعرضة للاضطراب، أو العوامل المدعمة للقدرة على المواجهة الفعالة، وعلى العوامل التي من شأنها أن ترفع من قابلية الإصابة بالمرض النفسي وزيادة المعاناة. أو قد يركزون على دراسة عوامل المقاومة Resistance factors أى المتغيرات النفسية والبيئية المرتبطة باستمرار السلامة النفسية حتى في مواجهة الظروف الضاغطة والتي من شأنها دعم قدرة الفرد على مواجهة المشكلات والتغلب عليها.

كما يشير رادولف موس (Moos, 1986) وهو أحد المنظرين، في مجال مواجهة الازمات والصدمات، إلى ان هناك عدة عوامل قد تزيد أو تقلل من إمكانية تآثر الفرد الضغوط وهذه العوامل هي التي تحدد كيفية إدراك الفرد للآزمات وطبيعة الاستراتيجيات اللازمة لمواجهة الازمات المختلفة. وهذه العوامل هي :

- 1- **العوامل الديموجرافية:** وتشمل السن، النوع، والحالة الاقتصادية والحالة الاجتماعية.
- 2- **عوامل شخصية:** مثل الشعور بالقيمة والثقة بالنفس والفاعلية الذاتية.
- 3- **عوامل متعلقة بطبيعة الحدث أو الصدمة:** نوع الحدث، وهل يرجع إلى ظروف طبيعية كالزلازل، ام بفعل الإنسان كالحروب، وتوقع الحدث أو فجائيته، وطول مدة وقوع الحدث، وامكانية التحكم فيه.
- 4- **عوامل تتعلق بالبيئة الاجتماعية:** وتشمل العلاقات الاجتماعية بين الأفراد ومدى تماسك المجتمع، وإقبال الأفراد على مساعدة بعضهم البعض.

يرى روتر أن عوامل الخطورة وعوامل الوقاية ما هي إلا عوامل خاملة وهو قياس يستمد من علم الكيمياء حيث تنشط في وجود الأحداث الضاغطة، فإذا زادت من وقع التأثير السلبي للحدث الضاغط اعتبرت عوامل خطورة، بينما إذا خفضت هذه العوامل من وقع الحدث الضاغط على الفرد اعتبرت عوامل وقاية. وقد اشار روتر الى ان هذه العوامل سواء أكانت عوامل خطورة أو وقاية تتباين المرحلة العمرية التي يمر بها الفرد، وطبيعة الحدث الذي يواجهه ومدى وجود مصادر نفسية او اجتماعية تساعده على المواجهة، وقد أشار كذلك أنه قد تأثر كثيرا وكذلك الذين كتبوا في مجال الوقاية النفسية بكتابات بولبي التي اشار فيها إلى أهمية التعلق الآمن في الوقاية النفسية للأطفال، حيث يعمل التعلق الآمن المباشر من خلال مساندة الوالدين للطفل في المشكلات والازمات وبشكل غير مباشر حيث يقوى التعلق الآمن من المصادر النفسية للطفل حيث يستدخل الطفل في نماذجه التصورية من ذاته أنه محبوب ومقدر من والديه مما يزيد من شعوره بالقيمة والتقدير والثقة وتساعده هذه الصور الإيجابية من الذات في التقييم الواقعي للمشكلات وفي المواجهة الفعالة لها. ويشير إمري وفورهاد إلى عوامل الخطورة والوقاية على متصل واحد في بدايته الإيجابية الوقاية وفي نهايته السلبية الخطورة، هناك درجات لشدة تأثير الوقاية ودرجات الشدة وتأثير الخطورة، وأمثلة على ذلك (الصراع الاسرى الشديد والمزمن عال خطورة، وندرة الصراع الأسرى أو تعاون الوالدين وتفاهما عامل وقاية، تقدير الذات العالى عامل وقاية وانهايار اعتبار الذات عامل خطورة، المساندة الاجتماعية القوية والفعالة والمتاحة عامل وقاية وغياب المساندة الاجتماعية عامل خطورة)

الفصل السادس

العلاج النفسى

تعريفه

العلاج النفسى منهج للعلاج يتضمن خبرة تصحيح أو اصلاح تتم عن طريق التفاعل بين معالج متخصص وواحد أو أكثر من المرضى، والهدف منه اعادة المريض الى حالة من التوافق تكون أكثر فاعلية، ولكى يتحقق هذا الهدف لابد من اقامة عدة ظروف أو أحوال يظن أنها لازمة لتغيير المناهج التى تقيم بها هذه الظروف أو الأحوال ويمكن أن تسمى استراتيجيات العلاج النفسى.

أهداف العلاج النفسى:

يبدو أن جميع أساليب العلاج تتضمن أهدافا عامة مشتركة منها :

- 1- التخلص من القلق والأعراض المرضية والصراع.
- 2 - تحقق النضج الشخصى والشعور بالكفاءة ، وتكامل جوانب الشخصية المختلفة.
- 3- تحسين العلاقات مع الآخرين.
- 4 - الوصول الى مستوى مناسب من حيث التوافق الشخصى والاجتماعى.
- 5- إتاحة الفرصة لإعادة التعلم وتنمية الارادة وال ضبط الذاتى.
- 6 - تنمية الآمال والتوقعات.

فريق العلاج النفسى:

قد يعتقد البعض من عامة الناس أن الطبيب البشرى هو الشخص الوحيد المتخصص فى علاج كل ما يعترى الانسان من أمراض سواء كانت عضوية أو غير عضوية، وقد يصاب الفرد بانقباض اذا ما قيل له انه يجب عليه الذهاب الى عيادة نفسية رغم أن العيادة النفسية أصبحت فى المجتمعات المتقدمة كالعيادة الطبية يذهب اليها الفرد من حين لآخر للاستشارة أو للاطمئنان على حالته النفسية، والنزعات الجنسية أو العدوانية، وفى جميع الحالات يسعى العلاج النفسى الى الكشف عن العوامل الدفينة اللاشعورية المسببة للاعراض، واتاحة الفرصة للمريض لتكوين آرائه وحلوله الخاصة بالمشكلة وتمكينه من التأقلم مع البيئة المحيطة به. كما يستخدم العلاج بالعقاقير تحت اشراف الطبيب لتخفيف حالة القلق والاكتئاب المصاحبة للمرض و لرفع الروح المعنوية للمريض.

وثمة ثلاثة أنماط رئيسية للمعالجين النفسيين يطلق عليهم أعضاء الفريق العلاجي هم:

1 . الأطباء النفسيون: وهم أطباء تلقوا تعليما وتدريباً متخصصاً في العلاج النفسي بعد تخرجهم من كليات الطب لذلك فهم يستخدمون العقاقير الطبية وجلسات الكهرباء في علاج مرضاهم تبعاً للحالة.

2 . الأخصائيون النفسيون الاكلينيكيون: وهم في العادة حاصلون على درجة الدكتوراه في علم النفس مع التدريب المتخصص على أساليب العلاج المختلفة في مؤسسات رسمية معترف بها علمياً، وذلك بعد حصولهم على درجة الليسانس أو البكالوريوس من إحدى الكليات الجامعية (الآداب علم نفس وأحياناً التربيته قسم صحه نفسيه).

3 . الأخصائيون الاجتماعيون النفسيون: وهم أفراد تخرجوا من كليات الخدمة الاجتماعية أو أقسام الاجتماع بالجامعات، ثم تلقوا تعليماً خاصاً قد يصل إلى الماجستير في علم النفس، وكذلك تدريباً متخصصاً في العيادات النفسية على دراسة الحالة وتطبيق الاختبارات النفسية، والتشخيص النفسي وممارسة بعض أساليب الإرشاد النفسي.

العملية الإرشادية والعلاجية **The counseling and therapeutic process**

الإرشاد النفسي أو علم النفس الإرشادي التطبيقي **counseling psychology** فرع هام من فروع علم النفس التطبيقي؛ يحتاج التي التخصص العميق لممارسته. وقد تطور هذا الفرع من فروع علم النفس تطوراً سريعاً منذ بدايات القرن العشرين، ووضعت له النظريات وتشعبت مجالاته لتغطي حياة الإنسان في كافة مراحلها من الطفولة إلى الشيخوخة وفي كافة ظروفها في الصحة والمرض، ومع كافة جوانبها في العمل وفي المدرسة وفي الزواج وأصبح اصطلاح الإرشاد مرتبطاً بصفة أو إضافة فوجد الإرشاد الطلابي، والإرشاد المهني، والإرشاد الديني، والإرشاد الزواجي، وإرشاد الأطفال، وإرشاد الشباب، وإرشاد الجانحين، وإرشاد المجتمعات المحلية، والإرشاد في مجال الصحة النفسية إلى غير ذلك من المسميات:

تعريف الإرشاد: ينتمي الإرشاد إلى علم النفس التطبيقي **Applied psychology** كما أنه يقع مع مجموعة أخرى من التخصصات (مثل علم النفس العيادي، الطب النفسي، الخدمة الاجتماعية) التي تهدف إلى مساعدة الناس في مواجهة مشكلات ومواقف الحياة وضغوطها وتغيير حياتهم إلى الأفضل، تحت مجموعة تعرف بتخصصات (مهن) المساعدة **Helping professions** وهذه التخصصات تشترك في الخصائص الآتية:

- 1- تفترض أن السلوك له سبب، ومن الممكن تعديل هذا السلوك.
- 2- تشترك في الغاية التي تسعى لتحقيقها، وهي مساعدة المستفيدين على أن يصبحوا أكثر توافقا نفسيا.
- 3- تستخدم العلاقة المهنية كوسيلة أساسية لتقديم العون.
- 4- تؤكد على أهمية الوقاية.
- 5- تقوم على أساس من تدريب متخصص.

العلاقة بين الارشاد والعلاج النفسى:

يتفق كثير من الباحثين فى الوقت الحاضر على ان الارشاد والعلاج النفسى انما هما وجهان لعملة واحدة، وان اوجه التشابه بينهما اكبر من اوجه الاختلاف، كما ان الاختلاف هو اختلاف فى الدرجة وليس اختلافا فى النوع. وفى رأى جوستاد (1953) **Gustad** ان كلا من الارشاد والعلاج النفسى يتجهان نفس الوجهة فى الاداء. ولكنهما يختلفان فى النقاط التى يركزان عليها ، ويوافق واطسون (1954) **Watson** على هذا الرأى، ويرى ان ما يميز الارشاد هو وجود الموقف التعليمى وان المرشدين يعملون اساسا مع اشخاص عاديين فى حين ان التدريب والمهارات المطلوبة من المعالج هى نفسها مطلوبة من المرشد، ويرى سوبر (1955) **Super** ان الارشاد يهتم بشكل اكبر بالجوانب الصحية للسلوك **Hygiology** فى حين يهتم العلاج النفسى بالجانب المرضى **psychopathology** للسلوك، ويتركز الجانب الصحى على دراسة المشكلات التى تقابل الاشخاص العاديين ومحاولة الوقاية من المشكلات الانفعالية الشديدة فى حين ان المعالجين نجدهم بشكل اكبر فى المستشفيات والعيادات حيث تعالج الاضطرابات الشديدة للسلوك، وقد اقترح ويليام سون **william son** ان الارشاد يتم فى البيئات التعليمية، مثل المدارس ومراكز التاهيل فى حين ان المعالجين نجدهم فى العيادات والمستشفيات، ومع ذلك فان بعض المستشفيات توظف المرشدين الا ان وجودهم اكثر فى المدارس. ويصل باترسون (1986) فى مناقشة هذا الموضوع الى القول بان المرشد النفسى والمعالج النفسى يتلقيان نفس التعليم ويستخدمان نفس النظريات والاساليب، وان الاختلاف بينهما انما هو اختلاف فى الدرجة وليس اختلافا فى النوع. ويضيف قوله ان اى تعريف للارشاد يمكن ان نعتبره تعريفا مقبولا للعلاج النفسى والعكس صحيح ،فكل من الارشاد والعلاج النفسى ينظر اليه على انه عملية تشتمل على نوع خاص من العلاقة بين شخص يحتاج الى مساعدة (مسترشد او مريض) وبين شخص مدرب على تقديم هذه المساعدة (مرشد او معالج)، وهذه

العلاقة ذات طبيعة واحدة ان لم تكن متطابقة في الارشاد وفي العلاج النفسى، كذلك فان عملية الارشاد لا تختلف فى اساليبها الفنية عن عملية العلاج النفسى، اما الاهداف التى يبدو فيها بعض الاختلاف، حيث تحدد الجمعية الامريكية لعلماء النفس (شعبه رقم 17 الخاصة بالارشاد النفسى) ان هدف الارشاد هو (معاونه الافراد للتغلب على العقبات التى تقابل نموهم الشخصى حيثما يواجهونها، وذلك لتحقيق اقصى تنميه لامكانياتهم الشخصية) بينما ترى تيلر **tyler** ان عمل المعالج يهدف الى تغيير البنيه النمائية واصلاح ما حدث من تلف فى الماضى، الا ان باترسون يرى ان هذه التفرقة اصطناعيه لان اهداف الارشاد هى بعينها اهداف العلاج. اما التفرقة التى يوافق كثير من الباحثين عليها ومنهم تبلر، وفانس وفولسكى **vance & volsky** فهى ان الارشاد يركز على العمل مع الاسوياء الذين تتركز مشكلاتهم فى نمو طاقاتهم، بينما يركز العلاج النفسى على العمل مع اشخاص لديهم نقص او قصور من جانب ما. غير ان باترسون يعود مرة اخرى ليؤكد ان هذا ايضا تفريق مصطنع فيما يتصل بشدة الاضطراب، وانه يقع على خط متدرج من التوافق الى عدم التوافق، فالواقع العملى يؤكد انه تفريق اصطناعى. ويختتم باترسون مناقشته التحليلية حول العلاقة بين الارشاد والعلاج النفسى بقوله: (والخلاصة انه لا توجد فروق جوهرية بين الارشاد والعلاج النفسى سواء فى طبيعته الاعلاقة، او فى العمليه، او فى الطرق والاساليب الفنية، او فى الاهداف والنتائج (بشكل عام) او حتى فى انواع العملاء المشتركين، وللسهولة او الاسباب اجتماعية، فان الارشاد يشير الى العمل مع افراد اقل فى الشخصية، وعادة يتم ذلك فى بيئة غير طبية. اما العلاج النفسى فيشير الى العمل مع حالات اكثر شدة فى اضطرابها، وعادة ما يتم ذلك فى بيئة طبية. وفى مقال نشره فوكس وزملاؤه **fox et al** (1985) يرى الباحثون (نحن نتحدى القارىء ان يعطينا توضيحا مقبولا ومقنعا للفرق بين علم النفس الكلينىكى (العيادى) وعلم النفس الارشادى.

العملية الارشادية counseling process

يقصد باصطلاح عملية **process** ان يكون هناك تتابع معروف من الاحداث التى تقع عبر الزمن ، وعادة فان العملية تشتمل على مراحل متتابعة **progrcssive** . وعلى سبيل المثال فان عملية النمو التى يمر بها الفرد من مولده الى وفاته تشتمل على مراحل متتابعة يمكن وصف كل مرحلة منها على حدى. وهكذا يمكن القول بان عملية الارشاد (او العلاج) هى تلك الخطوات او المراحل المتتابعة التى يعمل فيها المرشد مع المسترشد ابتداء من احالة المسترشد اليه حتى اقفال الحالة والتحقق من الوصول الى اهداف الارشاد.

خصائص العلاقة الارشادية :

تتصف العلاقة الارشادية ببعض الخصائص منها:

(1) الجانب الوجداني:

تتسم العلاقة الارشادية بان محتواها العاطفى (الانفعالى) اكثر من المحتوى المعرفى .
فالعلاقة تهتم باستكشاف المشاعر والادراكات الشخصية. ولان العلاقة ذات محتوى شخصى فيما
يدور فيها من مناقشات واحاديث فانها يمكن ان تتصف بالمواجهة وتوليد القلق، كما ان تكون محدثه
للتوتر او مفرحه او مخيفه.

(2) التكتيف (التركيز):

لان العلاقة تقوم على اساس الاتصال المباشر والصريح فانها قد تصبح مركزة. فالمرشد
والمسترشد يتوقع منهما ان يشتركان بصراحه فى ادراكاتهما وردود فعلهما كل منهما تجاه الاخر
وتجاه العمليه الارشادية، وهذا كله قد يترتب عليه اتصال مكثف وشديد ومجهد او حاد فى بعض
الاحيان.

(3) النمو والتغيير:

العلاقة الارشادية علاقة ديناميه، ومعنى ذلك انها فى تغير مستمر باستمرار تفاعل المرشد
والمسترشد، وكما ان المسترشد ينمو ويتغير فكذلك العلاقة الارشادية تنمو وتتغير .

(4) الخصوصية:

ان كل ما يدلى به المسترشد يعتبر سرىا، ويلتزم المرشدون فيما يتفقون عليه من قواعد
اخلاقيه لمهنتهم ان يصونوا ما يبوح به المسترشدون فى اثناء المقابلات الارشادية من ان تنتقل الى
غيرهم مالم تكن هناك موافقه كتابيه من المسترشد نفسه، وهذا الجانب الوقائى فى العلاقة الارشادية
جانب اساسى ومن شأنه ان ساعد المسترشدون على ان يكونوا صرحاء والا فى تزويد المرشد
بالمعلومات.

(5) المسانده:

يوفر المرشدون من خلال العلاقة الارشادية للمسترشدون نظاما للمسانده يزودهم بالاستقرار
المناسب لتغيير سلوكهم واتخاذ قراراتهم.

(6) الصدق:

ان العلاقة الارشادية تقوم على الصدق والصراحه والاتصال المباشر بين المرشد والمسترشد،
واذا خلت العلاقة من الصدق سرعان ما تتدهور ولا يفيد المسترشد من موقف الارشاد.

القيمة العلاجية للعلاقة الإرشادية :

ان فاعليه العلاقة الارشادية فى معالجه ومواجهه المشكلات النفسيه والانفعاليه، وفى نمو ونضج وتحقيق الذات للمسترشدين، ويمكن ان تعزى الى عدة عوامل: فمن بين العوامل الهامه ان العلاقة التى تنشأ بين المرشد والمسترشد يمكن ان ننظر اليها على انها صورة مصغرة للعالم الخاص بالمسترشد، فهى تعكس الانماط الخاصة بعلاقة المسترشد بالآخرين، وتساعد العلاقة الارشادية المرشد على ملاحظة نمط العلاقة الشخصية للمسترشد، كما انها توفر بيئه لتغيير انماط الاتصال غير الفعال، ومن هذا المنظور تكون العلاقة نفسها علاجية، حيث يواجه المرشد والمسترشد كل منهما الآخر كفردين يعملان لحل تعقيدات العلاقة الودية.

شمه عامل اخر فاعليه العلاقة الارشادية هو تاسيس المناخ العلاجى القائم على الثقة والتقبل، بالاضافة الى الشروط الجوهرية وهى تطابق، والتفهم القائم على المشاركة، والتقدير الايجابى، وتحديد التعبير.

