

جامعة الجزائر "2"

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

فعالية العلاج النفسي الجماعي في تحسين المعاش النفسي (خفض القلق والاكتئاب
و تحسين تقدير الذات و مركز التحكم) عند أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة "داون"

في إطار نظرية النماذج الوبائية

**The Effectiveness of psycho-therapy to improve the Psychic life (Scale down
the anxiety and depression and improve the self-esteem and control center)
for group of the parents of people with Down syndrome
with Epidemiology model theory**

أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه علوم تخصص علم النفس العيادي

إعداد الطالبة: عبدالرحمان شميصة

لجنة المناقشة:

1-الأستاذ براهيم شبلبي (رئيسا).

2-الأستاذة عنو عزيزة (مقررة).

3-الأستاذ لرينونة محمد يزيد (عضوا).

4-الأستاذة بوخاري سهام (عضوة).

5-الأستاذة بيشينار سامية (عضوة).

6-الأستاذة بادي نورة (عضوة).

السنة الجامعية: 2020 – 2021

UNIVERSITY ALGER"2"
FACULTY OF SOCIAL SCIENCE
DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

**The Effectiveness of psycho-therapy to improve the Psychic
life (Scale down the anxiety and depression
and improve the self-esteem and control center)
for group of the parents of people with Down syndrome
with Epidemiology model theory**

Memory of science doctoral in clinical psychology

Prepare by: Abderrahmane Choumaissa

Disputation counsel:

- 1- Prof Brahimi Chabelli(president).**
- 2- Prof Annou Azziza(reporter).**
- 3- Prof Larinouna Mohamed Yazid(member).**
- 4- Prof Boukhari Sihem(member).**
- 5- Prof Bichinar Samia(member).**
- 6- Prof Baddi Nouara(member).**

University Year: 2020/2021

إهداء

الشكر و العرفان لله عز وجل الذي مهما حمدناه لن نستوفي في حمده و الصلاة و السلام على من لا نبي بعده محمد بن عبد الله عليه أفضل الصلاة وأزكى التسليم وبعد :

أهدي ثمرة جهدي إلى الذين قال فيهما الرحمان : "وقضى ربك ألا تعبدوا إلا إياه و بالوالدين إحسانا " إلى من جعل الجنة تحت أقدامها إلى من أوصى بها الرسول ثلاث، إلى منبع الحنان ورمز العطاء، إلى ركيزة عمري إلى سيدة نساء العالم أمي ثم أمي ثم أمي الحبيبة أدامها الله ورعاها.

إلى سند حياتي إلى الذي سقى لي درب الحياة و بحر العلم و التعليم إلى الذي لطالما أحب أن يراني كما أريد، إلى بر أماننا أبي الغالي أدامه الله تاجا فوق رؤوسنا.

وإلى من ربياني صغيرة و يفرحهما و يشرفهما ناجحي :

إلى من كان نطقها حكمة و صمتها عبرة، إلى الصدر الذي حماني و ساعدني طيلة هذه السنين و أمدتني بالقوة في الأزمات إلى جدتي الغالية أطال الله في عمرها.

إلى من جعلني أتعلم معاني الحياة و الصبر و الإعتماد على الذات إلى مثلي الأعلى جدي العزيز "محمد" رحمه الله و أسكنه فسيح جناته.

إلى من ساعدتني في دربي و كانت لي الصدر الحنون : خالتي الحبيبة و زوجها المحترم "بوعلام" و فرائداتها الجميلات : هديل و هدى و الكتكوت الصغير "ياسين".

إلى أختي الغالية "خليدة" و زوجها و عصافيرها الصغار " محمد و يوسف ".

إلى أخي الحنون "محمد" و زوجته "تسيمة" و براعمهما الثلاث: "عماد الدين"، "محمد أمين" و "عبدالعظيم".

وإلى توأم روحي أختي "كافية" و زوجها العزيز "أحمد".

إلى لب قلبي أخي "ياسين" و زوجته "سلمى".

إلى ونيستي في الحياة أختي "وداد" و أتمنى لها النجاح في حياتها.

إلى الحبوبة أختي "شيماء" و زوجها "فاتح" و صغيرهما "عبد الصمد الألبوشي".

وإلى الوردة الدلوعة أختي "إسراء" و أتمنى لها الرقي و النجاح في حياتها.

إلى نصفي الثاني، إلى من حفزني و شجعني على مواصلة المشوار الدراسي بدعمه المعنوي و تفهمه زوجي الغالي "عبدالرحمان".

إلى " أب و أم زوجي الكريمين و كل عائلته " عائلة بوحاسين" من الكبير إلى الصغير.

إلى كل من يعرفني من قريب أو بعيد .

"شميسة"

كلمة الشكر

أشكر الله سبحانه وتعالى الذي خصني برعايته و أنعم علي بالعقل و الصحة
لإتمام هذا العمل .

كما أتقدم بالشكر الجزيل للأستاذة المشرفة

الدكتورة " **عنو عزيزة** " على المجهود الذي بذله قصد إنهاء هذا المشروع.

وإلى كل أساتذة قسم علم النفس الذين ساهموا في تكويني طيلة مرحلة التكوين.

وإلى كل أولياء الأطفال الحاملين لمتلازمة داون المنخرطين في الجمعية
الولائية لادماج المصابين بالتريزوميا " **ابتسامة 21** " البلدية الذين ساعدوني
و ساهموا في إنجاز هذا العمل، وخاصة السيّد " **جعفري محمد** " رئيس
الجمعية.

أشكر كل من ساعدني من قريب ومن بعيد لإنجاز هذا العمل .

إلى كل هؤلاء جميعا تحية شكر و عرفان .

الفهرس

فهرس الجداول.

الملخص باللغة العربية.

الملخص باللغة الأجنبية.

1.....مقدمة.

الباب الأول: الجانب النظري

الفصل الأول: الإطار النظري العام للدراسة

5.....1- الإشكالية:

10.....2- الفرضيات:

12.....3- تحديد المفاهيم:

20.....4- أهداف الدراسة:

20.....5- أهمية الدراسة:

الفصل الثاني: العلاج النفسي الجماعي

23.....تمهيد

23.....1- لمحة تاريخية عن العلاج النفسي الجماعي

24.....2- مجالات استخدام العلاج النفسي الجماعي

26.....3- نظريات العلاج النفسي الجماعي

29.....4- الأسس النفسية و الاجتماعية للعلاج النفسي الجماعي

30.....5- أساليب العلاج النفسي الجماعي

44.....6- مراحل العلاج النفسي الجماعي

- 44..... دور المعالج النفسي في العلاج النفسي الجماعي.
- 45..... الإعداد للعلاج النفسي الجماعي.
- 46..... تقييم العلاج النفسي الجماعي.
- 48..... خلاصة.

الفصل الثالث: المعاش النفسي

- 53..... تمهيد:
- 53..... متغيرات المعاش النفسي:

1- القلق:

- 54..... تمهيد.
- 54..... 1. الفرق بين القلق والخوف.
- 55..... 1. 2- أنواع القلق.
- 58..... 1. 3- أعراض القلق.
- 60..... 1. 4- أسباب القلق.
- 62..... 1. 5- تشخيص القلق.
- 63..... 1. 6- النظريات المفسرة للقلق:
- 63..... 1. 6. 1- النظرية البيولوجية.
- 63..... 1. 6. 2- النظريات النفسية.
- 68..... 1. 7- قياس القلق.
- 68..... 1. 8- علاج القلق.

2- الاكتئاب:

- تمهيد.....72
2. 1- لمحة تاريخية عن مفهوم الاكتئاب.....72
2. 2- انتشار الاكتئاب ونسبة حدوثه.....73
2. 3- أنواع الاكتئاب و أعراضه.....75
2. 4- أسباب الاكتئاب.....84
2. 5- تشخيص الاكتئاب.....84
2. 6- النظريات المفسرة للاكتئاب.....87
2. 7- قياس الاكتئاب.....99
2. 8- شخصية المكتئب.....100
2. 9- مختلف التناولات العلاجية للاكتئاب.....101
2. 10- علاقة الاكتئاب بالقلق.....109
2. 11- علاقة الاكتئاب بتقدير الذات.....110

3- تقدير الذات:

- تمهيد:.....111
3. 1- تعريف مفهوم الذات.....111
3. 1. 1- التمييز بين الذات والأنا.....112
3. 1. 2- التمييز بين مفهوم الذات وتقدير الذات.....113
3. 1. 3- ارتباط مفهوم الذات بتنظيم الذات.....115
3. 1. 4- تنظيم الذات.....116
3. 2- مكونات مفهوم الذات.....117

3. 3- أبعاد مفهوم الذات.....119
3. 4- خصائص مفهوم الذات.....121
3. 5- مستويات تقدير الذات.....124
3. 6- النظريات المفسرة للذات:.....125
3. 6. 1- نظرية التحليل النفسي.....125
3. 6. 2- النظرية الظاهرية.....126
3. 6. 3- النظرية السلوكية.....129
3. 6. 4- النظرية الاجتماعية المعرفية.....130
3. 7- تقدير الذات والتوافق النفسي.....131
3. 8- مراحل نمو الذات:.....132
3. 9- العوامل المؤثرة في تقدير الذات.....137

4- مركز التحكم:

- تمهيد.....146
4. 1- نشأة مفهوم مركز التحكم.....146
4. 2- أبعاد مركز التحكم:.....149
4. 3- سمات الأفراد الداخليين و الخارجيين في مركز التحكم.....151
4. 4- المفاهيم الجوهرية لمركز التحكم على ضوء نظرية التعلم الاجتماعي.....153
4. 5- المفاهيم المرتبطة بمركز التحكم:.....158
4. 5. 1- الاعتقادات.....158
4. 5. 2- خصائص الشخصية.....159
4. 5. 3- الإسنادات و آثارها.....162

165.....	4. 5. 4- متغيرات التحكم
167.....	4. 5. 5- التفسير اليومي ومعيار الداخلية
169	4. 5. 6- مرغوبية الوجهة الداخلية للتحكم مقارنة بالوجهة الخارجية
171.....	4. 6- العوامل المؤثرة على مركز التحكم
173.....	4. 7- فعالية مركز التحكم:
173.....	4. 7. 1- فعالية مركز التحكم على مستوى الصحة العامة
174.....	4. 7. 2- فعالية مركز التحكم على مستوى تحمل الضغوط
174.....	4. 8- مركز التحكم و التوافق
176.....	خلاصة

الفصل الرابع: متلازمة "داون"

178.....	تمهيد:
178.....	1- تعريف الإعاقة الذهنية
179.....	2- تصنيف الإعاقة الذهنية:
179.....	2. 1- تصنيف الإعاقة حسب نسبة الذكاء
180.....	2. 2- تصنيف الإعاقة بحسب الأسباب التي أدت إليها
180.....	2. 3- تصنيف الإعاقة حسب الشكل الخارجي
180.....	3- لمحة تاريخية عن متلازمة "داون"
181.....	4- أسباب حدوث متلازمة "داون":
181.....	4. 1- العوامل الداخلية
182.....	4. 2- العوامل الخارجية
183.....	5- أنواع متلازمة "داون"

185.....	6- خصائص متلازمة "داون".
190.....	7- التشخيص الطبي لمتلازمة داون.
191.....	8- التكفل بالمصابين بمتلازمة داون.
192.....	9- الوقاية.
194.....	خلاصة.

الفصل الخامس: نظرية النماذج الوبائية

196.....	تمهيد:
196.....	1- تعريفات الشخصية.
199.....	2- نظريات الشخصية:
199.....	1. 1- النظريات الاستعدادية.
204.....	2. 2- النظريات النفسدينامية.
208.....	2. 4- النظرية الظاهرية.
210.....	3- علاقة الشخصية بالأمراض العضوية:
210.....	3. 1- النظريات السيكوسوماتية.
210.....	3. 2- النماذج الوبائية:
211.....	3. 2. 1- نظرة تاريخية عن حركة التتميط.
212.....	3. 2. 2- تعريف النمط السلوكي.
213.....	3. 2. 3- أنماط السلوك:
213.....	أ- نمط السلوك "أ":
215.....	أ. 1- خصائص الأفراد من النمط "أ".
217.....	أ. 2- النماذج التي تشرح كيفية تأثير النمط "أ" على أمراض القلب.

أ.3-	بعض الدراسات التي قامت حول هذا النمط.....	218
ب-	نمط السلوك "ب".....	218
ج-	نمط السلوك "ج":.....	222
ج. 1-	خصائص الأفراد من النمط "ج".....	222
ج.2-	النماذج المقترحة لتفسير النمط السلوكي "ج".....	224
ج. 3-	بعض الدراسات التي قامت حول هذا النمط.....	224
	خلاصة.....	227

الباب الثاني: الجانب التطبيقي

الفصل السادس: الإجراءات المنهجية للدراسة

	تمهيد.....	230
1-	الدراسة الاستطلاعية.....	230
2-	منهج الدراسة.....	233
3-	العينة.....	233
4-	الإطار الزمني و المكاني للدراسة	235
5-	البرنامج العلاجي.....	236
6-	أدوات القياس:.....	252
6. 1-	المقابلة العيادية نصف الموجهة.....	252
6. 2-	مقياس الشخصية.....	253
6- 3-	مقياس القلق لـ"سبيلبرجر - Spilberger".....	254
6. 4-	مقياس الاكتئاب لـ"أ. بيك - A. Beck".....	256

- 257....."Cooper Smith - كوبر سميث - 5- مقياس تقدير الذات لـ"
- 260....."Rutter - روتر - 6- مقياس مركز التحكم لـ"
- 263.....الإحصائية المستخدمة في الدراسة:.....7- الأساليب
- 264.....خلاصة.....

الفصل السابع: عرض النتائج وتفسيرها

- 266.....-1 عرض و مناقشة نتائج الفرضيات:.....
- 266.....-1.1 عرض و مناقشة نتائج الفرضيات الجزئية:.....
- 266.....1. 1- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى.....
- 268.....1. 1- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية.....
- 269.....1. 1- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة.....
- 270.....1. 1- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الرابعة.....
- 272.....1. 1- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الخامسة.....
- 273.....1. 1- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية السادسة.....
- 274.....1. 1- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية السابعة.....
- 275.....1. 1- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثامنة.....
- 277.....1. 1- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية التاسعة.....
- 278.....1. 1- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية العاشرة.....
- 279.....1. 1- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الحادية عشر.....
- 280.....1. 1- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية عشر.....
- 281.....1. 1- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة عشر.....
- 284.....1. 1- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الرابعة عشر.....
- 287.....1. 2- عرض ومناقشة نتائج الفرضية العامة.....
- 300.....-1 الاستنتاج العام.....
- 306.....-2 الخاتمة.....
- 310.....-3 المراجع.....

4- الملاحق.

فهرس الجداول، الأشكال والمخططات:

الصفحة	العنوان	الرقم
55	جدول يبين الفرق بين الخوف والقلق العادي	01
78	جدول يبين الفرق بين الاكتئاب النفسي العصابي والاكتئاب الذهاني	02
79	جدول خاص بالفرق بين الاكتئاب الداخلي المنشأ والخارجي المنشأ من حيث الأسباب-الأعراض-العلاج	03
83	جدول يمثل الأعراض الجسمية، النفسية والانفعالية للاكتئاب، ونسب انتشارها بين المكتئبين.	04
94	جدول يوضح مكونات الثلاثي المعرفي عند "أ.بيك-A.Beck" والأعراض الاكتئابية المصاحبة له	05
96	مخطط (تفسيرات، إدراكات، ذكريات وتخيلات)	06
107	شكل يوضح مثلا تصوريا على أساس نظرية "أ.إليس-A.Ellis"	07
115	مخطط يوضح الفرق بين مفهوم الذات وتقدير الذات.	08
122	شكل يبين تقديرات التصرف في الحالات الخاصة	09
123	شكل يبين مجموعة بنى الذات	10
149	شكل يمثل مفهوم مركز التحكم على محور أحادي البعد وثنائي الاتجاه.	11
182	جدول يبين نسبة حدوث متلازمة داون حسب عمر الأم	12
186	جدول يلخص مظاهر التطور الأساسية لدى الأطفال ذوي متلازمة داون مقارنة بالأطفال العاديين	13
220	جدول يبين بروفييل نمط السلوك "أ" و نمط السلوك "ب"	14
234	جدول يبين خصائص أفراد العينة	15
238	جدول يبين برنامج العلاج النفسي الجماعي للمجموعة الأولى (مرحلة الطفولة الأولى)	16
241	جدول يبين برنامج العلاج النفسي الجماعي للمجموعة الثانية (مرحلة التمدرس)	17
245	جدول يوضح برنامج العلاج النفسي الجماعي للمجموعة الثالثة (مرحلة المراهقة)	18

249	جدول يوضح برنامج العلاج النفسي الجماعي للمجموعة الرابعة (فوج الاستشارة)	19
254	جدول يوضح نسبة الموافقة على مقياس الشخصية لـ"سولي بن سباط"	20
256	جدول يوضح مستويات تقدير الاكتئاب باستخدام مقياس "أرون بيك - Aron Beck" للاكتئاب.	21
258	جدول يوضح المقاييس الفرعية لاختبار "كوبر سميث-Cooper Smith" لتقدير الذات.	22
259	جدول يبين مستويات تقدير الذات "كوبر سميث-Cooper Smith"	23
266	جدول يوضح الفروق في درجة القلق لدى أفراد العينة الذين يتسمون بنمط السلوك "أ" قبل العلاج وبعده.	24
268	جدول يوضح الفروق في درجة الاكتئاب لدى أفراد العينة الذين يتسمون بنمط السلوك "أ" قبل العلاج وبعده.	25
269	جدول يوضح الفروق في تقدير الذات لدى أفراد العينة الذين يتسمون بنمط السلوك "أ" قبل العلاج وبعده.	26
270	جدول يوضح الفروق في مركز التحكم لدى أفراد العينة الذين يتسمون بنمط السلوك "أ" قبل العلاج وبعده.	27
272	جدول يوضح الفروق في درجة القلق لدى أفراد العينة الذين يتسمون بنمط السلوك "ب" قبل العلاج وبعده.	28
273	جدول يوضح الفروق في درجة الاكتئاب لدى أفراد العينة الذين يتسمون بنمط السلوك "ب" قبل العلاج وبعده.	29
274	جدول يوضح الفروق في تقدير الذات لدى أفراد العينة الذين يتسمون بنمط السلوك "ب" قبل العلاج وبعده.	30
275	جدول يوضح الفروق في مركز التحكم لدى أفراد العينة الذين يتسمون بنمط السلوك "ب" قبل العلاج وبعده.	31
277	جدول يوضح الفروق في درجة القلق لدى أفراد العينة الذين يتسمون بنمط السلوك "ج" قبل العلاج وبعده.	32
278	جدول يوضح الفروق في درجة الاكتئاب لدى أفراد العينة الذين يتسمون بنمط السلوك "ج" قبل العلاج وبعده.	33

279	جدول يوضح الفروق في تقدير الذات لدى أفراد العينة الذين يتسمون بنمط السلوك "ج" قبل العلاج وبعده.	34
280	جدول يوضح الفروق في مركز التحكم لدى أفراد العينة الذين يتسمون بنمط السلوك "ج" قبل العلاج وبعده.	35
281	جدول يوضح الفروق في درجة القلق لدى أفراد العينة الإناث قبل العلاج وبعده.	36
282	جدول يوضح الفروق في درجة الاكتئاب لدى أفراد العينة الإناث قبل العلاج وبعده	37
282	جدول يوضح الفروق في تقدير الذات لدى أفراد العينة الإناث قبل العلاج وبعده.	38
283	جدول يوضح الفروق في مركز التحكم لدى أفراد العينة الإناث قبل العلاج وبعده.	39
284	جدول يوضح الفروق في درجة القلق لدى أفراد العينة الذكور قبل العلاج وبعده.	40
285	جدول يوضح الفروق في درجة الاكتئاب لدى أفراد العينة الذكور قبل العلاج وبعده.	41
285	جدول يوضح الفروق في تقدير الذات لدى أفراد العينة الذكور قبل العلاج وبعده.	42
286	جدول يوضح الفروق في مركز التحكم لدى أفراد العينة الذكور قبل العلاج وبعده.	43
287	جدول يوضح القلق كحالة و سمة لدى أفراد العينة قبل العلاج وبعده.	44
288	جدول يوضح الفروق في درجة الاكتئاب لدى أفراد العينة قبل العلاج وبعده.	45
288	جدول يوضح الفروق في الحزن لدى أفراد العينة قبل العلاج وبعده.	46
289	جدول يوضح الفروق في التشاؤم لدى أفراد العينة قبل العلاج وبعده	47
289	جدول يوضح الفروق في الشعور بالفشل لدى أفراد العينة قبل العلاج وبعده	48
290	جدول يوضح الفروق في عدم الرضى لدى أفراد العينة قبل العلاج وبعده	49

290	جدول يوضح الفروق في الشعور بالذنب لدى أفراد العينة قبل العلاج وبعد	50
291	جدول يوضح الفروق في عدم حب الذات وإيذاء الذات لدى أفراد العينة قبل العلاج وبعد	51
292	جدول يوضح الفروق في الانسحاب الاجتماعي لدى أفراد العينة قبل العلاج وبعد	52
292	جدول يوضح الفروق في التردد لدى أفراد العينة قبل العلاج وبعد	53
293	جدول يوضح الفروق في تغيير تصور الذات لدى أفراد العينة قبل العلاج وبعد	54
293	جدول يوضح الفروق في صعوبة العمل لدى أفراد العينة قبل العلاج وبعد	55
294	جدول يوضح الفروق في التعب لدى أفراد العينة قبل العلاج وبعد	56
294	جدول يوضح الفروق في فقدان الشهية لدى أفراد العينة قبل العلاج وبعد	57
296	جدول يوضح الفروق في تقدير الذات لدى أفراد العينة قبل العلاج وبعد.	58
296	جدول يوضح الفروق في الذات العامة، الذات الاجتماعية، المنزل والوالدين والعمل لدى أفراد العينة قبل العلاج وبعد.	59
298	جدول يوضح الفروق في مركز التحكم الداخلي ومركز التحكم الخارجي وبعد.	60
298	جدول يوضح الفروق في مركز التحكم الداخلي ومركز التحكم الخارجي لدى أفراد العينة قبل العلاج وبعد.	61

الملخص:

هدفت الدراسة لمعرفة مدى فعالية العلاج النفسي الجماعي في تحسين المعاش النفسي لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون، وهم أمهات وآباء ينتمون إلى جمعية المصابين بمتلازمة داون لولاية البليدة "ابتسامة 21". وقد تم اختيار 62 ولي (12 أب و 50 أم يعانون من القلق، الاكتئاب وسوء تقدير الذات بسبب إنجاب طفل مصاب بهذا التشوه، عن طريق تطبيق مقياس الشخصية لـ "سولي بن سباط" بغرض اختيار الأنماط السلوكية (نمط السلوك "أ"، "ب" و "ج"). وعليه تم تطبيق العلاج النفسي الجماعي على هذه المجموعة لمدة أربعة أشهر بمعدل جلسة واحدة أسبوعياً لمدة 60 دقيقة. ولمعرفة مدى فعالية البرنامج المطبق على هذه الفئة من الأولياء لقد تم الاعتماد على حساب قيمة "ت" وذلك لاختبار دلالة الفروق بين القياسين القبلي و القياس البعدي للمقاييس التالية: مقياس القلق لـ "سبييلبرجر - Spielberger"، مقياس الاكتئاب لـ "أ. بيك - A. Beck"، مقياس تقدير الذات لـ "كوبر سميث - Cooper Smith" و مقياس مركز التحكم لـ "روتر - Rotter".

ولقد أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي للعلاج النفسي الجماعي في مقياس القلق، الاكتئاب ومركز التحكم، أمّا فيما يخص مقياس تقدير الذات فلم يظهر هناك فرق بين القياسين القبلي والبعدي، كما لاحظنا وجود فروق دالة إحصائية بين نتائج الأولياء في القياسين القبلي والبعدي على حسب اختلاف أنماط سلوكهم (نمط السلوك "أ"، "ب" و "ج")، بالإضافة إلى وجود فروق بين أمهات و آباء المصابين بمتلازمة داون، و هذا ما يؤكد فعالية العلاج النفسي الجماعي.

❖ الكلمات الدالة:

- 1- أنماط السلوك (نمط السلوك "أ"، نمط السلوك "ب" و نمط السلوك "ج").
- 2- المعاش النفسي (القلق، الاكتئاب، تقدير الذات ومركز التحكم).
- 3- العلاج النفسي الجماعي.
- 4- نظرية النماذج الوبائية
- 5- متلازمة داون.

ABSTRACT :

This study is attribute for group of 62 persons (Fathers and mothers of people with Down syndrome); And the chosen ones from the state Association Integration of trisomic “ AWIT Ibtissama 21” Blida with a test of personality “**Soly Ben Sabat**” in order to chose the types of behavior (A , B and C). Accordingly, psychological treatment was applid weekly for aperiod of four months, for an objectif to make the efficacy of the group’s therapy for the diminution of anxiety, depression and self- esteem degree.

To find out the effectiveness of group psycho-therapy for this group, a calculation of the value of “T” test, is used to test the significance of the differences between the pre and post measures of the following scales: Anxiety scale ” **Spielberger**”, Depression scale “**A.Beck**”, Self-Esteem scale “**Cooper Smith**” and Control center scale “**Rotter**”.

Where the result showed statistically significant differences between the pre and post measures of group psychotherapy in the scale of anxiety, depression and the control center. As for the measures of self-esteem, it did not show any differences, we noticed differences between parents according to their different behavior patterns and differences between mothers and fathers of children with this deformity and this confirms the effectiveness of group psychotherapy.

❖ Key words :

- 1- Behavior patterns(type A, B and C).
- 2- Psychic life(Anxiety, Depression, Self-Esteem and Control center).
- 3- Psychotherapy.
- 4- Epidemiology model theory
- 5- Down syndrome.

مقدمة:

لقد أدى التطور العلمي إلى تغيرات كبيرة في حياة الإنسان وطريقة تعامله، فالتحولات السريعة جعلت الفرد يغيّر مفاهيمه لتناسب والواقع الجديد، كما أن مشكلة الراحة والترفيه وإرتفاع المستوى المعيشي للفرد قد فرضت عليه تبني أساليب تتلاءم والقيم الجديدة، وبهذا تحدث مشكلات سوء التوافق.

ذلك أنه عندما يجد الفرد نفسه عاجزا عن التوفيق بين دوافعه و حاجاته من جهة وبين الواقع الذي يعيشه من جهة أخرى، لأسباب عضوية كالإصابة بمرض معين، اجتماعية كفقْدان الوظيفة أو الطلاق، أو عوامل نفسية كالقلق، الاكتئاب بسبب إزدياد طفل معاق حركيا أو ذهنيا للعائلة مثلا، إلى غير ذلك من الاضطرابات النفسية، تظهر لديه أحاسيس وانطباعات غير مريحة تنتج عن سوء التكيف و عدم الإنسجام مع الواقع، ولكل فرد طريقة للإستجابة لهذه الوضعية الضاغطة، وهذا الإختلاف في الإستجابات راجع إلى إختلاف المعاش النفسي للأفراد وقدرة الأنا على حل الصراعات الداخلية و الخارجية، طريقة التفكير و الإدراك، كيفية إستدخال المواقف و الوضعيات المعاشة وترجمتها إلى إنفعالات والآليات الدفاعية المتدخلة في ذلك، فمنهم من يستجيب بالإضطرابات النفسية كالقلق، الإكتئاب والإنسحاب الإجتماعي، ومنهم من يجعل جسمه مسرحا للتفريغ الإنفعالي، فيختار أحد أعضاء جسمه ليكون عرضة للإصابة بأحد الأمراض السيكوسوماتية كالربو، السكري، القلب والسرطان، إلى غير ذلك من أمراض العصر.

وعليه فإنّ الإعاقة الذهنية تعتبر إحدى الإصابات التي قد يولد بها الطفل نتيجة خلل خلال تكوّن الجنين أو أثناء مرحلة الحمل إذ ينمو الطفل ناقصا أوغير كامل القدرات والإمكانيات العقلية، وهي أن يكون مستوى الأداء العقلي العام دون المتوسط، ينشأ أثناء فترة الارتقاء ويصاحبه خلل في جانب أو أكثر من الجوانب التالية: النضج، التعلّم والتوافق الاجتماعي.

كما تجدر الإشارة إلى أن للإعاقة الذهنية تصنيفات مختلفة حسب نسب الذكاء باستخدام مقاييس القدرة العقلية مثل: ستانفورد بينيه، أو مقياس وكسلر للذكاء وغيرها من المقاييس، أو حسب الأسباب المؤدية إليها، وهناك تصنيف حسب الشكل الخارجي المميّز لكل حالة، مثل متلازمة داون، الذي ظهر الاهتمام بها منذ منتصف القرن التاسع عشر، والتي تعتبر من أكثر الإعاقات الذهنية تزايدا في العالم، حيث لم تتفق كل الدراسات التي أجريت لمعرفة نسبة حدوث حالة متلازمة داون من بين حالات الولادة الطبيعية في الوصول إلى نسبة محددة تصلح لأن تعمم على كل بقاع العالم، إذ اختلفت الدراسات التي أجريت حسب اختلاف مكان إجرائها وحجم العينات التي شملتها، فنتائج بعض الدراسات تشير إلى حدوث حالة متلازمة داون واحدة في كل 1000 حالة ولادة طبيعية،

و بعضها تشير إلى حدوثه في كل 700 حالة ولادة طبيعية إلى غير ذلك، المهم في الأمر أنها جميعا تدل على أنّ نسبة حدوث حالات متلازمة داون نسبة كبيرة لا يستهان بها.

وتعرف هذه الإعاقة على أنها مجموعة من الأعراض الناتجة عن خلل كروموزومي، إذ يوجد ثلاث كروموزومات على مستوى الزوج 21 بسبب خلل في الإنقسام الخلوي. وقد يصاحب هذا التشوه اضطرابات عضوية (كاضطرابات اللغة، اضطرابات المشي، القلب، اضطراب الغدد، السمع والبصر) وهذا ما يعزز إحساس الوالدين بالعجز وعدم القدرة على رعاية هؤلاء الأطفال، مما يسبب لهم مشاعر القلق، الاكتئاب، الخوف، مما يجعلهم في حاجة ماسة إلى المساعدة النفسية عن طريق طرق العلاج المختلفة كالعلاج النفسي الجماعي مثلا.

وعليه إرتأينا القيام بهذا البحث لدراسة مدى فعالية العلاج النفسي الجماعي في تحسين المعاش النفسي عند أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون (التريزوميين) تحت إطار نظرية النماذج الوبائية. ومن دوافع اختياري لهذا الموضوع هو كوني أعمل في الجمعية الولائية لادماج المصابين بالتريزوميا "ببتسامة 21" البلدية، التي تتكفل بهذه الشريحة، ومن بين أكبر الصعوبات التي نواجهها في عملية التكفل هي عدم مساهمة الأولياء في هذه العملية وهذا راجع لعدم تقبل البعض منهم لأبنائهم بسبب إصابتهم بهذا التشوه ومعاناة البعض الآخر من القلق والاكتئاب بسبب العجز وعدم القدرة على التعامل معهم بسبب عدم معرفتهم لهذا التشوه الكروموزومي.

وتبعا لذلك فقد تم تقسيم البحث إلى جانبين:

- **الجانب النظري:** حيث يشمل الفصل الأول المتعلق بالإطار النظري العام للدراسة، والذي يحتوي بدوره على الإشكالية، الفرضيات وتحديد المفاهيم مع التطرق إلى أهداف وأهمية الدراسة. ويتضمن الفصل الثاني العلاج النفسي الجماعي، والفصل الثالث المعاش النفسي بالتطرق إلى كل من القلق، الاكتئاب، تقدير الذات ومركز التحكم. فيما يتضمن الفصل الرابع على موضوع الاضطراب الكروموزومي - متلازمة داون-، تعريفه، أسبابه، أعراضه والعلاج المتبع مع هذه الفئة من الأطفال. أما الفصل الخامس فهو مخصص لأنماط السلوك، حيث سيتم التعرف على أنماط السلوك الثلاثة ومميزات كل نمط سلوكي.
- **الجانب التطبيقي:** يشتمل على فصلين: الفصل السادس الذي يتضمن الإجراءات المنهجية والميدانية للدراسة كمنهج الدراسة، الدراسة الاستطلاعية، وتحديد مكان وزمان الدراسة، العينة وأدوات القياس والمعالجة الإحصائية. أما الفصل السابع والأخير فيتضمن عرض وتفسير النتائج، تحليل ومناقشة نتائج الفرضيات، الإستنتاج العام وأخيرا الخاتمة والإقتراحات مع ذكر المراجع والملاحق.

الباب الأول:

الجانب النظري

الفصل الأول: الإطار النظري العام للدراسة.

1- الإشكالية.

2- الفرضيات.

3- تحديد المفاهيم.

4- أهداف الدراسة.

5- أهمية الدراسة.

5. 1- أهمية الدراسة من الناحية النظرية.

5. 2- أهمية الدراسة من الناحية التطبيقية.

1- الإشكالية:

يشهد العالم المعاصر ثورة في المعلومات لم يسبق لها مثيلا، تحولت معها الكرة الأرضية إلى قرية عالمية. وما كان ذلك ليحدث لولا حركة التقدم العلمي والتكنولوجي والاكتشافات الحديثة التي تلعب دورا كبيرا في تحقيق الرفاهية للبشرية. بيد أن الإنسان سرعان ما دفع ضريبة التقدم، إذ أصبح يعيش عصر السرعة وأخذت الحياة اليومية في التعقيد، وإيقاع الزمن أسرع من ذي قبل، وبدأت تظهر أمراض عديدة في هذا العصر، وأصبحت هذه الأمراض تهدد تفنك بصحة الإنسان النفس جسمية، وأصبحت الضغوط النفسية والاجتماعية سمة من سمات هذا العصر. هذا ما انتهت إليه العديد من الدراسات، إذ توصلت إلى أن هذه الضغوط (كالضغوط الاجتماعية، مثل إنجاب طفل مصاب بإعاقة جسمية، إعاقة عقلية أو تأخر عقلي أو تأخر في النمو الحسي الحركي، كما هو الحال مع الأطفال التريزومين) قد تسبب للإنسان العديد من الإضطرابات النفسية مثل: الشعور بالقلق والإحباط، الإكتئاب، سوء تقدير الذات، عدم القدرة على الضبط الذاتي، عدم القدرة على التحكم في الأمور و الشعور بالعجز، أو الاضطرابات النفسجسمية مثل: ارتفاع ضغط الدم، آلام الظهر، إتهاب المفاصل، الصداع، القرحة، السرطان، السكري، تليف الكبد، أمراض الرئة (أونديكس، 1985) وتصلب الشرايين (براون، 1990) وارتفاع مستوى الكولستيرول (ستيرز، 1991).

وعليه نستخلص من هذه الدراسات أن إستجابات الأفراد للضغوط النفسية والاجتماعية مختلفة، وأن هذا الاختلاف في إستجاباتهم قد ينبع من إختلاف أنماط سلوكهم، و كيفية تعاملهم مع العوامل الخارجية، فهذا الإختلاف في الإستجابات قد تكون له خلفية شخصية، أي أنه راجع إلى نمط السلوك الذي يتصف به الشخص. حسب الدراسات التي أجريت في هذا المجال، كدراسة كريشمر (1921)، دراسة شيلدون (1940) ودراسة روزنمان وفريدمان (1950)، يوجد ثلاثة أنماط أساسية للسلوك وهي: النمط السلوكي "أ"، النمط السلوكي "ب" والنمط السلوكي "ج"، يتميز كل نمط بصفات تختلف عن النمط الآخر، فمن صفات النمط السلوكي "أ" حسب روزنمان وفريدمان (1950) نجد القدرة العقلية الفائقة، العدوانية، التحدي والإجهاد النفسي والإنبساطية، كما يكون لديهم مصدر الضبط داخليا، أما عن النمط السلوكي "ب" حسب قولدن (1984)، فإن هؤلاء الأشخاص يتصرفون بالإسترخاء والإهتمام بالحياة الخالية من المشاكل أكثر من الإهتمام بالنجاح والعمل الجاد، كما يتصرفون بالتححرر من العدوان والمشاركة في الأنشطة الرياضية و العمل الجماعي، بالإضافة إلى تقدير الذات والحكمة، أما فيما يخص النمط السلوكي "ج" فيصنف تيمنشوك (1987) ثلاثة ميزات وهي: الإكتئاب واليأس المكتسب، قمع المشاعر والرغبات وغياب السند الإجتماعي. وكل نمط من

الأنماط الثلاثة قد يؤهل صاحبه للإصابة بأمراض معينة، فمثلا أصحاب النمط السلوكي "أ" مؤهلين للإصابة بالأمراض الوعائية القلبية، وأصحاب النمط السلوكي "ج" معرضون للإصابة بالسرطان.

وعلى ضوء إختلاف أنماط شخصيات الأفراد، فهم يختلفون في ردود أفعالهم، وهذا قد يرجع إلى نوع الصراعات الداخلية والخارجية التي تتعرض لها الأنا، طريقة تعبير الأنا عنها وكيفية حل هذه الصراعات وطبيعة الآليات الدفاعية المستعملة من طرف الأنا. فبعض الأفراد قد يستجيبون بالأعراض النفسية والبعض الآخر بالأعراض الجسمية، وهكذا...، ومن هنا نستطيع القول أن الفروق الفردية الموجودة بين الأفراد قد ترجع إلى إختلاف السير النفسي لكل شخص.

ولقد بينت دراسة "التوظيف النفسي للراشدين في إطار نظرية النماذج الوبائية" (عبد الرحمان، 2012) أن هناك إختلاف في التوظيف النفسي للراشدين باختلاف أنماط سلوكهم، وهذا الإختلاف يشمل حتى الجنس، حيث نجد أن التوظيف النفسي للإناث يختلف على التوظيف النفسي للذكور رغم أنهم يتميزون بنفس النمط السلوكي. ويشترك أصحاب الأنماط الثلاثة في كونهم يعبرون عن سوء التوافق الذي يعانون منه بالانفعالات السلبية كالقلق، الاكتئاب وسوء تقدير الذات التي تحتاج إلى التدخل والتكفل النفسي لهذه الاضطرابات، فمنهم من يستلزم علاجه حصصا نفسية فردية والبعض منهم الإرشاد والتوجيه النفسي أما البعض الآخر فيحتاجون إلى حصص العلاج النفسي الجماعي من أجل التخفيف من حدة هذه الانفعالات.

ويتمثل دور العلاج النفسي الجماعي في علاج عدد من المرضى الذين تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم في جماعة علاجية صغيرة، ويستغل أثر الجماعة في سلوك الأفراد من تفاعل وتأثير متبادل بينهم (بعضهم ببعض)، وبين المعالج بما يؤدي إلى تغيير سلوكهم المشكل أو المضطرب. فالعلاج النفسي الجماعي هو طريقة المستقبل (سري، 2000: 133).

وقد أجريت عدة بحوث لدراسة آثار العلاج النفسي الجماعي مثل: دراسة "بيمان (1956) Peyman"، حيث قارن أثر العلاج بالصدمات الكهربائية المصاحبة للعلاج النفسي الجماعي في جماعتين من مريضات الفصام، ووجد أن نتائج العلاج في الجماعة الأولى كانت أفضل بكثير من نتائجه في الجماعة الثانية التي لم تلق العلاج النفسي الجماعي.

وأضاف "كلايمان (1946) Klapman" طريقة المحاضرات مع مرضى العصاب ومرضى الذهان، وتناول فيها المشكلات الانفعالية والصحة النفسية مع التركيز على حيل التوافق النفسية والصحية، وقد أعد ذلك كتابا خاصا يقرأ كل مريض منه فقرة ويلخصها ويعلق عليها، وكان يسمح للمريض بطرح أي أسئلة في أي وقت ويلي ذلك مناقشة حرة.

كما استخدم "جرين-Green" طريقة المناقشة بنجاح في علاج اللججة، ويوضح أن اللججة نوع من العصاب الجماعي وهي عبارة عن مظهر عضوي لاضطراب في شخصية المريض وعلاقته الاجتماعية، ولذلك يهتم المعالج عن طريق العلاج النفسي الجماعي بالتأثير على شخصية المريض التي تتسم بعدم الشعور بالأمن والإحساس بالقلق وسرعة التأثير والتمركز الشديد حول الذات وعدم النضج الانفعالي والخوف والتهيب من مواقف الكلام.

واستخدم "سلافسون-Slavson" التحليل النفسي الجماعي، حيث كانت تجرى المناقشات عن طريق التداعي الحر من خلال إتاحة الفرصة أحيانا لتحليل الأحلام، ويرى أصحاب هذا الاتجاه أن كل مريض يجلب إلى الجماعة توترا لا شعوريا متصلا بموضوع لا شعوري (خير الزراد، 1984: 130-133).

ويقول "ولف(1967) Wolf" أن طريقة المحاضرات والمناقشات الجماعية يجب أن تستخدم مع الجماعات المتجانسة، بمعنى أن يكون أعضاؤها يعانون من مشكلات متشابهة، ومن أمثلة ذلك: المرضى الذين يعانون من اضطرابات عقلية وانفعالية مثل الفصامين، الكحوليين والمدمنين والذين يعانون من مشكلات اجتماعية مثل: الطلاق، العقم، الشيخوخة والمرضى الذين يحتاجون إلى إجراءات وقائية.

كما تشير دراسة كل من الباحثة "ميروك وداد"(2006) حول فعالية العلاج النفسي الجماعي الموجه بالمحاضرة والمناقشة في التخفيف من أعراض الاكتئاب عند أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا -إعاقة متوسطة- ودراسة الباحثة "مرغني وفاء"(2009) حول فعالية العلاج النفسي الجماعي في التخفيف من حدة القلق والاكتئاب عند المعاقين حركيا والمصابين بنقرحات جلدية، التي بينت فعالية العلاج النفسي الجماعي مع المصابين وأمهاتهم في التخفيف من حدة القلق وأعراض الاكتئاب.

و انطلاقا من هذه الدراسات، يلاحظ أنه لا يكاد يذكر العلاج النفسي الجماعي، إلا ويذكر معه أسلوب المحاضرة والمناقشة لما له من دور فعال في تفاعل أفراد الجماعة.

وبما أن دراستنا تهتم بأولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يعانون من القلق والاكتئاب إلى غير ذلك نتيجة إصابة أطفالهم بهذا التشوه، فإن طريقة المحاضرة والمناقشات تصلح مع مجموعة الدراسة.

ومن خلال كل ما سبق ذكره، سوف نحاول معرفة مدى فعالية العلاج النفسي الجماعي في تحسين المعاش النفسي لمجموعة من أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون، في إطار نظرية النماذج الوبائية (نمط السلوك "أ"، نمط السلوك "ب" ونمط السلوك "ج") مع القيام بالمقارنة بين

إستجابات الأولياء في مختلف مراحل أعمار أطفالهم (مرحلة الطفولة الأولى، مرحلة ما قبل المراهقة وأخيرا مرحلة المراهقة)، وأخيرا المقارنة بين إستجابات الأمهات وإستجابات الآباء.

وعليه سوف يتم تحديد إشكالية الدراسة في التساؤلات العلمية التالية:

- هل هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في تحسين المعاش النفسي (خفض درجة القلق والإكتئاب وتحسين تقدير الذات ومركز التحكم) لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون باختلاف أنماط سلوكهم؟ وهل يمكن أن يكون هناك تأثير لجنس الوالدين على ذلك (الأب والأم)؟

- 1- هل هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في خفض القلق لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "أ" ؟ .
- 2- هل هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في خفض الاكتئاب لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "أ" ؟ .
- 3- هل هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في تحسين تقدير الذات لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "أ" ؟ .
- 4- هل هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في تحسين مركز التحكم لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "أ" ؟ .
- 5- هل هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في خفض القلق لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ب" ؟ .
- 6- هل هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في خفض الاكتئاب لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ب" ؟ .
- 7- هل هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في تحسين تقدير الذات لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ب" ؟ .
- 8- هل هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في تحسين مركز التحكم لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ب" ؟ .
- 9- هل هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في خفض القلق لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ج" ؟ .

- 10- هل هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في خفض الاكتئاب لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ج" ؟ .
- 11- هل هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في تحسين تقدير الذات لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ج" ؟ .
- 12- هل هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في تحسين مركز التحكم لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ج" ؟ .
- 13- هل هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في تحسين المعاش النفسي (خفض القلق والإكتئاب وتحسين تقدير الذات ومركز التحكم) عند أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون ؟.
- 14- هل هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في تحسين المعاش النفسي (خفض القلق والإكتئاب، و تحسين تقدير الذات ومركز التحكم) عند آباء الأطفال المصابين بمتلازمة داون ؟

2- الفرضيات:

• الفرضية العامة:

يمكن أن تكون هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في تحسين المعاش النفسي (خفض درجة القلق والإكتئاب وتحسين تقدير الذات ومركز التحكم) لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون باختلاف أنماط سلوكهم؟ كما يمكن أن يكون هناك تأثير لجنس الوالدين على ذلك (الأب والأم).

• الفرضيات الجزئية:

- 1- يمكن أن تكون هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في خفض القلق لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "أ".
- 2- يمكن أن تكون هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في خفض الاكتئاب لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "أ".
- 3- يمكن أن تكون هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في تحسين تقدير الذات لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "أ".
- 4- يمكن أن تكون هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في تحسين مركز التحكم لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "أ".
- 5- يمكن أن تكون هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في خفض القلق لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ب".
- 6- يمكن أن تكون هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في خفض الاكتئاب لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ب".
- 7- يمكن أن تكون هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في تحسين تقدير الذات لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ب".
- 8- يمكن أن تكون هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في تحسين مركز التحكم لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ب".
- 9- يمكن أن تكون هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في خفض القلق لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ج".

10- يمكن أن تكون هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في خفض الاكتئاب لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ج".

11- يمكن أن تكون هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في تحسين تقدير الذات لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ج".

12- يمكن أن تكون هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في تحسين مركز التحكم لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ج".

13- يمكن أن تكون هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في تحسين المعاش النفسي (خفض القلق والإكتئاب و تحسين تقدير الذات ومركز التحكم) عند أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون .

14- يمكن أن تكون هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في تحسين المعاش النفسي (خفض القلق والإكتئاب و تحسين تقدير الذات ومركز التحكم) عند آباء الأطفال المصابين بمتلازمة داون .

3- تحديد المفاهيم:

3.1- العلاج النفسي الجماعي:

3.1.1- التعريف الاصطلاحي:

العلاج النفسي الجماعي هو علاج عدد من المرضى الذين تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم معا في جماعة علاجية صغيرة، ويستغل أثر الجماعة في سلوك الأفراد من تفاعل وتأثير متبادل بينهم وبين المعالج بما يؤدي إلى تغيير سلوكهم المشكل أو المضطرب. والعلاج النفسي الجماعي هو طريقة المستقبل (سري، 2000: 133).

ومن أهم أهداف العلاج النفسي الجماعي تحقيق التوافق الاجتماعي، الشخصي والنفسي، ويتم ذلك عن طريق الاستعانة بالجماعة كوسط علاجي، ويحاول المعالج في هذا النوع من العلاج استغلال أثر الجماعة في سلوك الأفراد ويؤدي ذلك إلى تعديل سلوكهم المضطرب وكذلك تعديل نظرتهم للحياة (خير الزراد، 1984: 123-124).

يشارك في العلاج النفسي الجماعي مجموعة من الأفراد تجمعهم مشكلة أو مشكلات مشتركة، كاشتراكهم في سمة العدوان، الغيرة الشديدة، الانطواء، الشعور بالنقص وسوء التكيف الأسري، المهني أو التعليمي...إلخ.

ويجتمع هؤلاء الأفراد بمعدل ثلاث مرات أسبوعيا لمناقشة مشكلاتهم النفسية مناقشة جماعية في جو يسمح لهم بالتنفيس الإنفعالي عن المشاعر المكبوتة، وعلى المعالج النفسي أن يشجع كل فرد من هؤلاء الأفراد على المناقشة، التعليق، التفسير والاشترك في وضع الخطة المناسبة لمعالجة مشكلاتهم.

وبعد الانتهاء من كل جلسة من الجلسات العلاجية الجماعية، يجب على المعالج النفسي أن يعطي الفرصة لكل مريض على حدا للاستفسار عما يريده، ولذا من الضروري جدا أن يكون المعالج النفسي على علم ودراية كافية بتاريخ حالة كل مريض، ومن المستحسن أن تسجل هذه المناقشات الجماعية على شريط تسجيل لإعادة الاستماع إليها بين الجلسات لزيادة استبصار المرضى بمشاكلهم وتقييم ذواتهم. وهناك نقطة هامة يجب أن نتداركها وهي أن العلاج النفسي الجماعي ليس بديلا للعلاج الفردي، ولكنه مكمل ومدعم له (الهابط، 1989: 119-120).

3. 1. 2- التعريف الإجرائي:

العلاج النفسي الجماعي هو أسلوب من الأساليب العلاجية، يتم عن طريق تشكيل جماعة من أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يعانون من القلق والاكتئاب، ويخضع هذا العلاج لمعايير وطرق في تشكيل وتكوين الجماعة العلاجية، ويهدف إلى التخفيف من حدة القلق والاكتئاب والرفع من مستوى تقدير الذات لدى هذه الجماعة، في ضوء طريقة المحاضرة والمناقشة الجماعية.

3. 2- المعاش النفسي:

3. 2. 1- التعريف الاصطلاحي:

يعرفه "سورو" على أنه: "الحياة الداخلية أو الإحساس الباطني للفرد المرتبط بتجربة أو موقف ما، وهذا الإحساس يختلف باختلاف المواقف والوضعيات التي يعيشها الفرد في حياته، سواء كانت هذه الوضعيات دائمة أو مؤقتة" (عبدالرحمان، 2012).

3. 2. 1- تعريف القلق:

يعتبر القلق من أشيع الاضطرابات النفسية، فهو يمثل من (30%-40%) من الاضطرابات العصبية (زهران، 2005: 485).

لقد تعددت تعريفات القلق وتنوعت تبعاً لاختلاف الاتجاهات النظرية للعلماء، فبعض هذه التعريفات تؤكد على الأعراض الفيزيولوجية والنفسية للقلق، وبعضها الآخر يؤكد على القلق كاستجابة للخطر والتهديد.

يرجع أصل كلمة قلق من "ANGUSTA" وهي تعني الضيق الذي يحمل في القفص الصدري لإراديا نتيجة عدم القدرة على الحصول على مقادير كافية من الأوكسجين، وشعور الشخص بالقلق أحيانا بالاختناق (الشناوي، 2000: 55).

يعتبر القلق من الأمراض العصبية الشائعة، إلا أنه سمة رئيسية في معظم الاضطرابات، نجده مصاحباً لكل الأمراض العصبية والذهانية على حد سواء، ويؤدي القلق بمختلف مستوياته وفي درجات متفاوتة إلى فقدان التوازن النفسي (أبو زيد، 1987: 15).

ومن بين هذه التعريفات أيضاً نجد تعريف "عبد السلام عبد الغفار" (1976) الذي يرى أن القلق هو خبرة انفعالية غير سارة يعاني منها الفرد عندما يشعر بخوف أو بتهديد من شيء دون أن يستطيع تحديده تحديداً واضحاً، وغالباً ما تصاحب هذه الحالة بعض التغيرات الفيزيولوجية.

ويشير مصطلح القلق في المعجم الموسوعي لعلم النفس على أنه حالة وجدانية تتميز بعاصفة من انشغال البال، وفقدان الأمن واضطراب منتشر جسدي ونفسي، وتوقع خطر غير محدد يقف الفرد أمامه عاجزا.

وهو حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصاحبه خوف غامض وأعراض نفسية وجسمية، كما أنه شعور شاق متعلق بوضعية صدمة حالية، وأنه انتظار خطر آتي من موضوع غير محدد (زهران، 1977: 397).

أما "فرويد" فيعرفه على أنه حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان ويسبب له الكثير من الضيق والألم.

ومنه فهو عدم ارتياح نفسي وجسدي في الوقت نفسه، فمن الناحية النفسية يتميز بخوف عام ويشعور بعدم الأمان وبكارثة وشيكة، ويمكن أن يتدرج من القلق البسيط إلى الذعر، ومن الناحية الجسمية يتمثل في انطباعات أليمة من الانقباضات الصدرية أو الرؤية.

3. 2. 1 - تعريف الاكتئاب:

إن للاكتئاب تعريفات عديدة تختلف باختلاف العلماء وتوجهاتهم النظرية. نذكر البعض من هذه التعريفات فيما يلي:

- من خلال التعريف العيادي للاكتئاب، يتبين أن هذا الاضطراب عادة ما يعتبر كتناذر (Syndrome) يطغى فيه المزاج الاكتئابي، ويظهر من خلال التعبير اللفظي أو غير اللفظي لمشاعر الحزن و/أو القلق والإثارة. كما يتضمن اضطرابات يمكنها أن تضعف عدة وظائف:

أ- اضطرابات الوظائف الإغاشية (Troubles des Fonctions Végétatives):

النوم (إفراط أو نقصان)، الشهية (إفراط أو نقصان)، فقدان الشهوة (Libido) وفقدان الطاقة.

ب- اضطرابات الوظائف التحفيزية (Troubles des Fonctions Motivationnelles):

نقص أو عجز في العمل والاهتمام واللذة، رغبة في الهروب بالانتحار، تجنب كبير للعلاقات الاجتماعية وتبعية للغير.

ج- اضطرابات الوظائف المعرفية (Troubles des Fonctions Cognitives) :

فقدان تقدير الذات، صعوبة اتخاذ القرارات، تشاؤم ويأس غير واقعيين، ظهور أحلام مزعجة واتجاهات نفسية سلبية عموماً.

د- اضطرابات سلوكية (Troubles Comportementaux) :

بطء حركي وجسدي أو هيجان، إذ تنقص السلوكيات الفعالة، النشاط والمنتجة بينما تزداد السلوكيات غير الفعالة وغير المنتجة، درجة معينة من القلق النفسي أو الجسدي موافق لتشخيص الاكتئاب (DSM-IV, APA, 2000).

- في قاموس الطب النفسي يعرف "كامبل (1981) Cambel" الاكتئاب بأنه زملة إكلينيكية تشمل على انخفاض الإيقاع المزاجي مصاحب بمشاعر الامتعاض المؤلم وصعوبة التفكير وتأخر نفسي-حركي.
- أما "ولدوشر (1985) Wildoher" فلخص السلوك الاكتئابي في كونه تعطيل للنشاط والتفكير والرغبة، وتصبح أفكار الفرد سلبية حول الذات والآخرين، وتظهر اضطرابات النوم، الشهية والعجز عن القيام بالأعمال البسيطة، كما يفقد الفرد المبادرة فتتغير حياته ويدرك هذا التغير فيتألم ويتشائم من المستقبل وينعزل.
- ويرى السلوكيون أمثال "سكينر-Skinner" أن الاكتئاب هو ظاهرة انطفاء ناتجة عن الحرمان الكبير والتعزيزات الاجتماعية ووجود العزلة، مما يجعل المظاهر الاكتئابية هي القائمة بالتعزيز.
- ويعرفه "حامد زهران" (1978) الاكتئاب بأنه عبارة عن حالة من الحزن الشديد المستمر الناتج عن الظروف المحزنة الأليمة وتعبر عن شيء مفقود، وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه (طه عبد العظيم، 2007: 47-48).
- أما "بيك (1979) BECK" الذي يعتبر من أشهر ممثلي التيار المعرفي، فيرى الاكتئاب على أنه اضطراب من الناحية المعرفية ويرجعه إلى وجود أنماط تفكير خاطئة وسلبية تنتج عنها أعراض التناذر الاكتئابي. إذ يعاني المكتئب من ضعف في كل غرائز الحفاظ على الذات، ومن اختفاء بعض الدوافع البيولوجية الأساسية كالغضب والجنس، كما تظهر لديه صعوبة في النوم، وتضعف لديه مشاعر الحب، الحنان والعطف، إذ تبدو مشاعره باردة أمام وضعيات تتطلب السعادة أو الغضب، وتكون سلوكياته تجاه بعض المواقف سلبية وبيدي تجاهها رغبة في التجنب والهروب، كما ينمي رغبة في الموت من خلال الأفكار الانتحارية.

ومن خلال ما سبق، يمكننا ملاحظة أن هناك من عرف الاكتئاب باعتباره حالة، استجابة أو اضطراباً. و منهم من عرفه بأنه مجرد عرض أو مجموعة من الأعراض، ومنهم من أشار أنه يعني مجموعة من المشاعر غير السارة.

3. 2. 1. 3- تحديد مفهوم الذات:

يرى "كارل روجرس-Carl Rogers": «أن مفهوم الذات هو حصيلة الخبرات الاجتماعية والذاتية التي يمر بها الفرد، فهو هوية الإنسان والإطار العام الذي ينظم سلوكه اتجاه نفسه واتجاه الآخرين، وهو ما يجعله مركز الشخصية ومحورها، و لا نستطيع فهم سلوك الشخص الظاهري، سواء حكمنا على هذا السلوك بأنه سوي أو منحرف، إلا في ضوء الصورة الكلية التي يكونها عن ذاته» (خير الله، 1981: 18).

3. 2. 1. 4- تحديد مفهوم مركز التحكم (Locus of Control) :

صدرت عدّة ترجمات لهذا المفهوم إلى اللغة العربية، حيث يعبر عنه بـ"مركز التحكم" أو بـ"مصدر الضبط" ويشار إليه أحياناً بـ"وجهة التحكم".

وقد نشأ هذا المفهوم نتيجة اهتمام "جوليان روتر (Julian Rotter, 1990)" بكيفية تطبيق النظرية المعرفية-الاجتماعية على السلوك البشري، وطور لذلك سلماً ذا شعبية كبيرة لقياس توقعات الفرد حول حجم التحكم الذي يمارسه على الوضعيات والإنجازات، وتوقعاته العامة حول قدرته أو عدم قدرته على ضبط التعزيزات في حياته (Spector & al, 1994).

وحسب "روتر-Rotter" فإن مفهوم مركز التحكم يشير إلى سمة في الشخصية تسمح بتفسير الاختلافات الفردية فيما يتعلق بالاعتقادات حول مصدر التعزيز (Rotter, 1966)، أي أن الأشخاص يختلفون في إدراكهم لما إذا كان التعزيز متوقفاً على سلوكهم الخاص أو أنه خاضع لقوى خارجية.

كما يرجع هذا المفهوم إلى شكل من المعتقدات من شأنه تبرير الأحكام المسبقة للأفراد، ويتبرمج محددات المكافئة أو العقاب، والميل إلى إسناد الفشل والنجاح إلى مصادر داخلية أو خارجية، وكذلك القدرة على ضبط الواقع والتدخل فيه أو عدم القدرة على ذلك، كما يستند إلى الدراسات المرتبطة بالأداء الناجح أو الفشل في المواقف الغامضة.

وهناك تعريفات وصفته على أنه ظاهرة نفسية تعتمد على الإدراك والتفسير النابغين من الشخص نفسه ومن أفعاله، أو أنه تنظيم ثابت للمدركات والمعارف حول جانب من حياة الفرد أو غيرها،

ولكنها اتفقت كلها على أن المعتقدات هي جوهر مفهوم مركز التحكم وهي متمثلة في مجموعة المعارف، التصورات، المدركات والمعلومات التي يملكها الفرد حول موضوع معين سواء أكان شخصا، موقفا، شيئا أو فكرة.

واتجاه مركز التحكم هو الاعتقاد حول ما إذا كانت نتائج أفعال الفرد متوقفة على ما يقوم به، أو أن الأحداث تتعدى تحكمه الشخصي.

3. 2. 2- التعريف الإجرائي:

يتمثل في الدرجات المتحصل عليها لدى أفراد العينة في كل من المقاييس النفسية التالية: مقياس القلق، مقياس الإكتئاب، مقياس تقدير الذات ومقياس مركز التحكم.

3. 3- الإضطراب الكروموزومي-متلازمة داون-:

3. 3. 1- التعريف الاصطلاحي:

تشير كلمة متلازمة إلى مجموعة من العلامات والخصائص التي توجد وتظهر مجتمعة في آن واحد. أما كلمة "داون" فهي اسم العالم الانجليزي الدكتور "جون لانجدون داون - Dr John Longdon Down"، والمتلازمة هذه هي عبارة عن شذوذ صبغي (كروموزومي) يؤدي إلى وجود خلل في المخ والجهاز العصبي، ينتج عنه تخلف ذهني واضطراب في مهارات الجسم الإدراكية والحركية، كما يؤدي هذا الشذوذ إلى ظهور ملامح وجهية وجسمية مميزة، وعيوب خلقية في أعضاء ووظائف الجسم (الملق، 2001).

بالإضافة إلى أن "توربار سيلامي(1980) Sillamy Norbert" يقول في هذا الشأن :
" متلازمة داون عبارة عن شذوذ كروموزومي في الزوج 21، مصاحب بنشوه يتميز بتأخر عقلي واضح وسمات جسمية ظاهرة من النوع المنغول" (Sillamy ,1980 :438).

كما يعرفه " لمبار - Lambert": "إنه ليس مرضا بل حالة تصيب كل الأجناس وهي عبارة عن خطأ كروموزومي متمثل في تواجد ثلاث كروموزومات في الزوج 21 في كل خلية أو في بعض خلايا الجسم(11: Lambert,1979).

نستنتج مما سبق أن متلازمة داون هي مجموعة من الخصائص الفيزيولوجية والأعراض على الوجه والجسم نتيجة خلل كروموزومي خلال عملية الانقسام الخلوي عند الجنين وبالتحديد على مستوى الكروموزوم 21، فيصبح العدد 47 بدلا من أن يكون 46 كما هو في الحالة العادية.

متلازمة داون هي متلازمة ناتجة عن خلل كروموزومي يحدث خلال الانقسامات الخلوية في المرحلة الجنينية، وبالتحديد في الزوج الكروموزومي 21، فالأطفال التريزوميين هم الأطفال الذين يحملون 3 كروموزومات على مستوى الزوج 21 بدلا من كروموزومين، ويصاحب هذا التشوه الكروموزومي تأخر عقلي (بسيط، متوسط وعميق)، اضطرابات عضوية واضطرابات نفسية، تجعل هؤلاء الأطفال بحاجة ماسة إلى الرعاية الخاصة والمتعددة (تشمل كل المجالات) لهم ولأوليائهم، وهذه المتلازمة ليست بمرض معد ولا هي قابلة للشفاء، بل هي تشوه خلقي.

3.3.2- التعريف الإجرائي:

هو عبارة عن خلل في توزيع عدد من الكروموزومات غير الجنسية أثناء الإنقسامات الخلوية، مما يجعل الطفل المصاب بهذا الإضطراب يولد وهو حامل لكروموزوم ثالث في الزوج 21، حيث تحتوي جميع خلايا جسمه على ثلاث كروموزومات على مستوى الزوج 21، فيملك 47 كروموزوم بدلا من 46 كروموزوم، فيعتبر هذا إفراط في الجهاز الجيني، و نتيجة لهذا الخطأ في التوزيع يولد الطفل بسمات مرفولوجية خاصة.

3.4- نمط السلوك:

3.4.1- التعريف الاصطلاحي:

يعبر نمط السلوك بشكل عام عن الطريقة أو الأسلوب الخاص المميز للفرد في الإستجابة للمواقف الحياتية المختلفة وفي التعامل مع نفسه ومع الآخرين، وهو على مستوى من الترتيب والتنظيم الذي يوفر حدا مقبولا من الفهم، الضبط والتنبؤ (الزروق، 2009).

كما يمكن أن نعرف نمط الشخصية أو نمط السلوك على أنه مجموعة من الصفات النوعية التي تتجمع أو تترايط لتميز الشخصية، وفي هذا الإطار يمكن أن نميز بين أنماط الشخصية الثلاث وهي: النمط "أ"، النمط "ب" والنمط "ج" والتي تعرف كالاتي:

3.4.1.1- النمط "أ":

يعرف النمط "أ" على أنه أحد أنماط الشخصية التي يتسم أفرادها (الإناث والذكور) بارتفاع في مستوى الطموح والكفاح من أجل الإنجاز، حب التنافس والإحساس الدائم بالتعجل والتسابق مع الوقت، كما يميل أفراد هذا النمط إلى العدوانية والسرعة في إتخاذ قراراتهم، ومن ثم يكونون أكثر تعرضا لمواقف الضغط، وأكثر قابلية للإصابة بالأمراض العضوية، خاصة القلبية منها.

3. 4. 1. 2- النمط "ب":

يعرف نمط الشخصية "ب" بأنه تلك الشخصية التي تميل إلى أن تكون هادئة، مستكينة وغير مستعجلة، ولا تحب أن تتنافس مع الآخرين، فالشخص من النمط "ب" يؤدي عمله بثقة ودون إستعجال، ويفضل العمل الجماعي والأنشطة الرياضية.

3. 4. 1. 2- النمط "ج":

يعرف الشخص من النمط "ج" على أنه شخص متعاون، مقاوم أمام الشدائد، يحترم السلطة، لا يفرض وجوده ولا يعبر عن عواطفه ورغباته.

3. 4. 2- التعريف الإجرائي لنمط السلوك:

يتمثل في الدرجات المتحصل عليها من مقياس الشخصية ل: "سولي بن سباط".

4- أهداف الدراسة:

نهدف من خلال الدراسة الميدانية للموضوع إلى تحقيق مايلي:

- التمرن على إجراء البحوث الميدانية من أجل التحكم في منهجية البحث العلمي وإكتساب الخبرة في الجانب الميداني.
- تسليط الضوء على فئة المصابين بمتلازمة داون، والتعريف بهذا الاضطراب، ومعرفة العوامل المساعدة على تقبل هذه الفئة من طرف الوالدين أولاً ثم العائلة والمجتمع.
- إبراز أهمية الجانب النفسي ودور الكفالة النفسية في التخفيف من معاناة هذه الفئة.
- التعرف على المعاش النفسي لأولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون، وتقديم المساعدة النفسية لهم (للتغلب على مشاعر القلق، الإكتئاب وسوء تقدير الذات) وكذلك إعطائهم إستراتيجيات للتعامل مع أولادهم.
- التعرف على الأنماط السلوكية الثلاثة "أ"، "ب" و"ج".
- التعرف على طبيعة العلاقة بين المعاش النفسي وهذه الأنماط السلوكية الثلاثة.
- أمام قلة الدراسات التي تهتم بالجانب النفسي للأطفال المصابين بمتلازمة داون وأوليائهم نهدف لفتح آفاق لدراسات أخرى في هذا المجال.

5- أهمية الدراسة:

تكتسي البحوث في ميدان العلوم الإنسانية والاجتماعية أهمية كبرى، نظرا لنوعية المواضيع المعالجة والتي لها صلة بالإنسان ومختلف سلوكاته، استجاباته وتكيفاته، وتكمن أهمية دراستنا لموضوع "فعالية العلاج النفسي الجماعي في تحسين المعاش النفسي لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون في إطار نظرية النماذج الوبائية" فيما يلي:

5.1 - أهمية الدراسة من الناحية النظرية:

- تسمح لنا هذه الدراسة باختبار صحة فرضياتنا.
- تعد هذه الدراسة إضافة للدراسات السابقة في مجال العلاج النفسي الجماعي، متلازمة داون، المعاش النفسي (بمتغيراته المختلفة) وأنماط السلوك.
- تساهم هذه الدراسة في فتح المجال لمزيد من الدراسات فيما يخص المواضيع المذكورة سابقا.
- دراسة الآثار النفسية والجسمية الناتجة عن عدم تقبل هذه الفئة من المعاقين.

- إبراز أهمية العلاج النفسي الجماعي في التخفيف من حدة القلق، الاكتئاب، تحسين مستوى تقدير الذات عند أولياء الأطفال المصابين بهذا التشوه.
- إثراء المكتبة الجزائرية بهذه الدراسة ومساعدة الطلبة والباحثين على التحكم في هذه التقنية العلاجية وتطبيقها مع هذه الفئة لدراسة متغيرات أخرى.

5. 2- أهمية الدراسة من الناحية التطبيقية:

- التمرن على تطبيق المقاييس والاختبارات النفسية وتكييفها مع البيئة الجزائرية.
- التمرن والتحكم في تقنية العلاج النفسي الجماعي وتوسيع تطبيقها مع فئات أخرى.
- التعرف على هذه الفئة والتقرب منها.
- تزويد الجمعيات ومراكز التكفل النفسي والبيداغوجي للمتخلفين عقليا بنتائج هذه الدراسات والاستفادة منها للتعامل مع هذه الفئة بطريقة علمية.
- فتح المجال أمام توسيع تطبيق هذا العلاج النفسي الجماعي من طرف الأخصائيين النفسانيين مع فئات أخرى، وتدعيم هذا العلاج لمساعدة أولياء المصابين باضطرابات أخرى كالنوح وذوي الاحتياجات الخاصة.

الفصل الثاني: العلاج النفسي الجماعي.

تمهيد.

- 1- لمحة تاريخية عن العلاج النفسي الجماعي.
 - 2- مجالات استخدام العلاج النفسي الجماعي.
 - 3- نظريات العلاج النفسي الجماعي.
 - 4- الأسس النفسية و الاجتماعية للعلاج النفسي الجماعي.
 - 5- أساليب العلاج النفسي الجماعي.
 - 6- مراحل العلاج النفسي الجماعي.
 - 7- دور المعالج النفسي في العلاج النفسي الجماعي.
 - 8- الإعداد للعلاج النفسي الجماعي.
 - 9- تقييم العلاج النفسي الجماعي.
- خلاصة.

تمهيد:

تتزايد أهمية العلاج النفسي الجماعي بوصفه سياقاً لعلاج المشكلات بين الأشخاص والصراعات النفسية الداخلية، وفي هذه الأيام ونظراً لارتفاع تكاليف العلاج النفسي وصعوبة توفير الموارد اللازمة له، أصبح العلاج النفسي الجماعي بديلاً جذاباً، حيث يمكن المرافق الخاصة بالصحة النفسية من تقديم علاج أقل تكلفة نسبياً لعدد كبير من الناس ولفترات أطول مما قد يتوافر عن طريق استخدام الوسائل العلاجية الأخرى.

وتكمن أهمية العلاج النفسي الجماعي كذلك في توفير فرصة العمل للممارسين ويسمح لهم بالتعامل بصورة مباشرة مع المشكلات بين الأشخاص أكثر مما يحدث عادة في العلاج الفردي، ويمكنهم من دراسة الدينامية النفسية الفردية وسط الجماعة من خلال التفاعلات التي تحدث بينهم أثناء العلاج ومعرفة أنماط الشخصية واستجابات الأفراد في مختلف المواقف. وبالنسبة للمرضى، فالعلاج النفسي الجماعي يوفر لهم الفرصة لتعديل الأنماط غير التكيفية التي جاءت بهم إلى العلاج في العالم المصغر المتمثل في الجماعة.

وسنحاول في هذا الفصل إلقاء الضوء على العلاج النفسي الجماعي وكل الخصائص التي تميزه، مجالاته، نظريات العلاج النفسي الجماعي، الأسس النفسية والاجتماعية التي يقوم عليها، أساليبه، مراحلها، دور المعالج النفسي في العلاج النفسي الجماعي، الإعداد لجلساته وفي الأخير محاولة تقييم هذه التقنية العلاجية.

1- لمحة تاريخية عن العلاج النفسي الجماعي:

لقد طبق المعالجون العلاج النفسي الجماعي منذ القدم ولكن بصورة غير رسمية وغير علمية، و بعد عدة سنوات تبين لعلماء النفس والإجتماع والطب العقلي أن العلاج النفسي الجماعي طريقة علمية علاجية ينبغي أن تدرس وتخطط كأى منهج آخر. ولعل أهم حدث ساهم في تطور العلاج النفسي الجماعي هو انعقاد مؤتمر للعلاجات الجماعية الذي تم في (31 ماي 1932) بالولايات المتحدة الأمريكية في إطار "الجمعية الأمريكية للطب العقلي"، وهذا لغرض اختبار الطرق التطبيقية للعلاج النفسي الجماعي.

ولقد ساهم هذا المؤتمر في إنشاء جمعية عالمية للعلاجات الجماعية سنة 1950، وتكونت القواعد الأساسية للعلاج النفسي الجماعي ما بين (1925-1940) وأصبحت تطبق بصفة رسمية في المؤسسات وبعدها انعقدت مؤتمرات عالمية للعلاج النفسي الجماعي من بينها: مؤتمر تورانتو (1954) Toranto، زوريخ (1957) Zurich و مؤتمر ميلان (1963) Milan (خير الزراد، 1984: 121-133).

وحظي منهج العلاج النفسي الجماعي من خلال الحرب العالمية الثانية بأهمية كبيرة، حيث كانت تتاح الفرصة لعلاج الفرد من خلال الجماعة، وكانت ظروف الحرب تؤدي إلى وجود عدد كبير من المرضى مع عدد قليل من الأطباء.

ويعتبر الآن العلاج النفسي الجماعي من أهم المناهج العلاجية الحاضرة التي تستثير الحقيقة الاجتماعية، وما يوجد في الجماعة من أخذ وعطاء بصورة تشبه الواقع (العيسوي، 1994: 213). ومن مميزات العلاج النفسي الجماعي:

- تعدد الآراء في دراسة وتشخيص وعلاج المشكلة يعطي فرصة أفضل لحلها.
- يجعل الفرد يدرك أن مشكلته يعاني منها أفراد آخرون وليست وقفا عليه، وهذا يعطيه دفعة نفسية ومزيدا من الراحة النفسية، خاصة إذا وجد نفسه أحسن من غيره، مما يزيد من ثقته بنفسه ويقلل من مشاعره السلبية.
- يتيح للفرد فرصة تعلم عادات تكيفية، وهذا يدعم التكيف الاجتماعي.
- يساعد الفرد على الخروج من عزله إذا كان منطويا خجولا، ويجعله أكثر فاعلية في المواقف الاجتماعية نحو الآخرين (مرغني، 2009: 102).

وبعد التعرف على مميزات العلاج النفسي الجماعي ومجالات استخدامه سوف نتطرق إلى نظريات العلاج النفسي الجماعي.

2- مجالات استخدام العلاج النفسي الجماعي:

يطبق العلاج النفسي الجماعي في المجالات التالية:

- المستشفيات العقلية والنفسية، وفي العيادات الخارجية اليومية، في الملاجئ، وفي العيادات الخاصة ومؤسسات ومدارس ضعاف العقول.
- يستعمل في المستشفيات غير العقلية كعامل مساعد للعلاج الطبي.

- يستخدم في القوات المسلحة من أجل التوجيه ورفع الروح المعنوية، ومن أجل تدريب الضباط.
 - في المجال الصناعي لرفع الكفاية الإنتاجية للعمال، ورفع الروح المعنوية لديهم.
 - في المؤسسات الإصلاحية مع النزلاء والحراس.
 - في المؤسسات التربوية يستخدم لأغراض التوجيه التربوي.
 - التوجيه المهني.
 - معالجة المشاكل السلوكية لدى الطلاب كالجروح.
 - التعليم العلاجي، كالقراءة، الكتابة والكلام.
 - يستعمل للإرشاد في الزواج (العيسوي، 1994: 216).
- وأهم حالات استخدام العلاج النفسي الجماعي وفوائده هي:
- علاج الأطفال، المراهقين والراشدين.
 - توجيه أولياء الأطفال الذين يعانون من مشكلات متشابهة (كالمصابين بالتشوه الخلفي متلازمة داون)، أو الأولياء الذين يتبعون وسائل التربية الخاطئة مع الأطفال.
 - علاج الأسرة بأكملها عندما تتشابك مشكلات أفرادها.
 - علاج الإدمان، أمراض الكلام ومعظم الانحرافات والجناح والعصاب.
 - علاج الاضطرابات النفسجسدية، ومشكلات الحياة السرية والمهنية، وتوثيق العلاقات الاجتماعية في ميادين الإنتاج المختلفة.
 - علاج المرضى الذين يتصفون بالانعزال والميل إلى الوحدة وسوء التوافق الاجتماعي، الاكتئاب، القلق، والشعور بالنقص لأسباب جسمية أو اجتماعية أو نفسية.
 - المساعدة في فطام المريض نفسيا من علاقة التحويل التي تتكون بينه وبين المعالج في جلسات العلاج النفسي الفردي، ففي الجلسات الجماعية يتشعب التحويل إلى علاقة متعددة الأبعاد بدلا من اتخاذ نمط علاقة ذات طرفين فقط، وذلك يسهل على التخلص التدريجي من التحويل.
- أما الحالات التي يستحسن فيها عدم استخدام العلاج النفسي الجماعي، فأهمها:
- الشخصية السيكوباتية.
 - مرضى الهذاء.
 - حالات الهوس الشديد المصاحب بالذعر.
 - حالات الجنسية المثلية.

- حالات الضعف العقلي الشديد (زهران، 2005: 286-287).

3- نظريات العلاج النفسي الجماعي:

هناك العديد من النظريات الخاصة بالعلاج النفسي الجماعي، وبعضها يعتمد بصورة أساسية على الخبرات الإكلينيكية لصاحب النظرية، وبعضها يعتمد على أساس تجريبي، بعض النظريات لا تعدو كونها إجراء تعديلات بسيطة في موضوع أساسي، لذا من الممكن النظر إليها كمجموعة واحدة.

وتتمثل أهم نظريات العلاج النفسي الجماعي في:

- تحليلية أو دينامية نفسية.
- ديناميكيات الجماعة.
- بيشخصية.
- سلوكية أو معرفية-سلوكية.

وهناك أيضا مجموعتان من النظريات غير الأساسية: الأولى تشتمل على نظريات العلاج النفسي الجماعي التي ظهرت واستمرت لبعض الوقت ولكن أتباعها قليلون، نذكر على سبيل المثال: النظرية النفسية الحركية "بيسو(1973)-Pesso"، ونظرية الجاشطالت للعلاج النفسي الجماعي والتي تمتعت بشعبية كبيرة في الستينات والسبعينات، لكن هذه الشعبية تضاعلت مؤخرًا. والمجموعة الثانية من نظريات العلاج النفسي الجماعي هي التي تدخل تحت فئة معينة أكثر من دخولها ضمن مجموعة، وتتكون من نظريات وفنيات تحظى في أحسن حالاتها بقبول هامشي (مرغني، 2009: 125).

وفيما يلي عرض لأهم نظريات العلاج النفسي الجماعي:

3.1- النظرية التحليلية النفسية:

تهتم هذه النظريات بالمصطلحات التحليلية النفسية مثل التحليل والمقاومة، وتؤكد على أهمية العوامل التاريخية والنفسية الداخلية مثل: الدوافع اللاشعورية.

يبدأ المعالج النفسي الجماعي التحليلي مهمة فهم وتفسير ماذا يحدث داخل الجماعة على أساس افتراض مؤداه أن الأشياء ليست كما تبدو للوهلة الأولى. ويعتبر "ولف وشوارتز & Wolf Schwarts" أن السلوك الملاحظ والتفاعل داخل الجماعة هي مظاهر تحويل مرتبطة بدوافع

لاشعورية ومحددات تاريخية، حيث لا يعرف أعضاء الجماعة لماذا يتفاعلون مع بقية الأعضاء الآخرين، ويستطيع المعالج تمييز هذه الدوافع ومساعدة أعضاء الجماعة في إدراكها.

وينظر "فولكس و أنتوني(1965)-Foulkes & Anthony" إلى السلوك الملاحظ في إطار مواضيع تحتية مشتركة بين أعضاء الجماعة كما فعل "ولف-Wolf و شوارتوز-Schwartz"، ولكن "فولكس-Foulkes" يركز أكثر على الموضوع المشترك بين أفراد الجماعة وعلى العلاقة التحويلية بين الجماعة والمعالج، وهنا قلما يتكلم المعالج، ومن النادر أن يوجه الكلام لأحد أعضاء الجماعة، وإذا ما تكلم ففي الغالب يكون ذلك استجابة لما يعتقد أنه موضوع غير ظاهر يخص جميع أفراد الجماعة أكثر مما يكون استجابة للنقاش الدائر بينهم(مرغني،2009: 126).

ويؤكد "إزريال(1973)-Ezriel" كما فعل "فولكس -Foulkes" أهمية الموضوع الضمني الذي تشترك فيه الجماعة أكثر من تركيزه على السلوك الملاحظ، ومهمة المعالج هي أن يكشف هذا الموضوع المشترك، ويطرحه على الجماعة، ثم يوضح رد الفعل الخاص بكل فرد اتجاه هذا الموضوع المشترك.

وتجدر الإشارة إلى أن الجماعات التي تستخدم فيها هذه النظريات تكون نادرة في العيادات النفسية، باستثناء المعاهد التي يتم فيها التدريب على العلاج النفسي التحليلي (نفس المرجع السابق: 126).

3. 2- النظرية النفسية الديناميكية:

إن الاهتمام بديناميكيات اللاشعور وبمفاهيم مثل النكوص ودفاع الأنا، يضع النظريات النفسية الديناميكية ضمن النظريات النفسية التحليلية بصورة عامة لكنهما تختلفان في الأسلوب، حيث تركز النظريات النفسية الديناميكية على العلاقات البيشخصية، كما تركز على أمور خاصة بالعمليات النفسية الداخلية والجماعة.

والاختلاف الآخر مع مبحث النظرية التحليلية النفسية بصورة عامة، أبعد قليلا عن الأفكار التقليدية أكثر مما هو عن النظريات التحليلية الديناميكية، وقد ساهم "ويلفريد باين (1961) Wilfred Bion" في هذا الموضوع، حيث لم يقل إلا القليل عن التحويل، النكوص أو ديناميكيات اللاشعور والمقاومة من حيث مفهومها النفسي التحليلي، ولكنه يتمسك بقوة بأساسيات النظرية النفسية التحليلية فيما يتعلق بأن الأشياء ليست كما تبدو، ويصف "باين" الموضوع الضمني أو الكامن بالنسبة للجماعة ويعتمد في ذلك إلى حد كبير على حاجة الجماعة للاعتماد على قائد الجماعة، وهي الحاجة التي يعتبر أنها غير ممكنة التحقيق وغير صحيحة(مرغني،2009: 127).

3. 3- نظرية ديناميكيات الجماعة:

انبثقت هذه النظريات من مناهج تختلف تماما عن النظريات النفسية التحليلية والنظريات النفسية الديناميكية، التي ذكرت أعلاه. أصل النظريات الأخيرة علاجي نفسي، نتجت عن مجهودات المعالجين التي بذلوها لفهم الأمراض النفسية والتخفيف من وطأتها.

ويمكن عزو نظريات ديناميكيات الجماعة إلى علم النفس الاجتماعي والصناعي، عن طريق جهود المتخصصين في هذين المجالين لفهم أثر الجماعة على سلوك الفرد وإنتاجيته في مكان العمل، وفي الجماعات البشرية الأخرى. في العلاج الجماعي الديناميكي يكون التركيز على تعلم الكيفية التي تعمل بها الجماعة، وفي الوقت نفسه، أثر الفرد على الآخرين من خلال عملية التغذية الرجعية بواسطة الآخرين المتواجدين في المجموعة يتعرف الفرد على علاقته هو بالتفاعل داخل الجماعة (مرغني، 2009: 127).

3. 4- النظرية البيشخصية:

تركز هذه النظريات على العلاقات بين أفراد الجماعة لحظة حدوثها وفي مكانها (هنا والآن)، وعلى السلوكات البيشخصية الملاحظة بين أفراد الجماعة، كما تركز هذه النظريات أيضا على أمور أخرى خاصة بالجماعة. يعتبر "يالوم(1985)-Yalom" الأشهر والأكثر تأثيرا من بين المنظرين الآخرين في هذا المجال، وهو طبيب نفسي اعتمد على الأسلوب العلمي التجريبي لأعماله، حيث يرى أن العوامل العلاجية كميكانيزمات أساسية للتغيير، ويعتمد وصفه للعوامل العلاجية على البحوث التي قام بها هو ومساعدوه على مدى عدة سنوات.

3. 5- النظرية السلوكية:

تطبق هذه المجموعة من نظريات قواعد التعلم المستخلصة من علم النفس التجريبي في تغيير السلوك المنحرف (أي الأمراض النفسية). يشتمل المنحى الرئيسي لهذه النظريات على تحديد الأنماط السلوكية التي يوافق كل من المعالج والعميل على ضرورة تعديلها كل على حدة، ثم يقوم كل من المعالج والعميل بتقويم إمكانات هذا الأخير بالنسبة للتعامل مع السلوك المشكل ويقومان بوضع وتطبيق وتقويم استراتيجيات لتعديله. وبالإضافة إلى استخدام هذه النظريات في العلاج النفسي الجماعي للمقيمين داخل المستشفيات، فإنها تستخدم فنيات العلاج السلوكي في العلاج النفسي الجماعي قصير المدى ذو الموضوع الواحد، مثل التدريب على تأكيد الذات والمهارات الاجتماعية (نفس المرجع السابق: 128).

3. 6- النظريات المعرفية السلوكية:

يعتبر العلاج النفسي الجماعي المعرفي السلوكي من الأساليب التي طورت حديثاً وهو مبني على النظريات المعرفية لـ: "بيك(1976)Beck"، "إليس(1962)-Ellis" و"ميكينبوم (1977)Meichenbaum"، والفرق بين النظريات السلوكية والمعرفية هو كون أن الأخيرة تتعامل مع تفكير الناس، وتحاول تعديل الأفكار غير المتكيفة و المضطربة، وكذلك أنماط السلوك.

ويعتبر الاندماج بين النظريتين حديث نسبياً، و الفنيات المستخدمة في العلاج النفسي الجماعي المعرفي السلوكي تشبه تلك التي تستخدم في العلاج النفسي الجماعي السلوكي من حيث أنها منظمة إلى درجة كبيرة، وتشتمل على الواجبات المنزلية، والاحتفاظ بسجلات وافية من قبل أعضاء الجماعة، ولعب الأدوار(التدريب على السلوك) وتختلف هذه النظريات عن نظريات العلاج النفسي الجماعي السلوكي في كون أنها تولي اهتماماً كبيراً لإعادة البناء المعرفي للعميل، و الجماعات في هذا النوع من العلاج منظمة جداً، فهي تشبه الفصول الدراسية وحلقات التدريب أكثر مما تشبه الجماعات في العلاج النفسي الجماعي التقليدي(مرغني، 2009: 128).

4- الأسس النفسية و الاجتماعية للعلاج النفسي الجماعي:

- يستند العلاج النفسي الجماعي إلى أسس نفسية اجتماعية تحتم ضرورة الاستعانة بالجماعة كوسط علاجي في تصحيح السلوك الاجتماعي للمريض وتقويم انحرافاتة، ومن بين هذه الأسس:
- ✓ الإنسان كائن اجتماعي لديه حاجات نفسية اجتماعية لا بد من إشباعها في إطار اجتماعي، مثل الحاجة إلى الأمن، الحاجة إلى النجاح، الحاجة إلى الاعتراف، التقدير والمكانة، الحاجة إلى الشعور بالانتماء، والشعور بالمسؤولية نحو الآخرين، الحاجة إلى الحب، الحاجة إلى تجنب اللوم، الحاجة إلى السلطة والحاجة إلى الضبط والتوجيه.
 - ✓ المعايير والأدوار الاجتماعية التي تحدد سلوك الفرد وأدواره في المجتمع، حيث يخضع للضغوط الاجتماعية، ويرتبط بنمط العلاقات الاجتماعية والتفاعل السائد والجماعات التي ينتمي إليها.
 - ✓ من أهم أهداف العلاج النفسي العلاجي بصفة عامة تحقيق التوافق الشخصي والتوافق الاجتماعي، بما يحقق سعادة الفرد في تفاعله الاجتماعي.
 - ✓ تعتبر العزلة الاجتماعية سبباً من أسباب المرض النفسي وعاملاً من عوامل تدعيمه وتثبيتته.

- ✓ يؤثر التفاعل الاجتماعي بين المرضى في الجماعة العلاجية، حيث يجعل كل واحد منهم مرسلا ومستقبلا للتأثيرات العلاجية، فلا يعتمد العلاج على المعالج النفسي وحده، بل يصبح المرضى مصدرا من مصادر العلاج.
- ✓ تعتمد الحياة في عصرنا الحاضر على العمل في جماعات، ومن أجل ذلك لا يستطيع الفرد العادي أن يحيا حياة سعيدة ومنتجة، ما لم يمارس أساليب التفاعل الاجتماعي السوي، وما لم يكتسب المهارات المهيئة للتعاون مع الجماعة.

وهناك قوى فعالة في العلاج النفسي الجماعي، يمكن تلخيصها فيما يلي:

- التخفيف من مقاومة المريض والتحدث عن مشكلاته التي قد لا يبوح بها أو يناقشها في جلسات العلاج الفردي، وذلك عندما يكتشف أن غيره من أعضاء الجماعة يشاركونه نفس المشكلات.
- التنفيس الانفعالي وتكوين علاقات اجتماعية جديدة، حيث يجد المريض في المعالج النفسي وأعضاء الجماعة العلاجية سندا وجدانيا ومجالا لتفريغ شحناته الانفعالية.
- الاستبصار الجديد، حيث تهيب الجماعات العلاجية للمريض رؤية جديدة لنفسه ولمشكلاته، إذ تعتبر الجماعة بمثابة مرآة يرى فيها نفسه كما يرى فيها غيره أيضا.
- إعادة تنظيم الشخصية ولو جزئيا، ويتوقف ذلك على الأسلوب العلاجي الذي يتبع في الإطار الجماعي للعلاج و تشكيل الجماعة العلاجية والأهداف الموضوعية لها (زهرا، 2005: 284-286).

5- أساليب العلاج النفسي الجماعي:

هناك أسس كثيرة يمكن أخذها بعين الاعتبار لتصنيف الأساليب المختلفة المستخدمة في العلاج النفسي الجماعي، فيمكن تقسيمها على أساس أنها إما تحليلية في طبيعتها أو أنها "كبتية ايجابية"، وهو الاصطلاح الذي يطلق على الاتجاهات غير التحليلية، كذلك يمكن استخدام أساس اللغة أو غيرها، فنقسم إلى:

- علاج جماعي لغوي.
- علاج جماعي غير لغوي، ويشمل القسم الغير لغوي، أي العملي أو الأدائي أو الفعلي.

ولقد قسم "كارسين-Carsin" العلاج النفسي الجماعي على أساس ثلاثة أبعاد هي:

- التوجيه (علاج توجيهي وغير توجيهي).
- الأسلوب (لفظي أو عملي فعلي).

• العمق (سطحي وعميق).

ولقد اقترح "روزنبرغ-Rozenberg" أساسا آخر وهو مدى احتواء العلاج على أساس عقلي أو انفعالي أو أساس عملي فعلي (العيسوي، 1994: 225).

ولكن هذه التقسيمات مفيدة فيما يتعلق بالتفسير و الأساس النظري للعلاج النفسي الجماعي، والذي يهمننا هو إبراز الجوانب الشخصية و العملية لما يحدث أثناء العلاج، ولذلك سنتناول كل أسلوب من أساليب العلاج النفسي الجماعي بالعرض والتحليل.

هذا وتتنوع أساليب العلاج النفسي الجماعي حسب المعايير التالية:

- **أعضاء الجماعة ومشكلاتهم النفسية:** حيث يتوقف أسلوب العلاج على مدى تشابه أو اختلاف أعضاء الجماعة العلاجية في مشكلاتهم النفسية، الجنس، السن والمستوى الاجتماعي والاقتصادي.
- **طريقة تشكيل الجماعة العلاجية:** حيث يتوقف أسلوب العلاج على تشكيل الجماعة بطريقة عشوائية، أو إتباع القواعد والأصول السوسيوومترية.
- **مدى التركيز على المعالج النفسي:** حيث يتوقف أسلوب العلاج على التركيز على الجماعة نفسها والنظر إليها ككل متفاعل وإلى كل عضو فيها على أنه مؤثر في علاج الآخرين، أو التركيز على العلاقة العلاجية بين المعالج وبين كل مريض على حدة، وعدم استغلال دينامية الجماعة في العلاج.
- **مدى الاهتمام بالموقف الأصلي والأشخاص الآخرين المرتبطين بمشكلة المريض:** حيث يتوقف أسلوب العلاج على اشتراك الأشخاص الآخرين المرتبطين بمشكلة المريض في عملية العلاج، أو التركيز على علاج كل مريض في الجماعة كوحدة مستقلة بغض النظر عن ارتباطه خارج الجماعة.
- **نوعية النظرية التي يتبعها المعالج النفسي:** حيث يتوقف أسلوب العلاج على الاعتماد على صفات الجماعة ودينامياتها والقوى الفعالة فيها، أو الالتزام بأصول العلاج الفردي أكثر من الاهتمام بما للجماعة من خصائص علاجية مميزة.
- **المكان الذي يمارس فيه العلاج:** حيث يتوقف أسلوب العلاج على ممارسته في جهة التأثير الرئيسية على المريض، مثل الأسرة، مكان العمل أو في مؤسسة علاجية خاصة، مثل مستشفى، عيادة نفسية، مركز إرشاد أو نادي علاجي (زهران، 2005: 290).

وفيما يلي أهم أساليب العلاج النفسي الجماعي:

5. 1- العلاج الموجه بالمحاضرة والمناقشة:

يطلق على هذا الأسلوب أحيانا اسم "العلاج النفسي التعليمي"، حيث يلعب فيه عنصر التعليم وإعادة التعليم والإيحاء دورا هاما. ورائد هذا الأسلوب هو "كلايمان-Klapman".

يقدم المعالج في هذا الأسلوب سلسلة من المحاضرات الطويلة أو القصيرة، فقد يستخدم الحكايات، النوادر والقصص الفكاهية أو الجادة، أو يأخذ موقفا من مواقف الحياة العادية.

ويستخدم أسلوب المناقشة والمحاضرة معالجون تحليليون وغير تحليليون، ولا يهتم اختيار القصة كثيرا بقدر ما تهتم الدينامية النفسية التي تثيرها في المرضى. وعلى المعالج أن يكون ملما إماما تاما بموضوع الحديث و الأفضل أن تترك الحرية للمرضى لتوجيه الأسئلة التي تدور حول الموضوع، وإذا كان الهدف من المحاضرة هو إعطاء المعلومات، فإن التركيز يكون على حديث المعالج، أما إذا كان الهدف هو استثارة المرضى والحصول على تعبيراتهم وانفعالاتهم، فإن التركيز ينبغي أن يكون على المناقشة، ولا نستطيع القول أن المحاضرة أفضل من المناقشة إلا إذا عرفنا الهدف من الجلسة العلاجية (العيسوي، 1994).

كما تجدر الإشارة إلى أن من أهداف المحاضرات والمناقشات الجماعية تغيير الاتجاه لدى المرضى، حيث أجريت عدة دراسات تجريبية في إطار علم النفس الاجتماعي حول تأثير المحاضرات والمناقشات الجماعية على تعديل الاتجاهات، ومن أمثلتها: "ليفن(1945)Lewin" وتجارب "كوش وفرنش(1948) Coch & French"، و خلاصة هذه الدراسات هي أن المناقشة و القرار الجماعي يؤديان إلى تعديل الاتجاهات بدرجة أفضل، حيث أن المناقشة الجماعية بين أعضاء الجماعة ينتج عنها قرار جماعي أكثر صدقا و اتزاناً من تقدير ورأي فرد واحد، وهي تؤثر في دقة وكفاية الحكم على إدراك أعضاء الجماعة، وهي تؤثر أيضا على دقة أحكامهم في تقدير أحكام الآخرين.

ومن حيث كيفية إدارة الجلسات العلاجية، نلاحظ ما يلي:

- يعتمد بعض المعالجين على تأثيرهم الشخصي على مرضاهم، ويجعلون من محاضراتهم وتوجيهاتهم مركز الثقل في أسلوب العلاج، في حين يعتمد البعض الآخر من المعالجين على أعضاء الجماعة أنفسهم في إلقاء أغلب الأحاديث وتبادل الآراء والمناقشات، مع أقل تدخل ممكن من جانب المعالج.

- يفضل بعض المعالجين دعوة المرضى الذين تم شفاؤهم إلى إلقاء أحاديث على المرضى الحاليين، حيث يتحدثون على خبراتهم أثناء المرض وخلال تماثلهم للشفاء.
- يستخدم بعض المعالجين المجادلات.

وتدور مواضيع المحاضرات والمناقشات حول مايلي:

- الصحة النفسية والمرض.
- التوافق النفسي.
- أسباب الأمراض النفسية.
- أعراض الأمراض النفسية.
- العلاقة المتبادلة بين الجسم والعقل.
- تأثير حالة الفرد الانفعالية على أعراضه الجسمية.
- عمل الجهاز العصبي وبعض مبادئ التشريح ووظائف الأعضاء.
- مغزى الأحلام.
- العلاج النفسي والدين.
- عرض ومناقشة حالة افتراضية يطرحها المعالج، ويراعى في تركيبها أن تجمع عناصرها بين الصفات الغالبة لأفراد الجماعة العلاجية.
- عرض ومناقشة حالة أحد الأعضاء دون ذكر اسمه.
- عرض ومناقشة رأي متطرف لأحد أعضاء الجماعة.
- عرض ومناقشة الأفكار الخاطئة والخرافية التي قد تلاحظ عند واحد أو أكثر من أعضاء الجماعة.
- مناقشة، شرح وتفسير مشكلات التوافق وسلوك أفراد الجماعة.
- استخدام الأفلام السينمائية وشرائط الفيديو وغير ذلك مما قد يفيد في عملية العلاج (زهران، 2005: 295-296).

5. 2- التمثيل النفسي المسرحي (السيكودراما):

- التمثيل النفسي المسرحي هو عبارة عن تصوير تمثيلي لمشكلات نفسية على شكل تعبير حر في موقف جماعي، يتيح فرصة التنفيس الانفعالي التلقائي والاستبصار الذاتي.
- ورائد هذا الأسلوب هو "مورينو-Moreno" الذي يرى أن أهم ما في التمثيل النفسي المسرحي هو حرية السلوك لدى الممثلين (المرضى) وتلقائيتهم حين يعبرون عن اتجاهاتهم ودوافعهم

وصراعاتهم وإحباطاتهم، بما يؤدي في النهاية إلى تحقيق التوافق والتفاعل الاجتماعي السليم والتعلم من الخبرة الجماعية (سري، 2000: 135-136).

وبالنسبة لمؤسس هذه الطريقة "مورينو - Moreno"، فإن البسيكودراما هي " العلم الذي يستكشف الحقيقة الإنسانية من خلال استخدامه لطرق دراماتيكية"، و الطرق الدراماتيكية هي لعبة التمثيل على المسرح التي تعتبر أساس البسيكودراما. فاللعبة المسرحية العلاجية تتيح للمعالج اكتشاف الدلالات العميقة لمختلف المظاهرات السلوكية التي يبديها المرضى على المسرح العلاجي. وتتلخص البسيكودراما بالطلب من المرضى بأن يقوموا بدور الممثلين على المسرح، وذلك بإعطائهم فكرة التمثيلية (وليس النص)، حيث يتصرف كل مريض على طريقته الخاصة (النايلسي، 1991: 182-183).

ويدور موضوع التمثيلية النفسية حول مواضيع مثل: خبرات المريض التي يخافها مثلا، أو حول مواقف هدفها التنفيس الانفعالي أو حل الصراع أو تحقيق التوافق النفسي وفهم الذات، والاتجاهات السالبة، والأفكار و المعتقدات الخرافية و الأحلام.

أما عن التأليف والأداء والإخراج، فيقوم المرضى بتأليف التمثيلية النفسية بأنفسهم، ويكون التأليف تلقائيا حسب الموقف. وقد يساعد المعالج في التأليف، أما عن الحوار فيترك لتلقائية وابتكار المرضى أثناء التمثيل.

وأما عن الأدوار التي يلعبها المرضى، فهي متعددة مثل: دور المريض في الحياة اليومية، أو دور المعالج، أو شخص مهم كأحد الوالدين أو الإخوة أو المعلم أو الزوج أو الجار، ودور شخص معاكس، مثل قيام المرؤوس بدور رئيسه، أو الزوج بدور زوجته. وتوزع الأدوار على المشاركين في التمثيل لإظهار أنماط السلوك اللاتوافقي حتى يمكن ضبطه، ويقوم بالإخراج أحد المرضى، أو المعالج، والممثلون هم المرضى أنفسهم، ويكون لأحدهم دور البطل الرئيسي، ويمثل باقي المرضى أدوار الأشخاص المهمين في حياته، وقد يشترك المعالج وغيره من أفراد فريق العلاج في التمثيل بغرض التوجيه والتفسير، ويجب إسناد الأدوار بحرص إلى المرضى، بحيث تكون متدرجة في العنف بما يضمن الاستمرار وعدم الانهيار.

