

المقدمة

للإرشاد النفسي والصحة النفسية تاريخ قديم قدم الإنسان ونجد له ذكراً في تاريخ كل الحضارات، إذ يعد موضوع الصحة النفسية من الموضوعات الحيوية في علم النفس، وقد نال اهتماماً كبيراً في أبحاث المتخصصين للعلوم النفسية والطبية والتربوية، كما أنه مصدر اهتمام لجميع الأفراد على اختلاف مواقعهم سواء كانوا متخصصين أو مربين، فالإنسان يسعى في حياته إلى أن يحقق أعلى درجة من درجات الصحة النفسية وراحة البال والتكيف، ألا أن تحقيق هذا الهدف ليس سهلاً ولا يمكن بلوغه دائماً، ومن هذا المنطلق فإن الصحة النفسية نسبية تماماً. أن كل فرد من أفراد المجتمع يواجه عدداً من المشكلات أو الضغوطات النفسية أو الإرهاصات الفكرية خلال حياته، البعض منهم يتعامل معها ويحلها زيواجها ويحقق التكيف، والبعض الآخر لا يستطيع ذلك فيقع في دوامة الاضطرابات النفسية.

ففي زمن قريب لم يكن يعرف شئ يذكر عن آليات الأمراض النفسية في الدماغ، ولكن الأبحاث الحديثة في العلوم العصبية والنفسية أتاحت لنا بصيصاً من المعرفة تمكن العلماء بفضلها من إيجاد أدوية وأساليب فعالة لعلاج هذه الأمراض، ولهذا جاءت الحاجة إلى هذا الكتاب لتوعية كل قارئ وكذلك توعية الطلبة، بأن الإرشاد له طرق وآليات للوقاية من أصابه بالأمراض النفسية التي أصبحت متاحة للجميع، وأن المرض النفسي كباقي الأمراض لا يعد عيباً، وفي النهاية نرجوا من الله عزوجل أن يجعل هذا الجهد المتواضع علماً ينتفع به.

الفصل الأول

مفهوم الإرشاد النفسي والتربوي، نشأته، ومناهجه

إن الإرشاد بمفهومه الواسع نشأ منذ أن وُجد الإنسان، وقديم قدم العلاقات الإنسانية فمن طبيعة الإنسان أن يحكي مشكلاته الشخصية لأقاربه وأصدقائه ومعارفه فيلقى مشاركة وجدانية و إقتراح حلول لهذه المشكلات معنى هذا أن الإرشاد كان موجوداً و يمارس منذ القدم و لكن بدون مصطلح والإطار العلمي.

إذ يُرجع البعض فكرة الإرشاد إلى الفلسفة الإغريقية القديمة، بينما ينسبها آخرون إلى الفلاسفة الإنجليز مثل (لوك وبيركلي وهيوم) وغيرهم، ولكن بداية الإرشاد النفسي كعلم مستقل تأخر حتى عام ١٨٩٨، حينما استقل الإرشاد النفسي عن التوجيه التربوي والمهني والقياس النفسي، لكنه لم يقطع صلته بهذه العلوم، لذلك عند قراءة هذا العلم لا بد من المرور على تاريخ العلوم ذات الصلة به.

بدأت حركة التوجيه والإرشاد في مدارس الولايات المتحدة الأمريكية الحكومية عام ١٨٩٨ على يد "جيسي ديفز" الذي عمل مرشداً في مدرسة ثانوية ديترويت في ولاية (متشيجن) وكان مسؤولاً عن الإرشاد التربوي والمهني لطلاب الصف الحادي عشر.

وفي عام (١٩٠٩) أَلَّفَ "فرانك بارسونز" كتاباً أسماه (اختيار المهنة) ويعدّ أول كتاب في التوجيه المهني، وكانت آراء "بارسونز" وممارساته العلمية في ميدان الإرشاد والتوجيه المهني حافزاً قوياً وأرضية صلبة للعلماء والباحثين في هذا الميدان. وتطورت الخدمات التي كان يقدمها "بارسونز" وأصبحت تستخدم المقاييس المختلفة والمقابلة الشخصية لجمع المعلومات حول الأفراد العاطلين عن العمل والمتعثرين في دراستهم، من أجل توجيههم نحو مهن تتناسب مع قدراتهم.

في عام (١٩١٠) انعقد أول مؤتمر للإرشاد في بوسطن وذلك يعود إلى أن "وليم هايلي" أسس أول عيادة عقلية للأطفال وانتشرت هذه الفكرة، مما ساعد على

انعقاد المؤتمر السابق ذكره. وفي سنة (١٩١٢) أسس ولأول مرة قسم خاص بالإرشاد وأصبح نظاماً في المدارس، وفي عام (١٩١٣) تأسست في الولايات المتحدة الرابطة القومية للتوجيه المهني (National Vocational Guidance Association)

وبدأ الوعي بأهمية الإرشاد يتزايد بعد الحرب العالمية الثانية؛ إذ بدأت تظهر الاضطرابات النفسية نتيجة للحرب مما أدى إلى استخدام الإرشاد النفس الجماعي لمساعدة الأفراد في التخلص من هذه الاضطرابات؛ وذلك لقلّة عدد المرشدين. وشهد عام (١٩٤٢) تحوُّلاً مهماً في ميدان الإرشاد والعلاج النفسي، عندما وضع (كارل روجرز) كتاباً بعنوان "الإرشاد والعلاج النفسي"، مما ساعد في الاهتمام بالإرشاد النفسي وإعطائه هويته المستقلة.

وكان لتأسيس الرابطة الأمريكية للتوجيه والخدمات الشخصية عام (١٩٥١) دور في توسيع برامج الإرشاد ودعمها في المدارس، وبعد ذلك التاريخ توسعت حركة الإرشاد النفسي وازداد عدد المرشدين ومراكز الإرشاد بشكل كبير.

ويُعدّ الإرشاد النفسي اليوم واحداً من العلوم الإنسانية المُعترف بها، ويُدرّس في معظم جامعات العالم، إذ تُمنح الدرجات العلمية في تخصص الإرشاد النفسي، ويتلقى طلبته تدريباً عملياً على فنونه وأساليبه، ويمارسون فيما بعد مهنة الإرشاد. كما أن للإرشاد النفسي نشرات ودوريات في بعض دول العالم وتفرّعت عنه تخصصات جديدة ثم بعدها تطور المفاهيم و النظريات في الصحة النفسية و الطب النفسي وتطورت النظريات و طرق العلاج و في العقد الخامس ظهر الإرشاد غير المباشر والعلاج النفسي الممرّكز حول العميل على يد كارل روجرز وتطور الاهتمام بالاختبارات والمقاييس النفسية و هكذا ساعدت حركة القياس النفسي في تطوير وسائل الإرشاد النفسي وأثناءها أيضا ابتكرت طرق علاجية أخرى ثم بعدها تطور

التوجيه والإرشاد من خلال ماضيه إلى حاضر وأكثر نمواً وأصبح في الوقت الحاضر ملئاً بالسمع والبصر وأصبح الإرشاد النفسي مهنة له مكانة في كثير من المدارس والمصانع وغير ذلك من المؤسسات الاجتماعية و دخل البيوت و أصبحنا نسمع عن أخصائي اجتماعي مثل المرشد النفسي وأصبحنا نسمع أيضاً عن تخصصات فرعية للإرشاد النفسي مثل المرشد المدرسي والمرشد العلاجي وأصبح العمل في الإرشاد النفسي عمل فريق متكامل وفي الوقت الحاضر تعددت وسائل الإرشاد النفسي واشتملت على وسائل جديدة متطورة وهكذا لم تعد خدمات الإرشاد قاصرة و تعددت طرق الإرشاد النفسي بحيث يعتبر مجال الإرشاد التربوي في الوقت الحاضر من أهم مجالات التوجيه و الإرشاد وأصبح خدمة مندمجة متكاملة مع البرنامج التربوي العام و دخل الوالدان كعنصر فعال و ضروري لإنجاح تنفيذ برنامج التوجيه والإرشاد النفسي وأصبح الإرشاد النفسي خدمات ذات برنامج مخطط و منظم بعد أن كان مجرد خدمات محدودة وأصبح مركز حول العميل أكثر من مركز حول المشكلات و أخذ مكانته اللئق في كافة المؤسسات وكثرت مراكز و عبادات الإرشاد النفسي و بتالي أصبحت متخصصة وتزايد الإهتمام في الوقت الحاضر بالبحوث والدراسات العملية في ميدان التوجيه والإرشاد النفسي.

والإرشاد النفسي عبارة عن علاقة مهنية تتجلى في المساعدة المقدمة من فرد إلى آخر، فرد يحتاج إلى المساعدة (المسترشد) وآخر يملك القدرة على تلك المساعدة (المرشد)، وهذه المساعدة تتم وفق عملية تخصصية تقوم على أسس وتنظيمات وفنيات تتيح الفرصة أمام الطالب لفهم نفسه وإدراك قدراته بشكل يمنحه التوافق والصحة النفسية ويدفعه إلى مزيد من النمو والإنتاجية، وتبنى هذه العلاقة المهنية (علاقة الوجه للوجه) بين المرشد والمسترشد في مكان خاص يضمن سرية أحاديث المسترشد، والإرشاد عملية وقائية ونمائية وعلاجية تتطلب تخصصاً وإعداداً وكفاءة

ومهارة وسمات خاصة تعين المسترشد على التعلم واتخاذ القرارات والثقة بالنفس وتنمية الدافعية نحو الإنجاز، ويهدف التوجيه والإرشاد التربوي إلى تحقيق النمو الشامل للطالب ولا يقتصر ذلك على مساعدته في ضوء قدراته وميوله في المحيط المدرسي فحسب بل يتعدى ذلك إلى حل مشكلاته وتوثيق العلاقة بين البيت والمدرسة، وتغيير سلوك الطالب إلى الأفضل تحت مظلة الإرشاد النفسي، وهذا بدوره يقود إلى تحقيق الهدف نحو تحسين العملية التربوية.

لقد أصبح إنسان هذا العصر بحاجة ماسة إلى التوجيه والإرشاد أيا كان موقعه وعمره بحكم التغيرات الاجتماعية والاقتصادية والمهنية والتقنية المتسارعة، ولإيضاح مفهوم الإرشاد النفسي والتربوي سنقدم بعض التعريفات التي وردت حول هذا المفهوم.

- **الإرشاد النفسي:** هو عملية تهدف إلى إرشاد المسترشد إلى فهم وتحليل أ استعداداته وقدراته وإمكانياته وميوله والفرص المتاحة أمامه والمشكلات التي يعاني منها، وذلك للوصول إلى اتخاذ القرارات التي تحقق له التكيف والعيش السعيد.

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

- **الإرشاد النفسي:** هو علاقة شخصية وجها لوجه بين شخصين أولهما وهو (المُرشد) من خلال مهاراته وباستخدام العلاقة الإرشادية، يوفر موقفا تعليميا للشخص الثاني، (المسترشد) وهو نوع عادي من الأشخاص، حيث يساعده على

تفهم نفسه وظروفه الراهنة والمقبلة، وعلى حل مشكلاته وتنمية إمكانياته بما يحقق اشباعاته وكذلك مصلحة المجتمع في الحاضر والمستقبل.

- **الإرشاد النفسي:** ويتضمن المقابلة في مكان خاص يستمع فيه المرشد ويحاول فهم المسترشد، ومعرفة ما يمكنه تغييره في سلوكه بطريقة أو أخرى، يختارها ويقرها المسترشد، ويجب أن يكون المسترشد يعاني من مشكلة ويكون لدى المرشد المهارة والخبرة للعمل مع المسترشد للوصول إلى حل المشكلة.

- **وقد عرف زهران (١٩٧٧) الإرشاد النفسي:** بأنه عملية بناءة تهدف إلى مساعدة الفرد لكي يفهم ذاته ويدرس شخصيته ويتعرف خبراته ويحدد مشكلاته ويحلها في ضوء معرفته ورغبته وتعليمه وتدريبه لكي يصل إلى تحديد أهدافه والصحة النفسية والتوافق الشخصي والتربوي والمهني والاسري.

- **الجمعية الأمريكية لعلم النفس (١٩٨٠):** إنه الخدمات التي يقدمها اختصاصيون في علم النفس الإرشادي وفق مبادئ وأساليب دراسة السلوك الإنساني خلال مراحل نموه المختلفة ويقدمون خدمات لهم لتأكيد الجانب الايجابي بشخصية المسترشد واستغلاله لتحقيق التوافق لدى المسترشد، وبهدف اكتساب مهارات جيدة تساعد على تحقيق مطالب النمو والتوافق مع الحياة، واكتساب قدرة اتخاذ القرار، ويقدم الإرشاد لجميع الأفراد في المراحل العمرية المختلفة وفي المجالات المختلفة، الأسرة والمدرسة والعمل.

- **باترسون (Patterson) (١٩٧٤):** وهو عملية يتم فيها التفاعل بهدف أن يتضح مفهوم الذات والبيئة، وبهدف بناء وتوضيح أهداف أو قيم تتعلق بمستقبل الفرد المسترشد.

ومن خلال أستعراض هذه التعاريف نلاحظ أن عملية الإرشاد النفسي عبارة عن خدمة نفسية يقدمها مرشد متخصص في مجال علم النفس بفروعه المختلفة، في

سبيل مساعدة الفرد على فهم نفسه وتحليل قدراته والإمكانيات في حل المشاكل التي يتعرض لها ليتوافق مع مجالات حياته المختلفة سواء كانت اجتماعية أم نفسية أم تربوية وشخصية.

إن الإرشاد التربوي عبارة عن "عملية منظمة ومخططة تهدف مساعدة الطالب لكي يفهم ذاته ويعرف قدراته ويطور مهاراته ويحل مشكلاته ويحقق أهدافه في إطار القيم المجتمعية والأهداف العامة للتعليم في المجتمع وبالتالي تحقيق التوافق النفسي والتربوي والمهني والاجتماعي للمسترشد.

فإن الإرشاد النفسي هو فن يحتاج الى مهارة وخبرة في الطبقة الانسانية والمشكلات النفسية، بالإضافة الى ذلك، تعد الممارسة والتدريب شيئاً مهماً في هذا المجال، ليكون له استبصار في حل المشكلات وتمكين الفرد في التخلص من مشكلاته الحالية ورؤيا معرفية صحيحة.تخلصه من التفكير السلبي.

مناهج الارشاد النفسي :

أولاً- المنهج الإنمائي:

ويطلق عليه المنهج الإنشائي أو التكويني ويحتوي على الإجراءات والعمليات الصحيحة التي تؤدي إلى النمو السليم لدى الأشخاص العاديين والأسوياء لتقوية الجوانب الإيجابية ودعمها، والارتقاء بأنماط سلوكهم المرغوبة خلال مراحل نموهم حتى يتحقق أعلى مستوى من النضج والصحة النفسية والتوافق النفسي عن طريق نمو مفهوم موجب للذات وتقبلها، وتحديد أهداف سليمة للحياة، وتوجيه الدوافع والقدرات والإمكانات التوجيه السليم نفسياً واجتماعياً وتربوياً ومهنياً ورعاية مظاهر الشخصية الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية.

ثانياً – المنهج الوقائي:

ويطلق عليه التحصين النفسي ضد المشكلات النفسية والاجتماعية والتربوية والوقاية من المشكلات والأمراض النفسية، وذلك بالاكتشاف المبكر لها، محاولة للتقليل من أثر المرض ومنع تفاقمه.

ثالثاً – المنهج العلاجي:

ويتضمن مجموعة الخدمات التي تهدف إلى مساعدة الشخص لعلاج مشكلاته والعودة إلى حالة التوافق والصحة النفسية على المستوى البسيط، ويهتم هذا المنهج باستخدام الأساليب والطرق والنظريات العلمية المتخصصة في التعامل مع المشكلات من حيث تشخيصها ودراسة أسبابها، وطرق علاجها، والتي يقوم بها المتخصصون في مجال الإرشاد النفسي، لا يتم التعامل هنا مع الاضطرابات او المرض النفسي بل يتم التحويل.

أهداف الارشاد النفسي**أولاً – تحقيق الذات: Self – actualization**

إن الهدف الرئيس للإرشاد النفسي هو العمل مع الفرد حسب حالته سواء كان عاديا أم متوقفاً أم ضعيف العقل أو متأخراً دراسياً أو جانحاً، ومساعدته في تحقيق ذاته إلى درجة يستطيع فيها أن ينظر إلى نفسه فيرضى عما ينظر إليه.

ويقتضي دور المرشد النفسي في مساعدة الفرد على تنمية مفهوم إيجابي للذات بحيث يتطابق مفهوم الفرد الواقعي عن ذاته مع المفهوم المثالي للذات، لأنه أكثر المشكلات التي يعاني منها الفرد هو عدم التطابق بين الذات الواقعية والذات المثالية، والمفهوم السلبي للذات.

ويؤكد كارل روجرز أن الفرد لديه دافع أساسي يوجه سلوكه وهو دافع تحقيق الذات. ونتيجة لوجود هذا الدافع فإن الفرد لديه استعداد دائم لتنمية فهم ذاته ومعرفة

وتحليل نفسه وفهم استعداداته وإمكاناته أي تقييم نفسه وتقويمها وتوجيه ذاته. ويتضمن ذلك " تنمية بصيرة المسترشد ". ويركز الإرشاد النفسي الممرکز حول العميل أو الممرکز حول الذات على تحقيق الذات إلى أقصى درجة ممكنة، كذلك يهدف الإرشاد النفسي إلى نمو مفهوم موجب للذات، التي تعد كينونة الفرد وحجر الزاوية في شخصيته، ومفهوم الذات الموجب **positive self – concept** يعبر عن تطابق مفهوم الذات الواقعي (أي المفهوم المدرك للذات الواقعية كما يعبر عنه الشخص) مع مفهوم الذات المثالي (أي المفهوم المدرك للذات المثالية كما يعبر عنه الشخص). ومفهوم الذات الموجب عكس مفهوم الذات السالب الذي يعبر عنه عدم تطابق مفهوم الذات الواقعي ومفهوم الذات المثالي.

وهناك هدف بعيد المدى للإرشاد وهو " توجيه الذات **self – guidance** "

أي تحقيق قدرة الفرد على توجيه حياته بنفسه بذكاء وبصيرة وكفاية في حدود المعايير الاجتماعية، وتحديد أهداف للحياة وفلسفة واقعية لتحقيق هذه الأهداف، نحو النمو السوي الذي يتضمن التحسن والتقدم وليس مجرد التغيير، لأن ليس كل تغيير تحسناً.

ثانياً- تحقيق التوافق: **Adjustment**

من أهم أهداف التوجيه والإرشاد النفسي تحقيق التوافق، أي تناول السلوك والبيئة الطبيعية والاجتماعية بالتغيير والتعديل حتى يحدث توازن بين الفرد وبيئته، وهذا التوازن يتضمن اشباع حاجات الفرد ومقابلة متطلبات البيئة.

ويجب النظر إلى التوافق النفسي نظرة متكاملة بحيث يتحقق التوافق المتوازن

في كافة مجالاته. ومن أهم مجالات تحقيق التوافق ما يأتي:

١. تحقيق التوافق الشخصي: أي تحقيق السعادة مع النفس والرضا عنها واشباع

الدوافع والحاجات الداخلية الفطرية والعضوية والفسولوجية والثانوية المكتسبة،

ويعبر عن سلم داخلي أذ يقل الصراع، ويتضمن كذلك التوافق لمطالب النمو في مراحل المتابعة.

٢. تحقيق التوافق التربوي: وذلك عن طريق مساعدة الفرد في اختيار أنسب المواد الدراسية والمناهج في ضوء قدراته وميوله وبذل أقصى جهد ممكن بما يحقق النجاح الدراسي.

٣. تحقيق التوافق المهني: ويتضمن الاختيار المناسب للمهنة والاستعداد علميا وتدريبيا لها والدخول فيها والإنجاز والكفاءة والشعور بالرضا والنجاح، أي وضع الفرد المناسب في المكان المناسب بالنسبة له وبالنسبة للمجتمع.

٤. تحقيق التوافق الاجتماعي: ويتضمن السعادة مع الآخرين والالتزام بأخلاقيات المجتمع ومسايرة المعايير الاجتماعية وقواعد الضبط الاجتماعي وتقبل التغيير الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي السليم والعمل لخير الجماعة وتعديل القيم مما يؤدي إلى تحقيق الصحة الاجتماعية، ويدخل ضمن التوافق الاجتماعي التوافق الأسري والتوافق الزوجي.

ثالثاً - تحقيق الصحة النفسية:

إن الهدف الأساس للإرشاد النفسي هو تحقيق الصحة النفسية والرضا عن النفس وسعادتها. ويلاحظ هنا فصل تحقيق الصحة النفسية كهدف عن تحقيق التوافق كهدف ويرجع ذلك إلى أن الصحة النفسية والتوافق النفسي ليسا مترادفين، فالفرد قد يكون متوافقاً مع بعض الظروف وفي بعض المواقف ولكنه قد يكون صحيحاً نفسياً لأنه قد يساير البيئة خارجياً ولكنه يرفضها داخلياً.

ويرتبط بتحقيق الصحة النفسية كهدف حل مشكلات المسترشد أي مساعدته في حل مشكلاته بنفسه، ويتضمن ذلك التعرف على أسباب المشكلات وأعراضها وإزالة الأسباب وإزالة الأعراض، وهذا يساعد الفرد على التمتع بالصحة النفسية.

رابعاً- تحسين العملية التربوية:

إن أكبر المؤسسات التي يعمل فيها الإرشاد النفسي هي المدرسة، ومن أكبر مجالاته مجال التربية. وتحتاج العملية التربوية إلى تحقيق جو نفسي صحي للتلميذ كفرد في حد ذاته وكعضو في جماعة الفصل والمدرسة والمجتمع وتحقيق الحرية والأمن والارتياح بما يتيح فرصة نمو شخصية التلميذ من كافة جوانبها ويحقق تسهيل عملية التعليم، ولتحسين العملية التربوية يُوجّه الاهتمام إلى ما يأتي:

- إثارة الدافعية وتشجيع الرغبة في التحصيل واستخدام الثواب والتعزيز وجعل الخبرة التربوية التي يعيشها التلميذ كما ينبغي أن تكون من حيث الفائدة المرجوة.
- عمل حساب الفروق الفردية وأهمية التعرف على المتفوقين ومساعدتهم على النمو التربوي في ضوء قدراتهم.
- إعطاء كم مناسب من المعلومات الأكاديمية والمهنية والاجتماعية تفيد في معرفة التلميذ لذاته وفي تحقيق التوافق النفسي والصحة النفسية وتلقي الضوء على مشكلاته وتعليمه كيف يحلها.
- توجيه التلاميذ إلى طريقة المذاكرة والتحصيل السليم بأفضل طريقة ممكنة حتى يحققوا أكبر درجة ممكنة من النجاح.

وهكذا نرى أن تحسين العملية التربوية يُعد من أهم أهداف التوجيه والإرشاد

النفسي في المجال التربوي الذي يهمننا بصفة خاصة.

العلاقة بين الإرشاد النفسي والتربوي والعلوم الأخرى:

إن الإرشاد النفسي فرع من فروع علم النفس التطبيقي لذلك فهو يستفيد من عدد من العلوم النفسية والاجتماعية، وذلك بسبب اتصاله وارتباطه بالإنسان وسبب أهميته البالغة في حياتنا الحاضرة من ناحية أخرى.

- علاقته بعلم النفس العام :

يعد علم النفس العام هو المقدمة التي لا غنى عنها لكل الدارسين والعاملين في المجالات النفسية. فالسلوك والحاجات والدوافع و الميول والاتجاهات هي من الموضوعات التي يهتم بها علم النفس العام من جهة، كما أنها تقع في قلب عملية التوجيه والإرشاد النفسي من جهة أخرى، فلا عجب أن نرى إصرار مؤسسات التعليم العالي و تدريب المرشدين النفسيين على ضرورة أن يكون الطالب المتقدم لهذا المجال قد درس عددا من الوحدات الدراسية في مجال علم النفس كشرط لقبوله للدراسة في هذا المجال.

- علاقته بعلم الاجتماع :

يعد علم الاجتماع من العلوم ذات الصلة القوية بالعلوم النفسية بالإضافة إلى ذلك نجد أن هناك اتجاها قويا في مجال التوجيه والإرشاد النفسي يقوم على أسس اجتماعية تربط ما بين مظاهر اجتماعية وأساليب التنشئة و بين الاضطرابات العقلية والنفسية. فنظرية التحليل النفسي تشير إلى مشاركة العوامل الاجتماعية، وكذلك نظرية التحليل النفسي الحديث، كما تولي النظرية السلوكية عمليات التعليم الاجتماعي أهمية كبرى في تفسيرها.

- علاقته بعلم الصحة النفسية:

يهتم علم الصحة النفسية بتحديد شروط الوقاية والسلامة من الاضطرابات، وتحاشي الإصابة بالمشاكل النفسية كالقلق والاكتئاب وغيرها من جهة نظرية، لذلك فإن التوجيه والإرشاد يعد الجانب العلمي لعلم الصحة النفسية. فعن طريق التوجيه والإرشاد النفسي يمكن معالجة الاضطرابات و تحصين الجسم بعوامل الوقاية والمقاومة وتحسين مستوى التفاعل الحالي عن طريق الاستفادة من القدرات والاستعدادات.

- علاقته بعلم النفس الشواذ:

عادة ما يهتم علم النفس الشواذ بوصف الاضطرابات وأسبابها وعوامل حدوثها والبيئة المشجعة على زيادة الاضطرابات أو تحاشيه غير أن هذا العلم كثيرا ما يقف عند حد تقديم معارف وصفية. لذا فإن التوجيه والإرشاد النفسي يبدأ حيث ينتهي علم النفس الشواذ فيتناول المريض أو المضطرب بالتشخيص والعلاج وتدعيمه بشكل يؤدي إلى مقاومته لتلك الاضطرابات في حالة تعرضه لمواقف شبيهة بالمواقف التي حدث فيها الاضطراب وانحراف السلوك.

- علاقته بعلم الإحصاء :

إذ لا يوجد مجال علمي اليوم لا يتصل بعلم الإحصاء من قريب أو بعيد فقد تولى علم الإحصاء بأساليبه و تقنياته تسهيل الأمر على كثير من العلوم بتقديمه المعلومات الضرورية و من ذلك مجال التوجيه و الإرشاد النفسي، مما جعلنا نعرف احتمالات حدوث ظاهرة مرضية معينة و نسبة ذلك الحدوث واحتمالات الشفاء منها وغيرها، كما يقدم لنا علم الإحصاء النسب التقريرية لحالات السوء، وعدم السوء في المجتمع ويساهم في ترتيب نتائج البحوث وإبرازها في شكل نسب وأرقام وإحصائيات سهلة القراءة وواضحة المعالم.

- علاقته بعلم الأعصاب:

يرتبط مجال التوجيه والإرشاد النفسي، بعلاقات كثيرة ومتعددة بعلم الأعصاب. فعلم الطب النفسي العصبي يعد نتاجا مشتركا لعلم النفس وعلم الأعصاب معا هذا من جهة ومن جهة أخرى فإن علاقة المخ والأعصاب بالسلوك وبخاصة الجهاز العصبي الطرفي المستقل يعد سببا كافيا لتأكد العلاقة بين المجالين. هذا فضلا عن أن أي طالب مقدم على اختيار مجال التوجيه والإرشاد النفسي كمهنة لا بد له. خلال مرحلة إعداداه من التعرف من خلال علم النفس

الفسولوجي والإكلينيكي على أجهزة الجسم ووظائف كل جهاز و علاقته بالحالة المزاجية والانفعالية للإنسان وسلوك الكف والإثارة والميكانيزمات الخاضعين لها.

- علاقته بعلم القانون :

لقد ارتبط علم القانون بالعلوم النفسية في أكثر من اتجاه. فعلم النفس الجنائي، والأسباب النفسية للجنوح أو الإجرام، والحالة الانفعالية أو العقلية للمجرم وقت وقوع الجريمة تعد جميعاً من العوامل التي وطدت العلاقة بين علم القانون ومجال التوجيه والإرشاد النفسي. هذا فضلاً عن أن كلا المجالين يعملان على مقاومة عدم السوء، وكلاهما يسعيان إلى إيجاد مجتمع سوي خال من أعراض الاضطرابات، وكلاهما يطمحان إلى تعديل سلوك المنحرفين أو إعادة تشكيلة بما يضمن توافقهم مع الواقع الاجتماعي وعدم عودتهم إلى الانحراف .

- علاقته بعلم الأديان :

نتيجة للتقدم الثقافي المعاصر واكتشاف الإنسان لأثر الدين العميق في حياته إتجه العلماء إلى فحص العلاقة بين الدين وكثير من المجالات العلمية ومن بينها مجال التوجيه و الإرشاد النفسي، وقد اتضح من نتائج الدراسات والبحوث أن للدين تأثيراً كبيراً في علاج و شفاء العديد من الأمراض النفسية. ولا نذهب بعيداً إذا ما قلنا بأن أنصار أساليب الإرشاد والعلاج الموجه ربما إستلهموا أفكارهم من تأثير تعاليم الدين على النفوس، فالإيمان يؤدي إلى تغيير الاتجاهات وإلى تعديل السلوك وإلى السيطرة على النفس بحيث يصبح السلوك شعورياً. وإذا ما تفحصنا أساليب الإرشاد والعلاج الموجه المتمثلة في التعليم والتدريب والإقناع والإيحاء لوجدنا أنها تختلف كثيراً عما يحدث في مجال الإرشاد والتوجيه الديني الذي يعد فرعاً من فروع التوجيه والإرشاد النفسي المعترف بها.

طرق الإرشاد النفسي والتربوي Methods of counseling

هناك عدة طرق مستخدمة في الإرشاد النفسي والتي ترتبط بمعظم النظريات الإرشادية والنفسية والتي منها.

أولاً - الإرشاد الفردي : Individual Counselling

يُعد الإرشاد الفردي العملية الرئيسة في التوجيه والإرشاد وهو تعامل المرشد مع مسترشد واحد وجهاً لوجه في الجلسات الإرشادية وتعتمد فاعليته أساساً على العلاقة الإرشادية المهنية أي أنه علاقة مخطط لها بين المرشد والمسترشد، ويشتمل الإرشاد الفردي بعض الحالات النفسية والاجتماعية والاقتصادية والصحية وعلى الشكل التالي:

- أ. تبادل المعلومات وأثارة الدافعية لدى المسترشد.
- ب. المشكلات المدرسية: مثل الإعادة وتكرار الرسوب والتأخر الدراسي والتسرب والغياب بدون عذر وببطء التعليم وصعوباته اضطراب العادات الدراسية مثل الاستذكار وحل الواجبات المنزلية وتنظيم الوقت.
- ج. الحالات الاجتماعية: مثل التنكك الاسري القائم على انفصال أحد الوالدين أو طلاقهما وحالات الانحراف المختلفة كالسرقة وإيذاء الآخرين وجنوح الأحداث والتدخين والتعاطي واستنشاق المواد الطيارة .
- د. الحالات النفسية: مثل العزلة والإنطواء والعدوانية والقلق والسلوك اللاتوافقي والمخاوف المرضية كخوف المدرسة وخوف الاختبارات وغيرها من المخاوف المختلفة وإيذاء الاطفال والسلوك الإدماني بأنوعه.
- هـ. الحالات الصحية : مثل الاصابة بأحد أو بعض الأمراض المزمنة أو أمراض العصر وغيرها من الامراض المختلفة أو الاعاقات الحسية والحركية والضعف البصري والسمعي أو وجود مشكلات في النطق.



ثانياً- الإرشاد الجماعي:

هو إرشاد عدد من العملاء الذين يحسن أن تتشابه مشكلاتهم وأضطراباتهم معاً، في جماعات صغيرة، كما يحدث في جماعة إرشادية في فصل، وتعد عملية تربية لأنه يقوم على أساس تربوي.



حالات استخدام الإرشاد الجماعي:

١. توجيه الوالدين في إرشاد أبنائهم.
٢. إرشاد جماعات الاطفال والشباب والراشدين والشيوخ والمغتربين.
٣. يستخدم في الإرشاد الاسري.
٤. الإرشاد المهني في المدارس والمؤسسات.

٥. يستخدم لأصحاب الحالات ذات المشكلات العامة مثل التوافق الاجتماعي والمدرسي.

أساليب الإرشاد الجماعي :

هناك عدة أساليب في الإرشاد الجماعي والتي منها.

أولاً- التمثيل النفسي المسرحي السيكودراما :

وهو عبارة عن تصوير تمثيلي مسرحي لمشكلات نفسية في شكل تعبير حر في موقف جماعي يتيح فرصة التنفيس الانفعالي التلقائي والاستبصار الذاتي، وأهم ما في التمثيل النفسي المسرحي، هو حرية السلوك لدى الممثلين المسترشدين وتلقائيتهم، بما يتيح التداعي الحر والتنفيس الانفعالي، إذ يعبرون بحرية تامه في موقف تمثيلي فعلي عن اتجاهاتهم ودوافعهم وصراعاتهم، بما يؤدي إلى تحقيق التوافق والتفاعل الاجتماعي السليم والتعلم والخبرة. ويكون موضوع التمثيلية، عادة قصه تدور حول خبرات مثل خبرات المسترشد الماضي وخبراته الحاضرة والمستقبلية التي يخافها، ويدور موضوع القصة حول مواقف هدفها التنفيس الانفعالي واخرى إلى حل الصراع وتحقيق التوافق النفسي، وتألّف موضوع القصة من خلال المسترشدين أنفسهم تلقائياً حسب ما يقتضيه الموقف، ودور المسترشد كما هو في الحياة العامة.

ثانياً - التمثيل الاجتماعي المسرحي السوسيو دراما :

وهو النوع الذي يعالج فيه مشكلة عامه لعدد من العملاء أو المشكلات الاجتماعية بصفه عامه يعد بمثابة توأم للتمثيل النفسي المسرحي ويطلق عليها أسم لعب الدور.

ثالثاً - المحاضرات والمناقشات الجماعية :

إذ يلعب فيها عنصر التعليم وإعادة التعليم، إذ يعتمد على أساس إلقاء محاضرات سهله على المسترشدين ويليها مناقشات، وذلك لتغيير اتجاهات

المسترشدين، إذ يستخدم أسلوب المحاضرة المكتوبة، إذ يقوم المسترشد بقراءتها ويعلق عليها ويناقشها الجميع، ومن خلال هذه المناقشات الحره نصل الى قرار جماعي أكثر صدقاً وأتزاناً، وغالباً ما تكون المحاضرات عن الصحة النفسية والمرض النفسي والتوافق وعمل الجهاز العصبي المركزي.

مزايا الارشاد الجماعي :

للارشاد الجماعي عدة مزايا يمتاز بها ومنها.

١. يعد أنسب طرق الارشاد للمسترشدين الذين لا يتجاوبون ولا يتعاونون في الارشاد الفردي.

٢. الاقتصاد في نفقات الارشاد وتوفير الجهد وخفض عدد المرشدين.

٣. يعد أنسب طرق الارشاد في البلاد النامية التي تعاني نقص شديد في عدد المرشدين.

٤. شعور المسترشد بأنه يعطي ولا يأخذ فقط.

٥. الإفادة من أخطاء الغير عند سماع قصصهم وتواريخ حياتهم.

٦. يطمئن المسترشد بأنه ليس الوحيد الذي يعاني من مشكلات نفسية.

عيوب الارشاد الجماعي :

١. يحتاج إلى خبرة وتدريب خاص أكثر من الارشاد الفردي.

٢. يتنافى مع أخلاقيات الارشاد النفسي في سرية المعلومات.

٣. شعور بعض المسترشدين بالخجل عند حديثهم عن مشكلاتهم.

٤. عدم التمكن من أحداث تغييرات جوهرية في البناء الأساس لشخصية العميل.

الفرق بين الإرشاد الفردي والإرشاد الجماعي

بالرغم من وجود بعض التشابه بين هاتين الطريقتين في الأهداف والاجراءات إلا أنه يوجد هناك بعض الاختلافات.

الإرشاد الجماعي	الإرشاد الفردي
١. وقت الجلسة الإرشادية ساعة ونصف.	١. وقت الجلسة ٤٥ دقيقة.
٢. يتركز الاهتمام على كل الجماعة.	٢. يتركز الاهتمام على الفرد فقط .
٣. يتركز الاهتمام مع المشكلات العامة.	٣. يتركز الاهتمام مع المشكلات الخاصة
٤. دور المرشد أكثر تعقيداً.	٤. دور المرشد أسهل.
٥. الاهتمام بالسلوك الاجتماعي من خلال الجماعة.	٥. ينقصه المناخ الاجتماعي.

ثالثاً - الإرشاد المباشر :

وهو الإرشاد الممركز حول المرشد وفيه يقوم المرشد بالدور الايجابي النشط وفيه يتحمل المرشد المسؤولية كاملة ويعد نوع من أنواع الإرشاد القسري أو المفروض، ويستعمل في حالة نقص معلومات المسترشد وعجزه عن حل مشكلاته وهدفه محصور في حل مشكلات المسترشد، وكذلك يستعمل مع المسترشدين الذين تنقصهم المعلومات وتكون مشكلاتهم واضحة ومحددة، ويستعمل أيضاً في مجال الإرشاد العلاجي.

خطوات إجراء الإرشاد المباشر:

يمكن إيجاز أهم الخطوات عند إجراء الإرشاد المباشر بما يأتي:

- التحليل: أي تحليل البيانات بعد جمعها.
- التركيب: أي تجميع، وتلخيص، وترتيب المعلومات.

ج. التشخيص: أي تشخيص المشكلة وتحديد أغراضها.

د. المتابعة: أي يقوم المرشد بمتابعة الحالة بعد أن ينتهي من العملية الإرشادية.

عيوب الإرشاد المباشر:

إنه يتنافى وأخلاقيات الإرشاد النفسي إذ إنّ من أخلاقيات الإرشاد النفسي هو

عدم إعطاء حلول جاهزة.

رابعاً - الإرشاد غير المباشر

وهو الإرشاد الممرّكز حول المسترشد وحول الذات وهو أقرب طرائق الإرشاد

النفسي إلى العلاج النفسي، والهدف الأساس من هذا الإرشاد هو مساعدة المسترشد

على النمو النفسي السوي والتطابق بين مفهوم الذات الواقعي ومفهوم الذات المدرك

ومفهوم الذات المثالي ومفهوم الذات الاجتماعي.

ويمكن استعمال الإرشاد غير المباشر مع المسترشدين الذين يكون نكاؤهم

متوسط أو أكثر طلاقة لفظية. ويمكن أن يفيد في مجال الإرشاد العلاجي والإرشاد

الزواجي وكذلك مع حل المشكلات الشخصية للشباب.

عيوب الإرشاد غير المباشر:

١. قد يراعي الإنسان على حساب العلم.

٢. يهمل عملية التشخيص على رغم إجماع معظم طرائق الإرشاد النفسي عليها.

٣. يعطي حرية كبيرة للمسترشد بحيث يكون هو القائد للعملية الإرشادية.

الفرق بين الإرشاد المباشر وغير المباشر:

يمكن أن نوجز أهم الفروق بين الإرشاد المباشر وغير المباشر فيما يأتي:

الإرشاد غير المباشر	الإرشاد المباشر
١. يتمركز حول المسترشد.	١. يتمركز حول المرشد النفسي التربوي.
٢. يستغرق وقتاً أطول نسبياً.	٢. قد يستغرق وقتاً أقل نسبياً.
٣. المسترشد هو الذي يقوم جلسات الإرشاد وهو المسؤول الأكثر.	٣. المرشد هو المسؤول الأول عن العملية الارشادية ويقودها .
٤. المسترشد هو يقيم سلوكه وهو الذي يتخذ قراراته بنفسه من دون تدخل المرشد.	٤. المرشد هو الذي يقيم سلوك المسترشد ويدفعه إلى اتخاذ القرارات.

الفصل الثاني

مبادئ الإرشاد النفسي

يعتمد الإرشاد النفسي على عدد من المبادئ الرئيسية في العملية الإرشادية المعتمده على الدراسة العلمية لسلوك الإنسان والتي يمكن أن توجز فيما يأتي.

١. الثبات النسبي للسلوك الإنساني:

يكتسب السلوك الانساني صفة الثبات النسبي والتشابه بين الماضي والحاضر والمستقبل وكون السلوك ثابتا نسبيا فإنه يمكن التنبؤ به في المستقبل عند الأشخاص العاديين، وأن سلوك الإنسان يتفاعل مع البيئة كأستجابة للمثيرات. وتتدرج هذه المثيرات من السلوك البسيط كالفعل المنعكس الى السلوك المعقد كإلقاء محاضرة في مؤتمر، وبما ان المرشد النفسي لديه الكفاءة في تعديل السلوك لذلك فإن فهم سلوك الطالب ودراسة طرائق تعديله أمر ضروري في عملية التوجيه والإرشاد النفسي.

٢. مرونة السلوك الانساني :

بالرغم من أن السلوك الانساني ثابت نسبيا إلا أنه قابل للتغيير والتعديل، إذ أن التعلم ما هو إلا عملية تعديل السلوك، فمثلاً تم تدريب الإنسان الذي تم العثور عليه في غابة أفيرون على بعض أشكال السلوك الإنساني، بالإضافة الى إعادة تأهيل الاحداث الجانحين والمصابين بالأمراض النفسية، لذلك على المرشد النفسي أن يؤمن بهذا المبدأ حتى يستطيع تعديل سلوك الفرد.

٣. السلوك الانساني فردي - جماعي :

يعد السلوك الانساني فرديا جماعيا بالرغم من تميزه الظاهر أحيانا بأنه فردي خالص أو جماعي خالص فكل شخص يعد شخصا متميزا عن الآخرين ولا بد للمرشد النفسي أن يأخذ ذلك بعين الاعتبار حتى يتمكن من توجيه الأفراد إلى ما يحقق مصلحة الجماعة التي ينتمي اليها، فإن الإنسان لديه اللاشعور الشخصي

المتمل بالخبرات الشخصية التي أكتسبها من خلال مسيرة حياته وتفاعله مع البيئه الاجتماعية التي ينتمي اليها، أما اللاشعور الجمعي الذي يتمثل بالميراث البشري الذي توارثه عن أسلافه من عادات وتقاليد وأعراف مثلت الثقافة المجتمعية السائدة. وهكذا نرى أن كل سلوك فردي فيه آثار التدريب الاجتماعي.

إذن نستطيع القول إن الجماعة تعد الإطار المرجعي الذي يحدد سلوك الفرد فهي التي تحدد السلوك المرغوب فيه من السلوك غير المرغوب فيه، والحلال والحرام وما ينبغي أن يقوم به الفرد خلال سلوكه مع المجتمع الذي يعيش فيه.

فمن خلال ما تقدم نلاحظ أن سلوك الفرد هو متعلم من الجماعة من سن الطفولة إلى سن الرشد، فإنه يتربى في ظل الأسرة وأساليب التنشئة الاجتماعية من قبل الوالدين، وبعدها الانخراط في المؤسسات التربوية كرياض الأطفال إلى المدرسة إلى حيث ما يستطيع الوصول إليه، فإنه يتعلم من الجماعة.

٤. استعداد الإنسان للتوجيه والإرشاد:

ينبغي أن يكون لدى الإنسان العادى الاستعداد للتوجيه والإرشاد، وأن يكون راضياً عن الإرشاد النفسي، وأن يكون المرشد على علم بهذا المبدأ. فأإنسان فيحتاج إلى التوجيه والإرشاد من الطفولة إلى نهاية الحياة، فهناك الإرشاد الاسري، الزواجي، المهني والتربوي.... الخ، فنحن بحاجة إلى التوجيه والنصح، فمثلاً نلجأ إلى كبير السن أو رجل القانون أو الطبيب لغرض النصح والاستفادة من خبراتهم نحو الطريق الصحيح، وذلك لأن العملية الإرشادية تزيد من المعلومات وتوضح بعض الأشياء التي لا علم لنا بها.

٥. حق الفرد في الإفادة من التوجيه والإرشاد :

من حق المسترشد على المجتمع الذى يعيش فيه الاستفادة من خدمات التوجيه والإرشاد ليحقق سعادته في حياته الشخصية والمهنية.

٦. حق الفرد في تقريره مصيره بنفسه :

من مؤشرات النمو السوي، أن يكون لدى الفرد القدرة على اتخاذ القرار المناسب والتخطيط والاعتماد على النفس وتحمل المسؤولية وتقرير مصيره، فالتوجيه والإرشاد النفسي ليس إجبارياً وإنما يقدم اختياراً للفرد في استغلال قدراته وإمكانياته العقلية والمعرفية والجسمية بما يحقق أهدافه التي يسعى لتحقيقها وذلك بتبصر الفرد لهذه الإمكانيات وعلى المرشد أن يراعي هذا المبدأ في تعامله مع المسترشد.

٧. تقبل واحترام الفرد.

إن من أهم العوامل المهمة في نجاح العملية الإرشادية هي العلاقة الإرشادية المبنية على الاحترام والثقة المتبادلة والتقبل بين المرشد والمسترشد بغض النظر عن لونه أو جنسه أو دينه، لأن هذه العوامل تؤدي إلى شعور المسترشد بالأمان والطمأنينة، الأمر الذي يسهل في حل المشكلات التي تواجه المسترشد.

أسس الإرشاد النفسي :

الهدف من دراسة اسس التوجيه والإرشاد النفسي وضع الأساس الذي تقوم عليه موضوعات التوجيه والإرشاد النفسي إذ تعد هذه الأسس بمثابة فلسفة العمل الإرشادي ومن أهم هذه الأسس:

أولاً: الأسس الفلسفية :

يعتمد الأساس الفلسفي للإرشاد النفسي على فهم طبيعة الإنسان، وعلى النظريات النفسية التي فسرت سلوك الإنسان، كل حسب التوجهات والمسلمات التي تؤمن بها، ومن هذه النظريات هي نظرية التحليل النفسي لفرويد، التي تنظر إلى الإنسان بنظرة متشائمة على أنه شهواني وعدواني يسعى إلى تحقيق غرائزه، ويؤمن فرويد بأن تفكيرنا الظاهر وتصرفاتنا الشعورية ما هي إلا نتيجة لعمليات لاشعورية تحدث في العقل الباطن وتكون مستقلة عن إرادتنا وأن الإنسان غير مخير، كما أنه

أيضاً ليس خيراً أو شراً، وأن السلوك الانساني محكوم بدوافع لا شعورية بيولوجية جنسية خلال السنوات الاولى.