المناخ العلاجى للمقابلة:

يقوم المناخ العلاجى للمقابلة على ركنين اساسيين هما الثقة ، والتقبل :

(1) الثقة trust

الثقة مطلب اساسى لاعداد المناخ العلاجى. وفى المعتاد ان ياتى المسترشد الى الارشاد ويدخل الى العلاقة الارشادية وهو قلق وخائف ، كما ان توقعاته عن الارشاد تكون غير واضحة. وعادة فان المسترشدين يبحثون عن المساعدة فى مشكلاتهم الشخصية، ويأملون ان يستجيب المرشدون لهم بتفهم. فاذا خرجوا من اللقاء الاول مع المرشد بانطباع مملوء بالثقة فيه فانهم سيستمرون فى هذه المخاطرة الانفعالية، ويشتركون بمشاعرهم وافكارهم وجوانب القلق والخوف لديهم، والتي كان من الصعب مناقشتها من قبل، بل كانوا يلجأون احيانا الى انكارهم، وعندما يتحقق المسترشدون ان المرشدين لا يبحثون عن اخطاء فى تلك الجوانب التى يعرضونها من حياتهم ، وهم كارهون لها، فان تقبلهم لانفسهم سوف يزداد، ومع زيادة الثقة فى المرشد، فان امكانيه النمو والتغيير تزداد ايضا. وبهذا فاننا نقول ان المرشد يحتاج ويستطيع منذ اللحظة الاولى للاتصال مع المسترشد ان يبني هذه الثقة، اى انه يصبح موضع ثقة المسترشد، ان الشروط الاساسية. والتمثلة فى التطابق، التفهم القائم على المشاركة، والتقبل غير المشروط، والتعبير الدقيق، كلها عوامل تسهم فى تنمية الثقة، وسوف نناقشها من موضع اخر.

(2) التقبل acceptance :

ان المناخ الارشادى الجيد يجب لن يسوده اتجاه قائم على التقبل من جانب المرشد. ويعنى هذا ان يكون المرشد قادرا على الاصغاء لمشكلات ومشغوليات المسترشد دون ان يصدر احكاما تقويميه عليها، وانه بوسعه ان ينظر للمسترشد باعتباره انسانا له تقديره دون النظر لمحتوى سلوك او افكار هذا المسترشد، ان اتجاه التقبل من جانب المرشد يوصل الى المسترشد الاحترام باعتباره شخصا له كرامه وقيمه. وبذلك فان المسترشد يشعر بأن هناك من يفهمه ويعطيه قيمته بشكل حقيقى.

ان التقبل قاعدة اساسية من شأنها ان تولد الثقة من جانب المسترشد فى المرشد حين يلمس انه لم يعاقبه ولمن يوبئه، وانما اصغى اليه ثم بدا فى مناقشته فى رفق وهدوء. وكلا الجانبين من شأنهما ان يهيئا مناخا لعلاقة ارشاديه ذات قيمه فى معالجه السلوك لانها ستجعل المسترشد يستجيب لمبادرات وينهض باجراءات تساعد على مواجهه المشكلات. ويجب ان ننبه الى ان التقبل لا يعنى الموافقة والاقرار بسلوك المسترشد، وانما التقبل يعنى تقبل الانسان باعتباره انسانا عرضه للصواب وعرضه للخطا، وانه جاء الى موقف الارشاد بحثا عن الصواب، وانه يعانى من الرفض بشكل ما، سواء كان هذا الرفض من داخله او من خارجه، فاذا ما واجهه المرشد بالرفض ايضا فليس هناك مجال للارشاد، ان تقبل المرشد للمسترشد هو الذى يضىف صفة الامن على العلاقة الارشاديه، وهى صفة يحتاجها المسترشد ليدرك اين هو انفعاليا وعقليا وسلوكيا، وماذا ينبغى ان يكون وكيف السبيل الى ذلك.

طرق العلاج النفسى

على الرغم من أن المعالجين النفسيين قد يتخصصون فى أحد أساليب العلاج النفسى مثل: التحليل النفسى، أو العلاج السلوكى، أو العلاج المعرفى، أو العلاج الممرکز حول العميل أو العلاج الجشطلتى إلا ان معظم المعالجين النفسيين اليوم يركنون الى الأسلوب الانتقائى فى العلاج بمعنى انهم يستعرضون مختلف الأساليب المتاحة ويختارون من بينها مايتناسب مع حالة المريض الذى يقومون بعلاجه. وقد يقابل المعالج المريض فى جلسات فردية خاصة أو فى جماعة أو فى الأسرة والمعالجون قد يقابلون العملاء فى المستشفيات أو يقابلونهم فى المنازل أو فى أماكن عملهم وحيانا فى الأماكن العامه

ونستعرض فيما يلي بإيجاز بعض طرق العلاج النفسى:

أولاً: العلاج بالتحليل النفسى : **Psychoanalysis**

التحليل النفسى هو أشهر الطرق العلاجية المتخصصة الشاملة طويلة الأمد يتم فيها استكشاف المواد المكبوتة فى اللاشعور من أحداث وخبرات وذكريات مؤلمة ودوافع متصارعة وانفعالات عنيفه وصراعات شديدة أدت للمرض النفسى، وإستدراج هذه الخبرات إلى حيز الشعور عن طريق التداعى الحر، ومساعدة المريض فى حلها فى ضوء الواقع، والاستبصار، وإحداث التغير الصحى فى بناء الشخصية، وهناك اتجاهان:

1- التحليل النفسى الكلاسيكى الذى أرساه سيجموند فرويد.

2- التحليل النفسى الحديث الذى أدخله اتباع فرويد وتلاميذه من تعديلات على النظرية الفرويدية مثل (أنا فرويد، ويونج، وأدلر، وهورني، وفروم وسوليفان، ورانك).

خطوات عملية التحليل النفسى ومحتواه :

1 - الإعداد:

إعداد المعالج: اذ يجب أن يكون المعالج مؤهلاً وخبيراً بالتحليل النفسى، ومن المستحسن أن يكون هو نفسه قد سبق تحليله نفسياً، كما يجب أن يتسم بالذكاء وسرعة البديهة وأن يتأكد المعالج من أن المريض ومرضه يصلحان للتحليل النفسى. يبدأ التحليل النفسى باعطاء المريض معلومات أساسية عن عملية التحليل واجراءاتها مثل: الجلسات، والوقت ووسائل التحليل وأهدافه، وأن العملية العلاجية قد تستغرق عاماً أو عامين وإن الجلسة الواحدة تتراوح ما بين 45 دقيقة وساعة، وأن الطريقة الكلاسيكية للتحليل بان يستلقى المريض على سرير التحليل ويسترخى ويركز انتباهه ومشاعره الداخلية ويسترسل فى الكلام بينما يجلس المعالج خلف المريض ينصت ويلاحظ ويفسر، وإن كان بعض التحليليين يبيحون التحليل وجها لوجه بين المعالج والمريض.

2 . العلاقة العلاجية الدينامية:

تتركز أهمية العلاقة العلاجية الدينامية بين المعالج والمريض فى التحليل النفسى فيما يلى:

* أن يساعد المعالج المريض حتى يتقبل نفسه.

* أن ينتبه المعالج لكل شئ، وأن يكون متسامحاً لا يوجه أى نقد الى المريض ولا يتخذ دور الرقيب أو الناصح.

* أن يكون مستقبلاً حساساً للمواد التى تستدرج من لاشعور المريض وتطفو على سطح شعوره .

*أن يكون بمثابة مرآة تعكس بدقة ووضوح ما يعرض عليها من دوافع واتجاهات ومشاعر المريض وأن يجيد الاصغاء والانتباه والملاحظة والفهم والمشاركة الانفعالية. وبذلك يتمكن المريض من تحقيق ذاته ويتحمل المسؤولية تجاه نفسه ويصبح أكثر قوة، وأقدر على أن تكون مشاعره صادقة مع غيره.

3 • التنفيس الانفعالي:

كان فرويد يستخدم أول الأمر التنويم الايحائي، ثم لجأ الى الايحاء فى اجراء التنفيس الانفعالي، واستدراج محتويات اللاشعور الى حيز الشعور يقوم المعالج بحث المريض على تذكر الحوادث والخبرات الماضية وإسترجاع الدوافع والذكريات المنسية والصراعات اللاشعورية بمصاحبتها الانفعالية، وقد اعتبرت عملية التنفيس الانفعالي بمثابة تفرغ وتطهير انفعالي تختفى معه أعراض العصاب.

4 . التداعى الحر:

التداعى الحر هو الوسيلة الأساسية فى التحليل النفسى لاستخراج الأفكار والخبرات والأحداث المرتبطة بخبرات وأحداث سابقة تتصل بدورها بأفكار وخبرات وأحداث مكبوتة فى اللاشعور وبذلك يتم استدراجها الى حيز الشعور. ويقوم المحلل بتفسير ما يكشف عن التداعى الحر من مواد وخبرات وعلاقتها بخبرات الطفولة لدى المريض ومشكلاته فى الوقت الحاضر مما يساعده على الاستبصار بهذه المواد والخبرات التى لم يكن يعيها.

5 . عملية التحليل:

أ - تحليل التحويل (الطرح):

فى أول عملية التحليل يكون موقف المريض من المحلل محايدا وقد لاحظ فرويد أن مشاعر المريض تجاه المحلل تتعرض لأنواع شتى من التحويل، فقد يضع المريض المحلل فى دور خاص يفتقر إليه فى حياته ويعتبر خلو حياته من هذا الدور جزءا من اضطرابه مثل دور المحب، أو المحبوب. وقد تصطبغ مشاعر المريض تجاه المحلل بالكراهية أو بالغضب أو الغيرة أو الخوف أو العدوان. واعتقد فرويد أن المحلل ليس هو المقصود بهذه المشاعر، ولكن المقصود بها لا بد وأن يكون شخصا اخر، وما المحلل الا رمزاً يرمز اليه هذا الشخص الآخر قد يكون والد أو إخ أو زوج، أو صديق أو حبيب...الخ. وقد أطلق على التحويل من النوع الأول (التحويل الايجابى) والتحويل من النوع الثانى (التحويل السالبى) وهناك نوع ثالث أطلق عليه التحويل المختلط حيث تتسم مشاعر المريض تجاه المحلل بالتناقض بن الحب والكراهية. ويقوم المعالج النفسى بتسجيل تحويلات المريض ويقوم بتحليلها لصالح عملية العلاج، كما يقوم بتعريف المريض بهذه التحويلات

فى الوقت المناسب، وموضح له أسبابها وأنها لاصله لها بشخص المحلل، كما يعلمه السلوك الانفعالى الايجابى المنضبط، ومع زياده الثقة فى المحلل تختفى أعراض المريض ويتخلص من القلق وهذا ما يعرف باسم علاج التحويل وقد يستخدم المعالج طريقة العلاج الجماعى حتى يتخلص المريض من هذه التحويلات.

ب - تحليل المقاومة.

لاحظ فرويد أن المريض أثناء التداعى الحر قد يبدى مقاومه لا شعورية للحيلولة دون ظهور المواد المكبوتة الى حيز الشعور وتكون بمثابة قوى مضاده لتقدم عملية التحليل واستمرار العلاج ومن مظاهرها:

- *الإمتناع عن الكلام أو الصمت، أو الكلام بصوت غير مسموع، البطء، أو التوقف أثناء التداعى.
- *الاسترسال فى موضوع واحد دون التعمق فيه أو توجيه أسئلة غير مناسبة للموضوع.
- *الانصراف عن المحلل وعدم الاصغاء اليه واللججة وقلبات اللسان.
- *الملل والضيق وظهور علامات القلق، والميل الى النوم.
- *التشكك فى قيمة العلاج بالتحليل.
- *الحضور متاخرا أو تناسى مواعيد الجلسات .

من أسباب المقاومة: وجود التحويل السلبي العدوانى، أو وجود مكاسب ثانوية من وراء المرض، أو وجود رغبة لدى المريض للبقاء فى حالة المرض أو رغبة فى تحطيم الذات. **دور المعالج:** هو تحليل المقاومة، واضعافها والقضاء عليها، ولفت نظر المريض اليها، وإقناعه بأن تحويلها من مقاومة الى تعاون يكون فى صالحه حتى تسير عملية التحليل نحو تحقيق أهدافه العلاجية.

ج - تحليل الأحلام:

اعتبر فرويد أن الأحلام هى الطريق للوصول الى المواد المكبوتة فى أعماق اللاشعور وتعتبر الأحلام عن دوافع ورغبات مكبوتة تحول الأوضاع الاجتماعية دون تحقيقها، ولكنها تظهر فى الأحلام فى صورة رمزية. ويقول فرويد: أن الانكار فى حالة اليقظة يكون مسيطرا أو مراقبا للهو ولاشعور وتتعدل هذه الوظيفة أثناء النوم مما يسمح للهو بشئ من الحرية، وللمواد اللاشعورية بإمكان الافلات والافصاح عن نفسها فى الأحلام وقد ميز فرويد فى محتوى الحلم بين مضمونين: المحتوى الصريح أو الظاهرى: وهو ما يرويه الحالم ويرتبط عادة بذكريات يوم الحلم وبالخبرات السابقة. والمحتوى الكامن أو الباطنى: وهو ما يحاول المحلل الوصول إليه.

أما عن طريقة تحليل المحتوى الكامن فقد أشار إليها فرويد بعملية إخراج الحلم. ويتم الإخراج من

خلال: التكثيف: أى تكوين وحدات جديدة من العناصر المنفصلة فى الحلم، وادماج العناصر المشابهة، وحذف العناصر غير الضرورية فيه. **النقل:** وهو رؤية أو نقل سمات من شخص لآخر أو نقل التأكيد من عنصر الى آخر. **الإخراج المسرحى:** أى تحويل الأفكار الى صور عقلية سمعية بصرية كما لو كانت فيلماً سينمائياً. **التعبير الرمزي:** أى ظهور الموضوعات والمواقف فى صور رمزية لاتسبب الألم.

وقد اختلفت المدارس التحليلية فى تفسيرها لدلالات الأحلام: فقد اعتبرها **يونج** بمثابة تعبير لا إرادى لعملية نفسية لاتخضع لضبط الشعور. واعتبرت **هورنى** الأحلام بمثابة وسيلة لزيادة البصيرة حول الحالة والكشف عن اتجاهات المريض وصراعاته وعلى هذا الأساس: فإن من الضرورى فى جميع الأحوال أن يطلب المحلل من المريض أن يروى له آخر حلم رآه وتعليقه عليه, وأن يلاحظ انفعالاته أثناء الرواية والتعليق, ويسأله عما تثيره مواقف الحلم وشخصياته من أفكار. ويستعين المحلل بالتداعى الحر والأسئلة لاستجلاء غوامض الحلم ويستعين فى تأويل الحلم وتفسير رموزه بالمريض نفسه وإذا انتقل المريض من حلم الى آخر يتركه المحلل ويحاول ملاحظة العناصر المشتركة بين الأحلام وبذلك: فان تحليل الأحلام له أهمية فى التعرف على المحتوى الكامن لصراعات المريض.

6 - التفسير التحليلي:

بعد عملية التداعى والتفيس وتحليل التحويلات والمقاومات والأحلام يقوم المعالج بعملية التفسير التحليلي لما ينكشف خلال العمليات السابقة بهدف احداث تغيير فى معرفة المريض ومشاعره تجاه نفسه وكشف صراعاته والمساعدة فى حلها، وإحداث تغيير فى سلوكه وتنمية بصيرته وإبعاد القلق. ويعتقد بعض المحللين أن الكثير مما يقوله المريض عبارة عن تورية لأشياء أخرى، وعلى المحلل تفسير المعانى الكامنة وراء ذلك بطريقة منطقية ومقبولة تساعد المريض على اكتساب استبصار بحالته.

7 - التعلم واكتساب العادات:

يعتبر التعلم واكتساب العادات خطوة ضرورية فى التحليل النفسى من أجل تغيير اتجاهات المريض وتنمية بصيرته واحداث تغيير فى بنية الأنا والاستبصار بالمشاعر المكبوتة والصراعات غير المحولة وإعادة التنظيم الانفعالى. ويوصى **أدلر** بإعادة تعليم وتوجيه الطفل المشكل وخاصة علاقته بالوالدين وترى **هورنى** أن التحليل هو إعادة تربية وتعليم وخاصة فى مجال المشكلات الأخلاقية. ويرى **سوليفان** أن التحليل عملية تنظيم لأنماط سلوكية للمريض.

ثانياً. العلاج السلوكي Behaviors Therapy

هو أسلوب علاجي يستخدم مبادئ وقوانين التعلم الاشرطى والاجرائى والتعزيز التى توصل اليها علماء هذه المدرسة وعلى رأسهم (بافلوف واطسون وثورانديك، هل، سكرنر وباندورا.. الخ) .
لحل وعلاج المشكلات والاضطرابات السلوكية بأسرع ما يمكن، وذلك بضبط وتعديل السلوك المرضى المتمثل فى الأعراض، وتنمية السلوك اللارادى السوى لدى الفرد.

ويقوم العلاج السلوكى على عدة افتراضات

- 1 . أن معظم السلوك الانسانى متعلم ومكتسب.
- 2 . لا يختلف السلوك المتعلم المضطرب عن السلوك المتعلم السوى، الا فى كونه سلوك غير متوافق.
- 3 . يحدث السلوك المضطرب نتيجة للتعرض المتكرر لخبرات معينة، مما يؤدى الى حدوث ارتباط شرطى بين هذه الخبرات وبين السلوك المضطرب.
- 4 - زملة الأعراض النفسية غير السوية هى عبارة عن تجميع لعادات سلوكية خاطئة متعلمة.
- 5 . العادات السلوكية المرضية يمكن تعديلها الى عادات سوية اذا وضعت فى بؤرة العلاج وتم تغييرها واحدة تلو الأخرى.

اجراءات العلاج السلوكى :

تسير عملية العلاج السلوكى على النحو التالى:

- 1 . تحديد السلوك المطلوب تعديله او تغييره: وذلك من خلال المقابلة العلاجية، والاختبارات والمقاييس النفسية والتقارير الذاتية التى يمكن بواسطتها التعرف على الأعراض السلوكية المضطربة (كالمخاوف المرضية).
- 2 . تحديد الظروف التى يحدث فيها السلوك المضطرب: وكل ما يرتبط به من خبرات وما يسبقه من أحداث وما يتلوه من عواقب (فى حالة الخوف يجب الانتباه الى المناسبات التى تسبق الشعور بالخوف، والظروف التى يشعر فيها المريض بالخوف والأحداث التى تتبع حدوث الخوف).
- 3 . اختيار الظروف التى يمكن تعديلها أو تغييرها بواسطة المعالج والمريض.
- 4 . اعداد جدول لاعادة التدريب: وذلك بتخطيط خبرات يتم فيها اعادة التدريب يتم خلالها وضع المريض فى ممارسة معدلة بحيث يتغير ويتعدل من خلالها السلوك المطلوب.

5 . تعديل العلاقات بين الاستجابات وبين المواقف التي يحدث فيها السلوك المضطرب (مثل عدم قدره على التفاعل مع الآخرين للخوف منهم).

6 _ تعديل الظروف البيئية: وذلك لتقليل حدوث السلوك المضطرب وزيادة احتمال حدوث السلوك المرغوب.

7 . ينتهى العلاج عند النقطة التي يتم فيها الوصول الى السلوك المعدل السوى المنشود.