ويستحسن أن يختار كل عضو الدور الذي يرغب في تمثيله، ويطلب من الممثلين الاندماج الكامل في المشاهد وأن يكون سلوكهم معبرا عن أفكارهم الخاصة الحقيقية بتلقائية وحرية، ومن الملاحظ أن المرضى يسلكون سلوكا أقرب إلى الواقع منه إلى التمثيل. والمتفرجون غالبا ما يكونون من أعضاء الجماعة العلاجية وأعضاء فريق العلاج.

وبعد التمثيل تبدأ مناقشة أحداث التمثيلية النفسية والتعليق عليها ونقدها واستعراض ما يمكن استنتاجه، ويشترك في المناقشة المعالج والمرضى.

وتتعدد فوائد التمثيل النفسي المسرحي، فهو يكشف عن نواحي هامة في مشكلات المرضى وشخصياتهم ودوافعهم، حاجاتهم، مشاعرهم وصراعاتهم، مما يفيد في عملية العلاج، كما يفيد في التخلص من القلق و الإحباط وحل الصراع في مواقف تشبه مواقف الحياة الواقعية (سري، 2000: 136-137).

ومما تقدم نلاحظ أن البسيكودراما صالحة للاستخدام كاختبار للشخصية، كما أنها صالحة للتطبيق كطريقة تربوية، وذلك طبعاً إلى جانب كونها طريقة علاجية، حيث تساعد المريض على اكتشاف بعض نواقصه وأخطائه، كما تساعد على اكتشاف المواقف التي يصعب عليه التصرف فيها والتكيف معها، فهي تساعد على التخلص من هذه المعوقات عن طريق تدريبه العملي على التصرف (تربية سلوكية) في مثل هذه المواقف.

ومثلهم مثل المحللين، يلجأ البسيكودراميون للتركيز على اكتشاف الصراعات المؤدية للاضطراب، ولكن البسيكودراميون لا يبحثون عن جذور هذه الصراعات في ماضي المريض، وإنما هم يبحثون عنها في الاضطراب السلوكي الراهن لدى المريض (النابلسي:1991).

5. 3- التمثيل الاجتماعي المسرحي(السوسيودراما):

يعتبر التمثيل الاجتماعي المسرحي توأماً للتمثيل النفسي المسرحي ويطلق عليه أحياناً اسم "العِب الأَدوار" وهو يتناول المشكلات الاجتماعية والمجتمعية.

ومن أشهر أساليب التمثيل النفسي المسرحي و العلاج النفسي المسرحي أسلوب قلب الأدوار، حيث يقوم أحد المرضى بدور المعلم مثلاً ومعه مريض آخر يقوم بدور التلميذ، وعندما يتصاعد أدأؤهما التلقائي ويندمجان، يطلب المعالج منهما قلب الأدوار-أي يقوم المعلم بدور التلميذ، والتلميذ بدور المعلم-للتعرف على درجة التصلب و المرونة، وذلك بجانب التعرف على واقع السلوك الانفعالي، ومشكلات المريض التي يمكن أن يعيشها في الأدوار واستجاباته التلقائية (سري،2000: 137-138).

5. 4- العلاج الأسري:

في هذا المجال نتكلم عن مدارس العلاج النفسي العائلي، فهذا التعبير لا يقصد به مدرسة بعينها، وإنما يقصد به مجموعة من المدارس ذات المنطلقات النظرية المختلفة والتي تتوجه للعائلة

كوحدة علاجية، وبالرغم من هذه التعددية، فإن جميع هذه المدارس تتجه نحو هدف تحسين العلاقات داخل الأسرة. ومن أوائل العلماء الذين وضعوا أساس علاج الأسرة "أكيرمان وجاكسون-Ackerman & Jackson".

ويوجه العلاج نحو الأسرة كوحدة علاجية لا يحول دون النظر إلى فردية الشخصية (شخصيات أعضاء الأسرة) والنظر إليها على أنها نتاج الجهاز العلائقي للأسرة، وهذا الجهاز لا يتأثر فقط بالعلاقات بين أفراد الأسرة وإنما هو يتأثر أيضا بالعلاقات بين الأسرة المعنية وبقية العائلات وبينها وبين المجتمع ككل.

والعلاج النفسي العائلي يوجه جهوده نحو تعديل الأنظمة النفسية الوظيفية داخل الأسرة، وذلك بهدف تحسين إمكانيات وأساليب الاتصال بين أفرادها، وعن طريق تحديده لصعوبات الاتصال العائلي، يستطيع المعالج أن يحدد تشخيصه والوسائل التي يراها مناسبة في عملية العلاج الذي يهدف إلى تعديل وتصحيح الأنماط العلائقية الخاطئة بين أفراد الأسرة وخاصة بين المريض وبين بقية الأسرة.

وبالرغم من الحدائة النسبية لهذا الفرع العلاجي، فإنه استطاع أن يخطو خطوات واسعة إلى الأمام، وذلك وصولا إلى تحديد الأنماط العائلية الخطرة، أي نوعية العلاقات الأسرية الرديئة التي من شأنها تشجيع ظهور أو استمرار أو إعادة إحياء المرض النفسي لدى واحد أو أكثر من أفراد العائلة.

ومن هذه الأنماط الخطرة نذكر على سبيل المثال:

- وجود مريض نفسي في العائلة (خاصة إذا كانت الأم هي المريضة).
- الخلافات العائلية.
- العادات الاجتماعية السيئة.
- اضطرابات السلطة الأبوية (الناقليسي، 1991: 187-188).

ويلجأ المعالج النفسي إلى العلاج الأسري عندما يلاحظ أن أكثر من عضو من أعضائها يعاني من اضطراب نفسي، وعادة ما تدفع الأسرة بأحد أعضائها على أنه هو الفرد المريض، ولكن في معظم الحالات سرعان ما يظهر للمعالج أن الأسرة التي دفعت بمثل هذا الشخص، يعاني أعضاؤها جميعا من اضطرابات مختلفة متفاوتة في درجتها، ويتم علاج الأسرة إما في العيادة أو في المنزل، وتكون الجلسات عادة مرة كل أسبوع ولمدة ساعة في المتوسط.

وتأتي الأسرة عادة إلى جلسة العلاج في حالة من التوتر الانفعالي الذي يلاحظه المعالج بسرعة، فقد يجد المعالج نفسه أمام عضو يقوم بدور المعاقب المتجني، وآخر يكون هو الضحية وكيش الفداء، وثالث قد يمثل رجل السلام في حرب الأسرة، كما يلاحظ أن بعض الأسر تقف أثناء الجلسات العلاجية وراء واجهة مصطنعة، وبعضها يكون على حافة الانهيار وعلى وشك الانفجار.

ويقوم المعالج في الموقف الجماعي بدراسة تاريخ الأسرة سعياً نحو التشخيص الصحيح للاضطراب ويركز على ملاحظة العلاقات الأسرية، مثل دخولهم إلى حجرة العلاج، من يجلس بجوار من، من ينظر بعيداً عن من، من يتكلم ومن يستمع، من يبتسم ومن يظل متجهماً. وعلى لا تثار في حضور كل المعالج أن يلاحظ بصفة خاصة أن هناك أسرار ومواضيع خاصة يجب أن أعضاء الأسرة، مثل المشكلات الجنسية. وقد يلجأ المعالج إلى أسلوب المواجهة بين أعضاء الأسرة، فيتناول وسائل الدفاع السائدة موضحاً أيها غير مناسبة وضارة، ويشجع وسائل الاتصال الأكثر فعالية بين أعضاء الأسرة، ويعمل على إشاعة جو من السعادة والتفهم والتقبل، مما يخفف من حدة التوتر ويزيد من التعامل، ويقلل المقاومة ويحقق التوافق الأسري. وأثناء الجلسات العلاجية، يلاحظ المعالج أن ما قد يخفيه أحد الوالدين قد يكشفه الآخر، وما قد يخفيه الوالدين قد يفصح عنه أحد الأطفال.

وهكذا نجد أن العلاج الأسري هو بالضرورة عملية تعليمية، يحاول فيها المعالج أن يحول محور المناقشات من الاختلافات حول من هو المصيب ومن المخطئ، ومن المريض ومن السليم، إلى مواضيع أعم وأشمل بالنسبة للأسرة ككل.

هذا وهناك حالات لا ينصح فيها باللجوء إلى العلاج الأسري، ومن هذه الحالات وصول الأسرة إلى درجة من الاضطراب الذي يهدد بانهيارها، ومنها أيضاً اشتغالها على حالات مرضى الهذاء أو السيكوباتية، أو الإجرام وحالات الخيانة الزوجية (زهران، 2005: 299-300).

5.5 - جماعة المواجهة:

رائد هذا الأسلوب هو "ك. روجرز (1970) -C.Rogers"، ويعرف هذا الأسلوب بأسماء أخرى منها: جماعة المواجهة الأساسية، جماعة التدريب العملي في ديناميات الجماعة، حلقة عمل جماعي في العلاقات الإنسانية. ويستخدم في الإرشاد والعلاج النفسي في مراكز الإرشاد والعيادات النفسية، في غرف تتيح الحركة والنشاط بحرية. وهو أحد الأساليب المتطورة، حيث يواجه أعضاء الجماعة بعضهم بعضاً في حرية، بهدف التعبير عن المشكلات الانفعالية وتعلم أساليب أفضل للتوافق.

وتضم جماعة المواجهة (8-10) أفراد لديهم مشكلات متشابهة، وتستمر الخبرة الجماعية المكثفة فترة تتراوح بين يومين إلى ثلاثة أيام (كعطلة نهاية الأسبوع)، حيث تكون الخبرة مكثفة وطوال الوقت ما عدا وقت الغذاء والراحة، حيث تستغرق الجلسات ما بين عشرة إلى ستين ساعة من الخبرة الجماعية المكثفة. وقد تمتد الجلسات من ثلاثة إلى أربعة أسابيع.

وتساعد جماعة المواجهة في الوقاية من التوترات وفي حل الصراعات النفسية، وتتناول القيم والاتجاهات بالتعديل والتغيير، وإثراء وتحسين الاتصال بين الوالدين والأولاد، وتساعد بصفة عامة في حل المشكلات النفسية الاجتماعية، والمشكلات الزوجية. ويمكن اختبار الأساس النظري الذي يفضله المعالج مثل: العلاج الممرکز حول العميل، أو العلاج الجشطالتي، ويكون التركيز على "هنا والآن"، أي على الحاضر أكثر.

ويقوم المعالج بدور المسير، أي يسهل التفاعل والتفهم في جماعة المواجهة، كما يسهل التعبير الحر عن المشاعر والأفكار لدى أعضائها، وذلك بتهيئة المناخ العلاجي الآمن نفسياً.

وتمر الخبرة الجماعية المكثفة عبر مراحل متتالية على النحو التالي:

5. 5. 1- التجمع:

حيث يوضح المعالج في البداية أن الجماعة تتمتع بحرية كاملة، وأنه لا يوجد من يحدد وجهتها، وهذا يسبب نوعاً من الارتباط والتشوش أو حتى الإحباط، وهذا أمر طبيعي في بادئ الأمر. وقد تتكلم الجماعة في هذه المرحلة في أشياء متنوعة.

5. 5. 2- المقاومة:

يميل بعض الأفراد إلى التعبير عن الاتجاهات الشخصية، مما يثير ردود فعل متناقضة بين الأعضاء الآخرين في الجماعة. فكل فرد مفهوم عام عن ذاته ومفهوم اجتماعي، ومفهوم خاص يحافظ على سرّيته، وكل فرد يحاول أن يبدو أمام الآخرين خالياً من المشاكل.

5. 5. 3- وصف المشاعر السابقة:

يبدأ التعبير عن المشاعر السابقة مع نوع من الحذر والخوف من كشف الذات تماماً، ويبدو أن كشف المشاعر السابقة يكون أسهل من التعبير عن المشاعر الحاضرة، لأنها تكون خارجة عن نطاق الجماعة زماناً ومكاناً.

5. 5. 4- التعبير عن المشاعر السلبية:

يكون التعبير الأول عن المشاعر الهامة في شكل اتجاهات سلبية نحو الأعضاء الآخرين في الجماعة أو نحو المعالج، وذلك في حالات مثل إجمام البعض عن الكشف عن ذواتهم الخاصة، وعدم التعاون، أو اتهام المعالج بالفشل في قيادة الجماعة. وبعد التعبير عن المشاعر السلبية، يتم تقبلها دون نتائج سيئة، لأن الجماعة توجد في مناخ نفسي كله حرية.

5. 5. 5- التعبير عن المواد الشخصية:

بعد أن يتأكد كل فرد أن الجماعة جماعته، تزداد الثقة في التطور، ويبدأ كل فرد في الكشف عن واجهة أعمق من ذاته.

5. 5. 6- التعبير عن المشاعر المباشرة في الجماعة:

وهذا التعبير قد يحدث مبكرا أو يتأخر أحيانا، وهو عبارة عن إفصاح عن المشاعر في اللحظة المباشرة للأعضاء اتجاه بعضهم البعض، إما ايجابيا أو سلبيا.

5. 5. 7- نمو طاقة علاجية في الجماعة:

وهذا يظهر قدرا من الطاقة التلقائية لدى أعضاء الجماعة للتعامل مع الآلام ومتاعب ومشكلات الآخرين في إطار علاجي مسير.

5. 5. 8- خلع الأقنعة:

مع مرور الوقت، تجد الجماعة أنه لا يمكن تحمل أن يظل عضو من أعضائها خلف قناع أو واجهة فالمواجهة الجماعية المكثفة تتطلب أن يكون فرده نفسه ولا يظل مختبئا، وأن يخلع القناع في التفاعل الاجتماعي العلاجي.

5. 5. 9- التحدي وجها لوجه:

في هذه المرحلة يواجه الأفراد بعضهم بعضا ايجابيا وسلبيا، ويمكن أن يصلوا إلى المشادة، ولكن خلال العملية العلاجية وقبل نهاية الجلسة يصلون إلى نهاية أفضل.

5. 5. 10- علاقة المساعدة العلاجية:

وفي هذه المرحلة تنمو علاقة مساعدة جماعية، حيث تتوصل الجماعة إلى طرق يكون فيها الأعضاء قادرين على مساعدة بعضهم البعض داخل وخارج الجلسات الجماعية. ومن مظاهر

علاقة المساعدة الجماعية عندما يساعد أعضاء الجماعة بعضهم على تقبل ذواتهم، وعلى خلع أقنعتهم.

5. 5. 11- المواجهة الأساسية:

وفي هذه المرحلة يزداد ائتلاف الأعضاء وضوحا في شكل أقرب، واتصال أعمق مع بعضهم بدرجة أكبر من المعتاد في الحياة اليومية، وهذا يعتبر أحد العناصر الرئيسية المؤدية إلى إحداث تغيير نتيجة الخبرة الجماعية، وتتيح الجماعة كذلك فرصة الشعور بالنقل والقيمة، مما يزيد من الثقة في النفس.

5. 5. 12- التعبير عن المشاعر الايجابية:

يحل محل الشعور السلبي تقبل عميق للآخر، ومن ثم يتضح حدوث تغيير حقيقي في المشاعر في الاتجاه السليم، ويزداد الشعور بالأمن وبروح الجماعة.

5. 5. 13- التغيرات السلوكية في الجماعة:

تحدث تغيرات سلوكية أساسية في الجماعة نتيجة للخبرة الجماعية، حيث تتغير التعبيرات ونبرات الصوت، ويبدى الأعضاء قدرا كبيرا من الاحترام المتبادل والاتجاه الإيجابي نحو بعضهم البعض، ويعبرون عن أنفسهم بحرية وطلاقة، ويصبحون أكثر تعاطفا وتسامحا وثقة، وتصبح العلاقات الاجتماعية أكثر عمقا ونجاحا (سري، 2000: 141-145).

5. 6- علاج المائدة المستديرة:

من رواد هذا الأسلوب "ماك كان و ألماندا (1950) Mc Cann & Almada"، ومن أهم أهداف هذا العلاج هو مساعدة المرضى على تحقيق فهم أفضل لمشكلاتهم واضطراباتهم السلوكية. وتكون الجلسات الجماعية حول مائدة مستديرة، وتضم الجماعة حوالي سبعة مرضى، حيث يجلس المعالج مع المرضى حول المائدة المستديرة، وتحدد جلسة لكل واحد من المرضى ليكون هو الموضوع الرئيسي وتدور الجلسة حول مشكلاته واضطراباته، ويتم التفاعل بين المرضى ويناقشون المشكلات بحرية. وتستمر الجلسة حوالي (45 دقيقة) ويتم تسجيلها، وبعد الانتهاء من ذلك يعاد سماع التسجيل (أو مشاهدته مع سماعه إذا تم تسجيله على شريط فيديو) من أجل المناقشة.

5. 7- العلاج النفسي الجماعي الممركز حول العميل:

هذا الأسلوب العلاجي الجماعي مشتق من طريقة العلاج النفسي الممركز حول العميل والأساس النظري لهما واحد، ومن رواد هذا الأسلوب "هوبز(1951) Hobbs"، ومن الفروق الهامة بينهما، هو أن موقف الجماعة يجسد فعالية التفاعل الاجتماعي والعلاقات الإنسانية ويتيح فرصة مباشرة لاكتشاف طرق جديدة وأكثر فعالية للتعامل مع الناس عن قرب، حيث يتعلم الفرد الأخذ والعطاء والمساندة الانفعالية، وتقديم المساعدة وتلقيها. ويصلح هذا الأسلوب مع الأفراد الذين يستطيعون التعبير عن أنفسهم في مواقف جماعية بطريقة أفضل من مواقف العلاج الفردي، وتتم الجلسات بواقع جلستين أسبوعياً.

وفي هذا الأسلوب لا يعد المعالج مادة معينة مسبقاً للمناقشة، ولكن الجماعة حرة في مناقشة ما يهمها من مواضيع، وأهم نشاط للمعالج هو تقبل مشاعر أعضاء الجماعة، وإيضاح تلك المشاعر (زهران، 2005: 206). والتوجيه غير المباشر للتفاعل الجماعي

5. 8- النادي العلاجي:

ينشئ بعض المعالجين أندية علاجية خاصة تتيح فرصة العلاج النفسي الجماعي القائم على نشاط المرضى العملي والترفيهي والاجتماعي بصفة عامة، ويهيئ كذلك المناخ النفسي المناسب المشبع بالحب والتقبل. وكثيراً ما تبدأ الجلسات العلاجية بنشاط رياضي، مثل كرة الطائرة أو السباحة أو نشاط فني مثل الموسيقى والغناء أو الرقص. ويلاحظ أن في أنواع النشاط المتعددة يمكن أن يتم اختيار ما يلائم حالة المريض أو جماعة المرضى ككل، ومثال ذلك اللجوء إلى نشاط رياضي مثل الملاكمة في حالة الرغبة في تفريغ النزعات العدوانية.

ويحدد "سلافسون(1947)-Slavson" ملامح العملية العلاجية هنا في أن نشاط المرضى يحل محل الكلام، ويلاحظ أن المرضى الذين ينجح معهم هذا الأسلوب العلاجي هم أولئك الذين يحتاجون إلى تكوين علاقات شخصية بناءة مع رفاقهم، ومع الذين يحتاجون إلى خبرات جماعية بناءة، ومع الذين يعانون من الرفض في أسرهم، في المدرسة أو المجتمع بصفة عامة(زهران، 2005: 297-298).

5. 9- العلاج عن طريق التدريب على التفكير واتخاذ القرارات:

هناك بعض المعالجون يستهدفون تدريب المريض على التفكير في حل المشكلات، واتخاذ القرارات والتفكير الإنتاجي، والاشتراك الإيجابي في خلق القيم الاجتماعية، مع الاهتمام بإدراك المريض، حديثه وسلوكه على أساس القرارات التي اتخذها هو بنفسه، وعلى أساس التغذية الرجعية

التي تحصل من جراء سلوكه. وفي هذا العلاج يشترك الأعضاء سويًا في خبراتهم ومشكلاتهم وفي وضع خطط للتعامل معها، أو وضع خطط بديلة، والتفكير في الاحتمالات المتوقعة، وإذا نفذ مريض خطة ما، كان عليه أن يقرر للجماعة ماذا حدث بعد تنفيذها، وهنا تقارن الجماعة بين ما توقعوه وبين ما تم فعلاً، كما يقارنون بين توقعات المرضى المختلفة وتقييمهم للموقف ونتائجه. كما يمكن أن يسمح للجماعة باللقاء خارج العيادة، ويشتركون في فصول دراسية، ويبحثون عن وظائف معاً، ويذهبون إلى السينما وغير ذلك من الأنشطة الاجتماعية. وفي هذه الطريقة أيضاً يشترك المرضى في حل المشاكل في مواقف مشخصة ومحددة، ويتم مناقشة إدراك المريض، مفهومه، تقييمه للناس وللأشياء وللأحداث، وتستهدف تعريفه بالعوامل التي تؤثر في حياته، وفي اتخاذ قراراته، وتشجعه على أن يعالج هو الموقف.

كما ينبغي أن نؤكد هنا، أنه كما توجد الحاجة إلى التغيرات الداخلية، فإن هناك الحاجة إلى حدوث تغيرات خارجية والتي تحتاج إلى العلاج الاجتماعي للمجتمع، أي معالجة المثيرات التي تسقط على حواس المريض. ولذلك ينبغي على من يمارس هذا النوع من العلاج الإلمام بالنظام الاجتماعي الذي يعيش في كنفه المريض، مع معرفة المفاهيم الخاصة بالعلاقات الإنسانية وديناميات الجماعة (اليسوي، 1992).

5. 10- العلاج الاجتماعي:

في هذا المجال يجب أن نفرق بين العلاج الاجتماعي والعلاج المجتمعي، فالمقصود بالعلاج الاجتماعي هو اعتماد المجتمع كميدان للعلاج النفسي الجماعي، بمعنى أن تعقد العلاقة بين الإنسان ومجتمعه وأن نسخرها في سبيل العلاج النفسي، وهكذا فإن هذه التسمية تركز إلى الميدان الذي يعتمده هذا النوع من العلاج (وهو المجتمع). إلا أن هناك العديد من الأساليب الممكن اعتمادها في هذا المجال.

أما بالنسبة للعلاج المجتمعي فيقصد به العلاج النفسي الجماعي الذي يمتد ليشمل مجتمعات بأسرها تعاني من مشاكل محددة (مثل الزلزال، الحروب، الانفجارات والكوارث...) أو تخضع لشائعات أو لضغوطات سياسية أو عسكرية. وفي هذه الحالة يتوجه العلاج نحو اتخاذ الخطوات الوقائية وتحضير فرق للتدخل وقت الأزمات، ومن ثم تأمين الأجواء والظروف لعلاج الاضطرابات والأمراض النفسية الناجمة عن مثل هذه الأوضاع (النابلسي، 1991: 192).

5. 11- التحليل النفسي الجماعي:

يؤمن أصحاب هذا الأسلوب بأهمية علاقة التحويل التي تربط شخصية المعالج بكل مريض في الجماعة، والتي تربط كذلك شخصية المريض بالمرضى الآخرين في الجماعة العلاجية. ويرى بعض المعالجين المتحمسين لأسلوب التحليل النفسي الجماعي، أن كل مريض يجلب إلى الجماعة توترا لاشعوريا متصلا بموضوع لاشعوري، وهو يحاول أن يفرغ هذا التوتر بالتأثير على أعضاء الجماعة الذين يتفاعلون معه.

ويسمح العلاج النفسي الجماعي بالكشف عن النمط الدفاعي الخاص بكل مريض ضد التوتر اللاشعوري المسيطر عليه، وأحسن طريقة هي الاقتصار على استخدام تفسيرات التحويل فقط أي تفسير ما يحدث في الجماعة في ظروفها الراهنة.

ويفضل البعض أن يلجأ المعالج إلى الجلسات التحليلية الفردية في بادئ الأمر، ثم يستخدم الجلسات الجماعية ويستفيد منها بقدر ما يستطيع.

ونتيجة للتحليل النفسي الجماعي يتحسن بعض المرضى، ويلاحظ لديهم تغيرات سريعة، بينما لا يتغير بعض الأفراد الذين يتصفون بالجمود والمعارضة.

ويقول أنصار هذا الأسلوب أن التحليل النفسي في الإطار الجماعي يتيح فرصة أكبر للأخذ والعطاء بين المعالج والمريض. وذكر "وندر(1940-Wender)" أن التحليل النفسي الجماعي قد أفاد بدرجة كبيرة في علاج حالات الفصام الخفيف والاكئاب الخفيف وحالات الهستيريا(زهران، 2005: 300-301).

6- مراحل العلاج النفسي الجماعي:

تتضمن عملية العلاج النفسي الجماعي ثلاث مراحل، هي:

6. 1- المرحلة الأولى:

- القلق والدافعية.
- ظهور روح الجماعة.
- نمو الثقة وتبادل الخبرات.
- وضوح أنماط الأفراد.
-

6. 2- المرحلة الثانية:

- تفاعل كل فرد بإيجابية، ومشاركة ورؤية نفسه في الآخرين، واعترافه بالمشاعر المكبوتة.
- ظهور التنافس في الكشف عن المخاوف، القلق والصراعات.
- احتمال ظهور عمليات مضادة للعلاج مثل: كبش الفداء والاعتماد على الدفاعات.

6. 3- المرحلة الثالثة:

- الاستفادة من خبرات الآخرين وتطبيقها على حالة الفرد.
- احتمال حاجة بعض الأفراد إلى علاج نفسي فردي مكمل (سري، 2000: 134-135).

7- دور المعالج النفسي في العلاج النفسي الجماعي:

دور المعالج في العلاج النفسي الجماعي هو دور أحد أعضاء الجماعة، أكثر مما هو دور قائد لها، هو دور الملاحظ، يتركز دوره حول الإثارة، الضبط والترتيب، التفسير والشرح والتعليق. وهو يترك التفاعل الاجتماعي الحر يتم بين المرضى، وهو لا يحتكر المناقشة، بل يشجعها ويقوم بحث كل عضو في الجماعة على التعليق على مشكلات الآخرين وتأويلها. وأهم ما يجب أن يهتم به المعالج النفسي هو تهيئة المناخ العلاجي الذي يسود فيه الحب، التقبل، التسامح، والفهم والحرية، وغير ذلك من ضروريات المناخ العلاجي السليم، وما يجب ملاحظته أيضا، أن المعالج يجب أن لا يستخدم المصطلحات العلمية والتقنية، وأن لا تكون لديه اتجاهات جامدة أو تسلطية، وأن يكون متفائلا وواقعا في نفس الوقت (زهرا، 2005: 289).

8- الإعداد للعلاج النفسي الجماعي:

يعتبر الإعداد للعلاج النفسي الجماعي عملية معقدة وصعبة تستغرق وقتا، ولكنها عملية حيوية. ويشمل الإعداد للعلاج النفسي الجماعي مراحل تتضمن إعداد العيادة النفسية، إعداد الجماعة العلاجية، واستعداد المعالج.

ويتراوح عدد أفراد الجماعة العلاجية عادة بين (3-15) مريضا، ويقول البعض أن العدد الأمثل للجماعة العلاجية يتراوح بين (7-10) أفراد، إلا أن العدد قد يزداد ليصل إلى (50) فردا في بعض الحالات الخاصة.

ويرى البعض أنه يجب أن تتشابه أعضاء الجماعة العلاجية في أعراضهم ومشكلاتهم، مما يكون عاملا مشتركا بينهم ويعتبر أساسا لتماسكهم مبنيا على الاهتمام المتبادل والتعاطف والمشاركة الوجدانية. كذلك يرى بعض المعالجين (خاصة في حالة الاعتماد على طريقة المحاضرة، الشرح

والتفسير) أن تكون الجماعات متجانسة من النواحي العقلية، المعرفية والاجتماعية، وذلك حتى يتمكن المعالج من التعامل مع أفراد الجماعة على مستوى يناسب الجميع. إلا أن البعض مثل "سلافسون (1947) Slavson" وغيره، يرون أن تتضمن الجماعة عناصر مختلفة من الأفراد من حيث الجنس والمستوى الاجتماعي والاقتصادي، والأعراض، فيكون البعض منهم يتسم سلوكه بالعدوان، البعض بالإيجابية والنشاط، البعض بالانسحاب، والبعض الآخر يتسم سلوكه بنمط انفعالي خاص، وهكذا حتى يتحقق التوازن في التفاعل الاجتماعي في الجماعة العلاجية.

وفي الواقع، فإن هدف العلاج هو الذي يحدد حجم الجماعة ونوع تشكيلها المتجانس وغير المتجانس. وقبل إجراء الجلسات العلاجية والتي تكون عادة أطول من الجلسات الفردية، فتمتد إلى حوالي ساعة ونصف في المتوسط، يجب أن يقوم المعالج بإجراء مقابلة شخصية مع كل مريض على حدا تخصص لعملية الفحص والتشخيص.

ويجب أن يراعي المعالج في اختيار أعضاء المجموعة أن يكون كل منهم مستعدا ومهيا للانخراط في الجماعة، وألا يكون هناك اعتبارات تجعل وجوده مثيرا للقلق والضيق والانزعاج له وللآخرين، وألا تكون حالته المرضية لا يفيد فيها العلاج الجماعي، مثل حالات الشخصية السيكوباتية، وحالات الجنسية المثلية وغيرها.

هذا ويحتاج معظم المرضى إلى إعداد خاص قبل الانضمام إلى الجماعة العلاجية، ويلخص "ولف (1967) Wolf" أهم ما يحتاج المعالج إلى التأكد منه بالنسبة لكل مريض فيما يلي:

- إعداد المريض بما يكفل تحمله لضغط الجماعة العلاجية.
- إعداده للثقة في أعضاء المجموعة.
- تهيئته لكي يصبح واحدا من أعضاء الجماعة فعلا.
- ضمان عدم لجوئه إلى المقاومة بشكل يعوق الاستفادة من العلاج النفسي الجماعي.
- إفهامه أن ينضم إلى الجماعة العلاجية باختياره، وأن يستطيع أن يتركها أيضا متى يشاء، وأنه يستطيع أن يطلب من المعالج أن يحول علاجه إلى جلسات علاجية فردية.
- إفهامه أنه سوف يستفيد من الموقف والوسط الاجتماعي في الجماعة العلاجية، كما أنه سوف يفيد أعضاء الجماعة علاجيا في نفس الوقت (زهرا، 2005: 287-289).

9- تقييم العلاج النفسي الجماعي:

9.1- مزايا العلاج النفسي الجماعي:

يمكن تلخيص أهم مزايا العلاج النفسي الجماعي فيما يلي:

- يؤدي إلى توفير الجهد والمال، حيث يستطيع المعالج النفسي معالجة ومساعدة أكثر من مريض في وقت واحد.
- توفير خبرة الاتصال والتفاعل مع أفراد جماعة العلاج، وتبادل الآراء والتخفيف من حدة المرض عند الأفراد، حيث يرى المريض أنه أفضل من غيره، مما يؤدي إلى نتائج أفضل وأسرع في العلاج.
- تعدد أساليبه وتنوعها (سري، 2000: 145-146).
- له أثر تنفيسي ذو قيمة كبيرة، إذ فيه مجال لانطلاق الانفعالات وإسقاطها على أعضاء الجماعة دون أي نقد، وهو يمد المرضى بالسند الانفعالي المطلوب في العلاج النفسي عن طريق العلاقات الجماعية.
- يقلل مشاعر القلق والشعور بالذنب، ويجعل الفرد يميل إلى التسامح اتجاه الخبرات الاجتماعية المحببة.
- يستغل المشاعر التي تنمو في الجماعة لزيادة دفع المرضى نحو العلاج.
- يقلل من حدة تمركز المريض حول ذاته، ويوفر الفرصة لتحقيق الذات وإحراز المكانة والتقدير، مما ينمي الثقة في النفس، ويقوي تقدير الذات لدى المرضى.
- يكفل تصحيح وتعديل مفهوم الفرد عن ذاته وعن الآخرين وعن العالم الخارجي عموماً، في اتجاه زيادة تقدير الذات، مما يزيد بالتالي من تقبل الفرد للآخرين وتقبل الآخرين له.
- يتيح الفرصة لنمو العلاقات الاجتماعية، وحل الصراعات والمشكلات في موقف جماعي يشبه مواقف الحياة الواقعية العملية.
- يساعد في تعديل اتجاهات المريض واكتساب معايير سلوكية اجتماعية ومهارات وقيم جديدة.
- يجمع بين خبرات الفرد الداخلية وبين الواقع الاجتماعي الذي يعيش فيه.
- يعتبر أفضل طريقة علاجية بالنسبة لبعض المرضى الذين لا يتجاوبون في العلاج النفسي الفردي.

- يعتبر أنسب طرق العلاج النفسي في البلدان النامية التي تعاني من نقص شديد في عدد المعالجين النفسيين، ولذلك فإن له أهميته القصوى من الناحية الاجتماعية (زهران، 2005: 307-308).

9. 2- عيوب العلاج النفسي الجماعي:

يمكن ذكر بعض عيوب العلاج النفسي الجماعي كما يلي:

- قد تكون التغيرات السلوكية التي حدثت قصيرة الأمد وغير دائمة، وقد يحدث انتكاس لدى البعض.
- قد يندمج الفرد بعمق في الكشف عن ذاته، ثم يترك ومشكلاته لم تحل.
- قد يستفيد أحد المرضى دون الآخرين من العلاج، مما يحدث مشكلات خاصة في عملية التوافق النفسي.
- قد يتحمس بعض الأعضاء للطريقة ويستمرون في الاشتراك في حلقات عمل جديدة، وقد يحترفون حضور جلسات العلاج النفسي الجماعي (سري، 2000: 146).

❖ خلاصة الفصل:

حاولنا في هذا الفصل إلقاء الضوء على العلاج النفسي الجماعي، وقد تم التطرق إلى لمحة تاريخية عن العلاج النفسي الجماعي، الأسس النفسية والاجتماعية له، مجالات استخدامه، أساليبه، مراحلها، النظريات التي تطرقت للعلاج النفسي الجماعي، دور المعالج النفسي في جلسات العلاج وكيفية الإعداد لهذه الجلسات، وفي الأخير قمنا بتقييم العلاج النفسي الجماعي من خلال عرض مزاياه وعيوبه.

الفصل الثالث: المعاش النفسي

تمهيد

- متغيرات المعاش النفسي:

1- القلق:

تمهيد

1.1 - الفرق بين القلق والخوف.

1.1 - أنواع القلق.

1.1 - أعراض القلق.

1.1 - أسباب القلق.

1.1 - تشخيص القلق.

1.1 - النظريات المفسرة للقلق:

1.1 - النظرية البيولوجية.

1.1 - النظريات النفسية.

1.1 - قياس القلق.

1.1 - علاج القلق.

2- الاكتئاب:

تمهيد.

2.1 - لمحة تاريخية عن الاكتئاب.

2.2 - انتشار الاكتئاب ونسبة حدوثه.

2.3 - أنواع الاكتئاب و أعراضه.

2.4 - أسباب الاكتئاب.

2. 5- تشخيص الاكتئاب.
2. 6- النظريات المفسرة للاكتئاب.
2. 7- قياس الاكتئاب.
2. 8- شخصية المكتئب.
2. 9- مختلف التناولات العلاجية للاكتئاب.
2. 10- علاقة الاكتئاب بالقلق.
2. 11- علاقة الاكتئاب بتقدير الذات.

3- تقدير الذات:

تمهيد:

3. 1- تعريف مفهوم الذات
3. 1. 1- التمييز بين الذات والأنا
3. 1. 2- التمييز بين مفهوم الذات وتقدير الذات
3. 1. 3- ارتباط مفهوم الذات بتنظيم الذات
3. 1. 4- تنظيم الذات
3. 2- مكونات مفهوم الذات
3. 3- أبعاد مفهوم الذات.
3. 4- خصائص مفهوم الذات
3. 5- مستويات تقدير الذات.
3. 6- النظريات المفسرة للذات:
3. 6. 1- نظرية التحليل النفسي
3. 6. 2- النظرية الظاهرية

3. 6. 3- النظرية السلوكية
3. 6. 4- النظرية الاجتماعية المعرفية
3. 7- تقدير الذات والتوافق النفسي.
3. 8- مراحل نمو الذات:
3. 8. 1- المرحلة الأولى: بروز الذات
3. 8. 2- المرحلة الثانية: تأكيد الذات
3. 8. 3- المرحلة الثالثة: مرحلة توسيع الذات
3. 8. 4- المرحلة الرابعة: مرحلة تمايز الذات
3. 8. 5- المرحلة الخامسة: مرحلة الرشد
3. 8. 6- المرحلة السادسة: مرحلة الشيخوخة (من 60 سنة فما فوق).
3. 9- العوامل المؤثرة في تقدير الذات.

4- مركز التحكم:

تمهيد.

4. 1- نشأة مفهوم مركز التحكم.
4. 2- أبعاد مركز التحكم:
4. 2. 1- مركز التحكم الداخلي.
4. 2. 2- مركز التحكم الخارجي.
4. 3- سمات الأفراد الداخليين و الخارجيين في مركز التحكم.
4. 4- المفاهيم الجوهرية لمركز التحكم على ضوء نظرية التعلم الاجتماعي.
4. 5- المفاهيم المرتبطة بمركز التحكم:
4. 5. 1- الاعتقادات.

4. 5. 2- خصائص الشخصية.
4. 5. 3- الإسنادات و آثارها.
4. 5. 4- متغيرات التحكم.
4. 5. 5- التفسير اليومي ومعيار الداخلية.
4. 5. 6- مرغوبية الوجهة الداخلية للتحكم مقارنة بالوجهة الخارجية.
4. 6- العوامل المؤثرة في مركز التحكم.
4. 7- فعالية مركز التحكم:
4. 7. 1- فعالية مركز التحكم على مستوى الصحة العامة.
4. 7. 2- فعالية مركز التحكم على مستوى تحمل الضغوط .
4. 8- مركز التحكم و التوافق.

خلاصة.

تمهيد:

يختلف الأفراد في أنماط شخصياتهم وبالتالي فهم يختلفون في ردود أفعالهم، وهذا قد يرجع إلى نوع الصراعات الداخلية والخارجية التي تتعرض لها الأنا، طريقة تعبير الأنا عنها وكيفية حل هذه الصراعات وطبيعة الآليات الدفاعية المستعملة من طرف الأنا. فبعض الأفراد قد يستجيبون بالأعراض النفسية والبعض الآخر بالأعراض الجسمية ، وهكذا ...، ومن هنا نستطيع القول أن الفروق الفردية الموجودة بين الأفراد قد ترجع إلى إختلاف السير النفسي لكل شخص.

• متغيرات المعاش النفسي:

إن المعاش النفسي هو مجموعة حالات نفسية تتتاب الفرد وتعتريه لمدة غير محددة، مؤثرة بذلك على كل علاقاته، وهذا الواقع النفسي يحمل مشاعر وآليات نفسية تولد مخلفات نفسية تتمثل في: القلق والإكتئاب وتؤثر على تقدير الذات ومركز التحكم لدى الفرد.

1- القلق:

تمهيد:

يعرف القلق بأنه حالة وجدانية تتميز بالشعور بالانزعاج وبانشغال البال، بعدم الرضا بالوضع الراهن، بعدم الأمن والاطمئنان، باضطراب جسدي ونفسي و بانتظار أو توقع خطر مجهول يكون الفرد عاجز عن مواجهته (Sillamy,1989).

كما تظهر أهمية التمييز بين القلق العادي والقلق المرضي، حيث يعتمد العيادي أثناء الممارسة اليومية على معيارين أساسيين للتفريق بينهما. يتعلق المعيار الأول بتعبير المفحوص ذاته عن معاناته، حيث يعتبر القلق مرضيا عندما يكون مشكلة للمفحوص ويعوق مسار حياته العادية. ويتمثل المعيار الثاني في تقدير العيادي للمفحوص-الذي يركز على معرفته للمشكلة وتمكنه من التقنيات القياسية التي يستخدمها.

واختلفت النظريات التي حاولت تفسير القلق اختلافا واضحا فيما بينها ونظرا لذلك ارتأينا ضرورة عرضها وتناولها بالبحث والدراسة، ولكن قبل ذلك سوف نتعرف على الفرق بين القلق والخوف، أنواع القلق، أعراضه، أسبابه، تشخيص القلق ومن ثم نذكر بعض النظريات المفسرة له، وفي الأخير نتطرق إلى بعض طرق قياس القلق مع بعض الطرق العلاجية له.

1.1- الفرق بين القلق والخوف:

يتشابه القلق مع الخوف إلى درجة كبيرة في كثير من الأعراض، فكلاهما استجابتان سلبيتان تنشآن عندما يتعرض الفرد للخطر. ويرى بعض الباحثين أن الخوف عبارة عن شعور ينصب على الحاضر، حيث يبدو كرد فعل لمثيرات محددة لظاهرة حقيقية وواقعية. بينما ينظرون للقلق على أنه شعور غامض ومبهم، ذو خوف مستمر من مجهول، وأن هذا الشعور ينصب على المستقبل أكثر من الحاضر (عبد الخالق، 1991: 91).

ويمكن إجمال آراء الباحثين حول الفروق بين الخوف والقلق في الآتي:

- ينشأ الخوف عن موضوع أو مثير محدد، بينما القلق ينشأ من مثير غير محدد، بمعنى إذا استطاع الفرد أن يحدد الموضوع الذي يثير خوفه، فإنه يجد صعوبة في تحديد الموضوع الذي يثير قلقه.
- استجابة القلق تدوم فترة أطول، لأنها لا ترتبط بمتغير محدد، بل بمواقف عامة، بينما استجابة الخوف تكون مؤقتة وتزول بزوال الموضوع المثير لها.

- مواقف الخوف ممكن أن تدفع الفرد إلى أن يسلك سلوكا معيناً للتخلص من المثيرات المخيفة أو الابتعاد عنها، أما في مواقف القلق فإن الفرد - لعدم معرفته الدقيقة لما يثير قلقه- يعجز عن إتيان السلوك المناسب لاستبعاد هذه المثيرات أو تجنبها (كفافي، 1990: 36).

وفيما يلي جدول يبين الفرق بين القلق والخوف:

جدول رقم (01): يبين الفرق بين الخوف والقلق العادي:

القلق:	الخوف:
- لا يكون الفرد منتبهاً إلى مصدره عادة (يكون على مستوى لاشعوري، خوف داخلي من مجهول)	- خوف من أمور خارجية يواجهها الفرد على مستوى الشعور، ويعرف مصدرها.
- يبقى غالباً رغم زوال مثيره الأصلي طالما لم يتناوله الفرد بالدراسة والتحليل.	- يزول بزوال مثيره.
- قد ينشأ كرد فعل لوضع محتمل غير قائم ولكنه متوقع.	- ينشأ كرد فعل لوضع مخيف قائم فعلاً.
- توجد صراعات.	- لا يوجد صراع.

(زهران، 2005: 288).

1. 2- أنواع القلق:

للقلق أنواع ودرجات تختلف حسب طبيعة الفرد ونوعه وسنه، كما ترتبط بالظروف البيئية التي ينشأ فيها الفرد خلال فترة حياته. ويمكن تصنيف القلق تبعاً للأسس المختلفة.

1. 2. 1- القلق كحالة وسمة:

لقد ميز "كاتل وسبيبلرجر-Cattell & Spielberger" بين نوعين مختلفين من القلق وهما القلق كحالة والقلق كسمة، حيث تشير حالة القلق إلى وضع طارئ ووقتي عند الفرد يحدث له إذا تعرض لأحد المواقف التي تثير هذا القلق. وباختفاء هذه المواقف التي تثير القلق بالقضاء عليها أو الابتعاد عنها تنتهي حالة القلق. وتتفاوت شدة هذه الحالة حسب درجة التهديد أو الخطر التي يدركها الفرد المتضمنة في الموقف وهي حالة أقرب إلى الخوف.

أما سمة القلق، فتشير إلى أساليب استجابية ثابتة نسبياً تميز شخصية الفرد، أي أن القلق المثار في هذه الحالة أقرب إلى أن يكون مرتبطاً بشخصية الفرد منه إلى مثيرات الموقف.

وهذا القلق الأخير هو الأكثر ارتباطاً بالصحة النفسية للفرد، وهو الذي يتحدث عنه العلماء كعرض للاضطرابات العصبية. ولذا يمتد في نشأته ونموه إلى خبرات الطفولة والمثيرات التي يتعرض لها الفرد أثناء التنشئة الاجتماعية (محمد علي، 2004: 92-93).

ولقد أشار "كاتل (1978) Cattell" إلى أن حالة القلق تتغير بحسب المواقف وأن التباين بين تلك المواقف أكثر ارتفاعاً من التباين بين الأفراد، وأن التباين بين الأفراد أكثر ارتفاعاً من التباين بين المواقف حيث أن حالة القلق تكون مؤقتة وتختلف من لحظة لأخرى وسرعان ما تزول هذه الحالة بزوال مصدر التهديد وأن سمة القلق عامل مشبع بمتغيرات شخصية (وهي الميل للحيرة والارتباك-ضعف الأنا- الشعور بالذنب) وتوجد سمة القلق أي الاستعداد للقلق عند جميع الناس بدرجات متفاوتة (مرتفعة-متوسطة-منخفضة) وعلى هذا الأساس، فإن حالة القلق تشمل حالة انفعالية مؤقتة، بينما سمة القلق تعكس استعداداً ثابتاً للاستجابة إلى مثير يهدد الذات، أي أن حالة القلق هي رد فعل انفعالي يحدث عندما يدرك الفرد موقفاً ما بأنه خطر ويمثل هذا تهديداً شخصياً له وذلك بغض النظر عن أن هذا الموقف يمثل خطراً حقيقياً أم لا، ويشتمل على انفعالات القلق والتوتر والاضطراب والنشاط الزائد في الجهاز العصبي. وتتحد شدة الشعور بالقلق ومدة استمراره بناءً على مقدار الخطر الذي يدركه الفرد واستمراره في تقدير الموقف كمصدر خطر، بينما سمة القلق تعبر عن نفسها في شدتها وتكرار مرات حدوث القلق كحالة، ولهذا فإن الأفراد ذوي حالة القلق المرتفع هم أكثر عرضة لأن يصبح القلق عندهم سمة مميزة في عديد من المواقف (طه عبد العظيم، 2007: 19-20).

كذلك يمكن تصنيف القلق:

- من حيث مدى وعي الفرد به: ينقسم القلق إلى قلق شعوري يعي الفرد أسبابه ويمكنه تحديدها والتصدي لها، وغالباً ما يزول بزوال تلك الأسباب. وقلق لاشعوري لا يفتن الفرد إلى مبرراته ودواعيه رغم سيطرته على سلوكه.
- من حيث درجة شدته: ينقسم القلق إلى قلق بسيط، قلق حاد وقلق مزمن.
- من حيث تأثيره على مستوى أداء الفرد لواجباته ومهامه: هناك قلق مسير ومنشط للأداء وقلق مثبت أو مضعف.
- من حيث مدى تأثيره على توافق الفرد وصحته النفسية: يصنف إلى قلق عادي واقعي، وقلق خلقي أو ضميري وقلق عصابي.

ويميز "فرويد - Freud" ثلاث صور في القلق تقابل المنظمات النفسية الفاعلة في الشخصية حسب ما افترض في نظريته وهي الأنا، الهو والأنا الأعلى، وأنواع القلق التي تقابلها هي القلق الموضوعي، القلق العصابي والقلق الخلفي.

1. 2. 2- القلق الموضوعي:

وهو قلق شعوري موضوعي، إذ يدرك الفرد مصدر خطر خارجي في بيئته يهدده، وربما يكون هذا المصدر واقعياً فعلياً أو متوقفاً محتملاً. ومن أمثلته القلق الذي يعتري الفرد بشأن نتيجة اختبار أجري له أو مسابقة شارك فيها، أو عندما ينتظر نبأ هاماً يتعلق بقضية أو مشكلة حيوية تخصه، ومنه أيضاً ذلك التوتر الذي يصيب الفرد عندما يستشعر خطراً على صحته أو مستقبله، ويعتبر القلق في هذه الحالة كوظيفة لإعداد الفرد لمقابلة الخطر بالقضاء عليه أو بتجنبه أو بإتباع أساليب دفاعية.

وهكذا يلعب القلق الموضوعي العادي دوراً بالغ الأهمية في حياة الفرد والجماعة لما له من وظائف دفاعية وتوجيهية للسلوك، فهو يساعدنا على تحديد مشكلاتنا واتخاذ القرارات اللازمة بشأنها (فرويد، تر: راجح، 1952: 100).

1. 2. 3- القلق العصابي:

ينشأ القلق العصابي نتيجة محاولة إفلات المكبوتات من اللاشعور والنفاد إلى الشعور والوعي. ويكون القلق هنا بمثابة إنذار للأنا بأن يحشد دفاعه حتى لا يصبح اللاشعور شعورياً. وإذا كان القلق الموضوعي يعود إلى مثيرات خارجية في البيئة، فإن هذا القلق يرجع إلى عامل داخلي وهو دفاعات الهو الغريزية، والتي توشك أن تتغلب على الدفاعات وتخرج الأنا إخراجاً شديداً لأنها تجعله في صدام مع المعايير الاجتماعية (فينخل، تر: مخيمر، 1969: 216).

ويأخذ القلق العصابي حسب وجهة نظر "فرويد - Freud" ثلاث صور أساسية هي:

- حالة تخوف هائلة وطليقة أو منتشرة تعم حياة الفرد ولا يستطيع تجنبها، وتصبح حياته كلها مركزة حول قلقه ويعيش تحت وطأة توقع حدوث الشر في أي وقت ومن أي شيء.
- حالة تخوف قهرية مبالغ فيها مرتبطة بأفكار أو مواضيع معينة لكنها غير عقلانية، كما هو الحال في المخاوف المرضية الشاذة وهي مخاوف مستديمة لا يمكن للفرد التخلص منها أو السيطرة عليها، وتبدو إما من أشياء غريبة تافهة وليست خطرة إلى الحد الذي يستثير الفرع الشديد منها، مثل الخوف من بعض الحشرات أو الحيوانات البسيطة كالعناكب والققط، أو الخوف من الأماكن الواسعة أو الضيقة.

وتفسر هذه المخاوف المرضية كاستجابة انفعالية إزاء مصدر تهديد داخلي، حيث تستمد أصولها من الخبرات الطفولية المخيفة أو المؤلمة والرغبات المخجلة المكبوتة التي يتم إزاحتها بطريقة لا شعورية إلى مواضيع نوعية أخرى بديلة عن المواضيع والمصادر الحقيقية للخط السيكولوجي الذي يثير قلق الفرد.

- اضطراب الذعر والهلع، ويبدو في نوبات رعب وفزع وذعر فجائية تمتلك الفرد لثوان قليلة وقد تمتد لساعات، حيث يصل قلقه فجأة إلى ذروته نتيجة شعوره برهبة لا يمكن تفاديها، وذلك دون استثارة موضوعية ظاهرة (راجع، 1979: 120).

1. 2. 4- القلق الخلقي:

ينشأ القلق هنا نتيجة تحذير أو لوم الأنا الأعلى للفرد عندما يفكر في الإتيان بسلوك يتعارض مع المعايير والقيم التي يمثلها جهاز الأنا الأعلى، أي أن هذا النوع من القلق يكون سببه مصدر داخلي مثله مثل القلق العصابي، الذي ينتج من تهديد دفاعات الهو الغريزية. ويتمثل هذا القلق في مشاعر الخزي، الإثم، الخجل والاشمئزاز، ويصل هذا القلق إلى درجته القصوى في بعض أنواع العصابات كعصاب الوسواس القهري الذي يعاني صاحبه من السيطرة المستبدة للأنا الأعلى، ويخاف من لوم ضميره القاسي. ويمكن أن نتوقع أن الأطفال الذين يعيشون في ظل أساليب تنشئة والدية معينة هم الذين يعانون من الأنا الأعلى المتمزمت، وهم الذين يكونون عرضة لهذا النوع من القلق. وتتسم هذه الأساليب التربوية غالباً بالصرامة أكثر مما تتسم بالتسامح، وتتشد المستويات المثالية من السلوك أكثر مما تتعامل مع المستويات الواقعية السائدة، وتلجأ إلى الحساب الشديد عند مخالفة القواعد بدلا من التفهم وتقدير الظروف (لاجاشي، تر: زيور، 1979: 145).

1. 3- أعراض القلق:

يمكن التعرف على أعراض القلق وذلك لكونها واضحة ومتميزة عن بقية الأعراض والاضطرابات الأخرى، وهذا ما يساعد في تشخيص القلق ويشير إلى أن هذه الأعراض تظهر وفق أنواع مختلفة حسب شدة القلق ومدى استمراره وتأثيره على الأجهزة العضوية.

1. 3. 1- الأعراض الجسمية:

يذكر الباحث "أحمد عكاشة" (1992) أن الأعراض الجسمية هي أكثر أعراض القلق النفسي شيوعاً، حيث أن جميع الأجهزة الحشوية في الجسم متصلة وتتغذى بالجهاز العصبي اللاإرادي

الذي يحركه الهيبيوتلاموس المتصل بمراكز الانفعال. فقد يؤدي الانفعال إلى تنبيه هذا الجهاز وظهور أعراض عضوية في أحشاء الجسم المختلفة، كما يشير إلى أن المريض قد يكبت الانفعال ولا يبدي سوى الأعراض العضوية.

وتتصل هذه الأعراض والمظاهر بالعديد من الأجهزة الجسمية الوظيفية ومنها:

- أعراض مرتبطة بجهاز القلب الدوري: آلام عضلية في الناحية اليسرى من الصدر، خفقان القلب وسرعة دقاته وارتفاع ضغط الدم.
- أعراض مرتبطة بالجهاز الهضمي: فقدان الشهية، عسر الهضم، صعوبات البلع، الشعور بغصة في الحلق وأحيانا الغثيان والقيء، أو الإسهال أو الإمساك، المغص الشديد، نوبات القيء المتكررة كلما تعرض الفرد لانفعالات معينة حيث يكون القيء علامة رمزية على الاحتجاج على موقف ما.
- والجدير بالذكر أن الخلل في الوظائف المعوية قد يؤدي إلى قرحة المعدة.
- أعراض مرتبطة بالجهاز التنفسي: ضيق الصدر وعدم القدرة على استنشاق الهواء، سرعة التنفس، وربما أدت سرعة التنفس إلى طرد ثاني أكسيد الكربون وتغير حموضة الدم وقلة الكالسيوم التنشيط في الجسم مما يعرض الفرد للشعور بتتميل في الأطراف وتقلص العضلات والدوار والتشنجات العصبية وربما الإغماء.
- أعراض مرتبطة بالجهاز العضلي الحركي: الآلام العضلية بالساقين والذراعين، الظهر والرقبة، الإعياء والإنهاك الجسدي، التوتر والحركات العصبية، الرعشة وارتجاج الصوت وتقطعه.
- أعراض مرتبطة بالجهاز البولي التناسلي: كثرة التبول والإحساس بالحاحه لا سيما عند الانفعالات الشديدة وفي المواقف الضاغطة، وربما يحدث عكس ذلك كاحتباس البول رغم الرغبة الشديدة في التبول، تناقص الاهتمامات الجنسية والخلل في الوظائف الجنسية، وربما فقدان القدرة الجنسية، كضعف الانتصاب عند الرجل والبرود الجنسي عند المرأة واضطرابات الطمث وعدم انتظامه (محمد علي، 2004: 104-105).
- أعراض مرتبطة بالجهاز الغدي: زيادة أو نقص إفرازات الغدة الدرقية (هومون التيروتوكسين)، البول السكري، زيادة إفراز هرمون الأدرينالين في الغدة فوق الخلوية.
- أعراض الجهاز العصبي: شدة الانعكاسات العميقة عند فحص الجهاز العصبي للمفحوص مع اتساع حدقة العين ووجود ارتجاج في الأطراف والخلجان العصبية أحيانا (Tico)، الدوار والصداع إلى غيرها من الأعراض المصاحبة لمختلف أجهزة الجسم، كما تظهر أعراض جلدية كذلك كالصدفية والإكزيما (خير الزراد، 1983).

1. 3. 2- الأعراض النفسية:

وتأخذ المظاهر التالية:

- الشعور بالتوتر العام والقلق على الصحة والعمل.
- عدم الاستقرار والشعور بانعدام الأمن والراحة والحساسية المفرطة وسرعة الإثارة.
- المخاوف العامة غير محددة الأسباب والمصادر.
- الشك والتردد، الإكتئاب والضييق وترقب المستقبل، بالإضافة إلى توهم المرض.
- الأرق واضطرابات النوم الذي تتخلله الأحلام المزعجة والكوابيس.
- ضعف القدرة على التركيز، ضعف الأداء، تشتت الذهن، اضطرابات الذاكرة، الأفكار السوداء والسرحان.
- العصبية، الانطواء، الانسحاب الاجتماعي والعزلة، فقدان الصداقات ونقص التفاعل الاجتماعي.
- انخفاض تقدير الذات، قلة الرضا عن الذات وزيادة اتهام الذات (عدس، 2003).

وبطبيعة الحال، فإن هذه الأعراض تؤدي إلى تدهور في قدرة الفرد على الإنجاز والعمل، كما تؤثر على توافقه الأسري، الاجتماعي والمهني.

1. 3. 3- الأعراض النفسجسمية:

وتتمثل فيما يطلق عليه بالأمراض السيكوسوماتية، أي تلك الأمراض العضوية التي يسببها القلق أو يلعب دورا هاما في نشأتها، أو في زيادة أعراضها، كالذبحة الصدرية، الربو الشعبي، جلطة الشرايين التاجية، روماتيزم المفاصل، البول السكري، قرحة المعدة والإثني عشر، القولون العصبي، الصداع النصفي وفقدان الشهية العصبي (عكاشة، 1992: 25).

1. 4-أسباب القلق:

حدد "جيروم وأرنست (1986) Jerome & Ernest" خمسة مصادر أساسية للقلق على النحو التالي:

- **الأذى أو الضرر الجسدي:** فالعديد من الناس-حتى أولئك الذين يحترفون الرياضات الصعبة، كسباق السيارات وتسلق الجبال-يتملكهم الشعور بالقلق عندما تهددهم مواقف تنذر بالأذى والإيلام الجسدي، كما أن بعض الأفراد في مواقف معينة تسيطر عليهم فكرة الإصابة ببعض الأمراض.

- **الرفض أو النبذ:** فالخوف من رفض الآخر لنا، ومن أنه لن يبادلنا مشاعر المودة والحب، يجعلنا غير مطمئنين في المواقف الاجتماعية.
- **عدم الثقة:** حيث يعد نقص الثقة أو فقدانها سواء في أنفسنا أم في غيرنا عند خوض التجارب والمواقف والخبرات الجديدة مصدرا للقلق، لا سيما إذا كان الطرف الآخر في هذه المواقف غير واضح فيما يتوقع منا أن نفعله.
- **التنافر المعرفي:** يؤدي تناقض الجوانب المعرفية كالإدراكات، الأفكار والمعلومات كل منها مع الآخر، أو مع عدم اتساقها مع المعايير الاجتماعية إلى القلق والشعور بعدم الارتياح. فالطالب الذي يدرك نفسه على أنه موهوب أو خارق الذكاء يصاب بالانزعاج والتوتر عندما يتحصل على درجة في الامتحان تفيد بأنه ليس كذلك.
- **الإحباط والصراع:** فالتوتر والقلق يعدان محصلة طبيعية لفشلنا في إرضائنا لرغباتنا ودوافعنا وطموحاتنا، أو في فض المواقف الصراعية (محمد علي، 2004: 96-97).

وتتمثل عوامل الإحباط في الإعاقة التي تمنع الفرد من إشباع حاجاته ودوافعه، ومن بين هذه الإعاقة نجد قسوة الوالدين وعدم إشباعهما لحاجات الطفل، وتوقع الفرد العقاب، وتزمت الضمير ومحاسبته للفرد على كل كبيرة وصغيرة، وذلك بسبب إفراط الوالدين في كثرة الأوامر والنواهي (معوض، 1983: 243-244).

إضافة إلى ما سبق، فقد أورد "حامد زهران" (2005) بعض الأسباب الأخرى للقلق من بينها مايلي:

- الاستعداد الوراثي في بعض الحالات.
- الاستعداد النفسي (الضعف النفسي العام) والشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية، والتوتر النفسي الشديد، الأزمات أو الخسائر المفاجئة والصدمات النفسية، الشعور بالذنب والخوف من العقاب وتوقعه، المخاوف الشديدة في الطفولة المبكرة، الشعور بالعجز والنقص وتعود الكبت بدلا من التقدير الواقعي لظروف الحياة. وأحيانا قد يؤدي فشل الكبت إلى القلق وذلك بسبب طبيعة التهديد الخارجي الذي يواجهه الفرد أو لطبيعة الضغوط الداخلية التي تسببها الرغبات الملحة.

ومن الأسباب النفسية كذلك الصراع بين الدوافع، الاتجاهات، الإحباط والفشل اقتصاديا، عائليا أو مهنيا... الخ.

- مواقف الحياة الضاغطة، الضغوط الحضارية والثقافية والبيئية الناجمة عن المدنية الحديثة والتغيرات المتتابة (نحن نعيش في عصر القلق)، والبيئة القلقة المشبعة بعوامل الخوف، مواقف الضغط، الوحدة، الحرمان، عدم الأمن واضطراب الجو الأسري.
 - مشكلات الطفولة والمراهقة والشيخوخة، ومشكلات الحاضر التي تنشط ذكريات الصراعات في الماضي، والطرق الخاطئة في تنشئة الأطفال مثل القسوة والتسلط، الحماية الزائدة والحرمان واضطراب العلاقات الشخصية مع الآخرين.
 - التعرض للحوادث والخبرات الحادة (اقتصاديا، عاطفيا أو تربويا)، والخبرات الجنسية الصادمة خاصة في الطفولة والمراهقة، الإرهاق الجسمي والتعب، المرض وظروف الحرب.
 - عدم التطابق بين الذات الواقعية والذات المثالية، وعدم تحقيق الذات
- (زهران، 2005: 485-486).

1. 5- تشخيص القلق:

تم تحديد ست فئات لاضطرابات القلق في دليل التشخيص الإحصائي الثالث المراجع (DSM III-R) (1987) وهي:

1. 5. 1- اضطراب الهلع: وينقسم إلى :

- هلع مصحوب بحدوث حالة من الرهاب للأماكن المتسعة.
- هلع غير مصحوب برهاب الأماكن المتسعة (أي هلع هائم أو طليق).

1. 5. 2- الرهاب: وينقسم إلى:

- رهاب الأماكن الواسعة بدون تاريخ سابق لاضطراب الهلع.
- الرهاب الاجتماعي.
- الرهاب البسيط.

1. 5. 3- اضطراب الوسواس القهري.

1. 5. 4- اضطراب العصاب التالي لحدوث صدمة.

1. 5. 5- اضطراب القلق العام.

1. 5. 6- اضطراب القلق غير المصنف في مكان آخر.

وقد أضاف دليل التشخيص الرابع (DSM IV) (1994) الآتي:

- الاضطراب الحاد للضغوط .
- اضطراب القلق الناتج من إدمان مواد نفسية مؤثرة (عادل، 2000: 193-194).

1. 6- النظريات المفسرة للقلق:

1. 6. 1- النظرية البيولوجية:

تنشأ أعراض القلق حسب النظرية البيولوجية من الزيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي بنوعيه السمبتاوي والباراسمبتاوي، ومن ثم تزيد نسبة الأدرينالين والنور أدرينالين في الدم.

ومن علامات تنبيه الجهاز السمبتاوي ارتفاع ضغط الدم وازدياد ضربات القلب وجحوظ في العينين، أما ظواهر الجهاز الباراسمبتاوي، فأهمها كثرة التبول والإسهال وزيادة في الحركات المعوية مع اضطراب الهضم والشهية والنوم.

لقد أوضحت العديد من الدراسات أثر العامل الوراثي في ظهور القلق وأظهرت هذه الدراسات أن نسبة 18% من المترددين على العيادات للطب النفسي يعانون من القلق النفسي، وتعد هذه أكبر نسبة من بين الأعراض النفسية والعقلية. فالأم والأب القلقان لابد أن ينجبا طفلا قلقا بالوراثة، قد لا يظهر عليه أعراض القلق مبكرا ولكن عند مواجهته للضغوط سرعان ما تظهر عليه تلك الأعراض بفعل الوراثة الجينية، وبفعل ما يمكن تسميته بالوراثة النفسية، الناجمة عن معاشة آباء وأمهات يعانون من القلق، وهذا ما تؤكدته دراسة "بريشارد - Brichard" وآخرون والتي تشير إلى تأثير القلق بالاضطرابات الهرمونية كما توضح تأثير القلق باضطراب نشاط الموصلات العصبية (كاظم آغا، بدون سنة).

وقد تبين أيضا أن مرحلة النمو (العمر) أثر في تنشئة القلق حيث يزداد القلق مع عدم نضج الجهاز العصبي في الطفولة وكذلك ضموره لدى المسنين.

1. 6. 2- النظريات النفسية:

ازداد اهتمام علماء النفس بموضوع القلق في القرن العشرين حيث تعددت النظريات حول تفسيره، وتذهب في جملتها كما يقول "ساربين (1961)- Sarbin" إلى جعله المحرك الأساسي لكل سلوك سوي أو مرضي عند الإنسان والحيوان على السواء.

كما تكاد تتفق معظم النظريات السيكلوجية على أن القلق في جوهره عبارة عن رد فعل الإنسان إزاء التهديد ولكن هذه النظريات تختلف في تحديد طبيعة هذا التهديد.

1. 6. 2. 1- التحليل النفسي والقلق:

1. 6. 2. 1- القلق عند " سيجموند فرويد-Sigmund Freud":

كان "س. فرويد-S.Freud" من أكثر علماء النفس استخداماً لمصطلح القلق، حيث يعتبر أنه نتاج صراع بين رغبات الهو والقيود المفروضة عليه بواسطة الأنا والأنا الأعلى. فالقلق عنده هو إشارة إنذار للأنا حتى يتخذ أساليب دفاعية ضد ما يهدده، وغالباً ما يكون المهدد له هو رغبات مكبوتة سواء كانت عدوانية أو جنسية، ومن ثم يتعين على الأنا أن يقوم بنشاط يدفع عنه ما يهدده أو يتراكم القلق حتى ينهار الأنا.

فالأنا في التحليل النفسي يعتبر هو المستقر الوحيد للقلق وهو المنظمة الوحيدة من المنظمات النفسية (الهو-الأنا-الأنا الأعلى) التي تشعر به وتولده.

ولقد رأى "فرويد-Freud" في نظريته الأولى عن القلق أنه ينتج عن رغبة جنسية مكبوتة، وأن عدم إشباع هذه الرغبة يجعلها تتحول إلى قلق. أما في النظرية الثانية فيرى أن القلق ما هو إلا رد فعل لخطر غريزي داخلي (عبد العظيم حسين، 2007: 30).

وعلى أي حال، فإن المكبوتات إذا كانت قوية فإن لهذه القوة أثرها السلبي على الصحة النفسية، لأنها إما أن تتجح في اختراق الدفاعات والتعبير عن نفسها في سلوك غير سوي، عصابي أو تنهك دفاعات الأنا بحيث يظل الفرد مهياً للقلق المزمن المرهق والذي هو صورة من صور العصاب.

1. 6. 2. 2- القلق عند الفرويدون الجدد:

رغم أن الفرويديين الجدد يتبنون في الأساس مفاهيم معينة وضعها "فرويد-Freud": (العجز الأولي للطفل، حاجته للأمان، استهدافه للمحفزات المتصارعة، دور العوامل اللاشعورية والآليات الدفاعية ضد القلق)، إلا أنهم يقدمون في ذلك تفسيرات مختلفة.

- "أدلر-Adler": كان يؤمن بالتفاعل الدينامي بين الفرد والمجتمع. فالإنسان السوي يتغلب على شعوره بالنقص والقلق عن طريق تقوية الروابط الاجتماعية التي تربط الفرد بالآخرين المحيطين به، ويستطيع الفرد أن يعيش بدون أن يشعر بالقلق إذا حقق هذا الانتماء إلى المجتمع الذي يعيش فيه.
- "هورني-Horney": ينشأ القلق من رغبة غريزية عدوانية لا جنسية.
- "فروم وسوليفان-Forum & Sullivan": ينتج القلق من سعي الفرد إلى الاستقلالية والتجديد مع أنه يشعر بالأمن في التبعية.

- "أوتورانك-**Author rank**": يعتبر بأن القلق هو تكرار لصدمة الميلاد والمتمثلة في الانفصال عن الأم (السيد، 2001: 22).

1. 6. 2 - المدرسة السلوكية والقلق:

تنظر المدرسة السلوكية إلى القلق على أنه سلوك متعلم من البيئة التي يعيش وسطها الفرد تحت تأثير شروط التدعيم الإيجابي والسلبى. وهي وجهة نظر مابينة تماما لوجهة نظر التحليل النفسي، فالسلوكيون لا يؤمنون بالدوافع اللاشعورية ولا يتصورون الديناميات النفسية أو القوى الفاعلة في الشخصية، ولكن بالرغم من الاختلافات بين المدرسة السلوكية ومدرسة التحليل النفسي إلا أنهما تشتركان في أن القلق يرتبط بماضي الإنسان وما واجهه من خبرات، وهما تتفقان أيضا على أن الخوف والقلق كلاهما استجابة انفعالية من نوع واحد وأن الاختلاف بينهما يكمن في أن الخوف ذو مصدر موضوعي يدركه الفرد، في حين أن مصدر القلق أو سببه يخرج عن مجال إدراك الفرد، أي أن الفرد يكون غير واع بما يثير قلقه ويرتبط القلق في السلوكية بالصراع وهو لا يختلف كثيرا في ذلك عن التحليل النفسي، غير أن الصراع في السلوكية يكون شعوريا بينما في التحليل النفسي يكون صراعا لاشعوريا (عبد العظيم حسين، 2007: 32-33).

يفسر السلوكيون القلق في ضوء الإشارات الكلاسيكي، وهو ارتباط مثير جديد بالمثير الأصلي ويصبح هذا المثير الجديد قادرا على استدعاء الاستجابة الخاصة بالمثير الأصلي (عبد الغفار، 1976: 185).

وهذا يعني أن مثيرا محايدا يمكن أن يرتبط بمثير آخر من طبيعته أن يثير الخوف، وبذلك يكتسب المثير المحايد صفة المثير المخيف ويصبح قادرا على استدعاء الخوف، مع أنه في طبيعته الأصلية لا يثير مثل هذا الشعور.

ولقد استطاع "جون واطسن-**John Watson**" زعيم المدرسة السلوكية أن يخلق خوفا لدى الطفل "ألبرت-**Albert**" الذي كان يبلغ من العمر أحد عشر شهرا، وكان قد تعود اللعب مع أحد حيوانات التجارب، ثم شرط "واطسن-**Watson**" رؤية الطفل هذا الحيوان بمثير مخيف في أصله وهو سماع صوت عال ومفاجئ. ومع حدوث الإشرط، أصبح الطفل يخاف من الحيوان الذي كان يسر لرؤيته من قبل. يعتبر الحيوان في هذه التجربة بمثابة المواضيع المثيرة للقلق عند الراشدين مع أنها كانت مواضيع محايدة في أصلها، ولكنها ارتبطت بمواضيع مثيرة للخوف مع تعرض رابطة الإشرط إلى النسيان (محمد علي، 2004: 94-95).

1. 6. 2. 3- النظرية المعرفية والقلق:

1. 6. 2. 3. 1- النموذج المعرفي للقلق عند "أرون باك- Aaron Beck":

على الرغم أن أعمال "أ. بيك- A. Beck" المبكرة كانت تركز على الإكتئاب، لكنه طبق مفاهيمه المعرفية عن الأفكار التلقائية والتعريفات المعرفية، والمخططات المعرفية في تفسير الاضطرابات الانفعالية الأخرى ومنها القلق.

وفيما يتعلق بنشأة الاضطرابات الانفعالية من المنظور المعرفي، يعتبر النموذج المعرفي عند "أ. بيك- A. Beck" أكثر النماذج المعرفية تفسيرا للقلق، إذ يرى أن توقع الخطر أو الشر هو المكون الأساسي المميز لمرضى القلق، حيث يتوقف القلق بصفة أساسية على كيفية إدراك الفرد وتقديره للخطر الكامن في الموقف، فالشخص في حالة القلق يكون مهوماً أولاً وقبل كل شيء باحتمال أن يصيبه أذى، فالتعرض للخطر هي الفكرة المهيمنة على الشخص القلق إذ يسيطر على تفكيره فكرة وجود قلق يهدده، فهو يتوقع أحداثاً مؤلمة له ولأسرته أو لممتلكاته أو لمركزه ومكانته وغيرها. ويعتبر التفكير المأساوي من الأخطاء المعرفية الشائعة لدى مرضى القلق وهي تعني توقع أسوأ النتائج، إذ أن التفكير يكون منصبا على توقع أسوأ النتائج المحتملة لأي موقف من المواقف، فإذا توقع الشخص وجوده وسط حشد من الناس سيطر عليه الخوف الذي يجعله يفقد سيطرته على نفسه وقد يصاب بالإغماء (عبد العظيم حسين، 2007: 36-37).

1. 6. 2. 3. 2- النموذج المعرفي للقلق عند "لازاروس- Lazarus":

لقد ميّز "لازاروس (1966) Lazarus" في نمودجه المعرفي للقلق بين عمليتين أساسيتين وهما التقييم الأولي والثانوي. ويشير التقييم الأولي إلى تقدير الفرد للموقف على أنه تهديدي، فيما يتكون التقييم الثانوي من تقدير الفرد لما لديه من مصادر وإمكانيات داخلية أو خارجية تكون لازمة للتعامل مع الموقف.

ويتأثر التقييم الأولي بنوعين من العوامل، هما العوامل الشخصية والعوامل الموقفية. أما العوامل الشخصية فتشمل الاعتقادات والافتراضات لدى الفرد، في حين أن العوامل الموقفية تشمل طبيعة الحدث أو التهديد وما إذا كان الحدث أو الموقف الذي يتعرض له الفرد مألوفاً له أم غير مألوف، وما هي احتمالات حدوثه. أما التقييم الثانوي، فيقصد به تقويم إمكانيات التعامل أو مواجهة الأحداث المؤلمة ويتأثر هذا التقييم بقدرات وإمكانيات الفرد الجسمية، النفسية والاجتماعية. ومن أمثلة الإمكانيات الجسمية نجد صحة الفرد وطاقته وقدرته على التحمل، وتشمل الإمكانيات النفسية اعتقادات الفرد ومهارات حل المشكلات وتقدير الذات والروح المعنوية لديه، أما الموارد الاجتماعية

فإنها تمثل شبكة العلاقات الاجتماعية للفرد وحجم المساندة والدعم المقدم له سواء كانت مساعدات مادية أو معنوية.

ولقد أضاف "لازاروس-Lazarus" إلى عمليتي التقييم الأولي والثانوي عملية ثالثة وهي إعادة التقييم، وهي العملية التي يعيد من خلالها الفرد تقييم الطريقة التي يدرك بها الموقف ومواجهته للموقف المؤلم، حيث يطور وينمي من أساليب مواجهته للموقف أو يستمر في هذه الأساليب أو يغيرها وفقا لمدى إدراكه لجدوى هذه الأساليب. فمثلا إذا أدرك الفرد أن الاستجابة التي يستخدمها في مواجهة الموقف المؤلم مناسبة، فإنه يعيد النظر في تقييمه للتهديد الذي ينطوي عليه الموقف وينظر إليه على أنه كما قدره، وقد يدرك الفرد أن الاستجابة المستخدمة في مواجهة الموقف أقل فاعلية وحينئذ يعيد النظر في استجابة المواجهة ويبحث عن استجابة أكثر ملائمة للتهديد، أو يعيد تقديره لمستوى التهديد مرة أخرى (عبد العظيم حسين 2007: 43-44).

وقد برهن "باندورا-Bandura" وغيره من الباحثين الذين يشتركون معه في الأبحاث أن أحكام الأفراد عن قدراتهم الذاتية في السيطرة على المواقف والتعامل معها، تؤثر إلى حد بعيد على سلوكياتهم في كثير من المواقف المتنوعة والمختلفة من مواجهة المشاكل كاختيار المهنة إلى الاستمرار في نظام غذائي معين (نجاتي، 1988).

1. 6. 2. 4- النظرية الإنسانية:

تؤكد المدرسة الإنسانية على خصوصية الإنسان بين الكائنات الحية، ولذا تركز دراساتها على المواضيع التي ترتبط بهذه الخصوصية، مثل الإرادة، الحرية، المسؤولية، الابتكار والقيم. وترى أن التحدي الرئيسي أمام الإنسان هو أن يحقق وجوده وذاته كإنسان وكائن متميز عن الكائنات الأخرى وكفرد يختلف عن بقية الأفراد.

ويجب على كل إنسان أن يسعى لتحقيق هذا الوجود، لأن هذا هو الهدف النهائي الذي يجب أن يواجهه في الحياة. ولذا فإن كل ما يعوق محاولات الفرد لتحقيق هذا الهدف يمكن أن يثير قلقه، وعلى ذلك فإن عوامل القلق ومثيراته ترتبط بالحاضر والمستقبل بعكس التحليل النفسي والسلوكية التي تعزو أسباب القلق إلى الماضي.

ومن أهم العوامل المرتبطة بالقلق عند أصحاب هذه المدرسة هي بحث الإنسان عن مغزى لحياته أو هدف لوجوده، وإذا لم يهتد الإنسان إلى هذا المغزى، فإنه سيكون فريسة للقلق، ويرتبط فشله في الاهتمام إلى مغزى لحياته بالتناقضات القائمة في المجتمعات الصناعية الكبرى التي تتسم بدرجة

واضحة من عدم التكافؤ بين العمال وأرباب العمل، مما يجعل الإنسان يشعر بالعجز والعزلة (زهرا، 1979: 62).

ويرى أصحاب هذا المنحى أن القلق هو الخوف من المستقبل وما قد يحمله من أحداث تهدد وجود الإنسان. كما يرون أن الخوف من الموت هو المثير الأساسي للقلق عند الإنسان.

ومن أنصار التيار الإنساني نجد "كارل روجرز-Carl Rogers" وهو صاحب نظرية الإرشاد الممركز حول الشخص (العميل)، يرى أن القلق لدى الفرد مرتبط بمقدار الاتساق والتناقض بين مفهوم الذات لديه والخبرات التي يمر بها في حياته، فكلما كانت الخبرات التي يواجهها الفرد في حياته تتسق مع مفهوم الذات لديه كلما أدى به ذلك إلى التوافق النفسي، في حين أن عدم الاتساق بين مفهوم الذات والخبرات التي يواجهها الفرد التي لا تتسق مع مفهومه عن ذاته يدركها الفرد على أنها تمثل تهديداً له، ومن ثم يعمل على تحريفها أو تجاهلها ويشعر عندئذ بالقلق والتوتر. ولخفض ذلك القلق والتغلب عليه يلجأ الفرد إلى ميكانيزمات دفاع تعمل على تحريفها، وإذا فشلت الدفاعات أصبح الفرد عرضة للقلق ولذلك يسعى الإرشاد الممركز حول العميل إلى إحداث تغيير في مفهوم الذات لديه ليشمل كل الخبرات التي يدركها الفرد (عبد العظيم حسين، 2007: 35-36).

1. 7- قياس القلق:

من أشهر المقاييس النفسية للقلق نجد مقياس "تايلور-Taylor" للقلق الذي يتكون من (25 بند) يقيس كل بند عرضاً من أعراض القلق.

كما توجد بطاريات قد صممت لقياس القلق (كحالة وكسمة) ومن أشهر هذه المقاييس: مقياس القلق كحالة وكسمة لـ "سبيلبرجر-Spielberger" وآخرون، وقد قام "أحمد عبد الخالق" بتقنيته ونقله إلى اللغة العربية.

كما نجد مقاييس التقدير الذاتي، ومن أشهرها: اختبار "هاملتون-Hamilton" لتقدير القلق، وقد قام "لطفى فطيم" بترجمة بنود هذا المقياس إلى اللغة العربية (مرغني، 2009: 59-60).

1. 8- علاج القلق:

إن مصادر القلق متنوعة ومتعددة وغالبا ما تكون مجهولة، لذا فإنه من الضروري البحث عليها ومعرفتها واكتشاف طبيعتها، ولذلك فإن علاج القلق يبدأ بمعرفة سببه، فيؤخذ تاريخ مطول عن حياته، ويسأل عن وقت ظهور أعراض القلق لديه، وما صادفه من حوادث وما عايشه من خبرات، وهو ما يسمى بدراسة تاريخ الحالة (زبدي، 2007: 97-98).

وتختلف درجة وطبيعة القلق وفقا للآتي:

- قد يكون القلق مزمنا أي يلازم الشخص طوال حياته.
- قد يأتي القلق في صورة نوبات سرعان ما تزول.
- قد يرتبط القلق بضغوط خارجية يتعرض لها الشخص.
- قد يرتبط القلق بوجود أزمات داخلية داخل الشخص.
- قد يأتي القلق دون وجود أي ضغوط ظاهرية (سواء داخلية أو خارجية).

كما أن صور الأعراض تختلف وتتنوع:

- قد تأتي في صورة عضوية فقط.
- وقد تأتي في صورة نفسية فقط.
- كما قد تجمع بين الجانبين معا (العضوية والنفسية).

ولذا لابد من التشخيص الدقيق في البداية لتحديد نوع وشدة ودرجة الاضطراب وطبيعة الاستعدادات المختلفة لدى الفرد الذي يعاني من القلق (نفس المرجع السابق، 2009: 66).

ويعتبر القلق العصابي من أكثر الأمراض النفسية استجابة للعلاج. وتتنوع طرق العلاج وتتخذ الأشكال الآتية:

1. 8. 1- العلاج الطبي:

يعتمد العلاج الطبي في حالات القلق العصابي على استخدام العقاقير المسماة بالمهدئات الصغرى، ويتم كذلك علاج الأعراض المصاحبة مثل الأرق وفقدان الشهية.

ويجب عدم الإسراف في استخدام العقاقير المهدئة حتى لا يحدث إدمان لدى المريض لهذه العقاقير. ولقد أوضحت بعض الدراسات فعالية العقاقير التي تسمى (بلاسيبو-Placebo) وهي أقراص من الدقيق أو السكر وليس بها أي مواد دوائية فعالة-في تحسين بعض حالات القلق (عكاشة، 1992: 245).

1. 8. 2- العلاج الكهربائي:

يفيد هذا النوع من العلاج في بعض حالات القلق المصحوبة بأعراض جسمية والمرفقة بأعراض اكتئابية شديدة. ويمكن أن يجرى للمريض حسب الباحثة "بيتزدا(2002) Bethesda" دراسة لتقييم

حالته من خلال تصوير العمليات المنطقية لنشاط الدماغ بواسطة جهاز الكمبيوتر، وذلك لتحديد ما إذا كانت لبعض نشاطاتها دور في قلقه العام.

1. 8. 3- العلاج الجراحي:

ويتم استخدامه لعلاج بعض الحالات النادرة من القلق النفسي المصحوب بتوتر شديد واكتئاب، والتي لا تتحسن بالطرق العلاجية السابقة، حيث يلجأ الطبيب الجراح عادة إلى العملية الجراحية في المخ لتقليل شدة القلق، وذلك عن طريق قطع الألياف العصبية الخاصة بالانفعال والموجودة في المخ الحشوي (زبدي، 2007: 99).

1. 8. 4- العلاج النفسي:

ويهدف العلاج النفسي إلى تطوير شخصية المريض وإزالة مخاوفه وخفض توتره. وهناك عدة طرق للعلاج النفسي منها:

1. 8. 4. 1- العلاج بالتحليل النفسي:

يهدف العلاج بالتحليل النفسي إلى تقوية أنا المريض باعتبارها الجزء المسيطر على رغبات الهو والمنسق بينها وبين ضوابط الأنا الأعلى. كما يهدف إلى إظهار الذكريات والأحداث المكبوتة، بمعنى تحديد أسباب القلق الدفينة في اللاشعور ونقلها إلى حيز الشعور وكذلك فض الصراعات اللاشعورية، ويتم ذلك عن طريق التداعي الحر، وتفسير الأحلام وزلات اللسان حتى يصل المريض إلى الاستبصار والتمكن من إحلال الحكم العقلي محل الكبت اللاشعوري ويكون هذا بمساعدة المحلل النفسي (زهران، 1979: 165).

1. 8. 4. 2- العلاج السلوكي:

ينطلق العلاج السلوكي من مسلمة ترى أن القلق يحدث نتيجة إشراف خبرة حدثت في الماضي تثير القلق، ولذلك فإن جهد المعالج السلوكي ينصب على فك هذا الإشراف، حيث يتم تدريب المريض على عملية الاسترخاء والقيام بتمارين التنفس البطني، ومواجهة المنبه المثير للقلق بدرجات متفاوتة من الشدة، إلى أن يتمكن المريض من مواجهة الموقف المثير للقلق دون ظهور أعراضه (زبدي، 2007).

1. 8. 4 -3 العلاج الجشططتي:

ويركز هذا العلاج على خبرات الفرد الواعية بذاته وبيئته باعتبارها محور حياته، ويتم ذلك باستخدام بعض التقنيات مثل تقنية المقعد الخالي، حيث يجلس المريض على مقعد وأمامه مقعد خال يتخيل جلوس شخص آخر عليه، ويبدأ في حوار تخيلي مع الشخص، بالإضافة إلى تقنية الاسترخاء والتنفس العميق لإعادة الانتعاش الحيوي إلى الفرد.

1. 8. 4 -4 العلاج العقلاني الانفعالي:

يركز هذا العلاج على مناقشة الأفكار غير المنطقية لدى الفرد وإحلال أفكار منطقية بدلا منها.

1. 8. 5 -5 العلاج البيئي:

يعتمد على تعديل العوامل البيئية التي تؤثر على المريض، مثل تغيير نوع العمل أو تعديل البيئة الأسرية من حيث اتجاهاتها نحو المريض وإرشاد أفراد الأسرة لتغيير أنماطهم السلوكية بما يساعد المريض على الشفاء.

2- الاكتئاب:

تمهيد:

يمكن اعتبار الاكتئاب العرض الأكثر تمييزا لحياتنا العصرية وملازما لها، لما يميزها من سرعة وضغوط، ظهور أمراض جديدة وتغير أنماط المعيشة والبنية الاجتماعية وتعقد أساليب التعامل. وهو يشكل مع اضطراب القلق أعلى نسبة لأسباب زيارة العيادات النفسية ومؤسسات الصحة النفسية في المجتمعات المعاصرة، وذلك لطلب العلاج والبحث عن الدعم النفسي والاجتماعي.

وهو مفهوم عادة ما يقترن بالمزاج المضطرب الناجم عن تعرض الفرد لإحباطات متتالية أو أحداث صدمية وحزينة، يصحبه الشعور باليأس وفقدان تقدير الذات ومشاعر النقص، كما يؤثر على الشهية والنوم، ويؤدي إلى تأخر نفسي-حركي ونقص في القدرات الوظيفية.

وقد كان ولا يزال الاكتئاب موضوعا لدراسات غزيرة اختلفت فيها التناولات باختلاف التيار النظري من تحليلي، بيولوجي، سلوكي ومعرفي، كما درست أسبابه، آثاره، وعلاقاته بعوامل كثيرة كالجنس، التحصيل والتكيف النفسي الاجتماعي.

سنحدث في هذا الفصل عن التناولات النظرية (المعرفية-الاجتماعية) للاكتئاب، وعن الأسباب الاجتماعية لهذا الاضطراب والعوامل النفسية الاجتماعية المتدخلة، عن أصوله المعرفية من خلال عرض النموذج المعرفي لـ"بيك" خاصة. كما أننا سنذكر العمليات المتدخلة في السيرورة المعرفية للاكتئاب، والمعارف الاجتماعية المتعلقة بالفكر السلبي وتأثيره على الحالة المزاجية وتأثره بها، والعلاجات المعرفية والمعرفية-السلوكية للاكتئاب.

2. 1- لمحة تاريخية عن الاكتئاب:

يعد الاكتئاب من أكثر الأمراض شيوعا منذ أقدم العصور، وعرف خاصة عند المصريين واليونانيين، وهو أكثر الأمراض النفسية قدما وتكرارا، وقد رافق الاكتئاب الإنسان عبر التاريخ، فوصفه أبو الطب "أبو قراط" في القرن الرابع قبل الميلاد بالملانخوليا، أي السوداوية الصفراء (عنو، 2006: 118).

وقد ذكرت أعراض الاكتئاب في كتابات المصريين القدماء والإغريق والبابليين، وعند العرب المسلمين، حيث قدم كل من "ابن سينا" و"الرازي" أمثلة على دقة الوصف لحالات "الملانخوليا" والعلاجات الطبية التي اقترحها، زيادة على العلاجات النفسية بالراحة والاسترخاء والإيمان (الحجار، 1989: 82).

وقد فطن المسلمون الأوائل، ومنهم "أبو بكر محمد بن زكرياء الرازي" إلى مرض الاكتئاب، وعرفه باسم "الهم والوجد"، ويرجع سبب الاكتئاب إلى إفراط في العمليات العقلية. كما أشار إلى أن الاكتئاب وأعراضه يتخذ أشكالاً متنوعة، منها على سبيل المثال أشكال "الوجد" وصوره... وألواناً من "المنجاة" تتسم بالعزلة والانطواء... وأنماطاً من الهموم تأخذ طابع الدوام والاستمرار (عنو، 2006: 118).

هذا بالإضافة إلى دراسات المحللين النفسانيين "فرويد" وأتباعه حول الاكتئاب، على أن الحالة الاكتئابية "وضعية فقدان موضوع الحب"، التي تثير نكوص من مرحلة اختيار الموضوع إلى مرحلة تقمص الأنا مع الموضوع المفقود، بحيث تبني هذه العلاقة على نموذج نرجسي وازدواجي (عنو، 2006: 119).

أما بالنسبة إلى دراسات السلوكيون والمعرفيين الجدد، التي تؤكد أن الاكتئاب يتم تعلمه من المحيط عن طريق تعزيزات، هذا بالإضافة إلى اعتقادات وأفكار خاطئة لدى الفرد اتجاه الذات، المحيط والمستقبل.

وعليه يعتبر الكثير أن الاكتئاب هو مرض العصر، وكارثة القرن العشرين، لأنه يصيب جميع الأجناس، ومن مختلف الأعمار والفئات الاجتماعية، فحوالي 3% من الناس يصابون بالاكتئاب، ومن بينهم المتقنين أيضاً، فلقد صرح خبراء المنظمة العالمية للصحة، أن الاكتئاب منتشر بنسبة 3% إلى 5% من السكان، فمن ثم ليس هناك جنس أو شعب في مأمن من هذا الداء، وهو يمس النساء والرجال من مختلف الأعمار، أي أن الاكتئاب كمرض هو شكل مجسم لما للشخص العادي الذي تصيبه نكبة طارئة، "بحيث يظهر الاكتئاب عبارة عن رد فعل من النفس إزاء حالة شدة أو حرمان ناجم عن حادث مفاجئ" (عنو، 2006: 120).

2.2 - انتشار الاكتئاب ونسبة حدوثه:

يمكن القول أن الاكتئاب هو أكثر الاضطرابات انتشاراً، حيث يوجد في العالم حوالي مائة مليون مكتئب، تدوم لديهم الحالة الاكتئابية سنة كاملة، كما وجد أنه جد منتشر عند النساء، لذا تمثل نسبة تردده لديهن ضعفاً عند الرجال، والميزة الأساسية لهذا الاضطراب تكمن في كونه متردداً، حيث أن 50% من الحالات تنتكس في نفس السن التي تحدث فيها أول فترة اكتئابية (عنو، 2006: 120).

لقد أكدت دراسات عديدة أن ما يقارب 20% من المرضى الذين يراجعون الأطباء من أعراض مرض الاكتئاب، إما تكون مصحوبة بمرض الاكتئاب، إما مصحوبة بمرض بدني، أو غير مصحوبة به، وأن نصف هؤلاء المرضى تقريباً، أي 10% منهم تكون الأعراض الاكتئابية لديهم شديدة.

وخلافا للكتب السيكاترية الغربية، التي كانت تعتبر مرض الاكتئاب مرض العالم الغربي، فإن اضطرابات الاكتئاب تشاهد في جميع المجتمعات بدون تمييز ولا تشخيص، ومثلنا على ذلك الهند، حيث يشخص مرض الاكتئاب المنشأ في العامة بنسبة 20% إلى 30% من المرضى المصابين باضطرابات سيكاترية مختلفة (العيسوي، 1990: 68).

كما يفسر الاكتئاب بأنه عداء ضد النفس، وأقصى درجات هذا العداء هو الانتحار. وقد ثبت أن 70% من الذين لجأوا إلى الانتحار على المستوى العالمي يعانون من الاكتئاب، وهناك 20% من مرضى الاكتئاب يحاولون الانتحار.

وعموما فإن العقد الثالث من العمر يسجل زيادة مطردة بالنسبة إلى حالات الاكتئاب، أما قيمة الإصابات بالاكتئاب، فهي بين سن الخامسة والأربعين إلى الخامسة والخمسين (مرغني، 2009: 70).

ولقد بينت دراسة "روتر (1985) Rotter" أن نسبة الاكتئاب في مرحلة ما قبل البلوغ أعلى مرتين عند الذكور، بينما تتضاعف عند الإناث بعد سن المراهقة. وأثبتت بعض الدراسات لـ "توفاك (1984) Novak" و "ويسمان (1987) Wisman" أن نسبة الاكتئاب هي نفسها عند الجنسين بين مرحلة ما قبل الرشد (مرغني، 2009: 70).

كما أثبتت الدراسات التي أقامها المعهد الوطني الأمريكي للصحة النفسية، أن الاكتئاب ينتشر بنسبة أكبر أثناء المراهقة عند الإناث، وهذا يرجع إلى ميكانزمات بيولوجية نفسية واجتماعية، ويربط كل من "غراهام وروتر (1985) Graham & Rotter"، و "ريان (1986) Rayan" بين الاكتئاب وبين هذه التغيرات، فإن كان منشط الأنوثة مسؤولا عن الاكتئاب عند الفتاة، فإن منشط الذكورة عند الفتى يحميه من الاكتئاب أو يسهل السلوك الذي يخفيه (مرغني، 2009: 70).

وتشير إحصائيات هيئة الصحة العالمية إلى أن الاكتئاب يشكل أكثر من ثلث الأمراض في العيادات النفسية. ويقرر مدير الصحة النفسية بمنظمة الصحة العالمية أن هناك أكثر من 300 مليون نسمة في العالم يعانون من اضطرابات اكتئابية (مرغني، 2009: 70).

2. 3- أنواع الاكتئاب وأعراضه:

تعددت تصنيفات الاكتئاب نظرا للصورة المرضية المعقدة لهذا الاضطراب وجوانبه المختلفة، كما أن العدد الكبير من الأعراض الجسدية والنفسية غير المتجانسة جعل من الصعب الاتفاق على تصنيف نظام موحد للاضطرابات الاكتئابية وإن كان هناك اتفاق على الخطوط الرئيسية العامة.

ويمكن تصنيف الاكتئاب إلى عدة أنواع مختلفة وهي:

2. 3. 1- الأشكال العيادية:

2. 3. 1. 1- الأشكال العيادية الأولية:

أ- الاكتئاب داخلي المنشأ:

يعد هذا النوع من الاكتئاب الشكل النموذجي للذهان العاطفي، حيث تلعب العوامل الوراثية والتغيرات البيوكيميائية دورا هاما في ظهوره، أكثر من العوامل الاجتماعية والشخصية، ذلك أن المصابين بهذا الاكتئاب يستخدمون العلاج الكيميائي والكهربائي،

ويظهر هذا النوع من الاكتئاب عادة من خلال نوبة الميلانخوليا، والتي تعد أكثر الأشكال العيادية تعقدا وخطورة، خاصة من خلال تكرار المحاولات الانتحارية، ونلاحظ نوبة الميلانخوليا عادة من خلال الأصناف الاكتئابية التالية:

• ذهان الهوس الاكتئابي:

الذي يكون في شكله الثنائي، أين يحدث تناوب بين النوبات الاكتئابية و الهوسية، وفيما بينهما فترات متتالية، وإما في شكله الأحادي، أو ما يسمى بالاكتئاب الداخلي المنشأ المتكرر، كما أنه أكثر خطورة لأنه لا يمس مشاعر الفرد وعواطفه فقط، بل يصيب جانب كبير من قدراته العليا، بما فيها قدرته على التفكير السليم، علاقاته الاجتماعية، ويضطرب إدراك الشخص لنفسه وللعالم الخارجي من حوله، فيصبح الفرد خطرا على نفسه وعلى الآخرين، بسبب ما قد يرتكبه من أفعال خطيرة كالانتحار، حيث أن 15 % من حالات الاكتئابية الميلانخوليا، يموتون عن طريق الانتحار.

كما تدل الدراسات التي أجراها "بيرري (1966) Berry"، "نيوكور (1969) Neoccur"، "كارلسون (1977) Karlessone" و"لين (1978) Line" أن 35% من الاضطرابات الثنائية القطب تبدأ خلال فترة المراهقة، وهي صعبة التشخيص أثناء المراهقة، أن هذه الأخيرة لا تتميز بالاستقرار العاطفي (عنو، 2009: 122).

ويحدد الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث (DSM III(R)، "الجنون الدوري" بتكراره عدة فترات عند الشخص لسنة على الأقل، من المزاج المتحمس والمنبسط، بفترات أخرى يغلب عليها المزاج الاكتئابي وفقدان اللذة، ويحدد DSM III(R) الهوس بتوفر ثلاث أعراض من الأعراض التالية، كشرط أساسي لتشخيص الهوس عند الفرد:

- تقدير ذاتي مبالغ فيه، وأفكار بالعظمة، قد تتحول إلى أفكار ذهانية.
- حاجة بسيطة إلى النوم.
- حاجة مستمرة إلى الحديث.
- ضياع الأفكار.
- ذهول.
- نشاط مفرط (اجتماعي، مهني وجنسي)، اهنياج.
- سلوك مبالغ في نشاطات، حيث لا يبدو الضرر منه للمريض، كالمبالغة في المشتريات وعدم الحياء الجنسي (عنو، 2009: 123).

هذا بالإضافة إلى "ميلانخوليا الانحطاط" التي تظهر عادة بعد سن الخمسين، لدى الأشخاص الذين ليس لديهم سوابق مرضية نفسية، وتتميز بكثرة الأوهام المرضية.

• الاكتئاب الفصامي:

الفصام هو ذهان خطير يصيب 1% من المجتمع الراشد، يكون التناذر الاكتئابي أحد أشكال بداية الفصام، تدريجياً يصبح المريض لا يهتم بانشغالاته اليومية، بمحيطه، نظافته وحتى غذائه، يكون مغموراً بإحساس عميق من القلق، وألم داخلي يحتم عليه أن يقلص من نشاطه بصفة كبيرة جداً، ويصل به الحد إلى عدم الخروج حتى من غرفته، يصبح سلوكه غريباً، ويشعر بانفصال جسده بالرغم من أنه لا يشكو أي تخلف عقلي، خطر الانتحار قائم، يمكن أن تتطور حالته وتتجه نحو الفصام (عنو، 2006: 123) .

ب- الاكتئاب خارجي المنشأ:

ويعد هذا النوع من الاكتئاب الأكثر انتشاراً، أين تلعب العوامل المحيطية الضاغطة والعوامل النفسية دوراً هاماً في ظهوره، فنادر ما يستجيب المصابون بهذا النوع من الاكتئاب للعلاج الكيميائي، إذ الكفالة النفسية في هذه الحالة ضرورية لهم، ونميز ثلاث أنواع رئيسية من هذا الشكل للاكتئاب، وهي:

• الاكتئاب الارتكاسي أو الاكتئاب الاستجابي:

يعتبر الاكتئاب الاستجابي النوع الأكثر معرفة من طرف الناس، والأقل خطورة، والأكثر انتشارا حاليا بسبب الأزمة الاقتصادية، وهو الاكتئاب الذي يظهر نتيجة الضغط بمختلف أشكاله (عنو، 2006: 124).

