وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

# الصحة النفسية

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

منشورات جامعة دمشق
كلية التربية

# الصحة النفسية

الدكتورة
رغداء نعيسة
المدرسة في قسم الإرشاد النفسي

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

# الفهرس


| فهرس المحتويات | الصفحة |
|---|---|
| **الفصل الأول: مدخل إلى الصحة النفسية** | ١٣-٤٨ |
| تعريف الصحة النفسية. | ١٥ |
| نسبية الصحة النفسية. | ١٨ |
| المفهوم النفسي الاجتماعي للصحة النفسية. | ١٩ |
| الاتجاهات النفسية لمفاهيم الصحة النفسية. | ٢٠ |
| نبذة تاريخية عن الاهتمام بالصحة النفسية. | ٢٢ |
| علاقة علم الصحة النفسية بالعلوم الأخرى. | ٢٥ |
| أغراض علم الصحة النفسية. | ٢٦ |
| أهمية الصحة النفسية. | ٢٦ |
| مقومات الصحة النفسية. | ٣٠ |
| العوامل المؤثرة في الصحة النفسية. | ٣٨ |
| الحاجات، وأثرها في الصحة النفسية. | ٤١ |
| وسائل تحصين الصحة النفسية للفرد، والمجتمع. | ٤٥ |
| **الفصل الثاني: الشخصية** | ٤٩-٨١ |
| تعريف الشخصية. | ٥١ |
| نظريات الشخصية. | ٥٣ |
| مفهوم الشخصية السوية. | ٧٧ |
| المميزات السلوكية للشخصية السوية. | ٧٨ |
| تكامل الشخصية. | ٧٩ |

| فهرس المحتويات | الصفحة |
|---|---|
| **الفصل الثالث: التكيف** | ٨٣-١١٢ |
| معنى التكيف. | ٨٥ |
| أنواع التكيف (أبعاد التكيف). | ٩٠ |
| عوامل التكيف. | ٩١ |
| خصائص عملية التكيف. | ١٠١ |
| استراتيجيات التكيف. | ١٠٢ |
| المظاهر التي تدل على التكيف. | ١٠٤ |
| عناصر عملية التكيف. | ١٠٧ |
| التكيف، والصحة النفسية. | ١٠٨ |
| **الفصل الرابع: القلق** | ١١٣-١٤٩ |
| مفهوم القلق. | ١١٦ |
| تعريف القلق. | ١١٧ |
| القلق كحالة طبيعية والقلق كاضطراب. | ١١٧ |
| قلق الحالة مقابل قلق السمة. | ١٢٠ |
| طبيعة القلق. | ١٢٢ |
| النظريات النفسية المفسرة للقلق. | ١٢٤ |
| أسباب القلق. | ١٣٢ |
| مستويات القلق. | ١٣٤ |
| أعراض القلق. | ١٣٦ |
| أنواع القلق. | ١٣٨ |
| تصنيف اضطرابات القلق. | ١٣٨ |
| قلق الامتحان وقلق المدرسة وأساليب مواجهتهما. | ١٤١ |

| فهرس المحتويات | الصفحة |
|---|---|
| علاج القلق. | ١٤٧ |
| **الفصل الخامس: الإحباط** | **١٥١-١٦٥** |
| تعريف الإحباط. | ١٥٣ |
| عتبة الإحباط. | ١٥٤ |
| أنواع الإحباط. | ١٥٥ |
| تحليل الإحباط. | ١٥٧ |
| العوامل المسببة للإحباط (عوائق الإحباط). | ١٥٨ |
| أهم العوامل التي تؤثر في الاستجابة للإحباط. | ١٥٩ |
| آثار الإحباط، ونتائجه. | ١٥٩ |
| العلاقة بين الصراع والإحباط. | ١٦٣ |
| الوقاية من الإحباط. | ١٦٣ |
| **الفصل السادس: الصراع النفسي** | **١٦٧-١٨١** |
| تعريف الصراع. | ١٧٠ |
| أنواع الصراع. | ١٧٠ |
| الصراع، والمرض. | ١٧٨ |
| ردود فعل الصراع. | ١٧٩ |
| سلوك حل الصراع. | ١٨٠ |
| **الفصل السابع: الصحة النفسية في المدرسة** | **١٨٣-٢٢١** |
| الصحة النفسية في المدرسة. | ١٨٦ |
| الصحة النفسية للطالب. | ١٩٢ |
| الصحة النفسية للمعلم. | ٢١٣ |

| فهرس المحتويات | الصفحة |
|---|---|
| دور المدرسة في دعم الصحة النفسية. | ٢١٦ |
| الإرشاد المدرسي، والصحة النفسية في المدرسة. | ٢٢١ |
| **الفصل الثامن: إرشاد الصحة النفسية** | ٢٢٣-٢٤٤ |
| تعريف إرشاد الصحة النفسية. | ٢٢٥ |
| نماذج إرشاد الصحة النفسية. | ٢٢٧ |
| إرشاد الصحة النفسية، ومجالات الإرشاد النفسي للأفراد. | ٢٣٠ |
| اتجاهات في إرشاد الصحة النفسية. | ٢٣١ |
| مرشد الصحة النفسية. | ٢٣٣ |
| ممارسة إرشاد الصحة النفسية. | ٢٣٤ |
| استراتيجيات إرشاد الصحة النفسية. | ٢٣٨ |
| التشاور في إرشاد الصحة النفسية. | ٢٣٩ |
| مستقبل إرشاد الصحة النفسية. | ٢٤٢ |
| **مراجع الكتاب.** | ٢٤٥-٢٦٠ |


Damascus University

# مقدمة

## مقدمة الكتاب:

برزت في الآونة الأخيرة دعوات كثيرة للاهتمام بالإرشاد النفسي عامةً، وبالصحة النفسية خاصةً، وتجلى ذلك الاهتمام من خلال الجهود الدولية، والمحلية لزيادة دور الإرشاد النفسي في علاج مشكلات المجتمع، وتكاثفت الدعوات في عملية إيجاد برامج إرشادية للعناية بنمو المتعلم بما يضمن تحقيق النمو الشامل، والمتوازن له.

وانطلاقاً من أهمية الإرشاد النفسي، والصحة النفسية في الاستخدام الأمثل للبرامج الإرشادية التي ترتقي بنمو المتعلم، كانت هذه المحاولة في تأليف هذا المقرر الذي يهدف إلى إكساب المرشدين النفسيين، والمهتمين بالصحة النفسية معارف نظرية، ومهارات عملية تشمل أشهر الأساليب العلاجية المناسبة لبعض المشكلات التي تواجه المتعلمين، وقد عرض هذا المؤلف بأسلوب مبسط، وألفاظ بسيطة تتيح للقارئين على اختلاف قدراتهم فرصة لإدراك مضمونه، كما يتيح هذا الكتاب فرصة الاطلاع على بعض النظريات النفسية، والشخصية، ونماذج علاجية مما يثبت المعارف النظرية الموجودة فيه.

## ويتضمن هذا المؤلف ثمانية فصول، هي:

<u>الفصل الأول</u>: عنوانه مدخل إلى الصحة النفسية، ويشمل مدخل إلى الصحة النفسية، وتعريف الصحة النفسية، ونسبية الصحة النفسية، والمفهوم النفسي الاجتماعي للصحة النفسية، والاتجاهات النفسية لمفاهيم الصحة النفسية، ونبذة تاريخية عن الاهتمام بالصحة النفسية، وعلاقة علم الصحة النفسية بالعلوم الأخرى، وأغراض علم الصحة النفسية، وأهمية الصحة النفسية، ومقومات الصحة النفسية، والعوامل المؤثرة في الصحة النفسية، والحاجات، وأثرها في الصحة النفسية؛ بالإضافة إلى وسائل تحصين الصحة النفسية للفرد، والمجتمع.

وتحدث **الفصل الثاني** عن التعريف بالشخصية، و نظرياتها، ومفهوم الشخصية السوية، والمميزات السلوكية للشخصية السوية؛ بالإضافة إلى تناول تكامل الشخصية، كما شمل **الفصل الثالث**: التعريف بمعنى التكيف، وأنواع التكيف، وعوامل التكيف، وخصائص عملية التكيف، واستراتيجيات التكيف، والمظاهر التي تدل على التكيف، وعناصر عملية التكيف؛ إضافة إلى التكيف، والصحة النفسية.

وتناول **الفصل الرابع**: التعريف بمفهوم القلق، وطبيعة القلق، وقلق الحالة مقابل قلق السمة، والنظريات النفسية المفسرة للقلق، وأسباب القلق، ومظاهر القلق، وأعراض القلق، والأفكار التي تراود الشخص القلق التي يتوقع أن يعاني منها،

وأنواع القلق، وتصنيف اضطرابات القلق، وعلاج القلق.

أما **الفصل الخامس**: ففيه تعريف الإحباط، و عتبة الإحباط، وأنواع الإحباط،

وتحليل الإحباط، والعوامل المسببة للإحباط (عوائق الإحباط)، وأهم العوامل التي تؤثر في الاستجابة للإحباط، آثار الإحباط ونتائجه، وعوامل زيادة القدرة على تحمل الإحباط، كما تناول طرق الوقاية من الشعور بالإحباط.

وخصص **الفصل السادس**: لموضوع تعريف الصراع، وأنواع الصراع، والصراع والمرض، والصراع والإحباط، وردود فعل الصراع؛ إضافة إلى سلوك حل الصراع.

أما **الفصل السابع**: فعرف الصحة النفسية في المدرسة، والصحة النفسية للطالب، والصحة النفسية للمعلم، ودور المدرسة في دعم الصحة النفسية، وتناول الإرشاد المدرسي، والصحة النفسية في المدرسة.

وأخيراً، تناول **الفصل الثامن**: تعريف إرشاد الصحة النفسية، ونماذج إرشاد الصحة النفسية، واتجاهات في إرشاد الصحة النفسية، ومرشد الصحة النفسية، وممارسة إرشاد الصحة النفسية، واستراتيجيات إرشاد الصحة النفسية، والتشاور في إرشاد الصحة النفسية، وتناول مستقبل إرشاد الصحة النفسية.

وانتهى المؤلف **بقائمة من المراجع** العربية، والأجنبية التي يمكن الرجوع إليها للاستزادة؛ إضافةً إلى قائمة بأهم المصطلحات الواردة في المقرر باللغة الإنكليزية.

وتأمل المؤلفة أن يجد طلاب كلية التربية/ قسم الإرشاد النفسي، والمهتمون بسأمور الصحة النفسية الفائدة المرجوة من هذا المؤلّف، وأن يكون عوناً لهم في توظيف معارفهم النظرية بأساليب تربوية فاعلة، ومفيدة تسهم في الارتقاء بالعملية التربوية نحو الأفضل.

والله من وراء القصد

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

# الفصل الأول

# مدخل إلى الصحة النفسية

# Introduction to Mental Health

Damascus University

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

# الفصل الأول

## مدخل إلى الصحة النفسية

يلاحظ كل منا أن الحياة المعاصرة تتصاعد في تعقيداتها، وضغوطها، ومشكلاتها المختلفة، وتلقي بثقلها على الإنسان ....؛ وذلك كنتيجة حتمية لتفاقم الأزمات العالمية في المجالات المختلفة، سواء في الجوانب الاقتصادية أو العسكرية أو تهديدات الأمن الغذائي أو تهديد التلوث، وكذلك انتشار الأوبئة، والأمراض الخطيرة .... الخ. أدت هذه الكوارث جميعها إلى ضعف تحصين الإنسان، وازدياد مخاوفه، وارتفاع حدة قلقه، وأصبح الكثير من الأفراد يفتقرون إلى الأمن النفسي، والاطمئنان، والسلام الداخلي.

وفي خضم هذا القلق المتصاعد تتوجه الأنظار إلى علم الصحة النفسية، وتنعقد عليه الآمال في مواجهة هذا التحدي، وتتركز عليه طموحات الإنسان في مساعدته على استعادة توافقه في الحياة، واسترداد طمأنينته النفسية ... ولهذا تم التوجه في هذا العصر إلى العلوم الإنسانية، وخاصة العلوم النفسية، حيث أصبح علم الصحة النفسية من بين(أحد) أهم علوم القرن الحالي. ويتناول هذا الكتاب موضوع الصحة النفسية؛ مشيراً إلى أهم العوامل المساعدة في تحقيق الصحة النفسية للفرد.

### تعريف الصحة النفسية(Mental Health):

**الصحة النفسية:** لا يوجد تعريف واحد يشمل مصطلح الصحة النفسية، نظراً لتشعب المجالات التي تنطوي تحت هذا المفهوم، وأيضاً نظراً إلى اختلاف وجهات النظر حول مفاهيم السواء، والاضطراب فضلاً عن تباين وجهات النظر، أيضاً لاختلاف مفاهيم الإنسان، والصحة عبر الزمن من قبل الباحثين أو العاملين في هذا الميدان. ولهذا سيتم عرض لأهم التعريفات المختلفة في الأدبيات النفسية:

يختلف مفهوم الصحة النفسية عن مفهوم علم الصحة النفسية؛ لأن المفهوم الأخير وهو الأعم يشير إلى الدراسة العلمية للصحة النفسية، ووسائل تحقيقها، والمعوقات التي تحول دون الوصول إلى مستوى مُرضٍ منها، كما تمتد تلك الدراسة العلمية إلى عملية

التوافق النفسي، ومسببات سوء التوافق، وما يترتب على ذلك من اضطرابات نفسية أو عقلية أو مشكلات نفسية، واضطرابات في الشخصية.

إن صعوبة تحديد أو تعريف (مفهوم أو مصطلح) الصحة النفسية تكمن في صعوبة قياس الصحة – ففي حين من السهل تحديد المرض، وقياسه بعلامات، وأعراض، فإنه من الصعب تحديد الصحة النفسية. ولهذا ركزت كثير من التعريفات على الحالة المثالية كتعريف منظمة الصحة العالمية، حيث ترى منظمة الصحة العالمية أن الصحة النفسية ليست مجرد الخلو من أعراض المرض النفسي؛ وإنما هي حالة إيجابية من الراحة الجسمية، والنفسية، والاجتماعية تتمثل في التمتع بصحة العقل، وسلامة الحواس، وسواء السلوك. فالخلو من الاضطرابات لا يعني الصحة سواء أكانت بدنية أم نفسية.(الطيب والبهاص، ٢٠٠٩، ١٨)

وتعرف الصحة النفسية، أنها: حالة عقلية انفعالية مركبة دائمة نسبياً من الشعور بالسعادة مع الذات، ومع الآخرين، والشعور بالرضا، والطمأنينة، والأمن، والسلامة العقلية، والإقبال على الحياة مع شعور بالنشاط، والقوة، ويحقق ذلك أعلى درجة من التكيف النفسي، والاجتماعي. ويتسم الشخص ذو الدرجة المرتفعة من الصحة النفسية بسمات عدة منها:"الكفاية، الخلق القويم، الاتزان الانفعالي، السلوك السوي، تكامل الشخصية، القدرة على مواجهة الأزمات". (عبد الله، ٢٠٠١، ٢١).

كما أن جولدنسون "goldenson" يعرف الصحة النفسية (مركزاً على البعد الانفعالي في التوافق) أنها : قدرة الفرد على مواجهة مطالب الحياة اليومية من دون انفعال مبالغ فيه أو توتر. (عبد الرزاق، ٢٠٠١، ٨)، وقد حدد إدلر "Adler" معيار الصحة النفسية "بالاهتمام الاجتماعي" Social interest الذي يمتلكه الفرد، ويقصد به شعوره بالتعاطف مع بقية البشر؛ متمثلاً بالتعاون معهم من أجل التقدم الاجتماعي لا من أجل مصلحته الشخصية.

و يعرف سوليفان "Sullivan' الصحة النفسية أنها الحالة التي يكون عليها الفرد عقلياً، ونفسياً نتيجة تحسينه لكفايته، وإشباعه لحاجاته، وتحقيقه لبعض النجاحات في الحياة. (الزبيدي،٢٠٠٩, ١٢).

أمّا معجم علم النفس، والطب النفسي، فيعرفها أنها: حالة عقلية تتميز بالسلامة، والصحة، والانفعالية، وبالتحرر النسبي من القلق، وأعراض العجز، والقدرة على إنشاء علاقات إيجابية، ومواجهة متزنة مع المطالب العادية، وضغوط الحياة. (عبد الرزاق، ٢٠٠١، ٩).

ومن التعريفات التي ركزت على تقبل الذات، والشعور بالرضا: تعريف علاء الدين كفافي للصحة النفسية أنها: حالة من التوازن، والتكامل بين الوظائف النفسية للفرد، تؤدي به أن يسلك بطريقة تجعله يتقبل ذاته، ويقبله مجتمعه، بحيث يشعر من جراء ذلك بدرجة من الرضا، والكفاية. (عبد الرزاق، ٢٠٠١، ٩).

ولا بد من التأكيد على حقيقة أن الصحة النفسية هي أمر نسبي كما هو الحال في الشذوذ، فلا يوجد حد فاصل بين الشاذ، والعادي، كذلك لا يوجد حد فاصل بين الصحة النفسية، والمرض النفسي. والصحة النفسية شبيهة في ذلك بالصحة الجسمية. والتوافق التام بين الوظائف النفسية المختلفة –عند فرد ما– أمر لا يكاد يكون له وجود، ودرجة اختلال التوافق هي التي تميز حالة الصحة عن غيرها.

وإذا نظرنا إلى الصحة النفسية من زاوية علاقتها الشديدة بعملية التكيف وجدنا أن الأمر نسبي أيضاً، فليس هناك حد فاصل ندرك عنده الفرق بين حالتي تحقق التكيف مع البيئة، وانعدام تحققه، والتكيف مع البيئة نسبي أيضاً وهو أمر متوقف على النمو. فالطفل الصغير يُعد في حالة صحية عادية، إذا رضع ثدي أمه حتى سن الثانية من ولادته، ولكنه لا يُعد كذلك إذا استمر يرضع إلى سن السادسة. (القوصي، ١٩٥٢،١٠).

ويمكن القول: إن الصحة عبارة عن حالة إيجابية يؤدي الشخص من خلال تفاعله مع الظروف الاجتماعية والثقافية السائدة دوراً فاعلاً في تحقيقها، ويصعب فهمها من

دون أخذ الظروف الاجتماعية، والثقافية، والاقتصادية السائدة في مجتمع من المجتمعات بعين الاعتبار، كما أن الصحة النفسية لا تعني مجرد الخلو من الاضطراب أو المرض أو التضرر؛ وإنما يمكن عدها حالة من التوازن الديناميكي بين وجوه مختلفة، ويمكن وصفها من خلال مجموعة من سمات الخبرة، والسلوك: كالرضا عن الحياة، واكتشاف المعنى منها، والقدرة على مواجهة الإرهاقات، والتغلب عليها، والكفايات الذاتية.

وهنا نرى أنَّ مفهوم الصحة يعكس التكيف الناجح للفرد على المستويات البيولوجية، والفيزيولوجية، والمناعية، والاجتماعية، والنفسية، والثقافية. (رضوان، ٢٠٠٩، ٢٨). فالصحة النفسية: من المنظور النفسي الاجتماعي هي عملية توازن بين الفرد، ومحيطه الاجتماعي، والطبيعي.

## نسبية الصحة النفسية (Relative mental health):

إن الصحة النفسية تعنى بتكيف الفرد مع ذاته، وبالتوافق التام بين الوظائف النفسية المختلفة عند الفرد، لما كان هذا التوافق التام أمراً لا يمكن أن يتحقق؛ وذلك لعدم قدرة الإنسان أن يتجنب كلية كل سلوك خاطئ – حيث إنَّ كل إنسان عرضة للسلوك الخاطئ، وهذا الخطأ هو الذي يؤدي به لاختلال توازنه النفسي– عادةً نرى صحة الفرد النفسية تتوقف على درجة اختلال التوازن النفسي، هذا هو الذي يميز بين الصحة النفسية من فرد إلى آخر، فكلما زادت أخطاء الفرد قلت صحته النفسية. وكلما قلت أخطاء الفرد زادت صحته النفسية، شأنها في ذلك شأن الصحة الجسمية فالصحة الجسمية تتوقف على مدى اختلال وظائف الجسم. وكلما زاد هذا الاختلال قلّت الصحة الجسمية، وكلما قل هذا الاختلال زادت الصحة الجسمية، وعلى هذا نجد أن الصحة الجسمية، والنفسية تختلف من فرد إلى آخر حتى بين الأصحاء، وهذا يوضح نسبيتها، وبما أن الصحة النفسية تعني تكيف الفرد مع مجتمعه أي أن يسلك الفرد السلوك التوافقي الذي يرضى عنه المجتمع، ولما كان هذا السلوك يختلف الحكم عليه باختلاف الزمان، والمكان، فهذا أيضاً دليل آخر على نسبية الصحة النفسية. فما كنا

نعده سلوكاً توافقياً في مجتمعنا منذ زمن مضى أصبح الآن سلوكاً غير مقبول. (الهابط، ٢٠٠٣، ٢١٥-٢١٦).

## المفهوم النفسي الاجتماعي للصحة النفسية:

## (Psycho-social concept of mental health)

في السنوات الأخيرة من القرن العشرين، وأوائل القرن الحادي والعشرين تطور إلى حد كبير، وزاد الاهتمام بالصحة النفسية، والاجتماعية. وظهرت ثورة العلاج الجسمي بالصدمات، والعقاقير، و الجراحة في علاج الأمراض النفسية والعقلية، وتطورت حركة العلاج، والإرشاد النفسي والاجتماعي، والبيئي، والغذائي، وزاد الاهتمام بإنشاء المستشفيات الخاصة بالأمراض الجسمية والنفسية والعقلية وتطويرها، ودور الرعاية الاجتماعية، كما تطورت البحوث، والدراسات في مجلات مفهوم الصحة.

ويرى بعض العلماء، والباحثين أن النظرة العلمية لمفهوم الصحة يعود إلى ما بعد الحرب العلمية الثانية، حيث حدثت تطورات علمية وطبية هائلة وتلاها الاهتمام الكبير بالسياقات الثقافية، والاجتماعية للصحة، وكان للحركات الإصلاحية في تطوير هذا المفهوم دور كبير، فأصبح يتضمن العلاقة المتبادلة بين الجوانب البدنية، والاجتماعية، والعقلية. ولو أنه من الناحية العملية أو العيادية لا زال ينظر إلى الصحة كحالة من غياب المرض العضوي. (عبد العزيز، ٢٠١٠، ٤٧).

ويشير كل من إيزابين فرانسكو فايك، و فينيسل ( Frben, Franzkowiak & wenzel, 1986) في النقاش العلمي لمفهوم الصحة النفسية إلى ثلاثة مبادئ تفسير لها:

١. تعد الصحة حالة موضوعية قابلة للاختبار الطبي البيولوجي.
٢. يمكن عدّ الصحة أنها التكيف الأمثل الممكن مع متطلبات المحيط.
٣. كما يمكن عدها حدثاً تفاعلياً لتحقيق الذات على شكل التعديل الهادف و الفاعل للبيئة. (رضوان،٢٠٠٩، ٢٨).

## الاتجاهات النفسية لمفاهيم الصحة:

حاول الباحثون، والدارسون في الدراسات النفسية والعلوم الصحية تقديم تصورات نظرية عدة للصحة، مما ساعد على بلورة مفهوم الصحة. و في هذا السياق توصل وايل **"Wylie"** إلى تحديد اتجاهين رئيسين في استخدام مفهوم الصحة، هما:

- مفهوم مفتوح للصحة: وهو المفهوم الذي ينظر إلى الصحة نظرة مثالية؛ بمعنى أن الصحة حالة مثالية يسعى الناس إلى تحقيقها، ولكن تحقيقها لا يتم إلا جزئياً، وبالتالي ليست بحالة يتوقع الناس تحقيقها كلياً.
- مفهوم مطاطي للصحة: ينظر إلى الصحة على أنها القدرة أو الكفاية على مواجهة تحديات الحياة، والتكيف معها، وكذلك القدرة على التفاعل الفاعل والإيجابي مع البيئة المحيطة، والتوافق معها.

ويورد بندر١٩٨٢ **"Pender"** من جهته أنه يمكن تصنيف مفاهيم الصحة إلى ثلاثة أنواع مختلفة وهي كالآتي:

- مفهوم تحقيق الذات: هذا التصور أو النموذج للصحة يقترح مفهوماً للصحة يغلب عليه الطابع المثالي، بحيث إن الفرد وصل إلى درجة قصوى من الطاقة، والقوة. سيحقق ذاته؛ وذلك من خلال حالته الصحية المتميزة.
- مفهوم الاستقرار: هذا التعريف للصحة يركز على قدرة الفرد على مواجهة مطالب الحياة، ويرى أن حالة الفرد تحددها قدرته التوافقية، وتكيفه الداخلي، والخارجي؛ أي مع البيئة المحيطة به.
- أما التصور الثالث للصحة، فيشمل بعدي الاستقرار، وتحقيق الذات، ينظر للصحة على أنها حالة من تحقيق الذات، والقدرة على الحفاظ على الاستقرار من خلال التوافق الشخصي، والاجتماعي.

وتوصل سميث (١٩٧٩) **Smith** إلى تحديد أربعة اتجاهات نظرية لمفهوم الصحة، هي:

١)**الاتجاه المثالي:** هذا التوجه هو أعلى تصور نظري لمفهوم الصحة، ويشمل المفهوم المفتوح، والتعاريف التي تركز على تحقيق الذات، وينظر إلى الصحة على أنها حالة مثالية من التحقيق للذات، كما أنها حالة من السلامة الكاملة.

٢) **الاتجاه التوافقي:** إن التوجه التوافقي هو التصور النظري الأقل مستوى من التصور النظري السابق، ويتضمن مفاهيم الصحة التي تقوم على فكرة الاستقرار، ويرى أصحاب هذا التوجه أنها تعكس قدرة الفرد على التفاعل الفاعل مع بيئته، وكفايته أو قدرته على مواجهة تحديات الحياة، وحسب هذا التوجه، فإن الصحة حالة هادفة، ومتوافقة تتمثل في الاستجابات المعرفية، والانفعالية، والاجتماعية المناسبة التي يصدرها الفرد للمثيرات الداخلية، والخارجية قصد الحفاظ على الاستقرار، وتحقيق قسط من الراحة.

٣) **الاتجاه الوظيفي:** يُعد هذا التوجه النظري المستوى الثالث في تصور سميث لمفهوم الصحة وفقاً لهذه النظرة عرف بارسونز "Parsons" الصحة أنها قدرة الفرد العالية على القيام بالأدوار، وتحقيق المطالب التي من أجلها تمت تنشئته، وتطبيعه اجتماعياً، وإحدى مزايا هذا المفهوم أنه يمكن ترجمته على أرض الواقع، وبالتالي يمكن قياس الحالة الصحية من خلال مؤشرات موضوعية: كالنشاط الذي يقوم به الفرد، والأدوار التي يمارسها في الحياة، كما أن البعد الوظيفي هو الذي تميز عن مفهوم يعتمد عليه كبار السن عند تعريفهم للصحة.

٤) **الاتجاه الإكلينيكي (العيادي):** هو آخر مستوى من التصورات النظرية لمفهوم الصحة، ويمثل المنحى الطبي في مجال الرعاية الصحية، وحسب هذا المنحى الإكلينيكي، فإنَّ الصحة عبارة عن حالة تخلو من المرض، وأعراض المرض. وأما الرعاية الصحية، فإنها تُعنى بعلاج المرض بدلاً من الاهتمام بتلك السلوكيات المتصلة بالصحة الإيجابية، وتجدر الإشارة هنا إلى أن طلبة كلية الطب يميلون إلى

تعريف الصحة من خلال غياب أعراض المرض؛ أي أنهم ينظرون إلى الصحة أنها عكس المرض، وكدعم للتصور الإكلينيكي للصحة، فقد أظهر بومانBauman في دراسته أن ٧٤% من طلاب كلية الطب أشاروا إلى أعراض المرض أو المرض عندما طلب منهم تعريف معنى الصحة الجيدة. (عبد العزيز، ٢٠١٠، ٤٧-٥٠).

## نبذة تاريخية عن الاهتمام بالصحة النفسية:

لا بد قبل الخوض في مقومات الصحة النفسية، وقضاياها من إشارة سريعة إلى تنامي الاهتمام بالموضوع خلال القرن العشرين، إن الاهتمام بالصحة النفسية، ورعايتها تلازم في الغرب مع تجاوز الموقف القطعي، مريض عقلي يحتجز ويعالج في مقابل إنسان عادي يترك وشأنه، لقد تضافر الاهتمام بالصحة النفسية مع تزايد الحاجة إلى صيانة طاقات الناس الأسوياء، وعلاج أزماتهم النفسية، والحياتية كي لا تؤثر في كفاية إمكاناتهم، وقدراتهم على العطاء. ومن هنا سميت الصحة النفسية، وفرعها التطبيقي (الإرشاد النفسي) بأنها علم نفس اضطراب الأسوياء، ومن هذا المستوى العلاجي الوقائي تقدم الاهتمام بالصحة النفسية إلى المستوى النمائي، حيث توفر البرامج، والمؤسسات المعنية كما التخطيط القائم على الرعاية فرص إطلاق الطاقات، وتنميتها إلى مستوياتها الفضلى، ويترافق ذلك مع التحول من مجرد الاهتمام بالطاقات المنتجة إلى البحث عن الطاقات المبدعة القادرة وحدها على التنافس المفتوح على الجودة، والتميز.

أما التكريس المقنن لمصطلح الصحة النفسية، ورعايتها، فيعود إلى أوائل القرن العشرين في كل من "أويكاوذوريا" وصولاً إلى بقية أقطار العالم، كما أنه مرتبط بشكل وثيق من حيث الاعتراف به بزعماء وحدة الصحة العقلية في منظمة الصحة العالمية بعيد الحرب العالمية الثانية.

تجمع الأدبيات التي تؤرخ لذلك على أن حركة الصحة النفسية بالمعنى الراهن انطلقت في الغرب بدفع حيوي من" كليفور و بيرز " ذلك المريض العقلي من ولاية" كومكينكت "الأمريكية الذي أمضى ثماني سنوات في مصحة عقلية عاش خلالها تجربة

مرة. لقد صدر عام (١٩٠٨) كتابه (العقل الذي وجد ذاته) راوياً فيه هذه التجربة الصعبة في عام (١٩٠٩) قاد "بيرز" في نيويورك إنشاء اللجنة الوطنية لرعاية الصحة النفسية التي أدت في النهاية إلى قيام الرابطة الوطنية للصحة النفسية (١٩٥٠).

كما كون "بيرز" عام (١٩١٩) لجنة دولية لرعاية الصحة النفسية، وأدى ذلك إلى عقد المؤتمر الدولي الأول لرعاية الصحة النفسية عام (١٩٣٠) في واشنطن وكانت قد أنشئت حتى ذلك الحين جمعيات الصحة النفسية في ٢٥ بلداً.

أما الاتحاد الدولي للصحة النفسية، فقد أنشئ خلال عقد المؤتمر الدولي الثالث في لندن (١٩٤٨)، بلغ عدد الجمعيات المنضمة إلى عضويته (١٦٠) جمعية من (٥٠) بلداً، حتى عام (١٩٧٠)، تم إنشاء **المعهد الوطني للصحة النفسية NIMH** عام (١٩٤٩) في أمريكا، كان لمنظمة الصحة العالمية دور هام في تحديد مفاهيم الصحة النفسية، ورعايتها منذ بداية إنشائها عام (١٩٤٨)، ترسخ الاهتمام بالموضوع منذ إنشاء وحدة الصحة العقلية في هذه المنظمة عام (١٩٤٩) التي كونت لجنة من الخبراء برئاسة الطبيب النفسي الإنكليزي "جون بولبي"، وهو شخصية مرموقة في هذا المجال، وكان له مهمات كبيرة في إطلاق حركة الصحة العقلية على مستوى الأمم المتحدة.

عرف **دستور منظمة الصحة العالمية** عام (١٩٤٨)، الصحة النفسية كالآتي:

(إنها حالة كاملة من العافية الجسمية، والعقلية، والاجتماعية، وليست مجرد غياب المرض أو الإعاقة).

لعل الإرهاصات الأولى للاهتمام بالصحة النفسية، والوقاية من الأمراض، والاضطرابات النفسية، وفهم أسبابها تعود إلى عشرات الآلاف من السنين. ففي الصين، ومصر الفرعونية، وبلاد مابين النهرين، وحضارات أمريكا الجنوبية، وغيرها قدمت إسهامات كثيرة، ومتنوعة في محاولات فهم الأمراض، والاضطرابات النفسية، وعالجتها، استناداً إلى فهمها لطبيعة الأسباب المؤدية، وحسب ما توفر لها من أدوات، ووسائل.

أما الاهتمام بالصحة النفسية بالشكل الذي نعرفه، ونمارسه في أيامنا هذه فيرجع إلى العصور الوسطى التي شهدت بعض أشكال الرعاية النفسية هنا وهناك. وشكلت هذه المساهمات النواة الأولى للتغيرات اللاحقة فيما بعد، فقد أدرك الأطباء المسلمون أهمية الرعاية الصحية، والنفسية، والاجتماعية للإنسان، فكانت دور الرعاية النفسية منتشرة في كل من دمشق، وبغداد، والأندلس.

ويبدو أن تأثير أساليب الرعاية، والعلاج التي كانت متبعة في العالم الإسلامي كان واضحاً في الممارسات العلاجية للطبيب الفرنسي، وأبو الطب النفسي الحديث **بينيل (Pinel)** (١٧٤٥-١٨٢٠) الذي قاده تأثره هذا إلى جانب عوامل أخرى كثيرة بالمطالبة في عام (١٧٩٨)، بعد الثورة الفرنسية بالمطالبة بتحرير المرضى نفسياً من قيودهم، وألّف كتاباً عن معاملتهم.

وفي بلجيكا ظهر **جيزلان (Guislan)** الذي خفف من قيود المرضى نفسياً في عام (١٨٣٥)، ولقيت أفكار بينيل، وجيزلان، وغيرها أصداءً في البلدان الأوربية المختلفة التي شهدت اهتماماً متزايداً بالمضطربين عقلياً، وبدأت هذه البلدان بافتتاح المراكز، والنوادي، والمؤسسات التي تعتني بهذه الفئة، وتوفر لهم شروطاً إنسانية قياساً بما كان سائداً في ذلك الوقت.

وكان ظهور مدرسة التحليل النفسي التي أسسها الطبيب العصبي، والنفسي النمساوي **سيجموند فرويد** "Sigmund Freud" (١٨٥٦-١٩٣٩) حدثاً كبيراً، وبارزاً جداً في تاريخ علم النفس عموماً، وتاريخ الصحة النفسية خصوصاً، ولعل تأثير التحليل النفسي في حركة الصحة النفسية هو المعلم الأبرز في تاريخ هذه الحركة. وقد أبرزت مدرسة التحليل النفسي أهمية العمليات النفسية في نشوء الاضطراب النفسي، بعد أن ظل الاتجاه السائد في فهم طبيعة الأمراض، والاضطرابات النفسية ينظر إليها نظرة فيزيائية؛ بمعنى أن البحث عن جذور الأمراض، والاضطرابات النفسية، لا بد أن يتمركز حول البحث عن العوامل العضوية. فجاءت نظرية التحليل النفسي لتطور المفهوم الاجتماعي للمرض، فأسهمت بذلك -وما زالت- في دفع حركة الصحة

النفسية، وفهم الأمراض الاضطرابات النفسية. ولسنا هنا بصدد التوسع بإسهامات هذه المدرسة الكبيرة، إلا أننا قصدنا الإشارة هنا إلى الإسهامات الجليلة لهذه المدرسة في ميدان الصحة النفسية.

وفي النصف الثاني من القرن العشرين بدأت تبرز اتجاهات أخرى كالاتجاهات السلوكية التي تؤكد على دور عمليات التعلم في نشوء الأمراض، والاضطرابات النفسية وتطورها، والاتجاهات الدينامية، والإنسانية، والسلوكية المعرفية وتنوعت المبادئ العلاجية المشتقة من هذه الاتجاهات لدرجة يصعب حصرها. ولا تزال الاتجاهات العلاجية تتطور، وتتعدد إلى يومنا هذا، وبدأ علم الصحة النفسية يتخصص، وينبثق منه العديد من التخصصات، والفروع: كالتربية الخاصة. (رضوان، ٢٠٠٧، ١٨-٢٢).

## علاقة علم الصحة النفسية بالعلوم الأخرى:

لا شك في أن علم الصحة النفسية يهتم بالوقاية من الأمراض النفسية، وتقديم النصح للناس، كما أنه يقدم – أيضاً- الطرق العلاجية لعلاج الأمراض النفسية، ويتجاوزها إلى الطرق الطبية. ولهذا كله أدى علم الصحة النفسية إلى الحركة التربوية الصحية التي تهتم بمشكلات التوافق جميعاً لدى الأسوياء، وغير الأسوياء، وأصحاب الجسم السليم، والمرضى ذوي العاهات، والجانحين وغير الجانحين. إنّ علم الصحة النفسية هو: دراسة تطبيقية للصحة النفسية، ولعلامات التوافق النفسي.

وعلم الصحة النفسية يستفيد من منتجات علوم النفس التربوية، وعلم الاجتماع، وعلوم الأحياء، والطب، والطب النفسي، غير أنه وثيق الصلة بعلم نفس الطفل بوجه خاص، والاضطرابات الوظيفية توضح أصولها في الطفولة المبكرة، كذلك صلته بعلم النفس الاجتماعي الذي يستهدف تحسين العلاقات الإنسانية بين الناس؛ بالإضافة إلى صلته بعلم النفس الصناعي الذي يرمي إلى حل المشكلات الصناعية، والعلاقات الإنسانية في مجال الصناعة حلاً علمياً يهتم براحة العامل، وصحته، أما الإجراءات العملية التي يقوم بها هذا العلم بتوعية الآباء، والأمهات، وتبصيرهم بما يحقق الصحة

النفسية، وتنظيم المدارس المختلفة بما يتناسب مع مبادئ الصحة النفسية، ونشر العيادات النفسية بمختلف أنواعها لتحقيق العلاج النفسي بطرقه المختلفة.

## أغراض علم الصحة النفسية:

## (Aware of the purposes of mental health)

يسعى علم الصحة النفسية إلى المعرفة الدقيقة بشأن ما ينتاب الصحة النفسية في حالات التكيف المختلفة التي نمر بها في سلوكنا أكنا في البيت أو في المدرسة أو المهنة، أو كنا أمام مشكلات في حياتنا العامة ضمن المجتمع الواسع وهو لا يكتفي هنا بالمعرفة الوصفية التحليلية الدقيقة للحالات الفردية؛ بل يهدف إلى الانتقال من معرفة الحالات الفردية إلى التعميم ليؤكد على المبادئ أو القواعد التي تقوم عليها.

ثم إنه يسعى أيضاً إلى الوقاية من الاضطرابات النفسية، وله في ذلك طريقان: يكون الأول بتحديد العوامل التي يتأكد من أن وجودها يمكن أن يؤدي إلى تلك الاضطرابات. وبالعمل على إزالتها أو إبعاد الفرد عنها، أما الثاني، فيكون بالعمل على توفير الشروط اللازمة التي تمنح الفرد قوة يتمكن بها من مواجهة ظروف الاضطراب، وعوامله حين توجد.

ثم يسعى كذلك إلى المحافظة على الصحة النفسية، ورعايتها، واستمرار تطورها باتجاه الأفضل. وهو من جهة أخرى يعتمد هنا على الدعم، وتأكيد الشروط التي يساعد وجودها على استمرار الصحة النفسية في جو مناسب من الجودة، ويعتمد من جهة أخرى على العلاج حين تقع الحادثة، ويوجد سوء التكيف، والاضطراب. ويكون الهدف عندئذ إعادة ما يمكن من الاستواء إلى الصحة النفسية، وإبعادها عن الاضطراب أو المرض الطارئ، ويتم ذلك عادة في مؤسسات ومراكز علاجية متنوعة (الرفاعي، ٢٠٠٣، ٧).

## أهمية الصحة النفسية (Importance of Mental Health):

تقوم الصحة النفسية على مبدأ يراعي مصالح الفرد، وحاجاته، ومتطلباته، وحاجات المجتمع، ومطالبه، وتوقعاته من أفراده. والخلل في عملية التوازن هذه يقود إلى آثار

سلبية في الفرد في المجتمع على حد سواء. ومن هنا فإن الصحة النفسية متعددة الجوانب يسهم كل منها في تعزيز الجانب الآخر، وإضافته.

ولذلك فإن **أهمية الصحة النفسية للفرد والمجتمع نوجزها بالنقاط الآتية:**

**أولاً – أهمية الصحة النفسية للفرد( The importance of the mental health of an individual):**

✓ الفرد السليم نفسياً يستطيع أن يواجه مشكلات الحياة المختلفة الناتجة عن الدوافع المتعددة، والمطلوب إشباعها. فهو قادر على أن يختار مجموعة الدوافع التي تتناسب مع قدراته، وإمكاناته أو البحث عن الحلول البديلة في إشباعه لهذه الدوافع.

✓ الصحة النفسية الجيدة تتيح للفرد النمو الاجتماعي السليم من إقامة العلاقات الاجتماعية مع الآخرين، وتحقيق التفاعل الاجتماعي بينه، وبين أفراد جماعته، وتحمله المسؤولية الاجتماعية، ويصبح مقبولاً اجتماعياً نظراً لتميزه بالثبات الانفعالي الذي يتيح له الهدوء، والرزانة في تصرفاته مع بني جنسه، مما يجعله محبوباً بينهم.

✓ تؤدي إلى زيادة قدرة الفرد على التعلم، واكتساب الخبرات المتعددة؛ لأن الاتزان الانفعالي، والهدوء النفسين والرضا، والسعادة التي تتيحها الصحة النفسية للفرد تؤدي إلى تركيزه في عملية التعلم؛ لأن الفرد المضطرب نفسياً حتى ولو كان على درجة عالية من الذكاء؛ فإن قدرته على التحصيل، واكتساب الخبرات تقل بسبب هذه الاضطرابات. ولقد أثبتت البحوث العلمية التي أجريت أن بعض الطلاب من ذوي الذكاء المرتفع انخفض تحصيلهم الدراسي للغاية بسبب أضطراباتهم النفسية.

✓ تدعم صحته البدنية، ولأن هنالك علاقة تبادلية وثيقة بين الصحة النفسية، والصحة البدنية لكثير من أعراض الأمراض الجسمية ترجع إلى أسباب نفسية، كما أن هنالك بعض أعراض الأمراض النفسية ترجع إلى الاعتلال الجسمي.

فالاضطرابات الانفعالية لها تأثير واضح فسيولوجي على جسم الإنسان: كضغط الدم، والسكر، وارتفاع الضغط، وقرحة المعدة. ومن هنا نرى بأن الصحة النفسية الجيدة، والمتميزة بالاتزان الانفعالي، والبعيدة عن الاضطرابات النفسية تؤدي إلى تدعيم الصحة البدنية للفرد والعكس صحيح.

- ✓ تؤدي إلى أمان، وطمأنينة الفرد نظراً لما يتمتع من استقرار في حياته بعيداً عن القلق، والتوتر، ولا تسيطر عليه المخاوف، ولديه القدرة على التعامل مع دوافعه في إشباعها.
- ✓ تساعده على نجاحه في عمله، ومهنته؛ لأن الشخص المتمتع بالصحة النفسية يسعى دائماً إلى تحديد مستوى طموح يتناسب مع قدراته، وإمكانياته، واستعداداته؛ لذلك فهو يتقن الأداء لتحقيق النجاح، والوصول إلى مستوى طموحه، وتحقيق ذاته فيه، ومما يجعله متوافق تماماً مع مهنته منجزاً فيها. كما أن الصحة النفسية الجيدة من أهم السمات المطلوب توافرها في الشخص الذي يعتلي الأعمال القيادية لكي يكون قائداً ناجحاً.
- ✓ تؤدي إلى زيادة كفايته الإنتاجية؛ لأنه دائماً يسعى لتحقيق الذات عن طريق الإنجاز في العمل، والنجاح فيه، وزيادة قدرته الإبداعية، مما يزيد من قدرته الإنتاجية؛ لأن الفرد المضطرب نفسياً ينعكس هنا الاضطراب على قدرته الإنتاجية بالسلب. (الرفاعي، ٢٠٠٣، ٤٧).

**ثانياً – أهمية الصحة النفسية بالنسبة للمجتمع( The importance of the mental health of society):**

- o تعمل الصحة النفسية الجيدة إلى زيادة إنتاج المجتمع، وكفايته؛ لأن المجتمع الذي يتمتع أفراده بالصحة النفسية عادة ما ترتفع إنتاجيتهم، كما أن هذا الإنتاج يتميز بالجودة، والإتقان، مما يؤدي إلى زيادة تسويته؛ ويحقق زيادة في الدخل القومي، ويؤدي إلى الرخاء.

- إن المجتمع الذي يتمتع أفراده بالصحة النفسية يكون أكثر تماسكاً؛ لأن الأفراد المتمتعون بالصحة النفسية داخل المجتمع يتسمون بالتعاون، وتكوين العلاقات الطيبة، ويسمو لديهم الجانب الاجتماعي، ويغلب على طباعهم، ويعملون بروح الفريق في التصدي للمخاطر، والمشكلات التي تعترض مجتمعهم؛ ولأن الاعتلال في الصحة النفسية لدى أفراد المجتمع يسهم في التفكك.
- إن المجتمع الذي يتمتع أفراده بالصحة النفسية الجيدة يسلكون السلوك الطيب الذي يتناسب مع قيم المجتمع ومعاييره، ومع عاداته، وتقاليده، فالصحة النفسية الجيدة تقلل من المنحرفين، والخارجين عن القانون.
- تؤدي إلى ندرة الظواهر المرضية المتعددة التي تعوق تقدم المجتمع، وتطوره: كإدمان المخدرات، والخمور... وهذا أمر طبيعي؛ لأن أفراد المجتمع المتمتعين بالصحة النفسية يسلكون السلوك الذي يتسق مع قيم، ومعايير المجتمع. ويحافظ على صحتهم الذاتية كونها مسؤولية فردية للفرد تجاه نفسه، ومجتمعه.
- تؤدي إلى زيادة التعاون بين أفراد المجتمع تؤدي إلى خفض الأفراد السلبيين، والمنعزلين الذين لا يسهمون إيجابياً في تنمية المجتمع، وتقدمه. كما أن الأفراد المتمتعين بالصحة النفسية يبتعدون تماماً عن السلوك العدواني بصوره المختلفة التي تؤدي لتصدع المجتمع، وانهياره، وإصابته بالقلاقل. فالصحة النفسية تعمل على التقليل من الأفراد السلبيين، والعدوانيين؛ مما يؤدي إلى رخاء المجتمع، وأمنه، واستقراره.
- زيادة التعاون بين أفراد المجتمع؛ لأن الأفراد المتمتعين بالصحة النفسية يكونون أقدر على التعاون، والتكامل، والتآلف، وسعة الأفق، والمرونة، لتحقق أهداف المجتمع، ورقيه.
- سيادة الأمن الاجتماعي داخله، ويقلل من الصراع الطبقي، والغضب، والابتعاد عن الأحقاد، والمنازعات، والصراعات الدموية بين طبقاته؛ مما يحقق الأمن، والاستقرار، والرخاء لهذا المجتمع.

○ المحافظة على نموذجه الثقافي، وتطويره. (الرفاعي، ٢٠٠٣، ٥٢).

لم يعد مفهوم البيئة اليوم قاصراً على الجوانب الطبيعية (حية، وغير حية)؛ وإنما اتسع ليشمل النواحي الاجتماعية، والاقتصادية، والتكنولوجية التي صنعها الإنسان. ولم يعد تجاهل المشكلات البيئية ممكناً. فالمشكلات البيئية باتت واقعاً لا يمكن إنكاره؛ لأن كل فرد في العالم يعيشها؛ بل يعاني من ويلاتها. فالجوع مثلاً مشكلة بيئية يعيشها ثلث سكان العالم، والمرور مشكلة بيئية تعاني منها المدن الكبيرة، ونتيجة الوعي المتزايد بهذه المشكلات برز الاهتمام الشديد في الآونة الأخيرة بمفهوم التربية البيئية كحاجة ماسة لمواجهة هذه المشكلات التي تعني عملية تكوين القيم، والاتجاهات، والمهارات، والمدركات اللازمة لفهم، وتقدير العلاقات المعقدة التي تربط الإنسان، وحضارته بالبيئة التي يحيا فيها، وتوضح حتمية المحافظة على موارد البيئة، وضرورة حسن استغلالها لصالح الإنسان(السلوك البيئي). وبما أن المجتمع الذي يتمتع أفراده بالصحة النفسية يسلك أفراده السلوك الطيب؛ فإن للصحة النفسية أهمية بالغة في دعم السلوك البيئي، وترسيخه؛ مما يساعد على تعزيز الوعي البيئي، وعلى تخفيض المشكلات البيئية (الحمد وصباريني، ١٩٩٠، ١٧٤-١٨١).

## مقومات الصحة النفسية (Elements of mental health):

اختلفت مؤشرات الصحة النفسية باختلاف وجهات نظر العاملين فيها، وربما أسهمت كل مدرسة نفسية بنظرية في الشخصية عموماً، وانبثق منها عدد من مقومات الصحة النفسية، كما أن بعض العلماء أسهموا بشكل مستقل بعدد من المقومات. وسنستعرض أهم مقومات الصحة النفسية عند أهم المدارس النفسية:

**أولاً: مقومات الصحة النفسية عند فرويد:**

عدّ سيغموند فرويد – مؤسس التحليل النفسي– أن السلوك الإنساني هو نتاج تفاعل، وتقاطع ثلاثة أنظمة نفسية فرعية في الفرد، هي:

**الهو:** يعبر الهو عن احتياطي الطاقات النفسية، والغرائز الموروثة. وهو غير مهتم بالوقائع، ولا يتأثر بالبيئة؛ بل يعمل طبقاً لمبدأ المتعة، ويحاول التخفيف من أي توتر،

وتلافي الشعور بالألم، والحصول على المتعة، وتحقيق الرغبات، ويحتوي الهو على مجموعتين متصارعتين من الغرائز تلك الحياتية أو الغرائز الجنسية التي تعززها طاقة الليبيدو (الغريزة الجنسية). ومن ثم الموت أو الغريزة العدوانية.

**الأنا:** وهو وسيط ما بين احتياجات الهو واحتياجات المجتمع، فهو يتبع مبدأ الواقعية، ويحاول إيجاد طرق لتفريغ رغبة الهو في الحصول على المتعة، ويمثل الأنا العقلانية، والمنطق.

**الأنا الأعلى:** ويمثل الأخلاقيات، والقواعد التي يضعها الأبوان والمجتمع، وقوة السلطة. ويتكون من مثال الأنا (المثل الأعلى): وهي معايير المجتمع، والأخلاقيات التي نتعلم أنها هي الصحيحة. ويتكون أيضاً من الضمير: وهو الصوت الداخلي الذي يعلمنا إذا ما ارتكبنا خطأ أو صواباً. ويقوم الأنا الأعلى بإصدار الأحكام على تصرفات الأنا، والهو، ويروج للشعور بالفخر، والرضا عن التصرفات الحسنة، والشعور بالخزي عند عدم الالتزام بالمعايير، والقواعد.

والشخصية الطبيعية (التي تتمتع بالصحة النفسية) برأي فرويد: هي تلك التي تحافظ على اتزان هذه الأنظمة الثلاثة بعضها بعضاً. إذا شعر الشخص بالقلق أو التهديد عند تصادم طاقات، وأهداف "الهو" مع العادات، والأعراف الاجتماعية، ويقوم "الأنا" باستخدام وسائل دفاعية (آليات الدفاع) للتخلص من التوتر. هذه الدفاعات الأنوية مهمة جداً لحمايتنا من الصراعات غير المريحة، وتصبح هذه الوسائل ضارة عندما تتسبب بسلوكيات هزيمة ذاتية أو معاناة عاطفية. (سماوي وبيكارتس، ٢٠١٠، ٤).

كما قام أريك أريكسون بتطوير النظرية النفسية الاجتماعية التي تفترض أن الأشخاص يتأثرون بالعديد من الضغوطات النفسية، والاجتماعية، وليس فقط بالدوافع الجنسية. وقام بتحديد ثماني مراحل للحياة ناتجة عن مجموعة من الدوافع البيولوجية، والمتطلبات الاجتماعية، وفي كل مرحلة تتواجد أزمة نمائية بحاجة لحل:

- الثقة مقابل عدم الثقة (السنة الأولى): بناء علاقة مستقرة مع مقدم رعاية واحد على الأقل.

- التحكم بالذات /الاستقلالية مقابل الخجل/ الشك(السنوات٢-٣): الحصول على مساحة، وفرص، ودعم لاستكشاف العالم بناء على قدرات الأشخاص، واهتماماتهم.
- المبادرة مقابل الشعور بالذنب (سن ما قبل المدرسة): تعلم كيفية المساهمة في نشاط اجتماعي.
- الكفاية مقابل الدونية (مرحلة المدرسة): تطوير المهارات، والمواهب الشخصية، والاستعداد للتعامل مع الحياة القادمة.
- الهوية مقابل اختلاط الدور (البلوغ): معرفة من أنت بالنظر للعلاقة مع العائلة، والمجتمع المحلي، والمجتمع بشكل عام.
- الحميمية مقابل العزلة (مرحلة الشباب): إيجاد الشراكة، والرفقة كمتطلب مسبق للإنجاب/التناسل.
- التوالد مقابل الركود أو الثبات (مرحلة الشباب المتأخر): إيجاد الرضا في تمرير تجارب الحياة والمعرفة، والمهارات للجيل القادم.
- الكرامة مقابل اليأس (مرحلة الكبر): تطوير الشعور للإحساس بالمغزى، والقناعة لمسيرة الحياة السابقة.

وبين **أريكسون** أن عملية التطور، والنمو لا تنتهي؛ فهي عملية مستمرة وبين أن أية موضوعات لم يتم التعامل معها، وحلها خلال أية مرحلة، فإنها قد تطفو على السطح كمشكلة خلال مرحلة أخرى مسببة الكثير من المعاناة البشرية. وبالتالي فإن الصحة النفسية تعتمد على عدد الموضوعات غير المحلولة في كل مرحلة من مراحل النمو التي قد تظهر على السطح في المراحل اللاحقة كمشكلة غير محلولة، وتنعكس سلباً على المستوى العام للصحة النفسية للفرد (سماوي وبيكارتس، ٢٠١٠، ٦).

أما **ماسلو(١٩٧٠)**، فيرى أن لدى الإنسان عدداً من الحاجات الفطرية، افترض أنها مرتبة حسب قوتها، وأن مفهوم الغريزة يجب أن يبعد عنه علم النفس في دراسته للإنسان، فإن كانت الحاجة ذات أصل بيولوجي غريزي، فإن هذا ما بقي للإنسان من

ضعف. فليست حاجة الإنسان غريزية؛ بل هي ذات قوة لا تساويها قوة الغريزة. وتتدرج في قوتها لتصل إلى أعلى مستوى. وقد وضع "ماسلو" تنظيماً للحاجات مرتبة ترتيباً هرمياً، ومتدرجة من الحاجات الفيزيولوجية إلى حاجات تقدير الذات، حيث يتضمن خمسة مستويات:

١) **المستوى الأول:** في قاعدة الهرم، ويمثل حاجات فيزيولوجية أساسية، مثل: الحاجة إلى الماء، الحاجة إلى الطعام، ..... إلى آخره.

٢) **المستوى الثاني:** ويلي المستوى الأول متضمناً حاجات الأمن: وهي توجه سلوك الإنسان نحو التحكم فيما حوله من كائنات البيئة، وأحداثها، إشباعاً للاطمئنان، والأمن النفسي، والمادي.

٣) **المستوى الثالث:** يتضمن إشباع حاجات الحب، والانتماء، وهذه الحاجات توجه سلوك الإنسان نحو أن يكون محباً، وأن يكون موضوعاً للحب. وذلك عن طريق علاقات موجبة بينه، وبين أفراد الجماعة مشبعاً أيضاً الحاجة إلى الانتماء لأسرة أو لجماعة ..... إلى آخره.

٤) **المستوى الرابع:** يتضمن الحاجة إلى تأكيد الذات تلك التي تشبع للإنسان احترامه لنفسه، واحترام الآخرين له، وتوجه سلوكه نحو الإنجاز.

٥) **المستوى الخامس:** يتضمن الحاجة إلى تحقيق الذات التي بإشباعها يصبح الإنسان مميزاً وسط أفراد الجماعة أو المجتمع.

٦) ولقد أكد ماسلو على أن وضع الحاجات في تنظيم هرمي يعني أن الإشباع للحاجات يبدأ من القاعدة إلى القمة، وأن إشباع أي حاجة يبدأ حينما يتم إشباع ما يسبقها من حاجات. (الفرماوي، ٢٠٠٤، ٢٦).

**النظريات المعرفية:**

هناك الكثير من النظريات المعرفية التي أسهمت بشكل كبير في إلقاء الضوء على بعض مقومات الصحة النفسية، ومن أهمها: نظريتا الضبط، والعزو:

نظرية الضبط: تقول هذه النظرية: إن امتلاك السيطرة على الأحداث المقيتة، والمنفرة؛ أي القدرة على التحكم بمجراها يعد أمراً جوهرياً بالنسبة للإنسان، ولصحته النفسية، والجسدية، وتكيفه. واستناداً إلى الفرضية القائلة: إن الأشخاص يستمدون معلوماتهم حول إمكانية حدوث أمر ما، أو يستخلصونها من خلال النتائج التي تلحق بردود أفعالهم تجاه موقف ما وأن إمكانية حدوث أمر ما تبدو لديهم على شكل توقع معرفي (استعرافي) صاغ سليغمان نظريته التالية حول قلة الحيلة المكتسبة.

فعندما يتوقع الإنسان حدوث نتيجة ما ستحدث بغض النظر عما يقوم به الإنسان من تصرفات خاصة متعمدة لتغيير هذه النتيجة، فإن ذلك يؤدي إلى النتائج الآتية:

- انخفاض دافعية الفرد نحو التحكم بهذا الموقف، والسيطرة عليه، وضبطه.
- ويؤثر في قدرة الإنسان على التعلم بأنه قادر من خلال تصرفاته على التحكم بالعواقب مهما كان نوعها، سواء أكانت سارة أم غير سارة.
- ويسبب القلق الاستباقي (توقع القلق)، طالما أن الفرد يشعر أنه غير قادر على التحكم بالموقف؛ الأمر الذي يقود بعد ذلك للاكتئاب.
- فما المقصود بذلك التحديد؟

عندما يدرك الإنسان ما أنه سيكافأ أو سيعاقب بغض النظر عن سلوكه، فسوف تنخفض توقعاته، ومن ثم فإن ما سيقوم به من نشاط سوف يعزز لديه هذه القناعة (بأنه سيعاقب أو سيكافأ) وتكون نتيجة ذلك أن أي مبادرة للتصرف المثمر، والمستقل من قبل الشخص سيتم إضعافها، وإحباطها، طالما أن العاقبة ستحدث بغض النظر عن سلوكه أو إمكاناته أو كفايته.

فإذا تعلم الفرد (إشراطاً) أن العاقبة ستحصل بغض النظر عن سلوكه، فإنه سيكون عاجزاً في أي موقف آخر عن التعرف إلى نقيض ذلك؛ أي على أن الموقف قابل للضبط، والسيطرة حتى عند توفر الدلائل الموضوعية على أن الحدث أو الموقف قابل للضبط فعلاً.

فإذا كان الموقف صادماً بالفعل؛ أي غير قابل للضبط في النهاية، فإن الفرد سيدافع بداية عن نفسه. أما ردة الفعل التي تسيطر على الفرد في هذا الموقف، فهي الخوف. فإذا استطاع الفرد التأثير في الظروف القائمة -كما يقدر هو- فسوف يختفي الشعور بالخوف. ولكن إذا لم يكن هذا هو الحال، فإن الفرد سوف ينزلق في حالة من قلة الحيلة. أما الفعل المرافق لهذه الحالة، فهو الاكتئاب.

ويميز سليغمان بين ثلاثة أنواع من العجز:

١) العجز الدافعي؛ أي تخفيض الاستعداد عند الشخص لردة الفعل.

٢) العجز الاستعرافي أو المعرفي: أي الكف المتعلم مسبقاً الذي يعيق فيما بعد رسوخ محتويات شبيهة من الخبرات.

٣) العجز الانفعالي: أي انفعالات من الخوف، والاكتئاب المصبوغة بفقدان الرغبة "التثاقل والتباطؤ".

وتجلب هذه الأنواع الثلاثة من العجز خبرة عدم قابلية العواقب للضبط. (رضوان، ٢٠٠٧، ١٣٦-١٤٠).

**نظرية العزو:** لقد تبين لاحقاً أن التفسير السببي في نظرية الضبط يحمل مجموعة من الثغرات التي يمكن تلخيصها في النقطتين الآتيتين:

- لا يوجد أي دليل يشير إلى أن المجرَّب عليهم يقومون بتفسير عدم قابلية الموقف لضبط كل منهم على حدا بطريقة مختلفة.
- ليس هناك أية إشارة إلى الظروف التي يتم ضمنها تقويم قلة الحيلة، واستمرارها أو اختفائها مع الوقت.

ونتيجة لهذه الثغرات قام كل من إبرامسون، وسليغمان، وتيسديل بتعديل التصور السابق، وأعادوا صياغة النظرية من خلال إدخال عمليات العزو؛ وبذلك أصبحت النظرية أكثر قرباً من خصائص النفس البشرية.

ويتم التفريق هنا بين بعدين من العزو، عزو داخلي (خاص)، وعزو خارجي (عام) وكل من هذين البعدين يتضمن بعدين فرعيين ثابتاً وغيرَ ثابت.

فالعجز الداخلي: عبارة عن اعتقاد الشخص أنه لا يستطيع أن يتحكم بالموقف (يسيطر عليه)، واعتقاده في الوقت نفسه أن الآخرين قادرون على ذلك، فإنه يجعلانه يعاني من عجز داخلي وحين يُعد الشخص نفسه مسؤولاً عن هذا الإحساس تتشكل قلة الحيلة الشخصية.

أما العجز الخارجي: فهو عبارة عن اعتقاد الشخص أنه لا يمتلك، والآخرين أية إمكانية للسيطرة على الموقف.

ومن ثم فإن قلة الحيلة الشخصية، أي التي ترجع إلى العزو الداخلي المسبب في خفض الإحساس بقيمة الذات، وهذا يضاف كعجز لاحق للاكتئاب، وغيره. (رضوان، ٢٠٠٧، ١٤٠ -١٤٣).

**نظرية روجرز:**

«وتقوم نظرية روجرز على النظرة لطبيعة الإنسان؛ تلك النظرة التي تفترض وجود قوة دافعة لدى الإنسان هي النزعة لتحقيق الذات.

وبدأ تاريخ نظرية الذات عندما بدأ الإرشاد النفسي الممركز حول العميل، وتُعد هذه النظرية من أهم النظريات التي اهتمت بدراسة الذات لارتباطها بطريقة العلاج غير المباشر». (زهران، ١٩٩٨، ٨١)

وفي ضوء هذه النظرية فإن الذي يحدد السلوك ليس هو المجال الطبيعي الموضوعي، ولكن المجال الظاهري الذي يدركه الفرد نفسه، ومن أهم مفاهيم نظرية روجرز في الذات الآتي:

١ــ مفهوم الإنسان أو الكائن البشري.

٢ ــ مفهوم المجال الظاهري.

٣ ــ مفهوم الذات: وهو مفهوم هذه النظرية، ونواتها، والمحور الرئيس للخبرة التي تحدد شخصية الفرد، فالطريقة التي يُدرك الفرد فيها ذاته هي التي تحدد نوع شخصيته، وكيفية إدراكها (فهمي، ١٩٦٧، ١١٧).

وللذات في هذه النظرية خصائص عدة في نموها، وفي عملها، وفي تأثيرها في السلوك، والإدراك، ويناقشها روجرز في تسع عشرة قضية، ويبرز منها طبيعة هذه المفهومات، وعلاقاتها المتداخلة، وسوف نذكر بعض هذه القضايا، كما ذكرها روجرز في كتابه «العلاج الممركز حول العميل»:

يوجد كل فرد في عالم متغير من الخبرة باستمرار يكون هو مركزه، والخبرة هنا تشير إلى كل شيء يستمر داخل الكائن الحي في أية لحظة، ويشمل ذلك: الأساليب النفسية، والتعبيرات الحسية، والأنشطة المحركة.