أساليب العلاج السلوكى :

1-التحصين التدريجى :

ويتضمن هذا الأسلوب التعويد التدريجى المنتظم, وفيه يتم التعرف على المثيرات التي تستثير استجابات لاسويه, ثم يعرض المريض تكرارا وبالتدريج لهذه المثيرات وهو فى حالة استرخاء بحيث لا تنتج الاستجابة الغير سويه, ومن أمثلة حالات استخدامه, حالات الخوف المرضى الذى يكون قد اكتسب مرتبطا بشئ معين أو حادثة معينة. وقد قام لانج بابتكار جهاز للتحصين التدريجى الآلى ضد الخوف باستخدام الكمبيوتر حيث يحدد المعالج مثير الخوف ثم خبرات مبرمجة تتضمن المثير فى حالات متدرجة بالنسبة لاثارة الخوف, ثم يتعرض المريض تكرارا وبالتدريج لهذه المثيرات المحدثة للخوف وفى ظروف يشعر فيها بأقل درجة من الخوف وهو فى حالة استرخاء بحيث لا تنتج استجابة الخوف, ثم يستمر التعرض على مستوى متدرج من الشدة, حتى يتم الوصول الى أن المستويات العالية من شدة المثير لا تستثير الاستجابة الغير سويه السابقة فإذا حدث وأن أدى المثير إلى حالة الخوف يتم الضغط على زر أخضر لوقف المثير وفى جميع الحالات يتم تسجيل البيانات الفسيولوجية عن التبعية النفسية... الخ

2 . الكف المتبادل:

يقوم أسلوب الكف المتبادل على أساس وجود بعض أنماط السلوك المتنافر غير المتوافق مع بعضه البعض والهدف منه كف كل من نمطين مترابطين بسبب تداخلهم استجابة متوافقه محل الاستجابة غير التوافقية. ومن أهم الأمثلة: استخدام أسلوب الكف المتبادل في علاج البوالى الليلي حيث المطلوب كف النوم (حيث يحدث الاستيقاظ والتبول) وكف البوال (باكتساب عادة الاستيقاظ أى أن كف النوم يكف البوال, وكف البوال يكف النوم بالتبادل. وبتكرار عملية الكف المتبادل لمدة حوالى شهر الى ثلاثة أشهر تمحى عادتان قديمتان (الاستغراق فى النوم والبوال) وتتكون عادتان جديدتان (الاستيقاظ والتوجه الى دورة المياه للتبول). ولقد تم اختراع مرتبة كهربائية يودى نزول أول

قطرة ماء عليها الى اغلاق الدائرة الكهربائية الموصلة بجرس فيدق الجرس فيستيقظ الطفل.

3 . الاشارات التجنبى:

وفى هذا الأسلوب يتم تعديل سلوك المريض من الإقدام الى الإحجام والتجنب. ويستخدم الاشارات التجنبى فى علاج الكثير من الانحرافات السلوكية، ومنها الادمان:
ففى علاج ادمان الخمر تستخدم مثيرات منفرة مثل العقاقير المقيئة (كمثير غير شرطى) حيث ترتبط بانتظام وتكرار مع تعاطى الخمر كمثير شرطى وتستثير استجابة غير مرغوبة (التقيؤ)، وعندما يكتسب الخمر (المثير الشرطى) خصائص التنفير وينتج عنه القيئ (الاستجابة الشرطية) يتجنب المريض شرب الخمر. وقد أدخلت تعديلات على هذا الأسلوب بأستخدام شريط مسجل عليه يتكرر عبارات مثل: الخمر يجعله يتقيأ، ويلي ذلك أصوات تقيؤ.

4- التعزيز الموجب (الثواب):

وفى هذا الأسلوب يتم إثابة الفرد على السلوك السوى المرغوب مما يعززه ويدعمه ويثبته ويدفعه الى تكرار نفس السلوك اذا تكرر الموقف وتضم أشكال الثواب أى شئ مادى أو معنوى يؤدى الى رضا الفرد عندما يقوم بالسلوك المرغوب (كالطعام والحلوى والنقود والمدح والاحترام والدرجات ... الخ)، وهذا الثواب يشجعه تعلم السلوك المرغوب. وقد استخدم هذا الأسلوب بنجاح فى علاج حالات فقد الشهية العصبى وحالات السلوك المضاد للمجتمع.

5 . الخبرة المنفرة (العقاب):

فى هذا الأسلوب يعرض المريض لعقاب (علاجى) كخبرة منفرة اذا قام بالسلوك غير المرغوب. وذلك بكفه ووقفه كلية، ومن أشكال العقاب العلاجى ما يكون ماديا وجسيما (كصدمة كهربائية) وقد استخدم هذا الأسلوب فى علاج اضطرابات الكلام خاصة اللججة يتبع كل كلمة ملججة ضوضاء عالية أو صدمة كهربائية، كما استخدمت نفس الطريقة فى علاج اللزمات الحركية كهز الكتفين أو حركات الوجه والعينين.

6 . تدريب الاغفال (الانطفاء):

وفى تدريب الاغفال يحاول المعالج تقليل احتمال ظهور الاستجابة غير المرغوبة وذلك بإغفالها وعدم تعريض المريض لاي نتائج على الاطلاق وهذا يشبه الانطفاء أى أن حدوث الاستجابة المرغوبة يؤدى الى غياب الثواب والتعزيز وحدث الانطفاء نتيجة لعدم استمرار التعزيز. وقد استخدم ذلك فى علاج الاضطرابات السيكوسوماتية ومنها: التهاب الجلد العصبى كما استخدم فى علاج نوبات الغضب وفى تسهيل التعلم.

ثالثاً : العلاج النفسى الممرکز حول العميل :

صاحب هذه الاستراتيجية العلاجية عالم النفس "كارل روجرز" وأطلق عليها منهج الارشاد غير المباشر Nondirective Counseling الذى تطور فيما بعد ليعرف باسم العلاج الممرکز حول العميل.

وينطلق "روجرز" من نظرتة للانسان على أنه عقلانى, اجتماعى, يتحرك للامام, واقعى وأن البشر متعاونون, بناءون يمكن الوثوق بهم وبامكانهم أن يعاشوا ويخبروا عن وعى العوامل التى تسهم فى عدم توافقهم وأن الميل الى التوافق هو ميل نحو تحقيق الذات Self-actualization ويعتبر مفهوم الذات هو المحور الأساسى الذى يدور حوله تشكيل ونمو الشخصية فهو يعتبر بمثابة الصورة التى يكونها الفرد عن نفسه ودرجة تقويمه وحكمه على هذه الصورة فيما يندرج تحت الحاجة للاعتبار النفسى, وينشأ عندما يقف حائل بين الفرد وحاجته للاعتبار الايجابى من جانب الآخرين مما يضطره الى انكار جانب من خبراته ومحاولة ابعادها وتشويه الواقع بمعنى: عدم التطابق Incongruency بين الذات والخبرة, مما يجعل الفرد غير متوافق Maladjusted أو معرض للقلق والتهديد, ومن ثم يسلك سلوكا دفاعيا Defensuve أى أن القلق ينشأ عندما يستشعر الفرد الخبرة على أنها غير متسقة مع بنية الذات لديه.

ومن ثم فإن العلاج الممرکز حول العميل يسعى الى عملية اعادة الاندماج من خلال مساعدته على ادراك ذاته الحقيقية وأن يعيش فى ظلها ويتم ذلك من خلال إتاحة الفرصة للعميل كى يعيش المشاعر التى سبق له أن رفض الاعتراف بانها جزء من حياته ويتم ذلك عن طريق تقبل المعالج للعميل تقبلا ايجابيا غير مشروط, حيث يتميز المعالج بالدف, ويتجنب اصدار الأحكام أو توجيه اللوم أو النقد ويستمر فى احترام العميل مهما حدث منه من قول أو فعل, وهذا ما يحتاج اليه العميل بالضبط لكى يتغير من حياة تتضمن تحكم الآخرين فى سلوكه وتفكيره الى حياة يشعر فيها بحريته فى التعبير عن رغباته وأفكاره.

ويرى أصحاب نظرية العلاج الممرکز حول العميل أنه اذا توفرت هذه الشروط فان نتائج العلاج تجعل الفرد أكثر انفتاحا على خبرته وأكثر ملامسة لها ولذاته وينتهى به الموقف أن يصبح معياره للحكم على الخبرة هو معيار داخلى غير مشروط بشروط من الخارج, ويلخص "روجرز" ذلك فى جملة واحدة: اذا استطعت أن أوفر للعميل (المريض) نوعا معيناً من العلاقة فإنه سيكتشف فى نفسه امكانية استخدام هذه العلاقة للنمو والتغير, ومن ثم النمو الشخصى.

رابعاً : العلاج المعرفى:

يركز العلاج المعرفى على دور العمليات العقلية بالنسبة للدوافع والانفعالات والسلوك حيث تتحدد الاستجابات الانفعالية والسلوكية الخاصة بشخص ما عن طريق كيفية ادراكه وتفسيره, والمعنى الذى يعطيه لحدث ما ويسلم العلاج المعرفى بأن كثيراً من الاستجابات الوجدانية والسلوكية والاضطرابات النفسية تعتمد الى حد بعيد على معتقدات فكرية خاطئة يبنها الفرد عن نفسه وعن العالم المحيط به ومن ثم فإن اضطرابات الشخصية باشكالها المختلفة عادة مايصحبها طرقاً غامضة متناقضة من التفكير عن الذات والبيئة. لهذا يجب أن تعتمد سياسة العلاج النفسى على تغيير مفاهيم المريض، وإعادة تشكيل مدركاته حتى يتيسر له التغيير فى سلوكه (عبد الستار ابراهيم: 1983). ولقد ظهرت فنيات علاجية متنوعة فى اطار العلاج المعرفى نذكر منها:

العلاج المعرفى الذى أرساه "آرون بيك" Beck حيث يسلم بأن المريض يستحدث رأياً عن نفسه وعن العالم وعن الماضى والحاضر والمستقبل تجعل عقله مغموراً بمعارف ومقدمات خاطئة, والنزوع إلى الخبرات الخيالية المشوهة ويبرر الانحراف الحاد فى البناء المعرفى فى حالة الاضطرابات النفسية.

ويذهب "بيك" الى الافكار التلقائية التى ينتج عنها التشويه المعرفى والتى تظهر فى:

1. التمثل الشخصى وتفسير الأحداث من وجهة نظر شخصية (ذاتية).
2. التفكير المستقطب أى أن المرضى يفكرون بصورة متطرفة بين طرفين متباعدين الاستنتاج التعسفى (غير المنطقي) المبالغة فى التعميم.
5. التضخم والتحجيم.
6. العجز المعرفى.

أهم أهداف العلاج المعرفى من وجهة نظر "بيك" هى:

- تصحيح نمط التفكير لدى المريض بالتعامل مع التفكير غير المنطقى.
- التعامل مع عملية تحريف الواقع والحقائق.
- التعامل مع المشكلات.
- المشاركة فى تخفيفها.

معتمداً على عده أسس أهمها: المشاركة العلاجية وتوطيد المصداقية مع المريض واختزال المشكله التى يعانى منها المريض ومعرفة كيفية التعلم فى حل المشكلة التى تواجه المريض.

فنيات العلاج المعرفى عند "بيك" تعتمد على اتجاه عقلانى، وآخر تجريبى، وثالث سلوكى من خلال رصد عمليات التفكير غير السوية، وملء الفراغ المعرفى، وإيجاد تباعد بين الأفكار التلقائية السلبية لدى المريض، وحمل المريض على اختبار الواقع وتدقيق الاستنتاجات وتغيير القواعد المعتمدة على (يجب - لابد) وصول إلى رؤية الواقع بصورة ايجابية.

أما فكتور "رايمى" فإنه يستند على فنيات فى العلاج المعرفى معتمدا على فرض المفهوم الخاطيء أى أن الاضطرابات النفسيه هى نتيجة لمعتقدات أو أقتناعات خاطئه يتبناها المريض بشكل قاسى وغير موضوعى حول ذاته ما يدفع به الى سلوك غير متعقل يؤدي الى إنهزام الذات والهدف من العلاج هو تغيير التصورات الخاطئة لدى المريض وتصحيحها أو تعديلها أو تغييرها مما يؤدي الى زوال جوانب سوء التوافق لديه ويستخدم المعالجون بطريقة "رايمى" فنيات أربع لعلاج مرضاهم تبدأ:

*محاولة العثور على المفاهيم والتصورات الخاطئة الى تحكم السلوك غير المرغوب وتغييرها من خلال فحص وتمحيص الذات عن طريق تشجيع المريض على الحديث عن نفسه وعن مفاهيمه الشخصية.

*محاولة تفسير وتوضيح المفاهيم الخاطئه التى يتبناها المريض، وتشجيع المريض على الاثبات والبرهنة الذاتية على زيف مفاهيمه حول ذاته وعلاقته بالآخرين.

*إعطائه الخبرة البديلة إزاء تصورات ومفاهيمه الخاطئة .

وعلى المرء: القيام بالمراجعة المعرفية لأفكاره وإدراك العلاقة بين المعرفة والانفعال، والاستبصار والاعتراف بالتصورات الخاطئة.

وقد أرسى "ألبرت إليس" Ellis اتجاهها آخر فى العلاج المعرفى أطلق عليه العلاج العقلانى الانفعالى يستند على معادلة مبسطة أطلق عليها نظرية ABC اذ يفترض أنه حين تتبع عاقبة (نتيجة) مشحونه انفعاليا emotional (c) Consequence حدثا منشطاً دلالة Activing event فإن (A) قد يبدو أنه السبب فى العاقبة. النتيجة (R) ولكنه ليس كذلك فى الحقيقة انما والعواقب الأنفعالية يخلقها الى حد كبير النظام العقائدى للفرد (B) Belief system ثم يدور الفرد فى حلقة مفرغة من الاحداث والمعتقدات المرتبطة بها ثم النتائج المشحونة انفعاليا ويذهب أليس الى وجود احدى عشرة فكرة غير عقلانية يعتبرها مسئولة عن العصاب هى:

1 . يجب أن يكون الانسان محبوبا دائما.

- 2 . يجب أن يكون الشخص أكثر كفاءة وأنجازا.
3. وصف الناس بالشر والوضاعة.
- 4 . من النكبات أن تسير الأمور على غير ما يريده الانسان.
5. تنتج تعاسة الانسان من الظروف الخارجية.
- 6 . الأشياء الخطره سببا للإنشغال البالغ.
- 7 - ضرورة تقادى الصعوبات والمسئوليات الشخصية.
8. ضرورة أن يستند الفرد الى آخرين لمساعدته.
- 9 _ أن الخبرات المتصلة بالماضى هي المحدد للسلوك الحاضر.
10. أن يحزن الفرد لما يصيب الآخرين من مشكلات.
- 11 . يجب أن يكون هناك حل صحيح وكامل لكل مشكلة.

ويرى "أليس" أن الأفراد المضطربين يعانون من التعاسة لأنهم لا يستطيعون تحقيق أمنياتهم بسبب ما يفرضونه على أنفسهم من حتميات ترتبط بعبارات مثل: (ينبغي, يجب, من المفروض....الخ).

وعلى هذا فان العلاج العقلانى الانفعالى يسعى الى تقليل القلق أو قهر الذات، وتزويد

المريض بالطرق التى تمكنه من التحليل المنطقى لأفكاره معتمدا على عدة فنيات منها:

أساليب معرفية: تسعى الى تخلى المريض عن طلب الكمال والفصل بين معتقداته اللاعقلانية وذاته ومشكلاته وإعادة تمحيص الأفكار، وتقديم الشرح والمعلومات.

أساليب تدعيمية مساندة تقوم على: التحويل واشباع المطالب والتخلى عن المطالبة وأساليب انفعالية اظهرية تقوم على التقبل، لعب الدور، والنمذجة والوعظ العاطفى، والفكاهة والمرح ومهاجمة مشاعر الخزي والدونية، والمواجهة الانفعالية.

أساليب سلوكية: فى صورة واجبات، منزلية الاشرط الاجرائى، الاسترخاء، الخيال العاطفى العقلانى.

وأخيرا: عرض "دونالد ميتشنبوم" Meichenbom اتجاها علاجيا معرفيا سلوكيا يقوم على عدة فنيات أهمها: فنيات التقدير السلوكى المعرفى: من خلال المقابلة الاكلينيكية والاختبارات السلوكية. وفنيات ادخال العوامل المعرفية فى تعديل السلوك من خلال: اشرط تخفيف القلق، والتخلص المنظم من الحساسية والنمذجة، والاشراط المضاد. ثم أساليب التحصين ضد الضغوط: بالتعريف بردود الفعل المصاحبة للمواقف الضاغطة، والتزود بأساليب المواجهة، ومزاولة التدريب.

مقارنة بين نموذج Ellis, A ونموذج Beck, A ونموذج Meichenbaum, D في الإرشاد المعرفي السلوكي.

وجه المقارنة	نموذج Ellis, A	نموذج Beck, A	نموذج Meichenbaum, D
1- اسم النموذج	العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي	العلاج المعرفي	التعديل المعرفي السلوكي. ثم أعاد تسميته في عام (1999) إلي: العلاج المعرفي السلوكي البنائي.
2- الافتراضات والمفاهيم المحورية	<p>أ- التفكير والانفعال والسلوك أضلاع مثلث واحد تؤثر في بعضها البعض.</p> <p>ب- الإنسان ما بين عقلائي وغير عقلائي، والسلوك العقلائي يؤدي إلي الصحة والسعادة.</p> <p>ج- الاضطراب النفسي ينتج عن التفكير غير العقلائي وغير المنطقي.</p> <p>د- ينبع التفكير غير العقلائي من التعلم غير المنطقي من الأسرة والثقافة والأقران.</p> <p>هـ- تفكير الإنسان هو الذي يلون المدركات يجعلها حسنة أو رديئة.</p> <p>و- الأفكار السالبة تقوم علي أساس غير عقلائي ويمكن تعديلها إلي موجبة (حامد عبد السلام زهران، 2005، 366-367).</p> <p>تتضح المفاهيم المحورية عند أليس</p>	<p>أ- الاضطرابات والمشاكل النفسية سببها مقدمات منطقية خاطئة وأفكار لاعقلانية وقابلية لخبرات خيالية محرفة</p> <p>ب- الاضطرابات النفسية يمكن أن تحل عن طريق تصحيح المفاهيم الخاطئة وتعلم اتجاهات أكثر تكيفاً.</p> <p>ج- السلوك قد يكون انهزامي لأنه مبني علي اتجاهات غير عقلانية (أرون بيك، 2000، 19).</p> <p>تتضح المفاهيم المحورية عند بيك من خلال:</p> <p>أ- الخطط والأفكار التلقائية، حيث بني بيك افتراضه من خلال أعماله في اضطرابي الاكتئاب والقلق حيث يتضمن المسار الخطي الخطوات الآتية:</p> <p>المخططات ← أفكار تلقائية ←</p>	<p>أ- الانفعالات غير السارة هي نتيجة لأفكار لا توافقية.</p> <p>ب- تعديل السلوك يتم من خلال تفاعل ثلاث متغيرات هي: الحديث الخاص إلي الذات ، البنية المعرفية، والسلوك المترتب عليه.</p> <p>ج- يؤكد علي مساعدة العميل ليصبح أكثر وعياً بحديثه الخاص لذاته.</p> <p>د- تؤدي إعادة البناء المعرفي دوراً أساسياً في هذا المدخل حيث تمثل البنية المعرفية الجانب التنظيمي في عملية التفكير والمتحكم في اختيار الأفكار (محمد السيد عبد الرحمن، 2015، 488-489).</p> <p>هـ- تتم عملية التدريب علي التحسين ضد الضغط النفسي والعلاج علي ثلاث مراحل هي:</p> <p>أ- مرحلة تكوين المفاهيم: والتي يعرف من خلالها العميل الطرق التي تؤدي</p>