وهذا النوع من الاكتئاب يكون نتيجة أو استجابة لمواقف خارجية مأساوية، لذا يدعى بالاكتئاب الاستجابي (موت أحد الأقارب والأعزاء، الانفصال، الخسائر المادية)، غالبا ما يرتبط بالموقف الذي أثاره، الذي يستمر أكثر من أسبوعين، ومن أعراضه: الشعور بالتعب والإجهاد، الشعور بالحزن والقلق والآلام الجسمية (عنو، 2006: 124).

كما يستطيع الفرد أن يصاب في هذا النوع من المرض بحزن شديد، حتى أن المريض لا يستطيع أن يخفف معاناته وآلامه بالبكاء، يرفض الكل، يصبح غير قادر على أن يهتم بمشاغله المعتادة وقد تراوده أفكار انتحارية.

• الاكتئاب النفسي العصابي:

يأتي هذا النوع من الاكتئاب في المرتبة الثانية من حيث انتشاره بعد النوع الاستجابي، الاكتئاب العصابي-كما يدل اسمه-فهو حالة من جراء عصاب تطور عند الفرد خلال حياته. وفي حالة استمرار الاكتئاب حتى بعد زوال فترة الحداد لفترة طويلة (يحددها الدليل التشخيصي والإحصائي الأمريكي بأسبوعين أو أكثر)، فهنا يحدث ما يمكن تسميته بالاكتئاب العصابي.

وما يميز الاكتئاب العصابي عن الاكتئاب الاستجابي، المزاج المضطرب، مشاعر النكد واليأس تكون أكثر حدة وأكثر استمرارية، ويمزج الاكتئاب العصابي بخليط من المشاعر العصابية، بما فيها القلق، التوجس والخوف من المستقبل، مشاعر التهديد والإحباط (مرغني، 2009: 71).

ويترجم القلق غالبا بضيق الصدر، ألم في الحنجرة...، كذلك الخوف من المستقبل، يستطيع المريض أن يصاب بوسواس المرض، من الممكن أن يفقد الشهية، أو يكون له إفراط فيها (عنو، 2006: 125).

وانطلاقا مما سبق، يبدو واضحا أن هناك فروقا بين الاكتئاب العصابي والاكتئاب الذهاني، يمكن تمثيل ذلك في الجدول التالي:

جدول رقم(02): يبين الفرق بين الاكتئاب النفسي العصابي والاكتئاب الذهاني.

- الاكتئاب الذهاني	- الاكتئاب النفسي العصابي
<p>- حالة غالبا ما تكون وراثية.</p> <p>- تمتاز بخصائص كيميائية واستعادة المريض لنشاطه بعد العلاج بالأدوية.</p> <p>- يمتاز بأعراض خاصة هي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • بطء دائم في الاكتئاب ثنائي القطب. • يشكو المصاب من قلق حاد، واضطراب قوي، وتوهم المرض في الاكتئاب الأحادي القطب. • شخصية المكتئب ذهانية دورية. <p>- احتمالات الانتحار أكثر شيوعا في هذا النوع من الاكتئاب.</p>	<p>- حالة ذات مصدر نفسي بيئي اجتماعي.</p> <p>- عدم وجود الهذات والهلاوس.</p> <p>- يظهر بعد حدوث مشاكل نفسية اجتماعية مقلقة.</p> <p>- حسب المحللين النفسانيين ينتج الاكتئاب عن صراعات لاشعورية.</p> <p>- شخصية المكتئب نفسيا تكون راهنة متقلبة المزاج، غير ناضجة انفعاليا.</p> <p>- يصيب الاكتئاب النفسي الأشخاص في مختلف أعمارهم.</p> <p>- استبصار المكتئب بحالته وملازمته للواقع.</p> <p>- احتمال الانتحار ضعيف.</p>

(عنو، 2006 : 125)

ومن خلال مقارنة الاكتئاب الداخلي المنشأ والخارجي المنشأ من حيث الأسباب والأعراض والتقدير، بالإضافة إلى رد فعل المفحوص لمختلف العلاجات، نجد أن هناك فروق يمكن تمثيلها في الجدول التالي:

الجدول رقم(03): خاص بالفرق بين الاكتئاب الداخلي المنشأ والخارجي المنشأ من حيث الأسباب-الأعراض-العلاج:

الفئات:	الاكتئاب الداخلي المنشأ	الخارجي المنشأ
الفئة(أ) الأسباب:	أسباب بيوكيميائية، اختلال في التوازن الهرموني أوفي بعض المواد الأساسية للخلايا العصبية الناقلة.	أسباب نفسية اجتماعية، حادث نفسي مصدم.
الفئة(ب) الأعراض:	كف حركي، شعور بالذنب، هذيان، استيقاظ مبكر في الصباح، كآبة عميقة، نقصان في الوزن، نقص في رد الفعل اتجاه المحيط، محاولة انتحارية.	قلق شديد، شفقة ذاتية، أرق، احتمال الانتحار.
الفئة(ج) التقدير:	أزمات متتالية تتكرر خلال مجال زمني منتظم بمعدل 2 إلى 3 أزمات خلال فترة تمتد من 6 أشهر إلى 12 شهر	احتمال نادر للانتكاس، ويدوم هذا النوع غالباً أكثر من 6 أشهر.
الفئة(د) رد فعل المفحوص لمختلف العلاجات	رد فعل خاص لبعض العلاجات المضادة للاكتئاب.	رد فعل غير ثابت وغير خاص لبعض الأدوية.

ومن هذا فإننا نلاحظ أن التشخيص السيكاتري للاكتئاب يرتكز على خليط من الأسباب والأعراض والعلاج (عنو، 2006: 126).

2. 3. 1. 2- الأشكال العيادية الثانوية:

وتحدث بشكل متزامن مع أعراض مرضية أخرى، نفسية أو عضوية، بمعنى أن التناذر الاكتئابي يكون كعرض مصاحب لأعراض اضطراب آخر، كما هو الحال في الحالات التالية:

• الاضطرابات النفسية:

كالفصام والذهانات الهذائية المزمنة، والحالات العصابية، الشخصيات السيكوباتية، وحالات التخلف العقلي.

• الاضطرابات العضوية الخطيرة:

كالأورام السرطانية، الأمراض التعفننية والاضطرابات الغدية، الأورام الدماغية، الإصابات القلبية والصرع...، استعمال الأدوية المسببة للاكتئاب، كحبوب منع الحمل، التي تحتوي على نسبة كبيرة من البروجسترون (Progesterone) والدوبامين (Dopamine)، إلى غيرها من الأدوية.

وعليه فإن اكتئاب الأمراض العضوية يستطيع أن يكون عبارة عن تمظهر لمرض عضوي، ومن هنا تتضح أهمية تشخيص المرض العضوي، المسؤول على ظهور الأعراض الاكتئابية في بعض الالتهابات الدماغية، مثل: مرض باركنسون، الأورام الدماغية، وبعض أنواع الصرع.

وبصفة عامة فإن كل الأمراض المتعبة تكون مرفوقة باستجابة اكتئابية، بفعل التعب النفسي الذي يحدثه: السل، السرطان، أمراض الدم، في دراسة لـ "كشناي-Kachenay" على مرضى يعالجون في وحدات متعلقة بالدم، وجد 6 حالات من الاكتئاب الأساسي، و48% من الأعراض الاكتئابية (عنو، 2006: 127).

2. 3. 1. 3- الأشكال العيادية المقنعة:

نتحدث على مثل هذا النوع من الاكتئاب، عندما يتخذ هذا الأخير شكلا مقنعا، إذ يبدو ضمن أعراض وظيفية جسمية، والتي لا تتحسن إلا تحت تأثير مفعول الأدوية المضادة للاكتئاب، وتتمثل هذه الأعراض الجسمية على وجه الخصوص فيما يلي:

- الإرهاق: والذي لا تخفف من حدته لا الراحة ولا الأدوية المقوية.
 - اضطرابات النوم: والتي غالبا ما تأخذ شكل أرق مصاحب بقلق حاد.
 - اضطرابات هضمية: متمثلة أساسا في فقدان الشهية، آلام بطنية، ثقل وضغط بطني.
 - حالات الألم: كالصداع، آلام وجاهية وآلام على شكل روماتيزم.
 - اضطرابات صدرية: على شكل حصر صدري وضيق تنفسي.
 - صعوبات جنسية: الناتجة عن انخفاض الرغبة في الممارسة الجنسية
- (عنو، 2006: 127).

2. 3. 2- أعراض الاكتئاب:

يعتقد "أحمد عكاشة" (1998) أن أعراض الاكتئاب تتباين بشكل واضح وعادة ما تزحف هذه الأعراض ببطء اتجاه المريض، وأحيانا تظهر فجأة وخصوصا بعد عوامل مثيرة، حيث يلاحظ في العديد من الأحوال تغيرا في الشخصية والسلوك وذلك قبل ظهور الأعراض الإكلينيكية المميزة، بل

أحيانا يبدأ المرض بأعراض عامة، مثل صعوبة التركيز، التردد وعدم القدرة على اتخاذ قرارات إيجابية كسابق عهد المريض، أمراض جسمية، توهم، محاولات الانتحار أو الإدمان.

ويرى "عبد الستار ابراهيم" (1998) أن الاكتئاب يفصح عن نفسه في مجموعة من الأعراض المترامنة، بعضها مادي (عضوي)، بعضها معنوي (ذهني ومزاجي) وبعضها اجتماعي. وهذه الأعراض هي التي يسميها الزملة الاكتئابية، وهي تشتمل على جوانب من السلوك، الأفكار والمشاعر التي تحدث مترابطة-أغلبها أو بعضها-والتي تساعد في النهاية على وصف السلوك الاكتئابي وتشخيصه. ويمكن تلخيص هذه الزملة الاكتئابية في:

2. 3. 2. 1- الأعراض الجسمية:

وتنقسم إلى جانبين أساسيين هما:

أ- الجانب الحركي:

وتتمثل في ضعف مستوى النشاط الحركي والخمول، حيث يكون مستوى النشاط العام لدى الشخص في حالة الاكتئاب أقل بشكل واضح مما كان عليه في السابق، ويكون المريض عادة خامل، بطيء الحركات، خافت النطق، وعادة ما نجده يقضي يومه جالسا في مكانه أو متكئا أو نائما، دون أي نشاط إيجابي، كالذهاب إلى العمل أو القيام بالواجبات المنزلية أو الاجتماعية، بما في ذلك الهوايات الرياضية أو الترفيهية وحتى تأدية الصلاة (عنو، 2000: 128).

ب- الجانب العضوي:

غالبا ما يكون الاكتئاب مقنعا في شكل شكاوى دالة على سرعة التعب والإرهاق، فضلا عن أوجاع الرأس، ارتفاع ضغط الدم، آلام الرقبة، الظهر وكل أنحاء الجسم، دون أن يكون هناك سببا عضويا واضحا. ومن الشكاوى الأساسية في الاكتئاب، والتي أصبحت مميزة له:

- انقباض الصدر والشعور بالضيق.
- اضطرابات النوم: ويشمل كل الاضطرابات التي تمس النوم، كالأرق، الاستيقاظ المبكر، عدم القدرة على مواصلة النوم، النوم المنقطع أو صعوبة الاستيقاظ في الصباح.
- اضطرابات الشهية: وتتمثل في فقدان الشهية الذي يترتب عليه نقص الوزن والنحافة والإمساك، أو الإفراط في الأكل ويترتب عنه زيادة في الوزن.
- الآلام الخاصة بالمعدة وكثرة التقلصات دون سبب عضوي.
- توهم المرض والانشغال بالصحة الجسمية.

- فقدان الرغبة الجنسية والعزوف عنها، وعدم تحقيق اللذة التي كانت مرتبطة بها قبل الاستجابة الاكتئابية، الضعف الجنسي لدى الرجال، البرود الجنسي واضطراب العادة الشهرية عند النساء (عنو، 2006: 129).

2. 3. 2- الأعراض النفسية:

- الانهباط والكدر (سيطرة مشاعر الاستيلاء والكدر وعدم البهجة، عدم ضبط النفس، وضعف الثقة فيها والشعور بالنقص وبعدم القيمة والتفاهة ومن ثم نجد أن المكتئب عادة ما يبدو حزينا، مغموما، بائسا وبائسا من حياته).
- الشعور بالذنب واللوم المرضي للنفس (نجد المكتئبين يصفون أنفسهم بأنهم أسوأ مما هم عليه فعلا، أو أسوأ مما يراهم الناس عليه، الشعور بأنهم عبئ على الأهل والمقربين والمجتمع، ويلومون أنفسهم بسبب اكتئابهم وفشلهم في تحسين وتلبية احتياجات المحيطين بهم واتهام الذات وتصيد أخطائها وتضخيمها وتوقع العقاب.
- انحراف المزاج وتقلبه.
- القلق والتوتر.
- فتور الانفعال، الانطواء، الانسحاب، الوحدة، الانعزال، الصمت والسكون والشرود.
- التشاؤم المفرط، خيبة الأمل، النظرة السوداء للحياة واجترار الأفكار السوداء.
- اللامبالاة بالبيئة، نقص الميول والاهتمامات، نقص الدافعية، إهمال النظافة والمظهر الشخصي، الإهمال العام وعدم الاهتمام بالأمور العادية (في المنزل، في العمل وفي وقت الفراغ).
- بطء التفكير والاستجابة، صعوبة التركيز والتردد، بطء وقلة الكلام وانخفاض الصوت.
- أفكار انتحارية أحيانا، ومحاولة الانتحار في الحالات الحادة، ويلاحظ أن أغلب محاولات الانتحار من الإناث، وأكثر الوسائل شيوعا هي تناول جرعات كبيرة من الأدوية (زهرا، 2005: 516-517).

2. 3. 3- الأعراض الاجتماعية:

- تتمثل في توتر العلاقات الاجتماعية، صعوبة واضحة في التعامل والاحتكاك بالآخرين، عدم الرضا عن العلاقات الاجتماعية، وقد يحس بعضهم بالتكدر والقلق في المواقف الاجتماعية، وقد يجد بعضهم صعوبة واضحة في تكوين المهارات الاجتماعية، وقد يشعر البعض بأنه وحيد ويفتقد حب الآخرين ودعمهم، ومع ذلك يميل للانسحاب وعدم بذل الجهد الإيجابي لتأكيد الروابط الاجتماعية المهمة.

وقد قام "أيد- Ayd" بتلخيص الأعراض الجسمية، النفسية والانفعالية للاكتئاب، مع الإشارة إلى نسب انتشارها بين المكتئبين كما هو موضح في الجدول الآتي:

الجدول رقم(04): يمثل الأعراض الجسمية، النفسية والانفعالية للاكتئاب، ونسب انتشارها بين المكتئبين (عنو، 2006: 131).

نسب انتشارها بين المكتئبين:	الأعراض:	نوع العرض:
90 %	- اضطرابات النوم(الأرق)	الأعراض الجسمية:
80 %	- الاستيقاظ المبكر	
80 %	- الإمساك	
70 %	- نقص الوزن	
70 %	- ضعف وتعب عام وفرط التبول	
70 %	- الإحساس بالدوار	
60 %	- الضعف الجنسي	
60 %	- أعراض قلبية(الخفقان)	
50 %	- الصداع	
40 %	- الغثيان	
25 %	- تبدل سيرة الدورة الشهرية	
90 %	- المزاج القاتم الكئيب	الأعراض الانفعالية:
80 %	- الشعور بالذنب واليأس والوحدة	
80 %	- قلق، تهيج وبكاء	
60 %	- الإحساس بالخوف	
50 %	- اجترار الذكريات الماضية والحاضرة، والأفكار نحو المستقبل	
90 %	- ضعف التركيز والانتباه (خاصة في الصباح)	الأعراض النفسية:
80 %	- صعوبة في اتخاذ القرار وفقدان الاهتمام والطموح	
60 %	- ضعف الذاكرة	
30 %	- التفكير في الإضرار بالنفس	

2. 4- أسباب الاكتئاب:

يرجع البعض الاكتئاب إلى عوامل وراثية مهيئة، وإن كانت نسبة ذلك ضئيلة جدا، وتعتبر الأسباب النفسية هي الأهم ومنها:

- التوتر الانفعالي، الظروف المحزنة، الخبرات الأليمة والكوارث القاسية (مثل موت شخص عزيز، أو طلاق، أو سجن شخص بريء أو هزيمة... إلخ).
 - الحرمان (ويكون الاكتئاب استجابة لذلك) وفقدان الحب والمساندة العاطفية، فقدان وظيفة أو ثروة، أو فقدان المكانة الاجتماعية أو فقدان الصحة.
 - الصراعات اللاشعورية.
 - الإحباط والفشل، خيبة الأمل، الكبت والقلق.
 - الخبرات الصادمة والتفسير الخاطئ غير الواقعي للخبرات.
 - التربية الخاطئة (التفرقة في المعاملة والتسلط والإهمال).
 - سوء التوافق، ويكون الاكتئاب شكلا من أشكال الانسحاب.
- (زهرا، 2007: 515-516).

كما تشير "ليز ماكلرن (2003) L. Maclaren" إلى وجود عوامل خارجية تساهم في ظهور الاكتئاب منها:

- الأوضاع الاجتماعية.
- التقدم في السن.
- تناول الكحول والمخدرات والأدوية المهدئة.

كما تشير إلى بعض الأمراض العضوية التي تسبب حالة الاكتئاب مثل: أمراض السل، السرطان، أمراض القلب، أمراض الغدد الصماء وإصابات الأطراف السفلى والعليا.

2. 5- تشخيص الاكتئاب:

تعتبر عملية التشخيص من الخطوات الأساسية، تتضمن جمع المعلومات الخاصة حول المفحوص، ثم تحلل وتنظم بغرض فهمها ووضع خطة لها، تتعلق بمجالات الاضطراب.

أما الصعوبة التي تكمن في تشخيص الاكتئاب، تتمثل في وجود الكثير من الحالات الاكتئابية مختلفة تحت مظاهر غير عادية وغير منتظمة (كالإكتئاب المقنع)، مما يجعل التقطن بها أمرا صعبا.

وعليه، فإن تشخيص الاكتئاب أمر صعب بالنسبة للمعنيين بالأمر، وهذا نظرا لوجود عدة تشابهات بين الحزن والاكتئاب من جهة، ومن جهة أخرى وجود بعض الأمراض العضوية الخطيرة التي تكون سبب في حدوث الاكتئاب (عنو، 2006: 157).

ولقد تحدث "جيسبر-Giesper" عن قضية التشخيص، فأول خطوة يجب أن يقوم بها أي طبيب هي:

- توضيح الأعراض من طرف الطبيب للمريض.
- القيام بالفحوصات التالية: قياس الضغط الشرياني، اضطراب القلب، معدل الإنزيمات في المصل، استعمال جهاز **Electro Cardio Gram**، ثم يتم التحقق، هل هناك اضطرابات النوم، كل هذا يبين إن كان الأمر متعلق بالاكتئاب أو لا.

كما أوضح "هيلمان-Helman" مايلي:

- ✓ تبين أولا ما إذا كان المريض يتعاطى الخمر، الكحول أو المخدرات.
- ✓ بعد ذلك، لابد من ظهور ثلاثة أعراض نفسية أساسية هي:
 - اليأس.
 - المزاج الاكتئابي.
 - أفكار انتحارية في ذهنه.
- كما يلاحظ أيضا ظهور الأعراض التالية:
 - نقص أو عدم الاهتمام وعدم مراعاة الأشخاص والأشياء.
 - نقص وعدم القدرة على التمتع والتلذذ.
 - نقص القدرة على العمل.
 - ومما هو أكيد ظهور الأعراض الجسدية التالية:
 - اضطرابات الشهية.
 - اضطرابات النوم.
 - اضطرابات الهضم (عنو، 2009: 157).

* الاكتئاب المقنع:

كما يجب أيضا أن يهتم المختص وينتبه إلى نقطتين أساسيتين وهامتين هما:

• النقطة الأولى:

لقد عرف "كيلهولز-Kielholz" الاكتئاب المقنع: هو اكتئاب يختفي وراء ظواهر جسدية، وأغلبها تأتي من نوع هوس اكتئابي، فهناك عدة حالات أين المريض يأتي من أجل علاج جسمي، لكن يمكن أن يكون وراء هذا المرض مرض نفسي، ألا وهو الاكتئاب، والاختلالات الجسدية التي يعاني منها ما هي إلا عرض من أعراض الاكتئاب.

هذا بالإضافة إلى أقنعة أخرى أكثر خطورة منها، وهي:

• تعاطي الكحول.

• الإدمان على المخدرات.

لكن هذه ليست قاعدة دائمة، أي أن المدمنين والكحوليين ليسوا دائما أشخاصا مكتئبين، لكن من الممكن جدا أن ترجع إلى حالات عادية، أو إلى اضطرابات نفسية أخرى خارجة عن الاكتئاب (عنو، 2006: 158).

• النقطة الثانية:

الاكتئاب ممكن أن يكون قناعا ليحقق الاضطرابات، فهناك عدة أشخاص يأتون للاستشارة من أجل الاكتئاب، لكن في الحقيقة الاكتئاب ما هو إلا عرض من أعراض اضطراب آخر، فمثلا عند المراهقين نجد التهاون عن أداء الواجبات المدرسية، التأمل في جسمه أهو كبير أو صغير، فمن الممكن أن يكون التشخيص كما يلي: قلق أو اكتئاب عابر، لكن في الحقيقة يمكن أن يكون وراء هذا اضطراب جد خطير، ألا وهو الفصام، ولهذا يجب الحذر، خاصة عند ملاحظة أفكار هذائية بعيدة عن الواقع (عنو، 2006: 157).

ويعرض دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة (DSM IV) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام (1994) نوعين أساسيين من الاضطرابات الاكتئابية أحادية القطب، هما الاضطراب الاكتئابي البسيط أو عسر الوجدان، والاضطراب الاكتئابي الشديد الذي يضم نمطين فرعيين هما الاضطراب الاكتئابي الشديد ذو النوبة الواحدة، والاضطراب الاكتئابي الشديد الدوري (عادل، 2000: 163-164).

ويحتوي التصنيف العالمي العاشر لمنظمة الصحة العالمية والصادر في (1991) إلى الفئات الاكتئابية التالية، والتي نذكر البعض منها:

- الاضطرابات الوجدانية (المزاجية) العضوية.
- اضطراب هوس عضوي.
- اضطراب ثنائي القطب عضوي.
- اضطراب اكتئابي عضوي.
- اضطراب وجداني مختلط عضوي.
- اضطراب ذهاني ذو أعراض اكتئابية في أغلبه.
- أعراض هوس.
- اكتئاب ما بعد الفصام.
- اضطرابات الفصام الوجداني.
- اضطراب الفصام الوجداني، نوع الهوس.
- اضطراب الفصام الوجداني، نوع الاكتئاب.
- اضطراب الفصام الوجداني، نوع مختلط.
- اضطرابات المزاج (الوجدان).
- نوبة الهوس (مرغني، 2009: 76).

2. 6- النظريات المفسرة للاكتئاب:

نجد عدة اتجاهات تعطي تفسيرات مختلفة للاكتئاب، وهذا حسب الاتجاه الذي تنتمي إليه، فنجدها مختلفة عن بعضها، لأن كل منظور يعمل وفق جانب معين خاص به ويهمل الجوانب الأخرى للاضطرابات، مثل النوع، السبب والعرض، ولكي نتمكن من فهم الاكتئاب يجب أخذ كل الاتجاهات بعين الاعتبار، لأننا نجدها تكمل بعضها البعض، ومن بينها نجد:

2. 6. 1- النظريات القديمة:

لقد أتى وصف الاكتئاب في معظم التقارير الطبية القديمة، ففي عام أربعمئة قبل الميلاد، قدم "أبقراط-Hippocrate" أول مقالة عن الميلانخوليا، وهي عبارة عن مصطلح قديم لمفهوم الاكتئاب. وقد أشار إلى أن الاكتئاب مرض عقلي مثل الصرع، الهوس وجنون العظمة.

وقد بين "أرسطو (370 قبل الميلاد) Aristote" أن الميلانخوليا موجودة عند كل المفكرين، الشعراء والفنانين والحكام.

ويتسم مرضى الميلانخوليا كما أشار "أرتوس (80 قبل الميلاد) Artous" بمجموعة من الخصائص النفسية الآتية: القلق، الحزن، المعاناة من الأرق وقلة النوم، الشعور بالرعب والفرع والرغبة في الموت.

وقد أشار "فلكس بلاتر - Félix Platter" في أواخر القرن، عام (1500) إلى أن الميلانخوليا نوع من الاغتراب العقلي الذي يؤدي إلى الحزن والخوف، ويرى أن خصائص الفرع والرعب من الأحداث غير المرئية هي السبب الرئيسي الشائع المرتبط بهذا المرض، وقد نصح باستخدام العقاقير، وتوجيه النصائح والإرشاد، وفصد الدم والكي كنوع من أنواع العلاجات.

ويعتبر "كراپلين (1921) Kraepelin" أول من فرق بين العديد من الأمراض مثل: الهوس والميلانخوليا، وقد استطاع أن يقدم وصفا إكلينيكيًا لكل نوع من أنواع هذا المرض. فعلى سبيل المثال، استطاع أن يميز الجنون الاكتئابي الهوس عن بقية الأمراض العقلية الأخرى، كما وضح أن هذا المرض وراثي، وبالرغم من أنهما مزيج بين الهوس والاكتئاب، إلا أنهما لا يحدثان معا، فالإكتئاب عرض منفصل تماما عن الهوس (مرغني، 2009: 85).

2. 6. 2- النظرية البيولوجية:

وتضم هذه النظرية اتجاهين: الأول منها يتمثل في التفسير الوراثي، حيث يرى أصحابها أن الوراثة تلعب دورا كبيرا بالنسبة لذهان الاكتئاب، وقد يصل مدى تأثيرها إلى حوالي 80 % لدى المرضى، أما في عصاب الاكتئاب فيكون تأثيرها ضعيفا للغاية، إذ أن التأثير الأكبر يكون للعوامل البيئية الأخرى (مرغني، 2009: 85).

أما الاتجاه الآخر وهو التفسير الفيزيولوجي، فيشير أنصاره إلى أن الاكتئاب يرتبط باضطراب الغدد، وخاصة الغدد الكظرية والجنسية والغدة الدرقية، ويظهر ذلك من خلال التخطيط الكهربائي للدماغ أثناء النوم، ويتضح ذلك من خلال الموجات البطيئة والزيادة الواضحة في كمية حركات العين.

2. 6. 3- النظريات النفس-ديناميكية:

أشار "كارل أبراهام (1911) Karl Abraham" إلى أن البغض والضغينة هما من أهم المشاعر السائدة عند الفرد المكتئب. ونظرا لأن مشاعر البغض، الحقد والكراهية غير مقبولة عند الفرد، فإنه يحاول أن يكبت مثل هذه المشاعر ويسقطها، ويشعر الفرد بالبغض والكراهية من قبل الآخرين ثم يأتي بعد ذلك الاعتقاد بأنه منبوذ بسبب نقائصه وعيوبه الفطرية، ومن ثم يصبح مكتئبا.

ولقد وجد "أبراهام-Karl Abraham" من خلال دراساته العديد من الدلائل على العدائية المكبوتة في أحلام المكتئبين الإجرامية، ولا يحاول المرضى بالاكتئاب أن يعزوا دفاعاتهم العنيفة إلى الحزن، ولكن إلى عيوبهم الشخصية، وهم يعانون من أعراض المازوشية والشعور بالذنب، ويحاولون دائما إرضاء ميل اللاشعور إلى إنكار الحياة.

وقد صاغ "فرويد(1955) Freud" التفسير الأساسي للتحليل النفسي لمفهوم الاكتئاب، وقرن بين الميلانخوليا بالخطوات العادية للحداد والحزن على أمل أن هذه المقارنة ربما تساعد على وصف الميلانخوليا كمرض نفسي، فعندما يفقد الفرد موضوعا ما محبوبا إلى ذاته، فإنه يسحب عواطفه الليبيدية على الموضوع، لأن شدة العاطفة بالموضوع قوية جدا، لذا فإن الأنا يقبل ببطء حقيقة فقدانه، ولهذا فإن الميلانخوليا وفقا لنظرية "فرويد-Freud" تحدث عندما لا يكون هناك فقدان لموضوع واضح، وقد وجد أنه من الغريب أن يعتقد الحزين أن الموضوع الخارجي عن ذاته قد فقد، ولكن الفرد الميلانخولي يحدد فقدان هذا الشيء من خلال ذاته. وأشار "فرويد-Freud" إلى أن الفرد عندما يفقد موضوعا محبوبا إلى ذاته، فإن الطاقة الليبيدية بدلا من أن تنتج نحو موضوع آخر، فإنها تنتج نحو الأنا، وتستخدم هذه الطاقة الليبيدية المتحررة في توحيد الأنا مع الموضوع المفقود عن طريق الإيحاء (مرغني، 2009: 86).

ويرى "س.فرويد-S.Freud" أن الشخص المكتئب تصبح لديه مشاعر عدوانية اتجاه ذاته بدلا من توجيهها نحو الموضوع الذي تسبب له في حالة الاكتئاب أو تسبب له في خلق تلك المشاعر العدوانية. ويقرر "فرويد-Freud" أن الحزن يختلف عن الاكتئاب الميلانخولي في أن الأول يتسم بضياح أو فقدان موضوع فينتج عنه إحساس بأن العالم قد أصبح مسكينا وخاويا، أما في حالة الاكتئاب الميلانخولي، فإن هناك ضياح أو فقدان انفعالي لموضوع ما يرجع إلى خيبة أمل مرتبطة بعوامل متعددة.

ولعل من أفضل إسهامات "س.فرويد-S.Freud" في هذا المجال مقاله الشهير الذي نشره في عام(1917) بعنوان: "الحزن أو الحداد و الميلانخوليا". هذا ويرى "س.فرويد-S.Freud" أن رد الفعل الاكتئابي ليس مناورة قصدية أو تعمدية لإيذاء الشخص المحبوب، وأقر بوجود تفاعل بين الاكتئاب والكراهية والانتحار.

ومن أهم إسهامات "م. كلاين-M.Klein" في هذا المجال دراستها التي نشرت في (أبريل 1946) تحت عنوان: "الحزن وعلاقته بحالات الهوس الاكتئابي". وتقرر "كلاين" أن كل طفل يذهب في نموه الطبيعي إلى نمطين من ردود الأفعال هما:

- **الوضع الأول:** ويسمى الوضع الفصامي البارانوي، وهو يصف اتجاه الطفل نحو الإحباط الذي تسببت فيه أمه.
- أما **الوضع الثاني:** فيسمى بالوضع الاكتئابي، ويحدث عندما ينمو ضمير الطفل ويشعر بالذنب اتجاه غضبه من أمه (أبو زيد، 2001: 63-65).

وتقرر "م. كلاين-M. Klein" أن الطفل عندما تقوم أمه بإرضاعه فإنه يرضع ثدي أمه ولبنها، وكل شيء في عقله يترجمه إلى حب وأمان، ومع هذا فقد يشعر الطفل بنبضات تدميرية اتجاه ثدي أمه تتسبب في شعوره بالضياح، وبهذا جعلت "م. كلاين-M. Klein" الكراهية في المقام الأول وتليها حالة الضياح. وتتبع منطقاً غريباً مفاده أن النمو الطبيعي للأطفال لا بد أن يسير وفق الإحباط والغضب وحالة الضياح أو فقدان، ثم الرغبات التدميرية اتجاه ثدي الأم، ولعل هذه الحقيقة تكون مقبولة في المجتمعات التي تحرص على ترك الرضاعة الطبيعية.

هذا ويرجع "روني سبيتز (1946) René Spitz" الاكتئاب إلى عملية انفصال الطفل عن أمه خلال حياته المبكرة، وذلك من خلال ملاحظاته للأطفال الرضع بالمستشفيات المنفصلين عن أمهاتهم، ويطلق على هذا النوع من الاكتئاب اسم "الاكتئاب الإتكالي".

ويرجع "جون بولبي (1973) John Bowlby" الاكتئاب إلى عامل الانفصال عن الوالدين، وخاصة الأم، سواء عند الإنسان أو الحيوان، وذلك من خلال دراساته على الأطفال الرضع ودراساته على صغار القردة (أبو زيد، 2001: 65-68).

كما يبدو واضحاً مما سبق أن للنظرية النفسية التحليلية فكرة رئيسية، كان لها بعض الفضل في إثراء البحث العلمي، ومن ثم إلقاء الضوء على بعض ميكانيزمات وعوامل الاكتئاب، ألا وهي أثر الحرمان المبكر من الوالدين وموضوعات حبنا المبكرة على نمو الاكتئاب وتطوره، فقدت وجهة النظرية النفسية التحليلية للاكتئاب النظر لدور الحرمان المبكر من الأبوين وآثاره العميقة في إثارة مشاعر الاكتئاب المبكر.

كما أن نظرية التحليل النفسي لها نظرة واحدة للاكتئاب، وهي التأكيد على العوامل النفسية في الطفولة كعوامل مؤدية للاكتئاب، وأهملت عوامل أخرى، منها العوامل التكوينية، الوراثية، العضوية، الاقتصادية والاجتماعية... الخ، والتي لها دور كبير في تفجير اضطراب الاكتئاب، بالإضافة إلى تأثير ودور التعلم والخبرة في توجيه سلوك الفرد نحو الصحة أو المرض، وهذا ما سنتعرف عليه من خلال النظرية السلوكية.

2. 6. 4- النظرية السلوكية:

ترى هذه النظرية أن الاضطراب النفسي ما هو إلا انعكاسات لا إرادية قائمة على اشتراطات قديمة وقعت على المريض في سالف أيامه (عنو، 2006: 143).

وتقوم النظرية السلوكية على مسلمة أن السلوك نتيجة حتمية لما سبقه من أحداث، فكلما تكرر السبب ظهرت النتيجة، ويرتبط سلوك الإنسان بمجمع الخبرات التي سبق له وأن مر بها، ويمكن تغيير ذلك السلوك بالأساليب النفسية، اعتمادا على عملية التعلم بالدرجة الأولى.

إن الخبرات الحياتية التي يتعرض لها الفرد لها دور أساسي في عملية تشكيل السلوك أو انطفائه، كما أن عملية تشكيل السلوك تكون بتعزيز ذلك السلوك إيجابيا، أما انطفائه فيكون عن طريق إهماله، أو استخدام أساليب التعزيز السلبي له (نفس المرجع السابق: 143).

وعليه فإن القاعدة الأساسية التي يقوم عليها النموذج السلوكي في تصوره للسلوك المرضي، تتمثل في تعديل هذا السلوك بواسطة تطبيق قوانين الإشراف والتعزيز.

لقد صاغ "يولمان وكراسنر (1969) Ulman & Krasner" وجهة النظر الخاصة بهما فيما يتعلق بحالة الاكتئاب بقولهما أن حالة الاكتئاب تحدث من جراء خبرة فقدان التدعيم أو الإثابة الإيجابية مقابل حدوث خبرة التدعيم السلبي أي العقاب (مرغني، 2006: 88).

بمعنى أن المكتئب هو شخص فقد التدعيم الإيجابي بين الآخرين علاوة على حصوله للتدعيم السلبي أو العقاب، وهنا تحد حالة الاكتئاب.

ويقرر "ليبرمان وريسكين (1971) Liberman & Raskin" أن الاكتئاب ليس إلا مسألة تدعيم اجتماعي وأن الناس يتعرضون للاكتئاب نتيجة الإثابات الاجتماعية التي يحصلون عليها من الآخرين حين يشعرون بالنبذ، ويعني هذا أن المكتئب في حاجة إلى جذب انتباه الآخرين واهتمامهم ومشاركتهم الوجدانية.

أما "سليمان - Seligman" فيفسر الاكتئاب على أنه نتيجة لفقدان التحكم والمراقبة لتقنيات ووسائل اكتساب التعزيز الإيجابي، ويطلق على هذه الحالة اسم "العجز المكتسب"، وهو يؤكد على أن العجز المكتسب يوافق فقط ما يسمى "بالاكتئاب الارتكاسي"، حيث يكون الفرد قليل المبادرة وقليل الثقة بنفسه وبالمستقبل. وحسب "سليمان - Seligman" فإن الأفراد الذين لم تتح لهم الفرصة أثناء طفولتهم في مراقبة المحيط، هم الأكثر تعرضا في سن الرشد للاستجابة عن طريق العجز المتعلم.

ولقد تعرضت نظرية "سليقمان-Seligman" حول التناظر القائم بين الاكتئاب والعجز المتعلم إلى عدة انتقادات، خاصة من طرف زميله "أبرامسون(1978)Abramson" وآخرون، وانحصر هذا النقد في نقطتين أساسيتين هما:

- إن تعرض الكائن الحي إلى منبهات أو حوادث خارجية سيئة يصعب السيطرة عليها، لا يؤدي بصورة حتمية إلى الاكتئاب أو العجز.
- إن نظرية العجز المتعلم لا تفسر فقدان اعتبار الذات الذي غالبا ما نراه عند مرضى الاكتئاب.

وأثار هذا النقد حوافز "سليقمان-Seligman"، فأعاد النظر من جديد في نظريته بالتعاون مع زملائه (سنة 1978)، حيث عدل نظرية العجز المتعلم لتشمل الأنماط التفسيرية للأحداث الحياتية، وهي طريقة خاصة يفسر المكتئبون من خلالها الحوادث التي تعترض حياتهم على أنها أشياء ثابتة أو غير مستقرة، شاملة أو نوعية، داخلية أو خارجية (مرغني، 2009: 89).

وطبقا لنظرية "سليقمان-Seligman" المعدلة، فإن الأفراد الذين يميلون إلى تفسير الأثماء السيئة من مدركات داخلية ثابتة وشمولية، هم أكثر الأفراد تعرضا للاكتئاب عندما تواجههم مصائب الحياة.

ويتضح لنا بعد عرض النظرية السلوكية، أن الفرد يكتسب السلوكات الاكتئابية عن طريق التعلم، تحت تأثير نقص التعزيزات الإيجابية من المحيط، وهكذا نلاحظ أن الفرد لا يملك تعديل هذه الانعكاسات بمجرد فهمها، بل يحتاج المريض إلى إشراف مضاد يقوم به معالج كفاء (عنو، 2006: 146).

وبناء على ما سبق، فإن النظرية السلوكية تعتبر الاكتئاب كخبرة نفسية سلبية مؤلمة، فالذي لم يتغلب على ألمه في الصغر بسبب موت أو اختفاء أو سفر شخص عزيز عليه، فإنه معرض للإصابة بالاكتئاب في الكبر إذا تعرض لنفس الأزمات، وربما يحدث له تعميم لظاهرة الحزن، مما يؤدي إلى جعله يكتئب من اختفاء أو فقدان أي كان، سواء إنسان أو حيوان أو حتى جماد.

ويمكن القول أنّ النظرية السلوكية بهذا الشكل تعتبر الإنسان رهين انعكاسات آلية، وتكون قد نزعته منه كثيرا من العوامل التي كان يمكن أن تقدم مزيدا من الفهم للسلوك غير السوي وبالتالي علاجه (عنو، 2006: 147).

2. 6. 5- النظرية السلوكية المعرفية:

لقد ركز السلوكيون المعرفيون على معرفة أسباب الاضطرابات النفسية وطرق علاجها، حيث توصلوا إلى أن الاكتئاب -على سبيل المثال- هو عبارة عن اضطراب يشير إلى اعتقادات الإنسان السيئة حول ذاته ونظرته السلبية، وبالتالي تقديره المنخفض لذاته.

وعليه يرى السلوكيون المعرفيون المرض النفسي على أساس اضطراب معرفي، فيتعامل أساسا مع الأفكار، ويهدف إلى دراسة السلوك البشري بصفته المعقدة.

وترى هذه النظرية أن المشكلات العصابية تعكس أخطاء نسبية في الحكم، بينما تعكس الاضطرابات الذهانية اضطرابات عميقة في الوظيفة والتقييم (عنو، 2006: 148).

2. 6. 5. 1- نظرية "أ. بيك-A. Beck" في تفسير الاكتئاب:

إن من أشهر من فسر الاكتئاب من مفهوم معرفي هو "أ. بيك-A. Beck"، حيث يعتقد أن الاكتئاب يحدث نتيجة الاعتقادات المعرفية السلبية، فالشخص المكتئب لديه وجهة نظر سلبية بالنسبة للذات، للعالم وللمستقبل، وهذه المعارف السلبية ينتج عنها الاكتئاب. ويقرر "أ. بيك-A. Beck" أن العامل الأساسي للاكتئاب هو الإحساس بالضياع نتيجة التوقعات الكثيرة، والأهداف الكبيرة التي تتسم باللاواقعية، فالشخص المكتئب يجد نفسه ضائعا ودائم اللوم لذاته. ويرى أن المكتئبين يميلون إلى مقارنة أنفسهم بالآخرين، وهذه المقارنة من شأنها أن تخفض مستوى تقديرهم لذواتهم وتجعل عملية التقويم الذاتي تتسم بالسلبية (أبو زيد، 2001: 71).

ولقد تحدى "أ. بيك-A. Bek" (1967) وجهة النظر العامة التي وصفت الاكتئاب بأنه اضطراب عاطفي، ولم تضع في عين الاعتبار المظاهر المعرفية الواضحة للاكتئاب، مثل: تقدير الذات المنخفض، الشعور باليأس والشعور بالعجز. وقد أكد أن الإدراك يؤدي إلى المعرفة العادية، فوجد أن الإدراكات المعرفية للفرد المكتئب تسيطر عليها العمليات المفرطة في الحساسية، وهذه الإدراكات المعرفية تحدد الاستجابة العاطفية في الاكتئاب (مرغني، 2009: 90-91).

و يرى "أ. بيك-A. Beck" أن الأفكار والمعتقدات تلعب دورا كبيرا في نشأة الاكتئاب، حيث "يرتكز المضمون الفكري المرضي للاكتئاب على فكرة فقدان أو وقوع فقدان كبير، فيشعر أنه خسر شيئا يراه ضروريا لسعادته أو طمأنينته، ويتوقع من أي مشروع هام نتائج سلبية، ويرى نفسه مفتقدا للصفات التي تؤهله لتحقيق أهداف ذات شأن (عنو، 2006: 149).

ولقد توصل "أ.بيك-A.Beck" إلى صياغة نموذجة المعرفي للاكتئاب من خلال ما قام به من تحليل لمحتوى أحلام لعينة من المرضى المكتئبين، ومن خلال المقابلات العلاجية معهم، واستطاع أن يصل إلى الدليل الذي أصبح فيما بعد يمثل لب وجوهر النظرية المعرفية في الاكتئاب. حيث توصل إلى وجود أخطاء في محتوى وشكل التفكير لدى المرضى المكتئبين، وهذه الأخطاء المعرفية تشير إلى وجود تحيزات معرفية سلبية، وذلك على عكس ما ذهبت إليه نظرية التحليل النفسي في أن مرضى الاكتئاب يظهرون في أحلامهم عدد من المواضيع السادية المازوشية، وبدلاً من ذلك، وجد "أ.بيك-A.Beck" أن الاكتئاب غالباً ما يرتبط بأفكار تلقائية سلبية عن الذات وعن العالم وعن المستقبل، مع وجود نظرات تشاؤمية وإدراك لمواقف الحياة على أنها محبطة. ويمكن فهم أعراض الاكتئاب من خلال هذه المكونات الثلاثة التي تشكل ما يعرف "بالثلاثي المعرفي"، والتي تتضمن النظرة السلبية للذات، التفسير السلبي للأحداث والخبرات، والنظرة السلبية إلى المستقبل. ويمكن توضيح مكونات الثلاثي المعرفي والأعراض الاكتئابية المصاحبة لها في الجدول التالي:

جدول رقم(05): يوضح مكونات الثلاثي المعرفي عند "أ.بيك-A.Beck" والأعراض الاكتئابية المصاحبة له

1- النظرة السلبية للذات:	حزن، قلق، الاستئثار السلبية، نقص الثقة، التردد، الحيرة ونقص الدافعية.
2- النظرة السلبية للعالم (للمحيط الخارجي):	فقدان الاهتمام، رغبات تجنب السلوك والرغبات الانتحارية.
3- النظرة السلبية عن المستقبل:	فقدان الطاقة، فقدان الشهية، اضطرابات النوم.

(مرغني، 2009: 92).

كما حدد "أ.بيك-A.Beck" نوع التشوهات المعرفية وجمعها في خمسة أنماط من التفكير، تترتب عنها أخطاء الحكم واضطراب السلوك، وهي كالاتي:

- **أخطاء الاستنتاج:** تتضمن استنتاجات عشوائية، حيث يخلص الفرد إلى استنتاجات ليس لها مبررات في الوضعية نفسها.

- **التجريد الانتقائي:** حيث يركز الفرد اهتمامه، مشاعره وتفكيره على جزء مأخوذ من

مضمون السياق، جاهلاً العناصر المهمة والمكونة للوضعية.

- **التعميم:** انطلاقاً من عنصر ليس له معنى واضح، يعمم الفرد المكتئب النتائج التي يصل إليها.

- **أخطاء ذاتية:** راجعة إلى التقليل في الموارد الشخصية، إذ ترجع كل الأخطاء إلى الذات، وتلقي المسؤولية تامة عليها عند الفشل والإخفاق.
- **أخطاء دلالية:** راجعة إلى تعظيم وتصغير الأحداث التي تعترض حياة الفرد، إذ يلجأ لاستعمال نعوت خاطئة، وتوصف الأحداث بطريقة دراماتيكية وصدمية مخالفة لما جاءت به في الواقع.

كما ركز "أ.بيك-A.Beck" في تفسير الاكتئاب على التفسير الشخصي الذي يقدمه المكتئب للواقع، إذ يعتبر هذا التفسير الشخصي كقاعدة ينطلق منها أي فاحص لفهم السياق المعرفي للمكتئب، حيث أن هذا التفسير الشخصي يحدد لنا الجانب الوجداني للشخص، وكذا قاعدة تفكيره الإجرائي، والذي يعتبرها "أ.بيك-A.Beck" الأساس النظري والتطبيقي لنموذجه، الذي يحدده بالافتراضات التالية:

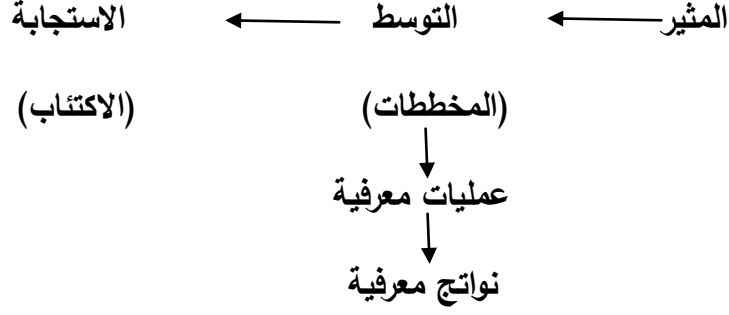
* إن إدراك وتفسير المكتئب للواقع يكون مخالفا للواقع.

* إن تفسير المكتئب للواقع يكون مرتبط بسياقات معرفية غير منطقية.

* إن اعتقادات المكتئب تمثل جملة من الافتراضات غير ثابتة (قابلة للتغيير).

ذلك أنه من أجل الحصول على تغير لهذه الافتراضات، وبالتالي التغير من سلوك المكتئب، يؤكد "أ.بيك-A.Beck" أنه لا بد من إخضاع الشخص لتجربة تعلم سليمة، بدلا من أن نجعله يتبنى نظام تعلم لفظي محض، وهذا قد يندرج في إطار علاج الاكتئاب دائما حسب وجهة النظر المعرفية (عنو، 2006: 152).

وبوجه عام، فإن النموذج المعرفي للاكتئاب عند "أ.بيك-A.Beck" يوضح أن مرضى الاكتئاب لديهم خلل وظيفي في معالجة المعلومات، وذلك يؤدي بهم إلى الانفعال والسلوك غير الملائم، وأن هناك ثلاثة مستويات من المتغيرات المعرفية تتوسط بين المنبثات (الأحداث) والاستجابات (المزاج والسلوك) وهذه هي المخططات المعرفية والعمليات المعرفية، ومحتوى التفكير، وأن الأفراد المكتئبين يظهرون تحيزات معرفية سلبية على هذه المستويات الثلاثة، ويمكن توضيح النموذج المعرفي للاكتئاب كما يلي:



المخطط رقم (06): تفسيرات، إدراكات، ذكريات وتخيلات

(مرغني، 2009: 93)

وفيما يخص تقديم هذه النظرية، فيستند على التحقق من صحة الافتراضات التي تقوم عليها، لذلك ينبغي البدء بافتراضين تقوم عليهما النظرية المعرفية بقيادة "أ.بيك -A.Beck"، حيث يترتب الاكتئاب عن التفكير السلبي وأخطاء المنطق. وقد وضحت نتائج عدة دراسات صحة هذا الافتراض، منها دراسات: "كرانتز و هامان (1979) Krantz & Hamman"، "هولون وكاندال (1980) Hollon & Kandel"، "دافيسون ووايت (1985) Davidson & White".

وهناك جوانب إيجابية لهذه النظرية، منها: أنها قابلة للقياس والمراجعة، وقامت باستتارة العديد من الأبحاث حول الاكتئاب (مرغني، 2009: 93).

2. 6. 5 - 2- نظرية "ألبرت إليس - Albert Ellis" في مختصرها "ABC":

ترتكز هذه النظرية على الدور الكبير الذي يلعبه المعتقد أو التفكير في المرض النفسي عند الفرد، وبدون تعديل في هذه المكونات المعرفية يستحيل تبديل الاضطراب الانفعالي والسلوكي (عنو، 2006: 154).

فكما ينبهنا "أ.إليس-A.Ellis" وزملائه إلى وجود معتقدات ثلاثة على الأقل تتسبب في اللاعقلانية والتطرف، من شأنها أن تسم حياتنا بالمعاناة والاضطراب، وهي:

- يجب أن أكون دائماً قادراً على النجاح والفوز بتأييد الآخرين ودعمهم.
- على الآخرين أن يعاملوني دائماً معاملة جيدة تتفق دائماً مع ما أريد فيه.
- يجب أن تكون الظروف من حولي مهيأة، بحيث أحصل بسهولة على كل ما أريد.

و لاشك أن جزءاً كبيراً من المشاعر الاكتئابية لدى المكتئبين قد تتضاءل أو تشفى إذا ما أدرك المكتئب أننا لسنا بكمالنا هذا أو ذلك، فلا مجال للكمال المطلق (عنو، 2006: 154).

وفيما يخص "أ.إليس-A.Ellis" أحد رواد التناول المعرفي أيضا، يرى أن النظرة المشوهة للذات والمحيط والمستقبل من طرف الشخص، تدفعه للاستجابة عن طريق أفكار مزيفة وغير منطقية في بعض المواقف، مثل أن يقول الشخص: "لم أستطع القيام بأي شيء"، فالسلوك يكون مطبوعا بتلك الأفكار والاعتقادات، حيث يفسرها الفرد بطريقته المعرفية الخاصة، إذن فالسلوك هو ناتج عن العالم المعرفي للفرد.

كما أنه يرى أن السلوك يمر بثلاث مراحل، وهي:

- وجود بعض الأحداث الخارجية التي تؤثر على الفرد وتطبعها.
- يفكر الفرد في تلك الأحداث ويفسرها بطريقة معرفية خاصة.
- يبدي الفرد سلوكا مطبوعا بتلك الأفكار والمعتقدات.

ذلك أن الاكتئاب الذي يعاني منه الفرد حسب "أ.إليس-A.Ellis" هو ترجمة لأفكاره ومعارفه عن ذاته وعن العالم من حوله، وما يمكن أن ينتج عن ذلك من شعور منخفض للذات، وأفكار خاصة لانعدام القيمة، وانعدام القدرة على العطاء والإنتاج وفرض الذات، والأفكار تكون غير منطقية.

كما تختص هذه النظرية بعدم إهمالها للعوامل البيئية والبيوكيميائية والوراثية في تأثيرها على السلوك الإنساني، ولكن تؤكد على أهمية القدرات الكامنة الفطرية الموجودة عند الإنسان، والتي تساهم بقسط كبير في تغيير التفكير المسبب للمرض وجعله عبارة عن تفكير سليم، وبناء يزخر بالأمل والتفاؤل، ويمثل شرح نظرية "أ.إليس-A.Ellis" (ABC) في مختصرها كالاتي:

A- الحدث أو الموقف الخارجي الذي يثير وينشط العمليات الإدراكية والفكرية.

B- التأويل، التفكير أو الاعتقاد الخاص بالموقف أو الحدث الخارجي.

C- رد الفعل الذي صدر عن التأويل وتفسير الموقف الخارجي.

وعليه، فإن نظرية "أ.إليس-A.Ellis" تستند إلى منطق أن الاضطراب النفسي يرجع بالدرجة الأولى إلى أن الفرد «يقوم بتحريفات اتجاه الواقع للحقائق، بناء على مقدمات خاطئة وافتراسات مماثلة، وتتجم هذه الأوهام عن تعلم خاطئ حدث للفرد أثناء نموه المعرفي، والعلاج يتمثل في مساعدة المعالج المريض على كشف المغالطة الفكرية، وتعلم طرائق بديلة أكثر واقعية لصياغة خبراته» (عنو، 2006: 155-156).

2. 6. 6 - النظرية السيكوسوماتية:

اعتمدت علوم عدة من بينها الطب على النظرية الثنائية (نفس-جسد) في مختلف أعمالها التشخيصية والعلاجية، خصوصا بعدما بين " فرويد " أهمية الجانب النفسي وبالخصوص اللاشعور ودوره في ظهور بعض الأمراض الجسدية. وانطلاقا من هذه الفكرة الدالة على وجود علاقة تأثير وتأثر بين النفس والجسد، ظهر ما يسمى بالمنظر السيكوسوماتي، والذي استعمل لأول مرة من طرف "أينروث(1818)Heinroth " (مرغني، 2006: 94).

ويعتبر المنظور السيكوسوماتي حاليا تيارا قائما بذاته، ومن رواده "روزين دوبراي وبيار مارتي - Rosine Debray & Pierre Marty"، ونتيجة للمجهودات التي أقيمت حول معرفة مدى ارتباط النفس والجسد، توصل "بيار مارتي-Pierre Marty" ورواد المدرسة الفرنسية إلى رفض النظرية الثنائية واستبدالها بنظرية الوحدة الفردية، والتي استند في بنائها على معطيات التحليل النفسي. وحسب رواد هذه المدرسة، ليس هناك جهاز عضوي مريض، وإنما هناك جهاز عقلي مختل في نظام سيره. فالأفراد الذين يصابون بأمراض عديدة تتفاوت في حدة خطورتها خلال حياتهم هم أفراد يفتقدون للدفاعات العقلية الصارمة الصلبة، فالمرض الجسدي إذن لا يظهر صدفة عند شخص ما، وإنما تدخل عدة متغيرات، خاصة الاقتصاد السيكوسوماتي بصفة عامة.

ينصح ذلك عندما يتعرض الفرد إلى حدث صدمي معين، يشوش توازن الأميوستاتيك، ويؤدي إلى عرقلة المسار الطبيعي للتطور، فتظهر حركة اختلال التنظيم، وبذلك تسيطر عليه غرائز الموت، فنلاحظ بداية الدخول في الحالة التي يسميها "بيار مارتي-Pierre Marty" بـ"الاكتئاب الأساسي"، وتطور الاختلال السوماتي. وعليه يتعلق الأمر هنا بحالة اكتئابية، مرتبطة بعلامات العذاب والنقص، فهذا النمط من الاكتئاب لا يدرك من طرف الشخص كمعاناة، فهو يستمر بصورة طبيعية في نشاطاته العلائقية والمهنية دون أن يشكي من شيء، إلا الشعور بالتعب، والأشخاص المحيطين به هم الذين ينتبهون إلى هذا التغير عادة من خلال آلية طبيعه وتصرفاته وعدم الحيوية التي يظهرها توظيف هذا الشخص (عنو، 2006: 156).

2. 6. 7 - النظرية الإنسانية:

يرى "كارل روجرس-Carl Rogers" صاحب نظرية الذات، أن المريض الاكتئابي يعاني من وجود فكرة عن نفسه يشعر معها بالضيق، وهذه الفكرة تكون أكثر مما تحملها ذاته، فيحاول جاهدا اتخاذ عدة سبل والقيام بأوجه نشاط ليثبت أنه أحسن مما يشعر به، وكثيرا ما ينجح في ذلك ويستمر في هروبه من مواجهة نفسه ومن مشكلته، فإذا انهارت إمكانياته الجسمانية والصحية، أحس بضعفه

وانحطاط فكرته عن نفسه، وبذلك يجرد من سلاحه الذي كان يواجه به شعوره بالنقص والضعف، فيعتبره الاكتئاب، فإذا مرت مرحلة الاكتئاب، عاود نشاطه ليمر بمرحلة هوس تتمثل في نشاط زائد ليقنع نفسه بأنه ليس كما يحس ويشعر، وهكذا تتناوب مراحل الهوس والاكتئاب، والأساس فيها انحطاط فكرة المرء عن نفسه وعجزه عن مواجهة ذلك.

ويشير "فيكتور فرانكل (1982) Viktor Frankl" مؤسس العلاج بالمعنى إلى ظاهرة الفراغ الوجودي كعرض رئيسي في الاكتئاب، ويرى أنه ظاهرة واسعة الانتشار في القرن العشرين. وأكد أيضا على أنه عندما يفقد الإنسان المعنى من الحياة، يؤدي به ذلك إلى الشعور بالإحباط الوجودي، والذي يؤدي إلى الاكتئاب والعدوان والإدمان وغير ذلك من هذه المظاهر. فالجانب المهم الذي أكد عليه "ف.فرانكل-V.Frankl" في هذه المظاهر هو افتقاد المعنى من الحياة.

وفي ضوء ما تقدم، يرجع الاكتئاب النفسي لدى الفرد إلى ما يعرف بالإحباط الوجودي الذي يعبر عن شعور الفرد بالملل والضيق والاعترا، وهو يعتبر كرد فعل للفراغ الوجودي. ومن هنا تأتي مهمة العلاج بالمعنى في مساعدة المريض على أن يجد معنى في حياته، وجعله واعيا بالمعنى الكامن لوجوده (مرغني، 2009: 95).

ومن خلال تطرقنا لمختلف التناولات النظرية للاكتئاب، نلاحظ أنه حظي بوجهات نظر متباينة في تفسيره، وذلك تبعا لتباين العلماء واختلاف توجهاتهم النظرية التي تناولت تفسير الاكتئاب حتى تصبح الصورة مكتملة حول مفهوم الاكتئاب.

2. 7- قياس الاكتئاب:

هناك مجموعة من المقاييس النفسية التي صممت لتحديد عدد المتغيرات التي تشير إلى الاكتئاب، ومن أشهر هذه المقاييس:

2. 7. 1- مقياس "أ.بيك-A.Beck" للاكتئاب:

وتوجد له صورتان، صورة مفصلة وصورة مختصرة والتي تتضمن ثلاثة عشر بنداً، حيث تتضمن البنود: الحزن، التشاؤم، الإحساس بالفشل، عدم الرضا، الشعور بالذنب، عدم قبول الذات، إيذاء الذات، الانسحاب الاجتماعي، صعوبات العمل، التعب وفقدان الشهية. ويوجد أمام كل بند أربع بدائل للإجابة: 0، 1، 2، 3، ودرجة المريض هي مجموع كل درجاته على البنود.

وقد قام "غريب عبد الفتاح" (1985) بإعداد وتقنين الصورة المختصرة والمعروفة بـ (BDI)، ويعد الآن من أشهر الاختبارات في هذا الصدد، وتتراوح الدرجة الكلية على المقياس ما بين (0-39)

درجة)، وقد قام المعد بحساب ثبات المقياس بطريقتين هما: طريقة القسمة النصفية، وطريقة إعادة التحليل، كما قام بحساب الصدق وفق عدة طرق أهمها حساب ارتباطه مع عدة مقاييس أخرى للاكتئاب. واستخدم هذا المقياس في العديد من الدراسات (عادل، 2000: 176).

2. 7. 2- مقاييس تقدير الملاحظين:

ولعل مقياس "هاملتون للتقديرات-Hamilton Rating Scale (HRS)" من أشهر هذه المقاييس استخداما لفحص المرضى الاكتئابيين. ويتكون من (21) بندا هي: المزاج، الإحساس بالذنب، الميل الانتحارية، الأرق، العمل أو الاهتمامات ومستويات النشاط، القلق، الأعراض البيئية، توهم المرض، الوزن والاستبصار، التغيرات اليومية والإحساس بفقدان الذاتية والأعراض البارانونيدية الوسواسية. ويقدر كل منها على مقياس يمتد من: 0،1،2، أو 0،1،2،3،4، وللوصول إلى نتائج موثوق بصحتها يستحسن أن يقوم بتقدير سلوكيات وسمة المريض المكتتب أكثر من ملاحظين، يقوم كل مهام بتقدير المريض على حدة.

وقد قام "لطفى فطيم" (1995) بترجمة بنود هذا المقياس إلى اللغة العربية، إلا أنه لم يقدم إطارا نظريا يتم من خلاله بيان كيفية التقدير بكافة السمات المراد تقديرها في الاكتئاب.

2. 7. 3- بطارية الأعراض الاكتئابية:

يمكن تطبيقها بواسطة الأخصائي الإكلينيكي كنتيجة للمقابلة الشخصية والملاحظات المختلفة التي قدمت عن المريض، أو كاختبار للتقدير الذاتي يتولاه المريض نفسه (شرط التأكد من فهمه للبنود ودفاعيته للاستجابة). والبطارية في مجملها تتكون من (28) بندا، شاملة على بعض البنود من اختبار "أ.بيك-A. Beck" للاكتئاب ومقياس "هاملتون-Hamilton" (مرغني، 2009: 78).

2. 8- شخصية المكتتب:

يتميز المكتتب بكونه انطوائي، انفعالي، يحب الوحدة، كثير الاتهام لنفسه، عميق الكآبة، يبتعد عن المجتمع، وينطوي على نفسه، يستعيد ما مر به من حوادث مضيئا لها الشيء الكثير من أفكاره، حيث يسرف في تحليل مشاعره الخاصة، لا يرى من الحوادث إلا جانبها السلبي، يصاب باليأس والضجر عندما يرغب في القيام بشيء ما ولا يستطيع العمل، حيث يحيط به الفراغ من كل جانب. والمصاب بالاكتئاب يكون عادة ذو ساحة اهتمام ضيقة وذو عادات نمطية، قليل الأصدقاء، يميل للهدوء، كثير القلق، حساس، حذر ويتبع في حياته قانونا شديدا ينقصه المرح. ومشكلة المكتتب أنه يخضع للآخرين، ويتأثر بأرائهم ويقلل من شأنه بالرغم من علو مكانته أحيانا، إلى جانب ارتسام

علامات الحزن والأسى على وجهه، فإنه يرفض العالم الخارجي ولا يستطيع التكيف معه ومع أفرادهِ (مرغني، 2009: 83).

ومن أهم ملامح أنماط تفكير الشخص المكتئب: صعوبة مواجهة مهمة التفكير، بطء الاستجابة، فقدان القدرة على التركيز، فقدان القدرة على الربط بين المعاني، ضعف الذاكرة، الأفكار اللاعقلانية، الأفكار الانهزامية، التفكير النرجسي والتشاؤمي، الأفكار السوداوية والقهر الاكتئابي (أبو زيد، 2001: 49).

2. 9- مختلف التناولات العلاجية للاكتئاب:

يتم علاج حالات الاكتئاب الخفيف عادة خارج المستشفى إذا لم يكن هناك خطر محاولة الانتحار. أما إذا كانت هناك محاولات فيستحسن العناية بالمريض داخل المستشفى.

وبعد انتهاء مدة العلاج، يستحسن أن يتردد المريض على العيادة النفسية مرة كل شهر لمدة 6 أشهر إلى سنة للتأكد من عدم الانتكاس.

وفيما يلي أهم العلاجات المقدمة للاكتئاب:

2. 9. 1- العلاج الطبي و الكهربائي:

يتم العلاج الطبي للأعراض المصاحبة مثل: الأرق، فقدان الشهية، نقص الوزن والإجهاد. ويتم العلاج بواسطة العقاقير المضادة للاكتئاب، مثل: "توفرانيل - Tofranil" و"تريبتيزول - Tryptizol"، والمسكنات لتخفيف حدة القلق، ومنبهات الجهاز العصبي، مثل: مشتقات "أمفيتامين - Amphetamine"، والمنشطات والمنبهات وزيادة الدافع النفسي الحركي، مثل: "كافيين - Caffeine"، والصدمات الكهربائية وخاصة في حالات الاكتئاب الحاد، وكذلك يستخدم علاج التنبيه الكهربائي في حالة الاكتئاب البسيط والتفاعلي، إذ يتحسن مزاج المريض ويصبح طبيعياً بعد جلستين أو ثلاث جلسات، وتجرى عادة من 06 إلى 12 جلسة، بمعدل جلسة واحدة كل يومين.

2. 9. 2- العلاج الجراحي:

إذا استمر الاكتئاب لمدة طويلة تصل إلى عشر سنوات على الأقل، وفي حالة فشل الأنواع الأخرى من العلاجات، يمكن اللجوء إلى جراحة المخ لعلاج حالة الاكتئاب الشديد، تتمثل هذه العملية في قطع بعض الممرات العصبية في المخ والمتعلقة بالشعور (مرغني، 2009: 96).

2. 9. 3- العلاج النفسي:

2. 9. 3. 1- العلاج النفسي التحليلي:

يعتبر العلاج النفسي التحليلي من أقدم الطرق المستعملة في العلاج، حيث يهدف إلى الوصول إلى الخبرات السابقة المنسية والمكبوتة في الطفولة المبكرة، إذ يعتبر التحليل النفسي هذه الخبرات الطفولية هي السبب الرئيسي للأمراض العصابية، وابتاع طرق علاجية تحليلية، يستطيع الفرد تذكر الخبرات الماضية. وفي حالات الاكتئاب، نجد أنه يستعمل العلاج التدعيمي وعلاج الأسباب الأصلية والعوامل التي سببت الاكتئاب، بالإضافة إلى فهم وحل الصراعات، إزالة عوامل الضغط، تخليص المريض من الشعور بالذنب والغضب المكبوت، البحث عن الشيء المفقود، إبراز إيجابيات الشخصية، والمساندة العاطفية، كذلك التشجيع وإعادة الثقة بالنفس، والوقوف بجانب المريض وتنمية روح التفاؤل لديه (عطوف، 1981: 120-121).

2. 9. 3. 2- العلاج النفسي السلوكي:

يرتكز العلاج السلوكي للاكتئاب على تقييم وتغيير سلوكيات الشخص، فهو يقترح علاجاً يهدف إلى تجديد سجل ملامح وكامل للتعزيزات الإيجابية، وذلك بتدريب المفحوص على التعبير عن سلوكيات متكيفة قابلة لأن تعزز بشكل أكبر من طرف الأشخاص المحيطين به، مع توجيهه للقيام بأعمال خاصة لتقويم سلوكه، وبالتالي تشعره بالرضا وترفع من معنوياته.

ويعتبر التعزيز الإيجابي لسلوكيات جديدة متعلمة هو جوهر العلاج النفسي السلوكي، كما أن التغيرات في نوعية وتكرار نموذج المفحوص خلال تفاعلاته الاجتماعية من خلال التدريب والتوجيه الميداني، هي العوامل الهامة في تعلم مواجهة المؤثرات الخارجية المحدثة للاضطراب الاكتئابي والسيطرة عليها (الحجار، 1989: 93).

وانطلاقاً مما سبق، سنتناول بعض العلاجات السلوكية للاكتئاب، والتي تتمحور حول تعديل السلوك، برامج النشاطات، العلاج المتعدد المحاور لـ "لازاروس-Lazarus" وعلاج الاكتئاب المصاحب للقلق.

2. 9. 3. 2. 1- تعديل السلوك الاجتماعي:

يهدف هذا البرنامج من التعديل والتدريب إلى تحسين علاقات المكتئبين، وينصح به في حالة العجز عن القيام باتصالات، أو في حالة المواقف الاجتماعية المنحرفة، كزيادة السلوك العدواني، يركز هذا البرنامج على لعب الأدوار، حيث يتم تكرار وتنشيط المواقف بين الأشخاص في ظروف

اجتماعية معينة، أن نتائج البرنامج تعطي تحسنا تدريجيا، بواسطة التعليمات وتعزيز وحوار، أو تقليد نموذج معين يسمح بالتدريب على اكتساب المهارات الاجتماعية، وتستعمل هذه الطرق العلاجية في العلاج الجماعي.

وقد أثبتت دراسات لـ"لوينسون و شاو(1969) Lewinsohn & Show" فعالية برامج تعديل السلوك الاجتماعي، والتدريب على المهارات الاجتماعية في حالة الاكتئاب عند الطفل والراشد، كما يلج "لوينسون-Lewinsohn" وفريقه على العلاج الجماعي، بهدف خلق جو يسمح بتحسين حالة المكتئب (عنو، 2006: 169).

2. 9. 3. 2 - برنامج النشاطات:

إن طريقة المهمات التدريجية مفيدة لمساعدة المكتئب على الالتزام من جديد بنشاطات قد تركها بعد الإصابة بالاكتئاب، إن برامج النشاط تهدف إلى زيادة السلوك المتكيف، وتقوية التعزيز الإيجابي الذي ينتظره المكتئب.

ومن بين الذين استعملوا هذا النوع من العلاج "برغس(1969) Burgess"، الذي استعمل طريقة مؤسسة على تعزيز السلوكات الإيجابية، والعمل على كف السلوكات الاكتئابية، طبقت هذه الطريقة على 06 حالات، كون المعالج في الأول معلومات عن السجلات السلوكية التي كان يمتلكها المرضى قبل استجاباتهم الاكتئابية، وتوصل إلى جميع الأنواع من المعززات الهامة، لكي يتسنى له تحديد المعززات الأخرى، التي تحافظ على استمرار الحالة الاكتئابية.

بعد هذه المرحلة، حاول المعالج ترميم مصدر التعزيز عندما يكون خاص جدا، وعندما يكون قليل الضمان، على الفرد إنجاز نشاطات متدرجة الصعوبة، يعزز كل نشاط إيجابي يقوم به المكتئب من طرف المعالج عن طريق (الانتباه، المجاملة)، بدأ الاهتمام بالسلوكات الاكتئابية في الزوال بعد المقابلة الأولى، وبعد ثلاث أسابيع من العلاج، استطاع كل المرضى تنفيذ نشاطاتهم الاجتماعية (عنو، 2006: 169).

2. 9. 3. 3 - الطريقة المتعددة لنمط "لازاروس-Lazarus":

أشار "لازاروس(1968) Lazarus" إلى ضرورة فحص ما يسمى « بتأثير المحيط»، قبل محاولة علاج الاكتئاب الارتكاسي، وهذا عن طريق التعرف على تاريخ الحالة.

يذكر "لازاروس-Lazarus" ثلاث تقنيات خاصة بهذا العلاج:

أولاً: الإسقاط عبر الزمن بواسطة التعزيز الإيجابي: تهدف هذه الطريقة إلى إيصال المفحوص إلى تخيل الأحداث التي تنبثق من نشاطات هامة وسارة، والتي مارسها قبل استجابة الاكتئاب، ويبدأ المفحوص في تذكر النشاطات السارة التي مارسها في الماضي، وشيئا فشيئا يستطيع المعالج أن يقرب هذه الذكريات إلى الحاضر، ويشعر المفحوص بالبهجة التي كان يشعر بها أثناء الذكريات السابقة قبل الاستجابة الاكتئابية.

ثانياً: التعبير عن الانفعالات: وتتضمن إثارة التعبير عن الغضب، العدوانية، المزاج والوجدان عند المكتئب، وإثارة عدة مشاعر غير متوافقة مع الحالة الاكتئابية.

ثالثاً: الحرمان من السلوك وإعادة التدريب عليه: يشير "لازاروس-Lazarus" أن فترة «الحرمان الحسي» تستطيع أن تجعل الفرد أكثر إحساساً بمنبهات جديدة، ومن ثم يصبح الفرد حساساً لأي منبه خارجي بعد فترة راحة، مثلاً تتراوح من خمسة إلى سبعة أيام، دون أي قراءة، زيارة.

بعد سنوات، طبق "لازاروس(1974)Lazarus" طريقته المتعددة النمط في علاج المكتئبين، حيث سجل سبعة أبعاد، وفي هذه الطريقة:

- السلوك الموضوعي.
- السياق الوجداني.
- ردود الفعل الانفعالية.
- التخيل.
- المكونات المعرفية.
- العلاقات البيشخصية.
- نمط الأدوية (التعليمات وضد التعليمات الدوائية).

ويقترح المعالج على الشخص أن يبني جدول النشاطات التي كان يحبها بشدة قبل استجابته الاكتئابية.

ويبدو واضحاً وبالتركيز على هذه القائمة، يبدأ المعالج عن وصف سلاسل من الاستجابات التعزيزية التدريجية للمكتئب، إن أظهر المكتئب أي فشل في أي محاولة، يعطيه الممارس العلاجي وقتاً آخر، يستطيع حتى أن يزوره بالبيت، إن وضعية المفحوص المملوءة بجو من الاستقلالية والمعززات الإيجابية، تسمح له بالمبادرة إلى بعض النشاطات (عنو، 2006: 171).

2. 9. 3. 2 -4 علاج الاكتئاب المرفوق بالقلق:

إن إبطال ظروف القلق يلجأ إلى عوامل غير محددة، تتعلق بتعزيز المعالج، وإلى عوامل خاصة بالتعرض للوضعيات المولدة للقلق.

كما اقترح "أدامس وهاني (1974) Adams & Hanni" في هذه الطريقة تقنية أخرى تستعمل الانغماس في الخيال، لـ 27 مكتبة خلال 9 حصص في الأسبوع، لمدة 45 دقيقة لكل مكتبة، وهكذا يمكن وضع حد للقلق، من خلال مداخلات معرفية تعدل الخلل الوظيفي في الإدراك والتقييم السلبي المولد للقلق.

إن وجهة النظر السلوكية تقترح بالدرجة الأولى استعمال هذه الطرق، من إبطال ظروف القلق في حالات الاكتئاب، أين يكون القلق شديدا (عنو، 2006: 172).

وبعد استعراضنا للعلاج السلوكي الخاص بالاكتئاب، نجد أن الاكتئاب الذي يمكن أن يستفيد من العلاجات السلوكية هو الاكتئاب الارتكاسي والاكتئاب العصبي، لأن التقنيات السلوكية التي ذكرناها تتطلب دافعية كبيرة، ومشاركة منتظمة وصارمة من طرف المفحوصين في العلاج، وهذه الصفات لا توجد عند كل المكتئبين، فالمكتئبين الذين يعانون من اكتئاب داخلي المنشأ، الذي يمتاز بالبحث عن الموت، الإحساس بعدم القدرة والشعور بالذنب، هذا النوع من الاكتئاب يبقى حبيس العلاج الكيميائي، المتمثل في وصف "الليثيوم-Lithium".

2. 9. 3. 3 - العلاج المعرفي للاكتئاب:

يدور العمل العلاجي المعرفي للاكتئاب حول التعبير عن المشاعر للوصول إلى وعي العلاقة بين الأفكار والانفعالات والسلوك الاكتئابي، والاعتراف بميزة الأفكار التفسيرية وتجديد الأفكار السلبية المتعلقة بالخلل الوظيفي لدى المكتئب واستبدالها بأفكار منطقية وأكثر واقعية (شابرول، 1998: 103).

كما أن الحملة الاستكشافية التي يستعملها المعالج تبدأ من خلال العالم الخارجي، وما يترتب عنه من مواقف وأحداث حتى يصل إلى العالم الداخلي للمكتئب من خلال الآراء والأحكام التي يطلقها هذا الأخير على نفسه، وعلى محيطه وعلى مستقبله.

ويضم هذا التناول طرقا عديدة في العلاج، يمكن أن ندرجها في طريقتين أساسيتين إلى جانب طرق أخرى ثانوية هي:

العلاج الانفعالي العقلاني لـ"إليس-Ellis" (Ellis rational emotive therapy) والعلاج المعرفي لـ"بيك-Beck" (Beck's cognitive therapy).

2. 9. 3. 1- العلاج المعرفي لـ"أرون بيك-Aaron Beck":

حسب "أ.بيك-A.Beck" يتضمن العلاج المعرفي للاكتئاب عدة وسائل وأساليب بمساعدة المكتئب على أن يقيم نفسه وعالمه تقييماً أكثر واقعية، فهناك:

- **المدخل العقلاني:** الذي يهدف إلى كشف الأفكار الخاطئة واختبار صحتها وتعويضها بأفكار واقعية.
- **المدخل الخبروي:** الذي يهدف إلى تعريف المكتئب بخبرات تجعله يغير مفاهيمه.
- **المدخل السلوكي:** يهدف إلى حث المريض إلى تبني أنماط معينة من السلوك، تستطيع أن تغير نظرتة إلى نفسه وإلى العالم الواقعي، كما يحدث مثلاً في تدريبات تأكيد الذات، التي تعزز ثقته في نفسه، وتكسبه نظرة أكثر واقعية اتجاه الآخرين (عنو، 2006: 174).

2. 9. 3. 2- العلاج العقلاني الانفعالي لـ"ألبرت إليس-Albert Ellis":

يمكن القول أنّ اسم هذه الطريقة العلاجية مستمدة من اعتقاد خاص، بأن الاضطرابات السيكولوجية الانفعالية للفرد، كالاكتئاب، القلق والشعور بالذنب...، مرجعها أفكار غير عقلانية وخاطئة، والمنطلق النظري وراء هذه الطريقة العلاجية هو أن "أ.إليس A.Ellis" يعتقد أن الاستجابة الانفعالية تمر بثلاث مراحل هي:

- بعض الأحداث الخارجية تؤثر على حياة الفرد وتطبعها.
- يفكر الفرد في تلك الأحداث، ويفسرها بطريقة معرفية خاصة.
- يظهر سلوك الفرد مطبوعاً بتلك الأفكار والمعتقدات، فالسلوك هو نتاج العالم المعرفي للفرد.

وحسب "أ.إليس A.Ellis"، فإن الاضطراب الانفعالي يحدث وفقاً للمخطط التالي:

المثير ← المعتقدات غير العقلانية ← الانفعالات السلبية ← السلوك غير عقلائي

S → Croyance irrationnelles → Emotions négatives → Comportement irrationnelles

(عنو، 2006: 175-176).

ويوضح الشكل التالي مثلا تصوريا على أساس نظرية "أ.إليس-A.Ellis"، حيث يمثل شخصين، أحدهما لديه أفكار منطقية، والثاني لديه أفكار غير منطقية، وما يترتب على ذهاب كل منهما إلى مقابلة للحصول على وظيفة، ثم الفشل في الحصول عليها.

أ- حادث منشط (A)

ذهبت لمقابلة للحصول على وظيفة
ولكني فشلت في الحصول عليها

ب- الأفكار المرتبطة بالحادث أ (B)



- لا أحب أن أكون مرفوضا
- كم أنه أمر يضايقني.
- بيد أنه هناك مشكلة في حصولي على وظيفة.

- كم هو مزعج أن أكون مرفوضا
- أنا لا أستطيع أن أتحمل هذه المهانة
- هذا الرفض يجعلني شخصا وضعيا

ج- النتائج المترتبة عن "ب" حول "أ"

نتائج انفعالية مرغوبة
لقد شعرت بالأسف والإحباط
ولكنني سأستمر في المحاولة

نتائج انفعالية غير مرغوبة
لقد أحسست بالاكنتاب
شعرت أنه ليس لي قيمة

نتائج سلوكية مناسبة

نتائج سلوكية غير مرغوبة

واصلت البحث عن العمل

لقد رفضت أن أذهب إلى أي مقابلة

الشكل رقم (07): يوضح مثلا تصوريا على أساس نظرية "أ.إليس-A.Ellis" (عنو، 2006: 176).

وانطلاقاً مما سبق، يمكن القول أنّ الأساليب الفنية للإرشاد العقلاني الانفعالي لـ"إليس" تتكون من ثلاثة أساليب:

1- الطرق المعرفية:

يستخدم الإرشاد العقلاني الانفعالي مجموعة كبيرة من الطرق العلاجية المعرفية، والتي تشتمل على التحليل المنطقي للأفكار غير المنطقية، التعليم، تنفيذ الاستجابات غير المنطقية، توقيف الأفكار، وقد اشتهر الإرشاد العقلاني الانفعالي في صورته المعروفة بتوضيح العلاقة (ABC)، حيث أن نتائج (C) ليست وليدة الأحداث المنشطة (A) التي تسبقها، وإنما هي نتيجة الأفكار (B)، ثم الانتقال إلى تنفيذ الأفكار غير المنطقية ومن خلال مساعدة المسترشد على تنفيذ أفكاره، ومساعدته على تكوين أفكار منطقية، يكون المرشد النفسي قد أحدث الأثر المعرفي (E) «Cognitive Effect».

2- الأساليب الانفعالية:

يستعمل المرشد النفسي في العلاج العقلاني الانفعالي للاكتئاب مجموعة الطرق الانفعالية الموجهة للعمل مع انفعالات المرشد (المكتتب)، كأسلوب تمثيل الأدوار (Role Playing)، وأسلوب النمذجة (Modeling) مثلاً، لمساعدة المكتتب على التخفيف من معاناته النفسية.

3- أساليب العلاج السلوكي المستخدمة في العلاج العقلاني الانفعالي:

بما أن العلاج العقلاني الانفعالي نوع من العلاج السلوكي المعرفي، فهو يستخدم الأساليب السلوكية الأساسية لعلاج الاكتئاب.

- الواجبات المنزلية النشطة، والتعرف على الأفكار غير المنطقية وتدوينها.
- التدريب على أسلوب الاسترخاء.
- التدريب على تأكيد الذات عن طريق التخيل (نفس المرجع السابق: 178).

كما يمكن الإشارة إلى أن العلاج العقلاني الانفعالي يقوم على الإقناع الخارجي، وتشجيع المفحوص على التعبير المكثف عن معاناته وأفكاره.

وتقوم استراتيجية العلاج العقلاني الانفعالي بالهجوم على الأفكار غير المنطقية لدى الشخص المضطرب على طريقتين:

- أن يتقلد المعالج دور الداعية الصريح، الذي يناقض وينكر الاعتقادات الخاطئة، والخرافات المتأصلة في نفس المفحوص.

- أن يتقلد دور المشجع المقنع، الذي يصر أحيانا على أن يقوم المفحوص ببعض الأنشطة، ويمارس بعض الأعمال التي يتباطئ عن فعلها وممارستها، كربط علاقات اجتماعية، والتفاعل المستمر مع العالم الخارجي، نتيجة الاكتئاب المبني على أفكار خاطئة، ويعتبر "إليس" القيام بهذه الأنشطة هجوما مضادا على تلك الأفكار الخاطئة (عنو، 2006: 179).

و يعتبر هذا النوع من العلاج من الطرق الفعالة في تغيير السلوك وتعديله، ولكن من الضروري جدا مراجعة هذه الطريقة لمعرفة مدى فعاليتها وثباتها.

بناء على ما سبق، فإن العلاج السلوكي المعرفي يقوم على الدمج والتكامل بين الاستراتيجيات والتقنيات السلوكية المعرفية، وهو يتناول الإنسان في كليته، حيث يركز على جميع العوامل الكامنة والظاهرة، ولا يهمل أحد منها على حساب الآخر، إذ أنه يتعامل مع العالم المعرفي للفرد، معتقداته، أفكاره، تقييماته، توقعاته و انتساباته، كما يهتم أيضا بسلوكه الظاهر، وبجميع العوامل المحيطة النفسية والاجتماعية والخبرات السابقة والأداء والتعلم، بالإضافة إلى اهتمامه بالضبط الذاتي، أي التحكم في السلوك، ويسعى إلى تزويد المفحوص بالميكانيزمات الضرورية واللازمة لمواجهة، ليس المشكلات الآتية فحسب، بل المشكلات المستقبلية.

كما يشير "حامد زهران" (2007) إلى العلاجات النفسية التالية:

- العلاج البيئي لتخفيف الضغوط والتوترات وتناول الظروف الاجتماعية والاقتصادية (بتغييرها أو التوافق معها).
- العلاج الاجتماعي والعلاج النفسي الجماعي (الذي هو موضوع دراستنا).
- العلاج بالعمل.
- العلاج الترفيهي، إشاعة جو التفاؤل، المرح حول المريض والعلاج بالموسيقى (زهران، 2007: 519).

2. 10- علاقة الاكتئاب بالقلق:

إن الاكتئاب كالقلق يمثل استجابة انفعالية مبالغ فيها، لكنه يعكس القلق الذي يتجه إلى الأمام، ويتعلق بمخاوف وأخطار المستقبل، نجد أن المكتئب يتجه إلى أحزان ما فات في الماضي، وبعض أشكال الاكتئاب-بسبب ما فيها من عزلة، حزن، عدم فاعلية وقلق-تؤدي إلى تخريب وظائف الشخصية الأخرى كالتفكير، وعندئذ يتحول الاكتئاب العصابي إلى الذهاني، وهذه هي الحالات التي

تنتهي بسيطرة هواجس تلك الأفكار الثابتة التي تسيطر على بعض المكتئبين، مبينة لهم بأنهم عديمي النفع والجدوى (مرغني، 2009: 83).

كما أن القلق والاكتئاب هما أهم ما يميز السلوك العصابي، لذلك يفضل بعض الأخصائيين دمج كل أقسام العصاب تحت اسم واحد هو "عرض القلق الاكتئابي المركب"، ولا يعول البعض كثيرا على الفروق التشخيصية بين القلق و الاكتئاب.

وأثبتت دراسات أخرى أن المرضى المصابين بالقلق والاكتئاب، إذا غلب عندهم الاكتئاب على القلق، فإن الأمل في شفائهم يزيد، وإذا سيطر القلق على الاكتئاب، تضاعلت فرص الشفاء، الأمر الذي يدل على أن القلق غير الاكتئاب(مرغني، 2006: 84).

2. 11- علاقة الاكتئاب بتقدير الذات:

التقدير هو تقييم إنجاز الفرد بالنسبة للمكانة الاجتماعية التي يستغلها، سواء كانت هذه المكانة مرتفعة أو منخفضة، وسواء كان الفرد يحصل على تقدير منخفض أو مرتفع، أما العالم "رولاند - Roland" فيعرفه بأنه درجة تقبل الذات، وهو رضى المرء عن نفسه وعن صفاته، قدراته وإدراكه لحدوده. ومنه فإن تقدير الذات هو ما يصنعه الشخص بنفسه عن نفسه، نتيجة معرفته لنفسه (عبد الخالق، 1981: 23).

أما في حالة الاكتئاب، فنجد أن الشخصية الاكتئابية تتميز بتقدير منخفض للذات، لذا فإن الأعراض الرئيسية لهذا الأخير مبهمة، إلى درجة وصف الذات بالتفاهة والنقص والعجز.

وفي هذا الصدد، فإنه قد تكون نظرتنا لذواتنا سلبية، من نحو الإحساس بالدونية، التبعية والشك والتردد.

ويرى كل من " فاركاش وكوين(1966) Farkhache & Cohen"، أن هؤلاء الذين يتميزون بتقدير منخفض للذات يشاركون بصفة أقل في مجال الآراء، ووصفوا من طرف الآخرين أنهم أقل تسلطا وأشد تأثرا على المستوى العاطفي، ويتوصلون بصعوبة إلى تكوين علاقة مرضية، وأضاف "روزمبورغ(1965) Rosenberg" أن التقدير الذاتي الضعيف أو المنخفض مرتبط بظاهرة اكتئابية لمشاعر محيطية وأعراض القلق (عنو، 2006: 183).

3- تقدير الذات:

تمهيد:

يحتمل مفهوم الذات اهتمام علماء النفس في دراستهم وأبحاثهم التي تناولت نظريات الشخصية، حيث أكدوا أن دراسة الشخصية وفهمها يتطلب مفهوم الذات كمتغير من متغيرات الشخصية، وفي هذا الصدد يتفق كثير منهم ومن بينهم: "كولي - Koly" و"أدلر - Adler"، "روجرس - Rogers"، "ألپورت - Allport" و"ليكي - Lecky" وغيرهم من الباحثين، على أن مفهوم الذات هي العمل على وحدة تماسك الجوانب المختلفة للشخصية، وإكسابها طابعا متميزا، وأن مفهوم الذات يقوم بتنظيم عالم الخبرة المحيط بالفرد في إطار متكامل، ومن ثم يعمل على تكوين صورة محددة وواضحة المعالم حول ذاته بأبعاده المختلفة إلا بعد أن يمر بمراحل متعددة، تكون مواكبة ومتلازمة مع مراحل نموه النفسي والاجتماعي، إذا مفهوم الذات هو عبارة عن مصطلح سيكولوجي يستخدم ليعبر به عن مفهوم يتضمن جميع الآراء والأفكار، والمشاعر والاتجاهات التي كونها الفرد عن نفسه، ويعبر بها عن خصائصه الجسمية، العقلية والاجتماعية إلى جانب ما لديه من معتقدات، قناعات، قيم وخبرات سابقة وطموحات مستقبلية. وفيما يلي سوف نتطرق إلى هذا المفهوم، أبعاده وأهم النظريات التي تناولته.

3. 1- تعريف مفهوم الذات:

اختلف الباحثون في تعريف مفهوم الذات، فبالنسبة للأمريكيين يستعملون مصطلح "مفهوم الذات" ويستعمل الأوروبيون مصطلحات أخرى تتمثل في: صورة الذات، الأنا، إدراك الذات وتمثيل الذات. * ويعرف "محمد عماد الدين إسماعيل" مفهوم الذات على النحو التالي: "هو ذلك المفهوم الذي يكونه الفرد عن نفسه باعتباره كائنا بيولوجيا اجتماعيا، أي باعتباره مصدرا للتأثير والتأثر بالنسبة للآخر. أو بعبارة سلوكية معرفية: هو ذلك التنظيم الإدراكي الانفعالي الذي يتضمن استجابات الفرد نحو نفسه ككل، كما يظهر في التقدير اللفظي الذي يحمل صفة من الصفات على ضمير المتكلم" (دويدار، 1992: 23).

* ويؤكد "الشرقاوي" بقوله: "أن مفهوم الذات هو ذلك المفهوم الذي يكونه الفرد عن نفسه باعتباره كائنا بيولوجيا واجتماعيا، أي مصدر للتأثير والتأثر بالنسبة للآخرين، وبعبارة أخرى هو ذلك التنظيم الإدراكي الانفعالي الذي يتضمن استجابات الفرد نحو نفسه ككل" (الشرقاوي، 1985: 158).

ولقد بين "سولفان - Sullivan": "أن مفهوم الذات في نظره ليس انبثاق إمكانيات متولدة بقدر ما هو عملية تشكيل خارجي (الدسوقي، 1979: 300).

* كما يرى "حامد عبد السلام زهران" أن مفهوم الذات هو تكوين معرفي منظم وموحد للمدركات الشعورية والتصورات يبلورها الفرد، ويعتبرها تعريفا نفسيا بذاته (عبد السلام زهران، 1977: 110).

3. 1. 1- التمييز بين الذات والأنا:

يقول "غيلفورد-Guilford" أن بعض المؤلفين يعرفون "الذات" بـ"الأنا"، والبعض الآخر يستعمل الكلمتين بمعاني مختلفة، ومن المستحيل أن نجد مؤلفين يتفقان على معنى واحد لكلا الكلمتين أو طريقة استعمالهما، السبب في ذلك حسب "غيلفورد-Guilford" هو عدم وجود معاني مناسبة لهذه الأفكار. وفكرة الذات ترتكز على:

- هوية الفرد: من خلال دراسة تطوره ونموه وتغير المحيط والوضعية.
- وحدته: هو سيد لأفكاره وأحاسيسه.
- انعكاسيته: يحس ويتأثر بتجاربه المعيشية وكذلك بتصرفاته، رغم ذلك يستطيع التفكير واتخاذ المواقف والقرارات الخاصة به (وينفرد هوير، تر: عشوي، 1995).

في حين أطلق "سيجموند فرويد-Sigmund Freud" على الذات الجزء اللاشعوري للأنا، بينما أعطى "يونغ-Jung" لمفهوم الذات تفسيرا آخر، حيث يقول: «هناك تمييز أو فرق بين "الأنا" و"الذات"، الأنا هو موضوع وعي، في حين أن الذات هو موضوع كلي للنفس بما فيها اللاوعي»، ثم وضح "يونغ" أن الذات لا يفهم دائما بالأنا، في حين أن الرمزية توضحه في الأزمنة البعيدة، فالذات هو الآخر والآخرين، وليس فقط "الأنا"، أي الفردانية لا تلغي العالم وإنما تحتويه (عنو، 2006: 190).

وعليه ترى مدرسة التحليل النفسي الفرويدية أن لفظ الذات مرادف للأنا، حيث أنه في ضعفه وقوته مكلف بالقيام بوظائف هامة، وهو يقوم بفصل علاقته بجهاز الإدراك الحسي بتنظيم عمليات العقل في الترتيب الزمني باختبار مقابلتها بالواقع، كما يقوم بفصل إدخال عملية التفكير بتأخير حدوث الحركة، كما يقوم بالتحكيم في منافذها (نفس المرجع السابق، 2006: 190).

كما يرى "هانس كوهت-Heinz Kohut" «أن الذات هو محتوى الجهاز النفسي، ولكن ليس واحدا من تراكيبها (الهو، الأنا، الأنا الأعلى)، ومن جهة أخرى ليس بصفة مؤكدة للجهاز النفسي» (عنو، 2006: 191).

ذلك أن الذات هي ما يميز الفرد كشخص، أما الأنا فهو السلطة التي تقوم بالوظائف النفسية الشعورية واللاشعورية لتنظيم الدوافع والتكيف مع العالم الخارجي، فالذات هي إذن معاش ملموس،

وظيفة الوظائف الإدماجية للأننا، إنها الوظيفة التي بفضلها يستطيع الفرد أن يشعر من خلالها بأنه عبارة عن كل أو كيان فريد، موحد وثابت (نفس المرجع السابق: 191).

أما "ساربين(1952) Sarbin" فيعتبر الذات بناء معرفيا يتكون من أفكار المرء عن مختلف نواحي وجوده، فقد يكون للمرء مفهومات عن جسمه(الذات البدنية)، وعن أعضاء الحس لديه وبنائه العضلي(الذات المستقبلية- الموردة)، وعن سلوكه الاجتماعي(الذات الاجتماعية)، وتكتسب هذه الذوات التي تعتبر أبنية تحتية للبناء المعرفي الكلي خلال الخبرة، وبالتالي يتحدث "ساربين" عنها بوصفها ذوات تجريبية، وهو يعتقد أن مختلف الذوات هي تبرز في تتابع ارتقائي منتظم، فالذات البدنية أولا، وفي النهاية الذات الاجتماعية، ويستخدم "ساربين- Sarbin" لفظي ذات وأنا بعضهما محل بعض، ولا يهتم بتطوير نظرية الأنا كعملية(عنو، 2006: 191).

هذا بالإضافة إلى وجود فرق بين مفهوم الذات وتقدير الذات، لأن كلاهما يحمل معنى مختلف، فالأول يعني فكرة الفرد عن نفسه، والثاني يشير إلى القيمة التي يعطيها الفرد لنفسه، سواء بالإيجاب أو السلب، مما ينجم عنه ما يسمى بالتقدير المرتفع أو المنخفض للذات.

3. 1. 2- التمييز بين مفهوم الذات وتقدير الذات:

لقد ميز "كوبر سميث(1981) Cooper Smith" بين مفهوم الذات وتقدير الذات، حيث يشمل الأول مفهوم الشخص وآرائه عن نفسه، بينما تقدير الذات هو التقييم الذي يضمه أو يتمسك به الفرد من عادات مألوفة لديه، مع اعتباره لذاته.

ويرى العديد من العلماء أن مفهوم الذات يعني المعلومات والإدراكات لدى الفرد عن ذاته، أما تقدير الذات فيشير إلى مشاعر الشخص نحو ذاته وأحكامه حولها.

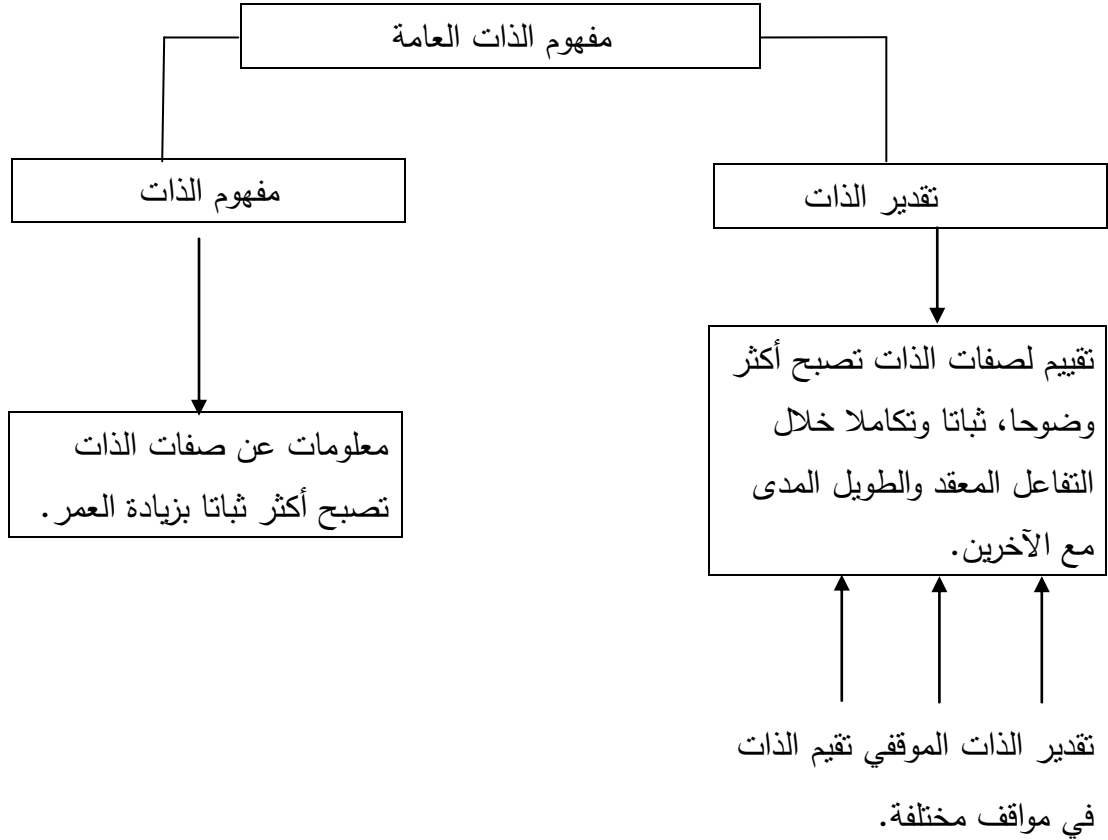
إن مفهوم الذات يمكن أن يوصف من حيث كونه واقعا أو غير واقعي، من حيث تكامله أو نقصه، أو من حيث تعقيده، أما تقدير الذات فيمكن أن يمتد بين إيجابي وسلب، أو مابين تقدير مرتفع للذات وتقدير منخفض (عنو، 2006: 192).

ويمكن تلخيص القول بأن تقدير الذات يمكن تمثيله فيما يلي:

- إن تقدير الذات يشير إلى حكم ذاتي يقوم به الفرد ذاته، أو حكم يكونه الفرد اعتمادا على الصورة التي لديه عنها.
- إن تقدير الذات يعني تقويما لها، ويعبر هذا التقويم عن شعور الفرد بمدى أهميته وجدارته.

- أن هذا التقويم يتضمن اتجاهها يتراوح بين الإيجابية والسلبية، انطلاقاً من مفهوم الفرد عن ذاته، أي بين تقدير عالٍ وتقدير منخفض.
- أن تقدير الذات يعكس توقعات الفرد من نفسه ولنفسه في الحاضر، ويشير أيضاً إلى توقعات الفرد المستقبلية، أو يعكس الحكم على الذات كما هي في الصورة المكونة عنها، وينطلق الحكم من صورة مثالية قد لا تكون واضحة، يتمنى الفرد لو أنها تحققت لديه واقعياً.
- يعتبر مستوى التقدير خاصية لها ثباتها النسبي، ويعني ذلك أن الموقف الذي يصل إليه الفرد من ذاته والمعبر عن تقديره لها لا يتغير بسهولة، بل يتميز بالاستمرارية، ويحدث التغير عندما تطرأ على الفرد تغيرات جذرية وعميقة.