ويهدف الإرشاد النفسي مساعدة الفرد على الاستبصار بالدوافع والخبرات المكبوتة في اللاشعور والعمل على ما يأتي:

١. تخليص الفرد من الكبت ومساعدته على مواجهة صراعات الطفولة والتعامل معها بشكل واقعي وذلك بالعمل على نقلها من اللاشعور لتصبح خبرات شعورية يعيها الفرد ويستطيع تجنبها في الوقت الحالي وتحرير الفرد من الكبت وتخليص الأنا من مرحلة الجمود وتحريرها لمواصلة النمو والتطور.
٢. تحقيق التوافق مع البيئة الداخلية للفرد من جهة ومع البيئة الخارجية من جهة أخرى وذلك بمساعدة الفرد المسترشد على زيادة وعيه بسلوكه وبالدوافع الكامنة خلف هذا السلوك ليعدل ويغير من سلوكه.
٣. على المرشد أو المعالج الاهتمام بخبرات السنوات الخمس الأولى من حياة المسترشد خاصة في الجوانب الانفعالية.
٤. على المسترشد توفير جو آمن للمسترشد حيث يكون مطمئناً لدعمه وتشجيعه على الحديث عن نفسه واستدعائه الأفكار للكشف عن محتويات اللاشعور المكبوتة.
٥. التعامل مع المقاومة ففي حال إظهار مقاومة من المسترشد، على المرشد أن يستخدم خبراته ومهاراته في جعل المسترشد مرتاحاً ليقبل من مقاومته ليحقق أهداف الإرشاد والعلاج.

وهناك نظرية الذات لكارل روجرز، التي تنظر الى الانسان بصور إيجابية، تقوم فلسفة نظرية الذات على الإيمان بأهمية الفرد مهما كانت مشكلاته؛ فلهذا عناصر طبية تساعد على حل مشكلاته، وتقرير مصيره بنفسه. فإن الفلسفة

الأساسية هنا للمرشد هي احترام الفرد وأهليته والعمل على توجه الذات توجيهها صحيحاً ليكون جديراً بالاحترام. وأن الإنسان خير في جوهره ولا حاجة للسيطرة عليه والتحكم به وترى هذه النظرية أن العملية الإرشادية تهدف إلى:

١. تهيئة الظروف المناسبة أمام المسترشد لتغير نموه وتطوره بشكل صحيح.
٢. مساعدة الفرد على إدراك خبراته المهددة لذاته وغير المهددة بحيث يستطيع فهمها ووعيها وإدماجها في مفهومه عن ذاته.
٣. رغبة المرشد في مساعدة المسترشد للتعايش بشكل إيجابي ومنتج.
٤. مساعدة المسترشد في التوفيق بين مفهومه عن ذاته وخبراته ليستطيع أن يقوم بأعماله.
٥. إزالة التناقضات التي تقوم بين مفهوم الذات والواقع ويحمل المسترشد أكثر تحملاً للمسؤولية.

ومن خلال ما تقدم فإن للاسلام نظرة في الطبيعة الانسانية إذ جاءت في العديد من الايات القرآنية، قال تعالى (ولقد خلقنا الإنسان في أحسن تقويم)، كما منح الله سبحانه وتعالى البشر البصيرة كما في الآية الكريمة (بل الإنسان على نفسه بصيرة)، فمن خلال ما تقدم يتضح بأن الله سبحانه وتعالى ميز الانسان عن غيره من المخلوقات فقد أعطاه العقل والتفكير وحتى فضله على الملائكة لأنه مخير لا مجبر، إلا أننا نجد في النظرة الاخرى بأن الانسان سلبي في بعض الامور التي وصفها القرآن كالعجلة وكبح جماح النفس الامارة بالسوء ليظهر النفس منها.

فمن خلال ما تقدم فإن فهم الطبيعة البشرية يعد اسهاماً ضرورياً في وظيفة

المرشد.

ثانياً - الأسس النفسية والتربوية :

يعتمد الإرشاد النفسي على أسس نفسية وتربوية ومن أهمها.

١. الفروق الفردية:

إن الفروق الفردية مبدأ وقانون عام أساسي في علم النفس يهتم بدراسة علم النفس الفارق وعلم النفس الفردي، فبالرغم من أن أفراد الجنس البشري متشابهون إلا أنهم مختلفون في كثير من الأشياء كالأهداف والقابليات والقدرات والميول والاستعدادات، أي أنه لكل شخص له سماته وشخصيته، بحيث أن التوجيه والإرشاد حق لكل فرد ولا يوجد حالة إرشادية واحدة، بل حالات مختلفه وبالتالي ينصح الفروق الفردية ذات أهمية كبرى، والأفراد يختلفون كما وكيفا وعلى نطاق واسع شامل يظهر في كافة مظاهر الشخصية جسميا وعقليا واجتماعيا وانفعاليا وليس هناك معادلات معروفة تنطق على كل الأفراد.

٢. الفروق بين الجنسين:

لقد خلق الله سبحانه وتعالى الجنسين و بينهما فروق فسيولوجية و جسمية واجتماعية وعقلية وانفعالية، وتلعب التنشئة الاجتماعية دورا هاما في إبراز الفروق بين الجنسين في الأدوار الاجتماعية التي يقوم بها أفراد كل من الجنسين، فهناك العديد من الأشياء والافعال يتصرف بها الذكور لا تنطبق على الاناث، وأنه لكل جنس أدوار لا تنطبق مع الجنس الاخر.

٣. مطالب النمو :

يتطلب النمو النفسي السوي للفرد في كل مرحلة من مراحل نموه عدة أشياء وهذه الأشياء ينبغي أن يتعلمها الفرد لكي يصبح سعيدا و ناجحا في حياته و توضح مطالب النمو المستويات الضرورية التي تحدد كل خطوات نمو الفرد و يؤدي تحقيق مطالب النمو إلى سعادة الفرد وبالتالي يسهل تحقيق مطالب النمو الاخرى، وأنه

مطالب نمو الفرد توجه عمل المرشد النفسي لأنها تبين مدى تحقيق الفرد لذاته وحاجاته النفسية.

فمن خلال ما تقدم فإنه ينبغي مراعاة هذه الفروق في عمل المرشد النفسي وصولاً إلى مساعدة الأفراد بالشكل العلمي الصحيح.

ثالثاً - الأسس الاجتماعية:

تعد الأسس الاجتماعية من أهم المرتكزات التي تستند عليها العملية الإرشادية، وذلك لدور العوامل الاجتماعية في التأثير على شخصية الفرد وسلوكه، كونها مستمدة من العلوم النفسية والاجتماعية. ومن أبرز هذه الأسس ما يأتي.

١. التنشئة الاجتماعية :

إن الإنسان كائن اجتماعي يعيش في جماعة ليست مجرد مجموعة من الأفراد وإنما هي كيان اجتماعي يؤثر في الفرد وهناك عدة مصادر تؤثر في رسم ملامح شخصية الفرد، فالتنشئة الاجتماعية التي يمر بها الطفل منذ ميلاده في الأسرة التي ينتمي إليها تؤثر تأثيراً مباشراً في شخصية الفرد وذلك في غرس المبادئ والقيم التي تنطبق مع الإطار المرجعي الذي ينتمي إليه من عادات وتقاليد وأعراف متمشية مع الثقافة السائدة التي يعيشها المجتمع الذي يعيش فيه، وبعد ذلك يأتي دور المؤسسات التربوية من رياض أطفال والمدارس وجماعة الرفاق، كل هذه المراحل تتقف الفرد وتزيد من قدرته الاجتماعية في التكيف مع المجتمع، وفي تحقيق الصحة النفسية التي تعد أحد مؤشرات المهمة المتمثلة في مسايرة العادات والتقاليد المجتمعية، إذ لكل مجتمع عادات وتقاليد قد تختلف عن الأخرى، لذلك ينبغي على المرشد أن يتعامل في ضوء هذا الأساس، الذي يؤكد أن شخصية الفرد هي حصيلة الثقافة الاجتماعية التي ينتمي إليها، وأن توافق الفرد في المجتمع الذي ينتمي إليه لا يتحقق ما لم يشبع الفرد حاجاته من الجماعة التي ينتمي إليها.

٢. الافادة من كل مصادر المجتمع :

يملك المجتمع العديد من المصادر التي تساهم في ارشاد وتوعية الافراد لاسيما وسائل الاعلام المتمثلة بوسائل الاعلام الرقمية وغير الرقمية المتمثلة بالتلفزيون والستلايت والفيديو بوك والنقال والتويتير، كل هذه المصادر تساعد الفرد على المعرفة والتثقيف والارشاد خاصة إذا كانت إيجابية،بالإضافة إلى ذلك دور العبادة ومؤسسات المجتمع المدني ومؤسسات التأهيل المهني ومؤسسات رعاية المعوقين، كل هذه المصادر تساعد في تثقيف الفرد وتوعيته، كما أن المدرسة تعد أكثر المؤسسات الاجتماعية أهمية من حيث قدرتها على تقديم الخدمات الارشادية لاسيما الارشاد الفردي والجماعي الذي يقوم به المدرسون، لذلك فإن المرشد النفسي يستفيد من هذه المصادر لأنها تؤثر تأثيراً بالغاً في شخصية الافراد وسلوكياتهم.

رابعاً- الأسس العصبية والفيسيولوجية النفس والجسم:

المسترشد إنسان له جسم يتكون من عدد من الأجهزة الحيوية مثل الجهاز العصبي و جهاز الدوران و الجهاز التنفسي والجهاز الهضمي والجهاز الغدي وكل جهاز يتكون من أعضاء تتكون بدورها من أنسجة وخلايا لها خصائص معينة وتتخصص في أداء و وظائف مختلفة، و الإنسان يسلك في محيطه البيئي كوحدة نفسية جسمية، إذ تتأثر الحالة النفسية بالحالة الجسمية و العكس صحيح و هكذا يحتاج المرشد النفسي إلى دراسة و معرفة عصبية فيسيولوجية حتى يتمكن من مساعدة عملائه، لأنه قد يكون هناك خلل وظيفي يؤدي إلى بعض المشاكل النفسية والسلوكية.

الجهاز العصبي :

هو الجهاز الحيوي الرئيس الذي يسيطر على أجهزة الجسم الاخرى برسائل عصبية و خاصة تنقل الإحساسات المختلفة (المثيرات) الداخلية والخارجية ويستجيب لها في شكل تعليمات إلى أعضاء الجسم، مما يؤدي إلى تكثيف نشاط الجسم ومواءمته لوظائفه المختلفة الإرادية والارادية الضرورية للحياة بانتظام و تكامل وبفضل الجهاز العصبي يستطيع الجسم أن يتفاعل مع بيئته الداخلية والخارجية، ومن خلال ما تقدم فإن المرشد النفسي ينبغي أن يكون ملماً بمادة الفسيولوجي لتحقيق خبرة متكاملة في العملية الارشادية.

خامساً- الأسس الأخلاقية:

على الفرد الذي يقوم بمهمة التوجيه والارشاد ان يتمتع باخلاقيات الارشاد النفسى. ولذلك عليه الالتزام ببعض المبادئ الاخلاقية لمهنة التوجيه والارشاد والتي تعد بمثابة الميثاق الأخلاقي الذي يجب الالتزام به ومن أهم هذه الأسس:

١. كفاءة المرشد العلمية والمهنية:

التي يعني بها أن يكون المرشد النفسي ذا خبرة في مجال الارشاد النفسي، وأن يعطي فكرة للمسترشد بأنه محترف في هذا المجال.

٢. الترخيص :

يعد الترخيص شئ أساسي في ممارسة العملية الارشادية، أي أن المرشد ينبغي أن يكون مرخصاً من قبل الجهات الرسمية.

٣. المحافظة على سرية المعلومات :

أن سرية المعلومات تعد شئ ضروري في العملية الارشادية، إذ أن سرية المعلومات واجب وأمانة على المرشد، وأن سرية المعلومات من حق المسترشد ولا يجوز لأحد أن يطلع على هذه المعلومات، إلا بموافقة المسترشد.

٤. العلاقة المهنية بين المرشد والمسترشد :

ينبغي أن تكون العلاقة الارشادية مهنية في إطار المهنة ووفق المعايير الاجتماعية وتجنب العلاقات الشخصية مع المسترشد، الشئ الذي يؤثر سلباً في العملية الارشادية.

٥. العمل الجماعي :

ينبغي أن تكون العملية الارشادية عملية متكاملة، تضم المرشد التربوي والاجتماعي والطبيب النفسي والمدرس والوالدان، بحيث تتاح الفرصة لكل من الفريق الارشادي المساهمة في العملية الارشادية.

٦. إحالة المسترشد : والتي تتضمن ما يلي.

١. توعية المسترشد أو ولي أمره بضرورة عرض الحالة على بعض المختصين، إذ كان هناك سبب عضوي أو الحاجة الى تدخل طبي، وذلك في الحالات لا يستطيع المرشد النفس الانفراد مع المريض
٢. أن يكون هناك تنسيق عمل بين المرشد النفسى وغيره من العاملين فى مجال التوجيه والارشاد النفسى وغيرهم من المختصين الذين يمكن ان تتم الاحالة اليهم.

المدرس المرشد وظائفه وإعداده وأهميته:

- المدرس المرشد:

المدرس المرشد يدرس مادة تخصصه، إلا أنه لا يمكن أن يقف متفرجاً على من يحتاجه طلابه من الإرشاد النفسى. والمدرس المرشد في كثير من الأحيان يكون أقدر في مساعدة طلابه حتى من بعض الخبراء المختصين الذين قد يكون الطالب مجرد شخص غريب بالنسبة لهم قبل جلسات الإرشاد التي قد تكون قصيرة ومحدودة، والمدرس المرشد هو التطوير الجديد لشخصية المعلم القديم التقليدي الذي

كان يهتم فقط بتدريس مادة تخصصه، وهو دور جديد للمدرس العصري الحديث المتطور، الذي يدرب على خدمات التوجيه والإرشاد بأعطائه دورات أو برنامج قصير مكثف بداية لبرنامج طويل الأجل، والمدرس المرشد ليس حلا وسطا بين المعلم من جهة والمرشد من جهة اخرى، وهو ليس توليفة من الدورين.

وهكذا نرى أن دور المدرس المرشد دور مزدوج، يحتمه أمران:

أولاً- إن التربية التقدمية الحديثة تتطلب قيام المدرس بهذا الدور المزدوج.

ثانياً - هو نقص عدد المرشدين النفسيين في المدارس حتى الآن. وبهذا يكون المدرس المرشد هو محور العملية التربوية الإرشادية المتكاملة.

ولنا ملاحظة، وهي أن المدرس المرشد هو أولاً وقبل كل شيء مدرس مادة، وليس مرشداً متفرغاً. إنه يقوم بعملية التدريس، وفي نفس الوقت يقوم ببعض عمليات الإرشاد، ليس فقط في حالة غيبة المرشد، ولكن أيضاً للتعاون معه في فريق الإرشاد. وعلى الرغم من ممارسة المدرس المرشد بعض عمليات الإرشاد إلا أنه يجب ألا يتحول إلى مرشد عن طريق الممارسة، بطريقة تحول بعض مدرسي المواد الاجتماعية إلى مدرسي لغات أجنبية بحكم الممارسة. وحتى وهو يعمل كمدرس مرشد فله حدود يجب ألا يتخطاها، فمثلاً لا يستخدم إلا ما يجيد من وسائل الإرشاد، ولا يحاول الدخول في مجال الإرشاد العلاجي، إن المدرس المرشد كالوالد الذي يطبب أصعب ولده المجروح، هذا واجب الوالد ويستفيد في هذه العملية بالثقافة الطبية العامة يحتاج إلى تخصص أكثر إلى مرشد.

وظائف المدرس المرشد ودوره في الصف الدراسي :

للمدرس المرشد عدة وظائف ومهام ينبغي أن يؤديها والتي منها :

١. وضع خطة للقضاء على مشكلة التأخر الدراسي لبعض التلاميذ أو التقليل من

هذه الحالات.

٢. يعهد إلى المدرس المرشد إكتشاف التلاميذ الموهوبين والمتفوقين في الجوانب العلمية أو المهارية من أجل توجيههم إلى برامج خاصة داخل المدرسة وخارجها في سبيل الارتقاء بهم إلى أعلى المستويات.
٣. الاتصال بولي أمر التلميذ الذي يسهم بشكل كبير في تذليل الصعاب التي تعترض طريق التلميذ، وبذلك تشترك المدرسة والأسرة في تكوين شخصيته.
٤. للمدرس المرشد الدور الكبير في تركيز المفاهيم العقائدية والأخلاقية لتلاميذه قبل أن يقعوا فريسة الأفكار المنحرفة والمعتقدات الضالة.
٥. اجراء مناقشات مع التلاميذ حول الطرائق والأساليب السليمة في الاستنكار والتحصيل والتغلب على الصعوبات التي تعترضهم في بعض المواد الدراسية ومشكلات توافقهم مع المجتمع الدراسي بنحو عام، وكذلك سائر الموضوعات التي يرغب التلاميذ بمناقشتها والاستفسار عنها من أجل توجيه ميولهم ورغباتهم نحو أفضل السبل.
٦. يمكنه إذا كان مؤهلاً ومعداً إعداداً جيداً أن يوجههم فيما يرتبط بالمشكلات والصعوبات التي تطرأ عليهم في مجال نموهم الجسمي وما يصاحبها من تغيرات، ويضع لهم الحلول المناسبة.
٧. يتولى الإشراف على استيفاء البيانات المتضمنة في البطاقة المدرسية التي تفيد في توجيه التلاميذ فيما بعد لتحديد مستقبلهم الدراسي والمهني.
٨. ينبغي للمدرس المرشد أن يطبق بعض الاختبارات النفسية على تلاميذ فصله للتعرف على قدراتهم ومزاياهم العامة والخاصة، وإذا بقي أعداد قليلة من الطلاب ممن يعانون من مشكلات سلوكية حادة، فإنهم يحولون إلى الجهات ذات الاختصاص وبذلك قد أخذنا من نظام المدرس المرشد الإكتشاف المبكر لهذه الحالات.

أهمية المدرس المرشد :

هنالك نقطتان مهمتان تدل على أهمية وجود المدرس المرشد في العملية التربوية وهما.

(١) إن المدرس المرشد هو محور العملية التربوية والإرشادية:

إذ أصبحت المدرسة هي التي تعد وتُتمّي التلميذ من الناحية الصحية والنفسية والعقلية والاجتماعية والروحية ثم أخذت تهتم بالمشاكل الفردية والجماعية التي تواجه التلميذ، وبذلك يكون المدرس المرشد متابعاً لشخصية التلميذ راصداً لسلوكياته قادراً على توجيه النصائح والإرشادات المناسبة له والمؤثرة في نفسه بوصفه الأب الروحي للتلميذ، أنّ وظيفة المدرسة تغيرت وتطوّرت عمّا كانت عليه سابقاً.

(٢) المدرس المرشد هو أقرب شخص إلى التلميذ:

المدرس هو أدري شخص بالتلميذ إذ إنه يعرفه جيداً ويمكنه أن يؤثر به بشكل كبير وأن يضيف ألواناً جديدة على شخصيته وبذلك يثري العملية التربوية والإرشادية. نعم إنّ المدرس المرشد يمتلك مكانة متميزة في نفوس طلبته وهذا الأمر يعد حساساً بدرجة كبيرة إذ إنّ موقع المعلم يحتم عليه أن يتحلى بالأدب الرفيع والخلق السامي ليكون القدوة الحسنة.

إعداد المدرس المرشد :

العديد من شعوب العالم وخاصة الدول المتقدمة لديها خطط تربوية تصب في مصلحة الطالب والعملية التربوية، إذ تستخدم الطرق الحديثة في التعليم والتدريب وتهيئة الامكانيات الضرورية لسد الحاجات الضرورية، في الجهاز التربوي ومن هذه الحاجات هي مراعاة الفوارق النفسية والسلوكية للطالب في مرحلة الدراسة والاهتمام بالمجال الارشادي، والذي نعني به تهيئة المرشدين المتخصصين في العملية

الإرشادية الذين يخضعون إلى الدراسة الأكاديمية وبرامج التطوير، وهذا ما نأمل إليه في معاهد المعلمين في ادخال المنظومة الإرشادية النفسية، التي تعد أساس النمو السليم للطالب في المدرسة، لضمان صحتهم النفسية ومسيرة حياتهم التربوية.

المرشد التربوي - وظائفه وإعداده

هو الشخص الحاصل على الشهادة الجامعية في أحد فروع العلوم الإنسانية التالية (إرشاد نفسي، توجيه وإرشاد، صحة نفسية، تربية وعلم نفس، خدمة اجتماعية) الذي امتهن مهنة الإرشاد التربوي وتدريب عليها في مساعدة الطالب على حل مشاكله وفهم نفسه وتطوير قدراته الى أقصى حد ممكن.

مهام المرشد التربوي :

هنالك العديد من المهام التي يقوم المرشد التربوي ومن أبرزها.

١. تحسين التلاميذ والطلبة ضد المشاكل النفسية والاجتماعية والظواهر السلبية التي تؤثر على مستقبل الطالب والوقاية منها.
٢. غرس القيم الأخلاقية والاجتماعية في نفوس الطلبة.
٣. مساعدة الطلبة الجدد للتكيف مع البيئة الجديدة في المدرسة وذلك بتوعيتهم بأن الانسان في حالة تغيير مستمر وتطور.
٤. يقوم بتوفير رؤية واضحة لمدير المدرسة والمدرسين حول مشاكل الطلبة والخطوات اللازمة لمواجهتها.
٥. اجراء مسح شامل لمشاكل التلاميذ والطلبة والإشراف على البطاقة المدرسية من حيث إدخال المعلومات وطريقة تقييم الطالب.
٦. توعية التلاميذ والطلبة بأنظمة المدرسة والالتزام بها وتعرفهم بواجباتهم وحقوقهم في ضوء المعايير والتعليمات المدرسية.

٧. معالجة حالات القلق والاضطراب التي تعترض التلاميذ والطلبة في

الامتحانات من خلال الاطلاع عليهم في القاعات الامتحانية،

٨. مساعدة التلاميذ والطلبة في تحقيق ذاتهم من خلال تنمية مفهوم الذات والثقة

بالنفس، وتحقيق الصحة النفسية للتلاميذ والطلبة من خلال مساعدتهم في

حل مشاكلهم والوقوف على أسبابها

٩. تنمية التوافق الشخصي والاجتماعي والتربوي للتلاميذ والطلبة وتوجيههم نحو

أنماط السلوك الاجتماعي السليم والعادات الصحية من خلال الإرشاد

الجماعي.

١٠. التعاون مع أولياء أمور التلاميذ للتعرف على ظروفهم الخاصة والوقوف

على احتياجاتهم.

إعداد المرشد التربوي:

من الشروط الواجب توفرها في المرشد التربوي إن يكون حاصل على شهادة

البكالوريوس على الأقل في اختصاص الإرشاد التربوي النفسي مع ضرورة تعيين

خريجي أقسام العلوم التربوية والنفسية وعلم النفس في كلية الآداب أو التربية في

الجامعات، وأن يكون حسن السمعة والسلوك وأن يتسم بالقدرة على التأثير والإقناع،

وأن يجتاز المقابلة التي تجريها لجنة تشكل في المديرية العامة للتربية في

المحافظات بالتنسيق مع لجنة التعيينات المركزية، ويشكل وزير التربية يشكل لجنة

تسمى (اللجنة الدائمة للإرشاد التربوي) ومتابعة عمل المرشدين التربويين وتقييمهم

ورفع تقارير سنوية عن عملهم إلى الوزارة والقيام بجولات ميدانية للمدارس المشمولة

بالإرشاد التربوي.

الفصل الثالث

نظريات الإرشاد النفسي

إن النظرية الإرشادية تعبر عن أصالة علم النفس الإرشادي، والدور الذي يلعبه هذا العلم في خدمة البشرية، وخاصة وأن الإرشاد النفسي بكافة فروعها جاء مطابقاً لما تطمح إليه تلك النظريات في المجال التطبيقي، فنظريات الإرشاد والعلاج النفسي تتعدد في الوقت الحالي تعدداً كبيراً حتى أنه يوجد ما يزيد على ٢٥٠ نظرية، وهذا جعل رئيس الجمعية الأمريكية لعلم النفس يقول: "إن النظريات في مجال الإرشاد والعلاج النفسي قد أصبحت أشبه بغابة متلاطمة الأشجار" ولكن في الواقع لا يزيد عدد هذه النظريات عن العملية والممارسة حالياً عن ٢٥ نظرية أو نموذجاً نظرياً.

لم يكن اختيار مجموعة من النظريات ليشملها مرجع عربي بالأمر السهل، فالأمر عند الحديث عن النظريات الغربية لا يقف عند حدود التعرف على بنية النظرية أو تطبيقاتها أو جوانب القوة وجوانب الضعف فيها، وإنما تدخل في عملية الاختيار اعتبارات أخرى، ويوسّع نطاقها، والنظرية يجب أن تضم الفروض الأساسية التي بنيت عليها ومجموعة من التعريفات الإجرائية أو التجريبية، والفروض يجب أن تكون ذات صلة بالوقائع التجريبية التي تهتم بها النظرية، وتهدف النظرية إلى إكتشاف العلاقات التجريبية الثابتة بين المتغيرات، فالنظرية النفسية ذات إتجاه وظيفي، فهي تهتم بالمشاكل ذات الدلالة في توافق الكائن الحي، وهي تُركز حول أمور ذات أهمية حاسمة لبقاء الفرد وحياته، ولاشك أن المرشد النفسي يجب أن يعمل في ضوء نظرية طالما أن عملية الإرشاد النفسي تهتم بدراسة وفهم وتفسير وتقييم السلوك و التنبؤ به وتعديله و تغييره، كما تقيد نظريات الإرشاد النفسي في فهم العملية الإرشادية نفسها وفهم طرق الإرشاد النفسي. ويعد الإرشاد النفسي من الموضوعات التربوية الحيوية التي تمس جوهر العملية التربوية، من خلال وضع اليد

على المعوقات النفسية والإجتماعية التي تعيق تحصيل الطالب الأكاديمي و تخريجه من المدرسة بشكل يعود بالفائدة على أسرته ومجتمعه وهناك نظريات كثيرة تناولت جانب الإنسان النفسي ومن بين هذه النظريات:

أولاً : نظرية التحليل النفسي Psychoanalysis theory

التي وضع العالم النمساوي سيجماند فرويد قواعدها الأساسية والذي عاش ١٨٥٦ - ١٩٣٩ والتي لا زالت الكثير من مفاهيمه الأساسية تشكل الأساس الذي بنيت عليه الكثير من النظريات، كما أن الكثير من نظريات الإرشاد والعلاج النفسي تأثرت بأراء نظرية التحليل النفسي، إن نظام فرويد في العلاج النفسي هو نموذج ل تطور الشخصية و فلسفة الطبيعة البشرية، ومنهج للعلاج النفسي، فقد أعطى فرويد التحليل النفسي أفقاً جديداً للعلاج النفسي، وسلط الضوء على العوامل النفسية المحركة Psychodynamic Factors والتي تحفّز معرفة السلوك البشري من خلال التعرف على مصدر الدافعية وراء السلوك، كما أنّه ركّز على دور اللاشعور، وطور أول اجراءات في العلاج النفسي من أجل فهم و تعديل التركيبية الأساسية لشخصية الفرد". إن نظرية فرويد (التحليل النفسي تنظر إلى الإنسان على أنّه "شهواني و عدواني ومع ذلك فهذه النظرية هامة جداً لأي عملية إرشاد نفسي، التي تتضمن اجراءات من عملية التحليل النفسي مثل التداعي الحر والتنفس الإنفعالي وقد تميزت نظرية فرويد بعدة مبادئ ومنها.

أولاً: الحتمية النفسية:

أي أن يكون لكل سبب نتيجة و لكل نتيجة سبب، وقد يكون السبب ظاهراً أو غير ظاهر، وقد يكون منطقياً أو بعيداً عن المنطق، أي أن هناك سبباً محدداً بقوى داخل الفرد لكل سلوك.

ثانياً: ميكانزمات الدفاع :

وتنتج من داخل الفرد نفسه لمواجهة الأخطار أو المواقف الصعبة المحرجة الناجمة من الخارج للدفاع عن شخصيته، ويُطلق عليها ميكانزمات الدفاع ومنها:

١. التوحد: Identification

وهي محاولة الفرد للوصول إلي الهدف بأن يبرمج ذاته بصفات محددة أو بذات شخص آخر من خلال تقليده أو محاكاته ولذا فإن تقليد الوالدين ومحاكاتهم يخفف من درجة التوتر لدى الفرد.

٢. الاستبدال و الإزاحة: Displacement and Substitution

وهي عملية توجيه الطاقة من هدف إلى آخر لتوضيح قدرة الفرد على تغيير هدف نشاطه من موضوع نفسي إلى آخر، وتتم عملية التغيير هذه عندما يكون الهدف الجديد لا يكفي لإزالة التوتر ولذا فإنه يظل الفرد يبحث عن الأفضل لتخفيف ذلك التوتر لديه وهذا يفسر تنوع أشكال سلوك الفرد.

٣. الكبت: Repression

وهو محاولة الفرد التحفظ عن دوافع مثيرة للقلق ويرفض ببساطة الاعتراف بوجودها والأفراد الذين يعترتهم الكبت تكون شخصياتهم متوترة وتكون لديهم بعض المشكلات النفسية.

٤. الإسقاط: Projectio

وهو إنكار صفة معينة في الفرد وإصاقها بفرد آخر، وهو مرتبط بحيلة الإنكار والإفراط في استخدامه يعوق معرفة الفرد لنفسه ويفسد علاقاته الإجتماعية، أيضاً لأنه قد يصل به الحد للحط من شأن الآخرين مما يؤدي إلى اختلاف في الإدراك أو إدراك الأشياء التي لا وجود لها.

٥. النكوص Regression

وهو تراجع الفرد إلى ممارسة أساليب سلوكية في مرحلة سابقة من حياته لا تتناسب مع مرحلة نموه الحالية ليجنب ذاته الشعور بالعجز والفشل أو المخاوف أو الحرمان، وهذه العملية تجنب الفرد الشعور بالقلق ولكنها تعوق نموه، مثلاً طلبة الدراسات العليا قد يتصرفون بتصرفات ترجع إلى مراحل عمرية سابقة لا تليق بمستواهم الحالي.

٦. التثبيت Fixation

عندما ينتقل الفرد من مرحلة نمو إلى مرحلة أخرى يواجه مواقف محبطة ومثيرة للقلق تعوق استمرارية نموه بصفة مؤقتة على الأقل ويثبت على مرحلة معينة من مراحل نموه ويخاف الانتقال منها ويتخلى عن شرط سلوكي معين على إشباع حاجاته لعدم تأكده من السلوك هل يستحق الإشباع أم لا؟.

٧. التكوين العكسي Reaction Formation

تحاول الأنا تكوين سلوك على النقيض عندما يكون هناك موقف يثير القلق، فإذا كان الفرد يشعر بكراهية تجاه شخص ما فقد يُظهر مشاعر الود والحب تجاهه.

٨. التبرير Rationalization

وهو عملية نستطيع من خلالها إيجاد أسباب منطقية لسلوكنا ولكن هذه الأسباب غالباً ما تكون مخالفة للواقع، وفي بعض الأحيان يمثل التبرير عملية لاشعورية لأن صاحبها لا يدرك بأنه مشوه الواقع، ويمكن للمرشد النفسي أن يتعرف على الحيل الدفاعية التي يقوم بها كثير من العملاء، فعلى ضوءها يمكنه التعامل مع المشكلات المتعددة. ومن أبرز المفاهيم التي جاء بها فرويد في بناء الشخصية هو تقسيم نظم الشخصية على ثلاث نظم رئيسة للشخصية وهي:

(١) الهو The Id

(٢) الأنا The Ego

(٣) الأنا الأعلى The Super Ego

وإن لكل منها وظائفه وخصائصه ومكوناته ومبادئه ودينامياته و
ميكانزماته التي يعمل وفقاً لها، إلا أنها جميعاً تتفاعل فيما بينها تفاعلاً وثيقاً، وأن
سلوك الأفراد في الأغلب هو محصلة تفاعل هذه الأنظمة الثلاث، ونادراً ما يعمل
أحد هذه الأنظمة بمفرده دون النظامين الآخرين.

أولاً: الهو Id

يعد الهو النظام الأصلي للشخصية والكيان الذي يتميز منه الأنا والأنا
الأعلى، ويتكون الهو مما هو موروث وموجود منذ الولادة بما في ذلك أنه مستودع
الطاقة النفسية ومستودع الغرائز والحاجات البيولوجية وهي لاشعورية فوضوية وغير
منطقية.

ثانياً: الأنا Ego

يعمل الأنا طبقاً لمبدأ الواقع Reality principle، و أن غاية الواقع هي
الحيولة دون تفريغ التوتر حتى يتم إكتشاف الموضوع المناسب لإشباع الحاجة، و
الأنا هو الجهاز الإداري للشخصية لأنه يسيطر على منافذ العقل و السلوك ويختار
من البيئة الجوانب التي يستجيب لها ويُعزز الغرائز التي سوف تُشبع والكيفية التي
يتم بها ذلك، .وغالباً ما يعاني أأنا من القلق نتيجة التعارض بين مطالب الفرد
الغريزية ومطالب العالم الخارجي.

ثالثاً: الأنا الأعلى Super Ego

الأنا الأعلى هو الدرع الأخلاقي للشخص وهو يمثل ما هو مثالي و ليس ما هو واقعي، وهو يطمح إلى الكمال بدلاً من اللذة، وأن شاغله الأول أن يقرر هل شيء ما صائباً أو خاطئاً؟، حتى يستطيع التعرف على أساس القيم الدينية و الأخلاقية التي يملئها المجتمع. ويفترض التحليل النفسي وجود ثلاثة مستويات للوعي لدى الفرد وهي:

١. الشعور: وهو المستوى الشعوري الذي يتضمن الأفكار التي يعيها الفرد عن طريق الحواس والادراك والفهم.
٢. ما قبل الشعور: والذي يمثل الأفكار التي لا يعيها الفرد، ولكنه يمكن له أن يتذكرها، أي أنه مخزن من المعاني والأفكار القريبة.
٣. اللاشعور: وهو المستوى الذي يمثل الذكريات والأفكار التي لا يمكن أن يتذكرها الفرد وهو يمثل الجزء الأكبر من الشخصية وله قوته وأثره في السلوك و هو يحتوي على ما كمن وغير متاح، فيراه فرويد على أنه وعاء يشتمل على الذكريات المهددة للعقل الواعي ويخزن فيه كل الخبرات و الدوافع و الغرائز التي لا نستطيع الوصول إليها.

إنّ وجهة نظر فرويد في الطبيعة الإنسانية هي أنّ الإنسان غير مخيّر Deterministic، ثمّ أنّه أيضاً ليس خيراً أو شريراً، و إنّ السلوك الإنساني محكوم بقوى ودوافع لا شعورية وبيولوجية و غريزية جنسية خلال السنوات الأولى من حياة الإنسان. كما اعتبر فرويد الغرائز "الدوافع البيولوجية" أمورا أساسية في نظريته، وقد عرّف الغرائز Instincts بأنّها: "عبارة عن قوة يُفترض وجودها وراء جميع التوترات وحاجات الإنسان، وتهدف الغرائز إلى القضاء على التوتر، ثمّ إنّها هي التي تحقق الإشباع و تخدم البقاء للإنسان وإن فلسفة فرويد عن الغرائز تعكس توجهه

البيولوجي، والغرائز عبارة عن تركيب رمزي غير مشاهد، أو قوة يُفترض وجودها وراء التوترات المتأصلة في حاجات الكائن العضوي الحي، وتمثل مطالب الجسم من الحياة النفسية.

ويعزو فرويد بأن الصراع بين غريزتي الحياة والموت هو صراع بين الحب والكراهية، فعندما تأتي الكراهية مشحونة بالغضب تكون عندها دوافع العدوان قويّة، و غالباً تعمل الغريزتان معاً، أمّا الألعاب الرياضية فتمثل حلول و مخارج أكثر قبولاً للعدوان الجسدي ممثلةً بأشكال تعبيرية، ويعزو فرويد الاضطرابات النفسية إلى الخبرات المبكرة المؤلمة والكبت المتراكم.

الفريد أدلر : Alfred Adler (١٨٧٠ - ١٩٣٧)

إن مفهوم الشخصية عند أدلر يركز أساساً على مبدأ فهم شخصية الفرد مؤكداً أن الإنسان كائن إجتماعي، تتشكل حياته من خلال المعايير الأخلاقية والثقافية والاجتماعية. وبما أن الانسان محدد بالروابط والعلاقات الاجتماعية فلا بد من فهم هذه العلاقات الاجتماعية التي يتواجد فيها الفرد. ويشير أدلر أن للظروف الاجتماعية والاقتصادية أثراً هاماً على دوافع سلوك الانسان وعلى تكوين تفكيره، فالإنسان ليس كائناً معزولاً عن البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها، بل هو كائن اجتماعي قادر على خلق شخصيته من خلال نشاطه الذاتي. كما ركز أدلر على موضوع علاقات الإنسان ووجوده الاجتماعي، وذلك من خلال الكشف عن العلاقة بين الشخصية والمجتمع، وكذلك في الكشف عن العوامل الاجتماعية التي تحدد سلوك الكائن البشري وميوله الاجتماعية ودينامية التفاعل بين العالم الخارجي للشخصية وعالم العلاقات العامة.

وكذلك من تصورات أدلر للفرد والبشرية فقد كان يعتقد بأن كل فرد هو فريد وواع، وإنما أعطى نظريته لكل البشرية بنفس النظرة، وقد كان لأدلر نظرة تفاعلية جداً

فيما يتعلق بالتقدم الاجتماعي، وكما كان مهتماً بالتحسن الاجتماعي ابتداءً من الطفولة. وكان أدلر مهتماً بالإرشاد المدرسي والعيادات. وقد كان مؤمناً بالقوة الخلاقة والمبدعة للفرد، وهذا ما يعكس فكرته بالرغبة الاجتماعية والاعتقاد بأن الناس قادرين على التعاون من أجل خلق مجتمع سليم ومقبول خلقياً، ولتصويره لنا بأننا قادرين على الشعور بالعطف والحب وتقمص بعضنا بعضاً. (رمزي، ١٩٩٨).

العوامل المؤثرة على نمو الشخصية:

(١) العوامل البيولوجية ولعل من أهمها حتمية الشعور بالضعف في بداية الحياة، وأيضا غريزة العدوان.

(٢) خبرات الطفولة المؤلمة والمؤكدة لعجز الفرد.

(٣) الأحداث الحياتية.

(٤) وضع الطفل في الأسرة (ترتيب الطفل في الأسرة والطفل الوحيد).

المسلمات والمفاهيم الأساسية للنظرية :-

١. مشاعر النقص والعجز والكفاح من أجل التفوق والكمال

كبدل لنظرية الجنس:-

يمثل الشعور بالنقص Inferiority Feeling في الإنسان الذي يرتبط بالعجز الطبيعي في بداية الحياة وما يدعمه من عوامل أخرى كالمرض والإصابات، ثم العجز الذي يبقى لفترة طويلة من الطفولة الذي يتضمن بعض أشكال النقص العضوي والحسي والعقلي ويقابل هذه المشاعر الرغبة في التعويض ويقابل الفرد في العادة هذه المشاعر لدافع الكفاح من أجله وكذلك لم يقصد أدلر بالكفاح من أجل التفوق بأن كل واحد منا يكافح ليصبح أعلى من أي شخص آخر في المركز أو الامتياز، ولكن ما عناه الكمال. فيكافح الناس من أجل الكمال. وقد وصف ذلك أدلر بألفاظ متباينة، الكفاح نحو الأعلى، والاندفاع من أسفل إلى أعلى، أو الدفع من السلب إلى الإيجاب، هذا الدفع العظيم للأعلى يوازي النمو العضوي، وهو جزء

ضروري في الحياة فكل شيء تقوم به يتبع دفع وتوجيه هذا الكفاح الذي يعمل باستمرار ونحن لا يمكن أن نخلو منه لأنه الحياة نفسها، فكل شيء يتم بهذا الكفاح من أجل التفوق والكمال واعتماداً على مفهوم دارون، ومفهوم التطور، قال أدلر: بأن كل الحياة تعبر عن نفسها كحركة مستمرة نحو هدف المحافظة على الفرد والنوع. ونبغ هذا الهدف عن طريق التكيف للبيئة والسيطرة عليها.

وقد أضاف أدلر على مفهوم الكفاح من أجل التفوق ما يأتي:-

أ. إن الكفاح يعمل من أجل زيادة التوتر بدلاً من تخفيفه بعكس فرويد، لم يعتبر أدلر أن دافعنا الوحيد هو تخفيض التوتر والمحافظة على حالة توازن أو حالة خلو من التوتر. فالكفاح من أجل الكمال، مع أفكار الأعلى، الأكثر والزيادة المرتبطة بها لا تتطلب المزيد من إنفاق الطاقة والجهد. واعتقد أدلر بأن الكائن الحي يحتاج تماماً إلى عكس الاستقرار والهدوء.

ب. إن الكفاح من أجل التفوق يظهر في كل من الفرد والمجتمع. واعتبر أدلر أن الأفراد والمجتمع كشيئين مترابطين ويعتمد كل منهما على الآخر، لذا وجب على الناس أن يعملوا بطريقة بناءة مع بعضهم البعض لصالح الكل، واعتبر أدلر أن الفرد ليس في صراع مع ثقافته وإنما هو متجاوب منسجم كلياً معها. (رمزي، ١٩٩٨).

٢. العدوان: (Aggression)

بالرغم من أن ادلر هو المبتكر لفكرة العدوان التي قال بها فرويد فقد قام بتعديل وتطوير الفكرة من خلال أعماله المتتالية، ويمكن إيجاز ذلك في :-

- العدوان:

إحساس بالكره نحو مشاعر العجز وعدم القدرة على تحقيق الإشباع، ويمكن للعدوان أن يتحول إلى طرق عديدة عندما لا يستطيع الفرد توجيهه للموضوع

الأساسي، ومنها تحول الدافع العدوانى إلى العكس كالغيره، تحويل طاقة العدوان إلى دافع بديل آخر، تحويل العدوان إلى هدف آخر، تحويل العدوان إلى الذات.

٣. الحاجة للحب:

بالرغم من أن العدوان دافع طبيعى من وجهة نظر ادلر لتحقيق ذاته، فإن وجد وده لا ينفي حاجة الإنسان للحب والعاطفة ولذا فهو يكافح من اجل تحقيق ذلك.

٤. الغائية:

يعد ادلر أقل تشاؤماً من فرويد في نظرتة لفاعلية الإنسان في مواجهة الحتميات البيولوجية، إذ يرى أن الفرد يسعى بفاعلية لتحقيق غايات و أهداف يسعى من خلالها لتحقيق التميز والكمال والتغلب. على مشاعر العجز، معتبرا الغاية (الهدف النهائي) بأنه ذاتي، وان له معناه الشخصى لتحقيق وجود إيجابى للفرد (فكره إنسانية كان لها أثرها على علماء النفس الإنسانى)، إذاً فالفرد موجه بهدف -Goal directed (قد يكون لا شعورياً)، هذا الهدف يمثل الطاقة الإبداعية الغامضة للحياة Mysterious creative power. ولقد استخدم أيضا مصطلح Guiding self ideal للإشارة إلى الغائية الذاتية الموجهة للفرد معتبرا إن هذه الغائية هي الأساس الموحد للشخصية. نظرا لوجود خطط لا شعورية للسيطرة على مشاعر العجز يمكن أن تكون بعض الأهداف الموجهة لنشاط الفرد خيالية لتتفق مع تلك الخطط.

٥. الاهتمام الاجتماعى: (Social Interest)

يظهر الاهتمام الاجتماعى من خلال علاقة الفرد بالآخرين، حيث لا يستطيع أي من الافراد أن ينفصل كليا عن المجتمع وعن الالتزامات نحو هذا المجتمع، وأكد أدلر أن الميول الاجتماعية عبارة عن تعويض حقيقى يقوم به الفرد تجاه الآخرين بسبب ما يعانىه أفراد الجنس البشرى من ضعف طبيعى، لذا ما يقوم به الفرد من كفاح من أجل التفوق يأخذ طابعا اجتماعيا وليس فرديا. ويحل المثل العليا والقيم لمجتمع كامل محل الطموح الشخصى، والمنفعة محل الأنانية، فبالعمل من أجل

الصالح العام يعوض الانسان ضعفه، وحسب مفهوم أدلر فإن الميل الاجتماعي فطري وإن الانسان مخلوق اجتماعي بطبيعته، وهذا لا يظهر تلقائيا وانما بالتوجيه والتدريب، فالوليد يجد نفسه منذ الولادة في موقف يتطلب التعاون مع الآخرين من أعضاء العائلة، ومن ثم مع الآخرين. وقد أكد أدلر على أهمية تأثر الأم في تعليم الطفل مفاهيم التعاون والرفق والشجاعة، وفي هذا يقول أدلر: "إذا شعر الفرد بأنه متحد مع الآخرين يستطيع أن يعمل بشجاعة مع محاولاته في التغلب على مشاكل الحياة، فالطفل عندما يصبح راشدا وينظر إلى الآخرين بعين العداء والريبة سوف يتعامل مع مشاكل الحياة بنفس الاتجاه. فالاشخاص الذين لا يملكون شعورا بالاهتمام الاجتماعي يصبحون اشخاصا غير مرغوب فيهم اجتماعيا" (رمزي، ١٩٩٨).

ويسعى الجميع للكفاح من اجل التغلب على مشاعر العجز، ولا فرق بين الأسوياء والعصابيين فذلك، كما يمثل العدوان دافع طبيعي مرتبط بهذا الكفاح، إلا أن الفرق بين المجموعتين هو وجود أهداف اجتماعية للأشخاص الأسوياء مما يعني توجيه العدوان وتهذيبه ليكون اجتماعيا وليأخذ شكل اجتماعيا مقبولا. كما تتعدم النرجسية المرضية لدى الأسوياء، في حين تتعدم الأهداف الاجتماعية ويمارس العدوان والنرجسية بشكل صريح عند العصبيين.

٦. أسلوب الحياة: (Life Style)

إن أسلوب الحياة هو مبدأ النظام الذي تمارس بمقتضاه شخصية الفرد وظائفها، وإن الكل الذي يأمر الأجزاء وأسلوب الحياة هو المبدأ الاساسي الفردي عند أدلر فهو المبدأ الذي يفسر لنا تفرد الشخص. ينشأ هذا الأسلوب في مرحلة الطفولة المبكرة أي في حوالي الأربع سنوات الأولى في حياة الطفل وتتصهر خبرات الحياة التالية في هذا الأسلوب، ولذلك فإنه من الصعب تغيير خط الحياة فيما بعد ذلك. إن النمو المبكر لهذا الاسلوب يقوم على أنواع الخبرات التي يمر بها الطفل، مثل خبراته

التي يشعر بها بالنقص أو العجز فيها يعمل على إشباع حاجاته، والفروق والاختلافات بين أساليب حياة الأفراد يمكن أن ترد إلى مصادر مختلفة تكمن في الظروف المختلفة لكل فرد في النواحي البدنية والنفسية والاجتماعية.

