



الصحة النفسية





منشورات جامعة دمشق
كلية التربية

الصحة النفسية

الدكتور

خالد يوسف العمّار

أستاذ في قسم الإرشاد النفسي

1443-1444هـ
2022-2023م

جامعة دمشق



فهرس الكتاب

العنوان	رقم الصفحة
المقدمة	7
الفصل الأول	9
مدخل إلى الصحة النفسية	9
إسهامات الحضارة العربية الإسلامية في دراسة النفس والصحة النفسية	12
الفصل الثاني	53
تفسير الصحة النفسية من منظور النظريات النفسية	53
الفصل الثالث	79
التكيف والسلوك السوي واللاسوي	79
الفصل الرابع	95
الشعور واللاشعور ووسائل الدفاع الأولية	95
الفصل الخامس	111
وسائل التشخيص وجمع المعلومات في الصحة النفسية	111
الفصل السادس	143
الشخصية	143
الفصل السابع	185
التواصل ولغة الجسد في الصحة النفسية	185
الفصل الثامن	211
الأسرة والصحة النفسية	211

245	الفصل التاسع
245	المدرسة والصحة النفسية
261	الفصل العاشر
261	العمل والصحة النفسية ومؤسسات الرعاية الصحية النفسية
277	الفصل الحادي عشر
277	مشكلات الصحة النفسية
349	الفصل الثاني عشر
349	الإرشاد النفسي المدرسي والمدرس المرشد
365	الفصل الثالث عشر
365	تصنيف الاضطرابات النفسية
397	الفصل الرابع عشر
397	نماذج من بعض المقاييس في مجال الصحة النفسية
419	قائمة المراجع
419	أولاً-المراجع العربية
440	ثانياً-المراجع الأجنبية (الإنكليزية والألمانية) References
469	فهرس المصطلحات

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

المقدمة

تزايد الاهتمام بالعقود الأخيرة بالصحة النفسية بصورة تفوق كل المراحل التاريخية السابقة، ومما زاد هذا الاهتمام هو التقدم التكنولوجي والمعرفي من طرفين: الأول هو أن هذا التقدم نتج عنه مشكلات نفسية وسلوكية وانفعالية مرتبطة بالتقدم التكنولوجي كإدمان الشبكة (الإنترنت) وقلق الحاسوب ورهاب التكنولوجيا وغيرها، وهذه المشكلات تحتاج إلى عناية ورعاية من الصحة النفسية. من الطرف الثاني إن هذا التقدم التكنولوجي سُخر في جوانب كثيرة منه لخدمة الصحة النفسية، فيمكن ممارسة الرعاية الصحية النفسية عن طريق شبكة التواصل الاجتماعي أو البريد الإلكتروني، كما يمكن تطبيق بحث كامل من خلال الشبكة (الإنترنت) على عينة من الأشخاص في قارات مختلفة من العالم. أيضاً نشأ دولياً ومحلياً كثير من المنظمات الرسمية وغير الرسمية التي تولي العناية بالصحة النفسية للأفراد. مما سبق جاء هذا الكتاب في الصحة النفسية ليساعد في تقديم المساعدة في مجال الصحة النفسية في أهم مؤسسات المجتمع وهي المدرسة، إذ يتناول بداية الصحة النفسية بصورة عامة وتاريخها ودور العرب فيها، وما يتصل بها من علوم ومتغيرات عدة. ثم يتناول الصحة النفسية لدى التلاميذ والطلبة الذين يشكلون محور العملية التربوية، كما يولي الاهتمام بالصحة النفسية للمعلمين والمدرسين كونهم يشكلون عنصراً أساسياً في نجاح العملية التربوية. يؤكد الكتاب على دور الأسرة ومراكز الرعاية والعمل في الصحة النفسية. في الختام أتمنى على الزملاء والطلاب الأعزاء والمختصين والقراء الكرام والمهتمين بأن يجدوا بما لديهم من ملاحظات علمية وموضوعية حول الكتاب لتداركها في الطبقات القادمة. كما أقول هذا ما تمكنت من الاجتهاد به، فإن كنت قد أصبت فأرجو القبول، وإن كان ثمة ثغرات فعذري أنني حاولت فالكمال لله وحده.

والله الموفق والهادي إلى سواء السبيل

دمشق في الإثنين 16/ جماد الآخرة 1444هـ - الموافق 9/1/2023م

المؤلف: أ.د. خالد يوسف العمار



الفصل الأول

مدخل إلى الصحة النفسية

مقدمة

يتناول هذا الفصل نشأة الصحة النفسية وبدايات الاهتمام بها تاريخياً وعلمياً، فهي كباقي العلوم تعرضت لفترة نشأة وتطور مر بمجموعة من المراحل، إذ صبغت كل مرحلة الصحة النفسية بصبغة معينة وإضافة جديدة. بعد ذلك يتم المرور على التعريفات المختلفة التي عُرفت بها الصحة النفسية تبعاً لاختلاف المدارس النفسية، إذ ترى كل مدرسة الصحة النفسية من زاوية تُركز عليها هذه المدرسة. أيضاً لا بد في هذا الفصل من التعرض لأهمية الصحة النفسية كعلم يهتم بصحة الإنسان النفسية وهو على اتصال بالصحة الجسدية إذ له انعكاساته التي لا يُغض الطرف عنها بحال من الأحوال. كما أنه من الضروري المرور في هذا الفصل على أهداف الصحة النفسية، فلكل علم أهداف وثمة أهداف للصحة النفسية لا بد من ذكرها. في الوقت نفسه يطرح الفصل المجالات التي تتناولها الصحة النفسية، وكذلك المعايير التي تعتمد عليها الصحة النفسية للحكم على مستوى جودة الصحة النفسية وسلامتها. أخيراً يبحث الفصل صلات الصحة النفسية في العلوم الأخرى ولا سيما بالاختصاصات النفسية.

نشأة الصحة النفسية عبر التاريخ

عند الحديث عن الصحة النفسية تاريخياً ونشأتها لا بد من استطلاع تاريخ البحث في النفس البشرية عامة، لأن مصطلح الصحة النفسية حديث نسبياً ولم يكن متداولاً في الزمن القديم. ففي الحضارة الإغريقية قدم ابيقراط فهماً فيزيولوجياً لطبيعة الاضطرابات النفسية إذ ربطها بالدماغ لدى الإنسان، فسلامة النفس مرتبطة بسلامة الدماغ. كما قدم سقراط وأفلاطون وجهة نظر تقوم على أن النفس جوهر روحي مستقل عن الجسم وهي واحدة، ولها قوى وتقوم بوظائف مختلفة. في حين مثل أرسطو وجهة نظر أخرى مفادها أن النفس صورة منطبقة مع الجسم، لا يمكن فصل أحدهما عن الآخر، وهي لا وجود لها من دون الجسم (صباحي، 2003).

في منتصف القرن الأول قبل الميلاد وصف الطبيب اسكليبياديس أن سبب المرض العقلي هو الاضطراب الانفعالي الذي يصيب الشخص، وقد رفض فكرة حجر المريض العقلي في غرفة مظلمة ووصى بالعلاج عن طريق المرح والموسيقا والترفيه. ثم ظهر الطبيب سلسوس الذي أكد على علاج المرضى العقليين من خلال التخلص من الضغوط والتوترات التي ترهق النفس. في نهاية القرن الأول الميلادي كتب الطبيب سورانوس بعض التعليمات لعلاج المرضى العقليين مثل: المعاملة الطيبة، الحجرات الصحية في الطوايق الأرضية، الرفق بهم. في الفترة نفسها هذه كان هناك الطبيب أوريليانوس الذي تناول الأمراض العقلية من زاوية الانحرافات الجنسية، وعد الجن مصدرًا لانحرافات العقلية يصيب الرجال والنساء على حد سواء. بعد ذلك جاء الطبيب جالن الذي رأى أن المخ وليس القلب هو مكان الروح العاقلة وركز على أهمية العلاقة بين الشخصية والصحة الجسمية.

بعد هذه الفترة أتت الحضارة العربية الإسلامية التي قدمت إسهامات وإبداعات كبيرة في علم النفس، لذلك سيُفرد مبحث خاص لاحقاً عن إسهامات الحضارة العربية الإسلامية في دراسة النفس البشرية والصحة النفسية.

بعد ذلك ساد اعتقاد نشرته الكنيسة مفاده أن الشياطين والأرواح الشريرة تسكن في أبدان المرضى العقليين، لذلك تم التضيق على المرضى العقليين باسم الكنيسة بل وقتلهم أحياناً، فقد قُتل في عهد الملك فرنسيس الأول ملك فرنسا حوالي (100) ألف من المرضى العقليين. حتى بعد هذه الفترة في أوروبا عُوْمِلَ المرضى العقليين بقسوة، ففي القرن الثامن عشر أنشئ مستشفى للأمراض العقلية مستشفى بيتلم الملكي في لندن، فكان يشبه الذهاب إلى هذا المستشفى بالذهاب إلى حديقة الحيوان، إذ تسود بين الزائرين حالة من التهكم والسخرية والتندر الذي يدور حول المضطربين عقلياً. كذلك سوء العناية بالمرضى العقليين، فقد أتى الحريق على مستشفى يورك في لندن، فمات نسبة كبيرة من المرضى العقليين بسببه. في فرنسا كتب الطبيب النفسي اسكيروول عن الأوضاع السائدة في مستشفيات الأمراض العقلية في فرنسا بأن المرضى يعيشون في ظروف فيزيائية وصحية لا تعيش بها الحيوانات ويعرضون أمام الناس كأنهم حيوانات نادرة وغريبة. بعد

ذلك ظهرت في أوروبا نزعة إنسانية تدافع عن حقوق المرضى العقليين، فقد استلم الطبيب الفرنسي بينل إدارة مستشفى بيستر عام (1793) للأمراض العقلية، ففك قيود المرضى، وعمم مفهوم المرض العقلي بدل صفة الجنون، وحث على التعامل برفق وإنسانية مع المرضى العقليين. بعد ذلك ظهر الطبيب النمساوي مسمر Mesmer (1780) الذي أبدع التنويم المغناطيسي -وليس فرويد - وتكلم عن سائل خفي في الكون اسمه المنغاطيسية الحيوانية الذي يؤدي اختلاله لدى الإنسان إلى الاضطرابات السلوكية. ثم أتى جريزنجر Griesinger الذي رأى أن المرض العقلي مرض يصيب المخ، كذلك كريبلين Kraepelin الذي قدم تصنيفاً للأمراض النفسية، وشاركو Charcot الذي كان عضوي الاتجاه في تفسير الاضطرابات النفسية وعالج المرضى بالإيحاء عن طريق التنويم المغناطيسي. ثم أتى عصر التحليلية النفسية على يد فرويد Freud الذي رد الأمراض النفسية إلى الصراعات الداخلية اللاشعورية، وتلاه تلميذاه يونغ وآدلر (سعد، 1994).

في أواخر القرن التاسع عشر اهتم فارلي Farlet بإعادة التكيف الاجتماعي للمجرمين والجانحين، وقد تأسس عدد من الجمعيات لهذا الغرض. كما شهدت فلندا تأسيس مؤسسة لرعاية الصحة النفسية عام (1897). من الجهود البارزة التي قُدمت في مجال الصحة النفسية الجهد الذي قدمه كليفورد بيرز Beers في عدد من بلدان العالم. بل إنه مر بتجربة شخصية، فقد أصيب بيرز بمرض نفسي دفعه للعلاج لمدة سنتين، وبعد تماثله للشفاء ألف كتابه الشهير الذي يعكس خبرته الشخصية عام (1908) وهو بعنوان "عقل يجد نفسه". لقد كان لهذا الكتاب الأثر البالغ في نشر الوعي بالصحة النفسية في الولايات المتحدة الأمريكية، فقد أعيد طباعة هذا الكتاب أكثر من خمس وثلاثين مرة. وظل بيرز وفيماً لحركته النفسية حتى وفاته عام (1943) (الرفاعي، 1998).

تطورت الحركة النفسية التي تخدم الصحة النفسية من خلال المدارس النفسية التي بدأت تترى بالظهور كالمدرسة الغشتالنية ومن روادها فيرثيمان وايرنس وبيرلز وكوهلر وكوفكا وليفين وغيرهم، لقد عدت الغشتالنية الاضطراب ناتجاً عن الخلل في التفاعل بين الفرد والبيئة. كذلك المدرسة السلوكية وروادها بافلوف وواطسن وسكينر وغيرهم وهي التي

تتظر إلى الاضطراب على أنه تعلم خاطئ ومكتسب من المحيط. ويذكر آيزنك في نظريته أن الأمراض النفسية تنشأ نتيجة أفعال منعكسة خاطئة بتأثير تفاعل عاملي البيئة والوراثة. كما ظهرت المدرسة المعرفية ورائدها بيك التي تعد الاضطراب ناتجاً عن التفكير السلبي. أما مدرسة الإرشاد المتمركز على المسترشد ورائدها روجرز، الاضطراب لديها ينتج عن التضاد أو عدم الانسجام بين الذات المثالية والواقعية والاجتماعية والمدرسة. وظهرت النظرية العقلانية الانفعالية ورائدها أليس الذي يعد الأفكار الخاطئة هي سبب الاضطراب. هناك أيضاً المدرسة الوجودية أو المعنى ورائدها فرانكل تقول هذه النظرية أن أصل الاضطراب يرجع إلى فقد معنى الحياة لدى الشخص. إما المدرسة السلوكية المعرفية ورائدها ماكينباوم التي جاء تفسيرها للاضطراب مزيجاً من السلوكية والمعرفية. بعد ذلك ظهرت الواقعية ورائدها غلاسز والاضطراب عندها ناتج عن الضعف في تحمل المسؤولية. بعدها جاءت المدرسة الإيجابية ورائدها سلغمان وبترسون وميهالي وهي تعد الاضطراب ناتجاً عن ضعف القوة الإيجابية كفقد الأمل أو اليأس.

إسهامات الحضارة العربية الإسلامية في دراسة النفس والصحة النفسية

يمكن القول تاريخياً: إن إسهامات الحضارة العربية الإسلامية حاضرة في دراسة النفس البشرية والصحة النفسية، لقد ذكر المقريزي إن أول مستشفى تم تأسيسه لدى العرب هو المستشفى التي أنشأها الوليد بن عبد الملك الخليفة الأموي في دمشق عام (706/م)، وبعدها تتالت المستشفيات وكثرت في العصر العباسي حتى يُقال إن بغداد كان فيها (50) مستشفى. أيضاً ثمة مجموعة من العلماء قدموا دراسات وتجارب نفسية مهمة وغير مسبقة معتمدين في ذلك على المنهج العلمي القائم على المشاهدة والمعاينة والملاحظة والتجربة والقياس والاستدلال المنطقي. يمكن ذكر بعض هؤلاء العلماء وهم:

ابن سيرين (652-728/م)

هو أبو بكر محمد بن سيرين البصري التابعي وهو إمام بالتفسير والحديث والفقه وتعبير الرؤيا. في الحقيقة ما يهم من شخصية ابن سيرين هنا أنه عمل في تفسير

الأحلام وهي تشكل جانباً مهماً في علم النفس والصحة النفسية، وفي هذا سبق لمدرسة التحليل النفسي في مجال تفسير الأحلام. ورغم الخلاف الذي يدور بين المؤرخين في نسب كتاب تفسير الأحلام لابن سيرين، إلا أن الراجح أن هذا الكتاب لم يكتبه ابن سيرين بيده وإنما كتبه تلاميذه خلف ابن سيرين في أثناء الدروس، لأن ابن سيرين لم يكن يحب الكتابة والتدوين، ومن هنا جاء الاختلاف في نسب الكتاب، ومن ثم فإن هذا الكتاب هو من حيث الأصل وعلى الأرجح لابن سيرين فهو من أفكاره وعلمه، فابن سيرين يتفق المؤرخون بأنه كان عالماً في تفسير الرؤيا وكان الناس يقصدونه في تفسير أحلامهم. كان ابن سيرين صادقاً وموضوعياً وعلمياً يتحرى الصدق في التعبير، وقد قيل له ذات مرة "إنك تستقبل الرجل بما يكره فقال: إنه علم أكره كتمانته"، ورغم اجتهاده كان يتحلى بالتواضع فيقول: "إنما أجيب بالظن، والظن يخطئ ويصيب". لقد قال الذهبي: قد جاء عن ابن سيرين في التعبير عجائب يطول ذكرها، وكان له في ذلك تأييد إلهي. كان ابن سيرين يعلم أن كثيراً من الأحلام هي انعكاس لما يعايشه الشخص بالواقع وفي ذلك سبق للتحليلية الفرويدية، فقد قال هشام بن حسان: كان ابن سيرين يُسأل عن مئة رؤيا، فلا يجيب فيها بشيء، إلا أنه يقول "اتق الله وأحسن في اليقظة، فإنه لا يضرك ما رأيت في النوم. أي إن الرؤيا انعكاس لليقظة وهذه فكرة حديثة نسبياً.

من الأمثلة على تفاسير ابن سيرين للأحلام:

الحلم: جنازة يتبعها الناس = تفسيره: قائد وله أتباع بين الناس.

الحلم: طيران الشخص بين السماء والأرض = تفسيره: كثرة الأمان.

الحلم: رؤية الفيل في المنام = تفسيره: أمر جسيم قليل المنفعة.

الحلم: رأى ابن سيرين رؤيا في المنام فقال: رأيت كأن الجوزاء تقدمت الثريا = تفسيره: هذا الحسن البصري يموت قبلي ثم أتبعه، وهو أرفع مني، وهذا ما حدث واقعاً (ابن سيرين، تاريخ الاسترداد 2022 / 9/27).

عموماً كان ابن سيرين يستند في تفسيره للأحلام إلى القرآن والحديث الشريف ويجتهد في ذلك، لقد كان موقفاً في هذا المجال، ولكنه لم يكن معصوماً عن الخطأ، وقد عبر عن ذلك كما سبق في قوله: "إنما أجيب بالظن، والظن يخطئ".

الطبري (770 أو 780-850 أو 870 م)

هو علي بن سهل الطبري -وليس هو محمد بن جرير الطبري مفسر القرآن المعروف-، عالم في الطب والهندسة والفلسفة له كتب عدة منها كتاب فردوس الحكمة، وهو موسوعة طبية تطرق إلى فروع الطب وعلم النفس والفلسفة والحيوان والفلك والعقاقير. قام بتصنيف كثير من الأمراض والعقاقير والأطعمة، أما الجانب النفسي فقد ناقش في قضايا نفسية ومنها العلاقة بين إرشاد المريض والعلاج النفسي قائلاً: إن المريض يشعر بالمرض أحياناً بسبب الأوهام والخيالات، فمثل هذه الحالة يمكن علاجها بـ "المشورة الحكيمة". وهو مبدأ يؤسس للعلاقة بين المريض والمعالج، لكي يكسب المعالج ثقة المريض، وهذا يؤدي إلى نتائج إيجابية في العلاج، وهذا ما أكدت عليه المدارس النفسية الحديثة ولا سيما الروجرية. لقد كان الرازي تلميذاً للطبري فكان له شهرة أكثر من أستاذه (ar.m.wikipedia.org).

الكندي (796-873م)

هو أبو يوسف يعقوب الكندي وهو من أبرع أطباء العرب، وقد سُمي فيلسوف العرب، وبرع في الطب والفلسفة والمنطق والرياضيات والحساب والهندسة. قام بتكليف من المأمون بترجمة كتب أرسطوطاليس. له (43) كتاباً منها: (22) كتاباً في الطب، (7) كتب في الموسيقى، (5) كتب في علم النفس، (9) كتب في المنطق. لقد قدم الكندي إبداعات كثيرة في الطب وعلم النفس، أما كتبه النفسية فهي: 1- في النفس جوهر بسيط مؤثر في الأجسام. 2- في مائئة الإنسان والعضو الرئيسي منه. 3- في حيز اجتماع الفلاسفة على الرموز العشقية. 3- فيما للنفس ذكره وهي في عالم العقل قبل كونها في عالم الحس. 4- في علة النوم والرؤيا وما ترمز به النفس. يرى الكندي أن النفس بسيطة وذات شرف وكمال وعظيمة الشأن، بل إن جوهرها من جوهر الله الباري عز وجل كقياس ضياء الشمس من الشمس. هذا يعني أن النفس متفردة نسبياً كجوهر مستقل عن البدن وهي بالوقت نفسه تجتمع معه، فإذا قيل إنسان فهذا يقصد به النفس والبدن أي

بالجمع بينهما. اعتقد الكندي أن النفس لا تنام والدليل أنها ترى الأحلام، وللكندي كتاب عن النوم والرؤيا، فرأى أن النوم هو ترك استعمال الحواس.

لقد أرجع الكندي الرؤيا إلى قوة متوسطة من قوى النفس بين العقل والحس هي "المصورة"، وهي التي تدرك الأشياء المحسوسة بلا مادة وفي غياب المحسوسات والمصورة لا تنقيد بالمحسوس، هنا يكون باستطاعتها أن تركب صورة خيالية يراها الشخص في الرؤيا.

يقسم الكندي الرؤيا إلى أربعة أنواع هي: 1-التنبؤ بالمستقبل. 2-الرؤيا الرمزية التي تحتاج إلى تأويل. 3-رؤيا الأشياء من أضرارها. 4-رؤيا أشياء في النوم فلا تقع ولا يوجد لها تأويل وهي أضغاث أحلام (الأهواني، ب. ت.).

الرازي (841-925م)

هو أبو بكر محمد بن زكريا الرازي وهو من أكثر أطباء العرب أصالة وابتكاراً، لقد كان كبير أطباء مستشفى العضدي الكبير في بغداد. له كثير من المؤلفات الطبية التي وصلت إلى (250) كتاباً وأهمها الحاوي الذي يشكل موسوعة طبية، وكذلك كتابه الطبي المنصوري الذي تُرجم إلى اللاتينية، وظل يُدرس في أوربا حتى القرن السادس عشر. لقد عُد الرازي حجة الطب في أوربا حتى القرن السابع عشر. ومن المهم هنا أن الرازي أكد على أهمية العلاج النفسي والصحة النفسية للمريض (اليعسوي، 1992)، لقد ذكر بودخيلي قد يكون الرازي أول من استخدم مصطلح العلاج النفسي (بودخيلي، 1999). لذلك كان يحث الأطباء على بث الأمل والروح المعنوية لدى المرضى. الأمر الذي له أهمية بالغة في تماثل الشفاء، وهذا ينبع من إيمان الرازي بتأثير النفس على الجسد، وهذا يماثل العلاج بالإيحاء في العلاج النفسي الحديث. ومن الأمور التي أظهرت براعة الرازي في فهم الصحة النفسية وعلاجها، علاجه لحالة أحد ملوك السامانيين من مرض مزمن في مفاصله. بادئ الأمر حاول الرازي بالطرائق المعتادة علاجه فلم يفلح، فابتكر طريقة نفسية وعضوية جديدة لعلاجها ومفادها: أنه ذهب مع الملك إلى الحمام وصب عليه الماء الفاتر وأسقاه شرباً بعد أن ذاقه هو، وصبر عليه فترة ليأخذ الشراب مفعوله في جسمه. بعدها أخذ يوجه إلى الملك عبارات السب والشتم باستمرار، الأمر الذي أثار

غضب الملك وانفعاله، وهذا أدى إلى نهوض الملك سخطاً على الرازي، مما دفع الرازي إلى الهروب من الحمام. ولكن بهذه الطريقة جعل الملك يخرج من الحمام ماشياً على قدميه بعد أن كان لا يستطيع ذلك، فكانت هذه بداية الشفاء له، وعندها أدرك الملك الحكمة من السلوك الاستقزازي للرازي. إن هذه الطريقة المبتكرة للرازي تشبه اليوم الصدمة الانفعالية أو الكهربائية في العلاج النفسي الحديث (العيسوي، 1992).

الفارابي (874-950م)

هو أبو النصر محمد بن محمد أوزلغ بن طرخان الفارابي، وهو فيلسوف وطبيب وفيزيائي وهناك من لقبه بالمعلم الثاني بعد أرسطو. ولد في مدينة فاراب في إقليم تركستان من هنا أتى نسبه. سافر إلى بغداد ثم انتقل إلى حلب ومدن أخرى ثم استقر في دمشق ومات فيها متأثر به ابن سينا وابن رشد. له عدد من الكتب أشهرها إحصاء العلوم وكتاب آراء أهل المدينة الفاضلة وكتاب رسالة العقل وكتب فيها شروحات أرسطو المنطقية. لقد أهتم الفارابي بالعقل والنفس وكثيراً مما كتبه أثبتته علم النفس الحديث. عد الفارابي النفس جوهرًا روحانيًا قائمًا بذاته، وهي جوهر الإنسان وليست عرضاً من أعراض الجسم، فالإنسان في فهمه مكون من عنصرين: الأول النفس وهي جوهر روحاني من عالم الأمر أي العالم الإلهي. والمكون الثاني البدن وهو عالم الخلق أو العالم المادي، ويرى أن النفس توجد لدى الإنسان والحيوان والنبات والكوكب والسماء والعالم وتختلف كل نفس متفردة. تنقسم النفس عند الفارابي إلى خمس قوى وهي:

- 1- القوة الغذائية: وهي المسؤولة عن التغذية والنمو والتوالد وقوتها الرئيسة بالفم ولها رواضع وخدم وآلات وهي المعدة والكبد والطحال وغير ذلك من أعضاء الجسم.
- 2- القوة الحاسة: ويتم بها إدراك المحسوسات بالحواس الخمس المعروفة من بصر وسمع وشم وذوق ولمس وكل حاسة تختص بجانب معين.
- 3- القوة المتخيلة: ووظيفتها حفظ ما رُسم في النفس من محسوسات بعد غيابها عن الحس وفق آليات خاصة بها، كما أنها تقوم بتخيل الأشياء التي مضت أو الأشياء التي يمكن أن تكون في المستقبل، وربما كان بعضها صادقاً والآخر كاذباً.

4- القوة الناطقة: وهي موجودة لدى الإنسان فقط بها يعقل المعقولات ويميز الغث من

السمين والجميل من القبيح من الأفعال والأخلاق. تنقسم القوة الناطقة إلى:

أ- قوة نظرية وهي تؤدي إلى المعرفة النظرية وهي القمة العليا وبها يتم التوصل إلى السعادة.

ب- قوة عملية ويحوز بها الإنسان الصناعات والحرف، ويكون بها الفكر والرؤية فيما ينبغي أن يعمل أو لا يعمل وهي تتمثل بالأفعال الجميلة. للملاحظة هنا فإن الفارابي يقسم القوة الناطقة العاقلة (الذكاء) بين لفظي وأدائي وهذا سبق للفارابي.

5- القوة النزوعية: وهي نزوع الإنسان إلى الشيء أو كرهه وهي التي يكون بها الإرادة، والإرادة نزوع إلى ما أدرك بالحس أو بالتخيل أو بالقوة الناطقة وآلات هذه القوة هي اليدين والرجلين وباقي الأعضاء التي تخدم الإرادة. يرى الفارابي أن هذه القوى ليست متساوية في الرتبة بل تكون في درجات بعضها فوق بعض، وبالوقت نفسه يتكلم عن وحدة النفس، ويجب التنبيه هنا إلى أن الفارابي سبق التحليلية في فكرة الرمزية في الأحلام من خلال الحلم بمحسوسات أو معقولات أخرى تدل على المراد من المحسوس أو المعقول في الحلم، والأحلام عند الفارابي متصلة بالمستقبل والرؤيا والنبؤات. كما تكلم الفارابي عن سمات الرئيس أو القائد في المدينة الفاضلة، وهذا بحث متقدم في علم نفس القيادة الذي يحقق فيه الفارابي سبقاً للطروحات الحديثة في هذا الاختصاص (<https://marja3na.blogspot.com>).

مسكوية (932-1030م)

هو أحمد بن محمد بن يعقوب مسكوية وهو فيلسوف وطبيب ومؤرخ وأديب. له كتب كثيرة في الفلسفة والطب والنفس والأخلاق والتاريخ، وكتبه النفسية هي رسالة اللذات والآلام في جوهر النفس وكتاب أجوبة وأسئلة في النفس والعقل وكتاب طهارة النفس. لقد فهم مسكوية النفس بأن النفس شيء مختلف ومفارق للجسد بجوهره وخواصه، وهي التي تحرك البدن من خلال قواها الثلاث: القوة العاقلة، القوة الغضبية أو السبعية، القوة الشهوانية أو البهيمية. كما أن تحكم اللذات الجسمية تؤثر سلبياً في صحة النفس وسلامتها، وكذلك الأمر بالنسبة للرغبات المادية والاجتماعية كالثروة والجاه والزينة

والموكب، فهذه الرغبات تثير بالنفس الخوف والقلق. لكن الإنسان قد يبدل رغباته المادية والاجتماعية السلبية بغايات نبيلة كحب العلم والإقبال على الفضيلة، وهذا يشبه حالة التسامي لدى التحليلين.

علي بن العباس الأهوازي (930-994م)

هو علي بن العباس الأهوازي الملقب بالمجوسي وهو من مواليد الأهواز العربية، يعد من أشهر الأطباء العرب ومن كتبه كتاب كامل الصناعة في الطب الذي جمع فيه ما استطاع من علوم العرب في الطب ومنها الجانب النفسي، وهذا الكتاب يوازي كتاب القانون لابن سينا، لقد أصبح هذا الكتاب مرجعاً في الطب يُدرس في الجامعات الأوروبية. أهدى هذا الكتاب للملك عضد الدولة في بغداد الذي أسس البيمارستان العضدي في بغداد ووضع الأهوازي رئيساً له، وفتح فيه قسماً للأمراض النفسية. وله كتاب الكامل الملكي الذي تكلم عن الطب وتكلم عن الجانب النفسي والطبائع والصفات والأمزجة لدى الإنسان والرياضة والحمام والأغذية وأثرها في الصحة والجانب النفسي. تقول المستشرق الألمانية زيغريد هونكة -في كتابها شمس العرب تسطع على الغرب- عن هذا الكتاب بأنه تحفة علمية رائعة، وكان كتاباً ملكياً بالفعل كعنوانه، ولا يزال يستحق إعجابنا حتى العصر الحاضر، وهو موجود الآن في مكتبة جامعة برينستون في نيوجيرسي في الولايات المتحدة الأمريكية. لقد سُرق هذا الكتاب من قبل قسطنطين الإفريقي، إذ ترجمه ونسبه إلى نفسه وشاع في البلدان الأوروبية، ثم جاء إتيان الأنطاكي في عام 1127 ليصحح نسب الكتاب إلى مؤلفه الحقيقي وهو الأهوازي ويكشف جريمة السرقة. هكذا تعاملت أوربا مع مراجع العلماء العرب ومؤلفاتهم (<https://arabicpost.net>).

البيروني (973-1048م)

هو أبو الريحان محمد بن أحمد البيروني. كان طبيباً ورحالاً وعالمًا بالإنسانيات وفيلسوفاً وفلكياً وجيولوجياً ورياضياً وصيدلانياً وفيزيائياً وجغرافياً ومؤرخاً ومترجماً. لقد وُصف بأنه من أهم العقول التي عرفت البشرية. قال بدوران الأرض حول محورها في كتابه علم الفلك وحدد محيط الأرض فرضياً بصورة قريبة إلى الأرقام الحديثة. لقد افترض من خلال حساب مساحة القارات القديمة أن هناك قارات أخرى على الأرض وفيها

سكان، وهذه القارات في البحر الشاسع بين أوروبا وآسيا. وهذا ما تم اكتشافه لاحقاً بعد أكثر من (400) سنة من خلال اكتشاف قارات أمريكا. لقد كانت له علاقات وثيقة مع ابن سينا وتأثر به، له من الكتب ما يزيد عن (120) كتاباً، وأهمها كتابه الآثار الباقية من القرون الخالية، ومنها بعلم الإنسان وفهم النفس البشرية وهذا ما يهم هنا. يُعد البيروني من أوائل علماء الإنسان بل ربما يكون الأول الذي درس الأشخاص والناس، أي سلوك الإنسان والجماعة، وكذلك العادات والتصرفات والسلوك عامة، وذلك من خلال الملاحظة أي كانت أدواته العلمية هي الملاحظة. كما درس الثقافات من خلال المقارنة بين الثقافات المختلفة، وهذا منهج مقارن يقره العلم. ومن الشعوب التي درسها شعوب الهند والسمات التي تتمتع بها هذه الشعوب والسلوك العام لديها بشتى مناحي الحياة، معتمداً بذلك الملاحظة العلمية (ar.m.wikipedia.org).

ابن سينا (980-1037م)

هو أبو علي حسين بن عبد الله بن سينا ويُعد من أبرز علماء الطب العرب، ويُلقب بالمعلم الثالث للإنسانية بعد أرسطو والفارابي، كذلك يُلقب بالشيخ الرئيس، لقد كان طبيباً وفقيهاً وفيلسوفاً وشاعراً ووزيراً، وقبل كل ذلك كان إنسانياً بامتياز إذ يعالج الناس مجاناً. لقد بلغت مؤلفاته مئة كتاب في الطب والفلسفة ومختلف العلوم، وأشهرها كتابه القانون وهو موسوعة طبية ظل يُدرس حتى مطلع القرن السابع عشر في أوروبا. لابن سينا أيضاً كتاب الأرجوزة في الطب الذي يشمل 1334 بيتاً من الشعر في الطب، وله قصيدة في النفس شهيرة مطلعها: هبطت إليك من المحل الأرفع ورقاء ذات تعزز وتمنع

لقد أفرد ابن سينا فصلاً في كتابه القانون يدور حول العشق والحالة النفسية فيه، وهذا ما يتصل بالصحة النفسية للشخص، إذ صنف العشق في باب الأمراض العصبية والنفسية مع الهوس والاكتئاب والأرق والخمول، لقد عد العشق حالة تؤرق وتقلق صاحبها وهي مرتبطة بالوساوس والشك. اعتمد ابن سينا في تشخيص العشق على الاضطراب الذي يحدث بالنبض لدى العاشق. وأما العلاج لدى ابن سينا لحالة العشق فكانت متمثلة من خلال النوم والاهتمام بما هو مفيد وممارسة الأنشطة الفعالة والمفيدة في المجتمع. وهذا العلاج يشبه بعلم اليوم فنية التسامي أو الإعلاء في النظرية التحليلية التي ترقى فوق

الشهوات والرغبات والغرائز. كما أن توجيه المرضى للانخراط بأنشطة واهتمامات جديدة يشبه ما يُعرف اليوم بالعلاج بالعمل، وهذا فيه سبق لابن سينا، وهذا يعني أن ابن سينا جمع بين أكثر من طريقة في العلاج وهذا يشبه العلاج النفسي التكاملي الحديث. قدم ابن سينا أعمالاً كبيرة لفهم النفس وعلاجها ولتحقيق الصحة النفسية، ومن الأمثلة القصة الشهيرة التي جاء بها المريض النفسي وهو يزعم أنه بقرة (اضطراب كان يسمونه المالنخوليا وهو أشبه بالفصام اليوم) ويصيح أذبحوني وأطعموا الناس من لحمي، وقد امتنع عن الطعام وهزل جسمه، فلما عاينه ابن سينا، قال المريض أذبحني أنا بقرة، فتظاهر ابن سينا أنه يريد ذبحه وأمسك السكين، فلما رفع السكين قال: إن هذه البقرة هزيلة ويجب أن تسمن لكي نذبحها، هنا نصح ابن سينا المريض بأنواع من الطعام والشراب لكي يسمن وهي بالوقت نفسه تعد شفاءً له، فلما أكل وسمن واستعاد صحته البدنية وساعد ذلك على شفائه النفسي، بعدها زاره الطبيب ابن سينا وقال له مازحاً: ما بال البقرة قد سمنت، فقال الرجل المريض نعم لقد سمنت وأصبحت عاقلة. وهذه الحادثة تدل على فهم ابن سينا للعلاقة بين الجسم والنفس وتأثير كل منهما في الآخر. من الأمثلة المهمة التي استطاع ابن سينا تشخيصها حالة ذلك الشاب العاشق المتيم الذي نحل جسمه وأضناه العشق وهو يكتم حبه ومشاعره عن الآخرين. فقد شخص ابن سينا حالة هذا الشاب بطريقة مبتكرة، وذلك بعد أن تأكد من عدم وجود علة جسدية لضعفه، فوضع فرضية العشق لدى الشاب وأنها وصلت به إلى هذه الحالة. لكن ابن سينا ليختبر هذه الفرضية اتبع الطريقة المبتكرة الآتية: وضع يده على نبض الشاب ليراقب نبضه وبدأ يذكر أماكن المدينة وشوارعها، فإذا بالنبض يزيد ويتسرع عند الوصول إلى شارع من شوارع المدينة، وإذا تجاوز هذا الشارع تراجع تسرع النبض. الأمر الذي جعل ابن سينا يشخص أن الشارع الذي زاد فيه تسرع النبض هو المكان الذي تسكن به المعشوقة. لاحظ الطريقة المبتكرة والتسلسل المنهجي الذي اتبعه ابن سينا لتشخيص المرض. ولكن لربما المعشوقة لا تعيش ذلك الحب أو أن هذا الحب يلقي رفضاً من الأهل، ومن ثم لا مجال للوصال والزواج لحل المشكلة، ماذا سيفعل ابن سينا لحل هذه المشكلة وعلاج حالة الشاب. لقد ابتكر طريقة فذة في إحداث النفور لدى الشاب من هذه الفتاة ليخرج من

أسر العشق. هذه الطريقة مفادها أن يسلط على هذا الشاب العجائز، إذ يذكرن له قبح المعشوقة ودمامتها وجفائها وغلظتها وهجرها له والاستخفاف بمشاعره، ويستمر الحال على هذه الصورة حتى يقلع العاشق عن هذا الحب ويصل إلى قناعة أن هذا الحب فاشل وأن المعشوقة لا تستحق المعاناة والحب. لاحظ هذه الطريقة المبتكرة أنها المعالجة بالنفور التي سبق بها ابن سينا المدرسة السلوكية بقرون عدة. لقد استخدم ابن سينا كذلك النفور من أجل الإقلاع عن الخمر، وهذا سبق علمي واضح لصالح علماء العرب، ولا بد أن علماء الغرب اعتمدوا عليه لبناء نظرياتهم الحديثة من خلال دراسة الكتب العربية التي تُرجمت أو سُرقت من العربية.

مما يُذكر في سبق ابن سينا وإنجازاته أيضاً الآتي:

- 1- سبق فرويد والتحليلية في اعتماد الأحلام لتشخيص الاضطرابات النفسية، وذلك بقرون عدة، وربما استفاد ابن سينا في هذا المجال من العالم العربي ابن سيرين.
- 2- كان له قصب السبق في اكتشاف الأمراض النفسية والعقلية التي ترجع إلى الضغوط النفسية والاجتماعية وخبرات الطفولة والمراهقة والرشد والشيخوخة.
- 3- التمييز بين الأمراض النفسية والعقلية من جهة وبين الأمراض العضوية من جهة أخرى، وفي هذا سبق لابن سينا على كريبلن في تصنيف الأمراض، هذه حقيقة يتجاهلها الغرب.
- 4- أرجع ابن سينا المرض النفسي لأسباب عدة تتضافر مع بعضها منها النفسية والاجتماعية والجسمية والفيزيولوجية والوراثية والمكتسبة من البيئة، وهذا ما يسمى الآن بالعلة الشبكية للاضطرابات والمشكلات النفسية أو الاتجاه متعدد العوامل في تفسير الاضطرابات النفسية وكذلك الجسدية، أي إن الاضطراب أو المرض ليس نتيجة لعامل واحد بل نتيجة لعوامل عدة ، فابن سينا يُرجع الأمراض أو الاضطرابات إلى خلل في الدماغ أو المعدة أو إلى كثرة الغم والهم والضيق والانفعالات الشديدة أو إلى عادات سلوكية سيئة ككثرة النهم والإفراط في الطعام أو التعب أو الإرهاق أو الجماع أو الثورة والغضب أو الأوهام النفسانية وغيرها.

5- استخدام المنهج العلمي في التشخيص والعلاج، فلا مكان للخرافة والشعوذة والسحر، إنما يرجع الاضطراب أو المرض لأسباب وعوامل موضوعية في بدن الإنسان أو في ظروفه المعيشية. بل يستخدم الملاحظة والتجريب والمعاينة والقياس والاستدلال والاستنباط والاستنتاج والتحليل والتركيب. كذلك يستخدم العقاقير إلى جانب العلاج النفسي المتمثل بالإقناع وإشباع الحاجات والتعويض من خلال استبدال الهدف الصعب بهدف أسهل ممكن التحقيق. كذلك يؤكد ابن سينا على ما يُعرف اليوم باسم العلاج الطبيعي، وذلك من خلال التريض والمشي في الهواء العليل واللعب والصيد والاستحمام بالماء الفاتر أو السباحة والتغذية المتوازنة والراحة الكافية والنوم المعتدل وتحسين الظروف الفيزيائية للمريض. وكل تلك الإجراءات هي من سمات المنهج العلمي الرصين الذي تفره المعايير العلمية الحديثة.

6- التأكيد على العلاقة الوثيقة بين النفس والجسد، وهي علاقة جدلية تقوم على التفاعل والتأثير المتبادل بينهما. فالانفعال حالة نفسية تؤثر في الدورة الدموية كما هو الحال في حالة الشاب العاشق لدى ابن سينا. بالطرف الآخر أمراض المعدة تسبب الضيق النفسي والشعور بالغثيان. هذا الفهم يمثل سبقاً لما يُعرف اليوم بالاضطرابات السيكوسوماتية أي الأمراض الجسدية ذات نفسية المنشأ كالقرحة أو الضغط أو السكر أو السمّة التي قد تعود إلى أسباب نفسية كالتوتر والانفعال والضغط النفسي والقلق والخوف.

7- له السبق في تشخيص ووصف بعض الاضطرابات النفسية وتفسيرها مثل: بعض حالات الجنون، داء الكلب، الجنون السبعي، السرسام (ورم في حجاب الدماغ ينتج حمى دائمة وسهر واختلاط في الذهن)، المالنخوليا (نوع من الفصام)، العشق، المازوشية (التلذذ بإيذاء الذات)، الرهاب (قوبيا) من الظلام أو الماء أو الدم، الأرق وتفسيره، الكابوس في النوم، الرعونة، الحمق، الدوار، الغضب، الأحلام، التبول اللاإرادي أو سلس البول الذي أرجعه إلى رخاوة عضلات المثانة وعجزها عن الانقباض أو القلق النفسي أو الإفراط في شرب الماء قبل النوم، الهلوس السمعية والبصرية التي تترافق مع ما يُعرف اليوم بالفصام.

8- تكلم ابن سينا عن الفروق الفردية، فيقول إن الهجر والجفاء يسبب لدى بعض العاشقين النفور من المعشوقة، ولكنه لدى القسم الآخر من العاشقين يولد مزيداً من العشق لدى العاشق، كذلك الموسيقا قد تلهي العاشق عن المعشوقة، ولكنها لدى بعضهم الآخر بالعكس.

9- النزعة الإنسانية لدى ابن سينا وهذه بطبيعة الحال استمدتها من هدي الإسلام، فقد نظر إلى المرضى النفسيين نظرة إنسانية سامية ودعا إلى حسن معاملتهم وتغذيتهم ونومهم وراحتهم وتمتعهم بالهواء الطلق والرياضة والنشيد والغناء الحسن. لقد فرش ابن سينا فراش الحزين الكئيب بالرياحين والعطر والورود، وذلك ليغير له البيئة فيسهم في دخول السرور إلى نفسه، بل إن ابن سينا عالج المرضى مجاناً وتصدق عليهم من حر ماله متمثلاً بذلك فرض الزكاة التي أقرها الشارع عز وجل. هذا في الوقت الذي كان يُعامل المرضى النفسيون في أوروبا معاملة السجناء والحيوانات النادرة وتُغل أيديهم وأرجلهم بالسلاسل الحديدية الثقيلة، بل وتُعزل المستشفى عن العالم الخارجي كلية بسور مرتفع، ويخاف الناس منهم ويشعرون بالعار والخجل من صلات القرى معهم (اليعيسوي، 1992).

10- اعتماد العلاج بالعمل للتخلص من الأمراض النفسية، وهذا مجال جديد وحديث اعتمده المعالجون النفسيون حديثاً.

11- أبدع ابن سينا العلاج بفنية التسامي التي ترقى فوق الشهوات والرغبات والغرائز من خلال النوم والهوايات الحسنة والاهتمام بما هو مفيد وممارسة الأنشطة الفعالة والمفيدة في المجتمع بدل الانحراف، وهذا سبق له على النظرية التحليلية.

الزهراوي (1030-1106م)

هو أبو القاسم خلف بن عباس الزهراوي، ولد بالزهراء بالقرب من قرطبة في الأندلس، ويعد أعظم الجراحين في عصره بل هناك من يعده أبا الجراحة الحديثة، له كتب عديدة واخترع أكثر من (200) أداة طبية وقسم كبير منها يستخدم حتى اليوم، وأعظم مساهماته كتاب التصريف لمن عجز عن التأليف، إذ يعد هذا الكتاب موسوعة في الطب من ثلاثين مجلداً. في الحقيقة لم يركز الزهراوي على دراسة الحالة النفسية

للشخص وربما عرّج عليها، ذلك أن الزهراوي كان قد برع بالجراحة وليس بفهم النفس البشرية، ولكن في ذلك الزمن كان العلل النفسية تُعالج إلى جانب العلل الجسدية.

الإمام الغزالي (1058-1111م)

هو محمد بن محمد بن أحمد الطوسي المعروف بأبي حامد الغزالي والملقب بحجة الإسلام. لقد خالف الغزالي أفلاطون في فهم النفس البشرية، ففي حين عد أفلاطون النفس غريبة عن الجسد وسجينة فيه وسعادتها في التخلص منه والموت، عد الغزالي النفس جوهرًا في الجسد، وأن النفس بحاجة للجسد في سفرها من الدنيا إلى الآخرة، وما الجسد بالنسبة للنفس إلا كالمطية والزاد للمسافر. فالنفس مع الجسد -في حالة النفس المؤمنة- في منزلة الهدى وترتقي من الدنيا الفانية إلى الآخرة الباقية. في هذا السياق يقول الغزالي "قال بدن مركب الإنسان في سفره، ولا يمكن للعبد أن يصل إلى غايته ما لم يسكن البدن، ويجاوز الدنيا، لأن المنزل الأدنى لا بد من قطعه للوصول إلى المنزل الأقصى" (سعد، 1994، 22). هذا يعني أن الغزالي نظر إلى الإنسان نظرة تكاملية تشمل الروح والنفس والجسد، من هنا فسر السلوك الإنساني بصورة توافقية مؤلفة من علم يدفع الشخص (الجانب المعرفي)، وميل قوي (جانب وجداني)، وقدرة على ذلك يتم بها الفعل (جانب تنفيذي حركي). وهذا التفسير يوافق الفهم الحديث للسلوك الإنساني، وهذا يشير إلى أن الغزالي كان سباقًا في فهم النفس البشرية. لقد كان للإمام الغزالي آراء في السلوك الإنساني سبق فيها بافلوف، بل لعل بافلوف الذي نال جائزة نوبل في عام (1904) استفاد في نظريته حول الإشرط وتجاربه على الكلب من نظرية الغزالي، إذ سبق الغزالي بافلوف بسبعة قرون تقريباً في مضمون نظرية الإشرط، فقد أوضح الغزالي أن النفس البشرية مجبولة على الانسياق وراء الأوهام. وقرر أن الأوهام من شأنها أن تعطي كثيراً من الأشياء صفات غير حقيقية، وذلك بسبب طول فترة الاقتران، وذلك بما ثبت عن العقل باتصافه بتلك الصفات، وقد سمى هذه الحالة بـ (سبق الوهم إلى العكس). إذ أوضح كيف أن النفس إذا توهمت شيئاً خدمتها الأعضاء والأعصاب والقوى التي فيها. فتحرّكت إلى الجهة المتخيلة المطلوبة حتى إذا توهمت شيئاً طيب المذاق تحلبت الأشداق وانتهضت القوة المهيجة فيأضه

باللعاب (<http://ivanpetrovithpavlov.blogspot.com>). وهذا ما حدث مع كلب بافلوف وما يحدث مع الإنسان أيضاً. ومن ثم يظهر جلياً سبق الغزالي لبافلوف وأن أصل النظرية يعود له، ولكن الغرب كالعادة ينسب السبق له في كثير من السوابق العلمية التي ثبت أصلها للعلماء العرب.

من إسهامات الغزالي أيضاً الآتي:

- 1- سبقه في تعريف علم النفس وتسميته بعلم المعاملة. 2- سبقه إلى تشخيص الأمراض النفسية. 3- سبقه في طرح إعلاء الدوافع وهذا سبق له على التحليلية، إذ يرى أن تعديل السلوك والسمو به يمكن من خلال ربط أهداف السلوك بالآخرة، وفي هذا يؤكد على دور الإيمان في تعديل السلوك والسمو به أي التسامي كما وصفت التحليلية لاحقاً. 4- سبقه في ربط دوافع السلوك بالآخرة. 5- سبقه بشرح كيفية تعديل السلوك بمجاهدة النفس. 6- ربط الغزالي كيفية مجاهدة النفس والارتقاء بالدوافع والسمو بها بفقه العبادات وهذا أيضاً تسامي (أبو عاجة، 2014).

ابن زهر الأندلسي (1072-1162م)

هو أبو مروان عبد الملك بن زهر الأندلسي المعروف عند الأوربيين بـ "Abynzor" أو "Avenzoar" أو "Abumeron". وصفه المستشرق الأمريكي جورج سارتون بأنه أعظم طبيب في عصره بالعالم أجمع. ينحدر ابن زهر من عائلة أطباء أبدعت وخدمت وعملت في الطب على مدار ستة أجيال، كان أولهم الجد أبو مروان عبد الملك الذي ذاع صيته في بغداد ومصر والقيروان ثم الأندلس، وبعده ابنه أبو العلاء زهر بن عبد الملك، بعد ذلك جاء أبو مروان عبد الملك بن زهر الأندلسي. من أشهر كتبه التيسير في المداوة والتدبير الذي تُرجم إلى لغات عدة، فهو يُعد موسوعة طبية. لقد اعتمد على منهج التجريب والبرهان كأداة علمية، فجرب الدواء على الحيوانات. لقد ألف سبعة كتب لم يصل منها إلا ثلاثة فقط وربما سُرقت. من كتبه المهمة التي اختصت بالأدوية والنفس البشرية والطب النفسي كتاب الاقتصاد في إصلاح الأنفس والأجساد، هذا الكتاب موجود في مكتبة الإسكوريال في إسبانيا ويوجد نسخة أخرى في المكتبة الوطنية في باريس، وقد تكلم في هذا الكتاب عن الأمراض النفسية التي تصيب النفس

وعلاجها(https://arabicpost.net). من الملاحظ أن عموم الأطباء العرب اهتموا بالجانب النفسي والصحة النفسية وكان هذا مندمجاً مع عملهم بالطب، فلم يكن آنذاك تفصيلات بالاختصاصات كما العصر الحالي.

ابن باجة (1080-1138م)

هو أبو بكر محمد بن يحيى بن الصائغ بن باجة التجيبي، وهو فيلسوف وطبيب ورياضي وفلكي وأديب وكان أحد وزراء الدولة المرابطية وقضاتها. كتب (28) كتاباً كان منها قسم في الطب وآخر في الفلسفة وثالث إشراقية (روحانية)، وأغلب كتبه لم تصل الزمن الحاضر، فقد تكون قد سُرقت. تكلم ابن باجة في الجانب النفسي وله كتاب اسمه كتاب النفس، إتسمت نظرتة بالعلمية، فقد رأى أن الإنسان يستطيع بلوغ السعادة عن طريق العلم والتفكير لا بإماتة الحواس وتجسيم الخيال. أيضاً في كتابه تدبير المتوحد تخيل فيه مدينة يركز أهلها على التفكير بعقل حتى يصلوا إلى السعادة. يقسم ابن باجة غايات الإنسان إلى جسدية وروحانية وعقلية وهذه الأخيرة هي أرقاها، وهذا يصب في الصحة النفسية(ابن باجة، 2022).

ابن طفيل (1110-1185م)

هو أبو بكر محمد بن عبد الملك بن طفيل القيسي العربي الأندلسي وهو الفيلسوف والطبيب والفيزيائي والقاضي والرياضي والفلكي. لم تصل كل كتابات ابن طفيل إلى العصر الحالي، ولكنه يعد الأب الروحي للنزعة الطبيعية في علم النفس والتربية، وذلك من خلال كتابه الذي يعد رسالة في النفس وهو "حي بن يقظان" الذي حاول فيه التوفيق والانسجام بين المعرفة العقلية والمعرفة الدينية الإسلامية، الأمر الذي يؤدي إلى حالة من التكيف النفسي، وهذا يعد هدف الصحة النفسية الأعلى. ورغم انشغاله بالمسؤوليات المختلفة التي ولاه إياها السلطان الموحي أبو يعقوب يوسف، فقد قرب ابن طفيل ابن رشد إلى البلاط ليجري معه المناظرات العلمية والمراجعات الطبية التي دخلت في كتاب "الكليات" لابن رشد، وبالوقت نفسه ليقوم ابن رشد بشرح كتب أرسطو للسلطان الذي خلف ابن طفيل بعد وفاته كطبيب للسلطان. كما ألف ابن طفيل كتاباً في الطب من مجلدين وكتب أرجوزة كبيرة في الطب تتألف من (7700) بيت(ابن طفيل، 2022).

ابن النفيس (1213-1288م)

هو أبو الحسن علاء الدين علي بن أبي الحزم الخالدي المخزومي القرشي الدمشقي، وهو عالم في الطب وعلم وظائف الأعضاء (الفيزيولوجيا: قد يكون المؤسس الحقيقي لهذا العلم) وعلم النفس والفلسفة والقانون والعقيدة والفقه. ولد ابن النفيس وتعلم في دمشق وفي شبابه عمل في القاهرة وأصبح رئيس الأطباء فيها. يعد ابن النفيس إلى جانب الرازي وابن سينا أهم ثلاث شخصيات في تاريخ الطب العربي، فهو يعد عالماً موسوعياً، فقد اكتشف الدورة الدموية الصغرى وله مؤلفات كثيرة كشرح القانون لابن سينا، الموجز في الطب، الشامل بالطب وهو الموسوعة الأكبر في الطب في زمانه وغيرها من الكتب. ما يهم هنا الحديث عن الجانب النفسي، فقد كتب الرسالة الكاملة وهي رسالة "فاضل بن ناطق" التي تعد رسالة في النفس إذ تضمنت قصة خيالية عن طفل "كامل" ترعرع في جزيرة صحراوية معزولة، وبعد أن شب كسب معلوماته من خلال الحواس والملاحظة والتفكير والمراقبة والتفكير في هذا الخلق حتى وصل إلى معرفة الله. ثم تمكن من التواصل مع الناس من خلال أشخاص رماهم البحر ليعلموه لغتهم وينسجم معهم ثم ينطلق معهم إلى أرضهم ويعيش ويتوافق معهم. وهذه جاءت على غرار قصة "حي بن يقظان" لدى ابن طفيل (ابن النفيس: طبيب العصر الذهبي للإسلام، 2020) و(الورد، 1986).

ابن رشد (1126-1198م)

هو أبو الوليد محمد بن أحمد بن محمد بن أحمد بن أحمد بن رشد، كان طبيباً وفيلسوفاً رياضياً وفقيهاً وقاضياً. يعد ابن رشد من أهم أطباء العرب وأبرز فلاسفتهم حتى أن الأوروبيون سموه المعلم الثاني أي بعد أرسطو، بل وعده مؤرخون غربيون كأمثال توينبي وكارليل وغيرهم أنه قدم إسهامات مهمة للنهضة الأوروبية الحديثة. له كتب كثيرة في الفلسفة كتهافت التهافت، وفي الطب كالكليات بالطب، وفي الفقه كبداية المجتهد ونهاية المقتصد، وفي الردود النقدية كرده على الغزالي في كتاب الضميمة وفصل المقال، وفي الكلام والأدب واللغة ككتاب الضروري في النحو. من الكتب المهمة لابن رشد كتاب النفس الذي احتوى رؤية لفهم النفس البشرية وجوهرها. لقد ميز ابن رشد بين

الأمراض العقلية والأمراض المزمنة وقال: "إن بؤرة المرض هي الدماغ والبطن"، وهذا يشير إلى العلاقة المتبادلة بين الجانب الجسدي والعقلي أو النفسي، لقد أكد ابن رشد على العامل النفسي ودور البيئة في المرض وكذلك العامل الوراثي. إن هذا الفهم للعلاقة السيكوفيزيولوجية طبقه واقعاً في مئات المصحات العقلية والنفسية في الأندلس، وعالج المرضى النفسيين بوسائل عدة ومنها تغيير بيئة المريض وسكنه، واستخدم دراسة تاريخ الحالة للمريض. ومن إسهامات ابن رشد بناء منهج الشك، إذ سبق في ذلك الرياضي والفيلسوف الإنكليزي ديكارت (ياسين، 1986).

ابن ميمون (1134-1204م)

هو أبو عمران موسى بن ميمون القرطبي وهو عربي يهودي تعلم وترعرع في ظل الحضارة العربية الإسلامية السمحة. سافر من الأندلس إلى مصر ودرس فيها الطب، ودخل في خدمة القائد صلاح الدين الأيوبي الذي أكرمه وكذلك الملك الأفضل. من مؤلفاته في الطب النفسي كتاب الرسالة الأفضلية التي درس فيها الحالات النفسية وتقويتها، أي الحالات النفسية التي يمر بها الإنسان وسبل الوقاية والسلامة وصولاً للصحة النفسية. كذلك له كتاب دلالة الجائرين.

السمرقندي (ب. ت. 1222م)

هو نجيب الدين أبو حامد محمد بن علي بن عمر السمرقندي، وهو من معاصري الرازي، له مؤلفات كثيرة أهمها كتاب الأسباب والعلاقات في الطب. لقد برع بالطب النفسي ودراسة النفس البشرية فوصف كثيراً من الأمراض النفسية وصفاً علمياً دقيقاً كالقلق والشك والوسواس القهري وبعض الاضطرابات التي ترافق سن اليأس والاضطهاد والاكتئاب والاضطرابات المضادة للمجتمع (الاضطرابات السيكوباتية) التي تشير إلى الانحراف عن القيم والمعايير الاجتماعية مع فقد الشعور بالذنب أو اللوم أو تأنيب الضمير (المازني، ب. ت.).

داود الأنطاكي (1543-1599م)

هو الشيخ داود بن عمر الأنطاكي المعروف بالرئيس الضرير ولد كسيحاً ثم شُفي من كساحه، كان طبيباً حاذقاً مع أنه كفيف البصر، ولد في بلدة الفوعة بإدلب في سورية، سافر إلى دمشق طلباً للعلم وكذلك إلى القاهرة ومات في مكة المكرمة. له كتب كثيرة في الطب والصيدلة ومن مؤلفاته كتاب تذكرة أولى الألباب وكتاب الجامع للعجب العُجاب، وهناك كتاب في الطب النفسي يحتوي على فهم الأنطاكي للنفس البشرية الذي يستند فيه إلى القرآن الكريم والحديث النبوي الشريف، إذ يصيغ فيه جملة من الإرشادات النفسية التي تزيد من سلامة الصحة النفسية لدى الشخص (الأنطاكي، 1965).

إجمال إسهامات العلماء العرب وإبداعاتهم في علم النفس وسبق الغرب بها

- يذكر زليوورغ أن إسهامات العرب في علم النفس والطب النفسي اتسمت بالآتي:
- 1- لقد كان المسلمون والعرب أول من اكتشف العامل النفسي والعصبي في الأمراض النفسية والعصبية، وهذا يعد الأساس لما يُطلق عليه الآن الطب السيكوسوماتي، أي الذي يُرجع بعض الأمراض العضوية إلى أسباب نفسية كالقرحة والضغط والسكر التي قد تعود لأسباب نفسية.
 - 2- عارضوا المعاملة القاسية للمرضى النفسيين التي كانت سائدة آنذاك، فبنوا المصحات النفسية لهم وأعدوا لهم ظروف العلاج المناسبة والمريحة.
 - 3- صنفوا الأمراض قبل كربيلن بين عضوية ونفسية وذكروا كثيراً من أنواع الأمراض.
 - 4- وصفوا العلاقة بين الجسد والنفس وطبيعة التأثير المتبادل بينهما.
 - 5- أبدعوا دراسة تاريخ الحالة من خلال الكندي وابن سينا وابن رشد الذين استخدموها في دراسة مرضاهم، ودراسة تاريخ الحالة هي أداة رئيسة في المنهج العيادي الحديث.
 - 6- استخدموا الجراحة والأدوية والتدليك والحمامات والراحة وتغيير بيئة المريض.
 - 7- عالجوا الجملة العصبية دون عزلها عن أمراض الجسم والحالات النفسية للمريض.

- 8- أكدوا على أهمية التعاطف الاجتماعي والعلاقات الإنسانية في البراء من الأمراض النفسية (ياسين، 1986). ويمكن الإضافة إلى قدمه زليورغ حول إسهامات المسلمين والعرب في علم النفس والطب النفسي من خلال الآتي:
- 9- قدموا تفسيراً للأحلام عدوها في أغلبها انعكاساً لليقظة وهذه فكرة حديثة نسبياً، بل قسموا الأحلام إلى: التنبؤ بالمستقبل، الرؤيا الرمزية التي تحتاج إلى تأويل، رؤيا الأشياء من أضرارها، رؤيا أشياء في النوم فلا تقع ولا يوجد لها تأويل وهي أضغاث أحلام.
- 10- أكدوا على أهمية العلاقة بين المعالج والمتعالج في نجاح العملية العلاجية.
- 11- ركزوا على بث الأمل والروح المعنوية لدى المرضى، الأمر الذي له أهمية بالغة في تماثل الشفاء، وهذا سبق لهم على المدرسة النفسية الإيجابية الحديثة.
- 12- قسموا النفس البشرية إلى قوى عدة منها: القوة الغاذية، القوة الحاسة، القوة المتخيلة، القوة الناطقة، القوة النزوعية. وهناك تقسيم آخر لهم يتألف من: القوة العاقلة، القوة الغضبية أو السبعية، القوة الشهوانية أو البهيمية. وثمة تقسيمات أخرى لدى العلماء العرب أيضاً.
- 13- تكلموا بالتفصيل في الجانب النفسي عن الطبائع والصفات والأمزجة لدى الإنسان، بل ميزوا بين سمات الشعوب.
- 14- أبدع العلماء العرب طرائق عدة في العلاج النفسي وهي تعد اليوم علاجات حديثة منها: العلاج بالتنفير، العلاج بالتسامي، العلاج بالاسترخاء، العلاج بالإقناع، العلاج بالعمل...إلخ.
- 15- اكتشفوا تأثير الضغوط النفسية والاجتماعية وخبرات الطفولة والمراهقة والرشد والشيخوخة على الأمراض النفسية والعقلية.
- 16- ردوا المرض النفسي لأسباب عدة تتضافر مع بعضها منها النفسية والاجتماعية والجسمية والفيزيولوجية والوراثية والمكتسبة من البيئة. وهذا ما يسمى الآن بالعلة الشبكية للاضطرابات والمشكلات النفسية.

17- استخدموا المنهج العلمي في التشخيص والعلاج، فاستخدموا الملاحظة والتجريب والبرهان والمعاناة والقياس والاستدلال والاستنباط والاستنتاج والتحليل والتركيب. كذلك استخدموا العقاقير إلى جانب العلاج النفسي.

18- استخدموا ما يُعرف اليوم باسم العلاج الطبيعي، وذلك من خلال التريض والمشي في الهواء الطلق واللعاب والصيد والاستحمام بالماء الفاتر أو السباحة والتغذية المتوازنة والراحة الكافية والنوم المعتدل وتحسين الظروف الفيزيائية للمريض.

19- تكلموا عن الفروق الفردية بين الأشخاص وقد اهتموا بهذا الجانب في فهم النفس البشرية.

20- لقد سبق الغزالي بافلوف في فهم الإشراف من خلال نظريته "سبق الوهم إلى العكس".

21- عرفوا علم النفس وسموه بعلم المعاملة، وهذا كان لدى الغزالي.

22- أبدع ابن رشد منهج الشك، إذ سبق في ذلك الرياضي والفيلسوف الإنكليزي ديكارت.

23- اكتشفوا الاضطرابات المضادة للمجتمع (الاضطرابات السيكوباتية) التي تشير إلى الانحراف عن القيم والمعايير الاجتماعية مع فقد الشعور بالذنب أو اللوم أو تأنيب الضمير.

هل العلماء في التاريخ الإسلامي الذين بحثوا في علم النفس جلهم غير عرب...؟

لا بد في نهاية هذا المبحث من مناقشة مسألة مهمة وهي: يقول قائل إن هؤلاء العلماء غالبيتهم من غير العرب والعرب يفتخرون بهم فقط، ولا نتاج علمي لديهم إلا القليل، وهم عالة على الآخرين. هذا الكلام غير صحيح فهو أم منطق جلد الذات أو منطق بخس العرب حقهم، وهم أصحاب رسالة سامية بلغوها للعالم أجمع بعرقهم ودمائهم ونشروا النور والعدل حيثما حلوا. وفي ذلك يشهد المستشرق الفرنسي غوستاف لوبون في كتابه حضارة العرب الذي قال: ما عرف التاريخ فاتحاً أرحم من العرب ولا ديناً سمحاً مثل دينهم... وفي مكان آخر من كتابه قال إن حضارة العرب المسلمين قد أدخلت الأمم الأوروبية المتوحشة في عالم الإنسانية، فلقد كان العرب أساتذتنا... وإن جامعات الغرب لم

تعرف مورداً علمياً سوى مؤلفات العرب، فهم الذين مدّنوا أوربا مادةً وعقلاً وأخلاقاً... والتاريخ لا يعرف أمة أنتجت ما أنتجوه... إن أوربا مدينة للعرب بحضارتها... (لوبون، 1884). وثمة شهادات غربية أخرى في هذا السياق لا مجال لحصرها. يمكن الرد على السؤال السابق (هل العلماء في التاريخ الإسلامي الذين بحثوا في علم النفس جلهم غير عرب...؟) بالآتي:

1- إن أغلب العلماء هم عرب والدليل الواضح في هذا الأسماء العربية لهم ولآبائهم ولأجدادهم ولنسبهم.

2- بعض العلماء هم عرب وأسماءهم عربية وخرجوا مع الفتوحات الإسلامية هم أو أهلهم أو أجدادهم أو قبائلهم ثم نسبوا من حيث النسب إلى المنطقة التي سكنوها كفارس أو سمرقند أو الأندلس... إلخ. وهذا لا يغير أصلهم العربي.

3- لقد كانت لغة العلم في ذلك الزمن العربية، فمن يريد أن يطلب العلم من مهده يجب عليه أن يتعلم العربية. ولو لم يكن العرب أسياد المشهد العلمي في ذلك الزمن، لما كانت لغتهم لغة العلم على وجه البسيطة آنذاك، ولو وجد عنصر داخل الدولة العربية الإسلامية ينتمي إلى غير العرب ويتفوق على العرب لفرض لغته وثقافته على العرب، وهذا دليل على أن العرب علموا الجميع ولهم الفضل.

4- إن العلماء المسلمين من غير العرب -وهم قلة مقارنة بعدد علماء العرب- ينتسبون إلى الدولة الإسلامية التي رعتهم وعلمتهم، ودرسوا العربية لينهلوا من علوم العرب وأحسنّت الدولة الإسلامية مكانتهم، فهم مواطنون في هذه الدولة تماماً كالعرب ولا فرق بينهم في هذه الدولة.

5- إن المراكز العلمية التي وجدت في مدن العرب وأسسها العرب كانت محط أنظار كل طلبة العلم والعلماء على وجه البسيطة في الشرق والغرب. وهذه المراكز كانت في المدن العربية أولاً كدمشق وبغداد والقاهرة ومدن المغرب وغيرها، ثم بعد ذلك نقل العرب العلوم وفتحوا المراكز العلمية في البلاد التي فتحوها كالأندلس، فكانت قرطبة التي صُنعت بأيدي العرب ونتاجهم جوهرة العالم وكذلك طليطلة وغرناطة وأشبيلية وملقا وغيرها. لقد

علمت هذه المدن التي عمّرها العرب بالعلم والنور أوربا أبجدية العلم الذي شكل القاعدة الأساس للنهضة الأوروبية الحديثة.

6- بعد كل هذه الإسهامات والإبداعات التي ذُكرت آنفاً للعلماء العرب والمسلمين، أليس من الظلم عدم النظر إلى أن العرب هم أول من عمل في علم النفس والطب النفسي وأنداك لم تكن أوربا شيئاً مذكوراً في العلم...!!!!؟

لقد سبق العرب في تسمية علم النفس، فقد وسمه الغزالي بعلم المعاملة. أليس من الظلم بعد كل هذا الجهد والإنجازات والتاريخ في علم النفس من الحضارة العربية الإسلامية أن يُعد الألماني فوننت في جامعة لايبزغ المؤسس الحقيقي لعلم النفس في عام (1879) والعرب سبقوه بقرون عديدة...!!!!؟

تعريفات الصحة النفسية Mental Health

ثمة تعريفات كثيرة للصحة النفسية وهذا مرده إلى اختلاف الخلفية العلمية التي يُستند إليها في تعريف الصحة النفسية. من هذه التعريفات الآتي:

عرف يوسف الصحة النفسية "بأنها حالة نفسية إيجابية ، مستقرة نسبياً، تعبر عن تمكين الإنسان من توظيف وتفعيل طاقاته وإمكانياته التي يتمتع بها لتساعده على التغلب على التحديات اليومية والتفاعلات الاجتماعية دون التعرض لمعاناة انفعالية أو سلوكية، وحسن التوافق مع نفسه ومع بيئته ليعيش حياة هادئة وهنيئة ومنتجة في المجتمع"(يوسف، 2020، 6).

وعرف مورزون Morrison الصحة النفسية بأنها "تشير إلى حالة تتضمن الاستبعاد المستمر للضغوط أو الكآبة واعتبار كل حدث في الحياة رحلة جيدة"(Morrison، 2018، 42).

لقد أوردت نعيصة في كتابها الصحة النفسية تعريفاً للصحة النفسية كما عرفها معجم علم النفس والطب النفسي بأنها "حالة عقلية تتميز بالسلامة والصحة والانفعالية، وبالحرر النسبي من القلق وأعراض العجز، والقدرة على إنشاء علاقات إيجابية، ومواجهة مترنة مع المطالب العادية وضغوط الحياة"(نعيصة، 2015، 17).

وعرف بهات ، وشاه Bhat & Shah الصحة النفسية على أنها "الأداء الناجح للوظائف النفسية، بما يؤدي إلى أنشطة إنتاجية، تحقق القدرة على التكيف مع التغيرات والتعامل مع الصعوبات والمصاعب بداية من مرحلة الطفولة المبكرة وحتى أواخر العمر ، وتعد مهارات التفكير والتواصل التي تمارس خلال حياة الفرد تعبر عن الصحة النفسية للفرد (Bhat & Shah, 2015, 50).

وعرفها بروكتر وآخرون Procter, et al. بـ "التغلب على المحن والشدائد وحل المشكلات في الحياة اليومية وإدارة الأمور والمواقف الصعبة والتعامل مع ضغوط الحياة ويتم تحقيق الصحة النفسية بشكل أفضل بالمساندة الاجتماعية من الأصدقاء والبيئة الأسرية والتوازن بين الحياة العملية والصحة البدنية لخفض الضغوط والصدمات النفسية (4, 2014, Procter, et al.).

وعرف ميكانيك Mechanic الصحة النفسية بأنها "ليست مجرد غياب المرض أو الاضطراب بل هي تتضمن تقدير الذات والكفاءة والقدرة على استمرار العلاقات المهمة مع الآخرين" (1, 2010, Scheid & Brown, 2006 in: Mechanic). وعرفت منظمة الصحة العالمية WHO الصحة النفسية "بأنها حالة إيجابية من الراحة الجسمية والنفسية والاجتماعية تتمثل في التمتع بصحة العقل وسلامة الحواس وسواء السلوك" (بلان والزعبي، 2016، 19) و (الطيب والبهاص، 2009، 18). عرف الخالدي والعلمي الصحة النفسية "بأنها مدى أو درجة نجاح الفرد في التوافق الداخلي بين دوافعه ونوازعه المختلفة، وفي التوافق الخارجي في علاقاته ببيئته المحيطة" (الخالدي والعلمي، 2009، 13). ذكر أبو زعيزع تعريفاً للصحة النفسية بأنها "الحالة التي يستشعر معها الشخص بأنه لا يعاني من أية أعراض نفسية كالتوتر الشديد والقلق والخوف أو الصراعات النفسية الخطيرة التي تحول دون تكيفه مع نفسه أو بيئته، وفي هذه الحالة يكون الشخص قادراً على مواجهة الضغوط واستيعابها واحتمالها" (أبو زعيزع، 2009، 30). وقد أورد هيرمان وآخرون Herrman, et al. تعريفاً للصحة النفسية بأنها "الحالة الجسدية والنفسية والاجتماعية الحسنة والتامة وليس هي مجرد غياب الأمراض أو النقص فقط" (Herrman, et al., 2005; 2).

و(2005; 2, et al.). وعرف القاموس النفسي دورش الألماني Dorsch

psychologisches Wörterbuch الصحة النفسية بأنها "تغلب الجوانب المدافعة والتعويضية ونسق الاتزان الداخلي الفردي للشخصية على جوانب الضعف البنيوي والضغط البيئية التي يواجهها الشخص في حياته" (Häcker & Stapf, 2004, 366). بالاتجاه الطبيعي عُرفت الصحة النفسية بأنها "كل شيء ينزع الإنسان نحوه ويميل إليه ويرغب فيه بالطبيعة ويشتهي... وهذا الميل يجعل الإنسان يحدد ما يوافقه وما لا يوافقه، وبطبيعة الحال ما وافق الإنسان خير، وما لا يتفق مع طبيعته هو شر" (صباحي، 2003، 28).

وعرف الشناوي الصحة النفسية بأنها "توافر مجموعة من الخصائص مثل الفاعلية والكفاءة والمرونة والعلاقات الاجتماعية السوية والثقة بالنفس وتحمل المسؤولية والقدرة على مواجهة الظروف الصعبة وغير ذلك" (الشناوي، 2001، 9). وعرف أحمد "الصحة النفسية هي الشرط أو مجموعة الشروط اللازم توافرها حتى يتم التكيف بين المرء ونفسه، وكذلك بينه وبين العالم الخارجي، تكيفاً يؤدي إلى أقصى ما يمكن من الكفاية والسعادة لكل من الفرد والمجتمع الذي ينتمي إليه هذا الفرد" (أحمد، 2000، 16).

قدم الرفاعي تعريفاً للصحة النفسية بأنها "حالة إيجابية توجد عند الفرد وتكون في مستوى قيام وظائفه النفسية بمهامها كما يبدو ذلك في عدد من المظاهر: فإن كانت الوظائف النفسية تقوم بمهامها على شكل حسن ومتناسق ومتكامل ضمن وحدة الشخصية كانت الصحة النفسية سليمة وحسنة، وإن لم يكن الأمر كذلك كان من اللازم البحث عن أوجه الاضطراب فيها" (الرفاعي، 1998، 6). أيضاً أورد فهمي في كتابه الصحة النفسية اتجاهين لتعريف الصحة النفسية هما: 1- الصحة النفسية هي البراء من أعراض المرض العقلي أو النفسي. 2- الصحة النفسية هي قدرة الفرد على التوافق مع نفسه ومع المجتمع الذي يعيش فيه، وهذا يؤدي به إلى التمتع بحياة خالية من التأزم والاضطراب، مليئة بالحماسة. أي يرضى الفرد عن نفسه ويقبلها ويقبل الآخرين أيضاً (فهمي، 1995، 15-16). كما عرف حمزه الصحة النفسية بأنها "التوافق التام أو التكامل بين الوظائف النفسية المختلفة، مع القدرة على مواجهة الأزمات النفسية العادية التي تطرأ عادة على الإنسان، ومع الإحساس الإيجابي بالسعادة والكفاية" (حمزه، 1979، 50). وعرفها

القوصي بأنها "التوافق التام أو التكامل بين الوظائف النفسية المختلفة، مع القدرة على مواجهة الأزمات النفسية العادية التي تطرأ عادة على الإنسان، ومع الإحساس الإيجابي بالسعادة والكفاية" (القوصي، 1952، 6).

يعرف المؤلف (العمار) الصحة النفسية هي حالة السواء التي يتمتع بها الشخص وتتسم بالراحة النفسية والتوافق الداخلي والخارجي والكفاية في مواجهة الصعوبات وتجاوزها بنجاح دون الوقوع تحت وطأة المشكلات أو الاضطرابات النفسية.

من المهم هنا كما ورد في كتاب نعيمة التأكيد على نسبية الصحة النفسية، لأن الإنسان لا يمكن أن يتجنب السلوك الخاطئ بالمطلق، ولا بد أنه واقع به (نعيمة، 2015).

أهمية الصحة النفسية

1- إن قوانين الدول ودساتيرها تكفل للمواطن الرعاية الصحية الكاملة بمعناها الواسع، فتكفل الدولة حماية الأمومة والطفولة وترعى النشء والشباب والأسرة والشيخوخة، وتوفر لهم الشروط والظروف المناسبة لينمو بصورة طبيعية وسوية، ومن ضمن هذه الرعاية رعاية الصحة النفسية للمواطنين. من هنا تعمد الدول إلى بناء المستشفيات النفسية ومراكز الصحة النفسية والدعم النفسي ومراكز العلاج النفسي والإرشاد النفسي والخدمات النفسية.

2- إن انتشار الاضطرابات واعتلال الصحة النفسية يؤثر سلبياً على إنتاجية الفرد، لأن الاضطراب قد يمنعه من مزاوله عمله وبالتالي الإنتاج. الأمر الذي يجعل هذا الفرد عالة على المجتمع، فبدل أن يكون منتجاً لصالح المجتمع يجب على الدولة تقديم الخدمات العلاجية والنفسية له، وهذا يزيد من التكاليف التي تقع على عاتق الدولة.

3- عصر القلق الذي يعصف بالبشرية والمشعب بالتوتر والضغط والصراع والتنافس والتهديد بالحروب العالمية والإقليمية. يضاف إلى ذلك ارتفاع مستوى الطموح بين الشباب وكذلك بين الدول والتكتلات الاقتصادية والسياسية والعسكرية والاجتماعية وغيرها، كل ذلك يزيد من الحاجة الماسة للصحة النفسية.

4- انتشار مشكلات عدة زادت من الوضع سوءاً كإدمان المخدرات والمسكرات والكحوليات وإدمان الشابكة (النت) والعنف بأنواعه والتطرف والانحرافات السلوكية

والأمراض السيكوسوماتية (الأمراض العضوية نفسية المنشأ كالقرحة مثلاً) (العيسوي، a، 1994).

5- الغزو الثقافي الذي تتعرض له الأمة لطمس هويتها العربية والإسلامية، كذلك حالة الانفتاح على الغرب دون هدى أو رشد من خلال الفضائيات الغربية التي تكون في بعضها موجهة إلى المشاهد العربي بما تحمله من انحلال وإباحية ممقوتة ولا تتسجم مع المعايير الاجتماعية والأخلاقية لمجتمعنا.

6- المدنية السائدة في هذا العصر تقدمت مادياً بصورة هائلة، ولكنها تردت في الجوانب النفسية والأخلاقية والروحية والمعنوية، هذا جعل المجتمعات تربة خصبة لنشوء الاضطرابات.

7- ازدياد معدلات الفقر والغلاء والبطالة والجريمة وأنواعها التي لم تكن في كثير منها سائدة في المجتمع العربي فيما مضى.

8- ارتباط الإدمان بالجريمة بدرجة عالية، وذلك من خلال سعي المدمن لتوفير المال لكي يحصل ثمن المخدرات التي تكون أثمانها باهظة وتحتاج قوة مادية كبيرة.

9- إن الجسد والنفس وحدة متكاملة وثمة تفاعل بينهما ولا يمكن تجاهله، فالحالة النفسية تؤثر في الجسد وكذلك الحالة الجسدية تؤثر بالنفس. وليس أدل على هذه العلاقة والتأثير من الأمراض السيكوسوماتية (الأمراض العضوية نفسية المنشأ كالقرحة والسمنة والربو مثلاً).

10- مما زاد أهمية الصحة النفسية هي حالة الاهتمام بالإنسان الذي يشكل الثروة الأعلى فهو صانع الحضارة والتقدم والمعرفة وباني الأوطان (العيسوي، a، 1986).

11- أهمية سلامة العقل والنفس في ضبط السلوك وترشيده وتصويبه.

12- الضغط العمراني والمجتمعات العمرانية الجديدة وما يتطلبه من إعادة تكيف الفرد نفسياً واجتماعياً ومهنياً وأخلاقياً مع هذه المجتمعات الجديدة.

13- ازدياد مشكلات الأسرة ولا سيما بعد خروج المرأة إلى العمل، والأب بطبيعة الحال بالعمل أو ربما غائب بالسفر أو حاضراً وغائب عند الزوجة الثانية (العيسوي، b، 1994).

14- اشتداد مبدأ صراع الأجيال من خلال ما تبثه أجهزة الإعلام ووسائل التواصل الاجتماعي، وترافق هذا بهدم قيم أصيلة كاحترام الكبير والعطف على الصغير وبر الوالدين.

15- في بعض الأحيان يُفقد النموذج القدوة بين الشباب الأمر الذي يقود إلى ضياع الشباب واتباعهم لنماذج فاسدة ومنحرفة.

16- ثمة آثار سلبية على الصحة النفسية ناتجة عن انتشار التلوث وخاصة في بيئات العمل والمصانع وتلوث الماء والهواء والأرض والتلوث البصري والسمعي والزحام.

17- زيادة المناطق العشوائية على أحزمة المدن التي قد تكون بؤراً للفساد والانحراف والجنوح والجريمة والإدمان والربذيلة (العيسوي، 1997).

18- تجاهل مبدأ "وضع الرجل المناسب في المكان المناسب" في كل المجالات، إذ إن المكان لا يتفق مع قدرات الشخص وذكائه واستعداداته وميوله وسماته وظروفه وخبراته ومعارفه. الأمر الذي ينتج عنه المشكلات.

19- ضعف الوعي الصحي النفسي والعقلي، الأمر الذي جعل المعالجة النفسية والإرشاد النفسي عاراً ووصمة اجتماعية من قبل المجتمع (العيسوي b، 1986).

20- تشغيل بعض الأطفال الصغار بالأعمال الشاقة والخطرة، وهذا يجعلهم عرضة للاضطرابات النفسية.

21- شيوع مشاعر الإحباط والفشل واليأس الناتج عن عدم تقدير المجتمع الكفايات العلمية والقدرات الإنتاجية والإدارية (العيسوي، 1997).

أهداف الصحة النفسية

1- الوقاية من الاضطرابات النفسية، وذلك بالكشف المبكر عنها وعن عواملها وتوفير شروط مواجهة الاضطراب (نعيسة، 2015).

2- استثمار أساليب الصحة النفسية لتحسين خدمات الصحة العامة للشخص والمجتمع.

3- الاستفادة من مبادئ الصحة النفسية لتحسين نوعية الحياة وجودتها في التطور الوطني عامة (National Institute of Health & Family Welfare, 2020).

4- مساعدة الأشخاص على تعديل سلوكياتهم السلبية والمعتلة وتغييرها ثم بناء سلوك السوي.

5- الوقوف على أهمية العلاقة بين تجارب الحياة ونمو الشخصية.

6- نشر الوعي الصحي النفسي وأهمية الصحة النفسية في حياة الناس (عزوز، 2017).

7- الدراسة العلمية للصحة النفسية والتكيف النفسي.

8- علاج الاضطرابات والمشكلات النفسية باتباع فنيات الإرشاد والعلاج النفسي المختلفة والمستمدة من المدارس النفسية (أحمد، 2010).

9- مساعدة الأشخاص على تنمية قدراتهم وميولهم ومواهبهم والاستفادة منها في العمل والإنتاج والإبداع بما يعود عليهم وعلى المجتمع بالنفع والفائدة.

10- مساعدة الفرد على إقامة علاقات اجتماعية سوية تحقق التوافق النفسي والاجتماعي.

11- استمتاع الفرد بالحياة وشعوره بالسعادة والأمن (نجية، 2018).

12- تحديد حالة الصحة النفسية وأثرها في التكيف في البيت أو المدرسة أو المهنة أو المجتمع أو في أي مكان آخر (الرفاعي، 1998).

مجالات الصحة النفسية

المجال النمائي: يبحث هذا المجال في نمو الشخصية وتطورها ومكوناتها وعوامل نمائها، ومحركات السلوك البشري في المراحل العمرية المختلفة كالطفولة والمراهقة والشباب والرشد والكهولة والشيخوخة، ونشأة الصراع النفسي وأساليب الدفاع النفسي. الهدف مما سبق هو فهم الأسس التي يُبنى عليها السلوك النفسي الصحي والاتجاهات الانفعالية وعادات التفكير السليمة اللازمة لنمو الفرد وفق سبيل السواء، وكذلك فهم العوامل المعيقة للنمو السوي.

المجال الوقائي: يبحث هذا المجال في حماية الفرد من الوقوع في المشكلات والاضطرابات النفسية التي تؤذي الصحة النفسية للشخص، وذلك باتخاذ الإجراءات

وتهيئة الظروف التي تضمن ذلك. تظهر أهمية الوقاية في مجال الصحة النفسية نتيجة تحديد الأسباب التي تؤدي إلى المشكلات ووقوع الفرد في الاضطرابات النفسية. تلك الأسباب التي تُكشف في كل من المجال النمائي والمجال العيادي (الإكلينيكي) والمجال العلاجي كنتيجة لاكتشاف الاضطرابات النفسية في مراحلها المختلفة، واكتشاف دوافع السلوك الكامنة وراء وقوع الأفراد في مستوى منخفض من الصحة النفسية. يضاف إلى ما سبق ونتيجة للدراسات العلمية، ثمة اقتراحات في هذا المجال لحماية الصحة النفسية للأفراد تتمثل بالنقاط الآتية:

- 1- التركيز على التنشئة الاجتماعية السليمة وتمثل الأدوار الاجتماعية والقيم وتحمل المسؤولية وتقبل التغيير الاجتماعي.
 - 2- اعتماد أساليب التنمية النفسية السوية وتوضيح أهمية حماية الأفراد من الخبرات المؤلمة أو الشديدة التي تؤذي الصحة النفسية للفرد.
 - 3- نشر الوعي الصحي الذي يهدف لحماية الفرد من الأمراض الوراثية وإصابات الجهاز العصبي أو الإصابات الجسمية التي تسبب الاضطرابات النفسية.
 - 4- الاهتمام بالإرشاد النفسي التربوي والمهني والأسري والاجتماعي الذي يؤدي دوراً في الوقاية من مشكلات عدم التوافق في تلك المجالات الحياتية المهمة.
- المجال العيادي (الإكلينيكي):** ويهتم بدراسة خصائص الحالة النفسية وجزئياتها دراسة سريرية تفصيلية بهدف تحديد العادات والصفات السلوكية التي تميز كل حالة وما يندرج تحتها من معلومات، ولهذا المجال أدوات كوسائل القياس والتحليل والملاحظة لتشخيص الصحة النفسية للفرد. ثم نظم ذلك على شكل تقرير شامل عن جوانب التكوين الشخصي للفرد، وتقديم التوصيات التشخيصية اللازمة. ويتميز هذا المجال بتركيزه ليس فقط على الاضطراب النفسي بل يهتم أيضاً بمستوى الصحة النفسية للفرد.
- المجال العلاجي:** ويتصل هذا المجال بأساليب العلاج النفسي وبطرائقه المختلفة، ويتطلب ذلك دراسة نظريات العلاج المختلفة والتدريب على مهارات العلاج المختلفة والقيام بالإجراءات العلاجية والإرشادية أو الاستشارية بحسب الحالة ومستوى الصحة النفسية لدى الفرد. ولهذا المجال أيضاً أساليب التشخيص والقياس الخاصة به، وذلك

للتأكد من تحقيق الأهداف التشخيصية والعلاجية لتحديد مدى تطور العملية الإرشادية أو العلاجية.

ويتطلب هذا المجال التعمق في جوانب الشخصية من خلال الأساليب الإرشادية والعلاجية التي يجب أن يجيدها المرشد أو المعالج. وفي الوقت نفسه يجب على المرشد أو المعالج أن يلم بمجالات الصحة النفسية كافة من طرف، ومن طرف آخر يجب على المسترشد أو المتعالج السعي والتعاون في العملية الإرشادية أو العلاجية من خلال الإدراك الواعي بذاته ودوافعه ورغبته في البراء من المشكلة أو الاضطراب. ويلاحظ أن التخصص في علم الصحة النفسية يتطلب إعداداً معمقاً في العديد من مجالات علم النفس والتربية والاجتماع وذلك من الناحيتين الأكاديمية والتطبيقية. مع الإلمام ببعض المبادئ الطبية كالأدوية النفسية والأمراض الجسدية المتصلة بالحالة النفسية وموضوعات الطب بصفة عامة (عبد الله، 2008).

معايير الصحة النفسية

وجهة النظر العامة

- 1- المعيار الإحصائي: إذ يمثل بداية الانحراف المعياري السلبي الثاني وما فوق وجود المشكلة أو الاضطراب لدى الشخص. أما الانحراف الأول (+1) فهو طبيعي.
- 2- المعيار الذاتي: إذ يتخذ الفرد من ذاته إطاراً مرجعياً يرجع إليه في الحكم على السلوك بصحته أو عدم صحته أي سوي أو لا سوي.
- 3- المعيار المثالي: إذ يعد السوية هي المثالية أو الكمال أو ما يقرب منه، واللاسوية هي الانحراف عن المثل الأعلى أو الكمال (حامد زهران، 2005).
- 4- المعيار الاجتماعي: وهو ما اتفق عليه المجتمع، من القيم والاتجاهات والتقاليد والأعراف، ويتحدد السلوك السوي أو غير السوي من حيث قرينه وبعده عن معايير المجتمع، ولكن المجتمعات تختلف في معاييرها تبعاً لثقافتها، فما هو مقبول من سلوك في مجتمع قد يكون مرفوضاً في مجتمع آخر (الغانمي، 2015)، مثال الصداقة بين

الجنسين التي تتضمن العلاقة الجنسية في الغرب تعد أمراً مشروعاً، في حين يعد المجتمع العربي أو المسلم ذلك سفاحاً وشذوذاً ينهى عنه الدين.

5- المعيار المرجعي الباثولوجي (المرتبط بالأعراض): ويربط أنصار هذا الاتجاه السلوك غير السوي أو الاضطراب بوجود الأعراض التي تدل على الاضطراب، مثال أعراض الاكتئاب الموجودة لدى الشخص تدل على أنه مكتئب (سعد، 1994).

6- المعيار النفسي الموضوعي: إن السلوك هو عملية نشطة تحركها الدوافع الخاصة بالفرد من أجل تحقيق غرض ما، وهذا يعني أن لكل سلوك هدف وغاية حميدة، أما في حال السلوك اللاسوي فتكون غاية السلوك غير حميدة ككسب المال عن طريق السرقة مثلاً.

7- المعيار الطبيعي: ويعتمد هذا المعيار على أن السلوك السوي هو الذي يماشى الطبيعة الإنسانية والعكس صحيح (الخالدي والعلمي، 2009)، مثال زواج المثليين لا ينسجم مع الطبيعة الإنسانية، فهو سلوك غير سوي. في حين زواج الرجل والمرأة يُعد سويّاً لأنه ينسجم مع الطبيعة الإنسانية.

8- معيار السلوك التلازمي: قدم هذا المعيار كولمان Coleman ومفاده أن معيار السلوك السوي هو مدى ما يقدمه هذا السلوك من نمو وتحقيق إمكانيات وقدرات للشخص والجماعة. ويمكن تقييم سلوك الشخص من خلال ما حققه من أهداف في حياته (ملحم، 2015).

9- المعيار المعتمد على الموقف: هذا المعيار يعتمد على تحليل الموقف الذي حدث فيه السلوك، فقد يكون السلوك في موقف ما غير سوي والسلوك نفسه في موقف آخر سويّاً، مثال الانفعال في وجه المدرس لكثرة الواجبات سلوك غير سوي، لكن الانفعال نفسه بين الزملاء لا يمكن عده سلوكاً غير سوي لأنه يمثل تنفيساً انفعالياً. هذا المعيار ينسجم مع ما جاء به ليفين الذي قال إن الإنسان يتحرك من مكان الضغط النفسي والألم إلى مكان الراحة. أيضاً هناك نظرية حول ما يسمى بقوة العادة إذ إن هناك عادة قوية وأخرى ضعيفة يسهل علاجها.

وجهة نظر شنايدرز Schneiders: إن معايير الصحة النفسية هي: 1- الكفاية العقلية. 2- التحكم بالأفكار والتكامل بينها. 3- التكامل بين العواطف والتحكم بالصراع والإحباط. 4- العواطف والمشاعر السليمة والإيجابية. 5- الهدوء العقلي أو الطمأنينة العقلية. 6- المواقف السليمة. 7- المفهوم السليم حول الذات. 8- وعي الذات المناسب. 9- العلاقة المناسبة مع الواقع (الرفاعي، 1998).

وجهة نظر سكوت Scott: إن معايير الصحة النفسية هي: 1- القدرة العامة على التكيف. 2- القدرة على إرضاء الذات. 3- الكفاية في العلاقة بين الأشخاص. 4- القدرة العقلية. 5- التحكم بالدوافع والعواطف. 6- الموقف المتكامل في العلاقة مع الآخرين. 7- القدرة الإنتاجية. 8- الاستقلال الذاتي. 9- التكامل الناضج. 10- الموقف المناسب من الذات (Scott, 1958).

وجهة نظر ساذرلاند وسميث Sutherland & Smith: إن معايير الصحة النفسية هي:

- 1- أنه يعمل من أجل خير الإنسانية، في الوقت نفسه يتقبل أغلب الناس كما هم، وكذلك الأمر بالنسبة للمواقف البسيطة التي لا تشكل فروقاً في النتائج.
 - 2- يشعر بنفسه أنه ينتمي إلى جماعة ومجتمع ككل، ويتجسد الرضا الحياتي لديه من خلال المساهمة في خدمة الآخرين أكثر من السعي الدائم إلى المكاسب الشخصية.
 - 3- لديه وعي بماهية الوجود واهتمام بالقيم الدينية.
 - 4- يتمتع بالثقة بالنفس من دون إفراط أو تفريط، فيواجه مصاعب الحياة بنجاح وكفاءة.
 - 5- الشخصية المتكاملة والمنسجمة مع ذاتها من دون صراعات داخلية، مع قيم وأخلاق حميدة.
 - 6- ينجح في مواجهة المشكلات بصورة واقعية ولا يهرب من المواجهة.
 - 7- بعيد الأفق من حيث النظر إلى المستقبل، وهو إنسان عملي ويحب العمل والإنتاج لا يكتفي بالإنجازات السابقة بل دائماً يبحث عن إنجازات جديدة.
- وجهة نظر وولمان Wolman: يرى أن معايير الصحة النفسية هي:

- 1- العلاقة بين طاقات الشخص وإنجازاته: أي حالة الانسجام بين ما ينجزه الشخص فعلاً وبين ما يمكن أن ينجزه من خلال قدراته التي يتمتع بها، فعند غياب الانسجام يعبر هذا الغياب عن مشكلة أو اضطراب.
- 2- الاتزان الانفعالي: أي حالة الانسجام بين الانفعالات والمثيرات التي استجرت هذه الانفعالات. مثال ذلك موت عزيز يستدعي الحزن ولكن لا يستدعي الدخول في حالة اكتئابية لسنوات مديدة، كذلك الفرح بالنجاح من السنة الأولى إلى الثانية لا يستدعي الأمر المبالغة بالفرح وصولاً إلى الهوس.
- 3- سلامة الوظائف العقلية: وهذه تشمل سلامة الإدراك والانتباه والمحاكمات العقلية والذاكرة والتخيل والتفكير وغيرها من العمليات العقلية. إن الشخص الذي يتخيل ثمة من يطارده ودون وجود ذلك واقعاً، فهذا مؤشر على اضطراب الإدراك لديه، كذلك المحاكمات العقلية التي يسوقها شخص على أنه محلل سياسي متقعر في السياسة وليس بالواقع ما يؤكد ذلك وما يؤكد تحليله، فهذا يدل على اضطراب في المحاكمة. أيضاً الذي يذكر أحداثاً بالماضي وهو يصبر على ذلك -لا على سبيل الكذب بل الوهم- وهي لم تقع أصلاً، فهذا اضطراب بالذاكرة.
- 4- التكيف الاجتماعي: أي مدى انسجام الشخص مع معايير المجتمع وقيمه وشروطه. فالشخص الذي يملك صحة نفسية سوية يمكن أن يعيش بسلام مع الناس ويتفاعل مع بعضهم ويبني صداقة مع بعضهم الآخر، فهو يرغب بالتعامل مع الناس على أسس تحمل المسؤولية والاحترام المتبادل والتعاون على الخير والمصلحة العامة (Wolman, 1976).

مظاهر الصحة النفسية

- 1- التوافق وهو: الرضا عن النفس والتوافق الذاتي والأسري والتعليمي والاجتماعي والمهني.

- 2- شعور النفس بالسعادة ويشمل: الشعور بالراحة النفسية، إشباع الدوافع والحاجات الأساسية، الشعور بالأمن والاستقرار، كذلك وجود اتجاه متسامح مع الذات واحترامها وتقبلها والثقة بها، ونمو مفهوم موجب للذات وتقديرها.
- 3- الشعور بالسعادة عبر التفاعل مع الآخرين ويتضمن: احترامهم، بناء الثقة المتبادلة معهم، كذلك بناء الاتجاه المتسامح نحو الآخرين، القدرة على إقامة علاقات اجتماعية سليمة ودائمة، الانتماء للجماعة، القيام بالدور الاجتماعي المناسب، التفاعل الاجتماعي السليم، القدرة على العطاء وخدمة الآخرين، الاستقلال الاجتماعي، التعاون مع الآخرين، تحمل المسؤولية الاجتماعية، المشاركة الإيجابية وتنمية المجتمع.
- 4- تحقيق الذات واستغلال القدرات ويشمل: الاستفادة من فهم الذات، التقييم الواقعي الموضوعي للقدرات والإمكانات والطاقات، تقبل نواحي القصور والفروق الفردية، اتخاذ أهداف واقعية في الحياة ومستويات للطموح، تبني فلسفة حياتية تتميز بالمواكبة وإمكانية التحقيق، بذل الجهد في العمل، الشعور بالنجاح، تحقيق الكفاءة الإنتاجية.
- 5- القدرة على مواجهة مطالب الحياة وتشمل: النظرة السليمة الموضوعية للحياة ومطالبها ومشاكلها اليومية في الحاضر، البصيرة والمرونة الإيجابية في مواجهة الواقع، مواجهة مواقف الإحباط، بذل الجهود الإيجابية للتغلب على المشكلات وحلها.
- 6- السيطرة على الظروف البيئية ما أمكن والتوافق معها وتقبل الخبرات والاختيارات الجديدة.
- 7- التكامل الشخصي من خلال: الأداء الوظيفي المتكامل المتناسق للشخص بكل النواحي الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية، التمتع بالصحة والنمو الجسدي والنفسي السليمين.
- 8- السلوك السوي: وهو السلوك المقبول العادي المألوف والمقبول في المعايير الاجتماعية، العمل على تحسين مستوى التوافق النفسي، والقدرة على ضبط الذات والتحكم بها.

9- القدرة على العيش بسلام وتشمل: التمتع بالصحة النفسية والجسمية والاجتماعية والسلام، الاطمئنان الداخلي والخارجي، الإقبال على الحياة والتمتع بها، التخطيط للمستقبل بواقعية وثقة وأمل (إبراهيم، 2016) و(إسماعيل، 2014).

10- الصحة النفسية كما تظهر من خلال معايير الصحة النفسية.

11- المحافظة على الثبات: أي عدم التردد المتكرر بالسلوك، من هنا يمكن التنبؤ بالسلوك.

12- النمو مع العمر: أي التناسب بين العمر الزمني والعمر العقلي والجسدي والسلوكي.

13- المحافظة على قدر مناسب من الحساسية الانفعالية: أي الانسجام بين المثير الانفعالي والاستجابة الانفعالية (الرفاعي، 1998).

أبعاد الصحة النفسية

لقد حدد فانديفر Vandiver أبعاد الصحة النفسية بالأبعاد الآتية:

1- الجانب الانفعالي: وهو القدرة على مواجهة المشكلات والتحديات والضغوط والأزمات.
2- الجانب الاجتماعي: ويتضمن إقامة علاقات جيدة في نطاق الأسرة والعائلة والأصدقاء والآخرين والمجتمع عموماً.

3- الجانب البدني أو الجسدي: ويشمل الرياضة واللياقة البدنية والتغذية الصحية المتوازنة والرعاية الذاتية والطبية والابتعاد عن سوء استخدام العقاقير والمرح وروح الدعابة.

4- الجانب الفكري المعرفي: ويدل على نجاح الفرد في العلم والتحصيل العلمي والدراسة.

5- الجانب الروحي: ويشمل قدرة الفرد على الحب والإيمان والإحسان وعمل الخير، وممارسة الطقوس والشعائر الدينية والروحية (Vandiver, 2009).

علاقة الصحة النفسية بالعلوم الأخرى

الصحة النفسية والإرشاد النفسي: تتفق الصحة النفسية مع الإرشاد النفسي بمساعدة الشخص على حل مشكلاته وصولاً إلى التكيف. وتضبط العملية الإرشادية معايير وأسس وأخلاقيات، وهكذا الأمر بالنسبة للصحة النفسية، كذلك يستخدم الإرشاد الطرائق والأساليب وأدوات القياس نفسها المستخدمة في الصحة النفسية، ويعتمد على النظريات

النفسية نفسها لفهم السلوك السائد لدى الأشخاص، أي إن الصحة النفسية والإرشاد النفسي يكملان بعضهما.

الصحة النفسية والإرشاد الزوجي: إن علاقة الإرشاد الزوجي بالصحة النفسية مهمة، فالصحة النفسية تبحث سلامة العلاقة الزوجية وتخدم في هذا السياق، وكذلك الإرشاد الزوجي يقوم على إرشاد الأزواج قبل الزواج وأثناءه وبعده، ويتدخل عند حدوث المشكلات الزوجية. من هنا يمكن القول إن كليهما يعملان في الميدان نفسه ويخدمان الحياة الزوجية، ومن ثم العلاقة بينهما وثيقة.

الصحة النفسية والإرشاد المدرسي: إن العلاقة بين الصحة النفسية والإرشاد المدرسي علاقة جدلية تقوم على التأثير والتأثر وكل منهما يكمل الآخر، فأغلب المشكلات المدرسية تنعكس على الصحة النفسية وبالعكس، فالخوف ينعكس سلبياً على التحصيل الدراسي، وكذلك المشكلات التي يعانيها الطالب في المدرسة تنعكس على صحته النفسية، فعندما يكون لدى الطالب امتحان ثانوية مثلاً فإنه يُصاب بالتوتر. هذه الأمثلة تدلل على حالة التأثير المتبادل والتكامل بين الصحة النفسية والإرشاد المدرسي.

الصحة النفسية والإرشاد المهني: يتفق كل من الصحة النفسية والإرشاد المهني في الأدوات والغاية، وهي مواجهة المشكلات والاضطرابات التي تعكر صفو النجاح والتقدم والإنتاج في العمل المهني، وذلك للوصول إلى توافق مهني يسهم برفع سوية العملية التكيفية عموماً، فالعامل الناجح قد يكون ذلك من مؤشرات السعادة لديه وهذا دليل تكيف، وهو ما تسعى إليه الصحة النفسية. من هنا تتبدى العلاقة بين الصحة النفسية والإرشاد المهني.

الصحة النفسية والإرشاد الأسري: يتناول الإرشاد الأسري المشكلات التي تلم بالأسرة ويحاول أن يقدم المساعدة لأفراد الأسرة للتخلص من مشكلاتهم، هذا الدور الذي يقوم به الإرشاد الأسري يتقاطع مع دور الصحة النفسية كخدمة نفسية تُقدم لإحداث التوافق الأسري وبناء أسرة تتمتع بالسلامة النفسية. من هنا يمكن القول إن كليهما يعملان في

الميدان نفسه ويخدمان الحياة الأسرية وعامة أفراد الأسرة، ومن ثم العلاقة بينهما وثيقة وهي علاقة تكاملية.

الصحة النفسية وعلم النفس العيادي (الإكلينيكي): ويهتم بالاضطرابات النفسية من حيث التشخيص، ويهدف إلى تحديد إمكانيات سلوك الفرد وخصائص شخصيته بوسائل القياس والتحليل والملاحظة والمقابلة والمقاييس والتقارير الذاتية وغيرها من الأدوات التشخيصية. ثم بعد ذلك يقدم التوصيات اللازمة لإعداد الفرد وإرشاده نفسياً. الصلة مع الصحة النفسية تكمن في أن كليهما يهتم بالاضطرابات النفسية وبحالة السواء.

الصحة النفسية وعلم الطب النفسي: هو ليس من الاختصاصات النفسية الصرفة بل هو فرع من فروع الطب، ويهتم بالأمراض النفسية والعقلية ذات الأصل العضوي أو العصبي، وما يتعلق بها من مشكلات التوافق الشخصي، وهو يختص بالأمراض النفسية ومنها الذهان بنوعيه الوظيفي والعضوي. ويعتمد بصورة رئيسة على العلاج بالعقاقير أو جراحة الأعصاب والمخ. أي إنه يركز على الجانب العضوي البنيوي أكثر من الجانب النفسي الذي يستخدمه في بعض الأحيان. الصلة مع الصحة النفسية تكمن في أن الصحة النفسية تتقاطع مع الصحة العامة للشخص ومنها الجسدية، فالعلاقة بين النفس والجسد علاقة تأثير وتأثر.

الصحة النفسية وعلم الشذوذ النفسي: هو فرع من فروع علم النفس التطبيقي ويركز على دراسة سلوك الإنسان الشاذ والعمليات العقلية الشاذة وفق معايير علمية تمتلك القدرة على الكشف الموضوعي عن الحالات، كما يبحث في الاضطرابات السلوكية وعلتها وأعراضها وتصنيفها، هذه الاضطرابات التي تؤثر في الكفايات المطلوبة شخصياً وعقلياً واجتماعياً ومهنياً وحياتياً. صلة علم نفس الشواذ مع الصحة النفسية تكمن في أن كليهما يهتم بالاضطرابات النفسية وبحالة السواء.

الصحة النفسية وإرشاد الأطفال: في الحقيقة يسعى إرشاد الأطفال إلى مساعدة الأطفال على حل مشكلاتهم ورفع مستوى التكيف لديهم وكذلك تفعل الصحة النفسية، فهي تهتم بسلامة الصحة النفسية للأطفال. من هنا يمكن القول إذا كانت المقاصد عينها

لإرشاد الأطفال والصحة النفسية، فمن الطبيعي أن تكون الأساليب والأدوات متشابهة، بالنهاية كلاهما يقدم خدمة نفسية للطفل. من هنا يمكن القول إن الصحة النفسية وإرشاد الأطفال بينهما ارتباط وثيق ونقاط التقاء كثيرة، كذلك مع إرشاد المراهقين والشباب والكبار والمعاقين.

الصحة النفسية وعلم نفس الشخصية: تشكل الشخصية ونظرياتها رافداً مهماً للصحة النفسية لفهم ماهية الشخصية وبنيتها واعتلالها ومشكلاتها واضطراباتنا وصحتها، لذلك كانت الشخصية من أهم الموضوعات التي يتم تناولها في الصحة النفسية، فهي محور الدراسة في الصحة النفسية، فحالة السواء أو اللاسواء التي يتم الحديث عنها في الصحة النفسية هي سمة الشخصية. من هنا يمكن فهم العلاقة الوثيقة بين الصحة النفسية وعلم نفس الشخصية.

الصحة النفسية وعلم النفس العام: يعد علم النفس العام المقدمة التي لا غنى عنها لكل الدارسين في المجالات النفسية، إذ إن السلوك والحاجات والدوافع والميول والاتجاهات من الموضوعات التي يتضمنها علم النفس العام من جهة، ومن جهة أخرى فإن كل هذه الموضوعات تقع في لب الصحة النفسية للشخص، وأن من أساسيات العامل في الصحة النفسية إتقان هذه الموضوعات.

الصحة النفسية وعلم الاجتماع: هناك صلة قوية ومتينة بين الصحة النفسية وعلم الاجتماع، إذ إن واحداً من أهم المعايير في الصحة النفسية هو المعيار الاجتماعي وهو ما اتفق عليه المجتمع، من القيم والاتجاهات والتقاليد والأعراف، ويتحدد السلوك السوي أو غير السوي من حيث قربه وبعده عن معايير المجتمع. أيضاً ثمة نظريات نفسية تربط بين الظواهر الاجتماعية والاضطرابات العقلية والنفسية، فنظرية التحليل النفسي مثلاً تشير إلى مشاركة العوامل الاجتماعية مع العوامل النفسية، ونظرية علم النفس الفردي (لأدلر) تؤمن بالأهمية البالغة للعوامل الاجتماعية، كما تولي النظرية السلوكية عمليات التعلم الاجتماعي أهمية في تفسيرها لأسباب انحراف السلوك، هذا يؤكد العلاقة الوثيقة بين الصحة النفسية وعلم الاجتماع.

الصحة النفسية والإحصاء: يمكن القول إنه لا يوجد مجال علمي اليوم لا يتصل من قريب أو بعيد بعلم الإحصاء، إذ إن هذا العلم يأخذ على عاتقه توضيح الأمور وتسهيلها عن طريق أساليبه وتقنياته المتعددة، وتعتمد الصحة النفسية اعتماداً كبيراً على العمليات الإحصائية المختلفة في تحديد احتمالات حدوث الاضطراب أو المشكلة ونسبة ذلك الحدث، وكذلك احتمالات البراء منها، كما يقدم الإحصاء للصحة النفسية خدمة كبيرة تكمن في توضيح النسب التقريبية لحالات السواء وعدم السواء لدى الشخص، كما تُوضح العلاقات بشكل أرقام ونسب وإحصائيات سهلة القراءة وواضحة المعالم وتساعد كثيراً على تحليل المشكلات والاضطرابات النفسية والسلوكية. وتدخل العمليات الإحصائية بوصفها عاملاً أساسياً في تقنين البحوث وتقييمها بشكل عام، وخاصة المتعلقة بالصحة النفسية، كما تساعد المختص النفسي على اختبار قدرات المبحوثين وإمكاناتهم العقلية والجسمية عن طريق الاختبارات التي تُقدم إليهم في هذا المجال، من هنا تتضح العلاقة الوثيقة بين الصحة النفسية والإحصاء.

الصحة النفسية والأديان: يؤكد كثير من الدراسات والبحوث على تأثير الدين في الصحة النفسية وعلاج العديد من الاضطرابات والمشكلات النفسية التي تلم بالشخص، ذلك أن الإيمان يؤدي إلى تغيير الاتجاهات وتعديل السلوك بصورة إيجابية، فالدين أساسي في حياة أغلب الناس ولا سيما في مجتمعنا العربي، وليس من الموضوعية تجاهل ذلك، فكثيرة هي الآيات القرآنية والأحاديث التي ركزت على سلامة النفس وصحتها وبنائها وتنشئة الأولاد، وكما يقول صاحب نظرية النسبية (أينشتاين): إن بصيرتنا العلمية مفتقرة إلى بصيرتنا الدينية.

الصحة النفسية وعلم القانون: ترتبط الصحة النفسية بعلم القانون في كثير من المجالات والاتجاهات، فعلم النفس الجنائي يهتم بالأسباب النفسية للجنوح والإجرام والحالات الانفعالية أو العقلية للمجرم وقت وقوع الجريمة، وهذه من العوامل التي وطدت ومهدت للعلاقة بين الصحة النفسية وعلم القانون، هذه فضلاً عن أن كلا المجالين يعملان على مقاومة السلوك غير السوي، ومن ثمّ فهما يسعيان إلى تعديل سلوك

المنحرفين الذين ينتمون إلى أسر تعاني كماً من المشكلات النفسية وغيرها، وهؤلاء المنحرفون بحاجة إلى إعادة تشكيل سلوكهم بشكل يؤدي إلى تنمية حالة من التوافق النفسي والاجتماعي لديهم وصولاً إلى الصحة النفسية.

الصحة النفسية والطب: في كثير من الأحيان يحتاج المرشد أو المختص النفسي أن يستأنس برأي الطبيب حول مشكلة عضوية لدى الشخص كإعاقة جسدية لدى طفل، أو طفل يعاني سلساً ليلياً وهو في عمر لا ينسجم مع حالة السلس التي يعيشها أو غيرها من الأمثلة الكثيرة التي تحتاج إلى استشارة الطبيب، وقد يحيل المرشد أو المختص النفسي المسترشد إلى الطبيب لإجراء فحوصات وتحاليل يود المرشد أن يضعها ضمن دراسة الحالة التي يقوم بتطبيقها على مسترشده. ومما يوضح نقاط الالتقاء بين الصحة النفسية والطب أن هناك اضطرابات سيكوسوماتية أي عضوية نفسية المنشأ كالقرحة مثلاً.

الصحة النفسية والعلاج النفسي: تتضح العلاقة الوثيقة بين الصحة النفسية والعلاج النفسي من خلال الأهداف، فكلاهما يسعى إلى الهدف نفسه وهو سلامة النفس، وكذلك الوسائل والأدوات المتشابهة، أي كلاهما بالسياق نفسه. بل يمكن القول إن هدف العلاج النفسي من خلال كل الوسائل والفنيات التي يستخدمها هو الوصول إلى الصحة النفسية التي تعبر عن حالة الشفاء والبراء لدى الشخص.

الصحة النفسية وعلم النفس الصناعي: لفهم ماهية العلاقة بين الصحة النفسية وعلم النفس الصناعي لا بد من ملاحظة أثر الصحة النفسية على إنتاج العامل في المصنع والمعمل. فهل العامل الذي يتمتع بصحة نفسية جيدة إنتاجه كماً ونوعاً نفس إنتاج العامل الذي يعاني من اضطرابات أو مشكلات نفسية؟ في الحقيقة لا يمكن أن يكونا سواء، بالتأكيد أن الصحيح نفسياً سيكون إنتاجه أفضل كماً ونوعاً. من هنا تتبع أهمية الصحة النفسية في الإنتاج، وهذا ما يفسر العلاقة الوثيقة بين الصحة النفسية وعلم النفس الصناعي.

الصحة النفسية والفروق الفردية: إن علم الفروق الفردية يتداخل مع كل الاختصاصات النفسية ومنها الصحة النفسية، فالصحة النفسية ليست بالسوية نفسها لدى كل الأشخاص بل هي في حالات متباينة من شخص إلى آخر، كذلك الأمر وجود المشكلة أو الاضطراب نفسه لدى أشخاص عدة هي ليست بالشدة أو الدرجة نفسها. هذا الأمر يمكن تفسيره من خلال الفروق الفردية بين الأشخاص في حالة السواء أو في اللاسواء. وهذا يدل على طبيعة التقاطع بين الصحة النفسية والفروق الفردية.

الصحة النفسية وعلم العقاقير: تتأثر الصحة النفسية بتناول العقاقير فبعضها يفقد الوعي كلاً أو جزءاً، وبعضها يؤدي إلى حالات من الضحك الذي قد يخرج عن السيطرة وال ضبط وربما يصل إلى الهوس، وبعضها يولد الإدمان كالمخدرات والمسكرات التي تحطم الحياة وتفقد الشخص دوره الطبيعي في الحياة الاجتماعية. كما أن بعض العقاقير تؤثر في الإفرازات الهرمونية في الجسم، وهذا يؤدي إلى تغير المزاج والسلوك كظهور الغضب والعصبية وضعف الذاكرة والإدراك والهلاوس وغيرها. من هنا تتجسد العلاقة بين الصحة النفسية وعلم العقاقير.

الفصل الثاني

تفسير الصحة النفسية من منظور النظريات النفسية

مقدمة

يتناول هذا الفصل التفسيرات المختلفة التي تقدمها النظريات النفسية المختلفة للصحة النفسية أي لحالة السلوك السوي واللاسوي، فالمنظور النفسي للسلوك لدى التحليلية يختلف عن المنظور النفسي لدى السلوكية، والمنظور لدى السلوكية يختلف عن المنظور لدى الغشائية، والمنظور لدى الغشائية يختلف عن المنظور لدى العقلانية، والمنظور لدى العقلانية يختلف عن المنظور لدى الإيجابية، وهكذا دواليك. الأمر الذي استدعى تناول النظريات المختلفة من جهة فهمها للسلوك عامة وللسلوك السوي واللاسوي خاصة.

النظرية البيوفيزيولوجية: Biophysical Theory

تنطلق هذه النظرية من الجانب الجسدي إذ يرى أنصار هذه النظرية (شاي وريموند وهالاهاان وكوفمان) أن أساس السلوك يعتمد على الجانب البنيوي الفيزيولوجي وأن البيئة تؤدي دور المثير الذي يحفز السلوك فقط. يولد الطفل وفق هذه النظرية ولديه استعداد بيولوجي وهذا الاستعداد قد يحمل اضطراباً في السلوك وقد لا يكون كذلك، فكما يرى أصحاب هذه النظرية أن الأدلة واضحة على الأسباب البيولوجية أو البنيوية أكثر في الاضطرابات السلوكية والانفعالية الشديدة والشديدة جداً. فمثلاً في حالات التوحد يظهر الطفل عدم توازن كيميائي، كذلك فإن الجينات غالباً ما تؤدي دوراً في فصام الطفولة. أيضاً أشار هالاهاان وكوفمان (1982) إلى أن السلوك قد يتأثر بالعوامل الجينية والعصبية والبيوكيميائية، كذلك هناك علاقة وطيدة بين جسم الشخص وسلوكه، ومن ثم يكون من المنطق أن تكون العوامل البيولوجية وراء الاضطرابات السلوكية والانفعالية وفي الوقت نفسه يصعب إظهار العلاقة السببية بين العامل البيولوجي المحدد والاضطراب السلوكي والانفعالي. تجمل هذه النظرية عوامل تكوين السلوك بالعوامل الآتية: 1-العوامل الوراثية. 2-العوامل النمائية. 3-العوامل المثيرة. 4-العوامل الإدراكية. 5-العوامل العصبية. 6-العوامل البيوكيميائية.

ترى هذه النظرية أن الاضطرابات البسيطة والمتوسطة قد تشترك فيها عوامل بيئية وبيولوجية معاً أما في الاضطرابات الشديدة فتكون الغلبة للعوامل البيولوجية (يحيى، 2000).

النظرية البيئية: Environmental Theory

تعتمد النظرية البيئية على مبدأ مفاده أن السلوك هو نتاج التفاعل الذي يحدث بين الشخص والبيئة المحيطة وأن الاضطرابات السلوكية تحدث من خلال هذا التفاعل. هذه الاضطرابات تنتج من البيئة السيئة المضطربة، أما البيئة السليمة فينتج عنها سلوك سوي. من رواد هذه النظرية هوبز ولويس وغيرهم. يعرف هارنغ وفيليب المضطرب سلوكياً بأنه "الشخص الذي لديه مشاكل شديدة مع الأشخاص الآخرين مثل الرفاق أو الآباء أو المدرسين" (المرجع السابق، ص 53). مما تقدم وفق هذه النظرية يحتاج الشخص المضطرب لنوع معين من البيئات السليمة بحيث ينمو بصورة طبيعية ويتحمل مسؤولياته بشكل أكثر فاعلية ويمارس أمور حياته بصورة طبيعية، فالنظرية البيئية تربط الشخص بالبيئة بحيث إن مشاكل الشخص هي من مشاكل البيئة والمجتمع الذي يعيش فيه، من هنا فإن أي اضطراب في المجتمع قد يؤثر في الشخص، والشخص بدوره قد يؤثر في محيطه، فالنظام البيئي يقدم نموذجاً قد يكون سائداً ينضوي تحت مبدأ "لقد أسأت لي، وأنا سوف أسيء لك بالمثل" مثل هذه المعاملة التي تقوم على مبدأ المعاملة بالمثل قد تكون سائدة في المجتمع إما بالإحسان (بيئة سوية) أو بالإساءة (بيئة مضطربة). عند هذا الحد يكون الطفل أو المراهق بحاجة إلى برنامج تربوي يمتد إلى المحيط الذي يعيش فيه (الأسرة، الروضة، المدرسة، الجامعة، الجيران وأبناؤهم)، هنا تكون عوامل: الأسرة، الروضة، المدرسة، الجامعة، الجيران وأبناؤهم عوامل منتجة للسلوك بقبحه وحسنه. يمكن القول إن النظرية البيئية تعتمد على قانونين أساسيين هما: 1- البحث عن التوازن في النظام البيئي بين الضغوط والأداء أي بين الواجبات والحقوق وهذا مهم جداً للوقاية من الاضطراب. 2- العلاقة المتبادلة بين عناصر النظام البيئي، فالتغير في عنصر قد يؤدي إلى تغير في عناصر أخرى وربما يؤدي إلى تغيير النظام كله (المرجع السابق).

النظرية الغشتالتية: Gestalt Theory

تعني كلمة الغشتالت الشكل أو الصيغة وهي كلمة ألمانية (Gestalt) وكذلك (Gestaltung) وتعني التشكيل. رواد هذه النظرية هم بيرلز وفرتهايمر وليفين وكوفكا وكوهلر. تتطرق الغشتالتية في فهم السلوك من مصطلحات عدة وهي:

الغرائز: ومن أهمها غريزة الجوع التي تمر بمراحل عدة وترتبط هذه المراحل بالخصائص النفسية وهي: مرحلة ما قبل الولادة، مرحلة ما قبل ظهور الأسنان وترتبط بعدم الصبر، مرحلة القضم وترتبط بالعدوان، مرحلة الطحن وترتبط بالتمثل.

العدوان: وهو أسلوب يستخدمه الشخص لمواجهة العوائق التي تقف في طريق إشباع حاجاته.

الواقع: وهو التفاعل المستمر مع المحيط سعياً لتحقيق التوازن ليكون المستقبل منظماً ومدرّكاً.

التشكيل الكلي: الشخص هو كل من العقل والجسد والروح وهو يفكر ويشعر وينفعل. من وجهة نظر الغشتالتيين قد يحدث الاضطراب لدى الشخص نتيجة عدم تحقيق التوازن وهذا يظهر عند عدم إشباع الحاجة، فإذا ما أُشبعَت الحاجة عاد التوازن وانخفض التوتر وزال الاضطراب وكان السلوك طبيعياً. يركز الإرشاد الغشتالتي على الخصائص الحالية لسلوك المسترشد الذي لا يكون واعياً به، وعدم الوعي هنا لا يقصد به الأمور المكبوتة، بل يُقصد به أمور لم تأتِ إلى الوعي والتي خبت أو لم يتم تمثيلها وتشمل بعض العادات وبعض المهارات وبعض أنماط السلوك. لا تعطي الغشتالت أهمية للاشعور أو الأحلام أو الماضي، من هنا تهتم بفنية الإرشاد المعتمدة مبدئين معاً هما "هنا والآن"، فيتعلم الشخص كيف يعيش فترة الحاضر وفي المكان الذي يكون فيه، فمثلاً سلوك الطفل داخل غرفة الدرس في المدرسة يختلف عن سلوك الطفل في ساحة اللعب في المدرسة. يهتم الإرشاد الغشتالتي بالخبرات لدى الشخص فيدفع الطفل مثلاً لمعيشة أكبر كم من الخبرات لكي يطور خبراته، وهذا يؤدي إلى تحقيق التوازن ومن ثم يحقق الصحة النفسية. من جملة الأمور التي اهتم بها الغشتالت لفهم السلوك وتعديله التركيز، إذ يتم التركيز على الصورة أو الشكل بدل الخلفية من خلال الاعتماد على

الإدراك والوعي بالميل والاهتمامات والحاجات. بالنهاية يمكن القول إن المدرسة الغشتالتية تسعى إلى مساعدة المسترشد على أن يتعلم حل مشكلاته الخاصة الراهنة والمستقبلية معتمداً على نفسه (الشناوي، 1994 عن: بلان، 2006).

النظرية التحليلية: (Psychoanalysis) Analytic Theory

يعد فرويد Freud (1856-1939) رائد هذه النظرية، إذ ولد فرويد في مدينة فريبج-مورافيا في جمهورية التشيك. بعد ذلك انتقلت أسرته إلى فيينا وكان عمره أربع سنوات (نيسنول، 2015). وكذلك من رواد هذه النظرية يونغ وأدلر وفروم وهورني. لقد نظرت هذه النظرية إلى السلوك اللاسوي أو المضطرب على أنه نوع من الصراع بين مكونات الشخصية وهي: **الهو (ID)**، **الأنا (EGO)**، **الأنا الأعلى (SUPER EGO)**. **الهو (ID)**: وفيها الدوافع الأولية من جنس وجوع وعطش إذ تسعى إلى إشباع هذه الدوافع الأولية تحقيقاً لمبدأ اللذة الذي يدفع الشخص ليتصرف بموجبه. **الأنا (EGO)**: وتمثل المحرك الواقعي للسلوك من جهة التعامل مع الآخرين وتنظيم هذه العلاقة فهي تتسم بالمنطقية والواقعية وتدفع الشخص للتصرف بصورة مناسبة. **الأنا الأعلى (SUPER EGO)**: وتتمثل بمجموعة القيم والمثل والضوابط والمعايير الاجتماعية التي اكتسبها الإنسان منذ الطفولة ولأسيما من والديه. إن الأنا الأعلى يقابل ما يُسمى بالضمير، من هنا تدفع الأنا الأعلى الشخص للتصرف وفق مبدأ الذات المثالية.

لقد فسر التحليليون السلوك اللاسوي أو الاضطراب من خلال الخبرات المكبوتة والتي غالباً ما تعود إلى الطفولة المبكرة إذ تبقى هذه الخبرات في اللاشعور توجه السلوك وهذا يؤدي إلى الانحراف ومن ثم حدوث الاضطراب. تحدث فرويد عن نوعين من الغرائز وهما:

- 1- غرائز الحياة وهي تتمثل بغريزة الجوع والعطش والجنس. 2- غرائز الموت وهي تتمثل بغريزة العدوان سواء على الذات أو على الآخرين.

أما عن مراحل النمو التي يمر بها الإنسان وسلوكه فهي: المرحلة الفمية (Oral)، المرحلة الشرجية (Anal)، المرحلة القضيبية (Phallic)، المرحلة الكامنة (Latency)، المرحلة الجنسية (Gential) (يحيى، 2000).

بالنهاية لابد من الإشارة إلى أن أهم طلبية فرويد وهم أدلر ويونغ انشقوا عنه وخالفوه فيما ذهب إليه، بل شكل كل منهما نظرية خاصة به وأصبح لديه أتباع. كما يجدر الإشارة هنا إلى أن نظرية فرويد بقيت في مستوى التأمّلات والفرضيات رغم شهرتها دون أن تقدم أدلة واقعية كما فعلت السلوكية مثلاً، هذا ما توصلت إليه هورني أيضاً (تلميذة فرويد) بعد خمسة عشر عاماً من العمل في أوروبا وأمريكا على نهج فرويد.

النظرية السلوكية: Behavioral Theory

تعد النظرية السلوكية من أشهر النظريات الإرشادية ومن أكثرها واقعية والسبب في ذلك هو اعتمادها المنهج التجريبي والتطبيقات العملية في ميدان التربية وعلم النفس والصحة النفسية والقيادة والإرشاد والعلاج، كما استخدمت منهج حل المشكلات التجريبي في مجال المهارات النمائية والمشكلات السلوكية، لقد استخدمت قوانين التعلم لتعليم أنماط سلوكية جديدة مرغوبة وخفض أنماط أخرى غير مرغوبة. من أبرز علماء السلوكية سكينر وواطسن وباندورا وغيرهم. فهم السلوكيون السلوك من خلال تعليم الطفل أن يتصرف بطريقة محددة ناتجة عن تفاعله مع البيئة، فنوع التفاعل هو الذي يحدد السلوك، كما يؤكدون على أن بعض أنماط السلوك كالقيادة والصدقات وغيرها لا تورث بل تنتج عن التفاعل، يركزون أيضاً على فهم شخصية الطفل لفهم السلوك. وضح ثورسن Thoresen ماهية الإرشاد والتعديل السلوكي وفق السلوكية من خلال النقاط الآتية: معظم سلوك الإنسان متعلم وقابل للتعديل، يمكن أن تساعد تعديل بيئة الفرد في تعديل سلوكه، يمكن اعتماد مبادئ التعلم الاجتماعي كالتعزيز والنمذجة للتقدم في العملية الإرشادية، تُقيم فاعلية العملية الإرشادية بالتغيرات التي تحدث على أرض الواقع، والإجراءات الإرشادية متغيرة وفق خصوصية كل حالة إرشادية (أحمد، 1996).

يرى أنصار النظرية السلوكية أن أغلب أنماط السلوك متعلمة السوية اللاسوية باستثناء الانعكاسات، إذ يحدث التعلم عن طريق الترابط الذي يحدث بين المثير والاستجابة. إن تعلم السلوك يحدث عامة كما يعتقد السلوكيون وفق ثلاث طرائق هي: الإشراف الاستجابي، الإشراف الإجرائي، التعلم بالملاحظة.

الإشراف الاستجابي: (الإشراف الكلاسيكي) هذا الإشراف يرجع لبافلوف والحقيقة إنه يرجع بالأصل قبل بافلوف إلى الإمام الغزالي الذي أطلق عليه سبق الوهم إلى العكس (كما ذكر في الفصل الأول)، وإن اختلفت المصطلحات فالمضمون واحد. هذا النوع من الإشراف لقي رواجاً عملياً في أمريكا على مستوى رياض الأطفال والمدارس، ولعل التجربة الشهيرة للباحثة ماطر هي واحدة من الأمثلة المهمة، فقد قامت بإشراف الأطفال الصغار عن طريق الطعام، وتوصلت إلى أن وضع الغطاء على عيون الطفل مباشرة لحجب الرؤية عنه قبل التغذية يستحث استجابات المضغ والبلع قبل الظهور وتناول الطعام.

الإشراف الإجرائي: يجب التمييز بين الإشراف الاستجابي البافلوفي وبين الإشراف الإجرائي السكيري، فالإشراف الاستجابي هو سلوك محكوم بالمثيرات السابقة، في حين الإشراف الإجرائي تحكمه المثيرات الملاحظة، أيضاً يحدث الإشراف الاستجابي بطريقة أتوماتيكية، في حين يحدث الإشراف الإجرائي بطريقة إرادية.

يقوم الإشراف الإجرائي على أن السلوك هو وسيلة لأهدافه، فنتائج السلوك تؤثر في احتمال حدوثه في المستقبل. إذاً السلوك مقترن بنتائجه، فإذا كانت نتائج السلوك إيجابية زاد احتمال حدوث السلوك مستقبلاً، وبالعكس فإن النتائج السلبية للسلوك تقلل من احتمال حدوثه. وفق الإشراف الإجرائي يكون هناك مثير تمييزي يستجر الاستجابة بحيث أن المثيرات الأخرى لا تستطيع أن تستجر هذه الاستجابة. عندما تعمم هذه العلاقة بين المثيرات التمييزية واستجاباتها يسمى السلوك سلوكاً إجرائياً وهو ما يعبر عنه بالإشراف الإجرائي.