المخطط رقم (08): يوضح الفرق بين مفهوم الذات وتقدير الذات.



(عنو، 2006: 1994)

3. 1. 3- ارتباط مفهوم الذات بتنظيم الذات:

يعمل تنظيم الذات بدرجات متنوعة من الكفاءة فيحاول أحياناً شخص ما تنظيم سلوكه، وهو قادر على أن يفعل ذلك بفعالية عظيمة، وتشير خطوات تنظيم الذات بشكل طبيعي الواحدة تلو الأخرى.

وحيثما يحاول تنظيم سلوكه مرة ثانية لا يتمكن من ذلك، ولا يستطيع أن يقرر بأن الأهداف المتعددة يجب أن تبدأ بها. وينتهي متحركاً بين أهدافه عوضاً عن العمل للوصول إلى تلك الأهداف، إنه يفكر إلى الإدراك الإجرائي. ولا يعرف كيف يقوم به، أو أنه يحاول ولكنه يفشل بشكل متكرر وقد تعددت الآراء حول طبيعة ارتباط مفهوم الذات بتنظيم الذات.

وتوجد دراسات عدة تشير إلى أن هناك طرقاً تبين أن مفهوم الذات يمكن أن يسهل تنظيم الذات ويتدخل فيه بوقت واحد، ومثال ذلك أن جميع النظريات تبدي موافقتها على أن التركيز على التباين بين المكان الذي توجد فيه الذات والمكان الذي تود أن تكون فيه يمكن أن يحرك السلوك بفعالية. وبالمقابل فإن التركيز بشكل منفرد إما على المكان الذي توجد به الذات أو على المكان الذي ينبغي أن تكون فيه دون أي انتباه إلى التباين قد لا يحدث أي تبدل في السلوك (عنو، 2006: 195).

ومن خلال مناقشة هذه النتائج نتوصل إلى أن ما يمثل تفكير الأفراد وما يشعر به أو يعتقدونه بأنفسهم هو من أهم المنظمات للسلوك، وكلما كان هناك تنظيم للذات كلما تمكن الفرد من ضبط السلوك.

3. 1. 4- تنظيم الذات:

تركز بعض الدراسات على عمليات تنظيم الذات وكيفية ضبط الفرد لسلوكه وتوجيه عمله الخاص، وقد أظهرت النتائج «أن هناك ارتباط وثيقاً بين البحث في كيفية ضبط الفرد لسلوكه، وبين تنظيم الذات، إذ تهتم نظريات أخرى بما يشير إلى تنظيم الذات عند ضبط الشخص لسلوكه» (عنو، 2006: 196).

وتتفق آراء الباحثين النفسانيين على أن سلوك الذات المنظم يوجد لخدمة بعض الأهداف، ولكنهم لا يتفقون على محددات الأهداف التي يضعها الناس لأنفسهم وعلى نوع الأهداف التي يمكن أن تترجم التأثير الأقوى «وبشكل عام تم الاتفاق على عوامل خاصة ترى بصفتها محددات، إما منفردة وإما مع بعضها وتتضمن التوقعات والعوامل المؤثرة كالحاجات والحوافز والقيم.

لقد قدمت أنواع متعددة من التوقعات كنهايات لاختيار الأهداف، ومن هذه التوقعات ما يتعلق بمقدرة الذات السيطرة على السلوك، وعلى توقع ما سيحدث بعد القيام بسلوك محدد، ويعتبر "باندورا-Bandura" المؤيد الرئيسي لدور توقعات فعالية الذات في تحديد السلوك. وقدر أن الأعمال التي يقوم بها الشخص أو يحاول القيام بها، والجهود المبذولة للإنجاز والمثابرة في وجه الفشل، والأفكار والمشاعر التي تختبر أثناء ارتباطها بالسلوك كل ذلك يعتبر بشكل مسلم به محدد لهذه الفعالية» (عنو، 2006: 1996).

أما الخطوة الأخرى في تنظيم الذات فهي مراقبة السلوك أثناء الأداء، وقد قدم "باندورا- Bandura" دورات ذات مراحل ثلاث، فالناس في أثناء مراقبة الذات يلزمون ظواهر متعددة لسلوكهم مثل نوعيتها وتكرارها. والسلوك المراقب يقيم بالمعايير المشبعة للذات، أو مثل التي تخص الآخرين، وفي النهاية يكافئ هذا الشخص، أو يعاقبها من خلال شعور الموافقة أو عدمها، والمكافآت الملموسة» (نفس المرجع السابق: 197).

وقد طور كل من "كرفر و شايبير - Scheier & Carver" (1981-1982) نظرية لتنظيم مفهوم الذات يتألف نموذجها من ثلاث مراحل أساسية هي: الاكتفاء بالذات، مقارنة الذات بالمثل ومحاولة التقليل من التضارب بين الطريقة التي يسلكها الشخص والطريقة التي يريد أن يسلكها» (نفس المرجع السابق: 197).

3. 2- مكونات مفهوم الذات:

إذا كان مفهوم الذات افتراضي يعبر عن خصائص الشخص وصفاته كما يدركها هو في الجوانب العقلية، الاجتماعية، الانفعالية، الأخلاقية والجسدية، فإن "جيرسلد - Jersild" يرى أن مفهوم الذات يتضمن ثلاثة مكونات:

3. 2. 1- المكون الإدراكي: ويشير إلى الطريقة التي يدرك بها المرء نفسه، ويشمل الصورة التي لدى الشخص عن مظهره الجسدي وتصوره للانطباع الذي يتركه لدى الآخرين، ويتضمن أيضا الصورة التي لديه عن مدى جاذبية ومدى أهمية الأجزاء المختلفة من جسده، مثل العضلات، وذلك من حيث تأثيرها على سلوكه، ومن حيث الاعتبار الذي يمكن أن تعطيه إياه في أعين الآخرين.

3. 2. 2- الجانب المفهومي: ويعني تصور الفرد لصفاته المميزة، قدراته، مواطن ضعفه، خلفيته وأصوله، أفكاره وطموحاته فيما يتعلق بمستقبله، ويطلق على هذا الجانب مفهوم الذات النفسي، ويشمل التكيف للحياة وصفات كالأمانة، الثقة بالنفس، الاستقلالية، الشجاعة والكفاءة، أو ما هو نقيض ذلك.

3. 2. 3- الجانب الموقفي: ويعني مشاعر الفرد نحو ذاته، واتجاهاته نحو وضعه الحالي وآفاق المستقبل، مشاعر حول أهميته، واتجاهه نحو الاعتزاز بذاته أو تأنيبها والشعور بالخجل منها، وهذا يعكس مدى قناعاته فيما يتعلق بمدى أهميته ومدى قبوله تقديره لذاته، وعندما يصل المرء إلى نوع من النضج، فإن هذا الجانب يتضمن المعتقدات، القيم، المثل، القناعات وفلسفة المرء في الحياة (عنو، 2006: 198).

كما يرى "سكورد-Secord" أن للاتجاه نحو الذات ثلاثة مكونات:

1- **معرفي**: ويمثل محتوى الذات، ويشمل أمور ممكن وضعها بلغة الوصف، مثل: طموح، طويل، قوي، ذكي وأمين.

2- **عاطفي**: ويعكس مشاعر الفرد نحو ذاته، مثل الشعور بجدارة الذات.

3- **سلوكي**: ويشير إلى النزعة أو الطريقة التي يسلك بها المرء نحو ذاته، ويشير إلى سلوكيات مثل: الاستخفاف بالذات أو الانقياد لرغبات الذات، وقد يظهر حساسية زائدة لبعض خصائصه (عنو، 2006: 198).

أما "ماكدنلس-Mc Candless" يرى أنه يمكن تصور مفهوم الذات كسلسلة من التصنيفات المعقدة، وأهم ما فيه:

1- **الكفاءة العقلية**: وتشير إلى القدرات، ومثال ذلك القدرات في المواد الدراسية، كالرياضيات والآداب...

2- **الكفاءة الجسمانية**: ويتعلق ذلك بأجزاء الجسد وبنيته ككل، الجاذبية أو وسامة الوجه، القوة، الرشاقة والبنية الجسمانية.

3- **الصفات الأخلاقية**: وتتمثل بمدى كون الشخص أهلاً للثقة، يمكن الاعتماد عليه، قويا، ضعيفا أو آمينا.

4- **المهارات الجسدية**: وتشمل أموراً مثل: القدرة على الركض مسافات طويلة، القدرة على السباحة و القدرة على الملاكمة.

5- **الجاذبية الاجتماعية**: وتشير إلى الفكرة عن الذات من ناحية علاقتها مع الآخرين، مثل كون الشخص محبوباً من الجنس الآخر.

6- **مستوى الذكورة والأنوثة**.

7- **الصفات القيادية**: وتبدو من خلال فكرة المرء عن صفاته، أي صفات القائد أو التابع أو كليهما، وهل يستطيع القيام بمهام قيادية، وهل يمكن أن تسند له مهام هامة (نفس المرجع السابق: 198-199).

كما يرى "إليس ورث- Ellis Worth" أن مفهوم الذات الإيجابي يتضمن:

- الشعور بالكفاءة.
- القدرة على التعامل مع العالم.
- الشعور بالأهمية والقيمة.
- الشعور بالحرية.
- شعور المرء بأنه جدير بالحب وأنه موضوع احترام وتقدير الآخرين.
- احترام الذات والثقة بها من حيث الشرف والكرامة (عنو، 2006: 199).

ولقد توصل "جيرسلد- Jersild" من خلال الدراسات التي قام بها إلى أن مفهوم الذات يتضمن الأمور التالية والتي ترتبها بتصاعد يوافق تصاعد النضج النفسي:

- المميزات الجسدية: المظهر العام، الحجم، الوزن، البنية وتفاصيل جسدية أخرى.
- الصحة والحالة الجسدية.
- الملكية المادية الخاصة.
- الاتجاه نحو الحيوانات.
- العلاقات البيئية والاجتماعية.
- الألعاب والهوايات، مستوى القدرة فيها ومدى المشاركة بها.
- المدرسة والعمل المدرسي.
- الذكاء.
- المواهب الخاصة والقدرات والاهتمامات.
- السمات الشخصية بما فيها المزاج، الميول، العاطفة، الحساسية والطباع.
- الاتجاهات.
- الأفكار والمعتقدات.
- إدارة الشؤون العملية، الاستقلال ومساعدة الذات (نفس المرجع: 199-200).

3. 3- أبعاد مفهوم الذات:

بعض المؤلفين يعتبرون مفهوم الذات كبعد بسيط يدل إما على الصورة الجسدية، صورة الذات، تقدير الذات أو ما شابه ذلك، وهناك من يعتبر مفهوم الذات ذو أبعاد مختلفة، لذلك اهتم عدد من الباحثين بمعرفة نسبة الذات، انطلاقاً من عدة وضعيات وأبعاد كالشعور بالذات، الوعي بالذات، تصور الذات، تأكيد الذات، تقبل الذات وتقبل الآخرين.

3. 3. 1- الوعي بالذات:

يعرف الوعي بالذات في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي على أنه: "التبصر بالأسباب التي دفعت المرء إلى سلوك معين أو فهم المرء لنفسه". وهو أيضا وعي الفرد بنفسه والوعي بأن شخصا آخر يعيه"، وعندما يصاحبه ارتباك وحيرة، وذلك لوجود نقص في الوعي بالذات، وتفسير ذلك أن المرء ربما يخشى أن يراه الآخر في صورة خلاف الصورة التي يرى هو نفسه فيها، وربما لأن الفرد يخشى أن يكون قد أظهر نفسه بمظاهر لا يتفق مع جلال أو أهمية ملابسات الموقف الذي فيه (Sillamy,1980:593).

3. 3. 2- تصور الذات(الذات المدركة):

استعملت "Nina Rausch De Traubenberg" هذا المفهوم للإشارة إلى معاش الجسد ويكون هذا الجسد كشخص وكموضوع من العلاقة التي تستمد معناها من النظرة التي يحملها الآخر عنه، ومن الطريقة التي يدرك بها هو نفسه الموضوع، ومن المكانة التي أعطيت في العلاقة، وتصور المواضيع الأولى حيث تكون مسيطرة، وأن من شأنها أن تؤدي في المرحلة اللاحقة إلى تصور تقييمي للذات، وكون الشخص محبوبا، يكون شرطا ضروريا لأن يحب نفسه وأن يحب الآخرين، وبهذا يكون حكم الآخرين حاسما للتقييم الذي نعطيه لأنفسنا (Sillamy,1980:593).

3. 3. 3- صورة الذات(الذات المثالية):

تعرف صورة الذات بأنها عبارة عن تصور شيء غائب مدركا سابقا أو مبعدا من طرف الفكر، وللصورة طابع مجسد يقربنا من الحواس. وحسب موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، فصورة الذات هي كما يتصورها أو يتخيلها صاحبها وقد تختلف صورة الذات عن الذات الحقيقية (حنفي، 1992: 279).

ويضيف "روجي بيرون-Roger Perron" أن صورة الذات هي صورة شخص ما، أو هي عبارة عن مجموعة الخصائص المنسوبة لهذا الشخص سواء بصورة واضحة أو ضمنية وسواء كانت منسوبة من طرفه أو من طرف شخص آخر أو جماعة (راضي سويلم، 2007: 57).

3. 3. 4- الصورة الاجتماعية(الذات الاجتماعية):

يرى "توم-Tome" أن الصورة الاجتماعية للذات تحتوي بالضبط بحث الذات عن نفسها في الآخرين، تلك الصورة التي تتكون بالضبط من خلال سمات الذات نفسها، التي يعترف بها الفرد بأنها جاءت من الآخرين أو التي ينسبها إلى الآخرين.

فالصورة الاجتماعية للذات تنشأ من العلاقة مع الآخرين أو مع مجموعات خاصة حيث تبقى متعلقة بها، ويقول أننا ممكن تصور الصورة الاجتماعية كمكونة لقاعدة الشعور بالهوية الشخصية والوعي بالذات (نفس المرجع السابق، 2007: 57).

3. 4- خصائص مفهوم الذات:

هناك ظواهر معينة يمكن اعتبارها خصائص لمفهوم الذات هي:

3. 4. 1- خاصية تنظيمية تركيبية:

إذ تشكل خبرات الفرد بكل تنوعها مجموعة المعلومات التي يؤسس عليها مفهومه عن ذاته، ومن أجل تسهيل استيعاب هذه الخبرات، يضعها في رمز ذات صيغ أبسط، إنه ينظم الفئات التي يتبناها بحيث تكون إلى حد ما انعكاسا لثقافته الخاصة، وعلى سبيل المثال تدور خبرة الطفل في محور عائلته وأصدقائه ومدرسيه (عنو، 2006: 203).

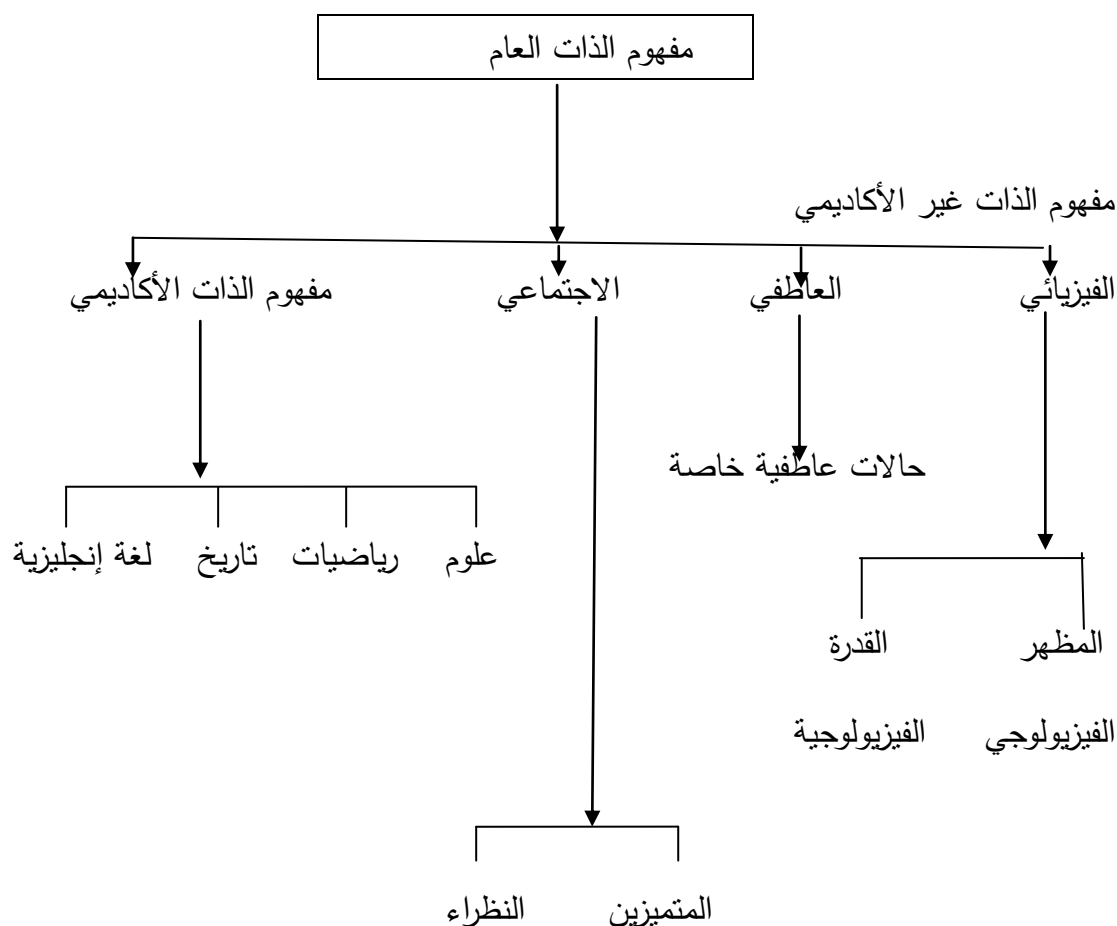
3. 4. 2- خاصية تعدد الأوجه:

إن نظام الفئة الذي يتبناه الفرد يتضمن مجالات عدة، مثل: المدرسة، التقبل الاجتماعي والتقبل الفيزيولوجي والقدرة (نفس المرجع: 204).

3. 4. 3- الخاصية الهرمية:

النموذج الممكن لهذا الهرم موضح في المخطط التالي:

الشكل رقم(09): تقديرات التصرف في الحالات الخاصة



(عنو، 2006: 204).

- أ- مفهوم الذات الأكاديمي: الذي يتفرع إلى مجالات من المواضيع الرئيسية: علوم، رياضيات، تاريخ و لغة إنجليزية، ثم إلى مجالات متعددة ضمن المواضيع الرئيسية.
- ب- مفهوم الذات غير الأكاديمي: الذي يتفرع إلى مفهوم اجتماعي، مفهوم عاطفي ومفهوم فيزيائي، ثم إلى حقائق خاصة بطريقة مشابهة للمفهوم الأكاديمي، وفي قاعدة الهرم خبرات الفرد وتقديرات التصرف في الحالات الخاصة، إن الاختلاف أو التناقض بين مفهوم الذات كما يراه الشخص، ومفهوم الذات كما يراه الآخرون يزداد عادة كلما اتجهنا نحو الأعلى في الهرم، حيث نشاهد تناقضا في التطابق بينهما(نفس المرجع السابق:204).

3. 4. 4- الخاصية الرابعة لمفهوم الذات:

هي «إن مفهوم الذات العام أمر ثابت نسبياً، فكلما اتجهنا هنا نحو الأسفل في هرم مفهوم الذات وجدنا أن المفهوم يعتمد على الحالة المحددة، وبالتالي يصبح أقل ثباتاً. وعند قاعدة الهرم نجد أن مفهوم الذات يختلف بشكل واضح حسب اختلاف الحالات (عنو، 2006: 205).

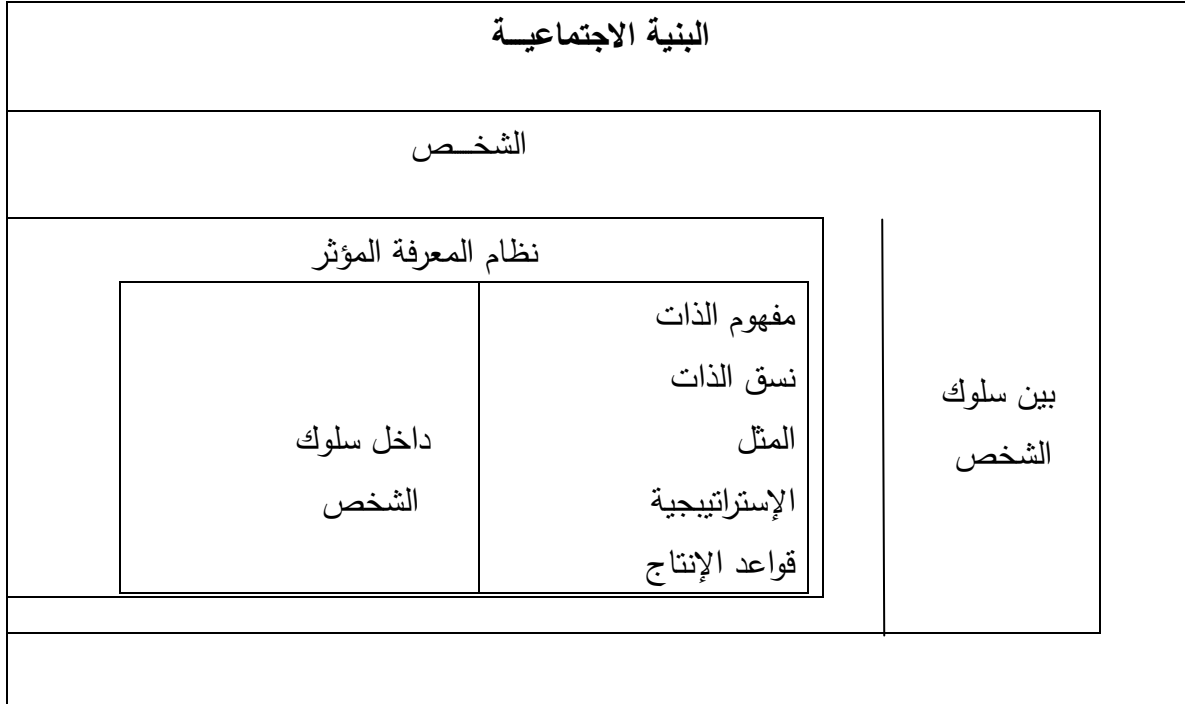
3. 4. 5- الخاصية الخامسة لمفهوم الذات هي المظهر التطوري:

أثناء تطور نمو الطفل فإن أعضاء مختلفة من جسمه تصبح أكثر أهمية له، ومع تزايد العمر والخبرة والحصول على المعلومات يستطيع أن يميز بشكل متطور مفهوم الذات لديه. وعليه يضم مفهوم الذات السلوك، ويبين استمراريته، وقد نظر إليه علماء النفس على أنه مفعم بالقوة والنشاط، فعال، قوي وقابل للتغير (نفس المرجع السابق: 205).

3. 4. 6- عمل مفهوم الذات:

إن عمل مفهوم الذات هو شكل خاص من مفهوم الذات الذي ينظم تبعاً لأي شكل من مجموعة البنى المفعمة بالقوة والنشاط، والفاعلة في عمل مفهوم الذات ونسق الذات والمثل والإستراتيجية وقواعد الإنتاج، كما يوضحه الشكل التالي:

الشكل رقم(10): يبين مجموعة بنى الذات



إنذار الذات(عنو، 2006: 206).

يتم عمل مفهوم الذات بتشكيل مجموعة من التصورات تكون جاهزة في لحظة معينة، وهذه التصورات تختلف في بنيتها ودورها، وتعتمد على الحالات الاجتماعية السائدة وعلى الحالة التي تحفز الفرد. وعليه فتصور الذات يمكن أن يصبح فاعلا بقوة وبنشاط، بشكل يتناسب مع منبهات الموقف الصامت، ومن الممكن أن يعمل الفرد لتطوير حالة إيجابية مؤثرة تتعلق بالذات أو بالمحافظة عليها. وهذا ما يشار إليه بتعزيز الذات، كما يمكن للشخص أن يعمل للحفاظ على شيء من التماسك والاستمرارية لإشباع حافز توافق الذات. وهناك حافز هام أشار إليه "ماسلو (1954) Maslow" كدافع للذات وهو: الرغبة في تحسين الذات أو تغييرها، لتطوير الطاقات الكامنة وتميئتها وإشباعها. وهذه الحوافز متعددة ومرتبطة مع الأحوال الاجتماعية، وهي تحدد محتوى عمل مفهوم الذات.

3. 5- مستويات تقدير الذات:

ينفق معظم الباحثين على ضرورة وجود مستوى جيد لتقدير الذات من أجل تكيف كاف للشخص، وكما يوضحه العالم "برادن-Braden" بقوله: "تقدير الذات السليم يعطي للفرد شعور بالأمن، يسمح بتوظيف كل قدراته في التعريف على الأحداث وحل المشاكل" (راضي سويلم، 2007: 53).

لذلك فإن مفهوم تقدير الذات يخضع إلى مستويين:

3. 5. 1- التقدير المرتفع للذات:

لقد أتى العالم "مورفال(1972) Morval" بخلاصة من خلال الدراسات التي قام بها العديد من العلماء، بأن الأفراد الذين لديهم تقدير مرتفع للذات يتقبلون أحاسيس الآخرين نحوهم بصفة إيجابية وهم مستعدون لمبادلتهم نفس المشاعر بما أنهم يتميزون بالمبادرة ويظهرون استقلالية كبيرة.

وإن تقدير الذات المرتفع هو أكثر الأدوات التي يمكن أن يستخدمها الفرد للحصول على حالة التوافق، فيستطيع أن يقنم المواقف الجديدة والصعبة دوم أن يشعر بالحزن والانهايار لمدة طويلة (راضي سويلم، 2007: 54).

ويرى كل من "كوفن(1959) Coffin" و"كورمان(1967) Corman": "أن الأفراد الذين يتميزون بتقدير مرتفع للذات، هم أقل تأثر بالموثرات الخارجية، أقل حساسية للتحديد بالنسبة للآخرين".

ضف إلى ذلك أن ذوي التقدير المرتفع للذات حسب دراسة "مورفال" هم أفراد يمتازون بقبول الأحاسيس وإبداء الرأي ويشاركون في نشاطات الجماعة، ويلاحظ أن هؤلاء الأفراد يمتازون بانتقاد الميزات الآتية من المجتمع وتكون الميزات متماشية مع الخصوصيات الذاتية تكون مكملة للمعارف

المكتسبة من قبل، أما المتناقض مع الذات فتهمل ولا تؤخذ بعين الإعتبار (راضي سويلم، 2007: 54).

3. 5. 2- التقدير المنخفض للذات:

يرى "شوتز و روزنبرغ(1979)Sheetz & Rosenberg" أن ذوي التقدير المنخفض للذات يفضلون البقاء بعيدا عن النشاطات الاجتماعية أو نادرا ما يتواجدون على رأس جماعة أو مؤسسة كما يفضلون أن يكونوا مسيرين وخاضعين لقوانين صارمة ويتميزون بكونهم مرهفي الحساسية قلبي الثقة ويفضلون الوحدة (نفس المرجع السابق: 54).

ويرى السيد "خير الله" أن الشخص الذي يكون لديه تقدير منخفض للذات، يمكن وصفه عامة بأنه ذلك الشخص الذي يفتقد للثقة في قدراته وهو الذي يكون بائسا لأنه لا يستطيع أن يجد حلا لمشكلته أو لمشاكله، وهو الذي يعتقد أن معظم محاولاته ستبوء بالفشل، وكذلك يتوقع أن سلوكه الخاص ومستوى أدائه يكون منخفض جدا لأنه يعتقد بأنه ليس باستطاعته أن يجيد إلا القليل من الأعمال كما يشعر بالإذلال من خلال ما يظهر سلوكه، ويشعر بالحزن إذا قام بأعمال فاشلة، ويتخوف من المواقف الكبيرة التي يجد نفسه فيها وهو كذلك يعمل باستمرار على افتراض أنه لا يمكنه أن يحقق النجاح وأنه لسبب أو لآخر يشعر أنه مقدر له بالفشل وبالتالي يشعر بأنه غير جدير بالاعتبار (خير الله، 1981: 312-313).

3. 6- النظريات المفسرة للذات:

3. 6. 1- نظرية التحليل النفسي:

تعددت النظريات لطبيعة نمو مفهوم الذات (Self concept) منذ عرض "س. فرويد-S. Freud" نموذج الشخصية، مثلت القوى النفسية (الأنا، الأنا الأعلى والهو) حيث ينشأ مفهوم الذات أو فكرة الذات عن التفاعل بين الدوافع البيولوجية أو الغريزية للهو والآثار النقدية للتصنيفات الوالدية والثقافية التي تشكل الأنا الأعلى.

كما يعرف "س. فرويد-S. Freud" الأنا بأنه بعد إدراكي وهو يحمل معنى إدراك الذات بمعنى أن الأنا في النظرية التحليلية تقترب من الذات، فالذات إذن حسب "س. فرويد-S. Freud" تعتبر المنطقة اللاشعورية للأنا، هذا يعني أن الفرد يتكون له ذات لاشعورية والتي ينطبق عليها الأنا الظاهري المنحدر من العالم المحيط به.

إلا أن الفضل يعود إلى "هارتمان-Hartmann" في إدخال مصطلح "مفهوم الذات" في النظرية التحليلية وهذا عام (1950) بعد أن ميز بين الذات والأنا، إذ اعتبر هذه الأخيرة قطب التوظيف (Pole d'investissement)، ويكون هذا القطب مناقضا أو مقابلا للقطب الموضوع (Pole objectif) أي العالم الخارجي (Sillamy,1980).

كما يرى "س. فرويد - S. Freud": "بأن الذات هي ذلك الجزء اللاشعوري للأنا" ولا يوجد هناك فاصل واضح بين الأنا والذات خاصة في الطبقة الدنيا للأنا، أين يمثلان إلى الاختلاط، وما هو مكبوت يختلط مع الذات التي ما هي إلا جزء منها.

كما يرى "جاكوبسون-Jakobson" أن استخدام مفهوم الذات جعل الأنا بنية أكثر شمولية ولم يعد فقط ذلك العامل الذي يتوسط بين الهو والأنا الأعلى بل أصبح الأنا جاهزا عقليا ومعرفيا (Sillamy,1980).

وعليه، فإن مدرسة التحليل النفسي وأنصارها نظرتها الخاصة لتطور نمو مفهوم الذات، وذلك خلال المراحل النفسية المتتابعة (الفمية، الشرجية، الجنسية أو القضيبية)، ولهم شروطا بإسهاب تتلخص في نظرتهم للإنسان كذاتية، أي كنظام مغلق، زودته الطبيعة بدوافع مشروطة معينة فيزيولوجيا، فالإنسان مكتف بذاته أولا، وبعد هذا سيكون في احتياج للآخرين لكي يشبع حاجاته الغريزية، وتتطوي حياة الفرد النفسية على وجود فرد آخر على الدوام، باعتباره نموذجا أو موضوعا أو نصيرا أو خصما.

3. 6. 2- النظرية الظاهرية:

لقد عمد عدة باحثين مثل: "كارل روجرس وأبراهام ماسلو-Carl Rogers & Abraham Maslow" إلى نظريات جديدة في موضوع الشخصية، وأصبحت هذه النظريات تسمى بالنظريات الإنسانية.

تؤكد هذه النظريات أهمية معرفة كيفية إدراك الأشخاص للعالم الذي يعيشون فيه، وإدراك عمليات النمو والأنماط الصعبة التي يتميزون بها.

من أهم المفاهيم التي يركز المنظرون الإنسانيين على بلورتها أيضا، هي مفهوم الذات، فهذا الأخير في تصوراتهم عبارة عن وحدة شاملة غير قابلة للتجزئة، إذ على الذات يقوم ثبات وانسجام الشخصية، وعليه فإن الذات وفق هذا التصور، هي نتاج مباشر للتفاعلات الرمزية أو الحقيقية أو كليهما، التي يعرفها الفرد في محيطه المادي والاجتماعي.

وبناء على أهمية مفهوم الذات في تصور النظريات الإنسانية، فإن هذه الأخيرة تنطلق أساساً من تحديد هذا المفهوم، حيث يقدم منظورها تعريفين سيكولوجيين لهذا المصطلح:

- **التعريف الأول:** الذات هو موضوع الإدراك الذاتي عند شخص ما، أي مجموعة تصوراته وإدراكاته.
- **التعريف الثاني:** فينطلق من تحديد الذات كعملية إدراك وفهم وتقويم، وغير ذلك من العمليات الإدراكية والمعرفية التي يقوم بها الشخص (عنو، 2006: 241).

وهذه النظرية تضم تيارين متكاملين حسب "لكويي-Lecuyer" هما: التيار الاجتماعي الذي يركز على دور المجتمع في تكوين مفهوم الذات، والتيار الفردي الذي يركز على السلوك الفردي للتجربة الذاتية في انبثاق مفهوم الذات (Lecuyer, 1970).

3. 6. 2. 1- التيار الاجتماعي:

يركز هذا الأخير على دور المجتمع في انبثاق مفهوم الذات، أي على إدراك الذات بالنسبة للآخرين، وحسب تأثير المحيط يكون إدراك الذات والآخرين.

حيث يرى "ميد-Maid" أن "الذات هو حصيلة المجتمع"، أي أن مفهوم الذات ينمو أثناء التفاعل الاجتماعي للفرد نتيجة اهتمامه بموقف الآخرين منه أو بكيفية استجابته له وهو يدرك العالم من خلال الآخرين.

أما الذات، وهي مفهوم النواة عند "روجرز-Rogers" عن الشخصية، فلها خصائص عديدة منها:

- أنها تنمو من تفاعل الكائن مع بيئته.
- يسلك الكائن أساليب تتسق مع الذات.
- الخبرات التي لا تتسق مع الذات تدرك بوصفها تهديدات.
- قد تتغير الذات نتيجة للنضج والتعلم.

وعلى ذلك فإن مفهوم الذات هو الصورة التنظيمية التي توجد في الشعور سواء كشكل أو خلفية عن الذات، والذات في علاقتها مع الآخرين والبيئة مع القيم السلبية والإيجابية المرتبطة مع هذه الإدراكات والعلاقات كما يدركها الفرد نفسه (عنو، 2006: 244).

3. 6. 2. 2- التيار التفردى:

يركز التيار التفردى على فردية تجربة الذات، وعلى عواملها الداخلىة المكونة لها، ولكن دون أن يهمل البعد التفاعلى الاجتماعى فى تكون مفهوم الذات، بل فقط يحدد ويقلل من أهميته (عنو، 2006: 242).

ويعتمد أساسا على الفرضية التى مفادها أن العمليات الإدراكية الشخصية أهم من التفاعلات الاجتماعىة والتطبيع الاجتماعى وتكون مفهوم الذات.

أما "سانغ و كومبس-Syng & Combes"، فىرى كل منهما «أن السلوك ليس عبارة عن وظيفة للحدث الخارجى، وإنما وظيفة لإدراك الشخص»، ومعناه إعطاء أهمية لإمكانية الفرد فى وضع التوازن بين الإدراكات المقترحة من الخارج، وبين إدراكاته للوصول فى النهاية إلى مفهوم إدراكى فردى شخصى للذات (نفس المرجع السابق: 242).

ويعتبر "سانغ و كومبس-Syng & Combes" من المساهمين الأوائل فى تطوير هذا التناول بالإضافة إلى "روجرس-Rogers" الذى أشار إلى أهمية مرجع "كومبز و سانغ-Syng & Combes" والذى يؤكد أن الطريقة التى يدرك بها الفرد ذاته هى الحقيقة الواقعية (عنو، 2006: 242).

وتتلخص التصورات الرئيسية المكونة لنظرية "روجرس-Rogers" فىمايلى:

- الكائن العضوى(Organisme)، وهو الفرد بكلية.
- المجال الظاهرى، وهو مجموع الخبرة(Phénoménal).
- الذات(Self)، وهى الجزء المتمايز من المجال الظاهرى.

وتتكون من نمط الإدراكات والقيم الشعورية بالنسبة لـ«أنا» أو «ضمير المتكلم» (I or Me)، ويمتلك الكائن الخصائص التالية:

- أنه يستجيب ككل منظم للمجال الظاهرى حتى يشبع حاجاته.
- أنه قد يرمز إلى خبراته، بحيث تصبح شعورية، أو قد ينكر عليها الرمز، بحيث تظل لا شعورية أو قد يتجاهلها كلية.

وللمجال الظاهرى خاصية، أن يكون شعوريا أو لا شعوريا، وذلك حسب ما إذا كانت الخبرات التى تكون المجال تحولت إلى رموز أم لا.

وعليه، يعرف **"لكويي-Lecuyer"** « مفهوم الذات على أنه نسق متعدد الأبعاد، يشمل عددا من البنيات الأساسية التي تحدد المراكز الكبرى لمفهوم الذات، وكل واحدة منها تغطي مراكز صغيرة تدعى "تحت البنية"، تنقسم بدورها إلى العناصر الصغيرة، ويدرك الفرد هذه العناصر في نطاق خبراته اليومية، يحولها إلى رموز الذات الفردي» (عنو، 2006: 243).

3. 6. 3- النظرية السلوكية:

إن سبب تناول السلوكيين لمفهوم الذات ليس من أجل تطوير ووضع نظرية ونموذج أو أكثر لمفهوم الذات، ولكن السبب الرئيسي هو أن الدور المتفوق لمخطط(مثير-استجابة) يترك مجالاً ضيقاً لمفهوم الذات.

إن مجال عمل هذا التناول يتركز أساساً على الحقائق أو الكيانات القابلة للتحقيق، للقياس والإثبات تجريبياً للوصول على تحديد دورها كمتغيرات في السلوك.

إن المدرسة السلوكية القديمة تعطي الأولوية للمثير والحدث الخارجي، وتشرح كل سلوك يقوم به الفرد ضمن مخطط(مثير-استجابة)، اعتماداً على حتمية المحيط، على التناول الظاهري الذي يعطي الأهمية للجوانب الذاتية الداخلية في إعداد السلوك، إذ يرى أن السلوك ليس مرتبطاً بمثير أو الحدث الخارجي، بل بطريقة إدراك الفرد لهذا الحدث.

إن طرق البحث الجد مختلفة بين التناول السلوكي والتناول الظاهري تضع مدارسها في معارضة مستمرة(Lecuyer,1970).

ويقول **"هيلجارد(1944)Hilgard"** إن وجود مفهوم الذات وفائدته لا شك فيها، يجب اعتبار أن الحصول على الإجابات من خلال التعمق في مفهوم الذات، لا يأتي من التناول الذاتي، واختيار المعاش التجريبي للفرد، ولكن من الوضعية المخبرية وخاصة من طريقة الذات المستنتجة (Duruz,1980).

ويظهر السلوكية الحديثة غيرت النظرة، إذ نرى أن حتمية المحيط تكون متبادلة بين المحيط والفرد، إذ أخذت بعين الاعتبار التجربة الشخصية للأحداث، بالإضافة إلى العوامل الخارجية التي ترافق السلوك، حيث تهتم المدرسة السلوكية بالعوامل الداخلية المسؤولة عن المراقبة الذاتية (عنو، 2006: 247).

ومن أهم النظريات التي تناولت مفهوم الذات في مجال الدراسة السلوكية الحديثة نجد نظرية **"باندورا(1977)Bandura"** التي تدور حول فعالية الذات والتي يقصد بها تأكيد الفرد مدى

استطاعته على القيام بسلوك تمليه عليه وضعية معينة، وحسب هذا العالم فالعلاج النفسي السلوكي يمكن أن يتم عن طريق الدفع من فعالية الذات لدى الفرد، مما يؤدي به إلى الاعتقاد بقدرته على مواجهة الوضعيات الصعبة التي يمر بها (عنو، 2006: 248).

3. 6. 4- النظرية الاجتماعية المعرفية:

لقد درست الذات حسب هذه النظرية انطلاقاً من نماذج، مفاهيم وطرق علم النفس المعرفي، التي أدخلت في علم النفس الاجتماعي، لتتطور كتيار للمعرفة الاجتماعية، النموذج الذي يستخدم لمعرفة الذات هو هيكل حقل المعرفة الاجتماعية.

ومن أتباع هذا التيار "كيلي(1955) Kelly" الذي يرى أنه من الحاجات الأساسية للكائن الإنساني هو الضبط والتنبؤ بحوادث محيطه، ومن الأمور التي يشترك فيها كل الأشخاص نجد البعد (الذات- اللذات)، والتي تعمل على تحقيق عاطفة المراقبة على الأفعال الذاتية، على أن تكون وظيفة الفرد ضمان ضبط أفعاله الخاصة به، تأسس ذلك ما سمي بـ"بناء الذات"، الذي هو جزء من الجهاز المعرفي.

أما "جون بياجيه(1975) Jean Piaget" فهو لا يفرق أبداً بين الذات واللذات، ولا يعتبرها كنتيجة لتطور فردا من الناحية العاطفية، الذي هو في تفاعل مع البيئة التي توجه وترفع استثمارات الأشياء المعرفية، إذ يعتبر بأن هذا « مفهوم الذات » يفهم من خلال القوانين العامة للنمو المعرفي، ومن ثم فهذه النظرية تعتبر الذات كمفهوم عام (عنو، 2006: 248).

ذلك أن مفهوم الذات معرفة كمجموعة من البنيات المعرفية حول الذات، مستعملة من أجل معرفة وترجمة المثير، الذي لديه علاقة مع الخبرات الاجتماعية للفرد، هذا المفهوم للذات له خصوصية تتمثل في طبعه الانتقائي عند معالجة المعلومة، فمفهوم الذات كبنية معرفية وسياقات معرفية والمفاهيم المستعملة في علم النفس المعرفي: شبكة، بنية أو مخطط.

3. 6. 4. 1- الذات الشبكية(في الشبكة):

مختلف النماذج بنيت لمعرفة تنظيم الذات ووظائفها في معالجة المعلومة الأكثر شيوعاً، تلك الشبكة الجمعية أين الذات مبنية مثل عقدة وحيدة من طبيعة معقوفة وبيوغرافيا تربط المعارف حول الذات تكون مباشرة المثال، لكن هذا الاصطلاح استهدف الطبع الجمعي وعلى تطويعها حسب وظيفة السياق أو الاستخدام.

3. 6. 4 - 2 الذات كمخطط:

مخططات الذات يمكن أن تعرف مثل تعميمات أو نظريات حول الذات في ميادين خاصة، نجد منابعها في خبرة الفرد وتوجه معالجة المعلومة الاجتماعية المتعلقة بالذات في هذه الميادين الخاصة، بذلك يستطيع الفرد أن يكون لديه مخطط للذات، أن يكون بدينا أو نحيفا أو أن تكون له حظوظ في الحياة.

3. 6. 4 - 3 الذات كنموذج أصلي أو أولي:

من بين آثارها نذكر جيدا الأشياء التي لها أهمية عندنا، أو الأثر المرجعي للذات. وانطلاقا من الملاحظة التالية للمعلومة المتعلقة بالذات نفسها، والتي تتعلق بالذاكرة البيوغرافية، هذا الأثر يفسر عن طريق التطابق بين المعلومة المستقبلية، والنموذج الأصلي للذات الذي يعرفه الشخص عن نفس (عنو، 2006: 249).

وعليه، فإن الذات تمثل الشخصية في حد ذاتها، مما يؤكد مرة أخرى أن هناك علاقة بين الذات والتوافق النفسي لدى الفرد.

3. 7 - تقدير الذات والتوافق النفسي:

إن التوافق النفسي هي العلاقة المباشرة بين الشخص وذاته، يكون فيها الفرد راضيا عن نفسه، غير كاره لها أو نافر منها، أو غير واثق فيها، كما تتسم حياته النفسية بالخلو من التوترات والصراعات النفسية التي تقترن بمشاعر الذنب والقلق والضيق لدوافعه المختلفة.

هذا التوافق يمثل شخصية الفرد في اتفاق مع دوافعه للعيش، ومن ثم يخص هذا البعد الشخص وحده، ومدى قدرته على فك الصراعات الداخلية التي يعيشها، بسبب اصطدام دوافعه المختلفة، ويقاس هذا البعد في قدرة الشخص على التوفيق بين الدوافع، إذن التوافق النفسي هي العملية التي يحقق بها الفرد حالة الاتزان مع نفسه (عنو، 2006: 251-252).

ولقد أكدت الدراسات التي تناولت العلاقة بين مفهوم الذات والقلق على أساس أن مفهوم الذات الموجب يرتبط بالتوافق النفسي السليم، والعكس بالعكس، وكشفت أيضا عن العلاقة بين تقبل الذات والمرض النفسي، حيث أن المرض النفسي منشأه عدم قدرة المريض على تقبل ذاته وبيئته، وعدم تناسب طموحه مع واقع قدرته (نفس المرجع السابق: 252).

وغالبا ما يرتبط مفهوم التوافق مع تحقيق الذات، فيرجع كل من "جولد شتاين -

"Gouldenstien"، "ماسلو - Maslow"، "ألپورت - Allport"، "سوليفان - Sullivan"،

"هورني-Horney" و"روجرس-Rogers" المرض النفسي إلى ما يؤدي إلى الانحراف بمسار تحقيق الذات وثباته، وينمو كوسيلة الدفاع عنها تجنباً للقلق الذي يصيبها (نفس المرجع السابق: 252).

ومن ثم فإن لتقدير الذات دور كبير في عملية التوافق الشخصي والاجتماعي وفي الصحة النفسية للفرد، بعد أن وجد أن هناك علاقة بين تقدير الذات الإيجابي والتوافق الجيد والعكس صحيح.

3. 8- مراحل نمو الذات:

بينت الدراسات الحديثة في علم النفس الاجتماعي ونمو الطفل، علاوة على دراسات السلوك الشاذ، أن الذات هي نتاج عملية طويلة، فكل تجارب الفرد العديدة في علاقته بالأشخاص، الأشياء، الجماعات والقيم، جميعها ترجع إلى تطور الذات، لذلك فإن عملية تكامل الذات عملية بطيئة، تستغرق زمناً طويلاً.

وهناك خمسة مراحل لتطور مفهوم الذات وهي:

3. 8. 1- المرحلة الأولى (بروز الذات-L'émergence de soi) (من الولادة حتى عامين):

تبرز الذات هنا من خلال عملية التمييز بين الذات واللذات، فالعلاقة التعايشية (أم-طفل) تساهم في بادئ الأمر على الحفاظ على حالة اللاتمايز بين (الذات/اللذات)، ثم الذات والآخرين، فالطفل عندما يولد فإنه لا يعلم شيئاً، وليس لديه مفهوم جاهز لذاته، ولا حدود واضحة بين ما هو ذات ولذات، وأول تمايز يحدث بينهما يتم على مستوى الجسم، حيث يتعلم الطفل تمييز جسمه عن جسم المحيطين به والتعرف على حدوده من جهة أخرى.

كما يتم التعرف على صورة الجسد وفق ثلاثة مراحل:

ففي المرحلة الأولى: يدرك الطفل في بادئ الأمر أن الصورة المنعكسة على المرآة كأنها صورة حقيقة محاولاً الإمساك بها أو الاقتراب منها، ويعتبرها ليست له، بل هي لإنسان آخر.

أما في المرحلة الثانية: فيعرف الطفل أن صورة المرآة ما هي إلا مجرد صورة، لذا نلاحظ أنه يحاول الإمساك بها والاقتراب منها، كما في الفترة الأولى.

وفي المرحلة الثالثة: يتوصل الطفل للتمييز بينه وبين الإنسان الذي يظهر معه على الصورة التي تعكسها المرآة.

وعليه، يكون الطفل من خلال هذه المراحل صورة واضحة عن جسمه، ويصبح قادراً على التمييز بينه وبين الأشخاص المحيطين به، وبذلك تنمو ذاته الاجتماعية (لابلانث وبونتاليس، تر: حجازي، 1978: 873).

كما تجدر الإشارة إلى أن مفهوم الذات ينمو تكوينياً كنتاج للتفاعل الاجتماعي جنباً إلى جنب مع الدافع الداخلي لتأكيد الذات، ويمكن تلخيص نمو الذات على النحو التالي:

* من الميلاد إلى 3 شهور: يخرج من بطن أمه لا يعلم شيئاً، وليس لديه مفهوم جاهز لذاته، ويقول "يونغ كارل -Jung Carl"، أن الذات هناك منذ بداية حياة الفرد، ولكن في حالة كمون، وتأخذ في التحقيق التدريجي مع النمو، وتتمايز الذات الجسمية، ولا يكون هناك تمايز ولا حدود واضحة بين الذات واللذات، وبيدأ تفاعل الذات والبيئة وتبدأ الذات في التمايز.

* من 3-4 أشهر: يكون التمايز من خلال الحواس والعضلات.

* من 4-6 أشهر: التمايز اللفظي للذات واللذات.

* 6 أشهر: تتمايز الذات البدائية المنطوقة.

* 9 أشهر: يفهم الطفل الإشارات مثل «باي باي».

ويقول "Wickes-ويكس" أن هذه بداية الولادة السيكولوجية للطفل عند شعوره بذاته، حيث يخرج من رحم اللاشعوري بالذات، فهذا ميلاد ثان للطفل، حيث يكتشف نفسه، ويدخل العالم الأكبر بحق.

* عام كامل: مرحلة الكشف والاستكشاف، تنمو صورة الذات، يزداد التفاعل مع الأم ثم مع الآخرين ثم مع الكبار والصغار، استعمال الكلمات 10% منها ضمائر، وهناك تبدو فريدته الداخلية، وهي مازالت تجاهد امتزاجها بالبيئة الخارجية، ثم تبدأ عملية الأخذ والعطاء، وتبدأ الذات النامية في التفريق بين العالمين الداخلي والخارجي.

* عامين: يزداد تمييز الطفل لذاته، ويكون متمركز حول ذاته، يفرق بين الآخرين، تنمو أنا وأنت وملكي وملكك، تتكون الذات الاجتماعية، يزداد نمو المشاعر الاجتماعية، تزداد القدرة على فهم الذات (عنو، 2006: 213-217).

3. 8. 2- المرحلة الثانية (تأكيد الذات-Confirmation de soi)

(من ثلاث سنوات إلى خمسة سنوات):

تتكون في هذه المرحلة القواعد الأساسية لمفهوم الذات، وذلك من خلال تكوين الهوية عن طريق امتلاك الأشياء، اللغة، التمثلات والتميزات، وتفاعل الطفل مع أفراد محيطه، حيث يؤثر كل من هذا على إحساس الطفل بقيمته الفردية، أما في سن الثانية من العمر فيتقن الطفل اللغة، حيث يستعمل أولاً الضمائر، ثم الأشياء الموصولة، وهنا يزداد تمييز الطفل لذاته وزيادة شعوره بفرديته وشخصيته، حيث يستطيع أن يفرق بينه وبين الآخرين، فعلى المستوى اللغوي، نلاحظ أن الطفل لازال في حالة التمركز حول ذاته (مثل: أنا، لي...)، أما على المستوى السلوكي، فيقوي شعور الطفل بذاته النجاح لتفرد الطفل، ويزداد بذلك وعيه بذاته (عنو، 2006: 217).

ويمكن القول أنه في سن الثالثة، يرسم الطفل صورة أشمل للعالم المحيط به ويسميه، شعوره بفرديته وشخصيته، وللآخرين شخصياتهم المختلفة، ويزداد تمركزه حول ذاته، ويجتهد في بناء بنية ذاته، كل شئ عمله وملكه، ونسمع دائما «أنا، ملكي»، ثم بعد ذلك نسمع «نحن»، يعرف الطفل أن له دوافع بعضها يتحقق وبعضها لا يتحقق.

* في سن الرابعة: يكون علاقات عقلية واجتماعية وانفعالية مع الآخرين المهمين في حياته، نسمع منه أسئلة الاستكشاف « لماذا، كيف، من، ماذا، أين».

* في سن الخامسة: يتقبل الطفل فرديته، يزداد الوعي بالذات، يقل اعتماده الكامل على الوالدين، يزداد استقلاله، يتضح تفاعله الأكبر مع العالم الخارجي .

كما يكون إثبات الذات عن طريق التحدي ومعارضة الآخرين، مما يجعله يحس بقيمته الذاتية (عنو، 2006: 217).

3. 8. 3- المرحلة الثالثة (مرحلة توسع الذات-L'expansion de soi) (من 6 إلى 12 سنة):

تنتج هذه المرحلة من تنوع وتعدد التجارب (الجسمية، العقلية والاجتماعية) التي يعيشها الطفل في هذه المرحلة، حيث يهتم الطفل بقدرته الفردية وبمظهره الخارجي وهيئته (سواء رجولته أو أنوثتها)، والتي يعتقد أن لها قيمة بالنسبة للمعايير التي توجد في الجماعة، كل هذا يؤدي إلى بناء مفهوم الذات وتمييزها عن اللادات.

وقد أطلق "س. فرويد-S.Freud" على هذه المرحلة تسمية «مرحلة الكمون»، أين يكون أن الطفل قوي نسبيا، ويتوجه إلى تفضيل المجالات الأخرى غير الجنسية، كالمدرسة وأصدقاء اللعب (عنو، 2006: 218).

انطلاقا مما سبق، يبدو واضحا أن الطفل يتغير وسطه الأسري إلى وسط آخر، الذي يجب أن ينتمي إليه لكي يواصل تطوره، وهو المدرسة، وذلك ابتداء من سن السادسة، حيث يجد الطفل نفسه بين أطفال من نفس سنه وأساتذته، فالطفل مجبر على مقارنة نفسه بالآخرين خاصة في الوسط المدرسي (في القسم، في ساحة اللعب،...)، ومن خلال هذه المقارنات، يعيد الطفل تشكيل صورة ذاته، حيث يرى أن صورة ذاته تنعكس في سلوك الآخرين نحوه، ولا توجد وسيلة أخرى يستطيع بها الطفل تكوين أية فكرة عن نفسه كتقدير الذات والشعور بها، إلا من خلال الحكم التصوري لما يقوله عنه الآخرون (نفس المرجع السابق: 218).

وعليه، فإن معنى الهوية هو التقدير الإيجابي أو السلبي للذات، الذي يؤثر على مفهوم الذات أو مفهوم الانتماء، وخصوصا بمساعدة الأب والأساتذة وجماعة الرفاق بفضل موقفهم من الطفل.

كما تعتبر هذه المرحلة أطول وأهم المراحل، حيث تمتد من أول الجنسية الطفلية في العام الخامس أو السادس حتى البلوغ، وتتميز بتداول النشاطات الجنسية، وسلخ الطابع الجنسي عن علاقات الموضوع والمشاعر، مع ظهور مشاعر الخجل، وتطلعات أخلاقية وجمالية (لابلاننش وبونتاليس، تر: حجازي، 1985: 873).

3. 8. 4- المرحلة الرابعة (مرحلة تمايز الذات-La différentiation du soi) (من 12-18 سنة):

يرى الكثير من العلماء من بينهم "روني زازو (1972) René Zazzo"، "سترنغ (1957) Strang" و"جيرسلد (1952) Jersild"، أن هذه المرحلة هي مرحلة تمايز الذات وإعادة تنظيمها، حيث تحدث تغيرات كثيرة داخلية وخارجية، تؤدي لأن تصبح صورة الذات أكثر تأثرا وغير مستقرة، وتظهر هذه التغيرات في النضج الجسمي، التغيرات الفيزيولوجية تعمل على تغيير اتجاهات المراهق نحو نفسه وذاته، فعلى المراهق هنا أن يقبل هذه التغيرات ويتكيف معها، أي إعادة دمج الصورة الجسدية، وبالتالي تقويم الذات وتأكيد هوية المراهق عن أول نماذج التمايز (الأبوين).

وهذا التخلي يحرمه من هويته، ويجعله يحس بالفراغ، ومن أجل سد هذا الفراغ يبحث عن جماعة أفرادها من نفس بيئته، ويعيشون نفس مشاكلها، وهنا يحس بالأمان والطمأنينة، وأن هؤلاء الرفاق

يفهمونه، فيندمج ويتماثل معهم، وهنا يقوي المراهق هويته ويؤكد ذاته، ومنه فالتمايز الأول (ذات-والدين) يكون دائما متبوعا بتمايز ثان هو (ذات-آخرين «الأصدقاء»)(**عنو، 2006: 219**).

وكل هذه التغيرات والتطورات تحدث نضج معنى الذات، وحسب "إريكسون-Erikson"، هذه العوامل تحدث ما نسميه «بأزمة الهوية» كما تسمح هذه المرحلة بوصول المراهق إلى الإحساس بالذات المدمجة بهوية مستقرة (**نفس المرجع السابق: 219**).

وعليه فإن الطفل ينتقل من الطفولة إلى مرحلة جديدة تسمى مرحلة المراهقة، هذا الانتقال من فترة الملموس إلى مرحلة التفكير الإجرائي الاستنباطي تجعله يعيد النظر في ذاته وصياغته وفق معطيات جديدة تتعدى الواقع الملموس.

3. 8. 5- المرحلة الخامسة (مرحلة الرشد-Maturité d'adulte) (من 20 إلى 60 سنة):

كثير من النظريات التطورية أو نظريات الشخصية أثبتت أن نضج الراشد ممثل على شكل استقرار ثابت، بدون أي تحيز، وكأنه لا يحدث أي شكل ذو خصوصية في هذه الفترة، إلا أن هناك من الباحثين أمثال "روزنبرغ-Rosenberg" وغيره، اهتموا بمدى التطور على مدى الحياة، فبالإضافة إلى تطور مفهوم الذات، يمكن أن تكون هناك إعادة صياغة فترية مقارنة بمتغيرات أو عوامل، كالتكيف مع وظيفة مثلا، تنوع الإحساس المتعلق بالنجاح أو الفشل في عمله، التكيف مع الزواج أو العزوبية، مع الأمومة والأبوة.

وما يميز هذه الفترة أيضا هو وجود أزمة من خلال تطور الراشد فيما يعرف بـ«اكتئاب العمر المتوسط» الذي تكلم عنه "بيشوف-Bishoff".

ولقد أثبتت دراسات "شيريبوكة-Chiriboga" و"تورنر-Turner" وجود تغيرات تبعا للسن، تتمثل في:

- ارتفاع الإحساس بالفعالية.
- إيجابية العلاقات البيشخصية.
- ارتفاع الثقة بالنفس.
- ارتفاع مراقبة الذات والشعور بحدوده (**عنو، 2006: 220**).

ويبدو واضحا أنه في هذه المرحلة لا يتطور مفهوم الذات ليصل إلى مستوى من التنظيم والتكون فقط، وإنما يستطيع أن يحدث له تغيير نتيجة لعدة متغيرات وظروف حياتية، وهنا يكون التركيز على

خارج الذات، أي على الجانب الاجتماعي، حيث تستقر الذات، وتتكون اتجاهات الفرد بصفة أنضح وأوضح.

3. 8. 6- المرحلة السادسة (مرحلة الشيخوخة- من 60 سنة فما فوق):

إن مفهوم الذات عند الأشخاص من 60 سنة فما فوق، يكون عامة سلبي، لأنه يتأثر بعدة عوامل، منها: الإدراك بنقص القدرات الفيزيولوجية، المرض، صدمة التقاعد، البعد عن الحياة العملية، الإحساس بالوحدة والتخلي...، كل هذه العوامل تمكنه من تشكيل ذاته وهويته الشخصية وقيمه (عنو، 2006: 220).

بعد التعرض إلى المراحل الستة لنمو الذات يتبين لنا أن حياة الإنسان عبارة عن كل متكامل، متشابك، متفاعل ومستمر، لا يمكن أن نفصل بين مرحلة وأخرى، فإذا كانت الذات عند الفرد توضع أسسها وجذورها في الطفولة الأولى، فإنّ الذات أيضا تستمر في النمو والتطور والاكتمال حتى آخر لحظة من حياة الفرد، حيث تبدأ بشعوره بأنه ليس شخصا آخر، وأنه منفصل بذاته، إلى أن يتطور شيئا فشيئا في المراحل الموالية، إذ يتوسع ويتميز مفهوم الذات عند الفرد إلى أن يصل إلى سن الشيخوخة.

وإذا كانت مراحل النمو التي يمر بها الفرد تؤثر على مفهوم الذات لديه، فإن هناك عوامل أخرى لها أيضا أثر على نفس المفهوم.

3. 9- العوامل المؤثرة في مفهوم الذات:

يتأثر مفهوم الذات بالمتغيرات الخارجية، وباحتكاك وتفاعل الفرد مع بيئته، وجميع السيكولوجيين أكدوا على ذلك، من بينهم "إبشتاين-Epstein" (1973)، الذي أكد أن: «مفهوم الفرد عن نفسه يتكون على غير قصد منه أثناء تفاعله مع البيئة» (عنو، 2006: 221).

وباعتبار التنشئة الاجتماعية ذات دور هام جدا في التأثير على المركب السيكولوجي، فإنها تساهم مساهمة كبيرة في أن يكتسب الفرد صورة ومفهوما عن ذاته. وعليه يمكن القول أنّ هناك عوامل متضافرة تعمل على تحديد مفهوم الذات لدى الفرد منها الاستعدادات الوراثية، القيم والمعايير التي تسود الثقافة التي ينتمي إليها، والتفاعل الذي يتم بينه وبين الأقران والوالدين والنماذج السلوكية التي تعرض عليه من خلال وسائل الإعلام المختلفة، وفيمايلي أهم العوامل المؤثرة في مفهوم الذات لدى الفرد وهي:

3. 9. 1- العوامل الأسرية:

تكون تقويماتنا لأنفسنا في مفهوم الإنسان عن ذاته مشتقة إلى حد ما من تقويمات الجماعة المرجعية التي استوعبناها، وأن تقويم الذات متأثر بتقديرنا لتقويم الآخرين لنا ذلك أن الأشخاص المهمين بالنسبة للفرد، هم الذين يتركون أثر عميقاً، إن نوعية إدراك الفرد لما يتوقعه الآخرون من المهمين بالنسبة للفرد أمر هام في تحديد سلوكه الاجتماعي وفي تكوين فكرته عن نفسه (عنو، 2006: 221).

وانطلاقاً مما سبق يبدو واضحاً أن الطفل الذي ينشأ في بيئة تحيطه بالتقبل والعناية والإحترام يدرك نفسه كشخص موثوق به، لأنه يشعر أن الراشدين يفهمون طبعه، ويساعدونه في التغلب على مصاعبه الشخصية.

ويرى "كوبر سميث-Cooper Smith" أن من بين العوامل الأسرية التي تعزز التقدير الإيجابي للذات الجوانب التالية:

- التوافق الأسري.
 - قبول الوالدين لأولادهم ووجود عاطفة إيجابية نحوهم.
 - اتباع الآباء قواعد ثابتة في التعامل مع الأبناء.
 - إشراك الأولاد في اتخاذ القرارات.
- وأن من بين العوامل الأسرية التي تسهم في تقدير منخفض للذات لدى الأبناء مايلي:

- الاتجاهات القلقة من قبل الوالدين نحو أولادهم.
- العلاقات المضطربة في نطاق الأسرة.
- المعاملة السلبية من قبل الوالدين عبر ما يلي:
 - ✓ التركيز على استخدام العقاب وعدم استخدام المكافأة.
 - ✓ ضعف في الثبات بالنسبة لأساليب التعامل مع الأولاد.
- عدم المشاركة في قرارات الأسرة (عنو، 2006: 223-224).

ويمكن القول أنه يبدو تأثير المحددات الأسرية في مفهوم الذات أكثر وضوحاً في مرحلة الإنسان من الطفولة المتأخرة إلى المراهقة المبكرة، إذ غالباً ما يعتمد المراهق في هذه المرحلة إلى تأكيد ذاته بطرق مختلفة، كأن يعارض والديه أو يكتر من الشجار مع إخوانه وأخواته، وغالباً ما يكون الوالدين المتمتعان بمستوى ثقافي جيد أكثر معرفة بخصائص النمو، وبالتالي أكثر قدرة على فهم تصرفات المراهق بأنها امتداد الحاجة إلى الحب، القبول والحصول على المكانة، ولكن قد يحقق الوالدان

شروط ملائمة لنمو مفهوم موجب للذات عند الأبناء ولو لم يتوفر لهما المستوى الثقافي الجيد، وذلك عندما يتفهمان أمور الأبناء ويشجعان إبداء الرأي، مع استخدام الضبط في الحدود المناسبة، واتباع قواعد ثابتة في التعامل مع الأبناء. وذلك يساعد الطفل والمراهق على استخدام طاقاته الانفعالية بطرائق تساهم في تكوين مفهوم إيجابي للذات عنده.

3. 9. 2- العوامل المدرسية:

المعلمون والرفقاء هم من بين الأشخاص ذوي الأهمية بالنسبة للطالب، فعندما يدخل الطفل المدرسة فإن عوامل جديدة تدخل في تقييم ذاته، وقد يضطر إلى تعديل في تقييمه لنفسه، حيث أن تقييم رفاقه ومعلميه قد يختلف عن تقييم والديه وبذلك كثيرا من الطرق التي كان يعامل بها والأمور التي كان يقوم بها سلوكه وفقا لها، قد لا تجد مكانا لها في المدرسة بالإضافة إلى ذلك ففي سن المراهقة يصبح التعزيز من قبل جماعة النظائر والمعلمين أعمق أثرا من حيث تقييم الطلاب لأنفسهم، حيث أن قيم الوالدين وأولادهم قد تأخذ في التباعد (عنو، 2006: 225).

وعلى هذا الأساس «فإن مستويات مختلفة التحديد يجب أن تدرك في مفهوم الذات، وأن هناك تمييزا بين مفهوم الذات الشامل ومفهوم الذات المدرسي، الذي هو الشعور النفسي فيما يتعلق بالقدرة على إنجاز الواجبات المدرسية أو ما تتطلبه المدرسة».

3. 9. 3- خبرات النجاح والفشل ومفهوم الذات:

إن خبرة النجاح ترفع من تقدير الفرد لذاته ومن شعوره بأهميته، وهناك عند الفرد حاجة إلى النجاح من أجل بناء تقدير عال للذات والحصول على قبول الجماعة، وأن الفرد يرى في إدراك الآخرين لنجاحه أمرا باعثا على السعادة، والنجاح بحد ذاته دافع للنجاح (عنو، 2006: 228).

ذلك أن النجاح أو الفشل من الأمور التي تلتحق بسعي الطالب وراء أهداف معينة وكذلك بتوقعاته من نفسه ومستوى طموحه. إن النجاح وتوقعه يسهمان في تقدير إيجابي للذات، وفي أن يسلك الطالب طرقا تؤدي به إلى المزيد من النجاح، أما الفشل فيؤدي إلى الإحباط الذي يقود أحيانا كثيرة إلى تكيف سلبي، ولا سيما في حالة كون الدافع المحبط لدى الفرد هاما وقويا (عنو، 2006: 228).

3. 9. 4- الطموح وتقدير الذات:

هناك علاقة بين تقدير الذات والطموح فقد يوجه طموح الفرد صاحبه في اتجاه معين، إن الرغبة في أن يحتل الفرد مكانة ما تؤثر في نظرتة لنفسه بحيث يراها كما يرغب أن يكون، ومن جهة أخرى فإن فكرته عن نفسه تؤثر في مستوى طموحه حيث أن الطموح هنا يعتمد على تقدير الفرد لذاته. إن

التحاقه بالجامعة يعتمد على تقديره لقدراته العقلية، إن تقدير الفرد لنجاحه في مهمة ما يعتمد على تقديره لقدراته التي تتطلبها تلك المهمة (عنو، 2006: 229).

3. 9. 5- تجميع القدرات وتقدير الذات:

يذهب "كوبر سميث-Cooper Smith" إلى أن الأطفال ذوي تقدير الذات المرتفع ناجحون في الأمور التي تتعلق بالمدرسة وفي المواقف الاجتماعية، وقد وجد أنهم يتميزون بالحيوية والنشاط، وأنهم يعبرون عن آرائهم بحرية، وأنهم قادرين على تقبل النقد، وأن درجة القلق لديهم منخفضة، أما من كانت درجة تقدير الذات لديهم متوسطة، فرغم مشاركتهم ذوي تقدير الذات المرتفع ببعض الخصائص، تظهر لديهم نزعة لأن يكونوا أكثر اعتمادية، وأقل ثقة بالذات، أما ذوو تقدير الذات المنخفض فلديهم شعور واضح بالنقص ويظهرون جبنا، ويبدو أنهم يعانون من إحباط ويظهرون أحيانا كآبة، وهم أقل قدرة على التفاعل الاجتماعي مع رفاقهم (عنو، 2006: 230).

ويلخص "بيرنز-Burns" خصائص كل من ذوي تقدير الذات المرتفع وذوي تقدير الذات المنخفض كما يلي:

1- يتميز ذوو تقدير الذات المنخفض بالصفات التالية:

- الحساسية نحو النقد: حيث يرون في النقد تأكيدا لصحة شعورهم بالنقص.
- اتجاه نقدي متطرف يستخدم للدفاع عن صورة الذات المهزوزة ويظهر ذلك من خلال توجيه الانتباه إلى عيوب الآخرين وتجاهل العيوب الشخصية.
- الشعور بالإضطهاد: حيث أن الفشل ونتيجة تخليط خفي من قبل الآخرين، وهكذا يتم إنكار الضعف الشخصي والفشل، ويتم إسقاط اللوم على الآخرين.
- نزوع إلى ظهور استجابة قبول نحو التملق.
- الميل إلى العزلة والابتعاد عن التنافس: وسلوك العزلة والانسحاب بدوره يؤدي إلى تأكيد قناعة الشخص حول ذاته.

2- ويتصف ذوو تقدير الذات المرتفع بالصفات التالية:

- القدرة على تعديل المبادئ والقيم في ضوء الخبرات الجديدة.
- فقدان الانزعاج حول الماضي أو حول ما يتصل بالمستقبل.
- الثقة بالقدرة على مواجهة المشكلات حتى عند حدوث فشل ما.
- قبول الذات على أساس أنها بمستوى من الأهمية يساوي ما لدى الآخرين رغم وجود فوارق فيما يتعلق بالموهب وبعض الصفات الشخصية.

• الحساسية تجاه الآخرين (عنو، 2006: 230-231).

وانطلاقاً مما سبق يبدو واضحاً أن الأفراد يملكون إلى درجة ما كل القدرات وبالتالي يمكن توقع الأعمال الإبداعية عند جميع الأفراد.

ويرى "زهران" أن: « الذكاء الاجتماعي هو القدرة على التصرف في المواقف الاجتماعية، والقدرة على ملاحظة السلوك الإنساني والتنبؤ به، والقدرة على النكتة والإشترار مع الآخرين في مرحهم» (عنو، 2006: 231).

3. 9. 6- تقدير الذات والآخرين:

إن هناك صلة بين تقدير الذات وتقبل الآخرين. وقد أشار "فروم-FROMM" إلى وجود علاقة بين تقويم الذات ومشاعر الفرد تجاه الآخرين، حيث أن كراهية الذات تؤدي إلى بغض الآخرين، وأشار إلى أن الشعور المتطرف بالصنعة هو شكل من أشكال العصاب. كما توجد علاقة بين العزلة والشعور بالوحداية وتقدير الذات السلبي.

ومن المؤكد أن لذوي تقدير المرتفع ثقة بآرائهم وأفكارهم وهم أنجح في التفاعل الاجتماعي الفعال، وفي المشاركة في النشاطات الاجتماعية المختلفة، أما ذوو تقدير الذات المنخفض فيفضلون الانسحاب لأنهم يعانون من مشكلات شخصية (عنو، 2006: 232).

3. 9. 7- العوامل المتصلة ببنية الجسم:

3. 9. 7. 1- صورة المرء عن جسده:

تتلور فكرة المرء عن نفسه في فترة المراهقة حيث يعطي تقويماً خاصاً لجسمه، وحيث يكون قد نضج إلى حد بعيد وأصبح شاعراً بقوته، وتلعب صورته عن جسده مكانة هامة في سلوكه الشخصي والاجتماعي، حيث تشكل صورته عن جسده جزءاً هاماً من مفهومه المتكامل عن ذاته.

كما أن صفات المرء الجسدية الخارجية مثل الطول، لون العينين وتناسق الجسد، وما إلى ذلك من الأمور التي لها قيم جمالية، والذي لا تتناسب أوصافه مع معايير الثقافة قد يشعر بالنقص، وقد يسعى للوصول إلى أهداف معينة وذلك من قبيل التعويض (عنو، 2006: 232).

ويستمد الفرد من الثقافة السائدة معلوماته حول النموذج الجيد للجسم والصفات الجسدية، ويقارن تلك المعلومات بما هو عليه، وينعكس ذلك في مدى رضاه عن صفاته الجسدية، وأكثر ما يظهر هذا في سن المراهقة.

وقد خلص "جورارد و سيكورد-Jourard & Secord" إثر دراسات متتالية إلى نتيجة مفادها أنّ هناك ارتباطا عاليا بين تقدير الذات والرضا عن الصفات الجسدية (عنو، 2006: 233).

3. 9. 7. 2- معدل النضج:

غالبا ما يقترن النضج المبكر بتقدير إيجابي للذات، حيث أن النضج المبكر يمكن من المشاركة في نشاطات اجتماعية ورياضية تعطي مكانة واعتبارا. ويمكن النضج المبكر المراهق أيضا من تحمل مسؤوليات تترك لديه صورة إيجابية عن الذات.

أما المتأخر في النضج فيعاني من ضغوط نفسية، أنه يدرك التوقعات المرتبطة بالنمو الجسدي لا سيما، وأنه يعامل وكأنه أصغر من سنه، وبأسلوب يختلف عن أبناء جيله من المبكرين في النضج، ولذلك يطور صورة سلبية عن الذات (عنو، 2006: 233).

3. 9. 7. 3- النضج الجنسي:

توجد علاقة بين تقدير الذات والشعور بالذكورة لدى الأولاد الذكور، وهي ناجمة أساسا عن نضجهم الجنسي، وللتبكير في النضج الجنسي أهمية بالنسبة للمراهق حيث يوفر له اطمئنانا لرجولته، وأساسا للشعور بالثقة، أما التأخير فيؤدي إلى مشاعر النقص. والذين يشعرون بالشك في كفاءتهم من الناحية الجنسية تكون درجة الرضا عن الذات لديهم منخفضة، أما الذين يشعرون بالكفاءة بأن خصائصهم الجنسية تناسب معايير الجماعة المرجعية، فإنهم يبدون تقويما إيجابيا للذات (نفس المرجع السابق: 233).

3. 9. 7. 4- الإعاقة الجسدية:

لا يستطيع المعوق جسديا المشاركة في بعض الأنشطة ما يترك أثرا سلبيا في مفهومه عن ذاته، وأن اتجاه الآخرين نحوه يحدد إلى أي مدى تلعب الإعاقة تلك دورا سلبيا في تقدير المعاق لذاته إن الإعاقة تترك أثرا أعمق في حالة عدم القدرة على مشاركة الأصحاب في نشاطات لها قيمة اعتبارية كبيرة (عنو، 2006: 233).

3. 9. 8- العوامل العقلية والنفسية:

3. 9. 8. 1- الذكاء والقدرات:

إن الأذكياء أكثر قدرة على إدراك مكانتهم وموقف الجماعة منهم، وأكثر قدرة على فهم مدلول استجابات أصحابهم، وهم غالبا ما يحصلون على الاحترام والإعجاب، ولكن إذا قادت معرفة الفرد لكونه من الأذكياء إلى أن يرى نفسه مختلفا عن الآخرين وأفضل منهم، فإن ذلك يؤدي إلى أن يكون تقويمه لنفسه من الناحية الاجتماعية فقيرا، ومن الناحية العقلية إيجابيا، وهذا يؤدي إلى أن يتسم مفهومه عن ذاته بعقدة التفوق. إن الكفاءات والقدرات الجيدة، غالبا ما تقود إلى النجاح وإلى تقدير إيجابي للذات.

إن المراهق الذي لا تسعه قدراته ويجد نفسه عاجزا عن أداء عمل منظم في المدرسة، يشعر بأنه غير كفء ويشعر بالنقص (عنو: 2006: 234).

3. 9. 8. 2- العاطفة:

إن الأثر للعواطف على الشخصية يأتي من الحكم الاجتماعي على كيفية تعبير الفرد عن عواطفه، ومن قدرة الفرد على إقامة علاقات عاطفية مع الآخرين. إن أسلوب تعبير الفرد عن عواطفه يؤثر في مفهومه عن ذاته، فبعض المراهقين يتسمون بسرعة الانفعال ويحدثون الانطباع بأنهم غير ناضجين، وبعضهم يكبحون عواطفهم ولكنهم يعبرون عنها في اللحظة المناسبة بطريقة مقبولة اجتماعيا، أو يوجهونها الوجهة المناسبة، ويرى الناس في أسلوب تعبيرهم عن عواطفهم مؤشرا أو دلالة على النضج، أما إذا كان ضبط المراهق لعواطفه شديداً فإن ذلك ربما يجعله متقلب المزاج.

وهكذا فإن أسلوب تعبير المراهق عن عاطفته يترك صورة عنه لدى الآخرين ويتلو ذلك ردود أفعال نحوه تؤدي به إلى أن يشعر بضعف الكفاءة والشعور بالنقص، أما من كان أسلوب تعبيره عن عواطفه مناسبا فإن ردود الأفعال ومواقف الآخرين نحوه تكون إيجابية، ويؤدي سلوكه إلى الرضا عن الذات (عنو، 2006: 234).

3. 9. 8. 3- مستوى الطموح:

هناك مصدران للطموح أولهما الشخص نفسه والثاني الثقافة التي يعيش في إطارها. إن فكرة الفرد عن نفسه تؤثر في مستوى طموحه حيث أن طموح الفرد يتأثر بتقديره لذاته. ولكن يحدث أن يضع المراهقون الذكور أهدافا أعلى من قدراتهم، وهنا يحدث التعارض بين أهدافهم وإنجازاتهم، وفي حالة فشلهم تضعف ثقتهم بأنفسهم ويؤدي ذلك إلى تقويم منخفض للذات، ويمكن أن يخفض المراهق من

طموحاته لتجنب الفشل، وإذا قاده ذلك إلى تحقيق نجاح سهل فربما ألقى باللوم لفشله السابق على الآخرين. إن ذلك يؤدي إلى مفهوم فقير عن الذات (عنو، 2006: 235).

إن التوقعات غير الواقعية من الذات تؤدي إلى رفض الذات وذلك عندما يضع الإنسان لنفسه آمالا تتناقض مع ما يمكنه القيام به (نفس المرجع السابق: 235).

3. 9. 9- العوامل الاجتماعية:

تضاف إلى العوامل الاجتماعية والأسرية.

3. 9. 9. 1- القبول الاجتماعي:

إن قبول الذات والقبول الاجتماعي يتأثران ببعضهما، إن الشخص الواثق من أنه يلقي قبول اجتماعيا يبدو أكثر ثباتا في سلوكه الاجتماعي، وتلقى مشاركته الاجتماعية قبول. أما ذوو تقدير الذات المنخفض فإن مشاركتهم الاجتماعية أقل ثباتا وهم أقل قبول لدى الآخرين (عنو، 2006: 236).

3. 9. 9. 2- الأدوار الاجتماعية:

الدور هو نمط من السلوك الاجتماعي المتوقع من الفرد في موقع اجتماعي معين، ويشعر المرء شعورا معيناً نحو الطريقة التي يلعب فيها دوره، فهو يقرر فيما إذا كان يقوم به بطريقة مناسبة أو عكس ذلك، إنه يطور مفهوماً عن ذلك يشمل انطباعاته واعتقاداته حول شخصيته (عنو، 2006: 234).

3. 9. 9. 3- الثقافة والمعايير الاجتماعية:

تحدد الثقافة النموذج والمثل الذي تتطلب من الأفراد تمثليه أو الإقتداء به، إن الإتجاه نحو الذات يتأثر بمقارنة المراهق لما هو عليه، من المعايير الاجتماعية التي تتضمن توقعات الجماعة حول ما يجب أن يكون عليه الفرد وتسهم تلك المقارنة في تكوين صورته عن ذاته (عنو، 2006: 236).

3. 9. 10- المستوى الاقتصادي والاجتماعي:

يشير سياق الحديث عن الموقع الاقتصادي الاجتماعي إلى أن الإتجاهات والأحكام المسبقة تلعب دوراً في تقدير الذات حيث تنقل الطبقة المسيطرة فيهما واتجاهاتها نحو الفقراء والمحرومين ويتقمص أبناء المحرومين الدور المعين من قبل الثقافة ويعكسون اتجاهات من قبول ورفض الذات.

إن تلك الاتجاهات لدى الطبقة المسيطرة تمثل أحكاما مسبقة يؤكدون عليها من خلال تثبيت الشروط التي أدت إليها حيث تهدف المستفزة إلى المحافظة على امتيازها (عنو، 2006: 236).

4 - مركز التحكم:

تمهيد:

قد يحدث عقب امتحان في مادة ما أن يخفق طالبان، فيرجع الأول إخفاقه إلى سلوكه المتهاون، ويعتقد بأن لديه القدرة على تغيير العلامة التي تحصل عليها بمجهود أكبر وتركيز أعلى. أما الثاني فمقتنع بأن الأستاذ غير عادل ولا يفهم كيف قام بإعطائه علامة مماثلة، ويعتقد بأنه ليس في وسعه عمل شيء لأنه ليس مسؤولاً عما حدث له.

تحصل هذه الحادثة في وضعيات كثيرة مماثلة ومختلفة من الحياة الشخصية والمهنية والاجتماعية للفرد، وتخص اعتقاداته، توقعاته، أحكامه وتقديراته لما يحدث له. تتعلق هذه الأخيرة بمفهوم مركز التحكم الذي يعتبر سمة معرفية شخصية، ويشير إلى أن الطريقة التي يسلك بها الفرد تتأثر إلى حد بعيد بما يدرك من علاقات سببية بين السلوك وتوابعه، وهذا ما يجعل دراسته تقتزن بالإسناد السببي.

وقد أجمع علماء النفس على أن كل واحد منا يقوم ببناء تصورات ذهنية لواقعه (لكل فرد واقع فيزيائي، نفسي واجتماعي يعيش فيه) ويحاول فهم الظواهر النفسية والاجتماعية المحيطة به، كما يسلك بطريقة تجعله يتفاعل مع بيئته ويسعى إلى جعل هذا التفاعل مثمرا حتى يجعل منه شخصا وظيفيا وفعالاً. في هذه التجربة تتطور التمثيلات فيختلف إدراك الشخص لأسباب السلوك وتتأثر أفعاله تبعاً لهذا الإدراك. وقد ظهرت في هذا السياق نظريات عديدة حاولت تفسير العلاقة بين سلوك الفرد وما يعزوه من أسباب له وإدراكه لها، ومن أهمها النظرية المعرفية الاجتماعية التي تعد إطاراً هاماً في مجال دراسة مركز التحكم. يعتبر "جوليان روتر - Julian Rotter"، أول من قدم مفهوم مركز التحكم وتحدث عنه بشكل نظري متكامل استناداً إلى المدرسة السلوكية (التعزيز) والمدرسة المعرفية (تتوقف فعالية التعزيز على القدرات والمهارات المعرفية)، إضافة إلى الدراسات في مجال التعلم المعقد وما يرتبط منها بالأداء الناجح والفاشل في المواقف الغامضة.

4.1 - نشأة مفهوم مركز التحكم:

يعتبر مفهوم مركز التحكم من المتغيرات الحديثة نسبياً في علم النفس، حيث صاغ هذا المفهوم "جوليان روتر (1966) Julian Rotter" نهاية الخمسينيات و بداية الستينيات من القرن العشرين و نشره عام (1966) تحت عنوان "التوقعات المعقدة للتحكم الداخلي، الخارجي للتعزيز"، وهو توقع معمم يشير إلى إعتقاد الفرد في الجهة التي يعزو إليها التحكم في أسباب حصوله على التعزيز. وكان هذا المفهوم نتاج تصورات ونتائج العديد من الأبحاث التي قام بها هذا الباحث، حيث بيّن

خلالها فكرة تنظيم المعتقدات في قطبين رئيسيين هما: مركز التحكم الداخلي ومركز التحكم الخارجي (بادي، 2001: 27).

ولقد اشتق "جوليان روتر - Julian Rotter" هذا المفهوم انطلاقاً من نظريته في التعلم الاجتماعي، حيث تبحث نظريته في السلوك المعقد للأفراد في المواقف الاجتماعية المعقدة، و تضم تحت مبدأ عام، كما تحدث تكاملاً بين ثلاث اتجاهات تاريخية واسعة في علم النفس هي السلوك، المعرفة و الدافعية، وتؤكد النظرية على أنماط السلوك التي يجري تعلمها و التي تتحدد في نفس الوقت بفعل متغيرات التوقع (المعرفة)، و قيمة التعزيز (الدافعية)، وبالإضافة لذلك فإن هذه التوقعات من الوجهة النظرية تتأثر بشدة بفعل سياق الموقف الذي تحصل عليه (بادي، 2001: 28).

وعليه يعتبر "جوليان روتر - Julian Rotter" أول من قدم مفهوم مركز التحكم في نسق نظري متكامل من خلال نظريته، حيث حاول أن يكامل بين اتجاهين في علم النفس المعاصر هما اتجاه نظريات التدعيم أو نظريات المثير و الإستجابة، و اتجاه نظريات المجال أو النظريات المعرفية. وتعمل هذه النظرية على تفسير الطريقة التي يكتسب من خلالها الأفراد أنماط سلوكهم أو يقومون بتغيير هذه الأنماط وكذلك لتحديد الظروف التي يختارونها في ظلها أو يسلكوا طريقاً آخر عندما يضم سلوكهم هذه الأنماط (نفس المرجع السابق، 28).

وما يمكن الإشارة إليه هو قلة التنظير فيما يتعلق بمفهوم مركز التحكم، إذ تعتبر نظرية التعلم الاجتماعي لـ "جوليان روتر - Julian Rotter"، وهي النظرية الوحيدة في هذا الميدان، بالإضافة إلى النظرية المعرفية - الاجتماعية Social-Cognitive Theory، التي تنص على أن تطور الشخصية يتحقق أساساً بمساهمة ثلاثة قوى متمثلة في الشروط البيئية (التعلم)، العوامل المعرفية - الشخصية و السلوك، تتفاعل للتأثير على طريقة الفرد في تقييم المعلومة وتأويلها، تنظيمها واستعمالها.

وقد طورت هذه النظرية من طرف عدة مختصين في علم النفس، أشهرهم "ألبرت باندورا (2001-1986) Albert Bandura"، والفرد حسب هذه النظرية ليس جيداً ولا سيئاً وإنما متأثر بالعوامل الثلاثة التالية:

• العوامل المعرفية-الشخصية (Cognitive-Personal Factors) :

تتضمن العوامل المعرفية مجمل الاعتقادات، التوقعات، القيم، النيات والأدوار الاجتماعية، وتقوم بقيادة التطوير الشخصي بالتأثير على رؤية الفرد للمعلومة وتأويله لها، أما العوامل الشخصية فتنضم المكونات الانفعالية، البيولوجية والوراثية (الجينية).

وبالتالي تعمل العوامل المعرفية-الشخصية على التأثير على السلوكات والأفعال بتأثيرها على التفكير والاعتقادات والشعور.

• السلوكات (Behaviors) :

وتشتمل على متنوع أفعال الشخص كالأشياء التي يقوم بها أو يتلفظ بها، وإذا كان السلوك يؤثر على الاعتقاد فإن البيئة تؤثر عليهما معا.

• العوامل البيئية (Environmental Factors) :

وتشتمل على المؤثرات الاجتماعية، السياسية، والثقافية وكذلك على التجارب التعليمية الخاصة. تؤثر العوامل المعرفية على إدراك الفرد لبيئته وتأويله لها، أما البيئة فتؤثر على اعتقادات الفرد وقيمه وأدواره الاجتماعية (المهداوي، 2009: 102).

نفهم من هذا أن تطور الشخصية متأثر ومرهون بتفاعل هذه العوامل الثلاثة كما يقر "باندورا (2001) Bandura"، إلا أن هذا الأخير ركز على العوامل المعرفية الشخصية. وعرفت هذه النظرية من قبل بنظرية التعلم الاجتماعي، إلا أن "باندورا" قرر حديثا تغيير مسمى النظرية حتى يركز على أهمية العوامل المعرفية في تطور الشخصية.

وتنص هذه النظرية على أن تطور الشخصية ونموها وتغييرها يكون متأثرا بأربع عمليات (أنساق) بشرية متميزة عن بعضها البعض: مهارة لغوية عالية (جد متطورة)، التعلم بالملاحظة، السلوك الهادف والتحليل الذاتي. ويعتقد أن هذه العمليات المعرفية الأربع تصل إلى أعلى مستوى من التوظيف عند الإنسان، وأن الشخصية والسلوك عنده مصقولان من أفكاره واعتقاداته.

• المهارة اللغوية (Language Ability) :

تعتبر وسيلة هامة لحمل وفهم المعلومة والتأثير على تطوير الشخصية، فالفرد يحوّل هذه المعلومة إلى أفكار، اعتقادات وقيم وأهداف، كلّها تصقل، توجّه وتحفز سلوكاته، كأن تجعله أكثر ثقة بنفسه وإصرارا أو عكس ذلك.

• **التعلم بالملاحظة (Observational Learning) :**

وهو يدمج المشاهدة، التقليد والتشكيل، إذ يكافئ الملاحظ نفسه في معظم الأحيان لتطوير بعض المعتقدات أو تحسين بعض السلوكات.

• **السلوك الهادف (Purposeful Behavior) :**

ويتمثل في قدرة الفرد على استباق الأحداث والتخطيط في القمة ووضع أهداف، بطريقة تؤثر على تطور شخصيته ونموها وتغييرها. مثلا تأثير التنظيم والانخراط السياسي على تشجيع روح المسؤولية والثقة والحيوية.

• **التحليل الذاتي (Self-Analysis) :**

وهو عبارة عن نسق داخلي يمكن الفرد من التحكم في أفكاره وأفعاله، كما يمكنه من تطوير شخصيته بصفة محسوسة إذا قرر تغيير أهدافه أو قيمه.

وتصبح العلاقة بين العوامل المعرفية والشخصية محققة ومحسوسة عندما نذكر مركز تحكم وكذا مدة الإرضاء (أو إشباع الحاجة) والفعالية الذاتية (المهداوي، 2009 : 104).

4. 2- أبعاد مركز التحكم:

لقد صيغ مركز التحكم على أنه استمرارية ذات بعد واحد تمتد من الخارجية نحو الداخلية، أي أن معظم الناس يتموقع في نقطة من هذا المحور فيميل إلى أحد الحدين أو يكون حياديا إذا كان في الوسط مثلما يوضحه الشكل التالي:

الشكل رقم(11): يمثل مفهوم مركز التحكم على محور أحادي البعد وثنائي الاتجاه.

مركز تحكم داخلي: اعتقادات الفرد بأن سلوكه موجه بقراراته ومجهوداته الشخصية.	مركز تحكم خارجي: اعتقادات الفرد بأن سلوكه موجه بالصدفة أو الحظ أو بظروف خارجية أخرى.
--	--

وبالتالي يعتبر مركز التحكم كمفهوم يرجع إلى سلسلة متصلة أحادية البعد، تمتد من الخارجية نحو الداخلية (المهداوي، 2009 : 104).

وقد صنف " روتر -Rotter" الأشخاص إلى صنفين حسب توقعاتهم حول قدراتهم على التحكم في الأحداث والتعزيزات:

4. 2. 1- ذؤو التحكم الداخلي: الذين يشعرون بالتحكم في مصيرهم، ويعتقدون أن سلوكياتهم ما هي إلا نتيجة لإرادتهم وأفعالهم، وأنهم مسؤولون عما يحدث لهم(التعزيز متوقف على السلوك الخاص).

ويشير "فاروق عبدالفتاح" أن: "مركز التحكم الداخلي هو اعتقاد الفرد بأنه يسيطر على مجريات الأحداث التي تصيبه بقدراته وخصائصه، وأن باستطاعته أن يتحمل مسؤوليات هذه الأحداث و يوجه اللوم إلى نفسه عندما تسير الأمور على غير ما يجب (بادي، 2011: 30).

كذلك نجد أن الأفراد من ذؤو التحكم الداخلي يشعرون بالتمكن والفاعلية للسيطرة على بيئتهم، و يعتقدون بأن هناك عدلا وإنصافا في البيئة المحيطة بحيث يقبلون المسؤولية عن الأحداث التي تجري في بيئتهم أو عالمهم الخاص(بادي، 2011: 30).

وهنا إذا كان الحصول على التعزيز متحكّم به بالعالم الداخلي للفرد فإنّ مصادره المحتملة هي:

- **الذكاء والقدرات العقلية:** فالفرد يعتقد أنّه يستطيع فهم البيئة والتحكم في أحداثها لصالحه، وهو المسؤول عمّا يناله من ثواب وعقاب.
- **المهارة والكفاءة:** والإستفادة من الخبرات السابقة للسيطرة على البيئة.
- **السمات الانفعالية والمزاجية:** فالفرد يكوّن اعتقادا حول نفسه بأنه يتوفر على خصائص تجعله يتحكم في الأحداث البيئية وينال التعزيزات المرغوبة، وهذه الخصائص هي: الثقة بالنفس، الإكتفاء الذاتي، الطموح والمثابرة الجديّة (نفس المرجع السابق: 30).

4. 2. 2- ذؤو التحكم الخارجي: الذين يشعرون بأن الحظ، الصدفة أو قوى خارجية تتحكم في مصيرهم، ويعتقدون أن نتائج سلوكياتهم لا تعتمد على أفعالهم وتصرفاتهم، وأنه لا يمكنهم ضبطها ولا التأثير فيها لأنهم غير مسؤولين عن ذلك(التعزيز يخضع لقوى خارجية).

وهي سمة شخصية تمكن الفرد من أن يعزو إنجازاته وقدراته وأعماله، سواء أكانت هذه الأعمال، الإنجازات والقدرات ناجحة أم فاشلة إلى عوامل خارجية بعيدة عن قدراته وإمكانياته الذاتية، كالصدفة، الحظ والقدر، وسلطة الآخرين، وهو بالتالي عاجز عن توجيه أو تغيير معظم ما يجري من أمور بيئته أوعالمه الشخصي أو التحكم بها. وهنا إذا كان الحصول على التعزيزات متحكّم به من طرف قوى خارجية فإنّ مصادره المحتملة هي ما يلي:

- **الحظ والصدفة:** يشير إلى إعتقاد الفرد بأنّ القوى الغريبة مثل الحظ والصدفة هي التي تتحكم في الأحداث الإيجابية أو السلبية في بيئته الخاصة، وإعتقاده بأنّ هذه الأحداث هي مرتبطة بأفعاله الخاصة أو بصفاته الشخصية، فهنا يعتقد الفرد أنّ العالم غير قابل

للتنبؤ، أو أنّ التأثيرات الاجتماعية غير الخاضعة للعقل من وجهة نظره هي المسؤولة عن نتائج سلوكه.

- **القدر:** فالفرد يكون اعتقاداً بأنه لا يمكن أن يغير من مسار الأحداث لأنها مقدمة سلفاً.
- **سلطة الآخرين والأقوياء:** وهو يشير إلى اعتقادات الفرد بأن أصحاب النفوذ أو سلطة الأقوياء يتحكمون في مصيره، ويقررون الأحداث التي تجري في بيئته، أو عالمه الشخصي، فهنا يكون التعزيز في أيدي الآخرين كالأباء، المسؤولين، المعلمين وهؤلاء لا يستطيع أن يؤثر فيهم لأنه ضعيف.
- **الحظ أو الصدفة والقدرة:** هذا المصدر مرتبط بالأول (الحظ والصدفة) والثاني (القدرة) حيث يكون الفرد اعتقاداً بأنّ العالم صعب والحياة معقدة ويصعب فهمها، وأنّ نصيب الفرد فيها مقدر سلفاً، وهذا يجعل شروط الحصول على التعزيز بعيدة عن التحكم الشخصي (بادي، 2011: 31).

إذا تتوافر قناعات التحكم الخارجية عندما يدرك الفرد المعززات والأحداث التي تعقب تصرفاته بأنها غير ناجمة عن سلوكه وإتّما هي نتيجة الحظ، الصدفة أو القدر، أما قناعات التحكم الداخلية فتكون موجودة عندما ينظر الفرد إلى المعززات والأحداث التي تعقب سلوكه على أنها نتيجة متوقعة لسلوكه الشخصي وسماته الشخصية (بادي، 2011: 32).

4. 3- سمات الأفراد الداخليين و الخارجيين في مركز التحكم:

يشير "جوليان روتر - Julian Rotter" إلى أنّ لكل فئة من فئتي مركز التحكم خصائص شخصية تميّزها عن الأخرى، وعلى ذلك فلقد أوضحت دراسة "سيمون (1979) Summon" حول بناء الشخصية ومركز التحكم عند التلاميذ بهدف معرفة هل يختلف بناء الشخصية لدى التلاميذ ذوي الاعتقاد في التحكم الداخلي عن التلاميذ ذوي التحكم الخارجي، و تشير نتائج الدراسة إلى وجود ارتباط منخفض بين درجات التلاميذ ذوي التحكم الخارجي مع مقياس قوة الأنا والإقدام والجرأة الاجتماعية و الثقة بالنفس و السيطرة و ذلك عند مقارنتهم بالتلاميذ ذوي التحكم الداخلي، وعن سمات التلاميذ ذوي التحكم الخارجي غالباً ما يتسموا بالهياج، الحساسية، سرعة التقلب، التوتر وعدم الثبات الانفعالي، و اتضح وجود ارتباط عال لدرجات التلاميذ ذوي التحكم الداخلي مع مقياس الفقة بالنفس، قوة الأنا العليا، أكثر نكاء و أكثر مرونة بالمقارنة بتلاميذ التحكم الخارجي، ومن خلال ذلك يمكن حصر سمات كل فئة في النقاط التالية:

4. 3. 1- سمات ذوي التحكم الداخلي:

إنّ الأفراد الذين لديهم اعتقاد قوي بأنهم يستطيعون أن يسيطروا على البيئة ويتحكمون في مصيرهم يتميّزون بمجموعة من الخصائص نذكر منها:

- أنهم أكثر وعياً بالعوامل البيئية التي قد تؤثر في السلوك.
- يأخذون خطوات جادة لتحسين ظروفهم البيئية.
- يعطون قيمة أكبر للمهارة وتدعيم الإنجاز وتعزيزه.
- يقاومون الخضوع والاستكانة للآخرين، ولديهم محاولات مناسبة للتأثير في الآخرين.
- لا يقبلون ما هو شائع دون نقد وتمحيص والحذر والقيام بأنواع السلوك الأقل خطراً.
- التوافق، فهم ما يملكون متغيّرات السلوك والاتجاهات وطرق التفكير التي تساعدهم على التوافق السوي مع المحيط الخارجي الذي يتفاعلون معه.
- قوة الأنا، ولا سيما الأنا الخاصة بالضمير والوازع الأخلاقي، والأنا الواقعية، التوافق مع الذات والمجتمع، الطموح والكفاح في سبيل تحقيق التفوق والامتياز والمثابرة من أجل الوصول إلى الهدف وتحقيق النجاح.
- الاهتمام بالمشورات المرتبطة بالموقف والميل إلى التخطيط مقدماً.
- الثبات الانفعالي.
- يميلون إلى إجهاد أنفسهم في بذل مزيد من الجهد والمثابرة على تتبع الأهداف بعيدة المنال، وإلى مقاومة محاولات الآخرين للتأثير عليهم.
- يميلون إلى البحث عن المعلومات ولا يكتفون بالإجابات المقدمة لهم، كما يتخذون التجارب السابقة كمرجعية للسلوكات اللاحقة، ويواصلون بذل الجهود رغم الفشل الذي يتعرضون له.
- يمتازون بسرعة في استنباط قاعدة ثابتة من الموقف الغامض واستخدام هذه القاعدة في حل المشكلة، بالإضافة لتفضيلهم المواقف التي تتيح لهم قدراً كبيراً من السيطرة والتحكم (بادي، 2011: 35).

4. 3. 2- سمات ذوي التحكم الخارجي:

إنّ الأفراد الذين لديهم إعتقاد في القوى الخارجية كالحظ، الصدفة، القدر والآخرين الأقوياء يتميّزون بمجموعة من الخصائص نذكر منها:

- انخفاض دافعية الإنجاز والتراخي.
- تكون لديهم سلبية عامة وقلق في المشاركة والإنتاج.