٧. ترتيب الميلاد: (Birth order)

إن مركز الفرد في الأسرة يقوم بدور كبير في تحديد نفسيته، وذلك لأن مركز الفرد في الأسرة يترك طابعا بارزا في أسلوب الحياة في الفرد. كما تنشأ كل المصاعب التي تعوق النمو من شدة المنافسة وقلة التعاون في ذلك المحيط. لذا يجب أن يدرس الفرد دائماً في إطار علاقاته مع الآخرين، لأن هذه العلاقات الاجتماعية الأولى تستعمل من قبل النفس المبدعة في بناء أسلوب الحياة. والتسلسل الولادي هو أحدث المؤثرات الاجتماعية المهمة فهناك اختلافات كبيرة بين الأول والثاني وثالث في الأسرة، وهو نتيجة للخبرات المتميزة التي يمر بها كل فرد بوصفه عضواً في جماعة اجتماعية. فالطفل الأول يحصل على اهتمام كبير من والديه حتى يأتي الطفل الثاني لينافسه على هذا الاهتمام، ومن هنا تؤثر هذه الخبرة في الطفل الأول بطريقة متباينة فقد يصبح لبعض الوقت مشكلة سلوكية. وهنا أشار أدلر أن مثل هذا الموقف يؤثر على نظرة الشخص للحياة حيث الأطفال الأوائل في الغالب متجهون نحو الماضي وتواقون إليه ومتشائمون من المستقبل، أما الطفل الثاني فهو لم يجرب مركز السلطة والاهتمام ولم يواجه بصدمة التنازل المفاجئ عن مركز الاهتمام. كما أن تجربة الآباء في معاملته تختلف إذ تصبح أكثر هدوءاً. ومن هنا فالطفل الثاني مدفوع للحاق بأخيه الأكبر والتفوق عليه وهو أكثر تفاؤلاً بالمستقبل. أما الطفل الأصغر فهو الطفل المحبوب للعائلة، فهو ينمو بسرعة ملحوظة ويكون أكثر إنجازاً في عمله أو قد يحدث العكس، فإذا دلل لدرجة كبيرة بحيث لا يحتاج لأن يتعلم ويعمل أي شيء بنفسه فإنه يصبح اعتمادياً وسيجد صعوبة في حل مشاكله. أما الطفل الوحيد فهو مركز اهتمام العائلة ومن المتوقع أن

يتعرض لصدمة عنيفة عندما يذهب إلى المدرسة، حيث يدرك أنه لم يعد مركزاً للاهتمام كما أنه لم يعتد على المشاركة والتنافس على المركز ومن المحتمل أن يشعر بخيبة أمل قاسية.

٨. التعويض: Compensation

يعتقد أدلر أن الشعور بالنقص قائم في نفوس الناس جميعاً دون استثناء، وقد ذكر أن الشعور بالقصور ليس بذاته أمراً شاذاً بل هو العلة في كل تقدم وصل إليه الجنس البشري. ويرى أدلر أن الشعور بالنقص يدفع الفرد منذ الصغر إلى البحث عما يضمن له الأمن ويخفف شعوره بالذلل والضعف، ويحاول الفرد التعويض عن النقص أو الضعف الموجود لديه.

وقد ركز أدلر بأن شخصية الإنسان تتكون من الأنا واللاشعور الشخصي واللاشعور الجمعي والذات. أما الأنا : فهي تشبه الأنا عند فرويد وتشمل المدركات والافكار والمشاعر والذكريات. واللاشعور الشخصي: هو المنطقة المجاورة لنا ويتكون من خبرات كانت في الماضي شعورية ولكنها كبتت أو أهملت. أما اللاشعور الجمعي: وهو الذي يتكون من الميراث البشري الذي يمثل الخبرات التي مرت بها البشرية، بحيث تكون لدى الفرد حالة كمون أو على شكل استعدادات. أما الذات: وهي تمثل تكامل الشخصية بجوانبها المختلفة الشعورية واللاشعورية.

الجوانب الأساسية التي ركز عليها ادلر في خطوات الارشاد وهي:

- عدم الاهتمام بالغرائز أو الجنس، بل التركيز على ديناميات الأسرة ومركز العميل بين إخوته وأبويه.

- مساعدة العميل على التخلص من عقدة النقص، وذلك من خلال إثارة ميكانزمات التحدي لدى العميل، ودفع الفرد من خلال شعوره بالحرمان والاضطهاد للقيام بمحاولات التعويض كردة فعل لاستعادة ذاته.

- العمل على مساعدة العميل في تصحيح أسلوب ونمط الحياة الخاطيء والخبرات المبكرة بتأكيد ما لدى الفرد من امكانيات وقدرات وإعادة الثقة إلى العميل، فالشجاعة والعطاء الاجتماعي هما ثمار التفكير المنطقي والعقلاني.
- أما إذا كان العميل طفلاً فإن ادلر كان يلجأ إلى علاج الأبوين والمدرسين والمرين والاجتماع بهم قبل أن يعالج الطفل.
- إن مفهوم العلاج عند ادلر يقوم على عدم جعل العميل يهرب إلى اللاشعور وبالتالي عملية الكبت، بل كان يجعل العميل يواجه ما يشعر به ويساعده على الاندماج بالمجتمع، والواقع ليحسّر العميل أن هناك تشويهاً في نظرية القيم للمجتمع والواقع.
- والفروق بين سيجموند فرويد رائد التحليل النفسي الكلاسيكي، وألفريد أدلر رائد التحليل النفسي الحديث ومؤسس علم النفس الفردي تتجلى في الجدول التالي الذي يقارن بينها:-

ألفريد أدلر	سيجموند فرويد
الإنسان كائن اجتماعي.	الإنسان كائن بيولوجي.
الحاجات الاجتماعية هامة.	الحاجات البيولوجية هامة.
الميل إلى الانضمام إلى جماعة دافع هام.	الغرائز والدوافع هامة.
الانفعالات يمكن السيطرة عليها.	الانفعالات لا يسيطر الفرد عليها.
الجنس أقل أهمية.	الجنس هام جداً.
الشخصية تكوين كلي لا ينقسم.	الشخصية (الجهاز النفسي) مكونة من الأنا الأعلى والأنا والهو والغرائز.
العلاج مختصر ووجهاً لوجه.	العلاج طويل الأمد.

نظرية كارن هورني : Karen Horney ١٨٨٥ - ١٩٥٢

تعتقد هورني أن الطبيعة الإنسانية قابلة للتغيير نحو الأفضل، فهي تعتبر من العلماء المتفائلين بقدرات وإمكانات الإنسان نحو التقدم والارتقاء، وتعتقد هورني أن الثقافة من شأنها أن تخلق قدرًا كبيرًا من القلق في الفرد الذي يعيش في هذه الثقافة، والنظرية الاجتماعية لهورني أظهرت مفهومًا أوليًا عندها، ونعني به مفهوم القلق الأساسي Basic Anxiety ، وقد عرفت هورني القلق الأساسي بقولها: (إنه الإحساس الذي ينتاب الطفل لعزلته وقلته حيلته في عالم يحفل بالتوتر والعدوانية، وترى هورني أن القلق استجابة انفعالية تكون موجهة إلى المكونات الأساسية للشخصية، كما ترى أن القلق يرجع إلى ثلاثة عناصر هي:

١. الشعور بالعجز .
٢. الشعور بالعداوة .
٣. الشعور بالعزلة.

كما تعتقد أن القلق ينشأ من العناصر التالية :

- أ. انعدام الدفء العاطفي في الأسرة وتككها وشعور الطفل بأنه شخص منبوذ في المنزل وهو يعتبر أهم مصدر من مصادر القلق .
- ب. المعاملة التي يتلقاها الطفل لها علاقة وطيدة بنشأة القلق، فنوع العلاقة بين الوالدين عامة والأم خاصة، لها انعكاس على ظهور حالات القلق عنده، وهذا ما ذهب إليه (فولبه) حين بين أن علاقة الطفل بأمه علاقة مترابطة متسقة، وهي هامة لشعور الطفل بالأمن والطمأنينة، وأن كثيراً من المشكلات التي يظهرها الطفل في مستقبل حياته ترجع -إلى حد كبير- إلى حرمانه من الدفء العاطفي بين الطفل وأمه في طفولته المبكرة .

- ج. البيئة التي يعيش فيها الطفل تسهم إسهامًا إيجابيًا في نشأة القلق عنده؛ لما بها من تعقيدات ومتناقضات، وتؤكد أبحاث فيلد (Field 1961) أن رفض الآباء

للطفل يمنعه من النمو السليم ويؤدي به غالبًا إلى أنواع من الاضطرابات السلوكية، فالقلق في نظر هورني يرجع بصورة أساسية إلى علاقة الفرد بالآخرين ويزداد هذا مع الزمن بسبب ما يسود المجتمع من تعقيد في القيم الثقافية بل ومن تناقض بينها.

وتتفق "هورني" مع وجهة نظر فرويد في تعريف كل من القلق والخوف بأنه رد فعل انفعالي للخطر، وهي ترى أن هناك اختلافًا بين القلق والخوف، فالخوف رد فعل لخطر معروف وواقعي، أما القلق فهو رد فعل لخطر غامض غير معروف، وفي حالة الخوف يكون الخطر خارجيًا، أما في حالة القلق فيكون الخطر ذاتيًا أو متوهمًا، وتهتم كارن هورني بهذا العامل الذاتي المصاحب للقلق والذي يميزه عن الخوف، وهي ترى أن هذا العامل الذاتي يتكون من شعور الفرد بخطر عظيم محقق به مع شعوره بالعجز أمام هذا الخطر. وهي ترى أيضًا أن بعض العوامل النفسية الداخلية تقوم بخلق الخطر أو تقوم بتعظيمه، وأن شعور الفرد بالعجز يكون متوقفًا على اتجاه الفرد نفسه، ولذلك ترى هورني أن شدة القلق تكون مناسبة لمعنى الموقف عند الفرد.

وتعتقد هورني أن هناك ثلاثة اتجاهات عصابية يستخدمها الفرد بمثابة ميكانزمات لحماية النفس من القلق وتعود إلى بعض الانماط السلوكية المحدودة.

١. التحرك نحو الناس : هذه النزعة العصابية انطلاقاً لمفهوم الانتماء الذي يتميز بالحاجة إلى الحب والشعور بالانتماء للمجتمع وتكوين علاقات مع الآخرين.
٢. التحرك ضد الناس : والذي نعني به حب السيطرة والعدوان.
٣. التحرك بعيداً عن الناس : الذي يتمثل في تكوين مسافة عاطفية تبعدهم عن الناس بحيث لا يتواصلون معهم بأية طريقه ولا يتعاونون مع الناس، ومن أجل تحقيق العزلة يكافحون للاكتفاء ذاتياً ونفسياً.

أما الاختلاف بين فرويد وهورني، فيكمن في أن فرويد صب جُل اهتمامه على الدوافع الجنسية والعدوانية، ورأى فيها عوامل الخطر التي تهدد "الأنا"، أما هورني فقد اهتمت بالدوافع العدوانية أكثر من اهتمامها بالدوافع الجنسية، ورأت في شدة الدافع العدواني أهم مصدر للخطر الذي يثير القلق في الأمراض العصابية، وتختلف أيضًا عن فرويد في نقطة أخرى. فهي ترى أن الخطر الذي يثير القلق ليس كما يعتقد فرويد مجرد زيادة التنبية وشدة الإثارة الصادرة عن دافع العدوان، وإنما هو خوف الفرد من توجيه هذا العدوان إلى الأشخاص الذين لهم أهمية عنده والذين يعتمد عليهم ويحبهم؛ وذلك لأن توجيه العدوان إلى هؤلاء الأشخاص سيؤدي إلى قطع علاقته بهم وهو أمر لا يستطيع الفرد احتمالها، ولذلك يكبت الطفل عادة دوافعه العدوانية، تظهر هذه الدوافع العدوانية فيما بعد في الخيالات وفي الأحلام وكثيرًا ما يسقطها الفرد على أشياء أخرى خارجية.

وتسمى هورني القلق الذي يسبب العصاب بالقلق الأساسي، وهو أساسي من ناحيتين. الأولى لأنه أساس العصاب، والثانية لأنه ينشأ في المرحلة الأولى من الحياة نتيجة اضطراب العلاقة بين الطفل ووالديه. كما ترى هورني أن السلوك الإنساني السوي يُستمد من الشعور بالطمأنينة، وأن أساس القلق يرجع إلى عدم قدرة الفرد على الوصول إلى حالة الطمأنينة، والتي ترجع إلى علاقته مع والديه وهذا يؤدي إلى تكوين نظره عدائية للعالم باعتباره عددًا مهددًا له.

وقد صنفت هورني الأشخاص الذين يسعون إلى الإرشاد النفسي إلى ثلاثة أصناف.

(١) الشخصية المتضخمة : وهي الشخصية التي توجي إلى صاحبها بأنه

شخصية عظيمة ويمتلك إمكانات وهمية، ويضن أنه قادر على خداع

الآخرين، وهو صعب المراس ويحاول الجدال.

٢) الشخصية المستكينة : ويبدو على صاحب هذه الشخصية مظاهر الخنوع والخضوع التام ويسعى للحماية والعطف، ويعاني من مشاعر الفشل والنقص وكراهية الذات.

٣) الشخصية اللامبالية : ويتميز صاحب هذه النظرية باللامبالاة ويفتقر إلى الدافعية للإنجاز والتحصيل ويركن إلى الراحة وعدم بذل الجهد، ويتعد عن أنتماء علاقات اجتماعية مع الآخرين.

نظرية الذات Self Theory :

صاحب هذه النظرية هو كارل روجرز، وهو يعتقد أن الذات هي جوهر الشخصية الإنسانية وأن مفهوم الذات حجر الزاوية الذي ينظم السلوك الإنساني. وقد عرف الذات بأنها التنظيم المعرفي لمفاهيم الفرد وقيمه وأهدافه ومثله، وهو الصورة المطردة لدى الفرد عن نفسه، وقال روجرز إنني كنت أسأل نفسي كيف أستطيع أن أعالج أو أن أغير ما لدى الأفراد؟، والآن أسأل كيف أستطيع أن أقيم علاقة وجواً نفسياً يستطيع من خلاله المريض أن يحقق أفضل نمو نفسي؟، ويتأثر مفهوم الذات بخبرات الفرد المباشرة وقيم الآباء وأهدافهم وفكرة المرء عن نفسه المتعلمة وهي إرتقائية تبدأ منذ الميلاد وتتمايز بالتدرج خلال مرحلتي الطفولة والمراهقة، وأن هناك مصادر لتكوين صورة الفرد عن نفسه منها:

١. قيم الآباء وأهدافهم والتصورات التي يوجهها الفرد للمجتمع المحيط به.
٢. خبرات الفرد المباشرة.

٣. التصورات التي تكوّن الصورة المثالية التي يرغب الفرد أن يكون عليها.

أما عن وظيفة مفهوم الذات فيقول روجرز أنها مختلفة لدى الفرد ومنها:

١. وظيفة دافعية: وهي التي تحفز الفرد على السلوك لتحقيق أهدافه.

٢. وظيفة تكاملية: بحيث تؤدي إلي تكامل السلوك الفردي بما يحقق صورة الفرد عن نفسه.

ولما كان لدى الفرد حاجة ملحة كي يظهر أمام الآخرين على أنه قوي وجدير وقادر على حل مشكلاته والاعتماد على نفسه وتحقيق ذاته فإن على المرشد النفسي أن يستثمر هذه الحاجة وأن يعتمد على تكنيكات وأساليب تساعد المسترشد على تحقيق هذه الحاجة والعمل بطريقة إيجابية سوية. الأهمية الخاصة لنظرية الذات في الإرشاد النفسي.

يُجمع الكتاب والباحثون على أن أحد الأهداف الرئيسة للإرشاد العلاجي هو تنمية مفهوم واقعي عن الذات Realistic Self Concept، وأن معظم حالات سوء التوافق هي نتيجة الفشل في تنمية هذا المفهوم الواقعي ورسم الخطط التي تتلاءم معه، ومن المعلوم أن من ينمي مفهوماً منخفضاً للذات أو أقل من الواقع يكون لديه مشكلات تماثل في حدتها تلك التي تكون لدى من ينمي مفهوماً مبالغاً فيه للذات، وقد وجد هافينز أن مرضى الذهان يكون مفهوم الذات لديهم مشوهاً وبعيداً عن الواقع، ويعتقد معظم الباحثين أن الإرشاد النفسي هو علاقة بين المرشد والعميل، يضع فيها العميل مفهومه عن ذاته كموضوع رئيس للمناقشة بحيث تؤدي عملية الإرشاد إلي فهم واقعي للذات المثالي، وأن السلوك نشاط موجه نحو هدف من جانب الفرد لتحقيق واشباع حاجاته كما يخبرها في المجال الظاهري وكما يدركه، ويتفق السلوك مع مفهوم الذات ومع المعايير الإجتماعية، وان الفرد يدرك الأشياء والمواقف بطريقته الخاصة والمعنى الخاص به، وأن الاطار المرجعي الداخلي للفرد هو المهم في عملية الادراك، وينبغي أن يكون هناك توافق بين الذات والواقع، وعندما يحدث تعارض هنا يحدث عدم التوافق النفسي وأحسن فهم لسلوك الفرد يكون من وجهة نظر الفرد نفسه ومن داخل إطاره المرجعي أي من داخل مجاله الإدراكي،

وأنجح طريقة لإحداث التغيير في السلوك هي إحداث التغيير في مفهوم الذات، وهذا ما يحاول المرشد إحداثه في طريقة الإرشاد الممركز حول العميل أو الذات.

أهم تطبيقات نظرية الذات في الإرشاد النفسي

١. ينبغي على المرشد النفسي أن يعد المسترشد هو محور العملية الإرشادية ولأن النظرية برمتها تقوم على الإيمان بأن العميل لديه من الإمكانيات التي تمكنه من تحقيق ذاته وتقدير مصيره، وعليه أن يتحمل مسئولياته، وأن الإطار الداخلي للمسترشد هو تحقيق الموضوعية التي يجب أن يعتمد عليها المرشد، وعندما يستطيع المرشد أن يتعرف مضامين هذا الإطار الداخلي يمكن عندها أن يدخل إلى عالم المسترشد و فهم إنفعالاته و بالتالي إمكانية بذل المساعدة له للوصول إلى مرحلة الإستبصار.

٢. على المرشد أن يضيف جواً من التسامح والتقبل خلال العملية الإرشادية، فهو يساعد على التخفيف من خطر التهديد وهذا الجو يساعد العميل أن يتقبل الجوانب الذاتية التي لم يكن يتقبلها من قبل، ومثل هذا الجو يسمح له بالتعبير عن بعض المشاعر التي كان يخفيها لأنها تسبب له بعض التهديد وبعد أن يتقبل نفسه يستطيع تقبل الآخرين.

٣. إن أهم عنصر في العلاقة الإرشادية هو الجانب الإنفعالي لأن المعلومات و تفسيرها وتشخيص الأشياء ليس لها أهمية بقدر الأهمية التي يحظى بها الجو الذي يستطيع المرشد أن يضيفه على العلاقة الإرشادية. (حامد زهران، ٢٠٠٢م).

نقد نظرية الذات:

١. إن النظرية لم تضع تصوراً كاملاً لطبيعة الإنسان وذلك لتركيزها الكامل على الذات ومفهوم الذات.

٢. يؤكد روجرز أن الفرد يعيش في عالمه الذاتي الخاص و يكون سلوكه تبعاً لإدراكه الذاتي، ونسى أن يشير إلى الموضوعية كما أنه ركز على الجوانب الشعورية وتناسى الجوانب اللاشعورية لدى الفرد، وذلك على الرغم من أن الجوانب اللاشعورية ذات دور كبير في التطوير المرغوب لدى الفرد.

٣. لم يهتم روجرز بالإختبارات والمقاييس إلاّ عندما يرغب العميل متناسياً أن جمع المعلومات أمر هام للمرشد.

النظرية السلوكية Behaviour Theory

يرى أصحاب هذه النظرية بأن السلوك الإنساني عبارة عن مجموعة من العادات التي يتعلمها الفرد ويكتسبها أثناء مراحل نموه المختلفة، وتدور هذه النظرية حول محور عملية التعلم في اكتساب التعلم الجديد أو في إطفائه، ولذا فإن السلوك الإنساني مكتسب عن طريق التعلم وأن سلوك الفرد قابل للتعديل أو التغيير بإيجاد ظروف وأجواء تعليمية معينة.

ويذهب أصحاب النظرية السلوكية إلى أن الإضطرابات السلوكية أنماط من الإستجابات الخاطئة أو غير السوية التي تعلمها الفرد ويحتفظ بها لفاعليتها في تجنب مواقف أو خبرات، غير مرغوبة، أما بالنسبة لتغيير السلوك غير السوي فيقول السلوكيون لابد للمرشد أن يحدد هنا السلوك وبواعثه والشروط التي يظهر فيها وتخطيط المواقف التي يتم فيها التعلم الجديد الذي يؤدي إلى تكوين ارتباطات جديدة، ولمعالجة مثل هذه المواقف لا بد للمرشد النفسي من أن يهيئ جواً نفسياً سوياً وعليه أن يستمع إلى المسترشد باحترام وأن يبدي نحوه المودة والمشاركة الوجدانية لمساعدته على استعادة ذكرياته للتخلص من قلقه وخوفه وأن انطفاء الخوف يساعد المسترشد على النشاط ويركز دعاة هذه النظرية بإستخدام التعزيز الموجب للسلوك الجديد.

المبادئ التي تركز عليها النظرية في تعديل السلوك :

في النظرية السلوكية بعض المبادئ والإجراءات التي تعتمد عليها، ويحتاج المرشد النفسي لتطبيقها كلها أو اختيار بعضها في التعامل مع المسترشد من خلال العلاقة الإرشادية، وهي على النحو التالي:

١. الإشتراط الإجرائي:

ويطلق عليه مبادئ التعلم وأنه يؤكد على الإستجابات التي تؤثر على الفرد لذا فإن التعلم يحدث إذا عقب السلوك حدث في البيئة يؤدي إلي إشباع حاجة الفرد واحتمال تكرار السلوك المُشبع في المستقبل.

٢. التعزيز أو التدعيم:

ويعتبر هذا المبدأ من أساسيات عملية التعلم الإجرائي والإرشاد السلوكي ويعد من أهم مبادئ تعديل السلوك لأنه يعمل تقوية النتائج المرغوبة، والتعزيز نوعان هما: أ. **التعزيز الإيجابي:** وهو حدث سار كحدث لاحق نتيجة لإستجابة ما إذا كان الحدث يؤدي إلي إستمرارية قيام السلوك .

ب. **التعزيز السلبي:** ويتعلق بالمواقف السلبية البغيضة والمؤلمة، فإذا كان استبعاد حدث منفر يتلو حدوث سلوك بما يؤدي إلي زيادة حدوث هذا السلوك فإن إستبعاد هذا الحدث يطلق عليه تدعيم أو تعزيز سلبي.

ج. **التعلم بالتقليد والملاحظة والمحاكاة:** وتتركز أهمية هذا المبدأ حيث أن الفرد يتعلم السلوك من خلال الملاحظة والتقليد وعادة يتعلم الأفراد سلوكهم من خلال مشاهدة نماذج في البيئة وقيامهم بتقليدها في الإرشادية لتغيير السلوك وتعديله.

د. العقاب: ويتمثل في الحدث الذي يعقب الاستجابة والذي يؤدي إلى إضعاف الاستجابة التي تعقب ظهور العقوبة، أو التوقف عن هذه الاستجابة والعقاب نوعان هما:

- العقاب الإيجابي: ويتمثل في ظهور حدث منفر ومؤلم للفرد بعد استجابة ما يؤدي إلى إضعاف هذه الاستجابة أو توقفها.

- العقاب السلبي: وهو استبعاد حدث سار للفرد يعقب أي استجابة مما يؤدي إلى إضعافها أو إختفائها.

هـ. التشكيل: وهو عملية تعلم سلوك مركب وتتطلب تعزيز بعض أنواع السلوك وعدم تعزيز أنواع أخرى ويتم من خلال استخدام مجموعة من القوانين هي:

- الانطفاء: الانطفاء أو الإغفال أو المحو هو انخفاض السلوك في حال توقف التعزيز سواء أكان بشكل مستمر أم منقطع فيحدث المحو أو الانطفاء أو الإغفال ويفيد في تغيير السلوك وتعديله وتطويره ويتم من خلال إهمال السلوك وتجاهله وعدم الانتباه إليه أو عن طريق وضع صعوبات أو معوقات أمام الفرد مما يعوق اكتساب السلوك ويعمل على تلاشيه .

- التعميم: ويحدث التعميم نتيجة لأثر تدعيم السلوك مما يؤدي إلى تعميم المثير على مواقف أخرى مثيراتها شبيهة بالمثير الأول أو تعميم استجابة أخرى مشابهة أو مواقف أخرى .

- التمييز: ويتم عن طريق تعزيز الاستجابة الصحيحة لمثير معين أي تعزيز الموقف المراد تعلمه أو تعليمه أو تعديله.

و. التخلص من الحساسية أو التحصين التدريجي: ويتم ذلك في الحالات التي يكون فيها سلوك غير مرغوب مثل الخوف أو الإشمئزاز والذي ارتبط بحادثة معينة فيستخدم طريقة التعويد التدريجي المنتظم.

ز. الكف المتبادل: ويقوم أساساً على وجود أنماط من الاستجابات المتنافرة وغير المتوافقة مع بعضها البعض مثل الاسترخاء والضيق، ولا بد من تهيئة الظروف المناسبة لتعلم هذا السلوك.

ح. الاشتراط التجنبي: ويستخدمه المرشد أو المعالج النفسي لتعديل السلوك غير المرغوب فيه، ويتم استخدام مثيرات منفرة كالعقاقير المقيئة والصدمات الكهربائية وأشرطة كاسيت تسجل عليها عبارات منفرة تتناسب مع السلوك الذي يراد تعديله.

ط. التعاقد السلوكي: ويقوم هذا الأسلوب على فكرة أن من الأفضل للمسترشد أن يحد بنفسه التغيير السلوكي المرغوب، ويمكن تطبيق مبدأ التعاقد السلوكي أثناء دراسة الحالة.

تطبيقات النظرية السلوكية في الإرشاد النفسي:

تفسر النظرية السلوكية المشكلات السلوكية بأنها أنماط من الاستجابات الخاطئة أو غير السوية المتعلمة بإرتباطها بمثيرات منفرة، ويحتفظ بها الأفراد لفاعليتها في تجنب المواقف أو الخبرات غير المرغوبة، ويركز الإرشاد النفسي على ما يلي:

١. مساعدة العميل على تعلم سلوك جديد مرغوب والتخلص من سلوك غير مرغوب فيه ومساعدته في تعلم أن الظروف الأصلية تغيرت أو يمكن تغييرها.

٢. تغيير السلوك غير السوي أو غير المتوافق وذلك بتحديد السلوك المراد تغييره و الظروف والشروط التي يظهر فيها والعوامل التي تكتفه وتخطيط مواقف يتم فيها تعلم و محو تعلم لتحقيق التغيير المنشود.
٣. الحيلولة بين العميل وبين تعميم قلقه على مثيرات جديدة.
٤. تعزيز السلوك السوي المتوافق.
٥. المثل الطيب والقذوة الحسنة سلوكياً أمام العميل لكي يتعلم أنماط مفيدة من السلوك عن طريق محاكاة المرشد خلال الجلسات الإرشادية المتكررة.

نقد النظرية السلوكية:

- رغم أن النظرية السلوكية تعتبر نظرية تجريبية موضوعية وظيفية في تفسير السلوك فإنه يوجه إليها بعض الانتقادات:
١. يصر أصحاب النظرية السلوكية على أن السلوك الملاحظ الظاهري الموضوعي فقط هو الذي يوضع في الإعتبار من الناحية.
 ٢. المفاهيم الأساسية للنظرية السلوكية لا تتفق كثيراً مع المفاهيم النظرية والتكوينات الفرضية التي توجد في النظريات الأخرى.
 ٣. يقول البعض أن من أكبر عيوب النظرية السلوكية أن معظم دلائلها العلمية والتجريبية الأصلية مبنية على البحوث التي تجرى على الحيوان أكثر منها على الإنسان.
 ٤. يركز الإرشاد السلوكي الذي يقوم على أساس النظرية السلوكية على إزالة الأعراض في ذاتها بدلاً من الحل الجذري للسلوك المشكل عن طريق التعرف على أسبابه الدينامية وإزالتها وبذلك قد يكون وقتياً وعابراً.

نظرية الإرشاد العقلاني والإنفعالي

Theory of Rational-Emotive Counselling

صاحب هذه النظرية ألبرت أليس وهو عالم نفس إكلينيكي أهتم بالتوجيه والإرشاد المدرسي والإرشاد الزواجي والإرشاد الأسري، ويرى صاحب هذه النظرية أن الأفراد ينقسمون على قسمين هما:

١. واقعيون.

٢. غير واقعيين.

وإن أفكارهم تؤثر على سلوكهم، فهم بالتالي عرضة للمشاعر السلبية مثل القلق والعدوان والشعور بالذنب بسبب تفكيرهم اللاواقعي وحالتهم الإنفعالية والتي يمكن التغلب عليها بتتمية قدرة الفرد العقلية وزيادة درجة إدراكه المفاهيم التي تقوم عليها نظرية الإرشاد العقلاني والإنفعالي:

١. إن الفرد يولد ولديه الإمكانيات لكي يصبح منطقياً عقلانياً واضح التفكير، كما يولد ولديه الميل لأن يصبح غير منطقي أو غير عقلاني ويتسم تفكيره بالتشويش.

٢. الفرد يدرك ويفكر وينفعل ويسلك بطريقة تلقائية لا تتفصل فيها العمليات السابقة عن بعضها البعض بل تتفاعل.

٣. يتأصل التفكير الغير عقلاني في التعلم المبكر الذي يكتسبه الفرد من الآباء من خلال التنشئة والثقافة التي كان يعيش في إطارها في مراحل الطفولة.

٤. الفرد لا يضطرب بسبب الأحداث والأشياء بل بسبب وجهة نظره التي يتخذها بصدد تلك الأشياء والأحداث.

٥. يمكن مواجهة الأفكار والانفعالات السلبية المدمرة للذات بإعادة تنظيم تفكير الفرد نحو المواقف والأحداث، وهدف المعالج في عملية الإرشاد أو العلاج

هو أن يبين للعميل أن ما يردده لنفسه والطريقة التي ينظر بها للأمور تمثل طريقة تفكير لاعقلانية، وهنا ينصب العلاج على تقويم تفكير العميل بحيث يصبح أكثر منطقاً وعقلانية.

تطبيقات نظرية الإرشاد العقلاني والإنفعالي في الإرشاد النفسي

١. أهمية التعرف على أسباب المشكلة، أي الأسباب غير المنطقية التي يعتقد بها المسترشد والتي تؤثر على إدراكه وتجعله مضطرباً.
٢. إعادة تنظيم إدراك وتفكير المسترشد عن طريق التخلص من أسباب المشكلة ليصل إلي مرحلة الإستبصار للعلاقة بين النواحي الإنفعالية والأفكار والمعتقدات والحدث الذي وقع فيه المسترشد.
٣. إقناع المسترشد على جعل الأفكار في مستوى وعيه و إنتباهه ومساعدته على فهم غير المنطقية منها لديه.
٤. تدريب المسترشد على إعادة تنظيم أفكاره وإدراكه وتغيير الأفكار اللامنطقية الموجودة لديه ليصبح أكثر فعالية و إتماداً على نفسه في الحاضر والمستقبل.
٥. استخدام أساليب الإرتباط الإجرائي والمناقشات الفلسفية والنقد الموضوعي في أداء الواجبات، وهذه من أهم جوانب العملية الإرشادية.
٦. مهاجمة الأفكار والحيل الدفاعية التي توصل المرشد إلى معرفتها من خلال الجلسات الإرشادية مع المسترشد وإبدالها بأفكار أخرى مقبولة إجتماعياً.

نظرية المعنى (الإرشاد بالمعنى) ١٩٠٥ - ١٩٩٧:

رائد هذه النظرية هو فيكتور فرانكل، ظهر مصطلح العلاج بالمعنى Logotherapy في كتابات فرانكل عام ١٩٣٨م، وقد طور وانشئ طريقة ارشادية علاجية على أساس الافتراض الأساسي القائل بأن المعنى في الحياه هو جوهر

وأساس الوجود، ويعتقد إنه عندما يجد الناس المعنى في حياتهم فإنهم سيصبحون أصحاء نفسياً ونشطين روحياً.

ينتمي العلاج بالمعنى الى الاتجاه الإنساني في العلاج النفسي وعلم النفس والذي يعد القوة الثالثة في علم النفس بعد التحليل النفسي والسلوكية.

استفاد من مبادئ المذهب الإنساني "روجرز، ماسلو" وهي:

- الانسان خير بالفطرة.

- الانسان حر في حدود معينه.

- الانسان كائن نشط مستمر وهادف.

ويعتمد العلاج بالمعنى على الفلسفة الوجودية ويشترك معها في الرأي القائل بتفرد وفردية كل شخص بشخصيته المختلفة عن الآخر.

يرى فرانكل ان إرادة المعنى هي القوة الوجودية للروح الإنسانية التي تمكن الفرد من فهم الوضع الإنساني. فقد تحبطه الظروف الاجتماعية والثقافية وقد يشعر بعدم التحدي وعدم وجود أهداف أو انجاز أي شيء وهذا يؤدي إلى الإحساس بالفراغ الوجودي.

الناس يشتقون المعنى من الحياه من خلال القيم الشخصية والتجربة ولها ثلاثة أنواع: الابتكارية- الخبراتية- الاتجاهاتية.

كما يرى أن الحرية تكتسب بقبول الحاجات الفطرية والبيئية، وتنشأ الحرية الشخصية من الإحساس العميق بالمسئولية تجاه الحياة.

إن احباط إرادة المعنى يؤدي إلى الاحباط الوجودي الذي يؤدي إلى العصاب المعنوي، كما يشير الى إن حياة الفرد الأكثر نجاحاً تصبح خاوية وغير مجدية بدون الإحساس بالمعنى والهدف، وهذان المحوران يعرفان برباعي فرانكل حيث أشار لأربع حالات هي:

- النجاح المرتبط بالمعنى.
 - النجاح الذي لا زال يشعر بالفراغ ويؤدي الى اليأس.
 - الفشل المقترن بالمعنى.
 - الفشل مع عدم الإحساس بالمعنى والذي يؤدي إلى اليأس.
- يركز فرانكل على معنى الوجود الإنساني وبحث الانسان عن معنى، ويربط

ذلك بثلاثة ثوابت هي :

- الثالث الأول " مفاهيم العلاج بالمعنى":

١. حرية الإرادة: فالانسان لديه حرية الاختيار ومسؤول عن اختياراته.
٢. إرادة المعنى: محاولة الانسان الدائمة للبحث عن معنى واحباطها يؤدي للفراغ الوجودي.
٣. معنى الحياة: الحياة لها معنى تحت كل الظروف واطرقها " أداء عمل ما - المعاناة - معايشة قيمة"

- الثالث الثاني " كيف يمكن اكتشاف المعنى في الحياة":

١. القيم الابتكارية: وهي التي تدفع للإنجاز الجدير بالاهتمام (المعنى يأتي مما نعطيه للحياة).
٢. القيم الخبراتية "التجريبية" تتمثل في الحب والمسؤولية الاجتماعية (المعنى يأتي مما نأخذه من العالم).
٣. القيم الاتجاهاتية " اتجاهات الفرد نحو المواقف والاقدار " (المعنى يأتي من الموقف الذي نتخذه).

- الثالث الثالث: " الثالث المأسوي":

١. معنى المعاناة: لابد منها في الحياه ويجب النظر إلى المأساه بإيجابية حولها إلى انتصار

٢. الذنب: الشعور به سمه للحياة..

٣. الموت: الشئ الوحيد المؤكد وينظر له بإيجابية لأنه يعطي معنى للحياة

ويكون حافز لها.

الفنيات المستخدمة:

- تشتت الفكر.
- المقصد العكسي.
- الحوار السقراطي.
- التحليل بالمعنى.

الفصل الرابع

المعلومات اللازمة لعملية الإرشاد النفسي والتربوي وطرق جمعها

تعد وسائل جمع المعلومات في الإرشاد النفسي حجر الزاوية في عملية الإرشاد، وأن الحصول على معلومات دقيقة وكافية عن العميل وعن مشكلته وعن بيئته، تعد حلقة الوصل بين الجزء النظري والجزء العملي في التوجيه والإرشاد النفسي، وتعد العمود الفقري في عملية الإرشاد، ذلك لأن عملية الإرشاد لا تتم إلا إذا توافرت المعلومات التي تمكن من فهم العميل والتي يحدد على أساسها تشخيص الحالة، وأن المعلومات ضرورية بالنسبة إلى، المرشد والعميل، فالمرشد لكي يقدم للعميل المساعدة والخدمة النفسية لا بد أن يتوافر لديه قدر واف من المعلومات يتيح فهم وتفسير سلوكه ويعين على تحديد مشكلته وتيسير عملية الإرشاد، وفي نفس الوقت فإن العميل يحتاج إلى معلومات عن ذاته وقدراته ونواحي قوته ونواحي ضعفه وإلى معلومات لا تتوافر لديه تعينه على حسن فهم نفسه وبالتالي على تخطيط مستقبله بثقة كبيرة. وهذا في حد ذاته إنجاز هام من المنجزات التي تميز عملية الإرشاد النفسي، وأن المعلومات لا بد أن تسمح للمرشد من رسم صورة كاملة عن شخصية المسترشد. لكن نتساءل ما هي المعلومات التي ينبغي جمعها؟ فالبعض حسب توجهاته يركز على الخبرات المبكرة للفرد، والآخر الذي يركز على البيئة ودرجة تأثيرها على شخصية الفرد، وبعض الاتجاهات تبحث عن دور العمليات المعرفية في السلوك. إلا أنه يمكن تلخيص أهم المعلومات التي ينبغي معرفتها عن المسترشد التي ينبغي الحصول عليها، ومن هذه المعلومات ما يأتي.

أولاً: المعلومات التي يجب جمعها :

أ. معلومات مفصلة عن المسترشد : والتي تتضمن. الاسم، العمر، التحصيل الدراسي، المهنة، الديانة، التاريخ الصحي للمسترشد، الحالة الاجتماعية، الحالة الاقتصادية.

ب. معلومات عن الاسرة : والتي تتضمن الاب، الام، فاقد أحد الوالدين، عدد الاخوة والأخوات، السكن.

ج. شخصية المسترشد : والتي تتمثل في معلومات عن توافق الشخصية من الناحية الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية، وتكامل هذه النظم مع بعضها، لتكون المخرجات السلوكية سوية مع البيئة التي يعيش فيها، ومع المواقف التي يتعرض لها، إلا أنه عدم توافق هذه النظم في شخصية الانسان الامر الذي يؤدي إلى مخرجات سلوكية مرضية.بالإضافة إلى ذلك، التعرف على الصراعات التي يعاني منها وما هي درجة الطموح التي يمتلكها وما هي نظرتة الى الحياة التي يعيشها.

د. مشكلة المسترشد : من المعلومات المهمة التي ينبغي معرفتها عن المسترشد هو المشكلة التي يعاني منها المسترشد، وأهم الاسباب التي أدت إليها، وما هي الاثار التي ترتبت بسبب هذه المشكلة في نفسية المسترشد، والبحث عن أعراضها والسبل التي اتبعت في معالجتها، والرجوع الى تاريخ الحالة وتطورها، وهل يعاني من أمراض عضوية أو نفسية سابقة، وما هو سبب الاحالة والجهة..... الخ ؟

ثانياً: مصادر جمع المعلومات :

هنالك عدة مصادر يمكن الاعتماد عليها في الحصول المعلومات الضرورية، في العملية الإرشادية والتي تعد من الركائز التي يعتمد عليها المرشد النفسي، في الحالات التي تواجهه. ومن أهم هذه المصادر هي:

أ. المسترشد نفسه :

إن أفضل مصدر للمعلومات هو المسترشد نفسه لأنه هو صاحب المشكلة، ويشعر بما يعني من صعوبات، ولا يستطيع أحد أن يصف مشاعره ومشكلاته بنفس الدرجة والدقة والصدق، إذا كان قاصداً للإرشاد بصورة طوعية، كما أن المسترشد هو الشخص الذي يشخص الحالة التي يعاني منها، عند مقابلته للمرشد، وقد يلجأ بعض المسترشدين إلى الكذب في بعض الأمور إلا أنه نسبة الكذب تكون قليلة إذ كان هو يرغب بالإرشاد، كما أنه ينبغي على المرشد يكون على مستوى من الدراية العالية في الخبرة إذ كان المسترشد لا يتكلم الحقيقة، كما يفضل أن تستخدم الاختبارات والتقارير الذاتية. وأن الاعتماد على المسترشد شيء ضروري لأنه يعرف مفهوم الذات لديه سواء كان راضياً أم غير راض عن هذه الذات. وما هو الشيء الإيجابي والسلبي، وما هي نقاط القوة والضعف التي يمتلكها الفرد.

ب. الوالدان :

يعتمد المرشد النفسي على الوالدين في الحصول على المعلومات التي يوثق بها، وعلى الأخص عند استقبال حالات من الأطفال الذين لا يستطيعون أن يدلو بمعلومات مفيدة، خاصة عند النوع المتكتم الذي لا يرغب بعرضه أمام المرشد، كما أن الوالدين يساعدوننا في المعلومات عن سير عملية النمو خلال المراحل العمرية المختلفة، كأمراض المهمة أو الصدمات أو التغيرات السريعة التي تعرض لها..... الخ.

ج. الاخوة والاقارب :

في هذا النوع من المصادر التي يعتمد عليها المرشد، بأن يكون أميناً في الحفاظ على سرية المعلومات التي يتلقاها من أسرة المرشد، فإن المرشد يعيش مع الاخوة والاقارب ولديهم معلومات مهمة عنه ويلاحظونه في المواقف الحياتية المختلفة، عن طريق العشرة التي بينهم وبينه كعائلة أو قريب، فهؤلاء لديهم المعلومات الجيدة عن الازمات أو المشكلات التي تعرض لها بالإضافة إلى أنهم يعرفون الاصدقاء والاقربان الذين يسايرهم خلال يومياته، من البيت إلى المدرسة إلى الشارع، بالإضافة إلى أنه في بعض الحالات قد لا يتكلم المرشد بصراحة عن المعلومات التي نحتاجها، لذلك فإن الاخوة والاقارب من المصادر الهامة التي يمكن الاعتماد عليها في جمع المعلومات.

د. الاصدقاء :

يعد هذا المصدر من المعلومات من المصادر الهامة في جمع المعلومات، لأنه يتميز بأهمية خاصة، لأن الاصدقاء يكونون من أقرب الاشخاص إلى الفرد عن باقي علاقاته مع الاخرين سواء كانوا من الاسرة أو الاقرباء وغيرهم، لأن الاصدقاء أكثر قرباً من بعضهم من حيث الحديث عن المشكلات التي يعانونها فيما بينهم، فقد يتحرج المرشد الحديث عن مشكلاته أمام الاهل، إلا أنه يتكلم بصراحة مع صديقه إذا كانت علاقته عميقة ووطيدة، كنوع من التفريغ الانفعالي أو الاستشارة والبحث عن الحلول، ففي بعض المشكلات قد يتحرج المرشد من الحديث للاهل عن مشكلاته، إلا أنه يتكلم بصدق مع صديقه كونه الاقرب إليه وإلى عمره وخبرته، إلا أنه على المرشد ينبغي أن لا يلجأ إلى الاصدقاء إلا عند الضرورة، وذلك للحفاظ على سرية المعلومات، تحسباً للاخراج.

هـ. الاخصائيون :

والذين نعني بهم الطبيب والاختصاصي الاجتماعي والمرشدون والمعلمون، كل هؤلاء لديهم معلومات مفيدة عن المسترشد، ويمكن الاستفادة من التقارير المتوفرة لديهم عن المسترشد خلال حياته المدرسية أو العملية، كما يمكن الاستفادة من خبرتهم في جمع المعلومات عن المسترشد، كأن تطلب من الطبيب تقريراً صحياً عن حالة المسترشد الصحية والبيئية والاجتماعية التي يعيش فيها.

ثالثاً : شروط لابد من مراعاتها عند جمع المعلومات :

شروط عملية جمع المعلومات :-

ليس من السهل جمع المعلومات المفيدة و الهادفة إذ لابد أن تتوفر شروط معينة تتصف بها هذه لمعلومات حتى يستفاد منها على أكمل وجه، ومن الشروط التي يجب مراعاتها في جمع المعلومات ما يلي :-

أ. سرية المعلومات :-

عند حديث المسترشد عن كل مشكلاته والتي قد تسبب الخجل أحياناً لإعتقاده أو إحساسه في نفسه أنها سلوكيات غير طبيعية. ومن هنا تأتي أولى المهام في عملية جمع المعلومات. إذ لابد أن يطمئن المرشد العميل على أن مايدلي به من معلومات ستنقى سراً لايعلمه سواهما وهنا يزرع بذور الثقة في نفس المسترشد، وعندما يطمئن إلى سرية معلوماته يتحدث عندها بكل حرية وبصراحة تامة وفي جو نفسي مريح، خاصة إن كانت المعلومات التي سيدلي بها تسبب له متاعب في حياته.

وحتى يؤكد المرشد للعميل سرية المعلومات فإنه يكتمها بطريقة غير مقروءة لغيره بل تكون معظمها مختزلة و بشكل رموز لا يفك أسرارها سواه. وهناك من المرشدين من يستعمل أسماء مستعارة أو كتابة الحرف الأول من الاسم.

ب. المهارة في جمع المعلومات :-

ينبغي أن يكون المرشد محترفاً في جمع المعلومات، وتكون أسئلة هادفة وسابر لأعماق وخفايا مايمكنه المسترشد من معلومات وعلى المرشد أن يهتم بجمع المفيد من المعلومات لمهمته و بطريقة سهلة وطبيعية.

ج. الدقة والموضوعية :-

لا يمكن الوصول إلى تشخيص المشكلة بشكل دقيق إلا عن طريق الدقة المتناهية في جمع المعلومات، والموضوعية في جمع المعلومات أي جمع المعلومة التي لها علاقة أو صلة بالموضوع أو المشكلة.

وإن الوصول إلي دقة المعلومات وموضوعيتها تعتمد على وسائل جمع المعلومات ومناسبتها للمشكلة سواء كانت عن طريق المقابلة - الملاحظة - أو دراسة الحالة.....الخ.

د. الصدق والثبات :-

إن صدق المعلومة التي حصل عليها المرشد يعني أنها تصف فعلاً ما تعنيه من سلوك المسترشد.