نموذج Meichenbaum, D	نموذج Beck, A	نموذج Ellis, A	وجه المقارنة
<p>إلى حدوث الضغط النفسي من خلال أنماط معينة من التفكير .</p> <p>ب- مرحلة اكتساب المهارة والتدريب: حيث يتدرب العميل علي مهارات التدبير مثل (التنظيم الذاتي الانفعالي، إعادة البناء المعرفي، استخدام أنظمة الدعم) في العيادة ومن ثم في العالم الحقيقي في الخارج بالتدريج.</p> <p>ج- مرحلة التطبيق: حيث يتاح فيها للعميل فرص إضافية يطبق فيها مدى واسع من مهارات التدبير عبر ظروف مثيرة للضغط النفسي مثل مساعدة آخرين يعانون من مشكلات مشابهة (تيموثي ج ترول، 2007، 650).</p>	<p>تفسيرات سلبية مشكلات انفعالية - سلوكية، والمخططات هي أفكار محورية تتطور عبر الحياة.</p> <p>ب- تشويه أو تحريف التفكير، ويتم ذلك بسبب الأتي: الاستدلال العشوائي، التجريد الانتقائي، التعميم الزائد، التهويل، التخصيص، التفكير الحدي.</p> <p>ج- الصيغ المختلة وظيفياً (محمد السيد عبد الرحمن، 2015، 467، 469، 471).</p>	<p>من خلال قاعدتين هما:</p> <p>أ- أفكار الشخص الراهنة تؤدي دوراً كبيراً في تحديد الكيفية التي يشعر ويتصرف بها، ومن ثم اضطراباته،</p> <p>ب- يساعد المعالج العميل علي مواجهة أفكاره اللاعقلانية.</p> <p>يمكن تطبيق هاتين القاعدتين في طريقة ABC التي تعد محور الارتكاز للعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، حيث A تعبر عن الحدث المنشط، بينما تعبر B عن معتقدات وأفكار الشخص عن هذا الحدث، أما C فتشير إلي الاستجابات السلوكية والانفعالية للشخص (محمد السيد عبدالرحمن، 2015، 442-443)</p>	
<p>يعرف هذا الاتجاه بالتحصين ضد الضغوط النفسية ويساعد المعالج العميل بجعله يستخدم تعليمات تجريبية في الحديث الذاتي، حيث تقوم فكرة الأحاديث الذاتية أو التعليمات الذاتية على فرض: أن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تحدد سلوكياتهم التي يفعلونها، كما أنّ الكيفية التي يتعامل</p>	<p>يتضح دور المعالج في علاج الاكتئاب من خلال:</p> <p>أ- جدولة النشاطات بهدف مقاومة كل من خموله النسبي وميله للتركيز علي مشاعره الاكتئابية.</p>	<p>يتمثل في مساعدة المريض على التخلص من الأفكار والاتجاهات اللاعقلانية وأن يحل محلها أفكارا واتجاهات عقلانية ومنطقية.</p> <p>وتتكون عملية العلاج من أربع خطوات وهي كالتالي :</p>	<p>3- دور</p>

نموذج Meichenbaum, D	نموذج Beck, A	نموذج Ellis, A	وجه المقارنة
<p>بها الفرد مع الضغوط تتأثر إلى حد كبير بكيفية تقديره لقدرته على التعامل مع مصدر الضغط أي أنه يشجع نفسه على مواجهة مصدر الضغط مستخدمًا عبارات تعكس قدرته على التعامل معه وإمكانية السيطرة عليه , وهو ما يؤثر على سلوكه في هذا الموقف فإذا كانت هذه الأحاديث إيجابية يخفض معها معدل القلق , والعكس صحيح (عادل عبد الله محمد، 2000، 75-76).</p>	<p>ب- زيادة نسبة الأنشطة الممتعة وكذلك الخبرات التي يمارس فيها درجة من السيطرة.</p> <p>ج- التدريب المعرفي يجعل العميل يتخيل كل خطوة لاحقة تقوده إلى إتمام عمل مهم.</p> <p>د- التدريب علي توكيد الذات.</p> <p>هـ- تعريف الأفكار الآلية التي تظهر قبل نوبات الكرب أو أثناءها.</p> <p>و- فحص مدي واقعية تلك الأفكار .</p> <p>ز- مساعدة العميل في البحث عن حلول بديلة لمشكلاته (تيموثي ج ترول، 2007، 651-652).</p> <p>والنموذج العلاجي عند بيك يتكون من:</p> <p>أ- الملاحظات الذاتية التي أدت إلي الفكر السابق علي الاضطراب.</p> <p>ب- إيجاد صلة بين الأفكار ونوبة الاضطراب.</p> <p>ج- تعلم النظر إلي الأفكار كفروض لا كحقائق.</p> <p>د- اختبار الفروض.</p> <p>هـ- تجميع المسلمات التي تبطن هذه الفروض وتولدها.</p>	<p>أ- يوضح المعالج للمريض أن تفكيره لا عقلائي.</p> <p>ب- يوضح المعالج للمريض أن استمرار الاضطراب يعد رهناً بالاستمرار في التفكير بنفس الطريقة اللامنطقية .</p> <p>ج- أن يساعد المريض على استبدال تلك الأفكار اللاعقلانية واللامنطقية بأفكار أخرى تتسم بالعقلانية والمنطقية.</p> <p>د- أن يساعد المريض على تبنى فلسفة للحياة أكثر عقلانية (عادل عبد الله محمد، 2000، 72-73).</p>	<p>المعالج</p>

وجه المقارنة	نموذج Ellis, A	نموذج Beck, A	نموذج Meichenbaum, D
4- الفنيات والأساليب	<p>يتم استخدام فنيات متعددة منها:-</p> <p>أ- فنيات معرفية مثل: إعادة البناء المعرفي، إعادة التأطير (تعريف الموقف السلبي إلي سطور أكثر ايجابية)، المرجعية (نظرة شمولية للمشكلة).</p> <p>ب- فنيات انفعالية مثل: الدعابة، التخيل، وتدريبات الهجوم علي الشعور بالذنب.</p> <p>ج- فنيات سلوكية مثل: تدريب تأكيد الذات، الاسترخاء، إدارة الذات، تقليل الحساسية التدريجي، الواجب المنزلي (ميشيل إس نيستول، 2015، 307-308).</p>	<p>و- البرهنة علي أن هذه القواعد المكونة لمنظومتها الإعتقادية كانت غير صحيحة (أرون بيك، 2000، 209).</p> <p>تم استخدام فنيات متعددة منها:-</p> <p>أ- فنيات معرفية : مثل المناقشة، المراقبة الذاتية ، التباعد الذي يجعل تفكير المريض وتقييمه للواقع موضوعياً، إعادة التقييم المعرفي ، والعلاج البديلي (مناقشة الأسباب).</p> <p>ب- وبعضها تجريبي مثل: الاستكشاف الموجه، التعريض.</p> <p>ج- فنيات سلوكية مثل: الواجبات المنزلية، النمذجة، التخيل (تخيل الموقف الصدمي)، ولعب الدور (عادل عبد الله محمد، 2000، 61).</p>	<p>استخدم ميكناوم فنيات إدارة الضغوط بأحد الطرق المعروفة باسم إستراتيجية التحصين ضد الضغوط وهي طريقة معرفية سلوكية، وتتكون برامج التدريب علي التحصين ضد الضغوط من مزيج من الفنيات مثل: تقديم المعلومات، المناقشة السقراطية، إعادة تشكيل البنية المعرفية، حل المشكلات، إدارة الذات، التعزيز الذاتي، التدريب علي الاسترخاء، كما استخدم فنيات إعادة البناء المعرفي والعلاج الموجه بالاستبصار وأسلوب حل المشكلات (محمد السيد عبد الرحمن، 2015، 491، 495).</p>

نظريات الإرشاد والعلاج النفسي

تمثل نظريات الإرشاد والعلاج النفسي قمة هرم العلم الذي تُبنى في ضوءه برامج الإرشاد والعلاج في جميع المؤسسات الإرشادية والعلاجية والتربوية ومؤسسات التأهيل والإصلاح والرعاية الاجتماعية في جميع أرجاء العالم، ومن هنا اكتسبت أهميتها.

النظرية المعرفية السلوكية، النظرية الإنسانية، النظرية الوجودية.

وجه المقارنة	النظرية المعرفية السلوكية	النظرية الإنسانية	النظرية الوجودية
1- أهم الرواد	أرون بيك، ألبيرت أليس	كارل روجرز ، أبراهام ماسلو	فيكتور فرانكل، إرفن يالوم
2- المسلمات والمبادئ	أ- الاضطرابات النفسية سببها إضطراب في التفكير. ب- العميل والمعالج يعملان معاً في تقييم المشكلات والتوصل للحلول. ج- المعرفة لها دور أساسي في معظم التعلم الإنساني. د- المعرفة والوجدان والسلوك أضلاع مثلث تربطهم علاقة سببية. هـ- الاتجاهات والتوقعات والأنشطة المعرفية لها دور أساسي في إنتاج وفهم السلوك والتنبؤ به. و- تندمج العمليات المعرفية معاً في نماذج سلوكية (عادل عبد الله محمد، 2000، 23، 59).	أ- يمكن فهم سلوك الفرد عن طريق الوعي الذاتي للواقع، وأنَّ الإطار المرجعي الداخلي للفرد له دور رئيسي في تحديد السلوك الظاهري له؛ ولهذا فهم يرفضون الحتمية البيئية والحتمية اللاشعورية. ب- يتجلي جوهر طبيعة الإنسان في قدرته علي تحديد مصيره، باعتباره مكون أساسي لوجوده، ومن ثم فهو حر ج- الإنسان بفطرته خير، ويسعي دائماً صوب الكمال، ولديه إمكانيات تدفعه للتميز والاستقلالية والنضج والنمو المتواصل والإبداع الذي لا ينتهي (محمد إبراهيم عيد، 2006، 171-172).	أ- أساس الصفات البشرية الجوهرية يكمن في فكرة أساسية هي البحث عن معني للحياة . ب- يُعد اتخاذ القرار أحد المظاهر الحاسمة للشخصية. ج- الشخصية ليست الإنسان بما هو عليه ككائن بيولوجي واجتماعي ونفسي بل أيضاً ما يمكنه أن يكون. د- تتضمن عملية اتخاذ القرار خياران لا يمكن تجنبهما؛ إما أن يختار الحاضر والذي يمثل الالتزام بالماضي وعدم السعي للتغيير، وإما أن يختار التحالف مع المستقبل؛ مع كل ما يتضمنه من قلق ينشأ من عدم قدرته علي التنبؤ بالمجهول أو التحكم به (تيموثي ج ترول، 2007، 597).
3-أهداف العلاج	تعديل السلوك عن طريق تصحيح المفاهيم الخاطئة والأفكار غير العقلانية والتشويه الموجود في النظم	حدده روجرز في مساعدة العميل علي النمو النفسي السوي، وتغيير مفهوم الذات بما يتطابق مع الواقع (حامد عبد السلام زهران، 2005، 261) ، وأن يستبصر بأحواله ويفسر سلوكه	مساعدة العملاء وتشجيعهم علي التأمل بعمق في الحياة لإدراك البدائل المتاحة لهم ولينقروا بينهم وبين

وجه المقارنة	النظرية المعرفية السلوكية	النظرية الإنسانية	النظرية الوجودية
	المعرفية، وإعادة البناء المعرفي (احمد محمود عكاشة، طارق احمد عكاشة، 2013، 258).	بدلاً من أن يقوم بها المرشد (كمال يوسف بلان، 2015، 269).	أنفسهم ما يريدونه (محمد السيد عبد الرحمن، 2015، 208).
	يحدث السلوك المضطرب من وجهة نظر أرون بيك من خلال عمله مع مرضي الاكتئاب علي الشكل التالي: أ- تظهر لديهم بشكل عفوي مجموعة من الأفكار السالبة (أفكار آلية). ب- تقوم هذه الأفكار علي معتقدات رئيسية عامة يُطلق عليها المخططات التي لدي الفرد عن نفسه وعن عالمه ج- تحدد هذه المخططات الطريقة التي يفسر به الفرد موقفاً معيناً. د- تظهر أفكار آلية معينة نتيجة لهذا التفسير. هـ- تسهم هذه الأفكار الآلية في التقييم المعرفي الذي يتصف بسوء التكيف للموقف أو التحدث، ويؤدي إلي استجابة وجدانية (هوفمان إس جي، 2012، 13-14).	يحدث السلوك المضطرب من وجهة نظر روجرز علي الشكل التالي: أ- يدرك الفرد أن خبرة غير متسقة مع مفهوم الذات علي أنها عامل مهدد له. ب- تتكون الدفاعات التي تنكر هذه الخبرات علي الشعور. ج- تصبح صورة الذات أقل تكيفاً مع الحقيقة المتعلقة بوجود حاجات عضوية لدي الفرد. د- يقع الفرد في صراع ويصبح أقل تكيفاً (مصطفي فهمي، د.ت، 99). وتكون مرحلة العلاج كالاتي: أ- يحاول المعالج فهم سلوك العميل من وجهة نظره هو نفسه. ب- يساعده علي فهم نفسه بوضوح. ج- يساعده في التعرف علي التفاوت بين عالمه الذاتي الخاص وبين العالم الخارجي الواقعي. د- يساعده علي إحداث تغيير في مفهوم الذات في مناخ علاجي آمن. هـ- يتم مراجعة بنية الذات ومناقشة المحتويات المهددة ووضع خطة لحلها. و- يقل التهديد ويقل الدفاع والمقاومة الشعورية ويعرف العميل العوامل التي أدت وتؤدي إلي سوء توافقه وعدم	يحدث السلوك المضطرب من وجهة نظر الوجودية علي الشكل التالي: أ- يختار بديل أن لا أكون منذ الطفولة. ب- يؤدي إلي قلة المشاركة مع المجتمع وغياب الوعي الذاتي. ج- تتولد مشاعر القلق نتيجة لذلك. د- يؤدي ذلك إلي الاضطراب. هـ- أسباب الاضطراب هي: الخوف، القلق، العدوانية، والشعور بالذنب. و- تتشكل الهموم النهائية وتتطور بشكل غير سوي (احمد عبد اللطيف أبو أسعد، 2012، 153).
4- شرح النظرية	كما ركز إليس علي أهمية الحديث الداخلي في تعديل السلوك واعتبر أن هناك أفكار مسئولة عن حدوث النتائج، ثم أكد ميكنيوم علي أن تغيير السلوك يتضمن معتقدات ومشاعر وأفكار الفرد، فهي التي تدفعه للعمل (كمال يوسف بلان،	تتكون مراحل العلاج من ثلاث مراحل: 1- مرحلة الاسترجاع: مساعدة المسترشد علي تحدي وتوضيح المسلمات الأساسية للحياة. 2- مرحلة الاستبصار: يشجع المسترشد علي فحص مصدر	

وجه المقارنة	النظرية المعرفية السلوكية	النظرية الإنسانية	النظرية الوجودية
<p>المصدقية للنظام القيمي الذي يمتلكه.</p> <p>3- مرحلة التنفيذ: يساعد المسترشد علي وضع ما تعلمه عن نفسه موضع الفعل (احمد عبد اللطيف أبو أسعد، 2012، 154).</p>	<p>التطابق بين مفهوم الذات والخبرة.</p> <p>ز- يجمع العميل خبراته بدقة في بنية الذات ويصبح أكثر تقبلاً لخبراته.</p> <p>ح- يزداد استبصار العميل واعتماده علي نفسه.</p> <p>ط- يزداد التطابق بين مفهوم الذات والخبرة والذات المثالية.</p> <p>ي- يتخلص من تهديد محتوى مفهوم الذات الخاص ويصبح أكثر واقعية.</p> <p>ك- يتقبل العميل ذاته والآخرين وينطلق إلي تحقيق ذاته والتحول من سوء التوافق إلي التوافق النفسي (حامد عبد السلام زهران، 2005، 266-267).</p> <p>.....</p> <p>أهم فنيات الإرشاد المستخدمة في هذه النظرية هي:</p> <p>أ- المقابلة.</p> <p>ب- مجموعات المواجهة:</p> <p>حيث تضم المجموعة الواحدة من (8-10) أفراد لديهم مشكلات متشابهة، وتستمر الخبرة الجماعية المكثفة فترة تتراوح بين يومين إلي ثلاثة أيام (كمال يوسف بلان، 2015، 287)،</p> <p>كما عرفها حامد عبد السلام زهران (2005، 301) بأنها: أسلوب متطور يواجه فيه أعضاء الجماعة بعضهم بعضاً في حرية غير عادية بهدف</p>	<p>2015، 386).</p> <p>دور المعالج عند إليس يتلخص في:</p> <p>أ- تشجيع العميل علي الحد من أفكاره اللاعقلانية.</p> <p>ب- تحدي العميل للتحقق أو التثبت من أفكاره.</p> <p>ج- يشرح للعميل الطبيعة اللاعقلانية في تفكيره.</p> <p>د- يستخدم الدعابة لمواجهة اللاعقلانية في تفكير العميل.</p> <p>هـ- يستخدم التحليل المنطقي للتقليل من شأن أفكار العميل اللاعقلانية.</p> <p>و- يعلم العميل كيف يطبق المنهج العلمي في التفكير (محمد السيد عبد الرحمن، 2015، 446-447).</p> <p>.....</p> <p>تشمل العلاجات المعرفية السلوكية عدداً من الفنيات منها:</p> <p>أ- أساليب إعادة تشكيل البنية المعرفية.</p> <p>ب- استراتيجيات حل المشكلات.</p> <p>ج- مهارات التغلب.</p> <p>(صفوت فرج، 2008، 305)،</p>	<p>المصدقية للنظام القيمي الذي يمتلكه.</p> <p>3- مرحلة التنفيذ: يساعد المسترشد علي وضع ما تعلمه عن نفسه موضع الفعل (احمد عبد اللطيف أبو أسعد، 2012، 154).</p>

وجه المقارنة	النظرية المعرفية السلوكية	النظرية الإنسانية	النظرية الوجودية
5- الفنيات والأساليب	وصنفها عادل عبد الله محمد (2000، 61) كالاتي: أ- فنيات معرفية : مثل المناقشة، المراقبة الذاتية ، التباعد الذي يجعل تفكير المريض وتقييمه للواقع موضوعياً، إعادة التقييم المعرفي ، والعلاج البديلي (مناقشة الأسباب). ب- وبعضها تجريبي مثل: الاستكشاف الموجه، التعريض. ج- فنيات سلوكية مثل: الواجبات المنزلية، النمذجة، التخيل (تخيل الموقف الصدمي)، ولعب الدور.	التعبير عن المشكلات الانفعالية وتعلم أساليب أفضل للتوافق.	(Paradoxical Intention)، تستخدم مع الذين يعانون من أعراض القلق النفسي، حيث يقترح فيها المرشد أن يشترك العميل في سلوك حقيقي يخافه كثيراً، علي سبيل المثال: العميل الذي لديه مشكلة متعلقة بالنوم سوف يتم إرشاده ليبقي يقظاً بقدر الإمكان، حيث يؤدي الانخراط في ممارسة السلوك الذي نخافه إلي تغيير معني هذه الخبرة ونخطو خارج مخاوفنا الخاصة. ب- إيقاف الإمعان الفكري: (Dereliction)، تستخدم هذه الفنية للذين يعانون من الإمعان المفرط في المشكلة، حيث يتم تشجيع العميل علي التركيز علي شيء ما أو شخص بعيداً عن ذاته كطريقة للحد من الانهماك في الذات ومن ثم تقليل أعراضه مثال يطلب من العميل مفرط القلق أن يسترخي، وهي تشبه التعريض عند السلوكيين (محمد السيد عبد الرحمن، 2015، 247، 248، 250).
	يفيد العلاج النفسي المتمركز حول الشخص بصفة خاصة في: أ- المشكلات الشخصية للشباب. ب- إرشاد الأزواج ومشكلات الزواج (حامد عبد السلام زهران، 2005، 268).
	ظهرت فعالية العلاج المعرفي السلوكي بصورة كبيرة في: أ- الإرشاد الأسري والزواجي. ب- علاج الأطفال والمراهقين. ج- العلاج الجماعي (محمد السيد عبد الرحمن، 2015، 503، 507، 509)، كما يستخدم في علاج: أ- اضطرابات القلق والاكتئاب. ب- إساءة استخدام المواد. ج- اضطرابات الأكل. د- التحصين ضد الضغوط (ميشيل إس نيستول، 2015، 312).	أ- أكدت علي أهمية الخبرة الداخلية للفرد ووعيه. ب- وضحت أن الإنسان أكثر من مجرد حلقات متتابعة من الغرائز	يستخدم العلاج الوجودي بفعالية في: أ- إرشاد المرضى بأمراض عضوية. ب- الإرشاد الجماعي. ج- أزمات النمو وضغوط الحياة. د- الإرشاد الوجودي للأزواج (محمد