ـ الذات: هي ذلك الجزء من المجال الظاهري الذي ينمو تدريجياً.

ويتميز عن بقية المجال كونه شعور الفرد بكيانه، وبوجوده، وبوظيفته، وهي تتكون من مجموع إدراكات الفرد لنفسه، وتقويمه لها أي: هي فكرة الشخص عن نفسه كمصدر للخبرة، والسلوك.

نتيجة التفاعل مع البيئة، وخاصة نتيجة التفاعل مع الأحكام التقويمية، للآخرين فإن بناء الذات يتكون في شكل تصوري ثابت، ومرن، ومنظم من إدراكات مميزات وعلاقات الـ «أنا» أو «ضمير المتكلم Me or I» مع القيم التي تتصل بهذه المفاهيم، وعندما يتعلم الصغير هذا التمييز بين ذاته، والبيئة؛ فإنه يبدأ في تكوين مفهوم ذاته في علاقته مع البيئة الذي يكتسب قيمة معينة؛ إما إيجابية أو سلبية.

الخبرات التي تتكون في حياة الفرد ربما تكون:

آ ـ خبرات رمزية تدرك، وتنظم في علاقة ما مع الذات.

ب ـ خبرات يتم تجاهلها لعدم وجود علاقات مدركة لها مع تكوين الذات.

ج ـ خبرات تتكرر رمزيتها أو تحرف؛ لأن الخبرة غير متفقة مع تكوين الذات.

يوجد التوافق النفسي عندما يكون مفهوم الذات متفقاً، ومتسقاً مع الخبرات الحسية والحشوية كلها للكائن الحي، أو ربما تكون متشابهة على مستوى رمزي في علاقات موافقة، وثابتة مع مفهوم الذات.

عندما يدرك الفرد، ويقبل في نظام متوافق، ومتكامل كل خبراته الحسية والحشوية يكون من الضروري له أن يفهم الآخرين، ويكون أكثر تقبلاً لهم كأفراد مختلفين، ومنفصلين. (أبو زيد، ١٩٨٧، ٦٨ ــ ٧١).

## العوامل المؤثرة في الصحة النفسية:

## (Factors affecting the mental health)

تعد حاجات الفرد الفسيولوجية، وإشباعها من الأمور المهمة التي تسبب استقرار الفرد، وتوافقه قدرته على إشباع حاجاته الفسيولوجية بحيث يتمكن من مواجهة مطالب المأكل، والمشرب، والمسكن. والواقع أن عدم قدرته على إشباع هذه الحاجات يؤدي إلى قلقه، وتوتره؛ وبالتالي ينعكس سلباً على سلوكه، وتصرفاته، ومن ثم في صحته النفسية.

وكذلك الأمر بالنسبة لشخصية الفرد، الشخصية: هي ذلك التنظيم المتكامل الديناميكي الذي يتميز به الفرد، وتتكون من التفاعل المستمر المتبادل بين المنظومات النفسية، والجسمية، ومؤثرات البيئة المادية، والاجتماعية. وعلى ذلك فشخصية الفرد: هي الكل الديناميكي الذي يميز كل فرد عن غيره، وهي التي تحدد إلى مدى كبير سلوك الإنسان، وتصرفاته، وتوافقه، وتكيفه في الحياة. وتكوّن شخصية الفرد عوامل عدة، منها: العوامل الجسمية، والعقلية، والانفعالية، والمزاجية، والبيئية. وكلما اتزنت هذه العوامل وتكاملت كان الفرد أقدر على السلوك السوي، ومواجهة مشكلات الحياة، ومواقفها. ومن ثم كان أقدر على التوافق، والتكيف وتختلف أشكال التوافق والتكيف وأنماطهما التي يقوم بها الفرد حسب تكوين هذه الشخصية، وسماتها.

وكما أن الشكل العام للفرد يكون له تأثير كبير في صحة الفرد على المستوى النفسين فقد يكون للعاهات، والتشوهات الخلقة أثرها السيئ في الصحة النفسية للفرد ما لم تساعده على تقبل ذاته، واعتماده على النفس، وعلى أن يكون منتجاً، ونافعاً، ومفيداً لنفسه، ولأسرته، ومجتمعه. وهنا يأتي دور التأهيل، والتوجيه، والإرشاد النفسي. أما الشكل العام الجميل للفرد، فقد يكون في بعض الحالات عبئاً عليه مثلما

الذي يحدث لفتاة جميلة تصاب بالغرور نتيجة لهذا الجمال، فتتعالى على الناس، وتصاب بعقدة. (مختار، ٢٠٠١، ٢٨).

وللإصابة بالأمراض أثر بالغ ينغص على الفرد استقراره؛ أي ليس هناك أشد إحباطاً، وتوتراً للفرد من المرض البدني، فكل اضطراب في وظيفة أحد أعضاء الجسم يؤثر تأثيراً سيئاً في صحته النفسية؛ وبالتالي على تصرفاته، وسلوكياته، ونظرته للحياة بوجه عام، ويمكن أن نقلل من هذه الاحباطات، والتوترات عندما تتم مساعدة الفرد على مواجهة مرضه، والتعامل معه بطرق إيجابية تقلل من التشويه، والنكران، والآثار السلبية للمرض وتحمل الضغوط الناجمة عن العلاج، وآثاره الجانبية.

أيضاً قدرات الفرد العقلية، حيث العقل يعبر عن وظائف أو أنشطة المخ وهي كلمة تعبر عن مفاهيم تتضح من خلال أداءات الفرد، وللعقل قدرات تساعد الفرد على مواجهة مشكلات الحياة الصعبة، وإيجاد الحلول المناسبة لها، وذلك ما يحدث للفرد محدد القدرات، والإمكانات العقلية التي عادة ما يعجز عن التوافق، والتكيف السوي. وعلى ذلك فإن المنظومة المعرفية للفرد تتضمن الذكاء، والإدراك، والتذكر، والتخيل، والتفكير.

الظروف المحيطة بالفرد التي تشمل كل ما يحيط من ظروف، وأوضاع لها تأثيرها في الصحة النفسية. فكلما كانت هذه الظروف جيدة، ومريحة، وملائمة أوصلت الفرد إلى الصحة النفسية. أما إذا كانت هذه الظروف صعبة، وغير مناسبة، ولا تمكّن الفرد من إشباع حاجاته الفسيولوجية، والسيكولوجية(النفسية) أوصلت هذا الإحباط، والضيق، والتوتر، والقلق، والإحساس بالفشل؛ بالتالي سوء صحته النفسية أو تدهورها.

**تعلم الفرد، واكتسابه للخبرة:** التعلم: عملية أساسية في الحياة، وكل فرد متا يتعلم، ويكتسب خلال تعلمه أساليب السلوك التي يعيش بها، وتظهر نتائج التعلم في ألوان النشاط التي يقوم بها الفرد، وفيما ينجزه من أعمال، والتعلم عملية تشغل جانباً مهماً من حياة كل فرد، وهي عملية تكفل البقاء للأفراد، ويعرف التعلم بأنه تغير في الأداء أو تعديل في السلوك عن طريق الخبرة، والمران. وأن هذا التعديل يحدث في أثناء

إشباع الأفراد لدوافعهم، وبلوغ أهدافهم. كما أن التعلم: هو عملية تكيف مع المواقف الجديدة، والتعلم ينطوي على بعض المفاهيم التي لا غنى عنها حتى تحدث عملية التعلم، مثل: الهدف، والدافع، والاستعداد، والموقف، والعائق، والتفسير، والاستجابة، والتعزيز (مختار، ٢٠٠١، ٣١).

**عادات الفرد، وقيمه:**

العادات: كناية عن استجابة آلية لمواقف معينة يجري اكتسابها في الحالات السوية نتيجة للتكرار، والتعلم، ويتم تطبيق هذا المفهوم ليس على الاستجابات الحركية فقط؛ وإنما على عادات الفكر أيضاً. وتُعد العادة شكلاً من أشكال السلوك الذي يقوم به الفرد بتكراره أو على فترات متقاربة دون أن يفكر أو يعدل فيه أو يناقش مدى فائدته، وجدواه بالنسبة له، والعادات الجيدة تفيد الفرد، وتجعل حياته أكثر سعادة، ويسراً، و تزيح عن كاهله عبء التفكير، واتخاذ القرارات بالنسبة لمسائل، وأمور كثيرة في الحياة. أما العادات السيئة، فغالباً ما تكون عبئاً على الفرد، كما أنها قد تعطل تقدمه، وقد تسيء لعلاقاته بالناس، ويكون لها تأثير سيء في الصحة النفسية لهذا الفرد. أما بالنسبة للقيم فإن القيمة هي مفهوم مقبول في الفلسفة، والأخلاق، وعلم الاجتماع، وعلم الجمال، وتُعد القيمة عاملاً مهماً في التنظيم الاجتماعي لسلوك الفرد، والعلاقات البشرية المتبادلة. والقيم الجيدة التي يتبناها الفرد تمكّنه من أن يقود نفسه بسلام في الحياة التي تعج بالمشكلات، والصعوبات.

والتربية الأسرية، والمدرسية "السنوات الأولى التي يقضيها الطفل في الأسرة" من دون شك تأثيرها في صحته النفسية حتى عندما يشب، ويكبر، فإنها تؤثر في توافقه، وتكيفه.

ومن هذه **العوامل التي تؤثر تأثيراً سيئاً في الصحة النفسية:**

- سوء العلاقات بين الوالدين، وكثرة المشاحنات بينهما.
- عدم الاستخدام الواعي لعمليتي الثواب، والعقاب.

- التمييز بين الأطفال في المعاملة، ومحاباة بعضهم عن بعضهم الآخر؛ مما ينذر بالحقد المدمر في نفوسهم تجاه بعضهم بعضاً.
- وضع أهداف تعليمية غير واقعية بالنسبة لقدرات أطفالهم، وإمكاناتهم، ثم يطالبونهم بتحقيقها حتى إذا ما أخفقوا، وشعروا بالإحباط، والفشل، ومن ثم يتعرضون لما يسمى بفقدان الثقة بالنفس، ومشاعر النقص.
- استبداد الآباء بالرأي، وعدم إعطاء الأطفال الفرصة للتعبير عن آرائهم.
- إعطاء الآباء المثل السيئ، والقدوة غير الصالحة لأطفالهم؛ مما يوقعهم في صراع نفسي رهيب يؤثر تأثيراً سلبياً في سلوكهم، وتصرفاتهم بالحاضر، والمستقبل.
- الأوضاع الاقتصادية المتردية في نطاق الأسرة تسبب الكثير من الإحباطات، والتوترات للآباء، والأبناء أيضاً.

أما المدرسة: فهي المؤسسة التعليمية التي تزود أطفالها بمختلف المهارات، والخبرات، والقدرات التي تمكنهم من مواجهة متطلبات الحياة، وفي المدرسة يواجه الطفل مختلف المواقف التي تمكّنه من فهم نفسه، ومعرفة نواحي قوته، وضعفه، وكل هذا يؤثر في صحته النفسية (مختار، ٢٠٠١، ٣٥).

## الحاجات، وأثرها في الصحة النفسية:

إن للفرد حاجات متنوعة تحتاج إلى الإشباع، وبقدر إشباع الحاجات تتوقف مدى صحته النفسية. وتنقسم هذه الحاجات إلى:

**الحاجات البيولوجية (biological needs)**: وهي الحاجات اللازمة لنمو الجسم، وقيامه بوظائفه الفسيولوجية، أي هي الحاجات الضرورية لحياة الإنسان، وبقائه. وتتمثل هذه الحاجات في الحاجة إلى الطعام، والشراب، والنوم، والراحة، والتخلص من الفضلات، وأخيراً الحاجة إلى الجنس، ويتم إشباع هذه الحاجات عن طريق الغذاء، والماء، والهواء، والدفء، والنوم، والراحة، والتخلص من الفضلات،

والإشباع الجنسي. لذا كان لطريقة إشباع هذه الحاجات للطفل دورها المهم في صحته النفسية من طفولته حتى كبره من الأمثلة على ذلك: الرضاعة، والفطام (الهابط، ٢٠٠٣، ٢٠٧).

**الحاجات النفسية (psychological needs)**: وهي حاجات لا تقل أهمية عن الحاجات البيولوجية التي تؤثر في تكيف الفرد، وفي صحته النفسية، وأهم هذه الحاجات النفسية:

❖ **الحاجة إلى الأمن**: ويقصد بها التحرر من الخوف، ومن العوامل التي تدعم في الفرد الشعور بالأمن: ألا يكون مهدداً في رزقه أو في مستقبله، ومستقبل أولاده، وأن يكون مستقراً في حياته الأسرية. وهناك عوامل كثيرة تؤدي إلى عدم الأمن لدى الفرد، منها: النقد، والعقاب، والنبذ، والتهديد، وعدم وجود سياسة ثابتة في معاملة الطفل، والتفرقة بين الأبناء، وعدم استقرار العلاقة بين الوالدين ...الخ. والطفل الذي يفقد الشعور بالأمن منذ صغره يعيش حياته مضطرباً قلقاً، مما يؤدي به إلى سوء التكيف، وسوء الصحة النفسية.

❖ **الحاجة إلى الحب**: شعور الطفل بحب من حوله له يدعم صحته النفسية، فالطفل المحبوب طفل سعيد، والطفل الذي حرم من الحب، والحنان لا ينتظر أن يكون طفلاً سوياً؛ لأنه لن يستطيع عطاء الحب للآخرين (فاقد الشيء لا يعطيه) وهذا مما يجعل علاقاته الاجتماعية سيئة مع الغير. وقد يشبع الأبوان حاجة الطفل إلى الحب بطريقة زائدة عن الحد؛ مما يصل بها إلى درجة تدليله، وفيه أيضاً إفساد لصحته النفسية؛ لأن التدليل لا يعطي الطفل فرصة الاستقلال، والاعتماد على نفسه؛ بل يجعله دائماً ميالاً إلى الاعتماد على الآخرين؛ كما يجعل منه شخصاً أنانياً عاجزاً عن إشباع حاجاته يعتدي على الآخرين أو ينطوي على نفسه، ويتضح من ذلك أيضاً أن إشباع الحاجة إذا زاد أو قل عن الحد المطلوب كان له أثره في تكيف الفرد وفي صحته النفسية. أما الإشباع السوي المعتدل هو خير سبيل لتدعيم هذه الصحة. (الهابط، ٢٠٠٣، ٢١١).

الحاجات الاجتماعية (social needs) وأهمها:

- **الحاجة إلى التقدير**(The need to estimate): يحتاج الطفل إلى تقدير، وإعجاب ممن يحيطون به من الكبار. وحتى الكبار يتوقون كذلك إلى تقدير الآخرين لهم، لذا نجدهم يسعون جاهدين إلى الحصول على المكانة الاجتماعية التي تساعدهم على إشباع هذه الحاجة. ومن العوامل التي تساعد على إشباع الحاجة إلى التقدير عند الطفل هو أن يشعر أنه مرغوب فيه داخل الأسرة، ويتم ذلك عن طريق معاملة الكبار له؛ معاملة يسودها الحب والرعاية، والثناء عليه بين الحين والآخر كلما أحسن التصرف، وثقة أفراد الأسرة فيه. هذا التقدير يجعل الطفل راضياً سعيداً ميالاً إلى النجاح في أعماله حتى يحظى دائماً بهذا التقدير، والميل إلى النجاح. والسعي إلى تحقيقه من العوامل المساعدة على حسن التكيف وتدعيم الصحة النفسية (الهابط، ٢٠٠٣، ٢١١).
- **الحاجة إلى الانتماء**(The need to belong): تزداد ثقة الفرد بنفسه، ويزداد شعوره بالأمن إذا ما انتهى إلى جماعة تتقبله، وتحقق له مكانة اجتماعية فيها، وانتماء الطفل إلى جماعته أمر ضروري حتى يتحقق نموه النفسي، والاجتماعي نمواً سوياً حيث إنه عن طريق هذا الانتماء يستطيع أن يشبع حاجاته الجسمية، والنفسية، والاجتماعية. وهذه من الأمور الهامة في تدعيم الصحة النفسية له. فالطفل الذي يعيش في أسرة مفككة لا يهتم فيها الأبوان برعاية أبنائهم، ولا يشبعون حاجاتهم؛ مما يضعف عنده الإحساس بالانتماء إليها، ويتعرض للقلق، وللاضطراب النفسي أي إلى سوء الصحة النفسية، لذا نجد أن المراهق الذي يتميز بالثورة على سلطة الأبوين يسعى دائماً إلى أن ينتمي إلى شلة من الأصدقاء تكون له خير متنفس عما يعانيه من الكبت، والإحباط، وتحقق له الراحة النفسية ويكون حريصاً دائماً على انتمائه إلى هذه الجماعة (الهابط، ٢٠٠٣، ٢١٢).
- **الحاجة إلى التعبير عن الذات، وتأكيدها** ( The need for self-expression and confirmation): وتظهر هذه الحاجة عند الطفل في ميله إلى التعبير عن

ذاته بالكلام أو باللعب أو الرسوم، لذا يجب على الآباء أن يشجعوا أبناءهم ليعبروا عن ذواتهم لما في هذا من أهمية لاستثمار مواهبهم، وتنميتها، وقد يقف الوالدان حجر عثرة في سبيل تعبير الأبناء عن ذواتهم وذلك عن طريق الإكثار من أوامرهم، ونواهيهم لهم، والسخرية من آرائهم؛ مما يعوق نموهم النفسي، وبفقدهم الثقة في أنفسهم، ويؤدي بهم إلى سوء الصحة النفسية. (الهابط، ٢٠٠٣، ٢١٢).

- **الحاجة إلى النجاح** (The need to succeed): وهي من الحاجات المهمة التي يسعى الفرد دائماً إلى إشباعها في أي مرحلة من مراحل العمر. وعن طريق هذا النجاح يتحقق الإحساس بالأمن، وتزداد الثقة بالنفس، وأول إحساس بالنجاح بالنسبة للطفل عندما يتعلم المشي ثم بعد ذلك عندما يستطيع الكلام؛ لذا يجب على الآباء ألا يستعجلوا أبناءهم على المشي أو الكلام في سن مبكرة حيث يمثل هذا عبئاً كبيراً فوق طاقاتهم؛ مما يؤدي بهم إلى الفشل. وإذا تكرر هذا الفشل أدى بهم إلى فقدان الثقة بأنفسهم، وإلى حرمانهم من إشباع الحاجة إلى النجاح؛ مما يؤثر في اتزانهم النفسي، وفي سوء صحتهم النفسية. (الهابط، ٢٠٠٣، ٢١٣).
- **الحاجة إلى اللعب، والترويح** (The need for play and recreation): اللعب والترويح من العوامل المهمة التي تسهم في تدعيم شخصية الطفل، وتنميتها، حيث إنه عن طريقها يعبر الطفل عن دوافعه، و مكبوتاته، كما أنه يتأثر بالجماعات التي يتعامل معها (جماعات اللعب)، ويمتص منها العديد من القيم، والاتجاهات التي تساعد على أن يكون مواطناً صالحاً: كالتعاون، والغيرية، واحترام النظم، وكيفية التعامل مع الآخرين؛ وهذا بجانب ما يحققه له اللعب من تدعيم لبنائه الجسمي، وزيادة قوته، ونشاطه، وكذلك قضائه وقت فراغه وفق هوايته، وميوله، واستعداداته. ويتضح مما سبق أن اللعب، والترويح يؤديان دوراً هاماً في بناء شخصية الطفل من الناحية الجسمية، والنفسية، والاجتماعية، لذا يجب أن تهتم الأسرة، والمدرسة، والمؤسسات الترويحية، بتنظيم أوقات الفراغ عند الأبناء حتى يستثمروها بطريقة تحقق لهم الفائدة المرجوة في تدعيم صحتهم النفسية، وحتى لا

يكون وقت الفراغ لديهم وسيلة من وسائل انحرافهم، وجنوحهم. **الأهداف التي يحققها وقت الفراغ المنظم:**

أ- تخفيف وطأة الضيق، والتوتر النفسي على الفرد، وشعوره بالراحة النفسية حيث إن في اللعب راحة من عناء العمل عند الكبار، كما أنه نوع من العلاج النفسي للصغار.

ب- تحويل أوقات الفراغ إلى فرص طيبة يمكن استثمارها بطريق تؤدي إلى رفع معنويات الفرد، وتعميق عواطفه السامية، ومثله العليا عن طريق القدوة الصالحة التي تقوده في هذا المجال، وكذلك بث حب التعاون، وتجريده من نزعاته الأنانية، وإحلال النوعيات الاجتماعية محلها.

ت- تنظيم أوقات الفراغ بطريقة مثمرة تخفف من الضغوط الجانبية الملحة عند المراهقين، وذلك بتحويل الدافع ذات الصبغ الجنسية إلى أعمال فكرية، و بدنية، و فنياً. (الهابط، ٢٠٠٣، ٢١٤).

**وسائل تحصين الصحة النفسية للفرد، والمجتمع** (Means of immunization of the mental health of the individual and society):



**أولاً: إجراءات دعم الصحة النفسية في الأسرة** ( Actions in support of mental health at family):

- ✓ **مراكز التوجيه الأسري:** التي تعالج مشاكل الأسرة النفسية أو الاقتصادية أو الاجتماعية بواسطة المتخصصين الاجتماعيين، والنفسيين، وتعمل على التوفيق بين الزوجين؛ بجانب عمل برامج ثقافية للمقدمين على الزواج تتناول أهم المشكلات الأسرية، وأسبابها، وأسلوب التربية السليم للأطفال، والمراهقين.
- ✓ **مراكز الفحص الطبي للراغبين بالزواج:** وذلك للتأكد من سلامتهم من الأمراض التناسلية، والعقم، وعلاجها.
- ✓ **مراكز تنظيم الأسرة:** لإطالة مدة الحمل بين الطفل، والأخر بحيث لا تقل عن عامين حتى يصبح حجم الأسرة مناسب لدخلها، وتسترد الأم صحتها بعد الحمل السابق، وتوفير البيت الهادئ نسبياً (الهابط، ٢٠٠٣، ٢٣٨).
- ✓ **مراكز الأسرة المنتجة:** لرفع المستوى الاقتصادي للأسرة محدودة الدخل ذات وقت الفراغ الكبير.
- ✓ **مراكز الترويح الأسري:** لتنظيم إجازات الأسر في الرحلات الجماعية، والمصايف، واستغلالها بنفقات معقولة تساعد الأسرة على الانطلاق، والمرح، وتحديد النشاط.
- ✓ **توفير دور الحضانة:** لرعاية الأطفال الذين تعمل أمهاتهم حتى يكون الأبوان في حالة من الاطمئنان، وعدم القلق.
- ✓ **توفير المساعدات للأسرة:** كبناء المساكن الشعبية للأسر الفقيرة والمساعدات الاجتماعية في حالات العوز، والضمان الاجتماعي لليتامى، والمطلقات، ورعاية أطفال الأسرة المتصدعة بسبب الطلاق أو موت أحد الوالدين.
- ✓ **إعداد مناهج دراسية عن الحياة العائلية:** بالمدارس الثانوية والجامعات تتناول الاختيار الزواجي السليم، ودراسة أهم المشكلات الأسرية، ووسائل علاجها، والتخطيط الاقتصادي، والاجتماعي، والصحي للأسرة. (الهابط، ٢٠٠٣، ٢٣٩).

**ثانياً: إجراءات دعم الصحة النفسية في العمل**( Actions in support of mental health at work): ليس العمل مصدر للقمة العيش فقط، وإنما هو يؤدي إلى احترام الفرد لنفسه، واحترام الآخرين له. وهو تحديد لقدرات الفرد، وتحقيق لذاته، وتدعيم لصحته النفسية، ولكي يتحقق ذلك يجب تحقيق الآتي:

- الموازنة المهنية: وذلك بوضع العامل في العمل الذي يتفق مع قدراته، واستعداداته، وخبراته. حتى يستطيع أن يؤدي عمله بنجاح يتم ذلك عن طريق الاختيار، والتوجيه والتدريب المهني.
- الهندسة البشرية: وذلك عن طريق بحث أفضل الطرق وأسهلها لأداء العمل، وتكييف العمل، والآلات حتى تناسب العامل، وتوفير المناخ المناسب للعمل.
- العلاقات الإنسانية لرفع الروح المعنوية للعمال، وتسهيل طرق الاتصال بينهم، وبين الإدارة، وإشراك العمال في اتخاذ القرارات، والأرباح، وتقديم الخدمات الاجتماعية لهم. (الهابط، ٢٠٠٣، ٢٤١).

**ثالثاً: إجراءات دعم الصحة النفسية في المدرسة** ( Actions in support of mental health in school) وتتمثل في:

١. حسن اختيار المدرسين ليكونوا من ذوي الشخصيات المتكاملة، والقدوة الحسنة.

٢. تحسين صحة المدرسين النفسية عن طريق رفع أجورهم، ورفع ضغوط العمل عنهم.

٣. اهتمام المدرس بمشكلات الطلاب، وعلاجها في وقت مبكر. وهنا يتضح مدى أهمية تعاون المدرسة مع البيت.

٤. مراعاة حاجات الطلاب، وميولهم. والفروق الفردية بينهم، وخصائص مراحل النمو المختلفة.

٥. توفير المناخ الاجتماعي الديمقراطي الخالي من التعسف، والتسلط، واحترام حرية الرأي، وتنمية العلاقات السليمة بين المدرسين، والطلاب.

٦. تجنب المبالغة في قسوة الامتحانات أو كثرتها من دون فرصة كافية لاستعداد كافٍ لها من جانب الطلاب، فيتعرضون للإرهاق البدني، والعقلي، و النفسي.

٧. توفير تربية دينية رشيدة عن طريق القدوة الحسنة، والممارسة الجماعية لشعائر الدين، ومناقشة الجماعة للمعلومات الدينية التي لا تغفل حقائق العصر مع توفير الحقائق للمتفوقين في الأمور الدينية (الهابط، ٢٠٠٣، ٢٤٢).

# الفصل الثاني

# نظريات الشخصية

# Theories of Personality

Damascus University


وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

# الفصل الثاني

# نظريات الشخصية

مر معنا في الفصل السابق مدخل إلى الصحة النفسية. وقد تناولنا في الفصل السابق الحاجات، وأثرها في الصحة النفسية (الحاجات البيولوجية، الحاجات النفسية، الحاجات الاجتماعية)، وفي هذا الفصل سنتعرف نظريات الشخصية معرجين على أنماط الشخصية. حيث أصبح الاهتمام بالشخصية السوية. وتكامل الشخصية لا يقل أهمية عن أي جانب من جوانب الحياة المعاصرة الأخرى. ومن التعريفات التي تناولت الشخصية، الآتي:

## تعريف الشخصية:

تعددت تعريفات الشخصية بتعدُّد النظريات، والباحثين. فمنهم من ركز على الشخصية من حيث هي مجموعة من المكونات الأساسية، وآخر ركز في تعريفه على التكوين الداخلي للفرد، ومنهم من اهتم بأسلوب تكيف الفرد، وسلوكه في البيئة الاجتماعية، وفئة أخرى ركزت على التنظيم المتكامل للفرد.

وتشير كثرة التعريفات إلى تعدد وجهات النظر في مفهوم الشخصية، إلا أن العلماء والباحثين جميعهم يؤكدون على أن لكل شخص سمات فريدة تميِّزه. وعلى الرغم من تطور الشخصية هناك درجة من الثبات في سماتها، وميزاتها، وهذا ما يبرر محاولة الباحثين تعريف الشخصية، ومن هذه التعريفات نذكر:

**تعريف مورتن برنس (Morton prince,1934):** ينظر برنس إلى الشخصية من حيث هي اجتماع لعدد من العناصر أو المكونات الأساسية، حيث يقول برنس: إن "الشخصية هي كل الاستعدادات، والنزعات، والميول، والغرائز، والقوى البيولوجية الفطرية، والموروثة، وهي كذلك كل الاستعدادات، والميول المكتسبة من الخبرة". (السلوم، ٢٠٠١، من الإنترنت).

**تعريف ألبورت ( Allport,1937)** رائد علم النفس الفردي، فقد عرّف ألبورت الشخصية أنها "التنظيم الديناميكي الذي يكمن بداخل الفرد الذي ينظم كل الأجهزة

النفسية، والجسمية التي تملي على الفرد طابعه الخاص في التكيف مع بيئته"(شقير، ٢٠٠٠، ٣). وفي هذا التعريف نجد أن الشخصية تضمنت عند ألبورت الجوانب النفسية، والجسمية معاً، وإذا كان ألبورت يركز على التكوين الداخلي للفرد، فإننا نجد أنه يركز على الدور الرئيس لهذا التكوين في تكيف الفرد مع بيئته.

**ويعرف إيزنك** (Eysenck, 1950) الشخصية، أنها "التنظيم الثابت المستمر نسبياً لخلق الشخص، ومزاجه، وعقله، وجسده، وهذا التنظيم هو الذي يحدد تكيفه الفريد مع محيطه" (الأمارة، ٢٠١٠، من الإنترنت).

ويشير الخلق إلى السلوك الإرادي للفرد، ويقصد بالمزاج: الجانب الوجداني للسلوك، أي الانفعال، ويشير العقل إلى الجانب المعرفي للسلوك (أي الذكاء) بينما يقصد بالبناء الجسمي ذلك التكوين الجسمي، والموروث العصبي، والغددي الخاص بكل فرد.

**ويحدد دريفر** (Drever, ١٩٧٥) في قاموس علم النفس تعريفاً للشخصية بأنها "لفظة تستخدم بمعانٍ مختلفة من الناحيتين النفسية، والعامة، تعكس الصورة الكلية للتركيب الدينامي للصفات الاجتماعية، والأخلاقية، والعقلية، والجسمية للفرد، كما تنعكس تلك الصفات على الآخرين؛ أي على التعامل مع الآخرين في صورة الأخذ، والعطاء في الحياة الاجتماعية". (شقير، ٢٠٠٠، ٣).

**ويعرف سفيان** (٢٠٠٤) الشخصية على أنها "نظام شامل من الأنظمة الجسمية، والعقلية، والانفعالية، والاجتماعية التي تتفاعل فيما بينها، وتنعكس على سلوك الفرد وتميزه عن غيره" (سفيان، ٢٠٠٤، ٤٨). والمقصود بالنظام: التكامل، والتفاعل بين العناصر المترابطة، التي تسعى إلى تحقيق أهداف أبعد من أهداف النظام.

ومن وجهة نظر أخرى أبعد قد تبدو الشخصية في أساسها كل ما يشمل الجوانب العقلية، والجسدية، والانفعالية، والاجتماعية التي تظهر في الدوافع، والعادات المكتسبة، والطبيعية، والاهتمامات، والانعكاسات، والعواطف، والأفكار، والآراء، والعقائد، والسلوكيات المتجلية في علاقات الفرد بوسطه الاجتماعي، حيث تتكون هذه العوامل

في أنظمة مختلفة ولكن متكاملة، كما أنها تمثل الدليل الواضح على وجود الشخصية الفريدة.

## نظريات الشخصية (Theories of Personality):

يوجد العديد من العلماء وضعوا نظرياتهم في الشخصية على أساس الأنماط، هذه النظريات قسمت الجنس البشري إلى أنماط أو فئات، وينتمي كل شخص إلى نمط من هذه الأنماط بحسب الصفات العامة لكل نمط.

وقد قام العلماء – كل بحسب نظريته– بالتقسيم إلى أنماط مزاجية، أو جسمية، أو نفسية واجتماعية، أو سلوكية. وسيتم عرض نماذج منها:

### ١)الأنماط عند أبوقراط:

يرى أبوقراط (400 ق.م) أن الأمزجة تعود إلى أربعة أنماط، وقد اعتمد في هذا التصنيف على العناصر التي يتكون منها الجسم الإنساني، والاختلاطات التي تتكون ضمنه، والأنماط الأربعة كما يراها هي:

- **المزاج الدموي** (temperament the sanguine): ويظهر معه الشخص نشطاً مرحاً، وسريعاً، وسهل الاستثارة وسريع الاستجابة من غير عمق أو طول مدة، وهو أميل إلى الضعف من ناحية المثابرة، والدأب.
- **المزاج الصفراوي**(temperament the choleric): ويغلب عليه التسرع، وقلة السرور، وشدة الانفعال، والصلابة والعناد..
- **المزاج السوداوي** (temperament the melancholic): ويتميز بالانطواء، والتأمل وبطء التفكير، والتشاؤم، والميل للحزن، والاكتئاب.
- **المزاج البلغمي أواللمفاوي** (temperament the phlegmatic): ويغلب عليه التبلد، وبطء الاستثارة والاستجابة، وضعف الانفعال، وعدم الاكتراث.

ترجع هذه الأنماط الأربعة إلى غلبة واحد من أخلاط الجسد الأربعة، وهي: الدم، والصفراء، والسوداء، والبلغم. وهي تقابل العناصر الأربعة الرئيسة في الحياة وهي: الهواء– الماء– النار– التراب. ويرى **أبوقراط** أن الإنسان السوي السليم هو الذي

تمتزج عنده هذه الأمزجة الأربعة بنسب متفاوتة. وقد بقي هذا التصنيف مقبولاً في أوروبا خلال العصور الوسطى، وترك آثاره في بعض الكتابات الأدبية.

## ٢) نظرية شيلدون:

يشتق شيلدون أسماء الأنماط من النزوع البادي فيها إلى حاجات الطعام في التركيب الأول، والحركة، والنشاط في الثاني، وعمل الدماغ في الثالث. هذه الأنماط الثلاثة هي الآتية:

a. **النمط الحشوي** (rotonia visce): هذا الشخص ينام بسهولة، وعمق، إنه يميل إلى الأكل ميلاً زائداً، وينزع نحو البعد عن الحساسية، والقلق، وعدم الاطمئنان. وهو يتميز بسهولة التوافق الاجتماعين وبحسن الصداقة، إنه بدين غالباً، مستدير الجسم عند وسطه، وميله إلى الراحة، والاسترخاء ظاهر.الصفات الجسمية: "جسم ناعم – عضلات غير متطورة – شكل دائري– جهاز هضمي كبير". (مصلح، ٢٠١٠، من الإنترنت).

b. **النمط الجسمي** (rotonia soma): يتميز هذا النمط بتحمل الألم برضا، وإرادة، والنزوع إلى السيطرة، والعمل، وهو حين يتحدث إلى آخر ينظر إليه، وإلى عينيه مباشرة، يحب الاشتراك في مغامرات تتطلب جهداً جسدياً شديداً، عدواني، ومنافس، يميل إلى العمل، وبذل النشاط، إنه يمثل المزاج الرياضي، ويتميز بالتناسق الجسدي، والحركة. صفاته الجسمية: "جسم قوي، وعضلات– ظهور للصدر أكثر مما ينبغي– مستطيل الشكل –جلد سميك–وقفة مستقيمة (منصبة)". (مصلح، ٢٠١٠، من الإنترنت).

c. **النمط المخي**(rotonia cereb): إنه شخص لا يتحمل الألم، ويميل إلى الحساسية، وسرعة الانفعال، ولا يجد متعة في مجرد رفقة الآخرين، يؤثر الوحدة، وخجول، يحب الأعمال العقلية، ويتحلى بفاعلية نفسية، ويكون في حالة تأهب مستمر، وتفكير عميق، لا يحب المغامرات. صفاته الجسمية: "نحيف–صدر مسطح

نحيف – بنية ناعمة رقيقة – صغر السن – طويل –عضلات رشيقة – أكتاف منحنية – دماغ كبير". (مصلح، ٢٠١٠، من الإنترنت).

**٣) نظرية كارل يونغ:**

رأى كارل يونغ أن علاقة الفرد بالعالم الخارجي تتم من خلال أحد نظامين: الانبساط أو الانطواء. وبذلك فهناك نمطان:

أ- الانبساطي: وهو يتميز بأن انتباهه، وتركيزه موجهان نحو البيئة الخارجية والاجتماعية، ويستمد قيم حياته من العالم الخارجي، ويحب التواجد بين الناس وتكوين العلاقات معهم، وتصدر أقواله، وأفعاله عن عوامل موضوعية، وهو واقعي، ويحب العمل الذي يجعله بين الناس.

ب- الانطوائي: ويتميز بتركيز انتباهه على ذاته الداخلية، فهو يحب العزلة، ويبتعد عن الاختلاط بالناس، وتصدر أقواله، وأفعاله من عوامل ذاتية، وهو يحب التأمل، وأحلام اليقظة، ويفتقر إلى الثقة بالنفس.

وإلى جانب هذين القسمين، رأى يونج أن هناك أربع وظائف أساسية يستخدمها الفرد في توجيه نفسه في العالمن وهي: التفكير، والوجدان والإحساس،والإلهام. وبذلك تتكون **ثمانية أنماط من الشخصية يلخصها سفيان** بالآتي:

١. **الانبساطي التفكيري:** هو شخص مفكر يهتم بالحقائق الموضوعية: كالعالم الخارجي، والواقع التجريبي، علمي واقعي، يتمتع بالقدرة على إنتاج أفكار جديدة.

٢. **الانبساطي الوجداني:** شخص اجتماعي، يستطيع تشكيل صداقات بسرعة، ويختلط مع الناس بسهولة، وهو شخص مندفع، وانفعالي.

٣. **الانبساطي الحسي:** يستمد لذته مباشرة من خبرته الحسية، ويحتاج إلى الإثارة الخارجية المستمرة، ويحب التجديد، والتنويع، وسريع الملل.

٤. **الانبساطي الإلهامي:** يعتمد على الحدس، ويحب التجديد، وجريء ومخاطر، مغامر ومندفع، يحب الأشياء غير المألوفة، ولا يحترم العادات.

٥. **الانطوائي التفكيري:** هذا الشخص فيلسوف أو باحث مهتم بالأفكار، والعالم الداخلي، والواقع الداخلي، خجول وقليل الكلام حتى عندما يكون مع الأصدقاء.

٦. **الانطوائي الوجداني:** شخص قوي الانفعال، يحب بقوة، ويكره بعنف، ويحزن بشدة، تحكمه العوامل الذاتية، ويميل إلى العزلة.

٧. **الانطوائي الحسي:** ذاتي في إدراكه، يحب تأمل المحسوسات والطبيعة.

٨. **الانطوائي الإلهامي:** يهتم بالجانب السلبي والأسود من الخبرات، وبكل ما هو ذاتي، وغريب، وغير عادي، وهو شخص متقلب. (سفيان، ٢٠٠٤، ٤٨-٤٩).

## ٤)أنماط الشخصية (أ) و (ب):

ترى هذه النظرية أن الأشخاص المنتمين إلى النمط (أ) يكونون أكثر عرضة للإصابة بالأزمات القلبية، لأنهم يتسمون بالتوتر الدائم، وقلة الصبر، والتسرع، والإنهاك الشديد في العمل، والطموح الشديد، والتحدي، واستعجال النجاح، يتحدثون بسرعة، بصوت عالٍ، وبانفعال حاد، "أكثر عدوانية وسريعو الغضب، يسعون لتحقيق إنجاز متميز، ويتسمون بالدهاء، والنشاط، والسرعة في الإيقاع، وحب الهيمنة، وحب الاختلاط بالآخرين، ويفتقرون إلى السيطرة على الذات، وأنهم من ذوي الجهد العالي، والعمل الدؤوب". (الجارودي،٢٠٠١، ١٧).

أما الأشخاص من النمط (ب) فلديهم القدرة على الاسترخاء، ويتفاوت أداؤهم بين الاعتدال، والخمول، وينقادون بسرعة، وليس لديهم ميل شديد للمنافسة، وأقل عرضة للشعور بالإحباط، وينخفض احتمال إصابتهم بأمراض القلب.

## ٥) ألبورت (Allport):

تهدف نظرية السمات عند ألبورت إلى وصف الشخصية، وبيان الخصائص الأساسية المميزة للفرد التي توجه سلوكه، وتمكننا من التنبؤ به، أكثر من اهتمامها ببيان تطورها، ويفترض أصحاب هذه النظرية أن الناس يختلفون في عدد من الصفات أو مقاييسها.

يعرف ألبورت السمة بقوله: "السمة تركيب نفسي عصبي له القدرة على أن يعيد المنبهات المتعددة إلى نوع من التساوي الوظيفي، وإلى أن يعيد إصدار وتوجيه أشكال متكافئة ومتسقة من السلوك التكيفي، والتعبيري". (الأنصاري، ١٩٩٧، ٨٠).

يظهر من التدقيق في التعريف أن السمة شيء آخر غير السلوك الظاهري الذي يقوم به الفرد. إنها استعداد عام أو نزعة نفسية داخلية للاستجابة بطريقة معينة نحو المؤثرات الخارجية؛ لأنها طبيعة مجردة وصفتها هذه لا تعني عدم تأثيرها في السلوك بل إنها تبقى العامل الأساسي في توجيه سلوك الفرد، تطبعه بطابع معين، وتشكله، وتحدد كيفيته. وتبعاً لذلك يمكن أن نكتشف عن سمة معينة عند الفرد بالملاحظة العلمية لمظاهر سلوكه. كذلك تتصف السمة بأنها عامة لا يقتصر تأثيرها على موقف واحد بل توجه مجموعة من الأعمال السلوكية المتشابهة المترابطة، وتلاحظ نفسها في عدد من السلوكيات. فهي بعبارة أخرى تحتوي على عدد من الصفات الجزئية، وأنها تنتظم فيما بينها وفق ترتيب معين، يراه ألبورت ترتيباً هرمياً متدرجاً تسوده في القمة سمة واحدة رئيسة أو عدد من السمات المركزية، ويليها مجموعة من السمات الثانوية. وبذلك يصبح كل فرد متسماً بسمة رئيسة أو بمجموعة من السمات تميزه عن غيره، وتسيطر على سلوكه، وتلاحظ بوضوح من خلال أكثر تصرفاته.

لقد أمضى ألبورت كل عمله العلمي تقريباً في محاولة تفهم الشخصية الإنسانية، وقد استغرق ذلك حوالي ٣٥ سنة. ويعتقد أن السمات هي الوحدات الأساسية للشخصية. وقد ظهرت تحديداته الأصلية للسمات عام ١٩٣١ واستمر يعمل في تعريفها، وتحديدها حتى عام ١٩٦٦.

لقد وضع ألبورت ثمانية معايير لتحديد السمات، وقد أصبحت الافتراضات الأساسية، والهادية لعلماء سيكولوجية السمات، وهي الآتية:

١. إن للسمات أكثر من وجود اسمي، فهي ليست مجرد ملخص يوجز السلوك الملحوظ. فالسمات موجودة مع الشخص، وهي عادات على مستوى أكثر تعقيداً.

٢. السمات أكثر عمومية من العادات، فعادتان أو أكثر تنتظمان وتتسقان معاً لتكوين سمة ما.
٣. السمة دينامية، وتحرك السلوك: فالسمات توجه الفعل، وتحركه، وبذلك فهي تختلف عن المكونات النفسية الداخلية التي حددها فرويد؛ وذلك لأنها ليست بحاجة إلى آخرين حتى يتم تكوينها؛ إذ إن للسمة دوراً دافعياً، ومحرضاً للسلوك.
٤. تُحدَّد السمة عملياً، وإحصائياً، وهذا ما يتضح من الاستجابات المتكررة للفرد في المواقف المختلفة أو في المعالجة الإحصائية.
٥. السمات ليست مستقلة بعضها عن بعض؛ وإنما هي مترابطة، وإذا استقلت فيكون استقلالها نسبياً.
٦. ليس للسمة من الناحية السيكولوجية دلالة خلقية أو اجتماعية؛ أي أنها قد تتفق أو لا تتفق مع المفهوم الاجتماعي المتعارف عليه.
٧. قد ينظر للسمة في ضوء الشخصية التي تحتويها أو في ضوء توزّعها بالنسبة للمجموع العام من الناس؛ أي أن السمات قد تكون فريدة أو عامة مشتركة.
٨. إن الأفعال وحتى العادات غير المتسقة مع سمة ما ليست دليلاً على عدم وجود هذه السمة. فقد تظهر سمات متناقضة أحياناً لدى الفرد كما في سمتي النظافة، والإهمال معاً. (عبد الله، ٢٠٠٠، ٢٠١).

يفترض ألبورت أن سمات الشخص يمكن تصنيفها استناداً إلى مدى انتشارها، وعموميتها في الشخصية. وقد سمى السمات الأكثر انتشاراً بالسمات الأساسية. وهذه السمات الأساسية تسيطر على الفرد، بحيث إنها لا تبقى مخبأة أو ضمنية؛ بل تمارس تأثيرها، وتصبح معروفة. وقال ألبورت: إن عدداً قليلاً من الناس عندهم سمات أساسية. أما السمات المركزية "Central Traits"، فهي قليلة عند الفرد، ولكنها تميزه بدرجة عالية، وهي الخصائص المميزة للفرد، ويمتلك كل شخص عدداً قليلاً من السمات المركزية التي تميزه، والعدد النموذجي لهذه السمات يتراوح بين الثلاثة والعشرة.

أما السمات الثانوية (Secondary Traits) فهي الصفات التي تعمل في أوقات، وأوضاع محددة جداً، مثل: تفضيل الشخص لنوع معين من الأطعمة، اتجاه خاص، أو خصائص ثانوية هامشية أخرى.

إن السمات العامة المشتركة (Common Traits)، وهي السمات الشائعة بين عدد كبير من الناس، وذلك حين نعمل على المقارنة بين الناس، وشخصياتهم. إن أوضاع الحياة تتطلب منّا إجراء مثل هذه المقارنة. تظهر هذه المهمة التجريبية في أعمال ألبورت المبكرة. فقد ركز اهتمامه على دراسة السمة العامة أو المشتركة (السيطرة/الخضوع Dominance Submission). وقد اختبرت هذه السمة استناداً إلى المفردات المعجمية، حيث نعمل في حياتنا اليومية على تصنيف الناس استناداً إلى درجة سيطرتهم أو خضوعهم، وذلك في العلاقات الاجتماعية، والتفاعل الاجتماعي. وقد وضع ألبورت مقياساً يتطلب الاستجابة لأوضاع مختلفة متضمنة أنماطاً سلوكية تميز الفرد على أنه مسيطر أو خاضع. لقد وضّح ألبورت أن الدليل على وجود السمات؛ إنما هو ثباتها أو وثوقيتها. ويظهر ذلك في الاختبار من خلال إعادة إجرائه، وذلك باستخدام معامل الترابط أيضاً. إن وثوقية إعادة الاختبار هي الثبات بين تطبيقاته. أما الثبات الداخلي، فيدل على درجة قياس الاختبار للمواد أو المظاهر المراد قياسها. فالترابط بين بنوده أو مجموعات البنود تشير إلى وثوقية، وثبات عال.

تفترض نظرية السمات أن الشخص الذي يبدو مسيطراً (أي عنده سمة السيطرة) في موقف ما فإنه سيبدو كذلك في مواقف آخر. وقد وجد ألبورت أن اختبار السيطرة، والخضوع له وثوقية بدرجة +٧٨٠، وذلك بطريقة إعادة الاختبار، ووثوقية داخلية مقدارها ٨٥٠، وترابط الاثنين كان بدرجة عالية.

إن السمات العامة المشتركة أو الشائعة وفقاً لألبورت تتوزع بين الناس وفقاً للمنحى الاعتدالي الطبيعي (وفقاً لقاموس غوس). إن ثلثي الأفراد تقريباً (٦٨.٢٦%) يقعون في المنتصف، بينما يحصل عدد أقل على درجات عالية أو دنيا في هذه السمة.

في حين أن عدداً قليلاً جداً من الأشخاص يحصلون على درجات مرتفعة جداً أو منخفضة جداً. (عبد الله، ٢٠٠٠، ٢٠١-٢٠٣).

أما السمات الخاصة أو الفريدة، فهي تلك التي تخص فرداً ما بحيث لا يمكن أن نصنف آخر بالطريقة ذاتها. وهي إما قدرات أو سمات دينامية. وقد ذهب ألبورت على ضوء نظريته في السمات إلى أن كل سمة للفرد تعد فريدة متميزة في قوتها، واتجاهاتها، ومجالها عن السمات الأخرى المشابهة الموجودة لدى الأفراد الآخرين. ويؤكد ألبورت أنه ليس هناك في الواقع أبداً شخصان لهما السمة ذاتها. وبرغم ما قد يوجد من تشابهات في تركيب السمة لدى أفراد مختلفين فإن الطريقة التي تعمل بها أية سمة بالذات لدى شخص معين تكون لها دائماً خصائص فريدة تميزها عن السمات جميعها المشابهة لدى الأشخاص الآخرين. وهكذا فإن السمات جميعاً سمات فردية فريدة، ولا تناسب سوى الفرد المنفرد. ويرى كذلك أن السمة الفردية هي وحدها التي يمكن أن نعدها سمة حقيقية نظراً للآتي:

١- توجد السمات دائماً لدى أفراد، وليس في المجموع العام.

٢- تتطور السمات، وتعمم إلى استعدادات دينامية بطرق فريدة وفقاً لخبرات كل فرد.

فالسمة المشتركة إذن ليست سمة حقيقية على الإطلاق؛ بل إنها مجرد جانب صالح للقياس من السمات الفردية المعقدة. (الأنصاري، ١٩٩٧، ٧٥-٧٦).

اضطلع ألبورت، وأودبيرت بمهمة دراسة الكلمات التي تشير إلى السمات الإنسانية على أساس معيار مهم هو قدرة المصطلح على تمييز سلوك أحد الآدميين عن غيره من الناس، معتمدين على المعجم الدولي الجديد من وضع وبستر طبعة عام ١٩٢٥ الذي يحتوي على /٥٥٠.٠٠٠/ مفردة فقاما باختيار ما يقرب من /١٨.٠٠٠/ مفردة من الصفات التي تشير إلى السمات الإنسانية على أساس قدرة السمة أو الصفة على تمييز سلوك الفرد عن غيره من الأفراد. ثم وضعت هذه الصفات في أربعة أعمدة، وقد احتوى العمود الأول على ٢٥% من القائمة الإجمالية. ويشير إلى السمات

الحقيقية، والميول، والأشكال المنسقة، والثابتة للسلوك. بينما احتوى العمود الثاني على ٢٥% من الحالات العقلية، والأنشطة الرابضة. واشتمل العمود الثالث على ٢٩% من القائمة الإجمالية، ويضم تقويمات للطباع، والأحكام الخلقية. أما العمود الرابع الخاص بالمتنوعات، فيشتمل على ٢١% من القائمة الإجمالية. وقد وجد ألبورت، وأودبرت أن بعض المفردات أو الصفات يمكن تصنيفها في أكثر من عمود واحد، وخاصة تلك المفردات التي تشير إلى سمات، وحالات، وأنشطة. وقد أدت هذه الملاحظة ببعض الباحثين إثارة الجدل حول الفرق غير الواضح كيفياً بين مفهومي السمات، والحالات الذي أدى بدوره لاحقاً إلى إعادة صياغة مفهوم السمة نظرياً. وقد لاقت قائمة ألبورت، وأودبرت اهتماماً كبيراً من العاملين في مجال بحث الشخصية. (الأنصاري، ١٩٩٧، ٨٢--٨٣).

## ٦) نظرية كاتل في السمات (Theories of Personality):

**السمات عند كاتل:** تعد السمة بالنسبة لكاتل بناناً عقلياً، واستنتاجاً نقوم به من السلوك الملاحظ لتفسير انتظام هذا السلوك واتساقه. وقد صنف كاتل السمات على الشكل الآتي:

١- سمات فريدة: وهي لا تتوافر إلا لدى فرد معين، ولا يمكن أن توجد لدى أي شخص آخر، مثل: (العبقرية).

٢- سمات المصدر: وتمثل المتغيرات الكامنة التي تتدخل في تحديد مظاهر السطح المتعددة التي تتحكم بدورها، وتشكل الشخصية، مثال: الاستعدادات، والقدرات، والحوافز.

٣- سمات دينامية: وهي التي تهيئ الشخص للحركة نحو بعض الأهداف مثل:

a. الدفعات الفطرية أو الغرائز، وهي استعدادات فطرية.

b. الدفعات المكتسبة، مثل: الاتجاهات، والعواطف.

c. الذات: التعبير عن النفس، الذات الواقعية، والذات المثالية.

d. الدور: إدراك الفرد للأدوار الاجتماعية، استجابة الشخص، الشخصية، الموقف.

٤- سمات المزاج: وهي السمات الانفعالية للشخص، مثل: القلق، والعصابية حيث تحدد سرعة استجابة الشخص للموقف.

٥- سمات مشتركة: ويتسم بها الأفراد جميعاً، مثل: العطاء، والطيبة، والمحبة، والتعاون.

٦- سمات السطح: وهي تجمعات من الأفعال السلوكية الملاحظة على الأفراد، مثالك في حالة تناول وجبة طعام النابعة أساساً من استثارة دافع الجوع الذي يُعد سمة مصدرية. (الأنصاري، ١٩٩٧، ٨٤-٨٥).

تدعى نظرية "كاتل" نظرية في سمات الشخصية، كما تستخرج بالتحليل العاملي، وهذا ما يفرقها عن نظرية السمات لدى ألبورت. وجّه كاتل اهتمامه إلى تحديد السمات الأساسية للشخصية، فبدأ بتجميع **أسماء الشخصية** كلها على أساس مصدرين:

**أولهما:** المعجم حيث اعتمد على دراسة ألبورت، وأودبيرت عام ١٩٣٦ اللذين توصلا إلى قائمة قوامها ١٧.٩٥٣ اسماً.

**ثانيهما:** التراث السيكياتري، والسيكولوجي. وقد خفض هذه القائمة بادئ ذي بدئ إلى /١٦٠/ اسماً من أسماء السمات، من خلال حذف المترادفات الواضحة، ثم أضاف إليها /١١/ سمة أخرى اعتقد أنها هامة. استخدم بعد ذلك قائمة هذه السمات التي قوامها /١٧١/ بنداً في استخراج تقديرات الزملاء بعضهم لبعض في عينة غير متجانسة من مائة راشد. ثم حسبت الارتباطات بين هذه التقديرات، وحللت عاملياً. وأردفت بتقديرات أخرى لعينة من /٢٠٨/ من الرجال على قائمة مختصرة. وقد أسفرت التحليلات العاملية للتقديرات الأخيرة عن التوصل إلى ما وصفه كاتل على أنه السمات الأساسية الأولية للشخصية.

وتوصل كاتل باتباعه هذا المنهج إلى تحديد /١٦/ عاملاً للشخصية يقيسها الاستخبار المعروف لهذا الاسم. ويرى أن هذا العدد من العوامل ليس كل عوامل الشخصية؛ بل ما يمثل فقط ثلثي التباين تقريباً في مجال الشخصية.

انتهى كاتل عن طريق منهج التحليل العاملي إلى عزل ستة عشر عاملاً أساسياً في الشخصية، وتحديدها. وهذه العوامل ثنائية القطب موضحة في الجدول الآتي:

| م | العوامل | السمات |
|---|---|---|
| ١ | الانطلاق (A) CYCLOTHYMIA | اجتماعي – صريح – سهل المعاشرة – عاداته تكيفية – متعاون – عطوف – يثق بالغير. في مقابل: عدواني، جشع، متحفظ، دقيق، جامد، جامد، بارد. |
| ٢ | الذكاء (B) INTELLIGENCE | متأثر – مفكر – مثقف – ميوله قوية – حي الضمير – متأثر. في مقابل: غبي، ضعيف الخلق، سريع الاستسلام، يقظ. |
| ٣ | قوة الأنا (C) EGOSTRENGTH | يمثل هذا العامل الاتزان الانفعالي في مقابل العصابية، ويحصل على الدرجة المرتفعة، الشخص الناضج انفعالياً وواقعي، ودمث الأخلاق، وليس لديه هموم أو توهم المرض، هادئ، صبور، متأثر، يُعتمد عليه. |
| ٤ | السيطرة (E) DOMINANCE | حب السيادة – العدوانية – الخشونة – التنافس – الزعامة – الثقة بالنفس – توكيد الذات – غير مكترث. والقطب المقابل هو: الخضوع، التواضع، الطاعة، الذوق. |
| ٥ | الاستبشار (F) | يقابل هذا العامل بين المبتهج، المرح الاجتماعي الحيوي، سريع الحركة، اللباقة بوصفه قطباً. وبين المكتئب، العابس، الجاد، التشاؤم، المنعزل، القلق، المستبطن في القطب المقابل. |
| ٦ | قوة الأنا الأعلى (G) SUPERGO STRENGTH | المثابرة – تحمل المسؤولية – اتثبات الانفعالي. والطرف المقابل لهذا البعد يتميز بضعف المعايير الخلقية، وعدم المثابرة والتقلب. |
| ٧ | المغامرة (H) VENTURESOMENESS | ويمثل الجرأة، والمغامرة، والاقدام، وحب الاجتماع إلى الناس، والثقة بالنفس. في مقابل صفات، مثل: الجبن، والخجل، والانسحاب، والاحجام، والجمود، والعدوانية. |
| ٨ | الطراوة (I) PROTECTEDEMO – TUINAL SENSITIVITY | ويقابل هذا العامل بين قطبين، أولهما: الحساسية، والعقليات الجمالية، والخيالية، والانكالية الانثوية، والنزعات الهستيرية، وثانيهما: الصلابة، والواقعية، والاكتفاء الذاتي. |

| م | العوامل | السمات |
|---|---|---|
| ٩ | التوجس (L) SUPICIOUSNESS | الميل إلى الشك، والارتياب في الآخرين، والغيرة منهم. مقابل الثقة فيهم، والتقبل لهم. |
| ١٠ | الاستعلال (M) NON – CONFORMITY | ويميز هذا العامل الشخص ذا التفكير الواقعي العملي المستقل. في مقابل الشخص ذي المزاج الاجترازي المنطوي، والذاهل، وضيق الاهتمامات. |
| ١١ | الدهاء (N) SHREWDNESS | ويقابل هذا العامل بين الدهاء، والتبصر، والفطنة، وعدم الجمود، وبين السذاجة، والخرق، ونقص الاستبصار بالذات. |
| ١٢ | الاستهداف للذنب (O) GUILT PRONENESS | ويقابل هذا العامل الشعور بالإثم، والمخاوف، والقلق، والشك. في مقابل الثقة بالنفس، والاكتفاء الذاتي، مستسلم، قوي، آمن. |
| ١٣ | التحرر (Q1) LIBERATION | وهو عامل يقابل بين التحرر، والمحافظة. |
| ١٤ | الاكتفاء الذاتي (Q2) SELF – SUFFICIENCY | الاعتماد على النفس، واسع الحيلة، وغير اجتماعي. في مقابل مسايرة الجماعة وتقبل قيم المجتمع. |
| ١٥ | التحكم الذاتي في العواطف (Q3) SENTIMENT–SELF CONTROL | قوة ضبط النفس، وتقبل المعايير الخلقية للجماعة، والطموح والمثابرة، واحترام الغير، في مقابل ضعف وضبط الذات، مهمل، غير منيقظ. |
| ١٦ | ضغط الدوافع (Q4) ERIGIC TENSION | التوتر، والقلق، وسرعة الاستثارة، في مقابل مسترخ، وهادئ، وضعف التوتر الدافعي. |

جدول رقم (١) (الأنصاري، ١٩٩٩، ٨٧-٩٠)

**افترض كاتل** وجود ثلاثة مصادر للمعطيات حول الشخصية. ورمز لها الرموز الآتية:

**بيانات ل، وبيانات ق، وبيانات ت.**

١) بيانات ل (L-Data): وهي المعلومات الممكن تجميعها من تقارير حياة الفرد. (تقارير المدرسة، وتاريخ العمل).

٢) بيانات ق (Q-Data) وهي التي نحصل عليها من الاختبارات، والمقابلات. والنموذج الشائع لهذه المعطيات، هو أن الفرد يجيب مباشرة عن أسئلة حول نفسه، استناداً إلى الملاحظات الذاتية، ومراقبة الذات. مثلاً: هل تواجه صعوبة

في تكوين صداقات، والمحافظة عليها؟ لذلك يقال عن هذه البيانات: بيانات اختبارات، واستبيانات.

٣) بيانات ت (T-Data): وهي التي نحصل عليها عن طريق الاختبارات الموضوعية حيث يكون الفرد في مواقف طبيعية، ويتصرف ببساطة من دون معرفة منه لنوع السلوك الذي نقيمه. وهناك العديد من بيانات الاختبارات التي تعتمد هذا المعيار الموضوعي. وتسمى هذه البيانات، بيانات الاختبارات الموضوعية.

ويصرح **كاتل** أن هذه المصادر الثلاثة للمعلومات يجب أن تتفاعل مع بعضها؛ لكي نحصل على الصورة الشاملة، والمعقدة للشخصية الإنسانية. فقد استخدم علماء النفس في وقت سابق مصدراً واحداً منها فقط، وركزوا على جانب واحد، ومحدد، في وقت ما، فتميزت بحوثهم أنها وحيدة التغير. لقد استخدم **كاتل** الدراسات الترابطية حيث توجد الخصائص المدروسة، وهذا يزود بمعطيات أكثر واقعية، وطبيعية يرغب **كاتل** في الحصول عليها. ويشدد أيضاً على أن تطور الطرائق الرياضية، والإحصائية المعقدة، والمفيدة تمكننا من الحصول على بيانات طبيعية، كما يفعل أكثر العياديين. ولنجد القوانين، ونضع النظريات التي تفسر بنية الشخصية، ووظيفتها. (عبد الله، ٢٠٠٠، ٢٢٨-٢٢٩).

**وجهت إلى نظرية كاتل انتقادات متعددة**، ونلخص فيما يلي أبرز تلك الانتقادات:

١- عوامل كاتل ضيقة، ومتشابكة، وذلك من ناحية احتواء كل عامل على عدد قليل من السمات، فضلاً عن الارتباطات المتبادلة لهذه العوامل.

٢- عوامل كاتل غير متسقة، وذلك تبعاً لنتائج الدراسات العالمية التي كشفت عن عدم استطاعة العلماء استخراج ستة عشر عاملاً للشخصية في عينات مختلفة.

٣- عوامل كاتل غير قابلة للتحقق تجريبياً.

٤- عوامل كاتل غير قابلة للتعميم عبر الثقافات المختلفة.

٥- عوامل كاتل لا تتسم بالشمولية بحيث تشمل معظم سمات الشخصية.

٦- مشكلة تسرب الذاتية عند تسمية العوامل الناتجة عن التحليل العاملي.

٧- الخلافات الكثيرة القائمة بين العاملين بالتحليل العاملي فيما يتصل بخطواته الحسابية أو التفسيرية.

٨- إن ما يقدمه التحليل العاملي لا يزيد على ما يدخل فيه. فالقائم بالتحليل العاملي يعترض على الذاتية، ويعمل على التخلص منها كلما واجهته، ولكنه يتغير المقاييس، والاختبارات التي تدخل في مصفوفته الارتباطية وهذا الاختبار يتسم بقدر من الذاتية.

٩- شعر الكثير من علماء النفس أن نظريات العوامل ليست نظريات على الإطلاق. إنها تحدد ببساطة المتغيرات الهامة أو العوامل، ولكنها لا تبين العملية النمائية أو الارتقائية، كما أنها لا تزودنا بالافتراضات التفصيلية عن السلوك التي تتيح لنا التنبؤ بالبيانات، والمواد التي ليست في متناول الملاحظة. وهذا النقد لا يصدق على موقف كاتل؛ لأنه يضع عوامله في إطار نظري؛ ولأنه اهتم بمتغيرات النمو، وبعض التنبؤ.

١٠- يبدو أن النقد لا مفر منه، فإن اتضح أن عوامل الشخصية التي توصل إليها المحلل العاملي تتفق تماماً مع الملاحظات السابقة عن السلوك الإنساني فسيتّهم بأنه يضيع جهده سدى، وإذا اختلف عما هو معروف فسيتّهم بأنه يزيد الموقف تعقيداً. ولقد بينت دراسة مفهومي سمات السطح وسمات المصدر عند كاتل أن القائم بالتحليل العاملي لا يتوقع بالضرورة اتفاق عوامله مع نتائج الملاحظة البسيطة للسلوك.