أما الثبات أو ثبات المعلومة، حتى يتمكن الاعتماد عليها و على نتائجها فيجب أن لا تتغير بسرعة من جلسة لأخرى و إن عدم ثبات المعلومة مدعاة للحيرة و الغموض و ستكون عاملاً مضللاً للمرشد أثناء معالجته للمشكلة.

هـ. تعاون العميل "المسترشد" :-

أن من أصعب مهام المرشد في تعامله مع المسترشد أن يتوصل إلى نتيجة إن، لم يوفق في حث العميل أو إقناعه بالتعاون معه و أخذ المسترشد بمأخذ الجد حتى يستطيع مساعدته بشكل موفق. إن هناك من المسترشدين مقاوماً و سلبياً في تجاوبه مع خطط المرشد.

و. التروي في تفسير المعلومات:

عند جمع المعلومات يجب الابتعاد عن التعميم السريع وغير المحدود وما يتخلل ثناياه من أخطاء المبالغة في الأمور، كما يجب عدم الإفراط في تطبيق القواعد العامة على حاله العميل الخاصة، لان هنالك فروق فردية بيئية وثقافية يجب أخذها بعين الاعتبار، والإعتدال أمر مطلوب ومرغوب في آن واحد، خاصة في مثل الحالات الإنسانية التي لا يمكن حصرها بمبادئ وقوانين تنطبق على الأفراد بشكل كلي وعام.

وهناك شروط اخرى ثانوية :-

١- تقييم المعلومات

٢- تنظيم المعلومات

٣- أسباب المشكلة

ز. التقرير:

ينبغي أن تكون هناك لغة تفاهم بين المرشدين وكل العاملين في مجال الارشاد حول نوع التقرير، الذي يكون على شكل معلومات دقيقة مختصرة تشمل الحالة كاملةً.

رابعاً: طرق جمع المعلومات:

هناك عدة وسائل لجمع الحقائق والبيانات عن الفرد وهي.

أولاً: الملاحظة:- Observation

من أكثر المسائل شيوعاً التي تستخدم في تقييم الشخصية الملاحظة المباشرة لسلوك الفرد في مواقف الحياة الطبيعية خلال فترة من الزمن أو في موقف مصغر من الحياة ترتب بحيث تستدعي ظهور سمات الشخصية المطلوب قياسها.

ولما كان معظم الناس يكونون عادة حساسين بأنفسهم إذا ما لاحظهم أحد فقد ابتكر علماء النفس أساليب خاصة للملاحظة لا يكون فيها الأشخاص الذين يوضعون تحت الملاحظة مدركين لوجود الملاحظ وقد استخدمت هذه الأساليب بكثرة و بنجاح.

أنواع الملاحظة :-

- (١) الملاحظة المباشرة: وهي تحدث بين طرفين وهما وجهاً لوجه أي أن المسترشد على علم بأنه موضع ملاحظة.
- (٢) الملاحظة غير المباشرة: وهي عكس الملاحظة المباشرة و تحدث دون اتصال مباشر بين الملاحظ والعميل ودون أن يدرك العميل أنه موضع العميل.
- (٣) الملاحظة المنظمة الخارجية: ويكون أساسها مشاهدة موضوعية.
- (٤) الملاحظة الداخلية: ويقوم بهذه الملاحظة الشخص نفسه لنفسه وهي ذاتية و ليست موضوعية ومن عيوبها أنها لا يمكن أن تتبع مع الأطفال الذين لا يستطيعون القيام بها.
- (٥) الملاحظة السردية: وهو أسلوب يتبعه المدرس لملاحظة سلوك الطلاب سواء كان هذا السلوك إيجابياً أو سلبياً نظراً لما لهذا السلوك من أهمية و دلالة بالغة في حياة الفرد و يعتبر هذا النوع من الوسائل الهامة التي يعتمد عليها التوجيه التربوي في المدارس، ويقوم على أساس سرد البيانات بصورة يومية عن نشاط المسترشد من قبل الملاحظ خلال فترة محددة، ونشاطات مختلفة خلال فترة الملاحظة.
- (٦) الملاحظة العابرة: وهي التي يمارسها المرشد دون قصد أو تخطيط مسبق ورغم ما تتصف به من عدم الدقة إلا أنها ذات أهمية كبيرة لأنها قد تكون نقطة الانطلاق إلى بحوث دقيقة و تجارب متكاملة.

٧) الملاحظة الدورية: وهذه تتم في فترات زمنية محددة و يتم تسجيلها وفقاً للمراحل الزمنية التي تحدث فيها.

٨) الملاحظة المقيدة: وتكون مقيدة بمجال معين أو موقف معين ببنود معينة مثل ملاحظة الأطفال في مواقف الإحباط أو التفاعل مع الكبار.

أهداف الملاحظة :-

تهدف الملاحظة بصورة عامة إلى إختيار الأداء السلوكي الخاص بفرد ما في موقف معين مما قد يسهم في وضع الأساس العلمي لتقويم متغيرات هذا الأداء خلال فترة الإرشاد النفسي وأن إختبار السلوك في موقف يؤدي إلى إكتشاف علاقات مباشرة وغير مباشرة بين هذا السلوك وبين سلوكياته في مواقف أخرى مغايرة.

مزايا الملاحظة :-

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

ب. تتيح دراسة السلوك الفعلي في موافقة الطبيعة وذلك أفضل من اللجوء إلى قياس السلوك عن طريق الإختبارات.

ج. تحليل سلوك الفرد في حالات متعددة بقدر الإمكان.

د. وضع المعايير لأغراض التقويم.

عيوب الملاحظة:-

أ. تحتاج الملاحظة إلى وقت وجهد كبيرين من الباحثين.

ب. تفتقر الملاحظة إلى الثبات لأنها تعتمد بالدرجة الأولى على الحواس و إدراك الباحث الذي يختلف من شكل إلى آخر.

ج. إنخفاض درجة دقة النظر لأن الملاحظ يقوم على تسجيل ظواهر تحدث في

الواقع المعاش ويصعب إخضاعها للتجربة.

د. بعض الأفراد لا يحبون أن يكونوا موضع ملاحظة كالمراهقين والأزواج.
هـ. لكي تتم الملاحظة لسلوك في إطاره الطبيعي لا يخبر المسترشد بذلك مسبقاً
وهذا يتعارض مع مبدأ رئيس في أخلاقيات الإرشاد النفسي وهو تعريف المسترشد
و استئذانه في ذلك.

ثانياً: مؤتمر الحالة :-

يشعر المرشدون في عيادات التوجيه وفي مراكز الإرشاد أن مساعده بعض
الحالات تكون أفضل لو تيسر مناقشتها مع الآخرين، ولاشك أن رأي الجماعة أبلغ
أثراً من الجهد الفردي.

أفضل وسيلة لتحقيق ذلك تكون عن طريق مؤتمر الحالة وهو و إن كان
يسمى مؤتمراً إلا أنه ليس مؤتمراً بالمعنى

وتعرف دراسة الحالة: هو إجتماع مناقشة خاصة يضم فريق الإرشاد كله أو
بعضه ويضم كل أو بعض من لديه معلومات عن المسترشد ومستعد للحضور
والتطوع شخصياً للأداء بها والمشاركة في تفسيرها وفي إبداء بعض التوصيات
بموافقة المسترشد.

يضم مؤتمر الحالة عاده الأخصائي النفسي والأخصائي الإجتماعي
والمدرسي والمرشد ومن أعضائه البارزين الوالدان وعاده يتولى إدارته المرشد النفسي.

أنواع مؤتمر الحالة:-

١. مؤتمر الحالة الواحدة:

وهو خاص بمسترشد واحد و مجموعة من المرشدين. وهو يكون بمثابة إجتماع
لفريق التوجيه عندما يجتمع المتخصصون في التوجيه وعلم النفس و العمل
الإجتماعي و الصحة النفسية لتقييم حاله فرد يبدو أنه بحاجة إلى مساعده
متخصصة.

٢. مؤتمر الحالة للمتخصصين وغير المتخصصين:-

عندما يعقد مؤتمر الحالة لأكثر من مرة و عندما يعقد لغرض تزويد التربية الخاصة بغير المختصين فإن المشاركين في المؤتمر يضمون جميع أعضاء الفريق الذين لهم صلة بالفرد و يكونوا قادرين على إعطاء معلومات وثيقة الصلة بالفرد مثل الأسرة أو رفقاء العمل أو المدرسة.

٣. مؤتمر الحالات :-

هو الذي يضم مجموعة من المسترشدين تكون لديهم علاقة أو مشكلة مشتركة.

٤. مؤتمر المرشد و المسترشد وولي الأمر :-

هو يكون بين المرشد والمسترشد وولي الأمر بالنسبة للمسترشد.

٥. مؤتمر الأخصائيين :-

وهو عاده يضم المرشدين فقط من غير مسترشد.

عوامل نجاح مؤتمر الحالة:-

يساعد على نجاح مؤتمر الحالة بعض الشروط منها:-

- عقده في حالات الضرورة فقط:-

يجب أن يقتصر عقد مؤتمر الحالة على حالات الضرورة التي تصلح كحالة مؤتمر، أي أن هذه الوسيلة ليست عامة بالنسبة لجميع حالات الإرشاد النفسي، فهناك حالات لا تستدعي عقد مؤتمر بشأنها، وهناك حالات يمكن إعتبارها (حالة مؤتمر) وحالات أخرى. لذلك يجب تحديد الحالات التي تعرض على المؤتمر للمناقشة.

- موافقة المسترشد :-

يجب الحصول على موافقة المسترشد على عقد مؤتمر الحالة فبعض المسترشدين يأتون للإسترشاد بشروط خاصة منها إلا يعرف ذووهم أو رؤسائهم وهؤلاء لايجوز عقد مؤتمر حالة بخصوصهم.

- مراعاة المعايير الأخلاقية:-

يجب مراعاة أخلاقيات الإرشاد الخاصة بأسرار المسترشد فضلاً عن تأكيد السرية التامة لكل ما يدور في المؤتمر.

- اهتمام الحاضرين:-

ويجب أن يكون الحاضرون مهتمين بحالة المسترشد. ويجب أن يكونوا فاهمين لطبيعة المؤتمر وهدفه والمطلوب من كل منهم ويجب التزامهم بالجدية والموضوعية في أحكامهم و تفسيراتهم.

- الجو غير الرسمي:-

يجب أن يسود المؤتمر جو غير رسمي، ولكن يجب في الوقت نفسه أن يتوفر قدر من المسؤولية، إذ يجب أن يكون لدى المؤتمرين معلومات هامة وحديثة ولازمة فعلاً ويدلون بها بمسؤولية.

- مراعاة التخصصات:-

ويجب مراعاة التخصصات المختلفة والخلفيات المتنوعة لأعضاء المؤتمر وعدم سيطرة بعضهم على الجلسة، وعدم الإستخفاف بما يدل به بعض الأعضاء من معلومات أو آراء أو تعليقات أو توصيات.

مزايا مؤتمر الحالة:-

يمتاز مؤتمر الحالة بما يلي:-

١. يزود المرشد بمعلومات عن المسترشد و شخصيته وخاصة المعلومات التي لايمكن الحصول عليها من الوسائل الأخرى التي تفيد في مناقشة الفروض المختلفة وفي التشخيص وفي عملية الإرشاد.
٢. يفيد في تجميع أكبر قدر من المعلومات من مصادر متعددة ومن جهات نظر مختلفة و في وقت قصير، ولذلك يعتبر بمثابة إستشارة وتبادل آراء تفيد في الحكم على التقديرات الذاتية لكل من المرشد و المسترشد.
٣. يمكن التعرف من خلاله على من يستطيع أن يسهم في عملية إرشاد الحالة من غير أعضاء هيئة الإرشاد.
٤. يساعد في تبني الإرشاد الخياري حيث يطلع أعضاء فريق الإرشاد على جهات نظر مختلفة لكل منها وجهاتها. ويدركون أنه يجب أن تتنوع طرق الإرشاد.
٥. يعتبر الوسيلة النموذجية للإتصال بالأسرة وغيرها من مصادر المجتمع الأخرى في الإرشاد النفسي.

عيوب المؤتمر:-

١. قد يأخذ زمن طويل.
٢. قد يخفي العميل بعض المعلومات.
٣. قد تأتي المعلومات التي تجمع في أثناء المؤتمر مشتتة وغير منسقة وغير متكاملة.
٤. قد لا يتوافر الوقت لدى الكثيرين لحضور المؤتمر مما يهدده بالفشل.
٥. قد يمانع بعض المسترشدين عقد مؤتمر لهم لأنهم يعدونه تدخل الآخرين فيما لا يعنيههم.

ثالثاً : دراسة الحالة:-

دراسة الحالة وسيلة شائعة الإستخدام لتلخيص أكبر عدد ممكن من المعلومات عن المسترشد وهي أكثر الوسائل شمولاً وتحليلاً . ويرى البعض أن دراسة الحالة ليست وسيلة جمع معلومات بالمعنى الحرفي للكلمة ولكنها بالأحرى أسلوب لتجميع المعلومات التي تم جمعها بالوسائل الأخرى مثل المقابلة والملاحظة والإختبارات ومؤتمر الحالة.

تعريف دراسة الحالة:-

وهي إحدى الوسائل التي تستخدم لجمع البيانات عن المسترشد، وهي تهدف الى التعرف على حالة الفرد من النواحي المختلفة الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية.

فهي كل المعلومات التي تجمع عن الحالة والحالة قد يكون فرداً أو أسرة أو جماعة وهي تحليل دقيق للموقف العام للحالة ككل. وهي منهج للتنسيق وتحليل المعلومات التي جمعت بوسائل جمع المعلومات الأخرى. عادة ما يقوم بدراسة حالة المرشد في الحالات العادية بمفرده.

أهم الجوانب التي تتناولها دراسة الحالة:-

١. معلومات عامة عن المسترشد وأسرته وبيئته الاجتماعية.
٢. معلومات عن إستجابته الإنفعالية التي تشمل مستوى النضج الانفعالي وثقته بنفسه.
٣. معلومات خاصة عن أسرة الفرد من حيث الدخل الشهري والمستوى الإجتماعي والثقافي والتعليمي.
٤. معلومات عن الحالة الجسمية، تشمل: الطول، الوزن، الحجم.
٥. معلومات عن الحالة المعرفية من حيث الذكاء، القدرات الرياضية.

٦. القيم التي يؤمن بها، اتجاهاته، ميوله، دوافعه.

٧. مفهوم الفرد عن ذاته

٨. علاقته الإجتماعية مع الآخرين هل هو انبساطي - انطوائي.

٩. المشكلات السلوكية التي يعاني منها، السرقة، العدوان.

من هنا يتبين أن منهج دراسة الحالة هو تحليل دقيق للموقف العام للفرد وبيان الأسباب التي دعت إلى الدراسة:
مميزات دراسة الحالة:-

١. توضح وبشكل شامل جميع جوانب الشخصية وبهذا يحصل على صورة دقيقة وواضحة عن شخصية الحالة.

٢. يعطي للفرد الفرصة للتعرف على نفسه من حيث.....إمكاناته.

٣. تقيد في عملية التنبؤ أي توضيح ما ستكون عليه الحالة مستقبلاً.

٤. كما أنها تقيد التربويين في تشكيل صورة واضحة عن الأطفال الذين يتعاملون معهم.

٥. تساعد في احتواء الكميات المتناثرة من المعلومات المتراكمة حول الأفراد الأمر الذي يؤدي إلى تفسيرها و الإفادة منها في العلاج.

٦. تمكن المرشد النفسي من إمكانية التخطيط الفعال لإتباع الخطوات التي تؤدي إلى تنمية الحالة و تطورها.

٧. تقوي العلاقة بين المرشد و المسترشد وهذا يؤدي إلى زيادة التفاعل المهني و الإرشادي.

عيوب دراسة الحالة:-

١. إنها تحتاج إلى وقت وجهد كبيرين يؤديان إلى الملل.
٢. قد تكون المعلومات التي تحصل عليها المرشد كبيرة وبالتالي تتراكم وإن لم يحسن الباحث تبويبها ستنتهي الفائدة المرجوة منها.
٣. لا يمكن لأي مرشد أن يمارسها لهذا فإنها تحتاج إلى مرشد ممارس ذي خبرة.
٤. تباين المعلومات التي يحصل عليها المرشد ومن مصادر مختلفة قد يؤدي إلى تشويه الحقيقة لحالة المسترشد.
٥. قد يتعثر الحصول على المعلومات في الوقت المناسب وهذا قد يؤثر على سير عملية العلاج أو تعثرها.

رابعاً: الإختبارات:-

وهي تهيئة أداء علمي يتكون من مجموعة من المثيرات النفسية المقننة وفق معايير ملائمة مع البيئة التي يطبق فيها وذلك لدراسة ظاهرة سلوكية معينة.

شروط الإختبارات :-

١. الهدف :- أي أنه يقيس ما وضع أصلاً لقياسه.
٢. الثبات :- أي أن تكون نتائج الإختبار ثابتة تقريبا في المرات المختلفة .
٣. التقنين :- يقصد به إعداد معايير الإختبارات حتى تكون إلى درجات خام .
٤. الموضوعية.
٥. سهولة الإستخدام.
٦. الإعتدال في الإختبارات.

مزايا الإختبارات:-

١. تعتبر أسرع و أوضح من غيرها من الوسائل.
٢. أكثر موضوعية.

٣. الإختبارات وسيلة إقتصادية وفعالة في التقييم وإتخاذ القرار والتنبؤ.
٤. تعطي تقديراً كمياً وكيفياً معيارياً لشخصية العميل و قدراته واستعداداته ونقاط قوته و ضعفه.
٥. تمهيد لإستخدام وسائل أخرى مثل المقابلة ومؤتمر الحالة.
٦. يستخدم الإختبار في قياس مدى التقدم أو التغير الذي طرأ على حالته.

عيوب الإختبارات:-

١. بعض الخصائص النفسية لا يستطيع الإختبار قياسها.
٢. قد تعطي صفات لأفراد تظل ملازمة لهم مما يضرهم في المستقبل.
٣. قد تقلل من إمكانات الإتصال الإجتماعي المطلوب في الإرشاد.
٤. قد يكون بها بعض أوجه القصور في إنشائها وتقنياتها.

سمات المرشد النفسي:-

أشار إتحاد علماء النفس الأمريكيين إلى مجموعة من الصفات التي يجب أن يتميز بها المتخصصون في الإرشاد و النفسي:-

١. قدرة عقلية متميزة و قدرة جيدة على الحكم و التقدير.
٢. أن يكون ذكي و لماح.
٣. القدرة على إقامة علاقات دافئة مع الآخرين.
٤. تحمل المسؤولية و روح الجد و الاجتهاد.
٥. التعاون و اللياقة في الإرشاد.
٦. ضبط النفس و ثبات بالنسبة للشخصية.
٧. الإهتمام العميق بعلم النفس عامة و الجوانب الإرشادية خاصة.
٨. شعور عميق بالقيم الأخلاقية.

الفصل الخامس الصحة النفسية

مقدمة في الصحة النفسية :

يعد موضوع الصحة النفسية من الموضوعات الحيوية في علم النفس، وقد نال اهتماماً كبيراً في أبحاث المتخصصين للعلوم النفسية والطبية والتربوية، كما أنه مصدر اهتمام لجميع الافراد على أختلاف مواقعهم سواء كانوا متخصصين أو مربين، فالانسان يسعى في حياته الى أن يحقق أعلى درجة من درجات الصحة النفسية وراحة البال والتكيف، وأن تحقيق هذا الهدف ليس سهلاً ولا يمكن بلوغه دائماً، ومن هذا المنطلق فإن الصحة النفسية نسبية، وكل فرد من أفراد المجتمع يواجه عدداً من المشكلات أو الضغوطات أو الكدمات النفسية أو الارهاصات، خلال حياته فالبعض منهم يحلها ويحقق التكيف والبعض الاخر لا يستطيع ذلك فيقع في بحر الاضطرابات النفسية.

كما ويعيش الانسان عصراً مليئاً بالتعقيدات والتغيرات السريعة والاضطرابات والضغوط النفسية والامراض العقلية والانحرافات السلوكية، مما يؤكد على أهمية موضوع الصحة النفسية وبأنه هام لكل فرد في المجتمع. إذ تعد الصحة النفسية بعداً أساسياً من الأبعاد الخاصة بشخصية كل فرد ، فهي التي تحدد مدى الإتران أو الإضطراب عنده، فالصحة النفسية تحقق السعادة والراحة لدى الفرد وتهيئته لجو العمل المنتج فى أى مجال من مجالاته، وهي التي تحقق التوافق النفسى مع البيئة الخارجية، (أصدقاء- أقارب - علاقات اجتماعية).

فيعتبر التقدم الحضارى من صنع الإنسان وهو الذى يحسن استخدام المصادر الطبيعية وفقاً للقوانين الطبيعية والنفسية.... لأن هذا الإنسان متميز عن بقية الكائنات بما منحه الله من عقل ونفس.. فالإنسان يتعامل مع متطلبات البيئة الطبيعية لذا لا بد من استغلاله لقدراته العقلية وتكويناته النفسية المتميزه، إن هذا

الإنسان يحاول تحقيق ذاته بتحديد أهدافه في مجالات العمل والإنتاج مستخدماً أسلوب العلاقات الإنسانية والاجتماعية مستغلاً لطاقاته وقدراته. لذا نجد علم النفس علماً محيطاً يتناول كل نواحي الحياة الإنسانية فهو علم شامل لكل نشاط إنساني سواء أكان هذا السلوك في المنزل أم في المصنع أم في المدرسة أم في الشارع أم في أي مكان.

لمحة تاريخية عن الصحة النفسية :

إن الاهتمام بالصحة النفسية والأمراض العقلية له تاريخ قديم منذ العصور القديمة ومنذ خمسة آلاف سنة قبل الميلاد، فقد وجد الآشوريون جماجم بشرية كانت قد نشرت بأداة تشبه المنشار، وحفرت فيها ثقب صغير أزيلت منها رقائق خفيفة وأن هذه الجماجم تعود إلى سكان الكهوف.

ويميل الرأي إلى الاعتقاد بأن الظواهر الطبيعية التي تقع خارج سيطرة الإنسان من قبل الزلازل والظوفان والرعد والبرق والنار والظلام وتعاقب الفصول، كان يجري تفسيرها قبل نشوء العلم على أنها تحدث بفعل قوى غير طبيعية وكان اختلال عقل الإنسان أو الإصابة بالأمراض النفسية تخضع للتفسير نفسه، فالجماجم التي وجدت فيها ثقب صغير جرى تفسيرها على أنها تعود لأشخاص أصيبوا بأمراض عقلية أو نفسية وأن أسلافنا الأولين كانوا يعالجون هؤلاء بفتح ثقب في جماجمهم لاعتقادهم بوجود أرواح شريرة في داخلها، وأن فتح هذه الثقوب يساعد على طرد الأرواح الشريرة من أدمغتهم.

إذ كان البابليون ينظرون إلى الإنسان الشاذ على أنه مبتلى بعفريت وهو سبب مرضه، وكان يعتقد بأن الإنسان الممسوس هو شخص آثم، وأن علاجه يتطلب اكتشاف الآثم فيقوم منشد التعاويذ وأسمه (أشيبيوا) بقراءة جدول الآثام فلعل المريض أقترف بعضها عمداً أو سهواً لكي يتمكن الآشيبيوا من قهر العفريت، أما إذا

كانت الحالة معروفة جيداً من قبل، فتستخدم طريقة العلاج بالأقناع التدريجي للعفريت، وذلك بأقناع العفريت بالرحيل من جسم المريض، كأن يأخذ الكاهن خنزيراً رضيعاً وبعد إجراء مقارنه بين جسم العفريت وجسم المريض يستدرج العفريت ليتخذ مسكناً له في جسم الخنزير، وهناك دلائل على أن البابليين والمصريين القدماء عرفوا معنى المرض العقلي وميزوا الشيخوخة وما يصاحبها من كآبة واضطراب الذاكرة، وعرفوا الانتحار على أنه نتيجة للاكتئاب، وفي الحضارة المصرية كان النوم في المعبد من الوسائل الأساسية للعلاج والايحاء والتسلية وفي عام (٢٦٠٠ ق م) في الصين كان المريض العقلي يتلقى وسائل الشفاء بتبديل الجو وتغيير الهوايات وتقويم الافكار. ومن خلال ما تقدم يمكن تقسيم تاريخ الطب النفسي على عصرين.

أولاً : العصر قبل العلمي: والذي يمكن تقسيمه على ثلاث مراحل.

١. المرحلة البدائية.

٢. المرحلة المظلمة والكهونية.

٣. المرحلة الفلسفية (الميتافيزيقية).

١. المرحلة البدائية:

إذ تبدأ هذه المرحلة من العهد اليوناني ويكتمل على يد العرب، إذ أرجع بيثاغوراس (٥٠٠ ق م) السلوك الشاذ إلى مرض في الدماغ، ويعد (أبيقراط ٤٦٠ -٣٧٥ ق م) الذي بين أن الدماغ موطن العقل، وأن الصرع مرض طبيعي وليس شيئاً عجيباً كما كان يتصوره الناس آنذاك، وأن السلوك الشاذ هو بسبب عدم توازن الاخلاط ويعد واحداً من الذين صنفوا الامراض العقلية إلى الجنون والميلانخوليا والتهابات المخ الهذائية والتي لا تزال إلى يومنا هذا، وبعد ذلك أسس الكسندر الكبير مصحات يجري فيها التدريب واللهو والتسلية، وفي (١٢٤ - ٤٠ ق م) قام سلسوس الذي صنف العلاج إلى ثلاثة أصناف، المصابين بأوهام الفقر والعوز و المصاب

(قلة الشهية) ينبغي أن يشاركون في مناسبات عامه مهيبة ضخمة، أما وسائله الجسمية فقد كانت قاسية كالجلد والضرب والتعذيب، وقد طور أسكلبيادس وفسر المرض إلى انفعالات قوية وينصح باستخدام المعاملة اللطيفة والموسيقى وعدم استنزاف دم المرضى.

وبعدها جاء العرب ليضيفوا إلى ما وصل إليه العلماء، كأبن سينا الذي وصف الكآبة والقلق وتأثير الانفعالات في البدن والتغيرات الفسيولوجية، وقد أنشأ العرب أول مستشفى في الشام وفي بغداد (٧٨٦ م).

٢. المرحلة المظلمة والكهونية:

بعد سقوط الامبراطورية الرومانية تخلف البحث العلمي وحل محله العصر المظلم الخرافي وسادة أفكار أملاك الارواح الشريرة للانسان وأصبح السحر سائداً في العصور الوسطى، وأن حياة الكنيسة أصبحت ملك للشياطين وانتشار الجنون والرقص وتعذيب المريض بشتى أشكال الوحشية.

٣. المرحلة الفلسفية الميتافيزيقية :

إذ ظهر الفيلسوف عمانوئيل (١٧٢٤ - ١٨٠٤) الذي كان يصر على أن المرض العقلي هو مشكلة الفيلسوف وليس الكئيب، ولم يميزوا بين المريض العقلي والانحراف الخلقي، وأن المريض العقلي هو عقاب على خطيئة والخضوع الى الشهوات والنزعات الحيوانية، وكان يربط بالسلاسل والتجويع وأن طبيعة العلاج هو خلقي.

ثانياً : العصر العلمي: الذي يقسم الى مرحلتين مهمتين وهما.

أ. بداية المرحلة العلمية :

أي منذ أوائل القرن السابع عشر الميلادي، إذ نبه توماس الى دور العاطفة ودور الملاحظة السريرية والعوامل النفسية في المرض العقلي ومراعاة الجوانب

الانسانية والاخلاقية، وقد ظهرت في أمريكا حركة التجديد والاصلاح في معاملة المرضى وفي عام ١٩٠٩، تأسست الجمعية الوطنية الامريكية للصحة النفسية.

ب. المرحلة العلمية :

في عام ١٨٤٥ تم تأليف كتاب من قبل كريسنجر عن الطب النفسي والذي دعا أن الامراض العقلية هي دماغية وأكد كريبلن (١٨٥٦- ١٩٢٦) الذي أطلق اصطلاح الجنون المبكر على الشيزوفرنيا، وبعد ذلك ظهر (سيجموند فرويد ١٨٥٦- ١٩٣٩) مؤسس نظرية التحليل النفسي التي أثرت على كل ميادين الفكر الانساني.

الصحة النفسية عند العرب :

في القرن الخامس عشر كانت أوربا تعيش حالة من الشذوذ وانتشار الاوبئة والخرافة والمجاعة والاضطرابات والحروب، فيما كانت البلاد العربية وبغداد بالذات مركز الحضارة في العالم التي أنشئ فيها مستشفى خاص بالامراض العقلية عام (٥٩٢ ميلادية)، وكذلك دمشق وحلب ومدن عربية اخرى في انشاء مستشفيات أو مصحات خاصة بالامراض العقلية، وكان ابن سينا (٩٨٠- ١٠٣٧) صاحب كتاب القانون في الطب ومؤلفاته الطبية، فقد تحدث عن الرحام والصرع والهوس والكآبة، إذ أشتهر عن طريق الاستقصاء وخاصة حالة شاب لم يشف بأي علاج، إلا أنه تعرف على حالته من حب فتاة، وبذلك توصل ابن سينا الى الحي واسم الفتاة، وتوصل إلى أن العقم ناتج من عدم التوافق النفسي بين الزوج والزوجة.

وكان الرازي أول طبيب يتوصل الى الاعراض النفسية لالتهاب المفاصل الروماتيزمي، وقد فرق بينه وبين المرض النفسي وقرر أنه مرض جسدي في ظاهرة، إلا أنه ناشئ من اضطرابات نفسية، وأن أكثر من تظهر عليهم هذه الاعراض هم الذين يكظمون الغيظ ويتراكمه يتعرضون لهزات نفسية، وقد يكون لسوء الهضم

أسباب بخلاف رداءة الكبد والطحال. وقد أضاف الطبري الذي ألف موسوعة عربية في الطب، كما أهتم بعض علماء المسلمين بتفسير الاحلام ومنهم ابن سيرين الذي سبق فرويد في ذلك، وكان لهم اهتماما كبير بالجانب اللاشعوري في الحلم وبرعوا في تفسير الرموز التي تظهر في الاحلام.

تعريف الصحة النفسية :

إن الصحة النفسية عبارة عن حالة ايجابية يؤثر الشخص من خلال تفاعله مع الظروف الاجتماعية والثقافية السائدة دوراً فعالاً في تحقيقها أو غيابها، ويصعب فهمها دون أخذ الظروف الاجتماعية والثقافية والاقتصادية السائدة في مجتمع من المجتمعات بعين الاعتبار. كما وأن الصحة لا تعني مجرد الخلو من الاضطراب أو المرض أو التضرر، وإنما يمكن اعتبارها حالة من التوازن الديناميكي بين وجوه مختلفة، ويمكن وصفها من خلال مجموعة من سمات الخبرة والسلوك، كالرضى عن الحياة، واكتشاف المعنى منها والقدرة على مواجهة الإرهاقات والتغلب عليها، ومشاعر الذات والكفاءة الذاتية. إنها عبارة عن حالة فاعلة، يتم تحقيقها وبنائها بصورة شبه دائمة ويومية. وتلعب في هذه نوعية الخبرة اليومية دوراً جوهرياً. والمهم بالنسبة لنوعية الخبرة ليس ما يفعله الإنسان ولكن الكيفية التي يعيش فيها هذه الخبرة. فالصحة ليست عبارة عما يفعله الإنسان في سبيلها، وإنما كيف يفعل ذلك، ما هي ماهية موقفه أو اتجاهه مما يفعله ويقوم به.

ويشمل مفهوم الصحة المظاهر الفيزيولوجية الجسدية و النفسية والاجتماعية للحالة الفردية للشخص ووجود ذخيرة معرفية (استعرافية) وسلوكية كافية للتصميم الفردي الصحي للحياة من أجل التغلب على أزمات الحياة الراهنة. ومن هنا نرى أن مفهوما الصحة يعكس التكيف الناجح للفرد على المستويات البيولوجية و الفيزيولوجية والمناعية والاجتماعية والنفسية.

إلا أنه اختلف العلماء في تعريف الصحة النفسية كل حسب التوجهات التي يؤمن بها، أي أن تعاريف الصحة النفسية بعدد الذين كتبوا فيها. ومن هذه التعاريف هي.

- في عام (١٩٤٨) عرّفت منظمة الصحة العالمية الصحة بأنها "حالة من تكامل الإحساس الجسدي والنفسي والاجتماعي، وليست فقط حالة الخلو من المرض والعاهة".

- تعريف لهوريلمان (Hurrelmann, 1995)، حيث يرى أن الصحة عبارة عن حالة من الإحساس الذاتي والموضوعي عند شخص ما. وتكون هذه الحالة موجودة عندما تكون مجالات النمو الجسدية والنفسية والاجتماعية للشخص متناسبة مع إمكانياته وقدراته وأهدافه التي يضعها لنفسه ومع الظروف الموضوعية للحياة.

- إنها حالة من التوازن الواجب تحقيقها في كل لحظة من لحظات الحياة. إنها النتيجة الراهنة لبناء كفايات التصرف والحفاظ عليها التي يمارسها الإنسان نفسه (Hurrelmann, 1988).

- وهناك تعريف لأودرس وآخرين (Udris et. al, 1992) مفاده أن الصحة ليست حالة ثابتة وإنما عبارة عن حالة توازن بين الموارد الفيزيولوجية والنفسية والاجتماعية وآليات الحماية والدفاع للعضوية من جهة وبين التأثيرات الكامنة المسببة للمرض للمحيط الفيزيائي والبيولوجي والاجتماعي من جهة أخرى. وبالتالي يفترض أن يقوم الفرد دائماً ببناء وتحقيق صحته، سواء كان الأمر بمعنى الدفاع المناعي أم بمعنى التكيف مع التغيرات الهادفة لظروف المحيط.

- ويشير كل من إيربين فرانسكوفايك و فينتسل (Erben, Franzkowiak & Wenzel, 1986) في النقاش العلمي لمفهوم الصحة إلى ثلاثة مبادئ تفسير:

- تعتبر الصحة حالة موضوعية قابلة للاختبار الطبي البيولوجي.
 - يمكن اعتبار الصحة بأنها التكيف الأمثل الممكن مع متطلبات المحيط.
 - كما ويمكن اعتبارها حدثاً سيروياً (تفاعلياً) لتحقيق الذات على شكل التعديل الهادف والفعال للبيئة.
- وينظر للصحة في المبادئ النظرية الحديثة إلى أنها حالة فردية من الإحساس بالعافية يكون فيها الفرد قادراً على تحقيق التوازن بطريقة مناسبة بين المتطلبات الجسدية الداخلية والمتطلبات الخارجية للبيئة. ويرى كل من شرودر وشويش (Schroeder & Schech, 1990) الصحة من منظور التوازن المثبت للمنظومة المحقق دائماً للتناقضات في علاقة الإنسان والمحيط. وتعتبر الصحة عن نوعية تنظيم العلاقة المتناقضة بين الفرد والمحيط.
- تعريف كيلاندر: بأنها مدى قدرة الفرد في التأثير على بيئته وقدرته على التكيف مع الحياة، الأمر الذي يؤدي إلى الاشباع الشخصي والكفاءة والسعادة.
 - تعريف مازلوا: بأنها قدرة الفرد بأن يكون كاملاً بما يتضمنه ذلك من ارتباط بمجموعة من القيم منها (صدق الفرد مع نفسه ومع الآخرين والتقاني في العمل، وأن يعرف ما هو خير له.
- ومن خلال ما تقدم نستنتج تعريف عام وشامل للصحة النفسية: (بأنها حالة تكون دائماً نسبية، يكون فيها الفرد متوافقاً نفسياً وشخصياً وانفعالياً واجتماعياً مع نفسه ومع البيئة التي ينتمي إليها) ويشعر بالسعادة مع نفسه ومع الآخرين ويكون قادراً على تحقيق ذاته واستغلال قدراته، وامكانياته إلى أقصى حد ممكن، ويكون قادراً على مواجهة مطالب الحياة وتكون شخصيته متماسكة وسلوكه طبيعي.

أهمية الصحة النفسية :

تلعب الاسرة والمدرسة والمجتمع دوراً أساسياً في تحقيق الصحة النفسية للفرد وذلك كي يحيا الفرد في المجتمع بفعالية ويشعر بالسعادة في حياته التي يعيشها بالرغم من الدوافع العديدة التي يتعرض لها الانسان، لذلك تعود أهمية الصحة النفسية للفرد والمجتمع إلى العوامل التالية.

١. إن الصحة النفسية للفرد في بناء الأسرة السوية هي لبنة المجتمع، فكل ما كان الآباء والأمهات على درجة عالية من الصحة النفسية استطاعوا تنشئة أبنائهم نشأة صالحة بعيدين عن الخوف والقلق والتوتر، هذا بجانب أن الأسرة التي تتمتع بالصحة النفسية هي التي يسود التماسك بين أفرادها وبالتالي يؤدي إلى تماسك المجتمع وقوته.

٢. الصحة النفسية التي تجعل الفرد أكثر قدرة على التكيف الاجتماعي مما يجعله يسلك السلوك الذي ينال رضاه ويرضى الذين يتعاملون معه.

٣. الصحة النفسية تجعل الفرد متمتعاً بالاتزان والنضج الانفعالي وبعيدا عن التهور والاندفاع وهذا عامل هام من العوامل التي تجعل الفرد لا يجري وراء الشائعات المدمرة للمجتمع.

٤. تساعد الفرد على انتساب حياته النفسية وجعلها خالية من التوترات والصراعات مما يجعله يعيش في طمأنينة وسعادة.

٥. الصحة النفسية تساعد الفرد على صحة الاختيار واتخاذ القرار دون جهد زائد أو حيلة شديدة.

٦. تجعل الفرد أكثر قدرة على الثبات والصمود حيال الشدائد والأزمات ومحاولة التغلب عليها دون الهروب منها.

٧. تساعد الصحة النفسية الفرد على فهم نفسه والآخرين وجعل الفرد قادرا على التحكم في عواطفه وانفعالاته ورغباته ما يجعله يتجنب السلوك الخاطئ.

٨. الفرد الذي يتمتع بالصحة النفسية هو الفرد المتوافق مع نفسه والذي لم تنفد الصراعات بين قواه الداخلية وطاقته النفسية.

وأخيرا وليس آخرا إن الصحة النفسية تشمل كافة مجالات الحياة الاجتماعية بالمجتمع وفي الأسرة وفي المدرسة وفي مجال الصناعة والعمل والتجارة والاقتصاد بصفة عامة وإن الصحة النفسية لكل الأدوار هي في غاية الأهمية. كذلك في القوات المسلحة حيث يجب أن تتوافر كل المقومات الإنسانية والنفسية والمادية حتى يكون دائما على أهبة الاستعداد واللياقة الجسمية والصحة النفسية حتى يتمكن من حماية الوطن وقت السلم والحرب.

لأن المجتمع الذي يعاني من التمزق وعدم التكافل بين أجهزته ونظمه ومؤسساته وهيئاته مجتمع مريض كذلك المجتمع الذي تسود فيه ثقافة مريضة مليئة بعوامل القهر والهدم والإحباط والصراع والتعقيد، كذلك إذا سادت فيه المشكلات الأسرية الضاغطة والتربوية إلى جانب الجهل والامية والتخلف والتعصب الطائفي والمذهبي فتسبب ذلك في اعتلال الصحة الإنسانية والصحة النفسية.

وأخيرا لا بد من توافق تام بين الإنسان والمجتمع ويقصد بذلك خلو الإنسان من الصراعات النفسية والتفاعل الطبيعي في مواجهة مشاكله، وأن يكون لديه القدرة أن يحسم أي موقف يواجهه، والحياة النفسية لها وظائف محددة هي تكييف الفرد مع ظروف بيئته الاجتماعية والمادية والروحية، وغايتها الوصول إلى تحقيق حاجيات الإنسان حسب الممكن.

الصحة النفسية وعلاقتها بالعلوم الأخرى :

- علم النفس: وهو العلم الذي يدرس الانفعالات والدوافع والظواهر النفسية والمشكلات التي يتعرض لها الفرد.
- علم النفس السريري : هو العلم الذي يدرس المبادئ النفسية والسلوكية وفهم المشكلات والاضطرابات النفسية والتشخيص والمساعدة في حلها.
- علم الاجتماع: وهو العلم الذي يدرس أثر العلاقات الاجتماعية في توزيع الأمراض والاستجابات الثقافية لها وعواملها الاجتماعية والاقتصادية وجمع البيانات ودراسة الحالة بهدف المساعدة في العلاج.
- الطب النفسي: وهو العلم الذي يدرس الأمراض النفسية والعصبية وتشخيصها وعلاجها ويختلف عن علم النفس السريري في طريقة الفحص والتشخيص والعلاج ويعتمد على العقاقير والأساليب الكهربائية والكيميائية ولديه شهادة طب.
- علم نفس النمو: وهو العلم الذي يدرس نمو الإنسان وسلوك الطفل خلال مراحل عمره ونموه سواء كان متكيفاً أو متوافقاً سوياً أو غير سوي.
- علم نفس الشخصية : وهو العلم الذي يدرس تركيب الشخصية وطرق قياسها سواء كانت سوية أم غير سوية لأن الصحة النفسية محورها الشخصية.

مناهج الصحة النفسية :

- في مجال الصحة النفسية يوجد ثلاثة مناهج رئيسة يتم التعامل معها كل حسب الحالة التي تتطلب التعامل معها. ومن هذه المناهج هي.
- أولاً - المنهج الإنمائي Development: وهو منهج إنشائي يتضمن زيادة السعادة والكفاية والتوافق لدى الأسوياء والعاديين خلال رحلة نموهم حتى يتحقق الوصول بهم إلى أعلى مستوى ممكن من الصحة النفسية، ويتحقق ذلك عن طريق دراسة إمكانيات وقدرات الأفراد والجماعات وتوجيهها لتوجيهه السليم

(نفسياً وتربوياً ومهنياً) ومن خلال رعاية مظاهر النمو جسماً وعقلياً وإجتماعياً وإنفعالياً بما يضمن إتاحة الفرص أمام المواطنين للنمو السوى تحقيقاً للنضج والتوافق والصحة النفسية.

ثانياً- المنهج الوقائي Preventive: ويتضمن الوقاية من الوقوع فى المشكلات والإضطرابات والأمراض النفسية، ويهتم بالأسوياء والأصحاء قبل إهتمامه بالمرضى ليقبهم من أسباب الأمراض النفسية بتعريفهم بها وإزالتها، ويرعى نموهم النفسى السوى ويهيئ الظروف التى تحقق الصحة النفسية، وللمنهج الوقائي مستويات ثلاثة تبدأ بمحاولة منع حدوث المرض ثم محاولة تقليل أثر إعاقته وإزمان المرض، وتتركز الخطوط العريضة للمنهج الوقائي فى الإجراءات الوقائية النفسية الخاصة بالنمو النفسى السوى ونمو المهارات الأساسية والتوافق المهنى والمستتدة أثناء الفترات الحرجة والتنشئة الإجتماعية السليمة، والإجراءات الوقائية الإجتماعية الخاصة بالدراسات والبحوث العلمية والتقييم والمتابعة، والتخطيط العلمى للإجراءات الوقائية، ويطلق البعض على المنهج الوقائي إسم "التحصين النفسى".

ثالثاً- المنهج العلاجى Remedial: ويتضمن علاج المشكلات والإضطرابات والأمراض النفسية حتى العودة إلى حالة التوافق والصحة النفسية ويهتم هذا المنهج بنظريات المرض النفسى وأسبابه وتشخيصه وطرق علاجه وتوفير المعالجين والعيادات والمستشفيات النفسية.

السواء واللاسواء :

- السواء: وهو قدرة توافق الفرد مع نفسه والبيئة وتطابق سلوكه مع سلوك الآخرين الاسوياء في تفكيرهم ومشاعرهم ونشاطهم، ويكون سعيداً متوافقاً نفسياً وأجتماعياً

وأنفعالياً، وأن السلوك السوي هو المألوف بين الناس، والقدرة على تحديد الأهداف والفلسفة السليمة للحياة التي يسعى لتحقيقها.

– **اللاسواء** : وهو الانحراف عن العادي والشذوذ عن ما هو سوي، واللاسواء هو حالة مرضية فيها خطر على الفرد نفسه أو على المجتمع، تتطلب التدخل لحماية الفرد وحماية المجتمع منه، والشخص اللاسوي هو الشخص الذي ينحرف سلوكه عن سلوك الشخص العادي في تفكيره ومشاعره ونشاطه ويكون غير سعيد وغير متوافق نفسياً واجتماعياً وأن الفرق بينهما في الدرجة وليس في النوع، ويمكن ترتيب الافراد في متصل مستمر بين السوية واللاسوية وبين الصحة النفسية والمرض.

معايير السواء واللاسواء :

هنالك عدة معايير يمكن الركون إليها في الحكم على السلوك السوي واللاسوي أو الشاذ بحسب المعايير الآتية.

أولاً : المعيار الذاتي :

إذ يرى من يتخذ هذا المعيار في تحديد السواء و اللاسواء أن الفرد يتخذ من ذاته اطاراً مرجعياً يرجع إليه في الحكم على السلوك السوي أو الشذوذ، و البديهي أن هذا المعيار يتضمن الاطار الاجتماعي استناداً إلى عملية التطبيع الاجتماعي. و المحك العام في هذا المعيار هو ما يشعر به الشخص و كيف يرى في نفسه الاتزان أو السعادة أي إن السوية هي احساس داخلي.

ثانياً : المعيار الاجتماعي :

وفق هذا المعيار أن الشخص السوي هو الذي يتوافق سلوكه مع قيم وعادات وتقاليد المجتمع الذي يعيش فيه، وأن السوي هو المتوافق اجتماعياً، أي أن العرف والثقافة السائدة هي التي تعد المعيار للحكم على السواء واللاسواء، وأن السلوك الغير

سوي أو الشاذ هو من خالف سلوكه هذه القيم والنظم في مجتمعه وغير متوافق اجتماعياً.

ثالثاً: المعيار الإحصائي:

يعتمد المعيار الإحصائي على درجة تكرار السلوك وشيوعه بين الناس أو بين أفراد الجماعة الواحدة فالسلوك الذي يصدر عن الأغلبية في إطار الجماعة سلوك سوي أما السلوك الذي يصدر عن أقلية في إطار هذه الجماعة فهو غير سوي. تقوم فكرة المعيار الإحصائي إننا قمنا بقياس صفة لدى مجموعة من الأفراد سواء كانت هذه الصفة جسمية أو عقلية أو انفعالية ورسمنا العلاقة بين درجات تمثل توزيعاً معيناً يطلق عليه المنحنى الاعتدالي ويستمد هذا الإحصاء من فكرة التوزيع الطبيعي إن الطبيعة تميل بصورة عامة إلى الاعتدال والتوسط إذ تقع أكثر الحالات عادة حول المتوسط ويعتبر السواء والاعتدال بينما لا تقع في حقل التطرف إلا القليل منها ويعتبر على أنه الشذوذ (مثال عمر الأشخاص).