التعلم بالملاحظة: يتم التعلم بالملاحظة من خلال تسميات مختلفة كالنمذجة والتقليد والمحاكاة وأداء الدور والتسهيل الاجتماعي والتطبيع. رائد هذه الطريقة هو ألبيرت باندورا

وهو أحد الرموز الأساس لنظرية التعلم الاجتماعي، ومن رواد تعديل السلوك وبصفة خاصة السلوك العدواني (العسكري وآخرون، 2012). وتقوم النظرية على مبدأ أن الفرد يستطيع تعلم الاستجابة الجديدة لمجرد ملاحظة سلوك النموذج واكتساب التعلم عن طريق النموذج يُسمى نمذجة (Modeling). بالمضمون نفسه تكلم ابن خلدون عن التقليد وقد سبق باندورا.

يركز باندورا على الانتقائية في تعلم السلوك سواء السوي أو اللاسوي عن طريق النمذجة والملاحظة، فالأطفال يتعلمون من سلوك النموذج، وهنا يميز باندورا بين ثلاث نتائج مختلفة عند تعرض المتعلم لتعلم نموذج ما وهي: اكتساب أنماط سلوك جديدة نتيجة التعلم بالملاحظة، ربما تقوى الاستجابات أو تضعف، ربما يظهر النموذج أنماطاً سلوكية سابقة.

نظرية التعزيز والإرشاد النفسي: Reinforcement and Counseling

رواد هذه النظرية هم دولارد وميللر وتقوم على الجمع بين السلوكية والاستبصار الذي يعد من مفردات النظرية التحليلية. يرى أنصار هذه النظرية أن جميع أنماط السلوك متعلمة بشطريها السلوك السوي والسلوك الشاذ ويتم تعلمها وفق أربعة عوامل هي:

1- الدافع **Motive**: وهو محرك قوي يؤدي إلى القيام بنشاط، وهناك دوافع رئيسة كالجوع والعطش والجنس ودوافع ثانوية كالقلق والخوف.

2- المثير **Stimulus**: وهو يتحكم بزمان الاستجابة ومكانها ونوعها وكمها تلبية للدافع.

3- الاستجابة **Response**: وهي الرد على المثير لإشباع حاجة وتحقيق هدف، هناك رابط بين المثير والاستجابة، وهذا الرابط يسمى بالتعلم، فكلما قوي هذا الرابط كلما قوي التعلم.

4- التعزيز **Reinforcement**: وهي الحالة التي تزيد من احتمال حدوث الاستجابة وتنقسم إلى نوعين تعزيز معنوي كالثناء على الطفل وتعزيز مادي كالحلوى والهدايا والنقود.

هناك جوانب أخرى تتداخل مع عملية التعلم وهي:

- (1) **الانطفاء Extinction**: وهو اضمحلال حدوث الاستجابة مع زوال التعزيز.
- (2) **الاستعادة التلقائية Spontaneous Recovery**: وهي عودة استجابة معينة للظهور بعد زوالها ومن دون تعزيز أو مكافأة، لكن إذا ما تكررت دون تعزيز فإنها تعود إلى الزوال.
- (3) **التعميم Generalization**: وهو انتقال الاستجابة نفسها وامتدادها إلى مثيرات أخرى مشابهة للمثير الحالي، فمثلاً الطفل الذي نال نجمة بالقراءة يسعى إلى نيل نجمة أخرى بالكتابة. بالنسبة لتعديل السلوك وفق هذه النظرية فإنه يتم عن طريق انطفاء استجابات السلوك غير السوي، والتعلم من خلال التعزيز أو فنيات أخرى سلوك سوي (القذافي، 2001).

نظرية آدلر: Adler's Theory

انشق آدلر عن أستاذه فرويد ليشكل مدرسة مستقلة وبعدها يصبح له أتباع، وهذه المدرسة هي مدرسة علم النفس الفردي، والتي تطورت لتصبح نظرية للشخصية يتم من خلالها عملية الإرشاد الآدلري. تنظر هذه النظرية إلى الإنسان وسلوكه من خلال نقاط عدة وهي:

- 1- الإنسان مخير وليس مسيراً، ومن ثم هو مسؤول عن تصرفاته.
 - 2- الإنسان كائن اجتماعي يتأثر ويؤثر في المحيط الذي يعيش فيه.
 - 3- كل إنسان يملك القدرة لتغيير نفسه متى امتلك الإرادة لذلك.
 - 4- يسعى الإنسان إلى تحقيق أهدافه التي اختارها وخطط لها.
 - 5- قد يرغب الإنسان في تغيير نفسه مع صعوبة في ذلك خاصة في الخطوة الأولى.
- ترى هذه النظرية أن المحيط الاجتماعي يؤثر في الإنسان من خلال جوانب عدة وهي:
- 1- التكوين الاجتماعي والذي يتمثل بنوع التربية وأساليبها التي تلقاها الطفل في بيئته.
 - 2- حاجة الإنسان إلى الانتماء الذي يجعل للإنسان هوية.
 - 3- مكانة الفرد وتأثيرها وسط الجماعة.

وفق هذا الفهم للسلوك يكون صلاح السلوك وفساده مرده إلى الجانب الاجتماعي.

بما يخص تعديل السلوك وفق الأدلرية، فهي تسعى إلى التخلص من عقدة النقص التي يعانيها الفرد وتغيير أسلوب الحياة الخاطئ. تتلخص خطوات تعديل السلوك بالنقاط الآتية:

1- بناء علاقة إرشادية مع المسترشد تتسم بالود والدفء والصدق. 2- تحليل وفهم المسترشد من حيث أسلوب حياته وأخطاء تعامله مع نفسه وأهدافه والآخر. 3- تفسير السلوك من أجل تصحيح أخطاء المسترشد. 4- إعادة التعليم من خلال تغيير مفاهيم المسترشد الاجتماعية غير المناسبة وبناء بدلاً منها مفاهيم جديدة ومقبولة اجتماعياً (المرجع السابق).

نظرية السمات والعوامل: Traits And Factors Theory

من أهم رواد هذه النظرية وليامسون وآيزنك وكاتل وسييرمان وثرستون وبيرت ألبرت وستيفينسون وجيلفورد. تنظر هذه النظرية إلى السلوك على أنه مجموعة من السمات والعوامل التي يمكن أن تُقاس من خلال الاختبارات والمقاييس، فالسلوك وفق هذه النظرية ينمو ويتطور من الطفولة إلى الرشد من خلال نضج هذه السمات والعوامل. يعد أنصار هذه النظرية أن الشخصية نظام يتكون من مجموعة من السمات والعوامل، أي إنها نظام دينامي لمختلف سمات الشخص. أما السمة فهي مجموعة من الصفات قد تكون جسمية أو عقلية أو انفعالية أو اجتماعية، وقد تكون فطرية أو مكتسبة، وهي تعبر عن استعداد ثابت نسبياً لنوع معين من السلوك. مما سبق يمكن القول إن فهم السلوك يتم من خلال فهم السمات والعوامل التي يوصف بها الشخص، فهنا يوصف الشخص بأنه انطوائي أو انبساطي أو ذكي أو غبي.

تُقسم السمات وفق هول ولندزي على النحو الآتي:

- 1- سمات مشتركة: يتسم بها جميع أفراد المجتمع، بل قد تكون مشتركة لدى كل البشر.
- 2- سمات فريدة: توجد لدى بعض الأفراد وتختلف درجة وجودها بينهم.
- 3- سمات سطحية: وهي السمات الظاهرة الواضحة.
- 4- سمات مصدرية: وهي أساس السمات السطحية وتتصف بأنها كامنة.
- 5- سمات مكتسبة: تنتج عن التفاعل البيئي وهي متعلمة.

6- سمات وراثية: وهي نتاج عوامل وراثية.

7- سمات دينامية: تعد الفرد وتدفعه نحو أهدافه.

8- سمات القدرة: وتتصل بمدى قدرة الفرد على تحقيق أهدافه.

بما يخص العامل فهو مكون من مجموعة من العناصر، وقد تم تحديده عن طريق التحليل العاملي الذي يشكل سمة ما كالانطوائية أو الانبساطية. توصل آيزنك Eysenck عن طريق التحليل العاملي إلى أبعاد أو سمات عدة للشخصية وهي: الانبساطية، الانطوائية، العصابية، الذهانبة. ويضاف إلى ذلك أبعاد مثل: التطرف، الصلابة، المحافظة، البساطة، التعقيد، التسلطية، الديمقراطية، الليونة. ثمة نظريات أخرى للسمات سيتم تناولها لاحقاً في فصل الشخصية منها نظرية كاتل ونظرية كوستا وماكري العوامل الخمسة الكبرى The Big Five Factors. بما يخص تعديل السلوك تعد نظرية السمات والعوامل هي الأساس النظري لطريقة الإرشاد المباشر، ورائد هذه الطريقة هو وليامسون ودارلي وباترسون وبيبنسكي وغيرهم.

نظرية الإرشاد المتمركز حول المسترشد: Counselee -Centered Counseling

وهي نظرية الذات، ويمكن تعريف هذا الأسلوب من تعديل السلوك كما عرفه رائده كارل روجرز Rogers بأنه إقامة علاقة إرشادية وتهيئة جو نفسي يمكن المسترشد من أن يحقق بنفسه أفضل نمو نفسي من خلال ما لديه من نمو ذاتي وقدرة على تحقيق الذات أي إن عملية الإرشاد تتناول النمو النفسي بصورة عامة ولا تقتصر على مشكلة بعينها. فالسلوك السوي هو الذي يقوم على الفهم السوي للذات وفي حال حدث العكس أصبح الفرد عرضة للاضطراب. يحدد روجرز هدف الإرشاد المتمركز على المسترشد بأنه مساعدة المسترشد على النمو النفسي السوي، إحداث التطابق بين مفهوم الذات الواقعي وبين مفهوم الذات المدرك ومفهوم الذات المثالي ومفهوم الذات الاجتماعي (أي التغيير من مفهوم الذات السالب إلى مفهوم الذات الموجب)، أي إنه يركز حول تغيير مفهوم الذات بما يتطابق مع الواقع، وفي حال تطابق السلوك مع المفهوم الأقرب إلى

الواقع كانت النتيجة هي التوافق النفسي وبراء الفرد من الاضطراب (الحريري والإمامي، 2011).

النظرية العقلانية الانفعالية: Rational Emotive Theory

يعد إيليس Ellis رائد هذه النظرية الذي ولد في (1955) بمدينة بيتسبرج بالولايات المتحدة الأمريكية، سعت هذه النظرية إلى مساعدة الفرد على تحقيق الذات والشعور بالسعادة، فالإنسان يولد بإمكانات من أجل التفكير العقلاني الذي يساعد الشخص على التكيف، وفي الوقت نفسه يقي الشخص من الاضطرابات النفسية وسوء التكيف (البلوي، 2014). تركز هذه النظرية على التفكير الذي ينتج الحكم والتقدير والتحليل ثم الفعل أو السلوك، كما أن الإنسان لديه استعداد فطري لاكتساب الأفكار اللاعقلانية أو اكتساب الأفكار العقلانية، فالظروف الاجتماعية وإدراكات الفرد الخاصة هي التي تؤدي دوراً في بناء الأفكار اللاعقلانية أو العقلانية. إن السلوك وفق هذه النظرية ينتج عن طبيعة التفكير لدى الإنسان وفق هجائية شهيرة هي (A-B-C) إذ (A) هي المنشط أو المثير و(B) هي التفكير أو طريقة التفكير و(C) هي الاستجابة. فالمثير (A) هنا لا ينتج الاستجابة (C) بل التفكير (B) هو الذي ينتج الاستجابة (C)، يمكن تمثيل هذا بالمعادلة الآتية:

$$C \leftarrow B \leftarrow A$$

لقد طُورت هذه الصيغة وأصبحت (A. B. C. D. E. F). فأصبحت (D) ترمز للمناقشة Debate أي مناقشة السلوك، وترمز (E) للتنفيذ Enactment أي القيام بسلوك ما، و(F) العائد أو التغذية الراجعة Feedback، أي التأثير الرجعي للسلوك.

ومن ثمّ هناك علاقة وثيقة بين العقل من جهة والسلوك من جهة أخرى تقوم على تأثير العقل في طبيعة السلوك. مما تقدم يمكن القول: إن التفكير غير العقلاني الممزوج بالانفعال هو الذي ينتج الاضطراب والمشكلات السلوكية لدى الشخص (كفافي، 1999). لقد تكلم إيليس عن إحدى عشرة فكرة لاعقلانية لدى الإنسان المضطرب أو المهياً للاضطراب وبعد ذلك اختصرها بأربع أفكار فقط. أما الأفكار الإحدى عشرة فهي:

- 1- من الضروري أن يكون الشخص محبوباً ومقبولاً في بيئته ومن قبل كل المحيطين به.
 - 2- يجب أن يكون الشخص على درجة عالية من الكفاية والمنافسة والإنجاز حتى يمكن عده جديراً بكل شيء.
 - 3- بعض الناس يتصفون بالشر والندالة والجبن ولذلك فهم يستحقون اللوم والتوبيخ والعقاب.
 - 4- من المصائب أن لا تسير الأمور على غير ما يريد الفرد لها.
 - 5- تنتج التعاسة عن ظروف خارجية لا يملك الشخص التحكم بها.
 - 6- الأشياء الخطرة أو المخيفة تعد سبباً للانشغال الدائم للفكر، ويجب على الفرد أن يتوقعها.
 - 7- الأفضل تجنب الصعوبات والمسؤوليات الشخصية من مواجهتها.
 - 8- يجب أن يعتمد الشخص على الآخرين، وأن يكون إلى جانبه دائماً شخص قوي يساعده.
 - 9- إن الخبرات والأحداث الماضية مهمة هي المحددات الأساسية للسلوك الحاضر.
 - 10- يجب على الفرد أن يحزن لما أصاب الآخرين من اضطرابات ومشكلات.
 - 11- هناك دائماً حل صحيح أو كامل لكل مشكلة، وهذا الحل يجب التوصل إليه وإلا فإن النتائج سوف تكون مؤلمة.
- لقد اختصر إليس الأفكار الإحدى عشرة بأربع أفكار وهي على النحو الآتي:
- 1- **المطالبة (الوجوبية):** يرفع الفرد هنا مستوى التفضيلات العقلانية إلى مطالبات ووجوبيات مطلقة مثال: يجب على الجميع أن يحبني ويحترمني.
 - 2- **الرعب (الكوارثية):** وهي تقدير حدث في الحياة على أنه سيء بالمطلق ويجب ألا يحدث، فإذا حدث سيؤدي إلى كارثة مثال: إذا لم أحقق أهدافي، فذلك أمر مرعب.
 - 3- **لا أستطيع التحمل:** إذ لا يستطيع تحمل حدوث أمر ما، ومن ثم يجب ألا يحدث مثال: إذا لم أحقق المهمة على أكمل وجه فلا أستطيع تحمل ذلك.

4- الإدانة واللوم: يتم تقدير النفس أو الآخرين على أنهم أقل من غيرهم، أو أنهم لا يستحقون شيئاً لأنهم قاموا بشيء كان يجب عليهم عدم القيام به أو فشلوا في القيام بشيء. الإدانة واللوم قد تمتد إلى العالم وشروط الحياة التي يسمها الشخص بالسوء بسبب عدم وجودها بشكل يسمح له بتحقيق ما يريد تحقيقه. من الأمثلة على لوم الذات: إذا لم أحظّ باستحسان الجميع، فإنني شخص سيء ولا قيمة له. مثال لوم الآخرين: إذا أخطأ الآخرون معي ولم يحبوني، فهم أشخاص سيئون ويستحقون العقاب واللوم بشدة. مثال على لوم شروط الحياة: إذا لم أحقق أهدافي المهمة كما يجب، فإن الحياة بغیضة ولا تُطاق.

بما يتصل بتعديل السلوك هنا ينطلق المرشد من تصحيح الأفكار اللاعقلانية لدى المسترشد التي تعد السبب في حدوث المشكلة السلوكية، فزوالها هو الحل.

تتلخص أهداف الإرشاد العقلاني الانفعالي في هدفين:

- 1- خفض القلق أو قهر النفس والعدوان والغضب ولوم الآخرين والظروف إلى أدنى حد.
- 2- تزويد المسترشد بطرائق فعالة لخفض الاضطراب عن طريق التحليل المنطقي للأفكار وإعادة بنائها بصورة عقلانية تعترف بحقوق النفس والآخرين وتتمتع بمرونة وانفتاح وعلمية في الحكم على الأمور وتقبل الذات والخوض في المهمات الصعبة والتجريب (بيبي، 2000).

النظرية المعرفية: Cognitive Theory

يعرف حسين الإرشاد والعلاج المعرفي بأنه "طريقة بنائية مركبة ومحددة الوقت ذات أثر توجيهي فعال يتم استخدامها في علاج بعض الاضطرابات النفسية مثل القلق- الاكتئاب- المخاوف المرضية- مشكلات الألم" (حسين، 2007، 157 عن: بلان، 2011، 102).

إن النظرية المعرفية ترفض وجهات النظر التقليدية الثلاث حول فهم السلوك، وهي التحليلية التي تعد اللاشعور هو مصدر الاضطراب، والسلوكية التي تؤكد على السلوك الظاهر في الاضطراب، والعلاج الطبي العصبي الذي يرجع الاضطراب إلى الاضطرابات الكيميائية بالجسم. فالنظرية المعرفية تؤكد على دور الفكر في إنتاج السلوك

سواء أكان سوبياً أو لا سوي (عبد العظيم، 2012). من أهم رواد هذه النظرية هو بيك الذي عد أن الأفكار هي التي تصنع السلوك، فالأفكار السوية تؤدي إلى سلوك سوي والأفكار غير السوية تؤدي إلى سلوك غير سوي. يتفق بيك مع إليس من حيث المضمون وإن اختلفت المصطلحات، لذلك يُسمون جميعاً بالمعرفيين. فالأفكار اللاعقلانية التي تكلم عنها إليس يقابلها الأفكار الأتوماتيكية أو السلبية لدى بيك، هذه الأفكار الأتوماتيكية هي سبب المشكلة أو الاضطراب أي حالة اللاسواء لدى الشخص إذ تظهر بصورة تلقائية وسلبية وتنقسم إلى ثلاثة أنواع: أفكار سلبية حول النفس، أفكار سلبية حول العالم، أفكار سلبية حول المستقبل. هذه المجموعة من الأفكار هي التي توجه سلوك الشخص وتحدد انفعالاته بل تؤسس لفلسفة الشخص تجاه الحياة عامة. إن التشوهات المعرفية والأفكار السلبية التي تسيطر على مجمل تفكير الشخص تُسمى **مخططات** وهي تنمو وتتطور عن طريق الخبرات المبكرة في حياة الفرد. ومن ثم يعد السلوك والانفعال عامة هما نتاج تراكم تقييم الشخص للأحداث والمواقف والعالم والذات، هذا التقييم يتأثر بالمعتقدات والتصورات والافتراضات، من هنا تكون العمليات المعرفية هي المستهدفة في العملية الإرشادية وتعديل السلوك. تعد الأفكار الأتوماتيكية والسلبية **والمخططات** (بناءات معرفية تشمل التشوهات المعرفية والتصورات والافتراضات السلبية المعبرة عن التشاؤم) هي لب المشكلة كما يراها بيك وأتباعه وهي متعلمة ويمكن تصحيحها، ومن ثم يتجه الإرشاد نحو تصحيح هذه الأفكار من خلال تحديد الأفكار السلبية ثم استبدالها بأفكار منطقية متماشية مع الواقع عن طريق التشجيع والفنيات المعرفية، مما ينتج سلوكاً سوبياً.

تتلخص مبادئ العملية الإرشادية لدى المعرفيين بما يأتي:

- 1- المشاركة الإرشادية: والتي تقوم على التعاون بين المرشد والمسترشد.
- 2- بناء الثقة: أي بين المرشد والمسترشد وهذا يجعل المسترشد يعبر عن مشكلته بصراحة.
- 3- تخفيف المشكلات: من خلال التعرف إلى المشكلة والتركيز على النقاط الجوهرية في المشكلة وتحديد الطائفة الأولى من الأعراض التي ظهرت لدى المسترشد، ثم يتم

الانتقال إلى خطوة متقدمة وهي أن يتعلم المسترشد كيف يواجه مشكلاته الحالية والمستقبلية من خلال المشاركة التي تمت في أثناء العملية الإرشادية، فهنا يكون قد اكتسب مهارات للتعامل مع المشكلات تجعله يواجه مشكلاته بجدارة.

النظرية المعرفية السلوكية: Cognitive Behavior Theory

تجمع هذه النظرية بين النظرية السلوكية والنظرية المعرفية ورائدها ماكينبوم، فهي تنظر إلى السلوك من زاوية المثير والاستجابة والإشرط الإجرائي وكذلك من زاوية العمليات المعرفية التي تكون بمثابة واسطة العقد بين المثير والاستجابة. أي إن الشخص يحس بالمثير ثم يفهم المطلوب (وهذه عملية معرفية)، وبعد ذلك يتصرف أي يستجيب ضمن سياق الزمن الحاضر والمكان الراهن أي هنا والآن. هذا يعني أن السلوك ينتج من طبيعة الأفكار، فإن كانت الأفكار سلبية نتج عنها سلوك غير سوي وبالعكس. يعد ماكينبوم هو رائد هذه النظرية الإرشادية والذي بين أنه لتغيير سلوك شخص ما لا بد أن يتم تناول أفكاره ومعتقداته ومشاعره فهي التي تنتج السلوك، وهي بالتالي تكون نقطة البداية لتعديل السلوك. لقد أسس ماكينبوم طريقة شهيرة في الإرشاد تُعرف باسم **التحصين ضد الضغوط Stress Inoculation**. ركز فيها على حديث الذات إذ عد أن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تحدد سلوكهم وتصرفاتهم، فالحديث أو الحوار الداخلي هو من أهم الأنشطة التي تؤثر في السلوك. من هنا كان تركيز ماكينبوم على طبيعة الحديث الذاتي لفهم طبيعة السلوك مع إعطاء الأهمية للعلاقة بين التعليمات اللفظية الذاتية والسلوك. أيضاً أولى اهتماماً بالبنية المعرفية Cognitive Structure وهي التي تحدد طبيعة الحوار الداخلي وفي الوقت نفسه يغير الحوار الداخلي طبيعة البناء المعرفي بطريقة الدائرة الخيرة. إن البنية المعرفية تعطي نسق المعاني أو المفاهيم والتصورات التي تؤسس للعبارات الملفوظة والجمال والتعابير، فهي تعد بنية تنظيمية للأفكار، من هنا يجب على المرشد أن يمتلك الخبرة حول أهمية البنية المعرفية في تعديل السلوك أو إعادة بنائه، فالتفاعل بين الحوار الداخلي والبنية المعرفية هو الذي يؤدي إلى تعديل السلوك. كما ركز ماكينبوم على تعليم الذات أو توجيه الذات **Self-Instruction**، وقد كان هذا الأسلوب فعالاً في إرشاد الأطفال ذوي النشاط الزائد من خلال إعطائهم

تعليمات لأنفسهم لضبط سلوكهم مع استخدام أسلوب النمذجة والتقليد والتعزيز (بلان، 2011).

نظرية الإرشاد بالواقع: Reality Counseling Theory

كان اسم هذه النظرية في البداية نظرية التحكم ثم أصبحت نظرية الاختيار وأخيراً الواقعية. لقد استقى رائد هذه النظرية وليم غلاسر نظريته من الواقع والتجربة العملية لذلك سُميت بالواقعية، فعندما كان رئيساً للأطباء النفسيين في مؤسسة كاليفورنيا للفتيات الجانحات طبق برنامجه الذي يقوم على تحميل الفتيات المسؤولية من غير أعذار لهن ومن دون عقوبة، لقد حققت هذه الطريقة نجاحاً وصل إلى 80% بل إلى 100% في مرحلة لاحقة.

ينظر غلاسر إلى السلوك من حيث المسؤولية فالشخص الذي يستطيع تحمل المسؤولية هو الذي ينجح في حياته ويعيش حياة سعيدة وتكون لديه هوية نجاح أي سلوك سوي، في حين من يعجز عن تحمل المسؤولية تتولد لديه هوية الفشل أي السلوك اللاسوي ويعاني من المشكلات. لفهم النظرية الواقعية لا بد من تناول المفاهيم الأساسية وهذه المفاهيم هي:

(1) **الواقع Reality:** والمقصود هنا بالواقع هو النظر إلى العالم بواقعية كما هو حقيقة وعدم المبالغة في وصف الواقع، كما يجب أن يدرك الإنسان أنه يمكن أن يشبع حاجاته في إطار الحرية المتاحة له والتي تراعي حقوق الآخرين، إن هذا الواقع يتعامل مع الحاضر وليس المشاعر وأن إنكار الواقع يؤدي إلى الاضطراب.

(2) **المسؤولية Responsibility:** يعرف غلاسر المسؤولية الشخصية بأنها "القدرة على إشباع الحاجات الشخصية بطريقة لا تحرم الآخرين من إشباع حاجاتهم" (الزعيبي، 2003، 193). إن المسؤولية لدى غلاسر هي معبرة عن الصحة النفسية، فالقدرة على تحمل المسؤولية هو دليل صحة وهو منتج لها، وعدم القدرة على تحمل المسؤولية دليل على وجود مشكلة أو اضطراب لدى الشخص. إن القدرة على تحمل المسؤولية متعلمة ويمكن تعلمها.

(3) **الحق والخطأ Right and wrong**: فهناك من أنماط السلوك ما هو خطأ كالغش والسرقة والخداع... إلخ، كما أن هناك أنماط سلوك أخرى هي حق وصواب كالصدق والأمانة... إلخ. هنا يجب على المرشد مواجهة المسترشد بسلوكه الخطأ.

(4) **الهوية Identity**: وهي تعبر عن الشخص الذي يتمتع باستقلالية وفردية والهوية حاجة نفسية مهمة وهي مبنية في النظام البيولوجي للشخص منذ الولادة. هذه الهوية يمكن تغييرها، فهي تخضع لمبدأ المرونة والقابلية للتعديل. ميز غلاسر بين نوعين من الهويات: هوية النجاح إذ يكون الشخص متمتعاً بالكفاية والمسؤولية، وهوية الفشل ويتسم صاحبها بالقنوط وضعف المسؤولية وسوء العلاقة مع الآخرين. أطلق غلاسر رمزاً لمصطلح المسؤولية والواقع والحق وهو (3RS). بما يتصل بالعملية الإرشادية فهي تماثل العملية التعليمية وتعتمد على الحوار المنطقي بين المرشد والمسترشد، وهي تهدف إلى مساعدة المسترشد على تحمل المسؤولية وتطوير طريقة في الحياة تساعد على أن يصحح سلوكه ويكون ناجحاً. يجب التنبيه هنا إلى **القواعد المتسلسلة مع العملية الإرشادية** التي يجب مراعاتها وهي:

- 1- الاندماج: أي العلاقة الودية بين المرشد والمسترشد.
- 2- التركيز على السلوك أكثر من المشاعر: فالإنسان يتصرف أفضل ثم يشعر أفضل.
- 3- التركيز على الحاضر: فالماضي قد مضى والمطلوب تعديل الحاضر الراهن.
- 4- الحكم على السلوك: هنا يحكم المسترشد على صواب السلوك أو خطئه.
- 5- التخطيط للسلوك المسؤول: فهو الوسيلة للوصول إلى هوية النجاح والصحة.
- 6- الالتزام: أي يجب الالتزام بالخطئة سواء من قبل المرشد أو من قبل المسترشد.
- 7- رفض الاعتذارات أو المسوغات: أي لا اعتذارات من قبل المسترشد.
- 8- استبعاد العقاب: لأن نتائجه محدودة ولا يعتمد عليه في تعديل السلوك.
- 9- عدم الاستسلام: أي عدم اليأس والقنوط والمحاولة المتكررة (المرجع السابق).

نظرية الإرشاد بالمعنى: Logo Counseling Theory

يعد فيكتور فرانكل مؤسس هذه النظرية ورائدها وهو الذي عاش هذه النظرية تجربة واقعية، لقد اعتقل في معسكرات النازية من (1942) إلى (1945) وبعد خروجه من

السجن كانت الصدمة بانتظاره وهي قتل كل من أبيه وأمه وأخيه وزوجته في غرف الغاز. هذه الخبرة المؤلمة كانت واحدة من أكبر الدوافع والخبرات لدى فرانكل لتأسيس مدرسة الإرشاد بالمعنى إذ ذكر هذه الآلام والعذابات في كتبه كتجربة وخبرة عملية. عد فرانكل أن مبدأ اللذة لدى فرويد وإرادة القوة لدى أدلر غير كافيين لتفسير طبيعة السلوك الإنساني، لعل هذا الأمر يكون واحداً من العوامل التي دفعته إلى تقديم رؤية جديدة لتفسير السلوك، وهي ما أطلق عليها **إرادة المعنى** Will To The Meaning والتي تعبر عن حاجة الإنسان إلى وجود معنى لحياته فهي شبيهة بالجاذبية الأرضية التي تثبت الإنسان وأشياءه على الأرض أو أنها الدافع الأساسي لدى الشخص لتحقيق معنى الحياة. تكلم فرانكل أيضاً عن **معنى الحياة** فهو يتسم بأنه شخصي ومتفرد في خصائصه وظروفه النفسية والاجتماعية، فكل إنسان هو بمفرده شيء جديد في العالم وهو موجود ليحقق مهمة خاصة وهدف في هذه الحياة بحيث لا يحل شخص مكان شخص وحياة أي شخص لا يمكن أن تتكرر، فالإنسان يمتلك معنى للحياة يدفعه للعمل والجد ومواجهة الصعوبات وتحمل الظروف الصعبة ولعل هذا ما يرفع من قيمة الحياة لدى الإنسان، فصعوبة الوصول إلى شيء ترفع من شأنه، وهذا ما يفسر قيمة المراتب العليا في العلم أو المسؤولية أو القدرة المالية... إلخ. من هنا يكون وفق فرانكل الهدف الرئيس للإنسان هو الوصول إلى معنى الحياة عن طريق سلوك الفرد الذي يقوم به الإنسان ويعدله في حاضره، فالحاضر هو الذي يحدد سلوك الشخص وليس الماضي والإنسان حر ولكنه في الوقت نفسه مسؤول عن هذه الحرية أمام الله وأمام نفسه وضميره وهو مميز في وجوده يتسم بحالة صيرورة وتوجه نحو المستقبل. كما أن الحياة مهما ساءت يبقى لها معناها والموت حقيقة واقعة لا يلغي معنى الحياة بل إنه يزيد من مسؤولية الإنسان (بلان، 2011 عن: رحال، 1998). لا بد من التنويه حول أهمية **الجانب الروحي** في السلوك كما يراه فرانكل، فالروحانية هي أهم خصائص الوجود الإنساني (الروحي، الجسمي، النفسي) وهي تميز الإنسان عن الحيوان ويقول باترسون في هذا "الروحانية هي الخاصية الرئيسة للفرد، ومنها يشتق الوعي والحب والضمير الأخلاقي" (بلان، 2011، ص238 عن: باترسون، 1990، ص462).

يهتم فرانكل بالعمل وتأثيره في السلوك، فالعمل معبر عن تميز الإنسان وقيمه وهو مصدر المعنى من خلال الأسلوب والكفاية التي ينجز بها العمل. كما أن للحب دوراً في بناء سلوك الإنسان، فالحب هو الطريقة الوحيدة التي يدرك بها الإنسان كائناً إنسانياً آخر في صميم شخصيته والحب طاقة وإنتاج. يركز فرانكل على مبدأ التفاوض لدى الشخص رغم المعاناة والآلام والموت، ويعبر عن هذا بمصطلح التفاوضية الوجودية. في حال لم يفلح التفاوض في تجاوز الصعوبات قد يكون الإنسان صريعاً للمشكلات النفسية من نوع قلق وجودي ينتج عن افتقاد المعنى في الحياة والذي يُعبر عنه بقلق المعنى، أيضاً عندما يعوق عائق تحقيق معنى الحياة لدى الشخص يؤدي ذلك بأن يصاب هذا الشخص بالإحباط والذي يسميه فرانكل بالإحباط الوجودي، كما يصاب الشخص بالفراغ الوجودي والذي يعاني صاحبه من ضعف معنى الحياة أو فقده. من الاضطرابات التي تتصدى لها الفرانكلية أيضاً العصابات الوجودية كالعصاب الروحي (الفكري)، والعصاب الجمعي، وعصاب القلق، وعصاب الوسواس، وهناك الذهان الداخلي أو جنون الصمت والفصام...إلخ. يظهر مما تقدم أن السلوك اللاسوي ينتج عن فقد المعنى في الحياة وبالعكس (الشيخ حمود والعمار، 2014). بالنسبة لعملية الإرشاد بالمعنى فإن المرشد يسعى إلى مساعدة المسترشد لاكتشاف معنى الحياة لديه، وأن يكون مسؤولاً أمام مجتمعه وضميره وهي تمثل حالة السواء.

نظرية الإرشاد بتحليل التعاملات: Transactional Analysis Counseling

رائد هذه النظرية هو أريك بيرن الذي اعتمد على نظرية التحليل النفسي في بناء هذه النظرية، بيد أن هذه النظرية لم تركز على التحليل النفسي كما فعلت التحليلية بل ركزت على التعاملات. تلتقي هذه النظرية في بعض النقاط مع نظرية آدلر وسوليفان والسلوكية والوجودية المعنوية والإرشاد الجماعي. لقد قسمت التحليلية الفرويدية مستويات الشخصية إلى الهو والأنا والأنا الأعلى، ثم طور بيرن هذا التقسيم فقسم مفهوم الذات إلى ثلاث حالات نفسية مكافئة لتقسيم فرويد وهي: حالة الوالد (أنا أعلى)، حالة الراشد (أنا)، حالة الطفل (هو). يرى بيرن أن الإنسان ينتقل بين الحالات الثلاث من واحدة

إلى أخرى طوال حياته، يمكن القول إن الشخص السليم هو الذي يختار حالة من الحالات الثلاث للذات بحيث تتسجم مع الموقف. في سلوك الإنسان عامة يحدث تفاعل وتعاون بين الحالات الثلاث وهذا ينتج تنوعاً في السلوك على نفس المثير لأشخاص مختلفين. تمثل حالة الوالد (الأنا الأعلى) القيم والمثل والمعايير الاجتماعية، فالشخص الذي يتصرف وفق هذه الحالة يحمل عقلية الأبوين ووفق بيرن: "إن كل شخص يحمل والديه تقريباً في داخله" (بلان، 2011، 315 عن: الشناوي، 1994، 347). يرى بيرن أن الحالة الوالدية ليست نفسها الأنا الأعلى عند فرويد وأن تشابهت معها أو رادفتها، فالحالة الوالدية ذات تأثير والدي ملموس من التعاملات المباشرة والواقعية بالإضافة إلى التسامح والعتاء والتشجيع والأوامر، وتقوم الحالة الوالدية بوظائف من نوع يعتقد ويحمي ويسيطر ويتعهد. تمثل الحالة الراشدة الأداء النفسي الداخلي وهي صلة الوصل بين حالة الوالد وحالة الطفل، وتحتوي هذه الحالة على الحقائق والمعلومات الموضوعية والتجارب والمهارات وتقوم بوظائف من نوع يفكر ويحسد ويحلل. تعبّر الحالة الطفلية عن تأثيرات الطفولة على شخصية الإنسان والتي تبقى آثارها مدى الحياة، ولا تمثل هذه الحالة حالة الهو وإن تشابهت معها فهي صورة منظمة وليست كالهو ينقصها التنظيم. تحتوي حالة الطفل المشاعر الفطرية والمكتسبة وتقوم بوظائف من نوع يشعر ويرغب ويلعب وينكفئ ويعارك.

لفهم كيف يتكون السلوك السوي واللاسوي لابد من فهم المواقف الأربعة للحياة كما يراها بيرن من خلال مجموعتين هما:

- المجموعة الأولى: أنا ↔ الآخرون - المجموعة الثانية: بخير ↔ ليس بخير

ينبثق عن هاتين المجموعتين المواقف أو الأوضاع الأربعة للحياة وهي على النحو الآتي:

1- إنني بخير ↔ وأنت أيضاً بخير

هذا الوضع يعبر عن النجاح الصحي والسلوك السوي ويتجلى فيه قبول الذات وقبول الآخرين.

2- إنني بخير → ولكنك لست بخير

وهو موقف متكبر أو متعجرف فهو وضع عدم تقبل الآخر وفي حال التطرف قد يصاب صاحبه بجنون العظمة أو القتل أي سلوك لاسوي.

3- إنني لست بخير → ولكنك بخير

ويمثل هذه الوضع وضع المكتئب الذي اعتزل الناس أي سلوك لاسوي.

4- إنني لست بخير → وأنت كذلك لست بخير

يمثل هذا الموقف موقف العجز والانسحاب وقد يؤدي إلى العدوانية أو العجز أو الانتحار.

للاتصال الاجتماعي أهمية كبيرة في السلوك كما يرى بيرن إذ من خلاله يتم إشباع الرغبات، كما يتضمن هذا الاتصال أشكال عدة هي:

1- المجاملات بين الناس.

2- الألعاب أو المباريات وهي ألعاب أو علاقات الناس كالتجارة أو الحرب.

3- المسليات وهي الملهيات التي يتم من خلالها قضاء الوقت وفيها مجاملة وود.

4- الألفة بين الناس إذا وجدت لدى الشخص قد يستغني بها عن الألعاب.

5- المخططات وهي تنظم الألعاب والمباريات، فهي مجموعة معقدة متداخلة من التعاملات المستمرة، أصل المخطط لاشعوري ويرجع إلى الطفولة المبكرة.

ينتج الاضطراب في السلوك عن مصدرين هما الاضطراب البنيوي والوظيفي.

1) الاضطراب البنيوي: ويحدث نتيجة اختلال التركيب النفسي بين الحالات الثلاث

الطفلية والراشدة والأبوية، فهناك نوعان من الاضطرابات البنيوية وهي:

★ **الاستبعاد أو الحذف:** ويتم هنا استبعاد حالتين من الأنا من قبل الحالة الأخرى، فإذا

سيطرت الحالة الوالدية فهذا قد يؤدي إلى الفصام، وإذا سيطرت الحالة الطفلية قد تقود إلى النرجسية (بلان، 2011، عن: الشناوي، 1994)، وهذه حالات لاسوية.

★ **الاختلاط (الإفساد):** هنا تقتحم إحدى حالات الأنا حالة الأنا الراشدة، فإذا تداخلت

حالة الوالد بحالة الأنا الراشدة فهذا يقود إلى التحيز، وإذا دخلت حالة الأنا الطفلية بحالة الأنا الراشدة فهذا يقود إلى الأوهام. إذا حدث اقترام مزدوج لحالة الأنا الراشدة من قبل

حالتى الطفلية والأبوية سيؤدي هذا إلى منع قيام الحالة الراشدة بمهامها عن طريق تشويه الحقائق بتأثير الأحكام المسبقة، وهذه حالات لاسوية.

(2) **الاضطراب الوظيفي:** يحدث هذا الاضطراب نتيجة نفاذية حدود الأنا والتذبذب بين حالة وأخرى، هذا يؤدي إلى التقلب بين الحالات أو الجمود. ينتج عن هذا شخصية متقلبة وسلوك متذبذب غير متوازن، فتارة حالة طفل وأخرى حالة راشد وثالثة حالة أبوية.

تتضمن العملية الإرشادية وفق تحليل التعاملات جانبين أساسيين هما:

❖ **إعادة البناء:** وتتضمن تحديد حدود الحالة سواء الطفلية أو الراشدة أو الوالدية والتخلص من التشويش والاختلاط من خلال الفنيات الإرشادية.

❖ **إعادة التنظيم:** وهي إعادة التنشيط النفسي المخطط لحالات معينة للأنا الراشدة عن طريق الضبط الاجتماعي وإقامة حالة الأنا الطفلية واستبدال حالة الأنا الوالدية (بلان، 2011).

الإرشاد الانتقائي: Eclectic Counseling

تم اشتقاق الإرشاد الانتقائي من علم النفس الوظيفي لوليم جيمس William James وتطبيقاته في الإرشاد والعلاج النفسي وذلك عن طريق جانيت بيرو Janet Burrow وتأفت Taft. برغم هذا يعد ثورن Thorn أبرز من عمل في الإرشاد الانتقائي فقد حاول أن يثبت فاعلية الإرشاد الانتقائي بصورة علمية وانتقائية متكاملة. يمكن تعريف الإرشاد الانتقائي بأنه طريقة تتضمن انتقاء أو تجميع أساليب عدة من طرائق إرشادية متنوعة وثم إيجاد الانسجام والتوافق بينها ووضعها في إطار واحد يمثل هذه الطريقة، وفق ذلك يمكن استخدام الفنية التابعة لطريقة ما مع المسترشد الذي يعاني من مشكلة ما، واتباع طريقة أخرى مع مسترشد يعاني من مشكلة أخرى، بل يمكن استخدام أكثر من طريقة مع المرشد نفسه، فالغاية والهدف المنشود هو الوصول إلى حالة التوافق والسواء وبأي طريقة كانت. يمكن فهم السلوك وفق هذه النظرية بالاعتماد على النظريات المختلفة وليس نظرية واحدة. أما بالنسبة لأساليب تعديل السلوك والإرشاد الانتقائي فهما أسلوبان:

أ- الاختيار بين الفنيات الإرشادية المستمدة من النظريات المختلفة.

ب-الجمع بين الفنيات الإرشادية المستمدة من النظريات المختلفة وذلك بحسب الحالة والمشكلة أو الاضطراب(الداهري، 2016).

المفاهيم الأساسية لفهم السلوك وتعديله في الإرشاد الانتقائي

- (1) الاهتمام بالمحددات الشعورية واللاشعورية لتغيير الشخصية.
- (2) ما يحدد مشاعر المسترشد هو سلوكه، فإذا تغيّر السلوك تغيرت المشاعر.
- (3) الاهتمام بالرغبة والاختيار ووضع الهدف لتغيير السلوك.
- (4) لغة المرشد والمسترشد هي لغة الحياة اليومية العادية وهذه اللغة مناسبة.
- (5) الفنيات في الإرشاد الانتقائي مستمدة من مختلف النظريات الإرشادية.
- (6) الاهتمام بالأخذ من النظريات الأخرى بحيث يؤدي إلى نتيجة.
- (7) التأكيد على أهمية الحضور الداخلي أو اليقظة الداخلية لدى المسترشد.
- (8) الاهتمام بالصحة النفسية الإيجابية، وتنمية العادات السوية.
- (9) لا يوجد فنيات إرشادية صالحة لكل المشكلات والمسترشدين.
- (10) إن التعقيد والتناقض بين النظريات الإرشادية تشكل صعوبات للجمع بينها.
- (11) لمعرفة أسباب الاضطراب وعلاجه يجب الرجوع إلى طرائق إرشادية متعددة.
- (12) يعتمد الإرشاد الانتقائي على نظرية نفسية تقوم على أساس الدمج والتأليف بين الوقائع العلمية المتعددة والفنيات الإرشادية المتنوعة(ملحم، 2007).

خصائص الإرشاد الانتقائي

- (1) التركيز على اللحظة الراهنة وعلى الفراغات في مجرى الشعور.
- (2) المشاعر هي منظمات السلوك.
- (3) للذات ومفهومها والصور المرتبطة بها أهمية كبيرة.
- (4) تشمل عملية الإرشاد الاختبارات والخطط والاهتمامات الفلسفية والأخلاقية.
- (5) التركيز على النمو النفسي السوي مثل التركيز على المشكلة أو الاضطراب.
- (6) الإرشاد عملية تطبيقية باستخدام كل الفنيات والأفكار لتعديل السلوك (باترسون، 1990).

نظرية الإرشاد متعدد الأساليب: Multimodel Counseling Theory

يعد أرنولد لازاروس Lazarus رائد هذه الطريقة في الإرشاد النفسي وهو يعد من أوائل الباحثين الذي نهجوا الطريقة الانتقائية Elective. تقوم هذه الطريقة على التوفيق والتركيب بين أساليب الإرشاد المختلفة، فيستخدم من كل نظرية ما يناسب حالة المسترشد والمشكلة والمرشد والظروف المحيطة بالمشكلة. هذا الأمر يتطلب من المرشد امتلاك مهارة التعامل مع أساليب الإرشاد المختلفة.

النظرة إلى السلوك والاضطراب من خلال الجوانب الآتية:

- 1- يتأثر سلوك الإنسان بالعوامل الوراثية وكذلك بالعوامل البيئية والثقافية والاجتماعية المحيطة به، ومن ثم يكون السلوك مزيجاً من هذه العوامل.
 - 2- ينتج السلوك اللاسوي أو الاضطراب النفسي نتيجة التعلم غير المناسب، أو تقليد نماذج سلوكية سيئة أو نقص في المعلومات أو خطأ في الفهم.
 - 3- يعاني المضطربون من أشكال متعددة من الاضطرابات، والعلاج يتطلب فنيات من مختلف النظريات الإرشادية بصرف النظر عن انتمائها.
 - 4- تهتم هذه النظرية بتفرد المسترشد وبالفروق الفردية بين المسترشدين.
 - 5- عند التشخيص يتم الاعتماد على المقابلة والاختبارات والملاحظة وغيرها.
- أبعاد الشخصية:** تتألف الشخصية من سبعة أبعاد ويرمز لها بـ (BASIC-ID) وهي:
- 1- السلوك (Behavior(B): كالانفعالات والعادات والاستجابات وغيرها.
 - 2- الوجدان (مشاعر الحب والعاطفة والمودة) (Affection(A): وتتضمن الانفعالات والمشاعر والمزاج من قلق ومشاعر ذنب وغضب وغيره.
 - 3- الإحساس (Sensation(S): يتضمن الحواس الخمس والإحساسات النفسية والفيزيولوجية كال التوتر والخجل والتعرق والدوخة وخفقان القلب...إلخ.
 - 4- التخيل (Imagery(I): ويتضمن تخيلات الشخص (تخيل الموت، تخيل الخطر، تخيل الاضطهاد) وتوقعاته واتجاهاته السلبية المضطربة نحو الذات.
 - 5- المعرفة (Cognition(C): كالأفكار والآراء والقيم والاعتقادات.

6- العلاقات الشخصية (Interpersonal Relationship(I): وتتضمن أنماط

العلاقات داخل الأسرة والعمل وكذلك مع الرفاق والأصدقاء والزملاء وغيرهم.

7- العقاقير أو الأدوية (Drug(D: أي الأدوية للمشكلات الصحية (الزعيبي، 2003).

نظرية الإرشاد الإيجابي: Positive Psychology Theory

رائد هذه النظرية الأمريكي مارتن سليغمان Seligman صاحب نظرية العجز المكتسب (العاسمي، 2016)، وكذلك من روادها ميهالي وهيدت Mihali & Haidt وبيترسون Peterson وكريستوفر Christover. ويعرف سليغمان وآخرون علم النفس الإيجابي بأنه "الدراسة العلمية للخبرات والسمات الفردية الإيجابية، من أجل تطويرها ونمائها، فالأشخاص الذين يعانون من مشكلات نفسية كثيرة في حياتهم غالباً ما يهتمون بحالتهم، ويطلبون المساعدة من الآخرين من أجل الوصول إلى درجة من السعادة والرضا عن أنفسهم، إنهم يريدون بناء عناصر قوية لشخصيتهم، وليس مجرد تصحيح ضعفها، إنهم يريدون حياة مشبعة لها معنى وهدف، وهذه الحالة لا تأتي ببساطة تلقائياً عند إزالة المعاناة، بل يجب أن تعزز المشاعر والانفعالات الإيجابية لبناء الشخصية الإيجابية بشكل مباشر أو غير مباشر لتخفيف المعاناة وقطع جذور أسباب المشكلة" (Seligman 2005, 630, et al., عن: العاسمي، 2017، 214). ترى المدرسة الإيجابية أن المشكلة أو الاضطراب أو السلوك غير السوي -كالخوف والحزن والقلق والغضب والنفور والسخط والاكتئاب والعدوان والتوتر وغيرها- ينشأ بصورة مكتسبة ويتعزز من خلال نقاط الضعف والعجز والمشاعر السلبية وغياب نقاط القوة الإيجابية لدى الشخص. أما الإرشاد والمساعدة لبناء السلوك السوي، فيتم من خلال بناء نقاط القوة الإيجابية (الصفات الشخصية الإيجابية) كالشجاعة والتفاؤل والسعادة والمثابرة والصبر والأمل والرفاه الشخصي والثقة والازدهار والتفكير بالمشكلات بصورة واقعية وحلها والاستبصار والمهارة بين الشخصية وتحديد الهدف والبصيرة والاستقلال وتحسين العلاقات الاجتماعية والمبادرة والإبداع والنكتة والآداب وتوكيد الذات وتنمية المشاعر الإيجابية ومعنى الإنجاز والحب والهناء وغيرها (العاسمي، 2017). لقد رأى سليغمان أن المشاعر بعضها يرتبط بالماضي وبعضها بالحاضر وبعضها بالمستقبل، فما يرتبط بالماضي هي مشاعر: الرضا والإدراك

الشخصي والفخر والصفاء. أما المشاعر التي ترتبط بالحاضر فهي: الهدوء والحماس والنشوة والسرور والهناء، وكذلك التدفق الذي يشمل السعادة والكفاءة المتصورة والاهتمام الجوهري بالنشاط المنفذ. أما المشاعر التي ترتبط بالمستقبل فهي: التفاؤل والأمل والإيمان والثقة (أحمد، 2020).



الفصل الثالث

التكيف والسلوك السوي واللاسوي

مقدمة

يسعى الإنسان بطبيعته إلى التكيف وإلى السلوك السوي، وأمثلة التكيف كثيرة لأنها تتحدى الصعوبات والمشكلات. تتحدى الصعوبات لتتجاوزها، وتتحدى المشكلات لتحلها. من الأمثلة أن الطلبة يستنفرون للدراسة إذا اقترب الامتحان، وذلك ليهربوا من شبح الرسوب ويدركوا النجاح أو التفوق وكل بحسب قدراته وطموحه. فإذا ما انتهى الامتحان انتهى معه الاستنفار الدراسي وتداعت حالات الهوايات واللهو وما إلى ذلك. من أمثلة التكيف أيضاً: حل فصل الشتاء فهرع الناس للبس الثياب الثقيلة وما بقي من البرد والمطر والصقيع، فإذا ما أقل فصل الشتاء وحل فصل الربيع خفف الناس اللباس، وإذا ما حل فصل الصيف لبسوا لباس الصيف الخفيف. كل هذه صور للتكيف يستعملها الإنسان لينجح في معاشة الظروف.

تعريف التكيف Adaptation

عرف باركو وآخرون Barkow et al. التكيف بأنه "سمة وظيفية أو معرفية أو سلوكية تساعد الفرد في بيئته، وهي تتصوي تحت الآليات النفسية المتطورة التي تنتج الانسجام مع البيئة" (Cosmides & Tooby, 2022, 1). وأوردت نعيصة تعريفاً للتكيف هو "التعديل والتغيير ويشتملان سواء على التعديل والتغيير الداخلي للفرد أو الخارجي" (نعيصة، 2015، 87). كما عرف جاكوبوكز Jakubowicz التكيف بأنه "العملية التي تشمل التفاعل المستمر بين الإنسان والعالم الديناميكي (المتفاعل والمتغير والمتطور) من حوله، إذ يتفاعل ويتطور الإنسان في هذا العالم وصولاً إلى حالة التوازن" (Jakubowicz, 2002, 247). عرف الخالدي والعلمي التكيف بأنه "العملية التي من خلالها يعدل الفرد بناءه النفسي أو سلوكه ليستجيب لشروط المحيط الطبيعي والاجتماعي ويحقق لنفسه الشعور بالتوازن والرضا" (الخالدي والعلمي، 2009، 19). عرف رزوق التكيف بأنه "عملية التغير وفقاً للظروف التي تحيط بالمرء أو تبعاً لمتطلبات

البيئة الطبيعية والاجتماعية، والتكيف يشير إلى حدوث تغيير عضوي في شكل الجسم أو وظيفة من وظائفه بحيث يصبح قادراً على البقاء والاستمرار. أما بالنسبة لسلوك الفرد فهو التغير الذي يطرأ تبعاً لضرورات التفاعل الاجتماعي، واستجابة لحاجة المرء إلى الانسجام مع مجتمعه" (رزوق، 1993، 84). يعرف المؤلف (العنّار) التكيف بأنه عملية تتطوي على محاولة انسجام الفرد مع ذاته ومع محيطه الطبيعي والاجتماعي بكل ما فيه من متطلبات وشروط، وذلك تحت سقف المعايير الاجتماعية بكل أبعادها، ويستخدم الفرد لتحقيق هذا الانسجام كل ما لديه من قدرات، وعند اعتلال هذا الانسجام ووصول السلوك إلى خارج الحدود الطبيعية، فإن ذلك يقود إلى سوء التكيف أي إلى المشكلة أو الاضطراب.

التكيف من منظور العلوم المختلفة

التكيف من منظور البيولوجيا (علم الأحياء): وفد مفهوم التكيف بداية من البيولوجيا (علم الأحياء)، فقد كان ركناً أساساً في نظرية دارون (Darwin, 1859). لقد تضمن مفهوم التكيف مبدأً أساسياً وهو أن العضوية القادرة على التلاؤم مع شروط البيئة الطبيعية ومستجداتها تستطيع الاستمرار والبقاء والعكس صحيح، مثال حالة التكيف لدى الدب القطبي.

التكيف من منظور علم الاجتماع: يدل هنا التكيف على قدرة الشخص على أن يتعايش مع المجتمع المحيط من أفراد وجماعات، وكذلك أن يتعايش مع متطلبات المجتمع ومعاييره. يظهر هذا في سعي الطفل إلى نيل قبول البيت والمدرسة من خلال القيام بواجباته المنزلية والمدرسية، وذلك لينال الاستحسان من المجتمع. ولعل من أبرز الأمثلة على التكيف الاجتماعي هو حالة التكيف لدى المهاجرين الذي قد هاجروا إلى بلدان غريبة عنهم كهجرة العرب إلى أوروبا وأمريكا، إذ يكون لزاماً عليهم التوافق الاجتماعي مع المجتمعات الجديدة.

التكيف من منظور علم النفس: ينظر علم النفس إلى موضوع التكيف من جهتين: الأولى تتضمن دراسة الوظائف النفسية المختلفة وآليات عملها لدى الإنسان كالإحساسات

والدوافع والعواطف والمحاكمات والتعلم والتخيل والإدراك. أما الجهة الثانية فهي دراسة الإنسان من حيث هو كل يعمل معاً أي دراسة الإنسان من حيث هو شخصية مميزة وتعمل في شروط محيطية متنوعة، ولهذه الشخصية جوانب متعددة منها الاجتماعية والنفسية والعقلية والجسدية، هذه الجوانب تعمل معاً وبانسجام ضمن الشخصية، فهذه الشخصية تسعى إلى تحقيق كل أبعاد التكيف وكل أنواع التوافق لدى الشخص. وإذا اختلف الانسجام دل ذلك على وجود الاضطراب أو حالة اللاسواء أو المشكلة (الرفاعي، 1998).

تحليل التكيف: عند القيام بأي سلوك تمر عملية التكيف بالخطوات الآتية:

- 1- وجود دافع داخلي يستثير السلوك ويحركه للقيام بهذا السلوك.
- 2- الشعور بوجود مانع أو صعوبة أو ضغط يعرقل أو يصعب الاستجابة.
- 3- القيام بمحاولات عدة للوصول إلى الهدف المتمثل بالاستجابة الصحيحة.
- 4- في بعض الأحيان لا يصل إلى الاستجابة المرغوبة، فيكرر المحاولات مرات عدة حتى يصل إلى الاستجابة المرغوبة، وفي حال عدم النجاح قد يلجأ إلى وسيلة دفاع كالانسحاب، وربما حاول من جديد ولكنه فشل، هنا قد يُصاب باليأس والإحباط.

أنواع التكيف

1- تكيف حسن: وهو الذي يولد حالة من الارتياح والطمأنينة، إذ يعيش فيه الشخص النجاح واقعاً وخبرة معاشة، بل إنه قد ينقل هذه الخبرة الطيبة إلى مجالات حياتية أخرى، كأن يؤثر التوافق الدراسي إيجابياً لدى الشخص في التوافق الاجتماعي، بحيث يلقي قبولاً طيباً من المجتمع، فينخرط به ويتفاعل معه. مثال التلميذ المتفوق بالمدرسة سيلقى استحساناً اجتماعياً وسيُشار إليه بالبنان بإيجابية وقبول اجتماعي، بل سيكون نموذجاً في المجتمع يسعى أقرانه إلى تقليده والتقرب منه.

2- التكيف السيئ: وهو الذي ينطوي على حالة من القلق وعدم الارتياح والطمأنينة، إذ يعاني فيه الشخص من الفشل واقعاً وخبرة معاشة، بل أنه قد ينقل هذه الخبرة السيئة إلى مجالات حياتية أخرى، كأن يؤثر سوء التوافق الدراسي سلبياً لدى الشخص في التوافق

الاجتماعي، بحيث يلقي صدوداً من الأسرة والمجتمع، وهذا يزيد الطين بلة لأنه يفاقم المشكلة. مثال التلميذ المتأخر دراسياً سيلقى جفاءً اجتماعياً بل قد يواجه بالرفض.

أساليب التكيف

- 1- أسلوب الهجوم: ويكون هذا الأسلوب عند الشعور بالتحدي أو رداً على تهديد ما من قبل الآخرين وربما كان ذلك من الناس أو الحيوانات الخطرة.
- 2- أسلوب المناورة والمواربة: ويستخدم هذا الأسلوب لتفادي المواجهة.
- 3- أسلوب الهروب: عندما لا يستطع الشخص المواجهة قد يلجأ إلى الهرب تجنباً للخطر.
- 4- أسلوب المواجهة والمصارحة: هنا يلجأ الشخص لمواجهة الموقف أو المشكلة.
- 5- أسلوب الاستسلام: ويتمثل بقبول الشروط وعدم المخالفة.
- 6- أسلوب التكتم: وهو عدم البوح للآخرين بما يجول في ذهنه والتصرف بسرية.
- 7- أسلوب استدرار عطف الآخرين: إذ يحاول صاحب هذا الأسلوب أن يظهر بمظهر المغلوب على أمره والمجني عليه لينال عطف الآخرين (الخالدي والعلمي، 2009).

أبعاد التكيف

1- التكيف الشخصي: وهو الرضا عن النفس وتقبلها وخلو الحياة النفسية من المشكلات النفسية كالصراعات والتوتر والذنب والقلق والضيق والنقص والخوف والضغط التي لا تقوى النفس على حملها. إن الصراعات التي قد تختلج في النفس قد تؤدي إلى سوء التكيف مثال: الصراع الذي يدور بين تحقيق الدافع الجنسي بطريقة غير مشروعة والوقوع في المحرمات، كذلك الصراع بين الكسب عن طريق الرشوة والأمانة المشرفة، أيضاً الصراع بين شهادة الزور التي تؤمن مصالح الشاهد وبين شهادة الحق التي تتصف المظلوم، وغيرها من الأمثلة في هذا السياق وهي كثيرة. بالنهاية يمكن القول: إن السلوك كلما كان منسجماً مع النفس ومعايير الأنا الأعلى كان هناك تكيف حسن والعكس صحيح.

2- التكيف الاجتماعي: إن الإنسان يعيش في مجتمع يتطبع بطابعه من حيث التقاليد والعادات والقيم واللباس والزي، ويجب على الشخص أن يلتزم هذه المعايير ولا يتجاوزها،

وفي حال تجاوز هذه المعايير سيعد خارجاً عن العرف الاجتماعي ويعاني من سوء التكيف والعكس صحيح. إن الأمثلة في هذا السياق كثيرة مثال: لا يجوز تناول النكات والمزاح في مقام العزاء بين أهل الفقيد، أيضاً لا يجوز أن تقول لصاحب القهوة العربية "إن قهوتك باردة" لأن هذا يدل على قلة الضيوف وتقصير صاحب الضيافة بواجبه، كما لا يجوز أن تقدم القهوة العربية باليد اليسرى إكراماً للضيف. والتكيف الاجتماعي يمتد من الأسرة إلى المدرسة ومروراً بالمجتمع.

معايير التكيف في المجتمع

1-الالتزام بأخلاق المجتمع: لا بد للشخص حتى يتكيف أن يلتزم بأخلاق المجتمع النابعة من قيمه الروحية والتاريخية والحضارية والاجتماعية، إذ تشمل هذه الأخلاق على مجموعة من الواجبات والمحذورات (must and must not)، وما يفضلها المجتمع من سلوكيات مختلفة تؤيدها الخلفية الاجتماعية. من طرف آخر إن التزام الشخص بأخلاقيات المجتمع يبعث على الشعور بالتوحد مع الجماعة في المجتمع. الأمر الذي يقود إلى الرضا والتكيف.

2-الامتثال لقواعد الضبط الاجتماعي: ثمة قواعد ونظم تضبط علاقات الأفراد في المجتمع، فالشخص في المجتمع يتعلم هذه القواعد والضوابط بالشكل الذي تصبح هذه القواعد والضوابط جزءاً من تكوينه الاجتماعي ونمطاً محدداً لسلوكه داخل المجتمع. مثال كيف يتعامل الناس بالمجتمع مع استدانة المال وما طبيعة العلاقة بين المدين والدائن، أيضاً طبيعة القواعد التي تضبط وتنظم عادات الزواج والمصاهرة بين الناس في المجتمع(فهيم، 1978).

التكيف والبيئة الطبيعية

تمثل البيئة الطبيعية كل ما يحيط بالإنسان من ماديّات كالمناخ والأرض بسهولها ووديانها ونباتها وتضاريسها وأمطارها وما توفر للإنسان من مواد وغذاء ضروري للبقاء. هذا المحيط المادي الطبيعي له بالغ الأثر في حياة الإنسان وشخصيته وتطوره. من هنا يسعى الإنسان ليحقق حالة من التكيف مع هذا المحيط، مثال أن يلبس أبناء المناطق الباردة الثياب الثقيلة التي تقي شدة البرد، والأمر بالعكس لدى أبناء المناطق الحارة.

كذلك قد تفرض البيئة الطبيعية على الشخص أنواعاً من الطعام لتوفره في هذه البيئة ورخصه. وهذا تكيف مع البيئة.

التكيف والبيئة الاجتماعية والثقافية

تشير البيئة الاجتماعية والثقافية إلى المجتمع الذي يعيش فيه الشخص بكل ما فيه من قيم اجتماعية واقتصادية وروحية ومعايير وعادات وتقاليد وأخلاق ودين ومعارف متصلة بالمجتمع وثقافته ومبادئ تنظم علاقات الأفراد مع بعضهم بعضاً. هذه العلاقات التي قد يسودها التعاون والمحبة أو التنافس والتنافر والتباغض. في وسط هذه المتغيرات المتناثرة والمتباينة يسعى الشخص إلى التكيف الاجتماعي وفق أساليب التكيف المختلفة (ذكرت سابقاً)، فيحزن لحزن جاره ويفرح لفرحه، ويواسي أهل الميت ويبارك لأهل الوليد وهكذا دواليك... لا بد من الإشارة هنا إلى أن الشخص في هذا التفاعل الاجتماعي يحقق طرفي فائدة، من طرف يتكيف مع الناس، ومن طرف آخر يحقق ذاته الاجتماعية، والطرفان يصبان في دائرة التكيف. هذه التفاعلية مهمة جداً فكما يقول ليفين Lewin في تفسير السلوك (كحالة تكيفية) بأنه وظيفة لتفاعل الشخصية مع البيئة، وهذا التفاعل يختلف من شخص إلى آخر، وهذا يؤدي إلى اختلاف الاستجابات (منصور والشربيني، 2001).

التكيف والبيئة النفسية للفرد

تدل البيئة النفسية للفرد على ما يختلج الفرد من مشاعر وأفكار وحالة نفسية وعقلية ومعرفية. يسعى الشخص هنا إلى تحقيق تكيف نفسي من خلال توجيه السلوك بصورة حسنة يقبلها المجتمع والشخص نفسه، فقبول السلوك من الشخص نفسه أمر ضروري، لا يقل أهمية عن القبول الاجتماعي، لأن ذلك يدخل تحت إدراك الذات أو الذات المدركة، ففكرة الشخص وصورته عن نفسه هي أساس في تكوين الشخصية، من ثم هي عامل مهم في التكيف الشخصي والاجتماعي. هذه الصورة تتميز بأنه ذات أربعة أبعاد هي الآتي:

1- فكرة الشخص حول نفسه بما يملك من قدرات وطاقات وإمكانيات في المجالات المختلفة، ولكن بصورة واقعية وموضوعية، هذه الفكرة تمثل الذات الواقعية.

2- فكرة الشخص حول نفسه بما يملك من قدرات وطاقات وإمكانيات في المجالات المختلفة، لكن قد يشوب هذه النظرة العاطفة والتحيز للذات، هذه الفكرة تمثل الذات المدركة.

3- فكرة الشخص حول علاقاته مع الآخرين، إذا هو شخص مرغوب أو منبوذ، والرغبة أو النبذ يعود إلى أسباب شخصية كالشكل أو العرق أو الدين أو اللون، وربما عادت إلى أسباب موضوعية ترجع إلى سلوكه وتصرفاته، هذه الفكرة تمثل الذات الاجتماعية.

4- فكرة الشخص حول ذاته كيف يجب أن يكون، وهنا يكون في داخل الشخص قدوة يود أن يكون مثلها ويحاكيها ويقلدها ربما في كل شيء. هذه الفكرة تمثل الذات المثالية. يسعى الشخص إلى تحقيق الانسجام بين هذه الأفكار حول الذات، فالانسجام يدل على التكيف والعكس صحيح، فهو يدل على سوء التكيف والاضطراب (فهمي، 1978).

العوامل التي تؤثر في التكيف

1- الحاجات الأولية والحاجات الشخصية: الحاجات الأولية هي الأساس في البقاء والحياة مثال: الحاجة إلى الغذاء، الحاجة إلى الشراب، الحاجة إلى الراحة، الحاجة إلى الجنس. هذه الحاجات أساسية لبقاء النوع وتكاثره، وأحياناً يُطلق عليها الدوافع الأولية. أما الحاجات الشخصية التي تُسمى لدى بعضهم بالحاجات النفسية الاجتماعية أو بالدوافع الثانوية، ومثال ذلك: الحاجة إلى المحبة، الحاجة إلى الاعتبار والتقدير، الحاجة إلى النجاح...إلخ. هذه الحاجات الأولية والحاجات الشخصية إذا لم تُشبع أدى ذلك إلى سوء التكيف.

2- العوامل الفيزيولوجية: وهذه العوامل ترجع إلى بنية الجسم، فمنها ما يرجع إلى الوراثة، ومنها ما يرجع إلى عوامل طارئة كحوادث السير وما المشاكل التي قد تؤثر في أجهزة الجسم. أيضاً هناك جوانب فيزيولوجية ترجع إلى الفترة الجنينية أو في أثناء الولادة أو بعد الولادة، كذلك قد ترجع العوامل إلى الغدد ذات الإفراز الداخلي التي تؤثر في نمو الفرد ومزاجه. كذلك ثمة عوامل تعود إلى نشاط الجسم وتعبه أو الأمراض التي تصيب الطفل فتبقى آثارها على أجهزة الجسم مدى الحياة. لقد ذكر لومبروزو Lombroso

وجهة نظر قدمها حول الشخص المجرم الذي قد يكون مجرمًا بالولادة، فساق مجموعة من الأدلة التي تدعم وجهة نظره من حيث البناء الجسدي للمجرم. هذا الكلام نسبي الصحة ولا يمكن صكه بقانون، فلا حتميات بالإنسانيات.

3- المظاهر الجسدية الشخصية: قد تكون المشكلات الجسدية ولا سيما منها الظاهرة كالإعاقات والقصر المفرط أو الطول المفرط أو القبح أو الرجل الذي يشبه شكل النساء أو العكس أو الكدمات في الوجه أو طول الأنف أو كبر الفم أو شكل الوجه أو البدانة المفرطة أو ضعف الجسم، كل هذه المشكلات قد تقبع خلف سوء التكيف لدى الشخص.

4- التعلم والطفولة وخبراتها: إن خبرات الطفولة تؤدي دوراً مهماً في التكيف، فالطفل الذي عانى الحرمان المادي في طفولته، أو قاسى آثار طلاق الوالدين، أو فقد الأب أو الأم أو كلاهما، أو مر بخبرة مرض سيئة، أو عانى تسلطاً وعدواناً عليه داخل المنزل أو خارجه، أو عانى حرماناً عاطفياً. كل هذه الظروف تجعل الطفل تربة خصبة لنشوء سوء التكيف الذي يؤثر فيه في المراحل العمرية اللاحقة.

5- القدرات العقلية: هناك أطفال يتجاوز ذكاؤهم (140) وهؤلاء متفوقون، وهناك أطفال يكون ذكاؤهم دون (70) وهؤلاء يعانون من صعوبات التعلم، علماً أن متوسط الذكاء هو (100). لكن على أرض الواقع كلا الطرفين المتفوق والمتأخر يعانيان من مشكلات في المدرسة. فالمتفوق لديه مشكلة الملل والضيق والتوتر، وأن المناهج دون مستواه العقلي، في حين يعاني منخفض الذكاء من صعوبة في مواكبة المناهج والزملاء، الأمر الذي يؤدي إلى القلق والخوف والتوتر، بالنهاية كلاهما يعاني من مشكلات سوء تكيف في المدرسة وهما بحاجة للمساعدة.

6- المستوى الاجتماعي والثقافي: إن اختلاف مستوى الطبقات الاجتماعية والثقافية له دور في عملية التكيف، فمثلاً تميل فئة العمال والمستويات المتدنية اجتماعياً إلى حل المشكلات عن طريق الشجار، في حين تميل الفئات المتعلمة والمتقنة إلى حل المشكلات عن طريق الحوار والتفاهم. أيضاً إن فئات المهاجرين في المجتمعات الجديدة قد يصعب عليها الانخراط في المجتمعات الجديدة، لذلك قد يتجمعون مع بعضهم ليعيشوا في حي واحد أو مدينة واحدة.

7- الإنسان وذاته: يختلف تقدير الذات من شخص لآخر وكذلك فهم الذات أيضاً. من هنا يُلاحظ شخص يسعى إلى نيل العلم وقد يجد متعة في ذلك، وثانٍ يسعى طلباً للمال والثروة وقد يجد متعة في ذلك، وثالث يسعى طلباً للجاء والمنصب والمكانة الاجتماعية وقد يجد متعة في ذلك، كل هؤلاء ينطلقون من فهمهم لذاتهم وما تطمح إليه. إن الذات حالة مركبة، فعند تناول الذات بالبحث يتم تناول جوانب تتفاعل معاً لتكون الذات ومنها: إدراك الذات، تقدير الذات، الموقف من الذات، نقد الذات. من ثم يمكن القول: إن معرفة الإنسان لقدراته وإمكاناته مع تقبل لذاته يقود ذلك إلى حسن التكيف والعكس صحيح.

8- الفترات التاريخية العصبية والتغير المحيطي السريع: إن الحروب والكوارث الطبيعية التي تعصف بالبشرية كثيرة، فالأمثلة حاضرة في ذاكرة البشرية كالحروب العالمية وما تلاها من حروب بين الدول أو الحروب الأهلية والزلازل والبراكين والعواصف والجوائح الصحية وغيرها. كل ذلك ينعكس على تكيف الشخص وصحته النفسية إذ يجعل الشخص تربة خصبة لنشوء الاضطراب وسوء التكيف. يضاف إلى ذلك التطور الحاصل والانفجار المعرفي والمعلوماتي والتقني الذي تمخض عن صعوبة بالغة أمام الشخص لمواكبة هذا التطور، فسرعة تعلمه لا تواكب سرعة التطور. الأمر الذي يجعله يعاني من سوء التكيف. هذا الأمر يظهر جلياً لدى الأشخاص الذين تجاوزوا سن التقاعد.

9- التلفاز والسينما والشابكة (الإنترنت) ووسائل التواصل الاجتماعي: إن ما يُعرض على شاشة التلفاز أو بدور السينما قد يزيد الطين بلة بما يتصل بالتكيف، فليس كل ما يُعرض صحي، فقد تُعرض أفلام تساهم في بناء السلوك الشاذ لدى الأطفال أو المراهقين أو الشباب، الأمر الذي يؤدي إلى سوء التكيف. لم يقف الأمر عند التلفاز والسينما، بل تجاوزهما إلى ما هو أعظم وأشدّ خطراً من خلال الشابكة (الإنترنت) ووسائل التواصل الاجتماعي التي مخرت عقول الأطفال والمراهقين والشباب لساعات طويلة يومياً، إلى الحد الذي يتحدث فيه الناس عن شيوخ ظاهرة إدمان الشابكة (الإنترنت) وانتشارها بين الشباب. وهذا قد يؤدي إلى سوء التكيف الذي قد يتمثل بالفشل الدراسي أو المهني أو الزواجي أو الأسري.

10- الصدمات والعوامل المباشرة: قد يتعرض الإنسان لصددمات كفقد عزيز أو رسوب أو فشل بأمر ما أو خسارة صفقة أو فقد خطيب وما إلى ذلك. كل هذا قد يؤدي إلى اضطراب ما بعد الصدمة أو إلى سوء التكيف. أيضاً هناك الصدمات المباشرة التي تصيب الدماغ فتترك أثراً فيزيولوجياً ونفسياً أو عقلياً في الشخص، وهذا يؤدي إلى سوء التكيف.

الصحة النفسية والتكيف

تمثل الصحة النفسية مجموعة المظاهر السوية التي تغلب على الحياة النفسية للشخص. عند مقارنة الصحة النفسية بالتكيف يمكن القول: إنه ثمة اتفاق بين الصحة النفسية والتكيف، فالتكيف عملية حركية نشطة، وكذلك الصحة النفسية، فهي الواقع الحركي النشط لحياة الشخص في التفاعل مع المحيط. من هنا يكون التكيف هو دليل على الصحة النفسية، فإذا ساء كانت سيئة وبالعكس. لقد أكد كثير من علماء النفس والمشتغلين بالصحة النفسية أن الصحة النفسية والتكيف يشيران إلى المظاهر نفسها، ولكن الصحة النفسية أعم وأشمل. إن الصحة النفسية يُنظر إليها من جهة أنها حصيلة وراثية ومكتسبة من المحيط، فقد يكون وراء الاضطرابات النفسية جانب وراثي أو استعداد وراثي كحالات الضعف العقلي التي تؤدي إلى حالة من سوء التكيف مع المحيط ومتطلباته (الرفاعي، 1998). كما قد يكون الاضطراب النفسي ناتجاً عن عملية تعلم مثال العدوان الذي قد تكون الأسرة أو المجتمع قد عزز هذا السلوك لدى الطفل فشب عليه. في الواقع إن هذه جدلية كبيرة بين الوراثة والبيئة، قد أثارها العلماء من قبل ولا يمكن لأنصار البيئة نفي الوراثة بالمطلق والعكس صحيح.

السلوك السوي واللاسوي Normal/Abnormal behavior

لقد عرف قاموس أكسفورد Oxford السلوك بأنه الطريقة التي يتصرف بها الشخص بدافع من نفسه تجاه الآخرين أو الحيوانات أو الأشياء من حوله أي التي تكون في محيطه، وهذا التصرف قد يكون فعلياً وقد يكون لفظياً (Oxford Languages, 2022).

لتحديد طبيعة السلوك بأنه سوي أو غير سوي اختلف العلماء لذلك يُلاحظ وجود المعايير الآتية: 1-المعيار الإحصائي.

2-المعيار الذاتي.

3-المعيار المثالي.

4-المعيار الاجتماعي.

5-المعيار الطبيعي.

6-المعيار النفسي الموضوعي.

7-المعيار المرجعي الباثولوجي (المرتبط بالأعراض).

8-معيار السلوك التلاؤمي.

9-المعيار المعتمد على الموقف.

مع أنه قد يكون معيار واحد غير كافٍ لتحديد السواء (ملحم، 2015).

عند تحليل السلوك يتبين أنه يتكون من ثلاثة مكونات هي:

1-المكون المعرفي: إذ يدرك الإنسان محيطه ويتفاعل معه عن طريق الرموز والمعاني والأفكار، كذلك يقوم بعمليات عقلية تتضمن التحليل والتركيب والاستنتاج والتمييز والاستنباط والقياس والتخيل والتفكير وغيرها.

2-المكون الانفعالي والوجداني: وهو الحالة الانفعالية الوجدانية التي تصاحب السلوك مثال حالة الفرح والسرور في أثناء الذهاب إلى دعوة زفاف لصديق، أو حالة الحزن في أثناء أداء واجب العزاء.

3-المكون الحركي: ويتضمن الاستجابات الحركية التي تتطوي على عمليات لفظية أو رمزية، إذ تحوي الاستجابة الحركية بعداً معرفياً كالتعرف إلى الكلمات ثم كتابتها.

السلوك السوي

هو التصرف المألوف العادي الذي ينسجم مع الموقف وما يقتضيه ومع معايير السواء، فالموقف الذي يتطلب الفرح يواجه بالفرح والموقف الذي يتطلب الحزن يواجه بالحزن، وإذا خالفت الاستجابة هذا التوجه دل ذلك على أن السلوك غير سوي. لكن عملية الاستجابة والقيام بسلوك ما تتوقف على محددات عدة هي:

- 1- الشخص وخبراته وعمره.
 - 2- شروط الموقف وظروفه، فقد تحدث الواقعة نفسها ولكن بظروف مختلفة عن سابقتها.
 - 3- الطريقة أو الأسلوب المستخدم لمواجهة الموقف.
- إن الطفل الصغير ابن الخامسة قد يقع في الحرج عند زيارة بيت أقرائه، فيحтар كيف يتصرف، لأن خبرته ما زالت غضة طرية. كذلك المهاجر العربي إلى الغرب قد يقع بالحرج مراراً وتكراراً عند مخالطة الأجانب نتيجة ضعف الخبرة واختلاف الظروف عن البيئة العربية. هناك اختلاف بين الباحثين في تحديد السلوك السوي، وذلك لأن السلوك السوي بين الأشخاص يتراوح بين حدي السواء على منحى التوزع الطبيعي، فقد يكون السلوك منخفض السواء أو متوسطه أو مرتفعه، وهذا ينطبق أيضاً على كل الوظائف النفسية كالذاكرة والإدراك والتفكير والتخيل والانفعال والتكيف وغيره.
- من هنا لا بد من الانتباه عند تحديد مستوى السواء إلى النقاط الآتية:

- 1- كل درجات السواء تتموضع في مستوى يمكن الوظائف النفسية من القيام بواجباتها على أكمل وجه أو بأدنى تقدير مقبول ضمن وحدة الشخصية.
- 2- السلوك السوي هو دليل على تكيف حسن يقوم على التفاعل بين الفرد والمحيط.

مخرجات السلوك السوي

- 1- الفاعلية: أي إن السلوك السوي منتج وله أثر إيجابي.
- 2- الكفاءة: أي قدرة الشخص من خلال السلوك السوي على أداء المهمة بصورة جيدة وكافية.
- 3- الملاءمة: وهي أن السلوك السوي يقوم على التأقلم مع المحيط الذي يتفاعل معه الشخص.
- 4- المرونة: وتدل على أن السلوك السوي يمكن تعديله للوصول إلى نتيجة أفضل.
- 5- القدرة على الاستفادة من الخبرة: وهذا ناتج عن تراكم الخبرة التي يقوم الشخص بتعميمها على مواقف جديدة، الأمر الذي يؤدي إلى النجاح، النجاح يقود إلى النجاح.
- 6- القدرة على التواصل الاجتماعي: أي رفع جودة التواصل مع الآخرين الذي يسوده القبول.

7- تقدير الذات: طالما أن السلوك السوي منتج وله أثر إيجابي على الشخص والمجتمع، فإن ذلك سينعكس إيجابياً على تقدير الذات، فيؤدي إلى زيادة تقدير الذات لدى الشخص.

السلوك اللاسوي

هو التصرف غير المألوف أو العادي الذي لا ينسجم مع الموقف وما يقتضيه ومع معايير السواء، مثال ذلك الناس في المصنع يعملون وأحدهم ذهب خلسة لسرقة زملائه، أي إن السلوك خالف التوجه العام للعمال وهو العمل، وهذا يدل على أن السلوك غير سوي. يرى كل من موس Moss وهونت Hunt أن الناس يحكمون على السلوك السوي من تقاربه مع سلوكهم، فبقدر ما ينسجم مع سلوكهم فهو سوي والعكس صحيح، أي إنه تغليب لوجهة النظر الشخصية على غيرها من المعايير، وهذا ليس بالضرورة أن يكون صحيحاً. يركز الباحثون في علم النفس العيادي على المشاعر الذاتية للفرد التي تتمثل من خلال الضيق الذاتي Personal Distress، وذلك لأن الضيق الذاتي يمثل قاسماً مشتركاً بين الاضطرابات النفسية، فيظهر لدى الشخصية السيكوباتية أي المضادة للمجتمع من خلال العدوان أو السرقة وغيرها، كما يظهر لدى أصحاب الانحرافات الخلقية وغيرها (عبد الغفار، 2007).

خصائص السلوك اللاسوي

- 1- الندرة الإحصائية: أي إن السلوك اللاسوي نسبته قليلة إذا ما قورنت بالسلوك السوي لدى الناس، لأنه مستغرب وغير مألوف وغير اعتيادي.
- 2- الضيق الشخصي: إن السلوك اللاسوي هو سلوك مسبب للتوتر والضغط، فاللص يسرق خفية مستتراً عن عيون الناس وهو متوتر وضربات قلبه متسارعة، في حين العامل يعمل في الحديقة تشاهده المارة ولا يشكل له ذلك توتراً، لأن سلوكه سوي.
- 3- انتهاك المعايير: يخرج صاحب السلوك اللاسوي عن حدود المعايير التي يفرضها المجتمع، فالذي يعتدي على الآخرين ينبذه الناس.

4- العجز أو سوء التوظيف: إن صاحب السلوك اللاسوي لديه قدرات، لكن هذه القدرات قد وجهها بالاتجاه الخطأ، فالغشاش قد وظف قدراته للنصب والتحايل ولم يوظفها للسلوك السوي.

5- عدم التوقع: يتوقع صاحب السلوك اللاسوي أن هذا السلوك سيجلب له الخير، وهو بالتالي يجانب الصواب، فالأصل أن زارع الشوك سيحصده، فاللص قد ينجو مراراً، لكنه سيسقط بالنهاية وتذهب توقعاته الزائفة أدراج الرياح وينال ما يستحق (يوسف، 2000).

أنواع السلوك اللاسوي (الاضطرابات النفسية)

ثمة تصنيفات مختلفة للاضطرابات النفسية سنذكر لاحقاً، لكن هنا سنذكر

الاضطرابات عامة وهي:

1- الاضطرابات الذهانية.

2- الاضطرابات العصابية.

3- الاضطرابات الشخصية.

4- الاضطرابات الجنسية.

5- اضطرابات الاعتماد والتعود (الإدمان).

مقارنة مستويات السلوك اللاسوي وسوء التكيف

إن التكيف السيئ يمثل اضطراباً أو مشكلة نفسية، لكن هل السلوك اللاسوي وسوء

التكيف هما مفهومان متعادلان شكلاً ومضموناً؟

إن الاضطراب النفسي يكون بشدد مختلفة، فالاضطراب قد يؤدي إلى سوء التكيف، ولكن

زيادة شدة الاضطراب قد يؤدي إلى السلوك اللاسوي. يبين الجدول الآتي أوجه الاختلاف

بين سوء التكيف والسلوك اللاسوي:

الجدول رقم (1): أوجه الاختلاف بين سوء التكيف والسلوك اللاسوي

سلوك اللاسوي	سوء التكيف
يغلب استعمال الكلمة بالنسبة للاضطرابات النفسية التي تميل إلى الشدة	يشمل ما كان منها ضعيف الشدة وما كان شديداً
تطلق كلمة السلوك اللاسوي على الاضطرابات النفسية التي تكون جذورها الفيزيولوجية قوية.	يستخدم للدلالة على الاضطرابات الناشئة عن شروط الحياة اليومية والاجتماعية
يركز على الانحراف وأخطاره والنظر إليه بوصفه اضطراباً نفسياً	يركز على التفاعل بين الفرد ومحيطه وأثر كل منهما على الآخر

بالواقع تميل الدراسات النفسية والتربوية إلى استخدام عبارة سوء التكيف أكثر من ميلها إلى استخدام كلمة السلوك اللاسوي. بالمجمل يمكن القول إن عبارة سوء التكيف تدل على الانحراف عامة أو الاضطراب البسيط في حين كلمة السلوك اللاسوي تدل على الانحراف والاضطراب الشديد (الخالدي والعلمي، 2009).



الفصل الرابع

الشعور واللاشعور ووسائل الدفاع الأولية

مقدمة

عند الحديث عن الحاضر ووقائعه والخبرة في الحياة النفسية، فهذا يعني أن الحديث يدور حول الشعور، فالخبرة التي ينتجها الشعور تبقى محفوظة جزئياً أو كلياً، وهي تبقى نشطة وفاعلة غالباً، وتنتج الكثير من المركبات الجديدة. إن منتجات الشعور تظهر عند مواجهة مشكلة ما في الحياة اليومية والسعي إلى حلها. أما بالنسبة للاشعور ففيه يتم الحديث حول الحياة النفسية بالماضي البعيد أو الحالات التي لا يحيط الوعي بها، بل ربما تكون كُبت في اللاشعور لأنها تمثل حالة من المخالفة للمعايير الاجتماعية أو لقيم الأنا الأعلى.

مستويات الحياة النفسية الثلاثة

1- الشعور Consciousness: عرف روسنثال Rosenthal مصطلح الشعور بأنه "حالة نفسية تُستخدم بمعانٍ عدة هي: لوصف الشخص وهو في حالة يقظة وحواسه متيقظة، كذلك لوصف شخص إذ يكون مدركاً لشيء ما في محيطه، كما يشير إلى السمات العقلية كالإدراك والمشاعر والتفكير والتخيل وغيرها، إذ تختلف هذه الحالات العقلية عن الحالات اللاشعورية" (Rosenthal, 2015, 157).

أبعاد الشعور

أ- الشعور كوسيلة للمعرفة: إن الشعور هو الوسيلة المباشرة التي تُعرّف الشخص على الحالات النفسية التي يمر بها، فهو يخبر الألم واللذة والضيق والتوتر والقلق والخوف وسير المحاكمة العقلية وغيرها. لكن يجب التمييز هنا بين ثلاثة جوانب هي:

1- الشعور معرفة حدسية مباشرة في الغالب من لحظات اليقظة، فهذه المعرفة مباشرة ولا تحتاج وساطة، فالشخص يشعر بالألم مباشرة وكذلك بالفرح والفشل والإحباط والمحاكمات الداخلية... إلخ.

2- الشعور الداخلي التألمي: إذ ينعطف الشخص نحو ذاته ليدقق ويفحص ما فيها، هذا الشعور يحتاج إلى القصد والجهد ليتحقق، مثال ذلك الفحص الداخلي لعوامل التقصير التي أدت إلى الرسوب لدى الطالب. هنا تكون الملاحظة داخلية.

3- كل لحظة من حياة الشخص التي يشغل فيها شعوره سيطلع على واقع أو خبرة جديدة من محيطه، أي يكشف العالم المحيط.

ب- **الشعور كمنظومة للخبرة الحسية:** هنا يدل الشعور على الخبرة الحسية الواقعية، فالإنسان يتواصل مع العالم الخارجي من خلال الحواس، ثم يتم تكوين إدراكات حول المعطيات الحسية التي تعمل بدورها لتكوين خبرة يتعايش بها الشخص مع المحيط. هذا يعني أن وقائع المحيط المادية والعالم الاجتماعي والعالم الداخلي للشخص، كلها تتعاون مع بعضها ضمن المنظومة الشعورية لتكون الخبرة الحسية الواقعية التي يعيشها الشخص.

ت- **الشعور كصفة نفسية:** قد تستعمل كلمة الشعور لوصف الحالة النفسية التي يمر بها الشخص حين يعيش حالة ما. وهذه الحالة تحتاج إلى الجهد والقصد، مثال كتابة رؤوس أقلام لخطبة بحث علمي، تحتاج إلى تركيز وجهد شديدين. في حين نقل تعليمات الامتحان من اللوحة لا تحتاج إلى تركيز شديد وجهد كبير.

اضطراب الشعور: قد يصاب الشعور باضطراب ما، فقد يصاب بأشكال الفقد أو الانحلال التي ترتبط بسوء التكيف، أو بالحالات المرضية المتطرفة التي قد يصاب بها الشخص. ربما يصاب الشخص بالفقد الكامل للشعور، مثل حالة الغيبوبة أو التسبيخ (Coma) التي يعاني فيها الشخص من سبات عميق، وكذلك هناك غيبوبة الصرع، وحالة النوم المرضي. أيضاً هناك الهستيريا لكن فقد الشعور فيها يكون أقل من الحالات السابقة. عند الاختلاط العقلي يتم حدوث الإدراكات وتظهر الحركات والذكريات، ولكن الحالة الغالبة على اضطرابات الشعور هو فقد الشعور وظيفته التركيبية، إذ تظهر محتوياته المختلفة وكأنها لا رابط بينها. هنا تكون العمليات العقلية مضطربة وتنقصها السرعة والكفاية وحسن التكيف.

2- ما قبل الشعور Precociousness

وهو المستوى الذي يتصل بالشعور ويكمن وراء الشعور، ويكون على أهبة الاستعداد لمد الشعور بما يطلب من مفردات ومعاني وذكريات قريبة وغيرها. إذ تقع فيه تلك الذكريات القريبة التي لم تكن في ساحة الشعور عند مواجهة مشكلة ما، ولكن استدعاها وجاءت دون مقاومة شديدة. أي إن ما قبل الشعور يضم الحالات النفسية التي لا تكون في ساحة الشعور، بيد أن من السهل استجلابها مثال كثير من المعاني والصور التي يستحضرها الشخص الآن، وهي ليست في مستوى الشعور المباشر الواقعي، ولا تعود إلى اللاشعور بل وتختلف هذه المحتويات عن اللاشعور من حيث قدرة الشعور على استدعائها والتصرف بها، ومن حيث ما فيها من فاعلية. من هنا توضع حالات ما قبل الشعور بين مستوى الشعور ومستوى اللاشعور. يمكن القول إن صفات ما قبل الشعور هي أقرب إلى الشعور منها إلى اللاشعور، وهناك من سماه حاشية الشعور وبعضهم سماه ما تحت الشعور. أما عن آلية عمل ما قبل الشعور، فهي تماثل آلية عمل الشعور وفق المبادئ الآتية:

أ-مبدأ الزمن.

ب-مبدأ الواقع.

ت-مبدأ المنطق.

وفق هذه المبادئ يتسم ما قبل الشعور بالآتي: درجات من اليقين، الموضوعية والواقعية، لا يتمركز حول الذات فهذا من سمات اللاشعور، مخزن المعاني والصور والخبرات القريبة التي تتصل مع الذات أو العالم الخارجي، يحلل ويركب ما يخزنه ولكن من دون اتخاذ قرار.

3- اللاشعور Unconsciousness

هو مستوى عدد من الحالات النفسية النشطة في أثناء النوم، وفيه كثير من الدوافع المتنوعة والأفكار التي تتميز بأنها تبقى مكبوتة، وفيه كثير من خبرات الطفولة المكبوتة، ويتسم بأنه فاعل ونشط حتى في ساعات الشعور. رغم صعوبة سبر اللاشعور لتبوير وجوده، ثمة جملة من المسوغات التي تبرر وجود اللاشعور وهي:

- 1- حين يستيقظ النائم بالإحياء ويعود إلى فعاليات اليقظة المعتادة، فيلاحظ أنه يعتمد إلى تنفيذ ما طلب إليه ساعة النوم، وهذا يدل على حفظ الأمر في اللاشعور.
- 2- عند دراسة الأحلام ومعانيها تظهر الدوافع والمكونات والمكبوتات والرغبات اللاشعورية، مثال الشاب الذي يرى في المنام أنه يقتل أباه الثري الذي يمسك عليه التصرف بالمال.
- 3- يظهر اللاشعور من خلال هفوات اللسان، مثال الذي فتح الباب بعد القرع وجد حماته فقال لها مع السلامة بدلاً من أهلاً وسهلاً، وهذه سقطة لسان لكنها معبرة عن حالة لا شعورية بعدم الرغبة في استقبال الحماة.
- 4- تظهر أفكار فجأة ليست من الشعور، وأحياناً يأتي حل مسألة فجأة بعد اليأس من حلها وطول المحاولة. هذه الحوادث تدل على عمل اللاشعور.
- 5- ثمة حالات نفسية غير موجودة في ما قبل الشعور أو في الشعور، وهذا يدل على نشأة هذه الحالات النفسية في منطقة اللاشعور.
- 6- أثبت التحليل النفسي وجود حالات نفسية عميقة مظلمة تسبب كثيراً من الاضطرابات والمشكلات النفسية والفيزيولوجية، وهذا يدل على وجود اللاشعور.
- 7- إن القول بوجود اللاشعور يعد أمراً علمياً لتفسير الحياة النفسية وفهمها بصورة متكاملة نسبياً إلى حد ما ومن دون فجوات مجهولة التفسير.

محتويات اللاشعور

- 1- خبرات الطفولة التي تُكبت لأنها تسبب الألم، وقد يأخذ بعضها شكل العقد أو المركبات.
- 2- الأفكار المختلفة التي يكتبها الطفل بسبب مخالفتها معيار المجتمع، فتؤدي إلى الاحتقار.
- 3- الدوافع الأولية المكبوتة والأفكار المكبوتة التي ارتبطت معها في مرحلة من مراحل الحياة، وكذلك العقد أو المركبات المرتبطة معها.

4- مجموعة الخيالات الأولية، وهي خيالات بينها الكثير من التماثل، وهي توجد بكثرة إذ يمكن القول فيها إنها تؤلف نموذجاً بذاتها. ترجع هذه الخيالات إلى خبرات واقعية ماضية.

صفات اللاشعور

- 1- إن عمليات اللاشعور لا تخضع للزمن: إن الزمن وعلاقاته يرتبط مع الشعور، أما عمليات اللاشعور فهي لا تتأثر بالزمن. كما أن من صفات اللاشعور الوجود، وبالوقت نفسه عمليات اللاشعور لا تخضع لمطالب المكان وحدوده.
- 2- لا يوجد في مستوى اللاشعور نفي أو شك أو يقين، لأن هذه الصفات هي صفات الشعور. أما العمليات اللاشعورية فهي حقيقة داخلية بالنسبة للاشعور.
- 3- إن الصلة ضعيفة بين اللاشعور والعالم الخارجي، فالمنظم الوحيد لعمليات اللاشعور هو مبدأ اللذة وتقادي الألم. كما أن العمليات اللاشعورية لا تخضع لمبدأ الأخلاق وهي قريبة من الدوافع الأولية وحياة الطفولة الأولى.
- 4- الرغبات التي تكمن وراءها دوافع أولية تقوم في اللاشعور وهي توجد إلى جانب بعضها دون أن ينفي بعضها بعضاً، أي يوجد بينها حالة من التعايش.
- 5- إن العمليات اللاشعورية فعالة ونشطة سواء في حالة اليقظة أو النوم.
- 6- تتمركز العمليات اللاشعورية حول الذات بقوة، فأغراض هذه العمليات متجهة نحو الذات.
- 7- يأخذ الجنس مكانة مهمة في مكنونات الحياة اللاشعورية، إذ يرتبط ببعض العقد النفسية.
- 8- تميل العمليات اللاشعورية إلى أخذ الطابع القصصي المسرحي في تركيبها غير متأثرة بشروط عالم الواقع كما يظهر في الأحلام، ويضاف إلى ذلك الرمزية بالصور والكلمات.
- 9- تتسم العمليات اللاشعورية بأنها غرضية أي ذات هدف، فالأعراض التي تظهر لدى لاشعور شخص مضطرب قد تدل على الحاجة إلى الأمن أو الاعتبار...إلخ.

الكشف عن عمليات اللاشعور: إن العمليات اللاشعورية تقع خارج متناول الشعور، أي هناك صعوبة للوصول إلى عمليات اللاشعور. يُكشف عن العمليات اللاشعورية بالطرائق الآتية:

✧ الأحلام: تُعتمد الأحلام في الكشف عن العمليات اللاشعورية، لأن تركيب الأحلام قائم على الفعاليات اللاشعورية مع غياب رقابة الشعور، فتتسلل مكنونات ومكبوتات اللاشعور من خلال الأحلام وتظهر فيها، وقد تحمل رموزاً تدل على أشياء في الواقع.

✧ التداعي الحر: إذ يستعمل لكشف عمليات اللاشعور من خلال ترك الشخص يعبر عن نفسه كما يشاء ودون مقاطعة، وكلما ضعفت رقابة الشعور في اصطفاء ما يظهر في ساحة الشعور كلما زادت فرصة ظهور مكنونات اللاشعور. يحتاج التداعي الحر إلى الهدوء والراحة، وقد يعمد المعالج النفسي إلى استعمال المركبات الصيدلانية لإضعاف رقابة الشعور وإفساح المجال لظهور مكنونات اللاشعور. وقد يستعمل المعالج أحياناً التداعي الموجه بدلاً من الحر.

✧ الطرائق الإضفائية (الإسقاطية): أي استعمال الطرائق الإضفائية (الإسقاطية) للكشف عن العمليات اللاشعورية، وهي تتمثل بالأشكال المختلفة للروايات الإسقاطية، فالاختبارات الإسقاطية تعطي للمفحوص موقفاً أو مثيراً غامضاً يثير استجابات متعددة، كما في اختبار بقع الحبر لرورشاخ (Rorschach)، وأحياناً تكون المثيرات كما في اختبار تفهم الموضوع ليهيزري موراي (Murray) واضحة أو عبارات ناقصة كما في اختبار التداعي الحر.

✧ استجابات متعدد الاتجاهات: والهدف منه هو استثارة قوة الدوافع اللاشعورية لإظهار إجابات تكفي لتحديد الدوافع اللاشعورية المعبرة عن مكنونات اللاشعور (الرفاعي، 1998).

وسائل الدفاع الأولية Defense Mechanism

تعريف وسائل الدفاع: هناك أسماء عدة لوسائل الدفاع، فبعض الباحثين يسميها بـ "وسائل الدفاع الأولية" وهناك من يسميها بـ "آليات دفاع الأنا" أو "الحيل اللاشعورية" أو

"العمليات العقلية اللاشعورية". هذا الاختلاف في التسمية لا يغير في المضمون شيئاً بل يرجع إلى التركيز على جانب على حساب جوانب أخرى، فتسمية "وسائل الدفاع الأولية" تركز على تكون هذه الوسائل إذ تمّ تكونها في مرحلة الطفولة، في حين تركز تسمية "آليات دفاع الأنا" على كونها عادة أو آلية في سرعة حدوثها ويسر اللجوء إليها فهي وسائل الذات المباشرة في الدفاع عن نفسها. أما تسمية "الحيل اللاشعورية" فتتركز على المظهر اللاشعوري الذي يغلب على وسائل الدفاع ويكون إلى جانبه قسم شعوري ولكنه أصغر من سابقه. كما تركز التسمية الرابعة "العمليات العقلية اللاشعورية" على أنها عمليات عقلية لكن ليست شعورية أي ليست بمستوى الوعي. يمكن تعريف وسائل الدفاع كما عرفها الرفاعي في كتابه الصحة النفسية وهي "مجموعة من أشكال السلوك التي يلجأ إليها الفرد في سعيه وراء إشباع حاجة وجد ما يعيقها، أو مواجهة خطر واقع، أو مواجهة خطر متوقع" (الرفاعي، 1998، ص151). لا تعد وسائل الدفاع الأولية سلوك لاسوي، ولا يتصف بها أناس دون غيرهم. إنها عامة في شكلها السوي لدى كل الناس، وهي في الوقت نفسه توجد لدى المضطربين نفسياً، وقد تصل إلى حد التطرف فتصبح شكلاً من أشكال الانحراف. لها قاعدة في اللاشعور ولكنها ليست كلها لا شعورية، فهي خليط بين الشعور واللاشعور.

أشكال وسائل الدفاع

1-الكف: Inhibition: الكف هو إيقاف فعالية منظمة تقوم بها العضلات أو العمليات العقلية في اللحظة الزاهنة لتحقيق غاية ما لكي تبدأ بفعالية منظمة أخرى. يظهر الكف في حالات مثل الخوف والغضب والألم وغيرها (المرجع السابق). مثال الطفل الذي كان يعبر الشارع وفجأة جاءت سيارة مسرعة جعلته يرجع إلى الطرف الذي انطلق منه خوفاً على حياته. كما يمكن ذكر مثال على الكف العقلي في حالة الطفل الذي كان يشاهد التلفاز ويفكر في أحداث البرنامج الكرتوني وما ستؤول إليه الأحداث وفجأة صرخت به أمه لكي يكتب واجباته الدراسية، فتوقف التفكير بأحداث البرنامج واتجه نحو كتابة الواجبات.

2- الكظم: Suppression: وهو الضغط أو الحجب لدافع يعد ظهوره مصدر خطر فيما يتصل بالفرد، فهو ضبط للدافع وتحكم بمظاهره ومنعه من أن يتحقق على شكل سلوك خارجي، كما يعد الكظم سلوكاً دفاعياً ذا مكانة اجتماعية، وكثيراً ما يُنظر إليه على أنه معبر على قوة الإرادة أو قوة الشخصية لدى الفرد وليس هو دليل ضعف بل هو مؤشر على الارتفاع والتسامي وسمو الأخلاق. يمكن الحكم على الكظم على أنه عملية شعورية مبطنة بعوامل لاشعورية، فهو نتيجة صراع بين دوافع شعورية ولاشعورية ينتج عنها عملية توازن. من هنا تتدخل عوامل شعورية في الكظم مثل: الخوف من مخالفة تقاليد المجتمع، تقدير مكانة الآخر، حديث الآخرين عن الفرد، إيجابيات الصبر، عواقب الرد بالمثل، القيم الاجتماعية...الخ(الرفاعي، 1998). من الأمثلة على الكظم حالة الطفل الذي تصرخ في وجهه والدته أو معلمته ولا يرد بكلمة ويضبط نفسه.

3- النكران: Denial: يتمثل الصراع النفسي من خلال وجود قوتين متصارعتين، عند هذا الصراع يميل الفرد نحو طرف من طرفي الصراع ويهمل الطرف الآخر وينكره، وهنا يكون قد دخل في دائرة الإنكار تجنباً للخطر وتخفيضاً للتوتر والضغط، إذ يعد هذا الإنكار شكلاً من أشكال الانسحاب(صبحي، 2003). يمكن ضرب مثال على هذا حالة التلميذين اللذين تشاجرا حول ملكية لعبة ما، بعد مضي وقت قصير عادا يلعبان معاً لعبة جديدة بود وانسجام منكرين الحالة الماضية التي كدرت صفو العلاقات بينهما.

4- الكبت: Repression: هو وسيلة دفاعية يتقي بها الإنسان إدراك نوازعه ودوافعه التي يفضل عدم إظهارها، ويتميز الكبت عن الكظم في أن الإنسان يقوم في الكظم بضبط نفسه ودوافعه تجاه الأمور غير المرغوبة والمحرمة ويكون الإنسان على علم بهذه النوازع وبأنه يحول بينها وبين أن تظهر للناس. في حين لا يتضمن الكبت وعي الفرد بما يكبته من دوافع وهي منافية لمبادئ الضمير، ومن ثم لا يسمح الضمير بإظهارها، كما أن الكبت أكثر تهديداً للذات، كذلك ارتباط الدافع بالقوى الغريزية أقوى في حالة الكبت وأعمق، يضاف إلى ذلك أن الديمومة في الكبت أطول منها في الكظم، وفي الوقت نفسه المركبات التي تصاحب الكبت أكثر وأعمق منها في حالة الكظم. يمكن

القول إن الكبت نوع من تهذيب الذات للذات، في حين الكظم هو خضوع النفس لنواهي المجتمع ومحرماته. كما يختلف الكبت عن النكران من حيث أنه لا يتم إنكار وجود مؤثر يؤدي إلى التوتر، بل يتم العمل على إخفاء الحالة التي تظهر في الشعور ويكون ذلك بتأثير من رقابة تلج على خطر تلك الحالات نحو الذات. من ناحية أخرى فإن الكبت يشبه النكران من حيث أنه يعمل على إبعاد ما يؤذي الذات. يؤدي الكبت الكامل إلى النسيان واختفاء الدوافع غير المقبولة تماماً من وعي الفرد وإدراكه، ولكن الكبت لا يكون كاملاً في معظم الأحيان، لذلك يصدق أن تتسرب المكبوتات من خلال حيل دفاعية مختلفة. يميز فرويد بين نوعين من الكبت: كبت أولي وكبت ثانوي. يُراد بالكبت الأولي إنكار الفرد للحقائق التي من شأنها أن تحدث الأذى للذات والشعور بالإثم في حال اطلعت عليها الذات أو شعرت بها، أما الكبت الثانوي فهو ميل الذات إلى أن تتجنب المواقف التي قد تذكرها بالحقائق التي أدت إلى الكبت الأولي، فيرى فرويد أن الأُمْنِيْزِيَا (وهي حالة من حالات فقد الذاكرة التي يمكن شفاؤها) يمكن النظر إليها على أنها نوع من الكبت الثانوي (فهمي، 1995). مثال على الكبت الأولي والثانوي: عند الإقلاع عن شرب الخمر تعد محاولة تجنب تذكر الخمر كبتاً أولياً، وتجنب تذكر الطرق الموصلة إلى الحانة كي لا يتذكر الخمر كبتاً ثانوياً.

5- الإسقاط أو الإضفاء: **Projection**: الإسقاط لغة هو الإلقاء بعيداً أو القذف أو الرمي، أما من حيث الاصطلاح النفسي فهو حيلة أو وسيلة دفاع تعني ميل الفرد لا شعورياً لإسقاط عواطفه وانفعالاته وحاجاته على الآخرين وكذلك سماته واتجاهاته أو عملياته الذاتية نحو الآخرين. مثال الإسقاط: شعور الطفل بأن الكبار الراشدين يشعرون كما يشعر هو، وكذلك ميله بأن ينسب أخطائه إلى الآخرين كنوع من الدفاع عن النفس ضد الشعور بالذنب أو اللوم، كأن ينسب كسره المزهرية الموجودة على الطاولة لأخيه الأصغر منه سناً لكي يبعد نفسه عن لوم الأم أو عقوبتها. تتدخل عملية الإسقاط في العمليات العقلية العليا كال تفكير والإدراك الحسي مثال: رؤية الأطفال الجياع للأشكال الغامضة خلف زجاج الشباك الخشن على أنه أطعمة شهية وفواكه طازجة. إن عملية الإسقاط يدفع بها الشخص الصفات غير المرغوبة في المجتمع عن شخصه ويسم بها

الآخرين، فالموظف المرتشي يرى كل الموظفين مرتشين ليدافع عن نفسه، والطالب الغشاش في الامتحان ينسب الغش لكل الطلبة، والبخيل يسم كل الناس بالبخل. قد يسقط الشخص اللوم على الحظ أو الآخرين أو القوى الخفية.

6- التبرير: Rationalization: هو وسيلة دفاع أولية يقوم الشخص من خلالها بتقديم أذدار (عقلنة) لأنماط السلوك المختلفة التي يقوم بها، فتقدم هذه الأسباب لكي تحل محل الأسباب الحقيقية، إذ يعطي الشخص أسساً معقولة أو تبريرات معقولة لسلوكه الذي تحركه في الحقيقة دوافع لا شعورية. يلجأ الشخص لهذه الوسيلة عندما تكون تصرفاته غير منسجمة مع قيم وتقاليده المجتمع والقانون، وقد تؤدي إلى اضطراب صورة ذاته أمامه وأمام الآخرين كأن تؤدي إلى الإحباط أو الصراع أو الفشل أو الحرج أو الخجل أو الإهانة والاحتقار، حيث يقوم بابتكار ما يبدو أنه أسباب وجيهة ومنطقية لكي يسوغ تصرفه. في الواقع يؤدي التبرير وظيفتين الأولى عقلنة السلوك بحيث يبدو مقبولاً، والثانية يساعد على تخفيف حدة الإحباط الناتج عن عدم تحقيق الهدف. من الأمثلة على التبرير الطالب الذي فشل في الامتحان يبرر ذلك بأن الأسئلة صعبة أو المدرس لم يشرح المقرر بشكل جيد، والموظف المرتشي يبرر ذلك بارتفاع مستوى المعيشة، أيضاً من يكثر التدخين بحجة تخفيف الوزن، ولعل المثل الشعبي القائل "من لا يطول العنب يقول عنه حصراً" يمثل خير توضيح للتبرير.

7- التقمص: Identification: هو وسيلة دفاع يستخدمها الشخص لوقاية نفسه من الشعور بالقلق والتوتر أو الإهانة والتحقير، إذ يقوم بالاندماج مع السمات المحببة والمرغوبة للآخرين أو للهيئات أو المؤسسات أو الأحزاب وغيرها وينسب نفسه إليها ويعدها جزءاً من كيانه الشخصي. قد يخلط بعضهم بين التقليد والتقمص فهما لا يعبران عن الشيء عينه، فالتقليد هو عملية شعورية تتمثل باقتداء نموذج كإقتداء التلميذ بالمعلم أو صبي الحرفة بمعلمه، فهو يحاول أن يكون مثله دون أن يلغي تميز شخصيته وتفرداها. في حين في عملية التقمص يكون الشخص في حالة تماهي مع الشخص المفضل بحيث يتوحد معه فيفرح إذا فرح ويحزن إذا حزن ويلبس الأسود إذا لبس، أي بمعنى تنوب شخصيته في بوتقة شخصية الشخص المفضل محاولاً التوحد معه في كل

صغيرة وكبيرة من سلوكه (العيصوي، 1992). أما الشخصيات التي يميل الطفل إلى تقمصها فهي تبدأ من الأسرة أولاً، فينقمص الطفل صورة الأب، في حين تنقمص الطفلة صورة الأم، فيكون كل ما يأتي من الوالدين محل إعجاب وتقبل ولا يأتيه الباطل لا من خلفه ولا من بين يديه. فإذا ذهب الطفل إلى المدرسة قد يتقمص شخصية المعلمة ويتوحد معها ويجادل أهله في البيت أن ما شرحتة المعلمة هو صحيح مطلق، وربما يكون في الواقع خطأ ومع هذا لا يقدم شرح الأهل على شرح المعلمة ويكرر "هكذا قالت المعلمة". لعل النقمص يُلاحظ في الواقع من خلال تقمص كثير من الفتيان شخصيات الفنانين والفنانات والرياضيين والقادة وغيرهم. أما عن النقمص الذي يدور حول جماعة أو هيئة فمثال الشخص الذي يعمل في تقديم القهوة والمشروبات في شركة مرسيدس ويقدم نفسه على أنه من الطاقم الفني لشركة مرسيدس، أو من يزعم انتسابه لناد أو حزب.

8- التعويض: Compensation: هو الظهور بصفة طيبة بقصد تغطية صفة غير مرغوبة أو أقل من الصفة المنتحلة، والصفة الظاهرة غالباً ما ينتحلها الشخص بشيء من المبالغة والقصد من هذه المبالغة هو الوصول بعملية الانتحال إلى النجاح. يسود سلوك التعويض في الحياة اليومية وهو ملاحظ مثال: التلميذ الذي يقصر عن أقرانه في أداء واجباته قد يلجأ إلى العدوان على زملائه لتعويض التقصير لديه ويفرض شخصيته عليهم من خلال هذا الأسلوب. أيضاً الشخص قصير القامة قد يعتمد إلى انتعال الحذاء ذي الكعب العالي لتعويض القصر، وعندما يمشي يرفع رأسه ليظهر للآخرين أنه ليس قصيراً. يرى أدلر أن الأصل في التعويض هو تغطية الشعور بالنقص وذلك بهدف الوصول إلى شعور بالتفوق، ولعل هذا يظهر جلياً لدى كثير من الرياضيين الذين لم ينجحوا في الحياة الدراسية فأرادوا أن يعوضوا فشلهم الدراسي بالنجاحات الرياضية. كما يظهر التعويض لدى الأطفال المكفوفين بأن يكون لديهم سمع مرهف يتفوق على الناس العاديين، وهذا يماثل حالة الأشخاص البكم الذين يملكون قدرة حركية وجسدية ملفتة للنظر وما هذا إلا شكل من أشكال التعويض.

9- النكوص: Regression: هو رجوع الشخص إلى أساليب كان يتبعها في مراحل عمرية سابقة للتعبير عن دوافعه الغريزية، إذ يحدث هذا عندما يفشل الشخص في تحقيق

رغباته أو أهدافه. مثال تلميذ الصف الأول الذي لم يستطع أن يحقق انسجاماً في المدرسة، فيرجع إلى البيت لينافس أخاه الأصغر منه سناً على حضن أمه وكأنه يريد أن يرجع إلى المرحلة العمرية السابقة لكي يهرب من مرحلة المدرسة البغيضة لديه، كذلك عندما يشعر الطفل بغيرة شديدة من أخ أصغر منه، فقد يلجأ إلى أنماط سلوكية تعويضية مثل الحبو والصراخ والتبرز على الثياب ومص الأصابع وغيرها من الأنماط السلوكية التي تدل على سلوك نكوصي لدى الطفل. لا يقتصر النكوص على الصغار بل إنه يطول الكبار أيضاً، فكثيراً ما يواجه الراشدون الصعوبات بالبقاء أو أحلام اليقظة، ومثال ذلك المرأة التي اختلفت مع زوجها ثم ذهبت إلى أمها لترتمي في حضنها وهي تبكي كطفلة صغيرة. يرى يونغ أن النكوص يشمل عدداً كبيراً من وسائل الدفاع التي يقوم بها اللاشعور، وكذلك يعزو عدداً من الاضطرابات النفسية إلى عملية النكوص إلى مراحل الطفولة (القوصي، 1952).

10- الأخيلة والأوهام: Fantasy: الأخيلة والأوهام هي شكل من أشكال التركيب تضم مجموعة من الصور ترتبط مع إشباع الحاجات، إذ يغلب أن يكون المحرض فيها الفشل والإحباط التي يمتلئ بها الشخص في الحياة الواقعية. لعل هذا ما يفسر كثرة الأخيلة حول أنواع الطعام والفواكه والحلويات لدى التلميذ الجائع بعد حصص متتالية من الدراسة واللعب.

في حال الأخيلة والأوهام يكون الشخص في حال من حالين: إما في حال البطل المنتصر على خصومه وقاهر الأشرار، وإما في حال البطل الذي يعاني الألم والعذاب ويصبر ويتحمل تعذيب الآخرين. الحال الأول مثال عليها حال الجندي الذي يحلم أنه في أرض المعركة ويخوض المعارك الضارية بنجاح واستبسال ويصرع الأعداء فهو الفائز البطل، والحالة الثانية هي مثال الشخص الذي يتخيل أنه البطل الذي يتحمل الألم والعذاب دون أن يرضخ أو يستسلم، بل يظهر صبوراً صامداً نبيلاً مخلصاً لمبادئه، في حين الذين يعذبونه يتصفون باللؤم والقسوة وغلظة القلب. يجب التنبيه إلى نقطة مهمة هنا وهي أن الأخيلة والأوهام تنتج نتيجتين هما: الأولى قد تكون الأخيلة والأوهام إيجابية ومفيدة وذلك عندما تُستثمر في حل المشكلة أو تقديم ابتكار جديد. أما الثانية فلا تتجاوز

تنفيساً انفعالياً وهمياً عن رغبات لم تحقق على أرض الواقع، وربما يكون لها أثر إيجابي من حيث بث الأمل لدى الشخص لمواجهة الواقع بنجاح، ولكن في حالات التطرف والمبالغة في الأخيلة والأوهام قد تؤدي إلى الانحراف.

11- الإبدال أو التحويل: Displacement: الإبدال أو التحويل وهو وسيلة دفاعية يتم فيها نقل موضوع العاطفة، أو التخييلات، من موضوعها الأول إلى موضوع آخر، والموضوع الأول قد يكون شخصاً وقد يكون شيئاً ما، وهذا ينطبق على الموضوع الثاني، كما يوجد بين الموضوعين صلة. مثال ذلك عند معاقبة التلميذ من قبل المعلمة بحرمانه من اللعب مع زملائه مدة حصة كاملة أو جزء منها فقام بالاعتداء على زميله بالضرب، فغضب الطفل المعتدي هنا هو بالأصل متجه نحو المعلمة بيد أنه لا يستطيع أن يغضب في وجه المعلمة، فحول الغضب المتجسد بالعدوان على زميله، وهكذا يكون قد حول الغضب من المعلمة باتجاه زميله. عموماً يلجأ الشخص إلى التحويل عندما يكون أمام ضغط داخلي ومقاومة خاصة من موضوع الضغط أي إنه لا يستطيع أن يتجه بانفعاله نحو موضوع الضغط، فيندفع نحو إطلاق التوتر إلى موضوع آخر يكون أقل خطراً أو مقاومة أو أقل قيمة. في الحقيقة هناك إيجابية للتحويل وهي أنه يمثل تنفيساً انفعالياً من غير أن يوقع الأذى بالشخص الذي كان سبب التوتر، ومن ثم يحمي صاحب الانفعال من الوقوع في أشكال الصراع لو جابه مصدر التوتر (الشخص الذي يحبه أو يقدره أو مديره في العمل...إلخ). لكن المبالغة في التحويل وعدم مواجهة الأمور دائماً قد يؤدي إلى الانحراف كالعدوان ضد بعض الأشخاص الضعفاء.

12- الرد المعاكس: Reaction formation: وهو وسيلة دفاع أولية تعبر عن نزوع عكسي إلى إظهار أنماط سلوك تكون على النقيض من دوافع ونزعات مكبوتة وغير مقبولة اجتماعياً، يتميز هذا النزوع بارتداد متعصب ومتطرف إلى أخلاق مقبولة اجتماعياً وممدوحة تحل في حياة الفرد الظاهرة محل نزعات نحو اللذة ينكرها الفرد والمجتمع رغم قوتها ووجودها في ذاته، فالعملية أصبحت إخفاء وتغطية وليس إصلاحاً. فالشخص صاحب الرد العكسي يهاجم سلوكاً لدى الناس على أنه منافٍ للأخلاق، ويقوم هو بالخفاء بهذا السلوك عينه، كالموظف الذي يسب المرتشين وينكر عليهم صنيعهم وهو

في الوقت نفسه يتعاطى الرشوة في الخفاء. مثال آخر التلميذ الذي يغني للجد والاجتهاد وهو لا يكتب واجباته البيتية. في بعض الأحيان يسهم الرد المعاكس في صنع تكيف حسن وضبط للسلوك، ولكنه في حالة المبالغة والتطرف به قد يشكل تربة خصبة لنشوء الاضطراب، إذ يحدث صراع بين الرد المعاكس وبين الدوافع الشديدة غير المقبولة اجتماعياً.

13-الإعلاء أو التسامي: Sublimation: الإعلاء أو التسامي هو عملية تحول في الموضوع الذي تندفع إليه اللذة من موضوع أول يغلب أن يكون مرفوضاً اجتماعياً إلى موضوع ثان يتصف بالإيجابية، ويُقدر صاحبه بدرجة عالية من التقدير. مثال التلميذ الذي لديه رغبة داخلية في امتلاك ممتلكات زملائه حتى يبعد عن نفسه هذا الأمر وينال استحسان المعلمة وقد تشجعه بهدية، يقوم بإعطاء قلم الرصاص الذي وجده تحت المقعد للمعلمة، فنقوم المعلمة بالثناء عليه ومن ثم تعطيه سكرة أو لعبة. مثال آخر ذلك الشخص الذي يحمل في داخله رغبة وتلذذ في عذاب الآخرين أي سادية، قد يحمل في داخله مقابل هذه السادية حالة من التسامي تدفعه لدراسة الطب والتخصص بالجراحة لمعالجة الآخرين، فهو يحقق رغبته الحقيقية من خلال عمل محمود في المجتمع. مثل هذا الاتجاه أي التسامي يحمي صاحبه من الوقوع في الصراع بين المسموح والممنوع، وأن يكون تربة خصبة لنشوء مثل هذا الاضطراب. قد ينظر بعض الناس إلى التسامي على أنه رد معاكس، فهو سلوك مقبول محل سلوك مرفوض. في الحقيقة هذا غير صحيح، فالرد المعاكس يحمل نوعاً من التعويض فيأخذ الشخص ادعاء الفضيلة محل نزوع مرفوض اجتماعياً، ويغطي عليه ولكنه لا يحمل معه لذة ذلك النزوع أو ما يوازئها، أي بمعنى الفضيلة أخذت مكان الرذيلة. في حين يحمل التسامي المتعة واللذة المرغوبة بداية (في الموضوع الأول) ويحققها ولكن بطريقة مشروعة بل عن طريق عمل مقدر اجتماعياً كالذي فعله التلميذ والطبيب الجراح في المثالين السابقين. يمكن القول إن التسامي ينطوي على تنفيس التوتر الذي يترافق مع النزوع نحو اللذة المرتبطة أصلاً بالإثم ونقد الآخرين عن طريق بديل يحقق هذه اللذة بطريقة مشروعة (الرفاعي، 1998).





الفصل الخامس

وسائل التشخيص وجمع المعلومات في الصحة النفسية

مقدمة

لنقصي أو لتشخيص أية مشكلة لدى المسترشد الذي يمثل شخصاً لا بد من وسائل لجمع هذه المعلومات، إذ ينبغي جمع هذه المعلومات بطريقة موضوعية وذات صدق ووثوقية. هذا يعني أنه يجب التأكد من صدق وسائل جمع المعلومات، أي إنه جرى عليها دراسة صلاحية من حيث الصدق والثبات ولا سيما إذا كانت هذه الأدوات تتطلب ذلك. فصلاحية الأداة تعبر عن دقة الأداة ودقة المعلومات التي يحصل المرشد عليها من خلال هذه الأداة. طالما أن الأداة دقيقة فهي تساعد المرشد في الوصول إلى التشخيص الدقيق ووضع الخطة السديدة لمساعدة المسترشد، وهي تمثل القناة الناقلة أو كالإبرة التي تنقل الدواء للمريض.

أولاً - شروط جمع المعلومات

- 1- المهارة في جمع المعلومات.
- 2- السرية في المعلومات.
- 3- بذل أقصى جهد للوصول إلى المعلومات الحقيقية.
- 4- تشجيع المسترشد على التعاون.
- 5- الدقة والموضوعية.
- 6- الصدق والثبات.
- 7- التكرار والاستمرار: أي السلوك المتكرر والمستمر الذي يدل على وجود مشكلة.
- 8- تقدير العوامل المسببة والأعراض.
- 9- التركيز على المعلومات الطولية المتتبعية.
- 9- الاعتدال: أي عدم التعميم والتسرع في إطلاق الأحكام.
- 10- الابتعاد عن أثر الهالة Halo Effect: وهو تجنب الحكم على المسترشد من خلال الفكرة العامة.

11-تقييم المعلومات.

12-تنظيم المعلومات في السجلات.

13-اعتبار جمع المعلومات وسيلة وليست هدفاً.

ثانياً - ميسرات عملية جمع المعلومات

1-تعاون المسترشد.

2-تعاون الأسرة.

3-تعاون المدرسة.

4-تعاون مؤسسات أخرى.

ثالثاً - المعلومات اللازمة في الصحة النفسية

1- **البيانات الشخصية Personal Data:** وتشمل هذه البيانات العامة معلومات عن الشخص وأسرته، إذ يمكن الاستعانة بالأسرة التي يكون لهم تأثير في المسترشد، كذلك تشمل البيانات العامة محيل الحالة أي الوالدين أو المدرسة أو المؤسسة الاجتماعية وغيرها. وتشمل البيانات العامة إضافة إلى ما سبق ما يأتي: الاسم الكامل، الجنس: أي هل المسترشد ذكر أم أنثى، العمر: ويكون ذلك بالسنة والشهر واليوم، عدد الإخوة في الأسرة: عدد الذكور وعدد الإناث، ترتيب الطفل في الأسرة، العنوان: ويذكر هنا العنوان الدائم والموقت للمسترشد إن وجد، الهاتف: هاتف المنزل، البريد الإلكتروني، المستوى الاقتصادي للأسرة.

2- **الشخصية Personality:** وهي جملة من السمات الجسمية والعقلية والاجتماعية والانفعالية التي يتسم بها الشخص. ويهتم المرشد بالجوانب الآتية بالنسبة إلى الشخصية: أبعاد الشخصية وسماتها، العوامل المؤثرة في الشخصية في أثناء فترة النمو مثل الوراثة والمحيط والتعلم...إلخ، اضطرابات سمات الشخصية.

3- **المعلومات الجسمية: Physical Data:** وتشمل الجوانب الآتية:

(1) الشكل الخارجي العام: ويشمل الطول والوزن واللون والهيئة الخارجية.

(2) النمط الجسمي Somatotype: ويحمل النمط الجسمي مدلولات عدة ، فالنمط الجسمي البدين أو الحشوي الأساسي يميل صاحبه إلى الراحة والاسترخاء والمرح والبطء في الاستجابة والاهتمام بالطعام والتسامح وسهولة الانقياد والخضوع والأخذ أكثر من العطاء. أما بالنسبة إلى النمط الرياضي أو العضلي أو متوسط التركيب أو الجسمي الأساسي فيميل صاحبه لإثبات الذات والعمل والنشاط والحركة والسيطرة والعدوان والمخاطرة والشجاعة. هناك أيضاً النمط النحيف أو الجلدي أو خارجي التركيب أو المخي الأساسي الذي يميل صاحبه إلى التوتر واليقظة والحساسية والسرعة في الاستجابة والنشاط العقلي.

(3) مفهوم الجسم Body Concept: وهو يشمل فكرة الشخص عن جسمه.

(4) المهارات الحركية: كمهارة اليدين والرجلين وزمن الرجوع الفاصل بين المثير والاستجابة.

4- المعلومات الطبية: Medical Data

(1) معلومات عن: الحرارة والنبض والضغط والدم والبول والرأس وحجمه ومحيطه وطوله وعرضه وارتفاعه وشكل الجمجمة، ووضع الرقبة، والحلق واللسان والأسنان.

(2) أجهزة الجسم: وتشمل حالة الجهاز الدوري (القلب والأوعية)، التنفسي (الصدر والرئتان)، الهضمي، العضلي والهيكلية، الغدي، البولي والتناسلي، حالة الجلد.

(3) الحواس: وتشمل فحص حالة الحواس ووظائفها كالسمع، البصر، اللمس، الشم، الذوق.

(4) العوامل العضوية المرتبطة بالمشكلة: كالتسمم والإصابات والعمليات الجراحية والحوادث.

(5) العاهات: وتتضمن الإعاقات الجسمية والتشوهات الجسمية وجوانب النقص.

(6) الحالة الصحية العامة والأمراض: ويحدد خاصة الأمراض النفسية الجسمية.

(7) المعلومات العصبية: وهي تشمل حالة المخ والأعصاب المخية والنخاع الشوكي والأعصاب النخاعية الشوكية والجهاز العصبي الذاتي.

5- المعلومات العقلية: Mental Data وتشمل:

- 1- القدرة العقلية العامة: وهي الذكاء.
- 2- القدرات الخاصة كالقدرة اللغوية والقدرة الرياضية.
- 3- الاستعدادات: وهي قدرات الشخص الكامنة على تحصيل المعرفة أو اكتساب مهارات معينة.
- 4- المواهب.
- 5- الابتكار والتفكير الابتكاري والخيال الابتكاري.
- 6- التحصيل الدراسي ومستوياته.
- 7- معلومات عقلية أخرى: كالذاكرة والإدراك والتخيل والتفكير فهو مجرد أم منطقي أم ابتكاري، والانتباه.

6- المعلومات الاجتماعية: Social Data وتتضمن الجوانب الآتية:

- (1) المجال الاجتماعي: وهو البيئة الاجتماعية والعلاقات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي.
- (2) عملية التنشئة الاجتماعية: وهي العملية المسؤولة عن تشكيل السلوك الاجتماعي للفرد.
- (3) الأسرة: وهي الجماعة الاجتماعية الأولى والأكثر أهمية في تكوين شخصية المسترشد.
- (4) جماعة الرفاق: وهي تؤدي دوراً كبيراً في عملية التنشئة الاجتماعية.
- (5) الاتجاهات Attitudes: أي معرفة اتجاهات المسترشد نحو نفسه والآخرين والأشياء.
- (6) القيم Values: كالقيم الاجتماعية والقيم الجمالية والقيم الأخلاقية للشخص.
- (7) الميول Tendency/Tendencies: كالميول المهنية والتعليمية.
- (8) الهوايات Hobby/Hobbies: ككرة القدم أو السلة أو الطائرة أو الشطرنج وغيره.

7- الخلفية الاجتماعية الاقتصادية: Socioeconomic Background

إن الخلفية الاجتماعية بالغة التأثير في سلوك المسترشد ونموه، فيلاحظ المرشد أثر الطبقة الاجتماعية والعادات والتقاليد والثقافة الاجتماعية في المسترشد من خلال سلوكه.

8- الحالة الانفعالية: Emotional State

هي مجموعة الانفعالات المختلفة كالحزن والحب والكره والخجل والتوتر والغضب والخوف والفرح وما شابه. يمكن تحديد المعلومات الانفعالية اللازمة بالنقاط الآتية:

- 1- الحالة الانفعالية العامة: تتضمن حالات الثبات والاتزان والتذبذب والتناقض الانفعالي.
- 2- مستوى النضج الانفعالي العام.
- 3- المشكلات والاضطرابات الانفعالية.
- 4- الصدمة الانفعالية كموت عزيز أو فشل.
- 5- الحالة العاطفية.
- 6- حالات انفعالية خاصة كالحدس والغيرة.

9- مشكلة المسترشد: يجب تحديد المشكلة أولاً ويشمل النقاط الآتية:

تحديد المشكلة الحالية، أسباب المشكلة، أسباب نفسية، تحديد أعراض المشكلة Symptoms Of Problem، تاريخ المشكلة، المحاولات الإرشادية، التغيرات التي طرأت على الحالة، تحديد المشكلات والاضطرابات والأمراض الأخرى، الطريقة التي يتبعها المسترشد في حل المشكلات.

10- معلومات عامة: General Data وهي: النمو ومعدله، النمو ومشكلاته، الغريزة Instinct وتحديد لها لدى المسترشد، الدوافع Motive وفهمها لدى المسترشد، الحاجات Need لدى المسترشد، هدف الحياة Life Goal لدى المسترشد، أسلوب الحياة Life Style لدى المسترشد، آليات الدفاع النفسي Defense Mechanisms لدى المسترشد، مفهوم الذات Self-Concept لدى المسترشد، مستوى التوافق Adjustment لدى المسترشد، مستوى الصحة النفسية Mental Health لدى المسترشد.

11- ملخص الحالة: Summarizing of Case: وتتضمن المعلومات حول المسترشد ومشكلته وبيئته وتحليل المشكلة وتفسيرها، وكذلك البيانات العامة وأهم جوانب المشكلة وأعراضها والتشخيص النفسي والفحص الطبي والعصبي والملاحظات العامة. من المفضل استخدام دليل فحص الحالة ودراساتها في الصحة النفسية (زهرا، 1986).