١١- وفي الختام نقول: إن تأثيرات نظريات العوامل على الوضوح، والتمسك بالمعايير السليمة لقياس يمثل اتجاهاً صحيحاً له تأثيره السليم في مجال دراسة الشخصية. غير أن محتوى نظريات العوامل قد يكون إسهاماً مستمراً، وقد لا يكون في مجال تطوير نظريات الشخصية في المستقبل. (الأنصاري، ١٩٩٧، ٨٩-٩٠)

## ٧) نظرية إيزنك: "نظرية العوامل الثلاثة الكبرى" ( Eysenck's theory "the theory of the three major factors"):

تعتمد نظرية أبعاد الشخصية عند إيزنك على المنهج الغرضي الاستدلالي، وعلى منهج التحليل العاملي الذي يسعى إلى التوصل لأقل عدد من المفاهيم المناسبة لتفسير ظاهرة ما، وتصنيف البيانات، وتبسيطها، والتثبت من الفروض، واقتراح فروض جديدة.

يرى إيزنك أن الوقت لا زال مبكراً جداً للقول إننا توصلنا إلى نظرية للشخصية لها معنى، ومعقولية، وقابلة للاختبار، والبحث. وهو لا يدعي أن عمله قد أدى إلى بلورة نظرية كاملة، وتطويرها في الشخصية. وهو يشعر أن العاملين جميعهم في هذا الميدان لم يبلغوا النضج فيما توصلوا إليه من صياغة لنظرية في الشخصية. وأن أعمالهم ما يزال فيها الكثير من نواحي القصور، وذلك لأنه يرى أن الحالة الراهنة لصياغة نظرية الشخصية بصيغة عامة لا تهتم بديناميات السلوك الإنساني بالقدر الكافي. (الأنصاري، ١٩٩٧، ٩٦-٩٧).

قدّم إيزنك نظرية في عوامل الشخصية حاول فيها أن يبسط الشخصية إلى أبعاد ثلاثة ثنائية القطب، وهي: العصابية في مقابل الاتزان، والانبساط في مقابل الانطواء، والذهانية في مقابل اللاذهانية. وحاول أن يرجع هذه النظرية فيما يتعلق بعاملي الانبساط، والعصابية إلى الأفكار المبكرة عن الأمزجة الأربعة: السوداوي، والصفراوي، والدموي، والبلغمي، أو ما أسماه نسق: "**جالينوس، كانط، فونت**". وقد وضع **أيزنك** قائمة الشخصية عام ١٩٦٤ في أصلها الإنكليزي، ثم ظهرت لها صيغة معدلة عام ١٩٧٥ تحت اسم "استخبار آيزنك للشخصية" الذي يتكون من /٩٧/ بنداً يجاب عنها بـــ: نعم أو لا. وتتوافر الآن أدلة كافية تسوغ الافتراض القائل إن هذه الأبعاد الثلاثة تمثل نموذجاً لوصف الشخصية. (الأنصاري، ١٩٩٩، ٩١).

على حين يتخذ كاتل السمات في دراسته، نجد أن أيزنك يؤكد على ناحية الأنماط، ويوليها أهمية كبرى في دراسته. فهدف أيزنك في كثير من أبحاثه هو التعرف إلى

الأنماط، ووسيلته في ذلك أيضاً الطرق الإحصائية التي تنتهي عادة بالتحليل العاملي. ولقد أمكن لآيزنك الوصول إلى أبعاد ثلاثة أولية للشخصية هي: الانطواء في مقابل الانبساط، والعصابية مقابل الاتزان، والذهانية في مقابل اللاذهانية. وفيما يلي جدول يبين السمات النموذجية لكل عمل من عوامل أيزنك: كما وردت عند (الأنصاري، ١٩٩٩، ٩٣-٩٤):

| العوامل | | السمات |
|---|---|---|
| Extraversio VS Introversion الانبساط في مقابل الانطواء | الانبساط | اجتماعي – منطلق – ثرثار – متجاوب – مليء بالحيوية – قيادي – مسيطر. |
| | الانطواء | النهجية – الخجل – الذاتية – التصلب – الدقة – المثابرة – صامت – متحفظ – غير اجتماعي – متشائم – جاد – جامد – هادئ – متأمل ذاته – مخطط – صبور – طموح – مكترث. |
| Neuroticism VS Ego Strength | العصابي | متوتر – انفعالي – متقلب – يشعر بالذنب – غير واقعي – مكتئب – خجول – قلق – منخفض في تقدير الذات – مهمل – اتكالي – مصاب بالوساوس – غير ناضج – مثابر – حزين – حساس. |
| العصابية في مقابل الاتزان | الاتزان – قوة الأنا | وديع – معتدل المزاج – يعتمد عليه – يضبط نفسه – متأمل – دقيق – مخطط – القدرة على معالجة الضغوط. |
| الذهانية Psychoticism | | عدواني – متبلد – أناني – غير ودي – مندفع – مضاد للمجتمع – غير متعاطف – مبدع – صلب – قاس – هركي – غير طموح. |

جدول رقم (٢)

يرى آيزنك أن الأنماط ليست فئات أو مجموعات يندرج الناس تحتها، ولكنها أبعاد يختلف فيها الناس كلهم. وهذه الأبعاد تتوزع طبيعياً كما هو الحال في السمات، حيث إن أكثر الناس يتوزعون حول المتوسط. ويقتنع أيزنك أن الأنماط تمثل أبعاداً على خط متصل. وهذا عكس النظريات القديمة التي وصفت السمات على أنها منفصلة أي غير

متصلة. لقد وضع إيزنك نموذجاً متدرجاً لوصف تركيب الشخصية، وبنائها. إن الأنماط تكون في قمة بناء أو تركيب الشخصية، ولها التأثير الأكبر. فالأنماط تحتوي على السمات، والسمات تحتوي على العادات. وفي أدق المستويات، تكون الاستجابات المحددة هي العناصر التي تنشأ منها العادات. (عبد الله، ٢٠٠٠، ٢٣٧-٢٣٨).

وهكذا تكون "الانبساطية" عبارة عن مستوى النمط. كما تكون (الحيوية، والنشاط، والاندفاعية، والاجتماعية) عبارة عن مستوى السمات. وتكون الاستجابة بشكل محدد على كل من السمات السابقة عبارة عن مستوى العادة.

لقد أنجز إيزنك، ورفاقه دراسات متعددة، ومطولة لمدة تزيد على أربعين عاماً. وتكونت لديه في هذا الوقت الدلائل الجذرية، والحاسمة لفرضية بوجود بعدين أساسيين للشخصية، وهما: الانطوائية/الانبساطية، والاتزان/عدم الاتزان. كما حدد آيزنك عام ١٩٧٥ مظهراً أساسياً للشخصية، وهو الذهانية. ولكنه قال: إنه يؤدي دوراً أقل من البعدين السابقين. والذهانية تتضمن الاستعداد للتعرض للذهانات؛ أي (الأمراض الذهانية أيضاً باتصال ضعيف مع الواقع، وعدم القدرة على القيام بالمهمات اليومية) وتتضمن الذهانية أيضاً درجة من السيكوباثية أي (التي تتميز برفض القيم، والمعايير الاجتماعية، والشخصية). وعلى خلاف بعدي الانبساط/الانطواء والاتزان/عدم الاتزان، فالذهانية ليست بعداً؛ ولكنها جزء يوجد بدرجات مختلفة في شخصيات الأفراد، والناس. والناس ذوو الدرجات العالية فيه يتميزون بالصفات والاستعدادات الحادية عشرة الآتية (كما وصفها أيزنك):

١- منزو، ولا يكترث بالآخرين.

٢- مزعج، ومشاكس.

٣- وحشي قاس، غير انفعالي.

٤- جامد المشاعر، والأحاسيس.

٥- باحث عن الإثارة.

٦- عدواني على الغير.

٧- يجب العزلة، والأشياء الغريبة.

٨- لا يبالي بالأخطار، ومتهور.

٩- يتصرف ببلاهة، وحماقة مع الآخرين.

١٠-يخالف الأعراف الاجتماعية المتفق عليها.

١١-قليل الاهتمام بالعلاقات، والتفاعل الاجتماعي.

ويقرر أيزنك أن الذهانية أعلى عند الرجال منها عند النساء، وأنها وراثية، وأعلى عند المسجونين منها عند غيرهم، وأعلى عند الذين تعرضوا للتعذيب القاسي، والجنسي، وعند الأسرى. ولكنها أقل عند المرضى الذين تحسن وضعهم، وتطوروا نحو الشفاء منها عند الذين لم يتم علاجهم.

لم يناقش آيزنك في كتاباته المبكرة عام ١٩٥٢ أصل أنماط الشخصية، وأسبابها، ولكن في فترة لاحقة ما بين عامي (١٩٦١ – ١٩٦٤) افترض أن الأساس في الفروق الشخصية التي تميز الانبساطية عن الانطوائية هو الفرق في قابلية الإشراط، أي النزعة أو الميل لتشكيل ترابطات، وعلاقات بين المثير، والاستجابة على مستوى خبرة الفرد. ويعتقد إيزنك بشكل خاص أن المنطوين أكثر إشراطاً من المنبسطين. وهذا ما يفسر سبب ظهور المنطوين أكثر حساسية وإثارة. ويعتقد أن أدمغة المنطوين أكثر حساسية، وإثارة. ويعتقد أن أدمغة المنطوين تثار بسهولة، وبذلك فهم يتجنبون الأوضاع المثيرة. وعلى العكس فإن المنبسطين يبحثون بشكل متطرف عن المواقف المثيرة؛ وذلك للحفاظ على مستوى الفاعلية والنشاط، والدفاعية، ولتجنب الملل. ويُعد آيزنك أن المنبسطين يميلون نحو مستويات من الإثارة والنشاط اليقظ أكثر الوقت حتى تتيح لهم بيئتهم، وتزودهم بالمثيرات، والنشاط اللازم؛ وبذلك يثورون بدافع الجوع، ويتميزون بالبحث عن الإثارة.

يناقش آيزنك في كتابه الذي نشره عام ١٩٧٧ الجريمة، والشخصية، والآداب السيكولوجية الداعمة للعلاقة بين الانبساطية، والسلوك غير الاجتماعي. وقد وجد آيزنك عام ١٩٦٤ مع باحثين آخرين في هذا السياق أن الأشخاص ذوي السلوك غير

الاجتماعي لا يشكلون بسهولة استجابات تجنب مشرطة، وبذلك فهم لا يتعلمون تجنب المثيرات غير السارة. وقد فسر هذه النتائج التي تظهر ترابطاً بين الحاجة للإثارة، والمواقف المثيرة، والصعوبة في تعلم الكف الاجتماعي التي تميز كلاً من الانبساطية، والنزعة للسلوك الإجرامي. أما في كتاباته اللاحقة، فقد افترض إيزنك عام ١٩٧٥ أن الجزء الأكبر من الشخصية يكون قد تثبت، ويكون ذا أساس استعدادي أو وراثي. ويناقش إيزنك بعد /٣٥/ سنة من بحوثه "أن علينا النظر للحقائق، حيث إن الوراثة تؤدي الدور الأكبر أهمية في حدوث اختلاف أنماط التصرف والسلوك... وإنها مسؤولة عن نسبة جيدة، وعالية من الفروق الفردية الملاحظة في نمط مجتمعنا". إن هذا الحكم الذي يصدره أيزنك يتفق مع نتائج البحوث الوراثية. وهذا يفترض أن الاجتماعية (الانبساطية/الانطوائية)، والانفعالية (الاتزان/عدم الاتزان) هامة، وأنها أبعاد وراثية للشخصية. (عبد الله، ٢٠٠٠، ٢٣٩-٢٤٢).

## ٨) نظرية العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ( Theory of the big five factors of personality):

توصل فيسك عام ١٩٤٩ إلى استخراج خمسة عوامل للشخصية عن طريق التحليل العاملي لقائمة كاتل باستخدام منهج يجمع بين طرق التقدير الذاتي، وتقدير المحكمين لعينة قوامها (١٢٨) فرداً.

كما توصل كل من تيوبس، وكريستال عام ١٩٦١ عن طريق التحليل العاملي لقائمة كاتل إلى خمسة عوامل للشخصية، أطلقا على العامل الأول اسم الانبساط أو الاستبشار، والثاني الطيبة، والثالث الاتكالية، والرابع الاتزان الانفعالي، والخامس التهذيب.

كما قام نورمان عام ١٩٦٧ بإجراء التحليل العاملي لقائمة الصفات التي وضعها أخيراً، ثم توصل إلى عزل خمسة أبعاد أساسية للشخصية، وهي: (الانبساطية، والطيبة، ويقظة الضمير، والعصابية، والصفاوة).

أطلق "**جولد بيرج**" على هذه الأبعاد، العوامل الخمسة الكبرى؛ إذ أكد أن كل عامل منها عبارة عن عامل مستقل تماماً عن العوامل الأخرى، بحيث يلخص هذا العامل مجموعة كبيرة من سمات الشخصية المميزة. وقد يعكس ترقيم العوامل من واحد إلى خمسة اتفاق الباحثين على ظهور العوامل الخمسة إلى دراساتهم الإمبيريقية. فيندرج تحت العاملين الأول؛ والثاني السمات ذات الطابع التفاعلي. في حين يصف العامل الثالث المطالب السلوكية والتحكم في الدوافع. وكان العاملان الأخيران أصغر العوامل من ناحية عدد السمات المندرجة تحتها. فقد تكون العامل الرابع من السمات المرتبطة بالاتزان الانفعالي: كالهدوء، والثقة مقابل العصبية، والتوتر، والمزاج المتقلب، والنزعة إلى القلق، والحزن. ويصف العامل الخامس التكوين العقلي للفرد، ومدى عمقه، ونوعيته؛ بالإضافة إلى الخبرة الذاتية.

في عام ١٩٨٩ قام **جون** بدراسة حديثة. وتعد جديدة من ناحية إعادة صياغة مفهوم العوامل الخمسة الكبرى للشخصية في إطار جديد مبني على أساس نظرية "النموذج الأصلي للسمة". وقد استخدم قائمة الصفات الشخصية من وضع جوخ التي ظهرت في التراث السيكولوجي قبل اكتشاف العوامل الخمسة الكبرى. فقدم جون إلى عدد من المحكمين قائمة جوخ التي تشتمل على (٣٠٠) صفة وطلب منهم أن يقوموا بتصنيف كل صفة من هذه الصفات إلى عامل واحد من العوامل الخمسة الكبرى. وقد أسفرت هذه الدراسة عن اتفاق بين المحكمين على تصنيف /١١٢/ صفة فقط من قائمة الصفات التي تضم /٣٠٠/ صفة، وعزوها إلى واحد أو آخر من العوامل الخمسة الكبرى. (الأنصاري، ١٩٩٩، ٩٩-١٠٠).

ثم أجرى **جون** عام ١٩٩٠ دراسة أخرى على الراشدين (ن = ٢٨٠) مستخدماً طريقة تقدير الملاحظين، حيث قام بعزل (١١٢ صفة) قام بتحليل عاملي لمصفوفة معاملات الارتباط بين تقديرات الملاحظين، وأسفر هذا التحليل عن عزل خمسة عوامل كبرى للشخصية شبيهة بالعوامل الخمسة الكبرى التي توصل لها كل من "**كوستا وماكري**".

قام **ديجمان** عام ١٩٩٠ بفحص تحليلي لست دراسات إمبيريقية اعتمدت في **منهجها** على استخبار كاتل، وقائمة فيسك. وذلك عن طريق تجميع تقديرات **الملاحظين عن** الأفراد أو المفحوصين دون تحيد، سواء كان تقدير المعلمين لتلاميذهم **أم تقدير** المشرفين للعمال، أو تقدير التلاميذ لزملائهم، أو تقدير المعالجين لمرضاهم، **أو تقدير** الخبراء لزملائهم في المهنة. وتوصل ديجمان إلى النتائج نفسها، وهي عزل خمسة أبعاد كبرى في الشخصية شبيهة بالعوامل التي توصل إليها كوستا، وماكري.

تركز اهتمام **كوستا، وماكري** عام ١٩٨٦ على موضوع الصدق التلازمي، والصدق التمييزي للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية عبر مختلف الأدوات القياسية، والمحكمين، حيث افترضا أنه إذا كانت العوامل الخمسة الكبرى تمثل الشخصية الإنسانية، فلا بد أن تستخرج، وتشتق من خلال كل من استخبارات الشخصية، وقوائم الصفات، وعن طريق التقديرات الذاتية، وتقديرات الملاحظين. ومن هنا قاما بسلسلة من الدراسات الإمبيريقية للتحقق من وجود العوامل الخمسة الكبرى للشخصية. وبعد ذلك قاما ببناء مقياس جديد لقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية عام ١٩٨٥، وهي:

العصابية، والانبساط، والتفتح، والطيبة، ويقظة الضمير. وأطلقا على المقياس الجديد اسم **استخبار الشخصية** المنقح للعصابية، والانبساطية، والصفاوة الذي يتكون من /١٨١/ بنداً، تم استخراجها عن طريق التحليل العاملي لوعاء بنود مشتق من عديد من استخبارات الشخصية. كما قاما أيضاً بتطوير قائمة من الصفات التي تقيس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية. التي اشتقت أساساً من قائمة جولد بيرج عام ١٩٨٣ للصفات ثنائية القطب، وتتكون من /٤٠/ صفة. أضافا إليها ضعف هذا العدد من الصفات، فأصبحت القائمة المعدلة أو الجديدة تحتوي على ثمانين صفة، حيث استخرجا من هذه القائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية، وذلك من خلال طرق التقدير الذاتي، وتقدير الملاحظين. (الأنصاري، ١٩٩٧، ١٠٩-١١٠).

ونعرض فيما يلي جدولاً يتضمن السمات النموذجية لكل عامل من العوامل الخمسة الكبرى مقتبسة من دراسة جون عام ١٩٩٠، كما وردت عند (الأنصاري، ١٩٩٩، ١٠٦-١٠٧):

| العوامل | السمات |
|---|---|
| العصابية أو عدم الاتزان الانفعالي Neuroticism or Emotional disor gamization | قلق – عصبي – متقلب – مهموم – انفعالي – شديد الحساسية – الخوف – مشفق على نفسه – سريع الاهتياج – يعاقب ذاته – يائس – متشائم – مستثار انفعالياً – متوتر. |
| الانبساط أو الاستبشار Extraversion or Surgeny | كثير الكلام – ميال إلى التوكيد – نشيط – فاعل – منبسط مع الناس – صريح – مسيطر – قوي – متحمس – متفاخر – اجتماعي – شجاع – جريء – مغامر – جسور – مزعج. |
| يقظة الضمير Conscientiousness | منظوم – متمكن – مخطط – مؤثر – متحمل للمسؤولية – موثوق به – يعتمد عليه – دقيق – عملي – حريص – مجتهد – محترس. |
| الطيبة، الإيثار Ageeableness | متعاطف – حنون – شفوق – رقيق القلب – ودي – كريم – موثوق به – متسامح – لطيف – طيب – صديق – متعاون – محب للغير – حساس. |
| الأصالة، التفتح العقلي Openness to Expercenence or intellect | متنوع الاهتمامات – واسع الخيال – ذكي – مبتكر – فطين – محب للاستطلاع – محنك – محب للفنون – ماهر – مكتشف – صادق – سريع الخاطر – واسع الحيلة – منطقي – محضر – مهذب – وقور. |

جدول رقم (٣)

## ٩) نظرية العوامل السبعة الكبرى للشخصية:

## (Theory of the seven major factors of personality)

قدم **تيلجين**، و **واليد** نظرية في عوامل الشخصية، حاولوا أن يبسطوا الشخصية الإنسانية إلى عوامل سبعة، وهي:

١- التكافؤ الإيجابي.

٢- التكافؤ السلبي.

٣- الانفعالية الإيجابية أو الانبساط.

٤- الانفعالية السلبية أو العصابية.

٥- يقظة الضمير.

٦- الطيبة.

٧- التقليدي أو المتمسك بالتقاليد.

قام بعد ذلك **تيلجين**، وزملاؤه ببناء مقياس جديد لقياس العوامل السبعة الكبرى، وأطلقوا على المقياس الجديد اسم "قائمة الصفات الخاصة ".

يرمز لها بالرمز التالي:"The Inventory of Personal Characteristics (IPC-7)"

تتكون قائمة الصفات الخاصة هذه من /١٦١/ بنداً × أربعة اختيارات للإجابة (صيغة ليكرت)، تم استخراجها عن طريق التحليل العاملي لوعاء من الصفات، وعددها /٤٠٠/ صفة مشتقة من قاموس هيرتاج الأمريكي للغة الانكليزية طبعة ١٩٨٥. ترجمت هذه القائمة إلى لغات عدة، منها: الاسبانية، والألمانية، والصينية، وكشفت عن استخراج سبعة عوامل كبرى للشخصية. ومن هنا تأتي أهمية إضافة تيلجين، وزملائه لنموذج العوامل الأساسية للشخصية في تطويرها طرازاً جديداً لوصف الشخصية؛ فضلاً عن أداة قياس موضوعية تقيس العوامل الأساسية الكبرى للشخصية بواسطة مجموعة من البنود.

أجريت دراسة حديثة عام ١٩٩٥ على عينة إسبانية قوامها /٤٣٥/ شخصاً بواقع /٨٣/ رجلاً و/٣٥٢/ امرأة من طلاب إحدى الجامعات الإسبانية. كما أجريت الدراسة

على عينة أمريكية قوامها /٥٦٩/ شخصاً من الراشدين بواقع /١٤٠/ رجلاً و/٤٢٩/ امرأة.

وقد طبق عليها استخبار العوامل السبعة الكبرى (IPC-7) من أجل عقد مقارنة حضارية في عوامل الشخصية. وقد أسفر التحليل العاملي عن استخلاص سبعة عوامل كبرى للشخصية في العينة الإسبانية، والعينة الأمريكية، وذلك من خلال طرق التقدير الذاتي، وتقدير الملاحظين؛ مما يؤكد عمومية العوامل السبعة الكبرى للشخصية. (الأنصاري، ١٩٩٩، ١٠٩-١١٠).

نعرض فما يلي جدولاً يتضمن السمات النموذجية لكل عامل من العوامل السبعة الكبرى للشخصية مقتبسة من دراسة (Benet & Waller 1995) كما وردت عند (الأنصاري، ١٩٩٩، ١١٠-١١١):

| العوامل | السمات |
|---|---|
| التكافؤ الإيجابي Positive Valence | بارع، واضح، متفوق، خارق، محترم، غير عادي، مهم، مدهش، مرموق، غريب في مقابل تقليدي، عادي، متوسط غير خارق. |
| التكافؤ السلبي Negative Valence | شرير، مخيف، قاس، خطير، مقرف أو مشمئز، فاسد أو منحل، غدار، مريض عقلياً، منحرف، مكروه. |
| الانفعالية الإيجابية أو الانبساط Positive Emotionality | يقابل هذا العامل بين الثرثار، الاجتماعي، المرح، الفعال، المتحمس، المتعاون، ذو الطاقة، الاندفاع، اللعب، مفعم بالحيوية والنشاط بوصفه قطباً، وبين غريب، وحيد، خجول، منعزل، متحفظ، صامت، هادئ، مكتئب. |
| الانفعالية السلبية أو العصابية Negative Emotionality | يقابل هذا العامل بين قطبين، أولهما: التوفزة، والاكتئاب، والعصبية، وتقلب المزاج، والشعور بالضعف، والقلق، والذنب، والتهيج، والندم، والتوتر. وثانيهما: ذو طاقة، ومفعم بالحيوية، والنشاط ومؤكد لذاته، وهادئ، وغير مشغول، وغير محبط، وغير قلق ذهنياً، ورابط الجأش، ومتزن مزاجياً. |
| يقظة الضمير Concientiousness | يقابل هذا العامل بين قطبين، أولهما: منظم، ومرتب، ومفكر، ومنسق، ودقيق، وأنيق، ومخطط، ومواظب، وحازم، وفعال، ومنطقي، وحذر. وثانيهما: غير مركز، أو شارد الانتباه، ومرتجل، وغير مكترث، وغير منظم، ومندفع. |

| العوامل | السمات |
|---|---|
| الطيبة Agreeableness | يميز هذا العامل الشخص الموثوق به، ومتساهل، ومتعاون، ولطيف، وغير قابل للاستفزاز بسرعة، ولا يحب الجدال، وغير عنصري، في مقابل الشخص المجادل، والقاسي، والمشاجر، والصلب، والوقح، ويحب عمل المقالب، وعنيد، والمتربص للعراك، والنزاع. |
| التقليدي Conventionality | يقابل هذا العامل قطبين، أولهما: غير متذوق للفن، ومتمسك بالتقاليد، وبسيط، ومحافظ، وجامد. وثانيهما: متحضر، ومفكر، وفنان، ومبتكر، ومتخيل، ومخترع، ومجدد، وبارع. |

جدول رقم (٤)

## مفهوم الشخصية السوية (The concept of personal decency):

يتضح لنا من التعريفات السابقة أن الشخصية: هي مصطلح مجرد يرمز إلى أنماط السلوك المميزة التي يتصرف بها الشخص بالنسبة لمواقف الحياة المختلفة، ويمكن القول: إن الشخصية السوية ترمز إلى طرق التصرف التي يتصرف بها الأفراد ليصبحوا سعداء، وأصحاء.

وإذا ما تساءلنا عن شكل الشخصية السوية أو كيف يتصرف الشخص السوي في مواقف الحياة المختلفة نجد أنه من المتعذر وصف الشخصية الصحية أو السوية بكليتها؛ لأننا لا نستطيع أن نصف أي شخصية ككل.

إن ما يميز الشخصية السوية عن الشخصية المضطربة أو المنحرفة ليس هو شكل السلوك أو الأفعال نفسها التي تصدر عن الفرد؛ وإنما وظيفة هذا السلوك أو ما يحققه من أغراض، وأهداف. فالسلوك السوي: هو الذي يحقق مواجهة واقعية للمشكلات أو الصراع، وليس هروباً منها؛ وبمعنى آخر فإن الشخصية السوية المتكاملة: هي التي يتميز سلوكها أنه واقعي بناء، وليس سلوكاً هروبياً هداماً.

وإذا سلمنا أن التكامل: هو أول الشيء لوظيفته، وأن هذه الوظيفة تحددها طبيعة الشيء الذي يؤديه، كان معنى ذلك أن السلوك يُعد متكاملاً أو سوياً أو متكيفاً بمقدار ما يعكسه هذا السلوك من خصائص الإنسان، ومميزاته الطبيعية التي يمتاز بها عن غيره من أعضاء المملكة الحيوانية. (مرسي، ١٩٨٥، ٨١).

## المميزات السلوكية للشخصية السوية:

تتميز الشخصية السوية بالمميزات السلوكية الآتية:

١- **القدرة على التحكم في الذات:** من الواضح أنه كلما نمت عند الفرد القدرة على التفكير الرمزي الموضوعي التي على أساسها يستطيع أن يتنبأ بنتائج الأشياء قبل حدوثها ازدادت قدرته على التحكم في سلوكه عن طريق توقع النتائج التي يمكن أن تترتب عليه في المدى البعيد.

٢- **تحمل المسؤولية، وتقديرها:** يستمد الشخص السوي قدرته على الضبط، والتحكم في سلوكه من تقديره الشخصي للأمور تقديراً مبيناً على موازنة النتائج، وتمحيصها، وكلما زادت القدرة على الضبط الذاتي قلت الحاجة إلى الضبط الصادر من سلطة أخرى خارجية، والشخص السوي: هو الذي يُعد نفسه مسؤولاً عن أعماله، ويتحمل هذه المسؤولية عن طيب خاطر.

٣- **التعاون:** إن اعتماد بعض الناس على بعضهم الآخر، وخاصة في المجتمع المعاصر هو جزء أساسي من حياتهم الاجتماعية. وعلى هذا الأساس يصبح الشخص هو الذي يستطيع أن يحقق هذه الطبيعة الاجتماعية، وهو الذي يعتمد عليه الآخرون، كما أنه يقر في الوقت نفسه بحاجته للآخرين.

٤- **القدرة على الثقة المتبادلة:** إن اعتراف الشخص بحاجته إلى الآخرين يتضمن أيضاً القدرة على تكوين علاقات شخصية وثيقة بهم، أي علاقات مبنية على الثقة المتبادلة، وهذه الصفة الهامة للشخصية السوية هي التي يمكن أن نعبر عنها بالقدرة على المحبة، والود. فالشخص السوي هو الذي يستطيع أن يقيم علاقات مع الآخرين أساسها المحبة، والود، والتفاهم، والثقة المتبادلة.

٥- **الإنسانية:** إن الإنسان مهما كانت حاله فإنه مدين للإنسانية بوجوده، وقدرته على الكلام، والحركة، والتمتع بنتائج العقول، والأفكار التي سبقته، وأثرت في نوع الثقافة التي يعيش فيها. إن الإنسان مدين بكل هذا إلى الإنسانية جمعاء التي لولاها ما كانت حضارته بمظاهرها جميعها، ومن شأن هذا كله أن يجعل على الإنسان واجباً لا

بد أن يؤديه المجتمع الإنساني الكبير إلى جانب مجتمعه الصغير، ولهذا كان من الطبيعي أن نتصور الشخصية السوية المتكاملة أنها تلك التي تسهم في خدمة الإنسانية جمعاء، وأن تفعل ذلك في حدود إمكاناتها.

٦- **الديمقراطية:** إن الشخص السوي: هو الذي يعمل للإنسانية جمعاء، كذلك فإن الشخص السوي: هو الديمقراطي، ففكرة الديمقراطية كفكرة الإنسانية، ترتبط ارتباطاً وثيقاً بمفهوم الشخصية السوية. فالديمقراطية ليست سوى العناية بالآخرين، والاهتمام بهم، ووضع قيمة الإنسان فوق قيمة الأشياء، والسعي إلى إيجاد علاقات مثمرة مع أي قوم من الناس، والعمل على خلق التفاهم، وتبادل الرأي، والمشورة، والمساعدات بينهم، وإن البعد عن هذه الأهداف معناه في الواقع الخوف من الناس، والحد من إمكانية إنشاء الصداقات، كما يعني أيضاً إمكانية السيطرة على الآخرين، وبذلك تتعرض القيم الإنسانية للخطر فتنعدم الثقة بين الناس، وينعدم التعاون.

٧- **مستوى الطموح:** الشخص السوي: هو الذي يضع نصب عينيه مثلاً، ومستويات يسعى للوصول إليها، حتى لو كانت بعض الأحيان بعيدة المنال، ولكي يتحقق هذا يجب أن تكون الأهداف واقعية، وفي إطار إمكانات الفرد حتى لا يتعرض للشعور بالإحباط، والإخفاق، والفشل. (مرسي، ١٩٨٥، ٨٣-٨٤).

## تكامل الشخصية (Integration of personal):

التكامل في الشخصية معناه وجود منظومة متسقة التكوين منسجمة الأجزاء؛ هذه المنظومة تتكون من منظومات فرعية تتفرع بدورها إلى منظومات صغيرة، وتعمل تلك العناصر كلها في تناسق، وانسجام، وتناغم، كاللحن الموسيقي الذي تحسه الأذن بديعاً فإذا ما شذت آلة من آلاته عن الرقم كان اللحن نشاز.

هكذا في الشخصية إذا خرجت منظومة من منظوماتها عن السياق كان الخلل، والتفسخ، والانحلال.

ولكي يتحقق تكامل الشخصية، لا بد أن تتسق أربع منظومات، هي:

أ- المنظومة البيوفسيولوجية (Bio- Physiologucal System):

وهي المنظومة التي تتكون أساساً من الأجهزة المختلفة لجسم الإنسان بأنسجته، وخلاياه، وكذلك المنظومة الفرعية الخاصة بالغدد الصماء، حيث تتكامل المنظومتان البيولوجية، والفسيولوجية في منظومة واحدة، والخلل في تكامل وظائف تلك المنظومة بشقيها: البيولوجي، والفسيولوجي يؤدي بالضرورة إلى الأمراض العضوية التي تؤدي بدورها إلى خلل في السلوك، ومن ثم اضطراب الشخصية.

ب- المنظومة العقلية (Mental System):

وهي الوظائف والأنشطة الخاصة جميعها بكل من العمليات المعرفية: كالذكاء، والإدراك، والتذكر، والتخيل، والتفكير. والعمليات الوجدانية: كالميول، والاتجاهات، والقيم. والعمليات النفس حركية: التي تتمثل في مهارات الكتابة، والعزف، والرسم، والجراحة، والفك، والتركيب. وهذه المنظومة العقلية لها دورها الفاعل في منظومات الشخصية الأخرى، وخاصة العمليات المعرفية.

ت- المنظومة الانفعالية (Emotional System):

هذه المنظومة تبدأ عملها في العام الثاني من الميلاد متواكبة مع المنظومة العقلية، وتالية المنظومة البيولوجية، والفيزيولوجية. وتظهر هذه المنظومة في مواقف النظام، والتدريب على النظافة، وما يصاحبها من إحباطات متلاحقة للطفل، ثم تبدأ انفعالات الطفل في التعبير عن نفسها في أشكال متباينة، منها:

الغضب، والخوف، والغيرة، والحب، والكراهية. وكلها انفعالات عبارة عن استجابات مسيطر عليها من جانب الفرد؛ كرد فعل لعوائق تواجهه، وتمنعه من إشباع حاجاته الفسيولوجية، أو النفسية، أو الاجتماعية.

ث-المنظومة الاجتماعية (Social System):

ويقصد بها العوامل، والمؤثرات جميعها التي تحيط بالفرد منذ ميلاده، التي تتمثل في محاولات الأسرة تطبيع أفرادها. ويشارك في التطبيع وسائل التربية بأشكالها النظامية: كالمدارس، والمعاهد، والجامعات. وغير النظامية: كوسائل الإعلام، والتدريب المهني، والنوادي....الخ. وهذه المنظومة: هي الأساس في جانب كبير للمنظومة العقلية التي تتكون بمساعدة المخ من خلال المثيرات، والمؤثرات الثقافية، والاجتماعية، وأيضاً هي الأساس في المنظومة الانفعالية التي تمثلها مجموعة الانفعالات، والعواطف التي تتشكل هي الأخرى من خلال المنظومة الثقافية الاجتماعية. (الطيب والبهاص، ٢٠٠٩، ٣٠-٣٤).


وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

# الفصل الثالث

# التكيُّف

# Adaptation

Damascus University

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

# الفصل الثالث

## التكيف

### معنى التكيف (Adaptation):

الإنسان كفرد يواجه منذ الولادة مجموعة من المتطلبات التي تفرضها حاجاته، ودوافعه الداخلية، والبيئة الخارجية بشقيها المادي، والاجتماعي. وفي أحيان كثيرة قد لا يكون من السهل على الإنسان إشباع دوافعه بالصورة المثلى، ويعيش صراعات نفسية مختلفة، منها ما هو قابل للحل، ومنها ما هو صعب على الحل.

وقد تفرض البيئة على الإنسان بما يمتلكه من استعدادات، وقدرات، ومهمات، ومطالب تبدو غير قابلة للحل بالنسبة له، أو أن الحاجات، والدوافع الداخلية تقع في تناقض مع مطالب البيئة الخارجية، ومهماتها.

وفي كل الأحوال، فإن السعي نحو الدوافع، والحاجات الفطرية، والثانوية، وإشباعها أو تأجيل ما لا يمكن إشباعه في الوقت الراهن، وتعديل أسلوب الإشباع، والتأثير في البيئة من خلال التدخل فيها، وتعديلها بما يتناسب، وحاجات الإنسان، والتوفيق بين مطالبها، ومطالب الدوافع، والحاجات الفردية عبارة عن عملية يطلق عليها في علم النفس عملية التكيف. (رضوان، ٢٠٠٩، ٧٢).

هناك فرق بين التكيف، والتلاؤم، أما الأول: فهو مجموع الردود التي يعدل فيها الفرد سلوكه أو بنائه النفسي ليستجيب للتغيرات في محيطه سواء الطبيعي أو الاجتماعي، أما الثاني، فهو عملية التغير وفقاً للظروف التي تحيط بالعضوية أو تبعاً للمتطلبات البيئية الطبيعية. (www.stqou.com)

والتكيف مفهوم أساساً من علم البيولوجيا، وهو يشير إلى أن الكائن الحي يحاول أن يوائم بين نفسه، والعالم الذي يعيش فيه، محاولةً منه من أجل البقاء. وقد استعار علم النفس هذا المفهوم البيولوجي للتكيف الذي يغلب أن يشير إليه علماء البيولوجيا

بمصطلح "التلاؤم" Adaptation، واستخدمه في مجال السلوك، والسلوك الاجتماعي تحت مصطلح التكيف أو التوافق " Adjustment ".

فالإنسان يتلاءم مع البيئة الطبيعية، ويستطيع أن يتلاءم مع الظروف الاجتماعية والنفسية التي تحيط به، وتتطلب منه باستمرار أن يقوم بمواءمات بينها، وبينه. وظروف الحياة نفسها تدفعه إلى هذا التكيف، ويساعد على ذلك ما لدى الفرد من ذكاء، ومرونة، وقدرة على التطبع الاجتماعي.

ويعد التكيف خطوة أبعد من المواءمة "Accommodation" على طريق التوافق سواء في المجال البيولوجي أو الاجتماعي أو النفسي، وهي تمثل تغيراً في البناء (أو السلوك) لمواجهة متطلبات البيئة؛ الأمر الذي يستدعي تفرقته عن المواءمة، والتوافق.

ويعني التكيف في التحليل النفسي قدرة الأنا على التوفيق بين الدفعات الغريزية الصادرة عن الهو، والعالم الخارجي، والأنا الأعلى، وذلك عبر اختبار الواقع " Test Reality" فكأن التكيف، والحالة هذه هو إحدى وظائف الأنا الذي يؤدي ضعفه مع وجود أنا أعلى صارم إلى سوء تكيف "Malad Adaption" في اتجاه المرض النفسي، وهو ما تبين نتائجه تبعاً لطبيعة المكبوت، والقوى الكابتة في متصل من الأمراض النفسية إلى أشد الأمراض العقلية استفحالاً، كما أن غلبة الهو، والإشباع الفعلي للرغبات المناهضة لنسق القيم يشير إلى الانحرافات بعامة.

ويرى جمهرة من علماء النفس (السلوكيون) أن التكيف يعني انصياع الكائن الحي للشروط التي يفرضها التعلم -على سبيل المثال- مع استبعاد السلوك التمهيدي غير الضروري. وهم يرون أن زمن التكيف"Adaptation Time"، إنما هو تلك اللحظة التي تستقر بعدها الاستجابة به دون تغير.

ومن الجدير بالذكر أن المصطلح قد استعاره علماء النفس من علم الأحياء إذ يعني هناك أي "تغير في البناء أو الوظيفة أو الشكل في النبات أو الحيوان _ في بضعة أجيال _ يزيد على الحياة في بيئته". (طه وآخرون، ١٩٩٣، ١٤٤)

ويشير مصطلح التكيف في اللغة، إلى كلمة تعني التآلف، والتقارب، فهي نقيض التخلف، والتنافر أو التصادم. (بطرس، ٢٠٠٨)

كما يرى بعض العلماء أن التوافق هو تكيف الشخص ببيئته الاجتماعية في مجال مشكلات حياته مع الآخرين التي ترجع لعلاقاته بأسرته، ومجتمعه، ومعايير بيئته الاقتصادية، والخلقية. (موسوعة علم النفس، ٢٠٠٠، ١٢٢)

فيما يعرفه (فهمي، ١٩٧٨) كما أشار إليه "بطرس" في كتابه: بأنه العملية الديناميكية المستمرة التي يهدف بها الشخص إلى أن يغير سلوكه ليحدث علاقة أكثر توافقاً بينه، وبين بيئته.

أما (الرفاعي، ٢٠٠٣) يعرف عملية التكيف أنها مجموعة ردود الفعل التي يعدل بها الفرد بناءه النفسي أو سلوكه ليستجيب لشروط محيطية محدودة أو خبرة جديدة. (الرفاعي، ٢٠٠٣، ٣١).

ويذكر ( الهاشمي، ١٩٨٦) التكيف في الدراسات النفسية، فيقول: هو تلك العملية المتفاعلة والمستمرة "ديناميكية" يمارسها الفرد الإنساني شعورياً أو لا شعورياً، التي تهدف إلى تغيير السلوك ليصبح أكثر توافقاً مع بيئته، ومع متطلبات دوافعه.

ويعرض (رضوان، ٢٠٠٩) في كتابه الصحة النفسية مجموعة تعريفات للتكيف، وهي:

- التكيف يعني فيما يعنيه التعديل والتغيير والسعي نحوهما. والتعديل، والتغيير يشتملان سواء على التعديل والتغيير الداخلي للفرد أو الخارجي. وتشترط هذه العملية السلوك الفاعل المؤثر للفرد، كونه المعني بالدرجة الأولى بعملية التكيف.
- كما يعني التكيف التعامل مع المشكلات، سواء كانت نابعة من الداخل أم من الخارج وعندما يتم التعامل مع المشكلات بنجاح، فإننا نتحدث عن التكيف الناجح. أما إذا لم يتم التعامل مع المشكلات بنجاح، أي قادت إلى مزيد من التعقيد وانعكست بشكل سلبي على الفرد يحول دون تحقيق أهدافه، فإننا نتحدث عن سوء التكيف.

- ويعني التكيف المواجهة الفاعلة مع المواقف المختلفة، وبشكل خاص المرهقة منها. فكل فرد يمتلك ذخيرة من الموارد أو الاستراتيجيات التي اكتسبها في مجرى حياته، يواجه من خلالها المشكلات، والإرهاقات التي تعترض طريقه. وهناك موارد فاعلة تقود لحلول ناجحة، وموارد غير فاعلة تقود للمرض، والأزمات النفسية، أو تزيدها سوءاً.
- التكيف يعني القدرة على ضبط المواقف، والمتطلبات الداخلية، والخارجية.
- يعني التكيف، والدفاع ضد المصادر الداخلية للضغط، والمشكلات، وضد المصادر الخارجية، والتكيف الناجح هنا هو الاستخدام الفاعل لآليات الدفاع الأولية الناضجة، والتكيف غير الناجح يحدث من خلال الاستخدام المكثف لآليات الدفاع غير الناضجة أو المرضية.
- يعني التكيف القدرة على مواجهة الأزمات، والتغلب على عواقبها السلبية، والسيطرة على نتائجها، والتقليل من تأثيرها.
- ويعني التكيف أيضاً، القدرة على مواجهة الصراعات الداخلية بين الدوافع الداخلية والخارجية؛ أي بين الدوافع، ومقتضيات الواقع الخارجي، والصراعات الخارجية، أي بين مقتضيات مرتبطة بالظروف الموضوعية، والقدرة على إيجاد الحلول، أو التأجيل، وإيجاد نوع من التوازن بين الضرورات، والمحظورات.
- التكيف: يعني القدرة على حل المشكلات التي تواجه الإنسان. والتكيف الناجح يقود إلى حل فاعل للمشكلة، في حين أن التكيف الفاشل يقود لإيجاد حل غير فاعل للمشكلة.
- التكيف: يعني القدرة على إيجاد البدائل السلوكية، والمرونة في ترك البدائل غير الفاعلة، واختيار البدائل الجديدة الفاعلة.
- التكيف: يعني القدرة على تقبل الجديد، والتعامل معه، وامتلاك الشجاعة في أن يعيش الإنسان خبرات حياتية جديدة، غير مألوفة بالنسبة لخبرته الراهنة، وانتقاء المفيد الفاعل بالنسبة له، وترك الضار المؤذي له.

- التكيف يعين التفاؤل الوظيفي، وبناء تصورات موضوعية حول الماضي، والحاضر، والمستقبل.
- التكيف: يعني الرجاء أو الأمل الوظيفي الفاعل بأن الأحداث ستكون نحو الأفضل، والثقة بأن الإنسان نفسه قادر على الإسهام في التطور، والتحسين، والتأثير في الأحداث.
- التكيف: يعني القدرة على إيجاد نهاية نفسية لكل مرحلة من مراحل الحياة، وإعطاء كل مرحلة من المراحل حقها.
- التكيف يعني القدرة على إعادة التوجه عندما تصل الأمور بالإنسان إلى طريق يكاد يكون مسدوداً.
- التكيف يعني القدرة على البدء من جديد، وترك ما لم يتم انجازه من الماضي بأهداف جديدة. (رضوان، ٢٠٠٩، ٧٣-٧٤).

وأخيراً، يرى وايت (Weit , 1974) أن التكيف يمتد من أبسط أشكال التعامل مع المشكلة إلى أشدها تعقيداً. ويرى بعض الباحثين أنه يمكن التفريق بين مفاهيم التكيف، والمواجهة، والدفاع .... الخ، حيث يعدون التكيف عبارة عن التغير الذي يحصل للفرد من الداخل دون حصول أية تعديلات أو تغييرات في المحيط. أما السيطرة Control، فتعني التغيير في المحيط دون حدوث أية تعديلات في الفرد. في حين أن الدفاع يعني عدم حدوث أي تغيير في الشخص أو في المحيط. بحيث تظل العلاقة بين الشخص، ومحيطه مضطربة. أما المواجهة Coping، فتعني حدوث تغيرات في الشخص ومحيطه، ومن ثم يحدث نوع من التوازن في هذه العلاقة. ولا يفرق "لازاروس" بين المواجهة، والدفاع. ويُعد أن الدفاع نوعٌ من عمليات المواجهة. (رضوان، ٢٠٠٩، ٧٥)

## أولاً: أنواع التَّكيُّف "أبعاد التَّكيُّف" (Types of adaptation):

١. التَّكيُّف الذَّاتي self adaptive:

ويقصد به قدرة المرء على التَّوفيق بين دوافعه، وأدواره الاجتماعية المتصارعة مع هذه الدَّوافع لإرضاء الجميع بشكل مناسب في وقت واحد حتَّى يخلو من الصِّراع الدَّاخلي. وهناك عوامل تساعد الفرد على حسم مشاكله للتَّخلُّص سريعاً من صراعاته الدَّاخليَّة، ومن هذه العوامل:

- ✓ أن يعتنق الفرد مبادئ وقيماً معيَّنة تكون هادية له في حياته، وتساعده على حسم المواقف التي تواجهه دون تردُّد. /فلسفة ذاتيَّة – دين – أخلاق/.
- ✓ أن يكون هناك توافق، وتكامل بين وظائفه النَّفسيَّة المختلفة.
- ✓ أن يكون قادراً على مواجهة أزماته النَّفسيَّة العاديَّة، وقادراً على مواجهتها.
- ✓ ويُعد التَّكيُّف الذَّاتي أساس تكامل الشَّخصيَّة، واستقرارها، أمَّا إذا عجز الفرد عن حل مشكلاته، ومواجهة صراعاته، وإشباع دوافعه فإنَّه يصل إلى درجة العجز عن تحقيق التَّكيُّف النَّفسي. (جبل، ٢٠٠٠، ٦٧).

بذلك نجد أن العجز عن تحقيق التكيف الذاتي يجعل الفرد في صراعات نفسية مستمرة تمتص جزءاً كبيراً من طاقته لحل هذه الصراعات (الهابط، ٢٠٠٣،١٤٣)؛ لذا فإن الفرد العاجز عن التكيف الذاتي عرضة للتعب الجسمي، والنفسي لأقل جهد يبذله كما إنه نافذ الصبر، سريع الغضب؛ مما يؤدي لسوء تكيفه الاجتماعي الذي سيتم توضيحه.

٢.التَّكيُّف الاجتماعي social adaptive:

وهذا يعني تكيُّف الفرد مع بيئته الخارجيَّة (ماديَّة واجتماعيَّة). والمقصود بالبيئة الماديَّة: هو كل ما يحيط بنا من عوامل ماديَّة: كالطَّقس، والجبال، والأبنية، والأجهزة، والآلات. أمَّا البيئة الاجتماعية، فيقصد بها كل ما يسود المجتمع من قيم، وعادات، وتقاليد، ودين، وعلاقات، ونظم اقتصاديَّة، وسياسيَّة، وتعليميَّة.

ولمّـا كانت هذه البيئـة متغيُّـرة، يثيـر تغيُّـرها مشكـلات تحتـاج من الإنسان التّـفكير، والمواجهة، وتعرّضه للانفعالات، والقلق، وتتطلّـب منه تعديل بعض سلوكيّـاته، لهذا كان لابدَّ من تعاون الوظائف المختلفة، وتقويتها لمقاومة هذه التّغيُّـرات، والتّـكيُّـف معها. (جبل، ٢٠٠٠، ٦٨ – ٦٩)

كما أن العلاقة وثيقة بين الفرد، وبيئته، وإن التكيف الذاتي والاجتماعي شرطان أساسيان للصحة النفسية، ولا يتأتى ذلك التكيف إلا إذا سلك الإنسان السبل المشروعة التي تجعله راضياً عن نفسه، كما تجعل مجتمعه راضياً عنه سعيداً به، وبذلك يتوقف نجاح الفرد في التكيف الاجتماعي على قدرته على تكوين علاقات اجتماعية مرضية له، وللغير في آن واحد، علاقات أساسها الحب، والتسامح، والإيثار لا يشوبها الشك أو العدوان أو الاتكال على الغير أو عدم الاهتمام بمشاعر الآخرين. (الهابط، ٢٠٠٣، ٣٦)

٣. التّـكيُّـف البيولوجي biological adaptive:

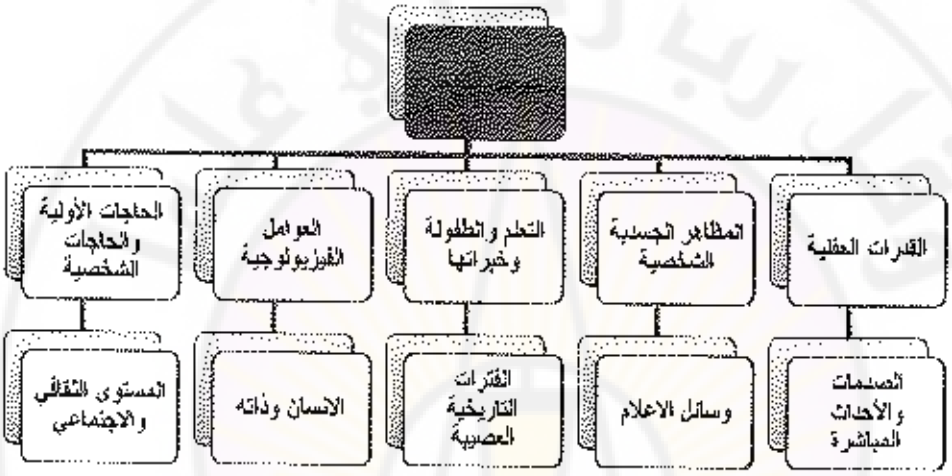
وهو تغيُّـر آلي يطرأ على الجسم من دون علم أو إرادة معه، كتغيُّـر لون الحرباء بشكل متوافق مع لون المكان الذي تعيش فيه، ويحدث عند استئصال إحدى الكليتين من تضخُّـم الكلية الأخرى، وازدياد نشاطها، وزيادة إفراز الغدّة اللّـعابيّـة عند تناول الطّـعام. (جبل، ٢٠٠٠، ٧٢).

وتوجد تصنيفات أخرى لأنواع التّـكيُّـف: كالتّـكيُّـف المدرسي، والمهني، وغيرها، إلاّ أنّـنا اقتصرنا على هذه الأنواع كونها أساسيّـة للأنواع الأخرى من التّـكيُّـف.

## ثانياً: عوامل التكيف factors of adaptive:

حين يصبح التكيف موضوع بحث لمعرفة ما أدى به إلى أن يكون سيئاً، أو لمعرفة ما ساعد فيه على أن يكون حسناً، يغدو من اللازم تقصي العوامل المتداخلة في الأشكال التي يأخذها سلوك الفرد في عملية التكيف. بين هذه العوامل ما يأتي من الظروف المحيطة، وبينها ما يكون في بنية الشخص. وبينها ما يعود إلى الماضي،

والآخر يأتي مع الحاضر، ثم إن بينها ما يكون متصلاً بالمستقبل، كما يريد الشخص أو يتوقعه. وفي كل من الحالات تتنوع العوامل، وتتعدد، ولكن ذلك لا يعني أن كل العوامل المحتملة موجودة في كل حالة من حالات التكيف. والأصح القول: إن عدداً من العوامل موجود، ويجب البحث عن طريق فحص مجالات العوامل المحتملة كلها، إنه من الممكن وضع العوامل كلها في الفئات الآتية:




١ ــ الحاجات الأولية، والحاجات الشخصية:

:(primary needs & Personal needs)

تشير الحاجات الأولية إلى تلك الحاجات الأساسية في حياة العضوية، وبقائها، وبقاء النوع، مثل: الحاجة إلى الغذاء، والحاجة إلى الشراب، والحاجة إلى الراحة، وحاجة الجنس. يكون الحديث أحياناً عن هذه الحاجات بكلمة "الدوافع الأولية"، وليس للفرد غنى عنها من حيث هو عضوية تعيش، وتنمو، وتتكاثر.

أما "الحاجات الشخصية" التي يطلق عليها أحياناً اسم "الحاجات النفسية الاجتماعية" أو "الدوافع الثانوية"، مثل: الحاجة إلى المحبة، والحاجة إلى النجاح، والحاجة إلى الاعتبار، والتقدير، فإشباعها ذو مكانة هامة كذلك في عملية التكيف. فإذا لم تنل الحاجات أو الدوافع الأولية، والحاجات أو الدوافع الشخصية قدراً كافياً من الإشباع غدا

الشخص ميداناً لحالة من التوتر. ومع الزيادة في التوتر تأتي الزيادة؛ أي الخلل داخل الاتزان الانفعالي، ويلي ذلك أن تضعف قدرة الشخص على الوصول إلى التكيف الحسن.

قد يجوع الشخص، وقد يتحمل أول الأمر، ولكن شدة الجوع المرافقة مع وجود ما يعوق تناول الطعام تثير ضيقاً لديه. وكثيراً ما تظهر لديه أشكال من السلوك العدواني بنتيجة ذلك. ثم إن فقد الاعتبار الاجتماعي كثيراً ما يدفع من يعانيه إلى العدوان من أجل تأكيد ذاته وتوجيه الانتباه الاجتماعي نحوه أو لربما يعاني الشخص نوعاً من الاضطراب النفسي. ومثال ذلك: الطفل المهمل من والديه الذي يفتقر إلى الحنان، والمحبة: إنه قد ينضم إلى عصبة من الأشرار أو قد يفزوي ليعيش منعزلاً، ومكتئباً، وليغوص تدريجياً في بحور من الصعوبات، والمشكلات النفسية. ومن مثل هذه الحالات يكون القول: إن الإنسان يحافظ بعملية التكيف على التوازن بين مختلف حاجاته.

**٢- العوامل الفيزيولوجية (Physiological factors):**

تضم العوامل الفيزيولوجية فئة كبيرة من العوامل التي تعود إلى بنية الجسم، وما يحمله الفرد معه منذ تكونه، وما يناله من حالات طارئة أو عارضة.

بين هذه العوامل جاءته وراثة عن طريق والديه، ويشمل ذلك الوراثة العامة من طرف والخاصة من طرف آخر، وهي التي توجد في بعض الحالات، وتحمل آثار حالات المرضية، يمكن أن تنقل إلى الأولاد. وإذا لم يكن من اليسير الوصول إلى تحديد كامل، وشامل لأثار الوراثة في سلوك الفرد، فإن ذلك لا يسمح بإغفال آثارها. ويتغير بتأثير ما يحدث عند الشخص من تعلم، فإنه يتغير مع تغير الظروف المحيطة، ويتغير بتأثير ما يحدث عند الشخص من تعلم، فإنه يتغير كذلك من الخصائص الفيزيولوجية العاملة داخل الشخص التي يكون بعضها على الأقل متأثراً بالوراثة.

وبين العوامل الفيزيولوجية المتدخلة في التكيف ما يعود على الغدد ذات الإفراز الداخلي التي تعمل في نمو الفرد، وحساسيته، وتطور مزاجه. وبين هذه العوامل كذلك

ما يعود على نشاط الجسم وتعبه مما يغلب عليه أو مما يكون طارئاً. ثم أن بينها ما يعود إلى صدمات أو إصابات تنال الرأس، وما يضمه أو تنال جهازاً من أجهزة الجسم المتعددة. ولعل من اللازم الإشارة هنا إلى ما يحتمل أن ينال الجنين من إصابة أو مرض مما تبقى آثاره إلى فترة الحياة بعد الولادة، وإلى ما يصيب الأطفال في مطلع حياتهم من أمراض تبقى آثارها في السمع أو البصر أو الجهاز العصبي أو العضلي أو غير ذلك.

**٣ – المظاهر الجسدية الشخصية (Aspects of personal physical):**

تشير فئة العوامل الجسدية هذه إلى وضع جسم الإنسان الظاهر مما يمكن أن يكون خارجاً عن المألوف أو مما يكشف عن وجود إعاقة. إن أوضاعاً من هذا النوع كثيراً ما تترك آثار خاصة في تكوين صعوبات تعترض سبيل التكيف السوي للشخص، فالقصر المفرط لدى الشخص عاملاً أساسياً في سوء تكيفه، وقد يكون وجهه وما فيه من قبح، وكدمات سبباً في اضطرابات مؤذية يمر بها. ويضاف إلى ذلك أن وجود إعاقة جسدية لدى الشخص قد يكون عاملاً قوياً وراء سوء التكيف.

على أننا يجب أن ننتبه إلى أن العامل الذي نذكره هنا لا يعمل دائما بصورة مباشرة لأن العامل المباشر هو إدراك الإنسان ما يحب الآخرون، وما يكرهون، وإدراكه عدم وجود ذلك لديه وفق رغبات الآخرين، وما يؤثرون.

فالشاب الذي يكون القصر المفرط أو البدانة الزائدة صفة لجسمه يدرك أن ذلك ليس مما يؤثره الناس، وأن ذلك قد يكون مصدر فشله في منافسة اجتماعية، ويكون في ذلك إمكان شعور بالنقص، وإثارة لاضطرابات في التكيف. ومثل ذلك وجود إعاقة في الظهر أو الرجلين أو البصر أو السمع.

**٤ – التعلم، وخبرات الطفولة (Learning and experiences of childhood):**

تعد مرحلة الطفولة من أهم مراحل حياة الإنسان من حيث تكون القدرات، والعناصر الشخصية، وأنماط السلوك، والمركبات المختلفة. لا ترجع هذه الأهمية إلى سرعة النمو عند الطفل، ومكانة التعلم في تطوره، وميل استعداداته إلى التفتح، والنضج

فحسب، بل ترجع كذلك إلى عمق تأثره بما يمس أمنه، وسلامته، وشدة ارتباطه بأولئك الذين ينشأ بينهم في الأسرة، كما ترجع إلى المستوى الذي يمر به من حيث نموه العقلي. إن مرحلة الطفولة هي مرحلة تكون اللغة، وتكون العادات الأولى، وأنماط السلوك المتعلم التي ينتظر أن تبقى مستقرة على حالها إلى حد بعيد. وهي مرحلة تسيطر فيها الحاجات بأشكالها المختلفة، كما يغلب فيها الاعتماد على الآخرين حتى في تلك المراحل الفرعية التي يظهر فيها أن ميل الطفل إلى الاعتماد على نفسه هو الأساس.

وفي مراحل التكون الطويلة هذه يمر الطفل بخبرات مختلفة: بعضها يتشابه فيه مع الكثير مما يمر به غيره، وبعضها خاص، وتتفاعل الأولى مع الثانية، وتتفاعل كلها مع شروط محيطه لتكون شخصاً فريداً يحمل آثار محبة الوالدين السمحة أحياناً، ويحمل آثار خوف مفاجئ مر به من أيام الطفولة، أحياناً أخرى. وهو كذلك يحمل آثار الاكتفاء أحياناً، وآثار الحرمان أحياناً أخرى.

إنه قد مر بأشكال تعلم تم تعزيزه، وبخبرات خاصة متنوعة، وتكون هذه كلها قاعدته الرئيسة حين يمر في شبابه على ظروف تدعوه على التكيف؛ لهذا نرى نزوعاً عند من يعمل في علاج حالات سوء التكيف لأن يبحث أولاً عن حياة الطفولة، والخبرات السابقة لدى من يعالجه، وميلاً عند بعض العاملين في هذا الميدان، لأن يفسروا الاضطراب النفسي في حالات كثيرة على أنه سلوك متعلم؛ ولهذا أيضاً نرى التوجيهات التي تستهدف الوقاية تلح على نواحي تربية الطفل في سنيّ حياته الأولى، وكثيراً ما تمتد هذه التوجيهات إلى حياة الجنين حين يوجد من يرشد الأم إلى الأوضاع النفسية، والجسدية المناسبة لحسن نمو جنينها.

**٥- القدرات العقلية (mental abilities):**

يتفاوت الأفراد في مستوى ذكائهم، كما يتفاوتون في عدد من نواحي القدرات الخاصة لديهم. إن أكثرية الأفراد تميل نحو المتوسط. ولكن هناك نسبة مئوية ضعيفة ممن يقعون في كل من جانبي التطرف. هنا نجد قلة ممن يبلغ حاصل ذكائهم ١٤٠ فما

فوق (باعتبار حاصل ذكاء المتوسط ١٠٠) وقلة ممن يكون حاصل ذكائهم ٧٠ فما دون. إن كلاً من هؤلاء يواجه المدرسة بمشكلة. والمشكلة ليست مشكلة تعليم فحسب؛ بل هي كذلك مشكلة الصحة النفسية. إن التفاوت بين المنهاج، وموضوعاته، ووسائله من جهة، وقدرات التلميذ، من جهة أخرى ميدان واسع لعدد من حالات سوء التكيف. فالإحباط الذي يحدث لدى التلميذ بعد مجابهته بمهمات تعليمية تفوق في صعوبتها مستوى قدراته أمر مؤلم، ومن المحتمل فيه أن يكون مصدراً لأشكال أخرى من سوء التكيف يكون من بينها العدوان، والانعزال، والعادات الاجتماعية غير المناسبة.

وثمة صعوبات في التكيف يعانيها كذلك صاحب الذكاء المرتفع، أنه يجد نفسه أمام مناهج، وموضوعات، ووسائل تقل في مستواها عما تستطيع طاقاته إنجازها، وذلك حين تكون هذه كلها موضوعة للمتوسط، ومن هنا تنشأ لديه أحياناً حالات مزعجة، مثل: الضيق، والملل، وعادات الدراسة غير المناسبة، والتوتر الانفعالي. وكثيراً ما يصبح طفل من هذا النوع مصدر إزعاج للآخرين في المدرسة، ومصدر إزعاج لأسرته. ويحدث أحياناً أن يقوده وضعه إلى بعض التطرف في التصرف، ويدلل بذلك على تأثره باضطراب بدأت آثاره تشتد عمقاً.

ثم إن هناك حالات خاصة يجب ذكرها، وهي حالات الضعف الخاص في واحد أو أكثر من موضوعات الدراسة. إنها، مثلاً: حالات الضعف في اللغة، أو في الرياضيات، أو في العلوم. إن دراسة حالات الضعف هذه تعود بها إلى عدد متنوع من العوامل قد يكون من بينها الضعف في القدرة. وحين لا تستطيع المدرسة مواجهة هذا الضعف بما يجب، يصبح التقصير الظاهر في اللغة أو في الرياضيات ميداناً لكثير من الإحباط، وكثيراً ما تتنوع نتائجه.

**٦ – المستوى الاجتماعي، والثقافي (Level of social and cultural):**

يغلب في المجتمعات الديمقراطية وجود فئات اجتماعية ثقافية، وذلك بتأثير من شروط الماضي، وثقافة الحاضر، والدخل اليومي، ونوع المهنة، والهجرات بين البلدان المختلفة .....الخ. فإذا أخذنا الفئات أو الطبقات الاجتماعية كما هي موجودة في واقع

بعض المجتمعات، فإننا نجد أن انتماء الفرد إلى فئة أو طبقة يجر معه الأخذ بعدد من المظاهر السلوكية الغالبة فيها، والتقيد بمجموعة من القيم، وأنماط السلوك التي تسودها. وقد يكون هذا الوضع نفسه عاملاً في سوء التكيف لدى الفرد حين يجتمع مع أفراد فئة أخرى أو حين يسعى إلى الخروج من طبقة إلى أخرى من دون أن تكون لديه الشروط الكافية، واللازمة لذلك.