وفي كل الأحوال يبقى هذا التحديد الإحصائي للشذوذ صحيحاً في الاستعمال ما دمنا نأخذ الأرقام المجردة فإذا انتقلنا إلى الظواهر النفسية مثل الذكاء فيبدو الاهتمام عندئذ منصباً على الضعف فلا نسمي العبقري شاذاً عادة كما لا نسمي المتكيف إيجابياً شاذاً بل نسمي من يقع في الطرف الآخر من هذه الناحية بأنه شاذ كذلك الحال الحاصلين على درجات مرتفعة أو درجات منخفضة على مقياس القلق فلا يمكن إن نسمي كليهما شاذاً.

رابعاً : المعيار المثالي:

يقصد بالمعيار المثالي حالة من الكمال، مجموعة من الشروط الواجبة، المستقلة عن الواقع والزمان، يعتبر الوصول إليها والسعي نحو تحقيقها أمراً جديراً بالطموح. وتصف المعايير المثالية الإمكانيات التي تستحق السعي للإنسان المفيدة

كنموذج، كقدوة للطموح، كمثل أعلى والسلوك الإنساني. ويتم تقييم "السواء" أو " الشذوذ " في هذا المعيار من وجهة نظر أخلاقية أو دينية أو إيديولوجية أو من خلال قيم أخرى. وكل إخلال في هذه المعايير يعد انحرافاً وبالتالي شذوذاً.

خامساً - المعيار الطبي:

إذ يؤكد أصحاب هذا المعيار أن السواء يمثل الخلو من الامراض والاضطرابات النفسية، ولا يوجد خلل، بينما اللاسواء هي الشخصية التي تتضمن الصراعات النفسية والاحباطات وعدم التوافق وتلف في أحد أعضاء الجسم.

نقد المعايير:

- المعيار الذاتي :

إذ يعتمد هذا المعيار على الاحكام الذاتية وأغلاق الباب العلمي للدراسة والبحث خاصة أن البحث العلمي تنطبق قوانينه على الجميع، بالإضافة إلى ذلك المعيار الذاتي يفتقر إلى الموضوعية لانحياز الفرد إلى نفسه.

- المعيار الاجتماعي :

يعتمد هذا المعيار على مسايرة الفرد للثقافة السائدة في المجتمع الذي ينتمي إليه، إلا أنه ليس مطلقاً، فإن السلوك الغير سوي في مجتمع، قد يكون سويماً في مجتمع آخر وزمن آخر، وأن السلوك يتغير حسب تطور المجتمع وأنظمتها، فإن السلوك الشاذ في فترة زمنية قد يكون سويماً بعد فترة زمنية جديدة.

- المعيار الاحصائي :

في هذا الميدان السواء و اللاسواء وفقاً للمتوسط و الانحراف المعياري، لكن العلماء وجدوا أن هذه الوجهة نسبية و اعتبارية ربما قد تصلح لبعض الظاهر مثل الطول، الوزن، العدوانية... لكنه من غير المعقول إذا كنا نتكلم مثلاً عن الذكاء اعتبار الشخص الذكي جدا غير سوي فهذا المعيار يساعد في التمييز بين

السلوك المرغوب والمقبول والسلوك غير المقبول أو غير المرغوب فيه وهو يساوي بينهما بشكل لا يمكن قبوله هذا من جهة، ومن جهة أخرى أن هناك أنواعاً من السلوك والخبرة تبدو شائعة ويمكن اعتبارها سوية بالمعنى الإحصائي مثل شرب الخمر في المجتمعات الغربية ولكنها من منظور وظيفي يمكن اعتبارها غير سوية لأنها ضارة وقد صنفت وفق الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية ضمن الاضطرابات المصنفة، وفي المقابل هناك أنماطاً من السلوك النادرة وغير المتكررة لا يمكن اعتبارها غير سوية، كالحفاظ على ممارسة الرياضة صباح كل يوم أو الذهاب إلى العمل سيراً على الأقدام، والمراجعة الطبية الدورية... الخ من السلوكات التي تتسم بالندرة في بعض المجتمعات ورغم ذلك لا يمكن اعتبارها غير سوية.

– المعيار المثالي :

إذ يعد هذا المعيار غير واقعي لأنه لا يوجد إنسان خال من النقص أو كامل متكامل، وبحكم هذا المعيار نجد أن الاسوياء قليلين جداً وأن أحكامه من علم الاخلاق وليس من الواقع.

– المعيار الطبي:

يعتمد هذا المعيار على خلو الفرد من بعض الامراض، إلا أن هذا المعيار غير كافي لأن هناك أشياء أخرى يجب توفرها للحكم على الشخص، كما أن التشخيص قد يكون غير ثابت. أو قد يصاب الفرد ويتعافى وبأي مرحلة عمرية يجوز الحكم.

– معايير الشخصية السوية:

هنالك بعض المعايير التي تميز بين الشخص السوي بدرجة كبيرة عن الفرد المشخص ليس سويةً وعلى النحو الآتي:

١. **ادراك الواقع:** يكون الافراد الاسوياء واقعيون في تقدير استجاباتهم، وتفسير ما يجري حولهم في العالم المحيط به، ولا يسيئون في الغالب تفسيرهم، ادراك ما يفعله الاخرون ولا يبالغون في تصرفاتهم ومنجزاتهم ولا يبخسوها ولا يتجنبون الصعوبات.
٢. **معرفة الذات:** يمتلك الافراد المتكيفون دراية بدوافعهم ومشاعرهم وقدراتهم أكثر من الافراد المشخصين بعدم السواء، ولا يخفون مشاعرهم المهمة ودوافعهم عن أنفسهم.
٣. **السيطرة على السلوك:** إذ يمتلك الافراد الاسوياء القدرة على السيطرة في سلوكهم ولديهم الثقة بأمكانياتهم، وقد يكونون اندفاعيين أحياناً، إلا أنهم قادرون على مقاومة الاحاح العدوانية والجنسية، وقد يفشلون في مسايرة المعايير الاجتماعية، لكن قراراتهم هنا تكون اختيارية وليس بفعل دوافع غير مسيطر عليها.
٤. **تقدير الذات:** يشعر الافراد الاسوياء بأنهم مقبولون من الاخرين ويثمنون قدراتهم، مرتاحون مع الاخرين، يتصرفون بعفوية غير منقادين لآراء الاخرين، إلا أن الافراد غير الاسوياء يتصرفون بالأغتراب والنقص في القبول والانطواء.
٥. **القدرة على التفاعل مع الاخرين:** الافراد الاسوياء قادرون على اقامة علاقات مودة وصداقه مع الاخرين، لا يفرضون مطالبهم على الاخرين، عكس الافراد غير الاسوياء يكونون قلقين ومنشغلين في أمنهم، متمركزين على ذواتهم، غير قادرين على تبادل الحب والصداقة بالرغم من أنهم يبحثون عنه.
٦. **الانتاجية:** يتميز الافراد الاسوياء بقدرتهم على توظيف قدراتهم في نشاط منتج، متحمسين بخصوص الحياة، يصبرون على العمل وقليلين التذمر.

تكامل الشخصية :

إن مفهوم التكامل يعني وجود منظومة تتكون من مجموعة منظومات فرعية هذه الأخيرة تتكون بدورها من منظومات فرعية، أي تعمل جميع هذه العناصر في تناغم واتساق، وإذا ما شذ أحد هذه العناصر حدث الخلل والشذوذ، وبذلك يتضمن تكامل الشخصية في أربع منظومات وهي.

أولاً- المنظومة البايولوجية والفسيوولوجية: إن المرض أو الخلل الوظيفي في هذه المنظومة سواء كان مرض أو عدم أنتظام عمل هذه المنظومة وعدم تكامل العضو في عملة يؤدي إلى المرض الذي يؤثر على الانسان مما يسبب له المرض كالامراض النفسية أو العضوية كالقلب أو الكبد وغيرها من الامراض.

ثانياً-المنظومة العقلية: إن عدما أنتظام إفرازات النواقل العصبية في الدماغ يؤدي الى العديد من الامراض النفسية والعقلية، والخلل في البنية الهيكلية للجهاز العقلي يتسبب في عدم كفاءة السلوك، إلا أن تكامل وانتظام عمل هذه المنظومة يؤدي الى السلوك السوي الصحيح.

ثالثاً - المنظومة الانفعالية: إن اختلال التوازن الحيوي-النفسي هو نتيجة أكيدة للتربية الانفعالية التي يتلقاها الإنسان، أو نتيجة لانفعال يعيق أو يحول دون قابلية التوازن. وعلى سبيل المثال، يحاول عالم النفس إعادة التوازن الداخلي إلى الإنسان الذي يعاني من انفعال شديد أو غير شديد.والانفعال الذي يطيح بتوازن العقل الإنساني ويلقي به في متاهات الأنا يختلف عن العاطفة.

رابعاً - المنظومة الاجتماعية: إن الخلل في هذه المنظومة يؤدي إلى اضطراب السلوك العام للفرد، لأن البيئة لها التأثير المباشر على سلوك الفرد لأن البيئة تعد المكمل الثاني بعد العوامل البايولوجية، في السلوك الصحي للفرد، فإذا

كانت البيئة غنية صحية ومتنوعة يكون تأثيرها صحي وسلوك سوي، وإذا كانت البيئة غير صحية يكون السلوك فقير غير سوي. لذلك فإن الخلل في أية منظومة سوف يؤدي الى الخلل في عمل المنظومات الاخرى، حتى ولو كانت مقاومة أحد المنظومات قوي فسوف تتأثر المنظومات الاخرى.

فمن خلال ما تقدم يقصد بكامل الشخصية، هو انتظام مكوناتها وظيفياً ودينامياً في بناء متكامل منسجم متوازن سليم الاجزاء متسق العلاقات بين هذه الاجزاء، وتكامل الشخصية شرط ضروري للصحة النفسية والتوافق النفسي، وأي خلل في تكامل الشخصية أو عدم انتظام لمكوناتها يؤدي الى المرض النفسي وسوء التوافق النفسي، وبذلك تتوقف الصحة النفسية على درجة التكامل الوظيفي والدينامي للمنظومات الانفة الذكر من عدمها.

الفصل السادس

النظريات المفسرة للصحة النفسية

هنالك العديد من النظريات والتوجهات التي فسرت الصحة النفسية، بحسب المسلمات التي تؤمن بها ومن هذه النظريات هي:

١. نظرية التحليل النفسي لفرويد:

نظرة فرويد إلى الإنسان نظرة تشاؤمية، فالفرد دائماً في صراع بين دوافعه المختلفة، بين ما يريده، وبين الدوافع التي لا تنطبق مع الواقع والثقافة السائدة، وهو دائماً يشعر بالقلق من احتمال خروج ما كبت من خبرات ومشاعر مؤلمة من اللاشعور إلى الشعور. إذ قسم فرويد الجهاز النفسي إلى الشعور واللاشعور وما قبل الشعور:

الشعور: هو العقل الواعي و منطقة الوعي الكامل والاتصال بالعالم الخارجي، وهو الجزء الخارجي للشخصية.

اللاشعور: هو العقل اللاواعي الذي يشغل اللاشعور حيز واسع من الشخصية، وهو يمثل جملة المكبوتات والممنوعات التي تثير عند الإنسان نوع من الرفض أو الخجل، ومن الصعب استدعاؤه لأن قوة الكبت تعارض ظهوره ، وتعبر الرغبات اللاشعورية عن نفسها عن طريق الأحلام أو فلتات اللسان وزلات القلم..... الخ.

ما قبل الشعور: الذي يتضمن ما هو كامن وما ليس في الشعور ولكن من السهل استدعاؤه إلى الشعور، مثل الذكريات والمعارف.

وقد قسم فرويد نظم الشخصية إلى ثلاثة نظم وهي (الهو، والانا، والانا العليا) إذ أن لكل واحد من هذه النظم مكوناته وخصائصه ويعتبر سلوك الفرد محصلة للتفاعل والصراع فيما بين هذه الأجهزة.

ويعرف الهو: على إنه ذلك الجزء من النفس الإنسانية الذي يميل إلى إشباع الرغبات والغرائز والنزوات والمكبوتات بدون اعتبار للقيم والمبادئ والعادات والتقاليد، فهو يعمل وفق مبدأ اللذة.

أما الأنا الأعلى: فهو ذلك الجزء من النفس الإنسانية الذي يرفض أي إشباع للغرائز رفضاً باتاً لا بطرق مشروعة أو غير مشروعة، فهو على النقيض تماماً من الهو، وهو يعمل وفق مبدأ المثال.

أما الأنا: فهو ذلك الجزء من النفس الإنسانية الذي يقوم بدور الوسيط بين مطالب الهو ومطالب الأنا العليا ويحاول أن ينسق ويوفق بين الطرفين، ولذلك فهو يعمل وفق مبدأ الواقع.

ومن هنا يمكن القول بأن الشخصية تكون سوية ويكون هناك الصحة النفسية عندما تكون الأنا قوية وقادرة على تحقيق التوافق بين مطالب الهو والأنا الأعلى، أما إذا كانت الأنا ضعيفة فهناك احتمال أن تسيطر الهو على جوانب الشخصية المختلفة وبالتالي تكون الشخصية منحرفة شهوانية غرائزية، أو أن تسيطر الأنا الأعلى فتكون الشخصية جامدة منغلقة مريضة ومعقدة.

وقد بيّن (فرويد) إن اضطراب الصحة النفسية تحدث بوجود ثلاثة شروط تعمل على خلق العصاب، وهي الحرمان، والتثبيت، والصراع الناشيء عن (الأنا) الذي يولده الشعور بالحرمان، ووجود الرغبات المتناقضة، فيحاول (الليبدو) إيجاد طرائق، وأهداف أخرى لإشباعه، فالشخص الذي لا يجد إشباعاً خارجياً لطاقته النفسية بسبب المتطلبات الخلقية، يضطر إلى كبتها حتى إذا ما وصلت حد الأزمات، ظهرت عليه أعراض العصاب، وهو ما يؤدي أيضاً إلى التثبيت الذي يحدث في الطفولة، أما إذا حرم (الأنا) من عمله التركيبي، وضاعت سيطرته على جانب (الهو)، التزم (الأنا) بأن يتخلى عن بعض وجوه نشاطه، وإن الصحة النفسية من

وجهة نظر (فرويد) تتألف من القدرة على الحب، والقيام بالعمل المثمر، وأن الشخصية السليمة تستطيع إشباع الحاجات، وتبقى متحررة من الشعور بالإثم، أو اللوم الاجتماعي، وإن الصحة النفسية هي حصيلة الانسجام بين جوانب الشخصية الثلاثة، فالشخصية في توافقها ما هي إلا محصلة نهاية لإمكانية تحقيق التوازن، وتجنب الألم عبر الواقع الاجتماعي الذي يرسم من خلال المعالم الأصيلة للشخصية في سوائها، وانحرافها؛ فالصحة النفسية تكمن في قدرة (الأنا) على التوفيق بين الأنظمة النفسية الثلاثة، ومطالب الواقع.

٢. أدلر :

أكد (ادلر) تأثير القوى الاجتماعية أكثر من القوى البيولوجية، ويشير إلى أن أسلوب الحياة هو نمط الشخصية المتميز للفرد الذي يتشكل في نهاية الطفولة المبكرة، ويفترض (ادلر) إن الفرد لديه هدف في الحياة هو على وجه التحديد الوصول إلى الكمال، وإن الأفراد الذين يعانون اضطراب في صحتهم النفسية تكون أهدافهم لاشعورية، ولا يعرفون البدائل المتاحة أمامهم عندما يواجهون مواقف الحياة المختلفة، كما إن القلق، وهو مظهر من مظاهر اضطراب الصحة النفسية ينشأ بسبب انعدام الأمن النفسي الذي يحدث نتيجة لشعور الفرد بالقصور، أو النقص.

وعدّ (ادلر) الشعور الاجتماعي مؤشرا للشخصية السوية، ويرمز الشعور الاجتماعي إلى الشعور بالتوحد مع كل البشر، وصاحب الشخصية غير السوية بالنسبة لـ(ادلر)، هو الذي يكرس كل طاقته للحصول على القوة ليخلص نفسه من مشاعر النقص، ويدفع هذا التعويض الشخص إلى التنافس مع الآخرين بدلا من سعيه للحصول على تعاونهم معه، ومحبتهم إياه.

يرى (ادلر) إن الإحساس بالنقص، وليست الغريزة الجنسية المكبوتة هو الذي يتضمن سوء التكيف ؛ ولهذا السبب فإن الأفراد يبحثون عن طرائق لتعويض نقصهم،

وتتأسس صيغ انجازهم من خلال التكيف المبكر، وبمرور الزمن تصبح هذه النماذج أسلوب حياة الفرد، أو السمات المميزة جدا له، وعلى هذا يرى (ادلر) إن النقص العضوي، والإهمال، والتدليل يؤدي إلى الاضطراب النفسي، فالفرد إذا وضعت له أهدافا غير واقعية لإظهار تفوقه الشخصي؛ فإن ذلك يسبب له التوتر، وإن الخوف هو السبب الرئيس لنمو الشعور بالنقص؛ ولذلك فإن كل فرد يشعر بالخوف خلال تجربة قاسية، ومؤلمة سيكون سلوكه شاذا، ويتسم بالسلبية لكون حياته تتشكل ضمن المعايير الاجتماعية، والأخلاقية، وأن الصحة النفسية تتشكل من الاهداف الواقعية والتنشئة الاجتماعية الصحيحة الخالية من النبذ أو العنف والقدرة في تحقيق التفوق وتعويض الشعور بالنقص، وقد اعتقد ادلر أن عملية تسلسل الولادة هي أحد أهم المؤثرات الاجتماعية في حياة الطفولة التي من خلالها سوف يكون الفرد نمطه في الحياة، رغم أن الاخوة يجمعهم أبوان ويعيشون تحت سقف واحد يجمعهم، ولكن ليس لهم بالضرورة بيئات اجتماعية متطابقة. وأن حقيقة كون الفرد أكبر أو اصغر من أخيه وإن اتجاه والديه كان قد تغيير نتيجة لولادة طفل جديد في الاسرة أو أكثر من طفل فإنها بالتالي سوف تؤثر كثيراً على شخصية الطفل. وقد أشار ادلر بهذا الخصوص أن تسلسل الطفل عند الولادة يؤدي إلي انسحاب عدد من الخصائص والصفات من شخصية الفرد مما تميزها عن غيرها وتعطي لها طابعا مميزاً يختلف بين طفل وآخر داخل البيت الواحد والاسرة الواحدة، فقد يظهر على الطفل الأول بعض الصفات منها الانانية والحسد والاتكالية، واستخدام القوة في فرض سلوكه على الاخوة الاخرين كما أشار ادلر الى أن هناك اهمية كبيرة لدور الام في الاسرة وتقوم بدور مهم في امكانية تمهيد الطريق لاطفالها ولا سيما طفلها الاول لحياة الجماعة وفي تكوين مفاهيم جديدة لديه ولا سيما الميول الاجتماعية وفهم الاخرين وذلك حتى يصبح في المستقبل عضوا صالحا وفعالا في ظل الجماعة التي ينتمي اليها ويصبح

لديه القدرة على التفاعل الاجتماعي بكل يسر وسهولة، وقد أشار ادلر إلى أن الطفل الوحيد المدلل يرغب في أن يكون دائماً مركز الانتباه أما الطفل المهمل فيكون سلوكه دائماً انقيادياً، ويحاول أن يختفي وراء الآخرين، أما العصاةيون والمجرمون والمنحرفون كثيراً ما يكونون من الاطفال الاوائل، أما الطفل الثاني أو الاوسط فيتميز بالطموح فهو يحاول على الدوام أن يكون متفوقاً على الأخ الاكبر، وقد يميل إلى الحسد والتمرد ولكن في أكثر الأحيان يكون متوافقاً مع إخوانه. وقد أشار ادلر أن أفضل وسيلة لفهم الصحة النفسية بشكل شامل لا بد من التعرف إلى العوامل التالية: ذكريات الطفولة المبكرة وخبراتها، ترتيب الطفل في الاسرة، اضطرابات الطفولة، أحلام الليل واليقظة، والاسباب الخارجية للمرض.

٣. كارن هورني

اهتمت عالمة النفس (هورني) بالعوامل الاجتماعية، والثقافية؛ إذ ترى إن هناك جملة من الظروف، والأوضاع السلبية خاصة في المحيط الأسري، كالإهمال، والعزلة يمكن إن تؤدي إلى الصحة النفسية وفقدان الأمن، والطمأنينة، الذي يؤدي إلى القلق، كما تعتقد أن القلق ينشأ من العناصر التالية:

أ. انعدام الدفء العاطفي في الأسرة وتككها وشعور الطفل بأنه شخص منبوذ في المنزل وهو يعتبر أهم مصدر من مصادر القلق.

ب. المعاملة التي يتلقاها الطفل لها علاقة وطيدة بنشأة القلق، فنوع العلاقة بين الوالدين عامة والأم خاصة، لها انعكاس على ظهور حالات القلق عنده، وهذا ما ذهب إليه (فولبة) حين بين أن علاقة الطفل بأمه علاقة مترابطة متسقة، وهي هامة لشعور الطفل بالأمن والطمأنينة، وأن كثيراً من المشكلات التي يظهرها الطفل في مستقبل حياته ترجع -إلى حد كبير- إلى حرمانه من الدفء العاطفي بين الطفل وأمه في طفولته المبكرة.

ج. البيئة التي يعيش فيها الطفل تسهم إسهامًا إيجابيًا في نشأة القلق عنده؛ لما بها من تعقيدات ومتناقضات، وتؤكد أبحاث فيلد (Field 1961) أن رفض الآباء للطفل يمنعه من النمو السليم ويؤدي به غالبًا إلى اضطراب الصحة النفسية، فالقلق في نظر هورني يرجع بصورة أساسية إلى علاقة الفرد بالآخرين ويزداد هذا مع الزمن بسبب ما يسود المجتمع من تعقيد في القيم الثقافية بل ومن تناقض بينها.

فمنذ الطفولة إذا ما اضطربت علاقة الطفل بوالديه، فإن الطفل ينمو، وهو يشعر بأن العالم مكان خطر، وإيذاء له، وتسمى (هورني) هذا الشعور بـ(القلق الأساسي) ووصفت القلق الأساسي بالشعور باليأس تماما، وكذلك بالوحدة عند مواجهة مشكلة خطيرة، وبسبب هذا الشعور المرضي (القلق الأساسي)؛ فإن الفرد يصبح فاقداً للصحة النفسية ويلجأ إلى طرائق عدة لحماية نفسه من وطأة القلق، وتصبح هذه الطرائق في حد ذاتها حاجات نفسية مرضية، وتؤكد (هورني) إن هناك ثلاثة اتجاهات عصابية يتضمن كل منها عنصرا من عناصر القلق، فالاتجاه الأول، يمتاز بالتحرك نحو الناس، ويسمى الموائمة (Complaint)، ويصاحبه قبول الحب، والقرب، والاعتماد على الناس مع الشعور بالعجز، والاتجاه الثاني يمتاز بالتحرك ضد الناس، وهو النوع العدواني (Aggressive)، ويصاحبه قطيعة، ومعارضة، والاتجاه الثالث يمتاز بالتحرك بعيدا عن الناس في عالم خصوصي، وهو النوع الانعزالي (Detached)، ويصاحبه التمرکز حول الذات والشعور بالعزلة، إلا أن الفرد لا يسير فقط في اتجاه واحد دون الاتجاهين الآخرين. وتضيف (هورني) إن العصابي شخص جامد في سلوكه، ويعكس قلقه على العالم الخارجي، فيصبح هذا العالم في نظره أكثر عدوانا، فيزداد شعوره بالعجز، ويتضخم شعوره بالانعزال وضعف الصحة النفسية. كما ترى هورني أن السلوك الإنساني السوي الذي يمتلك

الصحة النفسية يُستمد من الشعور بالطمأنينة، وأن أساس القلق يرجع إلى عدم قدرة الفرد على الوصول إلى حالة الطمأنينة، والتي ترجع إلى علاقته مع والديه وهذا يؤدي إلى تكوين نظره عدائية للعالم باعتباره عدداً مهدداً له خالياً من الصحة النفسية.

النظرية السلوكية/ واطسن وسكنر

تؤكد هذه النظرية أن السلوك الإنساني في مجمله متعلم، وبما انه متعلم إذن يمكن تغييره وتعديله، وعلى ذلك فإن الفرد يتمتع بالصحة النفسية عندما يتعلم عادات نفسية واجتماعية صحيحة من محيطه الخارجي، فالصحة النفسية مكتسبه، ويكون العكس عندما يتعلم الفرد عادات سيئة وطرق تفكير خاطئة تسبب له التعاسة والحزن والألم.

وترى هذه المدرسة إن عملية التعلم تحدث نتيجة لوجود دافع، ومثير، واستجابة؛ بمعنى إذا وجد الدافع، والمثير حدثت الاستجابة (السلوك)، ولكي يقوى الربط بين المثير، والاستجابة؛ لابد من تعزيزه، أما إذا تكررت الاستجابة دون تعزيز؛ فإن ذلك يؤدي إلى إضعاف الرابطة بين المثير، والاستجابة؛ أي إضعاف التعلم، ويقرر هذا الاتجاه إن الناس يسلكون سلوكا سوياً معيناً؛ لأنهم تعلموا إن يتصرفوا بهذا الشكل نتيجة التعزيز.

ويعد السلوك، الذي هو محور دراسة الشخصية، فالسلوك المرضي (disorder behavior) يمكن اكتسابه كما يمكن التخلص منه مثلما هو الحال في السلوك العادي، مع وجود اختلافات بين طريقة اكتساب السلوك المرضي، فالعملية الرئيسية في كلتا الحالتين عملية تعلم، بيد إن الاضطراب الانفعالي، والاجتماعي يكون نتيجة لعامل من العوامل الآتية :-

١. الفشل في تعلم، واكتساب سلوك معين.
 ٢. تعلم أساليب سلوكية غير مناسبة، أو مرضية.
 ٣. مواجهة الفرد بمواقف صراع تستدعي منه أن يقوم بعملية تميز، واتخاذ قرارات يشعر أنه لا يستطيع القيام بها
- ويرى السلوكيون أن الفرد المتمتع بالصحة النفسية هو القادر على اكتساب عادات تتناسب و البيئة التي يعيش فيها الفرد، وتتطلبها هذه البيئة؛ لذلك إن اكتساب الفرد لعادات مناسبة، وفاعلة من شأنه أن يساعد على التعاون مع الآخرين في مواجهة المواقف التي تحتاج إلى اتخاذ قرارات؛ فإذا اكتسب الفرد عادات تلائم ثقافة مجتمعه، فهو في صحة نفسية سليمة، وإذا فشل في اكتساب عادات لا تتناسب مع ما هو متعارف عليه في المجتمع ساءت صحته النفسية، فالمحك الاجتماعي، هو المستعمل هنا للحكم على الصحة النفسية للفرد، وتتطلب الشخصية السوية من وجهة نظر السلوكيين الكفاية، والسيطرة على الذات، والقدرة على قمع التصرفات التي لم تعد تقود إلى المعززات الايجابية، وتعلم التصرفات الفاعلة في بلوغ الأشياء الجيدة، ويتحقق مثل هذا التكيف إذا استطاع الفرد أن يكتشف الشروط، والقوانين الكامنة في الطبيعة، والمجتمع، التي يستطيع بموجبها سد احتياجاته، وتجنب المخاطر.
- ويرى بافلوف (Pavlov) إن الأمراض النفسية نتيجة الاضطراب في عملية التدريب في الصغر، مما يعطي الدماغ حالة مزمنة من الاضطراب الوظيفي في العمل. ويضع (بافلوف) قاعدة الخطأ في التفاعلات الشرطية التي تسبب اضطراب الصحة النفسية، ونشوء العصاب في القشرة الدماغية، ويرى (بافلوف) إن الأمراض العصابية و الذهانية هي عادات خاطئة تكونت تدريجيا من سلاسل معينة من الأفعال المنعكسة الشرطية، وان لعلاج هذه العادات الشاذة يجب إطفاء هذه الأفعال الشرطية المرضية، وتكوين أفعال شرطية جديدة تحل محل العادات الخاطئة.

ويتفق (سكندر) مع (بافلوف) إذ يرى إن اضطراب الصحة النفسية، وظهور الأعراض العصبية، أو الذهانية ينشأ بسبب أخطاء في تاريخ التعلم الشرطي للفرد، ولكن التعلم الشرطي عنده إجرائيا، إذ تسبب هذه الأخطاء ضعفا في نمو الاستجابة السليمة، وتطورها (Respond)، وبسبب سيطرة التعزيزات غير الملائمة توصف تلك الاستجابات بأنها سيئة (Bad)، أو مرضية (Sick)، أو عصبية (Neurotic).

النظرية الإنسانية:

- مازلو

ترى المدرسة الإنسانية أن الإنسان، هو مركز الوجود، وهو صاحب الإرادة الحرة، ومسؤول عن أفعاله، وسلوكه، وليس مفعولا، أو مسيرا متأثرا بقوى خارجة عن إرادته، فهو الفاعل الايجابي الذي يتحكم بمصيره، ويؤمن هذا الاتجاه الذي يقوده كل من (ماسلو وروجرز) بعدد من السمات لعل أهمها؛ أن الإنسان خير بطبيعته، وما يظهر لديه من عدائية، وأنانية تُعد بمثابة أعراض مرضية تحصل نتيجة صدّه من أن يحقق إنسانيته، وهو حر، ولكن في حدود معينة، وإن الصحة النفسية تتمثل بتحقيق الفرد لإنسانيته تحقيقا كاملاً.

وبدءاً من ماسلو (Maslow) الذي نظر إلى الإنسان نظرة ايجابية بوصفه قادرا على التقدم من مرحلة إلى أخرى في تطوره الاجتماعي، وإن هذا التقدم لا يحدث بسبب المتطلبات التي يفرضها البناء المعياري للمجتمع، ولكنها بالأحرى بسبب الخصائص الإنسانية الفطرية، إذ يرى (ماسلو)؛ أن النمو الكامل السوي المنشود يقوم على تحقيق الإمكانيات، والنمو نحو النضج، وأن المقصود بالمرض النفسي، هو كل ما يؤدي إلى الإحباط، أو الحياد عن مسار تحقيق الذات، وإن الشخص العصابي طبقاً لـ (ماسلو)، هو ذلك الفرد الذي حُرِمَ من الوصول إلى

إشباع، أو اكتفاء حاجاته الأساسية، وهذه الحقيقة تمنع الفرد نحو التقدم إلى الهدف النهائي المتمثل بتحقيق الذات، ويرى (ماسلو) إن الأشخاص الفاقدين للصحة النفسية، هم أولئك الذين يشعرون بالتهديد، وانعدام الأمن، والاحترام القليل للذات.

ويرى ماسلو أن الإنسان يتمتع بالصحة النفسية عندما يكون قادراً على إشباع حاجاته المختلفة والوصول إلى ما يسمى بتحقيق الذات، وعلى ذلك فإن ماسلو يرى بأن الإنسان قد يحتاج أشياء معينة، وفي حالة عدم إشباعها فإنه يشعر بالكدر والضيق وهذا يترتب عليه صحة نفسية متدنية.

الافتراض الأساسي لهذه النظرية.. أن الفرد إذا نشأ في بيئة لا تشبع حاجاته فإنه من المحتمل أن يكون أقل قدرة على التكيف، وعمله يكون معتلاً، وقام "ماسلو" بتقسيم الحاجات الإنسانية إلى خمس فئات تنتظم في تدرج هرمي بحيث يبدأ الشخص في إشباع حاجاته الدنيا ثم التي تعلوها وهكذا.

وقبل أن يبدأ بشرح تفاصيل الحاجات يجب أن تعلم أنه لا يمكن أن يتم الانتقال إلى فئة قبل إشباع الفئات التي قبلها، ولا أعني بالإشباع هنا بدرجة ١٠٠%، وإنما الإشباع حسب معايير الشخص وتقييمه لتلك الحاجات.

فإن الحاجات الغير مشبعة لمدد طويلة قد تؤدي إلى إحباط وتوتر حاد قد يسبب الاماً نفسية، ويؤدي ذلك إلى العديد من الحيل الدفاعية التي تمثل ردود أفعال يحاول الفرد من خلالها أن يحمي نفسه من هذا الإحباط. وتمثل الحاجة غير المشبعة قوة كامنة داخل الإنسان تحثه على التصرف بحثاً من إشباع هذه الحاجات، فالحاجات قوة دافعة لسلوك الفرد، فاحتياج الأفراد للمأكل والمأوى (الحاجات الأساسية) يمل قوة دافعة لهم للبحث عن وسيلة لإشباع هذه الحاجات، وتتدرج الحاجات حسب أهميتها في شكل هرمي ويتكون هذا الهرم من:

الحاجات الفسيولوجية

عبارة عن الحاجات الأساسية اللازمة لبقاء حياة الإنسان وتمتاز بأنها فطرية كما تعتبر نقطة البداية في الوصول إلى إشباع حاجات أخرى وهي عامة لجميع البشر إلا أن الاختلاف يعود إلى درجة الإشباع المطلوبة لكل فرد حسب حاجته، وبعض هذه الحاجات يحافظ على بقاء الفرد وبعضها يحافظ على بقاء النوع ومن أمثلة هذه الحاجات: الحاجة إلى التنفس والطعام والماء وضبط التوازن والجنس.

الحاجة إلى الأمن :

يعتمد تحقيقها على مقدار الإشباع المتحقق من الحاجات الفسيولوجية فهي مهمة للفرد فهو يسعى إلى تحقيق الأمن والطمأنينة له ولأولاده كذلك يسعى إلى تحقيق الأمن في العمل سواء من ناحية تأمين الدخل أو حمايته من الأخطار الناتجة عن العمل وإن شعور الفرد بعدم تحقيقه لهذه الحاجة سيؤدي إلى انشغاله فكريا ونفسيا مما يؤثر على أدائه ومن أمثلة هذه الحاجة، الأمن الوظيفي والإيرادات والموارد، والأمن المعنوي والنفسي والأمن الأسري والصحي.

الحاجات الاجتماعية (الحب والانتماء):

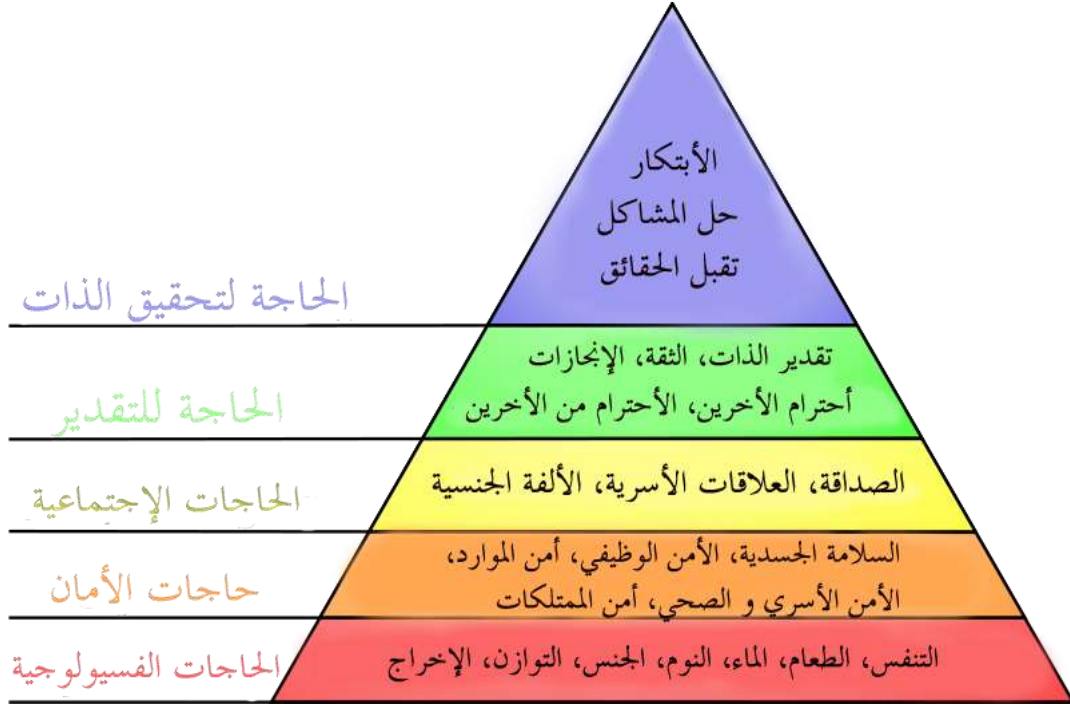
يشعر البشر عموما بالحاجة إلى الانتماء والقبول، سواء إلى مجموعة اجتماعية كبيرة (كالنوادي والجماعات الدينية، والمنظمات المهنية، والفرق الرياضية) أو الصلات الاجتماعية الصغيرة (كالأسرة والشركاء الحميمين، والمعلمين، والزملاء المقربين)، ومن أمثلة هذه الحاجة العلاقات العاطفية والاسرية وكسب الاصدقاء.

الحاجة لتقدير الذات:

هنا يتم التركيز على حاجات الفرد إلى المكانة الاجتماعية المرموقة والشعور باحترام الآخرين له والإحساس بالثقة والقوة.

الحاجة لتحقيق الذات:

وفيها يحاول الفرد تحقيق ذاته من خلال فهم قدراته ومهاراته الحالية والمحتملة ومحاولة استغلالها لتحقيق أكبر قدر ممكن من الإنجازات.



هرم مازلوا للحاجات

نظرية الذات كارل روجرز (Carl Rogers)

الظاهري (Phenomenology) هو أسلوب في علم النفس يركز على الكيفية التي يدرك بها الشخص ويعبر عن ذاته وعالمه. أذ يؤكد (روجرز) على أن الناس يجب ان يفهموا على أساس الكيفية التي ينظرون بها إلى أنفسهم والعالم المحيط بهم وأن الفرد يدرك عالمه بطريقة متفردة إذ تشكل هذه المدركات المجال الظاهري للفرد، وهذا يعني أن الفرد يستجيب للبيئة كما يدركها هو، فالمجال الظاهري للفرد يشمل كل المدركات الشعورية وغير الشعورية، أي تلك التي يكون الفرد عارفاً بها وتلك التي لا يكون عارفاً بها، وأن المحددات الأكثر أهمية للسلوك وخاصة بالنسبة للناس الاسوياء هي المدركات الشعورية. فقد ربط (روجرز) بين الاضطرابات العصابية ومفهوم الذات في العصاب، فإن الفرد يشبع حاجات لا

شعورية بوسائل سلوكية تتفق مع مفهوم الذات، وأن العصاب ينشأ بسبب عدم تطابق السلوك مع الذات.

ويرى (روجرز) أن خبرات الانسان هي المدركات الشعورية التي حولها إلى صور رمزية وهذه المدركات التي تحولت إلى صور رمزية هي المحددات الجوهرية لسلوك الانسان السوي، إلا أنه أذ حصل تشويه في الترميز، فتأخذ بعض الخبرات صوراً رمزية مشوهة يتصرف الفرد بسببها تصرفاً غير سوياً. أن الشخص يدرك خبراته كواقع ويتصرف وفقاً لآطار مرجعي داخلي ولا يهتم بتقييمات الآخرين، وقد أكد على مفهوم التطابق والتنافر، ويعني التطابق عدم وجود صراع بين الذات المدركة والخبرة، أو بين الذات والذات المثلى التي تعني ما يطمح أن يكون الشخص عليه. فإذا حدث تنافر بين الذات والخبرة فإن الترميز يكون غير دقيق ومشوه يؤدي إلى عدم التكيف النفسي والاضطرابات العصابية، وقد يحدث تنافر بين المجال الظاهري للشخص والواقع الخارجي فيؤدي إلى العصاب وعدم التوافق، وأن أشد الحالات خطورة هي عدم التطابق بين الذات بالمفهوم المدرك والكائن بخبراته الحقيقية في هذه الحالة فسوف يشعر الفرد بالتهديد والعصاب، لذلك فإن (روجرز) يسعى دائماً لدراسة صورة الذات بطريقة موضوعية وذلك عن طريق استخدام اختبار الشخصية التصنيفي (Q- Sort) الذي يطلب فيه من المريض بأن يصف اثناء العلاج ادراكات الذات الحالية ثم الذات المثالية. فإذا حدث تعارض بين التصنيفين ينظر للفرد على أنه يعاني من عدم الاتساق (Incingruent)) وكما يعتقد روجرز ان هذه المشكلة هي جوهر الاضطرابات العصابية.

ويعتقد (روجرز) ان مستوى التكيف او التوافق النفسي للشخص السوي هي دالة على مدى التناظر أو انسجام الذات مع الخبرات. فالاشخاص العصابيين هم

غير قادرين على ادراك أنفسهم وبيئاتهم في الواقع وغير منفتحين بحرية لكل التجارب.

الامر الذي يجعلهم غير مستفيدين من كل التجارب في تنمية قابلياتهم وأصبحوا يمتلكون نقيض صفاتهم، كما أدرك روجرز أن الخبرات المبكرة وقت حرج لنمو الشخصية وأهمية الاعتبارات الايجابية التي يحصل عليها الفرد من الافراد المهمين له إلا أنه اذا كانت طبيعة تعاملهم قاسية وصارمة وخالية من الخبرات الغنية، فإن النتيجة ستكون أعاقه خطيرة لتحقيق الذات. وأحتمال حدوث عدم أتساق بين الذات والخبرات التي يمر بها الفرد فهذه الحالة تؤدي الى الاغتراب الاجتماعي فلا يعود صادقاً مع نفسه ولا مع تقييمه للخبرة التي يعيشها، فإن الفرد الذي يشعر بأنه فاقد الاعتبار الايجابي يعمل أي شيء لاشباع هذه الحاجة بالتالي ينكرون ادراكهم الخاص وانفعالاتهم واحساساتهم وكذلك أفكارهم، ويؤدي هذا الاسلوب الى مشكلات على المدى البعيد، لانه يقوم بتزييف بعض الخبرات الخاصة ولا يدركها الا في ضوء تقدير ورضا الاخرين. ومن ثم سوف تصبح خبرات الفرد غريبة عن نفسه وعدم الانسجام الحقيقي مع الآخرين.

ميكانزمات الدفاع

تعد ميكانزمات الدفاع النفسي غير مباشرة تحاول إحداث التوافق النفسي، وميكانزمات الدفاع النفسي هي وسائل وأساليب لا شعورية من جانب الفرد من وظيفتها تشوية ومسح الحقيقة حتى يتخلص الفرد من حالة التوتر والقلق الناتجة عن الاحباطات والصراعات التي لم تحل والتي تهدد آمنه النفسي وهدفها وقاية الذات والدفاع عنها والاحتفاظ بالثقة في النفس واحترام الذات وتحقيق الراحة النفسية. وتعد هذه الحيل بمثابة أسلحة دفاع نفسي تستخدمها الذات ضد الإحباط أو الصراع والتوتر والقلق.

وميكانزمات الدفاع النفسي تعتبر محاولات للإبقاء على التوازن النفسي من أن يصيبه الاختلال وهي حيل عادية يلجأ إليها كل الناس السوي واللاسوي والشاذ والصحيح والمريض، ومن هذه الميكانزمات.

١. **التوحد:** وهي محاولة الفرد للوصول إلى الهدف بأن يبرمج ذاته بصفات محددة أو بذات شخص آخر من خلال تقليده أو محاكاته ولذا فإن تقليد الوالدين ومحاكاتهم يخفف من درجة التوتر لدى الفرد.

٢. **الاستبدال والإزاحة:** وهي عملية توجيه الطاقة من هدف إلى آخر لتوضيح قدرة الفرد على تغيير هدف نشاطه من موضوع نفسي إلى آخر وتم عملية التغيير هذه عندما يكون الهدف الجديد لا يكفي لإزالة التوتر ولذا فإنه يظل يبحث عن الأفضل لتخفيف ذلك التوتر لديه وهذا يفسر تنوع أشكال سلوك الإنسان.

٣. **الكبت:** وهو محاولة الفرد التحفظ عن دوافع مثيرة للقلق، ويرفض ببساطة الاعتراف بوجودها، الأفراد الذين يعترتهم الكبت تكون شخصياتهم متوترة متصلة وتسيطر (الأنا العليا) لديهم على (الأنا) ويعمل الكبت في مرحلة الطفولة على تقوية (الأنا) وتساعده حينما يكبر وتسبب له بعض المشكلات النفسية. الحيل الدفاعية (ميكانزمات الدفاع).

٤. **الإسقاط:** وهو إنكار صفة معينة في الفرد وإصاقها بفرد آخر وهو مرتبط بحيلة الإنكار، فمثلاً عندما يكره طالب أحد زملائه فيدعي بأن زميله يكرهه ويستخدم هذا الأسلوب أحياناً في حياتنا اليومية غير أن الإفراط في استخدامه يعوق معرفة الفرد لنفسه ويفسد علاقته الاجتماعية أيضاً لأنه قد يصل به الحد للحط من شأن الآخرين مما يؤدي إلى إختلاف في الإدراك أو إدراك أشياء لا وجود لها.

٥. **النكوص:** وهي تراجع الفرد إلى ممارسة أساليب سلوكية في مرحلة سابقة من حياته لا تناسب مع مرحلة نموه الحالية ليجنب ذاته الشعور بالعجز والفشل أو

المخاوف أو الحرمان وهذه العملية تجنب الفرد الشعور وبالقلق ولكنها تعيق النمو ومن الأمثلة: الطفل الصغير الذي ينكص إلى أنواع السلوك الطفلي المبكر عندما يواجه خطر فقدان الحب ويعتقد أنه يعود إلى هذه المرحلة من النمو التي تحقق له الحب.

٦. **التثبيت:** عندما ينتقل الفرد من مرحلة نمو إلى مرحلة أخرى يواجه مواقف محبطة ومثيرة للقلق تعوق استمرار نموه بصفة مؤقتة على الأقل ويثبت على مرحلة معينة من مراحل نموه ويخاف الانتقال منها ويتخلى عن شرط سلوكي معين على إشباع حاجاته، لعدم تأكده من السلوك هل يستحق الإشباع أم لا ؟

٧. **التكوين العكسي:** تحاول (الأنا) تكوين سلوك على النقيض عندما يكون هناك موقف يثير القلق فإذا كان الفرد يشعر بكرهية شخص ما، فقد يظهر مشاعر الود والحب تجاه هذا الشخص، وعادة ما ترجع أشكال متطرفة من السلوك إلى تكوين العكس.