رابعاً - وسائل جمع المعلومات

1-دراسة الحالة: Case Study

يعرف خليل دراسة الحالة بأنها تحليل دقيق للموقف العام للحالة كلها أي من كل جوانبها، وهي منهج لتنسيق المعلومات وتحليلها التي جمعت بوسائل جمع المعلومات الأخرى عن الحالة وعن البيئة التي تحيط بها (خليل، 1968). هناك من يخلط بين دراسة الحالة وتاريخ الحالة ويستخدمهما بالمدلول نفسه وهذا غير صحيح، فدراسة الحالة تعني دراستها في الوقت الراهن فهي دراسة عرضية تركز على الحاضر، في حين تاريخ الحالة يدرس ماضي الحالة فهو كدراسة طولية لحياة المسترشد تقتصر على الماضي فقط.

مكونات دراسة الحالة ويشمل: جانب المعلومات والبيانات العامة، جانب الشخصية، الجانب الجسمي والصحي، الجانب العقلي المعرفي، الجانب الانفعالي، الجانب الاجتماعي، جانب النمو، الجوانب العامة كالحاجات وأسلوب الحياة ومفهوم الذات والحيل الدفاعية، جانب مشكلة المسترشد، جانب الملخص العام، جانب التفسير للمشكلة، جانب التشخيص، جانب الاقتراحات كإقتراح أسلوب الإرشاد المناسب، جانب متابعة الحالة.

شروط نجاح دراسة الحالة

- 1-التنظيم.
- 2-الدقة والموضوعية.
- 3-الاعتدال وعدم القصر أو الإسهاب.
- 4-الاهتمام بالتسجيل باستخدام لغة بسيطة.
- 5-الاقتصاد والترشيد أي اتباع أقصر الطرق إلى الهدف.

مزايا دراسة الحالة:

- 1-تقدم للمرشد صورة كاملة لشخصية المسترشد (الشيخ حمود، 2007).
- 2-تسهّل فهم وتشخيص وإرشاد الحالة.
- 3-تساعد المسترشد على فهم نفسه.

4-تفيد في عملية التنبؤ للمستقبل.

5-تساعد المسترشد على التنفيس الانفعالي واستبصار المشكلة والخروج منها.

6-تستخدم لأغراض البحث العلمي وتدريب المرشدين المستجدين.

عيوب دراسة الحالة:

1- تأخذ دراسة الحالة وقتاً طويلاً وأحياناً يكون عامل الوقت مهماً.

2- من دون التنظيم والدقة فإن المعلومات تصبح عبارة عن تخمة لا فائدة منها.

نموذج لدراسة الحالة

يمكن إعطاء نموذج على دراسة الحالة علماً أن هذا النموذج يصلح مع الأطفال والكبار من أفراد الأسرة والطلبة وغيرهم أي نموذج عام، وهو كما يأتي:

دراسة حالة

إعداد: أ. د. خالد العنّار (2021)

1-المعلومات والبيانات العامة

اسم الشخص (المسترشد أو المتعالج) الثلاثي:.....
 اسم الأم.....تاريخ الولادة.....الصف الدراسي (إن وجد)
 الشعبة.....مهنة الشخص أو المسترشد(إن وجدت).....
 عدد الأخوة.....عدد الأخوات..... ترتيب الشخص أو المسترشد بين
 أخوته..... مع من يعيش.....
 عنوان السكن.....رقم الهاتف (إن وجد).....
 مهنة الأب..... مهنة الأم.....

2-جانب الشخصية

السمة المميزة للشخص..... حاد المزاج.....
 هادئ..... سهل التعامل معه.....
 متناقض مع ذاته.....
 راضٍ عن ذاته.....
 شخص مرح.....
 يقيم علاقات ناجحة مع الآخرين.....
 سبق أن عانى من مشكلات شخصية (إن وجدت) هي:.....

3-تاريخ تسجيل الحالة

مصدر الإحالة

- 1- ذاتية..... 2- المرشد..... 3- الأسرة.....
- 4- المدير..... 5- المعلم..... 6- أشخاص آخري.....
- 7- مكان العمل.....

نوع الإحالة

- 1- مشكلة نفسية..... 2- مشكلة سلوكية.....
- 3- مشكلة دراسية..... 4- مشكلة أسرية.....
- 5- مشكلة اجتماعية..... 6- مشكلة عقلية.....
- 7- مشكلة صحية..... 8- مشكلة مادية.....

رقم المراجعة للمرشد أو المعالج وتاريخها

- المرّة الأولى..... المرّة الثانية.....
- المرّة الثالثة..... المرّة الرابعة.....

4- الجانب التحصيلي

- 1- مستوى التحصيل في الصفوف السابقة.....
- 2- سبق أن عانى من مشكلات تحصيلية هي.....
- 3- مستوى التحصيل في الصف الحالي.....
- 4- لديه مشكلات تحصيلية الآن مثل.....
- 5- مستوى التوافق الدراسي.....
- 6- مستوى التوافق مع الزملاء.....
- 7- مستوى التوافق مع المعلمين أو المدرسين.....
- 8- مستوى التوافق مع النظام المدرسي.....
- 9- الاتجاهات نحو المدرسة.....
- 10- الخطط الدراسية.....
- 11- الخطط المهنية.....
- 12- ملاحظات المدرسين.....

5-الجانب الجسمي والصحي

- 1- نتيجة الفحص الطبي (إن وجد).....
- 2- نتيجة الفحص العصبي (إن وجد).....
- 3- الأمراض التي يعاني منها هي
- 4- الإعاقات التي يعاني منها
- 5- طول المسترشد.....وزن المسترشد.....
- 6- حجم الرأس.....7- طول الأطراف طبيعي.....
- 8- المظهر الخارجي.....9-يعاني من تشوهات خلقية.....

6-الجانب العقلي

- 1-مستوى الذكاء (أو درجة الذكاء إن وجدت).....
- 2-مستوى القدرات.....
- 3-مستوى الاستعدادات.....
- 4-تميز بالقدرة.....
- 5-ضعف بالقدرة.....
- 6-مستوى القدرة على التذكر.....
- 7-مقارنة العمر العقلي بالعمر الزمني.....

7-الجانب الانفعالي

- 1- الحالة الانفعالية.....
- 2- مستوى النضج الانفعالي.....
- 3- مستوى الاتزان الانفعالي.....
- 4- الثقة بالنفس.....
- 5- الصدمات الانفعالية.....

8- الجانب الاجتماعي

- 1- المحيط الاجتماعي للمسترشد.....
- 2- عملية التنشئة الاجتماعية.....
- 3- الخلفية الأسرية.....
- 4- العلاقات الأسرية.....
- 5- الاتجاهات.....
- 6- القيم.....
- 7- الميول.....
- 8- الهوايات.....
- 9- الأخلاق.....
- 10- التفاعل الاجتماعي.....
- 11- أنشطة في المدرسة أو في الروضة.....
- 12- أنشطة خارج المدرسة أو الروضة.....
- 13- أنشطة في العطلة الصيفية.....

9- الجانب الاقتصادي

- 1- معدل دخل الأسرة الشهري.....
- 2- معدل مصروف المسترشد اليومي.....
- 3- يعمل الطالب بعد الدوام الدراسي..... نوع العمل.....
- 4- عدد ساعات العمل.....
- 5- مهنة الشخص أو المسترشد (في حال لم يكن طالباً).....
- 6- معدل دخله من المهنة شهرياً.....

10- جانب النمو

- 1- معدل النمو.....
- 2- مستوى تحقيق مطالب النمو.....

3- مشكلات مرتبطة بالنمو.....

4- مستوى النمو مقارنة بالأقران.....

11-الجوانب العامة

1- حاجات المسترشد.....

2- أسلوب حياته.....

3- هدف حياته.....

4- مفهوم الذات لدى المسترشد.....

5- الحيل الدفاعية لديه.....

12-جانب مشكلة المسترشد

1- تحديد المشكلة.....

2- تحديد أسبابها

.....

3- تحديد أعراضها

.....

4- تحديد تاريخها

5- تحديد خطورتها

6- هل هناك محاولات إرشادية سابقة لحلها؟

7- ما اتجاه المسترشد نحو التغيرات التي طرأت على مشكلته؟

13-جانب الملخص العام للمشكلة و ما يرتبط بها

.....

.....

.....

.....

14- جانب التشخيص

ويتم التشخيص بناء على المعلومات التي جُمعت حول المسترشد وبأسلوب علمي.

.....

.....

15- جانب التفسير

يجب أن يكون التفسير للحالة دقيقاً وشاملاً وعلمياً، ويستند على المعلومات المتوفرة.

.....

.....

.....

16- جانب الاقتراحات

ويقدم به عدة اقتراحات مثل اقتراح أسلوب الإرشاد المناسب للمسترشد وطبيعة المشكلة، وقد يقترح مزيداً من جمع المعلومات حول المسترشد أو إحالته إلى مختص آخر مثلاً طبيب أو معالج نفسي...إلخ.

.....

.....

17- البرنامج الإرشادي أو العلاجي المقترح

ويُحدد فيه ما يأتي:

- 1- أهداف البرنامج الإرشادي.
- 2- تحديد الفنية الإرشادية المناسبة للمسترشد وطبيعة المشكلة.
- 3- وضع خطة للجلسات الإرشادية بالاتفاق مع المسترشد.

.....

.....

.....

.....

.....

18- جانب المتابعة

وذلك لتقدير مدى استفادة المسترشد من البرنامج الإرشادي للتخلص من مشكلته، وهذا يكون بعد نهاية البرنامج الإرشادي وبعد انخراط المسترشد في مدرسته أو عمله أو أنشطته الحياتية المختلفة. ولا بد من الإشارة هنا إلى أن المتابعة قد تكون هاتفياً أو بريدياً أو عن طريق البريد الإلكتروني أو مواقع التواصل الاجتماعي وغيره.

2-المقابلة: Interview

يعرف بنغهام المقابلة بأنها "المحادثة الجادة الموجهة نحو هدف محدد، وليس مجرد الرغبة في المحادثة لذاتها" (حسن، 1990، 330). ويعرف حمزة المقابلة بأنها "عبارة عن علاقة ديناميكية بين شخصين المرشد والمسترشد، وفيها يحاول المسترشد أن يحصل على حل للمشكلة التي يعاني منها، ويحاول المرشد أن يقدم للمسترشد من خلالها المساعدة الفنية التي يراها ملائمة للمسترشد سواء كانت هذه المشكلة مباشرة أو غير مباشرة" (حمزة، 1979 a، 275). مما سبق يعرف المؤلف (العنّار) المقابلة بأنها محادثة مهنية متبادلة هادفة بين طرفين الأول المرشد الذي يمتلك الخبرة، والثاني المسترشد الذي يعاني من مشكلة أو يحتاج إلى مساعدة لاتخاذ قرار معين، ويخيم جو من الثقة والأمن والشفافية والتعاطف على هذه العلاقة، الأمر الذي يدفع المسترشد للتعبير عما يجيش في مكنوناته الداخلية، وهذا يسهم في الوصول إلى الحل.

إجراءات المقابلة

1- الإعداد للمقابلة: يتم الإعداد للمقابلة من خلال الخطوات الآتية: تحديد الأهداف من المقابلة، تحديد المسترشرين، تحديد أسئلة المقابلة، تحديد مكان المقابلة، و زمان المقابلة.

- تنفيذ المقابلة: تُنفذ المقابلة من خلال النقاط الآتية: التدريب والممارسة على إجراء المقابلة عن طريق المقابلات، التنفيذ الفعلي للمقابلة.

أنواع المقابلة: هناك تصنيفات عدة للمقابلة منها:

تصنيف المقابلة وفق الوظيفة ويضم الآتي:

- 1-المقابلة المسحية لجمع المعلومات.
- 2-المقابلة الإرشادية وهي لجمع المعلومات وتقديم المساعدة للمسترشد.
- 3-المقابلة التشخيصية وهي للتعمق في المشكلة.
- 4-المقابلة العلاجية: وهي لمساعدة المتعالج على فهم نفسه وقدراته، ثم تنفيذ الخطة العلاجية.

تصنيف المقابلة وفق المتقابلين أو المسترشدين ويضم الآتي:

- 1-المقابلة الفردية. 2-المقابلة الجماعية: وهي تكون مع مسترشدين عدة.

تصنيف المقابلة وفق طبيعة الأسئلة ويضم الآتي:

- 1-المقابلة المقننة: وتكون فيها الأسئلة موضوعة مسبقاً.
- 2-المقابلة غير المقننة أو الحرة: وهي تترك الحرية للمسترشد بالتعبير عن نفسه بشكل تلقائي ويحتاج المرشد هنا الخبرة.

مزايا المقابلة

- 1-تعطي المرشد معلومات لا يمكن الحصول عليها بوسائل أخرى.
- 2-تعد أقدم وسيلة في دراسة الصفات الشخصية.
- 3-تصلح المقابلة للمسترشدين الأميين أو الأطفال.
- 4-يقلل استخدامها نسبة الذين يرفضون الإجابة.
- 5-توضح فيها بعض الأسئلة الغامضة.
- 6-يضع المرشد الأسئلة بالتسلسل الذي يريده من دون اطلاع المسترشد عليها.

عيوب المقابلة

- 1-المقابلة عرضة للتأثر بالذاتية والتحيز.
- 2-عدم فاعلية المقابلة في حالة الأطفال وضعاف العقول.
- 3-قد يلجأ المسترشد لإجابات تماشي رغبة المرشد.
- 4-المقابلة مكلفة من حيث الوقت والجهد.
- 5-قد يخجل المسترشد في الحديث حول الأمور الشخصية والانفعالية وذات الحساسية، وهذا يقوده إلى التحفظ(العنّار، 1999).

3-الاختبارات والمقاييس: Tests And Measures

يعرف حمصي الاختبار بأنه "أداة القياس النفسي الرئيسية، وهي تتراوح بين المواقف ذات النهايات المفتوحة التي تستخدم مجموعة مقننة من المثيرات من أجل استجرات استجابات فردية والمواقف المبنية إذ تضيق مدى الاستجابات الفردية التي تكون صحيحة أو خاطئة... وليست الاختبارات النفسية شيئاً أكثر أو أقل من عينات من السلوك الواقعي توفر طرناً مختصرة لفهم الفروق الفردية لأنها مقننة وقابلة للتكرار" (حمصي، 1987، 22). ويعرف حمصي وعنبر الاختبار بأنه "مقياس موضوعي ومقنن لعينة من السلوك. فهو مثل الروايز في علم آخر طالما أن الأمر يتعلق بملاحظة عينة من سلوك الفرد تتصف بكونها عينة اختيرت بعناية" (حمصي وعنبر، 1992، 25). ويعرفه عبيدات وزملاؤه بأنه "مجموعة من المثيرات (أسئلة شفوية أو كتابية أو صور أو رسوم) أعدت لتقيس بطريقة كمية أو كيفية سلوك ما، والاختبار يعطي درجة ما أو قيمة ما أو رتبة ما لمفحوص، ويمكن أن يكون الاختبار مجموعة من الأسئلة أو جهازاً معيناً، وتستخدم الاختبارات في القياس والكشف عن الفروق بين الأفراد والفروق بين الجماعات والفروق بين الأعمال" (عبيدات وآخرون، 1992، 157).

إجراءات تطبيق الاختبار أو المقياس

- 1-اختيار الاختبار المناسب من حيث العمر والجنس للمسترشد ومشكلته.
- 2-يجب أن يتمتع المرشد بالخبرة والممارسة.
- 3-يجب أن يتمتع المسترشدون بدرجة عالية من الإثارة والدافعية لتطبيق الاختبار.
- 4-يجب أن يكون المكان مريحاً وآمناً لإجراء الاختبار.
- 5-ينبغي الالتزام بتعليمات الاختبار.
- 6-بعد تطبيق الاختبار تُحسب درجة المسترشد اعتماداً على مفاتيح الاختبار.
- 7-يقوم المرشد بتفسير النتائج بموضوعية (شعبان وتيم، 1999).

صفات الاختبارات والمقاييس الجيدة

1- الثبات Reliability: وهو إعطاء الاختبار النتائج نفسها إذا أعيد تطبيقه على العينة.

2- الصدق Validity: وهو قدرة الاختبار على قياس الموضوع الذي وضع لقياسه.

3- الموضوعية Objectivity: وهي أن يكون معنى وتفسير موحد لوحدات الاختبار.

4- القدرة على التمييز: أي أن يكون الاختبار أو المقياس قادراً على كشف الفروق الفردية بين الأفراد، وهذا يتطلب تنوعاً في الأسئلة والوحدات من حيث الصعوبة (أحمد، 2000).

5- القابلية للاستعمال: أي غير مكلف وسهل تطبيقه بطريقة جماعية (العمار، 1999).

6- يستغرق وقتاً قليلاً ويساعد في تحديد الفنيات الإرشادية المناسبة (سري، 2000).

7- أن يكون الاختبار أو المقياس شاملاً إذ يغطي المشكلة التي يختبرها (حمزة، 1956).

8- "يطبق الاختبار ويصح بأسلوب واحد ما أمكن (التعبير بالمعنى الدقيق).

9- يُصنف وفق معايير نتجت عن اختيار تمهيدي لعدد كبير من الأفراد، وهذا يسمح بوضع كل إجابة (كلية أو جزئية) في توزيع إحصائي (التقنين:

Standardization) (دولاند شير، 1999، 138).

10- تعدد اختبارات: وذلك للوصول إلى النتيجة الصحيحة.

11- الاعتدال في الاختبارات: أي عدم الإكثار من تطبيق الاختبارات.

أنواع الاختبارات

تُقسم الاختبارات من حيث البناء إلى نوعين هما:

أ- الاختبارات الموضوعية: وهي ذات الإجابة المحددة إذ يطلب من المسترشد أن يختار الإجابة أو يطابق أو يكمل، ومثال ذلك سؤال أمامه خيارات عدة هي: نعم، لا، لا أدري، أو من نوع موافق، معارض، معارض بشدة، موافق بشدة، حيادي. في الحقيقة إن أغلب الاختبارات النفسية من هذا النوع فهي تعد أصدق من الاختبارات الإسقاطية.

ب-الاختبارات الإسقاطية: وتقوم على ميكانيزم الإسقاط الذي ينطلق من مبدأ أن تنظيم الشخص لموقف غامض يدل على إدراكه للعالم وعلى استجابته له، كما في اختبار بقع الحبر لرورشاخ (Rorschach)، وأحياناً تكون المثيرات كما في اختبار تفهم الموضوع لهينري موراي (Murray) واضحة أو عبارات ناقصة كما في اختبار التداعي الحر.

تُقسم الاختبارات من حيث الاستجابة إلى ثلاثة أنواع هي:

أ - الاختبارات التحريرية (الكتابية) وتشمل الاختبارات الآتية:

• الاختبارات المقالية: ويسمى هذا النوع بالاختبارات التقليدية من نوع: ناقش، قارن، علل.

• الاختبارات الموضوعية: (لقد شُرحت سابقاً)، وأهم أشكال الاختبارات الموضوعية هي: اختبارات الصواب والخطأ، اختبارات الاستدعاء والتكميل، اختبارات المزوجة أو المقابلة أو المطابقة، اختبارات الاختيار من متعدد.

ب-الاختبارات الشفوية: وتكون الأسئلة مشافهة ويتلقى الفاحص أو المرشد الإجابة مباشرة.

ت-الاختبارات العملية: هي اختبار أداء عمل مثل استخدام الكمبيوتر أو المجهر.

تُقسم الاختبارات وفق الموضوع الذي تقيسه إلى الاختبارات الآتية:

1-اختبارات الذكاء ومقاييسه: وهي تقيس القدرة العقلية العامة عند الفرد عامة، وهي قد تكون فردية أو جماعية ومن أمثلتها: اختبار ستانفورد - بينيه (Binet) للذكاء، اختبار فكلسر (Wechsler) لقياس ذكاء الأطفال، اختبار رسم الرجل للأطفال لغودنيف (Goodenough)، اختبار المصفوفات المتتالية لريفن (Raven) وهو للأطفال والشباب والراشدين، اختبارات هنمون-نلسون (Henmon- Nelson Tests) (تايلر، 1989).

2- اختبارات التحصيل: وهي تقيس عملية التعليم والتعلم لدى التلاميذ والطلاب.

- ☆ **اختبارات القدرات الخاصة ومقاييسها والاستعدادات:** ومنها: اختبار تورانس (Torrance) للتفكير الابتكاري، اختبار القدرة الميكانيكية: وهي تقيس عوامل التصور المكاني والتفكير الميكانيكي والمعلومات الميكانيكية والمهارة اليدوية.
- 3- **اختبارات الشخصية ومقاييسها:** تقيس سمات الشخصية وأبعادها ومنها:
- ☆ اختبار روجرز (Rogers) لشخصية الأطفال الذكور.
- 4- **مقاييس تقيس مشكلات متنوعة:** وهي تقيس مشكلات نفسية وسلوكية مثل:
- ☆ مقياس إدمان الشابة (الإنترنت): إعداد المؤلف العمّار (2013a).
- ☆ مقياس قلق الحاسوب: إعداد المؤلف العمّار (2013b).
- ☆ مقياس قلق المكتبة: إعداد المؤلف العمّار (2014a).
- ☆ مقياس عُسر القراءة والكتابة (ديسلكسيا): إعداد المؤلف العمّار (2017).
- ☆ مقياس العنف الأسري والمدرسي لدى الطلبة بنسختيه: إعداد المؤلف العمّار (2018a).
- ☆ مقياس السلوك التوكيدي لدى الشباب الجامعي: إعداد المؤلف العمّار (2018b).
- ☆ مقياس التفكير الإيجابي: إعداد المؤلف العمّار (2018c).
- ☆ مقياس التفاؤل: إعداد المؤلف العمّار (2018d).
- أغراض الاختبارات والمقاييس:** وتشتمل الجوانب الآتية:
- 1- المسح: وهو تحديد مستوى التحصيل العام للمسترشد في مجال.
 - 2- التشخيص والإرشاد أو العلاج. 3- التصنيف والتصفية: أي تقسيم التلاميذ.
 - 4- التنبؤ: وهو توقع الأداء المستقبلي للمسترشد.
 - 5- صناعة القرار: مثلاً اختيار المدرسة أو الفرع الدراسي.
 - 6- إثارة الدافعية نحو التعلم.
 - 7- تحقيق التغذية الراجعة لكل من المعلم والمتعلم.
 - 8- تحديد مستوى تحصيل الطلبة خلال العام الدراسي.
 - 9- ممارسة التلاميذ ما تعلموه داخل غرفة الصف.
- مزايا الاختبارات والمقاييس:**

- 1- تعد الاختبارات وسيلة بحث دقيقة.
 - 2- تنوع الاختبارات يجعلها تدرس الجوانب المختلفة من الشخصية.
 - 3- تقدم الاختبارات خدمة جيدة وهي التنبؤ.
 - 4- تساعد الاختبارات في تصنيف التلاميذ والطلاب.
 - 5- تعد الاختبارات أداة فعالة في مجال الصحة النفسية.
 - 6- تساعد الاختبارات على اتخاذ القرار المناسب مثل يرسب، ينجح.
- عيوب الاختبارات والمقاييس:**

- 1- تعد العلوم السلوكية علوماً كيفية ومن الصعب تحويلها إلى كم.
- 2- قد تكون تعليمات الاختبار غير واضحة.
- 3- قد يكون المسترشد في وضع نفسي أو صحي سيء فتكون الإجابات غير دقيقة.
- 4- تعتمد الاختبارات والمقاييس الإسقاطية في تفسيرها على الذاتية من قبل المرشد(العمّار، 1999).
- 5- لا تعطي الاختبارات والمقاييس نتائج شاملة وكافية لكل جوانب الموضوع الذي تقيسه (حمزة، 1979).

4-الملاحظة: Observation

يعريف وايك (Weik) الملاحظة بأنها "اختيار وإثارة وتسجيل وترميز تلك المجموعة من أنماط السلوك التي يقوم بها الكائن في موقف ما، ويركز هذا التعريف على الأهداف العملية وكذلك على خطة تنظيم البيانات، كما يجب أن تكون الترتيبات الخاصة بجمع المعلومات وتحويلها إلى صورة كمية متسقة مع أهداف القائم بالتقدير، فيجب على الباحث أن يقرر أين، ماذا، كيف، متى يلاحظ"(الشناوي، 1996، 270-271). كما يعرف عمر الملاحظة "بأنها وسيلة علمية منظمة تستخدم لتثبيت فرض ما أو نفيه حول ظاهرة سلوكية معينة إذ يكون التركيز على متضمنات محددة فيها، وتهدف الملاحظة إلى اختيار الأداء السلوكي لفرد ما في موقف معين، ومدى علاقته بأنماط سلوكه الأخرى في المواقف المتباينة، أو بأنماط سلوك أشخاص آخرين تربطهم صلات

اجتماعية به، وذلك من خلال فترة زمنية معينة تختلف مدتها بحسب طبيعة الظاهرة السلوكية المراد ملاحظتها، بشرط أن تتم الملاحظة بموضوعية ووضوح وتكامل (عمر، 1985، 114). ويعرفها مخول بأنها "وسيلة مهمة من وسائل جمع البيانات وتتميز الملاحظة العلمية من غيرها من أدوات جمع البيانات بأنها تفيد في جمع بيانات تتصل بسلوك الأفراد الفعلي في بعض المواقف الواقعية في الحياة، إذ يمكن ملاحظتها دون عناء كبير أو يمكن تكرارها دون جهد" (مخول، 1992، 74-75).

أبعاد الملاحظة: يوجد للملاحظة أبعاد عدة كما تقترحها سيللتيز وهي:

- 1- المشتركون: وهم الذين يشتركون بالملاحظة.
 - 2- المكان: الذي ستجري به الملاحظة.
 - 3- الهدف من الملاحظة.
 - 4- سلوك الفرد الاجتماعي أي كيف يتصرف المشتركون.
 - 5- انتظام وتواتر الموقف الاجتماعي.
- إجراءات الملاحظة:** تتضمن إجراءات الملاحظة الجوانب الآتية:
- 1- تحديد مجال الملاحظة ومكانها وزمانها.
 - 2- تجهيز بطاقات الملاحظة لتسجيل المعلومات.
 - 3- على المرشد أن يختبر صدق ملاحظاته بالإعادة.
 - 4- يجب على المرشد أن يسجل ما يلاحظه مباشرة.
 - 5- التفسير: من خلال المرجعية التربوية والاجتماعية والثقافية والخبرات (سري، 2000).

أدوات الملاحظة: هناك أدوات عدة تُستخدم في أثناء الملاحظة هي:

- 1- بطاقات الملاحظة أو المذكرات التفصيلية.
- 2- الصور الفوتوغرافية أي تصوير الموقف.
- 3- استمارات البحث وفيها عناصر الموقف.
- 4- نظام الفئات: يُصنف فيه السلوك موضوع الملاحظة إلى فئات.
- 5- مقاييس التقدير إذ يوضع مقياس يتدرج بين 0-10 مثلاً.

6- المقاييس السوسيومترية: مثال المقياس الذي اقترحه مورينو لقياس العلاقات الاجتماعية (العمار، 1999).

7- لوحات المشاركة لتسجيل مشاركة المسترشد في الموقف.

8- التسجيلات القصصية: لتسجيل أحداث معينة خلال فترة زمنية محددة (الشناوي، 1996).

9- جداول الملاحظة: وهي تستخدم لرصد أنماط السلوك التي تكون موضوع الملاحظة (ملحم، 2007).

شروط الملاحظة الناجحة:

1- الانتباه وحضور ذهن.

2- الإحساس الجيد.

3- الإدراك السليم (العمار، 1999).

4- جمع معلومات مسبقة عن السلوك.

5- يمكن إجراء ملاحظة استطلاعية.

6- اعتماد طريقة محددة للملاحظة.

7- تكرار الملاحظة من أجل التأكد من دقة المعلومات.

8- التركيز في الملاحظة على سلوك واحد.

9- الموضوعية في الحكم على السلوك.

10- تصنيف المعلومات التي لوحظت.

11- استخدام وسائل تقنية تساعد على الملاحظة مثل مقاييس التقدير وجداول الملاحظة والكاميرات... إلخ (ملحم، 2007).

أنواع الملاحظة

1- **الملاحظة البسيطة Simple Observation**: وهي تجري بصورة عفوية من دون

ضبط علمي أو اتخاذ إجراءات معينة أو استخدام أجهزة أو أدوات قياس دقيقة لمعرفة أبعاد الظاهرة المدروسة، وتركز على الحواس، كملاحظة سلوك طفل ما في أثناء اللعب.

وقد وصف نيومان ونيومان (New Man & New Man) الملاحظة البسيطة بأنها

"مراقبة ووصف السلوك كما يحدث في حالته الطبيعية، وليس هناك محاولة أو تجربة تُعدّل أو تُعالج السلوك...إن العلماء الذين نطلق عليهم اسم علماء الايتوبولوجيا (علم دراسة سلوك الحيوان) يهتمون بالسلوك الطبيعي، وهم قد أمضوا أياماً أو شهوراً في مكان معين ليراقبوا نشاطات القروء أو أبناء أوى أو النحل، إذ يقومون بملاحظة سلوكها، ويحاول القائم بالملاحظة تحديد مجموعة من أنواع السلوك التي تبدو مقصودة مثل بناء العش"(New Man & New Man ، 1983 ، 12).

2- الملاحظة المنظمة Systematic Observation: وهي التي تقوم على خطة مسبقة إذ يكون الهدف هو الإجابة عن أسئلة أو اختبار الفروض. وقد تستخدم الكاميرا.

3- الملاحظة بالمشاركة Participant Observation: وهي التي يقوم بها المرشد أو الباحث بدور إيجابي عن طريق المشاركة في أنشطة الجماعة، فيعيش معهم الظرف ويلاحظ سلوكهم بصورة عفوية ومن دون تكلف مثال المرشد الذي يشارك الأطفال باللعب.

4- الملاحظة من دون المشاركة Non-Participant Observation: وهي التي يأخذ بها المرشد دور المراقب للسلوك فهو يسمع ويرى ويركز من غير أن ينخرط في النشاط الذي يقوم به الأفراد أو المسترشدون موضوع الملاحظة.

5- الملاحظة المباشرة Directive Observation: وهي التي تتم من خلال الاتصال المباشر بين المرشد والمسترشد، إذ يكونان وجهاً لوجه في موضوع الملاحظة.

6- الملاحظة غير المباشرة Non-Directive Observation: وهي التي تتم من غير الاتصال المباشر بين المرشد والمسترشد أو الباحث والمبحوث.

7- الملاحظة العرضية Occasional Observation: هي التي تحدث بصورة غير مقصودة، وهي غير دقيقة، كملاحظة سلوك الأطفال مصادفة أثناء خروجهم من المدرسة.

8- الملاحظة المقيدة Limited Observation: وهي التي تتحصر في مجال معين أو سلوك محدد أو موقف محدد وبصرف النظر عن الأمور المحيطة والجانبية.

9- الملاحظة الدورية Periodical Observation: وهي تتم وفق مدة زمنية محددة ومنظمة (شهرياً، أسبوعياً، يومياً) كملاحظة اللعب في حصة الرياضة(العمار، 2014c).

مزايا الملاحظة

- 1- تعد أفضل الوسائل لدراسة أنماط السلوك المختلفة بصورة طبيعية.
- 2- لا تتطلب الملاحظة جهوداً كبيرة مقارنة.
- 3- تعطيك المعلومة حول السلوك في وقت حدوثها.
- 4- لا تعتمد كثيراً على الاستنتاجات.
- 5- تتيح للمرشد الحصول على معلومات لم يكن في ذهنه الحصول عليها.
- 6- يمكن استخدامها مع الأطفال والفئات التي لا تستطيع الكلام.

عيوب الملاحظة

- 1- صعوبة وجود الملاحظ في مكان الملاحظة دون الانتباه إليه.
- 2- لا تخلو الملاحظة من التحيز.
- 3- صعوبة تحديد سلوك ما وعزله عن أنماط السلوك.
- 4- قد يعطي الأفراد انطباعاً جيداً عندما يشعرون أنهم تحت الملاحظة.
- 5- قد يصعب حدوث سلوك عفوي تزامناً مع وجود الملاحظ.
- 6- قد تستغرق الملاحظة مدة زمنية طويلة.
- 7- قد يحتاج الملاحظ الذهاب إلى أماكن متعددة.
- 8- هناك بعض الأحداث لا يمكن ملاحظتها بل يحتاج المرشد الحصول عليها عن طريق السؤال(ملحم، 2007).
- 9- يغيب في الملاحظة سلوك الماضي.
- 10- يصعب على الملاحظ المشاركة والملاحظة في الوقت نفسه(العمار، 2014c).

5- مؤتمر الحالة: Case Conference

وهو اجتماع مناقشة خاص يضم فريق الإرشاد كله أو بعضه، ويضم كل من يهمهم أمر المسترشد أو بعضهم، وكل من لديه معلومات خاصة به أو بعضهم، ويكون مستعداً

للتطوع والحضور شخصياً للإدلاء بها والمشاركة في تفسيرها وفي إبداء بعض الاقتراحات، وكل ذلك يجب أن يتم بموافقة المسترشد المسبقة (زهران، 1986). الأشخاص الذين يضمهم مؤتمر الحالة هم: المرشد (مدير المؤتمر)، الاختصاصي الاجتماعي، المدرس، الوالدان، مدير المدرسة، من يهيمه أمر المسترشد ولديه معلومات مفيدة لعملية الإرشاد.

أنواع مؤتمر الحالة

- 1- مؤتمر الحالة الواحدة: ويضم مسترشداً واحداً فقط.
- 2- مؤتمر الحالات: يضم حالات عدة.
- 3- مؤتمر المختصين: ويضم المرشدين فقط ليتبادلوا الآراء والتقارير والاقتراحات.
- 4- مؤتمر المختصين وغير المختصين: أي المرشدين ومن يهيمه أمر المسترشد كالمعلمة والمدير والوالدين والأخوة وغيرهم.
- 5- مؤتمر المرشد والمسترشد وأحد الوالدين أو كليهما وقد يضم المدرس أو المدير أو الاختصاصي الاجتماعي.

إجراءات عقد المؤتمر

- 1- الإعداد: يجب تحديد خطة عمل للمؤتمر ويجب إخطار كل المعنيين بالمؤتمر.
- 2- الافتتاح: يفتتح المرشد المؤتمر موضحاً هدفه ومقدماتاً ملخصاً للحالة.
- 3- جلسة المؤتمر: يترأسها المرشد وهناك من يرى بأن تكون بالتناوب بين الأعضاء.
- 4- الختام: يلخص المرشد الجلسة ويذكر نقاط الاختلاف والاتفاق والاقتراحات.

شروط نجاح مؤتمر الحالة

- 1- عقد المؤتمر عند الضرورة.
- 2- موافقة المسترشد.
- 3- التزام المعايير الأخلاقية كالسرية والخصوصية.
- 4- الحضور الاختياري للمؤتمرين.
- 5- اهتمام المؤتمرين والجدية.

6-الجو غير الرسمي في المؤتمر .

7-مراعاة الاختصاص: وعدم التعدي على اختصاص الآخرين.

مزايا مؤتمر الحالة

1-يقدم للمرشد معلومات وآراء متعددة.

2-يتيح الفرصة لتبادل الآراء حول المشكلة. يقدم فائدة كبيرة في حالة المسترشد الجديد والمعلومات عنه قليلة.

3-التعرف إلى الأشخاص الفاعلين في العملية الإرشادية.

4-يظهر أهمية المؤتمرين في مساعدة المسترشد.

5-يعد وسيلة فعالة للاتصال مع الأسرة والتشاور.

6-يساعد في تبني طريقة الإرشاد الانتقائي.

عيوب مؤتمر الحالة

1-من المحتمل أن يستغرق وقتاً طويلاً مع نتائج قليلة.

2-قد تكون المعلومات متناثرة وغير منسقة.

3-قد لا يتوفر الوقت لدى المؤتمرين لحضور المؤتمر.

4-قد يتدخل في خصوصيات المسترشد من دون فائدة له(المرجع السابق).

6-السجل المجمع أو البطاقة المدرسية: Cumulative Record

"وهو سجل تراكمي تتبقي (يغطي تاريخ الفرد) لجميع مكونات شخصية المسترشد (التلميذ والطالب) الجسمية والعقلية والمعرفية والنفسية والاجتماعية والانفعالية، ويعتمد عليه بدرجة كبيرة عند مناقشة بعض المشكلات العامة أو الحالات الفردية الخاصة فهو سجل منظم ومتاح للاستخدام المباشر"(عقل، 1996، 89). يجب الانتباه إلى مسألة مهمة وهي أن السجل المجمع يُستخدم في المدرسة، ولكن يمكن استخدامه في الأسرة أيضاً كون العلاقة حيوية وعضوية بين المدرسة والأسرة ويشمل معلومات مهمة حول التلميذ.

أنواع السجل المجمع

1-السجل المجمع ذو الصفحة الواحدة: ويتضمن المعلومات الأساسية.

2- السجل المجمع ذو الصفحات المتعددة: هو يغطي جميع جوانب الشخصية.

إجراءات إعداد السجل المجمع

- 1- الإعداد: إذ يعد السجل المجمع من ملف تدون فيه المعلومات الخاصة بالمسترشد، وتُبوب كل جانب على حدة، يجب أن يكون السجل قابلاً للترك وإضافة أوراق جديدة إليه.
- 2- توحيد السجل المجمع: فقد ينتقل الطفل أو التلميذ من منطقة لأخرى.
- 3- إعداد الدليل: وهو دليل استخدام يساعد المختصين على ملئه بالمعلومات.
- 4- التدريب: يجب تدريب العاملين في الإرشاد على التعامل مع السجل المجمع.
- 5- إدخال المعلومات: يُجمع فريق الإرشاد ويقوم المرشد بملء السجل.

مكونات السجل المجمع

- 1- المعلومات الفردية والشخصية: أي الاسم الكامل، اسم الأم، المواليد، مكان الولادة، تاريخ الالتحاق بالروضة، الصف، السنة الدراسية، تاريخ الالتحاق بالمدرسة، مكان المدرسة، الجنسية، الديانة، عنوان الطالب الدائم، الهاتف.
- 2- معلومات عن الأسرة والبيئة المحيطة: وتشمل: الوالدين، الأخوة، الأخوات، الترتيب بين الأخوة، عمل الوالد والوالدة، مستوى ثقافة الأب والأم، الوضع الاقتصادي للأسرة، العلاقات الأسرية داخل الأسرة، التنشئة الاجتماعية.
- 3- معلومات عن الصحة والنمو الجسمي: كالطول، الوزن، الهيكل، المظهر الخارجي، الأمراض الموجودة الآن أو سابقاً، اللقاحات التي أخذها... إلخ.
- 4- التاريخ الدراسي: مثل: سنوات الرسوب والنجاح، النشاط والجد، نسبة الحضور والغياب، المشاركة في الأنشطة المنهجية والأنشطة اللاصفية.
- 5- معلومات حول القدرات: كالقدرات اللغوية أو الرياضية أو الحركية وغيرها.
- 6- معلومات عن الاستعدادات: كالمواهب، المهارة الخاصة... إلخ.
- 7- التحصيل: مثل درجات التحصيل، التقدير، تقويم المعلمة أو المعلم للطفل.
- 8- الميول: كالميول الرياضية وغيرها، الهوايات، نتائج اختبارات الميول.
- 9- الشخصية: أبعادها، سماتها، صفاتها، نتائج اختبار الشخصية.

- 10- الأنشطة خارج المدرسة: كالأنشطة الشبابية، المعسكرات، الرحلات.
- 11- خطط المستقبل: كالخطط الدراسية أو المهنية (مورتنسن وشمولر، 1986).

شروط نجاح السجل المجمع

- 1- الشمول: وهو أن يشمل كل جوانب الشخصية.
- 2- الانتقاء: يجب اختيار المعلومات المهمة.
- 3- الاستمرار: أي تشمل المعلومات كل الفترات الزمنية السابقة.
- 4- المعيارية: أي معيار واحد للمرشد وفريق الإرشاد مع توحيد المصطلحات.
- 5- البساطة: أي السهولة في لغة السجل المجمع.
- 6- التنظيم: أي تبويبه في جوانب وفق التسلسل الزمني.
- 7- الحفظ: أي حفظ السجل في مكان آمن ويمكن الرجوع إليه عند الحاجة.
- 8- سرية المعلومات: فيطلع عليه المختصون، ويمكن الحديث مع الوالدين عن بعض جوانب السجل (زهران، 1986).

الاستخدامات الإرشادية للسجل المجمع

- 1- يساعد في عملية اختيار الدراسة المناسبة.
- 2- يساهم في الكشف المبكر عن المقصرين.
- 3- يساهم في الكشف المبكر عن حالات التفوق والإبداع.
- 4- يساهم في التعرف المبكر إلى المشكلات السلوكية.
- 5- يساعد في تحديد حاجات الأطفال التربوية والنفسية والصحية والاجتماعية.
- 6- يساهم في التحديد المبكر للمشكلات الدراسية (الشيخ حمود، 1994).

مزايا السجل المجمع

- 1- يترافق مع الفرد في كل مراحل الدراسة.
- 2- يشكل مخزن معلومات جاهزاً يمكن الاستفادة منه وقت الحاجة.
- 3- يوفر كمّاً من المعلومات يعطي صورة شاملة عن المسترشد.
- 4- يعد الوسيلة الرئيسية للمرشد المدرسي.
- 5- مصدر للمعلومة حول شخصية المسترشد، وهذا يساعده في تخطيط مستقبله.

6- يعد نموذجاً جيداً لتعاون فريق الإرشاد.

عيوب السجل المجمع

- 1- قد يُستغنى بالسجل عن الوسائل الأخرى مما يحرم المرشد منها.
- 2- قد يساء فهم معلومات في السجل من قبل غير المختصين (زهران، 1986).

7- السيرة الشخصية (الذاتية): Autobiography

تعريفها: اصطلاحاً هي ملخص لمراحل حياة الشخص التي مر بها أكاديمياً ومهنياً ذاكرةً فيها التسلسل التاريخي والخبرات المكتسبة من خلال مروره بهذه المراحل. يُستخدم مصطلح السيرة الشخصية مرادفاً لقصة الحياة أو رواية الحياة أو أحياناً التقرير الذاتي. يمكن تعريفها في ميدان الإرشاد النفسي والصحة النفسية بأنها مذكّرة يكتبها الشخص عن نفسه تتضمن كل ما يتعلق بحياة الإنسان من ذكريات وواقع وقصص، وما يتعلق بالتخطيط للمستقبل، وتتناول معظم جوانب حياة المسترشد والأهداف والآمال وأسلوب حياته والمشاعر والأفكار والميول والانفعالات والهوايات والقيم والمشكلات والاتجاهات ومفهوم الذات وغيرها، وهي مهمة كثيراً لجمع المعلومات حول المسترشد فلا يوجد أعرف من الفرد بنفسه.

من أمثلة السيرة الذاتية "الأيام" لطفه حسين، إذ كتب بقلمه سيرته الذاتية وقصة حياته منذ الطفولة، كذلك من أمثلته المعروفة "قصة حياتي" لأحمد لطفي السيد، و"قصة حياتي" The Story of my Life لهيلين كيلر Keller، وكذلك "سيرتي الذاتية" لبرتراند راسيل Russel وغيرهم الكثير ممن يكتبون السيرة الذاتية أو الشخصية (الشيخ حمود وناصر، 2012).

أنواع السيرة الشخصية

- 1- السيرة الشخصية الشاملة: وتشمل معلومات حول حياة المسترشد منذ فترة الطفولة.
- 2- السيرة الشخصية حول موضوع: وتدور حول موضوع محدد أو خبرة محددة.
- 3- السيرة الشخصية المحددة: كالتاريخ الشخصي والخطط الرئيسة والخبرات المهمة.
- 4- السيرة الشخصية غير المحددة (الحرّة): إذ تترك الحرية للمسترشد للكتابة كما يشاء.

وهناك أنواع تجمع بين كل زوج من هذه الأنواع مثل: السيرة الشخصية الشاملة المحددة، والشاملة غير المحددة ... وهكذا. ويوجد تصنيفات أخرى للسيرة الشخصية: منها السيرة الشخصية في الماضي، والسيرة الشخصية في الحاضر، والسيرة الشخصية في المستقبل. وتصنف السيرة الشخصية على أساس تحليل محتواها إلى: تاريخ الحياة، دفاع عن الذات.

مصادر السيرة الشخصية

- 1- المذكرات اليومية: وهي تسجيلات يومية للمسترشد خلال 24 ساعة وفي نهاية المدة المحددة أسبوع مثلاً.
- 2- البرامج اليومية: هنا يحدد المسترشد المواعيد والأعمال الملتزم بها يومياً.
- 3- المفكرات الشخصية: وهي تسجيل أنشطة الشخص وهواياته وعلاقاته في دفتر.
- 4- المذكرات الخاصة: وتشمل الخبرات الخاصة والأحداث والمشكلات المهمة.
- 5- المستندات الشخصية: وتشمل الوثائق الشخصية كالهوية والبطاقات المختلفة.
- 6- الإنتاج الفني: كالرسم الذي يعبر عن شخصية المسترشد.
- 7- الإنتاج الأدبي: كالنثر والشعر الذي يعبر عن حالة المسترشد وأفكاره واتجاهاته وميوله.

إجراءات كتابة السيرة الشخصية

- 1- إعداد المسترشد بشكل كاف لكتابتها مع الهدف من وراء كتابتها وكيفية كتابتها.
- 2- تقديم دليل له سواء كان شفويّاً أو كتابياً للكتابة حول جوانب عدة من حياته.
- 3- الزمان والمكان: تختلف المدة الزمنية لكتابة السيرة الشخصية فقد تستغرق جلسة أو أكثر وقد تصل إلى أسبوع أو أكثر. قد تُكتب في المنزل أو في مركز الإرشاد.
- 4- الكتابة: على المسترشد أن يكتب بحرية وطلاقة وقد يكتب باللغة الفصحى، وقد تحدد بكلمات معينة مثل (500 كلمة) أو حرة، وهذا تحدده طبيعة المعلومات والمشكلة.
- 5- المناقشة: يقوم المرشد بمناقشة المسترشد حول ما كتبه في السيرة الشخصية.
- 6- التفسير والتحليل: يقوم المرشد بتفسير ما كتبه المسترشد في السيرة الشخصية.

قد يلجأ المرشد أحياناً إلى تصنيف المعلومات الواردة في السيرة الشخصية في سياقات محددة مثل المشكلات الأسرية أو الشخصية أو المدرسية أو الاجتماعية...إلخ.

ثمة أسلوبان لتفسير السيرة الشخصية هما:

★ الأسلوب الكمي: وفيه يُحسب تكرار المعلومات ونسبها المئوية ومتوسطاتها وترابطها وتقدير درجة استبصار المسترشد على مقياس ثلاثي أو خماسي وغيرها من وسائل القياس.

★ الأسلوب الكيفي: ويركز على فهم حياة المسترشد وسلوكه وخبراته من وجهة نظره.

شروط نجاح كتابة السيرة الشخصية

- 1- رغبة المسترشد والاستعداد للكتابة عن نفسه بصراحة. 2- أن يشعر بالمسؤولية في أثناء الكتابة عن نفسه. 3- أن تتمتع بالمصداقية والشفافية. 4- أن تكتب ضمن ترتيب زمني. 5- الاعتدال بالكتابة فتكون الكتابة دون إفراط أو تفريط. 6- تحديد تاريخ الأحداث والأماكن والشخصيات بدقة. 7- تأكيد المسترشد بأن المعلومات موضع سرية تامة.

مزايا السيرة الشخصية

- 1- تعد السيرة الشخصية مفيدة كثيراً في حال المسترشرين الذين يجيدون الكتابة عن أنفسهم. 2- وسيلة اقتصادية وسهلة لجمع المعلومات. 3- وسيلة مهمة في فهم الذات وجوانب الحياة المختلفة الخاصة. 4- تتيح للمرشد قراءتها قبل مقابلة المسترشد.

عيوب السيرة الشخصية

- 1- تدخل العوامل الذاتية أحياناً كأن يركز على نقاط قوته ويتغاضى عن نقاط ضعفه. 2- عاملاً الصدق والثبات ضعيفان. 3- لا تصلح للأطفال والصغار الذين لا يجيدون الكتابة. 4- صعب أن تصل إلى تفسير محدد في السيرة الشخصية (المرجع السابق).

1- مصادر المجتمع: Community Resources

وهي مجموعة المراجع الاجتماعية الموجودة في البيئة المحلية التي يمكن أن تقدم كماً من المعلومات عن المسترشد، قد تكون متخصصة وغير متخصصة ورسمية وغير رسمية.

أهم مصادر المجتمع

الأسرة: فهي تمد المرشد بالمعلومات حول المسترشد عن حياته وأسرته وتوافقه ومشكلاته.

المؤسسات التربوية: كالحضانة والروضة والمدرسة والجامعة ومعاهد التعليم المختلفة.

العيادات النفسية ومركز الإرشاد والخدمات النفسية: يمكن الحصول منها على معلومات عن المشكلات النفسية والتوافق النفسي والإجراءات الإرشادية والعلاجية.

المؤسسات الاجتماعية: كالهئات الأهلية ومراكز رعاية الطفولة والأمومة والشيخوخة.

مكاتب العمل: وتقدم معلومات عن العمل وفرص العمل لبعض المسترشرين.

منظمات رعاية الشباب: كالنوادي الرياضية والكشافة والجوالة وغيرها.

المحاكم والسلطات: كمحاكم الأحداث ومراكز الشرطة والمحاكم المختلفة.

المستشفيات: سواء العامة أو الخاصة والمراكز الصحية ولديها معلومات مهمة.

نوادي خدمة البيئة ومراكزها: وهذه تهتم برعاية الأطفال والشباب والشيخ وأسرهم.

الجماعات الدينية: التي قد ينتمي إليها المسترشد كالطريقة الفلانية أو الشيخ الفلاني.

شروط جمع المعلومات من مصادر المجتمع

1- تحديد مصادر المجتمع والتواصل معها. 2- إخطار المسترشد واستئذانه. 3- التحقق من المعلومات. 4- تبادل الإفادة مع هذه المصادر إذ تكون الفائدة مزدوجة للطرفين.

مزايا مصادر المجتمع

1- إتمام المعلومات المطلوبة. 2- الحصول على معلومات مميزة من خلال المصادر.

عيوب مصادر المجتمع

1- قد تكون المعلومات الموجودة لدى مصادر المجتمع قديمة أو غير دقيقة. 2- قد تكون المعلومات جُمعت لهدف لا يخدم هدف الصحة النفسية أو الإرشاد (زهران، 2002).

1- ربما تكون المعلومات كُتبت من قبل أشخاص غير مؤهلين ومن ثم لا يمكن الوثوق بهذه المعلومات لإجراء عملية التشخيص أو اتخاذ قرار معين.

الفصل السادس

الشخصية

مقدمة

إن الشخصية مركب معقد يصعب الإحاطة به من كل جوانبه، وهي ما يميز الإنسان عن سائر الكائنات الحية، فكلمة شخصية تُطلق على الإنسان فقط، لأنها تمثل الذات الواعية لكيانها المستقلة في إرادتها، ويتسم الشخص بالأخلاق والعقل، وهذه الصفات هي التي تؤهله للمشاركة العقلية والأخلاقية في مجتمع إنساني. إن كلمة شخصية أتت من الفعل شَخَصَ أي برز وظهر وبدا من بعيد، فشخصت الأبصار أي برزت وفُتحت ولم تُطرف أي لم ترمش. وقد جاء في القرآن قوله تعالى: "إِنَّمَا يُؤَخِّرُهُمْ لِيَوْمٍ تَشْخَصُ فِيهِ الْأَبْصَارُ" (إبراهيم، 42). أي تبرز ولا تطرف فتبقى مفتوحة. لقد جاء هذا الفصل حول الشخصية ليميط اللثام عن ماهية الشخصية وسماتها ويبحث في بعض النظريات التي قدمت فهماً للشخصية.

تعريف الشخصية Personality

إن مصطلح الشخصية Personality بالإنكليزية أو Personalité بالفرنسية أو Personlichkeit بالألمانية مشتق من الكلمة اللاتينية Personalitas التي كانت تُستخدم في القرون الوسطى، وهذه الأخيرة مشتقة من Persona التي تُستخدم في اللاتينية القديمة وتعني القناع mask الذي كان يلبسه الممثل في أثناء أداء الدور، هذا يعني أن جزءاً من الشخصية سيظهر وجزء آخر سيكون غير ظاهر كما هي الشخصية بالواقع (غنيم، 1987). عند القراءة حول الشخصية في المراجع المختلفة يُلاحظ كثير من التعريفات للشخصية التي تختلف باختلاف النظريات التي تستند إليها، فقد ظهرت تعريفات كثيرة للشخصية، ومنها الجهود الكبيرة والمبكرة لبعض العلماء أمثال: أدلر Adler وألبورت Allport وغيلفورد Guilford وكاتل Cattell وآيزنك Eysenck وغيرهم من العلماء الذين تناولوا الشخصية بالدراسة والبحث (رزق، 2009). ولا مجال هنا لذكر جميع هذه التعريفات بل يكفي ذكر بعضها على سبيل المثال: الشخصية كما يراها

آدler Adler "هي التعبير الخاص عن المشاعر المختلطة في الشخصية و القدرة المتجهة لجعل الفرد ضمن وحدة ونمو فردي إنساني متميز تاريخياً واجتماعياً ولديه قدرة فردية لإبداع التقييم الذاتي، وكذلك يتمتع بالوعي الذاتي والمسؤولية" (Brunner, 1995, 367). ركز آدler على الأسس الطبيعية للشخصية إذ "نظر للشخصية كنتاج للتطور والارتقاء" (Adler عن: Burger, 1992, 51). قدم كيلر Keller (2003) تعريفاً للشخصية بأنها "بنية فريدة من التفكير والمشاعر وأشكال السلوك الإنساني الذي ينشأ في مسيرة نمو الشخصية" (Keller, 2003, 2003). أما واطسن Watson فقدم تعريفاً للشخصية من منظور سلوكي وهو "الشخصية هي مجموعة الأنشطة التي يمكن اكتشافها عن طريق الملاحظة الفعلية للسلوك لفترة زمنية كافية" (سعد ونعام، 1993، 13).

قدم تسمباردو و غريش Zimbardo und Gerrig (1999) مفهوماً للشخصية يشير إلى أنها سمات نفسية فريدة للفرد التي تدل على العديد من الصفات الخاصة (الظاهرة والخفية) لظروف زمنية مختلفة (Zimbardo und Gerrig, 1999). عرف جريفثس Griffiths الشخصية بأنها "مجموع الصفات التي يتصف بها الشخص، والنتيجة عن عملية التوافق مع البيئة الاجتماعية، وهي تظهر على شكل أساليب سلوكية معينة للتعامل مع العوامل المكونة لتلك البيئة" (عثمان، 2002، 44). لخص فاينبيرغ Weinberg تعريفاً للشخصية هو: "في المعنى المعروف تشمل الشخصية كل التنوع الفردي الذي يمكن أن نجده لدى الإنسان" (Weinberg, 2004, 260). هناك توجه لنظرية الذات Self theory ونظرية السمات Trait theory يتضمن تعريفاً للشخصية بأنها "الميكانيزمات الداخلية Internal Mechanism التي تتحكم في السلوك، وطبيعة هذه الميكانيزمات تحدد طبيعة شخصية الفرد، فكل شخص لديه سمات معينة، وهذه السمات بدورها تحدد طريقة سلوك الفرد في أي موقف" (عبد الرحمن، 1998، 26). من التعريفات المهمة أيضاً محاولة ألبورت Allport لقد جمع خمسين تعريفاً للشخصية ثم بعد ذلك صنفها إلى تصنيفين:

1- تصنيف داخلي يتمثل بتعريف مورتن برنس Mortn Prins وهو: "الشخصية هي الكمية الكلية من الاستعدادات والميول والغرائز والدوافع والقوى البيولوجية الفطرية الموروثة، وكذلك الصفات والاستعدادات والميول المكتسبة من الخبرة".

2- تصنيف خارجي يتمثل بتعريف واطسون Watson وهو: "الشخصية هي جميع أنواع النشاط الملحوظ عند الفرد عن طريق ملاحظته ملاحظة فعلية خارجية لفترة طويلة من الزمن تسمح بالتعرف عليه" (سفيان، 2004، 18).

يرى العاسمي أن مفهوم الشخصية معقد لأنه يشمل جميع الصفات والخصائص المتفاعلة مع بعضها بعضاً داخل الفرد (العاسمي، 2020).

يعرف المؤلف (العنّار) الشخصية بأنها "وحدة مركبة من مجموع السمات الموروثة والمكتسبة الجسمية والعقلية والخُلقية والاجتماعية والانفعالية التي تتفاعل فيما بينها وتعبّر عن شخص مميز عن غيره في التفاصيل ويتشابه بدرجات متفاوتة مع الآخرين في بعض السمات".

تعريف السمة الشخصية Personal Trait

كذلك الأمر عند تعريف السمات الشخصية يوجد العديد من التعريفات المختلفة باختلاف وجهات النظر، لذلك يمكن ذكر بعض هذه التعريفات مثلاً يعرف هيكرو وشتابف Häcker & Stapf في قاموس دورش Dorsch القاموس النفسي الألماني السمة الشخصية "هي التي تصف الإنسان من خلال تصرفه الدائم النسبي في حياته اليومية وتعامله الدائم النسبي مع الآخرين" (Häcker & Stapf, 2004, 596). عرّف كاتل Cattell السمة الشخصية بأنها "مجموعة ردود الأفعال والاستجابات التي يربطها نوع من الوحدة التي تسمح لهذه الاستجابات أن توضع تحت اسم واحد" (جبل، 2000، 301). عرّف غولفورد السمة كإجابة عن سؤال ماهية السمة فيقول: "السمة هي التي تميز إنساناً عن غيره من الآخرين" (غنيم، 1990، 276). كما عرف آيزنك السمة بأنها "مجموعة من الأفعال السلوكية التي تتغير معاً" (عبد الخالق، 1993، 67). لا بد هنا من المقارنة بين الحالة State والسمة Trait، فالحالة يغلب أن تكون مؤقتة وأنية وهي مرتبطة بالموقف وهي ضيقة الوصف كالضجر فقد يزول بعد فترة بعد زوال أسبابه. في

حين السمة يغلب عليها الاستمرارية وسعة الوصف وهي مرتبطة بالشخص كالانبساطية التي يتسم بها الشخص بصورة عامة.

السمات الشخصية

1-الرضا الحياتي: "يفهم الإنسان الرضا الحياتي بأنه عملية إشباع الأهداف الحياتية المرغوبة ويتضمن ذلك مركباً معرفياً للصحة الذاتية" (Fahrenberg, 2000, 5). يشمل الرضا الحياتي المزاج الأساسي الذي يؤثر من خلال الخبرة السلبية والإيجابية والموقف من الحياة على دافعية الإنجاز والحالة الجسدية (Schaub, 2001). يرتبط الرضا الحياتي بأمر عدة منها الشريك في الحياة والعمل والصحة والحالة المادية (Weber & Rammsayer, 2005)، أيضاً يرتبط مع جوانب فهم الذات وأهداف الحياة (Kuhl, 2001)، لأن الأهداف الشخصية وبلوغها يؤدي دوراً مهماً في الحياة والرضا الحياتي للشخص (Jüttemann & Thomae, 2002). من هنا تظهر علاقة قوية بين الرضا الوظيفي والرضا الحياتي (Hossiep & Paschen, 2003). وهذه العلاقة تشابه علاقة الرضا الحياتي مع الدين فقد أثبت تسفنغمان Zwingmann (1991) العلاقة بين التدين والرضا الحياتي، إذ إن المتدينين جداً يتمتعون برضا حياتي مرتفع (Jesensky, 2001). كما أثبتت دراسة لاسندوريف أن هناك علاقة قوية بين الرضا الحياتي والتوازن الانفعالي (Asendorpf, 2004).

2-التوجيه الاجتماعي: تتضمن هذه السمة المسؤولية الاجتماعية نحو الآخرين وفيها الاستعداد للمساعدة، فعندما يحصل المبحوث على درجات عالية فإن لديه مشكلة في تحمل المسؤولية، أما في حال حصوله على درجات منخفضة فهو يكون لديه تركيز على مسؤوليته الخاصة (Schaub, 2001). منذ بداية التاريخ يعيش الإنسان ضمن جماعات ويبني العلاقات مع الآخرين، هذه العلاقات تؤثر فيه وتغير في سلوكه وتحدد له المعايير ويسعى لتحقيق الرضا في حدود هذه المعايير التي تعد كضابط و ناظم لسلوكه (Waszkewitz, 2003). ترتبط الجماعة مع بعضها من خلال الأنشطة الاجتماعية والمساعدة الاجتماعية والدور الاجتماعي والتواصل مع الآخرين (Börner, 2001).

يسعى الإنسان ككائن اجتماعي بصورة عامة إلى بناء شبكة اجتماعية وتواصل اجتماعي، لأن هذا يساعده في حل المشاكل التي تواجهه (Lerch & Rausch, 2001). يلزم نفسه الإنسان في الوقت نفسه بالقوانين الاجتماعية للمجتمع الذي يعيش فيه (Crisand, 2000)، يتعلم من خلال الخبرة الاجتماعية معنى حياة الجماعة والمبادئ الأخلاقية والقيم الاجتماعية (Winkler, 1993). أيضاً تكوين العلاقات لحل المشاكل الاجتماعية وتنظيم وفهم كيفية التعاون مع الآخر (Schröder & Hackhausen, 2001). يشجع المجتمع التوجيه والإرشاد الاجتماعي ويطلب تنفيذه من دون مانع الحياء، كما يشجع رغبات التواصل بدل الانسحاب، والتفاعل الاجتماعي من دون تأجيل، والصدافة بدل العداوة، والقبول بدل الرفض والابتعاد (Fisseni, 1996). لذلك يكون من الضروري وجود التوجيه الاجتماعي ضمن الحياة وسياق الخبرة الإنسانية، فهو يساعد على تكيف الإنسان (Potthoff & Potthoff, 2004). من خلال التوجيه الاجتماعي تصبح العمليات الاجتماعية مؤثرة وتساعد في حفظ القيم والمعايير الاجتماعية (Amelang, 1995). من الجدير ذكره أيضاً أن إكساب المهارات الاجتماعية للأطفال يشكل هدفاً للتربية الحديثة في المدرسة (Krapp & Weidenmann, 2001).

3- توجيه الأداء: يرتبط التوجيه القوي في الأداء الخاص مع الضغط المهني العالي والمسؤولية والأمن الذاتي المرتفع والرضا المرتفع مع المهنة الممتنة، وكذلك يتأثر توجيه الأداء بالدقة الكبيرة والتركيز والحالة الصحية والدخل المرتفع والانتماء للطبقة الاجتماعية المرتفعة والزيارات القليلة للطبيب والتناول القليل للحبوب المنومة (Fahrenberg, 2001). أثبت أن توجيه الأداء له صلة بالمؤهلات الاختصاصية والمعرفة الخاصة واستراتيجيات العمل المهني والمعرفة والمشكلات كمؤثرات (Fricke & Grauer, 1994). يمكن تقسيم توجيه الأداء إلى أبعاد عدة هي: توجيه القدرات، توجيه العمل، توجيه التدريب، مبادئ المهنة (Schudy, 2002). قدم مرسي (1985) المكونات التالية لتوجيه الأداء: التعاون مع الآخرين، المساعدة المتبادلة، علاقة الثقة معهم (مرسي، 1985). إن توجيه الأداء كالمسلمات الشخصية يأخذ

أهمية من أجل ترابط وتناسق أهداف الحياة بين التوجيه المهني وخطة الحياة ولا سيما لدى الشباب لأجل مستقبلهم القادم والمنظور (Witruk & Friedrich, 1996).

4-الانطوائية: تُفهم كأنها "حالة لتوضيح الغياب الجسدي والعضوي عن الأنشطة الاجتماعية والسلوكيات الاجتماعية المرغوبة والمسموحة" (Häcker & Stapf, 2004, 347). حالة الشخص هنا تتسم بالخجل و يشعر بأنه أقل من الآخرين ويعد بعض التصرفات مزعجة، كما ينتابه شعور بأنه شخص غير مرغوب به في المجتمع ولديه تقدير منخفض للذات، لذلك يمر بصعوبات اجتماعية مبررة (Rothkopf, 2003). يعاني الشخص المنطوي من فقد التركيز حول الذات فهو يفكر بتقديرات الآخرين ولديه خوف من مشاركة الآخرين، كما يدل على مشاعر الخمول والكسل وانعدام القدرة لحل المشاكل التي تواجهه في حياته (Waszkewitz, 2005 a)، لأن قدراته ضعيفة للتغلب على المتطلبات الداخلية والخارجية وفي الوقت نفسه نمطه الشخصي غير واقعي (Becker, 1995).

5-القابلية للإثارة (التأثيرية): وتتعلق بتغير الفاعلية والنشاط الذي يتحرك من النمو العميق إلى قمة النشاط والحركة، إن الطبيعة الفردية تحدد نوعية الاستنثارات المختلفة والدوافع وعمليات معالجة المعلومات والاتجاهات السلوكية (Pawlik, 2004). أحياناً تشترك حالات من الهذيان وردات الفعل المشبعة بالنشوة والهوس مع التهيج والاستنارة (Waszkewitz, 2003). قد يصبح الأشخاص المتهيجون أصحاب الحدة الانفعالية العالية السريع الهدوء بعد الاستنارة الحادة، وقد يتعاملون بانفعال قوي في أعمالهم، وهذا يفسر الحالة الانفعالية المتقلبة لهؤلاء الانفعاليين الذين يتسم سلوكهم بالتهيج وسرعة الاستنارة (Schneewind, Graf, Schröder & Cattell, 1994).

6-العدوانية: وفق باندورا وفالترس Bandura und Walters تشمل هذه السمة مجموعة من السلوكيات المؤذية للآخرين من خلال التعامل أو إثارة بعض الموضوعات الجارحة لمشاعر الآخرين، فالعدوان إما رمزي أو فعلي (Amelang & Bartussek, 2001). هناك بعض العوامل تؤدي إلى تصعيد السلوك العدواني لدى الشخص مثلاً:

التصميم الإلكتروني والضوئي المثير في غرفة النوم، الموسيقى الصاخبة في المساء، الخلاف مع الأشخاص الآخرين، المرض وغيره (Werner, 1982). يتضمن العدوان قوة خاصة وهذه القوة قد تكون مقاومة للتهديد وبعض العدوان سينتج تحراً من أمر أو يزيل حدوداً (Winkel, 2003). مصطلح العدوان يتسم بأنه نزاع مع الآخرين أو أحقاد عليهم (Waszkewitz, 2003)، أيضاً يشمل التسلط، الرغبة بالسلطة، السلوك الصبياني، صفات الظلم، الحماسة المفرطة، ردة الفعل المبالغ بها (Waszkewitz, 2004 a). بل أحياناً يعتدي ويضرب بلا سبب (Grom, 2000). يقلل الأطفال العدوانيون عموماً من التحكم بالعادات العدوانية لديهم مما يزيد العدوان (Schmeck, 2001). من الملاحظ أن العدوان ينتقل في العائلة فالعدوان بين الزوجين يؤدي إلى عدوان بين الأولاد ومن ثم يُعزز نشوء السلوك العدواني (Selg, Mees & Berg, 1997). يكون العدوان الحاصل بين الوالدين والأبناء بصور شتى منها: الضرب والممانعة والتعنت والصلف والشتم والتخريب والكلمات النابية والعقوبة (Dolto, Dolto, 1999). يحتاج السلوك العدواني عادة إلى تفاعل اجتماعي ويظهر بعد الإحباط، وقد يبدو بأساليب غرائزية بعيدة عن الضبط والتحكم العقلاني (Hoffmann, Rasch & Schnieder, 1996)، لأن الإحباط يعد عاملاً رئيساً في العدوان وقد يؤدي إلى أشكال مختلفة من العدوان (Herrmann & Lantermann, 1985). بخصوص الفروق الجنسية في العدوان أثبتت غولدشتاين وسيغال Goldstein und Segall أن الذكور أكثر عدوانية من الإناث، وهذه النتيجة أثبتتها غيرهم من الباحثين أيضاً (Amelang, 1996).

7-ضغوط المطالبة: تتميز المطالبة بأن لدى الشخص كثيراً من العمل ويعاني من آثار الضغط نتيجة لكثرة المطالب والالتزامات (Wenninger, 2000). يكون الضغط المرتفع في المهنة من خلال السرعة والدقة والتركيز والعمل الجسدي، وهذا كله يترافق مع قليل من الرضا والحالة الصحية السيئة وتناول متكرر للحبوب المهدأة والرضا المنخفض بما يخص الوضع المالي (Fahrenberg et al., 1989). هذا يؤدي إلى مشاكل عدة مثل: الحياة المتوترة، كثرة المطالب، الشعور دوماً بالضغط (Süß, 2003). ترتبط

الضغوط العقلية أو الفكرية بمشاكل العمل ارتباطاً إيجابياً فزيادة المشاكل في العمل تؤدي إلى زيادة الضغوط العقلية لدى الشخص (Städtler, 1998). إن زيادة المطالب والضغوط تجبر الشخص أن يطور مهارات تعامل خاصة لمواجهة ضغط المطالب وكثرتها (Witruk, 1999 & Schaub, 2001).

8- الشكاوى الجسدية: يعد الجسد جزءاً لا يتجزأ من الشخصية ومن هنا تعد الشكاوى الجسدية من المشكلات التي تعترى الشخصية، يتم الحديث هنا عن الاضطرابات الجسدية واضطرابات فاعلية الأعضاء كاضطرابات عضوية سببها نفسي (اضطرابات سيكوسوماتية) (Schaub, 2001)، مثلاً: ارتفاع ضغط الدم، تسارع ضربات القلب، آلام في الرأس أو آلام في البطن، القرحة المعوية وغيرها (Myrtek, 1993). هذه الاضطرابات تصنف تحت اضطرابات عضوية نفسية المنشأ تبعاً لأعراضها ووفق التصنيفات والمراجع العلمية. يرى وكسكل وكول أن مصطلح اضطراب فاعلية الأعضاء له معنيان:

★ صورة الشكاوى وهي تعبير عن اضطراب فاعلية العضوية.

★ صورة شكاوى لدى المضطرب من قلة الفاعلية (Uexküll et al., 1998).

يمكن إثبات علاقات عدة من التحليل البيئي بين الشكاوى الجسدية والأبعاد الشخصية، عند ذلك يمكن إثبات العلاقة الواضحة بين الشكاوى الجسدية والاكتئاب وعدم الاستقرار الانفعالي والخوف والانطوائية (Myrtek, 1998).

9- العناية بالصحة: توجد علاقة قوية بين الشخصية والاهتمام بالصحة وأنماط السلوك الصحي التي يتبعها الشخص للعناية بصحته (Friedman & Schustack, 2004). كما أثبت أن هناك علاقة قوية بين المشاكل النفسية والأمراض الجسدية (Martens & Kuhl, 2004). تتضح هذه العلاقة بشكل واضح بين المشاكل النفسية ومشكلات مثل الدخان والإفراط بشرب الكحول ونقص التغذية وضغط الدم والقرحة المعوية (Friedmann & Fritz, 2004). حتى يكون الاهتمام بالصحة والشعور حوله صحياً، فإنه يجب أن يرتبط بكثير من التأثيرات مثلاً: التغذية ووقت الفراغ والمحيط والإنجاز وإيقاع النمو والمزاج (Böhm, 2000) وأحياناً الأمراض والعمر والنشاط

والطاقة (b Waszkewitz, 2005). تحدد منظمة الصحة العالمية (WHO) الصحة من خلال السلامة الجسدية والنفسية والاجتماعية (Klotter, 2001). تشير الأبحاث المعرفية الاجتماعية إلى أن هناك علاقة قوية بين فاعلية القناعات الذاتية أو المعتقدات والصحة إذ تؤثر القناعات الذاتية الإيجابية بطريقة إيجابية على الصحة (Pervin, 2000).

10-الانفتاحية: هي "البحث النشط عن كسب الخبرات (القدرات) كما يرغب الشخص والتسامح والرغبة باستكشاف المجهول" (Pervin, Cervone & John, 2005, 322). وهناك من يعد أمثال سادر و فيبر (1996) أن "الانفتاحية فيها خطر بعض الشيء وانكشاف وقد يتعرض الشخص نتيجتها للهجوم" (Sader & Weber, 1996, 31). يمكن القول مع الانفتاحية يكون الشخص منفتحاً ولديه تواضع اجتماعي وإنساني (b Waszkewitz, 2004)، وغالباً علاقته الاجتماعية مع الآخرين جيدة ويتبادل معهم العلاقات والخبرات الاجتماعية (By & Kaase, 1999). تُكسب الانفتاحية المرتفعة الشخص الانطباع الجيد حول الآخرين، ومن ثم تشعره برغبة الاختلاط معهم (Hagen, 1997). عندما ينقد الشخص الانفتاحي ذاته يشترك مع الآخرين بالانطباع الجيد حول نفسه وحول غيره وبصورة انفتاحية على الآخرين والذات (Potreck, 1983). أيضاً هناك بعض المصطلحات المرتبطة بالانفتاحية بشكل ضروري مثل: عدم التكلفة، غير متعارف عليه، منبسط، خيال غزير، إبداع (Hossiep, 2000). بصورة عامة يمكن عد المنفتح إنساناً مؤدباً ومتعدد الجوانب والأنشطة ومهماً بعلم الجمال واجتماعياً وغنياً بالخبرات والأحداث في حياته (Schuler, 1998) كذلك ثرياً عقلياً وأصيلاً بفكره وذكياً، وأحياناً يكون سطحياً وبسيطاً ومتساهلاً مع غيره (Friedman & Schustack, 2004).

11-الانبساطية: يرى آيزنك Eysenck أن الانبساطية هي مرادف لكلمات عدة تصف الشخص وتشمل "اجتماعي، نشط أو حيوي، فعال، صريح، باحث عن التجربة ومعايشة الآخرين، كثير الاهتمام، سائد، لديه مشاعر الفرح وحب المغامرة" (Brown, 1994, 98). تربط نظرية آيزنك درجة انبساطية الشخص مع السمات العصبية للفرد ارتباطاً

سلبياً، ولاسيما كنوع من المانع للعصبية والاستثارة في النظام العصبي المركزي عامة لدى الإنسان (Mummendey, 1995). هذه الأسس النظرية تظهر من خلال الفعاليات الاجتماعية والأنشطة التي يمارسها الإنسان (Laux, 2003). إنها تقوم بالأنشطة التفاعلية مع الأشخاص مثلاً الحفلات المشتركة والرحلات وتناول الطعام معاً (Fahrenberg & Myrtek, 1996). عندما تكون العلاقات النمطية جيدة بين الأشخاص عندها يتجاوز الشخص الأنماط السلوكية للحدود الشخصية من خلال زيادة التفاعل مع الآخرين (Ulbrich, 2004). كما يكون الرضا الذاتي والتقييم المرتفع للذات سمات جوهرية في بنية الشخصية المنبسطة (Roth & Hammelstein, 2003). أيضاً يتضمن مصطلح الانبساطية الذات المؤكدة والمنتجة وذات الثبات الانفعالي (Muskens, 2001). كما يتسم تفكير الإنسان المنبسط بالمعقولية تجاه العالم الخارجي (أسعد، 1993)، وترتبط الانبساطية بصورة إيجابية مع الاهتمامات بالمعلومات بصورة عامة (Rammstedt & Riemann, 2002).

12-الانفعالية: وهي الاستعداد النفسي والنزعة التي تسيطر على العلاقة بين الشخص والمحيط من خلال أشكال من الانفعالات كالغضب أو الخوف أو الشك أو الاشمئزاز أو الحب أو الكره أو الحزن أو الفرح أو الغيرة (Ulich, 2002). تقود الانفعالية المرتفعة إلى مشاعر الضغط وفي بعض الحالات إلى الأعراض التي تخص الجانب العصبي أو ترتبط معه (Amelang & Zielinski, 2002)، مثلاً: آلام الرأس، زيادة ضربات القلب، آلام المعدة، التعب، آلام العضلات (Fahrenberg, 1992). وقد يُظهر الشخص بعض اضطرابات النوم نتيجة للحدة الانفعالية التي يعانيها (Hoffmann et al., 1996)، كما يظهر كثيراً من الغضب وقليلاً من الابتسامة أو الضحك، وأحياناً قد ينفجر بالصياح (لازاروس، 1993). يمكن أن ترتبط المشكلات الانفعالية الذاتية مع بعض الأمور مثل تنظيم الحرارة، إفراز الغدد الداخلية، الخمول والكسل (Peper & Irle, 1994). وقد تؤذي الانفعالية العمليات المعرفية، فتقلل من أدائها (Bundschuh, 2002)، فهي مرتبطة مع ما يحاول الشخص أن يفعل ومع ملاحظاته وتفسيره للنتائج (Saarni, Mumme & Campos, 1998). ولا بد من

ملاحظة أن بعض الناس يعبرون عن الانفعالية أمام الآخرين من خلال أنواع شتى من السلوك كالصراخ أو الضرب على الطاولة أو رفع الصوت أو الإسقاط على الناس الضعفاء أو الأشياء وغيرها (Angleitner & Wiggins, 1986). يؤدي الوالدان دوراً كبيراً في نشوء السمات الانفعالية كما ورد في دراسة أوبيد (2001) التي كشفت أثر الوالدين في إكساب الأولاد السمات الانفعالية (Oubaid, 2001).

نظريات الشخصية

ثمة عدد ليس باليسير للنظريات التي تتكلم عن الشخصية، وأبرزها النظريات الآتية:

نظرية الأنماط لدى ابيقراط (400 ق.م.)

قسم ابيقراط Hippocrates الأنماط الشخصية وفق العناصر التي يتكون منها الجسم (الدم، الصفراء، الكبد أو السوداء، البلغم أو اللمفاوي) وهي:

- 1- النمط الدموي: ويتسم بالنشاط والسرعة وسهولة الاستثارة وقلة المثابرة والصبر.
- 2- النمط الصفراوي: ويتسم بالتسرع وقلة السرور وشدة الانفعال.
- 3- النمط السوداوي: ويتسم بالتبذل والبطء وضعف الانفعال وعدم الاكتراث.

إن غلبة عنصر من العناصر الأربعة يعني غلبة النمط الذي يناسبه على غيره من الأنماط الأخرى. قال ابيقراط: إن الإنسان السليم هو الذي توجد لديه العناصر الأربعة بصورة متوازنة.

نظرية الفارابي (874-950م)

ظهر فهم الفارابي للشخصية من خلال النفس، فعد أن النفس جوهر روحاني قائم بذاته، وهي جوهر الإنسان وليست عرضاً من أعراض الجسم، فالإنسان لديه أي شخصيته مكونة من عنصرين: الأول النفس وهي جوهر روحاني من عالم الأمر أي العالم الإلهي. والمكون الثاني البدن وهو عالم الخلق أو العالم المادي. تنقسم النفس عند الفارابي -التي تعد من مكوني الشخصية- إلى خمس قوى وهي:

- 1- القوة الغذائية: وهي المسؤولة عن التغذية والنمو والتوالد وقوتها الرئيسة بالفم ولها رواضع وخدم وآلات وهي المعدة والكبد والطحال وغير ذلك من أعضاء الجسم.

2- القوة الحاسة: ويتم بها إدراك المحسوسات بالحواس الخمس المعروفة من بصر وسمع وشم وذوق ولمس وكل حاسة تختص بجانب معين.

3- القوة التخيلية: ووظيفتها حفظ ما رُسم في النفس من محسوسات بعد غيابها عن الحس وفق آليات خاصة بها، كما أنها تقوم بتخيل الأشياء التي مضت أو الأشياء التي ممكن أن تكون في المستقبل، وربما كان بعضها صادقاً والآخر كاذباً.

4- القوة الناطقة: وهي موجودة لدى الإنسان فقط بها يعقل المعقولات ويميز الغث من السمين والجميل من القبيح من الأفعال والأخلاق. تنقسم القوة الناطقة إلى:

ت- قوة نظرية وهي تؤدي إلى المعرفة وهي القمة العليا وبها يتم التوصل إلى السعادة.

ث- قوة عملية ويحوز بها الإنسان الصناعات والحرف، ويكون بها الفكر والروية فيما ينبغي أن يعمل أو لا يعمل وهي تتمثل بالأفعال الجميلة. للملاحظة هنا فإن الفارابي يقسم القوة الناطقة العاقلة (الذكاء) بين لفظي وأدائي وهذا سبق للفارابي.

5- القوة النزوعية: وهي نزوع الإنسان إلى الشيء أو كرهه وهي التي يكون بها الإرادة، والإرادة نزوع إلى ما أدرك بالحس أو بالتخيل أو بالقوة الناطقة وآلات هذه القوة هي اليدين والرجلين وباقي الأعضاء التي تخدم الإرادة.

يرى الفارابي أن هذه القوى ليست متساوية في الرتبة بل تكون في درجات بعضها فوق بعض. وفي الوقت نفسه يتكلم عن وحدة بين هذه القوى، وهو ما يمكن أن يعبر عنه حالياً بالشخصية (<https://marja3na.blogspot.com>).

نظرية الإمام الغزالي (1058-1111م)

لقد نظر الغزالي إلى الإنسان نظرة تكاملية وهو ما يمكن أن يُعبر عنه بالشخصية التي تشمل الروح والنفس والجسد، من هنا فسر السلوك الإنساني بصورة توافقية مؤلفة من علم يدفع الشخص (الجانب المعرفي)، وميل قوي (جانب وجداني)، وقدرة على ذلك يتم بها الفعل (جانب تنفيذي حركي). وهذا التفسير يوافق الفهم الحديث للشخصية الإنسانية (<http://ivanpetrovithpavlov.blogspot.com>).

نظرية الأنماط لدى يونغ

رأى يونغ Jung أن هناك نمطين رئيسين للشخصية هما:

1- النمط المنطلق أو المنبسط Extrovert: وهو يتجه نحو العالم الخارجي وحب الاختلاط والمرح وكثرة الحديث وسهولة التعبير وحب الظهور. يعمل بتأثير الوقائع الموضوعية والشعور بالضرورة والحاجة، وهو أقدر على التكيف وببسر. وفي حالات التطرف بهذا النمط قد يُصاب صاحبه بالهستيريا. بالعموم هو رجل عمل وإجراء.

2- النمط المنطوي أو المنكمش Introvert: يتركز حول ذاته ويتسم بالحساسية والحذر والتأمل الذاتي والانكماش والعزلة وقلة الكلام. يعمل بموجب مبادئ ذاتية تأملية وقواعد ومبادئ عامة، ويواجه صعوبة بالتكيف. وفي حالات التطرف بهذا النمط قد يُصاب صاحبه بالقلق والوسواس المتسلط. بالعموم هو رجل تأمل ومناقشة.

بعد هذا التصنيف يفصل يونغ في النمطين السابقين وفق الآتي:

1- المنطلق العقلاني: يتجه نحو العالم الخارجي ويتسم بالواقعية والتصنيف المنطقي والحقيقة العملية. انفعالياً يتسم بالنزوع نحو الانسجام مع العالم وصلات حارة مع الآخرين. حسیاً يتجه نحو المصادر الاجتماعية والمادية للذة والألم ونحو طلبات الآخرين.

2- المنطلق اللاعقلاني: يستجيب للتشائم ويحكم على الآخرين بسرعة ومغامر ومقامر.

3- المنطوي العقلاني: يتجه نحو الذات والأمور الخاصة. من ناحية التفكير تفكيره نظري وتأملي يدور حول الأفكار وغير عملي. من الناحية الانفعالية لديه نزوع نحو الانسجام الداخلي ومشغول بأحلامه الخاصة ومشاعره.

4- المنطوي اللاعقلاني: بالنسبة للإحساس فهو متجه نحو إشباع الخبرة الحسية. أما بالنسبة للحدس فهو متجه نحو التأمل الذاتي وهو متقلب المزاج ومأخوذ بالطقوس.

نظرية الأنماط لدى بافلوف

في مؤتمر الجراحين الروس عام 1927 حدد بافلوف Pavlov الشخصية وفق ثلاثة منطلقات هي:

1- إن الجهاز العصبي هو مركز الفعاليات النفسية، وإن الارتباطات النفسية (كالارتباط بين المثير والاستجابة) هي ارتباطات فيزيولوجية.

2- ثمة ظاهرتان أساسيتان في التكوين النفسي هما الإثارة والكف، وهما مترابطتان، وتمثل الإثارة نشاط الإنسان وإنتاجه، في حين يمثل الكف الميل إلى الراحة واستعادة النشاط وحماية الخلايا من الإعياء والإفراط في صرف الطاقة.

3- لدى الإنسان قدرة على التكيف من طرفين هما: الأول الأفعال المنعكسة الطبيعية التي تكون متناسبة مع مؤثرها الأصلي، والثاني الأفعال المنعكسة الشرطية التي تكون مكتسبة.

ذكر بافلوف أربعة أنماط للشخصية معممًا في ذلك خبرته حول الكلاب على الإنسان وهي:

1- النمط المندفع: ويتسم بشدة الاستثارة والاندفاع والطيش وكثرة التسلط والعدوانية.
2- النمط الخدول: ويتسم بضعف النشاط والهذوء والاكتئاب والسكينة والخضوع والتخاذل.

3- النمط النشط المتزن: ويتسم بالاعتدال مع ظهور النشاط وكثرة الحركة والملل السريع عند الفراغ، وهو فعال ومنتج.

4- النمط الهادئ المتزن: ويتسم بالقبول والمحافظة والرزانة، وهو شخص جيد ومنظم.
بمقارنة أنماط بافلوف مع أنماط ابيقراط تكون أنماطهما متشابهة على الشكل الآتي:

- 1- النمط المندفع لدى بافلوف يقابله النمط الصفراوي لدى ابيقراط.
- 2- النمط الخدول لدى بافلوف يقابله النمط السوداوي لدى ابيقراط.
- 3- النمط النشط المتزن لدى بافلوف يقابله النمط الدموي لدى ابيقراط.
- 4- نمط المزاج الهادئ المتزن لدى بافلوف يقابله النمط البلغمي أو اللمفاوي لدى ابيقراط.

يرى بافلوف أن نسبة من يُصاب بالاضطرابات النفسية من النمطين المندفع والخدول هي أعلى من نسبة الإصابة لدى النمطين النشط المتزن والهادئ المتزن، أي ليهما درجة تكيف أفضل. يغلب أن يُصاب المندفع بالوهن العصبي، أما الخدول فيغلب أن يُصاب بالهستيريا.

نظرية الأنماط لدى شلدون

يرى شلدون Sheldon أن ثمة ثلاثة أنماط مزاجية للشخصية، وهي تقابل تركيب الجسم ووزنه وطوله ونمو عضلاته. وهذه الأنماط هي:

1- النمط الحشوي Viscerotonia: ويقابل تركيب الجسم الموسوم بـ "داخلي التركيب". ويتسم صاحبه بالاهتمام بشؤون التغذية والأمور العاطفية والاجتماعية. هذا الشخص ينام بسهولة بعيداً عن الأرق والقلق والتوتر وهو محب للطعام وغالباً بدين ووزنه العام يغلب عليه الشحوم عما عنده من العضلات وهو ميال للراحة والاسترخاء، كذلك يتسم بالتوافق الاجتماعي وحسن الصداقة والمعشر.

2- النمط الجسمي Somatotonia: ويقابل تركيب الجسم الموسوم بـ "معتدل التركيب". ويتسم صاحبه بتحمل الألم برضا وإرادة، والميل إلى السيطرة والعمل، وينظر إلى عين محدثة مباشرة، ومحب للرياضة القاسية والحمام البارد والمغامرات التي تتطلب جهداً جسدياً، وجسمه رياضي متناسق من حيث الجسد والحركة.

3- النمط المخي Cerebrotonia: ويقابل تركيب الجسم الموسوم بـ "خارجي التركيب". ويتسم صاحبه بأنه لا يتحمل الألم برضا وإرادة ويميل إلى الحساسية وسرعة الانفعال، لا يستمتع برفقة الآخرين ويفضل عدداً قليلاً من الأصدقاء ولا يحب المغامرات التي تتطلب جهداً جسدياً ويغلب عليه أن يكون نحيلاً.

من الجدير بالذكر هنا أن شلدون قام ببناء نظريته هذه بالاعتماد على دراسة عينة واسعة من الطلبة قوامها 1414 طالباً. تناولت الدراسة الطول والحركة والنشاط والراحة وعادات الطعام والنوم والاستجابة للمواقف الصعبة وحُب المغامرة... إلخ. لقد قارن هذه الصفات مع الصفات النفسية لدى الطلبة ليخلص إلى نظريته هذه.

نظرية فرويد في الشخصية

يرى فرويد Freud أهمية دراسة الأعماق لفهم الشخصية، من هنا سُميت نظريته بنظرية الأعماق. ترى هذه النظرية أن السلوك يتسم بالحركية والنشاط والديناميكية، فالسلوك يتكيف مع الظروف الجديدة وينتج آثاراً جديدة. فالطفل الذي حال عائق دون الوصول إلى رغبته قد يؤدي لدى الطفل إلى العدوان على مصدر الإعاقة. لكن إذا تبع

هذا العدوان عقوبة للطفل، فإنه سيفكر في المرات القادمة بتغيير استجابته، ولكن هذه الاستجابة تبقى آثارها مخزنة لدى الطفل وتؤثر في سلوكه بشكل ما. هذا يدل على أن السلوك في حالة نشاط وفاعلية مستمرة. أما بالنسبة للشعور وما قبل الشعور واللاشعور فقد مر الحديث حولها في فصل سابق.

بنية الشخصية: إن الشخصية لدى فرويد تتكون من بناء ثلاثي هو:

الهو Id: وفيه كل ما يأتي مع الطفل منذ الولادة من الغرائز كغريزة اللذة والحياة والموت والبقاء التي تعمل بصورة غرائزية ولا تخضع لمبدأ الواقع أو المنطق أو العلاقات المنطقية بين الأشياء والأمور، بل تعمل بمبدأ اللذة وقد تكون بينها دوافع متضاربة. إن الهو يعمل بصورة لا شعورية ويمثل الطبيعة البدائية والحيوانية في الإنسان.

الأنا Ego: عندما يواجه الطفل العالم الخارجي ويكتسب منه الخبرات، هنا يظهر الأنا الذي يميز بين حقيقة داخلية ووقائع خارجية، ومن ثم يعمل الأنا بمبدأ الواقع، ويفكر بصورة واقعية موضوعية عقلانية يماشى بها المحيط ليكون مقبولاً. من هنا يُلاحظ أن الأنا يؤدي وظيفتين في الوقت نفسه: الأولى يحمي الشخصية من الأخطار التي تهددها في العالم الخارجي، إذ يكون على الأنا أن يسيطر على الغرائز ويضبطها بعيداً عن الإشباع البدائي لأنه يهدد الشخصية، مثال الجوع لا يبرر السرقة والاعتداء على ممتلكات الآخرين، لأن ذلك يعرض السارق للعقاب، ومن ثم يقرر الأنا متى وكيف وأين يمكن إشباع دافع الجوع بطريقة مشروعة لا يتبعها عقاب، وهذا هو مبدأ الواقع الذي يعمل وفقه الأنا. الوظيفة الثانية أنه يحد من التوتر الداخلي ويسعى إلى إشباع الغرائز التي يحملها الهو كما في المثال السابق إشباع دافع الجوع وفق المشروع.

الأنا الأعلى Super Ego: وهي منطقة القيم والمثل الاجتماعية والدينية التي اكتسبها الطفل من الأسرة والمجتمع والمدرسة وبيوت العبادة. كما أن الأنا الأعلى يمثل الضمير المحاسب الذي يتجه نحو الصواب وارتقاء السلوك أخلاقياً بدلاً من اللذة. من هنا يكون الأنا الأعلى يمثل وجهان لعملة واحدة هما: الضمير والأنا المثالي، الأول الضمير الذي يقوم بدور الحاكم المسيطر، والثاني الأنا المثالي الذي يقوم بدور القيم والمثل والأخلاق، وكلاهما يكمل الآخر.

بما يتصل ببنية الشخصية يمكن القول بالنهاية: يقوم الأنا بدور المنظم لعمليات التكيف مع المحيط، وبالوقت نفسه ينظم الدوافع التي تدفع بالشخص إلى العمل، أي إنه يعمل على إيجاد الانسجام بين الهو والأنا الأعلى، وكل ذلك وفق مبدأ الواقع. هذا يعني أنه يسعى إلى تحقيق حاجات الهو في ظل توجيهات الأنا الأعلى. فإذا تضاربت رغبات الهو مع الأنا الأعلى ولم يستطع الأنا التوفيق بينهما حدثت حالة الصراع التي تؤدي إلى الاضطراب.

نظرية السمات في الشخصية

رائد هذه النظرية ألبرت Allport، إذ تنظر هذه النظرية إلى الشخصية على أنها مجموعة من السمات Traits التي يمكن كشفها وإخضاعها للقياس، فالسمات هي الوحدة الطبيعية لوصف الشخصية. مع أنه سبق في هذا الفصل تعريف السمة يمكن إعادة تعريفها كما عرفها غولفورد Guilford "السمة هي أي جانب يمكن تمييزه وذو دوام نسبي وعلى أساسه يختلف إنسان عن غيره من الآخرين" (غنيم، 1990، 276). كما قدم ألبرت Allport فهماً للسمات بأنها تركيبات نفسية عصبية لديها القدرة على استدعاء العديد من المثيرات الوظيفية بفاعلية، وتتميز بالمبادأة والتوجيه الفعال لعدد من صور السلوك التكيفي والتعبيري (Allport, 1961). كما عرف ميرفي Murphy السمة بأنها "أي شيء يمكن أن نعتد عليه في التفرقة بين شخص ما وآخر" (منصور أبو عباة، 1996، 7). إن لدى كل شخص عدداً من السمات، وهذه السمات هي التي تميز الشخصية عن غيرها، فإذا ما تم فحص السمة ظهر أن كل سمة تتألف من مجموعة من الصفات، مثلاً سمة الخلق الحسن تعبر عن صفة الكرم وصفة الطيبة وصفة حسن المعاملة والصدق وغيرها. ولا بد من التنبيه هنا إلى أن لكل سمة إيجابية لها ما يقبلها كسمة سلبية مثال حسن الخلق يقابلها سوء الخلق.

السمات والتحليل العاملي

عندما أراد ألبرت Allport -الذي يعد عميد سيكولوجيا سمات الشخصية- بلا منازع- دراسة السمات درس ألبرت وأودبرت Odber في عام (1936) الصفات التي تتصف بها الشخصية في اللغة الإنكليزية من خلال قواميس اللغة الإنكليزية، إذ وجدا أن

عدد هذه الصفات (17953) صفة وهذا رقم كبير. بعد ذلك قام بجمع واختصار الصفات التي تتشابه وتتقارب مع بعضها، وحذف الحالات التي تعبر عن حالة مزاجية مؤقتة والكلمات التي تعد تقييميه أكثر منها وصفية والكلمات التي تشير إلى الصفات الجسدية أكثر منها نفسية، فاختصر عدد الصفات في (4541) صفة. ثم بعد ذلك أجرى عليها التحليل العاملي Factor analysis ليجمعها في عدد سمات أقل. إذ كل مجموعة من الصفات مترابطة مع بعضها ارتباطاً عالياً يمكن أن تُمثل بسمة واحدة.

قبل التحليل العاملي قسم ألبورت السمات عموماً بصورة نظرية إلى السمات الآتية:

1- السمات العامة (المشتركة) Common Traits: هذه السمات تتشابه بين الناس الذين يرجعون إلى ثقافة واحدة ومجتمع واحد، ولكن الأمر نسبي فسمّة العدوانية قد تختلف بين سامي وفادي رغم وجود السمة لدى الاثنين وانتسابهما لثقافة واحدة ومجتمع واحد.

2- السمات الفردية (الشخصية) Personal Traits: وهي السمات التي يتفرد بها الشخص عن غيره، وقد تغلب سمة على غيرها من السمات لدى الشخص فيوسم بها، فربما يغلب على محمود سمة الكريم فتقول محمود كريم.

بالنهاية وبعد التحليل العاملي أكد ألبورت على السمات المركزية Central Traits التي يتراوح عددها بين (5-10) سمات. وهناك السمات الثانوية Secondary Traits وهي أقل من السمات المركزية من حيث العدد والتأثير في السلوك والشخصية. يرى ألبورت أنه من خلال تحديد السمات المركزية للشخص يمكن التنبؤ بسلوك الفرد إلى حد كبير. كما ذكر ألبورت من ضمن السمات المركزية السمات الرئيسة Cardinal Traits التي تميز الشخص وتغلب على باقي السمات الأخرى (لازاروس، 1993) كأن يوسم الشخص الكريم بالمنهل لكثرة كرمه.

معايير السمة

- 1- إن للسمة أكثر من وجود اسمي، أي إنها عادات على مستوى أكثر تعقيداً وتركيزاً.
- 2- إن السمة أكثر عمومية من العادة، فهي عادتان أو أكثر تنتظم وتتسق مع بعضها.
- 3- إن السمة دينامية أي نشطة وفاعلة فهي تقوم بدور واقعي في كل سلوك.

- 4- إن وجود السمة يمكن أن يتحدد تجريبياً أو إحصائياً، وهذا ما يتضح من الاستجابات المتكررة للفرد في المواقف المختلفة أو في المعالجة الإحصائية التي تثبتت بالدراسات العملية التي استخدمت التحليل العاملي كدراسة آيزنك ودراسة كاتل وغيرهما.
- 5- السمات ليست مستقلة عن بعضها بل هي مرتبطة فيما بينها ارتباطاً إيجابياً.
- 6- إن سمة الشخصية قد لا يكون لها نفس الدلالة الخلقية نفسها التي يقرها المجتمع، فهي قد تتفق مع المفهوم الاجتماعي للسمة وقد لا تتفق.
- 7- إن العادات والتصرفات غير المتسقة مع سمة ما ليست دليلاً على عدم وجود هذه السمة، فقد تظهر سمات متناقضة أحياناً لدى الشخص كوجود سمة النظافة والإهمال معاً.
- 8- قد تكون السمة مميزة لدى الشخص، وقد تكون مشتركة مع بعض الناس (باطه، 1997).

الجوهر Proprium

- لقد طرح علماء النفس مصطلحات الذات والأنا وغيرها، لكن ألبورت عبر عنها بمصطلح الجوهر وقال إن الجوهر هو الجزء الدافئ والمركزي والخاص في الشخصية، لقد حدد الجوهر في ثمانى أشكال تميز الشخصية خلال مراحل النمو والحياة وهي:
- 1- الإحساس بالذات الجسمية The Sense of Bodily Self: لا يستطيع الطفل حديث الولادة التمييز بين ذاته والآخرين، لكن أول إحساس يشعر به الطفل هو إحساسه بجسده، ثم يتعلم التمييز بين جسده والأشياء مثلاً عندما يصطدم بالطاوله.
- 2- الإحساس باستمرار هوية الذات The Sense of Continuing Self-Identity: وذلك من خلال الشعور بالتماسك الداخلي والاستمرارية وهو ضروري لتحقيق الوعي الذاتي كأن يتذكر الشخص بعض أفكاره التي كانت بالأمس وقبله وهي للشخص نفسه، وهذا يعبر عن الهوية. يبدأ الإحساس بهوية الذات في الطفولة المبكرة ويتبلور في سن الرابعة أو الخامسة ويرتبط ذلك مع مهارات اللغة التي تتطور مع النمو.

3- تقدير الذات (احترام الأنا) (Self-Esteem (Ego-enhancement): يعد تقدير الذات ضرورياً لإثبات الشخصية، وهو من المفاهيم الثمانية الأساسية للجوهر، فقد يكون أبرزها في الشخصية، ولاسيما لدى الأشخاص الأنانيين Selfish.

4- امتداد الذات (امتداد الأنا) (Self-Extension (Ego-Extension): إن إحساس الذات يمتد ويتسع إلى أشياء خارجية بين الرابعة والسادسة من العمر، هنا يتطور مفهوم الملكية ليشمل الوالدين والأسرة والأقارب والألعاب. من هنا ينشأ حب الإنسان لدينه ووطنه ومهنته.

5- صورة الذات Self-Image: وتظهر هذه القدرة بين 4-6 سنوات، وهي القدرة على التفكير بالذات حول هل هي حسنة أم سيئة، وهذا يتماشى مع تعزيز الوالدين سلبياً وإيجابياً.

6- الذات كأداة عاقلة The Self as Rational Coper: يجب على الجوهر أن يوجد الانسجام بين المطالب الخارجية والحاجات الداخلية لتكوين خطة لمواجهة الاندفاعات البيولوجية والمطالب البيئية في ضوء ما يحرمه أو يسمح به الضمير، مثال لتلبية حاجة الطفل إلى النقود لشراء حاجاته يجب عليه أن يطلبها من الوالدين، وفي حال رفض الوالدان لا يجوز السرقة لإشباع حاجاته. هذا الجانب من الجوهر يبدأ بالنمو بعمر ما بين 6-12 سنة.

7- الاجتهادات الجوهرية Propriate Striving: وهي تمثل تحديداً للأهداف في الجوهر أي الغائية التي تعطي معنى للحياة، وكيف يتم تحقيق هذه الأهداف وما الوسائل المنتجة.

8- الذات كعارفة The Self as Knower: من خلال الأشكال السبعة السابقة تصبح الذات عارفة بالنفس ولديها الإحساس بالجسد وهوية الذات وامتداد الذات وغيرها مما يرتبط بالنفس.

الشعور (الوعي) consciousness

يرى ألبورت أن الأشكال السبعة في الجوهر تتصهر مع بعضها من خلال نظام معقد وهو الشعور أو الوعي، إذ يمثل الشعور نموذجاً لتقدير الذات وصورة الذات

واجتهادات الجوهر. كما يرى ألبورت أن الإحساس الخُلقي يكتسبه الطفل من والديه ضمن معايير الصواب والخطأ، كما أن شعور الطفل بهذا الأمر يختلف عن شعور الراشد بسبب اختلاف درجة الوعي، ويتفق في ذلك مع فرويد.

تطور الشخصية

يخالف ألبورت فرويد بأن الشخصية تتحدد ملامحها خلال السنة الثالثة أو الرابعة، ويرى أن السنة الأولى أقل السنوات أهمية في تشكيل شخصية الطفل، لأن هناك سلسلة من الاضطرابات الصحية لم تحدث بعد خلال هذه السنة. ويرى ألبورت أن النضج الاجتماعي لدى الطفل يتأثر بسلوك الوالدين الذي قد يتقلب بين السواء واللاسواء، مثلاً بين الحب والكره أو بين الصبر والغضب أو بين الشعور بالأمن أو عدم الشعور بالأمن. إن السلوك السوي للوالدين يجعل الطفل حراً في استخدام قدراته الفطرية في التعلم بطرائق صحيحة منتجة.

محكات النضج Criteria of Maturity

لقد درس ألبورت الشخصية دراسة مستفيضة، الأمر الذي قاده لوضع محكات للصحة النفسية أو النضج في الشخصية بصورة تفصيلية تفوق ما قدمه فرويد المتمثل بمحكين هما: الحب والعمل، أما المحكات التي قدمها ألبورت فهي:

1- الاعتقاد بفلسفة واحدة Unifying Philosophy: إن الأشخاص يخطون لأنفسهم فلسفة واحدة يستقون منها معنى الحياة، بل ويواجهون مشكلات الحياة وفق هذا الفهم، وتشكل هذه الفلسفة جهاز قيم مرتباً وفق نسق محدد، مثال ذلك الأشخاص المؤمنون الذين يؤمنون بالقدر خيره وشره، فيشكرون على السراء ويصبرون على الضراء، ويظنون في كلا الأمرين خيراً، بهذا الاعتقاد يمكن مواجهة المشكلات وتجاوز الصعوبات.

2- القدرة على تحقيق امتداد الذات Self-Extension: ويتمثل ذلك بممارسة الأنشطة الحياتية كالدراسة والعمل والزواج وبناء الأسرة وبناء المنزل والأنشطة الحياتية الأخرى

التي تؤكد تحقيق الذات، وليس الحاجات البيولوجية كالطعام والشراب والجنس إلا أدوات مساعدة لتحقيق الذات وليست هدفاً بذاتها.

3- تكوين علاقات شفقة وحب مع الآخرين Compassionate and Loving Relationships: هذا يعني بناء علاقات اجتماعية طيبة مع الآخرين، فالشخص السوي لديه قيم حب الآخرين والتضحية والمسؤولية والكرم والتعاون والتزام معايير وقيم الجماعة.

4- الأمن الانفعالي وتقبل الذات Eomtional security & self-acceptance: إن الأشخاص الأسوياء هم الذي يواجهون مشكلاتهم بعقلانية وتوازن انفعالي وباستفادة من الخبرات الماضية دون أن يصيبهم الإحباط والانكسار، الأمر الذي يؤدي إلى الشعور بالأمن الانفعالي وتقبل الذات ورفع الثقة بالنفس.

5- التوجهات واقعية Realistic orientation: يتسم الأشخاص الأسوياء بالواقعية في توجهاتهم نحو الذات والعالم الخارجي، كذلك بناء خطط مستقبلية مع الجد والاجتهاد لإنجازها.

6- استبصار الذات Self-insight: إن الشخص السوي هو أكثر وعياً بذاته وإدراكاً للحاجة إلى التغير والنمو، كما يدرك الفرق بين تقييمه لذاته وتقييم الآخرين له. بالنهاية يمكن القول: إن تحقيق هذه المحكات الستة للنضج لدى الأشخاص أمر نسبي وليس كاملاً، وهو متفاوت بين الأشخاص وفق مبدأ الفروق الفردية (عبد الرحمن، 1998).

الشخصية لدى نظرية التعلم

يمثل نظرية التعلم ثلاثة اتجاهات: الاتجاه الأول الذي يمثله وولب Wolpe، إذ يمنح مكانة خاصة للإشراط في تفسير تكون التعلم لبناء الشخصية وفي الصحة النفسية والمعالجة النفسية. أم الاتجاه الثاني الذي يمثله سكنر Skinner، فيركز على الإشراط الإجرائي، ولاسيما ما ورد في كتابه حول الشخصية وهو: "ما وراء الحرية والكرامة" Beyond Freedom and Dignity. بالنسبة للاتجاه الثالث فيمثله دولارد وميللر Dollard & Miller، إذ يحاول هذا الاتجاه الدمج بين مفاهيم التحليل النفسي وبين

مفاهيم التعلم، فيركز على شرح التكون التدريجي للشخصية ومكانة التعلم ومكانة الصراع والعمليات اللاشعورية في هذا التكون (الرفاعي، 1982). تتكون الشخصية وفق نظرية التعلم نتيجة التفاعل بين المؤثرات التي يتعرض لها الشخص وكل الاستجابات المختلفة التي تصدر عنه من طرف، ونتيجة التعلم الذي ينتهي إليه ذلك التفاعل من طرف آخر. فالشخصية مُعَبَّر عنها عن طريق أشكال السلوك المختلفة، وهذه السلوكيات متعلمة وقابلة للتعديل والتغيير. ثمة مجموعة من المفاهيم لفهم تكون الشخصية لدى نظرية التعلم وهذه المفاهيم هي الآتية:

1- الاستعدادات الأولية: يولد الطفل ولديه استعدادات سلوكية، فيقوم بالأفعال المنعكسة البسيطة، كما يقوم بعدد من الأفعال المعقدة المستندة إلى الأفعال المنعكسة، مثال في منعكس الرضاعة قد يقوم الطفل بحركات تساعد في تسهيل عملية الرضاعة. بعد ذلك يبدأ الطفل عن طريق عملية التعلم بتعديل هذه الأفعال لتكون أكثر تعقيداً.

2- عملية التعلم: ثمة مجموعة من المفاهيم تفسر عملية التعلم وهي: الدافع أو الحاجة، المثير، الاستجابة، الإشراف، التعزيز.

الدافع Motive: وهو قوة محركة تحرض الشخص للعمل لإشباع غرض الدافع أو الحاجة، قد يكون الدافع حاجة أولية كالطعام أو حاجة ثانوية كتعلم الرسم.

المثير Stimulus: وهي الإشارة التي تحرض الشخص ليصدر استجابة تتناسب مع هذه الإشارة. فالدافع يحرك الفعل من الداخل والإشارة أو المثير يستثير الفعل من الخارج، وشدة المثير مختلفة من مثير إلى آخر وكذلك شدة الاستجابة.

الاستجابة Response: وهي السلوك البسيط أو المعقد الذي يحركه الدافع لمواجهة المثير ولتلبية غرض الدافع. إن الاستجابات تنمو وتتطور مع نمو الإنسان، كذلك الدوافع.

الإشراف: وهو الارتباط بين المثير والاستجابة، فيفسره الإشراف Conditioning كما قال بافلوف Pavlov وهو الإشراف الكلاسيكي، أو الإشراف الإجرائي Operant Conditioning الذي قال به سكنر Skinner.

التعزيز Reinforcement: وهو العملية التي تقوي الارتباط بين المثير والاستجابة من خلال خفض التوتر بتقديم المكافأة، أو خفض قوة الدافع بتلبية غرضه كما يرى دولاورد وميللر، مثال تعزيز التلميذ مادياً أو معنوياً بعد حصوله على الدرجة الكاملة. إن التعزيز أساسي في عملية التعلم، ولكن هنا يجب ذكر المفهوم المعاكس للتعزيز وهو الإطفاء Extinction: فهو العملية التي تضعف من عملية التعلم، فإذا تكررت الاستجابة من دون تعزيز، فإن ذلك سيؤدي إلى زوال الاستجابة، ومن ثم توقف التعلم أو إضعافه في أقل تقدير.

3- تعلم الدوافع الثانوية Secondary Motives: يتم عن طريق التعلم اكتساب الدوافع الثانوية التي أكتسبت بطريقة الارتباط بين المثير والاستجابة، وهذه الدوافع الثانوية مهمة في حياة الشخص، لأنها تشكل مع الدوافع الأولية نظاماً معقداً يعتمد عليه الشخص في بناء الشخصية، فالطعام (دافع أولي) ضروري لمتابعة الشخص الجانب التحصيلي (دافع ثانوي).

الصراع واللاشعور لدى دولاورد وميللر

يعطي دولاورد وميللر مكانة مهمة للصراع واللاشعور في تكوين الشخصية الذي يقوم على أساس التعلم وليس على أساس تحليلي فرويدي. فالكبت هو عملية تجنب بعض الأفكار والذكريات المعينة المؤلمة، ويقويها أنها تؤدي مباشرة إلى خفض التوتر. لكن كبت الدوافع لا يستأصلها، بل تبقى مخزنة ومؤثرة وفعالة، ويظهر أثرها عند مرور مثير مرتبط بها، مثال كبت الخبرات المؤلمة لقلق الامتحان عند عدم وجود امتحان، هذا لا يعني زوالها بل تظهر هذه الخبرات المؤلمة في فترة الامتحان الذي يشكل مثيراً لقلق الامتحان. وأحياناً تظهر المكبوتات من خلال الحيل اللاشعورية لتخفيف التوتر. أما بالنسبة للصراع اللاشعوري فهو عملية أساسية في كل حالة لا يحدث فيها تكيف مناسب بين الدوافع والشروط المحيطة، (الرفاعي، 1998). مثال حالة الصراع لدى الشخص بين حب الزيادة في كسب المال حتى وإن كان عن طريق الرشوة وبين الخوف من العقاب أو

لعنة الحرام أو ذم المجتمع، فهذا الصراع يؤثر في الشخصية ويجعلها تحل الصراع بصورة ما.

نظرية موراي في الشخصية

يرى هنري موراي Murray أن علم النفس يجب أن يهتم بالحالات الفردية، بناءً على هذه القناعة سمي نظريته في الشخصية علم الشخصية Personology، فالشخصية بالعموم هي وحدة مكونة من كل جوانبها، وهي الجهاز المسيطر على الجسم، وعمل الشخصية يستمر من المهد إلى اللحد في عمليات تكيفية. كما أن الشخصية تكون بحالة من التغير وعدم الثبات على حال. لقد قدم هنري بأوقات مختلفة مفاهيم للشخصية تعبر عن فهمه لها وهي:

- ✱ شخصية الفرد وهي شيء مجرد موصوف من قبل صاحب النظرية، وليس مجرد وصف لسلوك الفرد بل هو أعمق من ذلك.
- ✱ شخصية الفرد تشير إلى أحداث عدة تاريخية وحاضرة تمثل حياة الفرد كاملة.
- ✱ مفهوم الشخصية يجب أن يعكس المكونات الدائمة والمتكررة الحديثة والنادرة للسلوك.
- ✱ الشخصية هي المكون المنظم أو الحاكم للفرد، فوظيفتها هي التكامل بين الصراعات والمتناقضات التي تظهر في هذا المكون (الشخصية).

الحاجات لدى موراي

يعرف موراي Murray الحاجة بأنها تكوين فرضي ذات قوة ثابتة نسبياً مصدرها المخ تنظم الإدراكات والتفكير والتصرف، وبوساطتها يتم تحفيز مراكز الإثارة والمواقف غير المشبعة نحو هدف محدد. يرى أن الشخصية محددة بطبيعتها بما يصدر عنها من عمليات نفسية وعقلية مركزها المخ، فينظر إلى الإبداع والابتكار والتخيل على أنها حاجات إنسانية مهمة، وليست عمليات تسامي كما يرى فرويد. هكذا تكون الحاجات هي الموجه للسلوك الإنساني.

لقد صنف موراي الحاجات Needs وفق مجالاتها بصورة عامة إلى الآتي:

- 1- الحاجات البيولوجية وتُشبع بوساطة مناطق خارجية بالجسم وهي:
 - فمية كالأكل والشرب والعض وتُشبع عن طريق الغذاء والشراب والعدوان والاستتكار كالבصق وغيره.
 - شرجية كالإخراج ودلالته الاحتفاظ والانحراف أو العدوان.
 - تناسلية وتتضمن دوافع الإشباع الجنسي والعدوان الجنسي (السادية).
 - 2- حاجات تؤثر في المناطق الداخلية: تؤدي إلى تغيرات ذاتية كالغضب والخوف والخزي.
 - 3- حاجات لفظية Verbal Needs: كالكلام كالمدح والتوبيخ والاستفسار وغيرها.
 - 4- الحاجات الفكرية Ideological Needs: كالأفكار والسلوك الفكري كتجاهل آراء الآخرين أو الانسجام الفكري.
 - 5- حاجات خاصة بالعلاقة مع الآخرين: إن انتقاد الآخرين وإيذاءهم يوصف بأنه عدوان خارجي، في حين إيذاء الذات وانتقادها يعد عدوان داخلي ومن مفرزاته محاولات الانتحار.
 - 6- الحاجات الكامنة: كالأوهام والأحلام والإبداع.
 - 7- الحاجات الخاصة: وتظهر نحو شيء ما أو أشياء عدة.
 - 8- حاجات متمركزة حول جوانب شخصية اجتماعية: كالنرجسية والأنانية أو الغيرة.
 - 9- حاجات ناشئة عن العلاقة بالأعلى أو الأدنى: كالصداقة مع أشخاص من طبقة ثرية أو أشخاص من طبقة فقيرة أي مختلفة مع طبقة الشخص نحو الأعلى أو الأدنى، أيضاً تشمل حالات التمرد على السلطة.
- ثمة حاجات دقيقة ذكرها موراي في قائمة مقرونة بالسلوكيات والانفعالات المصاحبة لها وهي:
- 1- الحاجة إلى السيطرة N. Dominance: أي سيطرة شخص ما على من حوله سواء بالاقتراعات أو الإقناع أو الإغراء أو الأوامر أو الإكراه بحيث يخضعون لرأيه وإرادته. أما السلوكيات والانفعالات المصاحبة فهي: الثقة بالنفس.

2- الحاجة إلى الإذعان (التبعية) N. Deference: ويتضمن الإعجاب والتأييد والمدح لأصحاب النفوذ أو القدوة وتقليدهم والاستسلام والانقياد لهم. أما السلوكيات والانفعالات المصاحبة فهي: الاحترام، الإعجاب، التوقير، الحيرة.

3- الحاجة إلى الاستقلال N. Autonomy: وهي نزعة إلى التحرر والتخلص من القيود والمسؤوليات وتحدي التقاليد والقوالب القديمة، كأن يتخلص من القهر ويكون حراً وسيد نفسه. أما السلوكيات والانفعالات المصاحبة فهي: الغضب عند التقيد، الاستقلالية، اللامسؤولية.

4- الحاجة إلى العدوان N. Aggression: وتتضمن تخطي العقبات بالقوة والقتال والعراك والثأر والأذى والهجوم والمعارضة والعقاب والألفاظ كالسب والشتم والذم والتوبيخ والتأنيب. أما السلوكيات والانفعالات المصاحبة فهي: التردد، الغضب، العبوس، الغيرة، الكراهية.

5- الحاجة إلى الانصياع والاستسلام N. Abasement: وتشمل الاستسلام للمؤثرات الخارجية الجائرة وقبول اللوم والأذى والعقاب والاعتراف بالدونية والخطأ والهزيمة وسوء الأداء وتحقير الذات وعقابها وخاصة في المسائل المرتبطة بالجنس والشرف. أما السلوكيات والانفعالات المصاحبة فهي: الاستسلام، الخجل مع الإحساس بالذنب، الكآبة، شعور الدونية، اليأس، الضعة، التهرب من المسؤولية.

6- الحاجة إلى الإنجاز N. Achievement: وتشمل إنجاز أمر صعب وتخطي العقبات والسيطرة على الموضوعات والأشياء والأشخاص والكفاية بالتعامل مع هذه الأشياء والظروف وتحقيق التفوق وزيادة المواهب في مجالات مختلفة كالرياضة والعلم والمهارات الاجتماعية. أما السلوكيات والانفعالات المصاحبة فهي: الرغبة، الفهم، الطموح.

7- الحاجة إلى الجنس N. Sex: وهي بناء علاقة جنسية مشروعة وصحيحة وناجحة مع الجنس الآخر. أما السلوكيات والانفعالات المصاحبة فهي: المتعة الحسية، الحب، الرغبة.

8- الحاجة إلى الاستمتاع الحسي N. Sentience: وتشمل البحث عن المحسوسات والاستمتاع بالانطباعات الحسية وآثارها والإحساسات هنا قد تكون شمّية كالعطور ورائحة الطعام أو سمعية كالأصوات الطبيعية والبشرية والشعر والموسيقى أو بصرية كالألوان والضوء والمناظر الطبيعية والصور والملابس والفنون والمسرح، وقد تكون رياضية كالاستمتاع بممارسة الرياضة. أما السلوكيات والانفعالات المصاحبة فهي: مشاعر طيبة، عواطف حسية.

9- الحاجة إلى الاستعراض N. Exhibition: وتتضمن لفت النظر وجذب الانتباه وزرع انطباع يثير إعجاب ودهشة الآخرين واهتمامهم. أما السلوكيات والانفعالات المصاحبة فهي: الزهو، الغرور، الكبرياء، الاعتداد بالذات، الثقة بالنفس.

10- الحاجة إلى اللعب N. Play: وهي الميل إلى المتعة واللهو للتسلية كالشطرنج ولعب الورق والضحك والنكات والرياضة. من الملاحظ هنا أن اللعب عند الأطفال كثيراً ما يقوده الخيال، لكن اللعب أحياناً يكون إنجازاً كممارسة الرياضة لدى المحترفين، وأحياناً يكون هروباً أو ابتعاداً عن الواقع طلباً للتسلية كلعب الورق أو النرد. أما السلوكيات والانفعالات المصاحبة فهي: المتعة الحسية، التقلب الانفعالي بين الخوف والفرح.

11- الحاجة إلى الانتماء N. Affiliation: وهو نزوع الشخص للانتساب إلى الجماعة والاستمتاع بالاجتماع والتعاون معها، إذ ينظر إلى غيرها بنظرة النقيض أو الضد كالانتساب إلى فريق عمل أو عرق أو دين أو طائفة...إلخ. أما السلوكيات والانفعالات المصاحبة فهي: الثقة بالآخر، النية الحسنة، التعاطف والإيثار، الحب، التسامح.

12- الحاجة إلى المساعدة N. Succour/Helping: وتشمل سعي الفرد لنيل العون والمساندة من الآخرين عن طريق الطلب والتبرم والصراخ والشكوى واستدراار العطف والحب والتأييد والتسامح والتقبل والتقرب. أما السلوكيات والانفعالات المصاحبة فهي: التلهف، الشعور بالعجز، الشعور باليأس والقنوط، عدم الأمان، التذرع بالضعف والخوف.

13- الحاجة إلى العطف على الآخرين N. Nurturance: وهي منح العطف للآخرين وإشباع الحاجات للعجزة والضعفاء والمعوقين والمرضى وقليالي الخبرة والمستضعفين

والمنبوذين والانهزاميين والوحيديين بلا سند، وذلك عن طريق الغذاء أو الدواء أو التأييد أو الحماية أو التمريض أو العلاج. أما السلوكيات والانفعالات المصاحبة فهي: الشفقة، التعاطف، الرقة.

14- الحاجة إلى الدفاعية (الدفاع عن النفس) N. Defendance: وتشمل الدفاع عن النفس ضد الإهانات واللوم والنقد وإخفاء أو تبرير الفشل أو مساعدة النفس لتجنب الحرج. أما السلوكيات والانفعالات المصاحبة فهي: الشعور بالذنب، الدونية، القلق، المهانة.

15- الحاجة إلى التعويض أو التعادلية (الفعل المضاد) N. Counteraction: وتشمل السيطرة على نقاط الضعف وتعويض الفشل ومشاعر الهوان والخزي عن طريق الإصرار ومواصلة العمل ومواجهة المخاوف وتذليل العقبات سعياً خلف تحقيق احترام الذات. أما السلوكيات والانفعالات المصاحبة فهي: الخجل، الخزي بعد الفشل، التظاهر بالجبن، التصميم على تخطي العقبات، الكبرياء، الفخر، الرغبة في الصراع.

16- الحاجة إلى تجنب الوضاعة أو الخجل N. Infavoidance: وتشمل تجنب انحطاط الشأن والفشل والحرج والظروف الجديدة التي قد تؤدي إلى الحرج والخجل. أما السلوكيات والانفعالات المصاحبة فهي: مشاعر الدونية، التوتر، الانفعال، اللهفة، الخجل، الميل للعزلة.

17- الحاجة إلى تجنب الأذى N. Harmavoidance: وتشمل الخوف والانسحاب والحذر من الإصابة الجسدية والمرض والموت والألم والخطر واتخاذ إجراءات الوقاية اللازمة. أما السلوكيات والانفعالات المصاحبة فهي: الخوف، اللهفة، الرعب، الذعر.

18- الحاجة إلى التنظيم N. Order: وتشمل الترتيب وتنظيم الأشياء والحفاظ على النظافة والنظام والالتزام والاهتمام بالترتيب والدقة والهدام. أما السلوكيات والانفعالات المصاحبة فهي: الخوف من اللوم، القلق، التشتت الفكري.

19- الحاجة إلى الرفض N. Rejection: وتتضمن عزل الذات عن الآخرين والهجر والانفصال عن الشخص أو الشيء المنفر وعدم الاكتراث بتوافه الأمور والتسامي فوقها. أما السلوكيات والانفعالات المصاحبة فهي: التقزز والنفور، الاحتقار، الضيق، التبرم، التعالي.

20- الحاجة إلى الفهم N. Understanding: وتشمل الرغبة في طرح الأسئلة والإجابة عنها والاهتمام بالنظريات وتحليل الأحداث والحقائق العامة ومناقشة وتفسير الظواهر في ضوء المنطق والأسباب وتصحيح الذات والأفكار والاهتمام بتحضير المعلومات بصورة علمية مختصرة والاهتمام بالرياضيات والفلسفة والعلوم. أما السلوكيات والانفعالات المصاحبة فهي: الاهتمام، التفكير، الاستفسار، الدهشة.

يرى موراي أن هذه الحاجات تتفاعل وتتكامل وتعمل مع بعضها في الشخصية.

الضغط Stress

هو ما يمكن أن يتعرض له الشخص سواء عن طريق عوامل داخلية أي ذاتية أو خارجية ناتجة عن البيئة، ويسعى الشخص إلى تجنب الضغط، وفي الوقت نفسه قد تسهل البيئة أو تحمي الفرد من الضغط والأذى للوصول إلى الأمن والسعادة. يميز موراي بين الضغط بيتا Beta Stress الذي يمثل التفسير الذاتي للأحداث الخارجية، وبين الضغط ألفا Alpha Stress الذي يمثل الواقع الحقيقي للأحداث الخارجية. كما يرى موراي أن التفاعل الفردي بين الضغط والحاجة الذاتية لدى الشخص يرجع إلى ما يسمى بـ "تيما" Thema أي الموضوع، مثال إذا قُبِلَ طلب شخص بالرفض من قبل شخص آخر فإن تيما هنا ناتجة عن ضغط الرفض وهو حدث بيئي، وهذا قد يؤدي إلى الإذلال والانحطاط. ربما يتجه الآخرون إلى ذاتهم أي يتعاطفون معها، وهذا يؤدي إلى ضغط التعاطف. ولكن سوء إدراك الموقف لدى آخرين قد يؤدي إلى العدوانية والتهديد وهذا هو ضغط العدوانية. هكذا فسر موراي الضغط.

الغائية والأحداث والنواتج

يتفق موراي مع يونغ أن السلوك الإنساني يتأثر بكل من السبب والغاية على حد سواء، فأحداث الطفولة هي محددات رئيسة لسلوكيات الرشد، كما أن الشخص يضع الخطط والاستراتيجيات لتحقيق الأهداف المستقبلية. ويرى موراي لفهم الشخصية لدى شخص ما يجب دراسة سلوكه عبر فترة زمنية طويلة نسبياً، ويتضمن ذلك إجراءات كالحديث معه وقراءة كتاب سوية والظروف التي يمر بها، مثال الطالب الذي يريد

الدخول إلى الجامعة والحصول على شهادة جامعية بعد الدراسة وأداء الامتحانات، لا بد من إرجاع السلوك إلى الأحداث الماضية التي أدت إليه من خلال التخطيط حتى يتم فهم السلوك ومن ثم تفهم الشخصية.

اللاشعور لدى موراي

يركز موراي على اللاشعور ويتفق مع يونغ حول النماذج البدائية. إن الشخصية بنظره هي اتحاد كامل بين البيئة والأحداث والظروف وضغط الجماعات والزعامات والانعزالية ومديري الحروب... وعالم النفس الذي لا يدرك ذلك يكون قد أغلق عقله أمام تدفق الصور والمشاعر التي تكون شخصيته كمحلل نفسي. كما تولدت لدى موراي قناعة بأهمية العوامل اللاشعورية كالكبت والمقاومة والإسقاط وقد بنى اختباره (T. A. T) للكشف عن هذه العمليات، أيضاً قال بمستويات اللاشعور فبعض الخبرات يمكن استرجاعها بسهولة وبالعكس.

تركيب الشخصية

تبنى موراي التركيب الثلاثي الذي اقترحه فرويد وهو:

الهو Id: يولد الطفل مزوداً بها وهي منطقة الغرائز والقوى الفطرية كالإبداع والتعاطف، ويرى موراي أن نسبة الخير والشر تختلف باختلاف الأفراد.

الأنا Ego: وهي المكون العقلاني التنظيمي للشخصية، فهي تعمل كوسيط بين الهو والأنا الأعلى لحل الصراعات بينهما، فالأنا القوية مهمة لسواء الشخصية والعكس يؤدي إلى الاضطرابات النفسية.

الأنا الأعلى Superego: وهو المكون الأخلاقي الذي يتكون من المعايير الاجتماعية التي استقاها الطفل من والديه والأسرة والمجتمع والمدرسة، ويرى موراي أن الأنا الأعلى يستمر في تطوير خبرات الطفولة نتيجة التأثير بالمحيط. كما استخدم موراي زيادة عن تركيب فرويد مصطلح الذات المثالية Ideal Ego التي ترجع إلى الذات المرغوبة.

تطور الشخصية

يرى موراى أنه يجب على الطفل مع تقدم نموه أن يتعلم إشباع حاجاته بصورة مقبولة اجتماعياً وتتفق مع الأنا الأعلى، فهو يبدل ويغير في السلوك ليناسب المعايير الاجتماعية. وأحياناً يتم إنجاز السلوك السوي من خلال الالتزام القهري بالقيود والتوقعات الاجتماعية ككبح الاندفاعات المحرمة أو استبدالها بسلوك مشروع اجتماعياً. ويركز موراى في فهم الشخصية على بعض المفاهيم الآتية:

1- العقد Complex : يرى موراى أن مرحلة الطفولة مليئة بالخبرات السارة والمحنة، فغياب الإحساس بالأمان لدى الطفل منذ الميلاد كنتيجة لعدم شعور الأم بالمسؤولية، وإهمال الطفل، وعدم توفير الراحة اللازمة للجسم، وأخطاء التدريب على الإخراج والعقاب الوالدي وغيرها، هذه الأمور قد تؤثر في سلوك الراشد لاحقاً وربما استفحلت فأدت إلى العقد النفسية.

2- الإحباطات الولادية Natal Frustration: التي تصيب الطفل بعد الولادة قد تؤدي على المدى البعيد إلى "عقدة الناسك" Claustal Complex التي تتضمن الاعتمادية السلبية والرغبة في العودة إلى وضع ما قبل الولادة سعياً وبحثاً عن الأمان والحاجة للعطف والحاجة لتجنب الأذى. قد تترافق عقدة الناسك بالخوف من فقد المساعدة والخوف من الأماكن المفتوحة أو الاختناقات. أيضاً قد تؤدي الصعوبات والإحباطات الولادية إلى "عقدة غير نسكية" Anticlaustal Complex وهي تتميز بالانطوائية والخوف من الأماكن المغلقة.

3- إحباطات الرضاعة Frustration of Suckling: التي قد تنتج "العقدة الفمية" Oral Complex لدى الطفل بسبب الفطام الفجائي، إذ ينتج عنها الاعتمادية الزائدة والحاجة للعطف، كما يؤدي إحباط عملية المص في الرضاعة إلى الحاجة إلى العدوان والقلق والحاجة إلى تجنب الأذى، وقد تقود العقدة الفمية إلى كراهية بعض الأطعمة والحاجة إلى الرفض.

4- العقدة الشرجية Anal Complex والعقدة البولية Urethral Complex: تعد العقدة الشرجية أقل ضغطاً من العقد الأخرى وهي تنتج عن خبرات التدريب القاسية على

الإخراج، وقد تؤدي إلى الاحتفاظ وعدم الإخراج، ومن ثم تؤدي إلى الضغط وعدم الراحة، وقد يؤدي زيادة الإخراج بصورة متكررة إلى الحاجة إلى العدوان. أما العقدة البولية فهي التي تؤدي إلى تبليل الفراش وبترافق مع ذلك حالة من النرجسية والحاجة للعطف والاعتمادية الزائدة.

حاجات مرحلة الطفولة وضغوطها Needs and Childhood Stress

يرى موراي أن ضغوط الطفولة غالباً تترافق بظهورها مع استخدام اللغة لدى الطفل، لأنه يسهل عليه إعادة تسمية الأشياء. لقد حدد موراي قائمة بالضغوط في مرحلة الطفولة وهي:

1- ضغط ضعف المساندة الأسرية S. Family support: وتشمل ضعف الترابط والأمان الأسري، والتذبذب بالمعاملة، والانفصال الوالدي، وغياب أحد الوالدين أو كليهما، ومريض أو موت أحد الوالدين أو كليهما، والفقر، وتنقل الأسرة وعدم الاستقرار، والطلاق العاطفي.

2- ضغط الخطر S. Danger: كالأخطار المتصلة بالجسد، والكوارث الطبيعية، والخوف من المرتفعات، والمياه، والوحدة، والظلام، والظروف الطبيعية الخطرة كالجو البارد أو الحار، والحرائق والحوادث، والحيوانات المفترسة.