لقد أكدت دراسات اجتماعية نفسية عديدة غلبة مجموعة من القيم الخاصة لدى فئة من العمال، وغلبة مجموعة أخرى لدى فئة ثانية من العمال من مستوى آخر من حيث الدخل، والثقافة. وأكدت كذلك وجود اختلاف بين الطريقة التي يعبر بها عن غضبهم، وعدوانهم أبناء فئة كادحة ذات دخل قليل، والطريقة التي يعبر بها عن الغضب، والعدوان أبناء فئة أخرى من مهارة مهنية عالية، ودخل حسن. فاستعمال القوة الجسدية يغلب في الحالة الأولى بينما تغلب في الحالة الثانية القوة الفكرية والمعنوية. كذلك تختلف طريقة الدفاع عن الذات بين الفريقين بحيث تغلب الوسائل الجسدية المادية على الأول، ويغلب استعمال الفكر، والمحاكمة عند الثاني. وواقع الحال أن اتصال أبناء المهنة الواحدة، أو المهن المتقاربة مع بعضهم كثيراً ما يقود إلى أوجه اتفاق في أنماط من السلوك، ومجموعة من القيم الأخلاقية والاجتماعية التي تتأثر بإطار تلك المهن أو تلك المجموعة، ويكون الانتقال من إطار إلى آخر دون إعداد كاف أمراً محاطاً بأخطار تشوه أشكال من سوء التكيف. ولو أخذنا أمثلة من الخجل أو العدوان في مراحل الطفولة، كما تظهر في المدرسة، لوجدنا هذا العامل الاجتماعي واضحاً بين العوامل المختلفة التي تقف وراء مثل هذه الظاهرة.

**٧- الإنسان، وذاته (The human and her self):**

كثيرا ما يطرح سؤال من النوع الآتي: لماذا يقضي إنسان معظم حياته ساعياً وراء كنز من المال، ويقضي إنسان آخر هذه الحياة ساعياً وراء المكانة الاجتماعية، والشهرة، والزعامة؟ هل القضية عائدة إلى وجود دافع أم هي شيء آخر ؟ويكون بين

الإجابات التي تقدم قول ما يأتي: إن كلا الشخصين نشط، وفاعل، ولكن لكل منهما تكوينٌ شخصيٌ لذاته، وهو يعمل لتحقيق ما يقع في صلب ذاته.

إن مفهوم "الذات" في هذه الإجابة ليس مفهوماً تسهل الإحاطة به بسرعة. ولكن ما يجعل الأمر يسيراً بعض الشيء الوقوف عند الأقوال التي يذكرها الأشخاص عن أنفسهم وذواتهم. يقول شخص ما إنه راض عن ذاته، ويعترف آخر إنه يجهل ذاته، وأنه على غير متيقن في إدراكه لها. ويذكر ثالث: إن الآخرين لا يفهمون ما تنطوي عليه ذاته في أعماقها، وإن تقديرهم له منخفض عن تقديره هو لذاته.

لقد جعل مفهوم الذات أساساً في أكثر من اتجاه في فهم طبيعة الشخصية، ومعالجة الاضطراب الذي يمكن أن ينطوي عليه. وكان في جملة ما وضع أساسا في فهم جوانب الذات ما يلي: إدراك الذات، وتقدير الذات، والموقف من الذات، والنقد الذاتي. وتتداخل هذه الجوانب الأربعة وتتفاعل في تكوين ما يسمى "الذات" وتحتل كلها مكانة مهمة في تكيف الإنسان مع شروط حياته. ومن الممكن إبراز هذه الجوانب بشكل مختصر بالوقوف عند جهات ثلاث يبدو من خلالها موقف الإنسان من ذاته كما تبدو مكانتها في تصرفه.

تشير مكانة الجهة الأولى إلى مكانة معرفة الإنسان بقدراته، وإمكاناته من حسن تكيفه. فالآمال، والتمنيات كثيراً ما تسمو بالطموح الفردي إلى أعلى مما تستطيع الكفايات الشخصية. فإن لم يحكم الإنسان معرفته بنفسه في حالات من هذا النوع، فقد يقوده الطموح إلى الكثير من المواقف التي يصعب عليه فيها التكيف الحسن، ويعمل فيها الإحباط بالتالي على إيجاد اضطراب نفسي قد يكون شديداً، ومؤلماً.

٨- الفترات التاريخية العصيبة (Difficult historical periods):

تمر المجتمعات الإنسانية بفترات في تاريخها تكون صفتها الغالبة الاضطراب، والفوضى، وانعدام الأمن. وينعكس ذلك في نفوس الأفراد على أشكال من القلق، والصراع. كثيراً ما تشتد، وتتعقد لتصبح مصدر شذوذ يظهر عند بعض الأفراد، ويصيب الآخرين من الكثير من الضرر، والأذى. والحروب الأخيرة التي مرت بها

عدة مجتمعات أوربية وأميركية وآسيوية عديدة، خير ميدان للأمثلة على ذلك. والفترات التي تلت هذه الحروب مليئة بالأمثلة على أشكال متنوعة من الجنوح، والعدوان، والحالات العصبية.

على أن هناك فترات أخرى لا يغلب الحرب فيها أو الاضطراب، ولكن يمكن أن تكون مع ذلك مصدراً لسوء التكيف. ونحن نعني بهذه الفترات ما نمر به في وقتنا الحاضر من سرعة في تغير الشروط المحيطة تغيراً لا يجاريه في السرعة ما يتم من تغير في الاعتياد، والتعلم. وإذا كنا نقول: إن تغير شروط الحياة الحديثة بالنسبة لكبير السن الذي لا يستطيع أن يسايرها هو سبب سوء تكيفه معها، وتعاسته، فإن هذا القول يصبح صادقاً بحق الطفل، والحدث، والراشد حين يكون تغير شروط الحياة حولهم أسرع من تعلمهم. إن عزوف عدد من كبار السن عن شروط الحياة الحديثة، وضعف تعلقهم بها، كثيراً ما يكون مظهراً من مظاهر العجز عن التكيف مع ما تقتضيه شروط الحياة المتغيرة بسرعة.

إن عدداً غير قليل من الشباب يجد نفسه فجأة أمام عالم لم يصنعه هو ولم يعتد عليه في نموه خلال مرحلة طفولته، ومراهقته. وحين يكون هذا العالم الجديد مليئاً بالمطالب، والشروط التي تثير القلق، فإنه كثيراً ما يؤدي بالشباب أنفسهم إلى أشكال من سوء التكيف في المهنة، والحياة الاجتماعية على حد سواء.

**٩ – وسائل الإعلام "السينما، والتلفزيون، والكتب المثيرة" (The media):**

يزداد يوماً بعد يوم استعمال وسائل الإعلام في حياة الإنسان، ويزداد بالتالي تنافس القائمين عليها فيما يقدمون من برامج، وقصص. وليس كل ما يقدم مساعداً على حسن التكيف؛ بل الأصح القول أن في كثير مما يقدم مصدراً للقلق، والشذوذ. وفي دراسة قديمة قام بها "تشارترز" عن السينما، والمتفرجين ما يؤكد أن بعض الأطفال، والمراهقين من الذين يشاهدون أفلاماً خاصة، ومثيرة، كان نومهم يضطرب لمدة أسبوع قبل أن يعود إلى وضعه الطبيعي. وفيها أيضاً أن الكثير من حالات الخوف، والحساسية الزائدة تعود إلى فعل السينما، وأن آثارها كانت أعظم حين كان الذهاب ليلاً

قبل النوم. وقد وجدت الدراسات الحديثة أن القصص المثيرة تؤدي دوراً في حدوث القلق عند المراهقين في عصرنا الحالي.

**١٠- الصدمات، والعوامل المباشرة:**

**:(Trauma and the immediate factors)**

كثيراً ما نجد بدء حالة من الاضطراب النفسي يلي مباشرة صدمة أو خبرة مفاجئة، واجهت شخصاً ما. تظهر هذه الصدمة أو الخبرة المفاجئة، وكأنها العامل المباشر الذي أدى إلى حدوث الاضطراب. ويغلب أن يبقى الارتباط بين الحادثة المفاجئة، والاضطراب دائماً في ذهن الملاحظ العادي على أنه ارتباط بين سبب، ونتيجة. هذا ما يقال عن اكتئاب حدث فجأة عند شخص بعد سماعه خبر وفاة شخص عزيز عليه، وما يقال كذلك في تفسير حالة من اضطراب نفسي شديد ظهر لدى شخص بعد سماعه خبر خسارة كبيرة لحقت بتجارته.

وواقع الحال أنه من الممكن في الصدمة الدماغية أن تؤذي الشخص، وتؤدي إلى خلل مصدره المباشر، والأساسي فيزيولوجي. أما الصدمات النفسية، وما يتصل بها من خبرات مفاجئة، فيجب أن تؤخذ على أنها عامل بين العوامل، وأن العوامل المتعددة السابقة قد هيأت التربة للعامل المفاجئ ليكون أثره قوياً (ومضافاً على آثار العوامل السابقة) في إظهار حالة الاضطراب. ومن هنا يجب النظر إلى الخبرة المفاجئة كالنظر إلى القشة التي أقعدت الجمل، مثل هذه الخبرات المفاجئة كثيرة في ظروف الحرب، كما هي كثيرة في ظروف الحياة اليومية. وهي كثيرة في حياة الطفولة، كما هي كثيرة في حياة الراشدين. والنظر إليها يجب أن يكون دائماً نظرة إلى عامل بين عوامل أخرى، ونظرة تدعونا إلى تقصي العوامل الأخرى. (الرفاعي، ٢٠٠٣، ٣٨-٤٩).

## ثالثاً: خصائص عملية التكيف:

## (The properties of the adaptation process)

تتميز عملية التكيف عن غيرها من العمليات النفسية بعدد من الخصائص، نجمل أهمها في ما يأتي:

١. تتم عملية التكيف بإرادة الفرد، ورغبته، عدا التكيف البيولوجي الذي يتم بطريقة آلية من دون تدخل إرادة الكائن الحي.

٢. قد يغير الفرد في عملية التكيف عن نفسه، وذلك بتبديل بعض سلوكياته السيئة: كالعناد، والتمارض إذا واجهته مشكلة أو تغيير أهدافه أو تعديلها، وقد يكون التغيير من أجل التكيف مع البيئة الخارجية كأن يبحث الفرد عن سكن جديد أكبر سعة بعد أن كثر عدد أولاده (تغيير في البيئة المادية)، أو يغير نظاماً كان سائداً في أسرته (تغيير في البيئة الاجتماعية). وملخص ذلك هو أن الفرد في عملية التكيف قد يغير من ذاته أو يغير من مجتمعه.

٣. يزداد وضوح عملية التكيف كلما كانت العوائق، والعقبات شديدة أو جديدة، أسا إذا كانت العوائق بسيطة أو مألوفة كانت عملية التكيف غير ظاهرة.

٤. تتأثر عملية التكيف بالعوامل الوراثية، فالوراثة السيئة تجعل الفرد قاصراً عن التكيف، فمثلاً في حالة الفرد المصاب بنقص عقلي أو بزيادة الحساسية الانفعالية نتيجة عوامل وراثية، سيؤثر ذلك حتماً في عدم قدرته على التكيف، ولو كانت هذه العوائق بسيطة.

٥. التكيف عملية مستمرة ما بقيت الحياة من المهد إلى اللحد؛ ذلك لأن التكيف يهدف في الأساس إلى إشباع دوافع الفرد الحيوية اللازمة له لحفظ حياته. (جبل، ٢٠٠٠، ٨٢)

**رابعاً: استراتيجيات التكيف (Adaptation strategies):**

يرى "مينغهان" أن هناك ثلاثة متغيرات عند النظر إلى التكيف، وهي:

- موارد التكيف(Resources to adapt): وهي مهارات تُعد مفيدة في مواقف الضغط المتعدد، وهي تنظيم اتجاهات الفرد نحو الذات، كقوة الأنا لديه، ومدى تقديره لذاتها، كما تتضمن اتجاهات الفرد نحو العالم كقدرة الفرد في السيطرة على المواقف التي يمر بها.
- جهود التكيف(Adaptation efforts): وهي ردود الأفعال الداخلية، والخارجية التي يقوم بها الفرد للتعامل مع الضغوط.
- أساليب التكيف(Adaptation methods): وهي التي تميز الفرد كنمط خاص، مثل: ميل الفرد للانسحاب من المواقف الاجتماعية مقابل ميل الفرد للتحرك نحو الناس، وميل الفرد للوم ذاته مقابل الميل للاعتراف بلوم الآخرين.

**العوامل التي تؤثر في استراتيجيات التكيف ( Factors affecting the adaptation strategies):**

هناك نوعان من العوامل، هما: العوامل الشخصية، والعوامل المرتبطة بالمواقف، والضغوط، وخصائص البيئة التي يعيش فيها الأفراد.

- العوامل الشخصية، ومنها:
  - النضج الانفعالي، والمعرفي
  - قوة الأنا، والثقة بالنفس.
- العوامل المرتبطة بالمواقف، والضغوط، وخصائص البيئة:
  1. المرض، والموت.
  2. الكوارث الطبيعية، والانفجارات.
  3. الزواج، وتبني الأطفال.

## تصنيف استراتيجيات التكيف ( Classification of adaptation strategies):

١. **استخدام نظم الدعم:** هناك ثلاثة أشكال من الدعم:

- الدعم الانفعالي: وهذا النوع من الدعم مفيد للفرد عندما يحتاج إلى المساعد الذي يجد شخصاً ما يثق به، ويعتمد عليه، وعندما يبحث عن الأمان، والطمأنينة، وعن إعادة التأكيد بأنه محبوب، ويوجد من يهتم به.
- الدعم المادي: هو الدعم الذي يحتاج فيه الفرد إلى مساعدة، مثلاً: إيجاد وظيفة أو عمل أو المساعدة بالحصول على منحة أو مساعدة ماليّة لتأسيس مشروع خاص.
- الدعم المعلوماتي: هذا النوع من الدّعم يكون مفيداً عندما يحتاج الفرد إلى المعلومات أو النّصيحة.

٢. **استخدام مهارات حل المشكلات:** إنّ أسلوب حل المشكلات يستعمله الفرد عند تطوير الخبرة للاستجابة لتحديات الحياة، وهو مهارة توافقية عملية, ومفيدة من الناحية النفسية. ويُعد هذا الأسلوب عاملاً مساعداً في بناء الثقة, وإحساس الفرد بالكفاية.

٣. **الاسترخاء الذاتي:** لقد طور الإنسان استجابة الاسترخاء الطبيعية لمواجهة الأعباء, والمضايقات اليومية، ومن السهل تعلم هذه الاستجابة,وذلك بتفهم المشكلات, وتعديلها بما يتناسب مع ذوقه, وحاجاته.

٤. **المحافظة على الضبط الداخلي:** يختلف النّاس هنا في مدى ضبطهم الذي يمتلكونه خلال حياتهم، فالنّاس الذين يتحملون مسؤولية الأشياء التي تحدث لهم هم ذوو مركز ضبط داخلي، أما الذين يعتقدون أن ما يحدث لهم هو خارج نطاق سيطرتهم هم ذوو موقع ضبط خارجي.

٥. **الحديث الذاتي خلال التحديات:** يستطيع الفرد أن يقدّم لذاته – لنفسه – الدّعم النّفسي عن طريق الحديث الإيجابي مع الذّات، حيث يمكن للفرد أن يحدّث نفسه, ويمتلك نظرة توافقيّة جيّدة,وأنّ لديه القدرة على استخدامها بفاعليّة, وما إلى ذلك من عبارات داعمة مشجّعة.

٦. **استخدام روح الدعابة والمرح:** تساعد الدّعابة والمرح على تجنب النتائج السلبية عند مواجهة المشكلات وتسمح له بتحقيق توازن أكبر, وإجراء تقويمات أولية أكثر موضوعية. والدعابة الجيدة لها تأثيرها على المحيطين بالفرد الذي يتلقى المساعدة, والدعم من الآخرين عندما يدركون بأنه يثير الرضا, والسعادة بدلاً من الضعف,والنكد، وتطوير الإحساس بالدعابة والمرح يدعم مشاعر الكفاية الذاتية لدى الفرد, ويشجعه على الخلق والإبداع.

٧. **مكافأة الذّات على الإنجاز:** حتى ينجز الفرد بشكل جيد، فإنه يجب أن يحدد أهدافه بخطوات صغيرة, ويتجاهل العوائق التي تواجهه، وهي لا تساوي الكثير إذا كان للفرد أهداف يمكن إنجازها, وتمنحه الشعور بالرضا، ومن المدهش أنّ العديد من النّاس يمنحون أنفسهم الاهتمام, والاعتبار عندما يعملون شيئاً لطيفاً, وجيّداً أو شيئاً جديراً بالاهتمام، فالمكافأة يجب أن تأتي منهم, وليس من غيرهم. (الشّيخ، ٢٠٠٢، ٦٤).

## خامساً: المظاهر التي تدل على التكيف السليم ( Features that indicate the proper adjustment):

هناك العديد من المظاهر التي تدل في حال تمتع الفرد بها على أنه يتكيف تكيفاً سليماً، ومنها:

- **الراحة النفسية:** من المعروف أن القلق والاكتئاب, والإحباط, والصّراع, ومشاعر الذّنب كلّها مظاهر تؤدّي إلى سوء التّكيّف, وقلّة الرّاحة النّفسيّة،

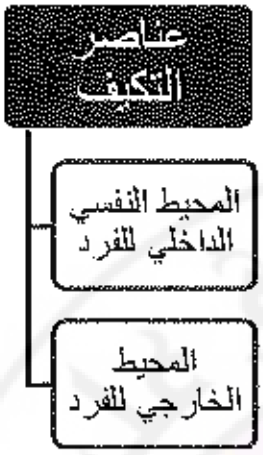
ولذلك فمن سمات الفرد المتوافق قدرته على الصُّمود تجاه المواقف, والمشكلات التي تؤدِّي إلى سوء تكيُّفه.

- **الكفاية في العمل:** أي قدرة الفرد على الإنتاج, والإنجاز, والنَّجاح, ولأنَّ الفرد يزاول مهنة أو عملاً" معيَّنا" يرضيه أو تتاح له الفرصة فيه لاستغلال قدراته, وإمكاناته ويحقِّق ذاته، فإنَّ ذلك يحقِّق له الرِّضا, والسَّعادة, ويجعله متوافقاً مع هذه العمل.
- **الأعراض الجسميَّة:** كثير من الاضطرابات النَّفسيَّة تؤثِّر فيزيولوجيَّاً على جسم الإنسان, وتؤدِّي إلى إصابته بالعديد من الأمراض العضويَّة الَّتي ترجع أسبابها إلى القلق، وهناك العديد من الاضطرابات, والأمراض الجسميَّة ترجع إلى علل نفسيَّة, وخلوّ الإنسان من هذه الأمراض دليل على التَّكيُّف والتَّأقلم.
- **مفهوم الذَّات:** فكرة الفرد عن نفسه (ذاته) هي النواة الرئيسة التي تقوم عليها شخصيته، وكلما عرف الإنسان نفسه معرفة جيِّدة وما تحويه الذات من قدرات, واستعدادات, وميول, ومدركات شعورية، كان ذلك عاملاً, ومؤشراً على تكيف الإنسان.
- **الأهداف الواقعيَّة:** من المظاهر التي تدل على تكيف الإنسان اختياره لأهداف, ومستوى طموح واقعي تتسق قدراته, وإمكاناته, واستعداداته التي تؤهِّله في السعي للوصول إليها, وتحقيقها,, لأنَّ الشَّخص الذي يضع لنفسه أهدافاً لا يستطيع الوصول إليها, إنما يعرض نفسه للغش, والصراع, والإحباط, التي هي بمثابة العوائق التي تبعد الإنسان عن التكيف السليم.
- **العلاقات الاجتماعية:** من المؤشرات التي تدل على تكيف الإنسان هي علاقاته الاجتماعية مع الآخرين, وسعيه في مساعدة الآخرين في تحقيق حوائجهم, والتَّعامل معهم، والعمل من أجل مصلحتهم العامة، ومن جهة ثانية, البعد عن الناس ,والانطواء, والانعزال دلالة قاطعة عن عدم حبه للناس, وحبهم إليه ,أي عدم التكيف السليم. (جبل، ٢٠٠٠، ٧٢ – ٧٨).

ومن الجدير بالذكر أن هناك عدة عوامل لا يمكن للفرد أن يكون قادراً على التوافق السليم من دونها ,أهمها:

- ✓ **إشباع الحاجات الأولية, والحاجات الشخصية:** وقد تم الإشارة إليها سابقاً.
- ✓ **اكتساب الفرد العادات, والمهارات السليمة التي تساعده على إشباع حاجاته:** إن التكيف هو في الواقع محصلة لما مر به من خبرات, وتجارب ,ومهارات اكتسبها من بيئته الأولى فإذا كانت هذه الخبرات, والمهارات سليمة ساعدته على التكيف السليم, والعكس صحيح.
- ✓ **معرفة الإنسان لنفسه:** ويعني ذلك أن يعرف الفرد مدى حدوده وإمكاناته التي يستطيع بها إشباع رغباته, وتحقيق أهدافه. فالشخص الملم بذلك يضع لنفسه رغبات, وأهداف واقعية يستطيع تحقيقها, وبذلك يكون إنسانا ناجحاً، وهذا يساعده أن يكون متوافقاً مع نفسه ومع الآخرين.
- ✓ **تقبل الفرد لذاته:** إن فكرة الإنسان عن نفسه, من العوامل المهمة التي تؤثر في سلوكه,إذا كانت الفكرة حسنة، أصبح الإنسان راضيا"ممتلئاً بالثقة, وهذا يدفعه إلى العمل, والنجاح, والتكيف مع المحيطين.
- ✓ **المسايرة (المسالمة):** يعني أن الفرد يسالم الجماعة,ويخضع لنظمها يتكيف لأهدافها حتى يستطيع أن يحيا معها حياة اجتماعية متوافقة إلا أن العلماء قد انتقدوا فكرة المسالمة حيث أنها تتجاهل الفروق الفردية بين الأفراد, ويجعل من التكيف مسألة جامدة غير مرنة إلا أن الحياة الحديثة وحاجات الفرد في تغير مستمر.
- ✓ **المرونة:** ونقصد بها أن يستجيب الفرد للمؤثرات الجديدة استجابات ملائمة. (الهابط، ٢٠٠٣، ٤٧-٥٣).

## سادساً: عناصر التكيف (Elements of adaptation):




من الواضح أنّ التكيف عملية ديناميكية لتفاعل الفرد مع المحيط تستهدف إقرار التّوازن بين الفرد من جهة,والمحيط من جهة أخرى، وإذا أمعنا النّظر في هذا المفهوم يصبح في إمكاننا أن نستنتج عنصرين أساسيين لعملية التكيف، هما:

أ) **المحيط النفسي الداخلي للفرد:**

ويقصد به قدرات الإنسان, وإمكاناته الفعلية, والعضوية وخصائصه النفسية التي تدخل طرفاً متفاعلاً مع العوامل الخارجية لتنتج مستوى معيناً من التكيف، وهنا ينبغي علينا أن نفرق بين عمليتي التكيف, التحمل التي غالباً ما يخلط بينهما. إذ أن التحمل مسألة داخلية, وهي قدرة خاصة تعين الفرد على التعامل مع المتغيرات, والضغوط المحيطة بأقل الخسائر الممكنة، وهي عموماً من بين العوامل الداخلية التي تساعد على التكيف.

ب) **المحيط الخارجي للفرد:** ويقصد بالمحيط الخارجي تلك النظم,والقيم ,العادات,والتقاليد,والتعليمات وأساليب الإدارة, والتعامل, وسبل العيش ,تغيرات الطبيعة وغيرها من الأمور التي تنظم وتؤثر في حياة إنسان في البيئة الجديدة. (الحاج، ١٩٨٤، ٢٥ – ٢٦).

## سابعاً: التكيف، والصحة النفسية:

## :(Adjustment and mental health)

من المعروف أن الجسم يميل إلى الاحتفاظ بحالة طبيعية أو سوية من الاتزان، فعندما يتعرض الجسم للتغير، فإن اتزانه يختل، وهنا تثار الآليات أو العمليات لإعادة حالة الاتزان، وحياة الكائن الحي ليست حياة سكون أو جمود أو هدوء وهمود، ولكنها حياة حركة, وفعل.

والحقيقة أن الإنسان السوي يبحث عن المثيرات, والأنشطة، وتتضح لنا هذه الحقيقة تماما من ملاحظة الأطفال الصغار, وهم يلعبون أو شاهدون الحيوانات

والمستوى المطلوب هو المتوسط بين حالة الهدوء أو السكون التام, والمطلق, حالة الحركة الزائدة أو النشاط المفرط. وتمثل حالة النوم, واليقظة حالة الهدوء, والحركة، ولكل من الحركة الزائدة, والسكون الزائد أضرارهما، فالحركة الزائدة تؤدي إلى الانهيار, والسكون الزائد له أيضاً بعض الأضرار.

**ماذا يحدث إذا بقي الإنسان ساكتاً ساكناً لمدة يوم كامل أو يومين؟**

هذا ما أراد معرفته أحد العلماء حيث دفع أجراً لبعض طلاب الجامعة, ووضعهم في غرفة ساكنة جداً خالية من كل ما يلفت الانتباه أو يشغل البال: كالصور, اللوحات، وجعل الواحد منهم ينام في سريره من دون أية حركة، ولبسوا أقنعة, صماءات تمنع وصول الإثارة إليهم حتى من أنفسهم أو مما يصدر منهم من حركات. ولم يقلق مضاجعهم سوى تدخل الأخصائي النفسي في فترات محدودة للقياس المطلوب فقط، وظلوا على هذا الحال ثلاثة أيام.

وفي خلال فترات العزل هذه انخفضت درجاتهم على اختبار الذكاء بصورة حادة، ولوحظ بعض الاضطرابات في عملية الإدراك عندما رفع الطلاب أقنعتهم. وفي بعض الأحيان ظهرت الهلاوس في أثناء فترة العزل. هلاوس سمعية، وبصرية، وشمية تشبه تلك الأعراض التي يصاب بها مرضى الفصام.

وتوضح التجارب أن السلوك السيكولوجي يعتمد على التفاعل الفاعل مع البيئة، ولقد وجد الأطباء أنه من المفيد في المستشفيات العقلية الإبقاء على المريض في حالة نشاط،

وحيوية، ولذلك يشجعون المرضى على ممارسة الألعاب الرياضية، وممارسة الهوايات، والاشتغال ببعض الأعمال اليدوية البسيطة، وغير ذلك مما يعرف في العلاج النفسي باسم العلاج عن طريق العمل، وهو من المناهج الناجحة في علاج الأمراض النفسية، والعقلية حيث يظل ذهن المريض مشغولاً بعيداً عن أحلام اليقظة، والأفكار السوداء، والوساوس، وحيث يجد نفسه، ويشعر بالثقة في نفسه من خلال النجاح في أداء أي عمل مهما كان بسيطاً. (موسوعة علم النفس، ٢٠٠٠، ١٩).

يشير الاتجاه الإيجابي في تعريف الصحة النفسية إلى أنها تتمثل في مجموعة من المظاهر التي تغلب على الحياة النفسية للفرد. فإذا رجعنا إلى هذه المظاهر كما تبدو في الدراسات التحليلية المختلفة، أو كما تبرزها دراسة تفاعل الذات مع ما يحيط بها، فإننا نجدها متفقة مع ما ذهبنا إليه في تعريف التكيف، وتحديد جوانبه. والواقع أن التكيف عملية حركية نشطة، والصحة النفسية مثله: إنها الواقع الحركي النشط لحياة الفرد النفسية في تفاعلها مع ما يحيط بها أو ما تنطوي عليه. بهذا المعنى يكون التكيف دليل الصحة النفسية، فإذا ساء كانت سيئة، وإذا حسن كانت حسنة. وبهذا المعنى أيضاً تكون الصحة النفسية هي التعبير عن التكيف أو هي عمليات التكيف المستمرة في حياتنا الشخصية. فإذا سرنا في الطريق الذي يرسمه البحث العلمي للحوادث النفسية آخذين المظاهر النفسية موضوعاً للدراسة، فإننا ننتهي إلى ما انتهى إليه أكثر المشتغلين من علماء النفس، كما يرى الرفاعي أننا في الصحة النفسية، والتكيف أمام مفهومين يشيران إلى المظاهر نفسها.

إننا لن نميل فيما يلي من الأحاديث إلى تقصي العوامل الوراثية، والعوامل الجسدية القائمة وراء الاضطرابات في الصحة النفسية. إن الانتباه الذي نسير فيه هو النظر إلى الصحة النفسية في واقعها من حيث هي عمليات تكيف، ومن حيث إنها محصلة التكوين النفسي الذي عملت فيه حياة الفرد الواقعية بكل آثارها القوية، وجوانبها التربوية. قد تكون وراء بعض حالات الاضطرابات الشديدة آثار وراثية خاصة حملها الولد من والديه، وقد يكون الضعف العقلي المتأثر بوراثة غير صالحة انتقلت من الوالدين إلى الابن هو العامل الرئيس في حالة اضطراب نفسي متوسط الشدة. ولكننا نظرنا إلى الحالتين الأولى، والثانية من حيث هي مظاهرها الرئيسة التي يمكن إخضاعها للبحث والاختبار، ونراها

في إطار سوء تكيف يمر به شخص بالنسبة لتفاعل ذاته مع الشروط التي تحيط بها. لهذا كانت العوامل الوراثية قد حملت ضعفاً معها، فالضعف يبقى خفياً ما لم يظهر في سلوك الفرد، وسلوكه هو الذي يخضع للبحث، وما يظهر على سلوكه من اضطراب هو دليل سوء تكيفه. (الرفاعي، ٢٠٠٣، ٤٩-٥٠).

ويلخص **حجازي** في نقاشه لمقومات الصحة النفسية معادلة التكيف بالآتي:

تغيير ما يقبل التغيير، ويجب تغييره، تقبل ما لا يجب تغييره، التكييف مع ما لا يمكن تغييره، والتمييز بين هذه الحالات الثلاث.

ويرى (رضوان، ٢٠٠٩) في مثل هذا التحديد طرح عدد لا ينتهي من الأسئلة والمسائل المعيارية، والفلسفية، الناجم وبالضرورة عن المنظور الذي سيتم أخذه بعين الاعتبار في أثناء تحديد الأمور القابلة، والواجبة، وغير ممكنة التغيير. مثل هذه التحديدات تفترض وجود مصلحة أو جهة عليا تحدد مسبقاً ماهية الأشياء، سواء الكامنة في الشخص (متغيرات الشخص) أم الكامنة في البيئة (متغيرات البيئة) القابلة، والممكنة، والواجبة، وغير القابلة، والممكنة ....الخ.

ويرى أنه من الأفضل التخلي عن مصطلح التكيف كوحدة كلية لصالح مجموعة أوسع من المتغيرات الوظيفية. ومثل هذا الاتجاه يعفينا من التحديد المسبق لقوائم المقومات التي يتم المزج فيها بين ما هو نفسي، واجتماعي، وفلسفي، وسياسي، وعقائدي، وديني التي قد لا تنتهي. فهذه ستنتهي في النهاية إلى تنميطات، وتصنيفات جامدة يصبح من خلالها إثبات صحة النظرية الكامنة خلف هذه التنميطات هو الهدف بدلاً من الإنسان نفسه. واستخدامنا لمصطلح التكيف أينما ورد سيكون بمعنى حالة التكيف التي تعد حالة فردية يصعب قياسها أو تحديد جوهرها بدقة.

كما أن الرؤية التي تنطلق من مفهوم التكيف مع الواقع تصطدم كذلك بطبيعة الواقع الموضوعي الذي يجب أن نتكيف معه. وترى وجهة نظر تنطلق من البنيوية أن مفهوم الواقع ليس أكثر من مجرد مفهوم افتراضي فحسب. ومن ثم فالتكيف ليس أكثر من مفهوم افتراضي أيضاً، وبالتالي فإن التكيف هو ما نراه تكيفاً بناءً على مفهومنا عن

الواقع، أما الواقع الفعلي، أو التكيف الفعلي فلا نستطيع معرفته. وجل ما نعرفه هو اللاواقع أو اللاتكيف. بمعنى آخر لا ندرك الصحة إلا عندما نمرض، ولا ندرك ما هو الواقع إلا من خلال تعرضنا لخبرة اللاواقع، ولا ندرك التكيف إلا عندما نصطدم بعقبة تعترض سبيل تكيفنا. ونحن عندما نمر بمثل هذه الخبرة لا ندرك كنه التكيف أو الواقع أو الصحة، وإنما جل ما ندركه هو كيف لا يكون التكيف أو الواقع أو الصحة. وسوف نوضح ذلك من خلال مثال مقتبس عن (فلاتسلافيك، ١٩٩٤)، لنفترض قبطاناً عليه في ليلة حالكة، وعاصفة عبور مضيق مجهول لا يعرف عنه شيئاً، ولم تتوفر لديه أية معلومات ملاحية حوله، وعندما يعبر المضيق إما أن يفشل، ويفقد السفينة، والأرواح أو ينجح في العبور، ويتابع إبحاره في خضم البحر الواسع. فإذا فشل في العبور، فإن فشله سيبرهن له فقط أن الاتجاه الذي اختاره للعبور لم يكن الاتجاه الصحيح. وبالمقابل إذا عبر المضيق سالماً فإن ذلك لا يدل إلا على أنه لم تعترض خط سيره أية عوائق. ولكن نجاحه لم يعلمه شيئاً حول الطبيعة الحقيقية للمضيق، فهو لم يعرف شيئاً حول كم كان بعيداً أو قريباً من الكارثة في كل لحظة من لحظات عبوره. لقد عبر المضيق كالأعمى، وقد تلاءم خط سيره مع المعطيات غير المعروفة لديه. وهذا لا يعني أنه قد أدرك التكيف الفعلي، بمعنى ما، أو الواقع الحقيقي، وأن بنيته المعرفية لم تصطدم بأية عقبة. فمن وجهة النظر هذه فإن مفاهيم التكيف، ومن ثم معاييره أيضاً، ليست أكثر من مجرد مفاهيم فرضية، وليست حقائق قائمة بالفعل، نتعامل معها كحقائق لتساعدنا على وضع تصور مادي حول حقيقة الظواهر التي ندرسها، إنها عبارة عن مبادئ تفسير ليس أكثر. (رضوان، ٢٠٠٩، ٧٥-٧٦).

ويجمع معظم الباحثين على ضرورة التوحيد بين الصحة النفسية، وحسن التوافق، حيث يرون أن دراسة الصحة النفسية ما هي إلا دراسة للتوافق، وأن حالات عدم التوافق ما هي إلا مؤشرات على اختلال الصحة النفسية بل أحد مظاهرها. (بطرس، ٢٠٠٨).

وقد ذكرت (غيث، ٢٠٠٦) أن مفهوم التكيف النفسي هو من أهم عوامل اتزان الشخصية، وتمتعها بالصحة النفسية، فالناس في العادة يتعرضون لضغوطات، وصراعات داخلية، وخارجية، وعليهم مواجهة الرغبات، والدوافع الشخصية المتعارضة من أجل استمرار التوازن النفسي لديهم، ويرى بعض الباحثين أن الصحة النفسية هي التعبير عن التكيف، وأن التكيف دليل الصحة النفسية فإذا ساء ساءت بدورها، وإذا ما تحسن تحسنت تلك الصحة النفسية. (غيث، ٢٠٠٦، ٢٩).

الخلاصة: التكيف: هو العملية الديناميكية المستمرة التي يهدف بها الفرد تغيير أو تعديل سلوكه ليصبح أكثر توافقاً مع محيطه النفسي، والاجتماعي، والطبيعي، فالسلوك التكيفي هو سلوك يحاول المرء من خلاله معالجة وطأة الضغط، والإجهاد وتلبية حاجاته، وكما يشير للجهود المبذولة في سبيل الحفاظ على علاقات منسجمة، ومتناغمة مع البيئة. أما عناصر التكيف، فهي الفرد بدوافعه، وتطلعاته، وحاجاته، وأيضاً البيئة الطبيعية، والاجتماعية المحيطة. كما يقسم التكيف لثلاثة أنواع: أولها: التكيف الذاتي: وهي قدرة الفرد على التوفيق بين دوافعه وحل صراعاته. وثانيها: التكيف الاجتماعي: وهو تكيف الفرد مع بيئته الخارجية، والاجتماعية، وثالثها: التكيف البيولوجي: وهو تغير الي يطرأ على الجسم من دون إرادة أو علم فيه. ويؤثر في التكيف عوامل عديدة منها: القدرات العقلية، والمظاهر الجسدية، والعوامل الفيزيولوجية، وخبرات الحاضر، والماضي، والحاجات الأولية، والشخصية، ومستوى المعيشة، والفترات التاريخية، ووسائل الإعلام، والظروف المفاجئة، والنظرة للذات. فإن التكيف حجر الأساس للصحة النفسية حيث تحقيق التكيف، والصحة الجسدية، وتحقيق النمو العقلي، والاجتماعين والانفعالي، وتكوين مفهوم إيجابي للذات.

# الفصل الرابع

## القلق

## Anxiety

Damascus University

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

# الفصل الرابع

## القلق

بالرغم من أهمية القلق الموضوعي كمحفز للإنسان لإشباع حاجاته المختلفة، فقد عانى الإنسان منذ القدم من الجوع، والمرض، والعبودية، والحرمان، ومن الحروب، والكوارث الطبيعية؛ مما جعله يعاني من القلق بدرجات تفوق أحياناً الدرجة الموضوعية.

وفي العصر الحديث، لم يقف الأمر عند هذا الحد، حيث أصبح الإنسان يواجه ظروفاً أكثر شدة، فهو يعاني الآن من مواجهة التعقد الحضاري، وسرعة التغير الاجتماعي، والتفكك العائلي بمختلف أشكاله، وضعف القيم الدينية، والخلقية، وزيادة أعباء الحياة، ومتطلباتها، وانتشار الفقر، والجهل، والصراع الطبقي، والمادي، والطائفي، وانتشار الحروب بشكل أكثر ضراوة، ووحشية، زادت هذه العوامل كلها، وعوامل أخرى من حدة القلق المزضي، وما يرتبط به من اضطرابات نفسية، وسيكوسوماتية أخرى عند الأفراد. ولعل ذلك سبباً كافياً لتسمية العصر بعصر القلق.

دفع هذا التطور الكبير الكثير من العلماء، وخاصة من الوجوديين، والتحليليين إلى التركيز على القلق كأساس للاضطرابات النفسية .ولعل مما يثير الانتباه أن نعلم أن المفهوم لم يكن مألوفاً في الدراسات النفسية حتى الثلاثينيات من القرن العشرين، ثم بدأ ينتشر بظهوره في كتابات فرويد.

وقد شاع استخدام هذا المفهوم منذ ذلك التاريخ، واستخدمه الكثيرون ممن كتبوا في علم النفس في مجالاته المختلفة، فقد استخدمه التحليليون بعد فرويد، واستخدمه السلوكيون، كما استخدمه من يتخذون المنحى الوجودي في نظرتهم إلى الإنسان، ولم يغفل عن استخدامه من يتحدثون الآن في علم النفس الإنساني. وللمزيد من المعرفة بهذا الموضوع سوف نتطرق في هذا الفصل إلى شرح هذا المفهوم من حيث طبيعته، وأنواعه، وأسبابه، وأعراضه، والنظريات المفسرة له، ومن ثم علاجه.

## أولاً: مفهوم القلق (anxiety):

**القلق بصفة عامة:** هو حالة انفعالية حول شيء ما تتضمن نوعاً من عدم التحديد، ورد فعل لموقف خطر يجعل الأنا تتجنب ذلك الموقف أو تنسحب منه. ( Freud, 1989).

وهو يعكس إحساساً عاماً بعدم الكفاية، والعجز . (وولمان،١٩٩١).

إذا القلق هو استجابة انفعالية، ومعرفية لموقف يتوقع أن يكون مؤذياً harmful أو يتصف بالاضطراب، والفوضى، ولا تتضمن عاملاً اجتماعياً، كالخوف من الظلام.

ويوصف هذا العصر بأنه عصر القلق؛ لأن فيه تغيرات سريعة، وحادة، ومفاجئة. وفيه أزمات، وتغيرات اقتصادية، واجتماعية، وتقنية، وفكرية متنوعة، والإنسان المعاصر عليه أن يتكيف مع جملة من المتغيرات، وأن يلحق بها، وهو معرض للقلق، والإحباط، والضغط بشكل مستمر. (المالح، ٢٠٠٨، ١).

والقلق ظاهرة عامة لا تقتصر على المرضى النفسيين وحدهم؛ وإنما تمر بكل الناس عندما يواجهون ظروف معينة. والاختلاف بين الأفراد في هذا الأمر يكون عادة في درجة الاستعداد الشخصي، وما يترتب عليه من تفاوت بين الناس مقدار ما يشعرون به من قلق، وكذلك في نوع الظروف، والأحداث التي تحيط بهم. (السباعي و عبد الرحيم، ١٩٩٩، ١١).

ويشير **مصطلح القلق في المعاجم العربية** إلى حالة الانزعاج، والحركة المضطربة، كما يعرف في المعاجم الإنجليزية على النحو نفسه، حيث يعرف في **معجم أكسفورد** على أنه "إحساس مزعج في العقل ينشأ من الخوف، وعدم التأكد من المستقبل". كما يعرف في معجم وبستر(١٩٩١) على أنه "إحساس غير عادي، وقاهر من الخوف، والخشية، وهو دائماً يتصف بعلامات فسيولوجية، مثل: التعرق، والتوتر، وازدياد ضربات القلب، وذلك بسبب الشك بشأن حقيقة التهديد. وبسبب شك الإنسان بنفسه حول قدرته على التعامل مع التهديد بنجاح (Webster, 1991)". ومن هنا لابد أن نقوم باستعراض عدد من التعريفات السيكولوجية للقلق للإحاطة بمفهوم القلق بشكل أوسع.

## ثانياً: تعريف القلق:

هناك تعريفات عديدة للقلق عرفها البعض على حسب خلفيته النظرية، ولتعدد مدارس علم النفس، ونظرياته فقد عرفه "كارل روجرز" بأنه حالة من عدم الارتياح أو التوتر الذي لا يعرف الفرد سبباً له ناشئاً عن عدم الاتساق بين مفهوم الذات، والخبرة الكلية للفرد القريبة من الترميز في الوعي (Rogers,1959).

وعرفه **نجاتي** بأنه "الانفعال الذي نشعر به عندما نجد أنفسنا محاصرين في ركن ضيق، ونشعر حينئذ بأننا مهددون على الرغم من أن مصدر التهديد قد لا يكون دائماً واضحاً لنا، وأن الشعور بالخطر مرتبط بالشعور بالخوف، والانفعالات المماثلة". (الغامدي، ٢٠٠٦، ١٥).

ويعرفه **العاسمي** بأنه: حالة نفسية تحدث حين يشعر الفرد بوجود خطر يهدده في هذه اللحظة، أو خطر يتوقع حدوثه في المستقبل، وهو ينطوي على توتر انفعالي تصحبه اضطرابات فيزيولوجية مختلفة، وبهذا فمن الممكن أن يتولد القلق لدى الفرد في أي موقف يهدد كيانه الشخصي أو الاجتماعي، أو العملي أو غير ذلك. (العاسمي ورحال، ٢٠٠٦، ١٩٥).

## ثالثاً: القلق كحالة طبيعية، والقلق كاضطراب:

## :(Case a natural anxiety and anxiety disorder)

ولابد من القول بعد أن استعرضنا تعريفات القلق السابقة إنَّ وجود القلق على نحو معتدل يُعد طاقة الحياة التي تدفع الإنسان إلى العمل، والإنجاز فهناك درجات للقلق التي تُعد موائمة للأداء بحيث تحفز صاحبه إلى تعبئة كل طاقاته لمواجهة الموقف. وفي هذه الحالة تتوفر للأسوياء، والقادرين على الأداء، والإنجاز، والإبداع، فإذا ما زاد القلق عن هذه الحالة المثلى تحول إلى عائق يعوق صاحبه عن الأداء، والإنجاز، وكذلك الحال عندما ينخفض القلق عن هذه الحالة المثلى للدافعية، والحافز. ففي هذه الحالة يكون الفرد محروماً من الطاقات التي تدفعه إلى الأداء، والإنجاز.

ويمكننا القول: إن القليل من القلق يُعد مفيداً؛ لأنه يحضر الإنسان لمواجهة الحياة اليومية، ويجعله مستعداً بشكل أفضل لدرء المخاطر، وإتقان تصرفاته، وأعماله المتنوعة. والحياة اليومية تواجهنا بمواقف كثيرة تتطلب الجهد، والرد الصحيح. والقلق باعث إيجابي للتكيف مع الواقع، ومتطلباته. وتكمن المشكلة عند زيادة كمية القلق أو استمراره لفترة طويلة، وهنا يُعد القلق مرضاً، واضطراباً؛ لأنه يعطل الإنسان، ويرهقه، ويجعل حياته اليومية صعبة، ويجعل أعصابه مشدودة، ومتوترة، كما أن الإحساس بالقلق، والترقب لفترة طويلة يؤدي إلى المزاج السيئ، والإرهاق، واستنزاف الطاقة، ونقص الإنتاجية. (المالح، ٢٠٠٨، ١).

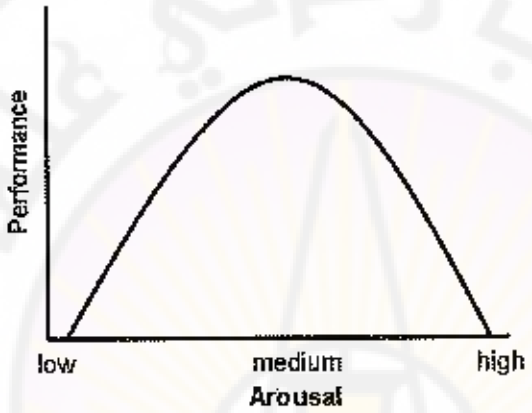
وذكر عدد من العلماء أن ما يميز القلق السوي عن القلق المرضي أن السوي درجة محدودة من القلق الذي يتوقع أن يوجد لدى كل فرد، وهذا النوع من القلق قد يكون موضوعياً خارجياً أو ذاتياً داخلياً بحيث يعزى إلى موقف محدد، ويحدث في زمن محدد، ويعد حينئذ استجابة سوية لمواقف طبيعية تسبب القلق في الحقيقة لدى معظم البشر.

القلق العادي إذاً قلق يحتاجه الناس، ويشعر به كل الناس في مواقف متعددة، ومختلفة، منها: الإحباط، والصراع، والتهديد، فتجعل الإنسان في موقف دفاعي عن حياته، وعن رغباته، وابتعاداً عن الأخطار، إذاً فهو موضوعي، وهو عكس القلق المرضي (العصابي).

فهو بصفة عامة يُعد استجابة سوية إذا تم ابتعاثه بفعل خطير موجود، ويتلاشى عندما يزول الخطر المهدد، وإن ارتفاع القلق لا يكون في الأحوال جميعها علامة على سوء التوافق. فكثير ما يكون ارتفاع القلق علامة على نبض الحياة، ورفضاً للاستسلام، وتحدياً للصعوبات التي تواجه الفرد، أما القلق العصابي أو المرضي فهو خوف مزمن من أشياء أو أشخاص أو مواقف لا يوجد تبرير للخوف منها". (الغامدي، ٢٠٠٦، ١٧).

**ويمكن تحديد الفرق بين القلق العادي، والمرضي وفق الآتي:**

يزيد القلق العادي من اليقظة، والانتباه، ومن الدافع، ويحسّن الأداء، مثل: القلق قبل تقديم الامتحان أو الإقدام على مهمة مجهولة أو تنفيذ التزامات اجتماعية أو مالية أو وظيفية مهمة. ويختفي هذا القلق الطبيعي أو يقل بعد القيام بالعمل الذي تسبب بالقلق. ولكن إذا أصبح شديداً فإنه قد يعيق التنفيذ، والانجاز، مثل: التأثير في قدرة الشخص على اجتياز الامتحان كما هو موضح بالشكل أدناه.




يوضح الشكل السابق أن ازدياد اليقظة، والانتباه كجزء من القلق يحسن الأداء، ولكن لحدود معينة إذا تجاوزها القلق فإن الأداء سوف ينخفض.

ويكون القلق غير طبيعي عندما يكون غير متناسب مع مكمن الأذى أو عندما يحدث في الحالات التي لا تسبب أذى من الناحية المنطقية.

ومن الضروري تشخيص اضطراب القلق لدى الأشخاص عندما يصبح القلق:

- مفرطاً.
- مستمراً، ولمدة طويلة.
- غير متناسب مع الحالة.
- يسبب كرباً، ويؤثر في سلوك الشخص. (مثل: التجنب، وتعاطي الكحول)، وحياته الشخصية، وعمله (الدليل).

ويمكن أن يتحول القلق السوي إلى اضطراب نتيجة مواجهة وحيدة صادمة أو نتيجة مواجهة متكررة شبه صادمة مع المثير المسبب للخوف، وذلك حسب وجهة النظر التعلمية، مثال: يمكن أن يكون وراء خوف التلميذ من المعلمين، وجود معلم قاس كان قد هدد التلميذ بعنف مثيراً فيه الرعب الشديد، مرة واحدة أو مرات متكررة لأسباب مختلفة: كالتأخر عن المدرسة مرة واحدة، أو الإجابة بصورة خاطئة عن سؤال ما،..الخ. (رضوان، ٢٠٠٧، ٤١٤).

## رابعاً: قلق الحالة مقابل قلق السمة:

## (anxiety for the situation anxieti cd attribute)

كشفت دراسات **كاتل**، وشير عن وجود عاملين للقلق، هما: قلق الحالة، وقلق السمة. وقد عزز **سبيلبيجر** ما توصلا إليه عندما صاغ نظريته عن القلق كحالة، والقلق كسمة، وميز فيها بين هذين المظهرين على أساس أن حالة القلق: هي حالة انفعالية ذاتية موقفية، ومؤقتة أقرب ما تكون إلى حالة الخوف الطبيعي يشعر بها الناس كلهم في مواقف التهديد؛ مما يؤدي إلى تنشيط جهازهم العصبي المستقل، ويهيئهم لمواجهة مصدر التهديد، وتختلف شدة هذه الحالة تبعاً لما يستشعره كل فرد من درجة خطورة في الموقف الذي يواجهه كما تزول بزوال مصدر الخطورة أو التهديد.

أما سمة القلق: فهي استعداد ثابت نسبياً، وكامن في شخصية الفرد، ولصيق بها أكثر من كونه مرتبطاً بحجم التهديد في المواقف، والموضوعات التي يستجيب لها بالتوتر، والقلق، وهو ما يجعل صاحب الاستعداد العالي من حيث القلق أكثر استهدافاً لاستشعار الخطر، وفقدان الاستقرار، وتوقع الشر من موضوعات أو مواقف لا تنطوي على كل هذا الخطر.

وقد عرف **ليفيت** قلق الحالة بأنه حالة طارئة مؤقتة تكون نتيجة مثير تستثار بحضوره، وتنتهي باختفائه بينما قلق السمة ثابت، وليس طارئاً، وتختلف من شخص لآخر فهناك أفراد يتسمون بدرجة مرتفعة من القلق، وبشكل دائم، وهناك أفراد يتسمون بدرجة منخفضة من القلق. (العجمي، ٢٠٠٧، ٢٧).

وقد وجد أن الأشخاص ذوي الدرجة المرتفعة في سمة القلق –كالعصابيين مثلاً– يميلون إلى إدراك أغلب المواقف من حولهم على أنها خطرة، ومهددة لذواتهم –حتى لو كانت خطرة موضوعياً– وذلك بدرجة أكبر من ذوي الدرجات المنخفضة في السمة ذاتها؛ لذا فهم يستجيبون لتلك المواقف بدرجة توتر زائدة، ومبالغ فيها تفوق درجة خطورتها الحقيقية أو لا تتكافأ معها من حيث الشدة، وذلك على العكس من ذوي الدرجة المنخفضة في سمة القلق الذين يدركون التهديد في مواقف الخطر الحقيقي، ومن ثم يستجيبون لهذه المواقف بقدر مناسب من الاستثارة، والتوتر. يساعدهم على التعامل الفاعل معها، وعلى تحقيق أفضل أداء ممكن. (القريطي، ١٩٩٨، ١٣٣-١٣٤).

تتشابه حالة القلق، وسمة القلق في جوانب معينة، ومن الممكن تشبيههما بالطاقة الحركية، والطاقة الكامنة، حيث تشير حالة القلق التي تشبه الطاقة الحركية إلى رجع رد فعل واضح ملموس أو إلى عملية تحدث في زمن معين، ومستوى محدد من الشدة، على حين تشير سمة القلق التي تشبه الطاقة الكامنة إلى الفروق الفردية في الإرجاع، وتعزى إلى الطاقة الكامنة الفردية في كمية الطاقة الحركية المرتبطة بشيء مادي محدد. وتتضمن سمة القلق فروقاً بين الناس في الميل إلى الاستجابة لمواقف عصبية ذات درجات مختلفة في حالة القلق. (عبد الخالق، ١٩٩٣، ١٠-١١). في قلق السمة يكون الفرد قلقاً باستمرار من دون تحديد لوقت أو مثير، والفرد في قلق السمة يكون مهيئاً لأن يخبر القلق في مناسبات، ومواقف عديدة، وسمة القلق سمة مفردة مركزية للكائن الحي، قائمة على الخبرات السابقة تتشكل بقوة في مرحلة الشباب، والرشد. (السباعي وعبد الرحيم، ١٩٩١، ١٠٣).

وللتمييز بين مفهومي القلق كحالة، والقلق كسمة مع مفهوم القلق المرضي، فالقلق كحالة يشير إلى أن القلق حالة طارئة انتقالية أو وقتية في الكائن الحي تتذبذب من وقت لآخر، وتزول بزوال التغيرات التي تبعثه أي أنها حاله مؤقتة تعتمد على المواقف، والظروف الضاغطة، أما مفهوم القلق كسمة فيشير إلى وجود تباينات ثابتة نسبياً لدى

الفرد من حيث الاستعداد للقلق بمعنى وجود تباينات في النزعة إلي إدراك مدى فسيح من المواقف المثيرة على أنها موجودة خطيرة، ومهددة، ويمكن النظر أيضاً إلى سمة القلق التي تغير من استجابات الفرد لتلك التهديدات، ويمكن النظر أيضاً في سمة القلق على أنها انعكاس للتباينات في احتمالية خبرة الفرد لتلك الحالات بالمستقبل، وينزع الأشخاص ذوو سمة القلق المرتفع إلى إدراك عدد كبير من المواقف على أنها خطيرة أو مهددة، وذلك لدرجة أكبر مما ينزع إليه الأشخاص ذوو سمة القلق المنخفض، كذلك فإن الأشخاص ذوي سمة القلق المرتفع يستجيبون للمواقف المحددة بارتفاع شديد في حالة القلق. (الغامدي، ٢٠٠٦، ١٤).

## خامساً: طبيعة القلق (The nature of the anxiety):

يركز الكثير من علماء النفس على أن القلق شعور عام بالخيبة أو بخطر وشيك الوقوع، ومصدره غير معلوم؛ إنه استجابة مبالغ فيها لمواقف لا تمثل خطراً حقيقياً، وقد لا تخرج عن إطار الحياة العادية، ولكن الفرد الذي يعاني القلق يستجيب لها غالباً كما لو كانت تمثل خطراً ملحاً أو موقفاً صعباً من حيث المعالجة.

**وقد حدد لويس الخصائص الست التالية للقلق:**

١- إنه حالة انفعالية يرتبط به ذعر، وفزع خشية توقع خطر.

٢- هذا الانفعال يتميز بأنه غير سار.

٣- إنه انفعال موجه نحو المستقبل.

٤- لا يوجد تهديد حقيقي أو معروف أو محدد أو إن التهديدات أن وجدت فعلاً، فهو يدعي مثل هذا الانفعال، ولا يتناسب معه بهذه الدرجة من التهويل.

٥- هناك شكاوى جسمية ذاتية تحدث في القلق، وخاصة شعور بضيق الصدر.

٦- يرافقه أيضاً تغيرات، واضطرابات عضوية، وجسمية واضحة.

وقد وضع **"تايتزل، وبرنستاين"** أربعة **مبادئ سلوكية تميز القلق** أضاف إليها **"بيلاك"**، ورفاقه ثلاثة أخرى اعتمد عليها الكثير من العلماء في تقديرهم للقلق، وطبيعته، وهي:

١) أن القلق ليس سمة أو خاصية للشخصية موجودة داخل الفرد.

٢) يمكن اكتساب القلق بطرق التعلم المختلفة.

٣) يضم القلق مكونات سلوكية متعددة، ومعقدة تحدث مرتبطة بمثيرات استجابات القلق، وهنا يتحدث علماء النفس السلوكيون عن ثلاثة جوانب لاستجابة القلق، وهي: تقرير الشخص نفسه، وما يتحدث عنه من حيث توتر، وخشية تغيرات عضوية جسمية، وخاصة المتغيرات المتعلقة بإثارة الجهاز العصبي السمبثاوي، والثالث الاستجابة الحركية الظاهرة التي قسمها (بوال) إلى قسمين مباشرة (قياس اللواحق السلوكية، والآثار الظاهرة للإثارة العضوية)، وغير مباشر.

٤) أن مكونات استجابة القلق هذه ليست مترابطة بدرجة عالية ليس من الضروري أنت تكون متزامنة الحدوث. لقد دعيت هذه الخاصية للقلق بأنها تجزيء الاستجابة.

٥) أن مكونات الاستجابة للقلق هذه تشرح لنا العمليات المعرفية، والعقلية عند الفرد: كالإدراك، والإدخال، والترميز للمعلومات، وكذلك تفسيرها، وتحريفها، وتبخيس الفرد لقدراته، وصورته عن نفسه.

٦) إن التصنيف التشخيصي الذي وضعته الجمعية الأمريكية للقلق ، وأمراضه شجعت الكثير من البحوث من أجل دراسة الفروق (والتشابه) في أسبابه، ومظاهره، وجوانبه النفسية، والعضوية، وسيره، وتطوره كونه اضطراباً نفسياً.

٧) يجب التشديد في الاعتماد على المعيار التشخيصي الدقيق الذي وضعه الدليل التشخيصي، والإحصائي للأمراض النفسية من أجل تشخيص أمراض القلق خصوصاً أن الدليل يشدد على أن هناك عوامل عديدة تؤثر في التقدير السلوكي للقلق، وتشخيصه. (عبد الله، ٢٠٠١، ١٧٠-١٧١).

والقلق قد يتحول إلى اضطراب، وإذا زاد عن حده يصبح صورة مرضية مستقلة بأنواعها المختلفة.

## خامساً: النظريات النفسية المفسرة للقلق:

## (Psychological Theories that explain the anxiety)

### ☒ القلق في نظرية التحليل النفسي:

### (anxiety in the theory of psychoanalysis)

يُعد فرويد رائد مدرسة التحليل النفسي من أوائل من تحدثوا عن القلق في علم النفس؛ بل ويرى البعض أن هذا المفهوم لم يشع استخدامه إلا عندما شاع في كتابات فرويد، حيث يعود الفضل إليه في توجيه علماء النفس إلى الدور المهم الذي يؤديه القلق في حياة الإنسان. **ويعرف فرويد القلق العصابي** أنه "شعور غامض غير سار بالتوقع، والخوف، والتحفز، والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسيمة، ويأتي في نوبات تتكرر لدى نفس الفرد". ولا ترجع نشأة هذا النوع من القلق إلى مصدر خارجي، فهو قلق ينشأ من ضغط الغرائز المكبوتة للتعبير عن نفسها، وكسر حواجز الكبت. وبعبارة أخرى ينشأ القلق العصابي كميكانيزم داخلي غير مدرك عندما تهدد الهو بالتغلب على دفاعات الأنا، وإشباع تلك الحفزات الغريزية التي لا يوافق المجتمع على إشباعها التي جاهد الأنا في سبيل كبتها.

فالقلق إشارة إنذار تطلق "للأنا" لتحفيزها على العمل على كبت تلك الرغبات، وغالباً ما تلجأ الأنا في سبيل ذلك إلى الحيل الدفاعية: كالتبرير، والإسقاط، والتكوص، وغيرها من حيل دفاعية، غير أن استخدام هذه الحيل لا يؤدي إلا إلى راحة مؤقتة، ويشتد القلق، وتلجأ لا شعورياً إلى وسيلة أخرى في محاولة أخيرة للتمويه لتحقيق استمرارية كبت هذه الخبرات الأشد إيلاماً من القلق نفسه. ويرى فرويد أن القلق العصابي يمكن أن يظهر في صورة قلق عام، لا يرتبط بموضوع محدد يشعر فيه الفرد بحالة من الخوف العام غير المحدد. كما يمكن أن تظهر المخاوف كمخاوف عصابية حتى وإن كانت من موضوعات محددة إذا فاقت في شدتها ما هو متوقع أو إذا كانت المثيرات لا تثير القلق

أساساً لدى الأشخاص العاديين، ومن ذلك الخوف مثلاً عند رؤية الدم أو الحشرات. أخيراً فإنه يمكن أن يظهر في صورة قلق مصاحب لاضطرابات أشد كالهستيريا مثلاً، إن الشخص المصاب بهذه الأعراض يشعر بالقلق أحياناً خوفاً من توقع حدوثها. إن هذا التوقع يجعله في حالة تهديد.

وبالرغم من انفصال" يونغ" عن "فرويد"، إلا أنه بقي متأثراً بفكره .ولقد ذهب إلى أبعد مما قال به فرويد حتى وإن كان في نظرته إشارة لأهمية العوامل الاجتماعية.

ويشير يونغ انطلاقاً من نظريته في اللاشعور الجمعي المؤكد لتأثير الخبرات اللاشعورية الموروثة من الأجيال السابقة كأساس لتكوين الشخصية، وأيضاً كأساس للقلق، إلا أن شعور الفرد في موقف مهدد لكيانه قد يجعله ينسى كل خبراته الحضارية وحصيلته الثقافية، ويرتد إلى بعض التصرفات اللامعقولة، فالإنسان في حياته العادية المنظمة لا يشعر بتأثير الأشباح، ولكنه إذا مر بجوار القبور ليلاً، فتنتابه مشاعر الخوف، والقلق؛ لأنه قد حدث نوع من الغزو من محتويات اللاشعور الجمعي.

ومع تبعية "آدلر" أيضاً "لفرويد" في بداية عمله بالتحليل النفسي فقد طور نظريته الخاصة حيث ربط القلق بمشاعر العجز، والنقص مبرزاً أهمية العوامل الاجتماعية في تأكيد ذلك، وخاصة الأسرية منها كالتدليل الزائد للطفل أو نبذه، والترتيب الميلادي يمكن أن تزيد من مشاعر العجز، وحدة القلق.

ولقد مهدت كل هذه الأفكار لظهور جيل من الفرويديين الجدد الذين قللوا من أهمية العوامل البيولوجية، والغريزية مبرزين أهمية العوامل الاجتماعية، وأهمية فاعلية الأنا. فعلى سبيل المثال تؤكد "هورني" أهمية القلق الأساسي رابطة إياه بالحاجات الأساسية التي ترتبط بشكل واضح بالحب، والتقبل، والتعاطف، والاعتراف، وخاصة من الوالدين، مؤكدة على أن انعدام الدفء العاطفي في الأسرة، وشعوره بالنبذ، والحرمان من الحب، والعطف، والحنان، والضعف وسط عالم عدواني هو أهم مصدر من مصادر القلق. وفي هذا الإطار أيضاً ظهرت نظرية فروم لتربط بين القلق ، والحاجات الأساسية المتمثلة من وجهة نظره في الحاجة إلى الانتماء، والحاجة إلى الارتباط بالجذور،

والحاجة إلى الهوية، والحاجة إلى إطار توجيهي، حيث يؤكد فروم أن هذه الحاجات الإنسانية جزء من طبيعة الإنسان، ولازمه لتطوره، وارتقائه؛ مؤكداً إعاقة الظروف الاجتماعية السيئة، والصراع الاجتماعي لإشباعها حيث يقود ذلك إلى القلق، ومن ثم الاضطرابات النفسية.