وجه المقارنة	النظرية المعرفية السلوكية	النظرية الإنسانية	النظرية الوجودية
6- التطبيقات الأساسية للنظرية	<p>.....</p> <p>1- بالنسبة للعقلاني الانفعالي: أ- تصل نسبة التحسن باستخدامه إلي حوالي (90%) من الحالات. ب- يناسب مجتمعنا، حيث تكثر المعتقدات والأفكار غير العقلانية. ج- يحصن العميل ضد الأفكار غير العقلانية التي قد يتعرض لها (حامد عبد السلام زهران، 2005، 374). 2- بالنسبة لميكنوم: أ- لفت الانتباه لأهمية التعليمات الذاتية والحوار الداخلي للفرد. ب- علاج فعال جدا للقلق والاكتئاب ج- قدم أسلوب فعال في التدريب للتحصين ضد الضغوط (كمال يوسف بلان، 2015، 421_422). يري بعض النقاد أنّ نظرية بيك يعيها ثلاث جوانب أساسية هي: أ- الأفكار هي التي تولد الانفعالات. ب- الأساليب التي تستخدمها النظرية تتعامل مع الأفكار فقط وتتجاهل المشاعر والسلوك. ج- العلاقة العلاجية غير واضحة (عادل عبد الله محمد، 2000، 144) وكذلك نظرية إليس عليها بعض المآخذ وهي: أ- لا تُعلم العملاء كيف يفكرون لأنفسهم بل يعتمدون علي المعالج.</p>	<p>والدوافع والعادات فهو ليس مجرد آلة ولديه القدرة علي الاختيار. ج- ساعدت بتركيزها علي الحاضر في تغيير مقولة التغيير الايجابي لا يحدث إلا باستبصار الماضي. د- وضحت أهمية العلاقة العلاجية وإسهامها في نجاح العلاج النفسي. هـ- ركزت علي النمو الايجابي بعكس النظريات التي كانت قبلهم ركزت علي الاضطراب النفسي والعجز السلوكي (تيموثي ج ترول، 2007، 609-610). أ- استخدامها المستمر لكلمات مثل الإنساني والتقبل والحرية وتحقيق الذات يوحي ضمناً بأن الاتجاهات الأخرى تذهب مذهباً لا إنسانياً ورفضاً. ب- الاعتماد علي خبرة العميل الذاتية ومشاعره يقيد المعالج بمصدر للمعلومات قد يكون غير ثابت أو متحيز أو خادماً لنفسه. ج- شكك المعارضين لهذا الاتجاه في إمكانية أن يفهم شخص ما طبيعة الخبرات الذاتية لشخص آخر بصورة تامة. د- تجاهلهم للتقييم والتشخيص لأنهم يعتقدون أنه اعتداء علي حرية الفرد. هـ- غموض المصطلحات ووجود تباين في الموضوعات والمفاهيم</p>	<p>السيد عبد الرحمن، 2015، 252، 253، 256، 257). أ- التركيز علي قضايا مثل الفردية والبحث عن معني في الحياة وهي قضايا أصبحت هامة في ضوء التطورات في الاستساخ. ب- مساعدة الأفراد علي التعرف علي أنفسهم كأفراد فريدين في عالم متغير (ميشيل إس نيستول، 2015، 273). ج- الإقرار بحرية الإنسان وقدرته علي اتخاذ القرار وتحمل المسؤولية د- أكدت علي البعد الروحي الذي أغفلته معظم النظريات السابقة (كمال يوسف بلان، 2015، 475_477) أ- عدم استنادها إلي أساس نظري مصاغ صياغة جديدة. ب- قلة وجود الأساليب الوجودية التي يمكن استخدامها في العملية الإرشادية. ج- ندرة البحوث عن العلاج النفسي</p>
7- الايجابيات	<p>.....</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>

وجه المقارنة	النظرية المعرفية السلوكية	النظرية الإنسانية	النظرية الوجودية
8- السلبيات	<p>ب- في شكلها الأولي لا تستخدم مع الأطفال أو حالات التخلف العقلي.</p> <p>ج- لا تهتم بإقامة علاقة دافئة مع العميل.</p> <p>د- لا يوجد معيار موضوعي نحكم به علي مدي عقلانية الأفكار.</p> <p>ويشكل عام يؤخذ علي بيك وليس:</p> <p>أ- أنهما نظرا للشخصية من ناحية الجانب العقلي أو المعرفي فقط وكان يجب علي نظرتهما أن تكون شاملة.</p> <p>ب- التركيز علي الأعراض أكثر من جذور المشكلة.</p> <p>ج- لا يتعامل مع اللاشعور وبالتالي يترك المكبوتات كما هي الأمر الذي يؤثر علي المشكلة (عادل عبد الله محمد، 2000، 145-147).</p>	<p>(تيموثي ج ترول، 2007، 610-613).</p> <p>و- الأهداف الإرشادية عند روجرز غير واضحة وتخلق غموضاً في العملية الإرشادية (ميشيل إس نيستول، 2015، 265).</p> <p>ز- نظرية روجرز مسرفة في التفاوض ولا تلائم بعض الأفراد وصعوبة ترجمة بعض المفاهيم فيها إلي صورة قابلة للاختبار (احمد محمد عبد الخالق، 2015، 370).</p>	<p>الوجودي، وبالتالي يكون هذا العلاج مهدد بالانقراض أو الدمج في مدارس الإرشاد النفسي الأخرى (ميشيل إس نيستول، 2015، 273).</p>

أسباب استخدام الإرشاد المعرفي السلوكي:

1- يعد العلاج المعرفي السلوكي أقل الأساليب العلاجية في نسبة حدوث انتكاسة، وأن أثره يمتد فترة طويلة بعد انتهاء العلاج (عادل عبد الله محمد، 2000، 149).

2- مدة هذا النوع من العلاج قصيرة، ولهذا يري الباحث أنه مناسب لعينة الدراسة كونهم طلاب، لأن عامل الوقت مهم بالنسبة لطلبة المرحلة الثانوية حتي لا يؤثر علي مستواهم الدراسي.

3- هدف الدراسة تنمية الذكاء الوجداني للطلاب، لذلك يري الباحث أن الإرشاد الأمثل هو المعرفي السلوكي لأنه يتعامل مع الأفكار والوجدان والسلوك، وأحد أبعاد الذكاء الوجداني عند جولمان هو الوعي بالذات ومعرفة الفرد لذاته وتقييم نفسه، بحيث يستطيع أن يفهم نفسه ويدرك مشاعره وانفعالاته، بحيث يصبح قادراً علي اتخاذ قراراته بكفاءة وتكون اقرب للصواب، والوعي بالذات يكون من خلال الحديث الذاتي للفرد مع نفسه وهو ما وضحه ميكنباوم.

4- من أهداف الدراسة قياس مدي فعالية الذكاء الوجداني في خفض الضغوط النفسية، وبالنظر إلي أهم وأشهر برامج العلاج النفسي عند ميكنباوم هو: برنامج تنمية مهارات المواجهة، ويعتمد هذا البرنامج علي تعليم المريض فنيات إدارة الضغوط من خلال إستراتيجية التحصين ضد الضغوط، وبمراجعة أبعاد الذكاء الوجداني عند بار-أون نجد أن أحدها هو عوامل إدارة الضغوط، وبهذا يكون هذا البرنامج مناسب جداً لتنمية هذه المهارة.

5- يعالج برنامج ميكنباوم حالات عدم الكفاية الاجتماعية، والانسحاب الاجتماعي في الطفولة والمراهقة، وبمراجعة أبعاد الذكاء الوجداني عند جولمان وبار-أون نجدها تتضمن مهارات الكفاءة الاجتماعية والعلاقات مع الآخرين والمسئولية الاجتماعية والتعاطف، إذن هذا العلاج مناسب.

6- الأفكار غير العقلانية والأفكار المشوهة موجود بعض منها لدي منخفضي الذكاء الوجداني، وبمراجعة مدخل إليس وأرون بيك نجدهم يعملون علي معالجة وتصحيح هذه الأفكار.

7- تنوع وكثرة الفنيات والأساليب في هذا النوع من الإرشاد يساعد الباحث علي تحقيق أهداف الدراسة بسهولة ويسر من حيث اختيار الفنية الأنسب لكل هدف.

خامساً: العلاج النفسي الجمعي:

قبل أن ندخل إلى الاجتهادات المختلفة والتي قدمت حول مفهوم العلاج النفسي الجمعي group psychotherapy يجب أن نشير إلى:

١- أن هناك خطأ عاما أو مشتركا بين كافة أنواع العلاجات النفسية والذي يهدف إلى: إعادة تعلم الشخص، ونمو خبرات جديدة ذات أهمية انفعالية، وحل مشكلات الشخص المعوقة وإعطاء المريض أملاً.

٢- أن هناك علاجات فردية، وأخرى جماعية.

٣- تعدد الاتجاهات النظرية والعملية للعلاجات الجماعية وفقاً للعديد من العوامل مثل:

- طبيعة المشكلة المراد حلها.

- طبيعة الأفراد.

- الخلفية النظرية للمعالج.

- الوقت المسموح به للعلاج .

تعريف العلاج النفسي الجمعي Group psychotherapy

يعرف في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي بأنه شكل من أشكال العلاج النفسي يقوم على علاج المريض داخل جماعة يختلف حول عدد أفرادها باختلاف المدرسة التي يتبعها المعالج والهدف من العلاج، لكنه في كل الأحوال يستحيل أن يقل عن اثنين يرى سامي محمود علي ١٩٦٢ أن هناك مدرستين أو اتجاهين في هذا الشأن:

الاتجاه الأول:

ويرى أنصاره أن العلاج الفردي لا يختلف عن العلاج الجمعي وأن الظواهر الجماعية لا تتفرد بخصائص متميزة عن خصائص أفرادها، وأننا نفهم ما يحدث في مستوى الجماعة بإرجاعه إلى مستوى السلوك الفردي. ويتزعم هذا الرأي سلافون والذي يرى باختصار أن العلاج النفسي عن طريق استخدام الجماعات ما هو في حقيقته إلا علاجاً للفرد في الجماعة وأن مفهوم الجماعة بوصفه شيئاً مميزاً عن الأفراد لا يمكن أن يصدق البتة على الجماعات العلاجية.

الاتجاه الثاني:

ويرى أنصاره أن للجماعات من المميزات ما لا يتميز به الأفراد المكونون لها ولكنها تجعل أيضاً من الجماعة وجوداً مستقلاً عن الأفراد وتخص بخصائص لا ترتد إلى خصائص أي منهم،

وأن تواجد الشخص في جماعة يخلق العديد من أنواع السلوكيات. ويتزعم هذا الاتجاه العديد من المعالجين أشهرهم " إيزرييل " (سامي محمود على ١٥ - ٩، ١٩٦٢). وبالرغم من أن سامي محمود علي لم يوضح موقفه من هذين الاتجاهين، إلا أننا نميل إلى أنصار الاتجاه الثاني، وأن تواجد الفرد في جماعة يخلق له العديد من أنواع السلوكيات التي لا تظهر إلا من خلال جماعة حيث تتضح القدرة على التفاعل، والتعبير أو مدى المعاناة من الخجل أو الفوبيا الاجتماعية وكيفية التعامل مع نماذج السلطة وغيرها من السلوكيات التي يقوم (الشخص) بطرحها في الموقف الجمعي.

تعريف شيلدون كاشدان ١٩٨٤:

يتضمن العلاج الجمعي تجمعاً من الأفراد يتراوح ما بين ستة أشخاص وثمانية يجتمعون مرة أو مرتين كل أسبوع في العادة لمدة تبلغ الساعة ونصف الساعة. والجماعة التي تتألف في العادة من الغرباء تلتقي بانتظام لمدة تتراوح ما بين ستة أشهر وسنة، ويمكن أن تتكون الجماعة من مجموعة فيها نسبة من المرضى (كجماعة من المدمنين أو الاكثابيين) ويمكن أن تكون المجموعة غير متجانسة، وأن ذلك يتوقف على طبيعة المدرسة العلاجية التي ينتمي إليها المعالج، أو أن الدور الأكبر في التغيير يقع على عاتق الجماعة العلاجية وأن دور المعالج النفسي هو التيسير. (شيلدون كاشدان ٢١١ - ٢٠٩، ٢، ط، ١٩٨٤). ونرى أن هذا التعريف شامل لأنه يصف كافة خطوات العلاج النفسي الجمعي من حيث: العدد المطلوب لتكوين الجماعة العلاجية، طبيعة التفاعلات، دور المعالج، مدة العلاج، شكل التفاعلات.

تعريف موسوعة كورسيني ٢٠٠١ للعلاج النفسي:

يرى (Connolly & Christoph 2001) أن العلاج النفسي يهدف إلى حدوث تغيير في شخصية المريض أو المرضى من خلال فنيات وتكنيكات معينة تنشأ في الغالب بين معالج ومريض (في العلاج الفردي) ومعالج ومجموعة من المرضى (في العلاج النفسي الجمعي) وأن الهدف هو الوصول بأفراد الجماعة حالة من الاستبصار والسيطرة على ما يحدث في ذواتهم وصولاً إلى حالة من السواء مع الذات والآخرين.

أهداف العلاج النفسي الجمعي:

- إن أهداف العلاج النفسي الجمعي تهدف إلى إعادة توافق الفرد مع نفسه أولاً ثم مع البيئة ثانياً، وأن أهداف العلاج النفسي تثير قضية على جانب كبير من الأهمية: هل العلاج النفسي يهدف إلى إعادة الشخص إلى حظيرة المجتمع كي يتوافق مع السائد والمألوف (بغض النظر عن مدى انطباقه واتفاقه من عدمه مع الشخص أم لا) أم أنه يهدف إلى جعل الشخص أكثر وعياً وتمرداً واستبصاراً بواقعه وبنفسه؟
- وتثير هذه القضية عدة قضايا مثل:
- ١ - إن أي فرد لا بد أن يتواجد في المجتمع.
 - ٢ - إن هذا المجتمع له ثقافته الخاصة بها.
 - ٣ - إن أي فرد يعيش في كنف هذه الثقافة هو في الحقيقة ابن شرعي لهذه الثقافة.
 - ٤ - إن الفرد وفق العديد من العمليات قد يتفق مع ثقافة المجتمع أو قد يختلف.
 - ٥ - إذا كان التغيير يحدث بسرعة في ثقافة الفرد فإن ذلك يقتضي الكثير من الوقت والجهد لتغيير ثقافة المجتمع.
 - ٦ - إن السلطة بمختلف أشكالها تؤكد على ضرورة أن (يمتثل) الفرد للثقافة القائمة ولا تسمح أحياناً بأي اختلاف.
 - ٧ - وقد تتسامح السلطة مع (بعض المختلفين معها) في ظروف تاريخية معينة وقد لا تسمح.
 - ٨ - والغالب أن الفرد المختلف يجد نفسه مثاراً للاعتقال والشبهات وقد يتعرض للعديد من صنوف التعذيب وغسل الدماغ حتى تثبت السلطة أفكاراً جديدة تتفق مع الطبيعة السائدة الآن.
 - ٩ - وقد يصير الشخص على الاختلاف حتى لو دفع حياته ثمناً لذلك.
 - ١٠ - وقد ينصاع الشخص ويتحول من النقيض (المتنمر) إلى النقيض (المتوائم) مع السائد والمألوف، بل قد يتحول إلى أداة بطش بكل من تسول له نفسه الاختلاف مع السائد.
- فأين إذن دور المعالج النفسي؟ وهل يعمل على (تثبيت) أركان ثقافة المجتمع، أم يساعد الفرد على (التمرد) وذلك لأن جدلية الصراع ما بين الجديد والقديم، والمألوف والمأمول تظل في حالة جدل دينامي داخل الشخص وقد تنتقل إلى خارج المجتمع. (والواقع أن هذه القضية قد أثارها جماعة أطلقت على نفسها حركة رد الطب النفسي، حيث نادى بأن يكف العلاج النفسي عن القيام بدور الجلاد في المجتمع.
- والواقع أن على المعالج النفسي أن لا يقوم بالدورين، بمعنى أنه لا يجب أن ينحاز إلى

- المجتمع، كما لا يجب عليه في الوقت نفسه أن يبحر إلى الفرد ويشجعه على التمرد، بل يأخذ موقفًا حياديا من خلال (التفسير) الذي يقدمه للفرد حول سلوكه وصراعاته، وتنقسم أنواع التفسيرات التي يمكن أن يقدمها أي معالج نفسي إلى ثلاث مجموعات رئيسية هي:
- المجموعة الأولى: جعل ما هو غير مفهوم مفهوماً.
- المجموعة الثانية: إبراز الصلات بين الأحداث والأعراض وسمات الشخصية.
- المجموعة الثالثة: توضيح التناقض بين ما يقوله المريض أنه يشعر به وبين ما يعيشه بالفعل من خلال وصفه لسلوكه؟ (لطي فطيم، ٤٤، ١٩٩٤)
- وعموماً تنقسم أهداف العلاج النفسي الجمعي إلى:
- ١ - زيادة وعي الفرد واستبصاره وفهمه.
 - ٢ - حل أو تصفية الصراعات التي تسبب عجزه.
 - ٣ - زيادة قبول الفرد لذاته.
 - ٤ - توفير أساليب أكثر كفاءة للتعامل مع المشكلات.
 - ٥ - تقدير الذات.
 - ٦ - زيادة القدرة على حل الصراع النفسي والتغلب على الإحباط والتوتر وتقليله.
 - ٧ - زيادة تقبل وتحمل المسؤولية الشخصية.
 - ٨ - تعزيز وتدعيم نواحي القوة والتعرف على القدرات وتمييزها.

مزايا العلاج النفسي الجمعي:

- ١ - الجماعة تعطي فرصة لتعلم كثير من جوانب السلوك وممارساتها من خلال استجابته الدائمة لمتطلبات الجماعة. فمثلاً قد يتعلم الفرد. ربما لأول مرة في حياته القدرة على القيادة وتوجيه الآخرين من خلال النصائح التي يوجهها إلى الأعضاء أو للمرضى الآخرين. وهذا يؤدي إلى أن يطبع شخصيته بسمات جديدة وإيجابية في السلوك.
- ٢ - في مواقف العلاج الجمعي عادة ما تتكون داخل الجماعة معايير معينة غرضها التفاعل الدائم بين أفرادها. وهذا بلا شك يساعد الجماعة على وضع ضوابط وقيود على بعض الأنواع غير المرغوبة من السلوك التي تصدر عن الفرد. وهنا يتنازل الفرد عن معايير وينصاع لمعايير الجماعة والتي تكون مرتبطة بالقيم السائدة في المجتمع.
- ٣ - يمكن للمعالج أن يعمل على تغيير المعايير الخاطئة التي قد تنشأ في الجماعة كالميل إلى التهجم أو النقد غير المنطقي واللامبالاة وغيرها من السلوكيات الخاطئة.