3- ضغط الضياع S. Loss: مثل فقد الممتلكات والأشياء الثمينة.

4- ضغط الفقد S. Lack: مثل فقد الأقرباء والأصدقاء والصحة.

5- ضغط الحبس (الاحتجاز) والحرمان S. Retention & Withholding: إذ يكون ذلك سلباً للحرية وإقصاءً للطفل.

6- ضغط الرفض S. Rejection: تشمل عدم التقدير والاحتقار.

7- ضغط التنافس S. Rivalry/competition: كحالات التنافس الرياضي أو العلمي.

8- ضغط ولادة الأشقاء S. Birth of Sibling: الجدد الذين يأخذون المكانة والامتيازات.

- 9- ضغط العدوان S. Aggression: من أفراد الأسرة أو من الأقران أو من الغرباء.
- 10- ضغط السيطرة S. Dominance: وفيه التدريب على النظام والعادات والالتزام الديني.
- 11- ضغط السيطرة والعطف S. Dominance & Sympathy: وذلك من الوالدين لتقويم سلوك الطفل.
- 12- ضغط التدليل S. Spoiling: وهي تدليل الطفل والحماية الزائدة له.
- 13- ضغط المساعدة S. Helping: وهي تقديم المساعدة للطفل التي تولد الاعتمادية الزائدة.
- 14- ضغط الاختلاف S. Difference: وهو الاختلاف مع الآخرين في وجهات النظر.
- 15- ضغط الانتماء S. Belonging/ Affiliation: كالانتماء للأسرة ولمجموعة الأصدقاء والمجتمع والصف والمدرسة والدين والعرق.
- 16- ضغط الجنس S. Sex: كالإغراء والرغبة الجنسية والغيرة وغيرها.
- 17- ضغط الخداع S. Deception: يشمل خداع الآخرين سواء الأقران أو الغرباء.
- 18- ضغط المرض S. Illness: وهي معاناة المرض والضيق النفسي المرافق له.
- 19- ضغط الفاعلية S. Activity: وهي زيادة المطلوب من الإنجاز والعمل.
- 20- ضغط الشعور بالنقص S. Feeling Inferiority: يكون جسماً أو اجتماعياً أو فكرياً.
- أخيراً يرى موراي أن ظهور الحاجات يرتبط بالضغوط التي يتعرض لها الشخص أو الطفل، فالعقاب القاسي من الوالدين يؤدي إلى ظهور الحاجة إلى التحقير أو الاستسلام، كذلك يؤدي العدوان إلى ظهور الحاجة إلى تجنب الأذى أو المذلة (عبد الرحمن، 1998).

نظرية السمات لدى كاتل

لقد عمد كاتل Cattell إلى التحليل العاملي للوصول إلى السمات الرئيسية، بل واختصار عدد السمات. بدأ كاتل بجمع (4000) صفة تصف الشخصية، ثم نتيجة

التشابه والتقارب والتداخل والتكرار بين هذه الصفات اختصرها إلى (171) صفة. بعد ذلك أجرى كاتل تحليلاً عاملياً لهذه الصفات ليصل إلى السمات الرئيسية، من التحليل العاملي توصل كاتل بالنهاية إلى (16) سمة أو بعداً مزدوجاً للشخصية لفهم السلوك وهي:

- 1- التحرر مقابل المحافظة.
 - 2- التبصر مقابل السذاجة.
 - 3- الثبات الانفعالي أو قوة الأنا مقابل ضعف الثبات الانفعالي أو ضعف الأنا.
 - 4- السيطرة مقابل الخضوع.
 - 5- الجدية مقابل عدم الجدية.
 - 6- قوة الأنا الأعلى (الضمير) مقابل ضعف الأنا الأعلى (الضمير).
 - 7- المخاطرة والإقدام مقابل الحرص والجبن.
 - 8- الحساسية الانفعالية مقابل التبلد الانفعالي.
 - 9- التوتر مقابل الاسترخاء.
 - 10- الثقة بالنفس مقابل عدم الثقة.
 - 11- الواقعية والعملية مقابل التخيل والرومانتيكية (الخيالية العاطفية).
 - 12- الخوف مقابل تأكيد الذات.
 - 13- الاكتفاء الذاتي مقابل الاعتماد على الجماعة.
 - 14- الذكاء العام مقابل الضعف العقلي.
 - 15- الانبساط مقابل الانطواء. 16- الضبط مقابل عدم الضبط (الريماوي، 2004).
- في الحقيقة ثمة سمة رئيسة أو سمة مصدر لدى الشخص Source trait هي التي يوسم بها الشخص بصورة عامة، كأن يُقال زيد حسن الخُلق، فهذه السمة ينضوي تحتها كثير من السمات والصفات الطيبة التي تُسمى سمة السطح أو السمة الظاهرة Surface trait.

للملاحظة هنا ثمة نظرية آيزنك للسمات تم ذكرها سابقاً في الفصل الثاني: تفسير الصحة النفسية من منظور النظريات النفسية، ومن ثم لا داعي لذكرها هنا مرة أخرى.

نظرية العوامل الخمسة الكبرى للشخصية

لقد تطورت دراسة السمات، إذ وصلت عن طريق فيسك أولاً ثم تيوبس وكريستال وبعدهما غولديبرغ وأخيراً كوستا وماكري -لقد نُسبت النظرية باسم كوستا وماكري أكثر من غيرهما- وباستخدام التحليل العاملي إلى العوامل الخمسة الكبرى The Big Five Factors وهي:

- 1- الانبساطية وتشمل: الدفء، النزعة الاجتماعية، الحزم وتوكيد الذات، النشاط، البحث عن الإثارة، العواطف الإيجابية.
- 2- العصابية وتشمل: القلق، العدوان، الاكتئاب، وعي الذات، الاندفاعية، الحساسية للنقد.
- 3- المقبولية وتشمل: الثقة، الاستقامة، الإيثار، الخضوع، التواضع، معتدل الرأي.
- 4- الضميرية وتشمل: الاقتداء والكفاءة، النظام، الالتزام بالواجب، السعي إلى النجاح، انضباط الذات، التروي، التنافس.
- 5- الانفتاح على الخبرة وتشمل: الخيال، الجمال، المشاعر، الأفكار، الأفعال، القيم (عاكوب، 2013).

نظرية العوامل السبعة الكبرى للشخصية

- ترجع هذه النظرية إلى كل من تيلجين وواليد، إذ تشمل سبعة عوامل وهي:
- 1- التكافؤ الإيجابي Positive Valence ويتصف الشخص بأنه: بارع، واضح، متفوق، خارق، محترم، غير عادي، مهم، مدهش، مرموق، غريب في مقابل تقليدي، عادي، متوسط غير خارق.
 - 2- التكافؤ السلبي Negative Valence ويتصف الشخص بأنه: شرير، مخيف، قاس، خطير، مقرف أو مشمئز، فاسد أو منحل، غدار، مريض عقلياً، منحرف، مكروه.
 - 3- الانفعالية الإيجابية أو الانبساطية Positive Emotionality/Extroversion ويتصف الشخص بأنه: ثرثار، اجتماعي، مرح، فعال، متحمس، متعاون، ذو الطاقة،

اندفاعي، يحب اللعب، مفعم بالحيوية والنشاط. يقابل هذا العامل الانطوائية ويتصف فيها الشخص بأنه: غريب، وحيد، خجول، منعزل، متحفظ، صامت، هادئ، مكتئب.

4- الانفعالية السلبية أو العصائية Negative Emotionality/Neuroticism ويتصف الشخص بأنه: متوتر، مكتئب، عصبي، متقلب المزاج، شاعر بالضعف، قلق، شاعر بالذنب، متهيج، نادم. يقابل هذا العامل عامل ويتصف فيه الشخص بأنه: مفعم بالحيوية والطاقة، نشيط، مؤكد لذاته، هادئ، غير مشغول، غير محبط، غير قلق ذهنياً، رابط الجأش، متزن مزاجياً.

5- يقظة الضمير Conscientiousne ويتصف الشخص بأنه: منظم، مرتب، مفكر، منسق، دقيق، أنيق، مخطط، مواظب، حازم، فعال، منطقي، حذر. يقابل هذا العامل عامل عدم يقظة الضمير ويتصف فيه الشخص بأنه: غير مركز أو شارد الانتباه، مرتجل، غير مكترث، غير منظم، مندفع.

6- الطيبة Agreeableness وتشمل الصفات: موثوق به، متساهل، متعاون، لطيف، هادئ، لا يحب الجدل، غير عنصري. يقابل هذا العامل عدم الطيبة أو القسوة ويتصف فيها الشخص بأنه: مجادل، قاسٍ، مشاجر، صلب، وقح، يحب عمل المقالب، عنيد، المتربص للعراك والنزاع.

7- التقليدية Conventionality ويتصف الشخص بأنه: متمسك بالتقاليد، غير متذوق للفن، بسيط، محافظ، جامد. يقابل هذا العامل غير التقليدية ويتصف فيها الشخص بأنه: متحضر، مفكر، فنان، مبتكر، متخيل، مخترع، مجدد، بارع (نعيسة، 2015).

العوامل المؤثرة في بناء الشخصية

1- التكوين الجسدي: ويشمل هذا الجانب الشق العضوي الوراثي من طرف، والأمور الناتجة عن أجهزة الجسد ولا سيما الجهاز العصبي من طرف ثانٍ، ويضاف إلى ذلك دور الغدد والصددمات التي يتعرض لها الشخص من طرف ثالث. هذه الجوانب السابقة يظهر تأثيرها في الشخصية، فالشخص المريض المعتل جسدياً لا يعيش حياة كما يعيشها أقرانه الأسوياء جسدياً، فالمصاب بأمراض القلب مثلاً قد يغلب عليه نظرة تشاؤمية

واضحة تجعل تكيفه مع المحيط فيه صعوبة بالغة. كذلك الإصابة العصبية قد تؤدي إلى سوء التكيف، فإصابة مركز التذكر في الدماغ قد يحول حياة الشخص إلى حالة بالغة من سوء التكيف. كما أن هذا الأمر يصدق على الغدد الصماء، فاضطراب كمية السكر في الدم قد يجعل شبح الاكتئاب أو الخوف أو القلق يخيم حول الشخص. كما أن الأدرينالين يقوم بدور مهم في حالة الهيجان. وفي الوقت نفسه تؤدي الغدة الدرقية دوراً مهماً في نشاط الجسم وانتظام نموه، فالطفل الوليد الذي يحمل قصوراً في الغدة الدرقية بسبب سوء تغذية الأم بالأبويدين خلال فترة الحمل قد يكون سلوكه أقرب إلى الحمق أو القمئ، وإذا زاد الضرر قد يؤدي إلى القصور العقلي وتخلف النمو. كما أن الشخص قد يتعرض لصدمات جسدية أو حوادث تؤدي إلى اعتلال في الصحة الجسدية أو إلى فقد عضو في الجسد، الأمر الذي يترك آثاراً نفسية واضحة في الشخصية، كمن بُترت ساقه أو فقد عينه إثر حادث أليم، فإن الآثار النفسية لهذه الحادثة ما برحت تعيش معه وتعرقل تكيفه. يجب هنا ذكر دور الوراثة التي تؤدي دوراً مهماً في بناء الشخصية من ناحية: القوة الجسدية، شكل الجسد، إمكانات النمو، قدرة التعلم، زمن رد الفعل أو الكمون، مستوى النشاط، مقدار التحمل، دورة النمو. هذه الجوانب لها أثر فعال في بناء الشخصية.

2- الأسرة: إن للأسرة دوراً بالغ الأهمية في بناء الشخصية، وهذا يرجع إلى عوامل عدة هي:

- ★ تعد الأسرة -وخاصة الأم- الشريك الأول الذي يتعامل ويعيش معه الطفل.
- ★ طوال فترة الإقامة التي يقضيها الطفل مع الأسرة ولا سيما في مرحلة الطفولة.
- ★ الأواصر العاطفية والرحمية التي تربط الشخص بأسرته وخاصة الوالدين وتحديداً الأم.

إن اختلاف أساليب المعاملة الوالدية يترك أثره في بناء الشخصية، فثمة أسر يكون المبدأ السائد فيها العقاب والسيطرة، الأمر الذي يجعل الطفل يتعلم العدوانية أو ربما يكون ضعيفاً يعاني الخوف. وثمة أسر يكون المبدأ السائد فيها التفاهم والسلام والوثام، الأمر الذي يجعل الطفل يتعلم الهدوء والتعاون والتفاهم مع الآخرين والتفاؤل. وثمة أسر يكون

المبدأ السائد الخلافات بين الزوجين، الأمر الذي ينعكس على الطفل وشخصيته فينشأ ضعيف الشخصية وعديم الثقة بالنفس. وثمة أسر يكون المبدأ السائد فيها إهمال الأولاد وتربيتهم، الأمر الذي يجعل الطفل يسلك سلوكيات شائنة اجتماعياً كالسرقة والعدوان والكذب...إلخ. أجرى غلوك Glueck دراسة حول الأطفال الجانحين بالمقارنة مع غير الأسوياء وأثر الأسرة والتربية الأسرية، فوجد أن سلوك آباء (الوالدان) الأطفال الأسوياء أكثر رعاية وعطفاً واهتماماً وتسامحاً من سلوك آباء الأطفال الجانحين. كما وجد أن سلوك الأطفال الأسوياء نحو الوالدين أكثر تعلقاً واهتماماً وتسامحاً من سلوك أقرانهم الجانحين نحو والديهم. أيضاً أظهرت الدراسة أن ضبط الوالدين للأبناء لدى الأطفال الأسوياء أقل شدة وأكثر استقراراً وصداقة من ضبط الوالدين للأبناء لدى الأطفال الجانحين. كما أن الطرائق المستعملة للضبط في البيت لدى الأطفال الأسوياء هي أقل عقاباً جسدياً وحرماناً وتهديداً واستثارة للكبرياء وأكثر مناقشة من الطرائق المستعملة للضبط في البيت لدى الأطفال الجانحين.

3- شروط محيطية: المحيط هنا يُقصد به ثلاثة محيطات هي:

أولاً-المحيط الطبيعي: ويشمل من طرف المناخ بما فيه من برودة وحرارة وأمطار، والتضاريس بما فيها من تربة وجبال وهضاب وأنهار وبحار. إن المحيط الطبيعي يؤثر في بناء الشخصية، مثال صفات أهل الصحراء وعاداتهم تختلف عن أهل المدن، وكذلك صفات أهل السهل وعاداتهم تختلف عن أهل الصحراء، وأهل الجبل تختلف صفاتهم وعاداتهم عن أهل السهل، وكل هذا يعود إلى أثر البيئة الطبيعية في بناء الشخصية.

ثانياً-المحيط الاجتماعي: الذي يشمل الأسرة والمجتمع بما فيه من المؤسسات التربوية كالروضة والمدرسة والجامعة والمساجد ودور العبادة الأخرى ومراكز الثقافة والنوادي وغيرها. إن هذه الأطراف تؤثر في بناء الشخصية من حيث اللغة والعقيدة والأخلاق والحلال والحرام والتعاملات وطريقة معالجة الأمور والمشكلات بين الأفراد والعقوبات التي يستحقها الشخص عند اقترافه لجرم ما، الأمر الذي قد يؤنبه الضمير عليه، وهذا الضمير يستمد قيمه من المجتمع. إن المحيط الاجتماعي له بالغ الأثر في بناء الشخصية والأمثلة كثيرة على ذلك، مثال سمة الخوف من الماء لدى قبيلة كراو من

الهنود الحمر في أمريكا رغم شجاعتهم، والشعور لديهم بالإهانة عندما يُرمى شخص بالماء. كذلك ندرة السلوك العدواني لدى قبائل سولتوكس، فهنا تأثير الجماعة يظهر واضحاً بالشخصية. كما أن للمتغيرات الديموغرافية أثرها في بناء الشخصية كالمهنة والدخل ومستوى الثقافة والطبقة الاجتماعية، فالفقر مثلاً قد يؤدي إلى حالة من الإحباط الذي يظهر أثره على الشخصية.

ثالثاً-المحيط الثقافي الشخصي: وتشمل خبرات الشخص العلمية والمعرفية التي تساهم في بناء الشخصية وهي في الوقت نفسه قد تحدد المهنة، إن هذا المحيط يؤثر في الشخص إلى الحد الذي يجعل الشخص يؤثر العزلة على الاجتماع، وهذا يظهر لدى كثير من العلماء أو طلبة العلم، بل ربما بعضهم وصل حد الانطوائية وعدم السواء. من المهم هنا ذكر أثر المهنة كنتاج لعملية العلم والخبرات في بناء الشخصية، فالعرب قديماً قالت "شرف الصانع من الصنعة"، فمهنة الطب مثلاً تتمتع بمكانة كبيرة في المجتمع، فهي تضيف على الطبيب نوعاً من الانتماء من طرف، وتبرز له دوراً ومكانة في المجتمع من طرف آخر. وهذا يجعله يتسم بسمات شخصية تماشي مع طبيعة مهنته، ومن هنا يبرز أثر المهنة في بناء الشخصية.

4- القدرات العقلية: تؤثر القدرات العقلية بشكل كبير في بناء الشخصية، فالذكاء سمة رئيسة في الشخصية ولا يمكن تجاهل ذلك. لقد عبر وكسلر Wecshler عن الذكاء بقوله إنه مظهر من مظاهر الشخصية (Wecshler, 1944 عن: الرفاعي، 1998). إن القدرات العقلية تظهر بناء الشخصية من خلال مختلف العمليات العقلية كالإدراك والتخيل والتذكر والتعرف والتحليل والتركيب والمحاكمة العقلية والاستدلال والاستنباط وغيرها. ولتحديد دور القدرات العقلية في بناء الشخصية لا بد من تناول الموضوع من خلال طرح التعلم والضعف العقلي والتفوق. إن التعلم الذي تنتجه القدرات العقلية هو محصلة تفاعل قدرات الفرد ودوافعه من طرف والشروط المحيطة من طرف آخر. هذا التعلم ينتج حل المسائل والمهارات والمعارف وإدراك المؤثرات وتعلم ما فيها وتحول الدوافع وغيرها. وكل هذا يؤثر بصورة واضحة في بناء الشخصية.

أما الضعف العقلي وهو انخفاض القدرات العقلية بمقدار انحرافين معياريين سلبيين على منحنى التوزع الطبيعي، الأمر الذي يجعل الشخص يعاني من سوء التكيف، وهذا يظهر بوضوح في بناء الشخصية. إن بعض الدراسات أثبتت ارتباطاً مرتفعاً بين أشكال الانحراف الاجتماعي والضعف العقلي، وهذا بدوره يؤثر سلبياً على بناء الشخصية. أما بما يتصل بالتفوق والموهبة الذي يكون بمقدار انحرافين معياريين إيجابيين على منحنى التوزع الطبيعي، أي يكون ضمن الانحراف الثالث الإيجابي، فهذا يظهر أثره في بناء الشخصية، فالمستوى العالي للطموح لدى المتفوقين والموهوبين يؤثر في الشخصية بصورة كبيرة، الأمر الذي ينتج حساسية انفعالية عالية ومعها قدرة انفعالية عالية مبدعة تتداخلان في تكوين المزاج لدى الشخص، وهذه الجوانب الحساسية الانفعالية والانفعالية المبدعة والمزاج من السمات المهمة في بناء الشخصية. الأمر الذي يبرهن على دور التفوق والموهبة في بناء سلوكيات الشخصية، ومن ثم المساهمة في بناء الشخصية.

5- الدوافع: وهي حالات فيزيولوجية أو نفسية تكمن في الشخص وتحته على التصرف باتجاه معين لإشباع هذه الحالة. في الحقيقة إن الدافع يكوّن السلوك، فدافع الجوع هو الذي يحرك الشخص للبحث عن طعام. إن للدوافع عدداً من الخصائص هي:

أ- إن كل دافع يتميز بأنه نزوع نحو التوازن، أي هناك نقص ويجب مواجهته مثل الجوع ثم الحصول على الطعام.

ب- إن الدافع ديناميكي أو حركي، أي نشط ولن يهدأ حتى يُشبع، فالعطشان لا يكف عن طلب الماء حتى يرتوي.

ت- لكل دافع غرض مثلاً كثرة القراءة غرضها الاستزادة من العلم والمعرفة.

في الوقت نفسه فإن للدافع ثلاث وظائف هي:

- يمد السلوك بالطاقة ويحركه للوصول إلى الغرض.
- يحرك بالاتجاه المناسب وبالسلوك المناسب للوصول إلى الغرض.
- الإلحاح والتحريض للوصول إلى الغرض. وفي حال عدم الوصول قد يلجأ الشخص إلى السلوك الدفاعي مثل العدوان أو مشاعر الخيبة أو الأخيلة والأحلام.

لقد نظم ماسلو Maslow الدوافع أو الحاجات في تصنيف وتنظيم هرمي كالآتي:

- 1- الحاجات الفيزيولوجية: وهي الجوع والعطش والجنس.
 - 2- حاجات السلامة: وهي تشمل الأمن والسلامة التي يبحث عنها الشخص لتحقيقها.
 - 3- حاجات المحبة: تشمل المحبة والتعاطف والانتماء التي يسعى الشخص إلى إدراكها.
 - 4- حاجات الاحترام: سواء من الشخص نفسه أو من الآخرين، ويضاف إلى ذلك الرغبة في القوة وفي الإنتاج وفي الحرية والاستقلال والسمعة والمكانة والمقام المحترم.
 - 5- حاجات إثبات الذات وتأكيدها: أي أن يؤكد الشخص ذاته واقعياً من خلال الإنتاج والعمل مستخدماً في ذلك قدراته ورغباته.
- للملاحظة هنا فإن كل فئة من هذه الحاجات أو الدوافع تبدأ بالظهور بعد إشباع الفئة التي قبلها في هرم الحاجات. طبعاً هذا التسلسل الهرمي هو في الحالات السوية، ففي بعض الظروف والحالات الاستثنائية قد تقدم حاجات على غيرها في الهرم. إن الدوافع قد تتعاون في حالات وقد تتصارع في حالات أخرى، وقد تكون شعورية أو لا شعورية، وقد تكون سوية أو لا سوية، لذلك فهم الدوافع مهم جداً لفهم الصحة النفسية، بل لفهم الاضطرابات النفسية، فكثيراً ما تكون الدوافع تقف خلف الاضطرابات النفسية (Maslow, 1951 عن: الرفاعي، 1998).

الفصل السابع

التواصل ولغة الجسد في الصحة النفسية

مقدمة

إن عملية التواصل بين بني البشر تشكل أهمية بالغة في حياتهم، فهي معبر عن حالة التفاعل الذي يسود بينهم، فالتواصل هو التعبير عما يفكر به الإنسان، ولعل من أهمية التواصل لدى الإنسان استمدت اللغة أهميتها بوصفها وسيلة للتواصل بين البشر ومعبراً عن الفكر. وفي هذا الخصوص يقول جان بياجيه "اللغة فكر". اللغة هي وسيلة تواصل مهمة، ولكنها ليست الوحيدة بصفاتها وسيلة للتواصل فهناك شق آخر من التواصل وهو ما يطلق عليه لغة الجسد Body Language، ف لغة الجسد حاضرة وفعالة بين البشر بوصفها وسيلة للتواصل، ولعل هذا يظهر جلياً من الحركات والإشارات التي تسود مجتمعاً ما وتكون معروفة وماذا تعني، فبعضها يعبر عن الغضب وبعضها عن الفرح وثالث عن الاتفاق ورابع عن الاختلاف...إلخ. من الملاحظ أن لغة الجسد تزدهر أكثر عند الأشخاص الذين لديهم القدرة الكلامية ضعيفة كالأطفال أو الذين انعدمت لديهم القدرة الكلامية كالبحكم، وهي موجودة لدى الراشدين وربما كانت أقل، ولكنها موجودة ولها وقعها، والمهم هنا هو تعرف لغة الجسد كحالة تسود بين الناس عامة، وهي تتأثر بثقافة المجتمع وحضارته.

مفهوم التواصل: Connection/Contact/Communication

يمكن تعريف التواصل بأنه عملية اتصال تسير في اتجاهين وهي تشمل الجوانب

الآتية:

1- محاولة فهم الأفكار والمشاعر التي يعبر عنها الآخرون.

2- الاستجابة أو الرد بطريقة ناعمة ومساعدة.

والتواصل الناجح يحتاج إلى شروط عدة هي:

- ❖ مهارة الإصغاء إلى الآخرين ومراقبتهم، وفهم الرسالة التي يعبرون عنها.
 - ❖ المهارة والنجاح في إيصال الأفكار والمشاعر (ريتشمان، 1999، 8).
- عُرف التواصل بأنه "عملية نقل الرسائل وتفسيرها بين شخصين أو أكثر" (دليل مهارات الاتصال، 2006، 8). وللاتصال شكلان رئيسان ويتأطر ضمنهما وهما:

1-الاتصال اللفظي (منطوق ومكتوب) Verbal Communication: وهو عبارة عن نقل الأفكار والمعاني إلى الآخرين بوساطة الكلمات والرموز سواء أكانت منطوقة أم مكتوبة. وتمثل اللغة بحروفها وكلماتها وعباراتها العمود الفقري لهذا الشكل من أشكال الاتصال، فيغدو العالم هنا عالماً تحدد معالمه الكلمات التي تُسمع وتُقرأ والتي قد لا تعبر في كثير من الأحيان عن حقيقة الواقع، الأمر الذي يجعل الشخص يدقق كثيراً فيما يسمع وفيما يقرأ وأن يفتش عن دلالات ومؤشرات أخرى ترجح صدقه أو كذبه.

2-الاتصال غير اللفظي (لغة الإشارات ولغة الجسد) None Verbal Communication: وهو عبارة عن نقل الأفكار والمعاني إلى الآخرين عن طريق إيماءات الجسم والإشارات والرموز والشعارات. ويمتلك الاتصال غير اللفظي قدرة أعلى بكثير من مثيله الاتصال اللفظي على تبسيط الأفكار واختزال المعاني وتكثيف الدلالات. مثال علم الدولة يرمز للدولة ككل وهو يمثل أشياء كثيرة من خلال ألوان عدة (المرجع السابق).

تشكل هذه المهارات الاتصالية جزءاً مهماً من حياة الناس الاجتماعية وعاداتهم اليومية، فمن دون تواصل يعني موت الحياة الاجتماعية التي لا يمكن للمجتمع أن يستمر من دونها.

أهمية التواصل في الصحة النفسية Communication

يتمتع التواصل بأهمية بالغة في حياة الإنسان، فالتواصل يوفر الرعاية والاهتمام للشخص لكي يحقق درجة من النمو والتطور في كل مجالات النمو العقلية والجسدية والانفعالية والعاطفية وغيرها، أي بكل أبعاد الشخصية التي تعبر سلامتها عن صحة نفسية سوية. يعبر التواصل عن صحة نفسية سوية من خلال لعب الطفل سواء في الأسرة أو في الروضة أو في المدرسة أو الحديقة أو النادي أو الملعب، وكذلك من خلال

اللغة التي تعبر عن أفكار الطفل ومشاعره وعن نمو الفهم لديه. كون الطفل اجتماعياً بطبعه فهذا يجعله يقيم شبكة علاقات اجتماعية جيدة، وهذا معبر عن سواء الصحة النفسية من خلال المعيار الاجتماعي، فبدأ هذه العلاقات الاجتماعية من الأسرة ومع أفرادها، إذ تكون قوة علاقته متفاوتة مع أفراد الأسرة، فتلاحظ أن علاقته مع أخيه الذي يأتي قبله أو بعده في الترتيب مباشرة غير طيبة، في حين أن علاقته مع الأخ الأكبر أو الأخت الكبرى جيدة وتسودها المودة والألفة. بعد هذه العلاقة مع أفراد الأسرة تتوسع علاقات الطفل الاجتماعية نحو الأقارب المباشرين كالجد والجدة من ناحية الأب والجد والجدة من ناحية الأم، كذلك العم والعمة والخال والخالة، وبعد هؤلاء قد يأتي الجيران الأقرب فالأبعد والأبعد وهكذا دواليك. والتواصل الذي يحدثه الطفل يمتد إلى خارج إطار الأسرة ويعود أثر التواصل إلى الأسرة كالعلاقة مع الأقران أو المعلمة في الروضة والمدرسة مثلاً، فهذا التأثير الذي تحدثه المعلمة يُلاحظ في الأسرة، فعندما يعلم أحد أفراد الأسرة الطفل بعض الأمور في القراءة أو الرياضيات أو غيرها، فإذا تناقض مع المعلمة في تعليمه فإن هذا لا يقنع الطفل حتى وإن كانت المعلمة على خطأ، فسرعان ما يقول هذا خطأ ويناقش مستخدماً عبارة من نوع "هكذا قالت المعلمة". هذا دليل صريح على تأثير المعلمة في الطفل ومن ثم في الأسرة، فهي تسهم في بناء سلوك الطفل عامة في كل الجوانب، كل هذا التفاعل والتأثير يحدث من خلال عمليات التواصل. وهذا يجعل للتواصل أهمية بالغة لدى الإنسان. كثيراً ما يظن الكبار في الأسرة خطأ أن الأطفال دون السادسة من العمر أصغر من أن يفهموا ما يدور حولهم أو أن يعبروا عن مشاعرهم وأفكارهم، فيترك الراشدون الأطفال يعيشون الذكريات الأليمة، وهؤلاء الأطفال يفكرون بكل ما يجري حولهم، بل وذاكرة الطفل قد تحفظ بعض الجزئيات التي قد لا يحتفظ بها الراشد. هذه الذكريات التي يحتفظ بها الطفل تؤثر في سلوكه وفي صحته النفسية مستقبلاً، فثمة اضطرابات نفسية ترجع في أصلها إلى ذكريات الطفولة المؤلمة، كما قد يتحدث بما يجري في البيت مع أقرانه فضلاً عن أنه يحدث نفسه بها في بعض الأحيان. يقول الواقع إن الأطفال يعيشون منذ نعومة أظفارهم ضمن مجموعة اجتماعية وهم شديداً الحساسية إزاء المناخ العاطفي والانفعالي الذي يدور حولهم. عندما لا يستطيع الأطفال

أن يعبروا عما يجول في خاطرهم عن طريق الكلام، فهم يلجؤون إلى طرقهم الخاصة بالتعبير التي تتمثل بالتعبير غير المباشر كالتعبير عن طريق اللعب أو الرسم أو تعابير الوجه وأحياناً قد يُعبرون من خلال الأحلام والكوابيس. ومن ثمّ يجب على الوالدين أن يتقبلوا طريقة التعبير من خلال الأحلام والكوابيس والاستيقاظ ليلاً. من هنا يتطلب مساعدة الأطفال على التواصل وعياً وحساً مرهفين، وكذلك توفير جوّ من الحرية وإتاحة الفرصة لكي يعبروا عما يجول بخاطرهم بطرق كالرسم واللعب وأنشطة إبداعية أخرى، لتكون بمثابة تنفيس انفعالي لحماية الصحة النفسية للطفل من شبح الاضطرابات النفسية.

الحاجة إلى التواصل

لقد حدد وايس Weiss الحاجة إلى التواصل في أمور عدة هي:

الألفة Intimacy: وهي العلاقة التي يشعر بها الشخص بأنه حر تماماً في التعبير عن مشاعره مع الثقة بأن الطرف الآخر أي المستقبل يفهمه، هذا النوع من الاتصال يكون بين الأشخاص وثيقي الصلة كالأزواج أو الأبوين أو الأخوة والأقارب المقربين والأصدقاء الخُصّ.

التكامل الاجتماعي Social Integration: وهي صلة تقوم على الاهتمامات المشتركة، وهو لا يشترط توفر الألفة التي تسهم بتبديد الملل والعزلة الاجتماعية إذ يوفر فرصة التفاعل مع الآخرين الذي يتشابهون بالاهتمامات والمشكلات. وتشبع هذه الحاجة في سياقات اجتماعية مثل الرياضة والنوادي والجمعيات والمؤسسات الاجتماعية والتعليمية.

السلوك الاعتنائي Nurturing Behavior: وهي العلاقة التي يكون فيها الراشد مسؤولاً عن طفل أو شخص ما وراعياً كرعاية الأم لطفلها، وتعد هذه أهم العلاقات والصلات، وإذا تعطلت فإن الحياة خلت من المعنى والهدف حتى مع وجود العلاقات الأخرى.

إعادة تأكيد الجدارة أو الاستحقاق Reassurance Of Worth: وهي العلاقة التي تشهد على كفاءة الفرد ومهاراته وما يستحق من تقديرات واعتراف به وبمكانته، وتتحقق

هذه الحاجة من خلال العمل والمؤسسات المهنية والإنجازات في المجالات المختلفة وفقاً لجودة الأداء، بيد أن الزوجة التي لا تعمل خارج المنزل يجب أن تتال الاعتراف بجدارتها أيضاً من قبل الزوج والأولاد والجيران والأقارب على الدور الذي تؤديه.

المساعدة Assistance: وهي العلاقة التي توفر للفرد المساعدة حين يطلبها، وتُشبع هذه الحاجة من خلال علاقات القرابة كالأسرة أو علاقات الصداقة الحميمة مع الأقران. إن فقدان هذه العلاقة يولد شعوراً بالقلق ومشاعر سلبية ولا سيما لدى المتشائمين أو لدى الذين قلماً يجدون من يساعدهم.

التواصل ومهاراته: Connection & Skills

يقع على عاتق المرشد النفسي أن يحقق تواصلاً جيداً مع المسترشد أو المسترشدين، وذلك من خلال العلاقة الإرشادية التي تتسم بالود والقبول المتبادل، إذ يكون المرشد مصغياً فعالاً ويتمتع بمهارات التواصل والذي يشكل التواصل اللفظي جزءاً من هذا التواصل. حتى يؤتي التواصل اللفظي أكله يجب أن تكون الألفاظ واضحة وسهلة الفهم بالنسبة إلى المسترشد وتساعد في بناء الثقة والفهم المتبادل. هذا الأمر يساعد المسترشد على التلقائية والتعبير عما يجول في خاطره من مشاعر وأفكار. إن مهارات التواصل سواء اللفظية أو غير اللفظية التي يتمتع بها المرشد تجعله يفهم التوافق بين الإشارات اللفظية وغير اللفظية التي تصدر عن المسترشد. على المرشد في أثناء العملية الإرشادية أن يقوم بعملية "الانتباه الانتقائي" وهو اختيار الأفكار وأنماط السلوك التي تصدر عن المسترشد وتوسم بأنها مهمة للعملية الإرشادية، وترك الأفكار وأنماط السلوك التي لا تقيد العملية الإرشادية، وتشمل هذه العملية كل ما يصدر عن المسترشد من رسائل لفظية وغير لفظية، خاصة عندما يستطرد المسترشد بحديث طويل وفائدته قليلة بالنسبة إلى العملية الإرشادية.

مهارات الإصغاء والتواصل Skills of Listening & Connection

يجب على المرشد المتمتع بمهارات الإصغاء والتواصل وهي:

1- **ملاحظة المرشد للمسترشد Observation:** هذه الملاحظة تعد مصدراً من المعلومات يُطلق عليها "المعلومات الصامتة"، فهنا يصغي المرشد إلى ما يقوله المسترشد وفي الوقت نفسه يلاحظ طبيعة السلوك الجسدي الذي يقوم به، ويقاطع بين السلوك اللفظي والسلوك الجسدي، ويدقق فيما إذا كان بين السلوكين انسجام أو تعارض. في حال التعارض بين الكلام والوضع الجسدي كأن يكون المسترشد يضحك في مواقف محزنة، فإن على المرشد أن يسأل ما السبب الذي دعا لمثل هذا التناقض؟

2- **الإنصات Listening:** الإنصات عمل فعال يعكس تجاوباً مع المسترشد، فالإنصات ينقل رسالة إلى المسترشد أن المرشد مهتم به وهو موضع احترام وتقدير وتقبل. كما أن الإنصات وسيلة مهمة تمكن المرشد من فهم جوانب شخصية المسترشد، فتظهر نقاط الضعف ونقاط القوة لديه. لكي يكون الإنصات مثمراً لا بد من العلاقة والتواصل الحميم بين المرشد والمسترشد إذ يشعر المسترشد بالأمن والطمأنينة، فيعبر عما في نفسه.

3- **دلالات الألفاظ أو التعبيرات Meaning of Expression:** يقع على عاتق المرشد أن يدقق في ماهية الألفاظ التي يتكلم بها المسترشد وما الدلالة من هذه الألفاظ، فعندما يكرر المسترشد كلمات من نوع لازم أو يجب أو ينبغي، فهذا مؤشر على أن هذه المجالات التي يتكلم بها المسترشد هي خارج سيطرته، كما يجب ملاحظة بنية جمل المسترشد عندما يتكلم هل يضع نفسه في محل الفاعل أم في محل المفعول به، أيضاً هل هناك ازدواجية أو تعارض في الألفاظ، كل هذا له مؤشرات يجب الانتباه لها بالإرشاد.

4- **توجيه الأسئلة Questions:** وتعد المهارة الأساسية في التواصل مع المسترشد، إذ يوجه المرشد من خلال الأسئلة المقابلة بل العملية الإرشادية برمتها، فالسؤال هو وسيلة المرشد لمعرفة ما يجهل، من هنا يمكن القول إن أغلب المعلومات التي يحصل عليها المرشد عن المسترشد هي نتاج الأسئلة التي يطرحها المرشد على المسترشد. بقدر ما تكون الأسئلة دقيقة وواضحة وجوهرية ومفتاحية في حياة المسترشد بقدر ما يكون السؤال جيداً، ومن ثمَّ التشخيص دقيقاً. لكن يجب عدم إكثار الأسئلة على المسترشد حتى

لا يأخذ وسيلة دفاعية مقابل هذا الضخ من الأسئلة. بالنسبة إلى نوعية الأسئلة هناك نوعان من الأسئلة هما: الأسئلة المفتوحة Open Questions وهي التي تبدأ بأدوات الاستفهام: ما، ماذا، كيف، لماذا. مثل هذه الأدوات تجعل المسترشد يجيب بجمل وليس بنعم أو لا، لذلك يستخدم هذه الأسئلة في بداية الجلسة الإرشادية، هذه الأسئلة توجه لأخذ مزيد من المعلومات حول موضوع معين ولا سيما من المسترشد المقل في الحديث. بالنسبة للنوع الثاني فهو الأسئلة المغلقة Closed Questions وهي التي تبدأ بـ "هل" إذ تكون الإجابة عليها بنعم أو لا، هذا النوع من الأسئلة مفيد للمسترشد للثرائ الذي ينتقل في أثناء الإجابة من موضوع إلى آخر ويستطرد بالحديث من دون فائدة.

5-التشجيع Encouragement: للتشجيع دور كبير في تحفيز المسترشد على الاستجابة والتجاوب مع المرشد، فكلما زاد تشجيع المرشد للمسترشد أدى ذلك إلى زيادة الثقة والطمأنينة والأمن لدى المسترشد، ومن ثمّ كان أكثر تعاوناً. هناك أساليب عدة للتشجيع منها: هز الرأس نحو الأسفل، المهمة التي تدل على المتابعة، التعبير الوجهي الإيجابي، تقديم الحلول للمسترشد إذا كان طفلاً، إعادة بعض الكلمات المفتاحية ليشجع المسترشد من جهة وليذكر المسترشد بالأفكار السابقة التي تكلم بها من جهة أخرى. قد يشجع المرشد اتجاهاً معيناً في حديث المسترشد وهذا يدخل في الانتباه الانتقائي.

6-إعادة العبارات والتلخيص وعكس المشاعر:

Restatement & Summarizing & Reflection of Feelings

تتمثل إعادة العبارات في أن يردد المرشد بعض الجمل أو العبارات وبصورة جزئية خلف المسترشد، وفي هذا يحقق هدفين الأول يعطي العبارات قوة وتأكيداً. أما الهدف الثاني فهو يشجع المسترشد أن يتابع حديثه ويذكره بالفكرة السابقة لكي يحافظ على تسلسل أفكاره. يجب أن تكون إعادة الجمل أو العبارات كما هي من دون تغيير أو تحريف، لكن في بعض الأحيان قد يحدث المرشد تغييراً في بعض العبارات والجمل دون أن يمس جوهر الفكرة، بل يحذف الحشو أو العبارات والكلمات غير المهمة، عند هذه الحالة قد يسمح المرشد لنفسه بأن يستخدم بعض الألفاظ من عنده للتوضيح وإزالة اللبس.

قد تأخذ إعادة العبارات والجمل شكلاً آخر، فيقوم المرشد بتلخيص ما قاله المسترشد، إذ يعيده بإيجاز وبعبارات موجزة مركزة ومعبرة، ولهذه الطريقة ميزة بأنها تبين للمسترشد بعض القضايا التي تكون غير واضحة لديه أو غير ناضجة أو غير مؤكدة وهو ما ينطبق على المشاعر والأفكار في بعض الأحيان. بما يخص عكس مشاعر المسترشد من قبل المرشد وهو أن يشعر المرشد بانفعالات المسترشد ويتمثلها في سلوكه اللفظي وغير اللفظي أي من خلال لغة الجسد كأن يظهر الحزن عند انفعال الحزن والسرور عند الفرح، فهو ينسجم مع الظرف الذي يعيشه المسترشد بصورة وجدانية صادقة. يتجلى الهدف من عكس المشاعر في معرفة المرشد للانفعالات الكامنة وراء ألفاظ المسترشد وعباراته، وهذا يعزز التواصل بين المرشد والمسترشد، إذ يفهم المرشد مشاعر المسترشد وأفكاره وعواطفه، في الوقت نفسه يرى المسترشد من جانبه في عبارات المرشد انعكاساً لمشاعره وكأنه مرآة تعكس ما يقابلها، وهذا يسهم في تعديل سلوك المسترشد ومشاعره السلبي بما يتناسب مع أنماط السلوك السوية التكيفية (كفافي، 1999). حتى ينجح المرشد في عملية عكس المشاعر يجب عليه أن يجيد التمييز بين المشاعر المعبرة عن الانفعالات التسعة وهي: السعادة، الحزن، الغضب، الخوف، القرف، الحب والود، الغيرة، الدهشة، الاشمئزاز.

أهداف التواصل في الصحة النفسية

يسهم التواصل في تحقيق أمور مهمة عدة في الصحة النفسية لدى الشخص وهي:

1- حل المشكلات: يسهم التواصل في حل المشكلات التي يتعرض لها الشخص، فالشخص مثلاً عندما يتعرض لمشكلة أو صعوبة فهو بحاجة للآخرين كي يساعده في تخطي هذه المشكلة، قد تكون هذه المشكلة انفعالية كالغضب الموجه باتجاه الزميل نتيجة خلاف في موضوع معين أو بكاء الطفل بعد الاعتداء عليه من شخص ما. هنا يتدخل أحد الراشدين أو المعلمين عن طريق التواصل-التمثل بالشرح والتوضيح وحب الزملاء بعضهم بعضاً- في حل الخلاف بينهم.

2- تحمل المسؤولية: من خلال التواصل في الأسرة والروضة والمدرسة يعلم الطفل تحمل المسؤولية في الميادين المختلفة التي تدل على نضج السلوك لدى الطفل، قد

يستغرب بعض الراشدين عندما يذكر أمامهم تحمل المسؤولية بالنسبة إلى الأطفال. في الحقيقة يجب تدريب الأطفال على تحمل المسؤولية منذ الصغر، وذلك بما يتناسب مع قدرات الطفل وإمكاناته وعمره، وتكبر المسؤولية مع تقدم الطفل بالسن. إن تحقيق النجاح في تحمل المسؤولية يؤدي إلى التكيف، وهذا ما ذهبت إليه المدرسة الواقعية.

3- إنجاز واجباتهم الدراسية: يسهم التواصل البناء في الأسرة والمدرسة في أداء الواجبات الدراسية التي يكلف بها الطفل، فعن طريق التواصل يُدرَّب الطفل كيف ينجز واجباته سواء بالتواصل الذي يحدثه مع المعلمة أو بالتواصل الذي يحدثه مع أفراد الأسرة.

4- بناء فكرة عن المستقبل: إذ يشجع التواصل الطفل على النظر نحو المستقبل وتكوين صورة أولية حول مستقبله، مثلاً ماذا ستكون في المستقبل طيار أو مدرس أو محامٍ... إلخ.

5- الدعم المعنوي: يقدم التواصل دعماً معنوياً للطفل إذ يشجعه على بناء العلاقة مع الآخرين في الأسرة والمدرسة وخارجهما، بل ويشجعه على التفاعل مع المعلمة والزملاء، هذا بدوره يطور القدرة على التعلم لدى الطفل، ويزيد من توافقه الدراسي الذي يؤدي إلى إعداد الطفل للانتقال إلى المرحلة اللاحقة ببسر وسهولة دون سوء تكيف أو اضطراب.

6- الشعور بالراحة: يحقق التواصل عملية أشبه ما تكون بالتنفيس الانفعالي إذ يخرج الطفل ما يجول في خاطره من مكنونات ومكبوتات، فيُوجَّه الطفل من قبل الأهل والمعلمة بخصوص هذه المكنونات والمكبوتات بصورة توافق المعايير الاجتماعية. الأمر الذي يقود الطفل إلى بناء السلوك السوي المنسجم مع المجتمع الذي يعد معياراً من معايير السواء.

أهمية اللعب بوصفه تعبيراً لدى الأطفال

Importance of Playing as An Expression

يعد اللعب شكلاً من أشكال لغة الجسد وله أهمية في الصحة النفسية، وكذلك في الإرشاد عامة والإرشاد المدرسي خاصة. ما يهم هنا هو الحديث عن اللعب من جهة أن اللعب وسيلة مهمة من وسائل التواصل والتعبير لدى الأطفال بل وأحياناً لدى الكبار.

يمكن للطفل أن يعبر عن أفكاره ومشاعره من خلال اللعب بطرائق وأشكال عدة، إذ يحقق هذا التعبير للطفل التواصل، وفي الوقت نفسه المتعة والاعتزاز بما ينجز، من هذه الطرائق التي يعبر بها الطفل من خلال اللعب الآتي:

1- لعب الادعاء: في بعض الأحيان يقوم الطفل باللعب بصورة يدعي فيها أن هناك أشخاصاً ومواقف يمثلها أو يعيد تكرارها، وقد يكون هذا اللعب فردياً فيأخذ الطفل فيه أدوار عدة أو جماعياً، إذ يلعب مع مجموعة من الأطفال كأن يمثل أفراد الأسرة والأخ اللطيف الحنون والأخ الآخر المشاكس العنيد، وكيف يتعامل الأب مع الأم...إلخ. هذه الطريقة تساعد الطفل على التعامل مع المواقف والصعوبات التي تواجهه الطفل.

2- استخدام القصص: إن رواية القصص كالحديث عن شخصيات ناجحة أو عن شخصيات واجهت صعوبات ونجحت في التصدي لها، مثل هذه القصص تساعد الأطفال على العمل والجد لتحقيق التواصل والتكيف الناجح وتجاوز الصعوبات. قد تروى القصص أيضاً على لسان حيوانات صغيرة تحتال على الفيل أو الأسد لتصل إلى هدفها أو لتسلم من الأذى، كما تروى القصص عن أشخاص قاموا بأعمال بطولية أو مثالية، إذ تفيد بأن تعلم الطفل حتى لو كان ضعيفاً ظاهرياً يمكنه أن ينجح، ويتم في النهاية تشجيع الأطفال.

3- الأعمال الفنية: يعد الرسم من الوسائل المهمة التي يعبر بها الطفل عن مشاعره وأفكاره ومكوناته الداخلية التي قد لا يستطيع البوح بها أو لا تسعفه المفردات لإيصالها للطرف الآخر. حتى يكون الرسم معبراً عما يجول في خاطر الطفل يجب أن يُترك الطفل يرسم بحرية ودون تأثير من أحد، ربما هناك حالات من نوع أن بعض الأطفال لا يملكون الخبرة والثقة الكافية حول ماذا يرسمون ولا سيما أنهم أطفال صغار، فهنا قد يسأل الطفل عما يرسم أو قد يلجأ الطفل إلى نسخ ما رسمه زميله أو نسخ صورة في كتاب. لمواجهة هذه القضية يجب على المعلم أو المرشد أن يقترح على الأطفال أولاً أن يرسموا ما يشاؤون، فإذا تعدّر ذلك على بعض الأطفال يمكن أن يقترح المعلم أو المرشد الرسم حول موضوعات تخص الطفل مثل "مستقبلي" أو "عائلتي" أو "أحلامي"، بهذا يحفز المعلم أو المرشد ذاكرة الطفل دون أن يملّي طريقة التعامل مع الفكرة من خلال

الرسم. عندما ينتهي الطفل من الرسم يُطلب منه التحدث حول ما رسم، لكن دون ضغط في هذا الاتجاه، فقد يكون الرسم وسيلة للارتياح أو هو مقدمة للتواصل الكلامي. الورقة والأقلام ليست هي الوسيلة الوحيدة للتعبير من خلال الرسم أو الأعمال الفنية بل يمكن أن يُستخدم التراب للرسم أو الرمال أو الطين، فيصنع من الطين الأشكال المختلفة التي تكون بمنزلة تنفيس انفعالي وتعبير عن الذات. بعد نهاية الرسم يجب أن تُعلق الصورة على الحائط ثم تُحتفظ بها حتى يشعر الطفل بأن ما رسمه محل اهتمام وعناية من قبل المعلم أو المرشد، وهذا يزيد من ثقة الطفل بنفسه.

4- استخدام الدمى والأقنعة: غالباً ما يكون من الصعب على الطفل أن يعبر عن مشاعره بصورة مباشرة، فيتم الاعتماد على وسائل غير مباشرة كي تساعد الطفل في التعبير عما يجول في خاطره. من هذه الأساليب أسلوب انتحال شخصية ما أو لعب دور شخص آخر، إذ يسمح هذا الدور بأن يعبر الطفل عن نفسه بصورة غير مباشرة. هناك أيضاً أسلوب آخر للوصول إلى التعبير من خلال استخدام الأقنعة، إذ يضع الطفل القناع على وجهه ويتحدث مع شخص آخر أيضاً يضع القناع على وجهه إذ يعبر عن ذاته. من أساليب التعبير أيضاً أن يختبئ الطفل خلف دمية ويتحدث مع شخص آخر يختبئ أيضاً خلف دمية، فيعبر عن مشاعره وكأنه يتحدث بصورة مباشرة. يجب الملاحظة هنا بأن الشخص الآخر الذي يحدثه الطفل يجب أن يرتدي القناع أو يكون مختبئاً خلف الدمية أي يماثل حالة الطفل، وذلك حتى يشجع الطفل على الحديث والتعبير.

5- الموسيقى والرقص: قد تشكل الموسيقى والرقص والغناء أحياناً وسائل قوية لمساعدة الطفل على التعبير، ولا سيما إذا كانت الأغاني والألحان مألوفة وترتبط بذكرات سعيدة. كما تساعد الحركات في الرقص والإيقاعات على تخفيف التوتر، فهي تتقاطع مع العلاج الحركي، فتؤدي إلى الارتياح بعد نزع التوتر. مثل هذا النشاط الجماعي يدخل البهجة والسرور والشعور بالأمن على نفس الطفل وفي الوقت نفسه يساعد الطفل على التعبير عن مكنوناته من غير استخدام الكلمات أو الشعور بالإرباك والحرج.

6- المسرح: إحدى الوسائل المجدية في مساعدة الطفل على التعبير هي المسرح، فالمشاركة في التمثيل المسرحي يمكن أن يكون مفيداً، لأن الأطفال يمكن أن يبدعوا قصصاً خاصة بهم لتمثيلها أو أن يؤلفوا قصة تعبر عن شيء يهتمهم بصفة خاصة. كما يمكن في أثناء التمثيل استخدام الأقنعة لوضع مسافة بينهم وبين عواطف الشخصيات المسرحية. يمكن للأطفال على سبيل المثال تأليف قصة يستمدون أحداثها من تجاربهم الحياتية لتكون مادة مسرحية يتم تمثيلها، كما يمكن أن يجربوا ختم القصة بنهايات مختلفة، كأن تكون نهايات محزنة أو مفرحة أو مفتوحة. بعد الانتهاء من المسرحية يمكن للمرشد مناقشة الأحداث مع الأطفال كأن يُثار النقاش حول شعورهم تجاه القصة وتجاه نهايتها، وماذا لو كان مجرى القصة على نحو مختلف أو كانت نهايتها بصورة أخرى؟ يمكن استبدال تمثيل المسرحية بصورة شخصية مباشرة باستخدام الدمى التي لا تظهر الطفل وهو يتحدث، بل تظهر الدمى التي يتحكم بها. بهذا الأسلوب يمكن أن يتم تجنب الحرج الذي ينتج عن التعامل المباشر مع أشخاص حقيقيين لهم من المشاعر والعواطف ما يجب مراعاته واعتباره.

7- الكتابة عن التجارب: مثل هذا الأسلوب قد لا يكون عملياً مع الأطفال وذلك بسبب أنهم لا يستطيعون الكتابة، لذلك ربما يستعاض عن هذا الأسلوب بتشجيع الطفل على الحديث والكلام حول ما جرى معه من أحداث، ويفضل أن يكون هذا بصورة منفردة مع المرشد حتى يتشجع الطفل على الحديث والكلام حول تجاربه الماضية بلغة بسيطة، فالمهم إيصال الأفكار (رينشمان، 1999).

لغة الجسد ودورها بالتواصل Body Language

تعد لغة الجسد إحدى أهم الطرائق الفعالة التي يُتواصل من خلالها، ويعبر عن ذلك من خلال الوضعيات التي يتخذها الجسد عند التفاعل في المواقف المختلفة (الموري، 2007).

يمكن تعريف لغة الجسد بأنها مجموع الحركات والهيئات والوضعيات والإيماءات والنظرات والرموز والشعارات والإشارات الجسدية التي يتخذها الإنسان، إذ تعبر عن

أنماط سلوكية غير لفظية تحمل في طياتها دلالات ومضامين واستجابات على المثيرات المختلفة. كما يعرف ببيز (2008) لغة الجسد بأنها "انعكاس ظاهري لحالة الشخص العاطفية. ويمكن أن تكون كل إيماءة أو حركة أساساً قيماً لأحد المشاعر التي قد يكون الشخص يشعر بها في هذه اللحظة. مثال الشخص الذي يشعر بالخوف أو بأنه في موقف دفاعي قد يقوم بثني ذراعيه أمام صدره أو بوضع ساق فوق ساق أو الاثنين معاً (أي يقوم بالحركتين معاً) " (بيز، 2008، 11). ربما ترجع أهمية لغة الجسد بوصفها وسيلة تواصل لدى الأطفال إلى كونهم لا يجيدون كل أنواع الحديث، ومن ثمّ يلجؤون إلى التواصل عبر لغة الجسد مستخدمين إشارات التواصل الجسدية وحركاته، بل حتى الكبار كثيراً ما يأخذون وضعيات جسدية تعبر عن أحوالهم الداخلية، وهذا الأمر يكون حاضراً وفعالاً ضمن الأسرة والمدرسة واللعب، ومن ثمّ يمكن استخدامه بكفاية بالإرشاد المدرسي والصحة النفسية.

مهارات التواصل الجسدية الأساسية

Skills of Basic Physical Connection وتشمل المهارات الآتية:

1- التواصل البصري: Eye Contact: يمكن الاستفادة من التواصل البصري بشكل فعال في عملية التشخيص في الصحة النفسية والإرشاد، فالعين تعد أكثر الأعضاء أهمية في عملية التواصل وفي الوقت نفسه هي الأكثر حساسية وأكثرها جمعاً للمعلومات والمثيرات من المحيط الذي يحيط بالإنسان. من هنا تتميز العين بثناء التعبير مقارنة بباقي الأعضاء، فهي تعبر عن تنوع في الانفعالات والمشاعر والأفكار من خلال حركتها ولمعانها أو درجة اتساع حدقتها أو ضيقها أو انقباضها أو انبساطها أو حدة البصر وغيره. إن الشخص الذي يتحدث معك طالما يتابعك بعينه تشعر أنه متواصل معك ويصغي إليك، حتى إذا صرف نظره عنك شعرت أنه لا يصغي إليك وكما يُقال بالعامية "العين مغرفة الكلام". بناءً على أهمية العين في التواصل، فإنها تؤدي ست وظائف تواصلية هي:

1- تدل على درجات الاهتمام والانتباه والإثارة. 2- تؤثر في تغير الاتجاه والإقناع. 3- تنظيم التفاعل. 4- تعمل على توصيل الانفعالات. 5- تحدد قوة العلاقات ووضعها بين الأفراد. 6- تأخذ دوراً مركزياً في إدارة الصورة المنطبقة في الذهن (العاسمي، 2008).
كما أكد بيرن أن هناك ستة أنواع من النظرات ومكوناتها الانفعالية التي لوحظت بصورة متكررة في أثناء الجلسات العلاجية وهي:

❖ العيون الدامعة: وتعبر عن الحزن العميق.
❖ العيون الغائمة: تعبر عن الاكتئاب وتجاهل حاجات الفرد، وقد تترافق بتكثيرة الحواجب.

❖ العيون الحادة: وتعبر عن مزيج من الخوف والغضب وقد تظهر وقت الخطر. هذه النظرة تظهر عند المصابين بالفصام الاضطهادي الذين يتسمون بالشك.

❖ العيون الرامشة: يعد الرمش المتكرر علامة على الاضطراب الانفعالي وعدم القدرة على تقدير الأمور بصورة جيدة، وغالباً ما يرجع الرمش المتكرر إلى صدمة نفسية لدى الشخص مصحوبة بخوف من أن يطاله الأذى.

❖ العيون الغامزة: وتعبر عن المرح والصدقة أو التعاطف مع المرسل إليه، وهذه الغمزات لا تتسجم مع الموضوع المثار، فهي تعد شكلاً من أشكال خداع النفس أو الآخرين وقد تترافق مع ألفاظ تعبر عن عدم التزام تجاه الآخرين وتقادي أي علاقة معهم.
❖ العيون السارحة: تعبر عن الرغبة في اختصار الحديث أو الكف عنه.

لقد أثبتت الدراسات أن النظرات المتبادلة بين المرشد والمسترشد تكون فعالة عندما تكون هناك مسافة أكبر بينهما مع علاقة وثيقة. يجب الانتباه إلى أمر مهم وهو أن الشخص المستمع يرسل نظرات أكثر من الشخص المتحدث.

من الأمثلة التي تعبر عن لغة الجسد البصرية بين المرشد والمسترشد، عندما يراجع المرشد الطفل العدوانى الغيور حول الخطأ الذي ارتكبه في الاعتداء على أخيه الصغير يُلاحظ أن الطفل يُطرق عينيه خجلاً (ينظر إلى الأسفل) مما فعل، وهذا يعبر عن ندمه من سوء صنيعه. والأمثلة كثيرة يكفي فهم الماهية السابقة التي يقوم عليها التواصل

البصري حتى يُلاحظ هذه الأمثلة في المدرسة والحياة الواقعية ومن ثم الاستفادة منها في عملية التشخيص في الصحة النفسية.

2- الابتسام Smiling: هناك أشكال عدة من الابتسامات التي لها تفسيرات مختلفة، أي يمكن تفسيرها وتحليلها والاستفادة منها في فهم السلوك وتشخيصه في الصحة النفسية. ينضوي تحت أشكال الابتسام ما يأتي:

1- الابتسام البسيطة. 2- الابتسام العليا. 3- الابتسام العريضة المستطيلة.

يجب ملاحظة أمور عدة عند مراقبة الابتسامات لتعرف التدرج والتنوع فيها وهي:

1- درجة فتح العينين. 2- بريق النظرة. 3- إشارة أو إيماء الرأس. 4- نغمات الصوت. 5- حركات الجسم المختلفة المرافقة للابتسامات التي تحمل مدلولات متعددة (العاسمي، 2012).

إن الابتسام لدى المسترشد غالباً ما تكون تعبر عن مدلول ما قد لا يظهر بالحديث المباشر، وعلى المرشد أن يفهم لغة الابتسامات حتى يتمكن من تفسير ماهية الابتسامات، كما يجب الملاحظة أن الطفل لحداته سنة يصعب عليه استخدام الابتسامات بمدلولات عدة كما يفعل الراشد وغالباً تكون ابتسامته بريئة وصادقة.

3- إيماءات الرأس: Gestures of Head: من أهم الإشارات في لغة الجسد إيماء الرأس أو حركته، فهي تعبر عن مستوى من التقدير والدفع الانفعالي والثقة بين المرشد والمسترشد، كما أن هناك وضعيات عدة للرأس هي:

★ وضعية الرأس المرفوع الذي يعبر عن حالة حياد أو براءة مما ينسب له.

★ وضعية الرأس في حالة ميلان جانبي الذي يعبر عن حالة اهتمام بالمشير أو بالمتحدث.

★ وضعية الرأس في حالة انخفاض وتعبر عن موقف سلبي وعدم موافقة على ما تطرح.

★ وضعية تشبيك اليدين خلف الرأس التي تعبر عن حالة الثقة بالنفس أو السيطرة أو التفوق على كل شيء (بيز، 1997).

4- الحركات الجسدية: Physical Movements: تعبر حركات الجسد كحركة اليدين والرجلين والشفاه والأصابع وطريقة الوقوف والجلوس عن مشاعر وانفعالات وأفكار متعددة، ولها دلالاتها سواء لدى الراشدين أو الأطفال. لقد عد لاكروس (1975) إيماءات اليدين وانحناء الجذع للأمام يمكن إدراكها من قبل الآخر على أنها استجابة احترام وتعاطف. في حين وضع الذراعين بشكل متقاطع فوق الصدر يعبر عن برودة في العواطف وقلة تعاطف (العاسمي، 2012). يضاف إلى هذا أن الذراعين المفتوحين يدلان على الصدق والأمانة، كما أن فرك راحتي اليدين ببعضهما لدى الطفل أو الراشد يعبر عن الحماس والرغبة في عمل شيء ما، كأن تكون لعبة شد الحبل مثلاً. كما أن وضع اليد براحة اليد الأخرى خلف الظهر يعبر عن ثقة بالنفس وتقوى، في حين وضع اليدين على الفم بالنسبة إلى الطفل تعبر عن أنه يكذب، كما أن وضع اليد على الخد تعبر عن حالة سأم، أيضاً ترمز وضعية الذراعين المتصالبتين المطويتين أمام الصدر "الاستناد" لدى الطفل عن احترام وحذر وسط موقف رسمي وغريب، كما هو الحال عند زيارة شخص غريب الأسرة أو في غرفة الصف. عند وضع الشخص يديه على خصره فاتحاً رجليه، فهذا يعبر عن أنه يريد أن يظهر نفسه بأنه أكبر حجماً وتهديداً، وغالباً هنا ما يبرز الجبين إلى الأمام لإظهار التحدي والفم يكون مفتوحاً بشكل واسع فتظهر الأسنان وكأنه في وضعية هجوم (بيز، 1997). هناك الكثير من الأمثلة على حركات المسترشد التي لها مدلولات سلوكية مهمة ويجب على المرشد الانتباه لها لفهم سلوك المسترشد وشخصيته.

5- المسافة الشخصية: Personal Distance: تؤثر المسافة بين المرشد والمسترشد وكذلك بين الطالب والمدرس في التواصل، وهذه المسافة لها مدلولاتها في الصحة النفسية، فهناك مسافة ارتياح في التواصل بين المرشد والمسترشد، وهذه المسافة تخضع للاعتبارات الثقافية والحضارية والبيئية. قد تقل المسافة بين المرشد والمسترشد حتى تصل إلى الملامسة كأن يضع المرشد يده على كتف المسترشد أو رأسه، وربما يشجع للمس البسيط المسترشد على التفاعل مع العملية الإرشادية، في حين المبالغة في للمس قد تجعل المرشد أقل كفاءة وجدارة (العاسمي، 2012). بالعموم هناك تحديد لمدى المسافة

أو المنطقة بين المرشد والمسترشد إذ كل مسافة يمكن أن يطلق عليها منطقة ما كما يأتي:

- 1- المنطقة الحميمة بين (15-46 سم).
- 2- المنطقة الشخصية بين (47 سم-1.22م).
- 3- المنطقة الاجتماعية بين (1.23م-3.6 م).
- 4- المنطقة العامة فوق (3.6 م) (بيز، 1997).

تعد المنطقة الثانية أي المنطقة الشخصية هي المنطقة الأفضل بين المرشد والمسترشد، وهي شائعة الاستخدام في العملية الإرشادية وفي الصحة النفسية.

6- النغمة الصوتية: Vocal Tone: تعكس نغمة الصوت طبيعة العلاقة بين المرشد والمسترشد، فنغمة الصوت الدافئة تدل على العلاقة الإيجابية التي يسودها الدعابة والتفاهم واهتمام المرشد بالسماع للمسترشد. من هنا يعد العلماء أن طبقة الصوت وحجمه ومعدل الحديث قادرة على أن تتقل كثيراً من الانفعالات والمشاعر والأفكار التي يحملها المرشد للمسترشد أو العكس. لقد أثبت سكيرر (1986) أن استخدام المفاتيح أو العلامات شبه الصوتية يمكن أن تتقل الرسائل المتضمنة إلى المستويات العالية من الثقة أو المنخفضة منها. فالصوت العالي نسبياً الخشن مع الإيقاع السريع ينقل مستوى عالياً من الثقة بالنفس، في حين الصوت الناعم الهادئ مع النبرة المنخفضة والإيقاع البطيء وبعض الترددات ينقل مستوى أكثر انخفاضاً من الثقة بالنفس. وهذا يؤثر بصورة مباشرة في الصحة النفسية.

7- الصمت: Silence: تساعد عملية الصمت على التواصل الجيد في العملية الإرشادية وفي الصحة النفسية بالرغم من التناقض الظاهري بين مظهرها ووظيفتها، فالمرشد الحذق يمكن أن يستثمر الصمت على نحو مفيد في العملية الإرشادية. هنا على المرشد أن يمتلك الخبرة على التمييز بين أنواع الصمت ودلالاته في الصحة النفسية، وهي صمت يدل على:

عدم التعاون، عدم الثقة، الإرهاق، جهل الأسئلة، تحدٍ له (للمرشد) ولقدراته على المساعدة، عدم القدرة على ترتيب الأفكار، اقتحام موضوع من الذاكرة مجرى حديثه الحالي وهو في حيرة أيسّتم أم يتكلم في الموضوع الطارئ؟

عموماً يمكن القول: إن الصمت مهم في أثناء الحديث، فطالما أن هناك طرفاً من الأطراف يتحدث يجب على الطرف الثاني أن يصمت، بل أن يصغي لما يقوله الطرف الآخر. لكن هذه الصمت ليس الصمت الذي يعيق التواصل، بل الصمت الذي يكون في فترة الانتقال من جزء إلى جزء آخر من الحديث. في حال كان الصمت صمتاً سلبياً أي لا يخدم عملية التواصل الجيد، فعلى المرشد أو المدرس هنا أن يفهم ماهية هذا الصمت ودوافعه كأن يصمت المسترشد خجلاً من البحث في موضوع معين، هنا يجب على المرشد - مثلاً - أن يؤجل تناول هذا الموضوع حتى تتعمق العلاقة والثقة مع المسترشد، ويزول خجل المسترشد أمام المرشد في طرح هذا الموضوع (كفاي، 1999).

صعوبات التواصل لدى المسترشد Difficulties of Connection

من الطبيعي أن يكون هناك صعوبة بالنسبة إلى المسترشد عند الحديث أمام المرشد في بداية الأمر وأمام الغرياء عموماً، ولا سيما إذا كان المسترشد طفلاً أو فتاة والمرشد ذكر أو العكس، فبعض الصمت خلال المقابلة الإرشادية يعد أمراً طبيعياً وعلى المرشد تقبله. لكن ما يجب الوقوف عنده هو الصمت الذي يلزم المسترشد في العملية الإرشادية ويحجب حالة التواصل بين المرشد والمسترشد.

معيقات التواصل لدى المسترشد وهي:

1- عدم تشجيع التواصل من قبل المرشد: لا بد حتى يتكلم المسترشد ويكون فعالاً في العملية الإرشادية من تشجيعه وتقديم الدعم المادي والمعنوي له، ويتمثل الدعم المادي من خلال إعطاء المسترشد إذا كان طفلاً في بداية اللقاء قطع الحلوى أو السكاكر أو هدايا أو الألعاب أو إدخاله إلى غرفة الألعاب بدل الانتظار خارج حجرة الإرشاد وغيرها من المحفزات المادية التي تؤصل لعلاقة وثيقة بين المرشد والمسترشد. أما الدعم المعنوي فيتجلى بالثناء والمدح على المسترشد ووضع النجوم على دفتره عند كل إنجاز وإن كان

الإنجاز صغيراً، وأن يُشجع ويعزز عند القيام بالسلوك المرغوب. مثل هذا الدعم للمسترشد يزيد من ثقته بنفسه، ومن ثمّ من التفاعل في العملية الإرشادية.

2- وجود مشكلة لدى المسترشّد: قد يعاني المسترشّد من مشكلة تمنعه من الكلام والحديث، كأن يكون أصمّاً لا يسمع أو لديه مشكلة في النطق كالجلجة أو التأتأة أو لثغة في بعض الحروف أو أنه يعاني من تأخر في النمو اللغوي أو النمو العام، كما قد توجد لديه صعوبة في التكلم باللهجة المستخدمة معه في أثناء العملية الإرشادية.

3- ردود الفعل الانفعالية: قد يكون لدى المسترشّد ردود فعل عاطفية أو انفعالية تعيق التواصل مثل نوبات من البكاء أو الصراخ أو الغضب أو الخوف، فعندما يأتي المرشد لمقابلة المسترشّد قد تظهر هذه النوبات. من هنا يقع على عاتق المرشد أن يلفظ الجو شيئاً فشيئاً حتى يستطيع الدخول إلى عالم المسترشّد من بوابة الثقة بينهما والأمن الذي يوفره المرشد للمسترشّد. يمكن للمرشد هنا أن يستخدم القصص والدمى والأقنعة والرسوم ليتمكن من الدخول إلى عالم المسترشّد إن كان طفلاً مثلاً.

4- صعوبة الحديث مع الكبار: قد يعاني الطفل المسترشّد من صعوبة الحديث مع الكبار عموماً، وهذا الأمر ينطبق على المرشد عند البدء بالعملية الإرشادية، وهذا يستدعي العمل على كسر هذا الإحجام لدى الطفل، كأن يُشرك الطفل في اللعب الجماعي مع الأطفال ويشارك المرشد في الوقت نفسه في هذه اللعبة الجماعية، فيحدث تفاعل بين المرشد والمسترشّد ليكسر الحاجز بينهما.

5- الشك وانعدام الثقة: كثيراً ما يكون سبب ضعف التواصل هو حالة الشك وانعدام الثقة التي توجد لدى المسترشّد تجاه المرشد أو بين المعلم والتلميذ، ومن ثمّ يكون على المرشد بناء جسور الثقة والمودة بينه وبين المسترشّد، لكي يساعد المسترشّد على الحديث والتفاعل في العملية الإرشادية. كما يمكن للمرشد دمج الطفل المسترشّد ضمن مجموعة اللعب إذ يُكلف بواجبات أو أدوار ضمن الجماعة وهذا ما يعزز الثقة لديه (ريتشمان، 1999).

6- الغياب عن الأم والبيت: قد يسهم شعور الطفل في البعد عن الأم والبيت في خلق حالة من الانعزال والانزواء لدى الطفل، وهذا يصعب من عملية التواصل في العملية

الإرشادية، عند هذا يكون على المرشد مساعدة المسترشد للخروج من عزله بالأساليب الإرشادية المختلفة كالقصص والدمى والأفئعة والرسوم والألعاب الجماعية...إلخ.

7- **وافد أجنبي:** قد يكون الطفل المسترشد وافداً أجنبياً لا يجيد اللغة التي يتكلم بها المرشد، وكذلك المحيط من حوله، مثال ذلك أطفال العرب في أوروبا أو أمريكا. الأمر الذي يجعل التواصل بين المسترشد والآخرين بما فيهم المرشد صعباً، وهذا يستدعي تدريب المسترشد على اللغة ليتمكن من التواصل وتحقيق التوافق الاجتماعي.

الاتصال الخاطئ لدى الأسرة المولدة للاضطراب

إذا فشلت الأسرة في بناء تواصل إيجابي بين أفرادها، فإنها تصبح تربة خصبة لنشوء الاضطرابات النفسية لديها، لذلك سيُتناول أهم تفاعلات الاتصال اللاسوية في الأسرة وهي:

1- **المناخ الوجداني اللاسوي في الأسرة Abnormal Affective Climate:** يرى أكرمان Ackerman بأن الجو الأسري الذي يفشل في تعليم أفراد الأسرة كيف يمارسون العلاقات فيما بينهم بصورة متوازنة، فهناك حالة من التناقض بين المظهر والجوهر، إذ تبدو الأسرة تعيش في استقرار وثبات، والحقيقة غير ذلك فهي تعاني من نوع من الموت الوجداني الذي يصبغ العلاقات والتفاعلات بصبغة اكتئابية، وذلك لأن الهدوء الظاهر مصطنع، وما أن تحدث أي موجة انفعالية لسبب بسيط في الأسرة حتى تمزق هذا الهدوء المزيف. وبعد ذلك يعود الهدوء المزيف إلى الأسرة دون أي تغيير في أسلوب حياة الأسرة ومع حالة من الإنكار لما جرى، عندها يتحول المنزل إلى مكان موحش خالٍ من العلاقات الإنسانية السوية وتسوده قيم التفاني الكاذبة والتضحية الجوفاء ومشاعر الأخوة المصطنعة. هذه الأسرة يعاني أفرادها من القلق والذنب والكآبة وتسري العداء بين أفرادها بسرعة ولأنه الأسباب، وهذا معبر عن حالة لا سوية تدل على صحة نفسية سيئة للأسرة ككل. إن الخوف الذي يسري بين أفراد الأسرة يدفعهم لاختيار كبش فداء، وذلك للمحافظة على الأسرة. كما أن الدافع الجنسي لدى هذه الأسرة يرتبط بالدافع العدوانية، ويواجه الدافع الكبت. هنا يسقط الفرد مشاعره الإيجابية على العالم الخارجي فيجده

عالمًا قاسيًا. الأمر الذي يدفع أفراد الأسرة إلى تأكيد مبادئ الولاء المتبادل بينهم ليواجهوا هذا العالم المعادي.

2- الرابطة المزدوجة Double Bind: يرى باتسون وآخرون Bateson, et al. أن الرابطة المزدوجة هي إحدى صور الاتصال الخاطئة في الأسرة إذ يتعرض الطفل في الأسرة مضطربة الاتصال إلى رسائل متناقضة من الوالدين، الأولى أفعال والثانية لا تفعل. كثيراً ما تقع الأم في شرك الرسائل المتناقضة، مثال هذين المطلبين من الأم للطفل:

★ مطلب غير صريح وغير لفظي وغير مباشر، ولكنه مستوحى من عاطفة الأم، وهو أن يبقى الطفل ضعيفاً مطيعاً مرتبطاً بها.

★ مطلب صريح ولفظي ومباشر إذ تطلب الأم من ابنها أن يكون ناضجاً ومستقلاً ومتحملاً للمسؤولية غير خاضع لأحد (كفاي، 1997).

وقد يهرب الطفل من الرسائل المتعارضة من خلال الاستعارة الأدبية واللعب على المعاني. تتميز الاتصالات بالأسرة صاحبة الرابطة المزدوجة بنوع من العلاقات تحكمها البنية الآتية:

- **الأم:** لديها مشاعر سلبية نحو طفلها وهي تتكرر لهذه المشاعر وتظهر حبها لطفلها بصورة مبالغ بها، وعندما تشعر بالعاطفة الحميمة تجاه طفلها تشعر بالقلق والتهديد، فتعتمد إلى الانسحاب بعيداً عنه ثم تتكرر ذلك وتعود إلى طفلها ثم تتسحب، وهذا ما يحير الطفل.

- **الأب:** يغلب عليه الضعف وحضوره ضعيف الأثر، وهذا يعزز ظهور الرابطة المزدوجة التي تقتلها الأم.

- **الطفل:** يمثل الضحية لحالة الرابطة المزدوجة وعليه أن يحدد موقفه من أمه وعاطفتها المتذبذبة نحوه بين الإقبال والانسحاب، فإذا أدرك أن عاطفة الأم ليست صادقة وابتعد عنها، فإن الأم ستلجأ إلى عقابه على جوده وتكره لها. هنا يمكن الملاحظة بأن الطفل بحالة الرابطة المزدوجة سيعاقب في كل الحالات إن أقبل على الأم وبادلها الحب سيثير قلقها وتتسحب عنه، وإذا جافاها سيعاقب على الجود والكران من قبل الأم. كما أن الأم

بحالة الرابطة المزدوجة تعد نفسها المصدر الوحيد للعاطفة بالنسبة إلى الطفل وليس له أن يرتبط بأحد سواها. يرى باتسون أنه عندما يتعرض التواصل بين الأم والطفل للتشويه أو التدمير هنا يقع الطفل فريسة للاضطراب النفسي، فتعطل صحته النفسية.

3- فجاجة الوالدين (عدم النضج) Parent's Immaturity: يشير بوين Bowen

في سياق حديثه عن المثلثات Triangles وعن العلاقة الثلاثية غير السوية بين الأب والأم والطفل في الأسرة غير الناضجة أو غير المتميزة، بأن العلاقة بين الطفل المضطرب وأمه تؤدي دوراً حاسماً في نشوء الاضطراب، كما أن اضطراب شخص في الأسرة هو دليل على اعتلال الأسرة كاملة، لأنها تشكل -بنظر بوين- كائناً عضوياً واحداً. لقد رأى بوين أن نسبة الفجاجة النفسية أو عدم النضج النفسي عند الآباء تتركز عند أحد الأبناء أكثر من أخوته والديه، وهذا يعني أنه سيحمل درجة من عدم السواء تزيد عن درجة أفراد الأسرة، فإذا انتقلت الفجاجة عبر الأجيال فإنها تنمي الأعراض الاضطرابية بصورة جلية لدى أحد الأبناء. هنا يحدد بوين ثلاثة أجيال بالحد الأدنى لظهور اضطراب الفجاجة أو عدم النضج النفسي لدى أحد الأبناء، فالأجداد يكون لديهم نضج نسبي، ولكن درجة الفجاجة المشتركة بينهما تنتقل إلى أحد الأبناء، وغالباً ما يكون الأكثر ارتباطاً بالأم إذ إنه استجاب لرغبة الأم بهذا الارتباط الشديد (ارتباط تكافلي). في حال أن هذا الابن تزوج بزوجة تحمل مواصفات الفجاجة نفسها التي لديه، فمن الراجح أن ينجبوا طفلاً من أولادهما لديه درجة فجاجة عالية أي قد أصيب بالاضطراب وأصبح ضحية الأسرة المضطربة. تتسم علاقة هذين الزوجين بالبرود، وهي أقرب إلى التنافسية العدائية، ورغم الفجاجة أو عدم النضج لديهما يدعيان التوافق الزوجي ولاسيما الزوجة، فأحياناً يعترف الزوج بعدم التوافق. وتأخذ الزوجة هنا دور المسيطر في حين يأخذ الزوج دور الخنوع، ويحدث تباعد بين الزوجين يطلق عليه بوين الطلاق العاطفي Emotional Divorce الذي يمثل صورة من صور اضطراب الاتصال في الأسرة. إن الأم تنتظر نفسها لتضع طفلاً، ثم إذا وضعت تركز مشاعرها عليه لتكرس مشاعر الطلاق العاطفي مع الزوج. هذه الأم تتصف بالقلق والهـم والتمركز الشديد حول الطفل المضطرب وعدم التوافق الزوجي والأسري. ويظهر المثلث غير السوي المتمثل بالأم والأب والابن

المضطرب، ويكون أفراد الأسرة بمعزل نسبياً عن هذا المثلث السيئ. يمكن وصف أضلاع المثلث غير السوي بالآتي:

★ الأم: قاصرة عاجزة عن تحقيق التوافق وتعتمد إلى السيطرة على ابنها وتبالغ في حمايته ولا وجود عاطفي لزوجها في حياتها.

★ الطفل المضطرب: ضعيف الشخصية ومسلوب الإرادة من قبل الأم التي تسيطر عليه.

★ الأب: هامشي ليس له قيمة وشأن في حياة ابنه المضطرب، وهذا يعزز ارتباط الطفل بالأم وتابعيته لها.

في سن المراهقة يصبح المراهق المضطرب عاجزاً عن التوافق، في الوقت نفسه لا يستطيع التحرر من سيطرة أمه لأنه سيواجه العالم الخارجي بـ"أنا" ضعيفة، وهذا مؤثر على حلول الاضطراب لديه. كما أن تمزق الارتباطات التكافلية مع الأم لأي سبب كان سيؤدي إلى انفجار الاضطراب النفسي لديه بكل أعراضه، ويتحدد شكل الاضطراب بحسب الظروف المحيطة، فقد تنمو لديه شخصية عصابية أو تظهر أعراض سيكوسوماتية (نفسية جسمية) أو أعراض هستيرية. يعتقد بوين أن اتخاذ الأب موقفاً فاعلاً وإيجابياً من خلال تشجيع الابن على الاستقلالية، وكذلك إنهاء الطلاق العاطفي مع الزوجة قد يسهم في حالة البراء من الاضطراب لدى الابن.

يرى ولمان Wolman أن الزوجين المهينين للاضطراب عند الزواج يبحث كل منهما في صاحبه أن يكون والداً عطوفاً ليعوض الذي افتقده في أسرته الأصلية، عندما لا يوفق الزوجان إلى ذلك يصابان بخيبة الأمل والإحباط، لأن فاقد الشيء لا يعطيه. إن هذا الشعور من خيبة الأمل والإحباط لدى الزوجين يشكل البيئة المهيئة لنشوء الاضطراب لدى الطفل، فالأم تحيط الطفل بحماية زائدة وتضعه تحت الملاحظة والسيطرة دون أن يمارس أبسط درجات الاستقلالية، وكلما بذل الطفل ليرضي والديه طلباً منه المزيد، فتتشأ لديه اعتمادية زائدة ومولدة للاضطراب.

كما يشير ليدز Lidz إلى أن فشل الزوجين من الناحية العاطفية في بناء أسرة نووية Nuclear Family، إذ يكون أحد الزوجين أو كلاهما مرتبطاً بأسرته الأصلية بطريقة طفلية، الأمر الذي يهيئ لنشوء الاضطراب النفسي لدى الطفل.

4- اضطراب عملية الاتصال اللغوي Lingual Communication: تعد اللغة

الأداة الرئيسية في التواصل، فيها يعبر الشخص عن رغباته وآرائه ويتفاعل بها مع الآخرين، هذه اللغة التي تترادف مع الصحة النفسية للفرد يتعلمها الطفل من أسرته، فكثيراً ما تُستخدم اللغة في الأسرة بطريقة أقرب إلى عدم السواء كالمبالغة في التهويل والتهوين في الوصف لإشباع حاجات معينة أو استخدام اللغة وسيلة للتهرب من المواقف أو للتعبير عن عدوان غير مباشر تجاه الآخرين أو الذات. ربما استُخدمت اللغة بصورة خيالية تتباعد عن الواقع وتجنب الصواب. لا بد من الإشارة هنا أن الدافع في استخدام اللغة بطريقة أو بأسلوب ما لدى الكبار ليس عينه لدى الأطفال، وربما كانت أساليب الكبار معتلة، والأطفال سيتعلمون هذه الأساليب من الكبار عاجلاً أم آجلاً. إن تعلم الطفل هذه الأساليب اللغوية غير السوية يكون وسيلة لاحقاً للتعبير عن الحاجات العصبية في المواقف التي تواجهه، وبذلك تكون صورة السلوك المضطرب لدى الطفل قد اتضحت. بالسياق نفسه يرى ليدز Lidz أن تعليم اللغة للطفل من قبل الأسرة يعكس أسلوب تنشئة الأسرة في حالة السواء أو اللاسواء. من هنا تكلم ليدز عن الضعف والمحدودية اللغوية لدى الطفل التي تكون مقدمة للانسحابية المعبرة عن الاضطراب ولا سيما الفصامية منها، كما أشار إلى كيف يتعلم الطفل تشويه المعاني من والديه، ويصبح ذلك نمطاً سلوكياً معتاداً لديه.

أنماط أخرى من الاتصال الخاطئ في الأسرة

ثمة نمطان آخران من الاتصال الخاطئ في الأسرة كما يرى ميرغاترويد وولف Murgatroyed & Woolfe الأول اسمه "أنا أولاً" Me First والثاني اسمه نمط "عدم الاستماع" Unhearing. يدل نمط "أنا أولاً" إلى تفضيل عضو من الأسرة مصلحته على مصالح أفراد الأسرة الآخرين، علماً بأن الأسرة وحدة يربط بينها الدم والقربى أولاً ثم المصالح وليس العكس، حتى المصالح والأهداف في الأسر السوية تكون مشتركة

ومتقاطعة أكثر من أن تكون متعارضة، وهذا لا يتنافى مع الاستقلالية والخصوصية والأهداف الخاصة التي يسعى إليها الفرد. عندما تتعارض المصالح الفردية مع أفراد الأسرة، فإن الأسرة السوية تحل الموضوع بالحكمة والانصاف وتقدم مصلحة الجماعة على مصلحة الفرد، أما في الأسر اللاسوية المضطربة فقد يحقق فرد قوي مصلحته على حساب المجموع ضارباً مصلحة الجماعة عرض الحائط، فيحقق توافقه وأمنه على حساب الآخرين، وهذا مؤشر على أنماط اتصال لا سوية بين أفراد الأسرة، وهذا يجعلها تربة خصبة لنشوء الاضطرابات لدى أفرادها. بما يخص نمط "عدم الاستماع" وقد يسمى أيضاً عدم الاتصال إذ يُعامل أحد أفراد الأسرة بتجاهل أو بسوء فهم بصورة متكررة. هذا الفرد محل التجاهل يفشل في إيصال رسائله من الأفكار والمشاعر والحاجات والمطالب إلى الوالدين وأفراد الأسرة. ويبدو أن الأسرة لا تريد الإصغاء له والتجاوب معه، مثال ذلك الطالب الذي يريد أن يفاضل في الجامعة على فرع والوالدان يرفضان المفاضلة على ذلك الفرع، بل إنهما يرفضان مناقشة ابنهما في الموضوع، وكأن الأمر كان مقضياً مفعولاً ولا مجال للخوض به البتة. مثل هذا النمط "عدم الاستماع" يولد حالة التهيئة للاضطرابات النفسية لدى الفرد محل التجاهل أو سوء الفهم.



الفصل الثامن

الأسرة والصحة النفسية

مقدمة

إن الحديث عن الأسرة يعني الحديث عن الخلية الاجتماعية الأولى والأهم إذا ما قورنت بالمؤسسات الاجتماعية، فالطفل عندما يذهب إلى الروضة أو المدرسة يحمل معه مجموعة من القيم والعادات والتقاليد والأخلاق والسمات الجسدية والشخصية، كل هذا العتاد قد زودته به الأسرة التي ولد وأبصر النور ودرج فيها وتعلم منها كثيراً سيبقى في شخصيته وخبراته حتى بعد رشده. سيبقى معه كيف كانت المعاملة في الأسرة، وكيف كانت العلاقة بين الوالدين من طرف وبين الوالدين والأخوة من طرف آخر وبين الأخوة أنفسهم من طرف ثالث، ومن كان الأكثر حناناً الأم أم الأب، ومن كان الأكثر حناناً من الأخوة، وما الذي كان مسموحاً أو ممنوعاً، وكيف كان مستوى المعيشة، وهل الطلبات كانت تُلبي أم يغض الطرف عنها لضيق ذات اليد. كل هذه الأشياء وأكثر ستبقى محفورة بالذاكرة. وإن دل هذا على شيء إنما يدل على عظيم شأن الأسرة في بناء شخصية الشخص بما فيها من حالة سواء أو لا سواء، فالأسرة إما أن تكون مولدة للشخصية السوية أو مولدة للشخصية اللاسوية.

تعريف الأسرة

لا بد بداية من تعريف الأسرة، ويجب قبل تعريفها اصطلاحاً تعريفها لغة، لقد جاء في معجم لسان العرب لابن منظور "أن الأسرة مأخوذة من الأسر: وهو القوة والحبس، وفي مادة أسر تأتي الأسرة وهي الدرع الحصينة، وتأتي بمعنى الحبل والقيد الذي يُشد به الأسير، وأسرة الرجل هي عشيرته ورهطه الأذنون لأنه يتقوى بهم، والأسرة هي عشيرة الرجل وأهل بيته" (ابن منظور، 1416هـ، 63، مادة أسر). إن للأسرة اصطلاحاً تعريفات عدة منها:

تعريف ساتير Satir للأسرة على "أنها مجموعة مكونة من شخصين بالغين يعيشان تحت السقف نفسه، ويمارسان علاقات جنسية مشروعة اجتماعياً، ومثل هذه الجماعة

ترتبط بوظائف تتدعم بالمبادلة" (Satir, 1982, 32). ويعرفها دومينييك Dominique بأنها "مجموعة من الأفراد (أب، أم، ولد) يرتبط بعضها ببعض في نسق من الروابط، أي يكون لكل واحد حقوق وواجبات عليه القيام بها" (Picard, 1998, 69). كما يعرفها روتر Rutter 1981 بأنها "وحدة اجتماعية ضرورية لصحة الفرد وسلامة المجتمع" (مرسي، 1995، 39). وعرفها بوغاردوس Bogardus بأنها جماعة اجتماعية تتكون من الأب والأم وواحد أو أكثر من الأبناء، يتبادلون الحب ويتقاسمون المسؤولية وتقوم الأسرة هذه بتربية الأطفال حتى تمكنهم من القيام بواجباتهم وضبطهم ليصبحوا أشخاصاً يتصرفون بطريقة اجتماعية" (العمرو، 2007، 12). كما يعرفها حجازي "الأسرة هي مؤسسة اجتماعية تمثل جماعة نظامية بيولوجية اجتماعية تتكون من زوجين وأبنائهما، وتقوم على دعمتين، الأولى بيولوجية تتمثل في علاقات الزواج وعلاقات الدم بين الوالدين والأبناء وسلالة القرابة، والثانية دينية اجتماعية ثقافية (إذ يقوم الرباط الزواجي تبعاً لتعاليم الشريعة، ويتم الاعتراف الاجتماعي بها، كما تتحدد أشكالها ونماذجها تبعاً للثقافة الاجتماعية)" (حجازي، 2011، 14). هناك من يعرف الأسرة بأنها الجماعة الأولية التي ينشأ فيها الفرد نتيجة الزواج أو التبني أو صلة الدم، وتكون المسؤولية الأولى لهذه الجماعة هي التنشئة الاجتماعية الأولى وتشغل الأسرة عادة مسكناً واحداً. وعُرفت أيضاً بأنها نسق اجتماعي إنساني يتكون من مجموعة من التفاعلات بين أب وأم وأطفال.

في سياق هذا الكتاب يقدم المؤلف (العمار) تعريفاً للأسرة: الأسرة هي مجموعة اجتماعية صغيرة تشكل نواة المجتمع وقد بُنيت على أسس ومعايير اجتماعية وقانونية يقرها المجتمع، وبعلاقة معاشرة مشروعة بين الزوجين ينتج عنها الأولاد والذرية، وقد تكون هذه المجموعة زوجين فقط من دون أولاد أو من دون أحد الزوجين أو من دونهما معاً نتيجة الوفاة أو الطلاق أو الهجر، ويقوم الوالدان في الأسرة على رعاية الأولاد من كل الجوانب الجسدية والصحية والاجتماعية والاقتصادية والأخلاقية والعلمية.

وظائف الأسرة

يجب التعرف إلى وظائف الأسرة ليتسنى تحديد الخلل من وجهة نظر الصحة النفسية، يظهر من خلال البناء الاجتماعي التقليدي الدور الأساسي للأسرة في المجتمعات التقليدية إذ تقوم الأسرة بوظائف أساسية وهي:

1- تنظيم الممارسات الجنسية بين أفراد المجتمع: وهي عملية تنظيم ممارسة الجنس فلا يمكن للمجتمع أن يترك لأفراده ممارسة الجنس مع من يريدون وبأي وقت وخروجاً عن المعايير الاجتماعية التي رسمها المجتمع وتشكل واحدة من معايير الصحة النفسية، بل ضبط المجتمع ممارسة الجنس ضمن العلاقة الزوجية المشروعة التي يقرها المجتمع مستنداً إلى الدين الذي يحرم علاقة السفاح والإباحية وفي هذا المعيار الخير الكثير الذي يحمي المجتمع من الانحراف والانجراف إلى الأمراض المستعصية. ولعل مرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز) هو دليل على نجاعة هذا الاتجاه، وهو ليس الدليل الوحيد بل هناك أمراض أخرى تشكل أدلة أخرى، فالزنا فاحشة "ولا تقرّبوا الزنى إنه كان فاحشةً وساء سبيلاً" (القرآن الكريم، الإسراء، آية 32).

2- إنجاب الأطفال: يقع على عاتق الأسرة إنجاب الأطفال وهي الوظيفة الأساسية، وذلك لكي يستمر النوع البشري، فلولا الزواج والإنجاب لذهبت الذرية وهلك النسل وانتهت البشرية، وبهذا تعوض الأسرة الناس الذين ماتوا أو هاجروا من مجتمعهم فيبقى المجتمع يسلم جيلاً إلى جيل آخر وهكذا دواليك.

3- المحافظة على أفراد الأسرة: هنا تقوم الأسرة بتوفير سبل الحياة الكريمة لأفرادها، فتضمن لهم الموارد المالية التي تؤمن لهم المعيشة والنفقات الواجبة، ويقع هذا على عاتق رب الأسرة الذي يعد هو المُلزم بالنفقة على الأسرة. كما يجب على الوالدين المحافظة على السلامة الصحية والجسدية للأولاد، وعدم تعريضهم للخطر أو ابتزاز الزوج الآخر في حال الخلافات الزوجية من خلال الأولاد.

4- المكانة الاجتماعية لأفراد الأسرة: من وظائف الأسرة الأساسية منح المكانة لأفرادها، وإشعارهم بالانتماء الأسري والنفسي والاجتماعي والجغرافي. هذا الأمر يميز أطفال

اللقطاء والأطفال في دور الأيتام من الأطفال الذين ينتمون إلى أسر حقيقية، فالأطفال اللقطاء والأطفال في دور الأيتام تتولد لديهم صعوبات فيما يخص الانتماء ولديهم اضطرابات نفسية تؤدي الصحة النفسية، وهذا ما تثبتته الأدبيات النفسية، لأنهم يفتقدون إلى المكانة التي تمنحها الأسرة لأفرادها. في حين يتمتع الأطفال في الأسر بالمكانة الصحيحة (السدحان وآخرون، 2005)، وهذا ينطبق على المراهق والشاب والكبار وعلى الجنسين، وهذا يساعد على التوافق والصحة النفسية.

5- تنشئة الأولاد: وتقوم التنشئة الاجتماعية بإكساب الطفل اللغة المعبرة عن التواصل مع الآخرين وعادات المجتمع وتدريبهم على الأدوار المناطة بهم بما يتناسب مع جنسهم، كذلك تعليمهم المهارات الاجتماعية السائدة في المجتمع وثقافة المجتمع ومعتقداته وقيمه وأفكاره (رفيقة، من دون تاريخ). إن التنشئة الصالحة للأولاد هي اللبنة الأولى لتربية مجتمع صالح يعرف كل من فيه واجباته وحقوقه أي ما له وما عليه. إن التنشئة الأسرية أصبحت أعقد وأصعب من قبل بسبب التقدم التكنولوجي وتعدد مصادر التأثير في الطفل كالتلفاز والشابكة (الإنترنت) والألعاب الإلكترونية والحاسوب والجوال ووسائل التواصل الاجتماعي ووسائل الترفيه الحديثة... إلخ، لقد سادت اليوم ثقافة التكنو (أي التقدم التكنولوجي وفق الأمور المذكورة سابقاً) حتى أنها طغت في كثير من الأحيان على دور الوالدين ولا سيما عند غيابهما لفترات طويلة عن البيت، لذلك يجب الانتباه لهذا الجانب، فقد نشأت اضطرابات نفسية مرتبطة بثقافة التكنو تؤدي الصحة النفسية كإدمان الشابكة (الإنترنت).

6- الإشباع العاطفي: يجب على الأسرة أن تغمر الطفل بالعاطفة الصادقة وليس المصطنعة وتعلمه الحب والحنان وأن يعطف على الصغير ويوقر الكبير ويرتبط بوالديه وأخوته وأسرته عامة بالرحمة والحب والتعاطف معهم من غير حسد أو تباغض، وأن يحب الناس ولا يكره لهم الخير. يجب أن تعلم الأسرة الطفل كيف يتعامل مع الغضب والقدرة على ضبط النفس، وكذلك كيف يشعر بالرضا، وكيف ومتى يفرح، وكيف ومتى يحزن، وكيف يعبر عن نفسه ومشاعره. الغاية من ذلك هو الوصول إلى النضج العاطفي الذي يعد مؤشراً للصحة النفسية، فالأشخاص الذين يعانون من ضعف النضج العاطفي

هم تربة خصبة لنشوء الاضطرابات النفسية والانفعالية، وليس لديهم القدرة على ضبط انفعالاتهم أي لا توازن انفعالياً لديهم.

7- الضبط الاجتماعي: وهي تعليم الطفل التزام المعايير الاجتماعية والقيم الأخلاقية والسلوك المحمود (المعيار الاجتماعي في الصحة النفسية) وعدم الخروج عن هذه المعايير لأن تقييم الشخص يكون ضمن هذه المعايير والقيم، فالضبط الاجتماعي مثلاً يعلم الطفل كيف يضبط نفسه عند التوتر والغضب، وهنا للأسرة دور كبير في صياغة ردة فعل الطفل، فالأسرة الغاضبة دائماً أو الناقدة أو العائلة التي تستخدم الضرب وسيلة تربية أساسية دون غيرها، يُلاحظ أن أفرادها لديهم صعوبات بالغة في ضبط أعصابهم لأنهم لم يتعلموا الضبط الاجتماعي والنفسي من الأسرة (السدحان وآخرون، 2005). وهذا مؤشر عن حالة اللاسواء في الصحة النفسية لأفراد هذه الأسرة.

خصائص الأسرة

- 1- إن الأسرة -كما يرى الغشتالت- بوصفها نظاماً لا تساوي مجموع عناصر أفرادها، لأن هناك علاقة ضرورية تحكم هؤلاء الأفراد فتكون متغيراً زائداً على عدد أفراد الأسرة، من هنا فإن مجموع أفراد الأسرة زائد العلاقات التي تحكم الأسرة يساويان معاً نظام الأسرة، ومن ثم وحدة أسرية متجانسة.
- 2- كون الأسرة نظاماً تحكمها علاقات معينة وخاصة بها، فإن لكل أسرة نظامها الخاص بها والذي يميزها من غيرها.
- 3- تتمتع الأسرة بحدود تساعد على الاستفادة من المجتمع المحيط بها من خلال العادات والتقاليد، وتعمل هذه بدورها على تماسك الأسرة وترابطها.
- 4- يتصف النظام الأسري بحدود شبه نفاذة تسهم في نمو هذا النظام وتطوره، وهذا بدوره يتصف بالتفاعل مع المجتمع والتأثر به.
- 5- تتسم العلاقات الأسرية بأنها علاقات تبادلية متعددة وليست علاقة أحادية خطية، أي إن العلاقات ذات رأسين، فقد يصدر الأب معلومة فتأخذها الزوجة وقد يشترك الابن

أو الابنة في التجاوب مع هذه المعلومة، في الوقت نفسه قد تطرح الزوجة مثيراً فيتم الاستجابة له من قبل الزوج والأولاد.

6- تحتاج العلاقات الأسرية للتغذية الراجعة Feedback التي تعد أساسية لاستمرار العلاقات الأسرية، وذلك لتبني هذه العلاقات على أسس متينة تضمن لها البقاء والاستمرار.

7- لبقاء الأسرة متماسكة لا بد من تصحيح العلاقات الأسرية وتقييمها باستمرار وتقديم الدعم المتبادل لأفراد تلك الأسرة، فالوالدان اللذان يتعاملان بالحب والحنان مع الأولاد سيحصلان بر أبنائهما استجابة لفعلهما الأول (حمدي وآخرون، 2010).

8- إن لكل فرد دوره بحسب موقعه في الأسرة، فلا يوجد فرد لا دور له بصرف النظر إن كان هذا الدور سلبياً أم إيجابياً، وهذه الخصيصة تشمل أفراد الأسرة الذين يعيشون خارج الأسرة بسبب الزواج أو السفر أو الدراسة فهؤلاء أيضاً يؤثرون ويتأثرون بالأسرة، حتى لو كان فرد من أفراد الأسرة سلبياً، فإنه سيؤثر ويتأثر بالأسرة، مثلاً الطفل الذي يعاني من تقصير في الدراسة سينعكس ذلك على أفراد الأسرة، ويعد ذلك مشكلة للأسرة عليها معالجتها، كذلك المراهق المُشكل الذي يفتعل المشاكل مع الآخرين يؤثر في الأسرة، وتحاول الأسرة أن تساعد للتخلص من هذه الصفة السيئة، ولا يمكن لها الاستغناء عن هذا الفرد من الأسرة، فهي كالجسد الواحد إذا اشتكى منه عضو أن له باقي الجسد.

9- المحافظة على التجانس: إن الأسرة بحالة دينامية وتفاعلية دائمة مع المحيط الخارجي، فهي في تغير مستمر بحسب المستجدات الخارجية وبحسب نمو أفرادها، فعندما يهتز التجانس الأسري يبذل مختلف الأفراد كثيراً من الطاقة للمحافظة عليه (Satir, 1982).

10- القدرة على التغير: وهي المرونة التي تتصف بها الأسرة الخالية من الاضطرابات، وتمثل تلك القدرة التي تجعل الأسرة تتغير من حيث تنظيمها ومكانات أفرادها للتكيف مع الوضعية الجديدة، إذ إن فقدان أحد الأفراد يعيد تنظيم كل النسق الأسري، فتتغير

المكانات والعلاقات وكل فرد عليه اتخاذ مكانة جديدة وفقاً للآخرين، هذا التغير ينتج عنه نسق جديد متكيف مع الواقع الجديد (Picard, 1998).

11-تساوي الأعراض مع الغايات: في حالة تصلب النسق الأسري ومقاومته للتغير تظهر الأعراض التي تؤدي وظيفة المحافظة على التجانس، فالأزمات وسوء الصحة النفسية لأفراد الأسرة تتناسب مع عدم قدرة النسق الأسري المتصلب على إحداث التغير المطلوب (Marc & Picard, 1989).

بنية الأسرة ومراحلها وأنواعها

تعد الأسرة نواة المجتمع، وهي اللبنة الأولى التي تمنح الأولاد المهارات الاجتماعية الأساسية أي إنها القناة الرئيسة للتنشئة الاجتماعية. ولذا فإن الخبرات الأسرية التي يتعرض لها الطفل في السنوات الأولى من عمره تؤثر تأثيراً مهماً في صحته النفسية، ومن ثم بالإسهام في ارتقاء الوظائف النفسية والاجتماعية لديه، فالأسرة تقوم بدور بالغ الأهمية في إنماء مجموعة من المظاهر السلوكية التي تكون طبيعة الطفل البشري. كثير مما يتعلمه الطفل يحدث في البيت نظراً إلى التأثير الأكبر في نموه من قبل الوالدين، إذ إنهما المعلم الأول والأساسي للطفل. تتكون الأسرة من أفراد عدة هم:

الأب: يعد الأب المؤسس للأسرة والقائم على رعايتها ورعاية شؤونها، بل إن دوره يسبق دور الأم على الرغم من أهمية دور الأم، فهو الذي يسعى في البداية إلى الارتباط بامرأة لكي تكون له زوجة، ثم يكون معها أسرة، وكذلك يسعى إلى تجهيز البيت والأثاث والمستلزمات الحياتية وغيرها، وهذا يعد أساساً في بناء الأسرة. ثم بعد ذلك إذا تزوج يرفع زوجته ويقدم لها حقوقها من مسكن ومطعم وملبس ورعاية صحية ونفقة عامة، وإذا أصبح لدى الأب أطفال فإنه يقوم على مطالبهم ورعايتهم، بل يقدم لهم كل ما يحتاجونه وذلك بمشاركة الأم طبعاً. إن المشاركة الفعالة للأب في الأسرة يساعد على ترك الاعتمادية الكاملة على الأم، ويُنظر إلى الأب على أنه ممثل للعالم الخارجي الوافد إلى البيت، ومصدر لتوسيع آفاق الطفل ونقل شعوره بالنظام الاجتماعي للمجتمع. كما أنه غالباً ما يكون مصدر السلطة في المنزل، وهو الذي يصدر الأوامر ويفرض الثواب والعقاب، فالطفل إذ يقلد أباه ويتقمص شخصيته، فإنه ينظر إليه بوصفه قدوة حسنة

ومثالاً طيباً. ولذا تعد شخصية الأب عاملاً مهماً ومؤثراً في شخصية الأبناء وصحتهم النفسية، فالشخصية السوية للأب تنتج بالطبع أبناءً أسوياء لا يعانون من التوترات والانفعالات اللاسوية التي قد تجعل الطفل مضطرباً سلوكياً، والعكس صحيح فالأب القاسي وصاحب الشخصية غير السوية يكون قدوة غير مرغوب فيها لدى الأبناء، وينتج عن ذلك أبناء يكونون تربة خصبة لنشوء الاضطرابات النفسية.

الأم: هي ركيزة الأسرة وركنها الركين وغيابها قد يحدث صدعاً يصعب ردمه، فغياب الأب غالباً ما يكون أسهل من غياب الأم وفقدانها ليس من السهل تعويضه، فالدور الذي تقوم به الأم دور مهم، فهي تقوم في عملية تنشئة الأطفال جسدياً ونفسياً وتربوياً. إن الجنين الذي عاش في رحم أمه رداً من الزمن يشاركها طعامها (يتغذى على دمها) وقيامها وقعودها وجلسها وسيرها وذهابها ورواحها، ثم إذا رأى النور لا يستطيع الطفل التخلي عن الأم، بل يعتمد عليها في كل شأنه من الغذاء والدواء والنظافة والنوم والرعاية الكاملة، فالطفل هنا يعتمد على أمه كلياً لإشباع حاجاته العضوية والنفسية سواء في السنوات الأولى لميلاده أو في السنوات اللاحقة من مرحلة الطفولة. كما تؤدي الأم دور المساندة العاطفية للطفل، وتمثل مصدراً للإشباع المادي والنفسي والعاطفي لديه، وغياب الأم يولد آثاراً جسدية ونفسية سلبية يصعب ردمها ويظهر ذلك على الصحة النفسية للطفل. إن الأم تتبادل التأثير والتأثر مع الطفل فهو بحاجة للرضاعة منها ليبقى حياً، وهي عندما تراه يدرّ حليبها بفعل هرمون البرولاكتين (هرمون الحنان). الحق يُقال لا يمكن لأحد من أفراد الأسرة أن يقوم مقام الأم، لقد منحها الله الصبر والجلد على تربية الأطفال والرعاية في كل وقت حتى في أعرق ساعات نومها ليلاً تستيقظ على بكاء طفلها دون ملل أو كلل أو تأفف بل برغبة عارمة لا يملك درجتها حتى الأب. وهنا ليس من منطق التناقض في الدور بين الأب والأم بل إن دورهما يقوم على التكامل وليس على التناقض، وكما يُقال في المثل العامي المعبر "الرجل جاني والمرأة باني" أي الرجل يجني الرزق لعياله والمرأة تبني البيت للأسرة.

الأولاد: إن الركن أو المكون الثالث في الأسرة هم الأولاد وهم يشكلون نتاج عملية الزواج بين الأب والأم، ولعل من أسباب بقاء الأسرة واستمرارها هم الأولاد، فكثيراً ما يقع الطلاق

بسبب عدم الإنجاب بين الزوجين، وكثيراً ما يختلف الزوجان ورغم ذلك يبقيان معاً في عش الزوجية ليس بدافع الحب بينهما، بل بدافع البقاء على الأسرة والمحافظة على الأولاد لكي لا يعيشوا مشنتين بين الأب والأم أو يعيشوا تحت سطوة زوجة الأب أو تحت سطوة زوج الأم أو أشباه أيتام عند الجدود أو الأعمام أو الأخوال أو أحياناً في دور الأيتام، وهذا له وقعته على الصحة النفسية للأولاد. إن هذا المكون أي الأولاد له أهمية بالغة في الأسرة، إن قرار الطلاق بين الزوجين قد يكون أسهل -على علتة- بكثير في حال عدم وجود الأولاد من وجود الأولاد بين الزوجين. وهنا يكون للأولاد دور مهم وتفاعلات وعلاقات تجعل الأسرة تعيش شبكة داخلية من العلاقات، والأولاد تتميز أدوارهم، فدور الكبير يختلف عن دور الصغير، فالكبير يتقصد دور الأب إن كان ذكراً وتتقصد دور الأم إن كانت أنثى. كذلك دور الوسط يختلف عن دور الصغير والكبير ودور الصغير مميز في الأسرة. أيضاً دور الإناث يختلف عن دور الذكور فهن يقلدن الأم ويتقصدن دورها، والأولاد الذكور يقلدون ويتقصدون دور الأب. ليس في ذلك تناقض بل هو نوع من التكامل، فالأسرة التي كلها ذكور أو كلها إناث هي أسر لا تعيش في حالة السواء التام، في حين أن الأسر الخليطة من الذكور والإناث هي أكثر سواءً وتكاملاً. كما أن عدد أفراد الأسرة يؤدي دوراً في شبكة العلاقات والتفاعلات الأسرية، فليست شبكة العلاقات في الأسرة ذات الطفل الوحيد هي شبكة علاقات الأسرة نفسها ذات الطفلين، وهذه تختلف بشبكاتها وتفاعلاتها عن ذات ثلاثة أولاد، وهذه تختلف عن الأكثر منها، لأن الزيادة تعني زيادة في التفاعلات وتعقد في شبكة العلاقات التي تحكم الأسرة.

مراحل دورة حياة الأسرة

ولكل مرحلة مطالب نمائية، وهذه المراحل هي:

- 1- مرحلة الأسرة الأصلية للشباب العازب والفتاة العازبة: ومطالب النمو لهذه المرحلة هي: تقبل اختلاف الأبناء عن الآباء، انفصال الأولاد عن الآباء، نمو العلاقات الحميمة مع الآخرين كالحب والخطبة.

2- مرحلة الأسرة النواة في بداية الزواج: ومطالب النمو لهذه المرحلة هي: التزام الزوجين بالنسق الجديد، وإعادة ترتيب العلاقات مع الأسرة الممتدة والأصدقاء لتشمل الزوجين معاً.

3- مرحلة الأسرة مع الأبناء الأطفال: ومطالب النمو لهذه المرحلة هي: تقبل الأعضاء الجدد في الأسرة (الأطفال)، القيام بالدور الوالدي ومهامه، إعادة ترتيب العلاقات مع الأسرة الممتدة والأصدقاء لتشمل الأدوار الوالدية وأدوار الأجداد.

4- مرحلة الأسرة مع الأبناء المراهقين: ومطالب النمو لهذه المرحلة هي: تعديل علاقات الوالد مع الابن لتسمح للمراهقين بحرية الحركة في إطار الأسرة وخارجها، إعادة التركيز على مسائل الحياة الزوجية والمهنية، بداية تحول الزوجين نحو اهتمامات الجيل الأكبر.

5- مرحلة انطلاق الأبناء وبداية تركهم المنزل أي زواجهم: ومطالب النمو لهذه المرحلة هي: إعادة تشكيل العلاقة بين الزوجين، ارتفاع العلاقات لمستوى راشد لراشد بين الآباء والأبناء، إعادة ترتيب العلاقات بين الأبناء والآباء لتشمل الأصهار والأجداد، التعامل مع حالات المرض والعجز والوفيات في الآباء الذين أصبحوا أجداداً.

6- المرحلة الأخيرة للأسرة (زوجان فقط كما هي البداية): ومطالب النمو لهذه المرحلة هي: تقبل القيام بدور الأجداد، محاولة أداء الوظائف الزوجية مع التراجع في القدرات الجسدية عامة، تبني الآباء الشيوخ أو الأجداد لدور الحكمة والخبرة ونصح الجيل الأصغر، التعامل مع فقدان الشريك أو الأشقاء أو الأصدقاء، استعراض الحياة وتأملها والاستعداد لانتهاء الحياة والموت.

تتعرض الأسرة كما يرى هيل Hill 1993 لأزمات عدة في أثناء مراحل الحياة، وهذه الأزمات تؤثر في الصحة النفسية لأفراد الأسرة. تتضمن هذه الأزمات تحت الفئات الآتية:

1- فقدان الأعضاء: أي موت فرد من الأسرة نتيجة المرض أو الحرب أو حادث، وهذا يؤدي إلى الحزن ومشاعر الفقد.

2- التكاثر أو انضمام عضو جديد إلى الأسرة دون تخطيط مسبق، وهذا يؤدي إلى المنافسة والمنازعة على المكانة بينه وبين الأخ الأكبر منه.

3- الانهيار الخلقي: كالخيانة الزوجية أو الإدمان على المخدرات أو المسكرات، وهذا قد يحطم كيان الأسرة ويجعلها عرضة للاضطرابات النفسية (حمدي وآخرون، 2010).

أنواع الأسر

الأسرة النوواة Unclear Family: وهي الأسرة التي تضم الزوج والزوجة والأولاد من ذكور وإناث فقط أي الأسرة الصغيرة، وقد يدخل فيها العاملون الخدم في المنزل والسائقون الذين يعيشون في البيت نفسه ويقدمون دوراً ما في أنشطة الأسرة.

الأسرة الممتدة Extended Family: وهي الأسرة التي ينحدر منها الزوجان سواء أسرة الزوج أو أسرة الزوجة، هذه الأسرة تؤدي دوراً كبيراً في صياغة الأسرة النوواة ونمط حياتها وتنشئتها للأولاد وعلاقاتها وتفاعلاتها ودور كل فرد من أفراد الأسرة، ولا يخفى في المجتمع دور الجدود على الآباء والأحفاد.

الأسرة المنفصلة Separated Family: وهي التي يعيش بها أحد الأبوين مع الأولاد دون وجود الطرف الآخر بسبب الطلاق مثلاً، فتعيش الأم مع الأولاد من دون الزوج أو الزوج مع الأولاد من دون الزوجة.

الأسرة البعيدة عن الأسرة الممتدة: وهي الأسرة التي يعيش فيها الابن أو البنت بعد الزواج بعيداً عن أسرتهما الأصلية، كأن يعيش الابن أو البنت في المدينة وتكون الأسرة الأصلية في الريف أو في مدينة أخرى.

الأسرة القريبة من الأسرة الممتدة: وهي الأسرة التي يعيش فيها الابن أو البنت بعد الزواج قريباً من أسرتهما الأصلية، كأن يعيش الابن أو البنت في الحي نفسه أو الشارع، وتكون الأسرة الأصلية (الممتدة) لها تأثير في نمط حياة الأسرة النوواة. هذا النوع من الأسر شائع في المجتمع العربي عموماً (السدحان وآخرون، 2005).

أنماط التنشئة الأسرية Familial upbringing Patterns

وهي "الإجراءات والأساليب التي يتبعها الوالدان في تنشئة أبنائهم اجتماعياً، أي تحويلهم من مجرد كائنات بيولوجية إلى كائنات اجتماعية، وما يعتقانه من اتجاهات

توجه سلوكهم في هذا المجال وإكسابهم المعرفة وأنماط السلوك والقيم والرموز وطرق التعامل والتفكير (العطوي، 2006، 7-8).

كما عرفها الشبلي بأنها مجموعة الأساليب الاجتماعية والنفسية التي يمارسها الوالدان في تعاملهم مع أبنائهم في مختلف المواقف الحياتية (الشبلي، 1993).

إن أنماط التنشئة الأسرية تختلف من مجتمع إلى آخر، فأنماط التنشئة في المجتمع الأوروبي تختلف عن أنماط التنشئة في المجتمع العربي، بل حتى إن أنماط التنشئة تختلف ضمن المجتمع الواحد بين ريف ومدينة أو بين أسر متعلمة وأخرى غير متعلمة. كذلك أنماط التنشئة الأسرية تختلف في المجتمع نفسه والأسر نفسها ولكن مع اختلاف العصر، فتمت تنشئة أسر معينة في مجتمع ما تختلف تنشئتهم الأسرية الآن عن نمط تنشئة آبائهم وأجدادهم، وذلك بسبب الحراك الاجتماعي الحاصل في المجتمع. بصورة عامة أنماط التنشئة الأسرية يمكن أن تكون إيجابية أو سلبية.

أنماط التنشئة الأسرية الإيجابية

ويعرفها بومرند Baumrind بأنها "ذلك النشاط المعقد الذي يتضمن عدداً من السلوكيات والتصرفات الإيجابية التي تعمل على إحداث تأثير إيجابي في سلوكيات الأبناء وتصرفاتهم الظاهرة" (نسيمة والحوش، 2013، 5).

تشمل أنماط التنشئة الأسرية الإيجابية ما يأتي:

1- النمط الديمقراطي: وهو النمط الذي يسمح به الوالدان لأفراد الأسرة بالتعبير عن آرائهم وانتقاداتهم وشعورهم بالرضا أو السخط من دون تعسف أو استبداد، إذ يأخذ كل واحد من أفراد الأسرة دوره دون أن يطغى عليه أحد. على العموم يعد هذا النمط أرقى أنماط التنشئة الأسرية إذ يسوده التفاهم والتسامح والتشاور وتقبل الأفكار والمشاعر والطموحات. إن الأسرة الديمقراطية تسهل انفتاح الطفل على الخبرة والتدرج فيها عبر المواقف الإيجابية بل تشجعه على التفاعل مع المواقف الجديدة واستثمارها لبناء شخصيته وصحته النفسية (العويد، 1993). إن الجو الديمقراطي الذي يسود في الأسرة يفجر الطاقات والمواهب لدى الأولاد ويمنحهم الثقة بالنفس، لكن يجب الانتباه إلى قضية

مهمة أن النمط الديمقراطي يجب أن يتحمل فيه أفراد الأسرة المسؤولية عن تصرفاتهم وقراراتهم وعواقبها، فالحرية مقيدة بالمسؤولية وليس بالطيش ورعونة التصرف. كما يؤكد أدلر Adler أن الآباء الديمقراطيين يعطون تبريرات عقلانية ومنطقية لتعليماتهم، وهم بذلك يربون أولادهم على الثقة بالنفس واحترام قيمهم ولديهم القدرة على اتخاذ القرارات، عكس الآباء غير الديمقراطيين الذين يتصف أبناؤهم بالتردد في اتخاذ القرار وضعف الثقة بالنفس والاعتمادية وعدم الاستقلالية (Conger & Peterson, 1984). بناء على سبق يتمتع النمط الديمقراطي بجملة من الخصائص هي:

- أ- عدم استخدام طرائق التربية الصارمة في التعامل مع الأطفال.
 - ب- المناقشة وتبادل الآراء مع الأولاد بما يخص أمورهم الخاصة وأمور الأسرة وذلك قبل اتخاذ القرارات.
 - ت- الاعتدال وعدم المبالغة في إشباع حاجات الطفل الاجتماعية والنفسية والجسدية.
 - ث- احترام آراء الأولاد حتى لو لم تتفق مع رغبات الوالدين وعدم التهكم بها.
 - ج- السماح للأطفال بممارسة الهوايات التي يختارونها وتشجيعهم عليها دون أن يؤثر ذلك سلباً في التحصيل الدراسي (محرز، 2003).
- هذه الخصائص للنمط الديمقراطي تُنتج آثاراً إيجابية تظهر بالصحة النفسية لدى الطفل وتتمثل بالآتي: أ- القدرة على مواجهة تحديات الحياة. ب- القدرة على حل المشكلات. ت- تعزيز الثقة بالنفس. ث- حرية التعبير عن الآراء والأفكار. ج- نمو شخصية الولد نمواً سوياً (المنسي وآخرون، 2003).

2- نمط الضبط التربوي: ويتميز بالضبط المعتدل الذي يعطي تفسيرات للقواعد التي ينبغي اتباعها في مواقف الحياة المختلفة ("نسيمة والحوش، 2013، 5 عن: أبو جادو، 1998، 249). فهذا النوع يعطي تمييزاً بين السلبي والإيجابي، ويميز الغث من السمين أي يرشد إلى طريق الصواب، فهو يغرس لدى الطفل الاعتماد على الذات وتقدير الذات والتشجيع والإنجاز.

3- نمط منح الاستقلال الذاتي: أي "منح الابن قدراً من الحرية لينظم سلوكه من دون تدخل دائم ومتسلط من الوالدين" (الشرييني وصادق، 1996، 224). هنا يُفسح المجال

للأبن بأن يأخذ زمام المبادرة بالفعل، وفي الوقت نفسه يراقب الوالدان سلوك الابن، وأين أصاب وأين أخطأ ثم يقيمانه.

4- نمط التفاعل الاجتماعي: "يقصد به عمليات التأثير والتأثر المستمر بين العناصر المكونة للجماعة، وتتم هذه العمليات عن طريق الاتصال بوسائله المختلفة، وكذلك عن طريق المشاركة الوجدانية والتقليد ووحدة الهدف والغايات، والمشاركة الفكرية فيما يسود هذه الجماعة من قيم واتجاهات وعادات اجتماعية" (نسيمة والحوش، 2013، 5 عن: فهمي، 1979، 12). كما يعرف قاموس علم الاجتماع التفاعل الاجتماعي بأنه "التأثير المتبادل بين سلوك الأفراد والجماعات من خلال عملية الاتصال، والتصور البسيط لعملية التفاعل الاجتماعي يقصد به ما ينبع من الطبيعة البشرية من تأثر متبادل بين مختلف القوى الاجتماعية" (نسيمة والحوش، 2013، 5 عن: غيث، 1993، 427). أي هنا يتفاعل الابن مع الوسط والمحيط الاجتماعي الذي يحيط به فيأخذ منه ويعطيه.

أنماط التنشئة الأسرية السلبية

يمكن تعريف أنماط التنشئة الأسرية السلبية بأنها مجموعة الطرائق التربوية والاجتماعية والنفسية السلبية وغير السوية التي يتعامل بها الوالدان مع أبنائهم في مختلف الظروف الحياتية. تتمثل هذه التنشئة الأسرية السلبية بالأنماط الآتية:

1- النمط التسلطي: وهو "فرض النظام الصارم على الأبناء من قبل الوالدين معتمدين على سلطتهما وقوتهما" (الشربيني وصادق، 1996، 225). من الملاحظ في هذا النمط أن العلاقة بين الآباء والأبناء تأخذ صوراً عدة من العنف الجسدي والنفسي والرمزي واللفظي، وهذا يقوم على مبادئ عدة هي:

- أ- مبدأ العنف بأشكاله الجسدية واللفظية والرمزية.
- ب- مبدأ المجافاة العاطفية والانفعالية والوجدانية، ويظهر ذلك من خلال الهوة النفسية والتربوية بين الآباء والأبناء بل وبين أفراد الأسرة عامة.
- ت- قمع الآراء إذ لا يسمح للأبناء داخل الأسرة بإبداء آرائهم أو توجيه انتقاداتهم، وإن تجرؤوا على ذلك سيكون مصيرهم العقاب أو السخرية والتهكم (وظفة وشهاب، 2001).

ينتج عن هذا النمط آثار سلبية في الصحة النفسية وهي:

أ- ضعف الثقة بالنفس، والفشل في مواجهة المواقف والضغوط الحياتية.

ب- الاستكانة والاستسلام، وعدم القدرة على التمتع بالحياة.

ت- عدم الشعور بالكفاءة.

ث- الاعتماد على الأساليب العدوانية في التعامل مع الآخرين، ولاسيما الأصغر منه سناً (المنسي وآخرون، 2003).

2- نمط الحماية الزائدة Over Protection: وهو نمط "المغالة في المحافظة على الأبناء والخوف عليهم لدرجة مفرطة وممارسة المهام التي يكلفون بها" (نسيمة والحوش، 2013، 4). إن الحماية الزائدة قد تُفقد الطفل القدرة على التحرر والاستقلال والاعتماد على النفس، فالوالدان دائماً لديهم تحفز للتدخل في شؤون الطفل والقيام نيابة عنه بالدور الذي من المفروض أن يقوم هو به، ومن ثمّ هذا يفقده فرصة الاختيار وتحمل المسؤولية، وعدم القدرة على تحمل المسؤولية يجعل شخصية الطفل تربة خصبة لنشوء الاضطراب النفسي، وهذا يتقاطع مع نظرية غلاسر الواقعية التي ترى أن السبب الرئيس في نشوء الاضطراب هو عدم القدرة على تحمل المسؤولية.

3- نمط التذبذب في المعاملة: "يعني اختلاف المعاملة من موقف لآخر قد يصل في بعض الأحيان إلى درجة التناقض في مواقف الوالدين" (كفافي، 1989، 227). هنا يقع الوالدان في حالات تناقض في أثناء معاملة الأولاد: فمرة يكونان ديمقراطيين في التعامل، ومرة أخرى يسود التسلط والاستبداد، وفي موقف ثالث يظهران الحماية الزائدة، وفي موقف رابع يظهران التفرقة في المعاملة بين الأبناء، وفي موقف خامس يظهران القسوة والنبذ. أمام هذه التغيرات والحالة المزاجية في التعامل من قبل الوالدين يقف الطفل في حالة من الإرباك والحيرة ليعاني في النهاية من سوء التوافق الأسري أمام والدين متقلبين ولا يثبتان على حال -غالباً يكون لهما ضعف اتزان انفعالي- في التعامل حتى بالموقف الواحد الذي تحيط به الظروف نفسها، بل وكثيراً ما يدب التناقض بين الوالدين فيقع الطفل ضحية هذا التناقض محاولاً إرضاء الطرفين دون جدوى. الأمر الذي يوقع الضرر بالصحة النفسية للطفل.

4- نمط الإهمال: وهو يتمثل بعدم الاهتمام بحاجات الطفل الجسدية والنفسية والصحية والتربوية، وكذلك عدم المساعدة في حل مشكلاته، وعدم تعزيزه عندما يقوم بإنجازات إيجابية، وهذا يؤدي إلى العدوانية لدى الطفل وينعكس ذلك على تكيفه الأسري والاجتماعي والنفسي والمدرسي. قد يلجأ الطفل إلى أساليب عدة للفت انتباه الوالدين كالانسحاب أو الانتقام أو التخريب أو الغياب عن المنزل في أثناء النهار لفترة طويلة. يتجلى نمط الإهمال من قبل الوالدين بصورتين هما:

أ- الإهمال البدني: وهو يتمثل بعدم الاهتمام بحاجات الطفل من حيث النظافة والحاجات الجسمية والنفسية والاجتماعية والصحية.

ب- الإهمال العاطفي والانفعالي: ويتمثل بعدم تقدير الطفل أو الإجابة عن أسئلته وتجاهل مدحه في مواقف يستحق بها الثناء كالنقود الدراسي، هذا يؤسس لدى الطفل شخصية قلقة مترددة وضعيفة وغير آمنة نفسياً وقد تتحول إلى عدوانية نائمة(الديب، 1990).

5- نمط العقاب والنبذ: وهو الذي يلجأ إلى الضرب بأنواعه والابتعاد عن الطفل بغية تعديل سلوكه، وهذا النمط قد يُشعر الطفل بأنه غير مرغوب فيه، وحبذا لو أنه غير موجود، وعندها ستكون الأسرة أفضل وأكثر سعادة. إن هذا النمط تتجلى به شتى أساليب الكبت والمعاملة الدونية، وهذا يجعل الطفل تربة خصبة لنشوء الاضطرابات النفسية، وتنشأ لديه مشاعر العدوان تجاه الذات، وكذلك تجاه الأسرة والآخرين.

6- نمط التفرقة بالمعاملة: "ويتضمن هذا الأسلوب عدم توخي المساواة والعدل بين الأبناء في المعاملة، ويكون هناك تمييز بالمعاملة"(صوالحة وآخرون، 1994، 38). عندما يعمد الآباء إلى التمييز بين الأبناء في المعاملة والعتاء والمكافئة والمصروف، وذلك بسبب الجنس أو العمر أو الترتيب أو اللون أو الشكل أو الحب أو التفوق الدراسي، فإن هذه التفرقة تؤثر في تكوين شخصية الابن سلبياً وتضفي عليها مشاعر الحقد والحسد والغيرة، وهذا بدوره يولد أنماطاً سلوكية لدى الطفل مشبعة بالعدوان والانتقام. ينسب الوالدان غالباً أن هناك فروقاً فردية بين الأولاد تجعلهم مختلفين في القدرات

والاستعدادات، وكذلك أمر الجنس أو اللون أو الشكل أمر خارج عن إرادة الشخص، وهو مقدر من الخالق عز وجل.

7- النمط المتساهل المدلل: وهو "إذعان الوالدين لمطالب الأبناء وتلبيةها حتى ولو لم تكن واقعية" (نسيمة والحوش، 2013، 4 عن: المفلاح، 1994، 96). يكون الابن في هذا النمط هو مدلل أبيه فيطلب ما يشاء، وكيف يشاء، ومتى يشاء، دون حد أو قيد، فيرهق الوالدين بكثرة طلباته لكن ذلك بالنسبة إلى الطفل المدلل لا يؤبه له، فهو الصغير الظالم الأناني.

8- نمط التوقعات العالية: وهو أن يضع الوالدان توقعات مرتفعة لطفلهما وهذه التوقعات لا تتناسب مع قدراته وطاقاته واستعداداته، كأن يطلب منه أن يكون الأول في صفه وهو متوسط الذكاء والقدرات، فكيف يتم التفوق المنشود من قبل الوالدين، فتبقى توقعات الوالدين تجول في ذهن الطفل، وعندما يفشل في الوصول إلى التوقعات العالية التي وضعها الوالدان، يقع الوالدان في مطب خيبة الأمل، وهذا ينعكس على سلوك الوالدين تجاه ولدهما، فتسوء معاملتهما له، وقد يقومان بعقابه بناء على تقصيره وعدم تحقيق توقعاتهما وأمنيتهما التي رسموها، وهذا يجعل الطفل عرضة للاضطرابات النفسية.

9- نمط النقد والتوبيخ: وهو أن يعتمد بعض الآباء من منطق القوة والسيطرة وإسقاط أخطائهم على الأبناء إلى الكلام الذي يحمل في طياته التهمة والألقاب الجارحة والكلام البذيء الذي يصف الابن بأوصاف دون الآدمية، كل هذا يدفع الابن إلى تكوين صورة سلبية عن نفسه، فيعاني من مشاعر الدونية متهماً نفسه بأنه أقل من الآخرين كما صور الوالدان من قبل. نمو هذه الأفكار مع الابن سيجعله عرضة للاضطرابات النفسية لاحقاً.

10- نمط تعزيز التصرفات الخاطئة لدى الطفل: وهو أن يقوم الوالدان بالثناء والتفاخر ببعض التصرفات غير السوية والعدوانية لدى الطفل كضرب الآخرين والكذب والسرقة والغش والاحتيال وغيرها، وعدّ ذلك من المهارات الاجتماعية على قاعدة تسود بين الناس أحياناً "إن لم تكن ذنباً أكلتك الذئب". إن حصول الطفل على ممتلكات الآخرين ظلماً وعدواناً قد يعده الآباء أصحاب هذا النمط ضرباً من البطولة والشجاعة، وبذلك تختلط القيم لدى الطفل ويعاني من سوء التوافق النفسي والاجتماعي.