كما اتخذ "**سوليفان 1987**" موقفاً قريباً حيث ركز على أهمية العلاقات الشخصية المتبادلة بدءاً من لحظة الميلاد، إلا أنه وسع من مفهوم العلاقات الاجتماعية حيث أظهر أهمية نمو هذه العلاقات عبر مراحل النمو المختلفة من خلال ربطها بالخبرات المعرفية. ويرى أن القلق يبدأ مع بداية الحياة، وينتج من العلاقات الشخصية المتبادلة مع الأم، ففي المرحلة الأولى لا تسمح قدرات الطفل المعرفية بالتفريق بين ذاته، وذات أمه، وبالتالي فإن قلق الأم في أثناء رعايتها لابنها يُعد قلقه، ولا يمكن خفض القلق لديه إذا استمر قلقها، وقد حدد "**سوليفان**" أربعة أنماط من الأمهات لتمثيل الأم كمصدر للإشباع في المرحلة الأولى، وتشمل الأم الجيدة المشبعة، الأم الجيدة غير المشبعة، الأم غير الجيدة المشبعة، الأم الشريرة، ويستمر ارتباط القلق بطبيعة إدراك العلاقات الاجتماعية المتبادلة وفقاً لمستوى الخبرة المعرفية للفرد، ففي المرحلة الثانية على سبيل المثال يرتبط قلق الطفل بالنتائج السلبية للأحداث من دون الارتباط بأسبابها، في حين يرتبط في المرحلة الثالثة بالنتائج مقترنة بالأسباب.

ولقد مهدت هذه الأفكار مجتمعة لظهور نظريات تأخذ في الاعتبار المتغيرات جميع، ولعل في نظرية "**أريكسون 1963**" مثالاً لذلك حيث يربط الاضطرابات النفسية، ومنها القلق، والاكتئاب بالفشل في نمو الأنا نمواً طبيعياً حيث يفشل الفرد في حل أزمات النمو في مراحل العمر المختلفة، وخاصةً في المراحل الأولى حلاً إيجابياً، ولقد أورد **أريكسون** أمثلة متعددة من ارتباط هذه الاضطرابات بهذا الفشل في حياة كثير من المحاربين، والأطفال الهنود.

واعتماداً على ما سبق فإنه يمكن القول: إن التحليليين يربطون ظهور الاضطرابات النفسية، ومنها القلق بخبرات الفرد المؤلمة المعيقة للنمو السوي كنتيجة لسيطرة بعض

الرغبات المكبوتة من جانب، ولضعف نمو الأنا الفاعل القادر على التكيف في المقابل. (فهمي، ١٩٩٨، ٤٩).

### ☒ التفسير السلوكي للقلق:

### (Interpretation of the behavioral anxiety)

يركز السلوكيون التقليديون إجمالاً على عملية التعلم، ويؤكدون أن الإنسان يتعلم القلق، والخوف، والسلوك المرضي كما يتعلم السلوك السوي. ويركز الأوائل من السلوكيين التقليديين من أمثال "**واطسن**" على أن عمليات التعلم تتم عن طريق اقتران بين المثير الشرطي، والمثير الطبيعي، وبالتالي يستجيب الفرد لظاهرة الخوف أو القلق، ويصبح الخوف من المؤثر الشرطي دافعاً مكتسباً، وعن طريق مبدأ التعميم في تعلم الخوف أو القلق يلاحظ أن المثيرات الشبيهة لتلك التي تعلم الكائن الحي أن يخاف أو يقلق منها، والأكثر شبهاً بها هي الأكثر إثارة للقلق أو الخوف.

ولقد تأثر الكثير بفكرة الإشراط الكلاسيكي فعلى سبيل المثال يرى كل من "**شامز، ودوركسي**" أن القلق المرضي استجابة مكتسبة قد تنتج عن القلق العادي تحت ظروف أو مواقف معينة، ثم تعمم الاستجابة بعد ذلك، كما أشارا إلى أن الكثير من الأمثلة للمواقف العادية التي يمكن أن تؤدي إلى القلق، ومنها على سبيل المثال المواقف غير المشبعة أو المؤلمة، فقد يتعرض الفرد منذ طفولته الأولى لبعض المواقف التي يحدث فيها خوف أو تهديد، ولا يصاحبها تكيف ناجح، ويترتب على ذلك مثيرات انفعالية من أهمها: عدم الارتياح الانفعالي، وما يصاحبها من توتر، وعدم استقرار.

ولا تختلف نظرية "**سكنر**" الإجرائية، حيث يرى أن السلوك إجمالاً بما في ذلك السلوك غير السوي، والمرضي كنتيجة لمرور الفرد بخبرات مثيرة للقلق عززت بدرجة جعلت منها مثيراً قوياً، ومستمراً لمثل هذه الاضطرابات، ومع تطور النظرة إلى مفهوم القلق وفقاً للتطور في المدرسة السلوكية، حيث حاول السلوكيون الجدد الخروج من الدائرة الضيقة لفكر "**واطسن**" آخذين في اعتبارهم العمليات المعرفية كعوامل وسيطة بين المثير والاستجابة، ولعل من أهمهم كل من "**دولارد، وميلر**" حيث

نظرا إلى القلق كنتاج لتوقع الألم، الذي يرتبط بالمثيرات الخارجية من جانب، والعمليات الداخلية من جانب آخر.

وقد تطور الفكر السلوكي بظهور نظرية التعلم الاجتماع "لباندورا" الذي أكد على أهمية التفاعل المتبادل بين المثيرات؛ وخاصة الاجتماعية منها، والسلوك، والعوامل الشخصية العقلية المعرفية، والانفعالية الوجدانية، وبذلك يرى أن ظهور القلق مرتبط بحدوث مثيرات غير مرغوبة شريطة أن يكون لدى الفرد استعداد نفسي لظهوره متمثلاً في المفهوم السالب للفرد عن قدراته. وعليه فإن القلق، وإن عبر عن استجابات بمثيرات خارجية مؤلمة، فإن هذا الارتباط يبقى ارتباطاً جزئياً مرتبطاً من جانب آخر بالسمات الشخصية العقلية منها، والوجدانية. ولعل من أهمها مشاعر عدم الكفاية التي تعمل كمعزز ذاتي للقلق. (Monte 1987).

- **التفسير الوجودي والإنساني للقلق:**

**(Interpretation of the existential and humanitarian anxiety)**

بدأ الحديث عن القلق مع بداية ظهور الفلسفة الوجودية. يقول "كيركيجار" أحد مؤسسي هذه الفلسفة: "إن الاختيار يجر إلى المخاطرة؛ والمخاطرة بطبعها تؤدي إلى القلق: قلق على الإمكانات عامة، وقلق من الوجهة التي اختارها الإنسان. فهذا قلق من، وهذا قلق على، وهذا شبيه بالدوار الذي يصيب المرء حينما ينظر في هاوية ". ولقد بقي القلق موضوعاً أساسياً لدى الفلاسفة جميعهم الوجوديين كونه جزءاً من الحياة، كما استمر هذا الاهتمام لدى علماء النفس الوجودي من أمثال "رولو مي" أحد أهم رواد هذا الاتجاه في الولايات المتحدة. ويعتقد مي أن الاضطراب وسيلة غير سوية يسعى الفرد من خلالها للحفاظ على إحساسه بوجوده في ظروف يكون الإحساس بالوجود فيها بالشكل السوي معاقاً. ويرى أن القلق جزء من وجود الإنسان، والقلق ليس خوفاً من شيء موضوعي، بل يعبر عن شعور غامض، وخوف عام من مهددات الوجود. ويرى أن درجة القلق يمكن أن تتدرج من الدرجات المقبولة إلى الشديدة المعوقة للنمو. وقد يدفع الفرد لكبتها أو تجاهلها لتحقيق الاستقرار، إلا أن هذا لا يحقق له الاستقرار الفعلي،

الذي لا يتحقق إلا بقبول المهددات المثيرة للقلق أصلاً كجزء من الوجود. هذا يساعد على قبولنا لحياتنا، واستغلالها بفاعلية. ويعتقد أن فقدان القيم من أهم مشكلات الإنسان الناتجة عن سيطرة الحياة المادية التي أدت إلى اضطهاد وجودنا، حيث تدفع إلى فقدان الإحساس بالوجود بنماذجه المختلفة (الوجود في العالم المادي، الوجود في العالم الاجتماعي، والوجود في العالم الذاتي)، حيث يفشل في الموازنة بين الإحساس بالوجود في هذه النماذج، مما يعني غلبة إحساسه بالوجود في أحدها، فقد يهمل العالم المادي، والاجتماعي، ويتمركز حول ذاته، وقد يهمل حاجاته في مقابل إرضاء المجتمع، وقد يركز على وجوده في العالم المادي؛ مما يعني النظرة السطحية لذاته، وللمجتمع. هذا الفقدان للإحساس بالوجود يؤدي بالفرد إلى الشعور بالعجز، والذنب.

ويرى "مي" أن الحل هو قبوله كجزء من وجودنا، واستغلاله كدافع لتحقيق الهدف الإيجابي، وهو التكامل بين نماذج الوجود. ويؤكد مي أن لأساليب المعاملة الوالدية أثرها في تكوين إحساس الفرد بوجوده، فالأساليب الخاطئة عامل مثير للقلق، ولمشاعر الذنب العالية المعيقة للإحساس بالوجود أو لخلق التكامل بين جوانبه.

وتمثل المدرسة الإنسانية امتداداً للفكر الوجودي؛ ولذا يرى الإنسانيون أن القلق هو الخوف من المستقبل، وما قد يحمله من أحداث تهدد، وجود الإنسان أو تهدد إنسانيته، ولهذا فإنه المثير الأساسي للقلق. كما يرون أن فشل الفرد في تحقيق أهدافه، وفشله في اختيار أسلوب حياته، وخوفه من احتمال حدوث الفشل في أن يحيا الحياة التي هو يريدها.

ولعل من أهم من يمثل هذا الفكر كلٌ من "ماسلو"، و"روجرز"، حيث يعتقد "ماسلو" أن الكائنات الحية البشرية تهتم بالنمو بدلاً من عملها على تجنب الإحباطات أو إعادة التوازن، وعلى هذا الاعتقاد وضع نظريته الشهيرة حول هرم الحاجات، إلا أن عدم تحقيق هذه الحاجات يمكن أن يؤدي إلى القلق.

كما يرى روجرز أن الإنسان يشعر بالقلق حين يجد التعارض بين إمكاناته، وطموحاته أو بين الذات الواقعية الممارسة، وبين الذات المثالية، وباختصار فإن القابلية

للقلق تحدث عندما يكون هناك تعارض بين ما يعيشه الكائن العضوي، وبين مفهوم الذات. (أبو العلا، ١٩٩٠، ٦٨).

Damascus University

☒ تفسير الاتجاه المعرفي للقلق:

**(- Interpretation of the direction of cognitive anxiety)**

يمثل علم النفس المعرفي اتجاهاً قوياً في علم النفس المعاصر حيث أثر في العديد من المنظرين من مدارس مختلفة، ومن ذلك "**سوليفان** "في المدرسة التحليلية، و"**باندورا**" في المدرسة السلوكية. كما تعددت الاتجاهات المعرفية، وتعددت أغراضها. ولعل ما يهمنا في هذا المجال هو القلق، والاضطرابات النفسية. ويُعد جورج كيلي من علماء النفس الذين أعطوا المعرفة الإنسانية وزناً في تفسير الشخصية في حالتي السواء، والمرض، حيث يرى أن أي حدث قابل لمختلف التفسيرات، وهذا يعني أن تعرض الإنسان للقلق يمكن تفسيره بأكثر من طريقة حتى للحالة الواحدة. كما يرى أن العمليات التي يقوم بها الشخص توجه نفسياً بالطرق التي يتوقع فيها الأحداث، وعلى اعتبار أن عملية القلق ليست إلا عملية توقع، وخوف من المستقبل.




ويرى "**بيك**" أن القلق انفعال يظهر مع تنشيط الخوف الذي يُعد تفكيراً معبراً عن تقويم أو تقديم لخطر محتمل، ويرى أن أعراض القلق، والمخاوف تبدو معقولة للمريض الذي تسود تفكيره موضوعات الخطر التي قد تعبر عن نفسها من خلال تكرار التفكير المتصل بها، وانخفاض القدرة على التمعن أو التفكير المتعقل فيها، وتقويمها بموضوعية. هذا يؤدي

إلى تعميم المثيرات المحدثة للقلق إلى الحد الذي يؤدي إلى إدراك أي مثير أو موقف كمهدد، فانتباه المريض يبدو مرتبطاً بتصور أو مفهوم الخطر مع انشغال البال الدائم بالمثيرات الخطيرة. وبسبب تثبت أو توقف معظم انتباه المريض على المفاهيم أو المثيرات المتصلة بالخطر، فإنه يفقد كثيراً من القدرة على أن ينقل فكره إلى عمليات أخرى داخلية أو إلى مثيرات أخرى خارجية، فموضوع الخطر مبالغ فيه، مع الميل إلى تهويل المأسي، والأخطار الافتراضية، وجعلها مساوية للأخطار الحقيقية. (Beck, 1979).

## ساساً: أسباب القلق (Reasons for anxiety):

تبين من خلال استعراض النظريات المختلفة أن علماء النفس يختلفون في تفسير أسباب القلق تبعاً لخلفياتهم النظرية، فهناك من يركز على القلق كعصاب ناتج عن الخبرات المكبوتة، وهذا ما نجده لدى المنظرين في المدرسة التحليلية، بينما يركز السلوكيون على عملية التعلم، وتعميمه، أما الإنسانيون فيرون، أن عدم تحقيق الذات من أهم أسباب القلق. من جانب آخر أشارت نتائج البحوث إلى أن الأسباب، وإن كانت موضوعية، ومثيرات داخلية فإنها تختلف، إلا أن النظرة الشمولية توجب الأخذ في الاعتبار جميع الأسباب المحتملة، وفيما يلي تلخيص لأهم أسباب القلق بصفة عامة بالاعتماد على النظريات السابقة، ونتائج البحوث العلمية:

١- **الاستعداد الوراثي (Genetic predisposition):** تشير بعض الدراسات إلى احتمال تدخل العامل الوراثي كعامل من عوامل الاستعداد للقلق، فقد أثبتت هذه الدراسات وجود تشابه في الجهاز العصبي المستقل، واستجابته للمنبهات الخارجية لدى التوائم (التوءم القلق). وقد وجد في بعض الدراسات كما يشير محمد، ومرسي (١٩٩٧) أن نسبة القلق بين التوائم المتشابهة تصل إلى ٥٠% ، في مقابل ٤% فقط بين التوائم غير المتشابهة، وإن ١٥ % من آباء، وأخوة مرضى القلق يعانون من المرض نفسه.

٢- **الاستعداد النفسي العام (Preparation of General Psychiatry)**: تساعد بعض الخصائص النفسية على ظهور القلق، ومن ذلك الضعف النفسي العام، والشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد، وأهدافه، والتوتر النفسي الشديد، والشعور بالذنب، والخوف من العقاب، وتوقعه، وتعود الكبت بدلاً من التقدير الواعي لظروف الحياة، وعدم تقبل مد الحياة، وجزرها، كما يؤدي فشل الكبت إلى القلق، وذلك بسبب طبيعة التهديد الخارجي الذي يواجه الفرد أو لطبيعة الضغوط الداخلية التي تسببها رغبات الفرد الملحة.

٣- **العوامل الاجتماعية (Social factors)**: تُعد العوامل الاجتماعية وفقاً لغالبية نظريات علم النفس من المثير الأساسي للقلق؛ إذ تؤكد أهمية هذه العوامل كعوامل أساسية لإحداث القلق. ولا شك في أن حصر مثل هذه الأسباب أمر مستحيل لتعددها، وتشعب جوانب الحياة المقلقة خاصة في عصر اتسم بالقلق .وتشمل هذه العوامل مختلف الضغوط: كالأزمات الحياتية، والضغوط الحضارية، والثقافية، والبيئية المشبعة بعوامل الخوف، والحرمان، والوحدة، وعدم الأمن، واضطراب الجو الأسري، وتفكك الأسرة، وأساليب التعامل الوالدي القاسية، وتوفر النماذج القلقة، ومنها: الوالدين، والفشل في الحياة، ومن ذلك الفشل الدراسي، والمهني، والزواجي.

٤- **العوامل الفزيولوجية (Physiological factors)**: يشير عكاشة (١٩٩٢) إلى ارتباط القلق أحياناً ببعض العوامل البنائية، والفسيولوجية، ومن ذلك عدم نضج الجهاز العصبي في الطفولة، وكذلك ضمور هذا الجهاز في الشيخوخة، وما يتبع ذلك من خلل في الوظائف الفسيولوجية، والنفسية. ويمثل القلق واحداً من أهم الاضطرابات النفسية المحتملة كنتائج للاضطرابات الوظيفية.

بالرغم من تحديد أسباب القلق السابقة إلا أنها تبقى أسباباً عامة، بمعنى أنها تختلف من شخص لآخر، وبالنسبة للدراسة الحالية، فمن المتوقع أن يرتبط القلق بالطلاق، وما يترتب على الطلاق من مشكلات اجتماعية، واقتصادية، والحرمان من الأبناء بالنسبة

للأم المطلقة، وقد يكون أحد هذه العوامل أكثر تأثيراً من العوامل الأخرى، أو أن تؤدي هذه العوامل في مجملها إلى القلق. (زهران، ١٩٩٧، ٦٨).

## أسباب القلق عند الأطفال (Causes of anxiety in children):

١. الإحباط الشديد، والمستمر: حيث يؤدي الإحباط الزائد إلى الشعور بالقلق، والغضب، ولا يتمكن الأطفال في كثير من الأحيان التعبير عن غضبهم من الكبار مما يؤدي إلى شعورهم بالقلق.

٢. فقدان الشعور بالأمن : بحيث يمثل الشعور الداخلي بالأمن سبباً رئيساً للقلق الذي قد يحدث نتيجة انعدام الشعور بالأمن، والشكوى حول الذات، ويتم إسقاط هذا الشعور على أي شيء، وربطه به.

٣. الرفض، والنبذ: فالخوف من رفض الآخر لنا، ومن أنه لن يبادلنا مشاعر المحبة، والمودة يثير القلق لنا.

٤. الأذى أو الضرر الجسدي : مثال الأشخاص الذين يمتلكون هواية تسلق الجبال يمكن أن يشعروا بالقلق في حال تعرضهم لمواقف تهددهم بالأذى، والشعور بالألم الجسمي.

٥. التنافر المعرفي: فالأفكار، والمعلومات التي لا تتفق مع المعايير الاجتماعية يمكن أن تدفع الفرد للشعور بالقلق. ومثاله: الطالب الذي يعرف أنه طالب ذكي مجتهد يصاب بالقلق عند حصوله على درجة امتحان متدنية، كما هو متوقع عن نفسه.

٦. تقليد الوالدين، والاقتداء بتصرفاتهم: فالآباء القلقون كثيراً ما يجعلون القلق ينمو في نفوس أبنائهم.

٧. التسيب، والإهمال من الوالدين، وذلك بسبب عدم وجود حدود واضحة توضح السلوك المناسب، فيشعر الأطفال بالضياع؛ لأنه تعوزهم الثقة.

٨. النقد الزائد: يؤدي النقد الزائد من قبل الراشدين، والكبار إلى حالة من الاضطراب، والتوتر، وخاصة إذا شعر الأطفال بأنهم موضع تقويم أو حكم.

٩. عدم الثبات في المعاملة: قد يؤدي تقلب الآباء، والمعلمين في المعاملة إلى حالة من التشوش، والقلق لدى الأطفال، كذلك يحصل القلق في المدرسة عندما يتسم المعلم بعدم الثبات في التعامل. (خلف، ٢٠٠٤، ١٤٩).

## ثامناً: مستويات القلق (anxiety levels):

يعني القلق عادة المشاعر غير السارة التي تتميز بالهم، والخشية، والفزع، والخوف التي يستشعرها الفرد في وقت ما في حياته، وبدرجات مختلفة. وللقلق في حياة الفرد مستويات متفاوتة تمتد من القلق البسيط الذي يظهر على شكل الخشية، وانشغال البال، والقلق الشديد الذي يظهر على شكل الرعب، والخوف. وقد توجد لدى الفرد فكرة ما عن أسباب قلقه، ولكنه لا يستطيع أن يحدد العوامل المؤثرة فيه، ولربما هذا هو الفرق بين الخوف، والقلق، ولكن القلق لا يعرف مصدره عادة. **ويذكر الشاذلي ثلاثة مستويات للقلق:**

a. المنخفض: يحدث التنبيه العام للفرد مع ارتفاع درجة الحساسية نحو الأحداث الخارجية كما تزداد درجة استعداده، وتأهبه لمواجهة مصادر الخطر في البيئة التي فيها. ويشار إلى هذا المستوى من القلق بأنه علامة إنذار لخطر، وشيك الوقوع.
b. المتوسط: يصبح الفرد أقل قدرة على السيطرة حيث يفقد السلوك مرونته، ويستولي الجمود بوجه عام على استجابات الفرد في المواقف المختلفة، ويحتاج إلى المزيد من بذل الجهد للمحافظة على استجابات الفرد في المواقف المختلفة، ويحتاج للمزيد من بذل الجهد للمحافظة على السلوك المناسب في مواقف الحياة المتعددة.
c. العالي: يتأثر التنظيم السلوكي للفرد بصورة سلبية أو يقوم بأساليب غير ملائمة للمواقف المختلفة. ولا يستطيع الفرد التمييز بين المثيرات الضارة، وغير الضارة. ويرتبط ذلك بعدم القدرة على التركيز، والانتباه. (الشاذلي، ٢٠٠١، ١١٤).

## تاسعاً: أعراض القلق (Symptoms of anxiety):

يمكن النظر لأعراض القلق على النحو الآتي:

١) **الأعراض المعرفية**، مثل:

- القلق الاجتراري حول أهمية محفز داخلي مثل (الأعراض الجسدية) أو خارجي، مثل: (سلامة الأطفال أو العائلة في حالة غيابه).
- الحدس السلبي، وتوقع الأشياء المخيفة، مثل: (سوف أفقد السيطرة عندما أكون لوحدي، ولا يوجد احد ينقذني).
- التفكير بالهموم، مثل: (أن يفكر اللاجئ ماذا سيحصل لأطفاله إذا لم يستقر في مكان آمن).

٢) **الأعراض الوجدانية:**

- المزاج القلق.
- الخوف.
- الرهبة.
- العصبية.

٣) **الأعراض الجسدية** المرتبطة مع حالة التيقظ الشديد، والاحتراس الزائد:

- الخفقان.
- تسارع النبض.
- برودة اليدين، ورطوبتهما.
- التعرق.
- الخدران، والتنميل.
- الدوخة.
- القشعريرة.
- تكرار التبول.

- الإسهال.
- الغثيان.
- الرعشة.
- الرجفة.
- آلام عضلية.
- غصة في الحلق.
- الشرود.
- التعب.
- الحيصان.
- صعوبة في البلع.
- الأرق.
- الجفل بسهولة.
- ضعف التركيز.
- الشعور بالشد.

٤) **الأعراض السلوكية:**

- التجنب: المصاعد أو السوق أو الطائرات...الخ.
- زيادة استخدام الخدمات الصحية، وزيادة استعمال الأدوية.
- سوء استخدام الكحول، والمخدرات.
- الحماية الزائدة عن حدها للأطفال.
- حدة الطبع التي قد تتغير إلى انفجارات غضب حتى مع الذين يقدمون المساعدة للشخص.
- التغيير السريع للقرارات.
- العزلة الاجتماعية.

- التعامل بعدم ثقة مع الآخرين، وخصوصاً إذا كان قد تعرض للأذى سابقاً (الدليل).

## عاشراً: أنواع القلق (Types of anxiety):

يمكن تقسيم القلق من حيث مصدر الخطر في هذا الاتجاه إلى قسمين، هما:

١ – **القلق الخارجي** external anxiety: هذا النوع من القلق يسببه شيء حقيقي أو عمل ما يجري في حياته. وهناك سبب واقعي للشعور بهذا النوع من القلق، فقد يبرز بسبب وجود شيء أو شخص يحاول أن يؤذي الفرد القلق. أو يمكن أن يكون كنتيجة لشيء بسيط، مثل: مشاهدة برنامج تلفزيوني أو بسبب الاهتمام القلق حول حادثة مستقبلية.

٢ – **القلق الداخلي** internal anxiety: هذا النوع من القلق يتولد بسبب التفكير أو الاهتمام بالقلق الخارجي، وبسبب الشعور الذي تسبب به القلق الخارجي. ويظهر القلق المتولد داخلياً إذا اختار الشخص أن يقوم بذلك، فمن خلال اختيار الشخص أن يكون أقل ارتباطاً بالحوادث الخارجية أو القلق المتولد خارجياً، فإنه يقلل بشكل كبير القلق المتولد داخلياً. فالحياة ضاغطة، والحالات السيئة، والجيدة يمكن أن تسبب قلقاً، فالزواج أو الثقة بالنفس أو تغيير العمل أو ولادة طفل كل هذه الحالات يمكن أن تسبب قلقاً خارجياً. هذا الضغط يمكن أن يولد أعراضاً جسمية، مثل: سرعة دقات القلب، والذهول، والارتباك، والدوار، وغير ذلك. (Bassett, 2001, 2-3).

## الحادي عشر: تصنيف اضطرابات القلق:

## (Classification of anxiety disorders)

١ – **اضطراب القلق المعمم Generalized anxiety Disorder**: هو عبارة عن قلق زائد عن الحد (توقع قلق)، يحدث في معظم الأيام خلال فترة ستة أشهر على الأقل بسبب عدد من الحوادث أو النشاطات، مثل: (العمل أو الإنجاز المدرسي) حيث يجد فيه.

٢ – اضطراب الهلع panic disorder: والذي يمكن تشخيصه مع رهاب الخلاء، أو من دونه، وهو نوبات خوف غير متوقع، ومتكرر.

٣ – الرهابات النوعية specific phobia: وهو خوف مزمن أو محدد زائد عن حده، وغير معقول، يتم الشفاء منه من خلال وجود أو توقع وجود شيء ما أو موقف ما، على سبيل المثال: (الطيران، الارتفاعات، الحيوانات، أخذ حقنة، رؤية الدم).

فحالة الرهاب هذه يحددها الشخص الذي يتعرض لها على أنها خوف زائد عن الحد، ويمكن أن يتجنبه أو يتحمله مع قلق شديد، وضغط نفسي شديد.

٤ – الرهابات الاجتماعية social phobia: هو خوف مستمر لواحد أو أكثر من الحالات الاجتماعية أو حالات الأداء، يتعرض من خلالها الشخص لأشخاص غير معروفين من قبله أو تدقيق، وتفحص ممكن من قبل الآخرين. فيخاف الفرد من أنه سوف يتصرف بطريقة محرجة أو مهينة أو أنه يخاف أن تظهر عليه أعراض القلق.

٥ – رهاب المرتفعات acrophobia: يمكن تشخيص هذا الاضطراب مع تاريخ مرضي لاضطراب الهلع، أو من دونه. وهو قلق حول التواجد في أماكن أو حالات يصعب الهروب منها أو يكون الهروب منها عملاً مخجلاً، أو تلك المواقف أو الحالات التي يكون فيها الحصول على المساعدة غير ممكن، ولا سيما عند ظهور أعراض نوبة هلع أو الأعراض الشبيهة بنوبة الهلع.

ويقع ضمن هذا النوع من الخوف مجموعة من الحالات التي تتضمن: التواجد خارج المنزل وحيداً أو التواجد ضمن زحام أو الوقوف في صف أو التواجد على جسر أو السفر في باص أو قطار أو سيارة.

٦- اضطراب الوسواس القهري obsessive compulsive disorder:

ويتألف من عاملين:

أ - **الأفكار القهرية:** ويتضمن الآتي:

- أفكار مستمرة، ومتكررة، ونوبات، وصور تم التعرض لها خلال المرض(الاضطراب). وهي غير مناسبة تسبب الأذى، وتسبب قلقاً مميزاً أو ضغطاً نفسياً.
- الأفكار، والنوبات، والصور التي ليست ببساطة قلقاً غير مبرر حول مشاكل الحياة اليومية.
- يحاول الشخص إبعاد هذه الأفكار، والنوبات، والصور أو يحاول تحييدها من خلال أفكار أخرى أو أفعال أخرى.
- يدرك الشخص أن هذه الأفكار، والنوبات، والصور هي من بنات أفكاره. (ليست مفروضة من الخارج كإدخال للأفكار).

ب - **الأفعال القهرية:** ويتضمن مايلي:

- سلوكيات متكررة، على سبيل المثال: (غسل اليدين، الترتيب، تفقد الأشياء)، أو أفعال عقلية، على سبيل المثال: (الصلاة، العد، تكرار الكلمات بشكل صامت) التي يشعر الشخص بأنه محكوم بأدائها كاستجابة لاستحواذ ما أو وفقاً لقواعد يجب تطبيقها بشكل صارم.
- السلوكيات أو الأفعال العقلية تهدف إلى منع أو التقليل من الضيق أو منع بعض الحوادث المرعبة أو المواقف المفزعة. ومع ذلك فإن هذه السلوكيات أو الأفعال العقلية إما أنها غير مرتبطة بشكل واقعي مع الحوادث التي تهدف إلى تحييدها أو أنها زائدة على الحد بشكل واضح.

٧ - **اضطراب ما بعد الصدمة (Post Traumatic Stress Disorder) PTSD:** ويظهر هذا الاضطراب عند الأشخاص الذين كانوا عرضة لحادثة مؤلمة أو شاهدوا هذه الحادثة أو واجهوا حادثة أو حوادث كان الموت فيها حاضراً أو حوادث

قريبة من الموت أو جروحاً بليغة أو حوادث كان فيها التهديد الجسدي لهذا الشخص أو الآخرين شديداً، وتكون استجابة الشخص لهذا النوع من الحوادث متضمناً خوفاً شديداً أو رعباً.

**ويمكن الوقوع بشكل مزمن في الحادثة المسببة للصدمة** في واحدة من الطرق الآتية على الأقل:

- استعادة أو تذكر مجهد، ومتكرر، ومخترق للحادثة، التي تتضمن صوراً أو أفكاراً أو تصورات.
- أحلام مجهدة متكررة للحادثة.
- التصرف أو الشعور، وكأن الحادثة المؤلمة تحدث للمرة الثانية، يتضمن إحساساً بإعادة، ومعايشة الخبرة أو التوهم أو الهلوسة أو حلقات من التذكر الراجع غير المترابط.
- إجهاد نفسي شديد عند التعرض لتلميحات داخلية أو خارجية تمثل أو تشابه مظهراً ما من مظاهر الواقعة. (الحادثة الصادمة).
- نشاط فيزيولوجي ناتج عن التعرض للتلميحات الداخلية، والخارجية التي تمثل أو تشابه مظهراً من مظاهر الحادثة الصادمة.

(Calcification of Mental Disorders ICD–10, 1992, 132-175)

## الثاني عشر: قلق الامتحان، وقلق المدرسة، وأساليب مواجهتهما:

## (Test anxiety and anxiety of the school)

قلق الامتحان أو قلق الاختبار، وقد يسمى أحياناً قلق التحصيل، هو نوع من القلق المرتبط بمواقف الاختبار، بحيث تثير هذه المواقف في الفرد شعوراً بالخوف، والهم العظيم عند مواجهة الاختبارات. (رمال، ٢٠٠٦، ١٢).

وقد يوجد بدرجة مرتفعة فيؤثر في حسن أداء الفرد للاختبار، ويسمى حينئذ بالقلق الميسر، فالعلاقة بين القلق، والأداء منحنية، ويتولد قلق الاختبار في عمر مبكر نتيجة لاتجاهات المدرسين، والوالدين، والأطفال الآخرين، وهو شائع لدى التلاميذ جميعهم،

وقد ظهر أن قلق الامتحان يزداد لدى الطلاب ذوي القدرة المنخفضة بالمقارنة إلى ذوي القدرة المرتفعة، كما أن الطلاب مرتفعي القلق يكون أداؤهم أفضل من الطلاب منخفضي القلق في الاختبارات التي تقيس الاسترجاع الأصم بما فيه استرجاع المقاطع عديمة المعنى، أو ما يسمى بالذاكرة الآلية، ولكن العكس صحيح في الاختبارات التي تتطلب مرونة في التفكير، كما ظهر أن التحصيل، ودرجات اختبارات الذكاء يرتبطان ارتباطاً سلبياً جوهرياً مع قلق الاختبار. (عبد الخالق، ١٩٨٧، ٣٢).

## أساليب مواجهة قلق الامتحان:

## (Methods address the anxieties Alamthani)

يوجد العديد من الأساليب، والفنيات التي من شأنها أن تعمل على التخفيف من هذا القلق:

١- تدعيم ثقة الطلاب بأنفسهم، والوقوف منذ وقت مبكر على ميولهم، وقدراتهم، وتوجيه طموحهم ليتوافق مع قدراتهم في اختيار التخصصات الدراسية المناسبة لكل منهم.

٢- توجيه الطلاب، وإرشادهم إلى طرق الاستذكار الجيد منذ بداية العام الدراسي، والتذكير بأن عملية التحصيل عملية تراكمية تتطلب استذكاراً مستمراً من دون تأجيل، مع التأكيد على أسر الطلاب بمساعدتهم على تطبيق ذلك منزلياً، ونظرياً؛ لأن للاستذكار الجيد دوراً في تخفيف توتر الطلاب، وقلقهم فيمكن توضيح طريقة (تناسر) في الاستذكار التي تعني لـ تصفح، تساءل، اقرأ، سمع، راجع، وذلك على النحو الآتي:

أ- تصفح، أي تصفح فصل الكتاب بقراءة عنوانه الرئيس، والعناوين الفرعية، وإلقاء نظرة على الرسومات التوضيحية، والخرائط .. الخ.

ب-تساءل: اسأل نفسك، ماذا تعرف عن هذه المادة؟ ثم حول اسم الفصل، وعناوينه إلى تساؤلات.

ج- اقرأ: ابدأ القراءة، وابحث عن إجابات لتساؤلاتك، وكذلك أسئلة نهاية كل فصل من الكتاب مع التركيز على المقاطع المهمة، ثم عاود قراءة العناوين، واستعراض الصور ثم أعد قراءة الأجزاء التي لم تفهمها مع مراجعة كل جزء منها قبل الانتقال إلى جزء آخر.

د- اسمع: انطق بصوت مسموع عند قراءة ما سبق أن لخصته من النقاط المهمة بأسلوبك لترسيخ تلك المعلومات في الذاكرة، وكلما وظفت الرؤية، والاستماع معاً حصلت على تعلم أفضل.

ه- راجع: أي راجع بشكل مستمر كل فصل بعد قراءته، وراجع إجابات أسئلة النقاط المهمة، ثم حاول الإجابة عن تلك الأسئلة بعد إغلاق الكتاب، والدفتر الخاص بالمادة مع الترديد الشفهي لتلك الأسئلة، وإجاباتها، ثم أعد قراءة ما صعب عليك إجابته، ثم اختبر نفسك شفهياً أو تحريرياً، واربط بين موضوعات المادة في شكل خريطة دراسية تضمن لك تجمع المعلومات؛ مما يساعدك على تخفيف ضغط الاستذكار عليك قبل الامتحان. (www, twjihi, 2006)

٣-توظيف التوجيه، والإرشاد الجماعي الذي يقوم على محاورة الطلاب في المشكلات المرتبطة بقلق الامتحان حسب أسس الإرشاد الجمعي. ( tawjihi, 2006, 6)

٤-توظيف الإرشاد العقلاني الانفعالي بتحديد الأفكار غير العقلانية، ودحضها لدى الطلاب المتعلقة بالامتحان، وما يرتبط بذلك من معتقدات خاطئة نتجت عن خبرات سلبية سابقة عممت على موقف الامتحان، ومناقشتها منطقياً، والعمل على إثبات أنها أفكار خاطئة، ولا يجب التعويل عليها. (الرفاعي، ١٩٩٣، ٤٦).

٥-الحديث الإيجابي مع الذات: تشجيع الأفراد على أن يتوقفوا عن استخدام التعليقات السلبية المثيرة للقلق عندما يتحدثون عن أنفسهم، مثل: "لن أتمكن من النجاح أبداً، الامتحان صعب، شيء رهيب سيحدث لي، من الأفضل ألا أخرج كي لا يحدث لي أمر سيئ". (Patrick. D. & Cummings, 1999, 16).

٧ – التحصين المنظم أو التخلص التدريجي من الحساسية: وهو أسلوب طوره **ولبي** (wolpem, 1958) قائم على أساس مبدأ الإشراط المضاد القلق المتبادل، واستخدام الاسترخاء العضلي كونه استجابة مضادة لاستجابة القلق، وبالتالي منعها من الظهور مع حالة الاسترخاء العضلي، ويتم ذلك بتقديم المثيرات التي تسبب القلق في شكل متدرج يبدأ بالمواقف الأقل إثارة للقلق وصولاً إلى المثير الحقيقي للحالة الشديدة للقلق، وهذا يتم بالطبع بعد جمع البيانات الدقيقة ضمن دراسة الحالة عن حالة الطالب التي تثير لديه القلق، وفي قلق الامتحان يتم تعريض الطالب القلق لمواقف متعددة من الامتحان بصورة تدريجية تحت إشراف المختص المرشد حتى تخف درجة القلق الناتجة عن الامتحان.

٨– توظيف النموذج: (القدوة الحسنة)، وذلك بعرض أفلام أو مواقف حية يشاهد الطالب خلالها كيف يتصرف الطلاب الآخرون في موقف الامتحان بشكل طبيعي.

٩– تدريبات الاسترخاء: يشير شفارتس إلى أن تدريبات الاسترخاء هي إحدى طرائق تعديل السلوك المهمة، والعديدة، ولكنها الوحيدة المفيدة في حالات القلق، والضغوط النفسية التي تعرقل الأداء، وتعوقه. (عن العاسمي: Schuvavt,1997, 2). وترجع أهمية الاسترخاء إلى أنها تؤدي دوراً رئيساً في عملية تحرير الذات، والتحكم الذاتي بانفعالاتنا، وتوتراتنا النفسية الناتجة عن المواقف التي تسبب قلقاً كالامتحان، إن إجهاد النفس في مقاومة القلق يؤدي بدوره إلى الإبقاء على حالة التوتر، والقلق، وإن الراحة الجسمية، والاسترخاء إذا مارسهما الطالب يومياً قبل الامتحان، فإنه يحصل على حالة استرخاء ذهني تمكنه من التحكم بطريقة أفضل في قدراته الذاتية؛ وبالتالي تحسين مستوى تحصيله الدراسي من خلال خفض حدة القلق الذي يعاني منه، وتمكنه من التحكم غير الإرادي في الوظائف الفيزيولوجية غير الإرادية، وتحديد المثيرات التي تنشط القلق، والتحكم بها بوساطة تخيل كل موقف امتحاني يثير القلق، والتوتر، والفرد في حالة من الاسترخاء. (العاسمي ورجال، ٢٠٠٦، ٢٠١).

وتأتي أهمية الاسترخاء في إبعاد مفعول القلق، والإيحاء للمفحوصين بإمكانية علاج قلق الامتحان بهذا الأسلوب بشكل فاعل. وكيفية الاسترخاء تكون في قبض، واسترخاء في مختلف عضلات الجسم، ابتداءً من الذراعين، والكتفين، وانتهاءً بالشعور أو الإحساس بالاسترخاء، والدفء، والراحة الجسمية التي توافق تعليمات المعالج لشد، عضلات الجسم المختلفة، وإرخائها. وإن الاسترخاء بشقيه العقلي، والنفسي يخفف القلق، ويبعث النشاط، والحيوية. (ليمان وكيجن، ١٩٩٨، ٥٨).

١٠-تدريب الطلاب جميعهم على كيفية أداء الامتحانات: تشجيع المعلمين على تأكيد ذلك، وتوجيه الملاحظين مهم إلى اتخاذ أساليب الملاحظة المناسبة داخل قاعات الامتحانات، وعدم إثارة الخوف بين الطلاب، وتعزيز عدم القلق من الامتحانات (التعزيز الموجب) فالامتحان ما هو إلى وسيلة لقياس المستوى التحصيلي، وليس غاية في حد ذاته.

١١- تدريب طلاب المدرسة جميعهم على الطريقة السليمة للتنفس لتطبيقها بشكل أكبر قبيل الامتحان حيث إنها تساعد على تخفيف التوتر.

١٢- طمأنة الطلاب مسبقاً، وتقديم المساعدة قبل الامتحان، وأثناءه، وإعطاء إرشاد متعلق بالسؤال بدلاً من إرشاد متعلق بالنتيجة أو التحصيل. (mejer,2005,oostdan,2002)

في نهاية هذا الجزء ترغب الباحثة في إنهاء هذا الفصل بالتذكير بأن الدرجة السوية من القلق ذات أثر فاعل بالنسبة للشخص، فالقلق هنا يساعد على تنشيط المراكز العصبية للفرد فتزيد من قوة تركيزه، وتمييزه، واستنتاجه، ومن اتخاذ قراراته. والقلق بدرجته العادية يقوم بتنشيط سلوك الفرد، ويقوم بتوجيه الفرد إلى الإحساس بما يهدده؛ لكي يقوم بالرد المناسب، ولكن إذا زادت درجة القلق لدى الفرد تحول إلى مصدر اضطراب الشخص؛ فإنه يفقد الشخص القدرة على حل المشكلات، وعلى تعلم الأعمال المعقدة مؤقتاً.

**قلق المدرسة (anxiety school):**

ينشأ قلق المدرسة نتيجة أسباب عديدة، منها:

•الخوف من أشخاص أو مواقف محددة (المعلم الزملاء، وغيرهم)، وذلك من خلال سلوك هؤلاء الأشخاص مع التلميذ: كالتخجيل أو السخرية،...المضايقة "Mobbing" التي أصبحت ظاهرة واسعة الانتشار، وقد لا ينتبه لها المعلم أو المرشد.

•الضغط الزائد (التحفيز الزائد) أو الفشل.

•الضعف الجزئي في الإنجاز.

❖ **أساليب مواجهة القلق المدرسي:**

**(- Methods of confronting the anxietied school)**

١) التفاهم، والحوار بأسلوب مناسب مع الطفل عن مصدر الخوف الذي يعانيه، والكشف، والتعرف المبكر على مصادر مخاوف الطفل.

٢) عدم استخدام أساليب العقاب أو السخرية من مخاوف الطفل.

٣) دراسة المشكلة في ضوء التنشئة الأسرية، والمفاهيم الخاطئة التي شكلت الخوف المدرسي للطفل، ودعمته.

٤) يجب على الآباء أن يعودوا أنفسهم على عدم القلق على أبنائهم، فعالم الطفل عالم دقيق حساس سريع التأثير، شديد الانفعال، قليل الإدراك نادر الخبرة، وهذه من أهم العوامل التي تسهل احتمال نمو الخوف بصورة غير سوية.

❖ **خطوات التحكم الذاتي مع القلق:**

**(Steps to self-control with anxiety)**

هناك ست خطوات للتحكم الذاتي عند التعامل مع نوبة قلق:

١. **إدراك أن الشخص يشعر بالقلق:** فيجب على القلق أن يقبل بالشعور الجسمي كعرض للقلق، وعلى أنها إشارة يمكن أن تزعجه في بعض الأحيان.

٢. **إعطاء النفس إذناً بالشعور بالقلق حول ما يزعجه:** فيمكن أن يقول لنفسه: طبعاً أنا أشعر بالقلق بسبب....، ولا بأس أن أكون قلقاً.

٣. **الاسترخاء عن طريق التنفس:** القيام بالشهيق البطيء من خلال الأنف لمدة ثانيتين، والعد في السر ١ – ١٠٠٠، ٢ – ١٠٠٠، ثم الزفير من خلال الفم مع متابعة العدّ في السر لمدة أربع ثوانٍ، وتكرار هذه العملية ٦٠ ثانية على الأقل.

٤. **استخدام الحوار الذاتي:** يعني الحديث مع النفس في زمن القلق. مثال على ذلك: إنه فقط قلق. سوف يتلاشى، لن أفقد التحكم، والسيطرة. يمكنني أن أستمر في عملي الذي يتداعى، لن يؤذيني ذلك.

٥. **الانشغال:** فيجب القيام بأي عمل لإطلاق بعض المحفزات الذاتية. فالجسم في هذه الحالة مثل سيارة مسرعة مطبق عليها فرامل قوية. فلا يجب فقط الجلوس، لكن يجب أيضاً الركض أو القيام بأي عمل من أجل تشتيت التفكير بعيداً عن الشعور بالقلق.

٦. **رؤية الفكاهة في طريقة الشعور بالقلق:** إعطاء النفس فرصة للشعور بالغرابة لفترة قصيرة. مع محاولة فهم سبب الإزعاج فعلياً، فهل هو نوع من الصراع الذي لا يريد أن يتعامل معه الفرد أم هل هو تفكير مرعب أم هل هو توقع تافه حول نفسه؟ (Bassett, 2001, 7).

## الثالث عشر: علاج القلق (Treatment the anxiety):

إن علاج الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات القلق تتضمن عدداً من التدخلات، وهذا يتضمن توعية الطفل وأهله، وتعليمهما حول القلق. والعمل مع المدرسة، والطبيب، واستخدام العلاج النفسي، واستخدام العلاج العائلي، والعقاقير.

وتبدأ معالجة الأطفال، والمراهقين ذوي اضطرابات القلق الخفيفة، والمتوسطة باستخدام العلاج النفسي أو ما يسمى العلاج بالكلام (المحادثة). فالعلاج النفسي مع البحث الكثيف لمساعدته للتخلص من الأفكار التي تسبب القلق يسمى العلاج السلوكي المعرفي. ففي هذه التقنية يتعلم المريض مهارات التغلب على المشكلات، ويُعطى

الفرصة للتدرب على هذه المهارات من أجل تطوير حس التحكم في الحالات اليومية التي يمكن أن تسبب بشكل طبيعي القلق. وهناك **خمسة إجراءات تستخدمها المعالجة السلوكية المعرفية لمعالجة اضطرابات القلق**، منها:

١. التعليم النفسي: هذا يعني أنه يجب تعليم الأطفال، والأهل فهم اضطرابات القلق، وآلية عمل المعالجة السلوكية المعرفية.

٢. التدرب على مهارات الإدارة الجسدية: وذلك لتعليم الأطفال آلية المراقبة، والتحكم بأعراض القلق، واستخدام مهارات الاسترخاء، مثل: التنفس العميق، والتفكير بصور مريحة.

٣. إعادة التشكيل المعرفي (الإدراكي): وهو يسعى إلى تحدي الأفكار السلبية، والتوقعات بأن أشياء سيئة سوف تحصل، وهذا يساعد الأطفال على تعلم المحادثة الذاتية الإيجابية، على سبيل المثال: إذا كان لدينا طفل يخاف من الكلاب يمكن أن يشاهد هذا الكلب، ويفكر: سوف يهاجمني هذا الكلب فهو يتعلم، ويتدرب على المحادثة الذاتية الإيجابية، كقوله: الكلاب أليفة، وصديقة أو ربما يكون الكلب لطيفاً، ولا شيء سيئ سوف يحدث. فتدرب الأطفال على هذه الاستراتيجيات حتى يشعروا بالثقة، والراحة.

كما يمكن استخدام استراتيجية التعرض، وهو يقود المريض إلى حالات منتجة للقلق خطوة صغيرة في كل مرة. وتقويم تراتبية الخوف بالنسبة للحالات، والأشياء من الأقل إنتاجية للقلق إلى الأكثر إنتاجية للقلق. فتبدأ عملية التعريض مع الأشياء التي تنتج أقل قدر من القلق، ويستخدم ضدها المريض مهارات التغلب على المشكلات التي كان قد تعلمها سابقاً من أجل التخفيف من وطأة القلق إلى مستوى قادر على احتماله في وجود الأشياء التي سببت هذا القلق. وعندما يصبح الطفل قادراً على التحكم بالحالات المسببة للقلق عندها ننتقل إلى المستوى الأعلى في تراتبية الخوف، ونكرر العملية. هذه العملية المتدرجة خطوة بخطوة تسمى تقليل الحساسية المنهجية (المتدرجة)، وهي تعمل صعوداً

في تراتبية الخوف إلى المستوى الأعلى في هذه التراتبية، وحيث يتمكن المريض من التغلب، والسيطرة عليه. وفي الغالب تبدأ عمليات التعرض بالتعرض التخيلي التي يقوم فيها المريض فقط بتخيل الحالات التي يخشاها أو ينظر إلى الصور أو يشاهد الأفلام أو يشاهد نماذج لهذه الأشياء. ويتم استخدام التعرض الفعلي الواقعي عندما يتمكن المريض من الشعور بالراحة في مرحلة التعرض التخيلي، ويكون قد أصبح قادراً على استخدام مهارات مواجهة المشكلات بشكل ناجح.

٤. خطط الوقاية من النكسة: ويستخدم فيها جلسات فاعلة للمراقبة بعد التطور، والمحافظة على استقرارية المريض. يعمل المعالج جنباً إلى جنب مع الأهل، والمدرسة، وكذلك مع المريض نفسه للمحافظة على القلق في أدنى مستوياته.

يُسهم الانخراط في جلسات التعريض في المعالجة السلوكية المعرفية في إجبار المريض على السير في مسار يزيد بشكل مؤقت القلق في أثناء قيامه بالعمل على محاربة الخوف، وتستخدم الجوائز الإيجابية كعامل مشجع.

٥. خطة التدعيم الإيجابي: يحصل الأطفال على الجوائز لقيامهم باستخدام مهارات إدارة القلق، ومحاولتهم التجاوب مع التعريض، وكذلك يحصلون على جوائز أخرى عند نجاحهم في القيام بمهام التعريض في النهاية. يتم تعديل المعالجة السلوكية المعرفية من قبل المعالج لتلائم الحاجات المحددة للطفل، والعائلة. (Connolly, 2006, 13-14).


وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

# الفصل الخامس

# الإحباط

# frustration

Damascus University

وقل رب زدني علما
Damascus University

# الفصل الخامس

## الإحباط

### أولاً : تعريف الإحباط frustration:

يحدث الإحباط عندما يتعرض الفرد في أثناء تحقيق عملية التوافق، والتكيف إلى عوائق تمنعه من الإشباع، وبالتالي تؤدي به إلى الخلل في الاتزان النفسي الذي يكون مرجعه بالضرورة نقص في حدث في إشباع حاجة من حاجاته النفسية، وعندما يواجه الفرد بنوع ما من العقبات التي تقف في سبيل إشباع هذه الحاجات يشعر بالتوتر، والضيق، وإذا لم يستطع إزالة العائق بأساليب توافقية مباشرة، واستمرت رغبته قوية في الهدف ، زاد توتره، وضيقه، وشعر بالألم، والحزن، وأدرك العجز، والفشل، وانتابه القلق الزائد، يكون الفرد بذلك يعاني الإحباط الذي يمثل مجموعة مشاعر مؤلمة تنتج عن عجز الإنسان عن الوصول إلى هدف ضروري لإشباع حاجة ملحة عنده.

- **ويعرفه الإحباط** بأنه وجود عائق يحول دون إشباع حاجة من الحاجات أو حل مشكلة من المشكلات، ويؤدي بالفرد إلى الشعور بالتوتر، والضيق، والغضب، والقلق، وصرف الانتباه عن مسؤولياته الأخرى، ويؤثر في اتجاهاته، وأداءاته العقلية، ومن هنا كان الإحباط من أهم العوامل المؤثرة في توافق الشخص التي قد تتحول به من حالة الصحة النفسية إلى حالة المرض النفسي. (خليل، ٢٠٠٠، ٤٣٥).
- الإحباط: هو العملية التي تتضمن إدراك الفرد لعائق يحول دون إشباع حاجاته أو توقع الفرد حدوث هذا العائق في المستقبل.
- الإحباط :هو إعاقة المرء عن بلوغ هدف ما، وسد الطرق التي يسلكها نحو الوصول إلى هدفه، سواء أكان السعي نحو الهدف سعياً واعياً أو غير واعي، وتطلق لفظة الإحباط مجازاً على كل نوع من العراقيل التي تحول دون بلوغ الهدف المنشود، والاقتراب منه. (موسوعة علم النفس، ٢٠٠٠، ١٢٥).

**مصطلح الإحباط** يعني:

أ- إعاقة السلوك بحيث لا يحقق هدفه ، وهذا السلوك قد يكون حركات ظاهرة أو عمليات معرفية.

ب- حالة انفعالية يفترض أنها ناتجة عن الإعاقة ، لها خصائص دافعية تؤدي إلى إنتاج السلوك الذي يصمم للتغلب على العائق (الكفافي، ٢٠٠١، ٢٠٥).

**ثانياً: عتبة الإحباط (Frustration Threshold):**

يختلف الناس في الشعور بالإحباط, وفي القدرة على تحمله بحسب عتبة الإحباط "Frustration Threshold" التي توجد عندهم بدرجات متفاوتة, وهي النقطة التي إن تعداها الموقف المحبط تحول سلوك الفرد إلى سلوك مدمر.

وتختلف عتبة الإحباط باختلاف الأفراد. فالشخص ذو عتبة الإحباط المنخفضة يشعر بالإحباط بسرعة ويدركه في مواقف كثيرة، قد لا تسبب الإحباط لكثير من الناس، ولا يقدر هذا الشخص على تحمل مشاعر الإحباط, ولا يتخطاها بسهولة. أما الشخص ذو عتبة الإحباط المتوسطة أو العالية لا يشعر بالإحباط إلا في المواقف الصعبة التي فيها عوائق شديدة، ويقدر على تحمل مشاعر الإحباط ,ويتخطاها بسهولة، ولا تمنعه من مواجهة العوائق بأساليب مباشرة، ولا يلجأ إلى الحيل الدفاعية بسرعة، ويعدل من أهدافه حتى يمكن تحقيقها أو التخلي عنها. ويتحدد مستوى الإحباط عند الإنسان من التفاعل بين معطياته الفطرية, وظروف تنشئته الاجتماعية خاصة في مرحلة الطفولة، **كما أن درجة الإحباط ,والقدرة على تحمله في موقف ما تحددها خمسة عوامل رئيسة هي:**

- مستوى عتبة الإحباط.
- قوة العائق.
- شدة الرغبة في الهدف.
- عدم وجود هدف بديل.
- خبرات الإحباط السابقة .(الكفافي، ٢٠٠١، ٢١٥).

هذا **ويختلف الأفراد في قدراتهم على تحمل مواقف الإحباط**, وارتبط ذلك ببعض العوامل, منها :

١- الحالة الجسدية, والفسيولوجية التي تساعد الفرد على تحمل الإحباط.

٢- الحالة النفسية, وحالة الاتزان النفسي التي تجعله يواجه الضغوط والتوتر.

٣- تعلم مهارات مواجهة الإحباط.

٤- توفر خبرات, ومهارات في الحياة. (Fearns, 2000, 62).

## ثالثاً: أنواع الإحباط (Types of frustration):

يأخذ الإحباط عدداً من الأشكال التي تختلف فيما بينها من حيث الشدة, ومقدار التهديد الذي يصيب الفرد، والمصدر الذي تأتي منه العوائق, هذا ويمكن تصنيف الإحباط على النحو الآتي:

**١- الإحباط الأولي, والثانوي primary frustration:**

يضمن الإحباط الأولي الشعور بعدم الارتياح الذي تسببه الحاجة المعينة، مثل شعور الإنسان بالحاجة إلى النوم أو الحاجة إلى الطعام، ومجرد إلحاح الحاجة يسبب إحباطاً من النوع الأولي، بينما يتضمن الإحباط الثانوي إدراك عامل معين أو وجود عائق خاص يحول دون إشباع الحاجة، كأن يشعر الفرد بالحاجة إلى النوم لكن هناك عائق معين يحول دون ذهابه للفراش (حضور زوار فجأة مساءً للمنزل) فإن ذلك يُعد إحباطاً ثانوياً. (فهمي، ١٩٩٨، ١٩٨).

**٢- الإحباط السلبي والإحباط الإيجابي positive &negative frustration:**

الإحباط السلبي يقصد به الوقوف في سبيل تحقيق التقدم نحو هدف معين من دون أن يصاحب ذلك أي تهديد، مثل: عزوف الطالب عن تناول كتاب لوجود غبار عليه، وهو يحتاجه مؤقتاً لمطالعة عامة، يرافقه إحباط ضعيف يكون من النوع السلبي، ويظهر فيه التهديد بسيطاً جداً، بينما الإحباط الإيجابي يتضمن إدراك الخطر أو التهديد بجانب وجود العائق الذي يحول من دون إشباع الدافع والحاجة. كالطفل الجائع الذي يشاهد طبقاً من

الحلوى، لا يستطيع أن يأكل خوفاً من تحذير أمه له، وما يتوقعه نتيجة التحذير من عقاب إذا أشبع الدافع, وخالف أوامر والدته.

**٣- الإحباط الداخلي, والإحباط الخارجي external & internal frustration:**

ويتوقف ذلك على نوع العائق إذا كان من البيئة الخارجية المحيطة بالفرد، أو كان العائق ينبع من صفات الفرد الداخلية.

ويشمل **الإحباط الخارجي** الآتي:

- ✓ **العوز الخارجي (الاحتياج):** ويتضمن نقصاً في حاجات الفرد الخارجية: كالفقر الذي يعوق الفرد عن إشباع الكثير من دوافعه، والأمية التي تجعل صاحبها يشعر بالإحباط, ولعدم قدرته على قراءة الخطابات, والصحف, وغيرها، ويكون نقصاً في موارد البيئة الاجتماعية لعدم وجود أب أو أخ.
- ✓ **الحرمان الخارجي:** قد يتضمن هذا النوع فقدان الفرد لشيء خارجي كان يملكه (فقدان منزل أو سيارة أو صديق أو عمل) **سواء كان** الفقدان بالموت أو بالتفرقة؛ مما سبب إحباطاً شديداً.
- ✓ **الإعاقة الخارجية:** وهي العوائق التي تتدخل **بين** الفرد, وهدفه الذي يرمي إليه, ويسعى إلى تحقيقه, فتحول دون تحقيقه, مثل: الأبواب **المغلقة**، والطرق المسدودة، والبعد في المسافة وغيرها من العوائق المادية. (فهمي، ١٩٩٨، ١٩٠).

أما أقسام **الإحباط الداخلي**, فهي:

أ- **العوز الداخلي (الاحتياج):** كالعيوب, والعاهات الولادية, مثل: فقدان البصر والسمع وغيرهما؛ مما يعوق تحقيق حاجات الإفراد مقارنة بالعاديين.

ب- **الحرمان الداخلي:** حيث الفقدان المفاجئ للبصر أو السمع أو أحد أعضاء الجسم بعد أن كان يتمتع بها؛ مما يسبب قلقاً, وإحباطاً شديدين.

ت- **الإعاقة الداخلية:** كالرغبة في حضور اجتماعين حدد لهما وقتٌ واحدٌ مما يسبب لدى الفرد ما يعرف بالصراع. (باظه، ١٩٩٩، ٢٠٦).

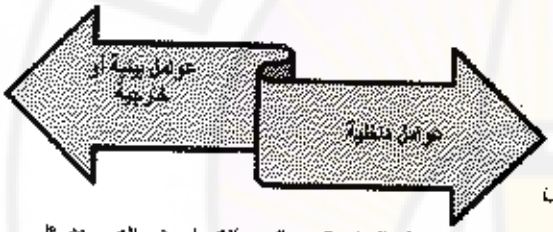
## رابعاً: تحليل الإحباط (Analysis of frustration):

يحدث الإحباط نتيجة إدراك الفرد ما ينطوي عليه الموقف المحيط به من شروط تقف في وجه إشباع الدافع الموجود لديه. هكذا يكون الأمر لدى طفل يرغب في الحصول على قطعة من الحلوى، ويمنع من ذلك. وهكذا يكون الأمر في حال شاب يشعر بحاجة ملحة لمتابعة الدراسة, ولكن ظروفه البيئية تقف في وجهه. فنحن في الحالتين أمام حاجة، وأمام عائق موجود أو مقدر، وإن إدراك الفرد للموقف الإحباطي يعتمد على عدد من العوامل. فهو يعتمد من جهة على دوافع الفرد، وقوتها، وطول مدة إعاقتها: فالإحباط الشديد يلحق بالدافع القوي حين يعاق إشباعه، وحين تطول مدة الإعاقة يشتد الإحباط. وهو يعتمد من جهة أخرى على ثقة المرء بنفسه, وهنا تكون الخبرات السابقة قد احتلت مكانتها الخاصة, فالإنسان الذي تكون ظروفه المتفاوتة، وإمكاناته العامة، قد أتاحت له إرضاء دوافعه في مناسبات مختلفة, ومكنته من التملك على ما يصادفه من عقبات، يكون قد أحرز قدراً كبيراً من الثقة بالنفس, ومائلاً إلى نظرة التفاؤل فيما يتصل بالحياة, ومواجهة ما فيها من صعوبات. أما من تكون ظروفه, وإمكاناته العامة قد خانته في الكثير من مواقفه السابقة، وواجهته بأشكال الخيبة المتكررة أنه قد يكون نوعا من شعور الضعف بنفسه، ولا يكون هذا الشعور مساعداً له الآن في مواجهة المواقف الإحباطية الحاضرة. وفي كل الأحوال تكون النتيجة التي نقول بها هي أن الشخص الواثق من نفسه يستطيع أن يواجه المواقف الإحباطية الشديدة بقوة، وأن يتغلب بسهولة على المواقف الإحباطية البسيطة، ولا تكون هذه الحال حال ضعيف الثقة بنفسه، ثم إن إدراك الفرد المواقف الإحباطية يعتمد كذلك على ثقة الفرد بشروط البيئة التي تحيط به، ويدخل في شروطها الاقتصادية، وظروفها الاجتماعية المختلفة، ومستواها الحضاري العام.فالمحيط التي تشيع به الحرية، ويسود فيه النظام, والقانون, وتساوي الفرص، وتغمره قيم احترام الإنسان, والكرامة الإنسانية، يوفر للذين يعيشون فيه جواً من الثقة بمحيطهم يؤثر في إدراكهم للعراقيل التي يمكن أن توجد, وتعوق إشباع دوافعهم. إن ثقتهم بمحيطهم التي دعمتها

شروط من هذا النوع تمنحهم قوة في المواقف الإحباطية لا توجد لدى من يشعر بانعدام النظام, والقانون في مجتمعه، وإننا لنجد الإحباط شائعاً, وكثيراً في مجتمع كثر فيه التعسف, والتسلط، وأصبحت فيه فرص العمل, واستقراره مضطربة, ومختلفة، يضاف إلى ذلك أن إدراك الفرد للمواقف الإحباطية يتأثر كذلك بمجموعة القيم التي يكون بها الأنا الأعلى لديه قد احتواها, واعتمدها؛ ذلك أن إشباع الدافع الذي تمنعه الإعاقة أو توقعها يدرك من زاوية معينة مع قيم أخلاقية تنبع من صميم الأخلاق الإنسانية، ولكنه يدرك من زاوية أخرى مع قيم انبثقت من مفاهيم الحق للقوة، ومفاهيم السيطرة, والتسلط,والاستغلال, واستعباد الأضعف. (الرفاعي، ١٩٩٩، ١٧٠).

**خامساً: العوامل المسببة للإحباط (عوائق الإحباط) (Barriers frustration):**

تنقسم عوائق الإحباط إلى:




(١)- عوامل بيئية أو خارجية:

(٢)- عوامل شخصية "داخلية":

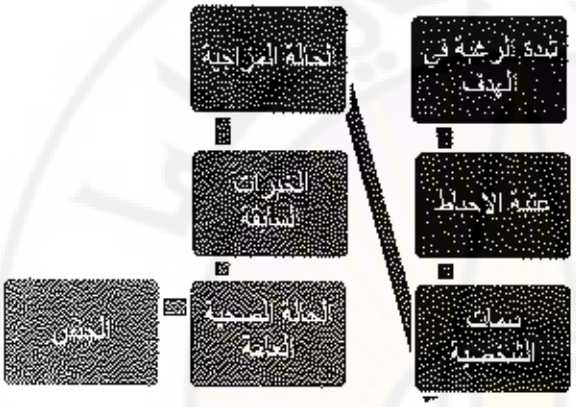
وتشمل العوامل البيئية كل العوائق التي تعترض الفرد في بيئته الخارجية المادية, مثل: الكوارث التي تتمثل في المجاعات؛ وانتشار الأوبئة، وحدوث الفيضانات المدمرة، أو موت شخص عزيز جداً أومعيل الأسرة، أو إجبار طالب على الالتحاق بمعهد لا يرغب فيه، أو الخروج عن القوانين, وتحديها, والتعرض للعقاب، أو الخروج عن العرف والتقاليد مما يؤدي إلى رفض أو النبذ الاجتماعي وهي ما تسمى بالعقبات الاجتماعية، وهناك العقبات الاقتصادية المتمثلة في فقدان الدخل الثابت أو عم الكفاية لشراء ما هو مطلوب وإشباع الحاجات، بجانب العقبات المهنية, مثل: متطلبات الترقية والعلاقات بين الزملاء.