- ٤ - يستطيع الفرد من خلال تفاعله مع أعضاء الجماعة أن يقيم نفسه وما يصدر منه وبالتالي يتكون لديه حاسة الاستبصار بأخطائه ومحاولة تعديلها.
- ٥ - تستخدم بعض الجماعات العلاجية طريقة لعب الأدوار وهذا الأسلوب يعتمد على التمثيل والمرونة في استخدام الأدوار كوسيلة من وسائل اكتشاف المشكلات الشخصية، ويمكن من خلال القيام بهذه الأدوار تحسين الأداء والاستبصار بهذه الأخطاء.
- ٦ - من الممكن أيضا استخدام الجماعة لتدريب الفرد في داخلها على القيام بأداء بعض الأدوار الاجتماعية (أ) دور زوج (ب) رئيس (ج) طالب ... الخ، ومن خلال تشجيع الجماعة وتقبلها للفرد، يدفع الفرد إلى القيام بكل متطلبات هذه الأدوار التكيفية الجديدة بنجاح.
- ٧ - من الممكن استخدام أسلوب العلاج النفسي الجمعي ليس فقط مع المرضى والأشخاص الذين يشكون من سوء التكيف والتوافق بل يمكن استخدام هذا الأسلوب العلاجي في تحسين وتطوير أداء وتفاعل الأفراد في مؤسسات العمل والإدارة المختلفة.
- ٨ - قلة تكلفة هذا النوع من العلاج، سواء كانت تكلفة مالية أم بشرية، ففي جلسة واحدة يستطيع معالج واحد أن يرى ما يقرب من ١٠ - ٧ أشخاص وقد يتوصل بهم جميعا إلى نتائج إيجابية تماثل وربما تفوق نتائج العلاج الفردي.
- ٩ - يقلل مشاعر القلق والشعور بالإثم، ويجعل الفرد أميل إلى التسامح تجاه الخبرات الاجتماعية المحيطة.
- ١٠ - يقلل من حدة تمرکز المريض حول ذاته ويوفر الفرصة لتحقيق الذات وإحراز المكانة والتقدير مما ينمي الثقة في النفس، ويقوي عاطفة اعتبار الذات لدى الشخص سواء المضطرب أو الذي نسعى معه إلى زيادة مهاراته وتنمية إمكانياته.

مسلمات في العلاج الجمعي: وتتلخص في:

- ١ - الفرد في حد ذاته أكثر أهمية من المجموع :
- نحن لا نعتبر الجماعة شيئا غامضا أو متعاليا على أفرادها، أو كيانا ذا وجود مستقل عن وجود أعضائها. إن الجماعة هي تجمع لأفراد مختلفين التصقوا ببعضهم. ولا يحيط بهذه العملية أي سحر أو غموض أو جمال. وليس في فكرة الجماعة في حد ذاتها أهمية خاصة، فكل عضو من أعضاء الجماعة له وضعه الخاص ولا يوجد كل متعال على الأعضاء. وتظل الجماعة العلاجية - كما هو الحال في العلاج الفردي تهدف إلى مساعدة الأفراد على فهم أنفسهم وزيادة تعليمهم بأساليب أكثر فاعلية، وعلى تحمل مسؤولياتهم في عوالمهم الشخصية.

٢ - قائد الجماعة ليس عضوا فيها:

لا يعتبر القائد منذ البداية عضوا في الجماعة. ويجب أن يكون مفهوما وواضحا أن الخاصية الأولى والشاملة التي تفصل قائد الجماعة عن الأعضاء هي أنه يستحيل أن يستخدم الجماعة ليشبع رغباته هو أو يحصل على مكاسب لشخصه. قادة الجماعات هم مهنيون محترفون يؤجرون لتقديم خدماتهم العلاجية للأفراد بصرف النظر عن الأساليب والأشكال والسلوك الذي يستخدمونه. ولا يستخدم المعالج النفسي الجماعة لمعالج ذاته أو يحقق مآرب شخصية ولا يقوم القائد بدور (اللاعب/المدرّب) في لعب ضمن الفريق عندما يحس أن اتخاذه لمركز العضو قد يبيسر مهنته. وإذا أشار القائد إلى نفسه فإنما يستخدم تلك الإشارة بقصد مساعدة عضو أو عدة أعضاء في الجماعة. إن دور المعالج النفسي هو أن يبذل العون لا أن يتلقاه، ومن الواضح أن هذه المسلمة تتدرج ضمن ميثاق الأمانة العلاجية.

٣ - باب الجماعة العلاجية مفتوح لكل من يريد الدخول:

ليس من الضروري أن تقتصر عضوية الجماعة العلاجية على هؤلاء الذين يعترفون بوجود شكل من أشكال الاضطراب النفسي لديه. بل إنها تتسع لتشمل كل من يعترف بأنه يستطيع الإفادة من حضور الجلسات ليحقق تحسناً ما في بعض نواحي شخصيته. فقد تتكون الجماعة من أسوياء أو من مرضى أو من خليط من الاثنين. وتعتمد العضوية على استيفاء محكات أو معايير معينة يضعها المعالج.

إن الجماعة العلاجية هي مكان يستطيع فيه الأعضاء، كما سبق لنا القول، أن يكتسبوا ويمارسوا أنواعا جديدة من السلوك. إنها بيئة تعليمية مشحونة، يستطيع فيها الأفراد أن يتعلموا السيطرة على أنفسهم، بل ويستطيع أكثر الناس تحقيقاً لذاته أن يعظم استفادته من مواهبه. ويعد كل عضو فيها شخصا عاديا وليس مريضا بصرف النظر عن مدى انحراف أو شذوذ بعض الأعضاء. ويكون الهدف الشامل الشخصي لكل عضو هو إحراز أعلى درجة من الفاعلية الشخصية. إن ما يحرك الجماعة العلاجية هو النمو وليس الإحساس بالنقص أو العجز.

٤ - ليس للجماعة العلاجية في حد ذاتها أهداف:

لفريق كرة القدم أو لمجلس إدارة شركة أهداف جمعية، أما الجماعة العلاجية فليس لها مثل تلك الأهداف الجمعية، وإنما لها أهداف فردية، خاصة بكل فرد. ليس للجماعة العلاجية في حد ذاتها هدف خاص بها، وإنما يسعى كل فرد فيها (الجماعة) إلى أهداف خاصة به فيما يتعلق بالتفكير والمشاعر والأفعال، وأي إلحاح على أن الجماعة هي كيان له استقلال ذاتي بما يقلل من

شأن الفرد، ويزيد من قدر المجموع، يخرج العلاج النفسي الجمعي عن مساره ولذلك فنحن لا نلح أو ندفع الجماعة في طريق التماسك بوصفه هدفاً في حد ذاته، وإنما نعمله على أنه ظاهرة تحدث خلال العلاج الجمعي.

٥ - يعالج الفرد من خلال تواجده في الجماعة:

كما ألقينا على وجود أهداف فردية في العلاج الجمعي، نلح أيضاً على أن العلاج الجمعي يتلقاه كل فرد بمفرده، صحيح أنه يوجد تفاعل و(فيد باك) وهما من الأهمية بمكان، إلا أن هناك فكرة سخيفة تتردد أحياناً وهي أن الجماعة تعالج، وهذا غير صحيح فمعالج الجمعي هو الذي يعرف كيف يعالج وليس الجماعة. هو الذي يشكل العمليات داخل الجماعة، ويعلم الأعضاء كيف تقوم تلك العمليات بفعلها، ويعزز أنواع السلوك العلاجية التي يأتي بها الأعضاء، كما يتعرف على كل الطاقات العلاجية الموجودة لديهم ويساعد على توجيهها استخداماً لخدمة الجماعة العلاجية. إن علاج الأفراد داخل الجماعة هو الهدف الأسمى في كل جلسة من الجلسات إلا أنه ليس من الضروري أن ينبعث العلاج من شخص القائد فحسب، وتظهر التجربة أن بعض الأعضاء يكونون أكثر استجابة للتوجيهات العلاجية التي تصدر من أقرانهم.

ولكن مسؤولية القائد تحتم عليه أن يحدد إذا ما كان السلوك أو الأفعال أو المشاعر المنبعثة ذات طبيعة علاجية أم لا. كما أن عليه أن يدمجها في سياق الجلسة العلاجية. ومن الأخطاء الشائعة افتراض أنه إذا تلقى فرد بعينه علاجاً فإن الآخرين لا يستفيدون منه، وهي فكرة لا تثبت أمام التجربة العملية، فكل عمل علاجي فعال يشاهده الأعضاء يطبقونه على أنفسهم فوراً، كما يختزنون ويدمجون ما تعلموه داخل ذواتهم. فالجماعة لا تعالج أو تتلقى العلاج، الأفراد هم الذين يفعلون ذلك.

٦ - التفاعل داخل الجماعة ليس هدفاً في حد ذاته:

يظن البعض أنه كلما زادت كمية تفاعلات الجماعة دل ذلك على فعالية العلاج، وهذا ظن خاطئ لا يجول إلا في خاطر المعالج الجمعي المبتدئ. إن التفاعل من أجل التفاعل ومن أجل جر رجل الأعضاء للدخول في التفاعل ليس علاجاً على الإطلاق ومن الأفضل أن يتفاعل شخصان فقط أو يتلقى العون فرد واحد فقط بشكل مباشر (بالإضافة إلى غيره ممن يفيدهم ذلك)، من الأفضل أن يحدث ذلك، عن أن يتحدث الجميع ولا ينمو أحد، إن التفاعل ينمو مع نمو الجماعة وازدياد حركتها. وتبين التجربة أنه كثيراً ما تكون الجماعات التي يزداد التفاعل والتشارك فيها أقلها قدرة على تقديم العون لكل فرد من أعضائها. إن نمو العضو داخل الجماعة العلاجية إنما يأتي نتيجة لتسلسل خطوات علاجية معينة.

٧ - لا يسعى المعالج الجمعي إلى زيادة مستوى الضغط الطبيعي داخل الجماعة:
لكل عضو من أعضاء الجماعة العلاجية الحق في أن يشارك أو لا يشارك في أي نشاط جارٍ في المجموعة. ويحمي قائد المجموعة حق العضو في اتخاذ مثل هذا القرار ويتدخل عندما يسعى الأعضاء عن طريق الإرغام أو التهديد أو غير ذلك لزيادة ضغط الجماعة النفسي على عضو بعينه. في الجماعة الصغيرة لا توجد أدوار محددة أو مهام بعينها ملقاة على عاتق الأعضاء، سوى أن يعمل كل عضو بشكل شخصي على إصلاح نفسه. وتمثل تلك الجماعة تهديداً وخطراً للكثيرين ممن لم يصادفوا مثل هذا الموقف في حياتهم والذين تتقصر المهارات العملية للاندماج في هذه البيئة. إن جو الجماعة العلاجية في حد ذاته يخلق ضغطاً طبيعياً نابعاً من طبيعة تكوينها، ولذلك تنجح تلك الجماعات في حين لا يصادف العلاج الفردي مثل هذا النجاح. ويحس أعضاء الجماعة أن زيادة الضغط عليهم للمشاركة في العملية العلاجية يزداد مع نمو واستمرار الجماعة، ويجب أن يكون القائد الفعال واعياً بمثل هذه المخاوف ويحمي حق الأعضاء في اختيار الوقت المناسب للدخول في تفاعل مع الجماعة. من حق كل عضو أن يقاوم التغيير رغم أن بقية الأعضاء وقائد الجماعة قد يكون لهم رأي مخالف. فإذا لم يحس العضو المعين بأنه جاهز ومستعد أو إذا أنكر وجود أساليب سلوكية معرقة لذات لديه، أو لم ير ميزة في اكتساب أنواع جديدة من السلوك، فيجب على قائد الجماعة أن يسمح له بذلك وأن يتفهمه ويتقبله.

٨ - ليست الجماعة مكاناً للاعترافات:

عندما تسعى الجماعة إلى الحصول على الاعترافات في حد ذاتها تقل قدرتها العلاجية مهما اشتاق الأعضاء وتحمسوا لسماع تفاصيل الحياة الانفعالية المثيرة لأحد الأعضاء. إن جوهر عملية العلاج ينصب على ظروف الحياة الحالية للأعضاء، ونوع العون الذي يمكن أن يقدم إليهم ليغيروا من تلك الظروف في الاتجاه الإيجابي. إن المعلومات عن الحياة الماضية والتي لا علاقة لها بالوضع الحالي أو المستقبلي أو لا مكان لها، إذا أردنا علاجاً جمعياً فعلاً. إن سياسة "نشر الغسيل" داخل الجماعة العلاجية كثيراً ما لا تكون الطريقة المثمرة. وكثيراً ما تكون سياسة "فلننس الموضوع برمته إلى الأبد لأننا لا حيلة لنا فيه إلا أن نحس بتأنيب الضمير أو اليأس، هي الاتجاه الأفضل لانتعاش الصحة النفسية.

٩ - الامتعاظ والانتقاد والتركيز على أشخاص خارج الجلسة، وتبادل الأحاديث الجانبية والتركيز على موضوعات بعينها، ليست سياقاً ملائماً لجلسات العلاج الجمعي:
كثيراً ما نلاحظ ميلاً قوياً من جانب أعضاء الجماعة إلى الانتقاد والسخط على النظام أو

المؤسسة أو ما شابه ذلك خاصة عندما ينتمي الجميع إلى نفس المؤسسة أو النظام. فإذا ما عزز التذمر والشكوى ولوم الآخرين ونبش أخطائهم، قد يقود ذلك إلى أن تتبنى الجماعة ذلك السلوك، وأن تجد فيه بالتأكيد إشباعاً لبعض قيمها العصابية. وسرعان ما ينشأ بين الأعضاء إحساس أنني على صواب، هذا مجتمع فاسد، وعالم ظالم ... الخ. ويؤيدني أقراني في المجموعة. وهذه ظاهرة لاحظتها كما لاحظها غيري من المعالجين في كثير من الجماعات لما لها من أثر في نفوس الأعضاء. وما لم يؤد مثل هذا النشاط إلى عمل سياسي لتعديل البيئة فليس له أي قيمة سوى التنفيس.

ولكن يستحيل بالتأكيد أن تتحول الجماعة العلاجية إلى جماعة عمل سياسي. وعندما تنغمس الجماعة العلاجية في مثل هذا النشاط فإن أعضاءها يتركون الجماعة وقد تعزز هذا السلوك الساخط لديهم، ولم تتغير بيئتهم بل تدهورت قدراتهم ومهارتهم على مجابهة مشكلاتهم، ويمكن أن يقال نفس الشيء عن مسألة التركيز على الآخرين خارج الجماعة. فإذا لو يكن هؤلاء الآخرون جزء من الجماعة فمن المستحيل علاجهم. يستحيل أن نعالج الزوج أو الزوجة أو الأب أو المدير أو أي شخص آخر خارج الجماعة، مع أننا في كل حالة نساعد العضو على أن يفكر ويشعر ويسلك بشكل مختلف تجاههم، والأمر بالمثل مع الموضوعات والمحادثات الجانبية فلا قيمة لها في الجماعة العلاجية، إنها قد تصلح مادة في القعدات أو الحفلات، ولكن لا علاقة لها بعمل الجماعة العلاجية.

١٠ - ما يدور في الجلسات العلاجية الجمعية أمر غير قابل للتداول:

شعار الجماعات العلاجية الأول هو الكتمان فما يحدث بداخلها لا يخص سوى أعضائها ويسعى القائد أو المعالج الفعال إلى تأكيد هذه القاعدة منذ البداية؛ إذ يعتمد أمن وطمأنينة كل فرد عليها، فإذا لم تكن الجماعة مكاناً آمناً يسعى فيه العضو إلى إصلاح شأنه فلن يحدث مثل هذا التغيير على الإطلاق، وإذا خان أحد الأعضاء هذه الأمانة فإنها تصبح موضوعاً عاجلاً لعمل الجماعة.

١١ - يلتزم أعضاء الجماعة بالتعبير عن أنفسهم فقط:

التفكير المستقل، والتعبير عن الرأي هما أكثر أشكال السلوك الإنساني صحة، ويشجع أعضاء الجماعة على أن يتحدثوا بالأصالة عن أنفسهم، وأن تكون لهم وجهات نظر شخصية. ومهما تفاوت أعضاء الجماعة من حيث الذكاء والمواهب والمهارات الشخصية والأوضاع الاجتماعية، فلا يعني هذا أبداً أن ما يعرضه أي عضو له قيمة أكبر أو أصغر مما يعرضه أي

عضو آخر. ويجب على المعالج أن يتدخل عندما يتحدث عضو بالنيابة عن آخر، أو يتكلم بلسان المجموعة كلها. الاستقلال النفسي هدف يسعى إليه كل فرد، والقائد الناجح هو الذي يساعد كل عضو في المجموعة على الوصول إلى أكبر قدر ممكن من ذلك الاستقلال النفسي.

١٢ - لا تتخذ المشاعر في الجلسات العلاجية وضعاً أفضل من الأفكار:

ومن المعتاد في جلسات العلاج النفسي أن يواجه الأعضاء بعضهم بعضاً على مختلف المستويات دون أن يشعروا بانفعالات مبالغ فيها، ويظن بعض المعالجين المبتدئين أن إظهار الانفعالات أمر لا بد منه في جلسات، لدرجة أن يميزوا بين المشاعر والأفكار ويسبغوا على المشاعر أهمية أكثر من اللازم. وهذا غير صحيح. إننا لا نغمت المشاعر حقها، ولكننا نوليها اعتباراً أكبر من محتويات الجلسة الأخرى غير الانفعالية. وعلى وجه العموم فيستحيل وجود المشاعر دون الأفكار، إنها الاستجابات الملموسة للأفكار، ومحاولة الفصل بينهما توقعنا في الخلط والاضطراب. ومن حماقة الإصرار على أن يعبر الأعضاء عن مشاعرهم كما لو كانت أشياء يمكن استدعاؤها حين نريد. ويجب أن يكون واضحاً أن الهدف الأشمل للعلاج الجمعي هو مساعدة الأعضاء على أن يصيروا أكثر كفاءة فيما يختارونه من دروب الحياة، ولا شك أن المشاعر تلعب دوراً كبيراً ولا بد من فحصها ومساعدة العضو على أن يفهم مشاعره وأن لا يحس بالخطر منها وأن يتعلم كيف يسيطر عليها وهذا جزء من صميم العملية العلاجية. ولكن التعبير عن المشاعر دون أهداف ترمي إلى التحسن على الإطلاق.