نشوء المشكلات والصحة النفسية

للأسرة دور مهم في تشكيل شخصية الطفل وتكيفها وبناء صحته النفسية أو العكس، وهذا تؤكدته النظريات النفسية والتربوية، فالأسرة تؤدي دوراً كبيراً في تشكيل شخصية الفرد خاصة في مرحلة طفولته المبكرة (السنوات الخمس الأولى من حياته) لـ أسباب عدة منها:

1- أنه يكون تحت تأثير أسرته فقط دون غيرها. 2- أنه سهل ومرن التشكل. 3- الطفل بحاجة لمن يرعاه تربوياً ومادياً ومعنوياً ونفسياً، الأمر الذي يسهل انقياده للوالدين. إن الأسرة هي البيئة الأولى التي ينشأ فيها الطفل ويتعلم منها أنماط الحياة، وتقوم بتكوين عاداته، وعندما يتكيف الطفل تكيفاً صحيحاً مع ما يحيط به من عوامل ينشأ الطفل مستقراً ومطمئناً ويعيش حياة متوازنة صحيحة نفسياً بكل أبعادها، وعلى العكس من ذلك الفشل في التكيف مع المحيط سيؤدي إلى مشكلات نفسية دائمة تقضي به إلى الانطواء على النفس والكبت، ومن ثم تؤدي إلى أنماط سلوكية خاطئة فيقوم بلوم الآخرين بدلاً من لوم نفسه، وهذه الأنماط تسري إلى مراحل العمر اللاحقة وتؤثر في صحته النفسية (حمام، 1423هـ).

لا بد في البداية من تعريف المشكلات الأسرية بأنها "المواقف والمسائل الحرجة المحيرة التي تواجه الفرد فتتطلب منه حلاً، وتقلل من حيويته وفاعليته وإنتاجه ومن درجة تكيفه مع نفسه ومع المجتمع الذي يعيش فيه" (عبد المعطي، 1421هـ، 13).

كما تُعرف الخلافات الزوجية بأنها "تضارب توجهات الزوجين حيال بعض الأمور التي تخص أيّاً منهما أو تخصصهما معاً، إذ تستثير انفعال الغضب، أو السلوك الانتقامي أو التفكير فيه، وتعتبر هذه الخلافات عن نفسها بمظاهر شتى مثل النقد أو السخرية، والمناقشات الكلامية الحادة، وقطع التواصل الكلامي أو التقليل منه، وعدم القيام بالأدوار سواء بصفة كلية أو جزئية، وقد يصل الأمر إلى هجر المنزل وفرار الزوجية أو حتى الضرب والإيذاء البدني، كما قد تؤدي إلى الطلاق" (الرشيدي والخليقي، 1417هـ، 171).

المناخ الأسري اللاسوي

هذا المناخ يعطي الأسرة الاستعداد لنشوء المشكلات بل يجعلها تربة خصبة لنشوء الاضطرابات النفسية، ويتمثل المناخ الأسري غير السوي بالعمليات الآتية:

Dehumanizing اللأنسنة

وهي عملية لا أنسنة الأشخاص أو الموضوعات وأحياناً يسميها بعض الباحثين بـ "التشيؤ"، فنُجِّد من صفاتها الإنسانية ومعاملة بني البشر كأنهم أدوات أو أشياء مادية كوسيلة لتحقيق أهداف وليس غاية. على الرغم من أن معيار اللأنسنة ليس واضحاً تماماً وليس محدداً بشكل دقيق إلا أنه يستخدم معياراً للسلوك السوي والشخصية السوية والأسرة السوية في مجال الصحة النفسية والإرشاد النفسي والعلاج النفسي. إن العلاقة تكون إنسانية فيما يدرك كل طرف الطرف الآخر كما هو، أي إنه إنسان يماثله في الجسد والروح والمشاعر والإحساس والنفع والضرر وغيرها، مقابل علاقات غير إنسانية وفيها يدرك أحد الأطراف الطرف الآخر بوصفه شيئاً أو وسيلة لتحقيق غاية وليس غاية في حد ذاته وتجريده من خصائص حقوقه الإنسانية، فكثيراً ما تغطي الروح الملكية في العلاقات بين أفراد الأسرة، ويسوغ ذلك بالحب، ولكن هذا الحب هو حب نرجسي تملكي، يشعر فيه الأب أن الزوجة وأفراد الأسرة جزء منه، بل هم ملكه وليس لهم الخيار في شؤونهم، بل هو الذي يقرر ويصوغ حياتهم كما يحب ويشتهي دون اعتبار لرغباتهم.

الحب المصطنع للطفل Mystified Love for Child

قد يكون الزوجان المقدمان على الزواج ليسا ناضجين من الناحية الانفعالية بدرجة كافية، ويقوم كل واحد منهما بإخفاء جوانب نقصه وعيوبه، على اعتقاد أنه سيكمل شخصيته مع الزوج، ولكن عندما يتزوج الشابان سرعان ما يكتشف كل منهما عيوب الآخر ولا يجد عند صاحبه ما كان يأمل، فيؤلف هذان الزوجان ثنائياً لا سوياً، وعندما يبحثان يجدان في الطفل فرصة للتعبير عن مشاعرهما المتناقضة نظراً إلى أن كثيراً من حاجاتهما النفسية غير مشبعة وائترانها النفسي ليس مكتملاً، فإن الطفل يُتخذ وسيلة لتحقيق ما ينقصهما ويكتشف الطفل أن حب والديه حب مصطنع أو زائف أو مشروط، أي إنه غير نقي أو بريء، وعادة يطلب الوالدان من ابنهما كثيراً من المطالب التي قد

تفوق قدراته ولا تتفق مع سنه، فيطلبان منه الطاعة الكاملة والالتزام التام بقواعد الأسرة وتوجيهاتها، من دون تردد أو توجيه أي انتقاد لأي جانب من جوانب حياة الأسرة، بتقدير أن الوضع الراهن هو أفضل الأوضاع للأسرة كاملة. مما لا شك فيه أن الطفل الذي لا يجد الحب يقاسي بشدة، ليس فقط لأنه يشعر بأن والديه لا يحبانه الحب الخاص، ولكن لأن عليه أن يصدق كل ما يقولانه وهو غير مقتنع به تماماً، بذلك يعيش بحالة من الازدواجية بين ما يُطلب منه وما يقتنع به وفق معارفه.

الأسرة المدمجة Merged Family

وهي حالة الانصهار بين الزوجين فيتبنيان اتجاهاً تعلقياً تملكياً كل منهما نحو الآخر "إنني لا شيء من دونك". ويتصرف كل منهما على نحو أنه يعرف كل ما يدور برأس الآخر وما يفكر به وما يرغب فيه. قد يحدث الاندماج بين الطفل وأحد الوالدين وهنا يتأثر نمو شخصية الطفل بصورة غير سوية لأنه يمر بمراحل النمو الطبيعي ويكون بمرحلة الرغبة في الاستقلال والانفصال عن الوالد وبناء شخصية مستقلة، ولكن الوالد يمنع بكل قوته أن يستقل أو ينفصل، وهذا يؤدي إلى شخصية معتلة ومضطربة نفسياً وهي تجانب السواء.

جمود الأدوار في الأسرة Standstill of Roles

أي عدم تبادل الأدوار، فالذي اعتاد أن يكون في موقع الأمر الناهي يبقى يقوم بهذا الدور، والذي يأخذ دور المأمور يبقى ضمن هذا الدور، فقد يأخذ أحد الوالدين دور الفاعل في حين يكون دور أحد الأبناء هو المفعول به، فهو الذي ينفذ رغبات الطرف الأول أي الفاعل، ولا يُسمح له أن يأخذ دور الفاعل أبداً فالأدوار محددة وجامدة والأبناء يكون دورهم إشباع رغبات أحد الوالدين الداخلية أو كليهما وحاجتهما النفسية، وصاحب دور المفعول به ينبغي أن يكون على استعداد دائماً لعمل أي شيء ليرضي الفاعل. في ضوء هذا الجمود لا يسمح لأفراد الأسرة أن ينمو بصورة سوية، ولا يستطيعون أن يشبعوا حاجاتهم الخاصة ويعيشوا بإحساس يُراودهم الذنب فيه بسبب تقصيرهم أو فشلهم في عمل ما طُلب منهم من قبل الفاعل الأمر.

بعض العمليات اللاسوية في الأسرة

العمليات اللاسوية في الأسرة تهيب المناخ الأسري لنشوء المشكلات النفسية، هذا ما يجعل نمط الأسرة هو "نمط الأسرة المؤدة للاضطراب النفسي" Pathogenic Family Patterns. تتمثل العمليات اللاسوية في الأسرة بما يأتي:

1- التبادلية الكاذبة Pseudo mutuality: وهي "العلاقة العائلية التي لها مظهر سطحي قوامه تبادل العواطف والصراحة والتفاهم على الرغم من أن العلاقات في حقيقتها جافة وجامدة وغير شخصية" (جابر وكفافي، 1993، 3033). لقد لاحظ وايني Wynne وزملاؤه في دراستهم للأسر التي لديها أفراد فصاميون، أنه غالباً ما يوجد داخل تلك الأسر صراع بين حاجات الطفل لتطوير هوية ذاتية مستقلة، وبين الحاجة للمحافظة على العلاقات الحميمة القوية مع أفراد الأسرة، وأطلقوا على هذه الحالة التبادلية الكاذبة، ومن ثمّ يوجد داخل تلك الأسر تظاهر بالعلاقات المنفتحة يهدف لإخفاء العلاقات المتباعدة بين أفراد الأسرة، وبدلاً من الارتباط بطريقة منفتحة حقيقية، تسعى الأسرة هنا إلى المحافظة على توازنها كما هي من دون تغيير شأنها في ذلك شأن كل الأنساق المنغلقة مستندة إلى تبادلية كاذبة تقوم على قاعدة "أسطورة الأسرة" Family Myth. إن أفراد الأسرة في حالة "أسطورة الأسرة" يتظاهرون بالسعادة وبالروابط القوية والصادقة، وبالحقيقة هم أبعد ما يكونون عنها. من الأمثلة عن هذه الأسرة الزوج الذي هجر الأسرة، والأم تخبر الأبناء بأن الأب ذهب للعمل خارج البلاد ليؤمن مستوى حياة أفضل للأسرة، وسيعود قريباً ربما الأسبوع القادم والأسبوع القادم لم يأت بعد منذ خمس عشرة سنة. ربما تتصنع "أسطورة الأسرة السعيدة" السعادة من خلال سعادة الأب، فإذا كان الأب سعيداً فالجميع سعداء والعكس صحيح بصرف النظر عن الظروف التي يمر بها أفراد الأسرة ومشكلاتهم النفسية.

2- التعمية Mystification: وهي كما يرى لينغ Laing صورة من الصور الاضطرابية للأسرة تتضمن المراوغة والإنكار ولبس الأقنعة، وغالباً يقوم الآباء فيها باستغلال الأبناء لمصلحتهم وما يرضي رغباتهم، فهي آلية تلجأ إليها الأنساق المنغلقة ضمن ما تلجأ إليه من وسائل لتحافظ على كيانها وتوازنها وبقائها على الرغم مما تتسم

به من عدم السواء الذي يسود علاقات أفراد الأسرة فيما بينهم. تستخدم الأسرة آلية التعمية للتصدي عندما يحاول أحد أفراد الأسرة أن يغير في الوضع القائم، فهي تحافظ على جمود الأدوار في الأسرة وتلزم كل فرد بالحدود المرسومة له. في هذه الأسرة عندما يُسأل الفرد هل هو سعيد؟ يجيب بنعم على الرغم من حالة القلق والحيرة التي تلازمه، وهو من ثمّ يصبح جزءاً من النسق الأسري المعتل بل وفرداً فعالاً في المحافظة عليه. وكما يرى لينغ Laing فإن التعمية تسهم بفاعلية في نشأة الفصام، وقد شُخصت لدى أغلب أسر الفصامين.

3- المثلث غير السوي Perverse Triangle: وهو أن يحدث توتر وخلاف بين الزوجين أو بين شخصين داخل الأسرة في حالة يغيب عنها العاطفة الصادقة، فيُفهم أحد الأولاد أو أحد الأبوين ليشكل مثلثاً، وقد يكون الولد ذكراً أو أنثى، هذا المثلث شكل من أشكال التفاعلات الخاطئة وتتجسد هذه التفاعلات بتحالفات خاطئة كما يأتي:

★ أطراف المثلث ليسوا كلهم من جيل واحد، بل هناك طرف من جيل مختلف عن الطرفين مثل والدين والابن.

★ يتم التحالف من قبل أحد الثنائي مع طرف من جيل آخر ضد قرينه من الجيل نفسه، كتحالف الأب مع الابن ضد الأم، وهو ينضوي تحت زملة التصابي أي النزعة إلى الشباب وإنكار التقدم بالسن.

★ إن التحالف بين الشخصين ضد الثالث يقابل بالإنكار، فينكر تحالف الأب والابن ضد الأم من قبل الأم أو حتى من قبل الآخرين.

لقد لاحظ بون Bowen (1994) أنه كلما زادت درجة اندماج الأسرة كانت درجة التحالف عند والدين عالية، وهذا يزيد من احتمال حدوث التثليث. كما أن النسق الأسري يتضمن عدة مثلثات عدة، وقد تكون متداخلة وتتحدد معالم هذه المثلثات عند التوتر والخلاف في الأسرة. إن المثلث غير السوي هو من العمليات المهيئة لظهور المشكلات النفسية واعتلال الصحة النفسية لأفراد الأسرة، وقد يكون التحالف بين الابن والأم ضد الأب أو بين الابن والأم ضد زوجة الابن وغيرها. في بعض هذه التحالفات قد يكون الابن ضحية نفسية نتيجة للصراع الدائر بين والدين، والمطلوب منه الانضمام لطرف

ضد آخر، وهنا يعاني حالة من الصراع بالانضمام لمن. لا يعد التثليث مقصوداً على الأسرة فقط، بل قد يمتد إلى الأصدقاء والأقارب. ويرى بوين Bowen (1975) أن نظام الشخصين لا يكون ثابتاً أو مستقرّاً، وإن ضم شخص ثالث يقلل من حدة التوتر بين الشخصين الأصليين عموماً، وكلما كانت الأسرة أكبر زادت احتمالية حدوث مثلثات عدة مغلقة ومتشابكة ومتعارضة، فقد تتضمن مشكلة واحدة مثلثات عدة. قد لا يؤدي دائماً إدخال شخص ثالث من أفراد الأسرة إلى التقليل من التوتر، لأن التقليل من التوتر يعتمد في جزء منه على مستوى التمايز المتوافر لدى الأفراد المشتركين في التثليث، على سبيل المثال، إذا تشاجر طفلان وانضم شخص ثالث (الأم، الخالة، الأخ الأكبر)، فإن التوتر بين الطفلين سيختفي إذا لم ينحاز الشخص الثالث لأحد الطفلين، وساعد فوراً على حل المشكلة، لكن إذا توتر الشخص الثالث وتصرف بطريقة منحازة، فإن الشجار بين الطفلين سيتصاعد وسيستمر بصورة أكبر.

4- اتخاذ كبش الفداء Scapegoating: وهي عملية إزاحة الغضب والعدوان الناتج عن الإحباط من شخص قوي في الأسرة إلى شخص ضعيف (إسقاط) لا يكون هذا الشخص هو مصدر الإحباط. تحدث عملية الإسقاط الأسري عندما يكون هناك مستويات منخفضة من التفاهم لدى الزوجين، ومن ثمّ قد يسقطان (Project) توترهما على واحد من أطفالهما. إن عملية كبش الفداء من أكثر العمليات انتشاراً لدى الأسر المضطربة نفسياً لأنها من أكثر الآليات صيانة للنسق الأسري، إذ يكون الحل من خلال عملية الإسقاط على كبش الفداء. كما أن الطفل المرشح ليأخذ دور كبش الفداء هو الأكثر تمايزاً نحو الاتجاه السلبي مع وجود حالة إسقاط لدى أحد الوالدين، مثلاً فشل الزوج في عمله مع وجود طفل مقصر في دراسته، قد يجعل الوالدين يسقطان حالة الفشل لدى الأب على الابن المقصر دراسياً، فيتجه الغضب والعدوان إلى هذا الابن، وبالنهاية يكون كبش فداء لنزع فتيل التوتر بين الوالدين. وقد يكون اختيار كبش الفداء مرتبطاً بجنس أو لون أو شكل أو درجة ذكاء منخفضة أو إعاقة أو لأنه طفل مشكل. ولكن يجب الانتباه إلى أن شخصية كبش الفداء لديها الاستعداد لأداء هذا الدور، وهو ليس بريئاً تماماً بل يتحمل جزءاً من المسؤولية في اختياره لهذا الدور.

ثمة بعض العمليات اللاسوية الأخرى في الأسرة كما يرى ليدز Lidz (1960) وهي

تحدث لدى أسر المضطربين نفسياً، وتميزها من الأسر السوية وهذه العمليات هي:

1- الانقسامات الأسرية: وهي وجود تكتلات ضمن الأسرة الواحدة كأن يضم الأب عدداً من الأولاد ضد الأم ومن معها، كذلك قد تفعل الأم الشيء نفسه، أو يتحالف الوالدان ضد الابن أو البنت. هذا كله يمزق عرى الأسرة ويجعلها في مهب الاضطرابات النفسية.

2- الانحرافات في الأسرة: وذلك أن يكون الوالد أو أحد الوالدين أو أحد أفراد الأسرة له تصرفات لا أخلاقية ومرفوضة اجتماعياً، وهذا ينعكس على سمعة الأسرة ويجعلها معزولة اجتماعياً ويشار إليها بسوء الأخلاق، وهذا ينعكس على مفهوم ذوات أفراد الأسرة.

3- العزلة الاجتماعية والثقافية للأسرة: إذا شاع بين الناس أن الأسرة لديها من سوء الخلق والانحرافات ما ينكرها المجتمع، فإن هذا سيقود إلى عزل الأسرة اجتماعياً ويجعل أفرادها يعانون من هذه العزلة، بل إن هذه العزلة ستسهم في نشوء الاضطرابات لدى أفراد الأسرة.

4- الفشل في تعليم الأبناء وتسهيل تحررهم من الأسرة

قد تعتمد الأسرة إلى إطالة أمد اعتماد أبنائها عليها، وهذا قد يرجع إلى عدم التوازن والنضج العاطفي لدى الوالدين، وهذا يعزز السمات الطفولية لدى الأبناء، فهنا تكون حاجة الآباء إلى أولادهم عاطفياً على حساب استقلاليتهم ونمو شخصيتهم وتفكيرهم.

5- إعاقة عملية التمييز الجنسي والهوية الجنسية Sex Typing Process &

Sexual Identity

من أهم الأخطاء في أنماط التنشئة الأسرية هي عدم تعليم الأبناء الأساليب السلوكية المناسبة لكل جنس كما حددها المجتمع، فما يناسب الذكور قد لا يناسب الإناث وبالعكس. إن عدم تعلم الشخص النمط السلوكي المناسب لجنسه سيجعله يعاني كثيراً من المشكلات النفسية والاجتماعية لاحقاً، ولا سيما أن أغلب المجتمعات لا تتهاون في هذا الجانب، ولا تقبل الخلط بين الأنماط السلوكية للجنسين، بل تعد من يفعل ذلك لا سوي.

6- القيم الشخصية المنحرفة والمتلازمات المرتبطة بها Deviant Personal Values

لقد ركز شولمان Shulman على القيم الشخصية المنحرفة التي تنشأ في رعاية الأسرة، وذلك من حيث دورها المهم في نشأة الاضطرابات النفسية لدى الأسرة، فقد رأى أن الاضطراب يُصنع في الأسرة اكتساباً وليس ولادةً، وثمة عامل وسيط بين التنشئة الأسرية والاضطراب، وهذا العامل الوسيط هو القيم الشخصية المنحرفة التي تولدها الأسرة وترعاها ثم تؤدي إلى الاضطراب. إن هذه القيم الشخصية المنحرفة تولد مجموعة من الأنماط السلوكية الخاطئة التي تقود إلى الاضطراب وإلى نشوء عدد من المتلازمات اللاسوية لدى الأطفال وهي:

أ- متلازمة الطفل المتميز **The Special Child Syndrome** : وهو أن تنمي الأسرة اعتقاداً لدى الطفل بأنه متميز ويختلف عن أقرانه، وقد يكون هذا الاختلاف نحو الإيجابية كأن يكون أكثر طيبة أو نحو السلبية كأن يكون أكثر شراً، فالمهم أن يشعر ويتصرف بطريقة مختلفة عن أقرانه وهو يرحب بهذا الاختلاف كفضيلة لا بد منها.

ب- متلازمة الطفل النزاع إلى السيطرة **The Bossy Child Syndrome** : وهو الطفل الذي يتعلم من والده حب التسلط والسيطرة، وقد يقوم بأنماط سلوكية عاطفية وابتزازية ليجبر والديه وخاصة الأم على إشباع رغباته وأن تدعن لما يريد، وبصعب استخدام أسلوب الند للند مع هذا الطفل لأن مطالبه كثيرة، وما يشغل باله لمن الغلبة بالنهاية، فإذا قابلته ضغوط حياتية لجأ إلى الأعراض العصابية كالانسحابية والاندفاعية.

ت- متلازمة الطفل القاصر **The Inadequate Child Syndrome** : وهو طفل سييء التوافق ويشعر بالنقص أغلب الوقت وأحياناً في كل المواقف، وقد يعود هذا إلى الإحباط والفشل الذي اكتسبه من الأسرة، إذ يصبح مع الوقت يعاني من عجز نفسي وضعف ثقة بالنفس وأساليب هروبية وانسحابية.

ث - الطفل الذي يريد أن يصبح مهماً ليرضي الآخرين

The Child Who has to Become Important to Satisfy Others

وهو يعاني من أشكال التفاعلات اللاسوية التي تضم طفل كبش الفداء وطفل المثلث غير السوي والطفل المعمي وطفل ضحية أسطورة الأسرة، فهو -كما يرى شولمان- يستغل جانب الوالدين كي يحقق لهما بعض الأهداف مثل:

- ★ يصلح علاقات زوجية غير سعيدة وتوشك على الانهيار.
- ★ يحقق رغبات الوالدين في المركز الاجتماعي.
- ★ يخفف شعور الوالدين بالوحدة.
- ★ يُستخدم وسيلة لإشباع حاجات الوالدين إلى الضبط الخارجي والتوجيه.
- ★ يُستخدم وسيلة لإشباع حاجات الوالدين إلى القوة والسيطرة (كفافي، 1999).

تشخيص سوء أداء الأسرة لوظائفها

دور حياة الأسرة Family Life

-المرحلة الأولى: الأسرة الأصلية. منها الشباب غير المتزوج.
(تقبل انفصال الأبناء عن الآباء). وهذا يؤدي إلى تغيرات من الدرجة الثانية في مركز الأسرة وهي:

- ★ تمايز الذات في علاقتها مع الأسرة الأصلية.
- ★ نمو العلاقات الحميمة مع الآخرين (الخطبة).
- ★ تعزيز مركز الذات في العمل.
- المرحلة الثانية: ارتباط الأسر من خلال الزواج: (الأسرة الجديدة المكونة من زوجين).
(الالتزام بالنسق الجديد أي الأسرة التي تكونت). وهذا يؤدي إلى تغيرات من الدرجة الثانية في مركز الأسرة وهي:
- ★ تكوين النسق الزواجي.

- ★ إعادة ترتيب العلاقات مع الأسرة الممتدة والأصدقاء لتشمل الزوجين معاً.
- المرحلة الثالثة: الأسرة مع أبناء صغار: (تقبل الأعضاء الجدد في النسق). وهذا يؤدي إلى تغيرات من الدرجة الثانية في مركز الأسرة وهي:
- ★ تعديل النسق الأسري ليفسح مكاناً فيه للأطفال الجدد.
- ★ القيام بالدور الوالدي.

- ★ إعادة ترتيب العلاقات مع الأسرة الممتدة لتشمل الأدوار الوالدية وأدوار الأجداد.
- المرحلة الرابعة: الأسرة من أبناء مراهقين: (زيادة المرونة في حدود النسق الأسري لتسمح باستقلالية الأبناء المراهقين). تحدث هنا تغيرات من الدرجة الثانية في مركز الأسرة وهي:
- ★ تعديل علاقات لتسمح للمراهقين أن يتحركوا بحرية داخل نسق الأسرة وخارجه.
- ★ إعادة التركيز على قضايا الحياة الزوجية والقضايا المهنية.
- ★ بداية التحول نحو اهتمامات الجيل الأكبر.
- المرحلة الخامسة: انطلاق الأبناء وبداية تركهم للمنزل: (تقبل الخروج والدخول المتعدد من وإلى النسق الأسري). وهذا يؤدي إلى تغيرات من الدرجة الثانية في مركز الأسرة وهي:
- ★ إعادة التفاوض في النسق الزواجي لكونهما زوجين.
- ★ ارتقاء العلاقات لمستوى راشد لراشد بين الأبناء الآخذين بالنمو وآبائهم.
- ★ إعادة ترتيب العلاقات لتشمل الأصهار والأجداد.
- ★ التعامل مع أنواع العجز والوفيات في الآباء (الأجداد).
- المرحلة السادسة: الأسرة في مرحلتها الأخيرة: (تقبل التحول للقيام بأدوار الأجداد). وهذا يؤدي إلى تغيرات من الدرجة الثانية في مركز الأسرة وهي:
- ★ الحفاظ على الاهتمامات ومحاولة أداء الوظائف الزوجية في ظل مواجهة تراجع فيزيولوجي، واكتشاف أدوار أسرية واجتماعية اختيارية جديدة.
- ★ دعم الدور الأكثر مركزية للجيل الأوسط.
- ★ إفساح مجال لتبني دور الحكمة والخبرة المرتبط بكبار السن في الأسرة، ودعم الجيل الأكبر مع عدم إرهابهم بأداء وظائف جديدة.
- ★ التعامل مع فقد الشريك أو الأشقاء أو الأصدقاء، واستعراض الحياة وتأملها استعداداً لانتهاى الحياة والرحيل.

الانصهار في الأسرة Fusion in Family

وهو اندماج أفراد الأسرة بالنسق الأسري لدرجة أنهم لا يستطيعون التفكير وحدهم أو الأداء باستقلالية، ومشكلة الاندماج غالباً يخلفها عواقب سيئة لأن الشخص يتنازل عن شخصيته لصالح النسق الأسري، وقد لاحظ بوين Boewn حالة الاندماج أو الانصهار هذه لدى الفصامين. إن الشخص المندمج بدرجة منخفضة يكون متوازناً انفعالياً ويتصرف باستقلالية. عموماً سمة الاندماجية تنتقل عبر الأجيال من خلال التنشئة الأسرية، ومن ثم يؤدي الآباء فيها دوراً بارزاً. إن المندمجين يستجيبون للضغوط المحيطة بأحد الأساليب الآتية: الانسحاب، الصراع، سوء الأداء الوظيفي على حساب الزوج الآخر، سحب الطفل إلى المثلث غير السوي الذي يؤدي إلى سوء أداء الوظيفة. عند دخول الطفل إلى المثلث غير السوي، أي في حال صراع الآباء، فإنه يكون عرضة للاضطرابات ولاسيما الفصام.

تمييع الحدود أو صلابتها Limits liquefaction or Hardness

تمييع الحدود وهو لا وجود لشخص بالأسرة يخفي مشاعره وأفكاره عن الآخرين، وهنا يكون الأفراد قد وقعوا في هوة الاندماج. أما صلابة الحدود وهي أن تكون القواعد الأسرية صارمة جداً تعيق الاتصال، وهنا يكون الأفراد مفككين ومنفصلين وهذه مشكلة. والسواء أن تكون القواعد واضحة تسمح بحالة من التوازن بين الفرد Individuation والمعية Togetherness.

استمرارية سوء الأداء الوظيفي Functional Performance

يرى هالي Haley أن سوء أداء الأسرة لوظائفها غالباً ما يحدث نتيجة الاستمرارية والتكرار في السلوك الجامد، ويصف هذه الاستمرارية السلوكية كما يأتي:
أ- قد تكون علاقة أحد الأبوين (غالباً الأم) مركزة سلبياً أو إيجابياً مع الطفل، أي إن استجابة كل طرف مهمة بالنسبة إلى الطرف الآخر، والأم تتعامل مع الطفل بخليط من العطف والسخط.

ب- يصبح سلوك الطفل السلبي أكثر حدة.

ت- تطلب الأم أو الطفل من الأب التدخل لحل المشكلة بينهما.

- ث- يحاول الأب حل المشكلة مع الطفل.
- ج- تعترض الأم على طريقة الحل وقد تستجيب بحدة أو بالهجوم على الأب أو بالتهديد بقطع صلتها بالأب.
- ح- ينسحب الأب دون حل المشكلة بين الطفل والأم.
- خ- يتعامل كل من الأم والطفل بخليط من العطف والسخط حتى يصل إلى نقطة تتعقد فيها المشكلة وهكذا دواليك يستمر الوضع ويتكرر.
- من الملاحظ أن الجميع متورط في إحداث سوء الأداء الوظيفي واستمراره في الأسرة دون أن يعترف أحد بمسؤوليته عن ذلك.

أولوية المشكلات في النسق الأسري Family System

يعد ترتيب الأسرة لحل مشكلاتها بحسب الأولوية من نجاح أدائها الوظيفي والعكس صحيح، فغياب الترتيب الأسري لحل المشكلات والمسؤول عن المشكلة أو عدم تحديده أو إذا كان المسؤول لا يُحاسب وهو يحاسب الآخرين، كل هذا يؤدي إلى تعقد المشكلات. نتيجة لذلك قد يصل الأمر إلى التحالفات والتكتلات بين أفراد الأسرة وتحل المشكلات الأسرية، فقد تتحد الأم مع الابن ضد الأب أو الأب مع الابنة ضد الأم أو أن يجذب أحد الأبوين الأولاد إلى معسكره ضد الزوج الآخر (كفاي، 1999).

نمط الاتصال في النسق الأسري Communication Type

إن الاتصال الواضح المحدد داخل الأسرة الذي يتم وفق الأدوار المفترضة والقواعد الأسرية المرنة لدى أفراد الأسرة يدل على حالة الصحة النفسية والسواء لديها، وبالعكس عندما يكون الاتصال غير منسق أو غير مناسب لفظياً أو من خلال لغة الجسد، وهو يتناقض بين اللفظ والإشارة، فإنه يؤدي إلى سوء الأداء الوظيفي، مثل هذه الحالة ينتج عنها حالات السخرية والتهكم بين أفراد الأسرة. وعندما تحدث هذه الحالة من التناقض في الاتصال فإن المستقبل يقع في حيرة كيف يستجيب للرسالة، وهذه هي الرابطة المزدوجة Double Bind التي تكلم عنها باتسون. لقد كشفت ساتر Satir عن شروط هذا التناقض المؤدي إلى الاضطراب النفسي وهي:

★ تعرض الطفل لمستوى مزدوج متناقض من الرسائل بصورة متكررة لمدة طويلة.

- ★ هذه الرسائل يجب أن تأتي من أشخاص لهم مكانة مهمة في الأسرة.
- ★ على الطفل ألا يسأل الكبار منذ الصغر عن توضيح هذا التناقض وأن يقبل هذه الرسائل المتناقضة، ثم يستجيب بصعوبة بالغة باتجاه واحد (Satir, 1994 عن: كفاي، 1999).

انخفاض تقدير الذات Assessment Self

تتصف الأسرة المضطربة بأن تقدير الذات لدى أفرادها يتسم بالانخفاض، وتقدير الذات المنخفض هذا ينتقل من الوالدين إلى الأولاد، بل ويسير عبر الأجيال. عندما يعاني الوالدان من انخفاض تقدير الذات تنتشب الخلافات بينهما ويحاول كل طرف منهما تحسين تقدير ذاته من خلال الأطفال، إذ تتضارب مطالب الأبوين، وهنا على الطفل القيام بـ"المهمة المستحيلة" في نيل رضا الأبوين ليحصل على المدح والثناء الذي يرفع به تقديره لذاته. لكن في معظم الأحيان يفشل الوالدان في رفع تقدير الذات لدى الطفل لأن فاقده الشيء لا يعطيه.

الارتباط بالأسر الأصلية Original Family

يرى ويتيكر Whitaker أن من أسباب الاضطراب النفسي أو سوء الأداء الوظيفي للأسرة الخلاف بين الزوجين حول الأسرة الأصلية التي يجب على الأسرة الجديدة أن ترتبط وتقتدي بها، وهل هي أسرة الزوج الأصلية أم أسرة الزوجة الأصلية، ومما يعقد الأمر إذا كان هناك نية لدى الأسر الأصلية التدخل في شؤون الأسرة الجديدة تحت مبدأ "تقديم النصح والمشورة"، هنا يدب الخلاف بين الزوجين على تنفيذ الخطط الوافدة من الأسر الأصلية التي قد تختلف في الثقافة والمعايير والآراء والقيم (كفاي، 1999)، فيكونان كفرنسي رهان في الميدان. الأمر الذي يؤدي إلى سوء أداء النسق الأسري لوظائفه، ما لم تسعف حكمة الزوجين في إنقاذ الموقف. وإذا تعقدت المشكلة سينتج عنها مجموعة من الخلافات الخاصة بالأدوار وهي:

- ★ الصراع بين الزوجين.
- ★ الصراعات بين الأدوار الأسرية والأدوار الخارجية.
- ★ الصراعات بين الزوجين والأصهار.

★ الصراع نتيجة اختلاف الثقافة والميول والقيم والمعايير والآراء بين الأسر الأصلية.

أسباب المشكلات الأسرية Family Problems

ثمة جملة من الأسباب التي تسهم في ظهور المشكلات الأسرية وهي:

- 1- الرغبة لدى أحد الزوجين بالسيطرة والتحكم في شؤون الأسرة، وهذا يتعارض مع رغبة الزوج الآخر في المشاركة أو السيطرة، فتتولد عملية صراع أسرية.
- 2- أحياناً تكون الزوجة عنيدة ويقابل ذلك زوج غير حازم أو ضعيف الشخصية، فيحدث خلل بالأسرة وتربية الأولاد، لأن التربية الحسنة هي التي يأخذ الأبوان معاً دورهما فيها بصورة متوازنة.
- 3- إن عناد الزوجة قد ينتقل إلى الأولاد، وهذا يجعلهم يدخلون أحياناً بنوبات من البكاء أو الغضب تحقيراً لرغباتهم، ويترافق ذلك معهم بالمراحل العمرية اللاحقة، فيتصرفون على مبدأ "ما أريد يجب أن يحدث".
- 4- تسلط الزوج وعدم التشاور مع الزوجة، وعدّ مسألة التشاور مع النساء أمراً يخدش الرجولة، عند ذلك تحاول الزوجة مشاكسة الزوج تعبيراً عن الاعتراض على عدم التشاور، وكثيراً ما يُطلب منها أمر فتجاهله، وعندما تُسأل عنه تتذرع بأنها قد نسيت، وهذا يفضي إلى نشوء المشكلات.
- 5- الشعور بالنقص وهذا غالباً يكون لدى الزوجة التي قد تكون في بيت أهلها محل احترام وتقدير، فتأتي إلى زوج لا يحترمها (السدحان وآخرون، 2008).
- 6- الجهل أو عدم مراعاة الحقوق الزوجية: من الاحترام والطاعة والثقة والإخلاص بسبب ضعف الالتزام بالأحكام والأخلاق من جانب أحد الزوجين أو كليهما، وهذا يتسبب في توتر العلاقة، وحدوث المشاكل بينهما.
- 7- الخلافات على المستوى الفكري بين الزوجين: فكثير من الأزواج يختلفون في أفكارهم وينعكس ذلك على سلوكهم وتعاملهم مع أزواجهم، وهذا يسبب الخلاف وتفاقم المشاكل بينهما بسبب عدم انسجام الأفكار.
- 8- المشاكل المادية: إن كثيراً من المشاكل الأسرية، سببها الأوضاع المادية للأزواج، فبعض الأزواج لا يؤدي حق النفقة لزوجته، ولا يوفر لها ما يكفيها لسد حاجاتها، وهذا

يضطرها للخلاف معه. فكثير من الأزواج يعاني من الفاقة، ولا يستطيع أن يوفر للزوجة كل ما تطلبه.

9- عدم القناعة بالزوجة أو الزوج: فإن كثيراً من المشاكل الأسرية سببها عدم قناعة أحد الزوجين بشخصية الآخر، سواء من الناحية الجمالية أو التطبيقية أو العلمية أو العائلية وغيرها.

10- أقارب الأسرة: أي الأسرة الممتدة فكثير من المشاكل الأسرية سببها أقارب الزوجين، كالأباء أو الأمهات أو الأخوة، الذين يتدخلون في الشؤون الزوجية والعلاقة بين الزوجين، فيتسببون بإحداث المشاكل والخلافات بينهم.

11- عدم المصارحة والمكاشفة بين الزوجين، وغياب روح التفاهم، وفقدان التمازج، وشيوع سوء الظن، والتوجس، فترى الزوج مع زوجته طيلة سنين المعاشرة لم يصارحها، أو لم يتناقشا فيما يحصل ويتكرر بينهما من خلافات بسيطة، ربما تتطور بمرور الأيام إلى الانفصال، فهم جعلوا من حياتهم ومعاشرتهم عملية آلية مستمرة بعيدة عن العاطفة وتبادل المشاعر.

12- قد ينسى الزوج فضائل زوجته ويتذكر منها فقط السيئات والهفوات، ويضع نصب عينه الأخطاء فقط.

13- غياب الزوج عن أسرته ساعات طويلة خارج البيت، وتراه يبدأ بتوزيع الابتسامات والتحيات مع أصدقائه في المقاهي والنوادي، والتحدث معهم ربما لساعة متأخرة من الليل، ولكن ما إن يدخل البيت حتى يتحوّل لإنسان عبوس يبخل حتى بالابتسامة البسيطة.

14- إن تطور وسائل الاتصال الحديثة وظهور شبكات ومواقع التواصل الاجتماعي ك"الفيس بوك" والانستغرام والتساب والتيلغرام وغيرها، وجلس العديد من النساء ربما لساعات، وانشغالها عن تربية أولادها، وتنظيم بيتها وإهمالها لزوجها ومطالبه الذي جاء من العمل ينشد الراحة في البيت فلم يجدها، بل وجد زوجته مشغولة بالاتصال والحديث مع صديقتها أو جارتها أو تصفح أخبار الأزياء والموضات والعروض والتخفيضات والمطاعم والمأكولات، وقد تركت الحبل على الغارب، وترك الأطفال في الشارع

يسرحون وبمرحون، دون متابعة. كما أن مواقع التواصل الاجتماعي سهّلت التواصل مع الأهل أكثر إذ تنقل الزوجة أي خلاف بينها وبين زوجها إلى الأهل لتضخم المشكلة.

15- الأزمات الخارجية: إن الأسرة تتأثر بالظروف المحيطة بالحروب وما ينتج عنها من قتل وتشريد وغيرها، بل إن إصابة أحد أفراد الأسرة ينعكس على استقرار جميع أفراد الأسرة. كما أن الأزمة الاقتصادية والكوارث الطبيعية تترد سلباً على تكيف الأسرة وصحتها النفسية.

16- مشكلات عمل الزوجة: لقد أدى عمل الزوجة إلى بعض المشكلات كالخلاف على راتب الزوجة والسيادة في البيت والميزانية والادخار والاستقلال المالي للزوجة ورعاية الأولاد وأعمال المنزل والصلة بالأسرة الممتدة وغيرها (جامعة القادسية، 2017).



الفصل التاسع

المدرسة والصحة النفسية

مقدمة

تعد المدرسة ثاني أهم المؤسسات التربوية بعد الأسرة، فبعد أن يأتي الطفل إلى المدرسة يحمل ما يحمل من المنزل من السمات الجسدية والنفسية والعقلية والاجتماعية والأخلاقية والشخصية والقيم والعادات والتقاليد والمعارف والمعتقدات وغيرها. هنا تأخذ المدرسة على عاتقها صقل شخصية الطفل علمياً وجسدياً ونفسياً وانفعالياً وأخلاقياً واجتماعياً. إن الفترة التي يقضيها الطفل في المدرسة لا تفوقها من حيث الزمن إلا الفترة التي يقضيها مع أسرته، ومن ثم فإن هذا يؤكد أهمية الدور الذي تؤديه المدرسة من حيث تأثيرها في بناء شخصية الطفل وفي سلامة صحته النفسية والجسدية. إن التلميذ عند ذهابه إلى المدرسة يأخذ من المعلم في أغلب جوانب الحياة، وليس فقط في الجانب العلمي إلى الحد الذي يصبح فيه كلام المعلم أو المعلمة حجة لدى التلميذ الصغير لا يخالطه الشك، بل ويرجح لدى التلميذ حتى على كلام الأهل. من طرف آخر يخالط التلميذ في المدرسة الأقران أو الزملاء الذين انحدروا من بيئات اجتماعية مختلفة علمياً وأخلاقياً واجتماعياً، فهو يتفاعل مع ابن العامل والفلاح والطبيب والمهندس والعسكري والموظف وغيره، وهذا التباين يُقاس على كل جوانب الحياة التي يتميز بها التلاميذ بانتماءاتهم لأسرهم، الأمر الذي يجعل الطفل يكسب خبرات متنوعة، ما كان له أن يكتسبها لو بقي في المنزل. من طرف آخر إن الأنشطة التي تدور في المدرسة سواء المخطط لها عبر البرنامج أو غير المخطط لها التي قد يعدها المعلم أو تدور في باحات المدارس بين التلاميذ، فهذه الأنشطة توسع مدارك التلميذ وتحسن مستوى توافقه. لكن رغم كل ما قيل سابقاً ثمة صعوبات تواجه الطلبة في المدارس، ولا يمكن غض الطرف عنها، وهذه الصعوبات تتولد عنها مشكلات نفسية تؤدي الصحة النفسية للتلميذ. من هنا جاء هذا الفصل لبحث الصحة النفسية للمعلمين والتلاميذ في المدرسة.

دور المدرسة في بناء شخصية التلميذ

لقد تخطت المدرسة الدور التقليدي الذي كانت توصف به سابقاً، وهو إكساب التلاميذ المعلومات العلمية فقط، إلى دور مدرسة تكاملية تتناول أغلب جوانب الحياة يسود فيها مبدأ "مدرسة لتعلم الحياة أو كيف تعيش الحياة"، فهي تقوم على تربية الطفل وبناء شخصيته من جميع الجوانب. إن المعلم أو المدرس الناجح لا يقصر اهتمامه على تعليم التلميذ المعلومات العلمية فقط، بل يسعى إلى إكساب التلميذ مهارات الحياة التي تقوده إلى التوافق المدرسي والاجتماعي والنفسي. من هنا يقف المعلم على السمات الشخصية لكل تلميذ ويعد الحاجات البدنية والنفسية والاجتماعية للتلميذ، فيساعدهم على تحقيق التكيف مع محيطهم ومتطلباته. ذلك أن التكيف مع المحيط ومتطلباته ينضوي تحته توافق التلاميذ وتفوقهم في واجباتهم الدراسية والتحصيلية، لأن الشخصية المتكيفة هي شخصية سوية وقادرة على الإنتاج والتحصيل. من طرف آخر إن أي مشكلة نفسية أو سوء توافق يُصاب به الطفل في مطلع حياته، لا بد -غالباً- أن يترك أثره في الشخصية في المستقبل، وهذا يتنافى مع أهداف المدرسة الحديثة في بناء جيل من المواطنين الصالحين المتوافقين نفسياً الذين يستطيعون بناء المجتمع الناجح. ليس صعباً على المعلم المتابع أن يعرف أن التلميذ شادي لديه ميول للسرقة، وأن التلميذ فادي لديه ميول للعدوان، وأن التلميذة نادية لديها نوبات غضب وهي تلقي بنفسها على الأرض لأتفه الأسباب، وما برحت تصرخ وتبكي وترفس بقدميها وتشد شعرها. لكن بطبيعة الحال قد يصعب على المعلم أن يعرف ماهية الأسباب التي أدت إلى هذه المشكلات السلوكية. كما أنه ليس مهمة المدرس هنا مع المرشد رد الأسباب إلى البيت والقول إن الأسرة لديها هذه السلوكيات، وإنما يقع على عاتق المدرس والمرشد النفسي المدرسي التعاون والسعي إلى مواجهة هذه السلوكيات بأساليب إرشادية مناسبة لهذه السلوكيات الخاطئة. من هنا يكون على المعلم الإلمام بعموميات الصحة النفسية والإرشاد النفسي إلى حد ما، وذلك لكي يستطيع تقديم العون والمساعدة للتلميذ والتعاون في الوقت نفسه مع المرشد النفسي المدرسي.

الصحة النفسية في المدرسة

تؤدي المدرسة دوراً مهماً في تحسين مستوى الصحة النفسية للتلاميذ، في الوقت نفسه يتفق المعلمون على مبدأ بهذا الخصوص وهو مبدأ "التفوق والتماسك" "mastery and coherence" أي التفوق بالدراسة، وكذلك التماسك بالشخصية والالتزان بالصحة النفسية (Lavikainen et al., 2000)، يمتلك المعلمون قدرة كبيرة لبناء الصحة النفسية السوية لدى التلاميذ كتعليمهم احترام الذات والمشاركة مع الآخرين وكيفية مواجهة الضغوط والصعوبات ومهارات التعامل مع الحياة وحل الصراع والخلاف مع الآخرين، وذلك بما يتناسب مع معايير وقيم المجتمع والثقافة التي تحكمه Herrman et al., (2005). إن حيز الصحة النفسية كبير في المدرسة، ويتمثل بالصحة النفسية لدى التلاميذ، وكذلك في المنهج ولدى المعلمين والآباء، ويمكن دراسة الصحة النفسية في المدرسة من زوايا عدة هي:

أولاً- بناء الاتجاهات والعادات الصحيحة لدى التلاميذ

من الوظائف المهمة للمدرسة هو بناء الاتجاهات الإيجابية وتنميتها، هذه الاتجاهات ستصبح دوافع تساهم في بناء الشخصية السوية لدى التلميذ، وأهم هذه الاتجاهات هي:

1- اتجاهات نحو المدرسة: يتوق الطفل الصغير قبيل التحاقه بالمدرسة إلى المدرسة، ويحلم بذلك اليوم الذي سيكون فيه تلميذاً في المدرسة، وعند دخوله المدرسة قد يشعر بالملل والإحباط، لذلك على المدرسة أن تزرع في نفس الطفل حب المدرسة من اليوم الأول من خلال التشجيع والتعزيز المادي والمعنوي، الأمر الذي يجعل التلميذ يحب المدرسة ويزيد توافقه فيها، فيشعر بالسعادة والكفاية فيها. ويمكن تحقيق ذلك بالأساليب الآتية:

أ- المعاملة الأبوية من قبل المعلمين المشبعة بالحنان والعطف والنصح والتوجيه، فالتهديد والرهبة ينزع الأمن من النفس، ومن ثم يؤدي إلى كره المدرسة، في حين الحنان والعطف يشعر بالأمن وبرغبة الانتماء إلى المدرسة.

ب- إن كثرة التعليمات واللوائح في المدرسة قد تنفر التلميذ من المدرسة، لذلك يجب الشرح للتلميذ بأن هذه التعليمات واللوائح هي لمصلحته ولمصلحة زملائه، وعندما يستوعب التلميذ الأمر سيشكل اتجاهًا إيجابيًا نحو هذه التعليمات واللوائح.

ت- يمكن بناء الاتجاه الإيجابي نحو المدرسة لدى التلميذ من خلال جمال البناء المدرسي ونظافته وتنظيم الملاعب واللوحات التي توضع في المدرسة وغيرها.

2- اتجاهات نحو العمل: إن تدريب التلاميذ على الجوانب العملية أمر مهم كزراعة نبتة ما وما شاكل، وكما يقول ثورندايك في قانون الأثر: "إن النجاح في تأدية عمل من الأعمال يجعل الشخص يشعر بالراحة والطمأنينة والارتياح وبالعكس"، لذلك يجب مساعدة التلاميذ على التدريب والنجاح وعدم الشق عليهم بمهام تفوق قدراتهم. إن التلميذ الناجح يشعر بالكفاية والثقة بالنفس، وهذا يقود إلى حب موطن النجاح وهو المدرسة، في حين أن الفشل المتكرر يشعر التلميذ بالنقص والإحباط، ومن ثم كره المدرسة. وكما يكون النجاح وسيلة فعالة في بناء شخصية التلميذ يجب ألا يقتصر النجاح على المواد الدراسية فقط، بل يجب أن يتسع ليشمل المجالات الآتية: الألعاب الرياضية، العلاقات الاجتماعية كبناء الصداقات، القيادة والزعامة، إبراز المواهب في الهوايات، الأنشطة اللاصفية كالتمثيل والمناظرات والمحاضرات، المظهر العام والنظافة، المواظبة على الحضور إلى المدرسة.

إن النجاح في أي مجال من هذه المجالات السابقة سيؤدي إلى الرغبة في حب المدرسة، بل قد يمتد هذا النجاح إلى مجالات أخرى من مبدأ "النجاح يقود إلى النجاح".

3- اتجاهات نحو قضاء وقت الفراغ (اللعبة والتسلية): إن الدراسة مهمة، ولكن هذا لا ينفي أهمية اللعب وملء وقت الفراغ، لأن التلميذ بحاجة إلى التغيير في حياته، فهو بحاجة إلى الرياضة لينمي قدراته الجسدية ويرفع مناعته، وفي الوقت نفسه يريح عقله من الجهد العقلي. من هذا الجانب يجب على المدرسة أن تزيد من فترات الراحة بين الحصص الدراسية ولكن ليس كثيراً وبصورة متوازنة، وأن يكون هناك باحة يمارس فيها التلاميذ اللعب ويفرغوا طاقاتهم الجسدية الزائدة. كما يجب على المدرسة التوضيح للتلاميذ أن للدراسة وقتها وللعبة وقته، ويجب التفاعل مع كل وقت بما يناسبه.

4- اتجاهات نحو الأشخاص: قبل التحاق الطفل بالمدرسة يغلب عليه الأنانية وحب الذات وتكون علاقاته الاجتماعية محدودة وكذلك الأصدقاء، وعند التحاقه بالمدرسة يختلف الحال، فهنا يوسع علاقاته الاجتماعية ويشعر بالسرور بالأصدقاء الجدد الذين تعرف إليهم في المدرسة. لكن بعض التلاميذ قد يشعر بالتردد والخوف في البداية من بناء العلاقات مع الآخرين. وهنا يقع على عاتق المدرسة العمل على بناء اتجاهات إيجابية لدى التلاميذ نحو حب الآخرين والكرم وحب الخير للآخرين والتعاون والرحمة واحترام حقوق الآخرين وملكيّاتهم والمحافظة على الملكية العامة وحب الجماعة. هذه الاتجاهات الإيجابية لن تكون إذا لم يكن المعلم قدوة للتلميذ وبعيداً عن التحيز والتعصب لجماعة دون غيرها.

ثانياً- الصحة النفسية والمناهج الدراسية

لمراعاة الصحة النفسية عند إعداد المناهج ثمة مجموعة من القواعد يجب الأخذ بها وهي:

1- يجب أن يكون في المنهاج شروحات كافية وليس مختصرات متفرقة وكثيرة، كذلك يجب أن يقترب من الحياة العملية الواقعية، وهذا الأمر يساعد على رفع مستوى الصحة النفسية والتكيف لدى التلاميذ.

2- إن أفضل المناهج التي تحقق تكيفاً عاماً ونفسياً خاصة لدى التلاميذ هو منهج المحاور، لأنه يساعد التلميذ على إدراك الموقف ككل، الأمر الذي يقود إلى الارتياح والنجاح ورفع مستوى النمو والصحة النفسية لدى التلاميذ.

3- لتحقيق الصحة النفسية يجب العمل في جو اجتماعي في كثير من الأحيان ما سمحت الظروف، لأن هذا الجو يحاكي الواقع ويجعل التلميذ يشعر بالثقة بالنفس ويحفز لديه تحمل المسؤولية والمشاركة الوجدانية والتعاون، وهذا بالتالي يرفع من مستوى الصحة النفسية لديه ويعزز بناء الشخصية السوية.

4- عدم اقتصار المناهج على الخبرات المدرسية، بل يجب تطبيق بعض الأنشطة بالبيئة الطبيعية، مثل الأنشطة الزراعية والاجتماعية والاقتصادية كالخروج لزراعة

الأشجار أو زيارة الزميل المريض أو شراء الهدية للمريض من السوق، هذه السلوكيات تشعر التلميذ بالسعادة، ومن ثم ترفع مستوى الصحة النفسية لديه.

5- يجب أن يراعي المنهاج الفروق الفردية بين التلاميذ وأن يكون المنهاج متنوعاً ومتفاوت الصعوبة بحيث ينجح به التلميذ المتوسط. بالإضافة إلى المرونة في طرائق تدريس المناهج المختلفة، كذلك مساعدة الطالب على الاختيار الدراسي بين العام أو المهني أو التجاري وغيره، وهذا يحقق التوافق الدراسي، والأخير بدوره يسهم في رفع مستوى الصحة النفسية.

ثالثاً-إرشاد الآباء

من الأمور المهمة في الصحة النفسية علاقة الطفل أو المراهق بوالديه، فارتفاع جودة هذه العلاقة يسهم في رفع جودة الصحة النفسية وبالعكس، لذلك يجب على المدرسة المساعدة في تغيير الاتجاهات السلبية للآباء نحو الأبناء وبناء الاتجاهات الإيجابية لديهم. يمكن أن يتم ذلك من خلال تزويد الآباء بأساليب التنشئة الإيجابية التي تجنبهم الخبرات التربوية السيئة. من وسائل إرشاد الآباء في المدرسة الآتي:

1- إلقاء المحاضرات التي تتناول علم نفس الطفل ورعاية الأطفال والصحة النفسية للطفل.

2- توزيع مطبوعات تتضمن أساليب المعاملة الوالدية الحسنة والإيجابية.

3- استعمال وسائل الإعلام كوسيلة لتوجيه الآباء والمربين.

4- تنظيم مؤتمرات مدرسية يشارك فيها الآباء والمرشدون والمدرسون والإدارة والمختصون والمهتمون من خارج المدرسة.

5- السماح للآباء بحضور بعض الدروس ليقفوا على طبيعة المعاملة الإيجابية لأبنائهم.

6- ثمة إرشاد فردي للآباء يساعد على حل مشكلاتهم الشخصية، لأن ذلك يساعد على بناء شخصية متوازنة لديهم، الأمر الذي يجعلهم مؤهلين لمساعدة أبنائهم في حل مشكلاتهم(فهيم، 1995).

الصحة النفسية للمعلم

إن مهنة التدريس من أهم المهن في المجتمع، وكما يقول حجازي "مهنة التدريس من المهن التي تتطلب مهارات متميزة، وذلك نتيجة تفاعل حاجات عدة معاً، كالقدرة الجيدة على ضبط الصف، والتمكن العلمي من المادة التدريسية، وامتلاك أسلوب تواصل فعال مع الطلاب، والأهم الدافعية العالية للعطاء وحب المهنة أي الرضا عن المهنة"(حجازي، 2000، 245). كما يضيف حجازي أهمية الروح المعنوية في عمل المعلم الذي ينبع من قدرة التأثير في قرار الإدارة بصورة عقلانية، وهذا الأمر يتطلب أن يتمتع المعلم بصحة نفسية سوية وجيدة ليحقق الإنتاج المطلوب، ولا سيما في هذا العصر الذي يتسم بالسرعة وتطور أدوات وسائل التعلم والتعليم وطرائقها (المرجع السابق). يمكن وصف المعلم الذي يتمتع بالصحة النفسية بالصفات الآتية:

- 1- الاتجاه الإيجابي نحو مهنة التدريس.
 - 2- الاتجاه الإيجابي نحو التلاميذ والطلبة.
 - 3- امتلاك الثقة بالنفس.
 - 4- القدرة على تأكيد الذات.
 - 5- التوافق المدرسي مع الإدارة وإدارة التعليم عامة.
 - 6- يؤمن له دخله الوظيفي حياة كريمة ومريحة عامة.
 - 7- شخصيته متوازنة، فليس بالشديد الصارم ولا باللين المهمل المتساهل.
 - 8- لديه معرفة جيدة في المجال التربوي وطرائق التدريس الحديثة.
 - 9- يتسم بالموضوعية وعدم التحيز بالتعامل مع تلاميذه.
- كما أن اتزان الشخصية لدى المعلم له بالغ الأثر على الصحة النفسية للتلميذ الذي يتأثر بمعلمه وقد يأخذه قذوة، من هنا يمكن تحديد أهمية الاتزان في شخصية المعلم بالنقاط الآتية:

- 1- إن إقامة العلاقة الجيدة بين المعلم والتلميذ أمر مهم لتحقيق التوافق الدراسي، وهذا بدوره يتطلب شخصية متوازنة لدى المعلم. الأمر الذي يبني جسور الصحة النفسية في هذه العلاقة.

2- يشكل المعلم قدوة للتلميذ، ومن ثم قد ينقل التلميذ عن المعلم كثيراً من العادات والقيم والسمات، وهذا يعني أن التلميذ قد ينقل اتزان الشخصية والعكس جائز، من هنا يشكل اتزان شخصية المعلم قضية بالغة الأهمية في نقل حالة الاتزان والسواء إلى التلميذ. لقد أشارت الأبحاث إلى أن التلاميذ الذين يدرسون عند المعلم الذي يتسم بالمرونة في التفكير والديمقراطية في المعاملة، كانوا أكثر اهتماماً وميلاً واندماجاً في أنشطة الصف الدراسي من تلاميذ المعلم الذي يتسم بأسلوب التسلط والعدوانية.

3- عدم اتزان الشخصية لدى المعلم يجعله موضع سخرية من التلاميذ، وهذا يعرض العملية التربوية للفشل، كما يضعف دافعية التعلم لدى التلاميذ.

4- السلوك المتزن للمعلم له أثره في بناء شخصية التلميذ سواء من الناحية العلمية أو من الناحية الأخلاقية.

5- مرونة المعلم واطلاعه على التطور العلمي يساهم في تطور العملية التربوية، ومن ثم يشارك في تسريع مسيرة العلم.

6- تجنب تكرار الأساليب التقليدية في التدريس واتباع الأساليب الحديثة التي تساعد على تطور خبرات التلاميذ وقدراتهم (شريف، 2011).

لا بد من ملاحظة مهمة هنا وهي: إن ضعف المردود المادي للمعلم مقارنة مع أصحاب الحرف والتجار والأطباء والمحامين وغيرهم، يجعله يعاني من تدني مستوى معيشتة، الأمر الذي ينعكس سلبياً على صحته النفسية. وقد يحاول تعويض ذلك من خلال الدروس الخصوصية التي تؤثر في إنتاجيته ونفسيته في المدرسة، ومن ثم تؤثر في مستوى تحصيل التلاميذ وصحتهم النفسية.

صفات المعلم الناجح

1- واضح الهدف والرؤية في تنفيذ برنامجه. 2- يثق بقدراته وبالنجاح مع طلابه. 3- يطور مهاراته في حل المشكلات. 4- يثق بأن الإجراءات والاختيارات التي يجريها صائبة. 5- يستطيع بناء العلاقات الإيجابية مع تلاميذه. 6- يستطيع بناء العلاقات الإيجابية مع آباء تلاميذه. 7- يحافظ على ردود الأفعال الإيجابية مع طلابه. 8- يحب

التعاون والمشاركة والعمل كفريق. 9- يتسم بالمرح Humor، وهذا يخفف من التوتر لدى التلاميذ (طربية، 2009).

هذه الصفات الإيجابية تنعكس على التلاميذ، وتجعلهم يتمتعون بالصحة النفسية.

مشكلات الصحة النفسية لدى المعلم

ثمة مشكلات نفسية وغير نفسية تترك أثرها في الصحة النفسية لدى المعلم وهي:

- 1- حالة القلق لدى المعلم وكثيراً ما تدور حول أمور بسيطة ومحدودة الأهمية.
- 2- عدم الرضا عن الحياة والشكوى والتبرم من غلاء المعيشة وصعوبة الحياة.
- 3- يبدو أحياناً المعلم انفعالياً أي سريع الغضب وهذا يؤثر في جودة إنتاجه.
- 4- التردد في اتخاذ القرارات أو عدم البت بها.
- 5- قد يُصاب المعلم أحياناً بضعف الروح المعنوية.
- 6- تظهر أحياناً لدى المعلم حالات من التكرر لشروط الواقع.
- 7- الاهتمام أحياناً بالأمور البسيطة بصورة مبالغ بها.
- 8- تسلط بعض الأفكار على المعلم التي قد تعيق عمله.
- 9- قد يعاني المعلم من الإحباط نتيجة طبيعة عمله ومعاملة المجتمع له.
- 10- قد تميز الإدارة بين المعلمين في المعاملة، وهذا يترك أثره في الصحة النفسية للمعلم.
- 11- الضغط النفسي في العمل، فمهنة التدريس من أشق المهن.
- 12- الراتب المنخفض للمعلم بالمقارنة مع كثير من المهن رغم أهمية نتاج المعلم.
- 13- حالة المقاومة للمعلم بين رغبات التلاميذ وتطبيق الأنظمة المدرسية.
- 14- يختلج شعور عدم الطمأنينة يأتيه من الإدارة.
- 15- تعدد مسؤوليات المعلم من التحضير وتركيز الانتباه والامتحانات وأسئلتها والدرجات ودقة التعامل مع التلاميذ.
- 16- ضعف إعداد المعلم، الأمر الذي ينعكس على جودة التعليم وعلى المعلم نفسه من خلال عدم الشعور بالراحة وتأنيب الضمير الذي يترك أثره في صحته النفسية.
- 17- قد يقع المعلم في حالة من الصراع بين شروط المهنة وقيمه الداخلية.

- 18- مشكلة المعلم الجديد قليل الخبرة.
- 19- مشكلة المعلم الوكيل وغير المؤهل.
- 20- مشكلة المعلم المريض جسدياً.
- 21- مشكلة المعلم المسن الذي ضعف جسمه عن أداء المهنة بتمام متطلباتها.

مواجهة مشكلات المعلم المتصلة بالصحة النفسية

يمكن مواجهة مشكلات الصحة النفسية لدى المعلم بالأساليب الآتية:

أولاً- طريقة انتقاء المعلم وإعداده

يمكن أن يتم ذلك من خلال:

- 1- استعمال الاختبارات النفسية للتأكد من سواء الصحة النفسية لدى المعلم.
- 2- كما يمكن التأكيد على المستوى التحصيلي للمعلم من خلال درجاته في الشهادة الثانوية.
- 3- قياس السمات الشخصية لدى المعلم والتأكد من الصلاحية للعمل وحسن تكيفه معه.
- 4- الاهتمام بتدريب الطالب المعلم وإعداده مع تحمله جزءاً من المسؤولية في أثناء التدريب، والإشراف عليه ومراقبة كيفية إدارته للصف وضبطه.
- 5- زيادة التدريب أكثر للطالب المعلم، لأن ذلك يزيد من عنصر الخبرة لديه ويقلل من عناصر المفاجأة.

ثانياً-مواجهة مشكلات الصحة النفسية للمعلم وحلها في فترة العمل

هنا يتم تناول بعض مشكلات الصحة النفسية أو المشكلات التي تؤثر فيها مثل:

- 1- مشكلة الراتب المتواضع الذي لا يتناسب مع غلاء المعيشة الذي يولد ضغطاً نفسياً كبيراً على المعلم مؤذياً صحته النفسية، وهنا على الوزارة وضع راتب يحفظ للمعلم كرامته.
- 2- سوء العلاقة مع الإدارة التي قد تنعكس على الصحة النفسية للمعلم، هنا يجب على الإدارة مساعدة المعلم وإرشاده بالين والرفق وعدم المواجهة معه.
- 3- مشكلة ضغط العمل التي تولد ضغطاً نفسياً كبيراً على المعلم يؤثر في صحته النفسية. يمكن من خلال التحضير الجيد ومساعدة الطاقم الإداري في المدرسة للمعلم في

بعض الأمور مثل المساعدة في المراقبات بالامتحان ونقل الدرجات إلى السجلات وغيرها أن تخفف عنه.

4- مشكلة الملل الناتجة عن التدريس على الصف الواحد، لذلك يجب على إدارة المدرسة التنويع، إذ يدرس المعلم في الصف الأول ثم الثاني ثم الثالث ثم الرابع، وهذا يكسر الملل في نفسية المعلم، فغالباً ليس صحيحاً أن يبقى المعلم أكثر من عشر سنوات يدرس الصف الأول أو غيره، فذلك يولد الكآبة والملل. إن إقامة الرحل والترفيه له آثار طيبة في هذا الجانب.

5- نظرة المجتمع السلبية إلى المعلم تولد ضغطاً نفسياً كبيراً على المعلم مؤذياً صحته النفسية، لذلك يجب على الجهات المعنية من النقابات والإدارات والمؤسسات المدنية والثقافية ووسائل الإعلام تسليط الضوء على أهمية دور المعلم في بناء الأجيال والمجتمع والوطن.

ثالثاً- التواصل مع المعلم في عمله وإرشاده

من خلال الآتي:

- 1-إرشاد المعلم وتوعيته نفسياً.
- 2-إرشاد المعلم وتوعيته مهنيّاً.
- 3-توضيح بعض المشكلات وكيفية علاجها.
- 4-التركيز على مكانة المعلم في خدمة المجتمع.
- 5-التركيز على الرسالة السامية للتعليم، هذا يجعل المعلم أكثر كفاية في مواجهة الصعوبات.

رابعاً- مساعدة المعلم بعد وقوع المشكلة

بعد وقوع المشكلة هنا يجب على المدرسة والمرشد تقديم المساعدة للمعلم للخروج منها، مثال حالة الشجار التي حدثت بين المعلم والتلميذ يمكن الإصلاح بينهما بحيث يقدم التلميذ الاعتذار للمعلم ويأخذ العقوبة التي يستحق (الرفاعي، 1998).

الصحة النفسية في الأيام الأولى في الابتدائية (الحلقة الأولى من التعليم الأساسي)

إن الأيام الأولى في الصف الأول من المدرسة الابتدائية (الحلقة الأولى من التعليم الأساسي) تعد أياماً صعبة بامتياز لدى التلميذ المستجد، فالطفل أمام مكان جديد لم يألفه من قبل، وكذلك أمام أطفال جدد قد لا يألف بعضهم أو أغلبهم أو كلهم، كذلك أمام معلم أو معلمة جديدة في الغالب لم يألفهم، وأمام إدارة جديدة لم يألفها. لقد أتى من بيت الأمور بالنسبة له واضحة ومؤلفة وثمة من يقدم له الرعاية الخاصة وأساليب معاملة خاصة، أما هنا فالجو صاخب والصف يعج بالتلاميذ وتسود المنافسة بينهم، وثمة أسئلة كثيرة تخالط ذهن التلميذ المستجد، لكنه لا يجد لها إجابة حتى الآن. هنا تتسلل المخاوف والتوتر والقلق إلى نفسه، فهنا لا أم ولا أب ولا أخوة، الأمر الذي يؤدي لدى بعض التلاميذ إلى النفور من المدرسة ورفضها أو رفض القدوم لوحدهم إلى المدرسة، فيطلب من يرافقه إلى الصف الأم أو الأب أو الأخ. وهذا مؤشر على سوء الصحة النفسية لديه، فقد لا يكون السبب هو انخفاض الذكاء أو قلة الجد، وإنما هي أسباب نفسية تعود إلى جدة الظرف وغرابته وعدم التكيف معه، ولا سيما لدى الأطفال الذين لم يدخلوا الروضة. لقد أثبت العمار (2007) بالدراسة الميدانية بالنسبة للأطفال المستجدين في الصف الأول أن الأطفال الذين قد سبق لهم دخول الروضة هم أفضل بشكل دال إحصائياً من حيث الكفاءة الدراسية والاجتماعية في المدرسة من الأطفال الذين لم يدخلوا الروضة قبل دخولهم الصف الأول (العمار، 2007). من هنا يجب على الأسرة والمدرسة العناية بهذه الأيام الأولى من المدرسة لكي تمر بسلام، ويمكن ذلك من خلال أمور عدة وهي:

- 1- الحديث الإيجابي عن المدرسة وما فيها من أنشطة.
- 2- التعرف إلى الرفاق الجدد.
- 3- وجود من يشكل عنصر طمأنينة في المدرسة كأن يكون ابن الحي بالصف نفسه أو الأخ بالمدرسة نفسها أو أبناء الأقارب وما شابه.
- 4- التشجيع والتعزيز المادي والمعنوي للتلميذ المستجد سواء من الأهل أو المدرسة.
- 5- وضع له لفافة الطعام في الحقيبة حتى لا يُصاب بالجوع.

6- التعاون بين الأهل والمدرسة لتجاوز هذه الأيام بيسر.

7- محاولة إيجاد زميل قرين له في الصف يأنس به ويشعر بالراحة معه، ويفضل أن يكون من الحي نفسه أو قريب له.

هناك نقطة مهمة للطرح هنا حول السن المناسب للذهاب إلى المدرسة بعض الدول جعلت سن الرابعة وبعضها الخامسة وبعضها السادسة. الأمر هنا يتبع النضج والنمو، لذلك كثير من الدول جعلت السن هو السادسة. لكن في ألمانيا قد يذهب الطفل إلى المدرسة في سن الرابعة أو الخامسة أو السادسة أو السابعة، وذلك بعد إخضاعه لاختبار الكفاءة المدرسية، فإذا تجاوزه يمكن له الذهاب إلى المدرسة حتى لو كان عمره أربع أو خمس سنوات، وقد يكون عمره ست سنوات أو سبعة ولا ينجح بالاختبار، فيتم إعادته إلى الروضة حتى يتمكن من اجتياز الاختبار. طبعاً ليس كل التلاميذ يخضعون لهذا الاختبار، بل يخضع له من كان في عمر الرابعة أو الخامسة ولديه إمكانات تؤهله للنجاح في الصف الأول أو في حالة أن الطفل كان في عمر السادسة أو السابعة ولديه انخفاض ذكاء، هنا يمكن أن يخضع للاختبار، وإذا رسب يتم إعادته للروضة حتى يجتاز الاختبار، ثم يرجع إلى الصف الأول.

الصحة النفسية في الابتدائية والإعدادية/المتوسطة(مرحلة التعليم الأساسي)

قد يمر التلميذ في هذه المرحلة ببعض المشكلات أو الاضطرابات النفسية، وقد ترتبط هذه المشكلات بالمعلم أو المادة الدراسية أو الزملاء أو الوسائل التعليمية أو أساليب الإدارة.

من المشكلات النفسية التي تبرز في هذه المرحلة خوف التلميذ من المدرسة أو كرهه لها، وهذا الخوف أو الكره متفاوتات الشدة من تلميذ إلى آخر. يجب هنا أن يُبحث الأسباب التي تقف خلف هذه المشكلة، فقد يعود السبب إلى المنزل والخلافات الأسرية فيه التي أثرت سلبياً في المستوى الدراسي للتلميذ، وهذا أدى إلى الخوف أو كره المدرسة. ربما تعود هذه المشكلة إلى صعوبة بعض المواد الدراسية كالرياضيات أو الإنكليزية وغيرها. من الاحتمالات المهمة في حدوث المشكلة قد يكون المعلم، فالخوف من المعلم أو كرهه أمر وارد، وهذا يرتبط بأسلوب المعاملة أو المعاملة المتحيزة من قبل المعلم أو ضعف

قدرة المعلم على إيصال المادة العلمية إلى التلميذ. أيضاً ربما يكون سبب الخوف هم الزملاء الذين يمارسون التتمر على هذا التلميذ أو يسخرون منه أو يقذفونه بألفاظ نابية أو يتكثلون ضده وما شاكل. كل هذه الاحتمالات واردة أن تكون سبباً لنشوء الخوف من المدرسة أو كرهها، وللفضل في هذا يجب سؤال التلميذ عن الذي استثار خوفه من المدرسة أو كرهه لها، ثم بعد ذلك يجب تحويله إلى المرشد النفسي المدرسي ليشخص الحالة، ثم يقدم المساعدة الإرشادية المناسبة للتلميذ ليتخلص من المشكلة، وبعدها ليكون تلميذاً سوياً يمارس حياته المدرسية بصورة طبيعية. من المشكلات الأخرى التي تصيب التلميذ في المدرسة قلق الامتحان الذي يعرقل إمكانات النجاح لدى التلميذ. هنا يُبحث في طرائق الامتحان والحساسية الانفعالية المرتبطة بها والعقاب في حال الحصول على الدرجات السيئة سواء من الأهل أو المعلم. من هنا يجب على المدرسة إعادة النظر بطرائق الامتحانات وتوقيتها، أيضاً يجب أن يتدخل المرشد النفسي المدرسي لتشخيص القلق وإعداد أساليب إرشادية لمساعدة التلميذ على تجاوز قلق الامتحان. ثمة مشكلات أخرى تواجه التلاميذ ويجب على المدرسة والمرشد الانتباه لهذه المشكلات وإعداد استراتيجيات مواجهة فعالة لمساعدة التلاميذ.

الصحة النفسية في الثانوية

بعد الانتهاء من المدرسة الإعدادية/المتوسطة (مرحلة التعليم الأساسي) تأتي المرحلة الثانوية، ويكون بها هنا تخصصات مختلفة، وذلك وفق مقدرة الطالب ودرجته التي حصلها في المرحلة السابقة. ثمة مشكلات نفسية وصعوبات في هذه المرحلة منها الجو الجديد الذي يدخله وربما يكون فيه بعض الزملاء جُدد أو أغلبهم كما يحدث في المدارس المهنية والصناعية، وهذا يتطلب اختيار أصدقاء الجُدد والتكيف مع باقي الزملاء، وربما حدث خلافات ونزاعات واستُخدم بها العنف، وربما حدثت تكتلات ضد أفراد أو مجموعات، كل ذلك يؤثر سلبياً في الصحة النفسية للطالب. الأمر الذي يجعله ينتقل إلى مدرسة أخرى أو ربما يفكر في ترك المدرسة -إذا ترافق ذلك مع ضعف تحصيلي- وسط إلاح الوالدين على متابعة الدراسة، وربما عاكس رغبتهما وأمعن في التقصير ليبرر لنفسه ترك المدرسة، وقد يسهم في ترك المدرسة ضعف العامل الاقتصادي للأسرة،

وكذلك المظهر الجسدي له كالقصر مثلاً. كل هذه العوامل قد تأتلف لترك المدرسة. ثمة مشكلة أخرى وهي متصلة بالمراقبة وما يرتبط بها من تغيرات، كذلك هناك القلق حول المستقبل والصراعات بين القرارات كترك المدرسة أو المتابعة. لكن مع كل هذه المشكلات يقع على عاتق المدرسة وخاصة المرشد والمدرس مواجهة هذه المشكلات من خلال مساعدة الطالب على تخطيطها ومتابعة الدراسة بصورة سوية تعبر عن صحة نفسية سوية. ثمة فصل يتناول المشكلات السلوكية والدراسية، لذلك لا داعي للإسهاب في تناول المشكلات هنا.

الصحة النفسية وجو الصف المدرسي

إن جو الصف المدرسي يجب أن يكون بيئة صالحة لتلقي العلم من خلال الآتي:

- 1- جانب المعلم الكفي المؤهل المدرب الذي يدير الصف لتدريس التلاميذ.
 - 2- جانب التلاميذ الذين يمتلكون الخبرات والمهارات والاستعدادات والدافعية لمتابعة المعلم.
 - 3- جانب الوضع الفيزيائي والمادي للصف كالتهووية ودرجة الحرارة المناسبة والإنارة.
- كل هذه الجوانب تسهم في بناء جو منظم بعيد عن القلق والخوف والتوتر والفوضى والملل، وفي الوقت نفسه مشجع على اكتساب العلم والمعرفة. وهذا يساعد على تحقيق الصحة النفسية في الجو الصفّي، الأمر الذي ينعكس إيجابياً على رفع كفاية العملية التعليمية.

لا بد هنا من الحديث عن أهمية الإدارة الصفية التي تُعرف بأنها جميع العمليات التي تُنفذ في غرفة الصف من قبل المعلم والتلاميذ ضمن الحصة الدراسية التي تساهم في إدارة التواصل والتفاعل بما في ذلك أنشطة إشرافية وتوجيهية، كذلك تهتم بالبيئة النفسية والاجتماعية والمادية اللازمة لإحداث التعلم بشكل فعال، والعملية برمتها يقودها المعلم (الهاشمي والعزاوي، 2009). إن للإدارة الصفية من قبل المعلم أهمية في تحقيق الصحة النفسية للجميع سواء المعلم أو التلاميذ، فمن دون النجاح بالإدارة الصفية من قبل المعلم لا يمكن تحقيق نجاح العملية التعليمية. كذلك إن النجاح في الإدارة الصفية للمعلم يرتبط بالصحة النفسية، فالمعلم الناجح في إدارة صفه هو الذي يتمتع بسمات

شخصية سوية وقوية، فهو متزن انفعالياً وحازم وحسن التصرف (طربية، 2009). كما تؤكد الدراسات الأمريكية أن المعلمين الذين ينجحون أكثر من غيرهم في إدارة صفوفهم يمتازون أساساً بقدرتهم على الوقاية من حدوث المشكلات في الصف (أندرسون، 1994).

كل هذا يركز على دور المعلم الناجح في إدارة الصف الذي يتصف بالآتي:

- 1- بناء الجو النفسي الإيجابي والاجتماعي في الصف.
- 2- تنظيم البيئة التعليمية في الصف.
- 3- إكساب التلاميذ الخبرات المعرفية.
- 4- حفظ الانضباط بالصف.
- 5- الإشراف على التلاميذ وتقويمهم.
- 6- إثارة الدافعية بين التلاميذ وكسر الملل.
- 7- توجيه الأسئلة لجميع التلاميذ وعدم تجاهل أحد.
- 8- تنوع الأسئلة وشمولها.
- 9- تحفيز التفكير لدى التلاميذ من خلال العصف الدماغي.
- 10- الاعتماد على التعزيز الإيجابي في بناء السلوكيات السوية.
- 11- عدم السماح بالإجابات الجماعية وإنما تتم الإجابة الفردية بعد إذن المعلم.
- 12- الإدارة الديمقراطية للصف، الأمر الذي يسهم في بناء الجو الاجتماعي النفسي الذي يزيد من سوية الصحة النفسية (شريف، 2011).
- 13- قد يعتمد المعلم أحياناً إلى تقسيم التلاميذ إلى مجموعات عمل في غرفة الصف، الأمر الذي يضفي جواً من الحماسة والمنافسة بين التلاميذ، وهذا يزيد من الحاصل التعليمي للتلاميذ، وفي الوقت نفسه يزيد من جودة الصحة النفسية لدى التلاميذ.

الفصل العاشر

العمل والصحة النفسية ومؤسسات الرعاية الصحية النفسية

مقدمة

إن العمل معبر عن الإنسان بل عن قيمته، إذ يستمد الإنسان كثيراً من قيمته من عمله، من هنا قالت العرب "شرف الصانع من الصنعة"، فالذي يعمل في الطب هو الطبيب الذي له المكانة التي يصنعها المجتمع، والذي يعمل بالمحاماة هو المحامي الذي له المكانة التي يضعها المجتمع، كذلك الأمر بالنسبة للمعلم والمهندس والتاجر والحدّاء وعامل النظافة. كل له مكانة في المجتمع تتناسب مع طبيعة مهنته. من واقع أهمية المهنة بالحياة يتجه هذا الفصل لدراسة الصحة النفسية لدى العامل لما لها من تأثير على العامل وإنتاجيته وجودتها، فالصحة النفسية السوية لدى العامل تؤثر بصورة إيجابية على إنتاجه والعكس صحيح. كما يتناول الشطر الثاني من هذا الفصل مؤسسات الرعاية الصحية النفسية التي تطورت في الآونة الأخيرة. الغاية من هذه المؤسسات هو إصلاح نفوس هؤلاء الأشخاص وسلوكهم.

الصحة النفسية والعمل

إن الأهمية البالغة للعمل في تطور المجتمعات جعلت هذه المجتمعات تهتم بكفايته وجودته، فالعمل يحقق للإنسان قدراته وأهدافه بل وذاته، الأمر الذي يقوده إلى السعادة والصحة النفسية، من هنا جاء الاهتمام بالعمل. وهذا الاهتمام يبدأ بالعنصر الأهم وهو الإنسان، ومن الجوانب المهمة لدى العامل الصحة النفسية له التي يكرس علماء النفس جهودهم لدراستها سواء المختصون منهم بالصحة النفسية أو علم النفس العمل أو علم النفس الصناعي أو علم النفس التجاري أو علم النفس المهني أو غيرها. لقد وجدوا أن العلاقة واضحة بين الصحة النفسية والعمل، فالمشكلات النفسية في العمل ستؤذي الإنتاج وتقلل من كفايته. ومن هذه المشكلات النفسية:

- 1- عدم الرضا عن العمل سواء من حيث المكانة أو الدخل أو طبيعة العمل.
- 2- قد تكون المهنة لا تشبع اهتمامات العامل وميوله.

- 3- غياب العامل عن عمله نتيجة الاضطراب النفسي.
 - 4- حالات التظلم والشكوى.
 - 5- حالات الإدمان المختلفة.
 - 6- حالات العدوان التي يجنح إليها العامل.
 - 7- الشعور بالضيق والتوتر.
 - 8- قد ينتج عما سبق عملية إسقاط، فيسقط العامل التوتر الذي لديه على زملائه بالعمل أو على زوجته وأولاده وأسرته، قد ينحرف وينتهي الأمر به لترك العمل.
 - 9- الشعور بالفشل والإحباط والقلق.
 - 10- فقد اتزانة النفسي.
- هذه المشكلات النفسية التي تصيب الصحة النفسية للعامل تنتج عن أسباب عدة وهي:
- 1- الاختيار الخاطئ للمهنة التي لا تتناسب مع قدرات الشخص ورغباته وميوله واستعداداته.
 - 2- وجود الأخطار في العمل، فهناك مهن خطيرة.
 - 3- عدم التمكن من العمل وارتكاب الأخطاء المتكرر بالعمل.
 - 4- قلة المردود المادي من العمل.
 - 5- "وضاعة المهنة" على سلم المهن كما ينظر إليها المجتمع.
 - 6- المعاملة السيئة من قبل أصحاب العمل.
 - 7- بعد مكان العمل عن إقامة العامل.
 - 8- كثرة عدد ساعات العمل واستغلال العامل.
 - 9- التعب الذي ينهك العامل نتيجة صعوبة العمل.
 - 10- الملل والرتابة في العمل.
 - 11- انخفاض الروح المعنوية لدى العامل.
 - 12- غياب العامل عن العمل.
 - 13- التغيرات المستمرة بالعمل.
 - 14- العلاقات الاجتماعية السيئة بين العمال.

العوامل التي تحقق للعامل الصحة النفسية

ثمة جملة من العوامل تحقق للعامل الصحة النفسية وهي الآتي:

أولاً- رغبات العمال

هذه الرغبات تحقق الاستقرار النفسي وتساهم في تحسين الصحة النفسية لدى العامل وهي:

- 1- المعالجة في أثناء المرض والتأمين الصحي.
 - 2- ثقة العامل بأصحاب العمل وعدم طرده من العمل دون سبب.
 - 3- وضوح اختصاصه ومسؤولياته واستشارته عند التغيير في العمل أو التبديل بين العمال في أماكن العمل.
 - 4- تهيئة الظروف الفيزيائية الجيدة (الإضاءة الجيدة، التهوية، تجنب الضوضاء ما أمكن).
 - 5- الوقاية من الحوادث والأعمال الخطرة واتخاذ إجراءات السلامة.
 - 6- توزيع الأجور بصورة عادلة على أن تكون كافية وتضمن للعامل حياة كريمة دون الحاجة لعمل آخر.
 - 7- تحديد ساعات العمل بطريق لا ترهق العامل وتراعي قوانين العمل.
 - 8- تخفيف وطأة التعب والإرهاق والملل.
 - 9- معاملة العامل معاملة إنسانية تحفظ كرامته ورأيه واقتراحه واستشارته، مع منحه الثقة التي يستحق.
 - 10- الإصغاء لشكواه وآلامه وتسويتها تسوية عادلة.
 - 11- المحافظة على حقه بالترقية والترفع المالي.
 - 12- إنشاء الخدمات الترويحية في أثناء أوقات الفراغ.
 - 13- التأمين ضد الشيخوخة والتقاعد والموت.
 - 14- ارتفاع مستوى معيشة أسرته وثقافة أطفاله وتربيتهم.
 - 15- الإشراف المتسم بالعدل والموضوعية بين العمال.
- ثانياً- الروح المعنوية الجماعية لدى جماعة العمال

ثمة صلة وثيقة بين الصحة النفسية والروح المعنوية لدى العامل، هذه الروح المعنوية تتوقف على إشباع الحاجات النفسية المختلفة للعامل، ولها شروط عدة لا يمكن تجاهلها وهي:

- 1- الإدارة الديمقراطية في العمل.
 - 2- احترام العامل وتقديره وتشجيعه على إنجاز أعماله وإشراكه في وضع خطة العمل.
 - 3- الاستماع إلى مظلّمته وإنصافه.
 - 4- منحه الترقية والترفيه المالي.
 - 5- إشعاره بأن الإدارة تهتم براحته وبظروفه.
- إذا تحقق ما سبق من شروط سيكون ثمة نتائج للروح المعنوية وأهمها الآتية:
- 1- انخفاض معدل الاختلافات بين العمال.
 - 2- ارتفاع القدرة على التكيف وسط الظروف المتغيرة بالعمل.
 - 3- زيادة الشعور بالانتماء بين أفراد الجماعة.
 - 4- تبني العمال اتجاهات إيجابية نحو العمل والزملاء والرؤساء.
- من الجدير ذكره هنا لقياس الروح المعنوية، ثمة مجموعة من الوسائل لقياس الروح المعنوية منها: سجلات العمال لتحديد مستوى الإنتاج، درجة تغيبهم وحضورهم وانصرافهم قبل الوقت، كثرة الحوادث، إجازات المرض والتمارض، نسبة من يتكون العمل.

ثالثاً- الإدارة الديمقراطية

إن الإدارة الديمقراطية تساعد في بناء شعور الطمأنينة والأمن النفسي لدى العامل، فهي التي توزع العمال والعمل بصورة عادلة، كذلك توزع المسؤوليات بين العمال، وتحل المشكلات من خلال المناقشة الجماعية والحوار الذي يتيح الفرصة لكل عامل في إبداء رأيه. كل هذا يدور في جو ودي بعيداً عن الأحقاد والتباغض والعُدوان.

رابعاً- رضا العامل

ثمة مجموعة من العوامل تؤثر في رضا العامل سلبياً أو إيجابياً وهي:

- 1- عوامل مرتبطة بالعمل، ولا سيما المتصلة بالجانب التكنولوجي، إذ إن التطور التقني الهائل أدى إلى تغييرات كثيرة بالعمل، وألغى كثيراً من المهارات الذي أنفق العامل عليها

ردحاً من الزمن لتعلمها، ثم بعد ذلك يجد أن حلول الآلة الجديدة ألغى تعلمه ومهاراته، وهذا يجعل العامل تربة خصبة لنشوء الإحباط لديه والقلق والخوف من الطرد أو الحاجة إلى تعلم مهارات جديدة ليتكيف مع الآلة الجديدة. لذلك يجب على الإدارة أن تدخل التغيير التقني بصورة تدريجية وتدريب العامل عليه مسبقاً من خلال الدورات، وفي الوقت نفسه تطمين العامل على مصالحه واستمراره بالعمل.

2- الأجور: ثمة صلة وثيقة بين أجر العامل وصحته النفسية، فكلما زاد أجر العامل كانت معيشته -غالباً- أكثر راحة، الأمر الذي يساهم في سواء الصحة النفسية لديه. من هنا تأتي أهمية الحوافز في العمل، كذلك أهمية مشاركة العامل بالأرباح الزائدة. هذه الإجراءات تزيد في جودة الصحة النفسية وترفع الروح المعنوية للعامل، الأمر الذي ينعكس إيجابياً على كفاية الإنتاج وجودته.

خامساً- العوامل الأسرية

إن العوامل الأسرية والعلاقات الأسرية تؤدي دوراً بارزاً في نشوء الاضطراب النفسي لدى العامل، ومن ثم سوء الصحة النفسية، وهذا ينعكس سلبياً على عمله. إن العامل الذي لديه مشكلات أسرية تنعكس على نفسيته، ثم على عمله وعلى علاقاته بزملائه. لقد أكدت الدراسات التي بُحث فيها العمال المشكلين في العمل أنهم يعانون قلقاً شديداً بسبب الخلافات الزوجية، أو بسبب وجود ابن منحرف، أو ابنة جانحة. من هنا يجب على إدارة العمل التعرف إلى الأحوال الأسرية للعامل بصورة عامة، وكذلك أن تساهم بحل هذه المشكلات ما أمكن، لأن ذلك يرفع من جودة الصحة النفسية للعامل، وهذا يزيد من كفاية الإنتاج.

الخدمات النفسية التي تقدم للعامل في العمل

هناك مجموعة من الخدمات النفسية يمكن أن تقدم للعامل في عمله وهي:

1- خفض القلق والتوتر والخوف بين العمال، الأمر الذي يحسن الصحة النفسية للعامل ويزيد من إنتاجه.

2- العمل على بناء علاقات إنسانية بين العمال من طرف وبين العمال والإدارة من طرف آخر، لأن ذلك يرفع من جودة الصحة النفسية، وهذا يزيد من الكفاية الإنتاجية

بسبب حالة التعاون الموجودة. من هنا على الإدارة أن تدعم العلاقات الطيبة في العمل وتبحث عن مواقع الخلافات وتعمل على إزالتها.

3- التكبير في علاج الاضطرابات النفسية لدى العمال فور ملاحظة ظهورها، لكي لا تستفحل وتضر العامل ثم العمل. إلى جانب ذلك يجب الاهتمام بالرعاية الصحية الجسدية، لما لها من أثر في الإنتاجية في العمل وصلة وثيقة مع الصحة النفسية، فالعقل السليم في الجسم السليم.

4- بناء الوعي لدى إدارة العمل بأهمية العلاقات الطيبة مع العمال، فهذه العلاقة تؤثر في الصحة النفسية، والصحة النفسية تؤثر في كفاية الإنتاج. إن الإدارة التي تتسم بالإنسانية وتشجع العمال وتهتم بهم وبمشاكلهم الأسرية، تدخل في قلوب العمال وتعمل عملها في زرع الحب في نفوسهم للإدارة والعمل والإنتاج، وهذا يجعلهم أكثر إنتاجية وإخلاصاً.

5- عند الاختيار المهني من قبل الإدارة يجب تطبيق الاختبارات المهنية والنفسية لتحديد من يصلح للعمل ممن لا يصلح، وكذلك استبعاد الذين لديهم مشكلات نفسية تعرقل سير العمل.

6- استبعاد العمال المستجدين الذين تظهر لديهم مؤشرات المشكلات المهنية وحوادث العمل.

7- على الإدارة تنظيم جلسات إرشادية جماعية للعمال، هذه الجلسات تتناول المشكلات الجماعية المعرّقة للعمل كاستخدام الآلات الجديدة أو البطء في العمل أو عدم القدرة على الاستمرار في بذل الجهد وغيرها.

8- بناء خطة لتدريب العمال وإعدادهم للأعمال المنوطة بهم من خلال استخدام الوسائل النفسية المختلفة في التعلم والتدريب، وهذا يجعل العمال يقدمون أفضل كفاية إنتاجية من خلال المهارات العالية لديهم.

دور الصحة النفسية في الإعداد المهني

ثمة مجالات عدة تسهم فيها الصحة النفسية في تحسين الإعداد والتأهيل المهني وهي:

1- التربية: إن خدمات الصحة النفسية في إعداد المعلمين واضحة في شرح طبيعة السلوك الإنساني وماهية النفس البشرية وفهم المشكلات النفسية ومواجهتها. وهذا الأمر يساعد المعلمين في فهم طبيعة أنفسهم وتلاميذهم، مما يساعد على التعامل السوي في المدرسة. عند التدقيق في الصحة النفسية والتربية يُلاحظ أن كليهما تتفقان مع بعضهما من حيث الهدف، فكلتاها تهدفان إلى تنمية الشخص وإحداث التكامل في الشخصية والتكيف مع الجماعة ومتطلبات المحيط والحياة. طالما يعمل المعلم على بناء شخصية التلميذ، فإنه لا بد أن يكون ملماً بأسس الصحة النفسية التي تساهم في تحقيق التكيف لدى الشخص.

2- كليات الطب والصحة العامة ومعاهدها: في الآونة الأخيرة ظهر بجلاء اهتمام الأطباء في الحالة النفسية للمريض. في هذا السياق ذهب ميننجر في مؤتمر تكساس إلى أن بعض المرضى الذين يأتون إلى الأطباء إنما يعانون من اضطرابات نفسية. وهذا الكلام يظهر في بعض الأمراض كالقرحة المعدية والضغط والسكر وغيره، فتؤدي الانفعالات دوراً كبيراً في العلل الجسدية. من هنا أُطلق على هذا النوع من الأمراض التي تكون نفسية المنشأ وعضوية العرض بالأمراض النفسجسمية (السيكوسوماتية). بالإضافة إلى ذلك ثمة اتجاه حديث يقول إن كثيراً من الأمراض فيها جانب جسدي وآخر نفسي. هناك دراسات تؤيد ما ذهب إليه ميننجر، فقد ثبت أن عدد الوصفات الطبية في بريطانيا مثلاً هو (300) مليون وصفة سنوياً، وأن ثلثها عبارة عن وصفات مسكنات ومهدئات توصف لمرضى ليس لديهم علل عضوية يشكون منها، إنما الأسباب نفسية. تظهر أهمية فهم الحالة النفسية في المرض الجسدي من خلال اضطراب توهم المرض (المراق). كل هذا يؤكد على أهمية دراسة الصحة النفسية للعاملين في الحقل الطبي

عامة. لقد قدم بوجاز الطبيب النفسي في جامعة هار فارد الأمريكية تقريراً عن برنامج الصحة النفسية للطلبة الذين سيعملون في حقل الطب يتضمن النقاط الآتية:

★ أن يُعرض طالب الطب قبل التحاقه بالكلية على محلل نفسي ليتعرف إلى تكوينه النفسي.

★ يجب على الطالب أن يتعرف إلى نقاط القوة والضعف لديه.

★ دراسة الطالب لأسس الصحة النفسية، وهذا يمكنه من التعامل مع المرضى وعلاج الاضطرابات النفسية دون وصف المسكنات والأدوية.

3- التمريض: التمريض واحد من المجالات التي تهتم بالصحة النفسية، ومن ثم يجب أن تطبق بها مبادئ الصحة النفسية، ذلك أن الممرض يلتقي بمرضى ذات أمزجة مختلفة وشخصيات متباينة، أو قد يكون يعمل مع طبيب نفسي أو في القسم النفسي في المستشفى، وهذه الأمور تتطلب المعرفة في الصحة النفسية، من هنا تصبح الحاجة ماسة لدراسة أسس الصحة النفسية. إذ من خلال الصحة النفسية يمكن للممرض التعامل مع المضطربين نفسياً والتخفيف عنهم، وبناء العلاقة الإيجابية التي تقضي إلى التعاون. من الجدير ذكره أنه ثمة اختصاص في التمريض هو التمريض النفسي. كما ذكر میننجر أن جميع المستشفيات الأمريكية في الوقت الحاضر تعنى بتدريس مقررات في الطب النفسي والطب العقلي لمدة ثلاثة شهور لهيئة التمريض بها.

4- التربية الصحية: تُعنى التربية الصحية بجوانب التغذية الصحية والجسدية والحياة الاجتماعية والعائلية والجوانب النفسية. من هنا تأتي أهمية دراسة الصحة النفسية في التربية الصحية، إذ يمكن نشر الوعي في الصحة النفسية من خلال التربية الصحية، كالتعريف بالشخصية وبعض الاضطرابات النفسية وبأنماط السلوكية، فالصحة السليمة عامة هي التي تشمل الصحة الجسدية والنفسية على حد سواء.

5- القانون: في مؤتمر تكساس ناقش المؤتمر حاجة العاملين في ميدان القانون والقضاء لفهم أسس الصحة النفسية ودراساتها. إن القانون يتعامل مع المجرمين ولا بد من فهم شخصية هؤلاء المجرمين، وما الدوافع النفسية التي دفعتهم لارتكاب الجريمة، وكذلك كيف يمكن إعادة تأهيلهم في المجتمع. كل ذلك يجعل العاملين في حقل القانون بحاجة

إلى فهم أسس الصحة النفسية، بل إن القاضي عندما يحكم يجب أن يفهم أسس الصحة النفسية، ليصنع العقوبة المناسبة التي تؤدي إلى إعادة بناء السلوك والشخصية بصورة سوية، ليعود المجرم إلى المجتمع مواطناً صالحاً (فهمي، 1995).

سوء تكيف العامل في العمل

يواجه العامل مشكلات متصلة بالتكيف والصحة النفسية التي تعود إلى جوانب مختلفة منها: وسائل العمل، ساعات العمل، شروط العمل، العلاقات الاجتماعية السيئة بين العمال وكذلك مع الإدارة، الأجر الذي يتقاضاه العامل وغيرها. لقد درس فريزر Fraser حالات اضطراب العمال على عينة من (3000) عامل وعاملة، كانت النتائج: إن نسبة (10%) من العمال يعانون من اضطرابات عصابية شديدة، و(25%) يعانون من اضطرابات عصابية خفيفة، كما أن الغياب عن العمل بسبب المرض يرجع ما بين ثلثه وربعه إلى اضطرابات عصابية. أيضاً درس فيشر وحنا Fisher & Hanna سوء التكيف الانفعالي لدى العمال، فقد أظهرت الدراسة مجموعتين من مظاهر سوء التكيف وهي:

أولاً- مظاهر سوء التكيف الانفعالي متوسط الشدة

- 1- منافسات بسيطة.
- 2- بعض أشكال الشفقة على الذات.
- 3- نقص في التعاون المرح.
- 4- مناورات وتحريض عمالي.
- 5- رغبة في جلب انتباه الآخرين من غير مبرر، وإبراز الشجاعة في غير محلها.

ثانياً- مظاهر سوء التكيف الانفعالي الشديد

- 1- كثرة تغيير نوع العمل.
- 2- انسحاب واعتزال فيهما شدة ظاهرة.
- 3- مشاعر التعب.
- 4- حركات تشنجية غير منتظمة.

- 5- أحلام يقظة كثيرة.
- 6- تشتت في الانتباه ونقص في القدرة على الانتباه.
- 7- حساسية انفعالية متطرفة.
- 8- اضطراب في الهضم مع فرص النقيؤ.
- 9- مخاوف مرضية.
- 10- مشاعر بوجود تجسس أو مراقبة يكون هو موضوعها.
- 11- سماع أصوات غريبة.
- 12- أعراض أخرى متنوعة وشديدة الوقع.

أسباب سوء تكيف العامل

- 1- عدم وجود فرصة للتقدم والترفيه في العمل.
- 2- ظروف العمل الصعبة التي قد تؤدي إلى أمراض وغياب عن العمل.
- 3- القلق حول المستقبل عندما يكون مسناً أو عاجزاً.
- 4- الخوف من التوقف المؤقت عن العمل.
- 5- الخوف من فقد العمل كلية.
- 6- الهم حول ضعف القدرات اللازمة للعمل.
- 7- الشروط القاسية للمشرفين على العامل.
- 8- الشروط الصعبة للعمل.
- 9- ضغط حساب الوقت والإنتاج المقرر للعامل خلاله.

إجراءات لمواجهة سوء تكيف العامل

- 1- الإجراءات الوقائية لمواجهة سوء تكيف العامل وتشمل تحسين: شروط العمل، وضع الأجهزة والأدوات المناسبة، الإضاءة، التهوية، خفض الضجة، طريقة سير العمل، توزيع ساعات العمل، توزيع أوقات الراحة، تحديد الأجور المناسبة للحياة الكريمة، تنظيم العلاقات الاجتماعية في العمل، اختيار العامل الصالح، توفير فرص الترقية، التدريب المستمر، احترام العامل وحقوقه.

2- إجراءات دعم العامل وتعزيزه لمواجهة سوء التكيف لدى العامل وتشمل: برامج التوعية والتثقيف، برامج الترفيه، برامج التدريب، الندوات المختلفة، توفير شروط معيشة مناسبة، تأمين زيادة الدخل أو المساعدة عن طريق التعاونيات في العمل، تقوية الروابط بين العمال أنفسهم وكذلك مع الإدارة، إعداد مراقب العمال وتدريبه لكي يساعد العامل على مواجهة المشكلات بكفاية عالية، تقوية الصلات الأسرية بين العمال والمؤسسة من خلال الاجتماع في المناسبات الاجتماعية وربط الأسرة بالخدمات الصحية والاجتماعية التي تؤمنها جهة العمل.

3- الدراسات العلمية لمواجهة سوء تكيف العامل: يجب أن تجري جهة العمل دراسات حول العمال تتناول فيها الآتي: مشكلات العمال، الصحة النفسية للعامل، آثار الضجة على العامل، تحليل العمل، طوارئ العمل، آثار الغبار على الصحة، آثار التهوية على العامل، حياة العامل خارج العمل، الخلافات بين العمال وإدارة العمل، الروح المعنوية للعامل، الأسعار وتطوير الأجور، تعب العامل، الملل وأسبابه، دراسة تتبعية للعمال المجدين أو المقصرين، دراسة وسائل العمل وفعاليتها، دراسة توزيع العمال كل بحسب طاقته وعمره، دراسة تشغيل أصحاب الإعاقات وفق قدرتهم.

4- الإجراءات العلاجية لسوء تكيف العامل: قد لا تنجح الإجراءات الوقائية، فيصاب العامل باضطراب نفسي كالقلق أو الوسواس أو الخوف أو الاكتئاب أو الأرق أو نوبات الغضب أو انحراف وغيرها. هنا يحتاج العامل إلى إجراءات علاجية، هذه الإجراءات العلاجية قد تكون في العيادة النفسية الملحقه بالعمل أو في المستشفى عن طريق تحويل العامل من العمل إلى المستشفى أو تحويله إلى العيادة النفسية الخاصة أو مراكز الخدمات النفسية أو الدعم النفسي أو مراكز إعادة التأهيل. الغاية هنا البراء من الاضطراب النفسي وعودة العامل إلى عمله متكيفاً ومنتجاً بصورة كفية.

مؤسسات الرعاية الصحية النفسية

تشمل هذه المؤسسات مراكز لعلاج الاضطرابات النفسية لدى الأطفال، ومراكز أخرى مختصة باضطرابات الراشدين، ومراكز مختصة بالاضطرابات الشديدة الذهانية،

والأقسام النفسية في المستشفيات العامة والخاصة، ومراكز الإرشاد النفسي، ومراكز الوقاية من الاضطرابات النفسية، ومراكز تهتم بفترات النقاهة بعد العلاج، ومراكز الإرشاد الأسري، مراكز رعاية المسنين، مراكز جنوح الأحداث، مراكز مكافحة الإدمان والمخدرات، وجمعيات حماية المرأة، ومراكز رعاية اللفطاء، ومؤسسات ضعاف العقول والصم والبكم والمكفوفين... إلخ.

للملاحظة هنا قد لا تتوفر بعض هذه المراكز في البلاد العربية، ولكن هنا لا يجري الحديث عن الموجود في البلاد العربية، بل يجري الحديث حول ما يجب أن يكون، وما هو متوفر في البلاد المتقدمة.

أهداف مؤسسات الرعاية الصحية النفسية

- 1- الوقاية من الاضطرابات النفسية والعمل على بناء التكيف الحسن.
- 2- تحديد العوامل الكامنة خلف الاضطرابات النفسية لإزالتها.
- 3- دعم الشخص لرفع مناعته النفسية ضد الاضطرابات النفسية.
- 4- علاج المشكلات النفسية عند حدوثها.
- 5- العمل والرعاية لكل مراحل العمر من الطفولة إلى الشيخوخة.
- 6- خدمة الفرد للوصول إلى الإنتاج والمشاركة الاجتماعية.
- 7- خدمة الفرد للوصول إلى السلامة والسعادة.
- 8- خدمة المجتمع والحفاظ على تماسكه من خلال الرعاية النفسية لأفراده.
- 9- استفادة المجتمع من الخبرات الموجودة فيه لبناء خطط المستقبل وبناء جيل صالح لبناء الوطن وإعمار الأرض.

أنواع مؤسسات الرعاية الصحية النفسية

أهم مؤسسات الرعاية الصحية النفسية هي:

المستشفيات وأنواعها

- 1- المستشفى العام للأمراض العقلية: يهتم هذا المستشفى بالاضطرابات النفسية الشديدة، ويضم مسكن ومأكل وفرص للنشاط والترفيه، وتتوفر فيه وسائل العلاج الطبية

والنفسية والأدوية والصدمات الكهربائية. لهذا المستشفى اتصالاته القوية مع الجهات المعنية بالمجتمع سواء الحكومية أو الأهلية.

2- مستشفيات الليل ومستشفيات النهار: واسمها مشتق من فترة العمل التي تعمل بها. يضم المستشفى النهاري كل الوسائل اللازمة للخدمات النفسية والرعاية في أثناء النهار، إذ يأتي الشخص في أثناء النهار ليستفيد من الخدمات، ويرجع إلى أسرته ليلاً. أما المستشفى الليلي، فيعمل ليلاً ويقدم خدماته للأشخاص الذين يحتاجون إلى الرعاية الليلية من دواء وغيره. في هذا المستشفى يتوفر العلاج الطبي والنفسي ويغلب عليه جانب الأدوية، المتعالجون في الفترة الليلية هم أصحاب الاضطرابات المتصلة بالنوم والأحلام.

3- القسم النفسي في المستشفى العام: ويشمل المستشفى العام أقسام عدة مختلفة ومنها القسم النفسي، تتوفر في هذا القسم الإقامة ووسائل العلاج الشاملة الطبية منها كالأدوية والصدمات الكهربائية، وكذلك النفسية كالاختبارات ودراسة الحالة والفنيات العلاجية.

4- العيادات النفسية: بعضها يكون عاماً يتبع للدولة وبعضها يكون خاصاً لطبيب أو معالج نفسي، كما أن بعضها قد يختص بالأطفال أو المراهقين أو الراشدين أو المسنين أو العمال، وبعضها يعمل بالتشخيص والعلاج، وبعضها يعمل بالجانب الوقائي وبعضها يجمع الأمرين معاً. لا بد هنا من بعض التفصيل في أنواع هذه العيادات وهي:

- العيادات النفسية العامة: وهذه العيادات تابعة للدولة، وتضم عدداً من المختصين الذين يتعاونون لعلاج الحالات الوافدة، وهؤلاء المختصون هم: الطبيب النفسي Psychiatrist، والمعالج النفسي (العيادي) Clinical Psychologist/Psychotherapist، ومختص نفسي في الخدمة الاجتماعية Psychiatrist Social Worker، وممرضة أو أكثر مختصة في التمريض النفسي Psychological Nurse، والعاملون في الطب العصبي Neruology، وطب الأطفال Pediatrics، وعلم النفس Psychology، وعلاج أمراض الكلام Speech Therapy، وللعب العلاجي Play Therapy، والقراءة العلاجية Remedial Reading. هذه العيادة تعالج الأشخاص المضطربين المحالين عليها، ويستخدم التشخيص الوسائل النفسية والاختبارات النفسية والمقابلة ودراسة الحالة وتاريخ الحالة وتقرير المتخصصين

النفسيين والعاملين في مجال الخدمة الاجتماعية. ويغلب هنا الاتجاه النفسي على الاتجاه العضوي والأدوية، وهذا لا يمنع استخدام الأدوية والصدمات الكهربائية أحياناً. في حين كثيراً ما يستخدم العلاج باللعب والتمثيل والعلاج بالعمل. أما شدة حالات الاضطراب هنا فتكون ظاهرة أي الأشخاص القريبون من العصائيين Psychoneurotics ويُسمون بالحالات ما قبل الذهان Prepsychotics، كما تهتم بحالات الإدمان والإجرام.

- العيادات النفسية وعيادات الإرشاد النفسي: وهذه العيادة قد تكون عامة وقد تكون خاصة، وطاقم هذه العيادة هو: المعالج أو المرشد النفسي، الممرضة النفسية، المختص بالخدمة الاجتماعية. تستخدم الوسائل النفسية في القياس والتشخيص والعلاج كدراسة الحالة والمقابلة وتاريخ الحالة والاختبارات وتقرير المتخصصين النفسيين والعاملين في مجال الخدمة الاجتماعية. لا تستخدم هذه العيادة الوسائل والأدوية الطبية والصدمات الكهربائية، فهي تستخدم العلاجات القائمة على البيئة الاجتماعية والنفسية ومنها التمثيل والعمل والقراءة واللعب وتغيير البيئة الطبيعية. تستقبل هذه العيادة حالات العُصاب وما دونها، أما الحالات الشديدة فتحيلها إلى المستشفى. كما تعمل هذه العيادة بالجانب الوقائي كإرشاد العامل لما يصلح له من عمل، أو إرشاد التلميذ لما يصلح له من دراسة، وهذا يؤدي إلى التكيف والصحة النفسية.

مراكز الرعاية والتأهيل

1- مركز الرعاية العامة: يقدم هذا المركز الرعاية للأشخاص الذين سبق لهم أن عانوا من الاضطرابات النفسية الشديدة ونجح العلاج معهم، وهؤلاء هم من أعمار مختلفة سواء من الشباب أو من الشيوخ. يوجد في هذا المركز التسلية والترفيه الموجود في النوادي الاجتماعية، وكثيراً ما يكون مركزاً للعلاج الجماعي للذين يتشابهون بمشكلاتهم. قد يكون هذا المركز تابعاً للدولة أو للجمعيات الخيرية.

2- مركز رعاية المسنين: يقوم هذا المركز على رعاية المسنين، فهو يوفر لهم مكان اجتماع ووسائل تسلية وفرص نشاط متعددة، وقد يوفر لهم فرص تعلم مهارات جديدة تتناسب مع أعمارهم، وكذلك ممارسة هواياتهم. أحياناً في هذا المركز يكون هناك إقامة

ولا سيما للمسنين الذين ليس لهم من يرعاهم أو يرغب ذووهم بوضعهم في مركز الرعاية. قد يُكلف أحد المسنين بإدارة نشاط في المركز، وقد يكون الأمر بالانتخاب.

3- مركز التأهيل المهني: يشكل هذا المركز مكاناً للتدريب والعمل والإنتاج دون أن يكون المقصود هو الربح. هذا المركز يهتم بفئات عدة، فقد يُعنى بإعادة تأهيل المسنين، وإعادة تأهيل من كان لديه اضطراب شديد وشفى منه، وقد يدرب هذه المركز الشخص لإعداده للعمل في الحياة الواقعية، كما يعمل هذا المركز على تأهيل المعوقين بمختلف أنواع الإعاقة، وذلك بحسب قدرات كل معوق. كما يمكن أن يهتم المركز بالأحداث الجانحين، فيكون المركز عندها مركز تأهيل وتدريب، وفي الوقت نفسه تكون مدرسة محدودة النشاط والفاعلية والبرامج التعليمية. إن الدول المتقدمة يوجد فيها كثير من هذا المراكز، لأنها تسعى إلى استغلال الطاقات البشرية بالدرجة القصوى ما أمكن. وقد تتصل المصانع والمعامل لاختيار أشخاص من هذا المركز ليشغلوا الحرف التي تعلموها وتدريبوا عليها.

4- مركز رعاية الأطفال: يقدم هذا المركز خدماته للأطفال الذين يعانون من الاضطرابات الانفعالية الشديدة التي لا تتناسب ظروفها مع واقع العيادة، ولا يجب فيها الإقامة في المستشفى. يقوم هذا المركز بدور المدرسة والعيادة النفسية معاً خلال النهار ثم يرجع الطفل إلى البيت مساءً. يوجد في المركز مكاناً للدراسة فيه مناهج خاصة، وكذلك عيادة نفسية للعلاج النفسي، ومكاناً للعب والتسلية. هذا يعني ثمة مدرسون في هذا المركز إلى جانب المختصين النفسيين. يعامل الطفل في هذا المركز بما يتناسب مع قدراته التعليمية وحالة الاضطراب التي يعاني منها.

5- مركز إقامة الأطفال: يتشابه عمل هذا المركز مع عمل المركز السابق من حيث العناية بالأطفال الذين يعانون من اضطرابات نفسية شديدة لا تكفي لها العيادة النفسية ولا يحتاجون إلى الحجر الصحي في المستشفى، بيد أنه يختلف من حيث الإقامة، فهنا تكون الإقامة كاملة، فهذا المركز هو من طرف مدرسة فيها مناهج دراسية خاصة، ومن طرف آخر مكان للعلاج النفسي تتوافر فيه وسائل العلاج النفسي المختلفة والأنشطة الاجتماعية المناسبة، ومن طرف ثالث مكان لإقامة الأطفال، فيعيشون في المركز حياتهم

الكاملة. يكون الأطفال هنا من المضطربين الذين فقدوا أمن البيت بسبب التفكك الأسري أو عدم وجود الأسرة أو بسبب إهمالها أو التردّي الأخلاقي فيها.

6- مركز الملاحظة للأحداث الجانحين: في هذا المركز يتم حجز الجانح مؤقتاً لمراقبة سلوكه، ويفحص فحصاً نفسياً شاملاً. كما يُدرس تاريخ حياته لاستكشاف الأسباب الكامنة خلف الجنوح، هذا المركز غالباً يتبع لجهة قضائية ترعى الأحداث الجانحين، ويوجد في المركز متخصصون نفسيون وكذلك عاملون في الخدمات الاجتماعية. هنا تجري عمليات تربوية وتعليمية لمهنة ما وإرشادية منتظمة، وذلك ليتمكن الحدث من الخروج إلى الحياة العملية وممارسة مهنة يكسب منها معيشته بعيداً عن الانحراف(الرفاعي، 1998).

الفصل الحادي عشر

مشكلات الصحة النفسية

مقدمة

تتصدى الصحة النفسية لدراسة مشكلات جمة يعاني منها الأفراد، فالإنسان تصيبه مشكلات مختلفة، وهذه المشكلات قد تتصل بالصحة النفسية، الأمر الذي قد ينتج الاضطرابات النفسية التي تفسد على الإنسان علاقته مع المحيط وإنتاجه ودراسته، بل وقد يشمل مناحي حياته كلها سواء النفسية أو الشخصية أو الدراسية أو الاجتماعية. كما أن هذه المشكلات قد تضايق الإنسان داخلياً، فتجعله يعيش حالة من التناقض أو الصراع. ثمة مشكلات أخرى تضع الشخص في مواجهة معايير المجتمع وقيمه وأخلاقه وقواعده. كما أن هناك مشكلات تجعل الشخص منسحباً عن المجتمع والأنشطة الاجتماعية. أيّاً كانت المشكلة فهي توقع الضرر بالصحة النفسية، في الوقت نفسه يعاني الشخص صاحب المشكلة من سوء التكيف سواء مع نفسه أو مع المحيط.

المشكلات السلوكية (الانفعالية والاجتماعية) Behavior Problems

لقد عرف غوت المشكلات السلوكية بأنها "حالات السلوك التي تبدو لدى التلاميذ والتي لا تتناسب مع المعايير الاجتماعية ومعايير العمر الزمني وتؤدي العملية التربوية بشكل كبير" (Goeth, 1984, 80). أما كيرك فيعرف المشكلات السلوكية بأنها "السلوك الذي يؤثر سلبياً في نمو الطفل وقدرته الذاتية على التكيف الذي يوقعه في صراعات مع الأشخاص الآخرين" (Kirk, 1971, 418). يمكن عرض أهم المشكلات السلوكية في المدارس وهي:

النشاط الحركي الزائد Hyperactivity

يُعرف النشاط الزائد بأنه نشاط جسمي وحركي حاد، ومستمر وطويل المدى لدى الطفل، بحيث لا يستطيع التحكم بحركات جسمه، بل يقضي أغلب وقته في أثناء الدرس في الحركة المستمرة، وغالباً ما تكون هذه الظاهرة مصاحبة لحالات إصابة الدماغ، أو قد

تعود لأسباب نفسية. قد يستمر هذا السلوك من الرابعة حتى سن 14 أو 15 سنة (Shea, 1978).

يعد النشاط الزائد هو زيادة في النشاط عن الحد المقبول ويتسم هذا النشاط بالاستمرارية، كما أن كم الحركات التي يقوم بها الطفل لا تتسجم مع عمره الزمني، فمثلاً حركات الطفل في الثانية أو الثالثة من العمر عموماً كثيرة لأنه يريد استكشاف العالم من حوله وهذا مناسب لعمره، أما كم الحركات المساوي لهذه الحركات بالنسبة لطفل في سن العاشرة وهو في القاعة الدراسية فهو نشاط غير مناسب ولا ينسجم مع العمر الزمني له (السرطاوي وسياسالم، 1987).

تتجلى مظاهر النشاط الزائد لدى التلاميذ من خلال أنماط السلوك الآتية: التحدث دون إذن، الخروج المتكرر من المقعد، الإزعاج اللفظي، التجول في غرفة الصف وإلقاء الأشياء على الأرض، نقل المقعد من مكانه، عدم الامتثال للتعليمات، التحدث إلى الزملاء في أثناء الدرس، الكتابة على الحائط، مغادرة الصف دون إذن، التأخر عن الدرس، إصدار أصوات غير مفهومة، أخذ ممتلكات الزملاء، هز الجسم في أثناء الجلوس، الغناء والصفير في أثناء الدرس، الضحك بصورة غير مسوغة، التملل بانفعال وانزعاج، عدم التنظيم، القابلية للإثارة، ضعف الانتباه والتركيز، الاندفاع والتهور، التصرفات الغريبة، نوبات الغضب الشديدة، تقلبات المزاج، علاقات اجتماعية مضطربة، اضطراب في الوظائف الحركية، العدوان، يترافق كل ما سبق مع ضعف التحصيل والمشكلات السلوكية التي تؤدي إلى سوء التوافق المدرسي والاجتماعي (يحيى، 2000).

أسباب النشاط الحركي الزائد

- 1- عوامل عضوية: قد يكون تلف بعض خلايا الدماغ مسبباً للنشاط الحركي الزائد، ومن الأسباب نشاط الجزء تحت القشري في الدماغ، أو نتيجة ضعف نمائي يعود لأسباب متباينة، مثل نقص الأوكسجين في الأنسجة أو الأورام (الخطيب، 1993).
- 2- العوامل الجينية: أكدت بعض الدراسات أن هناك علاقة بين العوامل الجينية ومستوى النشاط الحركي الزائد، لكن هذه العلاقة مازالت غير واضحة، فالدراسات الجينية لم تحسم أثرها بشكل قطعي في النشاط الحركي الزائد.

3- عوامل نفسية متعددة منها:

★ المزاج: قد تحدث مشكلات مزاجية لدى الطفل وهذه تؤدي بدورها إلى اضطرابات سلوكية أهمها النشاط الحركي الزائد، وخاصة عند غضب الوالدين من سلوك الطفل، فيكون النشاط الزائد عندها وسيلة دفاع عن الذات في وجه الرفض للطفل، ويعزز ذلك التقدير المتدني للذات لدى الطفل وزيادة استثارته من قبل الآخرين.

★ التعزيز: فالتعزيز الاجتماعي يؤدي إلى نشوء النشاط الزائد أو إلى استمراريته، ويتم ذلك من خلال انتباه الراشدين إلى سلوك الطفل وتدعيمه ومدحه، فيستمر الطفل على هذا السلوك، فتظهر المشكلة بعد دخول المدرسة التي تفرض على الطفل قيوداً وتعليمات يصعب عليه الالتزام بها مع سلوك النشاط الحركي الزائد.

★ النمذجة: ينظر الطفل إلى سلوك والديه، فيلاحظ النشاط الزائد لدى أحدهما أو كليهما، فيقلد هذا السلوك، وقد يعتمد الوالدان إلى تعزيز هذا السلوك لدى الطفل.

4- عوامل بيئية من هذه العوامل:

★ التسمم بالرصاص: فقد أثبتت بعض الدراسات بأن وجود نسبة عالية من الرصاص في دم الطفل يؤدي إلى النشاط الزائد وضعف الانتباه والاندفاع، لكن مثل هذه النتيجة تحتاج إلى مزيد من الدراسة والبحث.

★ المواد المضافة إلى الطعام: تشير بعض الدراسات بأن النشاط الحركي الزائد قد يعزى إلى الطعام الذي يحتوي المواد الحافظة أو الصابغة التي تعطي نكهات مختلفة وكذلك حمض الساليسليك، فهذه المواد ربما احتوت مواد مثيرة للنشاط الحركي.

★ الإضاءة: التعرض للإضاءة العادية مثل الإضاءة في الغرف أو إضاءة التلفاز أو الأجهزة الأخرى، قد تولد هذه الإضاءة التوتر الإشعاعي الذي يقود إلى زيادة النشاط الحركي (الخطيب، 1993).

الخوف من المدرسة School Phobia

تسود مشكلة الخوف من المدرسة لدى بعض الطلبة ولاسيما في مرحلة الحلقة الدراسية الأولى، فهي تعبير عن ضعف التوافق الدراسي لدى التلميذ، فقد أشار ميللمات وآخرون إلى أن حوالي 2% من الأطفال في سن 6-10 سنوات يعانون من الخوف

المدرسي والنسبة لدى الإناث أعلى منها لدى الذكور، ولدى الأطفال الجدد في الروضة ومرحلة الحلقة الأولى أعلى منها لدى الأطفال القدامى (الداهر والعبيدي، 1999). لقد عرف لال ولال (1979) مشكلة الخوف من المدرسة بأنها "حالة عصبية تتميز بأعراض الخوف والقلق الحاد، وغالبية الأطفال الذين يعانون من الخوف لا يستطيعون التعبير عن الأسباب الداعية لخوفهم" (Lall & Lall, 1979 عن العاسمي، 2007، ص37). كما يعرف فريدمان وآخرون (1970) الخوف المدرسي بأنه "خوف الطفل الصغير المفاجئ من المدرسة، ورفضه الذهاب إليها، وينظر فريدمان إلى هذا الخوف على أنه مظهر من مظاهر قلق الانفصال" (Freedman, 1970 عن العاسمي، 2007، ص37-38).

تتمثل مظاهر الخوف المدرسي بالأعراض الآتية:

- ★ أعراض جسدية مثل: زيادة ضربات القلب، التعرق، احمرار الوجه، آلام المعدة، آلام الرأس، الغثيان، الرجفان.
- ★ أعراض انفعالية مثل: عدم الأمن والطمأنينة، مشاعر الفشل وقلة الحيلة، الاكتئاب، القلق، عدم الثقة بالنفس، انخفاض تقدير الذات.
- ★ أعراض تتعلق بالقدرات المعرفية مثل: ارتباك في التفكير، عدم القدرة على معالجة المعلومات، ضعف التركيز (Steinhausen, 2006).

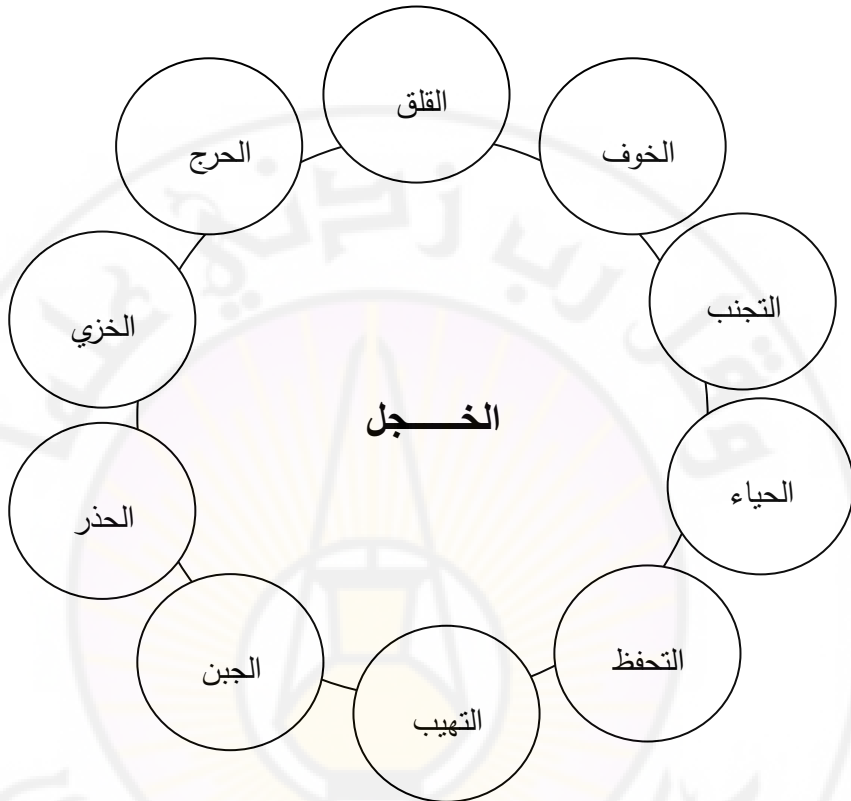
أسباب الخوف من المدرسة

- 1- المعاملة القاسية في البيت من قبل الوالدين، إضافة إلى إهمال رعاية الطفل والخلافات الأسرية.
- 2- الشخصية الضعيفة وقليلة المقاومة التي تنتج عن التربية.
- 3- صعوبة التكيف مع النظام المدرسي.
- 4- ضغط التحصيل وكثرة المعلومات.
- 5- الوقوع تحت وطأة قلق الامتحان.
- 6- التباين وعدم الانسجام بين أسلوب المدرس والتلميذ (Haecker & Stapf, 2004).
- 7- الحماية الزائدة والدلال من قبل الوالدين: ينمي هذا الأسلوب في التربية الاعتمادية على الوالدين، فعند الابتعاد عنهم والذهاب إلى المدرسة يشعر الطفل بالتهديد والقلق.

8- قلق الأم على الطفل: خاصة عندما يكون الطفل وحيداً، هنا تنتقل مشاعر القلق من الأم إلى الطفل بالتعلم كلما ابتعد عنها (الداهر والعبيدي، 1999).

الخجل Shyness

يكثر الخجل بين التلاميذ والطلبة ولا سيما بين الإناث، ففي دراسة مسحية قام بها زيمباردو على تلاميذ المدارس الابتدائية والإعدادية من الجنسين تبين أن 50% من البنين و60% من البنات يعانون من الخجل. ربما هذا الخجل أثر سلباً في التحصيل الدراسي بل في عملية التوافق المدرسي برمتها. هناك تعريفات عدة للخجل، فقد عرّف كورزيني الخجل "بأن الخجل ظاهرة انفعالية، يعاني صاحبه من قلق مفرط، وأفكار سلبية نحو الذات، فهو غاية في التعقيد تتراوح بين الارتباك العرضي في المواقف الاجتماعية وحتى العصاب، والأخير بدوره قد يثقل حياة الفرد بأكملها" (Corsini, 1987) عن: النيال وأبو زيد، 1999، 5). كما عرف مكدوجل الخجل "بأنه ظرف انفعالي، يتسم بعدم الارتياح، والتحرج، والكف في وجود الآخرين" (Mcdougell, 1995) عن: النيال وأبو زيد، 1999، 5). هناك مفاهيم عدة تتقاطع وتتشابه مع الخجل. يمكن توضيح ذلك التقاطع من خلال الشكل الآتي المقترح من قبل العمّار الذي تظهر به التداخلات بين الخجل والمفاهيم الأخرى:



الشكل 1: نموذج مقترح من قبل العمار (2011) لتوضيح تداخلات الخجل مع بعض المفاهيم الأخرى.

عند تحليل الخجل يمكن الوصول إلى المكونات الآتية:

✱ مكون فيزيولوجي: يتمثل في: زيادة إفراز الأدرينالين، إحمرار الوجه، إفراز العرق، زيادة النبض، جفاف الحلق، برودة اليدين... إلخ.

✱ مكون معرفي: يظهر في زيادة الانتباه للذات وزيادة الوعي بها، عدم التوقع، صعوبة في الإقناع والتواصل، صعوبات في الأداء، أفكار سلبية نحو الذات، التفكير بأشياء غير سارة في المواقف الاجتماعية، وقد أشار ايزنك وايزنك (Eysenck & Eysenck, 1969) لهذا المكون في تعريفه للخجل بأنه "نقص السلوك الظاهر".

★ مكون سلوكي: ويتمثل هذا المكون ببعض السلوكيات منها: الارتباك، الحيرة، التردد، الصمت، التذبذب، عدم الارتياح، ضعف السلوك التوكيدي، القلق، الخوف.

★ مكون وجداني: يظهر من خلال: الحساسية الزائدة، الاستثارة النرجسية، ضعف الثقة بالنفس الظرفي، اضطراب المحافظة على الذات الذي يحتوي على خوف داخلي من تعرية الذات وانكشافها، مع وجود تهديد داخلي، ضعف تقدير الذات.

للخجل مجموعة أعراض تتبع من مكوناته وهي:

★ أعراض فيزيولوجية منها: زيادة خفقان القلب، زيادة إفراز العرق، زيادة ضغط الدم، جفاف الحلق، احمرار الوجه والأذن، ارتعاش الأطراف والجفون، زيادة عمل اللزيمات العصبية (إن وجدت أصلاً)، زيادة عمل الجهاز السمبثاوي.

★ أعراض اجتماعية مثل: تجنب النظر إلى الآخرين، تجنب تكوين الصداقات، تجنب المشاركة الاجتماعية، التصرف بسلبية، الانسحاب أو الرغبة به، الانعزال، الرغبة بالهروب، النظر إلى الأسفل.

★ أعراض انفعالية ووجدانية مثل: الشعور بالتهديد والضيق، انخفاض الصوت، الخوف، التوتر، الارتباك، التردد، التهيب، ضعف الثقة بالنفس، الابتسامات "الصفراوية"، الصمت، الغضب الداخلي، التلعثم، ارتفاع الاستثارة، ضعف المواجهة، عدم الاستقرار.

★ أعراض معرفية مثل: قلة التركيز، تداخل الأفكار وضياها، البطء في المناقشة، التشتت في أثناء الحديث، الانشغال بأفكار مرتبطة بالموقف المخجل، ضعف قدرة الفهم، النسيان المؤقت، ارتباك في التفكير، إدراك الأمور بصورة مشوهة، ضعف الأداء العقلي، ضعف التعبير.

أسباب الخجل

1- مواقف لقاء الآخرين من ذوي المكانة والنفوذ كلقاء ذوي السلطة أو لقاء أصحاب الشهرة.

2- المواقف التقويمية وهي تتضمن لقاء الآخرين وكذلك التفاعل معهم.

3- المواقف الحرجة مثل الاحتقار والتجاهل والنقد والسخرية والإهانة والتورط.

4- مواقف المواجهة التي تظهر ضعف الشخص وتكشف أمره أمام الآخرين.

- 5- مواقف المناسبات مثل استلام شهادات التفوق أو التقدير أو الهدايا أو الأوسمة أو حضور الحفلات أو عند التصوير وتسليط الأضواء أو المناسبات الخاصة.
- 6- مواقف خاصة بالشخص مثل أن يكون أنف الشخص كبيراً وملفتاً للنظر فهو يخلج من نظر الآخرين إليه.
- 7- المواقف العامة كمقابلة الجمهور والمناقشات أمام الآخرين أو المشي في الأماكن العامة والمزدحمة أو حضور الأفراح والمآتم أو ركوب الحافلات واستخدام دورات المياه العامة.
- 8- المواقف الجديدة مثل مقابلة الغرباء أو تعلم أشياء ومهارات جديدة أو خبرات جديدة كمدرسة جديدة أو مدرس جديد أو وظيفة جديدة (النيال وأبو زيد، 1999).