أما العوائق الداخلية التي يطلق عليها العوامل الشخصية, فهي تلك العوامل الداخلية التي تجعل من الضروري أن يختار الفرد بين حاجاته المتضاربة، أي المواقف الصراعية، وتتضمن عيوباً في الشخصية: كنقص في الذكاء أو

الاستعدادات أو ضعف في الثقة بالنفس بسبب وجود عاهة ولادية أو مكتسبة، أو أن يكون مصاباً بمرض جلدي واضح المعالم. (محمد، ٢٠٠٠، ٢٣٦).

## سادساً: أهم العوامل التي تؤثر في الاستجابة للإحباط:

هذا ومن أهم العوامل التي تؤثر في استجابة الشخص للإحباط وتجعل الاستجابة محتملة في هذا الموقف، التي تجعل الأفراد يختلفون فيما بينهم من حيث مقدرتهم على تحمل الإحباط هي ما يلي مرتبة من الأشد إلى الأدنى:




١. شدة الرغبة في الهدف.
٢. عتبة الإحباط.
٣. الحالة الصحية العامة.
٤. سمات الشخصية.
٥. الحالة المزاجية.
٦. الخبرات السابقة.
٧. الجنس.

## سابعاً: آثار ونتائج الإحباط ( Effects and consequences of frustration):




- **النتائج الإيجابية للإحباط:**

ويقصد بها ردود الفعل التي من شأنها مساعدة الكائن الحي على اكتساب أحسن الطرق اللازمة لحل مشاكله، وأهم هذه النتائج الآتي:

أ- **التسهيلات:** أي أن مشاعر الإحباط قد تساعد الفرد على التحرر من تلك المشاعر المحبطة، والتفكير بها، ويُعد التخلي أو التحرر من تلك المشاعر المحبطة استجابة معينة لهذا الفرد، وهذا هو المقصود بالتسهيل. فالتعبير عن المشاعر أو النوايا بصورة لا يؤذي الآخرين، ولا تؤدي إلى شعور بالإثم أمر يساعد على تحرره من مشاعر العدوانية، ومن حدة التوتر الناتج عن الإحباط؛ مما يساعد على مواصلة طريقه تجاه الهدف بطرق إيجابية.

ب- **المهارات الجديدة:** أي أنه في حالة مضاعفة الجهود للتغلب على موقف محبط، فإن المهارات المكتسبة التي يعمل الفرد على تنميتهما قد تفتح أمامه آفاقاً جديدةً يمكن استغلال نتائجها، وتكون النتيجة هي أن الخبرة المحبطة أسفرت عن نتائج إيجابية مفيدة.

ج- **تطور طرق الوصول إلى الحل:** تبدو أهمية تكرار الإحباط في أن الفرد قد يعيد النظر في تقويم الطرق التي اتبعها في الوصول إلى الهدف.

**ثانياً: النتائج السلبية للإحباط:**

a. **الإحباط قد يؤدي إلى العدوان:** فعندما يحبط الفرد تتولد عنه رغبة في العدوان على مصدر الإحباط، وهذا يعني أن العدوان استجابة فطرية للإحباط، أو هو أسلوب عادي للتوافق في موقف الإحباط، والتوتر، والقلق، ويتدرج العدوان إلى العدوان الفعلي المباشر تجاه العائق الذي سبب الإحباط، أو إلى العدوان غير المباشر تجاه بديل عن العائق يشبهه أو يتعلق به. (الرفاعي، ١٩٩٩، ١٨٢).

وتختلف الرغبة في السلوك العدواني باختلاف كمية الإحباط وحجمه الذي يعاني منه الفرد. وتختلف كمية الإحباط باختلاف مدى رغبة الحاجة المحبطة وأهميتها ، وباختلاف حجم العائق، وباختلاف عدد مرات الإحباط التي يتعرض لها الفرد. وتُعد الاستجابة العدوانية نحو مصدر الإحباط بمثابة تفريغ للطاقة النفسية التي يعيشها الفرد المحبط؛ ولذلك فحدوث هذه الاستجابة يقلل من حدوث استجابات عدوانية أخرى في الموقف المحبط، وهذا ما تؤكد عليه نظرية الإحباط والعدوان

التي تركز هذه على رفض فكرة غريزة الموت التي نادى بها فرويد, وترى أن العدوان هو دائماً نتيجة للإحباط، وأشهر من نادى بذلك **(جون دولارد)** و**(نيل ميلر)**، حيث يرى هذان المنظران أن السلوك العدواني بمختلف أشكاله المعروفة ينجم عن شكل من أشكال الإحباط، وتتناسب قوة التحريض على العدوان تناسباً طردياً مع مقدار الإحباط، ويتناسب أيضاً كبح أي عمل عدواني تناسباً طردياً مع قوة العقاب المتوقع نتيجة التعبير عن ذلك العمل، ثم يحدد هذان المفكران تلك **العوامل المسببة للتفاوت في كم الإحباط, ومقداره**, وهي:

١. قوة التحريض على الرد المحبط.
٢. درجة الإعاقة التي حالت دون الرد المحبط.
٣. عدد سلاسل الردود المحبطة.

ويرى أتباع هذه المدرسة بشكل عام أنه إذا اعتبرنا قوة الإحباط ثابتة, فإنه بقدر ما يكون توقع العقاب على عمل عدواني بعينه أكبر, فإن الميل للقيام بذلك العمل يتناقص، أما إذا افترضنا أن توقع العقاب ثابت, فإنه بقدر ما تشتد قوة الإحباط تشتد إمكانية حدوث العدوان. (الخولي، ٢٠٠٦، ١٢٣-١٢٤).

**b. الإحباط يؤدي إلى النكوص:**

لاحظ كل من "**بوركر ودمبو وليفين**": أن سلوك الفرد في حالة الإحباط سلوك غير ناضج، فيه ارتداد إلى أساليب توافقية سابقة غير مناسبة، ووضعوا نظرية (الإحباط– النكوص) افترضوا فيها أن الإحباط يؤدي إلى النكوص في السلوك، والتدهور في التفكير, والارتداد إلى أساليب سلوكية غير ناضجة، فعندما يحبط الشخص يشعر بالتوتر, والضيق، ويتدهور تفاعله الاجتماعي، ويرفض التعاون, ويقل من إقباله على الأعمال البناءة، ويصعب فهمه للموقف، وينغلق تفكيره، ويلجأ إلى أساليب توافقية غير مناسبة لعمره, والموقف. (الرفاعي، ١٩٩٩، ١٨١).

وقد أوضح غريب عبد الفتاح (١٩٩٩) ثلاثة أنواع للنكوص:

١- **نكوص وسيلي أو أدائي في التصرف:** ويحدث عندما يعود الفرد في الموقف المحبط إلى صور سابقة من السلوك أو النشاط بهدف الوصول إلى هدف ما (عودة الطفل لبلل الفراش لغيرته من الأصغر).

٢- **نكوص في الموضوع:** ويحدث عندما يختار الفرد في موقف الإحباط هدفاً كان يعمل للوصول إليه في الماضي ( كأن تعود المرأة المتزوجة إلى أمها طلباً للحب، عندما تحبط في الحصول على الحب من زوجها).

٣- **نكوص الحاجة:** ويعني الرجوع إلى حاجة أقل نضجاً في حالة الإحباط (كأن يتخلى الطفل عن سعيه للاستقلال, ويجدد التماسه لما يشبع حاجته الاتكالية, والاعتماد على الغير إذا ما أحبطت حاجته للاستقلال).

**c.الإحباط يؤدي إلى أنماط سلوكية مختلفة:** قد يؤدي الإحباط إلى استجابات كثيرة، فقد يؤدي إلى المثابرة, وبذل الجهد، أو إلى تغير الهدف, وتعديل السلوك، أو إلى الغضب والعدوان، أو إلى النكوص وتفكك السلوك، أو إلى أعراض نفسجسمية, مثل: القيء, والصداع, والإسهال، أو إلى اللامبالاة, والتخلي عن الهدف أو القلق, والتوتر, والحيل الدفاعية. وتتوقف استجابة الفرد للإحباط على عوامل عديدة، أهمها:

- أهمية الهدف بالنسبة للفرد .
- تصور العوامل المسببة للإحباط.
- العوامل الشخصية المؤقتة.

**d. الإحباط يؤدي إلى الاستسلام:** حين ينتهي الإحباط إلى إضعاف الدافع، فإنه قد ينتهي إلى الاستسلام حين تكون آثار الإحباط شديدة. وفي حالة الاستسلام يشعر الشخص أن المحاولات للتغلب على الصعوبات أصبحت غير مجدية، وأنه مقضي عليه بأن يتحمل آثاره: آثار الفشل، آثار الحياة القاسية وآثار الظروف المؤذية، ومع القنوط الذي تنتهي إليه هذه الحال، يغدو الشخص أقرب إلى إنكار لزوم المحاولات من دون أن يجرب من جديد أو يقيل التفكير في ذلك. ويبدو هذا الشخص أحياناً, وقد تمكن منه موقف نمطي

يغلب فيه الرفض، والاكتئاب، والانغلاق الذهني، هذه الحال يمكن أن تكون مقدمة لاضطراب نفسي قد يشتد. (الرفاعي، ١٩٩٩، ١٨١).

## ثامناً: العلاقة بين الصراع والإحباط:

## (The relationship between conflict and frustration)

توجد علاقة وثيقة بين كل من الإحباط، والصراع. فالإحباط قد يولد صراعاً نفسياً، مثال: فالطالب الذي يحصل على درجة يراها أقل من المعدل الذي يستحقه /إحباط/ قد يجد نفسه في حالة تردد بين رغبته في نقد المعلم، ومطالبته بإعادة تصحيح ورقته الامتحانية، وخشيته في الوقت ذاته من غضب المعلم، وعقابه له /حالة صراع/.

كما أن الصراع ذاته ينطوي على الإحباط بدرجة ما، في حالة الصراع بين دافعين يجب اختيار إشباع أحد الدافعين على حساب الآخر في هذه الحالة فإن الفرد يشعر بالإحباط نتيجة عدم إرضاء الدافع الآخر، فإذا كان الخير المتروك كثيراً، فإن شدة الإحباط تكون أكبر، وإن ظهر أن الخطر في الدافع المشبع أشد من الدافع المتروك كثر الندم، ولوم الذات، وقد يميل بتأثير من الإحباط إلى الإضفاء، فتحمل اللوم على الآخرين أو يلقي المسؤولية على الظروف المحيطة به، ويرتبط ذلك كله بشخصية الفرد، وإدراكاته، وتفسيره للموقف، وإطاره المرجعي الذي يستمد منه أو يقرر على أساسه اختياراته، وتفضيلاته. (القريطي، ١٩٩٨، ١٠٧).

## تاسعاً: الوقاية من الإحباط ومواجهته:

## (Prevention of and response to frustration)

إن مواقف الإحباط حتمية، لا يمكن إلغاؤها نهائياً من حياة الإنسان، ولكن ما نستطيع عمله هو أن نساعد الفرد في مواجهتها والتصدي لها، وتؤدي التنشئة الاجتماعية الدور الأهم في ذلك:

١- يجب تدريب الفرد، وتعويده على تحمل قدر معين من الإحباط، والفشل منذ الصغر دون أن يترك ذلك أثراً سيئاً فيه، فالحياة لا تعطي الإنسان كل ما يريد، وفي كل وقت تجنب الاستجابة لكل مطالب الطفل، ورغباته حتى وإن تيسرت لدى الأهل إمكانات تحقيق

ذلك لتدريبه على إجرائها, وتحمل المواقف الإحباطية, والحرمانيةهذه التي قد يتعرض لها مستقبلاً.

٢- يجب ألا يكون هناك هوةً وفارقاً كبيراً بين طموح الفرد, وآماله, وقدراته, وإمكاناته الواقعية حتى لا يقع فريسة للإحباط والشعور بالفشل, ولتحقيق ذلك لابد من مساعدة النشء على إنماء مفهوم واقعي عن الذات, والاستبصار بجوانب القوة, والقصور بشخصياتهم.

٣- تنمية الفرد لقدراته, واستعداداته, وخبراته باستمرار, مما يزيد من كفايته وإمكاناته بالنجاح, ويكون أقل عرضة لحالات الفشل.

٤- تنمية السمات المزاجية الانفعالية التي تساعد النشء على مواجهة الصراعات, والإحباطات: كالثبات الانفعالي, والمثابرة, والجلد, وقوة العزيمة والتحمل, والصبر, والثقة بالنفس.

٥- تجنب استخدام الأساليب غير السوية في تنشئة الأبناء: كالتدليل أو الحماية الزائدة, والتفرقة, مما يؤدي إلى نمو شخصية غير ناضجة، عاجزة عن اتخاذ القرار, وتحمل المسؤوليات, وأكثر عرضة للصراعات, والإحباط من أقل العوائق, والحواجز.

٦- حث الطفل على استقلالية قراراته واتخاذها بنفسه وتشجيعه على الإيجابية, وحسن التصرف في المواقف المختلفة حتى تقوي قدراته على تحمل المسؤولية, ومواجهة المواقف الإحباطية. (القريطي، ١٩٩٨، ١٠٤).

**وهناك بعض الطرق للوقاية من الشعور بالإحباط في مجالات حياة الفرد:**

١- تنمية الشعور بالرضا عند كل شخص حتى يقبل ما يقسمه الله له من الرزق, والصحة, والذكاء، ومعاونته على وضع أهداف مناسبة لقدراته, وإمكاناته, وظروفه، وتشجيعه على المثابرة, وبذل الجهد في تحقيقها.

٢- تعويد الإنسان الأخذ بالأسباب, والصبر على البلاء, وعدم اليأس, والضغوط، والسعي من جديد من أجل تحويل الفشل إلى نجاح في المجال نفسه ومجالات أخرى.

٣- مساعدة الأسر الفقيرة على توفير حاجات أفرادها لكي لا يتعرضوا للإحباط الشديد الذي يهدد حياتهم، ويذهب أ...

٤- إرشاد الآباء إلى كيفية معاملة أبنائهم، وحسن رعايتهم، ووقايتهم من التدليل، والإهمال، والنبذ، والقسوة التي قد تعوق نمو عتبة الإحباط لديهم.

٥- العناية بالتلاميذ المتأخرين دراسياً، والشباب العاطلين، وتوجيههم مهنياً إلى التدريب المناسب؛ لأن الفشل في الدراسة، والتعطل عن العمل يسببان الإحباط الذي قد يدفعهم إلى الانحراف بحثاً عن النجاح في مجالات ضارة.

٦- تعويد الأطفال في البيت، والمدرسة على تحمل الإحباط، ومواجهة الصعاب بصدر رحب، وعلى الصبر، وضبط النفس، والتفاؤل في علاج المشكلات، مع تشجيع التلاميذ على حل مشكلاتهم بأنفسهم.

٧- عدم إهانة الأطفال الفاشلين، وعدم تحقيرهم خاصة إذا كانت أسباب فشلهم خارجة عن إرادتهم، ويجب الأخذ بأيديهم، وإبراز محاسنهم، ومساعدتهم على وضع أهداف مناسبة لقدراتهم، وإمكاناتهم حتى يثقوا بأنفسهم. (الكفافي، ٢٠٠١، ٢٠٨).

الخلاصة:

ينطوي الإحباط على إدراك الفرد وجود عائق يمنع من إشباع حاجة له أو توقع مثل هذا العائق. وهو يتأثر بمقدار ثقة المرء بنفسه، كما يتأثر بشدة الدافع، وإلحاحه، وبالشروط المحيطة التي ينطوي عليها الموقف الإحباطي. يرجع الإحباط إلى أنواع، وذلك تبعاً للزاوية التي نراه منها. فقد نميز فيه بين إحباط أولي وإحباط ثانوي، وقد نميز بين إحباط إيجابي، وإحباط سلبي، وقد نعتمد مصدر الإعاقة فنميز بين إحباط داخلي، وإحباط خارجي والنظرة الأخيرة هي التي تحتل المقام الأهم من الأبحاث في أنواع الإحباط يترك الإحباط آثاراً هامة في الشخص؛ وفي علاقته الاجتماعية. كذلك يؤثر الإحباط في الدافع السابق: فقد يجعله أشد قوة، وقد يساعد على إضعاف قوته. وقد يقود الإحباط إلى العدوان، وقد يقود إلى النكوص أو إلى أكثر من وسيلة من وسائل الدفاع الأولية، وقد يقود إلى الاستسلام، والقنوط. وكثيراً ما كان وراء أشكال مختلفة من انتقام اجتماعي نلاحظه في مجتمعات عاشت فيها أقلية أحيطت بكثير من المواقف الإحباطية. (الرفاعي، ١٩٩٩، ١٨١).


وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

# الفصل السادس

## الصراع النفسي

## Psycho Conflict

Damascus University

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

# الفصل السادس

## الصراع النفسي

للإنسان حاجات كثيرة، ومتنوعة، منها ما هو مرتبط بالعوامل الداخلية، ومنها ما هو مرتبط بالعوامل الخارجية، ومنها ما هو مرتبط بالعوامل الداخلية، والخارجية معاً. وعندما تثار حاجة ما فهذا يعني أنها تحدث نوعاً من التوتر الذي يشعر به الإنسان على شكل ضغط ما. وهذا الضغط، وضغط الحاجات يقود إلى إثارة نشاط معين في الإنسان من أجل الحاجات، وبما أن الدوافع، والحاجات متنوعة، ومختلفة، والمطالب المرتبطة بها متنوعة؛ كذلك فإن إشباع أو تحقيق الحاجات تؤدي حتماً إلى تناقض بين عدة دوافع تتنافس مع بعضها. ذلك أن في كثير من الأحيان لا يمكن إشباع الحاجات الإنسانية، وتحقيقها دفعة واحدة، وفي وقت واحد لأسباب كثيرة. وهنا يفترض أن يختار الفرد دافعاً واحداً من بين دافعين أو أكثر، ويؤجل إشباع الدوافع الأقل أهمية من حيث الأولويات، وهذا يقتضي كذلك أن يكون هناك ترتيب هرمي للحاجات، والدوافع حسب الأهمية بالنسبة للفرد. ولكن عندما تكون الدوافع غير منظمة بشكل هرمي، وتمتلك الحاجات بالنسبة للفرد الدرجة نفسها من الأهمية، يصبح الأمر صعباً، وينزلق في حالة من الصراع، أي في حالة تؤثر فيها مجموعة من القوى في اتجاهات متعاكسة بالشدة نفسها من القوة تقريباً.

فهل يمكن تجنُب هذه الحالة من التناقض، ومن ثم الانزلاق في حالات من الصراع؟ الإجابة عن هذا السؤال هي بالنفي طبعاً. ومن ثم يمكن القول: إن تعرض الإنسان لحالة من الصراع أمر طبيعي، إذ تفرض علينا طبيعة الحياة نفسها، ومتطلباتها حل لحظة اتخاذ عشرات القرارات، وتعديل أنماط سلوكنا باستمرار لتتناسب مع المواقف الحياتية، وضبط أنفسنا في مواقف متنوعة، وإشباع جزء من حاجاتنا الملحة، وتأجيل بعضها الآخر، وكبت ما لا يمكن إشباعه. وتتجلى قدرة الإنسان في التكيف من خلال قدرته على تحمل الضغط الناجم عن الحاجات الداخلية، والمطالب الخارجية، والتوتر

الناجم عن الصراعات النفسية التي يعيشها بسبب هذه الحاجات، والمطالب الخارجية، ومن خلال قدرته على التعامل مع الصراعات، وحلّها بالشكل المناسب.

ويمكن تقسيم القوى المؤثرة في الصراع إلى قوى شعورية، وقوى لا شعورية. وعندما تكون القوى المؤثرة في الصراع شعورية فإن الصراع يكون شعورياً، ويكون الفرد قادراً على ضبط هذه القوى، وعلى التأثير فيها، والتعامل معها بالأساليب التكيُّفية المناسبة. أما إذا كانت القوى المؤثرة في الصراع لا شعورية فإن تأثيرها على السلوك يكون أشد، وقد تدفع الفرد لاتخاذ قرارات خاطئة، أو ابتداع أساليب مواجهة لا شعورية غير فاعلة، لا تحل الصراع؛ وإنما تلتف عليه لتخفّف من تأثيراته الراهنة. (رضوان، ٢٠٠٩، ٢١٩).

## أولاً: تعريف الصراع (Conflict):

هو تعارض بين دافعين أو نزعتين أو رغبتين أو أكثر، بحيث يحبّذ كل جزء من الشخصية واحداً منها. وهنا يقع صراع بين أجزاء الشخصية أو مكوناتها؛ مما يسبب للشخصية الحيرة، والإرباك، والتردد في انحيازها إلى أي منهل لترضيه، وتتجاهل الآخر. (أبو النيل، بدون تاريخ، ٢٤٨).

ويمكن أن نعرف الصراع بأنه: حالة يمر بها الفرد حين لا يستطيع إرضاء دافعين معاً، ويكون كل منهما قائماً لديه. (الرفاعي، ١٩٩٨، ١٨٣).

إن الصراع النفسي يمكن أن يكون بسبب أمر يتعلق بالفرد ذاته، ومن المحتمل وجود قوى مانعة، ومضادة تحول دون حصول الفرد على الإشباع، وهذا ما يدعى بالصراع. (الخليدي وعبد الحميد، ١٩٩٧، ٨١).

## ثانياً: أنواع الصراع (Types of conflict):

هناك تصنيفات متعددة للصراع. إذ إنه يمكننا النظر للصراع من منظور القوى العاملة في الصراع، أو من منظور الدوافع، أو من منظور مستويات الحياة النفسية (الشعور، واللاشعور)، أو من منظور مكونات الشخصية أو من منظور التنافر

المعرفي. أو من منظور القوى الداخلية، والخارجية العاملة فيه. وسوف نعرض فيما يلي لبعض هذه التصنيفات:

**أولاً_ الصراع من منطلق القوى العاملة فيه:**

تختلف القوى العاملة في الصراع في الاتجاه الأساسي لها. ولو عدنا لتعريف الصراع لوجدنا أن هناك مجموعة من القوى المتنافرة، منها ما يدفع للإقدام على الهدف، ومنها ما يدفع للإحجام عنه. واستناداً لهذين الميلين من الإقدام، والإحجام قام ليفن بتقسيم الصراع إلى ثلاثة أشكال رئيسة بسيطة يمكن برهانها عملياً أضيف إليها شكل فرعي رابع، على النحو الآتي:

١. صراع الإقدام- الإقدام.

٢. صراع الإقدام – الإحجام.

٣. صراع الإحجام – الإحجام.

٤. صراع الإقدام – الإحجام المزدوج.

ويمكن تبسيط فكرة هذه الأنواع، والتمييز بينها على النحو الآتي:

**(١) صراع الإقدام _ الإقدام (Approach Conflict Approach):**

ينشأ هذا النوع من الصراع بين هدفين غير متفقين مع بعضهما، أي لا يمكن تحقيقهما معاً، وكلاهما مقيم بصورة إيجابية من الفرد. وهذا النوع من الصراع من أبسط أشكال الصراع التي يمكن مواجهتها، و التَّغلُّب عليها. وغالباً يكون الاختيار بين واحد من الموضوعين بالصدفة في النهاية دون أية آثار سلبية تذكر من جراء ترك الأمر الآخر. والأمر الفاصل هنا أنه لا يوجد سوى واحد، وللاختيار على شكل .... (إما... أو).

ومثل هذا الشكل من الصراعات نمر به بشكل كبير في حياتنا اليومية. فنحن نسأل أنفسنا على سبيل المثال هل أرتدي اليوم هذا القميص أم ذلك؟ هل أشرب الشاي أم القهوة؟ ....

وليس لهذا الشكل من الصراع أية آثار سلبية سواء على المستوى النفسي أو الجسدي.

**(٢) صراع الإقدام _ الإحجام( Avoidance Approach Conflict):**

وسبب هذا النوع من الصراع وجود موضوع فيه جوانب إيجابية، وجوانب سلبية في الوقت نفسه. واختيار الموضوع يقتضي من الفرد تحمل الجوانب السلبية إلى جانب الجوانب الإيجابية. ومثل هذا النوع من الصراع يقود إلى أن يتصرف الفرد تجاه الموضوع المرغوب بازدواجية أو بصورة متناقضة. ولهذا يسمى كذلك صراع الميول المتناقضة أو المزدوجة Ambivalence Conflict. فالفرد يريد تحقيق الهدف من ناحية، ولكن في الوقت نفسه لا يريد أن يتحمّل تبعاته.

وهذا النوع من الصراع أشد أنواع الصراع إرهاقاً للفرد؛ لأن الجوانب السلبية، والإيجابية مرتبطة معاً. وإذا استمرّ لفترة طويلة دون حل فإنه يقود إلى القلق، والتوتر، والأمراض، والاضطرابات الجسدية، والنفسية، والجسدية النفسية. ومثل هذا الشكل من الصراع هو الشكل الأكثر ملاحظة في العيادات النفسية.

ومن أمثلة هذا النوع من الصراع حالة الزوجين اللذين يقطنان مع الأهل في منزل واحد، غير أنهما يرغبان في الاستقلال عن الأسرة. ولكن هذا الاستقلال يحمل في طياته تحمّل أعباء الحياة وحدهما، والتنازل عن الخدمات التي يقدمها الأهل في أثناء الإقامة مع الأسرة.

**(٣) صراع الإحجام-الإحجام( Avoidance - Avoidance Conflict):**

ينشأ هذا النوع من الصراع بين هدفين متناقضين، مقيمين سلبياً، عندما يبدو أنه كلما خرج من موقف مزعج لن يكون مرغوباً. أي أن كلا الهدفين مقومان تقويماً سلبياً، ولا مفر من اختيار أحدهما على الإطلاق. ويغلب أن يتم في النهاية اختيار الموقف الأقل إزعاجاً، أو يمكن أن يتم تأجيل اتخاذ القرار فترات زمنية طويلة. (المماطلة).

مثال: المريضة التي يخيّرها الطبيب بين أن تجرى لها عملية استئصال الثدي بسبب مرض فيه، وبين الموت بالمرض. ففي هذه الحالة قد تؤجل المريضة اتخاذ القرار لفترة زمنية طويلة.

**(٤) صراع الإقدام-الإحجام المزدوج(Avoidance Conflict Double Approach):**

و يسمى كذلك صراع الميول المتناقضة المضاعف، و هو ليس شكلاً مستقلاً من أشكال الصراع؛ وإنما هو شكل من أشكال الصراع الثلاثة السابق ذكرها، حيث تضاف إلى أحد جانبي الصراع قوة إضافية تعزز من إمكانية الإقدام على أحدهما، وتقلل من الإحجام عن الآخر أو العكس.

مثال: الشاب الذي يرغب بالسفر، ويعاني من صراع الإقدام، والإحجام بسبب السلبيات، والإيجابيات المرتبطة بسفره، قد يقرر السفر إذا فكر بفرص العمل الجيدة المتاحة له أو الدخل المرتفع الذي يحققه بالسفر، أو إذا فكر أن سفره سيكون لفترة محدودة، ويعود بعدها. وهنا أضيفت قوى إضافية عززت من إمكانات الاختيار غير أنه يمكن أن تحدث قوى أخرى تعزز من ميله للإحجام عن السفر، كالترقية التي يحصل عليها في مهنته، أو توقعه لتحسن ظروف عمله في بلده ....الخ. (رضوان، ٢٠٠٩، ٢٢١).

## ثانياً- الصراع على أساس التكوين العميق للشخصية:

## (Conflict based on the configuration of the deep personal)

يقوم هذا التصنيف على الأساس الثلاثي في النظر إلى تكون الشخصية، وهو الأساس الذي رأيناه عند فرويد، ومدرسة التحليل النفسي. فالدوافع المتصارعة لا ترجع دائماً إلى جانب واحد، ولذلك يمكن النظر إلى أنواع الصراع من حيث رجوع الدوافع إلى جوانب الأنا، والهو، والأنا الأعلى. فقد تتصارع دوافع آتية من الهو، وقد تتصارع دوافع الهو مع دوافع مصدرها الأنا الأعلى، وقد يحدث الصراع بين دوافع الأنا الأعلى نفسه؛ لذلك نجد أنفسنا أمام عدد من الأنواع نذكرها فيما يلي:

١ – الصراع بين دوافع الهو:

يحدث الصراع بين دوافع الهو (the id-conflict) حين ينطوي الهو على دافعين يسعى كل منهما نحو غرضه، ولا يمكن تحقيق الغرضين معاً. إلى هذا النوع يعود الصراع بين دافع الجنس، ودافع الجوع، والصراع بين دافع الجنس، والخوف على الحياة. إن هذا الصراع لا يكون في الظروف العادية سبباً قوياً في حدوث حالات من سوء التكيف. وقد أشار فرويد إلى أن الدوافع اللاشعورية المتعارضة كثيراً ما تسعى إلى إيجاد حل وسط يكون مخرجاً مناسباً لكل من الدافعين المتعارضين. ولكن طول مدة مثل هذا الصراع يمكن أن يغير في وضعه، ويوفر الفرصة لتوتر شديد.

٢ – الصراع بين دوافع الهو، والأنا الأعلى:

إن دوافع الأنا الأعلى غالباً ما تكون مما لا يمكن التوفيق بينه، وبين الحاجات الأولية للهو. وهنا نجد الصراع قائماً بين الهو، والأنا الأعلى ( The id – super ego conflict). ففي الطفولة المبكرة يعبر الفرد عن حاجاته الأولية بطريقة بسيطة، ومباشرة لا تقيدها اعتبارات الزمن، والمكان، والبيئة الاجتماعية. إنه يشبع هذه الحاجات بطريقة مباشرة، أو يعبر عن وجودها بطريقة مباشرة بغية إشباعها. ولكن التدريب الاجتماعي، وأوامره، ونواهيه توجد تدريجياً عوائق أمام ذلك النوع من الإشباع السهل. فالكثير من الموضوعات، والأفعال التي تُعد أدوات إشباع لدوافع الهو تصبح موضوع معارضة من تلك الدوافع النفسية التي تكونت في الأنا الأعلى بتأثير التدريب الاجتماعي. هكذا تصبح النزعات الجنسية، والميول العدوانية، متعارضة مع القيم الأخلاقية فإذا ظهرت الأولى، وواجهتها الأخرى كان الصراع قائماً. وكثيراً ما يأخذ هذا الصراع شكلاً حاداً حين تكون الحاجات الأولى قوية، ويكون عدم إشباعها منطوياً على تهديد قوي موجه للذات، وحين تكون الثانية قوية، ويكون تخطّيها تحدياً قوياً للذات.

**٣- الصراع بين مكونات الأنا الأعلى:**

يحدث أحياناً صراع بين قيمة أخلاقية، وأخرى، أو بين معيار اجتماعي، وآخر ما ينطوي عليه الضمير أو بين واجب، وآخر. في مثل هذه الحالات من الصراع بين مكونات الأعلى (The super-ego super ego conflict) نجد النقاش حاداً، ونجده يشغل العناصر الفكرية بشكل واسع، وظاهر. مثال ذلك الصراع لدى الشباب بين واجبه نحو الأم، وواجبه نحو الزوجة حين يحدث الخلاف بين الاثنتين، والصراع لدى القائد بين واجبه نحو الجندي المرهق، وواجبه نحو كسب المعركة في الدفاع عن أرض وطنه، والصراع لدى المتحزب بين واجبه نحو الحزب، وواجبه نحو أبيه الذي يهاجم الحزب.

إن صراعات مكونات الأنا الأعلى قد تتطور لتصبح قاسية، وعنيفة، وقد تقود إلى نوع من الهروب يأخذ شكل تعذيب الذات في صوره المتطرفة. كثيراً ما نجد صراعات من هذا النوع في حياة الأسرة تنتهي إلى الهروب عن طريق تصدّع في الأسرة نفسها. ويحدث أحياناً أن نجد هذا الصراع ينتهي إلى شكل من أشكال الاضطرابات النفسية؛ وبخاصة حين يكون صراعاً بين قيم عظيمة المكانة لدى الشخص. (الرفاعي، ١٩٩٨، ١٨٨).

**٣_ الصراع من وجهة النظر الفطرية:**

**(Conflict from the viewpoint of fungal)**

يرى الاتجاه الذي يقوم على الأساس الولادي الفطري لسلوك الإنسان أن الإنسان يمتلك مجموعة من أنماط السلوك المولودة من ضمنها منعكسات اليد، والصراخ. وأن السلوك يمكن إثارته من خلال مثير محدد تطلق عليه تسمية المثير المفتاح. والمثير المفتاح يقود إلى إثارة تناسقات وراثية (مجموعة من ردود الأفعال غير المتعلمة التي تظهر وفق تسلسل محدد) تطلق عليها الحركات الغريزية، وتتوجه نحو هدف محدد. ويتم اكتساب الهدف في مجرى النمو، والخبرة. وهنا ترتبط مثيرات معينة بإثارة نمط محدد من السلوك. كسحب اليد مثلاً عن لمس اليد للنار. والمثيرات

المفتاح تصبح فاعلة من خلال ما يسمى بآلية إثارة ولادية. والمقصود بها آلية حسية عصبية تعمل مثل جهاز التصفية للإثارة. وبواسطة هذه الآلية تتم الاستجابة للمثيرات المتشابهة بنمط محدد من السلوك. وفي حالة إثارة نمط محدد من السلوك (خالي المجرى). وهو عبارة عن سلوك أو مجموعة حركات غريزية ليس لها أي هدف.

وفي حلة الصراع بين دافعين يمتلكان الشدة نفسها، فإن تعادل القوى يقود إلى كف متبادل بين هذين الدافعين. غير أن الكف لا يعني أن طاقة الدافعين قد اختفت. ومن ثم تتحول طاقة الدافعين إلى إثارة سلوك ثالث ليس له أي معنى، وغير مرتبط بالموقف المثير، وليس له علاقة به على الإطلاق. ويطلق على هذا النوع من السلوك سلوك التحويل، أي تحويل طاقة الدافع إلى سلوك ليس له علاقة بالموقف على الإطلاق.

مثال: يمكننا، انطلاقاً من وجهة النظر هذه تفسير التبول غير الإرادي أو حالة الإسهال أو هز الرجلين، أو تكرار حركات الجفنين (رمش الجفون المستمر)... إلخ في مواقف المشقة كموقف الامتحان مثلاً، حيث تطلق على هذه المظاهر تسمية حركات التحويل، ويشير "إميلمان" (Immelmann,1982 ) إلى أن هذا النوع من التعابير الحركية غير المتناسبة مع الموقف تدل على نماذج سلوك وراثية تظهر عادة في مواقف الصراع، أي في المواقف المشحونة بالتوتر، خارج سلسلة السلوك التابعة له بالأصل.

كما أنه يمكن ملاحظة حركات التحويل هذه في المواقف التي يوجد فيها اتجاهين متناقضين من السلوك. مثال ذلك "التعابير اللفظية عديمة المعنى"، حك الرأس غير المتلائم مع الموقف، وقضم الأظافر أو التثاؤب الذي يظهره المحاضرون في مواقف معينة. و تحليل هذه الحركات يظهر في العادة وجود صراع بين الهرب، والهجوم، أو صراع بين الخوف من قول شيء غير دقيق، والرغبة في التعبير عن الرأي الخاص. وكلا الاتجاهين من السلوك يكفان بعضهما بعضاً؛ مما يؤدي على ما يبدو إلى نمط ثالث من السلوك عديم المعنى بيولوجياً، إلا أنه في الوقت نفسه فاعل من الناحية النفسية. (رضوان، ٢٠٠٩، ٢٢٩).

٤- الصراع من وجهة نظر التنافر المعرفي:

**(Conflict from the viewpoint of cognitive dissonance)**

تقوم نظرية التنافر المعرفي على فرضية أن الأفراد يطمحون دائماً إلى التوازن، والانسجام بين معارفهم، وأفكارهم، وقناعاتهم، ومعتقداتهم، ومواقفهم، وآرائهم المهمة بالنسبة لموضوع ما.فإذا كان هناك عدم توافق بين معارف محددة، فإن ذلك يقود إلى تنافر معرفي. ويقود هذا التنافر المعرفي إلى توليد دافع غايته تخفيض هذا التنافر المعرفي إلى أدنى درجة ممكنة، من خلال حث الفرد على البحث عن إمكانات تخفيض التنافر. وتحدث حالة التنافر المعرفي عند الفرد من جراء ارتباط هذه المعارف بدوافع معينة تمتلك عند الفرد أهمية شخصية، أي عندما ترتبط بحاجات معينة أو بتصرفات محددة.

مثال: إن المدخن الذي يدخن بكثرة (أشعر بحاجة شديدة للتدخين في هذه اللحظة)، غير أنه يعرف في الوقت نفسه مخاطر التدخين على صحته (سوف أعود للسعال ثانية، إن التدخين مضر جداً). فإنه يجد نفسه في حالة من التنافر المعرفي ذلك أن سلوكه قد خالف المعرفة حول الخطر المرتبط بالتدخين. وسوف يتولد لديه دافع للخفض من هذا التنافر المعرفي. وهو هنا أمام خيارين: الأول: تغيير السلوك ليتناسب مع المعرفة حول مضار التدخين، أي أن يتوقف عن التدخين، والثاني: أن يغير قناعاته فيما يتعلق بالتدخين، كأن يقنع نفسه بطريقة تفاؤلية دفاعية تشوه الواقع، إن تدخيني غير مضر كما يعتقد.ويقوم اتجاه المعالجة المتمركز حول المتعالج لروجرز على فرضية مؤداها أن إدراك الفرد للتباعد، والتناقض بين مفهومه المثالي عن ذاته، ومفهومه الواقعي يؤدي إلى حدوث تنافر أو عدم توافق أو صراع؛ الأمر الذي يقود إلى سوء التكيف، وإلى الاضطرابات النفسية. (رضوان، ٢٠٠٩، ٢٣٠).

## ثالثاً: الصراع، والمرض (Conflict & disease):

في تناول الجانب الفيزيولوجي، والبيولوجية للصراع يمكن أن نطرح السؤال التالي: هل يؤثر الصراع في الجسد، وفي الصحة العضوية، أي ما هي العلاقة بين الصراع، والمرض؟

كما رأينا في تعريفنا، وعرضنا لأشكال الصراع فإن القوى المتعاكسة العاملة في الصراع تستنزف الطاقة النفسية عند الإنسان، وترهقه، وترهق علاقاته بمحيطه. فهناك كثير من الطاقة التي يتم حشدها، وتبديدها في اتجاهات متناقضة، ومتضاربة؛ مما يؤدي إلى إضعافها، وصرفها عن الهدف الأساسي إلى أن تصبح الأهداف التي يسعى إليها الإنسان صعبة المنال، أو أن بلوغها لا يكون إلى بعد جهد تجاوز قدرة الفرد على التحمّل. ومن هنا فإن الصراعات يمكن أن تثير الأمراض النفسية كالذهانات (الفصام، والمرض الهوسي الاكتئابي)، أو يمكن أن تسبب أمراضاً نفسية (كاضطرابات القلق، والاكتئاب) أو يمكن أن تكون عاقبتها أمراضاً نفسية جسدية (كالقرحة المعدية، وأمراض القلب، والدورة الدموية)؛ بالإضافة إلى أنها ترفع الاستعداد للإصابة بطائفة أخرى من الأمراض الجسدية.

وتؤدي هنا حالات القلق دوراً ممهلاً للمرض أو للاضطرابات، حيث ينشأ بشكل خاص في صراعات الإقدام الإحجام، والإحجام الإحجام، أي عندما لا يستطيع الفرد التخلص من الاختيارات غير المرغوبة.

وسلوك الصراع هذا يقود عند افتراض وجود عمليات حشد فيزيولوجية غير نوعية "unspecific" إلى تداخل "Interference" حشد الطاقة في اتجاهات مختلفة؛ بالإضافة إلى أن التنشيط النوعي "Specific" للقيام بتصرفات متناقضة يؤدي إلى اضطراب العمليات الجسدية. مثال ذلك الآثار الناجمة عن التأثيرات الفيزيولوجية المختلفة للأدرينالين Adrenaline، والنورأدرينالينNoradrenalinz ، عند إفراز هاتين المادتين بشكل مفرط، ومتزامن. وهذا ما يحدث بالطبع في حالة الصراعات ذات الاتجاهات المتعاكسة، والمتناقضة. وتسهم العوامل التي تخفض من مقدرة الإنسان على

تحمل الإرهاق أو المشقة Ability Stress سواء كان ذلك متعباً فيزيولوجياً أم بقايا خبرة نفسية لصراع قديم لم يتم تمثُّله، وحلُّه بشكل كامل تسهم في عدم الاستقرار النفسي، والجسدي للإنسان. ومن هنا يصعب التنبؤ بالآثار المرضية للصراع. **ويزداد احتمال الآثار المرضية للصراع إذا تحققت الشروط الآتية:**

١) إذا كان محتوى الصراع مهماً بالنسبة للشخص.

٢) عندما يحتوي الصراع على عدة ميول متناقضة.

٣) إذا بدا للفرد بأنه غير قابل للحل من خلال ظروف غير قابلة للتغيير.

٤) عندما يتم ارتكاب أخطاء في مجرى محاولة حل الصراع.

ويعتقد أن الصراعات السابقة غير المحلولة بصورة فاعلة تؤدي إلى تخفيض قدرة الفرد على مقاومة الصراعات اللاحقة، وتضخُّمها. وهذا يعني أن الصراعات السابقة غير المحلولة تقود إلى:

- ✓ تقوية أو اشتداد الميول المتناقضة المساهمة في الصراع الحالي.
- ✓ توسع الصراعات من خلال التضخيم، والمبالغة في حدود المنظومة.
- ✓ توسع مساحة الصراعات لتشمل مجالات كانت حتى الآن خالية من الصراع من خلال ما يسمى بالصراعات المديدة macro conflicts (رضوان، ٢٠٠٩، ٢٣١).

## رابعاً: ردود فعل الصراع (Reactions to conflict):

يعد عدم الاستقرار الانفعالي أحد العوامل التي تسبب الاستعداد الذي يسهل حدوث الصراع. فالأشخاص الانطوائيون يميلون إلى تثبيت التأثيرات غير البنَّاءة للصراع، مثل: ردود الفعل العصبية الإعاشية. أما الآثار الجسدية للصراع فيمكن ملاحظتها بطرق مختلفة، يمكن أن تظهر على شكل:

١. مظهر سلوكي.

٢. عرض جسدي لحل وسط (هستيريا التحويل).

٣. عرض إعاشي (مرض في أحد الأعضاء المسؤولة عن الجملة العصبية الإعاشية كآلام القلب الوظيفية، وأوجاع المعدة، والصداع، واضطرابات الدورة الشهرية .... الخ) مرافق للتوتر، والقلق، وعدم الهدوء.

٤. العدوانية.

٥. خلل في التنظيم العصبي الإعاشي.

٦. تسريع للأمراض العضوية.

٧. كف، وإحباط عمليات الشفاء من الأمراض الجسدية.

٨. إفراز أو طرح نواقل عصبية كيماوية متعاكسة المفعول أو متناقضة بالنسبة للسلوك "إقدام–إحجام". (رضوان، ٢٠٠٩، ٢٣٣).

## خامساً: سلوك حل الصراع:

## (The behavior of solution to the conflict)

- يمكن أن يكون تمثّل الصراع متناسباً مع المواقف أو مع الواقع الذي فرض هذا الصراع. وهنا يظل الصراع شعورياً، وفي جزء بسيط منه لا شعورياً. ويتم تمثّله، وحله بصورة عقلانية، من دون أية تأثيرات مزعجة.
- كما يمكن حل الصراع من خلال إزاحة هدف الدافع المسبب للصراع عن موضوعه الأساسي، وربطه بطموح معين. فبدلاً من تحقيق هدف عدواني يتم تصعيد هذا الدافع، واستغلال طاقته في سبيل تحقيق طموح إيجابي. وهنا يكون الصراع لا شعورياً في الجزء الأكبر منه.
- ويحتل الصراع أهمية خاصة في التصرفات الانتحارية. فالتصرف الانتحاري قلما يكون ناجماً عن عمل عقلاني، وإنما يغلب أن يكون نتيجة لطموحات لا عقلانية ناتج عن مشاعر، وميول مشحونة بشدة بدوافع لا شعورية. ومحاولة الانتحار غالباً ما تحدث في موقف صراع نوعي (خاص)، حيث تشكل هذه المحاولة حلاً للصراع، كما رأينا في صراع الإحجام – الإحجام. ويكثر أن يكون الانتحار نتيجة لتطور مرضي شديد، وعادة ما تكون الصراعات ناجمة عن طبيعة العلاقات

الاجتماعية، والمهنية، والزوجية، والأسرية. على جانب ذلك يمكن أن تكون دوافع الانتحار هي الانتقام أو الابتزاز أو حب الاستعراض، أو يمكن أن تكون نداء استغاثة. فجزء كبير من محاولات الانتحار لا يحمل الرغبة في إفناء الذات، كدافع لا شعوري كما ترى مدرسة التحليل النفسي، وإنما يشكل استغاثة بالمحيط. ويغلب أن يكون الشخص ذو الميول الانتحارية ذا شخصية غير مستقرة انفعالياً، وغير واثقة بذاتها. فإذا ما بلغت شدة الصراع حداً عارماً، أو إذا ما تمت زعزعة الشخصية بناء على صفاتها، وخصائصها أو بناء على موقف مؤثر حدّي في سن النمو أو بناء على صراعات أخرى إضافية، فعند تمثل الصراع يتم على الأغلب في اللاشعور شكل آليات الدفاع الأولية.(رضوان،٢٠٠٩، ٢٣٤).


وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

# الفصل السابع

# الصحة النفسية في المدرسة

# Mental health in school

Damascus University

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

# الفصل السابع

## الصحة النفسية في المدرسة

الذهاب إلى المدرسة ليس حدثاً عابراً بالنسبة للطفل, وأهله؛ وإنما هي عملية عبور إلى مرحلة نمائية أعلى بمتطلباتها, وبأشخاصها التي تختلف عن المرحلة النمائية السابقة، حيث تتسع دائرة تفاعل الطفل مع أناس آخرين لم يكن يتفاعل معهم سابقاً، ولأول مرة يخرج الطفل من عالم الأسرة المحدود مهما كان مدى اتساعه إلى عالم أوسع, ولأول مرة يصبح هناك مرجعية أخرى في حياته موازية لمرجعية الأسرة, إنها بداية الخروج من قانون الوالدين, والعلاقات الأولية إلى قانون المدرسة الذي يشكل الدخول في عضوية المجتمع، حيث تدخل مرجعية المعلم, وقانون المدرسة على المرجعية الوالدية, وقانون الأسرة الكثير من الدينامية؛ مما يحدث تعديلاً, وإثراءً لمشاركة الطفل الذي لم يعد حكراً على والديه عليه أن يتعامل مع هذا العالم الجديد بأنظمته, وتفاعلاته.

ويتوافق ذهاب الطفل إلى المدرسة مع بداية رحلة هامة من مراحل نموه تتضمن مهمات جديدة على مستوى بناء كيانه, ومشروعه الوجودي؛ إنها بداية مرحلة الفطام النفسي عن الأهل, والشروع في بناء الاستقلال الذاتي.

في المدرسة تتكرس العلاقات الأفقية مع الأتراب بعد أن كان يغلب على علاقاته الأسرية الطابع العمودي، وهنا تطرح أسئلة متعلقة بحالة استعداده لهذا الاستقلال النفسي. أي إلى أي مدى تم تهيئته في الأسرة لهذا الدور الجديد كي يتحول الذهاب إلى المدرسة إلى فرصة للنمو, والتفاعل مع العالم الخارجي الرحب، وكذلك ما هي الصعوبات التي سيلاقيها إذا بقي رهينة العلاقات الأولية ,وعالمها المغلق". (حجازي، ٢٠٠٠، ٢٢٣).

## أولاً : الصحة النفسية في المدرسة (Mental health in school):

لا شك في أن التلميذ الذي يعاني من القلق بسبب تردي الأوضاع في أسرته, وتهديدها بالانفجار، أو التلميذ الذي يكون مشغول البال بمشكلاته الوجدانية أو بفشله بإقامة علاقات طيبة مع زملائه أو مع بعض مدرسيه, فمثل هذا التلميذ يصعب عليه أن يركز تركيزاً واضحاً على شرح المدرس, وما يدور في الصف؛ لأن جانباً كبيراً من طاقته مستنفذ في اجترار مشكلاته, وآلامه, والانفعال نحوها.

لذلك ينبين لنا أن هناك تأثيراً متبادلاً بين صحة التلميذ النفسية, والتعليم المدرسي حتى إذا فهم هذا التعليم على أنه مجرد النمو في المعارف, والمعلومات، علمنا أننا تجاوزنا الزمن الذي ساد فيه الاعتقاد أن المدرسة هي المؤسسة التعليمية التي تهدف إلى التعليم, ونشر المعرفة فحسب فقد استقرت الحال منذ وقت طويل أن المدرسة إنما هي مؤسسة اجتماعية تلي الأسرة في أهميتها, وتأثيرها في الأبناء، خاصة أن الأسرة في العصر الحديث لا تتيح لها إمكاناتها، وظروف الوالدين فيها أن تطلع بالمهمات جميعها التي كانت تطلع بها قديماً.

كما أن الامتحانات المدرسية لها أهمية خاصة بالنسبة لجو الصحة النفسية في المدرسة، كونها الجزء الأساسي من البرنامج التربوي؛ لذا فإن اتجاهات المدرس, والتلاميذ نحوها تحتل أهمية بالغة بالنسبة للصحة النفسية، إذاً ينبغي ألا يعطي المدرس انطباعاً عن الامتحانات بأنها شيء يبعث على الخوف, والرهبة؛ بل على العكس، ينبغي أن تكون وسائل لمساعدة كل من التلاميذ, والمدرسين على كشف إلى أي حد قد حققوا تقدماً في اكتساب المعارف, والمهارات، كما أنها وسائل تستخدم كمشروع تعاوني بينهم، فالامتحانات بالصورة الخاطئة التي تتم بها تمثل فترات من التوتر التي تؤدي إلى تعطيل الاطراد في عملية النمو بالنسبة للطالب.

إن المدرسة هي الوسط الذي ينمو فيه التلاميذ خارج الأسرة, ويمضون فيه أغلب يومهم، والمدرسة بذلك لها أهداف تربوية تسعى إلى ما هو أشمل, وأوسع من مجرد التعليم, وتحصيل المعرفة.

ووظيفة الصحة النفسية في المدرسة عبارة عن وظيفة وقائية, وإنشائية بالدرجة الأولى، ثم هي وظيفة علاجية في بعض الحالات الخاصة(Larose, 2001). ومن أهم **الأمور التي تهدف إليها الصحة النفسية بالنسبة للمدرسة**، الآتي( مفاريوس، ٢٠٠٣):

١. تصحيح انحرافات السلوك, وعلاج الطلبة المشكلين.
٢. تعديل اتجاهات الطلبة بما يساير أهداف المدرسة التربوية.
٣. مواجهة الحاجات النفسية, والاجتماعية للطلبة.
٤. تهيئة علاقات, وظروف أكثر مناسبة للنمو السوي للتلاميذ.

وهناك أثر غير مباشر لمكان العمل, وظروفه على العمل, والإنتاج، ولما كانت المدرسة هي مكان العمل للطلبة, ومدرسيهم, وسائر موظفي المدرسة، فإن كل ما يمكن عمله ليصبح المكان جميلاً, ومحبباً إلى النفس هو جهد في سبيل توفير الرضا للطلبة, ومدرسيهم, والعاملين ضمن المدرسة.

**أهم ما تهدف إليه الصحة النفسية بالنسبة للمدرسة:**

- تهيئة علاقات, وظروف أكثر مناسبة للنمو السوي للتلاميذ.
- مواجهة الحاجات النفسية الاجتماعية للتلاميذ.
- تعديل اتجاهات التلاميذ بما يساير الفلسفة التربوية للمدرسة.
- تصحيح أشكال السلوك الشاذ, والمنحرف عند التلاميذ, ومعالجة مشكلاتهم.
- إن وظيفة الصحة النفسية في المدرسة هي وظيفة وقائية وإنشائية بالدرجة الأولى ثم وظيفة علاجية في بعض الحالات الخاصة ثانياً.

**وعندما نقوّم دور الصحة النفسية في المدرسة فإننا سنجيب عن الأسئلة التالية وما يشبهها:**

- إلى أي حد يُعد المناخ الاجتماعي للمدرسة مناخاً ملائماً للعلاقات الاجتماعية الإنسانية بين التلاميذ مع بعضهم, وبينهم, وبين العاملين في المدرسة؟
- ما هي مستويات الصحة النفسية للمدرسين, ولكل العاملين بالمدرسة؟

- كيف تؤثر مجموعة الصف الدراسي في التكيف النفسي، والاجتماعي للتلاميذ؟ وما هي الشروط التي يجب مراعاتها في اختيار تلاميذ الصف؟

- ما هي جماعات النشاط المدرسي، وكيف يستفاد منها في تحقيق الصحة النفسية؟

- ما هي العلاقة بين المدرسة والبيت؟ وكيف يتعاونان على تهيئة فرص النمو السوي للتلاميذ؟

- ما هي الإجراءات العلاجية والإرشادية التي يجب اتباعها مع الطلاب الذين يعانون مشكلات خاصة؟ (Firstone, 1993, 35).

## العلاقة بين الصحة النفسية والمدرسة:

إن العلاقة بين الصحة النفسية، والمدرسة علاقة وثيقة جداً وإن تفصيلات حياة التلاميذ داخل المدرسة حافلة بالخبرات التي تؤثر سلباً أو إيجاباً في الصحة النفسية للتلاميذ. ولو أخذنا التعليم بمعناه الضيق التقليدي بأنه مجرد التحصيل الدراسي، وأنه الهدف الأساسي للمدرسة لتبين لنا أن هناك علاقة وثيقة بين الصحة النفسية من جهة، والتحصيل من جهة أخرى. (عبد الله، ٢٠٠١، ٤٣٧).

## دور المدرسة في تحقيق الصحة النفسية ( School's role in achieving mental health):

المدرسة: هي المؤسسة العلمية الرسمية التي تقوم بعملية الصقل، والتربية، وتعديل السلوك غير السوي الذي اكتسبه الطفل في تنشئته الاجتماعية الأولى في الأسرة، وفي المدرسة يتفاعل التلميذ مع مدرسيه، وزملائه، ويتأثر بالمنهج الدراسي في معناه الواسع علماً، وثقافة، وتنمو شخصيته في جوانبها كافةً، كما تستخدم المدرسة أساليب نفسية عديدة في أثناء تربية التلاميذ من هذه الأساليب: دعم القيم الاجتماعية السائدة في المجتمع وتقوم بتوجيه الأنشطة على تشكيل الأساليب السلوكية المرغوبة، وتعليمها، والعمل أيضاً على فطام الطفل انفعالياً في التخلص من السلوكيات التي اكتسبها الطفل في الأسرة، واستبدالها بنماذج صالحة من السلوك السوي ولكي تؤدي المدرسة دورها بنجاح في تحقيق الصحة النفسية للتلاميذ يجب أن تعمل على:

١) أن يكون محتوى المناهج الدراسية مناسباً لقدراتهم, وإمكاناتهم. وأن تراعي حاجاتهم؛ ومتطلباتهم على أن يتوافق هذا المحتوى المنهجي, وأنشطته مع مرحلة النمو التي يمر بها التلميذ, كما يجب أن تكون هذه المناهج مرتبطة بمواقف الحياة الطبيعية.

٢) أن يتمتع القائمون على العملية التعليمية بصحة نفسية جيدة حتى يتحقق الأمن, والاستقرار النفسي للتلاميذ, وأن يستخدم المعلمون الأسلوب الديمقراطي مع تلاميذهم, كما يجب ألا يكون دور المدرس دور نقل للمعلومات, بل يجب أن يكون نموذجاً حياً, وشخصية جادة يحترمها التلاميذ, ويتقمصون شخصيته, وكما يجب أن يكون دور المعلم أيضاً هو توجيه سلوك التلاميذ وتعليمهم مهارات التوافق المختلفة, وأن يلاحظ على تلاميذه أي اضطرابات سلوكية, ويحاول معالجتها ضماناً لتحقيق الصحة النفسية للتلاميذ.

٣) خلق الجو المدرسي الأسري بأن يكون هناك تفاعل اجتماعي عن طريق تكوين العلاقات السوية بين المربين, والتلاميذ.وأن تتسم هذه العلاقات بالعلاقات السوية بين المربين والتلاميذ بعضهم ببعض عن طريق جماعات الأنشطة التربوية المختلفة بالمدرسة وكذلك أن تكون هناك صلة جادة بين المدرسة, والأسرة فإن هذه العوامل من شأنها أن تؤدي إلى حسن توافق التلاميذ النفسي, وشعورهم بالأمن؛ مما يؤدي إلى النجاح, والتوفيق.

٤) ألا يقتصر دور المدرسة على اكتساب التلاميذ الحقائق, والمفاهيم, والمعارف والمعلومات فقط؛ لأن هذا من شأنه أن يؤدي إلى تقوية الجانب العقلي على حساب إهمال جانبين هامين لدى التلميذ, وهما الجانب المهاري أو الحركي, والجانب الوجداني الذي يؤدي الاهتمام به إلى تقوية أواصر انتماء التلميذ لمدرسته, وتكوين عادات سلوكية سليمة لديه, مما يجعله متوافقاً مع نفسه ومجتمعه.

٥) أن يشارك الاختصاصي الاجتماعي المدرسي المعلم في العملية التعليمية، عن طريق ملاحظة التلاميذ, واضطراباتهم النفسية, وعدم توافق بعضهم مع المدرسة,

مما يؤدي إلى فاقد في العملية التعليمية, فدوره هو القيام بعلاج هذه الاضطرابات بقدر إمكاناته, واستطاعته. وفي الحالات التي يصعب علاجها عليه أن يوجهها لعيادات نفسية. (جبل، ٢٠٠٠، ٤٥).

**وظيفة المدرسة في تحقيق المظاهر النمائية للتلميذ** ( The function of the school in achieving the developmental aspects of the pupil):

- الإكثار من أنواع النشاط المدرسي, والرحلات, والأعمال الجماعية.
- استغلال ميل الطفل الجماعي في العمل المشترك, وتقويم أخلاقه, وتعويده تحمل المسؤولية, والشعور بالواجب, واحترام النظام, والقانون هو ما يسمى (الأسلوب غير المباشر في التربية الخلقية).
- تقدير فردية الطفل, وتنمية التعبير عن الرأي.
- تعليم الطفل الأخذ, والعطاء التي تقوم عليهما الحياة الاجتماعية بين الرفاق, وطريقة تكون الأصدقاء.
- تنمية الميول الناشئة.

**أهم العوامل المدرسية ذات الأثر المباشر في تكون شخصية الطالب:**

- الروح المدرسية العامة: ما يسودها من استقرار أو اضطراب، المعاملة فيها شدة أو لين.
- المدرس: يمتد أثر المدرس في النواحي المعرفية, والثقافية, وما ينتقل إليه عن طريق التقليد.
- النجاح المدرسي: النجاح بحد ذاته ذو أثر كبير في تكوين الشخصية؛ فهذا يعطيه الشعور بالارتياح, والثقة بالذات. (السيد، ٢٠٠٨، ٤١٨).

**تجمعات الطلبة في المدرسة، وأثرها في الصحة النفسية** ( Groupings of students in the school and its impact on mental health):

مما لا شك فيه أن الطلبة يرغبون دوماً في اللقاء بأصدقائهم للتسامر, والدراسة, وهذه رغبة أساسية في مرحلة المراهقة, وتزداد هنا أهمية التجمعات غير الرسمية التي

تحقق الألفة حيث يجد الطلبة ما يرغبون داخل المدرسة من الأماكن المريحة ليكون النقاش بينهم في أمور الدراسة, وأمورهم الشخصية بصورة تنسجم مع راحتهم النفسية؛ مما ينعكس إيجابياً على الطلبة؛ وبالتالي تتشكل العلاقات الاجتماعية والصداقات بين الطلبة (Firstone, 1993).

ولابد أن يتوفر في المدرسة بعض الملاعب ليمارس فيها الطلبة ألوان النشاط الرياضي المختلفة, ويقيمون في أثناء ذلك الصداقات, ويتربون على العلاقات الاجتماعية وينمون روح الجماعة أو الفريق. (Macarthur, 1998).

**تركيبة الصف الدراسي, والمناخ الاجتماعي للمدرسة** ( Combination of classroom and social climate of the school):

في الواقع أن هناك عدداً من النظريات التي تبين كيفية توزيع الطلبة داخل الصف الواحد على الشعب المختلفة؛ فمنها ما يكون على أساس التوزيع لرغبة الطالب لزملائه في مجموعة الشعب، وهذا ما يطلق عليه الاختيار السوسيومتري، حتى ينعكس على كل طالب طابع الألفة، وبالتالي يستطيع المدرس أن يستثمر الصداقات بين كل مجموعة بنشاط تعاوني نافع، وبالتالي يتيح ذلك للطلبة فرصة التدريب على إنشاء علاقات, وصداقات جديدة.

ولابد أن تتوفر فرص المرونة, والحرية للطالب حيث يتم توزيعه داخل القاعة الصفية مع من يرغب من الطلبة لتفعيل دور الصداقات بالأنشطة المدرسية, ومن الإجراءات المناسبة التي يمكن أن تلجأ إليها المدرسة لتلبية حاجات التلاميذ إلى النمو المستقل, وإلى بناء نهج المسؤولية, وإتباع نظام الحكم الذاتي في الصف الدراسي, وكذلك توزيع الأدوار, والمسؤوليات على الطلبة بحيث ينعكس على نفسية الطالب من خلال شعوره بأنه طالب, وعضو فاعل في جماعة الصف أو المدرسة.

كما أن طبيعة العلاقات الإنسانية, والمناخ الاجتماعي السائد فيها يسهل على الطلاب دخول المدرسة، حيث لابد أن تسودها سماحة, ومودة, وتطبيق لأنظمة المدرسة

المعمول بها وتنفيذ القرارات التي بحكمها تعطي كل طالب أو موظف بعض الاهتمام ضمن دائرة عمله وعدم التدخل بالآخرين.

فلو كان مدير المدرسة على سبيل المثال يتصف بالبيروقراطية, والتسلط, ويقيم حواجز بينه, وبين كادر المدرسة في العلاقات الاجتماعية؛ فإن ذلك سينعكس على إيجاد حواجز, ومسافات اجتماعية بعيدة بين المدرس, والطالب, ويشيع بينهم ما يسمى بالتكتلات, والانقسامات, والفتن، وهذا ما سيكون عليه الطلبة أيضاً في حين لو كان مدير المدرسة يتصف بالديمقراطية, فإن ذلك سينعكس على العمل داخل المدرسة, وتصبح كالفريق الواحد؛ وهذا ما سيكون عليه الطلبة أيضاً من التعامل بمبدأ الحرية القائم على تقبل الآخرين؛, وتكوين العلاقات والصداقات الاجتماعية, واستثمارها داخل الصف الواحد في الأنشطة, والتدريبات الصفية أو المدرسية.(Cattanach, 2000).

**ثانياً: الصحة النفسية للطالب (The mental health of students):**

يظهر عند المربين منذ أواخر القرن الماضي إلحاح خاص على مسؤوليات المدرسة في رعاية صحة التلاميذ النفسية, والجسدية, والإسهام بتوفير الشروط الأساسية التي تساعدهم على حسن النمو, والشعور بالطمأنينة, والأمن. ويستند قبول المدرسة بفكرة ضرورة الاهتمام بصحة التلاميذ قبولاً عميقاً إلى حقائق عديدة, فكل مرحلة من مراحل تدريب الطفل, وتعليمه تتأثر تأثراً واضحاً بحالته الصحية العامة؛ فمن واجب المدرسة اليوم أن تعنى بالتلاميذ في جوانب صحتهم المختلفة لتوفر لهم سبل النمو المتكامل المتجه نحو الأهداف التربوية المرسومة.