١٣ - لا يعتبر تماسك الجماعة هدفاً علاجياً:

لا بد لكل جماعة علاجية من أن تصل إلى نهاية، وأن ينفرط عقدها مهما طال بها الأمد. ويحدث التماسك نتيجة وجود الأعضاء مع بعضهم البعض لفترة من الوقت، حتى لو ان حبست مجموعة من الناس في مصعد معطل لفترة طويلة. ولا توجد رابطة بين العملية العلاجية وبين وجود جماعة متماسكة فكافة الأهداف موضوعة في خدمة العضو. بل إن الجماعة نفسها هي وسيلة أو أداة لتساعد العضو على النمو. وهي بيئة مصممة على وجه الخصوص لكي يتمكن الفرد من التعلم فيها بشكل أقوى وأشد، وعندما تصل الجماعة إلى نهايتها فإن كافة الأعضاء يستمرون في القيام بوظائفهم في عوالمهم الخاصة. ويحدث تماسك الجماعة سواء أردنا أم لا. وأي جهد يبذل في إحداثه هو جهد ضائع، ولكن إذا حدثت فرقة بين أعضاء الجماعة وأدت إلى تعويق وصول الأفراد إلى أهدافهم عندئذ قد يكون من الضروري أن نبحث في إزالة هذا العائق. وليكن واضحاً أننا عندما نقول إن التماسك ليس هدفاً علاجياً في حد ذاته فإننا لا نعني بذلك أنه غير مرغوب فيه أو أنه

عقبة في سبيل العملية العلاجية.

١٤ - متابعة ما يحدث من جلسة إلى أخرى هو جزء لا يتجزأ من العملية العلاجية:

لا تتكون الجماعة العلاجية من عشرة أو خمسة عشر من خبرة منفصلة. بل إنها خبرة واحدة لها استمرار ومتابعة متوالية. فإذا تلقى عضو عونًا علاجياً وسلطت عليه الأضواء لفترة فلا يعني ذلك أننا ننسأه خلال الفترة الباقية من حياة الجماعة. وتحمل كل جلسة بدرجات متفاوتة بقايا من الجلسات السابقة، وتستمر متابعة إنجاز الأعضاء لأهدافهم كما هو الأمر تماماً في العلاج الفردي. ومن المؤكد أنه يشق على المعالج الجمعي أن يراجع كافة الواجبات التي يقوم بها الأعضاء وأن يتذكر كافة الأهداف المعلنة وتفصيل تلك الأهداف لدى كل عضو. ولكن يخفف عنه هذا العبء وجود أعضاء آخرين يساعده على ذلك، وهو الأمر الذي تفتقده جلسات العلاج الفردي. ومنذ الجلسات الأولى يعمل المعالج الجمعي الكفاء على إرساء قاعدة "العودة لعرض الموضوع على الجماعة" ويستمر هذا الإجراء مادامت الجماعة استمرت في الوجود. وتشمل هذه الإجراءات تقارير قصيرة، تعزيزاً مستمراً ومتقطعاً، إعادة صياغة الأهداف، انتقال أثر التدريب، والصعود عبر سلم متدرج من أصعب فأصعب، وبالتالي إلى مكاسب أكثر إغراء لكل عضو من الأعضاء. هذه هي العلامات المميزة لفاعلية العلاج الجمعي. وتشجع التقارير على نجاح الأعضاء الذين استفادوا من العملية العلاجية، تشجع وتستحث الآخرين الذين لم يندمجوا في حياة الجماعة بنفس الدرجة. إن وضع برنامج للمتابعة داخل الجماعة أمر حيوي، وإذا لم يحدث فإن العملية العلاجية تبدو للأعضاء كما لو كانت أجزاء متقطعة ومعزولة وعشوائية مما يقضى على إمكانية الاستفادة طويلة المدى من العلاج الجمعي.

١٥ - في كل جلسة من جلسات العلاج الجمعي يتلقى عضو أو أكثر عوناً علاجياً مجدداً:

تحتوي معظم جلسات العلاج الجمعي على أنشطة لا نستطيع اعتبارها علاجية بالمعنى المفهوم. ولا شك أن الجلسات التي لا يلتقي فيها الأعضاء، كل بمفرده، بعض العلاج لا تكون مثمرة. فجوهر العلاج الجمعي هو أن يتلقى أعضاء الجماعة عوناً علاجياً يساعدهم على تحقيق أهدافهم الشخصية، ولكن كما هو معروف فإن عدداً من الأنشطة الإضافية الملائمة تحدث خلال الجلسات كبعض التدريبات والتمارين.

وتدفع مثل هذه الأنشطة بالعملية العلاجية وتنشطها إلا أنها لا يجب أن تغطي على العمليات العلاجية. إن تحليل ما يجري داخل الجماعة والتخليص والمراجعة وشق الطريق خلال الصعاب التي يعانها الأعضاء، واستكشاف مسارات الاتجاه، وترتيب الأولويات، وإعطاء المعلومات،

وتوضيح القائد أنواع سلوكه...الخ، هذه الأنشطة الإضافية أو المعاونة لا يجب أن تسيطر وتصبح هي الشغل الشاغل للجماعة بحيث تستبعد العون العلاجي المباشر الذي يجب أن يتلقاه العضو. إن حصر الاهتمام في هذه الأنشطة لا يجعل لنشاط الجماعة العلاجية أية ثمرة. وتكون الجلسات الأولى ذات أهمية خاصة في هذه الناحية. فيجب على القائد أن يقدم عونًا علاجياً لمختلف الأعضاء بما يكفي لتوضيح الغرض الأساسي للجماعة، ويمكن الأعضاء من رؤية القائد من عضوية الجماعة وكيف يحصلون عليه.

١٦ - لا يوجد ارتباط موجب بين الفاعلية وبين ما يحس به الفرد من ارتياح:

إن ما يعلنه الأفراد أحياناً داخل الجماعة هو أنهم يحسون بالارتياح والرضي كثيرا ما يكون دليلاً على انعدام الحركة والتقدم بالمعنى العلاجي. فلا شك أن التغيير في الفكر والسلوك يصاحبه دائماً درجات من الحرج والانزعاج والإحباط. فعندما يحس الفرد بالانزعاج يصبح التغيير مطلوباً، وعادة ما ينزعج المعالج الجمعي المبتدئ مما قد يبدو على الأعضاء من عدم ارتياح ويحاول جهده أن يثبت الطمأنينة في الجماعة.

وهذه دلالة على عدم فاعليته وقلة كفاءته في معالجة الانفعالات السلبية لدى الآخرين وفي نفسه. ونحن لا نسعى في الجلسات العلاجية إلى خلق الارتياح أو عدم الارتياح. إن رفع القلق لدى الجماعة لمجرد تحريك الجماعة لا يكون ذا جدوى. ولكن العلاج الفعلي هو التعامل مع القلق الذي ينشأ لدى عضو الجماعة خلال محاولة تغييره لنفسه. فالوصول إلى عقل شخص مجهد متوتر الأعصاب، أو الجدل مع شخص لا منطقي، ليس من العلاج في شيء. لكن الأمر اللازم بالنسبة لكل معالج جمعي أن تزداد معرفته وخبرته في التعامل مع العمليات الانفعالية لدى الأعضاء.

١٧ - ليست الانفعالات السلبية خلال جلسات العلاج الجمعية شيئاً سيئاً كما أننا لا نتجنبها: لا يجب أن نتجنب الانفعالات السلبية خلال الجلسات العلاجية. سد الطريق أمام الانفعالات ذات الطبيعة المعادية للمجتمع وعدم السماح لها بالطفو إلى السطح لا يؤدي إلى نمو الأعضاء في مجال التعامل مع الحياة. إن جماعة مسالمة ترفض أي تعبير عن الخوف أو الإحساس بالذنب أو القلق أو الغضب أو العداوة أو الاكتئاب أو الحقد أو الكراهية أو النفور...الخ. لا تكون واقعية لأنها ستصبح موقفاً آخر من لعبة الحياة حيث يخدع الجميع بعضهم بعضاً متصورين أنهم يستطيعون العيش في انسجام. ولا يستطيع معظم الناس السيطرة على الانفعالات المقلقة، ولكن في داخل الجماعة العلاجية يستطيع الجميع أن يتعلموا وسائل أكثر فاعلية للسيطرة على هذه الانفعالات طالما أنها لا تذكر أو تبرر. فإذا كانت الانفعالات تشكل خطراً أو عائقاً

نفسيا بأي شكل أو لأي عضو. فإن العمل على إزالتها يكون أول أهداف العلاج الجمعي. فبدون ظهورها أو حتى الاعتراف بوجودها يصبح هذا الهدف خيالا صعب المنال.

١٨ - لا يوجد جدول أعمال للمجموعة العلاجية:

نحاول في الجماعة العلاجية أن نقلل إلى أدنى حد من إيجاد بنية للجماعة. صحيح أن أعضاء الجماعة يجب أن يعرفوا لماذا يتواجدون معا وما الذي سيحدث. ولا بد أن يعرف كل فرد كيف ستسير العملية وما الذي سيحصل عليه نتيجة لعضوية الجماعة فهذا أمر أساسي للمشاركة فيها. إلا أنه لا يستطيع أحد أن يتنبأ بما سيحدث في جلسة بعينها، كما أنه لا يوجد للجلسة جدول أعمال، ولا بد أن يعرف كل معالج مهما بلغت درجة كفاءته أن هناك طرقا لا نهائية وبعيدة عن التصور يمكن أن تتخذها الجلسة. صحيح أن قائد الجماعة لديه أولويات فيما يتعلق بتقديم العون لكل عضو واستفادة كل فرد من الخبرة إلا أنه يستحيل أن ترتب الجلسة مسبقاً من حيث البنية أو النتائج. ولا يعني ذلك أن المعالج الجمعي لا يتدبر ويتمعن موقع الجماعة وما طرأ عليها من قبل وما الذي يمكن أن تتول إليه جهوده في الجلسات المقبلة. يستطيع المعالج الجمعي أن يضع خطأً ولكنه مستعد أيضا للتخلي عنها في أية لحظة. المرونة والتلقائية وتقويم الوضع الراهن وما يمكن أن يصير إليه هي المحكات الضرورية للتدخلات العلاجية الماهرة.

١٩ - كافة أنواع السلوك في الجماعات العلاجية محايدة، ليست شرا وليست خيرا:

كثيرا ما نسمع من أعضاء الجماعة أقوالاً مثل "هذا خطأ" "لا يجب فعل ذلك" "هل هذا شيء حسن؟" "هل أحسنت صنعا؟" تصدر هذه العبارات، التي نصادفها أيضا في الحياة اليومية من أشخاص قليلي الحيلة يسعون إلى الحصول على موافقة الآخرين على أفعالهم. وهو نفس ما يمكن أن يحدث داخل الجماعة. فإذا اعتقد القائد أن الأعضاء يجب أن يسلكوا بهذا الشكل أو ذلك فإنه يعزز ذلك السلوك الهادف إلى التقليل من شأن الذات. نحن نقوم السلوك داخل الجماعات العلاجية باعتباره ناتجا وله أثر، وكل سلوك يعبر عن صاحبه وهو مسئول عنه. ولكل سلوك درجة من الفاعلية أو الأثر، ويمكن وضع محكات للحكم على مستوى الأداء. والعون الذي نقدمه للعضو هو أن نريه كيف يمكن الارتقاء بمستوى سلوكه. إن المعالج الجمعي الكفاء لا يحبذ هذا السلوك أو ذلك ولا يميل لهذا العضو أو ذلك. إنه يعمل انطلاقاً من الموضوعية والحياد.

٢٠ - تقاس مدى فاعلية الجماعة العلاجية بما يحدث خارجها:

إن سلوك الأعضاء داخل الجماعة العلاجية يوجي بالنضج والتعلم في حين لا يتغير شيء في سلوكهم خارج الجماعة، بل قد يسير إلى الأسوأ، عندئذ تكون خبرة الجماعة العلاجية ليست

سوى إضاعة للوقت والمجهود ودلالة على الفشل لكل من شارك فيها. والحق أن هذا نادرا ما يحدث فالملاحظ المدقق يجد باستمرار عناصر إيجابية في خبرة الجماعة وتتضح آثارها في حياة الأعضاء وسلوكهم خارج الجماعة فإذا لم يظهر فرق في سلوك العضو وحياته خارج الجماعة بعد المرور بخبرة العلاج النفسي الجمعي, فهذا يعنى عدم الاستفاده من هذه الخبرة الخاصه المتميزه وقد يعكس هذا السلوك الغير متأثر بنتائج الوجود فى جماعه إلى ما لدى هذا الفرد من مقاومة للتغير, ولا يعنى إطلاقا فشل المجموعه, يبقى فى النهايه أن الرغبه فى التغير اختيار ولا بد أن نقدر اختياراتنا.

المراجع

- أحمد عكاشة (١٩٩٨). الطب النفسي المعاصر (ط ٦). القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .
- إجلال محمد سري (١٩٩٠) . علم النفس العلاجي . القاهرة : دارالكتب .
- أحمد خيرى حافظ ، مجدى حسن محمود (١٩٩٠) . أثرالعلاج النفسي الجماعي في ازدياد وتأكيذ الذات وتقديرها وانخفاض الشعور بالذنب وانعدام الطمأنينة الانفعالية لدى جماعة عصابية دراسة تجريبية. مجلة علم النفس، القاهرة، الهيئة العامة للكتاب، (14)، 85-94.
- أحمد خيرى حافظ ، مجدى حسن محمود (١٩٨٩) . أثرالعلاج النفسي الجماعي في تخفيض القلق والسلوك العدوانى وازدياد الثقة بالنفس وقوة الأنا لدى جماعة عصابية " - دراسة تجريبية. مجلة علم النفس، القاهرة، الهيئة العامة للكتاب، (١٠) ، 45-40.
- آرثر جونجما، ماركيبترسون (١٩٩٧) . خطة العلاج النفسى(ترجمة عادل دمرداش،مراجعة لطفي فطيم) . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .
- أحمد عبد الخالق (1980) . استخبارات الشخصية مقدمة نظرية ومعايير مصرية . القاهرة : دارالمعارف .
- أحمد عكاشة (1980) . الطب النفسى المعاصر . القاهرة : الأنجلوالمصرية .
- ارنست هوفمان (1972) . عصر علم النفس (ترجمة محمد ابراهيم زايد) . القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب .
- الجمعية المصرية للدراسات النفسية (1995) . رابطة الأخصائين النفسيين المصرية : الميثاق الأخلاقى للمشتغلين بعلم النفس فى مصر .
- المركز القومى للبحوث الإجتماعية والجنائية () . الاستجابات الشائعة لاختبار تفهم الموضوع (بحث ميدانى) . القاهرة : المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية .
- أندرووبراون (1968) . مناهج البحث ووسائله فى علم النفس الاكلينيكى (ط2) (ترجمة صبرى جرجس) . القاهرة : دارالمعارف .
- أوتوفينجل (1969) . نظرية التحليل النفسى فى العصاب (ترجمة صلاح مخيمر) ، القاهرة : الأنجلوالمصرية .
- حامد زهران (1980) . التوجيه والارشاد النفسى (ط2) . القاهرة : عالم الكتب .
- باترسون (1990) . كنظريات الارشاد والعلاج النفسى(ترجمةحامد الفقى)، الكويت : دارالقلم .
- صلاح مخيمر (1981) . المفاهيم المفاتيح فى علم النفس . القاهرة : الأنجلوالمصرية .

- جوليا نروتر (1984) . علم النفس الاكلينيكي (ترجمة عطيه محمود) . القاهرة : دارالشروق .
- حامد عبدالسلام زهران (1974) . الصحة النفسية والعلاج النفسى . القاهرة : عالم الكتب .
- حسن مصطفى عبدالمعطى (1984) . العوامل النفسية المرتبطة ببعض الاضطرابات
السيكوسوماتية لدى المراهقين . رسالة دكتوراه غيرمنشورة ، كلية التربية جامعة الزقازيق .
- حسن مصطفى عبدالمعطى (1993) . رواية دسوقى : أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها ببعض
متغيرات الشخصية لدى متعاطى الأفيون دراسة سيكومترية كLINيكية . مجلة كلية التربية بجامعة
طنطا ، (18) .
- روبرت وطسن (1969 أ) . علم النفسى الاكلينيكي فى ميادين علم النفس النظرية
والتطبيقية (ط3) (ترجمة صبرى جرجس ،أشرف يوسف مراد) ، القاهرة : دارالمعارف .
- روكلان موريس (1977) . تاريخ علم النفس (ترجمة على زيعور، ومقلد) ، بيروت :
دارعويدات.
- ريتشارددم . سوين (1979) . علم الأمراض النفسية والعقلية (ترجمة أحمدعبدالعزيز سلامة)
، القاهرة : دارالنهضةالعربية.
- سعد جلال (1970) . فى الصحة العقلية : الأمراض النفسية والعقلية والاضطرابات السلوكية ،
القاهرة : دارالفكرالعربى .
- سيد غنيم ،هدى برادة (1975) . الاختبارات الاسقاطية ، القاهرة : دار النهضة العربية .
- شيلدونكاشدان (1984) . علم النفس الشواذ(ترجمة أحمدعبدالعزيز سلامة) ، القاهرة :
دارالشروق ، .
- صفوت فرج (1980) . القياس النفسى . القاهرة : دارالفكرالعربى .
- صلاح مخيمر(1979) . المدخل إلى الصحة النفسية (ط3) . القاهرة : الأنجلوالمصرية .
- حامد زهران (١٩٩٧) . الصحة النفسية والعلاج النفسى (ط ٣) . (القاهرة : عالم الكتب .
- حسين عبد القادر (١٩٧٤) . الفصام - بحث فى العلاقة بالموضوع كما تظهرفى
السيكودراما . رسالة ماجستير غيرمنشورة ، جامعة عين شمس .
- حسين عبد القادر (١٩٨٦) . العلاج الدرامى والسيكودراما - دراسة فى المجتمعات العلاجية
لمرضى فصام البارانونيا . دكتوراه غير منشورة ، كلية آداب عين شمس .
- خالد أبو الفتوح شحاتة (١٩٩٩) . استخدام السيكودراما فى تخفيض العدوانية لدى
الأطفال اللقطاء مجهولي النسب لسن ما قبل المدرسة . ماجستيرغيرمنشورة ، معهد الدراسات

العليا للطفولة.

ديفيد. ر. همسلي (٢٠٠٠). فحص وعلاج الفصام في كتاب :مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين ،تحرير : ليندز بيول، وترجمة صوت فرج، القاهرة، الأنجلوالمصرية، ص. ٣٤١ - ٣٨٠ .. ٣٩٩

رونوكلوبفر، هيليندا فيدسون. (1965) تكنيك الرورشاخ (ترجمة سعد جلال وآخرون) .
القاهرة : المركز القومي للبحوث الإجتماعية والجنائية .
رشدي فام منصور (٢٠٠٠). علم النفس العلاجي والوقائي - رحيق السنين . القاهرة : الأنجلو.

سهام درويش أبوعيطه (١٩٨٨). مبادئ الإرشاد النفسي. الكويت : دارالقلم.
سوزان اميلر (١٩٨٧). سيكولوجية اللعب (ترجمة حسن عيسى،مراجعة محمد عماد الدين إسماعيل). الكويت ، سلسلة عالم المعرفة العدد رقم(120) ديسمبر، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

صالح حزين السيد (١٩٩٦). سيكو ديناميات العلاقات الأسرية : النظرية - النموذج - التكنيك . القاهرة: جامعة عين شمس.

صبري جرجس (١٩٦٧) . من الفراغنة إلى عصر الذرة - سطورفي قصة الصحة النفسية في مصر. القاهرة: دار الكاتب العربي للطباعة والنشر.

صفاء صديق خريبة (١٩٩٨). مدى فعالية العلاج الجمعي بالتحليل النفسي في علاج مشاعرالذنب والخزي لدى مرض بالإدمان . دكتوراه غير منشورة.

عبدالرحمن عيسوى (1980) . علم النفس فى الحياة المعاصرة . القاهرة : دارالمعارف .