- تتخفف لديهم درجة الإحساس بالمسؤولية الشخصية عن نتائج أفعالهم الخاصة.
- يرجعون الحوادث الإيجابية و السلبية إلى ما وراء التحكم الشخصي بالإضافة لإفتقارهم إلى الإحساس بوجود سيطرة داخلية على هذه الحوادث.
- يميلون للإستجابة للضغوط الاجتماعية الحادثة من طرف الآخرين.
- تفضيل المواقف التي يكون فيها التحكم ضئيلا بصورة واضحة.
- يكونون أقل مثابرة وأقل نشاطا من الناحية المعرفية.
- إدراك عدم امتلاكهم ما يوصلهم إلى تحقيق النجاح، فالحظ، الصدفة وقوة الآخرين عوامل محرّكة لأحداث حياتهم.
- تباطؤ الأداء والاستسلام بسرعة عند مواجهة المشكلات.
- ارتفاع مستوى القلق وانخفاض الثقة بالذات، ومن ثم يتحركون بشك وريبة.
- الخوف والعجز في مواجهة ما يقابلهم من شدائد، حيث أنهم دائما في حاجة إلى توجيه الآخرين ومن ثم فهم أكثر تقبلا لسيطرة وتأثير الآخرين.
- الميل العصبي وإدراك الضغوط في حياتهم.
- أكثر إنصياعا وأسهل إقناعا، وأكثر قبولا للمعلومات من الآخرين.
- الميل لحدوث حالات إكتئاب نتيجة ما يلاقونه من صعاب، وما يواجهونه من مخاطر، وما يتعرضون له من أزمات خلال تفاعلهم مع المواقف المختلفة.
- يميلون إلى إظهار مثابرة أقل في الأعمال التي يكلفون بها من نظرائهم ذوي التحكم الداخلي الذين لديهم إرتباط جوهري بالقدرة على الإنجاز الأكاديمي.
- يتسمون بضعف الأنا عند مقارنتهم بذوي التحكم الداخلي (بادي، 2011: 36-37).

نلاحظ من خلال ما سبق ذكره أنّ الأفراد ذوي التحكم الداخلي يتسمون بسمات إيجابية، فيما نجد أنّ الأفراد ذوي التحكم الخارجي يتسمون بسمات سلبية تؤثر على معاشهم النفسي.

4.4- المفاهيم الجوهرية لمركز التحكم على ضوء نظرية التعلّم الاجتماعي:

بدأ "روتر-Rotter" الكتابة في نظرية التعلّم الاجتماعي سنة 1947، ونشر كتابه تحت عنوان "التعلّم الاجتماعي وعلم النفس الإكلينيكي" سنة 1954، وتلاه "باندورا-Bandura" بعد سنوات. وقد اعتمد "روتر" في صياغة نظريته للتنبؤ بالسلوك على عدة متغيرات ومفاهيم أهمها:

4. 4. 1- الرصيد السلوكي (Behaviour Potentiel):

يقصد به قدرة الفرد على اختيار سلوك معين من بين العديد من السلوكيات المحتملة في وضعية معينة، واختياره لسلوك دون آخر راجع لتصوره الذاتي لهذه الوضعية، إذ تتأثر طاقته بالموقف المثير وباختياره الواعي لذلك السلوك من بين اختيارات أخرى ممكنة.

تشتمل نظرية "روتير-Rotter" للسلوك على الأفعال الموضوعية القابلة للملاحظة والقياس، إضافة إلى الأفعال التي تصعب ملاحظتها مباشرة والتي يسميها "العمليات المعرفية الداخلية".

وأشار "روتير-Rotter" في تعريفه للسلوك إلى إمكانية استعمال أدوات ووسائل وطرق غير مباشرة من أجل قياس السلوكيات التي لا يمكن ملاحظتها، ومن بينها ملاحظة الأفراد وهم ينجزون مهمة ما وتقدير الزمن المستغرق في ذلك، والذي قد يكون دالا على طريقة حل المشاكل كما في حالة الحل المختار.

واعتبر "روتير-Rotter" أن المعايير والمبادئ التي تضبط السلوكيات الضمنية لا تختلف عن تلك التي تضبط السلوكيات الملاحظة الصريحة، وأن كلاهما مهم في تحديد الطاقة السلوكية والسلوك المختار (Schultz & al, 1993: 413).

4. 4. 2- مفهوم التوقع (Expectancy):

ويتعلق بالاعتقاد في إمكانية التنبؤ بمكافأة ما عند قيام الشخص بسلوك معين في وضعية ما، أي أنه مرتبط بالتوقع الذي يكون في صيغة احتمال أو إمكانية ظهور التعزيز. تتحدد هذه الدرجة من التوقع بعاملين:

- **العامل الأول:** يتمثل في طبيعة التعزيز الأولي المختار للسلوك والذي يحدد اتجاه معين في الوضعية، والتساؤل حول الوقت الذي تطلبه والزمن الذي حدث فيه وتردده.

مثلا: هل حدث هذا التعزيز مرة واحدة أو عدة مرات؟ في الماضي البعيد أم الماضي القريب أم في الحاضر؟ هل يتم في المناسبات أو دائما؟، وبهذه الطريقة يؤثر التعزيز السابق على التعزيزات المستقبلية.

- **العامل الثاني:** يخص درجة التوقع الخاضعة لامتداد التعميم ومدى تقييم الوضعيات إلى وضعيات أخرى من حياة الفرد، تعد التوقعات المعقدة ذات أهمية كبيرة عند مواجهة وضعيات جديدة، لأنه لا يمكن التنبؤ بتعزيز معين إثر قيامنا بسلوك معين إذا لم نعيش هذه

الوضعية من قبل، ولذلك ينبغي بناء توقعات للعالم من حولنا بناء على استجاباتنا وخبراتنا السابقة في الوضعيات المتشابهة (Schultz & al,1993: 412-414).

4. 4. 3- قيمة التعزيز (Reinforcement Value):

وتعتمد على درجة تفضيل الفرد لتعزيز معين دون غيره، في وضعية يمكن أن تظهر فيها عدة تعزيزات (أي أن إمكانية ظهور كل التعزيزات الأخرى متساوية). وهي تنص على أن الأشخاص يختلفون فيما يرونه محفزاً، وهذا التفضيل نابع من تجربة الفرد في الجمع بين التعزيزات السابقة والحالية.

وتشير قيمة التعزيز إلى النتيجة الذاتية المرتبطة بالنتيجة المنتظرة، حيث يمكن تحديد قيمة التعزيز من خلال مدى ارتباطه بالتوقع، إذ أن التعزيز يقوي التوقع لحدوث سلوك معين في المستقبل. وما يكون معزواً لشخص ما قد لا يكون بالضرورة معزواً لشخص آخر، وما هو إيجابي بالنسبة للفرد في ظروف معينة قد لا يكون كذلك في ظروف ومواقف مغايرة. فالمعززات ترتكز على خبرات الفرد وتفاعلاته مع محيطه، وتتجم عن تفضيلاته انطلاقاً من تجاربه المرتبطة بتوقعاته المستقبلية حول هذه التعزيزات، وهذا ما يبرز قيمتها (المهداوي، 2009: 106).

ولقد ميز "روتر-Rotter" بين التعزيز الداخلي و بين التعزيز الخارجي، فالتعزيز الداخلي هو خبرة الشخص أو إدراكه بأنّ حادثة ما قد وقعت و أن لها قيمة بالنسبة له، وهذه القيمة قد تكون إيجابية وقد تكون سلبية، و تحدد إيجابية القيمة أو سلبيتها بأثر نتائجها على تكرار السلوك.

أما التعزيز الخارجي فيشير إلى وقوع الأحداث أو النتائج المعروفة بأنها ذات قيمة تعزيرية للجماعة أو في الثقافة التي ينتمي إليها الفرد.

ويمكن قياس التعزيز بعدة طرق منها: طريقة الترتيب، وحسب هذه الطريقة يعرض على الفرد عدة تعزيزات لأداء مهمة أو عمل باستطاعته القيام به، وترتيب هذه التعزيزات حسب قيمتها بالنسبة له، وهناك الطريقة السلوكية وفيها يطلب من الأفراد أن يختاروا تعزيراً واحداً من تعزيرين لأداء عمل أو مهمة معينة، بشرط أن يكون قادراً على القيام بها وذلك للتحكم في متغير التوقع (بادي، 2011: 40).

4. 4. 4- الموقف النفسي (Psychological Situation):

الفرد حسب "روتر-Rotter" في استجابة مستمرة لمحيطه الداخلي والخارجي، وهذين المحيطين في تفاعل مستمر بينهما وفي اتفاق مع خبرة الفرد الذي يستجيب بناء على إدراكه النفسي

للوضعية الخارجية المثيرة. يحفز الموقف النفسي الفرد للوصول إلى أفضل إشباع في ظروف معينة، كما يؤثر على التوقع وقيمة التعزيز وهو بذلك يلعب دورا حاسما في تقرير اتجاه السلوك.

وبالتالي فإن الوضعية النفسية تسمح بتوقع السلوك إضافة إلى عناصر الشخصية كالسمات والدوافع (الثابتة نسبيا). ويتبنى " روتر-Rotter " هذه الوجهة التفاعلية فيما يخص التأثير المشترك للمتغيرات الشخصية وتلك المتعلقة بالوضعية، حيث تتدخل في ذلك الخبرات السابقة الخاصة بتوقع التعزيز في وجهة محددة وكذلك إدراك الشخص للوضعية (Rotter, 1990).

وهذا ما يضع " روتر-Rotter " في موقف وسطي بين المنظرين الذين يركزون فقط على المتغيرات الداخلية والسلوكيين الذين يركزون فقط على المتغيرات الخارجية، وينتقد إهمالهم لعوامل أخرى مثل الدور الوسيط للتوقعات وغيرها من العمليات المعرفية. فالسلوكيون مثلا يهتمون بإمكانية أن يكون لنفس المثير تأثيرات مختلفة على السلوك في وضعيات مختلفة، مثل "سكينر-Skinner" الذي اقتصر على دراسة الأشخاص منعزلين عن التجارب الاجتماعية، ودراسته الخاصة باستجابات الحيوانات التي لا تساهم كثيرا في فهم السلوك الإنساني المتميز بالتعقد الشديد (المهداوي، 2009: 107).

إلى جانب المفاهيم المذكورة يمكن إضافة مفاهيم أخرى ساهمت في صياغة النظرية وتساهم في فهم أوفر لها، ونقصد حرية التصرف وكذا المستوى الأدنى للهدف.

4. 4 -5 حرية التصرف (Freedom of Movement):

وتتمثل في درجة توقع الفرد بأنه سوف يحقق تعزيزا معيناً كنتيجة لسلوك ما، فالتوقع العالي يؤدي إلى حرية كبيرة في التصرف مما يؤدي إلى توقع النجاح في أهداف الإنجاز، بينما تؤدي محدودية التصرف لدى الفرد إلى التنبؤ بالفشل أو العقاب.

وترتبط حرية التصرف بعدة عوامل، منها نقص المعرفة حول كيفية إنجاز أو تحقيق هدف ما، أو سوء تفسير المواقف السابقة التي تؤدي إلى تعميم اعتباطي للمواقف الحالية وتؤدي إلى توقع الفشل في حالة تعميم المواقف السلبية، وقد ينشئ الكثير من السلوكيات المرضية من محاولة تجنب الصراع بين الأهداف المهمة للفرد والحرية المحدودة في التصرف (Schultz , 1993 , p:415).

4. 4 -6 المستوى الأدنى للهدف (Minimal Goal Level) :

وهو يشير إلى أدنى مستوى أو حد لطاقة التعزيز في وضعية أو موقف معين، أو حالة ما مدركة على أنها مرضية ومقنعة، تتواجد المعززات على محور متواصل إذ يبدأ الفرد بالمعززات التي

يرغب فيها بدرجة أكبر وينتهي بتلك التي لا يرغب فيها، والمستوى الأدنى للهدف هو الحد الذي تصبح فيه التعزيزات المرغوبة غير مرغوبة. إذ يضع الأفراد أدنى مستوى للهدف في عدة مواقف انطلاقاً من الدرجة التي يعتبرونها مقبولة، ويختلف هذا المستوى حسب الأهداف والمواقف وكلما كان التعزيز مساوياً للمستوى الأدنى للهدف أو يفوقه، كلما كانت حرية الفرد في التصرف أكبر وتوقعه للنجاح أكبر، والعكس يؤثر سلباً على الصحة النفسية والحالة العاطفية للفرد.

إلا أن هناك إمكانية رفع المستوى الأدنى للهدف أو خفضه من خلال تغيير قيمة التعزيز (Schultz , 1993 , p:415).

ويتفق "روتر - Rotter" مع "باندورا - Bandura" في اعتماده على التعزيز الخارجي والعمليات المعرفية الداخلية في تفسير السلوك، إلا أنه يتعامل مع العمليات المعرفية بشكل أوسع من "باندورا - Bandura" حتى أنه جعل السلوكي "معرفياً" حسب تقييم بعض السيكولوجيين. فالفرد حسب "روتر - Rotter" يدرك ذاته ويعلم بوجوده وبما يحدث له وهو قادر على التأثير في تجاربه وأخذ القرارات التي تنظم حياته.

وإن كان التعزيز الخارجي مهماً في نظرية "روتر - Rotter" فإن فعالية التعزيز تتوقف على القدرة والمهارة المعرفية، وهو يعتبر الشخصية تفاعلاً للفرد مع محيطه بطريقة تجعل سلوكه متأثراً بالتوقع الذاتي للجانب الخارجي للسلوك في شكل تعزيز تابع لهذا السلوك، ومتأثراً كذلك بالوضعيات الخارجية التي توجه السلوك (Rotter, 1966 , p:5).

وبهذا تهدف دراسة "روتر - Rotter" إلى إدماج اتجاهين في أبحاث الشخصية المتمثلة في النظريات التعزيزية والنظريات المعرفية، كما أشار إلى ضرورة أن ينظم الفرد علاقة سببية بين سلوكه والتعزيز التابع لهذا السلوك في وضعيات التعلم، إذ أنه وضع سلماً للاتجاهات (سلم داخلي - خارجي) سنة 1966، يسمح بالتمييز بين الأفراد في وضعية تعلم معينة، أي بين الذين يعتقدون أن التعزيز متوقف على سلوكهم الخاص وبين الذين يخضعونه لقوى خارجية. وقد ساهم هذا السلم في إثراء الكثير من الأبحاث وطبق في ميادين عيادية، تربية ومهنية (Schultz , 1993 , p:423).

ويعتبر "روتر - Rotter" أول من استخدم طرق البحث التجريبية والارتباطية لبناء واختبار نظريته، وركز على ارتباط السلم الداخلي - خارجي بقياس السلوك والشخصية. وأصبح مركز التحكم أحد المتغيرات المدروسة بكثرة في علم النفس وكذا في علوم اجتماعية أخرى (Rotter, 1990 , p:489).

و يجب الإشارة إلى قلة التنظير فيما يتعلق بهذا المفهوم كما ذكرنا سابقا، إذ تعتبر نظرية "روتر - Rotter" الوحيدة في هذا الميدان. ورغم وجود عدة دراسات واهتمامات من قبل عدة باحثين إلا أنها عبارة عن مساهمات متمثلة في إدراج تعديلات على السلم أو تكوين سلالم جديدة لتطبيقها في ميادين عدة وربطها بمفاهيم أخرى.

4. 5- المفاهيم المرتبطة بمركز التحكم:

من خلال اتجاهات نظرية مختلفة، وتحت عناوين متعددة تحدث علماء النفس عن قدرة الفرد على التحكم في بيئته الخارجية أو عالمه الشخصي الداخلي من خلال تفاعله مع المواقف والأحداث البيئية، فظهرت بذلك العديد من المفاهيم مثل: الكفاءة، الدافعية الداخلية، العزو السببي، العجز المكتسب والتي تفيد في وصف الدرجة التي يكون الفرد فيها قادرا على التحكم في الأحداث الهامة التي تحدث في بيئته.

و أشارت الأبحاث حول مركز التحكم والتفاؤل والعجز المكتسب إلى الآثار الإيجابية الناجمة عن إدراك الفرد لنفسه على أنه ذو كفاءة وفعالية، وقد قام "باندورا(1986) Bandura" باستنتاج مفهوم الفعالية الذاتية من مجمل نتائج هذه الأبحاث والذي يرتبط بمفهوم التفكير الإيجابي، إذ أن الأشخاص المتأكدين من فعاليتهم الشخصية هم أكثر مثابرة وأقل قلقا واكتئابا من الآخرين "جيقاس(1989) Gecas"، "مادوكس(1991) Maddux" و"كرفار(1992) Carver" (المهداوي، 2009: 108).

4. 5. 1- الإعتقادات:

حسب النظرية المعرفية الاجتماعية لـ "باندورا - Bandura" تؤثر السيرورات المعرفية على تطور الشخصية ونموها وتغييرها، وتتجسد العلاقة بين العوامل المعرفية والشخصية في مجموعة من الاعتقادات التي تؤثر على السلوك. تتمثل هذه الأخيرة إلى جانب مركز التحكم، في الفعالية الذاتية ومدة الإرضاء.

4. 5. 1. 1- الفعالية الذاتية (Self-Efficacy):

وهو الشعور بالكفاءة والفعالية والقدرات الذاتية في التعامل مع المواقف الحياتية، وهي مختلفة عن تقدير الذات لأنها ترجع إلى الشعور بالقيمة، وتختلف عن مركز التحكم في كون هذا الأخير متعلق بضبط التعزيزات وتوقع النتائج عكس الفعالية الذاتية التي تتكون بالفكر الإيجابي ولكن أيضا بالنتائج المرضية، كما أن ذوي التحكم الداخلي لا يعتقدون بأنهم قادرين على القيام بالسلوكات بقدر ما يشعرون بمسئوليتهم عن نتائجها (المهداوي، 2009: 109).

ترجع الفعالية الذاتية إلى ثقة الفرد في مهاراته في تنظيم وتنفيذ سلوك نحو الفعل، لحل مشكل أو إنجاز المهمة. ويحكم الفرد على فعاليته الذاتية بتنسيق أربع مصادر للمعلومات، تتمثل هذه الأخيرة في:

- استعمال الفرد لتجاربه السابقة الخاصة بالنجاح والفشل في مهمة مماثلة للتنبؤ بإنجازه الحالي.
- مقارنة إمكانياته بإمكانيات الآخرين.
- الاستماع إلى ما يقوله الآخرون حول إمكانياته.
- استعمال الرد (أو التغذية الراجعة) من الجسد لتقييم قوته، وقابليته أو ضعفه، وإمكانياته (Bandura,1999 ; Zimmermann, 2000).

وبالتالي حسب هذه النظرية، يكون تحفيز الفرد ودافعيته للإنجاز والتحقيق والنجاح في مختلف المهام والوضعيات، متأثراً بشدة ومدى اعتقاده وإيمانه وثقته في إمكانياته. بعض الأشخاص لديه إحساس عالي من الفعالية الذاتية في كل المهام والوضعيات، وبعضهم في مهام ووضعية معينة، والبعض الآخر لديه إحساس متدني من الفعالية الذاتية (المهداوي، 2009: 109).

4. 5. 1 - 2- مدة الإرضاء (Delay of Gratification):

ترجع إلى عدم أخذ مكافأة آنية ولكن أقل متعة، وعضوا عن ذلك انتظار ومتابعة هدف أو إنجاز يعد بمكافأة أفضل في المستقبل. وهي مرتبطة بأفكار التحكم الذاتي والتطور والقوة المستقبلية، وهو مهم في توجيه سلوك الفرد. فالطفل الذي تعلم تأجيل المكافآت يصبح في سن الرشد أكثر كفاءة، وأكثر قدرة على التركيز، ويتحمل مسؤوليات اجتماعية أكبر. أما العجز عن تأجيل المكافآت فمرتبط بمشاكل التحكم والتعديل الذاتي التي تشمل العنف المتهور واضطرابات الأكل واستهلاك المخدرات وغيرها من الأفعال التي لا يقدر الفرد عواقبها إلا بعد حدوثها (Peake & al.,2002).

4. 5. 2- خصائص الشخصية:

وقد تم منذ العشرية السابقة ربط عدد من عوامل الشخصية على غرار مركز التحكم والتفاوض/تفاوض والصلابة والنمط أ من السلوك، بالشعور (العالي أو المتدني) بانفعالات إيجابية أو سلبية، والتي تتدخل في رفع أو خفض مستويات الضغط وتطوير أعراض سيكوسوماتية

(Salovey & al,2000)

4. 5. 2. 1- التفاؤل (Optimism):

وهو يعتبر سمة ثابتة نسبيا للشخصية، ويؤدي إلى الاعتقاد والتوقع بأن المستقبل سيكون مليء بالأحداث الإيجابية وأن أشياء سعيدة سوف تحدث. ومن إحدى الطرق التي يقلل بها المتفائلون من مستويات الضغط لديهم، نذكر التركيز على ما هو إيجابي أو ما يسمى بـ "إعادة التقييم الإيجابي-Positive reappraisal". يتضمن هذا الأخير اكتشاف الفرص الجديدة للتطوير الشخصي، كما يدمج التطور الشخصي الراهن، ورؤية الفرد كيف يمكن لأفعاله أن تفيد الآخرين. فباستعمال إعادة التقييم الإيجابي يستطيع الفرد أن يغيّر المعنى الذي يعطيه للوضعيات بجعله أكثر إيجابية، ويرفع بذلك شعوره بانفعالات إيجابية (Folkman & Moskowitz, 2002).

وقد وجد الباحثون أن الأشخاص الذين يدركون أنفسهم على أنهم متحكمون (أي in control) لديهم مركز تحكم داخلي، يكونون أكثر احتمالا بتطوير اتجاهات تفاؤلية في التعامل مع الضغوط (Klein & Helweg-Larsen, 2002).

وبصفة عامة يجرب المتفائلون عددا أكبر من الانفعالات الإيجابية ويصرحون بمستويات أدنى من الضغط وأعراضا أقل من الأعراض السيكوسوماتية (Taylor & al., 2000).

أما الفرد المتشائم الذي يتوقع ويعتقد في حصول أحداث سلبية أو سيئة، فيقوم بإعادة تقييمه للوضعيات بإعطائه معنى سلبي، وبالتالي فهو يجرب مجموعة من الانفعالات السلبية كالغضب والعداونية والخوف والقلق، كما يكون أقل مهارة في البحث عن الدعم الاجتماعي أو تلقيه، ويصبح أكثر عرضة للأمراض وللموت المفاجئ (Leedham sudden death & al., 1995). وقد ارتبط التشاؤم في الكثير من الدراسات بالارتفاع في مستويات الضغط، والانخفاض في توظيف نظام المناعة، وتجربة مساحة واسعة من الاضطرابات كالضغط الدموي ومشاكل القلب وآلام الرأس والحساسية وآلام المعدة وغيرها (Vahtera & al., 2000).

4. 5. 2. 2- الصلابة أو التماسك (Hardiness):

بعض الأشخاص يظهرون مهارة أكبر في التعامل مع الوضعيات الضاغطة مقارنة بالآخرين، وعند دراسة الخصائص الشخصية لهؤلاء (مثلا مديرين تنفيذيين ومحامين جربوا ضغطا معتبرا خلال السنوات الثلاث السابقة للدراسة) توصل الباحثون إلى أن حفاظهم على الصحة الجسدية والنفسية راجع إلى امتلاكهم لثلاث ميزات للشخصية تجتمع في مفهوم الصلابة (Kobasa, 1982).

وهو مجموعة منسقة من ثلاث سمات للشخصية تتمثل في التحكم (control)، والتعهد (الالتزام) (committment)، والتحدي (challenge). وغالبا ما تدعى بـ الثلاث "ت" 3Cs. وهي تقي الفرد من الآثار السلبية والمؤلمة المحتملة للوضعيات الضاغطة، وتقلل من خطر تطوير الأمراض السيكوسوماتية، وتساعد الفرد في المواجهة الفعالة للضغوط، كما تساهم في خفض من آثار الإحباطات اليومية (Beasley & al., 2003).

• **نمط السلوك "أ" (Type A Behavior):** وهو من العوامل التي تجعل الفرد معرضا للوقوع في اضطرابات نفسية والإصابة بأمراض جسدية نتيجة الإخفاق في التعامل السليم والمواجهة الفعالة للضغوط.

ويرجع إلى تنظيم منسق من الأفعال-انفعالات وسمات الشخصية التي تدمج دافع مفرط للتنافس والعدائية نحو تحقيق الأهداف، تصرفات عدوانية عند الإحباط، شعور اعتيادي بعجلة الوقت، إيقاع كلامي سريع ومفاجئ، الإدمان على العمل. وهناك من اعتبره كنمط تفاعلي بين الفرد ومحيطه، وبالتالي فهو يظهر فقط في وضعية أو بيئة محددة، كالجو التنافسي مثلا، إلا أنه ليس من السهل التمييز بين التنافس الحقيقي من ذلك الذي يدركه الفرد (المهداوي، 2009: 111).

وفي المقابل وصف النمط "ب" من السلوك (Type B Behavior) بكونه سهل ومسترخ، هادئ وصبور. وكان هذا تصنيف سنوات السبعينات للنمط "أ" للسلوك، إذ وصف بالنمط: متهور (برم) Impatient-عدواني Hostile-مدمن على العمل (Workaholic) (1970s)

(Friedman & Rosenman, 1974).

أما في الثمانينات فقد عدل النمط "أ" للسلوك ليصبح: النمط مكتئب Type A Behavior Depressed - غاضب Angry - تنافسي Competitive (1980s)، إذ يكون الفرد مكتئبا، ومتنافس عدوانيا، سهل الإحباط، قلق وغاضب أو مزيج من هذه الصفات (Booth- Kewley & Friedman, 1987).

وفي التسعينات أصبح النمط "أ" للسلوك إثر تعديل آخر النمط: عدواني-غاضب Type A Behavior : Hostile- Angry (1990s)، وهو يمثل الأشخاص الذين يشعرون بالغضب والعدوانية في أغلب الوقت ولكنهم سواء يقدرين أو لا يقدرين على التعبير عن هذه الانفعالات أمام الجمع (Miller & al., 1991).

وقد تم حديثا إجراء تعديل في النمط "أ" للسلوك باقتراح الازدواجية المتلازمة عدواني/غاضب Type A Behavior : Hostile /Angry (2000s)، حيث أشار الباحثون إلى أن الأفراد الذين

يظهرون دائما مشاعر الغضب/ عدوانية أو الذين يكبحونها دائما هم الذين يتضررون أكثر من آثار الضغط (Smith, 2003 ; Finney,2003).

نشير إلى أن الفرد ذو النمط "أ" يتميز بحاجة للتحكم في المحيط حتى يقلل من الشك. وقد اعتبر بعض الباحثين هذا النمط على أنه نمط ذو بعد ثابت في الشخصية، بينما اعتبره آخرون على أنه نمط سلوكي. وقد برز في الحالتين دوره المعدل للعلاقة بين مختلف الضواغط والحل التكيفي الفردي.

4. 5. 3- الإسنادات وآثارها:

هذه الأخيرة تتعلق بتفسير الوضعية بينما يتعلق مركز التحكم بتفسير الأحداث، وهما يشتركان في موضوع الإدراك ومركز السببية داخلي/خارجي.

4. 5. 3. 1- الإسنادات (Attributions):

وهي التفسيرات السببية التي يصدرها الشخص حول ما يحدث له وللآخرين، وذلك بهدف فهم وتنظيم محيطه، ولها عدة آثار علائقية، نفسية وصحية.

وتلعب الإسنادات دورا وسيطا هاما بين إدراك الوضعيات غير القابلة للتحكم والتكيف النفسي لمثل هذه الوضعيات.

يتضمن مركز التحكم البعد داخلي-خارجي مما يجعله قريبا من الإسناد السببي، وهذا ما جعلنا نخص بالذكر نظريتي "وينر-Weiner" و "هايدر-Heider". إذ يحدث لنا في أغلب الأحيان أن نبحث عن أسباب ظهور عدة أحداث في حياتنا والتفسير الذي نعطيه يعتبر إسنادا. ويعتبر هذا البحث عن المعلومات طبيعيا جدا، لأن الفرد حسب "هايدر (1985) Heider" بحاجة إلى معرفة محيطه بهدف تنظيمه والتحكم فيه. وتعد هذه المعرفة أساسية لمعيشتنا الاجتماعية لأنها تساعدنا على اتخاذ القرارات في كل ميادين حياتنا.

إلا أن الإسنادات التي تصدر ليست دائما موضوعية أو "صحيحة"، كما يمكن أن تنتج إسنادات مختلفة انطلاقا من وضعيات متماثلة. فكل منا طريقتة في التنبؤ بالمحيط الاجتماعي، وقد نصل إلى نتائج مختلفة في هذا البحث السببي لأننا نملك مصفاة ونماذج مميزة. كما أن الإسنادات المختلفة تؤدي إلى آثار مختلفة. لكننا لا نرغب في إيجاد أسباب الأحداث التي تحدث لنا فحسب، بل نرغب أيضا في اكتشاف سلوك الآخرين والإسنادات التي نصدرها لتفسيره قد تلعب دورا هاما في صقل سلوكنا تجاههم (المهداوي، 2009: 112).

تسند عموماً ثلاثة أنماط من الإسنادات منها السببية (Attributions causales) ومنها التهيئية (Dispositionnelles) ومنها إسنادات المسؤولية (Responsabilité). وهي مهمة لأنها تسمح لنا بفهم محيطنا الاجتماعي، والتنبؤ بالأحداث التي تحدث فيه، والحفاظ على القيمة الشخصية، وإيصال نظرتنا للأحداث إلى الآخرين. وقد تمت صياغة نمطين من النظريات في ميدان الإسنادات، وهي نظريات الإسناد التي تبحث في كيفية بناء وإصدار الإسنادات والنظريات الإسنادية التي تهتم بالآثار المترتبة عن هذه الإسنادات.

يعتبر "فريتز هايدر-Fritz Heider" من المنظرين الأوائل الذين ألفتوا الانتباه إلى أن الأفراد يبحثون عن معرفة سبب حدوث بعض الأمور. وعرض لهذا الغرض في كتابه الكلاسيكي سنة (1958) "The psychology of interpersonal relations" تحليلاً للفعل بإعطائه نظرة ظاهرية للأسباب المؤدية للفعل، وقد عرض في نموذج الإسنادي العلاقة العكسية بين القوى الشخصية (التحفيز الذي يرتبط بالنية والمجهود والمهارة المرتبطة بالقدرة) والقوى البيئية (صعوبة المهمة المرتبطة بالقدرة) وارتباط هذه العوامل الثلاثة (النية، المجهود والقدرة) بالفعل أو السلوك ونتائجه (المهداوي، 2009: 113).

والعلاقة العكسية تعني أنه عندما يدرك الفرد القوى الشخصية على أنها عالية فإن ذلك يؤدي إلى إدراكه للقوى البيئية على أنها ضعيفة والعكس.

وقد أدخل "هايدر-Heider" مفاهيم هامة نذكر منها "تكوين الوحدة-Formation de l'unité" و"الأشخاص كنماذج أولية- Les individus comme modèles primaires". يرتبط تكوين الوحدة بالسياق الذي بواسطته يعتبر كل من الفاعل (أو الأصل) والفعل (أو الأثر) أجزاء لوحدة سببية. واهتم بالتشابه بين أجزاء الوحدة متأثراً في ذلك بمبادئ "ويرثينر-Wertheimer" المتعلقة بتنظيم الإدراكات، حيث اعتبر عوامل التشابه والتقارب محددات إسنادية (أي أن حدثان متشابهان أو يقعان بالقرب من بعضهما لهما حظوظ في أن يكون أحدهما سبباً للآخر). والنتيجة المهمة لهذه العلاقة الحتمية بين الفاعل والفعل تتمثل في أن الإسناد إلى "الشخص" يكون أكثر احتمالاً من الإسناد إلى "الوضعية"، فالأشخاص هم بمثابة "نماذج للأصل". وتحظى الإسنادات للأشخاص بهذا الاهتمام لأن هناك سببية خاصة بالإنسان متميزة عن السببية المتعلقة بعناصر الطبيعة، وذلك في طابعها الأخلاقي الذي يحتضن القدرة التي تضيف القيمة على صاحبها (Fauconnet, 1982: 177-178).

وبالحديث عن السببية، فإن نمط الإسنادات السببية يحمل على البحث المعمق لأسباب حدث ما، مثل السبب المستعمل لتفسير النجاح أو الفشل أو لتفسير نقص التحكم في المحيط (Weiner,1985a).

نذكر في هذا الإطار نظرية "وينر-Weiner" التي تنص على أن خصائص الإسنادات السببية تتمثل في أبعاد ثلاث وهي: "مركز السببية"، "الثبات الزمني" و"التحكم". إذ يمكننا مركز السببية من تمييز مصدر سبب الفعل الذي قد يكون داخليا أو خارجيا، أما البعد المتعلق بالثبات فيرتبط بإمكانية التغيير المستقبلي لسبب السلوك، ويتميز هذين البعدين على مستوى التحكم الذي يتعلق بإدراك سبب ما على أنه قابل أو غير قابل للتحكم.

وقد اقترح "أبرامسون و آخريين (Abramson & al(1978) إلى جانب الأبعاد السببية الثلاثة لـ "وينر - Weiner " بعدا رابعا متمثلا في الشمولية، والذي يشير إلى التعميم بين الوضعيات. إذ يعتبر السبب شاملا إذا انتقل من وضعية إلى أخرى، ويعتبر خاصا إذا اقتصر على وضعية معينة. كما قدم "وينر - Weiner" أربع عوامل لتفسير الوقائع تتمثل في "الجهد، القدرة، صعوبة المهمة والحظ.

ويعد تصنيف الإسنادات مفيدا لأنه يساهم في جمع الإسنادات ويمكن من المقارنة بين آثار الأنماط الإسنادية المختلفة، كما أن الأبحاث الحديثة أثبتت أن الأشخاص يستعملون فعلا الأبعاد السببية الثلاث عندما يصدر عن إسنادات بطريقة عفوية (Weiner,1985b).

أما الفرق بين مفهومي الإسناد ومركز التحكم فيتجلى في نقطتين:

- الأولى: تتمثل في أن دراسة مركز التحكم لا توصلنا إلى تفسير خاص لحدث معين، ولكن إلى توقعات وميول عامة للفرد تخص التعزيزات بصفة عامة.
- والثانية: هي أن نظريات الإسناد تميل إلى الوضعية في علم النفس.

وتندرج كلتا النظريتين في إطار معرفي وتتقاسمان موضوع الإدراك وكثيرا ما تتناول الدراسات هذين المفهومين معا.

4. 5. 3. 2- العجز المكتسب (Learned Helplessness):

"وهو حالة نفسية ناجمة عن أحداث غير قابلة للتحكم تطرأ بصفة متكررة وتؤدي إلى حالات انفعالية ومعرفية وتحفيزية متدنية" (9: Seligman,1975)، وقد تكلمنا عنه في الجزء المخصص

للاكتئاب وذكرنا أنه من النظريات الإسنادية التي تهتم بآثار الإسنادات على الصحة النفسية وعلى العلاقات البينشخصية والسلوك.

4. 5. 4- متغيرات التحكم:

كما نجد في الدراسات عدة صياغات مجاورة لمركز التحكم ترجع إلى تناولات ومركبات مختلفة ومتميزة تتمثل في متغيرات التحكم ونذكر منها التحكم المدرك والرغبة في التحكم والحاجة إلى التحكم.

4. 5. 4- إدراك التحكم (Perception of Control):

يشير إلى المعتقدات الخاصة بإمكانية الضبط والتوقعات واحتمالات التحكم، وأشار "رودان - Rodin" سنة 1986 إلى أن إدراك التحكم في وضعية خاصة هي حالة ذاتية تتعلق بالتفكير في إمكانية القرار، وهذه الوضعية تؤدي إلى تعديل النتائج لتصبح أفضل.

أما "باركس وفولكمان (1984) Parkes & Folkman" فيصرحان بوجود علاقة قوية بين مركز التحكم الداخلي وبين إدراك وضعية أو موقف ما على أنه قابل للتحكم (المهداوي، 2009: 115).

وقد صرح "والستون (1989) Wallston" بأن مجرد معرفة الفرد بأنه يملك الإجابات الخاصة التي تمكنه من مواجهة الوضعية، حتى ولو أنّ هذه الإجابات ليست مستعملة بالفعل، يساهم في التخفيف من تأثير الضغط و تحسين حالة المعاناة الانفعالية للأفراد، أي أن الأهم هو إدراك التحكم أو "التحكم المدرك". يرتكز هذا الأخير على التقييم النسبي للخطر أو التهديد كما يعتمد على الموارد الفردية، إذ تعتمد الآثار الإيجابية للتحكم المدرك على تقييم الفرد للوضعية الضاغطة، وأيضاً على التأكد من أنه يملك الإجابات السلوكية التي سوف تكون فعالة.

ولكن رغم كون إمكانية التحكم الناتجة عن المحيط تبدو مسهلة للتوافق، إلا أنه يمكن أن تكون لها آثار سلبية إذا لم تكن متناسبة مع الخصائص الفردية للأفراد. يمكن حالياً أن نعتبر التحكم المدرك كنتيجة التفاعل بين خصائص الفرد (بما في ذلك إمكانياته وحاجاته للتحكم) وخصائص الوضعية (التزويد بالمعلومات، اقتراحات سلوكية وأخرى متعلقة بالقرار).

وقد ظهر أن الأفراد الذين لا يدركون التحكم في أعراض مرضهم يقعون في اضطرابات اكتئابية حادة، وهذا يعني أن التحكم المدرك يتوسط العلاقة بين العجز الناتج عن المرض وتقييم الفرد لهذا العجز (المهداوي، 2009: 115).

4. 5. 4 -2 الرغبة في التحكم (Desire of Control):

أو التحكم المرغوب فيه، وهو الميل إلى ابتغاء التحكم في الأحداث التي تطرأ في حياة الفرد. وهي تختلف عن مركز التحكم المرتبط بالاعتقادات والتوقعات المتعلقة بالتحكم، وعن إدراك التحكم المتعلق بالتفكير الذاتي في إمكانية التحكم. فالرغبة في التحكم ترتبط بالتحفيز الخاصة بالتحكم، ولكن هذه الرغبة قد تتعدى مجرد التحفيز أو أن التحفيز قد تحركه الحاجة إلى التحكم التي تعتبر ضرورية للتوازن النفسي ويؤدي غيابها إلى عدة مشاكل صحية جسدية ونفسية (المهداوي، 2009: 115).

4. 5. 4 -3 الحاجة إلى التحكم (وجهة نظر العلوم العصبية وعلم النفس التجريبي):

هي عبارة عن وهم (Illusion) يصعب الاعتراف بوجوده لأننا لسنا واعين به تماما. فقد تولدنا الألعاب العقلية رؤية إيجابية تجاه العالم وتجاه أنفسنا حتى ولو كانت منافية للمنطق، والهدف منها هو رفع إحساسنا بالتحكم في الأحداث من أجل التخفيض من مستوى القلق الذي نشعر به طبيعيا تجاه أحوال المستقبل.

ولكن هل اعترافنا بعجزنا عن فعل أي شيء لتغيير وضعية ما يعتبر خطرا؟ نعم، على ما يبدو، لأن ذلك يفتح بابا لـ "كف الفعل"، ويستطيع هذا السلوك أن يسيء كثيرا إلى عضويتنا خلال مدة معينة. وكان البيولوجي الفرنسي "هنري لوبريت - Henri Laborit" هو الذي أشار إلى هذه الظاهرة في الستينات، إذ تشير أبحاثه إلى أن الدماغ يقع في حالة "كف الفعل" عندما يجد الشخص نفسه أمام وضعية تستحيل فيها المواجهة أو الهروب. والخطر يكمن في استمرار هذه الحالة والذي يؤدي إلى اضطراب داخلي (Dérèglement métabolique) يؤدي بدوره إلى اختلال هام لنظام المناعة، كما تتجم عنه هيئة اكتئابية (Posture dépressive).

ونلاحظ هذه الوضعية خاصة عند الناجين من الكوارث كحوادث الطائرة أو الحروب الأهلية مثلا، فهم يعيشون حالة من الضغط شبه الدائم ويفقدون القدرة على التوهم نتيجة اختفاء الانسجام الذي كان يغطي الطبيعة العشوائية وغير القابلة للتحكم.

ورغم الكثير من الدراسات فإنه لا يزال هناك غموض وتشابك بين مفاهيم إدراك التحكم، مركز التحكم والرغبة في التحكم كخصائص شخصية، وتأثيراتها المتباينة على الصحة النفسية. ومن بينها دراسة قامت على دراسة الفروق بين إدراك التحكم ومركز التحكم وعلاقتها بالرغبة في التحكم في اضطرابي القلق والاكتئاب

(C.Thériault & M.Alain,2000 ,département de psychologie- université du

Québec-3 rivières) . وكان هدف هذه الدراسة هو التأكد من صلاحية النموذج النظري لـ

"بيرجر (1992) Burger"، من أجل توضيح العلاقة الموجودة بين متغيرات التحكم والقلق والاكنتاب.

أجريت هذه الدراسة على عينة من 182 طالب من جامعة "Québec" واستعملت أدوات البحث المتمثلة في استمارة الرغبة في التحكم (Burger & Cooper, 1979) واستمارة إدراك التحكم (Paulhus, 1983) ومقياس مركز التحكم (Rotter, 1966) و سلم الإكنتاب والقلق (Costello & Comery, 1967). وكتحليل إحصائية Lisrel، والنمذجة بمعدلات بنويوية MSE.

وكانت النتائج كالتالي:

- فيما يتعلق بالاكنتاب فإن إدراك التحكم يضيف إلى التباين الذي سبق شرحه عن طريق مركز التحكم، وتؤكد أن إدراك التحكم هو مفهوم أوسع من مركز التحكم. لكن النتائج تختلف فيما يخص متغير القلق أين يعتبر مركز التحكم وحدة ذو دلالة. وتشير النتائج المتعلقة بالنموذج النظري لـ "بيرجر - Burger" فيما يخص تفاعل الرغبة في التحكم ومركز التحكم إلى أن افتراضات هذا الأخير مؤكدة جزئياً فقط، إذ اتضح أن المجموعة ذات رغبة عالية في التحكم ومركز تحكم خارجي (المجموعة المكتتبه حسب "بيرجر - Burger" هي أكثر اكنتاباً من مجموعة واحدة فقط من بين الثلاث مجموعات. أما فيما يتعلق بالقلق فإن النتائج جاءت عكس افتراضات "بيرجر - Burger" ونحصل على نفس النتائج عند استعمال مقياس إدراك التحكم عوض مقياس مركز التحكم (المهداوي، 2009: 117).

4. 5. 5- التفسير اليومي ومعيار الداخلية

: (Explication Quotidienne et Norme d'Internalité)

يتعلق التفسير في الحياة اليومية بسجلين أساسيين وهما الأحداث والسلوكيات.

- إذ يمكننا تفسير الأحداث التي تحدث للآخرين أو التي تحدث لنا، كأن يخفق أحدنا في امتحان للمرة الثالثة فيرجع ذلك إلى سوء الحظ أو يرجعه إلى نقص المجهود، وحسب هذا يفرق الباحثون الذين يهتمون بدراسة مركز التحكم الأشخاص إلى "داخليين وخارجيين". إذ يرتبط الداخليون بين خصائص الفرد (نقص المجهود) وما يحدث له، أما الخارجيون فيقدمون تفسيرات تتضمن عوامل خارجية عن تحكم الفرد (سوء الحظ). وقد اعتبر مركز التحكم في الأصل كمتغير عام للشخصية يوظف على أحداث سلبية (كالفشل) أو إيجابية (كالنجاح)، وتم بناء سلالمة لقياس هذا المتغير (Dubois, 1987).

- كما يمكننا تفسير سلوكيات الآخرين أو سلوكياتنا، إذ يمكن للطالب أن يعتبر غضب أستاذه على أنه طبعه (تفسير داخلي) أو أن ردة فعله تفسر بالضغط والمسؤوليات التي يخضع لها (تفسير خارجي). وهنا نجد تعارض بين التفسير الداخلي والخارجي، وهذا ما يعرف بالإسناد.

وسواء تحدثنا عن مركز التحكم أو عن الإسناد، فإن الأبحاث أشارت إلى وجود ميل للداخلية، يتمثل في تفضيل التفسيرات الداخلية وتخصيص مكان أصغر لوزن العوامل المتعلقة بالوضعية. وهو عبارة عن مبالغة في تقدير وزن الفرد كعامل سببي. وقد قدمت عدة تفسيرات للإحاطة بهذه الظاهرة كتفسير "جيليسون وقرين (1981) Jellison & Green" القائم على أساس المعيار الاجتماعي، أي أن هناك مرغوبية اجتماعية للتفسيرات الداخلية الحاملة للقيمة، وأن هذه التفسيرات الداخلية ترتكز على قيمة وجدانية عاطفية. أما بالنسبة للباحثين "Beauvois & Dubois" فإن قيمة التفسيرات الداخلية تجد عقلانيتها في ممارسات التقييم (المهداوي، 2009: 118).

وقد برر الباحثان "بوفوا و لوبولتيي-Beauvois & le poutier" هذا الربط في جملتين: "ما يفعله الناس هو انعكاس لما هم عليه ويجب أن نسند إليه. وما يجب أن يحدث لهم في المجتمع هو نتيجة لما يقومون به وبالتالي لما هم عليه" (Beauvois & Le poutier, 1986, p: 100).

نتواجد هنا في منظور اجتماعي-معرفي، أي وجهة تربط المعارف بالتصرفات التي يجدر بالفرد القيام بها اجتماعيا تجاه الأشياء، ويعتبر التقييم إحدى هذه التصرفات. وقد تم عرض بعض الاقتراحات المكونة لنظرية معيار الداخلية (Beauvois & Dubois, 1988) ومن أهمها مايلي:

- التفسيرات الداخلية تحظى بمرغوبية اجتماعية.
- أعضاء الجماعات المتميزة و المفضلة (groupes favorisés) في المجتمع هم أكثر داخلية من أعضاء الجماعات التي لا تحظى بالتفضيل (groupes non favorisés).
- يتم اكتساب معيار الداخلية في إطار أنظمة اجتماعية-تربوية.
- وهو مرتبط بالممارسات الاجتماعية للتقييم (المهداوي، 2009: 119).

4. 5. 6- مرغوبية الوجهة الداخلية للتحكم مقارنة بالوجهة الخارجية Internality Versus Externality(desirability of internal norm /orientation of control) :

لقد أثبتت الأبحاث أن الأشخاص ذوي مركز تحكم داخلي مرشحين أكثر للنجاح في الدراسة، والتوقف عن التدخين نهائياً، ضبط حزام الأمان، استعمال وسائل منع الحمل، المواجهة المباشرة للمشاكل الزوجية والحصول على أرباح مالية أكبر (Findley & Cooper,1983 ;Lefcourt,1982 ;Miller & al .,1986).

وهذا ما يجعلهم أكثر تفوقاً في الحياة لأنهم يأخذون بزمام أمورهم، ويقتنعون بأن مجهودهم هو الذي سيغير وضعهم ويساهم في تحقيق أهدافهم (المهداوي، 2009: 119).

وبالتالي يعتبر مركز التحكم الداخلي ميزة إيجابية إذ أن مئات الدراسات قد سجلت ارتباطاً إيجابياً (من 0,20 إلى 0,30) بين مركز التحكم الداخلي والصحة العقلية والتوظيف النفسي (Burger,2004). ونذكر مثلاً أن ذوي مركز التحكم الداخلي لديهم عموماً إنجازات أعلى، وهم أحرى باتخاذ إجراءات وقائية صحية، كما أنهم أقل عرضة للضغط وأقل اكتئاباً من ذوي مركز التحكم الخارجي (المهداوي، 2009: 119).

كما أن الداخليين أقل خضوعاً للتجارب المؤثرة فيهم، وهم أكثر يقظة في التعامل مع المحيط ومؤثراته التي يستعملونها لتوجيه السلوك، ويتميزون بالثقة في النفس، وتقدير عال للذات (Phares,1976)، وتقدير جيد و دقيق للزمن، وهم أكثر مواجهة للضغط ويتمتعون بصحة جسدية أفضل، إذ أنهم أقل عرضة للإصابة بالنوبات القلبية وارتفاع الضغط الدموي (Schultz,1993 :422).

وفي دراسة "فارس (1976) Phares" للفروق السلوكية الفردية تبين أن ذوي مركز التحكم الداخلي يبذلون جهداً أكبر، وأن لديهم قدرة على مراقبة نتائج سلوكهم، ولديهم دافعية للإنجاز أقوى من ذوي التحكم الخارجي الذين لديهم انفعالات وإحساسات أدنى (المهداوي، 2009: 119).

كل هذه الدراسات وأخرى عديدة تشير إلى ارتباط الصحة النفسية بإدراك التحكم في المواقف التي يمكن التأثير فيها، أي أن الوجهة الداخلية في التحكم مرغوب فيها اجتماعياً ونفسياً وصحياً. وقد وجدت الأبحاث أن الذكور يميلون إلى أن يصبحوا أكثر داخلية من الإناث، وأن الأشخاص يميلون إلى الداخلية كلما تقدموا في السن، وكذلك كلما ارتفع منصبهم في هرم المجتمع (المهداوي، 2009: 119).

وقد أشارت دراسات أخرى إلى أن الداخليين لا يعتقدون في تحكّمهم بمصيرهم فقط، ولكن أيضا في إمكانية تأثيرهم في محيطهم في وضعيات متنوعة. وأشارت أيضا إلى أن البيئة العائلية المتميّزة بالدفع والحماية والتوازن تشجع على تكون مركز تحكّم داخلي، بينما تؤدي المحدودية في القدرة الاجتماعية أو الموارد المادية إلى تطوير أنماط خارجية لمركز التحكّم (المهداوي، 2009: 120).

ولكن من المهم التحذير من الرؤية المبسطة التي تجعل من الداخلية سمة جيّدة ومن الخارجية سيّئة، لأن هناك تفاصيل مهمة وأكثر تعقيدا يجب اعتبارها:

- حيث يمكن للداخليين أن يعانون من مشاكل صحية ومن اللاتوازن. لأن الاتجاه الداخلي يشجع على الكفاءة وعلى اغتنام الفرص والرقابة الذاتية والمسؤولية، وفي حالة الإخفاق يمكن لذوي مركز التحكّم الداخلي أن يصابوا بالإحباط، العصبية، القلق والإكتئاب، فهم يحتاجون إلى أن يكونوا واقعيين تجاه حقل تأثيرهم ومدى تحكّمهم.
- كما يمكن للخارجيين أن يكونوا أكثر سعادة واسترخاء وسهولة في حياتهم. وذلك لأنهم يحمون أنفسهم وتقديرهم لذواتهم بإسناد مسؤولية الأحداث السلبية إلى مصادر خارجة عن نطاق تحكّمهم، متفادين بذلك العتاب واللوم الذاتي والشعور بالذنب وغيرها من المشاعر السلبية المرتبطة بالإكتئاب (المهداوي، 2009: 120).

وبالرغم من هذه الاحتمالات فإن الدراسات النفسية تشير في مجملها إلى حقيقة متماسكة وهي أن ذوي الواجهة الداخلية في التحكّم يكونون أفضل في الكثير من الحالات والمواقف.

ونذكر هنا بضرورة التساؤل حول ما إذا كانت الظروف البيئية (مشجعة أو مثبطة) هي السبب في الاعتقادات المرتبطة بمركز التحكّم، أم أن الاعتقادات حول التحكّم هي المسببة للظروف؟

اعتبر بعض الباحثين مركز التحكّم كسمة في الشخصية أي أنه خاصية دائمة، إلا أن البعض الآخر أقر بكونه خاصية متعلمة بشكل كبير وبالتالي فهو قابل للتغيير. وقد أثبتت دراسات كثيرة أن مركز التحكّم هو استجابة للظروف، وطورت تقنيات وتدخلات نفسية وتربوية تشجع الفرد على اكتساب وجهة داخلية في التحكّم (المهداوي، 2009: 120).

4. 6- العوامل المؤثرة على مركز التحكّم:

أثبت العديد من الباحثين على إثر الدراسات والأبحاث التي أقيمت على مركز التحكّم، أنه يتأثر بالعديد من العوامل مثل: الجنس، السن، الطبقة الاجتماعية والاقتصادية، المعاملة والتنشئة الوالدية والاختلافات الثقافية، والتي من شأنها أن تؤثر في وجهة الداخلية لمركز التحكّم.

4. 6. 1- عامل الجنس:

نلاحظ من خلال الدراسات التي قامت حول العلاقة بين مركز التحكم و عامل الجنس وجود اختلاف في نتائج هذه الدراسات، حيث أثبت البعض منها وجود فروق بين الجنسين بحيث أنّ الإناث أكثر اتجاهاً للتحكم الخارجي منه عند الذكور كدراسة كل من: "فاطمة حلمي" (1984)، "جابر عبدالحميد جابر و علاء الدين كفاي" (1985) و دراسة "إبراهيم محمد يعقوب ونصر يوسف مقابلة" (1994)، و البعض الآخر أثبت العكس أي أنّ الذكور أكثر اتجاهاً للتحكم الخارجي منه عند الإناث كدراسة كل من: "خانا و خانا (1979) Khana & Khana" و "أحمد عبدالرحمان إبراهيم" (1986)، في حين أثبتت دراسة كل من: "بياجيو" (1984) و "Biaggio" و "صلاح الدين أبو ناهية" (1984) "عدم وجود هذه الفروق بين الجنسين في مركز التحكم.

وعليه نستنتج أنّ العلاقة بين مركز التحكم والجنس تتميز بعدم الاستقرار، وهذا ما أكدّه "بوس (1989) Boss" حيث أوضح على إثر دراسة أجراها على تلاميذ الصف التاسع أنّ العلاقة بين مركز التحكم والجنس غير ثابتة (بادي، 2011: 52-53).

4. 6. 2- عامل السن:

اكتشف الباحثون عند استغلالهم لمقاييس مركز التحكم الداخلي - الخارجي للأطفال أنّ البعد الداخلي للتحكم يزداد مع زيادة العمر (بادي، 2011: 53).

وهذا ما أثبتته العديد من الدراسات التي أجريت ما بين (1969 - 1988) على متغير مركز التحكم أنّ الأطفال يكونون من ذوي مركز التحكم الخارجي في مراحل نموهم الأولى، ثم يحدث تحول تدريجي مع تزايد عمرهم الزمني (بادي، 2011: 54).

ويبقى حسب "مورجانتى ونيرخ" (1988) Morganti & Neyrakh و "لاشمان" (1991) Lachman وغيرهم أنّ نمو البعد الداخلي لدى الشخص يبقى في الازدياد إلى غاية 80 سنة كأقصى حد، بعد ذلك يشهد تراجعاً حيث يصبح اللجوء أكثر إلى البعد الخارجي للتحكم (بادي، 2011: 54).

ومن خلال ما سبق ذكره يتضح لنا أنّ عامل السن له تأثير في اتجاه مركز التحكم، حيث كلما تقدم الفرد في السن كلما اتجه أكثر إلى التحكم الداخلي.

4. 6. 3- عامل الطبقة الاجتماعية و المستوى الإقتصادي:

أثبتت العديد من الدراسات التي أقيمت ما بين (1969- 1988) أن الطبقة الاجتماعية والمستوى الإقتصادي لها تأثير على وجهة مركز التحكم، حيث أنّ الأفراد المنحدرين من الطبقات الاجتماعية ذات المستوى الاجتماعي و الإقتصادي المنخفض يتميّزون بمركز التحكم الخارجي، لأنّهم يعتقدون أنّهم أقلّ تحكما في حياتهم و أنّ الآخرين هم الذين يتحكمون بهم. بينما يتميّز الأفراد الذين ينتمون إلى الطبقات الاجتماعية و الإقتصادية الراقية بمركز التحكم الداخلي، ونذكر منها دراسة "جورين وجورين - Gorin & Gorin" في بحثهما موضوع الفقر فيشيران أنّ الشخص الذي هو عرضة للفقر عادة ما تكون توقعاته للحصول على الأهداف القيمة توقعات ضئيلة، وإنّ مثل هذا الشخص غالبا ما يسيطر عليه توقعه بالعجز وعدم القدرة (بادي، 2011: 54-55).

4. 6. 4- عامل التنشئة الوالدية:

أشارت الأبحاث أنّ الرعاية الوالدية ودفئها وتقبلها مرتبطة ارتباطا وثيقا بتطوير الأطفال لمركز التحكم الداخلي، كما أشارت إلى أنّ البرود من قبل الوالدين ونظرتهم الناقدّة لسلوك الطفل قد تكون لازمة لتوجهات الطفل الداخلية حتى يتمكن من المحافظة عليها عبر وصوله إلى مرحلة البلوغ.

ومن خلال دراسة كل من " ولسون ورامي (1972) Wilson & Ramey" و "صلاح الدين أبو ناهية (1989) يتضح لنا أنّ التنشئة الاجتماعية والمعاملة الوالدية تلعب دورا مهما في وجهة مركز التحكم، بحيث أنّ المعاملة الوالدية الديمقراطية المفعمّة بالحب، التقدير والاحترام تساعد على نمو الإعتقاد الداخلي لمركز التحكم لدى الأبناء (بادي، 2011: 55-56).

4. 6. 5- عامل الاختلافات الثقافية:

يتضح لنا من خلال الدراسات والأبحاث التي قام بها كل من: "Hsieh (1969)"، "Lao (1977)"، "ماهلر (1980) Mohler" و "محمد مقصود (1981)" أنّ الاختلافات الثقافية من بين العوامل التي تؤثر في اتجاه مركز التحكم، وهذه الاختلافات قد تكون بين المجتمعات المتباينة أو داخل المجتمع الواحد. كما أنّ أفراد المجتمعات الصناعية هم ذوي مركز التحكم الداخلي لأنهم أكثر اعتمادا على النفس وعلى شخصياتهم وعلى ذواتهم في القيام بسلوكياتهم (العيزوي، 2001: 43).

4. 7- فعالية مركز التحكم:

يشير "ليفكورت-Lefcourt" أنّ: "متغير مركز التحكم يفيد كثيرا في التنبؤ بقدر كبير من السلوكيات والخصائص النفسية التي يمكن أن تؤثر في مستوى الأداء، وأنه من الأبعاد المهمة والأساسية في قياس الفروق الفردية في شخصية الأفراد"، وعلى ذلك يمكن أن تبرز فعالية مركز التحكم على مستوى العديد من جوانب الفرد (بادي، 2011: 48).

4. 7. 1- فعالية مركز التحكم على مستوى الصحة العامة:

لقد أثبت مركز التحكم فعاليته في الصحة العامة للفرد حيث توصل كل من "مارشال Marshall(1991)" و "تايلور (Taylor (1995)" أنّ لمركز التحكم الداخلي منافع كثيرة جدا سواء على المستوى النفسي أو الجسمي، إذ يساهم في الشفاء السريع لمرضى تعرضوا لعملية جراحية، كما يقلص من حدة الآلام المزمنة (بوشدوب، 2009: 56).

أما دراسة "ماركس وآخرون (Marks& al(1986)" فقد اهتمت بدراسة العلاقة بين مركز التحكم، الصحة، التوافق و التكيف مع مرض السرطان، و كانت النتائج وفقا لتنبؤات الباحثين تؤكد على دور مركز التحكم الداخلي في مواجهة هذا المرض مواجهة صحيحة، بمعنى أنّ المرضى الذين يشعرون بإحساس التحكم و السيطرة على حياتهم و مرضهم حققوا أعلى مستويات التوافق والتكيف، و كانت معاناتهم من حالة الاكتئاب أقل نسبيا (بادي، 2011: 49).

يتضح لنا من خلال الدراسات التي تناولت علاقة مركز التحكم بالصحة العامة للأفراد فعاليته على مستوى الصحة الجسمية، فالإعتقاد في التحكم الداخلي يساعد المرضى على تحمل مسؤولياتهم والوعي أكثر بالمرض الذي يعانون منه، هذا ما يساعدهم على التوافق مع المرض وهذا ما يؤثر على صحتهم النفسية بالإيجاب.

4. 7. 2- فعالية مركز التحكم على مستوى تحمّل الضغوط:

تشير دراسات "سيلجمان-Seligman" إلى أنّ فقدان التحكم ودرجة القدرة على التنبؤ من شأنهما المساهمة في ظهور الضغوط النفسية والإجهاد على الفرد. كما يشير أيضا إلى أنّ ذوي التحكم الخارجي أكثر احتمالا لأنهم لأن يعانون من العجز المكتسب، فهم أكثر احتمالا لأنّ ينسحبوا من المواقف الضاغطة، بينما ذوو التحكم الداخلي يحاولون التحمل و المواجهة (بادي، 2001: 50).

كما استنتج كل من "فيرور وليجيرون (2002) Ferrer & Legeron" أنّ التحكم في الموقف يعني الشعور بضغط أقل ليس هذا فحسب فهما يصران أيضا أنّه ليس واقع التحكم هو العامل الأساسي في انخفاض مستوى الضغط، وإنما الشعور بالتحكم هو المسؤول عن ذلك بالدرجة الأولى (بوشدوب، 2009: 57).

وعليه واستنادا لما سبق تتضح فعالية مركز التحكم في بعده الداخلي حيث أنّ هذا الأخير يساعد على اختيار عمليات تحمل الضغوط الفعالة للتغلب على المواقف الضاغطة أو على الأقل التخفيف منها وهذا ما يساعد على توافق الفرد.

4. 8- مركز التحكم و التوافق النفسي:

يؤكد "ليفكورت(1976) Lefcourt" أنّ مركز التحكم يعتبر بعدا هاما من أبعاد الشخصية حيث يؤثر في العديد من أنواع السلوك، فيرى أنّ إعتقاد الفرد بأنّه يستطيع التحكم في أمره الخاصة و العامة يسمح له ذلك بالاستمرار على قيد الحياة دون قهر، ويتمتع بحياته ومن ثم يمكنه التوافق مع البيئة التي يعيش فيها، أمّا إعتقاده أنّه لا يستطيع التحكم في أمره فذلك ينغص معيشته وتوافقه (العبروزي، 2001: 35).

و لقد أوضح "أدler – Adler" أنّ التوافق الناجح يتطلب إدراكا واقعا يمكن الفرد من التعامل بإيجابية مع مشكلات الحياة، في حين يأتي سوء التوافق نتيجة تحاشي المواجهة و التعامل مع المشكلات و حسب "أدler – Adler" إنّ هناك ثلاثة خصائص تحدد قوة التحمل من أجل التوافق وهي:

- **الإلتزام:** ومهمته تنشيط التوافق مع تحديات ومشكلات الحياة، بشكل يعطيها الإحساس بالمعنى والهدف منها.
- **التحدي:** ويشير إلى إدراك الظروف المتغيرة بهدف إعطاء الفرصة للتطور والنمو.
- **التحكم:** ويشير إلى الإعتقاد في الضبط أو التحكم الشخصي الداخلي على أحداث الحياة ومجرياتها (بادي، 2011: 57).

ويشير "جوليان روتر – Julian Rotter" في هذا الصدد: أنّ الأفراد غير المتوافقين يتميّزون بانخفاض حرية الحركة وإرتفاع قيمة الحاجة لديهم، وهم يعتقدون أنّهم غير قادرين على الحصول على الإشباع التي يرغبونها من خلال محاولاتهم الخاصة، لذلك نراهم بدلا من العمل بواقعية لتحقيق أهدافهم يبحثون عن الحصول عليها من خلال التخيل أو التصرف بطريقة تجنبهم الفشل (بادي، 2011: 57).

أمّا الأفراد الموافقين حسب " روتر - Rotter " أيضا هم أولئك الذين يحققون خبرات الرضا أو الإشباع الناتج من أدائهم لأنشطة سلوكية تقوم من قبل المجتمع على أنّها أنشطة بناءة.

ومن خلال ما سبق عرضه، تتضح أهمية مفهوم مركز التحكم في تحقيق التوافق أو العكس تحقيق سوء التوافق، وذلك تبعا لنوع مركز التحكم الذي يعتقد فيه الفرد الداخلي أم الخارجي، و هذا ما أكدته الدراسات السابقة.

❖ خلاصة:

يعد مركز التحكم من سمات الشخصية ويخص أحكام الفرد وتقديراته وتوقعاته لما يحدث له، وهو يعتبر مصدر توجيه الحياة الشخصية. وله اتجاهين، إما أن يكون داخليا أو خارجيا، حيث يصنف الأشخاص حسب قدراتهم على التحكم في الأحداث والتعزيزات. إذ يرجعه الداخليون إلى سلوكهم الخاص والخارجيون إلى الحظ أو الصدفة أو قوى خارجية. وبذلك فهو يسمح بتفسير الاختلافات الفردية المتعلقة بالاعتقادات حول مصادر التعزيز.

حيث تناولنا في هذا الفصل النظرية المعرفية الاجتماعية التي تعتبر مركز التحكم تطبيقا لها على السلوك الإنساني، كما ذكرنا أعمال "روتر - Rotter" و"باندورا - Bandura" الذين ركزوا على أهمية العوامل المعرفية في بناء وتطور الشخصية .

وبعد تحديد مفهوم مركز التحكم ذكرنا المفاهيم الجوهرية التي ساهمت في بناء النظرية وكذا الصياغات المرتبطة بهذا المفهوم (متغيرات الشخصية، الاعتقادات والإسناد وآثاره)، وما يجاوزه من المتغيرات الأخرى للتحكم (إدراك التحكم والرغبة أو الحاجة للتحكم). تحدثنا عن معيار الداخلية الحامل للقيمة في التفسير اليومي، وعن المرغوبة الاجتماعية التي تحظى بها الوجهة الداخلية في التحكم حسب العديد من الدراسات. والفرق بين وجهتي مركز التحكم وارتباط مركز التحكم الداخلي بالخصائص الإيجابية للشخصية كالتقدير الذات المرتفع والثقة بالنفس والصحة النفسية، ودوره في المواجهة الفعالة للضغوط والتعرض المتدني لاضطرابات القلق وكذا الإكتئاب، فعالية مركز التحكم على مستوى الصحة العامة وعلى مستوى تحمّل الضغوط، العوامل المؤثرة على مركز التحكم و ختمنا بعلاقة مركز التحكم بالتوافق النفسي للفرد.

الفصل الرابع: متلازمة داون

تمهيد:

1- تعريف الإعاقة الذهنية.

2- تصنيف الإعاقة الذهنية:

2. 1- تصنيف الإعاقة حسب نسبة الذكاء.

2. 2- تصنيف الإعاقة بحسب الأسباب التي أدت إليها.

2. 3- تصنيف الإعاقة حسب الشكل الخارجي:

3- لمحة تاريخية عن متلازمة "داون"

4- أسباب حدوث متلازمة "داون":

4. 1- العوامل الداخلية.

4. 2- العوامل الخارجية.

5- أنواع متلازمة "داون":

5. 1- تثالث الصبغي رقم 21

5. 2- المنتقل: التحول الانتقالي

5. 3- الفسيفسائي

6- خصائص متلازمة "داون".

7- التشخيص الطبي لمتلازمة داون.

8- التكفل بالمصابين بمتلازمة داون

9- الوقاية

خلاصة

تمهيد:

قد يتأثر الطفل أثناء المرحلة الجنينية إلى ما بعد الولادة بعوامل تسبب تأخراً في تطوره العقلي يسمى بالإعاقة الذهنية، وتصنّف إلى عدة أنواع حسب درجة الذكاء والخصائص الجسمية منها متلازمة داون، حيث تعتبر متلازمة داون من أشهر أنواع الضعف العقلي التي اهتم بها الباحثون، و مع أنها من أكثر الأنواع وضوحاً في التشخيص، إلا أنها من أكثرها غموضاً في معرفة الأسباب التي تؤدي إلى حدوثها، وهناك مجموعة أعراض منتظمة مع بعضها وخصائص تعطي طابعاً مميزاً يجعل ضعاف العقول من النوع التريزومي "21"، وهذا ما سيتم تناوله في هذا الفصل من خلال لمحة تاريخية عنها، تعريفها، تليها العوامل والأسباب المساعدة على ظهورها وفي الأخير خصائص هذه الفئة وأنواعها .

1- تعريف الإعاقة الذهنية:

إن تحديد الإعاقة الذهنية من الأمور الصعبة، وهي موضوع يجمع بين اهتمامات العديد من العلوم كعلم النفس، التربية، الطب، الاجتماع والقانون، وقد ساهمت جهات علمية عديدة في تفسير هذه الظاهرة وأثرها في المجتمع، لذا نجد لها تعريفات مختلفة من المناسب استعراضها.

1.1 - التعريف الطبي: التعريف الطبي من أقدم تعريفات الإعاقة الذهنية، حيث كان الأطباء من أوائل المهتمين بتعريف وتشخيص هذه الظاهرة، فقد ركز " إيرلاندر (1900) Irlande " على الأسباب المؤدية إلى إصابة المراكز العصبية التي تحدث قبل أو بعد الولادة.

وركز "تريدجولد (1908) Tredgold" على الأسباب المؤدية إلى عدم اكتمال عمر الدماغ سواء كانت تلك الأسباب قبل الولادة أو بعدها (الروسان، 1998: 74).

1.2 - تعريف منظمة الصحة العالمية: ترى بأن التخلف العقلي عبارة عن نمو ناقص أو غير كامل في القدرات أو الإمكانيات العقلية (العيسوي، 2002: 95).

1.3 - تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة الذهنية: أو التأخر العقلي بأنه مستوى الأداء العقلي العام دون المتوسط، ينشأ أثناء فترة الارتقاء و يصحبه خلل في جانب أو أكثر من الجوانب التالية: النضج، التعليم و التوافق الاجتماعي (عشوي، 1990: 256).

1.4 - التعريف السيكومترى: ظهر التعريف السيكومترى للإعاقة الذهنية نتيجة التطور الواضح في حركة القياس النفسي على يد "بينيه - Binet"، الذي حاول سنة 1905 وضع القواعد الأولى من أجل تعريف التأخر العقلي عن طريق المستوى العقلي، وقد ظهر بذلك مقياس "ستانفورد بينيه -

Stanford Binet للذكاء، ومن ثم ظهور مقاييس أخرى للقدرة العقلية منها مقياس **"وكسلر - Wechsler"** للذكاء سنة 1949.

وقد اعتمد التعريف السيكومتري على نسبة الذكاء (QI) كمحك في تعريف الإعاقة العقلية (Lambert, 1981: 11-12).

2- تصنيف الإعاقة الذهنية:

تصنف الإعاقة الذهنية إلى فئات وذلك حسب معايير مختلفة من أهمها:

1. 2- تصنيف الإعاقة الذهنية حسب نسبة الذكاء: وهنا نقسم الإعاقة الذهنية إلى فئات حسب معايير نسب الذكاء المقاسة باستخدام مقاييس القدرة العقلية، وعلى ضوء هذا تصنف الإعاقة الذهنية إلى الفئات التالية:

1. 1. 2- الإعاقة الذهنية البسيطة: وتتراوح نسب ذكاء هذه الفئة ما بين (55-70)، ويطلق على هذه الفئة مصطلح القابلين للتعليم (Les retards mentaux educables)، وتتميز بخصائص جسمية وحركية عادية وقدرة على التعلم حتى مستوى السنة الثالثة ابتدائي أو يزيد، بالإضافة إلى مستوى متوسط من المهارات المهنية.

2. 1. 2- الإعاقة الذهنية المتوسطة: وتتراوح نسب الذكاء لهذه الفئة ما بين (40-55)، كما يطلق على هذه الفئة مصطلح القابلون للتدريب، وتتميز بخصائص جسمية وحركية قريبة من مظاهر النمو العادي، يصاحبها أحيانا مشكلات في المشي أو الوقوف، كما تتميز بقدرتها على القيام بالمهارات البسيطة.

2. 1. 3- الإعاقة الذهنية الشديدة: وتتراوح نسب ذكاء هذه الفئة ما بين 40 فما دون ذلك، وتتميز بخصائص جسمية وحركية مضطربة مقارنة مع الأفراد الذين يماثلونهم في العمر الزمني، كما تتميز باضطرابات في مظاهر النمو اللغوي.

وهناك من يصنف المعاقين ذهنيا إلى أربعة فئات، بالإضافة فئة الإعاقة الذهنية العميقة والتي تكون نسبة الذكاء فيها أقل من 20، كما تتميز بقدرات محدودة جدا والغالبية فيها يحتاجون إلى البقاء في مؤسسات خاصة توفر لهم الرعاية اللازمة (الروسان، 1998: 84).

2. 2- تصنيف الإعاقة الذهنية بحسب الأسباب التي أدت إليها: ومنها:

2. 2. 1- الإعاقة الذهنية الأولية: تعود إلى أسباب ما قبل الولادة ويقصد بها الأسباب الوراثية.

2. 2. 2- الإعاقة الذهنية الثانوية: تعود إلى أسباب أثناء الحمل أو الولادة أو بعدها وغالبا ما يطلق على هذه العوامل الأسباب البيئية.

2. 3- تصنيف الإعاقة الذهنية حسب الشكل الخارجي: وهنا تقسم الإعاقة الذهنية إلى فئات حسب الشكل الخارجي المميز لكل فئة ونذكر منها:

- حالات اضطرابات التمثيل الغذائي.
- حالات صغر أو كبر حجم الدماغ.
- حالات استسقاء الدماغ.
- حالات متلازمة داون.

وهناك تصنيفات أخرى للإعاقة الذهنية، وكلها تدور حول تلك الأسس التي ذكرت قبل قليل بطريقة أو بأخرى (الروسان، 1998: 80).

وفي دراستنا سوف نتطرق إلى متلازمة داون التي تصنف ضمن الإعاقة الذهنية حسب الشكل الخارجي.

3- لمحة تاريخية عن متلازمة داون:

ذكر "روجرس (1992) Rogers"، أن أولى آثار التشوه قد عبر عنها في تماثيل صغيرة تجسد جنس "الأولمك - Olmèque" الذي كان يعيش في أمريكا الوسطى ما بين 1500 قبل الميلاد وإلى غاية سنة 300 م، وهذه التماثيل تشبه بشكل مدهش الأطفال المصابين بالتشوه الكروموزومي، لكن مع ذلك تطلب الأمر مرور السنين و إلى غاية القرن التاسع عشر للتعرف على هذه الفئة (صحراوي، 2002).

يعتبر "جين اسكويرول (1838) Jean Esquirol" أول من وصف خصائص الأشخاص من ذوي متلازمة داون، وبعده قام " ادواردو سيفان (1846) Edouard Seguin" بوصف مريض يحمل سمات يعتقد أنها لمريض ذي متلازمة داون، وسمى هذه الحالة " البلاهة النخالية" (Furfuraceous Idiocy) (الملق، 2001). ثم جاء الطبيب البريطاني الأصل "جون لانجدون داون (1866) Down John Langdon"، الذي وصف هذه الحالة قبل اكتشاف الكروموزوم الزائد بمائة عام تقريبا، حيث سمي هذه الفئة بالمنغوليين (The Mongolies) نسبة إلى

الشعب المنغولي وذلك بالنظر إلى التشابه الجسمي من: قصر في الرقبة و القامة، الأنف المفلطح و القصير و العينان مشدودتان. كما أشار إلى التشابه في المستوى العقلي المنخفض (Lambert et al, 1997), وبعدها أطلق عليه اسم عرض داون نسبة لوصفه (Encyclo,1996: 932)، وقد بقيت أسبابه مجهولة حتى سنة 1959، حيث توصل كل من " لوجون - Lejeune"، " جوتيي - Gautier" و "توربان - Turpin"، اعتمادا على التشخيص الجيني إلى أن العرض ينتج من وجود كروموزوم إضافي في الزوج 21، تؤدي إلى وجود 47 كروموزوم في المجموع الكلي للخلية الواحدة عند المصاب بمتلازمة داون، بدلا من 46 كروموزوم في الحالات العادية (الميلادي، 2004). وبذلك أصبح يدعى عرض داون أو متلازمة داون بـ "Trisomie 21". وبهذا تم معرفة الكثير عن الشذوذ الصبغي والمشكلات الوراثية، وكثير من المشكلات الطبية المتعلقة بمتلازمة داون، ومع أن كثيرا من الألغاز التي تحيط بمتلازمة داون قد تم حلها، إلا أنه ما زال هناك الكثير من الأسئلة التي لم يتوصل إلى حل مناسب لها حتى الآن، وتتطلب الإجابة عليها إجراء أبحاث في المستقبل لتزودنا بفهم أفضل لهذا الاضطراب الصبغي.

4- الأسباب والعوامل المساعدة في ظهور متلازمة داون: لم يتم التعرف حتى الآن على مسببات حدوث متلازمة داون فهي تحدث للأسر من كافة الأصول و المستويات الاجتماعية، الاقتصادية، الثقافية، الدينية والعرفية.

وقد اقترحت عدة أسباب لحدوث متلازمة داون أهمها مايلي:

4. 1- العوامل الداخلية:

4. 1. 1- عامل الوراثة: يمكن أن تحدث متلازمة داون في بعض الحالات لسبب وراثي خاصة عند العائلات التي يكون فيها عدد الإصابات متكررا أو في حالة إصابة الأم نفسها بهذه المتلازمة، بحيث يكون احتمال انجاب طفل مصاب مرتفع بنسبة 50%، أي حالة من اثنين حسب (Rondal, 1979).

دللت دراسة "لوجون - Lejeune" و "تروبان - Turpin" اللتان أجريتا على 150 حالة من التوأم الحقيقيين على أنه في 128 منها تكون مصابة بمتلازمة داون وفي 30 حالة يكون كلا التوأمين مصابا، أي بنسبة 18%.

فالعامل الوراثي راجع بشكل مباشر إلى أحد الوالدين بمعنى أن أحدهما حامل للشكل الملتحم (D21) أو (G21) ويكون احتمال إنجاب طفل مصاب في هذه الحالة أكبر عند الأمهات مقارنة بالآباء حسب دراسة (عقيدة، 2012: 18).

3. 1. 2- عامل السن عند الأم والأب: يعتبر سن الأم عند الإنجاب من أكبر الاحتمالات لإصابة الطفل بمتلازمة داون، وبمعدل 1 من 1500 ولادة قبل بلوغ الأم سن 30 سنة، و1 من 900 ولادة عندما يكون عمر الأم من 30 إلى 35 سنة، و 1 من 600 إذا زاد سن الأم عن 35 سنة، أما إذا زاد سن الأم عن 45 سنة فإن الاحتمال يصبح 1 من 40، أي أنه قد يوجد طفل واحد يعاني من الحالة في كل 40 ولادة (عبد العزيز، 2002).

جدول رقم(12): يبين نسبة حدوث متلازمة داون حسب عمر الأم

عمر الأم	نسبة حدوث حالة متلازمة داون
20	1 من 2000
30	1 من 1000
35	1 من 500
40	1 من 80
45	1 من 18

(الملق، 2001: 35)

وقد أظهرت أحدث الأبحاث أن احتمال إنجاب طفل مصاب بمتلازمة داون يرتفع بتقدم سن الأب عند الإنجاب، وذلك بفارق 5 إلى 6 سنوات بالمقارنة مع سن الأم، أي خطر الاحتمال يبدأ عند بلوغ الأب 45 سنة. وتؤخذ هذه النسب بعين الاعتبار في حالة ما إذا كان النمط النووي (*Cryotype*) للوالدين عاديا (عقيدة، 2012: 17).

4. 2- العوامل الخارجية: هناك عوامل متعددة تتدخل في هذا النمط و التي تبقى مجرد افتراضات قد تكون مؤدية للإصابة أو لها علاقة بهذه المتلازمة وتتمثل في :

4. 2. 1- الإشعاعات (أشعة x وغيرها): توجد علاقة أكيدة بين تأثير الإشعاع و السياق الجيني، فكلما كانت درجة التعرض للإشعاع كبيرة كلما سجلت التأثيرات على السياقات الجينية (*Génétique Processus*).

ب- تأثير بعض الفيروسات: من بين العوامل الفيروسية المشتبه فيها في نظر بعض الباحثين (*Virus de l'hépatite*) و فيروس الحصبة (*Virus de la rubéole*).

ج- نقص بعض الفيتامينات: خصوصا فيتامين "A"، فمن الممكن أن يكون النقص في الفيتامين سببا في عدم الانتظام الجيني (*Lambert et Rondal,1979:24-25*).

وتجدر الإشارة إلى أن هذه العوامل الداخلية والخارجية مع أن لها علاقة مع ظهور متلازمة داون إلا أنها تبقى مجرد افتراضات ليست قطعية وتظل الأسباب الحقيقية المؤدية للإصابة غير معروفة. ومهما كانت الأسباب فالنتيجة واحدة هي خلل كروموزومي يؤدي إلى ظهور المتلازمة، التي تنتوع إلى ثلاثة أنواع مختلفة (A.N.I.T, 2002).

5- أنواع متلازمة داون:

بما أن حالة متلازمة داون تحدث نتيجة خطأ أثناء انقسام الكروموزومات فإنه من الضروري التعرف على الانقسام الخلوي العادي قبل التطرق إلى معرفة أنواع متلازمة داون.

إن كل خلية في جسمنا تحتوي على 46 كروموزوما، موزعين على 23 زوجا من الأكبر إلى الأصغر، وهي نتيجة الإتحاد بين الحيوان المنوي والبويضة، وهذه البويضة المخصبة تحتوي على مجموعتين من المعلومات الوراثية، مجموعة من الأب والأخرى من الأم، ويعقب عملية التلقيح سلسلة عملية الانقسام المتماثلة، تدعى بالانقسامات الخلوية الخيطية، حيث تتضاعف الكروموزومات في كل دورة انقسامية، لكي تستلم كلتا الخليتين نفس العدد الكروموزومي للخلية الأصلية، ويعتبر هذا انقساما خلويا عاديا (بن قيدة، 2009: 82).

أما متلازمة داون فترجع إلى وجود خلل في التوزيع الكروموزومي، حيث يوجد ثلاثة أنواع رئيسية لمتلازمة داون هي:

5. 1- تثالث الصبغي رقم 21 (Trisomie 21) أو ما يسمى بمتلازمة داون المعياري (الحر) (Libre ou standard):

هناك احتمالان لمصدر الكروموزوم الإضافي أو الزائد يتمثلان فيمايلي:

5. 1. 1- شذوذ الكروموزومات قبل عملية الإخصاب:

في هذه الحالة نجد كروموزوما زائدا في الزوج 21 سواء في النطفة أو البويضة وبالتالي يصبح هناك صبغيان عوض صبغي واحد. فتحصل في الخلية الملقحة على ثلاثة كروموزومات في الزوج 21 عوض كروموزومين، وبالتالي بعد تكاثر الخلية وانقسامها تصبح كل خلايا الجنين تحتوي على ثلاثة صبغيات.

5. 1. 2- شذوذ الكروموزومات بعد عملية الإخصاب:

في هذه الحالة تكون بكل من البويضة والنطفة صبغي واحد كما هو الحال عند الطفل العادي، لكن خلال انقسام البويضة الملقحة يحدث خطأ، بحيث أن كل خلية تنقسم إلى خليتين غير متماثلتين، تحتوي واحدة على ثلاثة صبغيات في الزوج 21 بينما تحتوي الأخرى على صبغي واحد، وهذه الأخيرة تموت بعد استحالة عملها. ويضم هذا النوع حوالي 90% من أولئك الأفراد ذوي متلازمة داون، حيث يكون الكروموزوم رقم 21 لديهم ثلاثيا وليس ثنائيا" (عادل، 2004: 242).

5. 2- متلازمة داون الملتحم أو المنتقل (Translocation):

ويحدث هذا النمط لدى 4% تقريبا من ذوي متلازمة داون، ويحدث مثل هذا الانتقال عندما يقوم جزء من الكروموزوم رقم 21 سواء كان مصدره من البويضة أو الحيوان المنوي بالتوقف فجأة أثناء عملية انقسام الخلايا، ثم يتصل بكروموزوم آخر وينتقل إليه، وغالبا ما يكون هذا الكروموزوم الآخر هو الكروموزوم رقم 14 أو 21 أو 22. مما يؤدي إلى حدوث متلازمة داون بسماتها وأعراضها المميزة (عادل، 2004).

5. 3- متلازمة داون الفسيفسائية (Mosaïque):

وهذه الحالة نادرة لا تقع إلا في 1-2% من مجموع حالات متلازمة داون، ويعتقد أن سبب هذه الحالة يرجع إلى خطأ في الانقسام الخلوي الثاني، حيث نجد خليتين بهما زوج من الصبغي 21 وخليية تحمل ثلاث صبغيات، أما الرابعة فلا تحتوي إلا على صبغي واحد لذا فهي ستموت، فينمو الجنين بخلايا عادية تحتوي على 46 كروموزوم وأخرى مصابة تحتوي على 47 كروموزوم. ونشير هنا إلى أنه في بعض الحالات نجد عددا ضئيلا من الخلايا المصابة بحيث لا يؤثر في سلامة الشخص وهو ما يعرف بحالات التريزوميا الخفية (Trisomie masquée) (Lambert et al, 1982).

ولأن خلايا الجنين هي مزيج من الطبيعي والغير الطبيعي، فإن الطفل تظهر عليه بعض خصائص الإصابة بمتلازمة داون، لكن يكون بعضها أقرب إلى العادي مع قدرات عقلية مميزة حسب اختلاف عدد الخلايا المصابة بالخلل الصبغي (الملق، 2001).

من خلال ما سبق نستنتج أن متلازمة داون ذات طابع جيني (génétique) ويكون الخلل الجيني خلال فترة الحمل، ولا يمكن اكتسابه بعد الولادة.

6- خصائص متلازمة داون:

يقترن مع متلازمة داون عدد كبير من الخصائص التي تميز ذويها عن غيرهم من العاديين، ومن أهمها مايلي:

6.1- الخصائص الجسمية: يعمل الكروموزوم 21 الزائد على وجود علامات بدنية مميزة، بحيث يظهر الأطفال الحاملون لمتلازمة داون تشابها في مظهرهم لدرجة يصعب معها في بعض الأحيان ملاحظة الفروق بينهم. وهذه الخصائص تصاحب المصاب بالمتلازمة طوال حياته فلا تختفي مع تقدمه في العمر. إذ نجد لديهم الجمجمة صغيرة الحجم ودائرية والوجه مستديرا، عريضا ومفلطحا، العينين متباعدتين، مجعدتين وفتحة الجفنين مائلة، كما نجد الأنف يتميز بكونه قصيرا ومنخفضا، وتوجد في بعض الأحيان تشوهات في الأذنين، ويكون الفم غالبا مفتوحا بشكل واسع على أسنان مغروسة بغير انتظام مع سيلان اللعاب (Lafon,1979: 50)، ونلاحظ أن اللسان كبير الحجم غالبا بسبب نقص الانسداد العضلي (طويل وغلظ) ومشقق مقارنة بالطفل العادي. أما الجلد فجاف ومتضخم ومع تقدم الطفل في العمر يكون حساسا للمؤثرات الخارجية خاصة للبرد. أما فيما يخص الأطراف فنجد اليدين عريضتين وقصيرتين مع قصر الأصابع بالإضافة إلى وجود خط أفقي مستقيم وسط راحة اليد، وتكون الرجلان صغيرتين ومتكثرتين قليلا ولهما شكل مسطح بسبب الارتخاء العضلي (Céleste,2000).

تكون القامة أقصر من المعدل ويكون الذراعان والساقان قصيرة بالمقارنة مع الجذع، أما الوزن فيكون عند الولادة منخفضا قليلا، ثم مع تطور الطفل يتماثل إلى العادي، لكن مع تقدم السن خاصة خلال سن المراهقة يتعرضون للبدانة أكثر من غيرهم (Lambert et Rondal,1982).

إلى جانب هذه الخصائص الجسمية الظاهرية لأطفال متلازمة داون فإنهم يعانون من مجموعة من المشاكل الصحية، ففي بعض الحالات نجد عيوباً خلقية في بعض أعضاء الجسم كالتى توجد في تركيب القلب وفي الرئة، كما أنهم أكثر عرضة لعدوى الجهاز التنفسي، ويصابون بالحساسية للحرارة والبرودة الشديتين (Rethode,1995: 10-22).

6.2- الخصائص النفسية الحركية:

إن وجود صبغي زائد في التكوين الجيني للطفل يؤثر على نموه النفسي الحركي، وهذا ما يؤدي إلى تأخر في اكتساب المنعكسات والحركات اللازمة للنمو الجسدي خاصة في مرحلة الطفولة (Smith et Wilson,1976) فالطفل المصاب بمتلازمة داون منذ السنوات الأولى من حياته يبقى لمدة طويلة على نفس الوضعية ويأخذ في التأرجح بصفة آلية، إذ يلعب بيديه ورجليه

أو بأشياء في متناوله، وفيما يخص الجلوس يكون في السنة الأولى والمشي في العامين، وحتى اللغة تكون متأخرة جدا ، والجدول التالي يبين معدل اكتساب الأطفال ذوي متلازمة داون لبعض المهارات الحركية مقارنة بأقرانهم العاديين (عبد العزيز، 2005-2006: 69).

الجدول رقم (13): يلخص مظاهر التطور الأساسية لدى الأطفال ذوي متلازمة داون مقارنة بالأطفال العاديين

المدى العمري		جوانب التطور:
أطفال عاديين:	أطفال متلازمة داون:	
		التطور الحركي العام:
(3-2) أشهر	(18-2) شهرا	- التحكم بالرأس.
(6-3) أشهر	(14-3) شهرا	- الانقلاب.
(8-5) أشهر	(22-8) شهرا	- الجلوس.
(7-5) أشهر	(24-9) شهرا	- الزحف.
(10-7) أشهر	(28-12) شهرا	- الحبو.
(13-9) شهرا	(3,5-1) سنوات	- الوقوف.
التطور الحركي الدقيق		
(3-1) أشهر	(5-2) أشهر	- مص الأصابع.
(6-3) أشهر	(12-6) شهرا	- مسك والتقاط الأشياء الكبيرة
(12-6) شهرا	(2-1) سنوات	- التقاط الأشياء الصغيرة.
(2,5-1) سنوات	(4-2) سنوات	- وضع المكعبات فوق بعضها

التطور الاجتماعي		
(3-1) أشهر	(5-2) أشهر	- الابتسامة والاستجابة للعب
(10-4) أشهر	(14-5) شهرا	- التعرف على الأهل.
(3-2) سنوات	(5-3) سنوات	- الابتعاد عن الأهل دون مشاكل.
تطور نشاطات الحياة اليومية:		
(14-7) شهرا	(24-10) شهرا	- مسك الطعام بالأصابع.
(17-9) شهرا	(32-12) شهرا	- الشرب من الكأس.
(20-12) شهرا	(39-13) شهرا	- استخدام الملاعقة.
(5-3) سنوات	(14-8) سنة	- استخدام السكين والاستحمام

(عبد العزيز، 2005-2006: 69)

يتضح لنا من الجدول أن نمو المهارات الحركية للأطفال ذوي متلازمة داون يكون بطيئا مقارنة بالأطفال العاديين، وذلك بسبب قصورهم العقلي والمشكلات الصحية وغير ذلك، مما يجعل هذه الفئة تحتاج إلى تدخل مبكر حتى تنمو على الوجه المطلوب.

6. 3- الخصائص العقلية والمعرفية:

يؤثر الشذوذ الكروموزومي على نمو الدماغ ووظائفه المختلفة باعتباره المسؤول عن التنسيق الحسي الحركي والقدرات العقلية وبعض أنماط السلوك (صحراوي عقيلة، 2002). ولذلك تعاني هذه الفئة التخلف الذهني بمختلف أنواعه ودرجاته، مما أدى إلى تصنيفهم ضمن المتخلفين عقليا (Lambert et Rondal, 1979). ممن يعانون إعاقة ذهنية شديدة، وأن المقدره الذهنية لديهم تتحدر تدريجيا مع تقدم العمر، هذه النتائج أصبحت غير دقيقة، إذ أثبتت الدراسات المعاصرة أن درجة الإعاقة الذهنية لدى الأشخاص ذوي متلازمة داون تختلف بدرجة كبيرة من شخص لآخر، وأكدت أن الغالبية العظمى من متلازمة داون تقع في المستوى الخفيف إلى المتوسط من درجات الإعاقة الذهنية، في حين أن القلة القليلة منهم هي التي تعاني من الإعاقة الذهنية الشديدة (الملق،

(2001). واستنادا على معطيات ناشئة من أعمال ونظرية "جون بياجيه - Piaget Jean" يرى "روندال-Rondal" أن التطور العقلي للأطفال المتأخرين عقليا ينشأ بوتيرة ضعيفة وتتوقف في النهاية على مستوى أدنى من التنظيم المعرفي العادي، وهذه المرحلة تختلف حسب حدة الإعاقة الذهنية، وعليه نجد أن ذوي الإعاقة الذهنية العميقة والحادة يكون معامل الذكاء لديهم أقل من (35)، وهذه الفئة من المعاقين ذهنيا لا تمثل بالفعل أفراد متلازمة اداون ففي هذا النوع من التأخر العقلي يبقى الأفراد مستقرين في مرحلة الذكاء الحسي الحركي (هي مرحلة يمر بها الطفل العادي من الولادة إلى حوالي 20 شهرا)، وهذه المرحلة تتميز باللموس، والأفعال هي عبارة عن فكر بدون تمثيلات عقلية منظمة ولا ترميز، واللغة تكون محدودة. ومتوسطوا الإعاقة يكون معامل ذكائهم بين 36 و50، ويسمى المستوى العقلي لديهم قبل العمليات (من سنتين إلى 7 سنوات عند الطفل العادي)، هذه المرحلة من التطور تشهد بروز التمثيلات (الصور الذهنية، التذكر، الحلم)، وأيضا تطور اللغة والبناء المتقدم للتعبير اللساني، وكذا ظهور المفاهيم القاعدية للفضاء والزمان، وظهور أشكال أكثر نضجا للتفكير. وأغلب خفيفي الإعاقة يكون معامل الذكاء بين 50 و70، ويصلون إلى مرحلة النشاط العقلي المسمى بالعمليات الملموسة (من 7 سنوات إلى 12 سنة عند الطفل العادي). تتميز هذه المرحلة بظهور بنيات فكرية أكثر تقدما (مفهوم العدد، مفهوم ثبات الكمية، الوزن، الحجم، البنية الزمنية والمكانية ومفهوم السببية). ولا يتمكن أي معاق ذهنيا من الوصول إلى المرحلة اللاحقة والنهائية من التطور العقلي، تدعى مرحلة العمليات الإبداعية (تتميز بالتفكير المجرد، والتفكير حول المعطيات الشفهية وتنسيق التفكير حسب كل الاحتمالات ...)

(Lambert et Rondal,1982).

6. 4- خصائص النمو العاطفي والاجتماعي:

يبدأ الجانب العاطفي والاجتماعي بالتطور لدى الطفل العادي منذ ولادته وينمو الجانب العاطفي بالموازاة مع الجانب الاجتماعي، وأهم ما يميّزهما ظهور الوسيلة الأولى للاتصال وهي النظر، فهو أول تفاعل يحدث بين الرضيع ومحيطه. وتلعب هذه الوسيلة دورا كبيرا في بناء روابط التعلق، حيث يستعملها خلال الثلاث إلى العشر أشهر الأولى من عمر الطفل العادي للتواصل، أما عند طفل

متلازمة داون فيرى كل من "ج. بيرجر و س.س قونينقام (1981) J.Berger &

"Cunningham .c.c" أن سلوك رضيع متلازمة داون يتسم بتأخر ظهور الاتصال البصري، فعند الرضيع العادي يظهر بالمتوسط خلال 1-4 أسابيع، بينما الرضيع المصاب بمتلازمة داون فيظهر بمتوسط 6-7 أسابيع. وهذا البناء مهم جدا في التطور المستقبلي للطفل. وتكون المظاهر العاطفية حاضرة منذ الولادة فيظهر الطفل العادي جملة من المظاهر العاطفية، فيرى " هنري فالون -

Henry Wallon " أن أهمها يظهر تحت إيماءات، بكاء، صراخ وابتسامات، والتي تعبر عن

شعور الطفل بالرضا أو التضايق. أما الطفل المصاب بمتلازمة داون فتكون لديه صعوبات في الاستجابة عند تعرضه لمثيرات تحت على الضحك عكس العادي، كما أنه لم يظهر عواطف سلبية كالتى تظهر عند الطفل العادي عند إبعاده عن أمه خلال السنة الأولى من عمره، وقد أظهر أيضا صعوبات في إظهار الرغبة في البكاء إذا ما قورن دائما بالطفل العادي (-10: Rethode,1995). (22).

كما أن الأطفال المصابين بمتلازمة داون يظهرون صعوبات في الاستقلالية، فهم عاجزون عن تلبية حاجياتهم بمفردهم.

أما فيما يخص الجانب الاجتماعي فهم يمتازون بالوداعة، الإقبال على الناس ومصافحة كل من يقابلونه والميل إلى المحاكاة والتقليد (عبد العزيز، 2002)، وهذه الخصائص تظهر جليا قبل التطور العقلي، كما تمتاز هذه الفئة بالرقه والشعور بالعاطفة مع القدرة على إقامة علاقات اجتماعية، والتميز بطابع المرح رغم الشدة والعناد وعدم التراجع عن القرارات (Rondal,1985).

6. 5- الخصائص المرضية:

ترتبط متلازمة داون بالإضافة إلى التخلف الذهني (بسيط، متوسط أو شديد) بمشاكل صحية واضطرابات نمائية مختلفة منها:

- زيادة الوزن لدى الأطفال المصابين بمتلازمة داون وذلك بسبب نوعية الأكل المتناول، قلة الحركة ولإصابتهم بارتخاء العضلات مع تأخر المشي والحركة.
- أمراض القلب، حيث أن من أكثر العلل القلبية شيوعا وانتشارا لدى الأشخاص ذوي متلازمة داون، الثقوب في جدران وسط القلب، وثقوب وعجز في البطين، وكذلك ثقوب وعجز في الأذنين، واضطرابات وتشوهات صمامات القلب التي تحدث في 40% من الحالات.
- فقدان حاسة السمع في أذن واحدة، أو في الاثنتين فيما بين 60 إلى 80% من الحالات.
- اضطرابات النظر، كقصر النظر الذي يوجد في حوالي 20% من الحالات، مشاكل في القرنية، حوالي 2-7% من الحالات كالأخطاء الانكسارية، الماء الأبيض(الساد)، الحول وكسل العين الوظيفي(الملق،2001).
- مشاكل في الغدة الدرقية في أكثر من 15% من الحالات.
- مشاكل في الجهاز الهضمي، ونادرا ما ترتبط بمشكلات تكوينية كضيق الأثني عشر، أو انسداد الأمعاء وهو الأمر الذي يؤدي إلى حدوث الإمساك (عادل، 2004: 268).

- الاضطرابات في الأجسام المضادة، وينتج عنها خلل في الجهاز المناعي.
- مشكلات عصبية وتتمثل في الفوارق المتعلقة بالمخ، حيث أن خلايا الأعصاب عددها قليل لدى الأشخاص ذوي متلازمة داون مقارنة بمخ الأشخاص العاديين (الملق، 2001).

إذن لابد من الأخذ بعين الاعتبار ما سبق ذكره من خصائص مرضية والتهابات وهذا يعني أنه من الضروري اكتشاف هذه الخصائص والتي عادة ما تكون مصاحبة للأشخاص ذوي متلازمة داون مبكرا، حتى لا تستفحل فيستعصى علاجها، كما أن إهمال العلاج قد يؤثر على النمو السليم للطفل جسديا وعقليا.

7- التشخيص الطبي لمتلازمة داون:

يتم التشخيص الطبي لمتلازمة داون عن طريق:

- الإختبار الدموي، الذي يجرى في الشهر الرابع من الحمل، ويسمح بتحديد امكانية حمل الجنين لمتلازمة داون.
- **L'Amniocentèse**: وهو تحليل الخلايا الموجودة داخل السائل الأمنيوسي - **Liquide Amniotique**، ويجرى بين الأسبوع الرابع عشر من الحمل، فيتم سحب السائل الأمنيوسي بواسطة حقنة خاصة تحت تخدير محلي ومراقبة ذلك عن طريق جهاز المصور الصوتي (**Echographie**).
- **Les Marqueurs de risque**: و هو اختبار يتم من خلال سحب عينة من دم الأم لقياس مستوى كل من: "**Beta - Hcg**"، "**Alpha foetoprotéine**" و "**Astrid**"، فإنّ اختلال مستوى هذه الدلالات الثلاث يطلق عليه اسم "**Triple Markers**"، في هذه الحالة لابد من اخذ عينة من السائل الأمنيوسي بعد الأسبوع الرابع عشر من الحمل، وذلك حتى تكون هناك كمية كافية من السائل حول الجنين ويتم إرسال هذه العينة إلى إحدى وحدات تشخيص الجنين لقياس عدد الكروموزومات الخاصة بالجنين، ومن خلالها تتأكد إصابة الجنين من عدمه.
- التحليل الكروموزومي للوالدين (**L' analyse chromosomique**): يسمح هذا الإختبار بمعرفة إن كان أحد الوالدين حامل لشذوذ كروموزومي وخاصة في الكروموزوم 21، كما يتميز الحاملين لمتلازمة داون بالعديد من الخصائص و السمات التي تفرضها عليهم المتلازمة والتي تميّزهم عن غيرهم من الأطفال العاديين (بلقاضي و غطاب، 2016: 78-79).