العدوان Aggression

لقد نظر فرويد إلى العدوان بأنه ناتج عن غريزة العدوان الفطرية وهو يتشابه مع الحيوان في هذا، فهو يتفق مع علماء البيولوجيا الذين قالوا بأن العنف ضروري لبقاء الكائن على قيد الحياة بصورة أنسب. في حين فسر بعض علماء النفس العدوان كردة فعل على الإحباط الذي يتعرض له الشخص في حياته (Bennjamin, no date). أما فيما يخص العدوان في المدرسة فقد أثبت كروم وبوامان في دراستهما أن نسبة 12% من هذا العدوان تأتي من الأسرة، 54% تأتي من الجو المدرسي، 24% تأتي من خارج محيط الأسرة وخارج المدرسة مثل الجيران والأصدقاء وأبناء الحي مع توفر وقت الفراغ لاكتساب العدوان، 9% تأتي من وسائل الإعلام كالتلفاز والسينما وغيرها، 1% تأتي من مصادر أخرى مختلفة عن المصادر التي ذكرت سابقاً وذلك وفقاً لما أشارت به العينة (Krumm & Baumann, In: Witruk & Friedrich, 1996). يمكن تعريف العدوان بأنه "السلوك الهجومي المنطوي على الإكراه والإيذاء. وبهذا المعنى يكون العدوان اندفاعاً هجوماً يصبح معه ضبط الشخص لنوازعه الداخلية ضعيفاً، وهو اندفاع يتجه نحو إكراه الآخر (أو الشيء)، أو سلب خير منه، أو إيقاع أذى فيه، أو مسه بالتخريب والتعطيل" (الرفاعي، 1998، 221). هناك تعريف آخر يرى أن العدوان سلوك "يعمد إلى إيذاء شخص ما أو تدمير شيء ما. وقد يكون هذا العدوان لفظياً أو فيزيقياً أو

الاثنين معاً" (العيسوي، 2000، 11). من هنا يمكن إجمال العدوان بثلاثة أنواع تختلف فيها المظاهر باختلاف النوع وهي:

★ العدوان الجسدي: يشترك الجسد في هذا النوع من العدوان في عملية الاعتداء على الآخر أو الشيء، يتمثل هنا بأنماط سلوك من نوع الرفس والضرب والدفع والركل والقتال سواء بالأيدي أو بالسلاح.

★ العدوان الكلامي: يأخذ شكل التهديد والوعيد والغضب والشتائم والقذف بالسوء والسب واستخدام الألقاب المكروهة.

★ العدوان الرمزي: ويتم فيه ممارسة سلوك يتضمن احتقار الآخر أو لفت الانتباه إلى إهانة قد تلحق به، كما يتمثل بأنماط سلوك مثل الامتناع عن النظر إلى الشخص أو عدم رد السلام عليه أو عدم تناول الشراب أو الطعام في بيته. قد تجتمع حالات العدوان الثلاثة معاً.

أسباب العدوان

1-عوامل وراثية: فهناك من يقول بأن العدوان ينتقل وراثياً من الأجداد إلى الآباء ثم إلى الذرية.

2-عوامل بيولوجيا: تشير الأبحاث إلى أن الذكور أكثر ميلاً للعدوان من الإناث ويرجع ذلك إلى الهرمون الذكري، ويعتقد بعضهم أن إصابة المخ بالأمراض له دور في زيادة السلوك العدواني.

3-تناول بعض العقاقير والأدوية أو الكحول التي تعرض السلوك العدواني لدى المراهقين، لأن الكحول تخفف من قدرة السيطرة والتحكم على السلوك لدى الشخص وتفقد الاتزان.

4-انتقال العدوان عن طريق النمذجة، فيقلد الطفل السلوك العدواني لدى الوالدين أو الأجداد أو وسائل الإعلام أو الرفاق، وذلك حتى يتأصل السلوك العدواني لديه.

5-الإحباط وعدم إشباع الحاجات الضرورية قد يولد العدوان.

6-عد العدوان رمزاً للرجولة في بعض الثقافات ومن ثم يجب تعلم السلوك العدواني.

7-عوامل ذاتية في شخصية الطفل مثل حب السيطرة والتسلط والتملك.

8-سوء توزيع الطلاب على الفصول، كأن يوضع الأطفال العدوانيين مع بعضهم وهذا يكرس السلوك العدواني كأسلوب للتعامل(عقل، 1996).

أحلام اليقظة (التخيلات) Day Dreams (Phantasies)

يمكن تعريف أحلام اليقظة بأنها "نوع من التخيلات أو سلسلة من الصور الخيالية والحوادث المتخيلة التي تمر في خيال المرء عندما يترك العنان لعين عقله لكي تنتقل على غير هدى بين الصور السارة، فيشبع بذلك الرغبات التي بقيت دون إشباع في الحياة الحقيقية وعلى صعيد الواقع. يستسلم المرء لها أحياناً كوسيلة للهروب من واقعه"(رزوق، 1993، 14). يستغرق الشخص فترة من الزمن في أحلام اليقظة في وقت ومكان غير مناسبين ومن ثم يفقد القدرة على التركيز، لأن المشكلة الأساسية فيها أن أحلام اليقظة تعيق فاعلية الشخص وعمله، فالطفل بدلاً من التركيز في الدرس أو القيام بالواجب ينصرف إلى أحلام اليقظة التي تتكرر وتزداد كل فترة مدلة على تفاقم المشكلة، فالتخيلات العادية والعابرة هذه ليست مشكلة بل الاستمرار والتكرار هي المشكلة، فمثلاً عندما يقضي طفل عمره بين 8-10 سنوات أكثر من عشر دقائق بشكل متكرر فهنا تصبح أحلام اليقظة مشكلة. من أهم المظاهر والأعراض التي تميز الأشخاص الذين يعانون من أحلام اليقظة: الشرود وعدم التركيز، الانسحاب، الهروبية، غالباً يعانون من مشكلات في جوانب حياتية مختلفة مثل الدراسة والعلاقة الاجتماعية...الخ، يعيشون في أحلام اليقظة البطولة والشهرة والنجاح والتفوق، لديهم صعوبة في فهم الواقع والتعامل معه، قد يكون الشخص يعاني من إعاقة بالأصل ويعوض ذلك من خلال أحلام اليقظة فالطفل الذي يعاني من إعاقة جسدية يحلم بأنه معافى الجسد قوى البنية يتصرف بلياقة جسدية عالية، السرحان في أثناء الدرس أو كلام الوالدين، مشاعر الخجل والحرج، قلة التفاعل الاجتماعي، المشاعر السلبية، الشعور الذاتي بالدونية وعدم الأهمية.

أسباب أحلام اليقظة

1-الشعور بأن أحلام اليقظة تولد إشباعاً للحاجات أكثر من الحياة الواقعية التي تعج بالمشكلات، ومن ثم تصبح أحلام اليقظة ملجأ وطريقاً ممتعاً لتحقيق الأمناني.

- 2- ربما ترجع أحلام اليقظة لدى الأطفال كعادة لتخيل الحياة بصورة أجمل، فقد تتطور هذه العادة لتتافس انخراط الفرد بالحياة الواقعية بل لتعيق توافقه مع المحيط.
- 3- قد تكون أحلام اليقظة لدى الشخص كردة فعل تعويضية على إعاقة حقيقية، فمثلاً الطفل الذي يعاني من إعاقة جسدية قد يتخيل نفسه لاعب كرة قدم مشهوراً ومتفوقاً ويكسب لفريقه البطولات والألقاب.
- 4- إن الشخصية الخجولة تعد تربة خصبة لنشوء أحلام اليقظة، إذ إن تفاعلها الاجتماعي المحدود يعزز لديها الإيمان بالتخيلات لتحقيق رغبات لم تستطع تحقيقها على أرض الواقع.
- 5- الشعور بالدونية وقلة الاهتمام والتقدير من قبل الآخرين (بيبي، 2000).

الكذب Lying

يمكن تعريف الكذب بأنه عدم الأمانة في وصف الحقائق وذلك لتغطية الذنوب والأخطاء ويرتبط الكذب بخصلتي السرقة والغش، فقد وجد الباحثون في جرائم الأحداث بصورة خاصة أن من يتصف بالكذب يتصف عادة بالسرقة والغش، فالصفات الثلاث بينها قاسم مشترك وهو عدم الأمانة (القوصي، 1952). عند البحث في موضوع الكذب يُلاحظ أن الكذب له عدة أنواع عدة وهي:

- 1- الكذب الخيالي: إذ يستخدم الطفل هنا خصوبة خياله ولسانه الذلق في نسج قصة أو فكرة لا واقعية ويجب الانتباه إلى أن هذا النوع من الكذب هو عبارة عن نوع من أنواع اللعب والتسلية التي يتمتع بها الطفل بقوة خيالية رائعة يمكن أن تستثمر ويُشجع الطفل ليكون في المستقبل روائياً بارعاً.
- 2- الكذب الالتباسي: وهو صعوبة التمييز والخلط بين الواقع والخيال، فقد يسمع الطفل قصة خيالية ومن ثم يأتي بعد ذلك ليحدث بها على أنها واقع وحقيقة، لكن هذا النوع من الكذب يزول تلقائياً بعد تقدم العمر بالطفل. إن الكذب الخيالي والالتباسي يمكن أن يطلق عليهما الكذب البريء، لأنهما لا ينطويان على الأذى.
- 3- الكذب الادعائي: وهو مبالغة الطفل في وصف تجاربه وممتلكاته وذلك ليشوق السامع ويجعل من نفسه محط إعجاب وتعظيم من الآخرين ويحقق بذلك النزوع للسيطرة،

مثلاً أن يتحدث الطفل عما يملكه من قدرات جسدية مبالغ بها وفي حقيقة الأمر هولا يملك تلك القدرات أو ادعائه الكاذب حول ما يملك من ألعاب جميلة وفريدة من نوعها. قد يدعي الطفل أيضاً بأنه مريض أو مظلوم لينال عطف الآخرين واستحسانهم. هذا النوع من الكذب يحتاج إلى علاج.

4- الكذب الغرضي أو الأناني: وهو الكذب من أجل الحصول على غرض شخصي، مثلاً يطلب الطفل من أبيه النقود مدعياً أن والدته طلبت منه ذلك لشراء بعض الحاجيات للبيت والحقيقة أنه يريد النقود لشراء الألعاب الخاصة به.

5- الكذب الانتقامي: وفيه يتهم الطفل طفلاً أو شخصاً آخر كذباً بحيث يترتب على ذلك عقاب لذلك الطفل أو الشخص، وهذا كثيراً ما يحدث في حالات الغيرة أو عند الطفل الذي يعيش في جو لا يشعر فيه بالمساواة في المعاملة بينه وبين غيره.

6- الكذب الدفاعي: وهو نوع شائع بين الأطفال ويسميه بعضهم الكذب الوقائي، فالطفل يكذب ليتجنب العقوبة وربما يساهم الوالدان أو المعلم في نشوء هذا النوع من الكذب من خلال المعاملة القاسية التي يعاملون بها الطفل فيلجأ إلى الكذب لتجنب العقوبة.

7- كذب التقليد: أحياناً يكذب الطفل تقليداً لوالديه أو لمن حوله. فعندما يتصل شخص بالوالد ليسأل أنه موجود فيطلب الأب من الطفل "أخبره أنني غير موجود" والحقيقة أنه موجود، هكذا يتعلم الطفل الكذب.

8- الكذب العنادي: قد يكذب الطفل بهدف تحدي السلطة سواء في البيت أو في المدرسة ولا سيما في حالات الرقابة الشديدة على الطفل، فمثلاً قد يتذرع الطفل لعدم كتابة الوظيفة بسبب أن والده لم يشتري له دفترًا.

9- الكذب المرضي أو المزمن: ربما يصل حد الكذب لدى الطفل إلى درجة الإدمان على الكذب، بل يصبح الكذب بصورة خارجية عن الإرادة ويصبح الكذب لا شعورياً، فيصعب على الطفل الحديث دون أن يكون الحديث مخلوطاً بالكذب لأن ذلك قد يحقق له ولو بصورة وهمية بعض الرغبات التي قد يكون حرمان تحقيقها يؤدي إلى الكبت (المرجع السابق).

يُميز الكذب من خلال الأعراض الآتية: الغش، الخداع، عدم قول الصدق والصراحة، اتباع أساليب المراوغة، الشك في معاملة الآخرين للوصول إلى أهداف معينة، سوء القيم والانحدار الأخلاقي، طلاقة اللسان وخصوبة الخيال ولكن يتم استخدامهما بصورة سلبية أي للكذب، الخوف من العقاب، القلق، حب التملك، حب الادعاء، حب السيطرة، اتهام الآخرين، استخدام وسائل غير مشروعة للوصول إلى الهدف، السعي إلى لفت أنظار الآخرين وإعجابهم، السرقة، الشعور بالنقص، المبالغة، اختلاق الأعذار، التجسس على الآخرين.

أسباب الكذب

- 1- عوامل مدرسية تؤدي إلى الكذب مثل: صرامة المعاملة في المدرسة وشدتها، كثرة الواجبات المدرسية التي تُعطى للتلميذ وعجزه عن إنجازها، عدم التناسب بين مقدرة الطفل وما يُعطى له من واجبات وهذا يضطره لطلب المساعدة من الآخرين والادعاء بأن هذا العمل من جهده، عدم التناسب في القدرات بين الطلاب، مثل طفل منخفض الذكاء يوضع مع طفل مرتفع الذكاء، عدم تناسب البيئة كوجود طفل فقير في وسط غني.
- 2- ميل الآباء أو الكبار إلى الكذب سواء مع الطفل أو غيره مما يدفع الطفل لتقليديهم.
- 3- قد يعتمد الطفل لجذب انتباه الآخرين إليه والتباهي من خلال الكذب.
- 4- تجنب العقوبة أو الرغبة في تأكيد الذات.
- 5- الحصول على مكاسب شخصية.
- 6- عدم ثقة الوالدين بالطفل يدفع الطفل للكذب ليتجنب اللوم.

السرقَة Theft

السرقَة هي الرغبة الملحة لدى الطفل لامتلاك أشياء ليس له الحق في امتلاكها كونها تخص الآخرين، هذا السلوك غير المناسب ليس السلوك نفسه لدى الكبار لأنه قد يقتن بعدم النضج، لكن مع هذا هو اعتداء على حقوق الآخرين وقد يرجع إلى أسباب مباشرة أو غير مباشرة. يظهر سلوك السرقَة لدى بعض الأطفال في الطفولة المبكرة

وتكون الذروة في عمر 5-8 سنوات، بعد هذا العمر يبدأ بالتراجع بسبب النضج ونمو الضمير لدى الأطفال. يمكن وصف أهم الأعراض التي يتصف بها سلوك الطفل السارق بما يأتي: القلق حيث تظهر لديه حالة القلق ولاسيما قبل تنفيذ عملية السرقة وبعدها، الخوف والارتباك ويتجلى ذلك في أثناء القيام بالسرقة، الشعور بالنقص، أحياناً يتصف الطفل بعدم النضج، عدم التمييز بين الاستعارة والسرقة، عدم احترام حقوق الآخرين، عدم التقيد بالمعايير والقيم الاجتماعية التي تخص الأمانة، الشعور بغياب الحب الأبوي، الشعور بعدم القيمة، التنشئة الاجتماعية السيئة، حب المغامرة وتجربتها من خلال السرقة، قد يعاني الطفل من سوء العلاقات الأسرية.

أسباب السرقة

- 1- قد يسرق الطفل بسبب عدم نضجه ونقص تمييزه بين ملكيته وملكية الآخرين.
- 2- قد يسرق الطفل نتيجة شعوره بالحرمان وعدم القدرة على تلبية مطالبه بصورة طبيعية.
- 3- ربما يسرق الطفل بدافع الانتقام من الآخرين، فعندما يتشاجر مع طفل آخر يلجأ إلى سرقة ممتلكاته.
- 4- السرقة للتفاخر بين الأقران بما يملك ويشترى.
- 5- تؤدي التنشئة الاجتماعية السيئة دوراً في نشوء سلوك السرقة وقد تعززه.
- 6- ربما يتعلم الطفل السرقة من خلال رفاق السوء (الشيخ حمود والزعبي، 2013).
- 7- قد يسرق الطفل نتيجة اضطراب نفسي وهو ما يعرف بـ(كلبتومانيا) إذ يكون الطفل غنياً وقادراً على شراء حاجاته ولكن يشعر برغبة ملحة للسرقة.

الغش Cheat

وهو استخدام التلميذ أو الطالب في المدرسة أساليب ملتوية في الامتحان للحصول على درجات النجاح، ومن هذه الأساليب كتابة بعض الأجوبة لبعض الأسئلة على المقعد أو الجدار أو الكتابة على وريقات جانبية بحيث يتم إخراجها في أثناء الامتحان أو الكتابة على الأيدي أو استخدام الهواتف المحمولة أو الآلات الحاسبة... الخ، والطفل الذي

يتعامل بالغش غالباً يتبع هذا الأسلوب حتى في البيت وعند اللعب مع أقرانه، فالغش يصبح مع الزمن سمة شخصية، ويمكن أن توسم هذه الشخصية مستقبلاً بالشخصية الميكافيلية التي تعتمد مبدأ الغاية تبرر الوسيلة، فالأشخاص الميكافيلون لديهم براعة في التلاعب والتحايل للوصول إلى الهدف، في الوقت نفسه هم ضد الغش إذا كان الغش في مصلحة الآخرين. يتسم الطفل الغشاش بالأعراض الآتية: الخوف والارتباك ويتجلى ذلك في أثناء القيام بالغش، القلق إذ تظهر لديه حالة القلق ولاسيما قبل وبعد تنفيذ عملية الغش، غالباً يكون عرضة للضغوط النفسية من المحيط، الشعور بالنقص، غالباً يكون سلوك التحايل سلوكاً سائداً في كل تصرفاته سواء في المدرسة أو خارجها، قد يسرق إذا دعت مصلحته إلى ذلك، يميل إلى الكذب عند التحدث ليخفي سلوك الغش، يعاني من سوء التنشئة الاجتماعية، قد تكون لديه مشكلات أسرية، لديه نرجسية ونزعة للذات، حب التملك، حب الادعاء، حب السيطرة، اتهام الآخرين، استخدام وسائل غير مشروعة للوصول إلى الهدف، السعي للفت أنظار الآخرين وإعجابهم، المبالغة، اختلاق الأعذار، النظر إلى ورقة زميله في أثناء الامتحان. لا بد من ملاحظة مهمة هنا وهي أن أعراض الغش تتقاطع كثيراً مع أعراض الكذب والسرقة لأن أصلهم جميعاً واحد وهو الكذب، فالكذب آفة السلوك.

أسباب الغش

- 1- التمرکز حول الذات الذي يدفع الطفل ليشعر أنه يجب أن يكون الأفضل وبأي وسيلة كانت ومن ثم يلجأ إلى الغش.
- 2- الضغط الذي يمارسه الوالدان على الطفل ليكون ناجحاً أو متفوقاً وهذا يدفع الطفل لتحقيق هذه الرغبة بأي وسيلة كانت وإن كانت الغش.
- 3- ضعف الكفاءة لدى التلميذ مع رغبته بالنجاح قد يدفعه للأساليب الملتوية.
- 4- ضعف الثقة بالنفس لدى الطفل قد تسهم في نشوء سلوك الغش.
- 5- الحصول على منافع شخصية بطرق ملتوية (بيبي، 2000).

السلوك الجنسي غير المناسب Unfit Sexual Behavior

وهو قيام الطفل ببعض أنماط السلوك المرتبطة بالشهوة الجنسية والتي لا تتفق مع معايير المجتمع مثل العادة السرية والتي سيقنصر الحديث حولها كونها واسعة الانتشار وهي تناسب مرحلة الأطفال أكثر من أنماط السلوك الجنسية غير المناسبة الأخرى التي قد تظهر في مراحل عمرية لاحقة. يشير باحثون أن الأولاد يواجهون أسئلة إلى والديهم تدور حول أصل الأطفال والأعضاء الجنسية والفروق العضوية للجنسين، ودور الأب في عملية التكاثر (مخول، 1986). لا بد من الملاحظة أن هناك أطفالاً من الصبيان والبنات يبلغون في سن مبكرة ولاسيما في المناطق الحارة، وهناك من يقول بأن الهرمونات التي تستخدم في الخضراوات وإنتاج بعض الأطعمة تسرع عملية البلوغ لدى الأطفال. بالنسبة للعادة السرية هي عبارة عن اللعب أو التدليك للأعضاء التناسلية للحصول على اللذة، فالأطفال يكتشفون في سن مبكرة وبصورة أولية بسيطة أنهم يحصلون على اللذة عن طريق اللعب بالأعضاء التناسلية، فهذا السلوك شائع لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين سنة وست سنوات، كما يظهر بصورة كبيرة في مرحلة المراهقة إذ تشير الإحصاءات بأن 94% من الذكور يمارسون العادة السرية (بيبي، 2000، 307)، العادة السرية عموماً ليست ضارة لكن الإفراط بها قد يكون ضاراً. أهم الأعراض التي تميز الطفل الذي يستخدم العادة السرية هي: الشعور بالذنب، الشعور بأنه غير محبوب، الشعور بالنقص، تفضيل العزلة، التركيز على الجسم لتحقيق اللذة، حالة الضغط والتوتر، التشاؤم من الحياة، القلق، الخوف، حب الاستطلاع الجنسي، رغبة النظر إلى الآخرين وهم في حالة عري أو عند ممارستهم الجنس.

أسباب السلوك الجنسي غير المناسب

- 1- البحث عن اللذة وإشباع الدافع الجنسي.
- 2- حب الاستطلاع والفضول الجنسي.
- 3- الغموض والمنع المرتبطان بالجنس، وهذا ينضوي تحت كل ممنوع مرغوب.
- 4- استثارة وحديث الرفاق حول الجنس توجب الرغبة في الممارسات الخاطئة.

- 5- ممارسات الأهل للجنس في البيت والتي قد يشعر بها الطفل ويسأل نفسه حولها.
- 6- كثرة وقت الفراغ يحفز السلوك الجنسي غير المناسب لدى الطفل.

التغيب عن المدرسة والهروب Truancy

يُعرّف التغيب عن المدرسة والهروب بأنه "الحالة التي يعتمد فيها الطفل الذي يتراوح عمره بين 6-17 سنة إلى التغيب عن المدرسة دون عذر قانوني ودون موافقة الأهل أو المسؤولين في المدرسة" (شيفر وميلمان، 1989: عن الشيخ حمود، 1994، 186). هذا وقد يترتب على هذا الأمر احتمال الانحراف السلوكي والتأخر الدراسي. لقد أثبتت الدراسات أن حالات الهروب والتغيب بين التلاميذ الذكور هي أكثر منها بين الإناث، وأن هذه المشكلة تزداد مع مرور الوقت، ففي أمريكا كان معدل الغياب 5% ثم أصبح 15%، فمشكلة الهروب والتغيب عن المدرسة تزيد بمقدار الضعف على مشكلات الانضباط المدرسي، كما أظهرت الدراسات أن الهروب في بداية المرحلة الابتدائية يتبعه هروب في المراحل اللاحقة، فقد أثبتت دراسة حول الأطفال الذين يتكرر هروبهم من المدرسة الابتدائية أن نسبة 82% منهم كانوا يتغيبون بشكل متكرر خلال أول سنتين من التحاقهم بالمدرسة، تزداد مشكلة الهروب من المدرسة حدة في سن 13 سنة. يتميز سلوك الطفل الهارب من المدرسة بالأعراض الآتية: الطفل الهارب من المدرسة لا يذهب عادة إلى البيت حتى يحين موعد الانصراف من المدرسة، يخفي عن والديه حالة الهروب من المدرسة، يعاني الطفل الهارب من انخفاض في التحصيل الدراسي، قد يغيب عن كل الحصص أو بعضها وغالباً يحضر حصص الرسم والموسيقا والرياضة التي يوجد بها تسلية ومتعة، يحمل مشاعر سلبية نحو المدرسة والمعلمين، غالباً يوجد لديه مشاعر نقص مقارنة مع أقرانه، يعاني مشاعر الخوف من العقاب في المدرسة، قد يعاني من مشكلات أسرية.

أسباب التغيب عن المدرسة والهروب

- 1- صعوبة المقررات الدراسية وهذا يجعلها منفرة.

- 2- الخوف من عقاب المعلم نتيجة التقصير.
- 3- البحث عن اهتمامات مثيرة خارج المدرسة.
- 4- الخوف المرضي من المدرسة والحل يكون لدى الطفل بالهروب من المدرسة.
- 5- الظروف الاقتصادية الصعبة التي تجبر بعض الأطفال على العمل والتغيب.
- 6- عدم المتابعة الأسرية والمدرسية لحالات التغيب لدى الطفل.
- 7- كثرة الواجبات المدرسية.
- 8- الشخصية الاتكالية التي يتمتع بها الطفل.
- 9- الخلافات الأسرية المستمرة.

التسرب الدراسي Studying Drop-out

التسرب هو ترك التلميذ المدرسة نهائياً قبل إتمام مرحلة الحلقة الثانية للتعليم الأساسي، فالتسرب يتنافى مع إلزامية التعليم الذي تقره الحكومة. يشير كثير من الباحثين إلى ارتباط ظاهرة التسرب بضعف القدرة العقلية، فهم ينظرون إلى انخفاض الذكاء على أنه عامل مهم يساهم في التسرب من المدرسة. هناك رأي آخر يقول إن كثيراً من التلاميذ يهجرون المدرسة بحثاً عن العمل لأنهم يعجزون عن سد النفقات الدراسية وكذلك لإعالة العائلة. يمكن إجمال أهم الأعراض التي يتصف بها المتسرب من المدرسة بما يأتي: التاريخ الطويل من الإخفاق والتقصير الدراسي العام والخاص، ضعف الدافعية الدراسية، غياب التشجيع على الدراسة من قبل الأهل، معاناة في مواكبة المتطلبات المدرسية، ضعف التوافق الدراسي، يغلب أن يكون المتسربون من الفقراء جداً، علاقة غير طيبة مع المعلم، الشعور بالدونية، الشعور بالخجل، كره المدرسة، درجة ذكاء قد تكون وسط أو أقل من ذلك، الخوف المدرسي.

أسباب التسرب الدراسي

- 1- الفقر الذي يدفع الأهل لعدم إرسال ابنهم إلى المدرسة بل يرسلونه إلى العمل.
- 2- التأخر الدراسي العام والخاص.

- 3- الفشل والرسوب المتكرر.
- 4- صعوبة المناهج الدراسية وافتقارها للتشويق والتحفيز بالإضافة إلى كثرة الواجبات الدراسية.
- 5- عدم متابعة المدرسة للتلاميذ المتسربين.
- 6- الخلافات الأسرية وجهل الوالدين بأهمية التعليم.
- 7- عدم توفير الجو الدراسي في المنزل.

اضطرابات الكلام واللغة Disorders Of Speech And Language

- هناك أنواع عدة من اضطرابات الكلام يمكن أن تؤثر في جودة النطق والقراءة والحديث ويمكن تمييز هذه الاضطرابات مع الأعراض كما يأتي:
- 1- اللججة Stuttering: وهي اضطراب في الكلام يبدو على شكل تلعثم أو تمتمة أو انحباس للحظات ترجع العوامل فيه إلى أصول نفسية في الغالب. مثل هذا الاضطراب يظهر عند الطفل ويبدو واضحاً منذ السنة الثالثة أو الرابعة من العمر، ويحتمل أن يمتد إلى ما بعد سن المراهقة (الرفاعي، 1998، 431-432). نسبة اللججة بين الأطفال عامة فهي 5% وتكون فيها نسبة الذكور مقابل الإناث 4 إلى 1 أي كل أربعة ذكور يقابلون أنثى واحدة.
 - 2- التمتمة Mumbling: وهي اضطراب التسلسل المنطقي للكلام وقد تكون عرضية أو دائمة وقد تكون تشنجية بحيث يظهر الكلام بشكل انفجاري (سعد، 1994).
 - 3- التشويه أو التحريف Distortion: وهو نطق الصوت بطريقة نقره من الصوت العادي بيد أنه لا يماثله تماماً، أي يتضمن بعض الأخطاء مثل (س) تُلَفَظ (ش)، فيلَفَظ صوت (س) مصحوباً بصغير طويل أو ينطق صوت (ش) من جانب الفم واللسان. يسمى بعض الباحثين هذا النوع من اضطرابات النطق بالتأثأة (لثغة) Lispng مثال: مدرسة تُلَفَظ مدرثة. من الملاحظ أن المشكلة هنا تكون في نطق حروف مثل (س) و(ز).

4- الحذف Omission: وهو حذف الطفل في أثناء النطق صوتاً ما من الأصوات التي تتضمنها الكلمة، ومن ثم ينطق جزءاً من الكلمة فقط، فقد يشمل الحذف أجزاء متعددة وبشكل ثابت يصبح كلام الطفل في هذه الحالة غير مفهوم على الإطلاق حتى لأفراد الأسرة. وتكثر عيوب النطق في حالة الحروف الساكنة التي تقع في نهاية الكلمة أكثر منها بالوسط والبدائية مثل هو عصا، نوى.

5- الإبدال Substitution: وهو إبدال في النطق عندما يتم إصدار صوت بدلاً من الصوت المرغوب فيه مثلاً يستبدل الطفل حرف (س) بحرف (ش) أو يستبدل حرف (ر) بحرف (و)، من الملاحظ أن عيوب الإبدال أكثر شيوعاً لدى الأطفال الصغار منه لدى الأطفال الكبار.

6- الإضافة Addition: وهو إضافة صوت زائد إلى الكلمة وقد يُسمع الصوت الواحد وكأنه يتكرر إذ يُضاف مقطع إلى الكلمة ليس من أصل الكلمة مثل صباح الخير أو سسلام عليكم(العفيف، بدون تاريخ).

أسباب اضطرابات الكلام واللغة

- 1- قصور وظيفي يرجع إلى المنطقة المسؤولة عن الكلام في الدماغ.
- 2- اضطراب وظيفي في آلية الكلام مترافق بمنع تشنّجي لمجرى الكلام.
- 3- عوامل ترجع إلى البيئة المحيطة مثل التربية السلطوية أو التربية المدللة أو انعدام الأمن أو الشقاء العائلي والحياة التعيسة أو الفشل التحصيلي(الشيخ حمود، 1994).
- 4- قد يكمن وراء اضطراب الكلام ضغط مارسته الأسرة عندما استعمل الطفل يده اليسرى في الطعام والإمساك بالأشياء ثم في الكتابة، هذا الضغط يهدف إلى استعمال اليد اليمنى بدل اليد اليسرى.
- 5- عوامل وراثية حيث يعاني أحد الوالدين أو الجدود من اضطرابات الكلام، فقد ينتقل ذلك عن طريق الوراثة، وهذا قليل الحدوث نسبياً(كاس وأولدهام وباردرس، 2009).

الخلاف مع المدرسين Conflict with teachers

المقصود هنا هو خلاف الطلبة مع المدرسين في المدرسة وما ينجم عن ذلك من عواقب على الطرفين. يمكن تعريف خلاف الطلبة مع المدرسين بأنه: مشكلات تواجه المدرس في غرفة الصف فتؤدي إلى إعاقة قدرة الطالب على التعلم أو تعيق قدرة المدرس على التعليم (أحمد، 2005، 130)

تفسير خلاف الطلبة مع المدرسين

تحدث في المدرسة خلافات ومنها خلاف الطلبة مع المدرسين، ويمكن تفسير هذا الخلاف نفسياً بين الطرفين بنوع التربية التي يحملها كلا الطرفين والدوافع الخفية التي قد توجد لديهما، فمن طرف المدرس يريد أن يثبت شخصيته أمام الطلبة، وأنه هو المسؤول في الصف وهو الذي يديره. في الطرف الآخر هناك طالب مراهق (غالباً في سن المراهقة) يرى من نفسه قد أصبح شاباً ولن يسمح للمدرس بالظعن بكرامته، ولو بكلمة واحدة مهما كان الثمن حتى لو وصل الأمر للعراك بالأيدي مع المدرس، كما يرى الطالب أنه شاب ويمكن أن يدخل جسماً في عراك مع المدرس. ما يعزز هذه الأفكار السابقة هي نوعية التربية الأسرية التي تلقاها الطرفان، فمن جهة المعلم قد يشعر نفسه هو كالأب في الأسرة، وأبوه كان يضرب الجميع في الأسرة ويخيف الجميع بالضرب وهو يريد أن يتمثل هذا الدور. في الطرف الآخر الطالب المراهق الذي عايش وخبر العنف في أسرته، بل أصبح جزءاً من معاملاته وعلاقاته، يريد أن يتعامل به مع المدرس الذي من وجهة نظره هو شخص مستبد ويجب رده، ومما يعزز قناعة الطالب بهذه الأفكار أن ضرب الطالب ممنوع وفق تعليمات وزارة التربية. وفق هذا التفسير يتطور الخلاف بين الطلبة والمدرسين.

أعراض خلاف الطلبة مع المدرسين

1- تجاهل الطلبة لتعليمات المدرس بعدم الاستجابة لها أو التعليق عليها.

- 2- استجابة الطالب للموقف بانفعال شديد وغضب وبألفاظ سلبية وتعارض تعليمات المدرس ويؤكد عدم طاعته له.
- 3- تنفيذ الطالب في حالة التوتر الشديد عكس ما يطلبه المدرس في تعليماته (الزيات، 2004).
- 4- التحدث مع الزميل المجاور في أثناء شرح المدرس.
- 5- التحدث بصوت عالٍ وبشكل جماعي عند توجيه المدرس الأسئلة الصفية.
- 6- الإجابة على سؤال المعلم دون إذن.
- 7- دعوة الزميل بألقاب غير مستحبة أو مقبولة اجتماعياً أو تربوياً.
- 8- تحدث المدرس أو الطالب بلغة غير لائقة اجتماعياً أو تربوياً (إبراهيم، 2005).
- 9- التهيب والخوف الذي يسيطر على المدرس في حال العنف الذي قد يؤدي به إلى فقد وظيفته أو المحاكمة لأن الضرب ممنوع.
- 10- توتر الطالب وتحفزه للرد على المدرس قولاً أو فعلاً.

أسباب خلاف الطلبة مع المدرسين

- 1- طريقة تعامل المدرس التسلطية مع الطلبة.
- 2- سوء البيئة المادية لغرفة الصف والمدرسة.
- 3- استخدام العقاب البدني في المدرسة وإتقال كاهل الطلبة بالواجبات.
- 4- خوف الطالب من المدرس.
- 5- عدم تلبية المدرسة لحاجات الطالب النفسية.
- 6- شعور الطالب بالخوف والقلق والكبت في غرفة الصف.
- 7- انخفاض مستوى الأسرة الاجتماعي أو الصحي أو الاقتصادي.
- 8- اتجاه الأهل السلبي نحو المدرسة والتعليم.
- 9- المشكلات الأسرية التي تسبب إهمال الطالب للمدرسة وتزيد العنف (طافش، 2006).
- 10- التربية البيتية التي تشجع على العنف سواء من طرف المدرس أو الطالب.

- 11- قانون منع ضرب المدرس للطلاب من قبل الوزارة جعل بعض الطلبة يفهم المقصد بصورة خاطئة ويتناول على المدرس.
- 12- قد تكون لغة العنف سائدة في المجتمع وهذا يعزز وجودها بطريقة غير مباشرة في المدرسة.
- 13- عدم إحضار الطالب الدفاتر والكتب والأدوات اللازمة أو عدم قيامه بواجباته المدرسية.

المشكلات الدراسية للطلبة Studying Problems

وهي مجموعة الصعوبات التي يواجهها الطلاب والتلاميذ المرتبطة بالقدرات والواقع الدراسي التي تعيق عملية التوافق الدراسي لديهم، لذلك تحتاج إلى تدخل إرشادي يساعد الطلاب والتلاميذ على حل هذه الصعوبات، من هذه المشكلات يمكن ذكر الآتي:

ضعف الانتباه والتشتت Attention Deficit

وهو ضعف قدرة الفرد على التركيز السمعي والبصري والعقلي حول موضوع رئيسي معين، فتضعف قدرة الفرد على التركيز ويندمج أو ينشغل بنشاط آخر يصرفه عن النشاط الرئيسي، وغالباً يكون ضعف الانتباه مصحوباً بنشاط حركي زائد. يظهر ضعف الانتباه والتشتت من خلال أنماط سلوكية عدة تتمثل في التركيز البصري نحو مثيرات جانبية غير المثير الرئيسي المطلوب، ضعف التتبع خلف المدرس في أثناء شرح الدرس، عدم الإصغاء لما يقال داخل القاعة الدراسية، صعوبة الاستمرار في الواجبات المنوطة بالطلاب في أثناء الحصة الدراسية، التنقل من نشاط إلى آخر بصورة شبه مستمرة، عُسر في فهم الإرشادات واتباعها التي يسديها المدرس للطلاب (عقل، 1996). يمكن قياس مدى الانتباه من خلال الفترة الزمنية التي يقضيها الطالب عند القيام بواجب معين، وهنا يُراعى مدى مناسبة الاستجابة للمثير، لأن هناك بعض الطلاب الذين يبحرون في مفردات الدرس دون تركيز. لقد أثبتت الدراسات بأنه ما بين 5-10 % من الطلاب

يعانون من قصر فترة التركيز، رغم أن طول فترة التركيز تزيد من القدرة على التعلم (بيبي، 2000).

أسباب ضعف الانتباه والتشتت

- 1- صعوبات التعلم: إن الطلاب الذين يعانون من صعوبات التعلم كضعف القراءة والكتابة والإملاء والحساب وغيرها غالباً ما يعانون من ضعف الانتباه والتشتت.
- 2- التخلف العقلي أو الإعاقات العقلية وما يتبع ذلك من ضعف التمييز بين المثيرات الأصلية والمشتتة، ويطرافق ذلك مع ضعف الفهم والاستيعاب من قبل هؤلاء الطلاب.
- 3- أسباب مدرسية: ترجع إلى الأسلوب التقليدي (الإلقائية) لدى المدرس في التدريس وكثرة المثيرات المشتتة داخل الصف التي تساهم في تشتت انتباه الطالب.
- 4- أسباب عضوية: تظهر من خلال ضعف النمو العام ولاسيما العصبي والاختلالات العصبية وكذلك حالات الصرع.
- 5- أسباب نفسية: كحالة ضعف الثقة بالنفس وانعدام الأمن والطمأنينة الخوف من المدرسة أو المدرس أو المقرر أو الشعور بالنقص أمام الزملاء كل ذلك يمكن أن يؤدي إلى ضعف الانتباه والتشتت.
- 6- أسباب وراثية: أحياناً قد يكون ضعف الانتباه صفة وراثية قادمة من أحد الوالدين، فهناك أسر يغلب عليها ضعف الانتباه ولا سيما أن هذه الصفة مكون من مكونات الذكاء.
- 7- ضعف سمة الصبر والمثابرة وهذه سمات مهمة لاستمرار التركيز وإنجاز الواجبات التي يكلف بها الطالب.

سوء استغلال الوقت Time Misuse

وهو إضاعة الوقت وعدم الاستفادة منه أو التخطيط لتنفيذ برنامج عمل يتم فيه تقسيم الوقت وفق الواجبات المطلوب القيام بها. تظهر هذه المشكلة عند الطلاب والتلاميذ الذين لا يعيرون أهمية للوقت ولا يحسنون استغلاله أو تنظيمه، لعل هذه المشكلة سائدة في

الوطن العربي عموماً ويظهر ذلك جلياً في عدد ساعات مشاهدة التلفاز أو النوم أو طول فترة الزيارة. ربما انتقلت هذه السمة إلى الطلاب والتلاميذ بصورة عفوية، إذ تأخذ مظاهر سوء استغلال الوقت أشكالاً عدة منها: تأجيل الدراسة حتى نهاية الفصل أو نهاية العام الدراسي، عدم حل الواجبات في وقتها، طغيان وقت مشاهدة التلفاز أو اللعب على وقت الدراسة، الانشغال بأنشطة ثانوية على حساب الواجبات الأساسية، التأخر بالنوم وهذا يؤدي إلى تأخر بالاستيقاظ ومن ثم تأخر عن المدرسة.

لقد صنف ميلمان وشيفر مشكلة سوء استغلال الوقت في ثلاثة أشكال هي:

- 1- إهدار الوقت: أي إضاعة الوقت من دون فائدة، فالوقت يجري دون استثمار.
- 2- عدم الاستفادة الفعالة: أي التباطؤ في تنفيذ الواجبات والكسل في استثمار الوقت.
- 3- التسويف: أي تأجيل العمل دائماً إلى وقت لاحق (المرجع السابق).

أسباب سوء استغلال الوقت

- 1- تعبير عن صراع نفسي: قد يستخدم الطفل سوء استغلال الوقت كصراع نفسي بينه وبين الأهل، فكلما طلب الأهل من الولد الإسراع أظهر تباطؤاً وتلكؤاً أكثر، ربما استخدم الأولاد هذه الطريقة لإثبات الاستقلالية والسلطة فهم يكونون في موقع المسيطر في حين يكون الأهل في المحبط العاجز.
- 2- تعبير عدواني عن حالة غضب: قد يغضب الأولاد من آبائهم لأسباب عدة، هذا قد يؤدي إلى سوء استغلال الوقت من قبل الولد كوسيلة للانتقام من الوالدين، ومن ثم قد يعلق الطفل مشاكله وسوء استغلال الوقت على الآخرين ويحملهم المسؤولية عن ذلك.
- 3- تجنب المواقف غير السارة: فمن خلال التباطؤ والكسل يعتقد الطفل أنه يتجنب مواقف قد تثير الخوف لديه أو القلق، كما يلجأ الطفل أحياناً إلى أحلام اليقظة فما لا يستطيع تحقيقه فعلاً يحاول تحقيقه من خلال أحلام اليقظة وبصورة كمالية، ومن ثم تتولد لديه الذات الانهزامية بدلاً من مواجهة الواقع (بيبي، 2000).
- 4- القدوة السيئة: يلاحظ الطفل كيف أن والديه أو مدرسه يضيعون الوقت فينهج السلوك نفسه وهذا يوقعه في مصيدة ضياع الوقت.

- 5- ضعف التدريب على تنظيم الوقت منذ الطفولة، فالطفل قلما يُربى على استغلال الوقت ومن ثم يشب على ذلك.
- 6- عوامل اجتماعية وثقافية: فبعض المجتمعات والثقافات لا تعطي أهمية للوقت ولا يوجد لديها تنظيم للوقت وهذا ينتقل إلى الأطفال.
- 7- المعاملة الأسرية غير الراشدة: فهي قد تقوم على التدليل المفرط واللامبالاة والإذعان لرغبات الطفل دون تربية الطفل على برمجة الوقت واستثماره.

ضعف الدافعية الدراسية Lack of Studying Motivation

يمكن تعريف ضعف الدافعية الدراسية بأنها نقص الحافزية والرغبة للتعلم والمعرفة والفهم والاستطلاع والاكتشاف والخوض في مختلف العلوم، ويتمثل ذلك بالشعور لقاء هذه المثيرات بالملل والتذمر المقترن برغبة الابتعاد عن هذه المثيرات. من هنا يرى الدسوقي بأن إثارة دوافع التعلم للحث عليه تعد إثارة لهمة الإقبال على الدرس وينبغي العمل على أن ينبع ذلك من التلميذ نفسه، فهذا الأمر يجب أن يكون هدف المدرسة حتى ينمو الميل الشخصي لدى التلميذ للتعلم (دسوقي، 1985). من الجدير ذكره هنا أن عشرات الدراسات والأبحاث أثبتت العلاقة الإيجابية الدالة إحصائياً بين الدافعية والتحصيل وكذلك التفوق، ومن ثم كانت فروق دافعية التحصيل لصالح الفئات المتفوقة، يعد هذا دليلاً عملياً على أهمية الدافعية بالنسبة للتعلم والتفوق بل والتميز (عبد اللطيف، 1999).

من مظاهر ضعف الدافعية الدراسية: عدم تحمل المسؤولية، الهروب من المدرسة، التأخر في تقديم الواجبات الدراسية، عدم الالتزام بالمواعيد، لا يؤدي الفشل مشاعر التلميذ أو الطالب بل يدفعه إلى مزيد من العمل، اتباع بعض أنماط السلوك السلبية التعويضية.

أسباب ضعف الدافعية الدراسية

- 1- عدم الاهتمام: ربما يهتم الآباء بالتحصيل لكنهم لا يهتمون بالآلية التي يتم من خلالها التحصيل كمساعدة أطفالهم وتشجيعهم.
- 2- العشوائية في التربية من قبل الوالدين: قد يعتقد الوالدان أن عدم مساعدة الطفل يزيد الاستقلالية لديه ومن ثم الدافعية وهذا خطأ لقد أثبتت الدراسات أن مشاركة الآباء لأبنائهم في التحصيل ضرورية وتزيد من تحصيلهم.
- 3- المشاكل الأسرية التي قد تؤدي إلى طفل حزين منعزل ليس لديه دافعية للدراسة.
- 4- الحماية الزائدة والدلال الذي يؤدي إلى غياب المسؤولية ثم ضعف الدافعية لدى الطفل.
- 5- النقد والملاحظات المتكررة والمقارنة بين الطفل وأخوته أو أبناء الجيران أو الأقران.
- 6- تدني تقدير الذات: قد يؤدي هذا إلى انخفاض الدافعية الدراسية، لا سيما أن التعلم وسيلة لإثبات الذات وتوكيدها.
- 7- الجو المدرسي غير المناسب الذي يتسم بسوء معاملة الطلاب وإحباطهم.
- 8- هناك مشكلات متصلة بضعف الجانب النمائي وقلة الذكاء.
- 9- التوقعات المرتفعة للوالدين: الذين يتوقعون نتائج أكثر من قدرات الأبناء ويتزافق ذلك مع العقاب الذي قد يؤدي إلى ردة فعل لدى الطفل متمثلاً بضعف الدافعية.
- 10- التوقعات المنخفضة للوالدين: الذي ينعكس على الطفل بشعور أنه ضعيف في التحصيل وهذا يقره الوالدان (شعبان وتيم، 1999).

عادات الدراسة الخاطئة Wrong Studying Habits

وهي تعني عدم استخدام الوظائف العقلية بصورة جيدة في تحصيل المعرفة بحيث تُدرس المادة بترو وتُفحص وتُحلل وتُراجع التفاصيل بانتباه وتُقرأ المادة بقصد التعلم والتذكر. ينبغي تعليم الأطفال عادات الدراسة الجيدة منذ المرحلة الدراسية الأولى ومن ثم تحسينها في الحلقة الثانية والثانوية. تؤدي عادات الدراسة الخاطئة إلى مظاهر عدة منها: تدني مستوى التلميذ إذ يكون أدنى بسنتين من مستواه الدراسي، لا يقوم بأداء واجباته

الدراسية كما هو مطلوب منه، مهارات التلميذ في القراءة والكتابة ضعيفة، لديه استيعاب ضعيف، يعاني من عدم التركيز والتشتت (شعبان وتيم، 1999).

أسباب عادات الدراسة الخاطئة

- 1- عدم معرفة كيفية الدراسة: ذلك مرده إلى عدم تعلم مهارات الدراسة في المرحلة الدراسية الأولى، ربما لم يتعلم التلميذ كيف يستخدم المكتبة أو القاموس أو كيف يقرأ الخريطة أو الرسم التوضيحي أو الرسوم والجدول... الخ.
- 2- صعوبات التعلم: فبعض التلاميذ يعانون من صعوبات تعلم بسبب ضعف بعض القدرات، هناك دراسات تشير إلى أن نسبة اضطرابات التعلم ذات الأساس العصبي الموجودة بين الأولاد في سن المدرسة تتراوح بين (5%-20%). تظهر هذه الصعوبات في القراءة والكتابة والتذكر والحساب والإملاء والعلوم واللغة (بيبي، 2000).
- 3- الاقتداء السلبي: قد يكتسب التلميذ عادات دراسة خاطئة من أهله دون أن يعدلها، يعزز ذلك الاتجاهات السلبية لدى الأهل تجاه التعليم، إذ تجعل التلميذ غير مهتم لعادات الدراسة.
- 4- انشغال التلميذ بأنشطة أسرية مختلفة قد تصرفه عن الدراسة وتطوير عاداته الدراسية.
- 5- الخلافات والضغوط الأسرية التي قد تؤدي إلى دراسة غير فعالة.
- 6- انعدام أو قلة الإرشاد المدرسي لتنمية عادات دراسية فعالة.
- 7- الحماية والتدخل الزائد من الوالدين يعيق نمو الاستقلالية وعادات الدراسة الجيدة.
- 8- رد فعل غير مباشر على معاملة الوالدين السيئة من خلال إقلاقهم بالعادات الدراسية الخاطئة.

التأخر الدراسي Underachievement

يعد التأخر الدراسي مشكلة متعددة الأبعاد فهو ذو بعد تربوي ونفسي واجتماعي وعقلي، من ثم يمكن القول إن هذه المشكلة هي من أكثر المشاكل التي تعاني منها

المدرسة. هناك مصطلحات أخرى تستخدم مرادفة للتأخر الدراسي منها: التحصيل المنخفض، التقصير الدراسي، التأخر التحصيلي، التأخر التربوي.

لمعرفة التأخر الدراسي يجب حساب التحصيل الدراسي ولحسابه يُتبع القانون الآتي:

$$\text{نسبة التحصيل} = \frac{\text{العمر التحصيلي}}{\text{العمر الزمني}} \times 100$$

يُعرّف التأخر الدراسي بأنه "حالة تأخر أو تخلف أو نقص أو عدم اكتمال النمو التحصيلي نتيجة لعوامل عقلية أو جسمية أو اجتماعية أو انفعالية بحيث تنخفض نسبة التحصيل دون المستوى العادي المتوسط في حدود انحرافين معياريين سالبين" (سليمان، 1999، 137). بناء على معيار محدد يُعرّف معجم علم النفس الألماني التلاميذ المتأخرين دراسياً "بأنهم التلاميذ الذين لا تتناسب نتائجهم مع الحد الأدنى لمتطلبات المدرسة أي من حيث الحد الأدنى المطلوب للنجاح" (Lexikon der Psychologie, 1980, 2010).

كما يُعرّف التأخر الدراسي على أنه "ضرر كبير أو قليل في نمو شخصية التلميذ لدى تحقيق متطلبات الخطة الدراسية، والذي لا يمكن التغلب عليه إلا من خلال إجراءات تربوية خاصة في التشجيع الفردي" (Sheikh Hammoud, 1988, 11).

من الأهمية التربوية هنا ذكر التعريف الإجرائي للتأخر الدراسي ويمكن تعريفه بأنه الدرجات التي يحصل عليها التلميذ أو الطالب في الامتحانات التحريرية والشفهية في جميع المواد (التأخر العام) أو في مادة واحدة (التأخر الخاص).

في ضوء ما تقدم يظهر أن هناك نوعين من التأخر الدراسي هما:

✳ تأخر دراسي عام: يرتبط هذا النوع بالدرجة الذكائية المنخفضة التي تتراوح بين 70-85 درجة في حاصل اختبار الذكاء.

✳ تأخر دراسي خاص: وهو يتمثل بالتقصير في مادة معينة كالرياضيات أو اللغة العربية أو الإنكليزية... الخ.

أما هورلوك Hurlock فتصنف التأخر الدراسي وفق معايير العام والخاص والاستمرارية والموقفية إلى الأنواع الأربعة الآتية:

1- التأخر الدراسي العام: ويرتبط -كما سبق ذكره- بانخفاض عام بدرجة الذكاء التي تتراوح بين 70-85 درجة على اختبار الذكاء.

2- التأخر الدراسي الخاص: ويرتبط بضعف التلميذ بمادة من المواد، وهذا قد يرجع إلى ضعف القدرة العقلية المرتبطة مع هذه المادة، كالضعف في الرياضيات نتيجة الضعف في القدرة الرياضية في اختبار الذكاء التي هي جزء منه.

3- التأخر الدراسي الدائم: هنا يقل تحصيل التلميذ بشكل دائم عن مستوى قدرته، مثلاً يكون في الصف الرابع ولديه قدرات توازي الصف الرابع ولكن تحصيله يوازي صف ثالث نتيجة عدم استغلال هذه القدرات.

4- التأخر الدراسي الموقفي: يرتبط التأخر هنا بمواقف معينة تجعل التلميذ يحصل درجات أقل من مستوى القدرات لديه، مثلاً يمر التلميذ بحادثة وفاة أب أو أم أو قريب أو صديق أو يمر بخبرة انفعالية مؤلمة أو خبرات رسوب متكررة، وهذا ينعكس سلبياً على مستواه التحصيلي (سليمان، 1999).

تظهر لدى الطفل المتأخر دراسياً المظاهر الآتية: السلوك العدواني، الفوضى في أثناء الدرس، التهريج في الصف، رفض التعلم، الانفعالية، المزاج المتردد، تضيق كتبه ودفائره وأدواته المدرسية، عدم إنجاز الواجبات المدرسية، التقصير عن أقرانه دائماً، الأحلام المزعجة بصورة شبه يومية، عسر في التعلم، ضعف الدافعية والسلبية، الخوف، السلوك النكوسي، الشعور بالدونية، عدم الأمن والطمأنينة، الاعتمادية، الاكتئاب (Honal, 1993).

أسباب التأخر الدراسي

1- هناك أسباب مرتبطة بالعوامل العقلية كإنخفاض نسبة الذكاء أو التأخر في القدرة على القراءة بسبب عدم اتقان مبادئها، فمن المعلوم أن القراءة تدخل في جميع المقررات. ينصوي تحت هذا الجانب القدرات العقلية الخاصة كالقدرة على التذكر أو التخيل أو التحليل أو التركيب... الخ. علماً أن هذه القدرات مهمة وضرورية إذ كل قدرة ترتبط بمقرر معين، ومن ثم ضعف القدرة يساهم في التأخر الدراسي الخاص.

2- أسباب جسمية تؤدي إلى نقص النشاط والحيوية لدى التلميذ كالإصابة بنزلات البرد المتكررة والوهن العضلي وضعف المناعة. يضاف إلى ما سبق أسباب جسمية مرتبطة بضعف السمع العام (الصمم) أو الخاص (المتصل ببعض الأصوات دون غيرها) أو ضعف البصر بأنواعه المختلفة أو ضعف القدرة الحركية نتيجة الحوادث والكسور.

3- أسباب مرتبطة باتجاهات عقلية ووجدانية سلبية مثل كره مادة دراسية لارتباطها في الذهن بموقف مؤلم من جانب المدرس أو الزملاء أو ضعف الثقة بالنفس والخمول واللامبالاة.

4- قد ينشأ التأخر الدراسي عن أسباب بيئية مختلفة في المدرسة أو المنزل أو خارجهما وهناك أمثلة كثيرة منها:

- ★ كثرة تغيب التلميذ عن المدرسة لأسباب مختلفة.
- ★ التنقل بين المدارس بسبب تنقل الوالدين وهذا يؤدي إلى اضطراب وتباين في أساليب التدريس وضياح لبعض أجزاء المنهج.
- ★ هروب التلاميذ من المدرسة لقلّة جاذبية المدرسة بالنسبة لهم، قد يسعى التلميذ بعد ذلك خلف مغريات معينة مثل بيع الدخان لكسب النقود أو السرقة أو لتأليف العصابات وغيرها.
- ★ اضطراب العلاقة بين الأخوة في المنزل أو بين الوالدين أو بين التلميذ والمدرس كل ذلك قد يسهم في التأخر الدراسي. يضاف إلى ذلك الفكرة السلبية للوالدين حول التعليم.
- ★ انخفاض شعور الطالب بقيمة التعليم وخاصة بعد سن المراهقة.
- ★ تنقلات المدرسين بين المدارس وترك التلاميذ دون مدرس أحياناً.
- ★ عدم ملائمة مفردات المقررات وطرائق التدريس لقدرات التلاميذ (القوصي، 1952).

مشكلات الضعف العقلي Problems of Mental Deficiency

عند تناول مشكلات الضعف العقلي لابد من لفت النظر أولاً بأن كلاً من المصطلحات التخلف العقلي عند الطفل والتأخر والقصور العقلي والضعف العقلي أو عدم الاكتمال العقلي أو عدم النضج العقلي تشكل مرادفات لمصطلح التخلف العقلي لدى

الطفل. إن هذه المصطلحات لا تعبر عن اضطراب عقلي لدى الطفل بل هي حالة من النمو العقلي البطيء مقارنة بأقرانه، كما أنه لا يوجد انسجام بين نموه العقلي مع نموه الجسدي، فالنمو العقلي أقل من النمو الجسدي وهو ما يعرف بعدم التوازن في النمو عند الطفل. للملاحظة فقط إنه توجد بعض حالات التخلف العقلي قد تترافق مع اضطراب عقلي ولكن هذا الاضطراب مرده لسوء التكيف النفسي والاجتماعي وليس إلى التخلف العقلي، فأغلب ضعاف العقول لا يعانون من اضطراب عقلي. يمكن تعريف الأطفال الضعاف عقلياً بأنهم "أولئك الأفراد الذين توقف نموهم العقلي عند مستوى أدنى كثيراً من ذلك الذي يبلغه النمو العقلي لغالبية الناس" (حمزة، 1979، 256). من الأمثلة على حالات الضعف العقلي: متلازمة داون (المنغولية) والقماءة أو القصاع واستسقاء الدماغ وصغر الجمجمة وكبر الدماغ...الخ.

لقد ورد في تقرير مشترك لهيئة الصحة العالمية واليونسكو أن ضعاف العقول يصنفون إلى ثلاث فئات هي:

1- فئة المأفون تتراوح نسبة ذكائهم بين 50-70 وتتراوح نسبتهم بين 1,5-2,5 % من أفراد المجتمع، وتشكل نسبة 75% من مجموع ضعاف العقول أي هي النسبة الأكبر. أفراد هذه الفئة غير قادرين على متابعة الدراسة في الصفوف المدرسية العادية، فهم لا يجارون الأطفال العاديين وإدراكهم لا يتجاوز إدراك طفل في العاشرة من العمر في أحسن تقدير، لكن وضعهم في رعاية وفصول خاصة يتيح لهم درجة من التعلم تؤهلهم للتكيف الحياتي والتدريب والانخراط ببعض الحرف المهنية المناسبة.

2- فئة البلهاء: تتراوح نسبة ذكائهم بين 25-50 وتبلغ نسبتهم 0,4% من أفراد المجتمع، وتشكل نسبة 20% من مجموع ضعاف العقول. هؤلاء غير قابلين للتعلم ولكنهم قابلون للتدريب على الأعمال اليدوية البسيطة التي تتطلب مهارات بسيطة مثل النول والنسيج والخزف والإبرة والأعمال الخشبية البسيطة...الخ. يكون ذلك تحت إشراف الكبار لأن هؤلاء الأطفال لا يزيد عمرهم العقلي عن 3-7 سنوات.

3- فئة المعتهوين: تقل نسبة ذكائهم عن 25 وتبلغ نسبتهم 0,1% من أفراد المجتمع، وتشكل نسبة 5% من مجموع ضعاف العقول. هؤلاء عاجزون عن القيام بشؤونهم

الخاصة أو رعاية أنفسهم، فهم بحاجة إلى من يرعاهم ويقدم لهم المساعدة بالطعام والشراب وقضاء الحاجة والأمن من الأخطار. لا يزيد العمر العقلي لهذه الفئة عن 3 سنوات، فمن الواضح أنهم لا يمكن أن يتعلموا أي حرفة مهما كانت بسيطة، ويفتقد بعضهم القدرة على المشي أو مسك الأشياء وبعضهم لا يستخدم من اللغة إلا مفردات بسيطة ومحدودة، ويتأخر النطق لديهم إلى سن خمس سنوات أو أكثر، بل إن بعضهم لا يملك لغة ويقتصر الأمر على الصراخ والأصوات.

من المظاهر التي يتصف بها الفرد الذي ينضوي تحت مسمى ضعف العقول: انخفاض درجة الذكاء عن 70، صعوبة الفهم، ضعف التركيز، ضعف التذكر، ضعف العمليات العقلية عموماً، أقل من العاديين من الناحية الدراسية بشكل ملحوظ، قلة النضج الاجتماعي والعجز عن إقامة علاقات اجتماعية وإدارة شؤون نفسه، غير كفاء مهنيّاً، عيوب في النطق والكلام، ضعف في السمع أو البصر، قد يكون هناك تأخر في النمو الجسمي أو شلل في الأطراف، ضعف التآزر الحركي بين أعضاء الجهاز الحركي والدماغ، قد يترافق الضعف العقلي مع بعض الاضطرابات النفسية مثل القلق أو الذهول أو الانطواء أو العدوان أو الهلوسة، بصورة عامة يسهل قيادته، يبدأ ضعفه العقلي منذ الولادة في سن مبكرة، قد يرجع سبب ضعفه العقلي إلى عامل وراثي أو مرضي، حالته لا تقبل العلاج والشفاء (حمزة، 1979).

أسباب الضعف العقلي

1- أسباب وراثية: تسمى أحياناً بالأسباب الداخلية أو التكوينية إذ تنتقل الخصائص الوراثية من الأب أو الأم أو الأجداد وما علا منهم (ميخائيل، 1977). يتم الانتقال الوراثي للضعف العقلي من خلال المورثات مباشرة أو الجينات التي تحمل صبغيات أو عن طريق الكروموسومات في الخلية التناسلية وذلك وفقاً لقوانين الوراثة. وربما يرجع الضعف العقلي عند الطفل إلى انتقال غير مباشر وذلك بأن تحمل الجينات عيوباً تكوينية أو خللاً يؤدي إلى تلف في الأنسجة المخية (عكاشة، 1989). قد يحدث الضعف العقلي للطفل من تعرض الجينات لأمراض في أثناء انقسام الخلية وهذا يؤدي إلى ضعف

عقلي لاحقاً. بصورة عامة تُقدر نسبة الأسباب الوراثية المؤدية إلى الضعف العقلي بـ 75% من عموم الأسباب المنتجة للضعف العقلي.

2- أسباب بيئية أو خارجية: قد تعود هذه الأسباب لمراحل مختلفة منها: في أثناء كون الطفل بويضة في أحشاء أمه، بعد تلقيح البويضة، عند بدء تكوين الجنين، في أثناء الحمل، في أثناء الولادة، بعد الولادة. ثمة عوامل مع هذه المراحل تؤدي إلى الضعف العقلي منها:

أ- عوامل تؤدي إلى الضعف العقلي قبل الولادة وهي:

- ★ تناول الأدوية الطبية دون استشارة الطبيب.
- ★ إصابة الأم بمرض معدٍ يؤثر في النمو العقلي للطفل لاحقاً.
- ★ تعرض الأم للأشعة بشكل متكرر.
- ★ تعرض الأم لأمراض مختلفة في أثناء الحمل، وهذا يؤدي إلى أضرار لدى الطفل.
- ★ نقص وسوء التغذية لدى الأم الحامل بوجه عام.
- ★ عدم تناول الأم الحامل للفيتامينات والحديد (زهران، 1988).

ب- عوامل تؤدي إلى الضعف العقلي بسبب الولادة المتعسرة:

- ★ تعرض الجنين لحالة اختناق في أثناء الولادة بسبب النفاذ الحبل السري حول العنق.
- ★ نقص كمية الأوكسجين عند الطفل بسبب بقاء الرأس في أثناء الولادة مدة طويلة في الحوض تحت تأثير الضغط أو بسبب ولادة الطفل من مؤخرته أو ولادة رجله بدلاً من رأسه.

- ★ إصابة رأس الجنين أو الطفل بجرح ينتج عنه تلف لبعض خلايا الدماغ.
- ★ احتباس السائل المخي الشوكي بتجويف المخ، فيؤدي إلى ضغط شديد على دماغ الجنين أو الطفل في مرحلة مبكرة ينتج عنه أضرار دماغية تقود إلى الضعف العقلي (معوض، 1979).

ج - عوامل تؤدي إلى التخلف العقلي عند الطفل نتيجة إصابته بأمراض في الطفولة منها:

- ✱ إصابة الطفل بحالات من الحمى الشديدة كالحمة الشوكية أو الحمة المخية أو التهاب أغشية الدماغ.
- ✱ إصابة الطفل في رأسه مثلاً كسر جمجمته أو صدمة كبيرة أدت إلى احتقان دماغي، صدمة دماغية نتج عنها تمزق في الأوعية الدماغية، صدمة دماغية نتج عنها تلف دماغي.
- ✱ اضطراب في إفرازات الغدد الصم عند الطفل كمرض القزامة الناتج عن اضطراب في الغدة تحت الدرقية أو خلل في إفرازات الغدة الدرقية نفسها.
- ✱ الأمراض العامة بشكل مستمر وهذا ينتج عنها ضعف عام قد يؤثر في القدرات العقلية.
- ✱ نقص أو سوء التغذية عند الطفل وعدم وجود نظام غذائي متوازن.
- د - عوامل نفسية واجتماعية قد تؤدي إلى الضعف العقلي:
- ✱ تعرض الطفل لصدمة نفسية عائلية ووجدانية ومن ثم قد ينتج عنها إصابة بالاكئاب.
- ✱ عدم تحقيق الطفل دوافعه وهذا يجعله يتوقع على الذات وابتعد عن المشاركة الاجتماعية وينطوي على نفسه.
- ✱ وجود الطفل في محيط متخلف حضارياً لا يساعد على التعلم (الخليدي ووهبي، 1997).

قلق الامتحان Test Anxiety

عند تعريف قلق الامتحان في المراجع المختلفة يُلاحظ بأن هناك تعريفات مختلفة، من هذه التعريفات تعريف برايسر الذي وصف قلق الامتحان بأنه "سمة غالباً ما تُستخدم لتمييز ضعف الإنجاز أو التناقض بين المشاركة الدراسية الشفهية والامتحان الكتابي" (Preiser, 2003, 217). عرف سيبليبرغر قلق الامتحان كحالة انفعالية مؤقتة سببها إدراك الامتحان كتهديد لجوانب الشخصية مترافق مع توتر وحدة انفعالية وانشغالات عقلية سالبة تتداخل مع التركيز المطلوب في أثناء الامتحان، وهذا يؤثر سلباً

على المهام العقلية والمعرفية في موقف الامتحان (Spielberger, 1980). كما قدم التنتن وهامان تعريفاً لقلق الامتحان تضمن الفهم التالي "يشعر الطفل في الامتحان المدرسي بحالة من القصور وعدم المساعدة وهذه الحالة تقوده إلى الفشل" (Altenthan, 371, 2004, Hageman &). كذلك فهم سيير ونايل وتويس قلق الامتحان كحالة نفسية وجوانب سلوكية مرتبطة بالرغبة لیتجنب النتيجة السلبية الممكنة للفشل في الامتحان أو في حالة التقييم (Jaradat, 2004).

يختلف تفسير قلق الامتحان أيضاً بين النظريات المختلفة مثلاً نظرية تداخل العادة لماندلر وساراسون (1952) تقول يوجد نوعان من الدوافع أو المحرضات المتعلّمة هما: دافع أو محرض المهمة ودافع أو محرض الخوف. دافع المهمة هو حاجة حقيقية وهو يقلل من ردات فعل الخوف، لاسيما إذا عُلِمَ أن الخوف ينشأ من ردات فعل الطفولة المبكرة، أما دافع الخوف فهو المؤدي إلى الاضطراب. كذلك ميز ماندلر وساراسون بين نوعين من الميول لردات الفعل هما: ردات فعل الخوف البسيط التي لا ترتبط بضرورات المهمة، والتي تظهر بشعور غير محدد (مثل انعدام المساعدة) وردة فعل جسدية كنوع من العقوبة وقد ترتبط مع الرغبات لیتم تجنب حالة الامتحان. بصورة عامة يتم التركيز على ردات الفعل التي تقود إلى اضطراب في أثناء القيام بالمهمة وهي النوع الثاني من ردات الفعل (ماندلر وساراسون عن: Küpfer, 1997). ميز ساراسون ثلاث سمات في قلق الامتحان وهي: وصف حالة قلق الامتحان وصورة قلق الامتحان والعلامات الفارقة لقلق الامتحان كعلامات مميزة له (ساراسون عن: Kroepe, 1981). تختلف النظرية المركبة في فهم قلق الامتحان للبيرت وموريس لقد حلا بنية قلق الامتحان إلى مركبين عدم الثقة بالذات وانفعال الامتحان:

- ◆ مركب عدم الثقة بالنفس ويتضمن أفكار الشك بالقدرات الخاصة وتوقع نتائج الفشل.
- ◆ انفعال الامتحان وفيه أعراض القلق كزيادة التعرق وسرعة التنفس وزيادة ضربات القلب.

يرتبط مركب عدم الثقة بالنفس بتوقع الفشل والخوف من المجهول ويتفاعل مع انفعال الامتحان لیتم تشكل قلق الامتحان (Kerres, 1988). أثبت فايس أن هناك ارتباطاً قليلاً

ومتغيراً بين الانفعال المتمثل بالتوتر المصاحب للقلق وأداء الامتحان (Weiß, 1986). أثبت كروهن وهوك (1994) أيضاً أن لوم الأم والأب للإناث يزيد من قلق الامتحان لديهن عن الذكور ومن ثم يمكن القول إن درجة الانفعال في قلق الامتحان أعلى لدى الإناث منها لدى الذكور. أثبت كرامبن في دراسته على طلاب من الصف السابع وحتى العاشر أن هناك علاقة بين مقياس قلق الأداء الفارقي واختبار قلق الطلاب (AFS) (Krampen, 1988 عن: Schilling, Sparfeldt & Pruiskens, 2005). فرق شعيب من خلال البحث بين الخوف من الامتحان بصورة عامة والضغط النفسي والخوف من الامتحان الفجائي، كما أكدت أن التوتر النفسي في أثناء الامتحان قد يظهر بشكل أعراض نفسية جسدية ملاحظة بشكل واضح ويمكن ملاحظتها لدى بعض الأشخاص (شعيب، 1988). أثبت بيكرون (1991) في دراسته الطولية على طلاب من الصف الخامس إلى الصف الثامن أن قلق الامتحان والتحصيل الدراسي يرتبطان من خلال التأثير الرجعي، فقلق الامتحان يقود إلى آثار سلبية على تطور التحصيل وهذا يعزز من ظهور قلق الامتحان (Pekrun, 1991 عن: Schilling, Sparfeldt & Pruiskens, 2005). أكد فرح وعتوم والعلي من خلال الدراسة أن هناك علاقة بين قلق الامتحان والأفكار اللاعقلانية (فرح وآخرون، 1993).

أثبتت أبحاث كندية بأن نسبة (22%) من الطلاب الذين تركوا المدرسة كانت بسبب قلق الامتحان وما يسببه من ضغوط (Ameringen, 1995). أثبتت العجمي (1999) في دراستها العلاقة السلبية بين قلق الامتحان والتحصيل الدراسي لدى الطالبات (العجمي، 1999). أثبت بيمبنتي وآخرون (2000) أن التأخر في إعلان نتائج الامتحان يمكن أن يخفض قلق الامتحان ويجعله يصل إلى مستوى طبيعي (Bembentty & et al., 2000). تبين في دراسة الأحمد (2001) حول قلق الامتحان أن هناك نوعين من قلق الامتحان هما: القلق الإيجابي والقلق السلبي. يؤثر القلق السلبي في التحصيل بصورة سلبية في حين يكون تأثير القلق الإيجابي عكسياً، فيؤدي إلى زيادة الدافعية ومن ثم إلى تحسن التحصيل أي إن القلق الإيجابي ضروري للتحصيل وهو من شدة منخفضة (الأحمد، 2001). قام برونر (2003) بمقارنة تشخيص القلق عن طريق الفيديو (قلق الامتحان،

القلق الظاهر، عدم الرغبة بالمدرسة، الرغبة الاجتماعية) مع نتائج اختبار القلق لدى الطلاب (AFS). وفق متغيرات مستقلة جُمعت منفصلة (تشكيل المستوى العالي لعوامل الانعكاس المعرفي السابق لمشاعر القلق وزيادة النشاط مع عامل الانعكاس المعرفي الفارقي لمشاعر القلق). لقد تبين أن هناك انسجاماً بين نتائج تشخيص الفيديو واختبار القلق لدى الطلاب (Brunner, 2003).

في عموم الدراسات التي تناولت قلق الامتحان وأثره في التحصيل تظهر أن الطلاب الضعاف يحصلون على درجات أعلى في قلق الامتحان من الطلاب الجيدين، وأن هناك علاقة سلبية بين قلق الامتحان والتحصيل، كما تشير قيم القلق إلى الارتفاع لدى الإناث مقارنة بالذكور في كل المراحل (Alammar, 2007).

يمكن من خلال الشكل الآتي إظهار الشكل الدائري الارتباطي بين القلق والتحصيل السيئ، فالقلق يؤدي إلى التحصيل السيئ وهذا بدوره يؤدي إلى قلق أكثر والقلق يؤدي إلى استمرار التحصيل السيئ وهكذا دواليك كما يلي:



الشكل 2: نموذج من الفشل الدائري للقلق والتحصيل (Nickel, 1993).

تضمن مفهوم قلق الامتحان لدى سبيلبيرغر (1979) قسمين: قلق الحالة وقلق السمة، ترتبط حالة القلق بأحداث واقعية وهي يمكن أن تكون مساعدة للشخص، لأن الإنسان في هذه الحالة يقارن نفسه مع الآخرين ويمكن من خلال ذلك الوصول إلى حلول بسرعة. أما سمة القلق فهي بصورة عامة انحدار في القلق الذي يتطور لدى الشخص بمرور الزمن وخلال فترة الحياة ليصبح قلقاً معاشاً وملزماً للشخص (Schnabel, 1998). ينشأ ارتفاع حالة القلق من تفاعل الحالة النمطية الضاغطة مع الأبعاد المتطابقة لسمة القلق، إذ يصبح هناك ارتباط بين سمة القلق وحالة القلق نتيجة التفاعل الحاصل (Fischli, 1998). الفرق بين سمة القلق وحالة القلق هو أن حالة القلق تتسم بأنها حالة انفعالية عابرة، فهي تتصاعد مع وقت التهديد (الامتحان) وتتلاشى وتنتهي مع نهايته (أي مع

نهاية الامتحان). أما سمة القلق فيُعبّر عنها القلق المنخفض والمتكرر والمكثف (Joo-Kim, 1988). بالنهاية يمكن إجمال القول وفقاً للتقارير العلمية التي تدور حول قلق الامتحان بأن له آثاراً وأضراراً معرفية وعلاقة سلبية مع التحصيل الدراسي ويمكن أن يزيد مع مرور الزمن، وبناءً على هذه التقارير والنتائج التي ظهرت في نظرية ساراسون (1964) وماندلر وغيرهم يمكن استنتاج ما يأتي: من خلال الدراسة الطولية تبين أن العلاقة بين قلق الامتحان والتحصيل هي أقل ارتباطاً في الصفوف الدنيا منها في الصفوف العليا، وتتصاعد درجة قلق الامتحان مع التصاعد في الصفوف. على تضاد مع هذه النتيجة قد يكون تقرير نيكل (1973) بأن القلق يولد سوء تحصيل في أي مرحلة. أما دراسة مورغان وآخرين (1960) حول علاقة قلق الامتحان بالتحصيل الدراسي فقد كان هناك ترابط بين الأداء في القراءة وقلق الامتحان، كذلك كان هناك درجة أعلى في قلق الامتحان لدى الإناث مقارنة بالذكور (Wieczerkowski et al., 1980).

تظهر أعراض قلق الامتحان بالجوانب الآتية:

✱ الجانب النفسي: يظهر بهذا الجانب ضعف الثقة بالنفس والتدني في تقدير الذات فيشعر أنه أقل من الآخرين (Krumpholz, 1989). يشكك الطالب قبيل الامتحان وفي أثناءه، فهو غير متأكد من معلوماته وأدائه و يظهر عليه التوتر وهو متأرجح المزاج ولديه تمركز حول مشكلته (قلق الامتحان) فهو منشغل البال بها (Schnadt & Espert, 2004). كما تظهر أعراض قلق الامتحان في أثناء الإعداد للامتحان عن طريق صعوبات التعلم (Graglia, 2004). يضاف لذلك عدم الاستقرار الداخلي والمزاج المتدني والتوتر الداخلي وشعور الدونية وعدم الثقة والإهانة وانعدام المساعدة والاكتئاب الملازم للحالة الانفعالية (Enders, 1999).

✱ الجانب الجسدي: في هذا الجانب تظهر أعراض قلق الامتحان من مثل: كثرة الحركة، اضطرابات النوم، آلام الرأس، الإسهال، الدوخة، ارتفاع ضربات القلب، فقد الشهية أو هجمات الجوع، تعرق اليدين، رجفان الركب والكتفين (Espert, 2004) & Schnadt). كما يظهر احمرار في الجلد أو اصفرار وطفح (Knigge-Illner

(2002). يتوافق قلق الامتحان أيضاً مع ردات فعل جسدية مثل آلام المعدة والبطن والظهر والرقبة والأمراض الجسدية (Schwarz et al., 1995)، يضاف إلى ذلك نقص الوزن والإمساك الذي قد يظهر كعرض لقلق الامتحان (Siever, 1986)، ضغط الدم، سرعة التنفس، زيادة التبول، زيادة التعرق، الغثيان (Rost, 2001). كما يرتبط قلق الامتحان مع صعوبات بالكلام وحركة العين ورمش العين المتكرر (Egloff & Schmukle, 2002).

✱ قدرة الأداء العقلي: يظهر قلق الامتحان هنا من خلال الأعراض الآتية: صعوبة التفكير والشعور بأن هناك حاجزاً يمنع التفكير الصحيح وكذلك اضطرابات التركيز التي تحول دون التركيز الصحيح على المثير (Schnadt & Espert, 2004)، تتحكم بالتفكير القناعة السلبية بالشخص والنمط المرمز المتشائم غير المناسب الذي يرى كل شيء يرمز للفشل وخيبة الأمل (Gaspar-Sottmann, 2002)، يؤدي قلق الامتحان إلى التحصيل الضعيف واضطرابات التحصيل (Zeyer et al., 1997)، هذا الانخفاض في التحصيل قد يؤدي أحياناً إلى ترك المدرسة قبل الأوان (Ameringen, 1995).

✱ جانب السلوك: هنا تظهر أعراض سلوكية غريبة مثل ارتفاع تعاطي الكحول أو الحبوب المهدئة التي تؤدي إلى إنجاز الأعمال العادية غير المهمة بدلاً من الاستعداد للامتحان فيكون ذلك سلوكاً تجنبياً لقلق الامتحان لإبعاد آثاره (Schnadt & Espert, 2004). كما يظهر الخوف من المرتفعات والخوف من الأماكن المغلقة وعدم الثقة بالنفس ورفض الذات وهذه تتوافق مع قلق الامتحان باستمرار وتلازمه لأن القلق يجعل الشخص تربة خصبة لأنواع قلق أخرى مع التدني في تقدير الذات (Tabbert-Haugg, 2003). يضاف إلى ما سبق ضعف التحكم بالذات ونقص المرونة وتناسق السلوك (عثمان، 2001). أحياناً يشير قلق الامتحان إلى تغيرات معقدة في السلوك الاجتماعي لم تكن معهودة قبل نشوئه مثلاً أشكال من الانسحاب الاجتماعي والانطواء وأزمات العلاقات الاجتماعية التي تعصف بعلاقة الشخص مع الآخرين (Knigge-Illner, 1999).

✶ الجانب الفيزيولوجي الكيميائي: تتمثل أعراض هذا الجانب بآثار عديدة لقلق الامتحان لا سيما على سرعة التنفس، ارتفاع إفراز الغدد العرقية، نظام الدورة الدموية وسرعته، قلة اللعب وجفاف الفم وهذه تكون ردة فعل على قلق الامتحان، تعرقل عمل جهاز الهضم، بالإضافة إلى بطء نشاط الدماغ وضعفه والإفراز القوي لهرمون الأدرينالين والنور أدرينالين من الكظر وطرحه في الدم وهذا ما يعيق عمل النظام العصبي شبه الودي (Weiß, 1997).

من الجدير ذكره هنا حول أعراض قلق الامتحان عامة هو أن الأعراض تزداد كلما تم الاقتراب من موعد الامتحان يوماً بعد يوم وتصل إلى ذروتها قبيل الامتحان ولا سيما قبل دخول الامتحان مباشرة (Würfel, 1997).

أسباب قلق الامتحان

- 1- التشاؤم وتوقع الفشل لدى الطلبة.
- 2- الخبرة السيئة والقاسية مع الامتحانات السابقة.
- 3- الطموح المرتفع لدى الطلاب يعزز قلق الامتحان.
- 4- العلاقة السيئة بين الطالب والمدرس.
- 5- الجو المضطرب في المدرسة في أثناء الامتحان الذي يميل إلى الضغوط.
- 6- النمط التربوي الوالدي المهمل تجاه الأبناء (Barthel, 2001).
- 7- توقع الوالدين المرتفع لتحصيل أبنائهم، هذا يزيد الضغوط ومن ثم القلق.
- 8- إجراء الامتحان يرتبط مع التصرف المتوتر للطلاب الذي سببه قلق الامتحان.
- 9- الشخصية القلقة التي تكون تربة خصبة لنشوء سمة قلق الامتحان (عقل، 1996).
- 10- انخفاض عزيمة الطلاب نتيجة للتصرفات المحبطة من قبل الوالدين التي تؤثر سلبياً على أداء الطالب في الامتحان (Metzig & Schuster, 1997).
- 11- عوامل مدرسية مثل الظلم والقمع، العقوبات، ارتفاع مطالب التحصيل والنجاح، الامتحان غير المتوقع للطلاب، التقدير المنخفض لشخصية الطلاب (Eschenröder, 1993).

12- تأسيس الدائرة الشيطانية المرتبطة بقلق الامتحان والدافعية، فقلق الامتحان يؤدي إلى التوتر ومن خلال التوتر والدافعية المرتفعة يزيد قلق الامتحان، وهكذا تدور الدائرة دواليك (Altenthan & Hageman, 2004).

13- الحالات الخاصة مثل النقلب، انعدام الرغبة، التعب والإجهاد، انعدام الخطة، تأرجح المزاج، الشخصية الانفعالية (Ruddies, 1982).

14- النمط التربوي غير المناسب من الأمثلة على ذلك الإهمال، الدلال الوالدي للطفل، الحماية الزائدة (آغا، 1988).

15- ضعف القدرات العقلية مثل نقص قدرة التركيز والملاحظة، أيضاً انخفاض سرعة التعلم الذي يؤدي إلى زيادة الضغوط ومن ثم زيادة قلق الامتحان (Alt & Rainer, 1980).

مشكلات المتفوقين دراسياً Problems of High Achievers

يمكن تعريف التفوق الدراسي بصورة عامة بأنه حصول التلميذ أو الطالب على الدرجات الأعلى في صفه في كل المواد، مثل هذا يكون تفوقاً عاماً أي في كل المواد، كما يمكن أن يكون التفوق تفوقاً خاصاً فيكون التفوق عندها بمادة واحدة مثلاً كالتفوق بالرياضيات أو تفوق باللغة العربية أو الإنكليزية أو علم الأحياء...الخ.

لابد من الإشارة هنا إلى أن هناك تبايناً بين الباحثين في تعريف التفوق الدراسي وذلك تبعاً للمحك المعتمد من قبل الباحث، فهناك محك يعتمد الذكاء وآخر يعتمد التحصيل وثالث يعتمد محكات متعددة مثل الذكاء والتحصيل والسجلات المدرسية واختبارات القدرات الخاصة واختبارات القدرات الابتكارية وغيرها. يمكن القول عامة إن التحصيل الدراسي يرتبط بالذكاء والنجاح والفشل والتأخر الدراسي والجد والمثابرة، فبعض هذه الارتباطات إيجابية مثل علاقة الذكاء بالتحصيل وبعضها سلبية مثل علاقة التحصيل بالتأخر الدراسي. على الرغم من أهمية الذكاء بالنسبة للتحصيل إلا أنه لوحده غير كافٍ، بل يحتاج إضافة إلى الذكاء الجد والعمل والمثابرة، ففي دراسة قام بها إيدلبيرغ 1968 حول العلاقة بين الذكاء والتفوق التحصيلي على بضعة آلاف من

الطلاب الذين ينتمون لجامعات مختلفة، وكان الاعتماد على نسبة القدرات المطلوبة في كل جامعة، فكانت النتيجة لا يوجد علاقة قوية بين الذكاء والتحصيل، فالذكاء ضروري للتحصيل، ولكنه ليس كافياً وحده للتحصيل والتفوق الدراسي (Eidemberg, 1968 عن: عبد اللطيف، 1999). من أهم السمات التي يتمتع بها المتفوقون دراسياً: السعي إلى تحقيق الأمور التي تبدو صعبة بالنسبة للآخرين، القدرة على التحكم بالأفكار واستغلالها بشكل أمثل، السرعة في أداء المهام المطلوبة، الاستقلالية وعدم الاعتمادية، السعي إلى السيطرة على البيئة، التغلب على الصعوبات وصولاً إلى الأهداف، التنافس مع الآخرين وكسب المنافسة، احترام الذات من خلال السلوك المناسب، الذكاء المرتفع (المرجع السابق)، القدرة على حل المشكلات، القدرة على التفكير المجرد.

أهم مشكلات المتفوقين دراسياً

- 1- تدني مستوى المنهاج مقارنة مع قدرات المتفوقين.
- 2- الشعور بالضجر والملل.
- 3- كثرة الحركة واللامبالاة وهذا يؤدي إلى تضاييق المدرس والزملاء من هذا السلوك.
- 4- قد يعاني الإهمال من قبل المدرس والأهل فتضيع الإمكانيات لدى المتفوق.
- 5- الشعور بالوحدة والانعزال في الصف.
- 6- الشعور بالقلق.
- 7- قد يؤدي الأمر بالمتفوق إلى الجنوح.
- 8- مشكلات بين المتفوق والمدرس أو أهل المتفوق من جهة أخرى (زهران، 1988).
- 9- قد يُصاب المتفوق بعصاب النجاح الذي يترافق مع السلوك الفوضوي، وذلك مرده لانحداره من بيئات معدمة من ثم يتفوق على من هم أفضل منه بيئة.
- 10- الخوف من النجاح الذي ربما يرجع إلى جهل للمرحلة اللاحقة.
- 11- قلق الامتحان.
- 12- الخوف من الفشل (عبد اللطيف، 1999).

فقد القدرة على الكتابة Agraphie

فقد القدرة على الكتابة Agraphie: هي فقد الشخص قدرته على الكتابة، وإن كان سليم الأعضاء وغير مصاب بالشلل (الموسوعة السوفيتية الكبرى، 1947-1926 وقاموس بروكهاوس وافرون الموسوعي). هنا يكون الأمر من حيث المظاهر والأعراض: فقد القدرة على الكتابة مع الوجود الكامل للفكر ودون مشكلة بالتناسق بحركات الذراع، الذي يحدث في علم الأمراض من القشرة الدماغية في النصف المخي الأيسر في اليد اليمنى والنصف المخي الأيمن في اليد اليسرى. في هذه الحالة يمكن أن يكون هناك فقدان كامل للقدرة على الكتابة، تشويهاً قوياً من الكلمات، الانقطاعات، عدم القدرة على الجمع بين المقاطع أو الحروف. المريض لديه أيضاً خلل في السمع الصوتي والذاكرة السمعية والكلام. يحدث المرض، كقاعدة عامة، في مرحلة الطفولة، عندما لا يكون الكلام الشفوي قد تم تشكيله بعد، لذلك لا يستطيع الأطفال التعرف إلى السلسلة الصحيحة من الكلمات ولا يدركونها إلا في المعنى. في الوقت نفسه، لا يرتبط بأي حال من الأحوال بالتعبير المقصود لدى الأطفال، لذلك فإن الارتباط الأبجدي والرقمي أمر صعب. عند البالغين، يرتبط المرض مع فقدان القدرة على الكلام، إذ يتم فقدان القدرة على التعبير عن الأفكار من خلال الكلام الشفوي. في حالات متكررة هو اضطراب من أعراض مرض آخر وليس مرضاً مستقلاً. كما يتميز المرض بانحرافات في الرسالة التي يتم التعبير عنها إما في خسارتها الكاملة، أو في خرق لبنية الكلمات، وإغفال المقاطع والخطابات، وعدم القدرة على وضع الحروف في الكلمات، وعدم القدرة على كتابة كلمة كاملة، وقد يكون هناك انتهاك من العمليات العقلية المستهدفة في بعض الحالات.

أسباب فقدان القدرة على الكتابة

- 1- أمراض قشرة الدماغ التي قد تنتج عن وجود الأورام.
- 2- إصابات الرأس.
- 3- السكتة الدماغية أو النزف الدماغي.
- 4- العمليات الالتهابية والمعدية.

5- التسمم بالسموم إذ لا يستطيع الطفل تعلم الكلام ولا يستطيع الكتابة.

6- وقد تكون هناك أسباب أخرى (Planton، 2013).

مشكلات نفسية متصلة بالتكنولوجيا

إدمان الشبابة (الإنترنت): Internet Addiction

يعرف (بريور) Prior إدمان الشبابة (الإنترنت) بأنه "اضطراب التحكم بالدافع أو الرغبة - نحو الشبابة - لدى الشخص الذي لا يترافق مع تناول مسكر أو مخدر" (Sato, 2006, 279). كما عرف (غولديبرغ) Goldberg إدمان الشبابة بأنه "الاستخدام المفرط القسري للشبابة (الإنترنت) وهو يشبه أنواع الإدمان الأخرى كإدمان الكحوليات والسلوك الجنسي والقمار واضطرابات الطعام وألعاب الفيديو" (العمار، 2014b، 401 عن: Lu, et al., 2010, 371). تتمثل أعراض إدمان الشبابة بما يأتي: استخدام الشبابة لمدة طويلة يشكو منها أفراد الأسرة والمقربون، إهمال الواجبات الدراسية والأسرية والزوجية والمهنية، كثرة السهر والأرق والتعب، الشعور بالتوتر والضجر نتيجة انفصال خط الشبابة، حالة الترقب والشوق للجلسة القادمة، عدم القدرة على ضبط استخدام الشبابة، الشكاوى الجسدية الناتجة عن كثرة الجلوس، الميل إلى العزلة والانطواء مع قلة التفاعل الاجتماعي (العمار، 2014b عن: أبو أسعد، 2011). عند عدم التمكن من الدخول إلى الشبابة تظهر أعراض انسحابية مثل: الارتعاش والارتجاف والعصبية والقلق بسبب الحرمان المؤقت من الشبابة، ويبدو الشخص وكأنه يحلم بالشبابة المعلوماتية ويحرك أصابعه وكأنه يكتب على الحاسوب، وكل هذه الأعراض انسحابية وهروبية. يُفرض في استخدام الشبابة مع التكلفة المادية التي تؤثر سلباً في الشخص (Young, 1996 عن: أحمد، 2006).

أسباب إدمان الشبابة

يرى جكينباخ (Gackenbach 1998) أن هناك ستة أسباب مكونة لإدمان الشبابة وهي:

- 1- أن يكون السلوك سمة بارزة Salience (البروز): أي أن يسيطر هذا السلوك على أنشطة الشخص ومجرى حياته.
- 2- تغيير المزاج Mood Modification: وهو ينتج عن ممارسة النشاط المرغوب.
- 3- التحمل Tolerance: وهو زيادة النشاط للحصول على المتعة.
- 4- الأعراض الانسحابية Withdrawal Symptoms: تنتج عن انقطاع النشاط المرغوب.
- 5- الصراع Conflict: وهي الصراعات الداخلية أو الصراع بين المدمن والمحيطين به أو بين النشاط المرغوب وغيره من الأنشطة الأخرى (الدراسة، العمل، الحياة الاجتماعية، الأمنيات، الاهتمامات)، فيحل الصراع بالإدمان.
- 6- الانتكاس Relapse: أي الرغبة الجامحة للعودة إلى النشاط المرغوب مراراً وتكراراً (العنّار، 2014b، عن: Gackebach, 1998).

قلق الحاسوب Computer Anxiety

عرفه مورر (Maurer، 1984) بأنه "الخشية من فشل استخدام الحاسوب إذ إن الفرد الذي يعاني هذا النوع من القلق يتصور أن الحاسوب يعرف كل شيء" (الفار، 1996، 307). في حين عرفه بلوم (Bloom, 1985) بأنه "الشعور بالعصبية والتوتر عندما يتعامل الفرد مع الحاسوب" (عن: المرجع السابق، 307). يمكن القول إن تعريف بلوم أكثر دقة.

أعراض قلق الحاسوب

✪ الجانب السلوكي وتتمثل بـ: إيقاف الحاسوب عن العمل كلما واجهت الشخص مشكلة، النظر بصورة غير عقلانية في شاشة الحاسوب دون محاولة التعاطي معه بصورة صحيحة، الحيرة والارتباك أمام رسائل الخطأ التي تظهر على شاشة الحاسوب، يتعامل مع الحاسوب بشيء من الهالة وكأنه قوة خارقة، عدم القدرة على السيطرة على الحاسوب فيضيع الشخص دون الوصول إلى هدفه، ضياع الوقت والجهد دون إنجاز،

إصابة الشخص بالإحباط، فقدان الأمل في الوصول الى الهدف والشعور بعدم جدوى استخدام الحاسوب (نظمي، 2015).

★ الجانب النفسي: المستخدم المتذمر، رفض الذات، قلة الإنجاز، التوتر الظاهر، ضعف الثقة بالنفس، صعوبات التعلم، عدم الاستقرار الداخلي، المزاج المتدني، الاكتئاب.

★ الجانب الجسدي: اضطرابات النوم، الإسهال، آلام الرأس، كثرة الحركة والدوخة، ارتفاع ضربات القلب، فقدان الشهية، تعرق اليدين، احمرار في الجلد، آلام في المعدة والبطن، نقص الوزن، الإمساك، ضغط الدم، سرعة التنفس، زيادة التبول، زيادة التعرق.

★ الجانب العقلي: ويتمثل بالأعراض الآتية: أفكار لاعقلانية، صعوبة التفكير، الشعور أن هناك حاجزاً يمنع التفكير الصحيح، اضطرابات التركيز، النمط المتشائم.

★ الجانب الفيزيولوجي الكيميائي: ويتمثل بالأعراض الآتية: التأثير السلبي في نظام الدورة الدموية وسرعتها، سرعة التنفس، عرقلة عمل جهاز الهضم، جفاف الفم، ارتفاع إفراز الغدة العرقية، ضعف إفراز هرمون الأدرينالين والنور أدرينالين (العمار، 2018).

أسباب قلق الحاسوب

- 1- التشاؤم وتوقع الفشل في العمل على الحاسوب.
- 2- الخبرة السيئة والقاسية مع الحاسوب، والفشل في تطبيق المهارات الحاسوبية قد يجعل الشخص لديه قلق وتوتر في أثناء التعامل مع الحاسوب.
- 3- العلاقة السيئة بين التلميذ ومدرس الحاسوب، فسوء العلاقة قد يؤدي إلى كره مقرر الحاسوب لدى الطالب، وهذا ينعكس سلبياً على مستواه في مهارات الحاسوب، فالرغبة تولد الدافعية والدافعية تقود إلى النجاح.
- 4- الجو المتوتر في أثناء العمل على الحاسوب والمتراكم مع الضغوط (Barthel, 2001).
- 5- انخفاض دافعية الطلبة نتيجة للتصرفات المحبطة من قبل الوالدين أو الخلافات الأسرية التي تؤثر سلبياً في أداء الطالب في الحاسوب (Metzig & Schuster, 1997).

- 6- عوامل مدرسية مثل الظلم والقمع، العقوبات، ارتفاع مطالب التحصيل والنجاح، الامتحان غير المتوقع للطلبة في مادة الحاسوب أو المعلوماتية، يضاف لهذا التقدير المنخفض لشخصية الطلبة (Eschenröder, 1993).
- 7- الحالات الخاصة مثل النقلب، انعدام الرغبة، التعب والإجهاد، انعدام الخطة، تأرجح المزاج، الشخصية الانفعالية (Ruddies, 1982).
- 8- ضعف القدرات العقلية مثل نقص قدرة التركيز والملاحظة، أيضاً انخفاض سرعة التعلم الذي يؤدي إلى زيادة الضغوط ومن ثم زيادة قلق الحاسوب (Alt & Rainer, 1980).
- 9- الشخصية القلقة التي تشكل تربة خصبة لنشوء قلق الحاسوب.
- 10- عدم امتلاك الطالب حاسوب في البيت وهذا ما يجعله قليل الممارسة على الحاسوب، ومن ثم ضعيف الخبرة، وهذا يعزز نشوء قلق الحاسوب.
- 11- قلة الحواسيب مقارنة بعدد الطلبة في المدرسة، وكذلك قلة عدد الحصص الدراسية للحاسوب أو المعلوماتية، وهذا ما يؤدي إلى عدم تعلم مهارات الحاسوب، ويقلل من الخبرة، ويزيد في مستوى قلق الحاسوب (العمار، 2018e).
- 12- الشعور بالتهديد بسبب التغيرات التكنولوجية فيلجأ إلى مقاومتها.
- 13- يفتقر إلى الوقت الكافي لتعلم استعمال تكنولوجيا المعلومات وتطبيقها.
- 14- الشعور بالإحباط والاستسلام.
- 15- الشعور أن التكنولوجيا لا تطور المخرجات التعليمية.
- 16- الخوف من التكنولوجيا لأنه يعتقد أنها تجعله أحرقاً (يعقوب، 2014).

قلق المكتبة Library Anxiety

عُرف قلق المكتبة بأنه "حالة نفسية وفيزيولوجية تصيب المستفيد أو الطالب عند كل زيارة يقوم بها إلى المكتبة وخصوصاً للمرة الأولى بحيث تظهر عليه أعراض اضطراب القلق العامة" (Ansari, 2009, 424). كما عُرف قلق المكتبة في مكان آخر بأنه: "التجربة السلبية Negative Experience المتميزة بفرط القلق والأفكار

الفاشلة Self-defeating Thoughts والخوف والتوتر Tension والإثارة الفيزيولوجية Physiological Arousal التي تظهر في أثناء إنجاز المهام في المكتبة" (المرجع السابق). هو الشعور غير المريح أو التصرف العاطفي من قبل الطلبة مستخدمي المكتبات الذي يؤثر في حياتهم المعرفية، والعاطفية، والفيزيولوجية، والسلوكية، وهو يتميز بالتوتر والخوف ومشاعر عدم اليقين والعجز، والأفكار السلبية التي تهزم الذات، والاضطراب العقلي الذي يضعف معرفة القراءة والكتابة (الأعرج، 2018، 9 عن: Jiao & Onwuegbuzie، 1995). لم تكن مشكلة قلق المكتبة شيئاً مذكوراً قبل أن تقدم كونستانس ميلون Constance Mellon أستاذة علم المكتبات في جامعة كارولينا الشمالية في الولايات المتحدة الأمريكية بحثها حول قلق المكتبة، إذ أُطلق للمرة الأولى في هذا البحث مصطلح قلق المكتبة (Library Anxiety)، وكان ذلك عام 1986 لتكشف الغطاء بنتيجة هذه الدراسة عن تعرض الطلبة أو المستفيدين من المكتبة إلى بعض مشاعر القلق عند البحث في المكتبة، وذلك بنسبة (75%-85%) تعرضوا لدرجات متفاوتة من قلق المكتبة وبعضها ضمن الحدود الطبيعية وبعضها الآخر فوق الحدود الطبيعية. كما كشفت أن أشد أعراض قلق المكتبة تكون في المراحل الجامعية الأولى (العمار، 2018g)، وقد بلغت العينة (6000) طالب جامعي يعانون من الخوف من المكتبة (باخت، 2017). لكن هنا لا بد من التفريق بين مصطلحين يرتبطان بموضوع قلق المكتبة وهما: المصطلح الأول الخوف من الكتب Bibliophobia، وهي حالة نفسية تصيب الأفراد الذين يشعرون بالخوف من استخدام أو مسك أو الاقتراب من الكتب سواء أكانت في المكتبة أو خارجها (Fritscher, 2017). أما المصطلح الثاني فهو الخوف من المكتبة Library Phobia، وهو مشابه لقلق المكتبة بيد أنه أكثر صعوبة من الناحية النفسية والبدنية ويرتبط بالخبرة الماضية المؤلمة أكثر بحيث يمنعه تذكر تلك الخبرة من الذهاب إلى المكتبة (http://www.MylaMadson.com/bibliophobia).

أبعاد قلق المكتبة أو عوامله

- 1- صعوبات متصلة بموظفين المكتبة من حيث سماتهم الشخصية وتعاملهم.
- 2- صعوبات متصلة ببناء المكتبة وما تتطلبه من شروط بالنسبة للطلبة.
- 3- صعوبات متصلة بطرائق استخدام المكتبة كعدد المراجع المسموح وشروط الإعارة.
- 4- صعوبات متصلة بالجو غير المريح في المكتبة.
- 5- صعوبات متصلة بالجانب التقني في المكتبة كوجود الشبكية (الإنترنت) والحاسوب.
- 6- الجانب السلوكي والنفسي لقلق المكتبة.
- 7- الجانب الجسدي لقلق المكتبة (Bostick, 1992).

أعراض قلق المكتبة

أولاً-الأعراض الجسدية: تسرع في دقات القلب، الدوخة والإغماء، تتميل اليدين أو القدمين، غثيان أو اضطراب المعدة، التوتر الزائد، فقد السيطرة الذاتية، زيادة التعرق، الأحلام المزعجة.

ثانياً-الأعراض النفسية: الشعور بالضيق في المكتبة، الإصابة بالهلع، الحيرة والاكتئاب، الانفعال الزائد، ضعف التركيز، نسيان الأشياء، اختلاط التفكير، زيادة الميل إلى العدوان.

ثالثاً-أعراض متصلة بالمكتبة وتقنياتها: بناء المكتبة قديم وغير صحي، ضياع الوقت دون فائدة، جو المكتبة غير مشجع للبحث، غياب التقنيات الحديثة في المكتبة تصعب البحث.

أسباب قلق المكتبة

- 1- حجم المكتبة: كلما كان حجم المكتبة كبيراً فإنه يزيد من مشاعر الخوف والقلق منها.
- 2- الافتقار إلى معرفة مواد المكتبة: من خلال الحجم الكبير وعندما يرى المصاب بالقلق هذا الكم الكبير من الكتب التي لا يعرف عنها شيئاً، فإنه يرتبك ويصاحب ذلك أعراض القلق.

- 3- الافتقار إلى البحث الفعال وكيفية البدء في البحث ضمن المكتبة: من خلال الرغبة في الحصول على المعلومة التي يتم البحث عنها يتولد القلق بشأن إيجادها.
- 4- الافتقار إلى معرفة ما يجب فعله: من خلال الشعور بالضيق والتشتت نتيجة قلق المكتبة. (Mellon, 1986)

التممر الإلكتروني Cyber bullying

عرفه سميث وآخرون: بأنه فعل عدواني متعمد من قبل فرد أو مجموعة أفراد باستخدام أساليب التواصل الإلكتروني، بطريقة متكررة طويلة الوقت ضد أحد الضحايا الذي لا يستطيع الدفاع عن نفسه بسهولة (الشناوي، 2014). وصف المراغي التمر الإلكتروني بأنه كل سلوك إجرامي يأتيه الجاني عن عمد باستخدام الحاسب الآلي (الشناوي، 2014 عن: المراغي، 2014). وعرف Ball التمر الإلكتروني بأنه فعل إجرامي يستخدم الحاسب في ارتكابه كأداة رئيسة (إبراهيم، 2006).

أشكال التمر الإلكتروني وأعراضه

- 1- رسائل التهديد التي تصل من مصدر مجهول إلى البريد أو الحساب الشخصي في تطبيق ما وتكرار الفعل.
- 2- التعليقات غير اللائقة اجتماعياً وأخلاقياً على صورة خاصة، أو مقال أو فيديو منشور على الإنترنت وتداوله بين أوساط المجتمع.
- 3- التصوير من غير علم الطرف الآخر ونشر صورته على وسائل التواصل المختلفة بهدف إلحاق الأذى به.
- 4- نشر صور حقيقية أو معدلة يبدو فيها الطرف الآخر في وضع محرج.
- 5- نشر شائعة أو معلومات عن الطرف الآخر بهدف الإساءة أو تشويه السمعة.
- 6- حقوق الملكية الفكرية وتخريب المعلومات وسوء استخدامها.
- 7- التجسس من خلال تطبيقات صُممت بهدف اختراق الخصوصية.
- 8- دخول غير مصرح به وغير قانوني للشبكات بهدف الإساءة للآخرين.

- 9- التحرش والابتزاز من خلال قنوات التواصل الإلكترونية المتعددة.
 - 10- الاتصال الهاتفي من طرف معروف أو مجهول يقوم بنشر شائعات عن طرف آخر.
 - 11- انتحال الشخصية، ونشر مشاركات إلكترونية مختلفة تُسيء للآخرين.
 - 12- التحايل وتسريب معلومات لا يرغب الطرف الآخر مطلقاً في اطلاع أحد عليها.
- النبد أو الاستبعاد الإلكتروني يحدث عندما لا يريد شخص ما على رسالة إلكترونية أو فورية بالسرعة المتوقعة (الشناوي، 2014).

وسائل التمرن الإلكتروني

- 1- التراسل الفوري باستخدام البرامج أو التطبيقات المختلفة.
- 2- البريد الإلكتروني.
- 3- التراسل النصي.
- 4- مواقع شبكات التواصل الاجتماعية.
- 5- غرف المحادثات (الدردشة).
- 6- المدونات المختلفة.
- 7- لوحات الحوار (تستخدم للتعليق على موضوع معين).
- 8- ألعاب الإنترنت.

أسباب التمرن الإلكتروني

- 1- الغيرة من الطرف الآخر.
- 2- محاولة خروج المتمرن من إحباط وقع به.
- 3- قد يكون المتمرن ضحية للتتمر من قبل شخص آخر.
- 4- شعور المتمرن بالرغبة في السيطرة على الطرف الآخر.
- 5- محاولة المتمرن تغطية جانب الضعف لديه.
- 6- أسباب أخرى مستجدة.

رهاب التقنية التعليمية (التكنو فوبيا) Technophobia

عرّف أوسينو Osiceanu بأنه الخوف أو الكراهية للتقنيات الحديثة والأجهزة التقنية المعقدة أو عدم الراحة منها، من عنصرين رئيسين: الخوف من استخدام التقنية والمخاوف المتعلقة بآثار التقنية على المجتمع (Nimrod, 2018). تشير الدراسات إلى أن رهاب التكنولوجيا يؤثر في 30 % من عامة السكان، بحسب نوع الجنس والعمر والتعليم والشخصية والثقافة والأيدولوجية (Gilbert, Lee-Kelley and Barton, 2003). دفعت هذه المعدلات المرتفعة بعض الباحثين إلى اقتراح طرائق لمساعدة الأفراد على التعامل مع المشكلة بما في ذلك التدخلات المباشرة مثل العلاج الفردي أو الجماعي، تقنيات التحصين التدريجي، والدعم المنظم.

أنواع رهاب التقنية عامة

- 1- رهاب استخدام الأجهزة أو التقنيات التعليمية: وهذا يتعلق باستخدام التقنيات التعليمية مثل أجهزة العرض والسبورة الضوئية والمجسمات الكهربائية التعليمية وجهاز الإسقاط... إلخ.
- 2- رهاب أجهزة الحاسوب: يعاني بعض الأشخاص من حالة رهاب كبيرة من استخدام أجهزة الحاسوب، ويرجع ذلك إلى ظنهم بأن أجهزة الحاسوب تفوق ذكاء البشر، وأن تطويرها سيجعلها تحتل العالم في وقت ما وسوف تستعبد البشر.
- 3- رهاب الهواتف وتلقي المكالمات: يصيب رهاب الهواتف عادة الأشخاص الذين لا يحبون التواصل مع من حولهم باستمرار، ويعرف رهاب الهواتف بأنها حالة الخوف من تلقي المكالمات المفاجئة، وأيضاً الخوف من التحدث أمام الأشخاص، وقد يكون السر وراء الإصابة بهذا الرهاب هو تلقي أخبار سيئة، أو حتى التواصل مع غرباء مكروهين.
- 4- رهاب النقاط صورة المواجهة (السيلفي): رغم الانتشار الكبير لطريقة التصوير الأمامية من خلال الكاميرات الأمامية للهواتف، إلا أن هناك بعض الأشخاص يعانون من حالة رهاب من النقاط هذا النوع من الصور، ويرجع ذلك إلى أن صاحب هذا الرهاب يرى نفسه غير جذاب، ورغم أن بعضهم يعانون من رهاب خاص بالنقاط الصور

الأمامية (السيلفي)، إلا أن بعض الأخصائيين النفسيين يعتبرون الأشخاص الذين يكثرون من التقاط الصور لأنفسهم بهذه الطريقة بأنهم يعانون من اضطرابات نفسية.

5- رهاب عدم وجود الهاتف: يعد رهاب عدم وجود الهاتف هي المعاكسة تماماً لرهاب الهاتف واستقبال المكالمات، ويعاني أصحاب هذا الرهاب من حالة خوف شديدة من البقاء من دون هاتف، وهذا ما يدفع هؤلاء الأشخاص إلى النوم بجوار الهاتف وعدم تركه في أي وقت من النوم. ويرجع النفسيون أسباب هذا الرهاب إلى أنه قد يكون الشخص تعرض من قبل لموقف صعب واحتاج طلب النجدة ولم يجد الهاتف.

أعراض رهاب التقنية التعليمية

1- رهاب التقنية القلقة Anxious Techno phobia: تظهر ردود فعل تقليدية وهي: ارتعاد الأوصال، احمرار الوجه، سرعة التنفس، الارتباك، صداع، زيادة ضربات القلب، التعرق.

2- رهاب التقنية المعرفية Cognitive Techno phobia: يظهر الفرد بمظهر الهادئ والمسترخي خارجياً لكنه يفكر بأفكار سلبية ويتوقع الفشل دائماً.

3- المستخدم المرتبك Uncomfortable User: هذا النمط يعاني فقط من الانزعاج من التعامل مع التكنولوجيا ويردد بعض العبارات السلبية فقط.

4- يعاني الأشخاص المصابون برهاب الهواتف بحالة الذعر بمجرد سماع صوت هاتفهم.

5- شعور الشخص بالخوف من التعرض للسخرية أو الانتقاد من الآخرين، الأمر الذي يجعله يتردد في استقبال المكالمات.

6- يتردد المصاب باستخدام الهاتف أمام الآخرين.

أسباب رهاب التقنية التعليمية

1- قلق حول مفهوم الذات: يتولد قلق مفهوم الذات عند الشعور بالعجز من مواكبة التقدم العلمي وتنمية قدراتهم ومهاراتهم للتماشي مع هذا التقدم.

- 2- قلق حول مصير الذات: إن التقدم الهائل والسريع للتقنية يخلق قلقاً من النتائج التي يمكنه التوصل إليها والترقب الدائم والخوف من المجهول والخشية من التأثير القوي للتكنولوجيا على وجود البشرية والتحكم فيه.
- 3- قلق نتيجة التعارض مع النظام القيمي للذات: إن بعض الاكتشافات أدت إلى تناقض مع معتقدات الإنسان وأفكاره وجعلته يعيش في صراع بين تصديقها أو تبنيها رغم تعارضها مع معتقداته، وهذا ولد قلقاً كبيراً.
- 4- قلق نتيجة رفاهية الذات: إن التقنية ساهمت بشكل كبير بجعل الإنسان أسيراً لها، إذ وفرت له جميع وسائل الراحة وتركت له مجالاً كبيراً من الوقت، وهذا من الممكن أن يزيد من المشاكل النفسية التي يعانيها الفرد (رحال، 2006).

مشكلات نفسية متصلة بالأسرة

الغيرة لدى الطفل: Jealousy

عرف فهمي الغيرة بأنها "شعور مؤلم ينتج عن أي اعتراض أو محاولة لإحباط ما يُبذل من جهد للحصول على شيء مرغوب فيه، وهذا الانفعال يلزمه شعور بحرج وحط لعزة النفس، كما أنها لا تثير لدى الشخص الغضب والحقد والشعور بالقصور فحسب، بل تؤدي إلى سوء التكيف بين الفرد وبيئته وإلى وقوعه نهباً للصراع" (فهمي، 1978، 273).

مثال غيرة الأخ عندما تلد أمه أخاً أصغر منه ليحتل مكانه. في الحقيقة أن الغيرة في السنة الأولى وحتى الخامسة من العمر هي انفعال شائع بين أغلب الأطفال، وقد يكون سوباً إذا لم يتطرف، فيعيق التوافق الاجتماعي لدى الطفل، فالغيرة المعتدلة هي المبعث على التنافس والجد والاجتهاد، ومن ثم تعد سوية وليست اضطرابية. من أهم الأعراض التي تظهر لدى الطفل أو المراهق الغيور هي: شتم الأخ أو ضربه، تخريب أشياء الآخرين، النقد، العصيان والتمرد، التهجم على الآخر، الميل للصمت، الابتعاد والانزواء، فقد الشهية للطعام أو الإضراب عنه، النكوص إلى عمر أصغر من العمر الذي فيه الطفل، الشعور بالخجل، الشعور بالنقص، شدة الحساسية الانفعالية، البكاء، التبول

الإرادي، التمارض أو المرض، مظاهر جسدية كنقص الوزن والصداع والتعب (الزعيبي، 2015).

أسباب الغيرة لدى الطفل

- 1- إعطاء الأم نسبة من الاهتمام للأب أي مزاحمة الطفل في الاهتمام.
- 2- فقد امتياز معين كان يتمتع به الطفل أو المراهق كحالة المولود الجديد الذي احتل مكانه.
- 3- تربية الطفل على الغيرة من قبل الوالدين أي النمط التربوي الذي يشجع عليها.
- 4- شعور الطفل بأنه غير مرغوب فيه أو منبوذ.
- 5- تفضيل طفل على طفل في الأسرة لسبب ما كالجمال أو الجنس أو القدرات.
- 6- الدلال المفرط من قبل الوالدين.
- 7- الطفل الوحيد لوالديه أو الذكر الوحيد بين بنات أو العكس (القوصي، 1952).
- 8- حرمان الطفل في السنوات الأولى من الحنان والجور العاطفي في المنزل.
- 9- الإحباطات المتكررة التي يتعرض لها الطفل (شريف، 2011).

الدلال الوالدي Parental Spoiling

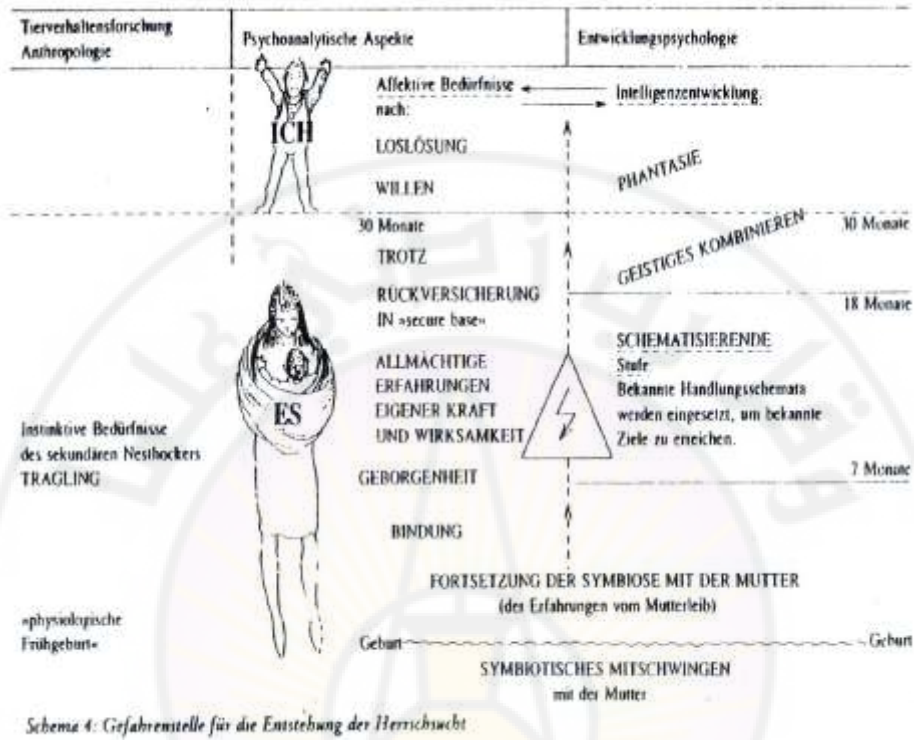
يفهم الإنسان من استخدام كلمة الدلال عموماً اعتياد تربيوي والدي سلبي، وجهة نظر مير في موسوعته كانت أن هناك معنيين لكلمة الدلال:

★ تدليل الطفل من خلال العناية الزائدة والإذعان للطفل وبعدها يريد الطفل تحقيق رغباته.

★ من خلال الانتباه والعناية الزائدين يستريح الطفل إذ تحققت رغباته (Meyer, 1981).

ومن وجهة نظر تربية يقصد بالدلال أن الأطفال لم يتربوا بأسلوب فيه قسوة كافية أو أن الآباء يذعنون في معاملتهم للأطفال ويتجنبون رفض طلباتهم ولديهم حذر في هذا الخصوص. هناك مصطلحات مشابهة للدلال مثلاً التدليل والتخنت (Wahrig, 2002).

كتب سايدمان (1995) يصف الدلال "الدلال هو ظاهرة مرافقة للأسلوب التربوي بعده خطأً ثقافياً يعد مخالفاً للحنان الضروري للحياة" (Seidemann, 1995, 150). وصف كي الطفل المدلل في البيت بأنه يريد أن يحصل على خدمات من دون أن يؤدي أي عمل، دائماً يطلب دون أن يعطي، والشيء المدهش أنه طفل أناني ومتهور، يظهر كل معطيات الوقاحة أمام من هو أكبر منه سناً، فظ وغير مؤدب بملاحظاته، وهو قد اكتسب هذه العادات منذ الصغر (Key, 2000). لقد وصف شولتز الدلال بأنه عصاب بحسب تقسيمه إلى ثلاثة أنواع من العصاب: عصاب الإحباط، العصاب المختلط، عصاب الدلال (Schulze, 1993). لقد رأت بريكوب (1992) الدلال بوصفه سلوكاً خاطئاً للطفل يتحدد من خلال التحكم من قبل الطفل بالوالدين (وهذه سمة مهمة للدلال) وهي تتفق نظرياً مع وجهة نظر فرويد وكوتس حول السيطرة من قبل الطفل بوصفه طموحاً نرجسياً لدى الطفل (Prekop, 1995). أوضحت بريكوب في نموذجها نشوء السيطرة لدى الطفل إذ يقود إلى الدلال الوالدي، فيصف التحول المراحل بالفترات الزمنية، وهنا الشكل أصله بالألمانية وأخذ كصورة ولكن لإيصال فكرته للقارئ شُرح بالعربية في أسفل الشكل. وفيه تمثل صورة الطفل التي تظهر في الأعلى الطفل المسيطر التي كُتب عليها بالألمانية (Ich) وتعني أنا أي الأنانية والسيطرة، كما تظهر الصورة في الأسفل الطفل الرضيع في حضن أمه وكُتب عليها بالألمانية (Es) وتعني (هو) العائدة إلى الطفل الرضيع، أيضاً تظهر في الوسط العمليات التي يمر بها الطفل وإلى جانبها على اليمين الفترات الزمنية بالشهور، إذ تُشرح هذه التغيرات مترادفة مع الفترات الزمنية في أسفل الشكل (الشكل 3):



الشكل 3: نموذج لنشوء السيطرة لدى الطفل (Prekop, 1995, 91).

يوضح مخطط بريكوب نشوء التحكم أو السيطرة لدى الطفل إذ يبدأ من الشهور الأولى التي تمتاز بالحنان المفرط من الأم الذي يترافق مع خبرات الأم وغريزة الأمومة، وفي الشهر السابع يشعر الطفل بالأمان من قبل الأم، في الشهر الثامن عشر يشعر الطفل بتأكيد الأمان وزيادته نتيجة الحنان الزائد من قبل الأم، في الشهر الثلاثين تتم عملية توفيق عقلي لدى الطفل بين شروط الحنان المفرط من قبل الأم وبين رغبة الطفل في السيطرة التي أسهمت في نشوئها التربة الخصبة من قبل الوالدين. بعد ذلك يتطور الذكاء لدى الطفل والخيال والإرادة وهذا يعزز نشوء السيطرة لدى الطفل. من المعلوم أن السيطرة -أي على الوالدين- من قبل الطفل تعد من الأبعاد الأساسية في نشوء الدلال الوالدي. عموماً لدى بعض الباحثين في الدلال الوالدي ثلاثة احتمالات يكون فيها الدلال معيقاً من خلال: 1- قوة الغريزة (أو) 2- شدة الانفعال (أو) 3- كلاهما. عند انخفاض شدة

الانفعال يمكن أن يصبح التحكم بالسلوك عموماً أسهل وكذلك الأمر عند انخفاض قوة الغريزة والعكس صحيح إذ يصعب التحكم بالسلوك عند ارتفاع شدة الانفعال أو قوة الغريزة (Cube & Alshuth, 1996, 65). بالنسبة إلى كوبا والشوث هناك نوعان من الدلال: دلال الرضاغة ودلال الأطفال، كلاهما يقود إلى اضطراب السلوك. أيضاً حدد روث الدلال بصور مشابهة "الذي يدلّل طفله يجعل طفله في بؤرة الاهتمام إذ يملك شعوراً بأنه مميز وفي كل مكان يريد أن يكون كذلك في المقدمة" (Ruthe, 1997, 28). يفهم هسنشتاين الدلال على أن الطفل ينال رغبته فوراً ومن دون حدود، وأنه يريد إشباع رغبته فور ظهورها ومن دون مجهود خاص يقوم به أو تعب وهو يخيّب الأمل (Hassenstein, 2001).

كما أثبت المؤلف (العنّار) (2007) في دراسته حول الكفاءة المدرسية وقلق الامتحان لدى الأطفال: تأثير الدلال الوالدي والسمات الشخصية الوالدية: إن الطفل الوحيد هو الأكثر دلالاً، وأن هناك علاقة سلبية ضعيفة بين الدلال الوالدي والكفاءة المدرسية (ر = -0.11)، وأنه لا يوجد علاقة ذات دلالة بين الدلال الوالدي عامة وبين قلق الامتحان، وهناك علاقة إيجابية (ر = 0.17) بين الدلال الوالدي والعدوانية لدى الوالدين، وهناك علاقة إيجابية (ر = 0.20) بين الدلال الوالدي وضغوط المطالبة، وهناك علاقة إيجابية (ر = 0.17) بين الدلال الوالدي والعناية بالصحة لدى الوالدين، أيضاً هناك علاقة إيجابية (ر = 0.22) بين الدلال الوالدي والانفتاحية لدى الوالدين، وهناك علاقة إيجابية (ر = 0.17) بين الدلال الوالدي والانفعالية لدى الوالدين (Alammar, 2007).

تعريف الدلال الوالدي Parental Spoiling

هو "الحالة التي يكون فيها الطفل مسائراً بصورة بسيطة جداً لواقع الحياة ومركّزاً على رغبته وليس لديه حدود يلتزم بها أو تعلمها من خلال الأسلوب التربوي الوالدي الذي يكون نمطاً تربوياً ضعيفاً مذعناً لرغبات الطفل وكل شيء مؤمن له" (Angst, 2003, 24). كما عرف يونغ وكوستر الدلال بطريقة مختلفة إذ رأيا أن الدلال يحوي معاني كثيرة كما يأتي: "الغذاء، العناية، حمل هم الطفل، الحاجات المبالغ فيها، التي يشعر كل طفل

مدلل بأنها حقه بصورة طبيعية ويجب إشباعها" (Jong & Köster, 2003, 13). كما حدد فونش (2000) معنيان للدلال: 1- "الحب المبالغ فيه والعناية المفرطة. 2- تكون العناية المبالغ فيها، عناية متسمة بالدلع والتخنيث" (Wunsch, 2000, 80). لقد عرف فرك "الدلال هو الإفراط بالحنان يتمثل بإفراط الاهتمام، إفراط بالاستعداد للمساعدة، إفراط في تخفيف العبء على الطفل، الهدايا، النقود، الألعاب، نقص الثقة، نقص التشجيع، نقص الاطمئنان، نقص الطلبات على عاتق الطفل. كما يُطلب من الطفل قليل جداً من المثابرة أو تعهد عمل أو الصبر أو محاولة التجربة. بالنهاية ثمة نقص في حدود الود واللطف" (Frick, 2005, 28). حدد كوبي (1999) الدلال في كتابه "الطلب بدل الدلال": "كأوامر -من الطفل- تسيء الفهم للحب، ويعبر باللغة والرمز بشخص ينام على الورد أو يُحمل على الأيدي" (Cube, 1999, 117).

وصف برنر الدلال بصورة أخرى كما يأتي: "يتميز الدلال بسلوك غريب مميز يتسم بالطلب من المحيط أي الاعتماد عليه" (Berner, 2004, 1). أما ماير فيحدد الدلال بأنه "حياة تُخلط مع دلال مادي، إذ كل الصعوبات تُزال من طريق الطفل المدلل، ويؤخذ بيد الطفل بكل خطوة ويتم التحكم من خلال الطفل" (Mayer, 2004, 3,4). يرى ادفيسور "الطفل المدلل غير مؤدب وخداع ومزعج ويتصرف من دون قواعد أو تعاون أو أدب ولا يغير هذه السلوكيات، فيختبر كل شيء وهو لا يعرف الفرق بين الحاجات والرغبات" (Advisor, 2005, 1).

تعريف المؤلف (العنّار) للدلال الوالدي Parental Spoiling هو حالة الطفل التي تتميز بالعناية والحب المفرط من قبل الوالدين والمقربين على شكل مكاسب مادية أو غير مادية، في الوقت نفسه لا تُفهم الحاجات الحقيقية للطفل والتوازن المثالي بين المطالب الحقيقية والاهتمام المفرط، وتتطوي هذه المكاسب المادية على أشياء من مثل الألعاب والألعاب الإلكترونية والمواد الغذائية والملابس والنقود، أما المكاسب غير المادية فتتمثل بسلوك الوالدين المذعن للطفل المدلل والعناية والحب المفرط وإشباع الرغبات المبالغ بها ونقص الحدود وانعدام المساعدة من قبل الطفل والحماية الزائدة وهذا يقود إلى سلوك ربما يتعدى الحدود الطبيعية.

أعراض الدلال الوالدي Symptoms Of Parental Spoiling

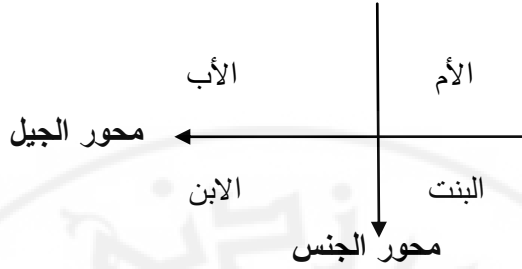
ثمة كثير من أعراض الدلال يمكن رصدها عند ملاحظة الطفل المدلل وهي: ادعاء الآلام والشكاوى (مثلاً الصراخ)، والوالدان على أهبة الاستعداد لتلبية رغبات الطفل المدلل (Horn, 2004). العمر غير المناسب أو العناية المبالغ بها للألعاب أو للأجهزة التقنية التي تقدم للطفل المدلل، كما يمكن أن يكون الطفل المدلل في سن الثانية عشرة وما زال ينام في السرير مع أمه، في سن الخامسة عشرة لا يبقى في المشفى وحده، في سن السابعة عشرة لا يستطيع أن يبقى في المنزل لوحده فهو بحاجة لأن يبقى معه شخص آخر في المنزل (Jong, & Köster, 2003). إنه يريد حياً مطلقاً وبلا شروط أو حدود، ويتعامل مع الأشياء كما يريد ويحب، ولديه اتكالية مطلقة على الوالدين. يبدي الوالدان ردة فعل ضعيفة تجاه سلوك ابنهما المدلل من خلال إما التوجيه الضعيف أو الحب المفرط (Brau, 2002)، بل يسوغان سلوكه الخاطئ، وهذا يجعله عديم الأدب والانضباط (نادر، 1998)، يبحث دائماً عن الانفعالات القوية، يعاني الفراغ (Singerhoff, 2000)، لديه مسؤولية كاذبة، يكون دوماً معارضاً للمحيط والحياة وكارهاً للواجبات متعجرفاً (Brandl, 1997)، مشاعر التعلق غير الاعتيادية لدى الوالدين تجاه طفلهم المدلل ولا سيما الأم (Richter, 1995)، هذا تعزيز لسلوك الطفل المدلل الذي يريد أن يكون بعين أمه بطلاً (Adler, 1993). ضعيف الخبرة والثقة بالنفس (Rogge, 2004). يذعن الوالدان لرغبات طفلهما (Dreikurs, 1994)، الطفل هنا يمتلك حرية كبيرة يمكن معها أن يعبث في كل شيء، بل يتصرف وكأنه الأب وليس الابن (Adler, 1987). لا يستطيع الطفل المدلل مواجهة الصعوبات (Adler, 1982)، بل يعاني أحياناً أعراض سيكوسوماتية مثلاً آلام وصعوبات شديدة في الهضم والمبالغة بالآلام أمام الطبيب (Adler, 1997). يتصف الطفل المدلل بأنه متألم وعدائي وعديم الصبر يتجلى ذلك عندما لا تتحقق رغباته بسرعة وبصورة فورية (Otto-Rühle, 2001). يضع نفسه دائماً في بؤرة الاهتمام بالنسبة إلى العائلة وللآخرين أيضاً، وأحياناً يحدث سلس على الفراش ليلاً ولديه صعوبات في النظافة وعند تناول الطعام ولاسيما المأكولات السائلة (Adler, 1994a)، ويغلب لديه خوف من شبح الجوع مساء عند

الذهاب إلى الفراش (Kaminski, & Mackenthun, 1997). مع الترف الذي يعيشه الطفل المدلل فهو مكتئب إذا ما قورن بالأطفال الآخرين (Weber, 2004)، كذلك يبحث عن الخبرة الفضولية والمغامرة لكن "في المقعد المريح" (أي بانكالية من دون أن يبذل جهداً) (Herbsttagung des Interessenverbandes Berliner) (Schulleitungen, 2001). لا يتبادل الحب مع الآخرين فهو أناني وكاره للعمل (Adler, 1998). يخاف الطفل المدلل مؤخراً من فقد الحب وفقد مكانته المميزة (Wyss, 1991). يتسم بالسخرية والفخر بتصرفاته الخاطئة، والواجبات الاجتماعية لديه ضعيفة ويظهر عليه عند الفعاليات الاجتماعية الشك وانعدام الشجاعة والخوف من الفعاليات الحاشدة والانسحاب والحساسية الزائدة (Adler, 1995). يشعر بأنه يستطيع أن يملك كل شيء وأنه يملك والديه والأشياء التي يستجيبون له بها ويحرمون أنفسهم منها ويشترونها له (Author, 2002). يتوقع بأن والديه يصنعان كل شيء لأجله أو أن الأشياء كثيراً ما تتحقق من تلقاء ذاتها ومن دون جهد أو تعب أو تكلفة (Wartik, 2003). يعامل الجدود أحفادهم غالباً بإذعان وهذا يقود إلى الدلال (Parker, 2004). لا يحترم معلميه، بل أحياناً يتحداهم في الدرس (Arum, 2004). يشتم الأطفال الآخرين ويتعامل معهم بسوء (Moorman, & Haller, 2005). يدلل نفسه باستمرار كما يظهر في سلوكه مثلاً في مشاهدة التلفاز واللعب والطعام (Paul, 2003)، بل أحياناً يرمي الطعام في المطبخ ويصفه بأنه غير جيد (Costello, 2000). يُظهر خللاً أو عدم انسجام في ردة الفعل الانفعالية، فمن جهة يستجيب استجابة خوف ومن جهة أخرى يظهر ردة فعل عصبية غاضبة (Göllnitz, 1992). يحاول أحياناً أن ينفذ رغباته من خلال السلوك العدواني ويصبح عنيداً جداً لا يكثر بآراء الآخرين (السبيعي، 1985)، يهمل حقوق الآخرين ويحاول فرض رأيه عليهم، قليل التحمل عند التعرض للضغط، يصاب بنوبات بكاء أو غضب بصورة متكررة (أبو العينين، 2019).