٨. **التعويض:** وهو أسلوب المبالغة الذي يبدو على سلوك الفرد فمثلاً فرد ضعيف البنية فنجد بأن هذا الفرد يحاول إظهار السيطرة والتسلط بصورة مبالغ فيها في شكل عملية تعويض عن مشاعر مكبوتة تؤلم الفرد إذا شعر بها على شكل استعراضات يقوم بها، ويرجع السلوك التعويضي لبعض الأفراد إلى عوامل لا شعورية لا يعيها الفرد وتدفعه إلى أساليب سلوكية غير متكاملة مبالغ فيها قد تؤدي إلى اضطرابات انفعالية. التبرير: وهو عملية نستطيع من خلالها إيجاد أسباب منطقية لسلوكنا ولكن هذه الأسباب غالباً ما تكون مخالفة للواقع وذلك لكون الفرد يرى بأن ما يراه لنفسه قد يراه الآخرون فيهم، ولذا فإن التبرير في بعض الأحيان يمثل عملية لا شعورية لأن صاحبها لا يدرك بأنه مشوه الواقع، يصعب عليه مناقشة مبررات سلوكه لأن (الأنا) تخشى الكشف عن الأسباب

الحقيقية لذا فهي تعمل على كبتها، ومثال ذلك الطالب الذي يغش في الاختبار
يبرر فشله بصعوبة أسئلة الاختبار وذلك لحفظ ماء الوجه. ويمكن للمرشد انفي
أن يتعرف على ميكانزمات الدفاع التي يقوم بها كثير من الافراد فعلى ضوئها
يمكنه التعامل مع المشكلات المتعددة.

الفصل السابع

- معنى التوافق وطبيعته:

التوافق النفسي هو جوهر الصحة النفسية وهدف العلاج النفسي، تتمثل مظاهر الصحة الجسمية في خلو أعضاء الجسم من الأمراض والعلل والتشوّهات وقيامها بوظائفها على خير وجه، وهذا ما يساعد الفرد على أن يسلك نحو مواقف الحياة المختلفة سلوكاً يدل على تكيفه مع نفسه ومع الآخرين، وأما الصحة النفسية فهي ليست مجرد خلو الفرد من المرض العقلي أو النفسي فقط وإنما هي فوق ذلك حالة من الاكتمال الجسدي والنفسي والاجتماعي لدى الفرد. إن الصحة النفسية هي ما يبدو في موقف الإنسان أمام الضغط النفسي، أو الشعور بالتوتر وكيفية استجابته له.

ولقد عرّفت الصحة النفسية بأنها علم التكيف أو علم التوافق النفسي الذي يهدف إلى تماسك الشخصية ووحدها وتقبل الفرد لذاته وتقبل الآخرين له، بحيث يترتب على هذا كله شعوره بالسعادة والراحة النفسية. إذ تعددت مجالات التوافق فنجد منها التوافق العقلي والتوافق الدراسي، والتوافق المهني، والتوافق الجنسي، والتوافق الزواجي، والتوافق السياسي أو الاقتصادي أو الديني، ويكون ذلك تبعاً لتعدد مواقف حياة الفرد، إلا أن معظم الباحثين في ميدان علم النفس يتفقون على أن بُعدي التوافق الأساسيين هما: البعد الشخصي (النفسي)، والبعد الاجتماعي، على اعتبار أن تلك المظاهر المتعددة يمكن ضمها إلى بعضها لتشكل عناصر البعدين الشخصي والاجتماعي. وبما أن الفرد هو عبارة عن وحدة جسمية نفسية اجتماعية لذلك نلاحظ إن البناء البيولوجي إنما يؤثر في الشخصية وفي عملية التوافق، كما تؤثر فيها الظروف الاجتماعية التي عاشها الفرد. لذلك فإن عملية التوافق تتضمن ثلاثة مستويات رئيسية: وهي التوافق على المستوى البيولوجي ويشير إلى أن التغيير في

الظروف ينبغي أن يقابله تغيير وتعديل السلوك بمعنى أنه ينبغي على الكائن الحي أن يجد طرقاً جديدة لإشباع رغباته وإلا كان الموت حليفه، أي أن التوافق هنا إنما هو عملية تتسم بالمرونة والتوافق المستمر مع الظروف المتغيرة. أما التوافق على المستوى الاجتماعي فهو يعني علاقة حسنة بين الفرد والبيئة وهو تغيير للأحسن، فالفرد يولد مزوداً بأنواع شتى من الاستعدادات الجسمية والعصبية والنفسية، وهذه كلها تحتاج إلى تشذيب وتهذيب وتقوم الأسرة بجزء ويقوم الاتصال والاحتكاك بالمجتمع بالجزء الآخر، أي أن البيئة تقدم المادة الخام وتقدم الثقافة القيم والمعايير. أما بالنسبة للتوافق على المستوى السيكولوجي، فهو أن هناك إدراك لطبيعة العلاقات الصراعية التي يعيشها الفرد في علاقاته الاجتماعية والبيئية، وأن هذا الصراع يتولد معه توتر وقلق، وهي تجربة يغشاها الألم، لذلك فإن توافق الفرد إنما يهدف إلى خفض التوتر وإزالة أسباب القلق، كذلك فالإنسان يرغب في إشباع دوافعه وأن هذا الإشباع يعتمد على البيئة، وهو لا يستطيع أن يُشبع جميع رغباته فهو يُشبع بعضها وعليه أن لا يطغى إشباع دوافع معينة على بقية الدوافع حتى يتحقق التوافق بل ويتحقق التكامل الذي يسمح للإنسان لتحقيق أقصى قدر من استغلال إمكانياته الرمزية والاجتماعية.

وقد عرف **التوافق** بأنه: عملية ديناميكية (دينامية) مستمرة - يقوم بها الفرد بصفة مستمرة في محاولاته لتحقيق التوافق بينه وبين نفسه أولاً ثم بينه وبين البيئة التي يعيش فيها بتغيير سلوكه مع المؤثرات المختلفة حتى يصل للاستقرار النفسي والتكيف الاجتماعي مع البيئة - تتناول السلوك والبيئة الطبيعية والاجتماعية بلا تغيير والتعديل حتى يحدث توازن بين الفرد وبيئته. كما عرف سميث (Smith)، التوافق السوي بأنه اعتدال في الإشباع، إشباع عام للشخص عامة، لا إشباع لدافع واحد شديد على حساب دوافع أخرى، والشخص المتوافق توافقاً ضعيفاً هو الشخص

غير الواقعي وغير المشبع بل والشخص المحبط الذي يميل إلى التضحية باهتمامات الآخرين كما يميل إلى التضحية باهتماماته، أما الشخص حسن التوافق فهو الذي يستطيع أن يقابل العقبات والصراعات بطريقه بناءة تحقق له إشباع حاجاته، ولا تعوق قدرته على الإنتاج. كما يرى ألين (Allen) أن التوافق يشير إلى فهم الإنسان لسلوكه وأفكاره ومشاعره بدرجة تسمح برسم استراتيجيات لمواجهة ضغوط ومطالب الحياة اليومية.

- التكيف والتوافق والعلاقة بينهما:

يشير التكيف إلى الخطوات المؤدية إلى التوافق، فإن الكائن وبيئته متغيران ولذلك يتطلب كل تغيير تغييراً مناسباً للإبقاء على استقرار العلاقة بينهما، وهذا التغيير المناسب هو التكيف أو المواءمة Adaptation والعلاقة المستمرة بينهما هي التوافق، وكثيراً ما تستخدم اللفظين (تكيف وتوافق) كما لو كانا مترادفين، فالتكيف تشير إلى الخطوات المؤدية إلى التوافق، والتوافق يشير إلى حالة الاستقرار التي يبلغها الكائن، وقد يعدل الكائن بعضاً منه أو إحداث تعديل في البيئة أو يعدل الكائن بعضاً منه وبعضاً من البيئة لإعادة التوافق والتوازن ويتناول التوافق نواحي فيزيائية (مثل درجة الحرارة) ونواحي بيولوجية وفيزيولوجية (مثل تغيير شكل الكائن أو لونه أو تعديل بعض وظائفه) ونواحي نفسية (مثل تعديل الإدراك - الحسي شدة ووضوحاً بحسب قيمة المنبه ودلالاته وتكراره وتحديد انفعاله)، والنواحي الاجتماعية (مثل تطوير دوافعه، وتعديل سلوكه بما يتفق مع مستويات مجتمعه بالإضافة إلى مقتضيات الموقف الراهن.....) الخ فإذا عجز الكائن عن التوافق مع البيئة تماماً وهو ما يسمى عدم التوافق Non-Adjustment فقد يكون في ذلك هلاك الكائن، ولكن الأغلب هو أن يحقق الفرد توافقاً ناجحاً، أو على الأقل يحقق شيئاً من التوافق ولو كان فاشلاً غير سوي وهو ما يسمى سوء التوافق Maladjustment. فالتوافق

الحسن والصحيح: هو الذي يعد مصدر أرتياح وأطمأنان الفرد وأشباع حاجاته وأهدافه والسعي الصحيح والى الاحترام والتقدير وأداء الواجبات والخلو من التوتر والضغوطات والتعامل مع الضغوطات والمشاكل بشكل صحيح. أما التوافق السيئ والغير صحيح: وهو التوافق الذي يجلب القلق والتوتر وعدم اشباع الحاجات بصورة صحيحة ويحاول الوصول الى التقدير والاحترام عن طريق الكذب أو الخيال، ميكانزمات الدفاع، والشعور بعدم الارتياح والضغط.

ويرى علماء اخرون أن أي تعريف للتوافق ينطوي على الكلمة الأم (التكيف) فكلمة توافق أكبر إشارة للتكيف، فالإنسان يتكيف من أجل التوافق والعكس، فعلماء النفس استعاروا المفهوم البيولوجي للتكيف Adaptation وأعادوا تسميته بالتوافق Adjustment، وحاول البعض التفرقة بين لفظ التوافق ومفهوم التكيف إذ ميز كل من مورر وكلكهون Mourer & Klackhohn إلى أن لفظ التكيف يستخدم للدلالة على مفهوم عام يتضمن جميع ما يبذل الكائن الحي أي أن التكيف يستخدم بشكل أوسع يشمل الكائنات الحية جميعها كتكيف حدقة العين للضوء الشديد الساقط عليها وتكيف الحرباء بلون البيئة التي تعيش فيها، لذلك فإن مصطلح التكيف هو مصطلح بايولوجي بينما يستخدم لفظ التوافق للإنسان فقط وللدلالة على الجانب السيكولوجي والتوافق المادي والاجتماعي والتوافق مع الثقافة السائدة من عادات وتقاليده وأن يتوافق مع الظروف التي يعيش فيها ويدير شؤونه لتحقيق أهدافه وطموحاته وتلبية احتياجاته الخاصة والعامة وتوفير فرص العيش الجيدة والمحاولة التوافق مع ظروف العمل الذي يعمل فيه لكي يستطيع الاستمرار هو ذلك للتوازن بين ذاته ومتطلبات الظروف التي تحيط به، وينبغي أن ندرك أي الأفراد يمكن ترتيبهم على متصل Continuum أحد طرفيه حالة التوافق (الصحة النفسية) والطرف الآخر سوء

التوافق، وهذا يعني أن الصحة النفسية وسوء التوافق إنما يتداخلان بعضهما في بعض فليس هناك حد فاصل للصحة النفسية يفصلها عن سوء التوافق.

إن أي أسلوب سلوكي لا يكون جامداً، بل هو في تغير دائم بسبب التفاعل الديناميكي للأجزاء أو العناصر التي يتكون منها المجال النفسي للفرد، وينتج من هذا التفاعل الدائم أو التغيير المستمر لعناصر المجال النفسي نوع من عدم الاستقرار أو عدم التوافق ويطلق على حالة عدم الاستقرار أو عدم التوافق لفظ التوتر، وكل توتر يكون وراءه حالات من القلق أو الرغبة في إشباع حاجة من حاجات الفرد أو إجابة مطلب من مطالب، أي أن هناك دافعاً من الدوافع.

- أنواع التوافق

١. التوافق الشخصي :

ويتمثل بشعور الفرد بالارتياح والسعادة والرضا عن النفس وهذا يتم عن طريق إشباع حاجاته الأولية أي الفطرية والثانوية أي المكتسبة وتحقيق مطالب النمو عبر مراحل المتابعة وخلو من التوترات والضغوط النفسية وما يترتب عنها من شعور بالضيق والقلق والتوتر.

٢. التوافق الاجتماعي:

ويتمثل في اختيار الفرد الجماعة لمناسبة لميوله واتجاهاته وقدراته وقيمه وتقاليد، بحيث لا يكون مسائراً دائماً او متسلطاً او مستبداً برأيه ضمن الجماعة التي ينتمي إليها أي يشعر الانسان بالسعادة والأمن والطمأنينة عن علاقته بالآخرين، ويجب ملاحظة أن تحقيق التوازن الاجتماعي يتطلب الالتزام بالقيم والتقاليد والمعايير التي يقرها المجتمع وتقبل التغيير الاجتماعي لا بالكم من العلاقات التي يرتبط بها.

٣. التوافق الزوجي:

ونعني به الاستقرار والتوازن في العلاقات المتبادلة من الزوج والزوجة، والشعور بالمسؤولية ومتطلبات الحياة الزوجية، الناجحة واحترام حقوق كل منهما المبنية على علاقة الحب والتعاون والانسجام واستخدام الطرق الصحيحة في تربية الابناء وتأمين مستقبل أبنائهم وتأمين حاجاتهم الفطرية والمكتسبة

٤. التوافق الاسري:

ويتمثل بعيش أفراد الاسرة في جو من التعاون والالفة والحفاظ على العادات والتقاليد التي ترد عليها ومركزية الابوين في إدارة الامور والاحترام المتبادل بين الابناء والاباء مما يحقق تحقيق المصالح الاسرية المشتركة.

٥. التوافق الانفعالي:

ونعني به اسقرار الفرد انفعالياً وعدم تضخيم الامور أكبر من حجمها والابتعاد عن الاستثارة والتوتر والعصبية والميل إلى تحكم الامور بعقلانية مما ينسجم مع قدراته النفسية والعقلية والاجتماعية وعدم التصرف باندفاع وتهور غير مسؤول.

٦. التوافق المهني:

ويتضمن الاختيار المناسب للمهنة والاستعداد علماً وتدريباً لها والدخول فيها والانجاز والكفاءة والانتاج والشعور بالرضا والنجاح.

- سمات الشخصية للشخص المتوافق**١. الاتزان الانفعالي:**

الذي نعني به التحكم بأنفعالاته والصبر والتأني باتخاذ القرار ومواجهة المشاكل التي يتعرض لها بشكل ناجح.

٢. أُتساع الافق:

وهي القدرة على تحليل الامور وتفسير الضوابط وفهم مسبباتها وقوانينها والهدوء التعامل مع البيئة بشكل سهل.

٣. مفهوم الذات:

الشخص المتوافق يمتلك ذاتاً تتسم بالأعتدال وعدم تضخيم الامور ومعرفة قدراته وقابلياته والقدرة على حل المشكلات، أما الفرد الذي يمتلك ذاتاً متضخمة يكون متعالياً متكبراً يفسر الامور من جهة واحدة ويكون نرجسي محباً لذاته، وتكون لديه الذات متدنيه ذات المستوى منخفض.

٤. المسؤولية الاجتماعية:

وهي الشعور بالمسؤولية باتجاه الاخرين وموازنته للعادات والتقاليد واتجاهاته، وأن يهتم بالآخرين والانتماء معهم والابتعاد عن الانانية والذاتية وأن يكون منسجماً متعاوناً.

- نظريات التوافق

هنالك عدة نظريات فسرت التوافق كل نظرية حسب المسلمات والتوجهات التي تؤمن بها، ومن هذه النظريات هي:

١. التحليل النفسي**اولاً: فرويد**

وجهة نظر فرويد في الطبيعة الإنسانية هي أنّ الإنسان غير مخيّر Deterministic، ثمّ أنّه أيضاً ليس خيراً أو شريراً، وإنّ السلوك الإنساني محكوم بقوى ودوافع لا شعورية وبيولوجية وغريزية جنسية خلال السنوات الأولى من حياة الإنسان. كما اعتبر فرويد الغرائز "الدوافع البيولوجية" أمورا أساسية في نظريته، وقد عرّف الغرائز Instincts بأنها: "عبارة عن قوة يُفترض وجودها وجودها وراء جميع

التوترات وحاجات الإنسان، وتهدف الغرائز إلى القضاء على التوتر، ثم إنها هي التي تحقق الإشباع و تخدم البقاء للإنسان والعنصر البشري"، إن فلسفة فرويد عن الغرائز تعكس توجهه البيولوجي، والغرائز عبارة عن تركيب رمزي غير مشاهد، أو قوة يُفترض وجودها وراء التوترات المتأصلة في حاجات الكائن العضوي الحي، وتمثل مطالب الجسم من الحياة النفسية.

الطاقة النفسية لا تختلف عن الطاقة البدنية وكل منهما يمكن تحويله إلى الآخر، فالغرائز تنطوي على طاقة نفسية تعبّر عن انتقال وتحوّل في الطاقة البدنية إلى طاقة نفسية، والغرائز تثير السلوك وتوجهه، وهدف السلوك هو إشباع الحاجات، والهدف الذي يحقق إشباع الحاجات مرتبط بالغرائز، والحاجات تسبب التوتر، والسلوك موجّه نحو تخفيف التوتر، والتوتر أمر غير لذيذ وتخففه أمر لذيذ، وهذا التصور للحاجات هو مبدأ اللذة وهو محاولة إبقاء التوتر في أقل درجاته.

يمكن القول بأن الغريزة محافظة لأن هدفها العودة بالشخص إلى الحالة السابقة وتحقيق الإشباع، ويُقال بأنّها متقلّصة متكرّرة لأنّها تعاود الفرد باستمرار، ويوجد لكل غريزة مصدر يمدّها بالطاقة الضرورية وهي حالة من التوتر (التهيج) داخل الجسم، فالغريزة لها موضوع وهو ما تتجه إليه لتحقيق الإشباع أو توصل إليه. ولها هدف وهو القضاء على التوتر بتحقيق الإشباع والوصول إلى اللذة، فمثلاً موضوع غريزة الجوع هو تناول الطعام، وموضوع الغريزة الجنسية هو الجماع، أمّا بالنسبة لمكان ومستودع هذه الغرائز فهو "الهو" Id

إذ قسم فرويد نظم الشخصية على ثلاثة نظم، وهي:

(١) الانا (ego):

الأنأ كما وصفها فرويد هي شخصية المرء في أكثر حالاتها اعتدالاً بين الهو والأنأ العليا، حيث تقبل بعض التصرفات من هذا وذاك، وتربطها بقيم المجتمع

وقواعده، إذ من الممكن للأنا ان تقوم باشباع بعض الغرائز التي تطلبها الهو ولكن في صورة متحضرة يتقبلها المجتمع ولا ترفضها الأنا العليا. • مثال: عندما يشعر شخص بالجوع، فإن ما تفرضه عليه غريزة البقاء (الهو) هو أن يأكل حتى لو كان الطعام نيئاً أو برياً، بينما ترفض قيم المجتمع والأخلاق (الأنا العليا) مثل هذا التصرف، بينما تقبل الأنا اشباع تلك الحاجة ولكن بطريقة متحضرة فيكون الأكل نظيفاً ومطهراً ومعد للاستهلاك الآدمي ولا يؤثر على صحة الفرد أو يؤدي المتعاملين مع من يشبع تلك الحاجة. • يعمل الأنا كوسيط بين الهو والعالم الخارجي فيتحكم في إشباع مطالب الهو وفقاً للواقع والظروف الاجتماعية. • وهو يعمل وفق مبدأ الواقع. • ويمثل الأنا الإدراك والتفكير والحكمة والملاءمة العقلية. • ويشرف الأنا على النشاط الإرادي للفرد. • ويعتبر الأنا مركز الشعور إلا أن كثيراً من عملياته توجد في ما قبل الشعور، وتظهر للشعور إذا اقتضى التفكير ذلك. • ويوازن الأنا بين رغبات الهو والمعارضة من الأنا الأعلى والعالم الخارجي، وإذا فشل في ذلك أصابه القلق ولجأ إلى تخفيفه عن طريق الحيل الدفاعية.

(٢) الهو:

الهو هو الجزء الأساسي من شخصية الانسان والجزء الفطري الذي يتضمن الغرائز الموروثة التي تمد الشخصية بالطاقة ويعمل الهو وفق مبدأ اللذة وتجنب الألم. • ولا يراعي المنطق والأخلاق والواقع. • وهو لا شعوري، فهو يسعى الى تحقيق الرغبات بغض النظر عن المنطق والعرف السائد، ولا يمثل الى القانون أو الثقافة السائدة.

٣) الأنا الأعلى Superego :

يمثل السلطة القضائية بالنسبة للشخصية ويتضمن السلطة الاخلاقية للشخص، فهو عبارة عن نظام يصدر الحكم حول ما إذا كان التصرف جيداً أو سيئاً، أي أنه يمثل الجانب المثالي لا الجانب الواقعي، ولا يسعى إلى اللذة والمتعة بقدر سعيه إلى الكمال، كما أنه يمثل القيم الأخلاقية التقليدية، ومثاليات المجتمع الإنساني كما نُقِلت إليه من والديه في طفولته المبكرة من خلال المكافآت والعقوبات. إن وظيفة الأنا الأعلى الأساسية هي كبح اندفاعات الهو خاصة الجنسية منها والعدوانية، وإقناع الأنا بأن يستبدل أهدافه الواقعية بأخر مثالية أخلاقية والسعي دوماً نحو الكمال

فمن خلال ما تقدم فإن كل نظام من نظم الشخصية يعمل حسب دوره في الشخصية، وأن كل نظام يختلف عن الآخر، بذلك فإن الأنا هو الذي يحدد فيما إذا كان السلوك سويًا متوافقًا أو شاذًا غير متوافقًا حسب سيطرته على هذه النظم، يرى فرويد أن عملية التوافق الشخصي غالباً ما تكون لا شعورية، أي أن الفرد لا يعي بالأسباب الحقيقية. لكثير من سلوكياته. فالشخص المتوافق هو من يستطيع إشباع المتطلبات الضرورية للهو بوسائل مقبولة اجتماعية. ويرى فرويد أن العصاب والذهان ما هما إلا عبارة عن شكل من أشكال سوء التوافق، فإذا كانت الأنا قوية وسيطرت على نظم الشخصية، وأصبحت هذه النظم على وفاق وانسجام كلما كان الفرد متوافقاً، وإذا كانت الأنا ضعيفة في سيطرتها على نظم الشخصية، تزداد درجة سوء التوافق، أي من خلال ذلك فإن التوافق يتحدد بقوة الأنا وانسجام الشخصية وأما إن سيطرت الأنا العليا تجعل الشخصية متشددة إلى درجة عدم المرونة وتعمل على كبت الرغبات وتؤدي إلى سوء التوافق. ويرى فرويد إن التوافق نادر لدى الإنسان.

وأن بداية سوء التوافق غالباً ما ترجع الى مرحلة الطفولة إذ تنمو الانا نمواً غير سليم. والنمو السليم يؤدي الى نشوء الانا القوية.

وتؤكد مدرسة التحليل النفسي ان الشخصية السوية المتوافقة هي القادرة على الحب والعمل وعقد علاقات مناسبة مع الاخرين ومع الذات. أما الشخصية التي تعاني من سوء التوافق فهي التي تفشل في تحقيق التوافق بين (الهو والانا العليا) والعالم الخارجي.

ثانياً: أدلر A.Adler

يعد ادلر مؤسس علم النفس الفردي (Individual Psychology) ومن المفاهيم التي أكدها ادلر البعد الاجتماعي اعتقاداً منه أن الانسان منذ الطفولة يسعى إلى اشباع حاجاته من خلال السياق الاجتماعي ولهذا ركز على (نمط الحياة) الكلي للفرد واهتماماته الاجتماعية معتبراً الانسان كائناً اجتماعياً، تتشكل حياته من خلال المعايير الأخلاقية والثقافية والاجتماعية. وبما أن الانسان محدد بالروابط والعلاقات الاجتماعية فلا بد من فهم هذه العلاقات الاجتماعية التي يتواجد فيها الفرد. ويشير أدلر أن للظروف الاجتماعية والاقتصادية أثراً هاماً على دوافع سلوك الانسان وعلى تكوين تفكيره، فالانسان ليس كائناً معزولاً عن البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها، بل هو كائن اجتماعي قادر على خلق شخصيته من خلال نشاطه الذاتي. كما ركز أدلر على موضوع علاقات الإنسان ووجوده الاجتماعي، وذلك من خلال الكشف عن العلاقة بين الشخصية والمجتمع، وكذلك في الكشف عن العوامل الاجتماعية التي تحدد سلوك الكائن البشري وميوله الاجتماعية ودينامية التفاعل بين العالم الخارجي للشخصية وعالم العلاقات العامة.

وكذلك من تصورات أدلر للفرد والبشرية فقد كان يعتقد بأن كل فرد هو فريد وواع، ويرى ان نمو الفرد يرتبط ببيئته الاجتماعية اكثر من ارتباطه بالقوى

البيولوجية او الغرائزية ويرى ادلر ان السلوك الانساني اياً كان نوعه يمكن تفسيره كمحاولة من الفرد لتحقيق السيطرة على الغير. وان الدافع الى ذلك هو الرغبة في تحرير نفسه من الشعور بالنقص الذي ينتج عنها انعدام الشعور بالامن النفسي (Insecurity) ويعتقد ان القلق هو مظهر من مظاهر سوء التوافق ينشأ بسبب انعدام الامن النفسي الذي يحدث نتيجة شعور الفرد بالقصور والنقص اياً كان نوعه جسماً او معنوياً. وقد افترض ادلر ان الشعور بالنقص عام عند البشر ووسع مفهومه عن النقص ليشمل جميع نواحي النقص الجسمي والعقلي والاجتماعي و اشار الى عقدة النقص تنتج بسبب عيوب اجتماعية فتؤثر هذه العيوب في نفسية الفرد وتشعر بالنقص او عدم الامن وعدم الكفاية والثقة بالنفس او الشعور بالنقص يقود الى عدم التوافق وان الكفاح من اجل التفوق يقود الى التوافق، كما أن سوء التوافق (عدم التكيف) كما يرى ادلر، هو وجود اعتقاد خاطئ لدى الفرد حول الذات والعالم. وهذا لكون الفرد لديه أهداف خاطئة واسلوب حياة خاطئ، ويلجأ الفرد إلى أشكال مختلفة من السلوك الشاذ بهدف حماية اعتقاده عن ذاته، مثل هذه الحماية تحدث عندما يواجه الفرد بمواقف يشعر بخلالها بأنه سوف لن ينجح بمقابلتها، والخطأ يتألف من كون الفرد متمركزاً حول ذاته بدلاً من أن يأخذ بالاعتبار الجنس البشري.

فكل عصاب يمكن فهمه على أنه محاولة لتحرير النفس من مشاعر النقص في محاولة لكسب الشعور بالتفوق، وهناك وجهة نظر أخرى لتطوير السلوك اللاتكيني بربطه مع وهن العزيمة أو التثبيت.

فالشخص الأقل عزيمة لا يستطيع أن يسعى لاحتمالية كسب المعركة، أو حتى حل المشكلات أو حتى التحرك لإيجاد حلول ممكنة. مثل هذا الشخص ليس لديه الثقة في قدراته الخاصة، وقد أشار ادلر إلى أن كل سلوك مقصود وموجه نحو

هدف. فالسلوك السيء له أهداف، وقد وجد أن الأطفال سيئي السلوك هم أطفال فقدوا التشجيع من قبل المحيطين بهم، وهم لا يعتقدون بأن بإمكانهم الانتماء من خلال طرق مفيدة، ومن هنا فإنهم يبحثون عن الانتماء من خلال السلوك اللاسوي.

ثالثاً: كارن هورني : K.Hornay

ترى هورني أن العلاقة الحقيقية بين الفرد وذاته هي أساس الصحة النفسية أو التوافق. فالشخص الذي يدرك ذاته ويقر بمسؤوليته نحو تصرفاته هو صاحب شخصية سوية متوافقة. وترجع هورني سوء التوافق إلى عملية التنشئة الاجتماعية والثقافية إذ يكون لنفسه صورة مثالية غير واقعية ليواجه ما يشعر به من نقص أو قصور وترى هورني أن الشخصية الإنسانية تمر بأنماط ثلاثة من الأساليب التوافقية ابتداء من الطفولة حتى الرشد مارة بالمرهقة.

١. التحرك نحو الناس: وهو توجه الفرد نحو إقامة علاقات وصدقات مع الآخرين المبنية على الأخذ والعطاء والاندماج مع الناس لتحقيق منفعة التعاون والمحبة والاستحسان وتعيش هذه الشخصية وفق المثل العليا وتوقعات الآخرين وغير أنانية ويخضعون رغباتهم الخاصة لصالح رغبات الآخرين وعلى استعداد لتقبل لوم الآخرين ولا يميلون إلى توكيد ذواتهم.

٢. التحرك ضد الناس: ويمثل هذا الاتجاه الحاجة إلى القوة وحب السيطرة على الآخرين والطموح والرغبة في السلوك السيئ ضد الناس، لتحقيق شئ من الشعور بالأمن والتخلص من الشعور بالقلق، فهم يجادلون ويتنافسون ويتلاعبون في كل شئ من أجل تحقيق السيطرة والتفوق.

٣. التحرك بعيداً عن الناس: والذي يعني به ابتعاد الفرد عن الآخرين والعزلة ليحقق نوع من الراحة وتخفيف التوتر والشعور بالأمن وتدفعهم عزلتهم إلى الاكتفاء

الذاتي ويميلون إلى تنمية قابلياتهم وقدراتهم فهم بحاجة إلى الخصوصية ويضعون توكيدهم الأكبر على العقل والمنطق.

واظهرت هورني مفهوماً أولاً هو **القلق** إذ عدته الحالة التي تقود إلى سوء التوافق، وأشارت إلى أن التوافق الذي يقود للسواء والتوافق الذي يقود الى اللاسواء يرجعان إلى عملية التنشئة الاجتماعية، في ضوء ثقافة ما. وعليه يعني سوء التوافق عدم التوافق في العلاقات الانسانية أو قلتها.

– النظريات السلوكية : Behavioral Theories :

إن القانون الاساسي في المدرسة السلوكية بالنسبة للشخصية هو أن الفرد يتعلم من خلال تفاعله مع البيئة وبذلك يمكن وصف الشخص بأنه كائن مستجيب للمؤثرات البيئية التي تعد مهمة له، أي أن البيئة هي التي تؤثر في سلوك الانسان، وتؤدي إلى خلق عادات سلوكية حسنة وصحيحة أو غير صحيحة حسب المدخلات التي تواجه الانسان أي أن هذه المدخلات هي التي تكون أنماط السلوك وتتكون الشخصية في نهاية المطاف. فالشخصية السوية من وجهة نظر السلوكيين تتطلب الكفاية والسيطرة على الذات إذ يتحقق التوافق إذا استطاع الشخص أن يكتشف الشروط والقوانين الكامنة في الطبيعة والمجتمع لكي يستطيع بموجبها سد حاجاته وتجنب المخاطر، ومن يمثل النظريات السلوكية سكرن (B.F.Skinner) فهو يرى ان السبب الاساسي في نشوء السلوك المتوافق والسلوك غير المتوافق هو الانماط السلوكية التي لم تحصل على الدعم والتعزيز من ناحية ومن ناحية اخرى يجب ان يكافأ الفرد على السلوك الجيد بحسب قواعد التعزيز، وفسر سكرن التوافق على اساس البيئة التي يعيش بها الانسان. فالتوافق مقرون بالبيئة وان الفرد يتوافق بصورة مناسبة، وأن حدثت تغيرات في البيئة تظهر أزمات الحياة وعندها يفشل الفرد في اكتساب التوافق السلوكي والانسجام مع هذا التغيير والحصول على التعزيزات.

فالنظرية السلوكية تشير إلى التوافق عبارة عن تكوين مجموعة من العادات الحسنة وعلى العكس يحدث سوء التوافق إذ تكونت مجموعة من العادات السيئة التي لا يمكن أن يتخلص منها، فهذا يعني أن الفرد يصبح متوافقاً إذا أظهر سلوكاً مرغوباً به ويصبح غير متوافق إذا أظهر أنماط من السلوك غير المرغوب بها.

– النظرية الإنسانية:

اولاً: مازلو A.H.Maslow :

يرى ماسلو أن الشخص المتوافق هو الذي يستطيع اشباع حاجاته الفسيولوجية والنفسية بحسب أولويتها، والشخص المتوافق هو الذي يتقبل نفسه والآخرين له، ويرى مازلو أن الإنسان مدفوع بحاجات أساسية وأنه أكثر فعالية وبإمكانه أن يقوم بأدوار فعالة وإيجابية تخدم شؤونه الذاتية وتبعث فيه السرور والارتياح، ويرى مازلو أن التوافق يتم من خلال اشباع الحاجات الأساسية، وهذه الحاجات هي التي توجه السلوك البشري ويمكن استعراضها على النحو الآتي.

١. الحاجات الفسيولوجية : وتتمثل بالحاجة إلى الطعام والشراب والنوم والراحة

والنشاط والنظافة والملابس والجنس.

٢. الحاجة إلى الأمن والسلامة : وتتمثل في تجنب الألم والسلامة الشخصية

والاطمئنان والعيش في عالم هادئ والأمن النفسي والمعنوي والتحرر من

الخوف.

٣. الحاجة إلى الحب والانتماء : وتتمثل في محاولة الفرد أن يكون محبوباً وينشد

الحنان والصحبة والتعاطف وعقد الصداقات والولاء للآخرين والانتماء إليهم

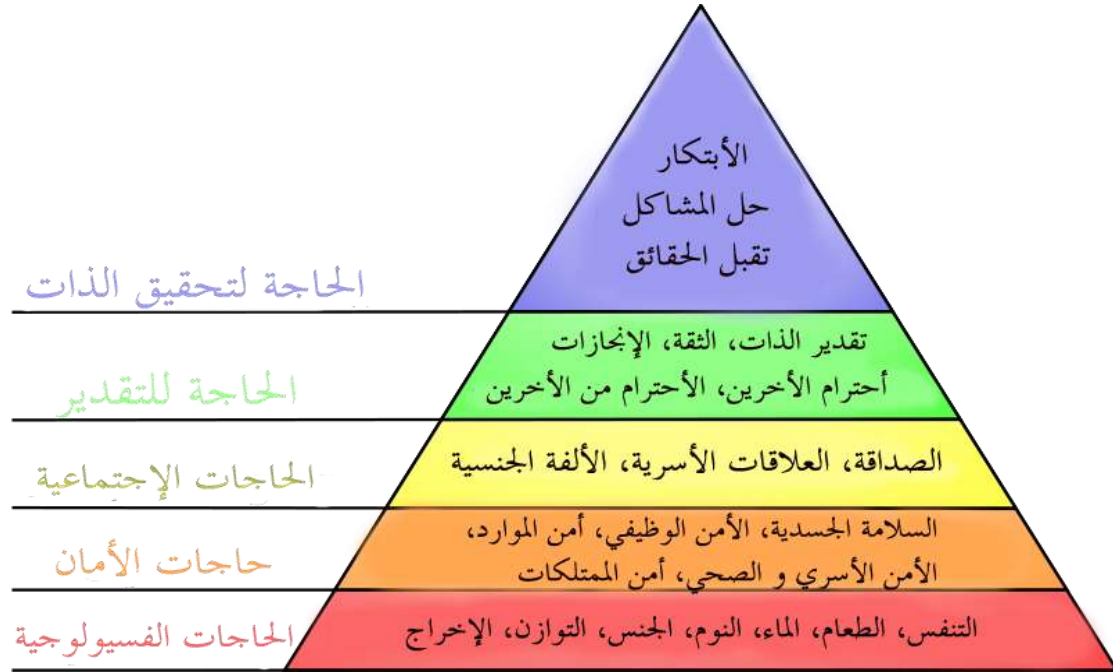
والشعور بالألفة بينه وبين المحيط أو البيئة التي ينتمي إليها ليكون ذا كيان

وأهمية.

٤. الحاجة إلى التقدير والاحترام : وتتمثل بالرضا عن الذات والشعور بالقوة والكفاءة والمنافسة ومحاولة جذب الانتباه واحترام الذات وتقبل الآخرين له.

٥. الحاجة إلى تحقيق الذات : وتتمثل في محاولة الفرد في استثمار طاقاته وقدراته ليحقق لنفسه قدراً من التميز يجده جديراً بذاته والقيام بأعمال تنفع الآخرين للحصول على مكانه الاجتماعية المرموقة، كما يسعى إلى تحقيق طموحاته المستقبلية وأهدافه في الحياة فمن خلال ما تقدم هناك انطباع خاطئ، بأن الحاجة يجب أن تشبع ١٠٠ % قبل أن تنتقل الى الحاجة الثانية، بمعنى أن الفرد يجب أن يشبع الحاجات الفسيولوجية بنسبة ١٠٠ % قبل أن ينتقل إلى حاجة الامن والسلامة، إلا أن هذا لا يتحقق بسبب أن الإنسان لا يشبع حاجاته كاملة بل أنه يشبع حاجاته بصورة جزئية، فمثلاً أن الفرد قد يشبع الحاجة الفسيولوجية بنسبة ٨٠ % والامن والسلامة بنسبة ٧٠ % والحب والانتماء بنسبة ٥٠ % والتقدير والاحترام بنسبة ٤٠ % وتحقيق الذات بنسبة ١٠ %، وهذا يقودنا إلى استنتاج مفاده أن الحاجات كما تقدمت في الهرم كلما قل اشباعها، ووكما كانت في القاعدة زادت درجة اشباعها، ويرى ماسلو أن البيئة التي تكون مصدر تهديد للفرد والتنشئة الاجتماعية القاسية قائمة على النبذ والتسلط والاهمال لا تسمح له بأشباع حاجاته الأساسية وهي تعيق نموه فينظر الفرد الى العالم من حوله على أنه عدواني وخطير ومهدد فيشعر بأنعدام الامن النفسي والقلق وتظهر عليه بوادر السلوك المضطرب وسوء التوافق والبيئة التي لا تكون مصدر تهديد للفرد وتتبع أساليب التعامل القائمة على الحب والتساهل والرعاية وتسمح بأشباع الحاجات الأساسية فإنها تكون مصدر اسناد له وتدفعه إلى النمو باتجاه تحقيق الذات والتوافق السليم. لذلك فإن أشباع هذه الحاجات تعد المصدر

الاساس في التوافق، فكلما استطاع الفرد أن يشبع حاجاته كلما استطاع الوصول إلى التوافق النفسي، وكلما تعثر الفرد في إشباع حاجاته كلما صار بعيداً عن تحقيق التوافق.



شكل هرم مازلوا في تحقيق الحاجات

ثانياً: كارل روجرز : K.Rogers :

يرى روجرز أن الدافع الاساس عند الانسان هو تحقيق الذات وكيفية المحافظة عليها ويتحقق هذا من تفاعل الفرد مع بيئته ومع الخبرات التي يتعرض لها، وما قد تحدثه من تغيرات في شخصيته باتجاه تحقيق التكامل الانساني والتوافق ويؤكد روجرز أن الذات تنبثق من التقدير والاحترام الايجابي منذ فترة الرضاعة، كما يعتقد سوء التوافق ينشأ عند وجود حالة عدم اتساق بين الذات وخبرات الفرد. وأن الفرد الذي يعاني من مشاكل شخصية أو من سوء لاتوافقي يبدو في حالة توتر وقلق دائمين ويميل سلوكه إلى أن يكون متصلباً جامداً بسبب عدم ادراكه للمثيرات ادراكاً صحيحاً.

مفهوم الذات:

هو تكوين معرفي منظم ومتعلم للمدركات الشعورية والتصورات والتقييمات الخاصة بالذات ويعتبره الفرد تعريفا نفسيا لذاته.

وهناك ثلاثة مفاهيم للذات

١. مفهوم الذات المدرك: والتي نعني بها ذات الفرد كما يتصورها هو
٢. المفهوم الاجتماعي للذات: الصورة التي يعتقد الفرد أن الآخرين يتصورونها عنه، ويتمثلها في تفاعله معهم.
٣. المفهوم المثالي للذات: وهي الصورة المثالية التي يريد الفرد أن يكون عليها.

وظيفة مفهوم الذات هي تنظيم خبرات الفرد المتغيرة بسبب :

التفاعلات الاجتماعية والدافع الداخلي لتحقيق الذات، وإن مفهوم الذات هو أهم من الذات الحقيقية للفرد، فإن الفرد يسعى دائما لتحقيق ذاته، وتكوين مفهوم إيجابي عنها، وأن مفهوم الذات مفهوم شعوري، بينما تشمل الذات نفسها عناصر لا شعورية قد لا يعيها الفرد.

الخبرة هي كل موقف يعيشه الفرد في زمان أو مكان معين ويتفاعل معه وينفعل به، ويؤثر فيه ويتأثر به الخبرات التي تتوافق مع مفهوم الذات تؤدي لراحة الفرد وتوافق النفس وأن الخبرات التي لا تتوافق مع مفهوم الذات، أو تتعارض مع المعايير الاجتماعية تدرك على أنها تهديد للفرد، وتسبب توتره وسوء توافقه، فيعمل الفرد على تجاهلها أو تشويهها، إذ ينشأ سوء التوافق النفسي حين يمنع الفرد عددا من خبراته الحسية والحشوية ذات الدلالة من بلوغ الشعور. ويتوفر التوافق النفسي عندما يصبح مفهوم الذات في وضع يسمح لكل الخبرات الحسية والحشوية للفرد بأن تصبح في مستوى رمزي وعلى علاقة ثابتة ومتسعة مع مفهوم الذات.

ويعتقد روجرز أن الشخصية المتوافقة والمتكاملة تتميز بعدة خصائص منها:

١. الشعور الكامل بالخبرات والوعي بها. أي أن يكون الفرد متكاملًا في وظائفه النفسية ويعي كل خبراته ولا يعمل على استبعاد أي خبرة منها أو تشويهها.
٢. يشعر الفرد المتوافق والمتكامل في وظائفه النفسية بكل لحظة من لحظات حياته بكامل ابعادها. لأن كل لحظة جديدة تكون محملة بخبرات جديدة اوممتعة والشخص السليم والمتوافق نفسياً لايعترف بالجمود بل يكون مرناً في سلوكه وتصرفاته ولايعاني من القلق.
٣. الشخص المتكامل في وظائفه النفسية يشعر بالثقة لأنه كائن عضوي فعال يتخذ على سجيته قرارات ومواقف سليمة ولايكون منقاداً وخاضعاً للتقاليد.

الضغوط النفسية :

عاش الإنسان منذ بداية نشأة الكون عبر ملايين السنين، باحثاً عن الاستقرار، والأمان، جاريًا وراء الراحة التي تعطيه الاتزان، فمنذ تلك الأزمان وهو ينشد الطمأنينة له ولأبنائه.. فهو يسعى لتخفيف عبء الحياة عن كاهله.. ولما ازدادت الحياة تعقيداً وقوة وتوسعت وازدادت مطالبها وحاجاتها، ازدادت الضغوط الواقعة عليه لتلبية تلك المطالب.. فلا يستطيع التوقف عن مجاراة ذلك، لأنه سيتخلف عن اللحاق بها، مما اضطره إلى مواكبة التسارع لتحقيق الرغبات والمطالب، هذا الإسراع زاده مرة اخرى من الضغط على النفس وتحميلها أكثر من طاقتها بغية اللحاق بموكب الحضرة بكل ما يحمله من قسوة ورخاء.. فالحضارة تحمل معها رياح التغيير، والتغيير يحمل معه التبديل في السلوك، وينتج عنه بعض الانحرافات، وهي بالتالي نتاج الحضارة.

إن الضغوط بكل أنواعها هي نتاج التقدم الحضاري المتسارع الذي يؤدي إلى إفراز انحرافات تشكل عبئاً على قدرة ومقاومة الناس في التحمل.. فرياح الحضارة

تحمل في طياتها آفات تستهدف النفس الإنسانية. وزيادة التطور تحمّل النفس أعباءً فوق الطاقة.. وينتج عنها زيادة في الضغوط على أجسامنا، مما ينعكس على الحالة الصحية (الجسدية- البدنية) والنفسية العقلية ويؤدي إلى الانهيار ثم الموت. إن الإنسان المعاصر ينجح في استيعاب النمو المتسارع لمتطلبات الحضارة، لكنه يخسر بالنتيجة قدرته الجسدية والنفسية ومقاومته في التحمل.. مما يؤدي إلى استنزاف تلك الطاقة وتدميرها.. ويعني ذلك تدمير الذات.

إن أساليب التعامل مع الضغوط بنوعها الشعورية (التي يتحكم بها الإنسان) واللاشعورية (التي لا يستطيع أن يتحكم بها الإنسان) تهدف أساساً إلى إحداث التوازن ومحاولة التخفيف من شدة تلك الضغوط، وهي استجابات يلجأ إليها الكائن البشري سعياً إلى الراحة، وإلى حالة الاتزان، ومن تلك الأساليب، التصدي للمشكلة، طلب الإسناد الاجتماعي، ضبط النفس، التجنب، الخيال والتمني.. الخ، أما الأساليب اللاشعورية فهي: التبرير، النكوص (الارتداد)، الإسقاط، الاستدخال، الكبت، التكوين العكسي (الضدي)، العزل.. الخ.

إن إنسان هذا العصر، يعيش الضغوط بأشكالها، لذا سمي عصرنا بعصر الضغوط وفي هذا الموضوع نوجه دعوة صادقة للوقوف مع الذات ومشاهدتها عن قرب، ليرى الإنسان ما له وما عليه، ليبدأ من الآن إصلاح ما يمكن إصلاحه وإيقاف الاستنزاف باللجوء إلى الأسلوب الذي يناسب حالته النفسية والشخصية قبل أن يصل إلى حالة الانهيار.

مفهوم الضغوط النفسية :

الضغوط مفهوم يشير إلى درجة استجابة الفرد للأحداث أو المتغيرات البيئية في حياته اليومية، وهذه المتغيرات ربما تكون مؤلمة تحدث بعض الآثار

الفسولوجية. مع أن تلك التأثيرات تختلف من شخص إلى آخر تبعاً لتكوين شخصيته وخصائصه النفسية التي تميزه عن الآخرين، وهي فروق فردية بين الأفراد. يعرف (سيلبي Sely) الضغوط: بأنها مجموعة أعراض تتزامن مع التعرض لموقف ضاغط.

وعرفها (ميكانيك) بأنها تلك الصعوبات التي يتعرض لها الكائن البشري بحكم الخبرة والتي تتجم عن إدراكه للتهديدات التي تواجهه. أما (إبراهيم) فيرى: أنها تغير داخلي أو خارجي من شأنه أن يؤدي إلى استجابة انفعالية حادة ومستمرة (إبراهيم: ١١٨).

إن هذا المفهوم الذي شاع استخدامه في علم النفس والطب النفسي، تمت استعارته من الدراسات الهندسية والفيزيائية، حينما كان يشير إلى (الإجهاد Strain، والضغط Press، والعبء Load).