8- التكفل بالمصابين بمتلازمة داون:

وفق ما نتج عن آخر البحوث في العالم (حدثاثة المعارف- **Actualisation des connaissances**) تجدر الإشارة إلى وجوب العناية بالرسكلة والتكوين المتواصل للمؤطرين من فترة إلى أخرى، بهدف تحقيق دمج المتخلفين ذهنيا اجتماعيا ومهنيا. فوعي الطفل بذاته يجعله قادرا على التواصل مع الآخرين وتحقيق الاستقلالية الذاتية، وتنمية القدرات الفكرية، الحركية، الاجتماعية والعاطفية، من هنا يصبح قادرا على العيش في المجتمع. ولا يتحقق هذا إلا عن طريق البرامج المكيفة والمصممة خصيصا لمثل هذه الفئة. "فالتربية هي للطفل بمثابة تحضير للعيش والحياة، فالطفل المتخلف ذهنيا يبقى كائن بشري بحاجة إلى قدر من الاحترام، أي بحاجة إلى رصيد تربوي موافق لقدراته واستعداداته الشخصية".

(Brauner.A et Brauner.Fr,1982 :13)

من هنا فإن التربية شيء هام وعملية التكفل لا يمكنها أن تكون فعالة إلا إذا احترمت متطلبات وخصوصيات الواقع الذي تفرضه حتمية الإعاقة الذهنية مما يجعل "حسن التعامل البيداغوجي يتمثل ويقتصر في ضرورة استغلال وبطريقة فعالة تلك الإمكانيات والقدرات الطبيعية التي وضعتها الطبيعة لدى هؤلاء الأفراد المتأخرين" (نفس المرجع السابق:13).

وهذا ما يحدد أكثر مفهوم عملية التكفل والعلاج المفروض تقديمها إلى هذه الفئة والتي لا تتمثل في تطبيق تقنية علاجية خاصة، وإنما تقوم على قدرتنا للتموضع لمسافة مناسبة أمام كل محاولة للتصنيف، أمام كل كشف عيادي، كل نموذج خاص، يعبر عن الإخفاق وحامل لتعامل خاص. إن عملية التكفل هذه تقوم أساسا على ضرورة احترام خصوصيات الآخر، مهما كانت والمواقف، وأن نقدم لهذا الآخر كل الشروط التي تجعله يشعر بأنه العنصر الفعال في كل نشاط علائقي ونفسي، وأن أحسن وأكبر المعارف والمعلومات حوله هي موجودة فيه (شخصه)، وليس في معرفة خاصة ومسبقة (ما يخص التعاريف النظرية) (المقاربة بالكفاءات). إن هذا لا يعني بأنه ليس هناك معلومات علمية يجب معرفتها وإنما مثل هذه المعلومات العلمية لا بد منها، لأنها هي التي تمكننا من مباشرة العمل وتسيير العلاقة مع المفحوص وعدم الاستحواذ على شخصيته، تسمح لنا باكتشاف خبايا حياته الداخلية، والوقوف ومواجهة مجموع المشاكل التقنية التي قد تواجهنا في عملنا العلاجي واحتمال العواقب والنتائج، وعليه القيام بعمل دقيق ومضبوط كفاية" (Nouaille.U.A et

Lainé.T,1983 :39)

وبالتالي فعلى هذا المنوال يجب أن يكون الجو العام لعملية التكفل بمثل هذه الفئة من الأفراد، ولنضمن أن ما نقوم به اتجاههم شيء له دلالة ومعنى ويمكنهم من الاندماج المستقبلي مع وسطهم الاجتماعي.

وفيما يلي بعض الخطوات الوقائية من الإصابة بمتلازمة داون.

9- الوقاية:

هناك جملة من الإجراءات تهدف إلى الحد من حدوث متلازمة داون قدر الإمكان وذلك من خلال مراعاة بعض الجوانب والعوامل أو المتغيرات منها ما يلي:

• يفضل أن لا تقبل السيدات على الحمل بعد الخامسة والثلاثين من أعمارهن (عادل، 2004: 281). كما تنصح المرأة صغيرة السن أن تمتنع عن الحمل مباشرة بعد إجهاض طبيعي، حيث ينصحها الطبيب في هذه الحالة أن تتجنب الحمل لمدة سنتين على الأقل (M.Boucebci,1984:180).

• أن يتم إجراء الفحوص الطبية اللازمة قبل الزواج للتأكد من عدم وجود احتمال حدوث خطأ أو شذوذ في انقسام الخلايا (عادل، 2004: 281).

• الكشف المبكر عن وجود حالة متلازمة داون قبل الولادة، بأخذ عينة من السائل الذي يحيط بالجنين (السائل الأمنيوسي)، ويكون عادة في الفترة من 14 إلى 16 أسبوع من الحمل.

كما يحتاج ظهور نتيجة فحص هذا السائل إلى مدة قد تمتد ما بين أسبوع إلى أربعة أسابيع (الملق، 2001)، أو فحص الغشاء المشيمي، وذلك من خلال أخذ عينة من النسيج المشيمي عبر فتحة المهبل، أو عبر البطن، ويكون غالباً خلال الفترة ما بين 8 إلى 11 أسبوعاً من فترة الحمل وتمتاز هذه الطريقة عن سابقتها بإمكانية إجرائها في الفترة الأولى من الحمل، بالإضافة إلى سهولة فحص النمط الصبغي وسرعة ظهور النتيجة (نفس المرجع السابق، 2001). فإذا اتضح من هذه الفحوصات الطبية أن هناك خطأ كروموزومياً قد حدث وأدى إلى متلازمة داون فإنه يجب على الأم أن تعمل على مراعاة بعض الإجراءات بعد ولادة طفلها، ومن هذه الإجراءات ما يلي:

- ✓ أن تقوم بإجراء الفحوص الطبية اللازمة له آنذاك.
- ✓ أن تجعله بعد ذلك يسير وفقاً لنظام غذائي محدد.
- ✓ أن تجعله يمارس نوعاً من أنواع الرياضة بشكل منتظم.
- ✓ أن توفر له قسطاً كبيراً من الراحة يومياً.

✓ أن توفر له الرعاية الطبية الملائمة (عادل، 2004: 281).

وقد ينجم عن الفحوصات التشخيصية بعض المخاطر على المرأة الحامل وعلى الجنين، مثل الالتهابات أو الإجهاض في بعض المرات، لذلك ينصح ألا يجريها الأطباء إلا في الحالات الآتية:

- إذا كان عمر الأم الحامل 35 عاما فأكثر.
- إذا بلغ عمر الأب 45 عاما فأكثر.
- إذا سبق أن أنجب الوالدين طفل ذو متلازمة داون.
- إذا ثبت أن أحد الوالدين يحمل صبغي منقولة (تحول انتقالي) (الملق، 2001).

إن الوقاية خير من العلاج، فربما هذه الإجراءات الوقائية قد تحد من احتمال إنجاب طفل مصاب بمتلازمة داون، إلا أن إرادة الله عز وجل فوق الجميع.

خلاصة:

تعد متلازمة داون شكلا من أشكال الإعاقة العقلية، وتنتج هذه الحالة في الأساس من شذوذ ينشأ عن خلل أو شذوذ في انقسام الخلايا سواء قبل الحمل أو بعد حدوثه، وسواء كانت تلك الخلايا أنثوية أو ذكرية مما يؤدي إلى وجود كروموزوم إضافي في الكروموزوم رقم 21، وبالتالي يصبح ثلاثيا بدلا من ثنائيا كما في الوضع العادي، فيصبح بذلك عدد الكروموزومات في الخلية 47 بدلا من 46، وهذه الحالة تأخذ ثلاثة أنواع مختلفة، النوع الأول يدعى تتلث الصبغي رقم 21، أما النوع الثاني فهو المنقل أو التحول الانتقالي، والثالث يعرف بالفسيفسائية.

ومن الجدير بالذكر أن الخطأ الكروموزومي يؤثر سلبا على نمو المخ، وعلى نمو الجسم مما يترتب عليه قصور في الأداء الوظيفي العقلي، وبطء في سرعة نمو هؤلاء الأطفال في جوانبهم المختلفة قياسا بأقرانهم العاديين في نفس عمرهم، كما تتأثر قدراتهم ومهاراتهم المختلفة، وإلى جانب ذلك تبدو عليهم سمات جسمية معينة تميّزهم عن غيرهم من الأطفال، كذلك ينتج عن هذه الحالة مشاكل صحية، مما يجعلهم في حاجة ماسة إلى رعاية طبية، وتعليم في إطار مدارس التربية الخاصة، وتوجيههم مهنيا عندما يصلون إلى مرحلة المراهقة، حتى نؤهلهم للحصول على عمل مناسب يتلاءم معهم ومع ظروفهم بشكل عام.

الفصل الخامس: نظرية النماذج الوبائية

تمهيد

1. تعريفات الشخصية

2. نظريات الشخصية:

2. 1. النظريات الإستعدادية.

2. 2. النظريات النفسدينامية.

2. 3. النظريات السلوكية.

2. 4. النظريات الظاهرية.

3. علاقة الشخصية بالأمراض العضوية:

3. 1. النظريات السيكوسوماتية.

3. 2. النماذج الوبائية.

3. 2. 1. نظرة تاريخية عن حركة التتميط.

3. 2. 2. تعريف النمط السلوكي.

3. 2. 3. أنماط السلوك:

3. 2. 3. 1- نمط السلوك "أ".

3. 2. 3. 2- نمط السلوك "ب".

3. 2. 3. 3- نمط السلوك "ج".

خلاصة .

تمهيد :

تعتبر الشخصية من أهم المواضيع التي تعالجها فروع علم النفس من جوانبها المختلفة، فهي المحور التي تدور حوله البحوث المختلفة في هذه الميادين، بهدف الكشف عن فاعلية الفرد وشروط تحقيق هذه الفاعلية، والفهم العميق للسلوك الإنساني، وذلك للوصول إلى القوانين التي تخضع لها الظواهر النفسية المختلفة.

ويعتبر مفهوم الشخصية من أكثر مفاهيم علم النفس تعقيدا، نظرا لأن الشخصية مفهوم يشمل كافة الصفات والخصائص الجسمية، العقلية والوجدانية المتفاعلة مع بعضها البعض داخل الفرد ولهذا تعددت الآراء وتباينت المفاهيم في معالجتها لمعنى الشخصية، من حيث طبيعتها وخصائصها وتطورها، لذا فإن أول ما سنقوم به في هذا الفصل هو تحديد هذا المفهوم بالتطرق إلى مختلف التعاريف التي وردت حوله.

1- تعريفات شخصية:

يمكن تصنيف تعريفات الشخصية من قبل علماء النفس إلى ثلاث مجموعات عرفت بالنوع الأول، النوع الثاني والنوع الثالث من تعريفات الشخصية، والتي سنعرضها على التوالي:

1.1- النوع الأول من تعريفات الشخصية:

ينظر هذا النوع من التعريفات إلى الشخصية على اعتبارها مثير أو منبه، أي كمؤثر إجتماعي على الآخرين، وهذا النوع يركز على المظهر الخارجي للفرد وقدرته على التأثير في الآخرين. يندرج تحت هذا النوع من التعاريف تعريف كل من "ماي-May"، "فليمنج-Fellimming"، "لنك-Link" و "واطسن-Watson".

فالشخصية عند "ماي-May": "هي ما يجعل الفرد فعالا أو مؤثرا في الآخرين". أما "فلمنج-Fellimming": "فيعتبرها العادات أو الأعمال التي تؤثر على الآخرين".

في حين ينظر لنك-Link "إليها": "على أنها مجموعة من تأثيرات الفرد في المجتمع". ولقد ذهب "واطسن-Watson" إلى: "أن الشخصية هي مجموعة الأنشطة التي يمكن ملاحظتها عند الفرد بالملاحظة العقلية للسلوك لفترات طويلة و كافية من الزمن، تسمح لنا بالتعرف الكامل عليه، فهذا التعريف تأكيد لجميع ألوان النشاط التي نلاحظها عند الفر"، وهو يركز على اعتبار الشخصية مثيرا فقط (سيد غنيم ، 1978).

إن النظر إلى الشخصية كمثيراً وممنبه، هو نظرة جزئية غير كاملة، يسلط بها الضوء على جوانب خارجية من الشخصية فقط، متجاهلاً بذلك عناصرها و سياقها الداخلي، هذا ما ترك المجال أمام فريق ثاني من الباحثين الذين نظروا إليها باعتبارها الاستجابات التي يبديها الفرد إزاء المثيرات الخارجية والذين عرفوا تحت اسم مجموعة النوع الثاني من تعريفات الشخصية (مقدم، 1993).

1. 2- النوع الثاني من تعريفات الشخصية:

ينظر هذا النوع من التعريفات إلى الشخصية باعتبارها استجابات الفرد للتمييزات المختلفة، يحاول أصحاب هذا الطرح وصف الشخصية بأنها الأنماط السلوكية المتعددة التي يستجيب بها الفرد للمتغيرات التي تقع عليه، سواء كانت هذه الأنماط تغييرات في ملامح الوجه أو الإشارات الجسمية أو الحركات التعبيرية أو الأساليب الانفعالية أو طرق التفكير أو غير ذلك من الاستجابات.

ومن الباحثين الذين أخذوا بهذه التعريفات "وودورث وماركيز - WODORTH & MARQUIS"، حيث عرفا الشخصية: "بأنها الأسلوب العام لسلوك الفرد، كما يظهر في عاداته التفكيرية وتعبيراته واتجاهاته وميوله وطريقته وسلوكه وفلسفته الشخصية في الحياة" (نقلا عن: جابر، 1986). ومن بين القائلين بهذا التعريف أيضا كل من "ألبرت فلويد - Allport Fluid" و "روباك - Robek"، حيث ينظر "ألبرت - Allport" إلى الشخصية على أنها إستجابات الفرد المميزة للمثيرات الإجتماعية و كيفية توافقه مع المظاهر الإجتماعية لبيئته، أما "جثري - Jeffery" و هو سلوكي من أصحاب نظرية التعلم الإجتماعي - فيرى أن الشخصية هي العادات و نظام العادات ذات الأهمية الإجتماعية و التي تكون ثابتة وتقاوم التغيير، في حين يعتبر "روباك - Robek" الشخصية أنها مجموع إستعداداتها المعرفية، الإنفعالية و النزوية (جابر، 1986).

إن هذا التعريف للشخصية وجهت له إنتقادات، حيث أن الشخص الواحد حين يواجه بنفس المثير، لا يستجيب بنفس الإستجابة، كما أن شخصين مختلفين قد يستجيبان بنفس الإستجابة، ولكن لأسباب مختلفة تماما، فعدم تشابه إستجابات الفرد الواحد أحيانا وتشابه إستجابات الأفراد المختلفين أحيانا أخرى يوحي بضرورة تعديل نظرتنا للشخصية كإستجابة، إن هذا الطرح الأخير يفتح الباب أمام نوع ثالث من تعريفات الشخصية، وهي التعريفات التي ترى في الشخصية متغيرا وسيطا بين المثيرات والإستجابات (نفس المرجع السابق).

3-النوع الثالث من تعريفات الشخصية:

يذهب هذا النوع من التعريفات إلى أن الشخصية عبارة عن متغير وسيط بين المثبرات و الإستجابات، من أمثلة هذا النوع تعريف "ألپورت - Allport" وتعريف كل من "وارن وأيزينك - Eysenk & Warn"، حيث اعتبر "ألپورت - Allport" الشخصية كتنظيم ديناميكي داخل الفرد مكون من أجهزة نفسجسمية تحدد سلوكه و تفكيره المميزين له. أما "وارن - Warn" فيرى أن الشخصية هي ذلك التنظيم المتكامل لكل خصائص الفرد المعرفية، الوجدانية، النزوعية و الجسمية، كما تكشف عن نفسها في تميز واضح عن الآخرين، أما "أيزينك - Eysenk" فالشخصية بالنسبة إليه هي ذلك التنظيم الثابت و الدائم إلى حد ما، لطابع الفرد، مزاجه، عقله وبنية جسمه، والذي يحدد توافق الفرد اتجاه بيئته (Eysenk,1970).

ينظر أنصار هذا التعريف إلى الشخصية كوحدة موضوعية أو كشيء له وجود حقيقي، فهم يسلّمون أن الإنسان متصل بالعالم المحيط به، يتأثر به في كل مرحلة من مراحل حياته، ولذا فالشخصية تاريخ ماض وحاضر وراهن، كما ينظرون إليها باعتبارها تنظيماً داخلياً يمكننا من تفسير مظاهر السلوك المختلفة للفرد، فهي نوع من الوحدة الداخلية التي تحدث التآزر والتكامل بين جميع أفعال الفرد.

وفي ظل هذا العرض للإتجاهات المختلفة الخاصة بماهية الشخصية، يتضح أن الشخصية تنظيم متكامل ودينامي، يتضمن هذا التنظيم عمل كل من العقل والجسم في وحدة لا سبيل إلى إنفصالها، وهي وحدة مميزة خاصة بالفرد، والتفرد هو الوحدة المميزة للإنسان.

وهكذا يمكن أن نعرف الشخصية على أنها التفاعل المتكامل للخصائص الجسمية، العقلية، الإنفعالية والاجتماعية التي تميز الشخص وتجعل منه نمطاً فريداً في سلوكه ومكوناته النفسية.

يتميز هذا التعريف للشخصية بأنه يوفق بين الآراء المتناقضة، فعلى الرغم من أن بعض الخصائص الجسمية، العقلية والإنفعالية تكون عامة بين الأفراد، إلا أن التفاعل بين هذه الخصائص لا يكون بنفس الطريقة لديهم، وهذا من شأنه أن يخلق نمطاً فريداً من الشخصية، سواء في سلوكه أو مكوناته النفسية، فالتفاعل المتكامل يعني التأثير المتبادل بين مكونات الشخصية، وتوجيه سلوك الفرد طبقاً لهذا التأثير المتبادل، كما يدل لفظ التفاعل على خاصية الدينامية التي تميز الشخصية الإنسانية.

فشخصية الفرد إذن يمكن اعتبارها مجموعة من الخصائص والميول والأمزجة المستقرة نسبياً، تكونت بالوراثة، ومن عوامل البيئة الإجتماعية والثقافية، وهذه المجموعة من المتغيرات تحدد نواحي التشابه والإختلاف في السلوك (عبدالرحمان، 2012).

2- نظريات الشخصية:

صنفت نظريات الشخصية إلى أربعة نظريات، أولها عرفت بالنظريات الإستعدادية، والتي عمدت إلى تصنيف الفرد حسب النمط الغالب على شخصيته أو عن طريق سرد الطباع أو السمات المميزة له، وثانيها هي النظريات النفسدينامية، والتي ترى بأن السلوك هو محصلة للعلاقات و للتفاعلات بين الأجهزة النفسية للفرد، وثالثها هي النظريات السلوكية، و التي لم تغفل أثر كل من البيئة الاجتماعية والبواعث الأولية والثانوية في تكوين الشخصية، أما رابعها فهي النظريات الظاهرية التي أكدت على مجموعة الخبرات الفردية في تكوين الشخصية، و لمعرفة أوسع بهذه النظريات نتقدم بالعنصر الآتي :

2. 1- النظريات الإستعدادية :

تميل بعض النظريات الإستعدادية إلى تفسير الشخصية و تصنيف الأفراد تبعاً للنمط الغالب أو المسيطر على شخصية كل منهم، و هذا النمط عبارة عن مجموعة من الصفات التي تتجمع وتتربط لتميز الشخصية ككل عن كافة الشخصيات الأخرى، كالنمط المنبسط ، النمط المفكر، والنمط البدين، وذلك كما هو الحال في الأنماط التكوينية عند "كرشتمر - Kritchmer" و"شلدون - Sheldon" والأنماط النفسية عند "كارل يونغ - Carl Young" كما يميل بعضها الآخر إلى تصنيف الناس عن طريق سرد الطباع أو الصفات المميزة، و ذلك كما هو الحال عند "جوردن ألبورت - Allport Djorden" و"ريموند كاتل - Cattell Rimond" (عبدالرحمان، 2012)

2. 1. 1- نظريات الأنماط :

يعد تصنيف الناس إلى أنماط أو طرز معينة يتميزون بها ويسلكون وفقاً لها، من أقدم المحاولات التي عرفها الفكر.

وتشمل نظرية الأنماط نماذج عديدة أخرى تختلف فيما بينها من حيث الأساس الذي قامت عليه، ونذكر منها نموذجين هما الأنماط الجسمية التكوينية والأنماط النفسية.

2. 1. 1. 1- الأنماط الجسمية التكوينية:

يميل الباحثون في علم النفس التكويني إلى اعتبار الشكل المميز للبنية أو التركيب الجسمي محدداً للشخصية، إذ يربطون بين نمط الجسم و خصائص الشخصية، ومن بين هؤلاء الباحثين الطبيب السيكاتري الألماني: "كرشتمر - Kritchmer" و "شلدون - Sheldon" .

* نظرية "كرتشمير-Kritchmer": اعتقد بوجود علاقة وثيقة بين أربعة أنماط جسمية

و الخصائص المزاجية للشخصية، وهذه الأنماط هي :

أولاً : النمط البدني(المكتنز) : وهو القصير الممتلئ، سميك العنق عريض الوجه، ويتميز بالإنبساط و الصراحة و روح المرح، و بالتقلب الإنفعالي، و بالقدرة على بناء الصداقات .

ثانياً : النمط النحيل(الواهن) : و هو الطويل النحيف، طويل الأطراف دقيق السمات و يتميز بالحساسية الشديدة و النزوع إلى الإنطواء .

ثالثاً : النمط الرياضي(العضلي القوي) : وهو متناسق البنية، عريض الكتفين، قوي العضلات، و يتميز بالنشاط و الحيوية و العدوانية .

رابعاً : النمط المشوه(غير المتسق) : وهو من يقع خارج الأنماط السابقة، ربما نتيجة لإضطرابات في إفرازات الغدد، أو لأسباب أخرى، و تبدو عليه عموماً دلائل عدم التناسق الجسمي و النمو الشاذ.

و قد توصل "كرتشمير-Kritchmer" في دراسته للمرض العقلي إلى وجود علاقة وثيقة بين الأنماط الجسمية والإضطرابات العقلية، حيث ميز بين نوعين من الشخصية هما : الشخصية الدورية و الشخصية المنفصمة .

* نظرية "شلدون-Sheldon" : اتخذ "شلدون-Sheldon" البنية الجسمية أساساً للأنماط، لكنه اعتمد في تصنيفه لنمط الشخصية على نوعية الطبقات الثلاث التي تتألف منها الخلية الجينية، وهي الأندومورف و الميزومورف و الإكتومورف، و يتولد عن هذه الطبقات كل أنسجة الجسم بعد ذلك، و بناءاً على ذلك توصل إلى ثلاثة أنماط هي :

أولاً : النمط الداخلي التركيب- الحشوي: ويشير إلى سيطرة الأنسجة المولدة للأعضاء وبعض الأحشاء الداخلية في الجسم، لذا يتميز أصحابه جسمياً بالبدانة و ضخامة الأحشاء و الترهل و إستدارة الجسم، و يتصفون بالخصائص التالية : حب الطعام و الشهية الجيدة، النوم العميق و الإسترخاء البدني، بطء الإستجابة والحركة، الإجتماعية و الإتجاه نحو الناس و مشاركتهم والتطلع إلى عونهم و مساعدتهم، الهدوء الإنفعالي، التسامح، الرضا عن الذات، و يطلق عليهم إسم "الحشويون".

ثانياً : النمط الوسيطي التركيب- العظمي أو العضلي : و يغلب على حالته سيطرة الأنسجة المولدة للعظام و العضلات، لذا يغلب على أصحابه مظاهر البنية الرياضية و قوة العظام و العضلات، وهم يتسمون بالقوة والنشاط العضلي والجسمي والحوية، وحب السيطرة والميل إلى المغامرة والإندفاعية، الجرأة في مواجهة المشكلات والصلابة لاسيما تحت تأثير الكحول، و يطلق عليهم اسم "النشطون".

ثالثاً : النمط الخارجي التركيب-العقلي : و يغلب على هذا النمط سيطرة الأنسجة المولدة للجهاز العصبي، و يتميز أصحابه جسمياً بال نحافة و طول الأطراف و حساسية الجهاز العصبي كما يغلب عليهم أناقة المظهر، كما تتصف شخصياتهم بالسمات المزاجية التالية : الدقة و النظام، سرعة

الإستجابة، الخجل والإنتباه واليقظة العقلية، التأمل والتفكير، الحساسية و القلق، النزوع إلى كتمان المشاعر و كبت الإنفعالات، الميل إلى الوحدة و البعد عن الجماعات الكبيرة من الناس و يطلق على الشخصيات من هذا النوع "المخيون" (مقدم، 1993) .

2. 1 . 1 -2- الأنماط النفسية :

اتخذ بعض الباحثين وجهة أخرى في تصنيفهم للشخصيات إلى أنماط، حيث إعتدوا في تصنيفهم على أسس سيكولوجية، ومن أشهرهم الطبيب النفسي السويسري "يونج- Young" و قد ذهب إلى أن الشخصية تتخذ أحد النمطين المختلفين هما :

* **النمط الإنبساطي:** ويتميز بالإهتمام بالمسائل والأحداث الخارجية والإنتفاع على الناس والبيئة، والمقدرة على تكوين علاقات مع الآخرين والإندماج معهم، وبالحيوية، العمل، النشاط، المرح والتعبير عما في نفسه من مشاعر وإنفعالات.

* **النمط الإنطوائي:** و يتميز بالإهتمام بالمسائل والأمور الذاتية و التركيز حول خبراته الشخصية، وهو أكثر ميلا إلى الإنسحاب والإغلاق على الذات كما يتسم بالخجل و الحذر بالنسبة للآخرين وعدم الميل إلى التعامل معهم أو الإختلاط بهم، و بتفضيل التأمل و التفكير و الإستغراق في عالمه الخاص على العمل و النشاط وسط الناس .

كما حدد "يونج-Young " أربع وظائف نفسية، وهذه الوظائف هي: التفكير، الوجدان، الإحساس و الحدس .

ومن الجدير بالذكر أن هذه الوظائف لا تنمو لدى الفرد نموا متساويا، و إنما عادة ما تغلب إحداها على شعور الفرد أو أنه كوظيفة عليا، بينما تصبح الوظائف الأخرى وظائف أدنى منها، و كل شخص تغلب عليه وظيفة معينة، و الشخص الذي تغلب عليه وظيفة التفكير نقل عنده وظيفة الوجدان، ومن يغلب عليه الحدس(الإلهام) لا يعتمد على الحس إلا قليلا فالتفكير يقابله الوجدان، و الحس الإلهام (القوصي، 1975) .

من الملاحظ أن بعض نظريات الأنماط تناولت الشخصية كما لو كانت نتاجا لعوامل وراثية فقط، فـ"كرتشمير-Kritchmer" رأى أن شكل البنية هوالمحدد للشخصية، و"شلدون-Sheldon" أقام أنماطها على أساس الميراث الجيني وما يتركه من آثار على الجسم، هذا يعني أن تلك النظريات أغفلت العوامل الإجتماعية والثقافية والبيئية عموما، وما يترتب عليها من خبرات مكتسبة لها أثرها البالغ على نمو الشخصية.

كما تجاهلت نظرية الأنماط مبدأ الفروق الفردية بين الناس لأنها أكدت على أوجه الشبه بين الأفراد وأغفلت أوجه الإختلاف، كما وضعت حدودا فاصلة بين الأنماط و بعضها البعض مما ترتب عليه أن تلتصق بالأفراد كل أوصاف النمط الذي يصنفون فيه أو وفقا له دون تمييز بينهم، وليس معنى أن مجموعة من الأفراد بدناء وفقا "لكرتشمير-Kritchmer" أو حشويون وفقا "لشلدون-Sheldon"

أو منبسطون وفقا لـ "يونج-Young"، أنهم متماثلون في كل شيء، فقد يتفوقون في كونهم إنبساطيين مثلا لكنهم يختلفون فيما بينهم من حيث مستوى الذكاء أو الإلتزان الإنفعالي أو مستوى الطموح .
ضف إلى ذلك أن بعض النظريات إعتنت بال نماذج الشاذة من الشخصيات كالمضطوبين والمنبسطين، وهي قليلة ونادرة الوجود، ذلك أن الأنماط لا تمثل إلا الحالات المتطرفة من الشخصيات في حين أن القسم الأعظم من الناس عبارة عن خليط منها على درجات مختلفة وكثيرة جدا، وذلك قد يعني أن نظريات الأنماط لا تكون كافية أو صالحة للتعميم على الحالات العادية الممثلة لأغلبية الأفراد (القوصي، 1975).

2. 1. 2- نظريات السمات :

لجأ بعض الباحثين إلى إستبدال فكرة الأنماط بفكرة السمات، ومضمون ذلك أن الشخصية عبارة عن إنتظام دينامي لسمات أو صفات مختلفة جسمية، عقلية، إنفعالية، دافعية وإجتماعية فطرية أو مكتسبة، و يحظى كل فرد بقدر معين من كل سمة.
و يمكن التحقق من وجود هذه السمة كليا أو إحصائيا بإستخدام المقاييس والإختبارات، و هكذا يمكننا وصف الشخص بناءا على ما يتمتع به من سمات مختلفة تبعا لموضعه في كل منها بالنسبة للجماعة التي ينتمي إليها، ومن أقطاب نظريات السمات "جوردن ألبورت-Allport Djorden" و "ريمون كاتل-Cattel Rimond".

2. 1. 1- نظرية "ألبورت-Allport" :

يعرف "ألبورت(1961)Allport" السمة أو الإستعداد الشخصي، بأنها إستعداد نفسي عصبي مركزي عام خاص بالفرد، يعمل على جعل المثيرات المتعددة متساوية وظيفيا، كما يعمل على إصدار و توجيه أشكال متساوية من السلوك التكيفي و التعبيري، و قد رأى " ألبورت-Allport " أن السمات الخاصة بفرد ما تقوم بدور دافعي بالنسبة له فهي التي تحدد أنماط سلوكه، كما رأى أنه من الصعب أن يتفق فردان في سماتهما، لأن السمات تعمل بطريقة فريدة لدى كل شخص تبعا لإستعداداته، و سلم "ألبورت-Allport" بأن هناك أيضا سمات عامة مشتركة تنمو بين الناس نتيجة الخبرات و الثقافة المشتركة، ومن ثم فإنه يمكن مقارنة هذه السمات لدى مجموعة من الأفراد الذين يعيشون في ثقافة معينة و وقت ما.

كما رأى "ألبورت-Allport" أن السمات الفردية يمكن ترتيبها في مدرج هرمي تبعا لأهميتها وتأثيرها على الفرد، حيث تسيطر على شخصيته سمات ذات تأثيرات متفاوتة الدرجة، وقد قسمها "ألبورت-Allport" إلى ثلاث فئات، فهناك سمة رئيسية أو بارزة غالبا ما تطبع سلوكه عموما وقد يشتهر بها، كسمة العدل في "سيدنا عمر بن الخطاب رضي الله عنه"، و هناك سمات مركزية يتراوح

عددها من خمسة إلى عشرة سمات لدى الفرد يظهر أثرها في معظم سلوكه، تليها سمات أخرى ثانوية وأهامشية تبدو قليلة الأهمية بالنسبة لسلوك الفرد، ورأى "البورت-Allport" أن هذه السمات لا تعمل كوحدات مستقلة تماما عن بعضها البعض، و لكنها مجموعة متوافقة من الصفات تتجمع لإحداث الآثار السلوكية، وعلى ذلك ففعل واحد مركب لا يمكن إرجاعه إلى سمة واحدة مفردة، بل هو دائما نتاج مجموعة من السمات المترافقة، تسهم كل سمة منها في بعض مظاهر السلوك (لازاروس، تر: غنيم، 1981) .

وتتنظم سمات كل شخص في كل منظم أو تجمع متسق يحتويه ما أسماه "البورت-Allport" بالذات الممتدة المتميزة التي تنمو و تتشكل على مدى حياة الفرد، و التي لا تنحصر نشاطاتها وترتبط بمجرد إحتياجاتها المباشرة و واجباتها وإنما في التخطيط للمستقبل وتبني فلسفة موحدة للحياة.

2. 1. 2 - نظرية "كاتل-Cattel" :

صنف "كاتل(1964)Cattel" السمات إلى قسمين، هما سمات عميقة مصدرية وسمات ظاهرية سطحية:

أولا: سمات عميقة مصدرية: وهي لا تظهر في السلوك بشكل مباشر، وتنقسم بدورها إلى سمات تكوينية وأخرى بيئية.

ثانيا: سمات ظاهرية سطحية: و تعتبر السمات المصدرية تكوينات أولية أساسية تعمل كمسببات بالنسبة للسمات السطحية الظاهرية في سلوك الفرد من خلال انفعالاته وتصرفاته اليومية في عمله و مع الآخرين، فاندمج الفرد مع الناس و نزوعه إلى مساعدتهم و مشاركتهم و التعاون معهم، وحيويته وإقباله على الحياة يعتبر من قبيل السمات السطحية التي ترجع أساسا إلى سمة عميقة مصدرية هي الإجتماعية، كما أن الإعتماد على النفس والثبات والتصميم والمثابرة وقوة الإرادة تعد سمات سطحية تتبثق أصلا عن سمة مصدرية هي الإكتفاء الذاتي (لازاروس، تر: غنيم، 1981) .

ومن وجهة النظر النقدية لنظريات السمات، يمكن القول أنه من بين إيجابياتها أنها اعتمدت أسلوب القياس النفسي كوسيلة للتقدير الكمي لسمات الشخصية باستخدام عدة إختبارات موضوعية مقننة، ومن ثم تتسم نتائجها بالدقة والموضوعية في مقارنتها للسمات بين الأفراد والجماعات، كما أن لهذه الاختيارات قيمة كبيرة في عمليات التوجيه والإرشاد سواء من حيث مساعدة الفرد على فهم ذاته، أو من حيث توجيهه ومعاونته على اتخاذ القرارات المناسبة بشأن إختياراته لنوع الدراسة أو المهنة الملائمة له.

ورغم أهمية الإختبارات النفسية فإننا قد نجد أفرادا لا يجيبون بصراحة وأمانة على أسئلتها، ربما لأنها تكشف عن سمات يرونها كريهة بالنسبة لهم أو مخجلة برغم وجودها الحقيقي لديهم، وقد لا يدرك بعض الأفراد أيضا تأثير بعض السمات على سلوكهم لكونها غير شعورية.

2. 2- النظريات النفسديناميكية:

و تتمثل في التحليل النفسي بدءا بالنظرية الكلاسيكية عن "س. فرويد - Freud.S" و انتهاءا باتجاهاته الحديثة عند "ألفرد أدلر - Adler Alfred" و "كارين هورني - Horney Karine" و "هاري ستاك سوليفان - Sullivan Hari Steck". وللتعرف أكثر حول إسهامات هؤلاء الباحثين في مجال الشخصية ننتقدم بالعرض التالي لنظرية "فرويد - Freud" و "أدلر - Adler" كمثال لنظرية التحليل النفسي في شكلها الكلاسيكي والحديث.

2. 2. 1- نظرية "فرويد" في التحليل النفسي :

تعود هذه النظرية إلى العالم "فرويد(1962)Freud"، الذي يرى أن الشخصية الإنسانية تتألف من ثلاثة عناصر رئيسية هي :

- **الهو:** ويمثل هذا النظام الصورة البدائية للشخصية قبل أن تتطبع إجتماعيا، ويعتبر مستودع الطاقة البيولوجية النفسية أو المنبع الذي تتزود منه بقية النظم الأخرى لتؤدي عملياتها، ومن خصائصه أنه لا شعوري صرف فليس بينه وبين العالم الخارجي الواقعي إتصال مباشر أي أنه لا يرتبط بالواقع، كما أنه لا يعترف بالزمان ولا المنطق، ولا يعطي أي وزن للقيم و الإعتبارات الإجتماعية.
- **الأنا:** تنشأ أساسا لخدمة أغراض الهو وتنظيم إشباعاته، بحيث تتفق مع الواقع، أو بقدر ما تسمح به مطالب الحياة الواقعية، وعن طريق مخارج وصور مقبولة إجتماعيا لهذا الإشباع، ومن أهم وظائفها الحفاظ على توازن الشخصية، وتنسم بالتفكيرالموضوعي والمعقولة ومراعاة الإعتبارات الإجتماعية.
- **الأنا الأعلى:** ويقوم بدورالرقيب الداخلي أو الضمير، ويتشكل من الأخلاقيات والمثاليات والقيم العليا من عدل وخير، ومن ثم فهو مثالي وليس واقعا، ويتكون بالتعليم والتربية عن طريق إستدخال معايير الصواب والخطأ وإستدماجها في أنفسنا منذ الطفولة، لذا يعد الأنا الأعلى مصدرا للضبط الذاتي أو التحكم الداخلي في الشخصية. إن هذه النظم الثلاثة تعمل في تفاعل مستمر بل في صراع متواصل نتيجة تعارض مصالحها بغية الوصول إلى حالة توافقية توازنية، ومن هنا تتولد الدافعية والدينامية. ويعد سلوك الفرد محصلة للعلاقات

والتفاعلات بين هذه الأجهزة الثلاثة، كما أن توافقه وإتزانه وسلامة صحته النفسية تتوقف على مدى قوة الأنا وتحكمها في التوفيق بين القوى المتصارعة المحركة لهذه النظم، وفي الموازنة بين ضغوطها ومطالبها المتعارضة. لقد ذهبَت نظرية التحليل النفسي إلى أن الطاقة الغريزية الجنسية هي المحرك الأساسي لسلوك الفرد، كما نظرت إلى الشخصية كما لو كانت حياتها رحلة كفاح مرير من أجل إشباع رغبات جنسية وعدوانية متأصلة فيها.

كما نظر "فرويد - Freud" إلى الشخصية كما لو كانت ميدانا لصراع دائم بين قوى و مبادئ و نظم متعارضة ما بين غرائز الحياة و غرائز الموت، ما بين مبدأ اللذة و مبدأ الواقع، ما بين الهو و بديئته، والأنا بمعقوليتها وواقعيتها، والأنا الأعلى بتشددها و مثاليته، ما بين الأنا و محتويات اللاشعور التي هي في حالة استنفار دائم .

لقد تعرضت نظرية التحليل النفسي لإنتقادات حادة من بينها أن "فرويد - Freud" ركز على دور الطاقة الجنسية كمحور للنمو النفسي للشخصية، و لتفسير السلوك العادي و المضطرب على حد سواء، و أغفل الكثير من التأثيرات و المحددات الثقافية و الإجتماعية الأخرى التي لها دورا هاما في تشكيل الشخصية، و نتيجة لبعض هذه الإنتقادات وغيرها، فقد إنشق على "فرويد - Freud" بعض الذين تبعوه و بدعوا معه ليطوروا نظريات مستقلة خاصة بهم وأشهرهم "ألفرد أدلر - Adler Alfred" و "هاري ستاك سوليفان - Sullivan Hari Steck" و ممن تصنف إسهاماتهم في إطار المدرسة النفسية الإجتماعية. وفيما يلي عرض موجز لإسهامات بعض هؤلاء المحدثين (حلوان، 2008).

2. 3- النظريات السلوكية :

ظهرت السلوكية في نهاية القرن التاسع عشر، حيث تمتد جذورها إلى "إدوارد ثورنديك - Thorndike Edward" و "إيفان بافلوف - Pavlov Ivan"، فقد كانت نتائج دراستهما أهم الدعائم التي أقام عليه "جون واطسون - Watson John" المدرسة السلوكية التقليدية، و قد استمرت السلوكية باتجاهاتها التقليدية حتى نهايات الثلث الأول من القرن العشرين، ثم بدأت حينئذ الإتجاهات السلوكية الحديثة في الظهور على يد مجموعة من العلماء من أمثال "إدوين جاثري - Jeffery Idouine"، "كلاك هول - Hall Klack"، "برهس سكينر - Skinner Burrhus"، "جون دولارد - Dollard John" و "نيل ميلر - Miller Nil"، و قد تركز إهتمام السلوكية في بادئ الأمر على عملية التعليم و كيف تتم و تكتسب و ما قوانينها، ثم توسع هذا الإهتمام ليشمل مجال الشخصية، و هذا ما تجسد في كل من السلوكية التقليدية و السلوكية الحديثة .

2. 3. 1- السلوكية التقليدية :

لقد رفض "واطسن - Watson" فكرة تأثير الوراثة كلية على سلوك الفرد و شخصيته، و أبرز دور البيئة الإجتماعية في تشكيل الشخصية، و نبذ فكرة الغريزة، كما نظر إلى الإنفعالات والتفكير على أنها سلوكيات موضوعية يتم إكتسابها، حتى أنه اعتبر الذكاء طريقة مكتسبة في التفكير .

ومن أهم مبادئ السلوكية التقليدية في نظرتها إلى السلوك والشخصية ما يلي:

- أن الأنماط السلوكية عبارة عن إرتباطات بين مثيرات معينة تؤدي إلى إستجابات محددة (مثير "م" ————— إستجابة "س") .
- أن الشخصية عبارة عن تنظيم معين من مجموعة عادات (أنماط سلوكية) مكتسبة أو متعلمة نتيجة ما ينشأ من روابط شرطية بين المثيرات والإستجابات، ويستوي في ذلك الأنماط السلوكية السوية والمضطربة.

لهذا عني السلوكيون بدراسة الكيفية التي يتم بها إكتساب العادات و أنظمتها، و الكشف عن طبيعة هذه الروابط الشرطية بين المثيرات و الإستجابات، و قد إعتدوا في ذلك على نتائج التجارب التي قام بها العالم "بافلوف - Pavlov" عن المنعكس الشرطي، و تقوم نظريته على أساس أنه يمكن لأي مثير محايد أن يكتسب خصائص المثير الطبيعي و يقوم مقامه في إحداث الإستجابة نفسها إذا ما إقترن به عدة مرات.

كما كشف "ثورندايك - Thorndike" من خلال دراساته عن التعلم بالمحاولة و الخطأ عن الآثار القوية لقوانين التكرار و الأثر و الإستعداد في تقوية الروابط بين المثيرات و الإستجابات و إكتساب السلوك و تعلمه.

ويستدل السلوكيون عن طريق مختلف التجارب التي قاموا بها على أن السلوك المرضي يمكن تعلمه و إكتسابه، كما يمكن إزالته أو التخلص منه شأنه في ذلك شأن السلوك العادي، و يرون أن الإضطراب الإنفعالي الإجتماعي ينتج عن عامل من العوامل التالية:

- الفشل في تعلم أو إكتساب سلوك مناسب.
- تعلم أساليب سلوكية غير مناسبة أو مرضية.
- مواجهة الفرد مواقف صراعية تستدعي منه أن يقوم بعملية تمييز و إتخاذ قرارات يعجز عن القيام بها (عبد الغفار، 1976).

ويرى السلوكيون أن الشخصية تتظيم غير ثابت أودائم، فهي عرضة للتغيير والتعديل المستمر، وهي عبارة عن مجموعة من العادات الخصوصية والنوعية أو الأساليب السلوكية التي يتعلمها الفرد ويكتسبها، وهذه العادات والأساليب السلوكية تتشكل بحسب طبيعة كل موقف بيئي يتعرض له الفرد (عبد الغفار، 1976).

ومن وجهة نظر نقدية للسلوكية التقليدية، يمكن القول أنه لعل من أهم مميزاتها لجوء أقطابها إلى المنهج العلمي الموضوعي في دراسة مظاهر السلوك الممكن ملاحظتها وإخضاعها للقياس وتقديرها كميًا.

كما حصرت كل إهتماماتها في السلوك الممكن ملاحظته موضوعيا وبشكل مباشر، وأغفلت كل ما يمكن ملاحظته مباشرة من جوانب الشخصية، فنظرا لجملة الإنتقادات التي وجهت إلى السلوكية التقليدية ظهر فريق من الباحثين المنشقين عنها من أمثال "دولارد-Dollard" و"ميلر-Miller" والذين حاولوا تطوير الأفكار التي تقدمت بها السلوكية القديمة (التقليدية) ولقد أدرجوا في إطار السلوكيين المحدثين أو الجدد.

2.3.2 - السلوكية الحديثة :

وتعد الأفكار التي قدمها كل من "دولارد-Dollard" و"ميلر-Miller" أكثر الأفكار تمثيلا للسلوكيين المحدثين في مجال الشخصية، حيث يريان أن الشخصية تحكمها مجموعتان من البواعث الأولية والثانوية تهيئان الفرد للعمل، ومن أمثلة البواعث الأولية الألم، الجوع، العطش والجنس، أما البواعث الثانوية فهي متعلمة ومكتسبة، وتعمل كستار تختفي وراءه وظائف البواعث الفطرية الكامنة. وأن الفرد يولد بقدر محدود من التجهيزات البدائية السلوكية التي تعده للإستجابة، ومنها الأفعال المنعكسة النوعية، والتنظيمات الفطرية المتدرجة للإستجابة والتي تعد بمثابة نزعات لظهور إستجابات معينة قبل إستجابات أخرى (هول و ليندزي، تر: فرج، 1978) .

كما يريان أن عملية التعلم تتميز بأربعة عناصر هي: الباعث، الدليل، الإستجابة والتعزيز، فالباعث يهيء الفرد للعمل، والدليل أو المثير هو الذي يوجه الإستجابة ويحدد طبيعتها، أما إصدار الإستجابة المناسبة فيعد مرحلة حاسمة في تعلم الكائن، فالخبرة والتعلم ينتجان تنظيمات متدرجة من الإستجابة بالغة التنوع، تتأثر أيضا بطبيعة السياق الحضاري والبيئة الإجتماعية التي يعيش الفرد فيها، كما يؤدي التعزيز والإثابة إلى تقوية الرابطة بين إستجابة ما و دليل معين ويحدث هذا التعزيز من خلال خفض أو تقليل المثير الباعث وقت حدوث الإستجابة كالعطش مثلا أو القلق، وافترض "دولارد-Dollard" و"ميلر-Miller" أن الصراع اللاشعوري الذي يتم تعلمه خلال مرحلتي

المهد والطفولة، هو أساس المشكلات الإنفعالية في مراحل النمو التالية، وأن الطفل يتعلم الصراع العصابي نتيجة المعاملة الوالدية والإساءة إلى نمو الطفل، وعدم تهيئته لمواجهة المتطلبات المعقدة للتعلم، وإفتقاره للغة اللفظية، ومن المواقف التي قد يكون لها نتائج مدمرة على النمو العادي للطفل، موقف التغذية في سن المهد، موقف التدريب على الإخراج، التدريب الجنسي المبكر، التدريب بغرض التحكم والسيطرة على الغضب والعدوان (نفس المرجع السابق).

إن الشيء الملاحظ من الأفكار التي تقدمت بها السلوكية الحديثة، أن بعض جوانب هذه النظرية تتفق إلى حد بعيد مع نظريات التحليل النفسي لاسيما فيما يخص أهمية الخبرات الطفولية المبكرة، وعلاقة الطفل بوالديه، والعمليات اللاشعورية، لذا ينظر إليها البعض على أنها صيغة توفيقية بين أفكار "دولارد و ميلر - Dollard & Miller" و أستاذهما "مول-Mall" من ناحية و أفكار "فرويد-Freud" من ناحية أخرى .

2. 4- النظريات الظاهرية :

يشكل التيار الإنساني القوة الثالثة في علم النفس المعاصر بعد التحليل النفسي والسلوكية، وهو يضم مجموعة إتجاهات صاغها علماء ذوي خلفيات متباينة و رؤى مشتركة في ذات الوقت، ومن أهمهم "ماسلو-Maslow" و "روجرز - Rogers"، وسوف نستعرض بعض ملامح نظريتهما فيما يلي:

2. 4. 1- نظرية الذات " لروجرز-Rogers" :

لقد صاغ "روجرز(1977)Rogers" نظرية في الذات، و تتلخص التصورات الرئيسية المكونة لنظريته في إعتبار الكائن العضوي أو "الأورجانيزم - Organisme" هو الفرد بكليته، وأن المجال الظاهري أو عالم الخبرة هو مجموعة الخبرات الفردية أوالخبرة في كليتها وليس في جزئيتها، وأن الذات أو مفهوم الذات، هي الجزء الصامت من المجال الظاهري (عالم الخبرة) و تتكون من نمط للإدراكات و القيم الشعورية المتعلقة بالذات أو الأنا أو بالفرد كمصدر للخبرة والسلوك .

أما الذات وهي المفهوم النواة في نظرية "روجرز-Rogers" عن الشخصية فلها خصائص عديدة، إذ تنمو من تفاعل الكائن مع البيئة، وأثناء هذا النمو فهي قد تمتص قيم الآخرين وتدرجها بصفة مشبوهة، كما تنزع الذات إلى الإتساق، بمعنى أن الكائن العضوي يتصرف بأساليب تكون موافقة مع تكوين الذات، وأن الخبرات التي لا تتسق مع الذات تدرك بوصفها تهديدات لها و التي قد تتغير نتيجة للنضج والتعلم.

إن تعد هذه النظرية ظاهرية الطابع في أساسها، تركز في المقام الأول على الذات كمفهوم تفسيري، وهي تصور نقطة النهاية لإرتقاء الشخصية بوصفها إتفاقا أساسيا بين المجال الظاهري للخبرة والبناء التصوري للذات، وذلك موقف إذا تحقق فإنه يمثل تحررا من الإجهاد الداخلي والقلق، ومن الإجهاد المستمر، وهذا هو حد الكمال في التوافق الموجه واقعيا، ومعناه إقامة نظام فردي للقيم، وعلى جانب كبير من الإتفاق مع نظام القيم لأي إنسان أو له نفس القدر من التوافق السوي، ولهذا فقد طرحت نظرية الذات "Rogers - روجرز" جانبا هاما من الشخصية لم يتعرض له سواها من النظريات وهو مفهوم الذات، وأوضحت أنه بقدر إقتراب هذا المفهوم من الواقع وخلو الفرد من الخبرات المهددة، و ردود الأفعال الإنكارية والدفاعية التي تنجم عن عدم التطابق بين الذات والخبرات، تتحدد درجة التوافق النفسي للفرد و صحته النفسية (Rogers,1977).

ومن أهم ما يؤخذ على نظرية الذات أنها فسرت بناء الشخصية و الصحة النفسية، في ضوء هذا المفهوم وحده دون غيره من المتغيرات الأخرى العقلية والإجتماعية، وترتب على ذلك أنها حصرت غايات العلاج النفسي في مجرد تعديل مفهوم الفرد عن ذاته، وتحديد الخبرات عن المطابقة وجعلها تتكامل مع الذات، كما يشك البعض في صحة نظرتها إلى تحقيق الذات كدافع فطري، ومما يؤخذ عليها أيضا تأكيدها على أن الذات هي مرجع الفرد في تحديد قيمه، وعلى أن العمليات العضوية اللاشعورية مسؤولة عن تقييم الخبرات، و تجاهلها لتأثير القيم الدينية والمعايير الإجتماعية في هذا الصدد .

يمكننا القول إنطلاقا من النظريات المتعددة التي تم عرضها سابقا، أنها إختلفت في نظرتها أو تفسيرها للشخصية، لكنها إتفقت حول فكرة ترى من خلالها أن الأفراد يختلفون فيما بينهم و ذلك بالنظر إلى الصفات و الخصائص التي يتميزون بها، وأن هذه الصفات يمكنها أن تؤثر في السلوك الإنساني.

3 - علاقة الشخصية بالأمراض العضوية :

منذ أن كثر الحديث، تضاربت الآراء عن الدور الممكن للشخصية كعامل مؤهب لبعض الأمراض خاصة السرطان والأمراض القلبية، فكل من النموذج السيكوسوماتي والنموذج الوبائي إشتراكا في إعتبار بعض العوامل النفسية (كتركيبية الشخصية للفئة الأولى، وبعض أنماط الحياة للفئة الثانية) تلعب دورا محددًا في أسباب المرض، وفي هذا الإطار إذا يمكننا الحديث عن إسهامات النظريات السيكوسوماتية والنموذج الوبائي لتفسير الأمراض العضوية.

3. 1- النظريات السيكوسوماتية :

لقد حظيت هذه النظريات بكثير من الإهتمام خاصة من المدرسة الفرنسية التي طورت "مفهوم التفكير العملي" للدلالة على فقر التصور والقدرة الرمزية للمرض السيكوسوماتيين، في حين مدرسة "بوسطن-Boston" رمزت بـ"Alexithymie" لتشير إلى إنعدام قدرة بعض الأشخاص على الإعتراف بمشاعرهم وعدم قدرتهم على التحدث عنها (بوعافية، 2008).

3. 2- النماذج الوبائية :

هي على إختلاف سابقتها، حيث تمثلت في المقارنة بين مجموعات من المرضى والأصحاء، وهذا بالبحث في ماضيهم وفي كل العوامل التي تميزهم (العوامل المحيطة والنفسية- الإجتماعية)، وعليه بالنسبة للسرطان فلقد أحصي حوالي 40 عامل نفسي في السنوات ما بين (1970-1975)، وهكذا فقد إعتقد أنه تم تبيان الأسباب النفسية الإجتماعية لبعض الأمراض، غيرأنه و للأسف عانت الدراسات المتوفرة آنذاك من فراغات و فجوات منهجية عميقة أدت إلى عدم صدق نتائجها .

في حين كانت الدراسات المستقبلية أكثر صحة وأكثر وثوقا بها، فقد تمثلت في متابعة مجموعات مختلفة لأشخاص أصحاء على مدى سنوات، حيث تم منذ البداية التشخيص النفسي الإجتماعي الكامل و دراسة الإختلافات الأولية بينها و بين مجموعات لأشخاص مصابين طوروا بعض الأمراض، أشهر هذه الدراسات جرت على مدى 10 سنوات، منها دراسة "قروسات ماتيساك(1988) Grossarth Maticek" في "هايدل بارج-Heidelberg" بألمانيا على 154000 شخص، إذ سمحت بإظهار ثلاثة أنماط من الشخصية، أين الواحدة منها أكثر عرضة لتطوير أمراض قلبية أطلق عليها إسم "النمط أ" و أخرى لتطوير مختلف السرطانات عرفت تحت مصطلح "النمط ج" وثالثة تبدو أكثر توافقا و تكيفا وهم أصحاب "النمط ب" (Paulhan، 1994).

3.2. 1- نظرة تاريخية عن حركة التنميط :

بدأت حركة التنميط منذ زمن بعيد، مع تقسيم "إيبوقراط" إلى الأنماط الأربعة: بلغمي، صفراوي، دموي، لمفاوي، وأعطى "كارل يونغ - Young Carl" نمطين للشخصية: المنطوي والمنبسط، أما "كرتشمير(1921)Kritchmer"، فقد حدد ثلاثة أنماط على أسس فيزيولوجية، قد تؤدي لأمراض نفسية هي :

- بدين ممتلئ قصير (Pycnique) ← معرض للعصابات بـ"PMD" .
- نحيل (Leptosome) ← معرض للإصابة "بالفصام" .

• رياضي (Atletique visqueux) ← معرض للإصابة "بالصرع" .

وهناك نمط مختلط "Dysphasique dysmorphique" ← معرض للإصابة "بالصرع".

في حين أعطى "شيلدون(1940) Sheldon" ثلاثة أنواع أخرى على أسس فيزيولوجية أيضا هي:

- ممتلئ (Endomorphe) ← الإسترخاء و الأدب .
- متوسط التركيب (Mesomorphe) ← عدواني، يحب الخطر و مغامر .
- نحيل (Ectomorphe) ← فوبيا إجتماعية، رد فعل سريع، لا يصرح عن
مشارعه (Bergeret ,1976).

وكان الفضل الأول لـ "كورك هاس - Kurk Has" في الربط بين الإضطرابات السيكوسوماتية وأنماط الشخصية (خير الزراد، 2000).

لتأتي دراسات "فريدمان و روزنمان (1950) Friedman & Rosenman"، لتبين ذلك الأثر بين الإضطرابات السيكوسوماتية وأنماط الشخصية، حيث صاغا تنظيرا وتصنيفا في أن واحد هو التركيب السلوكي نمط "أ"، والتركيب السلوكي نمط "ب" من خلال البحث في العلاقة بين أسلوب الحياة والإصابة بالأمراض القلبية التاجية (النابلسي، 1996).

لقد لقيت أعمال "فريدمان و روزنمان - Friedman & Rosenman" إهتماما وصدى كبيرين أديا إلى تكثيف جهود البحث عن أنماط سلوكية أخرى على شاكلة النمط السلوكي "أ". وقد نتج عن ذلك وجود أربعة أنواع من الأنماط السلوكية الشهيرة وهي:

النمط "أ" (Type A Behavior) مقابل النمط "ب" (Type B Behavior)، والنمط "ج" (Type C Behavior) والنمط "د" (Type D Behavior) .

ولكل من هذه الأنماط تركيبته وخصائصه التي تميزه، حيث يرتبط النمط "أ" بالأفراد المؤهلين للإصابة بالأمراض القلبية بينما يرتبط النمط "ج" بالأفراد الأكثر عرضة للإصابة بالسرطان في حين يتعلق النمط "د" بالإضطرابات القلبية أيضا ولكن بمكونات أخرى إضافية ترفع من احتمال الوفاة بالنسبة لفئة المصابين ذاتها. مع الإشارة إلى أن النمط "ب" هو الموجه المضاد للنمط "أ" و الذي يفترض أنه نمط وقائي يبعد الفرد عن خطر الإصابة بالمرض (Friedman & Rosenman, 1974).

اختلف العديد من الباحثين في استعمال مصطلحي نمط الشخصية أو نمط السلوك "أتينسون (1990) Atkinson" ويعني ذلك أن نمط الشخصية لا يستوعب زملة السلوك الملاحظ، لكن مصطلح السلوك مرتبط من جهة بالنظرية السلوكية، ويشير إلى نمط السلوك كمرحلة أولية قبل عمومته على الشخصية، فالشخصية بكل مكوناتها هي التي تتطبع بهذا النمط. وعليه سوف نتطرق إلى تعريف النمط السلوكي، مع عرض الأنماط السلوكية السابق ذكرها:

3. 2. 2- تعريف النمط السلوكي:

"يعبر النمط السلوكي بشكل عام عن الطريقة أو الأسلوب الخاص المميز للفرد في الإستجابة للمواقف الحياتية المختلفة وفي التعامل مع نفسه ومع الآخرين، وهو على مستوى من الترتيب والتنظيم الذي يوفر حدا مقبولا من الفهم، الضبط والتنبؤ" (الزروق، 2009).

3. 2. 3- أنماط السلوك :

3. 2. 3. 1- نمط السلوك "أ" :

ترجع بذور البحث في النمط "أ" وخاصة أساليب التعبير غير اللفظية إلى "تشارلز دارون-Charlz Darone" الذي كان مهتما بالتعبير الإنفعالي، و"ألبرت (1961) Allport" الذي كان معنيا بالأسلوب التعبيري كمؤشر سلوكي للشخص، وقد لاحظ الأطباء عبر سنوات عديدة أن ضحايا النوبات القلبية يتسمون غالبا بالعداوة و العدوان وعدم الصبر والإنهماك التام في العمل (بن طاهر، 1996) .

و قد بدأت واحدة من أهم طرق البحث في مسألة الشخصيات المالية إلى التعرض لضغوط الحياة في بداية الستينات عندما وضع إثنان من المختصين في أمراض القلب هما "فريدمان وروزمان-Friedman& Rosenman" تخطيطا لشخصية المرء المهيا للإصابة بأمراض الشرايين التاجية للقلب (Rosenman , Friedman & Stous ,1964).

وقد إتضح أن هؤلاء المرضى يسلكون بأسلوب متشابه في الكثير من النواحي: فقد كانوا شديدي التنافس، مرتفعي الإنحياز، عدوانيين، متسرعين، نافذي الصبر، كما كانوا يتميزون بأسلوب إنفجاري في الحديث وتوتر عضلات الوجه والإحساس بأن الوقت يسرقهم وأن مسؤولياتهم ضخمة، و في المقابل ذلك هناك أشخاص قادرين على الإسترخاء دون الإحساس بالذنب يطلق عليهم أفراد النمط "ب" (بوعافية، 2008).

وقد عرف "فريدمان و روزنمان -Friedman& Rosenman" النمط "أ": بأنه مركب من الفعل والإنفعال يمكن أن يلاحظ في أي شخص عدواني منهمك في كفاح مرير ومزمن لإنجاز المزيد والمزيد في أقل وقت ممكن، حتى ولو كان ذلك على حساب أشياء أخرى أو أشخاص آخرين (بوعافية،2008) .

هذا ويضيف "دامبروسكي -Dembrowski"، "ويس -Wiss"، "شيلدز - Childs"، "جانز - Jeans" و"فاينليب -Faynilibe" (1978) أن: نمط الشخصية "أ" هو "مجموعة من الأشكال السلوكية والتعبيرات الإنفعالية التي هي مؤشرات تنبؤية لأمراض شرايين القلب الواضحة إكلينيكيًا"، وقد إفترض "جلاس(1977)Glass"، أن سلوك النمط"أ" ما هو إلا سلوك تكيفي لمواجهة مواقف الإنعصاب أو الضغط، على إعتبار أن الأفراد من ذوي النمط "أ" يشعرون بالتهديد وعدم الأمان في حالة فقدانهم السيطرة والتحكم في المواقف، لذا فهم يعملون جاهدين للحفاظ على التحكم، وقوة هذه الحاجة لديهم قد تؤدي إلى خبرات متكررة من الشعور بالعجز والإحباط والإكتئاب إستجابة لمواقف الحياة الكثيرة التي يصعب التحكم فيها، و لذا يلجأ الأفراد من ذوي النمط "أ" إلى التنافس والعدوانية ضد الأشخاص الذين يتدخلون في عملية التحكم هذه، كما أنهم يشعرون بقلّة الصبر أمام الأشياء التي لا يمكنهم التحكم فيها(نفس المرجع السابق) .

وخلافا للإعتقاد الذي تبناه "جلاس -Glass" فإن "روزنمان -Rosenman" وزملائه (1988) يرون أن سلوك النمط "أ" يختلف تمام الاختلاف عن كونه موقفا مسببا للضغوط وأستجابة مسببة للضيق، ومن هنا فإن النمط "أ" ليس مرادفا للإنعصاب أو الضغط، ولكنه قائم على مجموعة من القيم والأفكار والوسائل التي يتخذها الفرد لإقامة العلاقات مع غيره من الأفراد. ويؤكد "روزنمان -Rosenman" وزملائه أن سلوك النمط"أ" يستمد من التفاعل بين صفات شخصية الفرد وإستعداده الوراثي، و محيطه البيئي وإدراكه لمسببات الضغوط، وهذه العمليات المتفاعلة فيما بينها هي التي تؤدي في النهاية إلى إنبثاق نمط حياة غالبا ما يكون مرتبطا بالتنبيه النفسي الفيزيولوجي(نفس المرجع السابق) .

أما عن إسهامات الباحثين العرب في هذا المجال فهي ليست بالقدر الوفير، إذ نجد تعريف "شكري مايسة"(1993) التي تعرف نمط الشخصية "أ" "بأنه مجموعة من الصفات السلوكية التي تظهر لدى الفرد وفق شروط معينة ولظروف محددة" (شكري،1993: 29).

ويضيف "جمعة يوسف"(2000) بأن نمط الشخصية "أ" هو نمط من السلوك يتصف أصحابه ببعض الخصال المميزة مثل: العداوة، القابلية للإستشارة، الشعور بضغط الوقت، عدم التحلي بالصبر والنشاط المستعجل والتنافس العام.

وبناء على ما سبق تقديمه من تعريفات، يمكن القول أن هذا النمط يبرز لدى الأشخاص ذوي الحساسية للتحدي القادم من البيئة الفيزيائية والاجتماعية، و بهذا المعنى لا يعتبر نمط السلوك "أ" بعدا أو سمة شخصية في حد ذاته ولكنه أسلوب سلوكي وانفعالي مبالغ فيه يستجيب به الأفراد، وهو ينمو ويتطور من خلال التفاعل بين المتطلبات البيئية والخصال الشخصية.

فأصحاب النمط "أ" يتميزون إذا بجملة من الصفات والخصائص التي يمكن تصنيفها إلى خصائص سلوكية وأخرى مهارية حركية وثالثة إجتماعية، أما الأخيرة فتربط بالجانب الفيزيولوجي والتي سنستعرضها على التوالي:

❖ خصائص الأفراد من النمط "أ":

أ - الخصائص السلوكية: قادت الدراسات التي قام بها "فريدمان و روزنمان - Friedman & Rosenman" على مرضى القلب إلى تحديد خصائص سلوكية (1974) هي:

- إلحاح الزمن، مجاهدة للإنجاز التنافسي، العدوانية، عدم الطمأنينة للإنجاز والمكانة، الرغبة في إنجاز أشياء في وقت واحد، الرغبة في السيطرة.

ونظرا لتعدد الموصفات السلوكية لجأ "جينكز(1971)Gencas" إلى صياغتها في ثلاثة مظاهر أساسية هي: التنافس والرغبة القوية في الإنجاز، ونفاذ الصبر وإلحاح الوقت، والعداء والعدوانية.

• التنافس والرغبة القوية في الإنجاز:

وهنا يتميز الفرد من ذوي النمط "أ" بالرغبة القوية في النجاح في جميع المواقف لذا نجدهم يعملون لساعات طويلة، ويرغبون في القيام بكثير من الأعمال، ولا يشعرون أبدا بالرضا والقناعة في وظائفهم أو مصدر رزقهم، كما أن لديهم نزعة قوية للتنافس الذي قد يشتد إلى درجة متطرفة، مما قد يؤدي إلى نشوء صراعات وعداوات، سواء كان ذلك في محيط الأسرة أو الأصدقاء أو زملاء العمل (شكري، 1993).

• نفاذ الصبر وإلحاح الوقت:

بحيث يشعر الأفراد بعدم وجود الوقت الكافي لعمل ما يرغبون به ، فهم دائما في عجلة من أمرهم، لذا فهم أناس منتجون، و لكن إنتاجيتهم في العمل ليست أكثر مقدارا من إنتاجية الأفراد من ذوي النمط "ب"، لأن أصحاب النمط "أ" يحاولون القيام بعدة أشياء في وقت واحد، لذا يبدو أقل تنظيما أو أنهم مرهقون في كثير من الأحيان، كما أنهم في عجلة من أمرهم في المنزل أيضا ويقضون وقتا أقل مع أفراد عائلتهم، ويتكلمون بسرعة، ويقودون السيارة بسرعة، ويقاطعون أحاديث

الآخرين باستمرار، ويشعرون بالضيق عند الوقوف في الطوابير، ويقومون بعدة أعمال في آن واحد كالقراءة والتحدث مع شخص ما على الهاتف وتناول الطعام (شكري، 1993).

• العداة والعدائية:

فهم يغضبون بسهولة ولكنهم ليسوا بالضرورة عدوانيين إنما تظهر ملامح العداة عندهم من خلال تفاعلهم مع الآخرين، حيث يبدو أكثر تمللاً، أو يتصرفون بأسلوب فيه تحدأ أو فوقية، مما قد يتسبب في إيجاد صراعات في بيئة العمل (نفس المرجع السابق).

ب/ الخصائص المهارية الحركية:

يتميز أصحاب هذا النمط بحركات مستمرة لليدين والسواعد، حدة النظر، النشاط وعدم الإستقرار، الوتيرة العالية للعمل، عدم الرغبة في الاسترخاء وعدم الإحساس بالتعب (بوعافية، 2002).

ج/ الخصائص الإجتماعية:

وتتمثل في الإهتمام بالمكانة الإجتماعية، والرغبة في مراقبة وضبط المحيط، والحاجة للتفوق والنجاح، والرغبة في التميز والنفوذ بأحسن الأداء والمكانة، وبث الشك في المسؤولين واضطراب العلاقات مع الآخرين (نفس المرجع السابق).

د/ الخصائص الفيزيولوجية:

إن سمات وخصائص ذوي النمط "أ" التي سبق ذكرها تجعله أكثر عرضة للضغوط بشكل دائم، وهذا يتركهم في حالة مستمرة من التوتر الداخلي، فعلى سبيل المثال تشكل العقبات و التأخير والتعطيل البسيط عوائق رئيسية في حياتهم وتؤدي إلى إحباط وغضب كثيرين و حتى في الأوقات التي يفترض أنهم سعداء ومرتاحين نجدها تزيد من توترهم، فأيام الإجازة تشعرهم بالذنب، فالراحة غير مجدية والجلوس بدون عمل مضيعة للوقت، وما يصاحبهم من تفكير لا عقلائي قد يؤدي إلى إرتفاع ضغط الدم، أو زيادة نسبة الكولسترول وخاصة إذا رافق ذلك بعض من أحداث الحياة المؤلمة مثل موت شخص عزيز، أو طلاق أو خسارة إقتصادية أو فصل من العمل.

فسلوك هذا النمط يعمل على رفع مستوى الكولسترول في الدم أو زيادة إفراز هرمون النور أدرينالين الذي يعرقل عملية إنتظام نبض القلب.

كما يعتقد أن الهرمونات الفيزيولوجية التي تتوسط العلاقة بين نمط الشخصية "أ" وأمراض القلب بصورة عامة تؤدي إلى رفع نشاط الشرايين التاجية مما يسرع من التلف الذي يصيبها بمرور الزمن،

وتساهم في تجميع الصفائح الدموية المسببة للخرثرة التي تكون على شكل تجلط دموي، كما تعمل على استهلاك عضلات القلب نتيجة لعدم إتساق النبض، وأشارت دراسات أخرى إلى محاولة الأفراد من ذوي النمط "أ" التكيف مع العوامل الضاغطة و ما يتطلبه من مجهود نفسي، ومن ثم إطلاق هرمونات الأدرينالين، و قد يكون ذلك سببا في الوفاة المفاجئ بمرض القلب الذي يحدث في بعض الأحيان للشخصيات من ذوي النمط "أ" خاصة أولئك الذين يبذلون جهودا كبيرة للتغلب على العوامل الضاغطة، و بالفعل فقد أظهرت إحدى الدراسات "فريدمان وروزنمان (1974) Friedman & Rosenman" أن التوتر يؤثر مباشرة على مستوى الكوليسترول في الدم الذي يعد عامل الخطر الأول في الإصابة بأمراض القلب (الشناوي، 1999).

وقد تنبأت دراسات أخرى "سولز ووان (1989) Suls & Wan" بأن أفراد النمط "أ" الذين يتميزون باستجاباتهم المعرفية والسلوكية، والأكثر استعدادا للإصابة بأمراض القلب هم الذين لديهم صعوبة في التحكم في مستويات الجلوكوز في الدم، وتشير الدراسات المخبرية والميدانية إلى أن الفرون بين النمط "أ" والنمط "ب" في الاستجابة الفيزيولوجية تحدث فقط في المواقف التي تثير التحدي لديهم أو التي تهدد التحكم لدى النمط "أ" (نفس المرجع السابق).

❖ النماذج التي تشرح كيفية تأثير نمط السلوك "أ" على أمراض القلب:

أ- نموذج الضبط "جلاس (1977) Glass (1977) (CONTROLE) : حسب هذا العالم يؤدي التعرض لأحداث نفس إجتماعية يصعب التحكم فيها إلى ظهور سلوكيات من النمط "أ" هؤلاء الأفراد يحاولون جادين التحكم بالأمر والتغيرات الفيزيولوجية، هي خاصية إنعكاسية لذلك وليست تكوينية، والإختلال الوظيفي المتكرر الناتج عن ذلك يؤدي للإصابة بالمرض.

ب- النموذج الإصطلاحي (التفاعلي) "سميث و أندرسون (1986) Smith et Anderson" : يزعم أصحاب هذا النموذج أن الأفراد من النمط "أ" يستجيبون بطريقة خاصة للمواقف التي يتعرضون لها، و بالإضافة إلى ذلك بسبب تصرفاتهم يثيرون لدى محيطهم الإجتماعي ردود أفعال من شأنها أن تزيد من السلوكيات الإستجابية للنمط "أ"، وهذا النموذج متأثر بنظرية النمو الإجتماعي المعرفي "باندورا - Bandura" التي تقر أن كل فرد يدرك و يفضل بعض النواحي من وسطه و ذلك تبعا لشخصيته.

فالأفراد من النمط "أ" يختارون لهم موضوعيا أو لاشعوريا محيطا أساسا مكون من العراقيل والمنافسة فهم يحاولون إختيار المواقف الصعبة، وتقييمهم لذاتهم وتقييم الآخرين لهم في هذه المواقف

يزيد من الصعوبة (سواء كان ذلك حقيقيا أو مدركا)، مما يؤدي لتنشيط الجهاز العصبي السمباتي الذي من شأنه أن يؤدي لأمراض القلب.

ج/النموذج الإدماجي لـ"كونترادر (1990) Contrada": أصحاب هذا المنحنى يهتمون بجانب التصورات المعرفية للعلاقة الموجودة بين الفرد و المحيط الموجود فيه، فهؤلاء الأفراد لهم أهداف كبيرة ليس فقط التحكم في الأحداث لكن تحقيق كفاءات خاصة و مميزة. هذه النظرية تؤدي إلى ردود أفعال سيئة للصحة، والآلية الثانية تتمثل في أن الإستجابات الفيزيولوجية تضخم من الأحاسيس والإدراكات وبالتالي السلوكيات لدى أفراد من النمط "أ" (بوعافية، 2002).

❖ بعض الدراسات التي قامت حول هذا النمط :

- حسب نتائج "فريدمان و روزنمان (1974) Freidman & Rosenman"، اللذان قاما بدراسة طولية (Prospective) في 8 سنوات على 3500 رجل في صحة جيدة، وجد أن الأشخاص من النمط "أ" عندهم خطر التعرض للإصابة بأمراض القلب مرتين أكثر من الأنماط الأخرى.
- أكدت دراسات "هاربين (1989) Harbin" أن مفهوم النمط "أ" لا ينبئ بحدوث أخطار أمراض القلب عند المرأة (نفس المرجع السابق).
- ربط "حسان المالح" في كتابه "الطب النفسي والحياد"، الجزء الأول (1999)، المهن الإدارية وأرباب العمل بنمط الشخصية "أ" (عبدالرحمان، 2012).
- وهدفت دراسة "دارفينكو (1985) Dervenco" في رومانيا إلى رسم بروفييل يوضح الخصائص السلوكية للنمط "أ"، واشتملت العينة على (71 مريض) أعمارهم بين (35 و 65 سنة)، وتم تطبيق قائمة "جينكنز - Genkins" للنشاط و قائمة "كالفونيا" للشخصية، فأشارت إلى ظهور درجات مرتفعة من نمط السلوك "أ" لهؤلاء المرضى (شكري، 1993).

وقام كل من "سيد جمعة يوسف" و "معتز سيد عبد الله" (1996) بدراسة مقارنة بين المصريين والسعوديين في أبعاد الشخصية "أ" وذلك بإستخدام مقياس "أ" من إعداد "جمعة سيد يوسف"، حيث تكونت العينة المصرية من 197 طالب من جامعة القاهرة بمتوسط العمر 22,20 عام، وعينة سعودية مكونة من 188 طالب من جامعة الرياض بمتوسط العمر 22,04، فأسفر التحليل العاملي من الدرجة 1 لمصفوفتي معاملات الارتباط المستقيم بين بنود مقياس نمط "أ" لدى مجموعة الطلاب المصريين ب14 عاملا، إستوعبت 60,3% من التباين الكلي، وبعد إجراء التدوير المائل للمحاور، أمكن تفسير 13 منها مقابل العينة السعودية ب13 عاملا إستوعبت 62.3% من التباين الكلي، وبعد إجراء التدوير المائل للمحاور أمكن تفسير 12 عاملا منها، حيث توصلت النتائج لوجود إختلافات طبقية بين كل من المصريين والسعوديين في أبعاد نمط الشخصية "أ" وأكثرها أهمية هي ضغط الوقت

والسرعة، والإنهماك في العمل، والرغبة في الإنجاز والتفوق عند المصريين أكبر مقارنة بالسعوديين (جمعة، 2000).

3. 2. 3 - نمط الشخصية "ب":

يذكر "كابلان (1992) Caplan" أنه إذا كان النمط "أ" قد حظي بإهتمام الكثير من الباحثين فإن النمط "ب" لم يحظى بنفس الإهتمام إذ يتعلق الأمر بفئة تعرف "من خلال غياب سمات أو خصائص النمط "أ"، وبالخصوص غياب مشاعر إلاح الوقت، العدائية، وفي المقابل القدرة على تحقيق اللذة، الإسترخاء دون الشعور بالذنب، فهو نمط يحمي الفرد و يتركه يتمتع بصحة جيدة، كما يساعد على النجاح وعلى التكيف الإجتماعي" (Paulhan , 1994)، وقد تقدم " لوثنان (1992) Luthan" بتعريف للنمط "ب"، يرى فيه "أن الفرد ذو النمط "ب" من الشخصية، يكون في الجانب الآخر أو المعاكس لصفات النمط "أ"، إذ يبدي إهتماماً أقل بالوقت، يمارس درجة أعلى من ضغط النفس في التعامل مع الأمور المهنية والحياتية، يحدد وقتاً للإسترخاء بدون الشعور بالذنب، يتعامل مع الأمور بصورة هادئة، وذو شخصية معتدلة، وعلى الرغم من سرعة وصول أصحاب النمط "أ" للمستويات الوظيفية العليا، إلا أن أصحاب النمط "ب" يعتبرون أكثر قدرة على تسيير دقة الأمور في هذه المستويات، حيث يتطلب الأمر التعامل مع الأمور بصورة أكثر شمولية ومن أكثر من زاوية" (عبدالرحمان، 2012).

أما "أحمد ماهر" (2003)، فيعرف نمط الشخصية "ب" أنها " تلك الشخصية التي تميل أن تكون هادئة، ومستكينة وغير مستعجلة ولا تحب أن تنافس الآخرين، فالشخص من نمط "ب" يؤدي عمله بثقة و دون إستعجال، ويحب أن يؤدي الأشياء الواحدة تلو الأخرى و ببطئ وبالتدرج حتى إن لم يتم العمل على أساسه " (ماهر، 2003: 196).

ويذكر "مقدم" (1993) أن النمط "ب" هو " نمط متحرر من سمات النمط "أ"، وبالتالي فهو نمط سوي، فهم أكثر استرخاء وتأنى وقناعة، إذ يتميز أفراد هذا النمط بقلة الرغبة في التنافس، قلة الدافع بدرجة نسبية إلى التقدم، وفي تقدير الآخرين، قلة الإنغماس في الأعمال التي تفرض لها حدود زمنية، وقلة الميل إلى تأجيل القيام بالوظائف الكلامية والوظائف العقلية، الجسمية والطبيعية الهادئة الباردة" (مقدم، 1993: 138).

يبدو من خلال هذه التعريفات أن أصحاب النمط "ب" يختلفون تماماً عن أصحاب النمط "أ"، من حيث الخصائص والصفات، فيمكن أن يقال عنهم أنهم حياديين كما نستطيع أن نقول عنهم أنهم يتمتعون بصحة جيدة، فإذا كان أصحاب النمط "أ" عرضة للإصابة بأمراض القلب، وإن كان أصحاب

النمط "ج" عرضة للإصابة بالسرطان، فإن أصحاب النمط "ب" ليس لهم شخصية مستهدفة للإصابة القلبية، ولا هم ذو شخصية مستهدفة للإصابة بالسرطان، وحتى تبدوا الأمور أكثر وضوحاً، يمكن أن نعدد أوجه المقارنة والاختلاف بين النمط "أ" والنمط "ب" في الجدول رقم "1"، المستمد من نتائج المقابلة الشخصية المركبة، التي باشرت بها اللجنة الطبية العلمية (1960) في الولايات المتحدة الأمريكية، والتي كانت على النحو التالي:

جدول رقم (14): بروفيل نمط السلوك "أ" ونمط السلوك "ب"

نمط السلوك "ب"	نمط السلوك "أ"	الصفات والخصائص
		أ-النطق والكلام:
- بطيئة	- كبيرة	- السرعة.
- أناة، توقعات كثيرة أو انقطاع	- الإجابات على كلمة واحدة، العجلة في إنهاء الجمل	- إنتاج الكلام.
- ناعم	- عال	- إرتفاع الصوت.
- ناعم	- خشن، قوي	- النوعية.
- نمطية الكلام	- كلام منفجر، مفاجئ الإلحاح على بعض الكلمات	- التلحين/الرقعة
- توقعات قبل الإجابة	- أجوبة فورية آنية	- كمون الإستجابة
- طويلة، طوافة، حوالة	- قصيرة	- مدة الإستجابة
	- إعادة الكلمات، حذف الكلمات، التمسك بالكلمات	- أشياء أخرى
		ب/السلوك:
- نادرا	- كثيرا	- التأوه
- مسترخ: يجلس مرتاحا	- متوتر، يجلس على طرف الكرسي	- الوضعية العامة
- هادئ: انتباه هادئ	- متحفز: متوتر	- السلوك العام
- مسترخ: ودود	- متوتر: عدواني، متجهم الوجه	- تعبير الوجه
- عريضة بملاً فمه	- ساخرة	- الإبتسامة
- لطيف	- عنيف، صاخب	- الضحك
- نادرا	- كثيرا	- شد المعصم
		ج/الإستجابات:
		- إعتراض المستجوب

- نادرا	- كثيرا	ومقاطعة كلامه
- نادرا	- غالبا	- العودة إلى موضوع الكلام قبل مقاطعة الحديث
- غالبا	- نادرا	- المحاولات لإنهاء أسئلة المستجوب
- غالبا	- نادرا	- استخدام النكتة في الكلام
- نادرا	- غالبا	- تسريع واستعجال المستجوب
- نادرا ما يلجأ إلى ذلك	- تقنيات كثيرة وأساليب متنوعة يلجأ إليها لقطع حديث المستجوب: تعليقات غريبة، أجوبة تهريبية ملتوية أو مطولة، يصحح كلام المستجوب أو المتحدث	- مزاحمة المتحدث أو المستجوب للسيطرة على المقابلة أو الحديث
- غير موجود	- غالبا ما يظهر من خلال المقابلة عن طريق اللجوء إلى آليات مثل: التبرم، التلطف المصطنع، الهيمنة و التحدي	- العدوان
- راض عن عمله	- غير موجود، يطمح إلى الأعلى	<u>د/محتوى تفكيره العام النموذجي:</u>
- غير موجود خصوصا	- موجود بإعترافه وإعتراف الآخرين	- رضاؤه عن عمله
- غير موجود: مستعد للانتظار والصبر حتى يأتي دوره، ولا ينزعج ولا يحبط إذا اعترض سيره عارض عائق	- في قضاء حاجاته الإجتماعية، ينزعج إذا باطأت سرعة سيارة أمامه أثناء قيادته السيارة	- الطموح، الدافع، الجامح
- غير منافس، ونادرا ما ينخرط في مباريات تنافسية	- سيتمتع بمنافسة الناس في العمل: يلعب جميع أنواع وضروب اللعب حتى مع الأطفال كي يريح	- الشعور بعدم القدرة على الصبر وتأجيل رغباته
		-المنافسة

- نادرا ما يفكر شيئين في نفس واحد	-غالبا ما يفكر بأمرين في آن واحد	-الإعتراف بوجود تفكير ثنائي الطور ونشاطات
-----------------------------------	----------------------------------	---

(الحجار، 1987: 161-162)

الملاحظ مما سبق من حديث، أومن خلال مطالعة التراث المنشور حول هذا الموضوع، التركيز على النمط "أ" من الشخصية دون النمط "ب"، وربما هذا بسبب جوهرية وأهمية النمط "أ" في حدوث أمراض شرابين القلب أو آثار الآخرين، ولكن على أي حال يمكن القول بأن هناك إتفاقا بين كثير من الباحثين على النظر إلى النمط "ب" من الشخصية بإعتباره النمط المقابل أو المصاد للنمط "أ"، إذا يتصف أفرادهم بأكثر إسترخاءا أو متحررون نسبيا من الضغط، فهناك إذا فروق سلوكية واضحة بين أفراد النمط "أ" و النمط "ب".

3. 2. 3- نمط الشخصية "ج":

ظهر في هذا القرن، وفي أول الثمانينات، نمط حديث آخر في العلوم الطبيعية والنفسية هو النمط "ج" أو ما يسمى "بالشخصية المستهدفة للإصابة بمرض السرطان"، قدمه كل من "جرير وموريس (1980) Djarir & Morisse" وطورته "تيمو شوك (1987) Temoschock". قامت "تيموشوك (1987) Temoschock" بتجميع مجموعة متناسقة من سمات الشخصية ونماذج السلوك واستراتيجيات الكوبينج تحت إسم الشخصية من نمط "ج"، الذي يشكل خطر الإصابة بالسرطان، ويوصف على أنه عكس النمط "أ"، فهو يستدخل الشدة النفسية، ويحاول التحكم في الضغط دون أن يظهر معاناته، وهو معرض للإكتئاب ويستجيب لمرضه بالعجز واليأس النفسي (Resignation)، ولا يظهر مشاعره ويفتقد للإحساس بالغضب، له سمات الوادعة والإنضباط الإجتماعي (Temoschock,1990).

❖ خصائص الأفراد من النمط "ج":

لقد وصفت الشخصية المهيأة للإصابة بالسرطان غالبا بأنها شخصية رائعة، غير متسلطة، تبحث عن التناسق مع تفادي الصراع (Paulhan,1994)، ونجد أن "تيموشوك (1987) Temoschock" في هذا المجال كانت ثنائية، فعلى المستوى العملي اقترحت تعريفا للنمط "ج"، وهو تعريف يلخص ويعطي معنى للنتائج المتباينة والمتباعدة للأبحاث السابقة. أما على المستوى النظري فلقد أسست النموذج البيونفسي الإجتماعي، والذي يلقي الأضواء على السبل التي تربط بين إستجابات النمط "ج" وإحتمال تطوير السرطان (Temoschock,1990).

إن النمط "ج" أكثر من كونه بنية ثابتة في الشخصية، فهو أسلوب توافقي لبعض الوضعيات الإجتماعية الضاغطة المتميزة بالصراع أو بالفقدان، هذه الخصائص الأساسية تتمثل في حذف العواطف وعجز اليأس والتي تظهر ربما الواحدة تلو الأخرى.

إن الشخص من النمط "ج" هو شخص طيب، مريح، متعاون، مقاوم أمام الشدائد، يحترم السلطة، لا يفرض وجوده ولا يعبر عن عواطفه، هذا الأسلوب التوافقي يبدو للوهلة الأولى على أنه "متكيف"، وهذا لكونه يسمح بتجنب الصراع، كما يجعل الشخص مستحسن من محيطه، لكنه في الواقع ما هو إلا واجهة هشة، أبقى عليها بمقدار المجهودات المبذولة والتي هي في الأخير باهضة الثمن، وهذا لأنه خلال فترة الحياة تتراكم تلك المشاعر غير المعبر عنها والرغبات غير المشبعة، ذلك أن المشاكل تم تجنبها و ليس حلها، ومن ثم إذا طالت الوضعية الضاغطة في الزمن، فإن المواقف الدفاعية يمكن لها أن تنهار، وفي المقابل يمكن للعواطف السلبية أن تسيطر والتي كانت كامنة.

هناك ثلاثة خصائص أساسية مؤدية للمرض هي:

- الإكتئاب واليأس المكتسب.
- قمع المشاعر.
- غياب السند الاجتماعي (L'absence de soutien social) (بوعافية، 2008).

ولبحث العلاقة بين السرطان والشخصية، اقترح العديد من الباحثين ومنهم "تيموشوك (1990) Temoschock" و"كونترادا (1990) Contrada" نموذج توضيحي يسمح بتبيان كيف يمكن لبعض العوامل النفسية الإجتماعية، أن تؤثر على سياق نشأة وتطور الورم فعلى ما يبدو فإن هناك سياقين محتملين في آن واحد أو متتاليين، التفسير الأول و يمثل الرقابة العاطفية، وهو يوافق عدم التعبير عن المشاعر و التي على ما يبدو لها تأثير سيء مرضي مزدوج بطريقة مباشرة من حيث إنخفاض النشاط السمباتي، و بالتالي إنخفاض القدرة المناعية، وبطريقة غير مباشرة من حيث عدم إدراك الأعراض، ومن ثم طول مدة طلب الإستشارة .

أما التفسير الثاني فيوافق عجز اليأس والذي يمكن أن يكون له أثرين مرضيين: الأول: أيضا بطريقة مباشرة، ويتمثل في إزدياد نشاط محور الكورتيكوتروب وبالتالي فقدان المناعة، أما الثاني: فهو غير مباشر يؤدي إلى إرتفاع السلوكات المؤهبة للإصابة بالسرطان (نفس المرجع السابق)، هذا النموذج كان له الفضل في جعل الفرضيات التي تم تبيانها في البداية قابلة للمناقشة فيما يتعلق بنشأة وتطور السرطان، هذا بالإضافة إلى بعض التدخلات النفسية الإجتماعية التي طبقت على بعض

المرضى المصابين بالسرطان، و كان الغرض منها تقوية إستراتيجيات التوافق كالتعبير عن المشاعر والبحث عن السند والتخفيف من الأساليب غير المجدية والمضرة، وعلى العموم هذه الكفالات حسنت من نوعية نمط حياة هؤلاء المرضى، كما أنقصت من مخاطر الإنتكاس (Dantzer ,1997).

❖ النماذج المقترحة لتفسير النمط السلوكي "ج":

أ - نموذج الكوينغ "لتيموشوك(1990) Temoschock": يستعمل هؤلاء الأفراد نموذج من الكوينغ المتجنب، فيستجيب لعوامل الضغط بالتقليل من حدتهم الشعورية وبالمحافظة على علاقاتهم مع الآخرين.

ب - نموذج عدم القدرة على التحكم لـ "فيشر(1988) Fisher": صعوبة التحكم بالعوامل الضاغطة قد تؤدي لجهود كبيرة للتحكم أوالى أسلوب اليأس والعجز المكتسب وفي الحالتين تترجم بالقلق، مما يؤدي لزيادة الكورتيزول التي تؤثر في الجهاز المناعي، بالتخفيض من فعاليته مؤدية لظهور السرطان.

ج - نموذج المشاعر "كونترادا(1990) Contrada": في الحالة الأولى يؤدي الإكتئاب لدى هؤلاء الأشخاص لتناول السجائر والكحول والعلاقات الجنسية المتعددة مما يؤدي للسرطان.

وفي الحالة الثانية تؤدي تجنب المشاعر مثلما يقول "فرويد" القمع إلى نفس النتائج بالإضافة إلى أنها تكون مضاعفة، وذلك أن أصحاب هذا النمط لا يستشيرون إلا بعد فوات الأوان (بوعافية، 2008).

❖ الدراسات التي قامت حول النمط "ج":

- أقيمت دراسة مينا تحليلية على 7 دراسات طويلة كان نتائجها أن الإكتئاب مرتبط بتكوين أعراض السرطان (Williams ,1997).
- المرضى بالسرطان لهم درجات ضعيفة في العصابية في إستخبار الشخصية "لأيزنك- Eysenck" هؤلاء المرضى لا يظهرون مشاعر القلق حتى في المواقف التي تستدعي ذلك، و ذلك مقارنة بالأشخاص العاديين (Temoschock,1990).
- في دراسة "رونالد قروسات متيساك- Ronald Grossarth Maticек" على 1353 شخص في بلدة صغيرة بيوغسلافيا، وبعد 10 سنوات لاحظ أن هؤلاء الأشخاص يتميزون بالإمتثالية (Conformisme)، وعدم إظهار مشاعرهم وتجنبها خاصة منها الغضب.

- وقد لاحظ "أيزنك - Eysenck" و"قروست - Grossarth" في دراستهم الحالية أن السرطان تتاقت بنسبة 43% عند أفراد تم تعليمهم كيفية التعبير و تحرير مشاعرهم و ذلك بعد 13 سنة (Cloninger,1999).

وتجدر بنا الإشارة إلى أن البحث في مجال الأنماط السلوكية مازال مستمرا حيث أسفرت بعض الدراسات المتتالية التي قام بها "دينوليه - Denollet" وزملائه خلال العشر سنوات الأخيرة للبحث في دور الشخصية كعامل منبئ للإصابة بالإضطرابات القلبية عن وجود نمط سلوكي آخر يسمى النمط "د" (Denollet et al ,2000).

ففي إحدى هذه الدراسات والتي دامت مدة خمس (5) سنوات على عينة مكونة من (300) فرد مصاب بالمرض القلبي التاجي، تبين أن أسباب الوفاة عند هذه العينة تشير إلى تدخل ثلاثة (3) عوامل ذات دلالة قوية تتمثل في: عامل ضغط عضلة القلب، عامل تقدم السن وعامل نمط الشخصية "د" (نفس المرجع السابق).

يرى "دينوليه (2005) Denollet" أن نمط الشخصية "د" يتعلق بالأفراد الذين يظهرون مستويات عالية من الإنفعالية السلبية (Negative Affectivity) إلى جانب مستويات عالية أيضا من الكف الإجتماعي (Social Inhibition) في التعبير عن المشاعر السلبية في المواقف والتفاعلات الإجتماعية. وقد صنف "دينوليه - Denollet" نمط الشخصية "د" كعامل من عوامل الخطورة على صحة الأفراد.

يتميز أصحاب النمط "د" بمستوى منخفض في الشعور بالإنسجام (Coherence) وبنوعية حياة ضعيفة الجودة مع إرتفاع نسبة تواجد الأعراض الإكتئابية والإحساس بالقلق والتوتر (الزروق، 2009).

يقوم نمط الشخصية "د" على سمتين بارزتين أساسيتين هما:

- **الإنفعالية السلبية:** وتعني الميل إلى الشعور الشديد بالكرب والإنزعاج باستمرار وفي المواقف المختلفة.
- **الكف الإجتماعي:** ويقصد به الميل إلى الإمتناع عن الدخول في التفاعلات الإجتماعية (Denollet,2000) بسبب إدراك العالم الخارجي كعنصر تهديد، وتوقع ردود أفعال غير مريحة من طرف الآخرين كالرفض والنبذ، لذلك فإن الأفراد الذين يتميزون بالكف الإجتماعي يحاولون تجنب ردود الأفعال تلك من خلال تبني إستراتيجية الإنسحاب الإجتماعي (الزروق، 2009).

على الرغم من المحاولات المشجعة التي تجمعت فيها الجهود من طرف الباحثين لإبراز دور النمط "د" في التأثير على الصحة، بالتركيز على تحديد بنيته التي تقوم أساسا على الإنفعالية السلبية والكف الاجتماعي، إلا أن التحفظ يبقى قائما على أهمية ذلك الدور نظرا لمحدودية نتائج الدراسات التي أقيمت حول هذا النمط والتي كانت العينات التي أقيمت عليها محدودة أيضا، ومتمركزة في بعض المناطق من أوروبا كبريطانيا وبلجيكا وبولندا وهولندا.

من جهة أخرى فإن عقد مقارنة بسيطة بين النمط "د" وبين النمطين الآخرين "أ" و"ج"، يمكن أن توضح تشابها بين النمط "د" وبين النمط "أ" من حيث تواجد الإنفعالات السلبية كالغضب والقلق، وبين النمط "د" والنمط "ج" من حيث تواجد عنصر عدم القدرة على التعبير على الإنفعالات السلبية في المواقف الاجتماعية والمعبر عنه في النمط "د" بالكف الاجتماعي.

بالإضافة إلى ما سبق، يمكن أيضا الإشارة إلى عدم وضوح الميكانيزمات التي يؤثر بها نمط الشخصية "د" على الصحة القلبية أو على الصحة بشكل عام، وقد يعود ذلك إلى حداثة البحث وقلة الدراسات حول هذا النمط والتي يمكن لها أن تأخذ حظا أوفر مستقبلا.

❖ خلاصة:

يمكن القول أن تعريفات الشخصية قد تشعبت عبر السنوات لتتناول متغيرات مثل: المظهر الخارجي للجسم، ردود فعل الناس اتجاه الفرد، الصفات أو السمات، أو الأنماط الشخصية، مدى قدرة الفرد على التوافق مع بيئته المادية و الإجتماعية، ومدى قدرته على التوافق مع نفسه، وغيرها من المتغيرات التي نستند إليها عند تقييمنا للآخرين في الحياة. ولقد عكست هذه التعريفات و التفسيرات المختلفة حول الشخصية في كتب و بحوث علم النفس النظريات أو المدارس الفكرية المتعددة لهذا العلم، فعلى سبيل المثال ركزت النظريات الإستعدادية على كل من الأنماط الغالبة أوالمسيطرة على شخصية الأفراد، وكذا على السمات أو الطباع المميزة لكل منهم، أما النظريات النفسدينامية فاهتمت بموضوع الدوافع اللاشعورية و الغرائز، في حين اهتمت النظريات السلوكية بالسلوك الظاهري الذي يمكن ملاحظته و تسجيله، أما التيار الإنساني فلقد أكد على فكرة أن الفرد هو كيان كلي موحد وليس حيوانا تحكم سلوكه قوى بيولوجية أو بيئية فحسب، ومع وجود الاختلاف بين علماء هذه المدارس، إلا أنهم جميعا هدفوا إلى التحري و الكشف عن الأبعاد المتعددة للسلوك، ولا يختلف اثنان على أن الدراسة العلمية لشخصية الإنسان، حتى وإن توصلت إلى تفسيرات متباينة، تفتح لنا آفاقا جديدة على السلوك الإنساني الذي تتحكم فيه العديد من المتغيرات.

الباب الثاني:

الجانب التطبيقي

الفصل السادس: الإجراءات المنهجية للدراسة.

تمهيد.

1- الدراسة الاستطلاعية.

2- منهج الدراسة.

3- العينة.

4- الإطار الزمني والمكاني للدراسة.

5- البرنامج العلاجي.

6- أدوات القياس:

6. 1- المقابلة العيادية نصف الموجهة.

6. 2- مقياس الشخصية.

6- 3 مقياس القلق لـ"سبيلبرجر - Spilberger".

6. 4- مقياس الاكتئاب لـ"أ. بيك - A. Beck".

6. 5- مقياس تقدير الذات لـ"كوير سميث - Cooper Smith".

6. 6- مقياس مركز التحكم لـ"روتر - Rutter".

7- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

خلاصة.

تمهيد :

بعد الانتهاء من الجانب النظري للدراسة سوف نتطرق إلى الجانب الميداني، وتتميز الدراسات الميدانية في مجال علم النفس بشكل عام باتباع خطوات منهجية علمية مدروسة، حيث يتبع الباحث منهجا معيّنًا يشترط فيه أن يناسب طبيعة دراسته، وعليه سنعرض الإجراءات المنهجية لهذه الدراسة، التي ستمكننا من التحليل السليم لنتائج البحث انطلاقًا من تحديد منهج البحث، أدوات القياس لجمع البيانات واستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة مع اختيار العينة، وفي الأخير عرض النتائج وتحليلها.

1- الدراسة الاستطلاعية:

نظرا لأهمية الدراسة الاستطلاعية كونها دراسة مسحية استكشافية لارتباطها المباشر بالميدان، كانت أول خطوة نقوم بها للوصول إلى أكبر كم من المعلومات حول الموضوع المراد دراسته وجمع البيانات اللازمة للدراسة.

كما تعتبر الدراسة الاستطلاعية خطوة مهمة من خطوات البحث العلمي، فهي بمثابة الدليل الذي يوجه الباحث ويحميه من الضياع، وبناءا عليها يتسع الطريق أمام الباحث وأمام الصعوبات التي تصادفه، كما يتسنى له القيام بالمراجعة النهائية لخطوات البحث حتى يكون مطمئنا لسلامة التنفيذ، وهي الفرصة الوحيدة للتعديل، ولا يتسنى له ذلك بعد التطبيق (عنو، 2006:264).