**مرحلة التعليم الأساسي, والصحة النفسية:**

**- دخول الطفل إلى المدرسة (حلقة أولى تعليم أساسي):**

"يُعد اليوم الذي يدخل فيه الطفل المدرسة يوماً مؤثراً. وكثيراً ما يكون مشحوناً بالمفاجآت, وصعوبات التكيف, فالطفل يدخل إلى مكان جديد, وغير مألوف بالمقارنة مع المنزل الذي اطمأن فيه, وألف حياته".

ويواجه الطفل في المدرسة عدداً من الأفراد لا يكاد يعرف واحداً منهم، ولا يعرف وسائل التصرف الأساسية فيها. في حين كان يمارس عدداً من الأساليب الناجحة في البيت، وكثيراً ما يواجه الطفل صراعات نفسية حين دخوله المدرسة، وتتمثل صراعاته في حبه للمشاركة، واللعب مع أطفال آخرين، ولكنه غريب عنهم، ولا يعرفونه؛ مما يلجأ إلى البكاء للحصول على المساعدة لحل هذه الصراعات.

وقد بينت الدراسات التربوية أن موقف الأطفال من المدرسة في اليوم الأول يبدو متنوع الأشكال، وأنها تتأثر بعوامل متعددة، منها: موقف الأهل من المدرسة، كما يتأثر بالإعداد السابق لمثل هذا اليوم، واعتياد حياة الجماعة في روضة الأطفال، وأشكال معاملة الوالدين، والأساليب التي اعتادها الطفل في مواجهة المشكلات؛ لذلك يشدد علماء النفس، والتربية على ضرورة إعداد الطفل بطريقة تدريجية ليوم المدرسة، ودخوله إليها، وخاصة الطفل الذي لم تتح له فرصة دخول مرحلة رياض الأطفال أو إذا كان تعلق الطفل بوالديه قوياً. في مثل هذه الحالات يجب أن نحدث الطفل عن المدرسة بأسلوب تشويقي موضحين فيه ألوان النشاط، والألعاب التي سيمارسها، ولا بأس من أن يذهب مع أخيه أو مع رفيق الحي ليكون ذلك بمثابة عنصر طمأنينة، وأمن له في الجو الجديد. **(عبد الله، ٢٠٠١، ٤٤٠).**

**- خصائص تلاميذ المرحلة الأساسية، وسماتهم النفسية:**

من الخصائص البارزة للمرحلة الأساسية بحلقتيها الأولى، والثانية:

النشاط المتدفق عند الطفل، واللعب، والابتعاد عن المنزل والقيام بالرحلات الاستكشافية،و ركوب الدراجات والمخاطرة،والتسلق، والجرأة؛ وزيادة الخبرة، وكسب المعرفة،والاعتماد على النفس بالتجريب والمحاولة، كما يظهر اهتمام الطفل بمظهره؛ مما يمهد له السبيل للانتماء إلى جماعة الرفاق، والأقران، ويميل إلى الاستقلال عن أسرته، وخاصة في الحلقة الثانية (قبل المراهقة) حيث تزداد هذه النزعة لتبدو واضحة من بداية المراهقة. ومع نهاية هذه المرحلة، يظهر الطفل ميلاً واضحاً للتجمع، واختيار شلة لها صفة على الدوام وتظهر عنده الميول للزعامة، والمنافسة،

والغيرة.ويُقبل الأطفال في هذه المرحلة على قراءة الكتب المتعلقة بالنباتات، والحيوانات، والسفن، والطائرات، وكذلك قصص الأسفار، والرحلات، والمخاطر. وفيها تتضح قدرات الطفل العقلية حيث يتمكن من اللغة، والتعبير اللفظي، وإدراك المعاني، وتكوين المفاهيم المجردة، والعلاقات المنطقية.

ويُعد علماء النفس أن هذه المرحلة من أنسب المراحل لإدخال مناهج التربية الجنسية؛ لأن نظرة الطفل إلى الجنس الآخر تكون عادية، ولا يشعر الطفل بالحرج إزاء المعلومات الجنسية التي يتعلمها عن طريق ملاحظاته في الحيوان، وبما يرد به الكبار على أسئلته.

**- المشكلات، والصعوبات التي يتعرض لها تلاميذ المرحلة الأساسية:**

يواجه الطلاب في المدرسة على اختلاف أنواعها مشكلات متنوعة تؤثر في نجاح الطالب دراسياً، وفي تكيفه مع المدرسة بوجه عام.

وتتنوع هذه المشكلات؛ إذ يغلب على بعضها الطابع العقلي، مثل: الملائمة بين قدرات الفرد، واستعداداته من جهة، وبين مقتضيات الدراسة من جهة أخرى، وبعضها ينشأ نتيجة نقص في المعلومات التي يحتاج إليه الطالب، كما أن بعضها الآخر يغلب عليه الطابع الانفعالي، مثل: توافق الطلاب، وتكيفه مع زملائه، ومدرسية.

ومن المفيد أن نشير هنا إلى أنه من الصعب أن نضيف المشكلات التي يقابلها الإرشاد المدرسي، وأن نفصل بينها، وبين المشكلات الدراسية التي تخفي وراءها مشكلات نفسية مرضية أو غير مرضية. هذا فضلاً عن تعدد الأسس التي يقوم عليها التصنيف، هل تصنف المشكلات وفقاً لمظاهرها أو وفقاً لأسبابها؟

إضافة إلى أن تصنيف المشكلات يجب أن يكون شاملاً لمعظم ما يقابله المرشد من مشكلات، وأن يكون مشيراً إلى مظاهر المشكلات أو أعراضها، وأسبابها، وإجراءات العلاج التي تتخذ بشأنها، يؤدي كل هذا إلى صعوبة وضع تصنيف للمشكلات يتفق عليه المتخصصون في الإرشاد. إلا أن ذلك لم يمنع بعض الباحثين من وضع تصنيفات للمشكلات، منها: تصنيف **وليامسون**، وتصنيف **بودن وبيينسكي**، وتصنيف **أريكسون**،

وتصنيف **وليامسون ودرلي**، وغيرهم. وهذه التصنيفات تتناول المشكلات التي يقابلها الموجهون في المؤسسات التربوية، أو في المراكز التي تقوم بخدمة هذه المؤسسات، ويلاحظ عليها جميعاً أنها لم تقتصر على المشكلات التربوية، والمهنية بل إنها شملت بالإضافة إلى ذلك المشكلات النفسية، والاجتماعية، والمالية، والصحية. فمثلاً: يشير (بيتمكي) إلى مشكلات النقص في المعلومات، وضعف الثقة في النفس، ونقص المهارات، والاعتماد على الآخرين، ومشكلات الصراع النفسي، ومشكلات القلق تجاه الاختيار. أما **(وليامسون ودارلي)** فيشيران إلى المشكلات الشخصية، والمشكلات التربوية، والمشكلات المهنية، والمشكلات المالية، والمشكلات الصحية. ويشير **(أريكسون)** إلى مشكلات نقص في المعلومات، والمشكلات الخاصة بالتكيف، ومشكلات النمو، وقد أشار **(وليامسون)** إلى مشكلات الشخصية، وأدرج تحتها مشكلات التكيف الاجتماعي، وصعوبات الكلام، والمشكلات الأسرية، ومشكلات الخروج عن النظام ثم أشار إلى المشكلات التربوية، وهي تتضمن برأيه: مشكلات الاختيار التربوي، أو اختيار نوع الدراسة التي يتابعها الفرد، ومشكلات التأخر الدراسي، ومشكلات عادات الاستذكار غير الجيدة، ومشكلات القراءة، ومشكلات الدوافع في الدراسة، ومشكلات الإفراط في التحصيل الدراسي، ومشكلات المتفوقين، والمتميزين. (جلال، ١٩٨٥، ٥٦-٦٠).

وسنستعرض فيما يلي أهم المشكلات التي تواجه الطلاب في المدرسة التي يتعين على المرشد المدرسي مساعدة طلابه على التغلب عليها، مشيرين هنا إلى أننا لا نريد أن نذكر تصنيفاً للمشكلات؛ وإنما نود أن نتعرف إلى هذه المشكلات، وأسبابها، وأعراضها، وإجراءات مواجهتها، وفيما يلي أهم المشكلات المدرسية.

**أولاً – المشكلات الدراسية للطلاب (School problems for students):**

ونقصد المشكلات التي تتصل بتحصيل الطلاب في المواد الدراسية المختلفة. وتندرج تحت هذه المشكلات العامة مشكلات فردية سنستعرض أهمها:

- التقصير الدراسي (Default School):

يعني التقصير الدراسي الهوة الموجودة بين التحصيل الدراسي للطالب ومتطلبات المدرسة. وفي معجم علم النفس الألماني يوصف المقصرون دراسياً بأنهم التلاميذ الذين لا تتناسب نتائجهم مع الحد الأدنى لمتطلبات المدرسة.

ويمكن تعريف التقصير الدرامي على أنه ضرر كبير أو قليل في نمو شخصية التلميذ لدى تحقيق متطلبات الخطة الدرسية، الذي لا يمكن التغلب عليه إلا من خلال إجراءات تربوية خاصة في التشجيع الفردي, ومتطلبات المدرسة. والتقصير الدراسي ليس على شكل واحد؛ وإنما على أشكال متعددة. فهناك التقصير الدراسي العام والتقصير الدراسي الخاص. والأول: يعني التقصير في المواد جميعها أو معظمها، أما الثاني, فيعني التقصير في مادة من مواد الدراسة.

وهناك التقصير الدراسي لمدة طويلة أو لمدة قصيرة, والتقصير الدراسي شديد الدرجة, وبسيط الدرجة.

أما **أسباب التقصير الدراسي**, فهي متعددة، ويمكن إجمالها بثلاثة مجالات: **الأول:** الأسباب الشخصية التي تعود للطالب التي تشتمل على عدد من البنود, مثل: ضعف القدرات العقلية العامة، والاتجاه السلبي نحو التعلم, وعدم الرغبة في الدراسة، والفجوات المعرفية الكبيرة، والنمو غير الكافي، واضطراب القدرة على التركيز، وضعف المهارات التعليمية، والمرض المتكرر, والغياب لفترة طويلة، واضطرابات النمو الناتجة عن البلوغ, وعوامل فيزيولوجية.

**والمجال الثاني**, هو : عوامل المحيط الاجتماعي: التي تشمل: الأسرة التي تعد الخلية الأولى التي ينشأ, ويترعرع فيها الطفل، وعندما نتحدث عن الأسرة نقصد المستوى الاقتصادي, والاجتماعي لها، وكذلك الجو العاطفي الذي يسودها, مثل: العلاقة بين الأبوين, والعلاقة بين الأولاد, والأهل, والعلاقة بين الأخوة. ويشمل هذا المجال أيضاً المحيط السكني, أي الحي الذي تسكن فيه الأسرة، وكذلك الموقف السلبي للأهل تجاه المتعلم, والمدرسة بشكل عام, والتأثير السلبي للأصدقاء, وأبناء الجيران.

أما **المجال الثالث**, فهو: العوامل المدرسية وتشمل نوعية التدريس, والعلاقة بين الطالب, والمعلم, وعلاقات التلاميذ مع بعضهم بعضاً, وعدد التلاميذ في الصف الواحد, وشخصية المعلم, وموقفه تجاه مهنته, وتلاميذه, والجو الاجتماعي العام في المدرسة, وعلاقات المعلمين مع بعضهم, وعلاقاتهم مع الإدارة .... الخ.

وينبغي على المرشد المدرسي هنا أن يتعاون مع مدرسي الطلاب للعمل على مواجهة هذه المشكلة إن كانت الأسباب بيئية. أما إذا كانت الأسباب عقلية, فيجب العمل على توجيه الطالب لاختيار نوع دراسة يناسب قدراته.

**- ضعف الدافعية للدراسة (Double the motivation to study):**

الدوافع, هي التي تحرك السلوك, وتوجهه, فأي نشاط يقوم به الفرد لا يبدأ ولا يستمر دون وجود دافع, وضعف دافعية التحصيل: هو عامل هام من عوامل التقصير الدراسي الذي تحدثنا عنه آنفاً, ولكننا نتناوله بشكل منفصل؛ لأنه قد يكون مشكلة منفصلة أحياناً, وبالتالي ينبغي الوقوف عنده على أنه مشكلة مستقلة لها أسبابها, وطرائق مواجهتها.

والطفل الذي لا يبدي دافعية للدراسة هو ذلك التلميذ الذي لا يهتم بالأشياء, والعلاقات و لا يجد في المدرسة شيئاً يجذب انتباهه لفترة طويلة ولا يبدي حماسة في المواقف التي تستثير اهتماماً لدى زملائه.

أما أسباب ضعف الدافعية للدراسة, فمتعددة, نذكر منها مثلاً توقعات الوالدين المرتفعة جداً من أبنائهم أو المنخفضة جداً, وعدم الاهتمام بالطفل, ودراسته, والتسيب, والصراعات الأسرية أو الزوجية الحادة, والنبذ, والنقد المتكرر, والحماية الزائدة, والجو المدرسي غير المناسب, ومشكلات النمو, وتدني تقدير الذات. (شيفر وميليمان، ٢٠٠١، ٧٥).

وفي مثل هذه الحال ينبغي تشجيع الطفل, وتقبله, ووضع أهداف واقعية مناسبة لقدرات الطفل, وتعليم الطفل أسلوب التعلم المناسب, وحل المشكلات, وتقديم نموذج لذلك, ومكافأة الطفل عندما يبدي أي اهتمام بالتعليم.

ويمكن للمرشد المدرسي أن يعمل متعاوناً مع مدرسي الطفل لاتخاذ إجراءات أخرى للتأثير في الأسرة, والمدرسة, والطفل لرفع دافعيته للدراسة.

- عادات الدراسة الخاطئة (Study habits wrong):

يعاني بعض الطلاب من عادات دراسية خاطئة حيث يقومون بدراسة واجباتهم بشكل غير فاعل أو غير قادر باستمرار، وهذه العادات تؤدي غالباً إلى الضعف التحصيلي.

أما أسبابها, فهي عدم معرفة الطالب معرفة الطالب بكيفية الدراسة, وصعوبات الفهم, والمشكلات النفسية, مثل: التوتر الناتج عن الخلافات الأسرية ,والخوف, والقلق...الخ.

وللوقاية من هذه العادات لابد من تزويد الطفل بأفضل الظروف الدراسية الممكنة, مثل: مكان الدراسة الهادئ, والمناسب بشروطه المختلفة, ووقت الدراسة, والمكافآت, والتأكيد على التمكن, والإنجاز, والاستقلال, وإظهار الاتجاه الإيجابي نحو التعلم, والدراسة.

وبالطبع ينبغي على المرشد المدرسي أن يقوم باستخدام الاختبارات النفسية التشخيصية في المشكلات آنفة الذكر لكي يستطيع أن يحدد درجة المشكلة, وذلك بالإضافة إلى المعلومات الأخرى التي يجمعها عن الحالة من المعلمين, وإدارة المدرسة, والأهل، لأن أي عملية إرشاد لا تكون ناجحة من دون الاشتراك الفاعل للبيئة التي يعيش فيها الفرد صاحب المشكلة.

- مشكلات المتفوقين دراسياً (Outstanding problems of curriculum):

يواجه المتفوقون في المدرسة مشكلات دراسية منها أن المنهاج أدنى من قدراتهم, وأنهم معزولون في الصف, ويشعرون بالوحدة, والإهمال, واللامبالاة, وغير ذلك.

ومن الممكن أن يتولد الضجر لديهم بسرعة, وأن يؤدي إلى غلبة كثرة الحركة, ومضايقة الآخرين في الصف؛ مما يؤدي إلى ضيق المعلمين بهم, وضيق زملائهم في

الصف، ومن الممكن أن ينتهي الأمر إلى أن يصبح المتفوق تلميذاً مشكلاً, بسبب مما نما وتولد عنده من الجوانب المذكور.

إن هؤلاء وبحكم تفوقهم العقلي, والدراسي يحتاجون لرعاية خاصة, وخدمات إرشادية خاصة بهم تساعدهم على مواجهة هذه المشكلات آنفة الذكر, كما تعمل على تشجيع مواهبهم, ورعايتها لكي تنمو بشكل سليم من دون مشكلات؛ مما يخلق جواً مناسباً للإبداع, والابتكار.

وينبغي هنا إرشاد معلمي هؤلاء الطلاب إلى الطرائق التربوية التي تفيد في تدعيم قدرات التفوق, وتفتيحها، وكذلك في كيفية التعاون مع زملائهم, ومع أسر التلاميذ المتفوقين لتخطيط الأفضل, وتنفيذ الأمثل مما يفيد تلاميذه المتفوقين. (Macarthur, 1998, 21).

- **مشكلات الانخفاض البسيط في الذكاء (Problems, the slight decrease in intelligent):**

تظهر مشكلة الانخفاض البسيط في الذكاء بصفة خاصة في المدارس الأساسية حيث توجد نسبة من التلاميذ تقل نسبة ذكائهم عن (٧٠%), ويكون تحصيلهم ضعيفاً, ويكونون غير متوافقين اجتماعياً, وانفعالياً، وكثيراً ما يشاهد المدرس أو المرشد حالات الانخفاض البسيط في الذكاء التي يمكن تمييزها إكلينيكياً، مثل حالات المنغولية, والقماءة أو القصاع, واستسقاء الدماغ, وصغر الجمجمة, وكبر الدماغ, وغيرها.

ويضايق التلميذ الذي يعاني من الانخفاض البسيط في الذكاء موقف المدرسة منه حيث لا يكون قادراً على مواكبة الطلاب الآخرين في التعلم؛ وذلك بسبب انشغال المعلم بمن هو في مستوى المتوسط أو ما يقرب منه من الأطفال، ومن هو في مستوى أعلى من ذلك. ويؤدي الإهمال إلى مزيد من الانخفاض في مستوى الإفادة من جو المدرسة. (الرفاعي، ١٩٨٨، ٤٣٦).

إن هؤلاء الأطفال الذين لا يتجاوز حاصل ذكائهم (٧٠%) يجب أن يوضعوا في مدارس خاصة، أما من يكون الانخفاض البسيط في الذكاء شديداً لديهم, فلا مفر من

وضعهم في مؤسسة تربوية من نوع خاص إذ تكون مهمتها الأولى تكوين بعض العادات لديهم؛ مما يلزمهم في الاعتماد على أنفسهم في حاجاتهم الأساسية. (الرفاعي، ١٩٧٩، ٤٢٠).

أما الأطفال الذين يكون مستوى ذكائهم ما بين (٧٠-٩٠) درجة, فيمكن أن يوجهوا المدرسة بصعوبات دراسية؛ لأنهم يتصفون ببطء التعلم, وضعف التحصيل.

وهنا ينبغي على المرشد أن يرعى هؤلاء؛ وذلك بالتعاون مع معلميهم, وإدارة المدرسة, وأسرهم؛ وذلك لشحذ إمكاناتهم, وقدراتهم, ومساعدتهم على التكيف التحصيلي, والانفعالي في الأسرة, والمدرسة.

- **مشكلات التسرب من المدرسة:**

**(The problems of dropping out of school)**

ويقصد بالتسرب ترك الطالب المدرسة نهائياً قبل إنهاء مرحلة التعليم التي هو فيها، ويؤثر التسرب سلباً في الفرد, وفي المجتمع الذي يعيش فيه، فهو إذاً مشكلة تربوية تلفت الانتباه, وتتطلب الحل الجدي العاجل من أجل النهوض بالنظام التعليمي, وتطويره من الناحيتين العلمية, والنوعية. أما أسباب التسرب, فتعود إلى **عوامل أسرية** تتمثل في جهل الوالدين, وعدم قناعتهما بالتعليم, وكبر حجم الأسرة, وعجزها عن تغطية نفقات التعليم وعدم توفير الجو الدراسي المناسب في المنزل, وتفكك العلاقات الأسرية.

**وعوامل تربوية** تتمثل في التأخر المستمر عن الدوام الدراسي, والفشل في الدراسة, والرسوب المتكرر, وافتقار المناهج, وصعوبة المقررات الدراسية, وكثافتها, وافتقار المناهج إلى الأنشطة المشوقة, والمحببة إلى التلاميذ, وكثرة الواجبات, والأعمال المدرسية المطلوبة, وتهاون إدارة المدرسة في الاستفسار عن أسباب انقطاع التلميذ عن المدرسة.

**وعوامل نفسية** تبدو في فقدان الميل للمدرسة, وسوء التكيف مع الجو المدرسي, والخوف من الرسوب, والخوف من العقاب المدرسي. (وزارة التربية، ١٩٩٢، ١٧-٢٧).

ويمكن للمرشد المدرسي أن يقوم بدوره إزاء هذه المشكلة بالتعاون مع مدرسي التلميذ, وإدارة المدرسة؛ لإقناع التلميذ بأهمية التعليم للفرد, والمجتمع. ويمكن له الاتصال بأسرة التلميذ, وتوضيح أبعاد المشكلة؛ وذلك لإعادة التلميذ إلى المدرسة, وتشجيعه على التعلم من خلال تقديم المكافآت المادية, والمعنوية له.

## ثانياً- المشكلات السلوكية للطلاب:

## (Behavioral problems for students)

تعد المشكلات السلوكية لدى الطلاب مشكلة تربوية, ونفسية في آن واحد. ويعرف (غوث) اضطرابات السلوك أنها حالات السلوك التي تبدو لدى التلاميذ لا تتناسب مع المعايير الاجتماعية, ومعايير العمر الزمني, وتؤذي العملية التربوية بشكل كبير.

ويفهم **كيريك** تحت مصطلح المشكلات السلوكية ذلك السلوك الذي يؤثر سلباً في نمو الطفل, وقدرته الذاتية على التكيف, الذي يوقعه في صراعات مع الأشخاص الآخرين.

وتتنوع أشكال ظهور المشكلات السلوكية في الدرس, فبعض التلاميذ يكونون مصدر إزعاج في الحصة الدرسية من خلال أسئلة غير مناسبة, وإصدار أصوات, وهتافات، وآخرون يكونون غير هادئين وطويلي اللسان, وعدوانيين وآخرون يتحدثون مع جيرانهم التلاميذ, ويضحكون بصوت عال, ويلهون زملائهم عن الدرس في أثناء شرح المعلم.

إن هذه المظاهر المنفرجة التي يمكن ملاحظتها في الحياة المدرسية يمكن تقويمها على أنها أعراض لمشكلات سلوكية عندما تظهر بشكل متكرر لدى التلاميذ لمدة طويلة تحت شروط مختلفة.

وأسباب المشكلات السلوكية متعددة، نذكر منها: العوامل الدراسية, وإصابات الدماغ في الطفولة المبكرة, وتغييرات الشخصية بنتيجة إصابة الدماغ, ومشكلات وأضرار النمو, وأضراراً نفسية مبكرة, وأخطاء تربوية، والإهمال.

ولن نتناول في هذه الفقرة أنواع المشكلات السلوكية لدى التلاميذ كافة، وغنما سنقتصر على معالجة أهمها, وأكثرها تكراراً في المدرسة، ويجب أن نشير هنا إلى

أن المرشد المدرسي لا يقوم بعلاج هذه المشكلات السلوكية بعد أن تصبح تقنية سلوكية ثابتة؛ بل إن من مهماته أن يعمل على الوقاية منها وأن يواجهها في بداياتها، لأن مهمة العلاج تقع خارج مهماته، بل إنها من مهمات المعالج النفسي. وعلى المرشد المدرسي لذلك أن يحول الحالات الصعبة من التلاميذ الذين يعانون من هذه المشكلات إلى المعالج النفسي في البيئة التي يعمل بها.

**وفيما يلي سنتناول أهم هذه المشكلات السلوكية:**

**أ- العدوان (Aggression):**

يستخدم مفهوم العدوان مرادفاً للسلوك العدواني. وعرّف ميرتس (Merts) العدوان أنه حالات السلوك الموجهة لإيقاع الأذى بفرد ما بشكل مباشر أو غير مباشر. أما (الرفاعي) فيعرفه أنه السلوك الهجومي المنطوي على الإكراه، والإيذاء. (الرفاعي، ١٩٨٨، ٢٢١) ويبدو العدوان في المدرسة على شكلين مختلفين، السلوك العدواني المباشر، والسلوك العدواني غير المباشر، أما **الأول**، فيبدو في المشاكسة الكلامية، والتهديد، والشتم، ومحاولات الابتزاز، والضرب، وظلم التلاميذ الضعفاء، ومخالفات الأنظمة المدرسية، والهروب من المدرسة.

أما **الثاني**، فيأتي في حال عدم الرغبة في الفعل، والكسل، وعدم الرغبة في الإصغاء والكذب، والعناد، وعدم اللباقة في التصرف.

ويمكن للسلوك العدواني المباشر، وغير المباشر أن يأتيا بشكل مستقل، كما يمكن أن يأتيا معاً مشكلين وحدة.

إن حالات السلوك العدواني المؤقت غالباً ما تكون ناتجة عن توتر، وقليلاً ما تكون موجهة، إنها تعبر عن تفريغ نفسي انفعالي، وهي لا تعاش من قبل التلميذ على أنها عدوانية، لذلك يجب فصلها عن العدوانية الحقيقية، ومعالجتها بإجراءات تربوية أخرى.

وبالطبع لا يمكننا التحدث عن العدوانية بالمعنى الدقيق إلا عندما يستمر السلوك لفترة طويلة، ويكون قاسياً، وغير مناسب للموقف الذي أثاره.

أما أسباب نشوء العدوان, فهي غالباً الشعور بعدم الأمان, والمخاوف, والإحباطات المتنوعة التي يمكن أن تؤدي إلى العدوان الذي يمكن أن يتجه إلى مصدر الصراع أو يمكن أن ينحرف إلى شخص حيادي أو شريك ليس له علاقة بالصراع.

كما أن حالات السلوك العدواني في بيت الأهل أو في أوقات الفراغ تكون شرطاً آخر لنشوء هذا السلوك لدى التلميذ، فمثلاً عندما يربي الأهل ابنهم على العقاب الجسدي أو عندما يتعلم الطفل في بيت أهله أو مع رفاقه في الحي أن السلوك العدواني يجلب نجاحاً، في مثل هذه الحالات يعمم الطفل خبرته هذه في حياته العامة في المدرسة, والبيت, والشارع.

وفي مثل هذه الحالات لا تنفع العقوبات الجسدية كما لا ينفع السلوك السلطوي, والإشارة إلى السلوك السوي لزملاء الصف.

وعلى المرشد المدرسي هنا أن يتعاون مع مدرسي الطالب لمواجهة السلوك العدواني في المدرسة. ومما ينصح به هنا هو بناء حالات السلوك الاجتماعي استناداً إلى الجوانب الإيجابية لدى التلميذ العدواني, والمدح المحدود ذي الفاعلية حتى الصف السابع, وإعطاء الحق لكل تلميذ بالتعبير, والكلام عندما يكون غير راض أو منزعجاً, وإجراء محادثة في جو هادئ مع التلميذ العدواني أمام المجموعة الصفية أو أمام عدد محدود من التلاميذ، وعلى التلميذ أن يتعلم بشكل تدريجي كيف يوجه ردود أفعاله بشكل أفضل, وذلك بالتحدث عما يزعجه, ويجعله عدوانياً.

**ب- الخوف من المدرسة (Fear of school):**

يظهر عند عدد من الأطفال خوف من المدرسة، ويبدو ذلك لديهم في بداية دخول المدرسة الأساسية, والخوف من المدرسة موجود عند بعض الأطفال؛ وذلك بسبب الانتقال من جو الأسرة إلى جو جديد, ويكون الخوف قوياً, وملحاً في بعض الحالات. فقد يكون الخوف من المدرسة عرضاً لسلوك تجنب يتطلبه الخوف من الحشد، وقد ينطوي على خوف من المنافسة، أو خوف الطفل من أن يحدث لأمه أمر ما ساعة غيابه عنها في المدرسة، وقد يكون الخوف من المدرسة نتيجة تضافر عدد من

المخاوف وجدت في سلوك تجنب المدرسة الحل الوحيد لها. (الرفاعي، ١٩٨٨، ٤٣٧).

ولهذا الخوف أسباب متعددة، منها: أن الطفل يمكن أن يكون قد تعرض لصدمة في المدرسة، والحساسية في الاستجابة ذات المنشأ الولادي، والاستجابة للجو العائلي، وإسقاط الغضب.

وعلى المرشد هنا أن يبحث مشكلة الطفل من جوانبها كافة لتحديد أسباب الخوف من المدرسة، وبعد ذلك عليه أن يتعاون مع معلم التلميذ، وأهله؛ لكي يعملوا جميعاً على مواجهة هذه المشكلة استناداً إلى الأسباب، وإذا ما استحال عليه الحل، فعليه إحالة الطفل إلى المتخصصين الآخرين في البيئة المحلية.

**ج- الهروب من المدرسة (Escape from school):**

يعرف الهروب من المدرسة أنه الحالة التي يعتد فيها الطفل الذي يتراوح عمره بين ٦-١٧ سنة إلى التغيب عن المدرسة من دون عذر قانوني ومن دون موافقة الأهل أو المسؤولين في المدرسة.

والطفل الهارب من المدرسة لا يذهب عادة إلى البيت حتى يحين موعد الانصراف من المدرسة؛ لذلك لا يلاحظ الوالدان تغيبه عن المدرسة. وإذا ما تكرر الهروب من المدرسة، فيؤدي ذلك إلى انخفاض التحصيل، وزيادة احتمال الجنوح.

وتشير الإحصائيات إلى أنه يزيد عدد حالات الهروب من المدرسة عند التلاميذ الذكور عليه عند الإناث، وتظهر إحدى الدراسات عن الأولاد الذين يتكرر هروبهم من المدرسة الأساسية أن ٨٢% منهم كانوا يتغيبون بشكل متكرر خلال سنة أو سنتين من التحاقهم بالمدرسة، والهروب من المدرسة مشكلة تزداد مع العمر وتصبح أكثر شيوعاً في عمر ١٣ سنة، وكلما زادت فترة بقاء الطفل خارج المدرسة ازداد احتمال تحول الهروب إلى عادة؛ لذلك يجب الإسراع باتخاذ الإجراءات المناسبة بصدد هذه المشكلة في وقت مبكر.

وتظهر الإحصائيات في أمريكا أن معدلات الدوام في المدارس هي في حالة انخفاض، فبينما كان المعدل المعتاد للغياب هو ٥% أصبحت المعدلات الأكثر شيوعاً اليوم ١٥%. فمشكلات الهروب تزيد على مشكلات الانضباط المدرسي بمقدار الضعفين.

**أهم العوامل التي تسهم في الهروب، هي:**

١. اتجاهات الأهل السلبية نحو المدرسة، واللامبالاة بالتعلم، ودوره في الحياة، وفي مثل هذه الحالات يكون الطفل من أسرة مفككة.

٢. التقصير الدراسي الذي يسبب القلق من الواجبات المدرسية التي يجدها الطفل صعبة، فيسعى للهروب الذي يؤدي إلى مزيد من الضعف التحصيلي وهذا بدوره يؤدي إلى الهروب. (ويشكل دائرة مفرغة).

٣. التفوق العقلي على زملاء الصف، والشعور بالملل لعدم وجود المتعة بالدرس؛ مما يدفعهم للهروب.

٤. يهرب بعض الأطفال بسبب العنف في المدرسة أو لأنهم يبحثون عن المغامرة.

وينصح في مثل هذه الحالات التعبير للطفل عن عدم الرضا، وتوضيح فائدة المدرسة، وتفهم أسباب عدم ذهاب الطفل إلى المدرسة. وتقديم الحوافز المناسبة التي تستثير حوافز الطفل للعلم.

وقد قامت إحدى مديريات التربية في فلوريدا بابتداع نظام للمكافآت لخفض حالات الهروب. وقد أدى ذلك فعلاً لخفض تلك الحالات. (شيفر، وميلمان، ٢٠٠١، ٤٩٢-٤٩٣).

وأخيراً: فإن الهروب من المدرسة مشكلة سلوكية ينبغي مواجهتها في وقت مبكر، لأن الوقاية خير من العلاج، وهنا ينبغي على المرشد التنسيق في إجراءات الوقاية أو العلاج بين المدرسة، والأهل.

د- التهريج في الصف (Clowning in the classroom):

يتصرف بعض التلاميذ في الصف بشكل مهرج، ويبدو هذا السلوك لدى تلميذ واحد أو عدة تلاميذ معاً. وأمام هذا السلوك يضحك التلاميذ الآخرون في الصف، وبذلك يتحقق الهدف الجوهري من التهريج، وهو لفت أنظار التلاميذ الآخرين. وتحت مصطلح التهريج ندرج المشكلات السلوكية كلها التي يستخدم بها التلاميذ وسائل تظاهرية, ويهدفون منها إلى الاعتراف أمام زملائهم التلاميذ.

أما أسباب هذا السلوك, فهي:

١) البحث عن الاهتمام, ولفت الأنظار.

٢) السخافة على أنها عادة أو عدم تعلم السلوك المرح المناسب.

٣) صرف الانتباه عن مشكلتهم الحقيقية. (عن الفشل التحصيلي مثلاً) (شيفر, وميلمان، ٢٠٠١، ٣٩-٤٠).

ولا يفيد الشتم أو التهديد بالعقوبات أو النظر لهؤلاء التلاميذ بازدراء للتغلب على هذه المشكلة. وما ينصح به يتحدد في عدم الانتباه لسلوك التهريج، وتوضيح أساليب أخرى لاسترعاء انتباه الآخرين, وأن تكون قدوة بالنسبة للطفل, ونعلمه المزاج المناسب. وعلى المرشد المدرسي هنا أن يحلل أسباب السلوك التهريجي, ويتخذ استناداً إلى ذلك الإجراءات التربوية المناسبة, وذلك بالتعاون مع المعلمين في المدرسة, وإدارتها ,وأهل التلميذ المعني.

هـ- اضطرابات الكلام (Speech disorders):

تبدو عند بعض الأطفال بعض الصعوبات في الكلام وهي على أنواع, ومن الممكن وضع هذه العيوب في صنفين أساسيين: عيوب سببها عضوي تعود إلى إصابة في الدماغ أو إلى عطل في جهاز الكلام أو إلى الضعف العقلي. وعيوب سببها نفسي. ولهذه الأخيرة أنواع عديدة، منها: السكوت الإرادي, واللجلجة, والتأتأة, وإنقاص بعض الحروف. (فهمي، ١٩٧٨).

وسنتناول **اللجلجة** بسبب أنها أكثر تكراراً في المدرسة من الأنواع الأخرى. واللجلجة هي اضطراب في الكلام يبدو على شكل تلعثم أو تمتمة أو انحباس للحظات، ترجع العوامل فيه إلى أصول نفسية غالباً. ويذكر **غوت** أن اللجلجة هي أكثر اضطرابات الكلام تكراراً التي تواجه المعلم في الصف. ويشير أيضاً إلى نسبة الذكور إلى الإناث تساوي (٤) إلى (١) أي أربعة ذكور إلى أنثى واحدة.

ويبدو هذا الاضطراب واضحاً ابتداءاً من السنة الثالثة إلى السادسة من العمر، وغالباً ما يعود الاضطراب في مرحلة المراهقة. وغالباً ما تبدو اللجلجة لدى التلميذ في الحالات التي تدعو للتوتر، والشعور بالضيق، مثل: الامتحانات الشفوية.

**أما أسباب اللجاجة فمتعددة وهي:**

- ✓ اضطراب وظيفي في آلية الكلام مرافق بمنع تشنجي لمجرى الكلام، ويعد هذا العامل كثير التكرار.
- ✓ قصور وظيفي في مجالات الدماغ المسؤولة عن الكلام.
- ✓ عوامل غير مناسبة في البيئة الاجتماعية: مثل شروط التربية السلطوية، وضغط الأسرة على الطفل حين بدا عليه استعمال اليد اليسرى في الكتابة، والطعام، وغير ذلك، وأمراض معدية، وانعدام الشعور بالأمن، والطمأنينة، والحاجة إلى عطف الوالدين، والرعاية الزائدة، والإفراط في معاملة الوالدين للطفل، وإحاطة الطفل بالتدليل، والشقاء العائلي، والحياة التعيسة، والفشل التحصيلي. (سليمان، ١٩٩١-١٩٩٢ ، ٢٢٢).

تأتلف هذه العوامل، وتوفر التربة الصالحة لتكون اللجلجة، والطفل اللجلاج يشعر بعدم الأمان، وذلك بصلته بزملائه العاديين، والكبار، وغالباً ينمو لديه شعور بتدني قيمة الذات؛ مما يجعله ضعيف الاتصال بالآخرين، والخوف من التحدث أمامهم.

**ولمواجهة اللجلجة ينصح بما يلي:**

- ¤ توفير الجو الهادئ في الصف الذي يكون فيه الطفل اللجلاج.
- ¤ الصبر، والتروي مع هؤلاء الأطفال.

- مساندة هؤلاء الأطفال في أثناء حديثهم وإعطاؤهم الفرصة للحديث.
- عدم توجيه الانتباه إلى اللجاجة في الكلام على أنّ ذلك عيباً.
- الطلب إلى التلاميذ في الصف عدم الانتباه إلى الطفل اللجلاج في أثناء الحديث أمامهم.

كما ينبغي إعطاء التلميذ اللجلاج بعض الإرشادات التي تفيده في مواجهة هذه المشكلة.

وعندما لا يستطيع المرشد المدرسي بعد التعاون مع معلم التلميذ مواجهة المشكلة، والتغلب عليها، ينبغي عليه إحالة التلميذ إلى مركز إرشاد نفسي أو عيادة العلاج النفسي.

## المدرسة الثانوية، والصحة النفسية:

### ١- الدخول إلى المدرسة الثانوية:

إن دخول التلاميذ في المدرسة الثانوية يعرضهم لصعوبات متعددة بعضها يتعلق بالامتحانات، واختيار نوع الدراسة، وبعضها يتعلق بالتكيف المدرسي، وشروطه، وعوامل النجاح فيه. وإذا نجح التلميذ في الامتحان أو الاختيار المطلوب للدخول في المدرسة الثانوية فإنه يمر بصراعات نفسية ناتجة عما يحمله من قوة النجاح من جهة أولى، وآثار ما عاناه في المدرسة الأساسية من صعوبات الدخول إلى الجو الجديد من جهة ثانية. وفي حالات كثيرة فإن آثار مستوى نجاحه، وعلاقاته السابقة مع رفاقه قد تضايقه في حالات، وقد تحثه على بذل المزيد من الجهد في حالات أخرى.

كثيراً ما يظهر نزوع التلميذ إلى هجر المدرسة الثانوية، هذا النزوع يتأثر بعوامل متعددة: بعضها يرجع إلى ضعف تحصيله، وضعف قدراته، وحالات الإحباط السابقة، وبعضها: يرجع إلى سوء تكيفه النفسي، والاجتماعي أيضاً. وقد أكدت الدراسات على أن أكثر من يتركون المدرسة الثانوية، وينسربون منها هم التلاميذ الذين أدى بهم ضعف ذكائهم، وإحباطهم إلى عدم بذل الجهد في الدراسة، وإلى تأثرهم بموقف الأهل

الذين ينكرون قيمة الدراسة الثانوية, وأهميتها. وقد تتفاعل عوامل متعددة في سلوكه, ورد فعله ضد المدرسة أو نفوره منها.

**٢- خصائص تلاميذ المرحلة الثانوية:**

"تتوافق هذه المرحلة مع مرحلة المراهقة (١٣-١٨), ونحن نعلم أن مرحلة المراهقة هي مرحلة التقلبات, والتغيرات, وأزمة الهوية, فالتغيرات الجسمية تثير انتباه المراهق إلى نفسه, وكثيراً ما يرافق هذه التغيرات العضوية تغيرات نفسية متنوعة, مثل: الحساسية الزائدة, وتقلب الانفعالات, والشعور بالذنب, وأحلام اليقظة, والتخيلات والأماني.

**ومن سمات هذه المرحلة:** التقلب,والتذبذب، السلوك الرومانسي. (الاهتمام بتحليل الذات ووصف المشاعر الداخلية، وحب الطبيعة, والهيام بجمالها، والتمرد على الأوضاع القائمة)،واختيار الأصدقاء، وحب الاستطلاع، واتساع دائرة المعرفة, والتحصيل، ونضج القدرات, والمواهب". (عبد الله، ٢٠٠١، ٤٤٤).

**٣- المشكلات التي يعاني منها تلاميذ المدرسة الثانوية:**

- **التكيف مع الجو المدرسي (Adapt to the school atmosphere):** قد يجد التلميذ في المدرسة الثانوية صعوبات في تكيفه مع جو المدرسة, ونظامها, وخاصة أنه انتقل من مرحلة إلى مرحلة جديدة, فهو بحاجة إلى الكثير من الحركة, والنشاط ليبتعد عن تأملاته الكثيرة. فإن لم تساعده المدرسة في ذلك عن طريق مرونة النظام, والأنشطة التي توفرها, فيظهر ذلك في أفعال عدوانية يوجهها إلى الآخرين.
- **مشكلات الجنس (Sex problems):** "يمر التلميذ بهذه المرحلة بالنضج الجنسي التي يرافقها صعوبات متنوعة, فالنزعات الجنسية قوية, وإظهارها غير ممكن بسبب قيم المجتمع. وهناك حادث فيزيولوجي يقع فجأة, ويواجه المراهق بالخوف, والقلق, ويحدث ذلك خاصة عند الفتاة التي لم يعدها أهلها إعداداً كافياً لهذا الحادث, وبسبب القدرات, والرغبات, المتنوعة والقوية التي

يحملها المراهق, وصعوبة تحقيقها فإنه يتعرض للإحباط. وفي حالات كثيرة يجد هذا الإحباط مخرجه في المقاومة أو الرفض أو التعقل, والتبصر. وإذا فشل هذا الإحباط في مخرجه؛ فإنه يؤدي إلى الاستعناء كأسلوب تكيفي. ويسمع الكثير عن هذه العادة, فيشعر بالقلق, والذنب.

ومن الصعوبات التي يواجهها التلميذ في المدرسة الثانوية تكوين علاقات مع أفراد الجنس الآخر, والاقتراب منهم, ويؤدي ذلك عنده إلى إيحاء بشأن الجنس, وإشباع الرغبة ثم خوف, وشعور بالإثم. وإذا ما قام الأهل بلوم المراهق أو توبيخه, فيزداد شعوره بالذنب, ويدفعه ذلك إلى التسلط على رفاقه, والآخرين لكي يرد اعتباره لذاته. وكثيراً ما يؤدي به ذلك إلى الانحراف, والجنوح". (عبد الله، ٢٠٠١، ٤٤٥).

- **المشكلات المتعلقة بالتكيف مع المجتمع ( Problems related to adaptation with the community)**: يتميز المجتمع بعاداته, وقيمه, وقواعده الأخلاقية التي توجه سلوك أفراده. والدوافع التي يحملها التلميذ تتعارض كثيراً مع القيم, والقواعد. ونتيجة ذلك يعاني التلميذ حالات صراع تتراوح بين الرفض, والقبول ولا ننسى مسألة صراع الأجيال, أي الصراع بين قيم الآباء, والكبار عامة, وبين معايير الشباب, واعتبارهم أن الآباء على خطأ؛ مما يدفع الكثير من التلاميذ إلى التمرد على السلطة الوالدية أو المدرسية, والرغبة في التحرر منها.
- **المشكلات المتعلقة بالدراسة (Problems related to the study)**: وهي متنوعة, مثل: التأخر الدراسي، وعدم القيام بالواجبات المدرسية، وتكرار الرسوب، وقد يواجه بعض التلاميذ صعوبات في مواد معينة. وكثيراً ما يعاني الطالب انقطاعاً عن المدرسة لأسباب متنوعة, مثل: المرض، والانشغال. إن الرسوب, والإحباط قد يدفعه إلى تغيير المدرسة أو الخروج منها نهائياً. ومن المشكلات التي يعانيها التلاميذ أيضاً نسيان الكثير من الموضوعات التي يدرسونها، وعدم قدرتهم على إيجاد طريقة مناسبة في الاستذكار, والدراسة.

- **المشكلات المتعلقة بالتكيف الانفعالي ( Problems related to emotional adjustment)**: كثيراً ما يمر تلاميذ المدرسة الثانوية بمشكلات انفعالية تؤثر في تكيفهم عموماً, وفي إنجازهم المدرسي خاصة. ومن هذه المشكلات: الشعور بالقلق الدائم، والتوتر, والانفعال لأبسط الأسباب،والشعور بالحزن, والاكتئاب, والضيق، والشرود, والسرحان، وعدم القدرة على التركيز، والأرق، والشعور بالذنب، ولوم الذات، والمشكلات العاطفية, والحب.
- **المشكلات المتعلقة بالمستقبل (Problems for the future)**: نحن نعلم أنه مع نهاية مرحلة الدراسة الثانوية يكثر تفكير التلميذ بمستقبله, ونزوعه إلى الخروج عن أسرته, والاستقلال عنها, وإلى بناء مستقبل خاص به تعمل في ذلك عوامل متعددة, منها: نموه العضوي، ونمو قدراته, ومعارفه، وشعوره بالحاجة إلى المشاركة الاجتماعية, والإنتاج. وفي حالات كثيرة يواجه التلميذ صعوبات تأتي من ظروف خارجية, مثل: الأسرة, والمجتمع أو من الشروط المالية. إن مشكلة اختيار المهنة من المشاكل الرئيسة التي يعاني منها الكثير من الشباب, وتقف حائراً أمام هذا الاختيار. هنا تبرز أهمية التوجيه التربوي, والمهني, وذلك لمساعدة الفرد في اختيار الدراسة أو العمل الذي يناسب قدراته, وميوله.
- **مشكلات الالتحاق بالدراسة الملائمة ( Problems appropriate enrollment)**: يواجه الطلاب هنا مشكلات تتصل بالتعرف إلى الخطوات اللازم اتخاذها للالتحاق بالدراسة المناسبة، وتتضمن تقديم الطلبات وإعداد الطلاب لامتحانات القبول, والاختبارات النفسية, والمقابلة الشخصية، والإجراءات الأخرى.

- **مشكلات النقص في المعلومات الخاصة بأنواع الدراسات التي يمكن الفرد اختيارها:**

يواجه عدد كبير من الطلاب مشكلات تتصل بنقص معلوماتهم عن الدراسات الممكن اختيارها، ولاسيما أن هذه المدارس والأقسام والكليات متنوعة جداً.

فالمام الطالب بالمعلومات المتصلة بالدراسات الممكنة يساعده على اختيار نوع معين لدراسة ما، كأن يكون أمام اختيار التعليم المهني أو التعليم الثانوي العام بعد تخرجه في المرحلة الأساسية، أو عندما يكون على وشك الالتحاق بالفرع العلمي أو الأدبي في المرحلة الثانوية أو الالتحاق بأحد الكليات الجامعية أو المعاهد العليا بعد المرحلة الثانوية.

وهذا يتطلب من المرشد المدرسي أن يكون على معرفة جيدة بأنواع المدارس المختلفة, وأقسامها، والكليات, والمعاهد, وأقسامها, وأماكنها, وشروط الالتحاق بها. (مرسي، ١٩٨٥، ١٩٥).

ومما يساعد المرشد على القيام بمهمته على أكمل وجه، ومما يسهل للطالب الاطلاع على المعلومات الدراسية لاختيار الدراسة المناسبة هو إصدار مطبوعات ومنشورات تشتمل على معلومات عن الدراسات المهنية, وأنواعها, وشروط الالتحاق بها، كما تشتمل على معلومات حول طبيعة الدراسة فيها, وسوق العمل بعد التخرج للمتخرجين.

ومما يجب الإشارة إليه هو أن بعض الحالات لا تقتصر على مجرد الحصول على المعلومات؛ وإنما تحتاج إلى نوع من المساعدة في التفكير, والموازنة بين الدراسات المختلفة, وهي أمور تحتاج إلى مساعدة المرشدمن دون الاكتفاء بمجرد المعلومات, وتقديمها.

- **مشكلات اختيار نوع الدراسة المناسبة:**

وتتصل هذه المشكلات باختيار المدرسة أو الفرع أو المعهد أو الكلية الملائمة للطالب, ومساعدته على الدخول فيها.

وتتفرع عنها المشكلات الآتية:

- مشكلات الاستعدادات, والميول المؤثرة في نجاح الطالب دراسياً:

تتصل هذه المشكلات بتحديد الاستعدادات, والقدرات العقلية العامة والخاصة, والميول والقيم, والخصائص الشخصية, يتم بموجبها تحديد الدراسة المناسبة للفرد.

ومعلوم أن الأفراد يختلفون في قدراتهم, واستعداداتهم, وميولهم. كما أن لدى الفرد الواحد اختلافاً في مستوى القدرات, والأستعدادات, والميول. وعلى هذا الأساس فإننا نجد شخصاً صالحاً لدراسة دون أخرى, وبعضهم يتمتع بمستوى ذكاء عال, وتنقصه بعض الاستعدادات ...

- وبالنسبة للذكاء, والاستعدادات والقدرات الخاصة فهي هامة جداً لنجاح الفرد في دراسته, وقد وجد معامل ارتباط جيد بين مستوى الذكاء ومستوى التحصيل الدراسي التي يصل إليه. (مرسي، ١٩٧٦، ٩٦).
- وعلى المرشد المدرسي أن يختبر قدرات الفرد العامة, والخاصة, واستعداداته, وميوله كي يستطيع أن يساعده على اختيار نوع الدراسة المناسبة لهذه القدرات, والاستعدادات, والميول.

## ثالثاً: الصحة النفسية للمعلم (The mental health of teachers):

إن المدرس هو الشخص الوحيد الذي يقضي مع التلاميذ ساعات طويلة, وإن التلميذ ينظر إلى مدرسه كونه أكبر منه سناً, ومنزلة, وأكثر معرفة. وكثيراً ما يُعد بمثابة قدوة أيضاً يقتدي به التلميذ تلعب في ذلك آليات لا شعورية حين يتوحد التلميذ مع شخصية مدرسه أو يتقمصها. وفي حالات كثيرة يُعد المعلم (المعلمة) بديلاً للأب, والأم كونه المثل الأعلى.

يعكس التلميذ على مدرسه مشاعره نحو والديه (الصريحة أو المكبوتة), فيعكس عليه عدوانه أو حبه أو كراهيته أو احتياجاته أو صراعاته, ويمثل سلوك المدرس إزاء التلميذ الطريقة التي يستجيب فيها لحاجاته, وتوتراته من جهة ثانية, فإن المدرس ممثل

للسلطة, ويعمل على أحد أمرين, إما أن يدعم فكرة التلميذ عن السلطة التي كوّنها خلال تعامله مع والديه أو يهز هذه الفكرة من أساسها.

إن الوضع النفسي للمدرس أو اضطرابه سينعكس على تلاميذه, وحين يكون المعلم بأحسن حال, فإننا ننتظر رؤية آثار ذلك لدى تلاميذه في جو من المرح, والتفاؤل, والعمل المنتج. أما إذا كانت حياة المدرس غير سعيدة, فلا تستغرب أن نراه يحمل آثار تعاسته إلى المدرسة. من, هنا ومن هذا المنطلق تبدو أهمية الصحة النفسية للمدرس, وتشديد علماء النفس, والتربية على بحثها وإعطائها الأولوية عند تطبيق الصحة النفسية في المدرسة.

❖ **دور المعلم في الصحة النفسية للطفل:**

يُعد المعلم قدوة لطلابه فهم يُعدونه مثلهم الأعلى فيتنهجون سلوكه, ويهتدون بفكره, ويسترشدون بنصحه. ومن هذا المنطلق يحمل المعلم مسؤولية التأثير في الأجيال العديدة من التلاميذ الذين يتأثرون بشخصيته.

وفيما يلي **الصفات التي ينبغي أن يتحلى بها المعلم** لتحقيق العلاج, والوقاية من الاضطرابات النفسية والسلوكية للتلاميذ:

١- القدوة الحسنة في الأقوال, والأفعال, والتصرفات.

٢- التحلي باتزان الشخصية خالياً من عوامل القلق, وعدم الطمأنينة.

٣- مراعاة العلاقات الإنسانية, والغيرة على القيم الخلقية.

٤- مراعاة العدل, وتجنب التفرقة بين التلاميذ.

٥- خلق الجو الصحي الملائم في تعامله مع التلاميذ.

٦- إيمانه برسالته, والتزامه, بالأمانة الكاملة في المجالات جميعها.

٧- حبه للتلاميذ ساعياً إلى الإخلاص في التعامل معهم لإفادتهم.

٨- تجنب القسوة, والعنف, والألفاظ غير اللائقة.

٩- ديمومة القراءة والتثقيف, الذاتي.

١٠- التعرف إلى أعراض الاضطرابات النفسية, والسلوكية للاكتشاف المبكر, والعلاج. (فهيم، ٢٠٠٥، ١٤٨).

يقول "بلير" إنّ المعلم الجيد هو الذي يعايش العصر, وهو الذي يستطيع أن يكون اختصاصياً في فهم سلوك التلاميذ كيف ينمون؟ وما هي مظاهر النمو المختلفة لديهم في مراحل العمر المختلفة؟ كيف يتعلمون؟ وكيف يتوافقون مع أنفسهم؟ ومع الآخرين؟ وهو الذي يستطيع أن يكتشف الفروق الفردية, والمشكلات المختلفة بينهم, وينمي المهارات المختلفة التي تتفق مع مستوى قدراتهم, وإمكاناتهم, وأن يكون قادراً على القيام بوظائف التوجيه التربوي, والمهني. (كوافحة، ٢٠٠٤، ٦٥).

❖ **مظاهر سوء التكيف عند المدرس( Address the problems of teacher mental health):** لقد جعل الوضع النفسي, والاجتماعي للمدرس موضوعاً لدراسات عديدة تناولته على اختلاف مستويات التعليم, والمدارس. كما عقد ندوات كثيرة حوله أيضاً, بعضها ركز على الوضع المالي, وبعضها شدد على الجو المدرسي عموماً.

من أكثر الأعراض النفسية شيوعاً عند المدرسين القلق سواء كان نحو أمور بسيطة, ومحددة أم أمور غير معروفة. كما يبدو المعلم كثير الشكوى, والتبرم. ويظهر في كثير من الحالات عصبي المزاج, وسهل الاستثارة.

ويبدو على المعلم بعض الأفكار المتسلطة أو الأفعال القهرية, وعناية بالأمور الصغيرة تخفي وراءها أشكالاً من الصراعات, والإحباطات التي يعانيها خلال حياته, وشروط عمله.

أما بالنسبة للعوامل التي تقف خلف هذه الأعراض السلوكية أو النفسية ؛فهي متنوعة. يعود بعضها إلى شروط عمل المعلم, وموقفه من عمله, ومن المهنة نفسها. ويعود بعضها الآخر إلى موقف الآخرين منه, وقد بينت بعض الدراسات أن أكثر العوامل تأثيراً في تكيف المدرس, هي:

ضعف الصلة بين المعلم, والإدارة المدرسية, وانخفاض الرواتب, وضغط العمل, والإرهاق فيه, وشروط عمل المعلم الواقعية. (المتعلقة بساعات العمل والعلاقة مع الإدارة والتلاميذ)، التعليم وما يحتاجه من صبر, وتحمل محبة الأخرين, والمجتمع, ونظرته للمدرسة وتقيده بنظم المجتمع, وقيمه. (كوافحة، ٢٠٠٤، ٤٤٨).

❖ **معالجة مشكلات صحة المعلم النفسية:**

إن معالجة المشكلات, والصعوبات التي تواجه الصحة النفسية للمعلم تتوضح في أربعة جوانب, رئيسة:

**الأول:** هو العمل التدبيري الذي يسبق بدء المعلم عمله, وهو أساليب انتقاء المعلم, وتدريبه, وتأهيله, ويتم ذلك عن طريق استخدام الاختيارات, والروائز النفسية لفحص ما لدى المعلم من قدرات, وميول من معارفه, وخبراته, ومهاراته, وترشده لمواجهة الصعوبات التي يتعرض لها.

**الثاني:** وهو التدبير العلاجي الذي يركز على معالجة مشكلات المعلم خلال قيامه بعمله, ومنها مشكلة الراتب, وضغط العمل, والعلاقة مع الإدارة, وفرص الترقية.

**الثالث:** يركز على مواجهة الإحباط عند المعلم, ويتم بالتوعية الصحية, والمهنية. وتركز هذه التوعية على مشكلات التعليم, ومكانة المعلم منها.

**الرابع:** علاج مشكلات التكيف والاضطرابات السلوكية التي وقعت, مثل: حالات القلق, والمخاوف, والوساوس أو الحالات البسيطة من سوء التكيف, مثل: الخلافات مع الزملاء, ومع الإدارة, والعدوانية, والتوتر, واضطرابات النوم.

## رابعاً: دور المدرسة في دعم الصحة النفسية للطلاب:

الإجراءات الخاصة لدعم الصحة النفسية في المدرسة :

١. **الجمعيات المدرسية (School Associations), ودورها في دعم الصحة النفسية:** يُعد للجمعيات المدرسية الدور المؤثر في مواجهة حاجات الطلبة النفسية بوجه عام, وحاجاتهم الانتمائية على وجه الخصوص, كجمعيات النشاط المدرسي المختلفة.

كما يحاول العلاج النفسي أن يستفيد من قوة الدافع إلى الانتماء في تصحيح مسار سلوك بعض الأفراد، حيث يضطرون في سبيل الحصول على تقبل الجماعة أن يخضعوا لمجمل أحكامها, ومعاييرها, وقواعد السلوك فيها، وبذلك يتم التنازل عن كثير من الأنانية, والنزوات الفردية، وقد توصل بعض المعالجين النفسيين إلى أنه من الأيسر في تعديل السلوك المنحرف الجانح أن نحاول تعديل سلوك مجموعة من الجانحين. كما أن جمعية النشاط المدرسي مطالبة بأن تصبح جمعية تكوين، واكتساب للمهارات الاجتماعية في المقام الأول، ويجب أن يتضمن برنامجها إقامة حفلات التسلية، والمناقشات بصورة دورية، وبالتالي يمكن أن يتوقع من جمعيات النشاط المدرسي عندما يشرف عليها أشخاص وأعوان بدورها في دعم الصحة النفسية للتلاميذ أن تحقق الأهداف الآتية:

- ✓ إشباع حاجة الطلبة إلى الصديق الخاص.
- ✓ إشباع حاجة الطلبة إلى القبول، والاعتبار الاجتماعي.
- ✓ إشباع حاجة الطلبة إلى المسؤولية نحو الآخرين.
- ✓ إشباع حاجة الطلبة إلى اكتسابه آداب السلوك الاجتماعي.
- ✓ إشباع حرية التجريب؛ أي السماح بالمغامرة.
- ✓ إشباع حاجة الطلبة إلى ممارسة نشاطاتهم الذهنية، والبدنية، وممارسة هواياتهم المختلفة.

**٢. الندوات المدرسية للطلبة (Seminars for school students):**

تعد الندوات المدرسية من الإجراءات، والوسائل التي تستخدم لدعم الصحة النفسية في المدرسة، حيث تقدم خدمات، ومعلومات الطلبة من خلال:

- عقد الندوات الخاصة التي تهدف إلى التثقيف الصحي، والنفسي، وأهمية التغذية الصحية السليمة في نموهم المعرفي، والجسمي، وسلامتهم الصحية، وتعريفهم بتغيرات النمو المختلفة، والتعامل مع ثورة الشباب، والتغيرات التي تطرأ على نموهم الجسمي، والفسيولوجي.

- تعزيز القيم الدينية، والمثل العليا لدى الشباب، والتعبير عن آرائهم تجاه القضايا، والمسائل الاجتماعية، والقومية.
- فهم الطلبة لأنفسهم، وتحليل الخبرات التي يمرون بها، ويتطلب هذا نوعاً من المعارف لا يصل إليهم من خلال الدروس العادية، والمواد المقررة.
- توعية الطلبة في التعرف إلى موضوع مستقبلهم الدراسي المهني، والمهن الموجودة في المجتمع، والقدرات التي تتطلبها تلك الدراسات، والمهن.
- تخصيص ندوات خاصة في الصف الدراسي تعقد على الأقل مرة كل أسبوع، ويديرها ما يطلق عليه المدرس المرشد، ويتحدث فيها عن مشاكل، وقضايا متعددة، مثل: موضوعات التوجيه التربوي، والمهني، والتثقيف الجنسي، ومشكلات التوافق مع الزملاء، والمشكلات الانفعالية.

**٣. البطاقة المدرسية (Card school):** هي من الأدوات التي يمكن أن تستعين بها المدرسة في متابعة نمو الطلبة، وتقويم هذا النمو، وتحتوي البطاقة المدرسية على ملاحظات المدرسة من خلال:

- تحصيل الطلبة المدرسي.
- الظروف الاجتماعية.
- الأحوال الشخصية للطالب، وصفاته، واستعداداته المميزة.
- هواياته، ونواحي النشاط التي يقبل عليها.
- المشكلات التي يواجهها في كل جانب من جوانب النمو.
- رأي المدرسة في توجيه الطالب تربوياً إلى المرحلة التالية.

**فوائد البطاقة المدرسية:**

١. التعرف إلى التغيرات التي تطرأ على حالة الطالب الدراسية، وقياس تقدمه بالنسبة إلى نفسه، وما كان عليه من قبل.

٢. تزويد الآباء بتقارير دورية عن ميول الطالب واستعداداته الخاصة ونواحي قوته وضعفه، تمهيداً للحصول على مساعدة البيت وتعاونه مع المدرسة لنمو أفضل للطلبة.

٣. تقويم الطالب تحصيلياً، وهذا يعتمد على التقديرات السنوية وملاحظة استعداداته الخاصة.

٤. تقديم العون للطالب في ضوء المعلومات التراكمية عنه خلال السنوات المتتالية، ومساعدته على اختيار أفضل للدراسة الثانوية، والعالية التي تناسبه، واختيار المهن التي تتفق مع ميوله.

٥. تشخيص المشكلات الخاصة لبعض الطلبة، مثل: السلوك العدواني، والكذب، والسرقة.

٦. إيجاد وسيلة لاختيار الطلبة ذوي المواهب الخاصة، والمتفوقين عقلياً؛ لتمويلهم إلى مدارس أو فصول خاصة، وتقديم برامج خاصة لرعاية الموهبة، والإبداع.

٧. إيجاد وسيلة خاصة موضوعية مساعدة لاختيار الطلبة لبعض كليات الجامعة، ومعاهد التعليم العالي.

٨. استخدام البيانات التراكمية من بطاقات الطلبة استخداماً إحصائياً لأغراض البحث العلمي.

**٤. الندوات المدرسية للآباء (Seminars for parents of school):**

إن كثيراً من مشاكل النمو لدى الطلبة، تكمن في نوع العلاقة القائمة بينهم، وبين آبائهم، ونقص الوعي النفسي لدى بعض الآباء بمطالب النمو في كل مرحلة من مراحل النمو، ويتحقق تعزيز هذا الوعي من خلال المدرسة بالآتي:

- ✓ عقد ندوات للآباء، والأمهات تهدف إلى توضيح احتياجات أبنائهم، وكذلك التعامل مع مشكلاتهم في جوانب النمو المتعددة.
- ✓ إيجاد تعاون بين البيت، والمدرسة حول أفضل السبل لنمو الطلبة، ولمواجهة صعوباتهم الدراسية، وصعوبات حياتهم بوجه عام.
- ✓ عقد ندوات مقترحة لمناقشة مشكلات الطلبة التي ترى المدرسة ضرورة تعاون الآباء معها في تفهمها، وحلها.

**٥. الصحة النفسية للمدرس(The mental health of Teacher):** نعرف جميعاً أن المدرس له دور كبير في العملية التعلمية التعليمية، فهو يتعامل مع الطلبة أكثر من

أي شخص آخر في المدرسة، ومن المفروض أن يعمل هذا المدرس على أن يكون طلبته أصحاء نفسياً، وإذا كان مضطرباً، عصبياً، حاد الطباع، متسرعاً في أحكامه، قليل القدرة على تحمل المشاق، متسلطاً، ضيق الأفق، يحمل هموم الدنيا، والوظيفة، فهذا سوف ينعكس على طلبته، ومن هنا يجب أن تكون الصحة النفسية للمدرس من متطلبات الصحة النفسية للطلبة.