هذا المفهوم استعاره علم النفس في بداية القرن العشرين عندما انفصل عن الفلسفة وأثبت استقلاله كعلم له منهج خاص به. وأيضاً جرى استخدامه في الصحة النفسية والطب النفسي على يد (هانز سيلبي) الطبيب الكندي في العام ١٩٥٦م عندما درس أثر التغيرات الجسدية والانفعالية غير السارة الناتجة عن الضغط والإحباط والإجهاد.

أنواع الضغوط النفسية:

تشكل الضغوط النفسية الأساس الرئيس الذي تبنى عليه بقية الضغوط الاخرى، وهو يعد العامل المشترك في جميع أنواع الضغوط الاخرى مثل: الضغوط الاجتماعية، ضغوط العمل (المهنية)، الضغوط الاقتصادية، الضغوط الأسرية، الضغوط الدراسية، الضغوط العاطفية.

قد تنشأ الضغوط من داخل الشخص نفسه، وتسمى ضغوطاً داخلية، أو قد تكون من المحيط الخارجي، مثل العمل، العلاقة مع الأصدقاء والاختلاف معهم في الرأي، أو خلافات مع شريك الحياة، أو الطلاق، أو موت شخص عزيز، أو التعرض لموقف صادم مفاجئ.. تسمى ضغوطاً خارجية.

وعلى العموم فإن الضغوط سواء أكانت داخلية المنشأ نتيجة انفعالات أو احتباسات الحالة النفسية وعدم قدرة الفرد على البوح بها وكتبتها، أو ضغوطاً خارجية متمثلة في أحداث الحياة، فإنها تعد استجابات لتغيرات بيئية.

– التوتر النفسي :

وهو أي مسبب أو أثر خارجي أو داخلي يزيد من مستوى اليقظة عند الفرد والتوتر قد يكون إيجابياً أو سلبياً، ففي كلا النوعين يؤثر على مستوى أداء الفرد، فتراجع درجة الكفاءة والجودة أو انخفاض مستوى تحقيق النتائج في الأداء.

فالتوتر: هو اختلال التوازن في جسم الانسان إذ أن الجسم دائماً يسعى إلى الاتزان والتوتر يبعث خلل في الاتزان، وهناك نوعان من التوتر النفسي وهما.

(١) التوتر اللحظي: وهو التوتر الذي يحدث بسبب طارئ غير دائم أو مستمر كالضوضاء أو تغيير الاماكن أو نفاذ الوقت أو العوامل الميتافيزيقية الحادة.

(٢) التوتر المزمن: وهو التوتر ذات السمة المستمرة أو قد لا يستطيع الفرد التخلص منها بسهولة كالتعرض إلى كارثة معينة أو مرض مستعصي، والضيق المعيشي ويسبب مشاكل سلوكية انفعالية.

أسباب التوتر النفسي :

هنالك عدة أسباب وعوامل تؤدي إلى التوتر النفسي ومن هذه العوامل هي:

أ. الأزمات والكوارث:

هذا النوع من مسببات الضغط والتوتر غير متوقع ولا يمكن التنبؤ به، ويكون خارج سيطرة الأفراد من الأمثلة عليه الكوارث الطبيعية كالزلازل والفيضانات، والحروب. وعلى الرغم من أن هذه المسببات نادرة الحدوث، إلا أنها تسبب قدراً كبيراً من التوتر في حياة الإنسان.

ب. الأحداث الكبيرة في الحياة.

يتعرض الإنسان إلى العديد من الأحداث والضغوطات خلال حياة اليومية، إلا أنه هناك أحداث نادرة غير معتاد عليها وهناك أحداث يومية يتعرض لها الإنسان، فأحداث الحياة الكبيرة قد يكون تأثيرها قليل مقارنة بالأحداث الاعتيادية والتي من أمثلتها فقدان أحد الوالدين أو خبرة عاطفية قاسية أو اعتداء مباشر وغيرها.

ج. المتاعب اليومية

هذه الفئة هي أكثر أنواع الضغوطات شيوعاً. وتتضمن الإزعاجات اليومية والمتاعب الطفيفة. من الأمثلة على ذلك: اتخاذ القرارات، الالتزام بمواعيد التسليم في العمل أو المدرسة، الاختناقات المرورية، مواجهة شخص غاضب، وغير ذلك. تختلف مسببات الضغط اليومي من شخص لآخر.

هناك ثلاثة أنواع سيكولوجية للنزاعات التي يمكن أن تسبب توتراً. الأول يحدث عندما يحاول الشخص الاختيار بين خيارين جذابين متكافئين، مثلاً الذهاب إلى السينما لحضور فيلم أو الذهاب إلى حفل موسيقي. الثاني يحدث عندما يحاول الشخص الاختيار بين خيارين متكافئين غير جذابين مثلاً اختيار أخذ قرض من

البنك دون شروط لسداد رهن عقاري أو بقاء المنزل مرهوناً. أما النوع الثالث فيحدث عندما يضطر الشخص إلى الاختيار بين المشاركة في أمر ما أو تجنّب المشاركة، سواء كان ذلك جذاباً أو لا. على سبيل المثال الالتحاق بكلية غالية الرسوم، ما يعني الحاجة إلى المال والقروض، لكن في الوقت ذاته الحصول على نوعية تعليم أفضل وفرصة عمل أفضل بعد التخرج.

د. الضغوطات المحيطة

وكما توحى أسماؤها هذه الضغوطات منخفضة الدرجات تشكل جزءاً من البيئة المحيطة. وتعرّف على أنها الضغوطات المزمّنة ذات القيمة السلبية غير العاجلة وغير الملموسة ويستعصي حلها اعتماداً على جهود الفرد]. من الأمثلة على الضغوطات المحيطة التلوث والضجيج والازدحام وحركة المرور. على عكس الأنواع الثلاثة الأخرى فإن الضغوط المحيطة يمكن أن تؤثر سلباً على التوتر دون إدراك هذا التأثير، لكن ليس بالضرورة وجود هذا الأثر.

أعراض التوتر النفسي:

هنالك العديد من الأعراض التي تصاحب المصاب بالتوتر والنفسي والتي منها.

١. الشعور بالقلق: إذ يشعر الفرد المصاب بالتوتر من عدم الارتياح والقلق

الشديد المبهم بدون معرفة مصدر القلق، والتفكير المبالغ فيه في أشياء لا

تستحق القلق أو الخوف.

٢. فقدان الشهية: والذي نعني به عدم اهتمام الفرد بالمأكل والمشرب بسبب

التحيز والانشغال بأفكار مقلقة غير مريحة، والتمارض وفقدان النشاط.

٣. انعدام الطمأنينة: الشخص المصاب بالتوتر يفقد الراحة والسكينة والتخوف

من التعرض الى مشكلة معينة أو مصيبة قد يتعرض لها والتوجس من أي

خبر جديد.

٤. الارهاق النفسي : من أعراض التوتر هو عدم توازن جهاز الدوران من ارتفاع

وانخفاض في ضغط الدم والصداع المستمر، واضطراب في عمليات الايض

والاسهال.

الأزمة النفسية :

مفهوم الأزمة:

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

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

يتبين مما سبق أن الأزمة موقف أو مرحلة يمر بها الفرد أو الجماعة أو المجتمع نتيجة لحدوث مشكلة كبيرة لم يتم مواجهتها في بداية الأمر، أو عجز مستمر عن إشباع احتياج معين، مما يؤدي إلى عدم قدرة هذه الوحدات على أداء وظائفها المتوقعة منها، ويسفر عن ذلك حدوث حالة من اللاتوازن مما يتطلب جهود مكثفة لمواجهتها لان تركها أو حلها بأسلوب خاطئ وأساليب غير سليمة، يولد مشكلات عديدة تهدد كيان الوحدات واستقرار الأفراد ذلك لأنها (الأزمة) موقف ينتج عن نقص في إشباع احتياجات الأفراد النفسية والاجتماعية الأساسية أو الضرورية أو تراكم الاحباطات وسوء التكيف أو نتيجة للتفاعل بينهما بطريقة تهدد حياتهم وتحول دون قيامهم بأداء أدوارهم ووظائفهم الإدارية والاجتماعية.

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

أسباب الأزمة النفسية

تتعدد أسباب نشوء الأزمات وتتنوع، فلكل أزمة ملامحها الخاصة وكذلك أسبابها الخاصة. ولعل دراسة وتحليل كل أزمة على حدا تعتبر الوسيلة الفعالة لتحديد أسبابها المباشرة وغير مباشرة. بيد أن ذلك لا يمنع من محاولة إيجاد مقاربة عامة لأهم الأسباب المولدة للأزمات، ومن هذه الاسباب هي:

أولاً- الأسباب البيئية: وهي الاسباب غير المسيطر عليها من قبل الفرد كالكوارث الطبيعية، وهي أحد أسباب نشوء الأزمات، مثل الزلازل والبراكين وغيرها من الكوارث التي يصعب التكهن بها والتحكم في أبعادها، وعادة ما يكون لها

تداعيات سلبية على أداء الفرد ومعيشتة أو التعرض الى أعتداء أو مرض معين أو فقدان العمل والعزيم.

ثانياً- الاسباب الذاتية: وهي الاسباب المتعلقة بالفرد نفسه، كالأزمات الناجمة عن سوء الفهم تكون دائماً عنيفة، أو التسرع في إصدار القرارات، وعدم استيعاب المعلومات بدقة والأخطاء البشرية وهي أحد أسباب نشوء الأزمات، سواء كانت في الماضي أو الحاضر أو المستقبل، وقد تكون عاملاً من عوامل نشوء كارثة تتوالد منها أزمات عديدة والتنافس السلبي والنزاع الهدام بين الافراد.

الطرق السليمة لحل الازمات:

١. انكار الأزمة: والذي نعني به عدم الاهتمام الزائد بالأزمة والمحاولة من تقليل آثارها وتضخيم حجمها، والميل الى عدم الاعتراف بها وأنكار تأثيرها.
٢. كبت الأزمة: وتعني تأجيل ظهور الأزمة، وهونوع من التعامل المباشر مع الأزمة بقصد تدميرها والتخفيف من آثارها.
٣. التقليل من شأن الأزمة (من تأثيرها ونتائجها). وهنا يتم الاعتراف بوجود الأزمة ولكن باعتبارها أزمة غير هامة، وعدم التعظيم من شأنها.
٤. تنفيس الأزمة: وتسمى طريقة حلحلة ضغط الأزمة إذ يلجأ الفرد لايجاد الثغرة في تقليل ضغط الازمة للتخفيف من حالة الغليان والغضب والحيلولة دون الانفجار.
٥. تفريغ الأزمة: التي نعني بها الطريقة التي يتم فيها أيجاد البدائل والحلول في التعامل مع مسببات الأزمة لتتحول إلى مسارات عديدة وبديلة تستوعب تأثيرها وتقلل من خطورتها.

ويكون التفريغ على ثلاثة مراحل:

أ. مرحلة مواجهة الأزمة لمعرفة مدى قوة الأزمة.

ب. مرحلة وضع البدائل:

الفصل الثامن الأمراض النفسية

مفهوم المرض النفسي

المرض النفسي: نمط سلوكي أو سيكولوجي يجعل الشخص يشعر بالضيق والعجز عن الانجاز والركود، وبالتالي يشعر بالكراهية لنفسه، وهذا لا يعد جزءاً من النمو العقلي والثقافي الطبيعي لمهارات الإنسان، كما ويشعر المريض النفسي بالضيق وعجزه عن حل المشاكل الاجتماعية، وقد تصل به الدرجة الى اليأس.

أسباب الأمراض النفسية والعقلية :

أسباب المرض النفسي متعددة ومتشابكة، وفي الفرد الواحد تتعدد الأسباب، ونادراً ما يوجد سبب واحد للمرض الواحد، ومن هذه الأسباب:
أولاً: الأسباب الحياتية (البيولوجية).

ثانياً: الأسباب النفسية.

ثالثاً: الأسباب الثقافية.

ولفهم كيفية حدوث المرض النفسي ينبغي أن نقسم العوامل السببية الى نوعين.

١. العوامل التمهيديّة (المساعدة)

وهي التي تجعل من الفرد عرضة للإصابة بمرض نفسي معين أكبر من مرض آخر، وقد تكون عوامل وراثية أو عضوية أو اجتماعية، كالحرمان العاطفي والقسوة التي يتعرض لها الطفل تجعل منه غير مهيء في المستقبل لمواجهة مصاعب الحياة ويكون معرض للإصابة بالعصاب.

٢. العوامل الحاسمة:

وهي تعني ترسب المرض كحقيقة سريرية ملموسة فجرت فيه المرض النفسي، مثل الحوادث والهزات والازمات والمشاكل الزوجية والأمراض الجسمية.

أولاً : الأسباب الحياتية

وتلعب دوراً حيويًا في حدوث المرض النفسي وتشتمل على مجموعة من العوامل الوراثية والتركييبية والمرضية تعمل كل واحدة على حدة أو تشترك مع بعضها.

أ. العوامل الوراثية **Hereditary** : إن كل صفة بشرية ناتجة عن وراثة تشكيلات خاصة من الجينات ، بالإضافة إلى مفعول القوى المحيطية وتعتبر الصفة الوراثية نقية أو وحيدة المفعول عندما تعتمد كلياً على تشكيلة من الجينات الوراثية، كلون العين والطول والبشرة، وفي الدراسات الحديثة لأشكال وأعداد الكروموسومات، تكشف حقائق جديدة عن دور الوراثة في المرض العقلي والسلوك البشري، فقد وجد كروموسوم جنسي ذكري (Y) اضافي على العدد الطبيعي في الذكور السيكوباتيين الاعتدائيين، وكان نكاؤهم طبيعياً وطوال القامة، كما وجد نسبة كبيرة من المرضى الذهانيين في المستشفيات العقلية يحملون كروموسوم جنسي أنثوي (X) اضافي على العدد الطبيعي في الذكور والاناث على السواء. إن وجود أدلة قوية على العوامل الوراثية في أمراض الفصام والكأبة والهوس الدوري والصرع لا يعني كونها وراثية صرفة ، بل أن الاستعداد الوراثي في حاملي الجينات المذكورة يجعلهم أكثر استعداداً للإصابة بالمرض في حالة توفر ظروف اخرى. وقد قدمت الطبيعة لنا فرصاً نادرة وثمينة لدراسة مفعول الوراثة في التوائم **Twins** وقد تبين أن الامراض المنقولة وراثياً تحدث في أكثر من ٧٥% من التوائم المماثلة (المتطابقة) (MZ Monozygotic) بينما تنخفض هذه النسبة كثيراً في الناس الاعتياديين، سنجد أن أمراض التخلف العقلي أمثلة متعددة ونماذج على تأثير الوراثة واضطراب الكروموسومات في ظهور لمرض. كما هو الحال في مرض المنغولية.

ب. العوامل التكوينية (البنوية) **Constitutional**: ونعني بالتكوين مجموعة الصفات الحياتية للشخص والناجمة عن تلاحم وتجمع عوامل متفرقة من الكروموسومات والجينات الوراثية فالبنية Physique لها علاقة بالسلوك فالطبع الحساس السريع الاثارة مثلاً يحدد من طاقة الفرد على تحمل الشدائد ويسرع في اظهار الاضطراب العصابي. أما العوامل التركيبية فهي محصلة العوامل الوراثية + الرحمية + المحيطية + العضوية.

ج. العوامل العضوية: ونعني بها الاصابة بأمراض عضوية تؤثر في عقلية وسلوك الانسان كالصددمات على الرأس، التهابات السحايا، التهابات أنسجة الدماغ، أمراض القلب وسوء التغذية.

ثانياً - الاسباب النفسية:

تعمل الاسباب النفسية بعدة طرق، وقلما يحدث مرض نتيجة عامل نفسي واحد. وتاريخ حياة كل شخص مليء بالحوادث والتجارب النفسية التي تكون شخصية. وبناء الشخصية بدورة يقرر درجة ونوعية المرض العقلي حتى وإن كانت العوامل الحياتية والثقافية متشابهة. ومحور حياة الانسان هو علاقته الشخصية منذ ولادته وحتى الشيخوخة. ففي دور الرضاعة وأوائل الطفولة، نجد عوامل الرضاعة والامومة والحنان ثم تتبعها الظروف العائلية، وعلاقة الطفل بوالديه، وعلاقة الوالدين ببعضهما. فقد تكون علاقتهما مشوبة بالنفور أو الاتكال أو العداة والتمرد والنفور والميل الشديد. ثم تتدخل عوامل انسجام أو تنافر الاب والام. وفي مراحل الطفولة التالية، تتدخل عوامل المدرسة ونوعية المدرسين والتكيف الاجتماعي والاخلاقي وعلاقة الطفل بزملائه الاخرين، وكذلك أنواع الامراض الجسمية التي يتعرض لها. وفي دور الشباب تظهر عوامل التقلبات العاطفية والميول الجنسية وعلاقته بالمجتمع وكسب العيش والامال القريبة والبعيدة والطموحات.

وفي دور الكهولة تظهر عوامل التوقف ثم التراجع في النشاط الجسدي وبدء سن اليأس واضطراباته.

ثالثاً - الاسباب الثقافية :

يتدخل المحيط الثقافي (Culture) في عملية نضج وبناء واتجاه الشخصية الانسانية والعوامل الثقافية (التي تشمل العادات والتقاليد والطقوس والاعتبارات والمعايير التاريخية والتراثية والشعبية..) لها تأثير غير مباشر على حدوث المرض العقلي، وفي حالات خاصة وشديدة قد تكون هي السبب المباشر. صحيح أنه لا يوجد مرض خاص لكل مجموعة بشرية ذات ثقافة واحدة وأن أغلب الامراض العقلية موجودة في كل الثقافات إلا أنه من الملاحظ كثرة بعضها في ثقافة وقلتها في ثقافة اخرى. فنجد مثلاً أن الادمان على الكحول يكثر في المجتمع الايرلندي، وجنون الكأبة والهوس الدوري يكثر في المجتمع النيوزيلندي، والفصام يكثر في المجتمعات المتمدنة بالنسبة للمجتمعات البدائية ولا تعرف لحد الان العوامل الخاصة المسببة لهذا التباين.

أما كيفية تأثير الثقافة في صياغة الشخصية، ومن ثم في التمهيد أو احداث المرض العقلي فيتم بالوسائل التالية:

١. **كيفية تربية الاطفال:** من تغذية، ونظافة، والتعبير العاطفي، والثقافة الجنسية، والاعداد للحياة العامة، والزواج، وعلاقة الطفل بالكبار وكيف يجب أن تكون، ونوعية العاطفة السائدة في المجتمع.

٢. **القيم والمثل السائدة:** فالقيم والمثل العليا في ثقافة ما تتدخل في تكوين الانا الاعلى للإنسان أي في.

الأشياء السامية التي يقيس بها سلوكه الطبيعي.

الأمراض النفسية :

القلق النفسي: "هو شعور عام مبهم بالخوف والتوجس والتوتر، دون ادراك لمصدر الخوف ويكون مصحوباً بأحاسيس جسمية تتكرر بين حين وآخر بشكل ضيق في الصدر أو التنفس، أو فراغ في المعدة، أو تسرع في نبضات القلب.. الخ "

القلق غامض ومحير لعدم معرفة المريض بمصدره وسببه ، وهذا ما يثير فيه مزيداً من الخوف. أما "القلق الطبيعي" أو الفسلجي فينشأ عن مصدر معلوم للخوف. فالخوف من حيوان مفترس على موضوع الحيوان مما يدفع بالفرد إلى التهيؤ له ومكافحته أو الابتعاد عنه. وهو خوف طبيعي، بل هو خوف ضروري للوقاية والمحافظة على الإنسان تجاه الأخطار المتوقعة وغير المتوقعة. أما المرضي في القلق فإنه يصاحب المصاب في كل مكان. وبما أنه غير معروف ولا يمكن مواجهة مصدره، فإنه يصبح مصدر الرعب والوساوس والتفكير.

هناك أدلة على وجود بعض العوامل التكوينية الوراثية في الاستعداد لعصاب

القلق لكن العوامل النفسية تلعب الدور الأكبر، نعددها فيما يلي:

١. في المراحل التي يتعرض فيها الفرد إلى فقدان الأمن والاطمئنان ، تكون

الاستجابة بالقلق. ومن هذه المراحل هي الطفولة بحوادثها وتعلقاتها الوجدانية

بالأم والاب والاسرة والبعد عن الام والحرمان العاطفي.

٢. والاستجابة القلق علاقة بالنضج والتربية الجنسية في الطفولة، والفشل في

الحياة الجنسية بعد البلوغ. وفي دور المراهقة، أو الخجل والحياء تجاه

الاعضاء التناسلية أو بروز الثديين.. ويتوسع القلق إلى خجل اجتماعي

وتجنب الاجتماعات والتلثم والاحمرار في المدرسة وأمام الغرباء والكبار.

٣. وتظهر استجابات القلق في الحياة العامة: من المشاكل العائلية، والمالية، والمهنية..، ومن المسؤوليات الضخمة التي تفوق تحمل الفرد، أو من زوال المشجعات والاسناد السابق الذي تعود عليه.

٤. إن بعض الامراض العضوية الحادة أو المزمنة تمهد لاستجابة القلق ، كما هي الحال في الاصابة بالأنفلونزا الحادة أو بالأمراض المزمنة التي توهن القوة.. كالترن.

الأعراض السريرية للقلق:

ينتاب القلق الانسان بشكل نوبات حادة عنيفة أو يتكرر ويلزم الانسان لفترة طويلة تتناوب مع نوبات حادة اخرى لا تصل درجة النوبات العنيفة.. ويضل الوضع كذلك حتى يخف تدريجياً و يتوصل المصاب إلى الشفاء. و تقسم الاعراض على:

أولاً - نوبات القلق الحادة.

أي التي تأتي بشكل عنيف وتظهر بالأشكال مفاجئة فعلى حين غرة ولسبب مجهول، يشعر المصاب بتوتر وعدم ارتياح، ويأنه يتوقع حدث أو شراً. وتزداد حساسيته لتوافه الامور، ويتصاعد في وجدانه شعور الخوف والرهبة. وقد يمتد خوفه إلى غيره.. فيمر بحسبانه أن اخطاراً وأمراضاً ستصيب عائلته أو اقرباءه أو أحد أعزاه. ويكون القلق الحاد بالاشكال التالية.

١. نوبة الانهيار الحاد Acute Anxiety Fit وتكون مصحوبه بحالة من القلق والهلع والخوف الحاد Panic State والتوتر الشديد، واضطراب حركي - عضوي وعدم القدرة على السكون، واتساع الحدقيتين وشحوب الوجه والجلد، وارتجاف الاطراف والوجه والشفاه، وقد يصرخ المريض وبكي ويفتح فمه طلباً للهواء، ويجف الحلق، وتتهار قوى المريض وقد يسقط على الارض مغمياً علىية فتبدو النوبة وهي أشبه بالصرع.

٢. حالة الرعب : Terror State وهنا يزداد التوتر الحركي ويصل إلى شبه الانجماد وعدم الحركة وارتجاف وانصباب العرق البارد وعدم قابليته على الكلام و الصراخ. لكن الرعب والفرع يدفعان بالمصاب إلى الهرب والاندفاع والجري دون هدف وهي نفس الحالة " صدمة القنابل " Shell-Shock عندما يندفع المحارب كالأعمى وربما باتجاه العدو أو إلى مصدر الخطر.

٣. تناذر القلق الاعيائي anxiety exhaustion، وهو اعياء ناتج عن القلق الحاد الذي يستغرق أياماً فيشعر المصاب بإرهاق عام، وبرود في التعبير، وتبدل في العواطف وبطء فكري وسلوك آلي ثقيل. وتلازم الحالة هذه فترة أرق قد تستعطي على العقاقير المنومة القوية. ويحدث اعياء القلق في الازمات العامة والمصائب كالزلازل والنكبات والفيضانات والحرائق.

ثانياً : استجابة القلق المستديمة والمزمنة.

أي التي تأتي بشكل بسيط ومتكرر لكنها تبقى المصاب في حالة عدم ارتياح مستديمة، وفيها تظهر الاعراض الجسمية والخوف من الامراض أو الخوف من شيء أو أمر اعتيادي لا يستوجب الخوف.

ولكنها تطول وتتكرر على وتيرة غير مريحة ، وتكون خليطاً من الاعراض

الجسمية والنفسية التالية :

١. الخوف المبهم الذي لا مصدر له ولا مبرر.. ولا تفسير..
٢. صداع وتوتر في الرأس ومؤخرته على الاغلب وأعلى الرقبة. ويدعى بالصداع المتوتر tension headache، وقد يصحب ذلك الشعور بالدوار وعدم التوازن.
٣. حساسية سريعة وتهيج لاتفه الاسباب ، وربما النفور من الاصوات والضوضاء والاضوية الساطعة.

٤. ضيق في الصدر، وشعور بالاختناق، وعمق في التنفس وفي سرعته.

٥. ارتفاع ضغط الدم " الذي يؤدي إلى الصداع أيضاً " وخفقان وشحوب في الوجه وتعرق، وبرودة اليدين..

٦. تيبس الفم والبلعوم، صعوبة في البلع، سوء الهضم، وأحياناً الاسهال المعوي.

٧. تسرع في عدد مرات التبول ، وافراز السكر بالببول ، ولعل ذلك يفسر علاقة التبول السكري بالحالات النفسية.

العلاج :

يتوزع العلاج على النواحي التالية والتي تكون القواعد الاساسية في أكثر العلاجات.

١. **العلاج النفسي:** وهنا يحاول المعالج ايجاد علاقة ثقة وود مع المريض ليتمكن من التعبير والترويح عن نفسه *Ventilation* والبوح بمشاكله ، ثم الكشف عن الصراعات المكبوتة من خلال سلسلة من اللقاءات والاحاديث أو تفسير الاحلام ، ثم محاولة افهام المريض بحقيقة وجذور القلق الذي يعانیه ، ودفعه الى الشفاء برفق بالتشجيع والتوجيه والايحاء غير المباشر. ويتخذ العلاج عدة صور واساليب بالنسبة الى مدارس علم النفس المختلفة والطرق التي يفضلها المعالج.

٢. **العلاج الاجتماعي:** فبعد دراسة حياة المريض وظروفه المختلفة يمكن تشخيص مصادر القلق ان وجدت، وملاحظاتها، بتغيير الوضع العائلي، او المحيط الاجتماعي، او ظروف العمل الغير المناسبة، او كل ما من شأنه أن يسيء الى صفاء وطمأنينة المريض.

٣. **العلاج بالعقاقير:** والعلاج العضوي للقلق يعتمد بالدرجة الاولى على استخدام العقاقير المهدئة و الملطفة الحديثة. فحالات القلق الشديد تحتاج الى اسعاف سريع وأني لتهدئة المريض وراحته قبل التفكير بالعلاج النفسي او الاجتماعي.

٤. **العلاج السلوكي:** نظرية التعلم الحديثة تعتبر القلق عادة او فعلي منعكس شرطي خاطئ. ولأجل ازالته وأضعافه، يعرض المصاب الى تجربة صناعية مفتعلة وهو تحت تأثير عقاقير مهدئة في حالة الاسترخاء، يعرض الى نفس القلق وبدرجة اقل حتى (يتعلم) المصاب تحمل ذلك القلق والخوف تدريجياً ولا يكثرث به او يتجاهله.

٥. **العلاج بالاسترخاء Relaxation Therapy :** والاسترخاء المقصود ليس في اعضاء الجسم فحسب بل في نفسية وتفكير المريض الذي ينبغي أن يبذل ارادة واصرار على الايحاء الذاتي بالتتويم الباطني Autohypnosis بحيث يصل الدماغ الى حالة من السبات والراحة.

٦. **العلاج بالأنسولين المعدل Modified Insulin Therapy :** وجد ان كميات قليلة من الانسولين تخفض قليلاً من نسبة السكر في الدم وتساعد على التوصيل الى حالة من الهدوء، والاسترخاء كما تساعد على فتح الشهية. وقد اصبحت هذه الطريقة قليلة الاستعمال لتفوق الادوية المهدئة عليها الا انها يمكن ان تكون مؤثرة في حالات القلق الحاد.

الوسواس القهري

يعرف الوسواس بأنه "تفكير غير معقول أو ليس بذني نفع، يلزم صاحبه دائماً، ويحتل جزءاً من الوعي والشعور" مثل تكرار فكرة الموت، أو القتل، او التلفظ بجمل نابية وكلمات كافرة أو فاضحة، أو تكرار نغمة موسيقية أو أغنية في كل مناسبة وغير مناسبة، مما يتعب ويؤلم المصاب.

أما القهر: فهو فعل أو سلوك اندفاعي لا معقول يضطر إلى قيام به صاحبه رغماً عن ارادته وضد استنكاره له ومهما بذل من جهد لمقاومته.. كالقيام بغسل اليدين عشرات المرات، أو فتح رسالة عدة مرات للتأكد من العنوان أو من

محتويات الرسالة أو الذهاب إلى باب الغرفة مرات للتأكد من أنه موصل بأحكام، أو للتأكد من أن المدفأة أو الطباخ قد أطفئ فعلاً.

لكن الوسواس القهري العصابي يتدخل ويؤثر في حياة الفرد واعماله الاعتيادية وقد يعيقه تماماً عن العمل. وعادة ما يشرك الوسواس القهري معاً في نفس الشخص، ولذلك دعي المرض بالوسواس القهري.

الأسباب:

١. يؤكد الفرويديون أن الشخصية المتزمتة الجامدة التي تعرضت إلى كبت شديد أثناء تعلمها أصول النظافة هي التي يحتمل اصابتها بالوسواس- القهري بعدئذ. وقد تأذى في تلك المرحلة. وتوجد دلائل عند المصابين البالغين بأنهم كانوا يعانون من صراع تجاه التربية وتعليمات الوالدين الشديدة في الطفولة.
٢. إن عملية الوسواس- القهري تقلل من التوتر النفسي والصراعات الباطنية لأن تنفيذها في الوعي والشعور بمثابة تعبير رمزي عن العقدة اللاشعورية، فهي إذن وسائل دفاعية تختزل الحلول وتمنع ظهور العقدة والصراع بأجمعه إلى مستوى العقل الواعي والشعور، وبما أن القدرة الاصلية لا تزال كما هي في اللاشعور فإن عملية الوسواس- القهري تتوصل إلى تخفيف وقتي فقط.
٣. إن الحصر- القهري غالبا ما يكون بسبب ميول عدائية قاسية وحقودة مكبوتة في اللاشعور (كالعداء ضد اقرب الاشخاص حوله). وبما أن من العيب التصريح بهذا العداء الوحشي، فإن الافكار الوسواسية والاعمال القهرية تخدم الميول اللاشعورية العنيفة بتحقيق شيء منها وبشكل رمزي لكي لا تجلب النقد الشديد. وبما أن العداء للمقربين يولد شعوراً بالذنب والتأنيب فإن عملية الوسواس القهري تخفف من ذلك. وقد يكون الوسواس- القهري رد فعل ظاهري للعاطفة غير المقبولة.

٤. وقد يكون الوسواس- القهري ناتجاً عن ميول ورغبات جنسية مكبوتة. وبما إن الافكار الجنسية الفاضحة تجلب النقد والعار. ولأنها تؤدي إلى الشعور بالإثم والخطيئة فإن الوسواس القهري يتدخل كوسيلة رمزية للتعبير و التعويض والتخفيف والالهاء.

٥. ومن العوامل النفسية الاخرى التي تسبب الوسواس - القهري افتقار الضمان النفسي بسبب موت أحد الوالدين، أو التربية القاسية، أو كثرة المشاكل والانشقاق العائلي، أو لتضخم المسؤولية بالنسبة لقابلية الفرد.

الأعراض :

هنالك أعراض عديدة ومتنوعة للوسواس القهري إلا أنها تختلف بحسب الشخصية في طريقة التعبير عن هذه الوسواس والتي منها.

١. أفكار مكروة (اجترارية) تدور حول: الشرع أو الاحتمال القيام بعمل عدواني ضد أحد أفراد العائلة من أبوين و إخوة أو أطفال، التفكير بمرض معين أو العدوى به.. تكرار والترديد لكلمات محرجة وفاضحة ونايبة لدى المتدين الورعين.

٢. القيام بأعمال اضطرارية (قهريّة) تكون على الشكل الاتي: العدد المتكرر، غسل الايادي، تنظيف الملابس أو الاواني بكثرة لا تطاق..، غرغرة وتنظيف الفم والبلعوم، تأدية نوع من "طقوس" خاصة قبل المباشرة بالعمل الاصلي: مثلاً: الانحاء ثلاث مرات قبل دخول أي محل.

٣. كل الطقوس والافكار والاعمال القهرية لها صفة الاندفاع والقوة، ولكنها لا تلقى قبولاً وتأييداً من المريض فهو يعترف ويصرح بتفاهتها، وهي تضايقه وتحته على مراجعة الطبيب.

٤. بالاضافة إلى ذلك، يبذل المريض مساعية لمقاومه هذه الافكار والافعال مما يوقعة في حالة من التوتر والارهاق والكآبة والعجز الاجتماعي.

٥. كثيراً ما يصاحب الأفكار الحصرية شعور غريب باضطراب في الاحاسيس والمدارك الذاتية، و باضطراب المرئيات والظواهر الخارجية وهذا ما دعيناه بالاضطراب الآتية.

٦. تتخذ الافكار الحصرية صفة الوسواس الجسمية أيضاً، وتحتل هذه الاوهام العضوية مكاناً راسخاً، وقد تتحول إلى مرض نفسي جسيمي (سايكوسوماتي).

الهستيريا Hysteria

الهستيريا أو (الرحام) اصطلاح اشتق من كلمة (الرحم) باليونانية Hysteria. وقد ذكرنا كيف أن العالم (اريتوس) هو الذي استعمل هذا الاصطلاح معتقداً بأن أعراض الرحام تنجم عن تجوال رحم الانثى في مختلف أنحاء الجسم، فإينما حل نتجت عنه أعراض من تلك المنطقة. وهكذا أصبح تفسير الطب اليوناني والروماني للهستيريا بأنه مرض النساء، وأن الرحم إذا تجول إلى البطن أصيبت المرأة بخلجات صرعية وتشنجات وإذا ما صعد إلى أعلى حيث القلب والرئتين شعرت المريضة بالاختناق والحصر والقيء وإذا ما جاء إلى الكبد فقدت المريضة صوتها وتبدل لونها. وإذا صعد إلى الدماغ سبب ألماً في الرأس والانف وحول العينين وأدى إلى الخمول واصبح علاج الهستيريا بارجاع الرحم الى محله الاصلي بواسطة العطور والعقاقير النباتية واذا كان اسم الهستيريا يرجع الى التاريخ الروماني، فإن المرض بأعراضه المعروفة كان قد وصف قبل ذلك بقرون طويلة، مما يدل على أنه أقدم الامراض النفسية التي اكتشفها الانسان فقد جاءت أوصاف الرحام في أوراق البردى الفرعونية التي يرجع تاريخها إلى عام ١٩٠٠ ق.م. ولكنها ذكرت تحت عنوان (امراض الرحم).

وفي العصور الوسطى، كان التفسير العام لكل الامراض العقلية هو امتلاك الارواح الشريرة للمرضى، وإن الشيطان والسحرة يلعبون الدور الحاسم في احداثها

ويعرض المصاب إلى شتى صنوف العذاب والقسوة من أجل طرد الروح الشريرة منه وكثيرا ما انتهى الضرب والجلد والاضطهاد إلى قتله فعليا أو إلى حرقه وهو حي. وطوردت المتهمات بالسحر وتعرضن إلى نفس العذاب والاضطهاد.

وفي بداية العصر الفلسفي والعلمي تبذرت الافكار الخرافية عن الرحام إذ أعلن (شارل ليبوا، Charles Lepois) طبيب الملك هنري الثاني أن الهستيريا مرض دماغي يصيب كلا الجنسين. ثم أصبحت الهستيريا الموضوع الاساسي في دراسة (شاركو) استا فرويد وجانيه. وقد بين شاركو كيف أن الرحام هو مرض نفساني يحدث عند ذوي الاستعداد، وأن بالإمكان علاجه بالإيحاء والتتويم وقد أدلى (جانيه) بنظريته عن الضعف النفساني psychasthenia وعن الشخصية الهستيرية، ولكن (فرويد) وزميله (بروير) Breuer هما اللذان درسا الهستيريا وبيننا علاقتهما بالصدمات والشدائد والظروف النفسية، وهما اللذان استخدما التتويم المغناطيسي في العلاج بطريق الإيحاء، إلا أن فرويد واعتقاده بقوى اللاشعور والكبت اعتبر الإيحاء بالتتويم علاجا سطحيا ووقتيا ليس طويل الاثر وهكذا لجأ إلى التحليل النفسي وتداعي الافكار الحر في العلاج أي أن الهستيريا هي الموضوع والظاهرة النفسية الاولى التي استرعت انتباه فرويد، وهي الحافز لنظرية التحليل النفسي، كما كانت الحافز لكل الادب النفساني في تاريخ الطب البشري.

لا يمكن اعتبار مرض الهستيريا مرضاً مستقلاً له كيان سريري، أي أن أعراض الهستيريا لا توجد خالصة بل ينبغي أن نبحث عن سبب أعمق يكمن في أمراض نفسية اخرى.

وتعرف الهستيريا: مرض نفسي عصابي تظهر فيه اضطرابات انفعالية مع خلل في أعصاب الحس والحركة والهستيريا عصاب تحوي فيه الانفعالات المزمنة إلى أعراض جسمية ليس لها أساس عضوي هروبا من الصراع النفسي أو القلق من

موقف مؤلم بدون أن يدرك الدافع لذلك، وعدم أدراك الدافع يميز مريض الهستيريا عن المتمارض الذي يظهر المرض لغرض محدد مفيد. وفي الهستيريا تصاب مناطق الجسم التي يتحكم فيها الجهاز العصبي المركزي (الأرادي) مثل الحواس وجهاز الحركة، وهذا غير المرض النفسي الجسمي إذ تصاب الأعضاء التي يتحكم فيها الجهاز العصبي الذاتي (الارادي). ويطلق البعض على الهستيريا اسم " الهستيريا التحويلية " أو "رد فعل التحويل " أي التي تعني تحويلا جسميا لأمر نفسية نظرا لأنها تعتمد على ميكانزم دفاعية نفسية أساسية هي التحويل حيث تحول الانفعالات والصراعات إلي أعراض جسمية كحل رمزي للصراع.

ومن سمات الشخصية الهستيرية

- العاطفية الزائدة، والقابلية الشديدة للإيحاء، والمسايرة، وحب المجاملة والمواساة والانفعالي، وتقلب المزاج، وعدم النضج، وعدم التحكم في الانفعالات، والسذاجة، وسطحية المشاعر، وعدم النضج النفسي الجنسي.
- التمرکز حول الذات، والأنانية، ولفت الأنظار، واستدرار العطف، والاعتزال بالنفس وحب الظهور، والاستعراض، وفي بعض الأحيان الانبساط، والاجتماعية، وحب الاختلاط، وعدم الاستقرار، وأيضا الاعتماد على الآخرين، والتوكل، والانقياد، والشعور بالنقص.
- المبالغة والتحويل والاستغراق في الخيال، والسلوك يكون أقرب إلى التمثيل والاستعراض والتكلف والاندفاع وعدم النضج.
- الاعتماد على الكبت كدفاع أساسي، والاستعداد لتكثيف الانفعالات وتحويلها إلى أعراض جسمية.

الأسباب :

للهستيريا عدة أسباب تؤدي إلى الإصابة بها والتي منها:

١. الأسباب النفسية: وهي الغالبة في الهستيريا. بل لعلها هي السبب الوحيد. فالشدائد النفسية ووجود صراع يضطر الانا إلى الهزيمة والاحتماء بمرض جسمي ينتقل بالصراع إلى حالة أخرى من الاستقرار والتكيف أهون وأحلى بكثير من الصراع الاصيلي. أي أن مرض الهستيريا أصبح أسلوباً جديداً للتكيف ومجابهة للصراع النفسي بالمرض الجسمي. ويتم ذلك عن طريق عملية الكبت أولاً.
٢. إن إصابة عضو من الجسم بالهستيريا دون آخر ربما يكون لإصابة ذلك العضو بأعراض حقيقية سابقاً وتصبح الهستيريا عادة وتأكيد له. أو أن يكون ذلك الجزء من الجسم ذا مغزى رمزي يعبر عن مضمون الصراع: فالعمى يدل على تجنب رؤية شيء، وعدم النطق يدل على ايثار الصمت أو التقزز من الكلام ، وشلل اليد اليمنى يدل على انسحابها من العمل والكد.. الخ.
٣. أو أن يكون بعض أفراد العائلة أو المعارف أو الاقرباء قد أصيب بمرض في ذلك الجزء الجسم فأصيب به مريض الهستيريا عن طريق الايحاء.. والسهولة. ولذلك تحدث الاعراض عند الذين يتعرضون للايحاء وخاصة من ذوي الذكاء البسيط أو تحت المعدل.
٤. تحدث الهستيريا في أي شخصية غير هستيرية عندما تنخفض مقاومتها وقابليتها الدماغية، مثلاً بعد صدمات الدماغ أو الحمى الدماغية أو أية التهابات وحمى شديدة.

ويمكن تقسيم الاعراض لمجموعتين رئيسيتين :

(١) الاعراض التحويلية "أو الانقلابية" Conversion Symptoms

(٢) الاعراض الانشطارية "أو الانفصالية" Dissociation Symptoms

أولاً: الاعراض التحويلية:

أ. اضطراب الجهاز الحسي، وتشمل ما يلي:

١. فقدان الاحساس الجلدي أو بعضه Hypoesthesia & Anesthesia إذ لا

يشعر المريض بألم إذا وخنناه بإبرة أو آلة حادة أو حارقة في المنطقة التي

يشكو منها. أو قد يشكو من قلة الاحساس أو بالخدر والتميل. ومن

خصائص فقد الاحساس أن توزيعه لا يتفق مع التوزيع الطبيعي لأعصاب

الحس. وقد تكون المنطقة صغيرة أو كبيرة أو تشمل طرفاً أو نصف الجسم أو

طرفاً من اليمين وآخر من اليسار بتوزيع عجيب.

٢. الصمم في أذن واحدة أو اثنتين.

٣. العمى الهستيرى: يدعى المريض عدم قابليته على الرؤية الجيدة وربما العمى

التام. لكن فحص العين بالضوء والمنظار يظهر وجود انعكاس ضوئي في

البؤبؤ، وإن أجزاء العين والعصب البصري سليمة.

٤. فقدان حاسة الشم أو التذوق.

٥. الألام والالوجاع المختلفة في جزء من الجسم يخطر على بال. ويكون الالم

متعدد الدرجات والمستويات يصل الى الصراخ والبكاء. وهو سلوك قد يمويه

الحقيقة على الطبيب الغير المتمرس. وكثيراً ما يصادف ان يختار المريض

"لا شعورياً بالطبع" مناطق معروفة بآلامها والتهاباتها تزيد من اهتمام وحيرة

الطبيب مثلاً: منطقة الكليتين "شبيه المغص الكلوي" ومنطقة الزائدة الدودية،

والمعدة "القرحة النازفة" والقلب "شبيه الجلطة القلبية..". وهكذا. ويمكن معرفة

أصل الالم الهستيرى من الفحص الطبى الدقيق وسلوك وهىئة المريض المذكورة فى صفات الشخصية الهستيرية.

الأعراض الانشطارية :

والتي تكون على عدة علامات والتي منها.

١. فقدان الذاكرة: وهى وسيلة عقلية لا شعورية تعنى نسيان الصراع، وتحدث عادة فى المواقف والشدائد الحادة وتكون بمثابة نكران لوجود مشكلة، وفقدان الذاكرة محدود المعالم يقتصر على جزء من الذاكرة أو على واقعة أو ميدان.
٢. الهيام أو التشرذ (الهستيرى): يقوم بعض المرضى بقطع مسافات طويلة وينتقلون من بقعة إلى أخرى ومن بلد إلى آخر دون وعى أو تصميم، ويكون السلوك لا شعورى لانه يحدث بدوافع باطنية، إلا أنه لا ينسى أوقات الطعام ولا يؤذى نفسه بالمشى أو السير لمسافات طويلة.
٣. تعدد الشخصية: وهو أخطر أنواع الانشطار، إذ يتخذ المصاب شخصية تختلف بطباعها وسلوكها الشخصية الاصلية.
٤. التشوش الهستيرى: وهى حالة من الاغماء يصاحبه ذهول وشخوص فى العينين والتلفظ بكلمات مبهمه متقطعة غير واضحة، وقد يصاب الشخص الهستيرى بتشنجات عضلية والدوار والخمول والنعاس.

الرهاب أو الفوبيا PHobia

الرهاب ((أو الخوف المرضي)) علاقة وثيقة بالوسواس - القهرى وكثيرا ما يصاحبه. إلا أن الرهاب قد يظهر لوحدة فقط دون أعراض الوسواس. كما أنه يحدث فى أية شخصية، ولذلك تصنفه بعض الكتب كمرض مستقل.

والرهاب: خوف غير معقول تجاه موضوع معين أو شخص أو موقف ما، فهو يختلف عن الخوف المبهم فى القلق الذى لا هدف له، وعن الخوف الاعتيادى

((المعقول)) وقد يكون موضوع الرهاب تصورا أو يتعلق بأحد ميادين الحياة والفعاليات ولذلك يربط اسم ذلك الميدان أو الموضوع بكلمة الفزع فيصبح ((فزعاً من...)) وهكذا يكون الخوف من الاماكن المرتفعة باسم Acrophobia، والخوف من المواقف الاجتماعية Social phobia وهذا النوع من الفزع ينشأ عن خوف المريض من أن يكون عرضه لنقد الآخرين.

أسباب الرهاب :

يظهر من دراسة الفزع أن المصاب به ذو شخصية عصابية غالبا ما تكون ذات طباع خجولة، خائفة، تشعر بالعجز أو الرهبة من مواقف معينة. فاذا ما حدثت تجربة أو حادثة تعزز من هذه الميول ظهر الفزع بصورة محددة تجاه ذلك الموضوع وقد وجد أن الفزع يتكون في الظروف التالية:

١. قد يكون نتيجة فعل منعكس شرطي تعزز وترسخ نتيجة حدث او تجربة في أيام الطفولة. فالطفل الخائف من قطة بيضاء خدشته، قد يخاف بعدئذ من القطط بصورة خاصة أو من اللون الابيض الذي انطبع في ذاكرته دون موضوع القطة.
٢. أو قد يكون تبلورا وتجمعاً لعدة مخاوف عامة فينشأ الفزع كخوف واحد له دلالة ورمز للمخاوف الاصلية. ويكون توحيد المخاوف محاولة من المريض لملاقاتها جميعا بصورة واحدة فقد تكون المخاوف الاولية من عدم الاستقرار وافتقاد الامن والشكوك متجمعة بشكل خوف من الاماكن العالية والسقوط فاذا تجنب المصاب الاماكن المرتفعة يكون حسب تقديره اللاشعوري قد تجنب الشعور بعدم الاستقرار كذلك قد يصبح الدوار أو الميل إلى السقوط تعبيرا رمزيا عن الخوف من افتقاد السند والدعم المعنوي لكنه إذا استمرت المخاوف القديمة على حدتها وشدتها انتشر الفزع الواحد إلى غيره وتعطلت أنشطة المريض واضطربت حياته.