وعليه قمنا بالدراسة الاستطلاعية للتعرف على الظروف التي سيتم فيها إجراء البحث وكذا الصعوبات التي ربما ستواجهنا أثناء التطبيق، ومنه تمت الدراسة في الجمعية الولائية لإدماج المصابين بالتريزوميا "ابتسامة 21" لولاية البليدة، وتم اختيار العينة الاستطلاعية التي قدر عددها بـ 100 ولي (آباء وأمهات أطفال مصابين بمتلازمة داون)، ولقد تم اختبار صدق وثبات أدوات القياس المتمثلة في:

- مقياس القلق لـ "سبيلبرجر - Spielberg".
- مقياس الاكتئاب لـ "أ.بيك - A. Beck (BDI).
- مقياس تقدير الذات لـ "كوبر سميث - Cooper Smith".
- مقياس مركز التحكم لـ "روتر - Rotter".

وسوف نستعرض نتائج الدراسة الاستطلاعية لكل مقياس:

1.1- مقياس القلق لـ"سبيلبرجر - Spielberg":

1.1.1- ثبات المقياس:

اعتمدت الباحثة طريقة التجزئة النصفية للتحقق من ثبات مقياس القلق خلال الدراسة الاستطلاعية، وتم تطبيق معامل الارتباط "بيرسون" بين نصفي الاختبار فكان يساوي (0,67)، وعند تصحيحه بمعامل "سبيرمان-براون" كان معامل الثبات (0,80)، وتعتبر هذه قيمة ثبات عالية يعتمد عليها.

1.1.1- 2- صدق المقياس:

استخدمت الباحثة طريقة الصدق التمييزي في دراسة صدق مقياس القلق خلال الدراسة الاستطلاعية، حيث قامت باستخدام مقياس القلق بدون محك خارجي، وقامت بالمقارنة بين الثلث الأعلى والثلث الأدنى للمقياس، وحساب قيمة "ت" بعد تطبيقه على عينة مكونة من 100 شخص، وقدرت قيمة "ت" بـ 1.81 وهي دالة عند المستوى 0,01.

1. 2- مقياس الاكتئاب لـ"أ.بيك - A. Beck (BDI):

1. 2. 1- ثبات المقياس:

لقد تم حساب ثبات مقياس الاكتئاب أثناء الدراسة الاستطلاعية من خلال طريقة إعادة التطبيق، حيث قامت الباحثة بتطبيقه على عينة مكونة من 100 ولي (أمهات وآباء)، فبعد تطبيق المقياس لأول مرة، أعيد تطبيقه بفترة زمنية قدرت بـ 30 يوماً، حيث قدر معامل الارتباط "بيرسون" بـ 0,96، وعند تصحيحه بمعامل "سبيرمان-براون" كان معامل الثبات (0,98)، وتعتبر هذه قيمة ثبات عالية يعتمد عليها.

1. 2. 1- 2- صدق المقياس:

استخدمت الباحثة طريقة الصدق التمييزي في دراسة صدق مقياس الاكتئاب خلال الدراسة الاستطلاعية، حيث قامت باستخدام مقياس الاكتئاب بدون محك خارجي، وقامت بالمقارنة بين الثلث الأعلى و الثلث الأدنى للمقياس، و حساب قيمة "ت" بعد تطبيقه على عينة مكونة من 100 شخص، و قدرت قيمة "ت" بـ 2.07 وهي دالة عند المستوى 0,01.

1. 3- مقياس تقدير الذات لـ "كوبر سميث - Cooper Smith":

1. 3. 1- ثبات المقياس:

للتحقق من ثبات مقياس تقدير الذات، تم استخدام طريقة التجزئة النصفية وحساب معامل الارتباط بين الفئات الزوجية والفئات الفردية للمقياس خلال الدراسة الاستطلاعية، حيث تم تطبيق المقياس على عينة مكونة من 100 شخص (أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون-أمهات وآباء-)، ولقد قدر معامل الارتباط بين الجزأين 0,87، وعند تصحيحه بمعامل "سبيرمان-براون" كان معامل الثبات (0.93)، وتعتبر هذه قيمة ثبات عالية يعتمد عليها.

1. 3. 2- صدق المقياس:

استخدمت الباحثة طريقة الصدق التمييزي في دراسة صدق مقياس تقدير الذات خلال الدراسة الاستطلاعية، حيث قامت باستخدام مقياس تقدير الذات بدون محك خارجي، وقامت بالمقارنة بين الثلث الأعلى والثلث الأدنى للمقياس، وحساب قيمة "ت" بعد تطبيقه على عينة مكونة من 100 شخص، وقدرت قيمة "ت" بـ 1.53 وهي دالة عند المستوى 0.05.

1. 4- مقياس مركز التحكم لـ "روتر - Rotter":

1. 4. 1- ثبات المقياس:

لقد تم حساب ثبات مقياس مركز التحكم أثناء الدراسة الاستطلاعية من خلال طريقة إعادة التطبيق، حيث قامت الباحثة بتطبيقه على عينة مكونة من 100 ولي (أمهات وآباء)، فبعد تطبيق المقياس لأول مرة، أعيد تطبيقه بفترة زمنية قدرت بـ 30 يوماً، حيث قدر معامل الارتباط "بيرسون" بـ 0,73، وعند تصحيحه بمعامل "سبيرمان-براون" كان معامل الثبات (0,84)، وتعتبر هذه قيمة ثبات عالية يعتمد عليها.

1. 4. 2- صدق المقياس:

استخدمت الباحثة طريقة الصدق التمييزي في دراسة صدق مقياس مركز التحكم خلال الدراسة الاستطلاعية، حيث قامت باستخدام مقياس مركز التحكم بدون محك خارجي، وقامت بالمقارنة بين الثلث الأعلى والثلث الأدنى للمقياس، وحساب قيمة "ت" بعد تطبيقه على عينة مكونة من 100 شخص، وقدرت قيمة "ت" بـ 1.78 وهي دالة عند المستوى 0,05.

2- منهج الدراسة:

تعددت مناهج البحث في علم النفس بتعدد الميادين النظرية منها والتطبيقية، فهناك المنهج الوصفي، التجريبي وشبه التجريبي... ونحن في هذا البحث بصدد دراسة مدى فعالية العلاج النفسي الجماعي في تحسين المعاش النفسي لأولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون.

واتبعت الباحثة في هذه الدراسة الحالية المنهج شبه التجريبي، حيث تم اختيار التصميم الشبه التجريبي ذو المجموعة الواحدة وذلك لسهولة تطبيقه، بالإضافة إلى أنه وسيلة سريعة لاختبار الفرضيات وبدون تكلفة، أي أنه لا يحتاج إلى عينة أخرى تكون ضابطة
(Cottraux & Blackburn, 1995: 21).

ومن هذا المنطلق يمكننا القول أنّ المنهج الشبه التجريبي هو الأنسب لهذه الدراسة، حيث يمكننا من التحقق من فرضيات الدراسة وبالتالي الوصول إلى هدف البحث ومعرفة مدى فعالية العلاج النفسي الجماعي في تحسين المعاش النفسي لأولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون.
وعليه، تم اختياري لهذه الحالات حسب الخصائص الآتية.

3- العينة:

تعد عملية اختيار العينة من أهم مراحل البحث العلمي، إذ تتوقف صحة نتائج الدراسة على طريقة اختيارها وحسب طبيعة بحثنا هذا فإن العينة يجب أن تتكون من ثمانية مجموعات من أولياء (آباء وأمهات) الأطفال المصابين بمتلازمة داون: "المجموعة الأولى" تتكون من أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون في المرحلة العمرية الأولى (من 0 إلى 06 سنوات)، "المجموعة الثانية" تتكون من آباء الأطفال المصابين بمتلازمة داون في المرحلة العمرية الأولى (من 0 إلى 06 سنوات)، "المجموعة الثالثة" تتكون من أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون المتدرسين (من 6 إلى 12 سنة)، "المجموعة الرابعة" تتكون من آباء الأطفال المصابين بمتلازمة داون المتدرسين (من 6 إلى 12 سنة)، "المجموعة الخامسة" تتكون من أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون المراهقين (من 12 سنة فما فوق)، "المجموعة السادسة" تتكون من آباء الأطفال المصابين بمتلازمة داون المراهقين (من 12 سنة فما فوق)، "المجموعة السابعة" تتكون من أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون بالإضافة إلى اضطرابات مصاحبة (مختلف الأعمار)، "المجموعة الثامنة" تتكون من آباء الأطفال المصابين بمتلازمة داون بالإضافة إلى اضطرابات مصاحبة (مختلف الأعمار). ونظرا لعدم توفر مجموعة كبيرة من الآباء بسبب الانشغالات أو لظروف أخرى، فقد تقلص عدد المجموعات من ثمانية إلى خمسة، أي أربع مجموعات من الأمهات موزعة

كما ذكرنا سابقا ومجموعة واحدة من الآباء (تضم مختلف الأعمار). حيث تقلص العدد من 80 ولي إلى 62.

ولقد تضمنت الدراسة 62 وليا (50 أم و 12 أب)، هم أولياء أطفال مصابين بمتلازمة داون، حيث تتراوح أعمارهم ما بين (25 و 60) سنة، كما تميزت هذه العينة ببعض الخصائص يمكن تلخيصها في الجدول التالي:

جدول رقم(15): خصائص أفراد العينة.

العدد	الجنس		السن				الحالة العائلية		المستوى الاقتصادي			المستوى التعليمي				نمط السلوك			
	ذكور	إناث	35-25	45-36	55-46	55 فأعلى	متزوج	مطلق	ضعيف	متوسط	جيد	أمي	ابتدائي	متوسط	ثانوي	جامعي	أ	ب	ج
62	12	50	17	15	28	02	60	02	21	32	9	5	09	17	13	18	25	18	19
النسب المئوية:	19,35	80,64	27,42	24,19	45,16	3,23	96,77	3,23	33,87	51,61	14,52	8,06	14,52	27,42	20,97	29,03	40,32	29,03	30,64

يتضح لنا من خلال المعطيات في الجدول أعلاه خصائص عينة الدراسة الموضحة فيما يلي:

- **الجنس:** تكوّنت العينة من 62 ولي، آباء وأمهات الأطفال الحاملين لمتلازمة داون، و نلاحظ أنّ عدد الأمهات فاق عدد الآباء المشاركين في هذا البرنامج العلاجي (50 أم في مقابل 12 أب) بسبب الظروف التي ذكرناها سابقا، حيث قدرت نسبة الأمهات بـ: 80,64 % مقارنة بنسبة الآباء التي قدرت بـ: 19,35%.
- **السن:** من خلال البيانات الموضحة في الجدول أعلاه يمكننا القول أنّ العينة تميّزت بفئات عمرية مختلفة، توزعت بنسب متفاوتة. حيث تراوحت أعمار أولياء الأطفال الحاملين لمتلازمة داون الخاضعين لبرنامج العلاج النفسي الجماعي من سن 25 سنة فما فوق، و توزعوا على النحو التالي: قدر عدد الأولياء الذين تتراوح أعمارهم بين 25 و 35 سنة بـ: 17 ولي، بنسبة: 27,42 %، أما الذين تتراوح أعمارهم ما بين: 36 و 45 سنة فقدّر عددهم بـ: 15 ولي، بنسبة: 24,19 %، في حين قدر عدد الأولياء الذين تتراوح أعمارهم

ما بين:46 و 55 سنة ب:28 ولي، بنسبة: 45,16 % وهي أكبر نسبة مقارنة بالنسب الأخرى، وجاءت في الأخير نسبة الأولياء الذين تجاوز سنهم 55 سنة ب:3,23%، وقدّر عددهم بولييين(02).

- **الحالة العائلية:** نلاحظ أنّ معظم أفراد العيّنة متزوجين ما عدا حالتين فقط مطلقتين، حيث قدرت نسبة الأولياء المتزوجين ب: 96,77% مقابل نسبة 3,23% للمطلقين.
- **المستوى الإقتصادي:** يتبيّن لنا من خلال توزيع أفراد عيّنة الدراسة أنّ هناك اختلاف في المستوى الإقتصادي لدى أولياء الأطفال الحاملين لمتلازمة داون، حيث قدرت نسبة ذوي المستوى الإقتصادي المتوسط ب:51,61% وهي أعلى نسبة مقارنة بذوي المستوى الإقتصادي الضعيف التي قدّرت ب: 33,87%، وذوي المستوى الإقتصادي الجيد التي قدّرت ب:14,52%.
- **المستوى التعليمي:** ينتمي أفراد العيّنة إلى مختلف المستويات التعليمية ابتداء من المستوى الابتدائي إلى المستوى الجامعي، تتوزع على الشكل التالي: الابتدائي بنسبة 14,52%، المتوسط: 27,42%، الثانوي: 20,97% و الجامعي بنسبة: 29,03، بالإضافة إلى أنّ هناك نسبة من الأفراد الأميين تقدّر ب: 8,06.
- **نمط السلوك:** تنوعت أنماط السلوك عند أفراد العيّنة حيث جاءت النسب كالاتي: نسبة 40,32% لنمط السلوك "أ"، 30,64% لنمط السلوك "ج" و 29,03% لنمط السلوك "ب".

4- الإطار الزمني و المكاني للدراسة :

4. 1- الإطار الزمني للدراسة :

تم تطبيق تقنية العلاج النفسي الجماعي بمعدل حصة أسبوعيا، ومدة كل حصة نحو ساعة تقريبا.

4. 2- الإطار المكاني للدراسة :

تمثل الإطار المكاني للبحث في مركز البراءة للمصابين بمتلازمة داون التابع للجمعية الولائية للمصابين بالتريزوميا "ابتسامة21" لولاية البليدة، التي تأسست من طرف أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون، الكائن مقرها بديار البحري-بلدية بني مراد-ولاية البليدة، ذات الطابع الاجتماعي

تتكفل بهذه الشريحة في المجال الأطفوني، النفسي، المدرسي والمهني. تنشط هذه الجمعية منذ سنة 2007 (كفرع تابع للجمعية الوطنية ANIT ومنذ 2011 جمعية ولائية) وقد تمكنت تدريجيا من فتح سبعة (07) أقسام مدمجة في مدارس ابتدائية على مستوى ولاية البليدة. وفي فيفري 2018 تم فتح مركز البراءة التابع للجمعية من أجل تكفل نفسي، طبي، بيداغوجي ونوعي للأطفال. ويشمل المركز على المصالح التالية:

- الإدارة: تتكون من مكتب الاستقبال، مكتب المدير ومكتب السكرتيرة.
- المكاتب: مكتب للأخصائية النفسانية و03 مكاتب للأخصائية الأطفونية.
- الورشات والقاعات: قاعة متعددة الخدمات، قاعتين للدراسة وورشتين للعمل.
- المطبخ والمطعم.
- باحة وسط المركز بالإضافة إلى حديقة محيطة بالمكان كله.

5- البرنامج العلاجي:

يعتبر الإعداد للعلاج النفسي الجماعي عملية معقدة وصعبة تستغرق وقتا، ولكنها عملية حيوية. ويشمل الإعداد للعلاج النفسي الجماعي مراحل تتضمن إعداد العيادة النفسية، إعداد الجماعة العلاجية، واستعداد المعالج.

ويتراوح عدد أفراد الجماعة العلاجية عادة بين (3-15) مريضا، ويقول البعض أن العدد الأمثل للجماعة العلاجية يتراوح بين (7-10) أفراد، إلا أن العدد قد يزداد ليصل إلى (50) فردا في بعض الحالات الخاصة.

كما يرى البعض أنه يجب أن تتشابه أعضاء الجماعة العلاجية في أعراضهم ومشكلاتهم، مما يكون عاملا مشتركا بينهم ويعتبر أساسا لتماسكهم مبنيا على الاهتمام المتبادل والتعاطف والمشاركة الوجدانية. كذلك يرى بعض المعالجين (خاصة في حالة الاعتماد على طريقة المحاضرة، الشرح والتفسير) أن تكون الجماعات متجانسة من النواحي العقلية، المعرفية والاجتماعية، وذلك حتى يتمكن المعالج من التعامل مع أفراد الجماعة على مستوى يناسب الجميع. إلا أن البعض مثل "سلافسون (1947) Slavson" وغيره، يرون أن تتضمن الجماعة عناصر مختلفة من الأفراد من حيث الجنس والمستوى الاجتماعي والاقتصادي، والأعراض، فيكون البعض منهم يتسم سلوكه بالعدوان، البعض بالإيجابية والنشاط، البعض بالانسحاب، والبعض الآخر يتسم سلوكه بنمط انفعالي خاص، وهكذا حتى يتحقق التوازن في التفاعل الاجتماعي في الجماعة العلاجية.

والمعلوم، أن هدف العلاج هو الذي يحدد حجم الجماعة ونوع تشكيلها المتجانس وغير المتجانس. وقيل إجراء الجلسات العلاجية والتي تكون عادة أطول من الجلسات الفردية، فتمتد إلى حوالي ساعة ونصف في المتوسط، يجب أن يقوم المعالج بإجراء مقابلة شخصية مع كل مريض على حدا تخصص لعملية الفحص والتشخيص.

وسوف يستفيد الآباء والأمهات من العلاج النفسي الجماعي بمعدل حصة أسبوعيا، لمدة 4 أشهر

(أي 16 حصة).

5. 1- برنامج العلاج النفسي الجماعي للمجموعة الأولى (مرحلة الطفولة الأولى):

جدول رقم (16): برنامج العلاج النفسي الجماعي للمجموعة الأولى (مرحلة الطفولة الأولى)

الهدف	الموضوع	التقنية	الحصة
<p>1- التعرف بين أفراد المجموعة وتبادل المعلومات الشخصية بينهم.</p> <p>2- توعية الأولياء بالارتباط الموجود بين المعاش النفسي (القلق، الاكتئاب، تقدير الذات ومركز التحكم) ومواقف الحياة، وكيف يؤثر عليها.</p> <p>3- توضيح أهمية العلاج الجماعي ومدى فعاليته في التخفيف من القلق، الاكتئاب، تقدير الذات و مركز التحكم.</p>	<p>- حصة تمهيدية.</p>	<p>- مناقشة حرة.</p>	<p>• الحصة الأولى:</p>
<p>4- معرفة درجة القلق، الاكتئاب، تقدير الذات ومركز التحكم عند أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون، قبل بداية البرنامج العلاجي، للمقارنة لاحقاً بالنتائج المتحصل عليها في القياس البعدي.</p>	<p>- تطبيق المقاييس النفسية (مقياس القلق، مقياس الاكتئاب، مقياس تقدير الذات ومقياس مركز التحكم).</p>	<p>- مقياس القلق. - مقياس الاكتئاب. - مقياس تقدير الذات. - مقياس مركز التحكم.</p>	<p>• الحصة الثانية:</p>
<p>5- التفريغ الانفعالي للمشاعر المصاحبة لهذا الخبر وهذا المعاش النفسي.</p> <p>6- التعرف على السند النفسي، الاجتماعي والمادي المقدم من طرف المحيط .</p>	<p>- تلقي الخبر (متى؟ من طرف من؟ ومع من كانت الأم؟) وكيف كان رد فعل الأولياء، العائلة والمجتمع؟</p>	<p>- النداعي الحر للأفكار. - الحوار والمناقشة.</p>	<p>• الحصة الثالثة و الرابعة:</p>

<p>7- التعرف على كيفية التعامل مع الطفل في هذه المراحل التطورية، وما هي الصعوبات التي واجهها الأولياء.</p>	<p>- تأخر النمو الحسي الحركي.</p>	<p>- التداوي الحر للأفكار. -المحاضرة والمناقشة.</p>	<p>• الحصة الخامسة:</p>
<p>8- التوجيه الوالدي. 9- التفريغ الانفعالي (للمشاعر والأحاسيس المصاحبة للشعور بالعجز أمام مجابهة هذه الصعوبات التي يواجهها طفلهم).</p>	<p>- الإجراءات المتبعة لمواجهة تأخر النمو الحسي الحركي (ما هي الأماكن المقصودة لطلب المساعدة: الحركية، النفسية والأرطوفونية).</p>	<p>- المناقشة والحوار.</p>	<p>• الحصة السادسة:</p>
<p>10- التفريغ الانفعالي (الشعور بالخوف والقلق على صحة أطفالهم). 11- المساعدة والتوجيه النفسي.</p>	<p>- اكتشاف الاضطرابات العضوية المصاحبة لهذا التشوه الخلقى التي تعيق نمو الأطفال.</p>	<p>- التداوي الحر للأفكار. - الحوار.</p>	<p>• الحصة السابعة:</p>
<p>12- التفريغ الانفعالي (للأحاسيس والمشاعر الناتجة عن القلق والشعور بالعجز أمام المشكلات التي يعاني منها أطفالهم.</p>	<p>- التدخلات الطبية والتوجهات المقصودة من طرف الوالدين.</p>	<p>- التداوي الحر للأفكار.</p>	<p>• الحصة الثامنة و التاسعة:</p>
<p>13- المساعدة النفسية. 14- التوجيه الوالدي.</p>	<p>- التوجيه الوالدي.</p>	<p>- المناقشة والمحاضرة.</p>	<p>• الحصة العاشرة:</p>
<p>15- التعرف على الصعوبات التي تواجه الوالدين والأطفال أثناء التواصل باللغة. 16- الإرشاد والتوجيه النفسي.</p>	<p>- تطور اللغة والتواصل.</p>	<p>- المحاضرة والمناقشة. - الحوار.</p>	<p>• الحصة الحادية عشر:</p>

<p>17- الإرشاد النفسي والتوجيه الوالدي (إعطاء طرق وتوصيات للوالدين لتنمية ذكاء أولادهم) .</p>	<p>- تطور الذكاء.</p>	<p>المحاضرة والمناقشة. - الحوار.</p>	<p>• الحصة الثانية عشر:</p>
<p>18- التفريغ الانفعالي (الخوف من المستقبل، إلى أين مآل هؤلاء؟).</p>	<p>- التحضير للدخول للمدرسة.</p>	<p>- التداعي الحر الأفكار.</p>	<p>• الحصة الثالثة عشر:</p>
<p>19- التوجيه الوالدي. 20- مساعدة الأولياء و مساندهم للتخفيف من مخاوفهم.</p>	<p>- الدخول المدرسي.</p>	<p>- المحاضرة والمناقشة. - الحوار.</p>	<p>• الحصة الرابعة عشر:</p>
<p>21- المقارنة بين الدرجات في القياسيين (القبلي والبعدي)، لمعرفة مدى فعالية البرنامج العلاجي لأولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون.</p>	<p>- إعادة تطبيق المقاييس النفسية الأربعة على أفراد العينة.</p>	<p>- مقياس (القلق، الاكتئاب، تقدير الذات ومركز التحكم).</p>	<p>• الحصة الخامسة عشر:</p>
<p>22- فتح المجال لأولياء للإدلاء بأرائهم حول هذا البرنامج، والسماع إلى اقتراحاتهم لأخذها بعين الاعتبار لاحقاً.</p>	<p>- اختتام برنامج العلاج النفسي الجماعي.</p>	<p>- مناقشة حرة.</p>	<p>• الحصة السادسة عشر:</p>

5. 2- برنامج العلاج النفسي الجماعي للمجموعة الثانية (مرحلة التمدرس):

جدول رقم (17): برنامج العلاج النفسي الجماعي للمجموعة الثانية (مرحلة التمدرس)

الهدف	الموضوع	التقنية	الحصّة
<p>1- التعارف بين أفراد المجموعة وتبادل المعلومات الشخصية بينهم.</p> <p>2- توعية الأولياء بالارتباط الموجود بين المعاش النفسي (القلق، الاكتئاب، تقدير الذات ومركز التحكم) ومواقف الحياة، وكيف يؤثر عليها.</p> <p>3- توضيح أهمية العلاج الجماعي ومدى فعاليته في التخفيف من القلق، الاكتئاب، تقدير الذات و مركز التحكم.</p>	<p>- حصّة تمهيدية.</p>	<p>- مناقشة حرة.</p>	<p>• الحصّة الأولى:</p>
<p>4- معرفة درجة القلق، الاكتئاب، تقدير الذات ومركز التحكم عند أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون، قبل بداية البرنامج العلاجي، لمقارنتها بالنتائج المتحصل عليها في القياس البعدي.</p>	<p>- تطبيق المقاييس النفسية (مقياس القلق، مقياس الاكتئاب، مقياس تقدير الذات ومقياس مركز التحكم).</p>	<p>-مقياس القلق - مقياس الاكتئاب. - مقياس تقدير الذات. - مقياس مركز التحكم.</p>	<p>• الحصّة الثانية:</p>
<p>5- التفريغ الانفعالي (للمشاعر والأحاسيس المصاحبة لهذا الخبر).</p> <p>6- التعرف على السند النفسي، الاجتماعي، العائلي و المادي.</p>	<p>- تلقي الخبر (متى؟، وممن؟ مع من؟) وكيف كان رد فعل الأولياء، العائلة والمجتمع؟.</p>	<p>- التداعي الحر للأفكار. - الحوار والمناقشة.</p>	<p>• الحصّة الثالثة والرابعة:</p>

<p>7- التعرف على كيفية التعامل مع الطفل في هذه المراحل التطورية، وما هي الصعوبات التي واجهها الأولياء.</p>	<p>- النمو الحسي الحركي.</p>	<p>- التداوي الحر للأفكار. -المحاضرة والمناقشة.</p>	<p>• الحصة الخامسة:</p>
<p>8- التفريغ الانفعالي (للمشاعر والأحاسيس المصاحبة للشعور بالعجز أمام مجابهة هذه الصعوبات التي يواجهها طفلهم).</p>	<p>- الإجراءات المتبعة لمواجهة تأخر النمو الحسي الحركي (ما هي الأماكن المقصودة لطلب المساعدة: الحركية، النفسية والأرطوفونية).</p>	<p>- المناقشة والحوار.</p>	<p>• الحصة السادسة:</p>
<p>9- التفريغ الانفعالي (للأحاسيس والمشاعر الناتجة عن الشعور بالحرمان وخيبة الأمل، نتيجة عدم قبول أولادهم في المدارس مثل الأطفال العاديين).</p>	<p>- الدخول المدرسي.</p>	<p>- التداوي الحر للأفكار. - الحوار.</p>	<p>• الحصة السابعة:</p>
<p>10- التفريغ الانفعالي (الشعور بالعجز وخيبة الأمل). 11- المساندة والتوجيه النفسي.</p>	<p>- البحث عن بديل المدرسة (فتح أقسام خاصة داخل المدارس العادية، بهدف الإدماج الاجتماعي).</p>	<p>- المناقشة والمحاضرة. - الحوار.</p>	<p>• الحصة الثامنة:</p>

<p>12- الحالة النفسية لأولياء بعد التعرف على مستوى أولادهم. 13- المساندة النفسية.</p>	<p>- النتائج المتحصل عليها (في الأقسام الخاصة وبتطبيق برنامج مكيف).</p>	<p>- المحاضرة والمناقشة.</p>	<p>• الحصة التاسعة:</p>
<p>14- تحسين المستوى الدراسي للأطفال، للتخفيف من شعور الوالدين بالعجز وخيبة الأمل. 15- المساندة ، الإرشاد و التوجيه النفسي.</p>	<p>- التدعيم المدرسي للأطفال في المنزل من طرف الوالدين.</p>	<p>- المحاضرة والمناقشة. - الحوار.</p>	<p>• الحصة العاشرة:</p>
<p>16- التفريغ الانفعالي (مشاعر الخوف و العجز أمام النمو النفسي الانفعالي لمرحلة ما قبل المراهقة). 17- الإرشاد النفسي والتوجيه الوالدي.</p>	<p>- النمو النفسي الانفعالي (مرحلة ما قبل المراهقة).</p>	<p>- التداعي الحر الأفكار.</p>	<p>• الحصة الحادية عشر:</p>
<p>18- التعرف على الصعوبات التي تواجه الوالدين والمراهقين أثناء فترة المراهقة بالإضافة إلى التغيرات الفيزيولوجية و النفسية التي يتعرض لها المراهق (بين التقبل أو عدمه؟، من طرف المراهق نفسه ومن طرف العائلة؟). 19- المساندة، الإرشاد و التوجيه النفسي.</p>	<p>- مرحلة المراهقة والتغيرات الفيزيولوجية والنفسية التي تحدث للمراهق.</p>	<p>- المحاضرة والمناقشة. - الحوار.</p>	<p>• الحصة الثانية عشر:</p>

<p>20- التفريغ الانفعالي (مشاعر الخوف من رغبات و نزوات المراهقين). 21- الإرشاد النفسي والتوجيه الوالدي.</p>	<p>- النمو النفسي الانفعالي عند المراهق.</p>	<p>- التداوي الحر للأفكار. - الحوار.</p>	<p>• الحصة الثالثة عشر:</p>
<p>22- التفريغ الانفعالي (الشعور بخيبة الأمل مرة أخرى، والخوف من المستقبل، إلى أين مآل هؤلاء؟). 23- المساندة ، الإرشاد و التوجيه النفسي.</p>	<p>- الخروج من المدرسة (من الأقسام الخاصة).</p>	<p>- مناقشة حرة.</p>	<p>• الحصة الرابعة عشر:</p>
<p>24- المقارنة بين الدرجات في القياسيين (القبلي و البعدي)، لمعرفة مدى فعالية البرنامج العلاجي لأولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون.</p>	<p>- إعادة تطبيق المقاييس النفسية الأربعة على أفراد العينة للمرة الثانية.</p>	<p>مقياس (القلق، الاكتئاب، تقدير الذات و مركز التحكم).</p>	<p>• الحصة الخامسة عشر:</p>
<p>25- فتح المجال لأولياء للإدلاء بآرائهم حول هذا البرنامج، والسماع إلى اقتراحاتهم لأخذها بعين الاعتبار لاحقاً.</p>	<p>- اختتام برنامج العلاج النفسي الجماعي.</p>	<p>- الحوار.</p>	<p>• الحصة السادسة عشر:</p>

5. 3- برنامج العلاج النفسي الجماعي للمجموعة الثالثة (مرحلة المراهقة):

جدول رقم (18): برنامج العلاج النفسي الجماعي للمجموعة الثالثة (مرحلة المراهقة)

الهدف	الموضوع	التقنية	الحصة
<p>1- التعرف بين أفراد المجموعة وتبادل المعلومات الشخصية بينهم.</p> <p>2- توعية الأولياء بالارتباط الموجود بين المعاش النفسي (القلق، الاكتئاب، تقدير الذات ومركز التحكم) ومواقف الحياة، وكيف يؤثر عليها.</p> <p>3- توضيح أهمية العلاج الجماعي ومدى فعاليته في التخفيف من القلق، الاكتئاب، تقدير الذات و مركز التحكم.</p>	- حصة تمهيدية.	- مناقشة حرة.	• الحصة الأولى:
<p>4- معرفة درجة القلق، الاكتئاب، تقدير الذات ومركز التحكم عند أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون، قبل بداية البرنامج العلاجي، للمقارنة لاحقاً بالنتائج المتحصل عليها في القياس البعدي.</p>	- تطبيق المقاييس النفسية (مقياس القلق، مقياس الاكتئاب، مقياس تقدير الذات ومقياس مركز التحكم).	- مقياس القلق. - مقياس الاكتئاب. - مقياس تقدير الذات. - مقياس مركز التحكم.	• الحصة الثانية:

<p>5- التفريغ الانفعالي (للمشاعر والأحاسيس المصاحبة لهذا الخبر).</p> <p>6- التعرف على السند النفسي، الاجتماعي والمادي المقدم من طرف العائلة.</p>	<p>- تلقي الخبر (متى؟، وممن؟ مع من؟) وكيف كان رد فعل الأولياء، العائلة والمجتمع؟</p>	<p>- التداوي الحر للأفكار.</p> <p>- المحاضرة والمناقشة.</p>	<p>• الحصة الثالثة و الرابعة:</p>
<p>7- التعرف على كيفية التعامل مع الطفل في هذه المراحل التطورية، وما هي الصعوبات التي واجهها الأولياء.</p>	<p>- النمو الحسي الحركي.</p>	<p>- التداوي الحر للأفكار.</p> <p>-المحاضرة والمناقشة.</p>	<p>• الحصة الخامسة:</p>
<p>8- التفريغ الانفعالي (للمشاعر والأحاسيس المصاحبة للشعور بالعجز أمام مجابهة هذه الصعوبات التي يواجهها أطفالهم).</p>	<p>- الإجراءات المتبعة لمواجهة تأخر النمو الحسي الحركي (ما هي الأماكن المقصودة لطلب المساعدة: النفسية، الحركية والأرطوفونية)</p>	<p>- التداوي الحر للأفكار.</p> <p>- المناقشة والحوار.</p>	<p>• الحصة السادسة:</p>
<p>9- التفريغ الانفعالي (للأحاسيس والمشاعر الناتجة عن الشعور بالحرمان وخيبة الأمل، نتيجة عدم قبول أولادهم في المدارس مثل الأطفال الآخرين).</p>	<p>- الدخول المدرسي.</p>	<p>- التداوي الحر للأفكار.</p> <p>- الحوار.</p>	<p>• الحصة السابعة:</p>
<p>10- التفريغ الانفعالي (الشعور بالعجز وخيبة الأمل).</p> <p>11- المساعدة والتوجيه النفسي.</p>	<p>- البحث عن بديل المدرسة (فتح أقسام خاصة داخل المدارس العادية، بهدف الإدماج الاجتماعي).</p>	<p>- المناقشة والمحاضرة.</p> <p>- الحوار.</p>	<p>• الحصة الثامنة:</p>

<p>12- الحالة النفسية للأولياء بعد التعرف على مستوى أولادهم.</p> <p>13- المساندة النفسية.</p>	<p>- النتائج المتحصل عليها (في الأقسام الخاصة) وبتطبيق برنامج مكيف).</p>	<p>- المحاضرة والمناقشة.</p>	<p>• الحصة التاسعة:</p>
<p>14- التعرف على الصعوبات التي تواجه الوالدين والمراهقين أثناء فترة المراهقة بالإضافة إلى التغيرات الفيزيولوجية و النفسية التي يتعرض لها المراهق (بين التقبل من عدمه؟، من طرف المراهق نفسه ومن طرف العائلة؟).</p> <p>15- المساندة، الإرشاد و التوجيه النفسي.</p>	<p>- مرحلة المراهقة والتغيرات الفيزيولوجية والنفسية التي تحدث للمراهق.</p>	<p>- المحاضرة والمناقشة. - الحوار.</p>	<p>• الحصة العاشرة و الحادية عشر:</p>
<p>16- التفريغ الانفعالي (مشاعر الخوف من رغبات ونزوات المراهقين).</p> <p>17- الإرشاد النفسي والتوجيه الوالدي.</p>	<p>- النمو النفسي الانفعالي عند المراهق.</p>	<p>- التداعي الحر الأفكار.</p>	<p>• الحصة الثانية عشر:</p>
<p>18- التفريغ الانفعالي (الشعور بخيبة الأمل مرة أخرى، والخوف من المستقبل، إلى أين مآل هؤلاء؟).</p> <p>19- المساندة ، الإرشاد و التوجيه النفسي.</p>	<p>- الخروج من المدرسة (من الأقسام الخاصة).</p>	<p>- المحاضرة والمناقشة. - الحوار.</p>	<p>• الحصة الثالثة عشر:</p>
<p>20- مساعدة الأولياء، توجيههم و مساندهم للتخفيف من مخاوفهم.</p>	<p>- البحث عن البديل الثاني: التكوين.</p>	<p>- المحاضرة والمناقشة. - الحوار.</p>	<p>• الحصة الرابعة عشر:</p>

<p>21- المقارنة بين الدرجات في القياسيين (القبلي و البعدي)، لمعرفة مدى فعالية البرنامج العلاجي لأولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون.</p>	<p>- إعادة تطبيق المقاييس النفسية الأربعة على أفراد العينة للمرة الثانية.</p>	<p>- مقياس القلق. - مقياس الاكتئاب. - مقياس تقدير الذات. - مقياس مركز التحكم.</p>	<p>• الحصة الخامسة عشر:</p>
<p>22- فتح المجال لأولياء للإدلاء بآرائهم حول هذا البرنامج، والسماع إلى اقتراحاتهم لأخذها بعين الاعتبار لاحقاً.</p>	<p>- اختتام برنامج العلاج النفسي الجماعي.</p>	<p>- الحوار.</p>	<p>• الحصة السادسة عشر:</p>

5. 4- برنامج العلاج النفسي الجماعي للمجموعة الرابعة (فوج الاستشارة):

جدول رقم (19): برنامج العلاج النفسي الجماعي للمجموعة الرابعة (فوج الاستشارة)

الهدف	الموضوع	التقنية	الحصة
<p>1- التعرف بين أفراد المجموعة وتبادل المعلومات الشخصية بينهم.</p> <p>2- توعية الأولياء بالارتباط الموجود بين المعاش النفسي (القلق، الاكتئاب، تقدير الذات ومركز التحكم) ومواقف الحياة، وكيف يؤثر عليها.</p> <p>3- توضيح أهمية العلاج الجماعي ومدى فعاليته في التخفيف من القلق، الاكتئاب، تقدير الذات و مركز التحكم.</p>	- حصة تمهيدية.	- الحوار - المناقشة.	• الحصة الأولى:
<p>4- معرفة درجة القلق، الاكتئاب، تقدير الذات ومركز التحكم عند أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون، قبل بداية البرنامج العلاجي، للمقارنة لاحقاً بالنتائج المتحصل عليها في القياس البعدي.</p>	- تطبيق المقاييس النفسية (مقياس القلق، مقياس الاكتئاب، مقياس تقدير الذات ومقياس مركز التحكم).	-مقياس القلق. - مقياس الاكتئاب. - مقياس تقدير الذات. - مقياس مركز التحكم.	• الحصة الثانية:
<p>5- التفريغ الانفعالي (للمشاعر والأحاسيس المصاحبة لهذا الخبر).</p> <p>6- التعرف على السند النفسي، الاجتماعي والمادي المقدم من طرف العائلة.</p>	- تلقي الخبر (متى؟، وممن؟ مع من؟) وكيف كان رد فعل الأولياء، العائلة والمجتمع؟	- التداعي الحر للأفكار. - الحوار - المناقشة.	• الحصة الثالثة و • الرابعة:

<p>7- التعرف على كيفية التعامل مع الطفل في هذه المراحل التطورية، وما هي الصعوبات التي واجهها الأولياء.</p>	<p>- النمو الحسي الحركي.</p>	<p>- التداعي الحر لأفكار. -المحاضرة والمناقشة.</p>	<p>• الحصة الخامسة:</p>
<p>8- التفريغ الانفعالي (للمشاعر والأحاسيس المصاحبة للشعور بالعجز أمام مجابهة هذه الصعوبات التي يواجهها طفلهم).</p>	<p>- الإجراءات المتبعة لمواجهة تأخر النمو الحسي الحركي (ما هي الأماكن المقصودة لطلب المساعدة: الحركية، الأرتوفونية والنفسية).</p>	<p>- المناقشة والحوار.</p>	<p>• الحصة السادسة:</p>
<p>9- التفريغ الانفعالي (للأحاسيس والمشاعر الناتجة عن الشعور بالحرمان وخيبة الأمل، نتيجة عدم قبول أولادهم في المدارس مثل الأطفال الآخرين).</p>	<p>- الدخول المدرسي.</p>	<p>- التداعي الحر لأفكار. - الحوار.</p>	<p>• الحصة السابعة:</p>
<p>10- التفريغ الانفعالي (الشعور بالخوف والقلق على صحة أطفالهم). 11- المساندة والتوجيه النفسي.</p>	<p>- الاضطرابات العضوية المصاحبة لهذا التشوه الخلقي التي تعيق نمو الأطفال.</p>	<p>- التداعي الحر لأفكار. - المناقشة والمحاضرة.</p>	<p>• الحصة الثامنة:</p>
<p>12- التفريغ الانفعالي (للأحاسيس والمشاعر الناتجة عن القلق والشعور بالعجز أمام المشكلات التي يعاني منها أطفالهم. 13- التوجيه الوالدي.</p>	<p>- التدخلات الطبية والتوجهات المقصودة من طرف العائلة.</p>	<p>- المحاضرة والمناقشة.</p>	<p>• الحصة التاسعة و العاشرة:</p>

<p>14- المساندة النفسية.</p>	<p>- التوجيه الوالدي.</p>	<p>- المحاضرة والمناقشة.</p>	<p>• الحصة الحادية عشر:</p>
<p>15- التفريغ الانفعالي (الشعور بالعجز وخيبة الأمل). 16- المساندة والتوجيه النفسي.</p>	<p>- البحث عن البديل (فتح قسم الإثارة).</p>	<p>- التداعي الحر الأفكار.</p>	<p>• الحصة الثانية عشر:</p>
<p>17- التفريغ الانفعالي (الشعور بالأمل ، بالاطمئنان و بنوع من الراحة النفسية جراء التطورات التي توصل إليها أطفالهم) . 18- المساندة ، الإرشاد و التوجيه النفسي.</p>	<p>- التغيرات والتطورات التي توصل إليها الأطفال.</p>	<p>- التداعي الحر للأفكار. - الحوار.</p>	<p>• الحصة الثالثة عشر:</p>
<p>19- التعرف على الصعوبات التي تواجه الوالدين والمراهقين أثناء فترة المراهقة بالإضافة إلى التغيرات الفيزيولوجية و النفسية التي يتعرض لها المراهق(بين التقبل أو عدمه؟، من طرف المراهق نفسه و العائلة؟). 20- المساندة، الإرشاد و التوجيه النفسي.</p>	<p>- مرحلة الدخول في المراهقة والتغيرات الفيزيولوجية والنفسية التي تحدث للمراهق. - النمو النفسي الانفعالي للمراهقين.</p>	<p>المحاضرة والمناقشة. - الحوار.</p>	<p>• الحصة الرابعة عشر:</p>
<p>21- المقارنة بين الدرجات في القياسيين (القبلي و البعدي)، لمعرفة مدى فعالية البرنامج العلاجي لأولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون.</p>	<p>- إعادة تطبيق المقاييس النفسية الأربعة على أفراد العينة للمرة الثانية.</p>	<p>- مقياس (القلق، الاكتئاب، تقدير الذات ومركز التحكم).</p>	<p>• الحصة الخامسة عشر:</p>

<p>22- فتح المجال للأولياء للإدلاء بآرائهم حول هذا البرنامج، وتقديم اقتراحاتهم لأخذها بعين الاعتبار لاحقاً.</p>	<p>- اختتام برنامج العلاج النفسي الجماعي.</p>	<p>- مناقشة حرة.</p>	<p>• الحصة السادسة عشر:</p>
---	---	----------------------	-----------------------------

6- أدوات القياس:

اعتمدنا في هذه الدراسة على المقاييس التالية:

6.1- المقابلة العيادية :

تعد المقابلة العيادية تقنية أساسية في علم النفس، حيث يعتمد عليها المختص العيادي للاتصال بالمفحوص والحصول على المعلومات وهذا قصد المساعدة أو لأغراض البحث العلمي.

وتقول عنها "كولات شيلاند - **Chiland.Colette** " أنها: "تعتمد على المحتوى الخارجي لفهم المحتوى الداخلي، وفي المقابلة ينبغي الاهتمام بكلام المفحوص دون إهمال ردود أفعاله (إماءات، وضعية الجسم...).".

وتميز "كولات شيلاند - **Chiland.Colette** " ثلاثة أنواع للمقابلة:

6.1.1- **المقابلة الموجهة:** هي مقابلة مهيكلية تبنى من طرف الفاحص والإجابة تكون محددة بنعم أولاً، أي أنها استبيان يحتوي أسئلة مغلقة.

6.1.2- **المقابلة الحرة:** أين يطلب من المفحوص التحدث بكل حرية دون قيد ودون تدخل الفاحص.

6.1.3- **المقابلة نصف الموجهة:** هي مقابلة ذات إجابات مفتوحة، إذ أن للباحث شبكة أسئلة توجيه مرنة متكونة من أسئلة أين يتم تحديد المحاور التي يتناولها من حيث المضمون (مرغني، 2009: 136).

وفي دراستنا هذه اعتمدنا على المقابلة نصف الموجهة، كتقنية لجمع المعلومات حول المفحوص وللتمهيد لتطبيق المقاييس النفسية التالية: مقياس القلق، الاكتئاب، تقدير الذات ومركز التحكم كما تم

خلالها تطبيق مقياس الشخصية لمعرفة نمط شخصية المفحوص الذي سوف يخدم موضوع بحثنا لاحقاً.

6.2- مقياس الشخصية :

صمم هذا المقياس من طرف الباحث الفرنسي "سولي بن سباط - Soly Ben Sabat"، وقد استعملته الدكتورة بوعافية في أطروحتها لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس الاجتماعي، تحت عنوان " نمط شخصية المديرين وعلاقته بالضغط المهني وإستراتيجيات المواجهة"، تحت إشراف الدكتور: بوحفص عبد الكريم بجامعة الجزائر، للسنة الدراسية: 2007-2008.

يتكون المقياس من 15 بنداً، يحتوي كل بند على أربعة اختيارات (أ-ب-ت-ث-ج-ح)، حيث يختار كل فرد البند الذي يتناسب مع صفاته الشخصية.

ويحسب كل اختيار على أساس نقطة واحدة تتعلق بالحرف المختار، وعليه فإن المجموع الكلي للاختيارات يقدر ب 15 اختيار، يتم تفسير مقياس أنماط الشخصية بجمع الإجابات بالطريقة التالية: (أ مع ث)، (ب مع ج) و(ت مع ح)، وعند الحصول على المجاميع تقيم على النحو التالي:

- المجموع الأكبر من النوع (أ مع ث): يتصف الشخص بالنمط السلوكي "أ".
- المجموع الأكبر من النوع (ب مع ج): يتصف الشخص بالنمط السلوكي "ب".
- المجموع الأكبر من النوع (ت مع ح): يتصف الشخص بالنمط السلوكي "ج".

6-2-1- الخصائص السيكومترية لمقياس الشخصية:

6-2-1-1- ثبات المقياس:

يتعذر علينا حساب معامل ثبات هذا المقياس لأننا بصدد مستوى قياس إسمي (بوعافية، 2008).

6-2-1-2- صدق المقياس:

لقد ترجم المقياس إلى اللغة العربية و استعمل في دراسة سابقة للباحثة نبيلة بوعافية(2008): " نمط شخصية المديرين و علاقته بالضغط المهني وإستراتيجيات المواجهة"، وعرض على لجنة من المحكمين أجمعوا وضوح عبارات المقياس و سهولة فهم تعليمته وكذا صحة الترجمة، ونشير إلى أننا اعتمدنا هذه النسخة المترجمة إلى العربية في بحثنا الحالي كونها خصت نفس البيئة الجزائرية.

كما قمنا بحساب صدق المقياس وذلك عن طريق توزيعه على مجموعة من الأساتذة (خمسة أساتذة (05) من قسم علم النفس بجامعة "لونيبي علي" بالبليدة، وكانت نسبة الموافقة عليه كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (20): يوضح نسبة الموافقة على مقياس الشخصية لـ"سولي بن سباط"

البند	نسبة الموافقة	البند	نسبة الموافقة	البند	نسبة الموافقة
01	%100	06	%70	11	%90
02	%100	07	%79	12	%95
03	%90	08	%95	13	%100
04	%85	09	%100	14	%85
05	%60	10	%100	15	%100

تبيّن النتائج الموضحة في الجدول أعلاه أنّ نسب الموافقة على بنود المقياس جاءت معظمها عالية ممّا يثبت صدق المقياس كما جاء في دراسة الباحثة "بوعافية(2008)".

ولقد تم توزيع المقياس على مجموعة من الأولياء (أمهات وآباء أطفال مصابين بمتلازمة داون) بصفة فردية وذلك أثناء المقابلة التمهيديّة التي قامت بها الباحثة مع كل فرد من أفراد العيّنة، وبعد ذلك اختارت مجموعة أمهات وآباء من كل نمط سلوكي، وهذا بغرض معرفة مدى تأثير سمات كل نمط سلوكي على المعاش النفسي (القلق، الاكتئاب، تقدير الذات و مركز التحكم) و استجابات الأولياء لضغوطات الحياة و ردود أفعالهم.

6. 3- مقياس القلق:

وضع هذا المقياس في الأصل "شارل د.سبيلبيرجر-Charles D.Spielberger"، "ريتشارد ل. جورسش Richard L.Gorsuch وروبرت ي. لوشين Robert E.Lushene" سنة 1972 تحت عنوان: (State –Trait Anxiety Inventory(STAI) أي مقياس حالة وسمة القلق و يتضمن مقياسين منفصلين يعتمدان على أسلوب التقدير الذاتي، وذلك لقياس مفهومين منفصلين للقلق: الأول حالة القلق "State Anxiety"، والثاني سمة القلق "Trait Anxiety". ويتكون مقياس "سمة القلق" من 20 عبارة يطلب فيها من الأفراد وصف ما يشعرون به بوجه عام،

ويتكون مقياس "حالة القلق" من 20 عبارة أيضا، ولكن تتطلب تعليماته من المفحوصين الإجابة عما يشعرون به في لحظة معينة من الوقت (مرغني، 2009: 137-138).

وكانت تعليمات المقياس تطلب من المفحوص أن يجيب بحسب ما يشعر به أمام البدائل الأربعة وهي (أبدا-3، أحيانا-2، غالبا-1، دائما-0).

عندما تكون الفقرة إيجابية (ال فقرات:1،6،7،10،13،16،19) وتعكس أوزان البدائل عندما تكون الفقرة سلبية (بقية الفقرات).

6. 3. 1- الخصائص السيكومترية لمقياس القلق:

6. 3. 1. 1- ثبات المقياس:

أجرى "شارل. د سبيلبيرجر-Charles D . Spielberger" عدة دراسات لحساب صدق وثبات المقياس وكانت على درجة عالية، مما شجع على استخدامه على عينات ومن أعمار وثقافات مختلفة، وقد تراوحت قيمة ثبات سمة القلق بين 0,73-0,86 عند الذكور، أما الإناث فقد كانت قيمة الثبات تتراوح ما بين 0,76-0,77.

ولقد ترجم المقياس إلى اللغة العربية واستخدمت له خصائص القياس النفسي في دراسة "كاديام(2002)Kadiem"، وقد استخدمت إعادة تطبيق المقياس لاستخراج الثبات وكان مقداره (0,88)(مرغني، 2009: 140-141).

6. 3. 1. 2- صدق المقياس:

لقد اعتمد صدق مقياس سمة القلق في صيغته الأمريكية على الصدق التلازمي حيث يعتمد هذا النوع من الصدق على درجة ارتباط درجات الأفراد على المقياس بمحك خارجي، وقد استخدم مقياس "تايلور - Taylor" و"كاتل - Cattell" كمحكات للصدق التلازمي لمقياس سمة القلق، حيث كانت معاملات الارتباط بينهما: 0,75 ، 0,77 و 0,83.

كما استخدم "فاروق عثمان"(1993) في قياس صدق قائمة حالة القلق طريقة الصدق التلازمي وذلك بإيجاد العلاقة الارتباطية بين صدق قائمة القلق والاعتراب، وتؤكد النتائج أنه يوجد ارتباط

موجب بين حالة القلق والاغتراب(0,43) وسمة القلق والاغتراب(0,56)، وكلا القيمتين لمعاملات الارتباط دالة إحصائياً عند المستوى 0,01 (مرغني، 2009: 141).

6. 4- مقياس الإكتئاب:

يتكون المقياس الكامل من 21 مجموعة من العبارات، تتكون كل منها من أربع عبارات تم ترتيبها بحيث تعكس شدة الاكتئاب من 0 - 3، وقد تم التوصل إلى بنود المقياس من الملاحظات الاكلينيكية للأعراض و الاتجاهات التي كانت تظهر على المكتئبين بتكرار أكثر من ظهورها على غير المكتئبين، أما المقياس الحالي فيعد الصورة المختصرة للمقياس الكامل، نشرت لأول مرة في مقال "أرون بيك-Aaron Beck" وأحد مساعديه سنة (1972) وتتكون هذه الصورة من 13 مجموعة من العبارات فقط، تتكون كل مجموعة من أربع عبارات متدرجة من (0) إلى (3)، ولتصحيح المقياس يتم جمع الدرجات التي يحصل عليها المفحوص في كل المجموعات للوصول إلى الدرجة الكلية على المقياس . وتتراوح الدرجات على المقياس من (0) إلى (63) الحد الأقصى للاكتئاب. وهذا الأسلوب لا يتبع أسلوب المعايير التقليدية وتحويل الدرجات الخام إلى درجات معيارية، ولكن الأسلوب المتبع لتقدير وجود الاكتئاب من عدمه وشدته، هو أسلوب الدرجات الفاصلة والدرجات المحددة في هذا المقياس في صورته المختصرة تتبع التصحيح التالي:

الجدول رقم(21): يوضح مستويات تقدير الاكتئاب باستخدام مقياس

"أرون بيك - Aaron Beck" للاكتئاب.

مدلول الدرجات	مدى درجة الاكتئاب
عدم وجود الاكتئاب.	من 0 إلى 4
اكتئاب معتدل-غير حاد.	من 5 إلى 7
اكتئاب متوسط.	ما بين 8 و 15
اكتئاب شديد	16 فما فوق

(عنو، 2006 : 291)

6. 4. 1- الخصائص السيكومترية لمقياس الاكتئاب:

6. 4. 1. 1- ثبات المقياس:

قام الباحث "أحمد فاضلي" بحساب ثبات المقياس عن طريق إعادة التطبيق، حيث طبقه على مجموعة قوامها 40 فرداً (ن=40) من طلاب قسم علم النفس وعلوم التربية و الأرطوفونيا السنة الثالثة بجامعة سعد دحلب البلدة وكان الفاصل الزمني بين مرتي التطبيق ثلاثة أسابيع، ثم تم حساب معامل الارتباط بين درجات التطبيق الأول والثاني والذي بلغ (0.49) وهو معامل دال عند مستوى الدلالة (0.01) (فاضلي أحمد، 2008).

6. 4. 1. 2- صدق المقياس في البيئة العربية:

استخدمت طريقة الصدق التلازمي في دراسة صدق مقياس الاكتئاب في البيئة العربية، ففي مصر تم إيجاد معامل الارتباط بين مقياس الاكتئاب ومقياس الاكتئاب من مقياس الشخصية متعدد الأوجه (MMPI)، وقد استخدمت درجات 43 شخصاً لهذا الغرض ووصل معامل الارتباط بين درجات هؤلاء على المقياسين إلى (0.60) وهو معامل دال عند مستوى 0.01 (مرغني، 2009، 143).

6. 5- مقياس تقدير الذات:

صمم هذا المقياس من طرف الباحث الأمريكي: "كوبر سميث" (1967) **Smith Cooper** "، هذا المقياس له اتجاه تقييمي نحو الذات في المجالات الاجتماعية، الأكاديمية، العائلية والشخصية.

وتضيف " ليلي عبد الحميد" (1985) أن مقياس " كوبر سميث-Cooper Smith " تمت ترجمته إلى العربية من طرف "فاروق عبد الفتاح" (1981) كما عدلت مقاييس الذات لديه وغيرت عناوينها، حيث كانت العناوين القديمة كما يلي:

- مقياس خاص بالصورة (أ) أو الصورة الطويلة.
- مقياس خاص بالصورة (ب) أو الصورة القصيرة.
- مقياس خاص بالصورة (ج).

- مقياس خاص بالصورة الصغيرة بالمدرسة، يستعمل مع تلاميذ تتراوح أعمارهم بين (8 سنوات-15 سنة)، ويتكون من 25 عبارة لمعدة لقياس تقدير الذات، ولا يشمل مقياس الكذب .
- مقياس الصورة الخاص بالكبار، ويتضمن 58 عبارة (50 عبارة لقياس تقدير الذات و8 عبارات تكون مقياساً للكذب). وهو المقياس المستخدم في دراستنا هذه، وهو خاص بالأفراد الذين يتجاوزون سن 16 سنة فما فوق، ويضم هذا المقياس 58 عبارة، يقابل كل منها زوجين من الأقواس، يوجد أولهما أسفل كلمتي: يشبهني ولا يشبهني، ويحتوي المقياس على خمسة مقاييس فرعية كما هي موضوعة في الجدول التالي:

الجدول رقم (22): يوضح المقاييس الفرعية لاختبار "كوبر سميث-Cooper Smith"
لتقدير الذات.

المجموع	أرقام العبارات	المقاييس الفرعية
26	30،27،25،24،19،18،15،13،12،10،7،4،3،1 57،56،55،51،48،47،43،39،38،35،34،31	الذات العامة
8	52،49،40،28،21،14،8،5	الذات الاجتماعية
8	44،29،22،20،16،11،9،6	المنزل والوالدين
8	54،46،42،37،33،23،17،2	العمل
8	58،53،50،45،41،36،32،26	الكذب

(عنو: 2006، 284)

أما التعليلة فتتمثل في أن يضع الشخص المطبق عليه الاختبار علامة (x) داخل القوس الذي يحمل (يشبهني) إذا كانت العبارة تصف ما يشعر به، أما إذا كانت العبارة لا تصف ما يشعر به، فيضع علامة (x) داخل القوس الذي يحمل كلمة (لا يشبهني)، ولا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة، فأي إجابة تعتبر صحيحة طالما هي تعبر عن شعوره الحقيقي (نفس المرجع السابق: 286).

ويمكن تطبيق المقياس فردياً أو جماعياً في مدة غير محدودة، علماً أنه قد وجد أن الأفراد العاديين يستطيعون الانتهاء من الإجابة في زمن يتراوح بين 10-18 دقيقة، وذلك بعد إلقاء التعليمات (نفس المرجع السابق: 286).

وفي دراستنا هذه وحسب متطلبات بحثنا قمنا بتطبيقه بصفة جماعية. ويتضمن هذا المقياس ثمانية عشر (18) عبارة موجبة، وهي: (1-4-5-8-9-14-19-20-27-28-29-33-37-38-42-43-47)، إذا أجاب عليها المفحوص ببشبهني يعطى درجة على كل منها، أما إذا أجاب بلا يشبهني فلا يعطى أية درجة. كما يتضمن المقياس اثني وثلاثون (32) عبارة سالبة وهي: (2-3-6-7-10-11-12-13-15-16-17-18-21-22-23-24-25-30-31-34-35-40-44-46-48-49-51-52-54-55-56-57)، إذا أجاب عليها المفحوص بلا يشبهني فإنه يعطى درجة على كل منها، وإذا أجاب ببشبهني فإنه لا يعطى أية درجة، وأقصى درجة يمكن الحصول عليها في هذا الاختبار هي (50)، وأقل درجة هي (0)، مع العلم أن الدرجة الكلية النهائية تضرب في 2. أما العبارات الثمانية (8) وهي: (26-32-36-41-45-50-53-58)، إذا أجاب عليها المفحوص ببشبهني كلها معنى ذلك أن هناك كذب، فإنه يلغى المقياس.

وتجدر الإشارة إلى أن الدرجة الكلية للمقياس تتضمن المقاييس الأربعة: الذات العامة، الذات الاجتماعية، المنزل والوالدين والعمل، بحيث أن أقصى درجة هي 26 لمقياس الذات العامة، و 8 درجات بالنسبة لكل من المقاييس الثلاثة الباقية، في حين لا تؤخذ بعين الاعتبار الدرجة المتحصل عليها في مقياس الكذب (عنو، 2006: 286).

الجدول رقم (23): يبين مستويات تقدير الذات "كوبر سميث-Cooper Smith"

الفئات	مستويات تقدير الذات
39-20	درجة تقدير الذات منخفضة
59-40	درجة تقدير الذات متوسطة
80-60	درجة تقدير الذات مرتفعة

(نفس المرجع السابق: 287).

6. 5. 1- الخصائص السيكومترية لمقياس تقدير الذات:

5. 5. 1. 1- ثبات مقياس تقدير الذات:

وفي البيئة الجزائرية توصلت الباحثة "عنو" (2006) بعد حساب معامل الارتباط لبرسون الذي قدر بـ 0,97، وهو معامل دال على ثبات الاختبار عند مستوى الدلالة 0,01 (عنو، 2006: 289).

5. 5. 1. 2- صدق مقياس تقدير الذات :

تم حساب صدق المقياس في البيئة الجزائرية عن طريق حساب معامل ارتباطه مع مقياس روزمبورغ لتقدير الذات، وذلك بتطبيق كلا المقياسين على عينة مكونة من 250 طالب جامعي بقسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا، ولقد قدر معامل الارتباط بين كلا المقياسين بـ 0,95، وهو معامل يدل على صدق المقياس عند مستوى الدلالة 0,01 (نفس المرجع السابق: 287).

6. 6- مقياس مركز التحكم:

يقيس هذا المقياس تأثير أحداث الحياة اليومية على معتقدات الأفراد، وقد أعده "جوليان روتر-Rotter.J" بناء على نظريته المعرفية الاجتماعية (التعلم الاجتماعي سابقا) للتعليق بالسلوك. وهو ليس مقياسا مباشرا وإنما صيغ على أساس إدراك الفرد للعالم المحيط به، وإدراكه للعلاقات السببية بين العوامل، كما يقيس توقعات معممة لقيمة العوامل الداخلية مقابل العوامل الخارجية.

ويقيس هذا المقياس أيضا إدراك الفرد للعالم المحيط به من ناحية علاقته بسلوكه، وما يحصل عليه من تدعيمات إيجابية وسلبية، ولهذا فإن المقياس يقيس بعض الاتجاهات الهامة في الشخصية (بادي، 2011: 154).

ولقد قام الباحث "علاء الدين كفاي" من كلية التربية بالفيوم بتكييف مقياس مركز التحكم لـ "روتتر-Rotter"، حيث قام بتعديل بعض فقراته لتناسب والمعايير السائدة في الثقافة العربية (العيزوزي، 2001: 99).

ويتكون المقياس من 29 زوجا من العبارات ذات الاختيار الإجباري، 06 أزواج منها وضعت للتبويه فقط حتى لا يكتشف الهدف من القياس، وبالتالي فهي لا تدخل ضمن العملية الحسابية

لتحديد نتائج المستجوب. أمّا فيما يخص باقي العبارات الـ 23 فيطلب من المستجوب اختيار الحادثة "أ" أو "ب" التي يرى أنها الأكثر تناسبا مع اعتقاده، إذ تشير إلى اتجاهات داخلية أو خارجية نحو مصادر التعزيز، ويتم تنقيط المقياس كالتالي:

- إلغاء البنود الحيادية الستة، وتشمل الفقرات التالية: 1-8-14-19-24-27.
- إعطاء الدرجة (1) للعبارة "أ" الواردة في الفقرات التالية: 2-6-7-9-16-17-18-20-21-23-25-29 .
- إعطاء الدرجة (1) للعبارة "ب" الواردة في الفقرات التالية: 3-4-5-10-11-12-13-15-22-26-28.

حيث يعطى المستجوب درجة واحدة إذا اختار الفقرة التي تعبر عن الاتجاه الخارجي، بينما يعطى صفرا عن الفقرة التي تعبر عن الاتجاه الداخلي. وبناء على هذا المقياس يصنف الأفراد إلى قسمين:

- الأفراد ذوو التحكم الخارجي، وهم الذين يحصلون على درجة تتراوح ما بين "10 و 23" درجة.
- الأفراد ذوو التحكم الداخلي، وهم الذين تتراوح علاماتهم ما بين "0 و 6" درجات.
- بينما الأفراد الذين يحصلون على درجات تتراوح ما بين "7 و 9" درجات فهم أفراد حياديون ولا يخضعون لعملية القياس والتحليل (المهداوي، 2009: 156).

6. 6. 1- الخصائص السيكومترية لمقياس مركز التحكم:

6. 6. 1. 1- ثبات المقياس:

تم استخراج معامل الثبات إستنادا على تكييف "علاء الدين كفافي" و أيضا إثر دراسة "المتولي" (1989) وذلك باللجوء إلى تقسيم الاختبار إلى نصفين، نصف ذو الأرقام الفردية و النصف الآخر ذو الأرقام الزوجية وحساب معامل الارتباط بين النصفين الذي قدر بـ 0,61 (بادي، 2011: 157).

أما فيما يخص ثبات المقياس في البيئة الجزائرية قام الباحث "حساني رشيد" (2008) بحسابه عن طريق التجزئة النصفية، حيث قام بحساب معامل الارتباط بين نصفي المقياس حيث بلغ 0,68، ثم صحح هذا المعامل بمعادلة "جثمان" ليصبح معامل الثبات 0,92 بعد التصحيح، وهي قيمة عالية و دالة إحصائيا عند المستوى 0,01، وعليه فإن المقياس ثابت (نفس المرجع السابق: 157).

6. 6. 1. 2- صدق المقياس:

أما عن صدق المقياس، فقد تحقق الصدق الظاهري بعد عرض المقياس بصيغته الأولية على (10) من المتخصصين في علم النفس والقياس النفسي، كما أخذت الباحثة بقبول الفقرة إذ حصلت على موافقة (80%) فأعلى، وبهذا اعتمدت الباحثة طريقة "ليكرت" في قياس التحكم الذاتي.

أما عن صدق المقياس في البيئة الجزائرية، فقد قامت الباحثة: بادي نورة (2011) بحساب الصدق التمييزي للمقياس، وتحصلت على قيمة "ت" تتراوح ما بين (2,05 - 7,00)، وكانت جميع البنود مميزة ذات دلالة إحصائية عند المستوى 0,05، وهناك بعض البنود كانت دالة إحصائيا عند مستوى 0,01، وعلى ذلك فكل البنود 23 كانت مميزة، ومنه فالمقياس يتمتع بالصدق التمييزي (بادي، 2011: 156).

7- المعالجة الإحصائية:

7. 1- اختبار "ت" :

يعتبر اختبار "ت" اختبار الدلالة الإحصائية للفروق بين المتوسطات وهو من أشهر مقاييس الإحصاء البرامترية، والذي يستخدم لاختبار دلالة الفروق في الأداء (عنو، 2006: 299).

وعند حساب قيمة "ت" نقوم بالمقارنة بين قيمة "ت" المحسوبة التي تحصلنا عليها بالمعادلة الآتية، وقيمة "ت" المجدولة (باستخدام الجدول)، فإذا كانت قيمة "ت" المحسوبة أكبر أو تساوي القيمة المجدولة، فهذا يعني أن "ت" دالة إحصائيا، أي تدل على وجود فروق جوهرية بين القياسين القبلي والبعدي.

وقد استعملنا في هذه الدراسة اختبار "ت" لدلالة الفروق لعينتين متجانستين، حيث أخذنا نتائج القياس القبلي ونتائج القياس البعدي وقمنا بتطبيق المعادلة التالية:

م ف

_____ = ت

$$\sqrt{\frac{\text{مج ح}^2 \text{ ف} / \text{ن} (\text{ن} - 1)}{\text{م ف}}}$$

- حيث يدل الرمز " م ف" على متوسط الفروق.
- يدل الرمز "مج ح² ف" على مربعات انحراف الفروق عند متوسط تلك الفروق.
- ويدل الرمز "ن" على عدد أفراد العينة (عنو، 2006: 300).

خلاصة:

يعد الإطار المنهجي للدراسة الخطوة الأولى للعمل الميداني حيث قمت بالتقرب من الميدان لتحديد العينة، أدوات القياس التي تخدم إشكالية الدراسة و تساعدني على جمع المعطيات و تحليلها بطريقة علمية و إحصائية من أجل قبول أو رفض فرضيات الدراسة.

الفصل السابع: عرض النتائج وتفسيرها

1- عرض ومناقشة نتائج الفرضيات:

1.1- عرض و مناقشة نتائج الفرضيات الجزئية:

- 1.1 .1 .1 - عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى.
- 1.1 .1 .2 - عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية.
- 1.1 .1 .3 - عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة.
- 1.1 .1 .4 - عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الرابعة.
- 1.1 .1 .5 - عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الخامسة.
- 1.1 .1 .6 - عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية السادسة.
- 1.1 .1 .7 - عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية السابعة.
- 1.1 .1 .8 - عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثامنة.
- 1.1 .1 .9 - عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية التاسعة.
- 1.1 .1 .10 - عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية العاشرة.
- 1.1 .1 .11 - عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الحادية عشر.
- 1.1 .1 .12 - عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية عشر.
- 1.1 .1 .13 - عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة عشر.
- 1.1 .1 .14 - عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الرابعة عشر.

1.2- عرض ومناقشة نتائج الفرضية العامة.

2- الاستنتاج العام.

عرض النتائج وتفسيرها:

سنحاول في هذا الفصل عرض نتائج الدراسة انطلاقاً من الفرضيات الجزئية وصولاً إلى الفرضية العامة، ثم مناقشة النتائج المتوصل إليها وذلك في ضوء ما تناولناه في الجانب النظري وعلى ضوء الدراسات السابقة المتعلقة بموضوع الدراسة.

1- عرض ومناقشة نتائج الفرضيات:

1.1 - عرض ومناقشة نتائج الفرضيات الجزئية:

1.1.1 - عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

للإجابة على الفرضية الجزئية الأولى والتي تنص على أنه يمكن أن تكون هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في خفض القلق لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "أ". وعليه سوف نستعرض نتائج القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس القلق لـ "سيبلرجر" في الجدول التالي:

جدول رقم (24): يوضح الفروق في درجة القلق لدى أفراد العينة الذين يتسمون بنمط السلوك "أ" قبل العلاج وبعده.

المتغيرات	متوسط الفروق	مجموع مربع انحرافات الفروق	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
القلق حالة	1,96	766,92	1,70	غير دال
القلق سمة	4,04	1443,09	2,66	0,05

نلاحظ أن النتائج الموضحة في الجدول أعلاه تدل على عدم خفض القلق كحالة بعد العلاج عند أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "أ"، حيث قدرت قيمة "ت" بـ 1,70 مع متوسط فروق قدر بـ 1,96، وهي قيمة غير دالة إحصائياً، في حين تدل على خفض

القلق كسمة بعد العلاج، حيث قدرت قيمة "ت" ب: 2,66 مع متوسط فروق قدر ب: 4,04 وهي قيمة دالة إحصائية عند المستوى 0,05.

نستخلص مما سبق ذكره أن خفض القلق كسمة دليل على أن أفراد العينة استفادوا من العلاج النفسي الجماعي، مما جعلهم أقل قلقا في حياتهم اليومية وأكثر استعدادا للتكفل بأطفالهم ومواجهة الصعوبات التي قد تعرقل مسارهم من أجل الوصول بهم إلى الاستقلالية الذاتية والاجتماعية كأول هدف، لأن الطفل مشروع بالنسبة للأولياء. والأفراد الذين يتسمون بنمط السلوك "أ" يتميزون بارتفاع مستوى الطموح، الكفاح من أجل الإنجاز والنجاح، ولكن مع ذلك فإنهم لم يبدو أي خفض في القلق كحالة، وهذا راجع ربما إلى الحاجة المستمرة للدعم النفسي لمجابهة الواقع المعاش مع انتهاء حصص البرنامج العلاجي، فهم في حاجة دائمة إلى تفريغ انفعالاتهم وتجديد طاقتهم عن طريق حصص التوجيه والإرشاد النفسي والسند الاجتماعي المدرك من طرف أعضاء الجماعة العلاجية.

1.1. 2- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

للإجابة على الفرضية الجزئية الثانية و التي تنص على أنه يمكن أن تكون هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في خفض الاكتئاب لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "أ" . وعليه سوف نستعرض نتائج القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس الاكتئاب لـ"بيك" في الجدول التالي:

جدول رقم(25): يوضح الفروق في درجة الاكتئاب لدى أفراد العينة الذين يتسمون بنمط السلوك "أ" قبل العلاج وبعده.

المتغيرات	متوسط الفروق	مجموع مربع انحرافات الفروق	قيمة(ت)	مستوى الدلالة
الاكتئاب	1,64	137,77	3,49	0,01

نلاحظ أن النتائج الموضحة في الجدول أعلاه تدل على خفض الاكتئاب بعد العلاج عند أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "أ"، حيث قدرت قيمة "ت" بـ 3,49 مع متوسط فروق قدر بـ 1,64، وهي قيمة دالة إحصائياً عند المستوى 0,01.

يرجع خفض درجة الاكتئاب عند الأولياء الذين يتسمون بنمط السلوك "أ" إلى مشاركتهم الفعالة أثناء حصص العلاج النفسي الجماعي، حيث تميّزت هذه المجموعة بالنشاط، الحضور والتفاعل الإيجابي بين أفراد المجموعة، فتبادل الخبرات الذي حدث أثناء هذه الجلسات جعل من الأولياء يشعرون بوجود سند اجتماعي قد ساهم في تحسين الحزن، التشاؤم والشعور بالفشل جراء ميلاد طفل حامل لمتلازمة داون، بالإضافة إلى العوامل الشخصية التي يتسمون بها كقدرتهم على التفرغ الانفعالي والتعبير عن مشاعرهم ورغباتهم المكبوتة و أهمية الحفاظ على مكانتهم الاجتماعية التي ظهرت أثناء حصص البرنامج العلاجي. فروح المبادرة والتعاون التي تميّز بها عناصر هذه

المجموعة جددت طاقتهم وجعلت مشاعرهم أكثر إيجابية نحو آبائهم ومنحتهم القدرة على مواجهة الصعوبات.

1. 1. 3- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

للإجابة على الفرضية الجزئية الثالثة والتي تنص على أنه يمكن أن تكون هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في تحسين تقدير الذات لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "أ". وعليه سوف نستعرض نتائج القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس تقدير الذات لـ"كوبر سميث" في الجدول التالي:

جدول رقم(26): يوضح الفروق في تقدير الذات لدى أفراد العينة الذين يتسمون بنمط السلوك "أ" قبل العلاج وبعده.

المتغيرات	متوسط الفروق	مجموع مربع انحرافات الفروق	قيمة(ت)	مستوى الدلالة
تقدير الذات	1,2	896	1,0	غير دال

نلاحظ من خلال النتائج المبينة في الجدول أعلاه عدم وجود تحسن في تقدير الذات بعد العلاج عند أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "أ" ، حيث قدرت قيمة "ت" بـ 1 مع متوسط فروق قدر بـ 1,2، وهي قيمة غير دالة إحصائياً .

نستخلص مما سبق ذكره في الجانب النظري حول سمات الأفراد الذين ينتمون إلى نمط السلوك "أ" والنتائج المتحصل عليها بعد تطبيق مقياس تقدير الذات قبل العلاج وبعده أن أفراد هذه المجموعة ليس لديهم مشكل في تقدير الذات وكانت معظم درجاتهم عالية في القياس القبلي والقياس البعدي، لأنهم ذوو مركز تحكم داخلي و يتميزون بتقدير عالي للذات و الثقة بالنفس، الاهتمام بالمكانة الاجتماعية، الرغبة في مراقبة و ضبط المحيط و الرغبة في التميز والنفوذ بأحسن الأداء وفي الأخير

الحاجة للتفوق والنجاح، وهم أشخاص يحتلون مناصب مهمة في المجتمع، وهذا ما يفسر استقرار درجاتهم في القياسين.

1.1. 4- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الرابعة:

للإجابة على الفرضية الجزئية الرابعة والتي تنص على أنه يمكن أن تكون هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في تحسين مركز التحكم لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "أ". وعليه سوف نستعرض نتائج القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس مركز التحكم لـ "روتر" في الجدول التالي:

جدول رقم (27): يوضح الفروق في مركز التحكم لدى أفراد العينة الذين يتسمون بنمط السلوك "أ" قبل العلاج وبعده.

المتغيرات	متوسط الفروق	مجموع مربع انحرافات الفروق	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
مركز التحكم	0,08	133,93	0,17	غير دال

نلاحظ أن النتائج المبينة في الجدول أعلاه تدل على عدم وجود تحسن في مركز التحكم بعد العلاج عند أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "أ"، حيث قدرت قيمة "ت" بـ 0,17 مع متوسط فروق قدر بـ 0,08، وهي قيمة غير دالة إحصائياً.

نستنتج من خلال النتائج المتحصل عليها أن درجات الأفراد في مقياس مركز التحكم لم يحدث لها أي تغيير بعد العلاج، أي أن جلسات العلاج النفسي الجماعي لم تؤثر على هذه المجموعة الذين يتميزون بنمط السلوك "أ"، لأن معظمهم من ذوو مركز تحكم داخلي وهذا ما يجعلهم أكثر تفوقاً ونجاحاً، وهم أكثر يقظة في التعامل مع المحيط ومؤثراته التي يستعملونها لتوجيه السلوك، ويتسمون بالثقة في النفس وتقدير عال للذات.

وكخلاصة لما سبق ذكره حول الأشخاص الذين يتميزون بنمط السلوك "أ" نلاحظ أن العلاج النفسي الجماعي قد ساهم في خفض القلق كسمة والاكتئاب عند أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "أ" وهذا نظرا للصفات التي يتميزون بها كالحفاظ على المكانة الاجتماعية وحب التفوق، التقدير العالي للذات والثقة في النفس، وهذا ما يفسر لنا عدم حدوث أي تغيير على نتائج مقياس تقدير الذات أما فيما يخص عدم تغير درجة مركز التحكم فهذا راجع لكون معظمهم من ذوو مركز التحكم الداخلي.

1.1. 5- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الخامسة:

للإجابة على الفرضية الجزئية الخامسة والتي تنص على أنه يمكن أن تكون هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في خفض القلق لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ب". وعليه سوف نستعرض نتائج القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس القلق لـ "سبيلبرجر" في الجدول التالي:

جدول رقم (28): يوضح الفروق في درجة القلق لدى أفراد العينة الذين يتسمون بنمط السلوك "ب" قبل العلاج وبعده.

المتغيرات	متوسط الفروق	مجموع مربع انحرافات الفروق	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
القلق حالة	2,72	683,64	1,87	غير دال
القلق سمة	6,44	318,38	6,50	0,01

نلاحظ أن النتائج المبينة في الجدول أعلاه تدل على خفض القلق كحالة بعد العلاج عند أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ب"، حيث قدرت قيمة "ت" بـ 1,87 مع متوسط فروق قدر بـ 2,72، وهي قيمة غير دالة إحصائياً. في حين نلاحظ أن هناك خفض القلق كسمة بعد العلاج، حيث قدرت قيمة "ت" بـ 6,50 مع متوسط فروق قدر بـ 6,44، وهي قيمة دالة إحصائياً عند المستوى 0,01.

نستخلص مما سبق ذكره أن جلسات العلاج النفسي الجماعي خفضت من درجة القلق كسمة عند أولياء الأطفال الحاملين لمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ب"، أي أنها ساهمت في تغيير استراتيجيات المواجهة لهذه الفئة، و تعلم طرق جديدة لكيفية تسيير الضغط، حيث نجد أن هذه المجموعة تتميز بالقدرة على تحقيق اللذة والاسترخاء دون الشعور بالذنب، النجاح والتكيف الاجتماعي في حين نجد أن أفراد المجموعة لم يتحسنوا في القلق كحالة رغم تلقينهم لبرنامج علاجي، وهذا راجع ربما لمقياس القلق الذي يعتبر كمثير لمشاعر الخوف والقلق لدى الشخص وكإشارة لنهاية حصص العلاج النفسي الجماعي، مما يدل على أن الأفراد مازالوا يحتاجون إلى سند معنوي من أجل مواصلة عملية التكفل بأبنائهم التي تستدعي أسس جديدة من مرحلة عمرية إلى مرحلة أخرى.

1.1. 6- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية السادسة:

للإجابة على الفرضية الجزئية السادسة والتي تنص على أنه يمكن أن تكون هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في خفض الاكتئاب لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "أ". وعليه سوف نستعرض نتائج القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس الاكتئاب لـ"بيك" في الجدول التالي:

جدول رقم(29): يوضح الفروق في درجة الاكتئاب لدى أفراد العينة الذين يتسمون بنمط السلوك "ب" قبل العلاج وبعده.

المتغيرات	متوسط الفروق	مجموع مربع انحرافات الفروق	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
الاكتئاب	1,55	56,4	3,69	0,01

نلاحظ أن النتائج المبينة في الجدول أعلاه تدل على خفض الاكتئاب بعد العلاج عند أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ب"، حيث قدرت قيمة "ت" بـ 3,69 مع متوسط فروق قدر بـ 1,55، وهي قيمة دالة إحصائياً عند المستوى 0,01.

نستنتج أن البرنامج العلاجي المطبق على هذه المجموعة خفض من درجة الاكتئاب عند أولياء الأطفال الحاملين لمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ب" وهذا نظراً لحضورهم الدائم

و تفاعلهم الإيجابي أثناء الحصص، بالإضافة إلى أنهم أشخاص يتميزون بالاسترخاء، الهدوء، التأني والثقة في إنجاز الأعمال و تقدير الآخرين، كما يعرف عنهم أنهم أشخاص حياديين وهم ليسوا عرضة للإصابة بالأمراض القلبية(كما هو معروف عن أصحاب النمط السلوكي "أ") أو الإصابة بمرض السرطان(كما هو معروف عن أصحاب نمط السلوك "ج") وهذا ما توصلت إليه الباحثة "عبدالرحمان شميمسة"(2012) في دراستها حول التوظيف النفسي للراشدين في نظرية النماذج الوبائية. وبالتالي هم أشخاص يتمتعون بصحة جيّدة. وهذا كله ساعد على التخفيف من الشعور بالحزن والتشاؤم والشعور بالفشل عند هذه الفئة من الأولياء.

1.1.7- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية السابعة:

للإجابة على الفرضية الجزئية السابعة و التي تنص على أنه يمكن أن تكون هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في تحسين تقدير الذات لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ب". و عليه سوف نستعرض نتائج القياس القبلي و القياس البعدي لمقياس تقدير الذات لـ"كوبر سميث" في الجدول التالي:

جدول رقم(30): يوضح الفروق في تقدير الذات لدى أفراد العينة الذين يتسمون بنمط السلوك "ب" قبل العلاج وبعده.

المتغيرات	متوسط الفروق	مجموع مربع انحرافات الفروق	قيمة(ت)	مستوى الدلالة
تقدير الذات	0,22	751,14	0,14	غير دال

نلاحظ أن النتائج المبيّنة في الجدول أعلاه تدل على عدم وجود تحسن في تقدير الذات بعد العلاج عند أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ب"، حيث قدرت قيمة "ت" بـ 0,14 مع متوسط فروق قدر بـ 0,22، وهي قيمة غير دالة إحصائياً .

نستخلص مما سبق ذكره في الجانب النظري حول سمات الأفراد الذين ينتمون إلى نمط السلوك "ب" والنتائج المتحصل عليها بعد تطبيق مقياس تقدير الذات قبل العلاج وبعده أن أفراد هذه المجموعة ليس لديهم مشكل في تقدير الذات وكانت معظم درجاتهم عالية في القياس القبلي والقياس

البعدي، لأنهم ذوو مركز تحكم داخلي و يتميزون بالثقة في النفس، الاسترخاء، الهدوء، التأني في إنجاز الأعمال والقناعة. كما يتميز أصحاب هذا النمط بقلّة الرغبة في التنافس وتقدير الآخرين.

1.1. 8- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثامنة:

للإجابة على الفرضية الجزئية الثامنة والتي تنص على أنه يمكن أن تكون هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في تحسين مركز التحكم لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ب". وعليه سوف نستعرض نتائج القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس مركز التحكم لـ "روتر" في الجدول التالي:

جدول رقم(31): يوضح الفروق في مركز التحكم لدى أفراد العينة الذين يتسمون بنمط السلوك "ب" قبل العلاج وبعده.

المتغيرات	متوسط الفروق	مجموع مربع انحرافات الفروق	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
مركز التحكم	0,61	52,24	1,52	غير دال

نلاحظ أن النتائج المبينة في الجدول أعلاه تدل على عدم وجود أي تحسن في مركز التحكم بعد العلاج عند أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ب"، حيث قدرت قيمة "ت" بـ 1,52 مع متوسط فروق قدر بـ 0,61، وهي قيمة غير دالة إحصائياً.

نستنتج من خلال النتائج المتحصل عليها أن درجات الأفراد في مقياس مركز التحكم لم تتغير بعد العلاج، أي أن جلسات العلاج النفسي الجماعي لم تؤثر على هذه المجموعة الذين يتميزون بنمط السلوك "ب"، لأنهم ذوو مركز تحكم داخلي وهذا ما يجعلهم أكثر استرخاء وهدوءاً، و يتسمون بالثقة في النفس وتقدير الآخرين.

و كخلاصة لما سبق ذكره حول الأشخاص الذين يتميزون بنمط السلوك "ب" نلاحظ أن العلاج النفسي الجماعي قد ساهم في تحسين القلق كسمة والاكنتاب عند أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ب" وهذا نظرا للصفات التي يتميزون بها كالاسترخاء والهدوء لأن ازدياد طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة كان يشعرهم بالفشل و العجز وتأثرت سكينتهم وحياتهم الهادئة، كما أن الثقة في النفس و التقدير العالي للذات التي يتصفون بها و كونهم من ذوو مركز التحكم الداخلي ساعدهم على تجاوز هذه الصعوبات.

1.1. 9- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية التاسعة:

للإجابة على الفرضية الجزئية التاسعة والتي تنص على أنه يمكن أن تكون هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في خفض القلق لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ج". وعليه سوف نستعرض نتائج القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس القلق لـ "سييلبرجر" في الجدول التالي:

جدول رقم (32): يوضح الفروق في درجة القلق لدى أفراد العينة الذين يتسمون بنمط السلوك "ج" قبل العلاج وبعده.

المتغيرات	متوسط الفروق	مجموع مربع انحرافات الفروق	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
القلق حالة	2,58	622,7	1,97	غير دال
القلق سمة	4,26	783,73	2,90	0,01

نلاحظ أن النتائج المبينة في الجدول أعلاه تدل على عدم خفض القلق كحالة بعد العلاج عند أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ج"، حيث قدرت قيمة "ت" بـ 1,97 مع متوسط فروق قدر بـ 2,58، وهي قيمة غير دالة إحصائياً، بينما نجد أن هناك خفض القلق كسمة بعد العلاج، حيث قدرت قيمة "ت" بـ 2,90 مع متوسط فروق قدر بـ 4,26، وهي قيمة دالة إحصائياً عند المستوى 0,01.

يرجع خفض القلق كسمة عند أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ج" إلى جلسات العلاج النفسي الجماعي، حيث أنّ هذه التجربة حدثت من خوف الأولياء وجعلتهم أكثر اطمئناناً بحضور الأخصائية النفسانية ووجود الأعضاء الآخرين للمجموعة وتشاركهم

نفس المشكل والذي يتمثل في كيفية التعامل مع أطفالهم المصابين بمتلازمة داون وكيفية الوصول بهم إلى الاستقلالية الذاتية والاجتماعية. إلا أنه لم يحدث أي تغيير على القلق كحالة بعد حصص البرنامج العلاجي، وهذا راجع ربما إلى حاجة الأولياء إلى المزيد من المساعدة النفسية سواء فردياً أو جماعياً، حتى أننا لاحظنا أن بعض الأفراد ارتفعت درجة القلق لديهم بعد العلاج، وهذا يعود ربما لعامل نمط السلوك الذي يتسمون به والذي يتميز بالكبت وعدم القدرة على التعبير عن انفعالاتهم.

1.1.10 - عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية العاشرة:

للإجابة على الفرضية الجزئية العاشرة والتي تنص على أنه يمكن أن تكون هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في خفض الاكتئاب لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ج". وعليه سوف نستعرض نتائج القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس الاكتئاب لـ"بيك" في الجدول التالي:

جدول رقم(33): يوضح الفروق في درجة الاكتئاب لدى أفراد العينة الذين يتسمون بنمط السلوك "ج" قبل العلاج وبعده.

المتغيرات	متوسط الفروق	مجموع مربع انحرافات الفروق	قيمة(ت)	مستوى الدلالة
الاكتئاب	0,58	144,7	0,92	غير دال

نلاحظ أن النتائج الموضحة في الجدول أعلاه تدل على عدم خفض الاكتئاب بعد العلاج عند أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ج"، حيث قدرت قيمة "ت" بـ 0,92 مع متوسط فروق قدر بـ 0,58، وهي قيمة غير دالة إحصائياً.

يرجع عدم خفض الاكتئاب عند أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ج" بعد حصص العلاج النفسي الجماعي لعدم قدرتهم على التعبير عن انفعالاتهم بسبب الكبت، عدم المشاركة في المناقشات والاكتفاء بالاستماع فقط والبكاء في بعض الأحيان بسبب الشعور باليأس والعجز. كما أننا لاحظنا أن بعض الأفراد ازدادت درجة الاكتئاب لديهم بعد العلاج

عن درجته قبل العلاج، مما أدى إلى ضرورة توجيههم لجلسات العلاج النفسي الفردي من أجل التغلب على مخاوفهم وشعورهم بالعجز حتى على مساعدة أبنائهم.

1.1.11- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الحادية عشر:

للإجابة على الفرضية الجزئية الحادية عشر والتي تنص على أنه يمكن أن تكون هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في تحسين تقدير الذات لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ج". وعليه سوف نستعرض نتائج القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس تقدير الذات لـ"كوير سميث" في الجدول التالي:

جدول رقم(34): يوضح الفروق في تقدير الذات لدى أفراد العينة الذين يتسمون بنمط السلوك "ج" قبل العلاج وبعده.

المتغيرات	متوسط الفروق	مجموع مربع انحرافات الفروق	قيمة(ت)	مستوى الدلالة
تقدير الذات	2,53	1220,48	1,37	غير دال

نلاحظ أن النتائج الموضحة في الجدول أعلاه تدل على عدم وجود تحسن في تقدير الذات بعد العلاج عند أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ج"، حيث قدرت قيمة "ت" بـ 1,37 مع متوسط فروق قدر بـ 2,53، وهي قيمة غير دالة إحصائياً.

نستنتج من نتائج مقياس تقدير الذات قبل البرنامج العلاجي وبعده أن أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ج" لم يظهر عليهم أي تحسن في مستوى تقدير الذات، أي أن الشعور بالقلق، الخوف، العجز و الشعور بالفشل الذي يعاني منه هؤلاء الأفراد انعكس سلباً على تقدير الذات لديهم، حيث أن أغلبهم يتصفون بتقدير منخفض للذات و قلة الثقة في النفس رغم تلقيهم لبرنامج علاجي، وهذا راجع ربما للحضور السلبي لهم أثناء جلسات العلاج و عدم المشاركة الفعالة.

1.1. 12- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية عشر:

للإجابة على الفرضية الجزئية الثانية عشر والتي تنص على أنه يمكن أن تكون هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في تحسين مركز التحكم لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ج". وعليه سوف نستعرض نتائج القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس مركز التحكم لـ "روتر" في الجدول التالي:

جدول رقم(35): يوضح الفروق في مركز التحكم لدى أفراد العينة الذين يتسمون بنمط السلوك "ج" قبل العلاج وبعده.

المتغيرات	متوسط الفروق	مجموع مربع انحرافات الفروق	قيمة(ت)	مستوى الدلالة
مركز التحكم	0,89	139,75	1,43	غير دال

نلاحظ أن النتائج الموضحة في الجدول أعلاه تدل على عدم تحسن في مركز التحكم بعد العلاج عند أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ج"، حيث قدرت قيمة "ت" بـ 1,43 مع متوسط فروق قدر بـ 0,89، وهي قيمة غير دالة إحصائياً.

نستنتج من خلال النتائج المتحصل عليها أن درجات الأفراد في مقياس مركز التحكم لم تتغير بعد العلاج، أي أن جلسات العلاج النفسي الجماعي لم تؤثر على هذه المجموعة الذين يتميزون بنمط السلوك "ج" بشكل إيجابي، وهذا راجع ربما لكونهم ذوو مركز تحكم خارجي وما يصحبه من انفعالات و مشاعر سلبية.

نلاحظ من خلال ما سبق أن أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ج" لم يتحسن معاشهم النفسي رغم خضوعهم لجلسات العلاج النفسي الجماعي، لم يحدث أي تغيير لا في القلق كحالة، الاكتئاب، تقدير الذات ولا مركز التحكم، وهذا ربما راجع إلى نقص المشاركة والتفاعل أثناء جلسات العلاج بسبب الكبت الشعور باليأس والعجز، كما أننا لاحظنا ارتفاع درجات بعض أفراد العينة في مقياسي القلق والاكتئاب بعد العلاج عن قبله، الأمر الذي جعلنا نوجههم إلى جلسات العلاج الفردي والمتابعة النفسية.

1.1.13 - عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة عشر:

للإجابة على الفرضية الجزئية الثالثة عشر والتي تنص على أنه يمكن أن تكون هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في تحسين المعاش النفسي (خفض القلق والاكتئاب، وتحسين تقدير الذات ومركز التحكم) عند أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون. وعليه سوف نستعرض نتائج القياس القبلي والقياس البعدي للمقاييس التالية: مقياس القلق لـ"سبيلبرجر"، مقياس الاكتئاب لـ"بيك"، مقياس تقدير الذات لـ"كوبر سميث" و مقياس مركز التحكم لـ"روتر" كآلاتي:

جدول رقم(36): يوضح الفروق في درجة القلق لدى أفراد العينة الإناث قبل العلاج وبعده.

المتغيرات	متوسط الفروق	مجموع مربع انحرافات الفروق	قيمة(ت)	مستوى الدلالة
القلق حالة	1,84	1916,9	2,11	0,05
القلق سمة	2,98	2509,76	2,98	0,01

نلاحظ أن النتائج الموضحة في الجدول أعلاه تدل على خفض القلق كحالة بعد العلاج عند أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون، حيث قدرت قيمة "ت" بـ 2,11 مع متوسط فروق قدر بـ 1,84، وهي قيمة دالة إحصائياً عند المستوى 0,05، كما نلاحظ خفض درجة القلق كسمة بعد العلاج، حيث قدرت قيمة "ت" بـ 2,98 مع متوسط فروق قدر بـ 2,98، وهي قيمة دالة إحصائياً عند المستوى 0,01.

يرجع خفض القلق كحالة وكسمة عند أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون إلى جلسات العلاج النفسي الجماعي، حيث أنّ هذه التجربة قللت من خوف الأمهات وشعورهن بالعجز ممّا جعلهن أكثر اطمئنانا خاصة بحضور الأخصائية النفسانية التي تعد سندا بالنسبة لهن مع وجود الأمهات الأخريات بالمجموعة وتشاركهم نفس المشكل والذي يتمثل في كيفية التعامل مع أطفالهم وكيفية الوصول بهم إلى الاستقلالية الذاتية والاجتماعية.

جدول رقم(37): يوضح الفروق في درجة الاكتئاب لدى أفراد العينة الإناث قبل العلاج وبعده.

المتغيرات	متوسط الفروق	مجموع مربع انحرافات الفروق	قيمة(ت)	مستوى الدلالة
الاكتئاب	1,26	293,74	3,70	0,01

نلاحظ أن النتائج الموضحة في الجدول أعلاه تدل على خفض الاكتئاب بعد العلاج عند أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون، حيث قدرت قيمة "ت" ب 3,70 مع متوسط فروق قدر ب 1,26، وهي قيمة دالة إحصائيا عند المستوى 0,01.

نستخلص من نتائج القياس البعدي لمقياس الاكتئاب أنّ جلسات العلاج النفسي الجماعي ساهمت في التخفيف من حدة الاكتئاب عند أمهات الأطفال الحاملين لمتلازمة داون، وهذا راجع لقدرة الأمهات على التفريغ الانفعالي عن طريق التداعي الحر الأفكار والبكاء في الكثير من الأحيان ومع الكثير من الحالات. وهذا ما توصلت إليه الباحثة "وداد مبروك"(2006) في دراستها على أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا- إعاقة متوسطة- حيث بيّنت فعالية العلاج النفسي الجماعي (الموجه بالمحاضرة والمناقشة) في التخفيف من أعراض الاكتئاب عند أمهات الأطفال المعوقين ذهنيا-إعاقة متوسطة-(مبروك،2006).

جدول رقم(38): يوضح الفروق في تقدير الذات لدى أفراد العينة الإناث قبل العلاج وبعده.

المتغيرات	متوسط الفروق	مجموع مربع انحرافات الفروق	قيمة(ت)	مستوى الدلالة
تقدير الذات	0,48	1762,54	0,57	غير دال

نلاحظ أن النتائج الموضحة في الجدول أعلاه تدل على عدم التحسن في تقدير الذات بعد العلاج عند أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون، حيث قدرت قيمة "ت" بـ 0,57 مع متوسط فروق قدر بـ 0,48، وهي قيمة غير دالة إحصائياً.

لاحظنا من خلال النتائج أن هناك تباين في درجات تقدير الذات عند أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون، حيث وجدنا أن هناك فئة تتميز بتقدير عال للذات، وفئة تحسنت درجاتهن بعد العلاج، أما فيما يخص الفئة الثالثة فلم تتحسن درجاتهن بعد جلسات العلاج النفسي الجماعي ويتميزن بتقدير منخفض للذات. وقد يرجع هذا الاختلاف إلى اختلاف أنماط سلوكهن ومعاشرهن النفسي.

جدول رقم(39): يوضح الفروق في مركز التحكم لدى أفراد العينة الإناث قبل العلاج وبعده.

المتغيرات	متوسط الفروق	مجموع مربع انحرافات الفروق	قيمة(ت)	مستوى الدلالة
مركز التحكم	0,28	273	0,85	غير دال

نلاحظ أن النتائج الموضحة في الجدول أعلاه تدل على عدم وجود تحسن في مركز التحكم بعد العلاج عند أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون، حيث قدرت قيمة "ت" بـ 0,85 مع متوسط فروق قدر بـ 0,28، وهي قيمة غير دالة إحصائياً.

تبيّن النتائج أنّ هناك تباين في مركز التحكم لدى أفراد العينة، فهناك فئة من ذوو التحكم الداخلي وأخرى من ذوو التحكم الخارجي، وهذا قد يرجع إلى اختلاف المعاش النفسي لهن.

وفي الأخير نستنتج أن العلاج النفسي الجماعي قد ساهم في خفض القلق والاكتئاب عند أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون وهذا راجع إلى قابلية الإناث للإيحاء، حاجتهن للسند الاجتماعي وقدرتهن على التعبير الانفعالي. فيما لم نجد أي تغيير في تقدير الذات ومركز التحكم، وهذا قد يرجع إلى اختلاف أنماط السلوك والمعاش النفسي لهذه المجموعة كما ذكرنا سابقاً.

1.1. 14- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الرابعة عشر:

للإجابة على الفرضية الجزئية الرابعة عشر والتي تنص على أنه يمكن أن تكون هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في تحسين المعاش النفسي (خفض القلق والاكتئاب، وتحسين تقدير الذات ومركز التحكم) عند آباء الأطفال المصابين بمتلازمة داون. وعليه سوف نستعرض نتائج القياس القبلي والقياس البعدي للمقاييس التالية: مقياس القلق لـ"سبيلبرجر"، مقياس الاكتئاب لـ"بيك"، مقياس تقدير الذات لـ"كوبر سميث" و مقياس مركز التحكم لـ"روتر" كالآتي:

جدول رقم(40): يوضح الفروق في درجة القلق لدى أفراد العينة الذكور قبل العلاج وبعده.

المتغيرات	متوسط الفروق	مجموع مربع انحرافات الفروق	قيمة(ت)	مستوى الدلالة
القلق حالة	4,58	76,96	6,27	0,01
القلق سمة	4,08	332,95	2,68	0,01

نلاحظ أن النتائج الموضحة في الجدول أعلاه تدل على خفض القلق كحالة بعد العلاج عند آباء الأطفال المصابين بمتلازمة داون، حيث قدرت قيمة "ت" بـ 6,27 مع متوسط فروق قدر بـ 4,58، وهي قيمة دالة إحصائياً عند المستوى 0,01، كما لاحظنا خفض القلق كسمة بعد العلاج، حيث قدرت قيمة "ت" بـ 2,68 مع متوسط فروق قدر بـ 4,08، وهي قيمة دالة إحصائياً عند المستوى 0,01.

يرجع خفض القلق كحالة وسمة عند آباء الأطفال المصابين بمتلازمة داون إلى جلسات العلاج النفسي الجماعي، حيث أنّ هذه التجربة ساهمت في تبادل الخبرات وتعلم سبل واستراتيجيات جديدة

من تجارب الآخرين للتكفل الأنجع بهذه الفئة، وهذا ما خفف من الشعور بالقلق والخوف لدى الآباء مما جعلهم أكثر اطمئنانا وأقل قلقا.