٦. **المدرس المرشد(Teacher's Guide)**: يُعد التوجيه، والإرشاد أحد الفروع التطبيقية للصحة النفسية، ويعني مجموعة الأساليب، والخدمات التي تؤدي إلى تحقيق أكبر قدر ممكن من النمو لشخصية الطالب ككل، من خلال توافق الطالب مع الدراسة، والجو المدرسي، وتوافقه خارج المدرسة أيضاً. إن أدوار المعلم الجديدة التي تؤدي إلى تعلم **فاعل**، عند القيام بدوره كمرشد، وموجه للطلبة، وهذا يتطلب أن يكون المعلم قادراً على **مواجهة** المشكلات التي يعاني منها الطلبة، والتعامل معها، وتحقيق الصحة النفسية للطلبة **داخل الصف** الدراسي، ومواجهة الضغوط النفسية التي تواجه الطلبة، كونه يعمل **معهم وجهاً لوجه** بشكل يومي، وكونه أكثر اطلاعاً على مشكلات الطلبة، وقدراتهم، و**استعداداتهم، وميولهم**، والفروق الفردية فيما بينهم. تعد وظيفة المدرس/المرشد مهمة **حديثة نسبياً**، حيث إنها نشأت في الصنف الثاني من هذا القرن، وقد نشأت هذه الوظيفة نتيجة لعدم توافر الأعداد المطلوبة من المرشدين في المدارس؛ مما دعا إلى إعداد بعض المدرسين لهذا العمل. والمدرس المرشد هو مدرس لمادة ما لديه خبرة سنتين في التدريس على الأقل، واختير بعد أن يتم تقديم طلب لشغل هذه المهمة، وتم إعداده لمدة سنتين في إحدى كليات التربية، ودرس خلالها مواد نظرية في التربية، وعلم النفس، والإرشاد، وتدرب 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 في الأسبوع". (Ysseldyke, 1994, 13).

والواقع أن المدرس المرشد أكثر اتصالاً ببرنامج الحياة المدرسية، كما تتمثل يومياً في العلاقة بين المدرس، والطالب، وينتج له اتصاله المستمر بطلابه معرفة أوثق بكل طالب منهم، وقدرة على التوصل إلى أسلوب واقعي لإرشاد الطلاب. ومما يتميز به استخدام

المدرس /المرشد أنه لا يشكل عبئاً إضافياً على ميزانية التربية كونه موظفاً أصلاً من جهة، ومن جهة أخرى يعد المدرس/المدرسة شخصاً قريباً من المدرسين، والطلاب. وهذا من شأنه أن ييسر علاقته بالمدرسين والطلاب، ويؤدي إلى تقبلهم له ولدوره مدرساً/مرشداً.

**خامساً: الإرشاد المدرسي في المراحل الدراسية المختلفة والصحة النفسية:**

تمثل المدرسة مؤسسة رسمية تقوم بإعداد الجيل في المجالات كافة؛ كي يستطيع أن يأخذ دوره في المجتمع في المستقبل؛ لذلك يعد دور المدرسة أساسياً، وهاماً في تقدم المجتمع، ونموه.

ولعل مما يساعد المدرسة على تحقيق أهدافها الإرشاد المدرسي الذي يتصدى لمساعدة التلاميذ على مواجهة مشكلاتهم كافة، منها ما يتعلق باختيار دراسة أو ما يتعلق بالمشكلات المدرسية بشكل عام. ولقد دخل الإرشاد المدرسي إلى المدرسة مع بداية القرن الماضي، وما زال هذا الفرع العلمي ينمو، ويترعرع باستمرار، فقد أصبح عدد الذين يعملون في الولايات المتحدة الأمريكية أكثر من أربعين ألف متخصص عام واحد وسبعين وتسعمائة وألف يعمل منهم من٩٠% منهم في المدارس الرسمية، بينما كان هذا العدد لا يتجاوز الألفين في الثلاثينيات من القرن الماضي. (القاضي، وفطيم، وحسين، ١٩٨١، ٣٢٣).

وهذا يدّل على مدى تزايد حاجة الناس له؛ وبخاصة في مجالات المدرسة، والدراسة. وسنتناول فيما يلي مهمات الإرشاد المدرسي في مرحل الدراسة الأساسية، والثانوية.

وقل رب زدني علما
Damascus University

# الفصل الثامن

# إرشاد الصحة النفسية

# Mental Health Counselor

Damascus University

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

# الفصل الثامن

## إرشاد الصحة النفسية

### تعريف إرشاد الصحة النفسية (Mental Health Counselor):

لقد اتضح تعريف إرشاد الصحة النفسية من خلال ما كتب في مجلة إرشاد الصحة النفسية Journal of Mental Health Counseling (JMHC)، وأصبح له هوية مهنية.

ومنذ البداية، اتضح أن مرشدي الصحة النفسية كانوا يقعون بين الهوية التقليدية لمرشد التوجيه Guidance Counselor، وبين الاختصاصي الذي يقدم خدمات الصحة النفسية (Kline, 1999).

ولقد بذل مرشدو الصحة النفسية – كمتخصصين فاعلين، ومؤثرين– جهوداً متواصلة بحثاً عن الاعتراف، والهوية، وهذا يتطلب تحديداً دقيقاً لتعريف إرشاد الصحة النفسية، وتحديد هوية مرشدي الصحة النفسية المؤهلين.

وإرشاد الصحة النفسية هو إرشاد نفسي موجه علاجياً، عرّفه العديد من الكتاب، ومن الأنسب اختيار أشهر التعريفات.

يعرّف "**دافيد سبرويل** "، و"**مارجريت فونج** "Spruill & Fong(١٩٩٠) إرشاد الصحة النفسية -كمهنة محورية في ميدان الصحة النفسية–أنه هو إجمالي الإسهامات التربوية, والعلمية ,والمهنية لعلوم التربية, وعلم النفس, والإرشاد النفسي، التي تركز على رفع مستوى الصحة النفسية والمرض النفسي، وتحسين نظم تقديم خدمات الصحة النفسية.

ويعرّف "**أرتيس بالمو** Palmo (١٩٩٦) "إرشاد الصحة النفسية أنه أداء الإرشاد/العلاج مع الأفراد، والجماعات، والأزواج، والأسر، ويتضمن جمع البيانات الخاصة بالمسترشد، وتنظيمها، وتحليلها, عقلياً، وانفعالياً، ومشكلاته السلوكية، واضطراباته النفسية، ومساعدته هو, وأسرته لتحقيق التوافق, والصحة النفسية.

ويعرف حامد زهران (١٩٩٨) إرشاد الصحة النفسية أنه عملية مساعدة الفرد أو الأفراد أو الجماعات، من خلال علاقة مساعدة إرشادية، لتحقيق أفضل مستوى من التوافق, والصحة النفسية عن طريق النمو النفسي (الشخصي, والاجتماعي)، والوقاية من الاضطرابات النفسية, والانفعالية, والاجتماعية، واستخدام طرق العلاج النفسي، وأساليب علاج الأمراض النفسية، واضطرابات السلوك، مع الأفراد، والأزواج، والأسر، والجماعات.

ويلاحظ اهتمام إرشاد الصحة النفسية بالبيئة المحيطة بالمسترشد، وخاصة في الأسرة, والعمل, والمجتمع المحلي، ويهتم باستخدام مؤسسات المجتمع المحلي في إنشاء برامج إرشاد الصحة النفسية ذات الطبيعة التنموية, والوقائية.

ومن أهم أهداف إرشاد الصحة النفسية تنمية فهم المسترشد لذاته, وتحقيق أفضل نمو شخصي، وتحقيق أفضل مستوى من الصحة النفسية، والوقاية من الاضطرابات النفسية, وعلاجها، وتحديد الأسباب, والتشخيص، وتحسين خدمات الصحة النفسية. (Hinkle, 1999, 120).

ويقدم إرشاد الصحة النفسية المساعدة الإرشادية التي قد تتضمن العلاج النفسي، في العيادات، والمستشفيات، والمدارس، والجامعات، والمؤسسات الخاصة، والممارسة الحرة.

ويتطلب إرشاد الصحة النفسية أن يحصل المرشد على معارف, ومهارات في التعامل مع المسترشد, وفي القياس, والتشخيص، وأن يؤهل كمرشد صحة نفسية.

ويركز إرشاد الصحة النفسية على النموذج" التنموي/ الوقائي/ العلاجي" مع التركيز على تحقيق الصحة النفسية, والعافية. (Palmo, 1996, 26).

ويتعامل إرشاد الصحة النفسية مع المسترشد كفرد- وليس كمريض- يجب أن ينمي إمكاناته الشخصية، ويتعلم مهارات جديدة، ويتعلم طرقاً فاعلة للتعامل مع ما يقابله من مشكلات بطرق أكثر فاعلية حتى يعيش حياة أفضل. (Skuse, 1997, 58).

ويولي إرشاد الصحة النفسية "الوقاية" عناية خاصة لدرجة تعريفه يجب ألا يخلو من كلمة "الوقاية "، حيث تُعد الوقاية من أهم خصائص إرشاد الصحة النفسية، وحيث يعمل مرشد الصحة النفسية على تنمية نقاط القوة لدى المسترشد, ويعلمه مهارات الحياة الضرورية للسيطرة على المشكلات.

وهكذا، نجد أن إرشاد الصحة النفسية يعبر بحق عن الصفة المزدوجة الجامعة بين الإرشاد النفسي, والصحة النفسية التي يمكن تحقيقها بطرق الإرشاد والعلاج النفسي معاً. ( Sherrard, 1989, 78).

وإرشاد الصحة النفسية مجال علمي تطبيقي، يقوم على أسس نظرية ترتكز على " نموذج تنموي نفس تربوي" Developmental Psycho educational Model، ويهتم بتنمية مهارات التطبيق الخدمي العلاجي للنظرية لتشخيص الاضطرابات السلوكية وعلاجها. (Johnson, 1993, 95).

وتمتد خدمات إرشاد الصحة النفسية عبر دورة الحياة؛ مع تركيز على مرحلة الرشد؛ لتتعامل مع مشكلات المسترشد، ومشكلات الأزواج والأسرة، والتشخيص, والعلاج للاضطرابات الانفعالية, والسلوكية من منظور تنموي، واستخدام تدخلات نفسية تربوية، وتقديم المشورة, وتبادلها مع الأطباء, وغيرهم من المهتمين بالصحة بصفة عامة, والصحة النفسية بصفة خاصة (Brooks, 1991).

## نماذج إرشاد الصحة النفسية (Models to guide mental health):

تتعدد نماذج إرشاد الصحة النفسية، ومنهاالآتي:

١. **النموذج الطبي Medical Model**: وفيه يتم التعامل مع المسترشدين والاضطرابات السلوكية Model.أما تعامل الأطباء مع المرضى, والأمراض الجسمية، فيكون التركيز على تشخيص الأمراض النفسية والعقلية وعلاجها. ويطلق البعض عليه "النموذج المرضي" pathological Model.

٢. **النموذج الوقائي Preventive Model**: وهو يحتل مكانة هامة في إرشاد الصحة النفسية، حيث يلاحظ أن الناس يضيفون ذرعاً بمصطلحات "المعالج".

و"العلاج" ويرتاحون لمفهوم "الوقاية" حيث تصورهم في وضع أفضل, وأكثر ايجابية ولا تسمهم بسمات المرض النفسي أو العقلي (Palmo, 1996, 212).

وتركز برامج إعداد مرشدي الصحة النفسية على التدخل الوقائي، حيث يُعد الإرشاد الوقائي خاصة من خصائص إرشاد الصحة النفسية، ومكوناً أساسياً في خدماته (Kiselica & Look, 1993).

ويركز إرشاد الصحة النفسية على أهمية الوقاية بصفة عامة، وعلى الوقاية الأولية بصفة خاصة. وينال إرشاد الصحة النفسية الوقائي الاهتمام بإرشاد الصحة النفسية العلاجي نفسه، حيث إن الوقاية عنصر أساسي في تعريف إرشاد الصحة النفسية (Klcist, 1999).

ويهتم إرشاد الصحة النفسية بتقديم برامج الوقاية في المدارس، والجامعات، والمؤسسات الإنتاجية، **وذلك على ثلاثة مستويات:**

- **الوقاية الأولية Primary:** حيث يتركز العمل لمنع حدوث الاضطراب، وذلك من خلال برامج خاصة توجه للمجتمع بصفة عامة (للأصحاء).
- **الوقاية من الدرجة الثانية Secondary:** حيث يتركز العمل مع المسترشدين الذين قد يعانون من الاضطرابات بهدف العلاج واستعادة الصحة.
- **الوقاية من الدرجة الثالثة Tertiary:** حيث يكون العمل تأهيلياً مع الأشخاص الذين يعانون من إعاقات مزمنة بهدف التأقلم مع اضطراباتهم أو إعاقاتهم.

وفي إرشاد الصحة النفسية تركز الوقاية على التدخل المبكر، وفي المراحل الأولى من ظهور المشكلة, ونموها.

**وهناك خمس خطوات في الوقاية:**

١. تحديد مستوى النمو العادي لدى أفراد المجتمع.

٢. ترجمة مستوى النمو العادي إلى مفاهيم أساسية توجه برنامج الوقاية.

٣. إعداد برامج عملية, ومهارية تستند إلى المفاهيم الأساسية.

٤. تطبيق البرامج على أكبر عدد من الأفراد والجماعات.

٥. تقويم فعالية برنامج الوقاية.

**وهناك ثلاثة عناصر يجب أن تتوافر في برنامج الوقاية:**

- يحدد المشكلات المحتمل حدوثها.
- يخاطب المجموع، ويجذب الأفراد.
- يناسب المجتمع المحلي الذي يطبق فيه.

وتوجه برامج الوقاية في إرشاد الصحة النفسية لتحقيق أهداف، منها: منع جرائم الشباب، والعنف، والإدمان، والتفكك الأسري، والإيذاء، والانتحار، ويتضمن البرنامج: مقالات، ومتحدثون، ومؤتمرات، وكتيبات. ومن الأولويات لدى مرشدي الصحة النفسية الحالات المعرضة للخطر At- risk من الطلاب الذين تنقصهم المعارف، والمهارات، والاتجاهات المطلوبة للنجاح في الحياة "هم وأسرهم". (Palmo, 1996).

٣. **النموذج التنموي Developmental Model**: وفيه تتركز المساعدة المهنية على مفهوم التنمية ( تحقيق النمو الشخصي، وتنمية الإمكانات)، والنمو الصحي Health Developmental والوقاية، والصحة النفسية كهدف رئيس من أهداف إرشاد الصحة النفسية، وعلى مرشد الصحة النفسية أن يكون راعي نمو، وهو يقوم بدوره الإرشادي العلاجي. وهذا هو النموذج الذي تنتهجه الجمعية الأمريكية للإرشاد والتنمية.( American Association for Counseling & Development) Ivey, 1989، Ivey & Rigazio-DiGilio, 1991، Kelly &Hall, 1992، Hershenson, 1993، Steenbarger & LeClair, 1995).

٤. **النموذج المعرفي التنموي Cognitive- Developmental Model**: وهو نموذج معرفي تنموي منظم في إطار بنيوي تنموي Constructive-Developmental Framework يهتم بتنمية الإمكانات، ويعلم مهارات جديدة، من أهمها: مهارة التعامل مع المشكلات، وحلها. (Borders, 1994)

٥. **النموذج النفسي التربوي Psychoeducation Model**: ويؤكد على أهمية التربية النفسية Psychoeducation، وأثرها الإيجابي في عملية إرشاد الصحة النفسية، ويستخدم طرقاً نفستربوية Psychoeducational متكاملة. ويُعد إرشاد الصحة النفسية مجالاً بينياً Interdisciplinary، تمتد جذوره إلى التربية والإرشاد النفسي. وهو تخصص داخل ميدان الإرشاد، يتطلب إعداداً أكاديمياً في الإرشاد، والتربية، وعلم النفس، وخبرة إكلينيكية. وهذا النموذج ينظر إلى المرشد أو المعالج كمعلم، وإلى التدريب كعلاج، وإلى المسترشد كمتعلم- أكثر منه مريض- كونه ينقصه مهارات يحتاج إلى تعلمها، مثل: مهارات التفاعل الاجتماعي، ومهارات الاسترخاء، ومهارات التفكير العقلاني. ويركز إرشاد الصحة النفسية المتعددة، التربوية، حتى ليبدو دور مرشد الصحة النفسية كأنه معلم صحة نفسية Mental Health Educator، يعلم المسترشد كيف يتعامل مع ضغوط الحياة اليومية (Dinkmeyer, 1991، Brooks &Weikel, 1996، حامد زهران، ١٩٩٨، Hinkle, 1999).

٦. **النموذج التكاملي التوفيقي Integrated-Eclectic Model**: حيث يعمل على تكامل النماذج المتعددة، وينتقي أفضلها ويختارها ويوفق بينها على المستويين النظري والتطبيقي. ويفضل أن يتبنى مرشدو الصحة النفسية الخبراء هذا النموذج. وهناك من يدعو إلى نموذج دولي توفيقي تكاملي قابل للتطبيق المتسع لإرشاد الصحة النفسية (Hershenson، ١٩٩٠، McBride & Martin، ١٩٩٠، Kelly، ١٩٩١).

### ❖ إرشاد الصحة النفسية، ومجالات الإرشاد النفسي الأخرى:

ينظر البعض إلى إرشاد الصحة النفسية – بالمقارنة بمجالات الإرشاد النفسي الأخرى- على انه مجال ذو نظرة توسعية (Hong, 1990).

ويختلف إرشاد الصحة النفسية عن أشقائه من تخصصات الإرشاد النفسي في عمر عملائه، وفي نوعية مشكلاتهم، واضطراباتهم. فمرشدو الصحة النفسية يتعاملون مع عملاء راشدين في الأغلب، والأعم. وعلى الرغم من ذلك، فمنهم من يعملون مع

الأطفال، والشباب. ومعنى هذا أن مرشدي الصحة النفسية يختلفون عن المرشدين عملهم. يبين في أن مرشدي الصحة النفسية يتعاملون مع المسترشدين من كل الأعمار، وان كان معظمهم من الراشدين.

ومعظم مرشدي الصحة النفسية يتبنون المنظور النتموي في عملهم. وهم هنا يقتربون من المرشدين المدرسيين.

ويهتم إرشاد الصحة النفسية بتشخيص وعلاج الاضطرابات الانفعالية والسلوكية وعلاجها. ويلاحظ أن إرشاد الصحة النفسية – في الأغلب والأعم– لا يعمل في إطار النموذج الطبي؛ بل يركز على نقاط القوة لدى المسترشد، وعلى الأسلوب النفسي التربوي لمساعدة المسترشد في التغلب على مشكلاته.

ويهتم إرشاد الصحة النفسية بالعمل المتكامل، متعدد التخصصات مع الزوجين والأسرة بكاملها، حيث يشترك مرشدو الصحة النفسية مع زملائهم من المتخصصين النفسيين، والمتخصصين الاجتماعيين، والأطباء النفسيين. وهنا يلاحظ أن إرشاد الصحة النفسية يختلف عن الإرشاد المدرسي، حيث يعمل المرشد المدرسي مع الوالدين، ومع الأطفال فقط كعملاء. (Fist, 1995).

ويلاحظ أن إرشاد الصحة النفسية يحال إليه حالات من الأطباء، والأطباء النفسيين أكثر مما يحال إلى الإرشاد المدرسي مثلاً. وفي الوقت نفسه فإن الكثير من حالات إرشاد الصحة النفسية تحتاج إلى تدخل طبي؛ ولذلك تحال بالتبادل إلى الأطباء حتى تتكامل الخدمات العلاجية. ويلاحظ كذلك أن مرشدي الصحة النفسية يمكن أن يقدموا خدماتهم في شكل ممارسة حرة أكثر مما يمكن أن يفعل زملاؤهم في تخصصات الإرشاد النفسي الأخرى. (حامد زهران، ١٩٩٨).

### ❖ اتجاهات في إرشاد الصحة النفسية:

### (Trends in mental health counseling)

تذخر المجلة الرئيسة في إرشاد الصحة النفسية "**اتجاهات في إرشاد الصحة النفسية**" Directions in Mental Health Counseling – التي صدر المجلد الأول منها

سنة ١٩٩١- بالعديد من الاتجاهات المتنوعة، ومن هذه الاتجاهات، على سبيل المثال، الآتي:

- إرشاد الصحة النفسية في المدارس, والجامعات.
- إرشاد الصحة النفسية في مجال الزواج.
- إرشاد الصحة النفسية في مجال الأسرة.
- إرشاد الصحة النفسية مع المسنين.
- أساليب الإرشاد, والعلاج النفسي المختصر.
- الأساليب العلاجية لاضطرابات القلق.
- علاج حالات الاكتئاب.
- علاج حالات الخوف.
- علاج حالات الوسواس, والقهر.
- علاج حالات تفكك الشخصية.
- علاج فقد الشهية العصبي، والشره العصبي.
- علاج حالات الإدمان.
- علاج حالات المقامرة المرضية.
- علاج ضحايا العدوان الجنسي.
- علاج المنحرفين جنسياً.
- التعامل مع الضغوط في مجال العمل.

يضاف إلى هذا **اتجاهات متعددة في إرشاد الصحة النفسية**، منها: على سبيل المثال إرشاد, وعلاج:

- الطلاب المعرضون للخطر.
- الطلاب المعرضون للانحراف (برامج وقائية).
- حالات صعوبات التعلم.
- حالات التخلف الدراسي.

- حالات المحالين من المحاكم.
- حالات سوء استخدام العقاقير.
- حالات ذوي الاحتياجات الخاصة.
- حالات التعرض للأزمات.
- حالات التعرض للكوارث.
- حالات الوفاة والفقدان.
- حالات قلق الموت.
- حالات الجنسية المثلية( لدى الذكور، ولدى الإناث).
- حالات التحرش الجنسي في مكان العمل.
- حالات الاغتصاب.
- حالات حمل المراهقات.
- حالات العقم (Weikel & Palmo, 1996، زهران، ١٩٩٨، Hinkle, 1999).

### ❖ مرشد الصحة النفسية Mental Health Counsellor:

مرشد الصحة النفسية مرشد علاجي مؤهل، يشارك مع متخصصين آخرين في فريق متعدد التخصصات، يتعاون بعض مع بعض، ليقدموا إرشادا مباشراً لمسترشديهم، ومشورة متخصصة، مع الاهتمام بتنمية المهارات، وتقديم خدمات الوقاية (Spruill, 1999).

ويعمل مرشدو الصحة النفسية في إطار الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Glenn, 1999).

ويعمل مرشدو الصحة النفسية في المدارس، والجامعات، وفي المؤسسات الخاصة، والمستشفيات، ومراكز المجتمع للصحة النفسية، ومراكز علاج الإدمان، ومراكز الإنتاج، والصناعة.

ويقدم مرشد الصحة النفسية خدماته- في إطار برنامج إرشاد الصحة النفسية- بالطرق المناسبة, مثل: إرشاد الصحة النفسية المختصر، وإرشاد الصحة النفسية الجماعي, وغيرها، مركزاً على خدمات الوقاية, والاستشارة, والعلاج، ومهتماً بالمتطلبات الأخلاقية, والقانونية للممارسة، وبالتدريب المهني، والتأهيل المستمر. (Archer & Cooper, 1998).

## ❖ ممارسة إرشاد الصحة النفسية ( Practice mental health counseling):

من بين الأقسام المهمة, والرئيسة في مجلة إرشاد الصحة النفسية Journal of Mental Health Counseling، قسم خاص عن "الممارسة"، وينشر هذا القسم الدراسات, والبحوث التي تركز على ممارسة إرشاد الصحة النفسية. ويؤكد المسئولون عن هذا القسم الدعوة إلى التكامل بين البحث, والممارسة، وبين العلم والعمل، وبين النظرية والتطبيق. ويشير الباحثون, والدارسون إلى ضرورة الالتزام بالحاجة المتزايدة للحساسية للحاجات, والحقائق الخاصة بالجمهور متعدد الثقافات, والأقليات العرقية, ومتنوع التوجهات (مع التركيز على الثقافة- العامة Culturc – General)؛ مما يوجب تنوع أساليب ممارسة إرشاد الصحة النفسية. ( Brown, 1989, Gelso, Pedersen, 1999, 1989).

ويعمل معظم مرشدي الصحة النفسية, إما في مراكز الإرشاد النفسي، أو العيادات النفسية، أو في الممارسة الخاصة.

ولتزايد فرص العمل أمام مرشدي الصحة النفسية في دولة كالولايات المتحدة الأمريكية، يشبه البعض في نمو إرشاد الصحة النفسية هناك بأنه نمو صاروخي، وخاصة في الممارسة الخاصة، على حساب العمل في المراكز والعيادات (Wilcoxon, 1990).

ويبدو أن الممارسة الخاصة في إرشاد الصحة النفسية هي الأكثر إغراء، مقارنةً بالممارسة في مراكز الإرشاد, والعيادات النفسية التي يُعد العمل فيها أكثر بيروقراطية.

ومن مرشدي الصحة النفسية من يجمع بين العمل في مراكز الإرشاد والعيادات النفسية, وبين الممارسة الخاصة.

وتتضمن ممارسة إرشاد الصحة النفسية تقديم خدمات الإرشاد والعلاج والاستشارة, والتدريب, والإشراف، وأحياناً التدريس.

ويستخدم مرشدو الصحة النفسية طرق الإرشاد, والعلاج النفسي المعروفة, ومنها, على سبيل المثال لا الحصر: الإرشاد, والعلاج النفسي الجماعي، والإرشاد والعلاج النفسي الديني، والإرشاد المتمركز حول الشخص، وطرقاً حديثة نسبياً, مثل: "الإرشاد الحواري Dialogical Counseling" الذي ابتكره "مارتين بوبر Buber" (Rasmussen, 1991). وتدل ممارسة إرشاد الصحة النفسية على أن هذا المجال مستمر، وأنه تخصص مهني دينامي.

والتوسع في تقديم خدمات إرشاد الصحة النفسية ظاهر للعيان، حيث تتم الممارسة، وتقدم الخدمات إلى فئات كثيرة، منها على سبيل المثال لا الحصر:

- طلاب المدارس, والجامعات ( جاري ميللر، وماري ريتكين Miller & Reinken، ١٩٧٧، جيمس آرتشر، وميتوارت كوبر Archer & Cooper، ١٩٩٨).
- الفئات الخاصة من المعاقين ( فيليب سافورد Safford، ١٩٧٨).
- الزنوج, والملونون من الثقافات المختلفة ( لي جون June، ١٩٨٦).
- كبار السن (لوسيانا لاجانا Lagana، ١٩٩٥).
- نزلاء السجون(شارلز روميج، وكارول جرونك Roming & Gruenke، ١٩٩١).
- ضحايا الأزمات, والكوارث (روبرت دينجمان Dingman، ١٩٩٥، روبرت دينجمان، وايرل جينتر Dingman & Ginter، ١٩٩٠).
- المدمنون (ريتشارد بليك Blake، ١٩٩٠).

- حالات التشخيص المزدوج، مثل: الاضطراب النفسي، والإدمان (كاثرين جلين Glenn، ١٩٩١).
- الحالات التي تعاني من مشكلات زواجية، وأسرية (سكوت هينكل Hinkle، ١٩٩٩).
- المنحرفون جنسياً (جوزيف ستوكس، وويل دامون Stokes & Damon، ١٩٩٥، ديبوراه هاميلتون Hamilton، ١٩٩٨، آزي باراك Barak، ١٩٩٩).
- مرضى الإيدز (آن فريدمان، وروزماري هيوز Friedman & Highes، ١٩٩٤).

وتأكيداً للتوسع في ممارسة إرشاد الصحة النفسية، فقد دخل – إلى جانب مجالات الإرشاد النفسي الأخرى- ضمن الخدمات الإرشادية التلفزيونية العادية، تحت مسميات، مثل: "منتدى الإرشاد النفسي Counseling Forum"، أو التي تقدم عن طريق محطات "كابلات خاصة Cable Stations". وتتعامل هذه المحطات مع مرشدي الصحة النفسية، حيث يقدم الخبراء منهم برامج لتقديم خدمات إرشاد الصحة النفسية. (McGowan, 1993).

ويحتاج الدخول في مهنة إرشاد الصحة النفسية قدراً كبيراً من الوعي بالذات، والتنظيم،والمرونة والإبداع، والتعاطف والحساسية للمشكلات، والكفاية العلاجية. (Brooks, 1991).

ومع وصول إرشاد الصحة النفسية إلى ما وصل إليه من نضج، فقد ازدادت الحاجة إلى وضع معايير أكثر نضجاً للممارسة المتقنة التي تؤكد المهنية، وإمكانية الاعتماد على إرشاد الصحة النفسية (Anderson, 1992).

ويعتقد أن مصطلح إرشاد الصحة النفسية – على أساس وضعه في سوق تقديم الخدمات الصحية- يعني تقديم خدمات إرشادية على طول متصل خدمات الصحة النفسية.

ويلاحظ أن ممارسة إرشاد الصحة النفسية تتم على متصل الصحة النفسية، حيث يتم تشخيص الاضطرابات النفسية وعلاجها ، وبذلك يصبح الاسم الصحيح للممارسة هو "إرشاد الصحة النفسية العلاجي" Clinical Mental Health Counseling الذي يقدمه "مرشد الصحة النفسية العلاجي" Clinical Mental Health Counselor. (Smith & Robinson, 1995)

### ❖التشخيص في إرشاد الصحة النفسية diagnosis:

يقوم التشخيص في ممارسة إرشاد الصحة النفسية على القياس، والتقويم Assessment & Evaluation. ويعتقد مرشد الصحة النفسية أن كل عميل، بصرف النظر عن مشكلته أو ظروفه، لديه نمط فريد من السمات، والخصائص، والقدرات، وهذه السمات، والخصائص، والقدرات تؤدي دوراً هاماً في اتخاذه للقرارات، والتعامل مع المشكلات، لأنها خاصة بشخصه من دون سائر الشخصيات.

وتؤدي عملية جمع المعلومات دوراً أساسياً، وضرورياً في عملية إرشاد الصحة النفسية مع، وعن، ومن أجل المسترشد، ولفهمه لنفسه، وفهم المرشد له، وفي التشخيص، والعلاج.

**وعلى مرشد الصحة النفسية مراعاة الآتي:**

- استخدام الأدوات السيكومترية، والفنيات الموضوعية.
- إتقان عملية القياس، واستخدام الاختبارات، والمقاييس، وإجادة عملية التقويم.
- إتقان استخدام قوائم التقدير، ومقاييس التقدير، والتقارير القصصية، والمقابلة المقننة، والاستبيانات.
- الدقة، والموضوعية في جمع معلومات عن المسترشد تخص: الاستعدادات، والذكاءات، والقدرات، والتحصيل، والشخصية، والتفضيل المهني.
- إتقان استخدام أدوات القياس والتقويم المقننة والتقويم غير المقننة: الفردية، والجماعية، والورقة، والقلم ،والأداء، والإسقاطية.

- متابعة كل جديد في تكنولوجيا التقدير والقياس والتقييم، وخاصة التقدم الذي يحققه الكومبيوتر في هذا المجال.
- مراعاة أخلاقيات المهنة في عملية جمع المعلومات, واستخدامها، وخاصة: الكفاية، والتمكن المهني، والمحافظة على السرية (Owen, 1996).

و"التشخيصDiagnosis" هو الخطوة الأولى في عملية العلاج. والتشخيص مهم جداً في التخطيط للعلاج الفاعل، وللرعاية العلاجية، وللتواصل الدقيق بين الأختصاصيين، وللبحث المنظم، وتجميع المرضى ذوي التشخيص الواحد لأغراض البحث, والعلاج.

ويلاحظ أن استخدام لافتة تشخيص يُعد أمراً مزعجاً لدى الكثير من المرشدين، حيث يُعدونه نعتاً سالباً يتعارض مع إنسانية المسترشد، وقد يزعجه؛ بل وقد يقلل من شأنه.

وقد عكف مرشدو الصحة النفسية على استخدام الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية وخاصة آخر ما ظهر من طبعاته (الرابعة) عام ١٩٩٤ Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorder ( DSM-IV).

ويلاحظ أن هذا الدليل أوجد لغة مشتركة في التشخيص النفسي. ويجب استخدامه بحرص وخبرة؛ لأنه يركز على الظاهرات السطحية على حساب العمق العلاجي. وعلى العموم فإن مرشدي الصحة النفسية قد استخدموا هذا الدليل في الماضي, ويستخدمونه في الحاضر, وسوف يستخدمونه في المستقبل (Hinkle, 1999).

### ❖ استراتيجيات إرشاد الصحة النفسية:

### :(Strategies to guide mental health)

يُعد إرشاد الصحة النفسية بحق بمثابة إرشاد علاجي شامل Comprehensive Clinical Counseling (مايكل لوس Loos، ١٩٩٨)، أو إرشاد, وعلاج تكاملي لكل شخصWhole person Integrated Counseling and therapy (Hamilton, 1998).

ومن استراتيجيات إرشاد الصحة النفسية، الآتي:

- **استراتيجيات مصغّرة Microstegies**: وتتمثل في إرشاد الصحة النفسية المصغّر (أو المختصر أو قصير الأمد) Brief Mental Health Counseling، وهو يُعد استراتيجية عمل إرشادي توفيقي، يؤلف بين أساليب مختلفة تركز على مهارات إرشاد الصحة النفسية (Gentner, 1991).
- **استراتيجيات موسعة Macrostrategies**: وتتمثل في إرشاد الصحة النفسية الذي يقدم على مستوى مفصل وشامل في مجتمع مليء بالتغيرات، والمتغيرات الاجتماعية، وخاصة التركيب الأسري المتغير، والفروق الثقافية، والتنوع الثقافي، والعولمة، والتقدم التكنولوجي المؤثر في بقية المهن، وتزايد عدد الأشخاص المعرضين للاضطرابات السلوكية (Corey & Herr, 1991).

❖ **التشاور في إرشاد الصحة النفسية:**

**(Consultation to guide mental health)**

يتضمن مفهوم التشاور Consultation في إرشاد الصحة النفسية تبادل الاستشارة، والمشورة بين الاختصاصيين بعضهم وبعض، وبينهم وبين غير الاختصاصيين بخصوص بعض الحالات، كحل مشكلة، والمساعدة لتحسين الخدمة، والمساعدة في محتوى، وعملية تقديم الخدمة الإرشادية والعلاجية، بما يحقق الكفاية والفاعلية في العمل. ويحدث ذلك في جلسة للتشاور حول الحالة. وعادة ما يبدأ التشاور من قبل اختصاصي يتعامل مع عملاء لديهم مشكلات تخرج عن إطار خبرته، فيسعى ليستشير أحد أو بعض الزملاء المتخصصين، والأكثر منه خبرة. وتهدف عملية التشاور إلى تحقيق: تعرُّف المشكلات، وتقديم الخبرة، والإثراء، والحفز، والتعليم، والتأثير في الآخرين لتجويد خدمات التنمية، والوقاية، والعلاج (Wiehe, 1999).

**وللتشاور نماذج عديدة منها:**

✓ التشاور في المحتوى: ويركز على المشكلات التي تتطلب الحل.

✓ التشاور في العملية: ويركز على تعديل خطط الإرشاد أو العلاج.

✓ التشاور المتمركز حول المسترشد: وخاصة حالة المسترشد الصعب.

✓ التشاور المتمركز حول البرنامج: من حيث التنظيم, والتطبيق.

ويتطلب نجاح التشاور: إعطاء المستشير ما يريد كمستشار.

**ومن المؤسسات التي تستخدم مرشدي الصحة النفسية كمستشارين:**

- **الوحدات التعليمية:** المدارس, والجامعات (الحكومية والخاصة)، ومراكز تعليم الكبار، ومراكز رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة، ومراكز التنوير.
- **جماعات المتخصصين:** مثل: الأطباء، وهيئات التمريض، ورجال القانون، ورجال الأعمال، وشركات التأمين.
- **المؤسسات الحكومية, وقطاع الأعمال:** في المصانع، والسياحة.
- **المصالح الحكومية:** المركزية، والمحلية.
- **الجماعات الأهلية:** وخاصة ما يقدم خدمات للشباب, والرياضة, ودور الرعاية للأطفال, والمسنين وباقي الخدمات التطوعية, والخيرية.

**هذا، ومن متطلبات المشورة التي يجب توافرها لدى مرشد الصحة النفسية الآتي:**

- توافر المهارات والخبرة اللازمة لتقديم المشورة، مثل: حسن الإصغاء، ودقة الملاحظة، وتدوين الملاحظات، وحل الصراعات، وتيسير التفاعل الاجتماعي.
- توفير الوقت الكافي اللازم لتقديم المشورة.
- مراعاة حقوق المستشير في الخصوصية, والسرية، والتقبل, والقبول.
- مراعاة الفروق الثقافية واحترامها.
- التوسع في الاطلاع، وتحديث المعلومات.
- الاتصال بمستشارين آخرين إذا لزم الأمر.
- الالتزام بالمعايير الأخلاقية.
- تحديد أهداف المشورة، وأساليب تحقيقها، وإمكاناتها.
- تقديم المشورة على أعلى مستوى.

- تقويم عملية المشورة. (Boytim, 1996).

ويوجد العديد من **نماذج المشورة**، أهمها الآتي:

☒ **نموذج الطبيب – المريض:** وفيه يقدم المساعدة للمستشير بخصوص ما هو خطأ، وما يجب أن يكون عليه الحال أو الموقف.

☒ **نموذج الخبير:** حيث يؤدي المستشار دور الخبير، ويقدم خدمة مباشرة للمستشير الذي ينقصه الخبرة للتعامل مع المشكلة، والمستشار هو الذي يحل المشكلة.

☒ **نموذج الوسيط:** وفيه يقوم المستشار بدور المنسق بين الأدوار، والاتجاهات المختلفة لحل المشكلة، أو يستنبط حلاً من الحلول، والآراء المقدمة.

☒ **نموذج المشارك:** حيث يشارك المستشار، وييسر عملية حل المشكلة. فهو ييسر، ويحرك المستشير، ليحل هو المشكلة من خلال اكتشاف بدائل لحلها بعد دراستها، وتحليلها، واختيار الحل الأمثل لها. والهدف الثانوي هنا هو تدريب المستشير على حل مشكلاته مستقلاً مستقبلاً.

☒ **النموذج الجماعي:** وفيه يقدم المستشار المعلومات، والتشجيع للجماعة للعمل معاً لحل المشكلة. ويُعد نموذج "مجموعة C" (C Group) الذي وضعه "كابلان Caplan" من أشهر النماذج الجماعية، وهو الآتي:

- المشاركةCollaboration: تشجيع الأعضاء للعمل، والتشارك، والتعاون.
- التشاور Consultation: التفاعل النشط، والأخذ، والعطاء.
- الإيضاح Clarification: وفهم العلاقة بين المعتقدات، والمشاعر والسلوكيات.
- المواجهة Confrontation: والإفادة من التغذية المرتدة.
- الاهتمام Concern: بما يقدمه الأعضاء الآخرون.
- الخصوصية Confidentiality: والسرية.
- الالتزام الوقائي: بتطبيق ما تم التوصل إليه.

☒ **النموذج الوقائي:** وله ثلاثة مستويات:

- المستوى الأول: وهدفه الحيلولة دون/وخفض الاضطراب النفسي، وهذا يتطلب تدريس مهارات التعامل.
- المستوى الثاني: وهدفه خفض حدة الاضطراب النفسي قبل استفحاله.
- المستوى الثالث: وهدفه خفض آثار الاضطراب النفسي الذي حدث بالفعل (Bullard & Otheps, 1999).

❖ **مستقبل إرشاد الصحة النفسية:**

**(future guide mental health)**

يتميز إرشاد الصحة النفسية أنه مجال نما، وينمو، وسيظل ينمو في شكل مفتوح النهاية (سكوت هينكل Hinkle، ١٩٩٩). وهناك توجهات عديده مستقبلية في إرشاد الصحة النفسية، أهمها الآتي:

- **التوجه الحيوي النفسي الاجتماعي Biopsychosocial:** حيث يفترض أن الاضطرابات النفسية ترتبط باضطراب الوظائف الفسيولوجية، كما ترتبط بالاضطرابات الاجتماعية.
- **التوجه الشخصي البيني كنموذج تنظيمي للتدخل:** حيث تعاني كل المجتمعات في وقت من الأوقات من كوارث نفسية تثقل كاهل الأشخاص, وتبدد طاقاتهم. والطرق التقليدية تتعامل مع الكوارث النفسية, والمشكلات التي تنتشر في المجتمع المحلي بتركيز على ضحايا الكارثة, وإحداث التغيير لدى الأشخاص الذين لا يلبثون أن يعودوا إلى المعاناة بمجرد العودة إلى البيئة الأصلية التي لم يحدث فيها تغيير. ومن الضروري تبني المنظور النفسي البيني Psychoecological Perspective، حيث ينظر إلى الصحة النفسية ,,والمرض النفسي والمشكلات النفسية الاجتماعية كنتاج للتفاعل بين الشخص والبيئة، ومن ثم يجب التعامل مع كل من الشخص والبيئة، واستخدام استراتيجيات لتعديل عناصر في الشخص, وعناصر في البيئة في الوقت نفسه.

• **النموذج الإرشادي الموحد لإرشاد الصحة النفسية:** يتحول اهتمام مرشدي الصحة النفسية بالتدريج من النموذج الإرشادي "فلسفة – نظرية – تطبيق" إلى نموذج إرشادي جديد, وموحد, وهو: "التوفيقية الفنية" Technical Eclecticism، وهي تهمل الفلسفة والنظرية، وتستخدم استراتيجيات, وفنيات متعددة يختار منها المرشد، ويوفق بينها في شكل نماذج مختلطة Mixed Models. (Seay & Seay, 1996).

هذا، ويتنبأ العاملون, والباحثون في مجال إرشاد الصحة النفسية بمستقبل مشرق متفائل طالما استمر في تطوره كتخصص في مجال الإرشاد, والعلاج النفسي. ويرسم هؤلاء خريطة لمستقبل إرشاد الصحة النفسية، من أهم معالمها الآتي:

- زيادة وضوح هوية إرشاد الصحة النفسية.
- التوسع في التعليم, والتدريب القائم على المهارات للاستخدام العملي في الإرشاد، والتشاور، والتشخيص، والتنمية، والوقاية، والعلاج.
- إسهام علماء إرشاد الصحة النفسية في تقديم نظريات, وطرق متطورة.
- تطور مناهج تعليم مرشدي الصحة النفسية، وتدريبهم، وتأهيلهم.
- تطور نظم تقديم خدمات إرشاد الصحة, وسن نظم, وطرق، وأساليب التشخيص, والعلاج, والمتابعة.
- زيادة استخدام أساليب العلاج متعددة النماذج، والمختصرة.
- زيادة أعداد مرشدي الصحة النفسية المؤهلين المعتمدين في مزيد من المؤسسات: المدارس, والجامعات، ومؤسسات المجتمع المحلي، ومراكز الصحة النفسية، والمؤسسات الصناعية, والإنتاجية، والمؤسسات الخاصة, والممارسة الحرة.
- ازدياد الاعتراف بالمهنة، وانتشار إرشاد الصحة النفسية كمجال جديد في معظم بلدان العالم.
- زيادة التعاون المهني، والعمل الجماعي متعدد التخصصات في مجال إرشاد الصحة النفسية.
- توثيق علاقة إرشاد الصحة النفسية بمهن المساعدة الأخرى.

- تأكيد المنحى الإيجابي، والنموذج النفسي – التربوي – التنموي في إرشاد الصحة النفسية، والتركيز على النمو العادي أكثر من الاضطراب، والصحة النفسية أكثر من المرض النفسي.
- زيادة الاهتمام بالتفاعل الصحي مع البيئة.
- زيادة منظور العمل عبر الثقافي الخالي من أي تعصب أو انحياز.
- التركيز على مهارات التشخيص، وتخطيط العلاج، والتدخل في حالات الكوارث، واستخدام بيانات حيوية نفسية تربوية اجتماعية.
- زيادة دعم المكان المتميز للوقاية النفستربوية في إرشاد الصحة النفسية.
- تزايد الإقبال على خدمات إرشاد الصحة النفسية العلاجي، وبالتالي تزايد أعداد مرشدي الصحة النفسية العلاجيين.
- التركيز على أخلاقيات المهنة(Dingman, 1993, Smith & Ivey, 1989 Clawson & ،١٩٩٨ زهران، ،Weikel, 1996 ،Robinson, 1995, .(Rhodes, 1999

# المراجع

## قائمة المراجع :


١. أبو العلا، مدحت (١٩٩٠): **دراسة تجريبية لخفض مستوى القلق لدى أطفال المرحلة الابتدائية باستخدام الرسم**، رسالة دكتوراه منشورة، جامعة أسوان، مصر.

٢. أبو النيل، طه، وآخرون (بدون تاريخ): **معجم علم النفس والتحليل النفسي**، دار النهضة العربية للطباعة والنشر.

٣. أبو زيد، إبراهيم (١٩٨٧): **سيكولوجية الذات والتوافق**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.

٤. الأمارة، سعد (٢٠١٠): **سيكولوجية الشخصية**، موقع الأكاديمية العربية المفتوحة في الدانمارك. من موقع الإنترنت:

www.ao-academy.org/wesima_articles/library-)
(20060116-340.htm

٥. امتياز، نادر (٢٠٠٨): **كيف تكتشف اضطرابات الشخصية وتتخلص منها**، ط١، دار حمورابي، عمان، الأردن.

٦. الأنصاري، بدر محمد (١٩٩٧): **النظريات العاملية للشخصية**، ط١، قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة الكويت، مكتبة المنار الإسلامية.

٧. الأنصاري، بدر محمد (١٩٩٩): **مقدمة لدراسة الشخصية**، ط١، قسم علم النفس ، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت.

٨. باظه، أمال (١٩٩٩): **الشخصية والاضطرابات السلوكية والوجدانية**، بيروت، دار الملايين.

٩. بطرس، بطرس (٢٠٠٨): **التكيف والصحة النفسية للطفل**، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

١٠. الجارودي، فخرية (٢٠٠١): **سلوك الشخصية من النمط (أ) وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية لدى عينة من طلبة وطالبات جامعة الإمارات العربية المتحدة**، رسالة مقدمة لنيل درجة الماجستير في التربية، معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة القاهرة، مصر.

١١. جبل، فوزي (٢٠٠٠): **الصحة النفسية وسيكولوجيا الشخصية**، المكتبة الجامعية الإسكندرية.

١٢. جلال. سعد (١٩٨٥): **علم النفس**، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.

١٣. حجازي، مصطفى (٢٠٠٠): **الصحة النفسية -منظور دينامي تكاملي للنمو في البيت والمدرسة**، ط١، المركز الثقافي العربي، بيروت.

١٤. حقي، ألفت (١٩٩٣): **الاضطراب النفسي**، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية، مصر.

١٥. الحمد، رشيد وصباريني، محمد (١٩٩٠): **البيئة ومشكلاتها**، سلسلة عالم المعرفة، المجلد ٢٢، المجلس الوطني للثقافة والفنون، الكويت.

١٦. الخالدي، عطا والعلمي، دلال (٢٠٠٩): **الصحة النفسية وعلاقتها بالتكيف والتوافق**، ط١، دار الصفاء للنشر، عمان، الأردن.

١٧. خلف الله، سلمان (٢٠٠٤): **الطفولة المشكلات الرئيسية**، جهينة للنشر، عمان.

١٨. الخليدي، وهبي، وعبد الحميد، كمال حسن (١٩٩٧): **الأمراض النفسية والعقلية**، ط١، دار الفكر العربي، بيروت.

١٩. خليل، مصطفى (٢٠٠٠): **الشخصية واضطراباتها**، الكويت، دار العلوم النفسية.

٢٠. الخـولي، محمود (٢٠٠٦): **السعتف في مواقف الحياة اليومية نطاقات وتفاعلات**، ط١، دار ومكتبة الإسراء للطبع والنشر والتوزيع.

٢١. الداهري، حسن (٢٠٠٨): **أساسيات التوافق النفسي والاضطرابات السلوكية الانفعالية**، ط١، دار صفاء للتوزيع والنشر، عمان، الأردن.

٢٢. الداهري، صالح، والعبيدي، هاشم (١٩٩٩): **الشخصية والصحة النفسية**، دار الكتب للطباعة والنشر، بغداد.

٢٣. دليل الصحة النفسية للأطباء العاملين في الرعاية الصحية الأولية (٢٠٠٤): **وزارة الصحة و منظمة الصحة العالمية**، الطبعة الثانية.

٢٤. رضوان، سامر (٢٠٠٩): **الصحة النفسية**، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

٢٥. رضوان، سامر(٢٠٠٧): **الصحة النفسية** ، ط٢، دار المسيرة للنشر، عمان.

٢٦. الرفاعي، نعيم (١٩٧٩): **الصحة النفسية، دراسة في سيكولوجية التكيف**، ط (٥)، منشورات جامعة دمشق، دمشق.

٢٧. الرفاعي، نعيم (١٩٨٨): **الصحة النفسية، دراسة في سيكولوجية التكيف**، ط (٧)، منشورات جامعة دمشق، دمشق.

٢٨. الرفاعي، نعيم (١٩٩٣): **الصحة النفسية**، مطبعة ابن حيان، جامعة دمشق، دمشق.

٢٩. الرفاعي، نعيم (١٩٩٨): **الصحة النفسية، دراسة في سيكولوجية التكيف**، ط (١١)، منشورات جامعة دمشق، دمشق.

٣٠. الرفاعي، نعيم (١٩٩٩): **الصحة النفسية، دراسة في سيكولوجية التكيف**، ط (١٢)، منشورات جامعة دمشق، دمشق.

٣١. الرفاعي، نعيم (٢٠٠٢): **الصحة النفسية**، ط (١٤)، منشورات جامعة دمشق، دمشق.

٣٢. الرفاعي، نعيم (٢٠٠٣): **الصحة النفسية**، ط (١٥)، منشورات جامعة دمشق، دمشق.

٣٣. الزبيدي، علوان (٢٠٠٩): **الصحة النفسية من وجهة نظر علماء النفس**، دار علاء الدين.

٣٤. زهران، حامد ( ١٩٩٧) .**الصحة النفسية والعلاج النفسي**، ط ٣، عالم الكتب، القاهرة.

٣٥. زهران، حامد (١٩٩٨): **التوجيه والإرشاد النفسي** ، ط٣، القاهرة، عالم الكتب.

٣٦. السباعي، زهير, وعبد الرحيم، شيخ إدريس (١٩٩١): **القلق وكيف تتخلص منه**، دار القلم، بيروت.

٣٧. سعد، علي (٢٠٠٦): **علم الشذوذ النفسي**، ط ٣، منشورات جامعة دمشق، دمشق.

٣٨. سعد، علي، ونعامة، سليم (١٩٩٣): **الشخصية السوية والإنتاجية**، ط١، جامعة دمشق، دمشق.

٣٩. سفيان، نبيل الصالح (٢٠٠٤): **المختصر في الشخصية والإرشاد النفسي**، ط ١، إيتراك للطباعة والنشر، مصر.

٤٠. المعلوم، عبد الحكيم (٢٠٠١):**الشخصية**، موقع مجلة النبأ، العدد ٥٤،متالإنترنت:

(http://www.annabaa.org/nba54/shakhsia.htm))

٤١. سماوي، سمير, وبيكاب، جوزي (٢٠١٠) : **الدليل التدريبي للمدربين الرئيسيين في مجال الصحة النفسية**، ت محمد الزعبي ، قيد النشر، الأردن.

٤٢. السيد عبيد، ماجدة (٢٠٠٨): **الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية**، ط١، دار صفاء، عمان.

٤٣. الشاذلي، عبد الحميد محمد(٢٠٠١): الصحة النفسية وسيكولوجيا الشخصية، ط١، المكتبة الجامعية، القاهرة.

٤٤. شقير، زينب (٢٠٠٠): الشخصية السوية والشخصية المضطربة، دار النهضة المصرية، القاهرة.

٤٥. شيفر، شارلز، وميلمان، هوارد (٢٠٠١): مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها، ط٢، ترجمة نسيمة داوود ونزيه حمدي، عمان الأردن.

٤٦. الشيخ، دعد (٢٠٠٢): الإنجاز وعلاقته بالتكيف الشخصي والمهني، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة دمشق.

٤٧. طه، فرج، وآخرون (١٩٩٣): معجم علم النفس و التحليل النفسي، دار النهضة العربية، بيروت.

٤٨. الطيب، محمد، والنبهاص، سيد (٢٠٠٩): الصحة النفسية وعلم النفس الإيجابي، ط ١، مكتبة النهضة المصرية.

٤٩. العاسمي، رياض، ورحال، ماريو(٢٠٠٦): الإرشاد النفسي والتربوي، منشورات جامعة دمشق، دمشق.

٥٠. عبد الخالق، أحمد (١٩٨٧): الأبعاد الأساسية للشخصية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر.

٥١. عبد الخالق، أحمد (١٩٩٣): أصول الصحة النفسية ، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر.

٥٢. عبد الرزاق، فيفر (٢٠٠١): مكونات العلاقة بين الصحة النفسية والاتجاه نحو الخصخصة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة عين شمس، مصر.

٥٣. عبد العزيز، مفتاح (٢٠١٠): مقدمة في علم النفس:مفاهيم – نظريات–نماذج–دراسات، ط١، دار وائل، عمان، الأردن.

٥٤. عبد الكافي، إسماعيل (٢٠٠٦): **مشكلات الطفولة**، ط١، دار الثقافة للنشر، مصر.

٥٥. عبد الله، محمد قاسم (٢٠٠١): **الشخصية استراتيجيتها وتطبيقاتها الإكلينيكية والتربوية الشخصية والعلاج النفسي**، ط١، دار المكتبي، دمشق.

٥٦. عبد الله، محمد قاسم (٢٠٠١): **مدخل إلى الصحة النفسية**، ط-١، دار الفكر، عمان.

٥٧. عثمان، فاروق السيد (٢٠٠١): **القلق وإدارة الضغوط النفسية**، دار الفكر العربي، القاهرة.

٥٨. العجمي، فيصل (٢٠٠٧): **أبعاد الإساءة تجاه الأطفال المعاقين ذهنيا لدى كل من المعلمين وأولياء الأمور في دولة الكويت**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا، جامعة الخليج العربي، مملكة البحرين.

٥٩. العيسوي، عبد الرحمن ( ٢٠٠٤): **كيفية التمتع بالصحة النفسية**، ط ١، دار النهضة العربية، بيروت.

٦٠. الغامدي، طلال (٢٠٠٦ ): **خصائص رسوم عينة من مرضى الرهاب الاجتماعي و دلالتها الرمزية**، بحث مقدم لنيل درجة الماجستير في التربية الفنية، جامعة أم القرى، السعودية.

٦١. غيث، سعاد (٢٠٠٦): **الصحة النفسية للطفل**، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان .

٦٢. فرحة، خليل (٢٠٠٠): **الموسوعة النفسية**، الطبعة الأولى، دار أسامة للنشر والتوزيع، الأردن.

٦٣. الفرماوي، حمدي (٢٠٠٤): **دافعية الإنسان** ، ط١، منشورات دار الفكر العربي القاهرة، مصر.

٦٤. فهمي، مصطفى (١٩٦٧): **علم النفس الإكلينيكي**، مكتبة مصر، القاهرة.

٦٥. فهمي، مصطفى (١٩٧٨): **التكيف النفسي**، مكتبة مصر، دار مصر للطباعة.

٦٦. فهمي، مصطفى (١٩٩٨): **دراسات في سيكولوجية التكيف**، القاهرة، مكتبة الخانجي.

٦٧. القاضي، يوسف، وفطيم، لطفي، وحسين، محمود (١٩٨١): **الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي**، دار المريخ، الرياض، السعودية.

٦٨. القريطي، عبد المطلب (١٩٩٨): **في الصحة النفسية**، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.

٦٩. القوصي، عبد العزيز (١٩٥٢): **أسس الصحة النفسية**، ط٤، مكتبة النهضة المصرية للطباعة والنشر، القاهرة، مصر.

٧٠. الكفافي، جابر عبد الحميد (٢٠٠١): **اضطرابات الشخصية**، القاهرة، دار الفقه.

٧١. كوافحة، تيسير (٢٠٠٤): **علم النفس التربوي وتطبيقاته في مجال التربية الخاصة**، ط1، دار المسيرة، عمان.

٧٢. المالح، حسان (٢٠٠٨): **الاضطرابات النفسية الشائعة وعلاجها**، من الإنترنت: (mailto:director@hayatnafs.com)

٧٣. مجموعة مؤلفين (٢٠٠٠): **موسوعة علم النفس**، ج٣، دار النشر EDIT CRAPS، بيروت.

٧٤. محمد، فوزي (٢٠٠٠): **الصحة النفسية وسيكولوجيا الشخصية**، المكتبة الجامعية الإسكندرية.

٧٥. محمد، عادل (٢٠٠٠): **دراسات في الصحة النفسية، الهوية – الاغتراب – الاضطرابات النفسية**، دار الرشاد، القاهرة.

٧٦. مختار، وفيق (٢٠٠١): **أبناؤنا وصحتهم النفسية**، دار العلم والثقافة، القاهرة، مصر.

٧٧. مرسي، سيد عبد الحميد (١٩٧٦): **الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي والمهني**، مكتبة الخانجي، القاهرة، مصر.

٧٨. مرسي، سيد عبد الحميد (١٩٨٥): **الشخصية السوية**، ط ١، مكتبة وهبة.

٧٩. مرسي، كمال إبراهيم (٢٠٠٠): **السعادة وتنمية الصحة النفسية**، ط ١، دار النشر للجامعات، مصر.

٨٠. مصلح، خولة (٢٠١٠): **نظرية الشخصية (نظرية الأنماط)**، موقع الإنترنت: http://www.afaweeq.com/node/368

٨١. مياسا، محمد ( ١٩٩٧): **الصحة النفسية**، ط ١، منشورات دار العلم للملايين، بيروت، لبنان.

٨٢. ليمان، روبرت وكيجن، توني (١٩٩٨): **تدخلات الصحة النفسية في أطفال ما قبل المدرسة**، ترجمة سليمان الريحاني ونزيه حمدي ونسيمة داوود، المركز العربي للتعريب والترجمة والتأليف، دمشق.

٨٣. الهابط، محمد السيد (٢٠٠٣): **التكيف والصحة النفسية الأمراض النفسية- الأمراض العقلية- مشكلات الأطفال وعلاجها كيف يحافظ الفرد على صحته النفسية**، الطبعة (٣)، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.

٨٤. الهاشمي، محمد (١٩٨٦): **التوجيه والإرشاد النفسي**، دار الشروق، جدة، السعودية.

٨٥. ورقة عمل لجامعة شبيبة القبائل بالجزائر(٢٠٠٩): **القلق لدى اللاعبين وعلاقته بأداء الفريق في كرة القدم**.

٨٦. وزارة التربية (١٩٩٢): **التربية في الجمهورية العربية السورية**، المؤسسة العامة للمطبوعات والكتب المدرسية، وزارة التربية، سورية.

٨٧. وزارة الصحة و منظمة الصحة العالمية (2004).دليل الصحة النفسية للأطباء العاملين في الرعاية الصحية الأولية ،الطبعة الثانية.

## المراجع الأجنبية:

1. American Psychiatric Association, (1994): ***Diagnostic and Statisstical Manual for Mental Disorders (DSM-IV)***, 4th Edition, Washington: APA.

2. Anderson, Donald (1993): ***A case for standards of counselivg practice***. Journal of Counseling & Development.

3. Archer, James Jr. & Cooper, Stewart (1998): ***Counseling and Mental Health Services on Campus: A handbook of Contemporary Practices and Challenges***. San Francisco: Jossey- Bass.

4. Barak, Azy (1999): ***Mental health counseling and sexual harassment in the workplace***. In HINKLE, J. Scott (Ed).

5. Barlow, (2002): ***Anxiety and Its Disorders, The Nature and Treatment of Anxiety and Panic***, 2nd Edition, A Division of Guilford Publication, Inc, New York.

6. Bassett, Lucinda, (2001): ***Attacking Anxiety & Depression, The Midwest Center For Stress and Anxiety***, Inc.

7. Beck *et al*, (1979): ***Cognitive Theory of Depression***, Guilford Press, New York.

8. Black, Richard (1990). ***Mental health counseling and older people drinkers***. Journal of mental health counseling

9. Borders, Dianne (1994): ***Potential of developmental counseling and therapy & systemic cognitive-developmental therapy in addressing two elusive themes health counseling***. Journal of mental health counseling.

49. McGowan, Andrew S. (1993): ***Cable television as a counseling service and a PR tool: A forum for mental health counselors***. Journal of mental health counseling.

50. Millar, Gary M. & Reinken, Mary L. (1977): ***A school-community mental health counseling effort***. School Counselor.

51. Monte, Beneath (1987): ***the Mask: an Introduction to Theories of Personality***, Holt, Rinehart and winson, Inc., New York.

52. Owen, Dean W. Jr. (1996): ***The role of assessment in mental health counseling. In WEIKEL***, William J. & PALMO, Artis J. (Eds).

53. Palmo, Artis J. (1990): ***Mental health counseling: Definitely a profession unto itself***. Counselor Education & Supervision.

54. Palmo, Artis J. (1996): ***Professional Identity of the mental health counselor. In WEIKEL***, William J. & Palmo, ArtisJ. (Eds).

55. Pedersen, Paul (1999): ***The Importance of the Multicultural perspective in mental health counseling***. In HINKLE, J. Scott (Ed).

56. Rasmussen, Rand Z. (1991): ***Person-centered and dialogical counseling: A comparative study***. Dissertation Abstracts International.

57. Rogers, C.(1959): ***Atheroy of therapy ,personality*** .mc graw –will Book CO,NEW YORK.

58. Romic, Charles A. & Gruenke, Carol (1991): ***The use of metaphor to overcome inmate resistance to mental health counseling***. Journal of counseling & development.

59. Patrick. D. & Cummings, M. (1999): **Children's emotional security as a mediator of the link between**

**marital conflict and child adjustment.** Dissertation Abstracts International, 57, 4053.

60. Safford, Philip L. (1978): ***Mental health counseling dimensions of special education programs***. Journal of school health.

61. Seay, Thomas A. & Seay, Mary B. (1996): ***The role of theory in the practice of mental health counseling: history and development. In WEIKEI.,*** William J. & PALMO, Artis J. (Eds).

62. Sherrard. Peter A. (1989): ***Mental health counseling: Benefits of a double description***. Journal of mental health counseling.

63. Skuse, David (1997): **Emotional Abuse and Neglect.** A B C Child Abuse, Third Edition, Edited by Roy Meadow B M J Publishing Group.

64. Smith, Howard B. & Robinson, Gail P. (1995): ***Mental health counseling: Past, Present, and future***. Journal of counseling & development.

65. Spruill, David A. & Fong, Margaret L. (1990): ***Defining the domain of mental health counseling: from identity confusion to consensus***. Journal of mental health counseling.

66. Spruill, DavidA. (1999): ***Definition of mental health counseling: What is it?In HINKLE, J***. Scott (Ed)(1999)pp.

67. Steenbarger, Brett N. & LeClair, Scott (1995): ***Beyond remediation and development: mental health counseling in context***. Journal of mental health counseling.

68. Stokes, Joseph & Damon, Will (1995): ***Counseling and psychotherapy for bisexual men: directions in mental health counseling***. Directions in mental health conseling.

69. Webster, (1991): ***Webster's Ninth New Collegiate Dictionary***. Philippines: Merriam Webster Inc.

70. Weikel, William J. & Palmo, Artis J. (Eds) (1996): ***Foundation of mental health counseling***. Springfield: Charles Thomas.

71. Wiehe, Vernon R. (1999): **Sibling Abuse-Hidden Physical**, Emotional and Sexual Trauma. Second Edition, Thousand Oaks, California: ASGE Publications.

72. Wilcoxon, S. Allen (1990): ***Community mental health conseling: an option for the council for accreditation of counseling & Relateed Educational programs dichotomy.*** Counselor Education & Supervision.

73. ***World Health Organization***, (1992): Calcification of Mental Disorders ICD–10.

74. Ysseldyke, J.(1994):**The Adjustment of Personality,** New Jersey: Houghton Mifflin Company.

ـ المراجع الالكترونية:

75. http://www. twjihi.htm//.

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

## المدقق العلمي

أ.د. محمد الشيخ د

أ.د. سامر جميل رض

د. كمال بـــلا

## المدقيق اللغو

د. فخري بوش

Damascus University