الأسباب أو العوامل المؤدية إلى الدلال الوالدي

1- الثراء أو الغنى المادي: الأسرة الثرية تقدم للطفل كل الأشياء من دون أن يبذل أي جهد، لقد بينت الدراسات أن نسبة (33%) من الأطفال ما بين عمر (9) إلى (10) سنوات يملكون ما بين (7) إلى (10) أجهزة كالتلفاز والفيديو، الجوال، DVD، صحن الاستقبال، الكمبيوتر، جهاز الأقراص، السينما وغيرها (Glogauer, 1998). يُدلل الطفل من خلال الإفراط بالتقنيات الحديثة والغرفة المضيئة والطعام الفاخر والسرير المريح والهدايا الثمينة والألعاب المتنوعة والمسلية (Friesen, 1991). يمكن أن تشتري العائلات الغنية حيوانات متنوعة لأطفالها، فيتخذها رفاقاً له منعزلاً عن العالم الخارجي (Poppe, 1991). غالباً الوالدان الغنيان لا يملكان الوقت الكافي لرعاية أطفالهم، فيعوضان ذلك بالإغداق المادي عليهم، وهذا يزيد العزلة ويعرقل النمو السوي نفسياً واجتماعياً للطفل (Hofer, 2003).

2- حالة الطفل الوحيد: "في ألمانيا الاتحادية -مثلاً- انخفض معدل الولادات في مختلف المقاطعات، إذ كان معدل الأولاد لكل امرأة (2.36) في عام (1960) انخفض في عام (1995) انخفاضاً لافتاً للنظر وصل إلى (1.34) لكل امرأة" (Cornelia, 2001, 18). نتيجة التقديرات الحسابية والاقتصادية فإن الشباب يميلون إلى أن يكون لديهم طفل واحد فقط، لأنه نفقات وتعب (Zöllner, 1994). وجهة النظر الشعبية ترى أن الطفل الوحيد يوصف بأوصاف من نوع الأناني والمخنث وغريب الأطوار وغيرها. وبخصوص الطفل الوحيد وتعدد الأطفال طوّر كورثي نموذجين يعبر فيهما عن طبيعة العلاقات التي تحدث بين الأطفال والوالدين وبين الأطفال أنفسهم، إذ عد أن الحالة المثالية هي وجود طفلين أو أكثر في العائلة، إذ في حال وجود طفلين ذكر وأنثى مثلاً، فإن العلاقة تكون جيدة، فهي من حيث الجنس جنسان (ذكور وإناث)، ومن حيث الجيل جيلان (الوالدان والأولاد)، وهذا ما يجعل العلاقات متوازنة بين أفراد الأسرة أفقياً وعمودياً أي من حيث الجيل والجنس، كما يؤدي هذا إلى نمو سوي منسجم مع الهوية الجنسية لكلا الجنسين، والشكل يوضح ذلك:



الشكل 4: نموذج العائلة المثالية (Kürthy, 1988, 10).

أما النموذج الثاني الذي عبّر فيه كورثي عن الطفل الوحيد من خلال علاقة ثلاثية الأبعاد تنشأ لدى أفراد الأسرة التي تملك طفلاً وحيداً، فهنا العلاقة تكون عمودية أي الجيل فقط وينقصها المستوى الأفقي أي الجنس الآخر من الأخوة، وهذا ما يشرح الطفل ليكون تربة خصبة لنمو السلوك غير السوي أو غير المتوازن، لاحظ الشكل (5):

العلاقة الثلاثية



الشكل 5: نموذج الطفل الوحيد والعلاقة الثلاثية السائدة (Kürthy, 1988, 10).

يُستخلص من هذا النموذج أن الطفل الوحيد يعاني من نقص في العلاقة الأفقية في الأسرة وكذلك من نقص في الأعمار القريبة من سنه، إنه لا يملك الفرصة للعب مع أقرانه من الأطفال الآخرين ليحقق التكيف مع محيطه الاجتماعي وليتعلم. من هنا يعيش الطفل الوحيد وحيداً، وهذا يجعل نموه الاجتماعي يتسم بالنقص والمشاكل، طبيعة العلاقة التي يعيشها علاقة عمودية أي توجيهات عمودية قادمة من الوالدين والراشدين الآخرين ولاحقاً تكون من المدرس أو المدرسة. في حين تكون التوجيهات الأفقية لدى الطفل الوحيد قادمة من خارج العائلة وقد تتضمن ألعاباً خطيرة أو لا أخلاقية يكون لها خطورتها على نمو الطفل، تلاحظ هذه السلوكيات الخاطئة أو نقص النمو عند دخول الطفل الوحيد

في الروضة أو المدرسة وعند مقارنة قدراته وسلوكياته بالأطفال الآخرين، هنا يكون الفرق واضحاً في نمو القدرات والسلوك السوي لصالح الأطفال الآخرين الذين ينتمون لأسر تملك أكثر من طفل (Kürthy, 1988). يُثبت بناء على الأبحاث المختلفة حول الطفل الوحيد أن الطفل الوحيد يقضي وقتاً أطول أمام التلفاز من الأخوة في الأسرة متعددة الأولاد، يماثل الطفل الوحيد في ذلك الطفل المعوق (Bivort, 1983). كما أثبت بتسولد في دراسة مقارنة بين الطفل الوحيد والأطفال الأخوة في الأسرة بأن الطفل الوحيد يكون عنيداً، يُظهر عادات سيئة، غير مكترث لوجود الغرباء، عدوانياً تجاه الأطفال الآخرين، لا يحترم الأشخاص الأكبر منه سناً، يُولع بالألبسة العصرية (Petzold, 1993). في حين أكدت رون في بحثها عن الطفل المدلل، أن سلوكه ليس سلبياً أو ضاراً، بل بالعكس هناك العديد من الإيجابيات في سلوكه مثلاً: أذكى وأكثر إبداعاً ونشاطاً من الأخوة في الأسرة الواحدة. لتأكيد هذا القول وتثبيته استعانت رون بالمقابلات والسير الذاتية، لقد كشفت من خلال هذه الأدوات أن الطفل الوحيد ليس لديه أية سمات مميزة عن الأطفال الآخرين سوى أن الجانب الاجتماعي لديه مختلف قليلاً عن الأخوة. تستدل رون أن ثمة كثيراً من الشخصيات الشهيرة كانت أطفالاً وحيداً لأسرهم على سبيل المثال ليوناردو دافنشي، رانر ماري ريلك، أرك كيستتر، بيتر هاندك، هانس ديترش غينشر وغيرهم (Rollin, 1993).

وفقاً لأبحاث أخرى حول الطفل الوحيد تؤكد أن حالة الطفل الوحيد لها منافع منها تدريب القدرات العقلية والمعرفية والتعليمية، كذلك الأمر بالنسبة إلى التطور الحضاري والاجتماعي والذكاء واللغة والخيال الأدوار المطلوبة منه (Stein, 1993). قد تقود هذه المنافع إلى ارتباط اجتماعي بين الدلال وارتفاع مستوى الحياة في العائلة الصغيرة (Zhao, 1994).

3-ترتيب الطفل بين الأخوة: يُعد من العوامل المؤدية لنشوء الدلال، إذ يؤدي دوراً مهماً في هذا النشوء (كفافي، 1999). يمكن تقسيم هذه المراتب بصورة عامة إلى ثلاث مراتب رئيسية وإظهار سمة كل مرتبة من المراتب في عملية نشوء الدلال كما يأتي:

الطفل الأكبر: وهو المولود الأول لدى الأبوين، يكون بالمقارنة مع خليفته (أي الطفل الذي يأتي بعده) مدلاً. لأنه يأتي إلى العالم ويعيش لمدة من الزمن من دون أي منافس، يكون في مركز اهتمام والديه، وهذا يؤدي إلى تدليله من قبل الوالدين.

الطفل الثاني أو الأوسط: يجب عليه أن ينتبه لنفسه من بداية الأمر إلى أنه ليس وحده، بل هناك أخ آخر يقاسمه كل شيء مع حالة من التعاون أحياناً وأخرى من التنافس. النمط السلوكي للطفل الثاني عموماً غير مدلل، فهو يدرّب نفسه على المنافسة، إنه مبدع وناجح وواقعي في أحلامه. لكنه يمكن أن يُصاب بالحسد من شقيقه الأكبر (الطفل الأول) كونه يملك حرية أكبر، ويستطيع التحرك بصورة أكبر وأقل رقابة من الوالدين (Adler, 1995).

الطفل الأصغر: غالباً يكون الطفل الأخير أو الأصغر مدلاً والأكثر دلالاً مقارنة ببقية الأخوة، لأن الوالدين يعجبان بسمات طفلهم الأصغر رغم عدم المساعدة منه والاعتمادية، ويحدث بين الطرفين (الوالدان والطفل) تفاعل عاطفي قوي. هنا يعيش بقية الأخوة بحالة غيرية من الأخ الأصغر، لأن كل الاهتمام منصب عليه (Adler, 1988).

4-تغير القيم وبنية العائلة: إن الإحصائيات في ألمانيا -على سبيل المثال- تشير إلى انخفاض نسب الزواج وارتفاع نسب الطلاق وارتفاع نسب الزواج غير الشرعي ومن دون شهادة زواج. إن كل ثلاث زيجات تفشل واحدة والأمر آخذ بالتصاعد نتيجة لصعوبات الحياة الزوجية بين الطرفين (Bellebaum, 1990). هناك تقريباً (1.5) مليون من الآباء والأمهات يعيشون وحيداً مع أطفالهم، كل طفل واحد يعيش مع أم أو أب. بسبب تجنب الحمل يُنظر للجنس بوصفه رغبة وشهوة فقط من دون عده وسيلة لإنجاب الأولاد وتكوين الأسرة، ومن ثمّ ساد مبدأ مفاده لا داعي للأولاد، فالأولاد يحتاجون إلى المصروف والنفقات والوقت وانتباه كبير وعناية خاصة. وفق هذه الاعتبارات تصبح الظروف تربة خصبة لنشوء الدلال لدى الطفل.

5-الانتباه المتزايد لحقوق الأطفال وحاجاتهم: لقد ركّز في العقود الأخيرة من قبل المجتمع والعلماء على تحرر النساء وكذلك على حقوق الأطفال وحاجاتهم. من هنا ظهرت منظمات مثل اليونيسيف والخبز لأجل العالم (UNICEF, BREAD FOR

(THE WORLD). في بداية الثمانينيات وجد في ألمانيا-مثلاً-شبكة شاملة لحماية الأطفال عامة، ومن الاعتداءات الجنسية خاصة، وهذا الاتجاه ساعد عن غير قصد في نشوء الدلال لدى الأطفال.

6- غريزة الأم: وهو استعداد بيولوجي سلوكي لدى الأم يظهر سلوك العناية الغريزي بالطفل، في حين لا يساعد الطفل الأم (Dreikurs, 1990) وهذا يشجع الدلال لدى الطفل.

7- الشعور بالذنب عند الانفصال أو الوقت الطويل بالعمل: الذي يُعوض من خلال الدلال متمثلاً بالإغداق المادي على الطفل، وهذا يؤدّد الدلال لدى الطفل.

8- التوتر أو مشاعر التردد القوية: إن الاتصال الجسدي للطفل سواء مع المربية أو زوجها أو أطفالها يظهر لدى الوالدين الحقيقيين مشاعر التوتر والتردد تجاه طفلهم، يمكن أن يشعروهم بالذنب، ثم التعويض للطفل عن ذلك من خلال النمط التربوي المدلل (Wunsch, 2000).

9- الانتباه الناقص والمساعدة: يحتاج الطفل الصغير للمساعدة عند إنجاز كثير من الواجبات والمهارات اليومية، فبدل أن يقوم الأبوان بالمساعدة يقومان بتنفيذ المطلوب بدلاً من الطفل، هذا يكرس سلوك الاعتمادية والاتكالية والدلال لدى الطفل (Humsci, 2005).

أشكال الدلال الوالدي Types Of Parental Spoiling

- 1- الدلال المتعب:** هنا يجنب الوالدان الطفل الإجهاد والتعب فيقدمان له كل شيء جاهزاً.
- 2- دلال المطالبة والإلحاح:** يجب على الطفل المدلل الصبر على إخفاقه وانتكاساته والإحباط الناتج عن الاتكالية التي اعتاد عليها. هنا يكون الطفل مرة يجب عليه أن يحاول ومرة أخرى يجرب طريقاً جديداً، هذا قد يقود إلى تكيف جيد وضروري للتغلب على الصعوبات التي تواجهه (Fuhrer, 2005). عند دلال المطالبة يصبح الوالدان مطالبين بالاستجابة للطفل.

وسائل الدلال الوالدي Means Of Parental Spoiling

1- الدلال من خلال التلفاز والوسائل الأخرى: يؤدي التلفاز دوراً كبيراً في حياة الطفل عامة وفي حياة الطفل المدلل خاصة، أيضاً هناك وسائل أخرى تؤدي دوراً مثل أشرطة المسجل وأقراص الكمبيوتر (CD) والأجهزة السمعية (Walkman) والفيديو وألعاب الكمبيوتر والجوال وغيرها (Glogauer, 1995, 11). يضاف إلى ذلك أن الطفل الوحيد يقضي وقتاً أطول من الأطفال الأخوة أمام التلفاز، لأنه لا يوجد أحد يلعب معه، كما يستخدم الوالدان التلفاز ليبقى الطفل هادئاً ولا يثير الشغب والمطالب، ويعد التلفاز مؤثراً تربوياً محدداً لسلوك الطفل في العائلات الصغيرة، وهو مفضل على الطرائق التربوية المملة والتقليدية لذلك يؤثر به أكثر (Barthelmes, 1983, 79). من هنا تثبت كثير من الأبحاث أن الطفل يمكن من خلال التلفاز أن يصبح عدوانياً أو انفعالياً. كما إن الإفراط في مشاهدة التلفاز يؤدي إلى التعب والإجهاد ونقص الشهية للطعام وآلام الرأس والخوف والتأثيرات النفسية السلبية حتى يصل الأمر إلى الإقياء لدى الطفل في أفلام الرعب والجريمة والكراهية (Petzold, 1992). كما يصاب بالأضرار الصحية كاضطرابات النوم والعصبية والهيجان واضطرابات الهضم وأمراض المفاصل والتوتر والتعب الدائم واضطرابات التركيز والذاكرة التي تظهر من خلال ممارسة المهارات الدراسية (Glogauer, 1999). لقد أشارت الأبحاث إلى الآثار السلبية للتلفاز على التحصيل الدراسي لدى التلاميذ والطلاب (Myrtek, 2000). الواجبات المدرسية تُهمل من قبل الطفل، لأن الطفل المدلل يسير على برنامج غير صحي، في الدراسة أو في الذهاب إلى السرير (Dreikurs, 2002). كما أن التلفاز يقدم سيلاً من الوسائل والمعلومات تشحن الطفل انفعالياً وتحمل دماغه كثيراً من الصور وبسرعة كبيرة أكثر مما يتحمل خاصة الأطفال الصغار (Postman, 1985).

2- الدلال من خلال التغذية: ويبدو من خلال المبالغة في شراء المواد الغذائية المتنوعة والتركيز على الحلويات وتقديمها للطفل، وهذا يؤدي إلى خلل في توازن الشهية والتركيز على بعض الأطعمة ثم أضرار صحية، إذ ينتج عن ذلك نتائج سلبية وأضرار تلحق

بالأسنان، وزن زائد، عدم الرغبة في الطعام، النحافة الشديدة وغيرها (Köck & Ott, 2002).

3-الدلال من خلال الألعاب الكثيرة: إذ عند الملل من الألعاب التي لديه يُشتري له ألعاب جديدة وهكذا دواليك. هذا محبط لمن حوله، ويجعل الطفل سريع العدوان والانفعال والتخريب.

4-الدلال من خلال الهدايا الكثيرة وشراء الملابس وكثرة مصروف الجيب: لدى الطفل المدلل حفلات ومناسبات كثيرة على سبيل المثال: الأعياد وعيد ميلاده وحفلات عائلية وغيرها، كل ذلك يشكل فرصاً كبيرة للطفل المدلل لتُجلب له الهدايا من قبل الوالدين أو الآخرين. إلى جانب ذلك هناك إغراق بأشكال مختلفة من الملابس والموديلات للطفل المدلل من قبل الوالدين. يضاف إلى ما سبق ذكره الكثير من مصروف الجيب أو الهدايا النقدية.

5-الحماية الزائدة والصبر السلبي: Overprotection "الحماية الزائدة هي عبارة عن دلال مع اتكالية ونقص الثقة بالنفس وقليل من الإحباط" (Köck & Ott, 2002, 191). يبالغ والدا الطفل المدلل بالعناية به حتى بأصغر الأمور وأدق التفاصيل. هم دائماً على أتم الاستعداد ليتدخلوا لمساعدة طفلهم المدلل وليعملوا بالنيابة عنه (Zhao, 1994). هذا يعني أن الطفل يعاني بشكل مؤكد من عدم الكفاية في المهارات التي تناسب سنه وتوجد لدى أقرانه (Fuhrer, 2005).

إهمال الطفل في الأسرة child carelessness in the Family

يُعرف الإهمال بأنه التقصير بتلبية الحاجات الرئيسية للطفل، مثل حرمان الطفل من الغذاء أو الملابس أو المأوى أو الإشراف أو الرعاية الطبية، شريطة ألا يكون عدم تحقيق احتياجات الطفل بسبب الفقر أو عدم المقدرة على ذلك (حمادة، 2010، 244 عن: سواقد والطراونة، 2000، 415).

مجالات الإهمال: وتشمل واحداً أو أكثر من الجوانب الآتية: 1-الصحة، 2-التعليم، 3-النمو العاطفي، 4-التغذية، 5-المأوى وظروف المعيشة الآمنة (منظمة الصحة العالمية، 2009).

أنواع الإهمال

- 1- الإهمال البدني: ويشمل التقصير في جوانب النظافة والعناية الصحية وحماية الطفل من الأذى أو الخطر، كذلك التقصير في توفير الحاجات الأساسية له.
- 2- الإهمال التربوي: وهو تقصير الوالدين في توفير فرص التعليم للطفل، كحرمانه من التعليم والفشل في وضعه في مدرسة مناسبة لعمره، وعدم تلبية احتياجاته التعليمية.
- 3- الإهمال الانفعالي (الوجداني): ويشمل الفشل بالرعاية النفسية أو عدم إشباع حاجات الطفل العاطفية الضرورية مثل: الحاجة للحب، الأمن، التقدير، تعويض الطفل للمواقف العاطفية السلبية (المفتي، 2014 عن: بوقري، 2008).

أعراض الإهمال

- 1- التعلق وعدم الأمان: يعاني ما يقرب من 80% من الأطفال المهملين من أعراض اضطراب التعلق، إذ يشعرون بعدم الأمان في تعلقهم بمن يقدمون لهم الرعاية؛ فيصبحون منعزلين عن الآخرين عاطفياً وجسدياً مع انخفاض احتمال تكوين روابط عاطفية.
- 2- التحلل من القيود العاطفية: يفتقر الأطفال الذين تعرضوا للإهمال إلى الحس العاطفي السليم، كما ينقصهم القدرة على فهم التعبيرات العاطفية للآخرين ويجدون صعوبة في التمييز بين المشاعر، وعند التعرض لمهام حل المشكلات يتسم رد فعلهم بالغضب والإحباط، وقلة الحماس لاستكمال المهام الجديدة، ويعاني هؤلاء الأطفال المهملون من ذكريات مؤلمة.
- 3- التطور النفسي: قد يؤدي الإهمال في الطفولة إلى الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) والكآبة واضطرابات القلق في الحياة فيما بعد.
- 4- التطور الأكاديمي والمعرفي: أظهرت دراسات تصوير الأعصاب باستخدام التصوير بالرنين المغناطيسي أن البناء العقلي للطفل المهمل يتغير بشكل كبير، فقد تبين حدوث اضمحلال في حجم الدماغ الكلي للأطفال المهملين، وتغيره بشكل ملحوظ مع تقلص منطقة الجسم القشري، وزيادة حجم نظام البطين وهذا ما يؤدي إلى الحد من النمو والتطور المعرفي. وأظهرت الدراسات أن الأطفال المهملين يعانون من ضعف تكامل النصفين

الكرويين بالدماغ، وتأخر في نمو منطقة القشرة المخية الجبهية التي تؤثر في المهارات الاجتماعية للطفل.

أسباب إهمال الطفل في الأسرة

- 1- عوامل متعلقة بالأهل أو بمقدمي الرعاية: قد يعاني أحد الوالدين أو كلاهما أو مقدمو الرعاية للطفل من مشاكل تساهم في حدوث سوء معاملة وإهمال الأطفال.
- 2- عوامل متعلقة بالأسرة: كالاخلافات الزوجية والعنف والبطالة والضغط المالية والعزلة.
- 3- عوامل متعلقة بالطفل: كالعمر، فمعدل إهمال الطفل وسوء المعاملة كان عام 2000 على أشده بين الأطفال الذين لم يبلغوا سنّهم الثالثة، وتناقص مع تقدم العمر.
- 4- عوامل متعلقة بالبيئة: قد تزيد العوامل البيئية من احتمال حدوث سوء معاملة الأطفال وإهمالهم مثل: الفقر والبطالة والعزلة الاجتماعية والخصائص المجتمعية والعنف (العسالي، 2008 عن: حمادة، 2010).

قوانين حماية الطفل من الإهمال

- 1- في حالة إهمال الطفل الذي يسبب إيذاء الطفل: تحدد العقوبة استناداً إلى الضرر الواقع على الطفل نتيجة فعل الإهمال وفقاً للمادة 551 من قانون العقوبات إذ فرق بين حالتين:
 - أ- العاهة الدائمة أو التعطيل المؤقت الذي يجاوز العشرين يوماً، والعقوبة في هذه الحالة هي الحبس من شهرين إلى سنة.
 - ب- التعطيل المؤقت لمدة لا تتجاوز عشرين يوماً والعقوبة هنا هي الحبس ستة أشهر على الأكثر أو بغرامة لا تتجاوز المئة ليرة.
- 2- في حالة إهمال الطفل والذي يسبب موت الطفل: ينجم عن إهمال الشخص المسؤول عن رعاية الطفل كالأم والأب في البيت أو المعلم في الصف التسبب بوفاة الطفل من خلال إهمال الواجبات الملقاة عليهم أو التقصير باتخاذ تدابير الحماية، وفي هذه الحالة تكون العقوبة حسب المادة 550 من قانون العقوبات الحبس من ستة أشهر إلى ثلاث سنوات.

3- إهمال حاجات الطفل: إن الأب والأم اللذين يتركان في حالة احتياج ولدهما الشرعي أو غير الشرعي أو ولداً تبنياء سواء رفضاً تنفيذ موجب الإعالة الذي يقع على عاتقهما أو أهملوا الحصول على الوسائل التي تمكنهما من قضائه يعاقبان بالحبس مع التشغيل ثلاثة أشهر على الأكثر وبغرامة لا تتجاوز المئة ليرة.

4- إهمال دفع نفقة الطفل: من قُضي عليه بحكم اكتسب قوة القضية المقضية بأن يؤدي إلى زوجه أو زوجه السابق أو إلى أصوله أو إلى فروعه أو إلى أي شخص يجب عليه إعالته أو تربيته الأقساط المعينة فيبقى شهرين لا يؤديها في المحكمة عوقب بالحبس مع التشغيل من شهر إلى ستة أشهر وبغرامة توازي ما وجب عليه أدائه (مرتضى وتركو، 2016، 118 عن: المادة 448 من قانون العقوبات).

5- تسبب الولد: إن التخلي عن الطفل عن طريق تركه في مكان ما يعرض ليس فقط صحته، وإنما حياته للخطر، وهذا لا يشكل فقط جريمة بالمعنى الإنساني والأخلاقي بحق الطفل بل بالمعنى القانوني، ويسمى هذا التصرف في القانون السوري بجريمة تسبب الولد (المرجع السابق).

الفصل الثاني عشر

الإرشاد النفسي المدرسي والمدرس المرشد

مقدمة

إن مشكلات المدرسة الحديثة المتفاقمة والمتزايدة مع التقدم والتطور الحاصل، هذه المشكلات التي تجاوزت المشكلات الدراسية والسلوكية والمشكلات الأسرية المعروفة سابقاً، لتكون مشكلات متصلة بالتقدم والتطور العلمي والانفجار المعرفي الذي يغزو كل بيت ومدرسة ومجتمع. هذه المشكلات المستجدة ومعها المشكلات التقليدية، فرضت وجود المرشد النفسي المدرسي School Counselor الذي يسعى إلى مساعدة التلاميذ والطلبة على حل هذه المشكلات وصولاً إلى دائرة الصحة النفسية. ثمة أمر غير موجود في البلاد العربية وهو المدرس المرشد الذي كان في الأصل مدرساً، ثم درس سنتين في الإرشاد النفسي وعلم النفس ليكون مدرساً مرشداً يجمع بين التدريس والإرشاد، لذا سيتم الحديث عن عمله في هذا الفصل.

تعريف الإرشاد المدرسي School Counseling

عرفه كل من برنارد وفولمر بأنه "يشمل جميع الخدمات التي تقدم للطلاب في إطار برنامج متكامل يشتمل على ما يأتي: إجراء الاختبارات، الإرشاد النفسي، وتصنيف الطلاب بحسب قدراتهم، وإعداد النشاطات الجماعية، ومتابعة النشاطات العامة، وإجراء البحوث، والقيام بعمليات التقييم" (القذافي، 1996، 25 عن: Bernard & Fullmer, 1969). وعرفه طه بأنه "مساعدة التلميذ أو الطالب في حل مشكلاته التوافقية وعلاجها ومعاونته في ذلك (سواء كانت هذه المشكلات داخل المدرسة أو خارجها) ويتم ذلك عن طريق الدراسة العلمية لهذه المشكلات وفهم أسبابها وعواملها، ومعاونة الطالب وإرشاده وتوجيهه وتبصيره بأفضل وسائل مواجهتها والتغلب عليها والاشتراك معه في علاجها، ويستخدم المرشد المدرسي كل ما يستطيع من أساليب وما يتاح له من وسائل لتحقيق هذا الهدف" (طه، 1993، 71). كما عرفه الزعبي بأنه "عملية مساعدة الطلاب على معرفة إمكاناتهم وقدراتهم حتى يتم استخدامها بشكل مناسب في اختيار الدراسة المناسبة لهم،

والالتحاق بها، والنجاح فيها، والتغلب على الصعوبات الدراسية التي تعترضهم في حياتهم الدراسية لتحقيق التوافق مع الذات ومع الآخرين في الأسرة والمدرسة والمجتمع، وذلك من أجل تحقيق أفضل إنتاجية أكاديمية ممكنة" (الزعيبي، 2003، ص212). أيضاً عرفه مايزر بأنه "العملية التي تهتم بالتوافق بين التلميذ الفرد بما له من خصائص مميزة له من ناحية والفرص المختلفة والمطالب المتباينة من ناحية أخرى والتي تهتم أيضاً بتوفير المجال الذي يؤدي إلى نمو الفرد وتربيته" (الرفاعي، 1990، ص39). وعرفه الشيخ حمود وناصر وجمل الإرشاد المدرسي بأنه "النطاق، أو الجانب، أو النوع من الإرشاد النفسي، الذي تتم ضمنه عملية الإرشاد المدرسي، وهي عملية إنسانية منظمة ومخطط لها، تتضمن تقديم خدمات إرشادية، عبر برامج إنمائية ووقائية وإرشادية إلى الطلاب، لمساعدتهم على اختيار الدراسة المناسبة، والالتحاق بها، والاستمرار فيها، والتغلب على المشكلات التي تعترضهم، بغية تحقيق التوافق والإنتاجية" (الشيخ حمود وناصر وجمل، 2011، ص359). كما عرفه مرسى بأنه "مساعدة الطلاب على اختيار نوع الدراسة الملانمة لهم والالتحاق بها والتوافق معها والتغلب على الصعوبات التي تعترضهم في أثناء دراستهم وفي الحياة المدرسية بوجه عام" (مرسى، 1976، ص161). أيضاً عرفه هيلر بأنه "المساعدة المقدمة للتلاميذ والطلاب للتوجيه المناسب واتخاذ القرار بشأن تحقيق الأهداف التعليمية المدرسية التي يطمحون إليها" (Heller, 1978). وعرفه مغاريوس بأنه "مساعدة الطالب على الاختيار بين أنواع مختلفة من التعليم أو بين أنواع من الدراسات أو المواد الدراسية" (مغاريوس، 1974، ص129).

كما عرفه العاسمي ورجال بأنه "الإرشاد النفسي في المؤسسات التربوية يقوم على علاقة تفاعلية بين المرشد والمسترشد (الطالب) بهدف التغلب على الصعوبات ومشكلات عدم التوافق التي يعاني منها الطلبة" (العاسمي ورجال، 2008، ص11).

يعرف المؤلف (العنّار) الإرشاد المدرسي بأنه عملية منظمة يقوم بها المرشد المدرسي تشمل التشخيص ووضع خطة لحل مشكلات التلاميذ والطلاب في المدرسة وذلك بالتعاون مع المدرسة والأهل، وهي تبدأ من المرحلة الدراسية الأولى وحتى الدراسة الجامعية، كما تهدف إلى مساعدة المسترشد (التلميذ أو الطالب) على الاختيار الدراسي

أو المهني المناسب لقدراته وهذا ما يؤدي إلى التكيف الدراسي والمهني، وهذا ينعكس على التكيف العام للشخص فيحقق له السعادة والصحة النفسية السوية. من التعريفات السابقة للإرشاد المدرسي يمكن أن يُستخلص بعض القواسم المشتركة وهي:

- 1- تقديم المساعدة للتلاميذ والطلاب لاختيار الدراسة المناسبة.
 - 2- تقديم المساعدة للطلاب لاختيار المهنة المناسبة.
 - 3- المساعدة في تشخيص مشكلات التلاميذ والطلاب وحلها.
 - 4- المساعدة على تنمية قدرات التلاميذ والطلاب.
 - 5- تقديم المساعدة لرفع مستوى الإنتاج الدراسي.
 - 6- إجراء الاختبارات اللازمة للتلاميذ والطلاب.
 - 7- تصنيف التلاميذ وفق قدراتهم وميولهم واستعداداتهم.
 - 8- إجراء البحوث الإرشادية اللازمة التي تهدف إلى إيجاد حلول لمختلف المشكلات.
 - 9- تشمل عملية الإرشاد كل المراحل الدراسية من المرحلة الأولى وحتى الجامعية.
- كما يؤكد كولمان ويه Coleman & Yeh على أنه لا بد للمرشد المدرسي أن يتمتع بمهارات وفنيات إرشادية ومعرفة نفسية وإنسانية واجتماعية واسعة وتدريب عملي ومعرفة لنظريات النمو وقدرة على التقييم والتشخيص والتدخل والتقدير (Coleman & Yeh, 2011).

أسس الإرشاد المدرسي Fundamentals of School Counseling

أولاً- الأسس العامة

- 1- وحدة الشخصية: يظهر السلوك بتعبير عاطفي أو وجداني أو يغلب عليه الجانب العقلي أو الاجتماعي أو الحركي أو الأخلاقي، هذه الجوانب جميعها تشكل الشخصية.
- 2- الثبات النسبي للسلوك الإنساني: إن هذا السلوك المكتسب يتسم بالثبات النسبي رغم مرور الزمن فالمدرس الذي هو الآن في المدرسة هو ذلك المراهق وذلك الشاب الطيب.

- 3- مرونة السلوك الإنساني: إن السلوك الإنساني يتسم بالثبات النسبي إلا أنه يتمتع بقابلية للتعديل والتغيير عن طريق الاكتساب والتعلم والتعليم والإرشاد النفسي.
- 4- السلوك الإنساني هو مظهر خارجي لأصول داخلية: إن السلوك الملاحظ الذي يصدر عن الإنسان هو عبارة عن الطريقة التي يفكر بها وما يجول في خاطره.
- 5- السلوك الإنساني جماعي-فردى: إن بداية السلوك الإنساني يبدأ جماعياً، فالطفل يتعلم من الأسرة. لكن مع تقدم الزمن يبدأ سلوك الطفل بالتفرد والخصوصية والتميز.
- 6- الاهتمام بالحاضر: عند الحديث عن الزمن لا يمكن التعامل إلا مع الحاضر، فالماضي قد مضى بحلوه ومره، والمستقبل يصعب على الشخص إحضاره الآن.
- 7- استعداد المسترشد للإرشاد: يجب على المسترشد التحلي بالدافعية والإرادة والرغبة في الإرشاد وتعديل السلوك والإقبال عليه (الشيخ حمود والعمار، 2012).
- 8- تقبل المرشد للمسترشد: وهو أن يتقبل المرشد المسترشد في العملية الإرشادية من دون شروط أو قيود مع عدم الاعتبار للونه أو لعرقه أو لدينه أو مذهبه أو لجنسه.
- 9- حق الفرد في الإرشاد: إن الإرشاد حاجة نفسية تتطلبه مطالب النمو السوية لكل إنسان. من هنا يكون الإرشاد حقاً للإنسان يجب أن يحفظه له المجتمع.
- 10- حق الفرد في تقرير مصيره: إن حق الفرد في تقرير مصيره من أهم الأسس التي ينطلق منها الإرشاد المدرسي، فالإرشاد لا يقوم بالأوامر والتعليمات والتوجيهات والحلول الجاهزة، بل هو عملية يتم بها مساعدة المسترشد لاتخاذ قراره الصحيح (زهران، 1986).
- 11- استمرار عملية الإرشاد: إن عملية الإرشاد مستمرة ولا تتوقف من المهد إلى اللحد في كل مراحل العمر (الزعبي، 2017).

ثانياً- الأسس الفلسفية

1- طبيعة الإنسان Nature of Man: أي فهم طبيعة الإنسان هل هي خيرة كما رأت الروجرية أم شريرة كما رأت التحليلية أم تُطبع بما يطبع به الوالدان الطفل كما رأى الإسلام.

2- الكينونة والسيرونة Being and Becoming: الكينونة وهي ما هو كائن وموجود أو يمكن أن يوجد وقد يكون مادياً أو معنوياً، وتتسم الكينونة بالثبات في الجوهر. أما السيرونة فهي ما هو صائر وتتسم بالتغير والتبدل وعدم الثبات على حال. إن الكينونة والسيرونة في حالة من التكامل وبينهما فرق يُبقي على الكينونة ثابتة ويغير السيرونة.

3- الجماليات Aesthetics: إذا كان الناس عامة يهتمون في موضوع الجمال وفلسفة الجمال فمن الطبيعي أن يهتم المرشد بهذا العلم لكي يستطيع فهم المسترشد وما يرغب وما يأنف وهذا يساعد المسترشد على إيجاد التوافق الحياتي بصورة عامة.

4- المنطق Logic: أي دراسة المنطق وقواعد التفكير الصحيح كالاستقراء والاستنباط.

ثالثاً- الأسس الاجتماعية

1- الاهتمام بالفرد بصفته عضواً في الجماعة: يعد الإنسان كائناً اجتماعياً بطبعه كما أكد ابن خلدون، لذلك يجب الاستفادة من هذه السمة لتعديل السلوك.

2- استثمار كل مصادر المجتمع لصالح العملية الإرشادية: كمؤسسات الخدمة الاجتماعية والمراكز الثقافية ومؤسسات التأهيل المهني ومؤسسات رعاية المعوقين وغيرها.

رابعاً- الأسس النفسية والتربوية

1- الفروق الفردية Individual Differences: تعد الفروق الفردية مبدأ مهماً في علم النفس عامة، فقد تجد هناك تشابهاً كبيراً بين الناس في صفة أو سمة وقد يصل إلى 70% أو 80% أو 90%، لكن لا يصل هذا التشابه وإن ارتفع إلى 100% أي إلى حالة من التطابق حتى في حالات التوائم الحقيقية. إن الفروق بين الناس تشبه بصمة الأصبع التي يتميز بها كل شخص لدرجة أنها تعبير عن هوية الشخص وتشكل مكوناً

مهماً في الهوية الشخصية، فمليارات البشر قد يوجد بينهم تشابه في بصمة الأصبع ولكن لا يوجد تطابق البتة، وهذا ينطبق على الصفات الجسدية والنفسية بأكملها. إن خير مثال يضرب في الفروق الفردية في علم النفس والإرشاد النفسي هو الذكاء، فالناس يختلفون في درجة ذكائهم، بل إنهم يتوزعون بصورة طبيعية على منحني التوزيع الطبيعي بحيث يكون الغالبية في الوسط أي في الانحراف الأول السالب والانحراف الأول الموجب (+ -) 1) ونسبتهم 68%، وأقل منه يكون في الانحراف الثاني السالب والانحراف الثاني الموجب (+ -) 2) ونسبتهم 28%، وأقل من ذلك يكون في الانحراف الثالث السالب والانحراف الثالث الموجب (+ -) 3) ونسبتهم 4%. لو تم تناول كل الصفات الإنسانية بالدراسة الجسدية منها والنفسية سيُلاحظ أن جميعها يكون ضمن التوزيع الطبيعي وهذا يدل على الفروق الفردية وعدم التطابق.

2- الفروق بين الجنسين Sex Differences: إن الفروق بين الجنسين واضحة ولا تحتاج إلى كثير من البحث والتدقيق حتى تظهر هذه الفروق، فهناك فروق بين الجنسين جسمية واجتماعية وفيزيولوجية وعقلية وانفعالية. هكذا خلق الله الجنسين وجعل بينهما فروقاً تمييزية.

3- مطالب النمو Developmental Tasks: لكل مرحلة من مراحل النمو مطالب تميزها عن غيرها من المراحل ولا بد من تحقيقها. إن أهم مطالب النمو في المراحل المختلفة هي:

★ مطالب النمو في مرحلة الطفولة وتشمل: تعلم تناول الطعام، تعلم المشي، تعلم الكلام، المحافظة على الحياة، تعلم ضبط الإخراج وعاداته، تعلم مهارات اللعب، تعلم مهارات القراءة والكتابة والحساب، تعلم قواعد الأمن والسلامة، تعلم التفاعل الاجتماعي السوي سواء في الأسرة أو في خارجها، التعرف والالتزام بالمعايير الاجتماعية والأخلاقية، تعلم التمييز بين الخطأ والصواب، تعلم أنماط السلوك المنسجمة مع جنسه، تعلم تحمل المسؤولية بما يتناسب مع عمره، تعلم ممارسة الاستقلالية والاعتماد على الذات، تعلم ضبط الانفعالات والنفس، تعلم الثقة بالنفس، تحقيق الأمن الانفعالي.

✳ مطالب النمو في مرحلة المراهقة وتشمل: تقبل التغيرات الجسدية التي تحدث نتيجة النمو، تقبل الدور الجنسي في الحياة، متابعة التعليم والتحصيل، تقبل المسؤولية الاجتماعية، ضبط النفس بما يتصل بالدافع الجنسي، التمكن من المهارات الاجتماعية المختلفة، الاستعداد لاختيار المهنة المناسبة، الالتزام بالمعايير الاجتماعية والأخلاقية، اكتمال النمو الانفعالي والاستقلال عن الوالدين، نمو القدرة على المحاكمة المنطقية والحوار مع الآخرين.

✳ مطالب النمو في مرحلة الشباب وتشمل: إكمال الدراسة والتخرج، اختيار المهنة المناسبة، اختيار الزوج، التكيف مع الحياة الزوجية الناشئة، تكوين الأسرة، الاستعداد لتربية الأولاد، توسيع المعارف والخبرات ما أمكن، تحقيق مستوى اقتصادي مناسب، تحقيق التوافق المهني، تحقيق الاتزان الانفعالي، ممارسة حقوق المواطنة والمسؤولية الوطنية، تقبل الوالد والشيخ ومعاملتهم بالاحسن.

✳ مطالب النمو في مرحلة الشيخوخة وتشمل: القيام بالنشاط الاجتماعي الذي يتناسب مع القدرات، ممارسة العبادات والشعائر الدينية، ممارسة الإصلاح الاجتماعي بين الناس ولا سيما الأقارب ما أمكن، التوافق مع الحياة الجديدة بعد الإحالة إلى التقاعد، التوافق مع الضعف الجسدي، التوافق مع قلة الدخل، الاستعداد لتقبل المساعدة من الآخرين، التوافق مع التغيرات الأسرية مثل ترك الأولاد والعيش وحيداً، التوافق بعد موت الزوج أو الأصدقاء، تكوين علاقات اجتماعية جديدة، تحقيق التوافق مع الجيل الجديد والمتغيرات الحضارية، تحقيق التوافق مع رفاق السن الذين يقضي معهم جل وقته.

4- **الفروق في الإدراك Differences in Perception**: يختلف إدراك الفرد عن الآخرين، فكل فرد إدراكه الذي يدرك به المثيرات من حوله (زهران، 1986).

5- **الفروق بين القدرات لدى الشخص نفسه**: تختلف القدرات لدى الشخص نفسه، فالشخص نفسه قد يملك قدرات رياضية هائلة في الوقت الذي يعاني فيه من ضعف في اللغة.

6- **الإرشاد المدرسي ليس نشاطاً مدرسياً**: إنه خدمة نفسية ومدرسية تُقدّم للتلاميذ والطلاب بغية مساعدتهم في حل مشكلاتهم والوصول بهم إلى دائرة التكيف والسواء.

7- الإرشاد المدرسي يدعم عملية التعلم: من خلال حل المشكلات التي تعيق عملية التعلم.

8- تعاون المرشد المدرسي مع المدرسين وأولياء التلاميذ والطلاب: لنجاح البرنامج الإرشادي في المدرسة.

9- الاهتمام بالتلميذ كعضو في الجماعة: إن التلميذ هو عضو في جماعة وقد يواجه مشكلات خاصة به كممارسة السلوك العدواني اتجاه الزملاء، فيجب على المرشد مساعدته.

خامساً- الأسس الفيزيولوجية

كثيراً ما يكون الجانب الجسدي انعكاساً للجانب النفسي، فانفعال الحزن يؤدي إلى انهيار الدموع، وانفعال الخوف يؤدي إلى زيادة سرعة ضربات القلب، وفي الوقت نفسه المرض العضوي قد يؤدي إلى الاكتئاب والحزن، فالتعرض لحادث سير قد يفقد الإنسان طرفاً من أطرافه ويدخله في اضطراب ما بعد الصدمة (الشيخ، 2007). في الحقيقة الأمثلة كثيرة على التفاعل بين الحالة الجسدية والحالة النفسية ومنها إذا حدث انفعال مزمن كالخوف مثلاً فإنه مع مرور الزمن قد يتحول عن طريق الجهاز العصبي إلى خلل في الجهاز الحسي أو الجهاز الحركي، وهذا ما يُسمى بالهستيريا (Hysteria) ومن الأعراض الحسية الهستيرية: الصمم الهستيري والشم الهستيري والعمى الهستيري والألم الهستيري. من الأعراض الحركية للهستيريا: الرعشة الهستيرية والتشنج الهستيري والخرس الهستيري والشلل الهستيري. كذلك إذا حدث انفعال مزمن وتحول عن طريق الجهاز العصبي اللاإرادي إلى أعراض جسمية تصيب أعضاء الجسم التي يتحكم فيها الجهاز العصبي الذاتي (اللاإرادي) ظهرت ما تسمى بالاضطرابات النفسية الجسمية، أي نفسية المنشأ وجسمية الأعراض والمصطلح بالإنكليزية هو (Psychosomatic Disorders). ومن الاضطرابات النفسية الجسمية في أجهزة الجسم المختلفة الآتي: في الجهاز الدوري: الربو الشعبي والتهاب مخاطية الأنف، الذبحة الصدرية، ارتفاع ضغط الدم أو انخفاضه. في الجهاز الهضمي: التهاب المعدة، التهاب القولون، فقدان الشهية، الإمساك المزمن.

في الجهاز التناسلي: العنة، البرودة الجنسية واضطراب الحيض، الإجهاض المتكرر. في جهاز الغدد: البدانة، السكري، التسمم الدرقي. في الجهاز العصبي: الصداع النصفي، إحساس الأطراف الكاذب. في الجلد: التهاب الجلد العصبي، الحكة والأكزيما العصبية، سقوط الشعر، فرط العرق، حب الشباب، الحساسية الجلدية. في الجهاز البولي: احتباس البول وكثرة التبول والحرقة البولية. في الجهاز العضلي الهيكلي: التهاب المفاصل الروماتزمي، آلام الظهر.

سادساً-الأسس الفنية لعملية الإرشاد

هناك بعض الأسس التي تفرضها العملية الإرشادية وطبيعة العمل الإرشادي وهي:

- 1- على المرشد أن يبحث مشكلة المسترشد من كل جوانبها ويستخدم كل وسائل للمساعدة.
- 2- ينبغي على المرشد أن يكون مرناً في استخدام الأساليب الإرشادية.
- 3- على المرشد أن يبذل كل طاقته ما أمكن لكي يزيد من فهم المسترشد لنفسه وللعالم.
- 4- يقع على عاتق المرشد أن يساعد المسترشد على أن يتقبل ذاته كما هي.
- 5- الذي يتخذ القرار النهائي هو المسترشد وليس المرشد(مرسي، 1975).

سابعاً-الأسس الأخلاقية

نشرت الجمعية الأمريكية للمرشدين The American Counseling Association معايير أخلاقية، ولممارسة المهنة يجب الالتزام بهذه المعايير(Mississippi Counseling Association, 1997). كما حددت جمعية علم النفس الأمريكية American Psychological Association ويرمز لها بـ (A. P.) (A.) أخلاقيات المرشد المهنية وقد كان الهدف هو: ☆ تعريف المرشد ما يجب عليه في عملية الإرشاد عامة وفي مواقف الصراع والطوارئ.

☆ تحديد مسؤوليات المرشد تجاه المسترشد.

- ✧ تحديد حقوق المرشد وحدوده في العملية الإرشادية.
 - ✧ تحديد الإطار الاجتماعي وحقوق المجتمع على المرشد والمسترشد (زهران، 1986).
- أما أهم الأسس الأخلاقية في الإرشاد النفسي فهي:
- 1- **العلم والممارسة:** يجب على من يعمل في مجال الإرشاد أن يكون قد درس الإرشاد وهو يحمل شهادة جامعية في الإرشاد النفسي أو علم النفس، وقد تدرب ومارس الإرشاد بعد التخرج مدة عامين أو عام على الأقل.
 - 2- **قسم المهنة:** يجب على المرشد قبل ممارسة العمل أن يؤدي القسم بالله لمراعاة الله في العمل والتزام مبادئ المهنة وأخلاقياتها جملة وتفصيلاً وألا يحيد عنها.
 - 3- **الترخيص:** إن مهنة الإرشاد هي كأي مهنة تحتاج إلى ترخيص حتى يتم العمل بها.
 - 4- **المحافظة على سرية المعلومات:** لا يحق للمرشد أن يبوح بأسرار المسترشد لأي جهة كانت إلا بعد الاستئذان من المسترشد. لكن كيف يتم تقدير مدى سرية المعلومات؟
- لقد حددت الرابطة الأمريكية للمرشدين النفسيين معايير أخلاقية خاصة بالسرية وهي:
- تعد العلاقة الإرشادية وما ينتج عنها معلومات سرية ولا يجوز البوح بها.
 - عند معرفة المرشد أن المسترشد سيقدم على عمل فيه ضرر للآخرين، فإنه يقع على عاتق المرشد أن يبلغ الجهات المختصة من دون الكشف عن هوية المسترشد.
 - عندما يشعر المرشد أن هناك خطراً على المسترشد أو على الآخرين فإنه يجب على المرشد أن يخبر السلطات المختصة أو يتخذ التدابير اللازمة الأخرى وفق الظروف والحالة.
- كما يعد كشف المعلومات واجباً من قبل المرشد في الحالات الآتية:
- في حال تبين أن المسترشد لديه النية للقيام بجريمة بحق الآخرين.
 - في حال ظهر أن جريمة أو سلوكاً منحرفاً قد ارتكب من قبل المسترشد.
 - في حال أن المستقبل الصحي للمسترشد مهدد نتيجة الكتمان (ايزنبرغ وديلاني، 1994).

5- الالتزام بحدود العلاقة المهنية: ومراعاة القواعد الاجتماعية والدينية والأخلاقية والقانونية والعادات والتقاليد، فيجب ألا تخرج عن إطار العلاقة الإرشادية إلى علاقات أخرى.

6- العمل بإخلاص: على المرشد أن يعمل بجد وإخلاص لمساعدة المسترشد.

7- العمل كفريق: مراعاة التعاون بين فريق الإرشاد المكون من: المرشد النفسي المدرسي والأخصائي الاجتماعي والطبيب النفسي والمعلم والأهل والمرضة.

8- احترام اختصاص الزملاء: وعدم القيام بأي عمل يخرج عن اختصاص المرشد.

9- الاستشارة المتبادلة: يجب أن يتبادل المرشد الاستشارة مع الاختصاصيين الآخرين.

10- إحالة المسترشد: عندما تخرج الحالة عن اختصاص المرشد، فيجب عليه أن يحيلها إلى مختص آخر، وتتم الإحالة عادة وفق ما يأتي:

★ تنبيه المسترشد أو أهله إلى ضرورة مراجعة مختص آخر لأن الحالة تستدعي ذلك.

★ هناك علاقة بين المرشد والمحال إليه، فهناك إحالات متبادلة بينهما.

★ يجب التعرف إلى المسترشدين الذين تتطلب حالتهم إحالة إلى ذوي الاختصاص.

★ تحديد الجهات التي يمكن أن تتم الإحالة إليها ونوع المساعدة التي تقدمها للمسترشد.

11- المحافظة على كرامة المهنة: يجب على المرشد المحافظة على كرامة مهنته في أثناء العملية الإرشادية، فليس مقبولاً أن يعرض المرشد خدماته في الشارع أو في الأماكن العامة.

12- التكاليف الإرشادية: الإرشاد هنا مجاني كما في الإرشاد المدرسي أو تقدمه جهة خيرية، قد تكون حالة الإرشاد في مركز خاص هنا يدفع المسترشد التكاليف، ويجب على المرشد أن يأخذ أجره من غير أن يستغل المسترشد.

مهام الإرشاد المدرسي

أولاً- الإرشاد في أثناء التغيرات الدراسية: تتجسد المهام في هذا الجانب بالنقاط الآتية:

- 1- مساعدة التلميذ عند دخوله إلى المدرسة والانتقال من البيت أو الروضة إلى المدرسة.
- 2- مساعدة التلاميذ إرشادياً عند الانتقال من الحلقة الدراسية الأولى إلى الحلقة الثانية.
- 3- إرشاد الطلاب عند دخول الثانوية العامة بأنواعها.
- 4- إرشاد الطلاب عند دخول الفرع العلمي أو الأدبي في الثانوية العامة.
- 5- إرشاد التلاميذ الذين يعانون مشكلات ناتجة عن تغيير المدرسة ومكان الإقامة.
- 6- المساعدة لتوزيع التلاميذ في الشعب الدراسية، إذ تتنوع الشعبة من حيث قدرات التلاميذ.

ثانياً-الإرشاد الفردي: الذي يتناول المشكلات الفردية ويتجسد من خلال النقاط الآتية:

- 1-إرشاد التلاميذ الذين لديهم تقصير دراسي عام أو خاص. 2-إرشاد التلاميذ المبدعين والمتفوقين والموهوبين ورعايتهم. 3-إرشاد التلاميذ لاتخاذ قرارات تغيير المدرسة. 4-إرشاد الطلاب للاختيار المهني والتأهيل المهني. 5-التواصل مع الأهل في المنزل والتعاون معهم.

ثالثاً-الإرشاد الدراسي: يتمحور الإرشاد الدراسي حول النقاط الآتية:

- 1- إرشاد الطلاب للاختيار الدراسي: في فرع من فروع الثانوية المختلفة.
- 2- الإرشاد المهني الأكاديمي: وهو يقوم بإعطاء معلومات حول المهن المختلفة.
- 3- تزويد الطلاب بالمعلومات للدراسة الجامعية: للذين يريدون متابعة الدراسة الجامعية.
- 4- الإرشاد العلاجي للطلبة: وهو إرشاد التلاميذ والطلاب الذين يعانون من اضطرابات نفسية واجتماعية أو لديهم صعوبات تعليمية(Heller, 1976).

وظائف الإرشاد المدرسي: وفق سترينغ (Strang) وظائف الإرشاد المدرسي وهي:

- أولاً-اختيار نوع الدراسة المناسبة لإمكانات الطالب.
- ثانياً-الاستمرار في الدراسة أو التحول إلى العمل وذلك بناء على رغبته وما يملك من قدرات.

ثالثاً-معاونة الطلاب على النجاح في الدراسة من خلال معرفة جوانب النقص ومعالجتها.

للقيام بهذه الوظائف يجب على المرشد المدرسي مساعدة الطالب من خلال الآتي:

- 1-تقويم الطالب من حيث الاستعدادات العقلية والميول المهنية والدراسية والتحصيل. 2-
- التعرف إلى الإمكانيات التعليمية المتاحة للطلاب. 3-اختيار الكليات أو المعاهد أو
- المدارس التي تناسب قدراته. 4-تحديد جوانب الضعف التي تعيق النجاح والعمل على
- تجاوزها. 5-تحقيق التوافق الأسري والمدرسي والاجتماعي ليساعد الطالب على
- النجاح(مرسي، 1976).

يرى هيلر أن وظائف الإرشاد المدرسي تنحصر في وظيفتين رئيسيتين هما:

- 1- وظيفة تستند إلى طبيعة النظام المدرسي: وهي تراعي النظام المدرسي أكثر من
- مراعاتها للفرد ويتم ذلك من خلال تحسين الشروط التعليمية ويندرج تحت ذلك المبادئ
- الآتية:

★ مبدأ النفاذية (إمكانية التغيير): وهو يجوز تغيير نوع دراسة إذا لم تناسب قدرات الطالب.

★ مبدأ التفريد: ويتضمن اختيار المناهج الدراسية التي تناسب قدرات الطالب.

★ مبدأ الإصلاح التربوي: أي تغيير النظام الدراسي التقليدي وتجريب أنظمة دراسية جديدة.

- 2- وظيفة الإرشاد المدرسي الفردية والاجتماعية بأن واحد وهي تؤكد على أهمية
- وظائف الإرشاد المدرسي الفردية والاجتماعية من خلال النقاط الآتية:

★ يساعد الإرشاد المدرسي على الاندماج الاجتماعي بين التلاميذ والمدرسة والأهل.

★ يساهم الإرشاد المدرسي في تخفيض النفقات التربوية ودعم الاقتصاد: وذلك من خلال مساعدة الطلاب على اتخاذ القرارات السليمة، وهذا يقلل سنوات الرسوب لدى الطلبة.

★ يساهم الإرشاد في عملية التنمية: عن طريق تنمية القدرات والمواهب لدى التلميذ.

✪ يساهم الإرشاد المدرسي في تحقيق الذات: من خلال الكشف عن قدراته ومواهبه وإبداعاته، إذ يعد ظهورها تأكيداً للذات وتنمية شاملة لشخصية التلميذ (Heller, 1976).

المدرس المرشد Teacher-Counselor

يعد المدرس هو الشخص الأقرب في المدرسة من التلاميذ أو الطلاب، فهو يعرف قدراتهم وإمكاناتهم واستعداداتهم وميولهم وهواياتهم. من هذا المبدأ قامت بعض الدول بإحداث وظيفة المدرس المرشد بدلاً من المرشد المدرسي، ومثال ذلك ألمانيا، فالمدرس المرشد يجمع بين التدريس والإرشاد من غير أن يكون هناك مرشد مفرغ فقط للإرشاد، إذ يتعامل المدرس المرشد مع الحالات العادية والبسيطة، وفي الحالات الصعبة والمعقدة يتم تحويلها إلى مركز الإرشاد الذي يوجد فيه المرشد النفسي المدرسي المختص، ويوجد مركز الإرشاد في دائرة التربية أو مديرية التربية. يقوم المرشد المدرسي بإرشاد هذه الحالة من خلال وضع برنامج إرشادي ويتعاون في بعض الأمور مع المدرس المرشد ويقوم بزيارات دورية وبحسب الحاجة إلى المدارس، فيتبادل الرأي مع المدرس المرشد بما يخص مشكلات التلاميذ أو الطلاب.

مما سبق يمكن تعريف المدرس المرشد "وهو مدرس لمادة ما، مضى على تعيينه سنتان على الأقل واختير بعد أن تقدم بطلب لشغل هذه المهمة، وتم إعداده لمدة سنتين في إحدى كليات التربية وعلم النفس، درس خلالها مواد نظرية في التربية وعلم النفس والإرشاد وتدرّب ميدانياً على تقنيات الإرشاد في أحد مراكز الإرشاد المدرسي، وهو يجمع بين عمله التدريسي من جهة وإرشاد الطلاب من جهة أخرى، مع تخفيض نصابه التدريسي خمس ساعات أسبوعياً" (Aurin, 1985, 13).

مهام المدرس المرشد

- 1- شرح خدمات الإرشاد المدرسي للتلاميذ والطلاب وبناء الاتجاه الإيجابي نحوه.
- 2- المساعدة في بناء جو نفسي وصحي في المدرسة لتحقيق التوافق النفسي والدراسي.
- 3- مساعدة التلاميذ والطلاب العاديين إنمائياً ووقائياً ورعاية نموهم النفسي.

4- المساعدة على إجراء الاختبارات والمقاييس التربوية والنفسية لتحديد استعدادات الطلاب.

5- ملاحظة التلاميذ أو الطلاب وفهمهم واكتشاف حالات سوء التوافق المبكرة لديهم ومساعدة الذين يمكن مساعدتهم أما الذين حالتهم صعبة، فيحالون إلى المرشد المدرسي.

6- تزويد الطلاب بالمعلومات الدراسية والمهنية لمستقبلهم وحل المشكلات التربوية مثل التقصير العام والخاص وسوء التوافق الدراسي ومشكلات المتفوقين دراسياً.

7- توطيد العلاقة بين المدرسة والأهل والاتصال بالأهل عن طريق مجالس الآباء والمعلمين التي تعقد بصورة دورية.

8- يتبادل الرأي مع التلاميذ أو الطلاب حول أساليب الاستذكار والدراسة الفعالة.

9- تحديد الطلاب الموهوبين وإرشادهم إلى ما يناسب هواياتهم ومواهبهم من برامج دراسية خاصة ورعاية خاصة داخل المدرسة وخارجها لضمان نمو هذه المواهب (مغاريوس، 1974).



الفصل الثالث عشر

تصنيف الاضطرابات النفسية

مقدمة

لقد سعى الباحثون منذ القدم لتصنيف الاضطرابات النفسية لعل أول من بدأ بالتصنيف هم العرب على يد ابن سينا والغزالي وابن رشد وغيرهم. يتابع الباحثون في العصر الحديث- في مجال الاضطرابات النفسية والصحة النفسية والتشخيص النفسي والطب النفسي والعلاج والإرشاد النفسي لوضع تصانيف للاضطرابات والأمراض النفسية، لتنظيم هذه الاضطرابات والأمراض النفسية ضمن مجموعات، إذ تحوي كل مجموعة عدداً من الاضطرابات النفسية التي تتشابه فيما بينها ويوجد بينها قاسم مشترك كبير يجعلها من مجموعة واحدة. بل ربما تكون المجموعة هي اضطراب واحد، وقد تم تقريعه إلى اضطرابات عدة. هناك تصانيف عالمية عدة وأشهرها: تصنيف ICD-11 الصادر عن منظمة الصحة العالمية، وتصنيف DSM-5-TR الصادر عن الجمعية النفسية الأمريكية. في هذا الفصل سيُتناول هذان التصنيفان.

تعريف التصنيف Classification

وهو "إجراء لتركيب مجموعات أو فئات وتحديد كيانات واضطرابات أو أشخاص لها، على أساس العلاقات والصفات المشتركة بينها" (سعد، 1994، 148).
لقد نشر أول تصنيف لـ (ICD-1) في عام (1900) في باريس، وقد تطور هذا التصنيف في إصدارات عدة حتى وصل في عام (2021) إلى إصدار (ICD-11). في الولايات المتحدة الأمريكية صدر أول (DSM-1) في عام (1952)، وقد تطور هذا التصنيف في إصدارات عدة حتى وصل في عام (2022) إلى الإصدار الخامس المعدل (DSM-5-TR).

تصنيف الاضطرابات النفسية وفق ICD-11 (2021)

دليل التصنيف الدولي الإحصائي لأضرار الأمراض وأسباب الموت

Manual of the International Statistical Classification of Diseases Injures and Causes of Death-11
العالمية ويتضمن:

اضطرابات النماء العصبية وتشمل: اضطرابات النماء الذهني ويتفرع عنه: اضطراب النماء الذهني الخفيف، اضطراب النماء الذهني المعتدل، اضطراب النماء الذهني الشديد، اضطراب النماء الذهني العميق، اضطراب النماء الذهني المرحلي، اضطرابات النماء الذهني غير المحددة. **اضطرابات الكلام أو اللغة النمائية** ويشمل: اضطراب صوت الكلام النمائي، اضطراب طلاقة الكلام النمائي، اضطراب اللغة النمائي ويتفرع عنه: اضطراب اللغة النمائي مع ضعف في اللغة الاستقبالية والتعبيرية، اضطراب اللغة النمائي مع ضعف في اللغة التعبيرية خصوصاً، اضطراب اللغة النمائي مع ضعف في اللغة العملية خصوصاً، اضطراب اللغة النمائي مع ضعف محدد في اللغة. اضطرابات كلام أو لغة نمائية محددة أخرى، اضطراب كلام أو لغة تطوري غير محدد. **اضطراب طيف التوحد** ويشمل: اضطراب طيف التوحد دون اضطراب في النماء الذهني مع ضعف طفيف أو دون ضعف في اللغة الوظيفية، اضطراب طيف التوحد مع اضطراب النماء الذهني مع ضعف طفيف أو دون ضعف في اللغة الوظيفية، اضطراب طيف التوحد دون اضطراب في النماء الذهني مع ضعف في اللغة الوظيفية، اضطراب طيف التوحد مع اضطراب في النماء الذهني مع ضعف في اللغة الوظيفية، اضطراب طيف التوحد دون اضطراب في النماء الذهني مع غياب اللغة الوظيفية، اضطراب طيف التوحد مع اضطراب في النماء الذهني مع غياب اللغة الوظيفية، اضطراب طيف التوحد مع اضطراب طيف التوحد غير محدد. **اضطراب التعلم النمائي** ويشمل: اضطراب التعلم النمائي مع ضعف في التعبير المكتوب، اضطراب التعلم النمائي مع ضعف في الرياضيات، اضطراب التعلم النمائي مع ضعف محدد آخر في التعلم، اضطراب التعلم التطوري غير محدد. اضطراب التناسق الحركي النمائي، اضطراب نقص الانتباه فرط الحركة ويشمل: اضطراب نقص الانتباه فرط الحركة، التظاهر المهيمن نقص الانتباه، اضطراب نقص الانتباه فرط الحركة، التظاهر المهيمن فرط الحركة - الاندفاعية، اضطراب نقص الانتباه فرط الحركة

التظاهر المشترك، اضطراب نقص الانتباه فرط الحركة تظاهر محدد آخر، اضطراب نقص الانتباه فرط الحركة تظاهر غير محدد. **اضطراب الحركة النمطي** ويشمل: اضطراب الحركة النمطي دون أذية للذات، اضطراب الحركة النمطي مع أذية للذات، اضطراب الحركة النمطي غير محدد. **اضطراب العرة أو عرات أولية** ويشمل: متلازمة توريت، اضطراب العرة الحركية المزمن، اضطراب العرة الصوتية المزمن، عرات حركية وجيزة، اضطراب العرة أو عرات أولية محددة أخرى، اضطراب العرة أو عرات أولية غير محددة. **متلازمة النماء العصبي الثانوية**: متلازمة الكلام أو اللغة الثانوية، متلازمة النماء العصبي الثانوية المحددة أخرى، متلازمة النماء العصبي الثانوية غير محددة، اضطرابات النماء العصبية محددة أخرى، اضطرابات النماء العصبية غير محددة.

الفصام والاضطرابات الذهانية الأولية وتشمل:

الفصام ويشمل: **الفصام النوبة الأولى** ويشمل: الفصام النوبة الأولى عرضي حالياً، الفصام النوبة الأولى في هدأة جزئياً، الفصام النوبة الأولى في هدأة كاملة، الفصام النوبة الأولى غير محدد. **الفصام نوبات متعددة** ويشمل: الفصام نوبات متعددة عرضي حالياً، الفصام نوبات متعددة في هدأة جزئياً، الفصام نوبات متعددة في هدأة كاملة، الفصام نوبات متعددة غير محدد. **الفصام مستمر ويشمل:** الفصام مستمر عرضي حالياً، الفصام مستمر في هدأة جزئياً، الفصام مستمر في هدأة كاملة، الفصام مستمر غير محدد، الفصام محدد آخر، الفصام غير محدد. **الفصام الوجداني** ويشمل: الفصام الوجداني النوبة الأولى، الفصام الوجداني النوبة الأولى عرضي حالياً، الفصام الوجداني النوبة الأولى في هدأة جزئياً، الفصام الوجداني النوبة الأولى في هدأة كاملة، الفصام الوجداني النوبة الأولى غير محدد. **الفصام الوجداني نوبات متعددة** ويشمل: الفصام الوجداني نوبات متعددة عرضي حالياً، الفصام الوجداني نوبات متعددة في هدأة جزئياً، الفصام الوجداني نوبات متعددة في هدأة كاملة، الفصام الوجداني نوبات متعددة غير محدد. **الفصام الوجداني مستمر** ويشمل: الفصام الوجداني مستمر عرضي حالياً، الفصام الوجداني مستمر في هدأة جزئياً، الفصام الوجداني مستمر في هدأة كاملة، الفصام الوجداني مستمر غير محدد. **الفصام الوجداني محدد آخر**، الفصام الوجداني

غير محدد. الاضطراب الفصامي النمط، الاضطراب الذهاني الحاد الوجيز ويشمل: الاضطراب الذهاني الحاد الوجيز نوبة أولى، الاضطراب الذهاني الحاد الوجيز النوبة الأولى عرضي حالياً، الاضطراب الذهاني الحاد الوجيز النوبة الأولى في هدأة جزئياً، الاضطراب الذهاني الحاد الوجيز النوبة الأولى في هدأة كاملة، الاضطراب الذهاني الحاد الوجيز النوبة الأولى غير محدد. الاضطراب الذهاني الحاد الوجيز نوبات متعددة ويشمل: الاضطراب الذهاني الحاد الوجيز نوبات متعددة عرضي حالياً، الاضطراب الذهاني الحاد الوجيز نوبات متعددة في هدأة جزئياً، الاضطراب الذهاني الحاد الوجيز نوبات متعددة في هدأة كاملة، الاضطراب الذهاني الحاد الوجيز نوبات متعددة غير محدد. الاضطراب الذهاني الحاد الوجيز محدد آخر، الاضطراب الذهاني الحاد الوجيز غير محدد. الاضطراب التوهمي ويشمل: الاضطراب التوهمي عرضي حالياً، الاضطراب التوهمي في هدأة جزئياً، الاضطراب التوهمي في هدأة كاملة، الاضطراب التوهمي غير محدد. المظاهر العرضية للاضطرابات الذهانية الأولية ويشمل: الأعراض الإيجابية في الاضطرابات الذهانية الأولية، الأعراض السلبية في الاضطرابات الذهانية الأولية، الأعراض الاكتئابية في الاضطرابات الذهانية الأولية، أعراض الهوس في الاضطرابات الذهانية الأولية، الأعراض النفسية الحركية في الاضطرابات الذهانية الأولية، الأعراض المعرفية في الاضطرابات الذهانية الأولية. الاضطرابات الذهانية المُحدّثة بالمواد وتشمل: اضطراب ذهاني مُحدّث بالكحول، اضطراب ذهاني مُحدّث بالكحول مع هلاوس، اضطراب ذهاني مُحدّث بالكحول مع أوهام، اضطراب ذهاني مُحدّث بالكحول مع أعراض ذهانية مختلطة، اضطراب ذهاني مُحدّث بالكحول غير محدد، اضطراب ذهاني مُحدّث بالحشيش، اضطراب ذهاني مُحدّث بالكابابينويد الصناعي، اضطراب ذهاني مُحدّث بالأفيون، اضطراب ذهاني مُحدّث بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق، اضطراب ذهاني مُحدّث بالكوكائين، اضطراب ذهاني مُحدّث بالكوكائين مع هلوسات، اضطراب ذهاني مُحدّث بالكوكائين مع أوهام، اضطراب ذهاني مُحدّث بالكوكائين مع أعراض مختلطة، اضطراب ذهاني مُحدّث بالكوكائين غير محدد، اضطراب ذهاني مُحدّث بالمنشطات متضمناً الأمفيتامين والميتامفيتامين والميتكاتينون، اضطراب ذهاني

مُحَدَّث بالمنشطات متضمناً الأمفيتامين والميتامفيتامين والميثكاثينون مع هلوسات، اضطراب ذهاني مُحَدَّث بالمنشطات متضمناً الأمفيتامين والميتامفيتامين والميثكاثينون مع أوهام، اضطراب ذهاني مُحَدَّث بالمنشطات متضمناً الأمفيتامين والميتامفيتامين والميثكاثينون مع أعراض مختلطة، اضطراب ذهاني مُحَدَّث بالمنشطات متضمناً الأمفيتامين والميتامفيتامين والميثكاثينون غير محدد، اضطراب ذهاني مُحَدَّث بالكاثينون الصناعي، اضطراب ذهاني مُحَدَّث بالكاثينون الصناعي مع هلوسات، اضطراب ذهاني مُحَدَّث بالكاثينون الصناعي مع أوهام، اضطراب ذهاني مُحَدَّث بالكاثينون الصناعي مع أعراض مختلطة، اضطراب ذهاني مُحَدَّث بالكاثينون الصناعي غير محدد، اضطراب ذهاني مُحَدَّث بالمهلوسات، اضطراب ذهاني مُحَدَّث بالمستنشقات الطيارة، اضطراب ذهاني مُحَدَّث بمادة MDMA والمواد ذات الصلة و MDA من ضمنها، اضطراب ذهاني مُحَدَّث بالعقاقير المفارقة متضمناً PCP أو الكيتامين، اضطراب ذهاني مُحَدَّث بمادة محددة أخرى ذات تأثير نفسي، اضطراب ذهاني مُحَدَّث بمادة غير معروفة أو غير محددة ذات تأثير نفسي. متلازمة الاضطراب الذهاني الثانوية ويشمل: متلازمة الاضطراب الذهاني الثانوية مع أوهام، متلازمة الاضطراب الذهاني الثانوية مع أوهام وهلوس، متلازمة الاضطراب الذهاني الثانوية مع أعراض غير محددة. فصام محدد آخر أو الاضطرابات الذهانية الأولية، الفُصام أو الاضطرابات الذهانية الأولية غير محددة.

كاتاتونيا

كاتاتونيا مصاحبة لمرض عقلي آخر، كاتاتونيا مُحَدَّثَة بمواد ذات تأثير نفسي متضمنة الأدوية، متلازمة الكاتاتونيا الثانوية، كاتاتونيا غير محددة.

اضطرابات المزاج

ثنائي القطب أو الاضطرابات ذات الصلة ويشمل، اضطراب ثنائي القطب نمط I ويتفرع عنه: النوبة الحالية هوس دون أعراض ذهانية، الحالية هوس مع أعراض ذهانية، النوبة الحالية تحت هوس، النوبة الحالية اكتئاب خفيف، النوبة الحالية اكتئاب معتدل دون أعراض ذهانية، النوبة الحالية اكتئاب معتدل مع أعراض ذهانية، النوبة الحالية اكتئاب

شديد دون أعراض ذهانية، النوبة الحالية اكتئاب شديد مع أعراض ذهانية، النوبة الحالية اكتئاب غير محدد الشدة، النوبة الحالية مختلطة دون أعراض ذهانية، النوبة الحالية مختلطة مع أعراض ذهانية، حالياً في هدأة جزئية أقرب نوبة هوس أو تحت هوس، حالياً في هدأة جزئية أقرب نوبة اكتئاب، حالياً في هدأة جزئية أقرب نوبة مختلطة، حالياً في هدأة جزئية أقرب نوبة غير محددة، حالياً في هدأة كاملة، محدد آخر، غير محدد.

اضطراب ثنائي القطب نمط II ويتفرع عنه: النوبة الحالية تحت هوس، النوبة الحالية اكتئاب خفيف، النوبة الحالية اكتئاب، معتدل دون أعراض ذهانية، النوبة الحالية اكتئاب معتدل مع أعراض ذهانية، النوبة الحالية اكتئاب شديد دون أعراض ذهانية، النوبة الحالية اكتئاب شديد مع أعراض ذهانية، النوبة الحالية اكتئاب غير محدد الشدة، هدأة جزئية أقرب نوبة تحت هوس، هدأة جزئية أقرب نوبة اكتئاب هدأة جزئية أقرب نوبة غير محددة، هدأة كاملة، محدد آخر، غير محدد. **اضطراب دورية المزاج** وتشمل: ثنائي القطب أو الاضطرابات ذات الصلة محدد آخر، ثنائي القطب أو الاضطرابات ذات الصلة غير محدد. **الاضطرابات الاكتئابية** وتشمل: اضطراب اكتئابي وحيد النوبة ويتفرع عنه: خفيف، معتدل دون أعراض ذهانية، معتدل مع أعراض ذهانية، شديد دون أعراض ذهانية، شديد مع أعراض ذهانية، غير محدد الشدة، في هدأة جزئية، في هدأة كاملة، محدد آخر، غير محدد. **اضطراب اكتئابي متكرر** ويتفرع عنه: النوبة الحالية خفيفة، النوبة الحالية معتدلة دون أعراض ذهانية، معتدل مع أعراض ذهانية، شديد دون أعراض ذهانية، شديد مع أعراض ذهانية، غير محدد الشدة، في هدأة جزئية، في هدأة كاملة، محدد آخر، غير محدد. **اضطراب سوء المزاج**، اضطراب الاكتئاب والقلق المختلط، اضطراب سوء مزاج ما قبل الطمث، اضطراب اكتئابي محدد آخر، اضطراب اكتئابي غير محدد. **أعراض ومسار تظاهرات نوبات المزاج في اضطرابات المزاج** ويتفرع عنها: أعراض قلق بارزة في نوبات المزاج، هجمات هلع في نوبات المزاج، نوبة اكتئاب حالية متواصلة، نوبة اكتئاب حالية مع سوداوية، النمط الموسمي لبداية نوبة الحالة المزاجية، الدوران السريع، اضطرابات عقلية أو سلوكية مرتبطة بالحمل أو الولادة أو النفاس دون أعراض ذهانية ويتفرع عنها: اكتئاب ما بعد الولادة، اضطرابات عقلية أو

سلوكية مرتبطة بالحمل أو الولادة أو النفاس دون أعراض ذهانية محددة أخرى، اضطرابات عقلية أو سلوكية مرتبطة بالحمل أو الولادة أو النفاس دون أعراض ذهانية غير محددة، اضطرابات عقلية أو سلوكية مرتبطة بالحمل أو الولادة أو النفاس مع أعراض ذهانية. **اضطرابات المزاج المُحدّثة بالمواد** ب: الكحول، الحشيش، الكانابينويد الصناعي، الأفيون، المهدئات والمنومات ومضادات القلق، الكوكائين، اضطراب مزاج مُحدّث بالمنشطات متضمنة الأمفيتامين والميتامفيتامين والميثكاثينون، الكاثينون الصناعي، المهلوسات، المستنشقات الطيارة، مادة MDMA والمواد ذات الصلة وMDA من ضمنها، العقاقير المفارقة متضمناً PCP أو الكيتامين. متلازمة مزاج ثانوية مع واحدة من: أعراض اكتئابية، أعراض هوس، مع أعراض مختلطة، مع أعراض غير محددة، اضطراب مزاج محدد آخر، اضطراب مزاج غير محدد.

اضطرابات القلق والاضطرابات ذات الصلة بالخوف

اضطراب القلق المعمم، اضطراب الهلع، رهاب الساح، الرهاب المحدد، اضطراب القلق الاجتماعي، اضطراب قلق الانفصال، الصمت الانتقائي، اضطرابات القلق المُحدّثة بالمواد ب: الكحول، الحشيش، الكانابينويد، الصناعي، الأفيون، المهدئات والمنومات ومضادات القلق، الكوكائين، المنشطات متضمناً الأمفيتامين والميتامفيتامين والميثكاثينون، الكاثينون الصناعي، الكافيين، المهلوسات، المستنشقات الطيارة، مادة MDMA والمواد ذات الصلة وMDA من ضمنها، اضطراب قلق مُحدّث بالعقاقير المفارقة متضمناً PCP أو الكيتامين، مادة محددة أخرى ذات تأثير نفسي، مادة غير معروفة أو غير محددة ذات تأثير نفسي. **داء المراق (توهم المرض)** مع واحدة من: بصيرة معتدلة إلى الجيدة، فقر إلى غياب البصيرة، غير محدد. متلازمة قلق ثانوية ويتفرع عنها: اضطراب قلق أو ذا صلة بالخوف محدد آخر، اضطراب قلق أو ذا صلة بالخوف، غير محدد.

الوسواس القهري أو الاضطرابات ذات الصلة

اضطراب الوسواس القهري مع واحدة من: بصيرة معتدلة إلى الجيدة، فقر إلى غياب البصيرة، غير محدد. اضطراب صورة الجسد مع واحدة من: بصيرة معتدلة إلى الجيدة،

فقر إلى غياب البصيرة، غير محدد. **الاضطراب المرجعي الشمي** مع واحدة من: بصيرة معتدلة إلى الجيدة، فقر إلى غياب البصيرة، غير محدد. اضطراب الاكتناز مع واحدة من: بصيرة معتدلة إلى الجيدة، فقر إلى غياب البصيرة، غير محدد. اضطرابات سلوكية متكررة تركز على الجسد وتشمل: هوس نتف الأشعار، اضطراب كشط الجلد، محددة أخرى، غير محددة. **اضطراب الوسواس القهري أو الاضطرابات ذات الصلة المحدثة بالمواد ب:** الكوكائين، المنشطات متضمناً الأمفيتامين والميثامفيتامين والميتكاثينون، متلازمة الوسواس القهري أو متلازمة ذات الصلة مُحَدَّثَة بالكاثينون الصناعي، مادة محددة أخرى ذات تأثير نفسي، مادة غير معروفة أو غير محددة ذات تأثير نفسي، بمواد محددة متعددة. متلازمة وسواس قهري ثانوية أو متلازمة ذات صلة، متلازمة توريت، اضطراب الوسواس القهري أو الاضطرابات ذات الصلة محدد آخر، اضطراب الوسواس القهري أو الاضطرابات ذات الصلة غير محدد.

الاضطرابات المرتبطة مع الكرب تحديداً ويتفرع عنها اضطرابات:

ما بعد الصدمة، ما بعد الصدمة المعقد، الفجبة المديد، اضطراب التأقلم، التعلق التفاعلي، التعلق التفاعلي المتحلل، المحددة الأخرى المرتبطة مع الكرب تحديداً، مع الكرب تحديداً غير محدد.

الاضطرابات التفارقية

اضطراب العرض العصبي التفارقي وتشمل اضطراب العرض العصبي التفارقي مع واحدة من: اختلالات بصرية، اختلالات سمعية، دوخة أو دوار، اختلال حسي آخر، اختلاجات غير صرعية، اختلالات الكلام، شلل جزئي أو ضعف، اختلالات المشية، اختلالات الحركة، رمع عضلي، رعاش، عسر التوتر العضلي، تشنج الوجه، باركنسونية، اختلالات الحركة محدد آخر، اختلالات الحركة غير محدد. اضطراب العرض العصبي التفارقي مع واحدة من: أعراض معرفية، محدد آخر، غير محدد. النسابة التفارقية، اضطراب الغيبة، اضطراب غيبة الحياة، اضطراب الهوية التفارقي، اضطراب الهوية التفارقي الجزئي، اضطراب تبدد الشخصية - تبدد الواقع، متلازمة تفارق ثانوية، اضطراب تفارقي محدد آخر، اضطراب تفارقي غير محدد.

اضطرابات التغذية والأكل

فقد الشهية العصبي ويشمل: فقد الشهية العصبي مع انخفاض وزن الجسم بشكل ملحوظ مع واحدة من: النمط المقيد، نمط الشراهة - التطهير، غير محدد. فقد الشهية العصبي مع انخفاض وزن الجسم بشكل خطير مع واحدة من: النمط المقيد، نمط الشراهة - التطهير، غير محدد. فقد الشهية العصبي مع تعافٍ ووزنٍ طبيعي للجسم، فقد الشهية العصبي محدد آخر، فقد الشهية العصبي غير محدد. الشره العصبي، اضطراب الشراهة عند الأكل، اضطراب تناول الطعام المقيد - التجنبي، شهوة أكل المواد الغريبة (بيكا)، اضطراب الاجترار والقلس، اضطراب تغذية وأكل محدد آخر، اضطراب تغذية وأكل غير محدد.

اضطرابات الإفراغ

سلس البول ويشمل: سلس البول الليلي، سلس البول النهاري، سلس البول الليلي - النهاري، سلس البول غير محدد. سلس البراز ويشمل: سلس البراز المصحوب بالإمساك والفيض، سلس البراز المصحوب دون إمساك أو فيض، سلس البراز غير محدد، اضطراب إفراغ غير محدد.

اضطرابات الضائقة الجسدية والتجربة الجسدية

اضطراب الضائقة الجسدي مع واحدة من: الخفيف، المعتدل، الشديد، غير محدد. الانزعاج من الكمال الجسدي، اضطرابات الضائقة الجسدية والتجربة الجسدية محددة أخرى، اضطرابات الضائقة الجسدية والتجربة الجسدية غير محددة.

الاضطرابات الناجمة عن استعمال المواد والسلوكيات الإدمانية

الاضطرابات الناجمة عن استعمال المواد: الاضطرابات الناتجة عن استعمال الكحول ك: الكحول نوبة من استعمال الضار للكحول، نمط ضار من استعمال الكحول ويشمل: نوبي، مستمر، غير محدد. الاعتماد على الكحول وينقرع عنه: الاستعمال الحالي مستمر، الاستعمال الحالي نوبي، هدأة كاملة مبكرة، هدأة مستدامة جزئية، هدأة مستدامة

كاملة، غير محدد. الانسحاب بالكحول: سحب الكحول مع واحدة من: غير مختلط، اضطرابات إدراكية، اختلاجات، اضطرابات إدراكية واختلاجات، غير محدد. الهذيان المُحدث بالكحول، اضطراب ذهاني مُحدث بالكحول مع واحدة من: هلوسات، أوهام، مع أعراض ذهانية مختلطة، غير محدد. اضطرابات أخرى مُحدثة بالكحول ويتفرع عنها: اضطراب مزاج مُحدث بالكحول، اضطراب قلق مُحدث بالكحول، اضطراب النسوة بسبب استعمال الكحول، خرف بسبب استعمال الكحول. اضطرابات أخرى محددة بسبب استعمال الكحول، اضطرابات بسبب استعمال الكحول غير محددة. الاضطرابات الناتجة عن استعمال الحشيش ويتفرع عنها: نوبة من الاستعمال الضار للحشيش، نمط ضار من استعمال الحشيش مع واحدة من: نوبي، مستمر، غير محدد. الاعتماد على الحشيش مع واحدة من: الاستعمال الحالي، هدأة كاملة مبكرة، هدأة مستدامة جزئية، هدأة مستدامة كاملة، غير محدد. الانسحاب بالحشيش، سحب الحشيش، الهذيان المُحدث بالحشيش، اضطراب ذهاني مُحدث بالحشيش، اضطرابات أخرى مُحدثة بالحشيش: اضطراب مزاج مُحدث بالحشيش، اضطراب قلق مُحدث بالحشيش. اضطرابات أخرى محددة بسبب استعمال الحشيش، اضطرابات بسبب استعمال الحشيش غير محددة. الاضطرابات الناتجة عن استعمال الكانابينويد الصناعي ويتفرع عنها: نوبة من الاستعمال الضار للكانابينويد الصناعي، نمط ضار من استعمال الكانابينويد الصناعي مع واحدة من: نوبي، مستمر، محدد آخر، غير محدد. الاعتماد على الكانابينويد الصناعي مع واحدة من: الاستعمال الحالي، هدأة كاملة مبكرة، هدأة مستدامة جزئية، هدأة مستدامة كاملة، محدد آخر، غير محدد. الانسحاب بالكانابينويد الصناعي، سحب الكانابينويد الصناعي، الهذيان المُحدث بالكانابينويد الصناعي، اضطراب ذهاني مُحدث بالكانابينويد الصناعي، اضطرابات أخرى مُحدثة بالكانابينويد الصناعي وتشمل: اضطراب مزاج مُحدث بالكانابينويد الصناعي، اضطراب قلق مُحدث بالكانابينويد الصناعي. الاضطرابات الناتجة عن استعمال الأفيون: نمط ضار من استعمال الأفيون مع واحدة من: نوبي، مستمر، غير محدد. الاعتماد على الأفيون مع واحدة من: الاستعمال الحالي، هدأة كاملة مبكرة، هدأة مستدامة جزئية، هدأة مستدامة كاملة، غير محدد. الانسحاب بالأفيون، سحب

الأفيون، الهذيان المُحدث بالأفيون، اضطراب ذهاني مُحدّث بالأفيون، اضطرابات أخرى مُحدّثة بالأفيون وتشمل: اضطراب مزاج مُحدّث بالأفيون، اضطراب قلق مُحدّث بالأفيون. نوبة من الاستعمال الضار للأفيون، اضطرابات أخرى محددة بسبب استعمال الأفيون، اضطرابات بسبب استعمال الأفيون غير محددة. الاضطرابات الناتجة عن استعمال المهدئات والمنومات ومضادات القلق وتشمل: نوبة من الاستعمال الضار للمهدئات والمنومات ومضادات القلق، نمط ضار من استعمال المهدئات والمنومات ومضادات القلق مع واحدة من: نوبي، مستمر، غير محدد. الاعتماد على المهدئات والمنومات ومضادات القلق مع واحدة من: الاستعمال الحالي، هدأة كاملة مبكرة، هدأة مستدامة جزئية، هدأة مستدامة كاملة، غير محدد. الانسحاب بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق، سحب المهدئات والمنومات ومضادات القلق مع واحدة من: غير مختلط، اضطرابات إدراكية، اختلاجات، اضطرابات إدراكية واختلاجات، غير محدد. الهذيان المُحدث بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق، اضطراب ذهاني مُحدّث بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق، اضطرابات أخرى مُحدّثة بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق وتشمل: اضطراب مزاج مُحدّث بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق، اضطراب قلق مُحدّث بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق، اضطراب قلق مُحدّث بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق بسبب استعمال المهدئات والمنومات ومضادات القلق، اضطرابات بسبب استعمال المهدئات والمنومات ومضادات القلق غير محددة. الاضطرابات الناتجة عن استعمال الكوكائين: نوبة من الاستعمال الضار للكوكائين، نمط ضار من استعمال الكوكائين مع واحدة من: نوبي، مستمر، غير محدد. الاعتماد على الكوكائين مع واحدة من: الاستعمال الحالي، هدأة كاملة مبكرة، هدأة مستدامة جزئية، هدأة مستدامة كاملة، غير محدد. الانسحاب بالكوكائين، سحب الكوكائين، الهذيان المُحدث بالكوكائين، اضطراب ذهاني مُحدّث بالكوكائين مع واحدة من: هلوسات، أوهام، مع أعراض مختلطة، غير محدد. اضطرابات أخرى مُحدّثة بالكوكائين وتشمل: اضطراب مزاج مُحدّث بالكوكائين، اضطراب قلق مُحدّث بالكوكائين، اضطراب الوسواس القهري أو الاضطراب ذا الصلة مُحدّث بالكوكائين، اضطراب التحكم بالدافع مُحدّث بالكوكائين. اضطرابات أخرى محددة

بسبب استعمال الكوكائين، اضطرابات بسبب استعمال الكوكائين غير محددة، الاضطرابات الناتجة عن استعمال المنشطات متضمناً الأمفيتامين والميتامفيتامين والميتكاينون وتشمل: نوبة من الاستعمال الضار للمنشطات متضمناً الأمفيتامين والميتامفيتامين والميتكاينون، نمط ضار من استعمال المنشطات متضمناً الأمفيتامين والميتامفيتامين والميتكاينون مع واحدة من: نوبي، مستمر، غير محدد. الاعتماد على المنشطات متضمناً الأمفيتامين والميتامفيتامين والميتكاينون مع واحدة من: الاستعمال الحالي، هدأة كاملة مبكرة، هدأة مستدامة جزئية، هدأة مستدامة كاملة، غير محدد. الانسحاب بالمنشطات متضمناً الأمفيتامين والميتامفيتامين والميتكاينون، سحب المنشطات متضمناً الأمفيتامين والميتامفيتامين والميتكاينون، الهذيان المُحدث بالمنشطات الأمفيتامين والميتامفيتامين والميتكاينون، اضطراب ذهاني مُحدث بالمنشطات متضمناً الأمفيتامين والميتامفيتامين والميتكاينون مع واحدة من: هلوسات، أوهام، مع أعراض مختلطة، غير محدد. اضطرابات أخرى مُحدثة بالمنشطات متضمناً الأمفيتامين والميتامفيتامين والميتكاينون وتشمل: اضطراب مزاج مُحدث بالمنشطات متضمناً الأمفيتامين والميتامفيتامين والميتكاينون، اضطراب قلق مُحدث بالمنشطات متضمناً الأمفيتامين والميتامفيتامين والميتكاينون، اضطراب الوسواس القهري أو الاضطراب ذا الصلة مُحدث بالمنشطات متضمناً الأمفيتامين والميتامفيتامين والميتكاينون، اضطراب التحكم بالدافع مُحدث بالمنشطات متضمناً الأمفيتامين والميتامفيتامين والميتكاينون. اضطرابات أخرى محددة بسبب استعمال المنشطات متضمناً الأمفيتامين والميتامفيتامين والميتكاينون، اضطرابات بسبب استعمال المنشطات متضمناً الأمفيتامين والميتامفيتامين والميتكاينون غير محددة. الاضطرابات الناتجة عن استعمال الكاينون الصناعي: نوبة من الاستعمال الضار للكاينون الصناعي، نمط ضار من استعمال الكاينون الصناعي مع واحدة من: نوبي، مستمر، غير محدد. الاعتماد على الكاينون الصناعي مع واحدة من: الاستعمال الحالي، هدأة كاملة مبكرة، هدأة مستدامة جزئية، هدأة مستدامة كاملة، غير محدد. الانسحاب بالكاينون الصناعي، سحب الكاينون الصناعي، الهذيان المُحدث بالكاينون الصناعي، اضطراب ذهاني مُحدث بالكاينون

الصنعي مع واحدة من: هلوسات، أوهام، مع أعراض مختلطة، غير محدد. اضطرابات أخرى مُحدّثة بالكاثينون الصنعي وتشمل: اضطراب مزاج مُحدّث بالكاثينون الصنعي، اضطراب قلق مُحدّث بالكاثينون الصنعي، متلازمة الوسواس القهري أو متلازمة ذات الصلة مُحدّثة بالكاثينون الصنعي، اضطراب التحكم بالدافع مُحدّث بالكاثينون الصنعي. اضطرابات أخرى محددة بسبب استعمال الكاثينون الصنعي، اضطرابات بسبب استعمال الكاثينون الصنعي، اضطرابات بسبب استعمال الكافيين وتشمل: نوبة من الاستعمال الضار للكافيين، نمط ضار من استعمال الكافيين مع واحدة من: نوبي، مستمر، غير محدد. الانسمام بالكافيين، سحب الكافيين، اضطرابات أخرى مُحدّثة بالكافيين وتشمل: اضطراب قلق مُحدّث بالكافيين. اضطرابات أخرى محددة بسبب استعمال الكافيين، اضطرابات بسبب استعمال الكافيين غير محددة. الاضطرابات الناتجة عن استعمال المهلوسات: نوبة من الاستعمال الضار للمهلوسات، نمط ضار من استعمال المهلوسات مع واحدة من: نوبي، مستمر، غير محدد. الاعتماد على المهلوسات مع واحدة من: الاستعمال الحالي، هدأة كاملة مبكرة، هدأة مستدامة جزئية، هدأة مستدامة كاملة، غير محدد. الانسمام بالمهلوسات، الهذيان المُحدث بالمهلوسات، اضطراب ذهاني مُحدّث بالمهلوسات، اضطرابات أخرى مُحدّثة بالمهلوسات: اضطراب مزاج مُحدّث بالمهلوسات، اضطراب قلق مُحدّث بالمهلوسات. اضطرابات أخرى محددة بسبب استعمال المهلوسات، اضطرابات بسبب استعمال المهلوسات غير محددة. الاضطرابات الناتجة عن استعمال النيكوتين: نوبة من الاستعمال الضار للنيكوتين، نمط ضار من استعمال النيكوتين مع واحدة من: نوبي، مستمر، غير محدد. الاعتماد على النيكوتين مع واحدة من: الاستعمال الحالي، هدأة كاملة مبكرة، هدأة مستدامة جزئية، هدأة مستدامة كاملة، غير محدد. الانسمام بالنيكوتين، سحب النيكوتين، اضطرابات أخرى محددة بسبب استعمال النيكوتين، اضطرابات بسبب استعمال النيكوتين غير محددة. الاضطرابات الناتجة عن استعمال المستنشقات الطيارة: نوبة من الاستعمال الضار للمستنشقات الطيارة، نمط ضار من استعمال المستنشقات الطيارة مع واحدة من: نوبي، مستمر، غير محدد. الاعتماد على المستنشقات الطيارة مع واحدة من: الاستعمال

الحالي، هدأة كاملة مبكرة، هدأة مستدامة جزئية، هدأة مستدامة كاملة، غير محدد. الانسمام بالمستنشقات الطيارة، سحب المستنشقات الطيارة، اضطراب ذهاني مُحَدَّث بالمستنشقات الطيارة، اضطرابات أخرى مُحَدَّثَة بالمستنشقات الطيارة وتشمل: اضطراب مزاج مُحَدَّث بالمستنشقات الطيارة، اضطراب قلق مُحَدَّث بالمستنشقات الطيارة. اضطرابات أخرى محددة بسبب استعمال المستنشقات الطيارة، اضطرابات بسبب استعمال المستنشقات الطيارة غير محددة. الاضطرابات الناتجة عن استعمال مادة MDMA والمواد ذات الصلة وMDA من ضمنها: نوبة من الاستعمال الضار لمادة MDMA والمواد ذات الصلة وMDA من ضمنها، نمط ضار من استعمال مادة MDMA والمواد ذات الصلة وMDA من ضمنها مع واحدة من: نوبي، مستمر، غير محدد. الاعتماد على مادة MDMA والمواد ذات الصلة وMDA من ضمنها مع واحدة من: الاستعمال الحالي، هدأة كاملة مبكرة، هدأة مستدامة جزئية، هدأة مستدامة كاملة، غير محدد. الانسمام بمادة MDMA والمواد ذات الصلة وMDA من ضمنها، سحب مادة MDMA والمواد ذات الصلة وMDA من ضمنها، اضطراب ذهاني مُحَدَّث بمادة MDMA والمواد ذات الصلة وMDA من ضمنها، اضطرابات أخرى مُحَدَّثَة بمادة MDMA والمواد ذات الصلة وMDA من ضمنها وتشمل: اضطراب مزاج مُحَدَّث بمادة MDMA والمواد ذات الصلة وMDA من ضمنها، اضطراب قلق مُحَدَّث بمادة MDMA والمواد ذات الصلة وMDA من ضمنها. اضطرابات أخرى محددة بسبب استعمال مادة MDMA والمواد ذات الصلة وMDA من ضمنها، اضطرابات بسبب استعمال مادة MDMA والمواد ذات الصلة متضمناً MDA غير محددة. الاضطرابات الناتجة عن استعمال للعقاقير المفارقة متضمناً PCP والكيثامين: نوبة من الاستعمال الضار للعقاقير المفارقة متضمناً PCP والكيثامين، نمط ضار من الاستعمال الضار للعقاقير المفارقة متضمناً PCP والكيثامين مع واحدة من: نوبي، مستمر، غير محدد. الاعتماد على العقاقير المفارقة متضمناً PCP والكيثامين مع واحدة من: الاستعمال الحالي، هدأة كاملة مبكرة، هدأة مستدامة جزئية، هدأة مستدامة كاملة، غير محدد. الانسمام بالعقاقير المفارقة متضمناً PCP والكيثامين، الهذيان المحدث بالعقاقير المفارقة

متضمناً PCP الكيتامين، اضطراب ذهاني مُحدّث بالعقاقير المفارقة متضمناً PCP أو الكيتامين، اضطرابات أخرى مُحدّثة بالعقاقير المفارقة متضمناً PCP والكيتامين وتشمل: اضطراب مزاج مُحدّث بالعقاقير المفارقة متضمناً PCP أو الكيتامين، اضطراب قلق مُحدّث بالعقاقير المفارقة متضمناً PCP أو الكيتامين. اضطرابات أخرى محددة بسبب استعمال للعقاقير المفارقة متضمناً PCP والكيتامين، اضطرابات بسبب استعمال للعقاقير المفارقة متضمناً PCP والكيتامين غير محددة. الاضطرابات الناتجة عن استعمال مادة محددة أخرى ذات تأثير نفسي متضمناً الأدوية: نوبة من الاستعمال الضار لمادة محددة أخرى ذات تأثير نفسي، نمط ضار من استعمال مادة محددة أخرى ذات تأثير نفسي مع واحدة من: نوبي، مستمر، غير محدد. الاعتماد على مادة محددة أخرى ذات تأثير نفسي مع واحدة من: الاستعمال الحالي، هدأة كاملة مبكرة، هدأة مستدامة جزئية، هدأة مستدامة كاملة، غير محدد. الانسحاب بمادة محددة أخرى ذات تأثير نفسي، سحب مادة محددة أخرى ذات تأثير نفسي مع واحدة من: غير مختلط، اضطرابات إدراكية، اختلاجات، اضطرابات إدراكية واختلاجات، غير محدد. الهذيان المحدث بمادة محددة أخرى ذات تأثير نفسي، اضطراب ذهاني مُحدّث بمادة محددة أخرى ذات تأثير نفسي، اضطرابات أخرى مُحدّثة بمادة محددة أخرى ذات تأثير نفسي وتشمل: اضطراب مزاج مُحدّث بمادة محددة أخرى ذات تأثير نفسي، اضطراب قلق مُحدّث بمادة محددة أخرى ذات تأثير نفسي. اضطراب الوسواس القهري أو الاضطراب ذا الصلة مُحدّث بمادة محددة أخرى ذات تأثير نفسي، اضطراب التحكم بالدافع مُحدّث بمادة محددة أخرى ذات تأثير نفسي. اضطرابات أخرى محددة بسبب استعمال مادة محددة أخرى ذات تأثير نفسي، اضطرابات بسبب استعمال مادة محددة أخرى ذات تأثير نفسي غير محددة. الاضطرابات الناتجة عن استعمال مواد متعددة محددة ذات تأثير نفسي متضمناً الأدوية: نوبة من الاستعمال الضار لمواد متعددة محددة ذات تأثير نفسي، نمط ضار من استعمال مواد متعددة محددة ذات تأثير نفسي مع واحدة من: نوبي، مستمر، غير محدد. الاعتماد على مواد متعددة محددة ذات تأثير نفسي مع واحدة من: الاستعمال الحالي، هدأة كاملة مبكرة، هدأة مستدامة جزئية، هدأة مستدامة كاملة،

غير محدد. الانسجام بمواد متعددة محددة ذات تأثير نفسي، سحب مواد متعددة محددة ذات تأثير نفسي مع واحدة من: غير مختلط، اضطرابات إدراكية، اختلاجات، اضطرابات إدراكية واختلاجات، غير محدد. الهذيان المحدث بمواد متعددة محددة ذات تأثير نفسي، اضطراب ذهاني مُحَدَّث بمواد متعددة محددة ذات تأثير نفسي، اضطرابات أخرى مُحَدَّثَة بمواد متعددة محددة ذات تأثير نفسي وتشمل: اضطراب مزاج مُحَدَّث بمواد متعددة محددة ذات تأثير نفسي، اضطراب قلق مُحَدَّث بمواد متعددة محددة ذات تأثير نفسي،

اضطراب الوسواس القهري أو الاضطراب ذا الصلة مُحَدَّث بمواد متعددة محددة ذات تأثير نفسي، اضطراب التحكم بالدافع مُحَدَّث بمواد متعددة محددة ذات تأثير نفسي. اضطرابات أخرى محددة بسبب استعمال مواد متعددة محددة ذات تأثير نفسي، اضطرابات بسبب استعمال مواد متعددة محددة ذات تأثير نفسي غير محددة. الاضطرابات الناتجة عن استعمال مواد غير معروفة أو غير محددة ذات تأثير نفسي: نوبة من الاستعمال الضار لمواد غير معروفة أو غير محددة ذات تأثير نفسي، نمط ضار من استعمال مادة غير معروفة أو غير محددة ذات تأثير نفسي مع واحدة من: نوبي، مستمر، غير محدد. الاعتماد على مادة غير معروفة أو غير محددة ذات تأثير نفسي مع واحدة من: نفسي مع واحدة من: الاستعمال الحالي، هدأة كاملة مبكرة، هدأة مستدامة جزئية، هدأة مستدامة كاملة، غير محدد. الانسجام بمادة غير معروفة أو غير محددة ذات تأثير نفسي، سحب مادة غير معروفة أو غير محددة ذات تأثير نفسي مع واحدة من: غير مختلط، اضطرابات إدراكية، اختلاجات، اضطرابات إدراكية واختلاجات، غير محدد.

الهذيان المحدث بمادة غير معروفة أو غير محددة ذات تأثير نفسي، اضطراب ذهاني مُحَدَّث بمادة غير معروفة أو غير محددة ذات تأثير نفسي، اضطرابات أخرى مُحَدَّثَة بمادة غير معروفة أو غير محددة ذات تأثير نفسي وتشمل: اضطراب مزاج مُحَدَّث بمادة غير معروفة أو غير محددة ذات تأثير نفسي، اضطراب قلق مُحَدَّث بمادة غير معروفة أو غير محددة ذات تأثير نفسي، اضطراب الوسواس القهري أو الاضطراب ذا الصلة مُحَدَّث بمادة غير معروفة أو غير محددة ذات تأثير نفسي، اضطراب التحكم بالدافع

مُحدّث بمادة غير معروفة أو غير محددة ذات تأثير نفسي. اضطرابات أخرى محددة بسبب استعمال مادة غير معروفة أو غير محددة ذات تأثير نفسي، اضطرابات بسبب استعمال مادة غير معروفة أو غير محددة ذات تأثير نفسي غير محددة. **الاضطرابات الناتجة عن السلوكيات الإدمانية:** اضطراب المقامرة ويتفرع عنه: الشكل المسيطر دون الاتصال بالإنترنت، الشكل المسيطر عبر الإنترنت، غير المحدد. اضطراب اللعب ويتفرع عنه: الشكل المسيطر عبر الإنترنت، الشكل المسيطر دون الاتصال بالإنترنت، غير المحدد. اضطراب ناتج عن السلوكيات الإدمانية محدد آخر، اضطراب ناتج عن السلوكيات الإدمانية غير محدد.

اضطرابات التحكم بالدافع

هوس الحرائق، هوس السرقة، اضطراب السلوك الجنسي القهري الاضطراب الانفجاري المتقطع، اضطرابات التحكم بالدافع المحدثة بمادة ك: الكوكائين، المنشطات متضمناً الأمفيتامين والميتامفيتامين والميتكاثينون، الكاثينون الصناعي، بمادة محددة أخرى ذات تأثير نفسي، بمادة غير معروفة أو غير محددة ذات تأثير نفسي. اضطراب المقامرة ويتفرع عنه: الشكل المسيطر دون الاتصال بالإنترنت، الشكل المسيطر عبر الإنترنت، غير المحدد. اضطراب اللعب ويتفرع عنه: الشكل المسيطر عبر الإنترنت، الشكل المسيطر دون الاتصال بالإنترنت، غير المحدد. متلازمة تحكم في الدافع ثانوية: اضطرابات سلوكية متكررة تركز على الجسد وتشمل: هوس نتف الأشعار، اضطراب كشط الجلد، اضطرابات سلوكية متكررة تركز على الجسد محددة أخرى، اضطرابات سلوكية متكررة تركز على الجسد غير محدد. اضطرابات التحكم بالدافع محددة أخرى، اضطرابات التحكم بالدافع غير محدد.

السلوك المضطرب أو الاضطرابات الاجتماعية

اضطراب التحدي المعارض، اضطراب التحدي المعارض نمط التهيج - الغضب ويشمل: اضطراب التحدي المعارض دون تهيج مزمن - غضب، اضطراب التحدي المعارض غير محدد. اضطراب المسلك الاجتماعي وفق مرحلة: بدء في الطفولة، بدء

في المراهقة، غير محدد. السلوك المضطرب أو الاضطرابات الاجتماعية محددة أخرى، السلوك المضطرب أو الاضطرابات الاجتماعية غير محدد.

اضطرابات الشخصية والسمات ذات الصلة

اضطراب الشخصية ويتفرع عنه: الخفيف، المعتدل، الشديد، الشدة غير محددة. سمات أو أنماط شخصية بارزة وتشمل: الوجدان السلبي في اضطراب الشخصية أو عُسر الشخصية، الانفصال في اضطراب الشخصية أو عُسر الشخصية، اللاجتماعية في اضطراب الشخصية وعُسر الشخصية، التحلل في اضطراب الشخصية وعُسر الشخصية، الوسواسية في اضطراب الشخصية وعُسر الشخصية، النمط الحدي. تغيير الشخصية الثانوي.

اضطرابات الوجد الجنسي

اضطراب الاستعراء، اضطراب التلصص، اضطراب الوجد بالأطفال، اضطراب السادية الجنسي القسري، اضطراب التحرش، اضطراب الوجد الجنسي الآخر الذي يشمل أفراداً غير موافقين، اضطراب الوجد الجنسي الذي يشمل السلوك الانفرادي أو الأفراد الموافقين، اضطراب الوجد الجنسي غير محدد.

الاضطرابات المفتعلة

وتشمل المفروض: على الذات، على الغير، غير محدد.

الاضطرابات المعرفية العصبية

الهذيان ويشمل الناتج عن: مرض مصنف في مكان آخر، مادة ذات تأثير نفسي متضمناً الأدوية، الحشيش، الكانابينويد الصناعي، الأفيون، المهدئات والمنومات ومضادات القلق، الكوكائين، المنشطات متضمناً الأمفيتامين والميثامفيتامين والميتكاثينون، الكاثينون الصناعي، المهلوسات، المستنشقات الطيارة، MDMA والمواد ذات الصلة متضمناً MDA، العقاقير المفارقة متضمناً PCP والكيماامين، مادة نفسية محددة أخرى بما

في ذلك الأدوية، مادة غير معروفة أو غير محددة ذات تأثير نفسي، مواد متعددة محددة ذات تأثير نفسي بما في ذلك الأدوية. الهذيان الناتج عن عوامل مسببة متعددة، الهذيان الناتج عن عوامل مسببة غير معروفة أو لا يمكن تحديدها. الاضطراب العصبي المعرفي الخفيف، اضطراب النسوة ناتج عن: أمراض مصنفة في مكان آخر، مواد ذات تأثير نفسي متضمناً الأدوية وتشمل اضطراب النسوة بسبب استعمال: الكحول، المهدئات والمنومات ومضادات القلق، مادة محددة أخرى ذات تأثير نفسي متضمناً الأدوية، المستشفيات الطيارة. اضطراب النسوة الناتج عن عوامل مرضية مسببة غير معروفة أو غير محددة، اضطراب نسوة محدد آخر، اضطراب النسوة غير محدد. **الخرف:** الخرف الناتج عن مرض الزهايمر مع واحدة من: بدء باكر، بدء متأخر، نمط مختلط مع داء وعائي دماغي، نمط مختلط مع عوامل مرضية غير وعائية، بدء غير محدد أو غير معروف. الخرف الناتج عن داء وعائي، الخرف الناتج عن داء جسيم ليوي، الخرف الجبهي الصدغي، الخرف ناتج عن مواد ذات تأثير نفسي متضمناً الأدوية ك: الكحول، المهدئات والمنومات ومضادات القلق، المستشفيات الطيارة، مادة محددة أخرى ذات تأثير نفسي. الخرف الناتج عن داء مصنف في مكان آخر ك: داء باركنسون، هنتغتون، التعرض للمعادن الثقيلة والسموم الأخرى، فيروس نقص المناعة البشرية، التصلب اللويحي، داء بريون، استسقاء الدماغ مع الضغط الطبيعي، إصابة الرأس، البلاجرا، متلازمة داون، داء محدد آخر مضمن في مكان آخر. الاضطرابات السلوكية أو النفسية في الخرف وتشمل: الأعراض الذهانية في الخرف، أعراض المزاج في الخرف، أعراض القلق في الخرف، التبدل في الخرف، الهياج أو العدوانية في الخرف، التحلل في الخرف، التجول في الخرف، الاضطرابات السلوكية أو النفسية في الخرف المحددة الأخرى،

الاضطرابات السلوكية أو النفسية في الخرف غير محددة. خرف غير معروف أو غير محدد السبب. **متلازمة معرفية عصبية ثانوية:** الهذيان ويشمل الناتج عن: مرض مصنف في مكان آخر، مادة ذات تأثير نفسي متضمناً الأدوية، الحشيش، الكانابينويد الصناعي، الأفيون، المهدئات والمنومات ومضادات القلق، الكوكايين، المنشطات

متضمناً الأمفيتامين والميثامفيتامين والميتكاثينون، الكاثينون الصناعي، المهلوسات، المستنشقات الطيارة، MDMA والمواد ذات الصلة متضمناً MDA، العقاقير المفارقة متضمناً PCP والكيثامين، مادة نفسية محددة أخرى بما في ذلك الأدوية، مادة غير معروفة أو غير محددة ذات تأثير نفسي، مواد متعددة محددة ذات تأثير نفسي بما في ذلك الأدوية. الهذيان الناتج عن عوامل مسببة متعددة، الهذيان الناتج عن عوامل مسببة غير معروفة أو لا يمكن تحديدها. اضطراب معرفي عصبي محدد أخرى. اضطراب معرفي عصبي غير محدد.

الاضطرابات العقلية أو السلوكية المصاحبة للحمل أو الولادة أو النفاس

الاضطرابات العقلية أو السلوكية المصاحبة للحمل أو الولادة أو النفاس، دون أعراض ذهانية وتشمل: اكتئاب ما بعد الولادة، اضطراب عقلي أو سلوكي مصاحب للحمل أو الولادة أو النفاس، دون أعراض ذهانية محدد آخر، اضطراب عقلي أو سلوكي مصاحب للحمل أو الولادة أو النفاس، دون أعراض ذهانية، غير محدد. الاضطرابات العقلية أو السلوكية المصاحبة للحمل أو الولادة أو النفاس مع أعراض ذهانية، الاضطرابات العقلية أو السلوكية المصاحبة للحمل أو الولادة أو النفاس غير المحددة.

العوامل النفسية أو السلوكية التي تؤثر في الاضطرابات أو الأمراض المصنفة في مكان آخر

العوامل النفسية التي تؤثر في الاضطرابات أو الأمراض المصنفة في مكان آخر، سمات الشخصية أو أسلوب التأقلم الذي يؤثر في الاضطرابات أو الأمراض المصنفة في مكان آخر، السلوكيات الصحية سيئة التكيف التي تؤثر في الاضطرابات أو الأمراض المصنفة في مكان آخر، الاستجابة الفيزيولوجية المرتبطة بالكرب والتي تؤثر في الاضطرابات أو الأمراض المصنفة في مكان آخر، العوامل النفسية أو السلوكية التي تؤثر في الاضطرابات أو الأمراض المصنفة في مكان آخر المحددة الأخرى، العوامل النفسية أو السلوكية التي تؤثر في الاضطرابات أو الأمراض المصنفة في مكان آخر غير محددة.

المتلازمات العقلية أو السلوكية الثانوية المرتبطة بالاضطرابات أو الأمراض المصنفة في مكان آخر

متلازمة النماء العصبي الثانوية وتشمل: متلازمة الكلام أو اللغة الثانوية، متلازمة النماء العصبي الثانوية المحددة أخرى، متلازمة النماء العصبي الثانوية غير محددة. متلازمة الاضطراب الذهاني الثانوية مع واحدة من: هلوسات، أوهام، مع أوهام هلوسات أعراض غير محددة. متلازمة مزاج ثانوية مع واحدة من: أعراض اكتئابية، أعراض هوس، أعراض مختلطة، أعراض غير محددة. متلازمة قلق ثانوية، متلازمة وسواس قهري ثانوية أو متلازمة ذات صلة، متلازمة تفارق ثانوية، متلازمة تحكم في الدافع ثانوية، متلازمة معرفية عصبية ثانوية. الهذيان ويشمل الناتج عن: مرض مصنف في مكان آخر، مادة ذات تأثير نفسي متضمناً الأدوية، الحشيش، الكانابينويد الصناعي، الأفيون، المهدئات والمنومات ومضادات القلق، الكوكايين، المنشطات متضمناً الأمفيتامين والميتامفيتامين والميتكاثينون، الكاثينون الصناعي، المهلوسات، المستنشقات الطيارة، MDMA والمواد ذات الصلة متضمناً MDA، العقاقير المفارقة متضمناً PCP والكيثامين، مادة نفسية محددة أخرى بما في ذلك الأدوية، مادة غير معروفة أو غير محددة ذات تأثير نفسي، مواد متعددة محددة ذات تأثير نفسي بما في ذلك الأدوية. الهذيان الناتج عن عوامل مسببة متعددة، الهذيان الناتج عن عوامل مسببة غير معروفة أو لا يمكن تحديدها. تغير الشخصية الثانوي، متلازمة الكاتاتونيا الثانوية، المتلازمات العقلية أو السلوكية الثانوية المرتبطة بالاضطرابات أو الأمراض المصنفة في مكان آخر محددة أخرى، المتلازمات العقلية أو السلوكية الثانوية المرتبطة بالاضطرابات أو الأمراض المصنفة في مكان آخر غير محددة.

اضطرابات النوم واليقظة

اضطراب الأرق ويشمل: المزمّن، قصير الأمد، غير محدد. اضطرابات فرط النعاس: النوم الانتيابي ويشمل: النمط I، النمط II، غير محدد. فرط النوم مجهول السبب، متلازمة كلاين ليفين، فرط النوم بسبب حالة طبية، فرط النوم بسبب دواء أو مادة، فرط

النوم المصاحب لاضطراب عقلي، متلازمة النوم غير الكافي، اضطرابات فرط النوم محددة أخرى، اضطرابات فرط النوم غير محدد. اضطرابات التنفس ذات صلة بالنوم: انقطاع النفس خلال النوم المركزي الأولي ويشمل: حديثي الولادة، الخدج، بسبب حالة طبية مع تنفس تشاين ستوكس، بسبب حالة طبية دون تنفس تشاين ستوكس، بسبب التنفس الدوري على ارتفاعات عالية، بسبب دواء أو مادة، الناشئ عن علاج، محدد آخر، غير محدد. انقطاع النفس خلال النوم الانسدادي. اضطرابات نقص التهوية أو نقص الأكسجة ذات صلة بالنوم: متلازمة نقص التهوية بسبب السمنة، نقص التهوية المرتبط بالنوم السنخي المركزي الخلقي، البداية المتأخرة لنقص التهوية المركزية مع تشوهات تحت المهاد، نقص التهوية السنخي المركزي مجهول السبب، نقص التهوية المرتبط بالنوم بسبب دواء أو مادة، نقص التهوية المرتبط بالنوم بسبب حالة طبية، نقص الأكسجة المرتبط بالنوم بسبب حالة طبية، اضطرابات نقص التهوية أو نقص الأكسجة ذات صلة بالنوم محددة أخرى، اضطرابات نقص التهوية أو نقص الأكسجة ذات صلة بالنوم غير محددة. اضطرابات التنفس ذات صلة بالنوم محددة أخرى، اضطرابات التنفس ذات صلة بالنوم غير محددة. اضطرابات وتيرة النوم واليقظة اليومي: اضطراب مرحلة النوم والاستيقاظ ويشمل: المتأخر، المتقدم، غير المنتظم. اضطراب وتيرة النوم واليقظة ويشمل: غير نموذج 24 ساعة، بنمط وريديات العمل، نمط توائي الطيران، غير محدد.

اضطرابات الحركة ذات الصلة بالنوم: وتشمل متلازمة تلمل الساقين، اضطراب حركة الطرف الدورية، اضطراب تشنجات الساق ذا الصلة بالنوم، صرير الأسنان ذا الصلة بالنوم، اضطراب الحركة الإيقاعي ذا الصلة بالنوم، رمع النوم الحميد في الطفولة، الرمع العضلي النخاعي عند بداية النوم، اضطراب الحركة ذا الصلة بالنوم بسبب حالة طبية، اضطراب الحركة ذا الصلة بالنوم بسبب مادة أو دواء، اضطراب سلوك النوم خلال حركة العين السريعة، اضطرابات الحركة ذات الصلة بالنوم محددة أخرى، اضطرابات الحركة ذات الصلة بالنوم غير محددة. حالات النوم المضطرب (خلل نومي): اضطرابات التيقُّظ من نوم حركة العين غير السريعة ويشمل: التيقُّظ التخليطي، اضطراب

المشي في أثناء النوم، رعب النوم، اضطراب الأكل ذا الصلة بالنوم، اضطرابات التيقُّظ من نوم حركة العين غير السريعة محددة أخرى، اضطرابات التيقُّظ من نوم حركة العين غير السريعة غير محددة. حالات النوم المضطرب ذات الصلة بنوم حركة العين السريعة: اضطراب سلوك النوم خلال حركة العين السريعة، شلل النوم المعزول المتكرر، اضطراب سلوك النوم خلال حركة العين السريعة، حالات النوم المضطرب ذات الصلة بنوم حركة العين السريعة محددة أخرى، حالات النوم المضطرب ذات الصلة بنوم حركة العين السريعة غير محددة. حالات النوم المضطرب الأخرى وتشمل: متلازمة تقجر الرأس ما قبل النوم، هلاوس ذات صلة بالنوم، حالات النوم المضطرب بسبب حالة طبية، حالات النوم المضطرب بسبب مادة أو دواء، سلس البول الليلي، حالات النوم المضطرب محددة أخرى، حالات النوم المضطرب غير محددة. اضطرابات وتيرة النوم واليقظة اليومي محددة أخرى، اضطرابات وتيرة النوم واليقظة اليومي غير محددة.

الاختلالات الجنسية

اختلال تدني الرغبة الجنسية ويشمل: دائم ومعمم، دائم وظرفي، مكتسب ومعمم، مكتسب وظرفي، غير محدد. اختلال الاستثارة الجنسية: اختلال الاستثارة الجنسية الأنثوي ويشمل: دائم ومعمم، دائم وظرفي، مكتسب ومعمم، مكتسب وظرفي، غير محدد. اختلال الاستثارة الجنسية الذكري ويشمل: دائم ومعمم، دائم وظرفي، مكتسب ومعمم، مكتسب وظرفي، غير محدد. اختلال الاستثارة الجنسية محدد آخر، اختلال الاستثارة الجنسية غير محدد. اختلالات النشوة الجنسية: فقد النشوة ويشمل: دائم ومعمم، دائم وظرفي، مكتسب ومعمم، مكتسب وظرفي، غير محدد. اختلال النشوة الجنسية محدد آخر، اختلال النشوة الجنسية غير محدد. اختلالات القذف عند الذكر ويشمل: دائم ومعمم، دائم وظرفي، مكتسب ومعمم، مكتسب وظرفي، غير محدد. القذف المتأخر عند الذكر ويشمل: دائم ومعمم، دائم وظرفي، مكتسب ومعمم، مكتسب وظرفي، غير محدد. اختلالات القذف المحددة الأخرى، اختلالات القذف غير محددة. الخلل الجنسي المرتبط بهبوط أعضاء الحوض ويشمل: تناقص الإحساس بسبب الرخاوة المهبليّة أو الداخلية، الجماع المعوق. اختلال جنسي محدد آخر، اختلال جنسي غير محدد.

لا توافق الجندر

لا توافق الجندر عند المراهقة والبلوغ، لا توافق الجندر عند الأطفال، لا توافق الجندر غير محدد.

الاضطرابات العقلية أو السلوكية أو النمائية العصبية المحددة الأخرى

الاضطرابات العقلية أو السلوكية أو النمائية العصبية غير المحددة (ICD-11, 2021).

تصنيف الاضطرابات النفسية وفق DSM-5-TR (2022)

الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية/النفسية (الجمعية النفسية الأمريكية)

Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders-5-TR

اضطرابات النمو العصبية

الإعاقات الذهنية وتشمل: اضطراب النمو الذهني، تأخر النمو الشامل، الإعاقة الذهنية غير المحددة. اضطرابات التواصل وتشمل: اضطراب اللغة، اضطراب صوت الكلام، البدء الطفلي لاضطراب الطلاقة (التأتأة)، اضطراب التواصل الاجتماعي (العملي)، اضطراب التواصل غير المحدد. اضطراب طيف التوحد، اضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة ويشمل: المحدد الآخر، غير المحدد. اضطرابات التعلم المحدد، الاضطرابات الحركية وتشمل: اضطراب التناسق التطوري، اضطراب الحركة النمطي. اضطرابات العزّة وتشمل: اضطراب توريت، اضطراب العزّة الحركية أو الصوتية المستمر (المزمن)، اضطراب العزّة التمهيدي، اضطراب العزّة المحدد الآخر، اضطراب العزّة غير المحدد. اضطرابات النمو العصبي الأخرى وتشمل: اضطرابات النمو العصبي المحددة الأخرى، اضطراب النمو العصبي غير المحدد.

طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى

الاضطراب التوهمي، الاضطراب الذهاني الوجيز، الاضطراب الفصامي الشكل، الفصام، اضطراب الفصام الوجداني، الاضطراب الذهاني المحدث بالمواد، اضطراب ذهاني بسبب حالة طبية أخرى، الكاتاتونيا المرافقة لاضطراب عقلي آخر (محدد الكاتاتونيا). كاتاتونيا بسبب حالة طبية أخرى، الكاتاتونيا غير المحددة، اضطرابات طيف الفصام والاضطرابات الذهانية المحددة الأخرى، اضطرابات طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى غير المحددة.

ثنائي القطب واضطرابات ذات الصلة

اضطراب ثنائي القطب I، الاضطراب ثنائي القطب II، اضطراب المزاج الدوري، ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة المحدثة بمادة/دواء، ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة بسبب حالة طبية أخرى، ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة المحددة

الأخرى، ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة غير المحددة، اضطراب المزاج غير المحدد، محددات ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة.

الاضطرابات الاكتئابية

اضطراب المزاج المتقلب المشوش، الاضطراب الاكتئابي الجسيم، اضطراب اكتئابي مستمر (سوء المزاج)، اضطراب سوء المزاج ما قبل الطمث، الاضطراب الاكتئابي المحدث بمادة/دواء، اضطراب اكتئابي بسبب حالة طبية أخرى، اضطراب اكتئابي محدد آخر، اضطراب اكتئابي غير محدد، اضطراب المزاج غير المحدد، محددات الاضطرابات الاكتئابية.

اضطرابات القلق

اضطراب قلق الانفصال، الصُّمات الانتقائي، الرهاب النوعي، اضطراب القلق الاجتماعي، اضطراب الهلع، رهاب السّاح، اضطراب القلق المعمم، اضطراب القلق المحدث بمادة/دواء، اضطراب قلق بسبب حالة طبية أخرى، اضطراب قلق محدد آخر، اضطراب قلق غير محدد.

الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة

اضطراب الوسواس القهري، اضطراب تشوه صورة الجسد، اضطراب الاكتناز، هوس نتف الشعر (اضطراب نتف الأشعار)، نزع الجلد (اضطراب نزع الجلد)، الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة المحدث بمادة/دواء، الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة بسبب حالة طبية أخرى، الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة المحددة الأخرى، الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة غير المحددة.

الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد

اضطراب التعلق التفاعلي: اضطراب المشاركة الاجتماعية المتحلل، اضطراب الكرب ما بعد الصدمة، اضطراب الكرب ما بعد الصدمة للأطفال بعمر ست سنوات والأصغر

سناً، اضطراب الكرب الحاد، اضطرابات التأقلم، اضطراب الحداد المطول، الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد المحددة الأخرى، الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد غير المحددة.

الاضطرابات التفارقية

اضطراب الهوية التفارقية، النسابة التفارقية، اضطراب تبدّد الشخصية/تبدد الواقع، اضطراب تفارقي محدد آخر، اضطراب تفارقي غير محدد.

العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة

اضطراب العرض الجسدي، اضطراب قلق المرض، اضطراب العرض العصبي الوظيفي (اضطراب التحويل)، العوامل النفسية المؤثرة في الحالات الطبية الأخرى، الاضطراب المُفْتَعَل، اضطراب العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة المحددة الأخرى، اضطراب العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة غير المحددة.

اضطرابات التغذية والأكل

شهوة الطين، اضطراب الاجترار، اضطراب تناول الطعام التجنبي/المقيد، فقدان الشهية العصبي (القهم العصبي)، النهم العصبي، اضطراب الشرهية للطعام، اضطراب التغذية أو الأكل المحدد الآخر، اضطراب التغذية أو الأكل غير المحدد.

اضطرابات الإفراغ

سلس البول، سلس الغائط، اضطراب الإفراغ المحدد الآخر، اضطراب الإفراغ غير المحدد.

اضطرابات النوم واليقظة

اضطراب الأرق، اضطراب فرط النعاس، النوم الانتياحي. اضطرابات النوم ذات الصلة بالتنفس وتشمل: توقف التنفس أو قصور التنفس الانسدادي في أثناء النوم، توقف التنفس وسط النوم، نقص التهوية المتعلق بالنوم، اضطراب وتيرة النوم - اليقظة اليومي. حالات

النوم المضطرب وتشمل: اضطرابات الاستثارة خلال نوم حركة العين غير السريعة، اضطراب الكابوس، اضطراب السلوك خلال نوم حركة العين السريعة، متلازمة الساقين المتململتين، اضطراب النوم المحدث بمادة/دواء، اضطراب الأرق المحدد الآخر، اضطراب أرق غير محدد، اضطراب فرط النعاس المحدد الآخر، اضطراب فرط النعاس غير المحدد، اضطراب نوم- يقظة محدد آخر، اضطراب نوم- يقظة غير محدد.

اختلالات الوظيفة الجنسية

تأخر القذف، اضطراب الانتصاب، اضطراب النشوة الجنسية الأنثوي، اضطراب الاهتمام/الاستثارة الجنسي الأنثوي، اضطراب ألم الإيلاج الحوضي التناسلي، اضطراب نقص النشاط والرغبة الجنسية الذكري، القذف المبكر، خلل جنسي محدث بمادة/دواء، خلل وظيفة جنسية محدد آخر، خلل وظيفة جنسية غير محدد.

الانزعاج من الجندر

ويشمل: عند الأطفال، لدى المراهقين والبالغين، محدد آخر، غير محدد.

اضطرابات التشوش والتحكم بالاندفاع والمسلك

اضطراب التحدي الاعتراضي، الاضطراب الانفعالي المتقطع، اضطراب المسلك، اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، هوس إشعال الحرائق، هوس السرقة، اضطراب التشوش والتحكم بالاندفاع والمسلك محدد آخر، اضطراب التشوش والتحكم بالاندفاع والمسلك غير محدد.

الاضطرابات المتعلقة بمادة والإدمانية

اضطرابات استعمال المادة، الاضطرابات المتعلقة بالكحول وتشمل: اضطراب استعمال الكحول، الانسحاب من الكحول، سحب الكحول، الاضطرابات العقلية المحدثة بالكحول، اضطراب متعلق بالكحول غير محدد. الاضطرابات المتعلقة بالكافيين وتشمل: الانسحاب

بالكافيين، سحب الكافيين، الاضطرابات العقلية المحدثة بالكافيين، اضطراب متعلق بالكافيين غير محدد. الاضطرابات المتعلقة بالحشيش وتشمل: اضطراب استعمال الحشيش، الانسمام بالحشيش، سحب الحشيش، الاضطرابات العقلية المحدثة بالحشيش، اضطراب متعلق بالحشيش غير محدد. الاضطرابات المتعلقة بالمهلوسات وتشمل: اضطراب استعمال فينيسكلدين، اضطراب استعمال المهلوسات الأخرى، الانسمام بفينيسكلدين، الانسمام بمهلوس آخر، الاضطراب الإدراكي المستمر بالمهلوسات، الاضطرابات العقلية المحدثة بفينيسكلدين، الاضطرابات العقلية المحدثة بمهلوس آخر، اضطراب متعلق بفينيسكلدين غير محدد، اضطراب متعلق بمهلوس غير محدد. الاضطرابات المتعلقة بالمستنشقات وتشمل: اضطراب استعمال المستنشقات، الانسمام بالمستنشقات، الاضطرابات العقلية المحدثة بالمستنشقات، اضطراب متعلق بالمستنشقات غير محدد. الاضطرابات المتعلقة بالأفيون وتشمل: اضطراب استعمال الأفيون، الانسمام بالأفيون، سحب الأفيون، الاضطرابات العقلية المحدثة بالأفيون، اضطراب متعلق بالأفيون غير محدد. الاضطرابات المتعلقة بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق وتشمل: اضطراب استعمال المهدئات والمنومات ومضادات القلق، الانسمام بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق، سحب المهدئات والمنومات ومضادات القلق، الاضطرابات العقلية المحدثة بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق، اضطراب متعلق بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق غير محدد. الاضطرابات المتعلقة بالمنشطات وتشمل: اضطراب استعمال المنشطات، الانسمام بالمنشطات، سحب المنشطات، الاضطرابات العقلية المحدثة بالمنشطات، اضطراب متعلق بالمنشطات غير محدد. الاضطرابات المتعلقة بالتبغ وتشمل: اضطراب استعمال التبغ، سحب التبغ، الاضطرابات العقلية المحدثة بالتبغ، اضطراب متعلق بالتبغ غير محدد. الاضطرابات المتعلقة بمادة أخرى أو غير معروفة وتشمل: اضطراب استعمال مادة أخرى أو غير معروفة، الانسمام بمادة أخرى أو غير معروفة، سحب مادة أخرى أو غير معروفة، الاضطرابات العقلية المحدثة بمادة أخرى أو غير معروفة، اضطراب متعلق بمادة أخرى أو غير معروفة غير محدد. الاضطرابات غير المتعلقة بالمواد وتشمل: اضطراب المقامرة.