عبد الستار إبراهيم(1983) . العلاج النفسى الحديث قوة للانسان. القاهرة : مكتبة مدبولى . .

عبد الستار إبراهيم (1988) . علم النفس الاكلينيكي مناهج التشخيص والعلاج النفسى . الرياض : دارالمريخ للنشر .

عطوف محمود ياسين (1981) . كعلم النفس العيادى (الاكلينيكى) . بيروت : دارالعلم للملايين .

علاء الدين كفاى (1990) . الصحة النفسية (ط3) . القاهرة .

فؤادأبوخطب ، سيدعثمان (1976) . التقويم النفسى . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

فيصل عباس (1983) . إشكالات المعالجة النفسية . بيروت : دارالميسرة.

- محمد أحمد غالى ، رجاء أبوعلام (1974) . القلق وأمراض الجسم . دمشق : مطبعة الحلبوني .
- محمد حسن غانم، العلاج النفسى الجمعى بين النظرية والتطبيق
- محمد عثمان نجاتي ، أنور حمدى (1967) . اختبار تفهم الموضوع (نسخة خاصة للبلاد العربية) . القاهرة : دار النهضة العربية .
- محمد عودة ، كمال ابراهيم مرسى (1986) . الصحة النفسية فى ضوء علم النفس والاسلام (ط2) . الكويت : دارالقلم .
- محمد محروس الشناوى (1994) . نظريات الارشاد والعلاج النفسى . القاهرة : دارغريب للطباعة والنشر والتوزيع .
- محمد محروس الشناوى ، محمد عبد المحسن التويجى (1996) . الارشاد وتحديات العصر . المؤتمر الدولى الثالث لمركز الارشاد النفسى ، جامعة عين شمس، 23 - 25 / 12 .
- محمود الزيدى (1969) . علم النفس الاكلينيكى (التشخيص) . القاهرة : الأنجلوالمصرية .
- مصطفى الشرقاوى (1988) . فى علم الصحة النفسية . القاهرة : دار مصر للنشر والتوزيع .
- مصطفى زيور (1969) . تصدير علم النفس الاكلينيكى (محمود الزيدى) القاهرة ، الانجلوالمصرية .
- مصطفى سويف (1985) . علم النفس الاكلينيكى : تعريفه وتاريخه فى مرجع فى علم النفس الاكلينيكى . القاهرة : دارالمعارف .
- مصطفى فهمى (1967) . علم النفس الاكلينيكى . القاهرة : مكتبة مصر .
- منظمة الصحة العالمية (1982) : الاضطرابات العقلية : شرح من المصطلحات ودليل تصنيفها وفقاً للمراجعة التاسعة للتصنيف الدولى للأمراض . الاسكندرية : المكتب الاقليمى لشرق البحر المتوسط .
- ميخائيل ابراهيم اسعد (1977) . علم الاضطرابات السلوكية . بيروت : الأهلية للنشر والتوزيع
- محمد حسن غانم (١٩٩٨) . المدمنون وقضايا الإدمان - دراسة نفسية استطلاعية . مجلة علم النفس، 12(46) ، 74 - 87 .
- محمد حسن غانم (١٩٩٩) . إسهام البحوث المصرية فى دراسة الإدمان - دراسة فى تحليل المضمون للبحوث الميدانية من عام ١٩٦٠ حتى عام ١٩٩٧ ، مجلة علم النفس ، ١٣(52) ، 163 - ١٥٠ .

- محمد حسن غانم (٢٠٠٠). الزواج العرفي - مفهوم سيكولوجي . القاهرة: دارأتون للنشر .
- محمد حسن غانم (٢٠٠٠) . الدافعية للعلاج لدى المدمنين - دراسة نفسية مقارنة . المجلة المصرية للدراسات النفسية ، ١٠ (25) ، ٤٦ - ٣١ .
- محمد حسن غانم (٢٠٠١) . برنامج علاج نفسي لمدمني عاني من اضطرابات جنسية وانخفاض مستوى توكيد الذات . مجلة كلية الآداب جامعة أسيوط ، (7) ، 306-278 .
- محمد رياض (١٩٩٤) . مدى ملاءمة العلاج السيكودرامي لمرضى الاضطرابات النفسية (العصاب) . رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الطب جامعة الأزهر، قسم الأمراض النفسية .
- محمد شعلان (١٩٧٩) . الاضطرابات النفسية في الأطفال ج ٢ . القاهرة : الجهاز المركزي للكتب الجامعية والوسائل التعليمية .
- محمد شعلان (١٩٩٦) . العلاج النفسي . مجلة النفس المطمئنة ، 34-35 .
- محمود السيد أبو النيل (١٩٨٤) . الأمراض السيكوسوماتية - في الصحة النفسية . بيروت : دار النهضة العربية .
- محيي الدين أحمد حسين (١٩٩٤) . إعادة التأهيل والدمج الاجتماعي لمتعاطي المخدرات . القاهرة ، الندوة القومية لمكافحة المخدرات وعلاج الإدمان ، 29-30 / 10 ، 278-251 .
- مدحت أبو زيد (١٩٩٨) . الفروق بين ذوي العلاج الداخلي والعلاج الخارجي من معتمدي الهيروين في بعض المشكلات المتعلقة بالعلاج النفسي الجماعي ، مجلة الإرشاد النفسي جامعة عين شمس ، (٨) ، 293-209 .
- مصطفى سويف (١٩٩٦) . المخدرات والمجتمع - نظرة تكاملية ، الكويت، عالم المعرفة، المجلد الوطني للثقافة والفنون والآداب ، (205) .
- مصطفى سويف (١٩٩٦) . مشكلة تعاطي المخدرات (بنظرة علمية) ، القاهرة : مكتبة الأسرة الهيئة المصرية العامة للكتاب .
- عبدالرحمن العسيوي (1990) . الإرشاد النفسى . الاسكندرية : دارالفكرالجامعى .
- عادل كمال خضر (١٩٩٦) . ترتيب رسم الشكل الإنساني - الذكري والأنثوي في اختبار رسم الشخص ودلالاتها الإكلينيكية . مجلة علم النفس . (38) ، 81-68 .
- عادل كمال خضر (١٩٩٩) . استخدام اختبارالشخص في التشخيص والعلاج النفسي . مجلة علم النفس ، 92- 108 .

- عادل محمد هريدي (١٩٩٧). اتجاهات الوالدين نحو لعب الأطفال - دراسة غير حضارية. مجلة علم النفس (٤٣) ، 90-119 .
- عايدة عبد الحميد (١٩٩٠). العلاج بالفن - مدخل نفسي تنموي لرعاية الطفل المتخلف عقليا - دراسة ٤٠١ حالات، مجلة كلية التربية جامعة عين شمس، (154) ، 14-17.
- عايدة عبد الحميد (١٩٩٢ أ) . الفن والإرشاد النفسي في التعليم العام، المؤتمر الرابع بكلية التربية الفنية جامعة حلوان " الفن وثقافة المواطن " ، مجلد 1. 73-89 .
- عايدة عبد الحميد (١٩٩٢ ب) : العلاج بالفن: النظرية والتطبيق والاستفادة به في مجال التربية الفنية، المؤتمر العلمي الخامس كلية الفنون الجميلة جامعة المنيا " مستقبل الفن والثقافة في صعيد مصر " ، أبريل ، 77-96.
- عبد الستار إبراهيم (١٩٨٧). علم النفس الإكلينيكي: مناهج التشخيص والعلاج النفسي. الرياض: دارالمريخ السعودية.
- عبد الستار إبراهيم (١٩٩٨). العلاج النفسي السلوكي المدخل الحديث (ط ٢). القاهرة: مطبعة الموسكي .
- عبد الستار إبراهيم ، عبدالعزيز الدخيل ، رضوى إبراهيم (١٩٩٣). العلاج السلوكي للطفل: أساليب هو نماذج من حالاته. الكويت: عالم المعرفة .
- عبلة حنفي عثمان (١٩٨٦) . سيكولوجية الفن في مصر، الكتاب السنوي في علم النفس ، المجلد الخامس ، الجمعية المصرية للدراسات النفسية: الأنجلو .
- علاء الدين كفاي (١٩٩٧). الصحة النفسية (ط ٣) . القاهرة: هاجر للطباعة والنشر .
- علاء الدين كفاي (١٩٩٩ أ). الأسرة: علاج التفاعلات الأسرية التشخيص ، مجلة علم النفس ، 120 (50) ، 1-41 .
- علاء الدين كفاي (١٩٩٩ ب). علاج الأسرة : العلاجات التحليلية والسلوكية ، مجلة علم النفس ، (52) ، 6-19 .
- فاروق محمصا دق (١٩٨٢). سيكولوجية التخلف العقلي ط2 الرياض: عمادة شؤون المكتبات، جامعة الملك سعود.
- فرج محمد الهوني (١٩٨٦). تاريخ الطب في الحضارة العربية الإسلامية . ليبيا :
- الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع.
- كامليا عب دالفتاح (١٩٩٨) . سيكولوجية العلاج الجماعي للأطفال . القاهرة : دارقباء للطباعة

والنشر والتوزيع.

- لطفى فطيم (١٩٩٤) . العلاج النفسي الجمعي . القاهرة : الأنجلوالمصرية.
- لويس مليكة (١٩٨٢) . دراسة الشخصية عن طريق الرسم (ط2) . القاهرة: دارالنهضة المصرية.
- لويس مليكة (١٩٩٤) . العلاج السلوكي وتعديل السلوك ط2. القاهرة : دارالنهضة العربية .
- لويس مليكة (١٩٩٦) . التحليل النفسي : المنهج الإنساني في العلاج النفسي. القاهرة : دارالنهضة العربية.
- لويس مليكة (١٩٩٧) . العلاج النفسي - مقدمة وخاتمة . القاهرة.
- لويس كامل مليكة (1980) . علم النفس الاكلينيكي (التشخيص والتنبؤ في الطريقة الاكلينيكية ج1) . القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب .
- نبيلة ميخائيل يوسف (١٩٩٩) . العلاج بالموسيقى . القاهرة : دارالنشر .
- هانز أيزنك (1985) . التصنيف ومشكلة التشخيص في ميدان سيكولوجية الشواذ (ترجمة عبد الحليم ممود: مرجع في علم النفس الاكلينيكي). القاهرة : دارالمعارف .
- يوسف عبد المنعم الجداوي (١٩٩٠) . دراسة تأثير الموسيقى على السلوك العدوانى لدى المتخلفين عقليا. ماجستير غير منشورة ، كلية الطب جامعة الأزهر .
- أحمد بدر (1994). أصول البحث العلمي ومناهجه. القاهرة: المكتبة الأكاديمية.
- أحمد عبد اللطيف أبو أسعد (2012). علم النفس الإرشادي، ط2، عمان: دار المسيرة.
- أحمد محمد عبد الخالق (2015). علم نفس الشخصية. ط2، القاهرة: مكتبة الأنجلوالمصرية.
- أحمد محمود عكاشة، طارق أحمد عكاشة (2013). الطب النفسي المعاصر. ط16. القاهرة: مكتبة الأنجلوالمصرية.
- أرون بيك (2000). العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية. (ترجمة عادل مصطفى). القاهرة: دار الأفاق العربية.

- تيموثي ج ترول (2007). علم النفس الإكلينيكي. (ترجمة فوزي شاکر داود، حنان لطفي زين الدين). الطبعة العربية الأولى، عمّان: دار الشروق.
- حامد عبد السلام زهران (2005). الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط4، القاهرة: عالم الكتب.
- رجاء محمود ابوعلام (2011). مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية. ط7. القاهرة: دار النشر للجامعات.
- صفوت فرج (2007). القياس النفسي. ط6 مزيدة ومنقحة، القاهرة: مكتبة الأنجلوالمصرية.
- عادل عبد الله محمد (2000). العلاج المعرفي السلوكي: أسس وتطبيقات. القاهرة: دار الرشاد.
- علي السيد سليمان (2015). سيكولوجية النمو والنمو النفسي للعاديين وذوي الاحتياجات الخاصة. القاهرة: دار الجوهرة.
- علي معمر عبد المؤمن (2008). مناهج البحث في العلوم الاجتماعية: الأساسيات والتقنيات والأساليب. ليبيا: منشورات جامعة 7 أكتوبر.
- كمال يوسف بلان (2015). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، عمّان: دار الإعصار العلمي.
- محمد إبراهيم عيد (2006). مقدمة في الإرشاد النفسي، القاهرة: مكتبة الأنجلوالمصرية.
- محمد السيد عبدالرحمن (2015). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- محمد الطيب، حسين الدريني، شبل بدران، حسن البيلاوي، كمال نجيب (2005). مناهج البحث في العلوم التربوية والنفسية. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- محمد عبيدات، محمد أبونصار، وعقلة مبيضين (1999). منهجية البحث العلمي: القواعد والمراحل والتطبيقات. ط2، عمّان: دار وائل للنشر.
- مصطفى فهمي (د.ت). علم النفس الإكلينيكي. القاهرة: مكتبة مصر.

ميشيل إس نيستول (2015). المدخل إلى الإرشاد النفسي من منظور فني وعلمي، (ترجمة مراد علي سعد، احمد عبد الله الشريفيين)، عمّان: دار الفكر.

هوفمان إس جي (2012). العلاج المعرفي السلوكي المعاصر: الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية، (ترجمة مراد علي عيسى)، القاهرة: دار الفجر.

عبد الستار ابراهيم /د.عبدالله عسكر، علم النفس الاكلينيكي في ميدان الطب النفسي -تأليف الطبعة الرابعة 2008

Bandura ,A (1961). Psychotherapy as a learning process . Psychological bulletin , 58(2) , 143 – 157

Blatner,A (1988). foundations of psychodrama . New York : Springer Publishing Company

Bowen ' L Dysinger & Brodey & Basamamac (1961). The family as the of study . New York : Braziller unit

Bowen, M (1994) . Family therapy in clinical practice . New Jersey : Jason .aronson ric

Brammer ,L & Abrego ,P & Shostrom, E (1993) : therapeutic counseling and psychotherapy . prentice – Hall , hic

Carson ,C & Butcher, N & Coleman, C (1988) . Abnormal Psychology modern Life . Boston: Scott Foresman and

Corey, G (1986) .Theory and Practice of counseling and Psychotherapy. California : Bookers Publishing

Costin, F & Dragans ,J (1990) . Abnormal Psychology: Patterns, Issues, Intervention . New York: John Wiley & Sons

Critchley ,M & Macdonald,S & Hanson,R (1977) . Music and Brain: .Studies in the Neurology of music . London : William Heinman

Dare ,C (1988). Psycho analytic Family therapy. in streer. E. Dryden ,

Family therapy in Britain. open university W.

Davison, C & Neal, M (1982). Abnormal Psychology, An experimental .Clinical approach . New York: John Wiley & Sons Inc

Deutsch, D (1982) . the psychology of music . New York: Academic .press

Exner, E (1974) . The Rorschach, A Comprehensive System . New York: John Wiley & Sons

Eysenck, J (1960) . Classification and the Problem of diagnosis . (in) H.J. Eysenck (Ed) Handbook of Abnormal Psychology. London: Pitman

Fishman, B & Franks, C (1992). Evolution and Differentiation within behavior therapy: A theoretical and epistemological review. .American Psychological Association , 159 – 196

Framo, J (1982). Explorations in marital and family therapy: selected .papers of James, vol 3 , New York Brunner , Mazel

Garda, (1978). Group counseling: A developmental Approach . Allyn and .Bacon

Goldstein (1973). Behavior therapy in Corsini (Ed), Current .psychotherapies. I , III , PEACOCK table

Golde, N , Thantzin , McAvlife (1994) Group therapy in text book of substance abuse treatment , Ed's Marc Glatzer & Herbert D Kleber. .the American psychiatric press , 303 – 314

Gureinich (1992): development of family system theory in: Donald , Freedheim (Ed). History of Psychotherapy, American Psychotherapy , American

Hass, K (1979). Abnormal Psychology. New York : D. Van Nostrand

Hille, L & Ziegler, D (1976) . Personality Theories: Basic Assumptions, .Research and application . New York: McGraw Hill Book

Hollander, Kazaoka (1988). Behavior therapy groups in lagled six group .therapies .New York Wiley

Houck, E & Hansen, C (1972) . Diagnostic Interviewing. (In) R. H. Wood & J.D. Woody (Eds.) Clinical assessment in Counseling and .psychotherapy. New York: Englewood Cliffs: Prentice Hall

Kaphan, R & Saccuzzo, D (1982) . Psychological Testing . California: Brooks, Cole Publishing

Kawai, I & aoki, K (1983) . Primary generalized epilepsy and Temporal lobe epilepsy: A Psychological Study using Rorschach test. Folia .Psychiatry Neural JPN, 37 (3) , 245–251

Keller, M (1993) : The difficult Depressed Patient in Perspective , Journal of Clinical Psychatry, 45(2), 4–8

Kendall, P & Norteen–Ford, J (1983). Clinical Psychology: Scientific and Professional dimensions. New Yor: John Wiley

Kevin, C & Fisher(1988) . Masures for Clinical Practice . New York : The Free Press

Kisker, G (1977) . The Disorganized Per Sonality. London : McGraw Hill

.Klapman (1986) . Group therapy: theory and practice. New York U.S.A

Krahe, B (1992) . Personality and Social Psychology, Newbury Park, .sage C.A:

Lerner, H. & Peter, S (1984) . The Rorschach response and object .relation. Journal of Personality Assessment, 48(4), 245–350

Leutz , G (1986) The Psychodramatic Treatment of dreems . Group .analysis , 19 , 139 – 146

Mackay, D (1975) . Clinical Psychology : Theory and Therapy.London : Methuen

Maclay (1970) . Treatment of Childern Gearge . London : Allen of

. Uniwin

Mehr, J (1983) . Abnormal Psychology. New York: Rinehart & Winston

Minuchin, S & Fisherman, C (1981): Family therapy techniques .

.Cambridge Harvard University

Nakamura, H (1982) . Rorschach test on organic brain disease .Kyushu

.Neuro Psychiatry, 28 (1), 31- 43

Newell, W (1941) .Play therapy in child psychiatry. American Journal of
orthopsychiatry , 11(2) , 245-251

Schultz, D., (1997) . Theories of Personality (4 th ed) . California Bookers
Cole Publishing

Shan, & Mugam, T.E.,(1981) . Abnormal Psychology. New Delhi : Tata
McGrow Hill Publishing

Denny , (1975) Art therapy in theory and practice. New York Schocken
.Psychological Association , Washington , Dc , pp: 225 – 260

Robert & Pandura & Valevie (1999) . Why people use , abuse and
.Become dependent on Drugs, 114 – 148

Slavson, S (1950) . Analytic group psychotherapy. New York: Columbia
.University press

Wheeler, B (1981). The relationship between music therapy and
.theories of psychotherapy. Musictherapy , 1 , 9 – 16

Wierzbicki, M (1999) . Introduction to clinical psychology : scientific
foundations to clinical practice . London: Allyn and Bacon. pp: 326
.336-

Woolman, (1970) . The Families of Schizophrenic patients. Acta Psy-
.chiatry , 193 – 210

Yalom, I (1985) . The theory and practice of group psychotherapy (3 rd
.ed). Basic Books

ما-العصاب-و-ما-<https://cohe.uokerbala.edu.iq/wp/blog/2016/07/02>
هي-تصنيفاته/
<http://www.uobabylon.edu.iq/uobColeges/lecture.aspx?fid=11&depid=6&lcid=49092>