جدول رقم(41): يوضح الفروق في درجة الاكتئاب لدى أفراد العينة الذكور قبل العلاج وبعده.

المتغيرات	متوسط الفروق	مجموع مربع انحرافات الفروق	قيمة(ت)	مستوى الدلالة
الاكتئاب	1,5	57	2,38	0,05

نلاحظ أن النتائج الموضحة في الجدول أعلاه تدل على خفض الاكتئاب بعد العلاج عند آباء الأطفال المصابين بمتلازمة داون، حيث قدرت قيمة "ت" ب 2,38 مع متوسط فروق قدر ب 1,5، وهي قيمة دالة إحصائيا عند المستوى 0,05 .

نستخلص من نتائج القياس البعدي لمقياس الاكتئاب أنّ جلسات العلاج النفسي الجماعي ساهمت في التخفيف من حدة الاكتئاب عند آباء الأطفال الحاملين لمتلازمة داون، رغم أنّهم أقل عرضة للإصابة بالاكتئاب مقارنة بالنساء (عنو، 2009)، و يرجع هذا التحسن إلى قدرة الذكور على تسيير الضغط النفسي بحكم معاشهم النفسي و إلقاء مسؤولية تربية الأطفال و تنشئتهم عادة على الأمهات.

جدول رقم(42): يوضح الفروق في تقدير الذات لدى أفراد العينة الذكور قبل العلاج وبعده.

المتغيرات	متوسط الفروق	مجموع مربع انحرافات الفروق	قيمة(ت)	مستوى الدلالة
تقدير الذات	0,5	849	0,21	غير دالة

نلاحظ أن النتائج الموضحة في الجدول أعلاه تدل على عدم وجود تحسن في تقدير الذات بعد العلاج عند آباء الأطفال المصابين بمتلازمة داون، حيث قدرت قيمة "ت" بـ 0,21 مع متوسط فروق قدر بـ 0,5، وهي قيمة غير دالة إحصائياً.

لاحظنا من خلال النتائج أن هناك تباين في درجات تقدير الذات عند آباء الأطفال المصابين بمتلازمة داون، حيث وجدنا أن هناك فئة تتميز بتقدير عال للذات، وفئة فلم تتحسن درجاتهم بعد جلسات العلاج النفسي الجماعي ويتميزون بتقدير منخفض للذات. وقد يرجع هذا الاختلاف إلى اختلاف أنماط سلوكهم ومعاشهم النفسي.

جدول رقم(43): يوضح الفروق في مركز التحكم لدى أفراد العينة الذكور قبل العلاج وبعده.

المتغيرات:	متوسط الفروق:	مجموع مربع انحرافات الفروق:	قيمة(ت):	مستوى الدلالة:
مركز التحكم	1,08	34,95	2,20	0,05

نلاحظ أن النتائج الموضحة في الجدول أعلاه تدل على تحسن في مركز التحكم بعد العلاج عند آباء الأطفال المصابين بمتلازمة داون، حيث قدرت قيمة "ت" بـ 2,20 مع متوسط فروق قدر بـ 1,08، وهي قيمة دالة إحصائياً عند المستوى 0,05.

تبيّن النتائج أنّ هناك تحسن في مركز التحكم لدى آباء الأطفال المصابين بمتلازمة داون، وهذا التحسن راجع إلى أنّ الآباء أدركوا أنّ التكفل بهذه الفئة مسؤولية الأب والأمّ معا ولا تقع على عاتق الأمهات فقط، ممّا جعل مشاعرهم وانفعالاتهم أكثر إيجابية.

نلاحظ أن العلاج النفسي الجماعي قد ساهم في خفض القلق، الاكتئاب وتحسين مركز التحكم عند آباء الأطفال المصابين بمتلازمة داون، فيما لم يؤثر على درجات تقدير الذات لديهم.

1. 2- عرض ومناقشة نتائج الفرضية العامة:

للإجابة على الفرضية العامة والتي تنص على أنه يمكن أن يكون هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في تحسين المعاش النفسي (خفض القلق والاكتئاب، وتحسين تقدير الذات ومركز التحكم) لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون باختلاف أنماط سلوكهم، كما يمكن أن يكون هناك تأثير لجنس الوالدين على ذلك (الأب والأم). أي أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي للمقاييس التالية: مقياس القلق لـ"سيبلرجر"، مقياس الاكتئاب لـ"بيك"، مقياس تقدير الذات لـ"كوبر سميث" و مقياس مركز التحكم لـ"روتر". وعليه سوف نستعرض ونناقش نتائج كل مقياس على حدا.

1. 2. 1- عرض و مناقشة النتائج المتعلقة بالقلق قبل وبعد العلاج النفسي

الجماعي:

جدول رقم(44): يوضح القلق كحالة وسمة لدى أفراد العينة قبل العلاج وبعده.

المتغيرات	متوسط الفروق	مجموع مربع انحرافات الفروق	قيمة(ت)	مستوى الدلالة
القلق حالة	2,35	2062,04	3,22	0,01
القلق سمة	5,48	6126,53	6,15	0,01

يتضح من خلال النتائج المذكورة في الجدول أعلاه أن هناك خفض القلق كحالة بعد العلاج عن قبله، وقدر متوسط الفروق بـ 2,35 وقيمة"ت" 3,22، مما يؤكد وجود فروق دالة إحصائية عند

المستوى 0,01. كما نلاحظ أن هناك خفض القلق كسمة بعد العلاج عن قبله، وقدر متوسط الفروق بـ 5,48 وقيمة "ت" 6,15، مما يؤكد وجود فروق دالة إحصائية عند المستوى 0,01.

نستنتج أن البرنامج العلاجي المطبق على أولياء الأطفال الحاملين لمتلازمة داون قد ساهم في التخفيف من حدة القلق كحالة وكسمة، وهذا راجع لتبادل الخبرات وتشارك المشاعر والانفعالات.

1. 2. 2- عرض و مناقشة النتائج المتعلقة بالاكنتاب قبل وبعد العلاج:

جدول رقم(45): يوضح الفروق في درجة الاكنتاب لدى أفراد العينة قبل العلاج وبعده.

المتغيرات	متوسط الفروق	مجموع مربع انحرافات الفروق	قيمة(ت)	مستوى الدلالة
الاكنتاب	1,26	352,99	4,2	0,01

تشير النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم(44) على وجود خفض الاكنتاب بعد العلاج، وقدر متوسط الفروق بـ 1,26، وقيمة "ت" 4,2 وهي قيمة دالة إحصائية عند المستوى 0,01.

يرجع خفض الاكنتاب عند أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون إلى مشاركتهم الفعالة أثناء حصص العلاج النفسي الجماعي، حيث تميّزت المجموعات بالنشاط، الحضور والتفاعل الإيجابي بين أفراد المجموعة، فتبادل الخبرات الذي حدث أثناء هذه الجلسات جعل من الأولياء يشعرون بوجود سند اجتماعي قد ساهم في تحسين الحزن، التشاؤم والشعور بالفشل جراء ميلاد طفل حامل لمتلازمة داون. فروح المبادرة والتعاون التي تميّزوا بها جدّدت طاقتهم وجعلت مشاعرهم أكثر إيجابية نحو أبنائهم ومنحتهم القدرة على مواجهة الصعوبات.

وفيما يلي سوف نقوم بعرض دلالة الفروق في كل عرض من أعراض الاكنتاب على حدى.

جدول رقم(46): يوضح الفروق في الحزن لدى أفراد العينة قبل العلاج وبعده.

المتغيرات	متوسط الفروق	مجموع مربع	قيمة(ت)	مستوى الدلالة
-----------	--------------	------------	---------	---------------

		انحرافات الفروق		
0,01	3,33	16	0,03	الحن

نلاحظ أن النتائج الموضحة في الجدول أعلاه تدل على وجود خفض الحزن بعد العلاج، حيث قدرت قيمة "ت" بـ 3,33 مع متوسط فروق قدر بـ 0,03، وهي قيمة دالة إحصائياً عند المستوى 0,01.

نستنتج أن حصص العلاج النفسي الجماعي ساهمت في تخفيف الحزن عند أولياء الأطفال الحاملين لمتلازمة داون، وهذا راجع للخبرات التي عاشوها خلال هذه التجربة وما تعلموه من بعضهم، وبالتالي اكتسبوا استراتيجيات جديدة للتكفل بأطفالهم.

جدول رقم(47): يوضح الفروق في التشاؤم لدى أفراد العينة قبل العلاج وبعده

المتغيرات	متوسط الفروق	مجموع مربع انحرافات الفروق	قيمة(ت)	مستوى الدلالة
التشاؤم	0,14	13,72	2,33	0,01

من خلال النتائج الموضحة في الجدول المذكور أعلاه نلاحظ أن هناك انخفاض في درجة التشاؤم بعد العلاج عن قبله، وقدر متوسط الفروق بـ 0,14 وقيمة "ت" 2,33، مما يؤكد وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى 0,01 .

ساعدت حصص العلاج النفسي الجماعي في التخفيف من التشاؤم عند أولياء الأطفال الحاملين لمتلازمة داون، وهذا بسبب تغير نظرة الوالدين لهذه الفئة ووجود الحلول التي لم يكونوا يدركونها من قبل، كوجود مراكز متخصصة للتكفل بهذه الشريحة و قدرة هذه الفئة على التعلّم بطرق خاصة.

جدول رقم(48): يوضح الفروق في الشعور بالفشل لدى أفراد العينة قبل العلاج وبعده

المتغيرات	متوسط الفروق	مجموع مربع انحرافات الفروق	قيمة(ت)	مستوى الدلالة

0,01	2,86	19,68	0,2	الشعور بالفشل
------	------	-------	-----	---------------

يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول المذكور أعلاه أن هناك خفض في درجة الشعور بالفشل بعد العلاج، وقدر متوسط الفروق بـ 0,2 وقيمة "ت" 2,86 ، مما يؤكد وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0,01 .

إنّ ازدياد طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة يشعر الوالدين بالفشل، أي أنهم فشلوا في إنجاب طفل عادي لأن هذا الطفل يعتبر بمثابة مشروع للوالدين ونجاحه يعني نجاح الوالدين في حياتهم و فشله يعني فشلهم. ومن خلال النتائج نستنتج أن حصص العلاج النفسي الجماعي قد ساهمت في التخفيف من الشعور بالفشل لدى أولياء الأطفال الحاملين لمتلازمة "داون".

جدول رقم(49): يوضح الفروق في عدم الرضى لدى أفراد العينة قبل العلاج وبعده

المتغيرات	متوسط الفروق	مجموع مربع انحرافات الفروق	قيمة(ت)	مستوى الدلالة
عدم الرضا	0,08	12,61	1,33	غير دال

توضح النتائج المبينة في الجدول المذكور أعلاه أنه ليس هناك خفض في درجة عدم الرضا بعد العلاج، وقدر متوسط الفروق بـ 0,08 ، وقيمة "ت" 1,33 وهي قيمة غير دالة إحصائياً .

نجد أن أولياء الأطفال الحاملين لمتلازمة داون يعانون من الشعور بعدم الرضا لأن الإنسان رغم أنه يرضى بقضاء الله وقدره، وأنه لا تغيير لحكم الله. إلا أنه يبقى يشعر بهذا الإحساس في داخله والإنسان بطبعه يحب الأشياء الجيدة ويميل إلى الكمال نسبياً فأى نقص يحدث له عدم التوازن والشعور بالحزن وعدم الرضا.

جدول رقم(50): يوضح الفروق في الشعور بالذنب لدى أفراد العينة قبل العلاج وبعده

المتغيرات	متوسط الفروق	مجموع مربع انحرافات الفروق	قيمة(ت)	مستوى الدلالة

الشعور بالذنب	0,08	10,62	1,6	غير دال
---------------	------	-------	-----	---------

يتضح لنا من خلال النتائج الموضحة في الجدول المذكور أعلاه أنه ليس هناك خفض في الشعور بالذنب بعد العلاج، وقدر متوسط الفروق بـ 0,08 ، وقيمة "ت" 1,6 وهي قيمة غير دالة إحصائياً.

نجد أن أولياء الأطفال الحاملين لمتلازمة داون يعانون من الشعور بالذنب رغم أنهم يؤمنون بقضاء الله وقدره ويدركون أنه لا ذنب لهم فيها، إلا أنهم لا يستطيعون تغيير هذه المشاعر بسبب اتهام الناس لهم بإنجاب طفل غير سوي خاصة من طرف العائلة والأقارب خاصة الأم التي تحمل كامل المسؤولية أمام أهل الزوج.

جدول رقم(51): يوضح الفروق في عدم حب الذات وإيذاء الذات لدى أفراد العينة

قبل العلاج وبعده

المتغيرات	متوسط الفروق	مجموع مربع انحرافات الفروق	قيمة(ت)	مستوى الدلالة
عدم حب الذات	0,06	9,76	1,2	غير دال
إيذاء الذات	0,02	2,96	0,66	غير دال

نلاحظ من خلال النتائج الموضحة في الجدول المذكور أعلاه أنه ليس هناك خفض في درجة عدم حب الذات بعد العلاج، وقدر متوسط الفروق بـ 0,06 ، وقيمة "ت" 1,2 وهي قيمة غير دالة إحصائياً . كما نلاحظ عدم وجود خفض في درجة إيذاء الذات بعد العلاج، حيث قدر متوسط الفروق بـ 0,02 ، وقيمة "ت" 0,66 وهي قيمة غير دالة إحصائياً .

نجد أن أولياء الأطفال الحاملين لمتلازمة داون يعانون من الشعور بعدم حب الذات والتفكير في إيذاءها إثر إنجابهم لطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة بسبب المعاناة النفسية التي يعاني منها الأولياء كالشعور بالدونية والفتل. ورغم جلسات العلاج النفسي الجماعي إلا أنّ هذه المشاعر

والأحاسيس لم تتغير لأنه حسب رأيهم رغم كل المحاولات والمجهودات المبذولة في سبيل تطوير أطفالهم إلا أنهم يبقون حاملين لهذا التشوه، وتبقى حياتهم خاصة وصعبة.

جدول رقم(52): يوضح الفروق في الانسحاب الاجتماعي لدى أفراد العينة قبل العلاج وبعده

المتغيرات	متوسط الفروق	مجموع مربع انحرافات الفروق	قيمة(ت)	مستوى الدلالة
الانسحاب الاجتماعي	0,23	22,66	2,87	0,01

نلاحظ من خلال النتائج الموضحة في الجدول المذكور أعلاه أن هناك خفض في الانسحاب الاجتماعي بعد العلاج عن قبله، وقدّر متوسط الفروق بـ 0,23 و قيمة"ت" 2,87، مما يؤكد وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0,01 .

إنّ إنجاب طفل حامل لمتلازمة داون جعل الأولياء ينعزلون و يخفون أبنائهم لكي لا يعرف الآخريين بوجودهم، لأن هذا يسبب لهم الخجل و الحزن و يخافون من نظرة الآخريين لهم و لأبنائهم، ولكنّ جلسات العلاج النفسي الجماعي ساهمت في تحسين سلوك الانسحاب الاجتماعي لدى هؤلاء الأولياء، فالالتقاء بينهم وتبادل الخبرات جعلهم يشعرون بالسند الاجتماعي ويدركون أنّهم ليسوا وحدهم الذين يعانون من هذا المشكل على حد قولهم، وأن أبنائهم لهم الحق في العيش مثل باقي الأطفال و يستحقون احترام الآخريين ككل البشر لأنّه يمكن لأي إنسان إنجاب طفل حامل لمتلازمة داون .

جدول رقم(53): يوضح الفروق في التردد لدى أفراد العينة قبل العلاج وبعده

المتغيرات	متوسط الفروق	مجموع مربع انحرافات الفروق	قيمة(ت)	مستوى الدلالة
التردد	0,13	16,42	2,17	0,05

نلاحظ من خلال النتائج الموضحة في الجدول المذكور أعلاه أن هناك خفض في درجة التردد بعد العلاج، وقدّر متوسط الفروق بـ 0,13 وقيمة "ت" 2,17، مما يؤكد وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0,05.

إنّ الشعور بالحزن، الفشل والتشاؤم جعل الأولياء يعانون من التردد في اتخاذ القرارات في حياتهم العادية، ومع حضور جلسات العلاج النفسي الجماعي لاحظنا أنّ هناك تحسن في هذا السلوك عند الأولياء ممّا جعلهم أكثر وثوقاً في أنفسهم وفي اتخاذ قراراتهم.

جدول رقم(54): يوضح الفروق في تغيير تصور الذات لدى أفراد العينة قبل العلاج وبعده

المتغيرات	متوسط الفروق	مجموع مربع انحرافات الفروق	قيمة(ت)	مستوى الدلالة
تغيير تصور الذات	0,08	10,6	1,6	غير دال

يتضح لنا من خلال النتائج الموضحة في الجدول المذكور أعلاه عدم وجود تحسن في تغيير صورة الذات بعد العلاج، وقدّر متوسط الفروق بـ 0,08 ، وقيمة "ت" 1,6 وهي قيمة غير دالة إحصائياً .

إنّ عدم التحسن في تغيير صورة الذات رغم خضوع الأولياء إلى برنامج علاجي راجع للشعور بالعجز واليأس بسبب تشبيه العائلة هذا الطفل بالوالدين خاصة الأم، ممّا أدى إلى الشعور بالذنب وبعدم حب الذات والرغبة في إيذائها عند بعض الحالات.

جدول رقم(55): يوضح الفروق في صعوبة العمل لدى أفراد العينة قبل العلاج وبعده

المتغيرات	متوسط الفروق	مجموع مربع انحرافات الفروق	قيمة(ت)	مستوى الدلالة
صعوبة العمل	0,1	22,61	1,25	غير دال

نلاحظ من خلال النتائج الموضحة في الجدول المذكور أعلاه أنه ليس هناك خفض في صعوبة العمل بعد العلاج، وقدّر متوسط الفروق بـ 0,1 ، وقيمة "ت" 1,25 وهي قيمة غير دالة إحصائياً .

يرجع عدم انخفاض درجة صعوبة العمل عند أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون إلى الشعور بالتعب وعدم القدرة على مواجهة الصعوبات التي تعترض حياتهم وعدم القدرة على التكفل بأبنائهم من جهة لعدم معرفتهم بهذه الشريحة وكيفية التعامل معها، والشعور بالعجز واليأس من جهة أخرى. وهذا ما يجعلهم في حاجة ماسة إلى السند الاجتماعي خاصة من طرف الأهل والأقارب.

جدول رقم (56): يوضح الفروق في التعب لدى أفراد العينة قبل العلاج وبعده

المتغيرات	متوسط الفروق	مجموع مربع انحرافات الفروق	قيمة(ت)	مستوى الدلالة
التعب	0,02	14,02	0,33	غير دال

نلاحظ أن النتائج الموضحة في الجدول أعلاه تدل على عدم خفض درجة التعب بعد العلاج، حيث قدرت قيمة "ت" بـ 0,33 مع متوسط فروق قدر بـ 0,02، وهي قيمة غير دالة إحصائياً.

نستخلص ممّا سبق ذكره عدم وجود خفض درجة التعب عند أولياء الأطفال الحاملين لمتلازمة داون رغم تلقّيهم لبرنامج العلاج النفسي الجماعي، وهذا راجع ربما للحمل الثقيل الذي يقع على كاهل هؤلاء الآباء والأمهات من أجل التكفل بهذه الشريحة، وغياب السند الاجتماعي خاصة من العائلة.

جدول رقم (57): يوضح الفروق في فقدان الشهية لدى أفراد العينة قبل العلاج وبعده

المتغيرات	متوسط الفروق	مجموع مربع انحرافات الفروق	قيمة(ت)	مستوى الدلالة
فقدان الشهية	0,13	11,16	2,17	0,05

نلاحظ أن النتائج الموضحة في الجدول أعلاه تدل على عدم خفض درجة فقدان الشهية بعد العلاج، حيث قدرت قيمة "ت" بـ 2,17 مع متوسط فروق قدر بـ 0,13، وهي قيمة دالة إحصائياً عند المستوى 0,05.

إنّ الشعور بالتعب، العجز واليأس لدى الأولياء أدى إلى فقدان الشهية وبالتالي فقدان الرغبة في الحياة، ولكنّ حصص العلاج النفسي الجماعي ساهمت في تحسين الرغبة في الحياة وفتحت شهية الأولياء من أجل التكفل بأولادهم وهذا عن طريق برنامج المحاضرات وفعاليّة الحوار والمناقشات أثناء الجلسات وفتح أفق جديدة من أجل التكفل الأمثل بهذه الشريحة.

وعليه فمن خلال عرض دلالة الفروق لأعراض الاكتئاب نلاحظ أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في الأعراض التالية: الحزن، التشاؤم، الشعور بالفشل، الانسحاب الاجتماعي، التردد وفقدان الشهية. أمّا فيما يخص الفروق في الأعراض المتبقية، والمتمثلة في: عدم الرضا، الشعور بالذنب، عدم حب الذات، إيذاء الذات، تغيير صورة الذات وصعوبة العمل والتعب فهي غير دالة إحصائياً.

في حين جاءت الفروق الخاصة بالدرجة الكلية للاكتئاب دالة إحصائياً عند المستوى 0,01. وهذا ما توصلت إليه الباحثة مرغني وفاء (2009) في دراستها حول دور العلاج النفسي الجماعي في التخفيف من حدة القلق والاكتئاب عند المعاقين حركياً والمصابين بتقرحات جلدية (مرغني، 2009).

1. 2. 3- عرض و مناقشة النتائج المتعلقة بتقدير الذات قبل وبعد العلاج :

جدول رقم(58): يوضح الفروق في تقدير الذات لدى أفراد العينة قبل العلاج وبعده.

المتغيرات	متوسط الفروق	مجموع مربع انحرافات الفروق	قيمة(ت)	مستوى الدلالة
تقدير الذات	0,16	2497,61	0,2	غير دال

نلاحظ أن النتائج الموضحة في الجدول أعلاه تدل على عدم التحسن في تقدير الذات بعد العلاج، حيث قدرت قيمة "ت" ب 0,2 مع متوسط فروق قدر ب 0,16، وهي قيمة غير دالة إحصائياً.

لاحظنا من خلال النتائج أن هناك تباين في درجات تقدير الذات عند أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون، حيث وجدنا أن هناك فئة تتميز بتقدير عال للذات، وفئة فلم تتحسن درجاتهم بعد جلسات العلاج النفسي الجماعي ويتميزون بتقدير منخفض للذات. وقد يرجع هذا الاختلاف إلى اختلاف أنماط سلوكهم ومعاشهم النفسي.

وسوف نقوم بعرض دلالة الفروق لكل متغير من متغيرات تقدير الذات على حدى.

جدول رقم(59): يوضح الفروق في الذات العامة، الذات الاجتماعية، المنزل والوالدين والعمل

لدى أفراد العينة قبل العلاج وبعده.

المتغيرات	متوسط الفروق	مجموع مربع انحرافات الفروق	قيمة(ت)	مستوى الدلالة
الذات العامة	0,18	239,62	0,37	غير دال

0,01	2,90	43,4	0,32	الذات الاجتماعية
غير دال	1,55	96,98	0,31	المنزل والوالدين
غير دال	0,5	34,69	0,05	العمل

نلاحظ أن النتائج الموضحة في الجدول أعلاه تدل على:

- عدم التحسن في الذات العامة بعد العلاج، حيث قدرت قيمة "ت" ب 0,37 مع متوسط فروق قدر ب 0,18، وهي قيمة غير دالة إحصائياً.

يرجع عدم التحسن في الذات العامة إلى الشعور بالقلق، الحزن، التشاؤم والفشل، فهذه المشاعر والانفعالات السلبية أثرت على أولياء الأطفال الحاملين لمتلازمة داون، مما جعلهم يشعرون بالدونية وعدم تقبل أولادهم.

- وجود تحسن في الذات الاجتماعية بعد العلاج، حيث قدرت قيمة "ت" ب 2,90 مع متوسط فروق قدر ب 0,32، وهي قيمة دالة إحصائياً عند المستوى 0,01.

ساهمت حصص العلاج النفسي الجماعي في تحسين الذات الاجتماعية لدى أولياء الأطفال الحاملين لمتلازمة داون بسبب التفاعل الإيجابي بينهم وتبادل الخبرات والإحساس بالسند الاجتماعي فيما بينهم.

- عدم وجود تحسن في المنزل والوالدين بعد العلاج، حيث قدرت قيمة "ت" ب 1,55 مع متوسط فروق قدر ب 0,31، وهي قيمة غير دالة إحصائياً.

يرجع عدم التحسن في المنزل والوالدين إلى لوم الأولياء بسبب ازدياد طفل حامل لمتلازمة داون خاصة من أقرب الناس إليهم وعدم تقبل الطفل من طرف العائلة وخاصة الإخوة.

- عدم التحسن في العمل بعد العلاج، حيث قدرت قيمة "ت" ب 0,5 مع متوسط فروق قدر ب 0,05، وهي قيمة غير دالة إحصائياً.

نلاحظ عدم وجود تحسن في العمل بسبب الشعور بالتعب، العجز، التردد وعدم القدرة على مواجهة الصعوبات، وهذا يتوافق مع النتائج المتحصل عليها في مقياس الاكتئاب المتمثلة في عدم وجود تحسن في عرض التعب وصعوبة العمل.

نستنتج مما سبق ذكره أنه ليس هناك فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات بكل متغيراتها ماعدا الذات الاجتماعية التي لوحظ عليها تحسن بعد العلاج، وهذا راجع للشعور بالسند الاجتماعي الذي وجده الأولياء خلال جلسات العلاج النفسي الجماعي.

1. 2. 4- عرض و مناقشة النتائج المتعلقة بمركز التحكم قبل وبعد العلاج :

جدول رقم(60): يوضح الفروق في مركز التحكم لدى أفراد العينة قبل العلاج وبعده.

المتغيرات	متوسط الفروق	مجموع مربع انحرافات الفروق	قيمة(ت)	مستوى الدلالة
مركز التحكم	0,27	346,16	0,9	غير دال

نلاحظ أن النتائج الموضحة في الجدول أعلاه تدل على عدم التحسن في مركز التحكم بعد العلاج، حيث قدرت قيمة "ت" ب 0,9 مع متوسط فروق قدر ب 0,27، وهي قيمة غير دالة إحصائياً.

وسوف نقوم بعرض دلالة الفروق لكل متغير من متغيرات مركز التحكم على حدى.

جدول رقم(61): يوضح الفروق في مركز التحكم الداخلي ومركز التحكم الخارجي لدى أفراد العينة قبل العلاج وبعده.

المتغيرات	متوسط الفروق	مجموع مربع انحرافات الفروق	قيمة(ت)	مستوى الدلالة
مركز التحكم الداخلي	0,69	91,42	4,6	0,01
مركز التحكم الخارجي	0,40	110,92	2,35	0,05

نلاحظ أن النتائج الموضحة في الجدول أعلاه تدل على وجود تحسن في مركز التحكم الداخلي بعد العلاج، حيث قدرت قيمة "ت" بـ 4,6 مع متوسط فروق قدر بـ 0,69، وهي قيمة دالة إحصائياً عند المستوى 0,01. كما نجد أنّ هناك تحسن في مركز التحكم الخارجي بعد العلاج، حيث قدرت قيمة "ت" بـ 2,35 مع متوسط فروق قدر بـ 0,40، وهي قيمة دالة إحصائياً عند المستوى 0,05.

وعليه نستخلص مما سبق ذكره عدم وجود فروق دالة إحصائياً في مركز التحكم رغم وجود فروق دالة إحصائياً في مركز التحكم الداخلي ومركز التحكم الخارجي، لأنه كلما مال الإنسان إلى مركز التحكم الداخلي كان أقل قلقاً واكتئاباً وتميّز بتقدير عالٍ للذات.

وفي الأخير يمكننا القول أنّه هناك تحسن في المعاش النفسي لأولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون بعد العلاج النفسي الجماعي وشمل هذا التحسن انخفاض درجات القلق والاكتئاب، وتحسن درجات تقدير الذات الاجتماعية ومركز التحكم الداخلي والخارجي.

2- الاستنتاج العام:

لقد ركزنا في بحثنا هذا على دراسة فعالية العلاج النفسي الجماعي في تحسين المعاش النفسي عند أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون في إطار نظرية النماذج الوبائية (نمط السلوك "أ"، نمط السلوك "ب" و نمط السلوك "ج")، حيث تكونت مجموعة دراستنا من 62 ولي (50 أم و 12 أب لأطفال مصابين بمتلازمة داون) من الجمعية الولائية لادمج المصابين بالتريزوميا "ابتساما 21" البلدية، و ذلك بتطبيق برنامج علاج جماعي مكون من 16 جلسة باستعمال أسلوب المحاضرة و المناقشة في العلاج مع تبني تقنية التفريغ الانفعالي و التداعي الحر للأفكار، وبعد تحليل نتائج المقاييس المطبقة على هذه العينة قبل و بعد تلقي جلسات العلاج النفسي الجماعي (مقياس القلق لـ "سبيلبرجر - Spielberg"، مقياس الاكتئاب لـ "أ.بيك - A. Beck"، مقياس تقدير الذات لـ "كوبر سميث - Cooper Smith". و مقياس مركز التحكم لـ "روتر - Rotter") توصلنا إلى ما يلي:

1- نلاحظ انخفاض في درجة القلق كسمة ولكن لم يحدث أي تغيير على القلق كحالة بعد العلاج عند أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "أ"، وعليه نقر بصحة الفرضية الجزئية الأولى جزئيا التي تنص على إمكانية أن تكون هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في خفض القلق لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "أ".

2- انخفاض درجة الاكتئاب بعد حصص العلاج عند أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "أ"، لذا نقر بصحة الفرضية الجزئية الثانية التي تنص على إمكانية أن تكون هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في خفض الاكتئاب لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "أ".

3- لم يحدث أي تغيير في درجات تقدير الذات بعد جلسات العلاج عند أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "أ"، وعليه نرفض الفرضية الجزئية الثالثة التي تنص

على إمكانية أن تكون هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في تحسين تقدير الذات لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "أ".

4- وجود فروق في درجات بنود مركز التحكم الداخلي ومركز التحكم الخارجي بعد العلاج عند أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "أ"، في حين لم تتغير درجات مركز التحكم، وعليه نرفض الفرضية الجزئية الرابعة التي تنص على إمكانية أن تكون هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في مركز التحكم لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "أ".

نلاحظ من خلال ما سبق التطرق إليه أن العلاج النفسي الجماعي ساهم في خفض درجة القلق كسمة والاكنتاب لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "أ"، وهذا راجع لمشاركتهم الفعالة في حصص العلاج النفسي الجماعي لأنهم يتميزون بحب المنافسة والمشاركة في النشاطات الجماعية وعدم الاستقرار، الوتيرة العالية للعمل، الحاجة للنجاح، الرغبة في التميز والنفوذ بأحسن الأداء وقدرتهم على التعبير عن مشاعرهم وانفعالاتهم، ساعدهم على إخراج الطاقة السلبية التي انجرت من القلق والاكنتاب. ولكن مع ذلك فإنهم لم يبدو أي خفض في القلق كحالة، وهذا راجع ربما إلى الحاجة المستمرة للدعم النفسي لمجابهة الواقع المعاش مع انتهاء حصص البرنامج العلاجي، فهم في حاجة دائمة إلى تفريغ انفعالاتهم وتجديد طاقتهم عن طريق حصص التوجيه والإرشاد النفسي والسند الاجتماعي المدرك من طرف أعضاء الجماعة العلاجية. كما لم يحدث أي تغيير على تقدير الذات، وهذا نظرا للصفات التي يتميزون بها كالتقدير العالي للذات والثقة في النفس، الحفاظ على المكانة الاجتماعية وحب التفوق، وهذا ما يفسر لنا عدم حدوث أي تغيير على نتائج مقياس تقدير الذات، أي درجتها جاءت عالية في القياسين القبلي والبعدي. أما فيما يخص عدم تغير درجة مركز التحكم فهذا راجع لكون معظمهم من ذوو مركز التحكم الداخلي، لأن الأشخاص ذوو النمط السلوكي "أ" يتسمون بالرغبة في السيطرة واعتقادهم أنهم لديهم القدرة على التحكم في الظروف وضبط المحيط كما أنهم دائما يسندون حدوث الأشياء إلى أنفسهم.

5- انخفاض درجة القلق كسمة ولم يحدث أي تغيير على القلق كحالة بعد العلاج عند أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ب"، وعليه نقر بصحة الفرضية

الجزئية الخامسة جزئياً والتي تنص على إمكانية أن تكون هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في خفض القلق لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ب".

6- انخفاض درجة الاكتئاب بعد حصص العلاج عند أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ب"، ومنه نقر بصحة الفرضية الجزئية السادسة التي تنص على إمكانية أن تكون هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في خفض الاكتئاب لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ب".

7- لا يوجد فروق في درجات تقدير الذات بعد العلاج عند أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ب"، و عليه نرفض الفرضية الجزئية السابعة التي تنص على إمكانية أن تكون هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في تحسين تقدير الذات لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ب".

8- لم يحدث أي تغيير في درجات مركز التحكم بعد جلسات العلاج عند أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ب"، و منه نرفض الفرضية الجزئية الثامنة التي تنص على إمكانية أن تكون هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في تحسين مركز التحكم لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ب".

نلاحظ من خلال ما سبق ذكره أن العلاج النفسي الجماعي قد ساهم في خفض القلق كسمة والاكتئاب لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ب"، الذي نتج عن ازدياد طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة وكان يشعروهم بالفشل و العجز وتأثرت سكينتهم وحياتهم الهادئة، إلا أن مشاركتهم الفعالة أثناء الجلسات وتعاملهم مع الأمور بمرونة و استرخاء بالإضافة إلى تميّزهم بالهدوء وقدرتهم على التكيف الاجتماعي في جلسات العلاج النفسي الجماعي ساهمت في خفض درجات القلق والاكتئاب. ولكن مع ذلك فإنهم لم يبدو أي خفض في القلق كحالة، وهذا راجع ربما إلى الحاجة المستمرة للدعم النفسي لمجابهة الواقع المعاش مع انتهاء حصص البرنامج العلاجي، فهم في حاجة دائمة إلى تفريغ انفعالاتهم وتجديد طاقتهم عن طريق حصص التوجيه والإرشاد النفسي والسند الاجتماعي المدرك من طرف أعضاء الجماعة العلاجية. كما لم يطرأ أي تغيير على تقدير الذات، لأن درجاتها كانت عالية في القياسين القبلي

والبعدي لأنهم يتسمون بالثقة في النفس والتقدير العالي للذات، أما عن استقرار درجات مقياس مركز التحكم في القياسين فهذا راجع لكونهم من ذوو مركز التحكم الداخلي الذي ساعدهم بدوره على تجاوز هذه الصعوبات وذلك لقدرتهم على ضبط المحيط والتعامل مع الأحداث بمرونة.

9- انخفاض درجة القلق كسمة ولم يحدث أي تغيير على القلق كحالة بعد العلاج عند أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ج"، وعليه نقر بصحة الفرضية الجزئية التاسعة جزئياً والتي تنص على إمكانية أن تكون هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في خفض القلق لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ج".

10- لا يوجد أي تغيير على درجات الاكتئاب بعد العلاج عند أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ج"، وعليه نرفض الفرضية الجزئية العاشرة التي تنص على إمكانية أن تكون هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في خفض الاكتئاب لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ج".

11- لا يوجد تغيير في درجات تقدير الذات عند أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ج"، ومنه نرفض الفرضية الجزئية الحادية عشر التي تنص على إمكانية أن تكون هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في تحسين تقدير الذات لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ج".

12- لا يوجد تحسن في مركز التحكم عند أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ج"، وعليه نرفض الفرضية الجزئية الثانية عشر التي تنص على إمكانية أن تكون هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في تحسين مركز التحكم لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ج".

نلاحظ من خلال ما سبق أن أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتسمون بنمط السلوك "ج" لم يتحسن معاشهم النفسي رغم خضوعهم لجلسات العلاج النفسي الجماعي ما عدا في القلق كسمة، بينما لم يحدث أي تغيير في درجات الاكتئاب، وهذا بسبب عجز عناصر المجموعة الذين يتصفون بهذا النمط على التفريغ الانفعالي، قمع المشاعر وعدم قدرة على التعبير على مخاوفهم وانشغالاتهم، نقص المشاركة والتفاعل أثناء جلسات العلاج بسبب الكبت والإكتفاء

فقط بالحضور السلبي والبقاء في بعض الأحيان. كما أننا لاحظنا ارتفاع درجات بعض أفراد العينة في مقياسي القلق والاكتئاب بعد العلاج عن قبله، وهذا راجع ربما إلى الحاجة المستمرة للدعم النفسي لمجابهة الواقع المعاش مع انتهاء حصص البرنامج العلاجي، فهم في حاجة دائمة إلى تفريغ انفعالاتهم وتجديد طاقتهم عن طريق حصص التوجيه والإرشاد النفسي والسند الاجتماعي المدرك من طرف أعضاء الجماعة العلاجية، الأمر الذي جعلنا نوجههم إلى جلسات العلاج الفردي والمتابعة النفسية.

أما عن درجات تقدير الذات ومركز التحكم فلم يظهر عليها أي تحسن وهذا راجع إلى سوء تقدير الذات وغياب السند الاجتماعي حتى من أقرب الناس (حسب تصريحات الأولياء)، وشعورهم بتأنيب الضمير وعدم تقبل الوضعية التي يعتبرونها قضاء و قدر من المولى عز وجل من طرف الأمهات و الآباء أنفسهم، وعدم تقبل العائلة لهذا الطفل و رفضهم له زاد من حدة اليأس و الانسحاب الاجتماعي للأولياء (خاصة الأمهات التي تعتبر هي المسبب الأساسي في هذا حسب عائلة الزوج).

نستخلص من كل ما سبق التطرق إليه أن انخفاض درجات القلق كسمة شمل كل الأولياء بمختلف أنماطهم، أما خفض درجات الاكتئاب فقد خص كل من الأولياء الذين يتسمون بنمط السلوك "أ" ونمط السلوك "ب" فقط، في حين أنه لم يلاحظ أي تغيير في تقدير الذات ومركز التحكم على الأنماط الثلاثة.

13- العلاج النفسي الجماعي ساهم في خفض القلق (كحالة وسمة) والاكتئاب عند أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون، وهذا ما توصلت إليه الباحثة "مبروك وداد" (2006) في دراستها حول فعالية العلاج النفسي الجماعي (الموجه بالمحاضرة والمناقشة) في التخفيف من أعراض الاكتئاب عند أمهات الأطفال المعاقين ذهنياً -إعاقة متوسطة- (مبروك، 2006)، فيما لم يطرأ أي تغيير على تقدير الذات ومركز التحكم، وعليه يمكننا الإقرار بصحة الفرضية الجزئية الثالثة عشر جزئياً والتي تنص على إمكانية وجود فعالية للعلاج النفسي الجماعي في تحسين المعاش النفسي (خفض القلق والاكتئاب، و تحسين تقدير الذات ومركز التحكم) عند أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون.

14- نلاحظ أن العلاج النفسي الجماعي قد ساهم في خفض القلق (كحالة وسمة)، الاكتئاب و مركز التحكم عند آباء الأطفال المصابين بمتلازمة داون، فيما لم نجد أي تغيير على تقدير الذات.

وعليه يمكننا الإقرار بصحة الفرضية الجزئية الرابعة عشر جزئياً والتي تنص على إمكانية وجود فعالية للعلاج النفسي الجماعي في تحسين المعاش النفسي (خفض القلق والاكتئاب و تحسين تقدير الذات ومركز التحكم) عند آباء الأطفال المصابين بمتلازمة داون.

نستنتج أن التحسن الملاحظ في انخفاض درجة القلق (كحالة وسمة) والاكتئاب شمل كل من أمهات وآباء الأطفال المصابين بمتلازمة داون، أما عن المتغيرات الأخرى فكان هناك اختلاف، حيث خص التحسن في مركز التحكم آباء الأطفال المصابين بمتلازمة داون، أما عن تقدير الذات فلم يحدث فيه أي تغيير عند الجنسين.

وفي الأخير واستناداً لكل ما سبق، يمكننا القول أنه هناك تحسن في المعاش النفسي لأولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون بعد العلاج النفسي الجماعي وشمل هذا انخفاض درجات القلق (كحالة وسمة)، الاكتئاب (في البنود التالية: الحزن، التشاؤم، الشعور بالفشل، الانسحاب الاجتماعي، التردد وفقدان الشهية، أما فيما يخص الأعراض المتبقية، والمتمثلة في: عدم الرضا، الشعور بالذنب، عدم حب الذات، إيذاء الذات، تغيير صورة الذات وصعوبة العمل و التعب فلم يحدث فيها تغيير)، وهذا ما توصلت إليه الباحثة "مرغني وفاء" (2009) في دراستها حول دور العلاج النفسي الجماعي في التخفيف من حدة القلق والاكتئاب عند المعاقين حركياً والمصابين بتقرحات جلدية (مرغني، 2009). فيما لم يكن هناك تحسن في تقدير الذات ماعدا في الذات الاجتماعية، و مركز التحكم رغم وجود فروق في مركز التحكم الداخلي ومركز التحكم الخارجي، وعليه نقر بصحة الفرضية العامة للدراسة التي تنص: على أنه يمكن أن تكون هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في تحسين المعاش النفسي (خفض القلق والاكتئاب، و تحسين تقدير الذات ومركز التحكم) لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون باختلاف أنماط سلوكهم ، كما يمكن أن يكون هناك تأثير لجنس الوالدين على ذلك (الأب والأم).

❖ الخاتمة:

إنّ النتائج التي توصلنا إليها من خلال هذه الدراسة تشير إلى أنّ هناك فعالية للعلاج النفسي الجماعي في تحسين المعاش النفسي لدى مجموعة من أولياء الأطفال الحاملين لمتلازمة داون، فمن خلال الملاحظات والنتائج المتحصل عليها من القياس القبلي استخلصنا معاناة الأولياء من القلق، الاكتئاب سوء تقدير الذات وعدم الثقة في النفس، وهذا نتيجة انشغالهم الشديد بحالة أبنائهم وشعورهم بالعجز أمام الوضعية الحالية التي يعيشونها معهم.

فبعد جلسات العلاج النفسي الجماعي لاحظنا وجود انخفاض في درجات القلق كحالة وكسمة والاكتئاب بشكل ملحوظ في حين أننا وجدنا بعض الفروقات في تقدير الذات ومركز التحكم من نمط لآخر ومن جنس لآخر. بالإضافة إلى بعض الاستنتاجات المهمة التي تخدم بحثنا هذا وتجيب على تساؤلاتنا والمتمثلة في:

- وجود فروق فردية بين الأولياء باختلاف أنماط السلوك التي يتميّزون بها.
- يلعب عامل الجنس دور مهما في ردود الأفعال والاستجابة للمواقف الضاغطة.
- فعالية العلاج النفسي الجماعي في تحسين المعاش النفسي لأولياء الأطفال الحاملين لمتلازمة داون وقد شمل هذا كل من القلق، الاكتئاب، الذات الاجتماعية ومركز التحكم الداخلي والخارجي.

ويتضح لنا من خلال ما سبق ذكره وكذا من النتائج الميدانية أن موضوع الإعاقة الذهنية وما تخلفه من آثار نفسية على المصاب وعلى محيطه خاصة الأولياء ميدان يستحق الدراسة بتمعن حتى يتسنى لنا الخروج ببعض الآليات التي من شأنها مساعدة كل من المصاب والأولياء.

❖ الإقتراحات:

سنحاول وضع جملة من الاقتراحات والتوصيات التي وجدناها مهمة ولا يمكن أن تتحقق إلا بتضافر الجهود والحرص على العمل بها على أتم وجه، والتي نهدف بها إلى توجيه رسالة لمن لهم علاقة بهذه الفئة من الأطفال وأوليائهم، ويمكننا تقديمها فيما يلي:

- ضرورة التدخل المبكر وتوفير رعاية وكفالة نفسية، طبية وأرطوفونية ناجحة وفعالة للأطفال والمساندة النفسية والمرافقة المستمرة للأولياء، مع إشراك الوالدين في عملية التكفل النفسي، البيداغوجي والاجتماعي.
- عقد دورات ومحاضرات لتوعية الأولياء حول هذا التشوه، وكيفية التعامل مع أولادهم.
- ضرورة الاهتمام بإعطاء دورات تكوينية كافية للمختصين النفسيين والأرطوفونيين لتزويدهم بأحدث الأساليب والتقنيات التطبيقية والنظرية في مجال التكفل بالأطفال المصابين بمتلازمة داون وأوليائهم.
- تشجيع جهود الباحثين والمختصين في تصميم برامج علاجية تدريبية حتى تصبح في متناول الأولياء للاستفادة منها.
- تزويد المراكز النفسية البيداغوجية والجمعيات التي تتكفل بذوي القدرات الخاصة بالأخصائيين النفسيين من أجل التكفل بالأطفال وبالوالدين على حد سواء بالإضافة إلى العلاج العائلي الذي سيسمح بالتفاعل الإيجابي داخل الأسرة ومن ثم التقبل الأسري الذي يؤدي بدوره إلى التقبل الاجتماعي .
- تنظيم دورات وبرامج نفسية واجتماعية متعلقة برفع الثقة بالنفس ومحاولة إدماجهم مدرسيا، مهنيا واجتماعيا.
- إنشاء مراكز أخرى مخصصة لهذه الفئة، وهذا نظرا للتزايد المستمر لذوي القدرات الخاصة مع نقص المراكز النفسية البيداغوجية.
- تخصيص حصص وندوات إعلامية من طرف الأخصائيين لتوعية الأولياء والأسرة بدورها الأساسي في عملية تنشئة الأبناء بطريقة سليمة، وتوعية المجتمع من أجل تسهيل عملية التفاعل الاجتماعي.

- توعية الأولياء بأهمية مرحلة المراهقة وحساسيتها وتقبل متطلباتها والتعامل مع مشكلاتها بمرونة.

وفي الأخير، نرجو أن تكون هذه الدراسة قد ألقى الضوء على هذه الفئة من الأطفال الحاملين لمتلازمة داون وعرض بعض المشاكل والصعوبات التي يعاني منها هم وأولياءهم.

المراجع

• المراجع باللغة العربية:

- 1- أبو زيد إبراهيم (1987): سيكولوجية الذات والتوافق، دار المعارف، مصر.
- 2- أبو زيد مدحت عبدالحميد (2001): دراسة في السيكوباتومتري، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.
- 3- أوتو فينخل (1969): ترجمة مخيمر صلاح ، نظرية التحليل النفسي في العصاب، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- 4- بادي نورة (2011): مركز التحكم و تحمل الضغوط لدى تلاميذ مستوى الثالثة ثانوي المتوافقين مقارنة بالتلاميذ غير المتوافقين دراسيا، رسالة ماجستير تخصص علم النفس المدرسي، جامعة الجزائر 2.
- 5- بلقاضي سهيلة و غطاب سارة (2016): علاقة الذاكرة العاملة باكتساب المفاهيم المكتنية لدى الطفل الحامل للتثالث الصبغي 21 درجة متوسطة من 8 إلى 14 سنة، رسالة لنيل شهادة الماستر تخصص أمراض اللغة و التواصل، جامعة علي لونيبي البليدة.
- 6- بن قيدة مسعودة (2009): دور برامج الرعاية التربوية الخاصة في تحقيق السلوك التكيفي لدى الأطفال ذوي متلازمة داون، رسالة لنيل شهادة الماجستير في علوم التربية، جامعة الجزائر.
- 7- بوشدوب شهرزاد (2009): المساندة الاجتماعية و أثرها على بعض العوامل الشخصية و إستراتيجيات التعامل مع الضغط المدرسي، رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس الاجتماعي، قسم علم النفس، جامعة الجزائر.
- 8- بوعافية نبيلة (2002): الضغط المهني عند المديرين وعلاقته باستراتيجيات المقاومة وبتقدير الذات، رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الاجتماعي، غير منشورة، الجزائر.
- 9- بوعافية نبيلة (2008): نمط شخصية المديرين و علاقته بالضغط المهني وإستراتيجيات المواجهة ، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس الاجتماعي، جامعة الجزائر.
- 10- بيك آرون (2000): العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، ترجمة: مصطفى عادل، دار النهضة العربية، بيروت.
- 11- جابر عبد الحميد جابر (1986): نظريات الشخصية- دار النهضة العربية- القاهرة .
- 12- الحجار محمد حمدي (1987): أبحاث في علم النفس السريري والإرشادي - الطبعة الأولى . دار العلم للملايين .

- 13- الحجار محمد حمدي(1989): الطب السلوكي المعاصر، دار العلم للملايين، بيروت.
- 14- الحسيني أيمن(1994):الاكتئاب والجنس، دار الهدى للنشر والتوزيع، عين مليلة، الجزائر.
- 15- حلوان زويينة (2008): التوظيف النفسي لدى الراشدين الذين قاموا بمحاولة الانتحار بابتلاع مواد محرقة ، رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الصدمي .
- 16- جمعة سيد يوسف (2000): دراسات في علم النفس الإكلينيكي، دار غريب للطباعة و التوزيع ، القاهرة .
- 17- حنفي عبد المنعم(1992): موسوعة الطب النفسي، الكتاب الجامع، الاضطرابات النفسية وطرق علاجها نفسيا، المجلد الثاني، مكتبة مدبولي.
- 18- خوري نجيب سميح (بدون تاريخ): دليل المرأة في حملها وأمراضها، المؤسسة العربية للدراسات والنشر، دار الأفاق، بيروت.
- 19- خير الزراد فيصل محمد(1984): علاج الأمراض النفسية والاضطرابات السلوكية، دار العلم للملايين، بيروت.
- 20- خير الزراد فيصل محمد(2000):الأمراض النفسية الجسدية، ط 1، دار النفائس ، بيروت، لبنان .
- 21- خير الله سيد(1981): مفهوم الذات و أسسه النظرية، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، الطبعة الأولى.
- 22- الدباغ فخري(1974): أصول الطب النفساني، الطبعة الأولى، بغداد.
- 23- راجح أحمد عزت (1979): أصول علم النفس، الطبعة الثانية، دار المعارف، القاهرة.
- 24- راضي سويلم عفاف(2007): دراسة وتحليل فروق القلق و تقدير الذات عند الأطفال، رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي.
- 25- الروسان فاروق (1998): سيكولوجية الأطفال غير العاديين، ط3، دار الفكر-الأردن.
- 26- زبيدي ناصر الدين(2007): سيكولوجية المدرس -دراسة وصفية تحليلية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.

- 27- الزروق فاطمة الزهراء (2009): علاقة نمط السلوك "د" بالإصابة بالأمراض القلبية، رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.
- 28- زهران حامد عبد السلام (1974): الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتاب، القاهرة.
- 29- زهران حامد عبد السلام (1977): علم النفس النمو والمراهق، عالم الكتاب، الطبعة الرابعة، القاهرة.
- 30- زهران حامد عبد السلام (1979): الصحة النفسية والعلاج النفسي، الطبعة الثالثة، عالم الكتاب، القاهرة.
- 31- زهران حامد عبد السلام (2005): الصحة النفسية والعلاج النفسي، الطبعة الرابعة، عالم الكتاب، القاهرة.
- 32- زهران حامد عبد السلام (2007): الصحة النفسية والعلاج النفسي، الطبعة الخامسة، عالم الكتاب، القاهرة.
- 33- سري إجلال محمد (2000): علم النفس العلاجي، الطبعة الثانية، عالم الكتاب، القاهرة.
- 34- سيجموند فرويد (1952): تر: راجح أحمد عزت، محاضرات تمهيدية في التحليل النفسي، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- 35- الشناوي محمد السيد عبد الرحمان (1998): العلاج السلوكي الحديث، أسسه وتطبيقاته، دار قباء، القاهرة.
- 36- الشناوي محمد سيد عبد الرحمان (2000): علم الأمراض النفسية والعقلية، دار قباء للنشر، القاهرة.
- 37- صبره محمد علي، (2004): الصحة النفسية والتوافق النفسي، دار المعرفة الجامعية، القاهرة.
- 38- صحراوي عقيلة (2002): تسيير الصدمة النفسية لدى أم الطفل المصاب بتقارن داون (دراسة عيادية)، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر.
- 39- طه عبد العظيم حسين (2007): سيكولوجية العنف العائلي والمدرسي، دار الجامعة الجديدة للنشر، الإسكندرية.
- 40- عادل محمد عبد الله (2000): العلاج المعرفي السلوكي -أسس وتطبيقات، الطبعة الأولى، دار الرشاد، القاهرة.

- 41- عادل محمد عبد الله (2004): **الإعاقات العقلية**، دار الرشد للنشر، الطبعة الأولى، القاهرة.
- 42- عبد الخالق أحمد محمد (1991): **استخبارات الشخصية**، دار المعرفة الجامعية، مصر.
- 43- عبد الخالق أحمد محمد (1993): **أسس علم النفس**، دار المعرفة الجامعية، القاهرة.
- 44- عبد الرحمان شميصة (2012): **التوظيف النفسي عند الراشدين في إطار نظرية النماذج الوبائية**، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر 2.
- 45- عبد العزيز عبد الله (2005-2006): **فعالية استخدام أسلوب التعزيز الرمزي في ضبط المشكلات السلوكية لدى ذوي متلازمة داون في جمعية النهضة النسائية الخيرية بالرياض**، رسالة مقدمة لاستكمال متطلبات الحصول على درجة الماجستير في العلوم الاجتماعية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، كلية الدراسات العليا، قسم العلوم الاجتماعية.
- 46- عبد العزيز محمد كمال (2002): **الرعاية الفائقة والمتكاملة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، الإعاقة الذهنية**، مكتبة ابن سينا للنشر، الطبعة الأولى، القاهرة.
- 47- عبد الغفار عبد السلام (1976): **مقدمة في الصحة النفسية**، دار النهضة العربية، القاهرة.
- 48- العيزوزي ربيع (2001): **علاقة مركز التحكم بتقدير الذات بأصل الإعاقة الحركية السفلى: دراسة مقارنة بين ذوي الإعاقة المكتسبة و ذوي الإعاقة الخلفية من الراشدين**، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الاجتماعي، جامعة الجزائر.
- 49- عثمان فاروق السيد (2001): **القلق وإدارة الضغوط النفسية**، الطبعة الأولى، دار الفكر العربي، القاهرة.
- 50- عدس عبد الرحمان (2003): **علم النفس التربوي، النظرية والتطبيق الأساسي**، دار الفكر، عمان.
- 51- عشوي مصطفى (1990): **مدخل إلى علم النفس**، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
- 52- عطوف محمود ياسين (1986): **علم النفس العيادي**، دار العلم للملايين، لبنان.
- 53- عيفي عبد الحكيم (بدون تاريخ): **الاكتئاب والانتحار، دراسة اجتماعية تحليلية ط:1**، دار النهضة للطباعة والنشر.

- 54- عقيدة اعتدال(2012): دراسة الذاكرة الدلالية والقدرة اللغوية اللفظية عند الأطفال المعاقين ذهنيا - حالات متلازمة داون، رسالة لنيل شهادة الماجستير في الأرتوفونيا و أمراض اللغة و الاتصال، جامعة الجزائر2.
- 55- عكاشة أحمد (1992): الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- 56- عنو عزيزة(2006): مدى فعالية العلاج النفسي الديني بالقرآن الكريم، الأذكار والأدعية على الاكتئاب الاستجابي لدى طلبة الجامعة، أطروحة دكتوراه دولة في علم النفس العيادي منشورة، جامعة الجزائر.
- 57- العيسوي عبد الرحمان(1990):الأمراض السيكوسوماتية في الصحة النفسية والعقلية،دار النهضة العربية، بيروت.
- 58- العيسوي عبد الرحمان(1992): دراسة السلوك الإنساني، دار المعارف، الاسكندرية.
- 59- العيسوي عبد الرحمان (1994): العلاج النفسي، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت.
- 60- العيسوي عبد الرحمان(2002): موسوعة علم النفس والتربية والاجتماع، دار الراتب الجامعية، الطبعة الأولى، بيروت.
- 61- غنيم سيد محمد (1978): سيكولوجية الشخصية - محدداتها - قياسها - نظرياتها، دار النهضة العربية ، القاهرة .
- 62- القذافي رمضان محمد(1997): التوجيه والإرشاد النفسي،دار الجبل، بيروت.
- 63- القوسي عبد العزيز(1975): أسس الصحة النفسية، دارالنهضة المصرية، القاهرة.
- 64- الكفافي علاء الدين (1990):الصحة النفسية،هجر للطباعة والنشر والتوزيع والإعلان، القاهرة.
- 65- لاجاشي دانييل (1979):تر: زيور مصطفى ، المجمل في التحليل النفسي، مطبعة عين الشمس، القاهرة.
- 66- لازاروس ريتشارد (1981):الشخصية (تر: غنيم سيد محمد ، مراجعة محمد عثمان نجاتي)، دار الشروق ، القاهرة .
- 67- لطفي فطيم(1979):الشخصية والأمراض السيكوسوماتية، المكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- 68- ماهر أحمد (2003):السلوك التنظيمي-مدخل بناء المهارات- الدار الجامعية للطبع و النشر و التوزيع . الإسكندرية - مصر .

- 69- مبروك وداد(2006): فعالية العلاج النفسي الجماعي (الموجه بالمحاضرة والمناقشة) في التخفيف من أعراض الاكتئاب عند أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا-إعاقة متوسطة-، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.
- 70- مرسي رشاد عبد العزيز(1993): أثر التدين على الاكتئاب النفسي في علم النفس المرضي، دار المختار للنشر، والتوزيع، القاهرة.
- 71- مرغني وفاء(2009): دور العلاج النفسي الجماعي في التخفيف من حدة القلق والاكتئاب عند المعاقين حركيا والمصابين بتقرحات جلدية، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي، قسم علم النفس، جامعة الجزائر.
- 72- معوض خليل (1983):سيكولوجية النمو والطفولة والمراهقة، الطبعة الثانية، دار الفكر الجامعي،القاهرة.
- 73- الملق سعود بن عيسى ناصر(2001): متلازمة داون أكثر الإعاقات الذهنية تزايدا في العالم، الحقائق: دليل الأسرة والمهنيين، فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر، الطبعة الثانية، الرياض.
- 74- المهداوي لمياء(2009): الدعم الاجتماعي المدرك ومركز التحكم ودورها في ظهور أعراض الاكتئاب لدى معاقين حركيا من الراشدين، رسالة ماجستير قسم علم النفس وعلوم التربية، جامعة الجزائر 2.
- 75- الميلادي عبد المنعم عبد القادر(2004): من ذوي الإحتياجات الخاصة(المعاقون ذهنيا)، مؤسسة شباب الجامعة الإسكندرية للنشر.
- 76- النابلسي أحمد محمد (1992): مبادئ البسيكوسوماتيك وتصنيفاته، الجزائر، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع ، ط 1 .
- 77- الهابط محمد السيد(1989): التكيف والصحة النفسية، المكتب الجامعي الحديث، الطبعة الثانية، الإسكندرية.
- 78- هول(ك) وليندزي(ج)(1978): نظريات الشخصية (تر: فرج أحمد فرج وآخرون، مراجعة : لويس كامل مليكة) الطبعة الثانية ، دار الشايع للنشر، الكويت .
- 79- وينفرد هوبر(1995): مدخل إلى السيكولوجية الشخصية (تر: مصطفى عشوي)، ديوان المطبوعات الجامعية.

• المجلات والموسوعات:

- 80- بن طاهر بشير(1996): **عرض تحليلي للطراز (أ ، ب) لنمط الشخصية**، مجلة علم النفس وعلوم التربية ، مجلة نفسية تربوية فصلية، جامعة وهران، العدد1، جوان1996.
- 81- شكري مايسة (1993): **الفروق في نمط السلوك "أ" لدى ثلاث فئات إكلينيكية من المرضى الذكور الراشدين**، المجلة المصرية للدراسات النفسية، العدد5، ص(28-55).
- 82- الشناوي محمد السيد عبد الرحمان(1999): **علم الأمراض النفسية والعقلية، الأسباب، الأعراض، التشخيص والعلاج**، موسوعة الصحة النفسية، الكتاب الأول- الجزء الثاني- دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
- 83- مقدم عبد الحفيظ (1993): **أثر الخصائص الشخصية للمديرين على فعاليتهم في التسيير**، في مجلة بحوث، ديوان المطبوعات الجامعية - العدد1- ص(87 - 100).

• المراجع باللغة الأجنبية:

- 84- Abramson,L.Y.,Metalsky,G.I.& Alloy.L.B.(1989) : **Hopelessness depression, a theory-based subtype**. Psychological Review,96,358-372.
- 85- Allport . G.W (1961) : **Pattern and growth in personnality** , New York , HOLT , Rinehart and Winston .
- 86 Bandura,A(1977) : **Self- efficacy toward a unifying theory of Behavioral change** .Michigan.
- 87- Bandura,A(1986) : **Social foundations of thought and action : A social cognitive theory**. Englewood cliffs,NJ : Prentice-Hall.
- 88- Bandura,A(1999) : **Social cognitive theory of personality** .In L . A . Pervin &O. P.John(Eds). Handbook of personality : Theory and research (2nd ed).New York :Guilford .
- 89- Bandura,A(2001) :**Social cognitive theory :An agentic perceptive**. Annual Review of Psychology,52,1-26.
- 90-Bargnet Luncy(1988) :**L'identité sociale**, édition du Nord,Paris.
- 91- Beasley,M,Thompson,T & Davidson,J(2003) :**Resilience in response to life stress ; the effects of coping style and cognitive Hardiness**.Personality and individual differences,34,77-95.
- 92-Beauvois,J,L & Le Poulter,F(1986) :**Norme d'internalité et pouvoir social en psychologie quotidienne**.Psychologie Française,31,2,100-108.

- 93-Beck,A,T(1976) : Cognitive therapy and the emotional disorders.**New York,International Universities Press.
- 94- Beck,A & Kendall,P(1981) :Les thérapies in cognitive comportementales,** Edition Pierre Mardaga,Belgique.
- 95-Beck,A,T(1991) : Cognitive therapy :A 30 years retrospective.** American Psychologist,46,368-375.
- 96-Bergeret Jean(1974) :Abrégé de psychologie pathologique,**Paris.
- 97- Bergeret . J(1976): Psychologie pathologique,** Paris, Masson, 2^{ème} édition.
- 98-Booth-Kewley,S & Friedman,H.S(1987) : Psychological predictions of heart disease : A quantitative review.** Psychological Bulletin, 101,343-362.
- 99- Boucebcı.M(1984) :Maladie mentale, handicap mental,** Alger,Enal .
- 100- Boughard,P(1977) : Principes et applications de thérapies behavioral,**PUF,Paris.
- 101- Boury,M,Treadwell,T & Kumer,V.K(2001) : Integrating psychodrama in cognitive therapy : An exploratory study.** International Journal of Action Methods,54,13-28.
- 102- Brauner,A & Brauner Fr(1982) : Des méthodes éducatives spécifiques aux enfants trisomiques 21.** In Réadaptation,n°295 10-15.
- 103-Brauner,J(1986) :Actual Minds,possible,**New York.
- 104- Burger,J.M(1987) : Increased performance with increased personal control :A self- presentation interpretation.**Journal of Experimental Social Psychology,23, 350-360.
- 105- Carver,C,S & Schever,M,F(1981) :Attention and self regulation a control theory approach to human behavior,**New York.
- 106-Cattel.R.B(1964) : Personality and social psychologie,** San Diego: Knapp.
- 107- Céleste,B & Lauras,B(2000) :Le jeune enfant porteur de trisomie 21,**NATHAN,Paris.
- 108- Cloninger.C(1999) :La personnalité,** Flamarion, Paris .

- 109-Cooper Smith(1984) : Manuel inventaire de soi**,centre de psychologie appliquée,Paris.
- 110- Cottraux ,J & Blackburn,I .M (1995) : Thérapies cognitives des troubles de la personnalité.**
- 111-Dantzer . R(1997) : Stress and immunity ;what have we learned from psychoneuroimmunology : Acta physiologica**,Scandinavia,161, p(43- 46).
- 112-Dembrowski . T.M(1978): Coronary prone behaviour**, New York, Springer verlag .
- 113- Denollet.J(2000): Type D personality , a potential risk factor.**
- 114-Dubois,N(1987) : La psychologie du contrôle**, Grenoble,PUG.
- 115- Duruz Nicolas(1980) :Narcisse enquête de soi**, Bruxelles,édition Pierre Margada.
- 116- Eysenk.H.J(1970): The structure of human personality**, London, Mc thuen .
- 117- Fauconnet,P(1982) : La responsabilité, étude de sociologie(2éd).** Félix Alcan.Paris.
- 118- Fehr,B & Perlman,D(1985) : The family as a social network and support system.** In L.L'Abate(Ed). **Handbook of family psychology and therapy.**(Vol 1,p :323-356).
- 119- Folkman,S & Moskowitz,J.T(2000) : Stress,positive emotion and coping.** Current Directions in Psychological Science,9,115-118.
- 120-Following,S & Azoulay,J(1961) :Les alternations de la conscience de soi**,ENC,Édition Médicale technique,tome1.
- 121-FREUD.S(1962): The ego and the id** ,New York , Norton .
- 122- Friedman,M & Rosenman,R(1974) :Type A behaviour and your heart.** New York :Knopf.
- 123-Gecas,V(1989) : The social psychology of self- efficacy.** Annual Review of Sociology,15,291-316.
- 124- Gersild,W(1958) :The psychology of adolescence**,New York.
- 125-Glass. D.C(1977) : Behavior pattern, stress, and coronary disease**,Hills dale, N.J:ERL baum .

- 126-** Guidetti,M & Tourrette,G(1996) :**Handicaps et développement psychologique de l'enfant**,Edition Armand colin,Paris.
- 127-**Hans-Kohût(1992) :**Le soi, la psychanalyse de transfert narcissique**,2eme édition.PUF.Paris.
- 128-** Hazel & Elissa(1986) :**The dynamic self-concept**,university of Michigan.
- 129-** Helms,Donald, B and Jeffry,S, Tuner(1978) :**Exploring child behavior**,w,B, Saunders company,London.
- 130-** Heider,F(1958) :**The psychology of interpersonal relations**.New York : John Wiley and Sons.
- 131-** Hollon,S.D(2003) : **Does cognitive therapy have an enduring effect ?Cognitive Therapy and Research**,27,71-75.
- 132-**Klein,C.T.F & Helweg-Larsen,M(2002) :**Perceived control and the optimistic biais** :A meta- analytic review. *Psychology and Health*,17,437-446.
- 133-**Kobasa,S.C(1982) :**Commitment and coping in stressresistance among lawyers**.*Journal of Personality and Social Psychology*,42,707-717.
- 134-** L'écuyer,R(1970) :**Le concept de soi**,PUF,Paris .
- 135-** Lafon,R(1979) : **Vocabulaire de psychologie et psychiatrie de l'enfant**,PUF,4eme Edition,France.
- 136-** Lambert,J.L & Rondal,J.A(1979) : **Le mongolisme**,Edition Pierre Mardaga,Bruxelles.
- 137-** Lambert,J.L & Rondal,J.A(1981) :**Développement psycholinguistique et handicap mentale**, Edition Mardaga,Paris.
- 138-** Lambert,J.L & Rondal,J.A(1982) :**Question et réponse sur Le mongolisme**,Edition la liberté,Québec,Canada.
- 139-** Lambert,J.L & Rondal,G (1997) : **Le mongolisme**, Mardaga,Paris.
- 140-** Leedham,B,Meyerowitz,B,E,Muirhead,J & First,W.H(1995) : **Positive expectations predict health after heart transplantation**.*Health Psychology*,14,74-79.
- 141-** Mc Candless & Trotter(1976) : **Children behavior and development**,3red Edition,New York.

- 142-Merton Robert(1974) :Social theory and social structure,Mc Grow Hill Book,New York.**
- 143-Merz,C.N.B,Dwyer,J,Nordstrom,C.K,Walton,K.G,Salerno, J.W & Schneider, R.H(2002) : Psychosocial stress and cardiovascular disease :Patho-physiological links. Behavioral Medicine,27,141-147.**
- 144-Miller,M.Q,Turner,C.W,Tindale,R.S,Posavac,E.J & Dugoni, B.L (1991) : Reasons for the trend toward null findings in research on type A behaviour.Psychological Bulletin,110,469-485.**
- 145-Nowaille,M.A & Lainé,T(1983) : L'intégration des enfants et adolescents malades mentaux,in Réadaptation,n°381,37-40.**
- 146- Paulhan .J et Quintard.B(1994): La psychologie de la santé : Une nouvelle approche dans la compréhension de la santé et de maladie,In Annal de la médecine et de psychologie ; Revue psychiatrique ,vol 152, Décembre, N°10 .**
- 147-Peake,P.K,Hebel,M & Mischel,W(2002) :Strategic attention deployment for delay of gratification in working and waiting situations. Developmental Psychology,38,313-326.**
- 148-Rethode,M.O(1995) : La trisomie 21 sur le plan génétique et clinique,Réadaptation,n°416.**
- 149-Richard,Judith,Shavelson(1976) :Self- concept,validation of education research, summen, Washington.**
- 150-Rogers .C.R(1977): CARL ROGERS on personal power, New York, Delacort .**
- 151- Rogers,T,B(1981) :A model of the self as an aspect of the information précising system-Michigan.**
- 152-Rondal,J.A(1985) :Trouble du langage,Edition Pierre Margada,Bruxelle.**
- 153-Rosenman.R.H , Friedeman .M and Stous.R.S(1964): Predicting study of CHD; Journal of American medical association, 189,p(15-22).**
- 154- Rosenman.R.H,Swan.G.E and Carmelli.D (1988) : Definition, Assessment and evolution of the type Abehavior pattern , research, theory and intervention , New York,John Willey .**
- 155-Rotter,J.B(1966) :Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs,80,Whole No,609.**

- 156-Rotter,J.B(1990) :Internal versus external control of reinforcement :A case history of a variable . American Psychologist,45,489-493.**
- 157-Salovey,P,Rothman,A.J,Detweiller,J.B & Steward,W.T (2000) : Emotional states and physical health. American Psychologist, 55,110-121.**
- 158- Schiffer.F(1988) : psychotherapy of nine successfully treated cocaine abusers techniques and dynamics, journal of substance abuse treatment.**
- 159-Schmitz,M.F & Crystal,S(2000) : Social relations,coping and psychological distress among persons with HIV/AIDS.Journal of applied social psychology. Vol 30(4),665-685.**
- 160-Schultz,D(1993) :Theories of personality.Brooks/Cole publishing Company,Pacificrane,California.**
- 161- Seligman,M.E.P(1975) : Hopelessness. On depression,development and death,San Francisco,W.H.Freeman.**
- 162-Shaver,K.G(1975) :An introduction to attribution process. Cambridge,MA :Winthrop.**
- 163- Smith,D & Wilson,A(1976) : L'enfant trisomique 21,Edition le centurium,Paris.**
- 164-Smith,D & Finney,M.L(2003) :Angry thoughts,at risk hearts. Monitor on Psychology,28-32.**
- 165- Spector,P.E & O'Connell,B.J(1994) :The contribution of personality traits, negative affectivity, locus of control and type A to the subsequent reports of job strains.Journal of Occupational and Organisational Psychology,67,1-11.**
- 166-Taylor,S.E,Kemeny,M.E,Reed,G.M,Bower,J.E & Gruenewald, T.L(2000a) :Psychological resources, positives illusions and health. American Psychologist,55,99-109.**
- 167-Temoshok.L(1990) : On Attempt to articulate the biopsychosocial model: psychological physiological hemeostasis, In H.S;FREIDMAN (ed), personality and disease, New York,Wiley,Chap9,p(203-225).**
- 168-Tyson,P et Tyson,R,L(1996) :Psychanalytique du développement de l'enfant et de l' adolescent,Edition,PUF,France.**

169- Vahtera, J, Kivimaki, M, Uutela, A & Pentti, J (2000) : **Hostility and ill health : Role of psychosocial resources in two contexts of working life.** Journal of Psychosomatic Research, 48, 89-98.

170- Valentiner, D.P, Holohan, C.J & Moos, R.H (1994) : **Social support appraisals of events, controllability and coping : An integrative model.** Journal of Personality and social Psychology. Vol 66(6), 1049-1102.

171- Weiner, B (1985b) : **An attributional theory of achievement, motivation and emotion.** Psychological Review, 92, 548-573.

172- Williams, R (1997): **The trusting heart; psychology today,** January; February .

173- Zimmerman, B.J (2000) : **Self- efficacy : an essential motive to learn.** Contemporary Educational Psychology, 25, 82-91.

❖ **Dictionnaire :**

174- DSM-IV, APA (2000) .

175- Encyclopédie Larousse , 1996 .

176- Sillamly, N (1980) : **Dictionnaire usuel de psychologie,** Bordas, Paris.

177- Sillamy Nobert (1989) : **Dictionnaire de psychologie,** Paris.

178- ANIT (2002): **La 2eme Journée nationale sur La Trisomie 21 (Santé et Pédagogie),** Alger .

الملاحق

• الملحق رقم(1): دليل المقابلة نصف الموجهة:

المحور الأول: المعلومات العامة:

الإسم، اللقب، السن، الحالة العائلية، عدد الأولاد، المهنة، المستوى الدراسي و المستوى الاقتصادي.

المحور الثاني: ازدياد طفل حامل لمتلازمة داون:

1- وفتاش عرفتي لي زاد عندك طفل تريزومي؟

2- كيفاش عرفتي و شكون اللي قالك الخبر؟

3- مع من كنت كي سمعتي بهذا الخبر؟

المحور الثالث: ردود الفعل بعد معرفة أنّ المولود من ذوي الاحتياجات الخاصة:

1- كيفاش درتي كي سمعتي هذا الخبر؟

2- كيفاش كان رد الأب؟

3- كي سمعت العايلة واش كان رد الفعل نتاعهم؟

المحور الرابع: ما هي المعلومات التي تعرفها عن هذا الموضوع:

1- عندكم في العايلة كاش واحد عندو وليدو هكذا؟

2- شفتي من قبل كاش طفل عندو هذا التشوه؟

3- واش تعرفي على هذا الاضطراب، المرض أو التشوه؟

المحور الخامس: الاجراءات المتخذة لمواجهة تأخر النمو الحسي الحركي و الاضطرابات العضوية المصاحبة:

1- لاحظتي بلي وليدك عندو شوية تأخر بالنسبة للأطفال اللي في سنه؟

2- عندو كاش مرض مع هذا التشوه ؟

3- واش حاولتي ديرى ، واشنو هي الإجراءات اللي اتخذتوها، رحى عند طبيب الأطفال؟

المحور السادس: الحياة المستقبلية؟

1- كيفاش راكى تشوفى فى حياة وليدك/ بنتك كى يكبرو؟

2- راكى تخمى فى قرابتو ؟

3- فى بالك كيفاش راح تقدرى تعاونيه أنت، باباه و خاوتو فى حياته المستقبلية؟

• الملحق رقم(2): مقياس الشخصية للباحث "سولي بن سباط – Solly Ben Sebbet"

الاسم:.....، اللقب:.....
السن:.....، الجنس:.....، المستوى التعليمي:.....
الوظيفة:.....، تاريخ الاختبار:.....

التعليمة:

أجب على هذا الاستبيان، فإنه سيسمح لك بمعرفة من نمط شخصي تقترب أكثر .

1. هل أنت في عجلة دائمة :

أ - نعم ، دائما .

ب - عندما يتطلب الأمر .

ت - لا ، أنت بحاجة لأخذ وقتك الكافي .

ح - أبدا ، لا تتحمل ذلك .

2. في حالة إستعجال :

ت - تربكك تماما .

أ - هذا يجعلك أكثر يقظة .

ج - لا تبالي و تكمل في رتمك العادي .

ب - تأخذ بالرغم من ذلك وقت لتحليل الوضعية .

3. أنت ملزم بالقيام بعدة أعمال في وقت واحد :

أ - هذا يستثريك .

ت - هذا يعيقك .

ب - تقوم بإختيار .

ث - تقوم دائما بعدة أعمال في وقت واحد .

4. هذا الصباح ، لا تسير الأمور على النحو الذي تريد :

أ - متذمر طوال النهار .

ت - تتمتع في هدوء .

ج - تقرر أن تأخذ وقت راحة .

ح - ترجع إلى النوم مرة أخرى .

5. الكناية التي تنطبق أفضل عليك :

ت - الهادئ المزيف .

ج - القوة الهادئة .

أ - القدر الميقاتي .

ث - البلدوزر .

6. سائق متهور يعتدي عليك :

ح - ينتابك غضب شديد ، لكنك لا تظهر شيئاً .

ث - تثور بعنف .

ب - تجيبه بهدوء .

ج - هذا يجعلك غير مبالي .

7. مع معاونيك :

ث - أنت متطلب ، مدقق .

ت - تعتمد على الآخرين .

ب - تعرف وضع الثقة في الآخرين .

ح - في كل الأحوال ، المسؤوليات تتركك .

8. رفضت الترقية المنتظرة :

أ - تغادر دون رجعة .

ث - تظهر غضبا جليا .

ت - لا تقول شيئا ، و لكن تنمي فيك الحقد .

ب - تتقبل الأمر بعقلانية .

9. شيء يستفزك أو لا يعجبك :

أ - تجيب مباشرة بعنف و غضب .

ت - لا تقول شيء ، لكن هذا يجعلك مريضا .

ب - تجيب بهدوء .

ث - لا تستطيع الرد ، لكن تصبح متهيج و عصبي .

10. جدول أوقاتك :

أ - هو مكثف وغير منظم .

ت - لا تعرف أبدا ما عليك القيام به .

ج - متوازن ما بين العمل ، العائلة و الإستجمام .

ح - لا تحب أن يكون لك جدول أوقات .

11. يطلب منك العمل في نهاية عطلة الأسبوع ، فترد :

ب - ببساطة لا .

ت - نعم ولكنك رافض في قرارة نفسك .

ث - رائع هذا سيشغلني .

أ - تصرخ بأن هذا غير مقبول بتاتا .

12. مع زملائك ، تشعر :

ث - عادة في تنافس .

ت - أحيانا تجاوزتك الأمور .

ب - دئما في موقعك .

أ - تريد أن تكون الأفضل .

13. أنت في عطلة :

ث - عدم العمل يشعرك بالملل وأنت مستعجل للعودة إلى المكتب .

أ - تداول ما بين الرياضة و الإستجمام دون دقيقة للراحة .

ح - تغتتم الفرصة للتجول و النمو .

ج - تشعر بحال جيد .

14. يشرح لك قصة طويلة و معقدة :

أ - لا تصبر على إنتظار النهاية .

ث - تريد على الفور معرفة الأهم .

ح - لا تفهم شيئاً و تفقد التسلسل .

ب - تنصت بتمعن .

15. عليك أن تتخذ قرار بسرعة :

أ - هذا ما تفعله طوال اليوم .

ت - إنه الإرتباك .

ب - لما لا ، تتحكم في جميع الحالات .

ج - أن يترك لك عشرة دقائق للتفكير .

• الملحق رقم (3): مقياس القلق للباحث "سبيلبرجر – Spilberger".

الاسم:.....، اللقب:.....

السن:.....، الجنس:.....، المستوى التعليمي:.....

الوظيفة:.....، تاريخ الاختبار:.....

* التعليمات:

اقرأ التعليمات بتمعن قبل الإجابة:

عدد من العبارات التي يستخدمها الناس لوصف أنفسهم أعطيت هنا، اقرأ كل عبارة من القسم الأول، وأشر بعلامة (x) في المكان المناسب أمام كل عبارة لتوضح بالتحديد حقيقة شعورك الراهن، أي في هذا الوقت بالذات على سلم متدرج يتكون من أربعة نقاط هي: (أشعر بذلك دائما ، أشعر بذلك غالبا، أشعر بذلك أحيانا ولا أشعر بذلك مطلقا). وبعدها اقرأ كل عبارة من القسم الثاني، وأشر بعلامة (x) في المكان المناسب أمام كل عبارة لتوضح بدقة كيف تشعر عموما، ليس هناك إجابة خاطئة أو صحيحة لا تقضي وقتا طويلا في أية فقرة، لكن أعطي الإجابة التي تبدو أنها تصف شعورك .

❖ سلم سيبينرجر - القسم الأول -

مطلقا	أحيانا	غالبًا	دائمًا	الفقرات:	/
				أشعر بالهدوء.....	-1
				أشعر بالأمن.....	-2
				إنني متوتر.....	-3
				إنني نادم.....	-4
				أشعر بالاطمئنان.....	-5
				أشعر بالاضطراب.....	-6
				أنا قلق الآن لأنني أتوقع حدوث مشاكل.....	-7
				أشعر براحة البال.....	-8
				أشعر بالقلق.....	-9
				أشعر بالارتياح.....	-10
				أشعر بالثقة بالنفس.....	-11
				أشعر أنني عصبي.....	-12
				إنني شديد النرفزة.....	-13
				أشعر أنني شديد التوتر.....	-14
				إنني مستريح.....	-15
				أشعر بالرضا.....	-16
				أشعر بالكدر.....	-17
				أشعر أنني شديد الإثارة و الحركة.....	-18
				أشعر بالبهجة.....	-19
				أشعر بالفرح و السرور.....	-20

❖ سلم سيبيلبرجر - القسم الثاني -

مطلقا	أحيانا	غالبا	دائما	الفقرات :	/
				أشعر بالسرور.....	-1
				أتعب بسرعة.....	-2
				أشعر وكأنني أبكي.....	-3
				أتمنى لو كنت سعيدا كالأخرين.....	-4
				أفشل في الأشياء لأنني لا أستطيع أن أتخذ القرار في الوقت المناسب.....	-5
				أشعر بالراحة.....	-6
				أنا هادئ ولا أنفعل بسرعة واجتماعي.....	-7
				أشعر بأن الصعوبات متراكمة و لا أستطيع التغلب عليها.....	-8
				تقلقتني بعض الأشياء غير المدعمة.....	-9
				أنا سعيد.....	-10
				أنا مستعد لتحمل الأشياء الصعبة.....	-11
				تتقضي الثقة بالنفس.....	-12
				أشعر بالأمن.....	-13
				أحاول تجنب مواجهة الأزمات أو الصعوبات.	-14
				أشعر بالكآبة.....	-15
				أنا راضي.....	-16
				تدور في رأسي أشياء تافهة ترعجني.....	-17
				يسيطر علي اليأس كليا.....	-18
				أنا شخص مستقر.....	-19
				وصلت إلى حالة من التوتر قضى على اهتماماتي وهو ياتي.....	-20

• الملحق رقم (4): مقياس الاكتئاب للباحث "أ.بيك - A. Beck" (BDI).

الاسم:.....،اللقب:.....

السن:.....،الجنس:.....،المستوى التعليمي:.....

الوظيفة:.....، تاريخ الاختبار:.....

التعليمية:

اقرأ كل عبارة من كل مجموعة، ثم قم باختيار العبارة التي تنطبق عليك، وتصف حالتك ومشاعرك، ثم ضع دائرة على رقم العبارة التي اخترتها.

1-0- أنا لا أشعر بالحزن.

1- أنا أشعر بالحزن و الاكتئاب.

2- أنا مكتئب وحزين طول الوقت ولا أستطيع أن أنزع عن نفسي هذه الحالة.

3- أنا حزين وغير سعيد لدرجة لا أستطيع تحمل ذلك.

2-0- أنا لست متشائم على وجه الخصوص أو لست منضبط فيما يتعلق بالمستقبل .

1- أنا لا أشعر بأن المستقبل غير مشجع.

2- أنا أشعر بأنه ليس لدي شيء أتطلع إليه في المستقبل.

3- أنا أشعر بأن المستقبل لا أمل فيه و أن الأشياء لا يمكن أن تتحسن.

3-0- أنا لا أشعر بأنني شخص فاشل.

1- أنا أشعر بأنني فشلت أكثر من الشخص المتوسط .

2- أنا كلما أعود بذاكرتي إلى الوراء كلما أستطيع أن أرى في حياتي الكثير من الفشل.

3- أنا أشعر بأنني شخص فاشل تماما.

4-0- أنا لست غير راض .

1- أنا أشعر بالملل في أغلب الوقت.

2- أنا لا أحصل على الإشباع و الرضى من أي شيء بعد الآن.

3- أنا غير راض من كل شيء .

5-0- أنا لا أشعر بأنني آثم أو مذنب.

1- أنا أشعر بأنني رديء أو لا قيمة لي في أغلب الأوقات.

2- أنا لا أشعر بالذنب أو بالإثم تماما.

3- أنا أشعر كما لو أنني رديء جدا أو عديم القيمة.

6-0- أنا لا أشعر بخيبة الأمل في نفسي.

1- أنا فاقد الأمل في نفسي.

2- أنا مشمئز من نفسي.

3- أنا أكره نفسي.

7-0- أنا لست لدي أفكار للإضرار بنفسي.

1- أنا لدي أفكار للإضرار بنفسي لكن لا أنفذها.

2- أنا أشعر أنه من الأفضل أن أموت.

3- لو استطعت لقتلت نفسي.

8-0- أنا لم أفقد اهتمامي بالناس.

1- أنا أقل اهتماما بالناس مما تعودت أن أكون من قبل.

2- أنا فقدت اهتمامي بالناس و لدي مشاعر قليلة اتجاههم.

3- أنا فقدت كل اهتمامي بالناس ولا أهتم بهم على الإطلاق.

9-0- أنا أتخذ القرارات بنفس الجودة كما تعودت أن أتخذها من قبل.

1- أنا أحاول تأجيل اتخاذ القرارات بعد الآن.

2- أنا لدي صعوبة في اتخاذ القرارات.

3- أنا لا أستطيع اتخاذ أي قرارات بعد الآن.

10-0- أنا لا أشعر بأنني أظهر أسوء مما تعودت أن أظهر به من قبل.

1- أنا مشغول وقلق أنني أظهر كبير السن غير جذاب.

2- أنا أشعر بأن هناك تغيرات ثابتة في مظهري تجعلني أظهر بطريقة غير جذابة.

3- أنا أشعر بأنني قبيح المنظر أو كره المنظر.

11-0- أنا أستطيع العمل بنفس الجودة كما تعودت من قبل.

1- أبذل بعض الجهد لكي أبدأ العمل في بعض الأشياء.

2- يجب علي أن أدفع نفسي بقوة لأقوم بأي شيء.

3- أنا لا أستطيع أن أقوم بأي عمل على الإطلاق.

12-0- أنا لا أجهد أكثر مما تعودت من قبل.

1- أنا أشعر بالإجهاد بسهولة أكثر مما تعودت من قبل.

2- أنا أشعر بالإجهاد في أداء أي شيء.

3- أنا منتهي الإجهاد لدرجة أنني لا أستطيع عمل شيء.

13-0- شهيتي للأكل عادية.

1- شهيتي للأكل ليست جيدة كما كانت .

2- شهيتي للأكل أصبحت أسوأ الآن.

3- أنا ليست لدي شهية للأكل نهائياً.

• الملحق رقم(5): مقياس تقدير الذات للباحث " كوبر سميث – Cooper Smith " .

اللقب:.....،الاسم:.....

السن:.....،الجنس:.....،المستوى التعليمي:.....

المهنة:.....،تاريخ الاختبار:.....

التعليمات:

اقرأ التعليمات بتمعن قبل الإجابة:

في الصفحات الأتية، تجد مجموعة جمل تعبر عن مشاعر، آراء وأفعال، اقرأ كل جملة بتمعن.

إذا ما تبين لك أن الجملة تعبر عن طريقتك العادية في التفكير أو السلوك، ضع علامة (X) في خانة العمود الأول المعنون "يشبهني".

أما إذا كانت الجملة لا تعبر عن طريقتك العادية في التفكير أو السلوك، فضع علامة (X) في خانة العمود الثاني المعنون "لا يشبهني".

اقلب الصفحة و اشرع في العمل.

لا يشبهني	يشبهني	الفقرات:	/
		عموما ، لا أشغل بالي.....	-01
		أعاني الكثير عندما يجب علي أخذ الكلمة أمام مجموعة من الناس.	-02
		أشياء كثيرة في نفسي أغيرها لو استطعت.....	-03
		أتوصل لأخذ قرارات بدون صعوبة كبيرة.....	-04
		يمرح الناس بصحبتني.....	-05
		غالبا ما تضايقتني أسرتي.....	-06
		أستغرق وقتا طويلا للتعود على شيء جديد.....	-07
		يقدرني كثيرا أقراني (من نفس سني).....	-08
		عادة ما تعير أسرتي انتباها إلى ما أشعر به	-09
		أتنازل بسهولة للآخرين.....	-10
		تتوقع مني أسرتي أكثر مما أستطيع.....	-11
		من الصعب جدا أن أكون أنا.....	-12
		كل شيء مبهم ومختلط في حياتي.....	-13
		عامه لدي تأثير على الآخرين.....	-14
		لدي فكرة سيئة عن نفسي.....	-15
		غالبا ما أرغب في تغيير حياتي.....	-16
		غالبا ما أشعر بعدم الارتياح في عملي.....	-17
		يبدو مذهري أقل جمالا من أغلبية الناس.....	-18
		عندما يكون لدي شيء عموما أقوله.....	-19
		تفهمني أسرتي جيدا.....	-20
		أغلبية الناس محبوبون أحسن مني.....	-21
		عامه ما أشعر كأن أسرتي تضايقتني.....	-22
		غالبا ما أفقد عزيمتي عندما أكون بصدد القيام بعمل ما.	-23
		غالبا ما أفكر بأنني أود أن أكون شخصا آخر.....	-24
		غالبا ما لا يثق بي الآخرون.....	-25
		لا أقلق إطلاقا.....	-26
		أثق بنفسني ثقة كافية.....	-27

	أعجب الآخرين بسهولة.....	-28
	غالبًا ما أقضي أوقاتًا ممتعة مع أسرتي.....	-29
	أقضي وقتًا طويلًا في أحلام اليقظة.....	-30
	أود لو كنت أصغر سنًا.....	-31
	أفعل دائمًا ما يجب فعله.....	-32
	أنا فخور بنشاطي المهني.....	-33
	أنتظر دائمًا أن يقال لي ما يجب أن أفعل.....	-34
	غالبًا ما أندم على ما فعلت.....	-35
	لست سعيدًا أبدًا.....	-36
	أقوم دائمًا بعملتي على أحسن ما أستطيع.....	-37
	عامّة، ما أدبر أمورًا بمفردي.....	-38
	أنا مسرور إلى حد ما بحياتي.....	-39
	أفضل أن يكون لي أصدقاء أصغر سنًا مني.....	-40
	أحب كل من أعرف.....	-41
	في العمل، أحب أن يقصدني الناس لطلب أي شيء مني.....	-42
	أفهم نفسي بنفسي جيدًا.....	-43
	لا أحد يهتم بي كثيرًا.....	-44
	لا أحد يلومني أبدًا.....	-45
	في عملي، لست ناجحًا بالقدر الذي أريده.....	-46
	أنا قادر على اتخاذ قرار والتمسك به.....	-47
	حقيقة لا يعجبني أن أكون (رجلًا/امرأة).....	-48
	لست مرتاحًا في علاقاتي مع الأشخاص الآخرين.....	-49
	لا يخيفني أحد.....	-50
	غالبًا ما أخجل من نفسي.....	-51
	غالبًا ما يشاجرنني الآخرون.....	-52
	أقول دائمًا الحقيقة.....	-53
	في عملي، يشعرني المسؤولون بأن نتائجي غير كافية... لا أبالي بما قد يحدث لي.....	-54 -55
	لدي إحساس أنني ضيعت حياتي.....	-56

		أفقد معنوياتي بسهولة عندما ينتقدني الآخرون.....	-57
		أعرف دائما ما يجب قوله للآخرين.....	-58

• الملحق رقم (6): مقياس مركز التحكم للباحث "روتر - Rutter".

اللقب:.....، الاسم:.....
السن:.....، الجنس:.....، المستوى التعليمي:.....
المهنة:.....، تاريخ الاختبار:.....

التعليمة:

هذا الاستبيان يكشف عن الطريقة التي تؤثر بها بعض الأحداث الهامة في المجتمع على مختلف الأفراد، وكل عبارة تتكون من اختياريين يرمز لهما بالرمز (أ) و(ب). عليك أن تختار عبارة واحدة فقط من الاثنتين التي تعتقد بأنها الحالة التي تعنيك إلى حد كبير، تأكد من أن تختار عبارة واحدة تعتقد فعلا أنها على درجة كبيرة من الصحة بالنسبة لك. هذا المقياس للاعتقاد الشخصي وبالتالي لا يوجد جواب صحيح أو خطأ.

الرجاء أن تجيب على هذه العبارات بعناية، لكن لا تأخذ وقتا طويلا في كل عبارة، وتأكد من أن تجد جوابا لكل عبارة. وللإجابة ضع دائرة حول (أ) أو (ب) من كل زوج من الأزواج.

1- (أ) - يقع الأبناء في مشكلات لأن آباءهم يعاقبونهم أكثر من اللازم.

(ب) - إن مشكلة معظم الأبناء هذه الأيام هي أن آباءهم يتساهلون معهم كثيرا.

2- (أ) - كثير من الأمور غير السارة التي تحدث في حياة الناس ترجع في جزء منها إلى الحظ السيء.

(ب) - يرجع سوء الحظ الذي يلاقيه الناس إلى الأخطاء التي يرتكبونها.

3- (أ) - من الأسباب الرئيسية لحدوث الحروب نجد عدم اهتمام الناس بالأمور السياسية اهتماما كافيا.

(ب) - سوف تستمر الحروب وتبقى مهما حاول الناس أن يمنعوا وقوعها.

4- (أ) - بمرور الزمن، يستطيع الفرد أن ينال الاحترام الذي يستحقه.

(ب) - من سوء الحظ أن جدارة الفرد و قيمته غالبا ما لا يعترف بها مهما جاهد الفرد في هذا السبيل.

5- (أ) - الاعتقاد بأن المعلمين لا يعدلون بين طلبتهم هو اعتقاد غير صحيح.

(ب) - معظم الطلبة لا يعرفون إلى أي مدى تتأثر درجاتهم المدرسية بعوامل عارضة.

6- (أ) - بدون الفرص الثمينة لا يمكن للإنسان أن يصبح قائدا فعالا.

(ب) - عندما يفشل الأفراد من ذوي الكفاءة في أن يصبحوا قادة، فإن ذلك يرجع إلى أنهم لم يحسنوا الاستفادة من الفرص التي أتاحت لهم.

7- (أ) - مهما بذل الفرد من جهد فلن يستطيع أن يظفر بحب بعض الناس.

(ب) - إنما يفشل في اكتساب مودة الآخرين من لا يعرف كيف يندمج معهم.

8- (أ) - تلعب الوراثة الدور الكبير في تحديد شخصية الفرد.

(ب) - خبرة الفرد في الحياة هي التي تحدد سلوكه.

9- (أ) - أعتقد في صحة المثل العامي القائل: "اللي مكتوب على الجبين لازم تشوفه العين".

(ب) - عندما أترك الأمور تحدث تحت رحمة الظروف، فإن النتائج تكون أسوأ مما لو بادرت واتخذت قرارا معينا.

10- (أ) - نادرا ما يقابل الطالب الذي أحسن الاستعداد للامتحان أسئلة صعبة.

(ب) - في كثير من الأحيان تكون أسئلة الامتحانات ليس لها صلة بالمنهج، بحيث تجد أن الاستذكار قد ضاع هباء.

11- (أ) - يعتمد النجاح على العمل الجاد، أما الحظ فليس له إلا دور بسيط جدا أو لا دور له على الإطلاق.

(ب) - الوصول إلى الوظائف المرموقة يتوقف بالدرجة الأولى على أن تكون في المكان المناسب في الوقت المناسب.

12- (أ) - يستطيع المواطن العادي أن يكون له تأثير في القرارات السياسية و الاجتماعية العامة.

(ب) - عالما هذا تتحكم فيه قلة من الأقوياء، ولا يستطيع البسطاء أن يفعلوا شيئا إزاء ذلك.

13- (أ) - عندما أضع خططي فإنني غالبا ما أكون متأكدا من قدرتي على تنفيذها بنجاح.

(ب) - ليس من الحكمة دائما أن نضع خططا طويلة المدى، لأن كثيرا من الأمور يتضح فيما بعد أن احتمالات النجاح أو الفشل فيها ترجع إلى الحظ .

14- (أ) - هناك بعض الناس لا يرجى منهم خير أو نفع.

(ب) - في كل واحد من الناس جانب من الخير (يوجد قدر من الطيبة لدى كل شخص).

15- (أ) - في حياتي أرى أن وصولي إلى أهدافي لا يعتمد على الحظ إلا قليلا أو لا يعتمد عليه مطلقا.

(ب) - في كثير من الحالات لا يفيد التدبر أو التعقل شيئا، بحيث يستوي اتخاذ القرار عن تدبر و تخطيط و اتخاذ القرار عن طريق إجراء القرعة.

16- (أ) - في أغلب الأحيان يظفر بالرئاسة من أسعده الحظ، فكان أول من وصل إلى المكان المناسب.

(ب) - إن القيام بأعمال صائبة و صحيحة يعود إلى القدرة و الكفاءة، وليس للحظ في ذلك إلا دور ضئيل أو منعدم تماما.

17- (أ) - في أمور دنيانا نجد معظمنا ضحايا لقوى لا نستطيع أن نفهمها أو نتحكم فيها.

(ب) - إذا قام الناس بأدوار نشطة في الشؤون السياسية و الاجتماعية، فإنهم يستطيعون التأثير في الأحداث من حولهم.

18- (أ) - معظم الناس لا يعرفون إلى أي مدى تتأثر حياتهم بأحداث عارضة.

(ب) - لا يوجد في الواقع شيء اسمه الحظ.

19- (أ) - يجب أن يكون الإنسان مستعدا على الدوام للاعتراف بالخطأ.

(ب) - من المستحسن أن نخفي أخطاءنا ونستتر عليها أحيانا.

20- (أ) - من الصعب أن تعرف ما إذا كان الآخرون يحبونك أم لا.

(ب) - يتوقف عدد أصدقائك على مدى لطفك وحسن معشرك.

21- (أ) - على المدى الطويل نجد أن ما يقع لنا من أحداث سيئة يقابله أحداث أخرى طيبة.

(ب) - معظم الأحداث السيئة تنتج عن نقص القدرة و الكفاءة أو الجهل، الكسل و التهاون أو كلها مجتمعة.

- 22- (أ) - لو أننا بذلنا مجهودا كافيا لأمكننا القضاء على مختلف صور الفساد.
- (ب) - من الصعب على الناس أن يتحكموا فيما يفعل أصحاب السلطة و المناصب السياسية.
- 23- (أ) - أحيانا لا أستطيع أن أفهم كيف انتهى المعلمون إلى الدرجات التي يعطونها.
- (ب) - هناك صلة مباشرة بين الجهد الذي أبذله في الاستذكار و الدرجات التي أحصل عليها.
- 24- (أ) - الزعيم (أو القائد) الناجح يتوقع من الأفراد أن يقرروا بأنفسهم ما يجب أن يفعلوه.
- (ب) - الزعيم الناجح هو الذي يوضح لكل فرد ما يجب أن يفعله.
- 25- (أ) - كثيرا ما أشعر أن تأثيري ضعيف على الأحداث التي تقع لي.
- (ب) - من المستحيل أن أصدق أن الصدفة أو الحظ يلعبان دورا هاما في حياتي.
- 26- (أ) - يشعر الناس بالوحدة و العزلة لأنهم لا يحاولون أن يتعاملوا معا بروح من الود و الصداقة.
- (ب) - ليس من المجدي أن تحاول جاهدا اكتساب مودة الآخرين، لأن هذا الأمر ليس لك سيطرة عليه (إذا كانوا يحبونك سيحبونك).
- 27- (أ) - هناك اهتمام مبالغ فيه بالألعاب الرياضية في المدارس.
- (ب) - الألعاب الرياضية الجماعية (في فرق) تعد فرصة جيدة لتنمية الشخصية.

28- (أ) - كل ما يحدث لي من صنع يدي (نتيجة لأفعالي الخاصة).

(ب) - أشعر أحياناً أنه ليس لدي سيطرة كافية على الوجهة التي تسير فيها حياتي.

29- (أ) - في معظم الأحيان يكون من الصعب علي فهم سبب لجوء السياسيين المحترفين إلى مناهج مخادعة.

(ب) - على المدى الطويل يمكننا القول أن الناس مسؤولون عن فساد الإدارة سواء على المستوى المحلي أو الوطني.