٣. قد يكون الفزع وسيلة حماية ووقاية المريض من رغبات وميول غير لائقة وفاضحة لا شعورية.

٤. قد يكون الفزع نتيجة شعور بالاثم تجاه بعض الافكار والافعال فالخوف من مرض الزهري هو ((رد فعل)) للشعور بالخطيئة تجاه القيام بعمل جنسي محرم وهذا النوع من الفزع يحدث في الشخصية الوسواسية ومن جملة أعراض الوسواس - القهري.

أعراض الرهاب :

- يكتسب الرهاب قوة ورسوخاً عندما يستخدمه المريض لا شعوريا للسيطرة على الآخرين ((الوالدين، الزملاء، أفراد الاسرة)) أو لكسب عطفهم ومؤازرتهم، وهذا ما دعتة ((هيلين دوتش)) Helen Deutsch بالازدواجية لأن الفتاة الخائفة تطلب حماية والداتها، وهي نفس الام التي تكرهها وتحبها تلك الفتاة، لكن الام تقوم بدور الحامي والحارس Protector للمريض رغما عن ذلك.

- الخوف في الرهاب لا يختلف عن أي خوف اخر ففي الموقف الذي يخاف فيه المريض يشعر باضطراب عام، ويعمل الجهاز العصبي الذاتي بشدة، فيضيق الصدر ويحل الشعور بالاختناق ويزداد الخفقان والتعرق الشديد والوهن العضلي والالام في الاحشاء، وربما الاسهال وكثرة التبول. ويرتفع القلق إلى حد أن يلجأ المريض الى الهرب من ذلك الموقف أو الى الانهيار والاعماء أو الى الغيثار والقيء والدوار.

- تزول تلك الاعراض بزوال الموقف أو الموضوع... أي أن المريض يشعر بتلك العلاقة السببية ويعجب بها... ولذلك يكون الخوف عنده غير الخوف الى يصاحب القلق الغامض المبهم.

أنواع الرهاب :

كثيرا جدا. فأى منحى في الحياة يمكن أن يصبح مصدر الرهاب وأهم أنواع الرهاب التي يصادفها الطبيب النفساني في مرضاه هي:

١. رهاب المرتفعات Acrophobia

٢. رهاب الاماكن الواسعة والمكشوفة Agoraphobia

٣. رهاب الاماكن الضيقة والمغلقة Claustrophobia

٤. رهاب الماء Aquaphobia

٥. رهاب الدماء Hematophobia

٦. رهاب الطيران Airplane- phobia

٧. رهاب النيران Pyrophobia

٨. رهاب الاغراب Xenophobia

٩. رهاب الميت Necrophobia

١٠. رهاب الازدحام Ochlophobia

١١. رهاب الامراض Pathophobia

١٢. رهاب الظلام والليل Noctiphobia

١٣. رهاب المدرسة School phobia

التشخيص التفريقي:

١. يحدث الرهاب كجزء من القلق الحاد ويدعى بـ(رهاب القلق، Phobic Anxiety) ويحدث هذا المرض أحيانا في المصائب والكوارث العامة بحيث ينتقل المصاب إلى حالة من الرعب الشديد والصراع والهرب، كما ويشاهد غالبا في اثناء الزلازل والفيضانات والغارات الجوية.

٢. يحدث الرهاب كجزء من مرض الوسواس - القهري.

٣. يحدث الرهاب كبداية في مرض الهوس- والكابة الدورية قبل أن يتخذ صورته المعروفة.

٤. يحدث الرهاب كعرض أولي في تصلب الشرايين الدماغية وكأبة الشيوخة.

العلاج:

أ. **العلاج النفسي:** كان الفرع من التحديات التي واجهت المحلل النفسي. وقد وجد (فيرنزي، FerencziS.) أن تدخل المعالج في التوجيه والايحاء بصورة فعالة وإيجابية يؤدي إلى نتائج أنجح من العلاج الكلاسيكي السلبي ومع ذلك فقد بقي مصير الرهاب متارجحاً بين الازمان والتدهور أو التخفيف الجزئي مع بقاء آثاره بدرجات متفاوتة.

ب. **العقاقير المهدئة:** تساعد العقاقير كثيراً على ضبط وتخفيف الرهاب قبل حدوثه خاصة إنما اضطر المريض إلى ممارسة التجربة التي يخاف منها فعلاً. والمهدئات التي يمكن استعمالها هي: الفاليوم، الليبريوم، الميبروپاميت، السيرباكس، سيناكوان، اوبليفون، انسيدون وإذا ما أضيفت إحدى مجموعات النارديلوالبارنيتوالنياميد إليها تصبح نتيجة العلاج أكثر توفيقاً كما يقول سارجنت ودالي ((النارديل ١٥ ملغم /٣مرات، والبارنيت ١٠ ملغم /٣ مرات، والنياميد ٥٠ ملغم /٣ مرات)).

ج. **العلاج السلوكي:** تزداد نسب الشفاء في العلاج السلوكي لأن هدف العلاج معين ومحدود والحقيقة أن أول ميدان للعلاج السلوكي كان الرهاب الخالص ذو العرض الواحد.

Monosymptomatic phobia: ويمكن اطفاء الفرع الواحد بطريقة

الكف المشترك أو الممارسة السلبية أو الاغراق، وتدل النتائج الاولية على أن نسبة مشجعة من النجاح نتجت عن العلاج السلوكي ولو فرضنا أن مريضاً يخاف من

الاماكن والساحات المكشوفة الواسعة فإن ((خطة)) العلاج السلوكي هي أن نتدخل في المنعكس الشرطي الحالي ونبدل منه بالوسائل الفسلجية- العصبية، أي بإطفاء هذه الصلة. فنجعل المريض في حالة تقبل واسترخاء ثم ندفعه تدريجياً إلى الاماكن الواسعة ونوحي له ونشجعه..، وبالتكرار والمثابرة إلى أن يجد نفسه يوماً وقد رضي بوجوده في مكان مكشوف دون أن يتولد عنده رد الفعل والفرع، وهذه هي خلاصة الكف المشترك Reciprocal Inhibition وتوجد وسائل اخرى لاطفاء وتفتيت المنعكس الشرطي للمريض وتحويله إلى منعكس شرطي صحيح وطبيعي.

الأمراض النفسجسمية

وتدعى أيضا بالامراض السايكوسوماتية النفس- جسمية Disorders Psychosomatic - وهي مجموعة من الامراض الجسمية الملموسة التي أعتقد أن سببها المباشر الاساسي والاهم هو أسباب أو شدة نفسية.

ولا يوضح ما يتضمن هذا التعريف من أي التباس، يمكن أن نقول إن وحدة الروح ((النفس)) psyche والجسد Some فكرة مقبولة لدى جميع مدارس الفلسفة وعلم النفس أن أي تغير ومرض عضوي يصحبه تغير نفساني والعكس بالعكس فالحزين يعثر بسوء الهضم والصداع والمصاب بسوء الهضم العضوي يشعر بتوعات نفسي وصداع ايضا وهكذا ولكن المسألة ليست بهذه البساطة، إذ المقصود بهذا النوع من الامراض هو وجود تخريب او تغير عضوي ملموس سببه المباشر اضطراب نفساني.

ويمكن تقسيم المرضى المراجعين للطباء والعيادات بسبب أمراض جسمية

على ثلاث مجموعات:

أ. المجموعة الاولى: وهم المرضى الذين يشكون من مرض في أحد أعضاء الجسم، أو يشعرون بها ذاتياً ولكن دون وجود دليل على مرض عضوي حقيقي،

علماء أنهم غير مصابين بالذهان ويطلق على هذه المجموعة بـ((الامراض الوظيفية)) Functional Illness.

ب. المجموعة الثانية: وهم المرضى المصابين بمرض عضوي واضح يرتكز قسم من أسبابه على عوامل عاطفية بسيطة أو جانبية.

ج. المجموعة الثالثة: وهم المرضى المصابين بمرض عضوي واضح يتعلق بوظائف الجهاز العصبي الذاتي (الأتونومي)) ويعتمد بالدرجة الأولى على عوامل نفسية.

ان المجموعة الثالثة هي الامراض النفسجسمية، كما أن المجموعة الثانية تدخل من ضمن اهتمامات الطب النفساني، ويدخلها بعض الباحثين أيضا من ضمن الامراض النفسجسمية.

ويغالي البعض إلى حد التصريح أن كل الطب يدخل ضمن المرض السايكوسوماتي لأن لكل مرض ناحيتين عضوية ونفسية.

الانتشار

لا توجد احصائية ثابتة ودقيقة عن انتشار الامراض النفسجسمية ويتوقف ذلك على تعريف وتصنيف المرض بالطبع والمعروف لدى المراجع في الصحة النفسية أن حوالي ٤٠-٦٠% من المرضى يشكون من أعراض نفسجسمية، كما أن أبحاث الطب الصناعي تقول أن النسبة العالية في غيابات العمال تعود إلى أمراض نفسية جسمية ودليل اخر على كثرة انتشارها ما تربحه شركات ومصانع الادوية من بيع العقاقير المتعلقة بالصداع والميلينات وسوء الهضم دون وصفات طبية رسمية.

أما حوادث الموت المفاجيء السريع فهي تبدو كقصص شعبية خيالية، لكن محاولات لدراستها أظهرت وجود شيء من هذا التغيير النفسجسمي كحوادث الفراق والاطار والمفاجئات المذهلة.

التفسير الفسلجي - البيولوجي

لقد فسّر (كانون) Cannon بنظريته عن ((القتال والهرب)) Figh&Flight والتي تعتمد على محور الغدتين النخامية- الكظرية وفي اعتقاده أن الشدة والصدمة ((النفسية)) تؤدي إلى ردود فعل واستجابات متتالية داخل الجسم، فيدخل هرمون الأدرينالين والنورادرينالين وغيرهما ويحدث كل تغير فسلجي نتيجة ذلك.

وفي نظرية ((التكيف)) للعالم ((سيلي)) Seyle تجد تفسيراً للمرض النفسجسمي، وهو يدور حول الصدمة والخطر وأجهزة التكيف والدفاع الداخلية Alarm & Adaptation Syndrome.

وتتلخص بما يلي:

١. الصدمة الأولى Shock: وهي الشدة الواقعة على الكائن الحي، وتكون على نوعين:

أ. شدة جسمية، كالكسور، والحروق، والحمى، والالتهابات... الخ.

ب. شدة نفسية، كالصددمات النفسية، والانباء المفاجئة، والحرمان، والقلق الرهيب.

٢. إجراءات ضد الصدمة، Counter-shock يقوم بها الجسم لملاقاة اضطرابات الصدمة الأولى، ويدخل في هذه الإجراءات أجهزة الدورة الدموية والأعصاب والغدد الصماء.

٣. مرحلة التكيف، التي تلي الإجراءات السابقة في حالة استمرار الشدة والأذى على الكائن الحي.

٤. فإذا فشل التكيف في مواجهة الأخطار المستمرة، انتقل الجسم إلى مرحلة الإعياء Exhtration وهنا تفرز الكظرية كميات كبيرة من هورمونات الكورتيزول Corticosteroids.

٥. وفي دور الاعياء هذا تحدث فوضى عضوية، وما يحدث خلالها من استجابات ورود أفعال غير موزونة وغير متناسقة هي التي تؤدي إلى حدوث الضرر الجسمي الدائمي. المرض الجسمي إذا كان بالأصل ((طاقة)) أو انفعالا نفسياً، فإذا به قد تحول بعد الصدمة إلى مرض ((عضوي)) ملموس.

وتتلاءم هذه النظرية مع الفكرة العامة في علم النفس وهي أن الكائن الحي يعيش في حالة انسجام وتوازن داخلي Homeostasis وفي الشدائد يختل التوازن مما يستتفر الجسم والنفس إلى إعادة التوازن إلى أصله ومن خلال هذه العملية تحدث شتى الاضطرابات النفسجسمية.

فإذا عرفنا من معلوماتنا عن وظائف الجهاز العصبي أن الانفعالات تأتي من منطقة تحت المهاد، وأن الجهاز العصبي الذاتي يبدأ من تلك المنطقة أيضاً، وإذا عرفنا بوجود اتصالات واشتباكات عصبية بين تحت المهاد والنواة اللوزية والتليف النطاقي وقرن أمون في الدماغ الوسطي ((والجهاز الحافي))، إذا عرفنا كل ذلك أمكننا تكوين فكرة ((تخمينية)) عن نقطة الالتقاء بين النفس والجسد أو بين العقل والمادة أو بين الشدة النفسية والمرض الجسمي ولا شك أن المستقبل بأبحاثه في طبيعة العمليات التي تجري في تلك المناطق من الدماغ وفي نوعية المواد الكيماوية الحيوية وفي التغييرات الكهربائية والعصبية والغذائية، وفي علاقة العضو البعيد عن الدماغ بما يجري في الدماغ من استجابات وجدانية..، كفيل بإيضاح أكثر اقناعاً.

أسباب الامراض النفسجسمية:

من هذه النظرية التخمينية، حاول علماء كثيرون تفسير المرض النفسجسمي واسبابه وعلى الرغم من صعوبة تحديد هذه الاسباب فإن المتفق عليه إن الشدائد النفسية الحادة أو المزمنة تؤدي الى المرض الجسمي والشدة النفسية Stress لا بد وأن تكون نسبية الطابع وشخصية تتعلق بالمريض ونشأته وتاريخ حياته واستعداده

الوراثي فالشدة وحدها لا تكفي إلا إذا ساعدتها ظروف أخرى على أحداث الضرر العضوي ويمكن القول بصورة عامة أن الشدة تؤدي إلى توتر داخلي، وأن التوتر الذي لا يجد له تعبيراً ومنفذاً بأيّة صورة كانت قد يؤدي إلى تخريب عضوي كتعبير لابد منه وتتخذ الشدة صفات الايذاء أو الاهانة أو التهديد أو التحدي كما أن الكآبة المقنعة masked depression تعتبر من قبل بعض الباحثين كسبب للمرض النفسجسمي.

ويوضح العلامة والفيلسوف (ياسبرز) كيفية ظهور المرض النفسجسمي ونوعية العلاقة بين النفس والجسم كما يلي:

أ. العلاقة الآلية (المكانكية): وهي علاقة إيجابية مباشرة يمكن اثباتها بأنها رد فعل يفوق الحد الطبيعي قوة واندفاعاً، كأن يحدث أسهال أو قيء على أثر انفعال شديد.

ب. علاقة مكتسبة بالمنعكسات الشرطية: فالمنعكس العضوي الناتج عن حافز عاطفي قوي يمكن أن يثبت ويعيد نفسه بحافز أقل درجة وأبسط مثال ذلك: الاسهال الذي حدث مبدئياً نتيجة رعب شديد يمكن أن يعيد نفسه برعب أضعف وأقل درجة. والشخص الذي رفع سماعة التلفون نبأً عنيفاً مؤلماً، ثم سقطت يده في شلل وظيفي...، هذا الشخص يمكن أن يصاب بوهن اليد والشلل كلما سمع نبأً مزعجاً، أن المرض النفسجسمي يتبلور ويثبت Fixed أحياناً عن طريق التكرار بالمنعكس الشرطي.

ج. علاقة رمزية بين المرض والعاطفة: مثلما يجري في الهستيريا فالشخص الذي يصاب بالعمى، فإن موقفة الرمزي هو (الانكار) و(عدم الرؤية) للألم أو الاساءة أو المصاعب كذلك هو المرض النفسجسمي يكون لغة رمزية يعبر عن موقف

المريض تجاه شتى المسائل. وعندما نستعرض أنواع تلك الامراض سنجد أمثلة متعددة على الرمزية أو ((لغة المرض)).

إن أسباب المرض النفسجسي متعدد ومتضافرة دون ريب، ولا يوجد سبب واحد خالص، وهي:

١. العامل النفسي: وهو العامل الفعال والمباشر وقد يكون بشكل صدمات حادة غير متوقعة وأنباء مذهلة (قتل وموت بحوادث المرور، أو كوارث مفاجئة)، أو اهانة ثقيلة لا تغتفر، أو ظروف شديدة من الحرمان أو الاتكال.
٢. وجود ضعف تكويني في بعض أجهزة الجسم كالمعدة أو الامعاء أو المثانة، مما يساعد على ظهور الاضرار في ذلك العضو.
٣. ويقول ((ادلر)) إن ضعف أحد الاجهزة الجسم قد كون شعورا بالنقص أو شعورا بوضاعة ونقص ذلك العضو Organ Inferiority.
٤. الامراض السابقة للعضو المعين قد تساعد على تكرار الاصابة به في الشدائد النفسية.
٥. إصابة أحد أفراد العائلة بمرض جسدي في أحد أعضاء الجسم يساعد على أصابة نفس العضو عند الشخص الاخر وفي الحياة اليومية أمثلة كثيرة ومتواردة على ذلك.
٦. طبيعة الشدة النفسية تتعلق بنوعية الاضرار الجسمية التي تحدثها.
٧. المعنى الرمزي للعضو المصاب بالنسبة لذات الشخص المصاب فالجهاز الهضمي عند شخص له معنى يختلف عن شخص اخر وكذا الجلد.... والعين والتنفس.
٨. لابد من وجود ربح شخصي أو نفع ثانوي بذلك المرض في بعض الحالات. فالمصاب بالاكزيما مثلا يتخلص من شتى المهمات والاعمال عن هذا الطريق.

٩. ولتحديد أهمية كل عامل من العوامل السابق يجب معرفة شخصية المريض وحياته. وغالبا ما نجد عنصرا مشتركا هو ((عدم النضج العاطفي)) أو ((التخوف من المسؤولية)) أو ((الكبت الشديد)) هذا الطراز من الشخصية معرض للمرض النفسجسمي، وهو مادعاها بعض الدراسين ((الشخصية النفسجسمية)).

الأعراض والأمراض النفسجسمية :

أي عضو في الجسم يمكن أن يصاب بمرض نفسجسمي، ولكن أغلبها تتعلق بالجهاز العصبي الذاتي وللسهولة يمكن شرح الاعراض بالنسبة لأجهزة الجسم المتفرقة كما يلي:

١. في الجهاز الهضمي تحدث الامراض التالية:

أ. القرحة المعدية: بما أن القرحة تنتج عن زيادة في أحماض المعدة التي تخرش وتهلب الغشاء المخاطي ثم تخرية، فإن زيادة إفراز الحوامض تتعلق بحالة التوتر والعواطف المكبوتة المزمنة والطويلة الامد والتي لم تجد لها منفذا. ونجد إن المصاب بالقرحة من ذلك الطراز المتوثب للطموح الذي يتعارض سلوكه مع غرائزه الاتكالية السابقة. وتظهر القرحة بين الذكور أكثر من الاناث.

ب. اضطرابات المعدة، وهي أعراض غامضة تتعلق بعمل المعدة والهضم كالحرارة والقهقة، وسوء الهضم Dyspepsia والتجشوء Belching والتقيؤ.

ج. أباء الطعام (القهم العصبي)، العوامل النفسية في هذا الخصوص هي: مقاومة مستترة للنضوج، وعداء ومقاومة ضد مطالب الأبوين، وعقاب للذات بسبب الشعور بالذنب وهنالك من المحللين النفسيين من يعتبر اباء الطعام

ناتجا عن سوء قهم من قبل الطفل لعملية الاخصاب والتكاثر فكان الفتاة تخاف الحمل عن طريق الفم.

د. اضطرابات الابرار، أي كل ما يتعلق بوظائف الشرح والقولون، ومنها الاسهال المزمن أو ((الاسهال المخاطي))، Mucous، وكذلك الامساك. ويرجع ذلك إلى الطفولة وطرق تربية الطفل على عمليات التبول والنظافة والامساك قد يعني رمزياً ((الاحتفاظ بالشيء))، ويدل على البخل وغزيرة الاكتناز. فكأن الطفل كان يعاني من الحرمان ويريد- في رجولته- الاحتفاظ بما عنده ((نظرية فرويد)) وعلى الرغم من أن تجارب عمله لم تثبت هذا الرأي تماما فإن الصفة العامة لذوي الاضطراب المعوي هو القلق والشعور بالذنب والنفور والتحدي.

٢. في الجهاز الدموي الوعائي:

أ. ارتفاع ضغط الدم الاساسي Essential Hypertension: وهو ارتفاع متوسط في ضغط الدم بدون سبب واضح ويعتقد أن بعض هذه الحالات ترجع إلى حالة نفسية متوترة ومزمنة جعلت من التوازن الداخل مستقرا على مستوى أعلى من ضغط الدم الطبيعي وكل اضطراب عاطفي وقتي يؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم، ولكن يرجع إلى مستواه، إلا أن تكرار التوتر أو بقاءه فترة طويلة يؤدي إلى ذلك. ويعتقد أن شخصية المصاب بضغط الدم الاساسي من الطراز الذي يظهر الصداقة السطحية وضبط النفس ويضمّر العداة القوي ويزداد القلق عندما يخاف المريض الكشف عن عدائه فيقع في صراع اخر وتاريخ حياة هؤلاء المصابين قد دل على اتكالهم عاطفيا على ام مسيطرة طاغية وعلى نفورهم من هذه العلاقة.

ب. عصاب القلب Cardiac Neurosis: وهو شعور الفرد بالخفقان والألم في منطقة القلب أو باللهاث وانقطاع التنفس ويحتاج الطبيب إلى فحص دقيق لنفي أي مرض عضوي بالقلب لأن جميع هذه الأعراض يمكن أن تحدث كأمراض عضوية، وعندما ينتفي وجودها ويدل فحص التخطيط القلبي على أن كل شيء طبيعي، فإن وجود الصراع والشدائد النفسية تعزز من تشخيص عصاب القلب ونجد هذا النوع من المرض لدى الشخصيات المراقية القلقة، الخائفة من الموت.

ج. أمراض الشرايين التاجية، والجلطة القلبية: إذ يبدو أن الشدائد النفسية علاقة بنوبات تقلص الشرايين وقلة جريان الدم.

٣. في الجهاز العصبي:

أ. الصداع التوترى Tension headache: ويكون عادة في الجهة الخلفية من الرأس وعادة ما يصحب الانزعاج والقلق المزمن.

ب. الصداع النصفي Hemicrania، أو صداع الشقيقة Migraine ونجد هنا أهمية الشخصية وتكوينها، لأنه صداع يكثر بين أسر معينة، ولكنه يزداد أيضا ويبدأ بشدة نفسية يصحبه غثيان أو اضطراب في الرؤيا وعادة ما يكون المصاب حساسًا ذكيا نشيطاً يكتم عداه.

ج. مرض النوم Narcolepsy، وهو اضطراب يؤدي بالشخص إلى نوم لا يقاوم أثناء النهار، حتى في المحلات الصاخبة أو السيارة أو الدائرة أو غرفة المحاضرة، دون اكتشاف أي سبب عضوي له. ومع تعدد الاسباب فإن بعض الدارسين يعتقد أن النوم الشاذ انفعال عصاب ضد الشدائد ونوع من الانسحاب والهزيمة من الصراع.

٤. الجهاز التنفسي:

لعل اضطراب الجهاز التنفسي المصاحب للاضطراب التنفسي يرجع إلى فكرة عريقة وبسيطة عن علاقة التنفس بالموت والحياة... وهكذا نجد أن أمراض التنفس تعبر عن القلق إلا أن تشخيص المرض ذو المنشأ النفسي يحتاج إلى دقة في الفحص وتاريخ المرض وشخصية المصاب.

أ. الربو Asthma او (ضيق التنفس) قد يكون بسبب التهابات رئوية مزمنة إلا أن مجالات أخرى وجدت كنتيجة وانفعال نفسي حاد وتمتاز هذه النوبات بظهورها المفاجيء على اثر كل تجربة مؤلمة او موقف غير سار ويلعب التكون الشخصي والحساسية دورا مساعدا ايضا، ومن الاليات النفسية للربو هي الاعتماد الفائق على الام والخوف من الاقتراق والبعد عنها وفي بعض الحالات يوجد ارتباط عاطفي مع الوالدين وهكذا نجد أن شخصية المصاب بالربو من الطراز الحساس الاعتدائي الطموح الممتزج مع الوسواس - القهري.

ب. ألم الجيوب الأنفية Sinusitis، وهو الصداع والألم الوجهي الناتج عن احتقان الجيوب الانفية وقد وجدت حالات منها مرتبطة بالعوامل النفسية.

٥. في الجهاز التمثيلي والغدد الصماء:

أ. السمنة المفرطة: وغالبا ما نجدها لدى الاطفال. وتكون السمنة والافراط في الطعام نتيجة خمول وكسل واعتماد عاطفي على الام، او كتعويض عن فقدان الحنان بواسطة الأكل أو اشباع غريزة اللذة عن طريق الفم.

ب. أمراض الغدة الدرقية: وخاصة مخرض (كريفز) Graeves الذي هو تسمم بزيادة افراز الغدة الدرقية، وتنتج عن أعراض المرض من قلق وخوف وخفقان وارتعاش وفقدان الوزن والاسهال وانفتاح الشهية ويقال إن العوامل النفسية تمثل الزناد الذي يطلق بداية المرض.

- ج. التبول الكسري، والذي قد يبدأ بصدمة عاطفية، أو انعكاسات أخرى.
- د. تكرر الاسقاط لدى النساء Habitual abortion، فالسرية والمحرمات والتربية الخاطئة أثناء الطفولة تتطافر كلها لاحداث اضطرابات متناقضة تجاه الاعضاء التناسلية والجنس والحمل.
٦. في الجهاز التبولي والتناسلي:
- أ. عسر واضطرابات الحيض: Dysmenorrhea، ويلعب الرحم دورا خطرا في حياة الأنثى الجسمية والنفسية. وهو يحتل مركزا وهدفا لكثير من الانفعالات وتعزى بعض حالات اضطرابات الحيض والالام والصداع وتقلب المزاج الى قضايا نفسية، وكلها تدل على عدم نضوج الانثى وشعورها بعدم الاستقرار.
- ب. توتر ما قبل الحيض Premenstrual tension وهو تناذر معروف يبدأ قبل الطمث بأيام أو أسبوع ويستمر إلى أول مرحلة فيه وفي خلال هذه المدة تتتاب الانثى - وغالبا ما تكون فتاة شابة وغير متزوجة - الاعراض التالية: صداع، غيثان، توتر وألم في الحوض والظهر والعجان، حدة المزاج، خفقان، كآبة، قلق، اعتزال، وميل إلى سلوك اندفاعي وعاجل. وقد وجد أن أهم عامل في حدوث المرض هو اختلال التوازن بين كمية هورموني البروجسترون والايستروجين قبل حدوث الطمث مما يجعل نسبة البروجستون تفوق الايستروجين ويصحب ذلك احتقان وتجمع السوائل في الجسم وانتفاخ الثديين.
- ج. البرود الجنسي لدى الانثى المتزوجة.
- د. الحمل الكاذب pseudicyesis لدى الزوجة العاقر أو المتلهفة الى حمل سريع.
- هـ. العنة لدى الرجل، وتكون بشكل قذف مبكر قبل الايلاج او كضعف جزئي او تام في انتصاب القضيب.

و. اضطرابات التبول، كالتكرار في عدد التبول، والحصر، والالام، والتاخر في التبول. وترجع اسبابها احيانا الى القلق والتوتر، او الى حياء سطحي، أو عقد جنسية وكمثال على حصر التبول ان بعض الناس لا يتمكنون من التبول أمام الاخرين والتبول اللاارادي أو ((سلس البول الليلي)) Nocturnal Enuresis من جملتها.

٧. في الامراض الجلدية:

البشرة واجهة للكائن الحي، وجدار للاتصال والشعور بين الذات والعالم الخارجي ويمكن ان يحكي الجلد اشياء كثيرة صريحة او رمزية نتيجة للمشاكل النفسية ولا تزال بعض مسببات الامراض الجلدية غامضة ومحيرة مثل الاكزيما، وحب الشباب والحكة، والطفح، والتهاب الجلد العصبي Neurodermatitis، ومرض الصدف psoriasis، والصلع ويبدو ان العوامل النفسية المسؤولة عن ذلك هي ميول عدائية مكبوتة، وحب للتطلع او الفضول أو الخجل والشعور بالذنب، والاثم المكبوت قد يؤدي الى عقاب الذات عن طريق الاصابة بالمرض الجلدي. ولذلك نجده في شخصيات عدائية او غير آمنة أو غير مطمئنة وواثقة من نفسها.

التشخيص التفريقي:

١. الهستيريا: إن أي اضطراب عضوي في الرحام هو وقتي ولا يصل الى حدود الضرر العضوي الدائمي كما في المرض النفسجسمي. والاصابة بالمرض التحولي في الهستيريا يعوض عن ويخفف العقد والتوتر، فيبدو المريض منفصما غير مكترث باضطرابه الجسمي على عكس المريض النفسجسمي الذي تزداد الامة واهتمامه بالمرض اما عنصر المنفعة والكسب فهو اوضح بكثير في الهستيريا، بينما يكون ضئيلا او مخفيا في المرض النفسجسمي.

٢. العصاب عامة، والقلق النفسي خاصة وكل ما يصاحبهما من اضطرابات جسمية تكون وقتية أيضا وبدون ضرر او تخريب ملموس وواضح ان المرض العضوي في العصاب يعوض عن ويخفف من التوتر النفسجسمي، منا ان الرمزية فيه تعوض تماما عن الانفعالات المكبوتة، بينما الانفعال في المرض النفسجسمي يعد ويزيد من شدة النوبة القديمة ويهدد حياة المصاب احيانا.

العلاج:

لكل عضو وحالة نفسجسمية اسلوب خاص في العلاج. اما الخطوط العامة في علاج الامراض النفسجسمية فهي:

١. العلاج بالعقاقير المهدئة ومضادات الكآبة مثل لييريوم، فاليوم، انسدون، سيناكوانستيلازينا، بارستلين، Parstelin، بارنيت في حالات خاصة.

٢. العقاقير الجسمية الاخرى التي تخفف من الالام والاعراض العضوية، اذ لا يمكن ان تترك الربو وهو يشدد الخناق على المريض، ولا الحكمة وهي نقض مضجعه.

٣. العلاج النفسي الفردي: ويكون ببضعة طرق هي:

أ. بالايحاء عن طريق العلاج النفسي السطحي والدعم والتشجيع والتوعية.

ب. الايحاء بالتنويم المغناطيسي او تحت مفعول التخدير بالبنتوثال.

ج. التحليل النفسي للاعماق بالاساليب الفرويدية.

د. التحليل النفسي بطريقة (ادلر) او (يونج)

٤. العلاج النفسي الجماعي: وذلك يجعل مجموعة من المرضى في مكن علاجي

واحد بحيث تصبح (الجماعة محيطة او بيئة علاجية لكل فرد فيها، وبحيث ترجع

الثقة والاطمئنان والامن اليه، ويتمكن من التعبير عن مخاوفه والمصاعب التي

يهاها.

٥. العلاج النفسي التمريضي، Anaclitic Therapy : وتكون بان نجعل من المريض طفلاً معتمداً اعتماداً كلياً على المعالج، وذلك لاشباع غريزة الحرمان القديمة عنده وتكون العناية به اشبه بالمربية مع الطفل الصغير ترضعه وتدله وتعطف عليه.
٦. وقد ظهرت تقارير علمية مثبتة مؤخراً بأن الاسترخاء والتحكم الارادي والتركيز بما يشابه رياضة (اليوغا) ادى إلى انخفاض ملحوظا في ضغط الدم.

المصادر:

١. أحمد لطفي بركات ومحمود زيدان، التوجيه التربوي والإرشاد النفسي في المدرسة العربية، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
٢. —، أدلر، ترجمة: عادل نجيب بشرى، معنى الحياة. المجلس الأعلى للثقافة، القاهرة، ٢٠٠٥.
٣. التكريتي، واثق عمر (١٩٨٩): بناء مقياس التوافق النفسي لدى طلبة الجامعة (بناء وتطبيق)، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، الجامعة المستنصرية.
٤. التميمي، عبد الجليل مرتضى وآخرين: الاتجاهات نحو المعوقين لدى العاملات في مؤسسات رعايتهم، مجلة العلوم التربوية والنفسية، العدد (١٢)، ١٩٨٦.
٥. جودت عبد الهادي وسعيد العزة، مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي، عمان، دار الثقافة للنشر والتوزيع، ٢٠٠٤.
٦. حامد زهران، التوجيه والإرشاد النفسي، القاهرة، عالم الكتب، ١٩٨٠.
٧. الخامري، عبد الحافظ سيف (١٩٩٦): التوافق النفسي لذوي قدرات الإدراك فوق الحسي، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب الجامعة المستنصرية.
٨. الخضري، احمد (١٩٨٧): قياس ضبط التوافق النفسي بين طلبة الجامعة الحاصلين على الثانوية الفنية ونظيراتهم الحاصلات على الثانوية العامة، المؤتمر العلمي الثالث لعلم النفس، القاهرة.
٩. الخطيب، هشام واحمد الزيايدي (٢٠٠١): الصحة النفسية للطفل: طبعة (١) الدار العلمية والدولية للنشر والتوزيع، ودار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان.

١٠. الخواجا عبد الفتاح محمد سعيد، الإرشاد النفسي و التربوي بين النظرية و التطبيق: مسؤوليات وواجبات المرشدين دليل الآباء و المرشدين، عمّان، الدار العلمية للنشر والتوزيع، ٢٠٠٢.
١١. الخواجا عبد الفتاح محمد سعيد، الإرشاد النفسي والتربوي بين النظرية والتطبيق: مسؤوليات وواجبات المرشدين دليل الآباء والمرشدين، عمّان، الدار العلمية للنشر والتوزيع، ٢٠٠٢.
١٢. الداهري، صالح حسن محمد (١٩٩٩): الشخصية والصحة النفسية، طبعة (١)، دار الكندي للنشر والتوزيع، عمان.
١٣. الدباغ، فخري: (١٩٧٧) أصول الطب النفسي، مطبعة التعليم العالي، جامعة الموصل.
١٤. الدروبي، عبد السلام (١٩٨٨): التمهيد في علم النفس الاجتماعي، منشورات، جامعة الفالج، طرابلس.
١٥. الدليمي، حسان عليوي (١٩٩١): التوافق الشخصي الاجتماعي للمرشدين التربويين في العراق، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية جامعة بغداد.
١٦. الربيعي، علي جابر (١٩٩٤): شخصية الانسان تكوينها وطبيعتها واضطراباتها، دار الشؤون الثقافية العامة، بغداد.
١٧. الريحاني، سليمان (١٩٨٥): اثر نمط التنشئة الاسرية في الشعور بالامن، مجلة الجامعة الاردنية، المجلد (١٢)، العدد (١١).
١٨. الزبيدي، كامل علوان وجاسم فياض الشمري (١٩٩٩): علم نفس التوافق، دار الكتب للطباعة والنشر، الموصل.
١٩. الزغبى، احمد محمد (٢٠٠١): الامراض النفسية والمشكلات السلوكية والدراسية عند الاطفال: دار زهران للنشر والتوزيع : عمان الاردن.

٢٠. الزيود، نادر، نظريات الإرشاد والعلاج النفسي: ط١. دار الفكر، عمان، ١٩٩٨
٢١. سرى، إجلال، علم النفس العلاجي: ط٢. عالم الكتب، القاهرة، ٢٠٠٠
٢٢. سعيد الاسدي ومروان إبراهيم، الإرشاد التربوي - مفهومه، خصائصه، ماهيته، عمان، دار الثقافة للنشر والتوزيع، ٢٠٠٣.
٢٣. سعيد عبد العزيز وجودت عطوي، التوجيه المدرسي، عمان، دار الثقافة للنشر والتوزيع، ٢٠٠٤.
٢٤. سهام درويش أبو عيطة، مبادئ الإرشاد النفسي، عمان، دار الفكر للطباعة والنشر، ١٩٩٧.
٢٥. السهو (١٩٨٤): ورق بعنوان، برامج المعوقين حركياً، مقدمة في التقرير النهائي عن اعمال الحلقة الدراسية، عمان.
٢٦. سيد عبد الحميد مرسي، الإرشاد والتوجيه التربوي والمهني، القاهرة، مكتبة الخانجي.
٢٧. الشراقوي، مصطفى خليل (١٩٨٣): علم الصحة النفسية، دار النهضة العربية، بيروت.
٢٨. الشمري، محمد سعود (٢٠٠١): الخصائص الشخصية لذوي قوة التحمل النفسي العالي والواطي وعلاقتها بأساليب المعاملة الوالدية لدى طلبة الجامعة، اطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية الجامعة المستنصرية.
٢٩. عبد الفتاح محمد الخواجا، الإرشاد النفسي والتربوي بين النظرية والتطبيق، عمان، دار الثقافة للنشر والتوزيع، ٢٠٠٢.
٣٠. كتاب سيكولوجية الشخصية قسم الصحة النفسية كلية التربية جامعة المنيا .٢٠٠٠٧.

٣١. محمد حسن غانم، كتاب الأمراض النفسية والعلاج الاسلامي، من سلسلة قضايا إسلامية العدد (١٥٧)، ٢٠٠٨.
٣٢. محمد محروس الشناوي، العملية الإرشادية، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، ١٩٩٥.
٣٣. نزيه عبد القادر حمدي، الإرشاد والتوجيه في مراحل العمر، عمان، منشورات جامعة القدس المفتوحة، ١٩٩٨.
٣٤. هادي مشعان ربيع، الإرشاد التربوي - مبادئه وأدواته الأساسية، عمان، دار الثقافة للنشر والتوزيع، ٢٠٠٣.
٣٥. هدى الحسيني، المرجع في الإرشاد التربوي، بيروت، أكاديميا، ٢٠٠٠.
٣٦. يوسف مصطفى قاضي، الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي، الرياض، دار المريخ.

37. Bugental, J. F. (1987). The Art of the Psychotherapist. Norton, New York.
38. Corey Gerald, Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy, 5th edition, London, Brooks/Cole Publishing Company, 1996.
39. Corey, G. (1996). Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy. Brooks / Cole Publishing Company, New York.
40. Deurzen-Smith, E. V. (1990). Existential Therapy. Sage, London.
41. Deurzen-Smith, E. V. (1991). Ontological Insecurity Revisited. Journal of the Society for Existential Analysis, 2, 38-48.

42. Deurzen-Smith, E. V. (1992). Dialogue as Therapy. *Journal of the Society for Existential Analysis*, 3, 15-23.
43. Fischer, C. & Fischer, W. (1983). Phenomenological-Existential Psychotherapy. In M Hensey et al (Eds.). *The Clinical Psychology Handbook: Vol. 2*. Pergamon Press, New York.
44. Frankl, V. (1963). *Man's Search for Meaning*. Beacon, Boston.
45. Frankl, V. (1978). *The Unheard Cry for Meaning*. Simon & Schuster, New York.
46. Hattie ,J.A.؛ Myers, J.E.؛ Sweeney, T.J. (2004). "A factor structure of wellness: Theory, assessment, analysis and practice". *Journal of Counseling and Development* **82**: 354–364. [doi:10.1002/j.1556-6678.2004.tb00321.x](https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2004.tb00321.x).
47. In *Chronic Schizophrenics* ". *Brit. J. Psychiat.*, 121,259-64.
48. Keyes ,Corey (2002). "The mental health continuum: from languishing to flourishing in life". *Journal of Health and Social Behaviour* **43** (2): 207–222. [doi: 10.2307/ 3090197](https://doi.org/10.2307/3090197). [JSTOR 3090197](https://www.jstor.org/stable/3090197).
49. Lader , M. H. (1969). "Studies in Anxiety" RMPA special Publications, Headly Bros. Ltd., Kent.
50. Laing, R. D. (1967). *The Politics of Experience*. Ballantine, New York.
51. Lancu , The (1972). "Are Anticonvulsants Trtatogenic. "2, 883.

52. Lancu, (1972) ,"Siezures and The Tragic Flaw , " 1,1003-4.
53. Lancu, (1972)," Biochemistry and Drug Teratment of Depression ," 1,1001-2.
54. Lancu, (1972)." Thyrotropin Releasing Hormone and Depression " 2,1015-16.
55. Lancu, (1973). " Operations for Behaviour Disorders of Temporal Lobe Epilcpsy. 11,953.
56. Lewis A.J. (1934) " Melancholia : A clinical survey of depressive states ," J.M. Sic.,80,277-95.
57. Macdonald , J. M. (1985)." Psychiatry and The Criminal ," Springfield , Illinois , Charles C. Thomas.
58. Malcolm, M.T ,.& Madden , J. S. (1973)." The Usc of Disulfiram Implantation in Alcoholism ". Brit. J. Psychiat.. 123,41-45.
59. Marks , I., et al (1971) " Flooding Versus Desensitization in the Treatment of Phobic Patients ".Brit.J Psychiat..119.353-75.
60. Martin C.R.A. (1966) " Nocturnal Enuresis , a new approacg. " London : H.K. Lewis & Co. Ltd.
61. Maslow. A(1970): motivation and Personality Harper & Row publisher. New York.
62. Maxwell Jones (1968)." Social Psychiatry in Practice. " London : Pelican Original , Penguin Books.

63. May, R. & Yalom, I. (1995). Existential Psychotherapy. In R. Corsini & D. wedding (Eds.), Current Psychotherapies. Pea*****, Itasca.
64. May, R. (1958). The Origins and Significance of the Existential Movement in Psychology. In R. May et al (Eds.). Existence: A new Dimension in Psychiatry and Psychology. Basic Books, New York.
65. May, R. (1975). The Courage to create. Norton, New York.
66. May, R. (1981). Freedom and Destiny. Norton, New York.
67. Mayer-Gross, Slater , E., & Roth, M. (1969)." Clinical Psychiatry." London : Bailliere , Tindall & Cassel.
68. Mendels , J., & Secunda , S.K. (1972)." Acontrolled Study of Antidepressant Effect of Lithium Carbonatc." Arch. Gen. psychiat., Vol. no.2,154-57.
69. Mendelson. J.H &Mello , N.K (1976). "Behavioral and Biochemical Interrelations in Alcoholism." Qmoted from Ann. Review of Medicine Vol 27 , 321- 33.
70. Myers ،J.E.؛ Sweeny, T.J.؛ Witmer, J.M. (2000). "The wheel of wellness counseling for wellness: A holistic model for treatment planning. Journal of Counseling and Development" .Journal of Counseling and Development **78**: 251–266. [doi: 10. 1002/ j. 1556- 6676. 2000. Tb 01906. x](https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2000.tb01906.x).
71. Noyes, A.P.,& Kolb , L.C. (1968)." Moderin Clinical Psychiatry." Philadelphia ;W.B. Sunders Co.

72. O,neale , p & Robins , Lee N. (1959)." Childhood Patterns Predictive Of Schizophrenia a 30 years follow-up study ," Amer.J.Psychiat.,115,385-668.
73. Philip Solomeon& Vernon D. Path. (1974)." Handbok of Psychiatry , California : Lange Medical Publications.
74. Proc. Roy > Soc. Med, (1972)." Endocrine Factors Affecting the Maturation of The Brain ," Vol.65,1,585.
75. Proc. Roy > Soc. Med.(1972). " The Pathology of Mental Defect " Vol.
76. Robinson.Nancy M.Janos P.M (1986): Psychological Adjustment in a Collnge Level Program of Market Academic Acceleration. Joural of Outh and Adolescence. Vol (15).
77. Rollo – may (1960) ," Existential Psychologh ". New York : Ranadom House.
78. Rosen. Ismond (1964) ", The Pathology and Treatment of Sexual Deviation ". London : Oxford University Press.
79. Russel Davis. D. (1972)." An Introduction to Psychopatho; ogh., London : Oxford Medical publications
80. Ryckman(1978): Thcories of personality. D.van Nostrand com. New York.
81. Sahakiam. Williams (1966): Psychology of Personality. Reading in Theory. Secand Edition.
82. Sainsbury , p. (1955)." Suicde in London ,, London : MaudsleyNonograph , Chapman &Hill.

83. Saracoglu. Berenice & Others (1989): The Adjustment of Students With Learning Disabilities to University and Its Relationship To self Esteem and self-Efficacy Journal of Learning Disabilities Vol(22).
84. Sartre, J. (1971). Being and Nothingness. Bantam Books, New York.
85. Satgant. w& Slater , E. (1972) "physical Methods of Treatment in." London. E, s. Livingstone Ltd.
86. Silver Stone , T. & Barraciough , B. (1976)." Contemporary ". Kent. Headley Bros. Ltd , Brit. J. psychiat , Special PublicationsNoq.
87. Slater , E. (1965)." Diagnosis of Hysteria" Br. Med. J, 1395.
88. Stafford – Clark , D. (1967).. " psychiatry for tudent." London : George Allen & Unwin Ltd.
89. Stengel , E. & Cook. N. (1958)." Attempted Suicde ," London : University Tutorial press Ltd.
90. Stengel ,E. (1945),. " The Relationship between Obsession Neurosis and psychotic Reaction Types." J. M. Sci. .91.160-6.
91. Tillich, P. (1952). The Courage to be. Yale University Press, New Haven.
92. Torrance E.P & Storm (1965) Mental Helth and Achieveneml secand Edition John Wiley & Sons Inc. Com New York.

93. Valerie Cowie (1971) " Amniocentesis : A means of Prenatal diagnosis of conditions associated with severe mental subnormality ". Brit J. Psychiat.; 8 ,83-86.
94. Wagner. W. G. (1991): Brief Term Psychological Adjustment of Sexually Abused Children Child Study Journal Vol (12).
95. Walk , A., &Coppen , A. (1967)."Recent Advaces in Schizophrenia ,, RMPA Special Publications , Headley Bros. Ltd., London.
96. West , D.J. (1960)." Homosexuality." London : A Pe; ican , penguins.
97. WHO Technical Report Series No , 371 (1967). " Research in psychopharmacology."
98. WHO Technical Report Series No. 275 (1964). "Psychosomatic Disorders ".
99. WHO Technical Report Series No.381 (1968)." Neurophysiological and Behavioral Research in psychiatry ".
100. Witmer ,J.M.؛Sweeny, T.J. (1992). "A holistic model for wellness and prevention over the lifespan". Journal of Counseling and Development **71**: 140–148. [doi: 10.1002/j.1556-6676.1992.tb02189.x](https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1992.tb02189.x).
101. Woodworth , S. & Sheehan , M.R. (1964)." Contemporary Schools of psychology " New York :Ronald Press.
102. Yalom, I. (1980). Existential Psychotherapy. Basic Books, New York.