الاضطرابات العصبية المعرفية

الهذيان ويشمل: محدد آخر، غير محدد. الاضطراب العصبي المعرفي ويشمل: الجسيم، المعتدل، الجسيم أو المعتدل بسبب داء الزهايمر، جسيم أو معتدل جبهي صدغي، جسيم أو معتدل بسبب جسيمات ليوي، وعائي جسيم أو معتدل، الجسيم أو المعتدل بسبب أذيّات الدماغ الرضية، الجسيم أو المعتدل المحدث بمادة/دواء، الجسيم أو المعتدل بسبب خمج فيروس نقص المناعة البشري (HIV)، الجسيم أو المعتدل بسبب داء بريون، معتدل أو جسيم بسبب داء باركنسون، جسيم أو معتدل بسبب داء هنتغتون، جسيم أو معتدل بسبب حالة طبية أخرى، الجسيم أو المعتدل الناتج عن تعدد الأسباب المرضية، غير محدد.

اضطرابات الشخصية

اضطراب الشخصية العام: المجموعة A من اضطرابات الشخصية وتشمل اضطرابات الشخصية: الزورانية، الفصامانية، الفصامي النمط. المجموعة B من اضطرابات الشخصية وتشمل اضطرابات الشخصية: المعادي للمجتمع، الحدية، الهيس تريونية، النرجسية. المجموعة C من اضطرابات الشخصية وتشمل اضطرابات الشخصية: التجنبية، الاعتمادية، الوسواسية القهرية. اضطرابات الشخصية الأخرى وتشمل: تغير الشخصية بسبب حالة طبية أخرى، اضطراب شخصية محدد آخر، اضطراب شخصية غير محدد.

اضطرابات الولع الجنسي

اضطراب التلصص، اضطراب الاستعراء، اضطراب الاحتكاك، اضطراب المازوخية الجنسية، اضطراب السادية الجنسية، اضطراب الولع بالأطفال، اضطراب الفيتشية،

اضطراب لبس ملابس الجنس الآخر، اضطراب الولع الجنسي المحدد الآخر، اضطراب الولع الجنسي غير المحدد.

اضطرابات عقلية أخرى ورموز إضافية

اضطراب عقلي محدد آخر ناتج عن حالة طبية أخرى، اضطراب عقلي غير محدد ناتج عن حالة طبية أخرى، اضطراب عقلي محدد آخر، اضطراب عقلي غير محدد، رموز إضافية، لا يوجد تشخيص أو حالة.

اضطرابات الحركة المحدثة بالأدوية والتأثيرات الجانبية الأخرى للأدوية، حالات أخرى قد تكون محوراً للاهتمام السريري

السلوك الانتحاري، سوء المعاملة والإهمال وتشمل: مشاكل إساءة معاملة الطفل وإهماله، مشاكل سوء المعاملة والإهمال للبالغين. مشاكل العلاقات وتشمل: مشاكل متعلقة بالتنشئة الأسرية، مشاكل متعلقة بالبيئة الأسرية. مشاكل تعليمية، مشاكل مهنية، مشاكل السكن، مشاكل اقتصادية، مشاكل أخرى ذات صلة بالبيئة الاجتماعية، المشاكل ذات الصلة بالجريمة أو التداخل مع النظام القضائي، المشكلات المتعلقة بالظروف النفسية والاجتماعية والشخصية والبيئية الأخرى، المشاكل المتعلقة بالحصول على الرعاية الطبية وأشكال الرعاية الصحية الأخرى، ظروف التاريخ الشخصي، مقابلات الخدمات الصحية الأخرى للنصح والمشورة الطبية، الظروف أو المشاكل الإضافية التي قد تكون محل تركيز للاهتمام السريري (DSM-5-TR, 2022).



الفصل الرابع عشر

نماذج من بعض المقاييس في مجال الصحة النفسية

مقدمة

تشكل الاختبارات والمقاييس النفسية أهمية بالغة في الصحة النفسية وللعاملين بها، فهي تشكل أداة تشخيصية مهمة، بل يمكن القول: إن أغلب البحوث والدراسات العلمية في الصحة النفسية تعتمد على الاختبارات والمقاييس النفسية. من هذه الأهمية جاء هذا الفصل ليتضمن بعض الاختبارات النفسية في الصحة النفسية كعينة من الاختبارات والمقاييس النفسية التي يمكن للطالب الاطلاع عليها والتمتع بها من خلال دراسة البنود المكونة لهذه المقاييس.

اختبار قائمة المشكلات لـ (موني) Monys' Check List

(نموذج لطلبة الثانوي ويمكن توليفه لمراحل أخرى)

تضم هذه القائمة مشكلات تتصل بالصحة والمال والحياة الاجتماعية والعلاقات في الأسرة والدين والمهنة والعمل المدرسي وغيرها. يجب عليك اتباع الخطوات الآتية:

- 1- أقرأ البنود في القائمة وكلما وجدت مشكلة تتطبق عليك ضع تحتها خط.
- 2- ثم اختر أهم المشكلات وأشدها صعوبة عليك وضع دائرة حول رقمها.
- 3- بعدها أجب عن الأسئلة الموجودة في الصفحة الأخيرة من الاختبار. البنود هي الآتي:

- 1- وزني غير مناسب.
- 2- كثيراً ما أمرض.
- 3- لا أعرف كيف أصرف نقودي بحكمة.
- 4- مصروفي أقل من مصروف أصدقائي.
- 5- إني بطيء في عمل علاقات جديدة.
- 6- أرتبك عند مقابلة الناس.

- 7- أرتبك عند الحديث مع أفراد الجنس الآخر.
- 8- لا اختلط بسهولة مع الجنس الآخر.
- 9- أزعج نفسي كثيراً في مناقشات.
- 10- كثيراً ما أخرج شعور الآخرين.
- 11- أثور وأفقد أعصابي بسهولة.
- 12- آخذ بعض الأمور جدياً أكثر من اللازم.
- 13- لا أواظب على الصلاة.
- 14- أشك في بعض الموضوعات الدينية التي تُقال لي.
- 15- إني مشغول البال من جهة أحد أفراد الأسرة.
- 16- بعض أفراد أسرتي مرضى.
- 17- لا أستطيع الالتحاق بالمهنة التي أُرغب فيها.
- 18- أحتاج إلى معرفة ما أصلح لي من مهن.
- 19- أتغيب كثيراً عن المدرسة.
- 20- رسبت مرة أو أكثر في المدرسة.
- 21- ليس عندي مكان مناسب للمذاكرة بالمنزل.
- 22- أحتاج إلى دراسة مواد لا تُعطى لنا بالمدرسة.
- 23- أتعب بسرعة.
- 24- كثيراً ما أعاني من الصداع.
- 25- لا أحصل على نقود من والدي إلا بعد إلحاح.
- 26- ليس لي مصروف محدد منتظم.
- 27- أشعر أنني مقيد عند وجودي في المجتمعات.
- 28- أجد صعوبة بالاستمرار بالمحادثة.
- 29- لست جذاباً لأفراد الجنس الآخر.
- 30- لا يُسمح لي بصداقات من الجنس الآخر.
- 31- أشعر بأن الناس يسخرون مني.

- 32- تنقصني الشخصية التي تجذب الآخرين.
- 33- إنني كثير القلق.
- 34- أسرح كثيراً في الخيال.
- 35- أشعر ببلبلة نحو معتقداتي الدينية.
- 36- والديّ يرغماني على أداء الصلاة.
- 37- والديّ يضحيان أكثر مما يجب من أجلي.
- 38- يعاملني والديّ كما لو كنت طفلاً.
- 39- أخشى ألا أحصل على ما يتفق مع رغباتي المهنية.
- 40- أحتاج إلى نصيحة بخصوص ما أفعله بعد الدراسة الثانوية.
- 41- أشعر أنني أسأت اختيار المواد الدراسية.
- 42- لا أقضي وقتاً كافياً في المذاكرة.
- 43- أجبرت على دراسة مواد لا أحبها.
- 44- مواد الدراسة لا ترتبط بالحياة اليومية.
- 45- أشكو ضعف البصر.
- 46- غالباً لا أشعر بالجوع عندما يحين وقت الطعام.
- 47- ليس لدي إلا القليل من الملابس الأنيقة.
- 48- نقودي لا تكفي للترويح عن نفسي.
- 49- لا أجد الوقت الكافي للترويح عن نفسي.
- 50- لا أجد متعة في كثير مما يستمتع به الناس عادة.
- 51- لا أستطيع أن أسأل والديّ عن المسائل الجنسية.
- 52- إننا نلوم المدرسة لأنها لا تعطينا معلومات جنسية.
- 53- لست متأكداً من التأثير الذي أتركه في الآخرين.
- 54- أنقاد بسهولة للآخرين.
- 55- إنني كثير الإهمال.
- 56- إنني سريع النسيان.

- 57- أشك في قيمة التعبّد والصلاة.
- 58- أريد أن أحس بأنّي قريب من الله.
- 59- لا أعيش مع والدي.
- 60- والدايّ منفصلان أو مطلقان.
- 61- أحتاج أن أعرف المزيد عن الأعمال المختلفة.
- 62- إنني أتعبّل الانتهاء من الدراسة والحصول على عمل.
- 63- لا أستطيع أن أعبر عما أقصده تعبيراً واضحاً.
- 64- أخشى الاشتراك في المناقشات التي تحدث في الصف.
- 65- أجد الكتب الدراسية صعبة الفهم.
- 66- يصعب علي فهم المدرسين.
- 67- لا أتناول الغذاء الصحي المناسب.
- 68- وزني يتناقص بالتدرّج.
- 69- أسرتي تعاني من النواحي المالية.
- 70- أسرتي تضع رقابة شديدة على كل قرش أصرفه.
- 71- لا أستطيع أن أقرأ كل ما أحب قراءته.
- 72- لا أجد فرصة كافية للخروج والاستمتاع بالطبيعة.
- 73- أود أن أعرف بعض أنواع الأمراض الجنسية.
- 74- أود أن أتخلص من مشكلة جنسية ضارة.
- 75- تنقصني المقدرة على القيادة.
- 76- إنني بطيء في تكوين الصداقات.
- 77- لا أخذ بعض الأمور بالجديّة اللازمة لها.
- 78- لا أستطيع البت في رأي بسهولة.
- 79- يسيئني وجود تعصب ديني.
- 80- يحيرني التمييز بين الصواب والخطأ.
- 81- أحد والديّ متوفى.

- 82- أحس كأنني غريب بين أفراد أسرتي.
- 83- لا أرى فائدة كبيرة في الدراسة بالمدرسة.
- 84- لا أريد أن أتكل بنفسي.
- 85- لا أحب المدرسة.
- 86- لا أميل إلى بعض المواد الدراسية.
- 87- أشعر أن حريتي مقيدة في الصف.
- 88- لا تتاح لنا فرصة المناقشة الكافية في الصف.
- 89- لا أحصل على القسط الكافي من النوم.
- 90- أتعرض كثيراً لنزلات البرد.
- 91- أخشى أن أقطع دراستي لكي أشتغل.
- 92- أريد أن أحصل على بعض المال بجهدِي الخاص.
- 93- لا أجد عملاً مسلياً أقوم به في وقت فراغي.
- 94- لا تتاح لي فرصة كافية للذهاب إلى السينما.
- 95- أرتبك من الحديث عن الموضوعات الجنسية.
- 96- أصبت بصدمة نتيجة لعلاقة عاطفية.
- 97- إنني خجول.
- 98- إن شعوري يُخدش لأبسط الأشياء.
- 99- أخشى عمل أخطاء.
- 100- تثبط عزيمتي لأبسط الأشياء.
- 101- والداي قديمان في تفكيرهما.
- 102- أريد أن أفهم القرآن فهماً أعمق.
- 103- والداي يكثران من انتقادي.
- 104- والداي يفضلان عني أحد إخوتي أو أخواتي.
- 105- يحيرني أي المواد اختار للفصل الدراسي القادم.
- 106- يحيرني أي المواد اختار استعداداً للالتحاق بالجامعة.

- 107- لا أستطيع التركيز على الدروس في المدرسة.
- 108- لا أعرف كيف أذاكر بطريقة منتجة.
- 109- بعض المواد الدراسية تتطلب عملاً طويلاً.
- 110- لا أستطيع أن أتفاهم مع أحد المدرسين.
- 111- أصاب كثيراً بالتهابات.
- 112- أشكو من مرض جلدي.
- 113- أريد أن أشتري المزيد من لوازمي.
- 114- أحتاج إلى مال لأكمل به تعليمي العالي.
- 115- لا تتاح لي فرصة كافية للاستمتاع بمشاهدة التلفاز.
- 116- لا تتاح لي فرصة كافية لممارسة هواياتي.
- 117- يحيرني أمر مقابلة الشبان للفتيات.
- 118- أخشى أن أكون صداقة وثيقة مع فرد من الجنس الآخر.
- 119- أرتبك بمنتهى السهولة.
- 120- يضايقني انتقاد الآخرين لي.
- 121- أتمنى أحياناً لو لم تلدني أمي.
- 122- أخاف من أن أترك وحدي.
- 123- يحيرني مصير الناس بعد الموت.
- 124- لا أستطيع أن أنسى بعض الأخطاء التي ارتكبتها.
- 125- أعتبر أمي إحدى مشكلاتي.
- 126- أعتبر أبي أحد مشكلاتي.
- 127- يحيرني أي المواد أختار لألتحق بعمل بعد الدراسة الثانوية.
- 128- أريد أن أتعلم حرفة (صناعة).
- 129- أجد صعوبة في مواد الرياضيات.
- 130- إنني ضعيف في الكتابة.
- 131- النظام المدرسي صارم.

- 132- الصفوف الدراسية مقبضة نفسياً.
- 133- قامتي غير معتدلة.
- 134- طولي غير مناسب.
- 135- أحتاج أن أجد حالياً عملاً لبعض الوقت.
- 136- أحتاج إلى عمل أشتغل به في العطلات فقط.
- 137- لا أجد شيئاً مسلياً أفعله في العطلات الصيفية.
- 138- لا يُسمح لي بالاختلاط بمن أريد.
- 139- والدائيّ يمنعني من قراءة الكتب العاطفية.
- 140- أتساءل هل سأجد الزوجة أو الزوج المناسب.
- 141- يضايقني ظن الناس بأنني متغطرس.
- 142- يُهمل شأني في الاجتماعات المختلفة.
- 143- ما أسرع تساقط الدموع من عيني.
- 144- أفشل في كثير من الأشياء التي أحاولها.
- 145- تقلقني الأفكار المتعلقة بالجنة والنار.
- 146- أخاف أن يعاقبني الله في الآخرة.
- 147- إنني الابن أو الابنة الوحيدة لوالديّ.
- 148- لست على وفاق تام مع أحد إخوتي.
- 149- يتعذر علي أن أقرر إذا ما كنت سألتحق بالجامعة أم لا.
- 150- أرغب في معرفة المزيد عن كليات الجامعة المختلفة.
- 151- إنني ضعيف في الإملاء والقواعد.
- 152- أجد صعوبة في عمل التلخيصات.
- 153- مدرسوننا تنقصهم الشخصية.
- 154- مدرسوننا ليسوا أصدقاء للتلاميذ.
- 155- لست جذاباً من حيث الشكل.
- 156- لا أسمع جيداً.

- 157- أسكن على مسافة بعيدة جداً من المدرسة.
- 158- يضايقتني أن أقارننا بشاركوننا في المسكن.
- 159- لا يُسمح لي عادة بالخروج ليلاً.
- 160- لا أشارك بالقدر الكافي في جمعيات المدرسة.
- 161- أميل إلى فرد من الجنس الآخر ولا يميل إليّ.
- 162- أفكر كثيراً في موضوع الخطوبة.
- 163- أشعر بوحدة قاسية.
- 164- أريد أن أصبح محبوباً بدرجة أكبر.
- 165- أشعر أغلب الوقت أنني غير سعيد.
- 166- إنني عنيد جداً.
- 167- تربي الأفعال السيئة التي تصدر عن زملائي.
- 168- أشعر بإغراء الغش في الامتحان.
- 169- يتحكم والداي في كثير من الأمور المتعلقة بي.
- 170- والداي لا يتقن بي.
- 171- يتعذر علي أن أقرر نوع الكلية التي سألتحق بها.
- 172- أخشى ألا أستطيع الالتحاق بالجامعة في يوم من الأيام.
- 173- لا أحب المذاكرة.
- 174- ذاكرتي ضعيفة.
- 175- لا أجد مساعدة شخصية من المدرسين.
- 176- مدرسوننا لا يراعون مشاعر الطلبة.
- 177- أشكو من صعوبة في النطق كالتأتأة مثلاً.
- 178- أعاني من حساسية خاصة لبعض الأمراض.
- 179- ليس لي غرفة خاصة بالمنزل.
- 180- والداي أو أحدهما يشقيان كثيراً في العمل.
- 181- أفنقر إلى حياة اجتماعية.

- 182- أريد أن أتعلم كيف أسامر الناس.
- 183- والداي يمنعاني من مشاهدة الأفلام العاطفية.
- 184- أحصل على معلوماتي الجنسية من الكتب الرخيصة.
- 185- أكره أحد الناس.
- 186- يكرهني أحد الناس.
- 187- أشعر أنني سيئ الحظ.
- 188- حياتي تنقصها البهجة والمتعة.
- 189- أكذب أحياناً دون أن أتعمد ذلك.
- 190- تصدر عني بعض الألفاظ النابية.
- 191- كثيراً ما تصطدم آرائي بآراء والدي.
- 192- أحتاج إلى العطف والحنو.
- 193- ينقصني التدريب على عمل الأعمال.
- 194- أخشى ألا أجد وظيفة بعد الانتهاء من المدرسة.
- 195- إنني بطيء في القراءة.
- 196- أشعر أنني سوف لن أحصل على تقديرات مناسبة.
- 197- مدرسوننا لا يعملون ما ينصحون به.
- 198- كثيراً من مدرسيننا ضعاف.
- 199- أعاني من اضطراب العادة الشهرية.
- 200- تؤلمني أسناني أحياناً.
- 201- منزلنا ينقصه كثير من وسائل الراحة.
- 202- لا أحب جيراني.
- 203- أحتاج أن أتقف نفسي ثقافة أوسع.
- 204- أحتاج إلى تحسين هيتي ومنظري.
- 205- أحصل على معلوماتي الجنسية من الخدم.
- 206- أحصل على معلوماتي الجنسية من أصدقائي.

- 207- أتصرف أحياناً كم يتصرف الأطفال.
- 208- إنني شديد الغيرة أو الحسد.
- 209- تنقصني الثقة بالنفس.
- 210- مشاكل الشخصية كثيرة جداً.
- 211- لا أستطيع أن أتخلص من عادتي السيئة.
- 212- تنقصني القدرة على ضبط النفس.
- 213- أتمنى لو كانت لي أسرة من نوع آخر.
- 214- لا ترحب الأسرة بأصدقائي.
- 215- أشك في مقدرتي على السير في علم مناسب.
- 216- لا أعرف كيف أبحث عن عمل.
- 217- أشعر بقلق من ناحية الامتحانات.
- 218- أحصل عادة على تقديرات ضعيفة في دروسي.
- 219- درجات الامتحانات ليست مقياساً صحيحاً للقدرة.
- 220- بعض الامتحانات قاسية.
- 221- أعاني اضطرابات أنفية.
- 222- يضايقني أنني مدخن.
- 223- إنني خجل من البيت الذي نسكنه.
- 224- أضطر إلى اقتراض نقود.
- 225- إنني شديد الإهمال فيما يختص بملابسي وأشياءني.
- 226- ليس لي فرصة كافية لأفعل ما أحب أن أفعله.
- 227- أفكر كثيراً جداً في الموضوعات الجنسية.
- 228- لا أستطيع الافتراق عن إحدى مدرساتي.
- 229- كثيراً ما أتكلم أو أتصرف دون روية وتفكير.
- 230- أحس أنه لا يوجد من يفهمني.
- 231- إنني أحمل ذكريات غير سعيدة لطفولتي.

- 232- أحلم أحلاماً مزعجة.
- 233- أحياناً لا أكون مثلاً أحب.
- 234- أقع بسهولة في المشاكل.
- 235- أعاني من وجود منازعات عائلية.
- 236- لا أستطيع مناقشة الأمور مع الأسرة.
- 237- أحتاج أن أضع خطة للمستقبل.
- 238- تعارض الأسرة بعض خططي لنفسي.
- 239- لا أستطيع السير في بعض المواد الدراسية.
- 240- لست ذكياً بدرجة كافية.
- 241- النشاط المدرسي ينقصه كثير من التطبيق.
- 242- لا يُشجع الطلبة في مدرستنا على تحمل المسؤولية.
- 243- أعاني من ألم القدمين.
- 244- تضايقني حالتي البدنية.
- 245- أشتغل بعد المدرسة ساعات طويلة في أحد الأعمال.
- 246- أكره العمل الإضافي الذي أشتغل به حالياً.
- 247- لا يوجد مكان مناسب لممارسة الرياضة بالقرب من مسكني.
- 248- تتقصني المهارة في الألعاب الرياضية.
- 249- لا أستطيع التحكم في دوافعي الجنسية.
- 250- أكون علاقات عاطفية مع زميلاتي أو زملائي.
- 251- أجد من الصعب التحدث عن مشاكل.
- 252- لا أجد من أتحدث إليه عن مشاكل.
- 253- أفكر أحياناً أنني قريب من الجنون.
- 254- تراودني أحياناً أفكار انتحارية.
- 255- أستسلم بسهولة للإغراء.
- 256- ضميري يعذبني كثيراً.

- 257- أريد أن أغادر المنزل إلى غير عودة.
- 258- لا أصارح والديّ بكل شيء عني.
- 259- أخاف المستقبل.
- 260- يشغلني كثيراً موضوع الخدمة العسكرية الإجبارية.
- 261- أخشى أن أفشل في دراستي.
- 262- أريد أن أترك المدرسة.
- 263- فسحة الظهر قصيرة جداً.
- 264- أرغب في مزيد من الاجتماعات التي تضم الطلبة (فهمني، 1995).
- ملاحظة مهمة:** بعد الانتهاء من وضع الخطوط تحت المشكلات التي تعاني منها، أجب عن الأسئلة الآتية:
- 1- ما هي المشكلات التي تعاني منها؟ أكتب بالتفصيل حول مشكلتين أو ثلاث منها.
- 2- هل ترغب في أن تساهم المدرسة في حل بعض مشكلاتك؟ الإجابة: نعم، لا.
- 3- هل ترغب أن تتحدث مع أحد الأشخاص بخصوص بعض مشكلاتك؟ الإجابة: نعم، لا.
- مقياس الصحة النفسية لـ(سيد يوسف):** اختبر صحتك النفسية من خلال المقياس.
- أجب بوضع خط تحت خيارك

الرقم	الفقرة	نعم	لا
1	أشعر بالأمن والاطمئنان عموماً.	1	0
2	أنا متزن في اتخاذ قراراتي.	1	0
3	من السهل علي التكيف مع متطلبات الحياة الواقعية.	1	0
4	لدي قدرة جيدة على التواصل الاجتماعي مع الآخرين.	1	0
5	يمكنني السيطرة على انفعالاتي وحساسيتي عموماً.	1	0
6	أشجع التغيير في المجتمع بمؤسساته المختلفة، وأمد يدي نحو	1	0

		من يطمح للتغيير.	
7	أراجع نفسي لأجعل منها شخصية متكاملة.	1	0
8	أشعر بالانتماء والانسجام مع المجتمع الذي أعيش فيه.	1	0
9	يمكن وصفي بأن أعصابي هادئة ومتزنة.	1	0
10	أثق بالمجتمع والناس الذين أتعامل معهم.	1	0
11	أنا مسامح وتسامحي بعيد عن المبالغة.	1	0
12	أشعر بالتفاؤل والقناعة والسعادة غالباً.	1	0
13	أهتم بالناس لدرجة أنه يمكنني أن أضحي براحتي من أجلهم.	1	0
14	لدى القدرة على حل مشكلاتي بطريقة جيدة غالباً.	1	0
15	أكره العنف في تعاملتي مع المحيطين بي.	1	0

الدرجة 13-15 = صحة نفسية ممتازة، 9-12 = صحة نفسية جيدة، دون ذلك = ضعيفة.
(أبو أسعد، 2011).

مقياس تقدير الذات لـ(روسنبرغ) Rosenberg Self-Esteem Scale

أجب بوضع دائرة على خيارك

الرقم	الفقرة	موافق بقوة	موافق بدرجة بسيطة	بين الموافقة وعدمها	غير موافق بدرجة بسيطة	غير موافق بشدة
1	في المجمل أنا راضٍ حول نفسي.	4	3	2	1	0
2	أعتقد أحياناً أنني جيد في كل شيء.	4	3	2	1	0
3	أشعر بأن لدي عدداً من الأمور ذات النوعية الجيدة.	4	3	2	1	0
4	قادر على أن أعمل أشياء جيدة كما معظم الآخرين.	4	3	2	1	0
5	أشعر بأنه ليس لدى الشيء الكثير لأحجل منه.	4	3	2	1	0
6	بالتأكيد أشعر بعدم الفائدة في بعض الأحيان.	4	3	2	1	0
7	أشعر بأنني شخص له قيمة على الأقل مساوٍ لمستوى الآخرين.	4	3	2	1	0
8	أرغب أن أملك احتراماً أكثر مع نفسي.	4	3	2	1	0
9	بشكل عام، أميل إلى الشعور بأنني فاشل.	4	3	2	1	0
10	لدي اتجاه إيجابي تجاه نفسي.	4	3	2	1	0

كلما كانت الدرجات أعلى كلما دل ذلك على ارتفاع تقدير الذات، المتوسط=20(المرجع السابق).

مقياس التكيف النفسي للأطفال لـ(جبريل)

ويتألف من بُعد:

شخصي، انفعالي، أسري، اجتماعي.

أجب بوضع إشارة (x) على خيارك.

الرقم	الفقرة	أبداً	قليلاً	أحياناً	معظم الوقت	دائماً
1-	أشعر أنني إنسان له قيمة.	1	2	3	4	5
2-	أعاني من تقلبات المزاج دون معرفة السبب.	5	4	3	2	1
3-	أتعاون مع أفراد أسرتي.	1	2	3	4	5
4-	أجرح عند الضرورة شعور الآخرين.	5	4	3	2	1
5-	لا أثق بنفسي.	5	4	3	2	1
6-	أشعر بالسعادة.	1	2	3	4	5
7-	تحدث خلافات بيني وبين إخوتي.	5	4	3	2	1
8-	أتمتع بشعبية بين الزملاء.	1	2	3	4	5
9-	أجعل حياتي مليئة بالتفاؤل.	1	2	3	4	5
10-	أشعر بالحزن والاكتئاب.	5	4	3	2	1
11-	أحب أفراد أسرتي.	1	2	3	4	5
12-	أتجنب مقابلة الغرباء.	5	4	3	2	1
13-	أتمنى لو كنت شخصاً أفضل مما أنا عليه.	5	4	3	2	1
14-	أحب نفسي.	1	2	3	4	5
15-	أشعر أن أفراد أسرتي لا يحبون	5	4	3	2	1

					بعضهم.	
5	4	3	2	1	أشارك في النشاط المدرسي.	16-
5	4	3	2	1	لا أستسلم للفشل وأحاول من جديد.	17-
1	2	3	4	5	أشكو من القلق.	18-
دائماً	معظم الوقت	أحياناً	قليلاً	أبداً	الفقرة	الرقم
5	4	3	2	1	أثق في أفراد أسرتي.	19-
1	2	3	4	5	أشعر أن زملائي يكرهونني.	20-
1	2	3	4	5	أشعر أنني مظلوم وسيئ الحظ.	21-
5	4	3	2	1	لا أغضب بسرعة.	22-
1	2	3	4	5	أشعر أنني غريب بين أفراد أسرتي.	23-
5	4	3	2	1	أقبل نقد الآخرين.	24-
5	4	3	2	1	أعدل من أفكاري أو سلوكي عند الضرورة.	25-
1	2	3	4	5	أشعر برغبة في البكاء.	26-
5	4	3	2	1	أستأمر مع أفراد أسرتي في قراراتي.	27-
1	2	3	4	5	أشعر أن معاملة الآخرين لي سيئة.	28-
1	2	3	4	5	أشعر أنني أقل من غيري.	29-
1	2	3	4	5	أشعر أنه ليس من السهل جرح مشاعري.	30-
1	2	3	4	5	أشعر أن وضع أسرتي يحد من حريتي.	31-
5	4	3	2	1	أشعر أن علاقاتي حسنة مع الآخرين.	32-
5	4	3	2	1	أعمل على حل المشكلات التي تواجهني بطريقة هادئة.	33-

1	2	3	4	5	34- أشعر بالتململ وعدم الرغبة بالاستقرار في مكان معين.
5	4	3	2	1	35- أحب أن أقضي كثيراً من الوقت مع أفراد أسرتي.
دائماً	معظم الوقت	أحياناً	قليلاً	أبداً	الرقم الفقرة
1	2	3	4	5	36- أشعر بالراحة إذا انصاع الزملاء لإرادتي.
1	2	3	4	5	37- أتردد كثيراً قبل قبولي بالأمور.
5	4	3	2	1	38- أشعر أن حياتي مليئة بالفرح.
1	2	3	4	5	39- أتمنى لو كنت من أسرة غير أسرتي.
5	4	3	2	1	40- أنطوع لتقديم المساعدة لمن يحتاجها.

تصحيح المقياس: الدرجة الدنيا=40، الدرجة العليا=200، الدرجة المتوسطة=120 وفوقها يبدأ التكيف الحسن (جبريل، 1996).

مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة لـ (شفارتسر Schwarzer) ت. رضوان

السن:.....، الجنس:.....، العمل:.....، الدراسة.....
والسنة:.....

أجب بوضع دائرة حول رقم الخيار الذي ينطبق عليك:

الرقم	الفقرة	لا تتطبق	نادراً	غالباً	دائماً
1-	عندما يقف شخص ما في طريق تحقيق هدف أسعى إليه، فإنني قادر على إيجاد الوسائل المناسبة لتحقيق مبتغاي.	1	2	3	4
2-	إذا ما بذلت من الجهد كفاية، فإنني سأنجح في حل المشكلات الصعبة.	1	2	3	4
3-	من السهل علي تحقيق أهدافي ونواياي.	1	2	3	4
4-	أعرف كيف أتصرف مع المواقف غير المتوقعة.	1	2	3	4
5-	اعتقد بأنني قادر على التعامل مع الأحداث حتى لو كانت هذه مفاجئة لي.	1	2	3	4
6-	أتعامل مع الصعوبات بهدوء لأنني أستطيع دائماً الاعتماد على قدراتي الذاتية.	1	2	3	4
7-	مهما يحدث فإنني أستطيع التعامل مع ذلك.	1	2	3	4
8-	أجد حلاً لكل مشكلة تواجهني.	1	2	3	4
9-	إذا ما واجهني أمر جديد فإنني أعرف كيفية التعامل معه.	1	2	3	4
10-	أمتلك أفكاراً متنوعة حول كيفية التعامل مع المشكلات التي تواجهني.	1	2	3	4

تصحيح المقياس: تتراوح الدرجات بين (10-40) درجة، إذ تشير الدرجة المنخفضة إلى

انخفاض في توقعات الكفاءة الذاتية العامة والعكس صحيح (رضوان، 1997).

مقياس قوة الضمير لدى الطفل (يطبق من قبل المعلم أو ولي الأمر)

أجب بوضع دائرة حول رقم الخيار الذي ينطبق عليك:

الرقم	الفقرة	دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	إطلاقاً
1-	يعترف بالأخطاء، يقول أنا آسف.	5	4	3	2	1
2-	يمكن أن يحدد سلوكه الخاطئ ويصف سبب الخطأ.	5	4	3	2	1
3-	نادراً ما يحتاج إلى التنبيه والتذكرة من ذويه حول كيفية فعل الصواب.	5	4	3	2	1
4-	يدرك نتائج سلوكه غير المناسب.	5	4	3	2	1
5-	حين يكون على خطأ يقبل اللوم ويحاول أن يُعزي المشاكل إلى الآخرين.	5	4	3	2	1
6-	يشعر بالخجل أو الذنب حول أعماله الخاطئة أو غير المناسبة.	5	4	3	2	1
7-	يعرف الطريقة الصحيحة للعمل ويقوم به حينما يضغط عليه الآخرون بعدم القيام به.	5	4	3	2	1
8-	يحاول إجراء الإصلاح إن سبب أذى بدني أو عاطفي للآخرين.	5	4	3	2	1
9-	يعرف كيف يصحح العمل الخاطئ إلى صحيح.	5	4	3	2	1

					مجموع النقاط	
--	--	--	--	--	--------------	--

تصحيح المقياس: تتراوح الدرجات بين (9-45) درجة، المتوسط=27 درجة، إذ تشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع قوة الضمير لدى الطفل والعكس صحيح (أبو أسعد، 2011).

مقياس قدرات التسامح للأطفال (Tolerance)

أجب بوضع دائرة حول رقم الخيار الذي ينطبق عليك:

الرقم	الفقرة	دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	إطلاقاً
1-	يكشف عن التسامح مع الآخرين بغض النظر عن العمر أو الدين أو الحضارة أو النوع الاجتماعي.	5	4	3	2	1
2-	ييدي احتراماً نحو الكبار والمسؤولين.	5	4	3	2	1
3-	يعبر عن انزعاجه أو اهتمامه حين يهان أو يظلم أحدهم.	5	4	3	2	1
4-	يقف مع المظلوم، ولا يسمح بالظلم أو عدم التسامح.	5	4	3	2	1
5-	يحجم عن القيام بتعليقات أو نكات تسخر من شخص أو مجموعة.	5	4	3	2	1
6-	يفخر بحضارته أو موروثاته الثقافية والإنسانية.	5	4	3	2	1
7-	ودي ومنفتح على الناس بغض النظر عن الجنس أو الدين أو المعتقدات أو المظهر أو النوع الاجتماعي أو الحضارة.	5	4	3	2	1
8-	يحجم عن التصنيف أو السخرية من الآخرين.	5	4	3	2	1

					مجموع النقاط	
--	--	--	--	--	--------------	--

تصحيح المقياس: تتراوح الدرجات بين (8-40) درجة، المتوسط=24 درجة، إذ كلما ارتفعت الدرجة دل ذلك على التسامح لدى الطفل والعكس صحيح (المرجع السابق).





قائمة المراجع

أولاً-المراجع العربية

- القرآن الكريم: تفسير وبيان مع أسباب النزول للسيوطي. (بدون تاريخ طبع). مع فهارس كاملة للمواضيع والألفاظ. إعداد محمد حسن الحمصي. دمشق. بيروت.: دار الرشيد.
- إبراهيم، زيزي. (2006). العلاج المعرفي وأساليب المساعدة الذاتية. القاهرة: دار غريب للنشر والتوزيع.
- إبراهيم، صفاء صلاح سند. (2016). جودة الحياة والصحة النفسية طريقك إلى السعادة. القاهرة: مؤسسة يسطرون للطباعة والنشر والتوزيع.
- إبراهيم، محمد. (2005). التفاعل الصفي. القاهرة: دار عالم الكتب.
- ابن باجة. <https://ar.m.wikipedia.org> تاريخ الاسترداد: 3 / 10 / 2022.
- ابن سيرين. <https://m.marefa.org>. تاريخ الاسترداد: 27 / 9 / 2022.
- ابن طفيل. <https://m.marefa.org>. تاريخ الاسترداد: 1 / 10 / 2022.
- ابن منظور، أبو الفضل جمال الدين محمد. (1416هـ). لسان العرب. بيروت: دار إحياء التراث العربي. مؤسسة التاريخ العربي.
- ابن النفيس: طبيب العصر الذهبي للإسلام. (2020).
- <https://www.physiology.org/doi/full/>, تاريخ الاسترداد: 3/10/2022.
- أبو أسعد، أحمد. (2011). دليل المقاييس والاختبارات النفسية والترىوية. ج. 1. ط. 2. مقاييس الصحة النفسية: مقاييس المشكلات والاضطرابات. الأردن. عمان: مركز دبيونو لتعليم التفكير.

أبو زعيزع، عبد الله. (2009). أساسيات الإرشاد النفسي والتربوي بين النظرية والتطبيق.

عمان: دار يافا العلمية للنشر والتوزيع.

أبو عاجة، يحيى هارون محمد. (2014). الإمام الغزالي ونظريته في إعلاء الدوافع وتعديل السلوك. دراسات تربوية. العدد الثالث. 188. فبراير. جامعة أفريقيا العالمية. كلية التربية.

أبو العينين، زهراء، (2019) الطفل المدلل الأسباب والعلامات وكيفية تقويمه. القاهرة.

أحمد، إبراهيم. (2005). الاستراتيجيات الدافعة للتعلم. القاهرة: عين شمس.

الأحمد، أمل. (2001). حالة القلق وسمة القلق وعلاقتها بمتغيري الجنس والاختصاص العلمي: دراسة ميدانية لدى طلبة جامعة دمشق. مجلة جامعة دمشق للعلوم التربوية. العدد 1. المجلد 17.

أحمد، روان. (2020). علم النفس الإيجابي والنهج الإنساني لعلم النفس.

<https://e3arabi.com/Education>. 2022/11/26.

أحمد، آمنة يس موسى . (2010) . الصحة النفسية وعلاقتها بنوعية الحياة لدى

النازحين. مذكرة ماجستير علم النفس . السودان. جامعة الخرطوم.

أحمد، بشرى إسماعيل. (2006). إدمان الإنترنت وعلاقته بكل من أبعاد الشخصية والاضطرابات النفسية لدى المراهقين. قسم علم النفس. كلية الآداب. جامعة الزقازيق.

أحمد، سهير كامل. (2000). التوجيه والإرشاد النفسي. الإسكندرية: مركز الإسكندرية

للكتاب.

أحمد، مصطفى حسن. (1996). الإرشاد النفسي لأسر الأطفال غير العاديين. القاهرة.

أسعد، يوسف ميخائيل. (1993). الشخصية المتكاملة. القاهرة: نهضة مصر.

إسماعيل، آزاد على. (2014). الدين والصحة النفسية. فريجينا: المعهد العالمي للفكر الإسلامي.

الأعرج، خليل. (2018). التنور المعلوماتي وعلاقته بقلق المكتبات لدى طلبة الدراسات

العليا في جامعة القدس. رسالة ماجستير. فلسطين. القدس.

آغا، كاظم ولي. (1988). القلق والتحصيل دراسة تجريبية مقارنة لعلاقة القلق بالتحصيل الدراسي لدى الذكور والإناث من طلاب المرحلة الإعدادية في دولة الإمارات العربية المتحدة. مجلة جامعة دمشق في العلوم الإنسانية، المجلد 4. العدد 14. ج1.

الأنطاكي، داود بن عمر. (1965). الموسوعة العربية الميسرة. <https://ar.m.wikipedia.org> 30/6/2022 م.

الأهواني، أحمد فؤاد. (ب. ت.). الكندي فيلسوف العرب. أعلام العرب. القاهرة: وزارة الثقافة.

أندرسون، لورين. (1994). إنماء فعالية المدرسين. ت. أحمد شبشوب. المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم. تونس: سلسلة مبادئ التخطيط التربوي.

ايزنبرغ، شيلدون وديلاني، دانييل. (1994). عملية الإرشاد النفسي. ت. علي سعد وعدنان الأحمد. جامعة دمشق. كلية التربية: منشورات جامعة دمشق.

باترسون، س. ه. (1990). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. القسم الثاني. ط1. ت. حامد عبد العزيز الفقي. الكويت: دار القلم للنشر والتوزيع.

باخت، سامر. (2017). استخدام علم النفس ومفاهيمه في مجال علم المكتبات والمعلومات مؤشرات واقعية وآفاق مستقبلية. المجلة العلمية لجامعة الإمام

المهدي، العدد 9.

باطه، آمال عبد السميع مليجي. (1997). الشخصية والاضطرابات السلوكية والوجدانية. ط1. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

بلان، كمال يوسف. (2006). نظريات الإرشاد النفسي (1). جامعة دمشق. دمشق. كلية التربية: منشورات جامعة.

بلان، كمال يوسف. (2011). نظريات الإرشاد النفسي (2). جامعة دمشق. كلية التربية: منشورات جامعة دمشق.

بلان، كمال يوسف والزعبي، أحمد محمد. (2016). الصحة النفسية. جامعة دمشق. كلية التربية: منشورات جامعة دمشق.

- البلوي، محمد نواف. (2014). مبادئ الإرشاد النفسي في المجال العسكري. ط. 1. الرياض: المكتبة الوطنية. دار الجنان للنشر والتوزيع.
- بودخيلي، محمد مولاي. (1999). الإرشاد النفسي في الجزائر بين الغياب والاعتراب. المؤتمر السنوي السادس: جودة الحياة. مصر. القاهرة: مركز الإرشاد النفسي - جامعة عين شمس.
- بيبي، هدى الحسيني. (2000). المرجع في الإرشاد التربوي: الدليل الحديث للمربي والمعلم. بيروت: أكاديميا.
- بيز، آلن. (1997). لغة الجسد: كيف تقرأ أفكار الآخرين من خلال إيماءاتهم. ت. سمير شيخاني. بيروت: الدار العربية للعلوم.
- بييز، آلان وبييز، باربارا. (2008). المرجع الأكيد في لغة الجسد. ت. مكتبة جرير. الرياض: مكتبة جرير.
- تايلر، ليونا أ. (1989). الاختبارات والمقاييس. ط3. ت. سعد عبد الرحمن ومحمد عثمان نجاتي. القاهرة: دار الشروق.
- جامعة القادسية. (2017). محاضرات الإرشاد الأسري. كلية التربية للبنات. قسم الإرشاد والتوجيه التربوي.
- جبريل، موسى. (1996). العلاقة بين مركز الضبط وكل من التحصيل الدراسي والتكيف النفسي لدى المراهق. مجلة دراسات. المجلد 23. العدد 2. ص 358-377.
- جبل، فوزي محمد. (2000). الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية. الإسكندرية: مكتبة الجامعية.
- الجمعية النفسية الأمريكية (A. P. A.). (2022). الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية/النفسية (DSM-5-TR). ت. أنور الحمادي.
- الحاج، فائز محمد علي. (1978). بحوث في علم النفس العام. المكتب الإسلامي. الرياض.
- حجازي، مصطفى. (2000). الصحة النفسية. منظور دينامي تكاملي للنمو في البيت والمدرسة. المغرب. الدار البيضاء: المركز الثقافي العربي.

- حجازي، مصطفى. (2011). واقع الإرشاد الأسري ومتطلباته في دول مجلس التعاون. *سلسلة الدراسات الاجتماعية. العدد 67. البحرين. المنامة: المكتب التنفيذي لمجلس وزراء الشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية.*
- الحريري، رافدة والإمامي، سمير. (2011). *الإرشاد التربوي والنفسي في المؤسسات التربوية. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.*
- حسن، عبد الباسط محمد. (1990). *أصول البحث الاجتماعي. ط11. القاهرة. مكتبة وهبة.*
- حمادة، وليد. (2010). *سوء معاملة الأبناء وإهمالهم وعلاقته بالتحصيل الدراسي. مجلة جامعة دمشق للعلوم التربوية والنفسية. المجلد 26.*
- حمام، فادية كامل. (1423). *مشكلات الأطفال السلوكية والتربوية. الرياض: دار الزهراء.*
- حمدي، نزيه وأبو غزالة، هيفاء وبنات، سهيلة ومقداي، يوسف وغيث، سعاد والشوبكي، نايفه والرشدان، عز ودرويش، منى. (2010). *الإرشاد الأسري. المجلس الوطني لشؤون الأسرة. الأردن. عمان: مؤسسة دار أوراق للإعلام المجتمعي.*
- حمزة، مختار. (1979 a). *إرشاد الآباء والأبناء. القاهرة. مكتبة الخانجي.*
- حمزة، مختار. (1979 b). *سيكولوجية ذوي العاهات والمرضى: الأمراض الجسمية والنفسية والجسمية النفسية والأمراض العقلية. جدة: دار البيان العربي.*
- حمزة، مختار. (1956). *التأهيل المهني: سيكولوجية ذوي العاهات. مصر: دار المعارف.*
- حمصي، أنطون. (1987). *علم النفس العام. ج2. جامعة دمشق. منشورات جامعة دمشق. كلية التربية. مطبعة ابن حيان.*
- حمصي، أنطون وعنبر، أحمد. (1992). *اختبارات الذكاء والشخصية. ج1. ط4. جامعة دمشق. كلية التربية: منشورات جامعة دمشق.*
- الخالدي، عطاالله فؤاد والعلمي، دلال سعد الدين. (2009). *الصحة النفسية وعلاقتها بالتكيف والتوافق. عمان: دار صفاء للنشر.*

الخطيب، جمال. (1993). *المشكلات التعليمية والسلوكية*. الإمارات العربية المتحدة. الشارقة.

الخليدي، عبد المجيد. وهبي، كمال حسن. (1997). *الأمراض النفسية والعقلية والاضطرابات السلوكية عند الأطفال*. بيروت: دار الفكر العربي.

خليل، رسمية علي، (1968). *الإرشاد النفسي*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية. الداهري، صالح حسن والعبدي، ناظم هاشم. (1999). *الشخصية والصحة النفسية*. الأردن. أريد: مؤسسة حمادة للخدمات والدراسات الجامعية. دار الكندي للنشر والتوزيع.

الداهري، صالح حسن. (2016). *الإشراف في الإرشاد النفسي التربوي: الأسس والنظريات*. عمان: دار الإعمار العلمي للنشر والتوزيع.

دسوقي، كمال. (1985). *علم النفس ودراسة التوافق*. جامعة الزقازيق. كلية التربية. الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية/النفسية (DSM-5-TR). (2022). الجمعية النفسية الأمريكية (A. P. A.).

دليل التصنيف الدولي الإحصائي لأضرار الأمراض وأسباب الموت (ICD-11). (2022). منظمة الصحة العالمية (WHO).

دليل مهارات الاتصال. (2006). مشروع المنار المركز الوطني لتنمية الموارد البشرية. الأردن. عمان.

دولاند شير، جيلبر. (1999). *مناهج البحث التربوي: مدخل*. ت. فاطمة الجيوشي. ط4. جامعة دمشق. كلية التربية: منشورات جامعة دمشق.

الديب، أميرة. (1990). *سيكولوجية التوافق النفسي في الطفولة المبكرة*. ط1. الكويت: مكتبة الفلاح.

رحال، ماريو. (2006). *قلق التقدم العلمي الراهن لدى طلاب الجامعة وعلاقته بالعصابية ومتغيرات أخرى: دراسة ميدانية على عينة من طلاب جامعتي تشرين والبعث*. دمشق، سورية. مجلة اتحاد الجامعات العربية للتربية وعلم النفس. المجلد الرابع - العدد الأول.

- رزق، أمينة. (2009). *نظريات الشخصية*. جامعة دمشق. كلية التربية: منشورات جامعة دمشق.
- رزوق، أسعد. (1993). *موسوعة علم النفس*. ط. الرابعة. بيروت. المؤسسة العربية للدراسات والنشر-أو- عمان: دار الفارس للنشر والتوزيع.
- الرشيدي، بشير صالح والخليقي، إبراهيم محمد. (1417/هـ). *سيكولوجية الأسرة والوالدية*. الكويت: ذات السلاسل.
- رضوان، سامر. (1997). *توقعات الكفاءة الذاتية*. مجلة شؤون اجتماعية. العدد 55. السنة 14. الشارقة. ص 25-51.
- الرفاعي، نعيم. (1982). *العيادة النفسية والعلاج النفسي*. ج. 2. جامعة دمشق: المطبعة التعاونية.
- الرفاعي، نعيم. (1990). *التوجيه المهني المدرسي*. جامعة دمشق. كلية التربية: مطبعة جامعة دمشق.
- الرفاعي، نعيم. (1998). *الصحة النفسية: دراسة في سيكولوجية التكيف*. جامعة دمشق: مطبعة خالد بن الوليد.
- رفيقة، خلف. (بدون تاريخ). *المشكلات الأسرية وأثرها على تنشئة الطفل*. جامعة حسيبة بن بو علي (الشلف).
- ريتشمان، نعومي. (1999). *كيف نساعد الأطفال في ظروف الضيق والنزاعات؟ التواصل مع الأطفال*. ت. عفيف الرزاز. ورشة الموارد العربية (للمعاية الصحية وتنمية المجتمع). غوث الأطفال البريطاني (SCFUK). بيروت: بيسان للنشر والتوزيع.
- الريماوي، محمد عودة. (2004). *علم النفس العام*. الأردن. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- الزعبي، أحمد محمد. (2017). *الإرشاد النفسي*. جامعة دمشق. كلية التربية: منشورات جامعة دمشق.

الزغبى، أحمد محمد. (2003). *التوجيه والإرشاد النفسي: أسسه، نظرياته، طرائقه، مجالاته، برامج*. ط1. دمشق: دار الفكر.

الزغبى، أحمد محمد. (2015). *إرشاد الأطفال*. جامعة دمشق. كلية التربية: منشورات جامعة دمشق.

زهران، حامد عبد السلام. (1986). *التوجيه والإرشاد النفسي*. جامعة دمشق: المطبعة الجديدة.

زهران، حامد عبد السلام. (1988). *الصحة النفسية والعلاج النفسي*. القاهرة: دار المعارف.

زهران، حامد عبد السلام. (1998). *التوجيه والإرشاد النفسي*. ط3، القاهرة: عالم الكتاب.

زهران، حامد عبد السلام. (2002). *التوجيه والإرشاد النفسي*. ط3، القاهرة: عالم الكتاب المصرية.

زهران، حامد عبد السلام. (2005). *الصحة النفسية والعلاج النفسي*. ط. 4. القاهرة: عالم الكتب.

الزيات، فتحي. (2004). *سيكولوجية التعلم*. القاهرة: دار النشر للجامعات.

السبيعي، عدنان. (1985). *سيكولوجية الأمومة ومسؤولية الحمل*. ج2. ط1. دمشق: الشركة المتحدة للتوزيع.

السدحان، عبدالله بن ناصر والدويش، إبراهيم عبدالله والعجلان، أحمد عبدالله والحسين، أسماء عبد العزيز والحنّاكي، حصة علي والقشعان، حمود فهد وحجر، خالد أحمد وبقراوي، خالد يوسف ومعاد، سلطنة محمد والصالح، عبد الإله سعد والسلمي، عبدالله حضيض والجاسر، عبدالله سعد والسبيعي، عبدالله سلطان ونيّازي، عبد المجيد طاش محمد والمديفر، عمر إبراهيم وآل مشرف، فريدة عبد الوهاب والدهيّمان، منصور صالح والزهراني، ماضي حمدان وجان، نادية سراج. مراجعة: محمد مسفر القرني وصالح محمد الصغير. (2005). *دليل الإرشاد الأسري: الإرشادي بالمقابلة*. ج2. الرياض: مؤسسة سليمان بن عبد العزيز الراجحي الخيرية.

السدحان، عبدالله بن ناصر والنقيثان، إبراهيم حمد والحسين، أسماء عبد العزيز وبوشيت، الجوهرة إبراهيم والقشعان، حمود فهد ومعاد، سلطنة محمد والغديان، سليمان عبد الرزاق والشهراني، عائشة سفر والصالح، عبد الرحمن محمد والمقبل، عبد العزيز عبدالله والبكر، علي عبد الله والمديفر، عمر إبراهيم والدويش، محمد عبد الله والقاسم، منيرة عبد الله والعموي، مها عبدالله والصفيري، نورة محمد والسبيعي، هدى عبد الرحمن والعيسى، وداد. مراجعة: محمد مسفر القرني وصالح محمد الصغير. (2008). دليل الإرشاد الأسري. ج3: أبرز المشكلات وكيفية التعامل معها. القسم 2. ط. 1. الرياض: مؤسسة سليمان بن عبد العزيز الراجحي الخيرية. السرطاوي، زيدان وسيسالم، كمال. (1987). المعوقون أكاديمياً وسلوكياً: خصائصهم وأساليب تربيتهم. السعودية. الرياض: دار عالم الكتب للنشر والتوزيع.

سري، إجلال محمد. (2000). علم النفس العلاجي. ط2. القاهرة: عالم الكتب.

سعد، علي ونعام، سليم. (1993). الشخصية السوية والإنتاج. ط. 1. دمشق.

سعد، علي. (1994). علم الشذوذ النفسي. جامعة دمشق. كلية التربية: منشورات جامعة دمشق.

سفيان، نبيل. (2004). المختصر في الشخصية والإرشاد النفسي: المفهوم-النظرية-النمو-التوافق-الاضطرابات-الإرشاد والعلاج. القاهرة: إيتراك للنشر والتوزيع.

سليمان، عبد الرحمن سيد. (1999). سيكولوجية نوي الحاجات الخاصة. ج1. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

الشرييني، زكريا وصادق، يسرية. (1996). تنشئة الطفل وسبل الوالدين في معاملته ومواجهة مشكلاته. القاهرة: دار الفكر العربي.

شريف، ليلى إبراهيم. (2011). الصحة النفسية والمدرسية. جامعة دمشق. كلية التربية: منشورات جامعة دمشق.

شعبان، كاملة الفرخ وتيم، عبد الجابر. (1999). مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.

شعيب، علي محمود علي. (1988). قائمة قلق الاختبار لدى طلاب وطالبات المرحلة الثانوية بالمملكة العربية السعودية. مجلة رسالة الخليج العربي. العدد 25. وزارة التربية القطرية.

الشليبي، نبال فوزي. (1993). أثر نمط التنشئة الأسرية في مفهوم الذات لدى طلبة جامعة اليرموك. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة اليرموك. الأردن.

الشناوي، أمنية. (2014). الكفاءة السيكمترية لمقياس التتمر الإلكتروني. كلية الآداب جامعة المنوفية. مجلة مركز الخدمات للاستشارات البحثية. عدد نوفمبر 10-50. الشناوي، محمد محروس. (1994). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

الشناوي، محمد محروس. (1996). العملية الإرشادية والعلاجية. ط1. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

الشناوي، محمد محروس. (2001). بحوث في التوجيه الإسلامي للإرشاد والعلاج النفسي. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

الشيخ حمود، محمد عبد الحميد. (1994). الإرشاد المدرسي. جامعة دمشق. كلية التربية: منشورات جامعة دمشق.

الشيخ حمود، محمد عبد الحميد. (2007). الإرشاد المهني. جامعة دمشق. كلية التربية: منشورات جامعة دمشق.

الشيخ حمود، محمد عبد الحميد وناصر، عائشة أحمد وجمل، محمد جهاد. (2011). الإرشاد المدرسي (2). جامعة دمشق. كلية التربية: منشورات جامعة دمشق.

الشيخ حمود، محمد عبد الحميد وناصر، عائشة أحمد. (2012). الإرشاد المدرسي (1). جامعة دمشق. كلية التربية: منشورات جامعة دمشق.

الشيخ حمود، محمد عبد الحميد. والعمار، خالد يوسف. (2012). الإرشاد المدرسي لطلاب معلم صف. جامعة دمشق. كلية التربية: منشورات جامعة دمشق.

الشيخ حمود، محمد عبد الحميد. والزعبي، أحمد. (2013). مشكلات الأطفال والمرهقين. جامعة دمشق. كلية التربية: منشورات جامعة دمشق.

- الشيخ حمود، محمد عبد الحميد. والعمّار، خالد يوسف. (2014). الإرشاد التربوي في رياض الأطفال. جامعة دمشق. كلية التربية: منشورات جامعة دمشق.
- الشيخ، دعد. (2007). إرشاد الكبار ونويعهم. جامعة دمشق. كلية التربية: منشورات جامعة دمشق.
- صبحي، سيد. (2003). الإنسان وصحته النفسية. القاهرة: مكتبة الأسرة.
- صوالحة، محمد وحوامدة، أحمد ومحمود، مصطفى. (1994). أساسيات في التنشئة الاجتماعية للطفولة. أريد: دار الكندي للنشر.
- طافش، محمود. (2006). كيف تكون معلم مبدع. عمان: دار جهينة للنشر والتوزيع.
- طربية، محمد عصام. (2009). استراتيجيات التعليم والتعلم الفعال. ط. 1: دار حمورابي للنشر.
- طه، فرج عبد القادر وقنديل، شاكراً عطية ومحمد، حسين عبد القادر وعبد الفتاح، مصطفى كامل. (1993). موسوعة علم النفس والتحليل النفسي. ط. 1. الكويت: دار سعاد الصباح.
- الطيب، محمد عبد الظاهر والبهاص، سيد أحمد. (2009). الصحة النفسية وعلم النفس الإيجابي. القاهرة: دار النهضة العربية.
- العاسمي، رياض نايل. (2007). سيكولوجية الطفل الراض للمدرسة: الخوف المرضي من المدرسة: المفهوم، الأسباب، التشخيص، العلاج. دمشق. وزارة الثقافة: الهيئة العامة السورية للكتاب.
- العاسمي، رياض نايل. (2008). برامج الإرشاد النفسي I. جامعة دمشق. كلية التربية: منشورات جامعة دمشق.
- العاسمي، رياض نايل ورحال، ماريو جرجس. (2008). الإرشاد النفسي والتربوي. جامعة دمشق. كلية التربية: منشورات جامعة دمشق.
- العاسمي، رياض نايل. (2012). المبادئ العامة في تخطيط وإدارة برامج الإرشاد النفسي. دمشق: دار العرب. دار النور.

العاسمي، رياض نايل. (2016). *العلاج النفسي*. جامعة دمشق. كلية التربية: منشورات جامعة دمشق.

العاسمي، رياض نايل. (2017). *برامج الإرشاد النفسي 2*. جامعة دمشق. كلية التربية: منشورات جامعة دمشق.

العاسمي، رياض نايل. (2020). *علم نفس الصحة*. جامعة دمشق. كلية التربية: منشورات جامعة دمشق.

عاكوب، منى جاسم. (2013). *قلق المستقبل وعلاقته بالعوامل الخمسة الكبرى للشخصية*. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة دمشق. كلية التربية. قسم الإرشاد النفسي.

عبد الحميد، جابر وكفافي، علاء الدين. (1988-1996). *معجم علم النفس والطب النفسي (ثمانية مجلدات)*. القاهرة: دار النهضة العربية.

عبد الخالق، أحمد محمد. (1993). *الأبعاد الأساسية للشخصية*. ط3. لبنان. بيروت: الدار الجامعية.

عبد الرحمن، محمد السيد. (1998). *نظريات الشخصية*. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

عبد العظيم، حمدي عبدالله. (2012). *دور الأخصائي النفسي في مجال الإرشاد الطلابي*. الجيزة: مكتبة أولاد الشيخ للتراث.

عبد الغفار، عبد السلام. (2007). *مقدمة في الصحة النفسية*. الأردن. عمان: دار الفكر ناشرون وموزعون.

عبد اللطيف، مدحت عبد الحميد. (1999). *الصحة النفسية والتفوق الدراسي*. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

عبد الله، عبد الله. (2008). *الاغتراب النفسي وعلاقته بالصحة النفسية لدى طلاب الجامعة*. مذكرة ماجستير علم النفس الاجتماعي. جامعة الجزائر.

عبد المعطي، حسن مصطفى. (1421/هـ). *الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة*. القاهرة: دار القاهرة.

عبد الهاشمي، عبد الرحمن والعزاوي، فائزة. (2009). الاقتصاد المعرفي وتكوين المعلم. العين: دار الكتاب الجامعي.

عبيدات، ذوقان وعدس، عبد الرحمن وعبد الحق، كايد. (1992). البحث العلمي: مفهومه، أدواته، أساليبه. عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.

عثمان، أكرم مصباح. (2002). مستوى الأسرة وعلاقته بالسمات الشخصية والتحصيل.

رسالة ماجستير في علم النفس التربوي. جامعة أم درمان الإسلامية: دار ابن حزم.

عثمان، فاروق السيد. (2001). القلق وإدارة الضغوط النفسية. ط1. القاهرة: دار الفكر العربي.

العجمي، مها محمد. (1999). العلاقة بين قلق الاختبار والتحصيل الدراسي لدى طالبات كلية التربية للبنات بالأحساء (الأقسام الأدبية). مجلة رسالة الخليج العربي. العدد 72: وزارة التربية القطرية.

عزوز، كتفي. (2017). المساندة الأسرية وعلاقتها بالصحة النفسية لدى عينة من مرضى القصور الكلوي. مذكرة ماستر علم النفس العيادي. جامعة محمد بوضياف مسيلة. الجزائر.

العسكري، كفاح يحيى صالح والشمري، محمد سعود صغير والعبيدي، علي محمد (2012). نظريات التعلم وتطبيقاتها التربوية. دمشق: تموز طباعة نشر توزيع.

العطوي، ضيف الله سليمان. (2006). أثر التنشئة الأسرية في تقدير الذات لدى طلبة المرحلة الثانوية في مدينة تبوك. رسالة ماجستير. جامعة مؤتة.

العفيف، فيصل. (بدون تاريخ). اضطرابات النطق واللغة: مكتبة الكتاب العربي.

عقل، محمود عطا حسين. (1996). الإرشاد النفسي والتربوي "المداخل النظرية-الواقع-الممارسة". الرياض: دار الخرجي للنشر والتوزيع.

العمّار، خالد يوسف. (1999). دراسة إعداد الرسائل الجامعية المجازة في قسمي علم النفس والصحة النفسية في فترة (1970-1990) وفق منهجية وأسس البحث العلمي. جامعة دمشق. كلية التربية.

- العمّار، خالد يوسف. (2007). *الكفاءة المدرسية وقلق الامتحان لدى الأطفال: تأثير الدلال الوالدي والسمات الشخصية الوالدية*. ألمانيا. جامعة لايبزغ.
- العمّار، خالد يوسف. (2011). *نموذج مقترح لتوضيح تداخلات الخجل مع بعض المفاهيم*.
- العمّار، خالد يوسف. (2013a). *مقياس إيمان الشابة (الإنترنت)*. دمشق. جامعة دمشق. كلية التربية. قسم الإرشاد النفسي.
- العمّار، خالد يوسف. (2013b). *مقياس قلق الحاسوب*. دمشق. جامعة دمشق. كلية التربية. قسم الإرشاد النفسي.
- العمّار، خالد يوسف. (2014a). *مقياس قلق المكتبة*. دمشق. جامعة دمشق. كلية التربية. قسم الإرشاد النفسي.
- العمّار، خالد يوسف. (2014b). *دراسة إيمان الشبكة المعلوماتية (الإنترنت) وعلاقته ببعض المتغيرات لدى طلبة جامعة دمشق-فرع درعا*. مجلة جامعة دمشق للعلوم التربوية والنفسية. المجلد 30. العدد الأول.
- العمّار، خالد يوسف. (2014c). *أبجدية البحث وإعداد الرسائل الجامعية في العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية*. الأردن. عمان. دار الإصدار العلمي للنشر.
- العمّار، خالد يوسف. (2014d). *الدلال الوالدي وبعض المتغيرات وتأثير شخصية الوالدين*. الأردن. عمان. دار الإصدار العلمي للنشر.
- العمّار، خالد يوسف. (2017). *مقياس عُسر القراءة والكتابة (ديسلكسيا)*. دمشق. جامعة دمشق. كلية التربية. قسم الإرشاد النفسي.
- العمّار، خالد يوسف. (2018a). *مقياس العنف الأسري والمدرسي لدى الطلبة*. دمشق. جامعة دمشق. كلية التربية. قسم الإرشاد النفسي.
- العمّار، خالد يوسف. (2018b). *مقياس السلوك التوكيدي لدى الشباب الجامعي*. دمشق. جامعة دمشق. كلية التربية. قسم الإرشاد النفسي.
- العمّار، خالد يوسف. (2018c). *مقياس التفكير الإيجابي*. دمشق. جامعة دمشق. كلية التربية. قسم الإرشاد النفسي.

العمّار، خالد يوسف. (2018d). مقياس التفاؤل. دمشق. جامعة دمشق. كلية التربية. قسم الإرشاد النفسي.

العمّار، خالد يوسف. (2018e). دراسة قلق الحاسوب لدى الطلبة في مدارس محافظة درعا في ضوء عدة متغيرات. سورية. دمشق. مجلة جامعة دمشق للعلوم التربوية والنفسية. المجلد 34. العدد الأول.

العمّار، خالد يوسف. (2018f). الخوف من الفشل الدراسي وعلاقته بعسر القراءة والكتابة لدى تلاميذ الصف الرابع الأساسي في مدينة درعا. سورية. حمص. مجلة جامعة البعث. المجلد 40.

العمّار، خالد يوسف. (2018g). دراسة انتشار قلق المكتبة وعلاقته ببعض المتغيرات لدى طلبة كلية التربية في جامعة دمشق. سورية. حمص. مجلة جامعة البعث. المجلد 40.

العمّار، خالد يوسف. (2019a). دراسة السلوك التوكيدي لدى طلبة الاختصاصات النفسية في كلية التربية-جامعة دمشق في ضوء بعض المتغيرات. طرطوس. سورية. سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية. مجلة جامعة طرطوس للبحوث والدراسات العلمية. المجلد الثالث. العدد الثاني.

العمّار، خالد يوسف. (2019b). الإرشاد الأسري. جامعة دمشق. كلية التربية: منشورات جامعة دمشق.

العمّار، خالد يوسف. (2019c). دراسة العلاقة بين العنف الأسري ضد الأولاد والعنف المدرسي لدى طلبة الصف السابع والثامن في مدارس مدينة درعا. سورية. دمشق. مجلة جامعة دمشق للعلوم التربوية والنفسية. المجلد 35. العدد الثاني.

العمّار، خالد يوسف. (2020). دراسة جودة الحياة وعلاقتها بالتفاؤل لدى عينة من طلبة كلية الحقوق-جامعة دمشق في ضوء بعض المتغيرات سورية. دمشق. مجلة جامعة دمشق للعلوم التربوية والنفسية. المجلد 36. العدد الثاني.

العمّار، خالد يوسف. (2021). دراسة حالة. دمشق. جامعة دمشق. كلية التربية. قسم الإرشاد النفسي.

- عمر، محمد ماهر. (1985). *المقابلة في الإرشاد والعلاج النفسي*. الإسكندرية.
- العمر، نادية هائل عبد الله. (2007). *التفكك الأسري وعلاقته بانحراف الفتيات في الأردن: دراسة مقارنة بين الفتيات المنحرفات وغير المنحرفات*. رسالة ماجستير، جامعة مؤتة.
- عكاشة، أحمد. (1989). *الطب النفسي المعاصر*. القاهرة: مكتبة الأنجلو.
- علي بن العباس الأهوازي. <https://arabicpost.net>. 30 / 6 / 2022 م.
- العويدي، مبارك. (1993). *أثر الجنس ونمط التنشئة الأسرية على التحصيل والاتجاهات نحو المدرسة عند عينة أردنية من طلبة الصف العاشر*. رسالة ماجستير غير منشورة. الأردن. الجامعة الأردنية.
- العيسوي، عبد الرحمن. (a 1986). *الإسلام والتنمية البشرية*. بيروت: دار النهضة العربية.
- العيسوي، عبد الرحمن. (b 1986). *الإرشاد النفسي*. بيروت: دار النهضة العربية.
- العيسوي، عبد الرحمن. a. (1994). *سيكولوجية الإدمان وعلاجه*. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- العيسوي، عبد الرحمن. b. (1994). *علم النفس الأسري*. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- العيسوي، عبد الرحمن محمد. (1992). *علم النفس الإكلينيكي*. لبنان. بيروت: دار الراتب الجامعية.
- العيسوي، عبد الرحمن محمد. (1997). *العلاج السلوكي*. لبنان. بيروت: دار الراتب الجامعية.
- العيسوي، عبد الرحمن محمد. (2000). *اضطرابات الطفولة وعلاجها*. الطبعة الأولى. لبنان. بيروت: دار الراتب الجامعية.
- الغانمي، باسم فارس. (2015). *الصحة النفسية وبعض أساليب المعالجة*. القاهرة: مكتبة الأنجلو.

- غنيم، سيد محمد. (1987). *سيكولوجية الشخصية: محدداتها، قياسها، نظرياتها*. ط. 1. القاهرة: دار النهضة العربية.
- غنيم، سيد محمد. (1990). *سيكولوجية الشخصية: محدداتها، قياسها، نظرياتها*. ط. 2. القاهرة: دار النهضة العربية.
- الفار، ابراهيم عبد الوكيل. (1996). "أثر طرق التدريس المسهمة في اختزال قلق الحاسوب على الأداء المعرفي المهاري وعلاقة ذلك بالتخصص والجنس". *حولية كلية التربية-جامعة قطر*. العدد 13. 305-336.
- فرح، عدنان وعتوم، عدنان والعلوي، نصر. (1993). *قلق الاختبار والأفكار العقلانية واللاعقلانية*. مجلة علم النفس. العدد 26: تصدر عن الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- فهمي، مصطفى. (1978). *التكيف النفسي*. القاهرة: مكتبة مصر. دار مصر للطباعة.
- فهمي، مصطفى. (1995). *الصحة النفسية دراسات في سيكولوجيا التكيف*. القاهرة: مكتبة الخانجي.
- القذافي، رمضان محمد. (1996). *التوجيه والإرشاد النفسي*. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
- القذافي، رمضان محمد. (2001). *التوجيه والإرشاد النفسي*. ط3. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
- القوصي، عبد العزيز. (1952). *أسس الصحة النفسية*. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- كاس، ف. وأولدهام، ج. وباردس، ه. (2009). *في الطب النفسي وعلم النفس الإكلينيكي*. ت. سامر جميل رضوان. الإمارات العربية المتحدة: دار الكتاب الجامعي.
- كفافي، علاء الدين. (1989). *التنشئة الوالدية والأمراض النفسية*. القاهرة: دار هجر للطباعة والنشر.

كفافي، علاء الدين. (1997). الصحة النفسية. ط. 4. القاهرة: دار هجر للطباعة والنشر.

كفافي، علاء الدين. (1999). الإرشاد والعلاج النفسي الأسري: المنظور النسقي الاتصالي. القاهرة. دار الفكر.

لازاروس، ريتشارد س. (1993). الشخصية. ت. سيد محمد غنيم و محمد عثمان نجاتي. بيروت: دار الشروق.

لوبون، غوستاف. (1884). حضارة العرب. ت. عادل زعيتر. (1945). القاهرة: مؤسسة هنداوي.

المازني، إسلام صبحي. (ب. ت.). روائع تاريخ الطب والأطباء المسلمين: دار الكتب العلمية.

محرز، نجاح. (2003). أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بتوافق الطفل في رياض الأطفال. رسالة دكتوراه غير منشورة. جامعة دمشق. كلية التربية.

مخول، مالك سليمان. (1986). علم نفس الطفولة والمراهقة. ط2. جامعة دمشق. كلية التربية: المطبعة الجديدة.

مخول، مالك سليمان. (1992). علم النفس الاجتماعي. جامعة دمشق. كلية التربية: منشورات جامعة دمشق.

مرسي، سيد عبد الحميد. (1975). الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي والمهني. القاهرة: مكتبة الخانجي.

مرسي، سيد عبد الحميد. (1976). الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي والمهني. القاهرة. مرسى، سيد عبد المجيد. (1985). الشخصية السوية، سلسلة دراسات نفسية إسلامية.

القاهرة: مكتبة وهبة.

مرسي، كمال إبراهيم. (1995). العلاقة الزوجية والصحة النفسية في الإسلام وعلم النفس. الكويت: دار القلم للنشر والتوزيع.

معوض، ميخائيل خليل. (1979). سيكولوجية النمو: الطفولة والمراهقة. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.

- مغاريوس، صموئيل. (1974). *الصحة النفسية والعمل المدرسي*. القاهرة.
- المفتي، أمجد. (2014). *الإساءة الوالدية للطفل ودور الخدمة الاجتماعية في مواجهتها*. الجامعة الإسلامية. غزة.
- ملحم، سامي محمد. (2007). *مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي*. ط1. الأردن. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- ملحم، سامي محمد. (2015). *الإرشاد النفسي عبر مراحل العمر*. ط1. الأردن. عمان: دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع.
- المنسي، محمود وقاسم، ناجي وهاشم، مها ومكاوي، نبيلة. (2003). *الصحة النفسية وعلم النفس الاجتماعي والتربية الصحية*. ج2. الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
- منصور، عبد المجيد سيد أحمد والشربيني، زكريا أحمد. (2001). *السلوك الإنساني بين الجبرية والإرادة ومنظور علم النفس المعاصر (المشيئة والاختيار)*. ط. 1. القاهرة: دار الفكر العربي.
- منصور، عبد المجيد سيد أحمد وأبو عباة، صالح بن عبدالله. (1996). *الشخصية الإنسانية والهدي الإسلامي*. ط. 1. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- منظمة الصحة العالمية. (2009). *الوقاية من إساءة معاملة الطفل: دليل لاتخاذ الإجراءات العملية وتوليد البيانات*.
- منظمة الصحة العالمية (WHO). (2021). *دليل التصنيف الدولي الإحصائي لأضرار الأمراض وأسباب الموت 11 (ICD-11)*. ت. أنور الحمادي.
- مورتسن، د. ج. وشمولر، أ. ن. (1986). *التوجيه في المدرسة*. ت. إبراهيم حافظ وإبراهيم خليل. القاهرة.
- الموري، ماري آن ميك. (2007). *سلسلة تطوير القيم: التواصل*. ت. رقيم محمد الزغاري. عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- ميخائيل، إبراهيم أسعد. (1977). *علم الاضطرابات السلوكية*. بيروت: الأهلية للنشر.

نادر، نجوى. (1998). *معاملة الوالدين للطفل وعلاقتها بالتحصيل الدراسي في مرحلة التعليم الابتدائية*. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة دمشق.

نجية، يحيى. (2018). *الصحة النفسية لدى تلميذ ضحية الطلاق*. مذكرة ماستر علم النفس المدرسي. جامعة سعيدة.

نسيمة، بن دار والحوش، مازن سليمان. (2013). *علاقة الأنماط التربوية الأسرية ببعض المشكلات الأسرية والمدرسية: دراسة ميدانية على عينة من تلاميذ المرحلة المتوسطة*. جامعة قاصدي مرياح ورقلة. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. قسم العلوم الاجتماعية. الملتقى الوطني الثاني حول: الاتصال وجودة الحياة في الأسرة.

نعيسة، رغداء علي. (2015). *الصحة النفسية*. جامعة دمشق. كلية التربية: منشورات جامعة دمشق.

النيال، مایسة أحمد وأبو زيد، مدحت عبد الحميد. (1999). *الخجل وبعض أبعاد الشخصية: دراسة مقارنة في ضوء عوامل الجنس والعمر والثقافة*. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

نيستول، ميشيل س. (2015). *المدخل إلى الإرشاد النفسي من منظور فني وعلمي*. ت. مراد علي سعد وأحمد عبد الله الشريفين. عمان: دار الفكر ناشرون وموزعون. الورد، باقر أمين. (1986). *معجم العلماء العرب*. القاهرة: علم الكتب - مكتبة النهضة المصرية.

وظفة، علي وشهاب، علي. (2001). *السمات الديمقراطية للتنشئة الاجتماعية في المجتمع الكويتي*. جامعة دمشق. مجلة جامعة دمشق. المجلد 17. العدد 1. 169-211.

ياسين، محمود عطوف. (1986). *علم النفس العيادي*. بيروت. دار العلم للملايين. يحيى، خولة أحمد. (2000). *الاضطرابات السلوكية والانفعالية*. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

يعقوب، إبراهيم. (2014). الأهمية النسبية لمتغيرات قلق الحاسوب. الأردن: جامعة اليرموك.

يوسف، جمعة سيد. (2000). الاضطرابات السلوكية وعلاجها. القاهرة: دار الغريب للنشر.



ثانياً-المراجع الأجنبية (الإنكليزية والألمانية) References

- Adler, A. (1982). *Psychotherapie und Erziehung*. Frankfurt: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Adler, A. (1987). *Die Technik der Individual-Psychologie (1)*. Frankfurt, Fischer: Taschenbuch Verlag GmbH. (Originalarbeit erschienen 1928).
- Adler, A. (1988). *Die Technik der Individual-Psychologie (2). Die Seele des schwer erziehbaren Schulkindes*: Fischer Taschenbuch Verlag. (Originalarbeit erschienen 1930).
- Adler, A. (1993). *Das Leben gestalten*. Frankfurt, Fischer: Taschenbuch Verlag.
- Adler, A. (1994a). *Alfred Adlers Individualpsychologie*. Frankfurt. Fischer. Taschenbuch Verlag. (Originalarbeit erschienen 1979).
- Adler, A. (1994b). *Lebensprobleme*. Frankfurt. Fischer: Taschenbuch Verlag.
- Adler, A. (1995). *Alfred Adlers Individualpsychologie*. München. Basel. Ernst Reinhardt. (Originalarbeit erschienen 1972).
- Adler, A. (1997). *Über den nervösen Charakter*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. (Originalarbeit erschienen 1919).
- Adler, A. (1998). *Understanding human nature*. Minnesota. Hazelden.

- Advisor, P. (2005). *Spoiled children: prevention*.
<http://www.med.umich.edu/1libr/pa/paprevspohhg.htm>.
- Alammar, K. (2007). *Schulfaehigkeit und Pruefungsangst bei Kindern: Einfluss von elterlicher Verwoehnung und elterlichen Persoenlichkeitsmerkmalen*. Uni. Leipzig.
- Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Alt, M. & Rainer, K. (1980). *Empirische Studien zur Bedingungsanalyse der Prüfungsangst (Dissertation)*. Universität Leipzig.
- Altenthan, S. & Hageman, C. (2004). *Pädagogik, Psychologie in der Berufsfachschule Kinderpflege*. Troisdorf . Stam: Bildungsverlag Eins.
- Amelang, M. (1995). *Verhaltens- und Leistungsunterschiede*. Göttingen. Bern. Toronto. Seattle. Heidelberg: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Amelang, M. (1996). *Temperaments-und Persönlichkeitsunterschiede*. Göttingen. Bern. Toronto. Seattle: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Amelang, M. & Bartussek, D. (2001). *Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung*. Stuttgart. Berlin. Köln: W. Kohlhammer GmbH.
- Amelang. M. & Zielinski, W. (2002). *Psychologische Diagnostik und Intervention*. Berlin. Heidelberg. New York. London. Paris . Tokio: Spring Verlag.

- Ameringen, (1995). Test Anxiety. *The medical Post*.
<http://www.qassimksu.org/ar.Htm,aric>. 01.05.2000.
- Angleitner, A. & Wiggins, J. S. (1986). *Personality Assessment via Questionnaires*: Berlin. Heidelberg. New York. Tokyo: Spring Verlag.
- Angst, P. (2003). *Verwöhnte Kinder fallen nicht vom Himmel*. Bern: Zytglogge Verlag.
- Ansari, N. (2009). The Relationship Between Perceived Size of Library Collection and Library Anxiety Among Undergraduate Students at International Islamic University Malaysia. *ICAL Management models and framework*. 424.
ar.m.wikipedia.org. 2022/6/22.
- Arum, R. (2004). *Sparing rods, spoiling children: the impossibility of school discipline*. NationalReview.http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m1282/is_19_56/ai_n13675422.
- Asendorpf, J. B. (2004). *Psychologie der Persönlichkeit*. Berlin. Heidelberg. New York. Hongkong. London. Mailand. Paris. Tokio: Springer Verlag.
- Aurin, K. U. A. (1985). *Grundlagen der Beratung. Studienbriefe 1-5 DIFF*. Tuebingen.
- Author, J. L. C. (2002) *are you spoiling your child?* .<http://www.cbsnews.com/stories/earlyshow/contributors/earlyshow/contributors/lisabirnbach/main523920.Shtml>.

- Barkow, J. H., Cosmides, L. & Tooby, J. (2022). *Psychological adaptation*. WIKIPEDIA. en.m.wikipedia.org. 28/11/2022.
- Barthel, W. (2001). *Prüfungen–kein Problem: Bewältigung von Prüfungsangst – effektive Prüfungsvorbereitung – optimales Verhalten*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Barthelmes, J., Herzberg, I. & Nissen, U. (1983). *Kind und Fernsehen*. München: Bardtenschlager Verlag.
- Becker, P. (1995). *Seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle: eine integrative Persönlichkeitstheorie und ihre klinische Anwendung*. Göttingen. Bern. Toronto. Seattle: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Bellebaum, A. (1990). *Langeweile, Überdruß und Lebenssinn*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Bembentty et al. (2000). *Emotion Regulation Test*. Test Anxiety. U. S. A. New York. <http://www.qassimksu.org/ar.Htm,aric>. 1. 5. 2000.
- Bennjamin, B. (no date). *Psychology an introduction*. Sixth Edition. University of Chicago: McGraw–Hill.
- Berner, W. (2004). *Verwöhnung: Der Kraftakt, verwöhnte Kulturen zu verändern*. [htt: www. 1-change-management. Net/ Psychologie/ Verwöhnung. php](http://www.1-change-management.Net/Psychologie/Verwöhnung.php).
- Bhat, S. A. & Shah, S. A. (2015). Self Compassion and Mental Health: A Study on Young Adults. *International Journal of Research in Applied, Natural and Social Sciences*, 3, 4, 49–54.

- Bivort, J. (1983). *Körperbehinderte als Fernsehrezipienten: statische Untersuchung über das Fernsehverhalten körperbehinderter Schüler.*
- Böhm, W. (2000). *Wörterbuch der Pädagogik.* Begr. von Wilhelm Hehlmann. Stuttgart: Alfred Kröner Verlag.
- Börner, M. (2001). *Erfolgreiche Arbeitssuche: personale und situative Determinanten des Arbeitsplatzsuchverhaltens, eine empirische Untersuchung an Erwerbslosen, Erwerbstätigen und Arbeitgebern.* Münster. Hamburg. Berlin. London: LIT Verlag.
- Bostick, S. L. (1992). *The Development and Validation of the Library Anxiety Scale.* PhD. diss., Wayne State University. Dissertation and Abstracts International, ProQuest (AAT 9310624).
- Brandl, G. (1997). *Erziehung ohne Verwöhnen.* Klotz: Verlag Dietmar.
- Brau, A. (2002). *Müssen Kinder wirklich Alles Haben?* München: Kösel Verlag.
- Brown, L. B. (1994). *Religion, Personality, and Mental Health.* New York. Berlin. Heidelberg. London. Paris. Tokyo: Springer Verlag.
- Brunner, R. & Andriessens, E. (1995). *Wörterbuch der Individualpsychologie.* München: Ernst Reinhardt Verlag.

- Brunner, E. J. (2003). *Diagnose und Intervention in Schulischen Handlungsfeldern*. Münster. New York. München. Berlin: Waxmann.
- Bundschuh, K. (2002). *Heilpädagogische Psychologie*. München. Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Burger, A. (1992). *Der Lehrer als Erzieher: Hans Zulliger und Oskar Spiel ; Aktualität und Bedeutung ihrer Schulpraxis für die heutige Pädagogik*. Zürich: Verlag Menschenkenntnis
- By, E. & Kaase, M. (1999). *Qualitätskriterien der Umfrageforschung*. Berlin: Akademie Verlag.
- Coleman, H. L. K. & Yeh, C. (2011). *Handbook of School counseling*. New York. London: taylor & Francis Group.
- Conger, J. J. & Peterson, A. C. (1984). *Adolescence and Youth*. 3.Edi. New York. U. S. A.: Row Publishers.
- Cornelia, C. M. (2001). *Mut zur Erziehung. Zumutung Erziehung*. Hannover: Verlag Linden: Druck Verlagsges.
- Costello, D. (2000). *Spanking makes a Comeback, tired of Spoiling the Child, Parents Stop sparing the Rod*. New York. *Weekend Journal, Wall Street Journal*. P. W1. June 9. <http://www.nospank.net/journal.htm>.
- Griffiths, M. (1998). Internet addiction: does it really exist? In J. Gackenbach (Ed.), *Psychology and the Internet: Intrapersonal, interpersonal, and transpersonal implications*. San Diego, CA: Academic Press.

- Crisand, E. (2000). *Psychologie der Persönlichkeit: eine Einführung, mit Tabellen*. Heidelberg: I. H. Sauer-Verlag.
- Cube, F. V. (1999). *Fordern Statt Verwöhnen*. München: Piper Verlag.
- Cube, F. V. & Alshuth, D. (1996). *Fordern Statt Verwöhnen*. München: R. Piper GmbH & Co. KG.
- Dolto, F., Dolto-Tolitch, C., Percheminier, C. & Hermannsdörfer, R. (1999). *Von den Schwierigkeiten, Erwachsen zu werden*. Übers. von Hermannsdörfer, R. & Feuersee, E. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Dreikurs, R. (1990). *Grundbegriffe der Individualpsychologie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Dreikurs, R. (1994). *Grundbegriffe der Individualpsychologie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Dreikurs, R. & Soltz, V. (2002). *Kinder fordern uns heraus*. Stuttgart: Verlag Genehmigung.
- Egloff, B. & Schmukle, S. C. (2002). Predictive validity of an Implicit Association Test for Assessing Anxiety. *Journal of Personality and social Psychology*. Vol. 83. No. 6. The American Psychological Association.
- Enders, C. (1999). *Lebensraum-Lebenstraum- Lebenstrauma Schule: 1998 in Halle an der Saale*. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Eschenröder, C. T. (1993). *Selbstsicher in die Prüfung*. Bremen: PLS Verlag.

- Fahrenberg, J. (1992). *Biopsychologische Unterschiede*: Psychologisches Institut der Universität Freiburg.
- Fahrenberg, J., Hampel, R. & Selg, H. (1989). *Das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI) revidierte Fassung FPI-R und teilweise geänderte Fassung FPI-A1*, Handanweisung. Göttingen. Toronto. Zürich. Hogrefe. Verlag für Psychologie.
- Fahrenberg, J. & Myrtek, M. (1996). *Ambulatory Assessment: computer-assisted; psychological and psychophysiological methods in monitoring and field studies*. Seattle. Toronto. Bern. Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers
- Fahrenberg, J. (2000). *Fragebogen zur Lebenszufriedenheit: (FLZ)*. Göttingen. Bern. Toronto. Seattle: Hogrefe Verlag für Psychologie .
- Fahrenberg, J., Hampel, R. & Selg, H. (2001). *Das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R)* . Göttingen. Bern. Toronto. Seattle: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Fischli, C. (1998). *Persönlichkeit und Bewältigung in einer Vorexamenssituation*. Zentralstelle der Studentenschaft. Zürich.
- Fisseni, H. J. (1996). *Persönlichkeitspsychologie: auf der Suche nach einer Wissenschaft, ein Theorienüberblick*. Göttingen. Bern. Toronto. Seattle: Hogrefe Verlag für Psychologie.

- Frick, J. (2005). *Die Droge Verwöhnung, Beispiele, Folgen, Alternativen*. Bern. Göttingen. Toronto. Seattle: Verlag Hans Huber.
- Fricke, W. & Grauer, G. (1994). *Hochschulsozialisation im Sozialwesen: Entwicklung von Persönlichkeit, studienbezogene Einstellungen, berufliche Orientierungen*. Hannover: HIS GmbH.
- Friedmann, D. & Fritz, K. (2004). *Denken, fühlen, handeln: mehr Menschenkenntnis mit der 3-Typen-Lehre*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Friedman, H. S. & Schustack, M. W. (2004). *Persönlichkeitspsychologie und Differentielle Psychologie*. München. Boston: Pearson Studium.
- Friesen, A. V. (1991). *Geld spielt keine Rolle. Erziehung im Konsumrausch*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Fritscher, L. (2017). *Bibliophobia: Book Fear* .www. about .com. 29. 4. 2017.
- Fuhrer, U. (2005). *Lehrbuch Erziehungspsychologie*. Bern. Göttingen. Toronto. Seattle: Verlag Hans Huber.
- Gaspar-Sottmann, S. (2002). *Ein psychoedukatives Gruppenprogramm für hochprüfungsängstliche Studierende*. Göttingen: Cuvillier Verlag.
- Gilbert, D., Lee-Kelley, L. & Barton, M. (2003). Technophobia, gender influences and consumer decision-making for technology-related products Published in: *European*

Journal of Innovation Management, volume 6, issue 4, 253–263.

Glogauer, W. (1995). *Die neuen Medien verändern die Kindheit.* Weinheim: Deutscher Studien Verlag.

Glogauer, W. (1998). *Die neuen Medien verändern die Kindheit.* Weinheim: Deutscher Studien Verlag.

Glogauer, W. (1999). *Die neuen Medien machen uns Krank.* Weinheim: Deutscher Studien Verlag.

Goeth, N. (1984). *Spezielle Verhaltensstörungen bei Lern- und Verhaltensstörungen bei Schuelern.* Berlin.

Göllnitz, G. (1992). *Neuropsychiatrie des Kindes und Jugendalters.* Jena. Stuttgart: Gustar Fischer Verlag.

Graglia, M. R. (2004). *Prüfung – fertig, Los – Erfolg!. Gelnhausen: angewandtes Mentaltraining für höchste Leistungen in der Praxis; wie Sie Ihre nächste Bewertungssituation erfolgreich meistern und Ihre Prüfungsängste vermindern:* Wagner Verlag.

Grom, B. (2000). *Wer bin ich?: Reichweite und Grenzen von Charaktertypen in Psychologie und Esoterik.* Köln: Herausgeber. Karl Rahner Akademie

Häcker, H. O., Stapf, K. H., Becker–Carus, C., Caspar, F., Gadenne, V., Greif, S., Heuer, H., Janke, W., Mueller, J. M., Six, B., Ulrich, R., & Wilkening, F. (2004). *Dorsch: Psychologisches Woerterbuch.* 14. Auflage. Bern. Goettingen. Toronto. Seattle: Verlag Hans Huber.

- Hagen, H. P. V. (1997). *Validierung von Persönlichkeitskonstrukten am Beispiel des Freiburger Persönlichkeitsinventars*. Frankfurt. Berlin. Bern. New York. Paris. Wien: Peter Lang. Europäischer Verlag der Wissenschaften.
- Hassenstein, B.(2001). *Verhaltensbiologie des Kindes*. Heidelberg. Berlin: Spektrum, Akad. Verl.
- Heller, K. (1976). *Handbuch der Bildungsberatung*. Stuttgart.
- Heller, K. (1978). *Schulberatung: Ziele, Aufgaben, Problembereiche. In Psychologie in Erziehung und Unterricht*. Stuttgart.
- Herbsttagung des Interessenverbandes Berliner Schulleitungen, (2001). e. v . Schulqualität durch Führung.
- Herrman, H., Saxena, S. & Moodie, R. (2005). *Promoting Mental Health: concepts, emerging evidence, practice*. World Health Organization. Switzerland. Geneva: 20 Avenue Appia.
- Herrmann, T & Lantermann, E. (1985). *Persönlichkeitspsychologie: e. Handbuch in Schlüsselbegriffen*. München. Wien. Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- Hofer, R. (2003). *Verwahrlosung interdisziplinär begreifen*. Aarau: Sauerländer Verlage AG.
- Hoffmann, R. M., Rasch, T & Schnieder, G. (1996). *Fragebogen zur Erfassung allgemeiner Persönlichkeitsmerkmale*

- Schlafgestörter(FEPS-I)*. Göttingen. Bern. Toronto. Seattle. :Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Honal, W. H. (1993). *Handbuch der Schulberatung*. Muenchen\Landsberg am Lech: Mvg-Verlag.
- Horn, G. (2004). *Katathymes Bilderleben mit Kindern und Jugendlichen*. <http://www.bkjpp.de/forum/for401/katathymes-bilderleben.htm>.
- Hossiep, R. & Paschen, M. (2003). *Das Bochumer Inventar zur berufsbezogenen Persönlichkeitsbeschreibung*. Göttingen. Bern. Toronto. Seattle: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Hossiep, R., Paschen, M. & Mühlhaus, O. (2000). *Persönlichkeitstest im Personalmanagement: Grundlagen, Instrumente und Anwendungen*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie
- <http://ivanpetrovithpavlov.blogspot.com>. إثراء: نظرية الاشتراط الكلاسيكي 7/8/2022.
- <https://marja3na.blogspot.com>. النفس والعقل لدى الفارابي 7/8/2022.
- <http://www.humsci.auburn.edu/parent/spoiling/>(2005). *Am I my spoiling my child?* (27.10.2012).
- Jakubowicz, A. (2002). *Psychological adaptation*. Encyclopediae Universalis.
- Jaradat, A. K. M. (2004). *Test Anxiety in Jordanian Students, Measurement, Correlates and Treatment*: University Marburg.

- Jesensky, M. V. (2001). C. G. *Jungs Persönlichkeitspsychologie und ihre Auswirkungen in der Praxis, insbesondere auf den Zusammenhang von Religion und Neurosen*: Erzabtei. Eos-Verlag.
- Jong, T. M. & Köster, M. (2003). *Ist mein Kind denn zu verwöhnt?* Frankfurt: Fischer Verlag.
- Joo-Kim, M. (1988). *Prüfungsangst und andere Psychosoziale ein Beitrag zur interkulturellen Diagnostik Merkmale*: Universität Düsseldorf.
- Jüttemann, G. & Thomae, H. (2002). *Persönlichkeit und Entwicklung*. Weinheim und Basel: Beltz Taschenbuch.
- Kaminski, K & Mackenthun, G. (1997). *Individualpsychologie auf neuen Wegen*. Würzburg: Königshausen und Neumann.
- Keller, G. (2003). *Schulpsychologie von A bis Z: ein Schulpsychologisches Praxislexikon*. Heidelberg. Kröning: Asanger Verlag.
- Kerres, M. (1988). *Empirische Schul-und Unterrichtsforschung: Prüfungsangst und Bewältigung*. Frankfurt. Bern . New York. Paris: Verlag Peter Lang.
- Key, E.(2000). *Das Jahrhundert des Kindes*. Weinheim und Basel. Taschenbuch 28.
- Kirk, S. (1971). *Verhaltensstörungen: Lehrbuch der Sondererziehung*. Berlin.

- Klotter, C. (2001). *Genealogie und Gesundheitsförderung aus Persönlichkeitspsychologischer Sicht*. Lengerich. Berlin. Riga. Rom. Wien. Zagreb: Pabst Science Publishers.
- Knigge-Illner, H. (1999). *Keine Angst vor Prüfungsangst: Strategien für die optimale Prüfungsvorbereitung im Studium*. Frankfurt: Eichborn.
- Knigge-Illner, H. (2002). *Ohne Angst in die Prüfung: Lernstrategien effizient einsetzen*. Frankfurt: Eichborn exakt.
- Köck, P. & Ott, H. (2002). *Wörterbuch für Erziehung und Unterricht*. Donauwörth: By Auer Verlag GmbH.
- Krapp, A. & Weidenmann, B. (2001). *Pädagogische Psychologie*. Weinheim. BELTZPVU.
- Krope, P. (1981). *Die Kieler Affekt-Adjektiv-Liste (KAAL) zur Messung situativer Prüfungsangst*. Kiel.
- Krumpholz, D. (1989). *Die kognitive Komponente der Prüfungsangst*. Universität Marburg.
- Kuhl, J. (2001). *Motivation und Persönlichkeit: Interaktionen psychischer Systeme*. Göttingen. Bern. Toronto. Seattle: Hogrefe Verlag.
- Küpfer, K. (1997). *Prüfungsängstlichkeit bei Studenten: Differentielle Diagnostik und differentielle Intervention*. Berlin. Bern. New York. Paris. Wien. PETER LANG: Europäischer Verlag der Wissenschaften.

- Kürthy, T. V. (1988). *Einzelkinder-Chancen und Gefahr Vergleich zu Geschwisterkindern*. München.
- Laux, L. (2003). *Persönlichkeitspsychologie*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Lavikainen J., Lahtinen E. & Lehtinen V. (2000). *Public health approach on mental health in Europe*. Helsinki, National Research and Development Centre for Welfare and Health, STAKES Ministry of Social Affairs and Health.
- Lerch, H. J. & Rausch, A. (2001). *Forschungsfocus: Handlung*. Regensburg: S. Roderer Verlag.
- Lexikon der Psychologie*. (1980). Band 3. Freiburger, Basel & Wein.
- Lu, D. W., Wang, J. W. & Huang, A. C. W. (2010). "Differentiation of Internet Addiction Risk Level Based on Autonomic Nervous Responses: The Internet-Addiction Hypothesis of Autonomic Activity". *CYBERPSYCHOLOGY, BEHAVIOR, AND SOCIAL NETWORKING*. Vol. 13. No. 4. Yi-Lan. Taiwan. Fo Guang University. pp 371-378
- Marc, E. & Picard, D. (1989). *L'interaction sociale*, Paris: Ed PUF.
- Mechanic, D. (2006). *The truth about health care: Why reform is not working in America*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Martens, J. U. & Kuhl, J. (2004). *Die Kunst der Selbstmotivierung: neue Erkenntnisse der*

- Motivationsforschung praktisch nützen*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Mayer, K. C. (2004). *Verwöhnung ist genauso gefährlich wie Misshandlung und Vernachlässigung*. <http://www.neuro24.de/Verwoehnung.htm>.
- Mellon, C. (1986). Library Anxiety: A Ground Theory and its Development. *College and Research Libraries Journal*. – Vol. 47. No. 2. – 160–165.
- Metzig, W. & Schuster, M. (1997). *Prüfungsangst und Lampenfieber: Bewertungssituationen vorbereiten und meistern*. Berlin. Heidelberg. New York. Barcelona. Budapest. Hongkong. London. Mailand. Paris. Santa Clara. Singapur. Tokio: Springer.
- Meyer. (1981). *Meyers Enzyklopädisches Lexikon*. Bd.32.
- Mississippi Counseling Association. (1997). *Handbook For School Counselors*. Mississippi: Mississippi State University.
- Moorman, C. & Haller, T. (2005). *Spoiling children: the seven Myths*. <http://www.Parentingbookmark.com/pages/Cm08.htm>.
- Morrison, J. (2018). *The Mental Health Clinician's Workbook: Locking In Your Professional Skills*. New York, NY :The Guilford Press.
- Mummendey, H. D. (1995). *Die Fragebogen Methode: Grundlagen und Anwendung in Persönlichkeits-,*

- Einstellungs- und Selbstkonzeptforschung.* Göttingen. Bern. Toronto. Seattle: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Müskens, W. (2001). *Sedimente der Selbstbeschreibung: der lexikalische Ansatz der Persönlichkeitsforschung.* Berlin: Verlag für Wissenschaft und Forschung.
- Myrtek, M & Scharff, C. (2000). *Fernsehen, Schule und Verhalten.* Bern: Verlag Hans Huber.
- Myrtek, M. (1993). *Psychophysiologische Persönlichkeitsforschung: Ergebnisse einer Metaanalyse:* Universität Freiburg.
- Myrtek, M. (1998). *Gesunde Kranke- Kranke Gesunde: Psychophysiologie des Krankheitsverhaltens.* Bern. Göttingen. Toronto. Seattle: Verlag Hans Huber.
- National Institute of Health & Family Welfare. (2020). *World Health Organization (WHO).*
- New Man, P. & New Man, B. M. (1983). *Principles of Psychology.* The Doresey: Press Home Wood.
- Nickel, H. (1993). *Psychologie der Entwicklung und Erziehung.* Pfaffenweiler: Centaurus-Verlagsgesellschaft.
- Nimrod, G. (2018). Technophobia among older Internet users. *Educational Gerontolog. V. 44, Issue 2-3.*
- Otto-Rühle, A. (2001). *Schwer erziehbare Kinder.* Gotha: DGIP.
- Oubaid, V. (2001). *Independend measurement of emotional and Sexual Jealousy in: Personality and Temperament.* Berlin.

- Riga. Rom. Viernheim. Wien. Zagreb: Pabst science publisher Lengerich.
- Oxford Laanguages. (2022). Laanguages. Oup.com. 10/12/2022.
- Parker, S. (2004). *My mother totally spoils my daughter*. What.
- Paul, M. (2003). *Spoiled children-How to prevent a spoiled child-* Lisa Johnson`Hause and Home. <http://www.lisajohnson.com/family/parenting/spoiled/Child.htm>.
- Pawlik, K. (2004). *Theorien und Anwendungsfelder der Differentiellen Psychologie*. Göttingen. Bern. Toronto. Seattle: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Peper, M. & Irle, E. (1994). *Die Neuropsychologie der Emotionen*. Universität Freiburg: Psychologisches Institut.
- Pervin, A. L. (2000). *Persönlichkeitstheorien: Freud, Adler, Jung, Rogers, Kelly, Cattell, Eysenck, Skinner, Bandura u. a.* München. Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Pervin, L. A., Cervone, D. & John, O.P. (2005). *Persönlichkeitstheorien: mit 33 Tabellen*. München. Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Petzold, M. (1992). *Familienentwicklungspsychologie*. München: Quintessenz.
- Petzold, M. (1993). *Einzelkinder in der Volksrepublik China. Verhaltensauffälligkeiten als Resultat der Politik der Ein-Kind-Familie? In: Psychologie der Entwicklung und Erziehung*. Hrsg. V.: Horst Nickel.

- Picard, D. (1998). *Politesse, savoir-vivre et relations sociales*. Paris: Ed PUF.
- Planton, J. (2013). The handwriting brain. Atmeta-analysis: 2772.
- Poppe, P. (1991). *Menschlicher als Menschen in: „Psychologie heute“*. Februar.
- Postman, N. (1985). *Das Verschwinden der Kindheit*. Frankfurt: Fischer Verlag.
- Potreck, F. (1983). *Kommentiertes Literaturverzeichnis zum Freiburger Persönlichkeitsinventar(FPI)*: Universität Freiburg.
- Potthoff, W. & Potthoff, J. (2004). *Impulse für die aktive Schule: Vorschläge zur besseren Zentrierung und Profilierung des Bildungswesens nach PISA*. Freiburg: Reformpädagogischer Verlag Jörg Potthoff.
- Preiser, S. (2003). *Pädagogische Psychologie: psychologische Grundlagen von Erziehung und Unterricht*. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Prekop, J. (1995). *Der Kleine Tyrann*. Welchen Halt brauchen Kinder? München. by Kösel: Verlag GmbH und Co.
- Procter, N., Hamer, P. H., McGarry, D. Wilson, L. R. & Froggatt, T. (2014). *Mental Health. A Person-centred Approach*, New York: Cambridge University Press. United States of America.
- Rammstedt, B. & Riemann, R. (2002). *Conference program and abstracts / 11th European Conference on Personality*.

- Friedrich-Schiller- Universität Jena. Lengerich. Berlin. Bremen. Riga. Rom. Viernheim. Wien. Zagreb: Pabst Science Publishers.
- Richter, H. E. (1995). *Eltern, Kind und Neurose*. Hamburg: Rowohlt. Taschenbuch.
- Rogge, J. U. (2004). *Kinder brauchen Grenzen Eltern setzen Grenzen*. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Rollin, M. (1993). *Typisch Einzelkind, das Ende eines Vorurteils Vollständige Taschenbuchausgabe*. München: Knaur Nachf.
- Rosenthal, D. M. (2015). *Cocepts and Definitions of Consciousness*. City University of New York. New York. USA: Ny.
- Rost, D. H. (2001). *Handwörterbuch pädagogische Psychologie*. Weinheim: Beltz PVU.
- Roth, M. & Hammelstein, P. (2003). *Sensation Seeking – Konzeption, Diagnostik und Anwendung*. Göttingen. Bern. Toronto. Seattle: Hogrefe. Verl. für Psychologie
- Rothkopf, B. (2003). *Die Persönlichkeit als Erklärungsansatz interindividueller Unterschiede im Anlegerverhalten an der Börse(Dissertation)*. Hochschule Aachen.
- Ruddies, G. H. (1982). *Nie mehr Prüfungsangst*. München: Wilhelm Heyne Verlag.

- Ruthe, R. (1997). *Miteinander geht's uns besser, wie sie Familien- probleme lösen können*. Netherlands: Brendow Verlag.
- Saarni, C., Mumme, D. L. & Campos, J. (1998). *Emotional development: Action, Communication and Understanding. Handbook of Child Psychology*. New York. Wiley: In Eisenberg, N. (Ed.).
- Sader, M. & Weber, H. (1996). *Psychologie der Persönlichkeit*. Weinheim. München: Juventa Verlag.
- Satir, V. (1982). *Thérapie du couple et de la famille*: Ed EPI.
- Sato, T. (2006). "Internet Addiction among students: Prevalence and psychological problems in Japan". *MAJ. VOL. 49, No 7.8. Health Care Center* .Saga University. Saga. pp 279–283.
- Schaub, H. (2001). *Persönlichkeit und Problemlösen: Persönlichkeitsfaktoren als Parameter eines informationsverarbeitenden Systems*. Weinheim. Basel: BELTZPVU.
- Scheid T. L. & Brown, T. N. (2010). *A Handbook for the Study of Mental Health. Second Edition. Social Contexts, Theories, and Systems*. Cambridge, New York, Melbourne, Madrid, Cape Town, Singapore, São Paulo, Delhi, Dubai, Tokyo: Cambridge University Press.

- Schilling, S. R., Sparfeldt, J. R. & Pruiskens, C (2005). *Aktuelle Aspekte pädagogisch-psychologischer Forschung*. Münster. New York. München. Berlin: Waxmann Verlag.
- Schmeck, K. (2001). *Die Bedeutung grundlegender Persönlichkeitsmerkmale für das Verständnis von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Universität Frankfurt am Main.
- Schnabel, K. (1998). *Prüfungsangst und Lernen : empirische Analysen zum Einfluß fachspezifischer Leistungsängstlichkeit auf schulischen Lernfortschritt*. Münster. New York. München. Berlin: Waxmann.
- Schnadt, P. & Espert, S (2004). *Neue Prüfungsanforderungen: Prüfungen und Prüfungsvorbereitung mit benachteiligten Auszubildenden*. Heidelberg: hiba GmbH.
- Schneewind, K. A., Graf, J., Schröder, G . & Cattell, R. B. (1994). *Der 16-Persönlichkeitsfaktoren, Test (16PF)*. Bern. Göttingen. Toronto. Seattle: Verlag Hans Huber.
- Schröder, H. & Hackhausen, W. (2001). *Persönlichkeit und Individualität in der Rehabilitation*. Frankfurt. Main.: VAS.
- Schudy, J. (2002). *Berufsorientierung in der Schule: Grundlagen und Praxisbeispiele*. Bad Heilbrunn: Obb. Verlag Julius Klinkhardt.
- Schuler, H. (1998). *Psychologische Personalauswahl: Einführung in die Berufseignungsdiagnostik*. Göttingen. Druck: Hubert & CO.

- Schulze, H.(1993). *Nesthocker Mensch, Neurosen als Folge verfehlter Nestablösung*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Schwarz, A., Schweppe, R. & Pfau, W. M. (1995). *Yogaschule für Kinder: mit Spezialprogrammen gegen Fehlhaltungen, Prüfungsangst, Schlafstörungen und Hyperaktivität*. München. Wien. Zürich: BLV Verlagsgesellschaft mbH.
- Scott, W. A. (1958). Research Definitions in Mental Health and Mental Illness: Psych. Bull.
- Seidemann, B.(1995). *Individualpsychologi*: Maus Druck & Medien: GmbH.
- Shea, T. M. (1978). *Teaching children and youth with behavior disorder*. U. S. A.: The C. V. Mosby company.
- Sheikh Hammoud, M .(1988). *Probleme des Leistungsversagens bei Schuelern der Mittelstufe*. (aus der sicht der lehrer) (Diss. A). Uni. Leipzig. Leipzig.
- Singerhoff, L. (2000). *Kinder heute: verwöhnt und vernachlässigt*. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Siever, G. (1986). *Prüfungsangst bei Medizinstudenten und Auswirkung*. Universität Marburg.
- Spielberger, C.D. (1980). *Test anxiety inventory: Preliminary professional manual*: Counsulting Psychologist Press.
- Städtler, T. (1998). *Lexikon der Psychologie: Wörterbuch – Handbuch – Studienbuch*. Stuttgart: Alfred Kröner Verlag.
- Stein, S. (1993). *Einzelkinder sind besser als ihr Ruf*. In: Maxi– Die Junge Frauenzeitschriften. Oktober.

- Steinhausen, H. C. (2006). *Schule und psychische Störungen*. Stuttgart. W. Kohlhammer GmbH.
- Süß, K. (2003). *Sensation Seeking, Persönlichkeit und Sport: ein multivariater empirischer Beitrag zu einem psychologischen Konstrukt*. Universität Münster.
- Tabbert-Haugg, C. (2003). *Alpträum Prüfung: gestörtes Prüfungsverhalten als Ausdruck von Schwellenängsten und Identitätskrisen*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Uexküll, R. E., Adler, J. M., Herrmann, K., Köhle, O. W. & Schonecke, W. (1998). Psychosomatic Medicine. *Psychotherapy Research*. V. 8. Issue 4. P. 161. München-Wien-Baltimore, Urban & Schwarzenberg
- Ulbrich, M. (2004). *Potentialanalyse und Entwicklungsprognose: eine empirische Untersuchung zur sozialen Kompetenz*. Lohmar. Köln: EUL Verlag.
- Ulich, D. (2002). *Ein Persönlichkeitspsychologische Modell emotionaler Reaktivität: dieser Bericht ist die überarbeitete Langfassung eines Vortrags auf dem 42. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie im September 2000 in Jena*. Augsburg: Forschungsstelle für Pädag. Psychologie und Entwicklungspsychologie.
- Vandiver, V. (2009). Integrating health promotion and mental health: an introduction to policies, principles and practices. New York. Oxford university press.

- Wahrig, G.(2002). *Deutsches Wörterbuch. München: Verlag GmbH Gütersloh.*
- Wartik, N. (2003). *5 signs of a spoiled child. Child Magazine.* June/July.http://www.child.com/moms_dads/parent_hood_issues/spoiled_child.jsp.
- Waszkewitz, B. (2003). *Kleine Persönlichkeitskunde oder wie man mit wenig Aufwand sich und seine Umgebung kennenlernt.* Stuttgart: Ibidem Verlag.
- Waszkewitz, B. (2004 a). *Rotationen, Turbulenzen und Infantilismen: psychogene Störungen und ihre Ursachen.* Stuttgart: Ibidem Verlag.
- Waszkewitz, B. (2004 b). *Der kurze Arm der Erziehungsberatung und wie ihn Verlängert: ein Beitrag der kybernetischen Persönlichkeitspsychologie zur Arbeit in der Erziehungsberatung.* Stuttgart: Ibidem Verlag.
- Waszkewitz, B. (2005 a). *Psychologie zwischen Geistwissenschaft und Behaviorismus: von der Verhaltens- zur Kognitionswissenschaft.* Stuttgart: Ibidem Verlag.
- Waszkewitz, B. (2005 a). *Auf kürzestem Wege zur Selbsterkenntnis: wie man Farben, Formen, Fragen, Beobachtungen und Gestalten zur Menschenkenntnis nutzt.* Stuttgart: Ibidem-Verlag.
- Weber, G. (2004). *Leistung statt Verwöhnung.* <http://www.fc-burlafingen.de/Gymnastikabteilung/leistung.htm>.

- Weber, H. & Rammsayer, T. (2005). *Handbuch der Persönlichkeitspsychologie und Differentiellen Psychologie*. Göttingen. Bern. Wien. Toronto. Seattle. Oxford. Prag: Hogrefe Verlag
- Weinberg, G. M. (2004). *Psychologie des Programmierers*. Übers. aus dem Amerikan. von Hans-Joachim Beese und Hartmut Strahl. Bonn: Mitp-Verlag.
- Weiß, H. J. (1986). *Attribution, Wichtigkeit und Prüfungsangst*. Pfaffenweiler: Centaurus-Verlagsgesellschaft.
- Weiß, H. J. (1997). *Prüfungsangst: Symptome, Ursachen, Bewältigung*. Würzburg: Lexika Verlag.
- Wenninger, G. (2000). *Lexikon der Psychologie*. Heidelberg. Berlin: Spektrum Akademischer Verlag.
- Werner, R. (1982). *Problemfamilien-Familienprobleme: Gefährdete im Prisma sozialer Konflikte*. Berlin: Deutscher Verlag der Wissenschaften.
- Wieczerkowski, Nickel, Janowski, Fittkau & Rauer (1980). *AFS. Handanweisung für die Durchführung, Auswertung und Interpretation*. Braunschweig, Göttingen: Westermann Verlag für Psychiatrie.
- Winkel, R. (2003). *Wenn Kinder uns Sorgen machen: zwölf Kinder – zwölf Schicksale*. Schriftenreihe der KED. Heft 39.
- Winkler, W. (1993). *Die Struktur der Persönlichkeit: zur Führungsverantwortung in sozialen Organisationen und im*

- Bildungsmanagement*. München. Fachhochschulschriften.
– Schr. Sandmann.
- Witruk, (1999). *Psychische Dimensionen Sozialer Wandlungen in Sachsen*. Leipzig: Leipziger Universitätsverlag.
- Witruk, E. & Friedrich, G. (1996). *Pädagogische Psychologie*. Landau: Verlag Empirische Pädagogik.
- Wolman, B. B. (1976). *The therapist's Handbook (Treatment Methods of Mental Disorders)*. Van Nostrand Reinhold Co. New York.
- Wunsch, A. (2000). *Die Verwöhnungsfälle*. München: Kösel Verlag.
- Würfel, G. (1997). *Keine Angst vor Prüfungsangst*. Frankfurt. Hiba. WWW.Uni. Leipzig.de. Psychologie.1.2.2004.
- Wyss, D. (1991). *Die tiefenpsychologische Schul von den Anfängen bis zur Gegenwart Entwicklung, Probleme, Krisen*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Zeyer, R. (1997). *Hypnotherapeutische Kurzbehandlung von Prüfungsangst*. Universität Tübingen.
- Zhao, L.(1994). *Das Verwöhnungsproblem als gemeinsames Erziehungsproblem in China und Deutschland*. Aachen: Vorlag Shaker.
- Zimbardo, P. G. & Gerrig, R. J. (1999). *Psychologie: mit 70 Tabellen*. Berlin. Heidelberg. New York. Barcelona. Hongkong. London. Mailand. Paris. Singapur. Tokio: Springer

Zöllner, U. (1994). *Die Kinder vom Zurichberg*. Zürich: Kreuz Verlag.





فهرس المصطلحات

المصطلح العربي	المصطلح الانكليزي
	A
الحادث المنشط، الأفكار، النتيجة	ABC
القدرة/ القدرات	Ability/ Abilities
المناخ الوجداني اللاسوي في الأسرة	Abnormal Affective Climate
الإساءة الجسدية	Abuse
الحادث المنشط أو المثير	Activating Event
التكيفية	Adaptability
الحادث المنشط أو المثير	Activating Event
الإضافة	Addition
التوافق	Adjustment
نظرية آدلر	Adler's Theory
الجماليات	Aesthetics
الوجدان (مشاعر الحب والعاطفة والمودة)	Affection(A)

Agency	القوة
Aggression	العدوان
Aims Definition	تحديد الأهداف
American Psychological Association	جمعية علم النفس الأمريكية
American Personnel Guidance Association	رابطة المرشدين النفسيين الأمريكية
Anal	المرحلة الشرجية
Analysis Of Resistance	تحليل المقاومة
Analysis Of Transference	تحليل التحويل
Analytic Theory(Psychoanalysis)	النظرية التحليلية
Anger	الغضب
Anxious Techno Phobia	الخوف الاضطرابي التكنولوجي القلق
Asking the Question	طرح السؤال
Assertive Training	أساليب التدريب التوكيدي
Attention Deficit	ضعف الانتباه والتشتت
Attitudes	الاتجاهات
Audio Handicap	الإعاقة السمعية
Autism	الانطواء الفصمي(التوحد)
Aversion	التفكير
B	

Behavior(B)	السلوك
Behavior Modification	تعديل السلوك
Behavior Problems of Pupils	المشكلات السلوكية للتلاميذ
Behavioral Problems	المشكلات السلوكية
Behavioral Theory	النظرية السلوكية
Being and Becoming	الكيونة والسيورة
Belief	المعتقد أو الأفكار
Biophysical Theory	النظرية البيوفيزيولوجية
Bodily Handicap	الإعاقة الحركية
Body Concept	مفهوم الجسم
Body Language	لغة الجسد
Brief Counseling	الإرشاد المختصر
C	
Case Conference	مؤتمر الحالة
Case Study	دراسة الحالة
Catharsis	التنفيس الانفعالي
Changing Rules	تغيير القواعد
Cheat	الغش

Children	الأطفال
Classical Conditioning	الإشراط الكلاسيكي
Classical Conditioning Model	الطرق المستمدة من الإشراط الكلاسيكي
Client	العميل أو الزبون
Client-Centered Counseling	الإرشاد المتمركز على العميل
Client-Centered Counseling Theory	نظرية الإرشاد المتمركز حول العميل
Closed Questions	الأسئلة المغلقة
Clowning In Class	التهريج في الصف
Cognition(C)	المعرفة
Cognitive Behavior Modification	الأسلوب المعرفي السلوكي لتعديل السلوك
Cognitive Behavior Theory	النظرية المعرفية السلوكية
Cognitive Learning	التعليم المعرفي
Cognitive Learning Model	الطرق المستمدة من التعليم المعرفي
Cognitive- Restructuring	إعادة البنية المعرفية
Cognitive Structure	البنية المعرفية
Cognitive Theory	النظرية المعرفية
Cognitive Technophobia	الخوف المرضي التكنولوجي المعرفي
Compensation	التعويض

Confrontation	المواجهة
Communication	التواصل
Communication With Children	التواصل مع أطفال الرياض
Contingency Contracting	التعاقد التبادلي السلوكي
Control Of Urine	ضبط التبول
Correction and over Correction	التصحيح البسيط والتصحيح الزائد
Counselee	المسترشد
Counselee's Responsibility	تكوين المسؤولية لدى المسترشد
Counseling By Drawing	الإرشاد بالرسم
Counseling Club	النادي الإرشادي
Counseling Group	المجموعة الإرشادية
Counseling Sessions	الجلسات الإرشادية
Counseling Strategy	الفنية الإرشادية
Counseling Team	الفريق الإرشادي
Cumulative Record	السجل المجمع أو البطاقة المدرسية
D	
Day Dreams (Phantasies)	أحلام اليقظة (التخيلات)
Data Collection	جمع المعلومات
Debate	المناقشة
Decision-Making	اتخاذ القرارات

Defense Mechanisms	آليات الدفاع النفسي
Denial	النكران
Dereliction Of Thinking	تشبّت التفكير
Developmental Method	المنهج النمائي
Development Of Movement	نمو الحركة
Development Of Speech	نمو الكلام
Development Problems	مشكلات النمو
Developmental Tasks	مطالب النمو
Diagnosis	التشخيص
Differences in Perception	الفروق في الإدراك
Difficulties of Connection	صعوبات التواصل
Digital Sucking	مص الأصابع
Directive Counseling	الأسلوب المباشر
Directive Observation	الملاحظة المباشرة
Discussion	مناقشة
Discussion Group	مجموعة النقاش
Disorder Of Speech And Language	اضطرابات الكلام واللغة
Displacement	الإبدال أو التحويل
Distortion	التشويه أو التحريف
Drama And Fantasy Work	استخدام التمثيل والتخيل

Drawing Counseling	الإرشاد بالرسم
Dream Analysis	تحليل الأحلام
Dream Interpretation	تفسير الأحلام
Dream Work	العمل مع الأحلام
Drug(D)	العقاقير أو الأدوية
Dyscalculia	الصعوبة في الرياضيات
Dysgraphia	الصعوبة في الكتابة
Dyslexia	الصعوبة في القراءة والكتابة
E	
Eclectic Counseling	الإرشاد الانتقائي
Eclectic Counseling Theory	نظرية الإرشاد الانتقائي
Educational Counseling	الإرشاد التربوي
Educational Counselor	المرشد التربوي
Ego	الأنا
Emotional Behavioral Consequence	النتيجة أو رد الفعل السلوكي أو الاضطراب الانفعالي
Emotional State	الحالة الانفعالية
Empty Chair	المقعد الخالي

Enactment	التفويض
Encounter Group	مجموعة المواجهة
Encouragement	التشجيع
Enuresis	التبول اللاإرادي
Environmental Factors	العوامل البيئية
Environmental Theory	النظرية البيئية
Evaluation	التقييم
Excess Of Eating	الإفراط بالأكل
Excess Of Appetite(Glutton)	الشهية الزائدة(الشراهة)
Expression	عبارة أو تعبير
Extinction	الإطفاء
Eye Contact	التواصل البصري
F	
Family Counseling	الإرشاد الأسري
Family Group Consultation	المجموعات الأسرية الاستشارية
Fantasy	الأخيلة والأوهام
Fatness	السمنة
Feedback	التغذية الراجعة
Filling In The Blank	ملء الفراغ

Filthy Speech	الكلام البذيء
Flooding	الإغراق أو الغمر أو الإفاضة
Follow-up	المتابعة
Free Association	التداعي الحر
Free Play	اللعب الحر
Friends	أصدقاء
Fundamentals of Educational Counseling	أسس الإرشاد التربوي
G	
Generalization	التعميم
General Data	معلومات عامة
Genetic Factors	عوامل وراثية
Gential	المرحلة الجنسية
Gestalt Theory	النظرية الغشتالتية
Gestures of Head	إيماءات الرأس
Group Counseling	الإرشاد الجماعي
Group Counseling Theory	نظرية الإرشاد الجماعي
Group of Awareness Increase	مجموعة زيادة الوعي
Group Lectures And Discussions	المحاضرات والمناقشات الجماعية

H	
Halo Effect	أثر الهالة
Handicap	الإعاقة
Hated Child	الطفل المُهمَل أو منبوذ
Hearing Disorder	خلل في السمع
Here and Now	هنا والآن
Hobby/Hobbies	الهوايات
High Achievers	المتفوقون دراسياً
Home Work	الواجبات المنزلية
Hyperactivity	النشاط الحركي الزائد
Hysteria	الهستيريا
I	
Id	الهو
Identification	التقمص
Identity	الهوية
Ignoring	التجاهل
Illustration	التصوير أو التوضيح
Imagery (I)	التخيل

Importance of Connection	أهمية التواصل
Importance of Playing	أهمية اللعب
Individual Counseling	الإرشاد الفردي
Individual Counseling Theory	نظرية الإرشاد الفردي
Individual Differences	الفروق الفردية
Inhibition	الكف
Insight Oriented Counseling	الإرشاد الموجه بالاستبصار
Instinct	الغريزة
Insubordination	العصيان
Integration	الاندماج (التكامل)
Intelligence Reduction	انخفاض الذكاء (الضعف العقلي)
Internet Addiction (IAD) Disorder	إدمان الشبكة المعلوماتية (الإنترنت)
Interpersonal Relationship(I)	العلاقات الشخصية
Interpretation	التفسير
Interrogation	التساؤل (الاستجواب)
Interview	المقابلة
J	
Jealousy	الغيرة

K	
Kindergarten	الروضة
Kindergarten Director	مدير الروضة
Kindergarten Phobia	الخوف من الروضة
Kindergarten Rejection	رفض الروضة
L	
Lack of Studying Motivation	ضعف الدافعية الدراسية
Lack Of Appetite	ضعف الشهية
Latency	المرحلة الكامنة
Learning Disability	صعوبة التعلم
Learning Slowness	بطء التعلم
Lectures	محاضرات
Life Goal	هدف الحياة
Life Style	أسلوب الحياة
Limited Observation	الملاحظة المقيدة
Lisping	الثأأة (لثغة)
Listening	الإنصات
Logic	المنطق
Logo Counseling Theory	نظرية الإرشاد بالمعنى

Logo-Pedia	اللوجوبيديا أو الترتيب اللغوية
Lying	الكذب
M	
Meaning of Expression	دلالات الألفاظ أو التعبيرات
Measures	المقاييس
Medical Data	المعلومات الطبية
Mental Data	المعلومات العقلية
Mental Deficiency	الضعف العقلي
Mental Handicap	الإعاقة العقلية
Mental Health	الصحة النفسية
Mess And No Organization	الفوضوية وعدم الترتيب
Metronome	البندول (المسراع)
Micro counseling	الإرشاد المصغر
Modeling	النمذجة أو القدوة
Motive	الدافع
Multimodel Counseling Theory	نظرية الإرشاد متعدد الأساليب
Mumbling	التمتمة

N	
Nail-Biting	قضم الأظافر
Nature of Man	طبيعة الإنسان
Need	الحاجة
Negative Practice	الممارسة السالبة
Non-Coercive Approach	الإرشاد غير المجبر
Nondirective Counseling	الأسلوب غير المباشر
Non-Directive Observation	الملاحظة غير المباشرة
Non-Participant Observation	الملاحظة من دون المشاركة
Neurological Defect	خلل دماغي أو عصبي
Nutrition Problems	مشكلات التغذية
O	
Objectivity	الموضوعية
Observation	الملاحظة
Occasional Observation	الملاحظة العرضية
Offensive Of Negative Feelings	مهاجمة المشاعر السلبية
Omission	الحذف
Only Child	الطفل الوحيد

Open Questions	الأسئلة المفتوحة
Operant Conditioning	الإشرط الإجرائي
Operant Conditioning Model	الطرق المستمدة من الإشرط الإجرائي
Oral	المرحلة الفمية
Organic and Biological Factors	عوامل عضوية وبيولوجية
Over dependence	الاعتمادية الزائدة
P	
Paradoxical Intention	القصد المتناقض
Parents	الوالدان
Participant Observation	الملاحظة بالمشاركة
Periodical Observation	الملاحظة الدورية
Personal Data	البيانات الشخصية
Personal Distance	المسافة الشخصية
Personality	الشخصية
Phallic	المرحلة القضيبية
Physical Data	المعلومات الجسمية
Physical Movements	الحركات الجسدية
Planning Responsible Behaviors	التخطيط لأنماط سلوك مسؤولة

Play by Behavioral Counseling	اللعب بطريقة الإرشاد السلوكي
Play Counseling Theory	نظرية الإرشاد باللعب
Playing	اللعب
Positive Reinforcement	التعزيز الموجب
Posttest	القياس البعدي
Poverty	الحرمان (الفقر)
Practice	الممارسة
Preparation For Counseling Process	الإعداد لعملية الإرشاد
Preventive Method	المنهج الوقائي
Problems of High Achievers	مشكلات المتفوقين دراسياً
Problems of Mental Deficiency	مشكلات الضعف العقلي
Problems Of Mental Development	مشكلات النمو العقلي
Problem Solving	حل المشكلة
Process Definition	تحديد العملية
Prognosis	التنبؤ
Projection	الإسقاط أو الإضفاء
Psychodrama	التمثيل النفسي المسرحي
Psychosomatic Disorders	الاضطرابات النفسية الجسمية
Psychotherapy Group	المجموعة العلاجية

Q	
Quality	نوعية
Questions	الأسئلة
R	
Rational Emotive Theory	النظرية العقلانية الانفعالية
Rationalization	التبرير
Reaction Formation	الرد المعاكس
Realist Group Counseling	الإرشاد الجمعي الواقعي
Reality	الواقع
Reality Counseling	الإرشاد بالواقع
Reality Counseling Theory	نظرية الإرشاد بالواقع
Regression	النكوص
Reinforcement	تعزيز
Reinforcement and Psychological Counseling Theory	نظرية التعزيز والإرشاد النفسي (دولارد وميللر)
Relatives	الأقرباء
Reliability	الثبات
Religious Group	المجموعة الدينية
Remedial Method	المنهج العلاجي

Repression	الكبت
Resistance	المقاومة
Response	الاستجابة
Response Cost	تكلفة الاستجابة
Responsibility	المسؤولية
Restatement & Summarizing & Reflection of Feelings	إعادة العبارات والتلخيص وعكس المشاعر
Right and wrong	الحق والخطأ
Role Playing	لعب الأدوار
S	
Sabotage	التخريب
School Counseling	الإرشاد المدرسي
School Counselor	المرشد المدرسي
School Director	مدير المدرسة
School Phobia	الخوف من المدرسة
Self-Talk	حديث الذات
Self-Concept	مفهوم الذات
Self-Instruction	تعليم الذات أو توجيه الذات
Semantic Counseling	الإرشاد بالدلالات اللفظية

Sensation(S)	الإحساس
Sex Differences	الفروق بين الجنسين
Shaping	التشكيل
Short-Term Counseling	الإرشاد القصير
Shuttle Technique	أسلوب المكوك
Shyness	الخجل
Silence	الصمت
Simple Observation	الملاحظة البسيطة
Skills	مهارات
Sleep Problems	مشكلات النوم
Slowness In Eating	البطء في تناول الطعام
Smiling	الابتسام
Social Data	المعلومات الاجتماعية
Social Learning	التعلم الاجتماعي
Social Reinforcement	التعزيز الاجتماعي
Social Worker	الأخصائي الاجتماعي
Sociodrama	التمثيل الاجتماعي المسرحي
Socioeconomic Background	الخلفية الاجتماعية الاقتصادية
Somatotype	النمط الجسمي
Spoiling	الدلال
Spontaneous Recovery	الاستعادة التلقائية

SPSS	البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية
Standardization	التقنين
Stimulus	المثير
Stress Inoculation	التحصين ضد الضغوط
Studying Drop-out	التسرب الدراسي
Studying Problems of Students	المشكلات الدراسية للطلبة
Super Ego	الأنا الأعلى
Stuttering	اللجاجة
Sublimation	الإعلاء أو التسامي
Substitution	الإبدال
Summarizing of Case	ملخص الحالة
Suppression	الكظم
Symbolical Story	القصة أو الحكاية الرمزية
Symptoms Of Problem	أعراض المشكلة
Synthesis	التركيب
Systematic Desensitization	التحصين التدريجي
Systematic Observation	الملاحظة المنظمة
T	

Talking During Sleep	الكلام في أثناء النوم
Teacher	معلم / معلمة
Teacher- Counselor	المدرس المرشد
Technophobia	الخوف المرضي التكنولوجي
Tendency/Tendencies	الميول
Termination	الإنهاء
Test Anxiety	قلق الامتحان
Tests	الاختبارات
Tests And Measures	الاختبارات والمقاييس
T Group	مجموعة الحرف ت
The Big Five Factors	العوامل الخمس الكبرى
Theft	السرقه
Tics	اللازمات العصبية
Time Misuse	سوء استغلال الوقت
Time out	الإبعاد أو الإقصاء (العزل)
Training	التدريب
Traits And Factors Theory	نظرية السمات والعوامل (الإرشاد المباشر)
Transactional Analysis Counseling Theory	نظرية الإرشاد بتحليل التعاملات
Transference	التحويل

Truancy	التغيب عن المدرسة والهروب
U	
Uncomfortable User	المستخدم غير المرتاح
Underachievement	التأخر الدراسي
Unfit Sexual Behavior	السلوك الجنسي غير المناسب
Upper Dog And Under Dog	الصوت العالي والصوت المنخفض
Unsteadiness During Sleep	التقلب في أثناء النوم
Usual Problems	المشكلات العادية
V	
Validity	الصدق
Values	القيم
Visual Handicap	الإعاقة البصرية
Vocal Tone	النغمة الصوتية
Vomit	القيء
W	

Walking During Sleep	المشي في أثناء النوم
Wandering	مشكلة الجولان
Will To The Meaning	إرادة المعنى
Wrong Nutritive Behavior	الممارسة الغذائية الخاطئة
Wrong Studying Habits	عادات الدراسة الخاطئة
Y	
Youth Counseling Program	برنامج إرشاد الشباب

اللجنة العلمية

أ.د. رياض العاسمي أ.د. أحمد الزعبي أ.د. رغداء نعيسة

المدقق اللغوي: د. سامر زيود

حقوق الطباعة والترجمة والنشر محفوظة لمديرية الكتب والمطبوعات الجامعية